

بررسی جرمشناختی خطاهای کیفی پزشکی

ناهید رضایی

محمود عباسی^۱

چکیده

همواره یکی از نگرانی‌های عمده کادر درمانی، وقوع خطاهای کیفی پزشکی است. از آنجایی که چگونگی تعبیه تدابیر و خط‌مشی‌های قضایی، اجرایی، مدیریتی و... به منظور کاهش حداکثری ضریب احتمال حدوث چنین وقایعی به دغدغه‌ای مشترک بین سیاست‌گذاران حوزه قضایی و مدیران حوزه سلامت تبدیل شده است، پژوهش حاضر درصدد است تا با بررسی نظریات جرمشناختی، در دو حوزه جرمشناسی نظری و کاربردی به تبیین این مسأله بپردازد که «خطای جزایی پزشکی» با کدام دسته از نظریات جرمشناختی قابل تبیین بوده و متعاقباً برای مقابله و پیشگیری از وقوع چنین وقایعی از رهیافت‌های کدام‌یک از نظریات موجود در جرمشناسی پیشگیرانه می‌توان بهره جست و در نهایت بر مبنای پژوهش‌های به‌عمل آمده در حوزه سلامت، به تبیین رایج‌ترین علل و عوامل مولد خطاهای کیفی پزشکی کادر درمان «با رویکرد علل محیطی جرم‌زا در مراکز درمانی» پرداخته و به تبع آن به ارائه راهکارهای مقتضی در راستای تحت‌الشعاع قرار دادن علل موجد خطای کیفی و پیشگیری از وقوع چنین حوادثی می‌پردازد.

واژگان کلیدی

خطای کیفی پزشکی، جرمشناسی، پیشگیری محیطی، کادر درمان

۱. رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

بررسی جرمشناختی خطاهای کیفی پزشکی

ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران همواره با هدف نهایی ارتقای سطح سلامت انسان‌ها طراحی و پیاده می‌گردد و مسلماً، ارائه‌دهندگان چنین خدماتی سهم بسزایی در پیاده‌سازی صحیح این برنامه دارند؛ از این رو، به موازات افزایش اهمیت ارائه صحیح خدمات درمانی در ارتقای سطح سلامت جامعه، خطای انسانی از سوی ارائه‌دهندگان این خدمات می‌تواند معضلی بغرنج در حوزه سلامت محسوب گردد. تعاریف گوناگونی از خطای پزشکی به عمل آمده است، از جمله این تعاریف، تعریفی است که کمیسیون مشترک مربوط به سازمان‌های مراقبت سلامت (JCAHO)^۱ ارائه نموده است؛ طبق تعریف JCAHO «خطاهای پزشکی یک عمل ناخواسته است که به خاطر غفلت، صورت می‌گیرد و یا عملی است که به نتیجه مطلوب در امر طبابت منجر نمی‌شود» (قجززاده، ۱۳۹۰، ش. ۲۱). خطای پزشکی یکی از مباحث بسیار مهمی است که پیش از این، از جنبه‌های مختلف پزشکی، اخلاقی، حقوقی مورد بررسی قرار گرفته است. لکن آنچه در پژوهش حاضر نگارنده در پی بررسی و تبیین آن است خطای جزایی پزشکی کادر درمان به لحاظ جرمشناختی است. خطای جزایی پزشکی نسبت به خطای پزشکی عنوانی خاص محسوب می‌شود؛ خطای پزشکی به معنای عام آن موضوع بحث پژوهشگران حوزه سلامت است در حالی که خطای جزایی پزشکی به آن دسته از خطاهایی اطلاق می‌شود که به جهت متصف بودن به اوصاف مندرج در قانون مجازات اسلامی، دارای ضمانت اجرای قانونی و جزایی هستند. لذا برای آنکه خطای پزشکی، از جمله خطاهای جزایی پزشکی محسوب شده و قابلیت پیگرد قانونی را داشته باشد، در وهله نخست باید موجب ایجاد عارضه و آسیبی شده باشد و ثانیاً این عارضه ناشی از قصور و یا تقصیری از ناحیه کادر درمان باشد، لکن این حکم

به مسأله تنها از منظر حقوقی می‌نگرد، در حالی که در این مقاله برآنیم که به مسأله مذکور، از زاویه‌ای نو و از دریچه علم جرم‌شناسی نظاره کنیم. جرم‌شناسی را در یک معنای موسع می‌توان شامل تفکرات و نظریات روشمند در مورد بزه، بزه‌کاران و راهکارهای کنترل جرم دانست (Sparks, Garland, 2000, 189-204). در حقیقت نگاه صرفاً حقوقی به پرونده‌های قصور پزشکی و شکایات وارده علیه مسئولین مراقبت سلامت به زوایا و عوامل پیدا و نهانی که می‌تواند مؤثر در افزایش ضریب خطای جزایی کادر درمان شود، وقعی نمی‌نهد و این وظیفه پژوهشگران حوزه علم جرم‌شناسی است که به مؤلفه‌های مؤثر در افزایش ضریب خطای جزایی کادر درمان پرداخته و راه‌های مقابله و پیشگیری از آن را مطرح نمایند. لذا پژوهش حاضر در ضمن نگاهی انتقادی نسبت به سیاست‌های قضایی حاکم بر رویکرد مقابله با خطای جزایی کادر درمان، درصدد است با کاربری رهیافت‌های علم جرم‌شناسی در دو حوزه جرم‌شناسی نظری و کاربردی و نیز برمبنای مطالعات به عمل آمده در حوزه سلامت، به تبیین علل موجد افزایش ضریب خطای جزایی پزشکی کادر درمان پرداخته و متعاقباً به ارائه راهکارهای مقتضی، در راستای پیشگیری از وقوع چنین سوانحی پردازد. شایان ذکر است که افرادی از پرسنل مؤسسات و مراکز درمانی که در راستای مراقبت سلامت بیماران، در امر تشخیص و درمان بیماری مداخله دارند، مشمول عنوان کادر درمان خواهند بود که مصادیق دقیق آن در ماده ۱ «آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین در حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی» عنوان شده است.

۱- علل رایج بروز خطاهای کیفری پزشکی پرسنل درمانی

به عقیده علمای علم جرم‌شناسی هر فعل مجرمانه‌ای متأثر از عوامل مختلفی است که در سطوح متفاوتی قابل بررسی است. جرم‌شناسان، در حیطه جرم‌شناسی نظری برخی از این عوامل را منتسب به شخصیت فرد بزهکار می‌دانند و برخی را به آنچه که منهای شخصیت درونی وی، فرد را احاطه کرده و به‌عنوان کنش‌های بیرونی، موجب واکنش‌هایی بزهکارانه از جانب فرد می‌شود. لذا جرم‌شناسان نظریات خود را راجع به علل رفتار مجرمانه بعضاً در سطح فردی (علل فردی) و بعضاً در سطح اجتماعی (علل اجتماعی) مطرح می‌نمایند (شجاعی، ۱۳۸۰ش، ص ۵۸). کانون توجه تحلیلگران عوامل سطح فردی رفتار بزهکارانه به گونه‌هایی خاص از عوامل زیستی و روانی معطوف است که باید به نقش مهم آنها در تعیین چرایی درگیر شدن افرادی خاص در اعمال مجرمانه اذعان نمود (سلیمی، ۱۳۸۳ش، ص ۵۸). در مقابل، برخی جرم‌شناسان از عوامل بیرونی و سطح اجتماعی مؤثر بر وقوع فعل مجرمانه سخن به میان آورده‌اند؛ به نحوی که چرایی وقوع اعمال بزهکارانه را در میان عوامل اجتماعی و ساختاری جستجو می‌کنند (سلیمی، ۱۳۸۳ش، ص ۵۹). مطالعه درخور انجام، در این سطح می‌تواند متضمن تحقیق در باب معضلات موجود در عملکرد نظام اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، مدیریتی و... باشد. لکن شایان توجه اینکه، پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه علل فردی مجرمیت، بر مجرمینی صورت گرفته که افعالی را به عمد و با انگیزه و سبق تصمیم مجرمانه انجام داده‌اند، مجرمینی که در معنای عرفی آن حقیقتاً مجرم تلقی می‌شوند؛ لذا وجود دغدغه تبیین جرم یا رفتار کجروانه برحسب گزینش‌های شخصی ناشی از ویژگی‌های فردی اشخاص بزهکار، امری ضروری می‌نموده است. در حالی که در پژوهش حاضر هدف، بررسی جرم‌شناختی «خطاهای جزایی» کادر درمان است و

