

Experience and Etiology of Defensive Medicine in View of Residents in Mashhad University of Medical Sciences in 2016

Rezaei A.A¹, Vafaei Najar A², Houshmand E³, Esmaeli H⁴, Kouhestani S⁵,

Abstract

Purpose: Defensive medicine is concerned with decisions made to avoid errors that could result in serious consequences in terms of quality of care and efficient use of scarce health resources. This study aimed to assess the experience and etiology of defensive medicine from the perspective of residents in Mashhad University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted with all residents in Mashhad University of Medical Sciences in 2016. The questionnaire was designed to collect data. Data were recorded in SPSS software version 20. Using descriptive statistics and the statistical method of inferred, Friedman's test at a significance level of 0.05, was used.

Results: Experiencing defensive medicine was reported by 100% of the participants, such that 149 people 38.3% reported high level and 11 people 2.8% reported low level of experience. Defensive medicine was mostly adopted to avoid being sued by patients 87.2% and least due to lack of liability insurance and reduce the risk of loss of financial capital doctor, 43/7% have been reported.

Conclusion: The results obtained suggest a high level of defensive medicine among residents in Mashhad University of Medical Sciences. Accordingly, it is recommended that training be provided to eliminate this phenomenon, and doctors be steered toward its positive aspects. And while that with quite simple measures will reduce this phenomenon.

Keywords: Defensive medicine, Malpractice, Residents

Received: 2016.04.04; Accepted: 2016.12.15

تجربه و علل پزشکی تدافعی از دیدگاه دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

علی اصغر رضایی^۱، علی وفايي نجار^۲، الهه هوشمند^۳، حبيب الله اسماعيلي^۴، سحر کوهستانی^۵،

هدف: پزشکی تدافعی، تصمیم‌گیریهی درمان پزشکان است به منظور محدود کردن خطاهای پزشکی که می‌تواند عواقبی را به لحاظ کیفیت مراقبت افراد و بهره‌وری از منابع محدود سلامت در پی داشته باشد. هدف از این مطالعه میزان تجربه پزشکی تدافعی و علل بروز از دیدگاه دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-مقطعی در بین تمام دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۴ است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ ثبت گردید و با استفاده از شاخصهای آماری توصیفی و روش آمار استنباطی، آزمون فریدمن در سطح معنی داری ۰/۰۵، آنالیز شد.

یافته‌ها: در این مطالعه فراوانی تجربه پزشکی دفاعی نسبتاً زیاد گزارش شد. همچنین تجربه پزشکی تدافعی در جزئیات بدین صورت است که، ۱۴۹ نفر ۳۸/۳ درصد تجربه زیاد و ۱۱ نفر تجربه کم ۲/۸ درصد پزشکی تدافعی داشته‌اند. بیشترین علت بروز پزشکی تدافعی "برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی از طرف بیماران" ۸۷/۲٪ و کمترین علت آن، نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه مالی پزشک، ۴۳/۷٪ گزارش شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی است پزشکی تدافعی در دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبتاً بالا است. در این راستا لذا پیشنهاد می‌شود آموزشهای مرتبط با رفع این پدیده و هدایت به سمت ابعاد مثبت آن به پزشکان داده شود و این در حالی است که با اقدامات کاملاً ساده این پدیده کاهش می‌یابد.

کلمات کلیدی: پزشکی تدافعی، طبابت غلط، دستیاران تخصصی

نویسنده مسئول: علی وفايي نجار، vafaea@mums.ac.ir

آدرس: مشهد، خیابان دانشگاه، بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸، دانشکده بهداشت

۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مشهد، ایران

۲- دانشیار مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- استاد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مشهد، ایران

مقدمه

پزشکی تدافعی به مجموعه آزمایشها، معاینات، فرآیندهای غیرضروری همچون خودداری از معالجه بیماران و اقدامات درمانی با ریسک بالا که برای دفاع از حیثیت حرفه و نیز عدم محکومیت در مراجع قضایی ناشی از طبابت غلط انجام می‌شود (۱-۲) با توجه به این که اشتباهات بخش اجتناب‌ناپذیر از حرفه پزشکی است به همراه ادعای سهل‌انگاریهای پزشکی یک رویداد مشترک می‌باشند که باعث نارضایتی و خدشه در روابط فردی پزشکان با بیماران می‌شود و از آنجایی که بیمار محور خدمات پزشکی را تشکیل می‌دهد بروز خطا در سیستم مراقبتهای پزشکی امری اجتناب‌ناپذیر است. علیرغم بهترین تلاشها و کوششهای پزشکان و پرسنل درمانی، امکان رخ دادن خطا و اشتباه وجود خواهد داشت (۳-۴). گزارشهای بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفتهای قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایتها سیر صعودی داشته است (۵). پدیده پزشکی تدافعی بین ۹-۵ درصد به هزینه‌های مراقبتهای درمانی آمریکا می‌افزاید و هزینه سالیانه سیستم مسئولیت پزشکی همراه با اقدامات تدافعی در سال ۲۰۰۸، حدود ۵۵/۶ میلیارد دلار تخمین شده است که برابر با ۲/۴ درصد از کل هزینه‌های صرف شده در سلامت می‌باشد (۶-۷). مطالعه‌ی در یک موسسه‌ی پزشکی آکادمیک در آمریکا نشان داد از کل پزشکان در رشته‌های مختلف حدود ۳-۴ درصد شکایت صورت گرفته است که این میزان در سال ۱۹۸۰، ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰، ۲۵ درصد از کل پزشکان شاغل در آن کشور را شامل شده است (۸). همچنین بررسی انجام شده در ۱۱ ایالت آمریکا نشان داد می‌دهد که داده‌های قصور پزشکی بین

