

الأخطاء الطبية ودورها في تحسين كفاءة الخدمة الصحية دراسة تطبيقية على القطاع الصحي في المدينة المنورة

اعداد

يوسف شريد المطيري

محمد حامد الهجله

محمد رويشد العريزي

عمر سعد رزيق

حزام عويد المهلكي

مشاركة

عبد العزيز سلمان عالي

اياد صديق مهلهل

عمران عبد الله سعد

المستخلص

هدفت الدراسة الى التعرف على دور الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي واعتمدت على استبانة تم تطبيقها على عينة عشوائية بلغت 250 موظف من العاملين القطاع الصحي في المدينة المنورة من الكادر الاداري والطبي والتمريضي، وتوصلت الدراسة الى نتائج أهمها هناك درجة متوسطة من الأخطاء الطبية التي يعتقد أفراد عينة الدراسة حدوثها في القطاع الصحي، كما أن هناك مستوى متوسط من تحسين كفاءة الخدمة القطاع الصحي في المدينة المنورة. وأشارت نتائج الدراسة أن كافة أبعاد تحسين كفاءة الخدمة القطاع الصحي (جودة الخدمة، سلامة المرضى، إدارة المخاطر الصحية) كانت على مستوى متوسط من الأهمية. وقد أظهرت الدراسة وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (تحسين جودة الخدمة، تحسين سلامة المرضى، تحسين إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

الكلمات المفتاحية: الأخطاء الطبية، كفاءة الخدمة الصحية، القطاع الصحي في المدينة المنورة

Abstract

Medical mistakes and their role in improving the efficiency of the health service An applied study on the health sector in Medina

The study aimed to identify the role of Medical mistakes in improving the efficiency of the health service in the health sector in Medina. The study followed the descriptive and analytical approach, and relied on a questionnaire that was applied to a sample of 250 employees of the health sector workers in Al-Madinah Al-Munawwarah from the administrative, medical and nursing staff. The study results showed that there is a medium degree of medical errors that the study sample members believe to occur in the health sector, and there is an average level of improving service efficiency in the health sector in Medina. The results of the study indicated that all dimensions of improving service efficiency in the health sector (service quality, patient safety, health risk management) were at a medium level of importance. The study showed a positive and statistically significant effect at the level of statistical significance ($\alpha = 0.05$) for medical errors on improving the efficiency of the health service in its dimensions (improving service quality, improving patient safety, improving health risk management) in the health sector in Medina.

Keywords: medical mistakes, health service efficiency, the health sector in Medina.

1.1 مقدمة

إن الحفاظ على حياة الإنسان وسلامة صحته كان ولا زال من أسمى الأهداف وأكثرها أهمية ودقة في المجتمعات الإنسانية، ويعد القطاع الصحي من القطاعات الهامة والحيوية في جميع أنحاء العالم، وعليه تسعى العديد من الدول والبلدان جاهدين لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحسين الجودة الصحية وأهداف التنمية المستدامة، إذ تكمن أهمية جودة القطاع الصحي وخدماته في كونها تمس صحة وسلامة وحياة المجتمع، وقد أوصت منظمة الصحة العالمية إلى تعزيز العمل العالمي بشأن سلامة المرضى من تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والمحافظة على سلامة المرضى، ووضع خطط فيما يتعلق بالرؤية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة و إتاحة الموارد اللازمة لتحقيقها (Chemouni, 2018).

وتواجه مؤسسات الخدمة الصحية في العصر الحالي ومنها المستشفيات، العديد من التغيرات والتطورات مما أدى إلى زيادة الاهتمام بجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات للمرضى، والذي تطلب منها ضرورة تطوير استراتيجيات وتقنيات جديدة لتصبح أكثر انفتاحاً لمواكبة هذه التغيرات والوصول إلى المزايا التنافسية والحفاظ عليها (Krein, et al., 2010).

ووفقاً لما ذكره بوكحيل ويأحي (2019) أن الخدمة الصحية نشاطاً يتناسب في كيفية أدائه مع القوانين والقواعد المحددة في علم الطب، فهو يهدف أساساً إلى شفاء المريض، أي يستهدف بالدرجة الأولى تخليص المريض من مرضه أو التخفيف من حدته وآلامه، لذلك يشدد على درجة الخطأ الطبي المرتكب أو الإخلال بأحد الالتزامات المهنية من طرف الطبيب، لأن خروج الطبيب عن القواعد والأصول الطبية وقت تنفيذ العمل الطبي، وحصول ضرر للمريض عن طريق ذلك هو الأساس الذي يرتب نشأة الأخطاء الطبية، حيث أن موضوع الأخطاء الطبية ليس بموضوع جديد بل أنه رافق الطب منذ ظهوره وتطور بتطور الطب نفسه ومناحي الحياة بشكل عام، وتتنوع صور الأخطاء الطبية

سواء تلك الصور المستمدة من أحكام القوانين المنظمة لمهنة الطب أو من القواعد المستقر عليها في المجال الطبي.

2.1 مشكلة الدراسة :

إن انخفاض كفاءة وجودة الخدمة الصحية وضعف تأهيل العاملين في التعامل مع الأجهزة الطبية الحديثة يترتب عليه زيادة الخطورة على المريض، الأمر الذي يتسبب في إحداث أضرار قد تصل إلى حد المساس بحياة المريض وسلامة الإنسان، وبحسب (Tursunbayeva, et al., 2017) فإن الأداء المنخفض للخدمات الصحية من الممكن أن يؤدي إلى آثار بدنية ونفسية سلبية على صحة وإنتاجية المواطنين.

وتعد الأخطاء الطبية من المشاكل التي يترتب عليها مخاطر وعواقب كبيرة كحالات الإعاقة أو العجز أو الوفاة ناهيك عن الضرر المعنوي الذي يلحق بالمشاعر والعواطف جراء هذه الأخطاء الطبية، وبحسب (Rodziewicz, et.al, 2021) فإنه من الصعب الكشف عن سبب ثابت للأخطاء الطبية، وحتى في حالة العثور عليها تمكن من توفير حل قابل للتطبيق متسق يقلل من فرص تكرار الحدث، وذلك من خلال التعرف على الأحداث غير المرغوبة التي تحدث ، والتعلم منها ، والعمل على منعها مما يؤدي تحسين سلامة المرضى، وتكمن مشكلة الدراسة في ان استفادة المستشفيات من الأخطاء الطبية غير واضحة ويكتنفها الغموض مما أثار مشكلة الدراسة والتي تتحدد في الإجابة عن سؤالها الرئيس والذي ينص على: هل هناك دور للأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة؟

ومن خلال سؤال الدراسة الرئيس تنبثق التساؤلات الفرعية التالية :

- 1) ما هو حجم وخطورة الأخطاء الطبية في القطاع الصحي في المدينة المنورة؟
- 2) ما مدى كفاءة الخدمة الصحية من حيث (جودة الخدمة، سلامة المرضى، إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة؟
- 3) ما أثر الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة؟

3.1 أهمية الدراسة :

لدراسة الحالية أهمية تطبيقية (عملية) وأهمية نظرية (أكاديمية) وذلك على

النحو التالي :

1.3.1 الأهمية التطبيقية (عملية) :

تمكن أهمية الدراسة من أهمية إبراز دور وأهمية تحسين كفاءة الخدمة الصحية وفي خطورة الأخطاء الطبية وأهمية الاستفادة من تلك الأخطاء لتداركها، مما يفيد إدارة المستشفيات في زيادة الاهتمام بدراسة الأخطاء الطبية وفي بيان أسباب حدوثها ودراساتها للحد منها مستقبلاً، كما تفيد إدارة المستشفيات في بيان مستوى كفاءة الخدمة الصحية لبيان نقاط القوة والضعف لديها لمعالجة تلك النقاط وتحسين كفاءة الخدمة الصحية فيها.

2.3.1 الأهمية النظرية (أكاديمية) :

تتمثل أهمية البحث من الناحية العلمية في أصالتها فهي من الدراسات النادرة في موضوعها والأولى عربياً التي تتناول موضوع الأخطاء الطبية ودورها في تحسين كفاءة الخدمة الصحية (حسب علم الباحث) والتي تتناول موضوعها في القطاع الصحي في المدينة المنورة حيث يأمل الباحث من الدراسة الحالية أن تشكل منطلقاً للباحثين المستقبليين في إجراء المزيد من الدراسة والبحوث الأكاديمية ترتبط بموضوع الدراسة، كما يأمل الباحث من الدراسة الحالية أن تعمل على زيادة المحتوى العلمي في الدراسات العربية بدراسات لم يتم تناولها بشكل كافٍ في البحوث المحلية والعربية.

4.1 أهداف الدراسة :

تسعى الدراسة الى تحقيق الأهداف التالية :

الهدف الرئيس: التعرف على دور الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة

الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة؟

ومن خلال سؤال الدراسة الرئيس تنبثق التساؤلات الفرعية التالية :

(1) بيان حجم وخطورة الأخطاء الطبية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

(2) قياس مدى كفاءة الخدمة الصحية من حيث (جودة الخدمة، سلامة المرضى،

إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

(3) تحليل أثر الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع

الصحي في المدينة المنورة؟

5.1 فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($0.05 = \alpha$)

للأخطاء الطبية على كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (جودة الخدمة، سلامة المرضى،

إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

وينبثق من الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

• هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($0.05 = \alpha$)

للأخطاء الطبية على جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

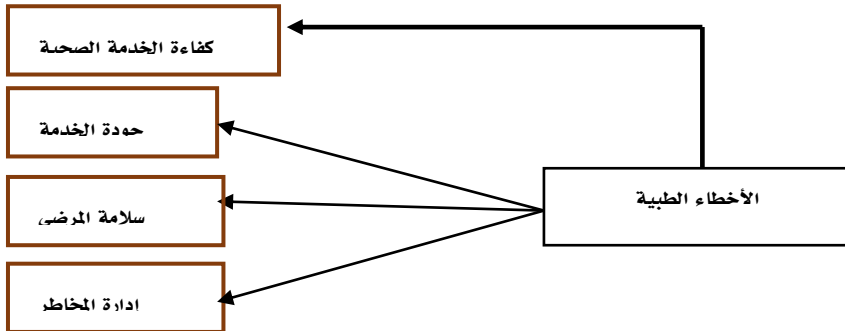
• هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($0.05 = \alpha$)

للأخطاء الطبية على سلامة المرضى في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

• هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($0.05 = \alpha$) للأخطاء

الطبية على كفاءة إدارة المخاطر الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

6.1 نموذج الدراسة¹:



¹ النموذج من اعداد الباحث.

