**Ir Journal of Forensic Medicine** - **ISSN 2383-0034**

# A Survey on Various Types of Medical Malpractice in Relation With Pregnancy and Delivery, Referred to Relevant Commissions of the Iranian Legal Medicine Organization

**Khadijeh Azimi[1], Maryam Poorbakhtiar*[1],Ziba Taghizadeh[1], Kamran Soltani[2], Masoud Ghadipasha[2], Hamidreza Daneshparvar [2]**

1. *Nursing & Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran*

***Article Info***

Received: 27 Oct 2011;
Accepted: 20 Jan. 2017;
Published Online 2017/10/29

Original Article

**ABSTRACT**

**Background**: Considering the process of pregnancy and undeniable role of obstetricians and midwives in women's health, the possibility of medical malpractice complaints in this regard is particularly important. Therefore, studying medical malpractice among them can be seen as a step toward protecting the health of mothers and neonates.

**Methods**: In this retrospective cross-sectional study, a number of 7616 cases of medical malpractice complaints filed in the field of obstetrics & gynecology and midwifery from all 31 provinces of the country to be assessed by the National High Commission of Forensic Medicine, two periods (2011-2012) were studied. A researcher- made checklist was used to collect information and the data were analyzed using SPSS software v.16.

**Findings**: Among a total of 7616 medical malpractice lawsuits related to pregnancy and childbirth, the most common type of malpractice was recklessness (71/67%). Medical malpractice, due to lack of skills was seen in 50% of cases of malpractice by obstetricians and gynecologists, while non-compliance with government regulations was the mistake of 66/66% of technically responsible persons in hospitals.

**Conclusion**: Considering the increasing number of complaints for medical malpractice in the field of obstetrics and gynecology, it is necessary for gynecologists and midwives, to perform their duties in accordance with scientific standards and protocols, clinical skills and cooperating in teamwork, in order to reduce medical malpractice and guarantee the health and wellbeing of mothers and neonates.

**Keywords:** Medical malpractice, Pregnancy, Childbirth, Obstetricians and Gynecologists, Midwives

**Corresponding Information**: Maryam Poorbakhtiar, Nursing & Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: m_Poor_mw@yahoo.com Tel: 09132189858

Copyright © 2017, Ir J Forensic Med. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

**How to Cite This Article:**

Azimi KH,Poorbakhtiar M, Taghizadeh Z ,Soltani K, Ghadipasha M, Daneshparvar H. A Survey on Various Types of Medical Malpractice in Relation With Pregnancy and Delivery, Referred to Relevant Commissions of the Iranian Legal Medicine Organization. Ir J Forensic Med. 2017;23(2):132-141

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

مجلهٔ پزشکی قانونی ایران – شاپا الکترونیک: ۰۰۳۴-۲۳۸۳

مقاله پژوهشی

# بررسی انواع قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان، ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱

خدیجه عظیمی[۱]، مریم پوربختیار[۱]،زیبا تقی زاده[۱]، کامران سلطانی[۲]، مسعود قادی پاشا[۲]، حمیدرضا دانش پرور[۲]

۱. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

*اطلاعات مقاله*

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۳۰

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۵/۰۱

**نویسندهٔ مسئول:**

**مریم پوربختیار**

مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**تلفن:**

**۰۹۱۳۲۱۸۹۸۵۸**

**پست الکترونیک:**

**m_Poor_mw@yahoo.com**

*خلاصه*

**زمینه و هدف:** با توجه به فرآیند بارداری و نقش انکار ناشدنی متخصصین زنان و زایمان و ماماها در سلامت زنان، احتمال وقوع شکایات قصور پزشکی برای آنان اهمیت ویژه ای دارد و با بررسی انواع قصور پزشکی میان آنان، می‌توان گامی برای حفظ سلامت مادران و نوزادان برداشت.

**روش بررسی:** در این مطالعهٔ مقطعی گذشته نگر، تعداد ۷۶۱۶ پروندهٔ شکایت قصور پزشکی مطروحه در رشتهٔ زنان و زایمان و مامایی ارجاعی از ۳۱ استان کشور به کمیسیون عالی پزشکی قانونی کل کشور، در دو بازهٔ زمانی (۱۳۹۱-۱۳۹۰) بررسی شدند. از فهرست محقق ساخته، برای جمع آوری اطلاعات پرونده‌های قصور پزشکی استفاده شد و داده‌های مطالعه با نرم افزار Spss ویرایش ۱۶تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** از مجموع ۷۶۱۶(۹۱-۱۳۹۰) پروندهٔ شکایات قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان، شایع ترین نوع قصور پزشکی، از نوع بی مبالاتی(۶۷/۷۱٪) بود. در بین انواع قصور پزشکی، نداشتن مهارت (۵۰٪) را متخصصین زنان و زایمان و عدم رعایت نظامات دولتی (۶۶/۶۶٪) را مسئولین فنی بیمارستان به خود اختصاص داده بودند.

**نتایج:** با توجه به افزایش شکایات قصور پزشکی در حیطهٔ زنان و زایمان و مامائی، برای افزایش امنیت شغلی کادر درمان و در همان راستا، افزایش امنیت بیمار، لازم است متخصصین زنان و ماماها، با انجام اقدامات طبق موازین علمی و پروتکل‌ها، افزایش مهارت بالینی و همکاری در کار تیمی، با کاهش انواع قصور پزشکی، سببِ حفظ سلامت مادران و نوزادان گردند.

**کلیدواژه‌ها:** قصور پزشکی، بارداری، زایمان ، متخصص زنان، ماما

## مقدمه

بخش بهداشت و درمان از مهم‌ترین بخش‌ها در فعالیت-های اجتماعی و اقتصادی هر کشور است. هر ساله منابع عظیمی در این بخش صرف برآورده کردن نیازهای سیستم بهداشتی و درمانی می‌شود. ارتقای سطح سلامت مردم و توزیع عادلانهٔ بهداشت در میان آنان، هدف نهایی این سیستم است (۱). به دلیل پیچیدگی‌های سیستم بهداشتی و درمانی و از آن جا که هیچ شخص یا سیستمی از خطا، مبری نبوده و هیچ تخصصی مصونیت مطلق ندارد، بروز خطای کادر پزشکی امر اجتناب ناپذیری است (۲). علی‌رغم تلاش تیم پزشکی، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است (۱).

