

تحلیل جامعه‌شناختی مسئله قصور پزشکی در شهر تهران (مطالعه ترکیبی)

سیمین کاظمی^{*}، محمد اسماعیل ریاحی^{**}

چکیده

قصور پزشکی از مسائل اجتماعی در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و کژکارکرد پزشکی نوین است که سلامت بیماران را تهدید می‌کند و پیامدهای منفی برای بیماران، پزشکان و جامعه دارد. هدف مطالعه تحلیل جامعه‌شناختی این مسئله در شهر تهران با استفاده از روش ترکیبی است که در آن داده‌های کمی نقش تکمیلی برای داده‌های کیفی دارند. بخش کیفی شامل دو روش است: ۱) مشاهده بدون مشارکت در ۱۵ جلسه رسیدگی به شکایات قصور پزشکی در شورای حل اختلاف شهر تهران. ۲) مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ پزشک و ۱۵ بیمار دارای پرونده قصور پزشکی. در بخش کمی ۳۷۰ پرونده قصور پزشکی به شیوه تمام‌شماری مطالعه و برای توصیف داده‌های کمی از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و برای تحلیل داده‌های کیفی از روش کدگذاری و مقوله‌بندی استفاده شده است. در نهایت داده‌های کمی و کیفی در تفسیر و نتیجه‌گیری داده‌ها با هم تلفیق شده‌اند. یافته‌ها نشان داده که محورهای تضاد بین پزشک و بیمار در طرح شکایت قصور پزشکی، شامل تضاد بر سر منافع مالی، دانش تخصصی، و قدرت سازمانی است و بیماران و پزشکان دیدگاه‌ها و تفسیرهای متفاوتی از نتیجه اقدام پزشکی دارند. طبق یافته‌های کمی بیش از نیمی از بیماران، مقدار هزینه پرداخت‌شده در ازای خدمات دریافت‌شده را غیرمنصفانه می‌دانستند و نیز هدف حدود نیمی از بیماران از طرح شکایت قصور پزشکی، دریافت خسارت از پزشک بوده است. در مجموع این مطالعه نشان داد که قصور پزشکی به مثابه مسئله‌ای اجتماعی در حوزه سلامت، نتیجه تضاد مضاعف بین بیمار و پزشک بر محورهای منفعت و دانش و قدرت است.

کلیدواژه‌ها: قصور پزشکی، شکایت بیمار از پزشک، تضاد مضاعف، دانش، قدرت، روش ترکیبی.

^{*} پزشک و دکترای جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول) simin.kazemi@sbmu.ac.ir
^{**} دانشیار جامعه‌شناسی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه مازندران m.riahi@umz.ac.ir

۱. مقدمه

قصور پزشکی^۱ کژکارکرد پزشکی نوین است که هم به سلامت بیماران آسیب می‌رساند و هم برای جامعه و حرفه پزشکی پیامدهای منفی دارد. اگر پزشک هرکدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان و جراحی‌های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی‌های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد مرتکب قصور پزشکی شده است (صدر، ۱۳۸۶: ۷۸). در واقع منظور از قصور پزشکی آن دسته از خطاهایی است که سر زدن آنها از طرف پزشک، سبب آسیب و خسارتی به بیمار شود که قابل اجتناب بوده است (اشرفیان بناب، ۱۳۸۸: ۲۳). در پرداختن به قصور پزشکی لازم است تفاوت آن با عارضه ناخواسته و خطای پزشکی لحاظ شود. عارضه جانبی صدمه‌ای است که در مدت و مدیریت مراقبت پزشکی رخ می‌دهد؛ اما قصور شکست در ارائه سطح استاندارد مراقبت و به عبارت دیگر ارائه مراقبت زیر سطح استاندارد است (سان^۲، ۲۰۱۳: ۵۰).

قصور پزشکی همزاد پزشکی نوین است و در همه سیستم‌های بهداشتی و درمانی سراسر دنیا کم‌وبیش رخ می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی «ایمنی مراقبت سلامت» را یک نگرانی عمده جهانی می‌داند. ۳ تا ۱۶ درصد بیماران بستری در سراسر جهان از آسیبی رنج می‌برند که نتیجه یکی از انواع مداخلات پزشکی است (اویبود، ۲۰۱۳: ۳۲۷). در ایران تشکیل پرونده و برخورد با شکایات قصور پزشکی از سال ۱۳۶۵ انجام شده و طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۶ در مجموع ۳۱۱۹ شکایت از پزشکان صورت گرفته است (فرهادی، ۱۳۸۳: ۵۷). کل شکایات از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران در یک دهه، با رشد سالانه‌ای معادل ۹۵ درصد از ۱۳۴ مورد در سال ۱۳۷۴ به ۱۲۷۰ مورد در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته است (توفیقی، ۱۳۸۱: ۵-۷). در دهه ۹۰ این سیر افزایشی شدت گرفت و در سال ۱۳۹۵ با رشد ۲۷/۲ درصدی مواجه شد؛ به طوری که شمار پرونده‌ها از ۵۶۷۰ مورد در سال ۱۳۹۴ به ۷۲۱۴ مورد در سال ۱۳۹۵ رسید (ایرنا، ۱ خرداد ۱۳۹۶). مروری مختصر بر آمار قصور پزشکی در سه دهه اخیر در کشور حاکی از افزایش و شدت گرفتن این پدیده به عنوان مسئله‌ای اجتماعی است.

مسئله اجتماعی حداقل باید چهار ویژگی مشکل‌زا بودن، شایع بودن (با دو بعد ذهنی و عینی)، قابل حل بودن، و وجود عزمی برای حل آن را دارا باشد (معیدفر، ۱۳۸۹: ۲۷-۲۸). در حوزه سلامت نیز یک مسئله اجتماعی، وضعیت یا رفتار مرتبط با سلامت است که از طرف جامعه یا بخش‌هایی از آن به نوعی نامطلوب در نظر گرفته می‌شود و نوعی تهدید را بازنمایی

1. Medical Malpractice

2. Sohn

3. Oyeboode

می‌کند (گیب^۱، ۲۰۱۴: ۲۲۸). نگاهی به خسارات و آسیب‌های اجتماعی ناشی از قصور پزشکی، می‌تواند مشروعیت مفهومی بیشتری به گنجاندن آن، ذیل تعریف «مسئله اجتماعی» فراهم کند. این مسئله می‌تواند اثرات منفی بر ابعاد مختلف زندگی بیمار صدمه‌دیده (از آسیب‌های جسمی و عاطفی تا مشکلات مالی) بگذارد؛ پیامدهایی مانند از دست‌دادن شغل، ناتوانی‌های ماندگار و افت کیفیت زندگی، مثال‌هایی از اثرات منفی احتمالی هستند (توماس، ۲۰۰۳: ۳۰۷). در سطح کلان نیز فراوانی قصور پزشکی و شکایت از آن می‌تواند پیامدهای مادی و غیرمادی داشته باشد. بی‌اعتمادی جامعه به نهاد پزشکی، گریز از پزشکی نوین و رونق‌گرفتن تجارت انواع درمان‌گران رقیب پزشکی، سیستم پرداخت خسارت و تبعات ویژه آن، شکل‌گیری طب دفاعی که سبب تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیماران می‌شود و انتخاب بیماران کم‌خطر توسط پزشکان از جمله این پیامدها هستند.

با توجه به میزان شیوع قصور پزشکی و دغدغه‌های ذهنی جامعه با این مسئله و پیامدهای منفی آن از یک طرف و قابل‌حل‌بودن و وجود عزم و اراده برای حل این مشکل بهداشتی و درمانی در کشور از طرف دیگر، می‌توان قصور پزشکی و شکایت بیماران از پزشکان را در حکم یک مسئله اجتماعی دانست که دغدغه بخش‌هایی از جامعه (به‌ویژه دستگاه قضایی و نهاد پزشکی و بیماران) است و به نظر می‌رسد که این مسئله نیاز به توجه جامعه‌شناختی دارد.

با بررسی مسئله قصور پزشکی از دیدگاه جامعه‌شناختی می‌توان زمینه‌های اجتماعی بروز آن را مشخص کرد و واقعیت‌های اجتماعی را از قضاوت‌های غیرعلمی، سودمحور و سرکوبگر بیرون کشید، تکان داد و شفاف کرد. ارزیابی دقیق‌تر و عمیق‌تری که از این روش حاصل می‌شود این امکان را برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت فراهم می‌کند که با فاصله‌گرفتن از مفروضات غیرعلمی و کلیشه‌ها و انگاره‌های سنتی و نامناسب با واقعیت‌های زمان، رویکرد نوینی به این مسئله داشته باشند و راهکارهای واقع‌بینانه و قابل‌تحقیق را امتحان کنند که هدف تأمین و حفظ سلامت امکان‌پذیر شود.

علیرغم اهمیت جامعه‌شناختی این مسئله و پیامدهای اجتماعی آن با مرور پیشینه تجربی داخلی و خارجی با کمبود این مطالعات مواجه هستیم. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات در حوزه‌های خارج از جامعه‌شناسی انجام شده‌اند. از معدود مطالعات جامعه‌شناختی درباره قصور پزشکی مطالعه فیلدینگ (۱۹۹۰) است که جنبه اقتصادی بحران را یک برساخته اجتماعی پزشکان و جامعه پزشکی در ماساچوست می‌داند. مطالعه آناندال در سال ۱۹۸۹ هم به رابطه پزشک-بیمار و قصور پزشکی پرداخته و پاسخ‌های پزشکان آمریکایی به بحران قصور

پزشکی را بررسی کرده است. غیر از این دو مطالعه، بررسی محتوای مطالعات دیگر نشان می‌دهد عمده آنها اپیدمیولوژیک و توصیفی هستند و شیوع و انواع قصور پزشکی را بررسی کرده‌اند (دوهرتی و هاون، ۱۹۷۷؛ الحمادی، ۲۰۰۶؛ کیوفو،^۱ ۲۰۱۱؛ عبدالوهاب و همکاران، ۲۰۱۴؛ هریس و پیپلز، ۲۰۱۵؛ مواهب، ۲۰۱۶؛ سندبرگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ تراتیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ جانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ شین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸؛ نوبخت حقیقی و همکاران، ۱۳۷۹؛ محفوظی و همکاران، ۱۳۸۱؛ میراکبری و همکاران، ۱۳۸۲؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۸۳؛ اخلاقی و همکاران، ۱۳۸۳؛ رفیع‌زاده طبایی زواره و همکاران، ۱۳۸۶؛ صدر و همکاران، ۱۳۸۶؛ هدایتی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ادیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱؛ خوانین‌زاده و قلی‌پور، ۱۳۹۲؛ برزگر بفرویی و همکاران، ۱۳۹۵؛ کامیاب و همکاران، ۱۳۹۵؛ عظیمی و همکاران، ۱۳۹۶).

