الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الطارف

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم علم الاجتماع

الملتقى الوطني حول :

الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري

21 و22أفريل2014

استمارة المشاركة الاولى:

الاسم واللقب: ابراهيم بوالفلفل **الوظيفة:**

الرتبة: أستاذ محاضر **المؤسسة : جامعة جيجل**

الهاتف 0776181438

البريد الإلكتروني:djentrans2001@yahoo.fr

استمارة المشاركة الثانية:

الاسم واللقب: لزغد راضية ، الدرجة العلمية: مسجلة في الدكتوراة جامعة الجزائر2

الوظيفة:أستاذة **المؤسسة: جامعة جيجل**

الهاتف: 0666607692 **العنوان البريدي:rlezeghed@hotmail.fr**

عنوان المداخلة: الأخطاء الطبية في المؤسسات العلاجية الجزائرية وتأثيرها على المريض الموضوع. دراسات ميدانية حول الاخطاء الطبية في المؤسسات العلاجية الجزائرية

Abstract:

This paper aimed to focus on a public health problem, by shedding light on the problem of medical errors by practioners of the medical profession in the Algerian public hospitals. Therefore, we tried to follow some medical errors that have been committed in the Algerian medical institutions, trying to search for some of their sources, and their causes and characteristics of the victims of these errors.

مقدمة

يعتبر الطب أحد أهم المهن الممارَسة في المجتمعات الحالية، وقد عرف منذ القدم على أيدي شعوب وأمم، وتطور مع تطور الحضارات الإنسانية، فتغيرت ممارسته من الكهانة والشعوذة ،إلى علم مستقل بذاته يرتكز على معطيات علمية محددة، ويستعين بأدوات وأجهزة معقدة، وقد أدى التقدم العلمي إلى ارتباط الممارسة الطبية في الكثير من التخصُصات بأجهزة فنية مختلفة، ما ساعد على ممارسة هذه المهنة في أماكن محددة ومعروفة سُميت بالمستشفيات، بعدما كانت تمارس قديما في أماكن متنقلة. وانتقل من الممارسة الفردية إلى الممارسة الجماعية، حيث لا يكاد الطبيب أن يتعرف على مريضه إلا من خلال ملفه الطبي الذي يمكن أن يتناوب عليه عدة أطباء مما يؤدي إلى إضعاف العلاقات بينهما (و لأن الطبيب غير ملزم دائما بشفاء المريض، فإنه ملزم على الأقل باحترام تخصصه، مع مراعاة الأصول العلمية لمهنته، والقواعد الأخلاقية التي تملى عليه، والتي ستصبح بمثابة قوانين تستلزم الاحترام، وتساهم في إحياء الضمير المهني له، ضف إلى ذلك تحليه بالحيطة والحذر الشديدين، بل اليقظة والفطنة أيضا. هاته الصفات التي تغير مضمونها في ظل المتغيرات العلمية السريعة والغامضة أحيانا، والتي يصعب قبولها تارة، وتطبيقها ومواجهة نتائجها تارة أخرى، ومن هذه المنطلقات فقد يقع الخطأ في ممارسة المهنة الطبية، والذي سيعرض صاحبه لمتابعات قانونية، و سيُحدث للمريض عاهات أو متاعب صحية قد تؤدي به إلى الوفاة.

من هنا حاولنا تتبع بعض الأخطاء الطبية التي تم ارتكابها في المؤسسات العلاجية الجزائرية، محاولين البحث عن بعض مصادرها، و مسبباتها، لنتساءل ما إذا كان لكل من التزام الطبيب بأخلاقيات المهنة، و الثقافة الصحية للمريض علاقة بوقوع الأخطاء الطبية، ام لا توجد علاقة بينهما؟

أولا– إشكاليـــــة الدراسة:

إن ارتكاب الأخطاء الطبية ليست وليدة اليوم ، فقد وُجدت المسؤولية الطبية منذ تواجد مهنة الطب. فمنذ عهد بعيد أهتم المشرعون القدماء بوضع قوانين وعقوبات لمرتكبي هذه الأخطاء، خاصة منهم

الأطباء، ومن بين هذه القوانين كان هناك (قانون " *حمورابي* " منذ أكثر من 14 قرنا يُعاقب فيه الأطباء الذين اقترفوا خطئا طبيا بقطع يدهم [1].

لقد أهتم علماء الإجتماع بدراسة الممارسة الطبية، لذلك سادت النظرة إليها باعتبارها ميكانيزما في النسق الاجتماعي للتوافق مع المرض الذي يصيب أعضائه، وبالتالي تم إعتبار المستشفى كنسق إجتماعي وثقافي. وقد كان" *بارسونز*" أحد هؤلاء العلماء المهتمين بالبناء الإجتماعي للممارسة الطبية ضمن دراسة النسق، بحيث أجرى تنميطا لدور الممارس الطبي، وتحليلا لدور المريض، وتأثير كليها على الجوانب الأخرى للبناء الكلي للنسق الإجتماعي، وقد أعتبر " *بارسونز*" دور الطبيب مرتكزا على قوته وخبرته التكتيكية، وعلى مكانته المهنية المتخصصة والسلطة الموقفية [2]، وأهتم بالتفاعلات بين الطبيب والمريض من خلال دراسته للفعل الاجتماعي والدور الاجتماعي لكل منهما.

من هنا، حاولنا التوغل في عالم الطب محاولين معرفة بعض الأخطاء الطبية من خلال المسؤولية داخل المستشفيات الجزائرية العامة، متتبعين في ذلك مصادرها، ثم النظر إلى ضحايا هذه الأخطاء وقياس بعض النتائج المترتبة عن ذلك، خاصة بعد التصريح الذي قدمه الدكتور "بقاط بركاني محمد"عن تلقيه 500 شكوى رفعها المواطنون ضد الأطباء من مختلف الولايات خلال سنتي 2006م–2007م [3]، وبدلك طرحنا التساؤلات التالية: ما هي الأسباب المهنية المؤدية إلى وقوع الأخطاء الطبية في المؤسسات العلاجية الجزائرية ؟ وهل هناك علاقة بين كل من التزام الطبيب بالأخلاق الطبية ، ومدى ثقافة المريض الصحية بوقوع الخطأ الطبية؟

<u>ثانيا– فرضيات الدراسة :</u>

- **كلما التزم الطبيب بأخلاقيات المهنة، كلما قل وقوعه في الخطأ الطبي.**
- **كلما كان للمريض ثقافة صحية حول مرضه ، كلما قل وقوع الخطأ عليه**

<u>ثالثا– تحديد المفاهيم:</u>

- **التعريف الإجرائي *لأخلاقيات المهنة* : أخلاقيات المهنة هي كل التصرفات و السلوكيات التي يسلكها الأطباء أثناء قيامهم بواجباتهم الطبية في المؤسسة العلاجية التي يعملون بها، والتي حددت من قبل مدونة أخلاقيات الطب، أو التي حددها المجتمع من خلال القيم و المعايير الأخلاقية السائدة فيه.**
- **التعريف الإجرائي للمريض: المريض هو الشخص الذي يتعرض للانتكاس الصحي، فيتوجه للمؤسسات العلاجية لطلب المساعدة الطبية من الطبيب، لغرض تحقيق الشفاء أو التحسن، سواء كان ذلك برغبة منه، أو كان مجبر على فعل ذلك.**

---

[1] عامر النجار: <u>في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية</u>، دار المعارف، القاهرة، 1954، ط3، ص24.

