

بررسی شکایات علیه پزشکان در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه (۸۴-۱۳۸۰)

ثریا سیابانی^{۱*}؛ علی اصغر عالی پور^۲؛ حسین سیابانی^۳؛ منصور رضایی^۴؛ سیامک دانیالی^۳

چکیده

زمینه: شکایات پزشکی ضمن اتلاف انرژی، وقت و هزینه، منشأ استرس قابل توجهی برای پزشکان می باشد. بررسی ها نشان می دهد که تاکنون مطالعه ای روی وضعیت شکایات پزشکی در استان کرمانشاه انجام نشده است. هدف مطالعه حاضر تعیین وضعیت شکایت پزشکی علیه پزشکان در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه طی سال ۸۴-۱۳۸۰ بود.

روش ها: در این مطالعه توصیفی از نمونه گیری در دسترس استفاده شد و جامعه آماری آن پرونده های شکایات موجود در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه از سال ۸۴-۱۳۸۰ بود. اطلاعات مندرج در پرونده ها با استفاده از چک لیست هایی منطبق بر اهداف تحقیق و مورد تأیید سازمان نظام پزشکی استخراج گردید. اطلاعات اصلی شامل نحوه درمان، علت شکایت، فاصله اقدام درمانی تا شکایت و نتیجه قضاوت بود. از ۵۴۴ پرونده ارجاعی به سازمان و مختمه شده طی سال های ۸۴-۱۳۸۰، فقط ۴۶۲ پرونده، مطابق با اهداف پژوهش، دارای شرایط ورود به مطالعه بودند. داده ها با استفاده از آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج این بررسی نشان داد که از ۴۶۲ مورد، بیشترین مورد (۲۸/۲٪) مربوط به سال ۱۳۸۴ و کمترین مورد (۱۱/۴٪) مربوط به سال ۱۳۸۰ می باشد. ۹۵/۸ درصد موارد علیه پزشکان بود که به ترتیب مربوط به گروه زنان و زایمان (۱۹٪)، ارتوپدی (۱۴/۷٪)، دندانپزشکی (۱۳/۱٪) و جراحی عمومی (۱۱/۱٪) بود. در ۶۵/۲ درصد، مداخله به شکل جراحی بود. علل شایع شکایت شامل عارضه درمان (۳۶/۹٪)، فوت (۲۴٪)، درمان نادرست (۱۳/۸٪) و نقص عضو (۱۲/۳٪) می باشد.

نتیجه گیری: تعداد شکایات طی سال های مطالعه روند فزاینده ای داشته و نمی توان منکر قصور پزشکی به عنوان حداقل یک علت برای این افزایش بود. از طرف دیگر در بسیاری از موارد، شکایات فاقد دلیل و برهان بوده اند، این حقیقت حاکی از ناآشنایی مردم در مورد عوارض بیماری ها و درمان آن ها از یک سو و نقص پرونده های پزشکی بیماران از سوی دیگر می باشد.

کلیدواژه ها: شکایت، پزشکان، سازمان نظام پزشکی، کرمانشاه

«دریافت: ۱۳۸۷/۵/۵ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۲/۱۳»

