

چالش‌های کارشناسی در سببیت با تاکید بر نظرات پزشکی قانونی در پرونده‌های خطای پزشکی

علی اصغر قربانی^۱، نسرين مهرا^۲، محمد آشوری^۳، هادی رستمی^۴

چکیده

نظریه‌های کارشناسی جایگاه ویژه‌ای در زنجیره اسباب و حل مباحث سببیت دارند. این اهمیت در پرونده‌های مربوط به رفتارها و اقدامات کادر درمان مضاعف می‌شود. در موارد متعددی مراجع حقوقی و کیفری، احراز رابطه سببیت را به اهل خبره ارجاع می‌دهند و براساس نظرات کارشناسی حکم صادر می‌نمایند. رجوع به کارشناس، بنای عقلاست و در قانون نیز تجویز گردیده است. نظریه‌های کارشناسی از منظر حقوقی اماره قضایی محسوب می‌شوند، لیکن در پرونده‌های خطای پزشکی غالباً عیناً در آراء قضایی منعکس می‌گردد. در امر کارشناسی به‌ویژه در حوزه جنایات و پرونده‌های قصور پزشکی، چالش‌هایی فراروی کارشناس است که بخشی از قبیل «استعلام خارج از حیطه وظایف کارشناسان» مربوط به محاکم قضایی است؛ و پاره‌ای نظیر «دغدغه اعمال عدالت و انصاف در نظر کارشناسی» نشأت گرفته از رویکرد و پنداشت کارشناس است؛ و برخی از مشکلات نیز مانند «پیچیدگی‌های مربوط به ارزیابی آسیب‌ها و عوارض ناشی از صعوبت و ویژگی‌های پرونده‌های مورد بررسی است. بازنگری در رویه قضایی، تبیین قانونی و فقهی آن دسته از مفاهیم و اصطلاحاتی که تعریف آن‌ها در قانون نیامده است، تغییر نگرش کارشناسان و مواردی چون تقویت بیمه‌های مسئولیت، برخی از راهکارها در مواجهه با این چالش‌هاست.

واژگان کلیدی: سببیت، کارشناس، پزشکی قانونی، آسیب، خطای پزشکی

۱. دانشجوی دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
dr.aaghorbani@gmail.com

۲. استاد گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
docnas@mail.com

۳. استاد گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
mashoori@ut.ac.ir

۴. دانشیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
h.rostami@basu.ac.ir

درآمد

سببیت از مهم‌ترین مباحث دانش حقوق است. پس از وقوع یک نتیجه زیان‌بار نظیر مرگ بیمار، اولین مرحله ضروری برای تعیین اسباب مؤثر و حل معمای سببیت، کشف نحوه سیر وقایع مادی مقدم و منتهی به حادثه و نتیجه است. گام برداشتن در این مرحله مهم و عبور از آن، در بسیاری از موارد مستلزم بهره‌گیری از نظرات اهل خبره و کارشناسان است؛ این موضوع در ارزیابی پرونده‌های مربوط به رفتارها و اقدامات کادر درمان با توجه به تخصصی و پیچیده بودن دانش پزشکی ضروری‌تر می‌شود. اصولاً «با توجه به وسعت دامنه شمول صدماتی که بر نفس یا عضو یا منفعت وارد می‌شود و هم‌چنین تنوع اعضاء بدن و متمایز بودن آن‌ها از نظر حساسیت و آسیب‌پذیری و نیز انواع وسایلی که جنایت با آن‌ها واقع می‌شود ... ارجاع به کارشناس در بسیاری از موارد اجتناب‌ناپذیر است» (آقایی‌نیا، ۱۳۹۶: ۱۱۵).

رجوع به اشخاص مطلع در یک مسأله قضایی، در دو قالب کلی قابل‌تصور است: نخست این‌که شخص به مثابه «شاهد» مورد رجوع قرار گیرد؛ و دوم این‌که وی به عنوان «خبره» تلقی شود (صادق‌پور، ۱۴۰۲: ۵۶). منشأ علم شهود، امری حسی است (نآیینی، ۱۳۷۶/۳: ۱۴۲). بر همین مبنا، در ماده ۱۸۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ مقرر شده است: «شهادت باید از روی قطع و یقین به نحوی که مستند به امور حسی و از طریق متعارف باشد اداء شود.» در حالی‌که کارشناسی متضمن اعمال نظر، رای و دیدگاه کارشناسانه نسبت به یک امر است (نآیینی، ۱۳۷۶/۳: ۱۴۲). به بیانی موجز، شهادت خبر حسی و کارشناسی عمدتاً خبر حدسی است (طاهری و حکیم، ۱۳۹۵: ۳۲۶). بدین وصف، نظر اهل خبره و کارشناسان ماهیتی مستقل از سایر ادله دارد که همان فنی و تخصصی بودن موضوعش است و مبنای اعتبارش نیز جدای از شهادت می‌باشد (حیدری و دیگران، ۱۳۹۷: ۴۷).

رجوع به کارشناس و اهل خبره، بنای عقلاست و در قانون نیز تجویز گردیده است؛ زیرا بسیاری از دعوی، جنبه‌های مختلفی داشته، قضاوت درباره آن‌ها مستلزم داشتن علم و تخصص کافی در رشته‌های گوناگون است که کسب تخصص‌های مختلف و احاطه به تمام علوم و دانش‌ها برای قاضی و هیچ شخص دیگری میسر نیست. بدین ترتیب قضاوت برای کشف حقیقت، الزاماً از افرادی که در موضوع مورد

اختلاف تخصص و تبصر دارند استعمال و نظرخواهی نموده، رأی خود را بعد از انجام تشریفات قانونی با استفاده از این نظرات صادر می‌نمایند.

اعتبار و حجیت نظریه کارشناس به عنوان یکی از دلایل اثبات دعوا در فقه و حقوق و اصول استنباط مورد مطالعه نوشتارهای متعددی قرار گرفته و وجه مشترک تمامی این مقالات این است که نظر کارشناس در حقوق و به تعبیری نظر اهل خبره در فقه و اصول استنباط معتبر است (برهانی و بادکوبه هزاوه، ۱۴۰۰: ۷۰). به‌رغم آن‌که نظرات کارشناسی و اهل خبره از منظر حقوقی نقش ممتازی دارند، اماره قضایی محسوب می‌شوند؛ لیکن در رویه موجود در موارد معتناهی عین نظریه کارشناسی در آراء صادره منعکس می‌گردد و این موضوع در پرونده‌های خطای پزشکی نمود بارزتری دارد.

کارشناسان در تعامل با مراجع قضایی و در فرایند کارشناسی، به‌ویژه در حوزه جنایات و پرونده‌های قصور پزشکی، با چالش‌های فراوانی مواجه هستند. این معضلات در سه دسته کلی جای داده شده است؛ بخشی از این معضلات نظیر «استعلامات خارج از حیطه وظایف کارشناسان» مربوط به مراجع و محاکم قضایی می‌باشد؛ پاره‌ای از چالش‌های کارشناسان نشات گرفته از نگرش، پنداشت و نحوه عملکرد خود آن‌هاست نظیر داشتن دغدغه اجرای عدالت و انصاف و اعمال آن در نظرات کارشناسی؛ عدم اکتفا به اعلام نظریه کارشناسی و ورود به حوزه صدور حکم؛ و تعیین درصد برای بیماری‌های زمینه‌ای و موارد تسریع در فوت. افزون بر این، دسته‌ای از مشکلات کارشناسان ناشی از صعوبت و ویژگی‌های پرونده‌های مورد بررسی است. در این دسته می‌توان به مواردی چون تعدد عوامل درمان دخیل در پرونده، وظیفه قانونی و جایگاه متفاوت کنش‌گران درمان؛ و پیچیدگی‌های مربوط به آسیب‌ها و عوارض برجای مانده که برخی نیز در آینده ظهور خواهد کرد اشاره نمود. بر این مبنای پژوهش حاضر درصدد پرداختن به این پرسش است که کارشناسان در مواجهه با استعلامات قضایی به‌ویژه در پرونده‌های خطای پزشکی با چه چالش‌هایی مواجه هستند.

در این نوشتار، ابتدا به معرفی مراجع کارشناسی در حوزه خطاهای پزشکی پرداخته شده؛ سپس ضرورت مراجعه به کارشناس و اعتبار نظرات کارشناسان تبیین

گردیده است و در ادامه با تشریح چالش‌های مراجع کارشناسی در تعامل با مراجع قضایی، موضوع پی گرفته شده است.

۱. جایگاه نظرات کارشناسی در پرونده‌های خطای پزشکی

برای تحقق مسؤولیت پزشک و مقصر شناختن او، صرف وقوع خطا یا ایراد ضرر به بیمار کفایت نمی‌کند، بلکه باید میان افعال پزشک و ایراد صدمه یا فوت بیمار رابطه علیت یا سببیت برقرار باشد (مسعودی‌نیا، ۱۴۰۰: ۲). از آن‌جاکه احراز تقصیر در پرونده‌های پزشکی امری تخصصی و فنی است، اساساً بررسی تقصیر کادر درمان به کارشناسان امر و مراجع کارشناسی ارجاع می‌شود. بدین ترتیب، ارجاع موضوع به مراجع کارشناسی باید در راستای پاسخ به دو پرسش اساسی باشد: نخست، آیا رفتارهای کادر درمان، اعم از اقدامات تشخیصی و یا درمانی، در پدیدار شدن نتیجه تأثیرگذار بوده است؟ سپس، باید دید عامل رفتار مربوطه مرتکب تقصیر شده است یا خیر؟

با توجه به اهمیت موضوع، کلیه موارد شکایت از قصور پزشکی که مقام قضایی به‌منظور کارشناسی به سازمان پزشکی قانونی کشور ارجاع نماید، در کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی بررسی و کارشناسی می‌شوند (ارفع، ۱۳۹۴: ۳۵). پرونده‌های ارجاعی به سازمان نظام پزشکی نیز توسط گروهی از کارشناسان مورد رسیدگی قرار می‌گیرد. اکنون این پرسش مطرح می‌شود که جایگاه نظرات کارشناسی در پرونده‌های ارجاعی از سوی مراجع قضایی به ویژه در پرونده‌های خطای پزشکی و مواردی که ارزیابی رفتار کادر درمان مطرح است کجا می‌باشد. در این بند جایگاه نظرات کارشناسی به ترتیب از منظر حقوقی و قانونی سپس بر اساس رویه موجود مورد بررسی قرار گرفته است.