برخی مطالعات نیز به شناسایی عواملی که بیماران براساس آن از پزشکان شکایت می‌کنند پرداخته‌اند (وو^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک کلان و همکاران، ۲۰۱۲)؛ عوامل تأثیرگذار بر شکایت از قصور پزشکی را بررسی کرده‌اند (هو و لیو، ۲۰۱۱؛ استفان^۷ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ پیامدهای قصور پزشکی را به خصوص در میان پزشکان مورد توجه قرار داده‌اند (آلسوپ و مالکاهی، ۱۹۹۸؛ بورن و همکاران، ۲۰۱۵؛ جغتائی و همکاران، ۱۳۹۲) یا دیدگاه‌های بیماران و پزشکان درباره قصور پزشکی را مطالعه کرده‌اند (آدامز و همکاران، ۲۰۱۷؛ کیانمهر و همکاران، ۱۳۸۸؛ شیخ آزادی و همکاران، ۱۳۸۹؛ قلندرپور و همکاران، ۱۳۹۰).

از این رو با توجه به اهمیت موضوعی تحقیق و نیز کمبود مطالعات جامعه‌شناختی به‌ویژه در داخل کشور، این مطالعه با رویکردی جامعه‌شناختی به بررسی قصور پزشکی و شکایت از آن در شهر تهران و در بین بیماران و پزشکان درگیر در فرآیند شکایت از قصور پزشکی می‌پردازد.

۲. مبانی نظری

دو رویکرد «تضادگرایی» و «کنش متقابل‌گرایی» می‌توانند در تبیین کنش متقابل پزشک و بیمار مؤثر باشند. در رویکرد تضاد براساس اینکه منشأ تضاد و کشمکش چه عاملی در نظر گرفته شود، دو پارادایم انتقادی و غیرانتقادی قابل شناسایی هستند که پارادایم غیر انتقادی منشأ

1. Ciofu
2. Sandberg
3. Wang
4. Jung
5. Shin
6. Wu
7. Stephen

تضاد را در قدرت تشخیص می‌دهد ولی پارادایم انتقادی طبقه را مسئول تضاد می‌شناسد (کربو، ۱۳۸۳: ۲۵).

۱-۲. نظریه تضادگرایی انتقادی و رویکرد مارکسیستی: رویکردهای مارکسیستی و اقتصاد سیاسی بر نقش تعیین‌کننده منافع اقتصادی در تولید بیماری و نحوه پرداختن به آن تأکید دارند (وایت، ۱۳۹۳: ۱۰). جامعه‌شناسان الهام‌گرفته از مارکس نظام سلامت را محل معاملات تجاری و عرصه‌ای برای تولید و مصرف کالاهای سرمایه‌داری می‌دانند. از نظر آنها نظام‌های مراقبت سلامت سرمایه‌داری بخش‌های کاری زیادی دارند که روابط تولید و مبادله سرمایه‌داری در آن درهم تنیده شده است و هدف محوری پزشکی سرمایه‌داری سود است و نه ایجاد سلامت (کالیر^۱، ۲۰۱۵: ۴۹). در رویکرد مارکسیستی به چندین مسئله تأثیرگذار بر حوزه سلامت توجه شده است که از آن جمله می‌توان به مسئله «کالانگاری سلامت» و نیز «جایگاه پزشکی» در ساختار طبقاتی اشاره کرد.

۱-۱-۲. کالانگاری سلامت: در پزشکی سرمایه‌داری با روند کالایی‌شدن، سلامت نیز به کالایی قابل خرید و فروش تبدیل می‌شود و نیازهای جدید به طور مداوم در به‌دست آوردن سود ایجاد می‌شوند. علاوه بر این رابطه بین صنف پزشکان و بیماران را بازار تعیین می‌کند. شاخص پزشکی سرمایه‌داری ایجاد صنعتی سودآور و مصرف‌کنندگانی است که قادر به دیدن صنعتی‌بودن این نیازها نیستند و برای خرید کالاهای پیشنهادی تحت فشار قرار می‌گیرند. در دهه‌های اخیر، روند کالایی‌شدن از تولید کالاهای اساسی مانند داروها و ماشین‌ها به کالایی‌شدن بدن و سلامت گسترش یافته است. در این روند مردم و بدن‌ها از یک دسته انسانی به اشیای اقتصادی تبدیل می‌شوند (همان: ۵۳).

۲-۱-۲. جایگاه پزشکی در ساختار طبقاتی: یکی از برجسته‌ترین گزاره‌های مارکسی عدم استقلال حرفه پزشکی از ساختار طبقاتی بوده و نحوه عملکرد این حرفه قرارگرفتن پشت سر طبقه مسلط برای حفظ نظام مراقبت سلامت و حمایت از اقتصاد سرمایه‌داری توصیف شده است (همان: ۴۹). حرفه پزشکی یک عامل نظارت است که در آن زد و بندهای فنی‌ای تعقیب می‌شوند که به مردم سلامت می‌بخشند اما منفعت‌ها و سودهای بسیار زیادی حاصل می‌آورند (وایت، ۱۳۹۳: ۱۰) ناوارو معتقد است که قدرت پزشکی می‌تواند کلید توضیح مشکلات مختلف سلامت باشد (کوبورن^۲، ۲۰۱۵: ۴۱۲). از نظر او حرفه پزشکی در واقع بخشی از طبقه مسلط در جامعه سرمایه‌داری را تشکیل می‌دهد (راجرز و پیلگریم، ۲۰۰۵: ۱۱۱). نتیجه‌گیری نهایی

1. Collyer

2. Coburn

ناوارو درباره تسلط پزشکی این است که پزشکی قدرتمند بوده و هست و ممکن است در مجموع تا حدی از نفوذش کاسته شود اما قدرتش در نهایت همیشه تابع قدرت طبقات مسلط است (کوبورن، ۲۰۱۵: ۴۱۴).

۲-۲. نظریه تضادگرایی غیرانتقادی: الیوت فریدسون اعتقاد داشت که پزشکی به طور خاص مثال قدرتمندی است از این که چگونه حرفه‌ای‌گری^۱ به طور ایدئولوژیک و در شکلی از کنترل حرفه‌ای برای اطمینان از کنترل بازار خدمات عمل می‌کند. او تأکید داشت که حرفه‌ها برای تعدیل موقعیت ممتازشان سه استدلال قدرتمند درهم‌تنیده ارائه می‌کنند تا توجیه کنند که چرا افراد حرفه‌ای و متخصص باید از امتیاز خاص آزادی از کنترل بیگانه‌ها برخوردار باشند: (اول) این ادعا که درجه‌ای غیرمعمول از مهارت و دانش در کار حرفه‌ای وجود دارد که غیرحرفه‌ای‌ها برای ارزیابی یا تنظیم کردن آن حرفه از آن سطح از دانش و مهارت برخوردار نیستند.

دوم) ادعا شده که حرفه‌ای‌ها پاسخگو و مسئولیت‌پذیر هستند و ممکن است به طور وجدانی و بدون نظارت مورد اعتماد قرار گیرند.

سوم) این ادعا مطرح می‌شود که یک حرفه خودش می‌تواند در موارد نادری که یکی از اعضای آن وظیفه‌اش را به طور کامل یا اخلاقی انجام نداده است، اقدامات قانونی مناسب را به عهده گیرد و در این راستا مورد اعتماد باشد (چمبرلین^۲، ۲۰۱۲: ۷۵).

از نظر فریدسون حرفه پزشکی یکی از گروه‌های منفعت‌محور در جامعه است. نفع شخصی پزشک می‌تواند با انسان‌دوستی‌ای که اخلاق حرفه‌ای تبلیغ می‌کند منافات داشته باشد. فریدسون به خصوص نشان می‌دهد که مقررات اخلاقی و قوانینی که کار پزشکی را تنظیم می‌کنند، نه تنها برای حمایت از مردم وضع نشده‌اند بلکه مکانیسم‌هایی هستند که حرفه پزشکی را در برابر تفاوت‌های گروهی مردم و رقابت با سایر حرفه‌ها حفظ می‌کنند (آدام و هرتسلیک ۱۳۸۵: ۱۲۲).

تحلیل فریدسون بر روش‌هایی تمرکز دارد که پزشکان موقعیت‌شان در بازار را از طریق انحصار بر عرضه خدمات درمانی حفظ می‌کنند. بنابراین ظهور حرفه پزشکی همچون یک کشمکش سیاسی بین گروه‌های ذینفع برای موقعیت و منزلت بالاتر و جایگاه مناسب‌تر در بازار و محدود بودن آن، به نظر می‌رسد (کالنان^۳، ۲۰۱۵: ۲۸۹). فریدسون در تبیین رابطه دولت و حرفه پزشکی در شکل افراطی‌اش می‌گوید که دولت از حرفه پزشکی و منابع هدایتی آن

1. Professionalism
2. Chamberlin
3. Calnan

استفاده می‌کند و قدرت خود را به واسطه حمایت از استانداردهای حرفه‌ای و ایجاد یک محیط اجتماعی-سیاسی که در آن حرفه پزشکی از رقابت جدی با رقبا معاف شده است اعمال می‌کند (فریدسون، ۱۹۷۰: ۹۸). فریدسون استدلال می‌کند که چگونه حرفه‌ای‌گری پزشکی به مثابه شکلی از کنترل شغلی چه در سطوح خرد و استفاده از مفهوم «آزادی بالینی کنار بستر» در تعاملات روزمره و چه در سطوح کلان و استفاده از خودتنظیمی با مجوز دولتی به گونه‌ای ایدئولوژیک عمل می‌کند (چمبرلین، ۲۰۱۲: ۷۶).

تئوری تضاد فریدسون بر این فرض استوار است که پزشک و بیمار از جهان‌های اجتماعی و فرهنگی متفاوتی می‌آیند. این موقعیت‌های اجتماعی مفاهیم و دانش آنها را شکل می‌دهد، یک پدیده مشترک ممکن است برای هر یک از آنها علل متفاوت داشته باشد، به طور متفاوت تفسیر شود و اهمیت آن متفاوت فرض شود (ورنر^۱، ۲۰۱۱: ۲۰۳۲). فریدسون می‌گوید که پزشکان و مراجعان به دلیل فرهنگ‌های غیریکسان و متفاوت با تجربیات و برنامه‌های متفاوتی مواجه می‌شوند. پزشکان می‌خواهند بیماران با برنامه درمانی همکاری کنند و بیماران ممکن است اطلاعات بیشتری از آنچه پزشکان ارائه می‌دهند بخواهند و ممکن است حاضر به پذیرش درمان نباشند. نتیجه این وضعیت تضاد بین پزشک و بیمار است (هالپرن و انسیچ، ۱۹۹۳: ۲۸۲). به عقیده فریدسون در هر رابطه پزشک-بیمار تنشی در افق‌های فکری طرفین به صورت پنهانی ولی با درجات مختلف موجود است (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۱۲۲). در واقع در اینجا درگیری و ستیزی بنیادی میان دیدگاه‌های پزشک و بیمار وجود دارد. چنان که بیمار برای پزشک صرفاً مورد طبی دیگری از یک جریان طولانی و ممتد است. برعکس برای بیمار وجود چشم‌اندازهای متفاوت به طور بالقوه عامل ایجاد تضاد و کشمکش است (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۲۰۶).

