

Evaluation of Malpractice Claims against Ophthalmologists Referred to the Iran Medical Council during Years 2003 to 2008

Mansoori MR, MD*; Tabatabaie A, MD; Samimi M, MD

Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: nasibeh_mansouri@yahoo.com

Purpose: To evaluate malpractice complaints against ophthalmologist referred to the IRI.

Methods: This cross-sectional study was performed on medical council during years 2003 to 2008. SPSS software was used for analysis.

Results: During this period from 1869 cases of malpractice 115 (6.1%) have been related to the field of ophthalmology but in order to some problems we can't analysis 24 files. Out of 91 cases, 10.1% of them have been related to university centers, 58.3% related to non- university centers and 30.7% related to private centers, however malpractice rate in these centers have been 20%, 28.3% and 35.8%. The highest rate of filed complains was related to the cataract surgery (46.1%) follow by refractive error (16.4%) and eye trauma (10.1%).

Conclusion: Ensure that patients fully understand the specific risks associated with the procedure, good communication and behavior with patients and their companions and performing adequate physical examination have significant effect on the decreasing of malpractice complaints against ophthalmologist.

Key Words: Ophthalmology, Medical Malpractice, Medical Council

• Bina J Ophthalmol 2012; 17 (4): 374-379.

Received: 27 June 2011

Accepted: 21 September 2011

بررسی موارد شکایات ارسال شده به سازمان نظام پزشکی از چشم پزشکان سراسر کشور طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۲

دکتر محمدرضا منصور^۱، دکتر سیدعلی طباطبایی^۲ و دکتر مهدی صمیمی^۳

هدف: تعیین فراوانی موارد شکایات ارسالی به سازمان نظام پزشکی از چشم پزشکان سراسر کشور. روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی موارد شکایت از چشم پزشکان سراسر کشور که طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۷ به سازمان نظام پزشکی کل کشور ارجاع شده بودند، انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS انجام شد.

یافته‌ها: طی این شش سال، تعداد ۱۸۶۹ مورد شکایت، از پزشکان رشته‌های مختلف به سازمان نظام پزشکی ارسال شده بود که از این میان ۱۱۵ مورد (۶/۱ درصد) مربوط به چشم‌پزشکان بوده است. از این تعداد فقط ۹۱ پرونده در دسترس بود. در بررسی به عمل آمده، ۱۰/۱ درصد شکایات مربوط به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی، ۵۸/۳ درصد مربوط به مراکز درمانی دولتی غیردانشگاهی و ۳۰/۷ درصد مربوط به مراکز درمانی خصوصی بوده و میزان قصور در این مراکز به ترتیب ۲۰، ۲۸/۳ و ۳۵/۸ درصد بود. در میان انواع مداخلات درمانی که منجر به شکایت گردیده بودند، عمل جراحی آب‌مروراید با ۴۶/۱ درصد بیش‌ترین تعداد را به خود اختصاص می‌داد و پس از آن جراحی لیزیک (۱۶/۴ درصد) و درمان آسیب‌های چشمی (۱۰/۱ درصد) در جایگاه‌های دوم و سوم قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: آگاهی کامل بیمار از خطرات عمل و برقراری ارتباط خوب با بیمار و همراهان وی و هم‌چنین انجام معاینات دقیق شامل ارزیابی، بررسی وضعیت مجاری اشکی، آدنکسها، فشار چشم، شبکیه و از همه مهم‌تر تعدیل انتظارات بیمار نسبت به حدود موفقیت درمان‌های انجام شده و عدم تضمین معالجه قطعی و بهبود بیمار بعد از جراحی به ویژه در اعمال جراحی

لیزیک، در کاهش قصور و شکایت از چشم‌پزشکان نقش مهمی را ایفا می‌نماید.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۱؛ دوره ۱۷، شماره ۴: ۳۷۹-۳۷۴.

