

بررسی فراوانی پزشکی دفاعی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان

دکتر محمدرضا امیراسماعیلی^۱، دکتر محمود نکویی مقدم^۲،
محمود موسی زاده^۳، فاطمه اسماعیلی^۴، محبوبه میرتاج الدینی^۵

چکیده

زمینه و هدف: پزشکی دفاعی یک مشکل بالقوه اجتماعی است که می‌تواند عواقبی را برای بهداشت عمومی از نظر کیفیت مراقبت‌های فردی و هدر دادن منابع محدود سلامت به همراه داشته باشد. در این مطالعه فراوانی رفتارهای پزشکی دفاعی مثبت و منفی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان انجام گرفت. حجم نمونه ۱۰۰ نفر و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. داده‌های پرسشنامه در نرم افزار SPSS ۲۰ جمع‌آوری گردید و با استفاده از آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی و میانگین و آمار تحلیلی شامل آزمونهای کای دو و تی تست آنالیز شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۰۰ نفر پزشک عمومی بررسی شدند. فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت و منفی به ترتیب ۹۹ و ۴۷ درصد گزارش شد. همچنین رفتار پزشکی دفاعی مثبت در مردها بیشتر از زن‌ها (۱۰۰ در برابر ۹۷/۲ درصد) و بالعکس رفتار پزشکی دفاعی منفی در زن‌ها بیشتر از مردها (۵۲/۸ در برابر ۴۳/۸ درصد) دیده شد. شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها و احتیاط از تجویز روش‌های مخاطره آمیزی که در عین حال برای بیماران سودمند می‌باشند، به ترتیب بیشترین فراوانی را در بین رفتارهای پزشکی دفاعی مثبت و منفی به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان می‌دهد فراوانی پزشکی دفاعی در جمعیت مورد مطالعه بالا و رایج است. لذا پیشنهاد می‌شود آموزش‌های مرتبط با رفع این پدیده به پزشکان داده شود.

واژه‌های کلیدی: پزشکی دفاعی، پزشکان عمومی، فراوانی

* نویسنده مسئول:

محمود موسی زاده:

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان

Email :
Mmoosazadeh1351@gmail.com

- دریافت مقاله : خرداد ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله : آبان ۱۳۹۲

مقدمه

در سالهای اخیر شکایت از پزشکان شیوع چشمگیری پیدا کرده و ادامه این روند تأثیرات عمیقی را بر وجهی حرفه‌ی پزشکی خواهد گذاشت(۱).

همچنین افزایش شکایت از پزشکان باعث ایجاد مشکلات بسیاری بین سازمان‌های بیمه گر و پزشکان شده است. بسیاری از پزشکان شاغل باید مدام درگیر پیدا کردن یک شرکت بیمه مسئولیت شغلی معتبر باشند تا با پرداخت حق بیمه به آنها، مسئولیت خسارات مالی به بیماران را به دنبال خطای پزشکی بر عهده گیرد(۲). یعنی پزشکان عملاً درگیر تنش‌ها و فعالیت‌هایی می‌شوند که اساساً برای آن آموزش ندیده‌اند و در این میان ممکن است پول و انرژی زیادی به جای آن که در جهت پیشرفت و سلامت

^۱ استادیار مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۴ کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پر خطری می‌شود که مراقبت‌های ویژه نیاز دارند (۱۰-۸ و ۵-۴). در پژوهشی، studdert و همکارانش در سال ۲۰۰۳ در پنسیلوانیا با هدف بررسی شیوع و خصوصیات پزشکی دفاعی بین پزشکان متخصص، اعلام نمودند که ۹۳٪ از افراد بررسی شده عمل پزشکی دفاعی را انجام می‌دهند. در ۹۲٪ از آنها رفتارهای تضمین کننده مثل تجویز آزمایشات، انجام رویه‌های تشخیصی و ارجاع بیماران برای مشاوره خیلی رایج بود، ۴۳٪ از آنها اعلام کردند که در شرایط غیرضروری بالینی از تکنولوژی تصویربرداری استفاده می‌کنند. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که اجتناب از پذیرش بیمارانی که به نظر می‌رسید احتمال دعوی قضایی بوجود بیاورند، زیاد بود (۱۱). Summerton در سال ۱۹۹۵ به منظور بررسی عمل پزشکی دفاعی بین پزشکان عمومی، پژوهشی با عنوان «عوامل مثبت و منفی در پزشکی دفاعی» انجام داد، رایج ترین اعمال پزشکی دفاعی در بین افراد بررسی شده، افزایش تست‌های تشخیصی، افزایش ارجاع، افزایش پی‌گیری، شرح جزئیات بیشتر برای بیمار و مستندسازی روند درمان بود (۱۲). در کشور ما هم میزان شکایت از پزشکان رو به افزایش است به طوری که تعداد شکایت‌ها در نظام پزشکی استان تهران از ۱۳۴ مورد در سال ۱۳۷۸ به ۱۲۷۰ مورد در سال ۱۳۸۴ رسیده است (۱).