۳-۲. رویکرد کنش متقابل‌گرایی نمادین: از کاربردهای نظریه کنش متقابل نمادین مطالعه روابط بین پزشک و بیمار و سایر دست‌اندرکاران نظام خدمات بهداشتی به لحاظ کنش‌ها، رفتارها، معانی، کج‌فهمی‌ها و سوء تعبیرات، همین طور مطالعه تعاریف و برداشت‌ها از بیماری و معالجه و خدمات بهداشتی است (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۴۸). یوتا گرهارد دو شکل از مدل کنش متقابل-گرا در جامعه‌شناسی پزشکی را متمایز می‌کند: «مدل مذاکره» و «مدل بحران».

مدل مذاکره گرهارد کنش متقابل بین متخصص مراقبت سلامت با بیمار را در روند خلق معنا بازتر می‌بیند (بردبای، ۲۰۱۲: ۳۲). ایده اصلی مدل مذاکره‌ای این است که قواعد و نقش‌ها ثابت نیستند بلکه حاصل مذاکره بین شرکت‌کنندگان کنش متقابل در یک زمینه ساختاری

هستند. مذاکره به عنوان «چانه‌زنی»^۱ مفهوم‌سازی شده است. وقتی توافق اولیه حاصل شد - که این زمانی است که یک توافق بیشتر یا کمتر شکننده به حفظ قانون‌ها یا نقش‌ها می‌انجامد - چانه‌زنی ممکن است به روال‌های معمول و روتین تبدیل شود. اما چنین توافقی‌ها و تنظیم‌هایی متزلزل هستند و چانه‌زنی می‌تواند هر زمان به وسیله کنش متقابل در یک مواجهه دوباره صورت بگیرد (گرهارد، ۱۹۸۹: ۱۲۴). در واقع، همان‌طور که اشتراوس اشاره می‌کند، در رویکرد کنش‌متقابل‌گرایی مفهوم نظم اجتماعی نسبتاً سیال و برساخت‌شده از طریق تعامل اجتماعی است. در این دیدگاه نظم اجتماعی به طور مداوم از طریق یک رابطه پیچیده بین یک فرآیند مذاکره‌ای و فرآیند ارزیابی دوره‌ای برساخته می‌شود (گیب، ۲۰۱۴: ۱۸۹). گرهارد برای روشن‌شدن مفهوم چانه‌زنی از استعاره اقتصادی که در مقاله شلینگ مطرح شده استفاده می‌کند و مدلی را نشان می‌دهد که یک فروشنده و خریدار قصد دارند درباره قیمت یک خانه به توافق برسند. شلینگ در تحلیل چانه‌زنی جنبه تضاد موجود در تبادل میان دو شریک تجاری را برجسته می‌کند. گرهارد می‌گوید در مدل مذاکره‌ای فرض بر آن است که فرد به طور فعال محیط را دستکاری می‌کند و بر آن تأثیر می‌گذارد و از دو اصل تبعیت می‌کند: الف) کنشگران از تعریف خودشان از موقعیت به عنوان یک راهنما برای رسیدن به آنچه حق یا امتیاز می‌شمارند استفاده می‌کنند.

ب) آنها تعریف موقعیت درک‌شده سایر مشارکت‌کنندگان و نیز منافع، تاکتیک‌ها، استراتژی‌ها و رفتارهای قبلی دیگران را در نظر می‌گیرند.

در مدل مذاکره‌ای پزشک و بیمار در چانه‌زنی درگیر هستند و این بدان معناست که آنها بیشتر شرکای تجاری برابر در نظر گرفته می‌شوند تا نابرابر. تفاوت در قدرت چانه‌زنی آنها برای نشان‌دادن تسلط حرفه‌ای پزشک است که به دلیل اعطای غیرضروری برتری به دیدگاه پزشک مورد انتقاد قرار گرفته است (گرهارد، ۱۹۸۹: ۱۳۸). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماران در طولانی‌مدت به ندرت تسلیم گفته یا اظهارنظر پزشک می‌شوند. به زودی بیمار از مطب پزشک خارج می‌شود و کنترل بر واقعیت بیماری را از سر می‌گیرد. در واقع بیمار ممکن است در تعامل با پزشک تشخیص و نحوه درمان ارائه‌شده پزشک را بپذیرد یا از پذیرفتن آن سر باز بزند. جولیوس راث^۲ تضاد بزرگی بین دو طرف درگیر در درمان را دریافته است. به عقیده راث راهبردهای دو طرف علیه امتیازها و سیاست‌های همدیگر جهت‌گیری شده است. اما در مقابل

1. Bargaining

2. Julius Roth

وب^۱ بر شکل‌های زیرکانه چانه‌زنی تمرکز می‌کند که ممکن است این سؤال را مطرح کند که تضاد حاکم است یا خیر (همان: ۱۴۴).

با تلفیق سه نظریه مذکور می‌توان گفت مفهوم چانه‌زنی برگرفته از مدل مذاکره گرهارد ضمن آنکه بر تعامل میان دو کنشگر تأکید دارد؛ خلأ و تأثیرگذاری کنشگران را در خلق قواعد و تغییر تدریجی نقش‌ها برجسته می‌کند. پزشک و بیمار که منافع مشابه و یکسانی ندارند، برای رسیدن به حداکثر منفعت حاصل از تعامل، با یکدیگر وارد مذاکره و چانه‌زنی می‌شوند. اما مذاکره و چانه‌زنی‌ای که میان طرفین شکل می‌گیرد در یک زمینه تضاد منافع میان پزشک و بیمار معنی‌دار می‌شود. چنانکه فریدسون می‌گوید در رابطه پزشک و بیمار تسلط حرفه‌ای پزشکی پزشک را بر بیمار مسلط می‌کند و پزشکان در چنین رابطه‌ای لزوماً بی‌طرف نیستند و مصالح و منافع خود و حرفه‌شان را دنبال می‌کنند. پزشک و بیمار به علت منافع متضاد و تعلق به جهان فرهنگی و اجتماعی متفاوت تفسیرها و دیدگاه‌های مختلفی درباره بیماری و سلامت دارند. رویکرد مارکسیستی نظام سلامت را که مواجهه پزشک و بیمار در آن انجام می‌شود محل معاملات تجاری می‌داند و پزشکی تحت سیطره سرمایه‌داری را مسئول کشمکش و تعارضات موجود در حوزه سلامت می‌شناسد. مفهوم کالایی‌شدن سلامت و جایگاه پزشکی در ساختار طبقاتی دو ابزار مفهومی هستند که به فهم بهتر تضاد پزشک و بیمار بر سر منافع مالی کمک می‌کنند.

۳. روش‌شناسی

روش این مطالعه ترکیبی و اولویت رویکرد روش‌شناختی با مطالعه کیفی (کیفی+کمی) بوده و از راهبرد لانه‌ای هم‌زمان استفاده شده است که در آن داده‌های کمی نقش تکمیلی، حمایتی و ثانویه را برای داده‌های کیفی دارند. در این طرح پژوهش از داده‌های کیفی و کمی برای پاسخ به سؤالات مختلف پژوهش استفاده شده است.

برای توصیف مسئله روش کمی به کار رفته و جامعه آماری همه پزشکان و بیماران دارای پرونده شکایت از قصور پزشکی در سال ۱۳۹۴ برای شهر تهران بوده است. همه پرونده‌های موجود در بایگانی شورای حل اختلاف سازمان نظام پزشکی با موضوع قصور پزشکی بررسی و پس از کنارگذاشتن پرونده‌هایی که اطلاعات آنها ناقص بود ۳۷۰ پرونده مطالعه شده‌اند. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران و اطلاعات مربوط به قصور پزشکی (شامل هدف مراجعه بیمار به پزشک، مکان مواجهه پزشکی منجر به قصور و نتیجه پرونده‌های قصور پزشکی) نیز از پرونده‌ها استخراج شده است.

1. Webb

روش کیفی شامل دو روش «مشاهده بدون مشارکت» و «مصاحبه نیمه ساختاریافته با پزشکان و بیماران» بوده است. ابتدا برای اطلاع از چگونگی رابطه پزشک و بیمار بعد از طرح شکایت قصور و نحوه رسیدگی به آن روش مشاهده بدون مشارکت انتخاب و پس از کسب مجوز از مرجع قضایی امکان حضور در جلسات رسیدگی به پرونده‌های قصور پزشکی شورای حل اختلاف سازمان نظام پزشکی فراهم شد و محقق به مدت سه ماه (اردیبهشت تا تیر ۱۳۹۵) در نقش ناظر صرف در ۱۵ جلسه رسیدگی شرکت کرد. در ابتدای هر جلسه رئیس شورای حل اختلاف یا یکی از کارمندان محقق را به هیئت‌های مختلف رسیدگی به پرونده‌ها معرفی و عنوان پژوهش و هدف آن به اعضاء شرح داده می‌شد. پزشک (مشتکی عنه) و بیمار (شاکي) از علت حضور محقق اطلاع نداشتند و از آن جا که اعضای هیئت رسیدگی کننده به شاکي و مشتکی عنه معرفی نمی‌شدند، نیازی هم به معرفی محقق وجود نداشت. چون امکان ضبط جریان جلسات وجود نداشت محقق مشاهدات خود را از میدان در همان جا یادداشت می‌کرد. روش دیگر مصاحبه مسئله محور بود که با سه معیار شناخته می‌شود:

- مسئله محور بودن (یعنی محقق متوجه مسئله‌ای اجتماعی است)؛
 - هدفمند بودن (یعنی روش‌ها بر اساس هدف تحقیق تعیین یا اصلاح می‌شوند)؛
 - در فرآیند تحقیق و درک هدف تحقیق فرآیند محور است (فلیک، ۱۳۹۱: ۱۷۹).
- محقق بعد از پایان هر جلسه رسیدگی به شکایت قصور پزشکی در شورای حل اختلاف به طور جداگانه و خصوصی درباره تحقیق و اهداف آن به پزشک و بیمار توضیح می‌داد و درخواست مصاحبه کیفی با آنها را مطرح می‌کرد. آنها در صورت موافقت شماره تلفن خود را برای تماس و هماهنگی درباره زمان و مکان مصاحبه ارائه می‌کردند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و از نوع مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. برای پیشبرد مصاحبه با پزشک و بیمار با مشورت صاحب نظران از حضور دو راهنما استفاده شد. پاسخ‌های پزشکان به علت عدم تمایل آنان به ضبط صدا یادداشت و نکات مبهم در پایان هر مصاحبه مجدداً طرح و اصلاح می‌شد. برای مصاحبه با بیماران از ضبط صوت استفاده و پس از آن صوت به متن تبدیل شد.
- برای توصیف داده‌های کمی از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و برای تحلیل داده‌های کیفی از روش کدگذاری و مقوله بندی استفاده شد. برای این منظور مضامین کلیدی و مهم از متن مصاحبه‌های کیفی و شرح مشاهدات استخراج و مقوله‌های اصلی ساخته شدند. در نهایت داده‌های کمی و کیفی در تفسیر و نتیجه‌گیری داده‌ها با هم تلفیق شدند.