سالهای ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲ به میزان ۱۸ درصد افزایش یافته است (۹-۱۰). در کشور ما میزان شکایت از پزشکان رو به افزایش است به طوری که این میزان در نظام پزشکی استان تهران از ۱۳۴ مورد در سال ۱۳۷۸ به ۱۲۷۰ مورد در سال ۱۳۸۴ رسیده است (۱۱) شکایت از کادر پزشکی و مخصوصاً پزشکان از چند نظر حائز اهمیت است. این امر سبب اتلاف وقت و هزینه در این گروه می‌شود. از سوی دیگر این شکایات منشأ استرس قابل توجهی برای پزشکان است. در مجموع، تمام موارد فوق می‌تواند بر روی کیفیت کار این گروه اثر منفی داشته باشد به عنوان مثال مشخص شده است پزشکانی که در گذشته از آنها شکایت شده است نسبت به پزشکانی که از آنها شکایت نشده است زمان کمتری را صرف ویزیت بیماران می‌کنند (۱۲). این رفتارها عمیقاً ریشه دوانده در بسیاری از شیوه‌های پزشکی (۱۳) و در نتیجه پزشکی تدافعی را به یک رفتار ناخودآگاه تبدیل کرده است (۱۴). چند مطالعه بالینی تاثیر منفی این پدیده را در کیفیت مراقبتهای پزشکی حتی بدون در نظر گرفتن هزینه این اعمال گزارش شده است مطالعات متعددی چگونگی تاثیر منفی پرونده‌های حقوقی بر پزشکان را که باعث می‌شود آنان در به خطر افتادن عملکرد آینده‌شان استرس داشته باشند را نشان می‌دهند (۱۵-۱۶). همچنین تعداد زیادی از ادعاها که منجر نمی‌شوند به پرداخت، به درک ریسک قصوری که اتفاق افتاده کمک می‌کند (مثل: استرس، کار اضافه، آسیب به شهرت و...) (۱۷)

در پژوهش Summerton در سال ۱۹۹۵ که با هدف بررسی انجام پزشکی تدافعی از سوی پزشکان و همچنین مقایسه اقدامات رایج تشخیصی از سوی پزشکان عمومی و میزان نگرانی آنان در رابطه با تحت پیگرد قانونی قرار گرفتن انجام شده، ۹۸٪ از پزشکان ادعا داشتند که به علت شکایت احتمالی بیماران، در روند درمانیشان تغییر

روش بررسی

این مطالعه توصیفی- مقطعی در بین تمام دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۴ که ۶۱۲ نفر بودند، صورت گرفت و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. برای تعیین روایی پرسشنامه، سوالات مورد استفاده، توسط چند تن از اساتید و صاحب نظران (مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اپیدمیولوژی با بیش از ۵ سال سابقه به عنوان هیئت علمی) بررسی شد. بعد از تغییراتی که براساس مقالات catino, summerton و نظر جمعی اساتید اعتبار محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۶ بخش که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک، سوالاتی در مورد: جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه‌ی کار بالینی، سن، نوع تخصص، وضعیت استخدامی، بیمه مسئولیت پزشکی و میزان ریسک‌پذیری بخش دوم، میزان تجربه دستیاران تخصصی با اقدامات رایج پیشگیرانه و تکمیلی که تحت عنوان پزشکی تدافعی انجام می‌شوند که خود شامل ۱۳ ردیف اقدام که این اقدامات رایج پزشکی تدافعی از مقالات مختلف جمع‌آوری گردیده است (۱،۲۰) که با سه گزینه‌ی زیاد-تاحدودی و اصلا، بررسی می‌شود. برای تعیین میزان تجربه پزشکی تدافعی، چنانچه شرکت کننده‌ای حداقل یکی از رخدادها را تجربه نموده بود. دچار پزشکی تدافعی شده است بخش سوم، میزان موافقت دستیاران تخصصی با علل انجام پزشکی تدافعی که خود شامل ۱۵ علل که این علل از مقالات مختلفی جمع‌آوری گردیده است (۲۱،۲۲) که با ۵ گزینه‌ی کاملا موافقم- موافقم- نسبتا مخالفم- مخالف و بی‌نظرم، بررسی شده است. برای تعیین پایایی، پرسشنامه-ی مذکور طی دو مرحله به فاصله ۱۰ روز بین ۳۰ نفر از دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار داده ضریب همبستگی آلفا کرونباخ ۰/۸۷، بدست آمد. معیار ورود، دستیاران تخصصی در حال تحصیل سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد همچنین معیارهای خروج، دستیاران تخصصی که آمادگی شرکت در پژوهش را ندارند و پرسشنامه‌های که به تمام سوالات آنها به طور کامل پاسخ داده نشده بود. در این تحقیق قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها از دستیاران تخصصی شرکت‌کننده در این بررسی رضایت‌نامه شفاهی اخذ شده و هدف از انجام کار به اطلاع آنها رسانیده شد. همچنین به آنها اطمینان خاطر