7.1 مصطلحات الدراسة

- الخطأ الطبي: "إخلال رجال الفن كالتبيب والصيدلي بالقواعد العلمية والفنية، التي تحدد الأصول العامة لمباشرة مهنته، فمن العلوم بأن لكل مهنة قواعد علمية وفنية تحكمها وتحدد أحكامها فعند الجهل بهذه القواعد أو التطبيق غير الصحيح لها من قبل الأشخاص المزاولين لها يكونون قد ارتكبوا خطأ فنية أو مهنية، ويرتبط الخطأ الطبي بالأعمال التي تتعلق مباشرة بفض مهنة الطب حيث تكون لصيقة بصفة الطبيب ولا يتصور من غير الطبيب كالتشخيص والعلاج" (شديد، 2021، :17).
- الكفاءة: إنجاز الأنشطة وتحقيق الأهداف بأقل ما يمكن، أي العمل على تقليل الموارد المستخدمة، سواء كانت بشرية أو مادية أو مالية والعمل على خفض التكلفة والعطل في الطاقة الإنتاجية (Singhe, et al., 2018).
- جودة الخدمة الصحية: "هي درجة الالتزام بالمعايير المتفق عليها نحو الممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لأداء الخدمة الصحية أو تشخيص مشكلة طبية ما، وهناك ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحية وهي كالتالي: أولاً، البعد الفني ويشمل توافر المعدات الحديثة، مهارة الاطباء والعاملين بالمستشفى، ودقة التشخيص والعلاج، ثانياً، البعد الوظيفي ويشمل الاتصالات، الأمانة، وجودة التعامل، وثالثاً البعد الخاص بتوافر سبل الراحة ويشمل تعقيم المعدات، مظهر العاملين، فترات الانتظار، وسهولة حصول المريض على العلاج" (ليب، 2021، :738).

8.1 حدود الدراسة :

سيتم إنجاز هذه الدراسة ضمن الحدود التالية :

- الحدود المكانية: اقتصرت الدراسة الحالية على القطاع الصحي في المدينة المنورة.
- الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة الحالية على الكادر الاداري والطبي والتمريضي.
- الحدود الموضوعية: تتحدد الدراسة الحالية على متغيراتها الأخطاء الطبية ودورها في تحسين كفاءة الخدمة الصحية.

1.2 الأخطاء الطبية :

تعتبر السلامة الصحية للمرضى وإتاحة الرعاية الصحية الملائمة لهم من أولويات المؤسسات الصحية كافة في كافة بلدان العالم، إذ أن الهدف الرئيسي من خدمات الرعاية الصحية هو إتاحة أفضل الخدمات الصحية والعلاجية للمرضى دون حدوث آثار جانبية أو حصول الأخطاء الطبية لهم (سعيد، 2019).

وبشكل عام، يلجأ المريض إلى المؤسسات الصحية أو الطبيب من أجل الحصول على الخدمة الصحية ذات الجودة وتحقيق الشفاء، ويعمل الطبيب على تحقيق ذلك، غير أنه قد لا تتحقق النتيجة المطلوبة خاصة في حالة وقوع الخطأ طبي من جانب الطبيب والذي من شأنه أن يؤدي إلى إصابة المريض بعدة أضرار طبية سواء كانت جسدية أو مالية أو أضرارا معنوية أو أضرارا ناتجة عن فوات فرصة البقاء على قيد الحياة أو فرصة الشفاء (شكشوك، 2019).

2.2 مفهوم الأخطاء الطبية :

يعرف الخطأ لغة بأنه ضد الصواب، والخطأ من تعمد ما لا ينبغي، والخطأ هو إخلال بالقواعد والأصول العلمية الثابتة المعترف بها نتيجة لتسرع أو الإهمال (المهيد، 2021).

كما ذكر (Clapper & Ching, 2020) أن الخطأ هو مشكلة في عملية ما أو فشل إجراء مخطط ليتم استكمالها على النحو المنشود أو استخدام خطة خاطئة لتحقيق هدف معين.

ويعرف الخطأ الطبي بأنه "إخلال من الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية اليقظة. الموافقة للحقائق العلمية المستقرة" (كابوية، 2015، ص3).

ووفقا ل (Wen et al, 2016) فإن الأخطاء الطبية هي تأثير ضار للرعاية الصحية (العلاج) نتيجة الإهمال أو عدم التركيز من قبل الطاقم الطبي، وقد يكون ناتج عن تقرير غير واضح أو ضار بالمريض، وقد يشمل ذلك تشخيصاً أو علاجاً غير دقيق أو غير كامل لمرض أو إصابة أو متلازمة أو سلوك أو عدوى أو مرض آخر.

كما أشارت طالب (2015) إلى أن الأخطاء الطبية تعبر عن انحراف الطاقم الطبي عن الواجبات المفروضة عليهم وعدم تأديتها بالطريقة المناسبة، نتيجة للإهمال الواضح وانعدام التركيز أثناء التعامل مع المريض وحالته الصحية وعدم المحافظة على حقوقه، فواجب الطاقم الطبي يكمن في المحافظة على حياة المريض وحقوقه الصحية والالتزام بمعايير الاحتياط والحذر عند القيام بالمهام الطبية.

وفي إشارة من (Kalra, 2014) إلى أن الأخطاء الطبية الأخطاء الطبية تشمل على أحداث ضارة وسلامة المرضى، إذ أن الأحداث الضائرة هي إصابات ناتجة عن الإدارة الطبية وليس المرض الأساسي، أما سلامة المرضى هي التحرر من الإصابة العرضية. وبشكل عام، فإن الأخطاء الطبية تعد الأخطاء الطبية ناتجة عن انعدام الخبرة، والكفاءة من الطاقم الطبي أو الفئات المساعدة، وقد يحدث الخطأ الطبي بسبب ممارسة الخدمات الصحية بطريقة تجريبية، تؤدي إلى وفاة المريض أو إحداث عاهة مستديمة به، فقد ازدادت نسب حالات الوفاة بسبب الأخطاء الطبية لمعدلات مرتفعة في كافة أنحاء العالم، لذا سعت المؤسسات الصحية للحد والتقليل من هذه الأخطاء من خلال التزام الطاقم الطبي بواجباته الطبية من أجل المحافظة على حياة المريض وحقوقه الصحية، وأخذ الاحتياط والحذر، والالتزام بالدقة الكبيرة عند ممارسة العمل الطبي (زقبيبة، 2018).

3.2 أسباب الأخطاء الطبية:

للأخطاء الطبية العديد من الأسباب المؤدية لها والتي أشار لها العديد من الباحثين، ووفقاً لبوغنجيو وشاوي (2018)، فقد لخص تلك الأسباب في مجموعة من النقاط تكمن أهمها في النقاط التالية:

1. غياب الالتزام بالأسس العلمية عند ممارسة العمل الطبي.
2. غياب التركيز والدقة والإهمال عند ممارسة المهنة الطبية.
3. التقصير في الأداء الوظيفي، والواجبات في الوقت الملائم، وبالشكل المناسب.
4. تعطل الأجهزة التي يتم استخدامها في العلاج الطبي والفحص.

5. اختيار الخاطئ للدواء، وعدم صرف الدواء الملائم للمريض.

6. عدم تواجد أجهزة طبية حديثة وضرورية لعملية التشخيص والعلاج.

ومن أسباب الأخطاء الطبية كذلك العشوائية في العمل، وعدم تخصيص ملف خاص لكل مريض يحتوي على التفاصيل الضرورية للتعرف على حالته الصحية، ويضمن الملف كافة الفحوصات والعمليات والأدوية التي سبق وقام بعملها، ووجوب توافر الملف مع المريض عند نقله من مؤسسة صحية لأخرى، كما أن من الأسباب ضعف الخبرة في التشخيص الصحيح، بالتالي تفاقم المشكلة، والوقوع في الخطأ، وعدم الاهتمام بحل النتائج السيئة، مع العلم بالخطأ (زقبيبة، 2018).

كما ذكرت طالب (2015) بعض الأسباب الأخرى منها ما يلي:

- التعب النفسي والجسدي لدى الطاقم الطبي، وعدم القدرة على إدراك المهام الطبية بالطريقة السليمة.
- عدم مراقبة المريض بالشكل الملائم في المؤسسات الصحية.
- تأخير النظر إلى حالة المريض الخطرة.
- عدم وجود قوانين رادعة للعاملين بالمجال الصحي عند قيامهم بالأخطاء الطبية وتعرض حياة المريض للخطر أو الموت.
- وجود نزاع بين المريض والطبيب أو الجهة الطبية.
- عدم توقع النتائج قبل البدء بالتشخيص والعلاج.

ومن الأخطاء الطبية كذلك الانفراد بالتشخيص؛ إذ أن انفراد الطبيب بالتشخيص في زماننا الحالي أمر غير مقبول، خصوصا في الأمراض والعمليات الجراحية التي تتصف بالخطورة، إذ أصبحت المشورة أو الإحالة أمرا في غاية الضرورة، إذ تمثلان أهمية خاصة في حال كان الطبيب يجهل بعض الأمور الفنية التي تتجاوز تخصصه ودرجته العلمية، إذ لا يمتلك الإلمام الكاف بها (على سبيل المثال بعض الآلات والأجهزة الطبية الحديثة التي تتطلب تدريب عال لاتقانها) (العتيبي، 2014).

4.2 سلامة المرضى:

إن الاهتمام بسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية موضوع ركزت عليه مزاولة المهن الصحية منذ قديم الزمان، إذ أولى مقدمو الرعاية الصحية عبر مختلف العصور اهتماما كبيرا لمساعدة المرضى وتخفيف آلامهم ومعاناتهم وعلاج أمراضهم، وعلى مر الزمان تم طرح مختلف النظريات والأساليب والتقنيات العلاجية وإتاحة اكتشافات علمية وصحية التي لعبت دورا في تحسين جودة الرعاية الصحية وجودة حياة الإنسان (الاحمدي، 2017).

