



## بررسی جرم شناختی جرایم پزشکی در ایران

فرید محسنی

هیئت علمی، استادیار، دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، تهران، ایران

مهدی پناهی تنورکنند<sup>۱</sup>

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق کیفری اطفال و نوجوانان دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، تهران، ایران

محمد اکبری مفرد

کارشناسی ارشد حقوق کیفری اطفال و نوجوانان دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، تهران، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۱۶)

### چکیده

جرایم پزشکی به دلیل قرار گرفتن در زمره جرایم تخصصی سیاست جنایی افتراقی ای را مطلبد که بر مبنای شناخت صحیح از این دسته جرایم، جرم انگاری و کیفر گذاری شود، در این بین نمی توان تأثیر مجرمین این حوزه به دلیل جایگاه خاصشان در جامعه بر سیاست جنایی را نادیده گرفت. در این مقاله سعی شده است از دید جرمشناسی انتقادی و شاخه های آن از جمله جرم شناسی مارکسیستی، جرم شناسی فمینیستی و جرم شناسی پست مدرن، به سیاست جنایی ایران در حوزه جرایم پزشکی با هدف آسیب شناسی و اصلاح و نه انکار کلی این سیاست جنایی به طوری که در جرم شناسی انتقادی مطرح است پرداخته شود. به منظور نیل به

1 - Email: M.panahi1993@gmail.com

\* (نویسنده مسئول)

این هدف بخشی از مقررات مصوب در این حوزه از جرم انگاری تا کیفر گذاری و نحوه رسیدگی در پرتو جرم شناسی انتقادی بررسی شده و سعی شده است تا جایگزین های مناسب یا طریقه اصلاح این مقررات بیان شود.

### واژگان کلیدی

جرم شناسی، جرم شناسی انتقادی، جرایم پزشکی، سیاست جنایی

## Investigation of medical criminals in Iran from the perspective of criminology

### Abstract

Medical crimes require a differential criminal policy because they are classified as specialized crimes, which are criminalized and undergo the process of choosing punishment based on the correct recognition of this category of crimes. Meanwhile, the influence of the perpetrators of this area cannot be ignored on criminal policy because of their particular position in society. This article attempts to address Iran's criminal policy in the field of medical crime from the critical criminology and its branches, including Marxist criminology, feminist criminology and postmodern criminology point of view with the aim of pathology and not overall deny this criminal policy as it does in critical criminology. In order to achieve this goal, some parts of the adopted regulations in this area from criminalization and choosing punishment to hearing method has been considered in the light of critical criminology. The appropriate alternatives to amend these regulations are presented as well.

### Keywords

Criminology, Critical Criminology, Medical Crimes, Criminal Policy



## مقدمه

از روزگار قدیم پزشک از جایگاه والایی در جامعه برخوردار بوده است به طوری که با مطالعه ی متون تاریخی و ادبی از حکیم به عنوان فردی خاص در جامعه یاد شده است. این جایگاه در طول تاریخ همچنان حفظ شده و با اندکی تغییر قابل تسامح در زمان حال قابل مشاهده است. اما آیا این جایگاه افتراقی، اسباب افتراقی، از جمله دادرسی افتراقی را هم می‌طلبد؟ در واقع جرایم پزشکی چه آن را جرایم منسوب به پزشک مرتبط با اعمال پزشکی بدانیم و چه آن را با دیدگاهی موسّع تر جرایم مربوط به هرگونه اعمال پزشکی بدانیم که طیف وسیعی از جرایم را تشکیل می‌دهند با دادرسی افتراقی رسیدگی می‌شوند که خالی از اشکال نیست. تبعیض مذکور در جایگاه پزشک و عوام در سیاست جنایی مربوط به این قشر بی‌تردید تأثیر گذاشته است. ساترلند یکی از منتقدین جرم‌شناسی سنتی بود که جرایم یقه سفیدها (منتقدان سیاسی، مادی، اقتصادی) را در برابر جرایم یقه آبی‌ها (کارگران و کم‌درآمدها) قرار داد. ساترلند در عصر خود، نظام بنگاه‌ها و شرکت‌ها را زیر سوال برد و اعتقاد داشت نباید از مطالعه جرایم آن‌ها که رقم سیاه بالایی دارند غافل شد. (گودرزی، ۱۳۸۱: ۱۲۰) از اواخر دهه ۱۹۶۰ به تدریج جرم‌شناسی‌های انتقادی و در واقع اقلیتی مطرح شدند که عبارتند از: جرم‌شناسی مارکسیستی، رویکرد‌های واکنش اجتماعی مدار جرم‌شناسی، جرم‌شناسی فمینیستی، جرم‌شناسی پست مدرن، جرم‌شناسی انتقادی نژادی، جرم‌شناسی پسا استعماری، جرم‌شناسی فرهنگی، جرم‌شناسی سبز، جرم‌شناسی محکومان. این جرم‌شناسی‌ها، هر یک بنا به منافع و باورهای صنفی، جنستی، سیاسی و یا ملاحظات دیگر، رویکرد و روش‌شناسی جرم‌شناسی کلاسیک را به چالش کشیدند<sup>۱</sup>. به طور کلی در دیدگاه جرم‌شناسی انتقادی نابرابری ساختاری به مثابه عامل مولد جرم و بزه دیدگی است.

در خصوص تبیین جرایم پزشکی نظرات گوناگونی در دکترین حقوقی بیان شده است. منظور از جرم پزشکی به نظر برخی از صاحب نظران تصدی متقلبانه مشاغل پزشکی بدون حصول شرایط مقرر قانونی و قصور و سهل‌انگاری و تخلف از قوانین و مقررات پزشکی در انجام وظایف و تکالیف قانونی است. (عباسی، ۱۳۷۴: ۱۰) این تعریف را می‌توان در زیرمجموعه‌ی جعل عنوان یا مشاغل گنجانند.

۱. قبل از نیمه دهه ۸۰ موضوعات مطالعاتی جرم‌شناسی انتقادی اغلب محدود به نخبگان حاکم، یقه سفیدان، اشخاص حقوقی تجاری، نهاد‌های حکومتی قانون شکن، و افرادی بود که در خصوص جرم‌انگاری تصمیم می‌گرفتند اما امروزه دامنه مطالعاتی آن گسترش یافته است.

