

## نقش مسئولین فنی در جلوگیری از قصور پزشکی در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد

لیلا دوستی<sup>۱</sup>، محمدرضا فارسی نژاد<sup>۲</sup>، اعظم عارفی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

<sup>۲</sup> متخصص پزشکی قانونی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی واحد لرستان

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مسئولین فنی برای جلوگیری از قصور پزشکی در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد با روش توصیفی پیمایشی تدوین شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل مسئولین فنی و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد بوده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که شامل تعدادی گویه در خصوص متغیر مستقل مسئولین فنی و متغیر وابسته قصور پزشکی (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، بی‌مهارتی، رعایت قوانین دولتی) بود و در طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفت در سطح استنباطی از آزمون‌های معتبر استفاده شده است. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد با توجه به میزان همبستگی میان متغیرهای پژوهش، ۶۶ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به عدم مهارت توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است که مقدار چشمگیری است و ۰٫۱ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی توسط سن مسئولین فنی قابل تعیین است و در بررسی نقش مسئولین فنی در جلوگیری از قصورات پزشکی در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد، تهیه تدارکات و تمهیدات لازم و پیگیری و مراقبت‌های لازم بعد از عمل جراحی به ترتیب بیشترین و کمترین نقش را در اندازه‌گیری عامل بی‌مبالاتی دارند، بی‌احتیاطی پرسنل و عدم توجه پرسنل به بیماران به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین سهم را در اندازه‌گیری عامل بی‌احتیاطی دارد، تأثیرگذاری نظرات مسئولین فنی بر نظارت خبرگان و کارشناسان بالاترین سهم و نقش را در اندازه‌گیری عامل عدم مهارت دارد و رعایت ضوابط مربوط به بیمارستان و رعایت ضوابط مربوط به بیمارستان به ترتیب بیشترین و کمترین سهم و نقش را در اندازه‌گیری عامل رعایت مقررات دولتی به خود اختصاص داده است.

واژه‌های کلیدی: قصور پزشکی، مسئولین فنی، بیمارستان‌های، خرم‌آباد

## مقدمه

قصور پزشکی شامل اشتباه در تشخیص، درمان یا مدیریت بیماری است (صفدری و همکاران، ۱۳۸۴). ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران همواره با هدف نهایی ارتقای سطح سلامت انسان‌ها طراحی و پیاده می‌گردد و مسلماً، ارائه‌دهندگان چنین خدماتی سهم بسزایی در پیاده‌سازی صحیح این برنامه دارند؛ نگاه صرفاً حقوقی به پرونده‌های قصور پزشکی و شکایات وارده علیه مسؤولین مراقبت سلامت به زوایا و عوامل پیدا و نهانی که می‌تواند مؤثر در افزایش ضریب خطای جزایی کادر درمان شود فهرست کاملی از موارد قصور در حرفه پزشکی غیر ممکن است و در واقع هیچگاه نمی‌توان پرونده موارد قصور پزشکی را بسته شده اعلام کرد؛ زیرا با پیشرفت علم پزشکی، موارد اشتباه و قصور جدیدی به وجود می‌آید. ولی تخصص‌های مختلف پزشکی خطرات و موارد قصور متفاوتی دارند. تخصص‌های زنان و زایمان، بیهوشی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی پلاستیک، طب اورژانس و ارتوپدی در معرض خطر بیشتری قرار دارند (موسسه حقوقی پزشکی حامیان اطباء دادمهر).

با توجه به بررسی منابع علمی و بررسی اطلاعات کسب شده از مراکز قانونی رسیدگی به قصور پزشکی میزان شکایت از پزشکان و کادر درمان رو به رشد می‌باشد. این افزایش شکایات با وجود رشد علمی و رشدی کیفیت ارائه خدمات بوده است که تناقضی آشکار را به ما نشان می‌دهد و نشان‌دهنده آن است که عوامل دیگری نیز و متغیرهای دیگری نیز در این بین تأثیرگذار می‌باشد. (باقری مقدم و همکاران، ۱۳۹۶).

