

Describing the medical malpractice and socio-demographic characteristics of physicians and patients involved in medical malpractice complaint in Tehran

Simin Kazemi¹ 

1. MD, Ph.D., Social Determinant of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Simin Kazemi, Social Determinant of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: simin.kazemi@sbmu.ac.ir

Received: 15 August 2020

Accepted: 19 August 2020

Published: 20 September 2020

How to cite this article:

Kazemi S. Describing the medical malpractice and socio-demographic characteristics of physicians and patients involved in medical malpractice complaint in Tehran. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(4):412-29. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v7i4.31211>.

Abstract

Background and Objective: Medical malpractice in Iran is a common and increasing phenomenon, the characteristics of which change over time. Therefore, it is useful and necessary to describe this phenomenon and update the data about it. The purpose of this study was to describe medical malpractice complaints and socio-demographic characteristics of patients and physicians involved in medical malpractice cases in Tehran.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was performed by reviewing medical malpractice cases in Tehran Medical System Dispute Resolution Council. The study was conducted by census method and 484 medical malpractice files were studied. Data were analyzed by SPSS software version 24 and using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results: In 298 (61.5%) cases of medical malpractice cases, the patient was referred to a physician for cosmetic procedures, and in 169 (35%) cases, patients were referred to a physician for treating a medical problem. The highest number of cases resulted in medical malpractice, 139 (37.6%), were in private clinics. Public clinics, 4 (1.1%), had the lowest frequency. Most patients were aged 31-42 years, 159(43.3%), married and 219 (59.8%), with Bachelor's degree 145 (39.2%), and low socioeconomic status 137(37%). 206 (55.7%) of the complainant patients were employed, and others were unemployed or economically inactive. The mean (SD) physicians' age was 49.6 (9.6) years. 392 (81%) physicians were male, and 92 (19%) were female. 148 (30.5%) physicians had 20 years of work experience, and 291 (60.1%) were specialists.

Conclusion: Most of the patients were female, married, with a Bachelor's degree and from low socioeconomic status. Most physicians were specialists, with over twenty years of work experience.

Keywords: medical malpractice, socio-demographic characteristics of patients, socio-demographic characteristics of physicians.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.SBMU.RETECH.REC.1399.426.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

توصیف قصور پزشکی و ویژگی های اجتماعی-جمعیتی پزشکان و بیماران درگیر پرونده های قصور پزشکی در تهران

سیمین کاظمی^۱

۱. پزشک و دکترای جامعه شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: سیمین کاظمی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: تیر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: تیر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: قصور پزشکی پدیده ای رو به تزاید است که ویژگی های آن در گذر زمان تغییر می کند، از این رو توصیف این پدیده و به روز کردن داده ها درباره آن ضروری به نظر می رسد. هدف این مطالعه توصیف شکایت های قصور پزشکی و ویژگی های اجتماعی جمعیتی بیماران و پزشکان درگیر پرونده قصور پزشکی در شهر تهران بود.

روش و مواد: این مطالعه مقطعی توصیفی با بررسی پرونده های قصور پزشکی در شورای حل اختلاف سازمان نظام پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شد. مطالعه به شیوه تمام شماری انجام شد و طی آن ۴۸۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بیماران جمع آوری شد. ویژگی های جمعیت شناختی پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی از سازمان نظام پزشکی کسب شد. توصیف داده ها با نرم افزار SPSS-24 و با استفاده از آمار توصیفی انجام شد.

یافته ها: در ۲۹۸ (۶۱/۵٪) مورد از پرونده های قصور پزشکی هدف مراجعه بیمار به پزشک، انجام اقدامات زیبایی و در ۱۶۹ (۳۵٪) مورد مراجعین به منظور درمان بیماری، به پزشک مراجعه کرده بودند. بیشترین مواجهات منجر به قصور پزشکی در کلینیک های خصوصی ۱۳۹ (۳۷/۶٪) مورد بود و درمانگاه های دولتی کمترین فراوانی یعنی ۴ (۱/۱٪) مورد را داشتند. بیماران شاکی، گروه سنی ۳۱ تا ۴۲ سال ۱۵۹ (۴۳/۳٪) نفر، زنان ۲۳۸ (۶۴/۳٪) نفر، متأهلان ۲۱۹ (۵۹/۸٪) نفر، تحصیلات لیسانس ۱۴۵ (۳۹/۲٪) نفر و سطح اقتصادی-اجتماعی پایین ۱۳۷ (۳۷٪) نفر بودند. میانگین (انحراف معیار) سن پزشکان ۴۹/۶ (۹/۶) سال بود. ۳۹۲ (۸۱٪) نفر از آنها مرد و ۹۲ (۱۹٪) زن بودند. گروه پزشکان دارای سابقه بیشتر از بیست سال طبابت ۱۴۸ (۳۰/۵٪) نفر و از نظر درجه علمی گروه متخصصان با ۲۹۱ (۶۰/۱٪) نفر بیشترین فراوانی را داشتند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که اکثر بیماران شاکی پرونده قصور پزشکی زن، متأهل، دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و با سطح اقتصادی اجتماعی پایین و اکثر پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی مرد، متخصص و دارای بیشتر از بیست سال سابقه طبابت بودند.

واژگان کلیدی: قصور پزشکی، ویژگی های اجتماعی-جمعیت شناختی بیماران، ویژگی های اجتماعی-جمعیت شناختی پزشکان.

قصور پزشکی به عنوان مسأله ای شناخته می شود که همزاد پزشکی نوین و رشد فناوری و تکنیک های جدید پزشکی است که دایره عمل و اختیار پزشکان را وسیع تر از قبل کرده، ولی همزمان قدرت ویرانگری آن نیز افزایش یافته است. در گذشته طبیبان سنتی، تأثیرگذاری اندکی در شفا بخشی ناخوشی های بیماران داشتند و از این رو فرصت و امکان آسیب زدن به بیماران نیز کمتر بود، اما با تکنولوژی پیچیده ای که امروزه در اختیار پزشکان است، حتی وقتی که پزشکان مسلط به دانش و حرفه شان و مراقب و محتاط باشند، نیز وقوع عوارض ناخواسته امری اجتناب ناپذیر به نظر می رسد و ممکن است صدمات جدی به بیماران بزنند و با یک لغزش کوچک نتایج ناگواری مثل درد و ناتوانی برای آنها ایجاد کنند.

اگر پزشک هر کدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان و جراحی های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد (۱) و به علت شکست در انجام یک اقدام مطابق استانداردهای حرفه ای مرسوم، موجب صدمه به بیمار شده باشد (۲) مرتکب قصور پزشکی گردیده است. از آنجا که طیف وسیعی از عوارض می توانند به دنبال طبابت و مداخلات پزشکی بروز کنند که بسیاری از آن ها خطاهای ناخواسته و بدون تعمد هستند و حتی در صورت رعایت جوانب و احتیاط های لازم از آنها گریزی نیست، از این رو لازم است که به تعریف فوق این نکته را افزود که منظور از قصور پزشکی خطاهایی است که سر زدن آنها از طرف پزشک سبب آسیب و خسارتی به بیمار شود که قابل اجتناب بوده است (۳).

قصور پزشکی می تواند اثرات منفی بر همه جنبه های زندگی بیمار صدمه دیده بگذارد، از آسیب های جسمی و عاطفی تا مشکلات مالی. پیامدهایی مانند از دست دادن شغل، ناتوانی های ماندگار، افت کیفیت زندگی، مثال هایی از اثرات منفی احتمالی هستند. علاوه بر این بازماندگان و ذینفعان ممکن است دچار زیان های مالی ناشی از پرداخت هزینه های پزشکی و سایر هزینه هایی که بر عهده خانواده قربانی است مکلف شوند (۴). لذا می توان گفت که قصور پزشکی می تواند پیامدهای منفی برای سلامت فرد (از تشدید بیماری، نقض عضو تا فوت) و در نتیجه سلامت جامعه در بر داشته باشد. از این رو وقتی قصور پزشکی رخ می دهد، ممکن است بازماندگان فرد در گذشته به علت قصور پزشکی یا بیمارانی که متأثر از قصور پزشکی دچار آسیب شده اند، درصدد احقاق حق برآیند و دست به شکایت از پزشک در محاکم قضایی بزنند. شکایت از قصور پزشکی می تواند دو کارکرد عمده داشته باشد: اول، بازداشتن پزشکان از سهل انگاری، بی دقتی یا اهمال و دوم، پرداخت غرامت به بیمارانی که مورد غفلت بیمارستان، پزشک یا سایر پرسنل درمان قرار گرفته اند (۵).

