journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2021 Dec;27(3):165-173 Volume 27,Issue 3, Autumn 2021 Research Article

Investigating the Extent of Negligence and its Relevant causes in the Field of Obstetrics and Gynecology in the Cases Referred to the General Directorate of Medical Commissions of Tehran Province, Iran

Masoud Ghadipasha[1] MD, Ali Mohammad Ali Mohammadi[1*] MD, Seyed Amirhosein Mahdavi[1] MD, Samira Aram[1] MD, Maryam Akhgari[1] MD, Parsa Ghadipasha[2] MD

[1] Legal Medicine Research Center, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran
[2] Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

***Correspondence to:** Ali Mohammad Ali Mohammadi, Email: aalimohammadidr@yahoo. com

ARTICLE INFO

Article history:
Received: July 7, 2021
Accepted: September 26, 2021
Online Published: December 6, 2021

Keywords:
Medical malpractice
Women
Forensic medicine

HIGHLIGHTS

1. The most common causes of neglect of obstetricians are misdiagnosis, delay in treatment and incorrect technique; And the most common type of negligence is carelessness.
2. The Association of Obstetricians and Gynecologists and the Ministry of Health and Medical Education, with the necessary planning in this field, can have a significant impact on reducing medical error and increase the level of public health.

ABSTRACT

Introduction: Medical malpractice is an unintended consequence of providing health services to patients. Despite the efforts of the medical community and the advancement of medical technology; complaints have increased. This study aimed to take an effective step in preventing negligence by examining the extent of negligence and its related causes in the field of obstetrics and gynecology.

Methods: A descriptive, analytical and cross-sectional study was performed in 2021. Complaint cases against the negligence of obstetricians and gynecologists in 2017 were reviewed. Out of a total of 143 cases, 140 cases were reviewed after the approval given by the ethics committee in biomedical research. After completing the researcher-made questionnaire, data were analyzed by SPSS software version 23.

Results: From a total of 140 files, 50 and 90 cases resulted in negligence of obstetricians and innocence, respectively. Out of a total of 50 cases leading to negligence, the minimum failure rate was 2% and the maximum was 70%. Twenty-nine cases (58%) recklessness, 19 cases (38%) negligence, 1 case (2%) non-compliance with government systems and 1 case (2%) lack of skills; 2 cases (4%) delay in diagnosis, 11 cases (22%) incorrect diagnosis, 9 cases (18%) delay in treatment and 8 cases (16%) no indication of diagnostic or therapeutic action, 4 cases (8%) no diagnosis, 4 cases (8%) inappropriate technique, 8 cases (16%) non-observance of scientific standards, 2 cases (4%) non-supervision of resident work, 1 case (2%) disciplinary negligence and 1 case (2%) nurse negligence ; the reason was negligence.

Conclusion: The most common type of negligence is recklessness; by increasing the accuracy of medical and surgical procedures, the rate of negligence can be reduced. The Association of Obstetricians and Gynecologists and the Ministry of Health with the necessary planning can have a remarkable impact on reducing medical error and enhancing the level of public health.

How to cite: Ghadipasha M, Ali Mohammadi AM, Mahdavi SA, Aram S, Akhgari M, Ghadipasha P. Investigating the extent of negligence and its relevant causes in the field of obstetrics and gynecology in the cases referred to the general directorate of medical commissions of Tehran province, Iran. Iran J Forensic Med. 2021;27(3):165-73.

Copyright © 2021 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 2026-11-10]

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۲۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۱۶۵ تا ۱۷۳

مقاله پژوهشی

بررسی میزان قصور در رشته تخصصی زنان و زایمان و علل مرتبط با آن در پرونده‌های ارجاعی به اداره کل کمیسیون‌های پزشکی استان تهران

مسعود قادی‌پاشا[۱] MD، علی‌محمد علی‌محمدی[۱*] MD، سیدامیرحسین مهدوی[۱] MD، سمیرا آرام[۱] MD، مریم اخگری[۱] MD، پارسا قادی‌پاشا[۲] MD

[۱] مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
[۲] دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

*نویسنده مسئول: علی‌محمد علی‌محمدی، پست الکترونیک: aalimohammadidr@yahoo.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۴
انتشار برخط: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵

واژگان کلیدی:
قصور پزشکی
زنان
پزشکی قانونی

نکات ویژه

۱. شایع‌ترین علل قصور متخصصین زنان و زایمان، تشخیص نادرست، تأخیر در درمان و تکنیک نادرست؛ و شایعترین نوع قصور نیز بی‌احتیاطی می باشد.
۲. انجمن متخصصان زنان و زایمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برنامه‌ریزی لازم در این زمینه می‌توانند تأثیر بسزایی در کاهش خطای پزشکی داشته و باعث افزایش سطح سلامت جامعه شوند.

