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[1], Vahid Yousefinejad[2], Shole Shahgheibi [3], Khaled Rahmani[4], Roonak Shahoei [5]

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±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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و نه / فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۳/۱۰۹-۹۸

فراوانی و علل قصور زنان و مامایی در پرونده‌های مطروحه در نظام پزشکی استان کردستان طی سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۵

هانا سهرابی[۱]، وحید یوسفی نژاد[۲]، شعله شاه غیبی[۳]، خالد رحمانی[۴]، روناک شاهویی[۵]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۲۸۶-۸۵۶۸-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: X ۹۳۸-۹۹۲۸-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۹۶۹۱-۵۷۸۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۴. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۸۰۴۰-۰۸۶۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

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 ماماهای مرتکب قصور به فعالیت معمول درمانی و ارائه خدمت به سایر مراجعین می‌شود. 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 ۱۳۹۹-۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی گذشته نگر تمامی پرونده‌های شکایات زنان و مامایی در سازمان نظام پزشکی استان کردستان در سال های ۱۳۹۹-۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیستی بود که توسط پژوهشگر با استفاده از پرونده‌ها تهیه و تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی وکای‌اسکوئر و نرم افزارSPSS (نسخه۲۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۶۸ پرونده ارجاعی به سازمان نظام پزشکی، ۳۲ مورد تبرئه و۳۶ مورد محکوم شدند. میانگین سن شاکیان ۶/۴۳ ± ۳۲/۳۵ 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(۳۲/۴درصد) بود. بیشترین قصور مربوط به متخصصین زنان (۵۵/۶ درصد) بود. شایع‌ترین علت قصور بی‌مبالاتی(۴۰/۰درصد) بود. همچنین بیشترین قصور در بیمارستان آموزشی(۹۱/۷درصد)، در بخش زایمان(۶۳/۹درصد) و در شیفت شب (۴۱/۷درصد) بود. فروانی قصور با شهرستان (P< ۰/۰۰۱) و سطح تحصیلات بیماران (P= ۰/۰۰۲) ارتباط معنی‌دار داشت. همچنین از بین عوامل قصور فقط نتیجه قصور با مشخصات قصور (P= ۰/۰۴۲) ارتباط معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد علت اکثر قصور رخ‌داده بی‌مبالاتی است. همچنین بیشترین علت مرگ مادر و جنین مربوط به بی‌مبالاتی و نقص مادر و جنین عدم مهارت است؛ لذا توصیه می گردد 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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 به‌موقع 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: بی مبالاتی، بی احتیاطی، 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 بی مبالاتی 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 خطا 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، رادیوتلویزیون 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 ۲۶/۷درصد، متخصصان زنان ۴۴/۴درصد و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

سایر کادر درمان ۲۸/۹درصد 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 طبیب 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 مهم ترین 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 وخانواده‌ی وی توضیح دهند که تلاش آن‌ها منجر به آسیب بیمار شده است. در واقع آشکارسازی در کاهش اثرات سوء خطا، کاهش هزینه های مالی سازمان و بیمار، ترمیم به موقع صدمه، کوتاه شدن طول اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه های 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 فرایندِ آن استرس‌های روانی، هیجانی و فیزیکی امر اجتناب ناپذیری است (۱۵). از آنجائی که انتظارات متفاوت مردم از جامعه پزشکی که از 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 قرارگرفته 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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. داده-های مربوط به شاکیان و افراد مورد شکایت بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها و تنها جهت ارائه‌ی نتایج طرح در قالب عدد و رقم استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه۲۴) و آزمون‌های آماری توصیفی وکای-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 موردبررسی قرار گرفت. میانگین سن زنان شاکی در پرونده‌های مورد بررسی ۶/۴۳ ± ۳۲/۳۵ سال بود. (جدول۱). 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 برائت گردید. نوع قصور در۲۲ مورد (۳۲/۴ درصد) نقص مادر، در۲۱ مورد (۳۰/۹ درصد) نقص جنین، در ۲۱ مورد (۳۰/۹ درصد) مرگ جنین و در۴ 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، فروانی قصور با شهرستان (P <۰/۰۰۱) و سطح تحصیلات بیماران (۰/۰۰۲ =P) ارتباط معنی‌دار دارد (جدول۲). همچنین از بین عوامل قصور فقط نتیجه قصور با مشخصات قصور (۰/۰۴۲ =P) ارتباط معنی‌دار دارد (جدول۳).

جدول۱: 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**	
دارد	۴ (۵/۹)	**شکایت**	۲۵ (۳۶/۷)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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

جدول۲: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران و فراوانی قصور در پرونده های مورد بررسی

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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

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

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

مکان قصور				۰/۱۴۵
بیمارستان آموزشی	۳(۷۵/۰)	۱۸(۸۵/۶)	۱۸(۸۱/۸)	۲۰(۹۵/۲)
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				
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 تبحر کافی کارکنان در موارد بارداری و زایمان باشد. میانگین سن زنان شاکی در پرونده های 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 آقاخانی و همکاران که میزان تحصیلات اکثر شاکیان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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=۰/۳۶۹)؛ 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 کمیسیون 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 بخش ها 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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 می توان علت آن را تغییرات بیولوژیکی بدن در شب دانست که باعث کاهش سطح هوشیاری، دقت و کمتر شدن تمرکز می شود. از سوی دیگر شیفت های 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 می‌توانند باعث کاهش کیفیت خدمات و افزایش این‌گونه خطاها شوند(۲۰)؛ بنابراین لازم است مدیران و برنامه‌ریزان به نسبت نیروهای انسانی به بیمار بازنگری و اقدامات لازم را به عمل آورند.

یافته های پژوهش در رابطه با بررسی توزیع علل شکایت بیماران از کادر درمان و آرای صادره از نظام پزشکی در پرونده های 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 تبرئه 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 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 سال های 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 دربرنامه‌های 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 منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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, Haghighizadeh 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.Sheikhazadi 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 reffered 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, Haghighizadeh MH. Malpractice Claims against Gynecology and Midwifery Staff in Medical

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]

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 complainta from physicians about medical records of semnan in ten years period: 2001-2011. J Med Counc 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. IJOGI. 2014;17(99):13-20.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.61186/sjku.29.1.98]