مسئولیت اجتماعی پزشک با تأکید بر چالش‌های اخلاقی آن

دکتر فاطمه بهمنی[1*]، دکتر محمدعلی خورسندیان[2]، دکتر سیدضیاءالدین تابعی[1]

1. گروه اخلاق و فلسفه سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

2. گروه حقوق خصوصی و اسلامی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز

(تاریخ دریافت: 92/10/28، تاریخ پذیرش:93/01/20)

چکیده

زمینه: سامانه‌های مسئولیت اجتماعی پزشک نقش مهمی در طبابت روزانه پزشکان و روابط آنها با بیماران دارد. این نظام‌ها به دو صورت مبتنی بر تقصیر و غیرمبتنی بر تقصیر، پایه‌گذاری می‌شوند. مبتنی بودن مسئولیت اجتماعی پزشک بر تقصیر، می‌تواند با بسیاری از ملاحظات اخلاق پزشکی در ارتباط باشد. بر این اساس در این پژوهش، چگونگی تأثیر هر یک از این سامانه‌ها، بر اجرایی شدن اصول و ارزش‌های اخلاق پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است. برای این منظور، به تحلیل اخلاقی ابعاد مختلف قانون مسئولیت اجتماعی پزشک با استفاده از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی و همچنین ملاحظات مربوط به رابطه پزشک و بیمار پرداخته می‌شود.

نتیجه‌گیری: مسئولیت اجتماعی پزشک هر چه بیشتر به سمتی گرایش پیدا کند که عنصر تقصیر در آن کمرنگ‌تر شود، تأثیر بیشتری در به‌وجود آوردن فضای اخلاق و فضیلت در جامعه پزشکی دارد؛ طبیعت خصمانه، ایجاد تنش و استرس در رابطه پزشک - بیمار به واسطهٔ طرح شکایت از پزشک، فضای قضاوت و سرزنش نسبت به خطای پزشکی و عدم جبران منصفانهٔ خسارت بیماران از مهمترین چالش‌های اخلاقی سامانه‌های مسئولیت پزشکی مبتنی بر تقصیر می‌باشد.

کلیدواژگان: *مسئولیت اجتماعی پزشک، خطای پزشکی، اخلاق اصول محور، رابطهٔ پزشک-بیمار*

سرآغاز

مسئولیت اجتماعی پزشکان یکی از چالش برانگیزترین موضوع‌های حقوقی در جامعه پزشکی است. در علم حقوق، دو هدف عمده برای قانون مسئولیت اجتماعی پزشک مطرح می‌شود؛ هدف اول جبران خسارت وارد آمده به بیمار و هدف دوم جلوگیری از عملکرد اشتباه پزشکان و ایفای نقشی پیشگیرانه از رفتارهای آسیب‌زا می‌باشد (1). بدین‌گونه در سطح نظری، در هنگام وارد آمدن آسیب غیرعمدی به بیمار حین انجام اقدامات پزشکی، بیمار از پزشک شکایت می‌کند و از این طریق هم آسیب بیمار جبران می‌شود و هم از خطاهای بعدی پزشکان جلوگیری به عمل می‌آید؛ اما در سطح عملکرد، مطالعات و گزارش‌ها حاکی از چیز دیگری است. آمار خطاهای پزشکی روز به روز در حال افزایش است، بیماران از وضعیت جبران خسارت راضی نیستند و پزشکان نیز دید خوبی نسبت به روند طرح شکایات بیماران ندارند و احساس می‌کنند که به آنها اجحاف می‌شود. در بیشتر کشورها، جنبه‌های مختلف قانون مسئولیت اجتماعی پزشک موضوع بحث‌های گسترده و ادامه دار کارشناسان بوده است. به عنوان نمونه، در کشور امریکا تاکنون سه دوره بحران مسئولیت پزشکی[1] رخ داده است که هر کدام به مباحث حقوقی گسترده و اصلاحات قانونی زیادی انجامیده است. اما در بیشتر اوقات آن مباحث علمی در سطح کلان و معطوف

* نویسنده مسؤول: نشانی الکترونیکی: Fbahmanimd @ gmail. com

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

به عامل‌هایی جامع، از جمله حقوق و اقتصاد بوده و بـه تبـع آن، اصلاحات مربوطه بیشتر با هدف کاهش حـق بیمـه پزشـکان و به‌طور کل هزینه‌های دولتی انجام شده‌اسـت و حتـی در برخـی موارد، منجر به تضعیف حقوق طبیعی بیمـاران شـده اسـت (2). تنها در دهه اخیر است که مطالعاتی با محوریت بیمـار و حقـوق بیماران انجام شـده و مـسئولیت پزشـک را بـا نگـاهی اخلاقـی بررسی کرده‌اند. از آن جمله مطالعه‌ای است که وضـعیت کنـونی قانون مسئولیت پزشکان را عامل اصلی جایگزین شـدن منفعـت شخصی پزشکان، به جای اصل مهـم وفـاداری بـه بیمـاران در جامعه پزشکی می‌داند. در این پژوهش، محققـان بـرای بررسـی این ابعاد اخلاقـی فرامـوش شـده از بحـران مـسولیت حرفـه‌ای پزشکان، با استفاده از مفهوم حرفه‌ای‌گرایی وفادارانه[2] که اولـین بـار در قـرن هجـدهم مطـرح شـد، یـک سـری ابـزار اخلاقـی پیش‌گیری‌کننده از بحران مذکور معرفی کردند (3). در پژوهشی دیگر نیز قانون مسئولیت حرفه‌ای با رویکردی جدید مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. پژوهشگران در این مطالعه با توجه به نظریهٔ طرف‌ها[3] به این نتیجه رسیدند که در هنگام تصمیم‌گیری در مورد مسئولیت پزشکان باید وظایف و نـه منـافع طـرف‌هـای درگیر را، بالاتر از منافع آنها قرار داد؛ چرا کـه طبیعـت خـاص و راهکار حرفهٔ پزشکی مانع از هم‌ردیف شدن منافع همـه طـرفین درگیر می‌شود (4).

