

● وصول مقاله: ۹۵/۳/۳۰

● اصلاح نهایی: ۹۵/۷/۱۷

● پذیرش نهایی: ۹۵/۸/۲

بررسی علل انجام پزشکی تدافعی و ارائه راهکار کاهش آن از دیدگاه دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۴

علی وفايي نجار^۱ / علی اصغر رضایی^۲ / حبیب‌اله اسماعیلی^۳ / میترا دوکونجی^۴ / الهه هوشمند^۵

چکیده

مقدمه: پزشکی تدافعی، تصمیم‌گیری‌های 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 بررسی علل بروز این پدیده و ارائه راهکارهایی برای کاهش آن از دیدگاه دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد.

روش: این مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در بین تمام دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۳ انجام شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. داده‌های پرسشنامه در نرم‌افزار spss20 جمع‌آوری گردید و با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ و در قسمت سوالات باز با استفاده از تحلیل محتوا آنالیز شد.

یافته‌ها: بیشترین علت بروز پزشکی تدافعی "برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی از طرف بیماران" (۸۷/۲٪) و کمترین علت انجام دادن پزشکی تدافعی نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه پزشک، آموزش تدافعی عمل کردن پزشک در اقدامات درمانی - تشخیصی برای بیمار (۴۳/۷٪) گزارش شده است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۶ راهکار کلی برای کاهش پزشکی تدافعی ارائه دادند که شامل: اعمال حمایت‌های قانونی از پزشکان (۴۶,۲ درصد)، طب مبتنی بر شواهد (۱۹,۸ درصد)، ایجاد پایگاه اطلاعاتی داده‌های بیمار (۱۹,۸ درصد)، آشناسازی جامعه با مفهوم پزشکی تدافعی (۱۶,۵ درصد)، تقویت کار گروهی (۱۳,۲ درصد) و اصلاح شیوه برخورد با شکایات (۹,۹ درصد) است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی است پزشکی تدافعی در دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بالا و رایج است، در این راستا لذا پیشنهاد می‌شود آموزش‌های مرتبط با رفع این پدیده و هدایت به سمت ابعاد مثبت آن به پزشکان داده شود. هم‌چنین رفتارهای پزشکی تدافعی به طور قابل توجهی با اقدامات کاملاً ساده کاهش می‌یابند.

کلید واژه‌ها: پزشکی تدافعی، خطاهای پزشکی، دست‌یاران تخصصی.

۱- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی‌ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دکترای تخصصی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۵- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: houshmande@mums.ac.ir

مقدمه

و رفتارهایی هم‌چون تجویز درمان‌های غیرضروری، تاکید بر مراجعات بعدی بدون پایه و اساس، ارجاع‌های غیرضروری به بیمارستان و سطوح بالاتر ارائه خدمت، تجویز خدمات پاراکلینیکی غیرضروری، تجویز درمان و داروهای غیرضروری، عناصری نامطلوب در ارائه خدمت پزشک به بیمار محسوب می‌شوند زیرا این موارد باعث ایجاد هزینه‌های ملموس و غیرملموس برای بیماران و هم هدر رفتن منابع محدود سلامت شوند [۴]. رفتارهای پزشکی تدافعی منفی نیز با ایجاد مشکلات عدیده برای بیماران 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 تاثیر نامطلوبی بر نظام سلامت دارند [۵، ۶].

با وجود قدمت چندین ساله موضوع پزشکی تدافعی 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 [۷]. در خارج از کشور تحقیقات زیادی در این زمینه انجام شده که به بررسی رایج‌ترین اقدامات پزشکی تدافعی، فاکتورهای مثبت و منفی پزشکی تدافعی، بررسی میزان بروز پزشکی تدافعی بین تخصص‌های مختلف و یا پزشکان با میزان تجربه کاری متفاوت، علل بروز پزشکی تدافعی و یا میزان هزینه‌ای که این امر به همراه دارد پرداخته‌اند [۱، ۲، ۸، ۹]. در یک مطالعه در سال ۲۰۰۸ در انجمن طب ماسا چوست مشاهده شد که ۸۳٪ از طبابت‌های پزشکان این انجمن دچار طبابت تدافعی شده‌اند که هزینه آن ۱/۴ میلیارد دلار در هر سال بوده است. آمار آن بیش از ۲۰٪ رادیوگرافی‌ها و سی‌تی‌اسکن‌ها و ام‌آر‌آی‌ها و سونوگرافی‌ها و ۱۸٪ تست‌های آزمایشگاهی و ۲۸٪ ارجاع به تخصص‌های

