

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2024; 18: e4

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Legal Problem of Medical Consent and Acquittal and Its Negative Impact on the Violation of the Rights of Patients with Mental Disorder

Mahdi Khaghani Esfahani¹

1. Department of Law and Jurisprudence, the Institute for Research and Development in the Humanities (SAMT), Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Awareness of the therapist's interventions includes informing the patient of the nature of the medical decision, treatment methods, the risks and benefits of the proposed treatment and the possible side effects of each treatment method. Failure to understand these elements distorts the consent and acquittal obtained from the patient; it is considered a violation of medical ethics and causes civil and criminal liability for the therapist. In medical emergencies, it is either impossible or difficult and time-consuming to inform the patient or his/her legal representative of the complications and risks of treatment, necessitating the modification of the legal standards of emergency medical interventions in Iranian health law, especially in the case of patients with mental disorders.

Methods: The present study is a narrative review with a Critical Legal Studies (CLS) approach. To this purpose, relevant books and articles were extracted using Farsi databases such as SID and Magiran and international databases including Science Direct, PubMed, and Google Scholar motor engine. The search was conducted without the limitation of until June 2024, using the keywords criminal law, EMS, mental disorders, patient rights, victimization. The present study is conducted after reviewing 25 references out of a total of 61 Farsi and English books and articles, focusing on presenting a critical legal analysis and not limited to reviewing the mentioned studies.

Ethical Considerations: Throughout all the stages of conducting this research, authenticity of sources, honesty and integrity have been observed.

Results: The "Executive Regulations on the Maintenance and Treatment of Individuals with Mental Health Conditions" (approved in 2019) and the "Bill for the Protection of the Rights of Individuals with Mental Disorders" (drafted in 2020) have not addressed issues related to healthcare providers' consent and acquittal of the patients, as outlined in the Islamic Penal Code and the Criminal Procedure Code. The challenge of criminality/victimization of patients with mental disorders during the transfer to the emergency department is still not adequately regulated.

Conclusion: The regulations governing the practice of medical professions and related occupations do not adhere to a coordinated and consistent criminal policy, especially regarding the conditions, scope, legal enforcement guarantees for medical acquittal and consent. Between article 492 of the Islamic Penal Code (approved in 2013) and Note 1 of Article 496 of the same Code contain contradictions regarding the nature of medical consent and acquittal, the related legal burden of proof and the concurrence of causation and agency in cases of medical malpractice (involving the physician and other members of the medical staff). Furthermore, it is necessary to amend the Bill of Rights of Individuals with Mental Disorders, before it is approved by the Islamic Consultative Assembly (Iranian Parliament), especially regarding the need to clarify the provisions of this bill concerning hospitalization orders for patients with psychological disorders. It is also essential to determine the duration and manner of its implementation, since it has been overlooked by the legislator thus far.

Keywords: Criminal Law; EMS; Patient Rights; Victimization

Corresponding Author: Mahdi Khaghani Esfahani; **Email:** khaghani@sam.ac.ir

Received: April 29, 2024; **Accepted:** August 05, 2024; **Published Online:** August 28, 2024

Please cite this article as:

Khaghani Esfahani M. The Legal Problem of Medical Consent and Acquittal and Its Negative Impact on the Violation of the Rights of Patients with Mental Disorder. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2024; 18: e4.



نابسامانی قانونی رضایت و برائت پزشکی و سوءتأثیر آن بر نقض حقوق مبتلایان به

اختلالات روان‌شناختی

مهدی خاقانی اصفهانی^۱

۱. گروه حقوق و فقه، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آگاهی از مداخلات درمانگر، شامل اطلاع بیمار از ماهیت تصمیم پزشکی، روش‌های درمانی، خطرات و مزایای درمان پیشنهادی و عوارض احتمالی هر روش درمانی است. نقض درک هر یک از عناصر رضایت و برائت کسب‌شده از بیمار را مخدوش می‌کند، نقض اخلاق پزشکی است و موجب مسئولیت مدنی و کیفری برای درمانگر نیز می‌گردد. در فوریت‌های پزشکی، آگاه‌سازی بیمار یا نماینده قانونی وی از پیچیدگی‌ها و خطرات درمان، ناممکن یا دشوار و وقت‌گیر است و اصلاح استانداردهای قانونی مداخلات پزشکی اورژانسی در حقوق سلامت ایران به ویژه در مورد بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی را می‌طلبد.

روش: پژوهش حاضر، از نوع مروری و با رویکرد «مطالعات انتقادی حقوق» است، بدین‌جهت کتب و مقالات مرتبط از پایگاه‌های اطلاعاتی با زبان فارسی شامل SID و Magiran و پایگاه داده‌های Science Direct، PubMed و موتور جستجوی Google Scholar استخراج شد. جستجو بدون محدودیت زمانی تا ژوئن ۲۰۲۴ و با استفاده از واژگان کلیدی Criminal Law، EMS، Mental Disorders، Patient Rights، Victimization انجام شد. پس از مطالعه و انتخاب ۲۵ منبع از میان ۶۱ کتاب و مقاله (فارسی و انگلیسی)، مقاله با تمرکز بر ارائه تحلیل حقوقی انتقادی و عدم اکتفا به مرور پژوهش‌های مذکور تألیف یافت.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: «آیین‌نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین» (مصوب ۱۳۹۸ ش.) و «لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» (تدوین‌شده، ۱۳۹۹ ش.) ایرادهای قانون مجازات اسلامی و قانون آیین دادرسی کیفری در مورد رضایت و برائت کادر درمان از بیمار را رفع نکرده و چالش بزهکاری/بزه‌دیدگی بیماران روانی دارای اختلالات روان‌شناختی در فرایند انتقال به اورژانس همچنان فاقد مقررات شایسته است.

نتیجه‌گیری: مقررات تصدی حرفه‌های پزشکی و مشاغل مرتبط از یک سیاست کیفری هماهنگ و منسجم به ویژه در مورد شرایط، قلمرو و ضمانت اجرای حقوقی رضایت و برائت درمانی پیروی نمی‌کند. میان ماده ۴۹۲ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) و تبصره ۱ ماده ۴۹۶ این قانون در مورد ماهیت رضایت و برائت پزشکی و بار اثبات حقوقی آن و اجتماع سبب و مباشر قصور پزشکی (پزشک و دیگر عضو کادر درمان) تعارض وجود دارد. همچنین اصلاح لایحه حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی، قبل از تصویب در مجلس شورای اسلامی، به ویژه از حیث ضرورت شفاف‌سازی مواد این لایحه در مقوله دستور بستری بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، ضروری و تعیین مدت و نحوه اجرای آن نیز لازم است، زیرا تاکنون مغفول قانونگذار بوده است.

واژگان کلیدی: حقوق کیفری؛ اورژانس؛ اختلالات روانی؛ حقوق بیمار؛ بزه‌دیدگی

نویسنده مسئول: مهدی خاقانی اصفهانی؛ پست الکترونیک: khaghani@samt.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khaghani Esfahani M. The Legal Problem of Medical Consent and Acquittal and Its Negative Impact on the Violation of the Rights of Patients with Mental Disorder. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2024; 18: e4.

