مقـــاله تحقیقی

شیوع رفتارهای پزشـــکی تدافعی در بین جراحان، دلایل و راهکارهای کاهش آن: یک مطالعه مقطعی در ایران

احسان زارعی[1]، عباس دانش‌کهن[1]، علیرضا زالی[2]، فائزه اشترنخعی[3*]

[1] استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[2] استاد گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[3] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشانی الکترونیک:

ashtarnakhaei@yahoo.com

چکیده

زمینه: پزشکی تدافعی به عنوان انحراف یک پزشک از رفتار معمول خود تعریف می‌شود و هدف آن کاهش و یا جلوگیری از شکایت و انتقاد از سوی بیماران و یا خانواده‌های آن‌ها می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی رفتارهای تدافعی جراحان شرکت کننده در کنگره جامعه جراحان در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار: در این پژوهش توصیفی- مقطعی، ۱۶۰ نفر از جراحان شرکت کننده به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، یک پرسشنامه محقق ساخته متشکل از ۶۰ آیتم در ۴ بخش (مشخصات دموگرافیک، شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی، دلایل و راهکارهای بالقوه کاهش آن) بود که روایی و پایایی آن تایید گردید. برای تحلیل داده های توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: میزان شیوع رفتارهای مثبت پزشکی تدافعی ۱۰۰ درصد و رفتارهای منفی ۸۰ درصد بود. شایع ترین رفتارهای دفاعی مثبت شامل درخواست نمونه برداری، تصویربرداری و تست های آزمایشگاهی غیرضروری بود و اجتناب از پذیرش بیماران پرخطر و خودداری از پذیرش بیماران با جایگاه اجتماعی خاص نیز شایع ترین رفتارهای دفاعی منفی در بین جراحان بود. عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان در موارد خطاهای پزشکی و ترس از شکایت بیماران، مهمترین دلایل انجام رفتارهای پزشکی تدافعی بود.تصمیم گیری های تیمی در موارد پیچیده، اصلاح نگاه قانون به قصور پزشکی به عنوان یک جرم و حمایت بیشتر نهادهای قانونگذار، مهم ترین راهکارهای بالقوه برای کاهش انجام رفتارهای پزشکی دفاعی از دیدگاه جراحان بود.

نتیجه گیری: همه جراحان مورد مطالعه، حداقل یکی از انواع رفتارهای پزشکی دفاعی را انجام می دادند که می تواند منجر به تحمیل هزینه به نظام سلامت و هدر رفت منابع گردیده و بر ایمنی بیماران نیز تاثیر منفی بگذارد. بکارگیری استراتژی هایی چون اصلاح قوانین و مقررات مربوط به خطاهای پزشکی، افزایش نظارت و پایش در ارائه خدمات، ایجاد سیستم های مناسب گزارش دهی خطا و فرهنگ عاری از سرزنش، طراحی و پیاده سازی پزشکی مبتنی بر شواهد و اصلاح بیمه مسئولیت پزشکی می تواند گام های موثری برای کاهش رفتارهای پزشکی تدافعی باشد.

کلمات کلیدی: پزشکی دفاعی، قصور پزشکی، تصمیم گیری بالینی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

مقدمه

از لحاظ تاریخی، حرفه پزشکی بر پدرسالاری متمرکز بوده و پزشک نقش اصلی را در تصمیم‌گیری‌های بالینی داشته است، اما در طول زمان، جامعه در مورد گزینه‌های در دسترس فعال‌تر و آگاه شده است. در حال حاضر آگاهی عموم مردم افزایش پیداکرده و اغلب از قبول پیامدهای منفی مداخلات و مراقبت‌های پزشکی امتناع می‌کنند. این امر باعث ترغیب پزشکان برای جلوگیری از اقداماتی که ممکن است ایجاد خطر کند، می شود به‌طوری‌که محافظه‌کارانه عمل کرده و اقداماتی را تجویز می‌کنند که مبنای پزشکی ندارد تا اگرکار به دادخواهی کشید، حداقل یک مورد قابل دفاع‌تر برای کاهش احتمال شکایت بالقوه و یا دادخواهی داشته باشند(۱).

اصطلاح پزشکی تدافعی Defensive Medicine به هر آزمایش یا شیوه درمانی که با هدف اولیه نجات پزشک از تهدید اتهام خطای پزشکی قانونی یا طرح شکایت تحت عنوان خطا و قصور پزشکی از پزشک انجام میگیرد، اطلاق میشود(۲). رفتارهای پزشکی تدافعی به‌صورت مثبت و یا منفی تقسیم بندی می شود. رفتارهای مثبت که با هدف کاهش عوارض جانبی بیمار صورت می پذیرد مانند خدمات اضافی و تجویزهای غیرضروری، ارجاع بیماران به متخصصان، درخواست جزئیات بیشتر از بیمار، تأکید بر این موضوع که بیمار سروقت مراجعه کند و شرح جزئیات بیشتر در مورد مصرف صحیح داروها به بیمار را شامل میشود و رفتارهای منفی معروف به رفتارهای اجتنابی است که پزشک را از منابع خطر حفظ میکند. اجتناب از درمان بیماران پرخطر و اجتناب از تجویز روشهای مخاطره آمیز برای درمان بیماران درحالی‌که ممکن است این روشها برای بیمار مفید باشند از جمله موارد رفتارهای منفی در این زمینه می باشند (۶-۳).