چکیده

مقدمه: قصور پزشکی ازپیامدهای ناخواسته درارائه خدمات سلامت به بیماران است. باوجود تلاش جامعه پزشکی و پیشرفت تکنولوژی درمانی، شکایات افزایش یافته است. این پژوهش با هدف بررسی میزان قصور و علل مرتبط با آن دررشته تخصصی زنان و زایمان صورت پذیرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی ـ تحلیلی ومقطعی است که در سال ۱۳۹۹ صورت پذیرفت. از مجموع ۱۴۳ پرونده شکایت از قصور متخصصان زنان و زایمان در سال ۱۳۹۶، ۱۴۰ پرونده پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی بررسی شد. پس ازتکمیل پرسشنامه محقق‌ساخته، داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: از مجموع ۱۴۰ پرونده، ۵۰ مورد منجر به قصور متخصصان زنان و زایمان و ۹۰ پرونده منجر به برائت شد. از مجموع ۵۰ پرونده منجر به قصور، حداقل میزان قصور ۲درصد و حداکثر میزان آن ۷۰درصد بود. ۲۹ مورد (۵۸درصد) بی‌احتیاطی، ۱۹ مورد (۳۸درصد) بی‌مبالاتی، یک مورد (۲درصد) رعایت نشدن نظامات دولتی و یک مورد (۲درصد) مهارت کم، ۲ مورد (۴درصد) تأخیر در تشخیص، ۱۱ مورد (۲۲درصد) تشخیص نادرست، ۹ مورد (۱۸درصد) تأخیر در درمان و ۸ مورد (۱۶درصد) فقدان اندیکاسیون اقدام تشخیصی یا درمانی، ۴ مورد (۸درصد) تشخیص ندادن، ۴ مورد (۸درصد) تکنیک نامناسب، ۸ مورد (۱۶درصد) رعایت نکردن موازین علمی، ۲ مورد (۴درصد) فقدان نظارت بر کار رزیدنت، یک مورد (۲درصد) قصور انتظامی و یک مورد (۲درصد) نیز قصور پرستار، علت قصور بود.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین نوع قصور بی‌احتیاطی است، بنابراین با افزایش دقت در اقدامات درمانی و جراحی می‌توان میزان قصور را کاهش داد. انجمن متخصصان زنان و زایمان و وزارت بهداشت و درمان با برنامه‌ریزی لازم می‌تواند تاثیر به‌سزایی در کاهش خطای پزشکی داشته باشند و باعث افزایش سطح سلامت جامعه شوند.

مقدمه

قصور پزشکی یکی از پیامدهای ناخواسته در ارائه خدمات سلامت به بیماران است که اکنون خود به عنوان یک مسئله مهم سلامتی و عامل آسیب و صدمه به سلامت در جوامع مختلف مطرح است [۱]. چنانچه فردی در اموری که قانوناً مسئولیت دارد کوتاهی کند و سبب آسیب دیدن فرد دیگری شود، فرد مسئول در قبال فرد دیگر دچار قصور شده و اگر او پزشک معالج بیمار باشد، قصور پزشکی صورت گرفته است. قصور پزشکی به دو دسته بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی تقسیم می‌شود [۲].

هر رفتاری اعم از فعل یا ترک فعل که در قانون برای آن مجازات تعیین شده، جرم محسوب می‌شود. مسئولیت کیفری، شخصی است. مسئولیت کیفری به علت رفتار دیگری تنها درصورتی ثابت است که شخص به طور قانونی مسئول اعمال دیگری باشد یا در رابطه با نتیجه رفتار ارتکابی دیگری، مرتکب تقصیر شود. تقصیر اعم از بی‌احتیاطی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، فقدان مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی و مانند آنها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود[۳]. قصور پزشکی نوعی جرم است که بنا به تبصره ۳ ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی ایران در حکم جرم شبه‌عمد است. جرایم عمومی عبارتند از: الف)جرم عمدی (با سوءنیت، قصد فعلی و قصد جرم همراه است) که مجازات آن قصاص است. ب) جرم غیرعمد یا شبه‌عمد (بدون مسئولیت) اما همراه با تقصیر (حرفه‌ای) است و قصد فعلی وجود دارد اما قصد جرم ندارد که مجازات آن دیه است. ج) خطای محض بدون سوءنیت و بدون تقصیر، نه قصد فعل و نه قصد جرم دارد که مجازات آن دیه است. برابر ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی تقصیر مشتمل است بر بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، فقدان مهارت و رعایت نکردن مقررات دولتی. بی‌مبالاتی شامل ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود اما صورت نگرفته است. تدارک ندیدن و تهیه تمهیدات لازم مثل آزمایش‌ها و عکس‌های رادیولوژی و انجام ندادن مشاوره‌های لازم و اخذ شرح حال و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی یا اقدام درمانی، معاینه نکردن قلب و تهیه نکردن نوار قلبی قبل از بیهوشی، همگی بی‌مبالاتی است. بنابراین در بی‌مبالاتی عملی باید انجام می‌گرفت که صورت نگرفته و جنبه منفی یا انجام ندادن کار مطرح است. بی‌احتیاطی: برخلاف بی‌مبالاتی جنبه مثبت و وجودی دارد یعنی اینکه فعلی انجام گرفته که از نظر علمی و اصول پزشکی نباید انجام می‌گرفت. بنابراین پزشک توجه و دقت کافی در امر درمان یا آزمایش را مبذول نداشته یا مرتکب اشتباه یا زیاده‌روی شده که در نتیجه ضرر جسمانی یا روانی برای بیمار ایجاد کرده است. از جمله مثال‌های این مورد، پاره شدن روده در حین اعمال جراحی شکم، اگذاشتن وسایل جراحی یا پانسمان در داخل بدن، هرگونه دستکاری نابه‌جا در اعضایی که در مجاورت عضو مورد عمل قرار دارند، تجویز دارو بیش از میزان لازم و نظایر آن قابل ذکر است. فقدان مهارت: شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم را برای انجام کار به‌خصوصی نداشته باشد، مانند تاخیر در تصمیم‌گیری به موقع، نداشتن سرعت لازم برای انجام عمل جراحی و جلوگیری از عوارض قابل پیش‌بینی. مهارت یک پزشک، کارآیی و توانایی او در انجام وظیفه‌ای است که برعهده می‌گیرد و فقدان مهارتش به ناتوانی او یا فقدان کارآیی‌اش برای انجام امور تخصصی پزشکی یا جراحی وابسته است. فقدان مهارت ممکن است از نوع عملی باشد و ناشی از تازه‌کار بودن یا بی‌تجربگی و یا از نوع علمی باشد و حاکی از بی‌سوادی و بهره نداشتن کافی از دانش پزشکی که به هر صورت نمی‌تواند عذر موجه یا از بین برنده مسئولیت برای قصور پزشک باشد. فقدان مهارت به صورت ندانم‌کاری یا دستپاچگی در جراحان و متخصصان تازه کار اغلب هنگامی دیده می‌شود که در حین عمل جراحی یا اقدام درمانی تخصصی با واقعه‌ای غیرعادی روبه‌رو می‌شوند. برای مثال، بیماری به‌دنبال شکستگی چندقطعه‌ای و داخل مفصلی انتهای تحتانی استخوان فمور راست به دست یک متخصص ارتوپدی تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و متاسفانه پزشک معالج برای درمان این شکستگی پیچیده و مشکل از روش درست و منطقی استفاده نمی‌کند که این امر سبب جوش نخوردن استخوان و بروز عوارض عفونی در مفصل شده است. به هر حال از یک پزشک انتظار نمی‌رود که از همه دقایق علمی و فنی رشته خویش اطلاع داشته باشد اما در مقابل لازم است اطلاعاتی درحد معقول و متناسب از پیشرفت‌های مهم دانش پزشکی داشته باشد. ملاک تعیین این شناخت معقول و متناسب، خبرگان و کارشناسان صاحب صلاحیت و ارشد در رشته‌های تخصصی مربوط در کشور هستند. رعایت نکردن مقررات دولتی: یعنی بی‌توجهی به آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌های مقامات اداری مافوق، نظام پزشکی، وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی که حاکم بر اشتغال به حرفه پزشکی و مربوط به حرفه‌های گوناگون تخصصی پزشکی و رشته‌های وابسته به آن است، مانند رعایت نکردن ضوابط مربوط به تابلوی مطب یا سرنسخه‌های پزشکی یا خودداری از پذیرش بیماران اورژانسی و نظایر آن [۴].