وعلى الرغم من التقدم المعرفي في العلوم الصحية زاد من نظم الرعاية الصحية وقدرتها على تحقيق النتائج الإيجابية، إلا أنه عزز في الوقت ذاته من درجة التعقيد لتلك النظم، مما زاد من احتمالات وقوع الأخطاء والحوادث (Andrade et al, 2018). وتعتبر سلامة المرضى معيار أساسي من معايير الرعاية الصحية، وهو مكون شديد الأهمية من مكونات إدارة الجودة، حيث تشير سلامة المرضى إلى عدم التعرض لإصابة المريض نتيجة عدة أمور أبرزها الخطأ الطبي (Top & Tekingündüz, 2015). وبشكل عام، فقد سعت منظمة الصحة العالمية إلى تعزيز العمل العالمي بشأن سلامة المرضى من تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والمحافظة على سلامة المرضى، ووضع خطط فيما يتعلق بالرؤية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة وإتاحة الموارد اللازمة لتحقيقها (الجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، 2018).

5.2 مفهوم سلامة المرضى:

عرفت سلامة المرضى من قبل المنظمة الدولية للهجرة على أنها منع الضرر الذي يلحق بالمرضى، حيث يتم التركيز على ثلاث نقاط عند تقديم الرعاية كما يلي (Wang & Tao, 2017):

- منع الأخطاء،
- التعلم من الأخطاء التي تحدث،

- الالتزام بثقافة السلامة التي تشمل مهنيي الرعاية الصحية والمنظمات والمرضى.

وعرف أبو صوي (2017) سلامة المرضى على أنها مجموعة من التدابير والإجراءات التي تقوم بها المؤسسات الصحية من أجل حماية المرضى من أيّ نتائج سلبية أو خطير عند تلقيهم الخدمات الصحية، فسلامة المرضى ما هي إلا انضباط صحي جديد يعتني بكتابة التقارير ومتابعة الأخطاء الطبية التي عادة ما تكون نتيجة إهمال طبي، علماً أنّ الأخطاء الطبية تؤدي إلى موت مريض من بين كل عشر مرضى في كافة دول العالم.

كما عرفت بأنها مجموعة من القيم والمعتقدات التي تعمل على التفاعل مع آليات التحكم والهياكل التنظيمية للأنظمة من أجل أن تكفل المعايير الخاصة بالسلوك التي تؤدي إلى السلامة التامة للمريض، بالإضافة إلى وضع الممارسات التي تساعد في إنجاز مهمة سلامة المريض والعمل على تعزيزها أيضاً (محمد، 2020).

وبشكل عام تعرف سلامة المرضى على أنها واحدة من تخصصات الرعاية الصحية التي نشأت في سياق التعقيد المتزايد لنظم الرعاية الصحية وما ينجم عن ذلك من زيادة في حجم الأذى الذي يصيب المريض في مرافق الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2019).

6.2 أهمية سلامة المرضى:

تعتبر سلامة المرضى أثناء توفير خدمات صحية مأمونة وعالية الجودة لهم أحد الشروط الأساسية لتعزيز نظم الرعاية الصحية وإحراز تقدم نحو تحقيق تغطية صحية شاملة فعالة في إطار أهداف التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) (Andrade et al, 2018).

ووفقاً ل(Pettit & Duffy, 2015)، فإن لسلامة المرضى أهميات أخرى تكمن في تحقيق التغطية الصحية الشاملة "بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على

الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة.” وفي إطار العمل من أجل تحقيق هذه الغاية ، تتبّع المنظمة مفهوم التغطية الفعالة: إذ تعتبر التغطية الصحية الشاملة نهجاً لتحقيق صحة أفضل وضمان تقديم خدمات جيدة متسمة بالمأمونية إلى المرضى.

كما ويعمل إدراك التأثير الناجم عن سلامة المرضى في الحدّ من التكاليف المرتبطة بتعرّض المرضى للأذى وتحسين الكفاءة في نظم الرعاية الصحية. كما يساعد توفير خدمات مأمونة على طمأننة المجتمعات المحلية وإعادة ثقتها في نظم الرعاية الصحية القائمة (المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، 2018).

كما أشار زعيتير وقاسمي (2020) إلى أن أهمية سلامة المرضى تكمن في انجاز الهدف العام من انشائها، حيث تقوم على توثيق وتحضير مختلف البرامج والآليات الفعالة من أجل اكتشاف المشاكل والسعي لإيجاد أمثل الحلول لها، إضافة الى البحث عن مشكلات من الممكن أن تحدث مستقبلاً قد تؤثر سلبياً على الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وعلى النتائج المرجوة.

7.2 أهداف سلامة المرضى:

تهدف سلامة المرضى إلى توقي المخاطر والأخطاء وأوجه الأذى التي يتعرض لها المرضى أثناء حصولهم على الرعاية الصحية، والحد منها، ويتمثل حجر الزاوية لهذا التخصص في التحسين المستمر القائم على التعلم من الأخطاء والأحداث الضارة (Sullivan & Schoelles, 2013).

وهناك مجموعة من الأهداف العالمية لسلامة المرضى وتتضمن ما يلي من النقاط (Joint Commission International, 2021):

- التعرف على المرضى بشكل صحيح.
- تحسين الاتصال الفعال.
- تحسين سلامة الأدوية.
- تأكد من إجراء جراحة آمنة.

- تقليل مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- تقليل مخاطر تعرض المريض للأذى الناتج عن السقوط.

8.2 إدارة المخاطر الصحية:

نظرا لأهمية المؤسسات الصحية والمستشفيات في حياة الأشخاص بجميع مستوياتهم الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، أدى ذلك إلى انعكاس أي خطر أو أزمة انعكاسا مباشرا على جودة الخدمة التي تقدم للأشخاص في هذا القطاع وهو ما أدى إلى ضرورة البحث عن الاستراتيجيات والوسائل العلمية الحديثة للتعامل مع تلك المخاطر من خلال إدارة المخاطر (أحمد، 2018).

وذكرت (Willard, 2020) أن سلامة المرضى والعاملين في المؤسسات الصحية تحظى بالأولوية الأولى في مجال الرعاية الصحية، ومن أجل حمايتهم وتقليل احتمالية الإصابة، من الضروري تحديد ومعالجة المخاطر التي يمكن أن تهدد سلامتهم، إذ أن تحديد تلك المخاطر ليس سوى الخطوة الأولى في إدارة المخاطر، كما ويجب على المؤسسات الصحية أيضاً معالجة المخاطر وتقييمها ومراقبتها ومنعها من خلال تنفيذ وتحسين الأنظمة والعمليات على المستويين الإكلينيكي والإداري من خلال إدارة المخاطر.

ووفقا للحوامدة (2021)، تقوم العديد من المؤسسات الصحية والمستشفيات بإشراك موظفيها في الحصول على شهادات إدارة المخاطر التي يمكنهم استغلالها بعد ذلك لإدارة المخاطر بشكل أفضل في مستشفياتهم؛ كما تعمل المستشفيات على تشغيل برنامج شامل لتجنب المخاطر في المستشفى، فضلا عن تعيين موظف حاصل على شهادة إدارة المخاطر بحيث يسمح له بإنشاء البرنامج.

وبشكل عام، تشتمل إدارة المخاطر على قياس وتقييم المخاطر وتطوير استراتيجيات لإدارتها، إذ تشتمل تلك الاستراتيجيات على نقل المخاطر إلى جهة أخرى وتجنبها والتقليل من آثارها السلبية بهدف تحقيق الجودة المرجوة، وهو ما يمكن تطبيقه بالمؤسسات الصحية والمستشفيات من إدارة المخاطر التي تتبع عملية إتاحة الأولويات؛ إذ أن المخاطر ذات الخسائر الضخمة واحتمالية الحدوث الكبيرة تعالج أولا بينما المخاطر

ذات الخسائر الأقل واحتمالية حدوثها أضعف تعالج فيما بعد، وذلك كله ينبع من أهمية إدارة المخاطر (بغو، 2013).

9.2 مفهوم إدارة المخاطر الصحية :

تعرف إدارة المخاطر في المستشفيات بأنها الاستعداد التام لمواجهة المشكلات التي ستحدث في المستقبل، فكل مشكلة واردة الحدوث في المستقبل هي خطر في الوقت الحالي والتي يجب أن يتم مواجهتها قبل أن تحدث مشكلة ما، ويشمل ذلك الخطر الذي يتعرض له المريض والطبيب والعاملين داخل المستشفى بل والمؤسسة الصحية بشكل عام (يوسف، 2019).

ووفقا ل(Willard, 2020)، فإن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية تدرس المخاطر المتعلقة بالرعاية الصحية من حيث اتخاذ القرارات التي لا تدير فقط المخاطر ولكن أيضاً تراعي العلاقة بين إدارة المخاطر والقيمة الإجمالية، إذ تقوم إدارة المخاطر بتقييم المخاطر لجميع الإدارات ضمن إطار شامل للمبادئ والممارسات التوجيهية.

كما تعرف إدارة المخاطر في الرعاية الصحية بأنها الإدارة التي تشمل الأنظمة والعمليات والتقارير السريرية والإدارية المستخدمة للكشف عن المخاطر ومراقبتها وتقييمها وتخفيفها ومنعها، من خلال توظيف إدارة المخاطر تحمي مؤسسات الرعاية الصحية بشكل استباقي ومنهجي سلامة المرضى بالإضافة إلى أصول المنظمة، وحصّة السوق، والاعتماد، ومستويات السداد، وقيمة العلامة التجارية، ومكانة المجتمع (المنقاشي، 2021).

كما عرف (Liu, 2019) إدارة المخاطر في الرعاية الصحية بأنها عملية تحديد التهديدات التي يمكن أن تضر المؤسسة الصحية أو مرضاها أو موظفيها أو أي شخص آخر داخل المؤسسة.