۱. مرکز مطالعات و توسعه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی،

مقدمه

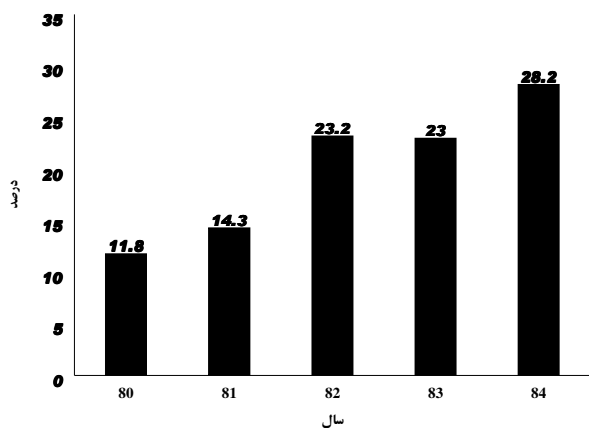
هزار بر اثر عفونت بیمارستانی و ۱۰۶ هزار مورد مرگ بر اثر عوارض دارویی رخ می‌دهد (۷). متأسفانه بررسی‌های به‌عمل‌آمده نشان داد اطلاعات قابل‌توجهی در خصوص قصور پزشکی در کشور ما وجود ندارد. شاید شکایات پزشکی بتواند نماینده یا شاخصی در این راستا باشد، علاوه بر این بررسی پرونده‌های شکایات موجود در سازمان نظام پزشکی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد تعداد شکایات، گروه‌های در معرض خطر شکایت، زمینه‌های طرح شکایت، چگونگی رسیدگی به این قبیل دعاوی در مراجع مربوطه و غیره در اختیار مسئولین نظام سلامت و پزشکان قرار دهد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت شکایت پزشکی علیه پزشکان در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه طی سال‌های ۸۴-۱۳۸۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی بود. جامعه آماری آن پرونده‌های شکایات پزشکی موجود در مراکز سازمان نظام پزشکی شهر کرمانشاه که از سال ۸۴-۱۳۸۰ تشکیل و خاتمه یافته‌اند بود. از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به این صورت که همه پرونده‌هایی که از سال ۸۴-۱۳۸۰ تشکیل و خاتمه یافته‌اند بررسی گردید. پس از تهیه چهارچوب جامعه آماری و انجام هماهنگی با مسئولین، چک‌لیست‌هایی که در مورد اهداف تحقیق تهیه شده بود و توسط کارشناسان سازمان نظام پزشکی تأیید گردید، در اختیار پرسشگران آموزش‌دیده قرار گرفت. با استخراج اطلاعات مندرج در پرونده‌های موجود در

گرچه اغلب پزشکان، دلسوزانه زندگی خود را برای نجات بیماران دردمند فدا می‌کنند و از طرف دیگر مردم نیز در مقابل طبیب خود چنان تسلیم هستند که آن‌ها را در جریان محرمانه‌ترین امور خود قرار می‌دهند و این نشان از اعتماد کامل مردم به پزشکان است، اما گاهی این رابطه صمیمانه به سردی می‌گراید و حتی تبدیل به یک مخاصمه می‌شود. امروزه شکایات پزشکی در کل دنیا کم و بیش گریبان‌گیر پزشکان و کارکنان پزشکی می‌باشد. این مسأله نه تنها انرژی، وقت و هزینه قابل‌توجهی از دو طرف دعوا اتلاف می‌نماید، بلکه منشأ تعلقات روحی آزاردهنده و ایجاد استرس برای پزشکان می‌شود (۱). نتایج تحقیق دکتر حقی و همکارانش نشان داده که از سال ۸۳-۱۳۷۹ بیش از ۱۰۵۷ مورد شکایت در سازمان نظام پزشکی مشهد بررسی شده است (۲). نتایج یک مطالعه در امریکا، نشان داد که در سال ۱۹۷۰، ۴ درصد پزشکان، در سال ۱۹۸۰، ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰، ۲۵ درصد آن‌ها مورد شکایت قرار گرفته‌اند (۳). سالیانه ۹۸ هزار مرگ ناشی از خطاهای پزشکی در امریکا رخ می‌دهد (۴). منابع دیگر، این رقم را بین ۹۸-۴۴ هزار اعلام نموده‌اند (۵). نتایج یک مطالعه نشان داد که در سه بخش جراحی در امریکا در مورد ۴۵/۸ درصد بیماران، یک یا چند خطای پزشکی به وقوع پیوسته که این خطاها در مورد ۲۱/۲ درصد بیماران جدی و مخاطره‌آمیز بوده است (۶). نتایج یک پژوهش دیگر نشان داد که سالیانه در کشور امریکا تعداد ۲۷ هزار مرگ به علت اشتباهات پزشکی، ۲ هزار مرگ به علت جراحی غیرضروری، ۸۰