مقدمه

اهمیت وجود یک ارتباط درمانی مناسب بین پزشک و بیمار - حتی در موارد فقدان آگاهی بیمار در شرایط اورژانسی - را هرگز نمی‌توان نادیده گرفت. پرستاران، بیماران و دیگر کنشگران سیستم‌های بهداشتی در معرض افت کیفیت مراقبت، بی‌اعتمادی افراد جامعه به سیستم بهداشتی هستند و برخی از آنان حرفه پرستاری را ترک می‌کنند (۱) و عواملی همچون سوءرفتارهای متقابل تیم سلامت و بیماران، به ویژه در موارد ابتلای بیمار اورژانسی به اختلال روانی و ایجاد تنش با تیم سلامت، بر رویدادهای مزبور اثرگذار است. در این میان افت کیفیت مراقبت که مستقیماً بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد از اهمیت خاصی برخوردار است. تراکم بیش از حد بیمار، زیاده‌بودن حجم کار تیم سلامت، آگاهی ناکافی کادر درمان از حقوق بیماران، وجود گروه‌های مختلف آموزشی و دانشجویان و عدم آگاهی و نگرش کافی آنان در زمینه حقوق بیمار و عدم تخصص و تمرکز بر اقدامات درمانی اورژانس در چهارچوب طب اورژانس، و به ویژه فشار روانی پزشکان و پرستاران کیفیت کاری آن‌ها را به ویژه در فوریت‌های اورژانسی که جان بیمار در خطر شدید قرار دارد و مداخلات درمانی نیازمند قدرت تمرکز ذهنی بسیار بالایی است، کاهش داده و طول دوره درمان افزایش یافته و همچنین خطاهای پزشکی افزایش می‌یابد. بروز این آسیب‌ها در کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی به حدی می‌باشد که برخی پژوهش‌ها آن را سه برابر بیشتر از میانگین کلی برای تمام مشاغل دیگر دانسته‌اند (۲).

به طور کلی و صرف نظر از تمرکز بر وضعیت حقوقی خاص مسئولیت درمانگران در فوریت‌های پزشکی، «مشهور فقها معتقد هستند پزشک ضامن خسارات ناشی از معالجه است، هرچند در امر تحصیل معالجه مأذون باشد و تقصیر نکرده باشد و نیز تنها مجرای عدم ضمان طیب، کسب برائت توأم با عدم تقصیر است» (۳). در برابر این شهرت فتوایی، اقلیتی از فقها معتقدند با قیدهای پیش‌گفته، پزشک فاقد مسئولیت است. هر دو گروه برای اثبات مدعای خود به دلایلی استناد کرده و در ضمن دلایل طرف مقابل را نیز پاسخ داده‌اند (۴).

«نظام مسئولیت پزشک غیر مبتنی بر تقصیر که در کشورهای اسکاندیناوی در حال اجراست، بر مبنای مسئولیت محض نظام سلامت در قبال هرگونه آسیب وارده به بیمار در جریان مداخلات پزشکی می‌باشد. تحلیل نظام‌های مسئولیت پزشکی مبتنی بر تقصیر و غیر مبتنی بر تقصیر از دیدگاه اصول و ارزش‌های اخلاق پزشکی، به این نتیجه می‌رسد که نظام‌های مسئولیت پزشکی هرچه بیشتر به سمتی گرایش پیدا کنند که عنصر تقصیر در آن‌ها کم‌رنگ‌تر شود، تأثیر بیشتری در به وجودآوردن فضای اخلاق و فضیلت در جامعه پزشکی دارند» (۵). چنین تحولی - گذار از «نظریه تقصیر» و «نظریه خطا» به «نظریه تضمین حق» در نظام حقوقی اسکاندیناوی - تحول بنیادینی در زیرمجموعه‌های این نظریه - از جمله در مفهوم رضایت و برائت - ایجاد کرده و چالش‌های تشکیک در احراز برائت و رضایت را به طور کلی به تاریخ حقوق پیشرفته اسکاندیناوی سپرده است (۶).

از جمله چالش‌های حقوقی رضایت و برائت بیماران، کنترل قهری و مقتدرانه بیماران اورژانسی دارای اختلال روانی پرخاشگرانه یا همراهان متهاجم آن‌ها در اورژانس‌ها و همچنین مسأله معیار و دامنه عدول از رضایت و برائت در مداخله درمانی بر بیماران و همراهان می‌باشد. در مورد عوامل خطر مؤثر بر تکانش‌های تهاجمی صورت‌گرفته توسط بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در مراکز درمانی علیه کادر درمان، تأثیر پیامدهای مؤثر روان‌پرستاران متعاقب حالات تهاجمی و اقدامات پیشگیری‌کننده آن در حالات حاد روانی مورد پژوهش قرار گرفته و فقدان سازوکارهای گزارش و پیگیری خشونت علیه پرستاران و عوامل اجتناب آنان از گزارش خشونت‌ها تحلیل شده است (۷)، اما به رغم جستجو، پژوهش‌های مشخصی در شرح دستورالعمل مطلوب پیشگیری از حالات تهاجمی هنوز در نوشتگان پژوهش‌های منتشرشده در ایران یافت نشد.

علاوه بر ضرورت پیش‌گفته، تصویب دستورالعمل پیشگیری از حالات تهاجمی - که در مورد بیماران اورژانسی پرخاشگر، مورد نیاز کادر درمان در کشور است - افزون بر آنکه می‌تواند در پیشگیری از تهاجم مؤثر باشد و در کاهش خشونت فیزیکی

در اورژانس‌ها مؤثر باشد، ابهام‌ها در مورد رژیم خاص رضایت و براءت درمانگران در تصرفات کنترل‌کننده چشم بیمارانی متهاجم و مداخلات درمانی بعدی در جسم و روان آنان را رفع خواهد کرد یا از ابهام‌ها خواهد کاست، به ویژه که «در بیمارستان‌های ایران با وجود میزان بالای وقوع حالات تهاجمی و نگرانی مداوم پرستاران از بروز تکانشی این رفتارها از سوی بیماران و خانواده‌های آن‌ها به خصوص در بخش‌های اورژانس و بیمارستان‌های روانی، هیچ ملاک و معیاری جهت پیش‌بینی و اقدامات مؤثر پرستاری در پیشگیری از حالات تهاجمی مخلّ سلامت و امنیت خودِ بیماران و کادر درمان و آرامش محیط مراکز اورژانس و روان‌پزشکی وجود ندارد» (۸). با وجود آنکه مطالعات نشان می‌دهد «۹۶/۵ درصد از پرستاران خواستار ارائه برنامه آموزش کنترل خشونت در مراکز بهداشت و درمان هستند» (۹). هنوز برنامه مدونی جهت آگاهی‌افزایی و توان‌افزایی کادر درمان در کنترل تهاجمات شایع در اورژانس‌ها و دیگر بخش‌های مراکز درمانی وجود ندارد. به هر حال، گرچه در فوریت‌های پزشکی، نیاز به کسب رضایت و براءت وجود ندارد، اما توجه به مصالح درمانی و سلامت بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مقایسه با بیماران عادی، حساسیت بیشتری را از حیث کسب رضایت و براءت از اولیای قهری یا قانونی آن‌ها می‌طلبد، چه، ممکن است حتی اولیای بیمار مبتلا به اختلال روانی هم اطلاعات دقیقی از وضعیت سلامتی، حساسیت‌های دارویی، بیماری‌های زمینه‌ای و دیگر مواردی که در مداخلات اورژانسی در بیمار مبتلا به اختلال روانی مؤثر و شاید حتی حیاتی باشد نداشته باشد و این وضعیت موجب تحقق کسب رضایت و براءت ناآگاهانه و نیز ناآگاهی قصوری و تقصیری تیم سلامت در مداخلات اورژانی می‌گردد. در این پژوهش کوشش می‌شود ابعاد حقوق کیفری کسب براءت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی در وضعیت‌های اورژانسی بحث شود.

