

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2024; 18: e12

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Investigating the Factors Influencing Medical Errors in the Cases of the Medical Council in Shahriar County

Mahmoud Abbasi¹, Mohammad Mehdi Sarrafzadeh², Shahriar Mousavinejad³,
Marjan Aghanavehsi¹, Kourosh Delpasand^{4*}

1. Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Forensic Medicine, Razi Clinical Research, Development Unit, Rasht, Iran.

3. Department of Medical Ethics, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Medical Ethics School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Patient safety and prevention of medical errors are matters of global importance. The present study was conducted to investigate the frequency and the factors affecting them in the files of the medical system organization of Shahriar City between 2011-2019.

Methods: In this cross-sectional analytical study, the files of the medical system organization of Shahriar City from 2011 to 2019, which had been given a final decision, were studied using the census method. The data of the study were analyzed using SPSS 16 software.

Ethical Considerations: In this research, the principles of trustworthiness, honesty, neutrality, and originality of the work have been respected.

Results: The largest share of errors was related to the lack of proper diagnosis of the disease (53.1%) and the highest number of complaints were from dentists, followed by specialist doctors. The most common cause of medical malpractice identified, after not diagnosing the disease, was related to medical negligence (21.9%). Non-observance of scientific standards as well as the employment of unqualified people were identified in (6.2%) cases of medical malpractice in the treatment of patients. Medical technical error during surgery, non-observance of the correct principles of prescription and drug administration, and non-observance of government systems, as well as wrong prescription/how to take medicine, each accounted for (3.1%) cases of medical malpractice in the treatment of patients. Among the studied variables, a statistically significant relationship was observed between the expertise of the complainants and types of medical malpractice ($P=0.021$).

Conclusion: Failure to properly diagnose the disease accounted for the largest share of errors. The number of complaints against dentists, followed by specialist doctors, was higher than against other members of the treatment staff, which is partly attributed to the lack of a proper referral system in the country.

Keywords: Medical Errors; Patient Rights; Malpractice

Corresponding Author: Kourosh Delpasand; **Email:** kd388@yahoo.com

Received: September 19, 2023; **Accepted:** November 25, 2024; **Published Online:** December 12, 2024

Please cite this article as:

Abbasi M, Sarrafzadeh MM, Mousavinejad SH, Aghanavehsi M, Delpasand K. Investigating the Factors Influencing Medical Errors in the Cases of the Medical Council in Shahriar County. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2024; 18: e12.



بررسی عوامل مؤثر بر خطاهای پزشکی در پرونده‌های سازمان نظام پزشکی

در شهرستان شهریار

محمود عباسی^۱، محمد مهدی صرافزاده^۲، شهریار موسوی نژاد^۳، مرجان آقانه‌سی^۱، کورش دل‌پسند^{۴*} 

۱. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه پزشکی قانونی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، رشت، ایران.

۳. گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ایمنی بیماران و پیشگیری از خطاهای پزشکی موضوعی با اهمیت جهانی می‌باشد. مطالعه حاضر جهت بررسی فراوانی و عوامل مؤثر بر آن در پرونده‌های سازمان نظام پزشکی شهرستان شهریار بین سال‌های ۹۷-۱۳۹۰ صورت گرفته است.

روش: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، پرونده‌های سازمان نظام پزشکی شهرستان شهریار از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ که رأی قطعی در مورد آن‌ها صادر شده بود با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: در تحقیق حاضر، اصل امانتداری، صداقت، بی‌طرفی و اصالت اثر رعایت شده است.

یافته‌ها: بیشترین سهم خطاهای صورت گرفته در ارتباط با عدم تشخیص مناسب بیماری ۵۳/۱ درصد و بالاترین آمار شکایت از دندان‌پزشکان و سپس پزشکان متخصص بود. بیشترین علت قصور پزشکی مشخص شده پس از عدم تشخیص بیماری، مربوط به سهل‌انگاری پزشکی ۲۱/۹ درصد بود. عدم رعایت موازین علمی و همچنین به کارگیری افراد فاقد صلاحیت هر یک با ۶/۲ درصد از موارد قصور پزشکی در درمان بیماران مشخص گردیدند. خطای فنی پزشکی هنگام جراحی، عدم رعایت اصول صحیح نسخه‌نویسی و تجویز دارو و عدم رعایت نظامات دولتی و همچنین تجویز اشتباه/ نحوه مصرف دارو هر یک با ۳/۱ درصد موارد قصور پزشکی در درمان بیماران را تشکیل دادند. از بین متغیرهای مورد مطالعه، ارتباط آماری معنی‌داری بین تخصص متشاکیان‌عنه و انواع قصور پزشکی مشاهده شد ($P=0/021$).