۱-۱. در قانون

تجویز و گاه ضرورت ارجاع امر به کارشناسان خاصه در امور پزشکی در قوانین مختلف، بیان‌گر جایگاه پراهمیت کارشناسان به‌ویژه پزشکان قانونی در ارائه نظرات کارشناسی است و در برخی مواد به صراحت نام پزشکی قانونی مورد اشاره قرار گرفته است. با این همه، نظریات کارشناسی که از سوی سازمان پزشکی قانونی و سایر کارشناسان پزشکی به محاکم قضایی ارائه می‌شوند، نقش دلیل را در امور قضایی

ایفا نمی‌کنند، بلکه اماره قضایی محسوب می‌شوند؛ بدین معنا که تنها در صورتی که بتوانند مستند علم قاضی باشند و به واسطه آن‌ها قاضی به موضوع مورد کارشناسی علم یابد، ملاک صدور حکم قرار می‌گیرند (تبصره ماده ۲۱۱ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲)؛^۱ این در حالی است که تبعیت از دلیل‌های اثبات همانند شهادت شهود یا اقرار برای قاضی مادامی که علم به خلاف آن‌ها نداشته باشد الزامی است (ماده ۱۶۱ قانون مجازات اسلامی).^۲ در همین راستا، با عنایت به کارشناس تلقی شدن پزشکان قانونی، تبعیت از نظرات آنان به‌رغم اهمیت فراوانی که دارند، برای محاکم قضایی و شخص دادرس الزامی نیست و دادرس پرونده می‌تواند نظرات کارشناسی پزشکان قانونی را با ذکر دلیل خود، رد نماید و یا آن‌ها را ناقص تشخیص دهد و برای تکمیل توضیحات، قرار تکمیل توضیحات کارشناس صادر نماید و توضیحات تکمیلی را استفسار نماید (مواد ۱۶۳ و ۱۶۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲).^۳

۲-۱. در رویه قضایی

مقامات قضایی با تکیه بر قانون و مقررات خاصی که در قوانین مختلف منعکس شده، نظرات مراجع کارشناسی به ویژه سازمان پزشکی قانونی را در مسائل مربوط استعلام می‌کنند. فقدان تخصص پزشکی در دستگاه قضا و نیاز وافر مقامات قضایی به کارشناسی‌های پزشکان قانونی، موجب شده نظرات و کارشناسی‌های این سازمان و در کنار آن سازمان نظام پزشکی، در روند صدور آراء و احکام قضایی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. بررسی برخی پرونده‌های کیفری و اظهار نظر گروهی

۱. مقنن در این تبصره اشعار می‌دارد: «مواردی از قبیل نظریه کارشناس، معاینه محل، تحقیقات محلی، اظهارات مطلع، گزارش ضابطان و سایر قرائن و امارات که نوعاً علم آور باشند می‌تواند مستند علم قاضی قرار گیرد».

۲. در مواردی که دعوای کیفری با ادله شرعی از قبیل اقرار و شهادت که موضوعیت دارد، اثبات می‌شود، قاضی به استناد آن‌ها رای صادر می‌کند مگر این که علم به خلاف آن داشته باشد.

۳. ماده ۱۶۳ قانون آیین دادرسی کیفری: «در صورت نقص نظریه کارشناسی یا ضرورت اخذ توضیح از کارشناس، بازپرس موارد لازم را در صورت مجلس درج و به کارشناس اعلام می‌کند و او را برای ادای توضیح دعوت می‌نماید. در صورتی که کارشناس بدون عذر موجه در بازپرسی حاضر نشود، جلب می‌شود. تبصره- هرگاه پس از اخذ توضیحات، بازپرس نظریه کارشناسی را ناقص تشخیص دهد، قرار تکمیل آن را صادر و اجرای قرار را به همان کارشناس یا کارشناس دیگر محول می‌کند»؛ ماده ۱۶۶ همان قانون: «در صورتی که نظر کارشناس با اوضاع و احوال محقق و معلوم مورد کارشناسی مطابقت نداشته باشد، بازپرس نظر کارشناس را به نحو مستدل رد می‌کند و موضوع را به کارشناس دیگر ارجاع می‌دهد».

از قضات^۱ راجع به رویه جاری در مورد نظرات کارشناسی، حکایت از آن دارد که رویه حاکم در محاکم بدین ترتیب است که، با وجود آن که درخواست تکرار کمیسیون‌ها (از گروه کارشناسی سه نفره به پنج نفره، هفت نفره، نه نفره، یازده نفره و حتی بالاتر) و استعلام نظرات کارشناسان جدید از طریق تجدید کمیسیون‌های کارشناسی از سوی قضات امری متعارف و متداول محسوب می‌شود، اما در نهایت قضات بر اساس نظرات کمیسیون رای می‌دهند و «اکثر مراجع کیفری در مقوله علیت از نظر کارشناسان تبعیت محض می‌کنند» (طاهری‌نسب، ۱۳۸۹: ۶۹۲). البته گاه به ویژه در موارد جنایت بر نفس (مرگ)، مشاهده می‌شود که مقام قضایی متفاوت از نظرات کمیسیون انشاء رای می‌نماید، اما به نظر می‌رسد در مورد جنایات مادون نفس (آسیب‌ها و نقص عضوها) این موضوع کمرنگ‌تر است. با این وصف باید اذعان کرد که بر اساس رویه موجود، در قاطبه موارد نظرات کارشناسی به ویژه کمیسیون‌های پزشکی مستند حکم قرار می‌گیرند. پرونده‌های زیر نمونه‌هایی از موارد متعددی است که نظرات کارشناسی در دادنامه صادره انعکاس یافته است.

پرونده اول مربوط به آقایی شصت و نه ساله است که در تاریخ ۱۴۰۱/۲/۲۰ با درد پهلوی چپ به بیمارستان مراجعه نموده، با تشخیص سنگ کلیه چپ در سرویس متخصص اورولوژی (پزشک معالج) بستری و تحت عمل سنگ‌شکنی قرار می‌گیرد. بعد از اتمام عمل، هوشیار و بیدار به بخش منتقل می‌شود. عصر همان روز (ساعت ۱۹) دچار کاهش هوشیاری و افت فشار خون می‌شود. به اتاق عمل منتقل شده، تحت عمل جراحی برداشتن کلیه چپ قرار می‌گیرد. پس از اینتوباسیون (تعبیه لوله تنفسی) به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌گردد، اما با گذشت چند ساعت فوت می‌شود. علت فوت، شوک ناشی از خونریزی متعاقب عمل جراحی کلیه تعیین می‌گردد. کمیسیون کارشناسی متشکل از سه نفر، به این شرح اظهار نظر می‌کند: «عمل جراحی پی سی ان ال^۲ با در نظر گرفتن پلاکت پایین، ضرورت داشته است. بیمار پس از جراحی دچار عوارض می‌شود و فوت می‌نماید. باتوجه به پلاکت پایین، نیازمند مراقبت‌های قبل و بعد از عمل بوده که به درستی و طبق موازین انجام نشده

۱. نظیر رئیس سابق دادسرای جرائم پزشکی و مستشار کنونی دیوان عالی کشور، دادیاران شعبه اول و سوم دادسرای جرائم پزشکی و ...

2. Percutaneous nephrolithotomy

است. بدین جهت: پزشک معالج (اورولوژیست) به میزان بیست درصد، پزشک الف (فلوی اندویورولوژی) به میزان پنج درصد و پزشک ب (فلوی اندویورولوژی) به میزان پنج درصد به دلیل مدیریت درمان نامناسب و ناکافی قبل و بعد عمل مرتکب قصور شده‌اند. پزشک پ (مسئول فنی بیمارستان) به میزان ده درصد به دلیل مدیریت نامناسب و ناهماهنگی کادر درمان مرتکب قصور شده‌اند. شصت درصد مابقی به بیماری‌های زمینه‌ای متوفی تعلق می‌گیرد».

دادگاه کیفری دو رسیدگی کننده به پرونده، عین نظریه کمیسیون و درصدهای اعلامی را در دادنامه صادره^۱ منعکس می‌نماید و اشعار می‌دارد: «از جهت جنبه خصوصی جرم، هریک از متهمین به پرداخت به ترتیب ده، بیست، پنج و پنج درصد در حق وراثت قانونی متوفی محکوم و اعلام می‌نماید مهلت پرداخت دیه از تاریخ وقوع جرم دو سال با رعایت مقررات مربوطه می‌باشد».

پرونده دوم متعلق به کودک هفت ساله‌ای است که با تشخیص سوراخ بین دهلیزی در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ در سرویس جراح قلب معالج بستری شده؛ پس از آنژیوگرافی و مشاوره با پزشک الف (جراح قلب) در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲ تحت عمل جراحی ترمیم نقص دیواره بین دهلیزی قرار گرفته و بعد از عمل به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود. وی به علت افت فشار خون دچار ایست قلبی می‌شود که اقدامات احیا انجام می‌گردد. روز بعد جهت تعبیه اکمو^۲ به اتاق عمل برده می‌شود، اما همان روز دچار حملات تشنجی شده، به رگم انجام احیا فوت می‌نماید. علت فوت، «عوارض ناشی از عمل جراحی قلب باز (ترمیم نقص بین دهلیزی)» تعیین می‌گردد. با شکایت والدین کودک، با درخواست مرجع قضایی پرونده در کمیسیون پزشکی مطرح می‌شود. گروه کارشناسان در کمیسیون‌های پنج نفره و هفت نفره نظرات مشابهی مبنی بر قصور کادر درمان با درصدهای یکسان به این شرح اظهار نظر می‌کنند: «عمل جراحی بر اساس موازین و ضروری بوده است، ولی موقع انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه، باید تیم جراحی تا پایداری علائم حیاتی بیمار در کنار او حضور می‌داشتند؛ بدین سبب به شرح ذیل مرتکب قصور شده‌اند: جراح قلب

۱. ۱۴۰۲/۱/۳۱ - ۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۱۰۷۹۵۹۴

۲. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation): یک دستگاه حیاتی است که خون مریض به داخل این دستگاه می‌رود و دستگاه این خون را اکسیژن می‌کند و به بدن برمی‌گرداند.

معالج هشت درصد در مرگ متوفیه نقش داشته است؛ دستیار جراح معالج (فلوشیپ جراحی قلب) دو درصد در مرگ متوفیه نقش داشته است؛ مابقی (نود درصد)؛ مربوط به ذات خطیر این گونه اعمال جراحی می‌باشد». دادگاه کیفری دو رسیدگی کننده در دادنامه^۱ درصدهای اعلام شده در نظریه کمیسیون پزشکی را عیناً ذکر کرده و اعلام می‌نماید: «مستند به مواد ۴۴۸، ۴۴۹، ۵۰۵، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۴، ۷۱۵، ۳۸۵، ۵۵۵، ۵۶۹، ۶۶۲ و ۶۲۷ قانون مجازات اسلامی متهمان قتل شبه عمد مرحومه متهم ردیف اول (جراح قلب معالج) به پرداخت هشت درصد دیه کامل و متهم ردیف دوم (دستیار جراح معالج (فلوشیپ جراحی قلب)) به پرداخت دو درصد دیه کامل در حق ورثه مرحومه محکوم می‌شوند». در فرایند رسیدگی و با توجه به تجدیدنظرخواهی، پرونده در دادگاه تجدیدنظر مورد رسیدگی قرار می‌گیرد. دادگاه تجدیدنظر در دادنامه صادره^۲ نیز به رد تجدیدنظرخواهی و تایید رای بدوی حکم می‌دهد.