۴. یافته‌ها

۴-۱. یافته‌های بخش کمی:

میانگین (انحراف معیار) سن بیماران ۳۹/۶ (۱۲/۷) سال (کمترین سن ۱۸ و بیشترین ۷۸ سال) و ۶۴/۳ درصد بیماران زنان و ۳۵/۷ درصد مردان بوده‌اند. بیشترین فراوانی شاکیان از نظر پایگاه اقتصادی-اجتماعی^۱ مربوط به افرادی با پایگاه پایین و بسیار پایین (مجموعاً ۶۰ درصد) مشاهده و در ۶۱/۶ درصد از پرونده‌ها هدف مراجعه بیمار به پزشک انجام اقدامات زیبایی گزارش شده است. خلاصه یافته‌های بخش کمی در جدول ۱ درج شده است.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های کمی پرونده‌های قصور پزشکی

متغیرها و طبقات	تعداد	درصد
جنس	زن	۶۴/۳
	مرد	۳۵/۷
پایگاه اقتصادی اجتماعی بیمار	بسیار بالا	۱/۶
	بالا	۱۰/۳
	متوسط	۲۸/۱
	پایین	۳۷
	بسیار پایین	۲۳
هدف بیمار از مراجعه به پزشک	زیبایی	۶۱/۶
	درمانی	۳۴/۹
	زیبایی و درمانی	۳
	سایر موارد	۰/۵
مکان انجام مشاوره یا اقدام پزشکی منجر به قصور	کلینیک خصوصی	۳۷
	مطب شخصی پزشک	۲۸/۴
	بیمارستان دولتی	۱۶/۵
	بیمارستان خصوصی	۱۵/۹
	سایر مراکز درمانی	۱/۳
	درمانگاه دولتی	۰/۹
رضایت بیمار از هزینه پرداخت‌شده	کاملاً منصفانه و کاملاً راضی	۲۱/۱
	تا حدودی منصفانه و نسبتاً راضی	۱۷/۳
	نه راضی و نه ناراضی	۴/۵
	تا حدودی غیرمنصفانه و نسبتاً ناراضی	۹/۵
	کاملاً غیرمنصفانه و کاملاً ناراضی	۴۷/۶
هدف بیمار از شکایت*	دریافت خسارت	۴۸/۴
	بهبود عارضه یا اقدام درمانی مجدد	۴۱/۱
	پیشگیری از وقوع موارد مشابه	۲۸/۴
	وادار کردن پزشک به پاسخگویی	۲۸/۱
	تنبيه و سلب صلاحیت از پزشک (مثل لغو پروانه)	۲۶/۲

۱. برای به‌دست آمدن این متغیر پنج شاخص میزان درآمد خانوار، تعداد اعضای خانوار، منطقه سکونت، میزان تحصیلات، منزلت شغلی با هم ترکیب شدند. تقسیم‌بندی منطقه سکونت بر اساس رده‌بندی مناطق تهران از تلفیق شاخص‌های توسعه رفیعیان و شالی (۱۳۹۱) استفاده و منزلت شغلی نیز بر اساس طبقات شغلی ۹ گانه ناییب و عبداللهیان (۱۳۸۱) سنجیده شد. در نهایت نمونه‌ها در پنج سطح اقتصادی اجتماعی خیلی بالا، بالا، متوسط، پایین و خیلی پایین قرار گرفتند.

مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۲

۳/۵	۱۴	سایر موارد	ارزیابی بیمار از نتیجه شکایت قصور
۵۴/۴	۱۹۹	جانبداری از پزشک	
۳۱/۱	۱۱۴	عادلانه و منصفانه	
۱۲/۱	۴۸	جانبداری از بیمار	
۲/۴	۹	سایر موارد	

*پاسخگویان در پاسخ به این سوال می توانستند بیش از یک گزینه را انتخاب کنند.

۲-۴. یافته‌های بخش کیفی

یافته‌های کیفی این مطالعه شامل دو بخش مشاهده بدون مشارکت و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران و پزشکان است که در ادامه ارائه شده است.

۲-۴-۱. یافته‌های مشاهده بدون مشارکت

هر جلسه رسیدگی به شکایت قصور پزشکی با حضور هم‌زمان پزشک و بیمار آغاز می‌شود. نخست بیمار شکایت و خواسته‌اش را می‌گوید. بعد پزشک نظر و دلایلش را درباره عارضه ادعایی بیمار بیان و از خود دفاع می‌کند. سپس پزشک باید از اتاق خارج شود و در غیاب او خواسته بیمار بررسی و سعی می‌شود که بیمار به خسارت کمتر یا درمان مجدد و... قانع شود. در این هنگام بیمار از اتاق خارج شده و پزشک وارد می‌شود. خواسته بیمار به پزشک منتقل و پیشنهاد می‌شود تا آن خواسته را پذیرفته و با جلب رضایت بیمار مانع از ارجاع پرونده به دادسرای جرایم پزشکی شود. در صورتی که بیمار و پزشک به توافق برسند قرار ترک تعقیب از سوی شورا صادر و پرونده قصور مختومه می‌شود. گاهی به درخواست بیمار پرونده به کمیسیون کارشناسی در نظام پزشکی ارجاع می‌شود. اگر بعد از این مرحله هم سازش حاصل نشود پرونده به دادسرای جرایم پزشکی ارسال می‌شود. خلاصه مشاهدات در جدول ۲ آمده است.

از مجموع مذاکرات بین پزشکان و بیماران سه مقوله استخراج شد که شامل منافع متضاد پزشک و بیمار، تفسیرهای متفاوت پزشک و بیمار و دیدگاه‌های متفاوت پزشک و بیمار است.

۲-۴-۱-۱. منافع متضاد پزشک و بیمار

تضاد بر سر منافع مالی مهمترین محور تضاد بین پزشکان و بیماران بوده و در همه جلسات رسیدگی دریافت خسارت از پزشک هدف اصلی اغلب بیماران بوده است. در واقع در این جلسات بیمار با تأکید بر عارضه و پیامدهای آن در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی‌اش و نیز برجسته کردن هزینه‌های مالی عارضه، خواسته‌اش را که دریافت خسارت و غرامت از پزشک است را مطرح می‌کرد. در مقابل پزشک با رد عاملیت خود در قصور پزشکی سعی می‌کند یا با پیشنهاد ادامه درمان از پرداخت خسارت معاف شود یا میزان کمتری از خسارت را به بیمار بپردازد. فقط در موارد معدودی با مذاکره هیئت رسیدگی‌کننده بیمار به جای دریافت خسارت به صورت نقدی پیشنهاد درمان عارضه توسط پزشک معالج (به صورت رایگان) را می‌پذیرفت و

می‌توانست در صورت برطرف‌نشدن مشکل مجدداً پرونده شکایت علیه پزشک را به جریان اندازد و مطالبه خسارت را طرح کند.

۴-۲-۲. تفسیرهای متفاوت درباره عارضه

از مجموع مذاکرات بین پزشک و بیمار و اظهارات بین آنها این نتیجه قابل پیش‌بینی بود که رخ‌دادن عارضه امری نسبی است و بین پزشک و بیمار بر سر آن توافق وجود نداشت. اغلب شخص بیمار عارضه را تشخیص داده و با ارزیابی وضعیت مشکل بعد از اقدام درمانی به این نتیجه رسیده بود که پزشک مشکل اولیه را رفع نکرده یا مشکل جدیدی برای او به‌وجود آورده است. در مواردی بیمار برای تأیید مشکل به پزشکان دیگر مراجعه کرده و در نهایت پس از بازاندیشی درباره وضعیت به شکایت از پزشک متوسل شده بود. در این بازاندیشی و اتخاذ تصمیم جدید نظر دیگران همچون همسر یا سایر پزشکان نقش داشتند. پزشکان اغلب وجود عارضه را نمی‌پذیرفتند و یا وقوع آن را امری طبیعی و بخشی از کار پزشکی می‌دانستند. آنها علت شکایت بیمار را با عوامل دیگر همچون وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار، به‌دست آوردن پول، تحریک توسط پزشکان رقیب، تأثیرپذیرفتن از رسانه‌ها و... مرتبط می‌دیدند.

۴-۲-۳. دیدگاه‌های متفاوت پزشک و بیمار

پزشک و بیمار تفسیرهای متفاوتی از مشکل اولیه بیمار داشتند. در مراجعه اول بیمار مشکل را براساس دانش و دغدغه‌های خودش ارزیابی کرده و با مراجعه به پزشک انتظار بهبود داشته است. اما پزشک نوع و شدت مشکل را براساس دانش پزشکی ارزیابی کرده و حل آن را براساس توانایی‌ها و مهارت‌های پذیرفته است. علاوه بر این بیماران و پزشکان دیدگاه‌های مختلفی درباره نقش اجتماعی همدیگر و ایفای آن داشتند. بیماران معتقد بودند که پزشک در ایفای نقش اجتماعی‌اش ناموفق بوده، به اندازه‌ای که لازم بوده درباره بیماری، روش درمان و نتیجه توضیح نداده، عوارض اقدام پزشکی را نگفته، فاقد صلاحیت علمی و مهارت لازم در درمان مشکل بوده، با بیمار رفتار مناسبی نداشته، اسرار بیمار را حفظ نکرده و جراحی را به‌رزیدنت سپرده است. در مقابل پزشکان نیز بر این نظر بودند که بیمار نتوانسته به تعهدات نقشی‌اش عمل کند، به دنبال درمان نبوده و به توصیه‌های پزشک عمل نکرده است، از نتایج درمان توقعات غیرمعمول دارد و هدفش از شکایت گرفتن پول است.

مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۲

جدول ۲. خلاصه داده‌های استخراج شده از مذاکره پزشک و بیمار در جلسات رسیدگی به شکایت قصور پزشکی

جلسه	ویژگی‌ها		مقوله‌های اصلی	
	بیمار	پزشک	منافع متضاد پزشک و بیمار	تفسیرهای متفاوت پزشک و دیدگاه‌های پزشک و بیمار
۱	زن جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی/ حمایت شورا از پزشک	تفسیرهای متضاد از مشکل/ تضاد بر سر انتظارات از نقش پزشک
۲	زن جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی/ تضاد بر سر عدم عمل به تعهد از طرف پزشک	تفسیرهای متضاد از نتیجه عمل جراحی
۳	مرد میانسال	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از مشکل/ تفسیر متفاوت بیمار از توضیحات پزشک در مواجهه اول
۴	زن جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از وضعیت اولیه بیمار
۵	زن جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متفاوت پزشک و بیمار از دانش پزشکی
۶	زن میانسال	زن میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از مشکل
۷	مرد جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از مشکل
۸	زن جوان	زن میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از مشکل اولیه/ تفسیر متضاد از عارضه ایجادشده
۹	مرد میانسال	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متفاوت از مشکل و وضعیت فعلی بیمار
۱۰	زن سالمند	مرد جوان	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از وجود عارضه
۱۱	زن جوان	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متفاوت از راه حل درمانی ارائه شده توسط پزشک
۱۲	مرد سالمند	زن میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از مشکل/ تفسیر متضاد درباره آمادگی قبل از بیهوشی
۱۳	مرد جوان	زن میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیرهای متضاد از علت عارضه
۱۴	زن جوان	زن میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متضاد از عارضه تشنج به دنبال استفاده از لیزر
۱۵	زن میانسال	مرد میانسال	تضاد منافع مالی	تفسیر متفاوت از اختیارات حرفه ای پزشک

۲-۲-۴. یافته‌های مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران و پزشکان

۲-۲-۴-۱. رابطه پزشک و بیمار از نگاه بیماران

بیماران معتقد بودند پزشک به اندازه کافی برای آنها وقت نگذاشته و توضیح مؤثری درباره بیماری یا روش درمانی نداده است. پزشکان به سؤالات و نگرانی‌های بیمار توجه کافی نداشته‌اند و جزئیات را به زبان قابل فهم به بیمار توضیح نداده‌اند. از طرف دیگر به بیمار اطمینان داده‌اند که نتیجه روش درمانی موفقیت‌آمیز خواهد بود: «هیچی نگفت. وقتی رفتم انگار وقت نداشت، عجله‌ای نگاه کرد و گفت باید عمل کنی... فردا عمل کن... (مرد، ۵۸ ساله)».

به من نگفته بود که از شکمم چربی برمی‌داره... وقتی از اتاق عمل اومدم بیرون شکمم درد می‌کرد نمی‌فهمیدم چرا درد می‌کنه. بعداً دیدم ۱۲ تا بخیه خورده... به دکتر گفتم چرا این کارو کردی؟ گفت برداشتم زدم به صورتت. به پزشکی قانونی هم گفتم، گفتند که احتیاج بوده این کارو بکنه... خب باید از اول به من می‌گفت... (زن، ۲۱ ساله). «به من تضمین داد گفت هفت میلیون می‌گیرم یک بینی تحویل می‌دهم که توش شکایت و گله نباشه (زن، ۳۲ ساله)». «گفت بهت قول می‌دهم با عمل نهایت نهایتش فقط شش ماه دارو بخوری بعدش خوب می‌شی (زن، ۲۷ ساله)».

۲-۲-۴-۲. رابطه پزشک و بیمار از نگاه پزشکان

پزشکان اغلب معتقد بودند که درباره مشکل و روش درمان و میزان موفقیت آن به بیمار توضیح لازم را داده‌اند ولی بیمار درست متوجه نشده و دچار سوء تفاهم شده یا توقع‌اش از نتیجه درمان غیرمنطقی است.

چشمش تنبل بود و می‌خواست مثل چشم مقابل بشود که نشده. بی شمار گزاره از من نقل می‌کرد که چشمش کاملاً خوب می‌شه... ولی من چنین حرفی بهش نزده بودم و سوء تفاهم بوده... درست متوجه توضیحات من نشده بود. گفته بودم چشم مقابل بعداً نیاز به عمل دارد و او اشتباه متوجه شده بود... (مرد، ۴۶ ساله، متخصص چشم) «آدمی بود که وسواس داشت درباره جزئیات. چندین نوبت قبل از اقدام مراجعه کرده بود... بعد از چند جلسه خودش انتخاب کرد، ولی توضیحات من را که چندین بار گفته بودم فراموش کرده بود... (مرد، ۴۰ ساله، متخصص پوست و مو)».

۲-۲-۴-۳. رابطه مالی بین پزشک و بیمار از نگاه بیماران

بیمارانی که به بیمارستان دولتی یا پزشکان عمومی مراجعه کرده بودند از هزینه پرداخت‌شده رضایت داشتند و آن را منصفانه می‌دانستند. اما بیمارانی که از پزشکان متخصص بخش

خصوصی خدمات دریافت کرده بودند یا از بیمارستان دولتی به بخش خصوصی هدایت شده بودند، هزینه درمان را غیرمنصفانه می‌دانستند و از آن ناراضی بودند.

«دو و نیم میلیون تومان از من گرفت اونم چه جوری! نداشتم... ولی دیدم چشم خیلی ناچوره بهش دادم. بعداً رئیس بیمارستان گفت نباید بهش می‌دادی، اینجا بیمارستان دولتی... (زن، ۸۳ ساله)».

«ویزیت اول بیمارستان دولتی رفتم ولی آنجا انجام نداد و منو فرستاد کلینیک... که مال خودش و چند تا از همکارهاش بود اونجا نوبت اول سه‌ونیم میلیون [تومان] دادم و نوبت دوم یک‌ونیم میلیون به فاصله یک‌سال. برای من هزینه زیادی بود و به زحمت تهیه کردم (مرد، ۴۶ ساله)».

۴-۲-۴. رابطه مالی بین پزشک و بیمار از نظر پزشکان

بعضی از پزشکان که اقدام درمانی را در بیمارستان دولتی انجام داده بودند می‌گفتند که رابطه مالی میان آنها و بیمار وجود نداشته است و بیمارستان از هزینه دریافتی مبلغ کمی را به پزشک معالج می‌دهد. گروه دوم که در بخش خصوصی اقدام درمانی را انجام داده بودند می‌گفتند که هزینه دریافت‌شده منصفانه و حتی پایین‌تر از قیمت رایج بوده است.

«هیچ هزینه‌ای پرداخت نکرده بود، چون بیمه بود، رایگان انجام شده بود (زن ۴۸ ساله، متخصص زنان و زایمان)».

«هزینه‌ای که ازش گرفتم از منصفانه کمتر بود... با توجه به تجربه من در زمینه کاری و سطح علمی من کمتر از هزینه‌ای بود که همکاران باتجربه و سطح علمی پایین‌تر می‌گیرند (مرد، ۶۱ ساله، فلوشیپ گوش و حلق و بینی)».

۴-۲-۵. علت شکایت بیمار از نظر پزشکان

پزشکان اغلب نمی‌پذیرفتند که مرتکب قصور شده‌اند و علت شکایت را به مسائل دیگری نسبت می‌دادند. به نظر پزشکان اختلالات روانی، تحریک پزشکان دیگر، به‌دست آوردن پول و... مهمترین عللی هستند که بیمار شکایت می‌کند.

اختلالات روانی: برخی پزشکان اختلالات روانی در بیمار را علت طرح شکایت می‌دانستند. آنها با این برچسب وقوع عارضه را رد می‌کردند و ادعای بیمار را ناشی از مشکل روانی‌اش می‌دانستند.

«چون روانی بود شکایت کرد. بیماری اختلال جسمانی‌سازی^۱ داشت... ایشون با

دستمال کاغذی گوشه پلک و چشمش رو زخمی می‌کرد و بعد می‌آمد و می‌گفت خون

آمده... رو بالشم خون بوده... (مرد، ۳۳ ساله، متخصص چشم پزشکی)».

تحریک پزشکان دیگر: بیماران بعد از بروز عارضه یا نارضایتی از نتیجه درمان ممکن است برای دسترسی به اطلاعات بیشتر درباره مشکل جدید و یافتن راه حلی برای رفع آن به پزشکان دیگر

مراجعه کنند. بعضی از پزشکان شکایت بیمار را نتیجهٔ چنین مشاوره‌هایی می‌دانستند و معتقد بودند که در جریان مشاوره بیمار را تحریک به شکایت کرده‌اند.

«شکایت دلایل ساده‌ای دارد. راهنمایی غلط همکاران...، مریض از دیگران مشاوره گرفته بود... (مرد، ۴۶ ساله متخصص چشم)».

به دست آوردن پول: از نظر پزشکان گرفتن خسارت از شایع‌ترین دلایلی است که بیمار را به شکایت از پزشک سوق می‌دهد و از نظر آنان انگیزه‌های مالی در صدر علل شکایات بیماران از پزشکان است.

«برای گرفتن پول شکایت کرد... اینم یک جور اخاذی از پزشکان است. می‌خواست مرغداری بزنه کرج... لابد پولشو می‌خواست این جوری به دست بیاره... (زن، ۴۷ ساله، پزشک عمومی)».

«... بعداً اومد عذرخواهی کرد و گفت پول را برای پدر پیرم می‌خواستم و فکر کنید که صدقه داده‌اید... وضعمون خیلی خرابه دکترا! (مرد، ۴۷ ساله، پزشک عمومی)».

۵. بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این تحقیق آنچه بیمار را به شکایت علیه پزشک سوق می‌دهد کنش متقابل میان این دو کنشگر است که از بدو مواجهه مسیری مطلوب و مناسب را طی نکرده‌اند. در کنش متقابل پزشک و بیمار، بیماران توقعات و انتظارات و تفسیرهایی از مواجهه و نتیجه درمان دارند که اگر برآورده نشوند یا خلاف آن رخ دهد زمینه نارضایتی و طرح شکایت فراهم می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد اغلب بیماران توقعات و انتظاراتی از پزشک و نتیجه اقدام درمانی/زیبایی داشته‌اند که با آن توقعات برآورده نشده و یا با بروز عارضه و صدمه بر مشکلات بیمار افزوده و موجب شکل‌گیری نارضایتی و شکایت بیمار از پزشک شده است. البته نارضایتی بیمار گاه در زمینه عوامل دیگری مثل هزینه‌های مالی غیرمنصفانه (از نگاه بیمار) تشدید شده و او را به احقاق حق واداشته است.

