

سبب‌شناسی بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده در جنایات با تأکید بر پرونده‌های خطای کادر درمان

علی اصغر قربانی

دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

✉ h.rostami@basu.ac.ir

هادی رستمی

دانشیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

محمد آشوری

استاد گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده: عوامل زمینه‌ای، که فرد شاخص آن در جنایات، بیماری‌های زمینه‌ای است، از نظر نقش و تأثیر در حدوث آسیب یا نتیجه زیان‌بار به دو دسته کلی مستعدکننده و ایجادکننده تقسیم می‌گردند. در دسته نخست عواملی که نقش تسریع، تشدید و یا تسهیل‌کنندگی در حدوث نتیجه دارند قرار می‌گیرند و در دسته دوم کارکرد عوامل، ایجاد نتیجه می‌باشد. عموماً عوامل زمینه‌ای در نقش نخست ظاهر می‌شوند؛ بنابراین، غالباً بیماری و شرایط زمینه‌ای بزه‌دیده، سبب محسوب نمی‌گردند. روش و چارچوب پژوهش در این مقاله، توصیفی و تحلیلی و با استناد به منابع کتابخانه‌ای، مقالات، بعضی قوانین کیفری مرتبط با موضوع و بهره‌گیری از برخی دادنامه‌ها و نظرات کارشناسی در پرونده‌های خطای پزشکی است. یافته‌ها نشان می‌دهند، با وجود آنکه به ندرت عوامل زمینه‌ای واجد نقش ایجادی بوده و در قالب سبب ظاهر می‌شوند؛ لیکن در عمل، دادگاه‌ها در موارد تداخل عوامل زمینه‌ای با تقصیر مرتکب، اغلب براساس نظریه‌های کارشناسی، درصدی از نتیجه زیان‌بار را به عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده منتسب می‌نمایند. پدیده سهم‌دهی به عوامل زمینه‌ای در نظرات کارشناسی، اگرچه ممکن است از منظر تخصصی و کارشناسی قابل توجیه باشد، اما از آنجاکه بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده تقصیر محسوب نمی‌شود، دادن سهم به این عوامل برخلاف مبانی حقوقی است. اتخاذ چنین رویکردی به معنای در نظر گرفتن نقش سببی برای بیماری و عوامل زمینه‌ای و متعاقباً کاستن از مسئولیت مرتکب است.

واژگان کلیدی: سبب، بیماری، عوامل زمینه‌ای، پزشکی قانونی، نظریه کارشناسی، کادر درمان

استناد: قربانی، علی اصغر؛ رستمی، هادی و آشوری، محمد. (۱۴۰۵). سبب‌شناسی بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده در جنایات با تأکید بر پرونده‌های خطای کادر درمان. دیدگاه‌های حقوق قضایی، ۳۱ (۱۱۳)، ۹۷-۱۲۲.

<https://doi.org/10.22034/ilvi.2026.2057755.1364>

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری.



مقدمه

انسان پیش از ولادت تا پس از مرگ، مورد حمایت شرع و قانون قرار دارد. حمایت از جان، اعضا و منافع انسان از حیث ویژگی‌ها و خصوصیات مطلق است. سلب حیات از یک نوزاد یا شخص مسن، فرد بیمار یا فلج یا در وضعیت کما یا دارای مشکلات عمده قلبی و تنفسی و... نیز قتل محسوب می‌شود. هرگونه صدمه بر اعضا و منافع ضعیف و آسیب‌پذیر فرد مادامی که بر آن‌ها صدق عضو یا منفعت می‌شود، مشمول جنایت بر آن‌ها خواهد بود؛ زیرا از یک سو، مطابق آموزه‌های حقوقی، جانی قربانی خود را با همه خصوصیات وی انتخاب می‌کند و از سوی دیگر، موضوع جنایت بر انسان، افراد سالم، متعارف و غیربیمار نمی‌باشد.^۱ به همین خاطر در حقوق ایران و بسیاری کشورها، قتل یک کودک در مقایسه با بزرگسال، پیر در برابر جوان، بیمار در مقابل فرد سالم مجازات تخفیف یافته ندارد چه بسا در مواردی مشدد هم شود؛ به بیان دیگر، وجود برخی عوامل زمینه‌ای در مجنی‌علیه نظیر کهولت یا صغر سن، بیماری قلبی یا نقص فاکتورهای انعقادی موجبی برای تخفیف و کاهش مجازات نبوده، نمی‌توان به استناد وجود این عوامل و سهم‌دهی به آنان، از بار مسئولیت و مجازات مرتکب فروکاست. یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات در جنایات به ویژه آسیب‌های ناشی از تقصیر کادر درمان و خاصه در موارد فوت بیمار، نقش و تأثیر عوامل زمینه‌ای و مشخصاً بیماری‌های مزمن فرد و کهولت سن می‌باشد. محدودیت‌های قانون‌گذاری و عدم احاطه قانون‌گذار بر تمام مسائل به سکوت قانون در موارد زیادی منجر خواهد شد (قیاسی، ۱۳۹۸: ۱۷). در سایه انفعال و سکوت قانون، در پرونده‌های بسیاری دیده می‌شود که بزه‌دیده یا بیمار به یک بیماری ابتلا داشته است که اگر مبتلا نبود به صرف رفتار جانی یا مرتکب، وی فوت نمی‌شد، اقدام به تعیین درصد تأثیر بیماری زمینه‌ای در حدوث نتیجه (فوت یا آسیب) می‌شود؛ در حالی که، این موضوع از منظر عرفی و حقوقی دلیلی برای سهم‌دهی به بیماری و شرایط زمینه‌ای مجنی‌علیه در وقوع فوت یا آسیب نمی‌باشد؛ زیرا که «شرایط جسمانی و روانی بزه‌دیده، هرچند نامتعارف باشد، زمینه‌ساز وقوع نتیجه بوده و قاطع رابطه سببیت نیست» (فروزنده و محسنی، ۱۴۰۴: ۱۴۳-۱۶۱). در واقع این رفتار و تقصیر مرتکب بوده که موجب گردیده است بیماری قلبی قربانی حدوث نتیجه را تشدید یا تسریع یا تسهیل کند. «در حقوق کامن‌لو نیز بر اساس قاعده جمع‌نامه نازک^۲ قاتل باید قربانی خود را همان‌گونه که هست در نظر بگیرد، یعنی جراح باید شرایط روحی و جسمی و حتی عقاید قربانی ... را مدنظر قرار دهد» (قیاسی، ۱۴۰۰: ۳۰۷-۳۲۷). از عوامل زمینه‌ای در برخی متون تحت عنوان «اسباب

۱. از برخی مواد قانونی نظیر ماده ۳۷۱ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، این موضوع قابل فهم است.

2. Thin skull rull

زمینه‌ای» و گاهی با نام «شرایط زمینه‌ای» یاد شده و در مواردی هم صرفاً به واژه «بیماری زمینه‌ای» بسنده شده است. در واقع، عوامل زمینه‌ای عنوانی کلی است که فرد شاخص آن در جنایات و خاصه در پرونده‌های خطای پزشکی بیماری‌های زمینه‌ای است. این عوامل در موارد نادری ممکن است در نقش سبب ظاهر شوند، بنابراین به کاربردن عنوان سبب زمینه‌ای جز در این موارد محدود و به صورت عام و جاهتی ندارد. به‌رغم آنکه در مورد عوامل زمینه‌ای پژوهش‌هایی صورت گرفته، باید اذعان نمود با عنایت به تخصصی و فنی بودن مسائل روانی و بیماری‌های جسمانی بزه‌دیده، این موضوع خاصه بیماری‌های زمینه‌ای، کمتر مورد استقبال پژوهشگران قرار گرفته است. در این نوشتار تلاش گردیده به تفصیل توأم با تدقیقات علمی و حقوقی به تبیین عوامل زمینه‌ای، جایگاه و نقش آن‌ها در سلسله اسباب پرداخته شود؛ در ادامه موضوعاتی نظیر پدیده درصدمندی و سهم‌دهی به این عوامل در نظرات کارشناسی و رویه قضایی ایران مورد بررسی قرار گرفته است و به فراخور برخی پرونده‌های خطای کادر درمان و دادنامه‌های مربوطه مطرح گردیده و در آخر پیشنهادهای ارائه شده است. به امید آنکه پردازش این بحث، گامی در راستای اصلاح نقائص و جبران خلأهای موجود و کمک به ارتقای رویه قضایی و افزایش دقت در نظریات کارشناسی پزشکی در این حوزه باشد.

۱. تبیین و طبقه‌بندی عوامل زمینه‌ای

سبب چیزی است که از ذاتش معلول پدید می‌آید اما شرط تنها زمینه‌ساز حادثه است و از دید عرف اصلاً حادثه به او منتسب نیست نه باواسطه و نه بی‌واسطه (قیاسی، ۱۳۹۸: ۱۹)؛ به عبارت دیگر، شرط چیزی است که از ذاتش معلول پدید نمی‌آید، ولی کاری می‌کند، سبب، به فعلیت برسد. «یعنی سبب و شرط هر دو اگر نباشند، نتیجه محقق نمی‌شود» (فروزنده و محسنی، ۱۴۰۴: ۱۴۳-۱۶۱). اما در تفاوت میان شرط و سبب گفته شده است: «شرط آن چیزی است که تأثیر علت موقوف بر آن است، اما مداخلیتی در علیت و تولید نتیجه ندارد» (مرعشی، ۱۳۸۵: ۱۲۰)؛ از مطالب مسطور فوق ناگفته پیداست شناخت سبب و شرط و افتراق آن دو حداقل در برخی موارد کار دشواری است. «از جمله مهم‌ترین شروط، ویژگی‌های جسمانی و روانی بزه‌دیده است؛ اگر چه در صورت نبود این عوامل، نتیجه محقق نمی‌شود، اما این عوامل به خودی خود نمی‌توانند موجب تحقق نتیجه شوند و از سوی دیگر، عرفاً نتیجه به این عوامل منتسب نمی‌گردد» (فروزنده و محسنی، ۱۴۰۴: ۱۶۱-۱۴۳). به‌رغم آن که به نظر می‌رسد حقوق جزای ایران، به طور کلی و به صراحت تفکیکی بین سبب و شرط قائل نشده است؛ لیکن باید اذعان نمود مقنن در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ «به درستی این نکته را مورد نظر قرار داده است که شرایط منحصر به فرد بزه‌دیده که زمینه اثرگذاری رفتار بزهکار را مهیا می‌کند، شرط محسوب می‌شود و در رابطه سببیت بین رفتار بزهکار و نتیجه مجرمانه

مؤثر نیست» (فروزنده و محسنی، ۱۴۰۴: ۱۴۳-۱۶۱).

