www.sjfm.ir

مجله پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۲۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۱۳۸ تا ۱۴۰

سرمقاله

قصور پزشکی: امری قابل پیشگیری یا غیرقابل اجتناب

زهرا اسمعیلی شاهرودی مقدم[۱] MD، محسن صابری اسفیدواجانی[۲*] MD

[۱] گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۲] مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: محسن صابری اسفیدواجانی، پست الکترونیک: drsaberihaji@gmail.com

تاریخچه مقاله: دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵ پذیرش: ۱۴۰۰/ ۰۹/۱۱ انتشار برخط: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷

How to cite: Ismaili Shahroudi Moqaddam Z, Saberi Isfeedvajani M. Medical malpractice: A preventable or inevitable issue. Iran J Forensic Med. 2021;27(3):138-40.

قصور پزشکی یکی از مشکلات اساسی نظام سلامت است که منجر به آسیب بیمار و افزایش هزینه‌های بهداشتی می‌شود. متاسفانه امروزه قصور پزشکی روند فزاینده‌ای داشته است [۱,۲]. طبق برآورد صورت گرفته، از هر ۲۵ بیمار بستری در بیمارستان، یک نفر ممکن است بر اثر قصور پزشکی آسیب ببیند و هر سال بر اثر چنین اشتباهاتی ۴۸ تا ۹۸ هزار بیمار بستری، می‌میرند [۳,۱]. در کشور کانادا نیز برآورد شده که ۷,۵درصد از بیماران بزرگسال در بخش مراقبت حاد (۱۸۵ هزار نفر در سال) از یک عارضه جدی شدید رنج می‌برند که ۳۷ درصد آنها قابل پیشگیری هستند و ۲۰ درصد آنها منجر به مرگ می‌شوند [۴]. در کشورهای با درآمد بالا، تعداد قابل توجهی از بیماران هنگام دریافت خدمات سلامت دچار آسیب می‌شوند که منجر به معلولیت‌های دائمی، طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان و حتی مرگ می‌شود. در کشورهای با درآمد متوسط تا پایین، مجموعه‌ای از عوامل، ازجمله کمبود نیروی انسانی، ساختارهای ناکافی، تعداد بالای بیماران، کمبود تجهیزات و ساختارهای زیربنایی، مراقبت از بیماران را به خطر می‌اندازند.

بار اقتصادی حاصل از قصور پزشکی سالیانه میلیاردها دلار برآورد شده است [۲]. در حرفه پزشکی، قصور به معنای اقدامی است که فرد ارائه‌دهنده خدمات سلامت انجام داده و با انحراف از استانداردهای حرفه‌ای، باعث آسیب به بیمار می‌شود. در قانون مجازات اسلامی، قصور پزشکی در قالب ۴ عنوان بی‌مبالاتی (شامل ترک فعل لازم و ضروری است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود)، فقدان مهارت (شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم برای انجام آن کار به‌خصوص را نداشته باشد)، بی‌احتیاطی (انجام فعلی که از نظر علمی و اصول پزشکی نباید انجام شود، اما در اثر سهل‌انگاری انجام می‌یابد یا سهل‌انگاری در درمان) و رعایت نشدن نظامات دولتی (بی‌توجهی به آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مقامات بالاتر اداری، نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) شناخته می‌شود [۵,۱]. با این حال، خطای پزشکی یک اقدام غیرعمدی (خواه فعل یا ترک آن) یا اقدامی که به پیامد تعیین شده منجر نشود، ناتوانی در اتمام یک اقدام برنامه‌ریزی شده مطابق دلخواه (خطای اجرا)، استفاده از یک برنامه نادرست برای نیل به مقصود (خطای برنامه‌ریزی)، یا انحراف از روش مراقبت که می‌تواند یا ممکن است باعث آسیب به بیمار شود، محسوب می‌شود. بنابراین خطای پزشکی یک اثر نامطلوب مراقبت قابل پیشگیری است؛ خواه مشهود باشد یا برای بیمار مضر باشد یا نه. خطای پزشکی می‌تواند شامل تشخیص یا درمان نادرست یا ناقص یک بیماری، آسیب، رفتار، عفونت یا سایر بیماری‌ها باشد. بنابراین خطاهای پزشکی شامل خطا در تشخیص (خطاهای تشخیصی)، اشتباه در تجویز داروها (خطاهای دارویی)، اشتباه در انجام روش‌های جراحی، اشتباه در استفاده از انواع دیگر درمان، اشتباه در استفاده از تجهیزات، و اشتباه در تفسیر یافته‌های آزمایشگاهی باشد. اما آنچه باید به خاطر داشته باشیم این است که خطای پزشکی با عملی که با حسن نیت انجام شده است، رخ می‌دهد. در مقابل آن، قصور پزشکی، خسارت یا ضرری است به بیمار که در نتیجه ارائه‌نشدن خدمات مناسب توسط کادر پزشکی به دلیل بی‌مبالاتی، فقدان مهارت فرد خاطی و یا حتی قصد مجرمانه است [۵,۳,۲].