اختلاف دیدگاه و تفسیرهای متفاوت و متضاد پزشک و بیمار دربارهٔ موضوعات مختلف از عوامل شکل‌گیری نارضایتی و طرح شکایت بیمار از پزشک بوده است. به طور مثال اگر چه در انجام مداخله پزشکی دردکشیدن برای بیمار مهم است اما پزشک با درک تخصصی ممکن است آن را چندان حائز اهمیت نداند. همچنین اگر چه برخی روش‌ها یا راه‌حل‌های پزشکی از نظر پزشکان به لحاظ علمی تأیید شده و بنابراین قابل اجرا هستند اما ممکن است برای بیمار قابل قبول نباشند. مثلاً وقتی بیمار بعد از بازیافتن هوشیاری پس از جراحی ترمیمی صورت می‌بیند که روی شکمش ۱۲ بخیه هست و مطلع می‌شود که پزشک از چربی شکم برای ترمیم صورت استفاده کرده است این اتفاق برای او غیرمنتظره و حتی شوکه‌کننده و غیرقابل قبول است، اما

از نظر پزشک او کاری علمی برای حل مشکل بیمار انجام داده است. چنین اختلاف‌هایی در تفسیر روند و نتایج درمان ممکن است انگیزه شکایت را در بیمار ایجاد کند. بخشی از بروز چنین اختلافاتی را می‌توان معلول مدل غالب رابطه پزشک- بیمار دانست که غیرمشارکتی است و بیمار در تصمیم‌گیری درمانی دخالت داده نمی‌شود. همچنین می‌توان این مسئله را تا حدودی معلول فقدان شفافیت پزشکی^۱ در مواجهه پزشک و بیمار دانست؛ به گونه‌ای که پزشک از ارائه اطلاعات و توضیح شفاف و روشن به بیمار خودداری می‌کند و بیمار بدون داشتن آگاهی کافی از ماهیت مشکل و عوارض احتمالی خود را به دانش و مهارت پزشک می‌سپارد. در واقع در جریان مذاکره و چانه‌زنی پزشک و بیمار توافق بین دو طرف در شرایط فقدان شفافیت حاصل می‌شود. اما از آنجا که براساس نظریه گرهارد بیمار بعد از بروز عارضه یا مطلوب نبودن نتیجه اقدام پزشکی تسلیم نظر پزشک (که ممکن است تفسیر متفاوتی از عارضه یا نتیجه مداخله داشته باشد) نمی‌شود و کنترل بر واقعیت را از سر می‌گیرد. با بازاندیشی درباره زیان‌های جسمی و مالی ناشی از اقدام پزشکی و با استفاده از منابع موجود دست به شکایت می‌زند. در این تحقیق یافته‌های کیفی تضاد در رابطه پزشک و بیمار درگیر شکایت قصور پزشکی را نشان می‌دهد و یافته‌های کمی هم از این یافته حمایت می‌کنند. این تضاد بین پزشک و بیمار در سه محور منافع مالی، دانش تخصصی و قدرت قابل تشخیص است.

الف) تضاد مالی: در این مطالعه یافته‌های کمی حاکی از آن بودند که ۵۷/۱ درصد از بیماران هزینه‌های پرداخت‌شده برای خدمت پزشکی را غیرمنصفانه یا کاملاً غیرمنصفانه دانستند و از آن ابراز نارضایتی کردند. در مصاحبه‌ها افرادی که از بخش خصوصی خدمت پزشکی دریافت کرده بودند هزینه‌های پرداخت‌شده را غیرمنصفانه توصیف کرده و از آن ناراضی بودند. از طرف دیگر پزشکان معتقد بودند که هزینه‌های دریافت‌شده از بیماران منصفانه و کمتر از حد معمول بوده است. مطابق یافته‌های حاصل از مشاهده تضاد بر سر منافع مالی موضوع اصلی چانه‌زنی در مذاکره بیمار و پزشک و اعضای شورا بوده است و دو طرف سعی می‌کردند از منافع مالی‌شان حفاظت کنند و نقش شورای حل اختلاف در واقع تعیین مبلغی یا یافتن راه‌حلی بود که منافع هر دو طرف در حد امکان تأمین شود. علاوه بر این یافته‌های کمی نشان داد بیشتر شاکیان از سطوح اقتصادی- اجتماعی پایین یا خیلی پایین بودند که خود را در مقابل پزشکانی عموماً در پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا می‌دیدند. بررسی هدف بیماران از طرح شکایت دریافت خسارت از پزشک بوده است. در حالی که بعضی از پزشکان طرح شکایت از قصور پزشکی را علت شکایت بیماران و دست‌آویزی برای اخاذی از پزشک تلقی می‌کردند. بیشتر مواجهه‌های منجر

به شکایت قصور پزشکی در مطب، کلینیک خصوصی و بیمارستان خصوصی یعنی از جایی صورت گرفته است که بیمار مجبور به خرید کالای سلامت یا زیبایی است و جز با پرداخت پول قادر به استفاده از چنین خدماتی نیست.

همه موارد فوق در راستای تصدیق این واقعیت هستند که منافع مالی از گره‌گاه‌های اصلی تضاد پزشک و بیمار است و شکایت در واقع کشمکش میان دو کنشگر برای حفظ منافع‌شان است. با استعانت از آموزه‌های رویکرد تضادگرایی انتقادی و نظریه مارکسیستی درباره پزشکی تحت سیطره سرمایه‌داری می‌توان گفت تعارض منافی که دو کنشگر پزشک و بیمار را به تنش می‌کشاند و بر صندلی شاکی و متهم می‌نشاند در قلمرو ساختاری عینیت پیدا کرده که رابطه پولی میان پزشک و بیمار است. قابل انتظار است در نظام بهداشتی و درمانی‌ای که یکی از مشخصه‌هایش رشد بخش خصوصی است رابطه «پزشک (درمانگر) - بیمار (درمانجو)» از رابطه اجتماعی‌ای که در آن کنشگر نقش بیمار (به دنبال بازبایی سلامتی) و کنشگر نقش پزشک (با تکیه بر دانش) به طور بی‌طرفانه و خیرخواهانه به دنبال معالجه بیمار است خارج شده و به رابطه دو کنشگر رها شده در بازار مبادله کالای سلامت استحاله یافته است. در این بازار کالای معامله سلامتی است. شکل‌گیری تضاد و کشمکش میان کنشگران امری محتمل و حتی محتوم خواهد بود.

البته یافته‌های تحقیق نشان داده است کل دعوای پزشک و بیمار بر سر سلامت نبوده و بخش بزرگی از شکایات به علت نارضایتی مراجعان از نتیجه اقدامات و جراحی‌های زیبایی بوده است. در آمار ارائه‌شده سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۴ نیز جراحی پلاستیک و ترمیمی دومین فراوانی را در میان موضوعات طرح‌شده در کمیسیون‌های پزشکی قانونی شهر تهران داشته است.^۱ این یافته را از یک سو می‌توان به افزایش تقاضا و گرایش جامعه به اقدامات زیبایی دانست که همین فراوانی جراحی احتمال وقوع عارضه یا نارضایتی از نتیجه و طرح شکایت را افزایش می‌دهد. و از سوی دیگر دخالت پزشکی در قلمرو زیبایی به عنوان مصداقی از پزشکی‌شدن زیبایی^۲ است که در شرایط پزشکی سرمایه‌داری مجال ظهور یافته است. در واقع در پزشکی سرمایه‌داری «زیبایی» به عنوان صنعتی سودآور به قلمرو پزشکی خصوصی افزوده شده است.

ب) تضاد بر سر دانش: نتایج حاصل از مصاحبه با بیماران نشان داد پزشکان درباره روش درمانی و عوارض احتمالی به آنها توضیح کافی نداده‌اند. در مطالعه نورالسنا و همکاران

۱. این آمار به صورت عمومی منتشر نشده و با مراجعه مستقیم به سازمان پزشکی قانونی و طی مراحل اداری و قانونی اخذ شد.

(۱۳۹۱) رضایت از نحوه پاسخگویی پزشک به سؤالات بیمار درباره بیماری و روش درمان ۴۷/۶ درصد بوده است. در مطالعه موسایی (۱۳۸۸) و مطالعه مصدق‌راد و جويا (۱۳۹۳) هم یکی از انتظارات بیماران از پزشک توضیح و ارائه اطلاعات کافی بوده است. عدم توضیح کافی به بیمار می‌تواند براساس تضادهای بین پزشک و بیمار (شامل کنترل در رابطه و منافع مالی) تبیین شود. پزشک به عنوان طرفی از رابطه که دانش و مهارت پزشکی در اختیار اوست در جریان مذاکره از انتقال بخشی از اطلاعات و دانشی که نیاز بیمار/مراجعه بوده و می‌توانسته در تصمیم‌گیری درباره انتخاب خدمت پزشکی به او کمک کند استنکاف ورزیده است. این عدم ارائه توضیح و انتقال دانش درباره بیماری و درمان از پزشک به بیمار حکایت از فقدان «شفافیت پزشکی» دارد و خود می‌تواند منشأ شکل‌گیری تضاد در رابطه پزشک-بیمار شود. البته توضیح‌ندادن درباره عوارض احتمالی مداخله درمانی بسته به موقعیت مواجهه ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد. در یک مطب یا بیمارستان شلوغ پزشک ممکن است فرصت توضیح کافی به بیمار را نداشته باشد یا ممکن است بر مبنای فرض‌های پزشکی پدرسالارانه ضرورت توضیح به بیمار را درنیافته و ترجیحش بر این است که اطلاعات اندکی در اختیار بیمار قرار دهد. علاوه بر این در مواجهه‌ای که منفعت مالی برای پزشک در میان باشد ممکن است او توضیح به بیمار را در تقابل با منافع خود تشخیص دهد و بیم آن را داشته باشد که با توضیح عوارض درمان بیمار از انجام اقدام و عمل درمانی یا زیبایی منصرف شود.

