بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۷

دکتر سیدشهاب الدین صدر* - دکتر محمد حسن قدیانی ** - دکتر علی اصغر باقرزاده ***

* متخصص فیزیولوژی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه فیزیولوژی
** متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور
*** پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های متعدد علمی و تکنولوژیک در تشخیص و درمان بیماری‌ها روند شکایت از پزشکان و کادر معالج رو به افزایش است. افزایش جمعیت، افزایش تعداد پزشکان، افزایش آگاهی جامعه و استفاده از ابزارهای تشخیصی و درمانی پیچیده‌تر از علل مهم این روند رو به رشد هستند و در این میان کاهش روابط سنتی میان پزشک و بیمار بیشتر به این موضوع دامن می‌زند. هدف از این مطالعه بررسی علت و انگیزه های شکایت، میزان و نوع قصور انجام شده و در آخر ارایه راه حل برای کاهش قصور پزشکان می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی به صورت گذشته‌نگر با بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ در اداره‌کل پزشکی قانونی استان تهران انجام شده است.

یافته ها: طی این مدت از بین ۹۶۵ پرونده شکایت از قصور پزشکی ۱۹۶ مورد (۲۰/۳۱٪) به این رشته اختصاص داشته و از ۱۵ مورد در سال ۱۳۷۷ به ۳۹ مورد در سال ۱۳۸۲ افزایش یافته است. در ۶۰/۷۲٪ پرونده‌ها رأی برائت و در ۳۹/۲۸٪ رأی قصور صادر گردیده است. ۵۴/۵۹٪ پرونده‌ها به مراکز خصوصی و ۱۷/۸۶٪ به مراکز دولتی غیر دانشگاهی و ۲۱/۹۴٪ به مراکز دانشگاهی و ۵/۶۱٪ به مراکز خیریه مربوط بودند؛ ولی میزان قصور در مراکز خصوصی ۵۲/۳۴٪، در مراکز دولتی غیر دانشگاهی ۲۲/۸۶٪ و در مراکز دانشگاهی ۲۰/۹۳٪ و در مراکز خیریه ۳۶/۳۶٪ بود. ۹/۰۹٪ از موارد قصور به دنبال فوت بیمار و مابقی به دنبال نقص عضو و کاهش کارآیی اتفاق افتاده بود.

نتیجه گیری: بهبود مناسبات پزشک و بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، کاهش روابط مالی میان پزشک و بیمار، افزایش دانش و مهارت‌های علمی و فنی پزشکان، توجیه مناسب بیماران قبل از انجام فرآیندهای تشخیصی یا درمانی و ارتقای سطح فنی و تجهیزاتی مراکز درمانی در کاهش قصور و شکایت تأثیر بسزایی دارد.

واژگان کلیدی: شکایت بیمار، پزشک، خطای پزشکی، ارتوپدی، پزشکی قانونی

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۶/۳

نویسنده پاسخگو: آدرس خ ولیعصر (عج) - خ زرتشت غربی - پلاک ۹۴ - نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری - طبقه ۴ bagherzadeh37648@yahoo.com

مقدمه

هرگاه پزشک هرکدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان‌ها و جراحی‌های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی‌های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد، مرتکب قصور پزشکی گردیده است.

توضیح اینکه پزشک موظف است در برخورد با بیمار کلیه اقدامات تشخیصی اعم از گرفتن شرح حال کامل یا معاینات فیزیکی، استفاده از آزمایش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی و در صورت نیاز مشورت با همکاران دیگر را انجام دهد و در نهایت بعد از تشخیص صحیح، درمان را شروع نماید. اگر به این وظایف عمل نشود، قصور پزشکی محسوب می‌شود. لازم به ذکر است که گاهی با انجام تمام این اقدامات، پزشک به تشخیص صحیح نمی‌رسد یا درمان به نتیجه مطلوب ختم نمی‌گردد. هرگاه این عدم تشخیص یا عدم پاسخ به درمان مطابق با موازین علمی و فنی باشد، خطا و قصور پزشکی محسوب نمی‌شود (۱).

اگر بر اثر قصور پزشکی شخص متحمل زیان یا آسیب شود می‌تواند ادعای به وقوع پیوستن قصور در مورد خویش را داشته باشد (۲).

هیچ شخص یا سیستمی از خطا مبری نیست. علی‌رغم بهترین تلاش‌ها و کوشش‌های پزشکان و پرسنل پزشکی امکان رخ دادن خطا

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

و اشتباه وجود خواهد داشت (۳).

گزارش‌های بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفت‌های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایات سیر صعودی داشته است (۴).

در سال‌های اخیر میزان شکایت از خطاهای پزشکی در کشورهای غربی افزایش قابل توجهی یافته است. در حال حاضر، پزشکان نمی‌توانند مطمئن باشند که هیچ گاه با یک ادعای قصور مواجه نخواهند شد. در برخی از کشورهای پیشرفته تعداد زیادی از بیماران برای پیگرد قانونی آمادگی دارند. در پرونده های قصور، براساس حقایق و شرایط هر مورد تصمیم گرفته خواهد شد. در نتیجه اشتباهات مشابه یا ظاهراً یکسان لزوماً همگی قصور محسوب نمی‌شوند. همچنین رأی صادره ممکن است به اهمیتی که قاضی به شهادت شهود می‌دهد، بستگی داشته باشد (۵).

برای قضاوت نمودن در مورد اینکه فردی مرتکب قصورشده است یا خیر، باید به نکات زیر توجه شود:

۱ - فرد باید بیمار پزشک باشد و به عنوان مثال پزشک مسؤولیت مراقبت پزشکی و درمان وی را پذیرفته باشد.

۲ - پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی قابل پذیرش نبوده‌اند و یا به طور شایع‌تر اعمالی را که به عنوان اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام شوند، انجام نداده باشد (رعایت موازین علمی و فنی نشده باشد).

۳ - در نتیجه انجام عملی که نباید انجام می‌شد و یا انجام ندادن کاری که باید انجام می‌گرفت، بیمار متحمّل آسیب شده باشد (۶).

در برخورد با موارد قصور پزشکی باید به نکات زیر توجه شود:

۱ - پزشک هرقدر واجد معلومات عالی و اطلاعات کافی و تبحر در رشته تخصصی خود باشد و در درمان‌هایی که انجام می‌دهد دارای حسن نیت و اخلاق حسنه باشد و نظامات و مقررات مربوطه را رعایت نماید، باز هم ممکن است در بعضی از موارد دچار عدم موفقیت در معالجه بیماران خود گردد.

۲ - قصور پزشکی به هر صورتی که باشد یک امر نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر در موردی مرتکب قصور می‌شوند که پزشکان دیگر آن را به سادگی انجام می‌دهند. از طرفی نمی‌توان انتظار داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان در سطح بالا برخوردار باشند (۷).

