

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة
من وجهة نظر العاملين

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه
حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو
بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.


DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the
researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any
other degree or qualification

Student's name :

Signature:

Date:

اسم الطالب: **سائد عبد القادر عبد الفتاح أبو حطاب**
التوقيع: 
التاريخ: **2015. 2. 24**



الجامعة الإسلامية-غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التجارة
قسم إدارة الأعمال

إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة

إعداد الطالب
سائد عبد القادر أبو عطا

إشراف الأستاذ الدكتور
ماجد محمد الفرا

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال

1436هـ - 2015م

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

قال تعالى :

"وَقُلْ اَعْمَلُوا فِى سَبِيْلِ اللّٰهِ عَمَلِكُمْ وَرَسُوْلَهُ وَالْمُؤْمِنُوْنَ"

صدق الله العظيم

(سورة التوبة آية 105)

الإهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى :

والدي ووالدتي الغاليين

نزوجتي العزيزة

أبنائي الأعزاء: بتول، عبد الله، محمد

إخوتي وأخواتي الأعزاء

والدي نزوجتي العزيزين

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقني في إتمام هذه الدراسة ، ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أرفع آيات الشكر والثناء لله سبحانه وتعالى . ومن منطلق قول نبينا محمد صلى الله عليه وسلم (لا يشكر الله من لا يشكر الناس) فإنني أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أستاذي الأستاذ الدكتور/ ماجد محمد الفرا المشرف على الدراسة ، والذي لم يبخل علي بالجهد والتوجيه والإرشاد . كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى الدكتور/ رشدي وادي والدكتور/ يوسف الجيش على تفضلهما بقبول مناقشة الرسالة سائلاً المولى عز وجل أن يجزيهما خير الجزاء ، وأتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في توفير البيانات والمعلومات لإتمام هذه الدراسة وأخص بالذكر :

د. بهاء العريني / د. مثقال حسونة / د. يوسف عوض / أ.إبراهيم منصور/ أ.سعيد البطة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى العاملين في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

والله ولي التوفيق

الباحث

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة .

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهداف الدراسة ، وقام الباحث باستخدام أسلوب الحصر الشامل في توزيع الاستبانة على مجتمع الدراسة ، الذي تكون من 240 موظفاً من المدراء العامون ومدراء الدوائر ورؤساء الأقسام الصحية المساندة والسريرية العاملين بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.

ومن أهم نتائج الدراسة : أن مستوى إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات لا يرقى إلى المستوى المطلوب ، واتضح أن مستوى تفعيل لجنة المراجعة والوفيات متوسط وبحاجة لتطوير وتحسين ، وكذلك ضعف آليات الإبلاغ وتوثيق الأخطاء الطبية في المستشفيات ، وتبين أنه يوجد سجلات طبية لتوثيق الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ، و اتضح عدم وجود نظام فعال وواضح للمساءلة بالمستشفيات ، كما تبين أن أكثر الأسباب شيوعاً في حدوث الأخطاء الطبية ضغط وحجم العمل وعدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وقلة التدريب.

وقد أوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير وتفعيل أداء لجنة المراجعة والوفيات ، واعتماد نماذج وآليات محددة للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ، والشروع في إيجاد نظام وسياسة واضحة لتوثيق الأخطاء الطبية ، والعمل على إلزام العاملين بالحقل الصحي بتوثيق جميع الخدمات الصحية بالسجل الطبي للمريض ، وإيجاد منظومة قانونية وتشريعية فيما يتعلق بالمساءلة الطبية للحفاظ على حقوق المرضى والعاملين بالحقل الصحي ، واتخاذ الإجراءات المناسبة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية لمعالجة أكثر الأسباب شيوعاً في حدوث الأخطاء الطبية.

Abstract

This study aimed to understand the reality of medical error management in the hospitals of Palestinian Ministry of Health in Gaza Strip. Researcher used descriptive analytical method to achieve the objectives of the study ,The researcher used the comprehensive survey method in the distribution of the questionnaire on the study population which consisted of 240 employees of the General Managers, directors of departments , heads of medical departments and supporting clinical support at government hospitals.

The results of the study showed that medical errors management level does not rise to the required level ,the study clarified that the activation of the Committee of morbidity and mortality is medium, and there is no reporting and documentation mechanisms of medical errors in hospitals. The study showed that there are medical records to document the health services provided to patients, also showed the lack of effective and clear system of accountability of hospitals. The study turned out that the most common reasons for medical errors occurrence is the work over load and the lack of a clear system for monitoring medical errors and Lack of training of the medical staff.

The study recommended of development and activation of the performance of the Committee on morbidity and mortality , the adoption of models and specific mechanisms for reporting medical errors creation of a system and clear policy for documenting medical errors .Obligation of all workers in the medical field by documentation of all health services in the medical record of the patient, and the creation of a legal system and legislative regarding the medical accountability to keep both the patients and the health workers rights. Take appropriate action by the Palestinian Ministry of Health to limit the most common causes of the medical errors.

فهرس المحتويات

م	الموضوع	الصفحة
1	آية قرآنية	أ
2	الإهداء	ب
3	شكر و تقدير	ت
4	ملخص الدراسة باللغة العربية	ث
5	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	ج
6	فهرس المحتويات	ح
7	قائمة الجداول	د
8	قائمة الأشكال	ذ
1	الفصل الأول (إطار العام للبحث)	
1.1	مقدمة	2
2.1	مشكلة الدراسة	3
3.1	فرضية الدراسة	4
4.1	أهمية الدراسة	5
5.1	أهداف الدراسة	6
7	الفصل الثاني (واقع القطاع الصحي والأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة)	
1.2	مقدمة	8
9	المبحث الأول: واقع المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة بقطاع غزة	
1.1.2	نبذة عامة عن قطاع غزة	9
2.1.2	الوضع الديموغرافي في قطاع غزة	9
3.1.2	واقع القطاع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة	9
4.1.2	واقع المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة	13
5.1.2	الكوادر البشرية العاملة بالمستشفيات	16
6.1.2	عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة	18
7.1.2	مؤشرات الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة	20
8.1.2	التحديات والمعوقات التي تعانيها المستشفيات بوزارة الصحة في قطاع غزة	21
23	المبحث الثاني: الأخطاء الطبية في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة	

23	مفهوم الخطأ الطبي أنواعه وأسبابه	1.2.2
27	المسئولية الطبية عبر التاريخ	2.2.2
30	لمحة عن الأخطاء الطبية عالمياً	3.2.2
32	الأخطاء الطبية في المستشفيات العامة	4.2.2
33	لمحة عن بعض الحلول المقترحة للتقليل من الأخطاء الطبية	5.2.2
35	الإفصاح عن الأخطاء الطبية	6.2.2
36	الإجراءات المتبعة في وزارة الصحة الفلسطينية في الشكاوي الواردة للوزارة بخصوص الأخطاء الطبية	7.2.2
37	الإجراءات والخطوات التي تتخذها وزارة الصحة للحد والتقليل من الأخطاء الطبية	8.2.2
37	بعض الأبعاد التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية	9.2.2
43	الفصل الثالث (الدراسات السابقة)	
44	مقدمة	1.3
44	الدراسات العربية	2.3
52	الدراسات الأجنبية	3.3
57	التعليق على الدراسات السابقة	4.3
59	الفصل الرابع (الطريقة والإجراءات)	
60	مقدمة	1.4
60	منهج الدراسة	2.4
61	مجتمع الدراسة	3.4
61	أداة الدراسة	4.4
62	خطوات بناء الاستبانة	5.4
63	صدق الاستبانة	6.4
68	ثبات الاستبانة	7.4
70	الأساليب الإحصائية المستخدمة	8.4
72	الفصل الخامس (تحليل البيانات واختبار أسئلة وفرضيات الدراسة)	
73	مقدمة	1.5
73	الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق السمات الشخصية	2.5
79	تحليل فقرات الاستبانة	3.5
97	الفصل السادس (النتائج و التوصيات)	
98	مقدمة	1.6

98	نتائج الدراسة	2.6
99	التوصيات	3.6
102	المراجع	
108	الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	الموضوع	ر.الجدول
11	توزيع عدد الأسرة على عدد السكان	1.2
12	مؤشرات القوى العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني	2.2
18	مؤشرات القوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية	3.2
19	توزيع أسرة المبيت حسب التخصصات	4.2
19	توزيع أسرة الرعاية اليومية	5.2
20	مؤشرات الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات	6.2
61	مجتمع الدراسة	1.4
64	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " تفعيل لجنة المراضة والوفيات " والدرجة الكلية للمجال	2.4
65	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية " والدرجة الكلية للمجال	3.4
66	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " السجلات الطبية " والدرجة الكلية للمجال	4.4
67	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " المساءلة " والدرجة الكلية للمجال	5.4
68	معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة	6.4
69	معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة	7.4
70	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي	8.4
73	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	1.5
74	توزيع عينة الدراسة حسب العمر	2.5
74	توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي	3.5
75	توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	4.5
76	توزيع عينة الدراسة حسب التخصص	5.5

76	توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة	6.5
77	توزيع عينة الدراسة حسب الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي	7.5
80	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال لكل فقرة من فقرات "لجنة المراضة والوفيات"	8.5
82	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال لكل فقرة من فقرات "الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية"	9.5
85	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال لكل فقرة من فقرات مجال "السجلات الطبية"	10.5
87	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال لكل فقرة من فقرات مجال "المساءلة"	11.5
90	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال لجميع فقرات الاستبيان	12.5
91	نتائج اختبار " T لعينتين مستقلتين " تعزى للجنس	13.5
92	نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية تعزى إلى العمر.	14.5
93	نتائج اختبار " T لعينتين مستقلتين " تعزى للمسمى الوظيفي	15.5
94	نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية تعزى إلى المؤهل العلمي	16.5
95	نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية تعزى إلى التخصص	17.5
96	نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية تعزى إلى عدد سنوات الخبرة	18.5

قائمة الأشكال

الصفحة	الموضوع	ر. الشكل
4	الأبعاد التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية	1.1

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1.1 مقدمة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 فرضيات الدراسة

4.1 أهمية الدراسة

5.1 أهداف الدراسة

2.1 مشكلة الدراسة

- الأخطاء الطبية ليست ظاهرة محلية بل عالمية تعاني منها جميع دول العالم بما فيها الدول التي تمتلك أنظمة صحية متطورة . إذ تؤكد الدراسات أن خمسة ملايين شخص ماتوا بسبب الأخطاء الطبية خلال العقد الماضي في كل من : أوروبا - كندا -الولايات المتحدة الأمريكية - استراليا - نيوزيلندا (إدعيس : 2012، 19).
- إن إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية عن الأخطاء الطبية تفتقد لأرقام دقيقة عن حجم الأخطاء الطبية في المؤسسات الصحية العامة والخاصة لعدم وجود توثيق للأخطاء الطبية بوزارة الصحة . و حسب تقرير الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان لعام 2012 فإن مجموع ما ورد من شكاوي المواطنين بخصوص الأخطاء الطبية من عام 2008 لغاية 2011 كان 81 شكوى بالضفة الغربية وقطاع غزة . وحسب ما ورد من وزارة الصحة للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بقطاع غزة فإن نتائج التحقيقات بقضايا الأخطاء الطبية من عام 2008م لغاية 2011 م أظهرت إن 30 قضية ثبت وجود إهمال طبي و 51 قضية عدم وجود إهمال طبي (إدعيس ،2012).
- من الإجراءات التي تتخذها وزارة الصحة في التعامل مع ملف الأخطاء الطبية ما يلي : تشكيل لجنة تحقيق لدى تقديم الشكوى بحدوث خطأ طبي ، ومن ثم تعميم توصيات لجان التحقيق بهذا الخصوص على جميع المستشفيات والرعاية الأولية لأخذ العبر وعدم تكرار الخطأ، حيث يتم اتخاذ عقوبات إدارية بحق المخطئين حسب نتائج التحقيق نظراً لعدم وجود قانون المسؤولية الطبية في فلسطين (البطة : مقابلة ،2014).

و في ضوء ذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي :

ما واقع إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة ؟

وينبثق عن السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية :

- ما مدى توفر لجنة فعالة للمراضة والوفيات في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

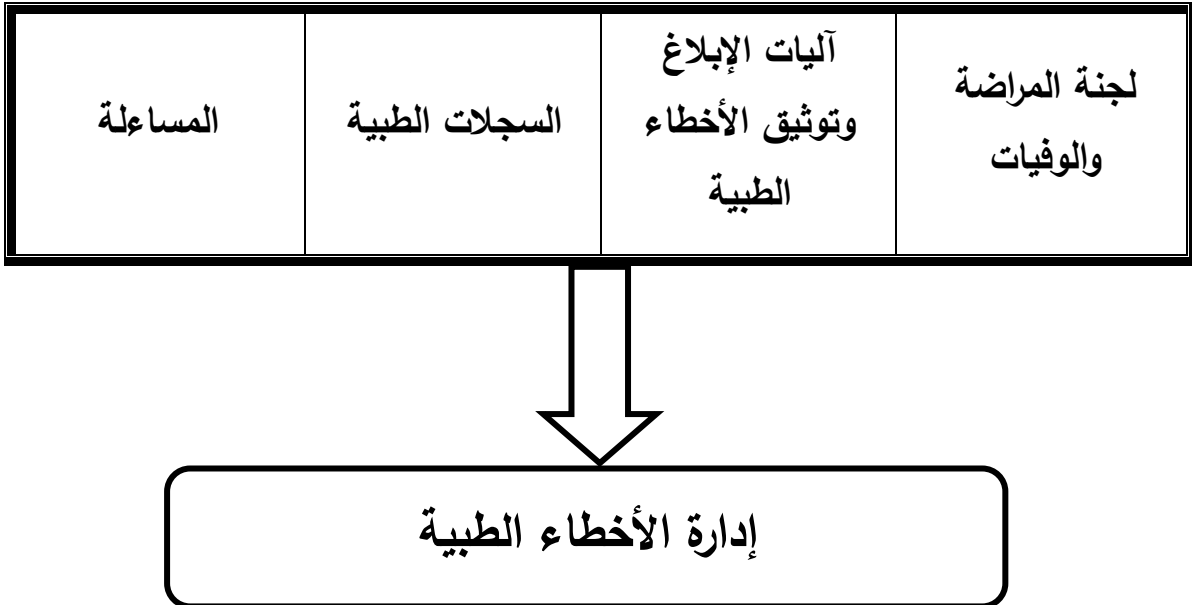
- هل يوجد آليات للإبلاغ وتوثيق الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟
- هل تتوفر سجلات طبية للمرضى في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟
- ما مدى وجود نظام فعال وواضح للمساءلة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الذي يساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

3.1 فرضية الدراسة

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى البيانات الشخصية (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، التخصص، عدد سنوات الخبرة).
- و الشكل التالي رقم (1.1) يوضح بعض الأبعاد التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية:

الشكل رقم (1.1)

بعض الأبعاد التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية



المصدر: حسب تصور الباحث

4.1 أهمية الدراسة

أولاً : أهمية الدراسة بالنسبة للباحث

1. تضيف الدراسة علماً جديداً وآفاقاً واسعة للباحث.
2. سيتمكن الباحث من نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال.
3. نيل شرف المساهمة والمشاركة في دعم القطاع الصحي الفلسطيني من خلال دراسة إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

ثانياً : أهمية الدراسة بالنسبة لوزارة الصحة الفلسطينية

1. تستمد هذه الدراسة أهميتها كونها من أوائل الدراسات "حسب علم الباحث" التي تبحث في ملف إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة، مما قد يساعد الحقل الصحي في وضع أسس ومعايير لإدارة هذا الملف.
2. طرقت الدراسة موضوع إدارة الأخطاء الطبية حيث يتم تجاهله من بعض الأطراف ذات العلاقة به.
3. قد تساعد هذه الدراسة في معرفة الدور الذي تلعبه إدارة الأخطاء الطبية في الحد من ظاهرة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية.
4. تشكل هذه الدراسة أهمية كبيرة للعاملين بالحقل الصحي من خلال الاستفادة من نتائج و توصيات الدراسة مما يعود عليهم بالفائدة والحفاظ على حقوقهم.

ثالثاً : أهمية الدراسة بالنسبة للمجتمع الفلسطيني

1. تتبع أهمية الدراسة من أهمية الواقع الصحي بقطاع غزة، حيث تعتبر المستشفيات الحكومية من أهم القطاعات المؤثرة في المجتمع الفلسطيني ولها دور في تخفيف العبء عن المواطنين.

2. إن الأخذ بتوصيات الدراسة من قبل مسؤولي وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة يصب في مصلحة المجتمع الفلسطيني من خلال الحد من ظاهرة الأخطاء الطبية.

5.1 أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة لتحقيق مجموعة من الأهداف أهمها:

1. التعرف على مستوى إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة.
2. توضيح الدور الهام الذي تلعبه إدارة الأخطاء الطبية في الحد من ظاهرة الأخطاء الطبية.
3. الوقوف عند بعض الأبعاد المؤثرة في إدارة ملف الأخطاء الطبية.
4. معرفة واقع عمل اللجان النوعية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة.
5. تسليط الضوء على أكثر الأسباب شيوعاً في حدوث الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع غزة.
6. توضيح التدابير اللازمة للحد من ظاهرة الأخطاء الطبية.
7. الوصول لنتائج وتوصيات قد تساعد وزارة الصحة في إدارة ملف الأخطاء الطبية .

الفصل الثاني

واقع القطاع الصحي والأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة

1.2 مقدمة

المبحث الأول: واقع المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

1.1.2 نبذة عامة عن قطاع غزة:

2.1.2 الوضع الديموغرافي في قطاع غزة

3.1.2 واقع القطاع الصحي الفلسطيني بقطاع غزة:

4.1.2 واقع المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

5.1.2 الكوادر البشرية العاملة بالمستشفيات الحكومية

6.1.2 عدد الأسرة بالمستشفيات الحكومية

7.1.2 مؤشرات الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية خلال عام 2013م

8.1.2 التحديات والمعوقات التي تعانيها المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

المبحث الثاني: الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة

1.2.2 مفهوم الخطأ الطبي أنواعه وأسبابه

2.2.2 المسؤولية الطبية عبر التاريخ

3.2.2 لمحة عن الأخطاء الطبية عالمياً

4.2.2 الأخطاء الطبية في المستشفيات العامة

5.2.2 لمحة عن بعض الحلول المقترحة للتقليل من الأخطاء الطبية

6.2.2 الإفصاح عن الأخطاء الطبية علمياً

7.2.2 الإجراءات والخطوات التي تتخذها وزارة الصحة للحد والتقليل من الأخطاء الطبية

8.2.2 الإجراءات المتبعة في وزارة الصحة الفلسطينية في الشكاوي الواردة للوزارة بخصوص الأخطاء الطبية .

9.2.2 الأبعاد المؤثرة في إدارة الأخطاء الطبية .

1.2 مقدمة :

يهدف هذا الفصل إلى التعرف على واقع القطاع الصحي الفلسطيني بشكل عام، والمستشفيات الحكومية بشكل خاص، مع تسليط الضوء على أعداد القوى البشرية والسعة السريرية ومؤشرات الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة. وسيتم أيضاً التعرف على التحديات والمعوقات التي تعاني منها المستشفيات الحكومية وكذلك سيتم التعرف على مفهوم الخطأ الطبي وأنواعه وأسبابه، وإعطاء لمحة عن المسؤولية الطبية عبر التاريخ، وكذلك لمحة عن الأخطاء الطبية عالمياً ، ومن ثم الحديث عن الإجراءات والخطوات المتبعة في وزارة الصحة الفلسطينية للحد من الأخطاء الطبية ، وتوضيح كيفية التعامل مع الخطأ الطبي إن وقع ، وكذلك سيتم التعرض للأبعاد المؤثرة على إدارة سمات الأخطاء الطبية.

ويتكون هذا الفصل من مبحثين هما :

1. واقع المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

2. الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة.

المبحث الأول: واقع المستشفيات الحكومية في قطاع غزة

كفلت التشريعات الفلسطينية والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان الحق في الصحة واعتبرته من الحقوق الأساسية التي يجب أن يتمتع بها الإنسان ، ويعتبر الحق في الصحة من الأمور الأساسية التي يجب على كافة الدول العمل على ضمان توفرها لمواطنيها ، وهذا يتطلب من الدولة على الصعيد الداخلي اتخاذ كافة الإجراءات والتدابير بتبني التشريعات القانونية اللازمة لضمان حصول مواطنيها على حقوقهم الصحية الكاملة (الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، 2009: 11).

1.1.2 نبذة عامة عن قطاع غزة:

هو المنطقة الجنوبية من الساحل الفلسطيني على البحر المتوسط، وهي على شكل شريط ضيق شمال شرق شبه جزيرة سيناء يشكل تقريباً 1,33% من مساحة فلسطين التاريخية (من النهر إلى البحر)، يمتد القطاع على مساحة 360 كم مربع، حيث يكون طولها 41 كم، أما عرضها فيتراوح بين 5 و 15 كم. و قد سمي بقطاع غزة نسبة لأكبر مدنه وهي غزة. ويتكون قطاع غزة حالياً من خمس محافظات كالتالي : محافظة الشمال / محافظة غزة / محافظة الوسطى / محافظة خان يونس / محافظة رفح (منتدى التمريض، 2014) .

2.1.2 الوضع الديموغرافي في قطاع غزة

يعتبر قطاع غزة من أكثر مناطق العالم كثافة سكانية، إذ بلغت الكثافة السكانية المقدرة لعام 2013 نحو 4,661 فرداً /كم² في قطاع غزة. حيث يبلغ إجمالي عدد السكان بالقطاع لعام 2013 - 1,701,437 نسمة (جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2014) .

3.1.2 واقع القطاع الصحي الفلسطيني بقطاع غزة:

يتم تقديم الخدمات الصحية في قطاع غزة من قبل وزارة الصحة ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) ، والخدمات الطبية العسكرية، ومن خلال المؤسسات الصحية الأهلية غير الربحية ، ومؤسسات القطاع الخاص الصحية. وتعتبر وزارة الصحة الفلسطينية المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية (المستشفيات)، نظراً لشمولية التخصصات

الصحية التي تقدمها، وكذلك المسؤولة عن تنظيم ومراقبة وترخيص الخدمات الصحية. وفيما يلي لمحة عن مقدمي الخدمة الصحية بالقطاع :

❖ الرعاية الصحية الأولية والثانوية بوزارة الصحة الفلسطينية (وزارة الصحة الفلسطينية، 2013)

• **الرعاية الصحية الأولية:** حيث تمتلك وتدير وزارة الصحة 58 مركزاً صحياً للرعاية الأولية موزعة على محافظات قطاع غزة المختلفة وتغطي الخدمات التالية:

- صحة المرأة والطفل

- التطعيمات

- خدمات الأشعة والمختبرات

- خدمات طب الأسنان

- مراكز تنظيم الأسرة

• **الرعاية الصحية الثانوية :** حيث تمتلك وتدير وزارة الصحة 12 مستشفى موزعة على محافظات قطاع غزة بسعة سريرية 2001 سرير منها 1560 سرير مبيت و 441 سرير عناية نهارية حيث سيتم التطرق لاحقاً للحديث بالتفصيل عن الخدمات الصحية الثانوية .

❖ الرعاية الصحية بالخدمات الطبية العسكرية:

تمتلك وتدير الخدمات الطبية العسكرية مستشفياتين بقطاع غزة بسعة سريره 164 سرير وكذلك تدير 5 مراكز صحية.

❖ الرعاية الصحية بوكالة الغوث وتشغيل اللاجئين (UNRWA، 2013) :

تدير وكالة الغوث 22 مركزاً صحياً لتقديم الرعاية الصحية في مجالات متعددة منها:

- خدمات العيادات والفحوص المخبرية.

- خدمات صحة الأمومة وتنظيم الأسرة.

- خدمات التصوير بالأشعة في 6 مراكز.

ووفقاً لما ذكر في تقرير الإحصائيات الصحية العالمية لعام 2009 فإنه لا يوجد قاعدة عالمية لنسبة أسرة المستشفيات إلى مجموع السكان، ففي الإقليم الأوروبي يتوفر 63 سريراً لكل 10,000 نسمة مقابل 10 أسرة لكل 10,000 نسمة في الإقليم الأفريقي (منظمة الصحة العالمية، 2009: ص 95). ومن خلال الإحصائيات المذكورة أعلاه يتضح أن نسبة الأسرة بالنسبة لمجموع السكان في قطاع غزة نسبة جيدة وفقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية.