عنوان بحث، مبین این مطلب است که عنصر مقوم این مقوله مجرمانه، تنها نوعی از قصور در انجام وظیفه است، بدون اینکه عمد و انگیزه مجرمانه‌ای برای ایراد صدمه موجود باشد، لذا در این پژوهش ضروری است، روش گروه دوم از جرم‌شناسان را پیش روی خود قرار دهیم و به عوامل محیطی مؤثر در افزایش ضریب خطای جزایی پزشکی بپردازیم. از نظر جرم‌شناسان هرگونه تغییر یا تحولی که در شرایط و مقتضیات محیط اجتماعی به وجود آید، در بروز جرایم و یا از بین رفتن آن مؤثر است (دانش، ۱۳۸۱ش، ص ۵۹).

در حوزه جرم‌شناسی محیطی، مکتبی موسوم به «لیون یا مکتب محیط اجتماعی» توسط لاکاسانی (Alexander Lacassagne, 1843-1924) شکل گرفته است که این مکتب بر تأثیر محیط اجتماعی در علت‌شناسی جرم تأکید زیادی دارد. به اعتقاد دکتر لاکاسانی شرایط و احوال تحریک‌آمیز اجتماعی افراد را وادار به ارتکاب جرم می‌نماید. اصول اساسی این مکتب عبارت است از اینکه، اولاً؛ محیط اجتماعی فضایی گرم و مساعد برای تکثیر و تولید بزهکاری است؛ ثانیاً؛ مجرم، قربانی بیچاره نظام اجتماعی است و نقص سازمان است که او را بزهکار نموده است (رحیمی نژاد، ۱۳۸۸ش، صص ۸۰-۸۱). لاکاسانی معتقد بود هر جامعه شایسته بزهکارانی است که خود پرورش می‌دهد (نجفی، ۱۳۷۵ش، ص ۳۳۴). از جمله محیط‌هایی که از نظر جرم‌شناسان مهم تلقی می‌شود، محیط حرفه‌ای است؛ به نحوی که نفس محیط کار می‌تواند جرم را تلقی شود (کی‌نیا، ۱۳۸۵ش، ص ۱۸۹). با عنایت به خصایص ویژه خطای جزایی پزشکی، از آن جایی که خطای جزایی کادر درمان علی‌الاصول در محیطی حرفه‌ای و در مراکز درمانی و تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل مختلف محیطی واقع می‌شود، لذا در ذیل به بررسی رایج‌ترین

عوامل محیطی ای می‌پردازیم که وجود آنها در مؤسسات پزشکی زمینه‌ساز ظهور خطای جزایی کادر درمان است.

الف- تراکم کاری بالا و عوارض ناشی از آن

تراکم بالای کاری، از جمله عواملی است که خود موجب ظهور مشکلات فراوانی در مراکز درمانی شده است. از عوارض شایع فشار کاری، فقدان زمان کافی برای ارائه مناسب خدمات مراقبت سلامت، از ناحیه پزشک یا سایر کادر درمان است؛ به نحوی که پزشکان علی‌رغم پیچیدگی مسایل درمانی و ماهیت زمان بر آن، فرصت کافی برای حضور کنار بیماران خود را ندارند (Northcott, 2008, 115-122) و همین امر بعضاً موجب نقصان اطلاعات موجود در پرونده بالینی بیمار گشته و مسبب ایجاد عارضه‌ای زیانبار می‌شود. همچنین این عامل در عدم اجرای فرآیند پرستاری نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. در صورتی که عملکرد پرستاری طبق مراحل فرایند پرستاری پیش رود، مددجویان مراقبت مناسب را در حداقل زمان و با حداکثر کفایت دریافت می‌کنند (اکبری، ۱۳۸۹ش، ۱۸۶-۱۸۱). پژوهشگران، استرس روانی موجود در کادر مراقبت سلامت را از دیگر مشکلات شایع مولد خطا می‌دانند. استرس‌های روانی ناشی از عواملی موسوم به استرسورها هستند. استرسورها عوامل یا موقعیت‌هایی هستند که روی سلامتی و عملکرد افراد تأثیر می‌گذارند و در طولانی‌مدت باعث ایجاد نتایج منفی در عملکرد افراد و نهایتاً سازمان می‌شوند. اکثر مطالعات انجام شده، بار کاری زیاد روزمره را یکی از استرسورهای اصلی ذکر کرده‌اند (Brommels, 2007, 7-14). بار کاری زیاد، استرسور عمده برای افرادی است که اضافه‌کاری اجباری دارند (نیک‌پیما، غلام‌نژاد، ۱۳۸۸ش، ۲۲-۲۷). بنابراین، شناخت استرس‌های شغلی و عوامل مؤثر بر آن از این

جهت حائز اهمیت است که می‌تواند سلامت جسمی و روانی نیروی کار را مورد تهدید قرار دهد که این خود تهدیدی جدی بر عملکرد و بهره‌وری سازمانی و افزایش ضریب خطا به حساب می‌آید (ریسی، ۱۳۸۱ش، ۲۴۷-۲۴۸).

شورای بین‌المللی پرستاران^۲ ابراز داشت کارمندانی که استرس بالایی را گزارش می‌کنند، ۳۰٪ بیشتر دچار حوادث شغلی می‌شوند. از دیگر عوارض فشار کاری بالا را باید خستگی و بی‌حوصلگی مفرط کادر درمان دانست. در گزارشی از خطاهای رخ داده از سوی پزشکان، ایشان ۱۰٪ خطاهای خود را ناشی از خستگی یا عجله اعلام نموده‌اند (Sandars, 2003, 231-236). و نیز نتایج یک نظرسنجی حاکی از آن است که ۵۳٪ پرستاران و ۵۰٪ پزشکان علت خطاهای خود را فشار کاری بالا و خستگی ناشی از آن می‌دانند (Robert J, 1933-1940). از دیگر عوارض شایع بار کاری زیاد را می‌توان کاهش تمرکز و فقدان کنترل بر شرایط کاری از ناحیه پرسنل مراقبت سلامت دانست (نیک‌پیما و غلام‌نژاد، ۱۳۸۸ش، ۲۷-۲۲) در میان انواع خطاهای پزشکی، خطاهای دارویی از شایع‌ترین خطاها در سیستم ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شود که مختص حرفه خاصی نبوده و پزشکان، داروسازان و پرستاران هریک به نوعی استعداد ارتکاب این خطاها را دارند. پژوهشگران حوزه سلامت از عمده‌ترین دلایل این نوع از خطا را کمبود نیروی پرستاری و فشار کاری می‌دانند؛ به طوری که پرستاران ناچارند، فرایند دادن دارو به بیمار را زودتر یا دیرتر از زمان مقرر شروع کرده و به اتمام برسانند. همچنین نداشتن زمان کافی منجر به دادن چند داروی خوراکی با هم می‌شود، بدون اینکه توضیحی در مورد مصرف جداگانه هریک از آنها داده شود (حاجی بابایی، ۱۳۹۰ش، ۹۲-۸۳) موارد مطروحه را می‌توان پیامدهایی از حجم کاری بالا و

عوارض ناشی از آن مانند نداشتن زمان کافی، خستگی و بی‌حوصلگی و عجله، تمرکز پایین و... دانست.