گزارش‌های بین المللی دربارهٔ فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف نیز حاکی از این واقعیت است که، میزان شکایت از خطای پزشکی سیر صعودی داشته است (۳). متاسفانه کادر پزشکی کشور ما هم از این خطاها مبری نبوده‌اند به طوری‌که بر طبق گزارش سازمان پزشکی قانونی، میزان خطاهای پزشکی از ۱۸۴ مورد در سال ۱۳۷۴ به ۲۸۹ مورد در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است (۲). در ایران

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

خطاهای پزشکی بیشتر با عنوان‌های قصور پزشکی یا عملکرد نامناسب پزشکی مطرح شده اند که از اصطلاحات حقوقی هستند (۴).

قصور پزشکی یعنی درمانی که بر طبق استانداردهای پذیرفته شده پزشکی نباشد (۵) و منجر به فوت یا نقص عضو گردد (۶) که بنا به تبصرهٔ ۳ مادهٔ ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی در حکم جرم شبه‌عمد تلقی می شود و طبق مادهٔ ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی ۴ جزء دارد:

بی مبالاتی ترک عملی است که از نظر علمی و فنی، انتظار انجام آن از پزشک می‌رود؛ولی صورت نپذیرفته است. بی احتیاطی برخلاف بی مبالاتی است، یعنی این که عملی انجام گرفته است که از نظر علمی و اصول پزشکی نبایستی انجام می‌گرفت. نداشتنِ مهارت، شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم برای انجام کاری ویژه را نداشته باشد و رعایت نکردن مقررات دولتی یعنی توجه نکردن به آیین نامه‌ها و بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مقامات اداری مافوق، نظام پزشکی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی که حاکم بر اشتغال بر حرفه پزشکی است (۷).

مجازات قصور پزشکی که موجب آسیب و زیان به بیمار شده باشد به صورت دیه یا ارش(در شرع دیهٔ مقدری برای آن در نظر گرفته نشده است و این مجازات مالی با نظر حاکم شرع تعیین می‌شود) در نظر گرفته شده است (۳). دعاوی قصور پزشکی می‌تواند برای کادر پزشکی، مشکلات روانی و اجتماعی هم چون اضطراب، عصبانیت، رسوایی، از دست رفتن زمان‌کاری و سوء سابقه پزشکی و برای بیماران عوارضی مثل آسیب، نقص عضو، فلجی، ناتوانی، اختلال عملکرد، قطع عضو (۸)، بدشکلی عضو و درد و رنج، خسارت مالی و از دست دادن لذت زندگی و حتی مرگ را به دنبال داشته باشد (۹). براساس آخرین آمار منتشر شده، قصور پزشکی هشتمین علت مرگ در جهان پس از تصادف، سرطان و ایدز و ...است (۱).

بیشترین قصور پزشکی طبق آمار ارائه شده در مطالعهٔ آمریکایی مربوط به رشته‌های جراحی، اورژانس و مامایی بوده است (۸). همچنین متخصصین زنان و زایمان شایع‌ترین گروهِ پزشکان هستند که علیه آن‌ها دعاوی قصور پزشکی مطرح می‌شود (۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که از ۷۰۸ مورد شکایت قصور پزشکی در سال ۱۳۹۱ در میان کادر پزشکی، متخصصین زنان با ۵۹ مورد در میان پزشکان و ماماها با ۴۱ مورد شکایت در میان غیرپزشکان، در رتبهٔ دوم بیشترین میزان شکایت از سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار گرفته بودند (۱). در مطالعهٔ دیگری نیز مشکلات مربوط به دستگاه تولید مثل، شایع‌ترین علل مراجعه برای درمان بودند و به تبع آن بیشترین تعداد شکایات از رشتهٔ زنان و مامایی شده بود (۱۰).

در واقع ماماها و متخصصان زنان و زایمان یکی از مهم-ترین نیازهای اساسی زنان را که حفظ و ارتقای سلامتی مادران باردار است برآورده می‌سازند (۱۱). مادران باردار با توجه به مشکلات بی‌شماری که احتمال دارد در دوران بارداری و زایمان متحمل شوند، نیاز بیشتری به دریافت خدمات و رعایت حقوق از جنبه‌های مختلف دارند. از طرف دیگر زایمان یکی از مهم‌ترین بحران‌ها در زندگی زنان عنوان شده است که در فرایندِ آن استرس‌های روانی، هیجانی و فیزیکی امر اجتناب ناپذیری است (۱۲). زایمان برای زنان، شروع رابطه‌ای مادام العمر با نوزاد (۱۳) و واقعه‌ای است که ابعاد روانی، اجتماعی- احساسی عمیقی دارد. این اتفاق برای همیشه در ذهن مادر می‌ماند، به‌گونه‌ای که وقایع ناخوشایندِ طی زایمان، می‌تواند آثار روانی جبران ناپذیری بر مادر برجای بگذارد (۱۲).

هم زمان با پیشرفت رشتهٔ تخصصی زنان و زایمان و مامایی، انتظارات جامعهٔ بشری افزایش یافته (۱۴) و از نظر افکار عمومی جامعه، حتی میزان بروز کم حوادث، عوارض و مرگ و میر از سوی متخصصین زنان و یا ماماها پذیرفتنی نیست. با این وجود در این رشته و به ویژه در زمینهٔ مامایی امکان بروز خطا و قصور رواج کمی ندارد (۱۵)، یعنی با اندکی تخطی از موازین علمی ممکن است عوارض خطیر و مرگ-باری پیش آید؛ زیرا در همه رشته‌های پزشکی طبیب فقط با خود بیمار سر و کار دارد، در حالی که در مامایی نه فقط مادر بلکه جنین و نوزاد او که موجود شکننده‌ای است هم در معرض خطر قرار دارد (۱۶).

