

## بررسی موارد قصور پزشکی منجر به فوت و نقص عضو مطرح شده در کمسیون‌های پزشکی قانونی شهر شیراز در رشته تخصصی بیهوشی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰

دکتر میثاق باستانی: دستیار تخصصی بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. bastanim@sums.ac.ir

دکتر آریا حجازی: استادیار و متخصص پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. Hejazia@yahoo.com

دکتر محمد زارع نژاد: پزشک عمومی، مسئول تحقیقات پزشکی قانونی استان فارس، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. zarenezhad@hotmail.com

دکتر شهرام شهریاری: استادیار و متخصص پاتولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج، یاسوج، ایران. shahriaryshahram@yahoo.com

\* دکتر محمد علی سهم‌الدینی: دانشیار و متخصص بیهوشی، فلوشیپ پیوند اعضا، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول). sahmeddini@sums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** متخصصین بیهوشی بیشتر از سایر رشته‌های تخصصی در معرض شکایت و برخوردهای قضایی هستند. نظر به اینکه در خصوص علل شکایات و محکومیت متخصصین این رشته در استان فارس گزارش کاملی در دسترس نبود، این مطالعه به ارائه نتایج حاصل از ارزیابی فراوانی و علل شکایات مطرح شده از متخصصان بیهوشی استان فارس پرداخته است.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی - توصیفی و گذشته نگر می باشد که طی آن کلیه پرونده‌های شکایت از متخصصین بیهوشی موجود در پزشکی قانونی شیراز طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفته است. داده‌های جمع‌آوری شده شامل خصوصیات دموگرافیک شاکیان، علت شکایت، ویژگی دموگرافیک و پزشکی بیماران، نوع و درجه قصور و نظریه کارشناس کمسیون پزشکی بود که با استفاده از آمار توصیفی جمع‌بندی و ارائه گردید.

**یافته‌ها:** از میان کل پرونده‌های بررسی شده، ۳۵ پرونده شکایت از متخصصین بیهوشی استخراج گردید. بیشتر موارد شکایت در گروه سنی ۴۰-۵۰ سال قرار داشت که ۲۵ نفر (۴۳/۷۱٪) آن‌ها مرد و ۱۰ نفر (۲۸/۵۷٪) زن بودند. در مجموع ۳۹ نفر (۸۲/۸۶٪) موارد منجر به فوت و ۶ مورد (۱۷/۱۴٪) منجر به نقص عضو گردیده بود که ۵۰٪ آن‌ها آسیب مغزی گزارش شده بود و مهم‌ترین علت منجر به فوت در ۷ مورد (۲۴/۱۴٪) موارد، مشکلات تنفسی بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه عمده موارد شکایات از متخصصین بیهوشی در رده سنی میانسالان بوده و بیماری زمینه‌ای چندان در این شکایات دخیل نبوده است. لذا نباید به دلیل پرخطر بودن بیمار و سن بالای وی و ترس از شکایت رخداد قصور از ارائه خدمات بیهوشی به بیماران خودداری نمود. ضمناً لازم است به پزشکان بیهوشی اطمینان داده شود که ضمن انجام وظیفه حرفه‌ای دقیق خود، نگران شکایات نباشند.

**کلیدواژه‌ها:** قصور، فوت، نقص عضو، کمسیون‌های پزشکی قانونی، بیهوشی

### مقدمه

تقدس خاص این رشته و با وجود بهره‌وری از امکانات در دسترس، میزان نارضایتی و شکایت رو به افزایش نهاده است (۳ و ۲).

گزارش‌های بین‌المللی از شکایات پزشکی نیز حاکی از این واقعیت است که میزان شکایات‌ها سیر صعودی داشته است. به علاوه، امروزه نقش خطاهای پزشکی به عنوان یکی از مشکلات بالقوه در سلامت عمومی مطرح است زیرا بسیاری از این خطاها باعث آسیب به بیمار و افزایش هزینه‌های بهداشتی می‌شوند (۴ و ۵).

