

بررسی پرونده‌های شکایت از قصورات پزشکی در رشته‌ی تخصصی اطفال ارجاع شده به سازمان نظام پزشکی ارومیه در سال‌های ۷۵ تا ۸۵

دکتر ساسان حجازی^۱، دکتر مریم زینالی^۲، دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو^۳

تاریخ دریافت ۸۷/۱۰/۴، تاریخ پذیرش ۸۸/۲/۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف بررسی پرونده‌های شکایت از قصورات پزشکی در رشته‌ی تخصصی اطفال ارجاع شده به سازمان نظام پزشکی ارومیه از جهت ویژگی‌های بیماران، پزشکان، شکایات مطرح شده و پی‌آمد این شکایات به‌منظور افزایش تجربه سایر متخصصان کودک در پیشگیری از وقوع خطاها و قصورات پزشکی می‌باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه یک بررسی توصیفی - مقطعی و از نوع گذشته‌نگر است که در طی آن تمامی پرونده‌های دعوای مطرح شده برعلیه متخصصان اطفال در سازمان نظام پزشکی ارومیه در یک فاصله زمانی ده ساله بررسی شده و اطلاعات مختلف در مورد مشخصات بیماران، ویژگی‌های پزشکان درگیر، نوع قصورات پزشکی رخ داده شده، اشکال آسیب‌های وارد شده و در نهایت پی‌آمد شکایات از پرونده‌ها استخراج و در چک لیست مربوطه وارد شده و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

یافته‌ها: حد فاصل سال‌های ۷۵ تا ۸۵ در مجموع ۳۷ مورد شکایت (۳/۴٪ کل) از متخصصان اطفال در سازمان نظام پزشکی ارومیه به ثبت رسیده است. ۷۸٪ موارد مربوط به کودکان زیر ۲ سال بوده است. ۷۰٪ بیماران را کودکان مذکر تشکیل می‌دادند. در ۶۵٪ موارد خانواده کودک شهرنشین بودند و در تمامی موارد پدر کودک فرد مدعی برعلیه پزشک بوده است. ۲۸ مورد شکایت از متخصصان اطفال، ۸ مورد از فوق تخصص کودکان و فقط در یک مورد از دستیاران تخصصی اطفال بوده است. بیشترین میزان شکایت (۴۲٪) از پزشکان شاغل در بخش خصوصی بوده است. اکثریت موارد شکایت به‌علت فوت بیمار بوده است (۵۲٪) و بخش عمده‌ای از این بیماران در بیمارستان بستری بوده‌اند (۵۷٪). بیشترین نوع قصور مطرح شده مربوط به عدم رعایت مقررات دولتی (۵۷٪) بوده است که ۹۰٪ آن مربوط به عدم حضور به‌موقع پزشک آنکال در زمان تعیین شده در بیمارستان بوده است. و بالاخره از میان ۳۷ مورد پرونده بررسی شده ۲۹ مورد منجر به تیرته پزشک گردیده است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این تحقیق نشان می‌دهند که کودکان با سن کمتر از ۲ سال و جنس مذکر و بستری شده در بیمارستان و با بیماری زمینه‌ای خطرتر، ریسک بیشتری برای انجام شکایت دارند. لذا شایسته است متخصصان کودک ضمن اعمال دقت بیشتر در درمان این کودکان و حضور به موقع در بیمارستان در صورت لزوم و با ایجاد ارتباط نزدیک و صمیمانه‌تر با والدین این کودکان و ارائه توضیحات لازم نگرش آنان را در مورد بیماری کودک افزایش دهند. به نظر می‌رسد در راستای رسیدن به این مهم تاکید هرچه بیشتر بر آموزش مستمر دانشجویان و دستیاران دانشکده پزشکی در طی دوره تحصیل و متخصصین کودکان در دوره‌های مدون بازآموزی نقش مثبت و بارزى را ایفا نماید.

کلید واژه‌ها: قصور پزشکی، شکایت از قصورات پزشکی، رشته تخصصی اطفال

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره دوم، ص ۱۳۰-۱۲۳، تابستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان کاشانی، مرکز آموزشی - درمانی مطهری، بخش خون اطفال، تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۵۹۵۳۸

Email: s.hejazi@umsu.ac.ir

^۱ استادیار، فوق تخصص هماتولوژی - انکولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ پزشک عمومی

^۳ استادیار، بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

ارتقای دانش بشری در مورد اتیوپاتوژنی بیماری‌ها به‌همراه پیچیدگی روزافزون در تکنولوژی پزشکی که منجر به تخصصی و فوق تخصصی شدن سرویس‌های پزشکی شده است از یک سو و ازدیاد قابل توجه جمعیت به‌همراه تشدید مشکلات اجتماعی - اقتصادی آنان که منجر به تضعیف روابط لطیف سنتی معمول بین پزشک و بیمار شده است از سوی دیگر و در عین حال آگاهی افراد از حقوق فردی خود به روند رو به تزاید شکایات علیه پزشکان در تمامی جهان منتهی شده است (۲،۱). متأسفانه کشور ما نیز از آثار سوء این امر بی‌بهره نبوده است، به طوری که برطبق گزارشی از سازمان پزشکی قانونی ایران میزان شکایات از قصورات پزشکی از ۱۸۴ در سال ۷۶ به ۲۸۹ مورد در سال ۷۸ افزایش یافته است (۲). بروز تخلفات پزشکی و به‌دنبال آن شکایت و دادخواهی بیماران و سرانجام درخواست غرامت از سوی ایشان، پزشکان و جامعه پزشکی را با بحرانی فزاینده روبرو ساخته است به طوری که آثار سوء ناشی از این روند را در آینده‌ای نه چندان دور بر سرویس‌های ارائه شده توسط این قشر متخصص ملاحظه خواهیم کرد (۳).