جرایم پزشکی به واسطه سیاست جنایی افتراقی نیز مستعد بررسی در این رویکرد جدید هستند تا نقاط ضعف و قوت این سیاست جنایی مشخص گردد. از سویی مرتبط بودن بخشی از این دسته جرایم با والاترین ارزش انسانی یعنی جان وی بر اهمیت این بررسی دو چندان می افزاید. اما به نظر می رسد این بررسی در همه شاخه- های جرم شناسی انتقادی محلی از اعراب ندارد. به این منظور در این مقاله جرم شناسی مارکسیستی و جرم- شناسی فمینیستی و جرم شناسی پست مدرن به عنوان مشخص ترین وجهه های جرم شناسی انتقادی (اروپایی)<sup>۱</sup> در نظر گرفته شده است و در هر یک از این موضوعات مواردی از جرایم پزشکی به عنوان مثال ذکر و بررسی گردیده و در نهایت پیشنهاد هایی در بخش نتیجه گیری برای بهبود وضعیت سیاست جنایی ذکر شده است.

#### ۱- جرم شناسی مارکسیستی و جرایم پزشکی

جرم شناسی مارکسیستی در سال ۱۹۱۶ با کتابی به عنوان مجرمیت و شرایط اقتصادی نوشته ی ویلم متأثر از فلسفه سیاسی مارکس پا به عرصه ی جرم شناسی نهاد. بونگر استدلال نمود نظام اقتصادی سرمایه داری تمامی مردم جامعه را تشویق می نماید که خود خواه باشند و در پی اکتساب منافع برای خود، منافع دیگران را زیر پا گذارند و دلیل قدرتمند بودن افراد ثروتمند در این عرصه آن است که افراد کم تر برخوردار مورد ظلم واقع می شوند و واکنش این دسته در برابر کنش قشر مرفه توسط همین قشر که حکومت را در دست دارند جرم انگاری می شود. به دلیل شدت رادیکالی بودن این استدلال در آن دوره مورد توجه مجامع علمی جرم شناسی قرار نگرفت تا سال ۱۹۶۰ که تحت تأثیر فضای سیاسی رادیکال دوباره مطرح شد. جرم شناسی مارکسیستی در اوان پیدایش بر پایه ی دو نظریه قرار داشت: ۱. شورش اولیه مارکس ۲. نظریه ی ابزار انگار نظام عدالت کیفری. نظریه شورش اولیه در استدلال بونگر کاملاً مشهود است و جرم را ناشی از شورش مکانیزه و ناخودآگاه افراد قشر کم قدرت و مظلوم علیه قشر مرفه می داند که توسط دسته کم قدرت انجام می گیرد و نظریه ابزار نگر که بعدها اصلاحاتی در آن صورت گرفت نظام عدالت کیفری را ابزاری در دست قشر ثروتمند برای حفظ جایگاه و منافعشان می داند.

<sup>۱</sup>. در امریکا رادیکالیسم به معنای مقابله فعال، علیه هیات حاکمه و آنچه جوهره آن را تشکیل می دهد است. رادیکالیسم سبب گسستگی کامل از گذشته می شود و بنابراین بحث اصلاح وجود ندارد. اما در اروپا رادیکالیسم به معنای رفروم و اصلاح است.

<sup>۲</sup> Willem Bongers

این دیدگاه از سوی برخی مارکسیست ها مورد انتقاد قرار گرفت و فهم ساده انگارانه از نظریه مارکس دانسته شد؛ از جمله انتقادهای وارد می توان به دو انتقاد مهم اشاره نمود:

۱. با روی کار آمدن دولت سوسیالیست نیز جرم ریشه کن نخواهد شد و در نتیجه علل متعدد در به وجود آمدن جرم دخیل است.

۲. نظام عدالت کیفری را نمی توان صرفاً در جهت حفظ منافع قشر حاکم دانست بلکه بیشتر این نظام در خدمت تفکر سرمایه داری است و می تواند در این مسیر در مواقعی علیه افرادی از همین قشر قرار گیرد. همین انتقاد ها بود که منجر به پدیداری جرم شناسی نوینی گشت که در این مقاله مد نظر قرار گرفته شده است. در این راستا می توان با دو تعبیر به جرایم پزشکی از نظر جرم شناسی مارکسیستی نگریست:

#### ۱-۱- تعبیر اول

تعبیر اول بیشتر نزدیک به مفهوم جرم شناسی مارکسیستی کلاسیک است که قشر ثروتمند را حاکم دانسته و نظام عدالت کیفری را در خدمت این قشر می داند. در بررسی جرایم پزشکی در این تعبیر دسته ای از جرایم پزشکی را می توان گنجانند که عدم انجام آن ها مستلزم ورود ضرر مالی به پزشک و یا از دست دادن منفعتی و یا دست کم به دست آوردن منفعت کمتری هستند. از جمله ی این جرایم می توان به تبلیغات غیر قانونی، استفاده از ابزار و مواد غیر استاندارد ارزان قیمت و اخذ وجه خارج از تعرفه از مراجع اشاره نمود. در سیاست جنایی ایران به موجب آیین نامه دستور العمل نحوه تبلیغ و آگاهی های دارویی و مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی و امور پزشکی، درج آکاهی های گمراه کننده در ماده ۱۱<sup>۱</sup> جرم انگاری شده است که خالی از اشکال نیست. اولاً منظور از گمراه کننده در این جرم انگاری مشخص نشده است و چه تضمینی دارد که هیئت مدیره نظام پزشکی که در همین ماده قانونی به عنوان تشخیص دهنده قرار گرفته اند تفسیر صنف مدارانه از این واژه به ضرر عوام انجام ندهند؟ ثانیاً مرجع تشخیص دهنده گمراه کننده بودن تبلیغات انجام گرفته که هیئت مدیره نظام پزشکی است و در رأس آن رئیس این هیئت قرار دارد به موجب ماده ۱۶ همین آیین نامه می تواند خود مرجع صدور مجوز چنین تبلیغاتی قرار گیرد؛ لذا چگونه می توان انتظار داشت که این مرجع صنفی به ضرر خود عمل کند و تبلیغات مضر را گمراه کننده بداند؟

۱. درج هرگونه تبلیغات گمراه کننده ممنوع می باشد و مرجع تشغیص آن هیأت مدیره نظام پزشکی محل می باشد.

استفاده از ابزار و مواد غیر استاندارد توسط پزشک به طور مشخص در سیاست جنایی ایران جرم انگاری نشده است، حال آنکه به نظر می‌رسد با توجه به نتیجه‌ی زیانبار این استفاده که طیف گسترده‌ای از آسیب‌های سطحی تا قتل را در بر می‌گیرد لازم است به طور مشخص مورد جرم انگاری قرار بگیرد؛ از اعمال شایع مرتبط با این ابزار که در ماده ۷ آیین نامه مورد اشاره قرار گرفته است اما به طور مشخص جرم انگاری نشده است الزام غیر ضروری پزشک به استفاده از آن ابزار برای به دست آوردن سود بیشتر است.

