بررسی علل شکایات بیماران از پزشکان و دندان پزشکان در مراجعه کنندگان به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان طی سال های ۹۰-۸۷

سیاوش بیرانوند[۱]، غفار علی محمودی[۲]، پیمان آسترکی[۲]، امید علی پاپی[۳]، وحید الماسی[۴] ،داوود امّی[۵]، نورالدّین بیرانوند[۶]

۱- استادیار،گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- استادیار،گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- مربی، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۴- پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۵- دستیار بیهوشی، گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه جندی شاپور، اهواز، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۱ / بهار ۹۲ / مسلسل ۵۵

چکیده

دریافت مقاله: ۹۱/۸/۲۰ ، پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۹

مقدمه: در سال‌های اخیر تعداد شکایات از پزشکان و دندان‌پزشکان افزایش داشته است. شکایت از پزشکان سبب اتلاف انرژی و وقت در این گروه می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین علل شکایات بیماران از پزشکان و دندان‌پزشکان مراکز درمانی در استان لرستان از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۰ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان تصویب گردید. در پایان سال ۱۳۹۰، پرونده های شکایات ارجاع شده به معاونت درمان دانشگاه از سال ۸۷ تا پایان نیمه اول سال ۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. پرونده هایی که حاوی اطلاعات مورد نیاز نبودند از مطالعه خارج شدند. داده های استخراج شده وارد نرم افزار SPSS شدند. در نهایت نتایج مطالعه به صورت درصد فراوانی و میانگین محاسبه و ارائه گردید. در این طرح هیچ گونه تعارض منافعی وجود نداشت.

یافته‌ها: در این محدوده زمانی ۳۲۸ شکایت ثبت گردیده بود که ۱۶۸ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن شاکیان ۱۱/۲±۳۴ سال بود. ۱۱۲ نفر از شاکیان زن بودند. بیشترین شکایات صورت گرفته از دندان پزشکان، متخصصین زنان و ماماها و متخصصین ارتوپدی بود. ۲۵٪ از شکایت‌ها ناشی از صدمات جسمانی و عوارض جانبی درمان و ۲۲/۶٪ ناشی از سهل انگاری، کوتاهی و بی توجهی پزشک بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به علل شکایات انجام گرفته به نظر می رسد که با برقراری رابطه نزدیک‌تر با بیمار و ارائه توضیح بیشتر در مورد شرایط و عوارض اقدامات درمانی می توان از شکل گیری بسیاری از شکایات پیشگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: شکایت، پزشک، دندانپزشک.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، بیمارستان شهدای عشایر، مرکز تحقیقات بالینی

پست الکترونیک: Peymanastaraki@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

امروزه افزایش شکایت بیماران از پزشکان و کادر درمانی و درخواست غرامت پزشکان، دندان‌پزشکان و جامعه پزشکی را با بحرانی روزافزون مواجه نموده است. در ایران، سازمان پزشکی قانونی اعلام کرده است که میزان محکومیت پزشکان در پرونده‌های قصور پزشکی در سال ۸۸ نسبت به سال قبل ۵/۷ درصد افزایش یافته است. در مطالعه ای که در انگلستان انجام شده گزارش شده است که در مقابل هر شکایت کتبی، ۱۰۰ شکایت شفاهی و در مقابل یک شکایت شفاهی چهار بیمار ناراضی وجود دارد (۱). بنابراین می توان نتیجه گرفت که در مقابل هر شکایت کتبی ۴۰۰ بیمار ناراضی وجود دارد. البته با توجه به تفاوت های موجود میان تخصص های مختلف، میزان شکایات در تخصص های مختلف پزشکی متفاوت است (۲).