با وجود قدمت چندین ساله موضوع پزشکی دفاعی در بین کشورهای پیشرفته، ولی این پدیده در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران چندان شناخته شده نیست در حالیکه بروز برخی رفتارها از قبیل ارجاع بیماران به متخصصان دیگر، مستند سازی روند درمان بیمار و تجویز داروهای غیر ضروری حاکی از شیوع این عامل در بین پزشکان ایرانی است.

عمومی مصرف شود، صرف دعاوی قضایی شده و پیامدهای دیگری نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های سلامتی را به همراه داشته باشد (۳).

به دنبال آشنایی جامعه با حقوق خود در قبال پزشکان و مراجعه آنها به محاکم قضایی در موارد ضروری، ترس پزشکان از زیر سوال رفتن برای بد طبابت کردن، فراگیر شده است و این موضوع منجر به این شده که پزشکان زیادی در تمام تخصص‌ها در طبابت‌شان شرایط پزشکی دفاعی را در پیش گیرند (۳-۱).

اصطلاح پزشکی دفاعی به هر آزمون یا شیوه درمانی که با هدف اولیه نجات پزشک از تهدید اتهام خطای پزشکی قانونی یا طرح شکایت تحت عنوان خطای پزشکی از پزشک انجام می‌گیرد اطلاق می‌شود و به دو صورت پزشکی دفاعی مثبت و پزشکی دفاعی منفی می‌باشد (۵-۴). پزشکی دفاعی مثبت، رفتارهایی مانند تجویزهای غیر ضروری، ارجاع بیماران به متخصصان، درخواست جزئیات بیشتر از بیمار، تاکید بر این موضوع که بیمار سر وقت مراجعه کند و شرح جزئیات بیشتر درمورد مصرف صحیح داروها به بیمار را شامل می‌شود و پزشکی دفاعی منفی رفتارهایی مانند اجتناب از تجویز روش‌های مخاطره آمیز برای درمان بیماران درحالی که ممکن است این روش‌ها برای بیمار فایده داشته باشند و هم چنین اجتناب از درمان بیماران را شامل می‌شود (۶ و ۷).

پزشکی دفاعی یک مشکل بالقوه اجتماعی است. احتمال دارد پزشکی دفاعی عواقبی برای بهداشت عمومی نه فقط از نظر کیفیت مراقبت‌های فردی، بلکه در رابطه با استفاده از منابع محدود سلامت داشته باشد (۷ و ۸).

همچنین پزشکی دفاعی می‌تواند رابطه‌ی پزشک بیمار را هم تحت تاثیر قرار دهد و موجب کاهش

به خطر پذیری و خطر گریزی پزشکان بود. برای تعیین روایی پرسشنامه، سوالات مورد استفاده، توسط چند تن از اساتید و صاحب‌نظران (مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اپیدمیولوژی) با بیش از ۵ سال سابقه به عنوان هیئت علمی) بررسی شد. بعد از تغییراتی، اعتبار محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی، پرسشنامه‌ی مذکور طی دو مرحله به فاصله ۱۰ روز بین ده نفر از پزشکان عمومی شهر کرمان توزیع شد و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷ بدست آمد.

برای تعیین میزان فراوانی پزشکی دفاعی به هریک از سوالات با بهره‌گیری از مطالعات مشابه انجام شده در دیگر کشورها سه گزینه هرگز، ۶-۱ بار و بیش از ۶ بار در نظر گرفته شد. برای تعیین فراوانی پزشکی دفاعی، چنانچه شرکت‌کننده‌ای حداقل یکی از رخدادهای تجربه‌شده بود، به عنوان یک مورد پزشکی دفاعی منظور شد.

