

## مقاله اصلی

# بررسی وضعیت و دیدگاههای پزشکان متخصص دانشگاه علوم پزشکی جهرم از نظر پزشکی تدافعی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۱۵

### خلاصه

#### مقدمه

پزشکی تدافعی به هر معاینه پزشکی یا درمانی گفته می‌شود که در درجه اول برای محافظت از پزشک در برابر اتهامات سهل انگاری یا شکایاتی که تحت عنوان خطاهای پزشکی می‌باشند، انجام می‌گیرد. هدف از این پژوهش، بررسی تجربه و علل پزشکی تدافعی از دیدگاه متخصصین دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد.

#### روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در بین ۲۵ نفر از متخصصین بالینی دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۹۷ انجام گردید. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه تجربه و علل پزشکی تدافعی توسط رضایی و همکاران می‌باشد. داده‌های پرسشنامه بعد از گردآوری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ ثبت و با استفاده شاخص‌های آماری توصیفی و روش آمار استنباطی تجزیه و تحلیل گردید.

#### نتایج

متخصصین حاضر در این تحقیق دارای نمره پزشکی تدافعی با میانگین  $42/20 \pm 6/87$  بودند. طبق نتایج حاصل، میزان پزشکی تدافعی در زنان نسبت به مردان، در پزشکان متاهل نسبت به پزشکان مجرد، در پزشکان فاقد بیمه مسؤلیت نسبت به پزشکان دارای بیمه مسؤلیت بیشتر بود اما هیچ یک از این تفاوتها به لحاظ آماری معنی دار نبودند ( $p > 0/05$ ).

#### نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد که پزشکی تدافعی در پزشکان دانشگاه علوم پزشکی جهرم نسبتاً بالا است، که مهم ترین علت این پدیده، نداشتن ریسک پذیری و اعتماد به نفس پایین پزشکان می‌باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود آموزش‌های مرتبط با رفع این پدیده و هدایت به سمت ابعاد مثبت آن به پزشکان داده شود و این در حالی است که با اقدامات کاملاً ساده این پدیده کاهش می‌یابد.

#### کلمات کلیدی

پزشکی تدافعی، پزشکان، تجربه.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فاطمه ملکی<sup>۱</sup>

نقیسه اسماعیل پور<sup>۲</sup>

سیدرضا حبیب زاده<sup>۳</sup>

مهدی فروغیان<sup>۳</sup>

اسماعیل رعیت دوست<sup>۴\*</sup>

نوید کلانی<sup>۵</sup>

۱ گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۲ گروه پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان

پیمانیه، جهرم، جهرم، ایران.

۳ گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴ مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جهرم، جهرم، ایران.

۵ مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

\* مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جهرم، جهرم، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۷۳۹۶۰۱۴

Email: e.rayat.dost@gmail.com

## مقدمه

در سال‌های اخیر شکایت از پزشکان شیوع چشمگیری پیدا کرده و ادامه این روند تأثیرات عمیقی را بر وجهه حرفه پزشکی خواهد گذاشت (۱). همچنین افزایش شکایت از پزشکان باعث ایجاد مشکلات بسیاری بین سازمان‌های بیمه گر و پزشکان شده است. بسیاری از پزشکان شاغل باید مدام درگیر پیدا کردن یک شرکت بیمه مسئولیت شغلی معتبر باشند تا با پرداخت حق بیمه به آنها، مسئولیت خسارات مالی به بیماران را به دنبال خطای پزشکی بر عهده گیرد (۲). یعنی پزشکان عملاً درگیر تنش‌ها و فعالیت‌هایی می‌شوند که اساساً برای آن آموزش ندیده‌اند و در این میان ممکن است پول و انرژی زیادی به جای آن که در جهت پیشرفت و سلامت عمومی مصرف شود، صرف دعاوی قضایی شده و پیامدهای دیگری نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های سلامتی را به همراه داشته باشد (۳). 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 درمان اشتباه انجام می‌شود (۴، ۵). با توجه به این که اشتباهات بخش اجتناب ناپذیر از حرفه پزشکی است به همراه ادعای سهل انگاری‌های پزشکی یک رویداد مشترک می‌باشند که باعث نارضایتی و خدشه در روابط فردی پزشکان با بیماران می‌شود و از آنجایی که بیمار محور خدمات پزشکی را تشکیل می‌دهد. بروز خطا در سیستم مراقبت‌های پزشکی امری اجتناب ناپذیر است. علی‌رغم بهترین تلاش‌ها و کوشش‌های پزشکان و پرسنل درمانی، امکان رخ دادن خطا و اشتباه وجود خواهد داشت (۶، ۷). به عبارتی پزشکی تدافعی به هر معاینه پزشکی یا درمانی گفته می‌شود که در درجه اول برای محافظت از پزشک در برابر اتهامات سهل انگاری یا شکایاتی که تحت عنوان خطاهای پزشکی می‌باشند، انجام می‌گیرد (۸). مفهوم پزشکی تدافعی در سال ۱۹۷۸ ظاهر شد و به عنوان اقدامات پزشکی تعریف می‌شود که عمدتاً برای جلوگیری از شکایت انجام می‌شود (۹). پزشکان به منظور کاهش قرار گرفتن در معرض