• پاسخ‌گو: دکتر محمدرضا منصوری (e-mail: nasibeh_mansouri@yahoo.com)

۱- استاد- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشیار- چشم‌پزشک- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- پزشک عمومی- پژوهشگر- دانشگاه علوم پزشکی تهران

تهران- خیابان کارگر جنوبی- میدان قزوین- بیمارستان فارابی

دریافت مقاله: ۶ تیر ۱۳۹۰

تایید مقاله: ۳۰ شهریور ۱۳۹۰

مقدمه

ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که در آن بیماران ناراضی از سیر درمان، به طور فزاینده‌ای فرهنگ دادخواهی و شکایت از پزشکان را کسب می‌کنند. کاهش میزان اطمینان به پزشکان، درخواست درمان‌های غیر منطقی و پخش اخبار از رسانه‌ها مبنی بر پیشرفت‌های شگفت‌انگیز فن‌آوری‌های پزشکی، همگی موجب انتظارات غیرواقعی بیماران از نظام درمانی می‌شود.^۱

موسسه پزشکی IOM (Institute of Medicine) در نوامبر ۱۹۹۹ در گزارشی عنوان کرد که خطاهای ناشی از شاغلین حرفه پزشکی هشتمین علت عمده مرگ در ایالات متحده می‌باشد و سالانه بین ۹۸۰۰۰-۴۴۰۰۰ مرگ در اثر خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های آمریکا رخ می‌دهد.^۲

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی، منجر به زوال روابط سنتی بین پزشک و بیمار گردیده است. گرچه ازدیاد جمعیت و افزایش آگاهی اشخاص از حقوق خویش از جمله علل افزایش سیر صعودی شکایت علیه پزشکان در سال‌های اخیر بوده است.^۳

مسئولیت قانونی پزشک به دو نوع مدنی و کیفری تقسیم می‌شود. در مسئولیت مدنی ضرر متوجه شخص بیمار است. این نوع مسئولیت قابل بیمه شدن است، جنبه خصوصی دارد و با رضایت شخصی خاتمه می‌یابد. هدف از مسئولیت مدنی جبران ضرر و زیان وارد شده می‌باشد، مانند انواع قصور پزشکی که منجر به ضرر و زیان بیمار می‌شود. حال آن که در مسئولیت کیفری ضرر متوجه جامعه بوده و جنبه عمومی دارد و قابل بیمه شدن نمی‌باشد. دعوی کیفری به وسیله مدعی العموم به اعتبار نمایندگی جامعه اقامه می‌شود و مصالحه و انصراف از آن جایز نیست زیرا حقوق عمومی و متعلق به جامعه است.

قصور پزشکی از نظر حقوقی چهار نوع است:^۴

بی احتیاطی: عملی است که نباید توسط پزشک انجام شود ولی انجام می‌شود. به عنوان مثال باقی گذاشتن گاز و یا ابزار

جراحی در شکم بیمار توسط پزشک جراح در حین عمل جراحی و یا پاره کردن رحم در حین عمل کورتاژ.

بی‌مبالاتی: عکس بی‌احتیاطی است، عملی باید توسط پزشک صورت گیرد ولی به وقوع نمی‌پیوندد. به طور مثال پزشک جراح بیمار را بدون انجام مشاوره‌ها و آزمایش‌های مورد نیاز و یا دیگر اقدامات ضروری از قبیل ذخیره خون مورد عمل جراحی قرار دهد و بیمار حین عمل فوت نماید و یا تزریق بدون انجام تست در دارویی که احتیاج به تست دارد.

عدم مهارت: در اصطلاح حقوقی عبارت است عدم آشنایی متعارف به اصول علمی و فنی کار معین در پزشکی و به دو دسته مادی و معنوی تقسیم می‌شود. در نوع معنوی، پزشک دانش، علم و تخصص لازم را ندارد و در نوع مادی یعنی پزشک فاقد توانایی جسمی لازم می‌باشد، به طور کلی عدم مهارت عبارت است از انجام عمل بدون تسلط علمی و عملی بر آن مورد.

عدم رعایت نظامات دولتی: جهت تشخیص این نوع خطای انتظامی بر خلاف بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی و عدم مهارت که ذکر گردید، دادگاه نیاز به نظر کارشناس ندارد، بلکه هر گاه دادگاه عدم رعایت نظامات دولتی را از ناحیه متهم احراز نماید، پزشک مقصر شناخته می‌شود.

