https://jas.ui.ac.ir/?lang=en

Journal of Applied Sociology
e-ISSN: 2322-343X
Vol. 38, Issue 2, No.106, 2027, pp 91-124
Received: 06.02.2026 Revised: 25.05.2026 Accepted: 29.07.2026

Research Paper

Moral Inversion in the Healthcare System: A Sociological Analysis of Medical Error and Its Institutional Consequences

Somayeh Askari Nodoushn
Ph.D. student, Department of Sociology of Economics and Development, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
somayehaskari65@gmail.com

Hossain Afrasiabi *
Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
hafrasiabi@yazd.ac.ir

Seyed Reza Javadian
Associate professor, Department of Social Work and Policy, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
javadian@yazd.ac.ir

Seyed Saeed Mazloomi Mahmoodabadi
Professor, Center for Social Determinants of Health Research, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran
mazloomy.mm@gmail.com

Introduction
Medical errors remain one of the most profound challenges confronting contemporary healthcare systems. The steady rise in complaints related to such errors in recent years does not necessarily indicate deterioration in the quality of medical care; rather, it reflects evolving societal attitudes and growing complexity of communication and social interaction between the public and the healthcare establishment. What renders medical error a distinctly sociological concern is the interplay of multiple consequences and analytical dimensions it entails. This study aimed to elucidate the process through which patients experienced medical errors and thus propose a theoretical model of their institutional ramifications. Employing a grounded theory approach and drawing on the theoretical sensibilities of Giddens, Foucault, and Habermas, the research sought to interpret this experiential process and uncover the social mechanisms that shaped it. The findings suggested that the encounter with a medical error was not merely an individual or professional failing; rather, it was embedded within a broader nexus of structural, institutional, and cultural dynamics. Ultimately, this process culminated in what could be described as the "inversion of the ethical"—a condition in which the foundational ethical principles of medical practice were progressively overshadowed by organizational, economic, and professional imperatives.

Materials & Methods
This study employed grounded theory, specifically the systematic approach developed by Strauss and Corbin, to gain an in-depth understanding of participants' experiences, processes, and actions. Data were collected through semi-structured interviews, direct observations, and review of relevant documentation, enabling the identification of complex patterns and relational dynamics that might not be evident at a superficial level. The participant sample comprised 30 individuals, including both patients and their accompanying companions, who had directly or indirectly experienced medical errors at healthcare facilities in the city of Yazd.

* Corresponding author

How to cite: Askari Nodoushn,S., Afrasiabi, H., Javadian, R., & Mazloomi Mahmoodabadi, S. (2027). Moral inversion in the healthcare system: A sociological analysis of medical error and its institutional consequences. *Journal of Applied Sociology*, *38*(2), 91-124. https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

2322-343x / © University of Isfahan
This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

Discussion of Results & Conclusion

Data analysis yielded 11 main categories, which were organized within the grounded theory paradigm model. The causal conditions identified included "limitations in medical human capital", "institutional inefficiency", and "disorganization of professional roles", all of which created the context for the occurrence of medical errors. Contextual and intervening conditions were also identified, comprising "citizenship disregard", "active-passive participation", and "irrational choice". In response to these conditions, patients adopted strategies, such as "crisis self-help", "identity reconstruction and repair", and "self-selected palliation", which ultimately led to outcomes including "psychosomatic erosion" and "socio-economic decline". Integration of the categories revealed that all these processes could be explained within the framework of the core category: the "inversion of the ethical". This concept described a situation in which economic logic, power dynamics, inadequate oversight, structural inequalities, and professional interests gradually superseded ethical values, therapeutic justice, and patients' rights. As a consequence, public trust in the medical institution eroded, patients' existential security diminished, and feelings of injustice, social exclusion, and vulnerability were intensified among them. The research findings further indicated that patients' encounters with medical errors were not merely individual reactions, but rather social processes shaped by the interplay between structure and agency. Accordingly, reducing medical errors necessitated reforming institutional structures, enhancing human capital, strengthening accountability and transparency, revising professional training, establishing effective oversight systems, and reinforcing professional ethics within the healthcare system. Such measures can pave the way for rebuilding public trust and improving the overall quality of healthcare services.

.

Keyword: Medical Error, Role Anomie, Moral Inversion, Doctor-patient Relationship, Medical Ethics.

Acknowledgments

The authors thank everyone who contributed to this article.

Conflicts of Interest

There is no conflict of interest.

Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Statement on the Use of AI

The authors declare that generative artificial intelligence (AI) was used solely to assist with the translation of tables in the manuscript. No AI tools were used to develop the study, analyze the data, interpret the findings, or formulate the manuscript's arguments. The authors reviewed and verified the AI-assisted translations and take full responsibility for the content of the manuscript.

جامعه‌شناسی کاربردی

سال سی و هشتم، شماره پیاپی (۱۰۶)، شماره دوم، ۱٤۰٦، ص۹۱-۱۲٤

تاریخ دریافت: ۱٤۰٤/۱۱/۱۷ تاریخ بازنگری: ۱٤۰۵/۰۳/۰٤ تاریخ پذیرش: ۱٤۰۵/۰۵/۰۷

مقاله پژوهشی

وارونگی امر اخلاقی در نظام سلامت: تحلیل جامعه‌شناختی خطای پزشکی و پیامدهای نهاد

سمیه عسکری‌ندوشن، دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی اقتصاد و توسعه، دانشکدهٔ علوم اجتماعی دانشگاه یزد، یزد، ایران
Somayehaskari65@gmail.com

حسین افراسیابی*، استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران
hafrasiabi@yazd.ac.ir

سیدرضا جوادیان، دانشیار، گروه مددکاری و سیاست‌گذاری اجتماعی، دانشکدهٔ علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران
javadian@yazd.ac.ir

سیدسعید مظلوم محمودآبادی، استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
mazloomy.mm@gmail.com

چکیده

نهاد پزشکی نوین عرصهٔ کنش اجتماعی و حاصل کنش میان پزشک و بیمار است و در این عرصه رفتار کنشگران با درصدی از خطا و آسیب روبه‌رو است. این جریان چالشی درخورتوجه در سیستم‌های بهداشتی جهانی است که پیامدهای گسترده‌ای درپی دارد. هدف این پژوهش، فهم نحوهٔ مواجههٔ بیماران با خطای پزشکی است؛ بنابراین، از رویکرد کیفی و روش داده‌بنیاد (مدل نظام‌مند استراوس و کوربین) استفاده شد. داده‌ها حاصل مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته با بیماران و خانواده‌هایی است که تجربهٔ خطای پزشکی داشتند. مشارکت‌کنندگان ازطریق نمونه‌گیری هدفمند و نظری با حداکثر تنوع به‌صورت پیوسته و انعطاف‌پذیر انتخاب شدند. نتایج نشان می‌دهد که شرایط علّی اثرگذار ذیل سه مقولهٔ اصلی محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی، ناکارآمدی نهادی و بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای قرار می‌گیرد. سه عامل نادیده‌انگاری شهروند، مشارکت فعالانه ـ منفعلانه و انتخاب غیرعقلانی و آنومیک به‌عنوان شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر است؛ خودیاری دربرابر بحران، بازسازی و ترمیم هویت، تسکین خودگزین، سه راهبرد برای مدیریت موقعیت است که افراد درگیر در خطای پزشکی به کار گرفته‌اند. مطابق یافته‌ها و هزینه‌ها پیشنهاد می‌شود برای اصلاح این وضعیت به تغییرات ساختاری، ایجاد نظام‌های نظارتی مستقل، بهبود استانداردهای آموزشی پزشکی، و تقویت شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام درمانی همچنین مداخلات حمایتی برای بیماران آسیب‌دیده، آموزش عمومی درزمینهٔ انتخاب آگاهانهٔ پزشک مبادرت شود. با این فرایند می‌توان روند وارونگی امر اخلاقی را متوقف کرد و مسیر نظام سلامت را به سمت عدالت، کارآمدی و پاسخ‌گویی سوق داد.

واژه‌های کلیدی: خطای پزشکی، آنومی نقش، وارونگی اخلاقی، رابطهٔ پزشک ـ بیمار، اخلاق پزشکی.

* نویسنده مسؤول:

استناد به این مقاله: عسکری‌ندوشن، سمیه، افراسیابی، حسین، جوادیان، سیدرضا و مظلومی محمودآبادی، سیدسعید . (۱٤۰٦). وارونگی امر اخلاقی در نظام سلامت : تحلیل جامعه شناختی خطای پزشکی و پیامدهای نهادی، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۸(۲)، ۱۲٤-۹۱. https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

2322-343X © University of Isfahan
This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

مقدمه

خطای پزشکی چالشی درخورتوجه در سیستم‌های بهداشت جهانی است که پیامدهای گسترده‌ای برای بیماران، خانواده‌های آنان، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و حتی ساختار اقتصادی و اجتماعی دارد. این پدیده فراتر از نارسایی تکنیکی و گذرا در سیستم سلامت، پدیده‌ای پیچیده، تودرتو و چندبُعدی است که درنتیجهٔ هم‌کنشی ساختارهای سازمانی، فرهنگ حرفه‌ای و مناسبات اجتماعی شکل می‌گیرد. تعاریف کلاسیک، این پدیده را به‌عنوان هرگونه مداخله یا عدم‌مداخله توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی می‌دانند که صرفاً مغایرت با دکترین‌های علمی و استانداردهای رویه‌ای و معیارهای پزشکی است (Sadowska, 2018: 322)؛ اما از نگاه جامعه‌شناختی، وقوع خطای پزشکی حاکی از وقوع چالش در بازنمایی‌های اجتماعی از نهاد پزشکی و تغییر در الگوی کنش متقابل میان پزشک و بیمار است.

طبق مطالعه‌ای از دانشگاه جانز هاپکینز، خطاهای پزشکی به‌عنوان سومین علت اصلی مرگ‌ومیر در جوامع توسعه‌یافته مانند ایالات متحده شناخته شده است (Baig et al., 2021:1504). در ایران نیز روند تصاعدی وجود دارد و افزایش شکایات و محکومیت‌ها حاکی‌ازآن است که این مسئله از موضوعی صنفی و درونی به دغدغه اجتماعی بدل شده است؛ روند صعودی در سال‌های اخیر بیش از آنکه نشان‌دهندهٔ افت کیفیت خدمات درمانی باشد، گویای تغییر در بازاندیشی اجتماعی و نوعی شکل‌گیری چالش در ارتباطات و کنش‌های اجتماعی میان جامعه و نظام درمان است. براساس مطالعهٔ مستندات و پیشینهٔ مطالعات موجود، تمرکز این شکایات بیشتر در حوزه‌های حساس نظیر جراحی زنان، زایمان و جراحی عمومی (محمدی و بابایی، ۱۳۹۶) و فراوانی بیشتر آن در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی (مصطفی‌زاده، ۱۳۹۸) است که ضرورت واکاوی این پدیده را از منظر اجتماعی و در بستر ساختارهای نهاد علوم پزشکی دوچندان می‌کند. بررسی پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که بیشتر با نگاهی تقلیل‌گرا، علت وقوع خطای پزشکی را به ویژگی‌های فردی کادر درمان و موارد پیش‌پاافتاده نظیر بی‌مبالاتی یا بی‌احتیاطی نسبت می‌دهند؛ بنابراین، با بررسی جامعه‌شناسانهٔ این مطالعات مسئلهٔ اساسی وقوع این پدیده همانند زمینه‌های ساختاری، سلسله‌مراتب قدرت در بیمارستان و فشارهای نهادی را که بسترساز بروز خطاهاست، نادیده می‌گیرند؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر در صدد تبیین جامعه‌شناختی این پرسش است که چگونه ساختار کنونی نظام درمان در ایران به بسترسازی فرایند تولید و بازتولید خطای پزشکی منجر می‌شود.

فراتر از مطالعه و بررسی ابعاد آماری این پدیده، آنچه خطای پزشکی را به مسئله‌ای جامعه‌شناختی تبدیل می‌کند، پیامدها و سطوح چندگانهٔ متصل به‌هم در فرایند تحلیل است. از نگاه سطح خرد یا فردی، این پدیده علاوه‌بر سلامت جسمانی، زیست‌جهان بیمار و خانوادهٔ او را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد و به گسست در روابط تعاملی میان کادر درمان و مراجعان منجر می‌شود. بررسی عوامل مؤثر بر خطای پزشکی نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی بروز خطای پزشکی، نقص در سیستم‌های ارتباطی میان اعضای تیم درمان است (Schlesinger et al., 2024: 4). همچنین، درسطح میانی و نهادی، وقوع خطای پزشکی می‌تواند فرهنگ سازمانی سیستم سلامت را تضعیف کند و بر ایفای نقش‌های حرفه‌ای کادر درمان و ارتباط متقابل بین کنشگران حوزهٔ سلامت (بیماران و کادر درمان) سایه افکند (Sadowska, 2018).

بررسی سطوح تحلیل خطای پزشکی حاکی از خلأ مطالعات در ادبیات پژوهش در بُعد کلان نظام سلامت ایران، به‌ویژه نادیده‌گرفتن «پیوندهای ساختاری» میان این پیامدهاست. بیشتر مطالعات به‌جای واکاوی عوامل ساختاری خطای پزشکی و نگاه به این فرایند به‌عنوان بحرانی اجتماعی برای سیستم سلامت همانند فروپاشی اعتماد عمومی یا فرسودگی سیستماتیک نظام سلامت، تنها به توصیف پیامدهای فردی تکیه کرده‌اند؛ بنابراین، در پژوهش حاضر تلاش بر آن است تا نشان داده شود که چگونه پیامدهای

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

خطای پزشکی در بستر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری بازتولید می‌شود و چگونه این فرایند، فراتر از آسیب فردی، به‌عنوان معضل ساختاری نمود می‌یابد.

باوجود اهمیت حیاتی این موضوع، نظام‌های بهداشتی هنوز اقدام‌های جامع و مؤثری برای کاهش خطاهای پزشکی و مدیریت پیامدهای آن انجام نداده‌اند. چالش اصلی در مواجهه با این پدیده، فقدان فرهنگ سازمانی شفاف برای گزارش‌دهی است. در بسیاری از کشورها، فرهنگ گزارش‌دهی خطاهای پزشکی به‌طور کامل نهادینه نشده است و بسیاری از خطاها به دلیل ترس از پیامدهای قانونی یا آسیب به شهرت حرفه‌ای پنهان می‌مانند (Baig et al., 2021: 1504). این عدم‌شفافیت نه‌تنها مانع از اصلاح و یادگیری از اشتباهات گذشته می‌شود، بلکه ممکن است به تکرار خطاهای مشابه و درنتیجه افزایش آسیب‌های بیمار منجر شود؛ بنابراین، مستندسازی و تحلیل تجربیات افرادی که به‌طورمستقیم با خطاهای پزشکی مواجه شده‌اند، می‌تواند در شناسایی علل ریشه‌ای آن‌ها و تدوین استراتژی‌های مؤثر برای کاهش این خطاها مفید واقع شود؛ بنابراین، مستندسازی، تحلیل و درک تجربیات افرادی که به‌طورمستقیم با خطاهای پزشکی درگیر شده‌اند، می‌تواند در شناسایی علل ریشه‌ای آن‌ها و تدوین استراتژی‌های مؤثر برای کاهش این خطاها مفید باشد. این عدم‌شفافیت، ضرورت واکاوی تجربیات افرادی را که به‌طورمستقیم با این پدیده مواجه شده‌اند، دوچندان می‌کند. در پژوهش حاضر سعی بر آن است با تمرکز بر تجربهٔ زیستهٔ درگیران در خطای پزشکی و معنا و تفسیری که آنان از خطای پزشکی دارند، شکاف موجود در درک معنایی خطای پزشکی پوشش داده شود. از منظر عملی نیز، با درک معانی و مکانیسم‌های اجتماعی مؤثر بر این پدیده، می‌توان به اصلاح سیاست‌های بهداشتی و ارتقای استانداردهای اخلاق پزشکی دست یافت.

پرسش اساسی که این پژوهش با اتخاذ رویکرد کیفی درصدد پاسخ‌گویی به آن است، این است: چگونه افراد آسیب‌دیده از خطای پزشکی، تجربهٔ مواجهه با این پدیده را در بستر زیست‌جهان خود معنا می‌کنند؟ کدام شرایط و زمینه‌های بسترساز بروز و بازتولید شکل‌گیری خطای پزشکی از نگاه مشارکت‌کنندگان است؟ و فرایند پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی این خطاها چگونه بر زندگی بیماران و خانواده‌هایشان تأثیر و تداوم می‌یابد؟ بررسی این پرسش‌ها می‌تواند به ارائهٔ راهکارهای جامع‌تری برای بهبود ایمنی بیمار و افزایش کیفیت خدمات پزشکی کمک کند.

خطای پزشکی باوجود پیشرفت‌های درخورتوجه در پزشکی، همچنان به‌عنوان یکی از چالش‌های بنیادین در نظام‌های سلامت باقی مانده است؛ بنابراین، مطالعهٔ تجربهٔ افرادی که با این پدیده مواجه شده‌اند، ازنظر عملی و نظری اهمیت ویژه‌ای دارد.

از منظر نظری، پژوهش حاضر در تلاش است تا به یکی از شکاف‌های مهم در ادبیات علمی توجه کند و جنبه‌های انسانی، اجتماعی و روان‌شناختی خطای پزشکی را بررسی کند. پدیدهٔ خطای پزشکی در ادبیات پژوهشی موجود، غالباً بر دریچهٔ ابعاد فنی و مدیریتی خطای پزشکی متمرکز بوده و «مدیریت ریسک» یا «ایمنی بیمار» را واکاوی کرده است؛ بااین‌حال، بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد که تقلیل این پدیده به ابعاد صرفاً بالینی و آماری، موجب نادیده‌گرفتن ابعاد پیچیده‌تر اجتماعی و اخلاقی آن شده است. اگرچه پژوهش‌های پیشین (مانند کاظمی و ریاحی، ۱۳۹۷) بر اهمیت نظارت نهادی تأکید داشته است، به نظر می‌رسد خلأ بزرگی در درک معنایی این تجربه ازسوی اصلی‌ترین ذی‌نفع نظام سلامت، یعنی «بیمار» وجود دارد. درواقع، مسئله از آنجا آغاز می‌شود که میان «توقعات شهروندان» و «عملکرد ساختاری نهاد درمان» گسستی عمیق شکل می‌گیرد. هنگامی که خطای پزشکی رخ می‌دهد، آنچه آسیب می‌بیند تنها جسم بیمار نیست، بلکه اعتماد بنیادین به نظامی است که قرار بود پناهگاه بیماران باشد؛ بنابراین، صرف شناخت فراوانی خطاها یا دسته‌بندی انواع آن‌ها، نمی‌تواند توضیح دهد که چرا این پدیده به پیامدهای پایداری همچون انزوای اجتماعی یا

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

درمان‌گریزی منجر می‌شود. ضرورت دارد تا با رویکردی کیفی، لایه‌های پنهان این تعاملات قدرت و ساختارهای معنایی حاکم بر فضای درمان بازخوانی شود. مطالعهٔ حاضر به دنبال آن است که به جنبه‌های پیچیده‌تر و عمیق‌تر تجربیات بیماران و خانواده‌های آن‌ها بپردازد تا با شنیدن صدای بی‌واسطهٔ آسیب‌دیدگان تبیین کند که در فضای میان «وقوع خطا» و «واکنش سیستم»، چه فرایندهای اجتماعی و اخلاقی‌ای در جریان است که به بحران فعلی منجر شده است. همچنین این پژوهش می‌تواند مسیر را برای طراحی مدل‌های مراقبتی «انسان‌محور» هموار سازد و به ارتقای استانداردهای اخلاق پزشکی و کمک به اصلاح سیاست‌های بهداشتی در راستای بازتولید امنیت خاطر بیماران و کاهش بروز خطاها کمک کند.