ب- ارتباطات ضعیف

از جمله عوامل مسبب خطا، نقصان موجود در ارتباطات است که شامل ارتباط پزشک با بیمار و یا ارتباط اعضای کادر درمان (پزشک، پرستاران، مسئولین فنی بیمارستان و...) با یکدیگر به‌عنوان یک تیم درمانی می‌شود، به‌طوری که مطالعات متعددی این موارد را جزء عوامل مؤثر در افزایش خطای جزایی کادر پزشکی به‌شمار آورده‌اند (Robert J, 1933-1940). ارتباطات ضعیف تیم درمان در پروسه زمانی فی ما بین مراقبت‌های اولیه و ثانویه نیز جزء این موارد مشکل‌ساز دانسته شده است (Sandars, 2003, 231-236). ارتباط مطلوب پزشک و بیمار سنگ زیربنای مراقبت‌های پزشکی است. هدف ارتباط عبارتست از: تبادل اطلاعات، ایجاد فهم مشترک، اعتماد و اخذ تصمیم مشترک، چرا که مخاطب پزشک، ماشین و دستگاه نیست؛ بلکه انسان محتاج مداوای جسمی و روحی است.

ج- نقاط ضعف موجود در دوره‌های آموزشی و توجیهی پرسنل درمانی

از مهم‌ترین مشکلات حایز اهمیت در این قسمت را باید مشکلات موجود در راستای ارائه مطلوب آموزش بالینی دانست. آموزش بالینی، از مهم‌ترین بخش‌های آموزش در دوره پزشکی است (گندم‌کار، ۱۳۹۰ ش، ۲۷۹-۲۹۰). به‌طوری که نتایج یک نظرسنجی از دانشجویان پزشکی نشان داد ۱۰۰٪ ایشان آموزش بالینی را، موثرترین راه در آموزش مهارت‌های حرفه‌ای می‌دانند (Nair BR, 1997, 341-6). یکی از مشکلات موجود در این حوزه، تعریف نقش‌های متعدد بسیار، برای

پزشکان مأمور به آموزش پزشکی است. در یک دسته‌بندی ۶ گانه نقش پزشکان بالینی عبارت است از: ۱. ارائه‌دهنده اطلاعات ۲. نقش مدل ۳. تسهیل‌کننده ۴. ارزیاب ۵. طراح برنامه‌های دوره درسی ۶. تأمین‌کننده منابع درسی.

بدیهی است که ایفای نقش‌های متعدد به‌طور همزمان بسیار مشکل است. نقش اساتید پزشکی در یک محیط دانشگاهی منحصراً معطوف به آموزش است، لکن در یک محیط بالینی پزشکان ملزمند چندین نقش را به‌طور همزمان انجام داده و دائماً در طول اندک‌زمانی از نقشی به نقش دیگر تغییر موقعیت دهند (Ramani, 2008, 347-364). از دیگر موانع مهم، در راستای ارائه مطلوب آموزش بالینی کمبود وقت پزشکان بالینی و کثرت بیماران است. نقش زمان از علل عمده سرعت عمل بالای پزشکان بالینی است که تأثیر بسزایی در ایجاد اختلال در فرایند آموزش و یادگیری تیمی خواهد داشت (Hoffman KG, 2004, 448-54). آمار بالای بیماران نیز در کاهش زمان برای تدریس، نقش عمده‌ای را به خود ایفا می‌نماید (Ramani, 2008, 347-364). بخش‌های پر سر و صدا و در دسترس نبودن بیماران، (Nair BR, 1998, 159-62) فقدان زیرساخت‌های لازم برای آموزش، ارتباطات ضعیف با دانشکده‌های علوم پزشکی، نظارت ناکافی بر دانشجویان، عدم وجود فعالیت‌های دانشجویی مناسب، (Seabrook MA, 2003, 213-22) در نظر نگرفتن شأن و منزلت مناسب برای آموزش و پررنگ بودن نقش پژوهش در آیین‌نامه ارتقا از جمله عوامل بازدارنده‌ای می‌باشند که بر فرایند آموزش بالینی اثر می‌گذارند (گندم‌کار، ۱۳۹۰، ۲۹۰-۲۷۹). اعضای هیأت علمی برای ایفای این نقش آموزش ندیده‌اند، نتایج یک نظرسنجی نشان داد پزشکان معتقدند این مهارت‌ها باید آموزش داده شود (L. Beydon, 2001, 382-387).

مسئله دوم در حوزه آموزش، ارائه آموزش‌های لازم به کاربران تجهیزات بیمارستانی برای استفاده صحیح و ایمن از این گونه تجهیزات است. نتیجه تحقیقی

حاکی از آن است که ۱۴ تا ۷۱ درصد خطاهای مرتبط با تجهیزات پزشکی به سهل‌انگاری و دانش ناکافی کاربران مربوط می‌شود. تحقیقات Clayton حاکی از آن است که تنها ۵۵٪ کاربران قادر به بررسی ماشین‌های بیهوشی با توجه به استانداردهای دانشگاه نیوزلند هستند و تنها ۱۶٪ از آنها می‌توانند از دفیبریلاتور به درستی استفاده کنند به همین دلیل مقامات آلمانی کاربران را تحت آموزش‌های خاص در مورد دستگاه‌های پزشکی جدید در بخش بالینی قرار دادند (همان).

د- اشکالات موجود در روش‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی

نواقص موجود در چگونگی بهره‌وری منابع انسانی به‌خصوص شیوه‌های جهت‌دهی و ایجاد خط‌مشی برای کارکنان جدید، پروتکل‌ها، روش‌ها، اولویت‌های مدیریتی و... عواملی است که با پیچیدگی خاص خود بر چگونگی کار در محیط بالینی و میزان صحت عملکرد پرسنل، تأثیرگذار است (Elizabeth A, 2004, 196-201). یکی از دلایل عمده‌ای که عموماً در پرونده‌های قصور پزشکی ناشی از خطاهای کادر درمان بدان اشاره می‌شود، فقدان تبحر کافی فرد است. علی‌رغم شیوع این موضوع، متأسفانه باز هم شاهد معضل عدم مدیریت مناسب منابع انسانی در مراکز درمانی هستیم که مصادیق آن را می‌توان عدم ثبات در وضعیت شغلی کارکنان (ایلی، ۱۳۸۸ش، ۳۸-۲۶)، عدم حمایت کافی از طرف مدیریت مؤسسات پزشکی برای اجرای فرایند مراقبت براساس موازین علمی و استانداردهای روز، (اکبری، ۱۳۸۹ش، ۱۸۱-۱۸۶) کمبود جذب پرسنل پرستاری، (Northcott, 2008, 115-122) شیفت در گردش کاری و ساعات نامنظم شیفت‌ها (سلیمانی، ۱۳۸۶ش، ۲۹) و ازدیاد شیفت‌های شب (نیک‌پیما، غلام‌نژاد، ۱۳۸۸ش، ۲۷-۲۲) دانست. از جمله خطاهای شایع در حوزه سلامت خطاهای دارویی هستند. براساس پژوهش‌های انجام شده