پزشکی یک حرفه است نه یک کسب و کار؛ حرفه‌ای که با جان و سلامت انسان‌ها سر و کار دارد. هرگاه پزشک هرکدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان‌ها و جراحی‌های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی‌های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد، مرتکب قصور پزشکی گردیده است. پزشکی تدافعی یک مشکل بالقوه اجتماعی است که برای جلوگیری از مورد دادخواهی و خطای پزشکی از پزشکان انجام می‌شود که می‌تواند عواقبی را برای بهداشت عمومی از نظر کیفیت مراقبت‌های فردی و هدر دادن منابع محدود سلامت به همراه داشته باشد [۱، ۲]. پزشکی تدافعی یک مشکل بالقوه اجتماعی است که برای جلوگیری از مورد دادخواهی و خطای پزشکی از پزشکان انجام می‌شود که می‌تواند عواقبی را برای بهداشت عمومی از نظر کیفیت مراقبت‌های فردی و هدر دادن منابع محدود سلامت به همراه داشته باشد [۱، ۲]. پزشکی تدافعی به مجموعه آزمایش‌ها، معاینات، فرآیندهای غیرضروری هم‌چنین 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 [۳] پزشکی تدافعی به دو صورت مثبت و یا منفی ممکن است بروز کند:

پزشکی تدافعی مثبت، مانند تجویزهای غیرضروری، ارجاع بیماران به متخصصان، درخواست جزئیات بیشتر از بیمار، تاکید بر این موضوع که بیمار سر وقت مراجعه کند و شرح جزئیات بیشتر درمورد مصرف صحیح داروها به بیمار را شامل می‌شود و پزشکی تدافعی منفی رفتارهایی مانند اجتناب از تجویز روش‌های مخاطره‌آمیز برای درمان بیماران درحالی که ممکن است این روش‌ها برای بیمار فایده داشته باشند و هم‌چنین اجتناب از درمان بیماران را شامل می‌شود [۲]. در این بین حتی مواردی از رفتارهای پزشکی تدافعی که در مقوله پدیده پزشکی تدافعی مثبت جای می‌گیرد

تدافعی شامل ۱۵ علل، که از مقالات مختلفی جمع‌آوری گردیده است [۱۲-۱۴] و در نهایت یک سوال باز با محتوای ارائه راهکار پیشنهادی جهت بهبود وضعیت پزشکی تدافعی از دیدگاه خود دست‌یاران موارد موجود در پرسشنامه را تشکیل می‌دهند. به منظور سنجش پایایی و ثبات درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه‌ی مذکور طی دو مرحله به فاصله ۱۰ روز بین ۳۰ نفر از دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار داده شد و سپس ضریب همبستگی آلفا کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد؛ بررسی روایی محتوا توسط اساتید صاحب‌نظران انجام شد که بعد از گرفتن نظرات اساتید و اعمال کردن آنها در سوالات پرسشنامه محقق گردید. معیار ورود تمام دست‌یاران تخصصی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود و معیار خروج نیز عدم همکاری افراد در حین پژوهش و پر کردن ناقص پرسشنامه بود. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمارهای تحلیلی شامل آزمون‌های آماری تی مستقل، آزمون کای دو و آنوا یا معادل ناپارامتریک آن آزمون‌های من ویتنی و کروسکال - والیس استفاده شد و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۰ در سطح معنی‌داری ۰,۰۵ تحلیل گردید. سوال باز نیز با استفاده از تحلیل محتوا آنالیز شد. جهت رعایت نکات اخلاقی به دست‌یاران توضیحاتی در خصوص آزاد بودن شرکت در مطالعه ارائه شد و همچنین در ارتباط با محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد ۵۴/۵ درصد از دست‌یاران تخصصی با مفهوم پزشکی تدافعی آشنایی داشته‌اند. (جدول ۱)