براساس ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، پزشک معالج مسئول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل‌ن باشند. تبصره - موارد اورژانس از این ماده مستثنی است [۵]. در رشته پزشکی قصور وقتی رخ می‌دهد که ۳ شرط زیر وجود داشته باشد: ۱- فرد باید بیمارِ پزشک باشد. یعنی پزشک مسئولیت مراقبت پزشکی و درمانی او را پذیرفته باشد. ۲- عمل پزشک مطابق با استانداردهای پزشکی نباشد. ۳- در نتیجه‌این اقدامات بیمار متحمل آسیب روانی یا جسمی شده باشد. به هرحال باید بدانیم که پزشکان مسئول خطاهای خود هستند و بنابراین اگر

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

غفلت و سهل‌انگاری ایشان منجر به خسارت در بیماران شود باید به جبران بپردازند [۶]. دانستن این مسئله که کدام‌یک از انواع قصور پزشکی تشکیل‌دهنده شایع‌ترین نوع آن است، شاید بتواند در اندیشیدن تمهیدات آتی به‌منظور تقلیل میزان قصور راهگشا باشد. در مطالعه حاضر بر آن شدیم انواع علل قصور پزشکی متخصصان زنان و زایمان ارجاعی به اداره کل کمیسیون‌های پزشکی استان تهران را از ابتدا تا انتهای سال ۱۳۹۶بررسی کنیم تا به شایع‌ترین و نادرترین علل قصور در این رشته دست یابیم. امیدواریم که با ارائه نتایج مطالعه به انجمن رشته مربوطه و سازمان نظام پزشکی ایران بتوانیم گامی در راستای کاهش میزان قصور در رشته مذکور برداریم.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی ومقطعی است که در بازه زمانی یک ساله از ابتدا تا انتهای سال ۱۳۹۶ در اداره کمیسیون‌های پزشکی استان تهران انجام شد. تمامی پرونده‌های شکایت از قصور متخصصان زنان و زایمان طی بازه زمانی یک‌ساله بررسی شدند. پرونده‌هایی که حاصل بررسی آنها درکمیسیون به هر دلیلی (از جمله غیبت شاکی و یا مشتکی عنه، طرح ادعایی جدید توسط یکی از طرفین پرونده که نیازمند ارائه مدرک مستند بود، نیاز به دعوت از کارشناسان سایر رشته‌های تخصصی داشت و...) منتج به احراز قصور و یا برائت نشده بود و نیاز به بررسی مجدد در جلسه دیگری داشت و زمان تشکیل جلسه مذکور خارج از بازه زمانی انجام مطالعه بود، از مطالعه خارج شدند. به عبارت دیگر پرونده‌هایی که موضوع آنها شکایت از قصور متخصصان زنان و زایمان بود و با وجود مستندات کافی و حضور طرفین پرونده از ابتدا تا انتهای سال۱۳۹۶به نتیجه رسیده بودند، وارد مطالعه شدند. بنابراین روش انجام مطالعه به صورت سرشماری انجام شد. در مجموع طی سال ۱۳۹۶ تعداد ۱۴۳ پرونده به‌دلیل شکایت از قصور متخصصان زنان و زایمان در اداره کمیسیون‌های پزشکی استان تهران وجود داشت که پس از درنظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه، ۳ پرونده از مطالعه خارج شد و ۱۴۰ پرونده وارد مطالعه شدند.

روش کار پس از دسترسی به پرونده‌ها، کنار گذاشتن آنهایی بودکه به نتیجه نهایی طی بازه زمانی یک ساله نرسیده بودند (۳ پرونده). سپس از روی پرونده‌های باقیمانده (۱۴۰پرونده به نتیجه رسیده)، پرسشنامه طراحی شده توسط محققان براساس مندرجات و مستندات موجود در پرونده کمیسیون تکمیل شد. پس ازتکمیل و جمع‌آوری کلیه چک‌لیست‌ها، داده‌ها توسط نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری SPSS آنالیز شد. از آزمون آماری خی دو استفاده شد وسطح معناداری یا کمتر از ۵درصد معنادار در نظر گرفته شد.