[2] نادية محمد السيد عامر: <u>علم الإجتماع الطبي</u>، دار المعرفة الجامعية الأزاريطية، 1998، ص 100.

- **التعريف الإجرائي للطبيب: الطبيب هو الشخص الذي يملك المعرفة الطبية، يلجأ إليه المريض ليساعده على تحقيق الشفاء أو التحسن،كما يكون دور الطبيب ايجابيا في تقديم العلاج، محايدا في الخدمات الطبية للمريض، متتبعا لأخلاقيات مهنته النبيلة.**
- **التعريف الاجرائي للخطأ الطبي:الخطأ الطبي لا يكون إلا أثناء ممارسة المهنة الطبية، وهو يترتب عن الإخلال بأصول وقواعد الموضوعية المتعارف عليها، فيخرجون عن السلوك المهني المألوف، وعن الأصول العلمية و الأخلاقية المعمول بها، والمستقر عليها في المهنة الطبية.**

رابعا-منهجية البحث و التقنيات المستعملة:

- **منهج الدراسة: لدراسة الظاهرة موضوع البحث ارتأينا استخدام منهج البحث الميداني .**
- **التقنيات المستعملة: تم استخدام تقنية الاستمارة ، اشتملت على نموذجين، أحدهما كان موجها لضحايا الأخطاء الطبية، والثاني كان موجها للأطباء، ويتكون النموذج من عدة محاور في كل محور عدد معين من الأسئلة.**
- ***المجال الجغرافي للدراسة:* تمثل في " اللجنة الوطنية لضحايا الأخطاء الطبية" الكائنة بالجزائر العاصمة، وقد أنشأت في شهر جويلية من سنة 2009 م من طرف ضحايا الأخطاء الطبية.**
- ***العينة:* تم استخدام العينة العرضية عن طريق دراسة لبعض حالات ضحايا الأخطاء الطبية المتواجدة في اللجنة الوطنية لضحايا الأخطاء الطبية. وقد حددنا عينتنا في الأخير ب 20 حالة.**

خامسا- تحليل معطيات ونتائج الدراسة:

1/ أخلاقيات الطبيب

- ***هيئة الطبيب أثناء العمل:***

يبين لنا هذا الجدول أن 90% من ضحايا الأخطاء الطبية وقع لهم الضرر، فيما لم يقع علـــى 10% منهم، لكن عند إدخالنا للمتغير الدال على هيئة الطبيب، وجدنا أن وقوع الضرر كان بنسبة 100% من قبل الأطباء الغير مرتدين المآزر، كما سجلت نفس النسبة لمن تميزهم بعض الصفات الغريبة، و 88% ممن كانت هيئتهم عادية. أما الأطباء الذين لم يتسببوا في وقوع الضرر فقد مثلوا بنسبة 22% من قبل لأطباء المرتدين المآزر.

جدول رقم 1: العلاقة بين هيئة الطبيب ووقوعه في إحداث الضرر

وقوع الضرر / هيئة الطبيب	وقع	لم يقع	مـــــجموع
عادية ويرتدي المئزر	15 %88	2 %22	17 %100
لا يرتدي المئزر	1 %100	/	1 %100
أخرى	2 %100	/	2 %100

المـــــجموع	18 %90	2 %10	20 %100

من خلال هذه النتائج نستنتج أن وقوع الضرر يكون من قبل الأطباء الذين لا يتبعون أخلاقيات مهنتهم كاستغنائهم عن لباس المآزر، أو اتصافهم ببعض الصفات المخيفة أو المبهمة. لذلك نقول أنه توجد هناك علاقة بين هيئة الطبيب الذي يقدم العلاج، ومدى وقوع الضرر للضحية، فكلما اتبع أخلاقيات مهنته بارتدائه المئزر، كلما قل وقوعه في الضرر. وما يؤكد ذلك هو معامل كا^2، بحيث قدرت كا^2 الحسابية 11,32، وقدرت كا^2 الجدولية 5.99، ليتم بعد ذلك رفض فرضية العدم، وتأكيد وجود هذه العلاقة.

- ***<u>طريقة إستقبال الطبيب للمريض</u>***

حسب الجدول رقم 2 فان ضحايا الأخطاء الطبية يقرون بأن طريقة إستقبال الأطباء لهم كانت عادية بنسبة 50%، بينما كانت سيئة بنسبة 30%، كما كانت حسنة بنسبة 20% . و تساهم طريقة إستقبال الطبيب للمريض في كسب ثقة المريض ونجاحه في تقبل المريض لدوره كطبيب، يتبع نصائحه حتى يحقق الشفاء والتحسن.

ان طريقة الإستقبال السيئة التي توحي بخروج الطبيب عن القيم والمعايير التي يحددها المجتمع له، تضعف عملية الإتصال بين الطبيب و المريض. أما طريقة الإستقبال الحسنة فتمنح المريض الشعور بالطمأنينة والسكينة، وتمهد له الطريق في تلقيه العلاج، وتتبع أوامر طبيبه.

جدول رقم 2 يبين طريقة إستقبال الطبيب لمريضه.

الإحتمـــــــــــالات	ك	%
حسنة	4	20
عادية	10	50
سيئة	6	30
المجمـــــــــــوع	20	100

- ***<u>تعابير وجه الطبيب أثناء العمل:</u>***

يبين الجدول رقم 3 أن 50% من الأخطاء البسيطة قد وقعت من أطباء تعابير وجوههم مبتسمة وعادية على التوالي ولم يقع منهم أي خطأ خطير في حين أن 93% من الأخطاء الخطيرة قد وقعت من أطباء ملامحهم عادية وأن 100% من الأخطاء الخطيرة قد وقعت من ذوي الملامح المخيفة. توحي نتائج الجدول إلى وجود علاقة بين المتغيرين، ومن أجل التدليل إحصائيا على ذلك قمنا بحساب معامل كا ^{2}، فوجدنا قيمة كا^2 الحسابية تقدر بـــ 14,56، فيما وجدنا قيمة كأ^2 الجدولية تعادل 9,48، أي أنه توجد علاقة بين ملامح وجه الطبيب الذي يقدم العلاج، مع نوع الخطأ الذي يرتكبه على الضحية، فكلما كانت ملامح وجه الطبيب مخيفة، كلما زاد من ارتفاع الأخطاء الخطيرة، وتقل نسبها كلما كانت ملامح الوجه توحي وتقترب من البشاشة.

جدول رقم 3 يبين العلاقة بين تعابير وجه الطبيب مع نوع الخطأ الذي وقع على المريض:

نوع الخطأ / تعابير وجه الطبيب	بسيط	متوسط	خطير	مـــــج
مبتسمة	1 %50	1 %50	/	2 %100
عادية	/	1 %7	14 %93	15 %100
مخيفة	/	/	3 %100	3 %100
مـــــجموع	1 %5	2 %10	17 %85	20 %100

- ***شرح الطبيب لحالة المريض:***

يوضح لنا الجدول رقم 4 أن 90%من ضحايا الأخطاء الطبية وقع لهم الضرر. فيما لم يقع على 10%منهم، لكن عندما ربطنا بين وقوع الضرر مع مدى شرح الطبيب لحالة مريضه وجدنا أن وقوع الضرر كان بنسبة 100% بالنسبة للضحايا الذين تابعوا العلاج مع أطباء لم يقوموا بشرح حالتهم المرضية، و 82%للضحايا الذين تابعوا العلاج مع أطباء قاموا بشرح حالتهم المرضية، فيما لم يقع الضرر على 28%من الضحايا الذين تابعوا العلاج مع أطباء قاموا بشرح حالتهم المرضية.