اشتباهات تشخیصی و انجام نامناسب اقدامات درمانی منجر به انجام شکایات و پرداخت جریمه می‌شود. اکثر شکایات پزشکی به دلیل سهل‌انگاری در مراقبت‌های پزشکی می‌باشد (۳). به منظور پیشگیری از بروز دعاوی حقوقی صنفی علیه پزشکان و دندان‌پزشکان باید این مقوله را کاملاً مورد شناسایی قرار داد و ابعاد مختلف آن را از نظر آماری، گروه‌های در معرض خطر و زمینه‌های طرح شکایت در مراجع مربوطه را بررسی نمود. با وجود آن که می‌توان از مطالعات انجام شده در سایر کشورها به عنوان الگو استفاده نمود، اما به دلیل تفاوت‌های سیستم های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بین جوامع مختلف، و تفاوت در سیستم‌های رسیدگی به این شکایات، نتایج این مطالعات قابل تعمیم به جامعه ما نمی‌باشد. بنابراین ضروری است که ابعاد مختلف موضوع در کشور ما مورد مطالعه قرار گیرد. این مطالعه با هدف بررسی و شناسایی علل شکایات بیماران از پزشکان و دندان‌پزشکان مراکز درمانی در استان لرستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام گردید. این طرح در شورای پژوهشی این دانشگاه تصویب گردید و بودجه انجام آن از طرف معاونت پژوهشی این دانشگاه تأمین شد. پس از هماهنگی با مسئولان معاونت درمان دانشگاه، پرونده‌های شکایات ارجاع شده به این معاونت مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، پرونده‌های شکایاتی که از ابتدای سال ۸۷ تا پایان نیمه اول سال ۹۰ ثبت گردیده بود، به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند و تمامی آنها مورد بررسی قرار گرفت. متغییرهای مورد بررسی در این مطالعه شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و میزان درآمد ماهانه شاکیان، علت شکایت و مدرک تحصیلی پزشکان بودند.

علل طرح شکایت به این شکل دسته‌بندی شدند: ۱- صدمات جسمانی و عوارض جانبی درمان، ۲- سهل‌انگاری، کوتاهی و بی‌توجهی پزشک، ۳- عمل جراحی ناموفق، ۴- ضرر مالی و هزینه زیاد، ۵- بی‌نتیجه بودن درمان، ۶- قصور و کوتاهی کادر بیمارستان، ۷- تشخیص غلط و ۸- رفتار غیرمحترمانه. پرونده‌هایی که دارای نقص بودند و یا اطلاعات مورد نیاز در آنها ثبت نشده بود از مطالعه خارج شدند. داده‌های استخراج شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS ورژن ۱۶ شدند. در نهایت نتایج مطالعه به صورت درصد فراوانی و میانگین محاسبه و ارائه گردید. در این طرح هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود نداشت.

یافته‌ها

در محدوده زمانی مورد بررسی ۳۲۸ مورد شکایت در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان ثبت گردیده بود. از بین این تعداد ۱۶۸ پرونده شرایط لازم برای ورود به مطالعه را داشتند و مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن شاکیان ۱۱/۲±۳۴ سال بود که در محدوده سنی ۷۲-۱۳ سال قرار داشتند. از بین شاکیان، ۵۶ نفر

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

(۳۳/۶٪) مرد و ۱۱۲ نفر (۶۶/۴٪) زن بودند. اطلاعات مربوط به سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و میزان درآمد ماهانه شاکیان در جدول۱ نشان داده شده است. بیشترین شکایات صورت گرفته به ترتیب از دندان پزشکان ۷۵ مورد (۴۴/۶٪)، متخصصین زنان و ماماها ۷۰ نفر (۴۱/۷٪)، متخصصین ارتوپدی ۱۴ نفر (۸/۳٪)، کادر درمانی اورژانس ۵ نفر (۳٪)، متخصصین رادیولوژی ۲ نفر (۱/۲٪) و متخصصین بیهوشی ۲ نفر (۱/۲٪) بود.

