

## Frequency and Causes of Gynecology and Midwifery Malpractice in the Cases Presented in the Medical Council of Kurdistan Province During the Years 2016-2020

Hana Sohrabi<sup>1</sup>, Vahid Yousefinejad<sup>2</sup>, Shole Shahgheibi<sup>3</sup>, Khaled Rahmani<sup>4</sup>, Roonak Shahoei<sup>5</sup>

1. Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8568-8286

2. Assistant Professor, liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0002-9928-938X

3. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5782-9691

4. Assistant Professor of Epidemiology, Liver and Digestive Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-0860-8040

5. Associate Professor, Department of Midwifery, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, (Corresponding Author), Tel: +98-87-33661120, Email: rshaho@yahoo.com. ORCID ID: 0000-0002-5509-4257

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Medical malpractice is one of the major concerns of the health system in the profession of midwifery and gynecological nursing which can lead to death and injury in two vulnerable groups of mothers and babies and can make it difficult for doctors and midwives who had committed malpractice to return to their usual medical practice and provide service to other patients. This study was conducted to determine the frequency of malpractice in the field of midwifery and gynecological nursing and factors related to it in the cases presented in the medical council of Kurdistan province in 2016-2020.

**Materials and Methods:** In this retrospective descriptive-analytical study, all complaint files related to midwifery in the medical council of Kurdistan province in 2016-2020 were reviewed. The data collection tool included a checklist that was prepared and completed by the researcher by using the patient files. Using SPSS software (version 24), Data were analyzed by descriptive statistical tests and chi-square and.

**Results:** Among 68 cases raised in the medical council, 32 were acquitted and 36 were convicted. The mean age of the plaintiffs was  $32.35 \pm 6.43$  years and most of them had primary education (38.2%). 94.1% of plaintiffs had no history of illness. The most common complaint was physical injury (41.2%) and the most common malpractice was maternal defect (32.4%). Most cases of malpractice were related to gynecologists (55.6%). The most common cause of malpractice was imprudence (40.0%). In addition, most cases of malpractice occurred in a teaching hospital (91.7%), in the maternity ward (63.9%) and in the night shift (41.7%). The frequency of malpractice showed a significant relationship with the city ( $P < 0.001$ ) and the education level of the patients ( $P = 0.002$ ). Furthermore, among the factors related to malpractice, only the results of malpractice showed a significant relationship with the characteristics of malpractice ( $P = 0.042$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that most cases of medical malpractice occurred due to imprudence. Moreover, the most common cause of maternal and fetal death was due to imprudence and the most common cause of maternal and fetal defects was ineptitude. Therefore, we recommend necessary measures to increase the clinical skills of gynecologists and midwives in educational programs, and also workshops for increasing clinical skills according to the national protocols for those who have these professions.

**Keywords:** Obstetrics, Gynecology, Midwifery, Malpractice

**Received:** Nov 22, 2022

**Accepted:** Mar 13, 2023

**How to cite the article:** Hana Sohrabi, Vahid Yousefineja, Shole Shahgheibi, Khaled Rahmani, Roonak Shahoei. Frequency and Causes of Gynecology and Midwifery Malpractice in the Cases Presented in the Medical Council of Kurdistan Province During the Years 2016-2020. *ŞJKU* 2024;29(1):1-9.

Copyright © 2018 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 (CCBYNC), 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

## فراوانی و علل قصور زنان و مامایی در پرونده‌های مطروحه در نظام پزشکی استان

### کردستان طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۹

هانا سهرابی<sup>۱</sup>، وحید یوسفی نژاد<sup>۲</sup>، شعله شاه غیبی<sup>۳</sup>، خالد رحمانی<sup>۴</sup>، روناک شاهویی<sup>۵</sup>

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۵۶۸-۸۲۸۶-۰۰۰۱-۰۰۰۰
۲. استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۹۹۲۸-۹۳۸ X-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۳. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۵۷۸۲-۹۶۹۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۴. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۸۶۰-۸۰۴۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۵. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۸۳۷۱۲۷۵۹، پست الکترونیکی rshaho@yahoo.com کد ارکید: ۴۲۵۷-۵۵۰۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** قصور پزشکی در حرفه زنان و مامایی یکی از نگرانی‌های عمده نظام سلامت است چراکه این موضوع علاوه بر ایجاد مرگ و آسیب‌رسانی به دو گروه آسیب‌پذیر مادر و نوزاد، سبب بازگشت دشوار پزشکان و ماماهاست. هدف از این مطالعه باهدف تعیین فراوانی قصور زنان و مامایی و عوامل مرتبط با آن در پرونده‌های مطروحه در نظام پزشکی استان کردستان و در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۹ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته‌نگر تمامی پرونده‌های شکایات زنان و مامایی در سازمان نظام پزشکی استان کردستان در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک لیستی بود که توسط پژوهشگر با استفاده از پرونده‌ها تهیه و تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و کای اسکور و نرم افزار SPSS (نسخه ۲۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۶۸ پرونده ارجاعی به سازمان نظام پزشکی، ۳۲ مورد تیره و ۳۶ مورد محکوم شدند. میانگین سن شاکیان  $6/43 \pm$  سال و میزان تحصیلات اکثر آنان ابتدایی (۳۸/۲ درصد) بود و از میان آن‌ها ۹۴/۱ درصد سابقه بیماری نداشتند. بیشترین موضوع شکایت، آسیب جسمی (۴۱/۲ درصد) و بیشترین قصور، نقص مادر (۳۲/۴ درصد) بود. بیشترین قصور مربوط به متخصصین زنان (۵۵/۶ درصد) بود. شایع‌ترین علت قصور بی‌مبالاتی (۴۰/۰ درصد) بود. همچنین بیشترین قصور در بیمارستان آموزشی (۹۱/۷ درصد)، در بخش زایمان (۶۳/۹ درصد) و در شیفت شب (۴۱/۷ درصد) بود. فراوانی قصور با شهرستان ( $P < 0/001$ ) و سطح تحصیلات بیماران ( $P = 0/002$ ) ارتباط معنی‌دار داشت. همچنین از بین عوامل قصور فقط نتیجه قصور با مشخصات قصور ( $P = 0/042$ ) ارتباط معنی‌دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از مطالعه نشان داد علت اکثر قصور رخ داده بی‌مبالاتی است. همچنین بیشترین علت مرگ مادر و جنین مربوط به بی‌مبالاتی و نقص مادر و جنین عدم مهارت است؛ لذا توصیه می‌گردد جهت افزایش مهارت‌های بالینی رزیدنت‌های زنان و ماماها در برنامه‌های آموزشی اقدامات لازم صورت گیرد و کارگاه‌های افزایش مهارت بالینی طبق پروتکل‌های کشوری جهت شاغلین این حرفه‌ها برگزار گردد.