همچنین در قسمت بعدی پرسشنامه یازده دلیل احتمالی انجام پزشکی دفاعی (نگرانی از درخواست غرامت برای خسارت، نگرانی در مورد اقدام قضایی بیماران، ترس از اقدامات انضباطی نظام پزشکی، ترس از تبلیغات منفی، داشتن شکایت قانونی قبلی، آگاهی داشتن از شکایت‌های قانونی همکاران خود، ترس از دست دادن شهرت خود، کسب درآمد بیشتر، نداشتن بیمه مسئولیت، رعایت استانداردهای بالینی، سطح آگاهی بیمار) مشخص شده بود و از شرکت‌کنندگان خواسته شد در صورت انجام هریک از موارد مشخص شده در قسمت قبل، دلیل انجام آن را اولویت بندی نمایند. نحوه اولویت بندی به این ترتیب بود که شرکت‌کنندگان در مطالعه، اولویت اول را با عدد ۱، اولویت دوم را با عدد ۲، اولویت سوم را با عدد ۳، اولویت چهارم را با عدد ۴ و اولویت پنجم

همچنین در جستجوهای الکترونیکی و غیرالکترونیکی صورت گرفته توسط پژوهشگران، اطلاعات موثق و معتبری از شیوع پزشکی دفاعی در ایران یافت نشد، به همین دلیل در این مطالعه برای اولین بار در ایران، میزان بروز رفتارهای پزشکی دفاعی مثبت و منفی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان انجام گرفت. ابتدا لیستی از پزشکان این شهر با آدرس تهیه شد، سپس دو نفر پرسشگر پس از توجیه فرایند انجام کار برای تکمیل پرسشنامه‌ها به محل کار پزشکان مورد نظر مراجعه نمودند. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها از پزشکان شرکت‌کننده در این بررسی رضایت‌نامه شفاهی اخذ شد و هدف از انجام کار به اطلاع آنها رسانده شد. همچنین به آنها اطمینان خاطر داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام هستند و هیچ‌کس از ماهیت تکمیل‌کننده پرسشنامه مطلع نخواهد شد و تنها نتایج بررسی به صورت کلی گزارش خواهد شد. در مجموع تعداد ۱۰۰ نفر پزشک با تکمیل پرسشنامه‌ها در این مطالعه شرکت نمودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. این پرسشنامه از چهار بخش تشکیل شده بود که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک پزشکان، بخش دوم شامل ۱۵ سوال در مورد بررسی فراوانی رفتارهای پزشکی دفاعی (۱۳ سوال مرتبط با رفتار پزشکی دفاعی مثبت و ۲ سوال مرتبط با رفتار پزشکی دفاعی منفی که عناوین سوالات به تفکیک رفتار پزشکی دفاعی مثبت و منفی در جدول ۳ ذکر گردید)، بخش سوم شامل ۱۱ سوال در مورد دلیل انجام رفتارهای پزشکی دفاعی و بخش چهارم سوال مربوط

استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (درصد فراوانی، میانگین) و آزمونهای آماری کای دو و تی تست آنالیز شد. سطح معنی داری مقدار P-Value مساوی و کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

را با عدد ۵ مشخص نمودند. در ادامه هر متغیری که در هر یک از پنج مرحله اولویت بندی بیشترین فراوانی را داشته است به عنوان اولویت آن مرحله از نظر اکثر شرکت کنندگان در مطالعه انتخاب شد. داده‌های پرسشنامه در نرم افزار SPSS ۲۰ وارد و با

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع ویژگیهای دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

متغیر	تعداد	%
جنس	۶۴	۶۴
مرد	۶۴	۶۴
زن	۳۶	۳۶
گروه سنی	۴۱	۴۱
۳۰-۴۰	۴۱	۴۱
۴۱-۵۰	۴۴	۴۴
۵۱-۶۰	۱۲	۱۲
بالای ۶۰ سال	۳	۳
سابقه کار	۱۲	۱۲
۱-۵ سال	۱۲	۱۲
۶-۱۰	۲۳	۲۳
۱۱-۲۰	۵۱	۵۱
بالای ۲۰ سال	۱۴	۱۴
بیمه مسئولیت	۹۰	۹۰
دارد	۹۰	۹۰
ندارد	۱۰	۱۰
خطر پذیری	۱۱	۱۱
بله	۱۱	۱۱
خیر	۸۹	۸۹
کل	۱۰۰	۱۰۰

قرار داشتند و سابقه کار بیشتر آنها (۵۱ نفر) بین ۱۱-۲۰ سال بوده است (جدول ۱). همچنین میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان

شصت و چهار نفر (۶۴٪) از افراد مورد مطالعه مرد بوده و اکثریت افراد مورد مطالعه به ترتیب در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۴۴ نفر) و ۳۰-۴۰ سال (۴۱ نفر)

در مطالعه ۲/۶±۸/۵ سال بوده است که این شاخص در مردان و زنان به ترتیب ۴۴/۷±۸/۸ و ۳۸/۸±۶/۳ بود (P=۰/۰۰۱).