دعای پزشکی قانونی، پزشکی تدافعی را انجام می‌دهند. پزشکی تدافعی هنگامی انجام می‌شود که کارکنان بیمارستان اقدامات غیرضروری را انجام دهند و یا از روش‌های پرخطر برای کاهش قرار گرفتن در معرض دعاوی نادرست اجتناب کنند. پزشکی تدافعی یک اثر مخرب دادخواست پزشکی است که هزینه سیستم بهداشت و درمان را افزایش می‌دهد و بیماران را در معرض خطرات غیرضروری قرار می‌دهد. تعداد ادعاهای سهل انگاری علیه پزشکان بطور مداوم در حال افزایش است. تعداد زیادی از ابتکارات حقوقی که توسط بیماران گرفته شده است، بسیاری از پزشکان را وادار به اتخاذ "استراتژی" تدافعی برای جلوگیری از به خطر انداختن شغل خود کرده است. تهدید دعاوی حقوقی پزشکی قانونی مانع جدی در جهت ارتقاء اعتبار سازمان‌های بهداشت و درمان و ایمنی بیمار است (۱۰). 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 (۷-۱۱، ۱۴). گزارش‌های بین المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفت‌های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایت‌ها سیر صعودی داشته است (۱۲). به دنبال آشنایی جامعه با حقوق خود در قبال پزشکان و مراجعه آنها به محاکم قضایی در موارد ضروری، ترس پزشکان از زیر سوال رفتن برای بد طبابت کردن، فراگیر شده است و این موضوع منجر به این شده که پزشکان زیادی در تمام تخصص‌ها در طبابت شان شرایط پزشکی تدافعی را در پیش گیرند (۳-۱). اصطلاح پزشکی تدافعی به هر آزمون یا شیوه درمانی که با هدف اولیه نجات پزشک از تهدید اتهام خطای پزشکی قانونی یا طرح شکایت تحت عنوان خطای پزشکی از پزشک انجام می‌گیرد اطلاق می‌شود و به دو صورت پزشکی تدافعی مثبت و پزشکی تدافعی منفی می‌باشد (۱۳، ۱۴). نگرانی‌ها و درک در مورد

رسیده است (۲۱). با وجود قدمت چندین ساله موضوع پزشکی دفاعی در بین کشورهای پیشرفته، ولی این پدیده در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران چندان شناخته شده نیست در حالی که بروز برخی رفتارها از قبیل ارجاع بیماران به متخصصان دیگر، مستندسازی روند درمان بیمار و تجویز داروهای غیرضروری حاکی از شیوع این عامل در بین پزشکان ایرانی است (۲۲). از آنجا که پزشکی تدافعی در گروه تخصصی مختلف نیز قابل بررسی است لذا پژوهشگران در این مطالعه میزان تجربه پزشکی تدافعی، علل بروز و ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش آن از دیدگاه متخصصین دانشگاه علوم پزشکی جهرم را مورد بررسی قرار داده است.

### روش کار

#### طراحی مطالعه و جمعیت

مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۷ در بین ۲۵ نفر از متخصصین بالینی (جراحان، بیهوشی و متخصصین شاغل در بیمارستانها و درمانگاهها) دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام گردید. پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم، پژوهشگر پس از توجیه و بیان اهداف تحقیق اقدام به تکمیل پرسشنامه در بین متخصصین با اخذ رضایت قبلی نمود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است.

#### معیار ورود و خروج

معیارهای ورود شامل؛ متخصصین در حال طبابت در دانشگاه علوم پزشکی جهرم و معیارهای خروج شامل؛ عدم شرکت متخصصین و پرسشنامه‌ای که به تمام سوالات پاسخ داده نشده می‌باشد.

#### ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود. این پرسشنامه شامل ۶ بخش که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک، سوالاتی در مورد: جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه کاربالینی، سن، نوع تخصص، وضعیت استخدامی، بیمه مسئولیت پزشکی و میزان ریسک پذیری بخش دوم، میزان تجربه متخصصین با اقدامات رایج پیشگیرانه و تکمیلی که تحت عنوان پزشکی تدافعی انجام می‌شوند که خود شامل ۱۳ ردیف اقدام که این اقدامات رایج پزشکی تدافعی از مقالات مختلف جمع آوری گردیده است