در رابطه با اخذ وجه مازاد بر تعرفه‌ی قانونی که در مواد ۱۰ و ۱۱ این آیین نامه مورد اشاره قرار گرفته است و به اندازه‌ای در کشور ما شایع است که به جرأت از نوعی عرف به وجود آمده به خصوص در موارد جراحی‌های خطرناک می‌توان یاد کرد، در این زمینه باید توجه نمود که یک نوع گزارش دهی از طرف قربانی را نمی‌توان انتظار داشت، چرا که به دلیل وضعیت وخیم خود یا بستگان عموماً نزدیک و نیازمند بودن به تخصص پزشک مانع از این گزارش دهی می‌شود لذا با عدم پیش بینی ساز و کار مفید در زمینه کشف این جرم می‌توان از قانون بیهوده در این زمینه یاد کرد که منجر به فراخ دست این قشر برای فشار آوردن به قشر ضعیف جامعه می‌شود.

## ۲-۱ تعبیر دوم

در تعبیر دوم از معنای جرم شناسی مارکسیستی به معنای کلاسیک، فاصله گرفته و قوانین تبعیض آمیز را نه به عنوان ابزاری در دست قشر ثروتمند بلکه آن را در خدمت قشر متخصص جامعه می‌دانیم، از این جهت این تعبیر بیشتر به نظریه‌ی تعارض منافع صنف‌ها شبیه خواهد بود و قشر وسیع تری از جرایم را در بر خواهد گرفت که الزاماً در بر دارنده منفعت مالی نیستند و بیشتر قائم به پزشک هستند تا اعمال پزشکی از جمله این جرایم می‌توان به افشای اسرار بیمار، عدم پذیرش بیمار، عدم اقدام موثر در مداوای بیمار اشاره نمود.

افشای اسرار بیمار به موجب ماده ۶۴۸ ق.م.ا. (تعزیرات)<sup>۱</sup> از لحاظ جرم عمومی و به موجب ماده ۴ و ماده ۲۹ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ی پزشکی و وابسته، از لحاظ جرم انتظامی، جرم انگاری و کیفر گذاری شده است؛ در این خصوص این رفتار را به جهت جرم انگاری و بعد به جهت کیفر گذاری مورد بررسی قرار می‌دهیم.

<sup>۱</sup> اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

الف) جرم انگاری افشای اسرار بیمار: در مورد جرم انگاری باید توجه داشت که واژه سِرّ در این جرم ممکن است گاهی بسیار مضیق و گاهی بسیار موسّع تر از آن چه که هست معنی شده و موجب عدم مساوات در رسیدگی های مشابه گردد. برای مثال بر چه اساسی باید مشخص نمود که نوشتن مشخصات بیمار و شرحی از وضعیت او در کنار تخت بیمارستان، آیا مشمول عمل افشای اسرار بیمار هست یا نیست؟ موضوع دوم عدم شمول برخی دست اندرکاران مشاغل پزشکی است که در نظر عوام پزشک تلقی می شوند؛ مانند کارآموزان پزشکی حین تحصیل که در این خصوص معلوم نیست افشای اسرار بیمار توسط ایشان چه وضعیتی خواهد داشت و در آخر باید به این مطلب اشاره کرد که منظور از اسرار، اسراری است که به مناسبت رابطه ی پزشک و بیمار در اختیار پزشک قرار داده شده است یا اسرار دیگر را نیز در بر می گیرد؟ برای مثال «الف» که بیمار پزشک است و در وزارت خارجه کار می کند اسراری را در مورد روابط کشور ها به پزشک می گوید؛ در این خصوص طیف وسیعی از شرایط مختلف را می توان متصور شد، شرایطی که حتی می توانند حالتی خاکستری داشته باشند که تعیین وضعیت آن ها ضروری به نظر می رسد، برای مثال پزشکی متوجه عدم توانایی «الف» برای بارداری می شود و در نتیجه متوجه می شود که «ب» فرزندخوانده «الف» است؛ آیا افشای این سر بدون اشاره به مشکل «الف» در عدم بارداری نیز افشای سر منظور این ماده خواهد بود؟ لذا با عدم روشن شدن حدود و ثغور قانون در این زمینه مشکل جدی در احقاق حق توسط عوام را شاهد خواهیم بود.

ب) کیفر گذاری جرم افشای اسرار بیمار: در مورد کیفر گذاری به دو مبحث جرم انگاری در مقام جرم انتظامی و جرم انگاری در مقام جرم عمومی می توان اشاره کرد.

در خصوص کیفر گذاری در مقام جرم عمومی ماده ۶۴۸ ق.م.ا. (تعزیرات) بیان می دارد: اطباء و جراحان ..... به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می شوند. اولاً درجه ی اهمیت سِرّ مشخص نشده است و به این ترتیب قاضی رسیدگی کننده می تواند برای افشای سِرّی با حداقل درجه اهمیت حداکثر این مجازات و برای افشای سِرّی با اهمیت و آثار سوء فراوان حداقل این مجازات را تعیین نماید؛ لذا ممکن است قربانی این جرم با این طرز کیفر گذاری مظلوم واقع شده و با عدم اقتناع حس عدالت خواهی به اقدامات تلافی جویانه ای دست بزند که مجازاتی به مراتب شدیدتر از مجازات پزشک افشاء کننده ی سِرّ داشته باشد.

در مورد کیفر گذاری در مقام جرم انتظامی با توجه به آیین نامه رسیدگی به تخلفات حرفه پزشکی و وابسته، کیفر های مذکور در بند الف و ب تبصره یک ماده ۲۸ قانون نظام پزشکی یعنی توبیخ شفاهی یا توبیخ کتبی با درج در پرونده در نظر گرفته شده است. با کمی تأمل در این مجازات این سؤال ایجاد می شود که چرا در جرایمی مانند عدم رعایت شئون پزشکی که جرمی علیه صنف است و به موجب بند «ث» تبصره ماده ۲۹ آیین نامه گستره ای از مجازات های توبیخ کتبی مشدد تا منع از اشتغال به حرفه ی پزشکی در نظر گرفته شده است، اما در مورد جرم افشای سِرّ که علیه اشخاص عادی بوده و می تواند به مراتب آثار زیانبار تر از جرم مذکور داشته باشد حداقل های مجازات رعایت گردیده است.