می‌باشد و تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار

جدول ۲: فراوانی رفتار پزشکی دفاعی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه (آزمون کای دو)

متغیر	رفتار پزشکی دفاعی مثبت		رفتار پزشکی دفاعی منفی	
	P	%	P	%
جنس	مرد	(۶۴)۱۰۰	۰/۴	(۲۸)۴۳/۸
	زن	(۳۵)۹۷/۲	۰/۲	(۱۹)۵۲/۸
گروه سنی	۳۰-۴۰	(۴۰)۹۷/۶	۰/۸	(۲۰)۴۸/۸
	۴۱-۵۰	(۴۴)۱۰۰	۰/۷	(۱۹)۴۳/۲
	۵۱-۶۰	(۱۲)۱۰۰		(۶)۵۰
	بالای ۶۰ سال	(۳)۱۰۰		(۲)۶۶/۷
سابقه کار	۱-۵ سال	(۱۱)۹۱/۷	۰/۲	(۵)۴۱/۷
	۶-۱۰	(۲۳)۱۰۰	۰/۶	(۱۵)۶۵/۲
	۱۱-۲۰	(۵۱)۱۰۰		(۲۰)۳۹/۲
بیمه مسئولیت	بالای ۲۰ سال	(۱۴)۱۰۰	۰/۹	(۷)۵۰
	دارد	(۸۹)۹۸/۹	۰/۵	(۴۲)۴۶/۷
خطر پذیری	ندارد	(۱۰)۱۰۰	۰/۱	(۵)۵۰
	بله	(۱۰)۹۰/۹	۰/۱	(۳)۲۷/۳
	خیر	(۸۹)۱۰۰		(۴۴)۴۹/۴

جدول ۲ نشان می‌دهد که رفتار پزشکی دفاعی مثبت در مردها بیشتر از زنها (۱۰۰ در برابر ۹۷/۲ درصد) و بالعکس رفتار پزشکی دفاعی منفی در زنها بیشتر از مردها (۵۲/۸ در برابر ۴۳/۸ درصد) بوده که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۲). بالاترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در گروه سنی بالای ۶۰ سال (۶۶/۷٪) شد، اما با انجام آزمون آماری کای دو تفاوت‌های مشاهده شده در بروز رفتار پزشکی دفاعی منفی در بین گروه‌های سنی مختلف معنی دار دیده نشد (P=۰/۸). بیشترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در افراد با سابقه کار بین ۶-۱۰ سال (۶۵/۲٪)، شرکت کنندگانی که بیمه مسئولیت

دارد (۹۸/۹٪) و کمترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت در افراد با سابقه کار بین ۱۱-۲۰ سال (۳۹/۲٪) بود. تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۲). بالاترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت در افراد با سابقه کار بین ۱-۵ سال (۹۱/۷٪) و کمترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت در افراد با سابقه کار بین ۶-۱۰ سال (۲۳٪) بود. تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۶). بالاترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در افراد با سابقه کار بین ۱-۵ سال (۴۱/۷٪) و کمترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در افراد با سابقه کار بین ۶-۱۰ سال (۶۵/۲٪) بود. تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۲). بالاترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت در افراد با سابقه کار بین ۱-۵ سال (۹۱/۷٪) و کمترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت در افراد با سابقه کار بین ۶-۱۰ سال (۳٪) بود. تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۳). بالاترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در افراد با سابقه کار بین ۱-۵ سال (۴۱/۷٪) و کمترین فراوانی رفتار پزشکی دفاعی منفی در افراد با سابقه کار بین ۶-۱۰ سال (۶۶/۷٪) بود. تفاوت‌ها از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۷).

نداشتند (۵۰٪) و در پزشکی که خطر پذیر رفتار پزشکی دفاعی مثبت و منفی در این مطالعه به نبودند (۴۹/۴٪) رخ داده است. همچنین فراوانی کلی ترتیب ۹۹ و ۴۷ درصد بدست آمد.