به عنوان شاهدهی بر این مدعا آمارهای برگرفته

قصور، صرف نظر از علت آن، یکی از مباحث مهم اخلاق پزشکی است (۱). این در حالی است که تعداد زیادی از پزشکان و کادر درمانی از مسائل قانونی مربوط به این رشته بی‌اطلاع بوده یا دارای اطلاعات ناقصی می‌باشند (۲).

از سوی دیگر، مساله نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی و درمانی از مسائل مهم و مورد علاقه جامعه می‌باشد. امروزه علی‌رغم تلاش‌های پزشکان و کادر درمانی و علی‌رغم

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی گذشته نگر می باشد. بدین منظور کلیه پرونده های مربوط به شکایات از متخصصین بیهوشی که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم (یعنی شکایتی که از پزشک دیگری بوده ولی متخصص بیهوشی به نوعی درگیر آن باشد) موجود در پزشکی قانونی شیراز طی سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات لازم بر اساس پرسش نامه از پرونده ها استخراج گردید.

در همین رابطه، پرونده هایی که اطلاعات ناقص داشتند یا رای نهایی صادر نشده بود، از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه مشخصات شاکیان از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، علت شکایت، سابقه بیماری قبلی، محل درمان، روش بیهوشی به کار رفته، نوع و درصد قصور و نظریه کارشناسی کمیسیون پزشکی ثبت گردید.

به دلیل اینکه محتویات پرونده های شکایت از کادر پزشکی و اسرار بیماران محرمانه است، جمع آوری اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه و با رعایت کامل اصول راز داری انجام گردید.

در نهایت، اطلاعات جمع آوری شده، توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۷ با استفاده از آمار توصیفی (کلاسیک) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته ها

در این مطالعه، اطلاعات ۳۵ پرونده شکایت از متخصصان بیهوشی استخراج گردید که از این تعداد ۱۳ مورد قصور رخ داده بود (۳۷/۱۴٪).

بررسی دموگرافیک اطلاعات این ۳۵ پرونده شکایت حاکی از آن بود که میانگین سنی بیماران شاکی حداقل ۱ ماه و حداکثر ۸۶ سال بود که بیشتر موارد شکایت مربوط به گروه سنی ۵۰-۴۰ سال بود.

سایر یافته های دموگرافیک بیماران شاکی حاکی از آن بود که ۲۵ نفر (۷۱/۴۳٪) موارد شکایت مربوط به مردان و تنها ۱۰ مورد (۲۸/۵۷٪) مربوط به زنان بوده است.

از میان ۳۵ پرونده بیماران، ۱۳ نفر مجرد

از مراجع قضایی آمریکا نشانگر آن است که شکایت از پزشکان از ۸٪ در سال ۱۹۸۶ به ۲۷٪ در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۶). سایر آمارها در این کشور حاکی از آن است که هر ساله حدود ۹۸۰۰۰ نفر به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند (۷). در کشور ما نیز کل موارد شکایت از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۴، ۱۳۴۴ مورد بوده است که همین آمار در سال ۱۳۷۸ به ۲۹۹ مورد، در سال ۱۳۸۳ به ۸۲۳ مورد و در سال ۱۳۸۴ به ۱۲۷۰ مورد رسید که به خوبی سیر صعودی شکایت ها را نشان می دهد (۸).

در این میان، متخصصین بیهوشی مانند سایر متخصصان در خلال انجام کارهای پزشکی در معرض شکایات و برخوردهای قضایی کشور متبوع خود هستند (۹و۴).

هر چند بیهوشی امروز ایمن و مرسوم شده است، اما هنوز متخصصین بیهوشی از انجام خطاهای پزشکی و عواقب آن، که می تواند از خطاهای دیگر متخصصین جدی تر باشد، مصون نیستند. در همین رابطه، برای مشخص نمودن وسعت مشکل خطاهای پزشکی بر بیهوشی مطالعاتی انجام شده است (۱۰و۴).

بسیاری از مرگ هایی که به دنبال اعمال جراحی یا بیهوشی اتفاق می افتد، در حقیقت به علت بیماری زمینه ای است که اعمال جراحی به خاطر آن ها انجام شده است (۱۱).

باید توجه داشت که مخاطرات و مسئولیت ها همیشه در انجام بیهوشی های روزمره و در شرایط عادی رخ می دهد (۴). البته عدم وجود تجهیزات پیشرفته در اتاق عمل و کمبود پرسنل مجرب در ایجاد قصور در این زمینه موثر است (۲).