پزشکی قانونی از مهم‌ترین سازمانهای تخصصی و کارشناسی قضایی کشور به شمار می‌رود که نقش بارزی در پرونده‌های قضایی کشور دارد، به گونه‌ای که یک سوم پرونده‌های قضایی کشور با اخذ نظرات کارشناسی و علمی این سازمان صلاحیت صدور حکم می‌یابد (صدر، ۱۳۸۲).

بروز تخلفات پزشکی و به دنبال آن شکایت و دادخواهی بیماران و سرانجام درخواست غرامت از سوی ایشان، پزشکان و جامعه پزشکی را با بحرانی فزاینده روبرو ساخته است. به طوریکه آثار سوء ناشی از این روند را در آینده‌ای نه چندان دور بر سرویس‌های ارائه شده توسط این قشر متخصص ملاحظه خواهیم کرد (حقیقی و همکاران، ۱۳۷۹).

محدودیت منابع و امکانات تولید از زمانهای گذشته تا عصر کنونی که عصر اطلاعات فرامردن و توسعه‌ی چشمگیر علم و فن است، همواره مطرح بوده و در آینده نیز با شدت فزونتری خود را بر شرایط اقتصادی تحمیل خواهد نمود. از این رو، استفاده‌ی بهینه از امکانات و منابع در دسترس و ارتقای کارایی استفاده از این منابع جهت دستیابی به رفاه و پاسخگویی به نیازهای رو به رشد، به یک مسأله‌ی بسیار مهم مبدل گشته است (آصف‌زاده، ۲۰۰۳).

سازمان‌های بهداشتی و درمانی در طول زمان برای پاسخگویی به شرایط خاص، هر دوره شاهد تحولات عمده‌ای بوده‌اند. بروز تغییرات مختلف، رشد سریع هزینه‌ها و فناوری‌های بخش بهداشت و درمان، افزایش پیچیدگی‌های فرایندهای بهداشتی و درمانی و رقابت بین موسسات ارائه‌دهنده خدمات، دیدگاه اندیشمندان را نسبت به این نظام دگرگون ساخته است (خمسه و همکاران، ۲۰۱۳). بخش کثیری از پزشکان و افرادی که در امر درمان دخالت دارند از مسائل قانونی مربوط به آن بی‌اطلاع یا دارای اطلاعات اندکی می‌باشند. از این رو ممکن است برای آنان قصور پزشکی رخ دهد، که قصور یا کوتاهی در امر پزشکی سبب‌ساز آسیب‌های جدی به بیماران و نهایت امکان فوت بیمار را دارد، لذا مسئله قصور پزشکی از اهمیت بالایی برخوردار است (توفیقی، ۱۳۷۶).

سازمان پزشکی قانونی، سالانه به بیش از یک‌ونیم میلیون مراجعه کننده خدمات ارائه می‌کند (آشنایی با پزشکی قانونی ایران).