پرستاران علی‌رغم اینکه، بیش از سایرین در این زمینه مقصر شناخته می‌شوند، می‌توانند به‌عنوان کسانی که در خط مقدم ارائه خدمات مراقبت هستند، بیشترین نقش را در جلوگیری از خطاهای دارویی ایفا نمایند (Zivin, 2004, 935-949). مطالعات حاکی از آن است که رایج‌ترین اشتباهات در مورد دوز داروهاست (Sandars, 2003, 231-236). به‌خصوص در ارتباط با داروهایی که واحدی غیر از میلی یا میکروگرم دارند، خطای زیادی در محاسبات این داروها وجود دارد (نصیری، ۱۳۸۸ش، ۱۱۵-۱۱۳) و تداخلات دارویی از نظر شیوع دومین رتبه را به خود اختصاص می‌دهد (Sandars, 2003, 231-236). از جمله مسائلی که موجب نقصان اطلاعات پرونده بالینی بیماران گشته و زمینه بروز خطا را فراهم می‌آورد، فقدان سوابق پزشکی کامپیوتری است (Robert J, 1933-1940). در واقع وجود چنین سیستمی برای ساماندهی رایانه‌ای اطلاعات بیمارستانی در فرایند مراقبت و درمان لازم است. هدف نظام اطلاعات بیمارستانی، پشتیبانی از فعالیت‌های بیمارستانی در سطوح عملی، تاکتیکی و استراتژیک در جهت ارائه خدمات به بیماران، کاهش هزینه درمان، کاهش زمان خدمات، کاهش اشتباهات درمانی و مستند کردن پرونده‌های بیماران می‌باشد. طبق تحقیقات به عمل آمده، برخی عوامل موجود در مراکز درمانی سبب می‌شود که کاربران علاقه‌چندانی به استفاده از این سیستم در فرایند مراقبت نداشته باشند که از آن جمله‌اند: نبود وقت کافی و وجود حس دوباره کاری در انجام یک وظیفه، در واقع از آنجا که کارکنان مراکز درمانی علاوه بر ثبت رایانه‌ای ملزم به ثبت دستی به صورت کاغذی نیز هستند، تمایل چندانی به ثبت اطلاعات رایانه‌ای ندارند (کاهویی، ۱۳۸۶ش، ۲۰۲-۱۹۳).

۲- راهکارهای مقابله و پیشگیری از خطاهای کیفری پزشکی

جرم‌شناسی در یک تقسیم‌بندی مشتمل است بر جرم‌شناسی نظری و جرم‌شناسی کاربردی، رسالت جرم‌شناسی نظری، تشریح و تبیین عمل مجرمانه و نحوه تکوین جرم و فرایند آن (نجفی، ۱۳۸۰ش، ۷۴۲) و جرم‌شناسی کاربردی، کاربرد یافته‌های جرم‌شناسی (نسبت به جرم، مجرم و نظام عدالت کیفری) در مقام عمل، به منظور کاهش تکرار جرم و پیشگیری از وقوع آن است (رحیمی نژاد، ۱۳۸۸ش، ۲۷-۲۸). جرم‌شناسی کاربرد خود دارای سه شاخه است که جرم‌شناسی پیشگیرانه شاخه‌ای از آن تلقی می‌شود. درخصوص پیشگیری از جرم دو معنای عام و خاص مطرح شده است. پیشگیری در معنای عام آن، شامل مقابله کیفری هم می‌شود. سیاست قضایی کنونی کشور ما برای مقابله با رخداد خطای جزایی پزشکی بیشتر متمایل به کاربست گزینه مقابله پسینی، کیفری و انتظامی است؛ به طوری که به محض اثبات قصور و یا تقصیر از جانب فردی از کادر درمان انگشت اتهام را به سوی وی نشانه رفته و بدون توجه به عوامل پنهان مؤثر در مسأله، حکم واحدی را در موارد مختلف به اجرا درمی‌آورد. از نگاه علم جرم‌شناسی این شیوه به هیچ وجه مکفی برای کاهش ضریب احتمال وقوع چنین حوادثی در آینده به شمار نمی‌آید. لذا لازم است مدیران حوزه سلامت و سیاست‌گذاران بخش قضا، با همکاری یکدیگر درصدد ارائه و اجرای راهکارهای غیرکیفری مؤثر در این زمینه باشند.

امروزه «جرم‌شناسی پیشگیرانه» در چارچوب مفهوم مضیق از پیشگیری مورد کاربرد قرار می‌گیرد. پیشگیری از جرم، طیف وسیعی از انواع برنامه‌ها و راهبردهای پیشگیرانه است که در سه دسته استراتژی توسعه‌مدار، موقعیت‌مدار و جامعه‌مدار می‌گنجد (Welsh, Farrington, 2012, 128-133). امروزه تحقیقات ضرورت و اهمیت پرداختن به پیشگیری را با عدم کارایی نظام سرکوبی و

مجازات در کنترل توجیه می‌کنند (صفاری، ۱۳۸۰ش، ۲۳۷) و از آنجا که عنصر مقوم مقوله خطای جزایی پزشکی، نوعی از قصور است و نه ارتکاب فعلی مجرمانه با سبق تصمیم، به نظر می‌رسد به طریق اولی باید مشمول توصیه جرم‌شناسان حوزه پیشگیری باشد.

جرم‌شناسی پیشگیرانه به دو زیر شاخه اصلی پیشگیری اجتماعی (جامعه‌مدار یا محیطی - رشدمدار) و پیشگیری وضعی تقسیم می‌شود. از آنجا که برای پیشگیری از وقوع خطاهای جزایی کادر درمان تنها گزاره‌های موجود در نظریه پیشگیری اجتماعی نوع اول قابل کاربرد است، لذا از بحث در خصوص پیشگیری رشدمدار خودداری می‌کنیم. نظریه پیشگیری اجتماعی از جرم، با این فرض که ساختارها و نهادهای اجتماعی در پیدایش بزهکاری نقش بسزایی ایفا می‌کنند، درصدد است با تغییر این ساختارها میزان بروز وقایع مجرمانه را کاهش دهد (جمالی، ۱۳۸۹، ۱۳۸۹، ۶۵-۵۰)؛ از این رو سعی ما بر آن بوده تا در راستای اجرای این نوع از پیشگیری پیشنهاداتی به منظور ایجاد برخی تغییرات در روش‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی، سازمانی، فراسازمانی، مدیریتی و... در حوزه سلامت داده شود.

دومین شاخه از جرم‌شناسی پیشگیرانه، موسوم به پیشگیری وضعی است. در رویکرد پیشگیری وضعی، جرم قابل پیش‌بینی بوده و صرف نظر از اینکه مرتکب تحت تأثیر چه عاملی بوده، درصدد است از طریق کاهش فرصت‌های ارتکاب و آماج‌های آن، با اعمال روش‌های فیزیکی (مادی) با تغییر و کنترل موقعیت‌های مناسب برای ارتکاب جرم، امکان وقوع جرم را خنثی نماید و بدین طریق از ورود به وادی پیچیده سلسله عوامل متعدد انسانی و اجتماعی جرم و برخورد با آنها احتراز می‌جوید. لذا پیشنهاداتی نیز با رویکرد اعمال پیشگیری وضعی به منظور کاهش امکان رخداد خطای جزایی پزشکی مطرح خواهد شد (رجبی‌پور، ۱۳۸۷، ۱۰۱-۱۰۰).

شایان توجه است که پزشکان، پرستاران، مدیران و محققان در موقعیت‌های کلیدی برای ارائه راهکار در این زمینه هستند (Zivin, 2004, 935-949) و راهکارهای پیشگیرانه مطروحه از ناحیه ایشان بنا به مورد ممکن است، مشمول تعریف پیشگیری محیطی یا وضعی بشود.