❖ مؤشرات القوى العاملة في القطاع الصحي (وزارة الصحة الفلسطينية، 2013):

يوضح الجدول رقم (2.2) مؤشرات القوى العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني حسب التخصص لكل 1000 نسمة.

جدول رقم (2.2)

مؤشرات القوى العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني

المؤشر	العدد	القطاع الصحي
طبيب لكل 1000 نسمة	2564	1.5
ممرض لكل 1000 نسمة	3452	2
صيدلي لكل 1000	364	0.2
طبيب أسنان لكل 1000	308	0.2
ممرض لكل طبيب	1.3	

المصدر: وزارة الصحة الفلسطينية، السكان والصحة، 2013

4.1.2 واقع المستشفيات الحكومية بقطاع غزة (الإدارة العامة للمستشفيات ، 2013)

تمتلك وزارة الصحة و تدير 12 مستشفى موزعة على كافة محافظات القطاع ، وفي ما يلي نوضح تصنيف المستشفيات الحكومية حسب الهيكل التنظيمي والتخصص وكذلك بطاقة تعريفية لكل مستشفى :

(1 تصنيف المستشفيات الحكومية حسب الهيكل التنظيمي

- **مجمع طبي:** ويشمل أكثر من مستشفى شرط أن يكون لكل مستشفى تخصص مختلف عن المستشفيات الأخرى ، وينطبق هذا التعريف على كل من مجمع الشفاء الطبي الذي يضم ثلاث مستشفيات (باطنه . جراحة . ولادة) ، ومجمع ناصر الطبي الذي يضم ثلاث مستشفيات هي (مستشفى ناصر . مستشفى التحرير . ومستشفى الياسين "قيد الإنشاء") .
- **مستشفيات كبيرة :** المستشفيات التي تبلغ قدرتها السريرية المعتمدة 101 سرير مبيت فأكثر . وهذا ينطبق على مستشفى (غزة الأوروبي ، مستشفى شهداء الأقصى ومستشفى النصر للأطفال).
- **مستشفيات صغيرة :** المستشفيات التي تساوي قدرتها السريرية 100 سرير مبيت فأقل ، وهذا ينطبق على مستشفيات (الشهيد محمد يوسف النجار . مستشفى الهلال الإماراتي . مستشفى الشهيد محمد الدرة . مستشفى العيون . الطب النفسي . ومستشفى الشهيد الدكتور عبد العزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال . مستشفى الشهيد كمال عدون . مستشفى بيت حانون).

(2 تصنيف المستشفيات على أساس التخصص :

- **مستشفيات عامة أو متعددة التخصص:** وينطبق هذا المسمى على المجمعات الطبية، ومستشفى غزة الأوروبي، ومستشفى الشهيد محمد يوسف النجار، ومستشفى شهداء الأقصى، ومستشفى كمال عدون ، ومستشفى بيت حانون.

- **مستشفيات أحادية التخصص:** وهذا ينطبق على مستشفيات النصر للأطفال ، مستشفى عبد العزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال، ومستشفى الشهيد محمد الدرة ، ومستشفى العيون (طب وجراحة العيون) ، ومستشفى الهلال الإماراتي الذي يقدم خدمات النساء والولادة .

3) تعريف بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة:

1. مجمع الشفاء الطبي

مجمع طبي يشتمل على ثلاث مستشفيات وهي مستشفى الباطنة ومستشفى الجراحة ومستشفى الولادة ، يقع في مدينة غزة ، ويخدم محافظة غزة بشكل خاص ويغطي قطاع غزة بشكل عام ، سعته السريرية 619 سرير ، ويبلغ عدد موظفي المجمع بكافة تخصصاتهم ما مجموعه 1487 ، معتمد كمركز تدريبي لبرنامج التدريب الوطني .

2. مجمع ناصر الطبي

مجمع طبي يشتمل على مستشفى ناصر وهو مخصص للجراحة و الباطنة ومستشفى التحرير وهو مخصص للنساء والولادة والأطفال و مستشفى الياسين ، يقع في مدينة خانينونس، ويخدم محافظة خانينونس بشكل عام ، السعة السريرية للمجمع 322 سريراً ، ويبلغ عدد موظفي المجمع بكافة تخصصاتهم ما مجموعه 769 موظف ، معتمد كمركز تدريبي في تخصص النساء والتوليد .

3. مستشفى غزة الأوروبي

مستشفى عام كبير تبلغ سعته السريرية الإجمالية 246 سرير منها 203 سرير مخصصة للمبيت، يخدم السكان في المحافظات الجنوبية للقطاع بصفه خاصة يتميز بتقديم خدمة القسرة القلبية لمحافظة قطاع غزة قاطبة ، ويبلغ العدد الإجمالي لموظفي المستشفى بمختلف تخصصاتهم 781 موظف، مركز معتمد كمركز تدريبي لبرنامج التدريب الوطني (البورد) .

4. مستشفى شهداء الأقصى

مستشفى عام يقدم خدمات الباطنة والجراحة والنساء والتوليد وطب الأطفال ، ويخدم سكان محافظة الوسطى، قدرته السريرية 129 سرير منها 103 سرير مخصصة للمبيت ، ويبلغ عدد الموظفين 562 موظف من كافة الفئات.

5. مستشفى الشهيد كمال عدوان

مستشفى عام صغير يقدم خدمات الباطنة والجراحة وطب الأطفال ، و يخدم السكان في محافظة الشمال ،السعة السريرية 119 سرير منها 97 مبيت ، عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 310 موظف.

6. مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار

مستشفى عام صغير يقدم خدمات في تخصصات الجراحة و الباطنة وطب الأطفال يشارك مع مستشفى غزة الأوروبي في تقديم الخدمات لمواطني محافظة رفح ، سعته السريرية الإجمالية 80 سرير منها 40 سرير مخصصة للمبيت ، عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 270 موظف.

7. مستشفى بيت حانون

مستشفى عام صغير يقدم خدمات الباطنة والجراحة وطب الأطفال لسكان مدينة بيت حانون يقدم خدمات جراحة الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الأطفال لسكان محافظة شمال غزة ، مجموع أسرة المستشفى 45 سرير منها 36 سرير مخصصة للمبيت ، ويبلغ عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 183 موظف.

8. مستشفى الشهيد محمد الدرة

تقديم خدمات طب الأطفال لسكان شمال و شرق محافظة غزة ، سعته السريرية ما مجموعه 91 سرير منها 69 مخصص للمبيت ، ويبلغ عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 197 موظف.

9. مستشفى النصر للأطفال

مستشفى متخصص في خدمات طب الأطفال ، يخدم المستشفى السكان في محافظة غزة ، وسعته السريرية الإجمالية 132 منها 112 مخصص للمبيت ، ويبلغ عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 311 موظفا ، و معتمد كمركز تدريبي في تخصص طب الأطفال وطب الأسرة من برنامج التدريب الوطني.

10. مستشفى العيون

مستشفى متخصص في طب وجراحة العيون ، وهو معتمد كمرجع ومركز تدريبي لطب وجراحة العيون لجميع محافظات غزة ، سعته السريرية 40 سرير ، ويبلغ عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 173 موظف.

11. مستشفى الهلال الإماراتي

مستشفى متخصص صغير في خدمات طب النساء والتوليد ، و يخدم سكان محافظة رفح ، وسعته السريرية 52 سرير منها 40 سرير مخصصة للمبيت ، ويبلغ عدد موظفي المستشفى بكافة تخصصاتهم ما مجموعه 194 موظف ، معتمد كمركز تدريبي في تخصص النساء و الولادة .

12. مستشفى الشهيد عبد العزيز الرنتيسي

مستشفى يقدم خدمات من المستوى الثالث للأطفال المصابين بأمراض مزمنة وبحاجة لرعاية تخصصية في خدمات طب الأطفال، و يخدم جميع سكان محافظات قطاع غزة، ويبلغ عدد موظفي المستشفى الإجمالي بكافة تخصصاتهم 228 موظفا.

5.1.2 الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة في قطاع

غزة (الإدارة العامة للمستشفيات، 2013).

❖ الأطباء العاملين بالمستشفيات :

- بلغ عدد الأطباء في مستشفيات الوزارة ما مجموعه 1368 طبيب و طبيبة ، منهم 696 طبيب أخصائي. الجزء الأكبر من أطباء المستشفيات يعملون في مجمع الشفاء الطبي بواقع (449)

طبيب و مجمع ناصر الطبي بواقع (210) طبيب ، و أقل عدد في مستشفى الدكتور عبد العزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال ، ويبلغ متوسط عدد الأطباء بكل مستشفى 114 طبيب.

- المعدل العام طبيب /سرير بالمستشفيات كان (0.89) طبيب لكل سرير مبيت داخلي ، وتعتبر هذه النسبة ممتازة مقارنة ببعض الدول العربية ، حيث تم الإشارة في مجلة الباحث لجامعة ورقلة بالجزائر " أن النسبة المقبولة لعموم المستشفيات هي (4-5) أسرة لكل طبيب (مجلة الباحث، 2012).

❖ التمريض العامل بالمستشفيات :

- يشكل التمريض ما نسبته 37% من إجمالي عدد العاملين في مستشفيات وزارة الصحة، حيث بلغ إجمالي عدد التمريض في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في محافظات قطاع غزة حتى ديسمبر 2013 هو (2042) ممرض وممرضة . غالبية التمريض هم من حملة الشهادة الجامعية (البكالوريوس) إذ مثل ما نسبته 50% وهي نسبة مرتفعة تعكس ارتفاع في المستوى الأكاديمي للتمريض.

❖ العاملين بالمختبرات وبنوك الدم :

- بلغ عدد العاملين في مختبرات وبنوك دم المستشفيات خلال عام 2013 عدد (266) أخصائي تحاليل طبية وفني مختبر منهم (156) ذكور و (110) إناث موزعين حسب المؤهل العلمي: عدد (2) دكتوراه، (36) ماجستير، (176) بكالوريوس و (52) دبلوم .

❖ العاملين بالأشعة والتخصصات الفنية :

- بلغ المجموع الإجمالي للعاملين في التخصصات الفنية المختلفة للتصوير الطبي والعلاج الطبيعي والتخدير والسمعيات والبصريات وتخطيط الدماغ 350 موظف. حيث احتلت فئة فني التصوير الطبي المرتبة الأولى بين الفنيين الطبيين بنسبة 54% ، تلتها فئة أخصائي وفني العلاج الطبيعي بنسبة 22.8 % .

❖ العاملين بالشؤون الإدارية والمالية :

- لقد بلغ المجموع الإجمالي للعاملين في التخصصات الإدارية والمالية المختلفة بدائرة الشؤون الإدارية والمالية 1260 موظف.

❖ مؤشرات القوى العاملة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية

يوضح الجدول رقم (3.2) مؤشرات القوى العاملة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة حسب التخصص لكل 1000 نسمة.

جدول رقم (3.2)

مؤشرات القوى العاملة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية

المؤشر	العدد	مستشفيات وزارة الصحة
طبيب لكل 1000 نسمة	1368	0.8
ممرض لكل 1000 نسمة	2042	1.2
صيدلي لكل 1000	105	0.06
ممرض لكل طبيب		1.5

المصدر : من واقع تقرير الإدارة العامة للمستشفيات في قطاع غزة: 2013

6.1.2 عدد الأسرة بالمستشفيات الحكومية (الإدارة العامة للمستشفيات، 2013)

• توزيع أسرة المبيت حسب التخصصات

توزعت أسرة المبيت الداخلي البالغ عددها 1568 بالمستشفيات على التخصصات الرئيسية الأربعة و العناية المركزة و كانت وفق ما هو موضح بالجدول رقم (4.2) :

جدول (4.2)
توزيع أسرة المبيت حسب التخصصات

م	المؤشر	القيمة
1	الباطنة	315
2	الجراحة	474
3	طب الأطفال	361
4	النساء و التوليد	209
5	العناية المركزة	31
6	عناية القلب	36
7	عناية الأطفال	22
8	حديثي الولادة	120
	الإجمالي	1568

المصدر: الإدارة العامة للمستشفيات في قطاع غزة: 2013

• توزيع أسرة الرعاية اليومية

توزعت أسرة الرعاية اليومية البالغ عددها 441 بالمستشفيات وفق ما هو موضح بالجدول رقم (5.2):

جدول (5.2)

توزيع أسرة الرعاية اليومية

م	المؤشر	القيمة
1	طوارئ	176

2	أسرة رعاية أطفال	84
3	الدم والأورام	33
4	الولادة	29
5	جراحة اليوم الواحد	38
6	غسيل الكلى	69

المصدر : الإدارة العامة للمستشفيات في قطاع غزة: 2013

7.1.2 مؤشرات الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية خلال عام 2013م (الإدارة العامة للمستشفيات ، 2013) :

كانت مؤشرات الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة خلال العام 2013 م وفق ما هو موضح في الجدول رقم (6.2) :

جدول رقم (6.2)

مؤشرات الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية خلال عام 2013م

م	المؤشر	القيمة	م	المؤشر	القيمة
1	خدمات الطوارئ	1118826	8	عمليات جراحية كبرى	19296
2	العيادات الخارجية	658794	9	عمليات الولادة القيصرية	8229
3	خدمات الرعاية النهارية	601287	10	عمليات جراحية متوسطة	7087
4	الخدمات الداخلية (الدخول)	187685	11	عمليات جراحية صغرى	10555
5	نسبة إشغال الأسرة	93%	12	عمليات اليوم الواحد	135868
6	متوسط المكوث	3يوم	13	عمليات جراحية ذات مهارة	2726

9605	التحويلات الخارجية	14	2479	وفيات الأقسام الداخلية	7
------	--------------------	----	------	------------------------	---

المصدر : الإدارة العامة للمستشفيات في قطاع غزة: 2013

واتضح من خلال الجدول رقم (6.2) أن خدمات الطوارئ بلغت في المستشفيات 1118826 حالة ، وبلغ عدد مراجعي العيادات الخارجية 65879 مراجع ، وكانت الخدمات الداخلية (الدخول) 1876 حالة ، وقد بلغت نسبة إشغال الأسرة 93% ومتوسط المكوث 3 يوم ، أما بالنسبة للعمليات الجراحية المختلفة فقد بلغت 183761 وعدد الوفيات في الأقسام الداخلية 2479 ، أما بالنسبة للتحويلات الخارجية كانت 9605. وتؤكد هذه المؤشرات العبء الذي تتحمله المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في تقديم الخدمات الصحية ، الذي قد يؤثر سلباً على تقديم الخدمة أو المساهمة في حدوث الأخطاء الطبية في ظل وجود بعض المشاكل والمعوقات التي تعاني منها المستشفيات الحكومية خاصة في ندرة وقلة الكادر البشري الطبي والتمريضي من ذوي التخصصات النادرة.

8.1.2 التحديات والمعوقات التي تعانيها المستشفيات الحكومية بقطاع غزة (حسونة : مقابلة ، مايو 2014) :

1. نقص الكوادر البشرية المؤهلة من فئة الأطباء من ذوي الاختصاص الدقيق مثل : طب الامراض السرطانية - طب العناية المركزة - طب الطوارئ - طب حديثي الولادة.
2. نقص الكوادر البشرية من فئة التمريض المتخصص مثل: تمريض حديثي الولادة - تمريض التخدير - تمريض العناية المركزة.
3. نظراً للأوضاع الاقتصادية السائدة في قطاع غزة فإن الجمهور يعتمد على الخدمات الصحية الحكومية ، لذا تعاني المستشفيات الحكومية من زيادة عدد المراجعين للعيادات الخارجية مما يضطر الكادر الطبي لمعاينة أعداد كبيرة من المرضى خلال اليوم الواحد ، وكذلك طول انتظار المرضى للحجز المسبق للعيادات الخارجية في بعض التخصصات ، و طول فترة انتظار المرضى لمواعيد إجراء العمليات الجراحية.

4. النقص المزمن لبعض أصناف الأدوية والمستلزمات الطبية مما يؤثر سلباً على تقديم الخدمة الصحية.
5. غياب سياسة واضحة للتخلص الأمثل من النفايات الطبية رغم وجود بعض التجارب المحدودة في بعض المستشفيات.
6. ضعف منظومة الخدمات الإدارية المساندة مثل: (خدمات الغسيل، خدمات النظافة) رغم لجوء الوزارة واعتمادها مبدأ شراء الخدمات من طرف خارجي.
7. عدم اكتمال المنظومة التشريعية والقانونية المتعلقة بمبادئ المسؤولية والمساءلة الطبية.

المبحث الثاني: الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية

إن الأخطاء المهنية غير محصورة بالعادة في مهنة الطب أو المهن الصحية عموماً وإنما تمتد لتشمل المهن كافة التي يتدخل فيها العنصر البشري بشكل مباشر أو غير مباشر. وبما أن الإنسان وصحته تمثل القيمة الأعلى فإن الضرر الحاصل من الخطأ الطبي تكون له نتائج مادية ومعنوية لدى المريض وذويه وكذلك الطبيب المعالج ومؤسسته الصحية ، لذا فإن الأخطاء الطبية تأخذ اهتمام كبير جداً عن غيرها من الأخطاء المهنية الأخرى .

و فيما يلي سيتم تعريف الخطأ بشكل عام ومن ثم تعريف الخطأ الطبي وتوضيح أنواعه وأسبابه:

1.2.2 مفهوم الخطأ الطبي أنواعه وأسبابه

▪ تعريف الخطأ:

لقد تعددت تعريفات الخطأ ؛ فقد عرفه (الناصروري 1988: ص61) بأنه : " الانحراف عن السلوك المألوف للشخص العادي يصدر عن تمييز وإدراك".

أما الحسيني (1999: ص39) فقد عرف الخطأ بأنه: "تقصير في مسلك الإنسان لا يقع من شخص واحد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالمسئول.

ويبرى (السرخسي: 1406) بأنه : " المسلك الذهني المنطوي على عدم توقع الجاني لنتيجته الإجرامية التي أحدثها وذلك عن إهمال أو عدم احتراز".

وعرف أيضاً بأنه " الإخفاق في إتمام عمل مخطط على النحو المقصود أو استخدام خطة خاطئة لتحقيق هدف ما " (منظمة الصحة العالمية ، 2005) .

▪ تعريف الخطأ الطبي:

عرف مشروع قانون المسؤولية الطبية الأردني لسنة 2010م الخطأ الطبي على أنه " أي نشاط سواء بالفعل أو بالترك لا يتفق مع القواعد المهنية وينتج عنه ضرر " .

وكذلك عرف القانون الاتحادي الإماراتي رقم 10 لسنة 2008 الخطأ الطبي على أنه " الخطأ الذي يرجع إلى الجهل بأمور فنية يفترض في كل من يمارس المهنة الإلمام بها أو كان هذا الخطأ راجعاً إلى الإهمال أو عدم بذل العناية اللازمة " .

ويرى قايد بأنه " كل مخالفة أو خروج من الطبيب في سلوكه على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم ، أو المتعارف عليها نظرياً وعملياً وقت تنفيذه للعمل الطبي ، أو إخلاله بواجبات الحيطة واليقظة التي يفرضها القانون متى ما ترتب على ما فعله نتائج جسيمة ، في حين كان في قدرته وواجبا عليه أن يتخذ في تصرفه اليقظة والتبصر حتى لا يضر بالمريض " (قايد، 1990 : ص 224).

وعرفه البعض الآخر بأنه " تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية للطبيب المسئول " (أبو جميل، 1991 : ص 41).

وعرف من قبل European Medicines Agency "أنه فشل في عملية العلاج سواء عن طريق الإهمال أو قصد يؤدي إلى ضرر أو احتمال حدوث ضرر للمريض"(EMA:2013).

وترى (الحسن ، ص13) بأن الخطأ الطبي " الإخلال بالالتزامات الخاصة التي تفرضها مهنة الطب دون قصد الإضرار بالغير ، ويكون هذا الإخلال بترك ما يجب فعله أو فعل ما يجب الإمساك عنه"

ويرى شلش (2007 : ص 330) أن الخطأ الطبي يقوم على توافر مجموعة من العناصر، تتمثل :

1. عدم مراعاة الأصول والقواعد العلمية المتعارف عليها في علم الطب.
 2. الإخلال بواجبات الحيطة والحذر.
 3. إغفال بذل العناية التي كان باستطاعة الطبيب فعلها.
 4. توافر رابطة أو علاقة نفسية بين إرادة الطبيب والنتيجة الخاطئة.
- وبناءً على التعريفات السابقة يمكن الخروج بتعريف شامل للخطأ الطبي حسب رأي الباحث : أنه كل مخالفة للعاملين بالمجال الصحي للقواعد والأصول الطبية المتعارف عليها نظرياً وعملياً وقت تنفيذ العلاج الطبي ، بشرط وجود علاقة سببية مباشرة بين الخطأ الطبي المرتكب والضرر الحاصل للمريض.

▪ أنواع الأخطاء الطبية :

هناك نوعان للخطأ في المجال الطبي (المعايطة ، 2004 :ص47-48) هما :

▪ الخطأ العادي (غير المهني)

وهو الخطأ الذي ليس له علاقة بالأصول الفنية والمهنية ، أي الخطأ الخارج عن إطار المهنة وأصولها الفنية ، والناجم عن سلوك مجرد يسببه الإخلال بالقواعد العامة للالتزام التي يتوجب على كافة الناس التقيد بها ، فهذا النوع من الخطأ ناجم عن سلوك يمارسه الطبيب كأني إنسان ، وليس عن ممارسات مهنية قام بها الطبيب تجاه المريض ، أي ان الخطأ لم ينتج عن ممارسات فنية مهنية ، بل عن سلوك معين أتاه الطبيب ، فهو لا يخضع للخلافات المهنية ولا يتصل بالأصول العلاجية المعترف بها بل سببه ممارسات ذاتية شخصية يمكن أن يرتكبها أي شخص.

▪ الخطأ الطبي المهني

الخطأ المهني يقصد به الخطأ الذي يقع من الطبيب كلما خالف القواعد والأصول التي توجبها عليه المهنة الطبية ، فهو الخطأ الذي يتصل بالأصول الفنية للطب ، وبمعنى أدق هو خروج الطبيب في سلوكه المهني والفني عن القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم المتعارف عليها نظرياً وعلمياً في الأوساط الطبية وقت تنفيذه العمل الطبي .

ويذكر(القباع ، 2014 :ص17-18) عدد من الأمثلة على الخطأ المهني منها :

- سوء التشخيص الطبي.

- الانفراد بالتشخيص.

- مد العملية الجراحية.

- الإهمال وعدم الملاحظة.

- الجهل الفني.

▪ أسباب الأخطاء الطبية :

تعددت الأسباب وراء الأخطاء الطبية منها ما يلي (الفظافطة، 2013: ص59) :

- نقص الخبرات المطلوبة للممارسة.
- ضعف الاتصال بين أفراد تقديم الخدمة الطبية أو الخلافات الشخصية الداخلية بين أفراد الفريق الطبي.
- الإرهاق العام وإرهاق زيادة تحمل العمل وإرهاق الذهن بسبب المشاكل العامة والخاصة.
- صعوبة تحديد بعض الأنواع غير المألوفة والغريبة من الأمراض.
- الثقة الزائدة مثل التشخيص من النظرة الأولى وعدم إتباع الأساليب المنهجية المتعارف عليها في التشخيص والعلاج ، بل قد يصل الأمر إلى إهمال بعض نتائج الفحوص بدون إعادة التأكد منها بسبب جمود الذهن على تشخيص محدد بدون وضع احتمالات أخرى للتشخيص.
- مشاكل داخلية لفرق تقديم الخدمة الطبية مثل انعدام التفاهم بين الفريق المقدم للخدمة ، أو غياب الدعم المتبادل ، أو نظام العمل شديد الصرامة مما يمنع الأفراد الأقل مرتبة من التصرف السريع في حالات الطوارئ غير المتوقعة ، أو ضعف النظام الإداري لدرجة التسبب ، أو جمود الأفكار وعدم قبول النقاش والحوار العلمي البناء ، أو عدم وجود تفاهم متبادل بين أفراد الفريق وما هو مطلوب منه بصفة أساسية.

ويُلخص البعض الأسباب الكامنة وراء وقوع الأخطاء الطبية كما سبق ذكره في الآتي

(إدعيس، 2012: ص17) :

- عدم وجود البنية التحتية لإدارة الأخطاء الطبية كجزء أساسي من النظام الصحي.
- عدم وجود المتابعة العملية المنتظمة من قبل القيادات الصحية للحد من الأخطاء الطبية.
- غياب وجود نظام دقيق للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ومتابعتها.
- عدم ربط مفهوم الأخطاء الطبية كجزء من برنامجي الجودة الشاملة والجودة الوقائية.
- عدم وجود حملات تثقيفية للمريض ومقدم الخدمة حول وسائل تفادي حصول الأخطاء الطبية وحول الحقوق والواجبات لكل طرف في حال وجود الأخطاء الطبية.