بخشی از مراجعات به این سازمان شکایات ارجاعی به علت قصور پزشکی می‌باشد. در بیمارستانها، مسئولین فنی عهده‌دار وظیفه سنگین و مهمی هستند چرا که بدلیل داشتن تماس با تمام کادر درمانی از بالاترین ریسک شکایات محکومیت‌ها برخوردار هستند و علاوه بر آنکه باید پاسخگوی مسئولیت و مشکلات کاری خود باشند، می‌بایست در این رابطه نسبت به خطای سایر کادر درمانی نیز جوابگو باشند. از آن جایی که بیماران و وکلاء هنوز شناخت کافی از این گروه کادر درمانی ندارند ولی این موضوع ناقض بررسی خطای احتمالی آنها نخواهد شد. یک مسئول فنی عملاً نماینده تام‌الاختیار وزارت بهداشت در مرکز مربوطه است و جزء مدیران ارشد بیمارستان‌ها به شمار می‌آیند و در واقع رئیس و قدرت اصلی در جهت رسیدگی به وضعیت این مراکز در استان این افراد است بر این مبنای انجام تحقیق بر اساس معیارهای علمی در این زمینه ضروری است. چرا که وصول به چنین شناختی نقشی اساسی در ارائه راهکارها و رهنمودهای لازم خواهد داشت. در تبیین نقش باید گفت که به طور کلی هر نقش تعدادی وظیفه را به عهده می‌گیرد. که این وظایف (وظایف مصوب وزارت بهداشت و درمان) باید به گونه‌ای تقسیم شود که هیچ وظیفه‌ای بدون آن که کسی برای انجام آن وجود داشته باشد باقی بماند. همین طور بین وظایف اجزاء سیستم هم‌پوشانی وجود نداشته باشد البته شاید این مسئله به طور عینی حادث نشود اما وظیفه ما این است که به این شرایط نزدیک شویم (درسنامه نقش‌های پزشکان در نظام سلامت).

### فرضیات تحقیق:

۱. به نظر می‌رسد مسئولین فنی در جلوگیری از بی‌مبالاتی پزشکی در بیمارستانها نقش دارند.
۲. به نظر می‌رسد مسئولین فنی در جلوگیری از بی‌احتیاطی پزشکی در بیمارستانها نقش دارند.
۳. به نظر می‌رسد مسئولین فنی در جلوگیری از عدم مهارت پزشکی در بیمارستانها نقش دارند.
۴. به نظر می‌رسد مسئولین فنی در جلوگیری از عدم رعایت مقررات دولتی در بیمارستانها نقش دارند.

### روش تحقیق

روش تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی می‌باشد. به منظور جمع‌آوری چارچوب نظری، از مقالات، مجلات، کتب مرتبط، اسناد و منابع اطلاعاتی معتبر استفاده شد. در زمینه گردآوری داده‌های پژوهش از ابزار پرسشنامه محقق ساخته بهره گرفته شده است و روایی آن از لحاظ محتوا و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ تعیین شد. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. که مقدار ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰,۸۵۸ به دست آمد که با توجه به اینکه ضریب آلفای کرونباخ، بیشتر از ۰,۷ است لذا می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه تدوین شده، از پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد. در تحلیل پرسشنامه از نرم‌افزار SPSS استفاده شد پس از جمع‌آوری داده‌های به‌دست‌آمده و تجزیه و تحلیل آنها پرداخته شده است.

## تحلیل استنباطی داده‌های آماری

## آزمون فرضیات

در این بخش، فرضیات مطرح شده در پژوهش، جهت اخذ تأیید یا رد فرضیه، مورد بررسی قرار خواهند گرفت. در این تحقیق، برای تعیین میزان اثر هر کدام از متغیرهای مستقل (جنس، سن، تأهل و شغل) بر روی متغیر وابسته (آگاهی مسئولین فنی و پزشکان بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد نسبت به قصورات پزشکی) از معادله رگرسیونی خطی استفاده شده است.

## - سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی

با توجه به آنچه در جدول ۱، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰،۱۶ می‌باشد ( $R=0/16$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۰/۷۹۹ واحد در میزان آگاهی پزشکان و مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۰،۲۸ درصد از تغییرات میزان آگاهی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط سن پزشکان و مسئولین فنی قابل تبیین است. ( $R^2=0/28$ ).

## جدول ۱: ضرایب رگرسیونی متغیر سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۵،۹۵۱	۱،۴۱۰		۱۸،۴۰۹	۰/۰۰۰
سن	-۰،۷۹۹	۰/۴۷۸	-۱،۶۶	-۱،۶۷۱	۰/۰۹۸

R = ۰/۱۶  $R^2=0/28$  F=۲۲،۷۹ Sigf= ۰/۹۸

## - سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

با توجه به آنچه در جدول ۲، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۱۱۸ می‌باشد ( $R=0/118$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۰،۴۲۸ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱۴ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/14$ ).