نتیجه‌گیری: عدم تشخیص مناسب بیماری، بیشترین سهم را در میان سایر خطاها به خود اختصاص داده‌اند. میزان شکایت از دندان‌پزشکان و سپس پزشکان متخصص نسبت به سایر اعضای کادر درمان بالاتر بود که بخشی از آن به علت فقدان سیستم ارجاع مناسب در کشور می‌باشد.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی؛ حقوق بیمار؛ قصور

نویسنده مسئول: کورش دل‌پسند؛ پست الکترونیک: kd388@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Abbasi M, Sarrafzadeh MM, Mousavinejad SH, Aghanavehsi M, Delpasand K. Investigating the Factors Influencing Medical Errors in the Cases of the Medical Council in Shahriar County. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2024; 18: e12.

مقدمه

امروزه تأمین ایمنی بیماران و پیشگیری از خطاهای پزشکی و اتفاقات ناخواسته در مراکز درمانی موضوع بسیار بااهمیت و جهانی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی ایمنی بیماران را به عنوان اولویت اصلی در سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت برشمرده است (۳-۱). اتفاق ناخواسته پزشکی به شرایطی اطلاق می‌شود که پزشک، پرستار، بیمارستان و یا نظام مراقبت سلامت در ایجاد آن نقش داشته باشند و به نحوی باعث آسیب به بیمار شود. این اتفاقات می‌تواند قابل پیشگیری یا غیر قابل پیشگیری باشد. از این میان به موارد قابل پیشگیری خطاهای پزشکی گفته می‌شود (۴).

خطای پزشکی به معنی کوتاهی در خدمت و یا ارتکاب یک عمل اشتباه در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری می‌باشد که باعث یک نتیجه ناخواسته شود. در واقع این واژه به هرگونه انتخاب نادرست و شکست روش درمانی برای رسیدن به یک هدف برای بیمار و یا انحراف از استانداردهای مراقبت پزشکی که باعث آسیب به بیمار شود، می‌تواند اطلاق شود. خطای پزشکی شامل خطاها یا اشتباهاتی است که توسط گروه پزشکی رخ می‌دهد و می‌تواند منجر به آسیب به بیمار شود. خطاهای پزشکی تقسیم‌بندی‌های گوناگونی دارد و شامل خطا در حوزه تشخیص، جراحی، تجویز دارو، خطا در تفسیر یا انجام آزمایش‌های تشخیص طبی، مدیریت، رادیولوژی و... تنوع می‌شود. به طور عمده می‌توان چهار دسته را برای خطاهای پزشکی برشمرد: ۱- خطای ناشی از بی‌مبالاتی؛ ۲- بی‌احتیاطی؛ ۳- عدم مهارت؛ ۴- عدم رعایت نظامات (۵، ۶).

پیامدهای خطاهای پزشکی بسیار پیچیده است و می‌تواند کاملاً بدون عارضه بگذرد و یا باعث مرگ بیماری شود که امید به زندگی بالایی برایش تصور می‌شد (۷، ۸). هزینه‌های ناشی از خطاهای پزشکی علاوه بر آسیب جانی، به دلیل تحمیل درمان‌های اضافی و غرامت‌های ناشی از آن بار مالی چشم‌گیری بر افراد ایجاد کرده است (۱). این خطاها تهدیدی جدی برای ایمنی بیماران می‌باشد و جزء مسائل اولویت‌دار پزشکی و سلامت عمومی است (۹، ۱۰). حدود ۱۰ درصد از بیمارانی که در جوامع پیشرفته در بیمارستان پذیرش می‌شوند،

دچار خطاهای پزشکی می‌شوند. همچنین ۴ درصد از بیماران بستری در بیمارستان به دلیل عارضه‌دارشدن، درگیر اقامت‌های طولانی‌تر در بیمارستان می‌شوند که ۵۸ درصد این عوارض قابل پیشگیری بوده‌اند و یک مورد از هر چهار مورد کاملاً به دلیل سهل‌انگاری رخ داده است (۱۱، ۱۲). بر اساس مطالعات بین‌المللی علیرغم اینکه علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری داشته است، اما شکایت علیه پزشکان رو به فزونی است. به عنوان نمونه، بر اساس آمار گزارش‌شده در آمریکا در سال ۱۹۷۰ شکایت علیه پزشکان ۳-۴ درصد بود که در سال ۱۹۸۰ به ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰ به ۲۵ درصد رسیده است (۹). علت این افزایش می‌تواند افزایش جمعیت، عدم اطلاع و یا آگاهی ناکافی پزشکان از مسائل قانونی، افزایش آگاهی بیماران و گسترش استانداردهای دقیق پزشکی باشد. عدم ارتباط درست بین بیمار و پزشک و از بین رفتن ارتباط سنتی و معمول بین آن‌ها می‌تواند بسیار مهم باشد (۱۰).

به طور کلی آگاهی از خطاهای پزشکی در کشور رو به گسترش است و گزارشاتی موجود است که در برخی بخش‌ها از جمله بخش‌های مراقبت‌های ویژه به دلیل شرایط پیچیده این خطاها بیشتر رخ داده‌اند (۱۳، ۱۴). مطالعات دلایل مختلفی را به عنوان علل رخداد این خطاها ذکر کرده‌اند که می‌توان به استرس شغلی، عدم وجود دانش و مهارت کافی، نارضایتی شغلی، عدم ارتباط مناسب بین اعضای تیم درمانی اشاره نمود (۷). ترس از برخوردهای قضایی و خدشه‌دارشدن اعتبار نیز جزء علل عدم تمایل به گزارش خطاهای پزشکی بوده است (۱۵-۱۸).