شرایط عدم مسئولیت در امور پزشکی

چنانچه پرونده‌ای از نظر قصور پزشکی مطرح شده باشد و پزشک عمل یا درمانی را انجام داده که پنج شرط زیر در آن لحاظ شده باشد حتی در صورتی که بیمار فوت نماید، پزشک مرتکب قصور نگردیده و تبرئه می‌گردد ولی چنانچه هر کدام از شرایط زیر را نداشته باشد بسته به مورد ممکن است محکوم گردد. الف) قانونی باشد. ب) قصد درمان داشته باشد (عدم سوء نیت) ج) اخلاقی و مشروع باشد. د) علمی باشد (موازیین پزشکی رعایت شده باشد) ه) رضایت نامه و برائت نامه اخذ شده باشد.^۴

عوارض ناشی از اقدامات پزشکی که منجر به دادخواهی بیمار

چشم‌پزشکی بوده است که ۲۴ پرونده به علت عدم دسترسی در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. بنابراین در این تحقیق تعداد ۹۱ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. در سال ۱۳۸۲ با ۴۲ مورد (۳۶/۵ درصد) و سال ۱۳۸۶ با ۵ مورد (۴/۳ درصد) به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین میزان شکایت صورت گرفته است. احتمال می‌رود میزان شکایت بالا در سال ۱۳۸۲، هم‌زمانی با شروع اعمال جراحی فیکو و لیزیک در ایران مربوط باشد. از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ روند شکایات سیر نزولی و در سال ۱۳۸۷ روند صعودی داشته است.

در بررسی انجام شده، بیش‌ترین تعداد شکایت در محدوده سنی بالای ۶۰ سال و کم‌ترین در محدوده سنی زیر ۲۰ سال بود. در بررسی جنس چشم‌پزشکانی که مورد شکایت واقع شده بودند، ۸۱ مورد مرد (۸۹ درصد) و ۱۰ مورد زن (۱۱ درصد) بودند. هم‌چنین در بررسی سطح تخصص چشم‌پزشکان مورد شکایت واقع شده، ۱۲ مورد فوق تخصص (۱۳/۲ درصد)، ۷۷ مورد متخصص (۸۴/۶ درصد) و ۲ مورد دستیار چشم‌پزشکی (۲/۲ درصد) بودند و تنها ۹ نفر (۹/۹ درصد) از پزشکان عضو هیات علمی بودند. از مجموع ۹۱ پرونده مورد بررسی در رشته چشم‌پزشکی، در ۶۴ مورد پزشک تیرئه و در ۲۷ مورد مقصر شناخته شده بود.

سهم شکایت ارسالی از چشم‌پزشکان مربوط به هر سال طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ به ترتیب برابر ۳۶/۵، ۳۳، ۱۰/۴، ۶، ۴/۳ و ۹/۵ درصد بود.

انواع مراکز درمانی که بیماران شکایت‌کننده مورد مداوا قرار گرفته بودند، به همراه میزان صدور احکام برائت و قصور در جدول ۱ ارایه شده‌اند.

می‌شود تاثیر عمیق و جدی بر زندگی بیمار و خانواده وی و اثر نامطلوبی بر شغل و زندگی اجتماعی او باقی می‌گذارد. هم‌چنین در پزشکانی که مورد دادخواهی و پرداخت غرامت و جریمه قرار می‌گیرند (که گاهی با اهانت و توهین نیز همراه است)، سبب ایجاد اضطراب و تنش و فشارهای روحی فراوان می‌شود^۵. در سال‌های اخیر میزان شکایت از خطاهای پزشکی در کشورهای غربی افزایش قابل توجهی یافته است.