داشتند و تنها ۲٪ از آنان ادعا داشتند که هیچ تغییری را انجام ندادند. رایج‌ترین 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 (۱) در تحقیق موسسه^۱ (ISMS) جامعه پزشکی ایلینویس امریکا، ۸۹٪ از پزشکان به علت ترس از مورد دادخواهی قرار گرفتن پزشکی تدافعی را انجام می‌دهند. ۶۶٪ از پزشکان پاسخ دادند که خدمات و فرایندهایی که ریسک بالا دارند را به علت تهدید حیثیت حرفه‌ای خود، کاهش دادند. ۸۴٪ از آنان بیان کردند که نگرانی از مسئولیت حرفه‌ایشان باعث ارجاعات بیمورد به تخصصهای بالاتر شده. ۷۱٪ از پزشکان به علت نگرانی مسئولیت حرفه‌ای از یک روند درمانی مشخص خودداری کردند (۱۸). 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 حالی که بروز برخی رفتارها از قبیل ارجاع بیماران به متخصصان دیگر، مستندسازی روند درمان بیمار و تجویز داروهای غیر ضروری حاکی از شیوع این عامل در بین پزشکان ایرانی است (۱۹). همچنین در جستجوهای الکترونیکی و غیرالکترونیکی صورت گرفته توسط پژوهشگران، اطلاعات موثق و معتبری از شیوع پزشکی دفاعی در دستیاران تخصصی ایران یافت نشد، در تحقیق موسی زاده و همکارانش، فراوانی رفتار پزشکی دفاعی مثبت و منفی به ترتیب ۹۹ و ۴۷ درصد گزارش شد. شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها و اجتناب از تجویز روشهای مخاطره‌آمیزی 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 (۱۹). از آنجا که پزشکی تدافعی در گروه تخصصی مختلف نیز قابل بررسی است لذا پژوهشگران در این مطالعه برای اولین بار در دستیاران تخصصی مشهد، تعیین میزان تجربه پزشکی تدافعی، علل بروز و ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش آن از دیدگاه دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد بررسی قرارگرفت.

¹ Illinois State Mutual Insurance Company

بندی شدند. که فراوانی پزشکی تدافعی زیاد ۱۴۹ نفر) ۳/۳۸٪، متوسط ۲۲۹ نفر (۵۸/۹٪) و تجربه کم ۱۱ نفر (۱/۱٪) گزارش شد. نتایج آزمون فریدمن نشان می دهد رایج ترین اقدام تدافعی در دستیاران تخصصی براساس میانگین رتبه، تجویز آزمایشات تشخیصی و پاراکلینیکی جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی (رتبه ۱) و کمترین اقدام، دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می شوند (رتبه ۱۳)، گزارش شد (جدول ۲).

در این مطالعه ۱۵ علت که باعث می شوند یک پزشک دچار پزشکی تدافعی شود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون فریدمن نشان می دهد رایج ترین علت پزشکی تدافعی، برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی بیماران (رتبه ۱) و پایین ترین علت، نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه مالی پزشک (رتبه ۱۵) گزارش شد. (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بررسی تجربه پزشکی تدافعی در بین تمام دستیاران تخصصی در یک دانشگاه می باشد. یافته ها نشان داد، فراوانی رفتار پزشکی تدافعی در جمعیت مورد مطالعه بالا است و اکثریت آنها پدیده رفتار پزشکی تدافعی را در طبابتشان بکار گرفته اند که در مطالعه Solaroglu و همکارانش ۷۲٪ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه اقدام پزشکی تدافعی را گزارش کرده اند (۲۳). همچنین در مطالعه Ortashi و همکارانش ۷۸٪ از پزشکان بیمارستانی شرکت کننده در پژوهش حداقل یکبار پزشکی تدافعی داشته اند (۲۴). در مطالعه حاضر بعضی از این رفتارها از قبیل تجویز آزمایشات تشخیصی و پاراکلینیکی جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی، دستور مراجعه مجدد بیماران و پیگیری بیشتر، شرح جزئیات بیشتر در مورد روش درمانی، شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و بموقع داروها دستیاران تخصصی بیشترین تجربه و برخی دیگر مانند تجویز فرایندهای تهاجمی تشخیصی، خودداری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا، دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می شوند، کمترین تجربه را داشته اند.

