Frequency of medical malpractice in deceased patients' records in Tohid Hospital in Sanandaj in 2017

Moghimi N[1], Sabzevari S[2], Nasiri Kalmarzi R[3], Shafei A[4], Yousefinejad V[5]

1. Assistant Professor, Liver and Digestive Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2. General Practitioner, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3. Assistant Professor, Lung Diseases and Allergy Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4. MSc of Midwifery, Clinical Research Development Center, Tohid Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
5. Assistant Professor, Liver and Digestive Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, (Corresponding Author) Tel: +98-87-33247855, Email: hooman56y@yahoo.com

ABSTRACT

Background and Aim: The number of lawsuits against physicians, healthcare personnel and medical institutions has steadily increased in the world in recent years. Evaluation of medical malpractice in the hospital mortality committees is one of the ways to investigate medical errors, which, despite lack of complaints against physicians, can lead to detection of malpractices in death cases in the hospitals. The aim of this study was to determine the frequency of medical malpractice cases in the records of dead patients in Tohid Hospital in Sanandaj, Iran in 2017.

Material and Methods: This is a retrospective descriptive cross-sectional study. In this study, after obtaining the Ethics Committee approval of the Kurdistan University of medical sciences, we reviewed the records of all of the patients died at Tohid Hospital in Sanandaj in 2017. Among these cases, referral cases to the Mortality Committee and the outcome of the evaluation of the experts of the committee was evaluated, and eventually, we extracted the necessary information from cases confirmed by the hospital mortality_committee, as medical malpractice cases. Data were introduced into SPSS 22 software. We used descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage) and chi-square test for data analysis.

Results: Among 732 deaths in Tohid Hospital, 52.6% were male 70.2%, illiterate, 73.7% urban residents and 32.9% housewives. The mean age of the deceased patients was 69.8 years. The most common cause of death was related to cancers (22.7%). 25 cases (3.5%) were suspected of medical errors in the preliminary evaluation and malpractice was confirmed in 2.3% of all deaths. 68% of the cases were referred to the mortality committee. The most frequent cause of malpractice was related to indifference (58%).

Conclusion: The findings of this study showed that the most cases of medical failure were due to medical indifference manifested by medical personnel. Improvement of the abilities of physicians and medical staff in various stages of treatment during their education and by planning effective workshops after graduation, and also paying more attention to religious standards and ethics can lead to a significant reduction in the frequency of deaths due to medical malpractice in medical centers.

Keywords: Medical malpractice, Mortality Committee, Hospital, Indifference

Recevied: Oct 27, 2018 **Accepted: Jan 29, 2019**

How to cite the article: Moghimi N, Sabzevari S, Nasiri Kalmarzi R, Shafei A, Yousefinejad V. Frequency of medical malpractice in deceased patients' records in Tohid Hospital in Sanandaj in 2017. SJKU 2019; 24 (1): 90-97.

Copyright © 2019 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

بررسی فراوانی قصور پزشکی در پرونده های بیماران فوت شده در بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۵

نسرین مقیمی[۱]، صدرا سبزواری[۲]، رسول نصیری کالمرزی[۳]، اوین شافعی[۴]، وحید یوسفی نژاد[۵]

۱. استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. استادیار گروه اطفال، مرکز تحقیقات بیماریهای ریه و آلرژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۴. کارشناس ارشد مامایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان توحید، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۵. استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (مولف مسوول) تلفن ثابت: ۳۳۲۴۷۸۵۵-۰۸۷، hooman56y@yahoo.com

چکیده

مقدمه: میزان دعاوی قانونی علیه پزشکان و پرسنل بهداشت و درمان و موسسات درمانی در سال های اخیر در سطح جهان پیوسته رو به افزایش بوده است. ارزیابی موارد قصور پزشکی در کمیته های مرگ و میر بیمارستان ها یکی از راه های بررسی موارد خطاهای پزشکی است که علیرغم عدم وجود شکایتی بر علیه پزشکان به بررسی موارد قصور در پرونده های بیماران فوت شده در بیمارستان ها می پردازد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی قصور پزشکی در پرونده های بیماران فوت شده مورد بررسی در کمیته مرگ و میر بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی– مقطعی و از نوع گذشته نگر بود. در این مطالعه پس از اخذ تاییده کمیته اخلاق دانشگاه پرونده تمام بیماران فوت شده در بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. از میان این پرونده ها مواردی ارجاعی به کمیته مرگ و میر و نتیجه ارزیابی کارشناسی آن کمیته مورد ارزیابی قرار گرفت و نهایتا اطلاعات مواردی که قصور در پرونده توسط کمیته مرگ و میر بیمارستان احراز شده بود، استخراج گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار، درصد و آزمون کای اسکویر استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 انجام شد.