جدول رقم 4 العلاقة بين شرح الطبيب لحالة المريض مع وقوع الضرر

وقوع الضرر / الطبيب	وقع	لم يقع	المجموع
شرح	9 %82	2 %28	11 %100
لم يشرح	9 %100	/	9 %100
المـــــجموع	18 %90	2 %10	20 %100

وبقياس درجة ارتباط هذان المتغيران، وجدنا قيمة تقدر ب- 1 مما يعني وجود علاقة عكسية قوية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما قام الطبيب بشرح الحالة المرضية لصاحبها، كلما قل وقوع الضرر عليه، وذلك لإمداد وإفادة المريض ببعض النصائح والإرشادات التي تكسبه ثقافة صحية يسير على متنها لإنجاح العلاج والإبتعاد عن الأضرار قدر الإمكان.

- ***الوسائل التي استعملها الطبيب مع مريضه:***

يبين لنا الجدول رقم 5 وقوع الضرر لـــ 90% من ضحايا الأخطاء الطبية، لكن عند إدخال متغير الوسائل المستعملة من قبل الطبيب، على وقوع الضرر، وجدنا أن 100% من الأفراد الذين وقع لهم

الضرر كانوا قد تابعوا العلاج لدى أطباء استعملوا وسائل غريبة عن مهنتهم، و 80% منهم تابعوا العلاج عند أطباء استعملوا وسائل عادية.

جدول رقم 5 يبين الوسائل التي استعملها الطبيب مع إحداث الضرر:

الضرر / الوسائل المستعملة	وقع	لم يقع	المجموع
عادية و مألوفة في المهنة	8 %80	2 %20	10 %100
غريبة عن المهنة الطبية	10 %100	/ 	10 %100
المـــــجموع	18 %90	2 %10	10 %100

وقد تظهر لنا هذه القراءة وجود علاقة بين هذين المتغيرين، لذلك بحثنا عن قيمة الارتباط بينهما فوجدناها تقدر بـــ −1، مما يؤكد وجود العلاقة العكسية القوية بينهما، فكلما كانت الوسائل المستعملة من قبل الطبيب عادية، كلما قلت نسبة وقوع الضرر، وكلما كانت غريبة وغير عادية كلما زادت نسبة وقوع الضرر.

<u>تحليل و مناقشة الفرضية الأولى:</u>

كلما كانت هناك أخلاقيات مهنية للطبيب، كلما قل وقوعه في الخطأ الطبي.

بينت لنا الدراسة الميدانية تنوع الأخلاقيات التي يتبعها الأطباء في أعمالهم المهنية الطبية، فبالإضافة إلى ما نصت عليه مدونة أخلاقيات الطب في الجزائر حول الأخلاقيات التي يجب أن يتبعها كل طبيب في سير وتنظيم عمله، هناك أخلاقيات أخرى لم تذكرها المدونة، لكنها محددة من خلال بعض القيم والمعايير الأخلاقية التي حددها المجتمع في سلوكيات وممارسات الأطباء، والتي يراها المرضى مثالية بالنسبة لهم، كارتداء الطبيب المئزر أثناء مباشرة عمله، ، فعندما ربطنا بين هيئة الطبيب و وقوع الضرر، وجدنا أنه كلما قام الطبيب بارتداء المئزر،كلما قل وقوعه في إحداث الضرر،و هذا ما يدل على أن احترام الطبيب لأخلاقيات مهنته تجنبه الوقوع في الخطأ ، كما يعكس احترامه للمريض،قبل احترامه لمهنته النبيلة.

إن طريقة استقبال الطبيب لمريضه من المعايير الأخلاقية التي نص عليها المجتمع كونها تعكس مهاراته في تقبل المريض لدوره كطبيب يتبع نصائحه حتى يحقق التحسن أو الشفاء . و من المعايير الأخلاقية الأخرى تعابير وجه الطبيب مع مريضه، اذ تساهم بطريقة أو بأخرى في تحديد نوع الخطأ الذي يقع على ضحيته، فكلما كانت ملامح وجه الطبيب عادية أو غير مبتسمة أو مخيفة، كلما زاد من وقوع الأخطاء الطبية الخطيرة، وكلما كانت مبتسمة أكثر، كلما قللت من ذلك. كما يعد شرح الطبيب الحالة المرضية لصاحبها من أخلاقيات مهنته الطبية، إذ يعكس احترامه للجانب الإنساني للمريض الذي جاء

يبحث عن المساعدة الطبية لديه، وحسب النتائج المتوصل إليها فإنه كلما قام الطبيب بشرح الحالة المرضية للمريض، كلما قل وقوع الضرر عليه بفعل الخطأ مهما كان نوعه، والعكس صحيح. من الأخلاقيات المهنية للطبيب الابتعاد عن الوسائل الغريبة عن المهنة أو الخطيرة أو المحظورة، وقد اتضح أنه كلما كانت الوسائل المستعملة من قبل الطبيب عادية، كلما قلت نسبة وقوع الضرر له، فاستعمال الوسائل الغريبة عن المهنة الطبية تؤدي بالطبيب إلى عدة تجاوزات وأخطاء ستجر بالمريض إلى نتائج كارثية وغير منتظرة، كاستعمال الأدوية الصيدلانية الجديدة، والغير مصرح بها.

يعد السر الطبي أحد الالتزامات المهنية التي يجب على الطبيب الحفاظ عليه، وقد تبين أن الأطباء يدركون قيمته و معناه إلا أنه كلما قل سن الطبيب كلما تخلى عن تأدية القسم الطبي، ليتضح لنا في الأخير أنه تم استبداله بالإمضاء على وثيقة تدل على أن الطبيب أطلع على القواعد المنصوص عنها في مدونة أخلاقيات الطب ، والملاحظ أنه في السنوات القليلة تم إحصاء عدد كبير من الشكاوي ضد الأطباء وممارسي الصحة،والذي يوضح الارتفاع في وقوع الأخطاء الطبية، مما يدل على أن التخلي عن تأدية القسم الطبي أحد الأسباب المؤدية إلى ذلك.