در مطالعه موسی زاده و همکاران در پزشکان عمومی کرمان رفتارهای شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف

داده شد که پرسشنامه ها بی نام هستند و نتایج بررسی به صورت کلی گزارش خواهد شد. داده های پرسشنامه بعد از گردآوری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ ثبت گردید و با استفاده شاخصهای آماری توصیفی و روش آمار استنباطی، آزمون فریدمن که سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد، تحلیل گردید.

یافته ها

۴۵۰ نفر از جمعیت ۶۱۲ نفری به پرسشنامه پاسخ داده اند که بعد از لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج مطالعه، ۳۸۹ پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت که از این ۳۸۹ نفر، دویست و شصت و چهار نفر مرد (۶۳/۲ درصد) و ۳۸۹ مرد و بقیه زن بودند در چهار گروه سنی که در گروه ۳۷-۳۳ سال، ۱۷۱ نفر (۴۴ درصد)، که ۲۹۰ نفر (۷۴/۶ درصد) متاهل بوده اند. سابقه ی کاری در سه دسته ۱-۵ سال، ۱۹۲ نفر (۴۹/۴ درصد) قرار گرفتند، ۳۴۲ نفر (۸۷/۹ درصد) دارای بیمه مسئولیت بودند. ۱۹۱ نفر (۴۹/۱ درصد) تا حدودی ریسک پذیر بوده اند که ریسک پذیری به میزان خطرپذیری فرد در قبال کارهایی که انجام می دهد، تعریف شد. ۵۰ نفر (۱۲/۹ درصد) دستیار تخصصی طب اورژانس، ۴۷ نفر (۱۲/۱ درصد) دستیار تخصصی زنان و زایمان، ۵۱ نفر (۱۳/۱ درصد)، دستیار تخصصی بیماریهای داخلی، ۴۰ نفر (۱۰/۳ درصد) دستیار تخصصی رادیولوژی، ۳۴ نفر (۸/۷ درصد) دستیار تخصصی بیماری های قلب و عروق، ۳۱ نفر (۸ درصد) دستیار تخصصی جراحی عمومی، ۲۹ نفر (۷/۵ درصد) دستیار تخصصی کودکان، ۱۹ نفر (۴/۹ درصد) دستیار تخصصی چشم پزشکی، ۱۵ نفر (۳/۹ درصد) دستیار تخصصی روانپزشکی و ۷۲ نفر (۱۸/۵ درصد) سایر تخصصهای پزشکی (آسیب شناسی، ارتوپدی، بیماریهای اعصاب، بیماریهای پوست، بیماریهای عفونی و گرمسیری، بیهوشی، پر تو درمانی، پزشکی اجتماعی، پزشکی هسته ای، جراحی کلیه و مجاری ادراری، جراحی مغز و اعصاب، طب کار و گوش و حلق و بینی) بوده اند (جدول ۱).

تجربه ی که فرد در طول کار خود کسب می کند به عنوان تجربه پزشکی تدافعی تعریف شده که نتایج مطالعه نشان می دهد که درصد بالایی از افراد مورد مطالعه اقدام به رفتار پزشکی تدافعی کرده اند که بعد دسته بندی تمام افراد تجربه کرده در سه دسته کم، متوسط، زیاد دسته