10.2 المخاطر التي تتناولها إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية :

تأخذ إدارة المخاطر في الاعتبار ثمانية مجالات للمخاطر ومن أبرز تلك المجالات السلامة السريرية وسلامة المرضى؛ إذ تنطوي هذه المخاطر على رعاية غير كافية

للمرضى ويمكن أن تشمل أخطاء الأدوية أو أحداث السلامة أو الفشل في إتباع الممارسات القائمة على الأدلة أو الحالات المكتسبة من المستشفى (Lassri & Desatnik, 2020).

كما هنالك أيضا المجالات القانونية والتنظيمية؛ إذ يجب تحديد القوانين واللوائح والتفويضات ومراقبتها وإتباعها بحيث يتم ضمان الامتثال على المستوى المحلي والولائي والفيدرالي، وتشمل المزايا القانونية المحتملة شروط المشاركة (COPs) الخاصة بمراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS) وشروط التغطية (CfC) والاحتيايل واساءة الاستخدام والترخيص والاعتماد والمسؤولية الإدارية والمسؤولية عن المنتج والملكية الفكرية (Willard, 2020).

وتعتبر المخاطر البيئية والبنية التحتية من مجالات المخاطر؛ إذ يمكن أن تشمل الأمثلة الفيضانات والحرائق والعواصف والأعاصير والانسكابات الكيميائية وإدارة المرافق ومواقف السيارات والأمن والبناء للمؤسسة الصحية (Njoku et al, 2019).

وهنالك أيضا المجالات التكنولوجية؛ إذ يجب أن تشمل إدارة المخاطر في الرعاية الصحية القضايا التكنولوجية التي يمكن أن تنشأ من استخدام الآلات والبرامج والأجهزة والأنظمة، فعلى سبيل المثال يمكن أن يؤدي الاستخدام المتزايد للتكنولوجيا للتشخيص والعلاج أثناء COVID-19 إلى زيادة المخاطر التكنولوجية المحتملة، كما يمكن أن تتعرض المؤسسات الصحية لمخاطر من الشبكات الاجتماعية والسجلات الصحية الإلكترونية (Willard, 2020).

2.11 جودة الخدمات الصحية؛

تعتبر قضية الجودة، من القضايا الهامة التي سيطرت على اهتمام الباحثين والدول والمنظمات أو المؤسسات على حد سواء، فهناك العديد من المحاولات المبذولة من جانب تلك الجهات من أجل الإرتقاء بمستوى الجودة وبالتالي زيادة رضا العميل (رقاد، 2014).

وتعتبر صحة الأشخاص في المجتمع واحدة من العوامل التنموية الاقتصادية والاجتماعية، وهي مطلب بجميع أبعادها وخصائص جودتها، فالجودة مصطلح نسبي لها

مجموعة من المعاني التي تختلف مع اختلاف الموضوع المستخدم فيه، وقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلب رئيسي تسعى اليه كافة الدول وتؤكد عليه توجهاً من منظمة الصحة العالمية (بورناز، 2018).

2.12 أبعاد جودة الخدمات الصحية:

وفقاً لعبد القادر (2015)، فإن الجودة في مجال الخدمات هي نتاج تفاعل ثلاثة أبعاد رئيسية وهي الجودة المادية التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة وجودة المنظمة وهي الانطباع الذهني عن المنظمة وجودة تفاعل العاملين مع العملاء. ولجودة الخدمات الصحية بشكل عام خمس أبعاد رئيسية تشتمل على ما يلي:

أولاً/ الاستجابة: إن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين من خدمات الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (الطويل وآخرون، 2010).

ثانياً/ الاعتمادية: ويحتوي هذا البعد على (5) متغيرات تقيس وفاء المؤسسة الصحية بالتزاماتها التي وعدتها للمرضى أو المستفيدين من الخدمة الصحية، واهتمامها بحل مشاكلهم، وحرصها على تحري الصحة والدقة في أداء الخدمة الصحية، والتزامها إتاحة خدماتها الصحية في الوقت الذي وعدت بتقديم الخدمة فيه للمستفيدين وأخيراً، احتفاظها بسجلات دقيقة عن محتوياتها وخدماتها (بن عشي، 2016).

ثالثاً/ الجوانب الملموسة: وتشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المؤسسة الصحية والمعدات ومظهر الأشخاص والمتعاملين مع مقدمي الخدمات الصحية وأدوات ووسائل الاتصال معهم؛ ففي كثير من الأحيان قد يتم تقييم خدمة من قبل المستفيد بالاعتماد على الخصائص الشكلية أو الأساسية المرافقة للخدمة الصحية (عبد القادر، 2015).

رابعاً/ الضمان: ويشتمل معايير تقييمها على سمعة ومكان المؤسسة الصحية، والمعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي ومقدمي الخدمة الصحية، والصفات الشخصية للعامل. ومن الامثلة عليها المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء، وتدريب ومهارة عالية في الاداء (قدور، 2018).

خامساً/ السلامة (الأمان): ويحتوي هذا البعد على (4) متغيرات اساسية وهي (بن عشي، 2016):

- قياس حرص مقدم الخدمة الصحية في المؤسسة على غرس الثقة في نفوس المستفيدين
- وشعورهم بالأمان في تعاملهم مع مقدمي الخدمة الصحية،
- وتعاملهم باستمرار بلباقة مع المستفيدين والمأمهم بالمعرفة،
- وحرصهم على التدريب اللازم ليتمكنوا من أداء أعمالهم والاجابة على أسئلة المستفيدين.

2.13 الدراسات السابقة

الدراسات العربية:

دراسة عرعار (2019). بعنوان: "أثر الدليل المادي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المؤسسة: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية رزيق البشير ببوسعادة".

هدفت الدراسة الى تقديم إطار نظري يحدد ويعرف مختلف المفاهيم المتعلقة بالجودة في قطاع الخدمات، بإعتبارها مدخل إداري حديث. اعتمدت الدراسة على الأسلوب الوصفي التحليلي لملائمته لطبيعة الموضوع، واستخدمت الدراسة استبيان كأداة لجمع البيانات. تكون مجتمع الدراسة من العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية رزيق البشير ببوسعادة-الجزائر، وتشكلت عينة الدراسة من (80) مفردة، وقد تم استخدام بعض الأساليب الاحصائية في برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية. توصلت

الدراسة الى عدة نتائج أبرزها وجود أثر ذو دلالة إحصائية لعناصر الدليل المادي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية رزيق البشير ببوسعادة على جودة الخدمات الصحية. دراسة جبران (2018). بعنوان: "المسؤولية القانونية عن الأخطاء الطبية".

هدفت الدراسة إلى الإجابة عن بعض التساؤلات والتي كان من ضمنها ما هي المسؤولية القانونية التي تترتب على الأخطاء الطبية وطبيعة العمل الطبي، وحدود إباحته كذلك ما هي الطبيعة القانونية التي تحكم المسؤولية الطبية، ومتى يسأل الطبيب مدنية وجنائية وتأديبه في محاولة لجمع كافة المسؤوليات التي تنهض اتجاه الطبيب الذي يخطأ في دراسة واحده. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي النوعي، واستخدمت الدراسة المصادر الثانوية والأطر النظرية ذات الصلة في جمع البيانات، وكذلك تم الرجوع إلى القانون المدني الأردني وقانون الإجراءات الجزائية الفلسطيني وقانون المخالفات المدنية رقم (36) لسنة (1944)، والتشريعات العربية والأجنبية وقرارات المحاكم ومؤلفات الفقهاء. توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها إن الهدف الأساسي من مشروعية العمل الطبي يكمن في علاج المرضى والحفاظ على صحتهم وسلامته جسدهم، وأنه في حالة أن القانون قد سمح لطبيب أن يقوم بجرح المرضى فقد أجاز ذلك لأهداف واضحة ومحددة ، وفي حالة التعدي على هذه الأهداف وعندما يتحول العمل الطبي من مهنة إنسانية أخلاقية هدفها شفاء المرضى وتخفيف آلامهم، إلى سلسلة أخطاء وإهمال من قبل بعض الأطباء، تكون مهمة القانون التدخل الفوري لمحااسبة أي طبيب يخطئ أو يهمل بحق مرضى، وأن فكرة مشروعيته العمل الطبي لا تخول الأطباء التمادي في عملهم بشكل غير مشروع أو إهمالهم به. وقد أوصت الدراسة بضرورة نشر الوعي لدى المواطنين في موضوع الأخطاء الطبية، وأن من حقهم ملاحقة الطبيب المتسبب بالخطأ الطبي، وتوضيح حقوقهم ومن هي الجهات التي يستطيعون اللجوء إليها من أجل تقديم الشكاوى.

دراسة أقطي وترغيني (2017). بعنوان: "تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تكوين المورد البشري دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان-بسكرة".

هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع خصوصية التكوين بالمستشفيات العمومية، ومدى انعكاس ذلك على جودة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك بالتطبيق على مستشفى الحكيم سعدان، بسكرة. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الدراسة

المقابلات غير المهيكلة، كما اعتمدت بشكل أساسي على الاستبيان في جمع بياناتها. تكون مجتمع الدراسة من موظفي مستشفى الحكيم سعدان في بسكرة، الجزائر بينما تألفت عينة الدراسة من (40) موظف. توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها أن نشاط التكوين بالمستشفى ضعيف في كل مراحله، بينما مستوى جودة الخدمات الصحية عالي، في الوقت الذي لا تفسر فيه عملية التكوين هذه الجودة في الخدمات.

2.2.2 الدراسات الأجنبية

دراسة (Bam, et al., 2021). بعنوان:

"Nursing students' perception of medical errors: A cross-sectional study in a university."

هدفت الدراسة إلى تقييم تصور طلاب التمريض للأخطاء الطبية في إحدى جامعات غانا. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الدراسة الاستبيان في جمع بياناتها. تكون مجتمع الدراسة من طلاب إحدى الجامعات غانا، بينما تألفت عينة الدراسة من (200) طالب. توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان أبرزها أن الخطأ الدوائي والإهمال أكثر الأخطاء الطبية شيوعاً، وأن الممرضات والأطباء موظفين يقومون بمعظم الأخطاء الطبية، كما توصلت الدراسة إلى أن الأخطاء الدوائية هي أكثر الأخطاء الشائعة التي يمكن أن تؤثر على سلامة المرضى. وقد أوصت الدراسة بإشراف معزز وطرق فعالة لتدريس إدارة الدواء، واتخاذ تدابير حكيمة في معالجة ذلك إلى تقليل هامش الخطأ في المرافق الصحية.

