

عوامل مؤثر در نتیجه حکم صادره در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکان

دکتر مهرنگ هدایتی^۱، دکتر ماندانا نژادینک^۲، دکتر مهرداد ستاره^۳

خلاصه

مقدمه: شکایات پزشکی مشکلات زیادی برای بیماران و پزشکان به وجود آورده است و می‌تواند اعتماد مردم را نسبت به پزشک کاهش دهد و همچنین استرس فراوانی برای پزشک فراهم آورد. هدف از این تحقیق، بررسی پرونده‌های شکایات علیه پزشکان در هر رشته‌ی تخصصی و شناسایی رشته‌های در معرض خطر و همچنین بررسی برخی ویژگی‌های بیماران شاک و پزشکان متشاک و پیامد آن در رأی نهایی صادره از کمیسیون بود.

روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی و گذشته‌نگر بود. جامعه‌ی آماری آن را کلیه‌ی پرونده‌های شکایات مطرح شده از قصورات پزشکان در رشته‌های تخصصی مختلف که طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان اصفهان تشکیل شده و به نتیجه رسیده بود، تشکیل می‌دادند. مشخصات دموگرافیک بیماران و پزشکان و محل فعالیت پزشک و همچنین نوع قصور پزشکی رخ داده و پیامد شکایت، میزان محکومیت و ارتباط بین آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: در ۱۲۳ پرونده‌ی ارجاعی، میانگین سنی بیماران $18/77 \pm 37/8$ سال بود و $64/5$ درصد مرد بودند. ۵۳ درصد بیماران دارای دیپلم و بالاتر از آن بودند. متشاکیان ۱۷۳ نفر با میانگین سنی $9/64 \pm 43/29$ سال بودند که ۸۱ درصد آن‌ها مرد و $45/9$ درصد آن‌ها از پزشکان قدیمی بودند. $65/3$ درصد پزشکان متشاک متخصص بودند که به ترتیب گروه‌های جراحی، ارتوپدی، زنان و بیهوشی را شامل می‌شدند. بیشترین شکایات از مراکز دولتی غیر دانشگاهی بود. $50/8$ درصد پزشکان با میانگین $34/1 \pm 35/2$ درصد خطا مقصر شناخته شدند. بیشترین خطا از نوع بی‌مبالاتی بود. نتیجه‌ی حکم صادره با جنس و تحصیلات بیمار مرتبط بود. درصد خطای صورت گرفته با جنس و تحصیلات بیمار و آسیب نهایی و وضعیت بیماری مرتبط بود.

نتیجه‌گیری: با افزایش آگاهی و توقعات بیماران احتمال شکایت از پزشکان افزایش می‌یابد که در این میان پزشکان متخصص از جمله گروه‌های جراحی، بیشتر در معرض خطر هستند. همچنین با وجود وفور شکایات در آسیب‌های شدید از جمله فوت بیمار، درصد قصور تعیین شده در ضایعات جزئی و خسارات مالی بالاتر صادر گردیده است. بنابراین با توجه به بالا بودن میزان خطای تعیین شده در این کمیسیون‌ها نیاز به آموزش بیشتر و ایجاد مراکز مشاوره می‌باشد.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، پزشکی قانونی، سطح تحصیلات، سن، جنسیت.

مقدمه

مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی می‌باشد. دعوی قصور هزینه‌ی گزافی برای پزشک و بیمار دارد. به علاوه سبب مشکلاتی روانی و اجتماعی همچون اضطراب، عصبانیت، رسوایی، از دست رفتن وقت کاری و سوء سابقه‌ی پزشک می‌شود. بر همگان مبرهن است که حضور در پشت میز محاکمه حتی اگر فردی به بی‌گناهی خود اطمینان داشته باشد، رنج آور و مشقت‌بار است و حتی باعث می‌شود که تعدادی از

قصور به معنای کوتاهی غیر عمدی در انجام وظیفه است. پزشک مانند هر انسان دیگری جایز الخطا است و احتمال دارد در وظایف خود اشتباه کند. سهل‌انگاری حرفه‌ای در پزشکی (Medical malpractice) شامل اشتباه در تشخیص، اشتباه در طرح درمان و یا اشتباه در مدیریت و اداره کردن بیماری می‌باشد و از نظر حقوقی انواع مختلفی دارد که شامل بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم

^۱ متخصص پزشکی قانونی و سم شناسی، گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ پزشک عمومی، اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ متخصص پزشکی قانونی، اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر مهرنگ هدایتی

پزشکان طبابت را رها کرده و یا به کشورهای با سیستم قضایی متفاوت مهاجرت نمایند (۱-۲).

مسایل مربوط به مسؤولیت حرفه‌ای، از سال‌های قبل در پزشکی وجود داشته‌اند. ارزیابی قصور پزشکی از پایان قرن ۱۷ میلادی شروع شد. پس از جنگ جهانی دوم، مطالعات سیستماتیک در این زمینه، برای اولین بار در سال ۱۹۶۰ منتشر شد و تا به حال پژوهش‌ها و مقالات بسیاری ارائه شده است (۳). مطالعه‌ای در یک مؤسسه‌ی پزشکی آکادمیک در آمریکا نشان داد که حدود ۳-۴ درصد از کل پزشکان در رشته‌های مختلف مورد شکایت قرار گرفتند که این میزان در سال ۱۹۸۰ ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰ ۲۵ درصد از کل پزشکان شاغل در آن کشور را شامل شده است (۴). همچنین نمونه‌گیری انجام شده در ۱۱ ایالت آمریکا نشان می‌دهد که داده‌های قصور پزشکی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲ به میزان ۱۸ درصد افزایش یافته است (۵-۶).

عوارض ناشی از قصور پزشکی شامل آسیب‌ها، نقص عضوها، فلج، ناتوانی، اختلال عملکردی، قطع عضو، بدشکلی عضو و مرگ می‌باشد. مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که بیشترین اشتباهات پزشکی مربوط به رشته‌های مامایی و اورژانس‌های پزشکی و جراحی عمومی بوده است (۷). مطالعه‌ای حقوقی در ایران نشان داد که آمار قصور سالانه رو به افزایش است گرچه رشته‌های جراحی بیشتر در معرض مشکلات قضایی هستند اما هیچ‌یک از افراد مرتبط با امور درمانی تشخیصی، مستثنی نمی‌باشند (۸). این امر اگر چه از یک سو ریشه در عدم موفقیت پزشکان و کادر پزشکی در برقراری ارتباط با بیمار دارد ولی از سوی دیگر عوامل مختلفی نظیر فعالیت مطبوعات و سایر رسانه‌های جمعی، شرکت‌های بیمه، وکلا و مشاورین

حقوقی، تغییر موقعیت پزشکان، افزایش تعداد دانش‌آموخته‌گان رشته‌های پزشکی، معضلات اقتصادی گروه پزشکی و روی آوردن عده‌ی قلیلی از پزشکان به اقدامات پرخطر و خارج از توان علمی و تخصصی آن‌ها سبب بروز قصور پزشکان می‌شوند (۹).