تقسیم‌بندی انواع خطاهای صورت گرفته:

الف) بی‌مبالاتی: شامل ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود، ولی بر اثر غفلت انجام نمی‌یابد. مانند عدم تدارک و تمهیدات لازم از قبیل آزمایش‌ها, گرافی‌ها و مشاوره‌های لازم و اخذ شرح حال و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی یا اقدام درمانی. به عنوان نمونه بیماری که کیست استخوانی داشته است و پزشک قبل از انجام فیزیوتراپی درخواست گرافی نداده و لذا باعث شکسته شدن گردن استخوان ران حین فیزیوتراپی شده است؛ یا بیماری که بعد از عمل جراحی دچار آمبولی ریه شده است و پزشک توجه کافی به حال عمومی بیمار ننموده و مشاوره‌های لازم با متخصصین دیگر جهت تشخیص و درمان آمبولی ریه انجام نداده است که باعث مرگ بیمار شده است. از نمونه دیگر می‌توان به این مورد اشاره کرد: بیماری که مشکل عصب سیاتیک داشته است ولی به علت نگرفتن نوار عصبی- عضلانی قبل از عمل، بیمار مدعی شده که این مشکل در حال حاضر تشدید شده است؛ یا اقدام جراح به عمل جراحی بیمار مبتلا به هموفیلی، بدون انجام آزمایش زمان سیلان و انعقاد خون و خسارت یا تلف شدن بیمار در جریان این موضوع؛ نیز عدم ارجاع و معرفی بیمار مبتلا به پارگی تاندون به جراح توسط پزشک عمومی.

ب) بی‌احتیاطی: انجام فعلی که از نظر علمی و اصول پزشکی نبایستی انجام پذیرد، ولی در اثر سهل‌انگاری انجام می‌یابد. مانند به جا ماندن گاز، سوزن و وسایل جراحی در شکم یا اندام‌ها، جراحی پای راست به جای شکستگی پای چپ، عمل جراحی بی مورد برای بلند کردن قد روی فردی که قد وی متناسب بوده است و بیمار متعاقب آن دچار نقص عضو شدید شده است؛ یا مرخص کردن بیماری که دچار شکستگی متعدد بوده و می‌بایست چند روز بعد از جا اندازی و گچ گیری تحت نظر و بستری می‌شد.

ج) عدم مهارت: شامل مواردی است که پزشک تبحّر علمی و فنی لازم برای انجام آن کار بخصوص را نداشته باشد؛ که خود بر ۲ نوع است:

۱ - عدم مهارت علمی: مانند عدم اطلاع از روش تجویز یا دوزاژ یک دارو به طور مثال در بیماری که نارسایی پیشرفته کلیوی داشته است، پزشک برای پیشگیری از ایجاد عفونت بعد از جراحی از داروی جنتامایسین و سفازولین استفاده کرده است، که از نظر علمی برای بیماری که دچار عارضه مزمن نارسایی کلیه می‌باشد، تجویز این دارو نیاز به تعدیل دوز دارو دارد و عدم تعدیل دوز دارو می‌تواند در تسریع بیماری مؤثر باشد؛ یا پزشکی که از تعبیه پیچ و پلاک داخلی برای شکستگی چند قطعه‌ای توأم با زخم باز استفاده کرده بود که این عمل باعث عفونت شدید پا شده بود؛ یا در بیماری که دچار انحراف زانو و کوتاهی مختصر همان اندام از دوران کودکی بوده است، پزشک ابتدا بیمار را تحت عمل جراحی اصلاح کوتاهی و سپس تحت عمل جراحی اصلاح انحراف محور اندام قرار داده بود که این کار از نظر علمی اشتباه بوده, می‌بایست ابتدا عمل جراحی اصلاح محور و سپس عمل جراحی اصلاح کوتاهی انجام می‌گرفت.

۲ - عدم مهارت عملی: مانند آتل‌گیری غلط منجر به نکروز عضو و یا به کار گرفتن پلاک نامناسب در شکستگی‌های قسمت‌های مختلف اندام، عدم طرح درمانی انتخابی با توجه به سن بیمار و نوع مفصل انتخاب شده در نکروز آواسکولار، و یا بیماری که به علت بیماری

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

فلج اطفال تحت عمل جراحی روی مفصل رانی- لگنی و گذاشتن یک عـدد پین بلند فلزی در مفصل فوق قرار گرفته ولی پس از مدتی بیمار متوجه خون در ادرار شده است.

د) عـدم رعایـت نظامـات دولتـی: عدم توجـه بـه آیین‌نامه‌ها، بخشـنامه‌ها و دسـتورالعمل‌های مقامات بالاتر اداری، نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مانند نفرستادن نسوج خارج شـده از بدن پس از انجام عمل جراحی جهت آزمایش بافت‌شناسـی و آسیب‌شناسی؛ عدم پذیرش بیمار اورژانسی و انجام ندادن اقدامات اولیه بـرای وی؛ انجام جراحی‌ها در مراکز غیر مجهز و یا در مطب؛ همکاری نکـردن تنگاتنگ جراح عروق با جراح ارتوپد در مواردی از شکسـتگی که همراه با آسـیب عروقی بوده باشد و یا انجام عمل جراحی ارتوپدی پیچیده توسط جراح عمومی.

ه) مرکب: شـامل مواردی اسـت که دو یا چند قصـور از حالات چهارگانه مذکور به صورت ترکیبی اتفاق افتاده باشـد. مانند انجام غلط و نادرسـت یک عمل جراحی در مطب که طبق نظامات دولتی، پزشک مجاز به انجام آن عمل در مطب نمی‌باشد (۸).

لازم به ذکر اسـت، اعلام نوع خطا فی‌نفسـه میزان قصور یا خطا را تعییـن نمی‌کند یا به عبارتی, موارد فوق تعیین‌کننده درصد معینی از خطا نمی‌باشـد و نام عمومی قصور و یا خطا را برای همه این موارد بـه کار می‌بریم و برای مراجع قضایـی همه این اصطلاحات یک معنی می‌دهد و آن خسـارت مالی و یا جانی بیمار اسـت که به عهده پزشک معالج اسـت؛ مگر آنکه پزشـک قانونی این اصطلاحات را معنی‌دار کند یعنی با مطالعه پرونده بالینی و معاینه بیمار و توضیحات لازم از شاکی و پزشک معالج، میزان قصور را تعیین کند که معمولاً به صورت درصد تعیین می‌گردد (۸).

این مطالعه با هدف بررسـی و شناسایی انگیزه شکایت بیماران از جراحان ارتوپدی، علل، نوع و میزان خطاها و قصور پزشـکی در مراکز درمانی توسط این پزشکان در تهران انجام شده است. مطالعه در مورد آن دسـته از بیمارانـی که خود یا بسـتگان آنها اقـدام قانونی بر علیه پزشـک معالج خود به عمل آورده‌اند معلوم می‌دارد که مسأله تخلفات پزشکی، شکایت و دادخواهی بیماران و درخواست غرامت از طرف آنها، پزشـکان و جامعه پزشـکی کشـور را با بحرانی فزاینده مواجه ساخته اسـت. به نحوی که سایر سازمان‌های اجتماعی نیز علاقمند به بررسی و مطالعه آن می‌باشـند و به تدریـج توجه محققین نیز به این موضوع جلب شده است.