متأسفانه روز به روز نیز بر میزان شکایت ها افزوده می شود که این مهم در آینده نه چندان دور می تواند باعث رکود ویژه ای در بخش خدمات پزشکی شود (۳).

در این مطالعه نتایج حاصل از ارزیابی فراوانی و علل شکایات مطروحه از متخصصین بیهوشی طی سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد بررسی شده به تفکیک متغیرهای مطالعه شده (ادامه)

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
نتیجه کالبدشکافی	۲۴	۸۲/۷۶
داشته	۵	۱۷/۲۴
نداشته	۳۵	۳۶/۴۶
متشاکلی	۲۹	۳۰/۲۱
متخصص بیهوشی	۳	۳/۱۲
متخصصین جراحی	۳	۳/۱۲
متخصصین داخلی	۱۱	۱۱/۴۶
دستیار بیهوشی	۱۰	۱۰/۴۲
پرستار	۵	۵/۲۱
ریاست بیمارستان	۱۲	۴۱/۳۸
جراحی عمومی	۶	۲۰/۶۹
ارتوپدی	۴	۱۳/۷۹
مورد شکایت	۱	۳/۴۴
ENT	۲	۶/۹۰
زنان وزایمان	۲	۶/۹۰
جراحی قلب	۲	۶/۹۰
نوروسرجری	۲	۶/۹۰
جراح فک و صورت	۱۳	۴۸/۱۵
بیهوشی	۲	۷/۴۱
موارد قصور	۴	۱۴/۸۱
جراحی عمومی	۱	۳/۷۰
زنان وزایمان	۲	۷/۴۱
اطفال	۵	۱۸/۵۲
ریاست بیمارستان		

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد بررسی شده به تفکیک متغیرهای مطالعه شده

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
جنس	۲۵	۷۱/۴۳
مرد	۱۰	۲۸/۵۷
زن	۹	۲۵/۷۱
سطح تحصیلات	۸	۲۲/۸۶
بیسواد	۱۵	۴۲/۸۶
زیردیپلم	۳	۸/۵۷
دیپلم	۶	۱۷/۱۴
دانشگاهی	۶	۱۷/۱۴
سال شکایت	۵	۱۴/۲۹
۱۳۸۵	۶	۱۷/۱۴
۱۳۸۶	۵	۱۴/۲۹
۱۳۸۷	۶	۱۷/۱۴
۱۳۸۸	۷	۲۰/۰۰
۱۳۸۹	۵	۱۴/۲۹
۱۳۹۰	۱۸	۵۱/۴۳
نوع کمیسیون	۱۱	۳۱/۴۳
بار اول استانی	۶	۱۷/۱۴
مجدد استانی	۱۹	۵۴/۲۹
کمیسیون عالی	۱۶	۴۵/۷۱
کشوری	۴	۳۰/۷۶
بررسی اولیه در	۳	۲۳/۰۸
داشته	۳	۲۳/۰۸
نداشته	۳	۲۳/۰۸
نظام پزشکی	۲۴	۶۸/۵۷
در صد قصور	۱۱	۲۱/۴۳
۰-۵	۳	۲۳/۰۸
۵-۱۰	۳	۲۳/۰۸
۱۰-۱۵	۳	۲۳/۰۸
۴۰-۵۰	۲۴	۶۸/۵۷
وکالت در پرونده	۱۱	۲۱/۴۳
دارای وکیل		
فاقد وکیل		

و ۱۰ مورد (۲۸/۵۷ درصد) در ارتباط با جراحی‌های اورژانس بود.

از میان پرونده‌های بررسی شده، ۳۱ مورد (۸۸/۵۷ درصد) روش بیهوشی عمومی و ۳ مورد (۸/۵۷ درصد) بیحسی نخاعی و یک مورد (۲/۸۶ درصد) مانیتورینگ (MAC) دریافت کرده بودند. در همین رابطه، جدول یک کلیه اطلاعات دموگرافیک ۳۵ پرونده بررسی شده فوق را خلاصه کرده است.