نتایج: از میان کل ۷۳۲ نفر فوت شده در بیمارستان توحید سنندج بیشترین تعداد مرد (۵۲.۶٪)، بیسواد (۷۰.۲٪)، ساکن شهر (۷۳.۷٪) و خانه دار (۳۲.۹٪) بودند. میانگین سنی افراد فوت شده ۶۹.۸ سال بود. بیشترین علت مرگ در فوت شدگان مربوط به سرطان با ۲۲.۷٪ بود. از میان کل موارد فوت شده ۲۵ مورد (۳.۵٪) در بررسی اولیه مشکوک به قصور پزشکی بوده و با بررسی پرونده در کمیته مرگ و میر در ۲.۳٪ از کل موارد فوت شده و ۶۸٪ از پرونده های ارجاع شده به کمیته مرگ و میر تشخیص قصور پزشکی مسجل گردید. بیشترین موارد قصور پزشکی به دلیل بی مبالاتی ۵۸.۸٪ بود.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین موارد قصور پزشکی به دلیل بی مبالاتی کادر پزشکی و درمانی بود. توجه به ارتقای توانایی های پزشکان و سایر کادر درمانی در خصوص مراحل مختلف درمانی در دوران تحصیل ایشان و در قالب کارگاه های آموزشی موثر بعد از فراغت از تحصیل و توجه بیشتر به موازین شرعی و اصول اخلاقی می تواند در کاهش موارد فوت ناشی از قصور پزشکی در مراکز درمانی تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

کلمات کلیدی: قصور پزشکی، کمیته مرگ و میر، بیمارستان، بی مبالاتی.

وصول مقاله:۹۷/۸/۵ اصلاحیه نهایی:۹۷/۱۱/۱ پذیرش:۹۷/۱۱/۹

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

مقدمه

میزان دعاوی قانونی علیه پزشکان و پرسنل بهداشت و درمان و موسسات درمانی در سال های اخیر در سطح جهان پیوسته رو به افزایش بوده است (۱و۲). در ایالات متحده شکایت از پزشکان از ۸٪ در سال ۱۹۸۶ به ۲۷٪ در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۳). بر طبق آمار سازمان پزشکی قانونی در کشور ایران نیز میزان شکایات از قصور کادر درمانی در سال های اخیر افزایش یافته است (۴، ۵). در ایران بیشترین شکایات پزشکی قانونی در میان پزشکان از پزشکان عمومی و در بین سایر ارائه دهندگان مراقبتهای سلامتی از پرستاران بوده است (۵). موضوع این شکایات که تحت عنوان قصور پزشکی شناخته می شود از مباحث مهم اخلاق پزشکی می باشد. قصور پزشکی می توانند بار عاطفی و اقتصادی نامطلوبی را برای ارایه دهندگان مراقبتهای سلامتی –مانند فرسودگی شغلی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش رضایت حرفه ای– و همچنین برای بیمار و خانواده وی بوجود آورد و این مشکل بزرگی در سراسر جهان است (۱۰-۶). صدمات در طی پروسه درمانی بیمار گاهی در نتیجه قصور پزشکی و گاه در نتیجه عواقب بیماری اتفاق می افتند. هر خطایی در مراقبتهای پزشکی منجر به قصور پزشکی نمی شود زیرا ممکنست باتبحرترین پزشکان نیز با استفاده از ابزار پزشکی دچار اشتباه در تشخیص یا درمان شوند که به دلیل نقص نسبی همیشگی در علم پزشکی است. همچنین هر نوع قصور پزشکی نیز منجر به صدمه به بیمار و روند قضایی نمی شود (۱۱ و۱۲). از نظر اجتماعی رسیدگی و ارزیابی قصور پزشکی موجبات از میان برداشتن فعالیتهای درمانی غیرایمن و جبران و دادن غرامت به صدمه دیدگان در اثر قصور پزشکی و قضاوت دقیق و درست را فراهم می آورد (۱۱ و۱۲).