جدول۱. یافته‌های پژوهش

نوع متغیر	توضیحات	تعداد	درصد
تخصص شاکی	متخصص زنان و زایمان	۳۰	۲۱/۴درصد
	متخصص زنان و زایمان و مسئول فنی بیمارستان	۲	۱/۴درصد
	متخصص زنان و زایمان و متخصص بیهوشی	۱	۰/۷درصد
	متخصص زنان و زایمان و ماما	۲	۱/۴درصد
	متخصص زنان و زایمان و مسئول فنی بیمارستان و ماما	۱	۰/۷درصد
	متخصص زنان و زایمان و متخصص اطفال و مسئول فنی بیمارستان	۲	۱/۴درصد
	متخصص زنان و زایمان و متخصص جراحی عمومی	۱	۰/۷درصد
	متخصص زنان و زایمان و متخصص اورولوژی	۱	۰/۷درصد
	مسئول فنی بیمارستان	۱	۰/۷درصد
	دستیار رشته زنان و زایمان و ماما	۲	۱/۴درصد
	دستیار رشته زنان و زایمان	۳	۲/۱درصد
	متخصص اطفال و جراح عمومی و مسئول فنی بیمارستان	۱	۰/۷درصد
	پرستار	۱	۰/۷درصد
	ماما	۱	۰/۷درصد
	تکنیسین اتاق عمل	۱	۰/۷درصد
	برائت	۹۰	۶۴/۲درصد
	مجموع	۱۴۰	۱۰۰درصد
گروه سنی شاکیان	زیر ۱۸ سال	۱	۰/۷درصد
	۱۸-۳۵سال	۸۷	۶۲/۱درصد
	۳۶-۶۰سال	۵۰	۳۵/۷درصد
	۶۱ سال به بالا	۲	۱/۴درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد
گروه سنی شاکیان	زیر ۱۸ سال	۱	۰/۷درصد
	۱۸-۳۵سال	۸۷	۶۲/۱درصد
	۳۶-۶۰سال	۵۰	۳۵/۷درصد
	۶۱ سال به بالا	۲	۱/۴درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد
نوع قصور	بی‌احتیاطی	۲۹	۲۰/۷درصد
	بی‌مبالاتی	۱۹	۱۳/۶درصد
	رعایت نکردن نظامات دولتی	۱	۰/۷درصد
	فقدان مهارت	۱	۰/۷درصد
	برائت	۹۰	۶۴/۲درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

نوع متغیر	توضیحات	تعداد	درصد
	تأخیر در تشخیص	۲	۱/۴درصد
	تشخیص نادرست	۱۱	۷/۸درصد
	تأخیر در درمان	۹	۶/۴درصد
	فقدان اندیکاسیون اقدام تشخیصی یا درمانی	۸	۵/۷درصد
	فقدان تشخیص	۴	۲/۸درصد
	تکنیک نامناسب	۴	۲/۸درصد
	رعایت نشدن موازین علمی	۸	۵/۷درصد
	نظارت نکردن اتند بر عملکرد رزیدنت	۲	۱/۴درصد
	قصور انتظامی	۱	۰/۷درصد
	قصور پرستار	۱	۰/۷درصد
	برائت	۹۰	۶۴/۲درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد
محل وقوع قصور	بیمارستان دولتی	۱۲	۸/۶درصد
	بیمارستان دولتی آموزشی	۱۵	۱۰/۷درصد
	بیمارستان خصوصی	۲۳	۱۶/۴درصد
	مطب	۰	۰
	برائت	۹۰	۶۴/۲درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد
نوع خدمت	تشخیصی	۱	۰/۷درصد
	درمان طبی	۲	۱/۴درصد
	جراحی	۴۷	۳۳/۵درصد
	برائت	۹۰	۶۴/۲درصد
	کل	۱۴۰	۱۰۰درصد

یافته‌ها

در پرونده‌های مرتکب قصور متغیرهایی نظیر تخصص شاکی، گروه سنی شاکیان، نوع قصور، شرح قصور، محل وقوع قصور و نوع خدمت مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱).

فراوانی افراد مرتکب قصور پزشکی در پرونده‌های شکایت از متخصصان زنان و زایمان

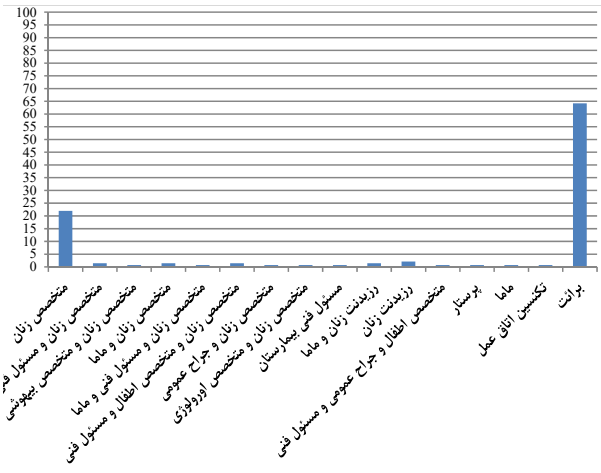
از مجموع ۵۰ پرونده قصور، در ۳۲ پرونده تنها قصور متخصصان زنان و زایمان احراز شد و در ۲ پرونده متخصص زنان و زایمان و مسئول فنی بیمارستان، در یک پرونده متخصص زنان و زایمان و متخصص بیهوشی، در۲پرونده متخصص زنان و زایمان و ماما، در۲پرونده متخصص زنان و زایمان و مسئول فنی بیمارستان و ماما، در۲پرونده متخصص زنان و زایمان و متخصص اطفال و مسئول فنی بیمارستان، در یک پرونده متخصص زنان و زایمان و متخصص جراحی عمومی، در یک پرونده متخصص زنان و زایمان و متخصص اورولوژی، در یک پرونده مسئول فنی بیمارستان، در یک پرونده پرستار، در یک پرونده ماما، در یک پرونده دستیار رشته زنان و زایمان و ماما، در یک پرونده متخصص اطفال و جراح عمومی و مسئول فنی بیمارستان و نهایتاً در یک پرونده تکنیسین اتاق عمل مرتکب قصور پزشکی شده بودند (نمودار۱).