در مطالعات مختلف قصور پزشکی به ویژه از دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک مسأله حوزه سلامت مورد توجه قرار گرفته است. کشور ایالات متحده در اوایل سده جدید برای سومین بار در طی سه دهه با بحران قصور مواجه شده است (۶) و ابعاد این مسأله چنان گسترش یافته که طبق مطالعه ای در دانشگاه جان هاپکینز انجام شده، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ سالانه بیش از ۲۵۰۰۰۰ مرگ به علت خطای پزشکی رخ داده (۷) و اکنون اشتباهات پزشکی سومین علت مرگ و میر است (۸). قصور پزشکی در حال حاضر یک مسأله و نگرانی عمده در سراسر جهان است و کشورهای مختلف به انحاء مختلف با آن دست به گریباندند. در کشورهای پردرآمد شمار قابل توجهی از بیماران در طی دریافت مراقبت سلامت دچار زیان و خسران می شوند که آسیب های دائمی، افزایش دوره بستری شدن و حتی مرگ و میر را به دنبال داشته است. در کشورهای با درآمد کم تا متوسط نیز ترکیبی از عوامل نامطلوب همچون کمبود کارکنان، بی کفایتی ساختارها، ازدحام، فقدان وسایل و کمبود تجهیزات پایه و بهداشت پایین در مراقبت نایمن بیماران سهیم هستند. حدود یک نفر از هر ده نفر بیمار بستری دچار صدمه هایی می شوند که ۵۰٪ آنها قابل پیشگیری هستند. در یک مطالعه در مورد فراوانی و قابل پیشگیری بودن عوارض ناخواسته در ۲۶ کشور با درآمد کم تا متوسط، نرخ این عوارض ۸٪ و ۸۳٪ از آنها قابل پیشگیری بوده و در ۳۰٪ موارد منجر به مرگ شده اند. برآورد می شود که در جهان سالانه ۴۲۱ میلیون نفر در بیمارستان بستری می شوند و حدود ۴۲/۷ میلیون عارضه ناخواسته در طی دوره بستری برای بیماران اتفاق می افتد. تقریباً دو سوم از عوارض ناخواسته در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می دهد (۹). در ایران، میزان شکایت بیماران از پزشکان با موضوع قصور پزشکی در طی بیش از

سه دهه اخیر روند افزایشی داشته به طوری که طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۶ جمعاً ۳۱۱۹ شکایت از پزشکان صورت گرفته (۱۰) و کل موارد شکایت از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۴، ۱۳۴ مورد، در سال ۱۳۷۸، ۲۹۹ مورد، در سال ۱۳۸۳، ۸۲۳ مورد و در سال ۱۳۸۴، ۱۲۷۰ مورد بوده است (۱۱). در سال های ۸۴-۱۳۸۲، مجموعاً ۲۵۷۳ شکایت از پزشکان در سازمان پزشکی قانونی مرکز تهران ثبت شده است (۱۲) طبق اعلام معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران، در سال ۱۳۹۳، ۱۲۰۰۰ پرونده پزشکی تشکیل شده است (۱۳).

آن گونه که از آمار فوق الذکر برمی آید شکایت از قصور پزشکی به طور مداوم در حال افزایش است و این مسأله در سال های اخیر به یک نگرانی و دغدغه عمومی تبدیل شده است، از طرفی با توجه به تغییرات در سازمان پزشکی و نحوه مصرف خدمات پزشکی به نظر می رسد، الگوی شکایات بیماران از پزشکان نیز در حال تغییر است. از این رو این روند افزایشی و الگوی در حال تغییر نیازمند توصیف درست و دقیق است. این توصیف باید به گونه ای باشد که تصورات قالبی و کلیشه ای درباره قصور پزشکی و ویژگی های بیماران و پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی از ذهن زدوده شود و مبنای تبیین و تحلیل مقرون به واقعیت از این مسأله را فراهم کند. تصورات قالبی و پیش داوری هایی که شکایت از قصور پزشکی را به طبقات و گروه های اجتماعی خاص نسبت می دهند یا اینکه گروهی خاص از پزشکان را در مظان اتهام قصور قرار می دهند، مانع از فهم دقیق این مسأله و در نتیجه برنامه ریزی صحیح در خصوص پیشگیری از قصور پزشکی می شوند. بر اساس چنین ضرورتی، هدف پژوهش حاضر توصیف شکایت های قصور پزشکی و ویژگی های اجتماعی جمعیتی بیماران و پزشکان درگیر پرونده قصور پزشکی در شهر تهران است.

روش و مواد

این مطالعه مقطعی توصیفی با بررسی پرونده های قصور پزشکی انجام شد و جامعه آماری آن همه پزشکان و بیمارانی بودند که در سال ۱۳۹۴ در شورای حل اختلاف سازمان نظام پزشکی درگیر پرونده های قصور پزشکی بودند. مطالعه به شیوه تمام شماری انجام شد و همه پرونده هایی که در سال ۱۳۹۴ تشکیل شده بودند که تعدادشان ۴۸۴ پرونده بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. ملاک های ورود پرونده ها به پژوهش، شامل این موارد بود: ۱- موضوع پرونده شکایت بیمار از پزشک معالج به علت قصور پزشکی باشد، ۲- پرونده مربوط به سال ۱۳۹۴ باشد، ۳- اوراق پرونده و اطلاعات مندرج در آن کامل باشد. در صورت فقدان هر کدام از ملاک های مذکور، پرونده از مطالعه خارج می شد.

برای انجام کار و دسترسی به پرونده ها، ابتدا مجوز از مراجع قضایی دریافت و هماهنگی های لازم انجام شد. پس از دسترسی به پرونده ها مشخص شد که در آنها اطلاعات کاملی که بتوان بر اساس آن به سؤالات پژوهش پاسخ داد، موجود نیست. در هر پرونده شکایت از قصور پزشکی در شورای حل اختلاف، برگه شکایت نامه ای وجود داشت که توسط بیمارشاکی تکمیل شده بود، اطلاعاتی شامل نام و نام خانوادگی آدرس و شماره تلفن شاکی و مشتکی عنه موجود بود و بعد از آن شرحی از مشکل و در نهایت خواسته شاکی نوشته شده بود. در برگ دیگری از پرونده رأی شورای حل اختلاف ثبت شده بود که نتیجه شکایت بیمار از پزشک را می شد در آن ملاحظه کرد. در هیچ یک از اوراق پرونده ها مشخصات جمعیتی شناختی بیماران یا پزشکان موجود نبود. برای رفع این مشکل و با توجه به موجود بودن شماره تلفن بیماران در پرونده ها، تصمیم گرفته شد که اطلاعات مورد نیاز با روش مصاحبه تلفنی از بیماران پرسیده شود. به همین منظور لیستی از بیماران شاکی تهیه شد، که اطلاعات موجود در پرونده، شامل جنس بیمار، مشکل اولیه، علت شکایت، عارضه ایجاد شده، خواسته بیمار و رأی شورای حل اختلاف برای هر کدام از آنها ثبت شد، علاوه بر این شماره تلفن همه بیماران و نام و نام خانوادگی پزشکان معالج آنها نیز یادداشت شد. پس از آن برای جمع آوری داده های مورد نیاز از بیماران، پرسشنامه ای طراحی شد که در آن ویژگی های جمعیتی شناختی شامل جنس، سن، تحصیلات، درآمد، شغل، محل سکونت و سؤالاتی برای توصیف قصور پزشکی را در بر می گرفت. سپس با هر کدام از شماره های مندرج در لیست بیماران شاکی پرونده های قصور پزشکی تماس تلفنی برقرار شد که از ۴۸۴ بیمار شاکی، ۳۷۰ نفر به تماس تلفنی پاسخ دادند و حاضر به مشارکت در مطالعه شدند، و سایر نمونه ها به دلایلی مثل پاسخ ندادن به تلفن در سه نوبت، اشتباه بودن شماره تلفن، تغییر شماره تلفن یا عدم تمایل

یا رضایت به مشارکت در تحقیق، ناگزیر حذف شدند. در هر تماس تلفنی، پژوهشگر خود را معرفی و عنوان و هدف تحقیق را برای بیمار تشریح نموده و بر محرمانه بودن اطلاعات شخصی و پاسخ ها تأکید می کرد و به بیمار اطمینان می داد که این داده ها صرفاً برای کار پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرند. افراد با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت می کردند و در هر مرحله از مصاحبه تلفنی مشارکت کننده می توانست از ادامه مکالمه انصراف بدهد و مصاحبه ختم می شد. درباره پزشکان نیز همچون بیماران، غیر از نام و نام خانوادگی و آدرس و شماره تلفن داده دیگری در پرونده موجود نبود. بر اساس متن شکایتنامه بیمار، رشته و درجه علمی پزشکان تا حدودی قابل تشخیص بود. اما جهت اطمینان و ثبت مشخصات دقیق به سایت سازمان نظام پزشکی کشور و قسمت جستجوی پزشک مراجعه و اطلاعات موجود با اطلاعات آن سایت که شامل درجه علمی هر پزشک، رشته تخصصی و آدرس محل کار اوست، مطابقت داده شدند. به این ترتیب فهرستی از ۴۸۴ از پزشکان مورد شکایت تهیه شد. با توجه به حساسیت موضوع، کسب سایر اطلاعات پزشکان از طریق تماس تلفنی امکان پذیر نبود. به همین دلیل به سازمان نظام پزشکی مراجعه شد تا با استفاده از بانک اطلاعاتی آن سازمان امکان دستیابی به داده ها فراهم شود. پس از هماهنگی و کسب مجوز از مقامات این سازمان، سرانجام یک کارشناس برای ارائه داده ها تعیین شد. طبق توصیه کارشناس، محقق یک فایل اکسل تهیه کرد که در آن سه ستون شامل کد پزشک، نام و نام خانوادگی و رشته تخصصی درج شده بود. در بالای ستون های دیگر اطلاعات جمعیت شناختی مورد نیاز شامل سال تولد، جنس، دانشگاه محل تحصیل، سال فارغ التحصیلی، داشتن یا نداشتن پروانه مطب نوشته شد. این فایل به کارشناس تحویل داده شد. وی بعد از تکمیل اطلاعات مورد نیاز و جهت رعایت ملاحظات اخلاقی با حذف نام و نام خانوادگی، فایل را عودت داد. بدین ترتیب اطلاعات هر پزشک با یک کد شناسایی در دسترس قرار گرفت. داده های حاصل شده در مورد بیماران و پزشکان و نیز ویژگی های استخراج شده شکایات قصور از پرونده ها به نرم افزار SPSS-24 منتقل و توصیف داده ها با استفاده از تعیین فراوانی هر یک از متغیرها بر حسب تعداد و درصد انجام شد.