جهت ذکر اهم پژوهش‌های مرتبط، شایان ذکر است خاقانی و باطنی (۱۴۰۲) در مقاله «ضرورت برجسب‌زدایی مجرمانه از بیماران روانی و تسهیل‌گران خانوادگی، در رویکرد سیاست جنایی به اورژانس اجتماعی» روند طولانی کنونی برای انتقال

روان‌رنجوران پرمخاطره از منزل به مراکز درمانی و مراقبتی را از منظر دو دانش جرم‌شناسی و سیاست جنایی نقد کرده‌اند. جعفری و صاحب‌بیانی (۱۴۰۲ ش.) در مقاله «اندیشه کیفری قانونگذار در رابطه با مبتلایان به اختلال‌های روانی با تأکید بر لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» لایحه مزبور را به لحاظ کارایی و امکان اعمال آن مقررات، با چالش‌هایی مواجه دانسته‌اند که برخی از آن‌ها در مقررات معتبر قانونی موجود هستند و برخی به نوع بینش قانونگذار اسلامی در تفکیک جرائم و مجازات‌ها برمی‌گردد (۱۰). تقی‌زاده، عباسی و علی‌پور در مقاله «بررسی فقهی وجوه مسئولیت پزشک در برابر بیماران اورژانسی» (۱۳۹۴ ش.) با تصریح به اینکه فقها به شکل خاص به موضوع مسئولیت پزشک در قبال بیماران اورژانسی نپرداخته‌اند، نظر داده‌اند که چون می‌توان میان حکم تکلیفی با حکم وضعی ملازمه برقرار کرد، پس فروض سنتی ذکرشده توسط فقها خصوصیتی نداشته و نظر اکثریت فقها بر وجوب چنین تکلیفی توسط پزشک است و تارک فعل را ضامن می‌دانند (۱۱). رحمت و همکاران (۱۳۹۸ ش.) در مقاله «افتراقی‌شدن مرحله تحقیق در خصوص متهمین بیمار» به تبیین این حق‌های ویژه پرداخته است، بدین‌منظور در این مطالعه به بررسی نابسامانی قانونی رضایت و براءت پزشکی و سوءتأثیر آن بر نقض حقوق مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی پرداخته می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

پژوهش حاضر، از نوع مروری و با رویکرد «مطالعات انتقادی حقوق» است، بدین‌جهت کتب و مقالات مرتبط از پایگاه‌های اطلاعاتی با زبان فارسی شامل SID و Magiran و پایگاه داده‌های Science Direct، PubMed و موتور جستجوی Google Scholar استخراج شد. جستجو بدون محدودیت

زمانی تا ژوئن ۲۰۲۴ و با استفاده از واژگان کلیدی Criminal Law، EMS، Mental Disorders، Patient Rights و Victimization شد. پس از مطالعه و انتخاب ۲۵ منبع از میان ۶۱ کتاب و مقاله (فارسی و انگلیسی)، مقاله با تمرکز بر ارائه تحلیل حقوقی انتقادی و عدم اکتفا به مرور پژوهش‌های مذکور تألیف یافت.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رضایت مراجعین و کیفیت خدمات‌رسانی به کیفیت ارتباط تیم درمان و بیمار بستگی دارد و این امر در شرایط اورژانس و به ویژه در بیماران با اختلالات روانی با دشواری‌های حقوقی و پزشکی متعددی رو به رو است. خلاصه مطالعات بررسی‌شده در این حوزه در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: پیشینه مهم‌ترین پژوهش‌ها درباره چالش‌های رضایت بیماران (به ویژه مبتلایان به اختلالات روانی) از خدمات پزشکی

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	مکان	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج	پیشنهادهای و راهکارها
مادرشاهیان (۱۳۸۴ ش. ۱۲)	تعیین میزان رعایت حقوق بیمار در جانبازان شیمیایی	بیرجند	۱۰۰	توصیفی - تحلیلی	۴۰ درصد از مجروحین سرعت انجام خدمات را کم می‌دانستند. ۵۰ درصد در مورد اقدام انجام‌شده اطلاع زیادی داشتند. ۸۰ درصد اعتقاد داشتند که اسرار و حریم پزشکی آن‌ها حفظ شده است. ۱۰ درصد از دسترسی به پزشک اطلاع داشتند.	تلاش کلیه پرسنل بهداشتی درمانی باید به سمت رعایت کامل حقوق بیمار سوق داده شود.
غلامی و همکاران (۱۳۹۴ ش. ۱۳)	بررسی رعایت منشور حقوق بیماران بخش اورژانس	شیراز	۱۰۰	مقطعی	میزان انتظار بیماران در رعایت منشور حقوقشان بالاتر و میزان رعایت آن در حد متوسط ارزیابی شد.	در جهت افزایش میزان آگاهی پرسنل و دانشجویان از حقوق بیمار، با تشکیل کارگاه‌های آموزشی و کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات، افزایش توجه سیستم سفارش بر اساس شرایط بیمار باید کوشید.
نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۴ ش. ۱۴)	بررسی تأثیر کارگاه‌های اخلاق پرستاری بر رعایت حقوق بیماران اورژانس	تهران	۱۸۰	مورد شاهدهی	برگزاری کارگاه اخلاق پرستاری تأثیر مثبت بر رعایت حقوق بیماران دارد.	ارائه برنامه‌های آموزشی، از جمله کارگاه اخلاق پرستاری و حقوق بیماران، به ویژه قبل از ورود به بالین.

نویسنده (سال)	هدف مطالعه	مکان	حجم نمونه	نوع مطالعه	نتایج	پیشنهادهای و راهکارها
محمدعلیها و همکاران (۱۳۹۸ ش. ۱۵)	تعیین نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران مراجعه کننده به بخش های اورژانس	تهران	۱۵۰	مقطعی - توصیفی	پرستاران نگرش متوسطی در مورد مدیریت درد داشتند. در خوداظهاری عملکرد خوبی نسبت به مدیریت درد بیماران داشتند. آگاهی و شناخت کافی از ابزارهای درد و نحوه استفاده از ابزارها نداشتند.	آموزش و برگزاری کلاس های بازآموزی ضمن خدمت در جهت ارتقای مدیریت صحیح درد بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت درمانی و آموزش استفاده از ابزار سنجش درد پیشنهاد می شود.

بر اساس جدول فوق، از جمله مهم ترین پژوهش های مرتبط می توان به تحقیق محمدعلیها و همکاران (۱۳۹۸ ش.) اشاره کرد که به نقش بهبود مدیریت درد در پرستاران در ارتقای کیفیت مراقبت درمانی اشاره داشت (۱۵). نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) با بررسی تأثیر کارگاه های اخلاق پرستاری بر رعایت حقوق بیماران اورژانس، نقش این عامل در پیشگیری از ایجاد ناراضی در بیماران که مؤثر در میزان و شدت و آثار تهاجم بیماران مبتلا به اختلالات روانی بر پرستاران اورژانس به ویژه در مراکز روان پزشکی است را برجسته نموده است (۱۴). برخی دیگر پژوهش ها نیز بر عواملی از جمله تأثیر کاهش زمان انتظار دریافت خدمات و رعایت دیگر حقوق بیماران به ویژه جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان در کاهش سطح ناراضی آنان تأکید داشته اند؛ عواملی که همگی بر ایجاد تنش در محیط اورژانس ها تأثیر می گذارد و احتمال خشونت بیماران دارای آستانه تحمل پایین و ناتاب آور علیه پرستاران را افزایش می دهد.

بحث

رضایت و برائت، تنها در مواقعی که بیمار بیهوش به اورژانس می رسد یا صغیر یا مجنون است، مطرح نمی شود، بلکه بیماران مبتلا به اختلالات روانی آسیب زا که مرتکب خشونت علیه کادر درمان می شوند نیز موضوع چالش خاص رضایت و برائت از منظر دیگری هستند. توضیح آنکه، «شیوع بالای حالات

تهاجمی و نتایج منفی آن بر سلامت و امنیت کارکنان و بیماران از نگرانی های اصلی کارکنان مراقبت و درمان بیمارستان های روانی و اورژانس های بیمارستان های عادی است؛ امری که نیاز به تقویت و استمرار آموزش کنترل هیجان و پرخشگری از طریق دوره های آموزشی مدون را برای همگان و به ویژه کادر درمان ضرورت می بخشد. مطالعات انجام شده در مراکز روان پزشکی (۱۶) نشان می دهد بهترین اقدام پیشگیرانه از خشونت، پیش بینی حالات تهاجمی است که متعاقب پیش بینی با اقدامات مؤثر کادر درمان و سپس با آموزش مهارت های اجتماعی و برقراری ارتباط مؤثر با بیمار - البته اگر ممکن باشد - می توان از وقوع و شدت آن کاست. از این رو توان افزایی مهارت پیش بینی خشونت های بیماران و همراهان آنها در اورژانس توسط کادر درمان و نیز اقدامات مقابله ای کادر درمان به منظور حفاظت از خود و بیمار، عرصه جدیدی در برابر مفهوم کلاسیک رضایت و برائت ایجاد می کند. لایحه غیر جامع و ایرادداری تحت عنوان «لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» با ۳۸ ماده که با نگاهی مجرم انگارانه توسط هیأت دولت تهیه و تصویب شده است و در سال ۱۳۹۹ تحویل مجلس شورای اسلامی شده است که در آن تدابیر کافی برای ارجاع فرد مبتلا به اختلال روان شناختی به بیمارستان به گونه ای که کرامت انسانی او رعایت شود، مقرر نشده است.