بررسی نتایج جدول حاکی از آن است که بیشترین علل انجام پزشکی تدافعی از طرف دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر اساس میانگین رتبه به ترتیب عبارتند از: برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار

بالتر و ۱۳٪ پذیرش بیمارستان‌ها - بعنوان پزشکی تدافعی درخواست داده بودند [۱۰]، اما در ایران مطالعه‌ی با عنوان " بررسی فراوانی پزشکی تدافعی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان" بر روی پزشکان عمومی انجام شده است یافته‌های نشان می‌دهد که در این فراوانی رفتار پزشکی تدافعی مثبت و منفی به ترتیب ۹۹ و ۴۷ درصد می‌باشد. همچنین رفتار پزشکی تدافعی مثبت در مردها بیشتر از زن‌ها (۱۰۰ در برابر ۹۷/۲ درصد) و بالعکس رفتار پزشکی تدافعی منفی در زن‌ها بیشتر از مردها (۵۲/۸ در برابر ۴۳/۸ درصد) دیده شد. شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح و به موقع داروها و اجتناب از تجویز روش‌های مخاطره‌آمیزی که در عین حال برای بیماران سودمند می‌باشند، به ترتیب بیشترین فراوانی را در بین رفتارهای پزشکی تدافعی مثبت و منفی به خود اختصاص دادند [۱۱]. بنابراین با توجه به محدودیت مطالعات در این زمینه در این کشور، این پژوهش با هدف بررسی نگرش و علل انجام پزشکی تدافعی در بین دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به عنوان یکی از دانشگاه‌های تیپ یک کشور و ارائه راهکار جهت کاهش این پدیده از دیدگاه آنان انجام شده است.

روش پژوهش:

این مطالعه یک بررسی توصیفی - تحلیلی است که طی آن کلیه دست‌یاران تخصصی (۶۰۰ نفر) بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۴ به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و در نهایت ۳۸۹ نفر در پژوهش شرکت نمودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل چند بخش به شرح زیر بود: بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم، در قالب یک سوال بسته میزان آشنایی پزشک از مفهوم پزشکی تدافعی با گزینه‌های، بله - تا حدودی و خیر را می‌سنجد و بخش سوم شامل سوالاتی در زمینه علل انجام پزشکی

راهکارهایی از قبیل تصمیم‌گیری تیمی و لزوم اخذ مشاوره از همکاران تاکید داشتند. در زمینه اصلاح برخورد با شکایات مواردی از قبیل اصلاح فرهنگ و نحوه برخورد با شکایات درمانی از راهکارهایی بود که رزیدنت‌ها بر آن اشاره داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مورد عللی که باعث می‌شود که یک پزشک دچار پزشکی شود علل متفاوت و زیادی وجود دارد یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که مهم‌ترین عللی که باعث بروز پزشکی تدافعی از سوی دست‌یاران تخصصی می‌شود برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی بیماران می‌باشد. در مطالعه جکسون و همکاران نیز ترس از دادخواهی از مهم‌ترین علل پزشکی تدافعی از جانب مشارکت‌کنندگان در تحقیق عنوان شده است. در مطالعه روبین، بسیاری از پزشکان معتقد بودند که مایلند ریسک شکایت برای خطاها را کاهش بدهند و به همین جهت رو به پزشکی تدافعی می‌آورند [۱۵]. پزشکان امریکایی هم معتقدند که ترس از اقامه دعوی در دادگاه، یکی از عواملی است که آنها را به سمت پزشکی تدافعی سوق داده است [۱۶]. در مطالعه کاتینو نیز مهم‌ترین علل پزشکی تدافعی عبارت بودند از [۶]: آگاهی از شکایت‌های قانونی (۸۰٪)، ترس از شکایت‌های قانونی همکاران (۶۵٫۷٪)، ترس از درخواست غرامت (۵۹٫۸٪) و داشتن شکایت قبلی (۵۱٫۸٪). بر همین اساس مهم‌ترین راهکار کاهش این پدیده نیز از جانب رزیدنت‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز اعمال حمایت‌های قانونی از پزشکان بوده است بسیاری اعتقاد دارند قوانین حمایتی و از طرفی مناسب و دقیق برای جلوگیری از قصور پزشکان، می‌تواند موجب توجه بیش از پیش آنها به کارشان شود و افزون بر کاهش موارد پرونده‌های قصور پزشکی، از ضرر و زیان مالی در این زمینه هم جلوگیری کند. همچنین سازمان‌های بیمه‌گر نقش بسزایی در پشتیبانی از پزشکان از لحاظ مالی و پررنگ‌تر کردن تاثیر پزشکی تدافعی برای افراد ایفا می‌کنند. پس تقویت