امروزه، پزشکان نمی‌توانند اطمینان داشته باشند که هیچ‌گاه به وسیله یک ادعای قصور تهدید نخواهند شد^۵. در این مطالعه قصد داریم میزان شکایات ارسال شده به سازمان نظام پزشکی را در رشته چشم‌پزشکی مورد بررسی قرار دهیم. در واقع هدف کشف شرایط و زمینه‌هایی است که یک فرد را برمی‌انگیزد تا علیه یکی از محترم‌ترین و مقدس‌ترین نیروهای موثر در جامعه شکایت نماید.

روش پژوهش

این مطالعه مقطعی بر روی پرونده‌های شکایت از چشم‌پزشکان سراسر کشور که در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۲ به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ارسال شده بود، صورت گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام شد. مفاد بیابیه هلسینکی در باب رعایت اخلاق در پژوهش‌های پزشکی در این مطالعه مد نظر قرار گرفته است.

یافته‌ها

از ابتدای سال ۱۳۸۲ تا پایان ۱۳۸۷ هجری شمسی، تعداد ۱۸۶۹ مورد شکایت در شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور مطرح شد. از این تعداد ۱۱۵ (۶/۱ درصد) پرونده مربوط به

جدول ۱- تعداد شکایات و اثبات قصور بر حسب نوع مراکز

نوع مرکز درمانی	تعداد کل شکایات (درصد)	تعداد موارد برائت (درصد)	تعداد موارد قصور (درصد)
مراکز دولتی دانشگاهی	۱۰ (۱۰/۱)	۸ (۸۰)	۲ (۲۰)
مراکز دولتی غیردانشگاهی	۵۳ (۵۸/۳)	۳۸ (۷۱/۶)	۱۵ (۲۸/۳)
مراکز خصوصی	۲۸ (۳۰/۷)	۱۸ (۶۴/۲)	۱۰ (۳۵/۸)

مجدد و در ۱۱ مورد (۱۲ درصد) مجازات قانونی پزشک بود. علت شکایت در ۲ مورد فوت بیمار (۲/۱ درصد)، ۵۲ مورد عدم بهبودی

هدف از شکایت در ۷۲ مورد (۷۹/۲ درصد) دریافت دیه و خسارت مالی، در ۸ مورد (۸/۸ درصد) جلوگیری از سهل‌انگاری

از مراکز درمانی دولتی، به علت تعداد زیاد بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز می‌باشد اما بیش‌ترین درصد قصور در مراکز درمانی خصوصی بود که به نظر می‌رسد حضور پررنگ‌تر اعضا هیات علمی در مراکز دانشگاهی و اجرای دقیق و علمی برنامه‌های درمانی، از قصور پزشکی تا حد قابل توجهی در این مراکز می‌کاهد.

آب‌مرورید با ۴۶/۱ درصد شایع‌ترین بیماری اولیه در بیماران شکایت‌کننده بود. در مطالعه که توسط Ali N^{۱۰} در سال ۲۰۰۷ در انگلستان انجام شد، نشان داده شد که آب‌مرورید شایع‌ترین بیماری منجر به شکایت بود (۳۱ درصد) و درمان گلوکوم شایع‌ترین شکایت منجر به پرداخت دیه را شامل می‌شد (۶۴ درصد). هم‌چنین در مطالعه که توسط Turner MF^{۱۱} صورت گرفت، بیش‌ترین میزان خطای درمانی مربوط به جراحی آب‌مرورید بود. در مطالعه ای دیگر که توسط C. Tomkins و همکاران^{۱۲} در سال ۲۰۰۶ با عنوان بیش از ۱۲۰ سال دفاع از چشم‌پزشکان منتشر شد، درمان آب‌مرورید به عنوان شایع‌ترین علت شکایت بیماران ذکر شد (۳۹ درصد) و سایر علل شکایت به ترتیب درمان با لیزر در جراحی‌های رفرکتیو (۳۴ درصد)، جراحی‌های شبکیه (۷ درصد)، گلوکوم (۶ درصد)، بلفاروپلاستی (۳ درصد) و سایر موارد (۵ درصد) ذکر شده‌اند. نتایج مطالعه دیگری که توسط Anna Mavroforou و همکاران^{۱۳} انجام شد، نشان می‌دهد که شایع‌ترین عوامل منجر به شکایت از چشم‌پزشکان شامل جراحی لیزیک، جراحی آب‌مرورید، درمان گلوکوم، کراتوتومی رادیال برای درمان نزدیک‌بینی و خطای در تشخیص ضایعات مربوط دوبینی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط جوادیان^{۱۴} در سال ۲۰۰۸ صورت گرفت، شایع‌ترین قصور پزشکی مطرح شده در این مطالعه، عدم مهارت و بعد از آن بی‌توجهی عنوان شده بود. میزان کم‌تری از شکایات ارسال شده مربوط به بخش‌های دانشگاهی بود و بیش‌ترین شکایت مربوط به جراحی آب‌مرورید و عمل لیزیک بوده است.^{۱۵}