جدول ۱. سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و سطح درآمد شاکیان

		فراوانی	فراوانی نسبی (٪)
سن (سال)	۱۹-۱۰	۸	۴/۸
	۲۹-۲۰	۶۵	۳۸/۷
	۳۹-۳۰	۵۵	۳۲/۷
	۴۹-۴۰	۲۰	۱۱/۹
	۵۹-۵۰	۱۵	۸/۹
	≥ ۶۰	۵	۳
وضعیت تأهل	مجرد	۲۸	۱۶/۶
	متاهل	۱۲۵	۷۴/۴
	مطلقه	۵	۳
	بیوه	۶	۳/۶
	قبل از سن ازدواج	۴	۲/۴
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۹	۱۷/۴
	ابتدایی	۲۴	۱۴/۱
	راهنمایی	۳۱	۱۸/۵
	دبیرستان	۲۷	۱۶/۱
	دیپلم	۳۲	۱۹
	تحصیلات دانشگاهی	۲۵	۱۴/۹
درآمد ماهانه شاکیان	< ۱۰۰ هزار تومان	۴۶	۲۷/۴
	۲۰۰-۱۰۰ هزار تومان	۱۶	۹/۵
	۴۰۰-۲۰۰ هزار تومان	۲۴	۱۴/۳
	۶۰۰-۴۰۰ هزار تومان	۱۶	۹/۵
	۸۰۰-۶۰۰ هزار تومان	۳۰	۱۷/۹
	۸۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	۲۴	۱۴/۳
	≤ ۱ میلیون تومان	۱۲	۷/۱

۴۲ مورد (۲۵٪) از شکایت ها ناشی از صدمات جسمانی و عوارض جانبی درمان، ۳۸ مورد (۲۲/۶٪) ناشی از سهل انگاری، کوتاهی و بی توجهی پزشک، ۲۴ مورد (۱۴/۳٪) ناشی از عمل جراحی ناموفق، ۱۹ مورد (۱۱/۳٪) ناشی از ضرر مالی و هزینه زیاد، ۱۷ مورد (۱۰/۱٪) ناشی از بی نتیجه بودن درمان، ۱۵ مورد (۸/۹٪) ناشی از قصور و کوتاهی کادر بیمارستان، ۹ مورد (۵/۴٪) ناشی از تشخیص غلط و ۴ مورد (۲/۴٪) ناشی از رفتار غیرمحترمانه بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق آمارهای موجود، تعداد شکایات پزشکی در سالهای اخیر افزایش داشته است. ۴ طبق گفته رئیس سازمان نظام پزشکی ایران در چهارمین سمینار سراسری اخلاق پزشکی، تنها در سال ۱۳۸۸ در ایران حدود ۱۵ هزار مورد شکایت از پزشکان صورت گرفته است. شکایت از کادر پزشکی و مخصوصاً پزشکان از چند نظر حائز اهمیت است. این امر سبب اتلاف انرژی، وقت و هزینه در این گروه می شود. از سوی دیگر این شکایات منشأ استرس قابل توجهی برای پزشکان است. در مجموع، تمام موارد فوق می تواند بر روی کیفیت کار این گروه اثر منفی داشته باشد. به عنوان مثال مشخص شده است پزشکانی که در گذشته از آنها شکایت شده است نسبت به پزشکانی که از آنها شکایت نشده است زمان کمتری را صرف ویزیت بیماران می کنند (۵).

در محدوده زمانی مورد بررسی، ۳۲۸ مورد شکایت در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان ثبت گردیده بود که از بین این تعداد ۱۶۸ پرونده مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه، بیشترین شکایات انجام شده از دندان پزشکان (۴۴/۶٪) و متخصصین زنان و زایمان (۴۱/۷٪) بود. این مسئله می تواند به دلیل ماهیت تهاجمی اقدامات جراحی باشد. در مطالعه ای که بر روی ۳۴۶ پرونده شکایت از شاغلین حرفه های پزشکی در سال ۱۳۷۸ در سازمان پزشکی قانونی تهران انجام شده است، ۵۸/۶٪ شکایات علیه متخصصین جراحی و بیهوشی بوده است (۶). این در حالی است که در مطالعه ما

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

کمتر از ۲٪ از شکایات از متخصصین جراحی بوده است. همچنین، در مطالعه ای که بر روی شکایات صورت گرفته علیه پزشکان در کشور عربستان سعودی در سال های ۲۰۰۳-۱۹۹۹ انجام شده است، شکایت علیه جراحان و متخصصین بیهوشی سه برابر سایر رشته های پزشکی گزارش شده است و بیشترین شکایات از متخصصین زنان و زایمان و پس از آن از جراحان عمومی بوده است (۷). در مطالعه دیگری گزارش شده است که در کشور اسپانیا بیشترین شکایات علیه متخصصین رشته های زنان و زایمان، ارتوپدی، جراحی پلاستیک، بیهوشی، جراحی اعصاب و چشم پزشکی بوده است (۸). تفاوت های موجود میان نسبت شکایات صورت گرفته از متخصصین رشته های مختلف در مطالعه ما و سایر مطالعات می تواند به دلیل تفاوت های موجود میان نگرش و سطح آگاهی مردم مناطق جغرافیایی مختلف باشد.