ازنظر عملی، نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران، مدیران بیمارستان‌ها و کادر درمانی کمک کند تا اقدامات تخصصی و بیمارمداری را برای کاهش وقوع خطاهای پزشکی طراحی کنند؛ برای مثال، بهبود سیستم‌های گزارش‌دهی خطا، ارتقای فرهنگ ارتباطات بین اعضای تیم درمان و ارائهٔ آموزش‌های مستمر به کادر پزشکی می‌تواند از بروز بسیاری از خطاها جلوگیری کند (Sadowska, 2018: 322; Baig et al., 2021: 1504)؛ علاوه‌براین، ایجاد برنامه‌های حمایتی برای بیماران قربانی و خانواده‌های آن‌ها در مواجهه با اثرات روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی خطاهای پزشکی می‌تواند به بازسازی اعتماد عمومی و بهبود رضایت بیماران کمک کند. به‌ویژه در شرایطی که بسیاری از بیماران پس از تجربهٔ خطای پزشکی دچار احساس ترک‌شدگی و بی‌اعتمادی به کادر درمان می‌شوند، رسیدگی به این جنبه‌ها اهمیت زیادی دارد (Schlesinger et al., 2024: 4). این پژوهش همچنین نیاز به تغییرات سیستماتیک در نظام‌های بهداشتی را گوشزد می‌کند. تغییرات در سیاست‌های سلامت، بهبود ارتباطات میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و ایجاد پروتکل‌های دقیق برای گزارش و تجزیه‌وتحلیل خطاهای پزشکی می‌تواند به کاهش نرخ بروز خطاها و افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی منجر شود (Sadowska, 2018: 330). همچنین، بررسی علل مختلف بروز خطای پزشکی مانند نسبت کم کارکنان پزشکی به بیماران و نبود امکانات مناسب پزشکی می‌تواند به شناسایی راهکارهای عملی برای بهبود وضعیت موجود کمک کند (Baig et al., 2021: 1504)؛ درنهایت، این پژوهش به کشف علل وقوع خطای پزشکی، بازسازی اعتماد عمومی به سیستم‌های بهداشتی و بهبود ایمنی بیمار ازطریق تحلیل دقیق و علمی تجربیات بیماران و خانواده‌های آنان کمک تخصصی و علمی خواهد کرد. باتوجه‌به پیامدهای گسترده و پیچیدهٔ خطای پزشکی، ضروری است که این مسئله به‌طورجدی در دستور کار نظام‌های بهداشتی و علمی قرار گیرد تا بتوان از آسیب‌های بعدی جلوگیری کرد و سلامت عمومی جامعه را تضمین کرد.

پیشینهٔ پژوهش

در پی تلاش برای دستیابی به درکی منسجم و جامعه‌شناختی از پدیدهٔ خطای پزشکی از نگاه بیماران و درگیران در خطای پزشکی، پیشینه‌های پژوهش داخلی و خارجی براساس سطوح تحلیلی که پژوهشگران در مطالعات خود استفاده کردند، از سطح ساختار تا کنش و با در نظر گرفتن سه سطح بعد، کلان (سطح تحلیل ساختاری)، میانی (سازمانی ـ تعاملی) و خرد (تحلیل کنش‌های فردی) دسته‌بندی و واکاوی شده‌اند.

سطح تحلیل کلان: ساختارها و سیاست‌های نهادی نظام سلامت: پژوهش های انجام‌شده در این سطح، خطای پزشکی را به‌عنوان محصول تفکرات حاکم برساختارهای سیستم سلامت در نظر می‌گیرد؛ در همین راستا جواهری (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان «واکاوی موضوع شفاف‌سازی خطاهای پزشکی، تحلیل وضعیت نهاد پزشکی ایران» به روش تحلیل نظری با هدف شفاف‌سازی خطای پزشکی در نهاد پزشکی ایران از دیدگاه جامعه‌شناسی پرداخته است. نتیجهٔ حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که تفکر شفاف‌سازی خطاهای پزشکی مطابق با ادبیات پزشکی وارد کشور ایران شده است؛ بااین‌وجود ساختار پزشکی ایران هنوز دربرابر پذیرش و

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

افشای خطا مقاومت‌هایی دارد. همسو با این دیدگاه جن پایری[1] (2023) در مقالهٔ «چرا خطای پزشکی شما (و دیگران) را می‌کشد؟» از یک رویکرد جامع و چندوجهی برای رسیدگی به مسئلهٔ خطاهای پزشکی در مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کند. این مقاله خواستار رویکردی جامع و مشارکتی برای کاهش خطاهای پزشکی است و بر اهمیت تغییر فرهنگی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی تأکید می‌کند. در این پژوهش تأکید بر تغییر فرهنگ سازمانی است که بیان می‌دارد بدون تغییر در فرهنگ کلان سیستم مراقبت‌های بهداشتی، کاهش خطاها ناممکن خواهد بود. مرور مطالعات انجام‌شده در این سطح نشان می‌دهد که خطای پزشکی اشتباه فردی نیست، بلکه محصول ساختارهای کلان بهداشتی و دیدگاه‌های حاکم بر سیستم سلامت است.

سطح میانی: تعاملات و فرایندهای سازمانی: تمرکز مطالعات انجام‌شده در این سطح بر محیط بیمارستان، رابطه و کنش بین پزشک و بیمار است؛ در پیوند با این رویکرد، دل‌پسند و همکاران (۱۴۰۳) با بررسی فراوانی انواع خطاهای پزشکی و عوامل همراه آن در پرونده‌های ارجاعی به سازمان نظام‌پزشکی استان گیلان و بررسی آمار شکایات انجام‌گرفته طی سال‌های ۹۸-۱۳۹۰ در مطالعه‌ای توصیفی به این نتایج دست یافتند که میزان خطاهای پزشکی در سال‌های اخیر در استان روبه‌افزایش است و بیشترین شکایات مربوط به گروه زنان و زایمان است. رعیت‌دوست و همکاران (۱۴۰۳) در مقالهٔ پدیدارشناسی علل بروز خطاهای پزشکی تیم درمانی اتاق عمل در شیفت شب و راهکارهای مقابله با آن با رویکرد پدیدارشناسی ازطریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ نفر از اعضای تیم درمانی (متخصصین و تکنسین‌ها) به این نتایج دست یافتند که شرایط خاص شیفت شب، ازجمله احساس خستگی و خواب‌آلودگی، فشار کاری و استرس می‌تواند به‌طور چشمگیری بر بروز خطاهای پزشکی در اتاق عمل تأثیرگذار باشد. همچنین هسنر[2] و همکاران (2024) در مقاله‌ای با عنوان «ارتباط بین ارتباطات سازمانی و تجربهٔ بیماران از تأثیر هیجانی طولانی‌مدت پس از خطاهای پزشکی» با تجزیه‌وتحلیل یک نظرسنجی در آمریکا از سال ۲۰۱۷ به این نتیجه دست یافتند که بیش از نیمی از بیمارانی که خطای پزشکی را گزارش کردند، اثرات عاطفی پایدار را تجربه کردند. واکاوی مطالعات در این سطح نشان می‌دهد که وقوع خطای پزشکی در خلأ نیست، بلکه در بستر تعاملات ناقص و فشارهای محیطی و در مواردی همانند احساس خستگی، استرس و فشارهای کاری مضاعف و ... شکل می‌گیرد.

سطح خرد: تجربهٔ زیسته و بازنمایی معنا: در این سطح، تمرکز پژوهشگران بر درونی‌شدن واقعهٔ خطای پزشکی در ذهن درگیران و کنشگران در سیستم سلامت است. بر این مبنا کاظمی و ریاحی (۱۳۹۷) تحقیقی با عنوان «پیامدهای فردی و اجتماعی شکایت از قصور پزشکی در میان پزشکان؛ یک مطالعهٔ کیفی» انجام دادند. هدف از انجام این پژوهش مطالعهٔ تبعات نامطلوب جسمی، روانی و اجتماعی بر پزشکان و شیوهٔ معالجهٔ آنها بود. نتایج مقاله حاکی‌ازاین است که شکایت از پزشک توسط بیمار تبعات مختلف روانی و شخصیتی مانند استرس، اضطراب و پیامدهای شغلی مانند رفت‌وآمد مداوم برای پاسخ‌گویی به شکایت و عدم‌حضور در محل کار، پیامدهای اجتماعی مثل زیر سؤال رفتن شهرت و اعتبار پزشک و پیامدهای خانوادگی مانند درگیری ذهنی و دلواپسی اعضای خانواده ازجمله نتایج منفی حاصل از پرونده‌های خطاهای پزشکی را برای پزشک به دنبال دارد.

در تکملهٔ این بخش اشلسینگر[3] و همکاران (2024) در مقاله‌ای با عنوان «رویدادهای نامطلوب و احساس رهاشدگی: درس‌هایی از روایت‌های بیماران دربارهٔ خطاهای پزشکی» با روش ترکیبی به تجربهٔ افراد از خطای پزشکی پرداخته‌اند که از بین ۲۵۳ پاسخ‌دهنده، ۳۴.۵درصد در ابتدا و ۲۰درصد به‌طورمداوم احساس رهاشدگی را تجربه کرده‌اند. اتوسون[4] و

[1] Jean-Pierre
[2] Sokol-Hessner
[3] Schlesinger
[4] Ottosen

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

همکاران (2021) در مقاله‌ای با عنوان «تأثیرات بلندمدت بیماران و خانواده‌ها پس از حادثهٔ مضر درمانی» با تحلیل محتوایی ۳۲ مصاحبه، بر تجربیات و ادراک بیماران دربارهٔ عوامل مؤثر در خطاهای درمانی تمرکز کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان مشکلات روانی مداوم را گزارش دادند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که همچنان مشکلات سلامت جسمی ناشی از این خطا را تجربه می‌کنند. حدود یک‌سوم شرکت‌کنندگان درنتیجهٔ این خطا با مشکلات مالی مداوم روبه‌رو شدند.

مرور مطالعات در این سطح، نشان می‌دهد که خطای پزشکی هویت کنشگران را متأثر می‌کند و پس از وقوع خطا دچار نوعی بی‌پناهی می‌شوند و به‌عنوان آسیبی ماندگار در هویت افراد رسوب می‌کند. با گسست در جهان، زیست کنشگران و فروپاشی معنا در زندگی روزمرهٔ آن‌ها را در پی دارد و فرایند معناسازی برای بیمار تحت‌تأثیر توازن قدرت در سیستم درمان قرار می‌گیرد و بی‌اعتمادی نهادی را شکل می‌دهد.

در یک جمع‌بندی، مرور موضوعی مطالعات و پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه در سطح کلان (سیاست‌گذاری) و میانی (علل فنی و محیطی) مطالعات عمیق و ارزشمندی به‌ویژه در داخل کشور صورت پذیرفته است، در سطح خرد، همچنان شکافی عمیق مشاهده می‌شود. بیشتر پژوهش‌های داخلی مطالعات توصیفی و آماری بوده یا بر نگاه پزشکان متمرکز بوده است. مرور پیشینه نشان می‌دهد که تجربهٔ زیستهٔ بیمار و نحوهٔ معناسازی او از خطای پزشکی در بستر فرهنگی جامعهٔ ما نادیده گرفته شده است و خلأ مطالعاتی در حوزهٔ خطای پزشکی از نگاه و دید بیماران قابل‌لمس است. پژوهش حاضر، درصدد است تا با تمرکز بر سطح خرد و درک معنا از نگاه بیماران آسیب‌دیده از خطای پزشکی، نشان دهد که این پدیده از واقعه‌ای تکنیکی و فنی در بستر زندگی روزمرهٔ درگیران چگونه می‌تواند به بحران معنا در زندگی بیمار تبدیل شود و واکنش بیماران در بسترهای شکل‌گرفتهٔ خطای پزشکی چگونه است.

ملاحظات نظری

پژوهش حاضر برای دستیابی به تبیین فرایند بازسازی معنا در تجربهٔ زیسته بیماران از نظریهٔ ساخت‌یابی گیدنز (۱۳۷۷) بهره می‌گیرد. هستی‌شناسی گیدنز (۱۳۷۷) بر محور «دوگانگی ساختار» استوار است و بر سرشت بازگشتی زندگی دلالت می‌کند. همچنین نشان‌دهندهٔ وابستگی متقابل ساختار و عاملیت است. منظور از دوگانگی ساختار این است که ساختار نظام‌های اجتماعی به‌واسطهٔ نتیجهٔ کردارهایی است که نظام مزبور را تشکیل می‌دهد. یکی از وظایف مشخص نظریهٔ اجتماعی مطالعهٔ شرایط حاکم بر پیوندهای متقابل این دو در سازمان‌دهی نظام اجتماعی است؛ به‌طوری‌که گاهی این نتایج ناخواسته می‌تواند به شرایط ناآگاهانهٔ کنش بدل شود. همچنین نتایج ناخواسته بعضاً ممکن است در آینده، بازتولید ساختاری شرایط کنش را فراهم کند و موجب تداوم کنش در آینده شود بدین معنا که ساختارهای اجتماعی (در این پژوهش نظام پزشکی و پروتکل‌ها و قوانین درمانی) هم‌زمان «میانجی» و نیز «پیامد» کنش‌های اجتماعی هر روزه‌ای باشد که کنشگران با آن درگیر هستند (Giddens, 1984: 25). گیدنز (1991) در نظریهٔ ساخت‌یابی[1] تأکید دارد که ساختارهای اجتماعی و کنش‌های فردی در رابطه‌ای متقابل قرار دارد؛ به این معنا که ساختارهای نهادی (مانند نظام پزشکی) گرچه رفتار افراد را شکل می‌دهد، هم‌زمان تحت‌تأثیر اقدامات و تصمیمات آن‌ها نیز تغییر می‌کند. در این بستر، خطای پزشکی در چارچوب رویدادی فنی و تکنیکی صرف و منفک از زیست‌جهان بیمار نیست، بلکه محصول نقص در تلاقی عاملیت نیتمند کادر درمان و قواعد ساختار پزشکی است و می توان این فرایند را محصول نبازگشتی‌بودن زندگی اجتماعی» دانست. سیستم‌های درمانی و نظارتی به‌عنوان ساختارهای کلان، الگوهای رفتاری پزشکان را تعیین می‌کند؛ اما اقدامات و خطاهای پزشکان نیز به‌مرور زمان می‌تواند در بازتولید یا تغییر این ساختارها مؤثر باشد. از نگاه گیدنز (1991)، ریسک و اعتماد در جوامع مدرن نقش

[1] Structuration Theory

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

اساسی دارند. کنشگران در جوامع مدرن برای استمرار زندگی روزمره به امنیت وجودی نیاز دارند که محصول اعتماد به نظام‌های انتزاعی و تخصصی است). بیماران به دلیل تخصص‌گرایی و پیچیدگی نظام پزشکی، مجبور هستند به پزشکان و نهادهای درمانی اعتماد نهادی داشته باشند؛ اما خطای پزشکی به‌عنوان یکی از پیامدهای ناخواسته کنش این اعتماد را تضعیف می‌کند و باعث افزایش حس عدم‌امنیت وجودی می‌شود. وقتی بیماران احساس کنند که نظام درمانی در جبران خطاها ناکارآمد است، رابطهٔ اعتماد اجتماعی تخریب می‌شود و به گسترش بی‌اعتمادی عمومی به پزشکان و سیستم سلامت منجر می‌گردد.

خوانش بیماران از خطا، صرفاً آسیب جسمانی و روانی نیست، بلکه نشان از «تداوم یا گسست» ساختارهای کلان درمانی در بطن کردارهای روزمره است. در این فرایند بیماران درگیر با خطای پزشکی سعی بر بازسازی اعتماد و امنیت فروریخته ازطریق «نظارت بازتابی» دارند که به نقد ساختار نظارتی دست می‌زند؛ بنابراین، طبق این نظریه، کنش‌های فردی (مانند شکایت بیماران یا کناره‌گیری پزشکان از مسئولیت) و ساختارهای نظارتی و پزشکی (مانند قوانین نظام پزشکی و پاسخ‌گویی نهادی) در چرخه‌ای متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ درنتیجه، برای کاهش خطاهای پزشکی، باید اصلاحات نهادی و تغییر در رویه‌های پزشکان به‌طور هم‌زمان اتفاق بیفتد تا ساختارهای بهداشتی ـ درمانی بهبود یابد و اعتماد عمومی بازسازی شود.

ازجمله نظریاتی که دربارهٔ رابطهٔ نابرابر بین بیمار و پزشک بحث می‌کند، دیدگاه انتقادی هابرماس (1984/1987) است که نگاه دوگانه‌انگارانه را به جامعه به‌عنوان «زیست جهان[1]» و «سیستم» مطرح می‌کند.

زیست جهان مجموعه‌ای از کنش‌های ارتباطی متقابل و تجربه‌هایی اساساً قابل‌درک و ملموس است که خود زمینه‌ساز و فراهم‌کنندهٔ مقدمات تجربیات زندگی به حساب می‌آیند (ترنر، ۱۳۸۵: ۱۲). نظام (سیستم) به‌طورساده شامل ساختارها و نهادهایی است که به‌واسطهٔ قدرت، پول و نفوذ، جهان زندگی را در کنترل خود درمی‌آورند. نظام را می‌توان چنین تعریف کرد که جهان زندگی معطوف به دیدگاه شخصی کنشگران و نظام شامل دیدگاهی بیرونی است (ریتزر، ۱۳۹۳: ۷۱۸). هابرماس (1984) با تفکیک میان این دو مفهوم معتقد است که در جوامع مدرن، عقلانیت ابزاری و بوروکراتیک نظام بر زیست‌جهان (که محل معناسازی و تفاهم است) غلبه کرده و آن را در استعمار خود در آورده است نهاد پزشکی می‌تواند با اولویت‌دادن به کارآمدی فنی، مقررات حقوقی و ملاحظات سازمانی و درنهایت ازطریق کنش عقلانی و فنی (استفاده از فناوری‌ها و تجهیزات) زیست‌جهان بیمار را در شرایط نابرابر در استعمار قرار دهد. نهاد پزشکی به نهادی سودمحور تبدیل می‌شود و پیامد آن انسداد ارتباطی میان بیمار و کادر درمان است که طی آن تجربهٔ رنج‌آور بیمار را نادیده می‌گیرد و عقاید و تجارب زیستهٔ بیمار ازنظر پزشکان بی‌اهمیت می‌شود. نتیجهٔ حاصل از آن به شکل بی‌اعتنایی به رنج بیمار، پاسخ‌های بروکراتیک و فقدان گفت‌وگوی واقعی بروز می‌کند. در این وضعیت، برقراری «کنش ارتباطی» که هدف آن درک متقابل میان کنشگران عرصهٔ درمان و شنیدن صدای دردمند بیمار است، جای خود را به «کنش راهبردی» (تلاش کادر درمان برای فرار از مسئولیت یا مدیریت بحران) می‌دهد. از این دیدگاه، فراهم‌آوردن شرایط برای شنیدن صدای بیمار ازطریق شکایت رسمی، رسانه‌ای‌سازی یا اعتراض‌های غیررسمی تلاشی است برای آنکه زیست‌جهان بیمار را از سلطهٔ نظام پزشکی رها و طی آن شرایط گفت‌وگو را بازسازی کنند و عدالت ترمیمی را به رابطهٔ پزشک و بیمار (Habermas, 1987) بازگردانند. در یک جمع‌بندی، بازسازی اعتماد مستلزم تقویت عقلانیت ارتباطی، گفت‌وگوی شفاف و به رسمیت شناختن تجربهٔ زیستهٔ بیماران در نظام سلامت است.