جالب آن است که مقدار چشمگیری از این قصور پزشکی مربوط به مسائل اجتناب پذیربوده (۹) و از بیش از ۹۵ درصد آنها می‌توان پیشگیری کرد (۶). بنابراین با بررسی و تعیین میزان قصور پزشکی بینِ متخصصین زنان و زایمان و ماماها می‌توان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، در موارد مرتبط با پزشکی قانونی، نقاط قوت و ضعف را مشخص کرد و با برنامه‌ریزی وانجام اقدامات ضروری از بیشتر شدن این



[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

شکایات کاست و گامی در راستای حفظ امنیت شغلی پزشکان و ماماها و سلامت زنان برداشت. لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی انواع قصور پزشکی میان کادر درمان به ویژه متخصصان زنان و زایمان و ماماها در کشور در دو بازۀ زمانی ۹۰ و ۹۱ طراحی شده است.

## روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی ـ تحلیلی و گذشته‌نگر در دو بازۀ زمانی۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ در کل کشور انجام شد. جامعۀ آماری در این بررسی تمام پرونده‌های شکایت قصور پزشکی مطروحه در رشتۀ زنان و زایمان و مامایی (چه به عنوان مشتکی عنه ـ یعنی زمانی که از کادر پزشکی به طور مستقیم شکایت شده باشد و چه نوعاً درگیر امر درمان بیمار) بودند، که در این دو بازۀ زمانی از کلیۀ ۳۱ استان کشور به کمیسیون عالی پزشکی قانونی کل کشور ارجاع شده‌اند .

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و مدیریت سازمان پزشکی قانونی کشور برای جمع آوری داده‌ها به واحدِ در حال پژوهش (سازمان کمیسیون عالی پزشکی قانونی کل کشور) مراجعه کرد. پس از معرفی و توضیح دربارۀ اهداف مطالعه، از پرسنل دبیرخانه درخواست همکاری شد تا پرونده‌های مشمول جامعۀ آماری (پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون عالی پزشکی قانونی کل کشور) را در اختیار پژوهشگر قرار دهند تا اطلاعات لازم دربارۀاهداف پژوهش را از آنان استخراج کند .

جمع آوری داده‌ها با هماهنگی کامل انجام شد و حین جمع آوری داده‌ها نیز سعی شد که از ایجاد وقفه یا اشکال در انجام وظایف پرسنل دبیرخانه و دفتر کمیسیون عالی پزشکی قانونی اجتناب شود تا در روند جمع آوری داده‌ها مشکلی ایجاد نشود .

نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) و با استفاده از کل جامعۀ آماری (پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون عالی پزشکی قانونی ) طی مدت ۱۰ ماه انجام شد. منابع اطلاعات شامل اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های سازمان کمیسیون عالی پزشکی قانونی کشور، مطروحه در گروه متخصصین زنان زایمان و مامایی کل کشور بود. به این صورت که، ابتدا از بین کلیۀ پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون عالی پزشکی قانونی کل کشور، پرونده‌های مرتبط با قصور پزشکی و از بین آنان هم، پرونده‌های رشتۀ زنان، زایمان و مامائی تفکیک شدند و در نهایت از بین خلاصه پرونده‌های مطروحه در رشتۀ زنان، زایمان و مامائی، پرونده‌های مرتبط با بارداری و زایمان از پرونده‌های بیماری‌های زنان جدا شده و بررسی شد. هم‌چنین پرونده‌هایی که به عللی ناتمام بودند (۷ مورد)، از مطالعه خارج شد و در مواردی که چندین کمیسیون برای یک پرونده برگزار شده بود، نتیجۀ آخرین کمیسیون در این مطالعه استفاده شد. این قبیل پرونده‌ها یک‌بار در جامعه آماری قرار گرفتند (۶مورد).

پژوهشگر برای جمع آوری اطلاعاتِ خلاصه پرونده‌های قصور پزشکی از فهرست محقق ساخته‌ای که در راستای اهداف تحقیق و با تایید ۱۲ نفر از کارشناسان سازمان پزشکی قانونی، متخصصین زنان، دکترای بهداشت باروری و گروه مامایی آماده شد، برای جمع آوری و ثبت اطلاعات استفاده کرد.

به دلیل این که محتویات خلاصه پرونده‌های کمیسیون‌های قصور پزشکی حاوی اسرار بیماران و کادر درمانی مربوط بود و برای رعایت اخلاق پزشکی و محرمانه ماندن پرونده‌ها و پیشگیری از مشکلات احتمالی، از نام و نام خانوادگی شاکی، پزشک متخصص زنان و زایمان و ماما یا سایر کادر پزشکی که از ایشان شکایت شده بود و نشانی آن‌ها استفاده نشد و سایر اطلاعات به صورت کلی جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی نسبی و مطلق) آنالیز شد.

## یافته‌ها

در مطالعۀ حاضر از مجموع ۳۴۴۳۲ پروندۀ ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی دو سال، ۱۶۲۲۷پرونده مربوط به سال ۱۳۹۰ و ۱۸۲۰۵ پرونده نیز مربوط به سال ۱۳۹۱ بود. از این تعداد، ۷۶۱۶ پرونده مرتبط با قصور پزشکی بودند، که ۳۳۷۷ پرونده در سال ۱۳۹۰ و ۴۲۳۹ پرونده نیز در سال ۱۳۹۱مطرح شده بودند. از کل ۷۶۱۶ پروندۀ مطرح شده در کمیسیون‌های پزشکی قانونی کل کشور، ۱۱۶۵ پرونده شکایات قصور پزشکی مرتبط با رشتۀ زنان و مامایی بودند، که در سال ۱۳۹۰، از ۴۴۴ پرونده و در سال ۱۳۹۱ از ۷۲۱ پروندۀ قصور پزشکی(مرتبط با رشته زنان و مامائی)، تعداد ۲۲۴ پرونده (۵۰/۴۶٪) و تعداد ۳۰۳ پرونده (۴۲/۰۳٪) صرفاً مرتبط با موضوع بارداری و زایمان و بقیۀ پرونده‌ها نیز با موضوعات غیر مرتبط با بارداری و زایمان، مثل: بیماری‌های زنان، موارد ضرب و جرح و تصادف، درخواست مجوز سقط قانونی و معاینات هایمن بود.