روش بررسی

نوع مطالعه به صورت تحلیلی، توصیفی و گذشـته‌نگر می‌باشـد؛ که در آن کل پرونده‌های شـکایت از قصور پزشـکی رشته ارتوپدی در اداره‌کل پزشکی قانونی استان تهران از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲ مورد بررسی قرار گرفته است.

روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه و استفاده از اطلاعات موجود در پرونده‌های موجود در کمیسـیون پزشـکی اداره‌کل پزشکی قانونی استان تهران می‌باشد. پرسشنامه شامل سن بیمار، جنس بیمار، تحصیلات بیمار، شـغل بیمـار، علل قصور، نوع مرکـز درمانی، علت و انگیزه شـکایت، نوع جراحی، نحوه کسب اطلاع از قصور، بیماری زمینه ای، محل آسیب وارده و میزان ارش تعیین شده بوده است.

روش کار به این صورت بوده است که کلیه پرونده‌های بررسی شده در کمیسیون پزشکی اداره‌کل پزشـکی قانونی استان تهران مربوط به قصور متخصصین ارتوپدی طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ مورد بازنگری قرار گرفته و اطلاعات موجود در آنها بر اسـاس پرسشـنامه جمع‌آوری و ثبت شـده اسـت. با توجه به رأی صادره، میزان قصـور یا برائت و یا رضایت و مختومه شـدن پرونده جراح ارتوپد مشـخص گردیده است. و همچنین مرگ یا علت نقص عضو و صدمات ناشـی از قصور پزشـک متخصص ارتوپدی نیز بررسی شده است.

از جهت رعایت اخلاق پزشـکی و محرمانه بودن پرونده‌ها، بررسی بر روی پرونده‌ها در محل اداره‌کل پزشـکی قانونی اسـتان تهران انجام شده و از نام و نام‌خانوادگی شاکی و آدرس آنها استفاده نشده است.

در انتها برای آنالیز نتایج از نرم‌افزار SPSS اسـتفاده شـد. به این ترتیب که پس از جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات به صورت Code Sheet درآمد و توسـط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در مورد متغیرهای کیفی, درصد فراوانی ذکر گردید.

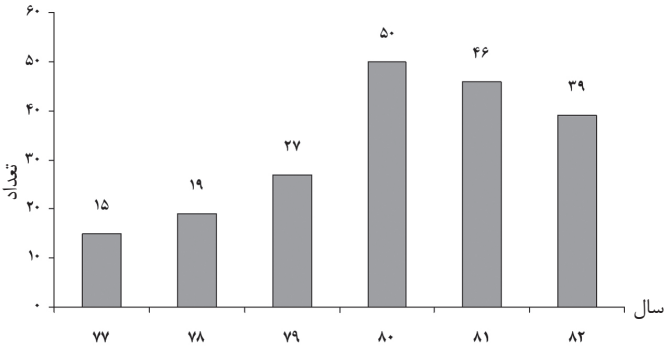
لازم به ذکر اسـت که پرونده‌های قصور پزشکی به تفکیک وجود نداشت؛ لذا این پرونده‌ها ابتدا از میان کلیه پرونده‌های بررسی شده در کمیسـیون پزشکی قانونی تفکیک شد و آنگاه مورد بررسی قرار گرفت و سـپس پرونده‌های مربوط به قصور پزشکی در رشته ارتوپدی تفکیک شده, وارد مطالعه گردید.

یافته‌ها

از ابتدای سـال ۱۳۷۷ تا پایان سـال ۱۳۸۲ هجری شمسـی در کمیسیون پزشـکی اداره‌کل پزشکی قانونی اسـتان تهران تعداد ۹۶۵ مورد شکایت از قصور پزشکی مطرح و بررسی شده است. از ۹۶۵ پرونده شـکایت از قصور پزشکی که در طی شش سـال مذکور در کمیسیون کارشناسی شده در ۱۹۶ مورد (۲۰/۳۱٪) به نحوی جراح ارتوپد درگیر بوده اسـت. از ۱۹۶ پرونده شـکایت ارتوپدی کمترین, کمترین پرونده مربوط به سـال ۱۳۷۷ با ۱۵ مورد (۱۲/۶٪) و بیشترین پرونده به سال ۱۳۸۰ با ۵۰ مورد (۲۹/۰۶٪) بوده است (نمودار ۱).

از لحـاظ فراوانی جنسـیت صاحبان پرونده هـا، ۷۰/۹۱٪ مرد و ۲۹/۰۹٪ زن، که از میان این افراد ۷۰/۹۲٪ متأهل و بقیه مجرد بودند. از لحاظ توزیع سـنی صاحبـان پرونده ها، ۳۴ مـورد (۱۷/۳۵٪) بین سـنین بدو تولد تا ۲۰ سـالگی، ۱۰۳ مورد (۵۲/۵۵٪) بین سنین ۲۱ الی ۴۰ سـالگی، ۳۶ مورد (۱۸/۳۷٪) بین سنین ۴۱ الی ۶۰ سالگی و

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]



نمودار ۱ – فراوانی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی

۲۳ مورد (۱۱/۷۳٪) در سن بالاتر از ۶۱ سال قرار گرفتند. از لحاظ بررسی میزان تحصیلات، ۲۳ مورد (۱۷/۷۳٪) بیسواد، ۸۷ مورد (۴۴/۳۹٪) افراد با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و همچنین تحصیلات ناقص دوران دبیرستان، ۵۲ مورد (۲۶/۵۳٪) افراد دیپلمه و ۳۴ مورد (۱۱/۳۵٪) افراد با تحصیلات دانشگاهی بودند. از لحاظ شغل ۲۹ مورد (۱۴/۷۹٪) بیکار، ۳۲ مورد (۱۶/۳۳٪) خانه دار، ۳۵ مورد (۱۷/۸۶٪) محصل و دانشجو، ۴۱ مورد (۲۰/۹۲٪) کارمند و ۵۹ مورد (۳۰/۱٪) افراد با شغل آزاد بوده‌اند.

از مجموع ۱۹۶ پرونده شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی در ۱۰۴ پرونده (۵۳/۰۶٪) پزشک تبرئه گردیده و در ۷۷ پرونده (۳۹/۲۸٪) مقصر شناخته شده است. در ۱۵ پرونده دیگر (۷/۶۶٪) شاکی رضایت داده یا پرونده مختومه شده است (جدول ۱).