عدم پذیرش بیمار با هر انگیزه ای ممکن است رخ دهد، عدم پذیرش بیمار را بر حسب اوضاع و احوال می توان به دو دسته تقسیم کرد: عدم پذیرش بیمار در وضعیت غیر حاد و عدم پذیرش بیمار در وضعیت حاد.

#### ۱-۲-۱ عدم پذیرش بیمار در وضعیت غیر حاد

منظور از بیماران در وضعیت غیر حاد افرادی هستند که بدون کمک فوری، مشکل مهمی در وضعیت آن ها به وجود نمی آید و با کمی تسامح می توان این بیماران را بیماران غیر اورژانسی نامید. در خصوص عدم پذیرش این دسته از بیماران قانون مشخصی به تصویب نرسیده است. ماده ۱۵ آیین نامه، پذیرش بیماران را بعد از تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی به شرط مناسب بودن زمان، الزامی می داند اما این الزام نیز مانند موارد پیش گفته از ضمانت اجرای محدود یعنی صرفاً توبیخ کتبی یا شفاهی برخوردار است لذا پزشک می تواند به انگیزه های شخصی یا سازمانی از پذیرش هر بیماری خودداری کند و در عین حال برخورد سختی با وی نشود در حالی که این رفتار با غایت علم پزشکی که کمک به سلامتی افرادی هست که دچار بیماری به معنی عام آن شده اند مغایرت دارد و توانایی به سیطره درآوردن اقشار دیگر به خصوص اقشار به لحاظ مالی نیازمند را به لحاظ عدم توانایی مراجعه به نهاد های درمانی دیگر در اکثر مواقع به ارمغان می آورد.

---

۱. پزشکان و دندانپزشکان و متخصصان و دکترها حرفه ای علوم آزمایشگاهی، ماماها و کایرو پراکتورها موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی حسب مورد معاینه دقیق و انجام آزمایشهای آنها در یک زمان مناسب مسیر می باشد.



## ۲-۲-۱ عدم پذیرش بیمار در وضعیت حاد

منظور از بیمار در وضعیت حاد فردی است که با عدم اقدام سریع پزشکی ممکن است ضرر های شدید تری «حتی مرگ» به بیمار وارد آید، با کمی تسامح این بیماران را، بیماران اورژانسی، می توان نامید. در خصوص پذیرش این دسته از بیماران باید حساسیت بیشتری نشان داد چرا که ترک فعل در این موارد ممکن است منجر به مرگ نیز بشود در این خصوص نیز قانون جامعی به تصویب نرسیده است، از جمله اسناد بالا دستی در زمینه ی سلامت که به بخشی از این دسته پرداخته است. ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه است که مراکز درمانی و نه پزشک را آن هم در مواردی که سانحه ی رانندگی منجر به صدمه ای شده باشد در بر گرفته و سایر صدمات برای مثال صدمات ناشی از آتش سوزی، صدمات ناشی از کار کارگران و صدمات ناشی از سقوط معدن که بیشتر برای قشر کارگر اتفاق می افتد را در بر نمی گیرد، این که چه وجه تمایزی بین این دسته از صدمات با صدمات ناشی از سانحه ی رانندگی وجود دارد قابل تأمل است. از سوی دیگر به موجب ماده ۴ آیین نامه ای که برای اجرای این ماده در نظر گرفته شده است ضمانت اجرای عدم پذیرش بیمار توسط بیمارستان را ضمانت اجرایی قرار داده است که در قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی، یعنی حبس از سه ماه تا دو سال بیان شده است<sup>۱</sup>، این در حالی است که اجرای چنین مجازاتی در مورد شخص حقوقی (مراکز درمانی) قابلیت ندارد.

آیا می توان پزشک را با توسل به قانون مجازات خود داری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی، مسئول دانست؟ در بند دوم این ماده واحده برای کسانی که بر حسب وظیفه یا قانون موظف به کمک بوده اند، مجازات را تشدید نموده است<sup>۲</sup>؛ حال آن که پزشک در همه ی حالات موظف به کمک به مصدومین است. با

۱. هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود خود او یا دیگران شود و باوجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید. به حبس جنحه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه‌ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.

۲. هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری کنند، به حبس جنحه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

توجه به سوگند نامه پزشکان به نظر می رسد که حتی پزشکی که در مرخصی به سر می برد با برخورد به یک مصدوم موظف به کمک به وی است اما در عمل این چنین نیست و پزشکی را موظف به کمک به مصدومینی می دانند که در مرکز درمانی یا وابسته به آن حضور داشته و در ساعت کاری خود باشد؛ اما به هر حال پزشک مشمول قسمت دوم بند اول این ماده واحده می گردد، لذا در عرصه ی تفسیر نیز به روشنی جانب داری از قشر حاکم سلامت دیده می شود؛ نکته ی آخری که درباره ی این قانون قابل ذکر است محدود شدن این قانون به مصدومین است.

مسئله دیگری که در مورد هر دو وضعیت اورژانسی و غیر اورژانسی صادق است مربوط به مقدمه ی پذیرش است. قشر های وسیع ناتوان از نظر مالی مشکلات عدیده ای در پرداخت حق الزحمه ی پزشک دارند که پذیرش بیمار در اکثریت قریب به اتفاق مشروط به این پرداخت شده است. یکی از تدابیر به وجود آمده برای رفع این مشکل بنیادی نهاد بیمه درمانی بوده است. نکته حائز اهمیت در این خصوص معطوف شدن بیمه کردن به داشتن شرایطی از جمله داشتن شناسنامه است، مدرکی که قشر ضعیف تر در همان قشر ضعیف فاقد آن هستند، از جمله ی این افراد فاقد شناسنامه مهاجران از کشورهای دیگر، اطفال نامشروع و کولی ها هستند که با به وجود آمدن مانع برای برخورداری از بیمه سلامت شرایطی به شدت دشوار برای آن ها ایجاد می شود، لذا بر پایه ی اصل وجوب مقدمه ی حکم واجب بهتر است شرایطی ایجاد شود که منابع حمایتی از جمله بیمه در جهت اهداف خود کارآمد باشند.