در قانون تعریفی از اسباب و عوامل زمینه‌ای ارائه نشده است. برخی عوامل زمینه‌ای را چنین تعریف کرده‌اند: «به وضعیت‌های جسمی یا روحی یا هر دوی مجنی‌علیه که در ایجاد، تشدید و یا تسریع هرگونه آسیب به نفس یا تمامیت جسمانی یا اعضای وی نقشی را داشته باشد سبب زمینه‌ای گفته می‌شود... منظور از اسباب زمینه‌ای علل ذاتی، ارثی، درونی و بیماری یک فرد است که می‌تواند منجر به ایجاد مرگ یا صدمه یا تشدید آن شود» (عزیزی و دیگران، ۱۴۰۰: ۱-۲۱). در تعریف دقیق‌تر دیگری از این عوامل آمده است: «عوامل زمینه‌ای به ویژگی‌ها، اوضاع و احوال جسمی یا روانی یا اعتقادی اطلاق می‌شود که در اشخاص به‌طور ذاتی یا ارثی یا عرضی نمایان است. بنابراین، این عوامل شامل خصوصیات جسمانی مانند کهولت سن، کودکی، جنسیت، چاقی، لاغری، بارداری، ضعف یا بیماری می‌شوند یا شرایط روحی و روانی نظیر استرس، اضطراب، هیجان، روان‌نژندی، جنون یا اختلال‌های روانی را در برمی‌گیرند یا اینکه متضمن شرایط اعتقادی و باورهای خاص هستند» (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰). مستفاد از تعاریف فوق می‌توان عوامل زمینه‌ای را از یک منظر به موارد زیر تقسیم نمود:

شرایط جسمی مانند بیماری، ضعف، چاقی، لاغری، کهولت سن، کودکی، جنسیت؛ شرایط روحی یا روانی نظیر استرس، هیجان، روان‌نژندی، جنون؛ شرایط اعتقادی و باورهای خاص شخص مثل خودکشی به علت تجاوز جنسی، عدم پذیرش تزریق خون به دلایل اعتقادی. بعضی اساتید^۱، در جلسات کارشناسی هفتمین همایش سراسری طب و قضا، در تبیین جایگاه عوامل زمینه‌ای از منظری دیگر، با تقسیم عوامل مؤثر یا مطرح در وقوع جنایت به دو دسته کلی عوامل داخلی و عوامل خارجی؛ عوامل داخلی را ناظر به عوامل زمینه‌ای دانسته، آن را شامل «وصف عارضی» نظیر بیماری قلبی و مرض قند و «وصف ذاتی یا سرشتی» مانند پیری، کودکی و استرس معرفی نموده‌اند.

به‌رغم دسته‌بندی‌های فوق، از میان عوامل زمینه‌ای آنچه که عملاً و عموماً در نظریات کارشناسی و متعاقباً در آرای قضایی مورد توجه قرار می‌گیرد شرایط جسمانی و در موارد خاصی، وضعیت روانی بزه‌دیده است. این در حالی است که در پرونده‌های خطای پزشکی، عوامل زمینه‌ای غالباً ناظر به شرایط جسمانی مصدوم خاصه «بیماری‌های زمینه‌ای» وی می‌باشد.

گاهی عوامل زمینه‌ای در قالبی متفاوت و تحت عناوینی دیگر، نظیر عوامل مادرزادی و عوامل

جنینی که در نظریات کارشناسان مورد اشاره قرار می‌گیرند، ظاهر می‌شوند. برای نمونه می‌توان به پرونده‌ی مربوط به جنین مرده به دنیا آمده‌ی پسر، متعلق به مادر ۲۴ ساله، اشاره نمود. صبح یکی از روزهای خرداد سال ۱۳۹۹، مادری باردار با شرح حال احساس آبریزش و درد شکمی در بیمارستان پذیرش می‌شود و بامداد روز بعد، به دلیل افت ضربان قلب جنین تحت سزارین اورژانسی توسط پزشک متخصص زنان و زایمان قرار می‌گیرد. در پایان عمل، نوزاد پسر مرده خارج می‌شود. اعضای کارشناسی کمیسیون در پاسخ به استعلام مرجع قضایی دال بر وجود رابطه‌ی سببیت بین فوت نوزاد و قصور کادر درمان همچنین تعیین میزان درصد تقصیر، چنین نظر می‌دهند: «... مامای مسئول بیمار به علت عدم پایش و کنترل مناسب و دقیق قلب جنین مرتکب قصور از نوع بی‌مبالاتی شده است که میزان تأثیر قصور نامبرده در فوت نوزاد به مقدار ۲۶ درصد تعیین می‌گردد؛ مابقی ۷۴ درصد مؤثر در فوت نوزاد، مربوط به عوامل مادرزادی (دیابت حاملگی) به میزان ۳۷ درصد و عوامل جنینی (اختلال عملکرد جفت مطابق گزارش پاتولوژی) به میزان ۳۷ درصد می‌باشد»^۱. همان‌گونه که در قسمت انتهایی نظریه‌ی مارالذکر مسطور است کارشناسان عوامل مادرزادی و جنینی را که در اصل عوامل زمینه‌ای محسوب می‌گردند، ۷۴ درصد در فوت جنین دارای تأثیر دانسته‌اند.

۲. نظریات سببیت و عوامل زمینه‌ای

رابطه‌ی سببیت یکی از ارکان مهم مسئولیت کیفری و مدنی و نقطه‌ی اشتراک این دو مسئولیت است که بدون احراز آن، هیچ‌یک محقق نمی‌شود (وجدانی فخر و دیگران، ۱۴۰۱: ۲۰۳-۲۱۱). اساسی‌ترین پرسش مطرح در زنجیره‌ی اسباب این است که انتخاب سبب قانونی و عامل مؤثر، برطبق چه ملاک و معیاری باید صورت پذیرد؟ حقوق در پاسخ به این سؤال عمیقاً متأثر از قضاوت‌های علی‌مبتنی بر عقل سلیم و عرف رایج است. این معیارها گاهی به صورت قاعده‌مند و در قالب نظریات سببیت بیان شده‌اند و گاهی به قضاوت عرف و آگذا می‌شوند. نظریات سببیت، نوعی راهنما یا اماره برای تشخیص رابطه‌ی عرفی در مهم‌ترین و مؤثرترین عوامل مطرح در زنجیره‌ی سببیت می‌باشند و نباید هیچ‌کدام را یک نظر قطعی تلقی کنیم. از دیرباز اندیشمندان حقوق برای حل معمای سببیت راهکارهای گوناگونی ارائه داده‌اند؛ و هر نظریه حاصل حجم قابل توجهی از مجادله‌های نظری و آزمون و خطاهای عملی بوده است. با توجه به موضوع مقاله به بررسی جایگاه عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده در زنجیره‌ی اسباب در چارچوب برخی از نظریات مشهور سببیت می‌پردازیم.

۱-۲. نظریه برابری اسباب یا شرط ضروری

نظریه برابری اسباب، از اساسی‌ترین و مبنایی‌ترین نظریات سببیت است. براساس معیار ساده این نظریه، هر عاملی که در صورت فقدان آن، نتیجه آن‌گونه که رخ داده است حاصل نشود، سبب آن محسوب می‌گردد. به عبارت ساده‌تر، هر عاملی که اگر حذف شود، نتیجه رخ ندهد، سبب می‌باشد. به موجب این نظریه، نباید بین اسباب و شرایطی که زیانی را به بار آورده است امتیاز گذارد زیرا بنا به فرض، هیچ‌یک از آن‌ها به تنهایی برای ایجاد ضرر کافی نیست (کاتوزیان، ۱۳۸۶: ۴۶۳). این بدان معناست که اگر به فرض پزشک اشتباهاً دارویی تجویز کند و پرستار با علم به اشتباه پزشک و عامداً دارو را به بیمار تزریق کند، پزشک همان قدر سبب مرگ محسوب می‌گردد که پرستار سبب آن است؛ چرا که در صورت فقدان رفتار هرکدام از عوامل، نتیجه آن‌گونه که رخ داده است حادث نمی‌شد. به این ترتیب دامنه اسباب در این دیدگاه بسیار وسیع‌تر از آن است که اقتضانات عالم حقوق می‌طلبد. در این نظریه، در مواردی که اگر بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده وجود نداشت، نتیجه حاصل نمی‌شد؛ این عوامل در کنار رفتار مرتکب سبب محسوب می‌گردند. با این وصف، در چارچوب این نظریه ممکن است در مواردی بیماری بزه‌دیده در زمره اسباب حادثه، در نظر گرفته شود. شایان ذکر است حتی اگر بر اساس معیار این نظریه بیماری زمینه‌ای یک بزه‌دیده سبب به حساب آید به معنی ضرورت سهم‌دهی و بازکردن مسئولیت بر آن نبوده، موجب سلب مسئولیت از مرتکب نمی‌شود. دیدگاه سبب واقعی، ثمره رویکرد فلسفی در حوزه دانش حقوق است و به همین خاطر اعمال آن صرفاً به ترتیبی میسر است که با اقتضانات عالم حقوق هم‌خوانی داشته باشد.

۲-۲. نظریه سبب مستقیم یا سبب نزدیک یا سبب متصل به نتیجه

براساس این نظریه، از میان عوامل متعدد، مسئولیت متوجه سببی می‌شود که از نظر زمانی نسبت به سایر عوامل به نتیجه نزدیک‌تر باشد؛ چراکه «احراز رابطه سببیت مستلزم برقراری رابطه و پیوند مادی بین فعل و نتیجه است و چنین رابطه‌ای فقط بین آخرین سبب و نتیجه وجود دارد» (منصورآبادی، ۱۴۰۱: ۱۶۶). به عبارت دیگر، «از سبب‌های بعید و غیر مستقیم در حدوث ضرر باید اغماض نمود و تنها به سبب مستقیم و بی‌واسطه موجد نتیجه توجه کرد» (اردبیلی، ۱۴۰۳: ۲۰۰). در چارچوب این نظریه، صرف‌نظر از مباحث نظری مربوط به سبب محسوب شدن یا نشدن بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده، در کنار رفتار اخیر مرتکب که منجر به جنایت گردیده، از سهم‌دهی به این عوامل - که از گذشته در قربانی موجود بوده - در زنجیره اسباب باید چشم‌پوشی نمود.

۳-۲. نظریه سبب متعارف

این نظریه از مورد توجه‌ترین نظریات در حوزه سببیت است. در این نظریه، تنها عواملی به عنوان

سبب شناخته می‌شوند که وقوع نتیجه از آن‌ها متعارف و قابل پیش‌بینی باشد. «به موجب این نظریه که بر مبنای تمیز علمی درجه احتمال‌ها استوار شده است، باید بین سبب ورود ضرر و شرایطی که زمینه را برای تأثیر سبب فراهم آورده است تفاوت گذارد» (کاتوزیان، ۱۳۸۶: ۴۷۴). از این منظر، این نظریه در تقابل با نظریه برابری اسباب قرار می‌گیرد. برخلاف نظریه برابری اسباب، نظریه سبب متعارف عوامل نتیجه را برابر نمی‌انگارد. بسیاری از این عوامل، در نظریه سبب متعارف فاقد اهمیت‌اند. در نظریه سبب متعارف، «فرض بر این است که عرف نگاه واقع‌بینانه‌تری به امور اجتماعی و انسانی دارد و در مواردی که معیار دقیقی برای تشخیص فرد مسئول در اجتماع اسباب در اختیار نداریم بهره‌گیری از عرف مناسب‌ترین راهکاری است که می‌تواند برای این منظور راه‌گشا باشد از این رو در چنین مواردی همانند بسیاری از امور حقوقی دیگر بر اساس یک معیار عرفی می‌توان همه اسباب یا یکی یا چند سبب را عامل اثرگذار تلقی کرد و مشکل را حل ساخت» (منصورآبادی، ۱۴۰۱: ۱۶۸). در نظریه سبب متعارف برای تشخیص رابطه سببیت به نظر و منطق عرف رجوع می‌شود. عرف نیز به طور معمول بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده را در اثنای یک واقعه مجرمانه و در حضور رفتار مرتکب به عنوان سبب مؤثر در نتیجه در نظر نمی‌گیرد؛ خاصه اگر با توجه به وضعیت مجنی‌علیه، نتیجه زیان‌بار ایجادشده قابل پیش‌بینی بوده است. البته این موضوع منصرف از موارد استثنایی است که بیماری زمینه‌ای بزه‌دیده به گونه‌ای است که نتیجه ایجادشده نوعاً کاملاً غیرعادی و غیرقابل پیش‌بینی بوده و نتیجه به طور نوعی حاصل رفتار مرتکب نباشد بلکه وابسته به وضعیت کاملاً استثنایی قربانی به حساب آید.