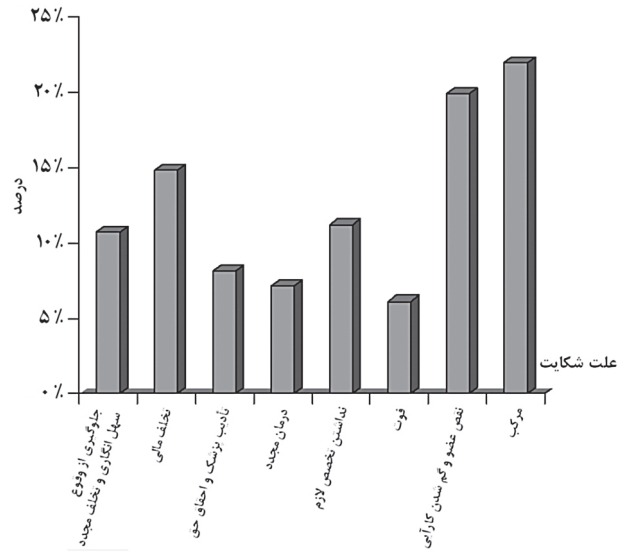
در بررسی نوع مرکز درمانی که در آن بیمار تحت مداوا قرار گرفته است، مشخص گردید که در ۴۳ مورد (۲۱/۹۴٪) مرکز دانشگاهی، ۳۵ مورد (۱۷/۸۶٪) مرکز دولتی غیر دانشگاهی، ۱۰۷ مورد (۵۴/۵۹٪) مرکز خصوصی و در ۱۱ مورد (۵/۶۱٪) مرکز خیریه بوده است که از ۴۳ مورد پرونده شکایت مربوط به مراکز دانشگاهی، ۳۴ مورد (۷۹/۰۷٪) رأی برائت و ۹ مورد (۲۰/۹۳٪) رأی قصور، از ۳۵ مورد پرونده شکایت مربوط به مراکز دولتی غیردانشگاهی، ۲۷ مورد (۷۷/۱۴٪) رأی برائت و ۸ مورد (۲۲/۸۶٪) رأی قصور، از ۱۰۷ مورد پرونده شکایت مربوط به بخش خصوصی، ۵۱ مورد (۴۷/۶۶٪) رأی برائت و در ۵۶ مورد (۵۲/۳۴٪) رأی قصور و همچنین از ۱۱ مورد پرونده شکایت مربوط به بخش خیریه در ۷ مورد (۶۳/۶۴٪) رأی برائت و ۴ مورد (۳۶/۳۶٪) رأی قصور صادر گردیده است.

در بررسی علت و انگیزه شکایت مشخص گردید که در ۲۹ مورد علت و انگیزه شکایت خسارت مالی بوده و شاکی برای دریافت خسارت مالی شکایت نموده است و در ۲۱ مورد جلوگیری از وقوع سهل‌انگاری و تخلف مجدد، در ۱۶ مورد تأدیب پزشک و احقاق حق، در ۱۴ مورد درخواست درمان مجدد، در ۲۲ مورد نداشتن تخصص لازم، در ۱۲ مورد فوت، در ۳۹ مورد نقص عضو و کم‌شدن کارآیی و در ۴۳ مورد ترکیبی از عوامل فوق علت و انگیزه شکایت بوده است (نمودار ۲).

از جهت بررسی نوع جراحی‌های انجام شده روی بیماران مشخص شد که در ۱۲۱ مورد (۶۱/۷۳٪) جراحی‌ها به صورت اورژانس و در ۷۵ مورد (۳۸/۲۷٪) جراحی‌ها به صورت الکتیو صورت گرفته است

جدول ۱- توزیع فراوانی برائت و قصور پزشک همچنین رضایت شاکی و مختومه‌شدن پرونده در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی در اداره‌کل پزشکی قانونی استان تهران به تفکیک سال از ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲

سال بررسی	برائت		قصور		رضایت شاکی و مختومه شدن پرونده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۷۷	۹	۶۰	۵	۳۳/۳۳	۱	۶/۶۷
۱۳۷۸	۱۰	۵۲/۶۳	۹	۴۷/۳۷	–	–
۱۳۷۹	۱۴	۵۱/۸۵	۱۲	۴۴/۴۴	۱	۳/۷
۱۳۸۰	۲۲	۴۴	۲۱	۴۲	۷	۱۴
۱۳۸۱	۲۵	۵۴/۳۵	۱۸	۳۹/۱۳	۳	۶/۵۲
۱۳۸۲	۲۴	۶۱/۵۴	۱۲	۳۰/۷۷	۳	۷/۶۹



نمودار ۲ – فراوانی علت و انگیزه شکایت از پزشک در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

کـه از ۱۲۱ پرونده شـکایت مربوط به جراحـی اورژانس، در ۴۸ مورد (۳۹/۶۷٪) رأی قصـور و در ۷۳ مـورد (۶۰/۳۳٪) رأی برائت و از ۷۵ پرونده شـکایت مربوط به جراحی الکتیو، در ۲۹ مورد (۳۸/۶۷٪) رأی قصور و در ۴۶ مورد (۶۱/۳۳٪) رأی برائت صادر گردیده است.

در بررسـی پرونده‌های شـکایت مشـخص شـد که در ۳۲ مورد (۱۶/۳۳٪) از پرونده‌هـا، بیمـاری زمینه‌ای در ایجـاد صدمات وارده یا فوت تأثیر داشـته اسـت و تقصیر پزشـک بسـیار کم بوده است و در بیشتر موارد پزشک اصلاً مقصر نبوده است. (بیماری زمینه‌ای مانند فلج مادرزادی، استئوآرتریت، پوکی استخوان، وجود کیست‌های استخوانی، ژنوواروم و ...)

همچنیـن ۶۳ نفر (۳۲/۱۴٪) از شـاکیان اعلام داشـته‌اند که با مراجعه به پزشـکان و متخصصـان دیگر از انجام قصور مطلع شـده و دسـت به شکایت زده‌اند شـکایت بر اثر تحریک پزشـکان و همکاران دیگر بوده است.

در بررسـی علل قصـور معلوم گردیـد که در ۱۰ مـورد (۱۳٪) بی‌مبالاتی ، در ۷ مورد (۹/۱٪) بی‌احتیاطی ، در ۲۴ مورد (۳۱/۲٪)عدم مهارت، در ۳ مـورد (۳/۹٪) عدم رعایت نظامات دولتی و در ۳۳ مورد (۴۲/۹٪) جمع بین ۲ یا ۳ عامل فوق‌الذکر (مرکب) بوده است.

از ۷۷ مورد پرونده شـکایت که پزشک مقصر شناخته شده است، در ۷ مورد (۹/۰۹٪) بیمار فوت کرده اسـت و در ۷۰ مورد (۹۰/۹۱٪) دچار نقص عضو و کم‌شدن کارآیی شده است.

از ایـن ۷۷ پرونـده در ۳۴ مورد (۴۴/۱۶٪) میـزان ارش کمتر از ۵٪ دیه کامل انسـان، در ۱۷ مورد (۲۲/۸٪) از ۶٪ تا ۱۰٪ دیه کامل انسان، در ۱۳ مورد (۱۶/۸۸٪) از ۱۱ الی ۲۰٪، در ۹ مورد (۱۱/۶۹٪) از ۲۱ الی ۴۰٪ و در ۴ مورد (۵/۱۹٪) بیشتر از ۴۱٪ دیه کامل انسان تعیین شده است.