شاکیان به تفکیک گروه سنی

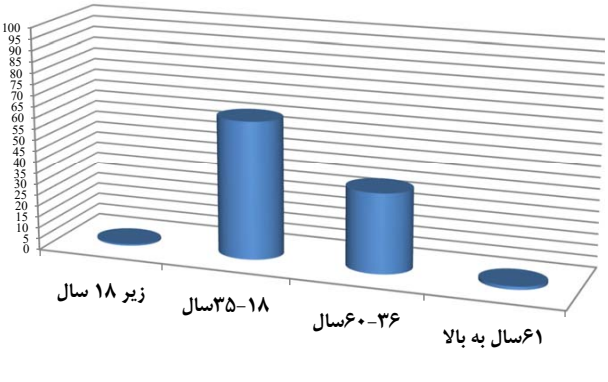
از مجموع ۱۴۰ پرونده بررسی شده، پراکندگی تعداد شاکیان به تفکیک گروه سنی به شرح ذیل است (نمودار۲).

نوع قصور

از مجموع ۵۰ پرونده منجر به قصور متخصصان زنان و زایمان، در ۲۹ مورد (۵۸درصد) بی‌احتیاطی، در ۱۹ مورد (۳۸درصد) بی‌مبالاتی، در یک مورد (۲درصد) رعایت نکردن نظامات دولتی و در یک مورد (۲درصد) فقدان مهارت، علت قصور بود (نمودار۳).



▲نمودار۱. فراوانی مشتکی عنه

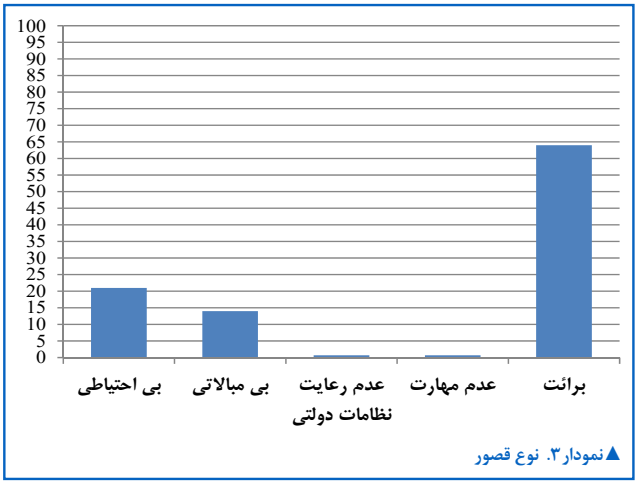


▲نمودار۲. شاکیان به تفکیک گروه سنی

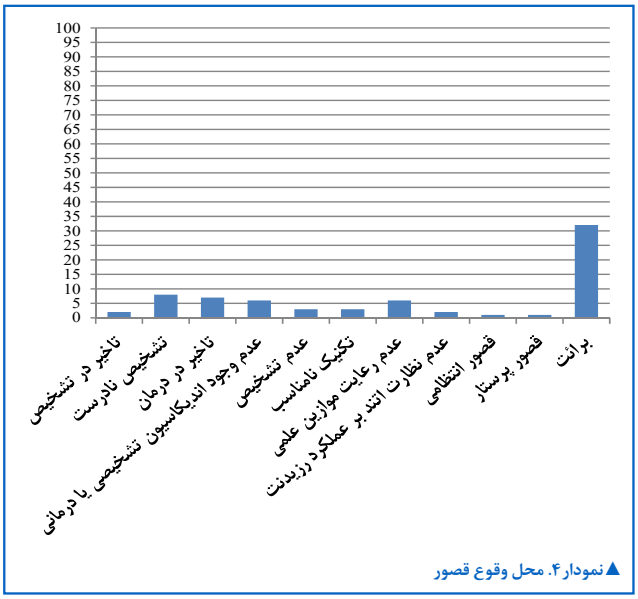
[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

شرح قصور

از مجمـــوع ۵۰ پرونده منجر بـــه قصور متخصصان زنان و زایمان، در ۲ مورد (۴درصد) تأخیر در تشخیص، در ۱۱ مورد (۲۲درصد) تشخیص نادرست، در ۹ مورد (۱۸درصد) تأخیر در درمـــان، در ۸ مورد (۱۶درصد) فقدان اندیکاســـیون اقدام تشـــخیصی یا درمانی، در ۴ مورد (۸درصد) فقدان تشخیص، در ۴ مورد (۸درصد) تکنیک نامناسب، در ۸ مورد (۱۶درصد) رعایت نشـــدن موازین علمی، در ۲ مـــورد (۴درصد) نظارت نکـــردن اتند بر کار رزیدنت، در یک مـــورد (۲درصد) قصور انتظامی و در یک مورد (۲درصد) قصور پرســـتار علت قصور بود (نمودار۴).