۲-۴. نظریه شرط پویای نتیجه

در این نظریه، اسباب واقعی مربوط به هر حادثه، در یک دسته‌بندی فراگیر به دو دسته پویا و ایستا تقسیم می‌شوند و باید میان این دو گروه از اسباب تفکیک قائل شد. «سبب پویا، آن دسته از عللی هستند که در حال تحرک بوده و در پیدایی نتیجه نقش مؤثری دارند» در حالی که «سبب ایستا، سببی است که از خود فعالیتی نداشته و فقط با سکون یا حتی حرکت منفی در پیدایش نتیجه مؤثر بوده است» (الهام و برهانی، ۱۳۹۴: ۲۰۷)؛ برای مثال در تزریق اشتباه دارو به بیمار قلبی که موجب مرگ وی شود، تزریق اشتباهی دارو، عامل پویا و بیماری قلبی، عامل ایستا محسوب می‌گردد. «شروط ایستا، فقط ممکن است زمینه مساعد حدوث نتیجه را فراهم کنند» (اردبیلی، ۱۴۰۳: ۲۰۱)، از آنجاکه «در پیدایش نتیجه مجرمانه شرط ایستا به تنهایی و به خودی خود اثرگذار نیست و تا شرط پویا سر بر نیآورد، چیزی رخ نخواهد داد» (منصورآبادی، ۱۴۰۱: ۱۶۸). لذا باید «تنها شرط پویا را که قادر است در عالم خارج دگرگونی ایجاد کند مؤثر در حدوث صدمه و ضرر شناخت» (اردبیلی،

۲۰۱۴/۱: ۲۰۱). بر این اساس، در متون حقوقی و در مباحث مربوط به سببیت یکی از تقسیمات سبب، تقسیم آن به اسباب یا شرایط پویا و ایستا می‌باشد. بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده با سهولت بیشتری در دسته‌بندی حاصل از مبانی این نظریه قابل توصیف و تبیین است. عموماً عوامل زمینه‌ای را باید در زمره عوامل ایستا دانست و نباید نقش سببی برای آن‌ها قائل شد. وانگهی در موارد معدودی ممکن است این اسباب نقش مولد داشته باشند، به دلیل پویایی واجد نقش سببی گردیده، در زمره اسباب پویا در زنجیره اسباب وارد شوند.

به‌رغم آنکه بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده ممکن است نحوه انتساب نتیجه زیان‌بار به مرتکب را پیچیده کنند، اما در اغلب نظام‌های حقوقی و قاطبه نظریات سببیت، این عوامل، سببیت مرتکب را ساقط نمی‌کنند. اصولاً عوامل زمینه‌ای در زنجیره اسباب وارد نمی‌شوند یا حتی اگر بر اساس معیار برخی نظریات، در زنجیره اسباب به عنوان سبب وارد شوند غالباً و عرفاً قاطع رابطه سببیت نبوده، خللی در عاملیت و مسئولیت مرتکب ایجاد نمی‌کنند.

۳. نقش و جایگاه عوامل زمینه‌ای

عوامل زمینه‌ای در کنار اسباب خارجی اثرات متفاوتی دارند و افزون بر نقش زمینه‌ای و مستعدکنندگی، گاهی اوقات می‌توانند در وقوع جنایت، نقش آفرینی نموده، ایجادکننده نتیجه باشند؛ گاهی هم این عوامل واجد نقشی خنثی هستند. برای نمونه بیماری قلبی در فردی که در اثر خردشدگی جمجمه فوت می‌کند نقش خنثی دارد اما در شخصی که در اثر شوک ناشی از خونریزی فوت می‌نماید می‌تواند مستعدکننده باشد و در موارد نادری ممکن است در نقش ایجادکننده و در قالب سبب ظاهر شود؛ مثلاً بدلیل سکته قلبی (ناشی از گرفتگی شدید عروق قلبی و ذات بیماری خود) در اثنای یک حادثه که منجر به شکستگی ساق پای او شده، فوت نماید. بنابراین می‌توان عوامل زمینه‌ای را از منظر نقش و تأثیر در حدوث نتیجه به دو دسته کلی تقسیم نمود: الف) مولد یا ایجادی؛ ب) غیرمولد یا غیرایجادی. عموماً عوامل زمینه‌ای در نقش غیرمولد ظاهر می‌شوند؛ در این دسته آن گروه از عواملی که بلااثرند و حتی نقش تسریع‌کنندگی و یا تشدیدکنندگی دارند قرار می‌گیرند. ذیلاً نقش‌های عوامل زمینه‌ای با تفصیل بیشتری تبیین گردیده است.

۳-۱. نقش ایجادکننده (مولد بودن عوامل زمینه‌ای)

در موارد معدودی عوامل زمینه‌ای می‌توانند موجد نتیجه زیان‌بار باشند و در کنار عوامل خارجی وحتى بدون تأثیرپذیری از آن‌ها در وقوع مرگ یا صدمه نقش آفرینی کنند. در این حالت می‌توان عوامل زمینه‌ای را به اسباب زمینه‌ای معنا کرد و نتیجه را به آن‌ها اسناد داد. به عبارت دیگر، در این مواقع، عامل زمینه‌ای پویا بوده، واجد نقش سببی گشته، در زنجیره اسباب وارد می‌شود. بنابراین در

بررسی پرونده‌های خطای کادر درمان، در مواقعی که احراز شود سبب مرگ یا جرح، ذات بیماری یا کهولت سن یا دیگر عوامل زمینه‌ای است یا سبب مرگ یا جرح، ناشی از عوارض معمول یا شایع یا اجتناب‌ناپذیر یا قابل پیش‌بینی درمان با درصد بالاست، مرتکب، اعم از پزشک یا غیرپزشک، مسئولیت کیفری ندارد. پزشک یا کادر درمان، ولو آنکه مقصر باشند یا بی‌احتیاطی آن‌ها در درمان فاحش باشد، به دلیل فقدان رابطه سببیت، مسئول شناخته نمی‌شوند. البته قصور یا تقصیر پزشک در این حالت، می‌تواند به‌عنوان یک تخلف انتظامی در هیأت‌های انضباطی مورد توجه قرار گیرد (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰). بدین ترتیب در بررسی تأثیر عوامل زمینه‌ای بر مرگ یا صدمه، ممکن است تأثیرگذاری به‌صورت مولد یا ایجاددی باشد و علت اصلی وقوع نتیجه، همان عامل زمینه‌ای باشد و سهم مرتکب در شکل‌گیری حادثه زیان‌بار در حد صفر یا بسیار ناچیز باشد. در این موارد، تعیین درصد برای تقصیر مرتکب مانند از یک تا پنج درصد باورپذیر نیست و بیشتر مشروعیت نظریه (کارشناسی) را به چالش کشیده و پیام نادرستی را به افکار عمومی انتقال می‌دهد. برای مثال، تعیین پنج درصد (۵٪) قصور برای پزشک معالج عباس کیارستمی، این پیام را انعکاس داد که مرحوم کیارستمی به دلیل آنکه بیمار بوده ۹۵ درصد در وقوع مرگ خویش مقصر بوده است (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰).

۲-۳. نقش غیرایجاددی (غیرمولد بودن عوامل زمینه‌ای)

عوامل زمینه‌ای در حدوث نتیجه زیان‌بار، عموماً در نقش غیرمولد و ایستا ظاهر می‌شوند؛ در این دسته آن گروه از عواملی که بلااثرند یا نقش مستعدکنندگی اعم از تسریع‌کنندگی و یا تشدیدکنندگی دارند قرار می‌گیرند.

۱-۲-۳. نقش تسهیل / تشدید / تسریع کننده

در موارد قابل توجهی، عوامل زمینه‌ای چنانچه با عوامل خارجی همراه شوند، می‌توانند نتیجه را تشدید یا (وقوع) آن را تسریع (یا تسهیل) کنند، به بیان دیگر، مستعدکننده هستند، مانند آنکه عارضه قلبی بزه‌دیده سبب شود که صدمه وارده به او، مرگ را تسریع کند. چنانچه ثابت شود که نتیجه زیان‌بار اعم از مرگ یا آسیب ناشی از رفتار مرتکب از جمله انجام عملیات پزشکی و درمانی است و ذات بیماری یا عامل زمینه‌ای فی‌نفسه در وقوع نتیجه پدیدآمده تأثیرگذار نبوده، هرچند به آن کمک کرده باشد، در آن صورت مرتکب یا مرتکبانی که این وضعیت را رقم زده‌اند، چنانچه مقصر باشند، مسئول ارتکاب رفتارشان هستند و نتیجه به‌طور کامل منتسب به آن‌هاست. به بیان دیگر، «شرایط جسمانی یا روانی بزه‌دیده؛ هر چند نامتعارف و غیرقابل پیش‌بینی باشد، زمینه تأثیر رفتار مجرمانه را فراهم می‌کند، اما نتیجه به این شرایط منتسب نمی‌شود و در نتیجه، این شرایط نمی‌توانند زنجیره سببیت

میان رفتار بزه‌کار و نتیجه را قطع کنند» (فروزنده و محسنی، ۱۴۰۴: ۱۴۳-۱۶۱). در حقیقت، این رفتار مرتکب است که موجب می‌شود عامل زمینه‌ای در وقوع مرگ یا آسیب فعلیت یافته، نتیجه را تشدید، تسریع یا تسهیل نماید. بنابراین در چنین شرایطی، این عوامل از مصادیق عوامل ایستا محسوب می‌گردند و در زنجیره اسباب نباید واجد اثر سببی در نظر گرفته شوند. «قانون مجازات اسلامی در فصل ششم تحت عنوان «موجبات ضمان» به تسبیب در جنایات اشاره کرده و با ملاحظه مثال‌های مذکور در مواد ۵۰۶ تا ۵۳۷، که عمدتاً ترجمه از متون فقهی هستند، سبب را تنها در صورت احراز تقصیر ضامن می‌داند» (خرم و توجهی، ۱۴۰۴: ۲۹-۶۸)؛ در این چارچوب نیز نامتعارف بودن (بزه‌دیده) را نمی‌توان تقصیر موثر در وقوع جنایت محسوب و به حسب میزان آن، مرتکب را بی‌تقصیر دانست (آقایی نیا، ۱۳۹۷: ۱۴۰) بنابراین می‌توان گفت عوامل زمینه‌ای در این نقش، سبب محسوب نشده، جایگاهی در زنجیره اسباب ندارند و در صورتی که مرتکب مقصر باشد مسئولیت کامل خواهد داشت. در همین راستا، دیوان عالی کشور در یکی از آرای خود در مورد مقتولی که دارای بیماری زمینه‌ای قلبی بوده، مرتکب را ضامن تمام دیه مقتول معرفی و چنین مقرر می‌دارد که: «هرچند پزشکی قانونی میزان تأثیر نزاع و عمل متهم را در فوت آن مرحوم ۳۰ درصد اعلام داشته ولیکن به لحاظ اینکه همین نزاع سبب فوت آن مرحوم گردیده که پزشکی قانونی هم رابطه سببیت بین نزاع و فوت را محرز دانسته که اگر این نزاع و درگیری نبود ظاهراً فوت محقق نمی‌شد ... متهم ضامن تمام دیه مقتول است» (رشادتی، ۱۳۸۸: ۳۷). به همین ترتیب، اگر پزشکی به بیماری که دارای حساسیت شدید به پنی سیلین است، بی‌توجه به سوابق بیماری و بدون انجام تست، آمپول پنی سیلین تزریق کند و متعاقباً بیمار بر اثر واکنش حساسیتی شدید فوت نماید؛ پزشک مسئول است و نمی‌تواند زمینه حساسیت شدید بیمار به پنی سیلین (عامل زمینه‌ای) را در سلسله اسباب وارد نماید و رابطه استنادی بین اقدام خود و فوت بیمار را منتفی تلقی نماید. اداره کل حقوقی قوه قضائیه نیز در یک نظریه مشورتی در راستای مسئولیت کامل مرتکب، در مواردی که مجنی علیه دارای بیماری زمینه‌ای است، مقرر می‌دارد: «... چنانچه تقصیر راننده وسیله نقلیه منجر به تصادف و منتهی به فوت عابر پیاده شود، بیماری‌های زمینه‌ای متوفی را نمی‌توان بخشی از اسباب و عوامل حادثه دانست. در نتیجه هرچند مجنی علیه متوفی به علت بیماری قلبی زمینه خطرناکی از لحاظ جسمانی داشته باشد؛ لکن هرگاه تصادف واقع نمی‌شد؛ چه‌بسا مشارالیه سال‌ها زنده می‌ماند. بنابراین، «تصادف» موجب قتل غیرعمدی ناشی از رانندگی شده و پرداخت کل دیه به عهده مقصر حادثه است...»^۱