عدم اقدام مؤثر در مداوای بیمار پس از پذیرش بیمار نکته ی دارای اهمیتی است چرا که پذیرش و مداوای غیر مؤثر ارزش پذیرش بیمار را نیز زائل می کند. به موجب ماده ۲ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلف صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی، شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی-سیاسی و اقتصادی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه ای خود به کار ببرند. و ماده ۱۸ همین آیین نامه از لزوم ادامه ی درمان بیمار توسط پزشک در حد تخصص خود سخن به میان آورده؛ اما نکته اینجاست که مرجع تشخیص توانایی پزشک کیست و در واقع اگر پزشکی با انگیزه قبلی از رسیدگی های بیش از حداقل اجتناب نماید چه فرد یا نهادی می تواند تخلف وی را شناسایی نماید؟ به موجب ماده ۳۳ همین آیین نامه مرجع تشخیص، دادسراها و هیأت های انتظامی قرار داده شده است، اما چه تضمینی در عدم جانب داری این هیأت نظارت که خود تشکیل

یافته از پزشکان است وجود دارد؟ در واقع به نظر می‌رسد جرمی که بزه دیده مستقیم آن از مردم عادی است در شمار جرایم انتظامی و درون سازمانی تلقی شده است.

## ۲- جرم شناسی فمینیستی و جرایم پزشکی

فرهنگ‌های لغت، «فمینیسم» را نهضت طرفداری از حقوق سیاسی و اجتماعی زنان» تعریف کرده‌اند (لیپست، سیور، مارتین و دیگران، ۱۳۸۳: ۱۲۲). این واژه را «اوبرتین اوکلر»، بنیانگذار نخستین انجمن حق رأی زنان در دهه ۱۸۸۰م در فرانسه وضع نمود. این واژه در نخستین سال‌های سده بیستم به انگلستان و ایالات متحده راه یافت و پس از دهه ۱۹۶۰م و بر آمدن موج دوم فمینیسم، استفاده از آن برای کسانی که حامی بهبود وضعیت زنان در جامعه بودند، متداول‌تر گشت. (مشیل، آندره، ۱۳۷۷: ۲۰)

فمینیسم در ارائه نظریه و مطالبات زنان چنان استعاره‌ای عمل نمود که اساس اندیشه‌های خود را از مکاتب سیاسی، جامعه‌شناسی و عقاید سیاسی می‌گیرد. ذهنیت منفی نسبت به فمینیسم و عاریتی بودن ایده‌های آن ریشه در تحول تاریخی از یک سو و عدم انسجام مفهومی از سوی دیگر دارد. از جهت تاریخی در قرن ۱۷ و ۱۸ میلادی یعنی همان عصری که اقتصاد فئودالی جای خود را به اقتصاد صنعتی داد، اولین زمزمه‌های خیزش زنان علیه وضعیت اسف باری که در آن قرار داشتند، شروع گردید. از این رو شروع فمینیسم با پیدایش رنسانس پیوند خورده است. البته لازم به ذکر است که زمینه‌های فمینیسم در اعصار قبلی فراهم آمده بود؛ چنان‌که نوشته‌های «مارگاریت دوناوار» نویسنده مشهور قرن شانزدهم در مورد صلح، پادشاهی «الیزابت تودور» بر دریا‌های انگلستان، قیام ژاندارک علیه تجاوز بیگانگان و... گواه بر تأثیرگذاری زنان در سرنوشت خود و حتی میهنی که در آن زیست می‌کردند، بوده است. در قرن هفدهم «ماری دوگورنه» فرانسوی رساله‌ای در باب «برابری زنان و مردان و شکوهی زنان» منتشر نمود که در آن رساله طغیان وی علیه شرایط زنان هم عصرش کسانی که همه چیزهای خوب بر ایشان ممنوع است - افرادی که آزادی از آنها سلب شده و تمام فضیلت‌ها از ایشان دریغ شده است - به اوج می‌رسد (معظمی، ۱۳۸۳: ۶۷).

جرم شناسی فمینیستی حوزه مطالعات جرم شناسی است که زنان را در مباحث خود در محوریت قرار می‌دهد. جرم شناسان کلاسیک توجه وسیعی به ارتباط بین زن و جرم انجام نداده بودند و بخش اندکی که در این زمینه انجام شده بود از ایده ی بدیهی پست تر بودن زن نسبت به مرد که بدون استدلال پذیرفته شده بود سرچشمه می گرفت. این رویه تقریباً تا سال ۱۹۷۵ ادامه داشت تا این که تعریف جدید نقش زن متأثر از انقلاب اقتصادی در جامعه بر بدیهه انگاری های گذشته خدشه وارد کرد و موجب مطالعه ی جرم شناسی در این زمینه شد. از پیشگامان این حرکت جدید آدلر و سیمون را می توان معرفی کرد. در پی تکوین جرم شناسی فمینیستی این شاخه از جرم شناسی بر حسب نوع نگرش به شاخه های متعددی تقسیم شد از جمله جرم شناسی فمینیستی تجربی، جرم شناسی فمینیستی رادیکال، جرم شناسی فمینیستی- مارکسیستی و...

در جرم شناسی فمینیستی تبیین پدیده مجرمانه با توجه به نقد وضعیت فعلی زنان و برهم زدن حکومت مرد سالارانه صورت می گیرد. جایگاه این گرایش در جرم شناسی انتقادی قابل بررسی است، همچنان که در نوشته های جرم شناسان نیز جرم شناسی فمینیستی از حیث طبقه بندی در ذیل جرم شناسی انتقادی قرار می‌گیرد؛ هر چند در برخی مواقع از جرم شناسی فمینیستی، به صورت تسامح ذیل جرم شناسی تجربی نیز یاد می‌شود. زیرا یافته ها و تحقیقات مبتنی بر گواه بر ستمی است که دستگاه عدالت کیفری بر زنان روا می‌دارد و از آن جا که نتایج و یافته های فمینیسم تجربی در راستای نقد وضعیت فعلی حاکم بر زنان است، لذا در شمار جرم شناسی انتقادی قرار می‌گیرد.

نتیجه تحقیقات فمینیست های تجربی درباره بزه دیدگی و جرایم علیه زنان نشان می‌دهد تجاوز به عنف و اذیت و آزار خانوادگی جزء شایع ترین جرایم علیه زنان است. البته فمینیست های تجربی گردآوری ادله و استناد به آن را در راستای احقاق حقوق زنان بزه دیده ناکافی می‌دانند و معتقدند که دو جرم شایع پیش گفته ، کمتر بطور علنی انجام می‌شود، لذا کمتر کشف یا اثبات می‌شوند (عالی پور، ۱۳۸۴: ۵۶) بطور کلی در حوزه جرایم پزشکی می‌توان در دو زمینه مطالعاتی از منظر جرم شناسی فمینیسم نگرینست: اول حوزه بزهکاری زنان و دوم حوزه بزه دیدگی زنان.