در بررسی علل فوت براساس نتایج کالبدشکافی و بیوپسی و سم شناسی برگرفته از علل مندرج در پرونده بیماران توسط پزشکی قانونی، یافته‌های حاضر نشان گر آن بود که بیشتر موارد شکایت در رشته بیهوشی، منجر به فوت شده بود (۲۹ نفر/۸۲/۸۶٪). از بین این موارد بیشترین تعداد به ترتیب مربوط به مشکلات تنفسی (زجرتنفسی، ادم، آمبولی، خونریزی) و بیماری زمینه ای فرد بود

(۳۷/۱۴٪) و ۲۲ نفر دیگر (۶۲/۸۶٪) متاهل بودند ضمناً کلیه موارد شکایات مطرح شده، شخصی بود. به علاوه، از بین موارد شکایت ۱۳ مورد (۳۷/۱۴٪) در بیمارستان‌های آموزشی، ۱۲ مورد (۳۴/۲۹٪) در بیمارستان‌های دولتی و ۱۰ مورد (۲۸/۵۷٪) در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده .

سایر یافته‌ها دلالت بر آن داشت که از میان پرونده‌های شکایت که منجر به فوت شده، محل فوت اکثر موارد در بیمارستان بوده است (۸۹/۶۵ درصد) و دو مورد (۹۰/۶ درصد) در منزل پس از چند سال و یک مورد (۲/۸۶ درصد) حین انتقال بود.

ضمناً، از میان موارد بررسی شده ۲۵ مورد (۷۱/۴۳ درصد) مربوط به اعمال جراحی الکتیو

جدول ۲- توزیع فراوانی موارد منجر به فوت در پرونده های بررسی شده

فراوانی		علل بیهوشی منجر به فوت
تعداد	درصد	
۷	۲۴/۱۴	مشکلات تنفسی (زجرتنفسی، ادم، آمبولی، خونریزی)
۴	۱۳/۷۹	عدم پایش دقیق وضع قلبی- عروقی و همودینامیک
۳	۱۰/۳۴	آمفیژم زیر جلدی
۲	۶/۸۹	حساسیت یا تداخلات دارویی
۳	۱۰/۳۴	انسداد و ناتوانی درتامین راه هوایی مناسب
۷	۲۴/۱۴	بیماری زمینه ای فرد
۳	۱۰/۳۴	حال عمومی بد بیمار
۲۹	۱۰۰	کل

جدول ۳- توزیع فراوانی موارد قصور در پرونده های بررسی شده

فراوانی		موارد منجر به قصور
تعداد	درصد	
۵	۳۸/۴۶	مشکلات تنفسی (زجرتنفسی، ادم، آمبولی)
۲	۱۵/۳۸	عدم پایش دقیق وضع تنفسی وضع قلبی عروقی و همودینامیک
۲	۱۵/۳۸	حساسیت یا تداخلات دارویی
۳	۲۳/۰۸	انسداد و ناتوانی درتامین راه هوایی مناسب
۱	۷/۶۹	حال عمومی بد بیمار
۱۳	۱۰۰	کل

رخ داده که کمترین میزان قصور در بیمارستان های آموزشی بود و نسبت به میزان شکایت، بیشترین موارد قصور در بیمارستان های خصوصی رخ داده بود. در پرونده های قصور بیهوشی هیچ مورد قصور کامل صد درصد نبوده و کلیه موارد قصور ناقص بودند که ۳۰/۷۶ درصد آن قصور ۵درصد (کمترین حد قصور) و ۲۳/۰۸ درصد قصور ۵۰-۴۰ درصد (بیشترین حد قصور) بود.

از موارد قصور ۱۰ مورد (۷۶/۹۲ درصد) از نوع بی مبالاتی و دو مورد (۱۵/۳۸ درصد) بی احتیاطی و یک مورد (۷/۶۹ درصد) عدم مهارت متخصص بیهوشی بود.

از نظر زمان رخداد قصور بیهوشی ۴ مورد (۳۰/۷۷ درصد) حین عمل، دو مورد (۱۵/۳۸ درصد) انتهای عمل و سه مورد (۲۳/۰۸ درصد) در ریکاوری، سه مورد (۲۳/۰۸ درصد) در ICU و یک مورد (۷/۶۹ درصد) حین انتقال بیمار بوده است.