در مطالعه‌ای که توسط Richard L. Abbott و همکاران^{۱۶} در سال ۲۰۰۳ منتشر شد مشخص گردید که تعداد اعمال جراحی که توسط هر پزشک انجام می‌شود مهم‌ترین عامل پیش‌گویی‌کننده احتمال مطرح شدن شکایت می‌باشد. سابقه قبلی شکایات، جنسیت پزشک، استفاده از تبلیغات و مدت زمانی که پزشک پیش از عمل با بیمار می‌گذارند نیز از دیگر عوامل موثر می‌باشند.

در مطالعه دیگری که توسط دکتر علی نوبخت و همکاران^{۱۷} در زمینه بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج انجام گرفت، پرونده‌های شکایت از تمامی پزشکان ارجاع شده به سازمان نظام پزشکی طی سالهای ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ مورد بررسی قرار گرفتند که

و نارضایتی از درمان (۵۷/۲ درصد)، ۳۰ مورد نقص عضو (۳۳ درصد)، ۳ مورد اشتباه در تشخیص (۳/۳ درصد) و ۴ مورد باقی ماندن جسم خارجی در محل (۴/۴ درصد) بود.

در بررسی فراوانی نوع عارضه یا بیماری اولیه بیماران شاکی از چشم‌پزشکان، مشخص گردید که آب‌مرورید با ۴۶/۱ درصد شایع‌ترین مورد و پس از آن عیوب انکساری با ۱۶/۴ درصد در رتبه دوم قرار داشت. از ۱۵ مورد شکایت در زمینه جراحی لیزیک، تنها در دو مورد جراح مقصر شناخته شده (۱۳/۳ درصد) و در بقیه موارد پزشک تبرئه گردیده بود. در ۸ مورد، علت شکایت نیاز به استفاده مجدد از عینک پس از عمل جراحی و در ۵ مورد هم به علت بروز قوز قرنیه و کراتیت قارچی بود. آسیب‌های چشمی رتبه سوم را به خود اختصاص داده بودند (۱۰/۱ درصد) که از ۱۰ مورد شکایت در زمینه آسیب‌های چشمی، ۵ مورد پزشک مقصر شناخته شده بود (۵۰ درصد)، که ۴ مورد آن ناشی از عدم تشخیص به موقع جسم خارجی داخل چشم و عدم خروج جسم خارجی به علت ارجاع نکردن بیمار برای تهیه سونوگرافی (با وجود ترمیم قرنیه) و در نتیجه باقی ماندن جسم خارجی و در نهایت اندوفتالمیت بود. سایر موارد به ترتیب عبارت بودند از استرایسیم، گلوکوم، رتینوپاتی دیابتی، جراحی‌های شبکیه، رتینوبلاستوم و رتینوپاتی ناشی از نارسای نوزاد، پارگی شبکیه (سندرم مارفان).

بحث

نسبت شکایت از چشم‌پزشکان به کل شکایت‌های مطرح شده طی این شش سال، ۶/۱ درصد بود. در مطالعه‌ای که توسط دکتر جوادیان در سال ۲۰۰۸ صورت گرفت، سهم شکایت از چشم‌پزشکان ۹/۲ درصد گزارش شد.^{۱۸}

در بررسی بیماران، محدوده سنی بیش از ۶۰ سال، ۴۶ مورد (۵۰/۵ درصد) بود که بیش‌ترین تعداد را شامل می‌شد که با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های چشمی هم‌چنین سایر بیماری‌ها در این سنین قابل توجه می‌باشد. دو مورد شکایت به علت فوت بیمار بوده است که چشم پزشک مقصر نبوده است و پزشک متخصص بی‌هوشی قصور داشته است.