▲نمودار۳. نوع قصور



▲نمودار۴. محل وقوع قصور

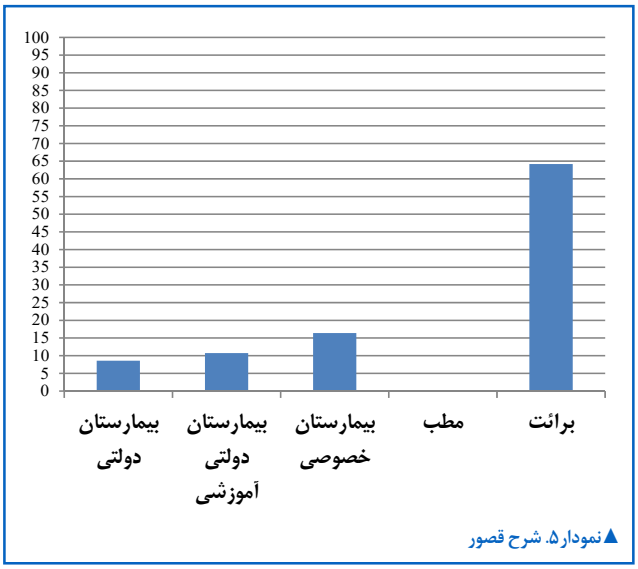
محل وقوع قصور

از مجموع ۱۴۰ پرونده شـــکایت از متخصصـــان زنان و زایمان بررسی شـــده، در ۵۰ مورد قصور پزشکی احراز شد که از مجموع ۵۰ مـــورد قصور، ۱۲ مورد (۲۴درصد) در بیمارســـتان دولتی، ۱۵ مـــورد (۳۰درصـــد) در بیمارســـتان دولتی- آموزشـــی و ۲۳ مورد (۴۶درصد) در بیمارستان خصوصی رخ داده بود. (نمودار۵).

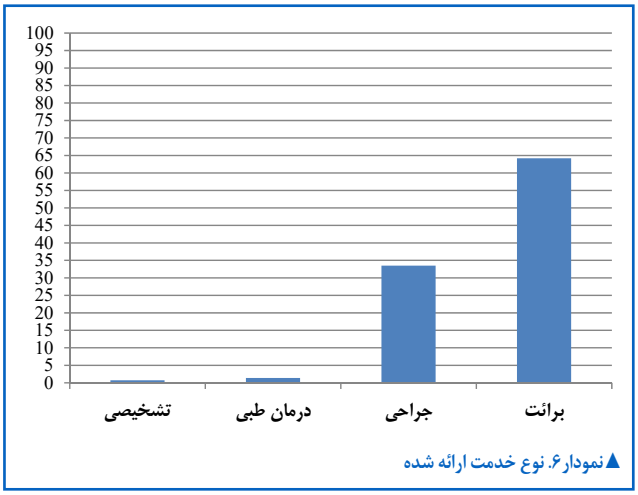
نوع خدمت ارائه شده در موارد احراز قصور پزشکی

از مجموع ۱۴۰ پرونده بررســـی شده، در ۵۰ پرونده که قصور متخصص زنان و زایمان احراز شـــد نوع خدمت ارائه شده از سوی پزشک به شرح ذیل است (نمودار۶).

از مجمـــوع ۱۴۰ پرونده قصور متخصصان زنـــان و زایمان که



▲نمودار۵. شرح قصور



▲نمودار۶. نوع خدمت ارائه شده

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، ۵۰ پرونده منجر به قصور و ۹۰ پرونده منجر به برائت پزشک شد. در مطالعه حاضر، از مجموع ۵۰ پرونده بررسی شده منجر به قصور متخصصان زنان و زایمان، بیشترین میزان قصور پزشکی احراز شده به میزان ۷۰درصد بود. علت قصور در اغلب موارد بی‌احتیاطی بود. بیشترین عامل قصور، تشخیص نادرست بود. همچنین اغلب موارد قصور در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده بود. بیشتر موارد قصور در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال رخ داده بود و بیشترین نوع خدمت ارائه شده از سوی پزشک که منجر به قصور پزشکی شده بود، درمان جراحی بود.

بحث

در مطالعه حاضر، از مجموع ۵۰ پرونده بررسی شده منجر به قصور متخصصان زنان و زایمان، بیشترین میزان قصور پزشکی احراز شده ۷۰درصد بود. علت قصور در اغلب موارد بی‌احتیاطی بود. بیشترین عامل قصور، تشخیص نادرست بود. همچنین اغلب موارد قصور در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده بود. بیشتر موارد قصور در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال رخ داده بود و بیشترین نوع خدمت ارائه شده از سوی پزشک که منجر به قصور پزشکی شده بود، درمان جراحی بود.

تحقیق حاضر نشان داد شایع‌ترین نوع قصور، بی‌احتیاطی است. نتایج این تحقیق با مطالعه‌ای در شهرستان ساری به‌منظور بررسی فراوانی شکایت از قصور پزشکی پرونده‌های ارجاع شده به پزشکی قانونی و نظام پزشکی این شهرستان در سال‌های ۸۹-۱۳۸۵ انجام شد. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بیشترین مورد شکایت از قصور پزشکی از نوع بی‌احتیاطی بوده است [۷].

پژوهش حاضر نشان داد که تشخیص نادرست، تاخیر در درمان و تکنیک نادرست، شایع‌ترین علل قصور در این رشته هستند. با مطالعه‌ای که درمورد بررسی شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ انجام شده، نتایج حاکی از آن بود که بیشترین نوع قصور آنها از نوع فقدان تبحر بود [۸].