۱. نظریه مشورتی اداره کل حقوقی قوه قضائیه، شماره ۷/۱۴۰۰/۱۵۸۴ مورخ ۱۴۰۱/۱/۲۱.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود در این نظریه به نکته‌ای اشاره شده است که حائز اهمیت است و آن اینکه، «بیماری‌های زمینه‌ای را نمی‌توان بخشی از اسباب و عوامل حادثه دانست»؛ حتی در مواقعی که اگر فرد فاقد بیماری زمینه‌ای بود با احتمال زیاد و چه بسا به یقین نمی‌مرد، هم‌چنان سهم‌دهی به این عوامل در حدوث نتیجه بدون توجیه بوده، نافی احراز رابطه سببیت، میان رفتار مرتکب و نتیجه زیان‌بار نمی‌باشند. بدین ترتیب، در مواردی که بیماری زمینه‌ای در کنار رفتار مرتکب در زنجیره سببیت تأثیرگذار بوده، لیکن در غیاب رفتار ارتكابی، نمی‌توانست اثرگذار باشد و شخص می‌توانست سال‌ها با این شرایط زندگی کند؛ هم‌چنان بیماری زمینه‌ای، به عنوان عاملی زمینه‌ای، در رابطه سببیت و زنجیره اسباب، جایگاهی ندارد. در نظام حقوقی انگلستان نیز یکی از مؤلفه‌های اساسی شناسایی و احراز علت واقعی نتیجه این است که «اگر رفتار متهم نبود قربانی در آن هنگام فوت نمی‌کرد» (الیوت؛ کوئین، ۱۳۹۸: ۱۱۸). با این اوصاف، نباید شرایط بزه‌دیده را که تسهیل یا تسریع‌کننده مرگ یا صدمه بوده‌اند، به‌عنوان «سبب» در نظر گرفت.

۳-۲-۲. نقش بلااثر یا خنثی

گاهی اوقات، عامل زمینه‌ای در حدوث نتیجه زیان‌بار نه تنها نقش ایجابی نداشته، بلکه اثر تسریع یا تشدیدکنندگی نیز ندارد؛ به عبارت دیگر فاقد اثر است. نظیر بیماری آرتروز مفصلی در مصدومی که در اثر خونریزی ناشی پارگی طحال - که تشخیص داده نمی‌شود - فوت می‌کند یا مرض قند و پرفشاری خون در بیماری که متعاقب یک عمل جراحی در ناحیه صورت دچار آسیب عصب هفتم یا عصب صورتی^۱ می‌شود. پرواضح است که این گروه از عوامل زمینه‌ای سبب نبوده، هیچ جایگاهی در سلسله اسباب ندارند و از موضوع بحث ما خارج می‌باشند.

۴. پدیده درصدبندی و سهم‌دهی به عوامل زمینه‌ای

تعیین سهم عوامل موثر در حدوث نتیجه، زمانی مطرح می‌شود که با بیش از یک سبب و عامل مواجه باشیم. مبرهن است که مقدم بر سهم‌دهی به عوامل، مرحله اثبات استناد و احراز رابطه سببیت است. «در بحث رابطه سببیت ابتدا باید عاملیت یک سبب احراز شود آن وقت در مورد ملاک استناد به آن بحث کرد» (گزارش نشست، ۱۳۹۱: ۱-۲۷). از آنجا که بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ای مصدوم اصولاً سبب محسوب نمی‌گردند، درخصوص این عوامل در مرحله آغازین و اثبات رابطه سببیت مشکل داریم و عموماً رابطه استنادی احراز نمی‌شود؛ بنابراین اساساً به مرحله بعد، که تعیین درصد و میزان تأثیر است، نمی‌رسیم. این در حالی است که در حقوق کیفری ایران، غالباً با دخالت یک عامل زمینه‌ای و یا احراز یک عامل سابق مخفی و مؤثر در وقوع نتیجه، یا رابطه سببیت قطع شده

تلقی می‌شود، یا حسب مورد، نوع جرم تغییر می‌یابد و در موارد معتنا بهی علاوه بر تغییر جرم به غیر عمد، با تاسی به نظرات کارشناسی و درصدهای تعیین شده، اقدام به اعلام درصدی خاص در مورد تأثیر رفتار مرتکب در حدوث نتیجه حاصله می‌گردد؛ بدین ترتیب در عمل از مسئولیت، متهم کاسته می‌شود. اتخاذ چنین رویکردی به معنای در نظر گرفتن نقش سببی برای بیماری و عوامل زمینه‌ای است؛ حال آن که این عوامل اغلب سبب محسوب نمی‌گردند.

۴-۱. درصدبندی عوامل زمینه‌ای در نظرات کارشناسی

یکی از مشکلات نظریه‌های کارشناسی که متعاقباً در آرای قضایی نیز منعکس می‌گردد سهم‌دهی و اعلام درصد برای عوامل و بیماری‌های زمینه‌ای است. پدیده درصدبندی بیماری و عوامل زمینه‌ای و کاستن از تقصیر متهم بر اساس شرایط مصدوم و بزه‌دیده وضعیت نامطلوبی است که با مواد قانونی انطباق نداشته و مغایر با عدالت است. البته به زعم برخی، به ویژه کارشناسان پزشکی، چشم‌پوشی از تعیین درصد به معنای صفر یا صد دیدن موضوع است و این امر برخلاف انصاف و عدالت انگاشته می‌شود. براساس رویه موجود، مراجع قضایی ایران نیز در موارد معتنا بهی، وفق نظرات کارشناسان خاصه پزشکان قانونی، با دادن نقش به بیماری و عوامل زمینه‌ای با اعلام درصد تأثیر عمل متهم در حدوث فوت، وی را به پرداخت دیه بر طبق درصد اعلامی محکوم می‌نمایند. این در شرایطی است که تعیین درصد غیر از موارد مصرح در قانون مانند اجتماع سبب و مباشر موضوع ماده ۵۲۶ قانون مجازات اسلامی (۱۳۹۲) و تصادم یا برخورد مستقیم افراد با یکدیگر موضوع ماده ۵۲۷ قانون مذکور و ماده ۱۶ قانون بیمه اجباری (۱۳۹۵) که به عوامل خارج از اراده راننده تصریح می‌کند، و جاهت قانونی ندارد (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰). در پژوهشی که در سال ۱۴۰۲ در یکی از استان‌های ایران (زنجان) انجام شد (سلیمی و دیگران، ۱۴۰۲: ۵۹-۶۷)، ۳۳ پرونده مربوط به قصور پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. مشخص گردید در این پرونده‌ها، ۸۳٪ بیماری زمینه‌ای خاصه بیماری قلبی با درصدهای متفاوت در فوت افراد مؤثر دانسته شده‌اند. نکته جالب این که در حدود ۸۰٪ از این افراد، نقش بیماری زمینه‌ای بیش از ۵۰٪ اعلام شده است. در پژوهشی مشابه در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰، ۲۸ پرونده قصور پزشکی مربوط به بیمارانی که جراحی قلب شده بودند مورد بررسی قرار می‌گیرد (اشرفی اصفهانی و دیگران، ۱۴۰۲: ۱۵-۲۴). در ارزیابی‌های کارشناسی، یکی از شاخصه‌های مطروحه و پررنگ به عنوان موارد تأثیرگذار در وقوع مرگ، «تأثیر ذات بیماری و نقش بیماری زمینه‌ای» عنوان شده است. در این مطالعه پژوهشگر در بخش پیشینه پژوهش به تحقیقات مادن^۱ اشاره می‌کند و بیان می‌دارد: «بررسی مادن و همکارانش

در سال ۲۰۱۵ نشان داده است که در بیمارانی که دارای عوامل زمینه‌ای هستند نسبت به سایر بیماران، ابتلا به مرگ‌ومیر بیشتر بوده است و داشتن یک عارضه بیشتر خطر مرگ را $32/5$ برابر افزایش می‌دهد» (اشرفی اصفهانی و دیگران، ۱۴۰۲: ۱۵-۲۴). ایشان با انعکاس نتایج این پژوهش، چنین نتیجه می‌گیرند که وجود بیماری زمینه‌ای در بیماران، در افزایش مرگ‌ومیر آن‌ها مؤثر است و در نهایت درصدد صحت گذاردن بر تأثیر بیماری زمینه‌ای در پرونده‌های خطای پزشکی و متعاقباً تعلق درصد تأثیر برای این عوامل زمینه‌ای است. واقعیت آن است که کارشناسان پزشکی به خصوص پزشکان قانونی در اظهارنظرهای خویش که نشأت گرفته از آموخته‌ها و اندوخته‌های علوم تجربی است و گاه با مسائلی چون رعایت انصاف و عدالت و عقلانیت نیز عجین می‌گردد و کم و بیش متأثر از تعلقات صنفی است، غالباً نمی‌توانند از عوامل زمینه‌ای از جمله بیماری‌های سابق فرد، در زنجیره اسباب صرف نظر نمایند؛ بنابراین در سلسله اسباب نقشی به این عوامل می‌دهند که گاهی پررنگ و واجد سهمی اساسی است. نتایج پژوهش‌های فوق نیز مؤید این واقعیت است.

۴-۲. دادن نقش تسریع‌کنندگی به اسباب و عوامل خارجی

تسریع و تسهیل حصول حادثه همچنین شرایط و عوامل معد را نباید با اسباب و علل اشتباه بگیریم. تسریع‌کننده بودن یک عامل، غیر از مسئله استناد و سببیت است. به عبارتی دیگر، وقتی در مورد عوامل زمینه‌ای، صحبت از نقش تسریع‌کنندگی یا تشدیدکنندگی می‌شود، جایی در رابطه سببیت ندارند. وانگهی، در اینجا باید به نکته ظریف و دقیقی اشاره نمود و آن این است که غالباً در نظرات کارشناسی وقتی صحبت از نقش تسریع‌کنندگی در مورد عوامل خارجی که در نتیجه مؤثرند می‌شود، غالباً آن عامل سبب است. در واقع دادن نقش تسریع‌کنندگی صرفاً پنداشت و تصور ماست در حالی که در اصل و واقعیت، آن عامل خارجی، سبب می‌باشد؛ به عبارت دیگر، اگرچه کارشناسان پزشکی گاهی در نظریه‌های خود واژه تسریع را در مورد رفتار کادر درمان و کنشگران غیردرمان که منجر به آسیب یا فوت بیمار گردیده، به کار می‌برند و متعاقباً به تعیین میزان تأثیر و تخصیص درصدی به این اثر تسریع‌کنندگی رفتار مقصر، اقدام و اکتفا می‌نمایند اما این برداشت ذهنی کارشناسان است؛ در عالم حقیقت و در مقتضیات عرفی این به ظاهر تسریع‌کنندگی، واجد نقش سببی بوده و متفاوت از نقش تسریع‌کنندگی علل زمینه‌ای یا محیطی - که جایی در سببیت ندارند - می‌باشد. برای نمونه، بیماری که از نظر پزشکی ساعاتی بعد خواهد مرد، با تزریق داروی اشتباهی نیم ساعت بعد فوت می‌کند؛ در این مورد کارشناسان، تزریق اشتباهی دارو را صرفاً تسریع‌کننده مرگ اعلام می‌نمایند حال آن‌که از نظر حقوقی و اقتضائات عرفی، عامل مارالذکر، سبب و عامل مرگ است یعنی مرگ به آن رفتار اسناد داده می‌شود. این بدان معناست که اگر از روی عمد باشد جنایت عمدی بوده، چنان‌چه

ناشی از تقصیر باشد جنایت غیر عمدی خواهد بود.