2/ الثقافة الصحية للمريض:

- ***ذهاب الأفراد إلى المؤسسة العلاجية بإرادتهم:***

جدول رقم 6 يبين العلاقة بين إرادة المريض في التوجه للمؤسسة العلاجية مع وقوع الضرر عليه

إرادة المريض / وقوع الضرر	وقع	لم يقع	المجموع
ذهب بإرادته	16 %89	2 %11	18 %100
لم يذهب بإرادته	2 %100	/ 	2 %100
المجموع	18 %90	2 %10	20 %100

يبين لنا الجدول رقم 6 أن 90% من المرضى الذين تعرضوا لأخطاء طبية وقع لهم الضرر، في حين 10% منهم لم يقع لهم ذلك، لكن عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في إرادة المريض في الذهاب للبحث عن العلاج في المؤسسة العلاجية ، تبين أن كل المرضى الذين وقع لهم الضرر لم يذهبوا إلى المؤسسة العلاجية بإرادتهم، في حين كان 89% ممن وقع لهم الضرر، من المرضى الذين ذهبوا بإرادتهم، و تمثل هذه النسب المرتفعة مدى وقوع الضرر عند التعرض للخطأ. كما يمثل ارتفاع ذهاب المرضى بإرادتهم إلى هذه المؤسسات، إلى إدراكهم لفعالية هذه الأخيرة في تقديم العلاج لهم، إذ توفر لهم الرعاية

الطبية اللازمة، خاصة وان المريض في هذه الحالة عاجزا و مجردا من أي قدرة على تحقيق أو تنفيذ العلاج أو الوصول إلى حالة الشفاء، وهذا ما يعكس احدى مؤشرات الوعي الصحي للمريض.

- ***العلاقة بين وقوع الضرر للمريض و علمه بعلته***

جدول رقم 7 يبين العلاقة بين وقوع الضرر للمريض و علمه بعلته.

الضرر / علم المريض	وقع	لم يقع	المجموع
يعلم بعلته	10 %83	2 %17	12 %100
لا يعلم بعلته	8 %100	/ 	8 %100
المجموع	18 %90	2 %10	20 %100

يوضح لنا الجدول رقم 7 أن 90% من ضحايا الأخطاء الطبية وقع لهم الضرر، في حين لم يقع لدى 10% منهم، لكن عندما أدخلنا المتغير المستقل المتمثل في مدى معرفة وعلم المريض بعلته قبل أن يتعرض للخطأ الطبي، وجدنا كل الضحايا (100%) الذين وقع لهم الضرر، لم يكونوا على علم بعلتهم من قبل. في حين كان 83% منهم على علم بذلك. أما الضحايا الذين لم يقع عليهم الضرر فكانوا فقط من المرضى الذين كانوا يعلمون مسبقا بعلتهم المرضية، وقد مُثّلوا بنسبة 17%.

عند قياسنا لمعامل الارتباط بين هذان المتغيران، وجدناه يقدر بـــ −1 ، ما يبين وجود علاقة عكسية تامة بين متغيري علم المريض بعلته، ووقوع الضرر له، فكلما كان المريض جاهلا عن عّلته، كلما تسبب ذلك في ارتكاب الضرر عليه بفعل الخطأ ، و كلما كان هذا المريض على علم بعلته، كلما قلت نسبة ارتكاب الضرر عليه بفعل الخطأ، مما يبرز أهمية تأثير الثقافة الصحية للمريض، وفعاليتها في تجنب إحداث الضرر عليه.

- ***تخصص الطبيب:***

يبين لنا الجدول رقم 8 أن75 % من ضحايا الأخطاء الطبية يرون أن أطبائهم ارتكبوا عليهم أخطاء بالرغم من تخصصهم ، بينما 25 % منهم لا يعلمون عن تخصص أطبائهم من عدمه، لكنهم يدركون أن الطبيب غير المتخصص ليس بإمكانه متابعة مرضاه طبيا، وإن دل هذا على شيء فإنما يدل على أن هؤلاء المرضى كانوا ضحايا لأطباء متخصصين، ما يبين ان عدم تخصص الأطباء ليس هو السبب الرئيسي في وقوع الأخطاء الطبية، بل أن هناك أسباب أخرى.

جدول رقم 8 يبين تخصص الطبيب حسب فهم الضحية

تخصص الطبيب	التكرار	%
متخصص	15	75

غير متخصص	0	0
لا أدري	05	25
المجموع	20	100

➢ ***أقدميه الطبيب:***

يوضح لنا الجدول رقم 9 أن 65 % من الأطباء اللذين ارتكبوا أخطاء طبية هم من القدامى في مهنة الطب، بينما 10 % منهم أطباء حديثي التخرج، أما المتربصين فلم تسجل ضدهم أية حالة من حالات ارتكابهم الخطأ الطبي

جدول رقم 9 يبين أقدميه الطبيب في العمل.

أقدميه الطبيب	التكرار	%
حديث التخرج	2	10
متربص	/	/
قديم في المهنة	13	65
لا ادري	5	25
المجموع	20	100

إن هذه النتائج تجعلنا نكذب الفرضية الشائعة التي مفادها أن سبب وقوع الأخطاء الطبية هم المتربصين، أو الأطباء حديثي التخرج. أي أن أقدميه الطبيب في عمله الطبي لن تقف عائقا وراء وقوعه في الخطأ، وقد يعود سبب هذا إلى جملة من الأسباب، أهمها:

- **العمل الروتيني اليومي المتكرر للطبيب، مما يولد لديه الملل والإرهاق.**
- **الأطباء ذوو الأقدمية يتحملون المسؤولية الكبيرة داخل المؤسسة العلاجية التي يعملون بها ، إذ يعتمد على خبرتهم في حل بعض المشاكل الصحية المعقدة بالنسبة للأطباء حديثي التخرج، ما يبعدهم عن الوقوع في الأخطاء، خاصة مع تفتح الجامعات على تخصصات تهتم بالجانب النفسي و الإنساني للمريض، كعلم النفس الطبي**
- **تغير الأمراض السائدة في المجتمعات الحالية، مما يدل على أن الطبيب ليس على دراية تامة بالمستجدات والمتغيرات العلمية والمهنية، وحتى الاجتماعية. وهذا ما يدفعنا إلى استنتاج عدم مشاركته في الندوات العلمية والطبية والملتقيات الطبية وحتى الاجتماعية منها الخاصة بالمريض ككائن اجتماعي.**

➢ ***العلاقة بين أقدمية الطبيب و وقوع الضرر للمريض.***

جدول رقم10 يوضح العلاقة بين أقدمية الطبيب و وقوع الضرر للمريض.

الضرر	وقع	لم يقع	المجموع

أقدميه الطبيب			
متربص	/	/	/
حديث التخرج	1 %50	1 %50	2 %100
قديم في المهنة	12 %92.5	1 %7.5	13 %100
لا أدري	5 %100	/	5 %100
المجموع	18 %90	2 %10	20 %100

يبين لنا الجدول رقم 10أن 90% من المرضى الذين تعرضوا لأخطاء طبية وقع لهم الضرر، في حين 10% منهم لم يقع لهم ذلك، لكن عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في أقدميه الطبيب تجاه وقوع الضرر للمريض، تبين أن الضرر كان من قبل الأطباء القدامى بنسبة 92.5% ، و الأطباء حديثي التخرج بنسبة 50%، كما بلغت نسبة 100% من المرضى الذين لا يعلمون عن تخصص أطبائهم ، فيما لم يقع الضرر من قبل الأطباء حديثي التخرج إلا بنسبة 50% ، و للأطباء القدامى بنسبة 7.5% فقط.، و هذه النتائج تنطبق مع سابقتها.