در استان اصفهان نیز همچون سایر نقاط جهان، با وجود تلاش پزشکان و کادر درمانی و با وجود امکانات وسیع و پیشرفته و حضور پزشکان حاذق و مجرب، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است. یکی از عوامل مؤثر، عدم آگاهی صاحبان حرفه‌ی پزشکی از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه‌ی پزشکی و مسؤولیت پزشکان در قبال بیماران می‌باشد. تاکنون مطالعه‌ی جامعی در این خصوص در این استان صورت نگرفته است. بنابراین بر آن شدیم که به منظور کاهش قصور پزشکان، علل و عوامل خطر را شناسایی نماییم تا بتوانیم راهکارهای مناسب برای جلوگیری از بروز آن‌ها را اتخاذ نماییم. مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شکایات مطروحه از پزشکان و تعیین گروه‌های در معرض خطر شکایات و زمینه‌های طرح شکایت و عوامل مؤثر بر نتیجه‌ی حکم صادره در پرونده‌های قصور پزشکی ارجاع شده به اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ انجام گرفت.

روش‌ها

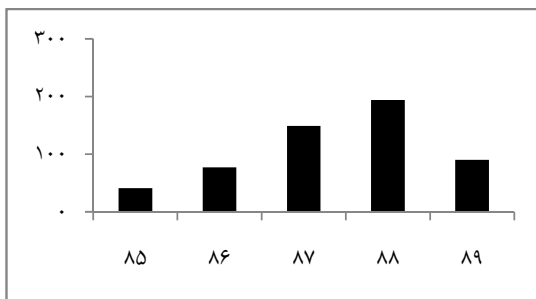
پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی و مطالعه‌ی اسنادی بود. جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی پرونده‌های شکایات مطرح شده از قصورات کادر درمانی، که در طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان اصفهان ارجاع شده

اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی تحلیلی تک متغیره از جمله Fisher و Pearson (در فواصل اطمینان ۹۵ درصد) و همچنین از روش‌های آماری غیرپارامتریک مانند χ^2 و تفاوت‌های بین میانگین‌های گروهی نظیر Student-t و ANOVA استفاده شد.

لازم به ذکر است جهت محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده‌ها و پیش‌گیری از مشکلات احتمالی، از کارکنان اداره‌ی پزشکی قانونی برای استخراج پرونده‌ها استفاده شد و همچنین از ذکر اسامی بیماران و پزشکان و شماره‌ی کامل نظام پزشکی جلوگیری به عمل آمد.

یافته‌ها

نتایج این بررسی نشان داد که طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۵ تعداد ۵۵۱ پرونده‌ی مرتبط با قصور کادر درمانی به اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان ارجاع گردید و مورد قضاوت قرار گرفت (نمودار ۱).



نمودار ۱. توزیع فراوانی شکایات مطروحه در پرونده‌های قصور پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹

طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در مجموع از ۲۸۴ پرونده‌ی مربوط به قصور کادر درمانی، ۱۲۳ پرونده

بود. حجم نمونه شامل کلیه‌ی پرونده‌های شکایت از پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان بود که در کمیسیون پزشکی قانونی مطرح و به نتیجه رسیده بودند. پرونده‌هایی که به عللی ناتمام مانده و یا قابل دسترسی نبودند از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری به روش ساده (در دسترس) انجام شد.

در جریان این تحقیق پس از هماهنگی با مسئولین اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان، اطلاعات لازم در خصوص اهداف پژوهش نظیر مشخصات دموگرافیک بیماران (سن، جنس و میزان تحصیلات)، مشخصات دموگرافیک پزشکان (سن، جنس، رتبه‌ی علمی و سابقه‌ی پزشکی)، رشته‌ی تخصصی یا فوق تخصصی، محل فعالیت پزشک (مرکز درمانی دانشگاهی، مرکز درمانی دولتی غیر دانشگاهی، مرکز درمانی خصوصی، مرکز درمانی تأمین اجتماعی و مطب خصوصی)، وضعیت بیمار هنگام مراجعه (شامل چهار دسته‌ی حاد، تحت حاد، مزمن و همچنین مواردی که بیماری‌های ظاهری مشهود نبود و جزء سه گروه قبل قرار نمی‌گرفت) بود. به طور مثال بیمار به علت انجام اعمال زیبایی مانند رینوپلاستی و تزریق ژل و یا موارد سقط جنین غیرقانونی مراجعه نموده بودند که در دسته‌ای جداگانه قرار گرفتند) جمع‌آوری شد. همچنین اطلاعات مربوط به نوع آسیب وارده یا عوارض جانبی ناشی از درمان (که به چهار گروه فوت شده، نقص عضو، آسیب جسمی و خسارت مالی تقسیم‌بندی شدند)، سرانجام پیامد شکایت (تبرئه، محکومیت پزشک)، میزان محکومیت (درصد قصور تعیین شده)، نوع قصور پزشکی رخ داده (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم رعایت مقررات دولتی و عدم مهارت) از پرونده‌ها استخراج و در چک لیست مربوطه وارد شد.

صورت گرفته بود. در بین متخصصان، بیشترین شکایات از متخصصین جراحی به میزان (۱۴/۷ درصد) و بعد از آن از متخصصین ارتوپدی و زنان هر کدام به میزان (۱۰ درصد) و سپس متخصصین بیهوشی به میزان (۹ درصد) صورت گرفته بود (نمودار ۲).