گرفتن و اقدام قضایی بیماران (رتبه ۱)، زیاد بودن هزینه‌های جبران خطاهای پزشکی و پشتیبانی ضعیف سازمان‌های بیمه‌گر از پزشکان (رتبه ۲)، عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا (رتبه ۳)، همچنین نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه‌ام، از ضعیف‌ترین دلایل اقدام به پزشکی تدافعی در بین نمونه مورد بررسی بود.

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۶ راهکار کلی برای کاهش پزشکی تدافعی ارائه دادند که شامل: اعمال حمایت‌های قانونی از پزشکان (۴۶٫۲ درصد)، طب مبتنی بر شواهد (۱۹٫۸ درصد)، ایجاد پایگاه اطلاعاتی داده‌های بیمار (۱۹٫۸ درصد)، آشناسازی جامعه با مفهوم پزشکی تدافعی (۱۶٫۵ درصد)، تقویت کار گروهی (۱۳٫۲ درصد) و اصلاح شیوه برخورد با شکایات (۹٫۹ درصد) است. در رابطه با اعمال حمایت‌های قانونی از پزشکان اکثر رزیدنت‌ها بر مسائلی از قبیل حمایت حمایت بیشتر بیمه‌ها، قانونگذار و نظام پزشکی از متخصصین تاکید داشتند.

در رابطه با طب مبتنی بر شواهد دست‌یاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر مسائلی از قبیل تاکید بر استفاده از گایدلاین‌های معتبر جهانی و تدوین گایدلاین برای بیماران با ریسک بالا را از اهم امور مرتبط دانسته‌اند.

در زمینه ایجاد پایگاه اطلاعاتی داده‌های بیمار دست‌یاران بر این باور بودند که سیستم ثبت اطلاعات بالینی بیمار از طریق ثبت اقدامات و مطالعات بیمار و فرایندهای درمانی انجام شده برای وی می‌تواند تا حد بسیار زیادی مانع از بروز پزشکی تدافعی گردد. در زمینه آشناسازی جامعه با مفهوم پزشکی تدافعی از بین مهم‌ترین راهکارها از دیدگاه رزیدنت‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌توان به عواملی هم‌چون آشناسازی پزشکان و ارائه آموزش‌های لازم در این زمینه به دانشجویهای پزشکی در طی دوران تحصیل اشاره نمود. در رابطه با تقویت کار گروهی، دست‌یاران بر

پدیده پزشکی تدافعی گردد پیش نیاز این مساله شکل‌دهی فرهنگی در محیط بالینی است بدین صورت که بیماری‌های با ریسک بالا و خاص به صورت کمیته‌ای تصمیم‌گیری شود [۲۰]. در رابطه با اصلاح روند رسیدگی به شکایات بایستی از وقوع خطاها به عنوان فرصتی مغتنم برای کسب تجربه و یادگیری جهت جلوگیری از عدم بروز مجدد، ارتقاء سیستم، مشکل‌یابی و در نهایت افزایش ایمنی بیمار استفاده کرد [۲۱].