قانون مسئولیت اجتماعی پزشک در ایران نیز، همـواره موضـوع بحث و ارزیابی صاحب‌نظران بوده است. اما در اینجـا نیـز شـاید هیچ مطالعه‌ای را نتـوان یافـت کـه گوشـه‌ای از بحـث حقـوقی موضوع را به سمت اخلاق و یا حقوق طبیعی بیماران و پزشکان کشیده باشد؛ در حالی کـه در واقـع «اخـلاق حقـوق را ارزیـابی می‌کند و بدون اخلاق، حقوق قابلیت پـذیرش خـود را از دسـت می‌دهد» (5). بنابراین اگر پذیرفته شود که «اخـلاق روح قـانون است» آنگاه برای داشتن قانونی زنده و پویـا کـه هـر روز و هـر لحظه انسان را به اهدافش، که تامین «امنیت فردی و اجتمـاعی و تقویت فضایل اخلاقـی» اسـت، نزدیـک‌تـر کنـد، بایـد بـرای متخصصین علم اخلاق فرصـتی فـراهم شـود تـا دغدغـه هـا و نگرانی‌های خود از مـسائل حقـوقی را بـا متخصـصین مربوطـه مطرح کنند (6 و 7). چرا که، بسیاری از مسائل و اصول اخلاقـی مورد نظر آنها به نحوی با چگونگی رویکرد حقوقی به مسئولیت مدنی در جامعه پزشکی ارتباط پیدا می‌کند. شکی نیـست کـه در مورد قانون مسئولیت مدنی پزشک نیز این امـر صـادق اسـت و این قانون در طبابت روزانه پزشکان نقش مهمی را بازی کـرده، بسیاری از روابط بیمار و پزشک و کارکنان درمانی را چه به‌طـور مستقیم و چـه غیرمـستقیم تنظـیم مـی‌کنـد و بنـابراین، سـهم به‌سزایی در رعایت ملاحظات اخلاقی توسط پزشک و بیمار، هر دو دارد.

بر این اساس، در این نوشتار سـعی بـر ایـن اسـت کـه پـس از توضیح اجمالی انواع الگوهای مسئولیت مدنی پزشک، با رویکرد اخلاقی اصول محور که شامل اصول چهارگانه اخـلاق پزشـکی به علاوه ملاحظات مربوط به رابطه پزشـک و بیمـار مـی‌باشـد، موارد اخلاقی مربوطه شرح داده شده و تجزیه و تحلیـل شـوند. اصول چهارگانـه اخـلاق پزشـکی رویکـرد غالـب در آمـوزش و ارزیابی مسائل اخلاق پزشکی می‌باشند (8).

نظام‌های حقوقی مسئولیت اجتماعی

نظام‌های حقوقی بیـشتر کـشورها در دو سـاختار اصـلی و کلـی طبقه‌بندی می‌شوند و تفاوت آنها در موارد جزئی و فرعی مربوط به نحوه اجراست. دریـک سـاختار کـه رواج بیـشتری دارد و بـه «نظام مبتنی بر تقصیر[4]» مشهور است، مبنای سنجش مسئولیت پزشک نظریه تقصیر است؛ بدین‌گونه که عملکرد پزشک با آنچه یک پزشک معقول و محتاط در همـان شـرایط انجـام مـی‌دهـد مقایسه می‌شود. در این ساختار، خسارت بیمـار تنهـا در صـورتی جبران می‌شود که غیر معیار بودن مراقبت پزشکی به عمل آمده از او، ثابت شود. در این الگو که اکنـون در ایـران و در بـسیاری دیگر از کشورهای دیگر نظیر ایالات متحده امریکا و تـا قبـل از سال 2002 میلادی در فرانسه اجرا می‌شد، فرض اساسی بر این است که پزشک بی‌گناه است، مگر اینکه خلافش ثابت شـود (9 و 10).

نوع جدید مسئولیت مبتنی بر تقصیر، مسئولیت پزشکی اشتراکی[5] است که به «یک نظام که در آن مؤسسه‌های بهداشتی درمـانی مسئولیت خطاهای پزشکی را به همراه و یا بـه جـای افـراد بـه دوش می‌کشند» اطلاق مـی‌شـود (11). در مـسئولیت اشـتراکی

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

مسئولیت به طورکلی یا قسمتی از آن افراد دست اندرکار در مراقبت سلامت برداشته شده و به بیمارستان‌ها یا مؤسسه‌های مشابه واگذار می‌شود. البته مسئول دانستن بیمارستان‌های اولیه که بیشتر به عنوان مؤسسات خیریه تأسیس می‌شدند و پزشکان با نیت احسان و کمک به همنوعان[6] در آنجا طبابت می‌کردند، شاید براساس قاعده احسان سزاوار نباشد؛ اما امروزه با پیچیده‌تر شدن خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها، خصوصی شدن آنها و استخدام و به کارگیری پزشکان، روابط بیمارستان‌ها و پزشکان بیشتر به روابط کارفرما و کارگر نزدیک شده و واگذاری مسئولیت فردی پزشکان به بیمارستان‌ها و مؤسسات درمانی مانند آنچه در مسئولیت اجتماعی[7] کارفرما دیده می‌شود، امری توجیه پذیر[8] است. البته تحقق مسئولیت اشتراکی باز هم برپایه اثبات تقصیر استوار است و در واقع نوعی نظام مبتنی بر تقصیر می‌باشد. این نوع از مسئولیت در سال 1993 میلادی توسط رئیس جمهور وقت امریکا به همراه اصلاحات کلی در نظام سلامت آن کشور مطرح شد که به سرعت مورد مخالفت AMA[9] و PIAA[10] واقع گردید و به مرحله اجرا در نیامد. اما پس از گذشت چند سال، بیشتر مورد توجه پزشکان و حقوق‌دانان قرار گرفت و به دلایلی که در ادامه خواهد آمد، امروزه حتی بسیاری از صاحب‌نظران این نوع نظام را راهگشای بحران مسئولیت پزشکان در امریکا می‌دانند (2 و 12).