در بررسـی پرونده‌های شکایت از نظر محل آسیب در ۱۲۵ مورد (۶۳/۷۷٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۶۲ مورد (۳۱/۶۴٪) اندام فوقانـی و شـانه و در ۹ مورد (۴/۵۹٪) سـتون مهره‌ای بوده اسـت. و همچنین در پرونده‌هایی که پزشـک مقصر شـناخته شده، از مجموع ۷۷ مورد در ۵۳ مورد (۶۸/۸۳٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۲۲ مـورد (۲۸/۵۷٪) اندام فوقانی و شـانه و در ۲ مورد (۲/۶٪) مهره‌های کمری محل آسیب وارده بوده است.

بحث

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی, منجر به زوال روابط سـنتی بین پزشک و بیمار گردیده است. گرچه افزایـش جمعیت, افزایش تعداد پزشـکان, ازدیاد افراد بیمه شـده و افزایـش آگاهی اشـخاص از حقوق خود از جملـه علل افزایش و سیر صعودی شـکایت بر علیه پزشکان در سـالهای اخیر بوده، ولی عدم موفقیت پزشـکان در برقراری ارتباط بـا بیماران از علل اصلی طرح دعاوی مذکور می‌باشـد. علیرغم تمام زحمات پزشکان و کادر پزشـکی در ارایه خدمات بـه بیماران و نیـز علی‌رغم تقدس خاص این رشـته، متأسـفانه روز به روز به میزان شـاکیان افزوده می‌شود کـه این مهـم در آینده نه چندان دور می‌توانـد باعث رکود ویژه‌ای در ارایه خدمات این قشـر متخصص شـود. گزارش‌هـای بین‌المللی دربـاره فراوانی شـکایت از پزشـکان معالج در کشـورهای مختلف حاکی از این واقعیت اسـت که متأسفانه با وجود پیشرفت‌های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشـخیصی و درمانی میزان شـکایت, سـیر صعودی داشـته اسـت (۴).

نارضایتی، شـکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشـخیصی و درمانی از مسـایل مهمی می‌باشد که همواره در بخشـهای بهداشت و درمان مورد بحث قرار می‌گیرد. امروزه علیرغم تلاش‌های پزشـکان و دندان‌پزشـکان و سـایر کارکنان بخش بهداشـت و درمان و وجود امکانات وسـیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است (۹).

شـکایت از مراکز درمانی یا رضایت حاصل از آن، دو سـوی یک مسـأله هسـتند. در دهه گذشـته جوامع مختلف مطالعات زیادی را با اعمال روشهای متفاوت در مورد رضایت بیماران انجام داده‌اند که نتایج حاصله یکسـان بوده است و معلوم می‌دارد که ۹۰-۷۰٪ مردم از نحوه ارایه خدمات تشخیصی و درمانی رضایت دارند. یک محقق انگلیسی به نامKlein در سـال ۱۹۷۳ نشان داد که در مقابل یک شکایت کتبی، یک‌صد شـکایت شـفاهی و در مقابل هر شکایت شـفاهی چهار بیمار ناراضی وجود دارد؛ بنابراین در مقابل هر شـکایت کتبی چهارصد بیمار ناراضی وجود دارد (۱۰).

در مطالعه‌ای که دکتـر علی نوبخت حقیقی و همکاران در زمینه بررسی علل شـکایت بیمار از پزشک معالج انجام داده‌اند، ۱۴۱ پرونده شـکایت ارجاع شده به سـازمان نظام پزشـکی که تاریخ شکایت آنان از سـال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ بود، مورد بررسـی قرار گرفته اسـت. مطابق یافته‌هـای این پژوهش که تدوین آن بر اسـاس پرسشـنامه‌های باز و بسته بود، شایعترین علل شکایت عبارتند از: صدمات جسمانی (۲۶٪)، قصور و سـهل‌انگاری (۲۳٪)، فوت بیمار (۲۲٪)، عمل جراحی ناموفق (۱۸/۴٪) و تشخیص غلط (۱۰/۶٪). در ۳۴/۸٪ اطلاع از چگونگی وقوع حادثه توسـط سایر پزشـکان به بیمار اعلام شده است. اهمیت جبران ضرر مالی برای جلب رضایت شـاکی در ۵۲٪ مـوارد زیاد، در ۱۰/۷٪ متوسـط و در ۲/۳۷٪ کم بوده اسـت. و همچنین ۹۰/۴٪ ابراز کرده‌اند که هیچ گونه اطلاعی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشکان معالج دریافت نکرده‌اند (۱۱).

در یک بررسـی دیگر انجام شـده در موارد قصور پزشـکی ارجاع شـده به سازمان پزشکی قانونی, از میان ۶۱۵ مورد پرونده ارجاعی، در ۱۸۰ مورد قصور کادر پزشکی اثبات گردیده، که از این تعداد ۳۰ مورد مربوط به مراکز دانشـگاهی و ۱۵۰ مورد مربوط به مراکز غیردانشگاهی بوده است؛ همچنین بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری، بیشترین میزان علت

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

قصـور را به خود اختصاص داده اسـت (۱۰۹ مـورد) و در ۳۰٪ موارد دو نوع خطای پزشـکی با هم مطرح بوده اسـت. همچنین بر اسـاس داده‌ها در رشـته‌های جراحی، مواردی که جلب توجه می‌نمود، اشکال در تکنیک‌هـای جراحی و عدم اطلاع جراحـان از اعمال جراحی نوین پزشکی بوده است و در رشته‌ای مثل بیهوشی که موجبات قصور پزشکی را فراهـم نموده بود، بیهوش نمودن چند بیمار در اتاق‌های مختلف، یا چـک نکردن امکانات قبل از عمل جلب توجه می‌کرد و در رشـته‌های غیرجراحـی و اطفال و یا طب عمومـی، عدم توجیه کافی بیماران قبل از اقـدام به درمان و عـدم وجود ارتباط صحیح بیـن همکاران و عدم اطلاع از آیین‌نامه‌های نظام پزشـکی عامل طرح شکایت بوده است. در آخر اشـکال در مدیریت سیسـتم نظارتی بیمارسـتان‌ها و عدم اجرای بخش‌نامه‌های وزارتی و نظامات دولتی نیز عامل مشـترک خدشـه‌دار شدن رابطه پزشـکان با بیماران و همراهان آنها و طرح دعاوی بر علیه آنها بوده است (۱۲).