دراسة (Abedi, et al., 2019). بعنوان:

" Impact Of Patients' Safety Rights And Medical Errors On The Patients' Security Feeling: A Cross-Sectional Study."

هدفت الدراسة إلى التحقيق في العلاقة بين سلامة المرضى والأخطاء الطبية وحقوق سلامة المرضى مع شعور المرضى بالأمان في مستشفيات مختارة في مقاطعة مازندران، إيران. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الدراسة الاستبيان في جمع بياناتها. تكون مجتمع الدراسة من مستشفيات مختارة في مقاطعة مازندران في المستشفيات العامة والاجتماعية والخاصة في إيران، وتشكلت عينة الدراسة من (1083)

مريضاً. توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج كان أهمها نتائج اختبار الارتباط أن الخطأ الطبي وسلامة المريض وحقوق المريض في نفس الوقت لها علاقة كبيرة بشعور المريض بالأمان في المستشفيات المختارة.

دراسة (Vahidi, et al., 2018). بعنوان:

" Clinical Errors: Implementing Root Cause Analysis In An Area Health Service." هدفت الدراسة إلى التحليل الجذري لسبع أحداث خضر تم الإبلاغ عنها إلى إحدى نواب المستشارين الكبار في جامعات العلوم الطبية في إيران. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي النوعي وتم استخدام نموذج تصنيف أخطاء التمريض في الإدارة السريرية (NECM)، وتصنيف سبب الخطأ، المعتمد من قبل النظام الصحي الوطني في المملكة المتحدة. توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها أنه تم تحديد (30) مشكلة تتعلق بالخدمة أو الرعاية الصحية، من أصل (30) مشكلة تم تحديدها، كانت أكثر المشاكل متعلقة بمشاكل الرعاية وأقلها تكراراً تتعلق بالمشاكل المعرفية والمهارية، وأن أكثر أنماط الخطأ شيوعاً تتعلق بالعوامل التنظيمية، وأقل الأنماط شيوعاً هي العوامل المتعلقة بالمريض والمرافقة للمريض وقد أوصت الدراسة بالتقييم المنتظم للأحداث والحوادث الخافرة في القطاعات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية والعلاج.

1.3 منهج الدراسة:

تتبع الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على اساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين متغيراتها واسبابها واتجاهاتها، وهو منهج مستخدم بكثرة في الابحاث والدراسات لان عملية الوصف والتحليل للظواهر تكاد تكون مسألة مشتركة وموجودة في كافة انواع البحوث العلمية، وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة على النحو التالي:

1. المنهج الوصفي في وصف أبعاد متغيرات الدراسة والمتمثلة في الأخطاء الطبية

وتحسين كفاءة الخدمة الصحية.

2. المنهج التحليلي بغرض تحليل أثر الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة

الصحية.

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها:

يشمل مجتمع الدراسة كافة العاملين القطاع الصحي في المدينة المنورة من الكادر الاداري والطبي والتمريضي، حيث سيتم اختيار عينة عشوائية طبقية تشمل كافة الطبقات الوظيفية من مجتمع الدراسة تبلغ (250) موظف من افراد المجتمع. وصف خصائص عينة الدراسة:

تناولت الدراسة جملة من الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من حيث "النوع، سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي، والمستوى الوظيفي"، واستنادا على ذلك تم وصف عينة الدراسة كآتي:

أولا النوع، ويشير الجدول (1) الى خصائص عينة الدراسة وفقا لمتغير النوع:

الجدول رقم (1) خصائص عينة الدراسة وفقا لمتغير النوع

| الخصائص الديموغرافية | المتغير | التكرار | النسبة % |
|----------------------|---------|---------|----------|
| النوع | ذكر | 119 | 50.9 |
| | انثى | 115 | 49.1 |
| | المجموع | 234 | 100.0 |

يشير الجدول رقم (1) الى ان نسبة الذكور بلغت (50.9%) من أفراد عينة الدراسة، أما الإناث فقد بلغت نسبتهم (49.1%) من أفراد العينة في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

ثانيا سنوات الخبرة، ويشير الجدول (2) الى خصائص عينة الدراسة وفقا لمتغير سنوات الخبرة:

الجدول رقم (2) خصائص عينة الدراسة وفقا لمتغير سنوات الخبرة

| الخصائص الديموغرافية | المتغير | التكرار | النسبة % |
|----------------------|----------------|---------|----------|
| سنوات الخبرة | 5 سنوات فأقل | 49 | 20.9 |
| | من 6-10 سنوات | 110 | 47.0 |
| | من 11-15 سنوات | 32 | 13.7 |
| | من 16-20 سنة | 42 | 17.9 |
| | 21 سنة فأكثر | 1 | .4 |
| | المجموع | 234 | 100.0 |

يشير الجدول رقم (2) الى أن النسبة الأكبر في الخبرة كانت للفئة (6-10 سنوات) حيث بلغت (47%)، تلاها الفئة (5 سنوات فأقل) وبنسبة بلغت (20.9%)، ومن ثم الفئة (16-20 سنة) وبنسبة بلغت (17.9%)، تلاها فئة الخبرة (11-15 سنة) بنسبة (13.7%)، وأخيراً فئة الخبرة من (21 سنة فأكثر) وبنسبة بلغت (0.4%)، أي شخص واحد من أفراد العينة في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

ثالثاً المؤهل العلمي، ويشير الجدول (3) الى خصائص عينة الدراسة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي:

الجدول رقم (3) خصائص عينة الدراسة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي

| الخصائص الديموغرافية | المتغير | التكرار | النسبة % |
|----------------------|--------------------|---------|----------|
| المؤهل العلمي | دبلوم متوسط أو أقل | 9 | 3.8 |
| | بكالوريوس | 192 | 82.1 |
| | دبلوم عالي | 22 | 9.4 |
| | ماجستير | 8 | 3.4 |
| | دكتوراه | 3 | 1.3 |
| | المجموع | 234 | 100.0 |

يشير الجدول رقم (3) الى أن أعلى نسبة في فئة المؤهل التعليمي كانت لحاملي شهادة البكالوريوس بنسبة بلغت (82.1%)، تلاها نسبة حملة مؤهل دبلوم عالي بنسبة (9.4%)، ومن ثم حملة مؤهل دبلوم متوسط فأقل بنسبة (3.8%)، ومن ثم حملة الماجستير بنسبة (3.4%)، أما أقل نسبة كانت لحملة شهادة الدكتوراه حيث بلغت (1.3%) من أفراد العينة في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

رابعاً الموقع الوظيفي، ويشير الجدول (4) الى خصائص عينة الدراسة وفقاً لمتغير الموقع الوظيفي:

الجدول رقم (4) خصائص عينة الدراسة وفقاً لمتغير الموقع الوظيفي

| الخصائص الديموغرافية | المتغير | التكرار | النسبة % |
|----------------------|------------|---------|----------|
| الموقع الوظيفي | إداري | 55 | 23.5 |
| | طبيب | 34 | 14.5 |
| | ممرض | 123 | 52.6 |
| | مهن مساعدة | 13 | 5.6 |
| | صيدلي | 9 | 3.8 |
| | المجموع | 234 | 100.0 |

يشير الجدول رقم (4) الى أن النسبة الأكبر من أفراد العينة لمن يعملون كممرضين بنسبة (52.6%)، تلاها أفراد العينة الذين يعملون كإداريين وبنسبة بلغت (23.5%)، ومن ثم أفراد العينة الذين يعملون كأطباء وبنسبة بلغت (14.5%)، ومن ثم أفراد العينة الذين يعملون في المهن المساعدة وبنسبة (5.6%)، وأخيراً أفراد العينة اللذين يعملون في الصيدلة وبنسبة بلغت (3.8%) من أفراد العينة في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

3.3 مصادر جمع البيانات:

سيتم الاعتماد على مصدرين لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة:

- 1- مصادر ثانوية: سيتم الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية، من خلال مسح الإنتاج العلمي حول الموضوعات المتعلقة بمتغيرات نموذج الدراسة عن طريق الكتب والمراجع العلمية والمقالات والدوريات والدراسات والمطبوعات والأبحاث والرسائل العلمية لتغطية أدبيات الدراسة.
- 2- مصادر أولية: سيتم الاعتماد على أداة دراسة (استبانة) التي سيتم إعدادها لغرض الحصول على آراء الكادر الإداري والطبي والتمريضي عن أبعاد ومتغيرات نموذج الدراسة.

4.3 أداة الدراسة:

ستشمل أداة الدراسة الأجزاء الآتية:

- الجزء الأول: العوامل الديموغرافية وتشمل (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة، الموقع الوظيفي).
- الجزء الثاني: يحتوي هذا الجزء على الفقرات المتعلقة بآراء المبحوثين في الأخطاء الطبية.
- الجزء الثالث: ويشمل الفقرات المتعلقة بالمتغير التابع كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (جودة الخدمة، سلامة المرضى، إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

وسيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي: (موافق بشدة)، (موافق)، (محايد)، (غير موافق)، (غير موافق بشدة).

5.3 صدق وثبات أداة الدراسة :

سيتم الاعتماد على نوعين من اختبار صدق الأداة على النحو التالي :

(1) الصدق الظاهري: من خلال عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين من

أساتذة الجامعة والأخذ بملاحظاتهم حول أداة الدراسة.