گرچه خطاهای پزشکی حوادث قابل پیشگیری هستند ولی بروز خطا در سیستم مراقبت های پزشکی مشکلی اجتناب ناپذیر است که علیرغم کوشش های فراوان پرسنل درمانی ممکنست رخ دهد (۱۳). قصور در نتیجه درمان نادرست در سیر مراقبتهای بهداشتی و درمانی به وجود می آید و شامل اشتباه در تشخیص، اشتباه در طرح درمان و یا اشتباه در مدیریت و اداره کردن بیماران می باشد و از نظر حقوقی به انواع مختلف بی مبالاتی، بی احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی تقسیم بندی می گردد (۱۵،۱۴). مرگ بیشترین دلیل شکایات پزشکی در رشته های مختلف بوده است (۱۶ و ۱۷)، از طرفی بسیاری از مرگ های در نتیجه قصور پزشکی قابل پیشگیری هستند، اغلب پرسنل درمانی در زمینه قصور پزشکی منجر به فوت اطلاعات کم یا ناقص دارند (۱۷، ۱۸). عدم آگاهی پزشکان از مسایل حقوقی و مقررات و مسولیت آنها در قبال بیماران از دلایل افزایش شکایات قصور پزشکی است. بر این اساس برای فراهم کردن مرجع مناسب در مراقبت از بیماران آنالیز مناسب موارد قصور پزشکی بسیار مهم است (۱۱). با وجودیکه ۹۵.۷٪ ارائه دهندگان مراقبتهای پزشکی و پزشکان معتقدند که گزارش و ارزیابی موارد خطای پزشکی موجب تامین بیشتر ایمنی بیمار می شود، ولی ۸۵٪ ایشان اعتقاد داشتند که وجود سیستم تنبیه در جلوگیری از تکرار موثر نیست (۱۹). در اغلب موارد بررسی قصور پزشکی در کشور ما توسط دستگاه قضایی یا سازمان نظام پزشکی صرفا پس از طرح شکایت توسط بیماران و بستگان بیمار با هدف متنبه شدن فرد خاطی انجام می شود (۲۰) و بسیاری از موارد قصور که در پرونده های بیمارستانی وجود دارد و طرح دعوا در خصوص آن پرونده انجام نشده است می تواند مغفول بماند، از طرفی ارزیابی موارد قصور پزشکی در کمیته های مرگ و میر بیمارستان ها می تواند تا حدودی این خلا را بر طرف نموده و به عنوان عاملی بازدارنده و موثر در کاهش خطاهای پزشکی عمل نماید. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی قصور پزشکی در پرونده های بیماران فوت شده بررسی شده در کمیته مرگ و میر بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی– مقطعی و از نوع گذشته نگر بود. در این مطالعه پرونده تمام بیماران فوت شده در بیمارستان توحید سنندج که شامل ۷۳۲ بیمار فوت شده در سال ۱۳۹۵ در این بیمارستان بودند، مورد بررسی قرار گرفت. از میان این پرونده ها مواردی که بر اساس نظر متخصص پزشکی قانونی احتمال قصور در آنها وجود داشت جدا شده و در کمیته مرگ و میر بیمارستان مورد بررسی کارشناسی قرار گرفت و نهایتا اطلاعات دموگرافیک تمام پرونده های بیماران فوت شده و همچنین مواردی که قصور در پرونده توسط کمیته مرگ و میر بیمارستان احراز شده بود، استخراج و بعد از وارد شدن به چک لیست که شامل داده های دموگرافیک، تشخیص هنگام بستری، سرویس بستری، علت فوت ثبت شده در گواهی فوت بود و تایید قصور در کمیته و نوع قصور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه مذکور به تایید دو تن متخصص پزشکی قانونی رسید.