۲. چالش‌های کارشناسان و مراجع کارشناسی در تعامل با مراجع قضایی

قضایی

کارشناسان به ویژه پزشکان قانونی در فرایند کارشناسی و اعلام نظرهای کارشناسی با مشکلات متعددی مواجه هستند؛ منشا برخی از این چالش‌ها به مراجع قضایی و قضات برمی‌گردد؛ بعضی دیگر نشات گرفته از خود کارشناسان است؛ و پاره‌ای هم به شرایط پرونده و صعوبت موضوع مورد بررسی مربوط می‌شود. در این قسمت، مهم‌ترین این چالش‌ها در سه گروه تبیین می‌شود.

۲-۱. چالش‌های مربوط به مراجع قضایی

۱-۲-۱. استعلام موضوعات خارج از وظیفه کارشناسان (شبهات

صدقیه)

صدور حکم کار قضایی است و مسؤولیت کارشناسان پزشکی قانونی احراز موضوع و تشخیص مصادیق است. برخی اوقات قضات در خصوص مفاهیم و به اصطلاح شبهات صدقیه، که در حیطه وظایف قاضی است، پرسش طرح می‌کنند. این شبهه در جایی مطرح می‌شود که اگر چه مفهوم و حکم موضوعی روشن است، اما

۱. ۱۴۰۲/۴/۲۸ - ۱۴۰۲/۶/۳۹۰۰۵۹۲۴۴۶۳۰۱

۲. ۱۴۰۲/۴/۱۶ - ۱۴۰۲/۶/۳۹۰۰۸۵۱۱۷۷۰۲

در صدق آن مفهوم بر امری خارجی تردید به وجود می‌آید. برای تبیین معنای این شبهه به یک مثال توجه کنید. اگر از منظر فقه و قانون، به فرض داخل بطری آبی یک درصد الکل باشد، آب محسوب شود و اگر داخل آن ده درصد الکل باشد الکل به حساب آید، اینک چنانچه یک بطری آبی داشته باشیم که داخل آن بیش از یک و کمتر از ده درصد الکل است؛ استعمال قاضی درباره میزان و درصد الکل موجود در بطری از کارشناسان پزشکی قانونی، امری موجه و رفع شبهه مصداقی است، اما سوال در مورد این که محتوای بطری مورد اشاره آب است یا الکل، خارج از حیطه وظایف کارشناس است و در واقع مقام استعمال در صدق رفع شبهه صدقیه از طریق کارشناس می‌باشد؛ در حالی که این امر از وظایف مقام قضایی است. برخی استعلامات مراجع قضایی از کارشناسان پزشکی قانونی حاوی پرسش‌هایی از این دست می‌باشد. در واقع شبهه صدقیه به دلیل عدم تحدید دقیق و شفاف مفهوم پدیدار می‌شود (حسینی شاهرودی، ۱۳۸۵: ۲۹۴).

روشن است که پزشک قانونی در این گونه شبهات نیز نمی‌تواند خود رأساً در راستای رفع شبهه تحلیل اجتهادی انجام دهد، بلکه با توجه به اقتضائات نظام حقوقی ایران لازم است که رفع شبهه را از مقام قضایی به صورت شفاف تقاضا نماید؛ از این رو، به عنوان مثال اگر شخصی که دچار آسیب استخوانی گشته به سازمان پزشکی قانونی مراجعه نماید و پزشک سازمان با این که اجمالاً تعریف شکستگی استخوان و خردشدگی آن را می‌داند، اما در صدق عنوان شکستگی بر این آسیب به خصوص تردید نماید و منشأ تردید هم این باشد که در ضمن آسیب وارده، بافت استخوانی به سه تکه کوچک تقسیم شده و در نتیجه وی مردد میان شکستگی و خردشدگی^۱ گشته، در واقع شبهه‌ای که پیش آمده، شبهه صدقی است. از همین رهگذر، با عنایت به این که در شبهات صدقیه، پزشک قانونی نمی‌تواند با تحلیل اجتهادی رفع شبهه نماید، وی باید صرفاً از آن چه در بستر عینی سانحه یا نزاع رخ داده خبر دهد و مقام قضایی را ملتفت سازد که با توجه به چنین رخ دادی، مراد از مثلاً شکستگی،

۱. بندهای الف و ب ماده ۵۶۹ قانون مجازات اسلامی: «الف- دیه شکستن استخوان هر عضو یک پنجم دیه آن عضو و اگر بدون عیب درمان شود چهار پنجم دیه شکستن آن است؛ ب- دیه خرد شدن هر عضو یک سوم دیه آن عضو و اگر بدون عیب درمان شود چهار پنجم دیه خرد شدن آن است.»

آیا صرفاً انفصال بافت استخوانی در قالب یک یا دو تکه‌ای است یا عنوان شکستگی شامل انفصال بافت استخوانی به صورت سه تکه‌ای یا بیشتر هم می‌شود؛ سپس با تکیه بر تحدید مفهومی که مقام قضایی ارائه می‌دهد، گزارش کارشناسانه خویش را سامان دهد (صادق پور، ۱۴۰۲: ۸۴-۸۵). در موارد بسیاری مراجع قضایی در مورد نمونه‌های مکشوفه مشکوک، در مورد مسکر بودن نمونه‌ها از پزشکی قانونی طرح سوال می‌کنند؛ در حالی که پزشکی قانونی قادر است صرفاً در مورد ماهیت نمونه مکشوفه و محتویات آن نظر دهد؛ این که یک نمونه سکرآور است یا خیر، به مفهوم سکرآوری برمی‌گردد و از شبهات صدقیه می‌باشد؛ بنابراین پرسش‌هایی از این دست، خارج از حیطه وظایف کارشناسان است.

۲-۱-۲. درخواست اعلام درصد تقصیر

در قریب به اتفاق پرونده‌هایی که با زنجیره‌ای از اسباب و تعدد عوامل مواجهیم، یکی از پرسش‌های مراجع قضایی از کمیسیون‌ها و گروه کارشناسان، تعیین درصد تقصیر هر یک از عوامل پس از مشخص شدن عوامل مقصر است. با جرات می‌توان گفت این موضوع در پرونده‌های خطای پزشکی تبدیل به یک رویه شده است. در حال حاضر قریب به اتفاق کارشناسان میزان تاثیر عوامل متعدد را به صورت درصد تعیین می‌کنند و بسیاری از قضات نیز بر اساس همین درصدها حکم می‌دهند، لیکن برخی قضات تعیین درصد و ضمان نسبی را صحیح نمی‌دانند (قیاسی، ۱۳۹۴: ۲۱۶). تعیین ضمان نسبی در زمان حاکمیت قانون مجازات اسلامی سابق، نه تنها مستند قانونی نداشت، بلکه ظاهر بسیاری از مواد برخلاف آن بود؛ هر چند که بسیاری از دادگاه‌ها بدان حکم می‌دادند (همان: ۲۱۸). مقنن در قانون مجازات اسلامی به سال ۱۳۹۲ ضمان نسبی و درصد تاثیر را با درج ماده ۵۲۶^۱ در شرایطی خاص مورد پذیرش قرار داده است. مستفاد از ماده فوق، نه تنها در موارد اجتماع سبب و مباشر، هر دو می‌توانند ضامن باشند؛ چه بسا سببی که میزان تاثیرش بیشتر از مباشر است، بیش از مباشر مسؤول ضامن باشد (قیاسی، ۱۳۹۴: ۲۱۹). نکته مهمی که درخصوص

۱. «هرگاه دو یا چند عامل، برخی به مباشرت و بعضی به تسبیب در وقوع جنایتی، تاثیر داشته باشند، عاملی که جنایت مستند به اوست ضامن است و چنانچه جنایت مستند به تمام عوامل باشد به طور مساوی ضامن می‌باشند مگر تاثیر رفتار مرتکبان متفاوت باشد که در این صورت هر یک به میزان تاثیر رفتارشان مسؤول هستند...».

درصدبندی در نظرات کارشناسان باید مورد نظر قرار داد این است که گاه به برخی عوامل که از منظر حقوقی و عرفاً در زنجیره سببیت جایگاهی ندارند سهم می‌دهند؛ در این موارد، مشکل با اصل اعلام درصد تاثیر عوامل مؤثر در نتیجه نیست، بلکه ایراد در اصل به مرحله قبل از تعیین درصد و مربوط به نقش غیر سببی عواملی است که در نظرات کارشناسی به آن‌ها به دیده سبب نگریسته شده و متعاقباً برای آن‌ها درصد تاثیر تعیین شده است. یکی از موضوعاتی که در استعلام‌های مربوط به درصد از سوی مراجع قضایی دیده می‌شود و غالباً در ارتباط با فوت‌های متعاقب نزاع‌ها می‌باشد، پرسش در مورد درصد تاثیر نزاع و استرس در فوت است. در مواردی به‌رغم امتناع کارشناسان از تعیین درصد، برخی مراجع قضایی اصرار بر تعیین درصد از جانب کارشناسان داشته‌اند.

در پرونده مربوط به جنین مرده به دنیا آمده پسر، متعلق به مادر بیست و چهار ساله در حاملگی دوم که سابقه یک‌بار سقط در حاملگی اول داشته است، مادر با شرح حال احساس آبریزش و درد شکمی، در بیمارستان پذیرش می‌شود و به دلیل افت قلب جنین، تحت سزارین اورژانسی توسط پزشک متخصص زنان و زایمان معالج قرار می‌گیرد. در پایان عمل، نوزاد پسر مرده خارج می‌شود. پرونده با دستور قضایی و به علت شکایت اولیای دم از کادر درمانی، جهت بررسی قصور پزشکی و اظهار نظر کارشناسی به کمیسیون پزشکی ارجاع می‌گردد. در استعلام از سوی مرجع قضایی دو سوال از گروه کارشناسان پرسیده می‌شود: آیا بین فوت نوزاد و قصور پزشک رابطه سببیت وجود دارد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان درصد تقصیر پزشک به شعبه اعلام شود.

در پرونده دیگری که مربوط به آقای شصت و پنج ساله زندانی، با سابقه جراحی قلب باز می‌باشد، وی با شکایت تهوع و بی‌حالی به بهداری زندان مراجعه می‌نماید و پزشک به وی دارو تجویز می‌کند. بیست دقیقه بعد وی دچار ایست قلبی و تنفسی شده، فوت می‌شود. علت مرگ، با توجه به تنگی هفتاد درصدی عروق مغزی قلب (کرونر)، «نارسایی قلبی ریوی در زمینه بیماری ایسکمیک قلبی» تعیین می‌شود. مرجع قضایی از کمیسیون پزشکی استعلام می‌نماید: «در صورت احراز تقصیر با قید میزان، مکانیسم اثرگذاری آن منعکس شود». کمیسیون پزشکی با احراز تقصیر کادر

درمان، میزان تاثیر قصور پزشکی را سیزده درصد اعلام می‌نماید و به ذات خطیر بیماری هشتاد و هفت درصد سهم می‌دهد.^۱ در تاریخ ۱۴۰۲/۱/۲۶ با ارجاع پرونده به کمیسیون پنج نفره، از سوی بازپرس پرونده، استعلامی با این محتوا «تقصیر، نوع و میزان آن را حسب مورد با تعیین ارش یا دیه به‌طور دقیق مشخص نمایید» از گروه کارشناسی به عمل می‌آید.