برخی از موارد با وجود قرار گرفتن در گروه رفتارهای پزشکی تدافعی مثبت، به‌عنوان عناصری نامطلوب در ارائه خدمات پزشکی به بیمار محسوب میشوند چراکه این عوامل هم موجب تحمیل هزینه های مازاد (پول و زمان) برای بیمار شده و هم موجب هدر رفتن بخشی از منابع در نظر گرفته‌شده برای ارتقاء سطح سلامت میگردد (۷و۲). همچنین پزشکی تدافعی می‌تواند رابطه ی پزشک-بیمار را هم تحت تأثیر قرار دهد و موجب کاهش تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پرخطری شود که نیاز به مراقبتهای ویژه دارند(۲). پزشکان برای جلوگیری از شکایت بیماران تعداد زیادی از آزمایش‌ها و تست‌های غیر ضروری را درخواست می‌نمایند. دلیل نگرانی پزشک احتمالا این است که اگر بیمار در آینده از پزشک معالجش به دلیل نارضایتی یا نتایج نامناسب درمان شکایت کرد، بتواند مستندات لازم به‌منظور دفاع از خود را ارائه نماید. این در حالی است که بار ناشی از استفاده بی مورد از منابع کمیاب بهداشت و درمان، افزایش طول اقامت در بیمارستان، عدم دسترسی سایر بیماران به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و در نتیجه هزینه‌های بالاتر مراقبت از بیمار از پیامدهای منفی پزشکی تدافعی محسوب می‌گردد (۱۰-۸). پزشکی تدافعی علاوه بر جنبه های اقتصادی، بر ایمنی بیمار نیز می تواند تاثیر منفی داشته باشد. انجام اقدامات غیرضروری تهاجمی و نیمه تهاجمی می تواند منجر به ایجاد عفونت شده و یا در مورد تصویربرداری، بیمار به طور غیرضروری در معرض تابش اشعه های خطرناک قرار گیرد.

پزشکی تدافعی به‌طورگسترده‌ای در تمام دنیا شایع است. در ایالات متحده امریکا ۹۳درصد پزشکان، رفتارهای پزشکی تدافعی را در بیمارستان انجام می‌دهند. ۷۸درصد پزشکان شاغل در بیمارستان‌های انگلستان و ۶۰ درصد پزشکان شاغل در بیمارستان‌های ایتالیا نیز نوعی از رفتارهای تدافعی را در طبابت خود استفاده می نمایند. شیوع پزشکی تدافعی در برخی از تخصص‌ها مانند زنان و زایمان (۹۷درصد)، گوارش (بین ۹۴ تا ۹۸درصد)، جراحی مغز و اعصاب (بین ۷۵ تا ۸۳درصد) و ارتوپدی و تروماتولوژی (۹۶درصد) گزارش شده است (۱۱).

در ایران مطالعات معدودی درباره شیوع رفتارهای تدافعی پزشکان انجام شده است. یافته های یک مطالعه در مشهد نشان می‌دهد که انجام رفتارهای پزشکی تدافعی در بین دستیاران تخصصی شایع و رایج است(۱۲). همچنین مطالعه‌ی دیگر در بین پزشکان عمومی شهر کرمان نشان داد که شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی مثبت ۹۹ درصد و رفتارهای پزشکی تدافعی منفی ۴۷ درصد است(۲).

با توجه به مطالعات انجام‌شده از دلایل احتمالی اقدام به پزشکی تدافعی می توان به موارد: نگرانی از درخواست غرامت برای آسیب وارد شده به بیمار، نگرانی در مورد اقدام قضایی بیماران، ترس از اقدامات انضباطی نظام پزشکی، ترس از تبلیغات منفی و آسیب به شهرت، داشتن شکایت قانونی قبلی، آگاهی داشتن از شکایتهای قانونی همکاران خود، کسب درآمد بیشتر، نداشتن بیمه مسئولیت، رعایت استانداردهای بالینی و افزایش سطح آگاهی بیماران از فرایندهای درمانی اشاره کرد (۲).

اقدامات جراحی و بیهوشی، ماهیت تهاجمی دارند و بنابراین با احتمال بالایی از خطاهای پزشکی نیز مواجه هستند که میزان بالای شکایات علیه جراحان در محاکم انتظامی و قضایی، تایید کننده این ادعاست (۱۳). بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی رفتار پزشکی تدافعی در بین جراحان ایرانی ، عوامل و راهکارهای کاهش آن انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۶ در تهران انجام گردید. جمعیت پژوهش شامل تمام جراحان شرکت کننده در چهل و

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

یکمین کنگره جامعه جراحان ایران بودند. براساس مطالعات قبلی میزان شیوع رفتارهای پزشکی دفاعی بین ۷۰ تا ۸۰ درصد برآورد شده است (۱۷-۱۴). بنابراین بر اساس فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن p =۰/۸۰ و d =۰/۰۵، حجم نمونه ۲۴۵ نفر برآورد شد.