الف- تدارک زیرساخت‌های لازم آموزشی، ارزیابی و نظارت

از آن جایی که مهم‌ترین مشکلات در حوزه آموزش مرتبط با مشکلات آموزش بالینی است، پژوهش‌های حوزه سلامت نیز بیشتر به ارائه راهکار در این حیطه آموزشی خاص پرداخته‌اند. از جمله این راهکارها، انتخاب پرسنل امر درمان بعد از گذراندن گزینش‌های علمی لازم و کسب مجوزی است که مقتضی ایفای هرچه مطلوب‌تر وظیفه تعریف شده ایشان باشد؛ برای نمونه: محققین گذراندن امتحان مورد پرستاری، همچنین ایجاد سیستم آموزشی کارآمد (آموزش رسمی و آموزش حین خدمت) را مبنایی برای ایجاد عملکردهای اصولی در کادر درمان می‌دانند. با سازماندهی محیط بالینی از نظر مدیریت مناسب، کنترل و نظارت، بازآموزی و آموزش ضمن خدمت، اعمال ارزیابی‌هایی نوین، با کمک دفترچه ثبت مهارت‌های بالینی (log book) که امکان ارزیابی روزانه و بین دوره‌ای دانشجویان را به دست می‌دهد، (صلصالی، ۱۳۸۵، ۴۹-۴۰) برقراری لینک‌های اطلاعاتی متقابل بین بیمارستان و دانشگاه‌های علوم پزشکی، تدارک فرصت‌هایی برای بحث و مشاوره و بیان دیدگاه‌های خود در ارتباط با تحولات برنامه آموزشی و جداول زمانی، (Hendry RG, 2005, 1129-39) الزام به دریافت مجوز رسمی از نهادهای ذیربط برای تدریس بالینی، با هدف ارتقای دانش این گروه از پزشکان در خصوص فنون تدریس، تدوین کتابچه‌های راهنمای تدریس بالینی،

(Ramani, 2008, 347-364) کاهش فاصله زمانی بین جلسات آموزش رسمی و بازآموزی به منظور حفظ مهارت پرسنل کادر درمان (Lieberman, 1999, 47-55) و نیز ارائه آموزش مدیریت زمان، در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت پرسنل، ارائه پشتیبانی بیشتر از پزشکان مشغول در نقش آموزشی، (Seabrook MA, 2003, 213-) به رسمیت شناختن و ارج نهادن آموزش و تدریس در برابر ارائه خدمات پزشکی و تحقیق و پژوهش (Hendry RG, 2005, 1129-39) از جمله تدابیری هستند که برای رفع نواقص و مشکلات آموزشی، راهگشا تلقی می‌شوند.

ب- ایجاد نظام گزارش‌دهی خطای پزشکی

یکی از راه‌های پیشگیری از خطای پزشکی ایجاد نظام گزارش‌دهی خطاهاست که متعاقب آن بتوان به آنالیز علل مولد خطا و مقابله با آن پرداخت؛ لذا باید به دنبال راهکارهایی بود تا موانع ابراز خطا را از میان برداشت. از جمله مشکلاتی که سبب می‌شود کادر درمان تمایل چندانی به ابراز خطای پزشکی خود نداشته باشند، وجود فرهنگ سازمانی غلطی است که انگشت اتهام را اغلب سوی فردی نشانه می‌رود که در تماس مستقیم با بیمار موضوع خطا بوده است و مجازات وی را هدف خود قرار می‌دهد (Elizabeth A, 2004, 196-201) شایسته است مدیران نظام سلامت خطا را به‌عنوان ماهیتی پیچیده و نظام‌مند به رسمیت شناخته و با طراحی استراتژی‌های مؤثر درصد کاهش علل مولد آن برآیند (همان). از آن جایی که پزشک در هنگام وقوع خطا نیازمند دریافت حمایت‌های عاطفی و روانی کافی از سوی مدیریت مرکز درمانی است، لذا نیازمند ایجاد تغییراتی در نظام مدیریت خطا به منظور حمایت حرفه‌ای از پزشکان در مواقع بروز خطا هستیم و با توجه به نیازمندی اکثریت پزشکان به دریافت آموزش‌های مقتضی پیرامون موضوع خطای

پزشکی و مهارت‌های ارتباطی به نظر می‌رسد ارائه اطلاعاتی راجع به ضوابط حرفه‌ای مرتبط با خطا، آموزش درباره مهارت‌های ارتباطی و بیان خبر بد، تدوین یک برنامه آموزشی جامع و کامل حول این محور، مسؤولین حوزه سلامت به خصوص پزشکان را قادر خواهد ساخت که در مواقع وقوع خطا، با تمایل بیشتر و به شیوه صحیح‌تری خطای خود را ابراز نمایند (قلندرپور، ۱۳۹۰، ۶۸-۶۲).

بدیهی است که وجود داده‌های اطلاعاتی راجع به کمیت و کیفیت شکایات قانونی راجع به خطاهای پزشکی در پزشکی قانونی به هیچ عنوان نمی‌تواند جایگزینی مناسب برای نظام گزارش‌دهی خطای تلقی گردد؛ چرا که: عموماً اطلاعات موجود در چنین پرونده‌هایی تنها راجع به خطاهایی است که عواقب شدیدی از قبیل مرگ را در پی داشته و طبق مقررات صرفاً با رویکردی فردمدارانه، در پی شناسایی فرد مقصر و جبران خسارت ناشی از ایراد عارضه هستند؛ لذا اطلاعات لازم در خصوص خطاهایی که به هر دلیل به شکایات قانونی منجر نشده باشند و یا پتانسیل‌های خطرناک در محیط‌های درمانی که ناشی از تداخل عوامل مختلف انسانی، سازمانی و فنی بوده و قادر است ایمنی بیماران را با چالش مواجه نماید، با مطالعه این‌گونه پرونده‌ها قابل استخراج نخواهد بود (Sandars, 2003, 231-236). لکن از نظر اندیشمندان حوزه سلامت، برای بهبود ایمنی بیماران و شناخت بهتر نسبت به خطاها و گزارش حادثه باید اجباری شود. (L. Beydon, 2001, 382-387) از نظر پزشکان از جمله موانع ابراز خطا، ترس از شکایت قانونی، تحریم‌های مالی و اداری است (Saul N, 2000, 470-477). برای اینکه بین لزوم جبران خسارت بیماران صدمه‌دیده و ایجاد انگیزه برای گزارش خطا از ناحیه پزشکان بتوان جمع کرد، پیشنهاد می‌شود یک سری مشوق‌های قانونی در این راستا از طریق ارائه تخفیف‌هایی در پرونده پزشک‌انی که خطا را

ابراز نموده‌اند، اعطا شود و از سوی دیگر برای پزشکانی که سعی در کتمان خطا دارند، چنانچه مورد شکایت واقع شده و در نهایت حکم محکومیت دریافت نمایند، تشدید مجازات در نظر گرفته شود. به نظر می‌رسد با اصلاح برخی سیاست‌های قانونی و قضایی بتوان مسیر را برای ابراز خطا هموار نمود (Zivin, 2004, 935-949).