مطالعه پس از هماهنگی های لازم با مسوولین بیمارستان و اخذ تاییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه اجرا گردید (IR.MUK.REC.1396/270). پرسشنامه و چک لیست جهت جمع آوری داده های مربوط به اطلاعات فوت و درصد قصور پزشکی طراحی شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پرونده ها با اختصاص کد، نام پزشکان معالج بصورت کد و محرمانه در بررسی پرونده ها لحاظ شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار، درصد و برای اهداف تحلیلی از آزمون کای اسکویر استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 انجام شد.

نتایج

از میان کل ۷۳۲ نفر فوت شده در بیمارستان توحید سنندج ۳۸۵ مورد (۵۲.۶٪) مرد و ۳۴۷ نفر (۴۷.۴٪) زن بودند. میانگین سنی افراد فوت شده ۶۹.۸ سال بود. بیشتر موارد فوتی ۵۳۹ مورد (۷۳.۷٪) مربوط به شهر و ۱۹۳ مورد (۲۶.۲٪) آنها مربوط به روستاییان بود. در بین فوت شدگان بیشترین موارد فوتی ۲۴۰ مورد (۳۲.۹٪) مربوط به افراد با شغل خانه دار و در رتبه بعدی با شغل آزاد ۱۴۲ مورد (۱۹.۵٪) بود. همچنین ۵۱۳ مورد (۷۰.۲٪) افراد فوت شده بیسواد و فقط ۶ نفر (۰.۰۸٪) از آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. بیشترین علت مرگ در فوت شدگان مربوط به سرطان با ۱۶۶ مورد (۲۲.۷٪) و کمترین نیز مربوط به آسپیراسیون با ۱ مورد بود. از میان کل ۷۳۲ نفر فوت شده ، ۲۵ مورد (۳.۵٪) در بررسی اولیه مشکوک به قصور پزشکی بوده و با بررسی پرونده در کمیته مرگ و میر در ۱۷ مورد (۲.۳٪ از کل موارد فوت شده و ۶۸٪ از پرونده های ارجاع شده به کمیته مرگ و میر) تشخیص قصور پزشکی مسجل گردید.

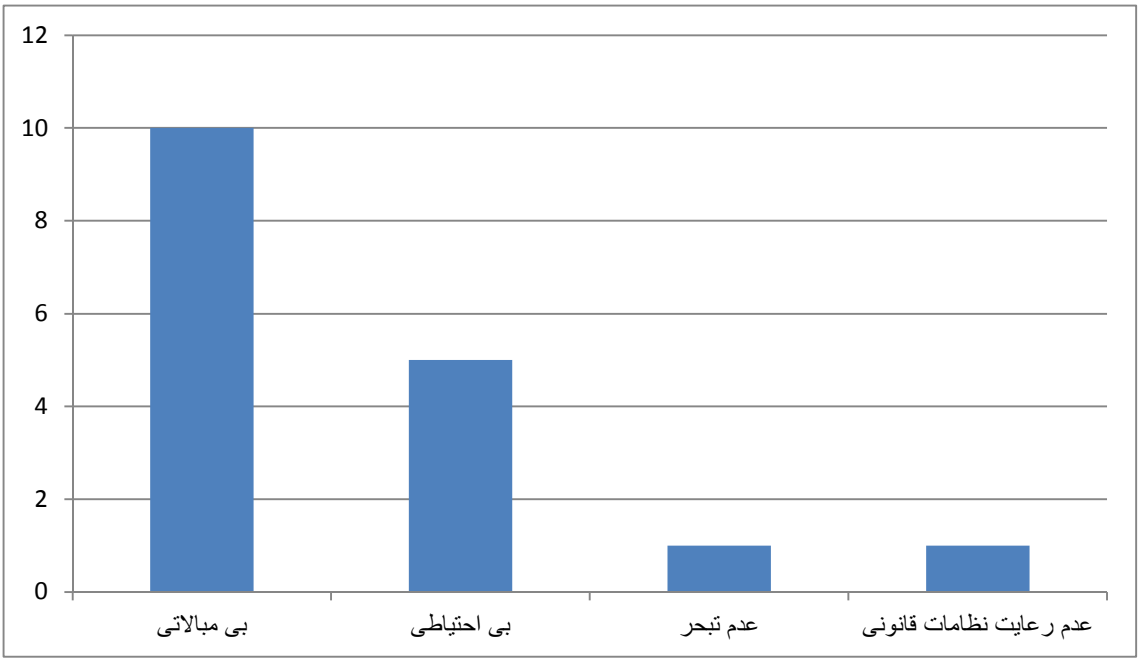
بیشترین دلیل بستری در بیماران فوت شده به دلیل قصور پزشکی درد شکم و سپس تنگی نفس و مسمویت بود. ولی ارتباط معناداری بین دلیل مراجعه یا شکایت اصلی بیمار و وجود قصور پزشکی یافت نشد ($p=0.231$) (جدول ۱). بیشترین موارد قصور پزشکی به دلیل بی مبالاتی ۱۰ مورد (۵۸.۸٪) بود. ۱۰ مورد (۴۰٪) از پرونده های مشکوک به قصور پزشکی با تذکر کتبی به افراد ارایه دهنده مراقبت همراه بود (نمودار ۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