در مطالعه‌ای که در مورد بررسـی علل شـکایت بیمار از پزشـک معالج در مراجعه‌کنندگان به سـازمان نظام پزشکی کل کشور در رشته ارتوپدی طی سـالهای ۷۵ گرفته است الی ۸۰ انجام شده است، تعداد ۳۳۹ پرونده مورد بررسـی قرار گرفته است که نتایج آن در مورد علت شـکایت به این صورت بود که ۱۰٪ علت شکایت مربوط به فوت ۲۳٪ صدمات جسمانی، ۲۷/۴٪ عمل جراحی ناموفق، ۱۰/۳٪ مرکب و مابقی به علت دریافت هزینه زیاد، سـهل انگاری و تشخیص غلط بوده است. در نتایج این مطالعه درباره انگیزه شـکایت، در ۳۰/۱٪ انگیزه شکایت, احقاق حق؛ ۴۵/۷٪ خسارت جانی؛ ۱۲٪ خسارت مالی؛ ۷/۸٪ مرکب و مابقی پیگیری قانونی و درمان مجدد ذکر شده بود. و همچنین در این مطالعه در مورد نوع مرکز درمانی، ۶۴/۱٪ شـکایت‌ها مربوط به مراکز دولتی و ۳۵٪ شکایت مربوط به مراکز خصوصی بود (۱).

در یک نـگاه با کنار هم قرار دادن مطالعـه حاضر با مطالعه فوق الذکر به این نتیجه می‌رسـیم که حجم زیادی از پرونده‌های شـکایت از رشـته ارتوپدی در سـازمان نظام پزشکی رسیدگی شده و به مراجع قانونی و سازمان پزشکی قانونی ارجاع نشده است و فقط مقدار کمی از پرونده‌ها در سازمان پزشکی قانونی رسیدگی شده است.

در مطالعه‌ای دیگر که بر روی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشـته جراحی عمومی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران در طی سالهای ۱۳۷۷ الی ۱۳۸۲ انجام شده است از ۱۲۵ پرونده شکایت از جـراح عمومی در ۶۰ پرونده (۴۸٪) پزشـک تبرئه و در ۶۵ پرونده (۵۲٪) پزشک مقصر شناخته شده است و از ۱۶۵ مورد قصور، ۳۷ مورد (۵۶/۹٪) میـزان قصور کمتـر از ۵۰٪ و ۱۱ مورد (۱۷٪) برابر ۵۰٪ و بقیه بیشتر از ۵۰٪ بوده است. بیشترین علت قصور به صورت منفرد با ۳۲/۳٪ مربوط به عدم مهارت و سپس بی‌احتیاطی با ۲۰٪ و بی‌مبالاتی با ۷/۶٪ و عدم رعایت نظامات دولتی با ۳/۲٪ در ردیف‌های بعدی قرار گرفته بود در ضمن ۳۶/۹٪ به صورت مرکب گزارش شده بود. همچنین بیشترین انگیزه شـکایت در این مطالعه با ۴۸/۸٪ جلوگیری از سهل-انگاری مجدد بوده و سـپس دریافت دیه و خسـارت مالی با ۳۴/۴٪ و مجازات قانونی پزشک ۱۶/۸٪ گزارش شده است و در آخر نیز بیشترین میزان شکایت از مراکز خصوصی با ۴۵/۶٪ عنوان شده بود (۸).

در مطالعه حاضر مشاهده می‌کنیم که مجموع شکایات رسیده در رشته تخصصی ارتوپدی از ۱۵ پرونده در سال ۱۳۷۷ به ۳۹ پرونده در سـال ۱۳۸۲ رسیده است که البته به صورت خطی نیست و ما در سال ۱۳۸۰ با ۵۰ پرونده، بیشـترین آمار را داریم ولی این افزایش تدریجی در نتایج سایر مطالعات نیز مشاهده می‌شود (نمودار ۱).

شـاید رشد جمعیت، افزایش مراجعات و افزایش اطلاعات عمومی پزشـکی همچنین عدم توجه به مبانی و اصول اخلاق پزشـکی مانند تحریک توسـط سـایر پزشـکان و همکاران دیگر بتواند قسمتی از این افزایـش را توجیـه کند؛ اما به هر حال علل ایـن افزایش در مطالعات آینـده می‌توانـد مورد بررسـی دقیق‌تر قـرار گیرد تا جامعه پزشـکی کشـورمان بتوانـد از نتایـج آن در جهت توقف روند افزایش شـکایات (خصوصاً در رشـته جراحی ارتوپدی که مورد بحث این مطالعه اسـت اسـتفاده کند) و یـا حتی آن را کاهش دهد. زیـرا تأثیر روانی افزایش شکایت پزشکی همه متخصصین را در برمی‌گیرد و منحصر به پزشکان مورد شکایت نمی‌باشد (۱۳).

در بررسـی ها مشخص گردید که در ۵۳/۰۶٪ از پرونده‌ها پزشک تبرئه گردید و در ۳۹/۲۸٪ پرونده‌ها پزشک مقصر شناخته شده است و با توجه به جدول شـماره یک طی شش سال بررسی انجام شده، تغییر زیـادی در روند موارد قصور اثبات شـده به نظر نمی‌رسـد. با توجه به نتایج دیگر مطالعات که نشـان از روند رو به رشد شکایت طی سالهای اخیر دارند، شاید بتوان این‌گونه نتیجه گرفت که دلیل افزایش شکایات، افزایـش قصور پزشـکان نبـوده و همانگونـه که ذکر گردیـد افزایش مراجعات، افزایش اطلاعات عمومی پزشـکی، بالا رفتن سـطح توقعات درمانی بیماران، سـودجویی و تحریک توسط پزشکان و همکاران دیگر و ... از عوامل سیر صعودی به شمار می‌روند.

همچنیـن در مطالعه مشـخص گردید کـه ۷/۶۶٪ از پرونده‌ها با رضایت شـاکی مختومه اعلام شـده اسـت که به نظر می‌رسد پزشک بعد از مطلع شـدن از قصور انجام یافته توسـط خـودش (برای حفظ آبـرو و جایگـاه شـغلی) و یا اینکه پرونده‌ای از اثبات قصور ایشـان در پزشـکی قانونـی وجـود نداشته باشد، حاضر به دادن خسارت مالی و یا قول درمان مجدد بدون عیب و نقص را به شـاکی داده اسـت و در نهایت رضایت شـاکی را جلب کرده و مانع از ادامه رسیدگی به پرونده خودش شده است.

در این مطالعه بیشترین شکایت با ۵۴/۵۹٪ از مجموع شکایات و بیشترین میزان قصور ثابت شده مربوط به مراکز خصوصی می‌باشد که به نظر می‌رسد مهم‌ترین عامل آن هزینه درمان بالاتر باشد. و همچنین بیشـترین رای برائت و کمترین رأی قصور مربوط به مراکز دانشـگاهی می‌باشد که دلیل آن حضور اعضای هیأت علمی، داشتن اطلاعات تازه-تـر و پیگیری و انجام علمی کلیه مراحل از تشـخیص تا درمان در این

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

مراکز می‌باشد.

شـاید این نتایج بیانگر این امر باشـد که بر خـلاف باور عمومی، کیفیت ارایه خدمات در مراکز دولتی با مراکز خصوصی تفاوت چندانی ندارد که البته اثبات این امر مطالعه‌ای مستقل می‌طلبد.