۳-۱-۲. ابهام در مفاهیم قانونی

یکی از روش‌های نامعمول قانون‌گذار در مقام اصلاح قانون، توسل به واژه‌پردازی‌های بدیع است. این موضوع در عین حالی که ممکن است موجب برداشت‌های متفاوت از معانی واژگان باشد، از نقطه نظر اصول و منطقی قانون‌گذاری نیز محل تأمل جدی بوده و چالش برانگیز است و در مقام عمل، تابعان، شهروندان و مکلفان قانون را با تکلیف سخت و پر مشقت روبه‌رو می‌کند (مولایی، ۱۴۰۳: ۲۲۳). یکی از این کاربران، کارشناسان می‌باشند که گاه ابهام در مفاهیم قانونی خاصه واژگان بدیع، برای آنان دشواری‌هایی را ایجاد می‌نماید. به عبارت دیگر، بخشی از چالش کارشناسان، مربوط به مقنن و متون قانونی و نشات گرفته از عدم تبیین برخی مفاهیم در قانون است. این معضل شقوق مختلفی دارد؛ از جمله این‌که، گاهی بعضی واژگان مانند «درمان شدن و درمان نشدن» اساساً تبیین نشده است؛ در برخی موارد بدون تفصیل و جزئی‌نگری، به بیان کلی یک عنوان اشاره شده است؛ در حالی آن عنوان دارای جزئیات است؛ برای مثال در بندهای ح و خ ماده ۷۰۹ قانون مجازات اسلامی در تبیین جراحی مامومه و دامغه به ذکر کیسه مغز اکتفا شده است؛ در حالی که در پزشکی، کیسه مغز که پرده مغز یا مننژ نامیده می‌شود، دارای سه لایه^۳ است و مشخص نیست مقصود مقنن کدام یک از این لایه‌هاست. زمانی

۱. نظریه شماره ۱۵۹۴ مورخ ۱۴۰۱/۷/۱۹

2. Meninge

۳. مننژ در اطراف مغز و نخاع قرار دارد و دارای سه لایه و پوشش است که از خارج به داخل با نام سخت شامه (دورامتر)، عنکبوتیه (آراکنوئید)، نرم‌شامه (پیامتر) شناخته می‌شوند. این پرده‌ها به طور کلی مننژ یا شامه نامیده می‌شوند که میان استخوان جمجمه و بافت مغز (و در طناب نخاعی بین ستون مهره‌ها و بافت نخاع) قرار دارند.

<https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/meninges-of-the-brain-and-spinal-cord> (available at:

هم از یک واژه در مواد قانونی مختلف مفاهیم متفاوتی اراده شده است و تفاوت در تبیین مفاهیم از سوی خود مقنن وجود دارد؛ مثلاً واژه حرج در ماده ۱۱۳۰ قانون مدنی، مشقتی است که زندگی انسان را با مشکل مواجه کند؛ در حالی که در ماده ۵۶ قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مصوب ۱۴۰۰ مفهومی فراتر از مشقت مورد نظر در ماده ۱۱۳۰ قانون مدنی اراده شده است. نقطه ثقل این چالش آنجاست که برای درک اصطلاحات و مفاهیمی که در قانون استعمال شده‌اند، نمی‌توان لزوماً از تلقی‌های تخصصی در حوزه‌های مختلف دانشی مانند دانش پزشکی تبعیت کرد، بلکه این اصطلاحات و مفاهیم را باید از نقطه نظر قانونی و فقهی نگریست؛ این در حالی است که قانون‌گذار و هم‌چنین فقها همواره اصطلاحات و مفاهیم موضوع حکم را تعریف، تبیین و توصیف نکرده‌اند. برای نمونه «درمان شدن» یا «درمان نشدن» در شکستگی ستون فقرات (ماده ۶۴۷ قانون مجازات اسلامی)^۱، در شکستگی بینی (۵۹۳ قانون مجازات اسلامی)^۲ و در شکستگی ترقوه (۶۵۶ قانون مجازات اسلامی)^۳ به چه معنایی است و چه ویژگی‌هایی دارد و اراده قانون‌گذار چه بوده است؟ در مواجهه با این واژگان که مقنن توصیفی از آن ارائه نداده، پرسش اساسی این است که چگونه و با مراجعه به چه ملاک‌هایی می‌توان معانی مفاهیم قانونی را دریافت؟ برخی در پاسخ این سوال بیان داشته‌اند که در چنین مواقعی این عرف متداول حاکم بر محاورات است که می‌تواند مبنای فهم مفاهیم و اصطلاحات قانونی قرار گیرد و

۱. «دیه شکستن ستون فقرات به ترتیب ذیل است: الف- شکستن ستون فقرات در صورتی که اصلاً درمان نشود و یا بعد از علاج به صورت خمیده درآید، موجب دیه کامل است؛ ب- شکستن ستون فقرات که بی عیب درمان شود ولی موجب از بین رفتن یکی از منافع گردد مانند این که مجنی علیه توان راه رفتن یا نشستن نداشته باشد و یا توان جنسی یا کنترل ادرار وی از بین برود، موجب دیه کامل است؛ پ- شکستن ستون فقرات که درمان نشود و موجب عوارضی از قبیل موارد مندرج در بند (ب) شود، علاوه بر دیه کامل شکستگی ستون فقرات، موجب دیه یا ارش هریک از عوارض حاصله نیز است؛ ت- شکستن ستون فقرات که بدون عیب درمان شود، موجب یک دیه کامل است...».

۲. «شکستن استخوان بینی در صورتی که موجب فساد بینی و از بین رفتن آن شود، دیه کامل دارد و چنانچه بدون عیب و نقص اصلاح نشود موجب یک‌دهم دیه کامل و اگر با عیب و نقص بهبود پیدا کند، موجب ارش است. در کج شدن بینی یا شکستن استخوان بینی که منجر به فساد آن نشود، ارش ثابت می‌شود».

۳. «شکستن هر یک از استخوان‌های ترقوه در صورتی که بدون عیب درمان شود، موجب چهار درصد دیه کامل و در صورتی که درمان نشود و یا با عیب درمان شود، موجب نصف دیه کامل است».

حتی پزشک قانونی نیز باید با ملاحظه آن به معنای مقصود مقنن پی ببرد؛ یعنی بر اساس عرفی که در محاورات حکم فرماست (صادق پور، ۱۴۰۲: ۹۵). با این وصف، تحقیقات علمی اعم از پزشکی و غیر آن، هر چند به جای خود لازم و ضروری است، اما مادام که قرینه‌ای بر اراده معنای تخصصی یک لفظ و اصطلاح در متن قانون وجود نداشته باشد، بر معنای عرفی خود حمل می‌شود و تحدید مفهوم لفظ با تکیه بر عرف حاکم بر محاورات و تخاطبات متداول و رایج جامعه صورت می‌پذیرد؛ برای نمونه، در منابع علمی ستون فقرات از مهره اول گردنی شروع و به دنبالچه ختم می‌شود؛ در حالی که در قانون مجازات اسلامی بر اساس تبصره ۱ ماده ۶۴۷ این قانون، ستون فقرات از مهره‌های گردنی شروع و تا قبل از دنبالچه می‌باشد؛ بنابراین شامل مهره‌های گردن و استخوان دنبالچه نمی‌شود. هم‌چنین در متون پزشکی، شکستگی استخوان شامل ترک خوردن و خردشدگی هم می‌شود؛ در حالی که در ماده ۵۶۹ قانون مجازات اسلامی، شکستگی در عرض آسیب‌های استخوانی دیگر هم چون ترک برداشتن و خردشدگی قرار دارد. پس روشن گردید که پزشک قانونی در راستای رجوع به متون قانونی باید عرف را به مثابه ملاک و معیار خطابات قانونی مورد نظر قرار دهد و در عین حال، مواظبت نماید که در رابطه با اصطلاحات مشترک حوزه فقه و حقوق و حوزه پزشکی، معانی تخصصی پزشکی را بر این اصطلاحات تحمیل نکند، بلکه از نقطه نظر قانونی به آن‌ها بنگرد (صادق پور، ۱۴۰۲: ۱۰۱). در این جا باید خاطر نشان شد عدول از برخی نصوص قانونی همواره مربوط به ابهام در مفاهیم و مواد قانونی نیست، بلکه «گاه همراه با مصلحت اندیشی‌های اجرایی است؛ بدین معنا که در مقام اجرای قانون، مشکلات و چالش‌هایی به وجود می‌آید که واضعان قانون آگاهی چندانی به آن ندارند» (نره‌ئی و فتحی، ۱۴۰۳: ۷۷).

۲-۲. چالش‌های مربوط به خود کارشناسان

۲-۲-۱. داشتن دغدغه اجرای عدالت و انصاف

یکی از اشکالات کارشناسان و به طریق اولی پزشکان قانونی این است که به دنبال علل مواد قانونی و فقهی هستند و درصدد اجرای انصاف و عدالت می‌باشند؛ در واقع اجرای کامل برخی از مواد قانونی را بر خلاف انصاف و در تعارض با معیارهای

علوم تجربی می‌دانند. نمونه‌های اعلا‌ی این پنداشت به عوامل زمینه‌ای مربوط می‌شود؛ غالب کارشناسان اغماض از نقش بیماری زمینه‌ای یک مصدوم را در پرونده‌های خطای پزشکی بر خلاف موازین علمی و آموخته‌های تجربی خود و به دور از انصاف می‌پندارند. این انگاره در حقیقت ورود به حوزه وظایف مقنن است و گاهی در عمل موجب اظهار نظرهای غیر دقیق می‌شود؛ برای نمونه، در گذشته تعلق دیه مساوی به انگشت اول (شست) و انگشت پنجم (انگشت کوچک) در دست، بر خلاف متون تخصصی و انصاف انگاشته می‌شد؛ چرا که در منابع علمی کارکرد انگشت کوچک در مقایسه با انگشت شست اندک است؛ بر اساس این انگاره و به استناد معیارهای علمی و فنی، ارشی مازاد بابت عملکرد انگشت شست قطع شده، اعلام می‌شد.