فوکو (1973) یکی ازنظریه‌پردازانی است که مفاهیم اصلی را در بحث جامعه‌شناسی پزشکی مطرح می‌کند. در ذیل نظریهٔ

[1] Lifeworld

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

او استفاده از مفاهیمی مانند تبارشناسی و دیرینه‌شناسی در کارکردهای اجتماعی حرفهٔ پزشکی است. یکی از گفتمان‌های اساسی در جامعه‌شناسی پزشکی مفهوم قدرت است. در حوزهٔ جامعه‌شناسی پزشکی، دیدگاه فوکو چارچوبی انتقادی برای فهم مناسبات قدرت در نظام درمان فراهم می‌آورد. براساس رویکرد تبارشناسی، پزشکی مدرن شکلی از اِعمال قدرت است که ازطریق «گفتمان پزشکی» بدن را به‌مثابهٔ پدیده‌ای سیاسی و اجتماعی بازتعریف می‌کند (Foucault, 1973). قدرت در اندیشه فوکو (1973) در شبکه‌ای از روابط اجتماعی و در سطح تعاملات روزمره نیز عمل می‌کند. در پزشکی مدرن، دانش تخصصی پزشکی یکی از مهم‌ترین منابع اعمال قدرت و تنظیم رفتار و بدن افراد محسوب می‌شود. در این چارچوب، علم پزشکی تنها به تشخیص و درمان بیماری محدود نمی‌شود، بلکه از طریق تولید دانش تخصصی، تعریف هنجارهای سلامت و تعیین شیوه‌های مطلوب رفتار با بدن، در فرایند نظارت و تنظیم اجتماعی نیز نقش ایفا می‌کند در پزشکی مدرن استفاده از دانش حرفهٔ پزشکی، به‌عنوان ابزاری برای کنترل اجتماعی و قانون‌گذاری یاد می‌شود؛ در همین راستا باتوجه‌به عقلانی‌شدن امور پزشکان، نظام پزشکی با در دست داشتن دانش و قدرت، سعی در کنترل افراد با استفاده از بدن‌هایشان دارند. همسو با این دیدگاه، مفهوم پزشکینه‌سازی به گسترش قلمرو مفاهیم و مداخلات پزشکی به حوزه‌هایی از زندگی اشاره دارد که پیش‌تر الزاماً در قلمرو پزشکی قرار نداشت (Conrad, 2007) و حوزهٔ بدن را در چارچوب نظم گفتمانی قرار می‌دهد. این مفهوم بیانگر گسترش قلمرو اقتدار و دانش پزشکی به حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی است.پزشکینه‌سازی در دیدگاه فوکو (1973) نمایه‌ای از روابط قدرت بسیار پیچیده و بانفوذ است و درعین‌حال به‌عنوان تلاش‌هایی برای ارتقای سلامتی و تسخیر تمام فرایندهای ایجاد خودانضباطی کنشگران تعریف شده است. در نظام سلامت که ساختار قدرت بر پایهٔ عقلانیت ابزاری بنا شده است، پزشک را در جایگاه سوژهٔ حاکم و بیمار را در جایگاه ابژهٔ تحت‌انقیاد قرار می‌دهد.. براین مبنا مهم‌ترین منشأ شکل‌گیری تضاد در منافع و اهداف بین پزشک و بیمار حاصل می‌شود. دانش تخصصی ابزاری برای ایجاد «سلطه» و شکل‌گیری «پزشکی پدرسالارانه» است؛ بنابراین، پزشکان اطلاعاتی درخصوص سلامت و نحوهٔ درمان در اختیار دارند که به عدم‌توازن در دسترسی به اطلاعات و دانش منجر می‌شود که حاصل آن شکاف ارتباطی بین پزشک و بیمار است و این فرایند یکی از بسترهای اصلی وقوع و پنهان‌سازی خطاهای پزشکی است. پزشکی بخشی از سیستم سودآوری و انباشت ثروت در نظام سرمایه‌داری است که در حمایت ساختارهای سیاسی قرار می‌گیرد. نفوذ سیاسی و مدیریت ناکارآمد نهادهای پزشکی توانسته است امکانات سلامت را به‌گونه‌ای نابرابر توزیع و کیفیت ارائهٔ خدمات را در مناطق مختلف تحت‌تأثیر قرار دهد؛ امنیت و اثربخشی خدمات پزشکی را با شکست مواجه می‌کند و تحت‌تأثیر روابط قدرت قرار دهد. در یک جمع‌بندی از منظر فوکو، خطای پزشکی صرفاً اشتباه بالینی نیست، بلکه نتیجهٔ شکست ساختار انضباطی در تأمین امنیت سوژه‌هایی است که بدن آن‌ها توسط نظام‌های کنترلی پزشکی تسخیر شده‌اند.

درنهایت جمع‌بندی نظریه‌ها نشان می‌دهد که «خطای پزشکی» صرفاً رخداد بالینی و تکنیکی در سیستم سلامت نیست، بلکه نقطهٔ تلاقی است که در آن سلطهٔ گفتمان پزشکی و رابطهٔ قدرت و دانش (Foucault, 1973) به استعمار زیست‌جهان بیمار و انسداد «کنش ارتباطی» بین بیمار و پزشک (Habermas, 1987/1984) منجر می‌شود و درنهایت به دنبال آن، سکوت نظام و انسداد ارتباطی به فروپاشی «امنیت وجودی» و اعتماد به «سیستم‌های انتزاعی پزشکی» (Giddens, 1991) بیمار می‌انجامد. تلاش برای شنیدن «صدای بیمار» دراین‌میان، مسیری برای شکستن این سلطه، احیای کنش ارتباطی و بازسازی امنیت وجودی آسیب‌دیده است.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

روش پژوهش

هدف از پژوهش کیفی هر نوع پژوهشی است که یافته‌هایی تولید کند که با توسل به عملیات آماری یا سایر روش‌های شمارشی شکل نگرفته باشد. موضوع پژوهش کیفی می‌تواند زندگی اشخاص، تجربه‌های زندگی، رفتارها، هیجان‌ها، احساس‌ها و نیز کارهای سازمانی، جنبش‌های اجتماعی، پدیده‌های اجتماعی و تعاملات میان ملت‌ها در نظر گرفته شود. بخش عمدهٔ تحلیل در پژوهش کیفی تفسیری است (استراوس و کربین، ۱۳۹۹: ۳۲). اجرای این پژوهش مبتنی بر استفاده از روش داده‌بنیاد یا گراندد تئوری است؛ این روش برای اولین بار در سال ۱۹٦۷ توسط «گلیزر» و «استراوس» به‌منظورساخت نظریه‌های مبتنی بر تعاملات انسانی و بر مبنای کنش متقابل نمادین به کار گرفته شد (چارمز، ۱٤۰۰). در این رویکرد، نظریه نه از پیش‌فرض‌های نظری، ازطریق گردآوری نظام‌مند داده‌ها، مقایسهٔ مستمر، کدگذاری و تحلیل استقرایی داده‌ها شکل می‌گیرد. هدف نظریهٔ داده‌بنیاد، تولید نظریه‌ای است که ریشه در تجربه‌های مشارکت‌کنندگان داشته باشد و بتواند فرایندهای اجتماعی را در بستر موردمطالعه تبیین کند (Corbin & Strauss, 2015). در این پژوهش برای درکی عمیق از فرایند و کنش‌های مشارکت‌کنندگان، از روش داده‌بنیاد یا گرندد تئوری با رویکرد سیستماتیک[1] کوربین و استراوس (2015) استفاده شده است تا ازطریق جمع‌آوری داده‌ها از دل مصاحبه‌ها، مشاهده‌ها و مستندها به شناسایی الگوها و روابط پیچیده‌ای پرداخته شود که ممکن است به‌طورسطحی قابل‌مشاهده نباشد. در رویه‌های نظام‌مندتر و تحلیلی‌تر استراوس و کوربین (۱۹۹۰،۱۹۹۸) پژوهشگر در پی شکل‌دهی نظام‌مند یا سیستماتیک یک نظریه برای تبیین فرایند اقدام یا تعامل مربوط به یک موضوع است (کرسول، ۱۳۹٦: ۸۷). این رهیافت اشاره به روال‌های مفصل و دقیق علمی دارد (خنیفر و مسلمی، ۱۳۹۵: ۲۰۵). باتوجه‌به رویکرد و هدف پژوهش برای به دست آوردن اطلاعات عمیق از شرایط و کنش‌های مشارکت‌کنندگان و دستیابی به مفیدترین اطلاعات انتخاب مشارکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با بیشترین تنوع آغاز شد تا طیف وسیعی از تجربه‌ها و روایت‌ها ازنظر نوع خطا، شدت و نوع آسیب و ویژگی‌های دموگرافیک وارد مطالعه شود. هدف در این روش نمونه‌گیری، انتخاب نمونه‌ای نیست که دقیقاً معرف جامعهٔ تعریف‌شده باشد، بلکه قصد آن است که ازطریق افراد انتخاب‌شده درک عمیقی از موضوع موردمطالعه به دست آید. در آغاز پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد تا افرادی انتخاب شوند که تجربه‌ای عمیق و مستقیم از پدیدهٔ موردمطالعه داشته باشند. مشارکت‌کنندگان این پژوهش، بیماران یا همراهان بیمارانی بودند که تجربهٔ وقوع خطای پزشکی را در یکی از مراکز درمانی شهر یزد داشتند و از وقوع آن آگاه بودند. با پیشرفت تحلیل‌ها، مسیر پژوهش به سمت نمونه‌گیری نظری سوق یافت تا ویژگی‌ها و ابعاد مقوله‌های درحال ظهور به‌دقت واکاوی شود. هدف از این نوع نمونه‌گیری به حداکثر رساندن امکان مقایسهٔ رویدادها و موردهاست تا تعیین شود چگونه یک مقوله ازلحاظ ویژگی‌ها و ابعادش تغییر می‌کند.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود. در ابتدا فهرستی از موضوعات و سؤال‌های کلیدی به‌عنوان راهنمای اولیهٔ مصاحبه تدوین شد؛ در ادامهٔ فرایند مصاحبه در راستای ماهیت رفت‌وبرگشتی نظریهٔ زمینه‌ای، این سؤال‌ها در طی فرایند تحقیق تطور و تکامل یافت؛ بدین معنا که سؤال‌ها در هر مصاحبه براساس کدهای استخراج‌شده از مصاحبه‌های قبلی تدقیق و بازبینی شد. در فرایند پژوهش از مصاحبهٔ باز به مصاحبهٔ متمرکز و نظری حرکت شد تا ابعاد مجهول مسئلهٔ پژوهش روشن شود. فرایند جمع‌آوری داده‌ها تا مرحلهٔ اشباع نظری ادامه یافت؛ یعنی تا زمانی که مقایسهٔ مستمر داده‌ها نشان داد که افزودن نمونه‌های جدید، ابعاد تازه‌ای به ویژگی‌های نظری مقوله‌ها اضافه نمی‌کند و روابط بین مقوله‌ها در الگوی پارادایمی به پایداری رسیده است.

برای ورود به میدان پژوهش باتوجه‌به خاص‌بودن موضوع و شرایط مشارک کنندگان، محقق پس از توجیه حراست دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و کسب موافقت

[1] Systematic Approach

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

کتبی از آن مرکز و به دنبال آن، ارتباط با مدیران دفتر بازرسی و ارزیابی عملکرد و ادارهٔ نظارت بر درمان آن دانشگاه و کسب رضایت از ایشان درزمینهٔ جمع‌آوری داده‌های مطالعه، به انتخاب مشارکت‌کنندگان از بین شاکیان و مراجعه‌کنندگان که از خطای پزشکی آسیب دیده بودند، مبادرت ورزید. پس از ارتباط با یکی از کارشناسان ادارهٔ نظارت بر درمانِ ایشان، خواسته شد به‌طور هدفمند و باتوجه‌به معیارهای ورود به مصاحبه، پرونده و گزارش مصاحبه‌شوندگانی را برای انجام مصاحبه در اختیار محقق قرار دهد. باتوجه‌به حساسیت موضوع و موقعیت شغلی محقق در دفتر بازرسی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، محقق اجازه یافت تا با درگیری طولانی‌مدت در میدان و دسترسی به پرونده‌های شاکیان در ادارهٔ نظارت بر درمان به لایه‌های عمیق‌تری از روایت‌ها دست یابد. محقق با صرف زمان طولانی برای ساختن «رابطهٔ همدلانه»، انجام مصاحبه‌ها در محیطی خارج از مراکز درمانی (موردانتخاب بیمار به‌صورت حضوری) یا در مواردی بنا به درخواست بیمار باتوجه‌به محدودیت زمانی/مکانی، به‌صورت تلفنی و در بستری امن ازطریق فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی انجام و بلافاصله پیاده‌سازی شد برای تضمین گمنامی مشارکت‌کننده، تعهدنامهٔ کتبی مبنی بر حذف تمامی مشخصات هویتی داده شد و فضای امنی برای برون‌ریزی تجربیات فراهم گردید.

مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری یا در مواردی دسترسی به مشارکت‌کنندگان به دلیل ماهیت حساس موضوع و آسیب‌های ناشی از خطا با دشواری‌های بسیاری همراه بود. محقق برای جلب اعتماد ازطریق ارائهٔ «معرفی‌نامهٔ اخلاقی» و تضمین «گمنامی مطلق» موفق به برقراری ارتباط با افرادی شد که تمایل به بازگویی تجربهٔ خود داشتند؛ در همین راستا در تمام مراحل پژوهش رعایت اصول اخلاقی مدنظر بود. کلیهٔ ملاحظات اخلاقی همانند رضایت آگاهانهٔ مشارکت‌کنندگان قبل از انجام مصاحبه، اصل محرمانگی و رازداری به‌منظور مراقبت از اطلاعات مشارکت‌کنندگان، حفظ گمنامی و حق انصراف از پژوهش به‌دقت رعایت شد.

فرایند تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری، ازطریق مقایسهٔ مستمر داده با داده و داده با مفهوم شروع شد. در طی تمام مراحل از یادداشت‌برداری تحلیلی و نظری برای ثبت تأملات محقق دربارهٔ روابط احتمالی بین مفاهیم استفاده شد. شایان ذکر است این یادداشت‌ها نقش اساسی در شکل‌گیری الگوی نهایی پژوهش داشت. برای اعتبارپذیری و حقیقی‌بودن توصیف‌ها و یافته‌های پژوهش و اعتبار آن‌ها و اعتماد به یافته‌ها برای مشارکت‌کنندگان، از چهار معیار اصلی لینکولن و گوبا[1] (1985) به این شرح استفاده شد: اولین گام ازطریق درگیری طولانی‌مدت محقق با موضوع (بیش از یک سال) و تکنیک بازبینی مشارکت‌کنندگان (کنترل اعضا). بدین صورت که مدل نهایی و کدهای استخراج‌شده به ۵ نفر از مصاحبه‌شونده‌ها بازگردانده شد و صحت برداشت‌ها توسط آن‌ها تأیید گردید (باورپذیری)؛ در مرحلهٔ بعد برای اطمینان بیشتر و کنترل دقیق‌تر با کمک همتایان علمی و ماهر موضوع بررسی چندباره شد و ازطریق نظارت ناظران خارجی کدگذاری‌ها توسط دو استاد متخصص در حوزهٔ جامعه‌شناسی و سلامت، بازبینی و اختلاف‌ها با بحث و تبادل نظر رفع شد (تأییدپذیری)؛ همچنین با ارائهٔ توصیف غنی از میدان تحقیق و آوردن نقل‌قول‌های مستقیم متعدد، امکان تطبیق یافته‌ها با زمینه‌های مشابه فراهم شد (انتقال‌پذیری)؛ درنهایت برای قابلیت اعتماد، تمامی مراحل پژوهش از ضبط صدا تا کوچک‌ترین فیش‌برداری‌ها به‌دقت مستندسازی شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش مقایسه‌ای ثابت و در سه مرحلهٔ نظام‌مند کدگذاری نظری (باز، محوری و گزینشی) استفاده شده است و درنهایت در آخر مقولهٔ هسته کشف شد. در اولین گام، تحلیل به دو روش (۱) مرور چندین‌بارهٔ روایت‌ها و تجارب مصاحبه‌شوندگان و (۲) استفاده از نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA، پاسخ‌ها کدگذاری اولیه شد؛ بنابراین، برای شروع فرایند تحلیل، کار با کدگذاری باز آغاز شد. در این مرحله پس از مرور چندین‌بارهٔ روایت‌ها و تجارب مصاحبه‌شوندگان، داده‌ها تقطیع و مفاهیم اولیه استخراج شد. کلمات ایده‌ها و اتفاقات در مفاهیم

[1] Lincoln & Guba

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

زیربنایی انتزاعی و داده‌ها براساس طبقات عمدهٔ اطلاعاتی کدگذاری شد و به هر گزاره برچسب مفهومی متناسب با آن اختصاص داده شد؛ در این مرحله با مقایسهٔ مداوم داده‌ها با یکدیگر، تلاش شد تا ویژگی‌ها و ابعاد هر مفهوم شناسایی شود ▪سپس کدگذاری محوری ا نجام گرفت. در این مرحله، هدف برقراری پیوند میان مقوله‌های استخراج‌شده از مرحلهٔ قبل بود که در آن یک طبقه از کدگذاری باز (مقولهٔ محوری) انتخاب و بر آن تمرکز شد. سپس محققان به داده‌ها برگشتند و طبقاتی را در قالب الگوی پارادایمی شکل دادند. این طبقات شامل ٤ بخش است؛ بنابراین، یافته‌های اصلی این فصل را شامل می‌شود؛ بخش اول، شرایط علّی (عواملی که موجب پدیدهٔ محوری شده‌اند): در این بخش عوامل شکل‌گیری خطای پزشکی شناسایی شد؛ بخش دوم، شرایط مداخله‌ای و زمینه‌ای: در این بخش عوامل وضعیتی عام و خاص (فردی، سازمانی و محیطی) شناسایی شد که بر استراتژی‌ها تأثیر می‌گذارد. بخش سوم، استراتژی‌ها (راهبردها): بر کنش‌ها و تعاملات بیماران در مواجهه با پدیده تمرکز شد و درنهایت پیامدهای ناشی از شکل‌گیری خطای پزشکی و نتایج حاصل از به‌کارگیری استراتژی‌های ناشی از تجربهٔ آنها از ساختارهای موجود بررسی شد.