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

طبق جدول شمارهٔ ۱، بیشترین عامل قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱، به علت مرگ و میر و نقص عضوِ زنان باردار، جنین و نوزاد را؛ متخصصین زنان و زایمان (۵۵/۷۲٪) و در رتبهٔ بعدی ماماها (۱۷/۹۵٪) به خود اختصاص داده بودند.

طبق جدول شمارهٔ ۲، بیشترین نوع قصور پزشکی (مرتبط با بارداری و زایمان) ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱ مؤثر در مرگ و میر و نقص عضو در مادر، جنین و نوزاد، از نوع بی مبالاتی (۶۷/۷۱٪) بود.

طبق جدول شمارهٔ ۳، عاملین قصور پزشکی (مرتبط با بارداری و زایمان) ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱ مؤثر در مرگ و میر و نقص عضوِ مادر، جنین و نوزاد، را در بین کادر درمان، در نداشتنِ مهارت (۵۰٪)، بی‌احتیاطی (۴۳/۹۳٪) و بی‌مبالاتی (۴۳/۴۱٪)، متخصصین زنان و زایمان و در رتبهٔ بعدی ماماها و در نوع رعایت نکردن مقررات دولتی را مسئولین فنی بیمارستان (۶۶/۶۶٪) به خود اختصاص دادند.

**جدول۱. عامل قصور(مرتبط با بارداری و زایمان) در کادر درمان به علت مرگ و میر و نقص عضو مادر باردار، جنین و نوزاد ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال های ۹۰-۹۱**

| قصور پزشکی / عاملین قصور پزشکی | | مرگ و میر | | نقص عضو | | جمع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ماما | | ۳۰ | ۱۴/۲۱ | ۲۸ | ۲۵/۲۲ | ۵۸ | ۱۷/۹۵ |
| متخصص زنان | | ۱۲۷ | ۶۰/۱۸ | ۵۳ | ۴۷/۷۴ | ۱۸۰ | ۵۵/۷۲ |
| سایر متخصصین | اطفال | ۹ | ۴/۲۶ | ۲ | ۱/۸۰ | ۱۱ | ۳/۴۰ |
| | بیهوشی | ۵ | ۲/۳۶۳ | ۱ | ۰/۹ | ۶ | ۱/۸۵ |
| | داخلی | ۵ | ۲/۳۶۳ | - | - | ۵ | ۱/۵۴ |
| | عمومی | ۱ | ۰/۴۷ | ۲ | ۱/۸۰ | ۳ | ۰/۹۲ |
| | اورژانس | ۴ | ۱/۸۹ | - | - | ۴ | ۱/۲۳ |
| | رادیولوژیست | ۴ | ۱/۸۹ | ۲ | ۱/۸۰ | ۷ | ۲/۱۶ |
| | پزشک عمومی | ۲ | ۰/۹۴ | ۱ | ۰/۹ | ۳ | ۰/۹۲ |
| سایر کادر درمان درمان | مسئول فنی | ۱۸ | ۸/۵۳ | ۷ | ۶/۳۰ | ۲۵ | ۷/۷۳ |
| | پرستار | ۶ | ۲/۸۴ | ۱۴ | ۲۱/۶۱ | ۲ | ۶/۱۹ |
| | بهیار | - | - | ۱ | ۰/۹ | ۱ | ۰/۳۰ |
| جمع | | ۲۱۱ | ۱۰۰ | ۱۱۱ | ۱۰۰ | ۳۲۳ | ۱۰۰ |

**جدول ۲. فراوانی مطلق و نسبی نوع قصور پزشکی(مرتبط با مرتبط با بارداری و زایمان) ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱**

| نوع قصور پزشکی | مرگ و میر | | نقص عضو | | جمع | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| بی مبالاتی | ۱۹۱ | ۷۳/۷۴ | ۶۷ | ۵۴/۹۱ | ۲۵۸ | ۶۷/۷۱ |
| بی احتیاطی | ۳۰ | ۱۱/۵۸ | ۳۷ | ۳۰/۳۲ | ۶۷ | ۱۷/۵۸ |
| عدم مهارت | ۷ | ۲/۷۰ | ۷ | ۵/۷۳ | ۱۴ | ۳/۶۷ |
| عدم رعایت نظامات دولتی | ۳۱ | ۱۱/۹۶ | ۱۱ | ۹/۰۱ | ۴۲ | ۱۱/۰۲ |
| جمع | ۲۵۹ | ۱۰۰ | ۱۲۲ | ۱۰۰ | ۳۸۱ | ۱۰۰ |

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

**جدول ۳. فراوانی مطلق و نسبی نوع قصور پزشکی(مرتبط با بارداری و زایمان) به تفکیک در کادر درمان، ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱**

| | عاملین قصور | بی مبالاتی | | بی احتیاطی | | عدم مهارت | | عدم رعایت نظامات دولتی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| | **ماما** | ۵۱ | ۱۹/۷۶ | ۱۹ | ۲۸/۷۸ | ۵ | ۳۵/۷۱ | ۲ | ۴/۷۶ |
| | **متخصص زنان** | ۱۱۲ | ۴۳/۴۱ | ۲۹ | ۴۳/۹۳ | ۷ | ۵۰ | ۷ | ۱۶/۶۶ |
| سایر متخصصین | اطفال | ۱۳ | ۵/۰۳ | - | - | - | - | ۱ | ۲/۳۸۳ |
| سایر متخصصین | بیهوشی | ۵ | ۱/۹۳ | ۳ | ۴/۵۴ | ۱ | ۷/۱۴ | - | - |
| سایر متخصصین | داخلی | ۴ | ۱/۵۵ | ۱ | ۱/۵۱ | - | - | - | - |
| سایر متخصصین | جراح عمومی | ۱ | ۰/۳۸ | ۱ | ۱/۵۱ | ۱ | ۷/۱۴ | ۱ | ۲/۳۸۳ |
| سایر متخصصین | رادیولوژیست | ۴ | ۱/۵۵ | - | - | - | - | - | - |
| سایر کادر | پزشک عمومی | ۴ | ۱/۵۵ | - | - | - | - | ۱ | ۲/۳۸۳ |
| سایر کادر | مسئول فنی | ۸ | ۳/۱۰ | ۱ | ۱/۵۱ | - | - | ۲۸ | ۶۶/۶۶ |
| سایر کادر | پرستار | ۲۶ | ۱۰/۰۷ | ۱۲ | ۱۸/۱۸ | - | - | ۳ | ۷/۱۴ |
| | **جمع** | ۲۵۸ | ۱۰۰ | ۶۶ | ۱۰۰ | ۱۴ | ۱۰۰ | ۴۲ | ۱۰۰ |