**کلمات کلیدی:** زنان، زایمان، مامایی، قصور

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۹/۱ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲

## مقدمه

خطا در لغت به معنی لغزش، اشتباه، گناه و ضد عمد است به طوری که فرد رفتاری را بدون سوءنیت و قصد مجرمانه انجام داده؛ ولی یک نتیجه منفی یا صدمه و آسیبی در پی داشته است (۱). خطای پزشکی عدم موفقیت یک اقدام برنامه‌ریزی شده بهداشتی و درمانی در رسیدن به اهداف تعیین شده (خطای اجرا) یا استفاده از یک برنامه اشتباه برای رسیدن به هدفی (خطای برنامه‌ریزی) است (۲). انواع خطاهای پزشکی شامل عدم تشخیص و درمان به موقع پزشک که به قطع عضو یا فوت بیمار بینجامد (خسارت جسمی)، بستری شدن طولانی مدت بیمار در اثر تشخیص اشتباه پزشک که علاوه بر تحمیل هزینه اضافی درمان، منجر به آسیب روحی و روانی یا افسردگی فرد شود (روانی)، خطایی که باعث لطمه به آبرو و حیثیت فرد بیمار شود مانند تزریق خون آلوده به ایدز یا هپاتیت ب که موجب لطمه به حیثیت اجتماعی فرد در عرصه تحصیلی، شغلی و ازدواج می‌شود (معنوی) است (۱).

قصور پزشکی درمانی است که بر طبق استانداردهای پذیرفته شده پزشکی نباشد و باعث فوت یا نقص عضو بیمار گردد (۳). در ایران، طبق ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی، قصور پزشکی به ۴ جزء: بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، نداشتن مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی تقسیم می‌شود (۴). بی‌مبالاتی ترک عملی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود؛ ولی صورت نپذیرفته است. بی‌احتیاطی بر خلاف بی‌مبالاتی است، یعنی اینکه عملی انجام گرفته است که از نظر علمی و اصول پزشکی نبایستی انجام می‌گرفت. نداشتن مهارت شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم برای انجام کاری ویژه را نداشته باشد و رعایت نکردن مقررات دولتی یعنی توجه نکردن به آئین‌نامه‌ها و بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های قضات اداری مافوق، نظام پزشکی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی که حاکم بر اشتغال بر حرفه پزشکی است (۵).

خطاهای پزشکی موضوع جدیدی نیست؛ اما ضروری است رویکرد نظام سلامت به سمت شناخت ساز و کارهای منتج به خطای پزشکی به منظور کاهش خطا تا حد امکان معطوف شود (۶). به دلیل پیچیدگی‌های سیستم بهداشتی و درمانی و از آنجائی که هیچ شخص یا سیستمی از خطای مبرا نبوده و هیچ تخصصی مصونیت مطلق ندارد، بروز خطاهای کادر پزشکی امری اجتناب‌ناپذیر است (۷). گزارش‌های بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف افزایش سیر صعودی داشته است (۸). عوامل مختلفی مانند فعالیت مطبوعات، رادیوتلوویزیون و سایر رسانه‌های جمعی، شرکت‌های بیمه، وکلا و مشاورین حقوقی، تغییر موقعیت اجتماعی پزشکان، افزایش تعداد دانش‌آموختگان رشته‌های گروه پزشکی در خانواده‌ها، معضلات اقتصادی گروه پزشکی و غیره را در افزایش شکایات مؤثر دانسته است (۹). در ایران به منظور حمایت از حقوق بیماران و پاسخگو بودن نهاد پزشکی گام‌های مهم و مؤثری برداشته شده است؛ از جمله تصویب قانون نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۶۶، تدوین منشور «حقوق بیمار» و ملزم ساختن تمام مراکز درمانی به رعایت آن، راه‌اندازی نظام ثبت خطاهای پزشکی در سطح سازمان پزشکی یا پزشکی قانونی و تشکیل پرونده الکترونیک سلامت است. علیرغم همه این‌ها در حال حاضر در سیستم بهداشت و درمان کشور، نه سیستم گزارش دهی به صورت یک نظام وجود دارد و نه فرهنگ‌سازی مناسبی برای گزارش خطاها در مراکز بهداشتی و درمانی صورت گرفته است؛ لذا همچنان ترس از گزارش دهی و ترس از پیامدهای قانونی، اجتماعی، فرهنگی و مالی آن وجود دارد. از طرف دیگر در قوانین موضوعه ایران به مسئله لزوم گزارش دهی خطاهای پزشکی توجهی نشده بلکه به طور عمده بر جبران خسارت آسیب‌ها و صدمات وارده به بیمار که ناشی از خطاهای پزشکی است، پرداخته شده است (۱). نتایج مطالعه بزازبنیسی (۲۰۲۱) در قم نشان داد فراوانی قصور پزشکی، توسط ماماها ۲۶/۷ درصد، متخصصان زنان ۴۴/۴ درصد و