فراوانی را در میان بیماران (۲۶/۴٪) داشتند (جدول ۱). ۵۲/۵ درصد آن‌ها مرد بودند و فقط در ۷ مورد (۱/۴٪)، میزان تحصیلات بیمار در پرونده درج شده بود. شغل ۲۱۱ نفر مشخص بود، که بیشترین فراوانی (۲۶/۵٪) مربوط به افراد خانه‌دار بود (جدول ۱). در ۵۷/۸ درصد موارد، توسط خود بیمار، ۱۸/۱ درصد والدین، ۱۳/۲ درصد همسر، ۵/۴ درصد فرزند و مابقی از طرف سایر افراد شکایت طرح شده بود. در ۹۲/۴ درصد موارد محل درمان و پزشک به صورت "انتخابی" و مابقی "غیرانتخابی" بودند. در ۲۴۶ مورد (۵۵/۴٪) از شکایات، محل درمان، بیمارستان دانشگاهی یا مرکز بهداشتی درمانی بود (جدول ۲). ۲۹۷ بیمار (۶۵/۳٪) به صورت بستری و مابقی سرپایی درمان شده بودند. مشکلات مربوط به تولیدمثل با ۱۹/۳ درصد و مشکلات عضلانی اسکلتی با ۱۷/۳ درصد شایع‌ترین علل مراجعه برای درمان بود. میانگین طول درمان $114/4 \pm 22/14$ روز، کم‌ترین زمان یک روز و بیشترین آن ۱۷۰۴ روز بود، بیشترین فراوانی مربوط به یک روز و کم‌تر از یک روز



نمودار ۱- فراوانی تعداد شکایات بر حسب سال

سازمان نظام پزشکی، چک‌لیست‌ها تکمیل گردید. این اطلاعات شامل سن، جنس، شغل، تحصیلات بیمار و سن، محل خدمت، جنس، تحصیلات، سابقه کار، رشته تخصصی و وضعیت استخدام متشاکمی، بیماری یا علت مراجعه، وضعیت مراجعه، نوع مداخله، نحوه انتخاب پزشک، نحوه درمان، نتیجه ضایعه، علت شکایت، فاصله اقدام درمانی تا شکایت، نتیجه قضاوت و همچنین سال شکایت بود. کد هر پرونده برای کنترل‌های احتمالی بعدی روی چک‌لیست مربوطه قید گردید. برای محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده و پیشگیری از مشکلات احتمالی، از کارکنان خود سازمان نظام پزشکی برای استخراج اطلاعات استفاده شد. پس از اجرای طرح، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج این بررسی نشان داد که از سال ۸۴-۱۳۸۰، تعداد ۵۴۴ پرونده در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه تشکیل و مورد قضاوت قرار گرفته است. از این تعداد، ۴۶۲ مورد شرایط مربوط به اهداف پژوهش حاضر را داشتند، تعداد ۳۹ پرونده فاقد حداقل اطلاعات لازم برای اهداف تحقیق بودند و مابقی مربوط به شکایات ارگان‌ها از پزشکان و کارکنان درمانی بود.

از میان ۴۶۲ پرونده قابل بررسی، بیشترین تعداد مربوط به سال ۱۳۸۴ (۲۸/۲٪) و کم‌ترین مورد در سال ۱۳۸۰ (۱۱/۴٪) بود (نمودار ۱). ۹۵/۸ درصد شکایات علیه پزشکان و ۴/۲ درصد مربوط به کارکنان پرستاری و مسئولین بیمارستان بود. گروه سنی ۲۰-۳۰ ساله، بیشترین

استخدامی ۲۸ نفر نامشخص، ۲۷۰ نفر کارکنان دانشگاه بودند و مابقی به صورت خصوصی یا برای سازمان‌های بیمه‌ای کار می‌کردند.

جدول ۲- فراوانی شکایات بر حسب محل درمان و رتبه علمی

متشاکی		
متغیر	تعداد	درصد
مطب	۱۲۵	۲۸/۲
بیمارستان یا درمانگاه دانشگاهی	۲۴۶	۵۵/۴
محل درمان		
بیمارستان خصوصی	۳۰	۶/۸
بیمارستان تأمین اجتماعی	۱۴	۳/۲
بیمارستان نیروهای مسلح	۲۹	۶/۵
جمع	۴۴۴	۱۰۰
رتبه علمی		
پزشک عمومی	۵۲	۱۲/۱۰
متخصص	۳۵۰	۸۱/۲۰
فوق تخصص	۱۱	۲/۶۰
متشاکی		
سایر	۱۳	۴/۲۰
جمع	۴۲۶	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی شکایات بر حسب نوع مداخله