ج) تضاد قدرت: در این تحقیق تضاد بر سر قدرت به ویژه در رسیدگی به شکایات قصور پزشکی قابل استنتاج بود. یکی از مصادیق نابرابری نحوه رسیدگی به شکایات است که در شورای حل اختلاف مستقر در سازمان نظام پزشکی یا در سازمان پزشکی قانونی انجام می‌شود. این شکل از رسیدگی می‌تواند نشانه‌ای از نفوذ سیاسی نهاد پزشکی تلقی شود که توانسته است محل رسیدگی به بخشی از شکایات را به خانه خود منتقل و خودش به شکایت علیه خودش رسیدگی کند. با اتکاء به آرای ناوارو و فریدسون می‌توان گفت: چون پزشکی بخشی از سیستم سودآوری و انباشت ثروت در نظام سرمایه‌داری و پاسدار منافع طبقه مسلط است از این‌رو تحت حمایت ساختار سیاسی قرار دارد. از طرفی پزشکی با رویکرد حرفه‌ای‌گری موفق شده است این استدلال را برای حفظ موقعیت ممتاز خود و تداوم استقلال و خودتنظیمی حرفه‌ای داشته باشد که فقط پزشکان صلاحیت رسیدگی به تخلفات خودشان را دارند. با چنین استدلالی بخشی از شکایات به حوزه نفوذ پزشکان منتقل می‌شود و بیماران شاکی در دستگاه قضایی که در پی به چالش کشیدن قدرت پزشکان در جامعه هستند در زمین بازی خود کنترل نماید. در این جلسات نماینده‌ای از جامعه غیرتخصصی یا از طرف بیماران که بتواند ورای مباحث تخصصی سخنان بیمار را درک و از حق او دفاع کند حضور ندارد.

یافته دیگر که بر نابرابری قدرت پزشک و بیمار صحنه می‌گذارد این است که بیش از نیمی از شاکیان (در بخش کمی) اعتقاد داشتند که هیئت رسیدگی‌کننده از پزشک حمایت کرده است. در مصاحبه با بیماران نیز این جملات به دفعات شنیده می‌شد که «اینها یک عده پزشک هستند که هوای هم را دارند و طرف همکار خودشان را می‌گیرند». بسیاری از بیماران در جلسه‌های رسیدگی به شکایت اظهار می‌داشتند که پزشک معالج در برابر اعتراض آنها به عارضه پس از درمان گفته «برو شکایت کن!». در واقع پزشکان با برخورداری از موقعیت ممتاز در جامعه و نفوذ سیاسی و به پشتوانه بیمه مسئولیت مدنی روابط خود با بیماران را مدیریت می‌کنند و به این ترتیب قدرت و تسلط حرفه‌ای خود را از هر گزند و خدشه‌ای مصون نگه می‌دارند.

در این تحقیق پزشکان و بیماران تفسیرهای متفاوتی از علت یا هدف طرح دعوای قصور پزشکی داشتند. بیماران در شکایت از پزشک اهداف مختلفی داشتند که غیر از گرفتن خسارت، شامل وادار کردن پزشک به پاسخگویی، بهبود یافتن یا اقدام درمانی مجدد، تنبیه و سلب صلاحیت از پزشک و پیشگیری از وقوع موارد مشابه بود. در مقابل از نظر پزشکان علل طرح شکایت مواردی همچون اختلالات و مشکلات روانی بیمار، تحریک بیمار توسط پزشکان دیگر و به‌دست آوردن پول بود. این یافته تقریباً با یافته‌های مطالعه استفان و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت دارد که شاکیان این پرونده‌ها قصد داشتند سایر بیماران را از تجربیات مشابه محافظت کنند؛ معدودی خواهان عذرخواهی پزشک بودند؛ تعداد زیادی از آنها اظهار داشتند که غرامت مالی تنها انگیزه‌شان برای طرح شکایت نبوده است؛ در حالی که پزشکان بر این باور بودند که مطالبه غرامت مالی تنها هدف شاکیان بوده است. به نظر می‌رسد پزشکان در علت‌شناسی شکایات تلویحاً وقوع قصور پزشکی را انکار می‌کنند و مکانیسم‌های دیگری برای طرح شکایت قائل هستند که موقعیت حرفه‌ای آنها را خدشه‌دار نکند. آنها با استفاده از جایگاه و اقتداری که از دانش پزشکی کسب کرده‌اند می‌توانند به بیماران شاکی برچسب بیمار روانی بزنند یا با استفاده از برچسب طماع و حریص به بیمار هدف او را اخاذی از پزشک معرفی کنند. پزشکان همچنین رقابت در حرفه پزشکی را عامل شکایت بیماران می‌دانند و معتقدند که پزشکان رقیب بیمار را تحریک کرده‌اند. اما بیماران وقوع خطا را محرز و مسلم می‌دانستند و بر این اساس انگیزه‌های خود را از طرح شکایت بیان می‌کردند. در نظریه تضاد فریدسون (بردبای، ۲۰۱۱: ۲۶) این اختلاف دیدگاه‌های پزشک و بیماران به تاریخچه‌های متفاوت زندگی آنها و موقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی باز می‌گردد که دانش و آگاهی آنها را ساخته است. یک پدیده مشترک برای هر کدام از آنها علت‌های متفاوت دارد و به طور متفاوت تفسیر می‌شود و میزان اهمیتش هم متفاوت است.

در مجموع و براساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت: مسئله قصور پزشکی و شکایت از آن محصول نوعی از کنش متقابل میان پزشک و بیمار است که در آن مشارکت، شفافیت، تفاهم و درک متقابل به طور مطلوب انجام نمی‌شود و تضاد بین بیمار و پزشک حول محورهای منفعت، دانش و قدرت در آن مستتر است. در واقع تضاد میان این دو کنشگر اجتماعی از بسترهای تضادهای سطح کلانی برخاسته است که چگونگی مناسبات اقتصادی و اجتماعی پزشکان و بیماران را شکل می‌دهند. تضاد سطح خرد در بطن تضاد ساختاری را می‌توان «تضادهای تودرتو»^۱ نامید که پیچیدگی و اهمیت قصور پزشکی را باز می‌نمایاند.

در پایان ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که قصور پزشکی به عنوان مسئله‌ای اجتماعی در حوزه سلامت مسئله‌ای چندعاملی است که به طور همزمان، در سطوح خرد و کلان قابل بررسی است. چنین رویکرد ترکیبی در متن پژوهش اصلی‌ای که مقاله حاضر از آن استخراج شده مد نظر پژوهشگران بوده است که طی آن علاوه بر شناسایی نقش تجارب زیسته کنشگران درگیر در شکل‌گیری فرآیند شکایت از قصور پزشکی هم‌زمان به نقش عوامل ساختاری مؤثر بر شکل‌گیری یا تشدید این مسئله همچون اقتصاد سیاسی و نظام ارائه خدمات مراقبت سلامت، چگونگی نظارت بر پزشکان، کیفیت آموزش پزشکی، بیمه مسئولیت مدنی پزشکان، رسانه‌ها و... پرداخته شده است. با این حال با عنایت به عنوان و هدف مقاله حاضر به نظر می‌رسد توضیح اثرات این عوامل ساختاری بر مسئله قصور پزشکی خود نیازمند مقاله‌ای مستقل است.

پیشنهاد و راهکار

حذف رابطه پولی میان پزشک و بیمار، خروج خطاهای پزشکی از شمول سیستم پرداخت خسارت و دیه، اصلاح رابطه پزشک و بیمار، آموزش به دانشجویان پزشکی، جدی گرفته شدن ضرورت شفافیت پزشکی و اطلاع‌رسانی دقیق و علمی درباره عوارض و پیامدهای احتمالی هر مداخله پزشکی و حضور نمایندگانی از جامعه یا انجمن‌های دفاع از حقوق بیماران در ترکیب جلسات رسیدگی به قصور پزشکی از جمله پیشنهادهای قابل ارائه براساس یافته‌های این تحقیق هستند.

منابع

آدام، فیلیپ و کلودین هر تسلیک (۱۳۸۵) *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه لورانس دنیا کتبی، تهران: نی.
آرمسترانگ، دیوید (۱۳۸۷) *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه محمد توکل، تهران: حقوقی.

اخلاقی، میترا و حسن توفیقی زواره و فاطمه صمدی (۱۳۸۳) «شکایت قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ علل و روش‌های پیشگیری از آن»، پزشکی قانونی، دوره دهم، شماره ۳۴: ۷۰-۷۴.

ادیب‌زاده، عبدالرئوف و همکاران (۱۳۹۱) «بررسی قصور پزشکی منجر به فوت و نقص عضو مطرح‌شده در کمیسیون‌های نظام پزشکی شهر کرمان در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵»، حقوق پزشکی، دوره ششم، شماره ۲۰: ۱۴۱-۱۵۴.

اشرفیان بناب، مازیار (۱۳۸۸) *ضروریات پزشکی قانونی*، تهران: تیموزاده.
برزگر بفرویی، عبدالرزاق و همکاران (۱۳۹۵) «بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی در سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۸۷ لغایت ۱۳۸۹»، پزشکی قانونی، دوره بیست و دوم، شماره ۱ (پیاپی ۷۷): ۵۵-۶۶.

توفیقی، حسن و جلال شیرزاد و مسعود قادی‌پاشا (۱۳۸۱) «بررسی موارد قصور پزشکی منجر به فوت شده در جلسات کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸»، پزشکی قانونی، دوره هشتم، شماره ۲۷: ۵-۸.

جغتایی، حجت‌الله و همکاران (۱۳۹۲) «بررسی علایم و عوارض حاصل از طرح دعوای قصور پزشکی علیه جراحان در مراجع قانونی»، پزشکی قانونی، دوره نوزدهم، شماره ۲ و ۳ (مسلسل ۶۸): ۲۶۴-۲۷۴.

حاجی‌خانی، ناهید (خرداد، ۱۳۹۶) افزایش ۲۷ درصدی پرونده‌های قصور پزشکی در سال گذشته [اخبار]، ایرنا، بازیابی شده در ۳ خرداد ۱۳۹۶، از <https://www.irna.ir/news/82540882>.
خوانین‌زاده، مرتضی و فاطمه قلی‌پور (۱۳۹۲) «بررسی شکایات مربوط به قصور پزشکی ناشی از اعمال لاپاروسکوپی که منجر به طرح پرونده در کمیسیون پزشکی قانونی تهران شده است»، *نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره سی و یکم، شماره ۱: ۴۰-۴۴.

رفیع‌زاده طبایی زواره، سیدمحسن و رضا حاج‌منوچهری و مریم نساجی زواره (۱۳۸۶) «بررسی فراوانی قصور پزشکان عمومی در شکایات ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی مرکز تهران از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۴»، پزشکی قانونی، دوره سیزدهم، شماره ۳ (مسلسل ۴۷): ۱۵۲-۱۵۷.
رفعیان، مجتبی و محمد شالی (۱۳۹۱) «تحلیل فضایی سطح توسعه‌یافتگی تهران به تفکیک مناطق شهری»، *برنامه‌ریزی و آمایش فضا*، دوره شانزدهم، شماره ۴ (پیاپی ۷۶): ۲۵-۴۹.
شیخ‌آزادی، اردشیر و همکاران (۱۳۸۹) «بررسی دیدگاه پزشکان بیمارستان امام خمینی تهران در خصوص افشای خطای پزشکی»، پزشکی قانونی، شماره شانزدهم، شماره ۳ (مسلسل ۵۹): ۱۹۵-۲۰۳.