جدول ۳: توزیع فراوانی رفتار های پزشکی دفاعی مثبت و منفی در پزشکان مورد مطالعه

فراوانی = %			رفتارها	
بیش از ۶ مورد	۱-۶ مورد	هرگز		
-	۴۹	۵۱	تجویز اقدامات پاراکلینیک غیر ضروری	
-	۲۲	۷۸	تجویز درمان های غیر ضروری	
۲	۳۴	۶۴	تجویز داروهای غیر ضروری	
۱	۱۹	۸۰	ارجاع بیماران به بیمارستان برای بستری شدن در صورتی که می توانند به صورت سرپایی درمان شوند	
۲۷	۳۲	۴۱	ارجاع غیر ضروری بیماران به متخصصان	
۷۰	۲۲	۸	تاکید بر این موضوع که بیمار سروقت به پزشک مراجعه کند	رفتار های پزشکی
۹۱	۵	۴	شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها	دفاعی مثبت
۸۶	۹	۵	درخواست جزئیات بیشتر از بیمار در مورد شرح بیماری اش	
۲۵	۳۷	۳۸	پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار	
۲۴	۱۹	۵۷	تشکیل پرونده برای بیمار	
۷۵	۱۵	۱۰	شرح جزئیات بیشتر در مورد روش درمان به بیمار	
۵۰	۳۳	۱۷	مشارکت دادن بیماران در انتخاب روش های درمانی	
۱۶	۱۵	۶۹	ثبت اظهارات خاص در پرونده ی بیمار	
۱۵	۲۱	۶۴	اجتناب از تجویز روش های مخاطره آمیز برای درمان بیماران در حالی که این رویه ها ممکن است فوایدی برای بیمار داشته باشد	رفتار های پزشکی دفاعی منفی
۹	۲۰	۷۱	اجتناب از پذیرش بیماران با خطر بالا	

اقدامات پاراکلینیک غیر ضروری (۴۹٪) به ترتیب از بیشترین فراوانی برخوردار بودند (جدول ۳). در این مطالعه ۵ اولویت اول دلایل بروز پدیده پزشکی دفاعی به ترتیب رعایت استانداردهای بالینی با فراوانی ۴۹٪، سطح آگاهی بیمار با فراوانی ۳۴٪، نگرانی در مورد اقدام قضایی بیماران با فراوانی ۲۴٪، ترس از اقدامات انضباطی نظام پزشکی یا پزشکی قانونی با فراوانی ۱۸٪ و ترس از دست دادن شهرت با فراوانی ۲۰٪ بوده است.

بعضی از رفتارهای پزشکی دفاعی مانند شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها (۹۶٪)، درخواست جزئیات بیشتر از بیمار در مورد شرح بیماری اش (۹۵٪)، تاکید بر این موضوع که بیمار سروقت به پزشک مراجعه کند (۹۲٪)، شرح جزئیات بیشتر در مورد روش درمان به بیمار (۹۰٪)، مشارکت دادن بیماران در انتخاب روش های درمانی (۸۳٪)، پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار (۶۲٪)، ارجاع غیر ضروری بیماران به متخصصان (۵۹٪) و تجویز

بحث

مشکلات عدیده‌ای همچون بجا گذاشتن آسیب و عوارض بیشتر بیماری بر بیمار و بدنبال آن ناتوانی و مرگ، افزایش میانگین مدت اقامت بیمار در بیمارستانها، افزایش هزینه درمان برای خانواده‌ها و مشکلات روحی و روانی ناشی از ادامه بیماری برای بیمار و خانواده را بوجود می‌آورد (۱۵).

دلایل احتمالی آن را می‌توان به اعتماد به نفس پایین پزشکان مربوطه، پایین بودن سطح دانش تخصصی و معلومات پزشکان از بیماری، روحیه خطر پذیری پایین، ترس از دست دادن شهرت به علت رویداد ناگوار، ترس از تبلیغات منفی و پشتیبانی ضعیف سازمان‌های بیمه گیر نسبت داد.

Summerton در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی رفتار پزشکی دفاعی در بین پزشکان عمومی" نشان داده است که رایج ترین رفتارهای پزشکی دفاعی که توسط پزشکان اتخاذ می‌شود شامل افزایش تست‌های تشخیصی، افزایش ارجاع، افزایش پیگیری، شرح جزئیات بیشتر برای بیمار و یادداشت برداری (مستندسازی) بوده است (۱۲). این نتایج علیرغم وجود تفاوت‌های فرهنگی، قانونی، آموزشی و آگاهی در جامعه مورد اشاره با جامعه پژوهش حاضر با رفتارهای پزشکی دفاعی اتخاذ شده توسط پزشکان شرکت کننده در این مطالعه هم سو می‌باشد. در مطالعه Hiyama و همکاران در کشور ژاپن، ۹۶ درصد پزشکان از تجویز رویه‌ها یا مداخلات خاص و مراقبت از بیماران در معرض خطر اجتناب کردند، ۹۱ درصد پزشکان خدمات اضافی و بدون ارزش پزشکی را ارائه کرده بودند، ۶۱ درصد پزشکان اعلام کردند گاهی اوقات بیماران را به متخصصان دیگر ارجاع می‌دادند (۱۶).