## بحث و نتیجه گیری

گزارش‌های بین المللی دربارۀفراوانی شکایت علیه پزشکان در سال‌های اخیر در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متاسفانه با وجود پیشرفت‌های چشمگیر علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصۀ خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایت پزشکی سیر صعودی داشته است. در میان رشته‌های علوم پزشکی، طبق مطالعۀ Gomez-Duran و همکاران (۲۰۱۳) و سیابانی و همکاران (۱۳۸۸)، رشتۀ زنان و مامایی بیشترین موارد شکایات را در میان تخصص‌های دیگر به خود اختصاص داده‌است (۱۰, ۱۷).

در مطالعۀ حاضر، بیشترین شکایات قصور پزشکی در رشتۀ زنان و مامایی، صرفاً مرتبط با موضوع بارداری و زایمان بودند. هم چنانکه در مطالعۀ Buken و همکاران (۲۰۰۴) در ترکیه طی یک دورۀ ۱۱ ساله (۱۹۹۰-۲۰۰۰)، از ۶۸۰۰۰ پروندۀشکایت ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی، ۶۳۶ مورد قصور پزشکی رخ داده بود. ۱۰۷ مورد (۱۶/۸۲٪) مرتبط با قصور پزشکی زنان و زایمان و از آن میان نیز، ۱۰۳ مورد (۹۶/۲٪) مرتبط با بارداری و زایمان بود (۱۸). در مطالعۀ Gomez-Duranو همکاران در اسپانیا (۲۰۱۳) نیز، از تعداد ۷۲۳۷ پروندۀ قصور پزشکی، ۸۸۵ پرونده مرتبط با بارداری و زایمان بود، که بیشترین موارد آن (۶۱/۹٪) مرتبط با بارداری و زایمان بود (۱۷). مطالعۀ اخلاقی و همکاران نیز، طی دو سال ۱۳۸۰-۱۳۸۱در سازمان پزشکی قانونی ایران انجام شد، که از ۷۶۸ پروندۀ قصور پزشکی، ۹۷ پرونده (۱۲/۶۳٪) مربوط به رشتۀ زنان، زایمان و مامائی و ۷۶ مورد (۷۸/۳۵٪) مربوط به بارداری و زایمان بود (۱۵). مقایسۀ نتایج پژوهش حاضر با پژوهش ده سال پیشِ اخلاقی و همکاران موید این مطلب است که، میزان شکایات قصور پزشکی مرتبط با زنان و مامایی در کل کشور به طور صعودی در حال افزایش است و در این میان نیز، مسائل مرتبط به بارداری و زایمان، نسبت به موارد غیر بارداری و زایمان، بیشترین علل شکایت از رشتۀ تخصصی زنان، زایمان و مامائی است که می تواند ناشی از در معرض خطر بودن هم زمان جان دو نفر(مادر و جنین)، اورژانسی بودن مواردی از بارداری و زایمان، کمبود و نداشتن تبحرِ پرسنل در موارد بارداری و زایمان و باشد.

در مطالعۀ حاضر، بیشترین عامل قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱، به علت مرگ و میر و نقص عضو در زنان باردار، جنین و نوزاد به ترتیب، متخصصین زنان و زایمان (۵۵/۷۲٪)، ماماها (۱۷/۹۵٪) بودند و بقیۀکادر درمان نیز ۲۶/۳۳٪ از موارد قصور را مرتکب شده بودند. هم چنان که در مطالعۀ اخلاقی و همکاران (۱۳۸۴)، بیشترین قصور پزشکی از کل پرونده‌های بررسی شده، ۳۶ مورد (۳۷/۱۱٪) مربوط به متخصصین زنان و زایمان و در رتبۀ بعدی مربوط به کادر مامائی بود و در گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (۱۳۸۹) نیز، بیشترین عاملین قصور پزشکی، متخصص زنان و زایمان و در رتبۀ بعدی، ماماها یا پرستاران بودند. در مطالعۀ Xu و همکاران (۲۰۰۸)،



[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

عاملین قصور پزشکی، ۳۳۰ نفر متخصص زنان و زایمان، ۱۵۳ نفر ماما و ۴۱۹ نفر نیز سایر کادر درمان (۱۹) و در مطالعهٔ Angelini و همکاران (۲۰۰۵) نیز، از تعداد ۶۵ پرونده بررسی شده ۲۲ مورد مرتبط با قصور کادر مامایی بود (۲۰). در حالی که در یک‌سری از مطالعات نیز، متخصصین زنان و زایمان و ماماها تقریباً به یک میزان مرتکب قصور پزشکی شده بودند. برای مثال در مطالعهٔ والیانی و همکاران (۱۳۹۳) ۳۳٪ قصور پزشکی در کمیسیون پزشکی قانونی شهر اصفهان مرتبط با ماماها و ۲۳/۵٪ متخصصین زنان و زایمان بود (۲۱). بنابراین با توجه به این موضوع که متخصصین زنان و زایمان، اعمال تهاجمی بیشتر(اعمال جراحی با ریسک خطر بالا) را انجام می دهند، طبیعتاً می‌توان نتیجه گرفت که، نسبت به کادر مامایی، بیشتر در معرض انجام قصور پزشکی‌اند .