البته تغییر در سیاست‌های قانونی و فرهنگ سازمانی اغلب جزء برنامه طولانی‌مدت محسوب می‌شوند؛ لذا می‌توان به اشتراک گذاشتن اطلاعاتی شخصی راجع به خطای پزشکی را در وب‌سایتی خاص، راهکاری کوتاه‌مدت برای کشف علل خطاهای پزشکی دانست. پس از اینکه نظامی برای ابراز خطا طراحی و عملیاتی شد، نوبت به آنالیز اطلاعات حاصله برای پیشگیری و مقابله با عوامل موجهه خطاست. یکی از کارآمدترین روش‌های آنالیز اطلاعات، روش آنالیز ریشه‌ای علل است. در این روش ابتدا زمان‌بندی کامل وقایع اتفاق افتاده، براساس مرور مستندات موجود و نیز مصاحبه با افراد درگیر در خطا انجام می‌گردد. در مرحله دوم براساس اطلاعات به دست آمده از مرحله اول، خطاها و نقایص فعال و آشکار سیستم بررسی و تعیین می‌شود، سپس در مرحله سوم کلیه عواملی که احتمالاً می‌تواند در ایجاد خطاهای آشکار نقش داشته باشد، لیست می‌گردد و در مرحله چهارم، این لیست علل زمینه‌ساز خطا، در زیرگروه‌های مربوطه (همانند علل محیطی، علل سازمانی، علل مرتبط با فرایند و...) دسته‌بندی می‌شود. در این مرحله می‌توان با ترسیم الگوریتم‌های علت و معلولی، به تعیین مکان واقعی و ارتباطات ساختاری علل و عوامل موجهه خطاهای آشکار پرداخت و علل ریشه‌ای را پیدا کرد (دباغ، ۱۳۸۵ش، ۹۵۷-۹۶۶). پزشکان می‌توانند با تأسیس کمیسیون ویژه پس از علت‌یابی دقیق سوانح گزارش شده با شرکت در تیم‌های پزشکی از چند رشته به تجزیه و تحلیل مسایل پرداخته و استراتژی‌های معنی‌داری را برای جلوگیری از

اتفاقات مشابه در آینده ایجاد کنند (Shojania KG, 2002, 847-67) و در نهایت پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری و سوپروایزرهای آموزشی با طراحی برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و تهیه کتابچه‌ها و پوسترهای آموزشی، برنامه‌ریزی لازم را جهت ارتقای دانش پرستاران در زمینه علل و راه‌های مقابله با خطا به عمل آورند (حاجی بابایی، ۱۳۹۰، ش. ۸۳-۹۲).

از دیگر موانع عمده ابراز خطای پزشکی نحوه تدوین مقررات در این حوزه است. همانطور که می‌دانیم، در حوزه تصمیم‌گیری در خدمات سلامت اختیار تام همراه با اعتماد به خیرخواهی به پزشک و تیم خدمات سلامت سپرده شده است (اصغری، ۱۳۸۹، ش. ۵۷-۵۲). علی‌رغم این نکته بند ۵ از ماده هفتم مقررات عمومی بیمه مسؤلیت مدنی پزشکان در تعارض با این مهم نگاشته شده است. بند ۵: بدون موافقت کتبی بیمه‌گر اقرار به مسؤلیت خود ننموده و یا متعهد جبران خسارت نشود، در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارت نخواهد داشت. این بند پزشکان را از اظهار صادقانه خطای خود حتی اگر واضح و آشکار باشد، برحذر می‌دارد. در این بند موافقت کتبی بیمه‌گر، شرط اظهار خطا و پذیرفتن مسؤلیت توسط پزشک اعلام شده است. بدیهی است شرکت بیمه‌گر، منافع اقتصادی خود را فدای منافع بیمار نخواهد کرد و تنها در شرایطی رضایت کتبی به اعلام خطا به بیمار را خواهد داد که جلوگیری از توسعه خسارت منظور باشد و بتوان با اظهار خطا به بیمار و کنترل صدمه وارد بر او، از پیشرفت صدمه و به دنبال آن افزایش میزان خسارتی که بیمه‌گر باید بپردازد، جلوگیری نمود. در غیر این صورت، پزشک باید در مقابل پرسش‌های بیمار سکوت کند تا اینکه او از طریق محاکم قضایی به حقوقش برسد. در قرارداد بیمه مسؤلیت حرفه‌ای پزشک حفظ ایمنی و اعتماد بیماران باید محور تدوین ضوابط این بیمه باشد.

واگذار کردن کشف وقوع خطا به عهده بیماران در تعارض با وظایف حرفه‌ای پزشک است. در حقوق ایران می‌توان با حذف بند مذکور در مقررات عمومی بیمه مسؤولیت مدنی و تدوین برنامه اظهار خطای پزشکی بسیاری از صدمات را به شیوه‌ای مسالمت‌آمیز رفع و اصلاح کرد و با جلب اعتماد بیماران از شکایت‌های غیرضروری پیشگیری نمود (اصغری، ۱۳۸۹ش، ۵۲-۵۷).

ج - افزایش تعهد سازمانی پرسنل درمانی

نیروی انسانی کارآمد، شاخص عمده برتری یک سازمان نسبت به سازمان‌های دیگر است؛ به طوری که وجود نیروهای انسانی توانمند و متعهد به سازمان، در هر سازمان، ضمن کاهش غیبت، تأخیر و جابه‌جایی، باعث افزایش چشمگیر عملکرد سازمان، نشاط روحی کارکنان، تجلی بهتر اهداف متعالی سازمان خواهد شد. تعهد از واژه‌هایی است که تعاریف زیادی از دیدگاه‌های مختلف برای آن ارائه شده است. با این وجود، می‌توان پذیرفت که تعهد سازمانی عبارتست از پیوند افراد به سازمان که به وسیله سه عامل شناخته می‌شود: ۱. اعتقاد قوی و پذیرش اهداف و ارزش‌های سازمان ۲. تمایل به تلاش زیاد برای سازمان ۳. میل قوی برای باقی ماندن در سازمان. تحقیقات متعددی به شناسایی عوامل مؤثر بر تعهد سازمانی کارکنان پرداخته‌اند که این یافته‌ها به مدیران سازمانی جهت موفقیت بیشتر در بهره‌وری سازمانی کمک می‌نماید. از جمله این عوامل می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: مشارکت سازمانی، حمایت سازمانی، عدالت سازمانی، فرصت‌های ارتقای شغلی و نوع نگرش به کار، احساس امنیت شغلی. معمولاً برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت، ارائه بازخوردهای منظم و پیوسته کارکنان از نحوه تأثیرگذاریشان بر فرایندهای سازمان، تقسیم کار بر مبنای لیاقت و شایستگی، ارزیابی مستمر عملکرد و

توجه به توانایی‌ها و استعداد پرسنل می‌تواند در افزایش تعهد نقش داشته باشد (ایلی، ۱۳۸۸ش، ۲۶-۳۸).

د- اعمال تدابیر فنی و تغییر در برخی خط‌مشی‌های سازمانی، اجرایی

۱. استفاده از ابزار ممیزی (چک لیست)

دانشمندان در علم روانشناسی رفتارهای وظایف‌مدارانه را به دو دسته تقسیم می‌کنند: ۱. رفتارهای همراه با دقت و تمرکز حواس که نیازمند تفکر مستمر، آنالیز عملکرد و برنامه‌ریزی دقیق برای انجام کار است و رفتارهای همراه با عملکرد تکراری که گاه انسان بدون تمرکز بر روی رفتار خود اقدامات لازم را انجام می‌دهد. در رفتارهای گروه اول، ضریب احتمال ایجاد خطا بیشتر است؛ چرا که: نیازمند تمرکز بالا در مراحل مختلف است، برخلاف رفتارهای گروه دوم؛ لذا هر قدر بتوان رفتارهای گروه نخست را با کاربرد چک‌لیست، دستورالعمل‌ها و گاید لاین‌های درمان و نیز استمرار آموزش و تربیت کارکنان گروه پزشکی به رفتارهای گروه دوم تبدیل کرد، احتمال ایجاد خطا کاهش می‌یابد (دباغ، ۱۳۸۵ش، ۹۵۷-۹۶۶).