با توجه به نمودار ۳ مشـاهده می‌کنیم که بیشترین علت قصور به صورت منفـرد به ترتیب عدم مهارت، بی‌مبالاتـی، بی‌احتیاطی و عدم رعایت نظامات دولتی بوده اسـت. آنچه در این موارد از این مطالعه به دسـت می‌آید، آن اسـت که می‌توان عدم مهارت و عدم رعایت موازین علمی و فنی را که حدوداً ۱/۳ موارد قصور را تشکیل می‌دهد با برگزاری دوره‌های بازآموزی وهمکاری بیشـتر با انجمن‌های علمی- پژوهشی و تمهیداتی دیگر از این دسـت تا حد امکان اصلاح نمود. به کار بسـتن تمهیداتی مانند سـاماندهی بهتر امر درمان، کاسـتن از تراکم و تعداد زیاد مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های دولتی با افزایش آنها و افزایش سـطح پوشـش بیمه‌ها در امر درمان و تشـدید جرایم و مجازات‌ها، و همچنین رعایت بیشتر اخلاق پزشکی می‌تواند در کاهش بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی مؤثر باشد.

با مشـاهده نمودار ۲ در مورد علت و انگیزه های شـکایت متوجه می‌شـویم که شـاید بتوان با برخورد همراه با صداقت، تعهد و تواضع و نیـز ارایه توضیحات لازم علمـی و منطقی به بیمار یا اولیای او از وقوع شـکایات تا حد قابل توجهی کاسـت.و همچنین با افزایش توانایی‌های پزشـکان در ارتباط با بیمار چـه در دوران تحصیل و چه پس از آن از طریق برگزاری کارگاههای آموزشـی و توجه بیشتر به موازین اخلاقی و شـرعی، دخالت نکردن در رشته‌ای که تخصص لازم وکافی را ندارند، می‌تواند در کاهش شکایات تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد.

در این قسمت ذکر این نکته نیز مفید است که با کنار هم قرار دادن نتایج، بررسی نوع مراکز درمانی و بررسی نوع جراحی مشخص می‌شـود که از جمع ۷۷ مـورد پرونده قصور ثابت شـده، ۳۸ مورد مربوط به بیمارانی اسـت کـه در مراکز خصوصی و خیریه به صورت اورژانس مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند (اورژانس خصوصی) و ۲۲ مـورد مربوط به بیمارانی اسـت که در مراکـز خصوصی و خیریه به صـورت الکتیو مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند. مابقی یعنی ۷ مورد بـه صورت الکتیو و ۱۰ مورد به صـورت اورژانس در مراکز دولتی و دانشـگاهی مورد عمـل جراحی قرار گرفته‌اند، با بررسـی‌های انجام شـده، بیشتر شـکایت به دلیل مبالغ سنگینی اسـت که از بیماران دریافت شـده یا به علت هماهنگی برخـی آمبولانس‌ها با این مراکز خصوصـی جهت انتقـال بیماران به این مراکز بیان شـده اسـت و همچنین بیشـترین موارد علت شـکایت در زمینه نداشـتن تخصص لازم مربوط به این بیمارسـتان‌ها بوده اسـت کـه جراحان عمومی، جراحـی‌ارتوپـدی‌انجـام‌داده‌انـد.

با مراجعه به نمودار ۴ مشـخص می‌شـود که حدوداً در ۲/۳ از پرونده‌ها (۶۶/۲۴٪) میزان ارش کمتر از ۱۰٪ دیه کامل انسـان تعیین شده است و در ۵/۱۹٪ از پرونده‌ها میزان ارش در نظر گرفته شده بالای ۴۰٪ دیه کامل انسـان بود و در مابقی پرونده‌هـا ارش در نظر گرفته شـده بین ۱۱ الی ۴۰٪ دیه کامل انسان تعیین شده است. این مطالعه نشـان می‌دهد، اگر چه تعداد پرونده‌های شـکایت در رشته ارتوپدی و همچنین قصور اثبات شده به دنبال آن نیز زیاد می‌باشد ولی اکثر موارد قصور نسـبی بوده و میزان ارش در نظر گرفته شـده اندک می‌باشد. به طـوری که در ۴۴/۱۶٪ یعنی تقریباً نیمی از پرونده‌های قصور کمتر از ۵٪ دیه کامل انسان، برای پزشک ارش در نظر گرفته شده است.

در پایان بررسی‌ها مشخص شـده است که در بیشتر موارد قصور اثبات شده، قصور نسبی بوده است و این نشان می‌دهد که عوامل بسیار دیگری از جمله بیماری زمینه‌ای، کادر بیمارسـتان و مسـؤول فنی و مدیریت بیمارسـتان، کارورزان و دسـتیاران و عوامل دیگر جراحی از جملـه برخی جراحـان عروق و و تجهیزات و امکانات و ... در شـکایت ازاین رشـته تأثیر دارند ولی با این حال نوک پیکان اتهامات معمولاً به طرف جراحان ارتوپدی می‌باشد.

در پایـان این بحث چنـد نکته قابل ذکر اسـت اول اینکه با یک نگاه دقیق و تیزبینانه و علمی مشـخص می‌گردد که تفاوت‌های مهمی در برخی از ویژگی‌های جراحانی که مرتکب خطاهای مکرر شـده‌اند با جراحانی که کمتر دچار خطا شده‌اند و یا فاقد خطا بوده‌اند وجود دارد. بـه عنوان مثال تعداد افرادی که فلوشـیپ یا بـورد تخصصی دارند در بین جراحان پرخطا کمتر از جراحان کم خطاسـت؛ و به علاوه جراحان پرخطا به میزان کمتری عضو انجمن‌های تخصصی بوده و یا وابسـته به دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند. همچنین علایق مذهبی در جراحان پرخطا کمتر است (۱۴).

با این حال بررسـی بر روی کیفیت ارایه خدمات نشـان می‌دهد کـه هیچ تفاوتـی در کیفیت ارایه خدمات بیـن گروهی از متخصصین که تجربه قبلی شـکایت داشـته‌اند با گروهی که سابقه خطای پزشکی ندارند، وجود نداشته است (۱۵).

دوم اینکه با توجه به فعالیت زیاد شـرکت‌های بیمه در کشورهای غربی، معمولاً شـکایت از قصور با توجه به روند درمانی می‌باشـد؛ ولی در کشـور ما ممکن اسـت فردی صرفاً به تحریک اقوام و اطرافیان و یا حتی پزشـکان دیگر اقدام به شکایت کند که ممکن است هیچ مبنای علمی نداشـته باشد و باعث صرف وقت و هزینه بسیار برای فرد شاکی و سازمانهای رسیدگی کننده شود (۸).