۲-۲-۲. ورود به حوزه صدور حکم

تقنین وظیفه قانون‌گذار و صدور حکم کار قاضی است. در این میان مسؤلیت کارشناسان و پزشکان قانونی فقط احراز موضوع است، اما گاه کارشناسان در نظریه‌های کارشناسی خود، پا را فراتر گذاشته و به نوعی وارد مرحله صدور حکم می‌شوند. وظیفه کارشناسان خاصه پزشکان قانونی، تشخیص مصادیق است نه تحدید مفاهیم.^۱ پزشکی قانونی باید مصداق چیزی را بگوید و تشخیص دهد که مفهومش را عرف تعیین کرده است. برای نمونه آسیب‌های شکستگی، خردشدگی و ترک برداشتن مندرج در ماده ۵۶۹ قانون مجازات اسلامی موضوع هستند و واجد دیه بودن آن‌ها حکم است. کارشناسان پزشکی قانونی در احراز موضوع (تشخیص شکستگی) نقش دارند. تبیین و تعیین حدود و ثغور این مفاهیم با مقنن است و باید در جست‌وجوی نظر مقنن بود که در قانون ما ماخوذ از منابع فقهی است؛ برای مثال پزشک قانونی باید خردشدگی را بر اساس تعریفی که مدنظر مقنن است که برگرفته از منابع فقهی و معیار عرف می‌باشد شناسایی و تشخیص دهد؛ و نه تعریفی که در منابع علوم تجربی و کتب پزشکی آمده است؛ یعنی اگر بر اساس منابع علمی، به بیش از دو قطعه در محل شکستگی خردشدگی اطلاق شود اما در نظر قانون و معیار عرف این آسیب شکستگی باشد، کارشناس باید آسیب را شکستگی اعلام نماید؛ این در حالی است

۱. به عقیده اندیشمندان فقهی و حقوقی، تحدید مفهوم کاری اجتهادی است. مجتهد با رجوع به عرف و با توسل به قواعد حاکم بر عرف، تحدید مفهوم می‌کند. اکنون تشخیص مصداق یا مصادیق مفهوم مورد نظر، وظیفه کارشناسان پزشکی قانونی است.

که برخی کارشناسان پاره‌ای مفاهیم قانونی و آسیب‌های مطروحه در قانون را صرفاً با توجه به منابع طبی و پزشکی مورد ارزیابی قرار داده و اعلام نظر می‌نمایند. این گروه از کارشناسان در دفاع از عملکرد خود، گاهی با این استدلال که مفاهیم یاد شده پزشکی هستند و باید در تبیین آن‌ها به عرف تخصصی و پزشکی مراجعه نمود، توسل می‌جویند؛ بنابراین موضوعاتی نظیر ترک استخوان، ولوج روح، فلج بینی، درمان شدن، درمان نشدن و فساد بینی باید بر اساس قانون و ضوابط عرف تبیین و احراز شوند؛ نه صرفاً طبق منابع علمی و کتب پزشکی.

گاهی عدم توجه کافی به مطالب پیش‌گفته، خواسته یا ناخواسته کارشناسان را به ورطه صدور حکم سوق می‌دهد؛ در حالی که کارشناس باید از اظهار نظرهایی که جنبه صدور حکم دارد اجتناب کند؛ حتی اگر مرجع قضایی در مورد حکم استعمال نماید. برای نمونه، در مورد معاینات اختصاصی زنان، در موارد متعددی مرجع قضایی در مورد مدخوله بودن یا باکره بودن از پزشکی قانونی استعمال نموده است. وظیفه کارشناس پزشکی قانونی معاینه دقیق موضع مربوطه و اظهار نظر در مورد پرده هایمن و وضعیت آناتومیک آن و توصیف دقیق برای مرجع قضایی می‌باشد. در گذشته برخی کارشناسان هنگام تنظیم نظریه خود، از جملاتی نظیر «باکره نیست/ است» «مدخوله نیست/ است» استفاده می‌کردند؛ به‌رغم این که این جملات و اظهار نظرهای کارشناسی در پاسخ به استعمال مراجع قضایی با همین مضمون بوده است، اما کارشناس پزشکی قانونی وارد مرحله صدور حکم شده است و قاضی آثار حکم فوق را در رای خود انشا خواهد نمود. جالب است بدانیم که در برخی موارد که کارشناسان به درستی به توصیف موضوع و عدم ورود به مرحله صدور حکم مبادرت ورزیده‌اند، مرجع قضایی اصرار بر پاسخ صریح به سوال باکره بودن یا مدخوله بودن و انعکاس آن در نظریه کارشناسی داشته است. مثال دیگر مربوط به محجوریت است؛ که در استعلامات مراجع قضایی به صراحت از آن پرسش می‌شود. در گذشته پزشکی قانونی در گزارش نظرات خود به محجور بودن و یا عدم محجوریت اشاره می‌کرد، اما در سال‌های اخیر با توجه به این که اظهار نظر صریح در مورد محجوریت، در واقع ورود به حوزه صدور حکم است در تنظیم نظریات کارشناسی به درستی صرفاً به مؤلفه‌های مؤثر در این خصوص از قبیل توانایی اداره امور مالی پرداخته می‌شود. نمونه دیگر در

مورد جراحات و در رابطه با تطبیق یک جراحی با ماده ۷۰۹ قانون مجازات اسلامی است؛ پیش‌تر در مواقعی که در مورد عمق و ویژگی‌های یک جرح بین حارصه و دامیه یا بین دامیه و متلاحمه تردید وجود داشت، با این استدلال که در موارد شک باید به اقل‌الامرین اکتفا نمود، عمق کمتر اعلام می‌شد؛ در حالی که این موضوع نیز به نوعی ورود به مرحله صدور حکم است و کارشناس باید در این شرایط تردید خود بین عمق کمتر و بیشتر (حارصه و دامیه یا دامیه و متلاحمه) را برای مرجع قضایی توصیف و اعلام کند.

۳-۲-۲. پدیده درصدمندی

از شایع‌ترین چالش‌های کارشناسان، حقوق‌دانان و قضات، بحث تعیین درصد عوامل مؤثر در نتیجه است. اوج این چالش آنجایی است که شرایط و بیماری‌های زمینه‌ای بیمار نیز به عنوان عامل تاثیرگذار مورد توجه قرار گرفته، برای اثر آن درصد تعیین می‌شود. در رواج این رویه، درخواست و استعمال قضات و گاه اصرار ایشان مؤثر بوده است.

پدیده درصدمندی در عمل چالشی دوسویه است؛ یک سوی این معضل به مراجع قضایی و رویه قضایی مربوط می‌شود و سوی دیگر آن به کارشناسان و مراجع کارشناسی مرتبط می‌گردد. برخی پدیده درصدمندی را برساخته کمیسیون‌های پزشکی و کارشناسان دانسته‌اند، اما صرف نظر از مبدع و آغازگر این موضوع، در حال حاضر به عنوان روشی که مقبول غالب مراجع قضایی است، مرسوم است و به صورت یک رویه قضایی درآمده است. در ادامه به پرونده عابر پیاده هشتاد و یک ساله‌ای اشاره می‌شود که به دنبال تصادف با اتومبیل در تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۱ به دلیل شکستگی گردن استخوان ران به بیمارستان منتقل و در آنجا بستری می‌شود، اما به‌رغم اقدامات طبی انجام شده، در تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۱۶ فوت می‌نماید. (فروزش و دیگران، ۱۴۰۰: ۵۴). مصدوم سابقه اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به آزایمر و بیماری مزمن دیابت (با مصرف روزانه ۲ عدد قرص گلی‌بنکلامید) داشته است. در زمان بستری به دلیل سرفه خلط‌دار برای بیمار آنتی‌بیوتیک تجویز می‌شود و مشاوره‌های لازم (قلب و عفونی) داده می‌شود. در ادامه دچار کاهش هوشیاری شده و پس از

تعبیه لوله نایی (انتوباسیون)^۱ به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود و با وجود انجام اقدامات پزشکی مورد نیاز، مصدوم شش روز بعد فوت می‌نماید. در معاینه کالبدگشایی، تنگی ناشی از آترواسکلروز^۲ (تصلب شرایین) عروق کرونر (شریان‌های مغذی) قلب مشاهده می‌شود و در آسیب‌شناسی، شواهد ایسکمی (کاهش خونرسانی) اخیر و جدید میوکارد (عضله قلب) در زمینه بیماری ایسکمیک قلبی پیشرفته، گزارش می‌گردد (فروزش و دیگران، ۱۴۰۰: ۵۹). به نظر برخی کارشناسان، علت فوت «عارضه حاد قلبی» است، اما از آن‌جا که استرس ناشی از تصادف نیز در فوت دخیل بوده است، سهم تصادف در فوت به میزان ۳۰ درصد تعیین می‌شود (فروزش و دیگران، ۱۴۰۰: ۵۹). در تحلیل این اظهار نظر کارشناسی باید گفت، اساساً تعیین درصد تاثیر در نتیجه، زمانی مطرح می‌شود که با بیش از یک سبب و عامل مواجه باشیم و اصولاً، مقدم بر این امر، اثبات رابطه سببیت و استناد است؛ در غیر این صورت و در بسیاری از موارد درصدبندی و جاهتی ندارد. در این پرونده نیز چنانچه شواهدی از وجود آمبولی چربی (پراکندن چربی در خون) در فرد یافت شود و متعاقب آن مرگ حادث شده باشد، از آن‌جا که آمبولی چربی از عوارض شکستگی استخوان خاصه استخوان‌های دراز است، سهم تصادف در فوت باید صد درصد اعلام شود؛ به بیان دیگر، علت مرگ آمبولی ناشی از شکستگی استخوان متعاقب اصابت جسم سخت (سانحه تصادف) خواهد بود، اما اگر با توجه به تب و علائم عفونی بیمار در مدت بستری و با عنایت به سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر، در بررسی‌ها مشخص می‌شد که مصدوم دچار عفونت دریچه‌های قلب (اندوکاردیت) شده است و به دلیل عفونت فوت شده است، از آن‌جا که رابطه سببیت بین علت فوت و سانحه تصادف احراز نمی‌شود، تصادف سهمی در فوت نخواهد داشت.

الف. تعیین درصد برای موارد تسریع در فوت

نقش تسریعی صرف داشتن یک علت در حصول نتیجه، به تنهایی باعث زوال آثار ناشی از علت مؤثر اولیه نخواهد بود (صادقی و میرزایی، ۱۳۹۸: ۱۸۹). از منظر علمی، تسریع غیر از مساله استناد است. تسریع عاملیت ندارد و در رابطه استنادی

1. Intubation

2. Atherosclerosis

بی‌اثر است. تسریع یا تسهیل‌کنندگی، گاهی در مورد علل زمینه‌ای یا محیطی مطرح می‌شود که این عوامل جایگاهی در زنجیره اسباب ندارند. وانگهی در مواقعی وقتی صحبت از تسریع می‌شود، آن عامل سببیت دارد و غالباً کارشناسان خاصه پزشکان قانونی در مورد عاملی که در نقش سبب است صحبت تسریع را مطرح نموده‌اند. برای نمونه، بیماری که از نظر پزشکی ساعاتی بعد خواهد مرد، با تزریق داروی اشتباهی یک ساعت بعد فوت می‌کند؛ در این مورد کارشناسان، تزریق اشتباهی دارو را صرفاً تسریع‌کننده مرگ اعلام می‌نمایند و به تعیین درصد برای آن بسنده می‌کنند؛ در حالی که از نظر حقوقی و مقتضیات عرفی، این عامل سبب و عامل مرگ است؛ یعنی اگر از روی عمد باشد جنایت عمدی است و چنانچه ناشی از تقصیر باشد جنایت غیرعمدی خواهد بود؛ بنابراین به‌رغم آن‌که عامل تسریع‌کننده اساساً سبب محسوب نمی‌شود و در رابطه سببیت جایگاهی ندارد، اما گاهی کارشناسان از یک عامل که نقش سببی داشته و موجب نتیجه زیان‌بار گردیده است، به عنوان تسریع‌کننده یاد می‌کنند و نقش آن را کم‌رنگ و حتی نادیده می‌انگارند.