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-09]

برخی مطالعات در داخل کشـور به بررسـی فراوانی و انواع قصور پزشـکی به صورت کلی و بر حسـب نوع رشته تخصصی پرداخته‌اند. در مطالعه‌ای مروری نظام‌مند در ایران، از بین ۲۰۶۸ قصور پزشـکی بررسـی شـده بدون لحاظ نوع رشته تخصصی، بی‌مبالاتـی در ۱۱۰۵ مورد، بی‌احتیاطـی در ۴۳۲ مورد، فقدان مهـارت در ۲۵۵ مورد و رعایت نشـدن نظامات دولتی در ۲۴۴ مـورد رخ داده بـود [۵]. در مطالعه‌ای دیگر در حوزه شـکایت پوسـت و زیبایـی، بی‌احتیاطی، فقدان مهـارت، رعایت نکردن نظامـات دولیتـی و بی‌مبالاتی به ترتیـب در ۳۰ درصد، ۲۸,۱ درصـد، ۱۷,۷ درصد و ۲,۲ درصد پرونده‌ها ذکر شـده بود [۱]. برخی گروه‌های پزشـکی در معرض بیشـتری از شکایات بابت قصور پزشـکی قرار دارند. جراحان عمومی، پزشـکان عمومی، متخصصـان زنـان و زایمان، دندانپزشـکان و ارتوپدها جزو این دسته‌ها هستند [۵-۷]. در مطالعات خارج از ایران نیز بیشترین آمار به ترتیب مربوط به تخصص زنان و زایمان، جراحی عمومی و ارتوپدی گزارش شده است [۸-۱۰].