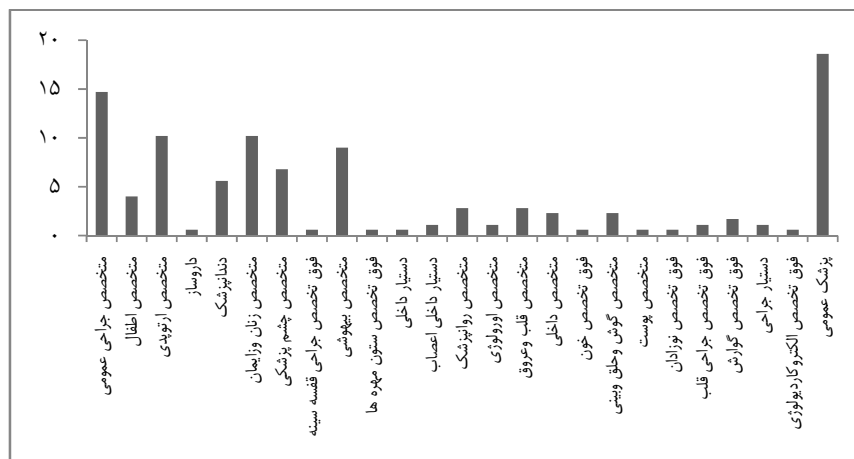
بنا به نتیجه ی حکم صادره در کمیسیون پزشکی قانونی استان اصفهان، ۴۹/۲ درصد متشاکیان تبرئه و ۵۰/۸ درصد آن‌ها مقصر شناخته شدند. درصد قصور تعیین شده در کمیسیون پزشکی قانونی از ۲ درصد تا ۱۰۰ درصد متغیر بود و میانگین قصور تعیین شده ۳۴/۱ ± ۳۵/۲ درصد بود. بیشترین نوع خطای صورت گرفته از نوع بی‌مبالاتی (به میزان ۵۰/۷ درصد) و کمترین خطا عدم رعایت نظامات دولتی (به میزان ۳ درصد) برآورد گردید (نمودار ۳).

در این پژوهش به طور کلی ۱۴۳ مرکز درمانی درگیر شده بودند. ۵۸/۱ درصد شکایات از بیمارستان های دولتی (دانشگاهی یا غیر دانشگاهی) و ۲۹/۴ درصد شکایات از مراکز خصوصی (بیمارستان یا مطب) صورت گرفته بود.

مربوط به پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان بود و شرایط مربوط به اهداف پژوهش حاضر را داشتند و مورد بررسی قرار گرفتند. در این پرونده‌ها به طور کلی از ۱۸۱ پزشک یا دندان‌پزشک یا داروساز شکایت شده بود که اطلاعات ۱۷۹ نفر از آن‌ها در دسترس بود.

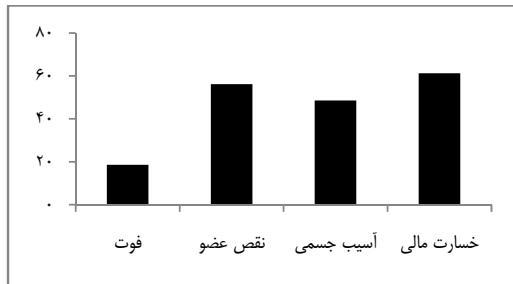
میانگین سنی بیماران ۱۸/۷۷ ± ۳۷/۸ سال بود که از بدو تولد، تا حداکثر ۸۴ سال سن داشتند و ۶۴/۵ درصد آن‌ها مرد بودند. بیشتر بیماران (۵۳ درصد) سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند.

میانگین سنی پزشکان ۴۳/۲۹ ± ۹/۶۴ سال بود و ۸۱ درصد آن‌ها مرد بودند. بیشترین شکایات از پزشکان با رتبه ی علمی تخصص به میزان ۱۱۳ نفر (۶۵/۳ درصد) و بعد از آن، از متشاکیان با رتبه ی علمی دکترای حرفه‌ای به میزان ۴۳ نفر (۲۴/۹ درصد) و کمترین شکایت از پزشکان با رتبه ی علمی فوق تخصص به تعداد ۱۷ نفر (۹/۸ درصد) صورت گرفته بود. بیشترین شکایات (۴۵/۹ درصد) از پزشکان، با شماره ی نظام پزشکی کمتر از ۴۰۰۰۰ دیده شد. بیشترین میزان شکایات از پزشکان عمومی، به میزان (۱۸/۶ درصد)



نمودار ۲. توزیع فراوانی میزان شکایات مطروحه از پزشکان در پرونده‌های قصور پزشکی ارجاع شده به

اداره ی پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به تفکیک رشته ی تخصصی

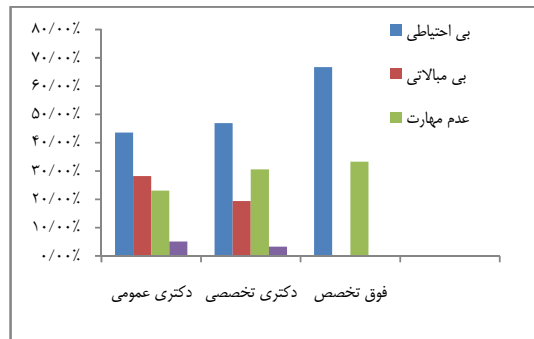


نمودار ۵. توزیع فراوانی نتیجه‌ی عارضه (به ترتیب فوت، نقص عضو، آسیب جسمی و خسارت مالی) در شکایات مطروحه در پرونده‌های قصور پزشکی ارجاع شده به اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹

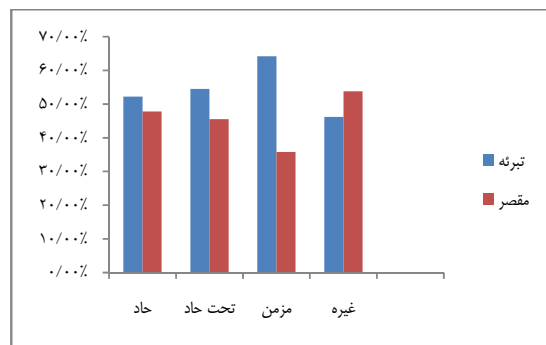
با سن بیمار ارتباط معنی‌داری نبود، ولی بین جنس بیمار و نتیجه‌ی حکم صادره و درصد قصور تعیین شده ارتباط معنی‌داری با سطح اطمینان ۹۵ درصد وجود داشت ($P < 0/05$). میانگین درصد قصور تعیین شده در پرونده‌های مربوط به بیماران مرد $32/07 \pm 29/8$ درصد و میانگین درصد قصور تعیین شده در پرونده‌های مربوط به بیماران زن $35/5 \pm 46/9$ درصد تعیین شده بود. بین میزان تحصیلات بیمار و نتیجه‌ی حکم صادره و درصد قصور تعیین شده برای پزشک معالج، ارتباط معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد وجود داشت ($P < 0/05$). بیشترین حکم قصور برای پزشک، در ۴۷ درصد موارد شاکیان با تحصیلات دانشگاهی و حداقل آن در ۲۶ درصد شاکیان با مدرک ابتدایی صادر شده بود.

بین جنس پزشک با نتیجه‌ی حکم صادره و درصد قصور تعیین شده، همچنین بین سابقه‌ی کاری پزشک معالج و نتیجه‌ی حکم صادره و نیز بین رتبه‌ی علمی پزشک با نتیجه‌ی حکم صادره و درصد قصور تعیین شده در حکم صادره ارتباط معنی‌داری احراز نگردید. بین نوع خطای صورت گرفته و درصد قصور تعیین شده، همچنین بین نتیجه‌ی حکم صادره و نوع مراکز

بیشترین شکایات در مراکز دولتی غیر دانشگاهی (۲۴ درصد) و کمترین شکایات در بیمارستان تأمین اجتماعی (۴/۵ درصد) صورت گرفته بود. بیشترین شکایات (۴۳/۲ درصد) مربوط به بیمارانی بود که در وضعیت حاد مراجعه کرده بودند (نمودار ۴).