گام نهایی این بخش، کدگذاری گزینشی است که براساس مدل مرحلهٔ قبل گزاره‌هایی ارائه شد؛ طبقات مدل به یکدیگر مرتبط ساخته و روابط متقابل بین طبقات مدل توصیف شد. در این مرحله، فرایند یکپارچه‌سازی و پالایش نظریه انجام شد. با برقراری پیوند میان تمام طبقات مدل و تبیین روابط متقابل آن‌ها، مقولهٔ هسته کشف گردید که عصاره و پیونددهندهٔ تمام یافته‌هاست. بعد از انجام کدگذاری باز، محوری و گزینشی ۱۱ مقولهٔ اصلی و مدل پارادایمی ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات مصاحبه‌شوندگان

Table 1- Characteristics of the interviewees

ردیف No.	مصاحبه‌شونده Interviewee	سن Age	جنسیت Gender	وضعیت تأهل Marital Status	تحصیلات Education	درآمد(میلیون تومان) Income	شغل Occupation	علت مراجعه Reason for Visit	نوع مرکز درمانی Type of Health care Facility
1	اشرف Ashraf	36	زن Female	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	20	ازکارافتاده Disabled	درد کلیه و سنگ Kidney pain and stones	بیمارستان تأمین اجتماعی Social Security Hospital
2	محمد حسین Mohammad Hossein	37	مرد Male	متأهل Married	دیپلم High school diploma	15	ازکارافتاده Disabled	سرماخوردگی و حساسیت Common cold and allergies	بیمارستان تأمین اجتماعی Social Security Hospital
3	طاهره Tahereh	31	زن Female	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	20	آموزگار Teacher	زایمان Childbirth	بیمارستان خصوصی Private hospital
4	کاظم Kazem	79	مرد Male	متأهل Married	ابتدایی Primary education	70	بازنشسته Retired	گرفتگی عروق Vascular blockage	بیمارستان دولتی Public hospital

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

ردیف No.	مصاحبه‌شونده Interviewee	سن Age	جنسیت Gender	وضعیت تأهل Marital Status	تحصیلات Education	درآمد(میلیون تومان) Income	شغل Occupation	علت مراجعه Reason for Visit	نوع مرکز درمانی Type of Health care Facility
5	محمدجواد Mohammad Javad	63	مرد Male	متأهل Married	دیپلم High school diploma	25	بازنشسته مخابرات Retired telecommunications employee	انسداد روده Intestinal obstruction	بیمارستان خصوصی Private hospital
6	یکتا Yekta	27	زن Female	متأهل Married	دیپلم High school diploma	15	خانه‌دار Homemaker	زایمان Childbirth	بیمارستان خصوصی Private hospital
7	رقیه Roqieh	37	زن Female	متأهل Married	فوق‌دیپلم Associate degree	8	خانه‌دار Homemaker	زایمان Childbirth	بیمارستان دولتی Public hospital
8	نصرت Nosrat	70	زن Female	فوت همسر Widowed	بی‌سواد No formal education	20	خانه‌دار Homemaker	تنگی نفس Shortness of breath	بیمارستان دولتی Public hospital
9	عصمت Esmat	64	زن Female	فوت همسر Widowed	ابتدایی Primary education	8	خانه‌دار Homemaker	ترک‌خوردگی مهره کمر Vertebral fracture	بیمارستان خصوصی Private hospital
10	فاطمه Fatemeh	64	زن Female	فوت همسر Widowed	دیپلم High school diploma	5	خانه‌دار Homemaker	علائم سکته Stroke symptoms	بیمارستان دولتی Public hospital
11	فریبا Fariba	38	زن Female	متأهل Married	دیپلم High school diploma	10	خانه‌دار Homemaker	زایمان Childbirth	بیمارستان دولتی و آموزشی Public teaching hospital
12	سمیه Somayeh	64	زن Female	فوت همسر Widowed	ابتدایی Primary education	6	خانه‌دار Homemaker	گشادی دریچه قلب Heart valve regurgitation	بیمارستان دولتی Public hospital
13	زهرا Zahra	21	زن Female	مجرد Single	دانشجوی لیسانس Undergraduate student	10	دانشجو Student	جراحی دندان عقل نهفته Surgical removal of an impacted wisdom tooth	بیمارستان آموزشی و دولتی Public teaching hospital
14	علی Ali	72	مرد Male	فوت همسر Widowed	سیکل Lower secondary education	10	سنگ‌تراش Stonecutter	دررفتگی مهره گردن Cervical vertebral dislocation	بیمارستان تأمین اجتماعی Social Security Hospital

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

ردیف No.	مصاحبه‌شونده Interviewee	سن Age	جنسیت Gender	وضعیت تأهل Marital Status	تحصیلات Education	درآمد(میلیون تومان) Income	شغل Occupation	علت مراجعه Reason for Visit	نوع مرکز درمانی Type of Health care Facility
15	ماجده Majedeh	29	زن Female	متأهل Married	لیسانس Bachelor's degree	30	شغل آزاد Self-employed	بارداری Pregnancy	مطب پزشک Physician's office
16	محمدعلی Mohammad Ali	63	مرد Male	متأهل Married	دیپلم High school diploma	10	شغل آزاد Self-employed	عمـــــل آب مروارید چشم Cataract surgery	بیمارســـتان خصوصی Private hospital
17	امین Amin	29	مرد Male	متأهل Married	دیپلم High school diploma	12	شغل آزاد Self-employed	ترک اعتیاد Addiction treatment	بیمارســـتان دولتی Public hospital
18	محمد Mohammad	34	مرد Male	مجرد Single	سیکل Lower secondary education	0	کارگر ساختمان Construction worker	شکستگی Fracture	بیمارســـتان دولتی Public hospital
19	اکرم Akram	32	زن Female	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	20	کارمند Employee	پولیپ معده Gastric polyp	بیمارســـتان خصوصی Private hospital
20	فهیمه Fahimeh	35	زن Female	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	10	کارمند Employee	زایمان Childbirth	بیمارســـتان تـــــأمین اجتماعی Social Security Hospital
21	سید رضا Seyyed Reza	0*	مرد Male	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	10	کارمند بورس Stock exchange employee	جراحی زیبایی Cosmetic surgery	مطب پزشک Physician's office
22	زهرا Zahra	46	زن Female	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	30	کارمند دانشگاه University employee	زیبایی Cosmetic treatment	مطب پزشک Physician's office
23	ســـید علـــی محمد Seyyed Ali Mohammad	50	مرد Male	متأهل Married	لیسانس Bachelor's degree	20	کارمند شهرداری Municipal employee	انجـام کارهـای دندان‌پزشکی Dental procedures	کلینیـــــک دندان‌پزشکی Dental clinic
24	محمدمهدی Mohammad Mahdi	16	مرد Male	مجرد Single	پایه یازدهم 11th grade	20	محصل School student	مشـــــکل ده هیپوفیزم* Pituitary-related problem*	بیمارســـتان خصوصی Private hospital
25	مریم Maryam	42	زن Female	متأهل Married	فوق‌دیپلم Associate degree	25	مدیرعامل شرکت Company CEO	جراحی زیبایی Cosmetic surgery	مطب پزشک Physician's office

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

ردیف No.	مصاحبه‌شونده Interviewee	سن Age	جنسیت Gender	وضعیت تأهل Marital Status	تحصیلات Education	درآمد(میلیون تومان) Income	شغل Occupation	علت مراجعه Reason for Visit	نوع مرکز درمانی Type of Health care Facility
26	نصیریان Nasirian	38	زن Female	متأهل Married	لیسانس Bachelor's degree	0	مدیر فروش کارخانه Factory sales manager	از بین بردن لک حاملگی Removal of pregnancy-related skin spots	مطب پزشک Physician's office
27	مهدی Mehdi	47	مرد Male	متأهل Married	فوق‌لیسانس Master's degree	30	آزاد Self-employed	بوتاکس و زیبایی Botox and cosmetic treatment	مطب پزشک Physician's office
28	علی‌اکبر Ali Akbar	73	مرد Male	فوت همسر Widowed	بی‌سواد No formal education	15	بازنشسته Retired	دیسک کمر Lumbar disc disorder	بیمارستان دولتی Public hospital
29	یار علی Yar Ali	63	مرد Male	متأهل Married	بی‌سواد No formal education	20	کشاورز Farmer	جراحی چشم Eye surgery	بیمارستان دولتی Public hospital
30	شایان Shayan	15	مرد Male	مجرد Single	ترک تحصیل School dropout	10	ذکر نشده Not reported	تصادف Accident	بیمارستان دولتی Public hospital

یافته‌ها

در بررسی اظهارات بیان‌شده این نتیجه حاصل شد که شرایط و عوامل علّی اثرگذار بر خطای پزشکی ذیل سه مقولهٔ اصلی محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی، ناکارآمدی نهادی و بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای (آنومی نقش) قرار می‌گیرد. با طرح سؤال‌های بعدی سه عامل نادیده‌انگاری شهروند، مشارکت فعالانه ـ منفعلانه (مدل‌های مذاکره) و انتخاب غیرعقلانی (انتخاب آنومیک)، به‌عنوان شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر دخیل در مقولهٔ خطای پزشکی شناسایی شد. خودیاری دربرابر بحران، بازسازی و ترمیم هویت، و تسکین خودگزین سه تاکتیک راهبردی و چگونگی مدیریت موقعیت است که توسط مصاحبه‌شوندگان دربرابر خطای پزشکی به کار گرفته شده است. همچنین در پاسخ به مسئلهٔ خطای پزشکی دو پیامد ناخواسته و پیش‌بینی‌ناپذیر فرسایش روانی ـ جسمانی و تنزیل اجتماعی ـ اقتصادی توسط مشارکت‌کنندگان تشریح شد؛ درنهایت با یکپارچه‌سازی و پالایش مقوله‌ها، مقولهٔ مرکزی در این پژوهش با عنوان «وارونگی امر اخلاقی» تعیین شد.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

جدول۲- جدول مفهومی نحوهٔ مواجههٔ بیماران دربرابر خطای پزشکی

Table 2- Conceptual table of how patients respond to medical errors

اجزای مدل پارادایمی Paradigmatic Model Components	مقوله‌های اصلی Main Categories	مقوله‌های فرعی و مفاهیم Subcategories and Conceps
شرایط علی Causal Conditions	محدودیت سرمایه انسانی پزشکی Constraints on Medical Human Capital	بعد اول :ویژه‌سازی فرایند درمان؛ ناآزمودگی مهارت؛ عدم شایسته‌سالاری؛ فاصله منزلتی؛ واسپاری درمان؛ کوتاه‌انگاری تشخیصی؛ تساهل تشخیصی؛ مک‌دونالیزه‌شدن پزشکی. بعد دوم :خصوصی‌سازی درمان و بنگاه‌داری پزشکی؛ شکل‌گیری بازار سیاه درمان. Dimension 1: Specialization of the Treatment Process; Skill Inexperience; Lack of Meritocracy; Status Distance; Delegation of Treatment; Diagnostic Oversimplification; Diagnostic Laxity; McDonaldization of Medicine. Dimension 2: Privatization of Healthcare and the Corporatization of Medicine; Emergence of a Black Market in Healthcare.
شرایط علی Causal Conditions	ناکارآمدی نهادی Institutional Ineffectiveness	نقصان ساختاری؛ مسئولیت‌گریزی کادر درمان؛ زوال وجدان نقشی؛ بی‌دقتی و بی‌احتیاطی کادر درمان؛ بوروکراسی درمان؛ سترونش صنفی؛ تبارگرایی نقشی. Structural Deficiencies; Healthcare Professionals' Evasion of Responsibility; Erosion of Role Conscience; Inattention and Carelessness Among Healthcare Professionals; Healthcare Bureaucracy; Professional Sterilization; Role-Based Favoritism.
شرایط علی Causal Conditions	بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای (آنومی نقش) Disorganization of the Professional Role (Role Anomie)	بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای؛ آنومی نقش. Disorganization of the Professional Role; Role Anomie.
شرایط زمینه‌ای Contextual Conditions	نادیده‌انگاری شهروند Disregard for Citizens	شهروند رهاشده؛ بی‌تفاوتی شهروندی؛ نقض حقوق شهروندی. Abandoned Citizen; Civic Indifference; Violation of Citizens' Rights.
شرایط زمینه‌ای Contextual Conditions	مشارکت فعالانه ـ منفعلانه Active–Passive Participation (Negotiation Models)	سرکوبگری؛ خودآیینی (احترام‌محوری)؛ فایده‌گرایی؛ عمومیت کارکردی. Repression; Autonomy (Respect-Centeredness); Utilitarianism; Functional Generality.
شرایط مداخله‌گر Intervening Conditions	انتخاب غیرعقلانی(انتخاب آنومیک) Irrational Choice (Anomic Choice)	سطحی‌نگری در انتخاب؛ رابطه‌گرایی در انتخاب؛ اغوای مجازی. Superficiality in Choice; Relationship-Based Choice; Digital Deception.
راهبردها Strategies	خودیاری در برابر بحران Self-Help in the Face of Crisis	بازیابی تسکینی؛ انتقام شخصی؛ حق‌خواهی در مراجع مربوطه. Palliative Recovery; Personal Revenge; Seeking Redress Through Relevant Authorities.
راهبردها Strategies	بازسازی و ترمیم هویت Identity Reconstruction and Restoration	مسئولیت اجتماعی؛ جبران مالی؛ تسکین روحی خانواده؛ جبران قضایی قصور. Social Responsibility; Financial Compensation; Emotional Relief for the Family; Judicial Redress for Negligence.
راهبردها Strategies	تسکین خودگزین Self-Selected Coping and Consolation	تقدیرگرایی؛ فرار رو به جلو؛ تحرک اجتماعی رو به بالا؛ تسکین داغ. Fatalism (Sacred Suffering); Forward Escape; Upward Social Mobility; Grief Relief.
پیامدها Consequences	فرسایش روانی ـ جسمانی Psychological and Physical Erosion	ترومای روانی؛ تأثیر بر روابط خانوادگی؛ فرسایش جسمی؛ ترومای جسمی. Psychological Trauma; Impact on Family Relationships; Physical Deterioration; Physical Trauma.
پیامدها Consequences	تنزیل اجتماعی ـ اقتصادی Socioeconomic Devaluation	تحمیل هزینه اجتماعی به نظام درمان)هزینه فرصت ازدست‌رفته درمان)؛ اپیدمی بی‌اعتمادی؛ سندرم سرباری؛ فوبیای درمان؛ بحران مضاعف در خانواده؛ اختلال پایگاه شغلی؛ وبال‌آفرینی؛ هزینه تحمیلی اقتصادی کلان؛ هزینه اقتصادی خرد؛ فشار اقتصادی؛ خشونت اقتصادی ناشی از بحران. Imposition of Social Costs on the Healthcare System (Opportunity Costs of Foregone Treatment); Epidemic of Distrust; Burdensomeness Syndrome; Healthcare Phobia; Double Crisis Within the Family; Disruption of Occupational Status; Creation of Additional Burdens; Imposed Macroeconomic Costs; Microeconomic Costs; Financial Pressure; Crisis-Induced Economic Violence.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

شرایط علّی

در تحلیل پدیده‌های اجتماعی پیچیده مانند خطای پزشکی، شرایط علّی رویداد و وقایعی است که به‌طورمستقیم در ایجاد، تقویت یا تشدید آن نقش دارد و بر آن اثرگذار است. سه عامل محدودیت سرمایهٔ انسانی، ناکارآمدی نهادی و بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای (آنومی نقش) به‌عنوان شرایط علّی کلیدی عمل می‌کنند و در کنار هم زمینهٔ بروز خطا و کاهش کیفیت ارائهٔ خدمات درمان و ایجاد تجربه‌های منفی را برای بیماران فراهم می‌سازند. این شرایط ساختاری و رفتاری بر هم اثر می‌گذارند و پدیدهٔ اصلی پژوهش (مانند تجربهٔ بیماران از خطای پزشکی) را شکل می‌دهند. در زیر هرکدام از عوامل بررسی می‌شود:

محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی: محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی اولین مقوله‌ای است که در تحقیق به آن توجه شد و بیان‌کنندهٔ درک و تفسیر مشارکت‌کنندگان از علل شکل‌گیری پدیدهٔ خطای پزشکی در جامعه و سیستم سلامت عنوان می‌شود. از نگاه مشارکت‌کنندگان و براساس تجربهٔ بیان‌شده توسط آن‌ها، «محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شرایط ایجاد خطای پزشکی و مشکلات ناشی از آن است. با کنگاش اظهارات مشارکت‌کنندگان، این مضمون محوری پژوهش را می‌توان در دو دسته قرار داد که به محدودیت نیروی انسانی پزشکی منجر شده است؛ بُعد اول، موانع زیربنایی نظام سلامت که در پنج مقولهٔ فرعی نمود پیدا می‌کند: «ویژه‌سازی» (انحصار درمان)، «عدم‌شایسته‌سالاری در آموزش مهارت»، «ایجاد فاصلهٔ منزلتی بین پزشک و کادر درمان از یک‌سو و بین پزشک و بیمار ازسوی دیگر»، «کوتاه‌انگاری تشخیصی در تشخیص و درمان بیمای» و همچنین «مک‌دونالیزگی درمان» و بُعد دوم، نگاه سرمایه‌محور به بحث سلامت و پزشکی و به دنبال آن رشد فرهنگ مادی‌گرایی بین پزشکان است که مانع از شکل‌گیری و توسعهٔ نگاه انسانی، اخلاقی و درمان‌محور در بین کادر درمان و پزشکان متخصص به بیماران می‌شود. نمود آن را در دو مقولهٔ «خصوصی‌سازی درمان یا بنگاه‌داری پزشکی» و «شکل‌گیری بازار سیاه درمان» می‌توان مشاهده کرد.

> فاطمه (٦٤ سال، دیپلم، متأهل) می‌گوید: «حتی مدرک پزشکام کیلویی شده. طرف حتی سوادش نداشته با پارتی یا سهمیه وارد دانشگاه شده یا خانواده‌هایی هستند که فرزندشان با پول می‌فرستند دانشگاه که خیلی نمی‌دانند چی به چیه. یه مدرکی گرفته؛ ولی چندان سوادی ندارد. در شرایط حاضر نمی‌توان پزشک حاذق و خوبی را پیدا کرد که نسبت‌به آن خاطرجمع باشیم. خیلی کم هستند. شاید کمتر از ۵۰ درصدشون قابل‌اعتمادند.»

نقل‌قول ارائه‌شده بیانگر یکی از معضلات اساسی نظام سلامت، یعنی ضعف در شایسته‌سالاری و کیفیت آموزش پزشکی است. در بسیاری از نظام‌های بهداشتی توسعه‌یافته، ورود به حرفهٔ پزشکی مستلزم طی‌کردن فرایندهای سخت‌گیرانهٔ آموزشی و ارزیابی‌های دقیق علمی و عملی است. درمقابل، آنچه در این پژوهش تأکید شده، تأثیر منفی برخی سیاست‌های آموزشی و پذیرشی در کاهش سطح مهارت و دانش پزشکان است.

ناکارآمدی نهادی: یکی از عواملی که در هر ساختاری می‌بایست مدنظر قرار داد، بحث کارآمدی نهادی است که به مفهوم داشتن بیشترین بهره‌وری و ارائهٔ باکیفیت‌ترین خدمات با کمترین هزینه است؛ به‌طوری‌که با توزیع عادلانهٔ منابع، بیشترین سود را عاید شهروندان و افراد جامعه کند. درواقع مفهوم اصلی کارآمدی نهادی این است که در هر نهاد منابع محدود و نیازهای نامحدود وجود دارد. باید از منابع موجود بیشترین بهره را برد. در این پژوهش، ناکارآمدی نهادی مجموعه‌ای از کاستی‌ها و نارسایی‌های ساختاری نظام سلامت است که زمینه‌ساز شکل‌گیری و تداوم خطاهای پزشکی است. این مفهوم را می‌توان با مقوله‌های فرعی در نظر گرفت؛ مقوله‌هایی همچون وجود نابرابری اجتماعی و شکاف طبقاتی در درمان و در دستیابی به خدمات مرتبط با سلامت، توزیع ناعادلانهٔ منابع و ضعف قوانین نظارتی درمان که زمینه‌ساز سلامت افراد جامعه، خلأ قانونی و بلاتکلیفی نهادهای نظارتی است. همچنین اثرات هاله‌ای خطای پزشکی و تبارمندی شغلی در سیستم سلامت نیز در این چارچوب تبیین‌پذیر است.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

فهیمه ۳۵ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱: «متغییر کلان اصلی ساختار نابرابر است که مسئولیت از حوزهٔ عمومی درمان برداشتند. کسی که تمکین مالی دارد، بیمارستان دولتی می‌رود و کسی هم که وضعیت خوب اقتصادی ندارد، بیمارستان دولتی می‌رود. زنده ماند به شانسش و مُرد هم مرد. در بحث درمان شکاف طبقاتی کاملاً مشهود است.»