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگیهای فردی پاسخ‌دهندگان

متغیر	مقادیر	درصد	تعداد	P-Value
جنس	مذکر	۶۳/۲	۲۴۶	<۰/۰۰۱
	مونث	۳۶/۸	۱۴۳	
گروه سنی	۲۷-۳۲	۳۵/۹	۱۴۰	۰/۸۵۷
	۳۳-۳۷	۴۴/۰	۱۷۱	
	۳۸-۴۲	۱۹/۸	۷۷	
	>۴۲	۰/۳	۱	
سابقه کار	۱-۵	۴۹/۴	۱۹۲	۰/۲۵۴
	۶-۱۰	۴۵/۰	۱۷۵	
	۱۱-۲۰	۵/۴	۲۱	
بیمه مسئولیت	دارم	۸۷/۹	۳۴۲	۰/۰۴۰
	ندارم	۱۱/۶	۴۵	
خطر پذیری	بله	۴۴/۰	۱۷۱	۰/۶۶۲
	تا حدودی	۴۹/۱	۱۹۱	
	خیر	۶/۴	۲۵	
تاهل	متاهل	۷۴/۶	۲۹۰	۰/۵۱۶
	مجرد	۲۵/۴	۹۹	
وضعیت استخدام	هیچ نوع استخدامی	۶۲/۷	۲۴۴	۰/۲۵۴
	رسمی	۱۹/۸	۷۷	
	پیمانی	۱۱/۳	۴۴	
	تبصره ۳ و ۴	۴/۹	۱۹	
	سایر	۰/۸	۳	
نوع تخصص	بیماریهای داخلی	۱۳/۱	۵۱	۰/۲۰۹
	طب اورژانس	۱۲/۹	۵۰	
	زنان و زایمان	۱۲/۱	۴۷	
	رادیولوژی	۱۰/۳	۴۰	
	بیماری قلب و عروق	۸/۷	۳۴	
	جراحی عمومی	۸/۰	۳۱	
	کودکان	۷/۵	۲۹	
	چشم پزشکی	۴/۹	۱۹	
	روانپزشکی	۳/۹	۱۵	
	سایر	۱۸/۵	۷۲	

جدول ۲: توزیع فراوانی تجربه پزشکی تدافعی در افراد مورد مطالعه

رتبه	میانگین رتبه آزمون فریدمن	اصلا تعداد(درصد)	تا حدودی تعداد(درصد)	زیاد تعداد(درصد)	رایج ترین اقدامات پزشکی تدافعی
۱	۹/۰۷	۱۷(۴/۴)	۱۲۵(۳۲/۱)	۲۴۴(۶۲/۷)	تجویز آزمایشات تشخیصی و پاراکلینیکی جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی
۲	۹/۰۲	۲۱(۵/۴)	۱۱۳(۲۹)	۲۵۵(۶۵/۶)	دستور مراجعه مجدد بیماران و پیگیری بیشتر در درمان آنان
۳	۸/۶۱	۹(۲/۳)	۱۵۹(۴۰/۹)	۲۲۱(۵۶/۸)	مشارکت دادن بیمار و شرح جزئیات بیشتر در مورد روش درمانی
۴	۸/۴۱	۴(۱)	۱۹۱(۴۹/۱)	۱۹۴(۴۹/۹)	شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها
۵	۸/۰۵	۴(۱)	۲۱۶(۵۵/۵)	۱۶۹(۴۳/۴)	پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار
۶	۷/۸۱	۳۰(۷/۷)	۱۸۹(۴۸/۶)	۱۷۰(۴۳/۷)	ارجاع به تخصص های بالاتر جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی
۷	۷/۱۶	۶۴(۱۶/۵)	۱۶۹(۴۳/۴)	۱۵۳(۳۹/۳)	تجویز خدمات تصویر برداری (MRI,CT و...) جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی
۸	۶/۳۲	۸۰(۲۰/۶)	۲۰۷(۵۳/۲)	۱۰۲(۲۶/۲)	تجویز دارو جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی
۹	۶/۰۵	۵۹(۱۵/۲)	۲۶۱(۶۷/۱)	۶۹(۱۷/۷)	خودداری از اقدامات و تجویزهای دارای ریسک بالا با وجود مفید بودنشان
۱۰	۵/۸۱	۹۶(۲۷/۴)	۲۰۴(۵۲/۴)	۸۹(۲۲/۹)	تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات مربوط به سوابق بیمار بیش از مقدار مورد نیاز
۱۱	۵/۲۷	۹۸(۲۵/۲)	۲۴۰(۶۱/۷)	۵۱(۱۳/۱)	تجویز فرایند های تهاجمی تشخیصی (بیوپسی ها و ...)
۱۲	۵/۱۱	۱۳۵(۳۴/۷)	۱۸۷(۴۸/۱)	۶۷(۱۷/۲)	خودداری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا
۱۳	۴/۳۱	۱۹۰(۴۸/۸)	۱۴۹(۳۸/۳)	۵۰(۱۲/۹)	دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می شوند

مراقبه‌های ویژه نیاز دارند (۲۷-۲۵) اولین سوال این است آیا اقدامات تدافعی عمل خوبی است یا بد است؟ پاسخ به این سوال نیاز به این است که انگیزه اصلی پزشک در تمایل به کاهش خطر مسئولیت می‌باشد. بنابراین برخی از شیوه‌های پزشکی تدافعی ممکن است توجیه پزشکی داشته و مناسب باشد در حالی که از لحاظ دیگران توجیه پزشکی نداشته و نامناسب باشد. طبق بررسیهای صورت گرفته در تحقیقات دیگر پزشکی تدافعی به دو صورت مثبت و یا منفی ممکن است بروز کند: پزشکی دفاعی مثبت، 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 در مورد مصرف صحیح داروها به بیمار را شامل می‌شود (۱۵) و رفتارهای پزشکی تدافعی منفی از قبیل اجتناب از تجویز روشهای درمانی مخاطره‌آمیز برای درمان بیماران علیرغم نیاز بیمار و اجتناب از پذیرش بیماران با