نوع نظام دیگر که با نام «نظام غیرمبتنی بر تقصیر[11]» شناخته شده و در کشورهای اسکاندیناوی مانند سوئد، دانمارک، نروژ، فنلاند و از سال 2002 میلادی در فرانسه اجرا می‌شود، برمبنای نظریه خطر است. در این الگو خسارت جبران می‌شود، بدون توجه به اینکه چه کسی آن را باعث شده است. به عبارت دیگر در این نظام نیاز به اثبات تقصیر پزشکان یا اعضای دیگر کادر درمانی توسط دادگاه‌ها برای جبران آسیب وارد شده به بیمار حذف می‌شود و به جای آن ضرری که به بیماران در طی فرایند درمان می‌رسد، از طریق مجاری اداری- اجرایی و پس از پرکردن فرم مربوطه توسط بیمار و بررسی درخواست بیمار در بورد بازخوانی[12] جبران می‌شود (12).

طرح مسئولیت پزشک غیرمبتنی بر تقصیر اولین بار در نیوزلند در 1974 و در سوئد در 1975 معرفی شد. در نیوزلند ابتدا در 1974 قانون مسئولیت مبتنی بر تقصیر برای تمامی جراحات حاصل از تصادفات رانندگی حذف شد و با طرح جبران خسارت غیرمبتنی بر تقصیر جایگزین گردید. این اقدام در پی گزارش کمیسیون سلطنتی وودهوز که در 1967 منتشر گردیده بود، انجام شد. این گزارش بر پنج اصل تأکید می‌ورزید که عبارت بودند از؛ مسئولیت جامعه در تصادفات، اصل انصاف و دلالت آن بر یاری رساندن به همه افراد صدمه دیده در تصادفات، لزوم بهبود و بازتوانی مجروحین در کوتاهترین زمان ممکن، لزوم جبران خسارت بر مبنای صدمه واقعی و کارایی و مؤثربودن مراحل اجرایی مربوطه. منابع مالی این طرح نیز از محل درآمد بیمه مسئولیت خودرو تامین می‌شد. توسعه این قانون سپس به تدریج باعث پوشش همه انواع شش گانه جراحات بدنی شد و یکی - از این عوامل مهم آسیب‌زا، اتفاقات ناخواسته در طبابت[13] بود (13).

در کشور سوئد نیز، الگوی جبران خسارت بر مفهوم قابل اجتناب‌بودن[14] استوار است. چراکه طراحان این نظام جبران تمام صدمات حاصل از خدمات پزشکی را گران و هزینه‌بر دانسته و صدماتی را که نتیجه درمان نبوده و هم‌چنین، غیرقابل اجتناب باشند از قانون جبران خسارت غیرمبتنی بر تقصیر خارج نمودند. در این کشور، پزشکان و اعضای دیگر تیم درمانی به‌صورت فعالانه در شکل‌گیری 60-80 درصد درخواست‌های جبران خسارت نقش دارند. آنها بیماران را از احتمال به وقوع پیوستن خسارت پزشکی آگاه کرده و در تکمیل فرم‌های مخصوص درخواست جبران خسارت که در همه درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها موجودند، یاری می‌دهند. منبع تأمین مالی برای این درخواست‌ها صندوق جبران بیمه بیماران است (13). البته همانطور که از توضیحات فوق بر می‌آید این نظام‌ها در عمل به طور خالص بر مبنای مسئولیت محض نیستند و هر کدام درجاتی هر چند بسیار تضعیف شده از تقصیر -که به‌عنوان نمونه، در نظام کشور سوئد با عنوان اجتناب‌پذیری مطرح می‌گردد- را در بروز آسیب پزشکی شامل می‌شوند.

اکنون، پس از مروری اجمالی بر چگونگی اجرای قانون مسئولیت مدنی در دو نظام مبتنی بر تقصیر و غیرمبتنی بر تقصیر، به بررسی تأثیرات اخلاقی اجرای هر کدام از این نظام‌ها

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

پرداخته و با مطالعه منابع نظری اخلاق پزشکی و یافته‌های مطالعات تجربی این دو نظام را مورد تجزیه‌وتحلیل قرار می‌گیرند. در این راستا از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی و همچنین ملاحظات مربوط به رابطه پزشک-بیمار استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر اصول، به چند دلیل به‌عنوان رویکرد غالب در این پژوهش انتخاب شده است؛ فراهم‌آوردن چارچوب منطقی و نظام‌مند جهت تجزیه‌وتحلیل اخلاقی، قابلیت انطباق بیشتر با مسائل اخلاقی - در سطح عملکرد و واقعیت و قابلیت فهم و پذیرش بیشتر در مراحل اولیه تفکر اخلاقی به‌خصوص برای افراد غیرمتخصص در حیطه علم اخلاق، ازجمله مهمترین این دلایل می‌باشد (14 و 15).

الف: ملاحظات مربوط به رابطه پزشک و بیمار

رابطه پزشک و بیمار یک رابطه مالی و تجاری نیست که در آن تنها کالا و وجهی رد و بدل شود؛ بلکه به جز انتقال و فهم اطلاعات، اتخاذ تصمیمات بالینی مورد رضایت پزشک و بیمار و ایجاد اعتماد متقابل، تبادل مسئولیت‌های اخلاقی، حساسیت‌های عاطفی و اعتبار اجتماعی نیز صورت می‌گیرد (16-18). پزشک برای داشتن تعامل صحیح با بیمارش، باید در کنار تبحر و دانش تخصصی پزشکی، به لزوم برقراری ارتباط مناسب با بیمار نیز باوری عمیق داشته باشد (19).

