بررسی موارد قصور پزشکی منجر به فوت و نقص عضو مطرح شده در کمسیون‌های پزشکی قانونی شهر شیراز در رشته تخصصی بیهوشی طی سال های 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 سهم الدینی**: دانشیار و متخصص بیهوشی، فلوشیپ پیوند اعضاء، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت های ویژه شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (*نویسنده مسئول). sahmeddini@sums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: متخصصین بیهوشی بیشتر از سایر رشته های 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 پرونده های شکایت از متخصصین بیهوشی موجود در پزشکی قانونی شیراز طی سال های ۱۳۹۰-۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفته است. داده های جمع آوری شده شامل خصوصیات دموگرافیک شاکیان، علت شکایت، ویژگی دموگرافیک و پزشکی بیماران، نوع و درجه قصور و نظریه کارشناس کمیسیون پزشکی بود که با استفاده از آمار توصیفی جمع بندی و ارائه گردید.

یافته‌ها: از میان کل پرونده های بررسی شده، ۳۵ پرونده شکایت از متخصصین بیهوشی استخراج گردید. بیشتر موارد شکایت در گروه سنی ۵۰-۴۰ سال قرار داشت که ۲۵نفر (۷۱/۴۳٪) آن‌ها مرد و۱۰نفر (۲۸/۵۷٪) زن بودند. در مجموع ۲۹نفر (۸۲/۸۶٪) موارد منجر به فوت و۶ مورد (۱۷/۱۴٪) منجر به نقص عضو گردیده بود که ۵۰٪ آن‌ها آسیب مغزی گزارش شده بود و مهم ترین علت منجر به فوت در ۷مورد (۲۴/۱۴٪) موارد، مشکلات تنفسی بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته های این مطالعه عمده موارد شکایات از متخصصین بیهوشی در رده سنی میانسالان بوده و بیماری زمینه ای چندان در این شکایات دخیل نبوده است. لذا نباید به دلیل پر خطر 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 حرفه ای دقیق خود، نگران شکایات نباشند.

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

مقدمه

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 بی اطلاع بوده یا دارای اطلاعات ناقصی می باشند (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 می باشد. امروزه علی رغم تلاش‌های پزشکان و کادر درمانی و علی رغم تقدس خاص این رشته و با وجود بهره وری از امکانات در دسترس، میزان نارضایتی و شکایت رو به افزایش نهاده است (۲و۳).

گزارش های بین المللی از شکایات پزشکی نیز حاکی از این واقعیت است که میزان شکایت‌ها 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 می شوند (۴و۵).

به عنوان شاهدی بر این مدعا آمارهای برگرفته

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

از مراجع قضایی آمریکا نشانگر آن است که شکایت از پزشکان از ۸٪ در سال ۱۹۸۶ بـه ۲۷٪ در سـال ۱۹۹۰ رسیده است (۶). سایر آمارها در این کشـور حاکی از آن است که هر ساله حـدود ۹۸۰۰۰ نفـر به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کننـد (۷). در کشور ما نیز کـل مـوارد شـکایت از کـادر درمـانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهـران در سـال ۱۳۷۴، ۱۳۴ مورد بوده است کـه همـین آمـار 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 نشـان مـی دهـد (۸).

در این میان، متخصصین بیهوشـی ماننـد سـایر متخصصـان در خـلال انجـام کارهـای پزشـکی در معرض شکایات و برخوردهای قضایی کشور متبوع خود هستند (۴و۹).

هر چند بیهوشی امروز ایمن و مرسوم شده است، اما هنوز متخصصـین بیهوشـی از انجـام خطاهـای پزشکی و عواقب آن، که می تواند از خطاهای دیگر متخصصین جـدی تـر باشـد، مصـون نیسـتند. در همین رابطه، برای مشخص نمودن وسعت مشـکل خطاهای پزشکی بر بیهوشی مطالعاتی انجام شـده است (۴و۱۰).

بسیاری از مرگ هایی که به دنبال اعمال جراحی یا بیهوشی اتفاق مـی افتـد، در حقیقـت بـه علـت بیماری زمینه ای است که اعمال جراحی به خاطر آن ها انجام شده است (۱۱).

باید توجه داشت که مخـاطرات و مسـئولیت هـا همیشه در انجام بیهوشی های روزمره و در شرایط عادی رخ می دهد (۴). البته عدم وجود تجهیـزات پیشرفته در اتاق عمل و کمبود پرسنل مجـرب در ایجاد قصور در این زمینه موثر است (۲).

متاسفانه روز به روز نیـز بـر میـزان شـکایت هـا افزوده می شود که این مهم در آینـده نـه چنـدان دور می تواند باعث رکود ویژه ای در بخش خدمات پزشکی شود (۳).