در این مطالعه، اغلب شکایات ناشی از صدمات جسمانی و عوارض جانبی درمان، سهل انگاری، کوتاهی و بی توجهی پزشک، عمل جراحی ناموفق، ضرر مالی و هزینه زیاد و بی نتیجه بودن درمان بوده است. به نظر می رسد که می توان با توجیه کردن بیمار قبل از انجام اقدامات درمانی، بیمار را با برخی از عوارض آشنا نمود تا در صورت بروز چنین عوارضی ضمن پذیرفتن آن و همکاری در ادامه درمان از طرح شکایت و اتلاف وقت طرفین پیشگیری نمود. در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۸ در دانشگاه هاروارد انجام شده مشخص شده است که از هر ۶ مورد شکایت تحت عنوان سهل انگاری پزشک، ۵ مورد نابجا و نادرست بوده است (۹). بنابراین می توان نتیجه گرفت که ارائه مراقبت های پزشکی استاندارد و به دور از سهل انگاری به تنهایی برای مصونیت پزشک در قبال شکایات پزشکی کافی نیست و برای کاهش بیشتر این احتمال باید به اصلاح سایر عوامل مؤثر در طرح شکایت به خصوص عوامل رفتاری توجه نمود. همچنین باید در نظر داشت که براساس دانش پزشکی بسیاری از اتفاقات ناگوار و تخلفات پزشکی قابل پیشگیری و پیش بینی نیست. از سوی دیگر در مطالعه ای که بر روی متخصصین زنانی که مورد شکایت قرار گرفته یا نگرفته اند، انجام شده گزارش شده است که بین دو گروه از نظر کیفیت درمان های ارائه شده تفاوتی مشاهده نشده است و کیفیت درمان عامل مهمی جهت اقدام به شکایت بیماران و بستگان آنها محسوب نمی شده است (۱۰). در مطالعه ای که در سال ۱۹۸۴ در نیویورک انجام شده گزارش شده است که اعمال جراحی از بدو شروع تا ترخیص بیمار، بیماران را در معرض خطرات متعدد قرار می دهد که هرکدام از این موارد می تواند منشأ شکایت از پزشکان شود (۱۱). در مطالعه دیگری که در دانشگاه هاروارد انجام شده مشخص شده است که اشتباه و سهل انگاری مسبب بیش از نیمی از عوارض می شود (۱۲).

در مطالعه حاضر پس از صدمات جسمانی، سهل انگاری دومین عامل مهم شکایت بیماران علیه پزشکان و دندان پزشکان بوده است. از نظر پزشکی، غفلت به معنای عدم توانایی و نداشتن مهارت و دانش و آگاهی پزشک در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در سطح استاندارد می باشد (۱۳). در دو مطالعه دیگر نیز ۲۸٪ (۱۴) و ۷۵٪ (۱۵) از تخلفات پزشکی ناشی از غفلت در کار پزشک بوده است. باید به این نکته توجه داشت که در تفسیر علائم و یافته های پزشکی اختلاف نظرهایی بین پزشکان وجود دارد. مطابق با استانداردهای روش های تشخیصی و درمانی درصدی از اشتباهات قابل قبول است ولی در صورتی که میزان آن از حد طبیعی بالاتر رود، غفلت مطرح می شود. صدمات جسمی، عوارض جانبی درمان، فوت بیمار، عمل جراحی ناموفق و بی نتیجه بودن اقدامات درمانی از انگیزه های مهم بیماران برای شکایت علیه پزشکان می باشد. معمولاً عوارض ناشی از آن دسته از اقدامات پزشکی