الصدق الداخلي: سيتم استخدام اختبار (كرونباخ ألفا) لقياس مدى ثبات أداة القياس واتساقها الداخلي، وقدرتها على قياس أبعاد ومحاور الدراسة حيث أنه من الجانب التطبيقي يعتبر $(\alpha \leq 0.70)$ ، مقبولة في البحوث في مجالات الإدارة (Sekaran & Bougie, 2013)، ويشير الجدول التالي إلى النتائج:

الجدول (5): قيم الثبات بطريقة "كرونباخ ألفا" لإيجاد معامل الاتساق الداخلي

| الرقم | البعد | عدد الفقرات | معامل كرونباخ ألفا |
|------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------|
| | الأخطاء الطبية | | |
| | | 6 | 0.792 |
| تحسين كفاءة الخدمة في القطاع الصحي | | | |
| 1 | تحسين جودة الخدمة | 11 | 0.937 |
| 2 | تحسين سلامة المرضى | 10 | 0.911 |
| 3 | تحسين إدارة المخاطر الصحية | 7 | 0.817 |
| | الأداة ككل | 34 | 0.959 |

يظهر من الجدول (5) أن معاملات كرونباخ ألفا لأبعاد ومتغيرات أداة الدراسة جميعها أكبر من (0.70)، كما يشير الجدول إلى أن معامل كرونباخ للأداة ككل بلغ (95.9%)، مما يدل على صلاحية الأداة لتحقيق أهداف الدراسة.

6.3 الأساليب الإحصائية :

بالاعتماد على برنامج (SPSS) تم إجراء الاختبارات التالية :

مقاييس الإحصاء الوصفي:

وذلك لوصف مجتمع الدراسة وعينتها وتحديد خصائصها، بالاعتماد على النسب

المتوية والتكرارات، وترتيب متغيرات الدراسة حسب أهميتها النسبية بالاعتماد على قيم الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية.

الإحصاء التحليلي:

لغرض اختبار فرضيات الأثر تم اعتماد تحليل الانحدار (Regression).

4.1 النتائج

تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات عينة الدراسة حول الأخطاء الطبية ودورها في تحسين كفاءة الخدمة الصحية دراسة تطبيقية على القطاع الصحي في المدينة المنورة، وفيما يلي عرض النتائج:
المتغير المستقل: الأخطاء الطبية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات عينة الدراسة عن فقرات المتغير المستقل "الأخطاء الطبية" وكانت النتائج كالآتي:

الجدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير المستقل الأخطاء الطبية

| الرقم | الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | المستوى |
|-------|--|-----------------|-------------------|--------|---------|
| 1 | التشخيص الخاطئ | 3.987 | 0.864 | 1 | مرتفع |
| 2 | القيام بإجراء جراحي في الجانب الخاطئ من الجسم | 3.408 | 1.260 | 2 | متوسطة |
| 3 | إغفال نتائج اختبار مهم بسبب نوم الطبيب أو الممرضة لفترة قصيرة من بعد رعاية مريض حالته حرجة | 2.424 | 1.346 | 4 | متوسطة |
| 4 | إعطاء المرضى الدواء الخاطئ أو جرعة خاطئة | 2.355 | 1.355 | 5 | متوسطة |
| 5 | إعطاء المرضى دواءً لديهم حساسية تجاهه | 2.338 | 1.341 | 6 | متوسطة |
| 6 | عدم الرقابة الدقيقة للمرضى ذوي الحالات الحرجة. | 3.022 | 1.217 | 3 | متوسطة |
| | الأخطاء الطبية ككل | 2.922 | --- | --- | متوسطة |

يشير الجدول (6) إلى إجابات أفراد عينة الدراسة حول فقرات المتغير المستقل الأخطاء الطبية، ويظهر من الجدول أن المتوسط الحسابي للمتغير بلغ (2.922) وبمستوى متوسط، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية لفقرات المتغير بين (2.338-3.987)، وكانت أكثر الأخطاء الطبية التي تعتقد عينة الدراسة حدوثها في القطاع الصحي هي التشخيص الخاطئ، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأراء عينة الدراسة لها (3.987) وبمستوى مرتفع، ثم تلتها الخطأ الناتج عن القيام بإجراء جراحي في الجانب الخاطئ من الجسم بمتوسط حسابي (3.408) وبمستوى متوسط، بينما كانت أقل الأخطاء التي تعتقد عينة الدراسة

حدوثها في القطاع الصحي هي الأخطاء الناتجة عن إعطاء المرضى دواءً لديهم حساسية تجاهه بمتوسط حسابي (2.338) بمستوى متوسط.

المتغير التابع، تحسين كفاءة الخدمة الصحية :

يشير الجدول رقم (10) إلى متغيرات تحسين كفاءة الخدمة الصحية حيث تم حساب المتوسطات الحسابية لكل مجال من مجالات تحسين كفاءة الخدمة الصحية وقد تم ترتيبها تنازلياً حسب درجة التقدير، وكانت النتائج على النحو الآتي:

الجدول رقم (7) متغيرات تحسين كفاءة الخدمة الصحية وقد تم ترتيبها تنازلياً حسب

درجة التقدير

| الرتبة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | المجال |
|--------|-------------------|-----------------|----------------------------|
| 1 | 1.054 | 3.586 | تحسين سلامة المرضى |
| 2 | 1.109 | 3.443 | تحسين جودة الخدمة |
| 3 | 0.974 | 3.424 | تحسين إدارة المخاطر الصحية |
| | 1.046 | 3.484 | الاجمالي |

يشير الجدول رقم (7) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة لمجالات تحسين كفاءة الخدمة الصحية، ويشير الجدول إلى وجود درجة تقدير متوسطة لتحسين كفاءة الخدمة الصحية بمتوسط حسابي بلغ (3.484).

ويشير الجدول إلى أن مجال تحسين سلامة المرضى كان في الرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.586)، تلاه مجال تحسين جودة الخدمة بمتوسط حسابي بلغ (3.443)، وحل أخيراً مجال تحسين إدارة المخاطر الصحية بمتوسط حسابي (3.424)، حيث كانت تلك المجالات على مستوى متوسط من التقدير.

4.2 اختبار الفرضيات

الفرضية الرئيسية

هناك أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (تحسين جودة الخدمة،

تحسين سلامة المرضى، تحسين إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

ولاختبار فرضية الدراسة الرئيسية تم إجراء اختبار الانحدار لبيان مدى وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (جودة الخدمة، سلامة المرضى، إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة. اختبار قوة النموذج:

جدول (8) ملخص النموذج

(Model Summary)^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .572 ^a | .328 | .325 | .60395 |

a. Predictors: (Constant), الأخطاء

يشير الجدول (8) أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغت قيمته (0.572)، كما هو موضح، وبلغت قيمة معامل التحديد (R^2) بلغ (0.328)، وعليه فإن المتغير المستقل استطاع أن يفسر (32.8%) من التغيرات الحاصلة في المتغيرات التابعة.

اختبار المعنوية الإجمالية لنموذج الانحدار:

يمثل الجدول (8) نتائج تحليل التباين ANOVA لاختبار معنوية نموذج الانحدار:

جدول (8) نتائج تحليل التباين^b

| Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| Regression | 41.246 | 1 | 41.246 | 113.080 | .000 ^b |
| 1 Residual | 84.622 | 232 | .365 | | |
| Total | 125.868 | 233 | | | |

a. Dependent Variable: كفاءة

b. Predictors: (Constant), الأخطاء

يوضح جدول (8) تحليل التباين والذي يهدف إلى التعرف على القوة التفسيرية للنموذج وللمتغير مستقل الأخطاء الطبية على المتغير التابع تحسين كفاءة الخدمة الصحية عن طريق تحليل إحصائي (F)، ومن خلال ما يبينه جدول (12) فإنه يتضح

وجود معنوية عالية لإختبار (F) مقدرة بـ (113.080) اعلى من قيمتها الجدولية (2.19)، وبمستوى الدلالة قُدرت بـ (Sig = 0.000) أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبهذا يكون لنموذج الانحدار ملائم لقياس العلاقة السببية بين المتغير المستقل الأخطاء الطبية والمتغير التابع تحسين كفاءة الخدمة الصحية.

ومن هذا المنطلق يتم رفض الفرضية الصفرية مع قبول الفرضية البديلة والتي تنص على أن " نموذج الانحدار معنوي (يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغيرات التابعة)" وعليه فإنه يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغيرات التابعة، إذ فسرت المتغير المستقل ما مقداره (32.8%) من المتغيرات التابعة.

أي أنه: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (تحسين جودة الخدمة، تحسين سلامة المرضى، تحسين إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

الفرضية الفرعية الأولى

هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. ولاختبار فرضية الدراسة الفرعية الأولى تم إجراء اختبار الانحدار لبيان مدى وجود أثر ذو دلالة احصائية للأخطاء الطبية على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. إختبار قوة النموذج:

جدول (13) ملخص النموذج

(Model Summary)^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .464 ^a | .216 | .212 | .77468 |

a. Predictors: (Constant), الأخطاء

يشير الجدول (13) أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغت قيمته (0.464)، كما هو موضح، وبلغت قيمة معامل التحديد (R^2) بلغ (0.216)،

وعليه فإن المتغير المستقل استطاع أن يفسر (21.6%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع.

إختبار المعنوية الإجمالية لنموذج الانحدار:

يمثل الجدول (14) نتائج تحليل التباين ANOVA لاختبار معنوية نموذج الانحدار:

جدول (14) نتائج تحليل التباين^b

| Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| Regression | 38.271 | 1 | 38.271 | 63.770 | .000 ^b |
| Residual | 139.231 | 232 | .600 | | |
| Total | 177.502 | 233 | | | |

a. Dependent Variable: جودة

b. Predictors: (Constant), الأخطاء

يوضح جدول (14) تحليل التباين والذي يهدف إلى التعرف على القوة التفسيرية للنموذج وللمتغير مستقل الأخطاء الطبية على المتغير تابع تحسين جودة الخدمة من حيث الإنتاج عن طريق تحليل إحصائي (F)، ومن خلال ما يبينه جدول (14) فإنه يتضح وجود معنوية عالية لإختبار (F) مقدرة بـ (63.770) اعلى من قيمتها الجدولية (2.19)، وبمستوى الدلالة قُدرت بـ (Sig = 0.000) أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبهذا يكون لنموذج الانحدار ملائم لقياس العلاقة السببية بين المتغير المستقل الأخطاء الطبية والمتغير التابع تحسين جودة الخدمة.

ومن هذا المنطلق يتم رفض الفرضية الصفرية مع قبول الفرضية البديلة والتي تنص على أن " نموذج الانحدار معنوي (يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع)" وعليه فإنه يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع، إذ فسرت المتغير المستقل ما مقداره (21.6%) من المتغير التابع.