روش نمونه گیری با توجه به محیط مطالعه به صورت در دسترس انتخاب شد و پژوهشگر با حضور در محل کنگره، پس از طرح موضوع و توضیحات لازم در زمینه تعریف رفتارهای پزشکی تدافعی و هدف از انجام کار، رضایت شفاهی جراحان به منظور شرکت در تحقیق را اخذ کرد.به آنها اطمینان خاطر داده شد که پرسشنامه ها بی نام هستند و هیچ کس از ماهیت تکمیل کننده پرسشنامه مطلع نخواهد شد و تنها نتایج بررسی به صورت کلی گزارش خواهد گردید. پرسشنامه ها در همان روز توزیع، تکمیل و توسط پژوهشگر جمع آوری شد. در مجموع تعداد ۲۵۰ پرسشنامه در بین جراحان شرکت کننده توزیع گردید که ۱۶۰ پرسشنامه تکمیل و برگردانده شد (نرخ پاسخگویی=۶۴ درصد). ابزار گردآوری داده های این مطالعه یک پرسشنامه محقق ساخته بود که بر اساس مطالعات پیشین در این زمینه طراحی شد (۱۸و۶و۴و۲و۱). پرسشنامه مذکور شامل چهار بخش بود که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک جراحان، بخش دوم شامل ۱۴ سوال درباره میزان انجام و نوع رفتارهای پزشکی تدافعی، بخش سوم شامل ۱۳ سوال در مورد علل انجام رفتارهای تدافعی پزشکی و بخش چهارم شامل سوالاتی در مورد راهکارهای احتمالی کاهش انجام رفتارهای تدافعی پزشکی از نظر جراحان بود. نحوه امتیازدهی به سوالات مربوط به انجام رفتار در یک طیف ۵ گزینه ای (همیشه- اغلب اوقات- گاهی اوقات- به ندرت و هیچ وقت) بود. دلایل انجام رفتارها نیز در یک طیف سه گزینه ای(موافقم - تا حدودی و مخالفم) بررسی شد. راهکارهای پیشنهادی برای کاهش نیز در یک طیف ۱-۱۰ نمره ای امتیاز داده شد که نمره ۱۰ به معنی تاثیر بیشتر آن راهکار بر کاهش رفتارهای تدافعی بود.

برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی محتوی کیفی استفاده شد. پرسشنامه طراحی شده به ۵ نفر از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اخلاق پزشکی و همچنین ۵ نفر از پزشکان مسئول در سازمان نظام پزشکی ارائه و نظرات آنها اخذ و سپس اصلاحاتی در سوالات صورت گرفت. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰۵ حاکی از ثبات و پایایی ابزار بود.

برای تحلیل داده ها از آمارهای توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. انجام این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تایید قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس یافته های این مطالعه میانگین± (انحراف معیار) سن جراحان مورد بررسی (۱۲/۱)±۴۹/۸ سال بود. ۷۷/۵ درصد جراحان مرد، ۵۳/۱ درصد دارای درجه تخصصی، ۹۰ درصد فارغ التحصیل دانشگاه های داخل کشور، ۵۵ درصد دارای سابقه کار جراحی زیر ۱۵ سال و ۴۱/۵ درصد بصورت همزمان در بخش دولتی و خصوصی شاغل بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع ویژگی های دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

نام متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۲۴	۷۷/۵
	زن	۳۶	۲۲/۵
سن	کمتر از ۵۰ سال	۹۱	۵۶/۹
	بیشتر از ۵۰ سال	۶۹	۴۳/۱
سابقه کاری	کمتر از ۱۵ سال	۸۸	۵۵
	بیشتر از ۱۵ سال	۷۲	۴۵
تعداد جراحی های ماهیانه	کمتر از ۳۰ بار	۸۲	۵۵
	بیشتر از ۳۰ بار	۶۷	۴۵
استان	تهران	۸۰	۵۰
	سایر	۸۰	۵۰
سابقه شکایت	دارد	۹۰	۵۷/۷
	ندارد	۶۶	۴۲/۳
درجه تحصیلی	بورد	۱۳۰	۸۱/۸
	پره بورد	۲۹	۱۸/۲
دانشگاه	ایران	۱۴۳	۸۹/۴
	خارج از ایران	۱۷	۱۰/۶
محل کار	دولتی	۶۱	۳۸/۴
	خصوصی	۳۲	۲۰/۱
	دولتی-خصوصی	۶۶	۴۱/۵
نحوه پرداخت حق بیمه	کارفرما	۲۱	۱۳/۳
	شخصی	۱۳۱	۸۲/۹
	کارفرما-شخصی	۶	۳/۸
رشته تحصیلی	جراحی عمومی	۳۹	۲۴/۴
	زنان و زایمان	۲۴	۱۵
	ارتوپدی	۲۳	۱۴/۴
	مغز و اعصاب	۲۴	۱۵
	غیره	۵۰	۳۱/۳
سطح تحصیلات	تخصص	۸۵	۵۳/۱
	فلوشیپ	۲۶	۱۶/۲
	فوق تخصص	۴۹	۳۰/۶

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

در بین جراحان شرکت کننده در مطالعه شیوع رفتارهای تدافعی مثبت (۱۰۰ درصد) و رفتارهای تدافعی منفی (۸۰ درصد) بود. همه شرکت کنندگان در مطالعه، رفتارهای تدافعی پزشکی را تجربه کرده بودند و یافته های جدول ۲ نشان می دهد که بیشترین شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی به ترتیب مربوط به تشریح جزئیات و مشارکت بیمار (۷۹/۸ درصد)، تاکید بر ثبت جزئیات فرآیند درمان و اظهارات خاص بیمار در پرونده (۷۹/۸ درصد)، درخواست نمونه برداری جهت تشخیص (۵۹ درصد)، درخواست تصویربرداری (۳۸ درصد) و درخواست تست آزمایشگاهی(۳۴/۷ درصد) و کمترین شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی به ترتیب مربوط به تجویز داروهای غیرضروری (۵۴/۸ درصد)، ارجاع غیرضروری بیمار به اورژانس (۵۴/۵ درصد) و تاکید بر مراجعات مکرر و متعدد غیرضروری (۵۳/۶ درصد) بوده است.