نمودار ۳. توزیع فراوانی انواع خطای صورت گرفته به ترتیب بی احتیاطی، بی میلانی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی در پزشکان مقصر شناخته شده به تفکیک رتبه‌ی علمی در پرونده‌های قصور پزشکی ارجاع شده به اداره‌ی پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹



نمودار ۴. مقایسه‌ی نتیجه‌ی حکم صادره بر حسب وضعیت بیماری (حاد، تحت حاد، مزمن، غیره) در پرونده‌های قصور پزشکی قانونی استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹

بیشترین شکایات (۴۹ درصد) به علت فوت بیمار و کمترین آن‌ها در مورد خسارت مالی (۳/۲ درصد) صورت گرفته بود (نمودار ۵).
بین نتیجه‌ی حکم صادره‌ی کمیسیون پزشکی قانونی

درگیر رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیامد.

بین مراکز درمانی درگیر و درصد قصور تعیین شده ارتباط معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد مشهود بود؛ به طوری که بیشترین میزان خطا یا درصد قصور تعیین شده در مراکز خصوصی، به ویژه مطب‌ها، با میانگین میزان خطای $27/47 \pm 36/4$ و کمترین آن در مراکز دولتی با میانگین خطای $31/5 \pm 30/56$ بود ($P < 0/024$)، ولی بین نوع مراکز درگیر و نوع خطای صورت گرفته ارتباط معنی‌داری احراز نگردید. درصد خطای صورت گرفته ارتباط معنی‌داری با وضعیت بیماری داشت. در مواردی که بیماری ظاهری مشهود نبود حداکثر میانگین درصد خطای صورت گرفته $37/36 \pm 79/43$ ، در بیماری‌های مزمن $42/11 \pm 35/8$ ، در بیماری یا آسیب تحت حاد $15/10 \pm 14/33$ و در موارد حاد $27/24 \pm 27/47$ بود.

بین نتیجه‌ی حکم صادره با عارضه‌ی نهایی وارد آمده به بیمار یا نتیجه‌ی بیماری بعد از درمان و همچنین وضعیت بیماری (از نظر حاد یا مزمن بودن) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بین آسیب نهایی وارد آمده به بیمار و یا نتیجه‌ی بیماری بعد از درمان و نیز وضعیت بیماری با درصد قصور تعیین شده ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/0001$). بیشترین میانگین درصد تعیین شده‌ی قصور در مواردی بود که بیمار به دنبال خسارت مالی، متضرر شده بود (61 ± 39 درصد) و کمترین آن پس از فوت بیمار به میزان ($18/6 \pm 19/5$) بود. ارتباط معنی‌داری بین آسیب نهایی وارد آمده به بیمار و نوع رتبه‌ی علمی پزشک مشاهده نگردید.

بحث

امروزه با پیشرفت علم پزشکی و امکانات تشخیصی و

درمانی و افزایش آگاهی افراد از حقوق خود، توقعات بیماران از پزشکان افزایش یافته است. از سوی دیگر، در مواردی، برقراری ارتباط پزشک و بیمار که از علل مهم طرح دعاوی می‌باشد، به زوال رفته است. با توجه به تحقیقات اخیر در ایران و سایر نقاط جهان، متأسفانه تعداد شایگان افزایش یافته است (۱۰، ۳-۲). در پژوهش حاضر (نمودار ۱) تعداد شکایات تا سال ۱۳۸۸ اسیر افزایشی داشته است، ولی در سال ۱۳۸۹ کاهش یافته است که می‌تواند ناشی از تخصصی شدن بیشتر اقدامات درمانی، به خصوص اعمال جراحی و برگزاری کلاس‌های آموزشی در سطح استان جهت ارتقای کیفیت ارتباط بین پزشک و بیمار و آشنایی و آگاهی بیشتر پزشکان در پیش‌گیری از خطای پزشکی باشد.

با بررسی مشخصات دموگرافیک بیماران، به نظر می‌آید که اکثر آن‌ها در سنین جوانی و میان‌سالی (۲۰ تا ۵۵ سال) بودند. اغلب این گروه سنی، بر خلاف سنین کودکی و پیری، انتظار بیشتری نسبت به بهبودی و درمان موفق دارند. بنابراین در صورت ایجاد هر گونه عارضه، احتمال سوءظن قرار گرفتن پزشک و طرح دعاوی علیه وی محتمل می‌باشد که با پژوهش‌های قبلی نیز همخوانی داشت (۱۱). بنابراین پزشک معالج و سایر کادر درمانی، قبل از هر گونه اقدام تشخیصی یا درمانی، لازم است کلیه‌ی عوارض احتمالی را به آگاهی بیمار برسانند و در هنگام اخذ رضایت جهت درمان به ذکر آن اقدام ورزند که بیماران با بینش کافی درمان را بپذیرند تا در صورت ایجاد عارضه، اقدام به شکایت ننمایند. در این مطالعه بیماران مرد ($64/5$ درصد) بیش از زنان اقدام به طرح دعاوی علیه پزشک کرده بودند که وجود فراوانی بیشتر میزان بستری مردان، به خصوص در اثر ترومای حاد ناشی از تصادفات وسایل نقلیه و

که سایر پزشکان از پذیرفتن آن‌ها سر باز می‌زنند در نزد پزشکان قدیمی پذیرفته می‌گردند.

در رأس شکایات به تفکیک رشته‌ی تخصصی، شکایت از پزشکان عمومی مطرح شده بود (۱۸/۲ درصد) که نسبت به مطالعات قبلی با میزان ۷ درصد افزایش داشت (۱۱). این مسأله بیانگر این است که با وجود تخصصی شدن بیشتر اقدامات پزشکی، بسیاری از پزشکان عمومی دست به درمان‌های تهاجمی و تخصصی نظیر تزریق ژل زیبایی و جراحی‌های زیبایی با لیزر و مانند آن‌ها به خصوص در مطب شخصی می‌زنند. همچنین در بعضی از موارد، ارجاع به موقع بیمار به پزشک متخصص و یا توصیه‌ی به بستری در بیمارستان را به تعویق می‌اندازند. با توجه به این مطلب که این گروه از پزشکان در خط مقدم درمان می‌باشند، به خصوص در اورژانس‌ها و درمانگاه‌ها، و مراجعین بیشتری دارند، مدیریت صحیح بیمار و ارجاع به موقع او، می‌تواند در کاهش بروز شکایات علیه این گروه از پزشکان، مؤثر باشد.