به این ترتیب شیوع پدیده پزشکی دفاعی در این

یافته‌ها نشان داد، فراوانی رخداد پزشکی دفاعی در جمعیت مورد مطالعه بالا است و تقریباً ۱۰٪ آنها پدیده رفتار پزشکی دفاعی مثبت و حدود ۵۰٪ از آنها پدیده رفتار پزشکی دفاعی منفی را در طبابت شان بکار گرفته‌اند که بعضی از این رفتارها از قبیل تاکید بر مراجعه به هنگام بیمار به پزشک، توضیح در خصوص جزئیات نحوه مصرف داروها به بیماران، گرفتن اطلاعات بیشتر و شرح حال دقیق تر از بیمار در مورد بیماری‌اش و توضیح جزئیات در مورد روش درمان به بیمار خوشایند است و این موارد رفتارهایی هستند که باعث افزایش دقت در درمان بیمار می‌شوند و هزینه‌ای برای بیمار و سیستم بهداشت و درمان ندارند (۱۳). ولی در این بین حتی مواردی از رفتارهای پزشکی دفاعی که در مقوله پدیده پزشکی دفاعی مثبت جای می‌گیرد و رفتارهایی همچون تجویز درمانهای غیرضروری، تاکید بر مراجعات بعدی بدون پایه و اساس به پزشک، ارجاع های غیرضروری به بیمارستان و سطوح بالاتر ارائه خدمت، تجویز خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری، تجویز درمان و داروهای غیرضروری را شامل می‌شود، عناصری نامطلوب در ارائه خدمت پزشک به بیمار محسوب می‌شوند (۱۴)، زیرا این عوامل هم موجب هزینه‌های القایی (تحمیلی) ملموس و غیرملموس مانند پول، زمان و ... برای بیمار می‌شود و هم موجب هدر رفتن بخشی از منابع در نظر گرفته شده برای ارتقا سطح سلامت می‌گردد و علاوه بر این فرصت ارائه خدمات مطلوبتر را از دست می‌دهند.

رفتارهای پزشکی دفاعی منفی از قبیل اجتناب از تجویز روش‌های درمانی مخاطره آمیز برای درمان بیماران علیرغم نیاز بیمار و اجتناب از پذیرش بیماران با خطر بالا جزء مواردی هستند که برای بیماران

درخواست جزئیات بیشتر از بیمار در مورد شرح بیماری‌اش یا تشکیل پرونده برای بیمار اندازه‌گیری شد، روش‌هایی که هم برای بیمار و هم برای نظام سلامت مضرند که نمونه‌هایی از آن در مطالعه حاضر نظیر اجتناب از پذیرش بیماران با خطر بالا مشاهده گردید، روش‌هایی که بین کیفیت مراقبت بهداشتی و هزینه‌های بهداشتی درگیرند و روش‌هایی که گاهی به نفع بیمار و گاهی به ضرر آن هستند (افزایش تست‌های تشخیصی بر اساس مطالعه حاضر)، طبقه بندی می‌شوند. در مطالعه حاضر نوع دوم پزشکی دفاعی بر اساس تقسیم بندی فوق، از کمترین فراوانی برخوردار بود. با این حال اندازه‌گیری دقیق پزشکی دفاعی دشوار می‌باشد اما عواملی که باعث بروز بکارگیری طب دفاعی توسط پزشکان می‌شود شامل عواقب شکایت کردن، پیامدهای مالی، پیامدهای روانی، عدم اعتماد به نفس در بعضی از پزشکان و عدم برخورداری از دانش تخصصی در پزشکان می‌باشد (۲۲-۱۸).