نابرابری ساختاری در توزیع منابع درمانی باعث شده است تا دسترسی افراد به مراقبت‌های بهداشتی نه براساس نیاز، بلکه براساس تمکن مالی تعیین شود. در جوامعی که عدالت در سلامت نهادینه نشده است، ساختار طبقاتی موجب می‌شود که افراد کم‌برخوردار نه‌تنها به درمان‌های مناسب دسترسی نداشته باشند، پذیرش ریسک درمان در بیمارستان‌های دولتی را نیز به‌عنوان امری اجتناب‌ناپذیر بپذیرند. این مسئله نه‌تنها بر میزان مرگ‌ومیر و کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است، به فرسایش اعتماد عمومی به سیستم سلامت منجر می‌شود.

بحث دیگری که به ناکارآمدی نهادی منجر می‌شود، ضعف قوانین نظارت است. به گفتهٔ شهروندان عدم‌نظارت بر دریافت مجوزهای مطب‌ها موجب می‌شود که برخی پزشکان بدون داشتن صلاحیت‌های لازم وارد عرصهٔ درمانی شوند. این امر باعث می‌شود بیمارانی که به دنبال درمان هستند، به‌راحتی در معرض اشتباهات پزشکی قرار بگیرند.

نادری، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲٤: «توجه به اینکه ایشون مجوز مطب نداشتند و به دور از چشم بازرسی و ادارهٔ نظارت فعالیت می‌کردند. هزینه‌هایی که از افراد دریافت می‌کردند، خیلی بالاتر از تعرفه‌های درمانی بود. پزشکی که من مراجعه کردم، یک رزیدنت عمومی بود. ایشون مجوز مطب و اینکه تابلو ببره بالا نداشته. حالا اینکه این مجوز چطور صادر شده و مهر نظام پزشکی به چه نحوی پای مدرک آن‌ها خورده الله و اعلم.»

علاوه‌براین، فقدان نظارت بر فرایند درمان و ارزیابی دقیق وضعیت بیماران، موجب افزایش خطاهای پزشکی می‌شود. پزشکانی که می‌دانند دربرابر خطاهایِ خود مسئولیتی ندارند، به‌راحتی از استانداردهای درمانی فاصله می‌گیرند و درمان‌ها را بدون توجه به شرایط بیمار انجام می‌دهند؛ درنهایت، ضعف قواعد نظارتی همچنین بر نحوهٔ عملکرد نهادهای نظارتی اثرگذار است؛ وقتی که نهادهای نظارتی در موارد مختلف دچار بلاتکلیفی یا عدم‌هماهنگی می‌شوند، روند رسیدگی به شکایت‌ها و مشکلات به تعویق می‌افتد و این خود زمینه‌ساز بروز مشکلات و قصور پزشکی می‌شود.

حمایت‌های صنفی و تبارمندی شغلی سیستم سلامت، موضوع دیگری است که تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بر آن تأکید کرده‌اند. نظام پزشکی، بیشتر به دلیل منافع خاص خود از پزشکان حمایت می‌کند و در برخی موارد بر رأی دادگاه ارجحیت دارد. این موضوع می‌تواند به سرپوش گذاشتن بر خطای پزشکی و عدم‌شفافیت در فرایندهای حقوقی منجر شود. دراین‌زمینه، گفته‌های یکی از افراد نمونهٔ شاهدی بر این پدیده است.

ماجده، ۲۸ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۱: «دکتر با پررویی برای ما شکایت قضایی انجام داد. برایم جالب بود که در پرونده ۷۰درصد ایشون مقصر شدند؛ ولی علیه ما شکایت قضایی انجام داد. در جلسهٔ تجدید نظر به‌طورکلی اعتراض را نسبت‌به خطا رد کردند و پزشک از خطا مبری شد. به نظرم در بررسی پرونده نظر نظام پزشکی که خود حافظ منافع پزشک است، بر نظر دادگاه ارجحیت دارد.»

در پاسخ به مشکلات موجود، برخی از افراد اشاره به کمبود تدبیر در سیستم مدیریت پزشکی دارند و معتقدند «بی‌تدبیری در مدیریت» و «عدم شفاف‌سازی پروسهٔ خطای پزشکی» می‌تواند به تنش‌ها و ناراحتی‌های بیشتر در فرایندهای درمانی و حقوقی منجر شود. زمانی که نهادهای مسئول در پی شفاف‌سازی و پاسخ‌گویی به خطاها نباشند، جامعهٔ پزشکی قادر نخواهد بود که از اشتباهات خود درس بگیرد و این موضوع به افزایش خطاهای پزشکی در آینده کمک خواهد کرد.

بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای (آنومی نقش): نقش حرفه‌ای را می‌توان انتظارات از حِرف دانست. در شرایط عادی هر حرفه‌ای دارای وظایفی است که در جهت ایفای آن حرکت

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

می‌کند؛ اما گاهی حرفه یا صنف در انجام وظایف خود دچار نوعی بی‌نظمی و تجربهٔ شرایط آنومیک می‌شود. مطابق این وضعیت در نظام پزشکی، فاصله‌گیری پزشکان و کادر درمان از وظایف اصلی خود و تحقق آرمان عدالت مشاهده می‌شود. این مقوله حاصل مقوله‌های فرعی نقصان ساختاری، مسئولیت‌گریزی کادر درمان/ زوال وجدان نقشی، بی‌دقتی و بی‌احتیاطی کادر درمان، بوروکراسی درمان و سترونش صنفی است.

نادری، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۴: «من یه سوال از نظام پزشکی دارم. زمانی که شش پزشک متخصص کمیسون بیان می‌کنند مشکل از نحوهٔ درمان هست و پزشک را مقصر می‌کنند. دلیلی که پزشک اعتراض می‌زنند صد در صد قصور را به صفر یا بیست درصد می‌رسانند. آیا گروه پزشک متخصص کمیسیون تبحر ندارند یا شما از پزشک حمایت می‌کنید؟ هیچ‌وقت صد در صد قصور با یک اعتراض، صفر درصد نمی‌شود.»

یکی از چالش‌های کلیدی در نظام رسیدگی به خطاهای پزشکی، یعنی «تعارض منافع» و «نقصان ساختاری در پاسخ‌گویی» است. کارآمدی یک نظام سلامت زمانی تضمین می‌شود که نهادهای نظارتی در ارزیابی و رسیدگی به خطای پزشکی به شیوه‌ای مستقل و عادلانه عمل کنند؛ اما در بسیاری از نظام‌های درمانی، به‌ویژه در کشورهایی که نظارت حرفه‌ای به‌جای یک نهاد بی‌طرف در اختیار همان صنف پزشکی قرار دارد، «تعارض منافع» به یکی از موانع اصلی در برخورد با تخلفات پزشکی تبدیل می‌شود و خود، شرایط را برای خطای پزشکی بیشتری محیا می‌کند. داده‌های جمع‌آوری‌شده بیانگر آن است که بوروکراسی درمان به‌عنوان سیستم پیچیدهٔ اداری، نقش چشمگیری در افزایش خطاهای پزشکی دارد. از منظر جامعه‌شناسی، این پدیده نشانگر غلبهٔ ساختارهای بوروکراتیک بر وظایف انسانی و اخلاقی در نظام درمانی است.

رقیه، ۳۷ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۹: «من را فرستادم بخش زنان و زایمان. گفتند چون پرونده بسته شده، نمی‌توانیم او را بستری کنیم. با اصرار و التماس من، فرستاد اورژانس مجدد بستری شدم. پام و شکمم به‌شدت ورم کرده بود.»

شرایط زمینه‌ای

در تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش، با مطالعهٔ شرایط علّی و مداخله‌گر مطالعه مشخص شد که شرایط زمینه‌ای نحوهٔ تجربه و واکنش بیماران به خطای پزشکی ناشی از شرایط فردی یا ویژگی‌های نظام درمان نیست، بلکه در بستری گسترده‌تر اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد؛ در همین راستا برخی از شرایط ایجاد خطای پزشکی ریشه در موقعیت شهروندی افراد و نحوهٔ مشارکت آن‌ها در فرایندهای اجتماعی درمانی دارد. دو مفهوم مهم که در مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها برجسته شد، عبارت بود از نادیده‌انگاری شهروندی و مشارکت فعالانه ـ منفعلانه. این دو عنصر، چارچوبی اجتماعی و فرهنگی فراهم می‌کند که واکنش بیماران به خطا را معنادار و قابل‌فهم می‌کند.

نادیده‌انگاری شهروند: نادیده‌گرفتن شهروندان به‌عنوان سوژه‌های آگاه و صاحب اختیار، یکی از عواملی است که به وقوع قصور پزشکی دامن زده است. در این مقوله هیچ‌کدام از نهادها یا حتی ساختار کلی جامعه به شهروندان به‌عنوان افرادی نگاه نمی‌کند که نیاز است آگاه باشند و با آموزش آگاه‌تر شوند. براساس گفته‌های مصاحبه‌شوندگان، شهروندان در شرایطی قرار می‌گیرند که از یک سو از حقوق اولیهٔ خود و شیوه های دفاع و پیگیری حقوق خود آگاهی ندارد از سوی دیگر جایگاهی برای مطالبه گری و پیگیری حقوق خود ندارد. این وضعیت نشان می‌دهد ساختار جامعه به‌گونه‌ای شکل گرفته که شهروندی و مؤلفه‌های ارزشمند آن را نادیده می‌گیرند به عبارتی، ساختارهای موجود به‌گونه‌ای عمل می‌کند که به جایگاه شهروندی و مؤلفه‌های اساسی آن، ازجمله حق آگاهی، حق مشارکت، حق مطالبه‌گری به‌درستی توجه نشود. این مقوله حاصل سه مقولهٔ فرعی «شهروند رهاشده»، «نقض حقوق شهروندی» و «بی‌تفاوتی شهروندی» است.

محمدمهدی، ۱۶ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲: «من شهروند نمی‌توانم به خواسته و حق خودم برسم؛ به‌جز اینکه وقت، انرژی و پولم هدر برود.»

مصاحبه‌شوندگان به‌کرات به عدم‌وجود نهادهای حمایتی برای بیماران اشاره کرده‌اند که یکی از عوامل مقولهٔ شهروند

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

رهاشده است. این بی‌پناهی نشان‌دهندهٔ ضعف نهادهای مدنی و نظارتی است که وظیفهٔ حمایت از شهروندان دربرابر تخلفات حرفه‌ای، مانند خطاهای پزشکی را بر عهده دارند. بی‌پناهی شهروندان زمینه‌ساز افزایش سوءاستفادهٔ پزشکان از قدرت و موقعیت اجتماعی آن‌ها می‌شود.

> عصمت، ٦٤ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۷: «مردم ضعیف‌ترین قشر هستند که به‌ناچار مراجعه می‌کنیم به پزشک و با ما این‌جور رفتار می‌شود. هیچ ارگانی حمایتی از بیمار ندارد؛ به همین دلیل پزشک این‌قدر گستاخ هستند.»

شهروندان همچنین بر این نکته تأکید دارند که عدم‌آگاهی عمومی از فرایند درمان و حقوق بیمار یکی از دلایل اصلی بروز خطاهای پزشکی است. به گفتهٔ آنان، بسیاری از بیماران از روند درمان، عوارض احتمالی و حتی حقوق قانونی خود بی‌اطلاع هستند. این بی‌اطلاعی موجب می‌شود که بیماران نتوانند تصمیمات آگاهانه بگیرند یا دربرابر خطاهای رخ‌داده واکنش مناسبی نشان دهند. این اظهارات نشان‌دهندهٔ وجود ضعف ساختاری در آموزش عمومی و اطلاع‌رسانی در حوزهٔ بهداشت و درمان است.

> محمدعلی، ۵۳ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۰: «همچنین ترس از منصرف‌شدن بیمار برای جراحی باعث می‌شود که بسیاری از عوارض ناخواستهٔ درمان و جراحی برای بیمار بیان نشود و این عامل باعث می‌شود بیمار بدون اطلاع و آگاهی اقدام به درمان کند و همین عامل باعث بالارفتن میزان خطا می‌شود.»

شهروندان به‌درستی اشاره کرده‌اند که سردرگمی در فرایندهای نظارتی و شکایت‌ها نیز عاملی مهم در تشدید این مشکلات است. مصاحبه‌شوندگان بارها اعلام کرده‌اند که پس از وقوع خطاهای پزشکی با نهادهایی مواجه شده‌اند که نه‌تنها فرایندهای شفافی برای شکایت ندارند، به دلیل پیچیدگی‌ها و نبود هماهنگی، مسیر پیگیری را دشوار یا حتی غیرممکن می‌سازند. شیوع این روند به بی‌تفاوتی شهروندی در امور مختلف درمانی منجر می‌شود. یکی از دلایل بی‌تفاوتی شهروندی، بی‌اعتمادی به کارآمدی سیستم است. این موضوع در بیاناتی همچون نمونهٔ زیر به چشم می‌خورد.

> زهرا، ٤٦ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۸: «شهروندان درکل نسبت‌به بیشتر مشکلاتی که در جامعه هست، بی‌تفاوت هستند. بی‌اطلاعاتی مردم نسبت‌به مسائل مختلف، بی‌توجهی نسبت‌به مسائلی که اتفاق می‌افتد. همچنین افراد بیشتر درگیر روزمرگی خود هستند و نسبت‌به خیلی از مسائلی که ممکن است در اطراف اتفاق بیفتد، خنثی هستند.»

و شاید به دلیل اینکه ساختار به نحوی است که می‌دانند پیگیری و مطالبات آن‌ها فایده ندارد، سعی می‌کنند از کنار خیلی از موارد بی‌اعتنا عبور کنند؛ این بی‌اعتنایی به ضعف مطالبه‌گری منجر می‌شود و بسیاری از شهروندان حتی تلاش اولیه برای تغییر شرایط را متوقف می‌کنند. نتیجهٔ این وضعیت، تقویت چرخه‌ای معیوب است: خطاهای پزشکی بیشتر و بیشتر رخ می‌دهد؛ شهروندان شکایتی نمی‌کنند یا اگر هم شکایت کنند، به نتیجه نمی‌رسند؛ نهادهای مسئول بدون فشار اجتماعی به اصلاح ساختارها اقدام نمی‌کنند و درنهایت، خطاهای پزشکی ادامه می‌یابد.

درنهایت در نظام‌هایی که رابطهٔ پزشک ـ بیمار به‌جای تعامل برابر در قالب رابطهٔ قدرت نابرابر شکل می‌گیرد، بیماران به‌عنوان افراد فاقد نفوذ و حمایت نهادی دربرابر نظام پزشکی قرار می‌گیرند. در این شرایط، فقدان نظارت مؤثر، عدم‌دسترسی بیماران به ابزارهای قانونی و پیچیدگی بروکراسی درمان موجب «رهاشدگی شهروند» در مسیر دستیابی به حقوق خود می‌شود. زمانی که افراد جامعه احساس کنند که ساختارهای رسمی از آن‌ها حمایت نمی‌کند و پیگیری حقوقشان مستلزم صرف انرژی و منابع جبران‌ناپذیر است، اعتماد عمومی به نهادهای نظارتی کاهش و انفعال مدنی افزایش می‌یابد. این انفعال خود به بازتولید خطاهای پزشکی، مصونیت پزشکان از پاسخ‌گویی و کاهش انگیزه برای اصلاحات نهادی منجر می‌شود.

مشارکت فعالانه ـ منفعلانه (مدل‌های مذاکره): این مقوله به‌عنوان شرایط زمینه‌ای مؤثر بر خطا و قصور پزشکی از سه مقولهٔ فرعی «سرکوبگری»، «اتونومی (احترام‌محوری)» و «منزلت، ضرورت و عمومیت کارکردی ساختار درمانی»

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

تشکیل شده است. نوع حضور بیمار در فرایند درمان و رابطهٔ بین پزشک و بیمار وابسته به این مقوله‌های فرعی است. درصورتی‌که پزشکان در مواجهه با اعتراضات بیماران رفتار سرکوبگرانه‌ای را از خود بروز دهند، به‌تحقیق خطای پزشکی احتمال بیشتری می‌یابد یا درصورت وجود رابطه بر مبنای احترام به بیمار، این رابطه می‌تواند به‌صورت مذاکره‌ای و مشارکت فعال انجام گیرد؛ زیرا بنیان‌های فکری افراد نمونه بر اهمیت و ضرورت و عمومیت کارکردی حرفه‌های درمانی و پزشکی است.

> سیدعلی‌محمد، ۵۰ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۳: «با ارتباطی که با یکی از بیماران گرفتم، ایشون بعد از اینکه توانسته بود پزشک را محکوم کند، به بیمار گفته بود برو هر غلطی می‌خواهی انجام بده که در شأن یک پزشک نیست. به‌جای اینکه از بیمار دلجویی کنند و به او کمک کنند که مشکل ایجادشده حل بشه، برخورد دور از شأن انجام می‌دهند.»

سرکوبگری در مواجهه با خطای پزشکی را می‌توان حاصل نظام‌های حرفه‌ای بسته دانست. در چنین نظام‌هایی گروه‌های حرفه‌ای ازجمله پزشکان، برای حفظ اقتدار و مصونیت صنفی خود، دربرابر پذیرش مسئولیت خطاهای حرفه‌ای مقاومت نشان می‌دهند. این رفتار که بیشتر با انکار، توجیه یا فرافکنی همراه است، نشان‌دهندهٔ شکاف عمیق میان بیمار و سیستم سلامت است. پزشکان و نهادهای نظام سلامت به دلیل ضعف نظارت، بروکراسی پیچیده و ساختارهای حرفه‌ای بسته، دربرابر پیامدهای قانونی و اخلاقی قصورِ خود تا حد زیادی مصون هستند. این مصونیت به تکرار الگوهای سرکوبگرانه، عدم‌اصلاح رویه‌های نادرست و ایجاد فرهنگ لاپوشانی در نظام پزشکی منجر می‌شود.

شرایط مداخله‌گر

مجموعه‌ای از شرایط وجود دارد که در لحظهٔ وقوع خطا یا بلافاصله پس‌ازآن در واکنش‌های بیماران و مسیر تصمیم‌گیری آنان مداخله می‌کند و مجموعه‌ای از شرایط و عوامل را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. یکی از مهم‌ترین این شرایط، مقوله‌ای است که در طی فرایند پژوهش با عنوان «انتخاب غیرعقلانی یا آنومیک» شناسایی شد و در ادامه تشریح می‌شود:

انتخاب غیرعقلانی (انتخاب آنومیک): در جامعه‌شناسی، انتخاب‌های غیرعقلانی یا آنومیک، بیشتر در بستر شرایط اجتماعی و فرهنگی خاصی رخ می‌دهد که فرد را از مسیر تصمیم‌گیری منطقی منحرف می‌کند. این شرایط تحت‌تأثیر عوامل متعددی نظیر اطلاعات ناقص، تأثیر روابط اجتماعی و سازوکارهای رسانه‌ای شکل می‌گیرد. مفاهیمی نظیر «سطحی‌نگری در انتخاب»، «رابطه‌گرایی در انتخاب» و «اغوای مجازی» به‌عنوان مقوله‌های کلیدی می‌تواند مسیر تصمیم‌گیری افراد را به سمت انتخاب‌های غیرعقلانی هدایت کند. در ادامه، این سه مقوله و تأثیر آن‌ها بر انتخاب‌های غیرعقلانی یا آنومیک تحلیل می‌شود.