ضمناً یافته ها نشان داد که در موارد اورژانس، سه مورد قصور رخ داده بود که دو مورد آن قصور ریاست و فقط یک مورد از کلیه موارد مراجعه

و کمترین تعداد به حساسیت یا تداخلات دارویی منتسب بود (جدول ۲).

علاوه بر این، ۶ مورد (۱۷/۱۴٪) موارد شکایت نیز منجر به نقص عضو شده بود که از آن میان ۳ مورد (۵۰٪) مرگ مغزی، ۲ مورد (۳۳/۳۲٪) پاراپلژی و کوادری پلژی و یک مورد (۱۶/۶۶٪) آسیب دندانی بود.

از میان ۳۵ پرونده شکایت مطروحه، فقط ۶ مورد (۱۷/۱۴ درصد) شکایت مستقیم از متخصص بیهوشی و ۲۹ مورد (۸۲/۶۱ درصد) شکایت غیر مستقیم بود و از کل پرونده ها ۱۳ مورد (۳۷/۱۴ درصد) قصور بیهوشی و ۱۴ مورد (۴۰ درصد) قصور سایر رشته ها بوده و در ۸ مورد (۲۲/۸۶ درصد) نیز اصلاً قصوری رخ نداده بود.

این در حالی است که از میان ۱۳ پرونده منجر به قصور، در کلیه موارد روش بیهوشی عمومی بود. در بین موارد منجر به قصور بیهوشی، دو مورد (۱۵/۳۹ درصد) در بیمارستان های آموزشی، ۵ مورد (۳۸/۴۶ درصد) در بیمارستان های دولتی و ۶ مورد (۴۶/۱۵ درصد) در بیمارستان های خصوصی

بیمارستان‌های عمومی (۷۳ درصد) مطرح شده و پس از آن مراکز آموزشی (۲۳ درصد) بودند (۱۲). در مقابل، در مطالعه توفیقی (۲) شکایات از بیمارستان‌های دولتی بیشتر از خصوصی بود ولی میزان قصور کمتر بود.

در مطالعه حاضر بیشترین زمان و محل وقوع حادثه، مربوط به اتاق عمل و حین بیهوشی (۴۶/۱۵ درصد) بوده و پس از آن، ریکواری (۲۳/۰۷ درصد) و ICU (۲۳/۰۷ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. در همین رابطه، براساس مطالعه Lee (۱۲) دوسوم شکایات مربوط به عدم توانایی در اداره تغییرات حوالی عمل می‌باشد که ناشی از مانیتورینگ ناکافی بیمار و ناتوانی قلب و عروق در پاسخ به تغییرات می‌باشد.

بیشترین تابلو فوت در مطالعه حاضر، مربوط به اختلالات تنفسی شامل ناتوانی در حفظ راه هوایی مناسب و پایش ناکافی وضع تنفسی و ادم و امبولی ریه بود؛ در حالی که در مطالعه توفیقی (۲) شایع‌ترین علت فوت در بیهوشی چیزی جدای از علت مراجعه اولیه به پزشک بوده که اغلب متعاقب هیپوکسی (۵۰ درصد) بوده که به علت عدم توجه به علائم بالینی حین عمل جراحی و عدم وجود تجهیزات پیشرفته در اتاق عمل و کمبود پرسنل مجرب می‌باشد.

در مطالعه حاضر کلیه موارد بیهوشی دهنده متخصص بوده اند ولی در بررسی محفوظی و همکاران (۴) ۹۴/۰۳ درصد متخصص و ۵/۹۷ درصد تکنسین یا فوق لیسانس بیهوشی بودند.

در مطالعه حاضر در ۳۷/۱۴ درصد موارد، قصور متخصص بیهوشی محرز شده بوده و در مقابل در ۶۲/۸۶ درصد از موارد، متخصص بیهوشی تبرئه شده بود. این در حالی است که در بررسی محفوظی و همکاران در تهران در ۶۶/۱۸ درصد موارد متخصص بیهوشی مسوول شناخته شده بود (۴).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که در موارد بیماری زمینه‌ای فرد از قبل و بیماران پرخطر، فقط یک مورد منجر به قصور پزشکی شده که آن هم به دلیل ترک زود هنگام ریکواری توسط متخصص بیهوشی بوده است. در مطالعه توفیقی و

اورژانس قصور بیهوشی بوده که آن نیز به دلیل ترک زود هنگام ریکواری توسط متخصص بیهوشی گزارش شده بود.