در بین متخصصین بیشترین شکایات از جراحان (۱۴/۷ درصد) و در رتبه‌ی دوم از متخصصین ارتوپدی (۱۰ درصد) و زنان (۱۰ درصد) و در درجه‌ی سوم از متخصصین بیهوشی (۹ درصد) بود که با مطالعه‌ای که در ایالات متحده‌ی آمریکا انجام گرفته بود و بیشترین شکایات را به گروه جراحی و بیهوشی نسبت می‌داد همخوانی داشت (۸، ۱۲-۱۳). ولی با مطالعه‌ای که در سازمان نظام پزشکی کرمانشاه صورت گرفته بود که از متخصصان بیهوشی به میزان ۱/۱ درصد شکایات شده بود، همخوانی نداشت (۹) و این بیانگر آشنایی بیشتر بیماران استان اصفهان با این رشته و نقش متخصصین بیهوشی در انجام اقدام درمانی است و با توجه به دارا

آسیب ناشی از کار این فراوانی را توجیه می‌کند. اکثر بیماران (۵۳ درصد) مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر داشتند که نشان می‌دهد افراد با سطح علمی بالاتر، اطلاع بیشتری نسبت به حقوق خویش و بالطبع، توقع بیشتری از پزشک دارند.

با بررسی مشخصات دموگرافیک پزشکان مورد شکایت در تحقیق حاضر، مشخص گردید که بیشترین دعاوی از پزشکان بین سنین ۳۵-۵۱ و مذکر (۸۱ درصد) مطرح شده بود. این مسأله چنین توجیه می‌شود که این پزشکان نسبت به سایر رده‌های سنی فعالیت شغلی بیشتری دارند. همچنین بیشتر از سایرین دست به اقدامات پرخطر می‌زنند، در حالی که به طرز برخورد صحیح و ارتباط با بیمار، توجه کمتری می‌نمایند. همچنین، تعداد پزشکان شاغل مرد نسبت به زنان بیشتر می‌باشد و بیشتر اقدام به اعمال پرخطر نظیر اعمال جراحی می‌نمایند و همچنین پزشکان زن، ارتباط موفق‌تر و رفتار مناسب‌تری در ارتباط با بیماران اتخاذ می‌نمایند که با تحقیقات قبلی همخوانی داشت (۹-۱۱). میزان شکایات از پزشکان متخصص (۶۵/۳ درصد) بیش از دکترای عمومی و فوق تخصص بود. این یافته می‌تواند به علت کثرت مراجعین به پزشکان متخصص نسبت به دو گروه دیگر، همچنین اقدام بیشتر جهت اعمال درمانی تهاجمی‌تر و همچنین نقص تبحر علمی و عملی ایشان نسبت به پزشکان فوق تخصص باشد.

میزان شکایات مطروحه در پزشکان قدیمی‌تر بالاتر بود (۴۵/۹ درصد). به بیان دیگر با افزایش سابقه‌ی کاری، ارتباط مؤثر و صمیمانه پزشک با بیمار کاهش یافته، دیگر پزشک معالج در پی کسب رضایت کامل از بیمار نیست که موجب عدم اعتماد و اطمینان بیماران به ایشان می‌شود. همچنین بیماران در دسر ساز و بدحال

بودن تحصیلات دانشگاهی در اکثریت بیماران شاکی، این موضوع جای تعجب ندارد.

با توجه به نتیجه‌ی حکم صادره از سوی کمیسیون پزشکی قانونی، ۴۹/۲ درصد متشاکیان تبرئه شده بودند که کمتر از سایر مطالعات دیگر در ایران بوده است (۱۴، ۱۱، ۹-۸) که می‌تواند، نشانه‌ی کاهش شکایات بی‌جا و بیهوده باشد و دلیل بر این ادعا می‌تواند کاهش تعداد شکایات در سال ۱۳۸۹ نسبت به قبل باشد (نمودار ۱). این مطلب نشانگر تأثیر وجود کارشناسان پزشکی مربوط در سطح شهر اصفهان است که شاکیان و یا وکلای ایشان، قبل از اقامه‌ی دعوا با ایشان مشورت می‌کنند و از شکایت نابه‌جا صرف‌نظر کرده، تنها در صورت وجود خطای علنی و مبرهن پزشک معالج اقدام به شکایت می‌نمایند. از طرف دیگر ممکن است مراجع قضایی بدون ارجاع پرونده به این اداره، در مورد پرونده‌های پزشکی اظهار نظر نمایند که نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌باشد.

دامنه‌ی درصد قصور تعیین شده (۲ تا ۱۰ درصد) در این مطالعه نسبت به سایر تحقیقات قبلی در دیگر نقاط ایران وسیع‌تر می‌باشد (۱۵، ۱۰-۹) که علت آن می‌تواند دامنه‌ی وسیع همه‌ی رشته‌های تخصصی در این پژوهش نسبت به سایر پژوهش‌ها تلقی گردد، ولی میانگین درصد قصور تعیین شده (۳۴/۱ ± ۳۵/۲ درصد) نسبت به سایر نقاط ایران در سایر پژوهش‌های انجام شده افزایش داشت. به عنوان مثال، در مطالعه‌ی حقی و همکاران که در سازمان پزشکی قانونی تهران صورت گرفت، جهت ۵/۱۹ درصد پرونده‌ها، میزان درصد قصور در نظر گرفته شده بیش از ۴۰ درصد محاسبه شده بود، در حالی که در این استان برای ۴۷/۸ درصد متشاکیان، درصد قصور بالاتر از ۵۰ درصد تعیین

شده بود (۸).

این مطلب می‌تواند ناشی از دقت و بزرگ‌نمایی نظریه‌ی کارشناسان استان اصفهان و یا خطای جدی‌تر پزشک استان تلقی گردد. همچنین طبق بررسی‌های به عمل آمده در این پژوهش (۵۰/۷ درصد) از خطاهای پزشکی، متعاقب بی‌مبالاتی و کوتاهی در استانداردهای مراقبت‌های پزشکی و درمانی ارائه شده بود. به بیان دیگر، مراقبت‌ها مطلوب نبودند و پزشک در مواجهه با بیمار و بیماری او از انجام اعمال ضروری غفلت نموده بود. این در حالی است که فقط (۱۳/۴ درصد) خطای پزشکان ناشی از عدم مهارت علمی و عملی بود. به عبارت دیگر، پزشکان معالج در این تحقیق قدرت علمی و عملی لازم را جهت درمان بیمار داشتند، ولی به علت محیط نامناسب درمانی و پرسنل ناکارآمد و نیز شرایط جانبی موجب ایجاد خطا شده بودند. این مطلب، لزوم وجود یک تیم درمانی را نمایان می‌کند که اعضای آن همگی مسؤول بیمار باشند و بتوانند شرایط مطلوب را جهت وی مهیا نمایند و در صورت غفلت پزشک، آنان به او آگاهی دهند یا به انجام اقدامات ضروری مبادرت ورزند. در ادامه‌ی این بررسی، خطای صورت گرفته کمتری به علت عدم رعایت نظامات دولتی مشاهده شد که می‌توان این مطلب را با اعتقاد مذهبی و حفظ شئون اخلاقی و اسلامی پزشکان استان اصفهان مرتبط دانست.