نتیجه گیری

با توجه به دسـتاوردهای این مطالعه پیشـنهادهایی در خصوص کاهش شـکایات و افزایش رضایتمندی مردم از خدمات پزشکی مطرح می‌گردد:

۱. با توجه به روند رو به رشـد جمعیت، افزایش تعداد پزشکان متخصص و اینکه تعدادی از شـکایات از طریق سـازمان نظام پزشکی بررسـی می‌شود، باید مطالعات گسـترده‌تر و جامع‌تری صورت گیرد تا

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

میزان قصور با دقت بالاتری در این زمینه به دست آید

۲. انجام مطالعه در زمینه‌های مختلف مرتبط با این موضوع از قبیل میزان تأثیر شکایت در کیفیت خدمات ارایه شده، افزایش یا عدم افزایش موارد قصور طی سال‌های اخیر، میزان تناسب افزایش یا کاهش تعداد شکایات با افزایش یا کاهش موارد قصور و ...

۳. برگزاری دوره‌های بازآموزی مداوم، تشکیل انجمن‌های علمی تخصصی و اقداماتی از این قبیل در جهت افزایش سطح علمی و مهارتی جراحان و پزشکان

۴. افزایش پوشش بیمه در سطح جامعه

۵. کاستن از تراکم بیماران مراجعه کننده به مراکز دولتی با افزایش تعداد این مراکز و به دنبال آن کاهش خطای پزشکی در این مراکز

۶. انجام تعداد معقول جراحی و ویزیت بیمار در یک روز و استراحت کافی جراح, قبل از عمل, جهت کاهش سهل‌انگاری (بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی)

۷. افزایش نظارت‌های قانونی و مستمر بر بیمارستان‌ها

۸. ارتقاء سطح فنی و تجهیزاتی بیمارستان‌ها

۹. تشدید جرایم و مجازات‌ها خصوصاً در برخورد با بیمارستانها و یا پزشکانی که قصورهای متعدد دارند

۱۰. افزایش توانمندی دستیاران رشته تخصصی ارتوپدی

۱۱. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در جهت آموزش روش‌های صحیح ارتباط پزشک با بیمار و اولیای او

۱۲. احیای اخلاق پزشکی و اسلامی در امر آموزش پزشکی و همچنین سطوح ارایه خدمات بهداشتی

۱۳. چاره‌اندیشی وسیع و همه‌جانبه برای رفع معضل فقر و گسترش عدالت و رفاه اجتماعی در جامعه

۱۴. توجیه جراحان ارتوپد در مورد اخذ رضایت و برائت‌نامه کتبی و آشنا کردن همراهان بیمار با موضوع عمل در موارد خطر

۱۵. عدم تضمین صد در صد معالجه و بهبودی پس از عمل، از سوی جراح ارتوپد به بیمار و همراهان وی

۱۶. مطالعه مستمر و داشتن اطلاعات نوین و به‌روز پزشکی

۱۷. استفاده از سکوت و تواضع در موقع بحران روحی بیمار و اطرافیان او و دفاع در زمان مناسب

۱۸. عدم دخالت در سایر رشته‌های غیرمرتبط با تخصص و انجام مشاوره‌ها و مراقبت‌های لازم پزشکی

۱۹. حفظ شأن و احترام سایر همکاران در نزد بیمار و اطرافیان وی.

۲۰. انتخاب صحیح بیمار و تکمیل پرونده بالینی و شرح عمل و معاینه کامل و گرفتن شرح حال کامل.

۲۱. آگاه نمودن بیمار و اطرافیان وی از عوارض احتمالی و حتی غیرقابل پیش‌بینی فرآیندهای تشخیصی و درمانی قبل از هرگونه اقدام و احترام به شأن و شخصیت بیمار.

۲۲. ارایه آگاهی‌های لازم به بیماران و اولیای آنها در مورد پذیرش بسیاری از عواقب و عوارض جراحی، درمان و فرآیندهای تشخیصی، توسط پزشکان، رسانه‌های عمومی و دست‌اندرکاران امر درمان جامعه

۲۳. تعیین تعرفه واقعی برای فرآیندهای تشخیصی و درمانی و افزایش سهم سرانه سلامت

در آخر لازم به ذکر است که باید به بعد مثبت پدیده شکایت بیماران از جامعه بهداشت و درمان نیز واقف باشیم و اینکه این مسأله می‌تواند به عنوان یک دریچه اطمینان در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی، افزایش دقت و توجه پزشکان، افزایش دانش آنها و بالا رفتن کیفیت مهارتهای جدید عمل نماید و تذکری است برای ایجاد رفتار بهتر و صمیمانه‌تر با بیماران، کاستن از هزینه‌های سنگین تشخیصی و درمانی و در نهایت حفظ و ارتقای قداست جامعه پزشکی کشورمان. إن شاء ا...

منابع

۱) جعفری نسب م ت، پایان‌نامه، بررسی علل شکایت از پزشک معالج در مراجعه کنندگان به سازمان نظام پزشکی کشور در رشته ارتوپدی طی سالهای ۱۳۸۰– ۱۳۷۵؛ پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸٤.

2) Maurice Blackburn Cashman Lowyers. Medical Negligence, 2005. [http://www. maurice blackburn cashman com a/area/medical] Available from URL.

3) Australian Family physician. Vol 34. No. 8. August 2005.

4) McPeek B, kitz RJ. Introduction of anesthesia: the principles of safe practice. Dripps RD, Eckenhoff JE, Vandam LD, eds. New Engl J Med. 1973; 289: 51.

5) Polson GJ, Gee MJ. The essential of forensic medicine, 4th ed, 1985 pergamon press, oxford.

6) Davidj G, Alen A. Watson; Lecture Notes on Forensic medicine, 4th Ed 1991.

۷) عابدی خوراسگانی م ح، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته بیهوشی در یک دوره شش ساله رسیدگی در کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور طی سالهای ۱۳۷۸–۱۳۷۳، پایان نامه دریافت دکترای تخصصی رشته پزشکی قانونی، دانشگاه

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.

۸) حیدری م و، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته جراحی عمومی در یک دوره شش ساله رسیدگی در اداره‌کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۷ ، پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۵.

9) Monrad A. Malpractice. Quality assurance. Health care, 1991: 3(1): 21-39.

10) Kelin R. Complains Against Doctors. A study in professional accountability. 18 ted. London: Charles Knight. 1973: p. 14.

۱۱) نوبخت ع، زالی م، مهدوی م، نوروزی آ. بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه کنندگان به سازمان نظام پزشکی تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۸:۱۳۷۹، ۲۵۹ تا ۳۰۲ .

۱۲) عموئی م، سلطانی ک، کاهانی ع، نجاری ف، روحی م. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۷۹ سال ششم، شماره ۲۱: ۲۳:۱۵.

13) Sloan FA, Whett en G. Githens PB, et al. Effects of the treatment on medical malpractice limitation and other birth outcomes. Medical care 1995; 33 (7): 400-14.

14) A damson TE, Baldwin DC, Sheehan TJ, et al. Characteristics of surgeons with high and low malpractice rates. West J ned. 1977; 166 (1): 37-44.

15) Entman SS, Glass CA, Hickson GB, et al. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric cure. JAMA. 1994; 272 (20): 1588-91.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]