عوامـل متعـددی در بروز قصور پزشـکی نقـش دارند. در مطالعـه‌ای کیفی در ایـران، به ۶ مولفه اصلی اقتصاد سیاسـی سلامت، مشـکلات نظام سلامت، جایگاه پزشـکان در ساختار اجتماعی اقتصادی، نظارت ضعیف بر پزشکان، کیفیت نامطلوب آموزش پزشکی و نقش بیمه مسئولیت مدنی پزشکان به عنوان عوامل ساختار اساسی قصور پزشکی اشاره شده است. در مولفه اقتصاد سیاسـی سلامت، هژمونی کاپیتالیسـم یا سرمایه‌داری، توزیع نابرابر ثروت و متعاقب آن توزیع ناعادلانه خدمات سلامت، خصوصی‌سازی نظام مراقبت سلامت و شکل‌گیری سرمایه‌داری پزشکی نقش دارند. در مولفه مشکلات نظام سلامت می‌توان به غلبه درمان بر پیشگیری و بهداشت، افزایش بار خدمات پزشکی بیمارسـتان‌های دولتی، کمبود امکانات پزشکی و بیمارستانی، کمبود نیروی انسـانی، برتری کمیت بر کیفیت خدمت، افزایش بار خدمات پزشکی برای غلبه بر تعرفه‌های پایین و ارتباط مالی بین پزشک و بیمار اشاره کرد. جایگاه اجتماعی سیاسی پزشکان و وضعیت آنان در طبقـات اجتماعی جامعه نیز نقش مهمی بر قصور پزشکی دارد. در مولفه نظارت ضعیف بر پزشکان، می‌توان به نهادهای نظارتی ضعیف و ساختار قانونی ناکافی، نبود شفافیت و مقاومت پزشکان در برابر پیگیری قانونی موارد قصور پزشکی و نارسایی در گزارش خطاهای پزشکی اشاره کرد. در مولفه کیفیت نامطلوب آموزش پزشکی، آمار فزاینده دانشجویان علوم پزشکی، کاهش کیفیت آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی و شیوه‌های آموزش پزشـکی ناکارآمد و سـنتی قرار دارنـد. نهایتاً در مولفه نقش بیمه مسـئولیت مدنی پزشـکان می‌توان به راه‌حلی برای طـب تدافعی و محافظه‌کارانه ، نوعی تضمین و تسـهیل کننده قصور پزشکی، صنعت بیمه، در برابر کالایی شدن جان انسان‌ها مسـئول اسـت و مکانیسـمی برای جایگزینی اخلاق در رابطه پزشـک - بیمار اشـاره کرد [۲]. در مطالعه‌ای مروری نظام‌مند نتیجه‌گیری شده که کادر پزشکی مرد، پیرتر، دارای تجربه کاری بیشتر، با سابقه شکایت قبلی بابت قصور پزشکی، دارای تخصص در برابر پزشک عمومی و بار کاری بالینی بیشتر در معرض خطر بیشتری قرار دارند [۱۱].

بنابراین برای پیشـگیری از قصور پزشـکی، رفع موانع ذکر شده از اهمیت بالایی برخوردار است. وجود یک سیستم کارآمد، اخلاق‌محور و روزآمد [۵،۲] سازمان‌دهی بهتر و نظارت دقیق‌تر [۱۲،۵،۲]، ایجـاد محیط عاری از سـرزنش، ارائـه بازخورد به خطاهای پزشـکی گزارش شـده و انجام اقدامات اصلاحی لازم و ملموس [۳]، تشـدید مجازات‌ها و توجه بیشـتر به موضوعات اخـلاق پزشـکی [۵]، برگـزاری دوره‌های آموزشـی مهارتی و بازآموزی [۵،۳]، آگاه‌سـازی پزشـکان و سـایر کادر پزشکی از قوانین و مقررات موجود [۵]، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آموزش شـیوه‌های مناسـب برقراری ارتباط پزشک با بیماران و خانواده آنها [۱۳،۵]، مشارکت بیماران و بستگان آنها در تصمیم‌گیری‌هـای درمانـی [۱۳،۵]، ایجـاد سیسـتم‌های گزارش‌دهی توسـط پزشـکان و سیسـتم مرکزی برای کنترل قصورهای پزشـکی [۵،۳،۲]، اسـتفاده از سیسـتم‌های هوش مصنوعی [۱۴] و پرونده الکترونیک پزشکی [۱۲،۳]، توجه ویژه بـه موضوع طب تدافعـی و محافظه‌کارانه و نقش آن در افزایش هزینه‌هـای نظام سـلامت [۱۵،۵،۲] را می‌تـوان از راهکارهای پیشـگیری یا به حداقل رساندن قصور پزشـکی دانست. نهایتاً اطلاع‌رسانی مسـتمر و مداوم، برخورداری از روحیه پاسخگویی و مسـئولیت‌پذیری در جامعـه و به ویژه تـک تک اعضای کادر پزشـکی از اجزای اساسی در پیشـگیری از قصور پزشکی است. تضمین ایمنـی بیمار نه‌تنها باید به عنوان یک ماموریت حیاتی پیش روی نظام سلامت در نظر گرفته شود، بلکه باید تعهد اصلی نظام سلامت محسوب شود.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-09]

تأییدیه اخلاقی: مقاله حاضر از نوع «سرمقاله» است، بنابراین نیازی به اخذ کد اخلاق وجود ندارد.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ موردی بر سر منافع خود را ابراز نکردند.