با توجه به تفاوت دیدگاه‌ها و انتظارات آحاد مردم از جامعه پزشکی به‌طور اعم و متخصصان اطفال به‌صورت اخص که از تفاوت در فرهنگ و باورهای اجتماعی هر منطقه جغرافیایی نشأت می‌گیرد و نظر به این که هیچ‌گونه مطالعه‌ای در مورد ارزیابی انتظارات برآورده نشده بیماران و خانواده آنان که منجر به انجام شکایت از متخصصان اطفال در شهر ارومیه شده است، انجام نشده بود لازم دانستیم که به بررسی انواع و علل بروز قصورات پزشکی که منجر به طرح دعوی در سازمان نظام پزشکی ارومیه شده است و پی‌آمد آن بپردازیم. به این ترتیب دانش متخصصان کودکان پیرامون شایع‌ترین انتظارات برآورده نشده‌ای که منجر به انجام شکایت شده‌اند و در عین حال نوع قصورات انجام شده و در نهایت عدم رضامندی بیماران و خانواده آنان افزوده خواهد شد و این تجربه راهنمای بعدی در احتراز از انجام قصورات آتی خواهد بود.

مواد و روش کار

این مطالعه نوعی بررسی توصیفی - مقطعی و از نوع گذشته‌نگر است که در طی آن تمامی پرونده‌های شکایات مطرح شده از قصورات متخصصان اطفال که در طی سال‌های ۷۵ تا ۸۵ به سازمان نظام پزشکی ارومیه ارجاع شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در جریان این تحقیق پس از هماهنگی با مسئولین نظام پزشکی ارومیه اطلاعات لازم درخصوص مشخصات بیماران (شامل سن، جنس، محل سکونت)، مشخصات پزشکان (مشتمل بر جنس،

رشته تخصصی یا فوق تخصصی و محل فعالیت پزشک) و مشخصات بیماری منجر به شکایت (نوع بیماری، نوع درمان به‌شکل بستری و یا سرپایی و طول مدت درمان تحت نظر پزشک مربوطه) و همچنین اطلاعات مربوط به نوع آسیب وارده (عوارض جانبی ناشی از درمان، مرگ و میر و خسارات مالی وارده)، نوع قصور پزشکی رخ داده شده (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم رعایت مقررات دولتی و عدم مهارت) و سرانجام پی‌آمد شکایت (تبرئه، محکومیت پزشک) از پرونده‌ها استخراج و در چک لیست مربوطه وارد و سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

در حد فاصل سال‌های ۷۵ تا ۸۵ در مجموع ۱۰۸۷ پرونده شکایت از پزشکان در سازمان نظام پزشکی ارومیه به ثبت رسیده است. از این تعداد ۳۷ پرونده مربوط به شکایت از متخصصان اطفال است که ۳/۴٪ کل موارد را به‌خود اختصاص می‌دهد. همان‌گونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میزان این شکایات در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته است.

الف) ویژگی‌های بیماران: از میان ۳۷ بیمار مورد شکایت ۱۱ نفر (۲۹/۷٪) نوزاد (زیر ۳۰ روز سن)، ۱۸ نفر (۴۸/۶٪) شیرخوار (از سن یک‌سالگی تا ۲ سال تمام) و بالاخره ۸ مورد (۲۱/۷٪) بالای ۲ سال (۲ تا ۵ ساله) سن داشتند. ۲۶ نفر از بیماران پسر (۷۰/۳٪) و ۱۱ نفر (۲۹/۷٪) دختر بودند. از نظر محل سکونت خانوار ۲۴ نفر (۶۴/۸٪) از خانواده شاکیان شهرنشین و ۱۳ مورد (۳۵/۱٪) ساکن روستا بودند. در تمامی موارد پدر کودک اقدام به طرح دعوی برعلیه پزشک نموده است. به‌علت عدم درج اطلاعات کافی در پرونده‌ها از جمله میزان تحصیلات و شغل والدین و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، قرارگیری زیر چتر حمایت بیمه‌های درمانی، امکان بررسی ویژگی‌های ذکر شده میسر و مقدور نشد.