## ۱-۲- حوزه بزه کاری زنان

«جیمز رتیا سیمون<sup>۱</sup>» در کتاب «زنان و جرم» تأثیر تحولات اجتماعی نقش زنان را در انواع و حجم جرم ارتكابی، آن‌ها مورد بررسی قرار داد. او بر خلاف آدلر تأثیر ویژگی‌های مردانه را بر زنان در افزایش نرخ جرم‌های ارتكابی آن‌ها نپذیرفته و معتقد است: زنان به موازات دور شدن از نقش‌های سنتی محدود با چند گونه‌ی بسیار گسترده‌تری از فرصت‌ها برای ارتكاب جرم مواجه شدند. این مسأله به ویژه در مورد ارتكاب جرم‌های اقتصادی که نیازمند دسترسی به پول در موقعیت‌های مبتنی بر امانت‌گذاری است، کاملاً صدق می‌کند.

در ایران در دهه‌های اخیر در خصوص آموزش پزشکان، سیاست‌گذاری تقنینی و اجرائی بر اساس جذب انحصاری زنان در رشته زنان و زایمان<sup>۲</sup> شکل گرفته است. با این گذاره و اختصاص داشتن تعداد بالای شکایت از پزشکان در این حوزه<sup>۳</sup> انگشت اتهام به سوی متخصصین این رشته که اکثریت قریب به اتفاق آن‌ها را زنان تشکیل می‌دهند اشاره دارد، که برخی با محور قرار دادن جنسیت متخصصین این رشته بدون بررسی عوامل دیگر مدعی عدم کارکرد مطلوب زنان در عرصه‌ی پزشکی شده‌اند که به نظر می‌رسد این ادعا بلحاظ عدم بررسی دقیق علمی و در نظر گرفتن مجموعه علل از وجاهت تام برخوردار نمی‌باشد.

1. Rita James Simon, Women and Crime, D. C. Heath, 1978

۲. سید حسن هاشمی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یکشنبه در صحن علنی مجلس گفت: در پاسخ به نماینده مشهد و کلات باید عرض کنم در سال ۷۷ قانون انطباق فنی و اداری موسسات پزشکی با موازین شرع در مجلس تصویب و آیین‌نامه اجرایی در سال ۸۰ به تصویب دولت می‌رسد و مراکز قانونی و پزشکی موظف به حفظ نکاتی می‌شوند.

وی افزود: شورایی در این قانون به ریاست وزیر بهداشت و با حضور نماینده مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها، دو نفر از مجلس و تعدادی از معاونان پیش‌بینی می‌شود که موظف به نظرات و برنامه‌ریزی برای آن هستند. همه برای اجرایی شدن این مصوبه تلاش بسیاری کرده‌اند طوری که امروز هفت هزار پزشک متخصص زنان و زایمان داریم و به هیچ مردی در این رشته در کشور آموزش داده نمی‌شود و ما هم در سراسر کشور بیش از تعداد مورد نیاز تربیت شده‌اند

([www.hamshahrionline.ir/news/395461/](http://www.hamshahrionline.ir/news/395461/))

۳. آمار شکایت از پزشکان به تفکیک آن در ضمیمه مقاله آمده است. همچنین ر.ک:

## ۲-۲- حوزه بزه دیدگی زنان

بزه دیدگی زنان بخصوص از نظر جنسی جرمی با جنبه عمومی است که عوامل گوناگونی موجب تسهیل در انجام آن می گردد. بخشی از این عوامل به اوضاع و شرایط حاکم بر بزه دیده بعنوان بیمار و رابطه ی پزشک و بیمار برای معاینه و یا بیان وضعیت جسمی و روحی وی برای درمان باز می گردد. البته آزار جنسی متکی به رابطه ی پزشک و بیمار در هر سطح به طور خاص وارد سیاست جنایی ما نشده است. این تعرض ممکن است در دو حالت بی هوشی و هوشیاری بیمار یا در طیف وسیعی از نگاه های آزار دهنده تا تجاوز جنسی صورت گیرد و البته محیط خصوصی ای که بین پزشک و بیمار ایجاد می شود بستر مناسبی برای وقوع این جرم می باشد.

مراجعه کننده به علت عدم اطلاع از نحوه ی معاینه معمول توسط پزشک ممکن است در معرض ملامسه غیر ضروری و به قصد سوءاستفاده جنسی قرار بگیرد، اعتمادی که مانع از مقابله ی مراجعه کننده می شود نیز در این زمینه بی تأثیر نخواهد بود. گذشته از این، بزه دیده این جرم به خاطر محیط خصوصی ایجاد شده بین او و پزشک با فقدان ادله ی اثبات برای این جرم مواجه می شود. شاید به همین دلیل است که در برخی نظام ها مطب های پزشکان مجهز به دوربین هستند. وجه دیگر این جرم ارتکاب آن در زمان بی هوشی قربانی است که در برخی موارد بزه دیده حتی متوجه این تعرض نمی شود، این در حالی است که وقوع این جرم در مطب ها و مراکز درمانی فاقد مجوز که اکثر آن ها توسط پزشکانی که پروانه ی پزشکی آن ها به علت بزهکاری باطل شده است و در مناطق شهری فقیر نشین ( به علت پایین بودن تعرفه پزشکی) ایجاد شده کار را بسیار سخت تر می کند؛ چرا که افکار عمومی مراجعه به این مراکز را نوعی اقدام علیه خود می داند که بی تأثیر در نحوه برخورد دست اندرکاران نظام عدالت جنایی با قربانی این جرم نخواهد بود.

در ادامه ی این بحث بهتر است به مراجعه به قصد سقط جنین به طور اختصاصی بپردازیم، سقط جنین در سیاست جنایی ایران به عنوان جرم شناخته شده است حال آنکه بیشتر افرادی که به طور غیرمجاز برای سقط جنین مراجعه می کنند برای سقط جنینی اقدام کرده اند که حاصل روابط جنسی نامشروع بوده است. این زنان به مراکز سقط جنین غیر مجاز (که ممکن است حداقل ابزار استاندارد را نیز فاقد باشند و تعهدی نیز در قبال سلامتی مراجعین نداشته باشند) مراجعه می کنند و در صورت تقصیر در عملیات پزشکی یا حتی وارد آوردن ضرر عمدی به ایشان، نمی توانند برای ظلمی که در قبالشان شده برای دادخواهی اقدام کنند چرا که در عرصه عدالت قضایی خود این افراد متهم واقع می شوند.