این باور ممکن است در نظام‌های مسئولیت مبنی بر تقصیر خدشه دار شود؛ چرا که نظام‌های مسئولیت مبتنی بر تقصیر برخلاف نظام‌های غیرمبتنی بر تقصیر، طبیعتی استرس‌زا، خصمانه و دشمن‌وار در روابط بین خوانده و خواهان دارند (20). برای نمونه، یکی از توصیه‌های وکلا به پزشکان در هنگام شکایت یک بیمار از آنها این است که تا حد امکان از صحبت‌کردن و هم‌کلام شدن با بیماران و خانواده آنها اجتناب ورزند. این نمونه، خود به آشکارترین صورت نقش فرایندهای قضایی را در تخریب رابطه پزشک و بیمار نشان می‌دهد. بدین‌گونه، نظام‌های دادرسی پزشکی، باعث آسیب زدن به پزشکان هم به طور فردی و هم به حرفه پزشکی به طور عام می‌شود(21).

پزشکی که خطایی مرتکب نشده، اما با شکایت بیمارش به دادگاه خوانده می‌شود علاوه بر اضطراب و فشار روانی بسیاری که متحمل می‌شود، وقتش نیز به هدر رفته و به شهرت و آبروی حرفه‌ایش لطمه وارد می‌شود؛ تنش‌های عاطفی پزشکان در هنگام خواسته شدن به دادگاه را نیز نباید از نظر دور داشت؛ این تنش های عاطفی ممکن است بر نحوه برخورد پزشک با بیمارانش تأثیر منفی داشته باشد.

طبق آمار اعلام‌شده از سوی سازمان پزشکی قانونی، از کل پرونده های مورد بررسی در کمیسیون‌ها در شش ماهه نخست سال 92، یک هزار و 927 مورد مربوط به شکایات ناشی از قصور پزشکی بود که 818 مورد آن منجر به محکومیت و یک هزار و 109 مورد منجر به تبرئه پزشک شد (22). این آمار از یک سو نشان‌دهنده اتلاف بسیار وقت و شان حرفه‌ای در جامعه پزشکی می‌باشد و از سوی دیگر خدشه‌دار شدن اعتماد بیماران به پزشکان، که زیربنای رابطه حرفه‌ای در پزشکی است را به ذهن متبادر می‌کند.

ب: اصل عدم ضرر رساندن و ملاحظات مربوط به ایمنی بیماران

ایمنی بیمار که از مفاهیم اساسی در مطالعه نظام‌های سلامت است، کالبد تجلی گونهٔ پایه‌ای‌ترین اصل اخلاق پزشکی، ضرر نرساندن، در طبابت روزانه پزشکان و تیم درمانی است (23). ایمنی بیمار براساس تعریف انجمن پزشکی امریکا(IOM) عبارت است از «رهایی از هرگونه آسیب تصادفی ناشی از مراقبت پزشکی یا خطاهای پزشکی» (24). خطاهای پزشکی براساس آمار IOM در سال 1999 میلادی - مسئول سالانه مرگ 44000 تا 98000 و آسیب بیش از یک میلیون نفر در امریکاست (25). شیوع فاجعه بار خطاهای پزشکی و رخدادهای ناگوار باعث شده که ارتقای ایمنی نظام سلامت، در اولویت هدف‌های مسئولین جهت بهبود وضعیت ارائه خدمات قرار گیرد (26). مطالعات نشان می‌دهند که بهترین راه برای کاهش میزان خطا، توجه به مشکلات زمینه‌ای و نظام‌مند به جای اقدام علیه اعضای تیم درمانی به صورت فردی است. در این راستا آژانس ملی ایمنی بیمار در انگلستان پروتکل هفت موردی جهت ارتقای

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

ایمنی - بیماران تدوین نموده است که اولین گام آن ایجاد یک فرهنگ ایمن[15] می‌باشد. مدارکی که از دیگر حرفه‌هایی که با ایمنی انسان‌ها سروکار دارند وجود دارد، نشان می‌دهد که اگر فرهنگ یک سازمان بر اساس ایمنی - باشد، افراد بیشتر ترغیب می‌شوند که درباره اشتباهات خود صحبت کنند و در نتیجه عملکرد سازمان ارتقا می‌یابد. «فرهنگ یک سازمان شامل الگوی اعتقادی ارزشی هنجاری و پیش فرض‌های ناگفته‌ای است که رفتار و عملکرد کارکنان را شکل می‌دهد و منظور از فرهنگ ایمنی در حوزه سلامت، فرهنگی است که همراه با آگاهی پایدار و فعال از نتایج بلقوه عملکردهای اشتباه است»؛ فرهنگی که باز و منصفانه باشد افراد را بیشتر ترغیب به ابراز اشتباهات و خطاهای خود می‌کند (27).

نظام‌های مسئولیت که با طرح شکایت همراه هستند، برای فرهنگ ایمنی آسیب‌زا می‌باشند؛ چنانچه، در مطالعه‌ای نگرانی از آسیب به شهرت و اعتبار شخصی و احساس خطر از مورد شکایت بیماران واقع‌شدن، با درصد شیوع به ترتیب 76 و 71 ، به‌عنوان دو مانع مهم بحث و گفت‌وگو راجع به خطاها توسط کارکنان بخش مراقبت ویژه گزارش شده است (28). سیستم مبتنی بر تقصیر به علت وجود احتمال ایجاد پرونده خطای پزشکی برای پزشکان و پرستاران بیشتر در شکل‌گیری فرهنگ ایمنی خدشه ایجاد می‌کنند. هر چند که در مسئولیت اشتراکی، به علت انگیزه بیشتر بیمارستان‌ها به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به خطاهای پزشکی، این فرهنگ ایمنی قوی‌تر خواهد بود (8). در مطالعه‌ای اعضای هیأت علمی گروه زنان و مامایی در دانشکده‌ای در امریکا، مسئولیت حرفه‌ای را یکی از مهم‌ترین عامل های مؤثر نه تنها در کاهش ایمنی بیمار بلکه در نحوه طبابت و حتی زندگی شخصی خود دانسته‌اند (29). در نظام‌های مسئولیت غیرمبتنی بر تقصیر، پزشکان سختی کمتری برای ابراز نگرانی خود درباره خطای پزشکی صورت گرفته و درمیان گذاشتن آن با مسئولان مربوطه و بیماران دارند؛ چراکه ترس از شکایت و مسائل و مشکلات همراه با آن وجود ندارد (12).