در یک مطالعه که به‌منظور بررسی انواع قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان، ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱ انجام شد، در بین انواع قصور پزشکی، نداشتن مهارت (۵۰درصد) را متخصصان زنان و زایمان و رعایت نکردن نظامات دولتی (۶۶/۶۶ درصد) را مسئولان فنی بیمارستان به خود اختصاص داده بودند [۹]. در مطالعه‌ای مروری که در سال ۲۰۱۷ توسط دفتر سازمان بهداشت جهانی در آفریقای جنوبی با عنوان «آغازی در ایمنی بیماران در رشته زنان و زایمان» بر روی مجموع مطالعات انجام شده از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۵ انجام شد، تأثیر استراتژی‌های بهبود مراقبتی {Quality Improvement(QI)} مادران و نوزادان بررسی شد. روش‌های بهبود مراقبتی(QI) شامل تغییر افراد هر تیم پزشکی و آموزش پزشکان، پرستاران، ماماها، تکنیسین‌ها و... برای بهبود ایمنی مادران و نوزادان آنها بود. مطالعات شامل موارد تولد، مرده‌زایی، سزارین، شکایات از کادر درمان و میزان هزینه‌ها بود. نتایج این بررسی نشان داد که به‌کارگیری روش‌های بهبود مراقبتی(QI) می‌تواند ایمنی زنان و نوزادان آنها را در طول زایمان بهبود بخشد [۱۰]. در یک بررسی گذشته‌نگر از موارد جراحی ضروری NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program) که از ژانویه ۲۰۱۴ تا دسامبر ۲۰۱۴ انجام شد، موارد ارجاع و انتقال بیمار به بیمارستان مجهزتر و نیز موارد اورژانسی ثبت شدند و به طور مستقل نمره ASA برای مرگ و میر با استفاده از تعاریف منتشر شده محاسبه شد. یک نمونه تصادفی از ۵۰ نجات یافته غیراورژانسی و ۱۰ نجات یافته اورژانسی بررسی و سپس ASA تجدید شمارش شد و مدل‌سازی آماری برای شبیه‌سازی اثرات طبقه بندی‌های اشتباه ASA انجام شد. در ۱۸/۲درصد از مرگ‌ها ASA کمتر از کلاس واقعی تخمین زده شده بود که عمدتا در کلاس‌های ۳ و ۴ رخ داده بودند. اشتباه طبقه‌بندی ASA به طور قابل توجهی مرگ و میر O/E را تحت تاثیر قرار می‌دهد {observed to expected (O/E) mortality} با طبقه‌بندی دقیق ASA، مرگ و میر مشاهده شده از مرگ و میر مورد انتظار در این مطالعه بیش از حد نبود. آموزش درمورد تاثیر نمره ASA برای اطمینان از اطلاعات دقیق مرگ و میر O/E در بیمارستان‌ها با استفاده از NSQIP برای ارزیابی کیفیت جراحی حیاتی است [۱۱].

نتایج این تحقیق با مطالعه‌ای بر روی پرونده‌های شکایت‌های مربوط به رشته تخصصی زنان و زایمان که در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ در کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور مورد بررسی قرار گرفته بودند، مشخص کرد از ۷۶۸ پرونده مربوط به

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

شکایت از قصور پزشکی، ۹۷ مورد (۶۳/۱۲درصد) مربوط به شکایت از قصور پزشکی رشته زنان و زایمان بود. از کل این پرونده‌ها در ۴۱ مورد قصور در امر درمان رخ داده بود. بیشترین قصور در ۳۶ مورد (۱۱/۳۷درصد) مربوط به پزشکان معالج بود و بیشترین نوع قصور آنها از نوع فقدان تبحر بود [۸].

در تحقیقی که در اداره کل پزشکی قانونی اصفهان درمورد بررسی مقایسه‌ای پرونده های ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی اصفهان درخصوص عوارض جنین و مادری در زایمان‌های طبیعی و سزارین درسالهای ۱۳۹۲ تا پایان ۱۳۹۵ توسط دکتر مقاره‌زاده و همکاران انجام شد، به این نتیجه رسیدند که باتوجه به سن جنین، عوارض جنینی در زایمان طبیعی بیشتر از سزارین است و عوارض مادر در زایمان سزارین بیشتر از طبیعی بود، اما عوارض غیرمادری در زایمان طبیعی بیشتر بود [۱۲].

نتایج تحقیق حاضر که نشان داد بیشترین نوع خدمت ارائه شده از سوی پزشک که منجر به قصور پزشکی شده بود، درمان جراحی بود، با تحقیق سعیدی و همکاران (۱۳۸۸) که با هدف مقایسه عوارض نوزادی در زایمان های طبیعی و سزارین انجام شده، نتایج نشان داد از ۷۷۰ نوزاد مورد مطالعه، ۴۲۶ نوزاد با سزارین و ۳۴۴ نوزاد با زایمان طبیعی متولد شده‌اند. بین دو روش زایمان از لحاظ بروزسندرم زجر تنفسی نوزاد که در سزارین ۳۱ نفر و درزایمان طبیعی ۱۲ نفر بود تفاوت معناداری وجود داشت. خفگی زایمان در سزارین ۱۴ نفر و در زایمان طبیعی ۲۴ نفر بود. نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در سزارین ۲۸ نفر و در زایمان طبیعی ۳۳ نفر بود. بروز صدمات زایمان در سزارین ۲۶ نفر و در زایمان طبیعی ۴۸ نفر بود، همخوانی دارد [۱۳].