اگر پزشکی بیمار را از علاج‌ناپذیری بیماریش آگاه نساخته باشد، علاوه بر آنکه مرتکب تقصیر شده است، برائتی نیز که اخذ کرده، بی‌اثر خواهد بود. همچنین رضایت و برائت از بیمار پزشک را مجاز نمی‌کند که تقصیری را مرتکب گردد. اینکه آیا اطلاعاتی که پزشک به بیمار داده، کافی بوده است یا نه، با فهم یک انسان متعارف غیر پزشک سنجیده می‌شود (۱۷)، پس کافی نیست که پزشک بر طبق عرف پزشکان بیمار را آگاه کرده باشد، چه اقناع یک بیمار خاص مورد نظر است و ممکن است چنین اقناعی با آگاه‌سازی متداول پزشکان حاصل نگردد. به عبارت دیگر برای آگاه‌سازی بیمار، پزشک باید در هر حال در میان اهل نظر چون انسانی متعارف رفتار کند نه پزشکی متعارف (۱۸). فارغ از دستورالعمل‌های پزشکی و روان‌پزشکی، مقرراتی جامع که دربرگیرنده سازوکاری برای شناسایی، معرفی، هدایت، درمان مبتلایان به اختلال روان‌شناختی و حافظ حقوق آن‌ها در برابر متولیان امر و تکالیفی که در قبال آن‌ها دارند و از طرفی تعیین‌کننده وضعیت مراجع قضایی در مواجهه با آن‌ها باشد، وجود ندارد و یا از جامعیت لازم برخوردار نیستند. لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، در صورت تصویب، نمود تحول فکری و تقنینی قانونگذار در حمایت از حقوق بیماران روان‌شناختی و مسئولیت‌های کنشگران مرتبط با مراقبت از آن‌ها خواهد بود.

دامنه تلاش‌های تقنینی اخیر نظام سیاستگذاری جنایی ایران، محدود به تنظیم لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی نیست و «آیین‌نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین» که در ۲ فروردین ۱۳۹۸ با ۱۲ ماده، توسط قوه قضائیه تصویب شد که حاوی مقررات مرتبطی با لایحه مزبور، در خصوص نگهداری افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است. عجیب آنکه، در این آیین‌نامه نگاه جرم‌انگارانه به این بیماران وجود دارد. همچنین در مواد ۵ الی ۹ این آیین‌نامه نیز در خصوص اعزام افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی به مراکز نگهداری و توان‌بخشی است که باید تحت نظر دادستان و به عهده ضابطان دادگستری باشد و «نمی‌توان چنین عنوان کرد که

نگاه حمایتی برای این بیماران مد نظر قرار گرفته است، بلکه نگاه جرم‌انگارانه بیشتر جلب توجه می‌کند» و این جلوه‌ای از تلاقی امنیت‌گرایی کیفری و اقتدارگرایی پزشکی است (۱۹).

۱. نسبت‌سنجی مسئولیت مدنی و مسئولیت کیفری درمانگران در مداخلات اورژانسی: پیش از پرداختن به مقوله موضع حقوق کیفری نسبت به حقوق مدنی در مسئولیت درمانگران در موارد اورژانسی، موضع حقوق کیفری را باید ناشی از نظریه دولت که از حقوق عمومی بر حقوق کیفری حاکم می‌شود، برگرفته و منشعب دانست. «وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نه‌تنها وظیفه عام تأمین بهداشت و درمان شهروندان را دارد، بلکه مسئول کلیه لوازم و تدارکات و اقدامات ذیربط در خصوص تضمین حق سلامت و درمان شهروندان، از جمله آموزش نیروهای انسانی متخصص در این زمینه، نظارت بر مؤسسات پزشکی و درمانی و حتی مواد و ابزارهای مربوط به درمان و بهداشت و سلامت افراد نیز هست و از این نظر قوانین وظایف گسترده‌ای را بر دوش دولت گذاشته‌اند» (۲۰). در پرتو این نظریه عمومی، حال در سطح حقوق کیفری می‌توان گفت در مورد شرایط ضروری جهت عدم مسئولیت کیفری پزشک و دیگر کادر درمان، به عنوان یک قاعده کلی باید در نظر داشت هرگونه صدمه و آسیب جسمی یا روانی به غیر بدون حکم دادگاه صالح جرم محسوب می‌شود و مرتکب آن مسئولیت دارد، لیکن قانونگذار به جهت اهمیت و ضرورت فردی و اجتماعی اقدامات پزشکی که ممکن است توأم با جراحی و آسیب جسمی و روحی و حتی مرگ بیمار باشد را در شرایط مشخصی معاف از مسئولیت شناخته است.

قانونگذار مجازات اسلامی اعمال پزشکان و جراحان که نوعی تصرف علیه تمامیت جسمانی بیماران و در نتیجه جرم محسوب می‌شود را با شروطی که مقرر نموده جایز دانسته است. بر اساس بند «ج» ماده ۱۵۸، هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.

برخی معتقدند «پزشک در درمان‌هایی که فوری و ضروری می‌باشد (از جمله درمان‌های فوریتی و اورژانسی) غالباً قصد احسان دارد» (۱۷). ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) با تصریح به اینکه در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست، این مقرر در راستای دو ماده ۵۷۹ و ۵۸۰ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) تنظیم شده که طبق آن‌ها نیز اگر ضرورت پزشکی ایجاب کند، ورود خسارت به بیمار، موجد ضمان برای هیچ شخصی نیست. این البته صرفاً با قصد احسان ترتب نمی‌یابد، چه، این دقیقاً تفاوت ماده ۴۷۹ در مقام بیان مصداقی از مصادیق احسان، با ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) در بیان قاعده احسان است. توضیح آنکه قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ آگاهی اعضای کادر درمان یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب دفع ضمان پزشک مقرر داشته است و از سوی دیگر وارد نمودن نسبتاً صریح قاعده احسان به عنوان یکی از عوامل سقوط ضمان پزشک، موجب توجه به رابطه احسان و عدم احسان، با قصور پزشکی و رضایت و برائت دارد، چه، قصور علمی و عملی پزشک در کنار تقصیر علمی و عملی، سبب ضمان پزشک می‌شود، اما ناآگاهی پزشک از علم پزشکی و پیشرفت‌های علمی و روش‌های درمانی نوین موجب مسئولیت مدنی او می‌شود.

با این همه، اینکه دادگاه‌ها با پذیرش نظریه تقصیر، بار اثبات تقصیر را بر عهده بیمار متضرر می‌نهند و آیا کمیسیون‌های پزشکی قانونی که مرجع احراز تقصیر پزشک هستند، حامی حقوق بیماران هستند؟ ارائه پاسخ مثبت به این پرسش، محل تأمل جدی است.

مواد ۵۹ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی سابق (مصوب ۱۳۷۰ ش.) و ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی فعلی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) نیز که متخذ از فقه امامیه است، پزشک را در حالت ضرورت و اضطرار که امکان اخذ رضایت و برائت از بیمار وجود نداشته باشد، مبری از مسئولیت شناخته است. بنابراین اضطرار و ضرورت از استثنائات وارده بر اصل رضایت و برائت

بیمار در انجام اعمال جراحی و طبی محسوب می‌شود و پزشک معالج در صورت اقتضای قطعی حالت ضرورت و اضطرار مسئول عواقب متعارف اقدامات خود نیست.