## جدول ۲: ضرایب رگرسیونی متغیر سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۰،۱۳۵	۱،۰۷۰		۱۸،۸۱۸	۰/۰۰۰
سن	-۰،۴۲۸	۰،۳۶۳	-۰،۱۱۸	-۱،۱۷۸	۰،۲۴۲

R = ۰/۱۱۸  $R^2=0/14$  F=۱۳/۳۸ Sigf= ۰/۲۴۲

**- سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت**

با توجه به آنچه در جدول ۳، رگرسیونی متغیر تحصيلات و آگاهی زنان روستایی نسبت به بهداشت آب ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۳۶۹ می‌باشد ( $R=0/369$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان تحصيلات به مقدار ۱/۱۶۳ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱۳،۶ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/136$ ).

**جدول ۳: ضرایب رگرسیونی متغیر سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت**

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۲۶،۰۳۸	۰،۸۲۷		۲۹،۸۶۲	۰/۰۰۰
سن	۱،۱۶۳	۰،۲۹۶	۰،۳۶۹	۳،۹۲۹	۰/۰۰۰

R =  $0/369R^2=0/136$  F=۱۵/۴۳۶ Sigf= ۰/۰۰۰

**- سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی**

با توجه به آنچه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۲۵ می‌باشد ( $R=0/25$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۰،۴۴ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (نظام دولتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۰،۱ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/001$ ).

**جدول ۴: ضرایب رگرسیونی متغیر سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی**

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۱۲،۶۰۶	۰،۵۲۶		۲۳،۹۸۷	۰/۰۰۰
سن	۰،۴۴	۰،۱۷۸	۰،۲۵	۰،۲۴۵	۰/۸۰۷

R =  $0/25R^2=0/001$  F=۰/۶۰ Sigf= ۰/۸۰۷

**-جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی**

با توجه به آنچه در جدول ۵، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۳۶۵ می‌باشد ( $R=0/365$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۳،۶۵۴ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱۳،۳ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/133$ ).

جدول ۵: ضرایب رگرسیونی متغیر سن و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۷,۹۵۵	۱,۱۵۹		۲۴,۱۲۸	۰/۰۰۰
جنس	-۳,۶۵۴	۰,۹۴۳	-۰,۳۶۵	-۳,۸۷۵	۰/۸۰۷

R = ۰/۳۶۵      R<sup>2</sup> = ۰/۱۳۳      F = ۱۵/۰۱۹      Sigf = ۰/۰۰۰

## -جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

با توجه به آنچه در جدول ۶، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۳۸۱ می‌باشد (R=۰/۳۸۱). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۲,۸۸۰ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱۴,۵ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. (R<sup>2</sup>=۰/۱۴۵).

جدول ۶: ضرایب رگرسیونی متغیر جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۲۲,۲۹۰	۰,۸۶۷		۲۵,۷۱۰	۰/۰۰۰
جنس	-۲,۸۸۰	۰,۷۰۶	-۳,۸۱	-۴,۰۸۲	۰/۰۰۰

R = ۰/۳۸۱      R<sup>2</sup> = ۰/۱۴۵      F = ۱۶/۶۶۶      Sigf = ۰/۰۰۰

## -جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت

با توجه به آنچه در جدول ۷، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۱۹۲ می‌باشد (R=۰/۱۹۲). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۱,۲۶۰ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۳۷ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. (R<sup>2</sup>=۰/۳۷).

جدول ۷: ضرایب رگرسیونی متغیر جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۳۰,۸۱۴	۰,۸۰۱		۳۸,۴۵۴	۰/۰۰۰
جنس	-۱,۲۶۰	۰,۶۵۲	-۱,۹۲	-۱,۹۳۲	۰/۵۶

R = ۰/۱۹۲      R<sup>2</sup> = ۰/۳۷      F = ۳/۷۳۴      Sigf = ۰/۵۶

## -جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی

با توجه به آنچه در جدول ۸، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۸۵ می‌باشد (R=۰/۸۵). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۰,۳۱۳ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (نظام

دولتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۷ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/07$ ).