مسئولیت پزشکی پزشکان را به سمت تمرین پزشکی تدافعی سوق می‌دهد. پزشکی تدافعی مثبت شامل نسخه‌های غیر ضروری، ارجاع بیمار به متخصصان دیگر، درخواست جزئیات بیشتر از بیماران، تأکید بر ویژگی‌های به موقع و ارائه توضیحات اضافی در مورد نحوه مصرف داروهای تجویز شده است. پزشکی تدافعی منفی شامل خودداری از تجویز درمان‌های پزشکی پرخطر در حالی است که چنین درمانی ممکن است به نفع بیمار باشد و جلوگیری از معالجه بیماران پرخطر می‌باشد (۸). در یک بررسی که در ایالت متحده انجام شده است ۹۶٪ جراحان مغز و اعصاب پزشکی تدافعی را گزارش کرده‌اند. در اروپا ۹۴٪ متخصصان گزارش و ۸۳٪ متخصصان بیهوشی پزشکی تدافعی را تجربه کرده‌اند (۱۵). در این روش آزمایشات تشخیصی، مشاوره و مطالعات تصویربرداری دستور داده می‌شود تا یک ریسک قانونی ادراک شده را برآورده سازد و در نتیجه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بالاتری حاصل شود. براساس گزارش موسسه پزشکی، مبلغ پایین باری تخمین هزینه‌های اضافی مشخص شده از مباحث کارگاهی، در سال ۲۰۰۹ حدود ۷۶۵ میلیارد دلار بود که از این میزان هزینه‌های پزشکی دفاعی ۲۱۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است (۹). پدیده پزشکی تدافعی بین ۹ - ۵٪ به هزینه‌های مراقبت‌های درمانی آمریکا می‌افزاید و هزینه سالانه سیستم مسئولیت پزشکی همراه با اقدامات تدافعی در سال ۲۰۰۸، حدود ۵۵ / ۶ میلیارد دلار تخمین شده است که برابر با ۲ / ۴٪ از کل هزینه‌های صرف شده در سلامت می‌باشد (۱۶، ۱۷). مطالعه‌ی در یک موسسه پزشکی آکادمیک در آمریکا نشان داد از کل پزشکان در رشته‌های مختلف حدود ۴ - ۳٪ شکایت صورت گرفته است که این میزان در سال ۱۹۸۰، ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰، ۲۵٪ از کل پزشکان شاغل در آن کشور را شامل شده است (۱۸). همچنین بررسی انجام شده در ۱۱ ایالت آمریکا نشان داد که داده‌های قصور پزشکی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲ به میزان ۱۸٪ افزایش یافته است (۱۹، ۲۰). در کشور ما میزان شکایت از پزشکان رو به افزایش است به طوری که این میزان در نظام پزشکی استان تهران از ۱۳۴ مورد در سال ۱۳۷۸ به ۱۲۷۰ مورد در سال ۱۳۸۴

پذیری، ۳۹/۱٪ اظهار نموده بودند که خطر پذیرند و ۵۶/۵٪ بیان نموده بودند که تا حدی خطر پذیرند و تنها ۴/۳٪ اظهار کرده بودند که خطرپذیری ندارند.

متخصصین حاضر در تحقیق، دارای میانگین سنی  $37/87 \pm 7/64$  سال بودند به طوری که کمترین سن در بین آنان برابر ۳۰ سال و بیشترین سن برابر ۵۲ سال بود. همچنین سابقه اشتغال متخصصین دارای میانگین  $7/6 \pm 4/89$  سال بود به گونه-ای که کمترین سابقه برابر ۲ سال و بیشترین سابقه برابر ۲۰ سال اظهار شده بود. همچنین ۴۰٪ دارای سابقه اشتغال ۵ سال یا کمتر، ۳۳/۳٪ دارای سابقه اشتغال بین ۵ و ۱۰ سال و ۲۶/۷٪ دارای سابقه اشتغال بالای ۱۰ سال بودند. به علاوه، ۶۵/۲٪ از پاسخگویان وضعیت استخدام خود را رسمی، ۸/۷٪ پیمانی و ۲۶/۱٪ سایر عنوان نموده بودند.

آمار توصیفی مربوط به پاسخ های ارائه شده به تجربه پزشکان در پزشکی تدافعی در جدول زیر ارائه شده است. طبق نتایج حاصل ملاحظه می شود که موارد "پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار" و "ارجاع به تخصص های بالاتر جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی" و "خودداری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا" دارای بیشترین شیوع، و موارد "دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می شوند" و "دستور مراجعه مجدد بیماران و پیگیری بیشتر در درمان آنان" دارای کمترین میزان شیوع در بین پزشکان بوده اند.

که با سه گزینه ی زیاد تا حدودی و اصلاً، بررسی می شود. برای تعیین میزان تجربه پزشکی تدافعی، چنانچه شرکت کننده ای حداقل یکی از رخدادهای تجربه نموده اند. دچار پزشکی تدافعی شده است بخش سوم، میزان موافقت متخصصین با علل انجام پزشکی تدافعی که خود شامل ۱۵ علل که این علل از مقالات مختلفی جمع آوری گردیده است (۲۳، ۱۰) که با ۵ گزینه کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالف و بی نظرم، بررسی شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه رضایی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۸۷٪ بدست آمده است (۲۴).

### ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه قبل از تکمیل پرسشنامه ها از متخصصین شرکت کننده در این پژوهش رضایتنامه شفاهی اخذ شد و هدف از انجام کار به اطلاع آنها رسانده شد. همچنین به آنها اطمینان خاطر داده شد که پرسشنامه ها بی نام هستند و نتایج به صورت کلی گزارش خواهد شد.

### آنالیز اطلاعات

داده های پرسشنامه بعد از گردآوری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ ثبت گردید و با استفاده شاخص های آماری توصیفی و روش آماراستنباطی، آزمون فریدمن که سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد، تحلیل گردید.

### نتایج

با بررسی مشخصات دموگرافیک مشخص گردید که از حیث جنسیت ۵۴/۲٪ از متخصصین مرد و از حیث وضعیت تاهل، ۷۸/۳٪ از متخصصین متاهل بودند. همچنین اکثریت قاطع متخصصین (۹۱/۷٪) دارای بیمه مسؤلیت بوده و از حیث خطر

### تجربه متخصصین با اقدامات رایج پیشگیرانه و تکمیلی

شماره	سوال	پاسخ	
		اصلاً	تا حدودی زیاد
۱	تجویز آزمایشات تشخیصی و پاراکلینیکی جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی	۴/۲	۷۰/۸
۲	دستور مراجعه مجدد بیماران و پیگیری بیشتر در درمان آنان	۰	۸۳/۳
۳	مشارکت دادن بیمار و شرح جزییات بیشتر در مورد روش درمانی	۰	۵۸/۳
۴	شرح جزییات بیشتر در مورد مصرف و صحیح و به موقع داروها	۰	۶۲/۵
۵	پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار	۰	۳۰/۴

۶	ارجاع به تخصص های بالاتر جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی	۴/۳	۳۰/۴	۶۵/۲
۷	تجویز خدمات تصویری برداری جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی	۰	۷۹/۲	۲۰/۸
۸	تجویز دارو جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی	۸/۳	۶۶/۷	۲۵
۹	خود داری از اقدامات و تجویز های دارایی ریسک بالا با وجود مفید بودنشان	۰	۶۲/۵	۳۷/۵
۱۰	تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات مربوط به سوابق بیمار بیش از مقدار مورد نیاز	۰	۲۵	۷۵
۱۱	تجویز فرایندهای تهاجمی تشخیصی (بیوپسی ها و ...)	۰	۷۵	۲۵
۱۲	خود داری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا	۴/۲	۳۳/۳	۶۲/۵
۱۳	دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می شوند	۲۹/۲	۵۸/۳	۱۲/۵

میشود" و "پایین بودن سطح دانش تخصصی و معلومات برخی از پزشکان از بیماری". همچنین گویه های "از ابتدا به هرگونه ای ما را آموزش داده اند که به صورت تدافعی عمل کنیم"، "برای اطمینان پزشکان از نهایت اجرای استانداردها در رابطه با بیماران، زیرا هرگونه نتیجه ناخوشایندی ناشی از اشتباه پزشک است" و "زاید بودن هزینه های جبران خطاهای پزشکی و پشتیبانی ضعیف سازمان های بیمه گر از پزشکان" به ترتیب کم اهمیت ترین علل انجام پزشکی تدافعی از دید پزشکان حاضر در این تحقیق بوده است.

با استفاده از آزمون فریدمن مشخص گردید که بین میزان موافقت متخصصین با علل انجام پزشکی تدافعی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p = 0/001$  و  $df = 14$  و  $\chi^2 = 34/946$ ). نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات هر سوال و رتبه آن در جدول زیر ارائه شده است. طبق نتایج حاصل ملاحظه می شود که از نظر متخصصین شرکت کننده در این تحقیق، مهم ترین علل انجام پزشکی تدافعی به ترتیب عبارتند از "نداشتن ریسک پذیری و اعتماد بنفس پایین پزشکان"، "به طور کلی پزشکی تدافعی یکی از استانداردهای جدید و سودمند در مراقبت

### میزان موافقت متخصصین با علل انجام پزشکی تدافعی

شماره	سوال	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه ها	رتبه
۱	برای جلوگیری از مورد دادخواهی قرار گرفتن و اقدام قضایی بیماران	۲/۴۵	۱/۲۷	۷/۲۸	۹
۲	زاید بودن هزینه های جبران خطاهای پزشکی و پشتیبانی ضعیف سازمانهای بیمه گر از پزشکان	۲/۳۵	۱/۳۴	۶/۵۰	۱۳
۳	عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا	۳/۲۵	۱/۱۱	۸/۹۸	۵
۴	برای حفظ اعتبار و شهرت پزشکی خود و همچنین جلوگیری از تبلیغات منفی	۲/۶۵	۱/۳۴	۶/۷۸	۱۲
۵	به طور کلی پزشکی تدافعی یکی از استانداردهای جدید و سودمند در مراقبت می باشد	۳/۴۰	۱/۱۴	۹/۳۳	۲
۶	نبودن دستورالعمل بالینی ثابت و مشخص برای هر بیماری	۳/۲۰	۱/۲۳	۸/۹۰	۶
۷	درخواست خانواده و خود بیمار از پزشک در رابطه با اینکه همه چیز تا	۲/۵۵	۱/۳۵	۷/۵۳	۸