یافته ها

یافته های مطالعه در سه بخش توصیف ویژگی های قصور پزشکی، توصیف ویژگی های اجتماعی-جمعیتی بیماران و توصیف ویژگی های اجتماعی-جمعیتی پزشکان ارائه می شوند. در ۲۹۸ (۶۱/۵٪) مورد از پرونده های قصور پزشکی هدف مراجعه بیمار به پزشک، انجام اقدامات زیبایی گزارش شده بود در حالی که در ۱۶۹ (۳۵٪) مورد، مراجعین به منظور درمان بیماری، به پزشک مراجعه کرده بودند. در ۱۵ (۳/۱٪) مورد علت مراجعات به طور همزمان اقدامات زیبایی و درمانی بوده که مشخصاً جراحی های زیبایی و درمانی بینی یا سیتورینو پلاستی را در بر می گرفت. ۲ (۰/۴) مورد هم مربوط به دو اقدام شامل جراحی بستن لوله رحم و ختنه بودند که ذیل هیچ کدام از دسته های فوق الذکر نمی گنجد. فراوانی انواع مراجعات زیبایی و انواع مشکلات پزشکی در پرونده های قصور پزشکی به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ درج شده است. لازم به ذکر است که در جدول شماره ۱ مراجعات با علت زیبایی و درمانی همزمان نیز لحاظ شده اند و از این رو تعداد انواع مراجعات زیبایی به ۳۱۳ مورد رسیده است.

در بیمارانی که علت مراجعه شان به پزشک، یک مشکل پزشکی و به منظور درمان بیماری بوده و شامل ۱۶۹ نفر از کل بیماران می شد، ۱۳۷ (۸۱/۱٪) نفر به علت قصور در مراحل درمان به شکایت از پزشک معالج خود اقدام کرده اند، در حالی که این رقم در مورد مرحله تشخیص، تنها ۳۲ (۱۸/۹٪) نفر بوده است. از این ارقام می توان فهمید عمده ی شکایات قصور پزشکی توسط بیماران در مرحله ای است که پزشک پس از تشخیص بیماری، وارد مرحله ی درمان شده و بیمار با مداخلات انجام شده توسط پزشک، به نتیجه دلخواه و مورد نظر خود به لحاظ درمانی دست نیافته است. مطالعه نشان داد که از بین ۳۷۰ بیماری که داده آنها از طریق مصاحبه تلفنی جمع آوری شد، ۱۷۵ (۴۷/۳٪) نفر از بیماران شاکی پرونده قصور از طریق دوستان آشنایان و بستگان با پزشک معالج آشنا شده اند. در وهله بعد نحوه آشنایی و مراجعه به پزشک معالج اتفاقی بوده است، یعنی ۵۸ (۱۵/۸٪) نفر. سایر راه های آشنایی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۱- فراوانی انواع مراجعات زیبایی در پرونده های قصور پزشکی

انواع مراجعات زیبایی	تعداد (درصد)
زیبایی بینی	۱۳۲ (۴۲/۲)
تخلیه چربی (لاغری)	۲۹ (۹/۳)
تزریق ژل	۲۹ (۹/۳)
زیبایی پوست	۲۴ (۷/۷)
زیبایی چشم پلک ابرو	۲۳ (۷/۳)
لیزر موهای زائد	۲۲ (۷)
تزریق بوتاکس	۱۶ (۵/۱)
زیبایی پستان	۱۶ (۵/۱)
کاشت مو	۱۱ (۳/۵)
سایر موارد	۱۱ (۳/۵)
جمع	۳۱۳ (۱۰۰)

جدول شماره ۲- فراوانی انواع مشکلات پزشکی در پرونده های قصور پزشکی

مشکل پزشکی	تعداد (درصد)
چشم	۳۴ (۲۰/۱)
گوش و حلق و بینی	۲۴ (۱۴/۲)
زنان و زایمان	۲۴ (۱۴/۲)
ارتوپدی	۲۳ (۱۳/۶)
جراحی عمومی	۲۱ (۱۲/۴)
جراحی مغز و اعصاب	۱۳ (۷/۷)
داخلی	۱۱ (۶/۵)
ارولوژی	۹ (۵/۳)
داخلی مغز و اعصاب	۳ (۱/۸)
کودکان	۲ (۱/۲)
فک و صورت	۱ (۰/۶)
پوست	۱ (۰/۶)
روانپزشکی	۱ (۰/۶)
قلب	۱ (۰/۶)
عفونی	۱ (۰/۶)
جمع	۱۶۹ (۱۰۰)

جدول شماره ۳- راه های آشنایی بیمار شاکی پرونده قصور پزشکی با پزشک معالج

راه آشنایی بیمار با پزشک	(درصد) تعداد
معرفی دوستان، بستگان یا آشنایان	۱۷۵ (۴۷/۳)
به طور اتفاقی	۵۸ (۱۵/۷)
نزدیک محل سکونت یا کار	۳۶ (۹/۷)
جستجو در اینترنت	۳۶ (۹/۷)
ارجاع توسط یک پزشک دیگر	۲۲ (۵/۹)
رسانه و تبلیغات	۱۶ (۴/۳)
از روی ناچاری	۱۴ (۳/۸)
سایر موارد	۱۳ (۳/۶)

در این مطالعه، چنانکه در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، بیشترین مواجهات منجر به قصور پزشکی در کلینیک های خصوصی ۱۳۹ (۳۷/۶٪) مورد بوده و درمانگاه های دولتی کمترین فراوانی یعنی ۴ (۱/۱٪) مورد را داشتند. در واقع بیشترین میزان مواجهات منجر به تشکیل پرونده قصور در بخش خصوصی صورت گرفته است.

جدول شماره ۴- انواع مکان های مواجهه بیمار شاکی پرونده قصور پزشکی و پزشک معالج

مکان مواجهه	(درصد) تعداد
کلینیک خصوصی	۱۳۹ (۳۷/۶)
مطب شخصی پزشک	۱۰۷ (۲۸/۹)
بیمارستان دولتی	۷۰ (۱۸/۹)
بیمارستان خصوصی	۶۱ (۱۶/۵)
سایر مراکز درمانی	۶ (۱/۶)
درمانگاه دولتی	۴ (۱/۱)

مطالعه نشان داد که هدف بیشتر شاکیان از طرح شکایت یعنی ۱۷۹ (۴۸/۴٪) نفر دریافت خسارت از پزشک بوده است. سایر اهداف بیماران از طرح شکایت در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول شماره ۵- فراوانی اهداف بیماران شاکی پرونده قصور پزشکی از طرح شکایت قصور پزشکی

هدف از شکایت	(درصد) تعداد
دریافت خسارت	۱۷۹ (۴۸/۴)
بهبود عارضه یا اقدام درمانی مجدد	۱۵۲ (۴۱/۱)
پیشگیری از وقوع موارد مشابه	۱۰۵ (۲۸/۴)
وادار کردن پزشک به پاسخگویی	۱۰۴ (۲۸/۱)
تنبیه و سلب صلاحیت از پزشک (مثل لغو پروانه)	۹۷ (۲۶/۲)
سایر	۱۴ (۳/۵)

نتیجه رسیدگی به پرونده های شکایت قصور پزشکی به این صورت بود که ۱۵۲ (۳۱/۴٪) بیمار با دریافت خسارت نقدی از پزشک رضایت داده بودند و بین آنها و پزشک سازش حاصل شده بود. ۵۲ (۱۰/۷٪) بیمار هم پس از ارجاع پرونده به دادسرا از پزشک دیه دریافت کرده بودند. سایر نتایج در جدول شماره ۶ موجود است.