در ادامه، نسبت‌سنجی مسئولیت کیفری و مسئولیت مدنی پزشک در مداخلات تشخیصی و درمانی اورژانسی، از حیث تأثیر اجازه قانونگذار، قصد درمان و مشروع بودن اعمال پزشکی، به مثابه شرط برائت از ضمان در موارد اورژانسی بررسی می‌گردد.

۱-۱. اجازه قانونگذار: قانونگذار ایران همزمان با تمام نظام‌های حقوقی دنیا به افراد واجد صلاحیت در حرفه‌های پزشکی اجازه داده تا اقدامی که لازمه درمان بیمار است را بدون ترس از مسئولیت در محدوده قانون انجام دهند. سابقاً اشتغال به حرفه پزشکی در ایران مشمول قوانین و مقررات خاصی نبوده و هر کس با اذعان حکمت، بصیرت و مهارت در فنون پزشکی می‌توانست به این شغل بپردازد. اولین قانونی که در ایران در زمینه طبابت به تصویب رسید، قانون طبابت (مصوب ۱۲۹۰/۰۳/۱۱) است. تا سال ۱۳۴۴ به علت کمبود پزشک تحصیل‌کرده و نیاز شدید اجتماعی، قانونگذار امکان نیافت تا اجازه‌نامه طبابت را مخصوص فارغ‌التحصیلان مدارس و دانشگاه علوم پزشکی بداند، اما در این سال با توجه به فراهم شدن شرایط اجرای قانون مربوطه به تصویب رسید. فقهای شیعه اتفاق نظر دارند چنانچه بیمار بیهوش و ولی وی در دسترس باشد، پزشک می‌باید پیش از معالجه از ولی بیمار کسب رضایت نماید، وگرنه ضامن است. در فرض دسترس ناپذیری فوری به ولی بیمار، دسته اول فقهای هستند که پزشکان را به علت درمان بیمار بیهوش مسئول و ضامن دانسته (۲۱) و گروه دوم فقهای قائل به عدم مسئولیت پزشک هستند. (۲۲). «در موارد اورژانسی، مبنای وجاهت تصرفات پزشک در جسم بیمار، قاعده لزوم حفظ نفس و قاعده احسان است» (۲۳). احسان در اتلاف کاربرد ندارد و طبیب متلف خواه محسن باشد یا نباشد، ضامن است، اما می‌توان استثنائاً در موارد فوری، با ترجیح قاعده احسان بر قاعده اتلاف، قاعده اخیر قاعده را حاکم ندانست.

۱-۲. **قصد درمان:** یکی از شروطی که برای عدم مسئولیت پزشک لازم است این است که اقدامات پزشکی بایستی برای قصد درمان بیمار باشد نه چیز دیگر (تجربه، آزمایش و...). پس از انقلاب، مجلس شورای اسلامی با تجدید نظر در قوانین سابق به انجام تغییراتی در آن‌ها پرداخت و در قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۶۱ ش.) برخلاف قوانین سابق، اقدامات پزشکی را فقط در صورتی مجاز شناخت که به قصد درمان و ضروری باشد. این قانون ضمن جرم‌شناختن اعمال طبی غیر ضروری اعمال ضروری مانند سقط جنین برای حفظ جان مادر را مجرمانه و برای پزشک مربوطه مجازات تعیین می‌کرد، اما به لحاظ نظری، «وقتی پزشک باعث تلف جان یا مال یا یکی از قوه‌های جسمانی و یا نقص عضو می‌گردد، ضامن است و چون قصد اتلاف نداشته، مصداق شبه‌عمد است و در مسئولیت ناشی از اتلاف، تقصیر شرط نیست» (۲۱).

هرگاه پزشک قصد اخذ برائت از ضمان داشته باشد، ولی به علت فوریت عمل نتواند آن را تحصیل کند، چنانکه بیمار بیهوش بوده و نیاز به عمل جراحی فوری داشته باشد، پزشک ضامن خسارات وارده نخواهد بود. بنابراین مقصود از «اجازه گرفتن» در عبارت فوق، اجازه ساده برای معالجه یا عمل جراحی نیست، بلکه اجازه گرفتن همراه با اخذ برائت از ضمان است.

برای آنکه دریابیم آیا قصد درمان در همه موارد لازم است یا خیر، ابتدا باید بدانیم که بیماری به چه اطلاق می‌شود. اغلب بیماری را انحراف از حالت سلامت می‌دانند، اما این در حالی است که امروزه قلمرو اقدامات پزشکی تنها درمان نیست و جراحی‌های زیبایی و تغییر جنسیت را هم دربر می‌گیرد (۲۲) تا حدی که عدم انجام این جراحی منجر به خودکشی بسیاری از مبتلایان به این اختلال هویتی شده است (۲۳).

۱-۳. **مشروع بودن اعمال پزشکی، به مثابه شرط برائت از ضمان در موارد اورژانسی:** از شرایط دیگر برای عدم مسئولیت پزشک شرعی بودن عمل طبی است. از جمله اقدامات پزشکی غیر مشروع می‌توان به سقط جنین غیر قانونی اشاره کرد. بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی

به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته (مصوب ۱۳۷۸/۴/۳۰ هیأت وزیران)، اشتغال به امور مخالف شئون پزشکی ممنوع است.

با اینکه ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی سابق (مصوب ۱۳۷۰ ش.) به ظاهر مسئولیت محض و بدون تقصیر پزشک را پذیرفته، اما با قبول تحصیل برائت از ضمان که اغلب به صورت شرط ضمن عقد است، آن را به نحوی تعدیل کرده بود. در دو ماده از قانون مجازات اسلامی (۱۳۷۰ ش.) به این قاعده تصریح شده بود (ماده ۶۰ ش.) قانون مزبور متذکر می‌شد: «چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد، طبیب ضامن نمی‌باشد» ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) نیز همان قاعده را تکرار کرده و مقرر داشت: «هرگاه طبیب یا بیطار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل نماید، عهده‌دار خسارت پدیدآمده نخواهد بود». تفاوت این ماده با ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۷۰ ش.) این است که در ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) به عدم مسئولیت بیطار در صورت اخذ برائت نیز تصریح، حال آنکه در ماده ۶۰ به این نکته اشاره نشده است. از سوی دیگر، عبارت «در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد، طبیب ضامن نمی‌باشد» مندرج در ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۷۰ ش.)، در ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) دیده نمی‌شود.

۲. **تعارض‌های قانونی در مورد رضایت و برائت از بیمار؛ قانون ناقض اخلاق پزشکی:** قانونگذار در بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۷۰ ش.) ابراز داشته که «... در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود». مفهوم مخالف این ماده نشان می‌دهد که در موارد غیر فوری اخذ رضایت ضروری است، بدین معنا که فرد باید با اراده آزاد و اختیار کامل اجازه و رضایت انجام اعمال پزشکی را بر بدن خود داده باشد، اما از آنجا که حفظ سلامتی و بهبود فرد در

موارد اورژانسی در اولویت قرار دارد، قانونگذار اخذ رضایت را در این موارد ضروری ندانسته است. همچنین در ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی مقرر شده بود «هرگاه طبیب یا بیطار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل نماید، عهده‌دار خسارت پدیدآمده نخواهد بود.»