جدول ۱. مقایسه فراوانی شکایت اصلی در موارد فوت شده در بیمارستان توحید سنندج در سال ۹۵ که قصور در آنها احراز شده است.

قصور پزشکی شکایت اصلی	ندارد تعداد (٪)	دارد تعداد (٪)	فراوانی	P-Value
زونای افتالمیک	–	۱ (۱۰۰)	۱ (٪۵/۹)	
مسمومیت	–	۳ (۱۰۰)	۳ (٪۱۷/۷)	
سوختگی	–	۲ (۱۰۰)	۲ (٪۱۱/۸)	
درد شکم	۱ (۲۰)	۴ (۸۰)	۵ (٪۲۹/۵)	
تنگی نفس	–	۳ (۱۰۰)	۳ (٪۱۷/۷)	
خونریزی گوارشی	–	۱ (۱۰۰)	۱ (٪۵/۹)	۰.۲۳۱
درد قفسه سینه	۱ (۱۰۰)	–	۱ (٪۵/۹)	
کاهش سطح هوشیاری	–	۱ (۱۰۰)	۱ (٪۵/۹)	
ضعف و بیحالی	–	۲ (۱۰۰)	۲ (٪۱۱/۸)	
کل	۲	۱۵	۱۷ (٪۱۰۰)	



نمودار ۱. فراوانی موارد قصور پزشکی در پرونده های موارد فوت شده در بیمارستان توحید سنندج در سال ۹۵ بر اساس موارد قصور احراز شده در کمیته مرگ و میر بیمارستان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

بحث

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی منجر به زوال روابط سنتی بین پزشک و بیمار گردیده است. متاسفانه با وجود پیشرفتهای قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایت سیر صعودی داشته است. پزشک در شکایات پزشکی قانونی با توجه به وقت و انرژی صرف شده برای دفاع از خود هیچگاه برنده محسوب نمی شود حتی اگر دادگاه به نفع او رای صادر نماید. پس بهترین و آسانترین راه تامین امنیت شغلی جهت وی، آگاه شدن از قوانین ومقررات مربوط به شغلش می باشد (۲۱و۲۲).