جدول۲ توزیع فراوانی شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی جراحان شرکت کننده در مطالعه

ردیف	سوالات	همیشه n(٪)	اغلب اوقات n(٪)	گاهی اوقات n(٪)	به ندرت n(٪)	هیچ وقت n(٪)
۱	درخواست تست‌های آزمایشگاهی بیشتر	۲۱ (۱۳/۵)	۳۳ (۲۱/۲)	۵۶ (۳۵/۹)	۳۲ (۲۰/۵)	۱۴ (۹)
۲	درخواست تصویر برداری(سونوگرافی ، ام آرآی و...) بیشتر	۲۳ (۱۴/۶)	۳۷ (۲۳/۴)	۵۴ (۳۴/۲)	۲۸ (۱۷/۷)	۱۶ (۱۰/۱)
۳	درخواست نمونه برداری جهت تایید تشخیص	۴۳ (۲۸/۵)	۴۶ (۳۰/۵)	۳۰ (۱۹/۹)	۲۵ (۱۶/۶)	۷ (۴/۱)
۴	تجویز داروهای غیرضروری	۲ (۱/۳)	۳ (۱/۹)	۲۳ (۱۴/۸)	۴۲ (۲۷/۱)	۸۵ (۵۴/۸)
۵	استفاده از پروسیجرهای درمانی متعدد	۴ (۲/۶)	۱۳ (۸/۶)	۳۵ (۲۳/۲)	۴۳ (۲۸/۵)	۵۶ (۳۷/۱)
۶	بستری غیرضروری به جای درمان سرپایی	۲ (۱/۳)	۱۵ (۹/۶)	۳۱ (۱۹/۹)	۴۴ (۲۸/۲)	۶۴ (۴۱)
۷	ارجاع غیرضروری بیمار به اورژانس بیمارستان	۱ (۰/۶)	۴ (۲/۶)	۱۸ (۱۱/۵)	۴۸ (۳۰/۸)	۸۵ (۵۴/۵)
۸	تاکید بر مراجعات مکرر و متعدد غیرضروری	۱ (۰/۷)	۱۰ (۶/۶)	۲۴ (۱۵/۹)	۳۵ (۲۳/۲)	۸۱ (۵۳/۶)
۹	تاکید بر ثبت جزئیات فرآیند درمان و اظهارات خاص بیمار در پرونده	۶۳ (۴۱/۲)	۵۲ (۳۴)	۲۱ (۱۳/۷)	۱۰ (۶/۵)	۷ (۴/۶)
۱۰	تشریح جزئیات و مشارکت بیمار در انتخاب روش درمانی	۷۰(۴۴)	۵۷(۳۵/۸)	۲۳ (۱۴/۵)	۸ (۵)	۱ (۰/۶)
۱۱	درخواست مشاوره غیرضروری از سایر متخصصین	۴ (۲/۶)	۱۴ (۹/۲)	۴۷ (۳۰/۹)	۳۸ (۲۵)	۴۹ (۳۲/۲)
۱۲	روش‌ها و مداخلات مخاطره آمیز برای درمان بیمار در حالیکه میتواند مفید باشد.	۶ (۴)	۲۱ (۱۴)	۳۹ (۲۶)	۴۲ (۲۸)	۴۲ (۲۸)
۱۳	خودداری از پذیرش بیماران با خطر بالا	۱۴ (۸/۸)	۳۲ (۲۰/۱)	۵۲ (۳۲/۷)	۳۳ (۲۰/۸)	۲۸ (۱۷/۶)
۱۴	خودداری از پذیرش بیماران با جایگاه اجتماعی خاص و شناخته شده	۱۴ (۸/۸)	۲۱ (۱۳/۲)	۳۶ (۲۲/۶)	۳۵ (۲۲)	۵۳ (۳۳/۳)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

در جدول ۳، بیشترین دلیل استفاده از رفتارهای تدافعی پزشکی از دید جراحان شرکت کننده در مطالعه به ترتیب عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا (میانگین ۲/۷۵ نمره)، جلوگیری از شکایت و اقدام قضایی بیماران (میانگین ۲/۶۶ نمره)، بالا بودن هزینه های جبران خطاهای پزشکی و پشتیبانی ضعیف بیمه مسئولیت (میانگین ۲/۶۳ نمره)، حفظ اعتبار و شهرت پزشکی (میانگین ۲/۵۸ نمره) و ماهیت پرخطر رشته تخصصی جراحی (میانگین ۲/۴۶ نمره) بود. همچنین کمترین دلیل استفاده نیز نداشتن اطلاعات و دانش کافی از نحوه ی درمان یک بیماری(میانگین ۱/۵۹ نمره) بوده است (جدول ۳).

