www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۷۳ تا ۷۴

نامه سردبیر

پیش‌بینی‌پذیری، پیشگیری‌پذیری و مسئولیت حرفه‌ای: چارچوب سه‌گانه در داوری قصور پزشکی

امید ایروانی[۱،۲*] MD, PhD، منصور فیروز بخت[۳،۱] MD، ابراهیم شریفی[۴،۲] PhD

[۱] مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
[۲] هیأت بدوی انتظامی نظام پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۳] هیأت تجدید نظر انتظامی نظام پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۴] دادگستری کل استان اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: امید ایروانی، پست الکترونیک: om_iravani@yahoo.com

تاریخچه مقاله: دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵ انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶

How to cite: Iravani O, Firozbakht M, Sharifi E. Predictability, preventability, and professional responsibility: a triadic framework for the assessment of medical malpractic. Iran J Forensic Med. 2026;32(1):73-74.

سردبیر محترم؛

تمایز میان عارضه قابل پیش‌بینی اقدامات پزشکی و قصور حرفه‌ای، از مهم‌ترین چالش‌های نظری و عملی در رسیدگی کارشناسی و قضایی به پرونده‌های قصور پزشکی است. بررسی نظام‌مند پرونده‌ها نشان می‌دهد که صرف بروز نتیجه نامطلوب درمانی، بدون احراز تقصیر حرفه‌ای، دلالتی بر مسئولیت پزشک ندارد. به‌طور خلاصه، مسئولیت حرفه‌ای زمانی قابل انتساب است که رابطه درمانی برقرار بوده، عدول از موازین علمی، فنی یا الزامات قانونی احراز شود و صدمه جسمانی وارده دارای رابطه سببیت عرفی با آن تخلف باشد [۱،۲].

در این چارچوب، تبیین مفهوم «نتیجه» از منظر حقوق کیفری اهمیت بنیادین دارد. رکن مادی هر جرم، اعم از عمدی یا غیرعمدی، اجزایی از جرم است که در عالم خارج قابل مشاهده یا حس است و رفتار، موضوع و نتیجه از اجزای تشکیل‌دهنده آن به شمار می‌روند. در جرایم علیه اشخاص که قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ از واژه «جنایت» درباره آن استفاده کرده، یکی از اجزای رکن مادی، نتیجه حاصله است و این جرایم از نوع مقید به نتیجه محسوب می‌شوند. در جنایات غیرعمدی، ماده ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی یکی از صور جنایت را چنین بیان می‌کند که هرگاه مرتکب نسبت به مجنی‌علیه قصد رفتاری داشته اما قصد جنایت واقع‌شده یا نظیر آن را نداشته باشد، جنایت واقع‌شده همان نتیجه است. منظور از نتیجه، واقعه‌ای است که به‌طور معمول موخر بر رفتار یا همزمان با آن حاصل می‌شود و باید معلول رفتار مرتکب باشد. همچنین برابر ماده ۴۹۲ قانون مجازات اسلامی، جنایت درصورتی موجب قصاص یا دیه است که نتیجه حاصله مستند به رفتار مرتکب باشد، اعم از آنکه به نحو مباشرت، به تسبیب یا به اجتماع آنها انجام شود [۳].

با این مقدمه، درمان‌های پزشکی از منظر نتیجه به دو دسته موفق و ناموفق قابل تقسیم هستند. در این میان، «نتیجه» و «عارضه» دو مفهوم مرتبط اما متمایزند. نتیجه ناظر بر وضعیت نهایی بیمار پس از درمان یا مداخله پزشکی است که می‌تواند شامل بهبودی کامل، بهبود نسبی، تغییر نکردن وضعیت، یا بدتر شدن حال بیمار و حتی مرگ باشد. این وضعیت نهایی، درصورت انتساب به رفتار پزشک، می‌تواند موضوع ارزیابی کیفری قرار گیرد. در مقابل، عارضه هر درمان ناظر به وضعیت‌هایی است که به‌طور متعارف در جریان اقدامات درمانی قابل انتظار است؛ مانند تورم محل عمل، اسکار جراحی یا دردهای موقت. این امور را نمی‌توان با نتیجه درمان یکسان فرض کرد؛ امری که گاه در رویه تنظیم برگه‌های رضایت و برائت از بیمار خلط می‌شود. بدیهی است پزشک متعهد به حصول نتیجه موفق نیست و گاه باوجود رعایت کامل موازین علمی و فنی از سوی پزشک حاذق، نتیجه مطلوب حاصل نمی‌شود. در همین راستا، ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مقرر داشته که هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی شود، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا پیش از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری

Copyright © 2026 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]

هم نشود و در مواردی که اخذ برائت از بیمار ممکن نباشد، برائت از ولی بیمار تحصیل می‌شود.