در مطالعه ما میزان قصور پزشکی منجر به فوت ۲.۳٪ از کل موارد فوت شده بود. در مطالعه ادیب زاده و همکاران (۲۳) میزان قصور پزشکی ۳۰.۴٪ بود که این اختلاف در این دو مطالعه احتمالا علاوه بر متفاوت بودن بیمارستانها و نوع مراقبتهای انجام شده به این دلیل است که در مطالعه ایشان قصور منجر به نقص عضو نیز مطرح شده است. در آن مطالعه نیز بیشترین نوع قصور پزشکی از نوع بی مبالاتی بوده است که مشابه مطالعه ما که شایعترین نوع قصور پزشکی بی مبالاتی با میزان ۵۸۸٪ می باشد، است. در مطالعه محمود آبادی و همکاران و همچنین فروزش و همکاران نیز شایعترین نوع قصور بی مبالاتی بوده است (۵ و۲۴). در حالیکه در مطالعه رفیع زاده زواره و همکاران بیشترین قصور عدم مهارت عنوان شده (۱۷) که در مطالعه ما پایین ترین میزان را دارد. به نظر می رسد این تفاوت در نتایج مطالعات مختلف ناشی از نوع بیمارستان محل بستری بیماران از نظر جنرال یا تخصصی و فوق تخصصی باشد و این امر لزوم انجام مطالعه جامع در سطح بیمارستان های مختلف در سطح کشور جهت بررسی خطاهای پزشکی را بیشتر مطرح می نماید. بی مبالاتی -که شامل عدم انجام کار موردنیاز جهت بیمار می باشد- ممکنست به دلیل غفلت و بی توجهی انجام شود این غفلت ممکنست مربوط به مراحل مختلف اداره بیماران بعنوان مثال از شرح حال گیری تا مراقبت و ارزیابی پاسخ به درمان را شامل شود. بنابراین توجه به آموزش کادر درمانی در تمام مراحل درمانی و رسته های شغلی ضروری به نظر می رسد. در مطالعه ما هیچ گونه شاکی خصوصی وجود نداشته و شکایتی مطرح نشده بود، ولی میزان تذکر کتبی و محکوم شناخته شدن در موارد مشکوک به قصور پزشکی ۱۰ مورد (۴۰٪) بود. که مشابه مطالعه محمود آبادی و همکاران بود که ۳۶.۹٪ از شکایات به محکومیت ختم شده بود (۵). بر اساس یافته های فوق به نظر می رسد موارد قصور پزشکی در سطح بیمارستانها که شکایتی در خصوص آنها مطرح نشده تقریبا برابر مواردی است که در سطح قوه قضاییه و نظام پزشکی طرح دعوا در خصوص آنها وجود دارد و این امر نیاز به افزایش فرآیندهای آموزشی و نظارتی بیشتر در حوزه درمان را در سطح بیمارستانهای کشور جهت کاهش خطاهای پزشکی مطرح می سازد.

با توجه به ماهیت کمیته های مرگ و میر که به عنوان یک واحد ارزیابی کیفیت اقدامات پزشکی در بیمارستان ها مستقر هستند و بدون نیاز به شروع فرآیندهای قانونی شکایت به بررسی خطاهای احتمالی می پردازند، به نظر می رسد میزان موارد منتهی به شکایت کمتر از موارد قصور اتفاق افتاده در مراکز درمانی باشد و از سویی درصد کمتر تایید قصور در پرونده های مطرح شده در کمیته های مرگ و میر بیمارستان ها تا حد زیادی می تواند نشانگر کیفیت بهتر خدمات ارائه شده در آن مرکز باشد. با توجه به رقم ۲/۳٪ قصور تایید شده در پرونده های موارد فوتی در این مطالعه به نظر می رسد خدمات ارائه شده در این مرکز از کیفیت نسبتا مناسبی برخوردار باشد.

گرچه نتایج نشان داد که بیشترین شکایت و دلیل بستری در بیماران فوت شده به دلیل قصور پزشکی درد شکم بوده است، ارتباط معناداری بین شکایت اصلی و وجود قصور پزشکی مشاهده نشد. پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی با

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

حجم نمونه بیشتر به بررسی موارد قصور پزشکی در بیمارستان های مختلف در سطح کشور بپردازند تا بتوان اطلاعات جامع تری در خصوص موارد قصور پزشکی که عملا فاقد رویه قضایی هستند بدست آورد و به تبع آن راهکارهای لازم جهت کاهش خطاهای پزشکی در بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی ارایه گردد.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین موارد قصور پزشکی در یک بیمارستان آموزشی می تواند به دلیل بی مبالاتی کادر پزشکی و درمانی باشد. بنابراین به نظر می رسد که توجه به ارتقای توانایی های پزشکان و سایر کادر درمانی در خصوص مراحل مختلف درمانی مورد لزوم جهت بیماران در دوران تحصیل ایشان و در قالب کارگاه های آموزشی موثر بعد از فراغت از تحصیل و توجه بیشتر به موازین شرعی و اصول اخلاقی در کنار بررسی دقیق و اعمال قانون در صورت اثبات قصور می تواند در کاهش موارد فوت ناشی از قصور پزشکی در این مراکز تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه پزشکی عمومی دکتر صدرا سبزواری می باشد. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان به دلیل حمایت مادی و معنوی از طرح و همچنین پرسنل زحمتکش بایگانی بیمارستان توحید سنندج که در مراحل اجرایی طرح همکاری داشتند، ابراز میدارند.