۲. کاهش عوامل استرس‌زا

مؤسسه ملی سلامت ایمنی شغلی^۳ برخی خط‌مشی‌های عمومی را در تغییر سازمانی برای پیشگیری یا کاهش استرس شغلی را این‌گونه بیان می‌دارد: تطابق بار کاری با توان کارگر، کاهش ساعات کاری و تنظیم برنامه کاری تیمی و استراحت براساس بار کاری تنظیم جداول کار شیفتی براساس معیارهای روانی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، تأمین نیروی کافی، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها به‌طور واضح و

روشن، افزایش استقلال شغلی و حمایت اجتماعی، مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری، ارتقای تعامل در میان کارکنان، بهبود شرایط کار از نظر روشنایی، شرایط آب و هوایی و کیفیت تهویه (ترشیزی، ۱۳۹۰ش، ۱۳۹-۶۰).

۳. تدارک فن آوری برای استفاده در مراکز درمانی

استفاده از فن آوری جدید روز مانند ثبت دستورات پزشکی آنلاین که به سیستم هشداردهنده و خبره مجهز باشند، می‌تواند درصد زیادی از تداخلات دارویی را کاهش دهد (کبیرزاده، ۱۳۹۰ش، ۱۳۶-۱۳۱). از دیگر مزایای این گونه دستورات پزشکی، وضوح، خوانایی و امکان بررسی مجدد است (Elizabeth A, 2004, 196-201).

نتیجه

با عنایت به اینکه، جرم‌شناسی را در یک معنای موسع می‌توان شامل تفکرات و نظریات روشمند در مورد بزه، بزه‌کاران و راهکارهای کنترل جرم دانست (Sparks, Garland, 2000, 189-204)، نگارنده در این مقاله بر آن بوده تا با بررسی نظریات جرم‌شناسی در دو حوزه نظری و کاربردی، به تبیین این مسأله بپردازد که «خطای جزایی پزشکی» با توجه به خصایص ویژه‌ای چون: وقوع غیرعمدی یا بدون سبق تصمیم و حصول آن در یک محیط حرفه‌ای و شغلی، با کدام دسته از نظریات جرم‌شناختی قابل تبیین بوده و متعاقباً برای مقابله و پیشگیری از وقوع چنین وقایعی از رهیافت‌های کدامیک از نظریات موجود در جرم‌شناسی پیشگیرانه می‌توان بهره جست. با بررسی‌های به عمل آمده و با توجه به عدم وجود انگیزه مجرمانه، مقوله «خطای جزایی پزشکی» را می‌توان با نظریات موجود در جرم‌شناسی محیطی همچون مکتب محیط اجتماعی دکتر لاکاسانی مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بررسی عوامل «سطح اجتماعی» در این مقوله به مراتب مهم‌تر از عوامل «سطح فردی» از قبیل خصوصیات بیولوژیک و روانی شخص خاطی خواهد بود. متعاقباً برای کاهش حداکثری ضریب احتمال حدوث این دسته از خطاها نیز از نظریات پیشگیری محیطی جامعه‌مدار (اجتماعی) و موقعیت‌مدار (وضعی) می‌توان بهره جست. پرسنل درمان برای بهبود عملکرد خویش، از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های زیستی - روانی خود استفاده می‌کنند؛ اما با درهم شکسته شدن منابع مقاومت درآنان، فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود و با تداوم شرایط استرس‌زا مثل مدیریت نامناسب، بارگذاری زیاد و فقدان حمایت مناسب و... ضریب بروز خطای جزایی پزشکی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد بهبود مناسبات پزشک و بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، احساس نیاز به مشورت با

حقوقدانان، تعدیل روابط مالی پزشک و بیمار، افزایش مهارت‌های علمی و فنی در فرایندهای تشخیصی و درمانی، ارتقای سطح فنی و تجهیزاتی مراکز درمانی و کاهش عوامل استرس‌زای پزشکان در کاهش قصور و شکایت از آنان تأثیر بسزایی دارد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود، سیاستگذاران حوزه قضایی و مدیران حوزه سلامت، با اتخاذ رویکردی سیستماتیک و نه صرفاً فردمدارانه، به اتخاذ تدابیری مناسب در جهت کاهش علل محیطی، سازمانی و فراسازمانی خطاهای جزایی پزشکی کادر درمان برآیند. در این راستا شناخت زمینه‌های بروز خطای پزشکی، تدوین برنامه‌های ملی و استانی پیشگیری از خطای پزشکی، افزایش برنامه‌های نظارتی پیشگیرانه و خودپایی، گسترش نظام حمایتی و تجدیدنظر در سیاست‌های سازمانی، باید مورد توجه قرار گیرد تا سرانجام ضمن ایضاح اهداف در سایه وفاداری به ارزش‌های اخلاقی به کاهش خطاهای جزایی پزشکی امیدوار بود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Joint commission on the Accreditation of Health care organizations (JCAHO)
- 2- American Nurses Association (International Council of Nurses)
- 3- The National Institute for Occupational Safety and Health

فهرست منابع

- ابیلی، خدایار، ناستی، ناصر - (۱۳۸۸). بررسی رابطه توانمندسازی روان‌شناختی با تعهد سازمانی در پرسنل پرستاری بیمارستان‌های شهر زاهدان (۱۳۸۸)، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال هشتم، ش: ۲۰
- اصغری، فریبا - (۱۳۸۹). لزوم اظهار خطای پزشکی و تعارض آن با بیمه مسؤلیت مدنی حرفه ای پزشکان، مجله علمی پزشکی قانونی، ش ۱، ۵۲-۵۷
- اکبری، محمد. شمسی، افضل - (۱۳۸۹). بررسی موانع اجرای فرایند پرستاری از دیدگاه پرستاران بخشهای مراقبت ویژه، مجله پرستاری مراقبت ویژه، ج ۳-۱۸۱۴-۱۸۶
- ترشیزی لیلیا، احمدی فضل اله - (۱۳۹۰). بررسی عوامل استرس زای شغلی از دیدگاه پرستاران بالینی، نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۴، ش ۷۰، ۴۹-۶۰
- جرج ولد، توماس برنارد، جفری اسپینس - (۱۳۸۰). جرم‌شناسی نظری، (ترجمه علی شجاعی). تهران: سمت
- حاجی بابایی، فاطمه. جولایی، سودابه. پیروی، حمید. حقانی، حمید - (۱۳۹۰). خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و سازمانی، پژوهش پرستاری، دوره ۶، ش ۲۰
- دانش، تاج زمان - (۱۳۸۱). مجرم کیست جرم‌شناسی چیست، تهران، نشر کیهان
- دباغ، علی. اکبری، محمد اسماعیل. فتحی، محمد - (۱۳۸۵). بررسی الگوهای خطاهای پزشکی در نظام سلامت، مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی ارتش ج.ا.ا، سال چهارم، ش ۳، ۹۵۷-۹۶۶
- راب وایت، فیونا هینز - (۱۳۸۳). جرم و جرم‌شناسی، (ترجمه: علی سلیمی) قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه
- رجبی پور، محمود - (۱۳۸۷). پیشگیری اجتماعی از بزهکاری اطفال و نوجوانان. تهران: پلیس پیشگیری ناچا
- رحیمی نژاد، اسماعیل - (۱۳۸۸ ش). جرم‌شناسی، تبریز: فروزش