ب. تعیین درصد برای بیماری‌های زمینه‌ای

همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، تعیین درصد تاثیر و نقش عوامل در حدوث نتیجه، زمانی که با بیش از یک سبب و عامل مواجهیم مطرح می‌شود؛ و لذا مقدم بر درصdBندی، اثبات استناد و رابطه سببیت است. در مورد بیماری زمینه‌ای در مرحله آغازین مشکل داریم و اساساً رابطه استنادی احراز نمی‌شود؛ بنابراین نوبت به تعیین میزان تاثیر و درصdBندی نمی‌رسد، لیکن در موارد معتناهی کارشناسان برای این عوامل زمینه‌ای درصد تعیین می‌نمایند. شاید از منظر علمی و تخصص پزشکی این امر قابل توجیه باشد، اما از دید حقوق و قانون موجه نیست. با توجه به سکوت قانون و صراحت نداشتن بر این‌که شرایط بزه‌دیده نباید در زنجیره سببیت لحاظ شود، رویه‌های جاری در هیأت‌های پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی، به‌طور معمول سهمی از حادثه را به عامل یا عوامل زمینه‌ای می‌دهند (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۴).

پ. علت رویه شدن در صدبندی

سنگینی مجازات، جلوگیری از تحمیل دیه بیشتر به کادر درمان، فقدان نص، تمایل رویه، ملاحظات اخلاقی و عادلانه انگاشتن در صدبندی و فقدان سازکارهای حمایتی مانند بیمه، از جمله دلایلی است که موجب می‌شود کارشناسان به در صدبندی گرایش نشان دهند و مراجع قضایی هم به بازتاب آن‌ها در احکام قضایی مبادرت ورزند. البته نقش مهم قضاوت در استمرار این رویه را نباید نادیده انگاشت. متن زیر نمونه‌ای از استعمال مراجع قضایی در پرونده‌های خطای پزشکی در مورد اعلام درصد تقصیر است: «با عنایت به شکایت خانم الف با موضوع قصور پزشکی (که) در این شعبه مطرح نموده است؛ لذا نامبرده به حضور معرفی می‌گردد تا با توجه به اعتراض آقای ب به نظر سابق پزشکی قانونی، ضمن ملاحظه پرونده نسبت به تشکیل کمیسیون مجدد (نه نفره) در رشته موضوع شکایت اقدام و چنانچه تقصیری حادث شده است نوع و میزان آن را حسب مورد با تعیین ارش و دیه و مقصر و میزان تقصیر دقیقاً مشخص و مراتب تشکیل پرونده و تاریخ کمیسیون را به این بازپرسی اعلام نمایند». ملاحظه می‌شود که در پرونده فوق، مقام قضایی به طور ضمنی در مورد میزان و درصد تقصیر از مرجع کارشناسی پرسش نموده است.

۲-۳. چالش‌های مربوط به پرونده

در بررسی برخی از پرونده‌های خطای پزشکی، با تعدد کادر درمان در سطوح مختلف و رفتارهای بسیاری مواجه هستیم؛ این موضوع به دلایل گوناگونی نظیر ماهیت و شدت صدمات، تعدد آسیب‌های اولیه یا عوارض مربوطه، و یا به علت بستری شدن طولانی مدت ممکن است اتفاق افتد. از سوی دیگر، کارشناسان در بعضی از این پرونده‌ها با آسیب‌هایی پیچیده که گاهی با عوارضی غامض تر همراه هستند روبه‌رو می‌شوند. شناسایی این نتایج و ارزیابی صدمات و عوارض حاصل، جلسات کارشناسی با حضور متخصصان حوزه‌های مختلف را می‌طلبد. در ادامه این چالش‌ها مورد بررسی و تدقیق قرار گرفته است.

۱-۳-۲. چالش‌های مربوط به عوامل منجر به آسیب

بخشی از صعوبت کارشناسی در پرونده‌های خطای پزشکی به شناسایی عوامل و رفتارهای منجر به آسیب مربوط می‌شود. این چالش از یک طرف، با تعدد عوامل

دخیل در امر درمان و شناسایی رفتارشان و از طرف دیگر، با جایگاه علمی و اداری و وظایف هریک از عوامل در ارتباط است.

الف. تعدد کادر درمان و عوامل دخیل در پرونده و تعدد رفتارهای منجر به

آسیب

احراز رابطه سببیت بین رفتار و نتیجه زیان‌بار مبتنی بر الزام قانونی است، «اما مشکل در طریقه احراز این انتساب است، به‌ویژه در مواردی که چند عامل در وقوع جنایت یا خسارت مداخله می‌کند و نحوه دخالت نیز طولی (غیر هم‌زمان) باشد» (رستمی و شعبانی کندسری، ۱۳۹۵: ۱۶۷). در برخی پرونده‌های پزشکی نیز که کنش‌گران مختلفی با رفتارهای متعددی منشاء اثر شده‌اند کشف معمای سببیت غامض‌تر می‌شود؛ چرا که عموماً احراز سببیت در فرض اجتماع عوامل متعدد با دشواری‌های فراوانی روبه‌روست (شیری، ۱۴۰۰: ۷۵). برای نمونه تاخیر آمبولانس در اعزام بیمار، عدم مهارت تکنسین در انجام اقدامات اولیه پزشکی، تاخیر در پذیرش بیمار، تاخیر پزشک در معاینه مصدوم، عدم توجه کافی به علائم مصدوم و معاینه دقیق بیمار، عدم اجرای دقیق دستورات پزشک توسط پرستار و حضور با تاخیر پزشک مشاور بر بالین بیمار از مصادیقی است که اجتماع آن‌ها می‌تواند ارزیابی پرونده‌ها را پیچیده نماید. در این خصوص به یک پرونده اشاره می‌شود که در آن آقای چهل ساله متعاقب سقوط از بلندی دچار خونریزی گوارشی می‌شود. پس از مراجعه به اورژانس و انجام اقدامات اولیه، بستری شده و چند روز بعد فوت می‌نماید. در این پرونده گروه کارشناسی سه نفره، پرونده را از موارد قصور پزشکی تشخیص داده و سه نفر از کادر درمان را مقصر اعلام می‌نمایند. در ارجاع پرونده به کمیسیون پنج نفره، این گروه کارشناسی پس از صرف ساعت‌ها وقت برای استماع صحبت‌های طرفین دعوا و بررسی مستندات و مدارک موجود، سرانجام ضمن تایید وقوع قصور پزشکی در امر درمان بیمار، نه نفر از کادر درمان دخیل در امر معالجه بیمار شامل پرستار، پزشک اورژانس، پزشک معالج، پزشکان مشاور و آنکال، سوپروایزر و مسؤول فنی بیمارستان را مقصر و مؤثر در فوت تشخیص می‌دهند.^۱ در این پرونده زنجیره‌ای از خطاها از سوی عوامل مختلف اتفاق می‌افتد. برخی از این خطاها عبارت بودند از: پزشک

۱. تجربه نگارنده

اورژانس بیمار را دقیق معاینه نکرده، دستورات ناکامل صادر نموده، در نهایت به بستری در بخش اکتفا می‌کند؛ پرستار بخش به علائم حیاتی بیمار توجه کافی نداشته، شرایط وخیم بیمار را دیر متوجه می‌شود و با تاخیر به اطلاع پزشک معالج و کشیک آنکال می‌رساند؛ پزشک معالج با تاخیر بیمار را معاینه می‌کند، پزشک مشاور آنکال با توجه به بعد مسافت منزل تا بیمارستان با تاخیر دو ساعته بر بالین بیمار حاضر می‌شود. پرستار بخش در دفاع از تقصیر خود، ناکافی بودن تعداد پرستاران کشیک را نسبت به تخت‌های موجود در بخش اعلام می‌دارد. اظهار نظر دقیق و صحیح در این قبیل پرونده‌های خطای پزشکی، با توجه به تعدد عوامل و کنش‌گران دخیل در امر درمان بیمار، امری دشوار و مستلزم صرف وقت، دقت مضاعف و بررسی کافی مستندات و شواهد موجود است.

ب. جایگاه علمی/اداری / وظیفه قانونی مرتکبان

در زمینه مسؤلیت کیفری از رفتار دیگری، تا پیش از تصویب قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ قاعده عامی وجود نداشت، اما قانون‌گذار با وضع ماده ۱۴۲^۱ قانون یادشده به‌طور صریح مسؤلیت کیفری از رفتار دیگری را پیش‌بینی نمود (منصورآبادی، ۱۴۰۱: ۲۵۴-۲۵۵). در پرونده‌های مربوط به بررسی رفتار کادر درمان، کم یا بیش با عناوینی نظیر پزشک اورژانس، پزشک آنکال،^۲ پزشک معالج،^۳ پزشک مشاور،^۴ کارورز، دستیار، فلوشیپ و مسؤل فنی مواجه می‌شویم. در ادامه به برخی از مقررات موجود در این خصوص که برگرفته از دستورالعمل نحوه آنکالی و کشیک‌های مقیم پزشکان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، اشاره می‌شود. در ماده ۶ این دستورالعمل آمده است: «پزشک اورژانس موظف است تمامی بیماران اورژانس بستری شده را

۱. مسؤلیت کیفری به‌علت رفتار دیگری تنها در صورتی ثابت است که شخص به‌طور قانونی مسؤل اعمال دیگری باشد یا در رابطه با نتیجه رفتار ارتكابی دیگری، مرتکب تقصیر شود.
۲. پزشک آنکال پزشک متخصصی است که در خارج از ساعات اداری و روزهای تعطیل قابل دسترسی و احضار به بیمارستان است.
۳. معمولاً پزشک بستری‌کننده، پزشک معالج است و مسؤل درمان بیمار بوده، مسؤلیت اصلی بیمار با ایشان است.
۴. بر اساس نیاز و تشخیص پزشک معالج، با پزشکان متخصص مختلف درخواست مشاوره می‌شود. مشاوران در حیطه مشاوره درخواستی و نظرات مشورتی که داده‌اند مسؤلیت ندارند.