یکی از روش‌های مؤثر در کاهش وقوع خطاهای پزشکی، گزارش آن است، هرچند که به آسیب بیمار منجر نشده باشد. در این راستا بررسی دیدگاه پزشکان به این موضوع و همچنین ایجاد آگاهی در آن‌ها بسیار حائز اهمیت است. در این زمینه نیاز به آموزش و فرهنگ‌سازی ضروری است (۱۷، ۱۹). از آنجایی که در سال‌های اخیر چنین مطالعه موردی در شهرستان شهریار در خصوص فراوانی انواع خطاهای پزشکی و برخی از عوامل همراه انجام نشده است، بر آن شدیم تا در این پژوهش این مهم را از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ بررسی و تحلیل نماییم.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.SBMU.RETECH.REC.1398.430).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

به منظور حفظ محرمانگی داده‌ها، چک‌لیست‌ها بدون ذکر نام و مشخصات افراد تکمیل گردید. اطلاعات مطالعه وارد نرم‌افزار SPSS 16 شد و با استفاده از آماره‌های توصیفی همچنین فراوانی، میانگین و انحراف معیار مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری متناسب منطبق بر ماهیت متغیرهای طرح و چگونگی توزیع آماری داده‌ها و آزمون مجذور کای اسکوپر استفاده شد.

روش

در این مطالعه توصیفی، ۵۵ پرونده سازمان نظام پزشکی شهرستان شهریار از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ که رأی قطعی در مورد آن‌ها صادر شده بود، با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. ۲۳ پرونده با نقص در اطلاعات از مطالعه خارج شدند. ۳۲ پرونده خطای پزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات پرونده‌ها با کمک چک‌لیست محقق‌ساخته استخراج شدند. شایان ذکر است کلیه پرونده‌های موجود دارای رأی قطعی توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. این چک‌لیست شامل جنس و تخصص مشتکی‌عنه، چگونگی ارجاع، حکم صادره، درصد قصور، علت قصور، جنس و سن شاکی، تحصیلات و وضعیت تأهل شاکی، نسبت شاکی با بیمار، جنس، سن، شغل و محل سکونت بیمار، محل اقامت مشتکی‌عنه، محل شکایت علت طرح شکایت و علت آسیب (فوت) بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از ۳۲ پرونده خطای پزشکی بررسی شده، ۲ نفر (۶/۲۵ درصد) فوت نمودند. جدول ۱ توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیکی و وضعیت قصور پزشکی در مطالعه نشان می‌دهد. افراد شاکی ۱۹ نفر مرد (۵۹/۴ درصد)، ۲۴ نفر زیر ۴۰ سال سن (۷۵ درصد)، ۱۴ نفر تحصیلات دانشگاهی (۴۳/۷۵ درصد)، ۲۴ نفر (۷۵ درصد) خود بیمار شکایت داشتند. متشاکیان ۲۵ نفر مرد (۷۸/۱ درصد)، ۱۸ نفر (۵۶/۲ درصد) بالای ۴۰ سال سن، ۱۳ نفر (۴۰/۶ درصد) دندان‌پزشک عمومی بودند. از لحاظ محل آسیب/ خطای پزشکی ۲۲ نفر (۶۸/۸ درصد) در صد در مطب پزشکی، ۲۵ نفر از لحاظ شدت آسیب ۷۸/۱۵ درصد خفیف و ۱۷ مورد، از لحاظ علت قصور ۵۳/۲ درصد عدم تشخیص بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیکی و وضعیت قصور پزشکی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
جنس شاکی	مرد	۱۹	۵۹/۴
	زن	۱۳	۴۰/۶
سن (سال) شاکی	کمتر یا مساوی ۴۰	۲۴	۷۵
	بیشتر از ۴۰	۸	۲۵
میزان تحصیلات شاکی	کمتر از دیپلم	۶	۱۸/۷۵
	دیپلم	۱۲	۳۷/۵
	دانشگاهی	۱۴	۴۳/۷۵