هم‌چنین در این مطالعه مشخص شد که ۱۰/۱ درصد شکایات مربوط به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی و ۵۸/۳ درصد مربوط به مراکز درمانی دولتی غیردانشگاهی و ۳۰/۷ درصد مربوط به مراکز درمانی خصوصی بودند و میزان قصور پزشکان به ترتیب ۲۸/۳، ۲۵/۸ و ۳۵/۸ درصد موارد را شامل می‌شد. بیش‌تر بودن تعداد شکایات

هم امتناع از انجام عمل (به علت تهیه لنز از فرد دیگر)، که می‌توان نتیجه گرفت در عمل جراحی آب‌مرورید، که بیش‌ترین فراوانی را در بین پرونده‌های شکایت داشته است، بیش‌ترین درصد قصور مربوط به اندوفتالمیت بعد از جراحی بوده است که دقت بیش‌تر در حین جراحی و عملکرد طبق موازین علمی به ویژه مراقبت‌های مورد نیاز پس از عمل و همچنین ارایه توصیه‌های لازم به بیمار در این مورد و انجام پی‌گیری و معاینات مکرر بیمار بعد از عمل می‌تواند به کاهش این عارضه کمک نماید.

با وجود این که ۴۶/۱ درصد شکایت در زمینه آب‌مرورید و ۱۶/۴ درصد موارد مربوط به عیوب انکساری بودند میزان قصور به ترتیب ۳۵/۷ درصد و ۱۳/۳ درصد بود اما در آسیب‌های چشمی که ۱۰/۱ شکایت را شامل شده بودند، ۵۰ درصد موارد پزشکان مقصر شناخته شدند که در این رابطه می‌توان اظهار داشت که با توجه به این که آسیب به چشم یک فوریت (اورژانس) چشم‌پزشکی محسوب می‌شود، می‌توان با تقویت مراکز اورژانس و رسیدگی به موقع پزشک بر بالین بیمار و همچنین انجام اقدامات اولیه موثر به ویژه اقدامات تشخیصی از ایجاد نقص عضو بیمار و قصور پزشکان کاست. در کل با توجه به این که ۷۰/۳ درصد موارد شکایت منجر به براءت گردیده، شاید با ارایه توضیحات لازم و منطقی به بیمار و یا بستگان وی و هم‌چنین برخورد همراه با صداقت و تواضع بیش‌تر بتوان از میزان وقوع شکایات تا حد قابل توجهی کاست که این بحث منوط به توجه بیش‌تر جامعه پزشکی به امر مهارت برقراری ارتباط مناسب با بیمار می‌باشد و پیشنهاد می‌شود که در درون تحصیل و زمان پس از فراغت از تحصیل، کارگاه‌های آموزشی در رابطه با کسب مهارت‌های لازم جهت ایجاد یک رابطه مناسب بین پزشک و بیمار برگزار شود. در پایان پیشنهادات زیر جهت کاهش قصور و شکایت از چشم‌پزشکان به همکاران محترم ارایه می‌گردد:

- ۱) آموزش فن ارتباط با بیمار و بستگان او به پزشکان و کادر پزشکی و آشنا کردن پزشکان با قوانین و ضابطه‌های سازمان‌های دولتی.
- ۲) الزامی کردن پوشش بیمه‌ای جامعه پزشکی در مورد بیمه مسئولیت.
- ۳) توجیه بیمار و همراهان وی در مورد احتمال وجود خطرات عمل جراحی و عدم تضمین معالجه قطعی و بهبود بیمار بعد از جراحی به ویژه در اعمال جراحی لیزیک.
- ۴) توصیه‌های لازم توسط پزشک معالج به کادر پزشکی و بستگان بیمار جهت مراقبت‌های پس از عمل جراحی به ویژه در مورد