اخیراً مدیریت خطاهای پزشکی، افشاسازی خطاها را به عنوان استراتژی مهم برای کاهش بروز خطاها عنوان کرده است. به عبارتی بهتر اطلاع‌رسانی درست و به جابه مردم در خصوص ایمنی بیمار و فرایندهای در دسترس و فرایندهایی که باید در دسترس باشد، ارتباط باز و دوجانبه با بیماران و همراهان آنها در خصوص اشتباهات رخ داده و اظهار تأسف از بروز حادثه رخ داده و تلاش برای جبران آن از مؤلفه مهم در این زمینه می‌باشد که چشم‌گیری در کاهش خطاهای پزشکی و به طبع آن پزشکی تدافعی خواهد داشت [۲۳، ۲۲]. اما با توجه به این که در کشورمان و به طور ویژه در بیمارستان‌های مورد بررسی حتی در زمینه فرهنگ‌سازی هم اقدامات اندکی صورت گرفته است و سازمان‌های متولی هم از لحاظ قانونی اقدامات یکسان و منسجمی را در برخورد با خطاها ندارند، لذا هم‌چنان ترس از گزارش‌دهی و عدم مقبولیت آن و شیوع بالای پدیده پزشکی تدافعی در سیستم مشاهده می‌شود. در راستای تحقق این امر لازم است در نگاه سنتی به خطاهای انسانی در بیمارستان‌های کشورمان تحولی صورت پذیرد، البته، برای تحقق چنین تحولی وجود پیش زمینه‌های فرهنگی چون بررسی خطا به عنوان رویداد چندعاملی و چند علتی، عدم تنبیه و سرزنش افراد، پذیرش جایز الخطا بودن انسان‌ها، تأکید بر ارتقای ارتباطات حرفه‌ای و کار گروهی، مورد نیاز است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی از قبیل کمبود منابع اطلاعات و تحقیقات انجام شده در

عملکرد بیمه‌ها و افزایش کارایی آنها در این زمینه کمک کننده خواهد بود.

هم‌چنین به نظر می‌رسد تدوین و بهره‌گیری از گایدلاین‌های درمانی معتبر نیز که مورد تایید بیمه‌ها و سازمان‌های نظارتی مرتبط می‌باشد می‌تواند تا حد بسیار زیادی بر کاهش این پدیده تاثیر بگذارد چرا که این مهم به منظور بهبود و تضمین کیفیت می‌باشد به عبارت دیگر هدف از طراحی گایدلاین‌های درمانی انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد [۱۷] اما از چالش‌های اصلی که در زمینه پیاده‌سازی معیار طب مبتنی بر شواهد مطرح می‌گردد عبارت است از لزوم استفاده از رویکرد طب مبتنی بر شواهد در ارائه خدمات که این مهم از طریق تدوین گایدلاین‌ها و ایجاد مقبولیت در بکارگیری آنها در بیمارستان محقق خواهد شد [۱۸، ۱۷] علاوه بر این از سایر چالش‌های عمده در این زمینه می‌توان به لزوم تقویت توان تحقیقات و مهارت‌های انتقادی در کارکنان و پیش‌بینی سیاست‌های تشویقی و تنبیهی به منظور استفاده از پروتکل‌های درمانی و تشخیصی و راهنماهای عملکرد بالینی در ارائه خدمات اشاره نمود [۱۸].

علاوه بر این مستندسازی روند درمان و ایجاد پایگاه اطلاعات داده‌های بیمار می‌تواند با ارائه خلاصه‌ای از اقدامات درمانی انجام شده برای بیمار و وضعیت وی در گذشته، بر اساس یک مبنای قابل اعتماد از تجویزهای بی‌مورد جلوگیری می‌کند بطور مثال سیستم CDSS همراه با سیستم CPOE می‌تواند یادآوری‌هایی را در زمانی که پزشک دستورات را وارد می‌کند تولید کند، که این یادآوری‌ها در تداخلات بین دارویی، تداخلات بین آزمایشگاه و داروهای خاص و آلرژی‌ها مفید باشد [۱۹]. در همین بیماران را باید آموزش داد که بدانند باید به پزشک خود اعتماد نموده و درخواست تجویزهای غیرضروری نکنند.