- ***سبب لجوء المريض إلى الطبيب:***

يوضح لنا الجدول رقم 11 أن 80% من المرضى يلجؤون إلى الطبيب، لأنهم يعتبرونه متخصصا وباستطاعته شفائه من المرض، في حين يرى 15% منهم أن الطبيب متخصص لكنهم لا يفضلون اللجوء إليه إلا إذا أرغموا على ذلك. بينما يرى 5% من المرضى أن سبب لجوئهم إلى الطبيب يعود إلى فشل الطرق التقليدية والأعشاب على تحقيق الشفاء لهم، ما يؤكد وعي المريض، واعترافه بفعالية أداء دور الطبيب في تحقيق الشفاء. ولأن رغبة المريض هي التحسن و تحقيق الشفاء بأسرع وقت ممكن يجد هذا المريض نفسه مضطرا لأن يسلم نفسه وجسده للطبيب. وهذا ما تحدث عنه" بارسونز" في تحديده لدور الطبيب ودور المريض أيضا، إذ اعتبر دور الطبيب يرتبط بدور المريض وتصوراته وتوقعاته لهذا الدور، ودور المريض هو مساعدة الطبيب في تحديده لنوعية حالته المرضية

جدول رقم 11يبين سبب لجوء المريض إلى الطبيب.

ألأسباب	التكرار	%
متخصصاً وباستطاعته شفاءك	16	80
متخصصاً لكن أرغمت على زيارته	3	15
فشلت الأعشاب والطرق التقليدية في تحقيق الشفاء	1	5
المجـــموع	20	100

وعن الأقلية التي ترى أن الطبيب شخص متخصص لكنها أرغمت على زيارته، فإنها تجد نفسها مضطرة للجوء إلى الطبيب، سواء اصطحبت من قبل أفراد العائلة، أم نقلت كحالة استعجاليه، ولو خالفت ذلك ستواجهها نظرات من اللوم والعتاب. ليتم الاتفاق في الأخير على أن الطبيب يبقى أهم فرد موثوق به، حتى لدى الأفراد اللذين يستعملون الطرق التقليدية في علاجاتهم.

و عن العلاقة بين سبب لجوء المريض إلى الطبيب ووقوع الضرر عليه فتتلخص في الجدول رقم 12 الذي يوضح أن 90% من ضحايا الأخطاء الطبية وقع لهم الضرر، في حين 10% منهم لم يقع لهم ذلك، لكن عندما أدخلنا سبب لجوء المريض إلى الطبيب على وقوع الضرر للضحية، وجدنا أن الضحايا الذين وقع لهم الضرر كان 100% منهم ممن فشلت الطرق التقليدية و الأعشاب الطبية في تحقيق الشفاء لهم، 94% منهم ممن يرون من الطبيب الشخص المتخصص الذي يمكنهم من الشفاء أو التحسن، و 66.66% منهم كانوا ممن يرون من الطبيب الشخص المتخصص لكنهم أرغموا على زيارته. أما الضحايا الذين لم يقع لهم الضرر فإن 33.33% منهم كانوا ممن يرون أن الطبيب متخصصا لكنهم أرغموا على زيارته، و 6% منهم كانوا يرونه متخصصا و باستطاعته شفائهم. و قد تُظهر لنا هذه النتائج وجود علاقة بين هذين المتغيرين، و من أجل معرفة ذلك، قمنا بقياس العلاقة بينهما عن طريق حساب معامل بيرسون للارتباط، ما يبرز وجود هذه علاقة متوسطة طردية بين متغيري سبب لجوء المريض للطبيب مع وقوع الضرر له .

جدول رقم 12يوضح العلاقة بين سبب لجوء المريض إلى الطبيب ووقوع الضرر عليه.

وقوع الضرر / سبب اللجوء إلى الطبيب	وقع	لم يقع	المجموع
متخصصا وباستطاعته شفائك	15 %94	1 % 6	16 %100
متخصصا لكني أرغمت على زيارته	2 %66.66	1 %33.33	3 %100
فشل الطرق التقليدية في العلاج	1 %100	/	1 %100
المجموع	18 %90	2 %10	20 %100

- ***<u>مدى ممارسة المريض لنشاطاته اليومية بعد علمه بمرضه:</u>***

من خلال الجدول رقم 13 نلاحظ أن 35% من المرضى اللذين تعرضوا لأخطاء طبية تخلَوا عن بعض أو كل نشاطاتهم اليومية التي تزيد من إصابتهم بالمرض، أو تأزم حالتهم الصحية، كما نجد نفس هذه النسبة عند المرضى الذين بقوا يمارسون نشاطاتهم اليومية بطريقة عادية، كون هذه الإصابة أو هذا المرض لا يؤثر على عملهم ولا يسبب لهم أضرارا صحية. إلا أَنَه هناك من المرضى من بقي يمارس

أعماله ونشاطاته بطريقة عادية، كونه لا يعلم بمضرتها له، وقد كانت نسبة هؤلاء 15% ، كما أن هناك نفس هذه النسبة من المرضى الذين تخلوا عن نشاطاتهم اليومية لكونهم يعلمون بمضرتها لهم.

جدول رقم 13يوضح مدى ممارسة المريض لنشاطاته اليومية بعد علمه بمرضه

الاحتمالات	التكرار	%
بقيت أمارس نشاطاتي اليومية لأني لم أكن أعلم بمضرتها لي	3	15
بقيت أمارس نشاطاتي اليومية رغم علمي بمضرتها لي	3	15
تخليت عن النشاطات التي تزيد من إصابتي وتأزمها	7	35
بقيت أمارس نشاطاتي اليومية لأنها لا تسبب لي ضررا	7	35
المجمـــــــــــــوع	20	100

➢ ***شك المريض في تشخيص الطبيب قبل تعرضه للخطأ :***

يوضح لنا الجدول 14 أن 90% من ضحايا الأخطاء الطبية وقع لهم الضرر، في حين لم يقع على 10% منهم، لكن عندما ربطنا بين هذا المتغير مع شك المريض أو الضحية في وصف طبيبه له حول العلاج المقدم له ، وجدنا أن 95% ممن وقع لهم الضرر لم يكن لديهم الشكّ في طبيبهم، و 75 % منهم كان لديهم هذا الشك ، في حين كان 25% ممن لم يقع لهم الضرر لديهم الشك في طبيبهم، و 5% منهم لم يكن لهم ذلك ، وقد تُظهر لنا هذه المعادلة التناسب العكسي بين وقوع الضرر للمريض، و مدى شكه في طبيبه، إذ يكثر وقوع الضرر على الضحايا عندما لا يكون هناك شك من قِبلهم تجاه طبيبهم، ويقل وقوعه عندما يتواجد هذا الشك، وما يؤكد ذلك أكثر معامل الاقتران الذي قدر بـــ – 0.66 ، وهو يؤكد وجود العلاقة العكسية القوية لارتباط هذان المتغيرات مع بعضها البعض.