سهم نویسندگان: هردو نویسنده سهم یکسانی در تهیه این مقاله داشته‌اند.

منابع مالی: موردی برای گزارش وجود ندارد.

References

1. Shadabi Z, Moin A, Davati A. Skin and cosmetic complaint files in Tehran Medical Council: 2014-2019. J Dermatol Cosmet. 2021;11(4):268-81.
2. Kazemi S. Structural Factors Underlying Medical Malpractice: From the Perspective of Social Science Experts and Medical Specialists. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2021;10(3):168-76.
3. Karande S, Marraro G, Spada C. Minimizing medical errors to improve patient safety: An essential mission ahead. J Postgrad Med. 2021;67(1):1. doi: 10.4103/jpgm.JPGM_1376_20.
4. Lee SK, Rowe BH, Flood CM, Mahl SK. Canada's System of Liability Coverage in the Event of Medical Harm: Is It Time for No-Fault Reform?. Healthc Policy. 2021;17(1):30-41. doi: 10.12927/hcpol.2021.26580.
5. Kalani N, Hatami N, Zarenezhad M, Doroudchi A, Foroughian M, Raeyat Doost E. A systematic review and meta-analysis ofmedical malpractice studies in Iran. Tehran University Medical Journal. 2021;79(5):375-83. [Persian]
6. Najari F, Khoshnevis J, Javaheri Z, Najari D. Medical Malpractices in Tehran Public Hospitals Referred to the Forensic Medicine Commission of Tehran Province in 2018: An Analytical Review. International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine. 2022: In Press.
7. Rezaie M, Gharibreza M, Charkh-Abi A. Medical Malpractice of Obstetricians and Gynecologists in the Complaint Records Referred to the Forensic Medicine Commission of Tehran Province during 2015-2017. Iran J Forensic Med. 2019;25(4):177-84. [Persian]
8. Li H, Dong S, Liao Z, Yao Y, Yuan S, Cui Y, et al. Retrospective analysis of medical malpractice claims in tertiary hospitals of China: the view from patient safety. BMJ Ppen. 2020;10(9):e034681. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034681.
9. Almannie R, Almuhaideb M, Alyami F, Alkhayyal A, Binsaleh S. The status of medical malpractice litigations in Saudi Arabia: Analysis of the annual report. Saudi J Anaesth. 2021;15(2):97. doi: 10.4103/sja.SJA_908_20.
10. Hwang C-Y, Wu C-H, Cheng F-C, Yen Y-L, Wu K-H. A 12-year analysis of closed medical malpractice claims of the Taiwan civil court: A retrospective study. Medicine (Baltimore). 2018;97(13):e0237. doi: 10.1097/MD.0000000000010237.
11. Austin EE, Do V, Nullwala R, Pulido DF, Hibbert PD, Braithwaite J, et al. Systematic review of the factors and the key indicators that identify doctors at risk of complaints, malpractice claims or impaired performance. BMJ Open. 2021;11(8):e050377. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050377.
12. Abbasi Lahiji B, Tajari S. Judicial Oversight of The Medical System Organization in Order to Realize the Health Rights of the People From the Perspective of Service Efficiency. Iranian Journal of Medical Law. 2021;15(56):491-504. [Persian]
13. Birkeland S, Bismark M, Barry MJ, Möller S. Does greater patient involvement in healthcare decision-making affect malpractice complaints? A large case vignette survey. PLoS One. 2021;16(7):e0254052. doi: 10.1371/journal.pone.0254052.
14. Holm S, Stanton C, Bartlett B. A New Argument for No-Fault Compensation in Health Care: The Introduction of Artificial Intelligence Systems. Health Care Anal. 2021;29(3):171-88. doi: 10.1007/s10728-021-00430-4.
15. Andersen MK, Hvidt EA, Pedersen KM, Lykkegaard J, Waldorff FB, Munck AP, et al. Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. Scand J Prim Health Care. 2021;39(4):413-8. doi: 10.1080/02813432.2021.1970945.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-09]