صحیح و به موقع داروها ۹۶٪، درخواست جزئیات بیشتر از بیمار در مورد شرح بیماریاش ۹۵٪، تاکید بر این موضوع که بیمار سر وقت به پزشک مراجعه کند ۹۲٪، ارجاع غیر ضروری بیماران به متخصصان ۵۹٪ و تجویز اقدامات پاراکلینیکی غیر ضروری ۴۹٪ به ترتیب از بیشترین فراوانی برخوردار بودند (۱۹) در مطالعه Ortashi و همکاران در بریتانیا اقدامات تجویز تستهای غیر ضروری ۵۹٪ و ارجاع به تخصصهای بالاتر ۵۵٪ بیشترین فراوانی و این در حالی است که فقط ۹٪ از پزشکان امتناع کردن از پذیرش بیماران با ریسک بالاتر و دو برابر بالاتر از این تعداد ۲۱٪، استفاده از روشهای درمانی با ریسک بالاتر امتناع کردند (۲۴). پزشکی تدافعی یک بحران در رابطه پزشک-بیمار است که دارای سابقه طولانی است که در درجه اول به درک روابط متقابل اخلاق حرفه ای پزشک و ارزش جایگاه بیمار بستگی دارد. همچنین این پدیده باعث کاهش تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پر خطری می‌شود که

جدول ۳: توزیع علل پزشکی تدافعی در افراد مورد مطالعه

رتبه	میانگین رتبه آزمون فریدمن	بی نظر تعداد(درصد)	مخالف تعداد(درصد)	نسبتا مخالف تعداد(درصد)	موافق تعداد(درصد)	کاملا موافق تعداد(درصد)	علتهای رایج پزشکی تدافعی
۱	۱۰/۷۴	۰(۰/۰)	۱۰(۲/۶)	۳۳(۸/۵)	۱۵۹(۴۰/۹)	۱۸۰(۴۶/۳)	برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی بیماران
۲	۱۰/۱۷	۳(۰/۸)	۱۰(۲/۶)	۲۸(۷/۲)	۲۰۱(۵۱/۷)	۱۴۷(۳۷/۸)	زیاد بودن هزینه‌های جبران خطاهای پزشکی و پشتیبانی ضعیف سازمانهای بیمه‌گر از پزشکان
۳	۹/۶۷	۳(۰/۸)	۳۳(۸/۵)	۳۶(۹/۳)	۱۶۳(۴۱/۹)	۱۵۴(۳۹/۶)	عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا
۴	۹/۲۱	۳(۰/۸)	۴۳(۱۱/۱)	۵۹(۱۵/۲)	۱۲۸(۳۲/۹)	۱۴۸(۳۸)	برای حفظ اعتبار و شهرت پزشکی خود و همچنین جلوگیری از تبلیغات منفی
۵	۸/۶۳	۷(۱/۸)	۲۱(۵/۴)	۶۸(۱۷/۵)	۱۹۲(۴۹/۴)	۱۰۱(۲۶)	به طور کلی پزشکی تدافعی یکی از استانداردهای جدید و سودمند در مراقبت می باشد
۶	۸/۴۵	۱۵(۳/۹)	۱۶(۴/۱)	۵۰(۱۲/۹)	۲۲۰(۵۶/۶)	۸۸(۲۲/۶)	نبودن دستوالعمل بالینی ثابت و مشخص برای هر بیماری
۷	۸/۳۶	۳(۰/۸)	۲۷(۶/۹)	۶۱(۱۵/۷)	۲۵۰(۶۴/۳)	۴۸(۱۲/۳)	درخواست خانواده و خود بیمار از پزشک در رابطه با اینکه همه چیز تا حد امکان با اطمینان کامل پیش رود
۸	۸/۰۹	۸(۲/۱)	۱۱(۲/۸)	۸۳(۲۱/۳)	۲۳۸(۶۱/۲)	۴۹(۱۲/۶)	قبلا از همکارانم به علت خطا در تشخیص و یا درمان شکایت شده و با دیدن حرفه‌هایی که آنها در دفاع از خود می‌گویند، حاضر به تکرار راه آنان نیستم.
۹	۷/۳۸	۱۳(۳/۳)	۱۷(۴/۴)	۱۱۰(۲۸/۳)	۲۱۰(۵۴)	۳۹(۱۰)	برای جلب اطمینان خاطر بیماران و خانواده آنها از این که خطایی بوجود نخواهد آمد
۱۰	۷/۰۲	۱۳(۳/۳)	۳۶(۹/۳)	۱۱۶(۲۹/۸)	۱۵۰(۳۸/۶)	۷۴(۱۹)	پایین بودن سطح دانش تخصصی و معلومات برخی از پزشکان از بیماری
۱۱	۶/۹۸	۱۳(۳/۳)	۶۶(۱۷)	۷۹(۲۰/۳)	۱۷۲(۴۴/۲)	۵۹(۱۵/۲)	نداشتن ریسک پذیری و اعتماد بنفس پایین پزشکان
۱۲	۶/۸۵	۰(۰/۰)	۵۸(۱۴/۹)	۱۲۸(۳۲/۹)	۱۵۵(۳۹/۸)	۴۸(۱۲/۳)	برای اطمینان پزشکان از نهایت اجرای استانداردها در رابطه با بیماران، زیرا هرگونه نتیجه ناخوشایندی ناشی از اشتباه پزشک است.
۱۳	۶/۳۰	۰(۰/۰)	۵۹(۱۵/۲)	۱۶۰(۴۱/۱)	۱۴۲(۳۶/۵)	۲۸(۷/۲)	از ابتدا به گونه‌ای ما را آموزش داده‌اند که به صورت تدافعی عمل کنیم.
۱۴	۶/۱۳	۲۶(۶/۷)	۱۳۵(۳۴/۷)	۳۱(۸)	۱۳۲(۳۳/۹)	۶۵(۱۶/۷)	قبلا به علت خطا در تشخیص و یا درمان از من شکایت شده و نمی‌خواهم دوباره تکرار شود
۱۵	۶/۰۳	۳(۰/۸)	۱۱۷(۳۰/۱)	۹۹(۲۵/۴)	۱۳۵(۳۴/۷)	۳۵(۹)	نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه‌ام