ب) ویژگی‌های پزشکان: از میان پزشکان مورد شکایت ۲۸ مورد شکایت از پزشک متخصص، ۸ مورد فوق تخصص و ۱ مورد شکایت از دستیار تخصصی اطفال بوده است. از ۳۷ مورد شکایت ثبت شده در ۳۲ مورد (۸۶/۵٪) پزشک از جنس مذکر و در ۵ مورد (۱۳/۵٪) پزشک از جنس مونث بوده است. ۱۴ مورد (۴۱/۹٪) شکایات از پزشکان شاغل در مراکز خصوصی و ۱۲ مورد (۳۲/۵٪) مربوط به مراکز دولتی - دانشگاهی و بالاخره ۱۱ مورد (۲۹/۷٪) مربوط به مراکز دولتی غیروابسته به دانشگاه علوم پزشکی (غیرآموزشی) بوده است.

ج) ویژگی‌های شکایات مطرح شده: بیشترین علت شکایت از پزشکان اطفال به‌علت فوت بیمار بوده است که ۱۹ مورد (۵۱/۶٪) را شامل می‌شود. اغلب بیماران فوتی در محدوده سنی نوزادی (۱)

به جهت یک ماه بستری در بیمارستان و تأخیر در رسیدن به تشخیص صحیح به سازمان شکایت نمودند که پس از بررسی در نهایت مورد تایید قرار گرفته و منجر به تذکر شفاهی به پزشک شده است. در بین کلیه موارد بررسی هیچ پزشکی به علت وارد آوردن صدمات جسمانی یا عوارض ناشی از درمان محکوم نشده است.

در خصوص نوع قصور مطرح شده از ۲۱ مورد پرونده شکایت با مضمون عدم رعایت مقررات دولتی ۷ مورد تایید شده است که ۶ مورد آن به علت عدم حضور به موقع پزشک در زمان آنکالی و یک مورد به علت تجویز دارو در دفترچه فرد دیگر بوده است. شکایت فوق از سوی اداره بیمه بر علیه پزشک به علت تجویز مشترک دارو برای مادر و کودک در یک دفترچه بوده است که منجر به تایید شکایت و تذکر شفاهی به پزشک شده است. از ۹ مورد شکایت در زمینه عدم مهارت پزشک تنها یک مورد تایید شد که مربوط به درمان بیماری ۴۰ ساله با انفارکتوس حاد میوکارد توسط متخصص اطفال بود. بیمار فوق با علائم اسهال و استفراغ به پزشک اطفال مراجعه و با تشخیص گاستروانتریت درمان و مرخص شده بود که با بدتر شدن حال بیمار و مراجعه به بخش اورژانس و انجام EEG به علت تأخیر در تشخیص بیمار فوت نموده بود. نتیجه شکایت از پزشک تایید شکایت و سرانجام آن توبیخ کتبی با درج در پرونده پزشک بود.

در میان پرونده‌های بررسی شده هیچ پزشکی به بی احتیاطی محکوم نشده بود. تنها شکایت موجود جهت بی‌مبالاتی مربوط به رزیدنت اطفال بوده است. مورد شکایت کودک ۱۱ ماهه‌ای بوده است که با شکایت اسهال و استفراغ و علائم دژئیدراتاسیون به اورژانس بیمارستان مراجعه و پس از ویزیت توسط انترن و رزیدنت و دریافت مایع درمانی و تحمل تغذیه خوراکی طبق دستور تلفنی رزیدنت توسط انترن مرخص شده است. بعد از گذشت چند ساعت و با پیشرفت علائم بیماری در منزل در مراجعه دوم به اورژانس بیمارستان علی‌رغم اقدامات درمانی بیمار فوت کرده است. والدین با طرح شکایت مبنی بر بی‌مبالاتی رزیدنت اطفال در خصوص معاینه مجدد کودک قبل از ترخیص وی از اورژانس تشکیل پرونده نمودند. پزشک مربوطه در بررسی اولیه از اتهامات وارده تبرئه شده بود ولی به علت پیگیری والدین پرونده شکایت فوق در سازمان در حال بررسی و تجدید نظر است. از ۲۱ پرونده مربوط به بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی ۵ مورد منجر به محکومیت پزشک گردید که تمامی آن‌ها بعد از فوت بیمار بوده است. از میان ۱۵ پرونده بیماران سرپایی نیز تنها ۳ مورد تایید گردید. هیچ یک از پرونده‌های شکایت علیه پزشکان خانم مورد تایید قرار نگرفته است.

تا ۲۸ روز قرار داشتند. شکایت به علت ایجاد صدمات جسمانی و عوارض ناشی از درمان ۱۰ مورد یعنی ۲۷٪ موارد را تشکیل می‌داد و بالاخره شکایات به دلیل وارد شدن خسارات مالی به خانواده ۸ مورد (۲۱/۶٪) بود. در بین شکایات مطرح شده یک مورد نیز شکایت از سوی سازمان بیمه‌گر به علت تجویز دارو در دفترچه درمانی فرد دیگر وجود داشته است.

بیشتر موارد شکایت (۲۱ مورد معادل ۵۶/۸٪) از بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی بوده است. ۱ مورد (۴۰/۵٪) مربوط به بیماران سرپایی و در نهایت ۱ مورد (۲/۷٪) از شکایات مربوط به بیمار ویزیت شده در بخش اورژانس بوده است.