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

که منجر به شکایت بیمار می شود، در بسیاری از موارد تأثیر عمیق و جدی بر زندگی فرد و افراد فامیل دارد. درخواست خسارت و جبران ضررهای مالی از دلایل مهم دادخواهی بیماران می باشد که متأسفانه در کشور ما منجر به رواج تفکر دریافت دیه از طرف بیماران شده است و یکی از انگیزه های اصلی شکایت بیماران می باشد. با توجه به یافته های به دست آمده در مطالعه حاضر به نظر می رسد همکاری و هماهنگی بین پزشک و بیمار و ارتباطی که در این راستا ایجاد می شود، امکان شناسایی شخصیت بیماران و چگونگی ایجاد ارتباط سازنده با آنها را برای پزشک فراهم می کند. این مسئله همچنین می تواند باعث افزایش دقت و توجه پزشکان، افزایش دانش آنها و کیفیت مهارتهای جدید، افزایش کیفیت خدمات درمانی، رفتار بهتر با بیماران و جلوگیری از افزایش هزینه های بیماران شود. با این وجود جلوگیری از تخلفات پزشکی بسیار مهم است و ارائه خدمات پزشکی با کیفیت عالی و ملاحظات انسانی به منظور ایجاد ارتباط خوب و مفید بین پزشک و بیمار و بهبود دیدگاه عمومی نسبت به مراقبت های پزشکی لازم است. این مسئله منجر به پیشگیری یا کاهش حوادثی می گردد که باعث شکایت بیماران می شود.

نسبت شکایات صورت گرفته از متخصصین رشته های مختلف در مطالعه ما و سایر مطالعات تا حدی متفاوت است که این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت های موجود میان نگرش و سطح آگاهی مردم مناطق جغرافیایی مختلف باشد. همچنین، با توجه به علل شکایات انجام گرفته به نظر می رسد که با برقراری رابطه نزدیک تر با بیمار و ارائه توضیح بیشتر در مورد شرایط و عوارض اقدامات درمانی می توان از شکل گیری بسیاری از شکایات پیشگیری نمود. با در نظر گرفتن افزایش میزان شکایات بیماران و به منظور شناسایی بیشتر و بهتر عوامل مؤثر در ارائه شکایات به مطالعات بیشتر و جامع تری در این زمینه نیاز می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از آقای دکتر رامین خسروی، خانم مهناز طاهری، کارمندان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان و مرکز تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی لرستان کمال تشکر را دارند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. Klein R. Complaints against doctors: a study in professional accountability. 1st ed. London: Charles Knight, 1973;p.14.
2. Taragin MI, Sonnenberg FA, Karns ME, Trout R, Shapiro S, Carson JL. Does physician performance explain interspecialty differences in malpractice claim rates? Med Care. 1994;32(7):661-667.
3. Bartlett EE. What's up doc? The patient and the malpractice suit. Risk Manage. 1987;34(8):26-31.
4. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. Health Affairs. 2007;26:215-226.
5. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997;277:553-559.
6. Amoei M, Soltani K, Kahani A, Najari F, Rohi M. Study of Medical Negligence Sues referring to LMO in 1999. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2000; 6(21):15-23. (In Persian)
7. Alsaddique A. Medical liability: The dilemma of litigations. Saudi Med J. 2004; 25 (7): 901-906.
8. Trilla A, Bruguera M. Spain: avoiding lawsuits. The Lancet. 2000; 356: 1266-1267.
9. Tracy TF Jr, Crawford LS, Krizek TJ, Kern KA. When medical error becomes medical malpractice. Arch surg 2003; 138(4): 447-454.
10. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricans' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA. 1994;272(20):1583-1587.
11. Wadlington W. Medical injury compensation. A time for testing new approaches. JAMA. 1991;265:2861-2863.
12. Monrad A. Malpractice, quality assurance. Health Care. 1991; 3(1):21-39.
13. Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Leape LL, et al. A study of medical injury and medical malpractice, an overview. N Engl J Med. 1989;321:480-484.
14. Harvard Medical malpractice study Group. Patients, doctors and lawyers, medical injury, malpractice ligation and patient compensation in New York. Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med. 1990;70-76.
15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med. 1991;324:370-376.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-29]