- عدم تبني القيادات الصحية مبدأ الشفافية للإبلاغ عن الأخطاء الطبية بشكل دوري والتحقق منها.

العوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في برامج الرصد للأخطاء الطبية

:(American Society of Hospital Pharmacists ,1991)

- عادة تكون معدلات الخطأ أعلى خلال استلام وتسليم العمل .
- قلة الخبرة والتدريب غير الكافي للموظفين.
- الخدمات الطبية المقدمة لمرضى معينين مثل كبار السن والأطفال .
- العوامل البيئية مثل قلة الإضاءة والضوضاء .
- زيادة حجم العمل على الموظف مما يؤدي للإرهاق.
- ضعف التواصل بين طاقم الرعاية الصحية.
- عدم وجود سياسات أو إجراءات فعالة لتقليل الأخطاء الطبية .
- الأداء الضعيف للجانب المراقبة.

2.2.2 المسؤولية الطبية عبر التاريخ

▪ المسؤولية الطبية قبل الإسلام

إن الإقرار بمسؤولية الطبيب عن أخطائه وزلاته قديمة وليست حديثة ، فالتاريخ يخبرنا أن الأمم السالفة قد وضعت التشريعات والنصوص التي تعالج هذه القضية وتضبطها. وخير مثال على ذلك التشريعات والنصوص التي سنّها (حمورابي) الذي حكم العراق في القرن السابع عشر قبل الميلاد ، ومن هذه النصوص المادة (128) ونصها " إذا عالج الطبيب رجلاً مصاباً بجرح خطير بواسطة مشرط معدني ، و أدى ذلك إلى وفاة الرجل ، أو إذا بط الطبيب وربما في عين مريض ونتج عنه ضياع عينه ، تقطع يد الطبيب. وكان الطبيب إذا أهمل في العلاج ونجم عن ذلك موت المريض

عوقب بالإعدام في عهد الفرعنة أو الخيار بين الإعدام والنفي عند الرومان (الشلش، 2007، ص:10).

إن أقدم الأطباء اليونانيين كانوا يشترطون على من يريد أن يتعلم هذه الصنعة أن يكون من أسرة مقدسة أو على الأقل من أسرة معروفة بحسبها وشرافه أعراقها . كما وضعت أنظمة لمعاقبة من يسيء إلى شرف المهنة أو يستغلها بجشع ، وكانوا الأطباء اليونانيون يعتمدون واحداً من بينهم معروفاً بالمروءة والتجربة في الطب ، وذلك لمراقبة أعمال الممارسين والنظر في شكاوى الناس منهم (هليل، 2011:ص 4).

وفي عصور أوروبا الوسطى التي سميت بالعصور المظلمة أصيب الطب بنكسة شديدة ، وسادت الخرافات وكثر السحرة والأدعياء ، ولقد عرفت المسؤولية الطبية في هذا العصر ولكن بما يتناسب مع العقلية السائدة . وكانت محاكم بيت المقدس تحكم في عهد الصليبيين في القرنين الثاني عشر والثالث عشر الميلاديين بأن الطبيب مسئول عن جميع أخطائه فإذا تسبب بجهله في وفاة رقيق ، وجب عليه أن يدفع ثمنه لسيدته ويترك المدينة ، وإن كان المجني عليه رجلاً حراً وكانت المسألة تتعلق بجرح بسيط أو سوء العناية بما لم يترتب عليه موت المريض قطعت يد الطبيب ويشنق الطبيب إذا مات المريض (الفظافطة ، 2013 :ص 43).

▪ المسؤولية الطبية في الإسلام

أراد الله سبحانه وتعالى من إنزال الشريعة الإسلامية تحقيق مصالح العباد ودرء المفسد عنهم ، فكان الهدف الأساسي الذي جاءت به شريعة الإسلام هو حفظ الضروريات الخمس وهي : حفظ الدين، وحفظ النفس ، وحفظ النسل ، وحفظ العقل ، وحفظ المال. وكل الأوامر التي أنزلت والنواهي والعقوبات والحدود التي حددت تدل على هذا الهدف وهذا المقصد العظيم ، وإلا عم الفساد وانتشرت الفوضى واختل نظام الحياة ، فكان الحفاظ عليها من المقاصد العليا في الإسلام (الكوني ، 2009: ص 123).

ولقد بينت الشريعة الإسلامية أن الخطأ الطبي أمر وارد في الحساب مهما أوتي الطبيب من علم ومعرفة ، ذلك أن بعض الأخطاء الطبية تخرج عن إرادة الطبيب ذاته ، وتتحكم فيها طبيعة المريض ، ومدى تقبل جسمه للعلاج و الدواء وغير ذلك . ولم توجب الشريعة الإسلامية الضمان على أي طبيب

، بل اشترطت لتضمينه شروطاً معينة تهدف إلى رعاية الطبيب وحمايته والتخفيف من مسؤوليته عن المضاعفات التي قد تنتج عن عمله إلا في حالات خاصة وتؤهله لممارسة عمله بإتقان ومسئولية (الشلش، 2007: ص332) .

وإن المستند الرئيس لفقهاء الشريعة في تحديد مسؤولية الطبيب أو انتفاء هذه المسؤولية عنه هو حديث الرسول صلى الله عليه وسلم " من تطبب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو ضامن " وفي رواية " من تطبب ولم يكن بالطب معروفاً فأصاب نفساً فما دونها فهو ضامن " فإن قصد العدوان والضرار فهو متعمد ، وإن لم يقصد الضرر بالمريض أو العدوان فهو مخطئ (هليل ، 2011: ص4).

وسنذكر هنا بعض الضوابط والمعايير فيمن يباح له مباشرة مهنة الطب :

1. أن يكون من أهل العلم والإمام بمهنة الطب. .
2. أن يكون عمل الطبيب موافقاً لأصول مهنة الطب .
3. أن يأذن له المريض بمداواته.
4. ما ذهب إليه المالكية من وجوب إذن الحاكم ، وهو ما يعرف اليوم بالترخيص لمزاولة مهنة الطب.

■ المسؤولية الطبية في القوانين الوضعية

- تتفق القوانين الوضعية مع الشريعة الإسلامية في اعتبار التطبيب عملاً مباحاً، كما تتفق مع الشريعة في الشروط التي تمنع المسؤولية، ذلك أن التطبيب عمل مشروع تبيحه الدولة وتشجع عليه، لأن الحياة الاجتماعية تقتضي ذلك. وللمساءلة الطبية القانونية لابد من توافر العناصر التي تشكل الناحية القانونية لأركان المسؤولية الطبية (المعاينة، 2004: ص39-40) :

1. حدوث الخطأ الطبي للمريض.
2. حصول ضرر للمريض نتيجة الخطأ الطبي.
3. وجود علاقة سببية مباشرة تربط بين الخطأ الطبي المرتكب والضرر الحاصل للمريض.

- ولقد قامت بعض الدول بجهود تشريعية من خلال تشريع قوانين لإنصاف الكادر الطبي والمريض معاً منها على سبيل المثال :

لقد عملت الأردن على وضع مشروع قانون المساءلة الطبية لحماية الكادر الطبي والمريض معاً ، حيث كان من أحد مواد العمل على تشكيل لجنة فنية عليا للنظر في قضايا الأخطاء الطبية ، وكذلك عمل سجل وطني لتوثيق الأخطاء الطبية .

وكذلك دولة الإمارات العربية المتحدة قامت بوضع مشروع قانون المساءلة القانونية لعام 2008 م ، حيث كان من مواد تعريف الخطأ الطبي وحالات قيام المسؤولية الطبية ، وكذلك تشكيل لجنة عليا للنظر بالأخطاء الطبية والتأمين الإلزامي ضد المسؤولية عن الأخطاء الطبية.

أما في فلسطين فلا يوجد قانون للمسئولية الطبية ، وإنما يتم الاحتكام للمسئولية الجزائية والمدنية لقوانين قديمة ، وحديثاً قام المجلس التشريعي الفلسطيني بغزة بإقرار قانون للتأمين ضد الأخطاء الطبية تمت الموافقة عليه بالقراءة الأولى.

3.2.2 لمحة عن الأخطاء الطبية عالمياً

- الأخطاء الطبية ليست ظاهرة محلية بل مشكلة عالمية تعاني منها جميع دول العالم بما فيها الدول التي تمتلك أنظمة صحية متطورة. وتؤكد الدراسات أن 5 ملايين شخص ماتوا بسبب الأخطاء الطبية خلال العقد الماضي في كل من أوروبا وكندا والولايات المتحدة وأستراليا ونيوزلندا، وتقدر قيمة الخسارة الناتجة عن تلك الأخطاء بنحو 1 تريليون دولار. ومع أن الولايات المتحدة تعد أكثر دول العالم إنفاقاً على الرعاية الصحية بواقع 1.5 تريليون دولار سنوياً، فإن عدد الموتى بسبب الأخطاء الطبية يبلغ 120.000 شخص بينما يصل عدد المصابين إلى مليون شخص (الكسواني، 2011).

- والأخطاء الطبية أيضاً مسئولة عن 19% من إجمالي عدد الوفيات في أستراليا؛ أي أن 1 من كل 5 متوفين يموت بسبب خطأ طبي. في بريطانيا يبلغ عدد الوفيات الناتجة عن الأخطاء الطبية 40.000 شخص سنوياً وهي نسبة مرتفعة بنسبة 500% خلال السنوات العشر الأخيرة، وهي تحتل المرتبة الثالثة من بين إجمالي الوفيات بعد مرض السرطان وأمراض القلب. ويصل عدد الإصابات بسبب تلك الأخطاء إلى 280.000 إصابة سنوياً معظمها ناتج عن خطأ في

التشخيص أو خطأ في إجراء الجراحة أو بسبب مضاعفات الأدوية، ويتكلف علاجها 730 مليون جنيه إسترليني " (المطيري، 2011) .

• تشير منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر في عام 2010 إلى أن واحد من كل عشرة في الدول المتقدمة يحدث له ضرر أثناء تلقيه الرعاية الصحية في المستشفيات، وقد يكون العدد أكبر في الدول النامية (تقرير خاص بالصحة في العالم، 2010: 93)

• في أوروبا نسبة الأخطاء الطبية تتراوح ما بين 6% إلى 11% من نسبة دخول المرضى إلى المستشفيات للتويم ، وهذه النسبة تختلف من دولة إلى دولة. وهذه الدراسات أجريت في عدة دول أوروبية مختلفة في بريطانيا وفرنسا وألمانيا وإيطاليا وغيرها (Baker et al, 2004) .

• أما بالنسبة للدول العربية، فإن أكثر من 1120 دعوى قضائية بسبب الأخطاء الطبية رفعت للقضاء في السعودية في العام 2005. وتعتقد بعض المصادر الرسمية أن الأخطاء الطبية في السعودية لا تشكل ظاهرة ، وأن عددها محدود لا يتجاوز 9 حالات لكل مليون مراجع، غير أن تعداد الشكاوى بسبب الأخطاء الطبية يشير إلى عكس ذلك ، وأن الغموض يحيط بهذه المشكلة بسبب عدم وجود إحصائيات دقيقة لدى وزارة الصحة ، وعدم وجود آلية واضحة للمواطن العادي يعرف من خلالها كيفية التعامل مع تلك الأخطاء (إدعيس، 2012: 21).

• أما في الأردن فإن الأخطاء الطبية تقتل سنويا 80 مواطنا ، بينما لو طبقت النسبة العالمية للأخطاء الطبية لا سيما الفرنسية منها سيرتفع الهامش إلى 240 وفاة سنويا، مديرية الرقابة على المؤسسات التابعة لوزارة الصحة قامت بتحويل 46 حالة خطأ طبي إلى القضاء عام 2008 ، وهي عدد الشكاوى التي تقدم بها المواطنون ، حيث تراوحت الأخطاء بين الوفاة أو الإعاقة الدائمة ، ولفت المصدر إلى أن معظم الأخطاء الطبية تعود لخلل في النظام الصحي نفسه وليس لأخطاء بشرية مباشرة ، وأن غالبية الأخطاء تحدث في العمليات الجراحية (القطافطة، 2013: 67).

• وفي فلسطين حسب تقرير الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان لعام 2012 فإن مجموع ما ورد من شكاوى المواطنين بخصوص الأخطاء الطبية من عام 2008 لغاية 2011 كان 91 شكوى بالضفة الغربية وقطاع غزة. وحسب ما ورد من وزارة الصحة للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بقطاع غزة

فإن نتائج التحقيقات بقضايا الأخطاء الطبية من عام 2008م لغاية 2010م أظهرت إن 30 قضية ثبت وجود إهمال طبي و 51 قضية عدم وجود إهمال طبي (إدعيس، 2012).

من خلال الإحصائيات المذكورة أعلاه تبين أن نسبة الأخطاء الطبية في فلسطين متدنية بالنسبة للدول العربية والأجنبية، وربما يعزى ذلك إلى الأسباب التالية:

- عدم وجود نظام واضح لتوثيق الأخطاء الطبية.
- عدم الإفصاح والشفافية من قبل وزارة الصحة الفلسطينية عن النسب الحقيقية للأخطاء الطبية في الحقل الصحي الفلسطيني.
- قلة الوعي لدى البعض من الجمهور الفلسطيني فيما يخص ظاهرة الأخطاء الطبية.

4.2.2 الأخطاء الطبية في المستشفيات العامة

إن علاقة المريض بالمستشفى العام هي علاقة قانونية بحيث تعتبر مسؤولية المستشفى مسؤولية تقصيرية ، وخاصة أن المريض لا يختار طبيبه وبالتالي تنتفي العلاقة العقدية بينهم، وأما بخصوص علاقة الطبيب بإدارة المستشفى فهي علاقة تنظيمية بحتة تنظمها اللوائح والأنظمة باعتبار أن هذا المستشفى العام هو مرفق عام، وبالتالي فهي ليست علاقة عقدية، بل يمكن أن نطبق بشأنها قواعد مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع ، حيث يعتبر المستشفى العام متبوع والطبيب تابع له ، ولا بد من قيام علاقة التبعية والتي تقوم في حالة وجود سلطة فعلية للمتبوع على التابع، حتى ولو كانت قاصرة على الرقابة والإدارة، وعليه لا يلزم لقيام علاقة التبعية أن يكون للمتبوع سلطة الإشراف الفني والإداري على التابع، حيث ذهبت محكمة النقض المصرية إلى أن وجود علاقة التبعية بين الطبيب وإدارة المستشفى الذي يعالج فيه المريض حتى ولو كانت هذه العلاقة تبعية أدبية، كافية لتحمل المستشفى مسؤولية خطأ الطبيب ، ولا يشترط أن يكون للمتبوع علاقة مباشرة بالتابع ما دام انه يعمل لحسابه، وعليه فان الحكم على ممرضة نتيجة لإهمالها، مما أدى إلى وفاة المريض فان إدارة المستشفى تسأل عن هذا الإهمال ولا يشترط أيضا لقيام علاقة التبعية، أن يكون المتبوع حرا في اختيار تابعية وإنما يشترط فقط أن يكون للمتبوع على التابع سلطة فعلية بالرقابة والتوجيه. وبناء على ما سبق فإن المريض المضرور يستطيع الرجوع على وزارة الصحة والطبيب حيث يلزمان بالتضامن

طبقا لقواعد مسؤولية المتبوع عن أفعال تابعة والالتزام بدفع كامل التعويض للمريض، ويحق لهذا الأخير الرجوع عليهما مجتمعين أو منفردين (خوري، 2008).

5.2.2 لمحة عن بعض الحلول المقترحة لتقليل من الأخطاء الطبية

لقد أورد الباحثان (صباح، يحيى، 2012: ص134) في دراسة فقهية بعض التدابير التي من شأنها تقليل الأخطاء الطبية :

1. حث الطبيب على الالتزام بأحكام الشريعة الإسلامية والتي فيها خير والسعادة للبشرية جمعاء، وعلى الطبيب أن يزاول عمله بكل إتقان وإخلاص.
 2. التوسع في عملية الرقابة لأعمال الأطباء، وعمل سجلات للحالات المرضية يتم فيها توصيف الحالة والأدوية التي تم إعطائها للمريض ، حتى يكون من الممكن مساءلة الطبيب عند وجود الخطأ.
 3. تأليف لجان شرعية من قبل وزارة الصحة مكونة من خبراء في الفقه والطب، ومهمتها إبداء الرأي الشرعي والفني في الممارسات الطبية، والتحقق في أخطاء الأطباء، ووضع القوانين التي تنظم عمل هذه اللجنة والعقوبات التي تترتب على التقصير والإهمال.
 4. توفير الدولة للأجهزة الطبية الحديثة، ومواكبة التطورات العلمية بعقد الدورات التدريبية للمستجدات الطبية.
 5. منع الأطباء من إجراء عملياتهم الجراحية في عياداتهم الخاصة، ومحاسبة من يقوم بذلك.
- وفي نفس السياق لقد أوردت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها عام 2007 بعض الشروط للوقاية وتقليل الأخطاء الطبية منها:

1. عدم الخلط بين الأدوية المتشابهة من حيث الشكل واللفظ.
2. تحديد هوية المريض.
3. توفير جميع المعلومات الخاصة بالمريض عند إحالته.
4. أداء الإجراء الجراحي الصحيح في الموضع الجسمي الصحيح.

5. مراقبة تركيز المحاليل.

6. ضمان ملائمة الأدوية المقدمة في جميع مراحل الرعاية الصحية.

7. استعمال أدوات الحقن مرة واحدة فقط.

8. معلومات تحسين نظافة اليدين للوقاية من أنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

9. تلافي الخلط بين الأسلاك الدقيقة والأنابيب.

وفيما يلي بعض الإجراءات الضرورية عند اكتشاف الخطأ الطبي:

1. الخطأ يجب أن يوثق ويكتب به تقرير فور اكتشافه وفق طرق مكتوبة ، وفي الأخطاء ذات الأهمية السريرية يجب توجيه إشعار شفوي للأطباء والتمريض والصيدالة ، كما يجب أن يتبع ذلك تقرير مكتوب فوراً (Leaser and others ,1990 :P263) .
2. في الأخطاء الهامة سريرياً ينبغي الشروع في جمع الحقائق والتحقيق في الموضوع فوراً ، الحقائق يجب أن تحدد وتوثق حسب ما حدث ، وأين حدث ، ولماذا حدث ، وكيف حدث ، ومن الأشخاص المشتركون (Betz and others ,1985:P42) .
3. التقارير للأخطاء المهمة سريرياً والأنشطة لتصحيحها يجب أن يتم إعادة النظر فيها من قبل المشرفين ورؤساء الأقسام ومدير المؤسسة ولجان سلامة المرضى أو ما يعادلها والمستشار القانوني (Leape and others ,1991 :P524) .
4. يجب أن يجتمع المشرف مع أعضاء الطاقم المشتركين في الخطأ الطبي لبحثوا كيفية حدوثه وكيف يمكن منع تكرار حدوثه.الأخطاء الطبية عادة ما تنشأ عن مشاكل أو خطأ في النظام بدلاً من حصرها في أداء الموظفين أو العوامل البيئية. وبالتالي لا ينبغي أن تستخدم التقارير بهدف الوقاية ولكن لتحقيق التغيير والتصحيح (Fuqua ,1988:P3) .
5. المعلومات المكتسبة من تقارير الأخطاء الطبية والتي توضح فشلاً دائماً للمهنيين يجب أن تتخذ بمثابة وسيلة إدارية فعالة لإعادة تدريب وتأهيل الطاقم لتطويره ،وعند الضرورة تعديل مهام الموظفين أو اللجوء لإجراءات تأديبية (Intraenous Nurses Society ,1990) .

6. المشرفون ورؤساء الأقسام واللجان المناسبة يجب أن يستوضحوا التقارير دورياً ويحددوا أسباب الأخطاء الطبية ويطوروا الإجراءات لمنع تكرارها (ASHP,1984:P41) .

وقد تطرقت د. هالة بنت محمد جستية في بحثها بعنوان الخطأ الطبي في الميزان لبعض المقترحات للتقليل من وقوع الأخطاء الطبية منها (جستية ،2014):

1. إنشاء هيئة خاصة مستقلة تعنى بسلامة المريض في القطاعات الصحية.

2. تسجيل الأخطاء الطبية بصفة دورية لتسجيلها وتصنيفها وتحليلها إحصائياً لإيجاد الحلول المناسبة لها.

3. الرقابة والتفتيش الجديين على المراكز الطبية للتأكد من مراعاتها للقوانين والأنظمة ومن صلاحيتها لما رخصت من الأعمال، سواء من توفر الإمكانيات المادية أو الكفاءات البشرية.

6.2.2 الإفصاح عن الأخطاء الطبية علمياً (القباع ، 2014 : ص 27-28)

يرى الباحث عبد العزيز بن فهد القباع في بحثه بعنوان الأخطاء الطبية مفهومها وأسبابها أنه لا بد من الإفصاح العلمي والعملية عن الأخطاء الطبية وفقاً للأنظمة والقوانين في كل مجتمع على حدة وفق ما يلي :

1. يجب على المجتمع الطبي الإفصاح والإبلاغ عن الخطأ الطبي عند وقوعه وذلك للأمانة العلمية ومصحة المريض والمجتمع.

2. عندما يخطئ الطبيب أو أحد أفراد الفريق الطبي يجب أولاً أن يبلغ رئيسه المباشر ويناقش معه بالتفصيل كيف حصل الخطأ الطبي وما هي الأسباب وهذا الأمر يجب أن يكون بسرية تامة وعاجلة في البداية.

3. على الرئيس المباشر إبلاغ المدير الطبي أو إدارة المستشفى عاجلاً بجميع التفاصيل ومن ثم تشكيل لجنة مصغرة للبحث ومناقشة الموضوع.

4. بعد مناقشة الموضوع من قبل الفريق الطبي يجب على الطبيب أو من ينوب عنه إبلاغ المريض أو من ينوب عنه عن الخطأ الطبي بكل صدق وأمانة.

5. يجب دعم المريض وأسرته طبيياً ونفسياً أثناء وبعد التبليغ عن الخطأ الطبي.
6. كل حالة تدرس على حدة من قبل الفريق الطبي وحسب الخطأ الطبي يقرر الفريق ما هو الإجراء الذي سوف يتخذ.

7.2.2 الإجراءات المتبعة في وزارة الصحة الفلسطينية في الشكاوي الواردة للوزارة بخصوص الأخطاء الطبية (البطة :مقابلة ، مايو 2014) .

- في حالة ورود شكاوى من قبل المواطنين أو مراكز حقوق الإنسان أو النيابة العامة أو المجلس التشريعي بخصوص وجود خطأ أو إهمال أو تقصير طبي تقوم وزارة الصحة الفلسطينية بالإجراءات التالية :
1. تشكيل لجنة فنية من أصحاب الخبرة والاختصاص الفني وفقاً لنوع الشكوى ، و تستعين اللجنة بمن تراه مناسباً ويكون هناك في بعض الحالات أشخاص من خارج وزارة الصحة سواء كعضو أساسي أو شخص خبير يتم الاستعانة به.
 2. تقوم اللجنة بمخاطبة الجهة المعنية لإحضار الملف الطبي فوراً ليكون بحوزة اللجنة.
 3. تقوم اللجنة بعقد لقاء أولي لدراسة الملف الطبي ودراسة المعطيات ذات العلاقة بالشكوى لمعرفة أسماء الأشخاص ذات العلاقة بالشكوى المقدمة.
 4. يتم تحديد جلسة لاستدعاء الموظفين الذين وردت أسمائهم في الملف الطبي وتابعوا المريض وأخذ إفادتهم.
 5. تقوم اللجنة بأخذ إفادة أهل المريض و الاطلاع على كل المستندات ذات العلاقة .
 6. تقوم اللجنة بعد استكمال إجراءات التحقيق برفع تقرير لوزير الصحة متضمناً نتيجة التحقيقات و التوصيات العامة والخاصة .
 7. يتم اعتماد التقرير من قبل الوزير لتنفيذ التوصيات ومخاطبة ديوان الموظفين العام لتنفيذ التوصيات الخاصة بحق الموظفين الذين تثبت إدانتهم.

8. يتم منح ذوي المريض المشتكي أو الجهة الخارجية مقدمة الشكوى كتاب يتضمن نتيجة التحقيق.