مطابق یافته‌های این پژوهش، شایع‌ترین علل شکایت عبارت بودند از صدمات جسمانی، قصور وسهل انگاری، مرگ بیمار، عمل جراحی ناموفق و تشخیص غلط. در ۳۴/۸ درصد اطلاع از چگونگی وقوع حادثه توسط سایر پزشکان به بیمار اعلام شده بود. ۴۳/۹ درصد از شکایت‌کنندگان اعتمادی در حد زیاد تا خیلی زیاد به پزشک معالج خود داشتند. ۹۰/۴ درصد ابراز کرده بودند که هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشکان خود دریافت نکرده بودند. هم‌چنین در این مطالعه متخصصین زنان و زایمان بیش‌ترین درصد شکایت را به خود اختصاص داده بودند و پس از آن به ترتیب متخصصان جلی عمومی، ارتوپدی و دندانپزشکان قرار داشتند.^{۱۱}

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۶ توسط Kraushar MF^{۱۲} صورت گرفت، ۱۲۱ پرونده شکایت از چشم‌پزشکان بررسی شد. خطا یا تاخیر در تشخیص، عامل ۳۵ درصد از شکایات و ۶۳ درصد از محکومیت‌های منجر به پرداخت خسارت بود. جداسدگی شبکیه شایع‌ترین خطای تشخیصی و بیش‌ترین خطای درمانی مربوط به جراحی آب‌مرورید بود.

محقق فوق مطالعه‌ای را نیز در سال ۲۰۰۳ انجام داد و طی آن علاوه بر تایید نتایج فوق اعلام نمود که شایع‌ترین درمان انجام شده برای جداسدگی رگماتوزن شبکیه، ویتراکتومی پارس پلانا بود (۴۰ درصد) و شایع‌ترین علل ناراضایتی بیماران به ترتیب کاهش دید بعد از عمل (۴۰ درصد)، شکست جراحی (۱۳ درصد) و عدم بهبودی در قدرت بینایی (۱۰ درصد) بود.^{۱۳}

در مطالعه‌ای که توسط Entman SS و همکاران^{۱۴} در سال ۱۹۹۴ انجام گرفت، عنوان شد که تفاوت‌های مهمی در برخی از ویژگی‌های جراحانی که مرتکب خطاهای مکرر می‌شوند با جراحانی که کم‌تر دچار خطا و یا فاقد خطا می‌باشند، وجود دارد. به عنوان مثال تعداد افرادی که فلوشیب یا بورد تخصصی داشتند در بین جراحان پرخطا کم‌تر از جراحان کم خطا بود. به علاوه جراحان پرخطا به میزان کم‌تری عضو انجمن‌های تخصصی و یا وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند.^{۱۴} از ۴۲ مورد شکایت مربوط به عمل آب‌مرورید، ۱۵ مورد (۳۵/۷ درصد) منجر به قصور گردیده بود. از ۱۵ موردی که منجر به قصور گردیده ۶ مورد به علت اندوفتالمیت، ۴ مورد به علت از دست دادن مایع زجاجیه (دو مورد عدم اطلاع به بیمار که لنز را قرار و دو مورد هم عدم انجام اقدامات اولیه درمانی)، یک مورد مصرف سایدکیس و ایجاد عارضه بعد از جراحی، یک مورد فروش لنز در مطب، دو مورد وجود پارگی شبکیه و دکولمان شبکیه قبل از عمل (منع عمل) و در یک مورد