سالیان متمادی است که نظام‌های مسئولیت پزشکی مبتنی بر تقصیر بر این باور شکل گرفته‌اند که ترس از شکایت بیماران باعث می‌شود که پزشکان در طبابت محتاط‌تر باشند و حتی تجربه‌های تلخ و سخت شکایت بیمار از پزشکان نقش مهمی در ارتقا کیفیت ارائه خدمات سلامت دارد. امروزه اما مطالعات تجربی چنین ادعایی را رد کرده‌اند و نشان داده‌اند که اثر بازدارندگی[16] نظام‌های مجازات‌کننده در حدی که از دید نظری مورد انتظار است، نمی‌باشد. ازجمله در مطالعه‌ای کیفی که بر روی 47 پزشک متخصص در رشته‌های داخلی، زنان و جراحی انجام شد، مشخص گردید که از نظر این پزشکان، وکلا و پروسه‌های قضایی فاقد قدرت اخلاقی لازم جهت هدایت عملکرد پزشکان می‌باشد. در این مطالعه پزشکان بیان کردند که به طور معمول تحت تأثیر محیط دادگاه قرار نمی‌گیرند و پروسه‌های دادگاهی فاقد عملکرد بازدارندگی مطلوب هستند (30).

پزشکی دفاعی یکی دیگر از مواردی است که برای ایمنی بیماران خلل‌آفرین است. به حالتی که پزشکان تست‌ها، پروسجرها و یا ویزیت‌هایی را برای بیماران درخواست می‌دهند، یا از دیدن بیماران و انجام مداخلات پرخطر خودداری می‌کنند، با این هدف که احتمال درگیری در یک دعوای مسئولیت قضایی را کم کنند، پزشکی دفاعی[17] گویند (31). این امر خود به‌طور مستقیم نیز با حرفه‌ای‌گرایی پزشکی در تعارض است؛ چرا که ناقض اصل پایه ای در اولویت قرار دادن منافع بیمار است (32). در پزشکی دفاعی عملکرد پزشک براساس ترس از مسئولیت قانونی است تا مصلحت بیمار و بنابراین نظام های مسئولیت برمبنای تقصیر از عوامل مهم انگیزش پزشکان برای طبابت دفاعی است (33 و 34). مطالعات در کشور امریکا حاکی از شیوع بالای پزشکی دفاعی است به قدری که حدود 5% تا 9% از کل هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی را به خود اختصاص داده است، تا آنجا که این امر از مهم‌ترین عواملی بوده است که مسئولین قضایی - این کشور را به شکل‌دادن رایزنی‌هایی جهت تغییر در قانون مسئولیت پزشکان تشویق کرده است (35 و 36). با اینکه نظام مسئولیت مشارکتی توانایی خوبی در کم کردن پزشکی دفاعی دارد، اما از آن جا که در نظام‌های غیرمبتنی بر تقصیر، به کلی فشار مسئولیت قضایی حذف می‌شود، مؤثرتر است. هرچه پزشکان کمتر از شکایات پزشکی بیم داشته باشند

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

کمتر مداخله‌های غیرضروری پزشکی را تنها برای کم کردن مسئولیت خود تجویز می‌کنند (12).

ج: اصل عدالت و ملاحظات مربوط به جبران خسارت بیمار

بحث عدالت در این مطالعه بیشتر در پارادیم اجتماعی عدالت که مبتنی بر شاخص‌ها و تعیین کننده‌های اجتماعی نابرابری در دسترسی به خدمات است متمرکز می‌باشد (37). به عبارت دیگر، در این بحث به بررسی چگونگی تأثیرگذاری نظام‌های مسئولیت اجتماعی بر میزان دسترسی افراد به جبران خسارت ناشی از خدمات پزشکی پرداخته می‌شود.

بنا بر مطالعات، بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان‌ها حوادث ناگوار را تجربه می‌کنند. این رقم در کشور امریکا در سال 1991 برای کل حوادث ناگوار 3,6 درصد و برای حوادث ناگوار ناشی از خطای پزشکی یک درصد بوده است(38). اما به علت عدم دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی و وضعیت وخیم جسمی آنها بیشتر این حوادث ناگوار به حساب سیر طبیعی بیماری گذاشته شده و اطلاعی از رخداد حادثه ناگوار برای بیماران و یا خانواده ها حاصل نمی‌شود. این حالت اولیست که ممکن است منجر به عدم جبران خسارت بیمار شود. در حالت دوم، کسانی قرار دارند که به هر حال، از شدت وخامت حادثه ناگوار و یا به هر دلیل دیگری از خسارت پدید آمده مطلع می‌شوند. مطالعات در کشور امریکا نشان می‌دهد که حدود 2/5-2 درصد از بیماران آسیب‌دیده از اعضای کادر درمانی شکایت می‌کنند (39 و 40). حال آنکه رسیدگی به درخواست‌های شکایت مربوط به حوادث ناگوار در پزشکی، جزء پیچیده‌ترین و غیرقابل پیشگویی‌ترین موارد قضاوت به شمار می‌روند؛ زیرا تقصیر پزشک و یا هر عضو دیگر از کادر پزشکی حتی با وجود کمک و نظردهی متخصصین فن، به سختی قابل مطالعه است و بدین‌گونه ممکن است که حالت سوم از امکان عدم جبران خسارت واقعی بیماران که همان عدم اثبات تقصیر پزشک در دادگاه است به وقوع بپیوندد. در مطالعه‌ای که در آن تعداد 1452 پرونده شکایت بسته شده در محاکم دوباره توسط کادری از پزشکان آموزش‌دیده جهت مطالعه شکایات، خطاها و پرداخت‌های جبران خسارت، دوباره مرور شد، گزارش گردید که از هر شش شکایت بیماران یکی شامل خطای واقعی‌ای بوده که جبران نشده است (41). در مطالعه‌ای دیگر نیز پرونده‌های بسته شده در طی سال‌های 91 تا 95 میلادی در ایالت کارولینای شمالی بازنگری شد و 13 درصد از خطاهای پزشکی جبران نشده یافت شد (42). در مطالعهٔ مشابه دیگری نیز مشخص شد که در 53 درصد از مواردی که خطای پزشکی محرز گردید جبرانی صورت نگرفته بود (43). در مطالعه‌ای دیگر که در رشتهٔ جراحی مغز و اعصاب انجام شد، این رقم حتی به 68 درصد رسید (44).