جدول شماره ۶- نتیجه رسیدگی به پرونده های شکایت قصور پزشکی

نتیجه شکایت	تعداد (درصد)
رضایت بیمار با دریافت خسارت	۱۵۲ (۳۱/۴)
عدم توافق و ارجاع به دادسرا	۱۱۳ (۲۳/۳)
رضایت بیمار	۶۱ (۱۲/۶)
پرداخت دیه	۵۲ (۱۰/۷)
انصراف شاکی	۳۷ (۷/۶)
رضایت بیمار با توضیحات پزشک	۳۱ (۶/۴)
رضایت بیمار با ادامه درمان	۱۲ (۲/۵)
عدم حضور پزشک	۱۱ (۲/۳)
منع تعقیب و ختم پرونده	۷ (۱/۴)
منع تعقیب و نپذیرفتن رأی از طرف بیمار	۶ (۱/۲)
تبرئه	۴ (۰/۶)
جمع	۴۸۴ (۱۰۰)

چنانکه در جدول شماره ۷ آمده، از بین ۳۷۰ بیماری که با آنها مصاحبه تلفنی انجام شد ۱۹۹ (۵۴/۴٪) نفر نحوه رسیدگی به پرونده و رأی صادره در شورای حل اختلاف را جانبداری از پزشک ارزیابی کردند، ۱۱۴ (۳۱/۱٪) نفر آن را منصفانه و عادلانه توصیف کردند و فقط ۹ (۲/۴٪) نفر اعتقاد داشتند که از آنها جانبداری شده است.

جدول شماره ۷- ارزیابی بیماران از نتیجه شکایت قصور پزشکی

نوع ارزیابی	تعداد (درصد)
جانبداری از پزشک	۱۹۹ (۵۴/۴)
عادلانه و منصفانه	۱۱۴ (۳۱/۱)
جانبداری از بیمار	۴۸ (۱۲/۱)
سایر موارد	۹ (۲/۴)
جمع	۳۷۰ (۱۰۰)

شایع ترین پیامدهای قصور پزشکی برای بیماران به ترتیب عبارت بودند از، ۲۴۷ (۶۶/۸٪) نفر پیامدهای جسمی دائمی، ۱۸۲ (۴۹/۲٪) نفر پیامدهای روانی و ۸۳ (۲۲/۴٪) نفر پیامدهای مالی، سایر پیامدها در جدول شماره ۸ درج شده اند. بیماران می توانستند بیش از یک پیامد را تجربه کرده باشند و به همین علت است که تعداد پیامدها در جدول شماره ۸ با تعداد بیماران مشارکت کننده در مطالعه مطابقت ندارد.

جدول شماره ۸- فراوانی انواع پیامدهای قصور پزشکی در بیماران شاکی پرونده قصور پزشکی

پیامد قصور پزشکی	تعداد (درصد)
جسمی دائمی	۲۴۷ (۶۶/۸)
روانی	۱۸۲ (۴۹/۲)
مالی	۸۳ (۲۲/۴)
جسمی موقت	۸۱ (۲۱/۹)
خانوادگی	۷۸ (۲۱/۱)
شغلی-تحصیلی	۶۲ (۱۶/۸)

قبل از پرداختن به ویژگی های اجتماعی-جمعیتی بیماران یادآور می شود که اگر چه تعداد پرونده های قصور پزشکی بررسی شده مربوط به ۴۸۴ بیمار بود، اما چنانکه در قسمت روش شناسی تحقیق توضیح داده شد، از این تعداد داده های مربوط به ۳۷۰ نفر تکمیل شد و به مابقی بیماران دسترسی وجود نداشت که ناگزیر از محاسبات این بخش حذف شدند. در این مطالعه فراوانی زنان شاکی قصور پزشکی ۲۳۸ (۶۴/۳٪) نفر و فراوانی مردان ۱۳۲ (۳۵/۷٪) نفر بود. حداقل و حداکثر سن شاکیان به ترتیب ۱۸ و ۷۸ سال و میانگین (انحراف معیار) سن آنان نیز ۳۹/۶ (۱۲/۷) سال بوده است. بیشترین تعداد شاکیان ۱۵۹ (۴۳٪) نفر در گروه سنی ۳۱ تا ۴۲ سال قرار داشته اند، در حالی که شاکیان گروه سنی ۶۳ سال و بالاتر دارای کمترین فراوانی یعنی ۱۷ (۴/۶٪) نفر بوده اند. در مطالعه حاضر در میان شاکیان، گروه متأهل دارای بیشترین فراوانی با ۲۱۹ (۵۹/۸٪) نفر بوده و بیش از نیمی از شاکیان را تشکیل می دهند. گروه هرگز ازدواج نکرده ۱۲۶ (۳۴٪) نفر در رده بعد قرار داشتند. همچنین گروه طلاق گرفته ۱۰ (۲/۷٪) نفر کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند. بررسی وضعیت اقتصادی بیماران شاکی قصور پزشکی نشان داد که ۲۰۶ (۵۵/۷٪) نفر از آنها شاغل و سایرین یا بیکار هستند و یا در شمار جمعیت غیرفعال از نظر اقتصادی به حساب می آیند. در جدول شماره ۹، ویژگی های جمعیت شناختی بیماران شاکی پرونده های قصور پزشکی مشارکت کننده در مطالعه، قابل مشاهده است.

جدول شماره ۹- ویژگی های جمعیت شناختی بیماران شاکی پرونده های قصور پزشکی مشارکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	زن (۶۴/۳) ۲۳۸
	مرد (۳۵/۷) ۱۳۲
سن	کمتر از ۳۰ سال (۲۵/۷) ۹۵
	۳۱-۴۲ (۴۳) ۱۵۹
	۴۳-۵۴ (۱۷) ۶۳
	۵۵-۶۳ (۹/۷) ۳۶
	۶۳ سال و بالاتر (۴/۶) ۱۷
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج نکرده (۳۴) ۱۲۶
	متأهل (۵۹/۲) ۲۱۹
	همسر فوت شده (۳) ۱۱
	طلاق گرفته (۲/۷) ۱۰
	وضعیت تأهل نامشخص (۱/۱) ۴
وضعیت اقتصادی	فعال شاغل (۵۵/۷) ۲۰۶
	بیکار(در جستجوی کار) (۶/۲) ۲۳
	غیرفعال خانه دار (۲۵/۱) ۹۳
	در حال تحصیل (۳/۵) ۱۳
	سرباز (۰/۵) ۲
	بازنشسته (۷/۳) ۲۷
	از کار افتاده (۱/۶) ۶

در این مطالعه از نظر درآمد ماهیانه خانوار، ۲۰۱ (۵۴/۳٪) نفر از بیماران درآمد متوسط داشتند، و فقط ۶۰ (۱۶/۲٪) نفر دارای درآمد زیاد بودند. البته در این مطالعه تقسیم بندی منطبق با خط فقر تعریف شده نیست، و برچسب های مورد استفاده کم، متوسط و زیاد قراردادی و جهت تسهیل طبقه بندی به کار رفته اند. ۲۴۵ (۶۶/۲٪) نفر یعنی حدود دو سوم از بیماران شاکی قصور پزشکی یا سرپرست خانوارهای آنها دارای شغلی با منزلت متوسط بودند. فراوانی بیماران دارای منزلت

شغلی بالا از سایر گروه های منزلت شغلی کمتر و در حد ۲۰ (۵/۴٪) نفر بود. بیشترین فراوانی از نظر تعداد اعضای خانوار در بین بیماران شاکی قصور مربوط به بیمارانی با خانوارهای ۴ نفری بود، که ۱۰۱ (۲۷/۳٪) نفر را در بر می گرفت. همچنین فراوانی بیمارانی با خانوارهای شش نفر و بیشتر از سایر گروه ها کمتر و در حد ۱۷ (۴/۶٪) نفر بود. در بین بیماران شاکی پرونده های قصور پزشکی تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بیشترین فراوانی ۱۴۵ (۳۹/۵٪) نفر و گروه بی سواد کمترین فراوانی یعنی ۴ (۱/۱٪) نفر را داشتند.

جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی بیماران شاکی قصور پزشکی بر حسب ویژگی های اقتصادی و اجتماعی

متغیر	تعداد	(درصد)
درآمد ماهیانه	کم (کمتر از یک میلیون تومان ماهیانه)	۹۵ (۲۵/۷)
	متوسط (بین یک تا دو میلیون تومان ماهیانه)	۲۰۱ (۵۴/۳)
	زیاد (بیشتر از سه میلیون تومان ماهیانه)	۶۰ (۱۶/۲)
	وضعیت در آمد نامشخص	۱۴ (۳/۸)
منزلت شغلی	پایین	۵۲ (۱۴)
	متوسط	۲۴۵ (۶۶/۲)
	نسبتاً بالا	۴۸ (۱۲/۹)
	بالا	۲۰ (۵/۴)
	نامشخص	۵ (۱/۵)
تعداد اعضای خانوار	یک نفر	۲۷ (۷/۳)
	دو نفر	۶۷ (۱۸/۱)
	سه نفر	۸۹ (۲۴)
	چهار نفر	۱۰۱ (۲۷/۳)
	پنج نفر	۴۲ (۱۱/۳)
	شش نفر و بیشتر	۱۷ (۴/۶)
	نامشخص	۲۷ (۷/۳)
	تحصیلات	بی سواد
کم سواد (ابتدائی تا کمتر از دیپلم)	۴۷ (۱۲/۷)	
دیپلم	۱۲۱ (۳۲/۷)	
فوق دیپلم و لیسانس	۱۴۵ (۳۹/۲)	
فوق لیسانس و بالاتر	۵۰ (۱۳/۵)	
نامشخص	۳ (۰/۸)	
منطقه محل سکونت	سطح اول توسعه	۶، ۳، ۱، ۲
	سطح دوم توسعه	۷، ۵
	سطح سوم توسعه	۱۱، ۸، ۱۳، ۲۱، ۴، ۱۰، ۱۶
	سطح چهارم توسعه	۱۸، ۱۹، ۱۷، ۱۵
	خارج از تهران	۹، ۲۰، ۱۴، ۲۲، ۱۲
پایگاه اقتصادی اجتماعی	بسیار بالا	۶ (۱/۶)
	بالا	۳۸ (۱۰/۳)
	متوسط	۱۰۴ (۲۸/۱)
	پایین	۱۳۷ (۳۷)
	بسیار پایین	۸۵ (۲۳)