بیشترین نوع قصور پزشکی مطرح شده در پرونده‌ها مربوط به عدم رعایت مقررات دولتی (۲۱ مورد معادل ۵۶/۸٪) بوده است که ۱۹ مورد از آن‌ها ناشی از عدم حضور به موقع پزشک بر بالین بیمار در ساعات آنکالی می‌باشد. هم‌چنین ۹ مورد (۲۴/۳٪) از شکایات مطرح شده به علت عدم مهارت و ۷ مورد (۱۸/۹٪) به علت بی‌مبالاتی و در یک پرونده نیز هر دو قصور با هم مطرح گردیده است. (عدم مهارت به همراه عدم رعایت مقررات دولتی) که مربوط به پرونده ویزیت یک بیمار ۴۰ ساله توسط متخصص اطفال بوده که به علت عدم مهارت و تشخیص نادرست EEG منجر به فوت بیمار به علت انفارکتوس حاد میوکارد شده است. در هیچ‌یک از پرونده‌ها شکایت از انجام بی‌احتیاطی پزشک کودکان ثبت نشده بود.

د) پی‌آمد شکایات مطرح شده: از میان ۳۷ مورد پرونده بررسی شده ۲۹ مورد منجر به تبرئه پزشک و ۸ مورد منجر به تایید شکایت علیه پزشک گردیده است. از این عده ۱ مورد در حال بررسی مجدد و تجدید نظر می‌باشد. پی‌آمد موارد تایید شده به صورت تذکر شفاهی، توبیخ کتبی و یا به صورت درج در پرونده نظام پزشکی فرد مربوطه متغیر بوده است. از ۱۴ مورد پرونده مربوط به مراکز خصوصی ۴ مورد و از ۱۱ مورد پرونده مربوط به مراکز دولتی - غیردانشگاهی ۴ مورد تایید شده است. این در حالی است که از ۱۲ مورد پرونده مربوط به مراکز دولتی - دانشگاهی هیچ مورد تایید نشده بود.

از ۱۹ پرونده شکایت به علت فوت بیمار ۶ مورد و از بین ۸ مورد مربوط به زیان مالی تنها ۱ مورد تایید شده است که این مورد مربوط به کودکی ۱۹ ماهه با علائم گوارشی بوده است که ویزیت‌های متعدد پزشک معالج بدون بهره‌گیری از روش‌های پاراکلینیکی تشخیصی مناسب داشته است. پس از یک ماه به دلیل عدم بهبودی کودک و تغییر پزشک معالج توسط والدین و درخواست سونوگرافی توسط پزشک دوم تشخیص بیماری مسجل شده است. والدین از پزشک قبلی به علت وارد شدن خسارت مالی

جدول شماره (۱): فراوانی قصورات پزشکی در رشته تخصصی اطفال به تفکیک سال

سال	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	۸۱	۸۲	۸۳	۸۴	۸۵
تعداد	۱	۲	۱	۲	۴	۳	۴	۳	۴	۶	۷

بحث و نتیجه‌گیری

تامین کنندگان خدمات پزشکی و دریافت کنندگان آن یعنی بیماران هر دو معتقدند که خدمات ناشی از سرویس‌های مراقبت از سلامت جامعه بالقوه خطرناک هستند و علی‌رغم بهترین تلاش‌های انجام شده توسط مراقبین سلامت بروز خطاهای پزشکی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و گاهی رخ می‌دهند (۴).

قصور پزشکی یعنی تخلف از الزامات خاص که حرفه و شغل پزشکی برعهده پزشک گذاشته است که بنا به تبصره ۳ ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی در حکم جرم شبه عمد است. طبق ماده ۳۳۶ قانون مجازات قصور پزشکی شامل ۴ جزء است:

(الف) بی‌مبالاتی: شامل ترک عملی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود ولی صورت نپذیرفته است.

(ب) بی‌احتیاطی: برخلاف بی‌مبالاتی جنبه وجودی مثبت دارد، یعنی این‌که عملی انجام گرفته که از نظر علمی و اصول پزشکی نمی‌بایستی انجام می‌گرفت.

(ج) عدم مهارت: شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم را برای انجام کار به‌خصوصی نداشته باشد. مانند عدم تصمیم‌گیری به‌موقع، نداشتن سرعت عمل لازم و جلوگیری از عوارض قابل پیش‌بینی.

(د) عدم رعایت مقررات دولتی: یعنی عدم توجه به آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مقامات اداری مافوق، نظام پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که حاکم بر اشتغال به حرفه پزشکی و مربوط به حرفه‌های گوناگون تخصص پزشکی و رشته‌های وابسته به آن است.

به‌زعم انستیتوی حفظ سلامت بیماران در کانادا یک رویداد زیان‌آور^۱ ناشی از بروز یک اتفاق غیر مورد انتظار و درعین حال غیرعمدی در سرویس ارائه شده برای حفظ سلامت است (۲).

برخی از این‌گونه اتفاقات قابل پیشگیری هستند. این اتفاقات به‌نام "خطا" نامیده می‌شوند. هم‌چنین برخی از این اتفاقات برحسب شانس و یا تصحیح اثر خود قبل از رسانیدن آسیب به بیماران موجب آزار وی نمی‌شوند. از این‌گونه اتفاقات به‌نام Near Miss نام برده شده است (۲).