جدول۳: توزیع فراوانی دلایل استفاده از رفتارهای تدافعی پزشکی توسط جراحان شرکت کننده در مطالعه

دلایل استفاده	مخالف		تا حدودی		موافق		میانگین	انحراف معیار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جلوگیری از شکایت و اقدام قضایی بیماران	۹	۵/۷	۳۶	۲۲/۶	۱۱۴	۷۱/۷	۲/۶۶	۰/۵۸۳
بالا بودن هزینه‌های جبران خطاهای پزشکی	۱۳	۸/۲	۳۳	۲۰/۹	۱۱۲	۷۰/۹	۲/۶۳	۰/۶۳۳
عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا	۱۱	۷/۱	۱۷	۱۰/۹	۱۲۸	۸۲/۱	۲/۷۵	۰/۵۷۵
حفظ اعتبار و شهرت پزشکی خود و جلوگیری از تبلیغات منفی	۱۴	۸/۸	۳۹	۲۴/۴	۱۰۷	۶۶/۹	۲/۵۸	۰/۶۴۹
نبود دستورالعمل های بالینی ثابت و مشخص برای هر بیماری	۳۷	۲۳/۹	۳۰	۱۹/۴	۸۸	۵۶/۸	۲/۳۳	۰/۸۳۸
نداشتن روحیه ریسک‌پذیری در فعالیت های بالینی	۸۷	۵۵/۱	۴۱	۲۵/۹	۳۰	۱۹	۱/۶۴	۰/۷۸۴
آموزش رفتار محتاطانه در طبابت طی دوره تحصیل	۶۹	۴۳/۷	۴۴	۲۷/۸	۴۵	۲۸/۵	۱/۸۵	۰/۸۳۸
داشتن سابقه شکایت	۷۹	۵۰/۳	۳۵	۲۲/۳	۴۳	۲۷/۴	۱/۷۷	۰/۸۵۴
عدم وجود پوشش بیمه مسئولیت یا پشتیبانی ضعیف آن	۸۵	۵۴/۸	۲۱	۱۳/۵	۴۹	۳۱/۶	۱/۷۷	۰/۹۰۳
نداشتن اطلاعات و دانش کافی از نحوه ی درمان یک بیماری	۹۶	۶۱/۹	۲۶	۱۶/۸	۳۳	۲۱/۳	۱/۵۹	۰/۸۱۹
ترس از اقدامات انتظامی سازمان نظام پزشکی	۴۰	۲۶/۱	۴۲	۲۷/۵	۷۱	۴۶/۴	۲۰/۲	۰/۸۳۰
ماهیت پرخطر رشته تخصصی جراحی	۲۵	۱۵/۹	۳۵	۲۲/۳	۹۷	۶۱/۸	۲/۴۶	۰/۷۵۵
افزایش آگاهی بیماران از حقوق خودو قوانین قضایی	۴۳	۲۷/۴	۵۰	۳۱/۸	۶۴	۴۰/۸	۲/۱۳	۰/۸۱۷

علاوه بر این بیشترین راهکار ارائه شده توسط جراحان شرکت کننده در مطالعه، تصمیم گیری تیمی در صورت پیچیده بودن بیماری (میانگین ۸/۸۸ نمره) و کمترین راهکار ارائه شده، آگاه سازی پزشکان از افزایش بار مالی ناشی از اقدامات پزشکی دفاعی (میانگین ۶/۶۳ نمره) بوده است (جدول ۴).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

جدول۴: توزیع فراوانی راهکارهای کاهش انجام رفتارهای تدافعی پزشکی

راهکار	میانگین	انحراف معیار
حمایت بیشتر نهادهای قانونگذار	۸/۶۰	۲/۴۶۵
حمایت نظام‌پزشکی از پزشکان	۸/۴۱	۲/۳۶۱
تعهدات بیشتر و مطمئن‌تر از سوی بیمه‌های مسئولیت	۷/۹۵	۲/۵۶۲
اصلاح نگاه قانون به قصور پزشکی به عنوان یک جرم یا شبه جرم	۸/۷۳	۲/۳۷۸
برخورد قانونی با پزشکانی که مرتکب قصور پزشکی شده‌اند.	۶/۷۷	۲/۹۱۵
استفاده از راهنمای طبابت بالینی و گایدلاین‌ها	۷/۶۱	۲/۵۱۹
تنظیم پروتکل‌های درمانی برای بیماران با ریسک بالا	۸/۱۰	۲/۳۹۳
ایجاد سیستم ثبت اطلاعات بالینی بیمار	۷/۹۶	۲/۲۶۷
اطلاع‌رسانی و آموزش به پزشکان و دانشجویان پزشکی	۷/۹۵	۲/۳۷۴
آگاهی بیمار و خانواده او از همه خطرات جراحی‌ها و اقدامات	۸/۴۴	۱/۹۸۹
تصمیم‌گیری تیمی در صورت پیچیده بودن بیماری	۸/۸۸	۱/۶۷۹
استقرار و ایجاد فرهنگ سازمانی گزارش دهی خطاهای پزشکی	۷/۱۲	۲/۷۲۲
آموزش و گسترش اخلاق پزشکی	۷/۸۹	۲/۵۲۸
آموزش به روز و ارتقای مهارت بالینی	۸/۱۵	۲/۳۷۳
آگاه سازی پزشکان از افزایش بار مالی ناشی از انجام اقدامات پزشکی دفاعی	۶/۶۳	۳/۰۵۵

بحث

یافته های حاصل از این پژوهش نشان دادندکه کل جراحان مورد مطالعه حداقل یکبار رفتارهای پزشکی تدافعی را تجربه کرده بودند. شیوع پزشکی تدافعی در بسیاری از مطالعات (۲۵-۱۹و۱) مشابه با یافته های مطالعه حاضر بوده، هرچند در بعضی مطالعات شیوع آن کمتر از یافته های مطالعه ما می‌باشد (۳۰-۲۶و۱۶). با توجه به یافته های مطالعات پیشین، شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی بالا می باشد که البته علت متفاوت بودن میزان شیوع این رفتار به تفاوت های فرهنگی، قانونی و آموزشی بین جوامع مربوط می گردد. همچنین می توان بیان نمود که رشته مورد بررسی یا حیطه فعالیت نیز در میزان شیوع پزشکی تدافعی تاثیرگذار است. جامعه مورد بررسی در این مطالعه، کلیه جراحان شرکت کننده در کنگره بوده است و رشته جراحی با ریسک بالایی همراه می باشد و بنابراین احتمال رفتارهای تدافعی پزشکی در این رشته بالاتر از سایر رشته ها می باشد.