سایر یافته‌ها نشان داد که در ۲۳ مورد (۶۵/۷۱ درصد) از کل ۳۵ پرونده شکایت مطروحه، بیماران هیچ نوع بیماری زمینه‌ای نداشتند و در مقابل در ۱۲ مورد (۳۴/۲۹ درصد) بیماری زمینه‌ای وجود داشت که در موارد منجر به قصور از این ۱۲ مورد یک مورد تنگی کانال نخاع و پرفشاری خون داشته و در بقیه موارد با بیماری زمینه‌ای قصوری مطرح نشده بود.

در نهایت جدول سه، موارد قصور به تفکیک علل مرگ درج شده در پرونده شاکیان توسط سازمان پزشکی قانونی را تبیین کرده است.

### بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های این مطالعه بیشترین شکایات در گروه سنی ۵۰-۴۰ سال بود (۲۲/۸۶) و گروه سنی اطفال (کمتر از ۱۵ سال) چهارمورد (۱۱/۴۲) را شامل می‌شد و میانگین سنی شاکیان/متوفیان ۳۹ سال بود. این در حالی است که براساس مطالعه Beckmann در ده درصد موارد شکایات، سن کمتر از ۱۵ سال بوده است (۵) و در مطالعه دیگری بر روی پرونده‌های قضایی بیهوشی در مریند، میانگین سنی شاکیان ۴۵ سال بود (۱۲). به علاوه، بر اساس نتایج به دست آمده از بانک اطلاعات دعاوی مختومه آمریکا اکثر پرونده‌های شکایت از متخصص بیهوشی مربوط به افراد جوان و سالم بوده است (۱۳).

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، اکثر موارد منجر به شکایت، خطاهای منجر به فوت بوده است. به طور مشابه در مطالعه‌ای که در سازمان نظام پزشکی تهران انجام شده بود نیز اکثر موارد شکایت منجر به فوت شده بود (۲).

در مطالعه حاضر بیشترین محل درمانی شکایات بیمارستان‌های آموزشی بودند و پس از آن بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی قرار داشتند. این در حالی بود که کمترین میزان قصور در بیمارستان‌های آموزشی رخ داده بود. در همین رابطه، بر اساس مطالعه Lee بیشترین شکایات از

.Malpractice and system of expertise in anesthetic procedures in Turkey . *Forensic Sci Int*. 2005;153(2-3):161-7.

10. Zand S, Ibrahimifakhar H. The survey on medical faults in emergency care in head injury patients refer to ValeeAsr Hospital. *Sci J of forensic Med*. . 2007;14(2):85-91. Persian.

11. Lee LA, Posner KL, Domino KB, CaplanRA, Chency FW. Injuries associated with regional anesthesia in the 1980 and 1990: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 2004 Jul;101(1):143-52.

12. Wheeler SJ. Wheller DW. Medication errors in anesthesia and critical care. *Anesthesia*. 2005;60(3):257-73.

13. Hejazi S, Zeinal M, Farokh Eslamloo HR. Study of pediatric malpractice claims registered at Urmia medical council during year period (1996-2006). *Urmia Med J* 2009;20(2):123-30.

14. Amoe M, Soltani K, Kahani A, Najari F, Rohi M. Review of medical malpractice cases referred to the coroner in 1999. *J Legal Med*. 2000;6(21):15-23.

همکاران (۲) نیز نتیجه مشابهی گزارش شده است. در مطالعه اخلاقی (۱۱) دیده شد که بسیاری از مرگ‌هایی که به دنبال جراحی یا بیهوشی رخ می‌دهد به علت بیماری زمینه‌ای است که جراحی به خاطر آن‌ها انجام شده است. بنابراین نباید صرفاً به دلیل پرخطر بودن بیمار و ترس از طرح شکایت ورخ دادن قصوراز درمان بیماران خودداری شود. تردیدی نیست که حفظ حیات انسان از هر چیزی مهم‌تر است و باید به پزشکان اطمینان داد که ترس از بازخواست شدن نباید آن‌ها را از انجام وظیفه حرفه‌ای خود جهت نجات زندگی انسان‌ها بازدارد (۱۴). بر همین اساس لازم است به پزشکان بیهوشی اطمینان داده شود که ضمن انجام وظیفه حرفه‌ای دقیق خود، نگران شکایات نباشند.