> سیدعلی‌محمد، ۵۰ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۳: «اولین عاملی که منجر به خطای پزشکی می‌شود، این است که بیمار برای انتخاب پزشک تحقیق نمی‌کنن؛ مثلاً میگن فلان پزشک پنجه‌طلاست و به صرف اینکه میگن هر کی رفته پیش فلان پزشک، بیماریش خوب شده و بر این واقف نیستند که اون پزشک هم می‌تواند خطا کند.»

در حوزهٔ پزشکی، این رویکرد به تصمیم‌گیری‌های سطحی مانند انتخاب پزشک براساس شهرت، توصیه‌های دهان‌به‌دهان، ظاهر مطب و تعداد بیماران منجر می‌شود، بدون آنکه صلاحیت علمی پزشک، سوابق درمانی یا تخصص وی بررسی شود. انتخاب پزشک براساس عوامل سطحی، بازتابی از «اتوریتهٔ حرفه‌ای پزشکان» و «اعتماد غیرانتقادی» به آنان است. در بسیاری از جوامع، جایگاه پزشکان به‌گونه‌ای است که شهروندان، آن‌ها را فراتر از خطا تصور می‌کنند و به‌دلیل دانش تخصصی پزشک، خود را فاقد صلاحیت برای ارزیابی توانایی‌های او می‌بینند. در چنین شرایطی، بیماران بدون جست‌وجوی اطلاعات معتبر و دقیق به توصیه‌های اطرافیان اکتفا کرده و پزشک را فقط براساس شهرت یا نفوذ اجتماعی انتخاب می‌کنند.

> سیدرضا، ۳۴ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۷: «به‌خاطر اینکه پزشک مطرح و مشهور در یزد شده بود، مکان مطب در جای خوب واقع شده بود و تعداد مراجعین و منشی‌ها زیاد

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

بودند. فکر می‌کردم بتواند خیلی کار خوب تحویل بدهد که این اتفاق نیفتاد.»

رابطه‌گرایی عامل دیگری است که می‌تواند تأثیرهای منفی بر سیستم درمانی نیز داشته باشد. انتخاب پزشکان براساس روابط نه شایستگی، ممکن است باعث کاهش رقابت علمی و حرفه‌ای در میان پزشکان شود. همچنین، این مسئله می‌تواند بیماران را از دستیابی به بهترین خدمات درمانی بازدارد و باعث کاهش کیفیت کلی سیستم درمانی شود. به‌ویژه در مواردی که رابطه‌گرایی به اعتماد بیش‌ازحد به پزشکان غیرمتخصص یا کمتر ماهر منجر می‌شود، احتمال بروز خطای پزشکی افزایش می‌یابد.

شریف، ۷۰ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۳: «این پزشک از اقوام نزدیک من بود. دردم از اینجا می‌گیرد که از اقوام بوده. همیشه می‌گوییم شرایط ما که این چنین هست، وای به حال مردم عادی.»

اغوای مجازی به‌عنوان یکی از شرایط مداخله‌ای در بروز خطای پزشکی به پدیده‌ای اشاره دارد که در آن، تبلیغات و اطلاعات نادرست یا اغراق‌شده در فضای مجازی، انتخاب‌های درمانی بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. این پدیده در دوران جدید به دلیل دسترسی گسترده به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، شدت بیشتری می‌یابد و در برخی موارد، بیماران را به سمت پزشکان یا روش‌های درمانی هدایت می‌کند که لزوماً بهترین گزینه نیستند.

نصیریان، ۳۸ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۲: «مقصر بودم. وقتی که تبلیغات پزشک در اینترنت و اینستا دیده بودم، می‌بایست درخصوص صحت تبلیغات تحقیق می‌کردم و از پزشک مجوز مطب می‌خواستم. وقتی که دیدم در بهترین جا مطب دارد و در بین اقوام این‌قدر تعریف شنیده بودم، دیگه خودم پرس‌وجو نکردم.»

راهبردهای کنش

پس از مواجههٔ بیماران با خطای پزشکی، آنان بسته به شرایط علّی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، مجموعه‌ای از راهبردهایی را برای کنترل وضعیت ایجادشده، کاهش تنش، بازگرداندن احساس امنیت یا حفظ سلامت خویش به کار می‌گیرند. تحلیل داده‌ها نشان داد که این راهبردها عمدتاً در سه مقولهٔ اصلی «خودیاری دربرابر بحران»، «بازسازی و ترمیم هویت» و «تسکین خودگزین» دسته‌بندی می‌شود. که هریک از این راهبردها منعکس‌کنندهٔ نوعی تلاش بیمار برای مدیریت شرایط، حفظ کنترل و جلوگیری از فروپاشی هیجانی یا درمانی است.

خودیاری در بحران: پدیدهٔ خطای پزشکی به‌عنوان یکی از بحران‌های فردی و اجتماعی، واکنش‌های متنوعی را ازسوی افراد متأثر برمی‌انگیزد. این واکنش‌ها در بستر روابط قدرت، ساختارهای نهادی و فرهنگ عمومی جامعه تحلیل‌پذیر است؛ در این راستا، استراتژی «خودیاری در بحران» را می‌توان به‌عنوان پاسخی به نابسندگی سیستم‌های حمایتی و نظارتی و همچنین بازتابی از سرمایهٔ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی افراد بررسی کرد. این استراتژی حاصل سه مقولهٔ فرعی «بازیابی تسکینی»، «انتقام شخصی/ تسکین خودگزین»، «حق‌خواهی در مراجع مربوط» است.

محمدحسین، ۳۶ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۲: «بعد از اینکه از شکایت در یزد به نتیجه‌ای نرسیدم، در کمیسون عالی پزشکی طرح شکایت کردم. رسید و تمام مدارکی که تحویل دادم، کپی کردم و دارم؛ ولی وقتی که در جلسه حاضر شدم، گفتند پروندهٔ شما خالی هست. بلند شو برو.»

از منظر جامعه‌شناختی، این تجربه بازتابی از بحران اعتماد نهادی در نظام سلامت است که یکی از پیامدهای کلیدی خطای پزشکی محسوب می‌شود و به شرایطی اشاره دارد که در آن شهروندان به دلیل شکست مکرر نهادهای رسمی در ارائهٔ خدمات، احساس بی‌اعتمادی به سازوکارهای نظارتی، قضایی و درمانی پیدا می‌کنند. دراین‌مورد، مصاحبه‌شونده پس از ناکامی در سیستم محلی، به نهادهای عالی‌تر (کمیسیون عالی پزشکی) مراجعه کرده، اما با فقدان شفافیت و ناکارآمدی مواجه شده است و این بار خود درصدد گرفتن حق خود به شیوهٔ مثبت و منفی است.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

بازسازی و ترمیم هویت: استراتژی بازسازی و ترمیم هویت در مواجهه با خطای پزشکی نشان‌دهندهٔ تلاشی است که افراد برای بازیابی منزلت فردی، احقاق حق و بازگرداندن تعادل روانی و اجتماعی خود انجام می‌دهند. این استراتژی شامل اقداماتی همچون «جبران مالی»، «جبران قضایی قصور» و «تسکین روحی خانواده» است که همگی به‌طورمستقیم یا غیرمستقیم به بازسازی تصویر فرد از خود و جایگاه او در جامعه کمک می‌کند. از منظر جبران مالی، افراد با پیگیری خسارات اقتصادی و دریافت دیه، نه‌تنها بار مالی ناشی از خطای پزشکی را کاهش می‌دهند، حس قدرت و کنترل بر وضعیت را بازمی‌یابند. در حوزهٔ جبران قضایی، تأکید بر پاسخ‌گویی پزشکان، تنبیه متخلفان و پیشگیری از تکرار خطا به بازسازی اعتماد به نظام درمانی و هویت فردی بیماران کمک می‌کند. همچنین، تسکین روحی و بازگشت آرامش ازطریق طلب عدالت یا بخشش خطاکار، بخشی از فرایند ترمیم آسیب‌های روانی و اجتماعی ناشی از این تجربهٔ تلخ است. این استراتژی به‌طورکلی نشان‌دهندهٔ تلاش بیماران برای مواجههٔ فعال با پیامدهای خطای پزشکی و بازسازی هویت متزلزل‌شدهٔ خود دربرابر این بحران است.

> سیدرضا، ۳٤ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۷: «احساس می‌کنم حداقل می‌بایست برای محکومیت پزشک تلاش می‌کردم. برای اینکه افراد بیشتری متوجه می‌شدند و مراجعینش کمتر بشه؛ ولی متأسفانه تنبلی باعث شد من اصلاً دنبال شکایت نروم. خیلی رها، آزاد و با فراغت کارشون را انجام می‌دهند؛ درحالی‌که اصلاً نباید چنین باشد. علوم پزشکی باید توبیخ کند و درب مطب را پلمپ کند. هدفم توبیخ و تعلیق پزشک بود، در پرونده پزشک بشه و به آگاهی بیشتر مردم کمک کنم؛ ولی هیچ‌کدام از این خواسته‌ها اتفاق نیفتاد.»
>
> خواجه افضلی، ۲۱ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲٦: «شکایت کردم و هدفم پلمپ مطب پزشک بود که هم اخلاقش، هم رفتارش و هم کارش را درست کند. رفتارش برای پزشک‌بودن به درد نمی‌خوره. همهٔ اونا رأی به دیه دادند. می‌خواستم مطب پزشک پلمپ شه. درست یک ماه قبل از من هم دچار خطا شده بود. اگر همون موقع مطب را پلمپ کرده بودند، دیگه این اتفاق برای من نمی‌افتاد.»

از منظر جامعه‌شناسی پزشکی، مسئولیت اجتماعی در مواجهه با خطای پزشکی به‌عنوان نوعی کنش جمعی قابل بررسی است که بیماران و خانواده‌های آنان در واکنش به بی‌عدالتی در نظام سلامت انجام می‌دهند. این نقل‌قول نشان‌دهندهٔ تلاش فرد برای ایفای نقش نظارتی بر سیستم پزشکی ازطریق طرح شکایت و آگاهی‌بخشی اجتماعی است. بخش درخورتوجهی از این استراتژی، متوجه نقد ساختارهای نهادی و سیستمی است. اظهارات بیماران دربارهٔ نبود بازخواست، عدم‌پاسخ‌گویی و حتی ناتوانی مدیران بیمارستانی نشان‌دهندهٔ نوعی بی‌اعتمادی به سیستم‌های نظارتی و اجرایی در حوزهٔ درمان است. این انتقادها بیشتر به درخواست تغییرات ساختاری در نظام درمانی منجر می‌شود. طبق گفتهٔ نمونه‌های موردمصاحبه، درخواست برای تنبیه پزشکان خطاکار بیشتر از آنکه صرفاً به‌عنوان جبران شخصی تلقی شود، جنبهٔ بازدارنده دارد. بیماران معتقدند که با تنبیه پزشکان، احتمال وقوع مجدد چنین خطاهایی کاهش می‌یابد و سطح مسئولیت‌پذیری افزایش پیدا می‌کند.

تسکین خودگزین: یکی از راهبردهای انطباقی در مواجهه با پیامدهای خطای پزشکی است که شامل تلاش‌های فردی و اجتماعی برای کاهش تنش‌های روانی و بازیابی تعادل ذهنی می‌شود. این استراتژی به اشکال مختلفی همچون تقدیرگرایی، پذیرش خطا به‌عنوان مشیت الهی، (فرار روبه‌جلو) بازگشت به جامعه و تعامل دوباره با سیستم درمانی (تحرک اجتماعی روبه‌بالا) تمرکز بر رشد فردی (مانند ادامهٔ تحصیل و پیشرفت شغلی) و تسکین داغ (انصراف ذهن از رنج ازطریق سرگرمی، ورزش و جلب حمایت اجتماعی) بروز می‌یابد. تسکین خودگزین در بسیاری از موارد به افراد کمک می‌کند تا از انفعال و احساس درماندگی فاصله بگیرند و مسیرهای جایگزین برای بازسازی روانی و اجتماعی خود پیدا کنند؛ بااین‌حال، در سطح کلان اجتماعی، این استراتژی ممکن است به کاهش انگیزه برای اصلاحات ساختاری در نظام پزشکی و کاهش فشار اجتماعی برای پاسخ‌گویی پزشکان منجر شود.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

نادری، ۳۸ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲٤: «من این‌قدر از حال و روانی قوی هستم که خطایی را با خطا جبران نکنم. سعی کردم خودم را به جامعه برگردونم. خودم خراب را خراب‌تر نکنم.»

خواجه افضلی، ۲۱ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲٦: «تلاش می‌کنم با درس‌خوندن و موفق‌شدن جبران کنم.»

این نقل‌قول نشان‌دهندهٔ راهبرد «فرار روبه‌جلو» در مواجهه با خطای پزشکی است که یکی از ابعاد تسکین خودگزین محسوب می‌شود. در این استراتژی، فرد به‌جای فرورفتن در احساسات منفی مانند خشم، انتقام‌جویی یا افسردگی، تلاش می‌کند تا ازطریق بازگشت به جامعه و حفظ تعادل روانی از پیامدهای آسیب‌زا فاصله بگیرد. جوامع و افرادی که پس از مواجهه با بحران، استراتژی‌های انطباقی را اتخاذ می‌کنند، احتمال بیشتری برای بازگشت به تعادل دارند؛ به‌ویژه درزمینهٔ خطای پزشکی، بیمارانی که به‌جای توقف در چرخهٔ آسیب و درماندگی، مسیرهای جایگزین را برای بهبود شرایط خود می‌یابند، نقش فعال‌تری در زندگی فردی و اجتماعی خود ایفا می‌کنند.

پیامدها

تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربهٔ خطای پزشکی برای بیماران با دو پیامد کلیدی و گسترده همراه است که به‌تدریج بخش‌های مختلف زندگی بیمار را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد: فرسایش روانی ـ اجتماعی و تنزیل اجتماعی ـ اقتصادی که همچون دو حلقهٔ درهم‌تنیده عمل می‌کنند و بیمار را در چرخه‌ای از فشار، اضطراب و ناکامی قرار می‌دهند.

تنزیل اجتماعی ـ اقتصادی: خطای پزشکی به‌عنوان عاملی ساختاری به از دست دادن توانایی کار، هزینه‌های تحمیلی اقتصادی کلان و اختلال پایگاه شغلی/ وبال‌آفرینی برای افراد و خانواده‌های آن‌ها منجر می‌شود. افراد آسیب‌دیده به دلیل محدودیت‌های جسمی و روانی از چرخهٔ کار مولد خارج می‌شوند یا به مشاغل غیررسمی و کم‌درآمد روی می‌آورند؛ درحالی‌که خانواده‌هایشان برای تأمین هزینه‌های درمان و نگهداری، متحمل فشار اقتصادی شدید می‌شوند. این وضعیت با زوال سرمایهٔ اجتماعی، کاهش مشارکت در جامعه و افزایش وابستگی به منابع حمایتی همراه است که درنهایت به انفصال شبکه‌های اجتماعی و تشدید بحران مضاعف در خانواده منجر می‌شود. در سطح کلان، این فرایند باعث بازتولید چرخه‌های فقر، تضعیف انسجام اجتماعی و کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌گردد.

اشرف، ۳٦ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۸: «من یک دختر فعال بودم و در بهترین دانشگاه درس خوانده بودم. الآن به‌عنوان یک بیمار خاص مدام درگیر بیماری خودم هستم و کارم را از دست دادم و الآن به‌عنوان یک فرد ازکارافتاده مجبورم دربه‌در این مطب اون مطب، این بیمارستان اون بیمارستان باشم. در سطح کلان اجتماعی باتوجه‌به معلولیت که برای بیمار ایجاد می‌کند، به‌خصوص قشر جوانی مثل من را از چرخهٔ اقتصاد خارج می‌کند و این باعث می‌شود فرد به‌جای اینکه خود درآمد داشته باشد، به یک فرد سربار جامعه تبدیل شود. ازسوی دیگر بار هزینهٔ درمان برای سیستم سلامت ایجاد می‌شود که لطمات جبران‌ناپذیر است.»

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، با اشاره به ساختارهای ناعادلانه و ناکارآمد سیستم درمانی معتقدند که این خطاها و هزینه‌های ناشی از آن باید در سطح کلان مدیریت شود. اظهارات پرتکراری نشان‌دهندهٔ نگرانی از افزایش هزینه‌های درمانی برای کل سیستم به دلیل مدیریت ناکارآمد خطاهای پزشکی است. این موضوع می‌تواند به‌عنوان زنگ خطری برای سیاست‌گذاران حوزهٔ سلامت تلقی شود. اشاره به ناکارآمدی بیمه‌ها یکی از محورهای مهم در گفته‌هاست. بیماران بیان می‌کنند که پرداخت‌های بیمه تنها بخش کوچکی از هزینه‌ها را پوشش می‌دهد و در برخی موارد نیازمند پرداخت اولیه ازسوی بیمار است. این شکاف بیمه‌ای، تأثیر مضاعفی بر اقتصاد بیماران دارد.

نادری، ۳۸ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲٤: «هزینه‌های هنگفتی برای به دست آوردن مجدد سلامتی متحمل خانودهٔ من شد. چه از بابت دادخواست و درمان خودم که دیه‌ای که بیمه پرداخت کرد، یه گوشه از هزینه‌های من را جوابگو نبود.»

پیامدهای اقتصادی خرد ناشی از خطای پزشکی در تعامل با ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جامعه باعث می‌شود که

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

بسیاری از بیماران و خانواده‌های آن‌ها به ورطهٔ بحران‌های اقتصادی بیفتند. از هزینه‌های سرسام‌آور درمان تا ناتوانی در تأمین نیازهای اساسی زندگی، این فشارها به کاهش کیفیت زندگی و ایجاد نابرابری‌های بیشتر در دسترسی به خدمات درمانی منجر می‌شود. برای کاهش این پیامدها سیاست‌گذاری‌های جامع و حمایت‌های ساختاری از بیماران ضروری است تا بتوان به‌صورت منصفانه‌تری با پیامدهای اقتصادی خطای پزشکی مقابله کرد.

فرسایش روانی ـ جسمانی: فرسایش روانی ـ جسمانی ناشی از ترومای پزشکی به فرایندی اشاره دارد که در آن آسیب‌های جسمی و روانی به یکدیگر پیوند می‌خورد و باعث تضعیف سلامت کلی فرد می‌شود. از یک‌سو، «فرسایش جسمی» می‌تواند به دلیل مشکلات مزمن ناشی از خطای پزشکی ایجاد شود که فرد را از توانایی‌های فیزیکی خود محروم می‌کند. این آسیب‌ها به‌طورمستقیم بر استقلال فرد تأثیر می‌گذارد و او را به وابستگی بیشتر به دیگران سوق می‌دهد. ازسوی دیگر، آسیب‌های «ترومای جسمی» که به دنبال درمان‌های نادرست یا خطاهای پزشکی بروز می‌کند، نه‌تنها به مشکلات جسمانی منجر می‌شود، «ترومای روانی» نیز به همراه دارد. بیمار ممکن است با دردهای مزمن، محدودیت‌های حرکتی و ناتوانی‌هایی روبه‌رو شود که به‌شدت بر وضعیت روانی او تأثیر می‌گذارد و اضطراب، افسردگی و احساس درماندگی را درپی خواهد داشت.