در پژوهش حاضر شکایات بیشتری از بیمارستان‌های دولتی (۵۸/۱ درصد) نسبت به مراکز خصوصی (۲۹/۴ درصد) صورت گرفته بود. در حالی که با یک پژوهش در تهران که مراکز دولتی (۳۷ درصد) و مراکز خصوصی (۵۴/۶ درصد) درگیر بودند، همخوانی نداشت (۸). ولی با پژوهشی در کرمانشاه که

غیر قابل پیش بینی رخ می دهد، لازم است پزشکان موارد اورژانسی احتمالی را فرا گیرند و بازنگری نمایند. همچنین به پرسنل زیر دست خود بیاموزند و مطمئن شوند پرسنل آن ها در صورت بروز مشکل وظیفه‌ی خود را می دانند. همچنین وسایل محل درمانی و یا اورژانس باید مرتب کنترل شوند و نیز لازم است روش های مقابله با استرس در این مراکز آموزش داده شود.

میزان شکایات از مواردی که فرد، بیماری ظاهری نداشته است و به طور مثال به علت زیبایی و ترمیمی از پزشک معالج شکایت نموده اند، حداقل بود (۸/۴ درصد) و نسبت به گزارش عملکرد دادسرای انتظامی نظام پزشکی تهران بزرگ که بیشترین شکایات مرتبط با اعمال زیبایی و ترمیمی (۱۴/۳ درصد) گزارش شده است، همخوانی نداشت (۱۱-۱۰) که می تواند ناشی از اقدامات کمتر پزشکان استان اصفهان در این خصوص و همچنین ارتباط مؤثر با بیمار در پزشکی که در این زمینه فعالیت می نمایند و تأمین رضایت نهایی بیماران باشد.

بیشترین شاکیان به علت فوت بیمار (۴۹ درصد) و سپس آسیب جسمی (۲۸/۴ درصد) مطرح شده بود که با مطالعه ای که در تبریز صورت گرفته بود، همخوانی داشت (۱۶). اما با نتایج پژوهش در کرمانشاه که شایع ترین علت شکایت، ناتوانی و معلولیت (۶۰ درصد) و سپس مرگ (۴/۲۵ درصد) بود، همخوانی نداشت (۹). بدیهی است متعاقب درمان بیمار، هر چند روند درمان مطابق با استاندارد صورت گرفته باشد ولی در صورت نتیجه‌ی نامطلوب از جمله فوت یا ناتوانی بیمار، اطرافیان از دید دیگری به کادر درمانی نگاه می کنند. به عبارت دیگر، با ایجاد یک روند استرس آور، احتمال شکایت از پزشک بیشتر می شود، به خصوص زمانی که

شکایات از بیمارستان های دولتی (۵۴/۴ درصد) و از مراکز خصوصی (۶/۸ درصد) بوده است، همخوانی داشت (۹). این تغایر را می توان به وجود تعداد بیشتر بیمارستان ها و مراکز خصوصی در تهران نسبت داد و همچنین در تهران بیماران بیشتری (با توجه به سطح اقتصادی رفاهی شهروندی) به مراکز خصوصی مراجعه می نمایند، در حالی که در شهرستان ها بیشتر بیماران به بیمارستان دولتی مراجعه می کنند و تحت درمان قرار می گیرند. بنابراین انتظارات مردم شهرستان ها از امکانات بیمارستان های دولتی بیش از انتظارات مردم تهران می باشد. نیاز است توجه بیشتر مسئولین به بهبود و تأمین وسایل درمانی در بیمارستان های دولتی استان اصفهان صورت گیرد. همچنین فقط ۵/۶ درصد شکایات از بیمارستان های تأمین اجتماعی بود که نشانه ی آن است که بیماران در صورت عدم پرداخت هزینه ی ظاهری، کمتر برای اقدام به شکایت می اندیشند.

با توجه به یافته های این پژوهش، بیشترین شکایت (۴۳/۲ درصد) در مواردی صورت گرفته بود که فرد با بیماری یا آسیب حاد مراجعه نموده بود که با مطالعه‌ی دیگری در تهران همخوانی داشت (۱۵) که این مطلب می تواند ناشی از طرز برخورد بیمار و اطرافیان وی با موارد اورژانسی و قضاوت آن ها باشد. اکثر مردم با موارد اورژانسی و طرز صحیح برخورد با آن از طریق رسانه های جمعی آشنایی پیدا کرده اند و حداقل همان اقدامات را از پزشک خود انتظار دارند. علاوه بر این، فشار روانی ناشی از بیماری های حاد بیش از سایر بیماری ها می باشد، به همین دلیل اداره‌ی صحیح موارد اورژانسی به برنامه ریزی دقیق و کنترل مرتب نیاز دارد. هر چند در مورد بیماران با هر سن و هر نوع بیماری

با وجود دریافت مخارج سنگین از بیمار و اطرافیان وی، نتیجه‌ی مطلوب نیز حاصل نگردیده باشد. در این موارد بهتر است پزشک با صبر و حوصله و متانت بیشتری با اطرافیان بیمار متوفی همدلی و همدردی خود را نشان دهد. همچنین مسؤولین دولتی جهت پرداخت هزینه‌های این گونه بیماران بودجه‌ای را در نظر بگیرند.

با توجه به یافته‌های پژوهش بین نتیجه‌ی حکم صادره و تبرئه با قصور پزشک معالج ارتباط معنی‌داری با سن بیمار احراز نگردید، ولی با جنس بیمار ارتباط داشت و نشانه‌ی این مطلب است که زنان با دقت بیشتر و دقیق‌تر به مسأله‌ی خطای پزشکی می‌نگرند و از طرح شکایات بیهوده و خالی از قصور واقعی پزشک، می‌پرهیزند و بنابراین در صورت طرح دعوی شکایت به نتیجه‌ی بیشتری می‌رسند و حتی میانگین درصد قصور تعیین شده در بیماران زن ($35/5 \pm 46/9$ درصد) بیش از بیماران مرد ($32/07 \pm 29/8$ درصد) تعیین گردیده بود و نشانه‌ی این است که ادعای زنان به واقعیت نزدیک‌تر می‌باشد و چه بسا قبل از شکایت با حساسیت و دقت بیشتر با افراد مطلع و آگاه و کارشناس و خیره در این زمینه مشورت می‌نمایند.