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

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی -مقطعی گذشته نگر می باشد. بـدین منظـور کلیـه پرونـده های مربوط به شکایات از متخصصین بیهوشی کـه به صورت مستقیم یا غیر مستقیم (یعنی شـکایتی که از پزشک دیگری بوده ولی متخصـص بیهوشـی 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 نشـده بـود، از مطالعـه حذف شدند. در این مطالعه مشخصـات شـاکیان از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، علت شکایت، سابقه بیماری قبلـی، محـل درمـان، روش بیهوشی به کار رفته، نـوع و درصـد قصـور و نظریه کارشناسی کمیسیون پزشکی ثبت گردید.

به دلیل اینکه محتویات پرونده هـای شـکایت از کادر پزشکی و اسرار بیماران محرمانه است، جمـع آوری اطلاعات به صورت کاملا محرمانه و با رعایت کامل اصول راز داری انجام گردید.

در نهایت، اطلاعات جمع آوری شده، توسط نـرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۷ با اسـتفاده از آمـار توصیفی (کلاسیک) مورد تجزیه و تحلیـل آمـاری قراری گرفت.

یافته ها

در این مطالعه، اطلاعـات ۳۵ پرونـده شـکایت از متخصصان بیهوشی اسـتخراج گردیـد کـه از ایـن تعداد ۱۳ مورد قصور رخ داده بود (۳۷/۱۴٪).

بررسـی دموگرافیـک اطلاعـات ایـن ۳۵ پرونـده شکایت حاکی از آن بود که میانگین سنی بیمـاران شاکی حداقل ۱ ماه و حـداکثر ۸۶ سـال بـود کـه بیشتر موارد شکایت مربوط به گروه سـنی ۵۰-۴۰ سال بود.

سایر یافته هـای دمـو گرافیـک بیمـاران شـاکی حـاکی از آن بـود کـه ۲۵ نفـر (۷۱/۴۳٪)مـوارد شـکایت مربـوط بـه مـردان و تنهـا ۱۰ مـورد (۲۸/۵۷٪)مربوط به زنان بوده است.

از میـان ۳۵ پرونـده بیمـاران، ۱۳ نفـر مجـرد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق ونسبی موارد بررسی شده به تفکیک متغیر های مطالعه شده

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

(۳۷/۱۴٪) و ۲۲ نفر دیگر (۶۲/۸۶٪) متاهل بودند ضمناً کلیه موارد شکایات مطرح شده، شخصی بود.

به علاوه، از بین موارد شکایت۱۳مورد (۳۷/۱۴٪) در بیمارستان های آموزشی، ۱۲ مورد (۳۴/۲۹درصد) در بیمارستان های دولتی غیرآموزشی و۱۰ مورد (۲۸/۵۷درصد) در بیمارستان های خصوصی رخ داده .

سایر یافته ها دلالت بر آن داشت که از میان پرونده های شکایت که منجربه 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 (۲/۸۶درصد) حین انتقال بود.

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

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

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

و۱۰مورد (۲۸/۵۷ درصد) در ارتباط با جراحی‌های اورژانس بود.

از میان پرونده های بررسی شده ،۳۱مورد (۸۸/۵۷درصد) روش بیهوشی عمومی و۳مورد (۸/۵۷درصد) بیحسی نخاعی ویک مورد (۲/۸۶درصد) 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 بیوبسی وسم شناسی برگرفته از علل مندرج در پرونده بیماران توسط پزشکی قانونی، یافته های 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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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

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

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

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

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

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

از میان ۳۵پرونده شکایت مطروحه، فقط ۶مورد (۱۷/۱۴درصد)شکایت مستقیم از متخصص بیهوشی و ۲۹مورد (۸۲/۶۱درصد) شکایت غیر مستقیم بود و از کل پرونده ها ۱۳ مورد (۳۷/۱۴درصد) قصور بیهوشی و ۱۴مورد (۴۰درصد) قصور سایر رشته ها بوده و در۸مورد (۲۲/۸۶درصد) 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 (۱۵/۳۹درصد) در بیمارستان های آموزشی، ۵ مورد (۳۸/۴۶درصد) در بیمارستان های دولتی و۶ مورد (۴۶/۱۵درصد) در بیمارستان های خصوصی رخ داده که کمترین میزان قصور در بیمارستان های آموزشی بود ونسبت 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) و۲۳/۰۸ درصد قصور ۵۰-۴۰ درصد (بیشترین حد قصور) بود.