درست است که متخصصین زنان و زایمان و ماماها، عضو اصلی کادر درمان در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان‌اند؛ اما در ارتباط نزدیکی با دیگر کادر پرسنل علوم پزشکی‌اند. طبق نتایج مطالعهٔ حاضر، سایر متخصصین (داخلی، جراح عمومی، اطفال، رادیولوژیست) و پزشکان عمومی و پرستاران و مسئول فنی بیمارستان، از افراد تشکیل دهندهٔ کادر درمان‌اند، که در نتیجهٔ مراقبت‌ها و درمان برای مادران باردار، جنین و نوزاد می‌توانند تاثیر به سزائی داشته باشند. بنابراین، کار تیمی موثر به عنوان راه‌حلی برای مقابله با رشد فزایندهٔ کمبود پرسنل و هزینه‌های آموزشی، افزایش انتظارات بیماران و از همه مهم‌تر کاهش قصور پزشکی، پیشنهاد می شود (۲۲). در نهایت زمانی که اعضای تیم با تخصص و مهارت‌های مکمل و همکاری مناسب، با هم عمل می‌کنند، از قصور پزشکی کاسته می‌شود (۲۳).

قصور پزشکی همان درمانی است که طبق استانداردهای پذیرفته شدهٔ پزشکی نباشد و منجر به فوت یا نقص عضو شود. در ایران، طبق مادهٔ ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی، قصور پزشکی به ۴ جزء(بی مبالاتی، بی احتیاطی، نداشتن مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی) تقسیم می شود؛ درحالی‌که در کشورهای دیگر، این تقسیم بندی وجود ندارد. برای مثال، Buken و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعهٔ خود خطا در تشخیص، سهل انگاری، خطا در مداخلات مامایی و مداخلات جراحی و پیگیری را به عنوان انواع قصور پزشکی بررسی کرده بودند، که خطا در تشخیص، بیشترین درصد قصور پزشکی را به خود اختصاص داده بود. در گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (۱۳۸۹) نیز، بیشترین نوع قصور پزشکی، مربوط به تشخیص و درمان غلط و در رتبهٔبعدی مربوط به نداشتن حساسیت و بی توجهی در هر سه مرحلهٔ بارداری، زایمان و پس از زایمان گزارش شده بود (۲۴). البته خطا در تشخیص لزوماً به معنای خطای پزشکی نیست؛ زیرا امکان دارد متبحرترین پزشکان با در دست داشتن ابزارهای پزشکی نیز در تشخیص نوع بیماری یا شدت و ضعف آن دچار اشتباه شوند که به دلیل کامل نبودنِ دانش پزشکی است (۲۵).

در مطالعهٔ حاضر، بین انواع قصور پزشکی(مرتبط با بارداری و زایمان) ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۹۰-۹۱، مؤثر در مرگ و میر و نقص عضو مادر باردار، جنین و نوزاد را در بین کادر درمان، در نداشتن مهارت (۵۰٪)، بی‌احتیاطی (۴۳/۹۳٪) و بی مبالاتی (۴۳/۴۱٪) متخصصین زنان و زایمان و در نوع رعایت نکردن نظامات دولتی را مسئولین فنی بیمارستان (۶۶/۶۶٪) به خود اختصاص داده بودند.

در مطالعهٔ وولف و همکاران (۲۰۰۴) و مطالعهٔ اخلاقی و همکاران (۱۳۸۴) نیز، از کل پرونده های بررسی شده در رشتهٔ زنان و زایمان، بیشترین نوع قصور از نوع نداشتن مهارت و در رتبهٔ بعدی بی مبالاتی گزارش شده بود. این موضوع نشان می‌دهد که نداشتن مهارت کادر درمان در اقدامات پزشکی هم چنان بالاترین میزان قصور پزشکی نسبت به سال‌های گذشته، را به خود اختصاص داده‌است و به نظر می رسد که نداشتن مهارت بالینی دانشجویان رشتهٔ زنان، زایمان و مامائی پس از فارغ التحصیلی، از علل افزایش شیوع این نوع قصور پزشکی است.

بیشترین علت مهارت نداشتنِ متخصصین زنان در مطالعهٔ حاضر، تبحر نداشتن در اقدامات جراحی (برش مثانه در حین سزارین)، اقدامات تشخیصی (استفاده از فلورسکوپی) و در بین ماماها، اقدامات حین زایمان طبیعی(مانورهای خروج جنین) بود. هم چنان که در مطالعهٔ والیانی و همکاران نیز، نداشتن مهارت، در ۱۰٪ متخصصین زنان و زایمان و کمترین نوع قصور در بین ماماها(۰٪) گزارش شده بود. در واقع می-توان گفت که، تشخیص مهارت نداشتنِ پرسنل درمان، کار آسانی نیست و زمانی احراز می‌شود که عارضهٔ ایجاد شدهٔ ناشی از آن اقدام، شیوع بالایی نداشته و طبق کتب علمی معتبر از عوارض نادر آن اقدام محسوب شود. بنابراین، عوارض با شیوع بالا، با رعایت کلیهٔ موازین علمی، نداشتنِ مهارت محسوب نمی‌شوند .



[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی در این مطالعه، بین متخصصین زنان و زایمان در رتبهٔ بعدی است و بین ماماها و پرستاران، بیشترین شیوع را دارد.

در مطالعهٔ حاضر؛ ماماها و به ویژه متخصصین زنان و زایمان، پیش از هر گونه اقدام تشخیصی و درمانی، اندیکاسیون‌ها و کنتراندیکاسیون‌های هر اقدام درمانی را بررسی نکرده و دست به اقدامات غیرضروری زده بودند. به طوری‌که ۴۳/۹۳٪ از متخصصین زنان و ۲۸/۷۸٪ از ماماها به بی‌احتیاطی محکوم شده بودند. هم‌چنان‌که در مطالعهٔ والیانی و همکاران در بین متخصصین زنان و زایمان ۵/۱ ٪محکوم به بی‌احتیاطی شده بودند؛ ولی در بین ماماها، بی‌احتیاطی گزارش نشده بود. در مطالعهٔ حاضر، بیشترین علت بی‌احتیاطی، انجام اقدامات تشخیصی کلینیکی و پاراکلینیکی یا اقدامات درمانی غیرضروری یا نامناسب با وجود کنتراندیکاسیون و یا بدون اندیکاسیون و هم چنین معاینه و بررسی نکردنِ دقیق بیمار(مثل خطا در تجویز دارو یا جا ماندن گاز در شکم بیمار حین عمل جراحی) بود. یعنی عملی را انجام داده‌اند که از نظر علمی و اصول پزشکی نبایستی انجام می‌گرفت .