جدول ۸: ضرایب رگرسیونی متغیر جنس و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۱۳,۰۹۶	۰,۴۵۶		۲۸,۷۲۵	۰/۰۰۰
جنس	-۰,۳۱۳	۰,۳۷۱	-۰,۸۵	-۰,۸۴۲	۰/۴۰۲

$R = 0/۸۵$        $R^2 = 0/07$        $F = 0/۱۰۳۴$        $Sigf = 0/۴۰۲$

-تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی

با توجه به آنچه در جدول ۹، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۴۱۵ می‌باشد ( $R=0/415$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۳,۲۱۹ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی-مبالاتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱۷,۲ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/172$ ).

جدول ۹: ضرایب رگرسیونی متغیر تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌مبالاتی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۲۸,۱۲۲	۱,۰۴۳		۲۶,۹۶۴	۰/۰۰۰
تأهل	-۳,۲۱۹	۰,۷۱۳	-۰,۴۵۱	-۴,۵۱۵	۰/۰۰۰

$R = 0/415$        $R^2 = 0/172$        $F = 0/۲۰,۳۸۵$        $Sigf = 0/000$

-تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

با توجه به آنچه در جدول ۱۰، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۵۵ می‌باشد ( $R=0/55$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۳,۲۶۷ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی-احتیاطی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۳۱,۲ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/312$ ).

جدول ۱۰: ضرایب رگرسیونی متغیر تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به بی‌احتیاطی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۲۳,۴۲۸	۰,۷۱۷		۳۲,۶۹۵	۰/۰۰۰
تأهل	-۳,۲۶۷	۰,۴۹۰	-۰,۵۵۹	-۶,۶۶۹	۰/۰۰۰

$R = 0/55$        $R^2 = 0/312$        $F = 44/473$        $Sigf = 0/000$

**-تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت**

با توجه به آنچه در جدول ۱۱، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۲۵ می‌باشد ( $R=0/25$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۱,۳۱۲ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۶۶ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/66$ ).

**جدول ۱۱: ضرایب رگرسیونی متغیر تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به مهارت**

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۳۱,۱۵۱	۰,۷۲۷		۴۲,۸۶۳	۰/۰۰۰
تأهل	-۱,۳۱۲	۰,۴۹۷	-۰,۲۵۸	-۲,۶۴۲	۰/۰۱۰

$R = 0/25$        $R^2 = 0/66$        $F=6/978$        $Sigf= 0/10$

**-تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی**

با توجه به آنچه در جدول ۱۲، ملاحظه می‌شود، میزان همبستگی میان این دو متغیر ۰/۳۴ می‌باشد ( $R=0/34$ ). به ازای هر واحد تغییر در میزان سن به مقدار ۰,۹۶ واحد در میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (نظام دولتی) تغییر ایجاد می‌شود، در ضمن ۱ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/11$ ).

**جدول ۱۲: ضرایب رگرسیونی متغیر تأهل و آگاهی مسئولین فنی و پزشکان نسبت به عدم رعایت مقررات دولتی**

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۱۲,۵۹۸	۰,۴۲۱		۲۹,۹۰۲	۰/۰۰۰
تأهل	۰,۹۶	۰,۲۸۸	۰,۳۴	۰,۳۳۳	۰/۷۴۰