نوع مداخله		
نوع مداخله	تعداد	درصد
جراحی	۲۷۹	۶۵/۲
تجویز دارویی	۶۰	۱۴
گچ‌گیری	۱۱	۲/۶
پانسمان	۸	۱/۹
تزریقات و واکسیناسیون	۲۳	۵/۴
پاراکلینیک	۴	۰/۹
فرایندهای مربوط به دندان	۲۲	۵/۱
سایر	۲۱	۴/۹
جمع	۴۲۸	۱۰۰

جدول ۱- توزیع فراوانی گروه‌های سنی و شغل بیماران

متغیر		
متغیر	تعداد	درصد
≥ 1	۱۸	۵/۵
۲-۱۰	۱۷	۵/۲
۱۱-۱۹	۲۹	۸/۸
سن		
۲۰-۳۰	۸۷	۲۶/۴
۳۱-۴۰	۶۴	۱۹/۴۵
۴۱-۵۰	۴۹	۱۴/۸۵
≥ 51	۶۵	۱۹/۸
جمع	۳۲۹	۱۰۰
شغل		
خانه دار	۵۶	۲۶/۵
کارگر و کشاورز	۳۰	۱۴/۲
فرهنگی	۱۴	۶/۶
کاسب	۱۲	۵/۶۸
دانش‌آموز یا دانشجو	۱۶	۹/۴
نظامی	۱۴	۶/۶
کارمند	۳۹	۱۸/۴۸
سایر	۲۱	۹/۹
بی‌کار	۹	۴/۲۶
جمع*	۲۱۱	۱۰۰

* از آنجا که اطلاعات مربوط به بعضی از متغیرها در پرونده‌های سازمان نظام پزشکی وجود نداشت جمع کل برای هر متغیر متفاوت است.

بود. ۱۲۷ نفر (۲۷/۷٪) به صورت فوریتهی و بقیه به شکل الکتیو مراجعه کرده بودند. از نظر طول مدت درمان، ۶۵/۲ درصد موارد مداخله به شکل جراحی بود (جدول ۳).

تعداد ۳۶۱ نفر از متشاکیان تخصص و فوق تخصص داشتند (جدول ۲). متأسفانه در هیچ‌یک از پرونده‌ها سابقه کار متشاکی قید نشده بود و فقط سن ۶ نفر از آن‌ها قابل استخراج بود که بین ۳۱-۴۷ سال سن داشتند. ۳۲۷ نفر (۷۱/۶٪) از آن‌ها مرد بودند. از بین ۴۶۲ نفر، وضعیت

ایجاد عارضه درمان (۳۷/۴)، فوت بیمار (۱۷/۱)، (۶/۸) و رفتار نامناسب یا سهل‌انگاری (۵/۴) علل درمان نامناسب (۱۴/۲)، نقص عضو (۱۰/۳)، مرگ‌نوزاد شایع شکایت بودند (جدول ۴). فاصله زمانی از درمان