گوش و حلق شناسی در سال ۲۰۱۵ ارتباط معنی‌داری بین سطح نگرانی تجربه شده توسط متخصصان از یک سو و تنوع رابطه پزشک/بیمار و انتخاب روشهای پزشکی تدافعی وجود دارد (۲۸). همچنین Solaroglu و همکارانش در پژوهشی با عنوان "پروژه تحول بهداشت و پزشکی تدافعی در میان جراحان مغز و اعصاب در ترکیه" در سال ۲۰۱۴ شرکت-کنندگان در پژوهش هر بیمار را به عنوان یک تهدید بالقوه‌ی که منجر به طرح دعوی از طرف دادگاه خواهد شد در نظر گرفته‌اند (۶۸/۳درصد) و

خطر بالا جزء مواردی هستند که برای بیماران 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 (۲۲-۲۱).

همچنین Motta و همکارانش در پژوهشی با عنوان مسئولیت پزشکی، پزشکی تدافعی و بیمه حرفه‌ای در

تخصصی علیرغم آشنایی متوسط آنان با مفهوم پزشکی تدافعی بالا می‌باشد که مهمترین علت این پدیده را، جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی بیماران بیان کرده‌اند. و نتایج نشان می‌دهد رفتارهای پزشکی تدافعی به طور قابل توجهی با اقدامات کاملاً ساده مانند آموزش و آگاهی دادن، کاهش می‌یابند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد، مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت با کد ۹۳۰۵۴۹ می‌باشد با تشکر از معاونت پژوهشی و بیمارستانهای آموزشی علوم پزشکی مشهد که در این پژوهش ما را یاری کرده‌اند.

منابع

1. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ: British Medical Journal* 1995; 310(6971): 27-9.
2. Rx M. Defensive medicine: Can it increase your malpractice risk? *Current Psychiatry* 2009; 8(12): 86.
3. 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. [Persian]
4. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, et al. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002; 287: 2951-2957.
5. Akhlaghi M, Tofighi Zavare H, Samadi F. The Sues of Gynecobstetrics Referred to the Commission of National Legal Medicine Center at 2001-2002; Reasons and Methods of Prevention from these. *Forensic Mwdicine* 2009; 10(34): 70-4.
6. J. T. Dove, J. E. Brush Jr., R. A. Chazal, and W. J. Oetgen. "Medical professional liability and health care system reform." *Journal of the American College of Cardiology* 2010; 55(25): 2801-2803.