یافته های دیگر نشان داد که بیشترین شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی به ترتیب مربوط به تشریح جزئیات و مشارکت بیمار(۷۹/۸ درصد)، تاکید بر ثبت جزئیات فرآیند درمان و اظهارات خاص بیمار در پرونده (۷۹/۸ درصد)، درخواست نمونه برداری جهت تشخیص(۵۹ درصد)، درخواست تصویربرداری(۳۸ درصد) و درخواست تست آزمایشگاهی (۳۴/۷ درصد) و کمترین شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی به ترتیب مربوط به تجویز داروهای غیرضروری (۵۴/۸%)، ارجاع غیرضروری بیمار به اورژانس(۵۴/۵) و تاکید بر مراجعات مکرر و متعدد غیرضروری(۵۳/۶%) بوده است. رفتار تشریح جزئیات و ثبت جزئیات فرآیند درمان از جمله رفتارهایی می باشد که به نفع بیمار است و جزئی از رفتارهای مثبت پزشکی تدافعی می باشند که برای نظام سلامت نیز هزینه بر نمی باشند اما ازدیاد سایر رفتارهای مثبت پزشکی تدافعی مانند درخواست تصویربرداری، نمونه برداری و تست های آزمایشگاهی به ضرر بیمار و نظام سلامت خواهد بود. بالا بودن شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی اثرات مخربی بر ایمنی بیمار نیز دارد به ویژه با تجویز مداخلات تهاجمی مانند تست های تشخیصی تصویربرداری که اشعه موجود در آن منجر به آسیب به بیمار می گردد. علاوه بر این تجویز غیرضروری آزمایشات، داروها و در نهایت استفاده بی رویه خدمات سلامت نه تنها منجر به افزایش هزینه های سلامت می گردد بلکه باعث کاهش دسترسی بیماران با توجه به کمبود منابع نظام سلامت می شوند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

در این مطالعه شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی مثبت (۱۰۰ درصد) و شیوع پزشکی تدافعی منفی(۸۰ درصد) بوده است. در مطالعه ای که توسط راملا در ایتالیا انجام شد شیوع رفتارهای پزشکی تدافعی مثبت (۹۳ درصد) و رفتارهای تدافعی منفی (۹۲ درصد) گزارش شد(۲۹). در مطالعه هیاما در ژاپن شیوع پزشکی تدافعی در بین پزشکان (۹۸ درصد)، رفتار تدافعی مثبت ۹۱ درصد و رفتار تدافعی منفی ۹۶ درصد بوده است(۲۵).در مطالعه انجام شده در ایران نیز شیوع رفتارهای تدافعی مثبت و منفی به ترتیب ۹۹/۸ درصد و ۷۹/۲ درصد بوده است (۳۱) که با یافته های مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد. برخی از رفتارهای تدافعی مثبت به نفع بیماران می باشد مانند مشارکت بیمار و برخی مانند تست های تشخیصی به دلیل اشعه موجود و تجویز داروهای غیرضروری به دلیل اثرات شیمیایی آن ها بر بدن، نیز به ضرر بیمار می باشد. در این مطالعه میزان شیوع هر دو نوع رفتار بالا بوده و اکثر جراحان نیز موافق تاثیر منفی رفتارهای پزشکی تدافعی بر ایمنی، دسترسی و ارتباط متقابل پزشک و بیمار بودند.

علاوه بر این، رویکرد تنبیهی ناشی از گزارش خطا در بیمارستان منجر به تشویق پدیده پزشکی تدافعی می گردد و به عنوان مانعی برای شناسایی و گزارش دهی خطا است و منجر به افزایش خطرات برای بیماران و افزایش هزینه های سلامت می شوند که مانع بزرگی برای ایمنی بیمار، دسترسی و کیفیت خدمات ارائه شده می گردند (۱۰و۷و۵). پزشکان می توانند از طریق ایجاد تعامل با بیماران و توضیح همه گزینه های مراقبت به آن ها، مسئولیت ناشی از قصورات پزشکی و شکایات از جانب بیمار را کاهش دهند و در نتیجه هزینه های بیمه ای جهت جبران قصورات پزشکی را مدیریت نمایند (۱۷و۹).

میانگین نمره بیشترین دلیل استفاده از رفتارهای پزشکی تدافعی جراحان شرکت کننده، به ترتیب مربوط به عدم حمایت قوانین و مقررات نظام سلامت از پزشکان هنگام بروز خطا (۲/۷۵)، جلوگیری از شکایت و اقدام قضایی بیماران (۲/۶۶)، بالا بودن هزینه های جبران خطاهای پزشکی (۲/۶۳)، حفظ اعتبار و شهرت پزشکی (۲/۵۸) و ماهیت پرخطر رشته تخصصی جراحی (۲/۴۶) بوده است. حال آنکه در مطالعات پیشین ترس ناشی از شکایت از سوی بیمار و حفاظت ناکافی قانونگذار در مواقع بروز خطا، شایع ترین دلیل انجام رفتارهای پزشکی تدافعی در بسیاری از مطالعات بوده است (۳۲و۳۱و۲۹-۲۶و۱۸و۶و۳). بر اساس راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی کشور، بیم از مورد شکایت قرار گرفتن نباید موجب احتیاط غیر موجه و تحمیل مداخلات غیر استاندارد و هزینه غیرضروری به بیماران شود (۳۳).