بر حسب منطقه سکونت ۱۵۵ (۵۳/۳٪) نفر از بیماران شاکی پرونده قصور پزشکی ساکن یکی از مناطق سطح سوم توسعه بوده اند که بیشترین فراوانی را داشته اند و کمترین تعداد یعنی ۲۶ (۰/۹٪) نفر ساکن مناطق سطح چهارم توسعه بوده اند. البته باید توجه داشت که این فراوانی متأثر از تعداد مناطق قرار گرفته در هر سطح توسعه و توزیع نابرابر جمعیت در این مناطق است، که سطح سوم توسعه بیشترین مناطق را دارد و شامل ۱۲ منطقه است. برای محاسبه متغیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی بیماران شاکی قصور پزشکی در این مطالعه، پنج شاخص میزان درآمد خانوار، تعداد اعضای خانوار، منطقه سکونت، میزان تحصیلات، منزلت شغلی با هم ترکیب شدند. تقسیم بندی منطقه سکونت بر اساس، رده بندی مناطق تهران از نظر تلفیق شاخص های توسعه رفیعیان و شالی (۱۳۹۱) انجام شد (۱۴). منزلت شغلی نیز بر اساس طبقات شغلی ۹ گانه ناییب و عبداللهیان (۱۳۸۱) سنجیده شد (۱۵). نهایتاً نمونه ها در پنج سطح اقتصادی اجتماعی خیلی بالا، بالا، متوسط، پایین و خیلی پایین قرار گرفتند. بیشترین فراوانی شاکیان پرونده های قصور از نظر پایگاه اقتصادی-اجتماعی در پایگاه پایین اقتصادی اجتماعی یعنی ۱۳۷ (۳۷/٪) نفر و کمترین فراوانی در پایگاه اقتصادی-اجتماعی بسیار بالا ۶ (۱/۶٪) نفر بود. در واقع بیش از نیمی از بیماران شاکی پرونده قصور، یعنی ۲۲۲ (۶۰/٪) نفر پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین یا بسیار پایین دارند. در این مطالعه ۸۱٪ از پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی مرد و ۱۹٪ زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن پزشکان (۹/۶) ۴۹/۶ سال بود، جوانترین پزشک ۲۷ ساله و سالمندترین پزشک ۸۴ ساله بود. اکثریت پزشکان، یعنی ۱۷۴ (۳۶٪) نفر در فاصله سنی ۳۷ تا ۵۶ سال بودند. میانگین (انحراف معیار) مدت طبابت (۹/۱) ۱۵/۵ سال بود و حداقل مدت طبابت یک سال، حداکثر مدت آن ۵۷ سال بود. بیشترین فراوانی ۱۴۸ (۳۰/۵٪) متعلق به گروه پزشکانی بود که بیست سال و بیشتر از مدت طبابت شان می گذشت. از نظر درجه علمی، بیش از نیمی از شکایت های قصور پزشکی یعنی ۲۹۱ (۶۰/۱٪) نفر مربوط به متخصصان بود و پزشکان عمومی با ۱۰۹ (۲۲/۵٪) در رده بعد قرار داشتند. جزییات ویژگی های جمعیت شناختی پزشکان در جدول شماره ۱۱ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۱۱-ویژگی های جمعیت شناختی پزشکان (متشاکیان قصور پزشکی)

متغیر	تعداد	(درصد)
جنس	زن	۹۲ (۱۹)
	مرد	۳۹۲ (۸۱)
سن	۲۷-۳۶	۳۳ (۶/۸)
	۳۷-۴۶	۱۶۸ (۳۴/۷)
	۴۷-۵۶	۱۷۴ (۳۶)
	۵۷-۶۶	۶۹ (۱۴/۲)
	۶۷ و بالاتر	۳۱ (۶/۴)
	نامشخص	۹ (۱/۹)
سابقه طبابت	۵ سال و کمتر	۷۳ (۱۵/۱)
	۵ تا ۹ سال	۵۷ (۱۱/۷)
	۱۰ تا ۱۴ سال	۸۹ (۱۸/۴)
	۱۵ تا ۱۹ سال	۱۰۸ (۲۲/۳)
	۲۰ سال و بیشتر	۱۴۸ (۳۰/۵)
	نامشخص	۹ (۲)
درجه علمی	پزشک عمومی	۱۰۹ (۲۲/۵)
	متخصص	۲۹۱ (۶۰/۱)
	فلوشیپ یا فوق تخصص	۷۶ (۱۵/۷)
	نامشخص	۸ (۱/۷)

از نظر رشته تحصیلی یا تخصصی، بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به رشته گوش، حلق و بینی ۱۱۵ (۲۳/۸٪) نفر، پزشکی عمومی ۱۰۸ (۲۲/۳٪) نفر و جراحی عمومی ۷۴ (۱۵/۳٪) نفر بود. همان طور که ملاحظه می شود، رشته هایی از پزشکی که با مداخلات جراحی همراه هستند، بیشترین فراوانی را داشتند. توزیع فراوانی پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی بر حسب رشته تحصیلی در جدول شماره ۱۲ آمده است.

جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی بر حسب رشته تحصیلی

رشته	تعداد (درصد)
گوش و حلق و بینی	۱۱۵ (۲۳/۸)
پزشک عمومی	۱۰۸ (۲۲/۳)
جراحی عمومی	۷۴ (۱۵/۳)
جراحی پلاستیک	۳۱ (۶/۵)
چشم پزشکی	۳۶ (۷/۵)
زنان	۲۶ (۵/۴)
ارتوپدی	۱۶ (۳/۳)
جراحی دهان فک و صورت	۱۴ (۲/۹)
پوست	۱۲ (۲/۵)
جراحی مغز و اعصاب	۱۱ (۲/۳)
ارولوژی	۹ (۱/۸)
بیهوشی	۹ (۱/۸)
داخلی	۹ (۱/۳)
سایر	۱۶ (۳/۳)
جمع	۴۸۴ (۱۰۰)

بیشترین فراوانی از نظر دانشگاه محل تحصیل در گروه فارغ التحصیلان دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۱۹ (۲۴/۶٪) نفر است، بعد از آن دانشگاه علوم پزشکی بهشتی ۱۰۰ (۲۰/۷٪) نفر و دانشگاه علوم پزشکی ایران ۷۶ (۱۵/۳٪) نفر قرار دارند. فراوانی دانشگاه های دیگر در جدول ۱۳ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی پزشکان دارای پرونده قصور بر حسب دانشگاه محل تحصیل

دانشگاه محل تحصیل	تعداد (درصد)
علوم پزشکی تهران	۱۱۹ (۲۴/۶)
علوم پزشکی بهشتی	۱۰۰ (۲۰/۷)
سایر دانشگاه های علوم پزشکی	۷۶ (۱۵/۷)
علوم پزشکی ایران	۷۴ (۱۵/۳)
علوم پزشکی شیراز	۲۸ (۵/۸)
علوم پزشکی اصفهان	۲۴ (۴/۹)
محل تحصیل ثبت نشده	۲۳ (۴/۷)
آزاد اسلامی	۱۵ (۳/۱)
خارج از ایران	۱۳ (۲/۷)
علوم پزشکی تبریز	۱۲ (۲/۵)
جمع	۴۸۴ (۱۰۰)