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
نسبت فامیلی شاکی با بیمار	خود بیمار	۲۴	۷۵
	پدر بیمار	۶	۱۸/۸
	وکیل بیمار	۱	۳/۱
	پسر بیمار	۱	۳/۱
جنس متشاکی‌عنه	مرد	۲۵	۷۸/۱
	زن	۷	۲۱/۹
سن متشاکی‌عنه	کمتر یا مساوی ۴۰	۱۴	۴۳/۸
	بیشتر از ۴۰	۱۸	۵۶/۲
تخصص متشاکی‌عنه	پزشک عمومی	۷	۲۱/۹
	پزشک متخصص	۸	۲۵
	دندان‌پزشک عمومی	۱۳	۴۰/۶
	داروساز	۲	۶/۲۵
	ماما	۲	۶/۲۵
محل آسیب/ خطای پزشکی	بیمارستان دولتی	۴	۱۲/۵
	درمانگاه خصوصی	۱	۳/۱
	درمانگاه دولتی	۲	۶/۲۵
	مطب پزشکی	۲۲	۶۸/۸
	داروخانه	۲	۶/۲۵
	رادیولوژی	۱	۳/۱
شدت آسیب	خفیف	۲۵	۷۸/۱۵
	جدی	۵	۱۵/۶
	منجر به مرگ	۲	۶/۲۵
آسیب منجر به فوت	داشتند	۲	۶/۲۵
	نداشتند	۳۰	۹۳/۷۵
علت قصور	عدم تشخیص	۱۷	۵۳/۲
	عدم رعایت موازین علمی	۲	۶/۲۵
	خطای تکنیکال پزشکی هنگام جراحی	۱	۳/۱
	عدم رعایت اصول نسخه‌نویسی و تجویز دارو	۱	۳/۱
	به کارگیری افراد فاقد صلاحیت	۲	۶/۲۵
	عدم رعایت نظامات دولتی	۱	۳/۱
	سهل‌انگاری	۷	۲۱/۹
	تجویز اشتباه/ نحوه مصرف دارو	۱	۳/۱

با استفاده از آزمون مجذور کای اسکویر مشخص گردید که ارتباط آماری معنی‌داری بین تخصص متشاکیان‌عنه و انواع قصور پزشکی در خصوص بیماران مشاهده شد ($P=0/007$). همچنین این آزمون نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری

بین محل آسیب و خطای پزشکی، شدت آسیب و خطای پزشکی و وضعیت آسیب منجر به فوت با انواع قصور پزشکی در خصوص بیماران بر اساس پرونده‌های شکایت در سازمان نظام پزشکی دیده نشد ($P>0/05$).

بر اساس آزمون مجذور کای اسکوتر بین علت شکایت
 بر اساس پرونده‌های شکایت در سازمان نظام پزشکی ارتباط
 (P=۰/۳۸)، نوع حکم صادره (P=۰/۴۸۶) و وضعیت محرومیت
 از کار (P=۰/۹۹۶) با انواع قصور پزشکی در خصوص بیماران

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیکی و وضعیت آسیب‌ها و شکایت و صدور حکم بر اساس قصور پزشکی

متغیر	وضعیت قصور	عدم تشخیص	عدم رعایت موازین پزشکی هنگام جراحی	عدم رعایت اصول نسخه‌نویسی و تجویز دارو	به کارگیری افراد فاقد صلاحیت	عدم رعایت نظامات دولتی	سهل‌انگاری اشتباه/ نحوه مصرف دارو	P value	تجویز
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)		تعداد (%)
جنس	مرد	۱۴(۵۶/۰)	۲(۸/۰)	۱(۴/۰)	۱(۴/۰)	۰(۰/۰)	۵(۲۰/۰)	P=۰/۵۱	۱(۴/۰)
	زن	۳(۴۲/۹)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۴/۳)	۱(۱۴/۳)	۲(۲۸/۶)		۰(۰/۰)
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۶(۴۲/۹)	۲(۱۴/۳)	۱(۷/۱)	۰(۰/۰)	۱(۷/۱)	۲(۱۴/۳)	P=۰/۳	۱(۷/۱)
	بیشتر از ۴۰	۱۱(۶۱/۱)	۰(۰/۰)	۱(۵/۶)	۱(۵/۶)	۱(۵/۶)	۵(۲۷/۸)		۰(۰/۰)
تخصص	پزشک عمومی	۲(۲۸/۶)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۴/۳)	۱(۱۴/۳)	۳(۴۲/۹)	P=۰/۰۰۷	۰(۰/۰)
	پزشک متخصص	۶(۷۵/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۲/۵)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۲/۵)		۰(۰/۰)
	دندان‌پزشک عمومی	۹(۶۹/۲)	۲(۱۵/۴)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۷/۷)	۱(۷/۷)		۰(۰/۰)
	داروساز	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۵۰/۰)		۱(۵۰/۰)
	ماما	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۵۰/۰)	۱(۵۰/۰)		۰(۰/۰)
محل آسیب/ خصوصی	بیمارستان دولتی	۲(۵۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۲۵/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۲۵/۰)	P=۰/۶۵۸	۰(۰/۰)
	درمانگاه	۱(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)		۰(۰/۰)
	خطای پزشکی	۱(۵۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۵۰/۰)		۰(۰/۰)
	مطب پزشکی	۱۲(۵۴/۵)	۲(۹/۱)	۱(۴/۵)	۲(۹/۱)	۱(۴/۵)	۴(۱۸/۲)		۰(۰/۰)
	داروخانه	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۵۰/۰)		۱(۵۰/۰)
	رادیولوژی	۱(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)		۰(۰/۰)
	خفیف	۱۳(۵۲/۰)	۲(۸/۰)	۱(۴/۰)	۲(۸/۰)	۱(۴/۰)	۵(۲۰/۰)	P=۰/۷۳	۰(۰/۰)
شدت آسیب	جدی	۲(۴۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۲(۴۰/۰)		۱(۲۰/۰)
	منجر به مرگ	۲(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)		۰(۰/۰)
آسیب منجر به فوت	داشتند	۲(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	P=۰/۹۶۶	۰(۰/۰)
	نداشتند	۱۵(۵۰/۰)	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	۷(۲۳/۳)		۱(۳/۳)
علت شکایت	نحوه درمان	۱۶(۵۵/۲)	۲(۶/۹)	۱(۳/۴)	۱(۳/۴)	۱(۳/۴)	۶(۲۰/۷)	P=۰/۳۸	۱(۳/۴)
	نحوه رفتار	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۰۰/۰)		۰(۰/۰)
	هزینه درمان	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)		۰(۰/۰)
	نحوه درمان و هزینه درمان	۱(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)		۰(۰/۰)