به خطر افتادن شهرت و اعتبار پزشک (۳۲و۳۱و۲۹و۲۷و۱۸)، داشتن سابقه شکایت (۲۹و۱۸) و عدم حفاظت کافی بیمه های مسئولیت(۲۷) نیز از دیگر دلایل ذکر شده برای انجام رفتارهای پزشکی تدافعی در مطالعات پیشین بوده است که باعث می شود برای کاهش خطر خطاهای پزشکی، جراحان یا پزشکان خود را از خطرات قانونی محافظت نمایند که در نتیجه منجر به افزایش هزینه های سلامت و طولانی تر شدن دوره درمانی بیمار و در نهایت تضعیف ارتباط بین بیمار و پزشک می گردد.

بیشترین میانگین نمره راهکارهای کاهش رفتار تدافعی پزشکی از دید جراحان شرکت کننده در مطالعه، به ترتیب مربوط به تصمیم گیری تیمی در صورت پیچیده بودن بیماری (۸/۸۸)، اصلاح نگاه قانون به قصور پزشکی به عنوان یک جرم (۸/۷۳)، حمایت بیشتر نهادهای قانونگذار (۸/۶۰)، آگاهی بیمار و خانواده او از همه خطرات جراحی ها و اقدامات (۸/۴۴) و حمایت سازمان نظام پزشکی از پزشکان (۸/۴۱) بوده است. در مطالعات پیشین، یکی از موثرترین راهکارهای پیشنهادی، استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد و راهنماهای بالینی بوده (۳۵و۳۴و۲۷و۲۵) که در مطالعه ما جزء راهکارهای اصلی کاهش رفتارهای تدافعی نبوده است.

علاوه بر این از جمله راهکارهای ارائه شده در مطالعات پیشین می توان به مشارکت بیماران در درمان (۳۶و۳۴و۲۶و۱۵)، کسب رضایت آگاهانه به منظور انجام مداخلات درمانی (۲۶و۱۵) ، پایش و نظارت بر عملکرد بالینی (۳۴و۲۸)، اصلاحات مهم جهت بیمه مسئولیت پزشکی (۲۷و۲۳) ، حق بیمه کم و پوشش کامل بیمه های مسئولیت(۳۷)، ارائه آموزش به بیماران و متخصصین (۲۵)، ارتقای فرهنگ بالینی (۳۷و۳۴)، کاهش حجم فعالیت و توزیع مجدد در بین تیم های بالینی(۱۴)، تشکیل Forum جهت بحث در مورد خطاهای پزشکی(۲۸) و سیستم های پرداخت مبتنی بر عملکرد(۳۸) اشاره نمود. لازم به ذکر است که در مطالعات پیشین به حمایت های قانونی به عنوان راهکاری جهت کاهش رفتارهای تدافعی اشاره نشده بود، حال آنکه در مطالعه حاضر به این امر اشاره شده است که نشان از ضعیف بودن قوانین در کشور می باشد و یا اینکه ممکن است پزشکان تمایل داشته باشند که تمامی موارد قانونی به نفع آنها باشد.

محدودیت پژوهش:

با توجه به ماهیت مطالعه، محافظه کاری برخی از جراحان در پاسخ به سوالات پرسشنامه قابل انتظار بوده که در این خصوص سعی شد تا با توجیه آنها در مورد هدف مطالعه و اطمینان بخشیدن در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان، مشکل برطرف گردد. علاوه بر این تصمیم گیری در مورد مناسب بودن یا نامناسب بودن یک پروسیجر یا مراقبت پزشکی در بسیاری از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

شرایط بالینی بویژه جایی که مداخله مورد نیاز است، بسیار دشوار است(۲۸). بنابراین اینکه ارائه آن مراقبت یا پروسیجر رفتار دفاعی محسوب می شود یا خیر، آسان نیست و هر پزشکی جداگانه در مورد آن قضاوت می کند.

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی رفتارهای پزشکی تدافعی در یک گروه از جراحان ایرانی انجام شد. یافته ها نشان داد که همه جراحان مورد مطالعه حداقل یکی از انواع رفتارهای دفاعی را انجام می دهند که این عامل منجر به تحمیل هزینه به نظام سلامت و اتلاف منابع گردیده و بر ایمنی بیماران نیز تاثیر منفی دارد.

بنابراین اطلاعات حاضر باید مورد توجه سیاست گذاران سلامت و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی قرار گیرد تا با به کارگیری استراتژی هایی چون اصلاحات در قوانین و مقررات مربوط به خطاها و شکایات بیمار، افزایش نظارت و پایش در ارائه خدمات، ایجاد سیستم های مناسب گزارش دهی خطا و فرهنگ عاری از سرزنش، طراحی و پیاده سازی گایدلاین های پزشکی و پزشکی مبتنی بر شواهد و همچنین اصلاح سیستم های بیمه مسئولیت پزشکی، گامی موثر برای کاهش و حذف رفتارهای پزشکی تدافعی برداشته شود و از آثار سوء آن بر نظام سلامت و بیماران جلوگیری گردد.