انجام کار تیمی در مراقبت از بیمار و کسب مشاوره از همکاران و صاحب‌نظران در موارد پیچیده بیماری می‌تواند احتمال بروز خطاها را کاهش داده و مانع بروز

رابطه با موضوع تحقیق در ایران، محافظه کاری بعضی از مسئولین نسبت به این گونه پژوهش ها و بی ارتباط دانستن پژوهش حاضر با فعالیت های خود، وقت نداشتن دست یاران تخصصی که مشغول طبابت بالینی بودند اشاره نمود.

با توجه به آن که پزشکان با واژه پزشکی تدافعی آشنا می باشند، بکارگیری مولفه های این پدیده توسط آنها در طبابت، موضوعی رایج است. ضروری است با افزایش آگاهی پزشکان در خصوص جنبه های قانونی حرفه شان و ثبت صحیح و کامل سوابق پزشکی بیماران، نگرانی های غیرضروری پزشکان در خصوص جنبه های قانونی ناشی از اشتباهات و خطای پزشکی و بدنبال آن رفتارهای پزشکی دفاعی با تبعات منفی آن کاهش یابد. مواردی از قبیل اطلاع رسانی در خصوص این موضوع با کمک تهیه و تدوین بروشور، پمفلت، کتابچه و دیگر ابزارهای آموزشی - تبلیغاتی در سطح وزارتخانه و ارسال به کلیه مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، مطب های خصوصی و ...، برگزاری کارگاه های آموزشی در سطح وزارتخانه برای کلیه پزشکان، برگزاری همایش هایی در این خصوص جهت فرهنگ سازی، تشویق به ارائه مقالات در این زمینه و مبادله و اشتراک دانش تئوریک و نظری در این خصوص می تواند تا حد بسیار زیادی مانع گسترش این پدیده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد، مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۳۰۵۴۹۹ می باشد با تشکر از معاونت پژوهشی و بیمارستان های آموزشی علوم پزشکی مشهد که در این پژوهش ما را یاری کرده اند.

جدول ۱ - توزیع علل پزشکی تدافعی در دست یاران بالینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

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

جدول ۲ - راهکارهای پیشنهادی برای کاهش پزشکی تدافعی از دیدگاه دست‌یاران بالینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عنوان کلی	درصد	عناوین جزئی
اعمال حمایت‌های قانونی از پزشکان	۴۶٫۲٪	حمایت بیشتر بیمه‌ها و قانونگذار از متخصصین (۳۴٪)
		حمایت نظام پزشکی و قوانین از پزشکان (۲۶٪)
		تضمین‌های بیشتر و مطمئن‌تر از طرف بیمه‌های مسئولیت (۲۲٪)
		اصلاح نگاه قانون به قصور پزشکی به عنوان یک جرم یا شبه جرم (۱۰٪)
		احساس امنیت پزشک طرف قانونگذار (۸٪)
طب مبتنی بر شواهد	۱۹٫۸٪	استفاده از راهنمای طبابت بالینی و گاید لاین‌های جهانی (۶۵٪)
		تنظیم پروتکل‌های درمانی برای بیماران با ریسک بالا (۲۰٪)
		زیاد بودن روش‌های درمانی یک بیماری خاص و نداشتن رفرنس‌های مشخص (۱۵٪)
ایجاد پایگاه اطلاعاتی داده‌های بیمار	۱۹٫۸٪	ایجاد سیستم ثبت اطلاعات بالینی بیمار (۷۸٪)
		ایجاد دسترسی منظم و سیستم ارجاع پزشکی به پرونده‌های بیماران (۲۲٪)
آشنا سازی جامعه با مفهوم پزشکی تدافعی	۱۶٫۵٪	اطلاع‌رسانی و آموزش به پزشکان و دانشجویان پزشکی (۸۴٪)
		اطلاع‌رسانی به بیمار و خانواده‌ها (۱۶٪)
تقویت روحیه کارگروهی	۱۳٫۲٪	تصمیم‌گیری تیمی در صورت پیچیده بودن بیماری (۴۵٪)
		درخواست مشاوره از اساتید و همکاران (۳۷٪)
		ایجاد فرهنگ درمان گروهی بیمار (۱۸٪)
اصلاح شیوه برخورد با شکایات	۹٫۹٪	اصلاح فرهنگ و نحوه برخورد با گزارش خطاهای درمانی (۸۶٪)
		حل مشکل پیش آمده در خود بیمارستان یا مطب (۱۴٪)