همانند مطالعهٔحاضر، در مطالعهٔ والیانی و همکاران (۱۳۹۳) بیشترین نوع قصورِ متخصصین زنان و زایمان، بی‌مبالاتی (۱۷/۶٪) بود. در حالی‌که در مطالعهٔ اخلاقی و همکاران، از کل پرونده‌های بررسی شده، بیشترین نوع قصور از نوع بی‌مبالاتی (مراقبت و دقت کافی نداشتن در کنترل بیماران) در کادر مامائی گزارش شده بود. بنابراین به نظر می‌رسد که، نسبت به ده سال پیش، از شیوع بی مبالاتی در بین ماماها کاسته شده است (۲۱).

علت شیوع بالای بی‌مبالاتی بین کادر درمان (به ویژه متخصصین زنان و زایمان و ماماها) در مطالعهٔ حاضر، انجام ندادن بایدهای ضروری و اولیه بر طبق موازین علمی بود، که منجر به مرگ و میر و نقص عضو مادران باردار و نوزاد شده بود. در این مطالعه، توجه نکردن به بیماری زمینه‌ای یا علائم بیماری، معاینه و ویزیت نکردن و نگرفتن شرح حال کامل بیمار، مستندسازی نکردنِ کامل اقدامات انجام شده برای بیمار و هم چنین انجام ندادن یا تاخیر در مواردی مثل؛ پذیرش، بستری و ترخیص بیمار، انجام آزمایش‌ها و اقدامات تشخیصی لازم، اطلاع رسانی به موقع و صحیح وضعیت بیمار به مافوق، شروع درمان مناسب، مراقبت کافی از بیمار و پیگیری و ارجاع بیمار، بیشترین علت‌های بی‌مبالاتی بودند.

بی‌مبالاتی برخلاف بی‌احتیاطی و ترک عملی است که از نظر علمی و فنی، انتظارِ انجام آن از پزشک می رود؛ولی صورت نپذیرفته است. در واقع، در ارزیابی و تشخیص این خطا آنچه باید تشخیص داده شود این است که آیا عمل واقع شده در زمان و مکان معین، تحت شرایط خاص و صرفاً پیش‌بینی شدنی بوده است و آیا یک شخص محتاط متوسط‌الحال (نه خیلی باهوش و نه خیلی کم هوش) مطابق زمان و مکان می‌توانسته آن را پیش بینی کند یا نه؟ (۲۵)

در کل، به نظر می‌رسد که با توجه لزوم انجام اقدامات تهاجمیِ بیشتر، به ویژه جراحی، به‌دستِ متخصصین زنان و زایمان نسبت به ماماها، بدیهی است که بیشترین نوع قصور از نوع نداشتن مهارت، بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی میان آنها رخ می‌دهد که این امر لزوم توجه بیشتر به آموزش مهارت‌های عملی و آشنایی بیشتر با قوانین پزشکی قانونی در بین رزیدنت های زنان را نشان می‌دهد.

خطاهای ناشی از رعایت نکردن نظامات دولتی مستقل از بی‌احتیاطی استکه موجب مسئولیتِ فرد مرتکب شده می‌شود و ممکن است علاوه بر محکومیت کیفری و میزان خسارت وارده، به تنبیه انتظامی پزشکان و صاحبان حِرَف وابسته منجر شود (۲۵). در مطالعهٔحاضر، برخلاف بقیهٔ انواع قصور، مسئولین فنی بیمارستان(۶۶/۶۶٪) در بین کلیهٔ افراد کادر درمانی، بیشترین شیوع رعایت نکردن نظامات دولتی را داشتند که بیشترین مواردِ آن، خرابی یا نبودِ تجهیزات پزشکی، تامین نکردن اقلام داروئی لازم یا فروادهای خونی و تامین نکردنِ نیروی انسانی کافی یا مجرب بود. بنابراین یکی از افراد کادر درمانی که تاثیر به سزائی در افزایش میزان قصورِ رعایت نکردن نظامات دولتی دارد، مسئول فنی بیمارستان است که با نظارت کافی و کامل بر تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی مستقر در بیمارستان‌ها می تواند از شیوع این نوع قصور و عواقب ناشی از آن بکاهد. در حالی‌که در مطالعهٔ والیانی (در شهر اصفهان)، که فقط در بین ماماها و متخصصین زنان مقایسه انجام شده بود، بیشترین علت قصور در ماماها رعایت نکردن نظامات دولتی (۲۶/۶٪) و کمترین آن در متخصصین زنان(۳/۶٪) گزارش شده بود. بالعکس در مطالعهٔحاضر در کل کشور، درصد بیشتری از متخصصین زنان(۱۶/۶٪) نسبت به ماماها(۴/۷٪) به این نوع قصور محکوم شده بودند.

بنابراین شایع‌ترین علت قصور پزشکی که منجر به مرگ و میر و نقص عضو زنان باردار و نوزاد او می‌شود، توجه نکردن



[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

به بایدها و نبایدهای اقدامات پزشکی است. لازمهٔ بارداری و زایمان ایمن، همکاری بین رشته‌ای کادر درمان مرتبط با رشتهٔ زنان و زایمان است تا بتوان از شیوع بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی و عوارض ناشی از آن (مورتالیتی و موربیدیتی) کاست.

در نهایت خطراتی که زنان باردار را تهدید می‌کند یادآور وظایفی است که بر عهدهٔ مراکز قانونی، بهداشتی و سیاسی است. در این میان پرسنل زنان و زایمان و مامائی که یکی از گروه های مراقبتی درمانی بسیار کارساز در زمینه پیشگیری از عوارض مادری، جنینی و نوزادی اند، وظیفهٔ سنگینی برای حفظ سلامت مادران دارند.

## نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به روند رو به افزایش قصور پزشکی در حیطهٔ زنان و زایمان و مامائی و افزایش شکایات و نارضایتی مردم از اقدامات متخصصین زنان و زایمان و ماماها لازم است، برای افزایش امنیت بیمار و در همان راستا، افزایش امنیت شغلی گروه علوم پزشکی، دانشجویان و فارغ التحصیلان این رشته، در زمینهٔمهارت‌های بالینی و عملی برخورد با مواقع پرخطر در بارداری، زایمان و پس از زایمان آموزش‌های لازم را ببینند. در حال حاضر فقر مهارت بالینی دانشجویان گروه علوم پزشکی بعدها در زمینهٔ کاری منجر به مهارت کافی نداشتن در مراقبت از زنان باردار و نوزادشان می شود. همچنین لازم است، کادر درمان در موارد شایع و پرخطر که منجر به مرگ و نقص عضو مادر، جنین و نوزاد او می‌شود، طبق موازین علمی و پروتکل و استانداردهای مراقبت عمل کنند. در نهایت نیز لزوم همکاری بین رشته‌ای متخصصان زنان و زایمان و مامائی با سایر کادر درمان برای کاهش قصورِ پزشکی و انجام کار تیمی حس می‌شود تا در نهایت بتوانند، از بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی و نداشتن مهارت و نهایتاً رعایت نکردن نظامات دولتی به منظور کاهش قصور پزشکی و حفظ سلامت مادران، پرهیز کنند.

## تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۲ به کد ۹۲-۰۱-۹۹-۲۱۷۵۹ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

## تعارض ومنافع

بین نویسندگان هیچگونه تعارضی وجود ندارد.

## References

1. Bagherian H, Setareh M, Nejadnick M, Niknamian M, Ayoobian A. The frequency and reasons of medical errors in cases referred to Isfahan Legal Medicine Center. Health Info Manag. 2012;9(1):101-9.
2. Haghshenas MR, Amiri AA, Vahidshahi K, ShyckRezaeeM RN, Pourhossen M. The frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council. J MazandaranUniv Med Sci. 2012;22(86):244-51.
3. Moin A, Ostad Ali Makhmalbaf M, Davati A. Study of medical malpractice complaints in the field of dermatology and cosmetic, in the coroner's office of Forensic Medicine, province of Tehran, during 2002 to 2010. Journal of Dermatology and Cosmetic. 2011;2(1):17-29.
4. Rashidian A, Jodaki H. Assessing medical misconduct and complaints in Iranian health system: A systematic review of the literature. IJFM. [Research]. 2010;15(4):234-43.
5. Elliott JP, editor. The medical and legal aspects of maternal mortality. Seminars in perinatology; 2012. Elsevier.
6. AdibZadeh A, Ghadi Pasha M, Pour Amiri A, Nakhaei N, Samadi Rad B, Bastani M. A study on medical malpractices ending to death and disability referred to Kerman medical council's medical malpractices commission. The Iranian Journal of Medical Law. 2012;6(20):141-54.
7. Hejazi S, Zeynali M, Farokh EH. Study of Pediatric of Pediatric Malpractice Claimes Rejistered at Urmia Medical Council during 10 Year Period (1375-1385). 2009.
8. Hedaiati M, Nejadnik M, Setare M. The Factors Affecting the Final Verdict in Medical Errors Complaints. Journal of Isfahan Medical School. 2012;29(161).
9. Mertens R, Wrigley J. The Role of the Legal Nurse Consultant in Brachial Plexus Injury: A Case Study. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2010;10(3):138-42.
10. Siabani S, Alipour AA, Siabani H, Rezaei M, Daniali S. A survey of complaints against physicians reviewed at Kermanshah. Journal of J Kermanshah Univ Med Sci. 2009;13(1).
11. Khodakarami N, Jan Nesari S. Evaluating mothers' awareness about pregnant women's

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]

rights. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009;2(1):51-8.

12. Bayrami R, Pezeshki M, Ebrahimi M. A Study of the Influence of Implementing Patyients' Rights Workshop for Midwives on the women's Viewpoint about Parturient Rights Respect. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2007;5(3):93-101.
13. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B. Planned home birth: the professional responsibility response. American journal of obstetrics and gynecology. 2013;208(1):31-8.
14. Johnson SL, Blair E, Stanley FJ. Obstetric malpractice litigation and cerebral palsy in term infants. Journal of forensic and legal medicine. 2011;18(3):97-100.
15. Akhlaghi M, Tofighi H, Samadi F. Medical malpractice complaints referred to the Commission in the field of obstetrics and gynecology forensic LMO 2001-3 years: causes and ways to prevent it. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2003;10(34):70-4.
16. Schifrin BS, Cohen WR. The effect of malpractice claims on the use of caesarean section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013;27(2):269-83.
17. Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986–2010). Journal of forensic and legal medicine. 2013;20(5):442-6.
18. Büken E, Büken NÖ, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. Journal of clinical forensic medicine. 2004;11(5):233-47.
19. Xu X, Siefert KA, Jacobson PD, Lori JR, Ransom SB. The impact of malpractice burden on Michigan obstetrician-gynecologists' career satisfaction. Women's health issues. 2008;18(4):229-37.
20. Angelini DJ, Greenwald L. Closed Claims Analysis of 65 Medical Malpractice Cases Involving Nurse-Midwives. Journal of Midwifery & Women's Health. 2005;50(6):454-60.
21. Beigi M, Asadi L, Valiani M, Mardani F. Evaluating different types of malpractices in midwifery that were referred to the forensic medicine commission and the medical council between 2006 and 2011 in Isfahan province, 2013. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2015;20(4):426.
22. Azimi LH, Ashktorab T, Bsgheri NM, Bagherzadeh LR. Experience of professional communication among nurses working in educational hospitals: A phenomenological study. 2011.
23. Motlagh M, Shariati M. Function and Effectiveness of Work Teams in Vice-Chancellery for Health of Universities of Medical Sciences in Iran: Viewpoint of Managers and Experts. Journal of Health Administration. 2015;17(58):17-27.
24. Report on the performance and achievements of maternal death Care System [database on the Internet]. 2013 [cited.
25. Ghadiani; M, Abolmasoomi; Z, nazari; SSH. A case of medical malpractice resulting in death after dipyridamole perfusion scintigraphy. Journal of forensic medicine. 2006;12(41):46-9

[ Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-01 ]