این آسیب‌ها همچنین موجب «تغییرات در روابط خانوادگی» فرد می‌شود. زمانی که فرد تحت‌تأثیر این مشکلات روانی و جسمی قرار می‌گیرد، ارتباطات با اعضای خانواده و دیگر افراد نزدیک دچار اختلال می‌شود. این آسیب‌های روانی ممکن است به ایجاد تنش‌ها و شکاف‌های عاطفی در خانواده منجر شود؛ زیرا اعضای خانواده نیز با چالش‌های روحی و عاطفی خود روبه‌رو می‌شوند. این فرایند درنهایت به یک چرخهٔ معیوبی می‌شود که نه‌تنها روند بهبودی فرد را به تأخیر می‌اندازد، بر کیفیت زندگی و روابط اجتماعی او تأثیر منفی می‌گذارد.

> رقیه، ۳۷ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۱۹: «مجبور به استفاده از قرص اعصاب شدم. ازلحاظ روحی خیلی داغون شدم. من همش فکر می‌کردم، پرستارا من را می‌زنند. ازلحاظ روحی خیلی ضربه خوردم. بعد از زایمان حتی باوجود من اصلاً سابقه تشنج نداشتم، تشنج کردم و الآن هم مجبورم داروی تشنج استفاده کنم. جراحی‌های مداوم منجر به بهم‌ریختگی بیشتر من شد.»

تأثیرات روانی خطای پزشکی محدود به بیمار نمی‌شود و خانواده و اطرافیان بیمار نیز به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند. ترس، استرس و نگرانی از وضعیت بیمار باعث می‌شود که فضای خانوادگی نیز تغییر کند. این تغییرات ممکن است به درگیری‌های روانی و عاطفی درون خانواده منجر شود که خود مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند. اعضای خانواده ممکن است احساس کنند که مسئول مراقبت از بیمار هستند و این بار سنگین می‌تواند به اختلافات خانوادگی و کاهش کیفیت روابط منجر شود؛ علاوه‌براین، هزینه‌های درمانی و فشار اقتصادی نیز می‌تواند بر خانواده فشار وارد کند و وضعیت روانی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد.

مقولهٔ مرکزی: وارونگی امر اخلاقی

فراگیرترین مفهومی که تجربهٔ بیماران را از خطای پزشکی، باتوجه‌به واکنش‌های آنان و پیامدهایی که تجربه کردند، در یک چارچوب قرار می‌دهد و تحلیل می‌کند، «وارونگی امر اخلاقی» است. این مفهوم حاصل وضعیتی است که به انتظارات اخلاقی و ارزشی بیمار از نظام درمان و کنشگران آن پاسخ‌گو نیست و به نوعی دچار چرخش، نقض و وارونگی می‌شود؛ به‌گونه‌ای که «امر اخلاقی» که می‌بایست به‌عنوان یک اصل راهبر در سیستم درمان نظام سلامت عمل کند، به‌صورت معکوس، ناقص یا حذف‌شده تجربه می‌شود. درواقع مقولهٔ هسته‌ای «وارونگی امر اخلاقی» حاکی‌ازآن است که خطای پزشکی برای بیمار فقط آسیب پزشکی جسمی یا روانی نیست، بلکه تجربهٔ خطای پزشکی توسط بیمار به‌ویژه پس از وقوع خطا، برای او احساس رهاشدگی در نظام درمان و ساختارهای اجتماعی را رقم می‌زند و وضعیتی را آشکار

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

می‌کند که به «غیبت اخلاق» در لحظه‌ای می‌انجامد کـه انتظـار می‌رفـت بیشـترین حضـور را داشـته باشـد. دراین‌خصـوص محمدعلی بیان می‌دارد:

> محمدعلی، ۵۳ساله، مصاحبهٔ شمارهٔ ۲۰: «من رفـتم کـه خوب بشم، رفتم پیش کسی که قسم خورده بود نجاتم بـده؛ اما نه‌تنها جسمم رو ناقص کردن، بلکـه بـا دروغ‌هاشـون بـه شعورم هم تـوهین کـردن. اونجـا اخـلاق مـرده بـود، جـای ارزش‌ها عوض شده بود؛ بیمار شده بود یک ابزار برای پـول و اعتبار اونا.»

مقولهٔ مرکزی با سایر مقوله‌های کشف‌شـده در پـژوهش، ارتبـاط سیسـتماتیک دارد. بررسـی علـل و شـرایط ریشـه‌ای وارونگی نشان می‌دهد که وارونگی امر اخلاقی در خلأ شـکل نمی‌گیرد، بلکه نتیجهٔ مسـتقیم مقولـه‌هایی چـون «ناکارآمـدی نهادی» و «آنومی نقش حرفه‌ای» اسـت. ازآنجاکـه در سـاختار درمان، منش کادر درمان آن اسـت کـه «حمایـت صـنفی» بـر «مسـئولیت‌پذیری اخلاقـی» پیشـی گیـرد، زمینـهٔ لازم بـرای وارونه‌شدن ارزش‌های اخلاقی فراهم می‌شود. در این حالـت، پزشک بـه‌جای پاسـخ‌گویی و شفاف‌سـازی خطـای پزشـکی (امـری اخلاقـی)، بـه سـمت انکـار و پنهان‌کـاری (وارونگـی اخلاق) سوق می‌یابد؛ در ایـن راسـتا ایـن شـرایط زمینـه‌ای و مداخله‌گر خطای پزشکی بستری برای تشدید وقوع این پدیده اسـت. مقولـه‌هایی نظیـر «رهاشـدگی شـهروندی» و «مشـارکت انفعالی» به‌عنوان عوامل تشدیدکنندهٔ وقوع خطـای پزشـکی عمـل کرده و ابعاد وارونگی را برای بیمار ملموس‌تر می‌کننـد. بیمـار در بستری کـه خـود را فاقـد حمایـت قـانونی و اجتمـاعی می‌بینـد، وارونگی اخلاقی را نه به‌مثابهٔ یک اتفاق، بلکه به‌عنوان «بی‌عـدالتی ساختاری» تجربه و تفسـیر می‌کنـد کـه در آن صـدای او دربرابـر قدرت تخصص به حاشیه رانـده شـده اسـت؛ بنـابراین، واکـنش کنشگران کاملاً تحت‌تأثیر این مقولهٔ مرکزی است. در شرایطی کـه بیمار با سیستم اخلاقی وارونه‌ای مواجـه شـود کـه از او حمایـت نمی‌کند، به سمت راهبردهـایی چـون «خودیـاری در بحـران» یـا «تسکین خودگزین» حرکت می‌کند. درواقع، بیمار تـلاش می‌کنـد در غیاب اخـلاق و حمایـت نهـادی، ازطریـق بازسـازی هویـت شخصی یا اقدامات تلافی‌جویانه، معنای ازدست‌رفتهٔ زندگی خود را مجدداً بازیابی و هویت خود را ترمیم کند.

تجلی نهایی وارونگـی امـر اخلاقـی در پیامـدهایی چـون «فرسایش روانـی ـ اجتمـاعی» و «تنزیـل پایگـاه اجتمـاعی و اقتصادی» تبلور می‌یابد. خروجی نهایی این مدل نشان می‌دهد که وقتی نظام درمان دچار وارونگی اخلاقی می‌شـود، بـه‌جای تولیـد سـلامت، «نـاتوانی» و «بی‌اعتمـادی نهـادی» را تولیـد می‌کند. شـهروند بـه‌عنوان سـوژهٔ مولـد بـه فـردی منـزوی و آسیب‌دیده تبدیل می‌شود؛ این نتیجهٔ عینی‌ترین پیامد سیستمی است که در آن امر اخلاقی وارونه گشته است.

مدل پارادایمی

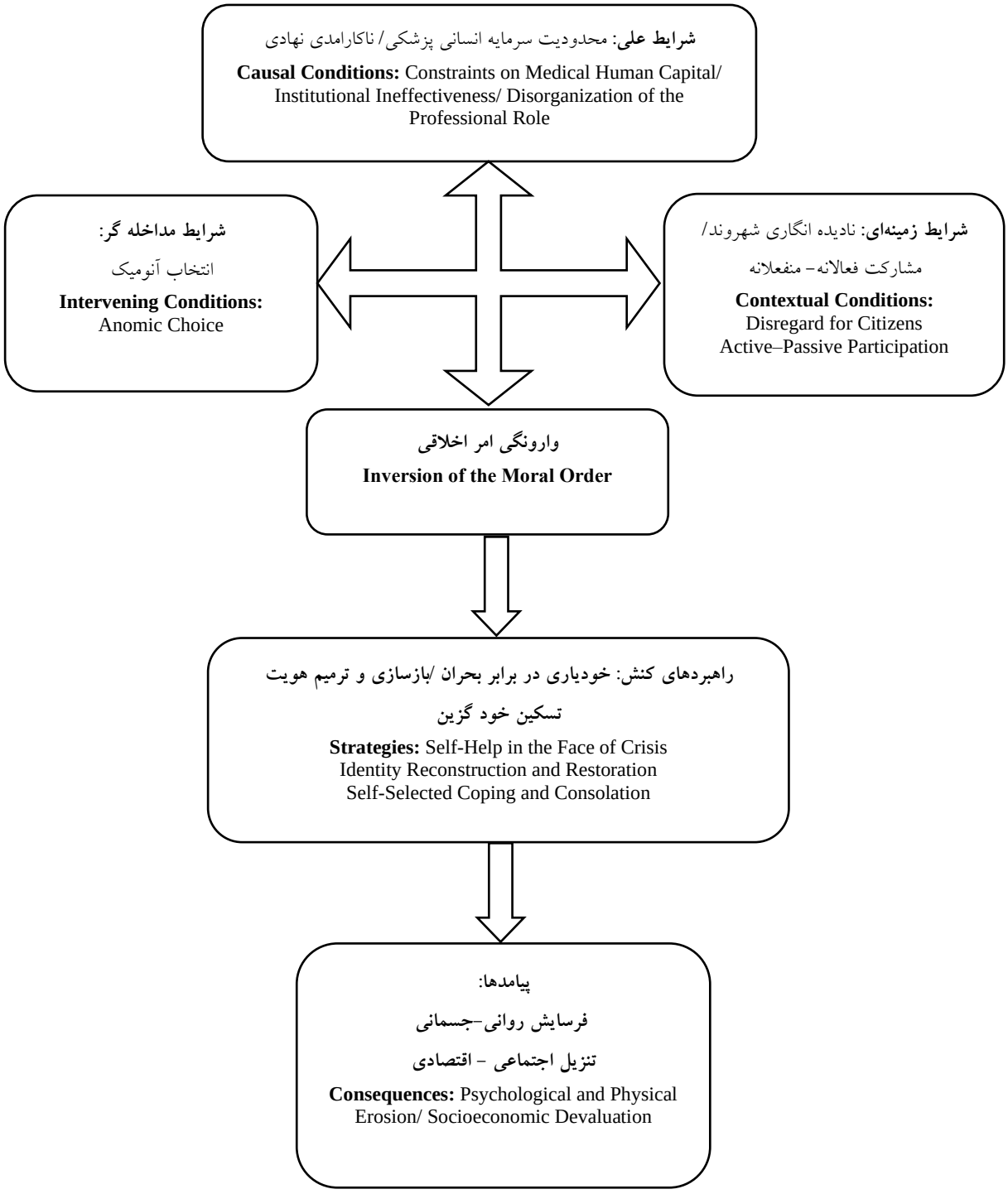
براساس داده‌ها می‌توان چـارچوبی را براسـاس شـرایط علّـی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر،راهبردها و پیامـدها تـدوین شد که بـا مقولـهٔ اصـلی «وارونگـی امـر اخلاقـی» در ارتبـاط هستند. شرایط علّی شامل عواملی است کـه به‌طورمسـتقیم در بروز خطای پزشکی نقش دارد. ازجمله این عوامل می‌توان بـه محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی اشاره کرد که شامل کمبـود پزشکان متخصـص، عدم‌شایسته‌سـالاری در نظـام پزشـکی و تجاری‌سازی درمان می‌شود. همچنـین ناکارآمـدی نهـادی بـه دلیل ضعف نظارت، شکاف طبقاتی در دسترسی بـه درمـان و نبود قـوانین شـفاف در برخـورد بـا قصـور پزشـکی موجـب افـزایش خطاهـای درمـانی می‌شـود. در کنـار ایـن مـوارد، بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای (آنومی نقش) نیز مطرح است که به زوال وجدان حرفه‌ای، مسـئولیت‌گریزی کـادر درمـان و دفـاع نهادهای صنفی از پزشـکان متخلـف منجـر می‌شـود. شـرایط زمینه‌ای عواملی است که بستر اجتمـاعی و فرهنگـی را بـرای اسـتمرار خطـای پزشـکی فـراهم می‌کنـد. دراین‌زمینـه، نادیده‌انگاری شـهروندان بـه دلیـل بی‌تفـاوتی عمـومی، نبـود آگاهی از حقـوق بیمـار و سـرکوب صـدای قربانیـان خطـای پزشکی نقش مهمی دارد. مشارکت بیماران نیز به دو صـورت فعالانه و منفعلانه دیده می‌شود؛ برخی در پیگیری حقوق خود

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

به شکایت و اقدامات قانونی روی می‌آورند، درحالی‌که برخی دیگر به دلیل عدم‌اعتماد به سیستم درمانی یا نبود امید به اصلاح، برخوردی منفعلانه اتخاذ می‌کنند. شرایط مداخله‌گر به عواملی اشاره دارد که خطای پزشکی را تشدید می‌کند و بر تعامل میان پزشکان و بیماران اثر می‌گذارد. یکی از مهم‌ترین این عوامل، انتخاب غیرعقلانی (انتخاب آنومیک) بیماران در مراجعه به پزشکان است که براساس شهرت، تبلیغات و تأثیر شبکه‌های اجتماعی انجام می‌شود. در این شرایط، نبود معیارهای استاندارد برای ارزیابی عملکرد پزشکان، بیماران را در معرض درمان‌های نامناسب و خطاهای پزشکی قرار می‌دهد. در واکنش به این شرایط، بیماران استراتژی‌های مختلفی را برای مقابله با خطای پزشکی اتخاذ می‌کنند. برخی به خودیاری دربرابر بحران روی می‌آورند که شامل طرح شکایت، جبران شخصی و حتی تلاش برای انتقام‌جویی یا مقابلهٔ فردی با سیستم درمانی است. گروهی دیگر تلاش می‌کنند هویت خود را بازسازی و ترمیم کنند؛ ازجمله ازطریق کسب غرامت، آگاهی‌بخشی عمومی یا مشارکت در تغییر قوانین و سیستم نظارتی. درمقابل، برخی دیگر به استراتژی تسکین خودگزین متوسل می‌شوند که شامل پذیرش منفعلانهٔ خطای پزشکی، رجوع به درمان‌های جایگزین و تلاش برای فراموشی و انکار است. پیامدهای خطای پزشکی گسترده و چندبُعدی است؛ از یک‌سو، فرسایش روانی ـ جسمانی بیماران رخ می‌دهد که خود را در قالب اضطراب، افسردگی، ترومای روانی و مشکلات جسمانی ناشی از قصور پزشکی نشان می‌دهد. ازسوی دیگر، تنزیل اجتماعی ـ اقتصادی قابل‌مشاهده است که به افزایش هزینه‌های درمان، وابستگی اقتصادی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی بیماران منجر می‌شود.

درنهایت، مقولهٔ اصلی این نظریه وارونگی امر اخلاقی است. در بستر خطای پزشکی، نه‌تنها پزشکان و سیستم درمانی به مسئولیت خود در قبال بیماران عمل نمی‌کنند، بلکه سازوکارهای اجتماعی به‌گونه‌ای شکل می‌گیرد که خطای پزشکی به امری عادی و حتی گاهی مشروع تبدیل می‌شود. به‌جای آنکه عدالت و حمایت از بیماران در اولویت قرار گیرد، ساختارهای نهادی و حرفه‌ای از پزشکان متخلف حمایت می‌کند و بیماران آسیب‌دیده را به سکوت و پذیرش شرایط وامی‌دارد. این روند درنهایت به افزایش بی‌اعتمادی عمومی به سیستم سلامت منجر می‌شود و اصول اخلاقی که باید ضامن عدالت در درمان باشد، به ضد خود تبدیل می‌شود؛ درنتیجه، خطای پزشکی نه‌تنها به‌عنوان مسئله‌ای فردی، به‌عنوان نشانه‌ای از بحران اخلاقی و ساختاری در نظام پزشکی و درمانی نمایان می‌شود.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764



نمودار۱- مدل پارادایمی پژوهش

Fig 1- Research paradigm model

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف درک تجربهٔ بیماران از خطای پزشکی انجام شد و نشان داد که این تجربه، فراتر از آسیب بالینی و جسمی در قالب مقولهٔ مرکزی «وارونگی امر اخلاقی» تبیین‌پذیر است. این پدیده نشان‌دهندهٔ وضعیتی است که در آن نظام سلامت به‌جای «درمان» به منبع «تولید انواع آسیب»

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

تبدیل می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با نظریات مطرح‌شده در بخش مبانی نظری (مانند امنیت وجودی گیدنز و قدرت تخصص فوکو و کنش ارتباطی هابرماس) همخوانی عمیقی دارد و لایه‌های پنهان این پدیده را آشکار می‌سازد.

تحلیل عمیق شرایط علّی، مداخله‌گر و زمینه‌ای در این پژوهش نشان می‌دهد که هستهٔ اصلی خطای پزشکی و وقوع بحران در سیستم سلامت در وارونگی امر اخلاقی نهفته است. در این فرایند، نهاد پزشکی که می‌بایست ضامن حیات باشد، تحت‌تأثیر ضعف نظارت، ترجیح منافع صنفی و ساختارهای ناعادلانه به منبع تولید «آسیب و بحران ساختاری» تبدیل می‌شود. خطای پزشکی در این بستر، نه اتفاقی تصادفی، پدیده‌ای سیستماتیک و ساختاری است که پیامدهای آن فراتر از بالین بیمار، تمامیت سرمایهٔ اجتماعی و انسانی درگیران و همسو با آن جامعه را نشانه می‌رود. براساس مدل استخراج‌شده از نگاه مشارکت‌کنندگان و براساس تجربهٔ بیان‌شده توسط آن‌ها، محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی، ناکارآمدی نهادی و بی‌سازمانی نقش حرفه‌ای از مهم‌ترین شرایط ایجاد خطای پزشکی و مشکلات ناشی از آن است که با رجوع به نظریات می‌توان تحت ساختار و قدرت بحث کرد. محدویت سرمایهٔ انسانی در دو بُعد مشاهده می‌شود: بُعد زیربنایی که حاکی از عدم‌شایسته‌سالاری، ویژه‌سازی و انحصار درمان، و کوتاه‌انگاری تشخیصی است. به‌صورت عمیق‌تر محدودیت سرمایهٔ انسانی پزشکی با اتکا به ویژه‌سازی فرایند درمان و انحصار پزشکی، ناکارآمدی ساختار پزشکی و ضعف سیستم نظارتی را متبلور می‌سازد. در کنار این عوامل «پزشک‌سالاری» به‌عنوان مانعی ساختاری در مواجهه با خطای پزشکی عمل می‌کند. پزشک با ایجاد فاصلهٔ منزلتی و واسپاری درمان از ارتباط مناسب با بیمار امتناع کرده و تشخیص پزشکی را با چالش مواجهه می‌کند. این یافته با نظریهٔ فوکو (1973) دربارهٔ «دیرینه‌شناسی دانش» و «اقتدار پزشکی» همسو است. در تبیین این وضعیت، نظریهٔ قدرت فوکو (1973) نشان می‌دهد که چگونه نهاد پزشکی با استفاده از «گفتمان تخصصی»، نوعی مصونیت حرفه‌ای برای خود بازتولید می‌کند که در آن صدای بیمار (به‌عنوان سوژهٔ آسیب‌دیده) حاشیه‌ای می‌شود. خروجی مدل پژوهش حاضر، یافته‌های کاظمی (۱۳۹۷) را تأیید می‌کند که به سلسله‌مراتب قدرت در سیستم درمان و تضادهای اجتماعی و ساختارهای اجتماعی نابرابر اشاره داشت و نتیجهٔ این فرایند نقش فرادستی پزشکان و ضعف نظارت است. همچنین، از منظر نظریهٔ ساختاربندی گیدنز (1991/1984)، زمانی که تعاملات میان کنشگران (پزشک و بیمار) بر پایهٔ پاسخ‌گویی نباشد، «امنیت وجودی» بیمار فروپاشیده و جای خود را به «بی‌اعتمادی به نظام‌های انتزاعی» می‌دهد؛ امری که در پژوهش جواهری (۱۳۹۲) نیز به‌عنوان فرسایش اعتماد در حوزهٔ سلامت بر آن تأکید شده است. بی‌اعتمادی ایجادشده، نه‌تنها پیوند میان پزشک و بیمار را سست می‌کند، با سوق‌دادن بیماران به سمت روش‌های درمانی غیراستاندارد، هزینه‌های اقتصادی کلانی را بر خانواده‌ها و دولت تحمیل می‌نماید؛ یافته‌ای که همسو با نتایج پژوهش‌های هسنر و همکاران (2024) و اتوسون و همکاران (2021) است. این وضعیت موجب افزایش هزینه‌های زمانی، مالی و روانی برای بیماران می‌شود و انگیزهٔ آن‌ها را برای پیگیری حقوق خود کاهش می‌دهد؛ درنتیجه، «بحران اعتماد نهادی» شکل می‌گیرد و شکاف میان بیماران و نهادهای نظارتی گسترش می‌یابد.