## حد اماکان با اطمینان کامل پیش برود

۸	دیدن حرف هایی که آنها در دفاع از خود می گویند، حاضر به تکرار راه آنان نیستم	۲/۳۵	۱/۴۲	۶/۸۵	۱۱
۹	برای جلب اطمینان خاطر بیماران و خانواده آنها از این که خطایی بوجود نخواهد آمد	۲/۴۵	۱/۲۷	۷/۰۵	۱۰
۱۰	پایین بودن سطح دانش تخصصی و معلومات برخی از پزشکان از بیماری	۳/۳۰	۱/۲۱	۹/۲۸	۳
۱۱	نداشتن ریسک پذیری و اعتماد بنفس پایین پزشکان	۳/۸۰	۰/۷۶	۱۱/۰۵	۱
۱۲	برای اطمینان پزشکان از نهایت اجرای استاندارد ها در رابطه با بیماران ، زیرا هرگون نتیجه ناخوشایندی ناشی از اشتباه پزشک است	۲/۱۵	۱/۰۸	۶/۴۳	۱۴
۱۳	از ابتدا به هرگونه ای ما را آموزش داده اند که به صورت تدافعی عمل کنیم	۲/۱۵	۱/۳۴	۶/۱۵	۱۵
۱۴	قبلا به علت خطا در تشخیص و یا درمان از من شکایت شده و نمی خواهم دوباره تکرار شود	۳/۲۵	۱/۲۵	۹/۱۳	۴
۱۵	نداشتن بیمه مسئولیت و جلوگیری ریسک از دست رفتن سرمایه ام	۲/۹۰	۱/۵۵	۸/۸۰	۷

مسئولیت از آزمون من-ویتی و به تفکیک مدت زمان اشتغال و وضعیت استخدامی پزشک از آزمون کروسکال-والیس استفاده گردید. نتایج در جدول زیر ارائه شده است. طبق نتایج حاصل، میزان پزشکی تدافعی در زنان نسبت به مردان، در پزشکان متأهل نسبت به پزشکان مجرد، در پزشکان فاقد بیمه مسئولیت نسبت به پزشکان دارای بیمه مسئولیت بیشتر بود اما هیچ یک از این تفاوت ها به لحاظ آماری معنی دار نبودند ( $p > 0/05$ ). همچنین ملاحظه گردید که با افزایش سابقه کار، نمره پزشکی تدافعی افزایش می یابد. هرچند این افزایش به لحاظ آماری معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ). همچنین بین پزشکان با وضعیت های مختلف استخدامی از لحاظ پزشکی تدافعی تفاوت معنی داری ملاحظه نگردید ( $p > 0/05$ ).

جهت بررسی ارتباط میان سن و سابقه اشتغال متخصصین با نمره پزشکی تدافعی آنان از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. با استفاده از این شاخص بین سن متخصصین و نمره پزشکی تدافعی آنان ارتباط معنی داری مشاهده نگردید ( $p = 0/635$  و  $r = 0/153$ ). بین سابقه اشتغال متخصصین و نمره پزشکی تدافعی آنان ضریب همبستگی مثبت و قابل توجهی مشاهده گردید هرچند از نظر آماری در سطح  $0/05$  فاقد معنی داری بود ( $p = 0/054$  و  $p = 0/624$ ). متخصصین حاضر در این تحقیق دارای نمره پزشکی تدافعی با میانگین  $42/20 \pm 6/87$  بودند. همچنین کمترین نمره در بین آنان برابر ۳۶ و بیشترین نمره برابر ۶۰ بود. برای مقایسه بین میزان پزشکی تدافعی متخصصین به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل و داشتن بیمه

مقایسه پزشکی تدافعی متخصصین به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل و داشتن بیمه

ویژگی	سطوح	میانگین	p
جنسیت	مرد	$42/00 \pm 6/33$	/۸۹۹
	زن	$43/00 \pm 8/56$	
وضعیت تأهل	متاهل	$42/25 \pm 7/40$	/۹۴۱

	۴۰/۰۰±۲/۸۲	مجرد	
	۳۷/۵۰±۲/۱۲	کمتر مساوی ۵ سال	
./۲۲۵	۴۴/۰۰±۶/۰۵	بین ۵ تا ۱۰ سال	سابقه اشتغال
	۴۹/۷۵±۱۰/۰۱	بیش از ۱۰ سال	
./۲۵۶	۴۱/۹۴±۷/۱۰	دارد	بیمه مسئولیت
	۴۶/۰۰±۷/۰۷	ندارد	
	۴۳/۳۶±۸/۴۸	رسمی	
./۸۹۴	۴۳/۵۰±۱/۶۰	پیمانی	وضعیت استخدامی
	۴۰/۱۶±۱/۴۷	سایر	

### بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بررسی تجربه و علل پزشکی تدافعی از دیدگاه متخصصین دانشگاه پرداخته است. طبق نتایج حاصل ملاحظه می‌شود که موارد "پیگیری میزان موفقیت یک روش درمانی به کار گرفته شده برای بیمار" و "ارجاع به تخصص‌های بالاتر جهت کاهش ریسک تجویز روش درمانی" و "خودداری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا" دارای بیشترین شیوع و موارد "دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی نیز درمان می‌شوند" و "دستور مراجعه مجدد بیماران و پیگیری بیشتر در درمان آنان" دارای کمترین میزان شیوع در بین پزشکان بوده‌اند. این مطالعه، همسو با پژوهش رضایی و همکاران می‌باشد که پزشکان در مواردی مانند تجویز فرایندهای تهاجمی تشخیصی، خودداری از پذیرش و درمان بیماران با ریسک بالا، دستور بستری شدن بیمارانی که به صورت سرپایی درمان می‌شوند کمترین تجربه را ذکر کرده‌اند (۲۴). در مطالعه ortashi و همکاران اقدامات تجویز تست‌های غیر ضروری ۵۹٪، ارجاع به تخصص‌های بالاتر ۵۵٪، بیشترین فراوانی و این در حالی است که فقط ۹٪ از پزشکان امتناع کردن از پذیرش بیماران با ریسک بالاتر و دو برابر بالاتر از این تعداد ۲۱٪، استفاده از روش‌های درمانی با ریسک بالاتر امتناع کردند (۱۵). پزشکی تدافعی یک بحران در ارتباط پزشک-بیمار است که دارای سابقه طولانی است که در درجه اول به درک روابط متقابل اخلاق حرفه‌ای پزشک و ارزش جایگاه بیمار بستگی

دارد. همچنین این پدیده باعث کاهش تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پرخطری می‌شود که در مراقبت‌های ویژه نیاز دارند (۲۵، ۲۶ و ۲۷). مواردی از رفتارهای پزشکی دفاعی که در مقوله پدیده پزشکی دفاعی مثبت جای می‌گیرد و رفتارهایی همچون تجویز درمان‌های غیر ضروری، تأکید بر مراجعات بعدی بدون پایه و اساس به پزشک، ارجاع‌های غیر ضروری به بیمارستان و سطوح بالاتر ارائه خدمت، تجویز خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری، تجویز درمان و داروهای غیر ضروری را شامل می‌شود، عناصری نامطلوب در ارائه خدمت پزشک به بیمار محسوب می‌شوند. زیرا این عوامل هم موجب هزینه‌های القایی ملموس و غیرملموس مانند پول، زمان و... برای بیمار می‌شود و هم موجب هدر رفتن بخشی از منابع در نظر گرفته شده برای ارتقا سطح سلامت می‌گردد و علاوه بر این فرصت ارائه خدمات مطلوبتر را از دست می‌دهند. رفتارهای پزشکی دفاعی منفی از قبیل اجتناب از تجویز روش‌های درمانی مخاطره آمیز برای درمان بیماران علیرغم نیاز بیمار و اجتناب از پذیرش بیماران با خطر بالا جزء مواردی هستند که برای بیماران مشکلات عدیده‌ای همچون بجا گذاشتن آسیب و عوارض بیشتر بیماری بر بیمار و بدنال آن ناتوانی و مرگ، افزایش میانگین مدت اقامت بیمار در بیمارستان‌های، افزایش هزینه درمان برای خانواده‌ها و مشکلات روحی و روانی ناشی از ادامه بیماری برای بیمار و خانواده را به وجود می‌آورد (۲۶، ۲۸). پژوهش Motta و همکارانش با عنوان "مسئولیت پزشک، پزشکی تدافعی و بیمه

استخدامی از لحاظ پزشکی تدافعی تفاوت معنی داری ملاحظه نگردید ( $p > 0/05$ ). در این مورد، مطالعه آرتاشی<sup>۱</sup> و همکاران با عنوان "اقدام پزشکی تدافعی در میان پزشکان عمومی بریتانیا" نشان داد که ارتباط معنی داری بین گروه‌های سنی و انجام دادن پزشکی تدافعی وجود دارد (۱۵).

### نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد که پزشکی تدافعی در پزشکان دانشگاه علوم پزشکی جهرم نسبتاً بالا است که مهم‌ترین علت این پدیده، نداشتن ریسک پذیری و اعتماد به نفس پایین پزشکان می‌باشد. پزشکان برای تصمیم‌گیری مستقل به محافظت از ترس و تقویت اعتماد به نفس نیاز دارند. لذا در این راستا پیشنهاد می‌شود به پزشکان آموزش‌های مرتبط با رفع این پدیده و هدایت به سمت ابعاد مثبت داده شود چرا که این پدیده با اقدامات کاملاً ساده کاهش می‌یابد.