۳-۴. خاستگاه سهم‌دهی به بیماری و عوامل زمینه‌ای

به عقیده برخی محققین، دادن سهم به «عوامل زمینه‌ای» در وقوع آسیب و نتیجه زیان‌بار، بیشتر برگرفته از نظرات کارشناسی به ویژه کارشناسی‌های پزشکی قانونی و هیأت‌های نظام پزشکی است؛ بعضی دیگر، در باوری افراطی آن را به پزشکان قانونی منتسب نموده‌اند و بیان داشته‌اند «بحث اسباب زمینه‌ای در ارتباط کامل و صددرصدی با پزشکی قانونی است» (عزیزی و دیگران، ۱۴۰۱: ۲۱-۱) و مدعی شده‌اند «در حال حاضر در هیچ پرونده‌ای در دادگاه که سهمی به اسباب زمینه‌ای در جنایات تعلق گرفته است، این امر بدون دخالت و اظهارنظر پزشکی قانونی نبوده است و حضور پزشکی قانونی در پرونده‌های مرتبط با تعیین سهم اسباب زمینه‌ای صددرصدی است» (عزیزی و دیگران، ۱۴۰۱: ۲۱-۱). صرف نظر از صحت و سقم این انگاره‌ها، باید متذکر شد که پزشکان قانونی و اعضای کمیسیون‌ها و هیأت‌های پزشکی در مقام کارشناس بوده، نظرات آن‌ها به عنوان نظرات کارشناسی در پرونده‌های قضایی صرفاً طریقت دارد و تصمیم نهایی و صدور حکم مقتضی برعهده قضات است؛ بنابراین نمی‌توان از نقش پررنگ محاکم در خلق و یا حداقل استمرار این رویه چشم فروبست. در پاره‌ای از پرونده‌ها مشاهده می‌شود که یک مرجع قضایی، اثر این عوامل را نادیده گرفته و از دخالت درصد تأثیر آن‌ها در دادنامه صادره اغماض نموده است اما در سیر رسیدگی به پرونده، مرجع دیگری، به نقض دادنامه‌ی اصداری مبادرت ورزیده است. برای نمونه به پرونده‌ای^۱ اشاره می‌شود که در آن یک شیرینی فروش اقدام به تولید و عرضه شیرینی فاسد برای یک مراسم عروسی می‌نماید و در اثر تناول آن شش کودک مسموم می‌گردند. درمان، در مورد یکی از شش کودک مؤثر واقع نگردیده و فوت می‌نماید. پزشکی قانونی، در پاسخ به استعلام مرجع قضایی در خصوص علت مرگ کودک، چنین اظهارنظر می‌کند: «چنانچه کودک بیماری زمینه‌ای نداشت عوارض گوارشی و مسمومیت غذایی نمی‌توانست تأثیری در پیشامد مرگ داشته باشد، ولی در این کودک به لحاظ وجود زمینه مساعد از نقص مصونیت، می‌توان گفت تأثیر ناچیزی داشته است و این میزان تأثیر در حدود ده درصد تخمین زده می‌شود». شعبه ۴ دادگاه عمومی شهرکرد در دادنامه صادره^۲ ابراز می‌دارد: «... از آنجا که وجود بیماری زمینه‌ای طفل، بدون مصرف شیرینی غیرقابل مصرف، موجب مرگ متوفی نمی‌شده است، ... مصرف شیرینی را می‌توان به عنوان یک شرط پویای نتیجه (در نظر گرفت) که ... بروز نتیجه را تسهیل می‌نماید، مسئولیت بر شرط پویای نتیجه برمی‌گردد، النهایه متهم را مجرم

۱. پرونده کلاسه ۴ع/۱۱۱۲/۷۴ (به نقل از: عزیزی و دیگران، ۱۴۰۰)

۲. دادنامه شماره ۱۰۴۹/۷۸

تشخیص و ... به پرداخت یک دیه کامل مرد مسلمان در حق اولیاء دم متوفی... محکوم و اعلام می‌نماید». شعبه ۲ دادگاه تجدیدنظر استان چهارمحال بختیاری در مقام نقض بخشی از دادنامه مذکور، چنین رأی می‌دهد: «با توجه به محتویات پرونده و نظر به اینکه کمیسیون پنج نفره پزشکی تأثیر مسمومیت با شیرینی «مسمومیت غذایی» را ده درصد تشخیص داده‌اند و علت اصلی فوت مرحوم را بیماری قبلی متوفی اعلام کرده‌اند، ضمن نقض دادنامه مذکور ... آقای ... را به پرداخت ده درصد دیه مرد مسلمان در حق اولیاء دم متوفی محکوم می‌نماید».

۴-۴. علت‌شناسی سهم‌دهی به عوامل زمینه‌ای

آنچه که نظرات کارشناسی را به تعیین درصد و سهم‌دهی برای بیماری و عوامل زمینه‌ای سوق می‌دهد صرف‌نظر از انگاره‌های علمی و رویکرد تجربی، به نظر می‌آید دلایلی چون سنگینی مجازات، جلوگیری از تحمیل دیه بیشتر به کادر درمان، فقدان نص، تمایل رویه قضایی، ملاحظات اخلاقی و عادلانه انگاشتن درصدبندی، فقدان سازوکارهای حمایتی مانند بیمه و تعلقات صنفی کارشناسان باشد. از سویی دیگر، ترس عبور از رویه‌های موجود که می‌تواند محکومیت سنگین برخی پزشکان و کشگران امر درمان را به همراه داشته باشد و پیامدهای سوئی که چه بسا در آینده‌ای نه چندان دور دامن‌گیر خود کارشناسان این حوزه گردد و پاره‌ای نگرانی و تردیدهای دیگر، مانع عبور از این خط قرمز و پررنگ فرضی می‌شود. به دفعات ملاحظه شده است اساتید و متخصصانی که در مقام کارشناس در هیأت‌ها و کمیسیون‌های پزشکی در مورد پرونده‌های مربوط به خطای کادر درمان اظهار نظر نموده‌اند، در مقام متهم ملزم به شرکت در کمیسیون و پاسخ‌گویی بوده‌اند. حتی برخی از کارشناسان پس از قرار گرفتن در این جایگاه، ضمن انتقاد از پزشکی قانونی، از کارشناسی در کمیسیون‌ها اعلام انصراف نموده‌اند.

۵. سه‌گانه عوامل زمینه‌ای

در مجموعه قوانین موضوعه کشور، در هیچ موردی به طور صریح دخالت اسباب زمینه‌ای در جنایات مورد پذیرش قرار نگرفته است (عزیزی و دیگران، ۱۴۰۱: ۱-۲۱). قاعده کلی در مورد عوامل زمینه‌ای در جنایات آن است در سلسله اسباب جایگاهی نداشته، رابطه استنادی بین آن‌ها و نتیجه (آسیب یا فوت) احراز نمی‌شود. البته این موضوع منصرف از مواقع معدودی است که بیماری یا عامل زمینه‌ای نقش پویا و مولد در وقوع نتیجه دارد و در نقش سبب ظاهر می‌شود. در این موارد نادر، حتی در صورت قصور کادر درمان ممکن است به دلیل فقدان رابطه سببیت میان رفتار عوامل درمان با نتیجه، کادر درمان مسئول شناخته نشوند. ندرتاً محتمل است سبب زمینه‌ای و تقصیر کادر درمان توأمان موجب آسیب یا مرگ گردند و هر دو به عنوان سبب مؤثر در نظر گرفته شوند برای نمونه،

مصدومی را تصور کنید که در مدت بستری، متعاقب تقصیر کادر درمان دچار آسیب کلیه راست و از بین رفتن عملکرد آن می‌شود، چنانچه این بیمار در اثنای بستری در بیمارستان کارکرد کلیه چپ خود را نیز به دلیل بیماری قلبی یا عفونت از دست بدهد و متعاقباً وی فوت نماید؛ به عقیده برخی، از آنجا که فوت بیمار به دلیل اختلال کارکرد توأمان هر دو کلیه بوده است در حالی که یکی از کلیه‌ها به دلیل تقصیر کادر درمان و دیگری به دلیل بیماری دچار توقف کارکرد شده است؛ فوت به هر دو عامل منتسب می‌گردد. با این اوصاف و از این منظر سه‌گانه عوامل زمینه‌ای به شرح ذیل می‌باشد:

نخست: انتساب نتیجه به سبب زمینه‌ای (ناظر به مواردی معدودی است که عامل زمینه‌ای واجد نقش مولد/ ایجادکننده در حدوث فوت یا آسیب باشد)؛ تشخیص این موضوع که عامل زمینه‌ای به ویژه بیماری‌های زمینه‌ای در نقش ایجاد و مولد بوده و در وقوع مرگ یا آسیب نقش سببی داشته و علت تامه نتیجه بوده است با کارشناسان متخصص و اهل خبره می‌باشد.

دوم: انتساب نتیجه به رفتار مرتکب (در مواردی که بیماری زمینه‌ای نقش تسریع یا تسهیل یا تشدید کنندگی دارد و متهم، مرتکب تقصیر (در جرایم غیر عمدی) شده باشد یا دارای سوءنیت (در جرایم عمدی) باشد).

سوم: انتساب نتیجه به سبب زمینه‌ای و رفتار مرتکب (این حالت ناظر بر موارد نادری است که حدوث فوت یا آسیب ناشی از رفتار مرتکب و سبب زمینه‌ای به صورت توأمان است). البته در این حالت نیز محتمل است مقام قضایی، مسئولیت را صرفاً متوجه رفتار تقصیرآمیز کادر درمان دانسته، به مسئولیت کامل ایشان حکم دهد.

۵-۱. نقش آگاهی و جهل مرتکب به عوامل زمینه‌ای مجنی علیه

با عنایت به بند (پ) ماده ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ و تبصره ۲ آن، چنانچه مرتکب با آگاهی و توجه نسبت به شرایط زمینه‌ای و وضعیت مجنی‌علیه رفتاری انجام دهد که نسبت به او نوعاً موجب جنایت گردد و متهم به این وضعیت خاص مجنی‌علیه و خطرناکی رفتار خود نسبت به وی، آگاه و متوجه باشد، جنایت عمدی خواهد بود و حسب مورد به قصاص یا دیه یا تعزیر محکوم خواهد شد. در یک پرونده قتل، که متوفی (پدر زن متهم) دارای بیماری قلبی بود و پس از مشاجره شدید و ضرب و جرح توسط متهم (داماد)، فوت کرده بود، به پزشکی قانونی تهران ارجاع می‌شود. در فرایند دادرسی برای این پرونده کمیسیون‌های متعددی برگزار می‌شود؛ کمیسیون نوبت اول (۳ نفره)، ۷۵ درصد عارضه قلبی و ۲۵ درصد صدمات ناشی از نزاع و استرس را عامل مرگ می‌داند و کمیسیون نوبت هشتم (۱۷ نفره)، ۱۰ درصد عارضه قلبی و ۹۰ درصد صدمات ناشی از نزاع را در مرگ نقش آفرین دانسته بود. در نهایت، شعبه ۱۰ دادگاه کیفری یک تهران در دادنامه