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

از نظر زمان رخداد قصور بیهوشی ۴ مورد (۳۰/۷۷درصد) حین عمل، دو مورد (۱۵/۳۸درصد) انتهای عمل و سه مورد (۲۳/۰۸درصد) در ریکاوری، سه مورد (۲۳/۰۸درصد) درICU و یک مورد (۷/۶۹درصد) 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 وفقط یک مورد از کلیه موارد مراجعه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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

سایر یافته ها نشان داد که در ۲۳مورد (۶۵/۷۱درصد) از کل ۳۵ پرونده شکایت مطروحه، بیماران هیچ نوع بیماری زمینه ای نداشتند و در مقابل در۱۲ مورد (۳۴/۲۹درصد) بیماری زمینه ای وجود داشت که در موارد منجر به قصور از این ۱۲مورد یک مورد تنگی کانال نخاع وپر فشاری خون داشته و دربقیه موارد با بیماری زمینه ای قصوری مطرح نشده نبود.

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 یافته های این مطالعه بیشترین شکایات د ر گروه سنی ۵۰-۴۰ سال بود (۲۲/۸۶) وگروه سنی اطفال (کمتر از ۱۵سال) چهارمورد (۱۱٪/۴۲) را شامل می شد و میانگین سنی شاکیان/متوفیان ۳۹ سال بود. این درحالی است که براساس مطالعه Beckmann در ده درصد موارد شکایات، سن کمتر از ۱۵سال بوده است (۵) ودر مطالعه دیگری برروی پرونده های قضایی بیهوشی در مریلند، میانگین سنی شاکیان ۴۵سال بود (۱۲). به علاوه، بر اساس نتایج به دست آمده از بانک اطلاعات دعاوی مختومه آمریکا اکثر پرونده های شکایت از متخصص بیهوشی مربوط به افراد جوان وسالم بوده است (۱۳).

مطابق یافته های مطالعه حاضر، اکثر موارد منجر به شکایت، خطاهای منحر به فوت بوده است. به طور مشابه در مطالعه ای که درسازمان نظام پزشکی تهران انجام شده بود نیز اکثر موارد شکایت منجر به فوت شده بود (۲).

در مطالعه حاضر بیشترین محل درمانی شکایات بیمارستان های آموزشی بودند وپس از آن بیمارستان های دولتی غیر آموزشی قرار داشتند. این در حالی بود که کمترین میزان قصور در بیمارستان های آموزشی رخ داده بود. در همین رابطه، بر اساس مطالعهLee بیشترین شکایات از بیمارستان های عمومی(۷۳درصد) مطرح شده و پس از آن مراکز اموزشی (۲۳درصد) بودند (۱۲). در مقابل، در مطالعه توفیقی (۲) شکایات از بیمارستان های دولتی بیشتراز خصوصی بود ولی میزان قصور کمتر بود.

در مطالعه حاضر بیشترین زمان و محل وقوع حادثه، مربوط به اتاق عمل و حین بیهوشی (۴۶/۱۵درصد) بوده وپس از آن، ریکاوری (۲۳/۰۷درصد) وICU (۲۳/۰۷درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند. در همین رابطه، براساس مطالعه Lee (۱۲) دوسوم شکایات مربوط به عدم توانایی در اداره تغییرات حوالی عمل می باشد که ناشی از مانتتورینگ ناکافی بیمار وناتوانی قلب وعروق در پاسخ به تغییرات می باشد.

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

در مطالعه حاضرکلیه 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 در۳۷/۱۴ 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 وهمکاران در تهران در ۶۶/۱۸ درصد موارد متخصص بیهوشی مسوول شناخته شده بود (۴).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که در موارد بیماری زمینه ای فرد از قبل وبیماران پر خطر، فقط یک مورد منجر به قصور پزشکی شده که آن هم به دلیل ترک زود هنگام ریکاوری توسط متخصص بیهوشی بوده است. در مطالعه توفیقی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

همکاران (۲) نیز نتیجه مشابهی گزارش شده است. در مطالعه اخلاقی (۱۱) دیده شد کـه بسـیاری از مرگ هایی که به دنبال جراحی یا بیهوشی رخ می دهد به علت بیماری زمینه ای است که جراحی به خاطر آن ها انجام شده است. بنابراین نباید صـرفاً به دلیل پر خطر بودن بیمار وترس از طرح شکایت ورخ دادن قصوراز درمان بیماران خـودداری شـود. تردیدی نیست که حفظ حیات انسان از هر چیزی مهم تر است و باید به پزشـکان اطمینـان داد کـه ترس از بازخواست شـدن نبایـد آن هـا را از انجـام وظیفه حرفه ای خود جهت نجات زندگی انسان ها بازدارد (۱۴). بر همین اساس لازم است به پزشکان بیهوشی اطمینان داده شود که ضمن انجام وظیفه حرفه ای 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 practitionersrefered 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 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. Amoee 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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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
Aria Hejazi, MD. Assistant Professor of Forensics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Hejazia@yahoo.com
Mohammad Zarenejad, MD. General Physician, Shiraz University of Medical Sciences Shiraz, Iran. zarenezhad@hotmail.com
Shahram Shahriary, MD. Assistant Professor of Pathology, Yasooj Azad Islamic University, Yasooj, Iran. 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

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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]