$R = 0/34$        $R^2 = 0/11$        $F=0/11$        $Sigf= 0/740$

**نتیجه گیری**

هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش مسئولین فنی در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا به توصیف آماری داده‌ها پرداخته، سپس جهت تعیین میزان اثر هر کدام از آن‌ها از رگرسیون استفاده شده است. در تحقیق حاضر جهت تعیین میزان اثر هر کدام از متغیرهای مستقل (جنس، سن و تأهل) بر روی متغیر وابسته (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، بی‌مهارتی، ناآگاهی نسبت به قوانین نظام دولتی) از معادله رگرسیون خطی بهره گرفته شد. در این پژوهش بیشترین آمار پاسخگویان در رده سنی ۴۰-۴۹ سال قرار دارد و کمترین آمار پاسخگویان مربوط به رده سنی زیر ۳۰ سال می‌باشد. اکثر پاسخگویان (۸۳ نفر) مرد هستند و مابقی (۱۷ نفر) زن می‌باشند. ۶۳ نفر از پاسخگویان متأهل و ۳۸ نفر آن‌ها مجرد بوده‌اند، ۴۶ نفر از پاسخگویان محل فعالیتشان در بیمارستان‌های دولتی بوده و بقیه در سایر بیمارستان‌های خصوصی، نیمه دولتی و بیمارستان تامین اجتماعی مشغول به کار بوده‌اند.



میزان همبستگی میان دو متغیر (سن و بی‌مبالاتی) ۰,۱۶ می‌باشد ( $R=0/16$ ). مقدار  $R$  همبستگی بین دو متغیر را نشان می‌دهد به عبارتی شدت همبستگی بین دو متغیر مستقل و وابسته را مشخص می‌کند. همچنین مقدار  $R^2$  نشان می‌دهد که چه مقدار از متغیر وابسته توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود که در اینجا به طور تقریبی ۲۸ درصد از تغییرات میزان آگاهی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط سن مسئولین فنی قابل تبیین است. ( $R^2=0/28$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (سن و بی‌احتیاطی) ۰/۱۱۸ می‌باشد ( $R=0/118$ ). همچنین به طور تقریبی ۱۴ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به بی‌احتیاطی توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/14$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (سن و عدم مهارت) ۰/۳۶۹ می‌باشد ( $R=0/369$ ). همچنین به طور تقریبی ۱۳,۶ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (مهارت) توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/136$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (سن و عدم رعایت مقررات دولتی) ۰/۲۵ می‌باشد ( $R=0/25$ ). همچنین به طور تقریبی ۰,۱ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط سن آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/01$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (جنس و بی‌مبالاتی) ۰/۳۶۵ می‌باشد ( $R=0/365$ ). همچنین به طور تقریبی ۱۳,۳ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/133$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (جنس و بی‌احتیاطی) ۰/۳۸۱ می‌باشد ( $R=0/381$ ). همچنین به طور تقریبی ۱۴,۵ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/145$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (جنس و ناتوانی در مهارت) ۰/۱۹۲ می‌باشد ( $R=0/192$ ). همچنین به طور تقریبی ۳۷ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (ناتوانی در مهارت) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/37$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (جنس و عدم رعایت مقررات دولتی) ۰/۸۵ می‌باشد ( $R=0/85$ ). همچنین به طور تقریبی ۷ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط جنس آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/07$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (تأهل و بی‌مبالاتی) ۰/۴۱۵ می‌باشد ( $R=0/415$ ). همچنین به طور تقریبی ۱۷,۲ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌مبالاتی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/172$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (تأهل و بی‌احتیاطی) ۰/۵۵ می‌باشد ( $R=0/55$ ). همچنین به طور تقریبی ۳۱,۲ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (بی‌احتیاطی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/312$ ).

میزان همبستگی میان دو متغیر (تأهل و ناتوانی در مهارت) ۰/۲۵ می‌باشد ( $R=0/25$ ). همچنین به طور تقریبی ۶۶ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (عدم مهارت) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/66$ ).

که مقدار ۶۶ درصد مقدار چشمگیری می‌باشد. به عبارتی ۶۶ درصد از متغیر وابسته (ناتوانی در مهارت) توسط متغیر مستقل تأهل مسئولین فنی تبیین می‌شود.