بحث

مطالعه نشان داد علت مراجعه نزدیک به دو سوم کل پرونده های قصور پزشکی یعنی ۲۹۸ (۶۱/۵٪) مورد اهداف زیبایی بوده است. شایع ترین علت مراجعه زیبایی، یعنی ۱۳۲ (۴۲/۳٪) نفر مراجعه برای انجام جراحی زیبایی بینی بود. در میان پرونده هایی که مراجعه به پزشک با هدف درمانی بوده است، تنها در ۳۲ (۱۸/۹٪) مورد شکایت از قصور مربوط به تشخیص و باقی موارد ۱۳۷ (۸۱/۱٪) مربوط به درمان بیماری بوده است. شایع ترین مشکلات پزشکی در مراجعات با هدف درمانی به ترتیب مشکلات چشم ۳۴ (۲۰/۱٪) مورد، گوش و حلق و بینی ۲۴ (۱۴/۲٪) مورد، زنان و زایمان ۲۴ (۱۴/۲٪) مورد، ارتوپدی ۲۳ (۱۳/۶٪) مورد و جراحی عمومی ۲۱ (۱۲/۴٪) مورد بوده اند. شایع ترین مکانی که مواجهه پزشکی منجر به تشکیل پرونده قصور در آن صورت گرفته کلینیک های خصوصی ۱۳۹ (۳۷/۶٪) مورد و بعد مطب های شخصی ۱۰۷ (۲۸٪) مورد شهر تهران بودند. بررسی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران نشان داد که فراوانی شکایت قصور پزشکی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۲ سال ۱۵۹ (۴۳/۳٪) نفر، زنان ۲۳۸ (۶۴/۳٪) نفر، متأهلین ۲۱۹ (۵۹/۸٪) نفر، تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس ۱۴۵ (۳۹/۲٪) نفر و سطح اقتصادی-اجتماعی پایین ۱۳۷ (۳۷٪) بیش از سایر زیرگروه های هر کدام از این متغیرهاست. شایع ترین راه آشنایی بیمار با پزشک معالج، ۱۷۵ (۴۷/۳٪) نفر، معرفی پزشک توسط دوستان، آشنایان یا بستگان بود. بیشترین فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی پزشکان دارای پرونده قصور مربوط به گروه سنی ۴۷ تا ۵۶ سال ۱۷۴ (۳۶٪) نفر، جنس مرد ۳۹۲ (۸۱٪) نفر، متخصص ۲۹۱ (۶۰/۱٪) نفر، فارغ التحصیلان دانشگاه های شهر تهران ۱۱۹ (۲۴/۶٪) نفر، رشته گوش و حلق و بینی ۱۱۵ (۲۳/۸٪) نفر و مدت طبابت بیست سال و بیشتر ۱۴۸ (۳۰/۵٪) نفر بود. در این مطالعه مشخص شد که پرونده های قصور پزشکی دو دسته هستند، اول پرونده های قصور پزشکی که شاکتی برای هدف درمانی به پزشک مراجعه نموده و دوم پرونده هایی که علت مراجعه خدمات زیبایی بوده است. تفکیک علت مراجعه در مطالعه جامعه شناختی قصور پزشکی از آن رو می تواند اهمیت داشته باشد که مراجعات زیبایی عموماً در شرایطی متفاوت از مراجعات درمانی صورت می گیرد و توقعات و انتظارات مراجع از پزشک متفاوت است از بیماری که برای هدف درمانی مراجعه کرده و «نقش مریض» از طرف پزشک به او داده می شود. در مراجعات زیبایی رابطه پزشک-بیمار صورت دیگری می یابد که می توان آن را بسته به نظام بهداشتی درمانی یا محیطی که مداخله پزشکی زیبایی در آن انجام می شود، رابطه پزشک-مراجع یا پزشک-مشتری نامید. در مراجعات زیبایی که به تشکیل پرونده قصور ختم می شوند، مراجع ابتدا به عنوان فرد سالم به پزشک مراجعه کرده و بعد از اقدام پزشکی، به دو علت طرح شکایت می کند: یا دچار عارضه بعد از مداخله پزشکی شده و سلامتش آسیب دیده و یا اینکه توقع او در خصوص زیبایی برآورده نشده است. در واقع با تفکیک مراجعات زیبایی از درمانی در پرونده های قصور پزشکی است که تحلیل دقیق تری از این مسأله میسر می شود. در این مطالعه علت مراجعه به پزشک در اکثر پرونده های مورد بررسی، دریافت خدمات زیبایی بود، که در این میان جراحی زیبایی بینی بالاترین درصد را داشت. این یافته با مطالعه میراکبری و همکاران (۱۳۸۲) مطابقت دارد (۱۶) که در آن مطالعه نیز، بیشترین میزان شکایت، علیه جراحان گوش و حلق و بینی و به علت عدم تقارن بینی طرح شده بود. در آمار ارائه شده توسط سازمان پزشکی قانونی نیز جراحی پلاستیک و ترمیمی دومین فراوانی را در میان موضوعات طرح شده در کمیسیون های پزشکی قانونی شهر تهران داشته است. این یافته یعنی بالا بودن تعداد پرونده های شکایت از قصور در رشته های زیبایی را می توان به افزایش تقاضا و گرایش جامعه به این نوع از اقدامات پزشکی دانست که کثرت موارد جراحی احتمال وقوع عارضه یا نارضایتی و به این طریق طرح شکایت قصور پزشکی را افزایش می دهد. در پرونده هایی که علت مراجعه به پزشک با هدف درمانی بود، بیشترین مشکلات بیماران به ترتیب مربوط به موضوعات چشم، گوش، حلق و بینی، مشکلات زنان و زایمان، ارتوپدی و جراحی عمومی بود. در آمار اخذ شده از پزشکی قانونی بیشترین موضوعات مطرح شده رشته پزشکی در کمیسیون های این سازمان در شهر تهران مربوط به جراحی زنان، زایمان و نازایی، جراحی پلاستیک و ترمیمی، جراحی ارتوپدی، جراحی عمومی و جراحی مغز و اعصاب بود. علت تفاوت بین یافته این مطالعه و آمار پزشکی قانونی به نمونه های مورد بررسی در مطالعه حاضر بازمی گردد. در این مطالعه پرونده های موجود در سازمان نظام پزشکی بررسی

شدند که پرونده هایی با شکایت های سبک تر و با میزان خسارت احتمالی کمتر هستند، بنابراین تفاوت بین فراوانی رشته های مورد شکایت در این مطالعه و آمار سازمان پزشکی قانونی، دور از انتظار نیست. در میان پرونده هایی که علت مراجعه به پزشک، مشکل پزشکی و بیماری بود، تنها ۳۲ (۱۸/۹٪) مورد از شکایات مربوط به تشخیص بیماری بود و بیشتر پرونده ها مربوط به قصور در درمان می شدند. این یافته با نتیجه مطالعه کامیاب و همکاران (۱۳۹۵) مطابقت دارد به طوری که در مطالعه آنها نیز ۹۷٪ پرونده های قصور مربوط به اتخاذ تصمیمات درمانی بود و فقط ۳٪ به تشخیص مربوط می شد (۱۷). در مطالعه Harris (۲۰۱۵) نیز بیشترین قصور ها مربوط به درمان و در وهله بعد مربوط به تشخیص بود (۱۸). در تبیین این یافته باید در نظر داشت که بسیاری از درمان های نامطلوب ممکن است نتیجه تشخیص های نادرست باشند، اما در شکایت قصور ممکن است تنها نتیجه نامطلوب درمان برجسته شود. در واقع تشخیص امری است که پزشک به علت برخورداری بودن از دانش پزشکی قادر به انجام آن است و در مقابل بیمار که دانش اندکی دارد، ممکن است نتواند قضاوتی درباره درستی یا نادرستی تشخیص پزشک داشته باشد، اما نتیجه درمان را به خوبی می بیند و درک می کند و امکان قضاوت برای او فراهم است. بنابراین بیماران اگر چه ممکن است قضاوتی درباره تشخیص نداشته باشند اما با وقوع عارضه ناشی از درمان و مشاهده آن عملکرد پزشک را به چالش می کشند و از او شکایت می کنند. یافته های جمعیت شناختی این پرونده ها، شناخت قابل توجهی از مسأله قصور پزشکی فراهم می کند. به طور کلی فراوانی زنان شاکی پرونده های قصور پزشکی بیشتر از مردان بود و ۲۳۸ (۶۴/۳٪) نفر از کل شاکیان زنان بودند. بعضی مطالعات داخلی و خارجی نیز نشان می دهد که زنان بیشتر از مردان از قصور پزشکی شکایت می کنند، از جمله مطالعه Harris (۲۰۱۵) (۱۸) و Doherty و Haven (۱۹۷۷) (۱۹) نشان دادند که فراوانی زنان شاکی قصور بیشتر از مردان بوده است. فراوانی بیشتر زنان ممکن است با فیلدی از پزشکی که در آن پژوهش انجام شده مرتبط باشد. در همین پژوهش در پرونده های قصور پزشکی که در شورای حل اختلاف مورد رسیدگی قرار گرفته اند، بیشترین علت مراجعه به پزشک با هدف زیبایی بوده است و فراوانی زنان در پرونده های با هدف زیبایی بیشتر از مردان بود، بنابراین تفوق آنها در شکایت از قصور دور از انتظار نیست. اگر در حوزه های دیگری متغیر جنس مورد توجه قرار گیرد، ممکن است این نسبت جنسی به هم بخورد، چنان که مطالعه بزرگ بفرویی و همکاران (۱۳۹۵) که بر روی پرونده های قصور رشته ارتوپدی انجام شده نشان می دهد که اکثر شاکیان یعنی ۷۲٪ مرد بوده اند (۲۰).

در تبیین این یافته که تعداد و درصد زنان شاکی قصور پزشکی از مردان بیشتر است می توان گفت که به طور مطلق میزان مراجعات زنان به پزشک بیشتر از مردان است، بنابراین به دست آمدن چنین یافته ای دور از انتظار نیست، اما از آنجا که چنین یافته ای درباره پرونده های قصور پزشکی به دست آمده است، می توان از منظری دیگر نیز به آن نگرست که افزایش قدرت زنان در مناسبات اجتماعی را نشان می دهد. با بروز عارضه پزشکی و نارضایتی از نتیجه درمان، تضاد میان بیمار زن که در موقعیت فرودست از نظر جنسیت و قدرت نسبت به پزشک مرد قرار دارد، شکل می گیرد و در مراجع قضایی برتری حرفه ای و جنسیتی پزشک/مرد توسط بیمار/زن به چالش کشیده می شود. در این مطالعه بیش از نیمی از بیمارانی که از قصور پزشکی شکایت کرده اند، تحصیلات دانشگاهی داشته اند. چنین یافته ای در حالی که سهم تحصیلکردگان دانشگاهی در جامعه ی ایران حدود ۲۵ درصد است، جالب توجه است. این یافته ممکن است حاکی از حساسیت و پیگیری بیشتر این گروه برای احقاق حقوق شان باشد و شاید بتوان این حساسیت و پیگیری را نتیجه افزایش اطلاعات و دانش عمومی دانشگاه-رفتگان درباره پزشکی دانست که خود منجر به نوعی مقاومت در برابر قدرت ناشی از دانش پزشکان می شود.