9. يتم إصدار توصيات عامة إذا تبين أن هناك خلل فني أو إداري لتعميم التوصيات على المستشفيات للاستفادة منها وأخذ العبر لعدم تكرارها مستقبلاً.

8.2.2 الإجراءات والخطوات التي تتخذها وزارة الصحة للحد والتقليل من الأخطاء الطبية (حسونة : مقابلة ، مايو 2014) :

1. تطبيق مشروع المستشفى الصديق (معايير سلامة المرضى) المعتمد من قبل مكتب شرق المتوسط في مستشفيات وزارة الصحة.
2. اعتماد وتطوير الأدلة العلاجية في كافة التخصصات الطبية لتصبح مرجعاً للأطباء والعاملين وأساس لتقييم الأداء.
3. تفعيل دور اللجان النوعية على مستوى المستشفيات مثل (المرضاة والوفيات ، السجلات الطبية ، مكافحة العدوى ، الجودة) .
4. وجود نظام شكاوى بالإدارة العامة للمستشفيات وخط الخدمة الساخن، على وكذلك وجود إشراف طبي وإداري وتمريضي على مدار الساعة.
5. تضمين الخدمات ذات الخطورة العالية مثل الطوارئ والولادة ل خطة الوزارة لعام 2014م وتطوير المهارات الإشرافية لدى فريق العاملين.

9.2.2 بعض الأبعاد التي تؤثر في إدارة الأخطاء الطبية

▪ لجنة المرضاة والوفيات (حسونة : مقابلة ، مايو 2014) :

▪ الهدف:

التعرف على المشكلات ذات العلاقة بملائمة الإجراءات السريرية (التشخيص وتدبير المريض والعلاج...الخ) ودراسة الحالات الجراحية وإجراءات التشخيص بشكل عام، ومراجعة حالات الوفيات الحاصلة من أخطاء تقنية غير مقصودة داخل المستشفى وتقديم نوعية أفضل من الخدمات للمرضى وتطوير الأداء الطبي في المستشفى لخفض معدل الوفيات.

▪ مهام اللجنة:

1. مراجعة الحالات التي يوجد فيها اختلاف غير مقبول بين تشخيص المريض السريري والتشخيص النهائي بعد التدخل الجراحي أو الاستقصائي ذو الطبيعة التقنية والتي تحتاج إلى تخدير مثلاً.
2. مراجعة الحالات التي يعود فيها المريض لغرفة العمليات لنفس السبب في أي وقت.
3. مراجعة الحالات التي يعود فيها المريض إلى غرف العمليات خلال 72 ساعة.
4. مراجعة الحالات التي يعود فيها المريض إلى قسم الإسعاف خلال 24 ساعة.
5. مراجعة الحالات يحدث فيها مضاعفات أثناء أو بعد العمل الجراحي.
6. مراجعة الحالات التي يحدث فيها مضاعفات أثناء تقديم الرعاية الطبية.
7. مراجعة أي حالة وفاة في المستشفى.
8. جمع تقارير الأخطاء وتقارير الحوادث وكذلك تقارير الوفاة وتقارير الأخطاء ورفعها للجنة الجودة في المستشفى.

▪ طريقة عمل اللجنة:

1. تجتمع اللجنة شهرياً وبصفة دورية لمناقشة المواضيع المدرجة على جدول أعمالها كما تجتمع بصفة طارئة بناء على دعوة من رئيس اللجنة.
2. تقوم اللجنة بإعداد اللائحة الإجرائية التي تنظم أعمالها وتشمل أسلوب تنظيم جداول العمل وعقد الجلسات وإعداد المحاضر واعتمادها ومتابعة تنفيذها وجميع أعمال السكرتارية الخاصة باللجنة.
3. تستعين اللجنة بمن تراه مناسباً من المختصين للاشتراك في مناقشة أي موضوع من المواضيع المدرجة على جدول أعمالها.

❖ السجلات الطبية:

▪ تعريف السجل الطبي وأهميته وأهدافه (العجلوني، 2011: ص 31-32) :

(1) تعريف السجل الطبي

هو التوثيق المنظم للتاريخ المرضي والرعاية الطبية التي قدمت للمريض ، ويطلق مصطلح السجل الطبي على الملف أو الغلاف الخارجي والمعلومات التي يحتوي عليها هذا الملف.

وكذلك عرف آخرون السجل الطبي بأنه " عبارة عن وثيقة تشتمل على معلومات طبية وتمريضية وإدارية تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض.

(2) أهمية وأهداف السجل الطبي

- يعتبر السجل الطبي الكامل والدقيق أداة هامة وأساسية توفر للطبيب والفريق المعالج المعلومات الضرورية والمبوبة التي تساعد على تحديد المشكلة التي يعاني منها المريض ورسم الخطة العلاجية المناسبة وتنفيذها.
- يعتبر أداة هامة لتوفير الاستمرارية في تقديم الرعاية الصحية للمريض.
- تعتبر السجلات الطبية مصدراً هامة للمعلومات والبيانات الموثقة، وتشتمل على حقائق طبية هامة ذات فائدة كبيرة للباحثين في العلوم الطبية والصحة العامة.
- في كثير من الأحيان يكون للسجل الطبي القول الفصل في المحاكم عندما ترفع إليها بعض القضايا التي تتعلق بالإهمال أو التقصير الطبي.
- تعتبر السجلات الطبية مصدر رئيسي للبيانات الخاصة بالصحة العامة والإحصائيات الطبية.

(3) مراجعة السجل الطبي :

تتم مراجعة السجلات الطبية من خلال المراجعة الكمية والنوعية وفق ما هو موضح أدناه

■ مراجعة كمية : حيث يتم فيها التأكد من الجوانب التالية

1. إحتواء السجل الطبي على النماذج الأساسية التي يعتمدها المستشفى مثل :نموذج الدخول والخروج ، نموذج ملخص الخروج ، نموذج الفحص السريري ، اوامر الأطباء تقارير الفحوصات التشخيصية ، ملاحظات التمريض.
2. احتواء السجل الطبي على النماذج الطبية الخاصة مثل تقرير العملية الجراحية وتقرير التخدير.
3. احتواء السجل الطبي على نماذج خاصة تستدعي حالة المريض وجوده مثل رفض المريض المعالجة الطبية.

■ مراجعة نوعية : حيث يتم التأكد فيها من الجوانب التالية :

1. التأكد من أن التقارير والنماذج الطبية التي يشتمل عليها السجل الطبي للمريض تشتمل على جميع المعلومات الضرورية وتحدد المستشفى المعلومات التي يجب أن يشتمل عليها كل نموذج كحد أدنى.
2. التأكد من أن جميع المعلومات الموجودة داخل السجل الطبي للمريض واضحة ومقروءة وموقع عليها من الشخص المسئول مع بيان التاريخ.
3. التأكد من عدم وجود أخطاء إدارية أو تناقضات في السجل الطبي.

❖ آليات الإبلاغ و توثيق الأخطاء الطبية :

▪ عرفت في قانون المساءلة الطبية بالأردن بأنها عبارة عن سجلات للأخطاء الطبية الموثقة قضائياً تحدد فيها البيانات والأمور والقرارات والأحكام الواجب إدراجها فيه بمقتضى تعليمات تصدرها جهات الاختصاص، وتكون لهذه المعلومات طبيعة سرية ولا يجوز الكشف عنها إلا في حالات يحددها القانون .

▪ أهمية توثيق الأخطاء الطبية

إن توثيق الأخطاء الطبية توثيقاً علمياً وموضوعياً يعتبر أمراً بالغ الأهمية وله تأثيرات إيجابية أهمها (إدعيس، 2012: ص38):

▪ وجود توثيقات وافية لقضايا الأخطاء الطبية من شأنه أن يفتح المجال لدراسة هذه القضايا كافة ، والخروج بمعلومات وافية عن عددها والمؤسسات التي تقع فيها، وصورها المختلفة والأسباب والعوامل التي ساعدت على حدوثها ، وبالتالي وضع السياسات والأنظمة التي تقلل من حدوثها إلى الحد الأدنى.

▪ من شأن وجود توثيقات دقيقة لقضايا الأخطاء الطبية أن يعطي للحكومة مؤشرات مهمة تساعد على الجهات الصحية تحديداً في تعزيز أنظمة سلامة المريض.

▪ وجود توثيقات دقيقة لقضايا الأخطاء الطبية ودراستها سوف يساعد في مقارنة حجم هذه الأخطاء مع الأخطاء الطبية في الدول المختلفة وبالتالي المساهمة في خلق مؤشرات عامة دالة على الوضع الصحي بشكل عام.

❖ مبدأ المساءلة:

▪ تعريف المساءلة

لقد عرف برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP المساءلة على أنها الطلب من المسؤولين تقديم التوضيحات اللازمة لأصحاب المصلحة حول كيفية استخدام صلاحياتهم وتصريف واجباتهم ، والأخذ بالانتقادات التي توجه لهم وتلبية المتطلبات المطلوبة منهم وقبول المسؤولية عن الفشل وعدم الكفاءة أو عن الخداع والغش.

كما تم الإشارة لمفهوم المساءلة إلى أن المستخدم مسئول عن نتائج عمله وعن تقديم إجابات أو تفسيرات عما يقدمه من نتائج ، وأن هناك جهة إدارية أو إشرافية تساؤله وتكون العلاقة بين الطرفين علاقة مبنية على تحديد أهداف واضحة متفق عليها. ووجود معايير تحكم عملية المساءلة، تستخدم لقياس أداء الشخص موضع المساءلة (الحسن، 2010: ص13).

وعرفها آخرون بأنها " مدى تحمل الفرد ما يسند إليه من أعمال وما يتبعها من مهام تتطلبها تلك المسؤولية وذلك طبقاً للشروط والمواصفات التي قد يكون سبق الموافقة عليها (هلال ، 2007: 63).

▪ أهمية المساءلة

تلعب المساءلة دوراً جوهرياً وكبيراً في موضوع البحث بإدارة الأخطاء الطبية ، حيث تحقق الإنصاف للكادر الطبي والمريض معاً ، وكذلك وجود قواعد نظام للعقوبات والمخالفات بشكل واضح يساعد في إدارة ملف الأخطاء الطبية بشكل أفضل.

▪ أنواع المساءلة :

هناك تصنيفات متباينة حول تصنيف أنواع المساءلة الإدارية حيث يرى (القضاة وأيوب ، 1997) بأن المساءلة الإدارية تصنف

1. المساءلة الأخلاقية

2. المساءلة التعاقدية

3. المساءلة التعاقدية

4. المساءلة التجريبية

وكذلك صنف سميث (smith,1995) المساءلة الإدارية وفق ما يلي :

1. المساءلة الأخلاقية

2. المساءلة المهنية

3. المساءلة السياسية

وبالرغم من الاختلاف في تصنيف أنواع المساءلة إلا أنه يجب أن ينظر إليها كوسيلة وليست غاية من أجل تحقيق مستوى أفضل في الأداء الإداري ، ولا يقصد بذلك إلغاء الدور التقليدي للمساءلة ، وإنما النظر إليها كقيمة ووسيلة للتحسين المستمر ، وتحقيق ما هو أفضل للصالح العام (السبيعي، 2010: 45).

الفصل الثالث: الدراسات السابقة

1.3 مقدمة

2.3 الدراسات العربية

3.3 الدراسات الأجنبية

4.3 تعقيب على الدراسات السابقة

1.3 مقدمة :

تشكل الدراسات السابقة مصدراً مهماً وخصباً للباحثين إذ تساعد في تكوين خلفيات علمية عن أبحاثهم. وفي الفصل الثالث سيستعرض الباحث بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الموضوع محل البحث وسيتطرق الباحث إلى أهم النتائج والتوصيات التي تطرقت لها الدراسات.

2.3 الدراسات العربية

▪ دراسة (صالح ، 2014) ، بعنوان :

" الأخطاء الطبية من منظور شرعي "

هدفت الدراسة إلى تحديد المسؤولية الطبية من وجهة نظر شرعية، وذلك بإظهار حكم الشارع الحكيم في الموضوع .

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن على الطبيب أن يراعي المسؤولية المهنية عند قيامه بمزاولة مهنته، وأن التشهير ضد مرتكبي الأخطاء الطبية يجب أن لا يكون بغرض التشفي، بل لأخذ العظة والعبرة.

وتوصلت الدراسة إلى أمرين الأول: العمل على توعية الأطباء ومساعدتهم بكون المهنة التي يمارسونها دقيقة وحساسة، وتحتاج إلى الأمانة والمهنية العالية جداً لكونها تتعلق بأرواح البشر، والأمر الثاني: وجوب تطبيق القوانين التي وضعتها الهيئات والمنظمات المختصة لمساءلة الأطباء ومساعدتهم الذين يثبت في حقهم الإهمال والتعدي والتقصير عند معالجة مرضاهم، وفق تلك القوانين، ولا يُكتفى بالتشهير الإعلامي فقط .

▪ دراسة (الحسن ، 2014) ، بعنوان :

" الخطأ الطبي حقيقته وآثاره "

هدفت الدراسة إلى تجلية حقيقة الخطأ الطبي من خلال طرح عدة تساؤلات :

ما الخطأ الطبي ؟ وما المعيار الذي يقاس به الخطأ ؟ وهل هناك أسباب لهذا الخطأ ؟ وما الآثار المترتبة على إثباته ؟ وكيف يتم إثباته ؟

وخلص البحث إلى أن الفقهاء أقاموا مسؤولية الطبيب على أساس (التعدي) أو (الإخلال المهني) لا على أساس الضرر الذي يلحق المريض، وهو ما أدى إلى إيجاد نوع من التوازن بين مصلحة المريض في الحفاظ على سلامته ومصلحة الجماعة في بقاء مهنة الطب، إذ إن إلقاء

المسؤولية عن كل ضرر يصيب المريض على عاتق الطبيب يؤدي في النهاية إلى العزوف عن مهنة الطب.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات أهمها إيجاد مجلس أعلى للاختصاص الطبي سواء أكان تابعاً لوزارة الصحة أم التعليم العالي يقوم بتقديم التعليم الطبي المستمر للمختصين مما يقلل من الأخطاء الطبية، ويرسم سياسة صحية جيدة للبلاد تؤدي لرفع مستوى الطب.

كما وأوصت الدراسة بتوفير استشاري في كل مركز طبي لجميع التخصصات: وذلك لعرض حالات التداخل المرضي عليه، ومع أن القاعدة العامة أن الطبيب لا يلزم باستشارة طبيب آخر أكثر منه خبرة أو تخصصاً إلا أن هناك حالات استشارية تستدعي ذلك .

▪ دراسة (جعفر، 2014) ، بعنوان :

" أهلية الطبيب وأهميتها في السلامة من الأخطاء الطبية "

تهدف الدراسة إلى الوقوف على طبيعة أهلية الطبيب المطلوبة، ومدى أهميتها في السلامة من الأخطاء . وتتعرض الدراسة إلى ظاهرة الأخطاء الطبية التي تقاوم خطرهما، وأصبحت تتطلب علاجاً حاسماً، يجب أن يشارك فيه كل ذي صلة بالعمل الطبي، وتعد أسبابها.

وتبين الدراسة بأن تأهيل الطبيب تأهيلاً متكاملًا، شاملاً، هو الكفيل بإعداد طبيب مثالي، وأن جوانبها هي: الجانب العلمي والجانب السلوكي والجانب الديني والخلقي. وتؤكد الدراسة على ضرورة أن يكون ذلك التأهيل شاملاً لمرحلة اختيار الطالب لدراسة الطب، ومتابعته أثناءها، وتقويم مسيرته فيها، وعند تخرجه، وكذلك عند توظيفه، وخلال فترة تجربته، ثم أثناء مباشرته العمل وتثبيته.

وأوصت الدراسة بجملة من التوصيات والمقترحات تتمحور حول ضرورة استمرار الطبيب في تعلم ما استجد من الطب وفنونه، وتطوير مقاييس اختيار المتقدمين لمهنة الطب، دراسة وممارسة، ورفع كفاءة الطبيب المسلم الطبية بإمداده بمنظومة أخلاقية وروحية تساعد على بذل أقصى الجهد في القيام بدورة المرجو منه. كما وأوصت بمراعاة سلوك الطبيب، نباهة ويقظة وحضور بديهية ونحو ذلك في مقاييس القبول لدراسة الطب وامتهانه.

▪ دراسة (إبراهيم، 2014) ، بعنوان :

" المسؤولية الجنائية عن الأخطاء الطبية "

تناولت الدراسة مسألة تحتاجها الإنسانية جمعاء، فما من إنسان إلا وهو عرضة للأمراض والأدواء، ويحتاج إلى من يعالجه من الأطباء، إلا أن الأطباء بشر يعترهم ما يعترى البشر من الخطأ والنسيان، أو الإهمال والعدوان، فقد أوضحت الدراسة المقصود بالخطأ الطبي، وأنه يشمل الأخطاء الطبية سواء المتعمدة، أو الناتجة عن مخالفة الطبيب للأصول العلمية المعتمدة عند أهل المهنة، أو عن جهله بها سواء جهلاً كلياً أو جزئياً، أو خطأً من غير قصد، وتناولت الدراسة الموجبات التي يكون فيها الطبيب مسؤولاً عن عمله، ومتى لا يكون، والآثار التي تترتب على الطبيب في حال ثبوت الموجبات.

وقد خلصت الدراسة إلى أن الأخطاء الطبية تشمل بمفهومها الواسع الأخطاء الناجمة عن تعدد الطبيب الاعتداء، وعن جهل الطبيب بالمهنة وأصولها، وعن تقصيره في مزاولتها، والأخطاء الناجمة بعد استنفاد جميع الوسائل والطرق المتبعة في العلاج. كما وخلصت إلى أن أهم موجبات المسؤوليات الجنائية عن الأخطاء الطبية هي الاعتداء العمد، ومخالفة الأصول العلمية للمهنة، والجهل بها والخطأ في ممارستها.

▪ دراسة (جستنية ، 2014) ، بعنوان :

" الخطأ الطبي في الميزان "

تناولت الدراسة الخطأ الطبي وأنواعه وكيفية إثباته، كما تناولت مسؤولية ذوي المهن الطبية تجاه الخطأ الطبي وكيفية التقليل من الأخطاء الطبية.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها عدم ضمان الطبيب ومن في حكمه إذا ما توفرت فيه شروط وهي أن يكون ذا خبرة في فنه وحذق في صناعته، وأن يكون مأدوناً له بمزاولة المهنة، وأن يأذن له المريض بمداواته، بالإذن المعترف في الشرع وألا يقع منه خطأ في العمل، كتجاوز الموضع المعتاد لجراحة ما .

وأما التوصيات فاشتملت على نبذة من الحلول المقترحة للتقليل من وقوع الأخطاء الطبية، ومن أهمها: إنشاء هيئة خاصة مستقلة تعني بسلامة المريض في القطاعات الصحية، وتسجيل الأخطاء الطبية بصفة دورية لتصنيفها، ودراستها وتحليلها إحصائياً، لإيجاد الحلول المناسبة لها.

▪ دراسة (خضير، 2014) ، بعنوان :

" الآثار المترتبة على الخطأ الطبي "

قدمت الدراسة تصور لما آل إليه خطأ الطبيب المعالج من أضرار تركت آثارها على جسد المريض إن لم تكلفه حياته أثناء فترة علاجه من عله ما وبينت الدراسة كيفية إثبات خطأ الطبيب فيما لو لم يقر الطبيب بخطئه.

هذا وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتوصيات والتي يمكن للمؤسسات القضائية والطبية الاستفادة منها:

أن يتم إنشاء مركز دراسات مشترك ما بين القضاء والطب لمعالجة ما استجد في باب الأضرار الناجمة عن الأخطاء الطبية، وعدم الاكتفاء بنصوص محددة تستوعب حالات دون أخرى.

وأن ما يترتب على الخطأ الطبي من أضرار يحتاج إلى متابعة ورقابة من قبل بعض أجهزة الدولة (كوزارة الصحة مثلاً)، حتى لا تتحول هذه الأخطاء إلى سلوك اعتيادي لأفراد معينين في المجتمع دون رقابة .

▪ دراسة (القباع، 2014) ، بعنوان :

" الأخطاء الطبية مفهومها وأسبابها "

هدفت الدراسة إلى التعريف بجملة من الأمور المتعلقة بمسألة الخطأ الطبي هي:

- 1- بيان الأصول التي تتبني عليها المسؤولية الطبية.
- 2- بيان موجبات المسؤولية الطبية بقسميها وأثار ثبوت المسؤولية الطبية .
- 3- تعريف الخطأ الطبي وبيان أقسام الأخطاء الطبية.
- 4- إحصائيات عالمية عن الأخطاء الطبية.

5- معنى الضرر في المجال الطبي.

6- بعض الأمثلة الواقعية للأخطاء الطبية.

7- كيفية الإفصاح ومعالجة الخطأ الطبي علمياً.

وأوصت الدراسة بجملة من التوصيات من أهمها :

1- يجب على المجتمع والطبيب أن يفصح ويبلغ عن الخطأ الطبي عند وقوعه وذلك للأمانة العلمية ومصحة المريض والمجتمع.

2- عندما يخطئ الطبيب أو أحد أفراد الفريق الطبي سواء الفني أو الممرض يجب أولاً أن يبلغ رئيسته المباشر ويناقش معه بالتفصيل كيف حصل الخطأ وما هي الأسباب وهذا الأمر يجب أن يكون بسرية تامة وعاجلة في البداية.

3- يجب أن يكون هناك نظام خاص بالأخطاء الطبية وطريقة التبليغ حيث إذا كانت الشكوى غير صحيحة أو كيدية فلا بد من مقاضاة المشتكي وحماية حق الطبيب أو أي عضو من أعضاء الفريق.

▪ دراسة (محمد ، 2014) ، بعنوان :

" التعويض عن الأضرار البدنية الناشئة عن الأخطاء الطبية "

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج التأصيلي للمواضيع وتقريعاتها لبيان الغرض من تناولها حتى يسهل للقارئ الوصول إلى فهم واستيعاب جوانب هذه الموضوعات والمبررات القانونية والشرعية لها، واشتملت الدراسة على ستة مباحث تناولت مفهوم التعويض ومشروعيته وشروط التعويض و وسائل جبر الضرر وكيفية تقدير التعويض ووقت تقدير التعويض كما وتناولت أساس مسؤولية الطبيب وأنواع الضرر وحكم التضامن في المسؤولية المدنية للطبيب.

وتوصلت الدراسة إلى أن القانون الوضعي اعتبر أن الخطأ هو أساس المسؤولية المدنية للطبيب، طالما توافرت عناصر الخطأ من انحراف في السلوك وإدراك للتصرف، أما الشريعة الإسلامية فقد أقامت المسؤولية المدنية للطبيب على أساس التعدي، وهو أعم من الخطأ، لأنه يشمل العمد، والخطأ، فضلاً عن أنهم ينظرون إلى أن العلاقة الطبية علاقة بين ذمتين لا بين ذاتيتين.

كما وأوصت الدراسة بعدة توصيات أهمها :

أننا بحاجة ماسة إلى قانون واضح للمسألة الطبية يحدد لنا بالضبط الجهة المختصة التي يستطيع المريض المتضرر اللجوء إليها حتى يكون بالإمكان حماية العملية العلاجية من جميع جوانبها الطبي والمريض .

▪ دراسة (سويلم، 2014) ، بعنوان :

" الخطأ الطبي حقيقته وآثاره "

هدفت الدراسة إلى بيان حقيقة الخطأ الطبي وآثاره وذلك من خلال حقيقة الخطأ الطبي وأسباب الخطأ الطبي وأنواع الخطأ الطبي والآثار المترتبة على الخطأ الطبي والتطبيقات المعاصرة لمعالجة الخطأ الطبي .

واستخلصت من الدراسة النتائج التالية:

- حقيقة الخطأ الطبي هو الخروج عن الأصول الطبية المتعارف عليها من قبل الطبيب أو مساعديه أثناء مزاوله الأعمال الطبية، دون قصد الإضرار بالمريض، وإنما نتيجة لعدم اليقظة والتبصر والتي ينبغي توافرها في الطبيب.
- الخطأ الطبي يرجع لعدة أسباب فقد يكون سببه تعدي شخصي من جانب الأطباء أو مساعديهم، وقد يكون سببه مخالفة القواعد الطبية المتعارف عليها، وقد يكون عن جهل من قبل الطبيب .
- من الممكن معالجة أخطاء الأطباء والحد منها عن طريق عدة أمور: منها ما يتعلق بالمرفق الصحي من خلال حسن إدارته وتفعيل الرقابة، ومنها ما يتعلق بضرورة تقوية وتنمية مبادئ الشريعة الإسلامية لدى الأطباء، لكي تخلق نوعاً من الرقابة الذاتية لدى الطبيب، فتسهم وبلا شك في الحد من الأخطاء الطبية، إلى جانب الالتزام الكامل من جانب الأطباء بالأخذ بكل ما هو جديد في الحقل الطبي، واحترام آداب المهنة.