- صدر، شهاب‌الدین و محمدحسن قدیانی و علی‌اصغر باقرزاده (۱۳۸۶) «بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۲»، *پزشکی قانونی*، دوره سیزدهم، شماره ۲ (مسلسل ۴۶): ۷۸-۸۶.
- عظیمی، خدیجه و همکاران (۱۳۹۶) «بررسی انواع قصور پزشکی مرتبط با بارداری و زایمان، ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی کل کشور طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱»، *پزشکی قانونی*، دوره بیست و سوم، شماره ۲: ۱۳۲-۱۴۱.
- فرهادی، یدالله و همکاران (۱۳۸۳) «بررسی میزان و انواع قصور پزشکی در بین پزشکان در طول سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۶ در تهران»، *طب و ترکیب*، شماره ۵۵: ۲۱-۲۷.
- فلیک، اووه (۱۳۹۱) *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نی.
- قلندریور، مژگان و فریبا اصغری (۱۳۹۰) «نگرش و عملکرد اساتید و رزیدنت‌های جراحی عمومی به ابراز خطای پزشکی»، *اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره چهارم، شماره ۳: ۶۱-۶۸.
- کامیاب، فاطمه و همکاران (۱۳۹۵) «علل و عوامل قصور پزشکی در رشته زنان و مامایی»، *پزشکی قانونی*، دوره بیست و دوم، شماره ۳: ۱۶۵-۱۷۱.
- کربو، هارولد (۱۳۸۳) «نظریه‌های تضادگرا درباره قشربندی اجتماعی»، ترجمه سیدرضا میرطاهر، *رشد آموزش علوم اجتماعی*، دوره هشتم، شماره ۲۴: ۲۴-۳۳.
- کیانمهر، ناهید و مانی مفیدی و مرضیه حاجی‌بیگی (۱۳۸۸) «آیا بیماران در بخش اورژانس از بروز خطای پزشکی نگرانند؟»، *نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره بیست و هفتم، شماره ۴: ۴۳۱-۴۳۶.
- محموظی، علی و فخرالدین تقدسی‌نژاد و حسن عابدی خوراسگانی (۱۳۸۱) «بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه منتهی به اسفند ۱۳۷۸»، *پزشکی قانونی*، دوره هشتم، شماره ۲۶: ۴-۱۰.
- مصدق‌راد، علی‌محمد و طاهره جويا (۱۳۹۳) «عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک توسط بیمار در شهر تهران»، *سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره سی و دوم، شماره ۴: ۳۳۷-۳۴۷.
- معیدفر، سعید (۱۳۸۹) *مسائل اجتماعی ایران*، تهران: علم.
- موسایی، میثم و مرضیه فاطمی ابهری و فاطمه نیک‌بین صداقتی (۱۳۸۹) «بررسی عوامل و راهکارهای رعایت حقوق بیمار»، *رفاه اجتماعی*، دوره دهم، شماره ۳۹: ۵۵-۸۴.
- میراکبری، سیدمصطفی و همکاران (۱۳۸۲) «بررسی شکایات قصور پزشکی از جراحی‌های بینی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در فاصله سالهای ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۹»، *پزشکی قانونی*، دوره نهم، شماره ۳۱: ۱۳۶-۱۳۸.

- نایی، هوشنگ و حمید عبداللهیان (۱۳۸۱) «تبیین قشربندی اجتماعی»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، شماره ۲۰: ۲۰۵-۲۳۶.
- نوبخت حقیقی، علی و همکاران (۱۳۷۹) «بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه‌کنندگان به سازمان نظام پزشکی تهران»، *نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره هجدهم، شماره ۴: ۲۹۵-۳۰۳.
- نورالسنا، رسول و همکاران (۱۳۹۱) «بررسی میزان رضایت بیماران از خدمات پزشکان عمومی شهر فسا»، *اخلاق پزشکی*، دوره ششم، شماره ۲۲: ۱۶۱-۱۸۴.
- وایت، کوین (۱۳۹۳) *درآمدی بر جامعه‌شناسی سلامت و بیماری*، ترجمه محسن نصری‌راد، تهران: حقوقی.
- هدایتی، مهرنگ و ماندانا نژادنیک و مهرداد ستاره (۱۳۹۰) «عوامل مؤثر در نتیجه حکم صادره در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکان»، *دانشکده علوم پزشکی اصفهان*، دوره بیست و نهم، شماره ۱۶۱: ۱۴۹۷-۱۵۰۹.
- Abd-Elwahab Hassan, D. Shehab, AM. Kotb, H. (2014) Alleged Medical Malpractice: A Retrospective Study of Forensic Evaluation of Cases in Cairo and Giza Regions - Egypt (2009-2011), *Journal of Forensic Reasearch*, 5: (239).
- Adams, M. Maben, J. Robert, G. (2017) "It's Sometimes Hard To Tell What Patients Are Playing at: How Healthcare Professionals Make Sense of Why Patients and Families Complain about Care", *Health (London)*, 22 (6): 603-623.
- Al Hamady, N. (2006) "Assessment of Some Medical Malpractice Cases during Surgical Procedures in Yemen", *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 24: 415-429.
- Allosop, Judith and Linda Mulcahy (1998) "Maintaining Professional Identity: Doctors' Responses to Complaint", *Sociology of Health and Illness*, 20 (6): 802-824.
- Annandale, E. (1989) "The Malpractice Crisis and the Doctor-Patient Relationship", *Sociology of Health and Illness*, 11 (1): 1-23.
- Bradby, H. (2012) *Medicine, Health and Society*, London: Sage.
- Bourne, Tom, Wynants Laure, Peters Mike, Van Audenhove Chantal, Timmerman Drik, Van Calster Ben, Jalmbrant Maria (2015) "The Impact of Complaints Procedures on the Welfare, Health and Clinical Practice of 7926 Doctors in the UK: A Cross-Sectional Survey", *BMJ*; Retrieved from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006687> (Accessed 25 Apr. 2017).
- Calnan, M. (2015) *Eliot Freidson: Sociological Narratives of Professionalism and Modern Medicine*, London: Palgrave MacMillan.

- Chamberlin, J. M. (2012) "Sociological Deconstructions I: Medical Autonomy and Altruism", *The Sociology of Medical Regulation: an Introduction*, Dordrecht: Springer.
- Ciofu, C. (2011) "The Frequency and Severity of Medical Malpractice Claims: High Risk and Low Risk Specialties". *Maedica: A Journal of Clinical Medicine*. 6 (3): 230-231.
- Coburn D. (2015) Vicente Navarro: Marxism, Medical Dominance, *Healthcare and Health*, London: Palgrave MacMillan.
- Collyer, F. (2015) *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, London: Palgrave MacMillan.
- Doherty, Edmund G and Carl O Haven (1997) "Medical Malpractice and Negligence", *JAMA*, 238 (15): 1656-1658.
- Fielding, S. L. (1990) "The Social Construction of Medical Malpractice Crisis", *Sociological Forum*, 5 (2): 279-295.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied knowledge*, New York: Harper & Row.
- Gabe, Jonathan and Michael Bury and Mary Elston (2014) *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage Publications.
- Gerhardt, U. (1989) *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, London: Palgrave.
- Halpern, Sydney and Renee Anspach (1993) "The Study of Medical Institutions: Eliot Friedson's Legacy", *Work and Occupations*, 20 (3): 279-295.
- Harris, Catherine T and Ralph A Peebles (2015) "Medical Errors, Medical Malpractice and Death Cases in North Carolina: The Impact of Demographic and Medical System Variables", *Contemporary Readings in Law and Social Justice*, 7 (2): 46-59.
- Ho, Benjamin and Elaine Liu (2011) "Does Sorry Work? The Impact of Apology Law on Medical Malpractice", *Journal of Risk and Uncertainty*, 43 (20): 141-167.
- Jung, JY. Kim, SY. Kim, DG. Kim, CB. Chi, KC. Kang, WK (2018) "Analysis of Lawsuit Cases in the Department of Surgery in Korea", *Ann Surg Treat Res*, 94 (3): 113-117.
- McClellan, FM. White, AA. Jimenez, RL. Fahmy S. (2012) "Do Poor People Sue Doctors More Frequently? Confronting Unconscious Bias and the Role of Cultural Competency", *Clin Orthop Relat Res*, 470 (5): 1393-1397.
- Mwaheb, M. (2016) "Screening of Alleged Medical Malpractice in Egypt (Fayoum Governorate)", *Journal of Forensic Research*, 7 (341): DOI: 10.4172/2157-7145.1000341.
- Oyebode, F. (2013) "Clinical Errors and Medical Negligence", *Medical Principles and Practice*, 22: 323-333.

- Rogers, Anne and David Pilgrim (2005) *Sociology of Mental Health and Illness*, Berkshire: McGraw Hill Education
- Sandberg, EM Bordewijk, EM. Klemann, D. Driessen, SRC. Twijnstra, ARH. Jansen, FW (2017) "Medical Malpractice Claims in Laparoscopic Gynecologic Surgery: A Dutch Overview of 20 Years", *Surg Endosc*, 31 (12): 5624-5628.
- Shin, S. Jang, SG. Min, KT. Lee, W. Kim, SY (2018) "The Legal Doctrine on the Liability of Physicians in Medical Malpractice Lawsuits Involving Complex Regional Pain Syndrome", *J Korean Med sci*, 33 (9): doi: 10.3346/jkms.2018.33.e46.
- Sohn, D. H. (2013) "Negligence, Genuine Error, and Litigation", *International Journal of General Medicine*, 6: 49-56.
- Stephen, Frank and Angela Melville and Tammy Krause (2012) *A Study of Medical Negligence Claiming in Scotland*, London: Scottish Government Social Research.
- Therattil, PJ. Chung, S. Sood, A. Granick, MS. Lee, ES (2017) "An Analysis of Malpractice Litigation and Expert Witnesses in Plastic Surgery", *Journal of Plastic Surgery*, 17 (e30). Retrived 2018 May 2 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638964/>
- Thomas, R. K. (2003) *Society and Health*, New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Wang, Zhan, Li Niying, Jiang Mengsi, Dear Keith, Hsieh Chee-Ruey (2017) "Records of Medical Malpractice Litigation: A Potential Indicator of Health-Care Quality in China", *Bulletin of the World Health Organization*, Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179143>.
- Werner, A. (2011) "A Sociological Perspective on the Medical Consolation", *Tidsskr Nor Legeforen*, 20 (131): 2032-2034.
- Wu, CY. Lai, HJ. Chen, RC. (2009) "Patient Characteristics Predict Occurrence and Outcome of Complaints against Physicians: A Study from a Medical Center in Central Taiwan", *Journal of the Formosan Medical Association*, 108 (2): 126-134.