از محدودیتهای این مطالعه، پایین بودن حجم نمونه و احتمالاً اغراق شرکت کنندگان در مطالعه در پاسخ به سوالات به دلیل دریافت پاسخ بر اساس خوداظهاری می‌باشد که پژوهشگران با توجه به جدید بودن این مفهوم در ایران، تحقیق‌های مشابه دیگری را توصیه می‌نمایند. از سوی دیگر با توجه به این که به نظر می‌رسد شرایط بومی و فرهنگی هر منطقه در بروز پزشکی دفاعی موثر باشد، لذا تا ممکن است نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به سایر مناطق کشور نباشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد، بدون آن که پزشکان چندان با واژه پزشکی دفاعی آشنا باشند، بکارگیری

مطالعه به مراتب بیشتر از پژوهش حاضر می‌باشد که علت احتمالی بالا بودن پزشکی دفاعی بویژه ابعاد منفی آن در کشور ژاپن به دلیل شیوع زیاد شکایت از پزشکان است.

در این مطالعه بین متغیرهای سن، جنسیت، سابقه کاری، بیمه مسئولیت و قدرت خطر پذیری با رخداد پزشکی دفاعی مثبت و منفی رابطه معنی دار آماری مشاهده نشده است، اما Catino در سال ۲۰۱۱ در پژوهشی در کشور ایتالیا نشان داده است که بین بروز رفتارهای پزشکی دفاعی و متغیر دموگرافیک سن رابطه وجود دارد؛ به این صورت که پزشکان جوان بیشتر تمایل به اتخاذ رفتارهای طب دفاعی دارند. این امر احتمالاً به این دلیل است که پزشکان جوان به دلیل سابقه کمی کار و نداشتن تجربه و مهارت کافی بیشتر، به پزشکی دفاعی متوسل می‌شوند (۱۷). نتایج به دست آمده در تعیین مهم‌ترین دلایل بروز رفتار پزشکی دفاعی در جامعه مورد پژوهش حاضر با مطالعه Catino مشابه بوده است، وی ترس از شکایت‌های قانونی (۸۰/۴ درصد)، آگاهی از شکایت‌های قانونی همکاران (۶۵/۷ درصد)، ترس از درخواست غرامت (۵۹/۸ درصد)، داشتن شکایت قانونی قبلی (۵۱/۸ درصد)، ترس از تبلیغات منفی و از دست دادن شهرت (۴۳/۵ درصد) و ترس از اقدامات انضباطی (۱۵ درصد) را از مهم‌ترین دلایل بروز رفتارهای پزشکی دفاعی اعلام نموده است (۱۷).

در این مطالعه از تقسیم بندی پزشکی دفاعی به دو دسته پزشکی دفاعی مثبت و منفی استفاده شد، اما در متون تقسیم بندی دیگری در خصوص طب دفاعی وجود دارد، که بر اساس آن، طب دفاعی بر اساس تاثیرش بر نتایج و هزینه‌های مراقبت بهداشتی به ۴ نوع شامل روش‌هایی که به نفع نظام مراقبت سلامت و بیماران هستند که در این مطالعه با مواردی چون

حرفه شان و افزایش آگاهی پزشکان در رابطه با ثبت صحیح و کامل سوابق پزشکی بیماران نگرانی‌های غیر ضروری پزشکان در خصوص جنبه‌های قانونی ناشی از اشتباهات و خطای پزشکی و بدنبال آن رفتارهای پزشکی دفاعی با تبعات منفی آن کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

از شرکت کنندگان در مطالعه که با صبر و حوصله به سوالات پاسخ دادند و از پرسشگران به دلیل پیگیریهای مستمر مراتب تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مولفه‌های این پدیده توسط آنها در طبابت، موضوعی رایج است. هرچند جنبه‌های با بار معنایی مثبت و مطلوب آن بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی را به دنبال دارد ولی بر اساس دورنمای موجود می‌توان پیش بینی کرد که در آینده بروز فاکتورهای منفی پزشکی دفاعی و فاکتورهای با بار معنایی مثبت ولی زیانبخش افزایش یابد که این مسئله می‌تواند برای جامعه مخاطره آمیز باشد. لذا پیشنهاد می‌شود با تدوین استانداردهای بالینی و آموزش این استانداردها به پزشکان، افزایش آگاهی پزشکان در خصوص جنبه‌های قانونی