▪ دراسة (المعموري وشويح، 2012) ، بعنوان :

" المسؤولية المدنية الناجمة عن الخطأ الصادر من مراكز نقل الدم "

هدفت الدراسة إلى التعرف على المسؤولية المدنية الناجمة عن الخطأ الصادر من مراكز نقل

الدم .

كما أن البحث جاء للإجابة على أسئلة أهمها ما المقصود بعملية نقل الدم ؟ وهل هذه العملية هي تبرع أو بعبوض وهل يصح بيع الدم وهل يستطيع أي شخص التبرع بالدم؟ هل يفرض القانون على مركز نقل الدم أو الطبيب المعالج التزاما بإعلام المريض أو تبصيره بخصوص عملية النقل ؟ وما هو الأساس القانوني لعملية نقل الدم ؟

وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن الخطأ الطبي في إطار مسؤولية مركز نقل الدم ليس له إلا دور بسيط ويكاد أن ينعدم، إذ يكفي من المريض أن يثبت عدم حصول النتيجة عن عملية نقل الدم فقط دون الحاجة إلى إثبات حصول خطأ من مركز نقل الدم، على هذا الأساس فإن مسؤولية مراكز نقل الدم سوف تقام على أساس الضرر لا الخطأ وهي تقترب من فكرة الضمان وهذا ما ذهبت إليه بعض الأحكام القضائية .

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات من أهمها أن من الضروري أن تنظم عملية نقل الدم وعمل مراكز نقل الدم بصورة تنظيمية تشريعية عن طريق صدور قانون خاص بعملية نقل الدم يكفل القيام بعمليات النقل والتخزين للدم وكل مشتقاته ومركباته في مراكز متخصصة حاصلة على التراخيص القانونية مع ضرورة خضوعها للإشراف والرقابة المستمرة، مع إتباع تعليمات صارمة بخصوص الدم المستورد من خارج القطر .

▪ دراسة (بلعيد، 2011) ، بعنوان :

" خطأ الطبيب أثناء التدخل الطبي "

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد خطأ الطبيب أثناء التدخل الطبي وتحديد الآثار المترتبة عن خطأ الطبيب أثناء وعبر مختلف مراحل التدخل في تحديد طبيعة المسؤولية المدنية كأساس لتعويض المضرور .

وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن الأخطاء الطبية تنحصر في صورتين، تتمثل الأولى في الأخطاء التي تنجم عن إخلال الطبيب بالتزاماته تجاه المريض، فيقع على عاتق الطبيب إعلام المريض بنوع التدخل الذي سوف يقوم به على جسده، ونوع العلاج المقترح ومخاطره ومحاسنه، والبدائل العلاجية اللازمة والمتاحة، وتكمن الصورة الثانية في الأخطاء الفنية التقنية التي يرتكبها الطبيب أثناء التدخل الطبي العلاجي أو الجراحي، وهي أكثر الأخطاء حدوثا في الواقع العملي،

وترجع الغالبية العظمى لهذه الأخطاء إلى الجهل الطبي والجهل بالقانون، كما أن عدم وجود نصوص قانونية خاصة في قوانين مزاوله مهنة الطب، يلتزم كل طبيب العلم بها وتطبيقها، وهو سبب تهورهم وعدم احتياطهم، لأن تحديد أنواع الأخطاء الطبية ودرجاتها وجزاء الإخلال بها سيجعله يقظا ويتوخى الحذر أثناء كل خطوة من خطوات التدخل الطبي، خاصة الجراحي منه نظرا لخطورته.

وقد أوصت الدراسة بعدة توصيات منها أن على كل طبيب أن يلم إلماما كافيا بالقوانين واللوائح لأن الجهل لا يعفي من المسؤولية لذلك من الضروري أن يتم تدريس القانون الطبي في كليات الطبي ولا يمكن للطبيب الممارس أن يرفض ذلك لأن عمله ذو صلة وثيقة بالقانون.

▪ دراسة (الزغيب، 2011)، بعنوان :

" المسؤولية المدنية للطبيب عن الأخطاء الطبية في مجال التلقيح الصناعي "

هدفت الدراسة إلى تحديد ماهية التلقيح الصناعي وبيان موقف القوانين العربية والأجنبية من التلقيح الصناعي وبيان موقف الشريعة الإسلامية من التلقيح الصناعي وتوضيح أركان المسؤولية المدنية والحالات التي يكون فيها الطبيب مسؤولا عن خطئه الطبي فيما يتعلق بالتلقيح الصناعي، كما وهدفت الدراسة لبيان آثار قيام المسؤولية المدنية للطبيب عن الأخطاء الناتجة في مجال التلقيح الصناعي.

واستخدم الباحث في منهجية الدراسة منهج البحث النوعي المقارن وذلك من خلال تناول موقف بعض قوانين الدول الغربية والعربية وبخاصة القانون الليبي من التلقيح الصناعي.

وقد توصلت الدراسة إلى ضرورة أن يكون هناك قانون خاص يتناول التلقيح الصناعي بنوع من التنظيم ببيان أحكامه وتفصيلاته وإحاطته بالضمانات التي تكفل حماية المريض والطبيب والمجتمع، وتكييف نصوص القانون المدني بما يتلاءم مع عملية التلقيح الصناعي، وذلك بتعديلها بما يتوافق مع مصلحة المريض وحمايته وتعويضه عن كافة ما يلزم به الخطأ الطبي من أضرار سواء كانت معنوية أو مادية، وأن يكون المعيار في تعويض المضرور وقوع الخطأ وليس الفعل الضار.

▪ دراسة (هليل، 2010) ، بعنوان :

" مسؤولية المستشفى الناشئة عن خطأ الطبيب غير الموظف "

هدفت الدراسة إلى الوقوف على نطاق مسؤولية المستشفى في حالة حصول الخطأ جراء فعل أحد الأطباء غير الموظفين، وما تثيره من تزايد الأخطاء المرتكبة من أطباء القطاع الخاص وتكرار دفع المستشفيات أمام القضاء بعدم قيام رابطة أو علاقة التبعية بينها وبين الأطباء غير الموظفين.

وأوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها اعتماد مبدأ التسوية لحل المنازعات بين كل من المريض، أو الطبيب والمستشفى، وتفضيل تدخل النقابة والوزارة والعمل معاً لتشكيل لجنة متخصصة لمتابعة الأخطاء الطبية وتقدير التعويض العادل عن كل حالة ، كما وأوصت بحق المريض في الحصول على معلومات دقيقة عن حالته الصحية، بهدف تمكينه من إعطاء الإذن قبل البدء بأية إجراءات، وحقه في الحصول على تعويضات عادلة عن الأضرار الناجمة عن الأخطاء الطبية، وتفعيل دور لجنة الشكاوي ولجنة التأديب في النقابة ومنحها سلطات أوسع وفرض قيامها بدورها العادل لمنح المرضى والأطباء حقوقهم وعدم التساهل مع أي تصرف غير قانوني .

3.3 الدراسات الأجنبية

▪ دراسة (Baril,2013) : " أثر التكنولوجيا والأخطاء الدوائية في بيوت التمريض

الهدف من هذه الدراسة هو دراسة تأثير تقنية توزيع الدواء على الأخطاء الطبية المسجلة في بيوت التمريض العامة في مقاطعة كيبيك.

تم تنفيذ هذا العمل بستة من بيوت التمريض على 800 مريض . حيث تم جمع بيانات الأخطاء الدوائية من طاقم التمريض من خلال التقارير الطوعية قبل وبعد توزيع الدواء. وتم تحليل الأخطاء باستخدام مجموع الأخطاء ، نوع الخطأ الطبي ،خطورة حالة المريض وعواقبها. ومن خلال التحليل الإحصائي تبين أن هناك فرق كبير بين المتغيرات قبل وبعد إدخال تقنية توزيع الدواء.

لقد أظهرت نتائج الدراسة أن تقنية توزيع الدواء تكشف عن الأخطاء الطبية بسرعة أكبر مما ينتج عنه تقليل الخطورة على المرضى. ومن الآثار العملية لتقنية توزيع الدواء أنها خطوة نحو عمليات دوائية أكثر أماناً وكفاءة.

توصيات الدراسة نحو إقناع مسؤولي الرعاية الصحية لتطبيق تقنيات مثل:الواصف الإلكتروني أو العلاج الكودي لتحسين العمليات الدوائية وتقديم رعاية صحية أفضل للمرضى. إن قيمة هذه الدراسة أنها توسع المعرفة عن تأثير تقنية توزيع الدواء على الأخطاء الطبية في بيوت التمريض نظراً لقلّة الدراسات في هذا المجال.

▪ دراسة (Athanasakis,2012) "منع الأخطاء الطبية من قبل التمريض في الممارسة السريرية"

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف التدابير الوقائية التي يجب اتخاذها من قبل التمريض لمنع الأخطاء الدوائية في الممارسة السريرية، حيث تم إجراء مراجعة واستطلاع الدراسات والمقالات المنشورة خلال الفترة من يناير 2000 وحتى أغسطس 2011 في مكتبة كوشرين وإجراء البحث عبر موقع الميدلاين وموقع العلوم المباشرة .

وتوصلت الدراسة إلى أن التدابير الوقائية ضد الأخطاء الطبية مرتبطة بتحضير وإدارة الأدوية ، حساب الجرعات ، مهارات الممرضات، وتعليم التمريض، وأوامر إعطاء الدواء عن طريق الفم، والتعاون مع تخصصات أخرى، مدراء التمريض ، والتغيرات في قضايا النظم الصحية ذات الصلة مع إدارة الدواء .

ولقد أوصت الدراسة أن هناك الكثير من العوامل التي ينبغي أن تطبق في الوحدات الصحية لتحقيق انخفاض معدل الأخطاء الدوائية. و بسبب أهمية هذا الموضوع يجب إجراء المزيد من البحوث لإثبات فعالية كل تدبير من التدابير في منع الأخطاء الدوائية. وفيما يلي توضيح لبعض العوامل التي وضحتها الدراسة :

1. التأكد من وجود بيئة آمنة و خالية من الإزعاج ومن الزوار.
2. تسليم الأدوية من الصيدلية جاهزة قدر الإمكان دون حاجة من التمريض لمزيد من التحليل وحساب الجرعات .

3. تطبيق قاعدة (Five Rights) :

▪ الدواء الصحيح

▪ الجرعة الصحيحة

▪ طريقة الإعطاء الصحيحة

▪ التوقيت الصحيح

▪ المريض المناسب

4. تحضير الدواء وإعطائه دون إبطاء .

5. التأكد من الدقة في وصف الدواء في حالة وصف الدواء عبر الهاتف من قبل الطبيب.

6. أهمية التعاون المشترك بين الأطباء والتمريض والصيادلة لوضع السياسات والإستراتيجيات لتقليل حدوث الأخطاء الطبية.

7. هناك مسؤولية تقع على عاتق مشرفي التمريض وهي خلق بيئة هادئة وخالية من الإزعاج.

8. إنشاء نظام للإبلاغ عن الأخطاء الدوائية.

▪ دراسة (Westbrook et al, 2010) " فعالية النظام الإلكتروني لصرف الدواء للحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات".

تهدف هذه الدراسة إلى قياس التغير في معدل وطبيعة وخطورة الأخطاء الطبية التي تحدث بعد إدخال نظام صرف إلكتروني في وحدة الصحة النفسية في مستشفى عام داخل أستراليا.

وشملت الدراسة 72 مريض وتمت بدراسة ملفاتهم قبل وبعد الدراسة لمدة 4 أسابيع قبل النظام الإلكتروني و5 أسابيع بعد إدخال النظام الإلكتروني في المستشفى الأسترالي الجامعي في وحدة الصحة النفسية .

وأظهرت النتائج انخفاض نسبة الأخطاء بشكل ملحوظ من 22.5% إلى 9% ، أما متوسط خطورة الأخطاء الطبية فقد زاد من 1.75 إلى 2.14 . وتم التخلص من أوامر الصرف غير المكتملة وغير الواضحة حدثت أخطاء متعلقة بالنظام بنسبة 0.83 لكل مريض.

وتوصلت الدراسة إلى أن نظم صرف الدواء الإلكترونية فعالة في الحد من الأخطاء الطبية المتعلقة بالأوامر غير الصحيحة للدواء ، إن العديد من الأخطاء يمكن أن تقل بدعم عملية اتخاذ القرار الفعال. و أوصت بضرورة إنشاء نظام رصد للأخطاء الطبية وتحديد أنواع الأخطاء الجديدة الناتجة عن استخدام النظام بصفقتها عنصراً أساسياً في استراتيجية استخدام وتطبيق النظام الإلكتروني.

▪ دراسة (Lynch et al,2008) " الإجراءات الإدارية للأخطاء الطبية في مكاتب طب الأسرة "

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد جدوى الكشف عن الأخطاء الطبية بالمراقبة الذاتية من قبل مكاتب الإدارة الطبية. حيث تكونت عينة الدراسة من أطباء الرعاية وعددهم (14) وطاقم المكتب عد (18) حيث دونوا إجراءاتهم الطبية في فترة 4 ساعات للدراسة.

وأظهرت الدراسة أن المشاركون دونوا 440 إجراء ل 246 مشارك و الأخطاء حددت في 84 من الحالات بنسبة (34.1 %).

وخلصت الدراسة بأنه من خلال إعداد التقرير الذاتي عن الأخطاء الطبية ويليها مراجعة ملف المريض ممكن عملياً في مرافق الرعاية الأولية ويكشف أخطاء دوائية لم يكن ممكناً كشفها بإحدى الطريقتين.

▪ دراسة (Hill, 2007) : " نموذج نظري فيما يتعلق بالأخطاء الطبية الدقيقة "

يوجد ثلاثة أهداف من هذه الرسالة العلمية، الهدف الأول هو وضع وتطوير إطار نظري للمشاكل العلاجية الخطيرة في مستشفيات الرعاية الصحية من خلال دمج نموذج الخطأ البشري ونموذج التعليم التنظيمي. الهدف الثاني لدراسة الآثار المباشرة بين الظروف المنتجة للأخطاء في وحدات التمريض والأخطاء العلاجية الجسيمة. أما الغرض الثالث فكان لفحص واختبار دور المناخ التعليمي في العلاقات بين الظروف المسببة للأخطاء وبين الأخطاء العلاجية الحادة في مستشفيات الرعاية الصحية . نموذج الخطأ البشري أدى إلى تحديد الظروف المنتجة للخطأ والتي تضمنت

عوامل بيئة العمل وعوامل الفريق والشخص والمريض وخدمات الدعم المتعلقة بالعلاج .ولقد تم استخدام نموذج التعليم التنظيمي لإدخال مفهوم تعلم المناخ وافترض دوره المعتدل بين الظروف المنتجة للخطأ والأخطاء العلاجية .ولقد تم الافتراض بأنه إذا كان المناخ التعليمي ايجابيا فان العلاقة بين الظروف المنتجة للخطأ والأخطاء العلاجية ستكون اضعف . وإذا كان المناخ التعليمي سلبيا فإن العلاقة بين الظروف المنتجة للخطأ والأخطاء العلاجية ستكون اقوي .

لذلك أوصت الدراسة بأنه يجب على وحدات التمريض تحديد الظروف المنتجة للخطأ الموجودة في وحداتهم و التي تساهم في الأخطاء العلاجية والسعي لخلق مناخ تعليمي ايجابي من خلال التواصل المفتوح والفعال والتحليل والتفكير بشأن الأخطاء العلاجية

▪ دراسة (Henry,2005) "الأخطاء الدوائية في المستشفيات "

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الدراسات المتعلقة بأخطاء إدارة الدواء ودور التمريض في مثل هذه الأخطاء ، والمبادرات الحالية في نيوزيلندا لمعالجة هذا الجانب وضمان سلامة المرضى. وتركز الدراسة على القضايا المتعلقة بالأخطاء الدوائية التي تنشأ في مراكز الرعاية الأولية من الدرجة الثالثة .حيث يتم التبليغ عن الأخطاء التي تحدث من واحد إلى خمس جرعات ، مع التركيز على دور التمريض بصفتهم في الغالب سبب هذه الأخطاء.

وخلصت هذه الدراسة إلى أن عمل مبادرات مثل الاستعمال الآمن والجيد للدواء يرفع من مستوى فرص الأمان في التعامل مع المريض والدواء. ودعوة التمريض إلى مثل هذه المبادرات للمساهمة فيها بالإضافة إلى تأهيلهم بالبحث العلمي لتطويرهم.

▪ دراسة (Chiris et al, 2005) : " الأخطاء الدوائية وعلاقتها بمستوى التعليم وسنوات الخبرة للتمريض "

هدفت هذه الدراسة لتحديد العلاقة بين مستوى تعليم التمريض والأخطاء الطبية وسنوات الخبرة في العمل والأخطاء الطبية . تم جمع البيانات في هذه الدراسة من خلال المسح الذاتي عبر تقارير طوعية موزعة على أعضاء التمريض في المستشفى المقصود تكون المسح من ستة أسئلة بإجابات قصيرة أو اختيار من متعدد. ويتم جمع التقارير كل يوم جمعة على مدى أسبوعين متتاليين ،ثم يتم تجميع البيانات وتحليلها عبر برنامج اكسل لعمل متوسط لكل ممرض لمستوى التعليم وسنوات الخبرة .وتكونت الدراسة من 47 مسح تم استبعاد اثنين منهم ومن 45 ممرض كان 23 من التمريض

المسجلين بدرجة علمية في التمريض وهم يشكلون 51% من العينة والجزء الثاني عبارة عن 15 ممرض بدرجة بكالوريوس وهم يشكلون 33% من العينة والجزء الثالث كانوا 7 ممرضين يمثلون 16% من العينة. استخدمت هذه الدراسة تصميم الارتباط الكمي غير التجريبي لدراسة العلاقة بين مستوى التعليم والأخطاء الطبية بالإضافة لعلاقة السنوات الخبرة بالأخطاء الطبية .

من النتائج التي توصلت لها الدراسة أن هناك علاقة عكسية مباشرة بين التعليم والأخطاء الطبية بمعنى أنه كلما زاد التعليم قلت الأخطاء الطبية. وأوضحت الدراسة أيضاً أن التمريض الحاصلين على رخصة مزاولة المهنة كانوا هم الأقل في ارتكاب الأخطاء الطبية ، يليهم الحاصلين على درجة الزمالة ثم الحاصلين على درجة البكالوريوس ولم يمارسوا المهنة ، حيث كانوا الأعلى نسبة في ارتكاب الأخطاء الطبية.

4.3 التعليق على الدراسات السابقة

• استعرض الباحث فيما سبق عدداً من الدراسات العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة ، حيث توصلت الدراسات السابقة إلى مجموعة من النتائج التي ساعدت الباحث في إثراء دراسته بالإضافة إلى ما ورد بها من معلومات أعانت الباحث في إعداد الإطار النظري للدراسة ومن أهم ملاحظات الباحث على الدراسات السابقة :

1. أكدت معظم الدراسات على أهمية التقليل والحد من الأخطاء الطبية .
2. أكدت بعض الدراسات على ضرورة إيجاد آليات واضحة ومحددة للإبلاغ وتوثيق الخطأ الطبي مثل : (جستنية ، 2014) ، (القباع ، 2014) ، (Westbrook and others ,2010).
3. ركزت بعض الدراسات على ضرورة إيجاد قانون واضح للمسألة الطبية لحماية حقوق المرضى والعاملين مثل : (محمد ، 2014) ، (الزغيب ، 2011).
4. ركزت بعض الدراسات على ضرورة إنشاء مجلس أعلى للاختصاص الطبي و هيئة خاصة مستقلة تعني بسلامة المريض في القطاعات الصحية مثل : (جستنية ، 2014) ، (الحسن ، 2014) .
5. أكدت دراسة (Athanasakis,2012) على ضرورة إنشاء نظام للإبلاغ عن الأخطاء الطبية.

6. لقد لاحظ الباحث ومن خلال استعراض الدراسات السابقة تنوع المنهجية المستخدمة بين المنهج الوصفي ومنهج الوصفي التحليلي ، كما أن معظم الدراسات الوصفية التحليلية استخدمت طريقة العينة في جمع البيانات من المجتمع الأصلي.

7. لاحظ الباحث تنوع الدراسات بين الدراسات الكمية التي حددت مجتمع الدراسة وعينة الدراسة والدراسات النوعية التي اكتفت بذكر النتائج والتوصيات دون التطرق والحديث عن مجتمع وعينة الدراسة.

8. من خلال استعراض الدراسات السابقة لاحظ الباحث أن هناك تركيز من قبل الدراسات العربية على المنهج الوصفي مع قليل من الاهتمام على المنهج الوصفي التحليلي بعكس الدراسات الأجنبية.

• ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

1. تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها من أوائل الدراسات التي تبحث في إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.
2. طبقت هذه الدراسة على جميع المستشفيات الحكومية في وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة مما يعزز نتائج هذه الدراسة.
3. استخدم الباحث أسلوب الحصر الشامل في الدراسة مما يجعل نتائجها أكثر دقة وموضوعية.
4. طبقت الدراسة على مختلف فئات العاملين بالحقل الصحي الفلسطيني بالمستشفيات الحكومية مما يعزز دقة وموثوقية نتائج الدراسة .

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

1.4 المقدمة.

2.4 منهج الدراسة.

3.4 مجتمع الدراسة.

4.4 عينة الدراسة.

5.4 أداة الدراسة.

6.4 خطوات بناء الاستبانة.

7.4 صدق الاستبانة.

8.4 ثبات الاستبانة.

9.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1.4 مقدمة:

تعتبر منهجية الدراسة وإجراءاتها محورا رئيسا يتم من خلاله انجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة، وبالتالي تحقق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

حيث تناول هذا الفصل وصفا للمنهج المتبع ومجتمع وعينة الدراسة، وكذلك أداة الدراسة المستخدمة وطريقة إعدادها وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها، وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

2.4 منهج الدراسة.

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها.

ويعرف الحمداني (2006:100) المنهج الوصفي التحليلي بأنه "المنهج الذي يسعى لوصف الظواهر أو الأحداث المعاصرة، أو الراهنة فهو أحد أشكال التحليل والتفسير المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة، ويقدم بيانات عن خصائص معينة في الواقع، وتتطلب معرفة المشاركين في الدراسة والظواهر التي ندرسها والأوقات التي نستعملها لجمع البيانات".

وقد استخدم الباحث مصدرين أساسيين للمعلومات:

1. المصادر الثانوية: حيث اتجه الباحث في معالجة الإطار النظري للدراسة إلى مصادر البيانات الثانوية والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت المختلفة.

2. المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة لجأ الباحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الإستبانة كأداة رئيسة للدراسة، صممت خصيصاً لهذا الغرض.

3.4 مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة يعرف بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، وبناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها فإن المجتمع المستهدف يتكون من مدراء المجمعات الطبية ومدراء المستشفيات والمدراء الطبيين ومدراء التمريض والمدراء الإداريين ورؤساء الأقسام الطبية (الأقسام السريرية) ومدراء رؤساء أقسام المختبرات والأشعة بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة البالغ عددهم 242 موظف وفق الجدول رقم (1.4).

وقد قام الباحث باستخدام طريقة الحصر الشامل، حيث تم توزيع عينة استطلاعية حجمها 30 استبانة لاختبار الصدق والثبات للاستبانة. وبعد التأكد من صدق وسلامة الاستبانة للاختبار تم توزيع 242 استبانة على مجتمع الدراسة وقد تم استرداد 197 استبانة بنسبة 81%.

جدول رقم (1.4)

مجتمع الدراسة المستهدف

م	المسمى الوظيفي	العدد	م	المسمى الوظيفي	العدد
1	مدير عام مجمع طبي	2	5	مدير مستشفى	13
2	مدير إداري ومالي	11	6	مدير تمريض	15
3	مدير طبي	11	7	مدراء ورؤساء أقسام الأشعة	12
4	رؤساء الأقسام السريرية (تمريض وأطباء)	166	8	مدراء ورؤساء أقسام المختبرات	12
	المجموع				242

4.4 أداة الدراسة:

تم إعداد استبانة حول "إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة"

تتكون استبانة الدراسة من ثلاث أقسام رئيسية:

القسم الأول: وهو عبارة عن البيانات الشخصية عن المستجيب (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، التخصص، عدد سنوات الخبرة).

القسم الثاني: وهو عبارة عن المتغيرات المؤثرة بإدارة الأخطاء الطبية، ويتكون من 32 فقرة، موزع على 4 مجالات :

المجال الأول: تفعيل لجنة المراجعة والوفيات، ويتكون من (7) فقرات.