جدول ۴- محتوای شکایت بر حسب رشته تخصصی متشاکی

علت شکایت	رشته تخصصی						کل
	زنان و زایمان	ارتوپدی	دندانپزشکی	جراحی عمومی	چشم	سایر	
درمان نامناسب	۳ (۳/۶)*	۱۷ (۲۶/۶)	۱۶ (۲۸/۱)	۳ (۶/۱)	۵ (۱۶/۱)	۱۸ (۱۱/۸)	۶۲ (۱۴/۲)
هیستریکتومی	۵ (۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲)	۰ (۰)	۱ (۷)	۷ (۱۴/۲)
مرگ	۸ (۹/۵)	۴ (۶/۳)	۰ (۰)	۱۷ (۳۴/۷)	۲ (۶/۵)	۴۴ (۲۸/۸)	۷۵ (۱۷/۱)
نقص عضو	۵ (۶)	۱۵ (۲۳/۴)	۱ (۱/۸)	۶ (۱۲/۲)	۸ (۲۵/۸)	۱۰ (۶/۵)	۴۵ (۱۰/۳)
آزمایش نامناسب	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۳/۹)	۶ (۱/۴)
عارضه درمان	۳۳ (۳۹/۳)	۲۲ (۳۴/۴)	۲۹ (۵۰/۹)	۱۷ (۳۴/۷)	۱۲ (۳۸/۷)	۵۱ (۳۳/۳)	۱۶۴ (۳۷/۴)
برداشت عضو بدون مجوز	۲ (۲/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۵)
سقط جنین	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱/۳)	۲ (۵)
تشخیص نادرست	۲ (۲/۴)	۱ (۱/۶)	۱ (۱/۸)	۳ (۶/۱)	۱ (۳/۲)	۶ (۳/۹)	۱۴ (۳/۲)
کشیدن یا ساختن دندان اشتباه	۰ (۰)	۰ (۰)	۸ (۱۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۸ (۱/۸)
گواهی اشتباهی	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲)	۰ (۰)	۱ (۷)	۲ (۵)
عدم رسیدگی و رفتار نامناسب	۳ (۳/۶)	۵ (۷/۸)	۲ (۳/۵)	۱ (۲)	۳ (۹/۷)	۷ (۴/۶)	۲۱ (۴/۸)
مرگ نوزاد	۲۳ (۲۷/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۴/۶)	۳۰ (۶/۸)
جمع کل	۸۴ (۱۰۰)	۶۴ (۱۰۰)	۵۷ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)	۱۵۳ (۱۰۰)	۴۳۸ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز به صورت درصد می‌باشند

فراوانی را داشتند (جدول ۵). نتایج این بررسی نشان داد که در ۵۸/۲ درصد پرونده‌ها حکم برائت صادر شده است، بیشترین مورد عدم پیگیری مربوط به رشته ارتوپدی (۴۱/۳٪) و بیشترین مورد برائت مربوط به رشته زنان و زایمان (۷۶/۲٪) و در مرتبه دوم چشم‌پزشکی (۶۶/۷٪) قرار داشت. بیشترین مورد محکومیت مربوط به رشته دندانپزشکی (۲۸/۱٪) بود. گروه زنان و زایمان با ۱۰/۷ درصد در رتبه بعدی بود (جدول ۶).

تا شکایت از ۱۷۰۴-۱ روز متفاوت بود و میانگین این مدت ۱۵۰/۶۸±۲۰۶/۱ روز بود. در ۶۰ درصد موارد دلیل شکایت، ناتوانی یا معلولیت، ۲۵/۴ درصد مرگ و در ۱۲/۹ درصد آسیب اقتصادی ادعا شده است. بیشترین شکایات به ترتیب مربوط به رشته‌های زنان و زایمان (۱۹٪)، ارتوپدی (۱۴/۷٪)، دندانپزشکی (۱۳/۱٪)، جراحی عمومی (۱۱/۱٪)، پزشکان عمومی (۱۰٪) و متخصصان چشم‌پزشکی (۷٪) بود. داروسازی، پاتولوژی، داخلی و اعصاب هر کدام با یک مورد (۰/۲٪) کم‌ترین

جدول ۵- توزیع فراوانی شکایات بر حسب رشته تخصصی متشاک

درصد	تعداد	رشته تخصصی متشاک	درصد	تعداد	رشته تخصصی متشاک
۵	۲	جراحی قلب	۲/۵	۱۱	جراحی مغز و اعصاب
۱/۸	۸	مامایی	۱۹	۸۴	زنان و زایمان
۰/۹	۴	پوست	۱۴/۷	۶۵	ارتوپدی
۷	۳۱	چشم	۰/۹	۴	آزمایشگاه
۱/۴	۶	رادیولوژی	۴/۳	۱۹	گوش و حلق
۱/۴	۶	کودکان	۱۴/۷	۶۵	دندان پزشکی
۰/۲	۱	داخلی اعصاب	۱۱/۱	۴۹	جراح عمومی
۰/۹	۴	کادر پرستاری	۱/۸	۸	داخلی
۰/۲	۱	داروساز	۲	۹	اورولوژی
۰/۲	۱	پاتولوژی	۲/۵	۱۱	قلب
۰/۹	۴	رزیدنت	۱۰	۴۴	پزشک عمومی
			۱/۱	۵	بی‌هوشی
۱۰۰	۴۴۲		جمع		