Reference:

- 1- Mossman D, Defensive medicine: Can it increase your malpractice risk? *Current Psychiatry*, 2009; 8(12): 86.
- 2- Summerton N, Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *British Medical Journal*, 1998; 310(6971): 9-27.
- 3- Rx M, Defensive medicine: Can it increase your malpractice risk? *Current Psychiatry*, 2010; 8(12): 86.
- 4- Asher E, et al., Unconscious defensive medicine: the case of erythrocyte sedimentation rate. *Eur J Intern Med*, 2007; 1(8): 35-38.
- 5- Asher E, et al. Defensive Medicine in Israel-a nationwide survey. *Plos One*; 2012; 7(8).
- 6- Catino M, Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*, 2011; 15(1): 1-12.
- 7- Moosazadeh M, et al. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *Ijhp*, 2014; 2(3): 119-123. [Article in Persian]
- 8- Haghshenas MR, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2012; 21(86): 244-51. [Article in Persian]
- 9- Rafizadeh Tabai Zavareh SM, Haj Manoochehri R, and Nasaji Zavareh M. Study of General physicians negligence frequency among complaints referred to tehran's forensic medicine commission from 2003 to 2005 *SJFM*, 2007; 13(3): 152-7. [Article in Persian]
- 10- Sloan FA and Shadle JH. Is there empirical evidence for Defensive Medicine? A reassessment. *Journal of Health Economics*, 2009; 2 (28): 91-481.
- 11- Amiresmaili M, et al. A Survey On Frequency Of Defensive Medicine Among General Practitioners Of Kerman City. *payavard salamt*, 2013; 7(5): 399-409.
- 12- Robinson A., et al. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. *Arch Intern Med*, 2002; 162: 2186-2190.
- 13- Shojania K, et al. Safe but sound: patient safety meets evidence-based medicine [Editorial]. *JAMA*, 2002; 288: 508-513.
- 14- Seyabani S, et al. The survey of Complaints against phycians in Medical Council of Kermanshah from 2001 to 2005, 2009; 1: 74-83. [Article in Persian]
- 15- Rubin RJ, Mendelson DN. How much does defensive medicine cost? *J Am Health Policy*, 2008; 4(4): 7-15.
- 16- Kessler DP ,Sage WM, and Becker DJ. Impact of malpractice reforms on the supply of physician services. *JAMA*, 2009; 293(21): 2618-25.
- 17- Afessa B, Gajic O, and Keegan M.T, Impact of introducing multiple evidence-based clinical practice protocols in a medical intensive care unit: A retrospective cohort study *BMC Emergency Medicine*; 2007; 7(10).
- 18- Trenti T, Canali C, and scognamiglio A, Clinical Governance and Evidance Baseb Labratory Medicine. *clin Chem Lab Med*, 2006; 44(6): 726-732.
- 19- Brilla R, et al. Are Neurology residents in the United States being taught defensive medicine? *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2012; 108(4): 374-7.
- 20- Robinson AR, et al., Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors . *Arch Intern Med*, 2006; 162: 2186-90.
- 21- Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A, and Asghari F, Medical error disclosure: the gap between attitude and

practice. Postgraduate medical journal, 2012; 88(1037): 130-3.

22- Hartnell N, et al. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. BMJ quality & safety, 2012; 215(5): 361-8.

23- Etchegaray JM, et al., Error disclosure: a new domain for safety culture assessment. BMJ quality & safety, 2012. bmjqs-2011-000530.