منابع

1. Rafizadeh Tabai Zavareh SM, Haj Manoochehri R & Nasaji Zavareh M. Study of General physicians negligence frequency among complaints referred to tehran's forensic medicine commission from 2003 to 2005. SJFM 2007; 13(3): 152-7[Article in Persian].
2. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Ahmadzade Amiri A, Sheikh Rezaee MR, Rahmani N, Pourhossein M, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(86): 244-51[Article in Persian].
3. Seyabani S, Alipoor AA, Seyabani H, Rezaei M & Daneyali S. The survey of Complaints against physcians in Medical Council of Kermanshah from 2001 to 2005. Behbood 2009; 13(1): 74-83[Article in Persian].
4. Studdert DM, Mello MM & Brennan TA. Medical malpractice. New England Journal of Medicine 2004; 350(3): 283-92.
5. Tussing AD & Wojtowycz MA. Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. Medical Care 1997; 35(2): 172-91.
6. Moher JC. American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. JAMA 2000; 283(13): 1731-7.
7. Thompson MS & King CP. Physician perceptions of medical malpractice and defensive medicine. Evaluation and Program Planning 1984; 7(1): 95-104.
8. Bassett KL, Lyer N & Kazanjian A. Defensive medicine during hospital obstetrical care: a by-product of the technological age. Social Science & Medicine 2000; 51(4): 523-37.
9. Nelson LJ, Morrisey MA & Kilgore ML. Damages caps in medical malpractice cases. Milbank Quarterly 2007; 85(2): 259-86.
10. Sloan FA & Shadle JH. Is there empirical evidence for Defensive Medicine? A reassessment. Journal of Health Economics 2009; 28(2): 481-91.

11. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zepert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293(21): 2609-17.
12. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310(6971): 27-9.
13. Rubin RJ & Mendelson DN. How much does defensive medicine cost? *J Am Health Policy* 1994; 4(4): 7-15.
14. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med* 1999; 159(20): 2399-402.
15. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract* 2000 Jul; 50(456): 565-6.
16. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology* 2006; 12(47): 7671-5.
17. Catino M. Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor* 2011; 15(1): 1-12.
18. Kessler DP & Mc Clellan M. Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics* 1996; 111(2): 353-90.
19. Klingman D, Wagner JL, Polishuk PT, Wolfe L, Corrigan JA, Localio AR, et al. Measuring Defensive Medicine Using Clinical Scenario Surveys. *Journal of Health Politics Policy and Law* 1996; 21(2): 185-220.
20. Kessler DP, Sage WM & Becker DJ. Impact of malpractice reforms on the supply of physician services. *JAMA* 2005; 293(21): 2618-25.
21. Cunningham W & Dovey S. Defensive changes in medical practice and the complaints process: a qualitative study of New Zealand doctors. *Journal of the New Zealand Medical Association* 2006; 119(1244): 2283.
22. Brilla R, Evers S, Deutschlander A & Wartenberg KE. Are Neurology residents in the United States being taught defensive medicine? *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2012; 108(4): 374-7.

A Survey On Frequency Of Defensive Medicine Among General Practitioners Of Kerman City

Amiresmaili Mohammadreza¹(Ph.D) - Nekoueimoghadam Mahmood²(Ph.D)
Moosazadeh Mahmood³(MSc.) – Esmaili Fatemeh⁴(BSc.)
Mirtajeddini Mahboobeh⁴(BSc.)

1 Assistant Professor, Research Center for Health Services Management, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 Associate Professor, Research Center for Health Services Management, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 Ph.D Student in Epidemiology, Research Center for Modeling in Health, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4 Bachelor of Sciences in Health Care Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Received : May 2013
Accepted : Oct 2013

Background and Aim: Defensive medicine is a potential social problem which can bring about consequences for public health regarding the quality of personal care and wastage of limited health resources. In this study, the frequency of positive and negative defensive medicine behaviors was examined among general practitioners of Kerman city.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among general practitioners in the city of Kerman. As data collection instrument, a questionnaire was given to a sample of 100 subjects. The obtained data were entered into SPSS 20 and analyzed using such descriptive statistics as frequency percentage and mean, and applying analytical tests such as chi-square and t-test.

Results: In this research, 100 general practitioners were studied. The frequency of positive and negative defensive medicine behavior was 99% and 47%, respectively. Besides, the positive defensive medicine behavior in men was more than that in women (100% vs. 97.2%); on the contrary, the negative defensive medicine behavior in women was more than that in men (52.8% vs. 43.8%). Explaining in more detail about taking medicines properly and on time and avoiding the prescription of risky behaviors which might be useful to patients had the highest frequency among positive and negative defensive medicine behaviors, respectively.

Conclusion: The present study showed that the frequency of defensive medicine was high in the studied population and that the application of factors related to this phenomenon by the participants of the present study was prevalent.

Key words: Defensive Medicine, General Practitioners, Frequency

* Corresponding
Author:
Moosazadeh M;
E-mail:
Mmoosazadeh1351@
gmail.com