جدول ۶- نتیجه حکم صادره بر حسب رشته های تخصصی

رشته تخصصی	نتیجه حکم صادره					جمع کل
	برائت	محکومیت	رضایت	عدم پیگیری	ارجاع به دادگستری	
زنان و زایمان	۶۴	۹	۰	۱۰	۱	۸۴
	(۷۶/۲)*	(۱۰/۷)	(۰)	(۱۱/۹)	(۱/۲)	(۱۰۰)
ارتوپدی	۲۷	۳	۷	۲۶	۰	۶۳
	(۴۲/۹)	(۴/۸)	(۱۱/۱)	(۴۱/۳)	(۰)	(۱۰۰)
دندانپزشکی	۱۸	۱۶	۱۰	۱۰	۳	۵۷
	(۳۱/۶)	(۲۸/۱)	(۱۷/۵)	(۱۷/۵)	(۵/۳)	(۱۰۰)
جراحی عمومی	۲۴	۱۱	۳	۱۰	۰	۴۸
	(۵۰)	(۹/۲۲)	(۶/۳)	(۲۰/۸)	(۰)	(۱۰۰)
چشم	۲۰	۳	۲	۵	۰	۳۰
	(۶۶/۷)	(۱۰)	(۷/۶)	(۱۶/۷)	(۰)	(۱۰۰)
سایر	۱۱۲	۱۸	۹	۳۴	۰	۱۷۳
	(۶۴/۷۴)	(۱۰/۴)	(۵/۲)	(۱۹/۶۵)	(۰)	(۱۰۰)
جمع کل	۲۶۵	۶۰	۳۱	۹۵	۴	۴۵۵
	(۵۸/۲)	(۱۳/۲)	(۶/۸)	(۲۰/۹)	(۰/۹)	(۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز به صورت درصد می باشند.

بحث

پزشکی بالا رود. همچنین بیماران بدحال بیشتری به مراکز درمانی می رسند و عوارض بیماری در مرکز درمانی رخ می دهد که این هم می تواند یکی از علل افزایش شکایات باشد. از سوی دیگر انتظار می رود همین عوامل موجب شوند از میزان مرگ و میر کم شده و رضایت مردم از خدمات بهداشتی و آرایه دهندگان آن افزایش یابد. به هر حال قضاوت صحیح در این مورد نیاز به بررسی کامل عوامل و آزمودن این عوامل با هم دارد. گرچه این روند رو به افزایش در یک کشور پیشرفته مانند امریکا هم اتفاق افتاده است و نتایج مطالعه ای که در این مورد انجام شده است نشان داد در سال ۱۹۷۰، ۴ درصد پزشکان، در سال ۱۹۸۰، ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰، ۲۵ درصد آن ها

نتایج پژوهش حاضر نمایانگر آن است که تعداد شکایات، سیر پیشرونده داشته به طوری که پس از ۴ سال رشد ۱۵۰ درصدی داشته است. گرچه قصورات پزشکی تنها دلیل نبوده و عوامل متعددی مانند: افزایش جمعیت، افزایش تعداد اعمال جراحی غیر ضروری، بالا رفتن امکانات حمل و نقل بیماران بدحال، افزایش آگاهی مردم نسبت به حقوق خود و افزایش توقعات و انتظارات مردم در این امر دخیل هستند. علاوه بر این ها پیشرفت علم پزشکی و امکانات تشخیصی درمانی به مانند یک شمشیر دو لبه عمل کرده و از یک سو موجب شده است اعمال جراحی غیردرمانی افزایش یابد و به تبع آن شکایات

مانند شهر کرمانشاه بیماران کم تر با متخصصین بی هوشی و کار آنها آشنا می شوند، به نظر می رسد این حقیقت یکی از دلایل تعداد کم شکایات علیه آنها باشد.

گرچه بیش از ۵۰ درصد شکایات در مراکز دانشگاهی رخ داده است اما با توجه به این که بیشترین حجم بیماران در همین مراکز تحت درمان قرار می گیرند، این موضوع جای تعجب ندارد.