يساهم شك المريض في طبيبه فيما يتعلق بطريقة تقديمه ووصفه للعلاج ، إلى خلق توتر وصراع بين الطرفان. إذ يرى الطبيب مريضه متمردا عليه وغير خاضع لسلطته ، ويرى المريض طبيبه شخص غير قادر على تقديم المساعدة الطبية له رغم تخصصه الطبي، وبالتالي يقل أداء دور كل واحد منهما ويضعف، لكن قد يساهم هذا الشك في تفادي وقوع بعض الأضرار للمريض، بسبب قلة الثقة ونقصها لديه، إذ يطرح الأسئلة، ويكثر من البحث عما يتلاءم وحالته الصحية، سواء كان ذلك مع طبيبه المباشر والمسؤول عن تقديم العلاج له، أم كان ذلك خارج محيط المؤسسة العلاجية التي يتابع فيها العلاج ، كالتوجه إلى أطباء آخرين، أو استعمال تقنيات طبية لم يقم هذا الطبيب باستعمالها أثناء التشخيص والعلاج (السكانير، الراديو، التحاليل...) أم كان من خلال البحث والمطالعة (كتب، أشرطة، أنترنات، مجلات...)، أم بالإستفادة من تجارب من سبقوهم فيمن تعرضوا لنفس مشكلته الصحية، وكل هذا يمكنه من اكتساب بعض الثقافة الطبية، او الصحية التي تمكنه من تفادي في بعض الأضرار، وبالمقابل فإن الثقة الزائدة التي يضعها المريض في طبيبه تضعه في موقف تبعية وخضوع له ولسلطته الطبية، مما تغنيه عن حب الاستكشاف، والتفكير فيما يتلاءم ويتناسب مع حالته الصحية، كتناول الدواء دون قراءة النشرة الموجودة

بالعلبة، تشخيص المرض من دون الاستعانة بالتحاليل الطبية، والراديو الذي يثبت ذلك، وبالتالي فإن المريض يقع ضحية خطأ طبيبه في تقدير حالته الصحية، فيحدث له الضرر بسبب قلة أو ضعف ثقافته الصحية، والتي كان باستطاعته تفاديه بفضلها.

جدول رقم 14 يبن شك المريض في طبيبه مع وقوع الضرر له:

وقوع الضرر / إرادة المريض	وقع	لم يقع	المجموع
يشك	3 %75	1 %25	4 %100
لا يشك	15 %95	1 %5	16 %100
المجموع	18 %90	2 %10	20 %100

أما عن نوع الخطأ الذي يقع على المريض نتيجة شك ه في تشخيص طبيبه ، فتتوضح من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 15 يبين نوع الخطأ الذي يقع على المريض نتيجة شك في تشخيص طبيبه.

نوع الخطأ / شك المريض	بسيط	متوسط	خطير	المجموع
يشك	1 %25	/	3 %75	4 %100
لا يشك	/	2 %12.5	4 %87.5	16 %100
المجموع	1 %5	2 %10	17 %85	20 %100

يوضح لنا الجدول رقم 15 أن 85% من الأخطاء الطبية التي وقعت على المرضى كانت خطيرة. بينما كانت 10% منها متوسطة، في حين 5% منها كانت بسيطة. لكن عندما ربطناها مع مدى شك هذا المريض في طبيبه الذي وصف له العلاج ، وجدنا أن 25% من الأخطاء البسيطة كانت لدى المرضى الذين كان لديهم هذا الشك، بينما كانت 12.5 % من الأخطاء المتوسطة ممن لديهم الشك لتنقسم الأخطاء

الخطيرة بين 87.5% للذين لم يكن لديهم الشك، و 75% للذين لديهم هذا الشك. ولا تظهر هذه النتائج اختلافات كبيرة بين مختلف المرضى ونوع الخطأ الذي وقع عليهم، إذ قدر معامل الارتباط بينهما بـــ 0.42، وهو ما يؤكد وجود العلاقة الطردية الضعيفة بين هذان المتغيران، فسواء منح المريض الثقة التامة لطبيبه، أم لم يمنحها له ، هذا وتبقى نسبة الأخطاء الخطيرة هي الغالبة في كلتا الحالتين.

أن أغلبية الأخطاء، خاصة الخطيرة منها تكون على المرضى الذين يمنحون الثقة الكاملة لأطبائهم، ما يعّبر على أن نقص الوعي الصحي للمريض، وعدم اكتساب ثقافة طبية تسمح له بالتعامل مع الحالة التي يعاني منها، ومواجهة الطبيب بكل ثقة، يؤدي به إلى ارتكاب الأخطاء الطبية عليه.

- ***وقت تعاون المريض مع طبيبه:***

من خلال الجدول رقم 16نلاحظ أن 25% من المرضى ضحايا الأخطاء الطبية يرون أنهم يتعاونون مع أطبائهم عندما يمنحونهم الوقت الكافي، كما نلاحظ نفس هذه النسبة عند هؤلاء المرضى الذين يتعاونون مع أطبائهم عندما يشعرونهم بالاهتمام ويقدّرون حالتهم المرضية، ونفس النسبة نجدها أيضا عند المرضى الذين يبحثون عن معاملتهم كحالة إنسانية، وإشعارهم بالاهتمام وتقدير حالتهم المرضية ومنحهم الوقت الكافي، كما نجد أن 15% من المرضى ضحايا الأخطاء الطبية يتعاونون مع أطبائهم عندما يعاملون معاملة إنسانية وليس معاملة مرضية، بينما هناك 10% لديهم أسباب أخرى تجعلهم يتعاونون مع طبيبهم المعالج.

جدول رقم 16 يبين وقت تعاون المريض مع طبيبه.

الإحتمـــــــــــالات	التكرار	%
عندما يعاملك كحالة إنسانية وليس كحالة مرضية	3	15
عندما يمنحك الوقت الكافي	5	25
عندما يشعرك بالإهتمام ويقدر حالتك	5	25
كل هذه الأسباب	5	25
أخرى	2	10
المجمـــــــــــوع	20	100

إن هذه النسب توضح لنا أن المريض يبحث دائما عن تقدير لحالته المرضية والاهتمام به أكثر، بمنحه الوقت الكافي حتى يستطيع أن يشرح ويعبّر عن حالته المرضية، ويطلب التفسير حول التشخيص الذي يوصف له، ويفهم أسباب مرضه. وقد يكون وراء هذا المطلب الذي يستحسنه المريض ابعاد عامل الخوف نتيجة حالته الانفعالية التي تحد من أفكاره وأفعاله، و التي تمنعه من طرح الأسئلة والاستفسارات. وحتى يتعاون المريض مع طبيبه فهو يطلب منه منحه الوقت الكافي من أجل إبعاد عامل الخوف من جهة، وإشعاره بالاهتمام، ومنحه حقه الكامل في استشارته الطبية التي جاء يبحث عنها ، فهناك من المرضى من

يفضلون اعتبارهم حالة إنسانية قبل أن يكونوا حالة مرضية ستمتثل أمام الطبيب المتخصص، الذي يرى من المريض جسدا موجود في السرير مختل الوظائف، مهمته إصلاحه. أي أن الطبيب غالبا ما يهتم بنوعية وطبيعة المرض فقط، ويكتفي بالنظر إلى المريض ككائن غير وظيفي، وبالتالي تجريده من إنسانيته التي يراها المريض ضرورية. فمعاملة الطبيب لمريضه كحالة إنسانية وتفسير حالته المرضية تؤدي بالمريض إلى فهم أسباب مرضه، وتشجيعه على متابعة العلاج بدقة.