## منابع

1. Mrayyan M, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, cause and reporting of medication errors in Jordan: nurses perspectives. *J Nurs Manag*. 2007;15:659-70.

2. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Journal compilation The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*. 2007;62:53-61.

3. Zavareh M. The survey on medical faults frequency in general practitionersreferred to Tehran Forensic Medicine organization during 2003-5. *Sci J of forensic Med*. 2007;13(3):152-7. Persian.

4. Haghshenas MR, Amiri AA, Vahidshahi K, ShyckRezaeeM, Rahmani N, Pourhossen M, et al. The frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council. *J MazandaranUniv Med Sci*. 2012;22(86):244-51. Persian.

5. Beckmann LA. The influence of a current medicolegal climate on new south Wales anesthetic practice. *Anesth Intensive Care*. 2005;33(6):762-7.

6. Gannon K. Mortality associated with anesthesia, A Case review study. *Foren Med*. 1997; 46:962-6.

7. Roddy Holder A. Medical errors. *Hematology*. 2003;(1):503-10.

8. Mahfoozi A, Zamani R. The causes of complains from anesthesiologists in Tehran medical system organization during 2000-2005. *Sci J of forensic Med*. 2006;13(2):98-101. Persian.

9. Ozdemir MH, Cekin N, Can L, Hilal A

## Malpractice cases of anesthesiology leading to death or impairment referring to Shiraz forensic medicine commissions during 2006-2011

**Misagh Bastani**, MD. Resident of Anesthesiology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. [bastanim@sums.ac.ir](mailto:bastanim@sums.ac.ir)

**Aria Hejazi**, MD. Assistant Professor of Forensics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. [Hejazia@yahoo.com](mailto:Hejazia@yahoo.com)

**Mohammad Zarenejad**, MD. General Physician, Shiraz University of Medical Sciences Shiraz, Iran. [zarenejad@hotmail.com](mailto:zarenejad@hotmail.com)

**Shahram Shahriary**, MD. Assistant Professor of Pathology, Yasooj Azad Islamic University, Yasooj, Iran. [shahriaryshahram@yahoo.com](mailto:shahriaryshahram@yahoo.com)

\***Mohammad Ali Sahmeddini**, MD. Associate Professor of Anesthesiology, Fellowship of Organ Transplantation, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (\*Corresponding author). [sahmeddini@sums.ac.ir](mailto:sahmeddini@sums.ac.ir)

### Abstract

**Background:** Anesthesiologists, more than any other specialists, face lawsuits. As that there was no complete report on the reasons of lawsuit and condemnation of these specialists in Fars province, this study presents the results related to the frequency and reasons of lawsuit from anesthesiologists in the above province.

**Methods:** This was a descriptive cross sectional study conducted on all of the dossiers on anesthesiologists condemnation referred to Shiraz Forensic Medicine commissions during 2006-2011. Collected data contained demographic characteristics of complainants, medical status of patients, types and degrees of medical faults and the final opinion of the medical commission.

**Results:** Among all the studied dossiers, 35 cases were related to anesthesiologists' complaints, most of complaints were from patients aged between 40-50 years old, 71.43% of whom were males and others (28.57%) were females. Totally, 82.86% of the cases resulted in death and 17.14% had impairment among which 50% were related to brain injury. Most important cause of death in 24.14% of cases was respiratory problems.

**Conclusion:** According to the present findings, most cases of complaints from anesthesiologists were related to middle age patients without any background of illness. So lack of anesthesiology services to high risk and old patients because of the fear of medical faults is not acceptable. At the same time it is necessary to insure anesthesiologists not to be afraid of patients' complaints.

**Keywords:** Fault, Death, Deficiency, Forensic medicine commissions, Anesthesiology.