علل شکایات در ۶۰ درصد موارد ناتوانی یا معلولیت، ۲۵/۴ درصد مرگ و در ۱۲/۹ درصد، آسیب اقتصادی بیان شده بود. این نتایج با یافته های تحقیقی که در تبریز بر روی پرونده های شکایت بی هوشی انجام گرفت و نشان داد که شایع ترین علل شکایت شامل مرگ (۵۰٪)، آسیب مغزی (۳۹٪) و آسیب عصبی (۱۱٪) بوده است، تاحدی متفاوت است (۱۱). در تحقیق سازمان نظام پزشکی مشهد نشان داد که از شکایت مربوط به جراحان، ۵۶ درصد آسیب عضوی و ۳۱ درصد منجر به مرگ بود. همچنین بنابر نتایج این مطالعه ۶۱ درصد موارد ضایعه مورد شکایت از جراحان از جمله عوارض شناخته شده بیماری یا درمان بوده است (۲). نتایج تحقیق حاضر با این نتایج مقاداری متفاوت است. البته با توجه به تفاوت جامعه تحقیق این تفاوت طبیعی است.

در ۵۸/۲ درصد پرونده ها حکم برائت صادر شده است. این یافته در حد قابل توجهی با تحقیق دیگران متفاوت است. در یک مطالعه که در یکی از ایالات امریکا انجام شد در ۸۰ درصد شکایات، اقدام پزشکان صحیح و اصولی بوده است (۱۲). در تحقیق حقی و همکارانش نیز در ۷۷ درصد موارد، اقدام درمانی پزشکان

مورد شکایت قرار گرفتند (۳)، اما با توجه به رشد ناچیز جمعیت کشور و با توجه به این که فقط در ۵۵ درصد موارد متشاکمی تبرئه شده است، بنابراین قصورات تیم پزشکی قابل چشم پوشی نبوده و این حقیقت هشدار می باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات مربوط به دستگاه تولید مثل و مشکلات عضلانی اسکلتی شایع ترین علل مراجعه برای درمان و به تبع رشته های تخصصی زنان و ارتوپدی بیشترین تعداد شکایات را به خود اختصاص داده بودند. نتایج تحقیق حاضر، یافته های تحقیقی که در سازمان نظام پزشکی مشهد انجام شد و نشان داد که از ۱۰۵۷ پرونده بررسی شده در این سازمان ۵۶ درصد شکایت علیه تیم جراحی بود که در رأس آن رشته زنان و زایمان بود (۲) را تأیید می کند. اما یک مطالعه که در امریکا انجام شد نمایانگر آن بود که بیشترین اشتباهات پزشکی مربوط به رشته های مامایی، پزشکی فوریتی و جراحی عمومی بوده است (۸). در مطالعه دیگری که در سازمان نظام پزشکی تهران انجام گرفت، ۵۸/۶ درصد شکایت علیه گروه های جراحی یا متخصصان بی هوشی بود (۹). در مطالعه دیگری که در یکی از ایالات امریکا انجام شد پرونده ها از نظر طبقه بندی جراحی و نوع بی هوشی بررسی شدند. تحقیق مذکور نشان داد که ۷۰ درصد مربوط به قصور متخصصین بی هوشی، ۱۷ درصد مربوط به پرستاران بی هوشی و ۱۳ درصد علیه هر دو بوده است (۱۰). در حالی که در تحقیق حاضر فقط ۱/۱ درصد شکایات مربوط به گروه بی هوشی بود. از آنجا که در محیط هایی

در حد متعارف صحیح بوده است (۲). نتایج این مطالعه نشان داد که حدود یک سوم موارد اقامه دعوا، یا پیگیری نشده و یا رسماً رضایت‌نامه نوشته شده است. گفته می‌شود (اظهارات غیررسمی) که علت اصلی آمار بالای عدم صدور رأی، نداشتن مدرک و دلیل برای قضاوت است، لذا روند شکایت به سمت اخذ رضایت یا عدم پیگیری پیش می‌رود. آنچه که یافته‌های ما نشان داد این بود که تقریباً در همه موارد تنها مدرک مستند پرونده بیمار و نظرات کارشناسی مبتنی بر پرونده بوده است و این در حالی بوده که بسیاری از پرونده‌های بیماران به‌طور ناقص نوشته شده‌اند. این موضوع می‌تواند یکی از علل احتمالی تفاوت آمار حکم صادره در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه با سایر جاها باشد.