حالت چهارم ضعف در جبران خسارت نظام‌های مبتنی بر تقصیر هنگامی است که تقصیر پزشک، پس از گذشت زمان و صرف هزینه، سرانجام برای قاضی محرز گشته و حکم پرداخت خسارت صادر می‌شود. بنابر اذعان کارشناسان، تحقق عدالت در مورد دعوی‌های خطای پزشکی متهم به داشتن تأخیرهای طولانی است؛ برای نمونه؛ در کشور امریکا کل این پروسه قانونی از طرح دعوی تا اعلام رای نهایی به طور متوسط حدود چهار الی پنج سال طول کشیده و هزینه زیادی نیز صرف می‌شود (45). در ایران نیز روند شکایت از پزشکان و اثبات تقصیر آنها سخت،زمان‌بر و خسته‌کننده است؛ به‌طوری که مشهور است که برای این امر چکمه آهنین لازم است.

د: اصل رعایت استقلال فردی[18] بیمار و ملاحظات مربوطه

شناخت کافی درباره موضوع مربوطه و عدم حضور عوامل محدود کننده از عناصر ضروری برای تحقق اصل استقلال فردی در هنگام تصمیم‌گیری‌ها می‌باشد (46). بنابراین، در هنگام پیش‌آمد یک حادثه ناگوار برای بیمار این اصل پزشک را موظف می‌سازد که بروز خطا را به او اظهار نماید؛ البته پشتوانه این مهم، اصل سودرسانی نیز می‌باشد؛ چراکه عدم بیان واقعیت و اظهار خطا، خود نوعی فریب‌کاریست و به اعتماد جامعه به پزشکان خدشه وارد می‌نماید. به لحاظ اخلاق مبتنی بر حقوق نیز همان طور که بیماران حق دارند که قبل از انجام یک مداخله پزشکی از چگونگی آن مطلع شوند، این حق پس از

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

انجام آن مداخله نیز باقی می‌ماند (47). اما همان‌طور که در مبحث ایمنی بیمار به تفصیل آمد، فضای حاکی از نگرانی پزشکان از شکایت به مراجع قانونی و زیر سوال رفتن آبروی حرفه‌ای و بار سنگین مالی، روانی و عاطفی آن و بسیاری دیگر موانعی مهم برای تحقق افشای حادثه ناگوار برای بیمار محسوب می‌شوند.

ه: ملاحظات دیگر

یکی از معایب بزرگ نظام‌های مبتنی بر تقصیر فردی، طبیعت مجرم دانستن پزشک است. در این راستا، نکته اول این است که در واقعیت حتی پس از انجام اقدامات لازم و کافی پیشگیرانه، خطاهای پزشکی غیر قابل اجتناب‌اند (48). درحالی که به واقع پزشک حاذق هم ممکن است مرتکب خطا شود و در این حالت او تنها ضامن است و باید خسارت به بار آمده را جبران کند. به عبارت دیگر، مجرم بودن و مسئول بودن چه در علم حقوق و فقه و چه در عرف به طور کامل متفاوت‌اند و مجرم تلقی نمودن فرد مسئول یکی از معایب بزرگ نظام‌های مسئولیت مبتنی بر تقصیر است.

نکته دوم اینکه بیشتر فرضیات درمورد مسئول کیفیت درمان ارئه شده ریشه در نحوه طبابت در زمان‌های گذشته دارد، زمانی که مراکز درمانی و آموزشی پزشکی مانند بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و مراکز تصویربرداری به شکل امروزی وجود نداشت و پزشک به تنهایی در راس امور درمانی بود؛ او خود بیمار را معاینه می‌کرد، دارو تهیه می‌نمود و به بیماران می‌خوراند (49و 50). اما امروزه، پزشک در هنگام مواجهه با بیمار در واقع نماینده یک نظام پیچیده و درهم تنیده از اجزای تخصصی تشخیصی و درمانی است و قابل انکار نیست که «بیشتر خطاهای پزشکی نتیجه مشکلاتی است که زاییدهٔ نظام‌های پیچیده امروزی است» (51). معایب نظام هم خود به طور مستقیم از علل شایع خطاهای پزشکی است و هم به طور غیرمستقیم عامل بسیاری از خطاهای فردی پزشکان است (52)، و در نظام‌های مسئولیت پزشک مبتنی بر تقصیر فردی، این نکته لحاظ نمی‌گردد. البته این مشکل خود به بهترین وجه در نظام‌های مسئولیت اشتراکی حل می‌شود؛ هر چند که این الگو از مسئولیت نیز نظام را تنها تا بیمارستان‌ها مسئول می‌داند و مراکز آموزشی و اداری را شامل ضمان نمی‌کند.