اعتقاد به دادگاه ندارند که بتواند بین قصور از عوارض تمایز قایل شود (۸۹/۶ درصد) (۲۳). در مطالعه حاضر بین متغیرهای سن، سابقه کاری، قدرت خطرپذیری، رابطه استخدامی و نوع تخصص با پزشکی تدافعی رابطه‌ی مشاهده نشد اما در دو متغیر جنسیت و دارا بودن بیمه مسئولیت با متغیر تجربه پزشکی تدافعی رابطه معنی داری وجود دارد که در متغیر جنسیت بدین صورت می‌باشد که مردها تجربه پزشکی تدافعی بیشتر نسبت به زنان مورد مطالعه داشته‌اند ($p < 0/001$) و در مورد متغیر دارا بودن بیمه مسئولیت بدین صورت است که در دستیارانی که دارای بیمه مسئولیت بوده‌اند نسبت به کسانی که بیمه مسئولیت نداشته‌اند تجربه پزشکی تدافعی بیشتر داشته‌اند ($p = 0/04$) نتایج نشان می‌دهد تجربه پزشکی تدافعی در گروه سابقه کاری ۲۰-۱۱ نسبت به گروههای دیگر بیشتر است. که می‌توان نتیجه گرفت که دستیارانی که تجربه کاری بیشتری داشته‌اند دچار تجربه پزشکی تدافعی بیشتری نسبت کسانی که تجربه کمتری داشته‌اند، شده‌اند در حالی که Ortashi و همکارانش با عنوان اقدام پزشکی تدافعی در میان پزشکان عمومی بیمارستانی بریتانیا در سال ۲۰۱۳، ارتباط معنی داری بین گروههای سنی و انجام دادن پزشکی تدافعی وجود بدست آمده است بدین صورت که در گروههای سنی ۳۰-۲۰ بیشترین و بالای ۵۰ سال کمترین اقدام پزشکی تدافعی را داشته‌اند این درحالی است که در مطالعه حاضر گروه سنی ۳۷-۳۳ بیشترین و در گروه سنی بالای ۴۲ کمترین تجربه پزشکی تدافعی گزارش شده است. اما در تحقیق Ortashi برخلاف مطالعه حاضر رابطه‌ی معنی داری بین جنسیت با پزشکی تدافعی گزارش شد (۲۴). از محدودیتهای این مطالعه با توجه به این که به نظر می‌رسد شرایط بومی و فرهنگی هر منطقه در بروز پزشکی تدافعی موثر باشد، لذا ممکن است نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به سایر مناطق کشور نباشد. همچنین با توجه به کم بودن تعداد دستیاران در هر یک از گروههای تخصصی قابلیت تعمیم کمتری برای هر تخصص وجود دارد، که پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی هر گروه تخصصی در نمونه بزرگتری مورد پژوهش قرار گیرد. پزشکی تدافعی در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران چندان شناخته شده نیست در حالی که مطالعه حاضر نشان می‌دهد فراوانی پزشکی تدافعی در دستیاران

7. M. M. Mello, A. Chandra, A. A. Gawande, and D. M. Studdert. "National costs of the medical liability system." *Health Affairs* 2010; 29(9): 1569-1577.
8. Charlatan F. Medical errors kill almost 10000 Americans a year [letter]. *BMJ* 1999; 319:1519.
9. Harris MH. to err is human-the fallible physician. *S D J Med* 2004; 57(1): 9-11.
10. Sheikh Azadi A, Ghadyani MH, Kiani M. The Investigation Methods Forensic Mwdicine 2007; 13(3): 171-80.
11. 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. [Persian]
12. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1999; 277: 553-559.
13. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H Defensive Medicine in Israel—a nationwide survey. *Plos One* 2012; 7(8): e42613.
14. Asher E, Parag Y, Zeller L, Yerushalmi R, Reuveni H Unconscious defensive medicine: the case of erythrocyte sedimentation rate *Eur J Intern Med* 2007; 18(1): 35-38.
15. G. Ridic, T. Howard, and O. Ridic, "Medical malpractice in Connecticut: defensive medicine, real problem or a red herring—example of assessment of quality outcomes variables." *Acta Informatica Medica* 2012; 20(1): 32-39.
16. Studdert DM, Mello MM & Brennan TA. Medical malpractice. *New England Journal of Medicine* 2004; 350(3): 283-92.
17. Baicker K, Fisher ES, Chandra A Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. *Health Affairs* 2007; 26(3): 841-852.
18. ismie.com [Internet]. Illinois State Mutual Insurance Company. © 2015 ISMIE Mutual Insurance Company Available from: <https://www.ismie.com/>.
19. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *Ijhpm* 2014; 2(3): 119-123. [Persian]
20. Catino M. Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor* 2011; 15(1): 1-12.
21. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med* 1999; 159(20): 2399-402.
22. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(456): 565-6.
23. Solaroglu I, Izci Y, Gokce Yeter H, Mert Metin M, Evren Keles G. Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. *PLOS ONE* 2014; 9 (10).
24. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics* 2013; 14: 42.
25. Asgary R, Lawrence K. Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach. 2014 ;doi: 10.1136/bmj.open-2014.
26. Nelson LJ, Morrissey MA & Kilgore ML. Damages caps in medical malpractice cases. *Milbank Quarterly* 2007; 85(2): 259-86.
27. Sloan FA & Shadle JH. Is there empirical evidence for Defensive Medicine? A reassessment. *Journal of Health Economics* 2009; 28(2): 481-91.
28. Motta S, Testa D, Cesari U, Quaremba G, Motta G. Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. *BMC Res Notes* 2015; 8: 343.