نتایج تحقیق حاضر نشان داد بیشترین قصور در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده که با نتایج جان‌بابایی و همکاران (۱۳۹۴) درپژوهشی با عنوان «بررسی روند زایمان سزارین و طبیعی در بیمارستان‌های مازندران» که از سال ۸۶ تا ۹۳ انجام گرفت، همخوانی دارد. میزان زایمان در بخش خصوصی در سال ۱۳۸۷ در مقایسه با سال ۱۳۸۶، ۱۷درصد رشد داشته است. از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ رشد زایمان در بخش خصوصی به ترتیب ۱۲درصد افزایش داشته است. این میزان با وجود کاهش قابل ملاحظه همچنان با حد انتظار سازمان بهداشت جهانی فاصله دارد [۱۴].

نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه شایع‌ترین نوع قصور بی‌احتیاطی است، با افزایش دقت در اقدامات درمانی و جراحی می‌توان میزان قصور را کاهش داد. نظر به‌اینکه تشخیص نادرست و تاخیر در درمان و تکنیک نادرست شایع‌ترین علت قصور در این رشته است، انجمن متخصصان زنان و زایمان و وزارت بهداشت و درمان با برنامه‌ریزی لازم در این زمینه می‌توانند تاثیر به‌سزایی در کاهش خطای پزشکی داشته باشند و باعث افزایش سطح سلامت جامعه شوند. نظر به‌اینکه بیشترین قصور در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده، لازم است توسط مسئولان مربوطه، آموزش آموزه‌های قانونی و برنامه‌ریزی لازم در این خصوص صورت پذیرد. امیدواریم ارائه‌این نتایج و مطالعه آن توسط متخصصان زنان و زایمان به اندیشیدن راهکاری پیشگیرانه در راستای کاهش میزان قصور در این رشته در کشور بینجامد.

تشکر و قدردانی: از تمامی اساتید، به ویژه کلیه اساتید، روسا، مدیران وکارکنان سازمان پزشکی قانونی، اداره کل پزشکی قانونی استان تهران و مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی، تشکر و قدردانی می‌کنم.

تأییدیه اخلاقی: جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ کد اخلاق از سامانه اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی با کد IR. LMO. REC. 1397. 87 و ارائه آن به اداره آموزش و پژوهش پزشکی قانونی استان تهران و اخذ معرفی‌نامه به‌منظور دسترسی به پرونده‌ها انجام شد.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: دکتر مسعود قادی پاشا ۲۵درصد؛ دکتر علی محمدعلی محمدی (نویسنده مسئول) ۱۵درصد؛ دکتر سید امیرحسین مهدوی ۱۵درصد ؛ دکتر سمیرا آرام ۱۵درصد؛ دکتر مریم اخگری ۱۵درصد؛ پارسا قادی پاشا ۱۵درصد.

منابع مالی: پژوهش حاضر توسط اداره کل پزشکی قانونی استان تهران مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

References

1. Tofiqi H. Selected forensic medicine. Fourth Edition. Tehran: Forensic Medicine Organization Country; 1997. [Persian]
2. Ali Mohammadi AM. Laws and professional rights of the medical community, 2018. [Persian]
3. Nayyeri MH. New Islamic penal code of the Islamic republic of Iran: an overview. Research Paper Series. 2012;1-25.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

4.Types of medical malpractice and how to complain about physician negligence. Health Rights Information Database, December 2016.
5. Ministry of Health and medical Education. Disciplinary regulations for dealing with trade union and professional violations of medical and related professions, 2015. [Persian]
6. Rafizadeh Tabai Zavareh S M, Haj Manoochehri R, Nasaji Zavareh M. Frequency of general physicians' negligence in complaints referred to the Forensic Medicine Commission of Tehran Center from 2003 to 2005. Iran J Forensic Med. 2007;13(3):152-7. [Persian]
7. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Ahmadzadeh Amiri A, Sheikh Rezaei M, Rahmani N, Pourhossein M, et al. Frequency of complaints about medical malpractice of cases referred to forensic medicine and medical system of Sari city in 2006-2010. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;21(86):244-51. [Persian]
8. Akhlaghi M, Tofiqi Zavareh H, Samadi F. Complaints of medical malpractice in the field of obstetrics and gynecology referred to the Medical Commission of the Forensic Medicine Organization during 2001 and 2002; causes and methods of prevention. Iran J Forensic Med. 2004;10(34):70-7. [Persian]
9. Azimi K, Pourbakhtiar M, Taghizadeh N, Soltani K, Qadi Pasha M, Daneshparvar HR. Investigation of various medical malpractices related to pregnancy and childbirth, referred to the Forensic Medicine Commission of the whole country during the years 2012-2013. Iran J Forensic Med. 2017;9(82):133-41. [Persian]
10.Antony J, Zarin W, Pham B, Nincic V, Cardoso R, Ivory JD, et al. Patient safety initiatives in obstetrics: a rapid review. BMJ Open. 2018;6;8(7):e020170. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020170.
11.Helkin A, Jain SV, Gruessner A, Fleming M, Kohman L, Costanza M, Cooney RN. Impact of ASA score misclassification on NSQIP predicted mortality: a retrospective analysis. Perioper Med (Lond). 2017;6:23. doi: 10.1186/s13741-017-0076-1.
12. Magharezadeh M, Giahchin L. Comparative study of referral cases to Isfahan Forensic Medicine Commission regarding fetal and maternal complications in normal deliveries and cesarean section from 2013 to the end of 2016. Iranian Legal Medicine Organization, 2017. [Persian]
13. Saeedi R, Mahmoudi GA, Ayati S, Rahmani S. Comparison of neonatal complications in neonates resulting from cesarean section and normal delivery. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2009;16(2):108-13. [Persian]
14.Keshavarz B, Oghabi Z, Eslaminiad E, Keshavarz S. Investigating the cases of gynecological and obstetric negligence related to natural childbirth referred to Isfahan forensic medical commissions after the implementation of the health system from 2017 and comparing it with the same period before it. Iranian Legal Medicine Organization, 2018. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]