إلا أن هناك من المرضى من لا ينتظرون من الطبيب هذه المواصفات، ويتعاونون معه عندما يقوم بواجباته ودوره كطبيب لا غير.أي أن علاقتهما تكون رسمية بنسبة كبيرة.

عندما تطرقنا إلى معاملة الأطباء مع مرضاهم أكد لنا 93,75% من الأطباء بأنهم يمنحون مرضاهم الحرية التامة في التعبير عن حالتهم المرضية بإشراكهم للمريض في عملية البحث عن العلاج وتحقيق الشفاء، وغرضهم من وراء هذا جعل المريض يصف حالته بكل طلاقة وارتياح بلغة بسيطة ومفهومة يستطيع من خلالها الطبيب فهم الداء وإيجاد العلاج الملائم لحالته، وقد بلغت نسبة ذلك عند هؤلاء الأطباء 68,7% فيما أرجع بعض الأطباء الغرض من ذلك إلى التعاطف مع المريض، وذلك بنسبة 12,5%،بينما أرجعها آخرون إلى عوامل أخرى تتمثل في كسر الحواجز والرسميات الموجودة بين الطرفين (طبيب، مريض) ، ومساعدة المريض بمنحه الوقت الكافي الذي يعيد ثقته بنفسه، ورغبته في تحقيق الشفاء، وهذا ما يجعله يحترم أوامر طبيبه ويطبقها حتى ينجح العلاج.

- ***<u>توجيه الأسئلة للمريض من قبل طبيبه:</u>***

يوضح لنا الجدول رقم 17، أن أكبر نسبة من المرضى ضحايا للأخطاء الطبية أكدت على أن الطبيب وجه لهم الأسئلة أثناء المقابلة التي أجراها معهم، إذ قدرت نسبتهم ب 65%، بينما 35% منهم نفوا ذلك. إلا أن 38,46% من هؤلاء المرضى يرون بأن الأسئلة التي وجهها لهم الطبيب كانت غامضة بسبب استعماله اللغة الأجنبية، أو كانت غامضة لاستعماله مصطلحات طبية يصعب عليهم فهمها وقد عبر عن هذا 30,76% منهم، في حين أن البعض الآخر يرى بأن أسئلة الطبيب كانت بسيطة ومفهومة بالنسبة لهم.

جدول رقم 17 يبين توجيه الطبيب الأسئلة للمريض

الاحتمالات / البدائل	توجيه الأسئلة للمريض	التكرار	%
نعم	غامضة لاستعماله مصطلحات طبية صعبة الفهم	4	30,76
	غامضة لاستعماله اللغة الأجنبية	5	38,46
	بسيطة ومفهومة	4	30,76
المجموع الجزئي		13	65
لا		7	35
المجموع الجزئي		7	100

المجموع الكلي	20	100

يقرُ أغلبية ضحايا الأخطاء الطبية أن الطبيب يطرح عليهم الأسئلة أثناء قيامه بدوره المهني معهم، الأمر الذي يساعد على جمع المعطيات الخاصة بالمريض، والمتغيرات المتعلقة بحالته وتاريخه المرضي، إذ يحاول الطبيب تسيير الحوار مع المريض عن طريق تبادل الثقة والاحترام من أجل المتجانسة والمتكاملة، والتي اكتسبها عن طريق تكوينه بالدرجة الأولى، ثم عمله وخبرته، التوصل إلى الحل الأمثل لمعاجلة المشكلة التي أمامه ــ الحالة الصحية ــ فيستعمل في ذلك العديد من المعلومات ومهارته الفنية بالدرجة الأخرى. وهنا من المفروض أن تكون العلاقة بين المريض والطبيب علاقة تعاون أكثر من أن تكون علاقة سلطوية من قبل الطبيب، إلا أن معظم هذه الأسئلة تطرح بطريقة يراها المريض غامضة، إذ يستعمل فيها اللغة الأجنبية بصفة تلقائية ومن دون قصد، خاصة وأن أغلب المرضى من الضحايا كانوا من مستويات متوسطة. كما تستعمل فيها أيضا بعض المصطلحات الطبية الخاصة بمهنة الطب، والتي يتعذر على غير ذوي الاختصاص تفهمها.

قد يلجأ أغلبية الأطباء إلى استعمال هذه اللغات المختلفة عند توجيه الأسئلة لمرضاهم وتبادل الحوار معهم، بحكم أنهم تلقوا تعليما ذو لغة أجنبية ،لأن تخصصاتهم تفرض عليهم ذلك، خاصة و أن علم الطب تطور و لا زال يتطور في البلدان الغربية المتقدمة. لكن رغم هذا فهناك من المرضى من يفهمون هذا الحوار خاصة إن كانوا من ذوي المستويات العالية التي تؤهلهم لفهم اللغة الأجنبية.

من جهة أخرى نجد هناك بعض الأطباء الذين لا يطرحون الأسئلة على مرضاهم، إذ يكتفون بالفحص وملاحظة أعراض المرض فقط، وهنا يتجرد الطبيب من مسؤوليته الأخلاقية، الأمر الذي يدل على عدم اهتمام الطبيب بما يقوله المريض له لعدم ثقته به ،أو الاستصغار منه، وفي هذه الحالة يكون الطبيب سلطوي وغير متعاون مع مريضه، إذ يسيِّر المقابلة العلاجية حسب فهمه وحسب طريقته الخاصة، متجاهلا فيها الجانب الإنساني للمريض الذي يفقده الشعور بالاهتمام والتقدير لحالته المرضية، والتي من شأنها أن تساعد في حل المشكل الصحِّي ،وهذا ما يؤكد التحليل السابق لتعاون المريض مع طبيبه (الجدول رقم 30)، وهنا يشعر المريض بالتهميش ونقص بالإهتمام، مما يجعله غير راض عن أداء طبيبه. كما قد لا يتبع المريض تعليمات طبيبه التي لم يقتنع بها، فيكون فرداً سلبياً، و غير متعاونا تحت ظرف قاهر مع طبيبه للوقوع في أخطاء طبية أبسطها أخطاء التشخيص.

عندما استمعنا إلى الطرف الآخر (الطبيب) وجدنا أن كل الأطباء أجمعوا على أنهم يقومون بطرح أسئلة يوجهونها إلى مرضاهم قبل أن يقوموا بعملية التشخيص و العلاج، وهنا يظهر تضارب واختلاف في آراء الطرفين حول عملية طرح الأسئلة وتوجيهها للمريض من قبل طبيبه قبل عملية التشخيص، والشروع في البحث عن العلاج المناسب حسب اختلاف كل حالة. وقد يعود سبب هذا التضارب إلى اختلاف توقعات كل من الطبيب والمريض، لأن المريض ينتظر دائما من طبيبه فسح المجال له من أجل التعبير عن حالته المرضية، ومنحه الوقت الكافي لذلك، بينما الطبيب يكون محدودا في طرحه للأسئلة- إن قام بطرحها- وقد

يستغني عنها في بعض الحالات بسبب اعتماده على وثائق طبيبه واضحة بإمكانها أن تعطي له تفسيرات أكثر من المرضى أصحابها، كالاعتماد على تحاليل طبية أو أشعة لذلك تكون هناك محدودية في طرح هذه الأسئلة على هؤلاء المرضى.

تحليل و مناقشة الفرضية الثانية:

كلما كان للمريض ثقافة صحية حول مرضه ، كلما قل وقوع الخطأ عليه.