میزان همبستگی میان دو متغیر (تأهل و عدم رعایت مقررات دولتی)  $0/34$  می‌باشد ( $R=0/34$ ). همچنین به طور تقریبی ۱ درصد از تغییرات میزان آگاهی مسئولین فنی نسبت به قصورات پزشکی (عدم رعایت مقررات دولتی) توسط تأهل آن‌ها قابل تبیین است. ( $R^2=0/01$ ).

## منابع

۱. اخلاقی، میترا، توفیقی، حسن، صمدی، فاطمه (۱۳۸۳)، شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی کشور طی سالهای ۸۰ و ۸۱ و علل و روش‌های پیشگیری از آن. پزشکی قانونی. دوره ۱۰ شماره (۳۴): ۷۴-۷۰.
۲. ادیب زاده، عبدالرئوف، قادی پاشا، مسعود، پورامیری، علی، نخعی، نودر، صمدی راد، بهرام و باستانی (۱۳۹۱). میثاق، بررسی قصور پزشکی منجر به فوت و نقص عضو مطرح شده در کمیسیون‌های نظام پزشکی شهر کرمان طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵، فصلنامه حقوق پزشکی سال ششم، شماره بیستم، بهار.
۳. باقری مقدم، احمد، جوانبخت، مسعود، مهدی، فروزش و فتوحی. کمال (۱۳۹۶)، بررسی موارد شکایت بیماران دچار سوختگی جلدی در اطاق عمل از کادر درمانی ارجاعی به نظام پزشکی اصفهان از سال ۸۷ تا پایان ۹۱، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۵، شماره ۲، تابستان، ۱۶۶-۱۵۳.
۴. بی، ارل، ۱۳۸۶، روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه: رضا فاضل، جلد اول، تهران، سمت.
۵. توفیقی، حسن، ۱۳۷۶، پزشکی قانونی. چاپ چهارم، تهران: ناشر سازمان پزشکی قانونی کشور.
۶. توفیقی، حسن، شیرزاد، جلال، قادی پاشا، مسعود، (۱۳۸۱)، بررسی موارد قصور پزشکی منجر به فوت مطرح شده در کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۳؛ دوره ۸، شماره ۲۷، ۵-۸.
۷. حاجی‌زاده، مهین و آورجه. محی‌الدین (۱۳۹۳)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی در قرآن کریم با تاکید بر دیدگاه علامه طباطبایی در المیزان، دو فصلنامه قرآن در آینه پژوهش، سال اول، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۳، صفحات، ۱۵۶-۱۲۳.
۸. حقی، سید ضیاء...، زارع، غلام‌علی، عطاران. حمید، عوامل موثر در محکومیت تیم جراحی در دعاوی پزشکی و کیفیت رسیدگی به این دعاوی در نظام پزشکی مشهد. پزشکی قانونی ۱۳۸۴؛ ۱۱ (۳۹): ۱۴۱-۱۳۷.
۹. حقیقی ع، زامی م، مهدوی م، نوروزی آ. بررسی علل شکایت از بیمار از پزشک معالج در مراجعه‌کننده‌گان به سازمان نظام پزشکی تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سال ۱۳۷۹، شماره هیجدهم، صفحات ۳۰۳-۲۹۵.
۱۰. رابینز، استیفن پی و دی سنزو، دیوید ای؛ مبانی مدیریت، سیدمحمد اعرابی و محمدعلی حمیدرفیعی، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی، ۱۳۷۹، چاپ اول، ص ۲۳.
۱۱. رضائیان، علی؛ اصول مدیریت، تهران، سمت، ۱۳۷۶، چاپ هشتم، ص ۲۱-۱۹.
۱۲. رضائیان، علی؛ مبانی سازمان و مدیریت، تهران، سمت، ۱۳۷۹، چاپ اول، ص ۷۳.