- رسولی، پریسا، خانکه، حمیدرضا، فلاحي خشکناپ، مسعود، رهگذر، مهدی - (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مدیریت زمان بر تعارض کار- زندگی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۱۵، ش ۳، ۱۱-۵
- ریسی، پوران. توکلی، گلاره - (۱۳۸۱). تأثیر استرس های شغلی مدیران بیمارستانها و مترونها پرستاری بر سلامت روانی و عملکرد شغلی آنان، مجله پژوهشی حکیم، ج ۵ سلیمانی، محمدعلی. نصیری زیبا، فریبا. ذونعمت کرمانی، اکرم. حسینی، فاطمه (۱۳۸۶). دو ماهنامه پرستاری ایران، شماره ۴۹، صفاری، علی - (۱۳۸۰). مبانی پیشگیری وضعی از جرم، مجله تحقیقات حقوقی، ش ۳۳-۳۴، عقیلی نژاد، ماشاله؛ عطارچی، میرسعید، گل آبادی، مجید و چهره گشا، هاله - (۱۳۸۹). مقایسه سطح استرس شغلی پرستاران زن بخش های مختلف بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران در ۱۳۸۸، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، سال هشتم، ش ۱، ۴۸-۴۴
- غلام نژاد، حانیه. نیک نژاد، نسرين - (۱۳۸۸). علل ایجاد کننده استرس شغلی در پرستاران، فصلنامه سلامت کار ایران، ج ۶، فرانک پی ویلیامز، ماری لین دی. مک شین - (۱۳۸۳). نظریه های جرم‌شناسی، (مترجم: حمیدرضا ملک محمدی)، تهران: میزان
- کاهویی، مهدی؛ سلیمانی، محسن؛ قضوی، سهیلا و اعلائی، سیف اله - (۱۳۸۶) بررسی دیدگاه کارکنان پرستاری در مورد اثرات سیستم رایانه ای اطلاعات بیمارستانی بر فرایند مراقبتی، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۴، ش ۲
- کبیر زاده، آذر - (۱۳۹۰). بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان ها نسبت به نظام داوطلبانه گزارش دهی خطاهای پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ج ۸۴
- کیت سوتیل، مویرا پیلو، کلر تیلور - (۱۳۸۳). شناخت جرم‌شناسی ، (مترجم: صدیق، میر روح اله) تهران: دادگستر
- گسن، ریموند - (۱۳۸۵). جرم‌شناسی نظری (مترجم: مهدی کی نیا). تهران: مجد
- گندم کار، رقیه. صلصالی، مهوش. میرزا زاده، عظیم - (۱۳۹۰). عوامل موثر بر آموزش پزشکی در محیط بالینی: تجارب اعضای هیأت علمی بالینی، آموزش در علوم پزشکی، ۱۱ (۳) ۲۷۹-۲۹۰
- محسنی، مرتضی - (۱۳۷۵) حقوق جزای عمومی، تهران: کتابخانه گنج دانش
- محمدنسل، غلامرضا - (۱۳۸۷). پلیس و سیاست پیشگیری از جرم. تهران: دفتر تحقیقات کاربردی پلیس پیشگیری ناجا

معماریان ربابه، صلصالی، مهوش، ونکی، زهره، احمدی، فضل اله، حاجی زاده، ابراهیم - (۱۳۸۵). عوامل موثر در فرایند کسب صلاحیت بالینی در پرستاری، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۴، ش ۵۶، ۴۹-۴۰

نجفی ابرند آبادی، علی حسین، تقریرات درس جرم‌شناسی، دوره دکتری حقوق جزا، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹-۸۰

نجفی ابرند آبادی، علی حسین، تقریرات درس جرم‌شناسی، دوره ارشد دانشگاه تهران، ۱۳۷۴-۷۵ نصیری، ابراهیم. بابا تبار، درزی. مرتضوی، حسین. توانایی، یوسف. محاسبات دارویی پرستاران در بخش

مراقبت ویژه، مجله پرستاری مراقبت ویژه، دوره ۲، ش ۳، ۱۱۵-۱۱۳

نوربها، رضا - (۱۳۸۶). زمینه جرم‌شناسی، تهران: کتابخانه گنج دانش
همایش سراری رویکردهای نوین ارزشیابی آموزش در علوم پزشکی، ۶ اردیبهشت، ۱۳۸۹، مشهد مقدس. بررسی دیدگاه‌های دانشجویان درباره ارزشیابی بالینی با استفاده از دفترچه ثبت مهارت‌های بالینی

A.W. McEwan, C. Knowles(1984)Delinquent personality types and the situational contexts of their crimes, Personality and Individual Differences, Volume 5, Issue 3, , Pages 339-344

Brandon C. Welsh, David P. Farrington(2012) Science, politics, and crime prevention: Toward a new crime policy, Journal of Criminal Justice, Volume 40, Issue 2, Pages 128-133

Brommels M Masiello I Ahmady S, Changiz T,(2007) , Organizational role stress among medical school faculty members in Iran: dealing with role conflict. BMC Med Educ; 7:14.

David Garland and Richard Sparks(2000) Criminology, Social Theory and the Challenge of our Times Br. J. Criminol; 40: 189 - 204.

Eagle CJ, Davies JM, Reason J,(1992) Accident analysis of large-scale technological disasters applied to an anaesthetic complication, Can J Anaesth.;39(2):118-22

Elizabeth A. Henneman, PHD, RN, AND Anna GAWLINSKI, DNSC, RN†. (2004)A “Near-Miss” Model for Describing the Nurse’s Role in the Recovery of Medical Errors, J Prof Nurs 20:196-201.,

Hendry RG, Kawai GK, Moody WE, Sheppard JE, Smith LC, Richardson M, et al. (2005)Consultant attitudes to undertaking undergraduate teaching duties: perspectives from hospitals serving a large medical school. Med Educ.; 39(11): 1129-39.

Herbert Northcott, Laura Vanderheyden, Jennifer Northcott, Carol Adair, Charlene McBrien-Morrison, (2008) , Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. Int J Qual Health Care 20 (2): 115-122

- Hoffman KG, Donaldson JF.(2004) Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ*; 38(4): 448-54
- Israel Nachshon Toward biosocial approaches in criminology.(1982) *Journal of Social and Biological Structures*, Volume 5, Issue 1, Pages 1-9
- John Sandars and Aneez Esmail(2003) The frequency and nature of medical error in primary care, understanding the diversity across studies *Fam. Pract.*, 20: 231 – 236
- Joshua Graff Zivin, (2004)To err on humans is not benign Incentives for adoption of medical error-reporting systems, *Journal of Health Economics* 23, 935–949
- L. Beydon, F. Conreux, R. Le Gall, D. Safran, and J. B. Cazalaa. (2001). Analysis of the French health ministry's national register of incidents involving medical devices in anaesthesia and intensive care; *Br. J. Anaesth* 86: 382 – 387
- Moishe Liberman André Lavoie David Mulder John Sampalis (1999).Cardiopulmonary resuscitation: errors made by pre-hospital emergency medical personnel . *Resuscitation*. Volume 42, Issue 1, September, Pages 47–55
- Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ.(1998) Impediments to bed-side teaching. *Med Educ*; 32(2): 159-62.
- Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ.(1997) Student and patient perspectives on bedside teaching. *Med Educ* ; 31(5): 341-6
- ROBERT J. BLENDON, Sc.D, PATIENT SAFETY VIEWS OF PRACTICING PHYSICIANS AND THE PUBLIC ON MEDICAL ERRORS, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 347, No. 24,1933-1940
- Saul N, Amy N, Mark D.(2000) Confidential Clinician-reported Surveillance of Adverse Events Among Medical Inpatients, *Journal of General Internal Medicine*, Volume 15, Issue 7, pages 470–477
- Seabrook MA.(2003) Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. *Med Educ*; 37(3): 213-22
- Shojania KG, Wald H, Gross R(2002) Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *The Medical Clinics of North America*, 86(4):847-67
- SUBHA RAMANI , SAM LEINSTER.(2008) AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical Environment,*Medical teacher*, 30: 347–364
- Victor E. Kappeler, Larry K. Gaines(2009) Chapter 9 - Community Crime Prevention *Community Policing (Fifth Edition)* Pages 248-267

یادداشت شناسه مؤلفان

ناهید رضایی: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

نشانی الکترونیک: rezayi0020@yahoo.com

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۳۰