پژوهش حاضر نشان داد که خطای پزشکی در ایران از واقعه‌ای تصادفی به «فرایندی ساختاری» تغییر ماهیت داده است. شرایط علّی (ناکارآمدی نهادی) و شرایط زمینه‌ای (رهاشدگی شهروندی) دست‌به‌دست هم می‌دهند تا «وارونگی امر اخلاقی» را به زیست‌جهان بیمار تحمیل کنند. برخلاف مطالعاتی که خطا را صرفاً در لرزش دست جراح می‌بینند، این مطالعهٔ حاضر نشان داد که آسیب اصلی زمانی رخ می‌دهد که بیمار در «غیبت اخلاق» و عدم‌پاسخ‌گویی رها می‌شود. مدل استخراج‌شده نشان داد که همسو با نظریهٔ کنش ارتباطی هابرماس (1987) بیمار در محیط درمان به دنبال کنش ارتباطی

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

صادقانه است. محیط درمان ازطریق کنش عقلانی و فنی و باتوجه‌به دانش تخصصی پزشک، زیست‌جهان بیمار را در شرایط نابرابر در استعمار قرار می‌دهد؛ در همین راستا می‌تواند به «شکست در ارتباطات صادقانه بین بیمار و پزشک» منجر شود. شکست در کنش ارتباطی میان پزشک و بیمار و حاصل تعارض بین بیمار و نظام سلامت است که نتیجهٔ این تعارض خطای پزشکی است. یافته‌های حاصل از این بخش نشان داد که خطای پزشکی برای درگیران، صرفاً «خطای فنی و فردی» نیست، بلکه به‌مثابهٔ فرایند اجتماعی به «فروپاشی اعتماد در زیست‌جهان» منجر می‌شود. درواقع در زمان وقوع این خطا پزشک با انکار، سکوت یا استفاده از زبان تخصصی مبهم، عقلانیت ارتباطی را با بحران مواجه می‌کند و کنش ارتباطی را مختل و اعتماد بیمار را تضعیف می‌کند. یکی از کلیدی‌ترین یافته‌های این مطالعه، غلبهٔ منطق اداری و صنفی بر اخلاق بالینی است. از دیدگاه هابرماس (1984) می‌توان گفت که «سیستم» (با الزامات بوروکراتیک و منفعت‌طلبی صنفی) اقدام به «استعمار زیست‌جهان» بیمار کرده است. در این حالت، «کنش ارتباطی» که باید مبتنی بر فهم متقابل و اخلاق باشد، جای خود را به «کنش استراتژیک» (انکار و پنهان‌کاری خطا) می‌دهد. این گسست ارتباطی و معنایی ریشهٔ اصلی همان «وارونگی اخلاقی» است که با نتایج دل‌پسند و همکاران (۱٤۰۳) درزمینهٔ پیامدهای روانی ـ اجتماعی خطا پیوند می‌خورد. پیامدهایی چون «فوبیای درمان» و «وبال‌آفرینی اجتماعی» که در این تحقیق شناسایی شد، نشان‌دهندهٔ عمق آسیب در سرمایهٔ انسانی است. یافته‌های پژوهش حاضر درزمینهٔ رهاشدگی بیماران با نتایج اشلسینگر و همکاران (2024) و اتوسون و همکاران (2021) همخوانی دارد که به کاهش کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی پس از خطا اشاره کرده‌اند. همچنین، تضعیف اعتماد عمومی و گرایش به درمان‌های غیررسمی با یافته‌های رعیت‌دوست و همکاران (۱٤۰۳) و هسنر و همکاران (2024) دربارهٔ هزینه‌های کلان اجتماعی و اقتصادی خطاهای سیستماتیک مطابقت دارد.

در حیطهٔ راهبردهای بیماران در واکنش به خطای پزشکی یافته‌ها نشان داد که درگیران در این پدیده از «مشارکت فعال مدنی» به سمت «خودیاری مأیوسانه» یا «استراتژی تسکین خودگزین» حرکت می‌کنند. این تغییر راهبرد نشان‌دهندهٔ گسستی بزرگ در قرارداد اجتماعی بین بیمار و نظام سلامت است. پیامد نهایی این فرایند، یعنی «تنزیل پایگاه اجتماعی و اقتصادی» و «فرسایش روانی ـ جسمانی»، زنگ خطری برای سیاست‌گذاران است؛ زیرا نشان می‌دهد که نظام سلامت به‌جای بازتولید سلامت درحال تولید «شهروندان آسیب‌دیده و منزوی» است.

درنهایت، مدل نهایی این پژوهش تبیین می‌کند که برای برون‌رفت از وضعیت موجود، اصلاحات تکنیکی کافی نیست. تا زمانی که ساختار مشوق «وارونگی اخلاقی» باشد و «حفاظت صنفی» جای خود را به «پاسخ‌گویی مدنی» ندهد، خطای پزشکی همچنان به‌عنوان آسیب اجتماعی باقی خواهد ماند. برای اصلاح این وضعیت نیاز به تغییرات ساختاری، ایجاد نظام‌های نظارتی مستقل، بهبود استانداردهای آموزشی پزشکی و تقویت شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام درمانی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود سیستم‌های نظارتی مستقل از صنف پزشکان تشکیل شود و آموزش اخلاق پزشکی از حالت انتزاعی به سمت «اخلاق پاسخ‌گویی» حرکت کند. همچنین باید به مداخله‌های حمایتی برای بیماران آسیب‌دیده، آموزش عمومی درزمینهٔ انتخاب آگاهانهٔ پزشک و کاهش هزینه‌های شکایات پزشکی توجه شود. تنها دراین‌صورت می‌توان روند وارونگی امر اخلاقی را متوقف و مسیر نظام سلامت را به سمت عدالت، کارآمدی و پاسخ‌گویی واقعی هدایت کرد.

محدودیت پژوهش

هرچند این پژوهش با رعایت اصول روش‌شناسی کیفی و به‌کارگیری تکنیک‌های سخت‌گیرانهٔ اعتبارسنجی انجام شده است، با محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیری نیز مواجه بوده است که در تفسیر یافته‌ها باید لحاظ شود. باتوجه‌به حساسیت موضوع، محدودیت در دسترسی به مشارکت‌کنندگان و جلب

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148222.2764

نظر آنان برای مشارکت مهم‌ترین چالش این پژوهش بود. همین عامل یکی از دلایل طولانی‌شدن فرایند پژوهش شد. همچنین در زمان مصاحبه نیز برخی از قربانیان به دلیل شرایط روحی نامناسب یا ترس از پیگردهای حقوقی، تمایلی به بازگویی جزئیات نداشتند. برای غلبه بر این محدودیت، محقق ازطریق ایجاد رابطهٔ همدلان و تضمین کامل محرمانگی و گمنامی، فضای امنی ایجاد کرد تا مشارکت‌کنندگان با اطمینان بیشتری تجربیات خود را بازگو کنند. همچنین باتوجه‌به اینکه داده‌ها براساس خاطرات و تجربه‌های گذشتهٔ مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شده است، احتمال سوگیری در بازگویی خاطرات وجود داشت. برای کاهش این سوگیری، محقق از تکنیک «مرور چندباره» استفاده کرد تا اطمینان حاصل شود که روایت‌های بازگوشده، منطبق بر ادراک واقعی مشارکت‌کنندگان در زمان وقوع حادثه است.

درنهایت یافته‌های این پژوهش مطابق با اصول گراندد تئوری و مبتنی بر «تجربهٔ زیستهٔ» افراد خاصی در بستر زمانی و مکانی مشخصی است؛ بنابراین، این نتایج لزوماً تعمیم‌پذیر به کل نظام سلامت کشور نیست، بلکه هدف پژوهش، تبیین عمیق سازوکارهای حاکم بر این پدیده است تا بتوان از آن به‌عنوان «الگوی مفهومی» برای بسترهای مشابه استفاده کرد.

این پژوهش بر واکاوی تجربهٔ بیماران و قربانیان متمرکز بوده و نگاه کادر درمان (پزشکان و پرستاران) در آن لحاظ نشده است. اگرچه این امر براساس هدف اصلی پژوهش است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، برای دستیابی به تصویری جامع از «دیالکتیک قدرت در نظام سلامت»، دیدگاه کادر درمان نیز در کنار تجربیات بیماران واکاوی شود.

حامی مالی:

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان:

نویسنده اول: (گردآوری داده های کیفی، نرم‌افزار، تجزیه و تحلیل‌داده‌ها، تحلیل و تفسیر اطلاعات و نتایج، تهیه پیشنویس مقاله).

نویسنده دوم: (طراحی پژوهش، نظارت بر مراحل انجام پژوهش، بررسی و کنترل نتایج، اصلاح، بازبینی و نهایی‌سازی مقاله.)

نویسنده سوم: (مشارکت در طراحی پژوهش، نظارت بر پژوهش، مطالعه و بازبینی مقاله)

نویسنده چهارم: تسهیل در فرایند گردآوری داده‌ها و نظارت بر فرایند اجرای پژوهش

تعارض منافع:

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده اند و این موضوع مورد تایید همه آنها است.

بیانیه دسترسی به داده ها:

داده های پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسندگان قابل دسترسی است.

سپاسگزاری:

نویسندگان از همه بیماران و کسانی که در فرایند گردآوری و ارزیابی یافته ها همکار کردند، قدردانی می کنند.

خوداظهاری استفاده از هوش مصنوعی:

در تهیه این مقاله صرفا برای ترجمه و ویرایش جدول‌های لاتین از هوش مصنوعی چت جی پی تی استفاده شده است. نویسندگان محتوای مقاله بازبینی کرده و مسئولیت کامل محتوای نهایی را می پذیرند.

منابع فارسی

استراوس، ا.، و کربین، ج. (۱۳۹۹). *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه داده‌بنیاد* (ابراهیم افشار، مترجم). نشر نی.

ترنر، ج. چ. (۱۳۸۵). *نظریه‌های جامعه‌شناسی* (عبدالکریم سروش، مترجم). سروش.

جواهری، ف. (۱۳۹۲). واکاوی موضوع شفاف‌سازی خطای پزشکی در ایران: تحلیل وضعیت نهاد پزشکی ایران. *مطالعات اجتماعی ایران*، *۸*(۱)، ۲۲–۴۸. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20083653.1393.8.1.2.8

چارمز، ک. (۱۴۰۰). *نظریه داده‌بنیاد: راهنمای عملی برای پژوهش کیفی* (حسینعلی نوذری و علی اسدی، مترجمان). نگاه معاصر.

خنیفر، ح.، و مسلمی، ن. (۱۳۹۸). *اصول و مبانی روش‌های پژوهش‌های کیفی*. نگاه دانش.

دل‌پسند، ک.، احمدنیا، ز.، بی‌آزار، گ.، سلطانی‌پور، س.، و عطارچی، م. (۱۴۰۳). بررسی فراوانی انواع خطاهای پزشکی و عوامل همراه آن در پرونده‌های ارجاعی به سازمان نظام‌پزشکی استان گیلان طی سال‌های ۱۳۹۰–۱۳۹۸. *جندی‌شاپور*، *۲۳*(۶)، ۵۴۹–۵۵۹. https://elmnet.ir/doc/2895355-31147?elm_num=8

رعیت‌دوست، ا.، صداقت، م. ر.، شفا، ش.، طاهری، ل.، کارگر، ز.، و کلانی‌نوید. (۱۴۰۳). پدیدارشناسی علل بروز خطاهای پزشکی تیم درمانی اتاق عمل در شیفت شب و راهکارهای مقابله با آن. *راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، *۱۱*(۱)، ۶۷–۸۶. http://dsme.hums.ac.ir/article-1-450-fa.html

ریتزر، ج. (۱۳۹۳). *نظریه جامعه‌شناسی معاصر* (محسن ثلاثی، مترجم). علمی.

کاظمی، س.، و ریاحی، م. ا. (۱۳۹۷). پیامدهای فردی و اجتماعی شکایت از قصور پزشکی در میان پزشکان: یک مطالعه کیفی. *سلامت اجتماعی*، *۵*(۲)، ۱۵۹–۱۷۰. https://journals.sbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/21199

کرسول، ج. (۱۳۹۶). *پویش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد* (حسن دانایی‌فرد، مترجم). صفار.

گیدنز، آ. (۱۳۷۷). *پیامدهای مدرنیته* (محسن ثلاثی، مترجم). مرکز.

محمدی، م. ر.، و بابایی، د. (۱۳۹۶). بررسی قصور و تخلفات تیم پزشکی زنان و زایمان طی ۵ سال (۱۳۹۱–۱۳۹۵) با تأکید بر شهر یاسوج. *کنگره بین‌المللی حقوق شهروندی*، تهران. https://civilica.com/doc/806835

مصطفی‌زاده، ب.، امیریان، م. ج.، و شعبانی، س. (۱۳۹۸). بررسی قصور پزشکی مسئولین فنی بیمارستان‌های شهر تهران در پرونده‌های ارجاعی به کمیسیون‌های پزشکی قانونی تهران. مجله *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، *۷۷*(۱۰)، ۶۵۱–۶۵۶. https://tumj.tums.ac.ir/article-1-10143-fa.html

References

Baig, Z. F., Khan, A., Zaidi, I. H., Khan, M. A., & Ashraf, M. S. (2021). Medical error, persistent vegetative state, and over nineteen long years of medical care. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, *71*(4), 1491–1494. https://www.proquest.com/openview/090a00a1d773a673d3d88017a3cad542/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616524

Charmaz, K. (2021). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis* (H. Nozari & A. Asadi, Trans.). Negah-e Moaser. (Original work published 2014). [In Persian]

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Sage Publications.

Creswell, J. W. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (H. Danaeefard, Trans.). Saffar Publications. [In Persian]

Delpasand, K., Ahmadnia, Z., Biazar, G., Soltanipour, S., & Attarchi, M. (2025). Investigating the frequency of different types of medical errors and associated factors in cases referred to the Guilan Provincial Medical Council during 2011–2019. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, *23*(6), 549–559. [In Persian] https://elmnet.ir/doc/2895355-31147?elm_num=8

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M.

Persian]. https://civilica.com/doc/806835

Mostafazadeh, B., Amirian, M. J., & Shabani, S. (2019). Investigation of medical errors among technical authorities of Tehran hospitals in cases referred to Tehran Commission of Legal Medicine. *Journal of Tehran University Medical School*, *77*(10), 651–656. [In Persian]. https://tumj.tums.ac.ir/article-1-10143-fa.html

Ottosen, M. J., Sedlock, E. W., Aigbe, A., Bell, S. K., Gallagher, T. H., & Thomas, E. J. (2021). Long-term impacts faced by patients and families after harmful healthcare events. *Journal of Patient Safety*, *17*(8), e1145-e1151. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000451

Raeitdoost, A., Sedaghat, M. R., Shafa, S., Taheri, L., Kargar, Z., & Kalani, N. (2024) Phenomenology of the causes of medical errors at night shifts in the operating room and the strategies to deal with it: a qualitative study. *Development Strategies in Medical Education*, *11*(1), 67–86. [In Persian]. http://dsme.hums.ac.ir/article-1-450-fa.htm

Ritzer, G. (2014). *Contemporary sociological theory* (M. Salasi, Trans.). Elmi Publications. [In Persian]

Sadowska, M. (2018). Medical errors and their consequences for human life and health. *Studia Iuridica Toruniensia*, *22*, 321–336. https://apcz.umk.pl/SIT/article/view/SIT.2018.017/17549

Schlesinger, M., Dhingra, I., Fain, B. A., Prentice, J. C., & Parkash, V. (2024). Adverse events and perceived abandonment: Learning from patients' accounts of medical mishaps. *BMJ Open Quality*, *13*(3), e002848. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002848

Sokol-Hessner, L., Dechen, T., Folcarelli, P., McGaffigan, P., Stevens, J. P., Thomas, E. J., & Bell, S. (2024). Associations between organizational communication and patients' experience of prolonged emotional impact following medical errors. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 50(9), 620-629. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.03.002

Strauss, A., & Corbin, J. (2021). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (E. Afshar, Trans.). Ney Publications. [In Persian].

Turner, J. H. (2006). *Sociological theories* (A. Soroush, Trans.). Soroush Publications. [In Persian]

Sheridan Smith, Trans.). Pantheon. (Original work published 1963).

Giddens, A. (1998). *The consequences of modernity* (M. Salasi, Trans.). Markaz Publishing. [In Persian].

Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.

Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action: Vol. 1. reason and the rationalization of society* (T. McCarthy, Trans.). Beacon Press.

Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action: Vol. 2. lifeworld and system: A critique of functionalist reason*. (T. McCarthy, Trans.). Beacon Press.

Javaheri, F. (2014). An exploration of transparency of medical errors: The case of medical institutions in Iran. *Journal of Iranian Social Studies*, *8*(1), 22–48. [In Persian] https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20083653.1393.8.1.2.8

Jean-Pierre, P. (2024). Why medical error is killing you (and everyone else). *University of Michigan Journal of Law Reform*, *57*(2), 481–520. https://doi.org/10.36646/mjlr.57.2.why

Kazemi, S., & Riahi, M. E. (2018). Individual and social impacts of medical malpractice complaints on doctors: A qualitative study. *Social Health*, *5*(2), 159–170. [In Persian] https://journals.sbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/21199

Khanifar, H., & Moslemi, N. (2019) *Principles and foundations of qualitative research methods*. Negah-e Danesh Publications. [In Persian].

Legal Medicine Organization of Iran. (2016). *Increase in medical malpractice and convictions in Iran*. Iranian Students' News Agency (ISNA). [In Persian]

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Mohammadi, M. R., & Babaei, D. (2017). *Investigation of medical malpractice and violations among obstetrics and gynecology medical teams during 2012–2016, with emphasis on Yasouj city*. Proceedings of the International Congress on Citizenship Rights, Tehran, Iran. [In