نتیجه‌گیری

دیدگاه قانون‌گذار در جریان تغییرات قانون مجازات اسلامی سال 1391 در مورد مسئولیت مدنی پزشکان مبتنی بر تقصیر شد؛ نظام مسئولیت پزشک غیرمبتنی بر تقصیر که در کشورهای اسکاندیناوی مانند: نیوزلند و سوئد در حال اجراست، برمبنای مسئولیت محض نظام سلامت در قبال هر گونه آسیب وارده به بیمار در جریان مداخلات پزشکی می‌باشد. تحلیل نظام‌های مسئولیت پزشکی مبتنی بر تقصیر و غیرمبتنی بر تقصیر از دیدگاه اصول و ارزش‌های اخلاق پزشکی، به این نتیجه می‌رسد که نظام‌های مسئولیت پزشکی هر چه بیشتر به سمتی گرایش پیدا کنند، که عنصر تقصیر در آنها کمرنگ‌تر شود، تأثیر بیشتری در به‌وجودآوردن فضای اخلاق و فضیلت در جامعه پزشکی دارند؛ بنابراین، ابتدا نظام مسئولیت بدون تقصیر و در درجه بعد نظام مسئولیت اشتراکی در اجرای اصول و ارزش‌های اخلاقی در نظام سلامت کارایی بیشتری دارند. نظام مسئولیت مبتنی بر تقصیر فردی پزشک که امروزه در کشور در حال اجراست و با تصویب قانون مجازات اسلامی مصوب 1391 علنی شد، تحقق بسیاری از اصول و قوانین اخلاقی را برای پزشکان و جامعه سلامت دشوار می‌سازد. از جمله، اصول رعایت استقلال فردی بیمار و ضرر نرساندن، که به بهترین وجه در اظهار خطای پزشکی و ارتقای ایمنی بیماران تجلی می‌یابند، فضایی عاری از قضاوت و سرزنش را جهت اجرا می‌طلبند که خود با مبانی نظام‌های مسئولیت مبتنی بر تقصیر در تعارض است. اصل عدالت نیز که در قالب جبران خسارت بیماران مطرح می‌شود، به وضوح در شرایط مسئولیت بدون تقصیر بهتر تحقق می‌یابد. همچنین در این نظام استرس و تنش در رابطه پزشک و بیمار به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد و دغدغه‌ها و نگرانی‌های پزشکان از شکایت بیماران و درگیر شدن در فرایندهای دادگاهی نیز از بین می‌رود.

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

از آنجا کـه شـرایط و نحـوه طبابـت پزشـکان، آمـوزش آنهـا و نظـام‌هـای اداری اجرایـی دخیـل در عملکـرد آنهـا بـه طـور چشم‌گیری تفاوت کرده‌است، از این رو، مقتضی است کـه نگـاه قانون‌گذار به قانون مهم و کلیدی مسئولیت مدنی پزشـکان نیـز عمیق‌تر گشته و با تمهیدات سازمان‌یافته و اجرایی همراه شـود. در پایان، ذکر این نکته ضروری است که رویکرد نگارنـدگان در این مقاله، تنها یک ارزش‌داوری اخلاقی بین انواع دیـدگاه‌هـای موجود به مسئولیت پزشکی مـی‌باشـد و بررسـی‌هـای اجرایـی، اقتصادی و سازمانی توسط کارشناسان مربوطه مـی‌توانـد سـهم بسزایی در تکمیل نتایج این مطالعه جهت برنامه‌ریزی‌های کلان مسئولین و دست‌اندکاران داشته باشد.

واژه‌نامه

1.Professional Liability Crisis
بحران مسئولیت پزشکی

2. Fiduciary Professionalism
حرفه‌ای‌گرایی وفادارانه

3. Stakeholder Theory
نظریهٔ طرف‌ها

4. Tort Liability System
نظام مبتنی بر تقصیر

5. Enterprise Medical Liability
مسئولیت پزشکی اشتراکی

6. Altruism
نوعدوستی

7. Social Responsibility
مسئولیت اجتماعی

8. Justifiable
توجیه پذیر

9. American Medical Association(AMA)
انجمن پزشکی آمریکا

10. Physician Insurer Association of America (PIAA)
انجمن بیمه پزشکان آمریکا

11. No-Fault System
نظام غیرمبتنی بر تقصیر

12. Review Board
بورد بازخوانی

13. Medical Misadventures
اتفاقات ناخواسته در طبابت

14. Avoid Ability
قابل اجتناب بودن

15. Safety Culture
فرهنگ ایمن

16. Deterrence Effect
اثر بازدارندگی

17. Defensive Medicine
پزشکی دفاعی

18. Autonomy
استقلال فردی

منابع

1. Zhvrdn P. (2004). Principles of civil liability, together with the opinion of the Supreme Court of France. Translated by: Adib M. (2006). Tehran: Mizan Publication. P. 25-26. (In Persian).
2. Sage WM. (2003). Medical Liability and Patient Safety. Health Affairs; 22(4):26-36.
3. Chervenak FA, McCullough LB. (2004). Neglected ethical dimensions of the professional liability crisis. American J of Obstetrics and Gynecology; 190: 1198-1200.
4. Chervenak JL, Chervenak FA, McCullough LB. (2010). A new approach to professional liability reform: placing obligations of stakeholders ahead of their interests. American J of Obstetrics and Gynecology; 203(3): 1-7.
5. Katozian N. (2007). Ethics & Rights. Ethics in Science & Technology; 2 (1,2): 85-88. (In Persian).
6. Sayari S, Faramarz Gharamaki A. (2007). Negri delivered obstacle promote professional ethics. Tadbir Journal; 184: 23-25. (In Persian).
7. Gandomkar RH. (2007). Propose of rights. Theological- Philosophical Research; 33: 147-174. (In Persian).
8. Katie P. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? BMC medical ethics; 13: 10.
9. Esmaeilabadi AR, Yazdi-Moghadam H, Jafaripoor R. (2006). Justification and criticism of a vote: reading a file called animal serum. Ethics in Science & Technology; 1(1): 81-93. (In Persian).
10. Raanan G. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be first among equals. Journal of Medical Ethics; 29(5): 307-312.
11. Richard H. (2013). For and against the four principles of biomedical ethics. Clinical Ethics; 8(2-3): 39-43.
12. Tappan K. (2004). Medical-Malpractice Reform: Is Enterprise Liability or No-Fault a Better Reform. BCL Rev; 46: 1095.
13. Bismark MM, Brennan TA, Davis PB, Studdert DM. (2006). Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. Medical journal of Australia; 185(4): 203-207.