به هر حال خطا در طب نه نادر است و نه قابل اجتناب. آنچه مهم است آن‌که به‌قول Yogi Vera خطای اشتباهی صورت نگیرد (۵).

در بررسی ۱۴۵۲ پرونده شکایت پزشکی ثبت شده در سازمان‌های بیمه توسط پزشکان آموزش دیده ۶٪ پرونده‌ها دارای خطای پزشکی بوده‌اند و ۷۳٪ این موارد منجر به جبران خسارت مالی شده‌اند. ۳۹٪ این دعاوی به‌علت وارد شدن آسیب قابل توجه، ۱۵٪ به‌علت وارد آمدن آسیب‌های جدی و یالاًخره ۲۶٪ به‌علت فوت بیماران بوده است (۶).

هیکسون و همکارانش نشان دادند که ریسک ناشی از درمان^۲ با جنس، نوع فعالیت (تخصص) و میزان و حجم فعالیت پزشکان ارتباط دارد (۸). این مطالعه نشان‌دهنده آن بود که پزشکان خانم کمتر گرفتار مشکلات جدی شده و در مقایسه با همکاران مردشان کمتر درگیر در شکایات قصور پزشکی هستند (۲۰/۹٪ در مقابل ۷۹/۱٪) (۸) که نتایج مطالعه حاضر نیز با این یافته مطابقت داشته است (۱۳/۵٪ در مقابل ۸۸/۵٪). به علاوه شکایات بیماران و ریسک درمان در میان جراحان حدود ۲ برابر غیرجراحان (متخصصان داخلی، کودکان و اعصاب) بوده است (۶۳٪ در مقابل ۳۲٪) (۸). متخصص زنان شایع‌ترین گروه از پزشکان هستند که علیه آن‌ها دعاوی قصور پزشکی مطرح شده است (۱۹٪). و به‌دنبال آن‌ها جراحان عمومی (۱۷٪) و پزشکان عمومی (۱۶٪) در رده‌های بعدی قرار دارند (۷). نتایج بدست آمده از بررسی ۳۴۶ پرونده شکایت پزشکی در سال ۷۸ در ایران نیز موید آن بود که شکایت از تیم جراحی ۷ برابر سایر تخصص‌های پزشکی بوده است (۹). جراحان عمومی، پزشکان عمومی و پیراپزشکان به‌ترتیب بیشترین میزان طرح شکایت را به خود اختصاص داده‌اند (۹). پایین بودن میزان شکایت از متخصصان اطفال (۳/۴٪) در بررسی حاضر با یافته‌های موجود در سایر مراکز مطابقت داشته است (۱۰، ۱۱).

برخلاف برخی مطالعات غربی که شکایت از دستیاران تخصصی رقم قابل توجهی را به‌خود اختصاص داده است، در این مطالعه فقط یک مورد (۲/۷٪) شکایت از دستیاران وجود داشته است. در مطالعه انجام شده در یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر شیکاگو ۴۹ مورد شکایت از دستیاران و ۱۸۵ مورد شکایت از اعضای هیئت علمی بیمارستان صورت گرفته است (۱۲).

بالتر بودن میزان شکایت از بیماران با جنسیت مذکر شاید نشانه‌ای از تصور و بینش سنتی مرسوم در مملکت ما باشد که در اکثریت خانواده‌ها به‌ویژه قشر روستایی اهمیت و ارزش بیشتری را

^۱ Adverse event

^۲ Risk management activity

به دلایل متعدد شایع‌ترین علت ایجاد خطای پزشکی بوده است. در رشته‌های غیرجراحی نارضایتی بیمار از پزشک به دلیل عدم توجه کافی به بیمار قبل از اقدام به انجام درمان، عدم وجود ارتباط صحیح بین همکاران پزشک و همچنین عدم اطلاع پزشک از آیین نامه‌های نظام پزشکی شایع‌ترین عامل بروز خطاهای پزشکی بوده است (۱۳). در یک مطالعه ۹/۴٪ شاکیان تهرانی اظهار داشتند که هیچ‌گونه اطلاعی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشکان دریافت نکرده‌اند (۳). نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهند که ایجاد ارتباط صحیح و منطقی بین پزشک و بیمار و یا اطرافیان او از نظر توجیه بیماری و مسیر تشخیصی و درمانی آن نقش موثری در ایجاد آگاهی و بینش صحیح در بیمار پیرامون نحوه عملکرد پزشک دارد. به طوری که به دفعات ملاحظه شده است حتی در صورت پیدایش عوارض یا مرگ و میر بیمار یا اطرافیان وی لزومی به انجام شکایت احساس نمی‌کنند.

از بین ۴ نوع قصور پزشکی تعریف شده بیشترین نوع قصور مطرح شده در پرونده‌ها مربوط به عدم رعایت مقررات دولتی (۵۶/۸٪) بوده است. با توجه به آن که بیش از ۹۰٪ موارد آن‌ها ناشی از عدم حضور به موقع پزشک آنکال بر بالین بیمار در ساعات موظف آنکالی بوده است، در دسترس بودن پزشک آنکال و احساس وظیفه حرفه‌ای جهت حاضر شدن بر بالین بیمار بد حال در موعد قانونی در صورت درخواست بیمارستان می‌بایستی مورد توجه و عنایت خاص همکاران قرار گیرد. اگرچه به تجربه دیده شده است که حضور پزشک برای بیماری که چند روز تا چند هفته در بیمارستان بستری بوده است تغییر زیادی در سرنوشت بیمار ایجاد نکرده است ولی صرف آن که پزشک به موقع در بیمارستان حاضر و از انجام هرگونه اقدام لازم کوتاهی نکرده است موجبات اطمینان و عدم دغدغه ذهنی بیمار و اطرافیان او را به همراه دارد.