تفاوت در فرهنگ هر منطقه جغرافیایی نشات می‌گیرد و آمار دقیق و مطالعه‌ای از قصور زنان و مامایی در استان کردستان انجام نگرفته تا نقاط ضعف و قوت این گروه در موارد مرتبط با قصور مشخص شود. با شناسایی علل و عوامل مرتبط بتوان با برنامه‌ریزی و انجام اقدامات ضروری از میزان شکایات کاست و گامی در جهت حفظ هرچه بیشتر سلامت زنان برداشت؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی قصور زنان و مامایی و عوامل مرتبط با آن در پرونده‌های مطروحه در سازمان‌های نظام پزشکی استان کردستان و در سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۵ طراحی گردید.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع گذشته‌نگر است که در آن کلیه پرونده‌های شکایات ارجاعی به سازمان نظام پزشکی استان کردستان با موضوعیت قصور زنان و مامایی در پرونده‌های مربوط به بارداری و زایمان و در فاصله زمانی فروردین سال ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۹ که به نتیجه رسیده باشد، مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش، کل جامعه که ۶۸ پرونده بود، مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه شامل شکایات ارجاعی به سازمان نظام پزشکی استان کردستان با موضوعیت شکایت از ماماها و متخصصان زنان و زایمان و در فاصله زمانی فروردین سال ۱۳۹۵ تا اسفند مورد بررسی قرار گرفته و به نتیجه رسیده باشد، بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل شکایات ارجاعی به دفتر کمیسیون که موضوع شکایت آن‌ها موارد دیگر غیر از قصور کادر مامایی و متخصص زنان و زایمان بوده و پرونده‌هایی که به عللی ناتمام بودند از مطالعه خارج شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست استفاده شد که شامل سه قسمت بود که قسمت اول اطلاعات مربوط به بیمار (سن، میزان تحصیلات، موضوع شکایت و سابقه بیماری)، قسمت دوم اطلاعات مرتبط با کادر پزشکی و مامایی (نوع تخصص، بخش بالینی، نوع قصور، مکان قصور، زمان قصور و شیفت قصور) و

سایر کادر درمان ۲۸/۹ درصد بود (۱۰). همچنین در مطالعه عظیمی و همکاران (۲۰۱۷) بیشترین شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و مامایی مرتبط با موضوع بارداری و زایمان بوده است (۴).

پیشرفت‌های رشته تخصصی زنان و زایمان انتظارات جامعه بشری را افزایش داده و حتی میزان کم حوادث و مرگ‌ومیر و عوارض از پزشک و کادر پزشکی این رشته از نظر افکار عمومی جامعه قابل قبول نیست (۱۱)؛ یعنی با اندکی تخطی از موازین علمی ممکن است عوارض خطیر و مرگ‌باری پیش آید؛ زیرا در همه رشته‌های پزشکی فقط با خود بیمار سر و کار دارد، در حالی که در مامایی نه فقط مادر بلکه جنین و نوزاد او که موجود شکننده‌ای است هم در معرض خطر قرار دارد (۱۲). در واقع ماماها و متخصصین زنان و زایمان یکی از مهم‌ترین نیازهای اساسی زنان را که حفظ ارتقای سلامتی مادران باردار است برآورده می‌سازند (۱۳). بیماران مایلند که خطاهای پزشکی بازگو شوند تا از نتایج غیر منتظره در مراقبت خود، آگاهی پیدا کنند؛ اما کارکنان مراقبت بهداشتی به علت مسائل قانونی، دادخواهی و اختلال در روابط با بیمار، خطاها را بازگو نمی‌کنند؛ معنی زیرا برای آن‌ها مشکل است که به بیمار و خانواده‌ی وی توضیح دهند که تلاش آن‌ها منجر به آسیب بیمار شده است. در واقع آشکارسازی در کاهش اثرات سوء خطا، کاهش هزینه‌های مالی سازمان و بیمار، ترمیم به موقع صدمه، کوتاه شدن طول اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های مالی و پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده مؤثر است (۱۴).