از دیگر یافته های قابل توجه، پایگاه اقتصادی و اجتماعی بیماران شاکی قصور بود که پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین و بسیار پایین مجموعاً بیشترین فراوانی را داشتند. در کنار یافته ی دیگر این پژوهش که نشان داد مهم ترین هدف بیماران از طرح دعوی قصور گرفتن خسارت از پزشکی بود، این یافته را از طرفی می توان چنین تفسیر نمود که احتمالاً پزشکان در مواجهه با طبقات مختلف اجتماعی-اقتصادی سوگیری دارند و به این دلیل طبقات فرودست بیشتر دچار عوارض ناشی از تشخیص و درمان می شوند و بیشتر هم از پزشک شکایت می کنند. از طرفی می توان گفت با بدتر شدن شرایط اقتصادی اجتماعی، انگیزه طرح شکایت ممکن است بیشتر شود. این یافته می تواند نشان دهنده تشدید تضاد منافع میان بیمار و

پزشک با افت سطح اقتصادی اجتماعی بیمار باشد. فرانک و همکاران (۲۰۱۲) در یک فراتحلیل به این نتیجه دست یافتند که در ایالات متحده آمریکا بر خلاف فهم رایج، بیماران فقیر کمتر از سایر گروه های بیماران از پزشکان شکایت می کنند، آنها در تبیین این یافته توضیح داده اند که فقدان دسترسی به منابع قانونی و ماهیت سیستم قضایی که طرح شکایت مستلزم پرداخت هزینه های گزاف از ۲۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ دلار است موجب شده که فقرا کمتر قادر به شکایت از پزشک باشند (۲۱). در ایران که هزینه های طرح شکایت محدود است، بیماران فقیر و کم درآمد نیز امکان طرح شکایت در مراجع قضایی را دارند و در واقع تفاوت دسترسی به منابع حقوقی در دو کشور، ناهمخوانی یافته ها را توضیح می دهد.

یافته های مطالعه نشان داد که فراوانی پزشکان مرد مورد شکایت ۳۹۲ (۸۱٪) نفر و بیشتر از زنان ۹۲ (۱۹٪) بود. در مطالعه جغتایی و همکاران (۱۳۹۲) که در میان پزشکان جراح انجام شده (۲۲) و در مطالعه هدایتی و همکاران (۱۳۹۰) هم دقیقاً همین نسبت جنسی در بین پزشکانی که مورد شکایت قرار گرفته اند (۸۱٪ مرد و ۱۹٪ زن) برقرار بوده است (۲۳). در مطالعه رفیع زاده طبایی زواره و همکاران (۱۳۸۶) نیز که پرونده های شکایت از قصور پزشکان عمومی بررسی شده، ۸۷/۳٪ از پزشکان مورد شکایت مرد و ۱۲/۷٪ زن بودند (۱۲). برای چنین یافته ای دو تحلیل می توان ارائه داد. اول اینکه به طور کلی تعداد زنان در حال طبابت بخصوص در سطح تخصصی و رشته های پرخطر از نظر شکایت، کمتر از مردان است (۲۴). از این رو به طور نسبی پرونده های شکایت از آنها کمتر است. اما تحلیل دیگر به نوع طبابت پزشکان زن باز می گردد که تمایل دارند وقت بیشتری برای بیماران صرف کنند (۲۵) و در مقایسه با پزشکان مرد همدلی بیشتری با بیماران نشان می دهند (۲۶). فراوانی پزشکان مورد شکایت بر اساس درجه علمی پزشکان به ترتیب پزشکان متخصص ۲۹۱ (۶۰/۱٪) نفر، پزشکان عمومی ۱۰۹ (۲۲/۵٪) نفر و فلوشیپ یا فوق تخصص ۷۶ (۱۵/۷٪) نفر بوده و پزشکان متخصص بیشترین فراوانی را داشته اند. این یافته با یافته های مطالعات پیشین مطابقت دارد، از جمله با مطالعه فرهادی و همکاران (۱۳۸۳) که از ۵۵۲ پرونده قصور پزشکی، ۷۳ (۱۳/۲٪) مورد مربوط به پزشکان عمومی بود (۱۰)، مطالعه رفیع زاده طبایی زواره و همکاران (۱۳۸۶) که در آن از مجموع ۲۵۷۳ پرونده شکایت از کادر درمانی، تعداد ۱۷۳ (۶/۷۲٪) پرونده شکایت از پزشکان عمومی وجود داشت (۱۲)، مطالعه هدایتی و همکاران (۱۳۹۰) که شکایت از پزشکان عمومی ۲۴/۵٪ بود (۲۳) و مطالعه ادیب زاده که بیشترین میزان شکایت بر حسب رتبه علمی از متخصص ها و به تعداد ۱۱۴ مورد از کل ۱۳۵ بوده است (۲۷). در تبیین این یافته می توان گفت که بار مراجعات پرخطر به متخصصان، مخصوصاً رشته های جراحی بیشتر است و همین امر احتمال شکایت از آنها را بیشتر می کند. بر همین اساس پزشکان عمومی چون در حوزه های کم خطرتری از پزشکی فعالیت می کنند، کمتر در معرض شکایت بیماران قرار می گیرند. البته این یافته بر خلاف این تصور عمومی است که قصور را به درجه علمی پزشک می داند و پزشکان عمومی را عاملان اصلی قصور می معرفی می کند. در این تصور عام عوامل اجتماعی قصور پزشکی و شکایت از آن نادیده گرفته می شود و مسأله به حد ویژگی های فردی و صلاحیت علمی پزشکان آن هم بر حسب درجه علمی تقلیل داده می شود، و از این رو پزشک عمومی به عنوان مقصر اصلی شناخته می شود. در حالی که یافته های مطالعات مختلف نشان می دهد که بخش کوچکی از دعوای قصور پزشکی علیه پزشکان عمومی اقامه می شود. یافته دیگر این بود که اکثر پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی شهر تهران، فارغ التحصیل دانشگاه های همین شهر یعنی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۱۹ (۲۴/۶٪) نفر و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۰۰ (۲۰/۷٪) نفر و دانشگاه علوم پزشکی ایران ۷۴ (۱۵/۳٪) نفر بودند و در رده های بعد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شیراز و اصفهان قرار داشتند. در تبیین این یافته باید متذکر شد که این مطالعه در شهر تهران انجام شده است و قابل انتظار است که پزشکان مورد بررسی در این مطالعه از فارغ التحصیلان دانشگاه های همین شهر باشند و نیز اینکه امکان جذب فارغ التحصیلان دانشگاه های تهران در همین شهر بیشتر باشد. صرف نظر از این مسأله، نکته قابل توجه این است که این دانشگاه ها معتبرترین دانشگاه های علوم پزشکی کشور هستند و سطح آموزشی آنها بهتر از سایر دانشگاه هاست. اگر بخشی از پدیده ارتکاب پزشکان به قصور مربوط به ضعف و ناکارآمدی نظام آموزش پزشکی باشد، با چنین یافته ای، می توان به این نتیجه رسید که ضعف آموزش پزشکی آن طور که تصور می شود تنها مربوط به مراکز دانشگاهی شهرستان های کوچک نیست و در دانشگاه های معتبر و با سابقه کشور نیز