بر مبنای نتایج این تحقیق ۲۴٪ از شکایات مطرح شده به علت عدم مهارت و ۱۹٪ به علت بی‌مبالاتی بوده است. در عین حال هیچ‌گونه موردی از انجام بی‌احتیاطی منجر به شکایت در سازمان نظام پزشکی ارومیه ثبت نشده است. همان‌گونه که اشاره شد در یک مورد شکایت از متخصص اطفالی بوده است که مرد ۴۰ ساله‌ای را با تشخیص گاستروآنتریت ویزیت و درمان و سپس بیمار به علت عدم مهارت و تشخیص نادرست نوار قلبی و در نهایت درمان غلط فوت کرده است. این پرونده با ادعای عدم مهارت بعلاوه عدم رعایت مقررات دولتی مطرح شده است. اگرچه ویزیت بیمار از بزرگسال توسط متخصصان اطفال امری غیرقانونی و غیرممکن نیست ولی بدیهی است عدم ویزیت طولانی مدت بیمار بالغ باعث کاهش مهارت پزشک در تشخیص و درمان بیماری‌های بزرگسالان خواهد شد و شرط احتیاط آن است که پزشک از وارد

برای فرزندان پسر خود قائل هستند! در مطالعه ما ۷۰/۳٪ و در مطالعه آمریکا ۵۹٪ بود (۱۱). مطالعه حاضر نشان‌دهنده آن است که قریب ۷۸٪ موارد شکایات مربوط به بیماران با سن کمتر از ۲ سال بوده است که با نتایج سایر تحقیقات مطابقت دارد (۱۱). مطرح شدن حدود ۳۰٪ شکایات از دوره سنی نوزادی اهمیت توجه و دقت بیشتری از سوی پزشکان را در برخورد با گروه سنی فوق نشان می‌دهد. اگرچه در یک مطالعه غربی ۶۰٪ شاکیان را افراد مونث تشکیل می‌دادند (۷) ولی در مطالعه حاضر در تمامی موارد پدر کودک اقدام به طرح دعوی نموده بود.

در این مطالعه حدود ۴۲٪ شکایات مطروحه از پزشکان شاغل در مراکز خصوصی بوده است که کمتر از آمار ۸۰ درصدی در سایر مراکز داخلی بوده است (۱۳). همان‌طوری که ملاحظه می‌شود حدود یک سوم موارد شکایت از مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه بوده است که می‌تواند پیغام لزوم کنترل و نظارت بیشتر اعضای هیئت علمی را بر عملکرد دستیاران تخصصی و کارورزان پزشکی به همراه داشته باشد. اگرچه در بررسی انجام شده در بیمارستان میامی جانشینی پزشکان تمام وقت به جای پزشکان پاره وقت میزان قصورات پزشکی را در طی ۳ سال ۴۱/۷٪ و میزان خسارات مالی را ۴۴/۳٪ کاهش داده است (۱۴). با این وصف در مطالعه تهران ۹۶٪ پزشکان اشتغال تمام وقت داشتند (۱۱).

در عین حال اگرچه اکثر شکایات مطرح شده در مراجع غربی مربوط به سرویس‌های ارائه شده در بخش‌های اورژانس بوده است (۱۱) اکثریت شکایات مرکز ارومیه مربوط به بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی بوده است (۵۷٪) و شکایات مربوط به ویزیت بخش‌های اورژانس فقط ۱ مورد (۲/۷٪) را شامل می‌شد. این امر موید لزوم توجه بیشتر همکاران پزشک به بیماران بستری در بیمارستان و توجیه مناسب خانواده آنان نسبت به بیماران ویزیت شده سرپایی است. اگرچه انگیزه والدین در انجام شکایات فوت یا ناتوانی بیمار و یا وارد شدن خسارت مالی به خانواده می‌تواند باشد، بیشترین علت شکایت از پزشکان اطفال در این مطالعه به علت فوت بیمار بوده است (۵۲٪) که این گروه از بیماران نیز بیشتر در محدوده سنی نوزادی قرار داشتند. شکایات به علت وارد شدن صدمات جسمانی (۲۷٪) و به دلیل وارد آمدن خسارت مالی ۲۱/۶٪ بوده است. در مطالعه تهران ۲۲٪ شکایات مربوط به فوت بیمار، ۲۷٪ وارد آمدن صدمات جسمانی، ۲۳٪ احساس قصور و سهل انگاری در پزشک، ۱۸/۴٪ به دلیل عمل جراحی ناموفق و ۱۰/۶٪ به دلیل تشخیص غلط بوده است (۳).