متغیر	وضعیت قصور	عدم رعایت		خطای تکنیکال		عدم رعایت اصول		به کارگیری		عدم رعایت		تجویز	P value		
		موازی		پزشکی هنگام		نسخه‌نویسی و		افراد فاقد		نظامات				سهل‌انگاری اشتباه / نحوه مصرف دارو	
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)			تعداد (%)	تعداد (%)
نوع حکم صادره	تذکر کتبی و درج در پرونده	۱۶ (۵۳/۳)	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	۱ (۳/۳)	P=۰/۴۸۶		
	نصب در تابلو اعلانات	۱ (۵۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۵۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)			
وضعیت محرومیت از کار	عدم صدور محرومیت از کار	۱۶ (۵۱/۶)	۲ (۶/۵)	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)	۲ (۶/۵)	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)	۷ (۲۲/۶)	۱ (۳/۲)	P=۰/۹۹۶		
	محرومیت از کار	۱ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)			
p<۰/۰۵															

p<۰/۰۵

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی انواع خطاهای پزشکی در پرونده‌های نظام پزشکی شهرستان شهریار و تعیین عوامل مؤثر بر این خطاها طی سال‌های ۹۷-۱۳۹۰ صورت گرفته است. در مطالعه حاضر از ۳۲ پرونده خطای پزشکی بررسی شده، ۲ نفر (۶/۲۵ درصد) فوت نمودند. جدول ۱ توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیکی و وضعیت قصور پزشکی در مطالعه نشان می‌دهد. افراد شاکی ۱۹ نفر مرد (۵۹/۴ درصد)، ۲۴ نفر زیر ۴۰ سال سن (۷۵ درصد)، ۱۴ نفر تحصیلات دانشگاهی (۴۳/۷۵ درصد)، ۲۴ نفر (۷۵ درصد) خود بیمار شکایت داشتند.

مطالعه Kumar و همکاران در سال ۲۰۲۲ (۲۰)، Soares و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۱) و مطالعه Raval در سال ۲۰۱۶ (۲۲) نشان دادند که معمولاً افراد جوان‌تر نسبت به بزرگسالان مسن‌تر احتمال دارد که به خطاهای پزشکی شکایت کنند. معمولاً به دلیل آشنایی با فناوری و زیرساخت‌های رسانه‌های اجتماعی برای ابراز نارضایتی، نگرش فعال‌تری نسبت به شکایت دارند. این موضوع می‌تواند باعث افزایش آگاهی از حقوق بیمار و حمایت از مسئولیت‌پذیری در مراقبت‌های بهداشتی شود و احتمال بیشتر افراد جوان‌تر را ترغیب به شکایت کند. آن‌ها ممکن است در مقایسه با افراد

مسن که ممکن است نگرش‌های متفاوتی نسبت به مقامات و سیستم مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند، در مورد گزینه‌های قانونی و پتانسیل پرداخت غرامت آگاهی داشته باشند. این نتیجه هم‌راستا با یافته‌های مطالعه مطالعه حاضر بود.

علاوه بر این، مطالعه Kumar و همکاران در سال ۲۰۲۲ (۲۰) و مطالعه Raval در سال ۲۰۱۶ (۲۲) نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان تمایل بیشتری به شکایات دارند. این روند ممکن است با الگوهای اجتماعی شدن مرتبط باشد که زنان را تشویق می‌کند نارضایتی خود را آشکارتر ابراز کنند و این موضوع برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر افراد با تحصیلات دانشگاهی تمایل بیشتری به ابراز شکایت داشتند و هم‌راستا با نتایج این مطالعه، مطالعه Kumar و همکاران در سال ۲۰۲۲ (۲۰) و مطالعه Raval در سال ۲۰۱۶ (۲۲) نشان دادند که سطوح تحصیلات عالی با افزایش احتمال شکایت همراه است. افرادی که دارای مدرک دانشگاهی هستند، آگاهی بیشتری دارند و شکایات خود را به طور مؤثرتر می‌توانند بیان کنند. برعکس، کسانی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، ممکن است کمتر احساس کنند که قدرت شکایت دارند. در واقع افراد دارای سطوح تحصیلات عالی اغلب درک بهتری از فرآیندهای پزشکی، حقوق بیمار و

سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی دارند. این دانش به آن‌ها قدرت می‌دهد تا تشخیص دهند که چه زمانی مراقبت‌هایشان ناکافی است یا چه زمانی با آن‌ها ناعادلانه رفتار شده است. همچنین آموزش عالی اغلب توانایی‌های ارتباطی را افزایش می‌دهد و افراد را قادر می‌سازد تا نگرانی‌های خود را به طور مؤثرتری بیان کنند. این می‌تواند منجر به تمایل بیشتر برای ابراز نارضایتی از مراقبت‌های پزشکی شود.