نکته ظریفی که پژوهشگران از این ماده نتیجه گرفته‌اند، این است که «اذن و رضایت بیمار متوجه نتایج حاصله نبوده و فقط اذن در معالجه است که مشروط و مقید به سلامت بیمار و عدم آسیب‌رساندن به وی است (۱۱). از این رو برای عدم مسئولیت پزشک علاوه بر وجود اذن در معالجه و عدم تعدی و تفریط، اخذ برائت نیز ضرورت دارد. اخذ برائت از ضمان منوط به ابراز اراده از سوی بیمار یا ولی اوست و معالجه یا عمل جراحی بدون اراده بیمار یا ولی او موجب برائت از ضمان نخواهد بود» (۲۴). بنابراین عبارت آخر (ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ ش.) که از این جهت با فقه هم سازگار نبود و حذف آن لازم به نظر می‌رسید، در قانون مجازات (۱۳۹۲ ش.) حذف شد. با این حال و به رغم پیشرفت قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نسبت به این قانون (مصوب ۱۳۷۰ ش.) همچنان ایرادها و تناقضات قابل توجهی در قانون اخیرالتصویب، نظام مسئولیت کیفری و مدنی پزشک را دچار چالش نگه داشته است، از جمله می‌توان به تعارض بین ماده ۴۹۲ و تبصره ۱ ماده ۴۹۶ اشاره کرد که به زعم حقوقدانان، «باید آن را تعدیل کرد و وجه تعدیل نیز آن است که در حالت اجتماع سبب و مباشر (پزشک و پرستار یا عضو دیگری از کادر درمان) که پزشک دستور صادر کرده و عضو دیگر کادر درمان عمل می‌کند، شایسته نیست پزشک را نادیده انگاشت» (۲۵)، البته رویکرد مخالف نیز وجود دارد که معتقد است تعارضی در این میان وجود ندارد و از نظر قانونگذار در تبصره، رابطه سببیت بین رفتار پزشک و نتیجه به وسیله رفتار آگاهانه عضو کادر درمان یا بیمار قطع می‌شود.

از جهت دیگر، در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.، ق.م.ا) فقط به تحصیل برائت از پزشک یا ولی او تصریح شده و عبارت قابل انتقاد مذکور در قسمت آخر ماده

۶۰ قانون مجازات قدیم (مصوب ۱۳۷۰ ش.) در آن دیده نمی‌شود. امروزه با توجه به تبصره ۲ ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) دیگر ابهامات در خصوص اخذ برائت از بیماران اورژانسی وجود ندارد، چراکه بر اساس این تبصره بیمارانی که ولی ندارند و یا امکان دسترسی به آن‌ها نیست، از طریق رییس قوه قضاییه به طبیب برائت می‌دهند. مسأله مهمی که در زمینه اخذ برائت از ضمان مطرح می‌شود، آن است که آیا اخذ برائت موجب عدم ضمان پزشک به طور مطلق است یا حتی به رغم اخذ برائت پزشک در صورت ارتکاب تقصیر و اثبات آن مسئول است.

به هر حال از ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) برمی‌آید که تحصیل برائت از ضمان، چه عمدی و چه غیر عمدی، رافع مسئولیت در صورت ارتکاب تقصیر نیست. با این وجود قانونگذار در قانون مجازات (۱۳۹۲ ش.) حکم (ماده ۴۹۵) را باز به گونه‌ای تعدیل کرده است، چراکه در ماده ۴۹۷ قانون مزبور می‌خوانیم: «در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.» از فحوی این ماده و تبصره ۲ ماده ۴۹۵، متوجه می‌شویم که در صورتی که بیمار بیهوش باشد و دسترسی به ولی آن نیز نباشد و مورد از موارد اورژانسی محسوب شود، پزشک می‌تواند بدون اخذ برائت وی را درمان کند.

در مقام بررسی دو نهاد «برائت» و «رضایت»، نقدهایی بر قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ وارد است. نخست آنکه، دو نهاد «رضایت» و «برائت» در حقوق ایران وجود دارد که هر دو برای حفظ کرامت انسانی و رعایت حرمت بیمار پدید آمده است و چنانچه پزشک به هر یک از این دو نهاد توسل جوید، می‌تواند به درمان بپردازد و در جسم بیمار تصرف کند. با این همه قلمرو هر یک از این نهادها به درستی بازشناخته نشده و در عمل مشکلاتی را بر سر راه پزشکان پدید آورده و سبب شده است که پزشکان برای معاف‌شدن از مسئولیت‌های مقرر در قانون به اخذ رضایت و برائت روی آوردند و به یکی از آن‌ها بسنده نکنند.

این مشکلات ناشی از ابهام‌هایی است که در قوانین به چشم می‌خورد و سبب شده تا صاحب‌نظران تفاسیر چندی در رفع آن ارائه کنند که چندان استوار و دقیق نیست، از جمله برخی صاحب‌نظران برآنند که هر دو اصطلاح یک معنا دارند و مترادفند. برخی نیز آن دو را دارای دو معنای متفاوت می‌دانند، چراکه در موارد فوری و اضطراری می‌توان رضایت ضمنی بیمار را استنباط کرد (۲۶).

از این رو به نظر می‌رسد آنچه که در عرف پزشکی مرسوم گشته که پزشکان افزون بر اخذ رضایت به کسب برائت از بیمار هم مبادرت می‌ورزند، کاری بیهوده است و به لحاظ حقوقی برائت که در بردارنده رضایت است ضمان را از بین می‌برد و نیازی به اخذ رضایت نیست. بر اساس تبصره ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) که آورده است: «در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد، هرچند برائت اخذ نکرده باشد»، پزشکی که از نظر علمی و عملی مرتکب قصور و تقصیر نشده باشد، فاقد مسئولیت است و نیازی به اخذ برائت نمی‌باشد. حال با توجه به اینکه اطلاق ماده ۴۹۷ نیز مقید به عدم تقصیر پزشک می‌باشد، این شبهه مطرح می‌گردد که تصویب ماده ۴۹۷ کار لغوی بوده است، زیرا پزشک حتی در موارد عدم ضرورت نیز احتیاجی به اخذ برائت ندارد. ممکن است این شبهه چنین دفع شود که تبصره مزبور، شرط عدم قصور را هم آورده است، در حالی که این شرط در اینجا وجود ندارد. به عبارت دیگر در موارد ضروری چنانچه اخذ برائت نشده و تقصیری هم رخ نداده باشد، مسئولیت از بین می‌رود، اما در موارد غیر ضروری در صورتی مسئولیت از بین می‌رود که علاوه بر تقصیر، قصوری هم رخ نداده باشد، پس پزشکی که اقدام به عمل جراحی می‌کند، در حین عمل، باید از تمامی اطلاعات ضروری متعلق به بیمار آگاهی داشته باشد و اطلاعات مربوط به او را به دست آورد، اما در اقدامات درمانی فوری اورژانسی امکان و فرصت کسب اطلاعات از بیمار نیست و از رسیدن بیمار به پزشک تا مرگ او ممکن است کمتر از چند دقیقه یا حتی یک دقیقه فرصت طلایی نجات بیمار وجود داشته باشد، اما قانونگذار در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی

(مصوب ۱۳۹۲ ش.) بدون اینکه تفکیکی بین قلمرو اذن شخصی و اذن قانونی «شرعی» قائل شود و به حوزه اثر اخذ برائت اشاره‌ای کند، صرف اقدام بر اساس «مقررات پزشکی و موازین فنی» را معیار عدم تحقق مسئولیت مدنی نهادهای درمانی قرار داده است که به نظر پژوهشگران «با توجه به سطح روابط بین بیماران و پزشکان و نهادهای درمانی نمی‌تواند به صورت مستقل معیار عدم تحقق مسئولیت مدنی پزشکان و نهادهای درمانی شود» (۲۷). در مسئولیت کیفری مبتنی بر شرایط عادی غیر اورژانسی، چنانچه پزشک رعایت موازین فنی، علمی و نظامات دولتی را نکرده باشد، ولو اینکه قبل از عملیات درمانی برائت اخذ کرده باشد، مسئولیت کیفری خواهد داشت؛ با این استدلال که «مسئولیت کیفری خارج از چهارچوب قرارداد است و اراده طرفین نمی‌تواند در مورد از بین بردن چنین مسئولیتی مؤثر باشد» (۲۸، ۲۹). با این همه، بر اساس پژوهش‌های معتبر با ملاحظه مجموعه مقررات مربوط به امور پزشکی و دارویی کشور از یکسو و قانون مجازات اسلامی از سوی دیگر ملاحظه می‌شود، مقررات تصدی حرفه‌های پزشکی و مشاغل مرتبط از یک سیاست کیفری هماهنگ و منسجم تبعیت نمی‌کنند. برخی پژوهش‌ها، اهم جلوه‌های این بی‌انسجامی را توضیح داده و نقد کرده‌اند (۳۰). در این بی‌انسجامی و ناپیکارچگی سیاست کیفری ایران در مسئولیت جزایی پزشک، رژیم مسئولیت جزایی پزشک در موارد اورژانسی وضعیتی نابسامان‌تر، نامنقح‌تر و اورژانسی‌تر دارد! لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی (اعلام وصول در جلسه ۱۳۹۹/۰۱/۲۶ مجلس شورای اسلامی) که جدیدترین متن در حوزه سیاست جنایی تقنینی کشور درباره حقوق این مبتلایان محسوب می‌شود، به رغم پیش‌بینی تدابیر مناسبی با لحاظ افزایش بار اختلالات روان‌شناختی در سال‌های اخیر و پیچیدگی ارائه خدمات با در نظر داشتن حقوق بیماران، دریافت‌کنندگان خدمات، خانواده‌های آنان و جامعه، ارائه‌دهنده خدمات را با چالش‌های متعددی در ابعاد مختلف، از جمله فنی و حقوقی رو به رو کرده است. تعیین روش‌های ارجاع و شیوه بستری ضروری در مواد ۴ و ۸ لایحه نمی‌تواند باعث نادیده‌گرفتن سایر مقرراتی که از اعتبار

نتیجه‌گیری

در حقوق ایران، هرچند قانونگذار اشاره‌ای به مرجع تشخیص فوریت ننموده است، ولی نتایج بررسی نشان می‌دهد که تشخیص این مهم به عهده پزشک معالج می‌باشد؛ برخلاف حقوق برخی دیگر کشورهای موفق در تنظیم یک نظام حقوق پزشکی، از جمله انگلستان که رویه قضایی و احکام دادگاه‌ها مهم‌ترین منبع تعهد پزشک به درمان و نجات بیماران اورژانسی و دادگاه‌ها هستند که در خصوص فوریت‌دانستن یا ندانستن یک عمل تصمیم نهایی را می‌گیرند، هرچند ما شاهد آرای متفاوتی در این خصوص هستیم.

از دیگرسو، افزون بر تشخیص فوریت و عدم فوریت، مسئولیت کیفری و مدنی پزشک در تشخیص نادرست پزشکی خود بیماری نیز نیازمند بحث است. توضیح آنکه «هرگونه تشخیص نادرست را نمی‌توان به منزله قصور یا مسئولیت پزشک قلمداد کرد، یعنی از آنجا که عوامل متعددی در شناسایی درست نوع بیماری بیمار، دخالت دارند و همه این موارد، در کنترل پزشک نیست، به صرف تشخیص نادرست، نباید وی را مسئول تلقی کرد، پس لازم است تا میان جنبه‌های مختلف، قائل به تفکیک شد و فقط در صورتی که از اوضاع و احوال قضیه چنان برآید که تشخیص ناصحیح، نه به موجب دشواری ماهیت بیماری یا ارائه اطلاعات نادرست بیمار، بلکه ناشی از بی‌دقتی پزشک و کوتاهی وی در انجام دادن وظایف محوله بوده است، مسئولیت مدنی برای پزشک قائل شد.

در حقوق ایران قانونگذار از میان شرایطی که پزشک در حالت فوریت ملزم به رعایت آن‌ها نمی‌باشد، تنها به شرط رضایت صراحتاً اشاره نموده است. بنابراین ممکن است این توهّم پیش آید که پزشک باید در حالت فوریت سایر شرایط حاکم بر توجیه اعمال جراحی و طبی را رعایت نماید، وگرنه مسئولیت خواهد داشت.

به منظور ارتقای نظام حقوق مسئولیت کیفری و مدنی پزشک در حقوق ایران بایستی: اول، قانونی خاص صریح، به‌روز، کامل و جامع با توجه به شرایط و پیشرفت‌های موجود تنظیم گردد؛ دوم، بیماران و خانواده آن‌ها، به ویژه بیماران مبتلا به اختلالات

برخوردارند، از جمله معیارهای مذکور در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی گردند؛ «بنابراین شروط مذکور در این ماده با توجه به اعتبار آن‌ها، بایستی حسب مورد توسط مقام قضایی صالح بررسی و احراز شوند و اقدام به هرگونه بستری بدون رضایت آگاهانه می‌بایست مستند به دستور یا حکم صادره از این مراجع صورت پذیرد» (۳۱). ماده ۷ لایحه، پس از ارجاع اولیه فرد توسط مرجع قضایی و معرفی یا اعزام وی به بیمارستان روانی جهت معاینه توسط روان‌پزشک بیمارستان، تشخیص او یا روان‌پزشک بعدی را کافی برای بستری فرد دانسته است و این موضوع در موردی که فرد جهت بستری خود رضایت نداشته باشد، موجب سلب حق آزادی فرد بدون دستور مقام صالح است و سلب حق آزادی افراد را نباید به دست افراد غیر قضایی - هرچند متخصص در مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی - سپرد. همسو با پژوهش‌هایی که نشان می‌دهند «شدت وخامت سلامت مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی همانا با نرخ امتناع کادر درمان از کنترل فیزیکی قهرآمیز بر این بیماران رابطه مثبت دارد و مراقبت روان‌پزشکی برای ارائه درمان اجباری بیماری‌های جسمی بیماران روان‌پزشکی، بستری غیر ارادی و پیش‌بینی‌نشده در چهارچوب‌های قانونی متعارف، از جمله دستورالعمل‌های اخلاقی و کدهای رضایت و برائت پزشکی است» (۳۲). ابتلا به برخی بیماری‌های روانی بسیار شایع، از جمله دیمنژیا (دمانس، همان زوال عقل یا آلزایمر) که به دلیل افزایش علائم هذیان ذهنی به ویژه هذیان گزند همانا زمینه ارتکاب جرائم ناشی از توهّم توطئه (قتل‌های ناموسی، خشونت‌های خانگی، نزاع در جامعه و...) را افزایش می‌دهند (۳۳)، اهمیت سیاستگذاری حقوقی خصوصاً تدوین مقررات ویژه درمان بیماران روانی را دوچندان می‌سازد، لذا ضروری است دستورالعمل‌های حقوقی دقیق و جامعی برای تشخیص احتیاج یا عدم احتیاج به رضایت و برائت آن دسته از بیماران مبتلا به اختلالات روانی که اختلال پنهان دارند، تدوین و تصویب و اجرا شود تا هم حق بر سلامت برای آنان رعایت گردد و هم حق بر امنیت برای کادر درمان مورد پیش‌بینی قانونی قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