همچنین بین نتیجه‌ی حکم صادره و درصد قصور تعیین شده با میزان تحصیلات بیمار ارتباط معنی‌داری به دست آمد، بدین معنی که افرادی با تحصیلات بالاتر از متوسطه (مدرک دیپلم یا بالاتر)، با تحقیق و تفحص بیشتر، اقدام به شکایت علیه پزشک معالج کرده بودند و برای اثبات خطای پزشک خود، ادله‌ی محکم‌تری در دست داشتند.

با توجه به پژوهش حاضر بین جنس پزشک و نتیجه‌ی حکم صادره و همچنین میزان قصور تعیین شده ارتباطی مشهود نبود. به عبارتی دیگر، هر چند میزان

شکایات از پزشکان زن کمتر بود، ولی در صورت شکایت از آن‌ها میزان خطا و احتمال قصور آن‌ها تفاوت معنی‌داری با پزشکان مرد نداشت. این مطلب با یافته‌های یک مطالعه در آمریکا که نشان داد خطای درمانی با جنس پزشک مرتبط است، همخوانی نداشت (۱۰). این امر می‌تواند، تأثیر شرایط محیطی همچنین قصور سایر افراد کادر درمانی را در بروز خطا نمایان سازد که برای هر دو جنس یکسان می‌باشد. با وجود تعداد شکایات بیشتر از پزشکان با سابقه‌ی کاری بیشتر، وجود و میزان قصور در ایشان تأیید نگردید. همچنین میانگین درصد قصور تعیین شده برای این پزشکان کمتر از پزشکان با سابقه‌ی کمتر بود که نشان می‌دهد وجود تجربه‌ی کاری، احتمال خطا و قصور پزشکی را کاهش می‌دهد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که با وجود انبوه شکایات علیه بیمارستان‌های دولتی ($58/1$ درصد)، قصور قابل توجهی در این مراکز صورت نگرفته بود. همچنین، در ارزیابی میزان خطا یا درصد قصور تعیین شده در مراکز خصوصی، به ویژه مطب‌ها، میانگین میزان خطا ($27/47 \pm 36/4$ درصد) بیشتر از مراکز دولتی ($30/56 \pm 31/5$ درصد) بود که می‌تواند ناشی از این مطلب باشد که به خصوص در مراکز دانشگاهی نظارت مسؤولین و پزشکان با رتبه‌ی هیأت علمی بیشتر است و اقدامات درمانی بر مبنای مطالب علمی و فنون و مهارت‌های عملی جدیدتر انجام می‌شود. همچنین انجام مشاوره با سایر پزشکان هم رشته و یا رشته‌های تخصصی دیگر در این مراکز آسان‌تر می‌باشد. این مطلب با دو مطالعه در تهران و کرمانشاه همخوانی داشت (۱۶، ۱۱، ۹-۸).

با توجه به یافته‌های این پژوهش با وجود تمایل

درصد) و حد ($27/24 \pm 27/47$ درصد) رنج می‌برد که می‌تواند ناشی از اتخاذ نامناسب مدل ارتباطی بین پزشک و بیمار باشد. در شرایط اورژانسی جهت بیماران بدحال و یا آسیب‌های حاد که بیمار اختیار درمان خود را به طور کامل به دست پزشک معالج می‌سپارد، پزشکان ما نقش درمان بیمار به روش فعال یا کنترل شده را به خوبی ایفا می‌نمایند؛ ولی در درمان بیماری‌های مزمن مثل نارسایی کلیوی و دیابت که نیاز به انجام مشارکت متقابل بین پزشک و بیمار می‌باشد و پزشک برای پیش‌برد اهداف درمانی خویش نیاز بیشتر به جلب نظر و همکاری بیمار خود دارد، پزشکان به خوبی توانسته بودند ایفای نقش نمایند و دچار خطا گردیدند (۱۷، ۱). این امر لزوم اجرای بیشتر کلاس‌های آموزش مدل‌های بیماری و ارتباط با آن‌ها، همچنین لزوم سیستم پی‌گیری قوی‌تری را نمایان می‌سازد.

نتیجه‌گیری

امروزه احتمال دعوی قصور پزشکی بالا است و دلایل افزایش آن از دست رفتن اعتماد عموم به حرفه‌ی پزشکی و افزایش هزینه‌ی درمان و بالارفتن انتظارات و فشار وکلا و همکاران است.

عدم توانایی در برقراری ارتباط پزشک با بیمار یکی از علل اصلی دعاوی قصور پزشکی می‌باشد. سایر علل شامل خصوصیات شخصی و شخصیتی بیمار و پزشک و همچنین نوع بیماری و آسیب وارده، در اقامه‌ی دعوی علیه پزشک مؤثر می‌باشند و نیاز است برای پیش‌گیری از اقامه‌ی چنین ادعایی، پزشکان اطلاعات لازم برای درک بهتر شرایط بیماری و خصوصیات بیمار را به دست آورند و همچنین با ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار و اطرافیان بیمار و کسب اطمینان از فهم آن‌ها و برقراری

بیشتر مردم نسبت به طرح شکایت در مورد شدت آسیب نهایی از جمله فوت یک بیمار، ارتباط معنی‌داری بین نتیجه‌ی حکم صادره با آسیب نهایی احراز نگردید. به بیان دیگر، آسیب شدید ناشی از یک بیماری یا سانحه به علت خطای پزشک نمی‌باشد و ذات بیماری و سایر شرایط در این امر دخیل می‌باشند. همچنین درصد قصور تعیین شده برای پزشک معالج، ارتباط معنی‌داری با آسیب نهایی داشت. بیشترین میانگین درصد تعیین شده‌ی قصور در مواردی بود که بیمار به دنبال خسارت مالی متضرر شده بود (39 ± 61 درصد) و کمترین آن پس از فوت بیمار به میزان ($19/5 \pm 18/6$ درصد) تعیین گردیده بود. بدین معنی که با وجود آسیب شدیدتر مثل فوت یا نقص عضو درصد خطای پزشک کمتر بود، یعنی پزشک با توجه به شدت بیماری عنایت و اهتمام بیشتری به خرج داده بود و تلاش بیشتری برای نجات جان بیمار خویش مبذول داشته بود، ولی در موادی که شدت بیماری یا آسیب از نظر پزشک جزئی‌تر بود و احتمال بهبود بیشتری برای بیمار وجود داشت، پزشک از اهتمام و عنایت به بیمار کاسته و مرتکب خطای بیشتری شده بود. با توجه به یافته‌های این تحقیق در شرایط حاد و اورژانسی بیماری، مردم توقعات بیشتری از کادر درمانی و پزشک داشتند و امکان انجام شکایت از طرف بیماران بیشتر بود ولی ارتباط معنی‌داری بین نتیجه‌ی حکم صادره و وضعیت بیماری به دست نیامد.