صادره^۱، به‌درستی و با این استدلال که «هرچند ضربات وارده نوعاً کشنده نیست، ولیکن با توجه به اطلاع متهم از وضعیت جسمانی مرحوم... نوعاً کشنده محسوب می‌شود»، صرف تأثیر رفتار متهم را قطع نظر از میزان آن، برای تحقق قتل عمدی کافی دانسته و وضعیت نامتعارف مجنی‌علیه را موجبی برای کاهش مسئولیت مرتکب نمی‌داند (به نقل از: رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰) این موضوع در نظام حقوقی بسیاری از کشورها نظیر انگلستان و آمریکا نیز جاری است. برای نمونه در حقوق جزای آمریکا «اگر متهم به قصد ایراد ضرب و نه قتل، به دیگری نزدیک شود و شخص اخیر که مبتلا به ناراحتی قلبی بوده و متهم از آن بی‌اطلاع است، در نتیجه وحشت حاصله از حمله تهدیدآمیز، دچار حمله قلبی شده و فوت کند، متهم محکوم به قتل غیرعمدی خواهد شد، هرچند هرگز به او دست نزده باشد» (لفیو، ۱۳۹۷: ۲۵۵). به نظر می‌رسد با لحاظ مندرجات بند (پ) ماده ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی، در شرایطی که جنایت، غیرعمدی محسوب گردد، عامل زمینه‌ای تأثیرگذار نیست؛ در حقیقت، بیماری و عامل زمینه‌ای با لحاظ شرایطی صرفاً نوع جنایت را از عمدی به غیرعمدی تغییر می‌دهد اما در زنجیره اسباب جایگاهی ندارد و در میزان مسئولیت مرتکب بی‌تأثیر است. آنچه که در بند پ ماده ۲۹۰ ق.م.ا آمده است را می‌توان با قاعده‌ای مقایسه کرد که در حقوق برخی کشورها، مثل انگلستان و اسکاتلند وجود دارد. مطابق قاعده مذکور، مجرم باید قربانی را آن‌گونه که هست بپذیرد. این قاعده در پرونده‌های مختلف مورد استناد قضات قرار گرفته است (میرمحمدصادقی، ۱۳۹۷: ۱۲۴). به عبارت دیگر، بیماری موجود یا آسیب‌پذیری بزه‌دیده، نافی رابطه سببیت نیست (هارت؛ هونوره، ۱۳۸۹: ۱۰۴). رویه قضایی فرانسه نیز وضعیت سلامتی را مانع وجود رابطه سببیت میان فعل (مرتکب) و نتیجه ندانسته است و در این باره تفاوتی نگذارده که سلامت نبودن مجنی‌علیه، حاصل ضعف عمومی بدنش باشد یا بر اثر بیماری که از گذشته به آن دچار بوده یا استعداد فطری یا اکتسابی وی که خطر آسیب حاصل از فعل متهم را زیادتیر می‌کند (نجیب حسنی، ۱۳۹۱: ۳۰۷). بنابراین توسل متهم به بیماری یا سایر شرایط زمینه‌ای مجنی‌علیه در راستای کاهش یا رفع مسئولیت وی، مسموع نیست و این دفاع که وضعیت قربانی، او را در شرایط آسیب‌پذیری قرار داده و باید درصدی از بار مسئولیت مرتکب کاسته شود، مردود است. لیکن «در آرای قضایی مراجع کیفری ایرانی به وفور دیده می‌شود که بیماری مقتول نقش اساسی در مسئولیت نهایی متهم به قتل دارد؛ به ویژه اگر متهم از وجود بیماری آگاه نباشد» (طاهری نسب، ۱۳۸۹: ۶۹۴).

۵-۲. برخورد دوگانه با عوامل زمینه‌ای در محاکم ایران

در نظام حقوقی ایران، چالش عمده در رابطه با عوامل و شرایط زمینه‌ای، عموماً ناظر به جنایات غیرعمدی است. واقعیت آن است که غالباً در موارد شمول جنایت عمدی بر رفتار مرتکب، این عوامل نادیده گرفته می‌شوند، ولیکن در پرونده‌های مربوط به جنایات غیرعمدی عموماً عوامل مذکور مورد توجه قرار گرفته، به آن‌ها سهمی در حدوث نتیجه داده می‌شود و متعاقباً از مسئولیت مرتکب کاسته می‌گردد. این در حالی است که همان‌گونه که مسطور گشت آگاهی یا عدم آگاهی مرتکب از وضعیت مجنی‌علیه در احراز رابطه سببیت مدخلیتی ندارد بلکه با لحاظ شرایطی صرفاً نوع جنایت را از عمدی به غیرعمدی تغییر می‌دهد اما در میزان مسئولیت مرتکب بی‌تأثیر است. لیکن رویه قضایی ایران به روشنی نشان داده است که تمایل ندارد، مسئولیت تام قتل غیرعمدی را برعهده قاتل بگذارد. «شیوه معمول در مراجع قضایی ایران در این قبیل پرونده‌ها، درصددندی و دادن سهمی به بیماری قربانی است» (طاهری نسب، ۱۳۸۹: ۶۸۶). به عبارتی دیگر، «برخلاف جنایت عمدی که دادگاه‌ها چندان به نظریه‌های کارشناسی در مورد تأثیر عوامل زمینه‌ای در وقوع نتیجه اهمیت نمی‌دهند، در جنایات غیرعمدی گرایش به نظریه‌های کارشناسی و پدیده درصددندی چشمگیر است» (رستمی و کلانتری، ۱۴۰۲: ۱۴۰-۱۵۰). همان‌گونه که پیشتر بیان شد قاطبه کارشناسان، خواسته یا ناخواسته، از منظر علمی و دیدگاه تخصصی به عوامل زمینه‌ای می‌نگرند و در این مختصات است که بیماری زمینه‌ای را در حدوث نتیجه زیان‌بار اعم از فوت یا آسیب، به عنوان یک «سبب» کاهنده مسئولیت در نظر می‌گیرند و متعاقباً با قائل شدن سهمی برای آن، درصد تقصیر مرتکب را تعیین می‌کنند. اکنون این وظیفه قضات و صاحبان آرا است که باید با دانش حقوقی و فقهی شان و براساس کارکرد قانونی، سبب مسئول را شناسایی و انتخاب کنند. همان‌گونه که عنوان شد رویه غالب محاکم این است که، ویژگی‌های نامتعارف بزه‌دیده را متأثر از دیدگاه‌های کارشناسی، به مثابه سبب مؤثر در فوت در نظر می‌گیرند. برای نمونه، در پرونده آقای ۶۹ ساله، که با درد پهلوی چپ و باتشخیص سنگ کلیه چپ بستری و تحت عمل سنگ شکنی قرار می‌گیرد؛ همان روز به دلیل کاهش هوشیاری و افت فشار خون، تحت عمل جراحی کلیه چپ قرار گرفته، به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود؛ اما با گذشت چند ساعت فوت می‌کند. علت فوت «شوک ناشی از خونریزی متعاقب عمل جراحی کلیه» تعیین می‌گردد. کارشناسان کمیسیون پزشکی جراح معالج را به میزان ۲۰٪ و دو دستیار وی را هریک به میزان ۵٪ به دلیل مدیریت درمان نامناسب و ناکافی قبل و بعد عمل، همچنین مسئول فنی بیمارستان را به دلیل مدیریت نامناسب و ناهماهنگی کادر درمان، به میزان ۱۰٪ مرتکب قصور اعلام می‌کنند و در انتها ابراز می‌دارند: ۶۰٪ مابقی به

بیماری‌های زمینه‌ای متوفی تعلق می‌گیرد. دادگاه کیفری دو (شعبه ۱۰۴۸ جزایی سابق) 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 ۱۰ - ۲۰ - ۵ - ۵ درصد در حق وراث قانونی متوفی محکوم و اعلام می‌نماید مهلت پرداخت دیه از تاریخ وقوع جرم دو سال با رعایت مقررات مربوطه می‌باشد».

خواسته یا ناخواسته، تمایل محاکم به چنین رویه‌ای در نوع و محتوای استعلام آنان از هیأت‌های کارشناسی نیز منعکس است. برای مثال به پرونده مربوط به آقای ۶۵ ساله زندانی با سابقه جراحی قلب باز اشاره می‌شود، که با شکایت تهوع و بی‌حالی به بهداری زندان مراجعه می‌کند، پزشک بدون گرفتن نوار قلب صرفاً برای وی دارو تجویز می‌نماید. دقایقی بعد بیمار دچار ایست قلبی و تنفسی شده، فوت می‌نماید. علت مرگ با توجه به تنگی ۷۰٪ عروق کرونر «نارسایی قلبی ربوی در زمینه بیماری ایسکمیک قلبی» تعیین می‌شود. مرجع قضایی در استعلام از کمیسیون چنین طرح سؤال می‌کند: «در صورت احراز تقصیر با قید میزان، مکانیسم اثرگذاری آن منعکس شود.» کمیسیون پزشکی با احراز تقصیر کادر درمان میزان تأثیر قصور پزشکی را ۱۳٪ اعلام می‌نماید و به ذات خطیر بیماری ۸۷٪ سهم می‌دهد.^۲ از سوی بازپرس پرونده، با استعلامی مبنی بر «تقصیر، نوع و میزان آن را حسب مورد با تعیین ارش یا دیه به طور دقیق مشخص نمایید» پرونده به کمیسیون پنج نفره ارجاع می‌شود. به‌رغم آن که «رویه قضایی به وسیله قانون به فراسوی قانون گام می‌نهد و قلمروی به مراتب گسترده‌تر دارد» (کاتوزیان، ۱۳۹۱: ط) لیکن این حرکت باید محدود به مفاد و روح قوانین باشد. البته گاهی در بعضی از پرونده‌ها، با صدور آرای دقیقی از سوی قضات مواجه می‌شویم. برای نمونه می‌توان به پرونده^۳ مربوط به نوجوان ۱۴ ساله‌ای اشاره کرد که به علت اسهال و استفراغ، به بیمارستان مراجعه می‌نماید. پذیرش و ویزیت وی با تأخیر چندساعته انجام می‌گردد. به‌رغم درمان‌های صورت پذیرفته، بیمار روز بعد دو بار دچار ایست قلبی گردیده، اقدامات احیا در مرتبه دوم مؤثر واقع نشده، در نهایت فوت می‌نماید. علت فوت اختلال آب و الکترولیت‌ها متعاقب اسهال و استفراغ تعیین می‌گردد. با شکایت والدین پرونده قضایی تشکیل و موضوع به کمیسیون پزشکی قانونی ارجاع می‌شود. کمیسیون بدوی در خصوص فوت نوجوان، رأی به تقصیر پزشک معالج و مسئول فنی بیمارستان به نسبت مساوی می‌دهد. اما در کمیسیون‌های بالاتر کارشناسان با دادن سهم به عوامل

۱. دادنامه شماره ۱۰۷۹۵۹۴/۱۰۲۶۸۳۹۰۰۱۴۰۲ به تاریخ ۱۴۰۲/۱/۳۱

۲. نظریه شماره ۱۵۹۴ مورخ ۱۴۰۱/۷/۱۹

۳. شماره پرونده: ۹۷۰۹۹۸۲۱۲۰۴۰۰۴۵۶

زمینه‌ای، قصور نسبی برای کادر درمان اعلام می‌دارند. برای نمونه در کمیسیون نه نفره، کارشناسان حاضر در جلسه، پزشک معالج متخصص داخلی را به دلیل عدم ارزیابی صحیح و درمان مؤثر به میزان ۳۰٪ و مسئول فنی وقت بیمارستان به دلیل نظامات نامناسب در پذیرش، بستری و پیگیری‌های درمانی به میزان ۴۰٪ مرتکب قصور مؤثر در فوت معرفی می‌نماید و اعلام می‌دارد ۳۰٪ مابقی مربوط به ذات بیماری سریع و پیشرونده متوفی بوده است؛ اما کمیسیون یازده نفره سهم پزشک معالج را ۳۰٪ و مسئول فنی وقت بیمارستان را ۵۰٪ اعلام می‌کند. این بدان معناست که به عوامل زمینه‌ای سهم ۲۰٪ داده شده است. از سوی مرجع رسیدگی کننده، در دادنامه بدوی^۱ حکم به مسئولیت کامل هر دو متهم و با نسبت مساوی داده می‌شود: «... اصل بر تقسیم مسئولیت به طور مساوی است و مسئول دانستن هر عامل به میزان تأثیر رفتار استثناست...» از این دادنامه تجدیدنظرخواهی می‌شود؛ شعبه ۷۴ تجدیدنظر، طی دادنامه صادره^۲ با رد تجدیدنظرخواهی، رأی بدوی محکومیت هر دو پزشک (هریک به میزان ۵۰٪) را تأیید می‌کند.