با ثبت نمودن ساعت به اطلاع پزشک آنکال برساند. از این ساعت مسؤولیت بیمار برعهده پزشک آنکال است که دستورات لازم را به پزشک اورژانس می‌دهد. حضور بر بالین بیمار بسته این‌که بیمار اورژانس باشد یا غیر اورژانس (الکتیو)، مسؤولیت متفاوتی را متناسب و هم‌گام با نتیجه ممکن است برای پزشک به همراه داشته باشد. پزشک آنکال موظف است به محض حصول اطلاع از وجود بیمار اورژانس، حداکثر به فاصله زمانی نیم ساعت بر بالین بیمار حضور یابد (ماده ۷). حتی در صورت عدم ویزیت حضوری (که ذاتاً تخلف حرفه‌ای محسوب می‌شود)، پزشک آنکال مسؤول بیمار می‌باشد و عدم ویزیت رافع مسؤولیت حرفه‌ای پزشک آنکال نمی‌باشد. در مورد بیمارانی که به تشخیص پزشک اورژانس نیاز به ویزیت فوری ندارند، پزشک آنکال موظف است در اولین فرصت ممکن (حداقل قبل از پایان شیفت آنکالی) نسبت به ویزیت حضوری بیمار اقدام نماید. تمام این موارد نیز باید به اطلاع پزشک آنکال برسد و در هر صورت مسؤولیت بیمار با پزشک آنکال می‌باشد (ماده ۸). در مواردی که پزشک آنکال توسط پزشک متخصص دیگر به مشاوره درمانی^۱ اورژانس فراخوانده می‌شود، پزشک آنکال موظف است حداکثر به فاصله زمانی نیم ساعت بر بالین بیمار حضور یابد و نظر خود را ارائه دهد، ولی مسؤولیت بیمار برعهده پزشک معالج اولیه بوده و اجرای نظرات پزشک مشاور فقط با تأیید پزشک معالج اولیه قابل انجام است (ماده ۹). در بیمارستان‌های آموزشی که دستیاران فوق تخصصی دارند، از دستیاران فوق تخصصی سال دوم به بعد با معرفی گروه آموزشی مربوطه و تأیید ریاست دانشکده پزشکی، می‌توان به عنوان پزشک مقیم در همان رشته استفاده نمود و پزشک هیأت علمی به‌عنوان آنکال ارائه خدمت نماید. در این موارد پزشک مقیم موظف است کلیه بیماران پذیرش شده را به اطلاع پزشک آنکال برساند و در صورت لزوم، پزشک آنکال موظف به حضور بر بالین بیمار و ارائه خدمت می‌باشد. در کلیه این موارد مسؤولیت بیمار هم برعهده پزشک مقیم و هم پزشک آنکال می‌باشد و عدم حضور پزشک آنکال رافع مسؤولیت حرفه‌ای او نخواهد بود (ماده ۱۲). ملاحظه می‌شود به‌رغم کشیک و مقیم بودن پزشکان دستیار فوق تخصصی، پزشکان هیأت

۱. مشاوره درمانی: استفاده و بهره‌گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده‌های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرایند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است.

علمی آنکال نیز دارای مسؤولیت توامان هستند. مسؤولیت کارورزان (اینترن‌ها)^۱ در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است.^۲ تشخیص موارد اورژانس در این آیین‌نامه بر عهده پزشک معالج و در ساعات کشیک بر عهده پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیات علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می‌شود اطلاق می‌شود؛ از این رو، پزشکان دخیل در امر درمان بیمار، به یک درجه مسؤولیت ندارند و بسته به جایگاه علمی و اداری و وظیفه قانونی آن‌ها و مواردی نظیر شرایط بیمار در زمان حادثه پزشکی، ممکن است مسؤولیت‌های متفاوتی داشته باشند؛ این موضوع در آن دسته از پرونده‌هایی که با تعدد کنش‌گران درمان در سلسله اسباب مواجه هستیم، موجب دشواری مضاعف امر کارشناسی می‌شود.

۲-۳-۲. چالش‌های مربوط به خود آسیب (شناسایی آسیب‌ها و نتایج

زیان‌بار)

شناسایی نتایج زیان‌بار در پرونده‌های خطای پزشکی، امری تخصصی و فنی است که افزون بر دانش پزشکی، به آگاهی از مقررات و قوانین مربوطه خاصه قانون مجازات اسلامی نیاز دارد. بدین سبب کارشناسان پزشکی قانونی جایگاه ممتازی در میان سایر کارشناسان دارند؛ زیرا علاوه بر سپری نمودن تحصیلات پزشکی، به پاره‌ای مبانی قانونی و حقوقی واقف هستند. تشکیل کمیسیون‌های پزشکی قانونی و حتی نظام پزشکی، مستلزم حضور کارشناس پزشکی قانونی است و در غیاب ایشان جلسات رسمیت لازم را نخواهد داشت. بسیاری از پزشکان حتی متخصصان و اساتید در مورد انواع آسیب‌ها و عوارض نظیر نقص عضوی‌های مورد نظر قانون، آگاهی مورد نیاز را ندارند و با جرات می‌توان گفت این موضوع در مورد برخی کارشناسان رسمی که پزشک قانونی نیستند نیز مصداق می‌یابد. آسیب‌های ناشی از رفتارهای پزشکی دارای بحث‌های تخصصی و عمیقی است و پرداختن بیشتر به آن از حوصله و

1. Interns

۲. آئین‌نامه شرح وظایف کارورزان دوره دکترای عمومی پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ظرفیت این مقال خارج است. در این زمینه می‌توان به پرونده‌های مربوط به نوزادانی که با تاخیر فرایند زایمانی مواجه و با هیپوکسی متولد می‌شوند؛ کودکان سی پی^۱ یا مصدومانی که دچار مولتیپل تروما^۲ همراه با صدمات مغزی و نخاعی می‌گردند؛ یا افرادی که دارای وضعیت نباتی^۳ شده‌اند اشاره نمود. برای آشنایی و تنویر ذهن خواننده با ذکر یک پرونده واقعی موضوع پی گرفته می‌شود؛ در این کیس به وضوح گوشه‌ای از چالش کارشناسان که نشات گرفته از صعوبت و ویژگی‌های خود پرونده می‌باشد، انعکاس یافته است.

پرونده^۴ متعلق به مادر بیست و پنج ساله بارداری است که جهت انجام زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) به بیمارستان مراجعه و در سرویس پزشک متخصص زنان (معالج) بستری می‌شود. مادر باردار به دلیل انتخاب زایمان فیزیولوژیک، در کلاس‌های آمادگی زایمان توسط مامای همراه (مامای الف) شرکت می‌کرده است. یک ساعت بعد از شروع دردهای زایمانی، در صبح روز زایمان، تحت انجام معاینه تحریکی توسط مامای الف قرار می‌گیرد. عصر روز زایمان با تشدید دردهای زایمانی با مشورت پزشک معالج، شب به اورژانس بیمارستان مراجعه و به بلوک زایمان منتقل می‌شود. ساعتی بعد زایمان انجام شده، نهایتاً نوزاد پسر سیانوزه (کبود) متولد می‌شود. نوزاد پس از تولد توسط متخصص اطفال تحت احیای پیشرفته و درمان‌های مربوطه قرار گرفته، به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان^۵ منتقل می‌شود. طفل روز بعد دچار تشنج می‌شود و حدود دو هفته بعد با تشخیص «سندرم آسپیراسیون مکونیوم^۶ و آنسفالوپاتی ایسکمیک^۷»، بدون بلع و با ضعف شدید عضلانی با رضایت شخصی والدین ترخیص می‌شود. کودک در سیر رشد خود دچار اختلال تکاملی گردیده، این موضوع موجب شکایت والدین از کادر درمان می‌گردد. پرونده در کمیسیون‌های سه و پنج نفره مورد بررسی قرار می‌گیرد و از نظر کارشناسان حاضر در جلسات، به علت

1. Cerebral palsy
2. Multiple trauma
3. Vegetative state

۴. شماره ۳۴۴۵۳۳ مورخ ۱۴۰۳/۵/۲۳

5. NICU
6. Meconium aspiration syndrome (MAS)
7. Hypoxic ischemic encephalopathy (HIE)

ارتکاب رفتار خارج از شرح وظایف مقرر و بدون اطلاع پزشک معالج که منجر به تسریع روند زایمان مادر گردیده،^۱ رفتار مامای الف مؤثر در حدوث نتیجه زیان بار و عوارض حاصل تشخیص داده می شود. در این پرونده کارشناسان کمیسیون اول و دوم ارزیابی و احصاء عوارض را با توجه به سن کودک به بعد موکول می نمایند. با گذشت زمان، مرجع قضایی در خصوص عوارض و نقایص کودک استعلام به عمل می آورد. در این راستا، جلسه ویژه ای با حضور یک متخصص زنان، یک نورولوژیست اطفال و یک متخصص پزشکی قانونی جهت تعیین عوارض استقرار یافته در کودک برگزار می شود و گروه کارشناسی در مورد آسیب ها و عوارض حاصل اعلام می دارند که صدمات و عوارض حادث شده به شرح زیر است: «۱- فلج کامل اندام های تحتانی و فوقانی؛ ۲- زوال کامل عقل؛ ۳- عدم توانایی بلع که ارش آن ۶۰ درصد دیه کامل است؛ ۴- عدم توانایی ضبط ادرار و مدفوع؛ ۵- عدم توانایی حفظ وضعیت بدن که ارش آن ۳۴ درصد دیه کامل است؛ ۶- حملات تشنج پایدار که ارش آن ۳ درصد دیه کامل انسان تعیین می گردد؛ ۷- ارش اختلال در عملکرد مجاری تنفسی فوقانی که تحت اقدامات تراکئوستومی قرار گرفته و ارش آن ۱۰ درصد دیه کامل انسان است؛ ۸- با توجه به نوع صدمه اولیه احتمال ناتوانی جنسی در کودک در آینده قویاً متصور است که در صورت صلاح دید مقام محترم قضایی مشمول دیه مقرر است؛ ۹- از بین رفتن بینایی هر دو چشم. لازم به توضیح است عوارض اعلام شده ماندگار و دائمی هستند و نیاز به معاینه در پنج سالگی نیست».

این پرونده در پی اعتراض کادر درمان در کمیسیون های متعددی مطرح می شود. صرف نظر از کیفیت و نتایج کارشناسی های انجام شده در مورد قصور کادر درمان، ملاحظه می شود که تعیین آسیب ها و عوارض در این پرونده دارای پیچیدگی های خاصی می باشد و با توجه به سن کم کودک در زمان رسیدگی در کمیسیون نوبت اول و دوم، به آینده موکول می شود و سرانجام در کمیسیون تکمیلی، یک گروه از کارشناسان با تجربه و متخصصین رشته های مرتبط، صدمات و عوارض کودک را ارزیابی و احصاء می نمایند، اما جالب است بدانیم که با عنایت به تعدد و

۱. شیرخوار متعاقب زایمان تسریع شده، دچار هیپوکسی (کاهش اکسیژن رسانی) و انسفالوپاتی مغزی شده است.