المجال الثاني: الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية، ويتكون من (7) فقرات.

المجال الثالث: السجلات الطبية، ويتكون من (7) فقرات.

المجال الرابع: المساءلة، ويتكون من (11) فقرة.

القسم الثالث: وهو عبارة عن الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي، ويتكون من (11) سبب.

وقد تم استخدام المقياس 1-10 بحيث كلما اقتربت الدرجة من 10 دل على الموافقة العالية على ما ورد في العبارة والعكس صحيح.

5.4 خطوات بناء الاستبانة:

قام الباحث بإعداد أداة الدراسة لمعرفة " إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة "، واتباع الباحث الخطوات التالية لبناء الإستبانة :-

1- الاطلاع على الأدب الإداري و الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبانة وصياغة فقراتها.

2- استشارة الباحث عدداً من أساتذة الجامعات الفلسطينية والمشرفين الإداريين خبراء الصحة العامة في تحديد أبعاد الاستبانة وفقراتها.

3- تحديد المجالات الرئيسية التي شملتها الاستبانة.

4- تحديد الفقرات التي تقع تحت كل مجال.

5- تم تصميم الاستبانة في صورتها الأولية و تم عرض الاستبانة على (11) من المحكمين الإداريين من أعضاء هيئة التدريس في الجامعة الإسلامية، وجامعة القدس المفتوحة ووزارة الصحة الفلسطينية.

6- في ضوء آراء المحكمين تم تعديل بعض فقرات الاستبانة من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل، لتستقر الاستبانة في صورتها النهائية ملحق رقم (3).

6.4 صدق الاستبانة:

صدق الاستبانة يعني " أن يقيس الاستبيان ما وضع لقياسه " (الجرجاوي، 2010: 105)، كما يقصد بالصدق "شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2001). وقد تم التأكد من صدق الاستبانة بطريقتين:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري":

يقصد بصدق المحكمين "هو أن يختار الباحث عددًا من المحكمين المتخصصين في مجال الظاهرة أو المشكلة موضوع الدراسة" (الجرجاوي، 2010: 107) حيث تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين تألفت من 11 متخصص في الإدارة والإدارة الصحية وأسماء المحكمين بالملحق رقم (1)، وقد استجاب الباحث لآراء المحكمين وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء المقترحات المقدمة، وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية - انظر الملحق رقم (3).

2- صدق المقياس:

أولاً: الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه.

يوضح جدول (2.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " تفعيل لجنة المراضة والوفيات " والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (2.4)

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " تفعيل لجنة المراضة والوفيات " والدرجة الكلية للمجال

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل الارتباط	الفقرة
1.	*0.000	.873	يوجد لجنة للمراضة والوفيات بالمستشفى وتعد اجتماعات دورية باستمرار.
2.	*0.000	.905	تقوم لجنة المراضة والوفيات بعمل دراسة تفصيلية ودقيقة لمعدلات المراضة والوفيات بالمستشفى.
3.	*0.000	.892	تقوم لجنة المراضة والوفيات بالمستشفى من خلال متابعة ملفات المرضى بتوثيق أي شكوك بوجود خطأ طبي وإبلاغه لجهات الاختصاص
4.	*0.000	.879	يتم التعامل بجدية من قبل إدارة المستشفى مع التقارير الصادرة عن لجنة المراضة والوفيات في حالات يعتقد بوجود أخطاء طبية فيها
5.	*0.000	.793	تستعين لجنة المراضة والوفيات بخبراء من ذوي الاختصاص من داخل وزارة الصحة حسب الحاجة
6.	*0.000	.888	تقوم اللجنة بمناقشة السبل التي تساعد في تقليل من الأخطاء الطبية ورفع توصياتها للجنة الجودة بالمستشفى
7.	*0.000	.834	تلعب لجنة المراضة والوفيات دور إيجابي في تطوير الأداء الطبي في المستشفى

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

يوضح جدول (3.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية " والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (3.4)

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية " والدرجة الكلية للمجال

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل الارتباط بيرسون	الفقرة
1.	*0.000	.854	يوجد نماذج معتمدة يتم تعبيتها في حالة حدوث خطأ طبي
2.	*0.000	.572	تتم المبادرة بالإبلاغ عن الخطأ الطبي من قبل العاملين أنفسهم
3.	*0.000	.584	يتم الإبلاغ عن وجود أخطاء طبية من قبل المرضى أو ذويهم
4.	*0.002	.495	هناك قنوات اتصال مثل خط الهاتف الساخن صناديق الشكاوي ومواقع الإنترنت لاستقبال شكاوي المواطنين
5.	*0.000	.663	تقوم جهات الاختصاص بوزارة الصحة بتعميم توصيات لجان التحقيق المتعلقة بالأخطاء لطبية لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.
6.	*0.000	.861	هناك آلية توثيق مناسبة للأخطاء الطبية بالمستشفى
7.	*0.000	.818	تقوم إدارة المستشفى بمناقشة قضايا الأخطاء الطبية مع العاملين بالحقل الصحي كدراسة حالة لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

يوضح جدول (4.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " السجلات الطبية " والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $0.05 \leq \alpha$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (4.4)

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " السجلات الطبية " والدرجة الكلية للمجال

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	الفقرة
1.	*0.000	.772	يوجد سجلات طبية بالمستشفيات الحكومية يتم فيها توثيق جميع الخدمات الصحية للمرضى بدقة
2.	*0.000	.668	يوجد سجل طبي موحد للمرضى داخل المستشفى
3.	*0.000	.894	يتوافر متابعة لسجلات المرضى الطبية من خلال لجنة مراجعة السجلات الطبية
4.	*0.000	.797	تقوم لجنة السجلات الطبية بإحالة الملفات الطبية التي تتضمن احتمالية وجود خطأ طبي لمدير المستشفى لمتابعتها
5.	*0.000	.811	يتوافر برنامج حوسبة للسجلات الطبية بجانب العمل اليدوي
6.	*0.000	.872	يوجد لجنة متخصصة فاعلة لمراجعة السجلات الطبية يتم من خلالها متابعة نواقص الملف الطبي للمريض بشكل دوري
7.	*0.000	.782	يلتزم العاملون بالحقل الصحي بتوثيق الخدمات الطبية الصحية بالسجل الطبي حسب المعايير المتفق عليها.

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $0.05 \leq \alpha$.

يوضح جدول (5.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " المساءلة " والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (5.4)

معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " المساءلة " والدرجة الكلية للمجال

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون	الفقرة
1.	*0.000	.742	تعلن آليات المساءلة عن الأخطاء الطبية لجميع العاملين بالمؤسسة بشكل دقيق وواضح
2.	*0.000	.907	تلقى آليات المساءلة القبول والرضا من العاملين
3.	*0.000	.909	تتم مساءلة العاملين عن الأخطاء الطبية بناءً على معلومات دقيقة و مثبتة
4.	*0.000	.819	يتوافر لوائح وقوانين داخلية بوزارة الصحة يستند عليها في التعامل مع قضايا الأخطاء الطبية
5.	*0.018	.373	يتم الأخذ بعين الاعتبار أحياناً بالعرف والعادة في معالجة الأخطاء الطبية
6.	*0.000	.719	لا يوجد تقصير في مساءلة من يثبت عليه الخطأ الطبي
7.	*0.000	.880	تحد آليات وإجراءات المساءلة المطبقة في المستشفيات من وقوع الأخطاء الطبية
8.	*0.000	.913	يتم التحقيق في قضايا الأخطاء الطبية بغض النظر عن مسببها
9.	*0.000	.847	تتعامل لجان التحقيق بمساواة بين جميع الفئات الطبية
10.	*0.000	.790	لا يوجد للعلاقات الشخصية تأثير في قرارات لجان التحقيق

*0.000	.610	يتم التعامل بجدية مع شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الطبية	.11
--------	------	--	-----

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

ثانياً: الصدق البنائي Structure Validity

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الإستبانة.

يبين جدول (6.4) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الإستبانة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يعتبر جميع مجالات الإستبانة صادقه لما وضع لقياسه.

جدول (6.4)

معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الإستبانة والدرجة الكلية للإستبانة

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	المجال
*0.000	.884	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
*0.000	.787	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
*0.000	.915	السجلات الطبية.
*0.000	.927	المساءلة.

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

7.4 ثبات الإستبانة Reliability:

يقصد بثبات الاستبانة هو "أن يعطي الاستبيان نفس النتائج إذا أعيد تطبيقه عدة مرات متتالية" (الجرجوي، 2010: 97)، ويقصد به أيضا "إلى أي درجة يعطي المقياس قراءات متقاربة عند كل مرة

يستخدم فيها، أو ما هي درجة اتساقه وانسجامه واستمراريته عند تكرار استخدامه في أوقات مختلفة" (القحطاني، 2002).

وقد تحقق الباحث من ثبات إستبانة الدراسة من خلال:

معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient :

استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الإستبانة، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول رقم (7.4).

جدول (7.4)

معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الإستبانة

الصدق الذاتي *	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	المجال
0.968	0.937	7	تفعيل لجنة المراجعة والوفيات.
0.908	0.824	7	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.953	0.909	7	السجلات الطبية.
0.966	0.932	11	المساءلة.
0.981	0.962	32	جميع المجالات معا

*الصدق الذاتي = الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ

واضح من النتائج الموضحة في جدول (7.4) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل مجال حيث تتراوح بين (0.824،0.937)، بينما بلغت لجميع فقرات الإستبانة (0.962). وكذلك قيمة الصدق الذاتي مرتفعة لكل مجال حيث تتراوح (0.908،0.968)، بينما بلغت لجميع فقرات الإستبانة (0.981) وهذا يعنى أن الصدق الذاتي مرتفع ودال إحصائياً. وبذلك تكون الإستبانة في صورتها النهائية كما هي في الملحق (2) قابلة للتوزيع. ويكون الباحث قد تأكد من صدق وثبات إستبانة الدراسة مما يجعله على ثقة تامة بصحة الإستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

8.4 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تفرغ وتحليل الإستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

اختبار التوزيع الطبيعي : Normality Distribution Test

تم استخدام اختبار كولمجوروف - سمرنوف (K-S) Kolmogorov-Smirnov Test لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (8.4).

جدول (8.4)

يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

القيمة الاحتمالية (Sig.)	المجال
0.259	تفعيل لجنة المراجعة والوفيات.
0.953	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.493	السجلات الطبية.
0.734	المساءلة.
0.641	جميع مجالات الاستبانة

واضح من النتائج الموضحة في جدول (8.4) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ وبذلك فإن توزيع البيانات لهذه المجالات يتبع التوزيع الطبيعي حيث سيتم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة على فرضيات الدراسة.

وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

1. النسب المئوية والتكرارات (Frequencies & Percentages): لوصف عينة الدراسة.
2. المتوسط الحسابي والمتوسط الحسابي النسبي.

3. اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات الإستبانة.
4. اختبار كولمجوروف - سمرنوف (K-S) Kolmogorov-Smirnov Test لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.
5. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط: يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين. وقد استخدمه الباحث لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للاستبانة.
6. اختبار T في حالة عينة واحدة (T-Test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى الدرجة المتوسطة وهي 6 أم زادت أو قلت عن ذلك. ولقد استخدمه الباحث للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات الاستبانة .
7. اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.
8. اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance - ANOVA) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات. استخدمه الباحث للفروق التي تعزى للمتغير الذي يشتمل على ثلاث مجموعات فأكثر.

الفصل الخامس

تحليل البيانات و فقرات الاستبانة

1.5 مقدمة.

2.5 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق السمات الشخصية

3.5 تحليل فقرات الاستبانة

1.5 مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز نتائج الاستبانة والتي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على متغيرات الدراسة التي اشتملت على البيانات الشخصية عن المستجيب (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، التخصص، عدد سنوات الخبرة)، لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من استبانة الدراسة، إذ تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS) للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

2.5 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية

وفيما يلي عرض لخصائص عينة الدراسة وفق البيانات الشخصية

- توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

جدول (1.5)

توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية %	العدد	الجنس
83.2	164	ذكر
16.8	33	أنثى
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (1.5) أن ما نسبته 83.2% من عينة الدراسة ذكور، بينما 16.8% إناث ، وتظهر هذه النتيجة تأثر وزارة الصحة بالعوامل الثقافية المجتمعية السائدة داخل المجتمع الفلسطيني وكذلك تنسجم هذه النتيجة مع تركيبة القوى العاملة الفلسطينية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: 2013).

- توزيع عينة الدراسة حسب العمر

جدول (2.5)

توزيع عينة الدراسة حسب العمر

النسبة المئوية %	العدد	العمر
4.6	9	أقل من 30 سنة
28.9	57	30 إلى أقل من 40 سنة
45.2	89	من 40 إلى أقل من 50 سنة
21.3	42	50 سنة فأكثر
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (2.5) أن ما نسبته 4.6% من عينة الدراسة أعمارهم أقل من 30 سنة، 28.9% تتراوح أعمارهم من 30 إلى أقل من 40 سنة، 45.2% تتراوح أعمارهم من 40 إلى أقل من 50 سنة، بينما 21.3% أعمارهم 50 سنة فأكثر. وهذا يدل على أن مجتمع الدراسة يمتاز بالنضوج ويمكن الاعتماد عليه في تقييم الوضع القائم.

- توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

جدول (3.5)

توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

النسبة المئوية %	العدد	المسمى الوظيفي
0.5	1	مدير عام
15.7	31	مدير دائرة
83.8	165	رئيس قسم
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (3.5) أن ما نسبته 0.5% من عينة الدراسة مساهم الوظيفي مدير عام، 15.7% مساهم الوظيفي مدير دائرة، بينما 83.8% مساهم الوظيفي رئيس قسم. وهذا يتناسب بشكل منطقي مع الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الفلسطينية وبالنسبة لمسمى مدير عام تم توزيع 4 استبانات حيث تم استرجاع 1 منها نظراً لسفر بعضهم وانشغال البعض الآخر.

- توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

جدول (4.5)

توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
23.4	46	دكتوراه
28.4	56	ماجستير
48.2	95	بكالوريوس
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (4.5) أن ما نسبته 23.4% من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي دكتوراه، 28.4% مؤهلهم العلمي ماجستير، بينما 48.2% مؤهلهم العلمي بكالوريوس. وهذا يدل على ارتفاع المستوى العلمي لأفراد العينة وكذلك ينسجم مع متطلبات التسكين على الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الفلسطينية.

- توزيع عينة الدراسة حسب التخصص

جدول (5.5)

توزيع عينة الدراسة حسب التخصص

النسبة المئوية %	العدد	التخصص
9.1	18	علوم إدارية
42.6	84	طب
2.5	5	صيدلة
39.1	77	تمريض
6.6	13	مهن طبية مساندة
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (5) أن ما نسبته 9.1% من عينة الدراسة تخصصهم علوم إدارية، 42.6% تخصصهم طب، 2.5% تخصصهم صيدلة، 39.1% تخصصهم تمريض، بينما 6.6% تخصصهم مهن طبية مساندة. وهذا يدل على أن فئة التمريض والأطباء تمثل الشريحة الأكبر في مستشفيات قطاع غزة وهذا يتفق مع الإحصائيات للقوى العاملة الصادرة عن وزارة الصحة التي تم الإشارة إليها في الفصل الثاني ضمن المبحث الأول.

- توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

جدول (6.5)

توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

النسبة المئوية %	العدد	عدد سنوات الخبرة
3.0	6	أقل من 5 سنوات

14.2	28	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
32.5	64	من 10 إلى أقل من 15 سنة
50.3	99	15 سنة فأكثر
100.0	197	المجموع

يتضح من جدول (6.5) أن ما نسبته 3.0% من عينة الدراسة سنوات خبرتهم أقل من 5 سنوات، 14.2% تتراوح سنوات خبرتهم من 5 إلى أقل من 10 سنوات، 32.5% تتراوح سنوات خبرتهم من 10 إلى أقل من 15 سنة، بينما 50.3% سنوات خبرتهم 15 سنة فأكثر مما يدعم موثوقية المعلومات التي يمكن الحصول عليها، وهذا ينسجم مع التركيبة العمرية في جدول رقم (2.5).

- توزيع عينة الدراسة حسب الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي جدول (7.5)

توزيع عينة الدراسة حسب الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي

الترتيب	النسبة المئوية %	العدد	الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي
1	82.7	158	ضغط وحجم العمل
3	64.4	123	قلة التدريب
4	55.0	105	عدم الرضا الوظيفي
5	53.4	102	خلل في نظام المساءلة المتبع داخل مرافق وزارة الصحة
7	50.8	97	ضعف آليات الرقابة الداخلية لوزارة الصحة
6	51.3	98	ضعف في قدرات الكادر الطبي بالمستشفيات الحكومية
9	49.2	94	إزدواجية نظام العمل للعاملين بالحقل الصحي بين العمل الحكومي والخاص

10	44.5	85	عدم تفعيل دور اللجان النوعية المختلفة في المستشفيات
8	49.7	95	ضعف في منظومة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية
2	69.6	133	عدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وتوثيقها لأخذ العبر منها
11	1.6	3	غير ذلك

يتضح من جدول (7.5) أن أكثر الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي هي على الترتيب: ضغط وحجم العمل، عدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وتوثيقها لأخذ العبر منها، قلة التدريب، وأقلها عدم تفعيل دور اللجان النوعية بالمستشفيات، ازدواجية نظام العمل للعاملين بالحقل الصحي، ضعف في منظومة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية. و يتضح أن هناك اتفاق و انسجام كبير بين رأي المبحوثين و بما ورد في التقرير السنوي لعام 2013 الصادر عن الإدارة العامة للمستشفيات حول ضغط وحجم العمل بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة، حيث أشار تقرير وزارة الصحة بإحصائياته المختلفة عن حجم وضغط العمل الذي يواجه المستشفيات، و تمت الإشارة في التقرير المذكور بأن ما يقارب المليون مواطن تردد على أقسام الطوارئ بمستشفيات القطاع الذي من شأنه أن يؤدي إلى الوقوع في بعض الأخطاء الطبية نتيجة اكتظاظ أقسام الطوارئ بالمرضى لعدم إعطاء المريض حقه، وكذلك كانت نسبة انشغال الأسرة في أقسام المبيت بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة 93%، وتعتبر هذه النسبة عالية، حيث أن منظمة الصحة العالمية قد اعتبرت أن مؤشر القياس لنسبة إشغال الأسرة هي 80% (مجلة تكريت، 2010). ويعزو السيد مثقال حسونة نائب مدير عام المستشفيات هذا الاكتظاظ نظراً لاعتماد المجتمع الفلسطيني على الخدمات الصحية الحكومية نظراً للأوضاع الاقتصادية السائدة في قطاع غزة (حسونة: مقابلة، مايو 2014). أما بالنسبة للسبب الثاني المتمثل في عدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وتوثيقها لأخذ العبر منها فإن الباحث يعزو ذلك لعدم وجود سياسة متبعة في وزارة الصحة تلزم المستشفيات بذلك، وهذا يتفق مع التقرير الصادر عن هيئة حقوق الإنسان ديوان المظالم بعنوان الأخطاء الطبية نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الأخطاء الطبية حيث تم الإشارة في التقرير بأنه لا يوجد لدى الجهات الصحية الخاصة والعامة نظام متكامل لتوثيق قضايا الأخطاء الطبية ودراستها، ومن ثم التوصية بالإجراءات

التي يتوجب اتخاذها لتعزيز أنظمة السلامة للمرضى طوال مراحل العلاج ، كما أنه لا يوجد أي مؤسسة رسمية أو أهلية تقوم بتوثيق الأخطاء الطبية (إدعيس ، 2012: ص43). وبالنسبة لأقل الأسباب وراء حدوث الأخطاء الطبية حسب رأي المبحوثين المتمثلة في عدم تفعيل دور اللجان النوعية بالمستشفيات وازدواجية العمل للعاملين بالحقل الصحي بين الحكومي والخاص ، يعزو الباحث ذلك بأن هناك تعميم من قبل الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة بضرورة تشكيل بعض اللجان النوعية بالمستشفى مثل : لجنة المراضة والوفيات ومكافحة العدوى والسجلات الطبية والجودة ، وكذلك هناك متابعة من قبل وزارة الصحة لعمل تلك اللجان وإن كانت هذه المتابعة لا ترقى للمستوى المطلوب . أما بالنسبة لازدواجية العمل بين العام والخاص ، يعزو الباحث رأي المبحوثين لوجود لجنة مشكلة من قبل وزارة الصحة تقوم على التصديق لطلبات العمل الخاص المقدمة من العاملين بالحقل الصحي ، ويتم متابعة هذا الملف من قبل وزارة الصحة باستمرار ، ويرى الباحث أنه من الضروري إيجاد آلية معينة لتنظيم عمل الأطباء بالعيادات الخاصة لكي لا تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة.

3.5 تحليل فقرات الاستبانة:

لتحليل فقرات الاستبانة تم استخدام اختبار T لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا .

الفرضية الصفريّة: متوسط درجة الإجابة يساوي 6 وهي تقابل الموافقة المتوسطة.

الفرضية البديلة: متوسط درجة الإجابة لا يساوي 6 .

إذا كانت $Sig > 0.05$ (Sig أكبر من 0.05) فإنه لا يمكن رفض الفرضية الصفريّة ويكون في هذه الحالة متوسط آراء الأفراد حول الظاهرة موضع الدراسة لا يختلف جوهرياً عن موافق بدرجة متوسطة وهي 6 ، أما إذا كانت $Sig < 0.05$ (Sig أقل من 0.05) فيتم رفض الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة القائلة بأن متوسط آراء الأفراد يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة، وفي هذه الحالة يمكن تحديد ما إذا كان متوسط الإجابة يزيد أو ينقص بصورة جوهريّة عن درجة الموافقة المتوسطة. وذلك من خلال قيمة الاختبار فإذا كانت قيمة الاختبار موجبة فمعناه أن المتوسط الحسابي للإجابة يزيد عن درجة الموافقة المتوسطة والعكس صحيح.

- ما مدى توفر لجنة فعالة للمراضة والوفيات في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

تم استخدام اختبار T لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا. النتائج موضحة في جدول (8.5).

جدول (8.5)

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " تفعيل لجنة المراضة والوفيات

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1.	يوجد لجنة للمراضة والوفيات بالمستشفى وتعد اجتماعات دورية باستمرار.	6.14	61.39	0.72	0.235	2
2.	تقوم لجنة المراضة والوفيات بعمل دراسة تفصيلية ودقيقة لمعدلات المراضة والوفيات بالمستشفى.	5.81	58.05	-1.03	0.151	6
3.	تقوم لجنة المراضة والوفيات بالمستشفى من خلال متابعة ملفات المرضى بتوثيق أي شكوك بوجود خطأ طبي وإبلاغه لجهات الاختصاص	5.92	59.22	-0.42	0.338	5
4.	يتم التعامل بجدية من قبل إدارة المستشفى مع التقارير الصادرة عن لجنة المراضة والوفيات في حالات يعتقد بوجود أخطاء طبية فيها	6.32	63.18	1.79	*0.037	1
5.	تستعين لجنة المراضة والوفيات بخبراء من ذوي الاختصاص من داخل وزارة الصحة حسب الحاجة	5.21	52.14	-4.15	*0.000	7
6.	تقوم اللجنة بمناقشة السبل التي تساعد في تقليل من	6.10	61.04	0.58	0.282	3

					الأخطاء الطبية ورفع توصياتها للجنة الجودة بالمستشفى	
4	0.477	-0.06	59.89	5.99	تلعب لجنة المراضة والوفيات دور إيجابي في تطوير الأداء الطبي في المستشفى	.7
	0.305	-0.51	59.20	5.92	جميع فقرات المجال معاً	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من جدول (8.5) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة " يتم التعامل بجدية من قبل إدارة المستشفى مع التقارير الصادرة عن لجنة المراضة والوفيات في حالات يعتقد بوجود أخطاء طبية فيه ا " يساوي 6.32 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 63.18%، قيمة الاختبار 1.79 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.037 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة " تستعين لجنة المراضة والوفيات بخبراء من ذوي الاختصاص من داخل وزارة الصحة حسب الحاجة " يساوي 5.21 أي أن المتوسط الحسابي النسبي 52.14%، قيمة الاختبار -4.15، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 5.92، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 59.20%، قيمة الاختبار -0.51، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.305 لذلك يعتبر مجال " تفعيل لجنة المراضة والوفيات " غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال لا يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهذا يعني أن هناك رأي محايد من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وهذا يدل بأن لجنة المراضة والوفيات غير مفعلة بالدرجة المطلوبة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة ، ربما يعزى ذلك إلى عدم الإلمام الكافي من قبل العاملين بالمستشفيات بمهام لجنة المراضة والوفيات ، وكذلك ضعف الرقابة والمتابعة لعمل لجان المراضة والوفيات بالمستشفيات من قبل الجهات المختصة .