در بیش از ۹۰ درصد از موارد، محل درمان و پزشک به‌صورت انتخابی بود که این نشان از اعتماد اولیه بیمار به پزشک بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تعداد شکایات طی سال‌های گذشته روند فزاینده‌ای داشته و گرچه رشته‌های جراحی بیشتر در معرض مشکلات قضایی هستند، اما تقریباً هیچ‌یک از افراد مرتبط با امور درمانی - تشخیصی مستثنی نیستند. هر چند تعداد کمی از شکایات منجر به محکومیت آن‌ها شده، اما زمان قابل‌توجهی از عمر دو

طرف را تلف نموده است. با وجود متنوع بودن علل دخیل در اقامه دعوا، نمی‌توانیم منکر قصور پزشکی به‌عنوان یک علت اصلی باشیم، بنابراین توصیه می‌گردد پرسنل درمانی - تشخیصی دقت بیشتری در کار خود داشته باشند. یافته مهم دیگر پژوهش حاضر این است که بسیاری از شکایات منجر به براءت افراد شده که این حقیقت خود گویای عدم آشنایی مردم در مورد عوارض بیماری‌ها و درمان آن‌ها می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد قبل از پذیرش شکوائیه بیمار توسط مراجع قضایی، از او خواسته شود از طریق یک وکیل آشنا به مسایل پزشکی اقامه دعوا نماید. به این ترتیب از طرفی شکایات بی‌مورد در همان مرحله اول برطرف شده، از طرف دیگر حقی از طرفین ضایع نمی‌شود. علاوه بر این‌ها، انجام مشاوره قبل از فرایند درمانی برای بیماران، اقدام مناسبی برای پیشگیری از شکایت بیماران است که بایستی این امر مهم بیشتر مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد دیگر گروه تحقیق تأکید بر اجرای دوره‌های آموزشی در خصوص آموزه‌های قانونی در پزشکی می‌باشد. براساس نتایج این مطالعه پرونده‌های پزشکی بیماران اساس صدور حکم بوده است لذا پیشنهاد می‌شود که به تکمیل صحیح و کامل پرونده‌ها بهای بیشتری داده شود. علاوه بر این توجه به اقداماتی مانند اتوپسی و بیوپسی به‌عنوان راه‌های تشخیصی می‌تواند به صدور حکم عادلانه و قاطع کمک نماید.

References

1. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W. Emotional impact of medical errors on practicing Physicians in the United States. *Journal of Quality and Patient Safety* 2007; 33: 467-476.
2. Haghi SZ, Esmaili H, Ataran H. [Study of 100 claims against surgical tymes referring to Mash had medical council (Persian)]. *Journal of Iranian surgens* 2005;4 (19).
3. Kahani A, Sanjabi J. Survey of medical error in anesthetic filed. Aannual conferences of legal medical organization of Iran; 2000.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a safer health system*. Washington, DC: 1st ed National Academy press 2000: 1.
5. Helmreich R L .Education and debate on error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000;320: 781-785
6. Krizek TJ. Surgical error. *Arch surg* 2000; 135(3): 1359-1366.
7. Barbara S. Is US health really the best in the world. *JMA* 2000; 284: 483-485.
8. Mello M, Studdert M, Troyen A. The new medical malpractice crisis. *New England Medical Journal* 2003; 23 (348): 2281-2284.
9. Amoei M, Soltani K, Kahani AR, Najari F, Rohi M [Study of medical negligence referring to LMO in 1999 (Persian)]. *journal of legal medicine of Islamic Republic of IRAN* 2000; 21: 15-21.
10. Howre W. Anesthesia related lawsuits in Maryland CRNA & anesthesiologist claims HANAT. *ANAJ* 1998; 66 (4): 394-397.
11. Rasouli S. [Prevalence of anesthetic injuries in claims referred to Tabriz medical council (Persian)]. *Journal of legal medicineof Islamic Republic of Iran* 2003;29;9:18-21.
12. Tracy TF, Crawford LS, Krizek TJ, Chapel W, Kern A. When medical error becomes medical malpractice. *Arch surg* 2003; 138(4):447-454.