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان در محدوده سنی بالای ۴۰ سال ۱۸ نفر (۵۶/۲ درصد) بوده‌اند، ولی تفاوت محسوسی بین رده‌های سنی در این مطالعه مشاهده نشد. از نظر جنس افراد متشاک، ۲۵ نفر آن‌ها مرد (۷۸/۱ درصد) بوده و ۷ نفر زن (۲۱/۹ درصد) بودند که حاکی از بالاتر بودن میزان شکایت در جنس مذکر ۲۵ نفر (۷۸/۱ درصد) بود. دل‌پسند و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ تحت عنوان «بررسی فراوانی انواع خطاهای پزشکی و عوامل همراه آن در پرونده‌های ارجاعی به سازمان نظام پزشکی استان گیلان» نشان دادند که مردان بیشتر از زنان دچار خطای پزشکی می‌شوند (مردان ۴۵/۳ درصد و زنان ۱۹/۴ درصد). نتایج حاصله با توجه به بالاتر بودن تعداد پزشکان شاغل مرد نسبت به زنان شاغل تا حدی قابل توجه می‌باشد. از طرف دیگر انجام بیشتر اقدامات جراحی پرخطر در پزشکان مرد نسبت به پزشکان زن می‌تواند علت دیگری در راستای توجه این تفاوت باشد (۲۳).

در این مطالعه اکثر خطاهای صورت‌گرفته توسط ۱۳ نفر از دندان‌پزشکان بوده (۴۰/۶ درصد) و در رده‌های بعدی ۸ نفر از پزشکان متخصص (۲۵ درصد) و ۷ نفر از پزشکان عمومی (۲۱/۹ درصد) قرار داشتند. از لحاظ محل آسیب/خطای پزشکی ۲۲ مورد (۶۸/۸ درصد) در مطب پزشکی، از لحاظ شدت آسیب در ۲۵ مورد ۷۸/۱۵ درصد خفیف و ۱۷ مورد، از لحاظ علت قصور ۵۳/۲ درصد عدم تشخیص بود. Skär و همکاران در سال ۲۰۱۸ (۲۴) نشان دادند که شکایات گزارش‌شده توسط بیماران در مورد برخوردهای ارتباطی و مراقبت‌های بهداشتی و نحوه پاسخگویی به آن توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بوده و متفاوت با نتایج مطالعه ما بود، در حالی که Falkenstein و همکاران در سال

۲۰۱۶ (۲۵)، در این پژوهش نشان دادند که بیشترین شکایات از پزشکان متخصص که در مطب به صورت سرپایی به ارائه مراقبت می‌پرداختند، بود.

در صورتی که در مطالعه حاضر با توجه به انتظارات بالاتر بیماران به دنبال مراجعه به متخصصین و با توجه به هزینه‌های درمانی بالاتر در گروه دندان‌پزشکان و پزشکان متخصص، داده‌های به دست‌آمده قابل توجه می‌باشد. از طرف دیگر با توجه به عدم وجود نظام ارجاع مناسب در کشور و دسترسی مستقیم بیماران به پزشکان متخصص، سهم خطاهای متخصصین به علت عدم مراجعه بیماران به پزشک عمومی بیشتر است. بیشترین خطاهای صورت‌گرفته از نظر مکان بروز خطا در بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های پزشکی و دندان‌پزشکی بوده که می‌تواند به علت انتظارات بالاتر بیماران از ویزیت پزشکان در مطب و هزینه بالاتر پرداختی در خدمات ارائه‌شده در مطب‌ها باشد. از طرفی به علت محدودیت امکانات جهت کنترل عوارض در مطب‌ها نسبت به بیمارستان‌ها، شانس بروز عوارض در این بیماران بالاتر از بیماران بیمارستانی است.

در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری بین محل آسیب و خطای پزشکی، شدت آسیب و خطای پزشکی و وضعیت آسیب منجر به فوت با انواع قصور پزشکی در خصوص بیماران بر اساس پرونده‌های شکایت در سازمان نظام پزشکی دیده نشد. این نتایج با مطالعه طالبی و همکاران در یک راستا نبود (۲۶). در مطالعه تحلیلی مقطعی طالبی و همکاران در سال ۲۰۱۶ تعداد ۱۸۰۰ پرونده بستری در بیمارستان آموزشی در طول یک سال مورد بررسی قرار دادند که ارتباط آماری معنی‌داری بین تخصص و خطاهای پزشکی وجود داشت. همچنین دل‌پسند و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ (۲۳) از لحاظ محل وقوع خطا در پرونده‌های منجر به فوت بیشترین محل با ۸۸ (۶۳/۳ درصد) مورد متعلق به بیمارستان‌های دولتی بوده، در مراتب بعدی به ترتیب بیمارستان خصوصی، مطب، درمانگاه دولتی و درمانگاه خصوصی با ۳۵ (۲۵/۲ درصد)، ۹ (۶/۵ درصد)، ۴ (۲/۹ درصد) و ۳ (۲/۲ درصد) قرار داشتند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین علت شکایت با انواع قصور پزشکی در خصوص بیماران بر اساس پرونده‌های شکایت در سازمان نظام پزشکی دیده نشد. این یافته با نتایج مطالعه Hanganu و همکاران در سال ۲۰۲۰ یکسان نبود (۲۷). نویسندگان این مطالعه ۱۵۳ شکایت علیه ۲۰۵ متخصص پزشکی را تجزیه و تحلیل کردند و ۱۵ دسته دلیل برای شکایت را شناسایی کردند که مهم‌ترین آن‌ها مربوط به وقوع عوارض و تعامل پزشک و بیمار، به عنوان مثال، ارتباط، رفتار و رضایت آگاهانه بود. شایع‌ترین تخصص‌های پزشکی گزارش‌شده، زنان و زایمان، فوریت‌های پزشکی، جراحی عمومی، ارتوپدی و تروماتولوژی بود. اورژانس اغلب درگیر شکایاتی بود که حاکی از استفاده بیش از حد از این بخش و نیاز به سیاست‌های بهداشتی بود که می‌توانست تعداد زیادی از بیمارانی را که به اورژانس دسترسی دارند، به سمت مراقبت‌های اولیه منحرف کند. این اختلاف نتیجه را می‌توان به تفاوت در حجم نمونه دانست.

نتیجه‌گیری

کادر درمان مکلف است تمام تلاش خود را در راستای نظامات و استانداردهای پزشکی و درمانی برای درمان بیمار به کار گرفته و با عنایت به قوانین، بر اساس صلاحیت‌ها و قابلیت‌های علمی و در محدوده تخصص خود، با توجه و دقت در حفظ اسرار پزشکی و عدم افشای آن‌ها کوشیده و به امر معالجه بپردازد و در این حین، اگر هر نوع خطا و قصوری از جانب وی رخ دهد، مسئولیت مدنی و کیفری وی را به دنبال خواهد داشت. یافته‌ها نشان داد که بیشترین سهم خطاهای صورت‌گرفته در شهرستان شهریار در بازه زمانی مشخص، در ارتباط با عدم تشخیص مناسب بوده است. با توجه به به روز شدن هر ساله علم پزشکی و حجم بالای مطالب آن، ضرورت رعایت موازین اخلاق حرفه‌ای به ویژه آموزش مداوم برای ارتقای سطح علمی و عملی پزشکان از طریق برگزاری دوره‌های بازآموزی با برنامه‌ای دقیق و ارزیابی مکرر سطح دانش علمی و عملی آن‌ها به صورت پیوسته بیش از پیش

حس می‌شود. از دیگر نتایج حاصله در این مطالعه بالاتر بودن میزان شکایت از دندان‌پزشکان و سپس پزشکان متخصص نسبت به سایر اعضای کادر درمان بود که بخشی از آن به علت عدم وجود سیستم ارجاع مناسب در کشور و بخش دیگر به علت انتظار بالاتر بیماران از این دو قشر می‌باشد. از این رو، ساماندهی نظام ارجاع در قالب برنامه پزشکی خانواده همراه با توجیه کافی بیماران توصیه می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

محمود عباسی: طراحی ایده، اصلاح تجزیه و تحلیل داده‌ها، تأیید متن نهایی، مرور و اصلاح متن، ارائه مشاوره و راهنمایی. محمدمهدی صراف‌زاده: نگارش متن و تجزیه و تحلیل داده‌ها، طراحی ایده، اصلاح تجزیه و تحلیل داده‌ها، تأیید متن نهایی. شهریار موسوی‌نژاد: طراحی ایده، اصلاح تجزیه و تحلیل داده‌ها، تأیید متن نهایی، مرور و اصلاح متن، ارائه مشاوره و راهنمایی. مرجان آقانه‌سی: جمع‌آوری داده‌ها، ارائه و تکمیل چک‌لیست‌ها. کورش دل‌پسند: طراحی ایده، اصلاح تجزیه و تحلیل داده‌ها، تأیید متن نهایی، ارائه مشاوره و اصلاح مستندات قانونی و حقوقی.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