واتفقت هذه النتائج مع ما ورد على لسان السيد مدير دائرة الخدمات الطبية بالإدارة العامة للمستشفيات د.مقال حسونة بأن "لجنة المراضة والوفيات غير مفعلة بالدرجة المطلوبة بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة وذلك للأسباب التالية :

- عدم عقد اجتماعات منتظمة للجنة ، وكذلك عدم حضور الاجتماعات من قبل أعضاء اللجنة بشكل عام ورؤساء الأقسام بشكل خاص ، ولا توجد آليات لإبلاغ توصيات اللجنة للمعنيين داخل المستشفيات ، كذلك عدم وجود آليات لمتابعة وتنفيذ توصيات اللجنة بالمستشفيات" (حسونة : مقابلة ، مايو 2014) .

▪ هل يوجد آليات للإبلاغ وتوثيق الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

تم استخدام اختبار T لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا. النتائج موضحة في جدول (9.5).

جدول (9.5)

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1.	يوجد نماذج معتمدة يتم تعبئتها في حالة حدوث خطأ طبي	4.72	47.25	-5.68	*0.000	6
2.	تتم المبادرة بالإبلاغ عن الخطأ الطبي من قبل العاملين أنفسهم	4.64	46.36	-7.14	*0.000	7
3.	يتم الإبلاغ عن وجود أخطاء طبية من قبل المرضى أو ذويهم	6.37	63.69	2.14	*0.017	2

1	*0.010	2.36	64.52	6.45	هناك قنوات اتصال مثل خط الهاتف الساخن صناديق الشكاوي ومواقع الإنترنت لاستقبال شكاوي المواطنين	4.
3	0.489	-0.03	59.95	5.99	تقوم جهات الاختصاص بوزارة الصحة بتعميم توصيات لجان التحقيق المتعلقة بالأخطاء لطبية لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.	5.
5	*0.000	-4.73	51.87	5.19	هناك آلية توثيق مناسبة للأخطاء الطبية بالمستشفى	6.
4	*0.044	-1.72	56.80	5.68	تقوم إدارة المستشفى بمناقشة قضايا الأخطاء الطبية مع العاملين بالحقل الصحي كدراسة حالة لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.	7.
	*0.001	-3.15	55.81	5.58	جميع فقرات المجال معاً	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من جدول (9.5) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة " هناك قنوات اتصال مثل خط الهاتف الساخن صناديق الشكاوي ومواقع الإنترنت لاستقبال شكاوي المواطنين " يساوي 6.45 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 64.52%، قيمة الاختبار 2.36، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.010 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية " تتم المبادرة بالإبلاغ عن الخطأ الطبي من قبل العاملين أنفسهم " يساوي 4.64 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 46.36%، قيمة الاختبار -7.14، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 5.58، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 55.81%، قيمة الاختبار -3.15، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.001 لذلك يعتبر مجال " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية " دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وهذا يدل على عدم وجود

آليات محددة و موحدة للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ، وكذلك ضعف توثيق للأخطاء الطبية بالدرجة المطلوبة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية. ويعزو الباحث ذلك لعدم قيام وزارة الصحة باعتماد نماذج وآليات محددة للإبلاغ عن الأخطاء الطبية حيث أن بعض النماذج الموجودة في المستشفيات تم تفعيلها ضمن جهد ذاتي من بعض المستشفيات، كما يعزو الباحث عدم وجود توثيق للأخطاء الطبية بالدرجة المطلوبة لعدم وجود سياسة واضحة من قبل وزارة الصحة بهذا الشأن وعدم وجود قوانين تلزم وزارة الصحة بذلك حيث أن وزارة الصحة الفلسطينية تعتبر توثيق الأخطاء الطبية قد يكون له آثار سلبية على الطواقم الطبية لعدم وجود قانون للمساءلة الطبية وتأمين ضد الأخطاء الطبية يحمي الكادر الصحي .

وإنفقت هذه النتائج مع التقرير الصادر عن هيئة حقوق الإنسان ديوان المظالم بعنوان الأخطاء الطبية نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الأخطاء الطبية ، حيث تم الإشارة في التقرير أن من الأسباب الكامنة وراء حدوث الأخطاء الطبية في فلسطين غياب وجود نظام دقيق للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ومتابعتها ، وعدم تبني القيادات الصحية مبدأ الشفافية للإبلاغ عن الأخطاء الطبية بشكل دوري والتحقق منها وفق ما تم الإشارة إليه في المبحث الثاني من الفصل الثاني (إدعيس ، 2012: ص 17) . كما تم الإشارة في التقرير بأنه لا يوجد لدى الجهات الصحية الخاصة والعامّة نظام متكامل لتوثيق قضايا الأخطاء الطبية ودراستها ، ومن ثم التوصية بالإجراءات التي يتوجب اتخاذها لتعزيز أنظمة السلامة للمرضى طوال مراحل العلاج ، حيث أنه لا يوجد أي مؤسسة رسمية أو أهلية تقوم بتوثيق الأخطاء الطبية (إدعيس ، 2012: ص 43).

و اختلفت هذه النتائج مع دراسة (جستينة ، 2014) والتي أكدت على ضرورة تسجيل الأخطاء الطبية بصفة دورية لتسجيلها وتصنيفها وتحليلها إحصائياً لإيجاد الحلول المناسبة لها.

وقد اختلفت هذه النتائج مع دراسة (القباع ، 2014) والتي أكدت على ضرورة الإفصاح والإبلاغ عن الخطأ الطبي عند وقوعه وذلك للأمانة العلمية ومصصلحة المريض والمجتمع.

واختلفت أيضا مع دراسة (Westbrook et al ,2010) التي أوصت بضرورة إنشاء نظام رصد للأخطاء الطبية وتحديد أنواع الأخطاء الجديدة.

- هل تتوفر سجلات طبية للمرضى في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي تساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

تم استخدام اختبار T لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا. النتائج موضحة في جدول (10.5).

جدول (10.5)

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " السجلات الطبية "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1.	يوجد سجلات طبية بالمستشفيات الحكومية يتم فيها توثيق جميع الخدمات الصحية للمرضى بدقة	7.51	75.13	9.62	*0.000	2
2.	يوجد سجل طبي موحد للمرضى داخل المستشفى	7.64	76.38	9.17	*0.000	1
3.	يتوافر متابعة لسجلات المرضى الطبية من خلال لجنة مراجعة السجلات الطبية	6.54	65.45	3.14	*0.001	4
4.	تقوم لجنة السجلات الطبية بإحالة الملفات الطبية التي تتضمن احتمالية وجود خطأ طبي لمدير المستشفى لمتابعتها	5.97	59.74	-0.14	0.443	6
5.	يتوافر برنامج حوسبة للسجلات الطبية بجانب العمل اليدوي	6.88	68.77	4.62	*0.000	3
6.	يوجد لجنة متخصصة فاعلة لمراجعة السجلات الطبية يتم من خلالها متابعة نواقص الملف الطبي للمريض بشكل دوري	5.83	58.34	-0.95	0.172	7

5	*0.004	2.71	64.56	6.46	يلتزم العاملون بالحقل الصحي بتوثيق الخدمات الطبية الصحية بالسجل الطبي حسب المعايير المتفق عليها.	.7
	*0.000	5.22	66.97	6.70	جميع فقرات المجال معاً	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من جدول (10.5) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية " يوجد سجل طبي موحد للمرضى داخل المستشفى " يساوي 7.64 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 76.38%، قيمة الاختبار 9.17، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- المتوسط الحسابي للفقرة السادسة " يوجد لجنة متخصصة فاعلة لمراجعة السجلات الطبية يتم من خلالها متابعة نواقص الملف الطبي للمريض بشكل دوري " يساوي 5.83 أي أن المتوسط الحسابي النسبي 58.34%، قيمة الاختبار 0.95-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.172 وهذا يعني أن هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 6.70، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 66.97%، قيمة الاختبار 5.22، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر مجال " السجلات الطبية " دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وهذا يدل على أن وجود سجلات طبية توثق بها الخدمات الصحية للمرضى مقبولة ولكنها بحاجة أكثر للتطوير والتفعيل للوصول لمستوى أفضل. ويعزو الباحث ذلك إلى أن وجود سجل طبي موحد للمريض بالمستشفيات يلعب دوراً مهماً في المتابعة والمراقبة من جهات الاختصاص ، ولكي تلعب السجلات الطبية دوراً فاعلاً في إدارة الأخطاء الطبية فهذا يتطلب قيام القائمين على المستشفيات الحكومية بدورهم من خلال المتابعة والمراقبة وتفعيل لجنة السجلات الطبية الموجودة في المستشفيات بالشكل الأمثل والمطلوب ، ولا سيما أن هناك تعميم صادر عن الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية لتشكيل لجنة للسجلات الطبية

بالمستشفيات والتي من خلالها تستطيع المستشفيات توثيق الخدمات الصحية للمرضى بالشكل الأمثل والمطلوب.

وقد اتفقت هذه النتائج مع ما ورد على لسان السيد مدير دائرة الخدمات الطبية بالإدارة العامة للمستشفيات د. مثقال حسونة بأن "لجنة السجلات الطبية غير مفعلة بالدرجة المطلوبة بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة وذلك للأسباب التالية :

عدم عقد اجتماعات منتظمة للجنة ، وكذلك عدم حضور الاجتماعات من قبل أعضاء اللجنة بشكل عام ورؤساء الأقسام بشكل خاص ، ولا توجد آليات لإبلاغ توصيات اللجنة للمعنيين داخل المستشفيات ، كذلك عدم وجود آليات لمتابعة وتنفيذ توصيات اللجنة بالمستشفيات" (حسونة : مقابلة ، مدير دائرة الخدمات الطبية بالإدارة العامة للمستشفيات ، مايو 2014) ومن الملاحظ هنا بأن الأسباب سالفة الذكر هي نفس أسباب عدم تفعيل لجنة المراضة والوفيات .

▪ ما مدى وجود نظام فعال وواضح للمساءلة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الذي يساهم في إدارة الأخطاء الطبية؟

تم استخدام اختبار T لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا. النتائج موضحة في جدول (11.5).

جدول (11.5)

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " المساءلة "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الترتيب
1.	تعلم آليات المساءلة عن الأخطاء الطبية لجميع العاملين بالمؤسسة بشكل دقيق وواضح	5.28	52.84	-4.19	*0.000	10
2.	تلقي آليات المساءلة القبول والرضا من العاملين	5.04	50.41	-6.22	*0.000	11

4	0.402	0.25	60.41	6.04	تتم مساءلة العاملين عن الأخطاء الطبية بناءً على معلومات دقيقة و مثبتة	.3
7	0.069	-1.49	57.27	5.73	يتوافر لوائح وقوانين داخلية بوزارة الصحة يستند عليها في التعامل مع قضايا الأخطاء الطبية	.4
3	0.178	0.92	61.39	6.14	يتم الأخذ بعين الاعتبار أحياناً بالعرف والعادة في معالجة الأخطاء الطبية	.5
6	0.113	-1.21	57.98	5.80	لا يوجد تقصير في مساءلة من يثبت عليه الخطأ الطبي	.6
5	0.333	-0.43	59.28	5.93	تحد آليات وإجراءات المساءلة المطبقة في المستشفيات من وقوع الأخطاء الطبية	.7
2	0.136	1.10	62.00	6.20	يتم التحقيق في قضايا الأخطاء الطبية بغض النظر عن سببها	.8
8	*0.013	-2.26	55.64	5.56	تتعامل لجان التحقيق بمساواة بين جميع الفئات الطبية	.9
9	*0.000	-3.65	53.28	5.33	لا يوجد للعلاقات الشخصية تأثير في قرارات لجان التحقيق	.10
1	*0.014	2.20	63.83	6.38	يتم التعامل بجدية مع شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الطبية	.11
	*0.030	-1.89	57.50	5.75	جميع فقرات المجال معاً	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من جدول (11.5) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الحادية عشر " يتم التعامل بجدية مع شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الطبية " يساوي 6.38 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 63.83%، قيمة

الاختبار 2.20 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.014 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية " تلقى آليات المساءلة القبول والرضا من العاملين " يساوي 5.04 أي أن المتوسط الحسابي النسبي 50.41%، قيمة الاختبار 6.22- وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 وهذا يعني أن هناك موافقة بدرجة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

- بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 5.75، وأن المتوسط الحسابي النسبي يساوي 57.50%، قيمة الاختبار 1.89- وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.030 لذلك يعتبر مجال " المساءلة " دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الموافقة المتوسطة وهذا يعني أن هناك غير موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وهذا يدل على أن القوانين واللوائح الخاصة بالأخطاء الطبية وآليات المساءلة المطبقة بالمستشفيات غير واضحة ويعزو الباحث ذلك لعدم اكتمال المنظومة التشريعية والقانونية المتعلقة بمبادئ المسؤولية والمساءلة الطبية ،

واتفقت هذه النتائج مع ما ورد في ورقة العمل بعنوان (التنظيم القانوني للمهن الصحية) التي قدمها النائب في المجلس التشريعي د.محمد شهاب في اليوم الدراسي بعنوان (الحاجة إلى قانون ناظم للممارسة الطبية في فلسطين) بكلية الطب بالجامعة الإسلامية و التي أفاد فيها "بأن إشكالية التعامل القانوني مع الأخطاء الطبية تبقى من أهم العوامل المسببة لظاهرة الخطأ الطبي، لذا لا بد من وجود منظومة قانونية وتشريعية فيما يتعلق بالمساءلة الطبية، وهذا ما نفقده في المجتمع الفلسطيني، وبسبب ذلك يتم الرجوع إلى القواعد العامة التي تحكم المسؤولية الطبية، وهي موجودة في القانون المدني حول المسؤولية العقدية والتقصيرية وقانون العقوبات فيما يتعلق بالمسؤولية الجزائية" (شهاب، 2014).

وقد اختلفت هذه النتائج مع دراسة (محمد، 2014) والتي أكدت على ضرورة إيجاد قانون واضح للمسألة الطبية يحدد لنا بالضبط الجهة المختصة التي يستطيع المريض المتضرر اللجوء إليها حتى يكون بالإمكان حماية العملية العلاجية من جميع جوانبها الطبيب والمريض .

- خصائص إدارة الأخطاء الطبية

تم استخدام اختبار T لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الموافقة المتوسطة وهي 6 أم لا. النتائج موضحة في جدول (12.5).

جدول (12.5)

المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لجميع فقرات الاستبيان

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسط الحسابي النسبي	المتوسط الحسابي	البند
0.381	-0.30	59.63	5.96	جميع فقرات الاستبيان

من جدول (12) تبين أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات يساوي 5.96 (الدرجة الكلية من 10) أي أن المتوسط الحسابي النسبي 59.63%، قيمة الاختبار -0.30 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.381 وهذا يعني أن هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على الفقرات بشكل عام. وهذا يدل على أن مستوى إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة من خلال الفقرات السابقة لا يرقى للمستوى المطلوب ويعزو الباحث ذلك بأن ملف إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة بحاجة لجهود وتفعيل أكبر من قبل وزارة الصحة من جهة والمجلس التشريعي الفلسطيني من جهة أخرى لتفعيل الدور الرقابي والمتابعة وكذلك العمل على سن قانون المسؤولية الطبية الذي يحمي حقوق العاملين والمرضى.

- فرضية الدراسة

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى البيانات الشخصية (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، التخصص، عدد سنوات الخبرة).

تم استخدام اختبار " T لعينتين مستقلتين " لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهو اختبار معلمي يصلح لمقارنة متوسطي مجموعتين من البيانات. كذلك تم استخدام اختبار " التباين الأحادي " لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهذا الاختبار معلمي يصلح لمقارنة 3 متوسطات أو أكثر.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى الجنس.

من النتائج الموضحة في جدول (13.5) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " T - لعينتين مستقلتين " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معاً، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات تعزى إلى الجنس ، وبالتالي لا يتغير رأي المبحوثين تبعاً للجنس . ويعزو الباحث ذلك إلى أن المبحوثين من الجنسين يعملون تحت ظروف وبيئة عمل واحدة.

جدول (13.5)

نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى الجنس.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات		المجال
		أنثى	ذكر	
0.223	1.221	5.49	6.01	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
0.996	-0.005	5.58	5.58	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.735	-0.340	6.80	6.68	السجلات الطبية.
0.273	1.099	5.43	5.82	المساءلة.
0.477	0.712	5.77	6.00	جميع المجالات معاً

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى العمر.

من النتائج الموضحة في جدول (14.5) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معاً، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات تعزى إلى العمر.

جدول (14.5)

نتائج اختبار "التباين الأحادي" بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى العمر.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات			المجال
		50 سنة فأكثر	40 إلى 50 سنة	أقل من 40 سنة	
0.439	0.827	6.26	5.92	5.70	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
0.095	2.378	6.13	5.45	5.40	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.369	1.001	7.05	6.56	6.65	السجلات الطبية.
0.145	1.949	6.24	5.67	5.55	المساءلة.
0.158	1.862	6.40	5.88	5.80	جميع المجالات معاً

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى المسمى الوظيفي.

من النتائج الموضحة في جدول (15.5) يمكن استنتاج ما يلي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "T - لعينتين مستقلتين" أقل من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ للمجالين "تفعيل لجنة المراضة والوفيات، الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية" والمجالات مجتمعة معاً وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات

تقديرات عينة الدراسة حول هذين المجالين والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى المسمى الوظيفي وذلك لصالح الذين مساهم مدير عام/مدير دائرة . ويعزو الباحث ذلك إلى أن المدراء العامون و الدوائر يحرصون على القيام بمهامهم وبما هو مطلوب منهم بشكل أكبر من الفئات الوظيفية الأخرى لأنهم يتعرضون للمساءلة والرقابة أكثر من الفئات الوظيفية الأخرى وكذلك شعورهم بالمسئولية قد يكون أكبر خاصة في الأمور التي تتعلق بالأخطاء الطبية . أما بالنسبة لباقي المجالات فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات تعزى إلى المسمى الوظيفي.

جدول (15.5)

نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى المسمى الوظيفي.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات		المجال
		رئيس قسم	مدير عام/مدير دائرة	
*0.006	2.781	5.73	6.89	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
*0.005	2.842	5.42	6.42	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.181	1.341	6.62	7.10	السجلات الطبية.
0.052	1.955	5.64	6.33	المساءلة.
*0.013	2.515	5.83	6.64	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطين دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى المؤهل العلمي.

من النتائج الموضحة في جدول (16.5) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معا، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة

حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى المؤهل العلمي. ويعزو الباحث ذلك إلى أن مجتمع الدراسة يتمتع بمستوى علمي عال حيث لديهم مؤهلات علمية بحد أدنى بكالوريوس وفي مجال التخصص .

جدول (16.5)

نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى المؤهل العلمي

القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار	المتوسطات			المجال
		بكالوريوس	ماجستير	دكتوراه	
0.151	1.908	5.87	5.58	6.42	تفعيل لجنة المراجعة والوفيات.
0.308	1.184	5.76	5.28	5.58	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.155	1.881	6.90	6.30	6.75	السجلات الطبية.
0.274	1.303	5.80	5.44	6.02	المساءلة.
0.216	1.546	6.05	5.64	6.18	جميع المجالات معا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى إلى التخصص.

من النتائج الموضحة في جدول (17.5) يمكن استنتاج ما يلي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أقل من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ للمجال " تفعيل لجنة المراجعة والوفيات " وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى التخصص وذلك لصالح الذين تخصصهم علوم إدارية . أما بالنسبة لباقي المجالات والمجالات مجتمعة معا فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا

تعزى إلى التخصص. ويعزو الباحث ذلك إلى أن المبحوثين المتخصصين في العلوم الإدارية قد بنوا رأيهم للجنة المراضة والوفيات من خلال نظرة إدارية أكبر منها فنية بينما المبحوثين من التخصصات الطبية المختلفة قد يكونوا بنوا رأيهم حول لجنة المراضة والوفيات من خلال نظرة أكثر شمولية من الناحية الإدارية والفنية. أما بالنسبة لباقي المجالات فيرى الباحث أن نظرة المبحوثين قد تكون ذات نظرة واحدة لأنها ذات بعد إداري أكبر منه فني.

جدول (17.5)

نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى التخصص.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات					المجال
		مهن طبية مساندة	تمريض	صيدلة	طب	علوم إدارية	
*0.043	2.516	5.19	5.47	5.18	6.37	6.46	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
0.844	0.350	5.40	5.61	5.11	5.52	5.99	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.750	0.480	6.42	6.80	6.50	6.56	7.13	السجلات الطبية.
0.669	0.592	5.36	5.61	5.51	5.86	6.19	المساءلة.
0.605	0.682	5.56	5.84	5.72	6.06	6.41	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى عدد سنوات الخبرة.

من النتائج الموضحة في جدول (18.5) يمكن استنتاج ما يلي:

تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أقل من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ للمجالين " الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية، المساءلة " والمجالات مجتمعة معا وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذين المجالين

والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى عدد سنوات الخبرة وذلك لصالح الذين سنوات خبرتهم 15 سنة فأكثر، ويعزو الباحث ذلك لواقعية وموضوعية المبحوثين من ذوي الخبرة نظراً لسنوات العمل وتراكم الأحداث عليهم. أما بالنسبة لباقي المجالات فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات تعزى إلى عدد سنوات الخبرة.

جدول (18.5)

نتائج اختبار " التباين الأحادي " بين متوسطات تقديرات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى إلى عدد سنوات الخبرة

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات			المجال
		15 سنة فأكثر	من 10 إلى أقل من 15 سنة	أقل من 10 سنوات	
0.234	1.462	6.18	5.59	5.81	تفعيل لجنة المراضة والوفيات.
*0.036	3.377	5.92	5.25	5.22	الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية.
0.239	1.443	6.92	6.45	6.51	السجلات الطبية.
*0.018	4.131	6.12	5.37	5.39	المساعدة.
*0.035	3.410	6.27	5.62	5.70	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الفصل السادس: النتائج و التوصيات

1.6 مقدمة

2.6 نتائج الدراسة

3.6 التوصيات

1.6 مقدمة :

يشتمل هذا الفصل على ملخص لأهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وأبرز التوصيات المقترحة على ضوء هذه النتائج .

2.6 نتائج الدراسة

توصلت الدراسة للعديد من النتائج التي اتضحت من خلال تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من أفراد مجتمع الدراسة وهي كما يلي :

1. أظهرت الدراسة أن هناك موافقة متوسطة من قبل المبحوثين بخصوص وجود لجنة فاعلة للمراضة والوفيات بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة حيث بلغ الوزن النسبي 59.20% .

2. بينت الدراسة ضعف آليات الإبلاغ وتوثيق الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة ، حيث اتضح من خلال إجابات المبحوثين أنه لا يوجد نماذج معتمدة يتم تعبئتها في حالة حدوث الخطأ الطبي وكذلك لا تتم المبادرة بالإبلاغ عن الأخطاء الطبية من قبل العاملين بالمستشفى ، وضعف آليات توثيق الأخطاء الطبية.

3. اتضح من خلال الدراسة أنه يتوفر سجلات طبية لتوثيق الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة ولكنها بحاجة لمزيد من تفعيل والتطوير ، كذلك تبين أن هناك سجل طبي موحد للمرضى داخل المستشفى.

4. أظهرت الدراسة عدم فعالية نظام المساءلة في المستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة ، حيث أن آليات المساءلة عن الأخطاء الطبية لا تعلن بشكل دقيق وواضح وكذلك لا تلقى الرضا والقبول من العاملين.

5. بينت الدراسة بأن هناك موافقة متوسطة من قبل المبحوثين حول مستوى إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة وبالتالي فإن هذه النتيجة تدل على أن مستوى إدارة الأخطاء الطبية لا يرقى للمستوى المطلوب وخاصة أننا نتحدث عن أهم ما يملك الإنسان وهو الصحة.