۳-۵. تحرک و نواندیشی در سازمان پزشکی قانونی

با توجه به اهمیت و چالش بیماری‌های زمینه‌ای در موارد فوت یا آسیب به دنبال رفتار مرتکب خاصه در اقدامات پزشکی و پرونده‌های خطای کادر درمان، از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور یکی از چهار محور هفتمین همایش سراسری طب و قضا^۳ در سال ۱۴۰۲، به بررسی نقش و جایگاه بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ای در حدوث نتایج زیان‌بار اختصاص یافت. افزون بر تشکیل کارگروه‌های متعدد و نشست‌های مقدماتی در سراسر کشور، در این همایش تعدادی مقاله در قالب سخنرانی و پوستر نیز ارائه گردید. یکی از موضوعات مهمی که در بیانیه اختتامیه همایش مورد توجه قرار گرفت، ناظر بر این نکته بود که از منظر حقوقی وجود بیماری زمینه‌ای و یا کهولت سن در حدوث فوت، آسیب و یا نقص عضو متعاقب تروما و یا خطای پزشکی فاقد نقش و اهمیت می‌باشد. پس از همایش مذکور، این حرکت پویا استمرار یافت. جلسات متعددی با حضور برخی اساتید حقوقی و قضات باتجربه و همچنین کارشناسان منتخب پزشکی قانونی، برگزار و منتج به مصوباتی گردید. نتایج این جلسات در

۱. دادنامه شماره ۹۹۰۹۹۷۲۱۹۱۸۰۰۱۰۲ به تاریخ ۱۳۹۹/۲/۱۶

۲. دادنامه شماره ۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۱۰۵۶۴۰۰۹ به تاریخ ۱۴۰۲/۷/۲۲

۳. این همایش از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور با همکاری برخی مراکز نظیر پژوهشگاه قوه قضائیه و با حضور اساتید فقهی، حقوقی، قضات و پزشکان خاصه پزشکان قانونی به منظور طرح موضوعات اساسی و چالش‌های مهم پزشکان قانونی و دستگاه قضا و حسب مورد رسیدن به راه‌حل‌های علمی و عملی، ارتقای تعامل بین قضات و پزشکان قانونی و ... برگزار می‌شود. هفتمین دوره این همایش در ۳-۴ تیرماه ۱۴۰۳ در تهران برگزار گردید.

جای خود حائز اهمیت و نیازمند تأمل است. بر اساس مندرجات مصوبات این هم‌اندیشی، سه‌گانه بیماری زمینه‌ای در سازمان پزشکی قانونی به شرح ذیل قابل تفکیک و تبیین است:

نخست: «وجود بیماری زمینه‌ای و یا کهولت سن در زمان فوت، آسیب و یا نقص عضو به دنبال تروما و یا قصور پزشکی فاقد اهمیت می‌باشد، مگر آنکه بیماری زمینه‌ای یا کهولت سن در ایجاد فوت آسیب و یا نقص عضو نقش فعال داشته باشد». جمله آغازین دلالت بر قاعده کلی دارد یعنی مواردی که عوامل زمینه‌ای غیر مولد بوده، نقش سببی ندارند. این حالت شامل بسیاری از پرونده‌ها می‌شود؛ و جمله واپسین ناظر به موارد معدودی است که بیماری زمینه‌ای مولد نتیجه است.

دوم: «در مواردی که فوت، آسیب و یا نقص عضو منحصراً تحت تأثیر یک عامل مانند تروما یا قصور پزشکی (عامل بیرونی) و یا بیماری زمینه‌ای (عامل درونی) باشد؛ فوت، آسیب و یا نقص عضو منتسب به همان عامل خواهد بود». در بند دیگری صراحتاً مسطور گشته است: «در مواردی که در ایجاد فوت، آسیب و یا نقص عضو، بیماری زمینه‌ای نقش مستقیم و تمام‌کننده در توالی منجر به فوت یا آسیب دارد؛ فوت، آسیب و یا نقص عضو مذکور به طور کامل منتسب به بیماری زمینه‌ای خواهد بود». این گزاره‌ها ناظر به پرونده‌های معدودی است که بیماری یا عامل زمینه‌ای در ایجاد فوت یا آسیب نقش ایجاد و مولد داشته در قالب سبب ظاهر شود.

سوم: «در موارد مطرح بودن توأم تروما یا قصور پزشکی و بیماری زمینه‌ای، اگر بیماری زمینه‌ای واجد نقش فعال یا مستقیم در ایجاد فوت یا عارضه باشد هنگام اعلام این امر باید به طور دقیق، شفاف و کامل در نظریه کارشناسی قید شود و میزان تأثیر هر یک به مرجع قضایی اعلام گردد». این گزاره نیز معطوف به حالت نادری است که بیماری زمینه‌ای و رفتار مرتکب توأم منجر به نتیجه زیان‌بار اعم از فوت، آسیب یا نقص عضو شده باشند. باید اذعان نمود به‌رغم آنکه حالت اخیر نیز در چارچوب علمی و کارشناسی موجه می‌نماید چه بسا مقام قضایی در مختصات قانونی حکم به مسئولیت کامل مرتکب مقصر دهد.

در خاتمه باید اذعان داشت، به‌رغم آن که در سازمان پزشکی قانونی دگردیسی علمی در مواجهه با بیماری و عوامل زمینه‌ای در فرآیند کارشناسی‌های خطاهای پزشکی اتفاق افتاده و شاهد پویایی و تلاشی ارزشمند در راستای ارتقای کیفی و ایجاد وحدت رویه در صدور نظرات کارشناسی در این پرونده‌ها بوده‌ایم، لیکن پس از عبور از مرحله نظری، مرحله دشوار تشخیص و شناخت مصادیق و انطباق پرونده‌ها با گزاره‌های علمی در اظهارنظرهای کارشناسی است، خاصه آنکه بسیاری از کارشناسان مدعو کمیسیون‌های پزشکی، اساتید دانشکده‌های پزشکی و کارشناسان خارج سازمانی هستند؛ به نظر می‌رسد تا تغییر رویه عملی هنوز فاصله بسیار است و مستلزم برداشتن گام‌های

دشواری است. افزون بر این، باید به خاطر داشت که کارشناسی پرونده‌های خطای پزشکی منحصر به سازمان پزشکی قانونی نمی‌باشد و امر کارشناسی تعدادی از این پرونده‌ها اساساً به کمیسیون‌های پزشکی قانونی ارجاع نشده، از سوی برخی مراجع قضایی به سازمان نظام پزشکی و یا کارشناسان رسمی دادگستری محول می‌شود.

نتیجه

یکی از معضلات عمده در ارزیابی زنجیره اسباب و به طور خاص در پرونده‌های خطای پزشکی، موضوع عوامل زمینه‌ای خاصه بیماری و شرایط زمینه‌ای مجنی‌علیه است. به‌رغم آنکه این عوامل ممکن است نحوه انتساب نتیجه زیان‌بار به مرتکب را پیچیده کنند، در غالب نظام‌های حقوقی اصولاً عوامل زمینه‌ای در زنجیره اسباب وارد نمی‌شوند یا حتی اگر براساس معیار برخی نظریات، عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده در زنجیره اسباب به عنوان سبب وارد شوند عرفاً قاطع رابطه سببیت نبوده، خللی در عاملیت و مسئولیت مرتکب ایجاد نمی‌کنند. عوامل زمینه‌ای، از نظر نقش و تأثیر در حدوث آسیب یا نتیجه زیان‌بار به دو دسته کلی تقسیم می‌گردند: مولد یا ایجادی؛ غیرمولد یا غیرایجادی (مستعد کننده). عموماً عوامل زمینه‌ای در نقش غیرمولد ظاهر می‌شوند؛ در این دسته، عواملی که بلااثرند یا نقش مستعدکننده، اعم از تسریع‌کنندگی و یا تشدیدکنندگی دارند، قرار می‌گیرند؛ بنابراین، غالباً بیماری و شرایط زمینه‌ای بزه‌دیده، سبب محسوب نمی‌گردند و در سلسله اسباب جایگاهی ندارند. لیکن در عمل، سکوت و انفعال قانون موجب شده که دادگاه‌ها در موارد تداخل عوامل زمینه‌ای با تقصیر مرتکب، براساس نظریه‌های کارشناسی، درصدی از نتیجه زیان‌بار را به بیماری و عوامل زمینه‌ای بزه‌دیده منتسب نمایند. دسته دوم ناظر به موارد معدودی است که عامل زمینه‌ای در نقش سبب ظاهر می‌گردد و رابطه سببیت میان آن و نتیجه زیان‌بار برقرار می‌شود. تشخیص این موضوع که بیماری یا عوامل زمینه‌ای در نقش مولد بوده و در وقوع مرگ یا آسیب نقش سببی داشته و علت تامه نتیجه است با کارشناسان متخصص است. باید اذعان نمود از منظر علمی و عرف تخصصی پزشکی، عوامل و بیماری‌های زمینه‌ای در عمده پرونده‌ها نقش پررنگی دارند. به همین منوال، کارشناسان خاصه پزشکان قانونی نیز در اظهارنظرهای خویش، که متأثر از آموخته‌ها و اندوخته‌های علوم تجربی خود بوده و گاه با مسائلی چون رعایت انصاف و عدالت و عقلانیت نیز عجین می‌گردد، غالباً نمی‌توانند از این عوامل زمینه‌ای صرف‌نظر نمایند و در سلسله اسباب نقشی به این عوامل می‌دهند که در مواقعی پررنگ و واجد سهمی اساسی است. این رویکرد منجر به سهم‌دهی و ظهور پدیده درصدبندی در نظرات کارشناسی در مورد بیماری و عوامل زمینه‌ای گردیده است. به عبارت دیگر، کارشناسان، عوامل زمینه‌ای را به عنوان یک «سبب» کاهنده مسئولیت در نظر

می‌گیرند و در نظریه‌های کارشناسی سهم تقصیر مرتکب را با لحاظ آن تعیین می‌کنند. وانگهی، اکثر قضات نیز عیناً مطابق با آن نظریه‌ها حکم می‌دهند؛ این بدان معناست که ایشان ویژگی‌های نامتعارف بزه‌دیده را متأثر از دیدگاه‌های کارشناسی، به‌مثابه سبب مؤثر در فوت در نظر می‌گیرند. به باور برخی، اسباب زمینه‌ای مفهومی است که از طریق رویه قضایی و به واسطه نظریه‌های کارشناسان پزشکی وارد مباحث سببیت در حقوق جزای ایران شده است اما باید اذعان نمود صرف نظر از میزان صحت این انگاره، بدون تردید استقبال محاکم و نوع استعلام مراجع قضایی از هیأت‌های کارشناسی، تأثیر عمده‌ای در رویه موجود داشته است. در نظام حقوقی ایران، چالش اصلی در رابطه با عوامل و شرایط زمینه‌ای، عمدتاً ناظر به جنایات غیرعمدی است. غالباً در موارد شمول جنایت عمدی بر رفتار مرتکب، این عوامل نادیده گرفته می‌شوند، در حالی که در پرونده‌های مربوط به جنایات غیرعمدی عموماً به بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ای بیمار سهمی در حدوث نتیجه داده می‌شود و از مسئولیت مرتکب کاسته می‌گردد. به همان سببی که در صدور حکم به قصاص یا تعزیر هیچ سهمی به عامل زمینه‌ای داده نمی‌شود، توجیهی ندارد که در تعیین دیه به آن توجه کرده و نقش مرتکب در وقوع جنایت را با لحاظ عامل زمینه‌ای تعیین نمود. همچنین باید توجه داشت، آگاهی یا جهل متهم از شرایط زمینه‌ای و آسیب‌پذیر بودن بزه‌دیده و اینکه می‌توانسته نتایج رفتار خویش را پیش‌بینی کند، صرفاً می‌تواند ماهیت رکن معنوی جنایت (عمدی یا غیرعمدی بودن) را تعیین کند؛ اما در احراز رابطه سببیت مدخلیتی ندارد و همچنان در میزان مسئولیت مرتکب بی‌تأثیر است. این موضوع در نظام حقوقی بسیاری از کشورها نیز پذیرفته شده است.