مادران باردار با توجه به مشکلات بی‌شماری که احتمال دارد در دوران بارداری و زایمان متحمل شوند، نیاز بیشتری به دریافت خدمات و رعایت حقوق از جنبه‌های مختلف دارند. از طرف دیگر زایمان یکی از مهم‌ترین بحران‌ها در زندگی زنان عنوان شده است که در فرایند آن استرس‌های روانی، هیجانی و فیزیکی امر اجتناب‌ناپذیری است (۱۵). از آنجائی که انتظارات متفاوت مردم از جامعه پزشکی که از

قسمت سوم نوع قصور پزشکی (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی) بود. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و معرفی نامه از طرف معاونت پژوهشی دانشگاه به سازمان نظام پزشکی استان مراجعه و با کسب اجازه از مدیریت سازمان نسبت به تکمیل چک لیست ها بر اساس پرونده ها اقدام نمود. داده‌های مربوط به شایگان و افراد مورد شکایت بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها و تنها جهت ارائه‌ی نتایج طرح در قالب عدد و رقم استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های آماری توصیفی و کای-اسکوئر انجام شد.

### یافته‌ها

از ابتدای فروردین‌ماه سال ۱۳۹۵ تا پایان اسفندماه سال ۱۳۹۹ در مجموع ۶۸ پرونده شکایت از قصور پزشکی در نظام پزشکی استان کردستان مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن زنان شاکی در پرونده‌های مورد بررسی  $6/43 \pm$  سال بود. (جدول ۱). نتیجه شکایات پرونده‌های ارجاع شده در ۴۷/۱ درصد منجر به تبرئه و در ۵۲/۹ درصد

موارد منجر به صدور حکم محکومیت گردید. همچنین در مورد علل قصور مشخص گردید که بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به بی‌مبالاتی ۱۴ مورد (۲۰/۶ درصد)، عدم مهارت ۹ مورد (۱۳/۲ درصد)، بی‌احتیاطی ۷ مورد (۱۰/۳ درصد) و عدم رعایت نظامات دولتی ۵ مورد (۷/۴ درصد) بود و ۳۲ مورد (۴۷/۱ درصد) منجر به براءت گردید. نوع قصور در ۲۲ مورد (۳۲/۴ درصد) نقص مادر، در ۲۱ مورد (۳۰/۹ درصد) نقص جنین، در ۲۱ مورد (۳۰/۹ درصد) مرگ جنین و در ۴ مورد (۵/۸ درصد) مرگ مادر بود. عاملین قصور در ۴۰ مورد (۵۸/۸ درصد) متخصصین زنان، ۱۸ مورد (۲۶/۵ درصد) متخصص زنان و ماما با هم، ۸ مورد (۱۱/۸ درصد) سایر متخصصین و ۲ مورد (۲/۹ درصد) ماماها بودند. نتایج پژوهش نشان داد، فراوانی قصور با شهرستان ( $P < 0/001$ ) و سطح تحصیلات بیماران ( $P = 0/002$ ) ارتباط معنی‌دار دارد (جدول ۲). همچنین از بین عوامل قصور فقط نتیجه قصور با مشخصات قصور ( $P = 0/042$ ) ارتباط معنی‌دار دارد (جدول ۳).

جدول ۱: درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران در پرونده مورد بررسی

متغیر	تعداد(درصد)	متغیر	تعداد(درصد)
شهرستان		زمان قصور	
بیجار	۱ (۱/۴)	۱۳۹۵	۱۱ (۱۶/۲)
سقز	۱۴ (۲۰/۶)	۱۳۹۶	۱۶ (۲۳/۵)
سنندج	۲۷ (۳۹/۷)	۱۳۹۷	۲۲ (۳۲/۴)
مریوان	۲۱ (۳۰/۹)	۱۳۹۸	۱۲ (۱۷/۶)
قروه	۵ (۷/۴)	۱۳۹۹	۷ (۱۰/۳)
تحصیلات		شیفت قصور	
بی‌سواد	۷ (۱۰/۳)	صبح	۲۳ (۳۳/۸)
ابتدایی	۲۶ (۳۸/۲)	عصر	۲۲ (۳۲/۴)
دیپلم	۲۳ (۳۳/۸)	شب	۲۳ (۳۳/۸)
دانشگاهی	۱۲ (۱۷/۷)		
سابقه بیماری		موضوع شکایت	
دارد	۴ (۵/۹)		۲۵ (۳۶/۷)

ندارد	۶۴ (۹۴/۱)	مرگ نقص عضو آسیب جسمی خسارت مالی	۱۴ (۲۰/۶) ۲۸ (۴۱/۲) ۱ (۱/۵)
بخش بالینی بلوک زایمان بعد از زایمان مادران پرخطر اتاق عمل مطب کلینیک	۴۱ (۶۰/۳) ۲ (۲/۹) ۱ (۱/۵) ۲۱ (۳۰/۹) ۲ (۲/۹) ۱ (۱/۵)	نوع قصور	۴ (۵/۸) ۲۱ (۳۰/۹) ۲۲ (۳۲/۴) ۲۱ (۳۰/۹)
		مکان قصور	۵۹ (۸۶/۸) ۲ (۲/۹) ۶ (۸/۸) ۱ (۱/۵)
جمع	۶۸ (۱۰۰)	جمع	۶۸ (۱۰۰)

جدول ۲: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران و فراوانی قصور در پرونده های مورد بررسی