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

14.William GJ. (2003). no fault compensation systems experience elsewhere suggests it is time for the UK to introduce a pilot scheme. BMJ; 326:997-998.

15.Sage WM. (1997). Enterprise Liability and the Emerging Managed Health Care System. Law and Contemporary Problems; 60: 159-210.

16.American Healthway Inc. (2004). Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit. Available at: www. cardiophonics. com/ Patient Physician. pdf. Accessed: 10 Dec, 2013

17.Kleinman A. (2012). Care giving as moral experience. Lancet; 380:1550-51.

18.Aramesh K, Erfani-Khanghahi K. (2006).the role of confidence in the economy of medical ethics in the formation of social capital. Ethics in Science & Technology; 1 (1): 29-34. (In Persian).

19.Bani- Hashemi. (2006). Understanding and optimizing the relationship between doctor and patient. Ethics in Science & Technology; 1 (1): 55-60. (In Persian).

20.Denver medical society. (2007). Health Courts: Life without Juries? Denver Medical Bulletin. 97(9):1-5.

21.Struve CT. (2004). Doctors, the Adversary System, and Procedural Reform in Medical Liability Litigation. Fordham Law Rev; 72(4):943-1016.

22.Iranian Legal Medicine Organization. (2013). News view. Available at :http: //www.lmo. ir / index.aspx? siteid= 1& pageid= 2316& newsview = 15368. Accessed: 26 Nov 2013. (In Persian).

23.Elwyn G, Corrigan JM. (2005). The patient safety story. BMJ; 331:302–304.

24.Romano PS, Geppert JJ, Davies S, Miller MR, Elixhauser A, Mc-Donald KM. (2003) .A National Profile of Patient Safety in U.S. Hospitals. Health Affairs; 22(2):154-166.

25.Murff HJ, Patel VL, Hripcsak G, Bates DW. (2003). detecting adverse events for patient safety research: a review of current methodologies. Journal of Biomedical Informatics; 36: 131–143.

26.Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS, Maguire SK, Pike KC. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press. p. 4

27.National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety, the full reference guide. Available at: www. npsa.nhs. uk / sevensteps. Accessed: 24 Aug, 2004.

28.Schwappach DLB, Boluarte TA. (2008). the emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. Swiss Medical Weekly; 138(1-2):9-15.

29.Weinstein L. (2006). A Multifacited approach to improve patient safety, prevent medical errors and resolve the professional liability crisis. American journal of obstetrics and gynecology; 194: 1160-1167.

30.Hupert N, Lawthers AG, Brennan TA, Peterson LM. (1996). processing the tort deterrent signal: a qualitative study. Social Science & Medicine; 43(1): 1-11.

31.Anderson RE. (1999). Billions for Defense: The Pervasive Nature of Defensive Medicine. Archives of Internal Medicine; 159(8): 2399–2402.

32.Members of the Medical Professionalism Project. (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Annals of Internal Medicine; 136(3):243-246.

33.Kessler DP, Summerton N, Graham JR. (2006). Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. The Lancet; 368(9531): 240-246.

34.Thornton T. (2008). The need for tort reform as part of health care reform. Critical Reviews in Neurobiology; 18(4): 321-327.

35.Dove JT, Brush JE, Chazal RA, Oetgen WJ. (2010). Medical professional liability and health care system reform. Journal of the American College of Cardiology; 55(25): 2801-2803.

36.Rubin RJ, Mendelson DN. (1994). How much does defensive medicine cost? The Journal of American health policy; 4(4): 7-15.

37.Aramesh K. (2007). Discussion of principles of justice in medical ethics . Ethics in Science & Technology; 2(3, 4): 5-10. (In Persian).

38.Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine; 324: 370–376.

39.Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BIW, Orav EJ, Brennan TA. (2000). Negligent Care and

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]

46.Beauchamp TL, Childress JF. (2013). Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford university press. P.104.

47.Asghari F, Yavari N. (2005). Said medical errors. Medical ethics & history of medicine; 5: 25-35. (In Persian).

48.Gorovitz S, MacIntyre A. (1975). Toward a theory of medical fallibility. Hastings Cent Rep; 5(6):13-23.

49.Sage WM, Hastings KE, Berenson RA. (1994). Enterprise Liability for Medical Malpractice and Health Care Quality Improvement. Am J Law Med; 20(1-2):1-28.

50.Parsapoor MB, Parsapoor AR, Esmaiilabadi AR. (2006). Physician error and its impact on Physicians responsibility. Ethics in Science & Technology; 1(1): 21-31. (In Persian).

51.Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. Patient Fact Sheet. Available at: http: // www. ahrq. gov / consumer/ 20 tips. htm. Accessed: 28 Sep2011.

52.Halbach JL, Sullivan L. (2003). Medical Errors and Patient Safety: A Curriculum Guide for Teaching Medical Students and Family Practice Residents. 3rd ed. New York: Medical College Department of Family Medicine. p. 1-14

Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado. Medical Care; 38(3): 250-260.

40.Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med; 325(4): 245-248.

41.Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. (2006). Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. N Engl J Med; 354: 2024-2033.

42.Peeples R, Harris CT, Metzloff TB. (2002). The Process of Managing Medical Malpractice Cases: The Role of Standard Care. Wake Forest Law Review; 37(3): 877-902.

43.Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. (1996). Relation between Negligent Adverse Events and the Outcomes of Medical-Malpractice Litigation. N Engl J Med; 335: 1963-1967.

44.Cranberg LD, Glick TH, Sato L. (2007). Do the Claims Hold Up? A Study of Medical Negligence Claims against Neurologists. Journal of Empirical Legal Studies; 4(1): 155–162.

45.Kessler DP, McClellan M. (1998). The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care. Law and Contemporary Problems; 60(1):81-106.

[Downloaded from ethicsjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1393.9.4.2.2]