**محدودیت های مطالعه:** عدم همکاری تمامی متخصصین بالینی در این پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه بود.

### تقدیر و تشکر

این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم به شماره IR.JUMS.REC.1397.007 تأیید گردیده است. از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و پزشکان شرکت کننده در این پژوهش و همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیمانیه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم بابت تأمین تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق سپاسگزاری می‌شود.

**تضاد منافع:** هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

حرفه‌ای" در سال ۲۰۱۵ نشان داد که ارتباط معنی داری بین سطح نگرانی تجربه شده از یک سو و تنوع رابطه پزشک-بیمار و انتخاب روش‌های پزشکی تدافعی وجود دارد (۲۹). متخصصین حاضر در این تحقیق دارای نمره پزشکی تدافعی با میانگین  $6/87 \pm 42/20$  بودند. همچنین کمترین نمره در بین آنان برابر ۳۶ و بیشترین نمره برابر ۶۰ بود که همسو با پژوهش درگاهی و همکاران بود که نشان داد نیمی از پزشکان شرکت کننده در مطالعه، از پزشکی دفاعی استفاده کردند. دلایل احتمالی استفاده از پزشکی تدافعی را می‌توان عدم اعتماد به نفس، عدم تخصص و دانش، ترس از دست دادن شهرت به دلیل یک رویداد ناگوار، ترس از تبلیغات منفی پشتیبانی ضعیف شرکت‌های بیمه‌ای را ذکر کرد (۸). نتایج یک مطالعه بر ۳۰۰ پزشک کانادایی نشان داد که تعداد زیادی از این پزشکان روش‌هایی مانند تست‌های آزمایشگاهی، ارجاع بیماران به سایر متخصصان، استفاده از روش‌های تهاجمی مانند بیوپسی، تجویز آنتی بیوتیک‌های غیر ضروری برای بیماران اجرا کرده بودند در حالیکه ضروری نبوده است (۳۰). انجمن پزشکی در ایالات متحده نشان داد که اکثریت پزشکان از روش پزشکی دفاعی استفاده کرده‌اند (۸). در مطالعه حاضر، بین سن متخصصین و نمره پزشکی تدافعی آنان ارتباط معنی داری مشاهده نگردید ( $p=0/635$  و  $r=0/153$ ). بین سابقه اشتغال متخصصین و نمره پزشکی تدافعی آنان ضریب همبستگی مثبت و قابل توجهی مشاهده گردید هرچند از نظر آماری در سطح  $0/05$  فاقد معنی-داری بود ( $p=0/054$  و  $r=0/624$ ). طبق نتایج حاصل، میزان پزشکی تدافعی در زنان نسبت به مردان، در پزشکان متأهل نسبت به پزشکان مجرد، در پزشکان فاقد بیمه مسؤلیت نسبت به پزشکان دارای بیمه مسؤلیت بیشتر بود اما هیچ یک از این تفاوت‌ها به لحاظ آماری معنی دار نبودند ( $p > 0/05$ ). همچنین ملاحظه گردید که با افزایش سابقه کار، نمره پزشکی تدافعی افزایش می‌یابد. هرچند این افزایش به لحاظ آماری معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ). همچنین بین پزشکان با وضعیت‌های مختلف

<sup>1</sup> Ortashi





## References

1. Rafizadeh Tabai Zavareh SM, Haj Manoochehri R & Nasaji Zavareh M. Study of General physicians negligence frequency among complaints referred to tehran's forensic medicine commission from 2003 to 2005. SJFM 2007; 13(3): 152-7 [Article in Persian].
2. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Ahmadzade Amiri A, Sheikh Rezaee MR, ahmani N, PourhosseinM, 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].
3. Seyabani S, Alipoor AA, Seyabani H, Rezaei M & Daneyali S. The survey of Complaints against physicians in Medical Council of Kermanshah from 2001 to 2005. Behbood 2009; 13(1): 74-83 [Article in Persian].
4. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ: British Medical Journal 1998; 310(6971): 27-9.
5. Rx M. Defensive medicine: Can it increase your malpractice risk? Current Psychiatry 2009; 8(12): 86.
6. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Ahmadzade Amiri A, Sheikh Rezaee MR, Rahmani N, PourhosseinM, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(86): 244-51. [Persian]
7. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, et al. Patient complaints and malpractice risk. JAMA 2002; 287: 2951-2957
- 8- Dargahi Hossein, Moraveji Mina. Defensive Medicine: Ethical or Unethical? A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Journal of Public Health. 2018; 2(2): 3-7.
- 9- Zhu L, Li L, Lang J. The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. BMJ Open 2018; 8:e019752. doi:10.1136/bmjopen-2017-019752
- 10- Catino M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects of Medical Litigation. Safety Science Monitor. 2011; 15(1): 1-12.
- 11- Mossman D. Defensive medicine; Can it increase your malpractice risk? Current psychiatry. 2009; 8(12):86.
- 12- Akhlaghi M, Tofighi Zavare H, Samadi F. The Sues of Gynecoobstetrics Referred to the Commission of National Legal Medicine Center at 2001-2002; Reasons and Methods of Prevention from these. Forensic Mwdicine 2009; 10(34): 70-4.
- 13- Studdert DM, Mello MM & Brennan TA. Medical malpractice. New England Journal of Medicine. 2004; 350(3): 283-92.
14. Tussing AD & Wojtowycz MA. Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. Medical Care. 1997; 35(2): 172-91.
- 15- Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Med Ethics. 2013; 29;14:42. doi: 10.1186/1472-6939-14-42.
- 16- Dove JT, Brush JE Jr, Chazal RA, and Oetgen WJ. Medical professional liability and health care system reform. Journal of the American College of ardiology. 2010; 55(25): 2801-2803.
17. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, and Studdert DM. National costs of the medical liability system. Health Affairs 2010; 29(9): 1569-1577.
- 18- Charlatan F. Medical errors kill almost 10000 Americans a year [letter]. BMJ. 1999; 319:1519.
- 19- Sheikh Azadi A, Ghadyani MH, Kiani M. The Investigation Methods Forensic Mwdicine 2007; 13(3): 171-80.