در مطالعه دکتر عمویی و همکارانش که کل موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی را شامل می‌شد، در رشته‌های جراحی بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در انجام اقدام درمانی - جراحی

شدن در حیطه بیماری‌هایی که تبحر کافی در آن‌ها ندارد اجتناب کند.

و بالاخره از ۳۷ مورد پرونده بررسی شده در سازمان نظام پزشکی ارومیه ۲۹ مورد منجر به تیرئه پزشک و ۸ مورد منجر به تایید شکایت علیه پزشک گردیده است. ۲۱/۵٪ شکایات مطرح شده از مراکز خصوصی و ۳۶/۵٪ شکایات مطروحه از مراکز دولتی غیرآموزشی مورد تایید قرار گرفته‌اند و این در حالی است که هیچ‌یک از شکایات مطرح شده از مراکز آموزشی (دانشگاهی) مورد تایید قرار نگرفته‌اند. این امر شاید به علت حضور مداوم و اجباری دستیاران تخصصی در بیمارستان‌های دانشگاهی به صورت کشیک و نظارت چندگانه کارورزان، دستیاران و اعضای هیئت علمی روی بیماران بستری باشد (با توجه به این که در بسیاری از موارد عدم حضور آنکال در بیمارستان عامل اصلی در انجام شکایت بوده است). با تشویق و ترغیب بیماران جهت انجام شکایت از پزشکان به منظور اخذ امتیازات و خسارات مالی از سوی برخی وکلاء و افراد سودجو بعضی مواقع شاهد شکایاتی می‌شویم که هیچ‌گونه مبنای واقعی و علمی ندارند. مثلاً در ۳٪ دعاوی بررسی شده در یک مطالعه در آمریکا هیچ‌گونه آثار سوء از خدمات پزشکی ملاحظه نشده است (۶). برای مثال در یک دعوی بیمار مدعی شده است که درمان‌های انجام شده منجر به تولید استاف طلائی مقاوم به متی‌سیلین شده است. حال آن‌که هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر وجود عفونت در پرونده طبی شاکی ثبت نشده است (۱۵). انگیزه‌های مالی اگرچه در آمارهای غربی نقش مهمی در انجام شکایت از قصور پزشکی داشته است ولی به نظر می‌رسد هنوز در مملکت ما انگیزه اصلی نیست، به طوری که در یک مطالعه انجام شده در تهران اهمیت جبران مالی برای جلب رضایت شاکیان در ۵۲/۱٪ زیاد، در ۱۰/۷٪ متوسط و در ۳۷/۲٪ کم بوده است (۶). در عین حال از بین ۸ مورد شکایت (۲۱/۶٪ معادل یک پنجم شکایات) مربوط به جبران خسارات مالی تنها ۱ مورد تایید شده است.

لازم به ذکر است در میان پرونده‌های بررسی شده در چند مورد علت اصلی اقدام به شکایت والدین مراجعه ایشان به پزشکی دیگر جهت تداوم درمان بیمار و تحریک آن‌ها توسط پزشک معالج جدید بر علیه پزشک قبلی بوده است. متأسفانه این امر از جلوه‌های کم نظیر طبابت در مملکت ماست! شاید یک راه حل تکرار اصول اولیه اخلاق پزشکی و نحوه سخن گفتن با بیمار و اطرافیان وی در مورد بیماری موجود و سیر آن در برنامه‌های مدون آموزش پزشکان باشد تا به این ترتیب اصول اولیه اخلاق پزشکی در طول زمان فراموش نشود. به زعم برخی محققان گزارش و اطلاع رسانی خطاهای پزشکی امری اساسی در جهت رسیدن به هدف اصلی