أي أنه: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

الفرضية الفرعية الثانية

هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة احصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين سلامة المرضى في القطاع الصحي في المدينة المنورة. ولاختبار فرضية الدراسة الفرعية الأولى تم إجراء اختبار الانحدار لبيان مدى وجود أثر ذو دلالة احصائية للأخطاء الطبية على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. اختبار قوة النموذج:

جدول (15) ملخص النموذج

(Model Summary)^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .488 ^a | .238 | .235 | .68995 |

a. Predictors: (Constant), الأخطاء

يشير الجدول (15) أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغت قيمته (0.488)، كما هو موضح، وبلغت قيمة معامل التحديد (R^2) بلغ (0.238)، وعليه فإن المتغير المستقل استطاع أن يفسر (23.8%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع.

إختبار المعنوية الإجمالية لنموذج الانحدار:

يمثل الجدول (16) نتائج تحليل التباين ANOVA لاختبار معنوية نموذج الإنحدار:

جدول (16) نتائج تحليل التباين^b

| Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 Regression | 34.519 | 1 | 34.519 | 72.515 | .000 ^b |
| Residual | 110.438 | 232 | .476 | | |
| Total | 144.957 | 233 | | | |

a. Dependent Variable: سلامة

b. Predictors: (Constant), الأخطاء

يوضح جدول (16) تحليل التباين والذي يهدف إلى التعرف على القوة التفسيرية

لنموذج وللمتغير مستقل الأخطاء الطبية على المتغير تابع تحسين سلامة المرضى من حيث

الإنتاج عن طريق تحليل إحصائي (F)، ومن خلال ما بينته جدول (16) فإنه يتضح وجود معنوية عالية لإختبار (F) مقدرة بـ (72.515) اعلى من قيمتها الجدولية (2.19)، وبمستوى الدلالة قُدرت بـ (Sig = 0.000) أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبهذا يكون لنموذج الانحدار ملائم لقياس العلاقة السببية بين المتغير المستقل الأخطاء الطبية والمتغير التابع تحسين سلامة المرضى.

ومن هذا المنطلق يتم رفض الفرضية الصفرية مع قبول الفرضية البديلة والتي تنص على أن " نموذج الانحدار معنوي (يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع)" وعليه فإنه يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع، إذ فسرت المتغير المستقل ما مقداره (23.8%) من المتغير التابع.

أي أنه: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين سلامة المرضى في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

الفرضية الفرعية الثالثة

هناك أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين إدارة المخاطر الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. ولاختبار فرضية الدراسة الفرعية الأولى تم إجراء اختبار الانحدار لبيان مدى وجود أثر ذو دلالة احصائية للأخطاء الطبية على تحسين إدارة المخاطر الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة. اختبار قوة النموذج:

جدول (17) ملخص النموذج

(Model Summary)^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | .689 ^a | .475 | .472 | .49781 |

a. Predictors: (Constant), الأخطاء

يشير الجدول (17) أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع بلغت قيمته (0.689)، كما هو موضح، وبلغت قيمة معامل التحديد (R^2) بلغ (0.475)، وعليه فإن المتغير المستقل استطاع أن يفسر (47.5%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع.

إختبار المعنوية الإجمالية لنموذج الانحدار:

يمثل الجدول (18) نتائج تحليل التباين ANOVA لاختبار معنوية نموذج الإنحدار:

جدول (18) نتائج تحليل التباين^b

| Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|------------|----------------|-----|-------------|---------|-------------------|
| Regression | 51.916 | 1 | 51.916 | 209.494 | .000 ^b |
| 1 Residual | 57.493 | 232 | .248 | | |
| Total | 109.409 | 233 | | | |

a. Dependent Variable: مخاطر

b. Predictors: (Constant), الأخطاء

يوضح جدول (18) تحليل التباين والذي يهدف إلى التعرف على القوة التفسيرية للنموذج وللمتغير مستقل الأخطاء الطبية على المتغير تابع تحسين إدارة المخاطر الصحية من حيث الإنتاج عن طريق تحليل إحصائي (F)، ومن خلال ما يبينه جدول (18) فإنه يتضح وجود معنوية عالية لإختبار (F) مقدرة بـ (209.494) اعلى من قيمتها الجدولية (2.19)، وبمستوى الدلالة قُدرت بـ (Sig = 0.000) أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبهذا يكون لنموذج الانحدار ملائم لقياس العلاقة السببية بين المتغير المستقل الأخطاء الطبية والمتغير التابع تحسين إدارة المخاطر الصحية.

ومن هذا المنطلق يتم رفض الفرضية الصفرية مع قبول الفرضية البديلة والتي تنص على أن " نموذج الإنحدار معنوي (يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع)" وعليه فإنه يوجد تأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع، إذ فسرت المتغير المستقل ما مقداره (47.5%) من المتغير التابع.

أي أنه: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية $(\alpha=0.05)$ للأخطاء الطبية على تحسين إدارة المخاطر الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

5.1 الخاتمة :

إن انخفاض كفاءة وجودة الخدمة الصحية وضعف تأهيل العاملين في التعامل مع الأجهزة الطبية الحديثة يترتب عليه زيادة الخطورة على المريض، الأمر الذي يتسبب في إحداث أضرار قد تصل إلى حد المساس بحياة المريض وسلامة الإنسان، إذ أن الأداء المنخفض للخدمات الصحية من الممكن أن يؤدي إلى آثار بدنية ونفسية سلبية على صحة وإنتاجية المواطنين، كما وتعد الأخطاء الطبية من المشاكل التي يترتب عليها مخاطر وعواقب كبيرة كحالات الإعاقة أو العجز أو الوفاة ناهيك عن الضرر المعنوي الذي يلحق بالمشاعر والعواطف جراء هذه الأخطاء الطبية. ومن الصعب الكشف عن سبب ثابت للأخطاء الطبية، وحتى في حالة العثور عليها تمكن من توفير حل قابل للتطبيق متسق يقلل من فرص تكرار الحدث، وذلك من خلال التعرف على الأحداث غير المرغوبة التي تحدث، والتعلم منها، والعمل على منعها مما يؤدي تحسين سلامة المرضى، وتكمن مشكلة الدراسة في ان استفادة المستشفيات من الأخطاء الطبية غير واضحة ويكتنفها الغموض، لذا تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على دور الأخطاء الطبية في تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وذلك باتباع المنهج الوصفي التحليلي، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من الاستنتاجات والتوصيات.

5.2 مناقشة النتائج :

توصلت الدراسة إلى وجود درجة تقدير متوسطة للأخطاء الطبية المتوقع حدوثها في القطاع الصحي وفقاً لآراء عينة الدراسة في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وقد تبين من خلال النتائج أن أكثر الأخطاء الطبية التي تعتقد عينة الدراسة حدوثها

في القطاع الصحي هي التشخيص الخاطئ، حيث بلغ المتوسط الحسابي لآراء عينة الدراسة لها (3.987) وبمستوى مرتفع، ثم تلتها الخطأ النتائج عن القيام بإجراء جراحي في الجانب الخطأ من الجسم بمتوسط حسابي (3.408) وبمستوى متوسط، بينما كانت أقل الأخطاء التي تعتقد عينة الدراسة حدوثها في القطاع الصحي هي الأخطاء الناتجة عن إعطاء المرضى دواءً لديهم حساسية تجاهه بمتوسط حسابي (2.338) بمستوى متوسط.

كما توصلت الدراسة وجود درجة تقدير متوسطة لتحسين كفاءة الأداء الصحي في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وقد توصلت النتائج الى أن متغير تحسين سلامة المرضى كان في الرتبة الأولى من مغيرات كفاءة الاداء الصحي وبدرجة تقدير متوسطة، تلاه متغير تحسين جودة الخدمة وبدرجة تقدير متوسطة، وحل أخيراً متغير تحسين إدارة المخاطر الصحية وبدرجة تقدير متوسطة.

وقد بينت الدراسة ما يلي:

تحسين جودة الخدمة: توصلت الدراسة الى أن تحسين جودة الخدمة كان على درجة متوسطة من الأهمية والتقدير من متغيرات تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وقد أشارت نتائج الدراسة الى انه أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى تحسين مستوى الاهتمام الشخصي بالمريض في القطاع الصحي في المدينة المنورة، كما أشارت النتائج إلى أنه قليلاً ما يؤدي الأخذ بالأخطاء الطبية الى زيادة الاهتمام بتقدير ظروف المريض في القطاع الصحي في المدينة المنورة، كما بينت النتائج أنه قليلاً ما يؤدي الأخذ بالأخطاء الطبية الى التزام القطاع الصحي بتقديم الخدمات الطبية للمرضى في الوقت المحدد في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

تحسين سلامة المرضى: توصلت الدراسة الى أن تحسين سلامة المرضى كان على درجة متوسطة من الأهمية والتقدير من متغيرات تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وقد أشارت نتائج الدراسة الى انه أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى اعتبار سلامة المرضى من أهم اولوية ادارة القطاع الصحي في المدينة المنورة، كما أشارت النتائج إلى أنه أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى توفير أدوات وسياسات رقابية

في القطاع الصحي في المدينة المنورة، كما بينت النتائج أنه قليلا ما يؤدي الأخذ بالأخطاء الطبية الى استخدام طرق جديدة لتقديم الخدمة في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

تحسين إدارة المخاطر الصحية: توصلت الدراسة الى أن تحسين إدارة المخاطر الصحية كان على درجة متوسطة من الأهمية والتقدير من متغيرات تحسين كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وقد أشارت نتائج الدراسة الى انه دى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة في تحديد المخاطر، كما أشارت النتائج إلى أنه أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة في تجنب المخاطر، كما بينت النتائج أنه قليلا ما يؤدي لأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة في التصدي للمخاطر.

وقد تبين من خلال الدراسة وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على كفاءة الخدمة الصحية بأبعادها (جودة الخدمة، سلامة المرضى، إدارة المخاطر الصحية) في القطاع الصحي في المدينة المنورة، ومنه تبين ما يلي:

توصلت الدراسة الى وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

وأظهرت النتائج وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين سلامة المرضى في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

كما توصلت الدراسة الى وجود أثر إيجابي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) للأخطاء الطبية على تحسين إدارة المخاطر الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة.