20. Rafizadeh Tabai Zavareh SM, Haj Manoochehri R & Nasaji Zavareh M. Study of General Physicians negligence frequency among complaints referred to tehran's forensic medicine commission from 2003 to 2005. SJFM 2007; 13(3): 152-7. [Persian]
- 21- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zepert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 2005; 293(21): 2609-17.
- 22- Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. Ijhpms 2014; 2(3): 119-123. [Persian]
23. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med. 1999; 159(20): 2399-402.
- 24- Rezayi A.A, Vafae Najar A, Houshmand E, Esmaili H, Kouhestani S. Experience and Etiology of Defensive Medicine in View of Residents in Mashhad University of Medical Sciences in 2016. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation. 2017; 6 (2): 60-68.
25. Asgary R, Lawrence K. Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach. 2014;4.doi: 10.1136/bmj.open-2014.
26. Nelson LJ, Morrisey MA & Kilgore ML. Damages caps in medical malpractice cases. Milbank Quarterly. 2007; 85(2): 259-86.
27. Sloan FA & Shadle JH. Is there empirical evidence for Defensive Medicine? A reassessment. Journal of Health Economics. 2009; 28(2): 481-91.
- 28- Amiresmaili M, Nekouemoghadam M, Moosazadeh M, Esmaili F, Mirtajeddini M. A Survey on frequency of defensive medicine among general practitioners of kerman city. Payavard. 2014; 7 (5): 399-409. [Persian]
- 29- Motta S, Testa D, Cesari U, Quaremba G, Motta G. Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. BMC Res Notes. 2015; 8: 343.
- 30- Rochester NY. Doctor and other health professionals report fear of malpractice has a big, and mostly negative impact on medical practice, unnecessary defensive medicine and openness in discussing medical errors. 2017.

*Original Article***Defense Medical Experience and Causes: Defense medical experience and causes: A cross-sectional descriptive study from the perspective of specialists**

Received: 22/05/2019 - Accepted: 06/09/2019

Fatemeh Maleki<sup>1</sup>Nafiseh Esmaelpour<sup>2</sup>Sayed Reza Habibzadeh<sup>3</sup>Mahdi Foroughian<sup>3</sup>Esmael Raeyat Dost<sup>4\*</sup>Navid Kalani<sup>5</sup><sup>1</sup> Department of Emergency Medicine, Birjand University of medical sciences, Birjand, Iran.<sup>2</sup> Department of Nursing, Department of Clinical Research Development of Peymanieh Hospital, Jahrom, Iran.<sup>3</sup> Department of Emergency Medicine, Mashhad University of medical sciences, Mashhad, Iran.<sup>4</sup> Medical Ethic Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.<sup>5</sup> Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

\* Medical Ethic Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Tel: 09177396014

Email: e.rayat.dost@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Defensive medicine is any medical or medical examination that is primarily performed to protect the physician against negligent allegations or complaints referred to as medical errors. The purpose of this study was to investigate the experience and causes of defensive medicine from the viewpoint of Jahrom University of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study was performed among 25 clinical specialists of Jahrom University of Medical Sciences in 1977. Data collection tool is a questionnaire. Questionnaire data were collected in SPSS software version 21 and analyzed by descriptive statistics and descriptive statistics, Friedman test with a significance level of 0.05.

**Results:** The specialists in this study had a defensive medical score of 42.20 average 87.6. According to the results, the rate of defensive medicine in women was higher than that of men, in married physicians than single physicians, in physicians with no liability insurance, but none of these differences were statistically significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The results show that defensive medicine is relatively high among physicians of Jahrom University of Medical Sciences. The most important cause of this phenomenon is lack of risk taking and low self-confidence of physicians. In this regard, it is recommended that physicians be educated on how to tackle this phenomenon and guide it to its positive dimensions, while reducing it by very simple measures.

**Key words:** defensive medicine, medical professionals, experience.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.