رابطه با کار پزشکی و آموزش فن ارتباط با بیمار و بستگان او به پزشکان و کادر پزشکی موجب می‌شود که پزشک بتواند با سعه صدر نوع بیماری و سیر درمان را به بیمار و بستگان او بیان نماید، همچنین میزان خطر عمل جراحی و عوارض و عواقب عمل را کاملاً تشریح نماید تا از میزان سوء تفاهم‌ها و سوطن‌ها به پزشک در ارتباط با درمان کاسته شود. انجام معاینات دقیق شامل بررسی عیب انکساری، وضعیت مجاری اشکی، آدنکس‌ها، سنجش میزان فشار چشم، شبکه و توصیه‌های لازم پزشک معالج به کادر پزشکی و بستگان بیمار جهت مراقبت‌های بعد از عمل جراحی به خصوص در مورد جراحی آب‌مرورید از جهت بررسی و کنترل احتمال ایجاد اندوفتالمیت و از همه مهم‌تر تعدیل انتظارات بیمار نسبت به حدود موفقیت درمان‌های انجام شده و عدم تضمین صددرصد معالجه و بهبود بیمار بعد از جراحی به ویژه در اعمال جراحی LASIK در کاهش قصور و شکایت از چشم‌پزشکان نقش مهمی دارند.

جراحی آب‌مرورید از نظر بررسی و کنترل احتمال ایجاد اندوفتالمیت .

۵) تقویت کیفیت رسیدگی به بیماران به ویژه در اورژانس‌های چشم‌پزشکی و آسیب‌های چشمی در مراکز درمانی و بخش‌های اورژانس.

۶) توضیحات لازم به بیماران جراحی عیوب انکساری و از همه مهم‌تر تعدیل انتظارات بیمار نسبت به حدود موفقیت درمان‌های انجام شده.

۷) انجام معاینات دقیق شامل ارزیابی عیب انکساری، وضعیت مجاری اشکی، آدنکس‌ها، شبکه و سنجش فشار چشم.

نتیجه‌گیری

بهبود کیفیت رسیدگی به بیماران به ویژه در اورژانس‌های چشم‌پزشکی و ضربه‌های چشمی در مراکز درمانی و بخش‌های اورژانس و بالا بردن سطح آگاهی چشم‌پزشکان از مسایل قانونی در

منابع

1. Abott RL, Ou RJ, Bird M. Medical malpractice predictors and risk factor for ophthalmologists performing Lasik and photorefractive keratectomy surgery. *Ophthalmology* 2003;110:2137-2146.
2. Gore DC, Gregory SR. Historical perspective on medical errors: Richard Cabot and the institute of medicine. *J Am Coll Surg* 2003;197:609-611.
3. Heidary MV, Sadr SH, Ghadiani M. Evaluation of malpractice complaints in the field of surgery referred to the state of Legal Medicine during years 1377 to 1382. Tehran University of Medical Science, 1384.
4. Akhlaghi M, Afshar M, Barooni S, Ghorbani M, Taghaddosi nejad F. The essential of forensic medicine. 1th ED, TUMS, 1383
5. Polson GJ & Gee Mj. Anaesthetic deaths. In: The essential of forensic medicine. 4th ED. Oxford; 1985: 590-602.
6. Daneshparvar HR, Javadian A. Malpractice complaints against ophthalmologists referred to the state of legal medicine organization in Iran. *Iranian Journal of Ophthalmology*. 2008;20:4-70.
7. Alin. A decade of clinical negligence in ophthalmology. *BMC Ophthalmol*. 2007.
8. Kraushar MF, Terner MF. Medical malpractice litigation in ophthalmology : The newjersey experience. *Ophthalmic Surg* 1986 ;17:671-674.
9. Tomkins C. Over 120 years of defending ophthalmologist. *Br J Ophthalmol* 2006;90:1084-1085.
10. Anna M , Emmaneul M . Physicians liability in ophthalmology practice. *Acta Ophthalmol Scand*. 2003;321-325.
11. Nobakht A, Zali M, Mahdavi M, Noroozi A. Evaluation of malpractice complaints against physicians referred to the Tehran Medical Council. *J Medical Council of Iran* 1379;18;259-302.
12. Kraushar MF, Terner MF. Medical malpractice litigation in ophthalmology: The newjersey experience. *Ophthalmic Surg* 1986;17:671-674.
13. Kraushar MF. Medical malpractice experience of vitreoretinal specialists : risk prevention strategies. *Retina* 2003;23:523-S29.
14. Entman SS, Glass CA, Hickson GB. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric cure. *JAMA* 1994;272:1588-1591.