5.3 التوصيات:

توصلت الدراسة الى وجود أثر إيجابي للأخطاء الطبية على كفاءة الخدمة الصحية في القطاع الصحي في المدينة المنورة، وعليه توصي الدراسة بالأخذ بالأخطاء الطبية من خلال النقاط التالية:

1. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى التزام القطاع الصحي بتقديم الخدمات الطبية للمرضى في الوقت المحدد.
2. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى حرص القطاع الصحي في المدينة المنورة على تقديم الخدمات الطبية بشكل صحيح من اول مرة.
3. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى اكساب العاملين الخبرة والكفاءة العاليتين.
4. الأخذ بالأخطاء الطبية الى الاستجابة الفورية لشكاوى المرضى.
5. الأخذ بالأخطاء الطبية الى توفير وسائل اتصال فعالة لرفع كفاءة العاملين.
6. الأخذ بالأخطاء الطبية الى تعاون القطاع الصحي في المدينة المنورة مع خبراء ومستشارين.
7. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة في التصدي للمخاطر.
8. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة الى تقليل أثر المخاطر.
9. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة الى تكوين خطط واقعية ومنطقية في إدارة المخاطر.
10. أدى الأخذ بالأخطاء الطبية الى رفع كافة القطاع الصحي في المدينة المنورة في مراجعة أسس المخاطر واعداد التقارير بها.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- أبو صوي، ساجدة (2017). معايير سلامة المرضى. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني <https://mawdoo3.com>.
- أحمد، هبة الرحمن (2018). تصنيف وإدارة المخاطر بالمؤسسات الصحية: دراسة لأنظمة إنذار الحرائق. مصر: المركز القومي لبحوث الإسكان والبناء.
- الأحمدي، حنان بنت عبد الرحيم (2017). سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة.
- أقطي، جوهرة، وترغيني، صباح (2017). بعنوان: "تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تكوين المورد البشري دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان-بسكرة". المجلة الجزائرية للبحوث الهندسية، 11(1).
- بغو، ألفة (2013). دور إدارة المخاطر في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية. رسالة ماجستير، جامعة أم البواقي، الجزائر.
- بورنان، حياة (2018). الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل. الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي في جامعة قلمة، الجزائر.
- بوغنجيو، أمينة، وشاوي، شافية (2018). الأخطاء الطبية: أزمة كفاءة أم أزمة أخلاق أم أزمة قانون؟. معهد العلوم الاقتصادية، وعلوم التسيير بجامعة عنابة، الجزائر.
- بوكحيل، شمس الدين، ويحي، محمد أمين (2019). المسؤولية الادارية للمستشفيات العمومية عن الأخطاء الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة 8 ماي 1945 قائمة.
- جبران، سارة زكريا (2018). المسؤولية القانونية عن الأخطاء الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة-جامعة القدس.
- دريدي، أحلام (2014). دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية. رسالة ماجستير، جامعة بسكرة، الجزائر.
- رقاد، صليحة (2014). تطبيق نظام ضمان الجودة في مؤسسات التعليم العالي الجزائرية آفاقه ومعوقاته: دراسة ميدانية بمؤسسات التعليم العالي للشرق الجزائري. أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف 1، الجزائر.
- زعيتر، فاتح، وقاسمي، كمال (2020). مساهمة أنظمة الأمن والسلامة المهنية في تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة. مجلة البشائر الاقتصادية 5(1)، 608-624.

- زقيبة، سارة (2018). أسباب الأخطاء الطبية. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني [./https://mawdoo3.com](https://mawdoo3.com).
- سعيد، عمر أحمد (2019). مدى ملائمة الإجراءات القانونية والإدارية في ضبط الأخطاء الطبية. رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين.
- شديد، مجد علي (2021). المسؤولية الجزائية عن الأخطاء الطبية وعبء اثباتها في التشريع الفلسطيني. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية.
- شكشوك، مفيدة (2019). دور الخبرة الطبية في إثبات الخطأ الطبي. مجلة العلوم القانونية والسياسية 10(2)، 764-775.
- طالب، هديل (2015). تقرير عن الأخطاء الطبية. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني [./https://mawdoo3.com](https://mawdoo3.com).
- الطويل، أكرم أحمد، والجليلي، آلاء حسيب، ووهاب، رياض جميل (2010). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى. مجلة تكرت للعلوم الإدارية والاقتصادية 6(19)، 9-38.
- عبد القادر، محمد نور (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال 11(4)، 899-920.
- العتيبي، صالح بن محمد (2014). الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عرعار، فاتح (2019). أثر الدليل المادي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المؤسسة؛ دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية رزيق البشير بيوسعادة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد بوضياف-المسيلة.
- قدور، أمينة (2018). جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المريض. رسالة ماجستير، جامعة مستغانم، الجزائر.
- كابوية، رشيدة (2015). التعويض عن الأخطاء الطبية. الملتقى الوطني الخامس بعنوان "حماية المستهلك، مشكلات المسؤولية المدنية" المنعقد خلال الفترة 9-10 ديسمبر 2015 في مخبر القانون والمجتمع بجامعة أدرار، الجزائر.
- لبيب، حسن عيد (2021). تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا العملاء. مجلة البحوث المالية والتجارية، 22(2)، 716-787.

- المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية (2018). تقرير عن سلامة المرضى: العمل العالمي بشأن سلامة المرضى. منظمة الصحة العالمية.
- محمد، امينة (2020). ما هي ثقافة سلامة المرضى. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني <https://www.almrsal.com>.
- منظمة الصحة العالمية (2019). سلامة المرضى. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني <https://www.who.int>.
- المنقاشي، إلهام (2021). إدارة المخاطر المؤسسية في الرعاية الصحية. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني <https://m-quality.net>.
- المهيد، شمسة تركي (2021). دور الاخصائي الاجتماعي كمدبر للحالة في مساعدة ضحايا الاخطاء الطبية. مجلة الخدمة الاجتماعية. 69(2). 257-302.
- يوسف، محمد (2019). خطة إدارة المخاطر في المستشفيات. تم استخلاصه بتاريخ 2022/4/11 من خلال الموقع الإلكتروني <https://www.almrsal.com>.

المراجع الأجنبية

- Abedi, G., Mahmoodi, G., Malekzadeh, R., Khodaei, Z., Belete, Y. S., & Hasanpoor, E. (2019). Impact of patients' safety rights and medical errors on the patients' security feeling: a cross-sectional study. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(3): 215-224.
- Andrade, L. E. L., Lopes, J. M., Souza Filho, M. C. M., Vieira Júnior, R. F., Farias, L. P. C., Santos, C. C. M. D., & Gama, Z. A. D. S. (2018). Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciencia & saude coletiva*, 23(1), 161-172.
- Bam, V., Safowaa, A., Lomotey, A. Y., & Nkansah, A. S. (2021). Nursing students' perception of medical errors: A cross-sectional study in a university. *Nursing Open*, 8(6), 3152-3160.
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public health*, 132, 3-12.
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98.

- Clapper, T. C., & Ching, K. (2020). Debunking the myth that the majority of medical errors are attributed to communication. *Medical Education*, 54(1), 74-81.
- Horachuk, V., Krut, A., & Michaltchuk, V. (2018). Approaches To Regulation Of Medical Products As A Condition Of Prevention Of Risks Their Use. *Likars'ka sprava*, (1-2), 166-170.
- Joint Commission International (2021). international patient safety goals. From the website <https://www.jointcommissioninternational.org/> (Retrieved in 11/4/2022).
- Kalra, J. (2014). Medical errors: an introduction to concepts. *Clinical biochemistry*, 37(12), 1043-1051
- Krein, L., Damschroder, J., Kowalski, P., Forman, J., Hofer, P., & Saint, S. (2010). The influence of organizational context on quality improvement and patient safety efforts in infection prevention: a multi-center qualitative study. *Social science & medicine*, 71(9): 1692-1701.
- Lassri, D., & Desatnik, A. (2020). Losing and regaining reflective functioning in the times of COVID-19: Clinical risks and opportunities from a mentalizing approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S38.
- Liu, H. C. (2019). *Improved FMEA methods for proactive healthcare risk analysis*. Singapore: Springer.
- Njoku, P. O., Edokpayi, J. N., & Odiyo, J. O. (2019). Health and environmental risks of residents living close to a landfill: A case study of Thohoyandou Landfill, Limpopo Province, South Africa. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2125.
- Pettit, A., & Duffy, J. (2015). Patient safety: Creating a culture change to support communication and teamwork. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 26(4), 23-26.
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2021). Medical error reduction and prevention. *StatPearls* [Internet]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2013). *Research methods for business – A skill building approach*, 6th edition. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons. ISBN: 978-1-119-94225-2

- Singh, A., Kumar, A., Jaswal, A., Singh, M., & Gaikwad, D. S. (2018). Nutrient use efficiency concept and interventions for improving nitrogen use efficiency. *Plant Arch*, 18(1), 1015-1023.
- Sullivan, N., & Schoelles, K. M. (2013). Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5), 410-416.
- Top, M., & Tekingündüz, S. (2015). Patient safety culture in a Turkish public hospital: A study of nurses' perceptions about patient safety. *Systemic Practice and Action Research*, 28(2), 87-110.
- 232-248.
- Tursunbayeva, A., Franco, M., & Pagliari, C. (2017). Use of social media for e-Government in the public health sector: A systematic review of published studies. *Government Information Quarterly*, 34(2), 270-282.
- Vahidi, S., Mirhashemi, S. H., Noorbakhsh, M., & Taleghani, Y. M. (2018). Clinical errors: implementing root cause analysis in an area health service. *International Journal of Healthcare Management*, 12(1): 256-267.
- Wang, M., & Tao, H. (2017). How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan City of China?. *International journal of environmental research and public health*, 14(10), 1123.
- Willard, J. (2020). What Is Risk Management In Healthcare?. From the website <https://verisys.com/> (Retrieved in 11/4/2022).