متغیر	تیرئه (درصد) تعداد	مقصر (درصد) تعداد	مقدار P
شهرستان بیجار سقز سنندج مریوان قروه	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۸)	<۰/۰۰۱
	۱۱ (۳۴/۴)	۳ (۸/۴)	
	۲۰ (۶۲/۵)	۷ (۱۹/۴)	
	۰ (۰/۰)	۲۱ (۵۸/۳)	
	۱ (۳/۱)	۴ (۱۱/۱)	
سطح تحصیلات مادر بی سواد ابتدایی	۰ (۰/۰)	۷ (۱۹/۴)	۰/۱۱۹
	۱۰ (۳۱/۲)	۱۶ (۴۴/۵)	
	۱۴ (۴۳/۸)	۹ (۲۵/۰)	
	۸ (۲۵/۰)	۴ (۱۱/۱)	

			دیپلم دانشگاهی
			<b>موضوع</b>
			<b>شکایت</b>
۰/۱۱۹	۱۵ (۴۱/۷) ۱۱ (۳۰/۵) ۹ (۲۵/۰) ۱ (۲/۸)	۱۰ (۳۱/۳) ۳ (۹/۴) ۱۹ (۵۹/۳) ۰ (۰/۰)	مرگ نقص عضو آسیب جسمی خسارت مالی
			<b>سابقه</b>
۰/۶۴۷	۲ (۵/۶) ۳۴ (۹۴/۴)	۲ (۶/۲) ۳۰ (۹۳/۸)	<b>بیماری</b> دارد ندارد

جدول ۳: ارتباط بین عوامل قصور و مشخصات قصور در پرونده های مورد بررسی

مقدار P	مشخصات قصور				عوامل قصور
	نقص جنین (درصد) تعداد	نقص مادر (درصد) تعداد	مرگ جنین (درصد) تعداد	مرگ مادر (درصد) تعداد	
۰/۲۱۲	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۲ (۹/۵)	۰ (۰/۰)	<b>نوع تخصص</b>
	۱۴ (۶۶/۷)	۱۵ (۶۸/۲)	۹ (۴۲/۹)	۲ (۵۰/۰)	ماما
	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۵)	۴ (۱۹/۰)	۰ (۰/۰)	متخصص زنان
	۴ (۱۹/۰)	۶ (۲۷/۳)	۶ (۲۸/۶)	۲ (۵۰/۰)	سایر متخصصین ماما و متخصص زنان
۰/۲۲۶	۱۵ (۷۱/۴)	۸ (۳۶/۴)	۱۵ (۷۱/۴)	۳ (۷۵/۰)	<b>بخش بالینی</b>
	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۵)	۱ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	بلوک زایمان
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	بعد از زایمان
	۴ (۱۹/۰)	۱۳ (۵۹/۱)	۳ (۱۴/۲)	۱ (۲۵/۰)	مادران پرخطر
	۱ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	اتاق عمل
	۱ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	مطب کلینیک

مکان قصور	۳(۷۵/۰)	۱۸(۸۵/۶)	۱۸(۸۱/۸)	۲۰(۹۵/۲)	۰/۱۴۵
بیمارستان آموزشی	۳(۷۵/۰)	۱۸(۸۵/۶)	۱۸(۸۱/۸)	۲۰(۹۵/۲)	۰/۱۴۵
بیمارستان خصوصی	۰(۰/۰)	۱(۴/۸)	۱(۴/۶)	۰(۰/۰)	
بیمارستان تأمین اجتماعی	۱(۲۵/۰)	۱(۴/۸)	۳(۱۳/۶)	۱(۴/۸)	
مطب	۰(۰/۰)	۱(۴/۸)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	
شیفت قصور					۰/۴۰۶
صبح	۰(۰/۰)	۸(۳۸/۱)	۹(۴۰/۹)	۶(۲۸/۶)	
عصر	۱(۲۵/۰)	۷(۳۳/۳)	۷(۳۱/۸)	۷(۳۳/۳)	
شب	۳(۷۵/۰)	۶(۲۸/۶)	۶(۲۷/۳)	۸(۳۸/۱)	
زمان قصور					۰/۰۷۶
۱۳۹۵	۳(۷۵/۰)	۳(۱۴/۳)	۲(۹/۱)	۳(۱۴/۳)	
۱۳۹۶	۰(۰/۰)	۵(۲۳/۸)	۵(۲۲/۷)	۶(۲۸/۶)	
۱۳۹۷	۱(۲۵/۰)	۷(۳۳/۳)	۱۰(۴۵/۵)	۴(۱۹/۰)	
۱۳۹۸	۰(۰/۰)	۵(۲۳/۸)	۲(۹/۱)	۵(۲۳/۸)	
۱۳۹۹	۰(۰/۰)	۱(۴/۸)	۳(۱۳/۶)	۳(۱۴/۳)	
نتیجه قصور					۰/۰۴۲
بی مبالاتی	۳(۷۵/۰)	۴(۱۹/۰)	۴(۱۹/۰)	۳(۱۴/۳)	
بی احتیاطی	۱(۲۵/۰)	۳(۱۴/۳)	۱(۴/۸)	۲(۹/۵)	
عدم مهارت	۰(۰/۰)	۱(۴/۸)	۵(۲۳/۸)	۳(۱۴/۳)	
عدم رعایت نظامات دولتی	۰(۰/۰)	۳(۱۴/۳)	۰(۰/۰)	۲(۹/۵)	
برائت	(۰/۰)	۱۰(۴۷/۶)	۱۱(۵۲/۴)	۱۱(۵۲/۴)	