6. اتضح من خلال إجابات المبحوثين أن أكثر الأسباب شيوعاً في حدوث الأخطاء الطبية ضغط وحجم العمل ، يليه عدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وتوثيقها ، بينما قلة التدريب

احتل المرتبة الثالثة ، وجاء في المرتبة الرابعة والخامسة على الترتيب عدم الرضا الوظيفي و خلل في نظام المساءلة ، وكان ضعف قدرات الكادر البشري وضعف آليات الرقابة الداخلية احتل المرتبة السادسة والسابعة، و أقل الأسباب حسب وجهة نظر المبحوثين على الترتيب ضعف منظومة الإبلاغ عن الأخطاء وازدواجية نظام العمل وعدم تفعيل اللجان النوعية وأسباب أخرى .

7. لم يتضح أن هناك فروق بين إجابات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى للجنس والعمر والمؤهل العلمي.

8. تبين وجود فروق بين إجابات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة تعزى لمتغير المسمى الوظيفي لصالح المدراء العامون ومدراء الدوائر.

9. تبين وجود فروق بين إجابات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية من خلال وجود لجنة فعالة للمراضة والوفيات تعزى لمتغير التخصص لصالح العلوم الإدارية.

10. اتضح من خلال الدراسة وجود فروق بين إجابات المبحوثين حول إدارة الأخطاء الطبية من خلال آليات الإبلاغ والتوثيق للأخطاء الطبية و المساءلة تعزى للخبرة لصالح الذين لديهم سنوات خبرتهم 15 سنة فأكثر.

3.6 التوصيات

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها فإن الباحث يقدم عدداً من التوصيات التي قد تفيد المسؤولين في وزارة الصحة الفلسطينية في تطوير وتعزيز إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية التابعة لها كما يلي :

1. ضرورة قيام مسؤولي وزارة الصحة الفلسطينية بتفعيل وتطوير أداء لجنة المراضة والوفيات بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة من خلال المتابعة والرقابة الداخلية لتحقيق أهداف اللجنة بالشكل الأمثل والمطلوب.

2. توضيح أهمية ومهام لجنة المراضة والوفيات للأخوة العاملين بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة التي من شأنها أن تلعب دوراً مهماً في تقليل الأخطاء الطبية من خلال إتخاذ الإجراءات اللازمة نحو تعزيز أنظمة السلامة للمرضى خلال مراحل العلاج.

3. هناك ضرورة ملحة لإعتماد نماذج وآليات محددة للإبلاغ عن الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة.
4. العمل على تشجيع الكادر الطبي العامل بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة للإبلاغ الطوعي عن الأخطاء الطبية من خلال تنمية الإحساس بالمسئولية لديهم.
5. الشروع في إيجاد نظام و سياسة واضحة لتوثيق الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة بقطاع غزة للمساعدة في دراسة وتحليل تلك الأخطاء للخروج منها بالعبر والنتائج للحد منها ومن شأن التوثيق أن يتيح الفرصة للباحثين في هذا المجال التعرف على الأسباب الحقيقية للأخطاء الطبية والعمل على تصحيحها ومعالجتها.
6. ضرورة إلزام العاملين بالحقل الصحي بتوثيق جميع الخدمات الصحية بالسجل الطبي للمريض حسب الأصول.
7. التأكيد على ضرورة رفع مستوى السجلات الطبية للمرضى بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة بقطاع غزة من خلال تفعيل لجنة السجلات الطبية لتقوم بدورها المنوط بها من أجل الوقوف على تكامل السجل الطبي وخلوه من أي نواقص .
8. العمل على إيجاد منظومة قانونية وتشريعية فيما يتعلق بالمساءلة الطبية تحافظ على حقوق المرضى والعاملين بالحقل الصحي بحيث لا تقيد الإبداع والتطور العلمي في المجال الطبي وتحد من الأخطاء الطبية.
9. ضرورة قيام وزارة الصحة الفلسطينية بعمل برامج توعية للعاملين بالحقل الصحي لتوضيح نظام المساءلة عن الأخطاء الطبية المطبق بوزارة الصحة الفلسطينية.
10. العمل على رفع كفاءة لجان التحقيق التي تشكل للتحقيق بالأخطاء الطبية وأن تكون مساءلة العاملين عن الأخطاء الطبية وفقاً لمعلومات دقيقة ومثبتة.
11. ضرورة إنشاء هيئة مستقلة لمتابعة الشكاوي المقدمة من المرضى المتضررين من الأخطاء الطبية والاطلاع على تشكيل لجان التحقيق ونتائجها ومتابعة توصياتها.

12. اتخاذ الإجراءات المناسبة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية للتخفيف من حجم وضغط العمل بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة وفي هذا المجال يرى الباحث من الضروري أن يتم تفعيل دور الرعاية الأولية .
13. ضرورة العمل على معالجة أسباب عدم الرضا الوظيفي لدى العاملين بوزارة الصحة الفلسطينية لما له أثر في التقليل من الأخطاء الطبية.
14. تفعيل دور الرقابة الداخلية بوزارة الصحة الفلسطينية من خلال متابعة عمل اللجان النوعية الموجودة بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية.
15. تطوير قدرات الكادر الطبي بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة من خلال التدريب لتلبية احتياجات الكادر البشري
16. ضرورة تفرغ الموظفين الحكوميين العاملين بالمجال الطبي بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة للعمل داخل الوزارة وترك أي وظيفة أخرى خاصة، تطبيقاً للمادة 67 من قانون الخدمة المدنية.
17. على كافة الجهات الرسمية وغير الرسمية المعنية بالحقل الصحي بقطاع غزة الشروع بعمل أبحاث ودراسات موسعة ومعمقة لموضوع الأخطاء الطبية واتخاذ الإجراءات الفاعلة من أجل التقليل منها.
18. عمل دراسات مستقبلية استكمالاً لهذا الموضوع من قبل جهة نظر المرضى وكذلك من وجهة نظر العاملين في الحقل الصحي دون الوظائف الإشرافية والخروج بمخرجات جديدة.

المراجع العربية:

- القرآن الكريم.
- أبو جميل ، وفاء (1991) : الخطأ الطبي دراسة تحليلية وفقهية وقضائية في كل من مصر وفرنسا ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- ادعيس، معن (2012) :نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف قضايا الإهمال الطبي ،فلسطين، رام الله ،الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان.
- الجرجاوي، زياد (2010): القواعد المنهجية لبناء الاستبيان، الطبعة الثانية، مطبعة أبناء الجراح، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2013.
- الحسن ، ميادة (2014) : الخطأ الطبي حقيقته وآثاره ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، المملكة العربية السعودية، تم استرجاعها في تاريخ 2014/7/11 من الموقع <https://imamu.edu.sa/EVENTS/CONFERENCE/RESEASHE>
- الحسن، مي محمد (2010) : درجتا المساءلة والفاعلية الإدارية التربوية والعلاقة بينهما لدى مديري المدارس الحكومية الثانوية ومديرياتها في الضفة الغربية ، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة النجاح الوطنية ، فلسطين.
- الحداد ،يوسف (2003) : المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء في القانون الجنائي لدولة الأردن، رسالة ماجستير .
- الحسيني ، عباس (1999) : مسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية ، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط1.
- الحمداني، موفق (2006): مناهج البحث العلمي، الأردن، عمان، مؤسسة الوراق للنشر.
- السبيعي ، فارس بن علوش (2010) : دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاعات الحكومية ،رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة نايف للعلوم الأمنية ،الرياض.

- الشلش ، محمد (2007) : أخطاء الأطباء بين الفقه والقانون ،رام الله ، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات ، العدد التاسع.
- العجلوني ، موسى (2011) : إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات الحديثة ، ط1،الأردن.
- الدناصوري ،عز الدين و الشورابي ، عبد الحميد (1988) : المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء ، القاهرة الحديثة للطباعة ، ص61.
- الزغيب ، بدر (2011) : المسؤولية المدنية للطبيب عن الأخطاء الطبية في مجال التلقيح الصناعي ، رسالة ماجستير ، كلية الحقوق ، جامعة الشرق الأوسط.
- الفطافطة ،محمود (2013) : الأخطاء الطبية في فلسطين جرائم بلا أدلة ،فلسطين ،القدس،باحثون بلا حدود.
- القباع ، عبد العزيز (2014) : الأخطاء الطبية مفهومها وأسبابها ، جامعة الإمام محمد بن سعودالإسلامية ، المملكة العربية السعودية، تم استرجاعها في تاريخ 2014/7/11 من الموقع <https://imamu.edu.sa/EVENTS/CONFERENCE/RESEASHE>
- القحطاني، محمد علي مانع (2002): أثر بيئة العمل الداخلية على الولاء التنظيمي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- القضاة ، سليمان و أيوب ، ناصر (1997) : المعايير التي يقوم عليها نظام المساءلة في وزارة التربية والتعليم الأردن، ورقة عمل قدمت في المؤتمر التربوي الأول للجمعية التربوية الأردنية ،عمان - الأردن.
- المادة رقم (2) من قانون المسؤولية الطبية الأردني لعام 2010.
- المادة رقم (14) من قانون الإتحادي الإماراتي رقم 10 لسنة 2008 بشأن المسؤولية الطبية.
- المعاينة ، عمر (2004) : المسؤولية المدنية والجناحية في الأخطاء الطبية ،الرياض.
- المطيري ، ريمية (2011) : الأخطاء الطبية ، صحيفة نشر الإلكترونية ، تم استرجاعها بتاريخ 2014/12/14م من الموقع

<http://www.nshrs.com/e/articles-action-show-id-43.htm>

- المعموري، أحمد وشويح ، محمد (2012) : المسؤولية المدنية الناجمة عن الخطأ الصادر من مراكز الدم ، مركز دراسات الكوفة ، جامعة الكوفة ، العراق .
- الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان ، 2009 ، " واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الفلسطينية " .
- الكسواني، باسم (2004) : مقال بعنوان "هل يوجد نسبة مئوية للأخطاء الطبية في الدول العربية، وإن وجدت ما يجب أن تفعل الدولة ، الأردن.
- الكوني ، مصطفى (2009) : الخطأ الطبي مفهومه وأثاره في الشريعة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، فلسطين.
- بلعيد ، بوخرس (2011) : خطأ الطبيب أثناء التدخل الطبي ، رسالة ماجستير ، كلية الحقوق والعلوم السياسية ، جامعة مولود معمري - تيزي وزو ، الجزائر.
- جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية (2014) : أبحاث علمية ، تم استرجاعها في تاريخ 2014/7/11 من الموقع <https://imamu.edu.sa/EVENTS/CONFERENCE/RESEASHE>
- جستنية ، هالة (2014) : الخطأ الطبي في الميزان ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، المملكة العربية السعودية، تم استرجاعها في تاريخ 2014/7/11 من الموقع <https://imamu.edu.sa/EVENTS/CONFERENCE/RESEASHE>
- جندي ، عبد الملك ، الموسوعة الجنائية ، الجزء الخامس ، الطبعة الثانية ، دار العلم للجميع ، بيروت.
- حسني ، نجيب (1989) : قانون العقوبات القسم العام ، دار النهضة العربية .
- خوري ، نهاد (2008) : الخطأ الطبي ، رابطة أطباء المستقبل ، حمص ، سوريا ، تم استرجاعها في تاريخ 2014/2/1 م من الموقع <http://www.terezia.org/section.php?id=1577>

- شهاب ، محمد (2014) : التنظيم القانوني للمهن الصحية ، ورقة عمل مقدمة ليوم دراسي بعنوان الحاجة إلى قانون ناظم للممارسة الطبية في فلسطين ، كلية الطب ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين .
- صالح، إيمان (2014) : الأخطاء الطبية من منظور شرعي ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، المملكة العربية السعودية..
- صباح، مازن و يحيى، نائل (2012): المسؤولية الجنائية عن خطأ الطبيب ،مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإسلامية ،المجلد عشرون، العدد الثاني،ص ص 99-143.
- عبيدات، ذوقان وعدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد (2001): البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- قايد ، أسامة (2006) : المسؤولية الجنائية للأطباء دراسة مقارنة ، القاهرة ،دار النهضة العربية.
- مجلة الباحث ، جامعة ورقلة ، الجزائر ، 2012.
- مجلة تكريت للعلوم الإدارية والإقتصادية ، جامعة تكريت ، المجلد 6 ، العدد 20 ، 2010 .
- منظمة الصحة العالمية ، الإحصائيات الصحية العالمية ،2009.
- منظمة الصحة العالمية ، تقرير خاص بالصحة في العالم ،2010 .
- منظمة الصحة العالمية ، الإستراتيجية الإقليمية لتعزيز سلامة المرضى ،2005 .
- هليل ، منير (2011) : مسؤولية المستشفى الناشئة عن خطأ الطبيب غير الموظف،مجلة جامعة النجاح للأبحاث ، جامعة النجاح ، مجلد 25 (3) .
- ياسين ، محمد (2003) : المسؤولية الطبية مسؤولية المستشفيات والأطباء والمرضى ، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت، لبنان.
- وزارة الصحة الفلسطينية ، التقرير السنوي للإدارة العامة للمستشفيات، قطاع غزة ، 2013 .
- وزارة الصحة الفلسطينية ، التقرير السنوي ، 2013.

- وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل لاجئي فلسطين في الشرق الأدنى (2013) : ماذا نقدم ، تم استرجاعها في تاريخ 2013/12/14 من الموقع www.unrwa.org.

المقابلات :

- مقابلة ، أ. سعيد البطة، مدير عام الشؤون القانونية، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، بتاريخ 2014/05/4م.
- مقابلة ، د. مثقال حسونة ، مدير دائرة الخدمات الطبية بالإدارة العامة للمستشفيات ، وزارة الصحة الفلسطينية ، غزة ، بتاريخ 2014/05/4م.

المراجع الأجنبية :

- American Society of Hospital Pharmacists. ASHP state–ment on the pharmacist’s responsibility for distribution and control of drugs. Am J Hosp Pharm. 1991; 48:1782.
- Athanasakis , Efstratios (2012) . Prevention of medication errors made by nurses in clinical practice, Pilea, Thessaloniki, Greece.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004 May 25; 170(11):1678–86.
- Barbara, Mark ; 2007 ; TESTING A THEORETICAL MODEL FOR SEVERE MEDICATION ERRORS , University of North Carolina.
- CHRIS G. BAILEY et al; 2005 ; Medication Errors In Relation To Education & Medication Errors In Relation To Years of Nursing Experience.
- Betz RP, Levy HB. An interdisciplinary method of classifying and monitoring medication errors. Am J Hosp Pharm. 1985; 42:1724–32.

- Fuqua RA, Stevens KR. What we know about medication errors: a literature review. *J Nurs Qual Assur.* 1988; 3:1–17.
- Intravenous Nurses Society. Intravenous nursing standards of practice. *J Intraven Nurs.* 1990; 13(Apr): Suppl.
- Lesar RS, Briceland LL, Delcoure K, et al. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA.* 1990; 263:2329–34.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients—results of the Harvard medical practice study II. *N Engl J Med.* 1991; 324:377–84.
- Lynch, John et al ;2008 ; Medication Management Transactions and Errors in Family Medicine Offices.
- Smith, R. , (1995). Successful School management, New York, USA.
- Westbrook, JI et al ;2010 ; The effectiveness of an electronic medication management system to reduce prescribing errors in hospital, Australia.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (1) المحكمين

ملحق رقم (2) كتاب تسهيل مهمة صادر عن وزارة الصحة

ملحق رقم (3) الاستبانة

ملحق رقم (1) المحكمين

قائمة بأسماء محكمين أداة الدراسة

م	الإسم	المسمى الوظيفي	جهة العمل
1	د. عبد الكريم رضوان	عميد كلية التمريض	الجامعة الإسلامية
2	د. وسيم الهابيل	رئيس قسم إدارة الأعمال	الجامعة الإسلامية
3	د. يوسف الجيش	أستاذ مشارك بكلية التمريض	الجامعة الإسلامية
4	د. محمد اشتيوي	أستاذ مساعد كلية إدارة الأعمال	جامعة القدس المفتوحة
5	د. يوسف عوض	رئيس قسم إدارة الأعمال	جامعة فلسطين
6	د. عدنان الحجار	منسق وحدة التحشيد والمساعدة الفنية	مركز الميزان لحقوق الإنسان
6	الطبيب / يوسف أبو الريش	وكيل وزارة الصحة الفلسطينية	وزارة الصحة الفلسطينية
7	الطبيب / عبد اللطيف الحاج	مدير عام المستشفيات	وزارة الصحة الفلسطينية
8	الطبيب / مثقال حسونة	مدير دائرة الخدمات الطبية بالمستشفيات	وزارة الصحة الفلسطينية
9	الطبيب / بسام أبو وردة	مدير مستشفى بيت حانون	وزارة الصحة الفلسطينية
10	أ. سعيد البطة	مدير عام الشؤون القانونية المكلف	وزارة الصحة الفلسطينية
11	أ. إبراهيم منصور	مدير دائرة التنسيق بين المستشفيات والرعاية الأولية بوحدة التمريض	وزارة الصحة الفلسطينية

ملحق رقم (2) كتاب تسهيل مهمة صادر عن وزارة الصحة

The Palestinian National Authority
Ministry of Health
Directorate General of Human Resources Development



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية

التاريخ: 03/07/2014م

الرقم:

حفظه الله،،،

الأخ / د. عبد اللطيف الحاج

مدير عام المستشفيات

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحث/ سائد عبد القادر أبو العطا
المتحق ببرنامج ماجستير إدارة الأعمال- كلية التجارة- الجامعة الإسلامية بغزة في
إجراء بحث بعنوان :-

“إدارة الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة“

حيث الباحث بحاجة لتعبئة استبانته من عدد ذوي المسميات الإشرافية من الأطباء والممرضين والإداريين
العاملين في مستشفيات قطاع غزة الحكومية، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث
العلمي، و دون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسئولية.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،،،

د. ناصر رأفت أبو شعبان
مدير عام تنمية القوى البشرية



صورة لـ/

الإدارة العامة للرقابة الداخلية
صاحب العلاقة

ملحق رقم (3) الاستبانة



الجامعة الإسلامية-غزة

شئون البحث العلمي والدراسات العليا

كلية التجارة

قسم إدارة الأعمال

استبيان حول إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بقطاع غزة

السيد /ة.....المحترم /ة .

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان :

إدارة الأخطاء الطبية بالمستشفيات الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة

وذلك ضمن متطلب لنيل درجة الماجستير/ إدارة الأعمال بالجامعة الإسلامية بغزة .ويأمل الباحث من سيادتكم التكرم بتعبئة بيانات الاستبيان المرفقة ، علماً بأن هذه البيانات لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

الباحث :

سائد عبد القادر أبو عطا

الجزء الأول : بيانات شخصية

1- الجنس

ذكر أنثى

2- العمر

أقل من 30 سنة من 30 إلى أقل من 40 سنة من 40 إلى أقل من 50 سنة
 50 سنة فأكثر

3- المسمى الوظيفي

مدير عام مدير دائرة رئيس قسم

5- المؤهل العلمي

دكتوراه ماجستير بكالوريوس

التخصص

علوم إدارية طب صيدلة تمريض مهن طبية مساندة

6- عدد سنوات الخبرة

أقل من 5 سنوات من 5 إلى أقل من 10 سنوات من 10 إلى أقل من 15 سنة
 15 سنة فأكثر

الجزء الثاني: الأبعاد المؤثرة بإدارة الأخطاء الطبية

(كلما اقتربت الإجابة من الرقم 10 دل على الموافقة العالية على ما ورد في العبارة والعكس صحيح)

الاستجابة(1-10)	أولاً : تفعيل لجنة المراضة والوفيات
	1- يوجد لجنة للمراضة والوفيات بالمستشفى وتعد اجتماعات دورية باستمرار .
	2- تقوم لجنة المراضة والوفيات بعمل دراسة تفصيلية ودقيقة لمعدلات المراضة والوفيات بالمستشفى .
	3- تقوم لجنة المراضة والوفيات بالمستشفى من خلال متابعة ملفات المرضى بتوثيق أي شكوك بوجود خطأ طبي وإبلاغه لجهات الاختصاص
	4- يتم التعامل بجدية من قبل إدارة المستشفى مع التقارير الصادرة عن لجنة المراضة والوفيات في حالات يعتقد بوجود أخطاء طبية فيها
	5- تستعين لجنة المراضة والوفيات بخبراء من ذوي الاختصاص من داخل وزارة الصحة حسب الحاجة
	6- تقوم اللجنة بمناقشة السبل التي تساعد في تقليل من الأخطاء الطبية ورفع توصياتها للجنة الجودة بالمستشفى
	7- تلعب لجنة المراضة والوفيات دور إيجابي في تطوير الأداء الطبي في المستشفى
ثانياً : الإبلاغ و التوثيق للأخطاء الطبية	
	1 - يوجد نماذج معتمدة يتم تعبئتها في حالة حدوث خطأ طبي
	2 - تتم المبادرة بالإبلاغ عن الخطأ الطبي من قبل العاملين أنفسهم
	3 - يتم الإبلاغ عن وجود أخطاء طبية من قبل المرضى أو ذويهم
	4- هناك قنوات اتصال مثل خط الهاتف الساخن صناديق الشكاوي ومواقع الإنترنت لاستقبال شكاوي المواطنين
	5- تقوم جهات الاختصاص بوزارة الصحة بتعميم توصيات لجان التحقيق المتعلقة بالأخطاء لطبية لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.
	6- هناك آلية توثيق مناسبة للأخطاء الطبية بالمستشفى
	7- تقوم إدارة المستشفى بمناقشة قضايا الأخطاء الطبية مع العاملين بالحقل الصحي كدراسة حالة لأخذ العبر منها وعدم تكرارها.
ثالثاً: السجلات الطبية	

	1 - يوجد سجلات طبية بالمستشفيات الحكومية يتم فيها توثيق جميع الخدمات الصحية للمرضى بدقة
	يوجد سجل طبي موحد للمرضى داخل المستشفى
	3- يتوافر متابعة لسجلات المرضى الطبية من خلال لجنة مراجعة السجلات الطبية
	4- تقوم لجنة السجلات الطبية بإحالة الملفات الطبية التي تتضمن احتمالية وجود خطأ طبي لمدير المستشفى لمتابعتها
	5- يتوافر برنامج حوسبة للسجلات الطبية بجانب العمل اليدوي
	6- يوجد لجنة متخصصة فاعلة لمراجعة السجلات الطبية يتم من خلالها متابعة نواقص الملف الطبي للمريض بشكل دوري
	7. يلتزم العاملون بالحقل الصحي بتوثيق الخدمات الطبية الصحية بالسجل الطبي حسب المعايير المتفق عليها.
رابعاً : المساءلة	
	1- تعلن آليات المساءلة عن الأخطاء الطبية لجميع العاملين بالمؤسسة بشكل دقيق وواضح
	2- تلقى آليات المساءلة القبول والرضا من العاملين
	تتم مساءلة العاملين عن الأخطاء الطبية بناءً على معلومات دقيقة و مثبتة
	4- يتوافر لوائح وقوانين داخلية بوزارة الصحة يستند عليها في التعامل مع قضايا الأخطاء الطبية
	5- يتم الأخذ بعين الاعتبار أحياناً بالعرف والعادة في معالجة الأخطاء الطبية
	6- لا يوجد تقصير في مساءلة من يثبت عليه الخطأ الطبي
	7- تحد آليات وإجراءات المساءلة المطبقة في المستشفيات من وقوع الأخطاء الطبية
	8- يتم التحقيق في قضايا الأخطاء الطبية بغض النظر عن مسببها
	9- تتعامل لجان التحقيق بمساواة بين جميع الفئات الطبية
	10- لا يوجد للعلاقات الشخصية تأثير في قرارات لجان التحقيق
	11- يتم التعامل بجدية مع شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الطبية

الجزء الثالث:

- 1- من وجهة نظرك ما هي الأسباب وراء حدوث الخطأ الطبي؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
- 1. ضغط وحجم العمل.
 - 2. قلة التدريب
 - 3. عدم الرضا الوظيفي
 - 4. خلل في نظام المساءلة المتبع داخل مرافق وزارة الصحة
 - 5. ضعف آليات الرقابة الداخلية لوزارة الصحة
 - 6. ضعف في قدرات الكادر الطبي بالمستشفيات الحكومية.
 - 7. ازدواجية نظام العمل للعاملين بالحقل الصحي بين العمل الحكومي والخاص .
 - 8. عدم تفعيل دور اللجان النوعية المختلفة في المستشفيات.
 - 9. ضعف في منظومة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية.
 - 10. عدم وجود نظام واضح لرصد الأخطاء الطبية وتوثيقها لأخذ العبر منها.
 - 11. غير ذلك

.....
.....

شاكراً لكم مشاركتكم

الباحث