نشان داده شد که درصد خطای صورت گرفته ارتباط معنی‌داری با وضعیت بیماری داشت، یعنی در مواردی که بیماری ظاهری مشهود نبود ($37/36 \pm 79/43$ درصد) و همچنین در بیماری‌های مزمن ($35/8 \pm 42/11$ درصد)، درصد خطا بیشتر از زمانی تعیین شده بود که فرد از بیماری یا آسیب تحت حد ($14/33 \pm 15/10$

ساز و روش های بهتر درمانی و تشخیصی، با استفاده از ارتباط با همکاران و مشاورین و محققین بهره جویند. خطای پزشکی قابل اجتناب نیست، ولی باید تلاش کرد که از خطاهای پزشکی قابل اجتناب پرهیز شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه ی اجرای طرح پژوهشی به شماره ی ۱۱۳۹۵۹ بود. بدین وسیله از پرسنل اداره ی پزشکی قانونی استان اصفهان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

ارتباط شفاف و صادقانه و تأکید بر مطالب مهم در جهت درمان بیمار و همچنین انجام مشاوره با سایر پزشکان و ایجاد یک فضای فیزیکی مناسب در مطب یا مرکز درمانی با تهیه ی تجهیزات مناسب و پیشرفته از طرح شکایت توسط بیماران و همراهان آن ها جلوگیری به عمل آورند. همچنین در اقدامات اورژانسی و غیر اورژانسی به برنامه ریزی صحیح و کنترل مرتب آن مبادرت ورزند. بهتر است پزشکان در درمان بیماران به صورت گروهی عمل نمایند و جلسات مشورتی کافی و منظم تشکیل دهند که در این جلسات از بیماران مشکل

References

- 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.
- Leaman TL, Saxton JW. Preventing Malpractice: The Co-active Solution. New York: Springer; 1993. p. 9-14.
- Madea B, Preuss J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int* 2009; 190(1-3): 58-66.
- Charatan F. Medical errors kill almost 100000 Americans a year. *BMJ* 1999; 319(7224): 1519.
- Harris MH. To err is human--the fallible physician. *S D J Med* 2004; 57(1): 9-11.
- Kermode-Scott B. US has most reports of medical errors. *BMJ* 2005; 331(7525): 1100.
- Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med* 2003; 348(23): 2281-4.
- Haghi SZ, Zare G, Attaran H. The factors that result in the conviction of surgical teams in medical negligence claims and the quality of assessing such claims in Mashad's Medical council. *Sci J Forensic Med* 2005; 11(3): 141-5. [In Persian].
- Shikhazadi A, Ghadiani MH, Kiani M. Medical negligence complaint dentists in Iran. *Sci J Forensic Med* 2008; 13(3): 171-80. [In Persian].
- Rafiei M, Alami Harandi S. Assessing Records of Medical Negligence Complaints in Neurosurger y Submitted to the National 's Medical Council during 2001-2006 [Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.
- Amooi M, Soltani K, Kahani A, Najjari F, Rohi M. Assessing medical negligence cases submitted to the National's Forensic Medicine 1999. *Sci J Forensic Med* 2000; 6(21): 15. [In Persian].
- Akhlaghi M, Tofighi Zavareh H, Samadi F. Medical negligence claims in obstetrics and gynecology referred to the Medical Commission of the National Forensic Medicine Organization during 2001-2. *Sci J Forensic Med* 2004; 10(34): 70-4. [In Persian].
- Howie WO. Anesthesia-related lawsuits in Maryland: CRNA and anesthesiologist claims. *AANA J* 1998; 66(4): 394-7.
- Nobakht Haghighi A, Zali MR, Mahdavi MS, Norouzi A. Assessing the causes of patient complaints from physicians among those referred to Tehran Medical council. *J Med counc Islam Repub Iran* 2000; (4): 295 -303. [In Persian].
- Mahfouzi A, Taghadosi-nejad F, Abedi Khoorasgani H. Assessing medical negligence complaint records from anesthesia specialty referred to the Medical Commission of the National 's Forensic Medicine Commission during 6 year periods up to 1999. *Sic J Forensic Med* 2002; 8(26): 4-10. [In Persian].
- Rasouli S. Prevalence of anesthetic injuries in claims referred to Tabriz medical council. *Journal of legal medicine of Islamic Republic of Iran* 2003; 29; 9: 18-21. [In Persian].
- Sadock BJ, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 12-35.

The Factors Affecting the Final Verdict in Medical Errors Complaints

Mahrang Hedaiati MD¹, Mandana Nejadnik MD², Mehrdad Setare MD³

Abstract

Background: Complaints from medical doctors have created problems for both physicians and patients. As a result, patients find it hard to trust their physicians and doctors feel more stressed. The purpose of this search was to evaluate all complaints in all specialized fields and to identify the subjects at risk. It also tried to assess the effects of characteristics of plaintiffs (patients) and defendants (physicians) on the final verdict.

Methods: This was a retrospective cross-sectional study. The statistical population consisted of all records of the malpractice complaints in different specialized fields adjudicated in Isfahan Department of Legal Medicine, during 2009-2010. Demographic characteristics of physicians and patients, the place at which the physician worked, type of medical negligence, conviction rate, and complaint outcome were evaluated.

Findings: In the 123 studied cases, the mean age of patients was 37.8 ± 7.8 . Moreover, 64.5% were men and 53% had a high school diploma or a higher educational level. The mean age of physicians was 43.29 ± 9.64 . In addition, 81% were men, 45.9% were highly experienced and 65.3% were specialists (surgery, orthopedics, gynecology, and anesthesia). Most complaints were from non-academic governmental centers. While 50.8% of physicians were charged with an average of 35.2 ± 34.1 percent error, the most common error type was imprudence. The final verdict was associated with education and gender of the patient. The percent error was associated with type of disease, education and gender of the patient, and the final injury and disease status.

Conclusion: Patients may complain from physicians due to increased awareness and expectations. Specialists, particularly surgeons, are more at risk. Although many complaints of severe injuries, such as death, have been made, the percentage of failure has been determined to be higher in minor injuries or financial losses. Therefore, considering the high rate of fault in judgment commissions, more teaching and counseling centers are required.

Keywords: Malpractice, Forensic medicine, Education level, Gender, Age.

¹ Forensic Medicine Specialist and Toxicologist, Department of Forensic Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² General Practitioner, Legal Medicine Office, Isfahan, Iran.

³ Forensic Medicine Specialist, Legal Medicine Office, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mahrang Hedaiati MD, Email: Mahrang9@yahoo.com