### بحث

بر اساس نتایج این مطالعه در طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹، در مجموع از تعداد ۶۸ پرونده ارجاعی، بیشترین قصور ایجاد شده مربوط به شهرستان مریوان (۵۸/۳ درصد) بود. که علت این امر می‌تواند ناشی از کمبود امکانات، در معرض خطر بودن هم‌زمان جان دو نفر (مادر و جنین)، اورژانسی بودن مواردی از بارداری و زایمان، کمبود و نداشتن تیجر کافی کارکنان در موارد بارداری و زایمان باشد. میانگین سن زنان شاکی در پرونده‌های مورد بررسی

۶/۴۳ ± ۳۲/۳۵ سال بود که در مطالعه معین و همکاران نیز میانگین سن شاکیان ۳۴/۳ سال ذکر شده که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. در واقع بیماران جوان به دلیل صبر کمتر، در بهبود بیماری بیشتر تعجیل می‌کنند و معمولاً بیشتر دچار نارضایتی از پزشک می‌شوند. از سوی دیگر افراد در این محدوده‌ی سنی توان و حوصله‌ی بیشتری برای پیگیری شکایات خود دارند (۸). در مطالعه حاضر میزان تحصیلات اکثر شاکیان ابتدایی بود که با نتیجه مطالعه آفاخانی و همکاران که میزان تحصیلات اکثر شاکیان

ابتدایی و راهنمایی (۶۸/۷ درصد) بود همخوانی دارد (۱۶).  
 نتایج مطالعه نشان داد بیشترین موضوع شکایت که منجر به ایجاد قصور شده بود به ترتیب آسیب جسمی، مرگ، نقص عضو و خسارت مالی بود که با نتایج مطالعه آقاخانی و همکاران که آسیب جسمی ۸۰/۶ درصد، فوت ۱۲/۷ درصد، نقص عضو ۵/۲ درصد و خسارت مالی ۱/۵ درصد بود، همخوانی دارد (۱۶)؛ ولی با نتایج مطالعه اخلاقی و همکاران که بیشترین علت شکایت منجر به قصور، مرگ (۴۴/۳۳ درصد) بود همخوانی ندارد. که علت این امر می-تواند ناشی از جامعه پژوهش باشد زیرا در مطالعه اخلاقی و همکاران کل پرونده‌های قصور پزشکی مورد بررسی قرار گرفته و تنها ۱۲/۶۳ درصد آن‌ها مربوط به رشته تخصصی زنان و زایمان بود (۱۱).

در مطالعه حاضر بیشترین عامل قصور پزشکی مرتبط با زنان و مامایی به ترتیب، متخصصین زنان و زایمان، ماما و متخصص زنان و زایمان با هم سایر متخصصین و ماما بود ولی ارتباط معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت ( $p=0/369$ )؛ در مطالعه تدین (۱۷) که در استان قم انجام شد، بیشترین میزان قصور در متخصصان زنان و زایمان (۴۴/۴۴ درصد) بود. همچنین در مطالعه عظیمی (۴) نیز بیشترین عامل قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان ارجاع شده به کمسیون پزشکی قانونی کل کشور متخصصان زنان و زایمان (۵۵/۷۳ درصد) بودند. در مطالعه دیگری که در استان خوزستان انجام شد، متخصصان زنان (۴۶/۳۴ درصد) از نظر فراوانی قصور پزشکی در رتبه اول قرار داشتند (۱۰). متخصصان زنان، اعمال تهاجمی بیشتر (اعمال جراحی با ریسک خطر بالا) را انجام می‌دهند و شرح وظایف بیشتری دارند و مسئولیت اصلی بیمار در بخش زایمان با پزشک متخصص است؛ بنابراین نسبت به کادر مامایی بیشتر در معرض انجام قصور پزشکی قرار دارند. گاهی نسبت ناکافی متخصصین زنان به تعداد بیماران در بیمارستان‌ها و حاضر نبودن به موقع پزشک متخصص بر بالین بیمار نیز می‌تواند عاملی بر افزایش قصور در متخصصین زنان باشد (۱۰).

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر بیشترین محل درمانی بروز قصور بیمارستان آموزشی (۹۱/۷ درصد) است ولی میزان قصور در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، خصوصی و مطب در طی دوره‌ی مطالعه ۵ ساله تقریباً یکسان بود؛ و با نتایج مطالعه فرد محمد (۱۸) و کامیاب (۶) که بیشترین میزان قصور در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه به وقوع پیوسته است، همخوانی دارد. به دلیل هزینه‌های پایین و مناسب بیمارستان‌های آموزشی، این مراکز با ازدحام بیمار مواجه بوده و در نتیجه خطاهای پزشکی در آن بیشتر دیده می‌شود. همچنین وجود دانشجویان و دستیاران در این بیمارستان‌ها می‌تواند از علل دیگر خطاها باشد (۶). در مطالعه اخلاقی و همکاران این اختلاف در حد چشمگیر نبود به طوری که میزان قصور در تمامی مراکز درمانی در طی دوره مطالعه دو ساله تقریباً یکسان بود (۱۱)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که نتایج مطالعات مختلف باهم دیگر همخوانی ندارند و برحسب محل مورد بررسی تفاوت می‌کنند که این امر بررسی این موضوع را در مراکز دیگر درمانی ضروری می‌کند.