### ۳- جرم‌شناسی پست مدرن و جرایم پزشکی

آگاهی از چیستی و چگونگی جرم‌شناسی پست‌مدرن مستلزم شناختی هر چند کلی و مختصر از اندیشه پست‌مدرن است. درباره آغاز و پایان مدرنیته توافقی وجود ندارد و به نظر عده‌ای پس از رنسانس فرهنگی و به زعم عده‌ای دیگر از انقلاب صنعتی یا از هنگام پیدایش نظام سرمایه‌داری و بازار آزاد از قرن هیجدهم میلادی و از عصر روشنگری دوره مدرنیسم آغاز شده و در پایان نیمه اول قرن بیستم نیز دوران آن به سر رسیده است (صفاری، ۱۳۸۳: ۴۰)

همراه گسترش کمی جرم و مجرمیت و نیز اهمیت مسائل مربوط به آن و راه‌های مقابله با این مسئله، به‌ویژه در قالب کیفر، نظریات و دیدگاه‌های راهبردی بسیاری طی تاریخ به نسبت کوتاه جرم‌شناسی مطرح شده‌اند، تا علل ارتکاب و نیز مشروع جلوه دادن راه‌های مقابله با آن را، چه به شکل سرکوبگر و تنبیه و چه در قالب تدابیر و اقدامات اصلاحی برای فرد و اجتماع و چه در قامت اقدامات محیطی و وضعی به منظور کاهش یا پیشگیری از جرم و مجرمیت، تبیین کنند، توضیح دهند یا توجیه نمایند.

تعدد و حتی تعارض نظریه‌ها و دیدگاه‌های بیان‌شده به قدری است که شاید بهتر باشد به جای جرم‌شناسی، از جرم‌شناسی‌ها یا نظریه‌های جرم‌شناختی سخن گفت. در عین حال تفاوت و تعارض در افکار از جمع کردن اندیشمندان خاص زیر یک چتر واحد فکری جلوگیری نمی‌کند. (تریف، تری و دیگران، ۱۳۸۳: ۷)

پسا مدرنیسم با این استدلال که تمامی تفکر و شناخت به واسطه زبان انتقال می‌یابد و این که زبان به خودی خود هرگز یک رسانه خنثی نیست، رهیافت مدرنیسم یا (طبیعت باورانه) را رد می‌کند. بسیاری از جرم‌شناسان در اوان پیدایش این جرم‌شناسی انتقادهای شدیدی را بر علیه آن مطرح کردند، حتی برخی این طرز تفکر را غیر جرم‌شناسی دانستند. مهم‌ترین دیدگاه پسامدرنیسم این است که مدرنیسم به طور کلی و علم به ویژه، به جای منتهی شدن به «آزادی بخشی»<sup>۱</sup> عملاً به افزایش بیدادگری منجر شده است. (جرج ولد و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۴۸) پسامدرنیست‌ها وضعیت موجود را وضعیتی توصیف می‌کنند که در آن، گفتمان‌ها یا مسلط اند (برای نمونه، زبان پزشکی، حقوق و علم) یا مخالف (برای نمونه، زبان ساکنان زندان). هدف پسامدرنیسم حرکت به سوی وضعیتی است که شمار فراوانی از گفتمان‌های متفاوت مشروع شناخته می‌شوند (پیشین: ۳۵۱)

---

1. liberation

با این پیش زمینه ما شاهد یافتن یک نوع بی عدالتی در نظام اجرای عدالت در تحلیل جرم شناسی پست مدرن هستیم. این بی عدالتی متکی به زبان به گونه ای در تمام مراحل دادرسی از اعلام جرم و رسیدگی تا مرحله ی اجرای مجازات سایه گسترانده است. برای روشن شدن موضوع با این نگرش به سراغ جرایم پزشکی می رویم. در این خصوص ابتدا تأثیر نظام زبانی پزشکی و سپس تأثیر نظام زبانی حقوقی در این جرایم را بررسی می کنیم:

### ۱-۳- تأثیر نظام زبانی پزشکی

علم پزشکی مانند تمام علوم و حتی می توان به دلیل جهانی بودن این علم گفت بیش از سایر علوم، دارای زبان تخصصی است. در این راستا اگر جرمی واقع شود اولاً فرد نمی تواند طریقه ی وقوع جرم را به درستی بیان نماید، ثانیاً نمی تواند جهت و دلائل ضررهای وارده را به درستی تشخیص و بیان نماید. این موضوع به خصوص در جرایم پزشکی علیه تمامیت جسمانی در عمل های پیچیده نمایان است و در آخر نمی توان به طور مناسب جبران ضررهای وارده اعم از مادی و معنوی را از محکوم خواست و مجازات مناسبی را حسب نوع عمل و میزان ایجاد خطر اعمال نمود. در سیاست جنایی ما، برای حل این مشکل به کارشناسان علم پزشکی متوسل می شوند اما در خصوص استفاده از کارشناسان نیز با دو مشکل مواجه هستیم: مشکل اول این است که رابطه ی بین قاضی استفاده کننده از کارشناس و کارشناس پزشکی نیز یک رابطه ی زبانی است و انتقال اطلاعاتی که وی به دست می آورد یا تشخیص می دهد (که این تشخیص نیز بر مبنای گزارش ناقص شاکی است) می تواند مشکل آفرین باشد؛ چرا که وی نیز ناگزیر باید از زبان تخصصی برای بیان نظر خود بهره جوید. مشکل دوم ناشی از عدم اطلاع کارشناس از زبان حقوقی رسمی است؛ چرا که کارشناس نمی تواند تشخیص دهد که مراد قاضی از به کار بردن کارشناس چیست و وی در پی دست یابی به کدام یک از وجوه حادثه است.

### ۲-۳- تأثیر نظام زبانی حقوقی

در رابطه با جرایم پزشکی در حوزه حقوق به طور تخصصی واژه سازی نشده است اما زبان حقوقی در این عرصه نیز به کار برده شده است؛ مانند واژگان قصور و تقصیر؛ بزه دیده با ورود به عرصه عدالت رسمی نمی تواند بر اساس عناصر جرم که با آن ها آشنایی ندارد جرم ارتكابی را شرح دهد یا در فرایند دادرسی از جریان محاکمه



به نحو احسن مطلع باشد و در نتیجه نمی توان به طور مناسبی ضررهای وارده بر وی را جبران نمود. این طرز برخورد ممکن است در قربانی جرم این احساس را ایجاد کند که در حق وی ظلمی انجام گرفته که از طریق نهاد های رسمی نتوانسته است با آن برخورد مناسبی نماید و به اجرای عدالتی دست میزند که شخصی است. این امر خطر بازگشت به دوران دادگستری خصوصی را در بر خواهد داشت.