كلما قلت إرادة المريض في التوجه نحو المؤسسات العلاجية ، كلما زاد من وقوع الضرر عليه ، ما يبرز أهمية تعاون المريض مع هذه المؤسسة، بغرض التوصل إلى حل يسمح له بتحقيق الشفاء و التحسن، إذ يعكس هذا التعاون وجود الوعي الصحي للمريض، والذي يجعله يكشف بعض المعلومات التي يعتبرها أسرارا خاصة تقلص من إيقاع الخطأ الطبي عليه ، وإحداث الضرر له، كما تسمح هذه الثقافة بتقليل إيقاع الضرر عليه عن طريق علمه بعلته من قبل، فكلما كان المريض على علم بعلته كلما قلت نسبة ارتكاب الضرر عليه بفعل الخطأ، وتعود أسباب ذلك إلى اكتساب المريض لبعض المعلومات الخاصة بمرضه أو حالته الصحية عن طريق ذوي الاختصاص، أو ذوي تجارب سابقة مماثلة لحالته الصحية، أو عن طريق العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وكل هذا يمكنه من تقبل وفهم الداء، والبحث عن الدواء أو العلاج.

يعدّ شك المريض أحد مؤشرات الثقافة الصّحية له، فهو يتناسب عكسيا مع وقوع الضرر له ، إذ يكثر وقوع الضرر عندما لا يكون هناك شك في عمل الطبيب، ويقل وقوعه عندما يتواجد هذا الشك، و قد يساهم هذا الشك في تفادي وقوع بعض الأضرار للمريض، بسبب قلة الثقة ونقصها لديه، ما يجعله يطرح الأسئلة، ويكثر من البحث عما يتلاءم وحالته الصحية، سواء كان ذلك مع طبيبه المباشر المسؤول عن تقديم العلاج له، أم كان ذلك خارج محيط المؤسسة العلاجية التي يتابع فيها العلاج ، كالتوجه إلى أطباء آخرين، أو استعمال تقنيات طبية لم يقم هذا الطبيب باستعمالها أثناء التشخيص والعلاج (السكانير، الراديو، التحاليل...) أم كان من خلال البحث والمطالعة (كتب، أشرطة، أنترنات، مجلات...)، أم بالاستفادة من تجارب من سبقوهم فيمن تعرضوا لنفس مشكلته الصحية، وكل هذا يمكنه من اكتساب بعض الثقافة الطبية التي تمكنه من تفادي في بعض الأضرار، خاصة إن لم يقع له الخطأ بعد. وبالمقابل فإن الثقة الزائدة التي يضعها المريض في طبيبه تضعه في موقف تبعية وخضوع له ولسلطته الطبية، مما تغنيه عن التفكير فيما يتناسب مع حالته الصحية، كتناول الدواء دون قراءة النشرة الموجودة بالعلبة، تشخيص المرض من دون الاستعانة بالتحاليل الطبية، والراديو الذي يثبت ذلك احيانا.

يعكس عدم احترام المريض لطبيبه الذي قام بإعفائه من بعض النشاطات اليومية التي تمارس خارج محيط المؤسسة العلاجية،قلة الوعي الصحي لديه، ما لا يحمل الطبيب مسؤولية ارتكاب الخطأ الطبي .كما انه

باستطاعة المريض أن يبتعد عن أخطاء الأطباء والمعالجين عن طريق اكتسابهم لثقافة صحية من شأنها أن تزرع لديه الوعي والفطنة في تجنب ذلك. من جهة أخرى، يستطيع المريض أن يكون عرضة لخطأ طبي بسيط، أو متوسط بنسبة أقل، وهو لا يعلم عن علته شيئا، إما بسبب قلة المعلومات لديه عن المرض،

وقلة وعيه وثقافته الصحية، وإما بسبب بساطة حالته التي تسمح بتجاوز هذه الأخطاء التي لا تترك أثرا عليه.

إن اختيار المرضى لأطبائهم في حالات المرض لا يكون بالدرجة الأولى على أساس الكفاءة العلمية والتخصص، بل يعتمد أكثر على توجيه الآخرين له م، كعامل قرب المؤسسة العلاجية إلى المريض، أو زيارتها من طرف أحد معارفه فيقوم بنصح المريض للالتحاق بها.

سادسا: توصيات الدراسة

- تعد عملية شرح الطبيب الحالة المرضية لصاحبها من أخلاقيات مهنته الطبية، إذ يعكس احترامه للجانب الإنساني للمريض الذي جاء يبحث عن المساعدة الطبية لديه. و ضرورة ابتعاد الطبيب عن الوسائل الغريبة عن المهنة أو الخطيرة أو المحظورة والتي تعتبر إحدى أسباب الوقوع في الخطأ الطبي.
- ضرورة الالتزام بالسر الطبي إذ يعد أحد أهم الالتزامات المهنية التي يجب على الطبيب الحفاظ عليها.
- إن نجاح العلاقة العلاجية يرتبط بمدى التعاون بين طرفي هذه العملية(المريض و الطبيب)
- تحفيز الأطباء ماديا ومعنويا و إعطائهم فترات كافية للراحة و الاسترجاع كفيل بدفع عنهم الشعور بالملل والإرهاق نتيجة العمل اليومي المتكرر، خاصة و أنهم يتحملون الجزء الأكبر من المسؤولية بالمؤسسة .
- تكثيف الملتقيات العلمية والمؤتمرات الطبية يوفر الجو المناسب للطبيب لتبادل الخبرات مع زملائه في المهنة من مختلف البلدان و المدارس الطبية، لذلك وجب تخفيف المسؤولية، و الضغط الممارس على الاطباء القدامى ذوي الخبرة المهنية الطويلة اكثر من غيرهم في المؤسسات العلاجية ، خاصة منها المستشفيات .
- تحسين علاقات الاتصال بين كل من الطبيب و المريض، قصد تشخيص الحالة المرضية بشكل صحيح ودقيق، من خلال استعمال لغة طبية بسيطة يمكن أن تفهمها جميع الفئات و المستويات الاجتماعية.
- اعتبار المريض كحالة انسانية-اضافة إلى كونه حالة مرضية- كي تفسح المجال امامه للتعبير عن حالته،خاصة و ان كان يمتلك ثقافة صحية واسعة، ما يزيد من دقة الفحص و التشخيص.

المراجع

محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 2004،

نادية محمد السيد عامر: علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية الأزاريطية، 1998،

عامر النجار: في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، ط3،.دار المعارف، القاهرة، 1954،

سليم الحسنية: من البيمارستان، دراسة تحليلية مقارنة للنظام الإداري، منشورات وزارة الثقافة، دمشق،1998.

محمد شفيق: البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتبة الجامعية الأسكندرية، 2001،

عبد المجيد الشاعر وآخرون: علم الإجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، 2000.

ADAM Herzlitch. PHILIPPE ET CLODINE, sociologie de la maladie, et de la médecine, notant éditions, Paris, 1994.

DE LAGRANCE Patrick, PAPILLON. Fabrice, erreurs médicales, Nil édition, paris, 2008.

FOYER Jean et autres, l'erreur, 1ère édition, presse universitaire de France, France, 2007.