تنوع عوارض خاصه نقص و زوال منافع، از سوی یک گروه ارزیاب از کارشناسان، اعلام نظر در خصوص آسیب‌ها و عوارض با توجه به سن کودک، که وی تنها دو سال و چهارماه سن داشته، مورد تامل دانسته شده و بیان گردیده است که این زمان برای اظهار نظر در مورد عوارض استقرار یافته در کودک از جمله عدم توانایی ضبط مدفوع و اعلام نایب‌نایی کامل او، زودتر از مواعد مندرج در منابع علمی بوده است و لذا نظریه کارشناسی مربوط را قابل نقد دانسته، توصیه به ارزیابی مجدد بعد از انقضاء زمان لازم نموده‌اند. باید به خاطر داشت، تشتت آراء در کلیه دعاوی حقوقی، کیفری، تجاری، خانوادگی و اداری، پیش‌بینی‌پذیری دستگاه قضایی و در نتیجه امنیت قضایی شهروندان را به شدت کاهش می‌دهد (بهره‌مند بگ‌نظر و عامری ثانی و فرهمند و حاجی‌زاده، ۱۴۰۲: ۷۷). بدون تردید، تعدد و تشتت نظرات کارشناسی نیز به درجاتی مشمول این واقعیت می‌شوند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

برآمد

۱- کارشناسان به‌ویژه پزشکان قانونی در فرایند کارشناسی و اعلام نظرهای کارشناسی با مشکلات متعددی مواجه هستند؛ یکی از این معضلات، استعلام موضوعات خارج از حوزه وظیفه کارشناسان و پرسش در مورد شبهات صدقیه می‌باشد. ابهام در مفاهیم قانونی، معضل دیگر کارشناسان است؛ این مشکل نشأت گرفته از عدم تبیین برخی مفاهیم در قانون است. نقطه ثقل این چالش آن‌جاست که، برای درک اصطلاحات و مفاهیمی که در قانون استعمال شده‌اند، نمی‌توان لزوماً از تلقی‌های تخصصی در حوزه‌های مختلف دانشی مانند دانش پزشکی تبعیت کرد، بلکه این اصطلاحات و مفاهیم را باید از نقطه نظر قانونی و فقهی نگریست؛ این در حالی است که قانون‌گذار و هم‌چنین فقها، همواره اصطلاحات و مفاهیم موضوع حکم را تعریف، تبیین و توصیف نکرده‌اند.

۲- پدیده درصدمندی چالش دوسویه‌ای است که یک‌سوی آن به رویه قضایی و سوی دیگر آن به مراجع کارشناسی مرتبط است. سنگینی مجازات، جلوگیری از تحمیل دیه بیشتر به کادر درمان، فقدان نص، تمایل رویه، ملاحظات اخلاقی و عادلانه انگاشتن درصدمندی و فقدان سازکارهای حمایتی مانند بیمه از جمله دلایلی است که موجب می‌شود کارشناسان به درصدمندی گرایش نشان دهند.

۳- پزشکان قانونی به دنبال علل مواد قانونی و فقهی و درصدد اجرای انصاف و عدالت می‌باشند و اجرای کامل برخی مواد قانونی را خلاف انصاف و در تعارض با معیارهای علوم تجربی می‌دانند؛ نمونه اعلامی این پنداشت به عوامل زمینه‌ای مربوط می‌شود. تقنین وظیفه قانون‌گذار و صدور حکم کار قاضی است؛ گاه کارشناس خواسته یا ناخواسته وارد مرحله صدور حکم می‌شوند.

۴- بخشی از صعوبت کارشناسی در پرونده‌های خطای پزشکی به شناسایی عوامل و رفتارهای منجر به آسیب مربوط می‌شود. کنش‌گران دخیل در امر درمان بیمار، به یک درجه مسؤولیت ندارند و بسته به جایگاه علمی و اداری و وظیفه قانونی آن‌ها و مواردی نظیر شرایط بیمار در زمان حادثه پزشکی، ممکن است مسؤولیت‌های متفاوتی داشته باشند؛ این موضوع در آن دسته از پرونده‌هایی که با تعدد کنش‌گران درمان در سلسله اسباب مواجه هستیم، موجب دشواری مضاعف امر کارشناسی

می‌شود. در مواقعی چالش کارشناسی متمرکز بر شناسایی آسیب‌ها و ارزیابی صدمات و نتایج زیان‌بار است. بسیاری از پزشکان حتی متخصصان در مورد انواع آسیب‌ها و عوارض نظیر نقص عضوهای مورد نظر قانون، آگاهی مورد نیاز را ندارند و این موضوع در مورد برخی کارشناسان رسمی که پزشک قانونی نیستند نیز مصداق می‌یابد.

- ۵- برخی از راهکارها در مواجهه با چالش‌های مسطور، به شرح زیر است:
 - بازنگری در رویه قضایی و توجه دادن قضات به مواردی چون عدم استعلام موضوعات خارج از حیطه وظایف کارشناسان؛
 - رفع ابهام از قانون به ویژه تبیین آن دسته از اصطلاحات و مفاهیمی که تعریف آن‌ها در قانون نیامده است نظیر درمان شدن و درمان نشدن، با عیب درمان شدن، فساد بینی، عضو، حرج و ...؛
 - تغییر نگرش کارشناسان و آگاهی دادن به آن‌ها در مواردی نظیر این که نباید در اظهار نظرهای کارشناسی وارد مرحله صدور حکم شوند؛
 - دخالت ندادن ملاحظات اخلاقی و مسائل عاطفی در مواجهه با نصوص قانونی و اجتناب از داشتن دغدغه اجرای عدالت در به کارگیری مواد قانونی؛
 - تقویت و ارتقاء بیمه‌های مسئولیت و توسعه آن به موارد بدون تقصیر از مؤثرترین اهرم‌ها در راستای احقاق حقوق بیماران و اصلاح دیدگاه کارشناسان و متعاقباً نظرات کارشناسی خواهد بود.

فهرست منابع

الف. فارسی

- * ارفع، فلورا و دیگران (۱۳۹۴)، پزشکی قانونی برای وکلا، حقوق دانان و دانشجویان حقوق، چاپ نخست، تهران: مرکز تحقیقات پزشکی قانونی.
- * آقایانیا، حسین (۱۳۹۶)، جرائم علیه اشخاص، چاپ شانزدهم، تهران: میزان.
- * برهانی، محسن و بادکوبه هزاوه، آرش (۱۴۰۰)، «جایگاه نظر کارشناس در احراز رابطه سببیت»، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۵، شماره ۱۱۳.
- * بهره‌مند بگ‌نظر، حمید و عامری ثانی، امیرکیا و فرهنگند، آذر و حاجی‌زاده، امیرحسین (۱۴۰۲)، «سیاست‌گذاری حقوقی و پیشگیری از تشتت آراء؛ کاهش دامنه تفسیرپذیری قوانین از طریق یادداشت توضیحی و آزمایشگاه قضایی»، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۷، شماره ۱۲۴.
- * حیدری، حسین و بهارلویی، سیامک و اسدی کوهباد، هرمز (۱۳۹۷)، «بررسی اعتبار نظر کارشناسی یا اهل خبره در اصول فقه»، مبانی فقهی حقوق اسلامی، سال یازدهم، شماره ۲۱.
- * رستمی، هادی و شعبانی کندسری، هادی (۱۳۹۵)، «احراز رابطه سببیت در فرض مداخله عوامل گوناگون در جنایات و خسارات مالی (با تاکید بر قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲)»، مجله پژوهش حقوق کیفری، سال چهارم، شماره ۱۵.
- * رستمی، هادی و کلانتوری، آذر (۱۴۰۲)، «نقش و تاثیر عوامل زمینه‌ای در احراز رابطه سببیت: بانگرشی به حقوق کامن‌لا»، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره ۲۹، شماره ۳.
- * شیری، زهرا (۱۴۰۰)، «رابطه سببیت و مسئولیت کیفری»، مجله علمی فقه، حقوق و علوم جزا، سال ششم، شماره ۱۹.
- * صادق‌پور، محمدجعفر (۱۴۰۲)، درآمدی بر اصول و مبانی فقهی - حقوقی کارشناسی در سازمان پزشکی قانونی، چاپ نخست، تهران: مرکز تحقیقات پزشکی قانونی.
- * صادقی، محمدهادی و میرزایی، محمد (۱۳۹۸)، «ماهیت رابطه استناد و معیار احراز آن»، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، سال یازدهم، شماره ۲۱.

- * طاهری، حبیب‌اله و حکیم، محمد (۱۳۹۵)، «واکاوی ملاک اعتبار در پذیرش نظر اهل خبره از دیدگاه فقه امامیه»، پژوهش‌های فقهی، دوره ۱۲، شماره ۲.
- * طاهری‌نسب، سیدیزداله (۱۳۸۹)، رابطه علیت در حقوق کیفری ایران و انگلستان، چاپ دوم، تهران: دادگستر.
- * فروزش، مهدی و دیگران (۱۴۰۰)، بررسی علمی و کاربردی پرونده‌های ویژه در پزشکی قانونی، چاپ نخست، تهران: رسانه تخصصی.
- * فیروزآبادی حسینی، سید مرتضی (۱۴۰۰)، عنایه‌الاصول فی شرح کفایه‌الاصول، قم: فیروزآبادی.
- * قیاسی، جلال‌الدین (۱۳۹۴)، تسبیب در قوانین کیفری، چاپ سوم، تهران: جنگل.
- * مسعودی‌نیا، محمد (۱۴۰۰)، «رابطه سببیت میان افعال پزشک با ایراد صدمه به سقط جنین در قانون مجازات اسلامی»، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۵، شماره ۵۶.
- * منصورآبادی، عباس (۱۴۰۱)، مختصر حقوق جزای عمومی، چاپ چهارم، تهران: میزان.
- * مولایی، آیت (۱۴۰۳)، «چالش واژگانی قانون‌گذار عدالت اداری در ارتباط با خسارت»، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۸، شماره ۱۲۷.
- * نره‌ئی، ضرغام و فتحی، مرتضی (۱۴۰۳)، «آسیب‌شناسی سیاست کیفری در صدور آراء وحدت رویه»، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۸، شماره ۱۲۶.
- ب. عربی**
- * حسینی شاهرودی، سید محمود (۱۳۸۵)، نتایج‌الافکار فی‌الاصول، جلد ششم، چاپ نخست، قم: مکتب فقه اهل بیت علیهم‌السلام.
- * موسوی خمینی، سید روح‌اله (۱۳۸۲)، تهذیب‌الاصول، جلد سوم، چاپ نخست، قم: موسسه نشر آثار امام خمینی (ره).
- * نایینی، محمدحسین (۱۳۷۶)، فوائد‌الاصول، جلد سوم، چاپ نخست، قم: بی‌نا.