در مطالعه حاضر، بیشترین قصور در بخش بلوک زایمان (۶۳/۹ درصد) رخ داده بود؛ ولی در بقیه‌ی بخش‌ها میزان قصور تقریباً یکسان بود. نتایج مطالعه کامیاب و همکاران نیز حاکی از آن بود که بیشترین میزان قصور مربوط به بخش زنان و زایمان (۵۹/۶ درصد) بود. همچنین در مطالعه الدخیل و همکاران نیز بیشترین قصور در بخش زایمان (۸۰/۷ درصد) رخ داده بود (۱۹). در این مطالعه محققین به این نتیجه رسیدند که به دلیل حساسیت این بخش‌ها و آسیب‌پذیر بودن بیماران (مادر و نوزاد) نیاز به توجه و امکانات و تجهیزات مانیتورینگ و نیروی انسانی کافی است (۶)؛ بنابراین توجه به تأمین امکانات مورد نیاز این بخش‌ها و تبحر و مهارت کسانی که در این بخش‌ها ایفای وظیفه می‌کنند باید مدنظر مسئولین و مدیران قرار گیرد. از ۳۶ پرونده‌ای که قصور آن محرز شده، ۱۵ مورد در شیفت شب، ۱۱ مورد شیفت صبح و ۱۰ مورد شیفت عصر بوده که با مطالعه بزازبنیسی (۱۰) و کامیاب (۶) همخوانی

زنان و ماماها) در مطالعه حاضر، می‌تواند ناشی از عدم مهارت کافی ارائه‌دهندگان خدمات باشد که مستلزم بازنگری برنامه‌های آموزشی و برگزاری کارگاه‌های افزایش مهارت‌های مورد نیاز است که منجر به مرگ‌ومیر و نقص عضو مادران باردار و نوزادان شده بود.

با وجود اینکه این مقاله شامل تمامی موارد قصور زنان و مامایی در طول یک دوره ۵ ساله است که با سیر نزولی همراه بوده است؛ و از آنجائی که با تغییر در بینش و دیدگاه‌های مردم با گذشت زمان علل و نوع قصورات منجر به شکایت از پزشکان نیز ممکن است تغییر یابد؛ لذا تکرار و تکمیل این بررسی‌ها باید در سال‌های آتی نیز انجام شود که نه تنها بر استاندارد پذیری آماری تحقیق خواهد افزود بلکه سیر این تغییرات و موارد نیازمند اصلاح را نیز روشن خواهد ساخت.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میزان قصور طی این ۵ سال روند نزولی داشته است و علت اکثر قصور رخ داده بی-مبالاتی ناشی از عدم مهارت بوده است؛ لذا توصیه می‌گردد جهت افزایش مهارت‌های بالینی رزیدنت‌های زنان و ماماها در برنامه‌های آموزشی اقدامات لازم صورت گیرد و کارگاه‌های افزایش مهارت بالینی طبق پروتکل‌های کشوری جهت شاغلین این حرفه‌ها برگزار گردد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به دلیل همکاری و حمایت‌های مالی از این طرح (با کد اخلاق IR.MUK.REC.1400.257) و ریاست محترم و کارکنان محترم سازمان نظام پزشکی استان کردستان که در اجرای این پروژه ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

دارد. در مطالعه تدین نیز بیشترین میزان قصور در شیفت شب گزارش شده است (۱۷). فراوانی قصور در شب بیشتر از دو شیفت دیگر است و می‌توان علت آن را تغییرات بیولوژیکی بدن در شب دانست که باعث کاهش سطح هوشیاری، دقت و کمتر شدن تمرکز می‌شود. از سوی دیگر شیفت‌های کاری سنگین، کمبود خواب شبانه، کمبود شدید کارکنان زنان و مامایی، وجود مشکل اطلاع‌رسانی به موقع به پزشک در شیفت شب توسط کارکنان و حاضر نشدن به موقع پزشک بر بالین بیمار، همه از موارد مهمی هستند که می‌تواند باعث کاهش کیفیت خدمات و افزایش این گونه خطاها شوند (۲۰)؛ بنابراین لازم است مدیران و برنامه‌ریزان به نسبت نیروهای انسانی به بیمار بازنگری و اقدامات لازم را به عمل آورند.

یافته‌های پژوهش در رابطه با بررسی توزیع علل شکایت بیماران از کادر درمان و آرای صادره از نظام پزشکی در پرونده‌های استان کردستان (۱۳۹۵-۱۳۹۹) نشان داد که میزان قصور کاهش یافته است؛ که با نتایج مطالعه فرد محمد و همکاران که میزان قصور از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ سیر نزولی داشته، همخوانی دارد (۱۸). سیر نزولی میزان قصور کادر درمان در این مطالعه می‌تواند نشانه پیشرفت کادر درمان در رعایت موازین علمی و قانونی باشد.