در کنار طرح مباحث حقوقی و قواعد موجود، با آنکه در مورد لزوم عدم توجه به بیماری‌های زمینه‌ای بیماران خاصه در پرونده‌های مربوط به خطای کادر درمان به تفصیل مطالبی بیان شد، لیکن باید اذعان نمود نظر به ماهیت امر درمان، حرکت تجریدی و بدون انعطاف در مسیر حقوقی و تمرکز صرف بر اصلاح رویه موجود بدون پیش‌بینی‌های لازم، در کنار سودمندی می‌تواند موجب تشویش خاطر کادر درمان شده، متعاقباً پیامدهای منفی برای بیماران، جامعه و حکومت به دنبال داشته باشد. برای تضمین حقوق بیماران و مصدومان از یک سو و جهت تامین آرامش خاطر و دادن اطمینان به کادر درمان به ویژه پزشکان از سوی دیگر، ضروری است تمهیدات لازم اندیشیده شود. برخی از این اقدامات عبارتند از:

نخست) مقنن با اصلاح یا جایگزینی ماده‌های قانونی مناسب‌تر موضع خود را در خصوص بیماری و عوامل زمینه‌ای به طور صریح مشخص نماید تا روند رسیدگی در پرونده‌ها مطلوب‌تر گردد.

دوم) آموزش قوانین لازم به کارشناسان در راستای ارتقای دانش حقوقی آنان برای ایجاد تغییر

نگرش صرفاً علمی ایشان، خاصه در مواجهه با بیماری‌های زمینه‌ای. سوم) برقراری سازوکارهای حمایتی مورد نیاز به ویژه «ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های مسئولیت» و «الزام پزشکان و سایر کادر درمان و همچنین مراکز درمانی به انعقاد قراردادهای بیمه‌های مسئولیت و حوادث».

چهارم) «گسترش قلمرو بیمه به موارد فوت و آسیب‌هایی بدون تقصیر^۱ کادر درمان»؛ به بیان دیگر، در پرونده‌هایی که عدم قصور و تقصیر پزشک احراز می‌شود، همچنان خسارت مصدوم یا خانواده متوفی، جبران شود.

پنجم) «ایجاد و تقویت نظام جبران خسارت فوری» نظیر تدبیری که در قانون هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برای تسریع جبران خسارت مصدومین ناشی از تصادفات رانندگی و در راستای قضازدایی اندیشیده شده است؛ در تبصره بند د ماده ۱۱۳ این قانون شرکت‌های بیمه‌گر یا صندوق تأمین خسارت‌های بدنی را مکلف نموده است بدون نیاز به صدور رأی دادگاه ظرف مهلت مقرر نسبت به پرداخت خسارات بدنی مطابق نظریه پزشکی قانونی اعم از اولیه یا نهایی اقدام نمایند. آیین‌نامه اجرایی این تبصره در مراحل نهایی تدوین است. در فرانسه نیز در راستای ساماندهی و جبران خسارت فوری و دوستانه بیماران براساس قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ یک موسسه عمومی با نام «اداره ملی جبران حوادث پزشکی، بیماری‌های یاتروژنیک و عفونت‌های بیمارستانی» تأسیس شده است. (توسلی، ۱۳۹۹: ۱۱۳-۱۲۰).

ششم) مقنن (ایران) در نوآوری خود از درجه‌بندی، صرفاً به درجه‌بندی مجازات‌های تعزیری پرداخته است بدون اینکه تقسیم‌بندی از جرایم ارائه دهد؛ در کنار درجه‌بندی مجازات‌ها که به ضابطه‌مند شدن تعیین کیفر با مورد توجه قرار دادن شدت و آثار جرم ارتكابی، میزان خطرناکی و نتایج زیان‌بار آن بر بزه‌دیده منجر می‌شود (سیاه‌پور و دیگران، ۱۴۰۳: ۳۰) می‌توان با اصلاح بعضی مواد قانونی و اتخاذ پاره‌ای سیاست‌ها نظیر درجه‌بندی برخی جرایم و مجازات‌ها، با محدود نمودن مسئولیت کیفری مشاغل و پزشکان به تقصیرهای سنگین و مکرر و در عین حال برخورد مشدد با آنها، گامی مؤثر در جهت اصلاح رویه موجود برداشت.

هفتم) بدون تردید قضازدایی و تقویت هیأت‌های انتظامی و کمیته‌های انضباطی همچنین تأسیس هیأت‌های صلح و سازش و جبران خسارت حوادث در کنار برخوردهای کیفری با خطاهای فاحش، گام بلند دیگری در این راستاست.

منابع

فارسی

- اردبیلی، محمدعلی. (۱۴۰۳). حقوق جزای عمومی. جلد ۱، ویراست ۵، چاپ هفتاد و چهارم، تهران: نشر میزان.
- آقائی نیا، حسین. (۱۳۹۶). جرایم علیه اشخاص. چاپ شانزدهم، تهران: انتشارات میزان.
- الهام، غلامحسین و برهانی، محسن. (۱۳۹۴). درآمدی بر حقوق جزای عمومی (جرم و مجرم). جلد ۱، چاپ ۱، تهران: نشر میزان.
- الیوت، کاترین و کوئین، فرانسس. (۱۳۹۸). حقوق جزایی انگلستان. ترجمه علی تحصیلی، چاپ اول، تهران: نشر نی.
- توسلی نائینی، منوچهر و توسلی نائینی، پارسا. (۱۳۹۹). خطاهای پزشکی و رسیدگی به آن در حقوق فرانسه. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۲۶، شماره ۲.
- خرم، سینا و توجهی، عبدالعلی. (۱۴۰۴). ارکان مفهومی تقصیر جزایی و آثار آن در حقوق کیفری ایران. دیدگاه‌های حقوق قضایی، دوره ۲۹، شماره ۱۰۸.
- رستمی، هادی و کلانتری، آذر. (۱۴۰۲). نقش و تاثیر عوامل زمینه‌ای در احراز رابطه سببیت: بانگ‌رشی به حقوق کامن لا. مجله پزشکی قانونی ایران، دوره ۲۹، شماره ۳.
- رشادتی، جعفر. (۱۳۹۵). گزیده آرای کیفری قتل غیر عمد. چاپ دوم، تهران: انتشارات پیام راشده.
- سلیمی، امیرعلی و دیگران. (۱۴۰۲). بررسی مبانی حقوقی و فقهی تاثیر ضعف جسمانی و بیماری زمینه‌ای در بروز صدمه و فوت با نگاه آماری در پرونده‌های پزشکی قانونی زنجان. مجموعه مقالات هفتمین همایش سراسری طب و قضا.
- سیاه‌پور، محمدرضا؛ بهمن‌پور، عبدالله و صالحی، کریم. (۱۴۰۳). آثار، نتایج و ایرادات درجه بندی مجازات‌های تعزیری. دیدگاه‌های حقوق قضایی، دوره ۲۹، شماره ۱۰۶.
- اشرفی اصفهانی، شایسته و دیگران. (۱۴۰۲). ارزیابی تاثیر عوامل فردی و بیماری‌های زمینه‌ای و قصور پزشکی در فوت شدگان به دنبال جراحی قلب. مجموعه مقالات هفتمین همایش سراسری طب و قضا. صص ۱۵-۲۴.
- طاهری نسب، یزداله. (۱۳۸۹). رابطه علیت در حقوق کیفری ایران و انگلستان. چاپ دوم، تهران: انتشارات دادگستر.
- عزیززی، رحیم؛ توجهی، عبدالعلی؛ گلخندان، سمیرا و رجیبه، محمدحسین. (۱۴۰۰). چالش‌های پیشروی حقوق کیفری و پزشکی قانونی در قبال اسباب زمینه‌ای دخیل در جنایت. مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۵، شماره ۵۶.
- فروزنده، پیام و محسنی، فرید. (۱۴۰۴). نگرشی تطبیقی به نقش بزه‌دیده در قطع زنجیره سببیت در فقه و حقوق ایران و حقوق انگلستان. مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۹، شماره ۱۳۰، صص ۱۴۳-۱۶۱.
- قیاسی، جلال‌الدین. (۱۳۹۸). روش تفسیر قوانین کیفری. چاپ دوم، قم: موسسه بوستان کتاب.
- قیاسی، جلال‌الدین. (۱۴۰۰). قاعدهٔ مجمله نازک در حقوق کامن‌لا و حقوق کیفری ایران. مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۷، شماره ۱۲۱، صص ۳۰۷-۳۲۷.

- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۶). الزام‌های خارج از قرار داد: ضمان قهری. چاپ ششم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- کاتوزیان، ناصر (به اهتمام معاونت آموزش دادگستری کل استان تهران). (۱۳۹۱). نقد رویه قضایی در امور مدنی. چاپ ششم، تهران: انتشارات جنگل.
- گزارش نشست (۱۳۹۱). خسارت معنوی، (نقد رأی شعبه اول دادگاه‌های عمومی و حقوقی تهران «مشهور به پرونده هموفیلی»). فصلنامه نقد رأی، دوره جدید، شماره ۱.
- لفیو، واین آر. (۱۳۹۷). سببیت، قتل و صدمات بدنی در نظام کیفری ایالات متحده آمریکا. ترجمه حسین آقائی نیا، چاپ چهارم، تهران: انتشارات میزان.
- منصور آبادی، عباس. (۱۴۰۱). مختصر حقوق جزای عمومی. چاپ چهارم، تهران: نشر میزان.
- مرعشی، سید محمدحسن. (۱۳۸۵). دیدگاه های نو در حقوق. ج ۱، چاپ دوم، تهران: انتشارات میزان.
- میرمحمد صادقی، حسین. (۱۳۹۷). حقوق جزا، جرایم علیه اشخاص. چاپ ۲۵، تهران: انتشارات میزان.
- نجیب حسینی، محمود. (۱۳۹۱). رابطه سببیت در حقوق کیفری. ترجمه سیدعلی عباس نیای زارع، چاپ سوم، مشهد: انتشارات دانشگاه رضوی.
- وجدانی فخر، عطیه؛ وجدانی فخر، طلیعه و الهی منش، محمدرضا. (۱۴۰۱). رابطه سببیت در جرم و چالش های مسؤولیت کیفری با نگرشی به قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲. حقوق و مطالعات سیاسی، دوره ۲، شماره ۳، صص ۲۰۳-۲۱۱.
- هارت، اچ. ال. آی و تونی هونوره. (۱۳۸۹). سببیت در حقوق. ترجمه حسین آقائی نیا، چاپ اول، تهران: نشر میزان.

آرای قضایی

- دادنامه شماره ۱۰۴۹/۷۸، صادره از شعبه ۴، دادگاه عمومی شهرکرد.
- دادنامه شماره ۱۳۸۱۶۳۳۷/۱۳۸۱۶۸۳۹۰۰۱۴۰۱۶۸۳۹۰۰ به تاریخ ۱۴۰۱/۹/۲۷، صادره از شعبه ۱۰، دادگاه کیفری یک تهران.
- دادنامه شماره ۱۰۷۹۵۹۴/۱۰۷۹۵۹۴۰۰۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۰۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۰ به تاریخ ۱۴۰۲/۱/۳۱، صادره از شعبه ۱۰۴۸ جزایی سابق، دادگاه کیفری دو تهران.
- دادنامه شماره ۱۰۱۰۲/۱۹۱۸۰۰۱۰۱۰۲/۱۹۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ به تاریخ ۱۳۹۹/۲/۱۶، صادره از شعبه ۱۰۴۳ دادگاه کیفری دو تهران.
- دادنامه شماره ۱۰۵۶۴۰۰۹/۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۰۱۴۰۲۶۸۳۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ به تاریخ ۱۴۰۲/۷/۲۲، صادره از شعبه ۷۴ دادگاه تجدیدنظر تهران.