کاهش در میزان خطاهاست. اگرچه برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که استفاده از روش‌های تهجمی در گزارش خطاهای پزشکی باعث ایجاد کاهش در میزان مواجهه پزشکان با دعاوی مربوط به قصورات پزشکی شده‌اند (۱۷، ۱۶). ولی در سیستم‌های گزارش اجباری پزشکان درگیر تمایل کمتری برای دادن اطلاعات کامل و جزئیات دارند. چرا که در این حالت انگیزه اصلی کمک به دیگران نبوده و هدف محافظت فردی در مقابل توبیخ و مجازات می‌باشد (۱۸). هنگامی که سیستم‌های گزارش دهی حالتی داوطلبانه و غیرتنبیهی داشته باشند اطلاعات کامل‌تر و در عین حال مفیدتری را در اختیار سیستم قرار می‌دهند زیرا در این حال پزشکان تمامی ماجرا را بدون ترس از مجازات مطرح می‌نمایند. داشتن جزئیات اطلاعات رمز اصلی در یافتن علت خطای صورت گرفته است (۱۸). پزشکان و بیماران دارای نظرات و دیدگاه‌های متفاوتی پیرامون فاش‌سازی خطاهای پزشکی هستند (۱۹). از یک‌سو بیماران خواهان فاش‌سازی خطاهای مضر رخ داده شده هستند و تمایل دارند که اطلاعات کافی در مورد آنچه رخ داده شده است بدان‌ها داده شود. بیماران علاقمند هستند که بدانند که چگونه می‌توان آثار و عوارض ناشی از این خطاها را کاهش داد و از بروز مجدد آن‌ها پیشگیری کرد. از سوی دیگر همین مطالعه بیانگر آن است که پزشکان نیز تمایل به افشای خطاهای رخ داده شده دارند ولی در عین حال میل دارند که کلمات بکار برده شده جهت این شفاف سازی به خوبی انتخاب شوند و زمینه را برای پاسخگویی‌های قانونی بعدی فراهم نسازند (۱۹). هفت ایالت در آمریکا گزارش خطاهای پزشکی را اجباری ساخته‌اند که ایالت پنسیلوانیا در سال ۲۰۰۲ میلادی اولین آن‌ها به‌شمار می‌رود. این گزارش‌ها می‌بایستی ظرف ۷ روز پس از بروز خطای پزشکی اعلام شوند (۱۶). به هر حال دیر یا زود لزوم تاسیس چنین بخشی در سازمان نظام پزشکی مملکت ما نیز احساس خواهد شد. بنابراین به نظر می‌رسد لازم است پزشکان کشور ما نیز از هم‌اکنون با شناسایی جنبه‌های مختلف شایع منتهی به شکایت در حیطه تخصصی خود راهکارهای مناسب جهت پیشگیری از وقوع آن‌ها را طراحی و در زمان مناسب از آن بهره گیرند. با وجود این‌که این مقاله شامل تمامی موارد شکایت از متخصصان کودکان در طول یک دوره ده ساله می‌باشد ولی به هر حال تعداد این شکایات (خوشبختانه از جهت بیمار و پزشکان و متأسفانه از جهت بررسی‌های آماری) کم بوده است. از طرف دیگر با تغییر در بینش و دیدگاه‌های مردم با گذشت زمان علل و نوع قصورات منجر به شکایت از پزشکان نیز تغییر می‌یابد. لذا تکرار و تکمیل این بررسی با تعداد بیشتری از موارد در سال‌های آتی نه تنها بر استناد پذیری آماری تحقیق خواهد افزود بلکه سیر این تغییرات را نیز روشن خواهد ساخت.

تقدیر و تشکر

آقای دکتر رضا فروهر معاونت پژوهشی و دادیار انتظامی سازمان نظام پزشکی ارومیه تشکر و قدردانی نمایند.

نگارنده‌گان مقاله برخود لازم می‌بینند که از زحمات و همکاری‌های صمیمانه مسئولین سازمان نظام پزشکی ارومیه به‌ویژه جناب آقای دکتر میلانی ریاست محترم سازمان و جناب

References:

۱. اخلاقی م، توفیقی زواره ح، صمدی ف. شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۱ و بررسی علل و روش‌های پیشگیری از آن. مجله علمی پزشکی قانونی، تابستان ۱۳۸۳، سال ۱۰، شماره ۳۴، صفحات ۴-۷۰.
۲. محفوظی ع، تقدسی‌نژاد ف، خوراسگانی ح. بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته بی‌هوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ساله منتهی به اسفند ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی، بهار ۱۳۸۱، سال هشتم، شماره ۲۶، صفحات ۱۰-۴.
۳. حقیقی ع، زامی م، مهدوی م، نوروزی آ. بررسی علل شکایت از بیمار از پزشک معالج در مراجعه کننده‌گان به سازمان نظام پزشکی تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سال ۱۳۷۹، شماره هیجدهم، صفحات ۳۰۳-۲۹۵.
4. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie MB, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *NEJM* 2002; 347: 1933-40.
5. Levinson W, Gallagher TH. Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007. *CMAJ* 2007; 177: 1503-7.
6. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what have we learned. *Ann Intern Med* 2000; 132: 763-7.
7. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *NEJM* 2006; 354: 2024-33.
8. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002; 287:2951-7.
۹. حقی ف، زارع غ، عطاران ح. عوامل موثر در محکومیت تیم جراحی در دعاوی قصور پزشکی و کیفیت رسیدگی به این دعاوی در نظام پزشکی مشهد. مجله علمی پزشکی قانونی. پائیز ۱۳۸۴، دوره ۱۱، شماره ۳، صفحات ۵-۱۴۱.
10. Ehara A. Lawsuits associated with medical malpractice in Japan: rate of lawsuits was very low in pediatrics, although many children visit emergency rooms. *Pediatrics* 2005; 115: 1792-3.
11. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(3): 165-9.
12. Grupp-Phelan J, Reynolds S, Lingl LL. Professional liability of residents in a children's hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150 (1): 87-90.
۱۳. عمویی م، سلطانی ک، کاهانی ع، نجاری ف، روحی م. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی، زمستان ۱۳۷۹، سال ششم، شماره ۲۱، صفحات ۲۳-۱۵.
14. Press S, Cantor J, Russell S, Jerez E. Full-time attending physicians coverage in a pediatric emergency department effect on risk management. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148 (6): 578 - 81.
15. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *NEJM* 1996; 335: 1963-7.
16. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *NEJM* 2007; 356: 2713-9.

17. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the center piece of medical liability reform. NEJM 2000; 354: 2205-8.
18. Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary; they provide better information for reducing errors. BMJ 2000; 320: 728-9.
19. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003; 289: 1001-7.