#### ۴- نتیجه گیری و پیشنهادها

در طول بحث شاهد مشکلات گسترده ای در سیاست جنایی ایران در قبال جرایم پزشکی بودیم که حتی برخی می توانند بستر جرم زایی و برخی دیگر موجب بزه دیدگی ثانویه شوند. در این راستا سیاست جنایی ما نیازمند تحولی بنیادین و جدی در خصوص جرائم پزشکی است و به دلیل طیف مشکلات موجود در این زمینه نیازمند مطالعه و تحقیق عمیق و جزئی جرم شناسانه هستیم. بر این اساس پیشنهاد هایی در جهت رفع مشکلات مذکور ارائه می گردد:

۱. تعیین روش صحیح تبلیغات در طیف گوناگون رسانه های رسمی و غیر رسمی و تصویب قانون تبلیغات خاص در این حوزه و ایجاد نهاد نظارتی بر اینگونه تبلیغات در نهاد معاونت پیشگیری از جرم قوه قضاییه یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲. تجدید تعریف نظام بیمه سلامت و اعمال شرایط ویژه برای افراد خاص جهت شمول و قطع رابطه ی مالی میان پزشک و مراجع برای ریشه کن نمودن جرایم مالی این حوزه.

۳. جرم انگاری تخصصی جرایم عمومی که توسط پزشک یا وابسته به آن و در محیط پزشکی انجام می شود.

۴. ایجاد و گسترش راهکار های قانونی برای سقط جنین در شرایط خاص برای نزدیک نمودن شرایط واقعی و قانون حاکم و در جهت جلوگیری از ضرر بیشتر بر پایه ی قاعده ی لا ضرر.

۵. ایجاد یک زبان واحد جایگزین در حوزه جرایم پزشکی در حد امکان، به منظور سهولت در کشف و رسیدگی و تعیین تکلیف در حوزه جرایم پزشکی.

## منابع و مآخذ

### الف) منابع فارسی

۱. پاک نهاد جبروتی، مریم (۱۳۷۹)، فرادستی و فرودستی در زبان، تهران، چ اول، تهران: نشر گام نو.
۲. تریف، تری و دیگران (۱۳۸۳)، مطالعات امنیتی نوین، علی رضا طیب، وحید بزرگی، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی، چ اول.
۳. جرج ولد و همکاران (۱۳۹۵)، ترجمه علی شجاعی، جرم شناسی نظری، تهران: سمت.
۴. جوادی، محمد علی، عباسی، محمود، ضیایی، حسین (۱۳۸۹)، اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک، موسسه حقوقی سینا، چاپ اول.
۵. صفاری، علی (۱۳۸۳)، درآمدی بر جرم شناسی انتقادی و انواع آن، انتشارات سمت، چ اول.
۶. عالی پور، حسن (۱۳۸۴)، فمینیسم و جرم شناسی، مجله مطالعات راهبردی زنان، شماره ۳۰.
۷. عباسی، محمود (۱۳۷۴)، تأثیر عوامل اجتماعی بر دخالت در امور پزشکی، مجله علمی پزشکی قانونی، سال اول، شماره چهارم، مرداد و تیر.
۸. گودرزی، محمد رضا (۱۳۸۱)، گستره قوانین کیفری از دیدگاه نظریه های جرم شناسی، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۴۰.
۹. لیپست، سیور، مارتین و دیگران (۱۳۸۳) دایرة المعارف دموکراسی، کامران فانی؛ نورالله مادی و دیگران، تهران: مرکز چاپ و انتشارات وزارت امور خارجه، چ دوم.
۱۰. محسنی، فرید (۱۳۹۴)، جرم شناسی، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق.
۱۱. مشیل، آندره (۱۳۷۷)، جنبش اجتماعی زنان، زنجانی زاده، نشر نیکا، چ دوم.
۱۲. معظمی، شهلا (۱۳۸۳)، بررسی جرم شناختی جرایم زنان، مجموعه مقالات علوم جنایی، تهران: انتشارات سمت، چ اول.
۱۳. نجفی ابراندآبادی، علی حسین، گلدوزیان، حسین (۱۳۹۷)، جرم شناسی پست مدرن و رویکرد آن به جرم و علت شناسی جنایی، مجله پژوهش حقوق کیفری، شماره ۲۳.

۱۴. وایت راب و فیونا هینس (۱۳۸۲)، در آمدی بر جرم و جرم شناسی، ترجمه میر روح الله صدیق بطحایی اصل، تهران، چ اول، تهران: نشر دادگستر.

ب) منابع لاتین

15. Cortina A (2000). *Legislation, law and ethics*. Ethical Theory and Moral Practice 3: 37 2.
16. Dawson A (2006). *Commentary on "The limits of law in the protection of public health and the role of public health ethics"*. Public Health 120 (supplement 1): 7780.
17. Moyer, Imogene L (2002); *Crimonological Theories*; Sage Publications.
18. Naffine, Ngaire (1997); *Feminism and Criminoligy*; Polity Press.
19. Minas, Anne (2002); *Gender Basics*; Wadsworth Thompson Learning.
20. Singh PK (2009), *Ethics and law*. Indian J Psychiatry (IPS Clinical Practice Guidelines): 141147. Available at: <http://www.indianjpsychiatry, org/cpg cpg 2009/article1.pdf>
21. Tonry, Michael (1998); *The Handbook of Crime and Punishment*; Oxford University Press.

\*ضمیمه:

بیشترین رشته هایی که شکایت از آن ها اعلام شده	
آمار نظام پزشکی	آمار پزشکی قانونی
۱ پزشکان عمومی	۱ دندان پزشکی
۲ دندانپزشکان	۲ ارتوپدی
۳ زنان و زایمان	۳ زنان و زایمان
۴ ارتوپدی	۴ جراحی عمومی
۵ جراحی عمومی	۵ جراحی پلاستیک
۶ جراحان ترمیمی	۶ چشم پزشکی
۷ داخلی	۷ گوش و حلق و بینی
۸ چشم	۸ جراحی مغز و اعصاب
۹ مغز و اعصاب	
۱۰ قلب و عروق	

منبع: [khabaronline.ir/news/106811](http://khabaronline.ir/news/106811)

پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی