

## بررسی پرونده‌ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، ۱۳۸۰

علی جعفریان<sup>۱</sup>، علیرضا پارساپور<sup>۲\*</sup>، امیرحسین حاج‌ترخانی<sup>۳</sup>، فریبا اصغری<sup>۴</sup>، سیدحسین امامی رضوی<sup>۵</sup>، علیرضا یلدا<sup>۶</sup>

### چکیده

یکی از مهم‌ترین تنش‌های شغلی که هر پزشک در حرفه‌ی خویش می‌تواند با آن مواجه شود شکایت بیمار است. هدف از این مطالعه بررسی شکایات وارده از پزشکان و دندان‌پزشکان به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۷۰، ۷۵ و ۸۰ از جهت تعداد، پراکندگی و عوامل ایجاد آن است.

این مطالعه به صورت توصیفی و گذشته‌نگر و با تکمیل فرم حاوی اطلاعات مورد نظر صورت گرفته است. تکمیل فرم با مطالعه‌ی پرونده توسط یک نفر کارشناس امین سازمان نظام پزشکی در سال‌های ۸۱ و ۸۲ صورت گرفته و اطلاعات به دست آمده پس از طبقه‌بندی تجزیه و تحلیل شده است.

در مجموع این سه سال، ۸۳۲ شکایت از پزشکان و دندان‌پزشکان طرح شده بود. شکایات به عمل آمده از پزشکان در سال‌های ۷۵ و ۸۰ به نسبت سال ۷۰ بیش از دو برابر افزایش داشته است. ۸۳/۱ درصد پزشکان و دندان‌پزشکان تهران که طرف شکایت بودند بر اساس نتایج مندرج در پرونده تا زمان انجام مطالعه محکوم نشده‌اند و از نظر سازمان نظام پزشکی قصوری نداشته‌اند. شایع‌ترین علل طرح شکایت از دیدگاه شکایت‌کنندگان به ترتیب خطای درمانی (۳۸ درصد)، بی‌توجهی (۳۰/۲ درصد)، مسائل مالی (۲۵/۴ درصد)، و عدم تبحر پزشک (۱۷/۷ درصد) بوده است. بر اساس این مطالعه، با افزایش سابقه‌ی کاری پزشکان و داشتن تجربه‌ی بیش از ۱۵ تا ۲۰ سال از آمار شکایات از آن‌ها کاسته می‌شود؛ به طوری که بیش‌ترین آمار شکایات برای پزشکان میان‌سال با تجربه‌ی ۱۰ تا ۲۰ سال بوده است.

بیش‌تر پزشکان و دندان‌پزشکان تهران که از آنان شکایت شده است، از نظر کارشناسان نظام پزشکی قصوری مرتکب نشده‌اند و قسمت عمده‌ای از شکایات‌ها مربوط به نتیجه‌ی تعامل نامناسب میان پزشک و بیمار بوده است. رفتار مبتنی بر تعهدات حرفه‌ای پزشک در برابر بیمار می‌تواند مانع وقوع بخش عمده‌ای از شکایات‌ها شود.

**واژگان کلیدی:** شکایت پزشکی، خطای پزشکی، حقوق بیمار، قصور پزشکی

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه جراحی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> پژوهشگر، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه داخلی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۵</sup> استاد، گروه جراحی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۶</sup> استاد، بخش عفونی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: jafarian@tums.ac.ir

## مقدمه

متناسب با احترام و تکریم جامعه نسبت به پزشکان مسئولیت و تعهدات حرفه‌ای آنان نیز برجسته می‌باشد، به عبارتی زمانی که فرد مفتخر به پوشیدن جامه پزشکی می‌گردد، جامعه خود را ملزم به حفظ حرمت وی می‌داند و او نیز خویشان را موظف به رعایت شئون خاصه در جامعه می‌بیند.

یکی از مهم‌ترین تنش‌های شغلی که هر پزشک در حرفه خویش می‌تواند با آن مواجه شود شکایت بیمار است. زمانی که پزشک خود را مواجه با شکایت قضایی از سوی بیمار می‌بیند، در تمامی باورها و زیرساخت‌های فوق احساس تزلزل کرده و حیثیت اجتماعی‌اش را در معرض خطر می‌بیند. این امر سبب اضطراب، تنش فراوان، افسردگی و انزوای طلبی و حتی بیماری می‌شود (۱). این تنش تنها منحصر به مواردی نیست که پزشک خطا کار می‌باشد بلکه حتی زمانی که شکایت بیمار ناشی از سوء تفاهم و یا سوء نیت وی می‌باشد پزشک مجبور به تحمل شرایط نامطلوبی خواهد بود. بنابراین هر شکایت گذشته از وقتی که از پزشک می‌گیرد باعث بروز تنش روانی قابل توجه برای وی و تأثیر منفی مستقیم بر کارکرد او می‌شود.

از سوی دیگر بررسی‌ها نشان داده است که افزایش میزان شکایات در برخی تخصص‌های پزشکی باعث کاهش تمایل داوطلبان برای ورود به این رشته‌ها از یک سو و کاهش قبول خطر اقداماتی با ریسک‌پذیری بالاتر و طبیعتاً احتمال شکایت بیش‌تر از سوی دیگر، می‌گردد (۲، ۱). بر اساس مطالعه‌ای میزان شکایت از متخصصان زنان و زایمان در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۳). این افزایش شکایت در غرب باعث کاهش تمایل پزشکان به این رشته و افزایش میزان سزارین و عدم پذیرش بیماران پرخطر شده است (۲).

به هر حال امروزه شکایت از پزشک به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زا در حیات حرفه‌ای پزشکان مطرح بوده

و عدم توجه به عوامل بروز آن هم اثرات نامطلوبی در کیفیت خدمات ارائه شده از سوی پزشک در پی دارد و هم نظام سلامت را به طور غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد. شناسایی عوامل مؤثر در بروز شکایت و روند آن می‌تواند در پیشگیری و آموزش رده‌های مختلف پزشکی کاربرد داشته باشد.

هدف از این مطالعه بررسی سیر شکایات وارده از پزشکان و دندان‌پزشکان به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۷۰، ۷۵ و ۸۰ از جهت تعداد، پراکندگی و عوامل ایجاد آن می‌باشد.

## روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی و گذشته‌نگر انجام گرفته است. بدین منظور پس از تهیه فرم حاوی اطلاعات مورد نظر با هماهنگی سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ، کلیه پرونده‌های شکایات وارده در سه مقطع زمانی سال‌های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت. فرم شامل اطلاعات کلی درباره بیمار (سن، جنس، بیماری، بروز عوارض و مرگ‌ومیر) و علت طرح شکایت از دید بیمار، مشخصات حرفه‌ای پزشک معالج و نتیجه‌ی کارشناسی پرونده می‌باشد. پس از بررسی فرم روی بیست پرونده و انجام اصلاحات لازم، جمع‌آوری اطلاعات آغاز گردید. تکمیل فرم با مطالعه پرونده توسط یک نفر کارشناس امین سازمان نظام پزشکی صورت گرفت. برای رعایت اصل رازداری ثبت اطلاعات بدون ذکر نام و مشخصات افراد صورت گرفته و شماره‌ی نظام پزشکی نیز به صورت محدود ثبت شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

## نتایج

از مجموع ۱۰۹۰ پرونده‌ی بررسی شده ۸۳۲ مورد به شکایت از پزشکان مربوط می‌شد که چگونگی توزیع آن در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده است.

از ۸۳۲ شکایت بررسی شده در مجموعه سه مقطع زمانی فوق ۴۲۱ (۵۰/۶٪) مربوط به بیماران مذکر و ۴۰۳ مورد

جنسیت بیمار نامشخص بود. فراوانی بروز عارضه و نوع مرگ (بر اساس گفته‌ی بیمار) در پرونده‌های مورد مطالعه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۱ - توزیع پرونده‌های بررسی شده در سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ به تفکیک سال

| سال   | ۱۳۷۰   | ۱۳۷۵    | ۱۳۸۰    | جمع     |
|---|--------|---------|---------|---------|
| تعداد پرونده‌های شکایت از پزشکان و دندان‌پزشکان | ۷۴(۶۹) | ۴۰۵(۷۹) | ۳۵۳(۷۵) | ۸۳۲(۷۶) |
| تعداد پرونده‌های شکایت از سایر حرف پزشکی*       | ۳۳(۳۱) | ۱۰۸(۲۱) | ۱۱۷(۲۵) | ۲۵۸(۲۴) |
| تعداد کل پرونده‌های بررسی شده                   | ۱۰۷**  | ۵۱۳     | ۴۷۰     | ۱۰۹۰    |

\* این شکایات به مراکز درمانی، آزمایشگاه‌ها و امثال آن مربوط می‌شوند.

\*\* به دلیل این‌که ثبت کامپیوتری پرونده‌ها از سال‌های ۷۴-۷۳ صورت گرفته دسترسی به تمام پرونده‌های سال ۱۳۷۰ میسر نشد و از حدود ۲۰۰ شکایت، ۱۰۷ پرونده به دست آمد و مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره ۲: فراوانی بروز عارضه و وقوع مرگ به تفکیک سال‌های ۷۰، ۷۵، ۸۰ و به‌طور کلی

| آسیب وارده           | سال ۷۰    | سال ۷۵     | سال ۸۰     | مجموع سه سال | P value |
|----------------------|-----------|------------|------------|--------------|---------|
| بروز عارضه (%)       | ۴۶ (۶۲/۲) | ۲۲۸ (۵۶/۳) | ۲۰۲ (۵۷/۲) | ۴۷۶ (۵۷/۲)   | ۰/۶۴    |
| مرگ (%)              | ۳ (۴/۱)   | ۶۹ (۱۷)    | ۵۲ (۱۴/۷)  | ۱۲۴ (۱۴/۹)   | ۰/۰۱۶   |
| بدون ذکر عارضه و مرگ | ۲۵ (۳۳/۷) | ۱۰۸ (۲۶/۷) | ۹۹ (۲۸/۱)  | ۲۳۲ (۲۷/۹)   | ---     |

سال‌ها خطای درمانی، بی‌توجهی و مسائل مالی بوده‌اند. تنها تفاوت معنی‌دار بین این سه مقطع زمانی مربوط به خطای درمانی (بروز کم‌تر در سال ۷۵) و برخورد نامناسب (بروز کم‌تر در سال ۸۰) می‌باشد و در بقیه موارد الگوی علل طرح شکایت در طول دهه‌ی هفتاد تفاوت معنی‌داری نداشته است.

با توجه به عدم دسترسی کامل و تعداد کم پرونده‌های سال ۷۰، نتایج بررسی کارشناسی در هیأت بدوی و هیأت عالی نظام پزشکی در سال‌های ۷۵ و ۸۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

چنان‌چه ملاحظه می‌شود میزان شکایات همراه با بروز عوارض در طی این سال‌ها تغییر معنی‌داری نداشته است ولی مرگ و میر در سال‌های ۷۵ و ۸۰ به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بوده است.

علل اقدام به شکایت براساس مطالب ذکر شده در شکواییه بیمار در هشت گروه اشتباه درمانی، بی‌توجهی (عدم رسیدگی، عدم حضور، ویزیت نکردن و سهل‌انگاری)، مسائل مالی، عدم تبحر پزشک، اشتباه تشخیصی، برخورد نامناسب، عدم توجه کافی بیمار در مورد اقدامات و عدم رعایت نظامات دولتی تقسیم‌بندی شدند. در جدول ۳، فراوانی نسبی شکایات مزبور در پرونده‌های مورد بررسی به تفکیک سال و به‌طور کلی ذکر گردیده است. مهم‌ترین علل شکایت در تمام

جدول شماره‌ی ۳ - فراوانی نسبی علل طرح شکایت از دیدگاه شکایت‌کنندگان به تفکیک سال

| علت شکایت براساس متن شکواییه                               | سال ۷۰ | سال ۷۵ | سال ۸۰ | مجموع | P value | Chi <sup>2</sup> |
|--|--------|--------|--------|-------|---------|------------------|
| ۱ خطای درمانی  | ۵۴/۹   | ۳۰/۱   | ۴۵/۳   | ۳۸    | ۰/۰۰    | ۲۰/۷             |
| ۲ بی‌توجهی (عدم رسیدگی، عدم حضور، ویزیت نکردن، سهل‌انگاری) | ۲۱/۷   | ۳۰/۷   | ۳۱/۷   | ۳۰/۲  | ۰/۳۶    | ۲/۰              |
| ۳ مسائل مالی   | ۲۴/۳   | ۲۳/۵   | ۲۷/۸   | ۲۵/۴  | ۰/۳۹    | ۱/۹              |
| ۴ عدم تبحر پزشک  | ۱۶/۲   | ۲۰/۲   | ۱۵     | ۱۷/۷  | ۰/۱۶    | ۱/۹              |
| ۵ خطای تشخیصی  | ۱۳/۵   | ۱۰/۴   | ۱۳/۳   | ۱۱/۹  | ۰/۴۱    | ۱/۷              |
| ۶ برخورد نامناسب   | ۱۲/۲   | ۱۵/۶   | ۶/۵    | ۱۵/۶  | ۰/۰۰    | ۱۵/۳             |
| ۷ عدم توجه کافی بیمار در مورد اقدامات                      | ۴/۱    | ۵/۲    | ۴/۲    | ۴/۷   | ۰/۸۸    | ۰/۴              |
| ۸ عدم رعایت نظامات دولتی                                   | ۱۴/۱   | ۳      | ۱/۴    | ۲/۴   | ۰/۲۴    | ۲/۸              |

جدول شماره‌ی ۴ - آرای صادره برای پرونده‌های بررسی شده در سال‌های ۷۵ و ۸۰ دارای رأی هیأت بدوی و عالی نظام پزشکی

| مجموع | قصور در بدوی | تبرئه در بدوی | بدوی / عالی   |
|-------|--------------|---------------|---------------|
| ۷۸    | ۲۳<br>(۲۶/۴) | ۵۵<br>(۹۳/۳)  | تبرئه در عالی |
| ۶۸    | ۶۴<br>(۷۳/۶) | ۴<br>(۶/۷)    | قصور در عالی  |
| ۱۴۶   | ۸۷<br>(۱۰۰)  | ۵۹<br>(۱۰۰)   | مجموع         |

چنانچه ملاحظه می‌شود میزان نقض رأی هیأت بدوی در موارد قصور ۲۶/۴ درصد و در موارد تبرئه ۶/۷ درصد بوده است. شایان ذکر است از میان ۱۴۶ مورد پرونده دارای رأی توأم هیأت بدوی و عالی و ۱۱۹ مورد (۸۱/۵ درصد) آرای مشابه و ۲۷ مورد (۱۸/۵ درصد) آرای متناقض داشته‌اند. در مجموع از مجموع ۱۴۶ پرونده رسیدگی شده در دو هیأت بدوی و عالی ۶۴ مورد (۴۳/۸ درصد) در هر دو هیأت قصور تشخیص داده شده است. این میزان در مطالعه‌ی صورت گرفته در پزشکی قانونی در سال ۱۳۷۸، ۵۰ درصد بوده است (۴).

در مجموع ۸۳۱ پرونده‌ی بررسی شده به لحاظ آرای هیأت بدوی و عالی حالت‌های ذیل را دارا بودند:

(۱) ۱۴۶ مورد دارای هر دو رأی هیأت بدوی و عالی بودند.

(۲) نتایج آرای پرونده‌های بررسی شده در سال‌های ۷۵ و ۸۰ دارای رأی هیأت بدوی و عالی در جدول شماره‌ی ۴ آورده شده است.

(۳) ۱۸۷ پرونده هیچ‌کدام از آرای هیأت بدوی و عالی را نداشته‌اند. به نظر می‌رسد این پرونده‌ها یا در مرحله‌ی بررسی در هیأت بدوی بوده و یا به‌علت مصالحه طرفین مختومه شده‌اند. البته برخی از این پرونده‌ها از سیستم قضایی جهت گرفتن نظر مشورتی ارجاع شده است و صدور رأی نداشته است.

(۴) ۴۹۸ مورد تنها واجد رأی هیأت بدوی بودند (۳۹۵ مورد تبرئه و ۱۰۳ مورد قصور) به‌نظر می‌رسد در این موارد اعتراضی به رأی هیأت بدوی نشده است یا با توافق طرفین پرونده پیگیری نشده و به هیأت عالی ارجاع نشده است. به احتمال کم‌تر ممکن است پرونده‌های مزبور همچنان در هیأت عالی در حال بررسی باشند.

جهت بررسی ارتباط شکایت با سابقه‌ی پزشکی افراد، فراوانی نسبی تعداد شکایات در ۶ گروه تفکیک شده براساس شماره‌ی نظام پزشکی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره‌ی ۵ - فراوانی نسبی شکایات بر حسب شماره‌ی نظام پزشکی به تفکیک سال

| P value | سال ۸۰   | سال ۷۵   | سال ۷۰   | شماره‌ی نظام پزشکی        |
|---------|--|--|--|---------------------------|
|         | نسبت شکایات<br>(تخمین سال‌های<br>سابقه کار) درصد | نسبت شکایات<br>(تخمین سال‌های سابقه<br>کار) درصد | نسبت شکایات<br>(تخمین سال‌های سابقه<br>کار) درصد |                           |
| ۰/۰۲۸   | ۱۵/۹ (>۲۵)                                       | ۲۳/۲ (>۲۰)                                       | ۳۸/۶ (>۱۵)                                       | کم‌تر از ۱۰۰۰۰            |
| ۰/۰۰۴   | ۲۶/۳ (۱۵-۲۵)                                     | ۳۷/۵ (۱۰-۲۰)                                     | ۴۶/۷ (۵-۱۵)                                      | ۱۰۰۰۱ تا ۲۰۰۰۰            |
| ۰/۰۰    | ۲۵/۲ (۱۲-۱۵)                                     | ۱۵/۸ (۷-۱۰)                                      | ۱۲/۶ (۲-۵)                                       | ۲۰۰۰۱ تا ۳۰۰۰۰            |
| ۰/۰۵۴   | ۸/۲ (۹-۱۲)                                       | ۵/۴ (۴-۷)  | ۲/۱ (۰-۲)  | ۳۰۰۰۱ تا ۴۰۰۰۰            |
| ---     | ۱۰/۲ (۵-۹)                                       | ۵/۲ (۰-۴)  | ---  | ۴۰۰۰۱ تا ۶۰۰۰۰            |
| ---     | ۵/۷ (۲-۵)  | ---  | ---  | ۶۰۰۰۱ تا ۸۰۰۰۰            |
| ---     | ۸/۵  | ۱۲/۹   | ---  | بدون ذکر شماره نظام پزشکی |
| ---     | ۱۰۰  | ۱۰۰  | ۱۰۰  | جمع                       |

### بحث

به نظر می‌رسد طرح شکایت از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی از جانب بیمار تنها از سوی بعضی از بیماران که دچار آسیب گردیده‌اند یا نسبت به خدمات ارائه شده معترض می‌باشند انجام می‌گیرد. این بدان معنی است که بررسی انحصاری پرونده‌های شکایت به تنهایی بیانگر ماهیت تمامی مشکلات گیرندگان خدمات درمانی نیست. به عبارت دیگر بسیاری از مشکلات به دلایل مختلفی از جمله عدم تمایل بیمار به طرح شکایت، عدم آشنایی یا عدم دسترسی شاکی به مراجع قانونی یا اخذ رضایت شاکی از سوی ارائه‌کننده خدمت یا همکاری وی طرح نمی‌شود. علاوه بر این تعدادی از شکایات به مراجع قضایی ارجاع می‌گردد که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. بنابراین مطالعه‌ی حاضر تنها نشان‌دهنده‌ی قسمتی از مشکلات موجود در نظام ارائه‌ی خدمات درمانی است اگرچه به نظر می‌رسد به‌طور کلی

نمایشگر مناسبی از موضوعات طرح شکایت باشد.

میزان شکایات در سال‌های ۷۵ و ۸۰ بیش از ۲/۵ برابر سال ۷۰ بودند که با توجه به میزان افزایش تعداد شکایت که بسیار فراتر از افزایش جمعیت است، نشان دهنده افزایش ارائه شکایت از پزشکان است.

از تشابه نسبت تیرئه در شکایات منجر به صدور رأی در هیأت بدوی در سال‌های ۷۵ و ۸۰ و نیز تشابه ترتیب فراوانی نسبی موضوعات شکایات براساس متن شکواییه‌ی شاکیان در سال‌های ۷۰، ۷۵ و ۸۰ برداشت می‌شود که نوع شکایات و نتایج قضاوت هیأت بدوی در این بازه‌ی زمانی تفاوت قابل توجهی نداشته است. از طرف دیگر با توجه به ثابت بودن الگوی علل بروز شکایت می‌توان دریافت که اقدام مهمی در جهت آموزش پزشکان به‌منظور کاهش این ریسک انجام نشده است.

نسبت قصور به شکایات وارده به هیأت بدوی در این

مطالعه حدود ۳۰ درصد می‌باشد. اگرچه نمی‌توان براساس یافته‌های این مطالعه اختلاف فوق را تحلیل نمود اما ممکن است چنین اختلافی نتیجه پایین‌تر بودن سطح توقعات جامعه و بیماران از جامعه پزشکی، اعلام شکایت در موارد منجر به عواقب جدی‌تر و یا تعامل مناسب‌تر جامعه پزشکی با بیماران و کم‌تر بودن سوء تفاهمات باشد. بررسی دقیق‌تر این موضوع نیازمند مطالعات طراحی شده در این زمینه است.

براساس نتایج این مطالعه، بخش عمده پزشکان و دندان‌پزشکان تهران که طرف شکایت بودند، از نظر سازمان نظام پزشکی قصوری را مرتکب نشده بودند. با بررسی یافته‌های جدول ۳ می‌توان نتایج ذیل را به دست آورد:

(۱) علل بخش عمده‌ای از شکایات خطای درمانی، مسایل مالی و بی‌توجهی پزشک بوده است در حالی که موارد قصور تأیید شده با این نسبت هم‌خوانی ندارد. چنین به نظر می‌رسد که بخش عمده‌ای از این موارد بر خلاف ذهنیت بیمار ناشی از عوارض طبیعی اقدام درمانی باشد که برای وی انجام شده است. در این حالت ارائه شکایت می‌تواند ناشی از نوع ارتباط پزشک با بیمار و توجه نشدن مسائل برای وی باشد (۵).

در مطالعه‌ای که توسط Entman و همکاران انجام شد و توسط یک کمیته‌ی تخصصی ارزیابی گردید، نشان داده شد که کیفیت درمان ارائه شده میان متخصصان زنانی که مورد شکایت قرار گرفتند نسبت به متخصصانی که هرگز از آن‌ها شکایت نشده است تفاوت معنی‌داری ندارد. در مطالعات دیگری نیز ثابت شده که کیفیت درمان عامل مهمی جهت اقدام به شکایت بیماران و بستگان آنان نیست (۶).

با بذل توجه و زمان بیش‌تر از سوی پزشک نسبت به بیمار و ارائه اطلاعات کافی در خصوص بیماری، روش‌های درمانی و نقاط مثبت و منفی هر روش، آگاهی بیمار بر اقدام درمانی مورد نظر بیش‌تر شده و زمینه‌ی ایجاد ذهنیت

غلط در خصوص بروز خطای درمانی کاهش می‌یابد.

(۲) مسائل مالی در این مطالعه علت طرح شکایت در یک چهارم موارد بود. بنابراین برخلاف تصور اولیه موضوع مالی علت عمده‌ای برای طرح شکایت نیست. حذف رابطه‌ی مستقیم مالی میان پزشک و بیمار می‌تواند راهکار مؤثری برای کاهش تنش بین پزشک و بیمار باشد. نیل به هدف فوق از طریق تقویت نظام تأمین اجتماعی و بیمه‌کشور، ارائه تعرفه‌های معقول و منصفانه از سوی نهادهای ذیربط برای خدمات پزشکی و نظارت کارآمد بر رعایت آن امکان‌پذیر خواهد شد. در حال حاضر که این شرایط محقق نشده است تعریف شفاف این رابطه از سوی پزشک برای بیمار می‌تواند تا حدودی از بروز نارضایتی پیشگیری نماید. تردیدی نیست که هدف اولیه از ارائه خدمات پزشکی کسب منفعت مالی نیست بلکه کمک به بیمار نیازمند است و این امر باید در رفتار پزشک تجلی داشته باشد.

(۳) در بررسی اطلاعات مربوط به پزشکان به نظر می‌رسد با افزایش سابقه‌ی کاری و تجربه بیش از ۲۰-۱۵ سال آمار شکایات وارده کاهش می‌یابد. این امر می‌تواند نتیجه‌ی تجربه بیش‌تر ایشان از یک سو و یا کم بودن تعداد و نیز کاهش فعالیت درمانی آن‌ها باشد. از سوی دیگر پزشکان با تجربه متوسط (بین ۲۰-۱۰ سال) بیش‌ترین شکایات را داشته‌اند.

این یافته می‌تواند از یک سو نتیجه‌ی فعالیت بیش‌تر پزشکان میان‌سال به دنبال اخذ تخصص، کسب شهرت و مراجعات بیش‌تر باشد و یا نتیجه‌ی اعتماد به نفس بیش‌تر ایشان و انجام اقدامات تهاجمی‌تر از سوی آن‌ها تلقی شود. همانگونه که در جدول شماره ۴ دیده می‌شود شکایت از کوهورت پزشکان با شماره نظام ۲۰ تا ۴۰ هزار طی سال‌های متمادی افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد. در حالی که این میزان در کوهورت پزشکان با شماره نظام

زیر ۲۰ هزار در طی سال‌های متمادی کاهش یافته است. میزان شکایت در پزشکان تازه فارغ‌التحصیل کاملاً کاهش نشان می‌دهد که می‌تواند نمود دیگری از استدلال فوق باشد. آنچه در هر صورت قطعی به نظر می‌رسد این است که پزشکان در دوران میانه فعالیت حرفه‌ای که در اوج فعالیت خود هستند بیش‌تر در معرض شکایت هستند و لازم است از این جهت توجه بیش‌تری به ارتباط خود با بیمار داشته باشند.

### نتیجه‌گیری

طرح شکایت که در گذشته نه چندان دور برای پزشکان ما موضوعی کم‌اهمیت و نادر بود امروزه به موضوعی مهم و جدی تبدیل شده است. بر اساس مجموع یافته‌های این مطالعه بیش‌تر پزشکان و دندان‌پزشکان تهران که از آنان شکایت شده از نظر کارشناسان نظام پزشکی قصوری مرتکب نشده‌اند و قسمت عمده‌ای از شکایت‌ها نتیجه تعامل نامناسب میان پزشک و بیمار بوده است. رفتار مبتنی بر تعهدات حرفه‌ای پزشک در برابر بیمار می‌تواند مانع وقوع بخش عمده‌ای از شکایت‌ها شود. توجه به این مهم اگر چه در تمامی دوران فعالیت حرفه‌ای پزشکان مهم می‌باشد ولی در دوران میانه فعالیت حرفه‌ای از اهمیت مضاعفی برخوردار است.

### منابع

- ۱- نوبخت حقیقی ع، زالی م ر، مهدوی م ص، نوروزی ع. بررسی علل شکایات بیمار از پزشک معالج در مراجعه‌کنندگان به سازمان نظام پزشکی تهران. مجله علمی سازمان نظام پزشکی ۱۳۷۹؛ دوره ۱۸ (شماره ۴): ۳۰۰-۲۹۵.
- 2- Yahwn B, Wellever A, Hartley D, Casey M, Krein S, Moscovice I. Availability of rural Minnesota obstetric services: is it a problem? J Rural Health 1995; 11 (3): 192-203.
- ۳- بدخش ح. بررسی شکایت‌های رسیده از رشته‌ی زنان و زایمان به سازمان نظام پزشکی استان تهران، طی سال‌های ۷۵-۷۱. فیض فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان ۱۳۸۱؛ دوره ۶ (شماره ۲۴): ۸۱-۷۶.
- ۴- عمویی م، سلطانی ک، نجاری ف، روحی م. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۷۹؛ دوره ۶ (شماره ۲۱): ۲۳-۱۵.
- ۵- محفوظی ع، تقدس نژاد ف، عابدی خوراسگانی ه. بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته‌ی بیهوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانون کشور در شش ساله‌ی منتهی به اسفند ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۱؛ دوره ۸ (شماره ۲۶): ۱۰-۴.
- 6- Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. JAMA 1994; 272 (20): 1588-91.