در این مطالعه بیشترین فراوانی علل قصور به ترتیب مربوط به بی‌مبالاتی (۴۰/۰ درصد)، عدم مهارت (۲۵/۷ درصد)، بی‌احتیاطی (۲۰/۰ درصد) و عدم رعایت نظامات دولتی (۱۴/۳ درصد) بود. در ارتباط با نتیجه شکایات در پرونده‌های ارجاع شده ۴۷/۱ درصد نتایج شکایات منجر به تیرئه و در ۵۲/۹ درصد موارد منجر به صدور حکم محکومیت گردیده است. در مطالعه فرد محمد (۱۸)، تدین (۱۷)، عظیمی و باقریان محمودآبادی (۲۱) نیز بیشترین قصور زنان و مامایی مربوط به بی‌مبالاتی بود؛ اما در پژوهش آقاخان‌ی بیشترین فراوانی مربوط به بی‌احتیاطی بود (۱۶). بالا بودن میزان بی‌مبالاتی بین کادر درمان (به ویژه متخصصین

## منابع

1. Vatani A, Tavajohi A, Piri Amirhajiloo F. The Necessity of Disclosure of Medical Errors: Basics, Systems and Obstacles. *Iran. J. Forensic Med.* 2020;26(2):121-9.
2. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Yousefinezhadi T. Medical errors in Iranian hospitals: systematic review. *TUMS* . 2020;78(4):239-47.
3. Ayoubian A, Mahmoodabadi HB, Dehaghi ZH. Midwifery errors: a descriptive study in isfahan forensic medicine general department. *Mater Sociomed.* 2013;25(3):175-7.
4. Azimi K, 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. *Iran. J. Forensic Med* . 2017;23(2):132-41.
5. Hejazi S, Zinal M, Farrokh Islamloo H. Study of pediatric malpractice claims registered at Urmia Medical Council during 10 year period (1375-1385). *Studi Med Sci.* 2009;20(2):123-30.
6. Kamiab F, Afshari P, Keikhahi B, Tadayon M, Vahabi Shekarloo T, Haghhighizadeh MH. A Review of Reasons of Malpractice of Obstetricians, Gynecologists and Midwives. *Iran. J. Forensic Med* . 2016;22(3):165-71.
7. Haghshenas M, Vahidshahi K, Amiri A, Rezaee M, Rahmani N, Pourhossen M, et al. The Frequency of Malpractice Lawsuits Referred to Forensic Medicine Department and Medical Council. *JMUMS* . 2012;21(86):253-60.
8. Moin A, Ostad Ali Makhmalbaf M, Davati A. Study of medical malpractice complaints in the field of dermatology and cosmetic, in the coroner's Office of Forensic Medicine, province of Tehran, during 2002 to 2010. *JDC* . 2011;2(1):17-29.
9. Sheikhzadi A, Ghadyani MH, Kiani M. Review of inquest, sue and punishment of dentistry malpractice & errors in Iran. *Iranian Journal Of Forensic Medicine.* 2007;13(3):171-80.
10. Bazaz Benisi Z, Saadatmand M, Hassanzadeh M, Khosravi M. Frequency and Causes of Medical Malpractice in the Field of Gynecology and Midwifery Referred to the General Directorate of Legal Medicine in Qom Province. *Iran J Forensic Med* . 2021;27(2):115-26.
11. Akhlaghi M, Towfighi Zavareh H, Samadi F. Analysis of medical malpractice complaints in gynecology and obstetric referred to the medical commission of L.M.O in Tehran from 2001-2002; causes & preventative resolutions. *Forensic Medicine.* 2005;10(34):70-4.
12. Schifrin B, Cohen W. The effect of malpractice claims on the use of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(2):269-83.
13. Khodakarami N, Jan Nesari S. Evaluating mothers' awareness about pregnant women's rights. *J Med Ethics Hist Med.* 2009;2(1):51-8.
14. Biranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Safari M. Disclosing medical errors and its relationship to disclosure of actual and hypothetical errors: nursing staff's attitude. *J Med Ethics Hist Med.* 2014;7(1):53-64.
15. Bayrami R, Pezeshki MZ, Ebrahimi M. A study of the influence of implementing patients rights workshop for midwives on the womens viewpoint about parturient rights respect. *Nurs Midwife J.* 2007;5(3):93-101.
16. Aghakhani N, Cheraghi R, Zarei A, Alinejad V, Nazimi N, Rahbar N, et al. Study of Causes of Health Providers' Malpractices in Records Referred to Forensic Medicine Organization in Urmia, during 2009-2013. *Med Law J.* 2017;11(42):83-100.
17. Tadayon M, Kamiab, Fatemeh, Afshari P, Keikhahi B, Vahabi Shekarloo T, Haghhighizadeh MH. Malpractice Claims against Gynecology and Midwifery Staff in Medical

- Council and Forensic Centre in Khosezstan Province and Related Factors, 2006-2012. *J Mazandaran Uni Med Sci.* 2016;25(132):320-3.
18. Fardmohammad F, Hemmati A, Gods K, Delgandi M, Mir MohammadKhani M. The study of the distribution of causes of patient's complaints from physicians about medical records of semnan in ten years period: 2001-2011. *J Med Councl Islam Repub Iran.* 2014;32(4):320-7.
19. Aldakhyel L. Obstetric and Gynecologic Malpractice Claims in Saudi Arabia: Incidence and Cause. *J Forensic Leg Med.* 2016;40:8-11.
20. Darabi F, Amlai K, Osareh zadegan M, Seifi F, Rezlansari H, Forest K, et al. Frequency of Nursing and Midwifery errors in referred cases to the Iranian Medical Council and Imam Reza Training Hospital in Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2009;13(3):261-.
21. Bagherian Mahmoud Abadi H, Lohrasbi F, Setareh M, Lotfi M. Frequency and causes of midwifery negligence in cases referred to the department General forensic medicine of Isfahan during the years 2005 to 2009. *IJOGL.* 2014;17(99):13-20.