References

1. Doshmangir L, Ravaghi H, Akbari Sari A, Mostafavi H. Challenges and solutions facing medical errors and adverse events in Iran: a qualitative study. *Journal of Hospital*. 2016;15(1):31-40. [Persian]
2. Elliott RA, Camacho E, Campbell F, Jankovic D, James MS, Kaltenthaler E, et al. Prevalence and economic burden of medication errors in the NHS in England: rapid evidence synthesis and economic analysis of the prevalence and burden of medication error in the UK [Internet]. Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health & Care Interventions (EEPRU); 2018 [cited 2024 Feb 23]. Available from: <https://eepru.sites.sheffield.ac.uk/>
3. Walsh EK, Hansen CR, Sahm LJ, Kearney PM, Doherty E, Bradley CP. Economic impact of medication error: a systematic review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2017;26(5):481-97.
4. Khammarnia M, Ravangard R, Barfar E, Setoodehzadeh F. Medical errors and barriers to reporting in ten hospitals in southern Iran. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*. 2015;22(4):57.
5. Rahmayanti R, Fibrini D, Pangaribuan DR, Hasibuan SA, Meutia CY. Malpractice and Risk Of Medical Procedures. *International Journal Reglement & Society (IJRS)*. 2024;5(2):144-51.
6. Usemahu SA, Panjaitan JD. Analyst Types of Malpractice In Health Law. *International Journal of Social Research*. 2024;2(3):130-40.
7. Al Wachami N, Chahboune M, Youlyouz I, Mesradi MR, Lemriss H, Hilali A. Improving the quality of care and patient safety in oncology, the contribution of simulation-based training: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2024;11(2):187-96.
8. Hassan AE, Mohammed FA, Zakaria AM, Ibrahim IA. Evaluating the Effect of TeamSTEPPS on Teamwork Perceptions and Patient Safety Culture among Newly Graduated Nurses. *BMC Nursing*. 2024;23(1):170.
9. Fallahi M, Vaghefi S, Makhmalbaf M, Afjeh S, Mostafazadeh B. Analysis of negligence in field of neonatology in medical commissions office in Tehran, Iran. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*. 2016;6(3):135-41.
10. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139
11. Lee SE, Quinn BL. Incorporating medication administration safety in undergraduate nursing education: A literature review. *Nurse Education Today*. 2019;72:77-83.
12. Sessions LC, Nemeth LS, Catchpole K, Kelechi TJ. Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(12):3654-67.
13. Mohebi Z, Bijani M, Dehghan A. Investigating safe nursing care and medication safety competence in nursing students: a multicenter cross-sectional study in Iran. *BMC Nursing*. 2024;23(1):13.
14. Ottosen K, Bucknall T. Understanding an epidemiological view of a retrospective audit of medication errors in an intensive care unit. *Australian Critical Care*. 2024;37(3):429-35.
15. Brabcová I, Hajduchová H, Tóthová V, Chloubová I, Červený M, Prokešová R, et al. Reasons for medication administration errors, barriers to reporting them and the number of reported medication administration errors from the perspective of nurses: A cross-sectional survey. *Nurse Education in Practice*. 2023;70:103642.
16. Hamdan AB, Javison S, Alharbi M. Healthcare professionals' culture toward reporting errors in the oncology setting. *Cureus*. 2023;15(4):e38279.
17. Jessurun JG, Hunfeld NG, de Roo M, van Onzenoort HA, van Rosmalen J, van Dijk M, et al. Prevalence and determinants of medication administration errors in clinical wards: a two-centre prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(1,2):208-20.
18. Li H, Guo Z, Yang W, He Y, Chen Y, Zhu J. Perceptions of medical error among general practitioners in rural China: a qualitative interview study. *BMJ Open Quality*. 2023;12(4):e002528.
19. Fathizadeh H, Mousavi SS, Gharibi Z, Rezaeipour H, Biojmajd AR. Prevalence of medication errors and its related factors in Iranian nurses: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*. 2024;23(1):175.
20. Kumar A, Kaur A. Relationship between consumers attitude toward complaining and demographic characteristics: a study of indian consumers. *Journal of Positive School Psychology*. 2022;6(4):10813-23.
21. Soares RR, Zhang TT, Proença JF, Kandampully J. Why are Generation Y consumers the most likely to

complain and repurchase? Journal of Service Management. 2017;28(3):520-40.

22. Raval D. What determines consumer complaining behavior? Federal Trade Commission. Washington, DC: US Federal Trade Commission; 2016.

23. Delpasand K, Ahmadnia Z, Biazar G, Soltanipour S, Attarchi M. Investigating the frequency of all types of medical errors and their associated factors in the cases referred to the general medical council organization in Guilan province during 2010-2018. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2025;23(6). [Persian]

24. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. Nursing Open. 2018;5(2):224-32.

25. Falkenstein A, Tran B, Ludi D, Molkara A, Nguyen H, Tabuenca A, et al. Characteristics and Correlates of Word Use in Physician-Patient Communication. Annals of Behavioral Medicine. 2016;50(5):664-77.

26. Talebi A, Eskandari A, Mirzaei A. Assessing the physicians' order errors in medical records and its effective factors (a case study). Journal of Hospital. 2016;15(2):41-8. [Persian]

27. Hanganu B, Iorga M, Muraru ID, Ioan BG. Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? Medicina (Kaunas, Lithuania). 2020;56(6):259.