مهدی خاقانی اصفهانی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

روان‌شناختی و مرتکب مقاومت فیزیکی و بلکه خشونت علیه تیم سلامت و در بزنگاه انتقال به مراکز درمانی از حقوق و تکالیف قانونی خود آگاه شوند (البته پس از وضع مقررات شایسته در این زمینه) و این آگاهی‌بخشی، محدود به درج تابلوی منشور حقوق بیماران در مراکز درمانی نشود؛ سوم، صاحبان حرف پزشکی و وابسته نسبت به وظایف قانونی، اخلاقی و عرفی خود در خصوص این دسته از بیماران مطلع شده و حساسیت‌های خانواده بیمار و جامعه را نسبت به بیماران دارای وضعیت وخیم درک کنند؛ چهارم، لزوم ایجاد مراجع قضایی تخصصی جهت رسیدگی سریع و منصفانه به جرائم پزشکی به خصوص بیماران اورژانسی مد نظر قرار گیرد؛ پنجم، لزوم اصلاح لایحه حقوق افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، قبل از تصویب در مجلس شورای اسلامی، به ویژه از حیث ضرورت شفاف‌سازی مواد این لایحه در مقوله دستور بستری ضروری و تعیین مدت آن. توضیح آنکه، بستری ضروری با شرایط مندرج در ماده ۳ این لایحه و در وضعیت آشفته‌گی یا بحران روانی صورت می‌پذیرد، این اقدام بایستی در مواردی که لایحه ضمن تعریف وضعیت‌های آشفته‌گی و بحران روانی، تمهیدات و مقررات و ضمانت اجراهایی را از معاینات مستمر و پیوسته توسط پزشک متخصص، کسب رضایت آگاهانه از فرد یا سرپرست قانونی وی یا مرجع قضایی، اعلام حقوق وی و تکالیف کادر درمانی در قبال او تا تعیین مجازات برای ناقضان مقررات حامی این حقوق قانونی و شهروندی بیماران، در جهت تضمین حقوق و کاهش تهدیدها و تحدیدها علیه آزادی‌های فردی و حق سلامت این گروه از بیماران و خانواده‌هایشان و تیم سلامت گام برمی‌دارد، مورد حمایت سیاست جنایی تقنینی ایران قرار گیرد؛ ششم، لزوم برگزاری اجباری برنامه‌های آموزشی تیمی مربوط به شناخت فوریت‌ها و بحران‌ها توسط پزشکان و دیگر اعضای کادر درمان جهت افزایش آگاهی و اعتماد به نفس و بالابردن سطح آگاهی از موقعیت‌های اورژانسی با استفاده از روش‌های نوین چون شبیه‌سازی و آموزش یا فیلم و... مورد توجه قرار داده شود.

References

1. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The Relationship between Moral Distress, Professional Stress and Intent to Stay in the Nursing Profession. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;7(1):3.
2. Firozbakht A, Bahadori M, Hosseini SM, Raadabadi MM. Prioritization of the occupational injury to the Emergency Medical Services (EMS) technicians. *Journal of Military Health Promotion*. 2020;1(1):32-41. [Persian]
3. Elahimanesh MR. Criminal law and medical malpractice. 6th ed. Tehran: Majd Publications; 2019. [Persian]
4. Montazeri S, Sadr Tabatabai SM. Analysis of Evidence and Principles of Physician's Non-Responsibility in the Islamic Jurisprudence. *Journal of Criminal Law Research*. 2018;6(21):197-226. [Persian]
5. Bahmani F, Khorsandian MA, Tabei SZ. Assessment of medical liability systems with more emphasize on ethical challenges. *The Journal of Ethics in Science and Technology*. 2015;9(4):1-10. [Persian]
6. Vallgård S. Public health policies: A Scandinavian model?. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35(2):205-11.
7. Esmaeili MH, Nabavi FH, Reihani HR. Evaluation of violence of patients and their families against emergency nurses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2015;7(4):227-36.
8. Alipour S, Abbasi M. Physician's civil responsibility towards emergency patients. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences Publications; 2017. [Persian]
9. Rahmani A, Allah Bakhshian A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari MA. Physical violence in working environments: viewpoints of EMT personnel in east Azerbaijan province. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009;3(10,11):33-41. [Persian]
10. Jafari F, Saheb bayati S. Legislator's Criminal Thought Regarding Patients with Mental Disorders on the New Bill of the Protection of the Rights of People with Mental Disorders. *Journal of Criminal Law and Criminology*. 2024;11(22):223-52. [Persian]
11. Taghizadeh I, Abbasi M, Alipour S. Reviews jurisprudence aspects of the liability of physician in emergency patients. *Medical Fiqh Quarterly*. 2015;7(22,23):11-39. [Persian]
12. Darrehki R, Kalatemolaey M. Observance of Patient Rights in War Chemical Victims. *Journal of Military Medicine*. 2005;7(2):109-112. [Persian]
13. Gholami M, Khojastefar M, Moravej H, Kavosi Z. Evaluation of patients' expectations and observation of their rights in the emergency department of Nemazee Hospital during 2015. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016;9(1):50-62. [Persian]
14. Nikbakht-Nasrabadi A, Bozorgzad P, Yekani-Nejad M, Jafarloo A, Rahmati M. Effect of nursing ethics workshop on the rights of patients in the Emergency department. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;4(3):6-15. [Persian]
15. Aliha JM, Ghezeljeh TN, Haghani S, Nejhad SN. The attitude and performance of nurses regarding pain management in the patients admitted to the emergency department. *Journal of Nursing*. 2020;32(122):38-50. [Persian]
16. Forster JA, Petty MT, Schleiger C, Walters HC. Know Workplace Violence: Developing Programs for Managing the Risk of Aggression in The Health Care Setting. *Medical Journal of Australia*. 2005;183(7):357-61.
17. Moshirahmadi A, Javan JA, Hejazi A, Ghapanchi H. Evaluating Indices of Physicians' Pre-Therapeutic Responsibility. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2020;13(1):116-30. [Persian]
18. Parsapoor MB, Ghasemzadeh SR. Legal and jurisprudential study of patient's informed consent and physician's duty of notification: a comparison between Iranian, English and French law. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(1):39-50. [Persian]
19. Khaghani Esfahani M, Bateni R. Necessity of Decriminal Labeling on Mental Patients and Family Facilitators, in the Criminal Policy Approach to "Social Emergency Service". *Health Law Journal*. 2023;1(1):1-16. [Persian]
20. Khaghani Esfahani M. Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making. *Medical Law Journal*. 2023;17(58):454-73. [Persian]
21. Daraei MH. Discharge of Civil Liability of Physicians in New Islamic Penal Code of Iran. *Private Law Research*. 2016;4(14):53-80. [Persian]
22. Hosseini Al-Amili M. Meftah A-Karamah. Qom: Al-Nashar al-Islami Institute; 1998. [Arabic]

23. Ibn Barrajan Gh. Mahdab al-Bara', a study by Al-Sheikh Mojtaba al-Iraqi. Qom: Daftar Intesharat Islami; 1985. [Arabic]
24. Katouzian N. Civil Responsibility (Legal Events). 5th ed. Tehran: Ganjee Danesh; 2023. [Persian]
25. Fatovvat A, Rahimi Ahmadabadi S, Attaran H, Fotovvat M. Evaluation of Social Health of Gender Reassignment Applicants with Gender Identity Disorder before Gender Reassignment Surgery in Comparison with Transgender and Normal Individuals. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2022;28(1):8-16. [Persian]
26. Asadipour E, Behzadipour S, Zarenezhad M. Comparison of Suicidal Tendency in Male Operated and Non-operated Patients Suffering from Gender Dysphoria, in Fars Province between 2011 and 2013. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2019;24(4):31-6. [Persian]
27. Joodaki B, Khaleghi A. Patient's consent, legal conditions and their criminal protection. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012;5(6):14-26. [Persian]
28. Ghasemzadeh N, Razini FF, Ghoshchi SA, Salehi SM. Responsibility of the physician in the Islamic Penal Code of 2013. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;7(4):1-12. [Persian]
29. Joudaki B, Ghani K, Amraei M. A Review of Legal and Jurisprudential stance on Patient's Consent and Physician's Disclaimer and their Consequences. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2016;22(3):173-82. [Persian]
30. Khaledi A. Nature of the Certificate of Innocence and Its Effect on the Civil Liability of Physicians and Medical Institutions. Journal of Legal Research. 2020;18(40):117-40. [Persian]
31. Al-Sunhour AA. Al-Wasit fi Sharh al-Qunun al-Madani al-Jadeed. Beirut: Al-Halabi Legal Publications; 2009. [Arabic]
32. Pourhashemi E. The limits of the criminal responsibility of doctors and the guarantee of its implementation in the Islamic Penal Code and the Iranian criminal system. Applied Research in Jurisprudence and Law. 2022;2(1):139-67. [Persian]
33. Joury S, Asman O, Gold A. Caregivers' Perceptions of Compulsory Treatment of Physical Illness in Involuntarily Psychiatric Hospitalization. Nursing Ethics. 2023;30(3):423-36.