مراجع

1. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC Med Ethics. 2013;14:42

2. Amiresmaili M, Nekoueimoghadam M, Moosazadeh M, Esmaili F, Mirtajeddini M. A survey on frequency of defensive medicine among general practitioners of Kerman city. Journal of Payavard Salamat. 2014;7(5):399-409.

3. Frati P, Busardò FP, Sirignano P, Gulino M, Zaami S, Fineschi V. Does defensive medicine change the behaviors of vascular surgeons? A qualitative review. Biomed Res Int. 2015;2015:170692.

4. Fronczak SW. Defensive Medicine: A Tax/Surcharge for the Delivery of Healthcare. World Neurosurg. 2016;95:594-596.

5. Kapp MB. Defensive medicine: No wonder policymakers are confused. Int J Risk Saf Med. 2016;28(4):213-219.

6. Johnston WF, Rodriguez RM, Suarez D, Fortman J. Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: a "hidden curriculum?". West J Emerg Med. 2014;15(3):293-8.

7. Cote DJ, Karhade AV, Larsen AM, Castlen JP, Smith TR. Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States. World Neurosurg. 2016;89:112-20.

8. Cano-Urbina J, Montanera D. The differential effects of malpractice reform: Defensive medicine in obstetrics. Working Paper; 2016.

9. Dolz-Güerri F, Gómez-Durán EL, Martínez-Palmer A, Castilla Céspedes M, Arimany-Manso J. Clinical safety and professional liability claims in Ophthalmology. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017;92(11):528-534.

10. Bilimoria KY, Chung JW, Minami CA, Sohn MW, Pavey ES, Holl JL, et al. Relationship Between State Malpractice Environment and Quality of Health Care in the United States. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2017;43(5):241-250.

11. Barkowski, Scott, Does Defensive Medicine Reduce Health Care Spending? (February 1, 2015). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2627439

12. Vafaee NA, Rezaei A, Eemaily H, Dogonchi M, Hooshmand E. Survey of the causes and solutions to reduce defensive medicine in view of residents in mashhad university of medical sciences in 2016. Journal of Healthcare Management. 2016; 7(2): 21-30.

13. Siabani S, Alipour AA, Siabani H, Rezaei M, Daniali S. A survey of complaints against physicians reviewed at Kermanshah. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2009;13(1).

14. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, Di Stanislao F. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. Rev Calid Asist. 2016;31 Suppl 2:20-5.

15. Kolcu G BA, Kolcu MİB, Balcı UG, Öngel K. Specialist and Assistant Gynecologists' Views about Defensive Medicine: Crosssectional Study. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. 2012:326-30.

16. Ali AA, Hummeida ME, Elhassan YA, Nabag WO, Ahmed MA, Adam GK. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. BMC Med Ethics. 2016;17:12.

17. Plebani M. Defensive medicine and diagnostic testing. Diagnosis (Berl). 2014;1(2):151-154.

18. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. Stud Health Technol Inform. 2009;148:206-21.

19. He AJ.The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. Soc Sci Med. 2014;123:64-71.

20. Reisch LM, Carney PA, Oster NV, Weaver DL, Nelson HD, Frederick PD, Elmore JG. Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. Am J Clin Pathol. 2015;144(6):916-22.

21. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. Jama. 2005;293(21):2609-17.

22. Catino M. Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. Safety Science Monitor. 2011;15(1):1-2.

23. Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, Jahangir AA. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2012;41(2):69-73.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

24. Osti M, Steyrer J. A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. J Eval Clin Pract. 2015;21(2):278-84.

25. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World J Gastroenterol. 2006;12(47):7671-5.

26. Ogunbanjo GA, van Bogaert DK. Ethics in health care: the practice of defensive medicine. South African Family Practice. 2014;56(1):S6-8.

27. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. J Health Serv Res Policy. 2017;22(4):211-217.

28. Solaroglu I, Izci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. PLoS One. 2014;9(10):e111446.

29. Ramella S, Mandoliti G, Trodella L, D'Angelillo RM. The first survey on defensive medicine in radiation oncology. Radiol Med. 2015;120(5):421-9.

30. Bourne T, Vanderhaegen J, Vranken R, Wynants L, De Cock B, Peters M, et al. Doctors' experiences and their perception of the most stressful aspects of complaints processes in the UK: an analysis of qualitative survey data. BMJ Open. 2016;6(7):e011711.

31. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. Int J Health Policy Manag. 2014;2(3):119-23.

32. Grytten J, Skau I, Sørensen R. The impact of the mass media on obstetricians' behavior in Norway. Health Policy. 2017;121(9):986-993.

33. Iran Medical Council. General Professional Ethics Guide. 2018. Available from: Available From:http://www.salamatonline.ir.

34. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. Multidiscip Respir Med. 2015;10(1):12.

35. Emanuel E ST, Calsyn M,. Reducing the Cost of Defensive Medicine. Center for American Progress. 2013.

36. Bell SK, Mejilla R, Anselmo M, Darer JD, Elmore JG, Leveille S, et al. When doctors share visit notes with patients: a study of patient and doctor perceptions of documentation errors, safety opportunities and the patient-doctor relationship. BMJ Qual Saf. 2017;26(4):262-270.

37. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, van Dam M, Gormley WB, Broekman MLD, et al. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. Acta Neurochir (Wien). 2017;159(12):2341-2350.

38. Din RS, Yan SC, Cote DJ, Acosta MA, Smith TR. Defensive Medicine in U.S. Spine Neurosurgery. Spine (Phila Pa 1976). 2017;42(3):177-185.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]