References

1. Pandit MS, Pandit S. Medical negligence: Criminal prosecution of medical professionals, importance of medical evidence: Some guidelines for medical practitioners. Indian journal of urology: Indian J Urol 2009;25:379–83.
2. Pakis I, Yayci N, Karapirli M, Polat O. The role of legal autopsy in the investigation of death cases due to medical malpractice. Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi 2008;28:30-9.
3. Holder AR. Medical errors. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2005:503-6.
4. Shahabedin Sadr S, Ghadyani MH, Avish S, Ramim T. Medical malpractice frequency in the psychiatric field, in Medical Council of Iran, from 2001 to 2010: a brief report. Tehran Uni Med J 2014;72:329-34. [In Perian]
5. Mahmoodabadi HB, Setareh M, Nejadnick M, Niknamian M, Ayoobian A. The frequency and reasons of medical errors in cases referred to Isfahan legal medicine center. Health Info Manag 2012;9:101-9.
6. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. J Am Coll Surg 2011;213:657-67.
7. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med 2011;365:629-36.
8. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National costs of the medical liability system. Health Aff 2010;29:1569-77.
9. Madea B, Preuß J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. Forensic Sci Int 2009;190:58-66.
10. Burton JL, Underwood J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet 2007;369:1471-80.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]

11. Şen H, Aliustaoğlu S, Sezer Y, İnce CH. Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the general assembly of council of forensic medicine. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2015;21:204-8.
12. Azimi KH, Poorbakhtiar M, Taghizadeh Z , Soltani K, Ghadipasha M, Daneshparvar H. A Survey on various types of medical malpractice in relation with pregnancy and delivery, referred to relevant commissions of the Iranian legal medicine organization. Ir J Forensic Med 2017;23:132-41.
13. Levinson W, Gallagher TH. Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007. Can Med Assoc J 2007;177:265-7.
14. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. Pediatr Emerg Care 2005;21:165-9.
15. Loren DJ, Garbutt J, Dunagan WC, Bommarito KM, Ebers AG, Levinson W, et al. Risk managers, physicians, and disclosure of harmful medical errors. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010;36:101-8.
16. Daneshparvar H, Mahdavi A. Investigation complaints from neurosurgeons referred to the office of the forensic medicine committees of Tehran. Ir J Forensic Med 2017;23:215-24. [In Persian]
17. Rafi Zade Zavare M. Haj Manoochehri R. Nasaji Zavare M. Malpractice cases referring to Tehran forensic medicine commissions during 2003-2005. Ir J Forensic Med 2007;13:152-7. [In Persian]
18. Hogan H, Healey F, Neale G, Thomson R, Vincent C, Black N. Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. BMJ Qual Saf 2012;21:737-45.
19. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. Med J Aust 2004;181:36-9.
20. Barzegar Bafrooee A, Zare Nejad M, Gholamzadeh S, Hosseini M, Goli A, Qaradaghi J, et al. Evaluation of orthopedic specialists' malpractice complaints referred to legal medicine organization from 2010 to 2008. Ir J Forensic Med 2016; 1:55-66. [In Persian]
21. Baker SR, Shah S, Ghosh S. Radiology medical malpractice suits in gastrointestinal radiology: prevalence, causes, and outcomes. Emerg Radiol 2015;22:141-5.
22. Huff D, Mackenzie D. Practice tips to reduce malpractice exposure. J Med Assoc Ga 2014;103:24-6.
23. Adibzade A, Ghadi Pasha M, Poor Amiri A. Nakhaee N. Samadi rad B. Bastani M. Malpractice cases referring to Kerman forensic medicine commissions during 2002-2006. J Med Law Ethics 2012;6:141-52. [In Persian]
24. Foruzesh M, Ghorbani A, Vosugh M, Mohammadi J, editors**.** Survey on medical errors in Zanjan from 2005 to 2009. 2011, 3rd International Congress of Patient Rights, 22-24. [In Persian]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.29252/sjku.24.1.90]