دیده می شود. میانگین (انحراف معیار) سن پزشکان (۹/۶) ۴۹/۶ سال و بیشترین فراوانی یعنی ۱۷۴ (۳۶٪) نفر مربوط به طیف سنی ۳۷ تا ۵۶ سال بود. میانگین سن پزشکان در این مطالعه بیشتر از میانگین سنی پزشکان در مطالعه هدایتی و همکاران (۱۳۹۰) بود که ۴۳/۲ سال محاسبه شده بود (۲۳) و مشابه میانگین سنی پزشکان در مطالعه جغتایی و همکاران (۱۳۹۲) یعنی ۴۸/۵ سال بود (۲۲). در این مطالعه کمترین فراوانی در دو رده سنی بالای ۶۷ سال و کمتر از ۳۶ سال بود مشاهده شد. شاید فراوانی کمتر پزشکان جوان به این علت باشد که کمتر از پزشکان میانسال شرایط و جسارت ورود به حوزه های پرخطر پزشکی را دارند و از سوی دیگر، پزشکان سالمند بالای ۶۷ سال نیز با گذشت زمان از توانایی و تمایل شان برای انجام اقدامات پرخطر کاسته می شود. یافته مرتبط با یافته فوق، مدت طبابت پزشکان مشتکی عنه است. مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از پرونده های شکایت علیه پزشکان با سابقه و بسیار با سابقه اقامه شده بود. این یافته با یافته Ciofu (۲۰۱۱) در آمریکا مبنی بر اینکه نسبت پزشکانی که تا سن ۶۵ سالگی با یک شکایت قصور پزشکی مواجه شده بودند، در تخصص های کم خطر ۷۵٪ و در تخصص های پرخطر ۹۹٪ است (۲۸)، مطابقت دارد. بنابراین این تصور که قصور پزشکی الزاماً به تجربه پزشک مرتبط است، و بیشتر از پزشکان جوان سر می زند، غیرقابل قبول می شود. به نظر می رسد با افزایش سن و با افزایش مدت طبابت، احتمال درگیر شدن در یک پرونده قصور پزشکی بیشتر می شود. یافته ها نشان داد در میان پزشکانی که از آنها شکایت شده بود حداقل سابقه طبابت پزشکان یک سال و حداکثر سابقه ۵۷ سال بود، یعنی حتی با گذشت ۵۷ سال از طبابت و در سن ۸۴ سالگی احتمال خطا یا قصور پزشکی می تواند بیمار را در مراجع قضایی در برابر پزشک قرار دهد. بر اساس این یافته، قصور پزشکی و شکایت از آن بیش از آنکه مسأله ای فردی و مربوط به تجربه و مهارت و ویژگی های فردی پزشک باشد، مسأله ای اجتماعی است. آنچه که در توصیف قصور پزشکی و ویژگی های اجتماعی-جمعیتی پزشکان و بیماران در این مطالعه به دست آمد، فقط بخشی از واقعیت قصور پزشکی است و نه همه آن. توضیح اینکه، این مطالعه بر اساس داده های حاصل از پرونده های قصور پزشکی در شورای حل اختلاف سازمان نظام پزشکی صورت گرفته، در حالیکه پرونده های قصور پزشکی در سال انجام این تحقیق ۲۷۶۹ مورد بوده اند که بخش عمده آنها در مراجع دیگر نگهداری می شدند و امکان دسترسی به آنها فراهم نبود.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که بیشترین علت مراجعه بیماران شاکی پرونده قصور اهداف زیبایی و شایع ترین علت مراجعه زیبایی، انجام جراحی زیبایی بینی بود. در بین پرونده هایی که مراجعه به پزشک با هدف درمان یک مشکل سلامتی بوده، میزان شکایت به علت قصور در درمان بیشتر از پرونده های قصور در تشخیص بود. شایع ترین مشکلات در مراجعات با هدف درمانی به ترتیب مشکلات چشم، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، ارتوپدی و جراحی عمومی بودند. شایع ترین مکانی که مراجعه پزشکی منجر به تشکیل پرونده قصور در آن صورت گرفته کلینیک های خصوصی و بعد مطب های شخصی پزشکان در شهر تهران بودند. بررسی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران نشان داد که فراوانی گروه سنی ۳۱ تا ۴۲ سال، زنان، متأهلین، تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و سطح اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر بود. شایع ترین راه آشنایی بیمار با پزشک معالج، معرفی پزشک توسط دوستان، آشنایان یا بستگان بود. بیشترین فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی پزشکان دارای پرونده قصور مربوط به گروه سنی ۴۷ تا ۵۶ سال، جنس مرد، متخصصان، فارغ التحصیلان دانشگاه های شهر تهران، رشته گوش و حلق و بینی و پزشکان با مدت طبابت بیست سال و بیشتر بود.

محدودیت ها

همکاری ضعیف شرکت کنندگان و روش نمونه گیری در دسترس دو محدودیت عمده مطالعه بودند.

تشکر و قدردانی

نویسنده از رییس و کارکنان محترم شورای حل اختلاف مستقر در سازمان نظام پزشکی ایران که امکان دسترسی به پرونده های قصور پزشکی را برای انجام این مطالعه فراهم کردند، سپاسگزار است. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1399.426 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Sadr S, Ghadyani M, Bagherzadeh A. Assessment of records of complaints from medical malpractice in the field of orthopedic, in the coroner's Office of Forensic Medicine, province of Tehran, during 1988 to 2003. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2007; 13(2): 78-86 (Full Text in Persian).
2. Gabe J. *Key Concepts in Medical Sociology*. 2nd Edition. London: Sage Publications, 2013: 252-5.
3. Ashrafiyan Bonab M. *Essentials of Forensic Medicine*. 2nd Edition Tehran: Teimoorzade. 2009: 23-7.
4. Thomas J. The Effect of Medical Malpractice. *Annals of Health Law Advance Directive*; 2010, 19: 306-315
5. Mechanic D. Some Social Aspects of the Medical Malpractice Dilemma. *Duke Law Journal* 1976; 24(6): 1179-1196
6. Sloan F, Chepke L. *Medical Malpractice*. 1th edition. Massachusetts: The MIT Press, 2010: 1-23.
7. Finaccord website. *Global Medical Malpractice Insurance: A worldwide Review 2016* [website text]. Available from: http://www.finaccord.com/uk/report_global_medical_malpractice_insurance_worldwide_review.htm (Accessed 2018, Feb. 18)
8. Markary M, Daniel M. Medical error the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.
9. patient safety: making health care safe, World Health Organization. 2017, Geneva
10. Farhadi Y, Golmakani M, Haghghi Z, Pirzadeh R. A survey of Medical errors in Tehran 1987-1998. *Teb va Tazkiyeh*. 2004;55: 21-27 (Full Text in Persia)
11. Tofighi M, Shirzad J, GhadiPasha M. A survey of medical malpractice leading to death in forensic medicine organization in Iran. *Iranian Journal of forensic medicine*. 2002: 27, 5-9.
12. Rafizadeh SM, Hajmanouchehri R, Nasaji M. Assessment of Medical Negligence of General Physicians in Sues Referring to Tehran Center Commission Between 2003 -2005. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2007; 13 (3): 152 - 157(Full Text in Persian)
13. Isna, 12000 medical complaints in the year passed. Available from: <http://yon.ir/MZczB> (Accessed 1 Jul 2017)
14. Rafieian M, Shali M. spatial Analysis of development levels in Tehran regions. *The Journal of Spatial Plannin*. 2013; 16(4), 25-48.
15. Nayeibi H, Abdollahyan H. EXPLAINING THE SOCIAL STRATIFICATION. *Journal of Social Sciences Letter*. 2002; 20, 205-236.
16. Mirakbari SM, Fathi M, Taghadosezhad FAD, Atri A. Malpractice Claims in Nasal Surgeries Referred to Forensic Medicine Service Tehran, Iran From 1996 through 2002: A preliminary study. *SCIENTIFIC JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE* 2003; 9 (31), 136-138
17. Kamiab F, Afshari P, Keikhahi B, Tadayon M, Vahabi Shekarloo T, Haghhighzadeh M.H. A Review of Reasons of Malpractice of Obstetricians, Gynecologists and Midwives. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2016; 22(3): 165-171 (Full Text in Persian).
18. Harris, C, Peeples R. Medical Errors, Medical Malpractice and Death Cases in North Carolina: The Impact of Demographic and Medical System Variables. *Contemporary Readings in Law and Social Justice*. 2015; 7 (2), 46-59.
19. Doherty E, Haven C. Medical malpractice and negligence. *Socio-demographic Characteristics of Claimants and Non-claimants*. *JAMA*. 1997; 238(15), 1656-1658.
20. Barzgar Bafrouee A, Zarenezhad M, Gholamzadeh S, Hosseini S M V, Gholi A, Gharedaghi J, et al . Evaluation of Orthopedic Specialists' Malpractice Complaints Referred to Legal Medicine Organization from 2008 to 2010 . *Ir J Forensic Med*. 2016; 22 (1) :55-66 (Full Text in Persian).
21. McClellan FM, White AA, Jimenez RL, Fahmy S. Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency. *Clin Orthop Relat Res*. 2012; 470 (5), 1393-1397.

22. Joghataei H, Fallahian M, Mohammadi V, Saberi M, Masehi F. A Survey of Sued Surgeon's Reactions to Malpractice Litigation. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2014, 19(2 And 3): 267-274 (Full Text in Persian).
23. Hedaiaati M, Nejadnik M, Setare M. The Factors Affecting the Final Verdict in Medical Errors Complaints. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012; 29 (161), 1783-1795.
24. Iran Salary survey in 2016, 2017, available from: <https://iransalary.com/home/index.html>
25. Rosenberg EE, Lussier MT, Beaudin C, Lessons for Clinicians from physician-patient communication Literature. *Archives of Family Medicine*, 1997; 6 (3), 279-286.
26. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta Analysis of Correlates of Provider behavior in Medical Encounters, *Journal of Medical Care*. 1988; 26(7), 657-675.
27. AdibZadeh A, Ghadi Pasha M, Pour Amiri A, Nakhaei N, Samadi Rad B, Bastani M. A study on medical malpractices ending to death and disability referred to Kerman Medical council's medical malpractices commission. *Iranian Journal of Medical Law* 2012; 6(20): 141-154. (Full Text in Persian).
28. Ciofu C. The frequency and severity of medical malpractice claims: high risk and low risk specialties. *Maedica: A journal of clinical medicine*. 2011; 6 (3)