در ادامه، تمایز مفهومی میان «محتمل بودن» و «پیش‌بینی‌پذیر بودن» واقعه اهمیت می‌یابد. محتمل بودن ناظر بر امکان وقوع آماری یک پیامد در جمعیت بیماران با شرایط درمانی مشابه است، در حالی‌که پیش‌بینی‌پذیر بودن به قابلیت تشخیص خطر پیش از وقوع بر پایه دانش حرفه‌ای، وضعیت بالینی بیمار و قرائن موجود در زمان تصمیم‌گیری اشاره دارد. بنابراین هر واقعه محتملی الزاماً در سطح فردی پیش‌بینی‌پذیر نیست، اما هر واقعه پیش‌بینی‌پذیر باید در تصمیم‌گیری بالینی مورد توجه و مدیریت متعارف قرار گیرد [۴]

همچنین باید میان «پیش‌بینی‌پذیری» و «قابلیت پیشگیری» تمایز قائل شد. برخی عوارض با وجود پیش‌بینی‌پذیر بودن و رعایت کامل استانداردهای مراقبتی، عملاً غیرقابل پیشگیری بوده و در زمره ریسک ذاتی درمان قرار می‌گیرند. در مقابل، هرگاه پیشگیری از آسیب با اقدامات متعارف علمی ممکن بوده و انجام نشده باشد، زمینه احراز قصور حرفه‌ای فراهم می‌شود [۵]. در همین راستا، رخدادهای موسوم به Never Events که انتظار می‌رود با رعایت حداقل استانداردهای ایمنی هرگز رخ ندهند، عموماً اماره‌ای قوی بر نقض مراقبت متعارف محسوب می‌شوند مگر آنکه عوامل خارج از اختیار به‌طور مستند اثبات شود [۶].

افزون بر این، ارزیابی مسئولیت حرفه‌ای صرفاً به مرحله وقوع عارضه یا نتیجه محدود نیست، بلکه نحوه مواجهه پس از بروز آن، از جمله تشخیص به‌موقع، اقدام درمانی مناسب، پایش مؤثر و ارجاع بهنگام، نقشی تعیین‌کننده در داوری کارشناسی دارد، به‌گونه‌ای که مدیریت صحیح عارضه می‌تواند از تشدید آسیب جلوگیری کرده یا رابطه انتساب قصور را منتفی سازد، در حالی‌که تأخیر یا اقدام نامتناسب ممکن است خود منشأ مسئولیت مستقل تلقی شود [۲,۵].

در جمع‌بندی، در تصمیم‌گیری درباره قصور پزشکی، صرف «محتمل بودن» یک عارضه نمی‌تواند رافع مسئولیت یا مؤید آن باشد. معیار اصلی، «پیش‌بینی‌پذیر بودن حرفه‌ای» عارضه در شرایط خاص بیمار و امکان مداخله پیشگیرانه متناسب است. برای عوارضی که از منظر علمی قابل پیش‌بینی محسوب می‌شوند، انجام اقدامات پیشگیرانه متعارف همراه با اطلاع‌رسانی صادقانه و قابل فهم به بیمار درباره خطرات و پیامدهای احتمالی، بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت استاندارد تلقی می‌شود و اخذ رضایت آگاهانه پیش از اقدام درمانی، نه‌تنها یک الزام اخلاقی و حقوقی بلکه عنصری تعیین‌کننده در ارزیابی مسئولیت حرفه‌ای است. بدین‌ترتیب، پیشگیری نکردن به صورت معقول یا غفلت در اخذ رضایت آگاهانه در مواجهه با خطرات پیش‌بینی‌پذیر می‌تواند قرینه‌ای بر تقصیر حرفه‌ای باشد. در مقابل، بروز عارضه یا نتیجه‌ای که باوجود رعایت استانداردهای علمی، اقدامات پیشگیرانه مناسب و اخذ رضایت آگاهانه همچنان غیرقابل اجتناب بوده، اصولاً در قلمرو ریسک ذاتی درمان ارزیابی می‌شود نه قصور پزشکی. تبیین دقیق این تمایز می‌تواند به انسجام بیشتر نظریات کارشناسی و عدالت در تصمیم‌گیری قضایی در هیئت‌های رسیدگی به تخلفات پزشکی کمک کند.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر توسط مرکز تحقیقات پزشکی قانونی مورد تأیید قرار گرفت.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را بیان نمی کنند.

سهم نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه این مقاله داشتند.

منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

Resources

1. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. N Engl J Med. 2004;350:283-292. doi: 10.1056/NEJMhpr035470.
2. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. N Engl J Med. 2006;354:2024-2033. doi: 10.1056/NEJMsa054479.
3. Aghaeiniya H. Jaraem Alayhe Ashkhas (Jenayat) [Crimes Against Persons (Felonies)]. 6th Edition. 20th printing. Tehran: Mizan Publishing; 2023. [Persian]
4. Higham H, Vincent C. Human Error and Patient Safety. In: StatPearls/NCBI Bookshelf. 2020. doi: 10.1007/978-3-030-59403-9_3.
5. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Geneva: WHO; 2021.
6. NHS England. Never Events Policy and Framework; Provisional Reported Incidents 2024–2025. London: NHS England; 2025.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-10-18]