



The Effectiveness of Professional Intervention by Social Workers with Inpatients in Government Hospitals Using the Bridge Model: A Study Applied to Patients and Their Families in Riyadh

Dr. Haya Bint Ali Bin Taha Al-Mazyad ^{*} 

haalmazyad@pnu.edu.sa

Abstract

The study investigated the challenges and requirements involved in discharging long-stay patients from government hospitals, focusing on family perspectives and the role of social workers through the bridge model. Using a descriptive-analytic approach with a comprehensive inventory of 101 patients and 39 social workers, the findings revealed that most families (63.4%) and patients themselves (65.3%) resisted discharge, while nearly 80% of patients were hospitalized at the Ministry of Health's expense. Significant statistical differences emerged between families' economic levels and discharge obstacles, as well as between male patients' disease types and obstacles. Families rated discharge obstacles at 3.62/5 and social workers at 3.95/5, while requirements for discharge scored higher—4.11/5 among families and 4.71/5 among social workers—indicating strong agreement. The application of the bridge model averaged 4.31/5, underscoring its effectiveness in supporting patients and families and facilitating smoother transitions from hospital to community.

Keywords: Professional Intervention, Social Worker, Bridge Model, Long-stay Patients.

* Associate Professor of Individual Service, Department of Social Work, Faculty of Humanities and Social Sciences, Princess Nourah Bint Abdul Rahman University, Saudi Arabia.

Cite this article as: Al-Mazyad, H. B.A. B. T. (2026). The Effectiveness of Professional Intervention by Social Workers with Inpatients in Government Hospitals Using the Bridge Model: A Study Applied to Patients and Their Families in Riyadh, *Journal of Arts*, 14 (3), 329 -368 <https://doi.org/10.35696/a33g3e60>

© This material is published under the license of Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), which allows the user to copy and redistribute the material in any medium or format. It also allows adapting, transforming or adding to the material for any purpose, even commercially, as long as such modifications are highlighted and the material is credited to its author.



فاعلية التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى المقيمين بالمستشفيات الحكومية باستخدام نموذج الجسر: دراسة مطبقة على المرضى وأسرهم في مدينة الرياض

د. هياء بنت علي بن طه المزيد^{ID*}

haalmazyad@pnu.edu.sa

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على معوقات ومتطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من المستشفيات الحكومية من منظور أسرهم، والكشف عن واقع التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين باستخدام نموذج الجسر. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام أسلوب الحصر الشامل، حيث شملت (101) مريضاً من المرضى طولي الإقامة، و(39) أخصائياً اجتماعياً مشرفاً عليهم. أظهرت النتائج أن (63.4%) من أسر المرضى يرفضون خروج المريض، كما تبين أن (65.3%) من المرضى غير راغبين في الخروج، وأن (79.2%) من المرضى منقسمون على نفقة وزارة الصحة. كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي للأسر ومعوقات الخروج عند مستوى دلالة (0.000)، وكذلك بين نوع المرض (الذكور) ومعوقات الخروج عند مستوى دلالة (0.025)، وفيما يتعلق بمحور معوقات الخروج، بلغ المتوسط الحسابي للأسر (3.62 من 5) وللأخصائيين الاجتماعيين (3.95 من 5) بدرجة موافقة على عبارات محور معوقات خروج المريض. أما محور متطلبات الخروج، فقد سجل متوسط (4.11 من 5) لدى الأسر و(4.71 من 5) لدى الأخصائيين الاجتماعيين، مما يعكس درجة موافقة مرتفعة. كما أظهرت النتائج أن متوسط تطبيق نموذج الجسر بلغ (4.31 من 5) بدرجة موافقة شديدة، وهو ما يؤكد فاعلية هذا النموذج في دعم المرضى وأسرهم وتسهيل انتقالهم من المستشفى إلى المجتمع. الكلمات المفتاحية: التدخل المهني، الأخصائي الاجتماعي، نموذج الجسر، المرضى طولي الإقامة.

* أستاذ خدمة الفرد المشارك، قسم الخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، المملكة العربية السعودية.

للاقتباس: المزيد، ه. ب. ع. ب. ط. (2026). فاعلية التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى المقيمين بالمستشفيات الحكومية باستخدام نموذج الجسر: دراسة مطبقة على المرضى وأسرهم في مدينة الرياض، مجلة الآداب، 14 (3)، 329-368

<https://doi.org/10.35696/a33g3e60>

© تُنشر هذا البحث وفقاً لشروط الرخصة Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)، التي تسمح بنسخ البحث وتوزيعه ونقله بأي شكل من الأشكال، كما تسمح بتكييف البحث أو تحويله أو إضافته إليه لأي غرض كان، بما في ذلك الأغراض التجارية، شريطة نسبة العمل إلى صاحبه مع بيان أي تعديلات أجريت عليه.



المقدمة:

تميزت المملكة العربية السعودية بحرصها المستمر على جودة الخدمات الصحية وقد طورت نظام الرعاية الصحية وانتقلت به لمنحى آخر يكون المريض هو بؤرة الاهتمام الأولى وفي هذا الإطار شجعت على إجراء البحوث الاجتماعية والصحية والنفسية لفهم التحديات ومعالجة المعوقات التي تؤثر على جودة الرعاية الصحية وتسعى لتحقيق برامج رؤية المملكة 2030 لبناء مجتمع صحي لرعاية الفرد أولاً من خلال توفير بيئة صحية وحياة مرفهة بواقع يتشارك فيه الجانب الإنساني والاجتماعي والصحي لخدمة جميع فئات المجتمع، وفي هذه الدراسة نتناول المرضى طولي الإقامة في المستشفيات الحكومية، وفي هذا السياق ذكر الدكتور وليد بن عبد الله المالك استشاري أمراض الشيخوخة وعضو لجنة المرضى طولي الإقامة أن مرضى الإقامة الطويلة شكلوا نسبة تصل إلى نحو 25 في المئة من مجموع عدد المرضى في المستشفيات العامة والمتخصصة في المملكة. وأشار إلى أن هذه النسبة تقارب القراءات العالمية غير أن دول العالم الغربي زادت من إنشاء مستشفيات الإقامة الطويلة بشكل مطرد وصلت إلى ما يقارب 33 في المئة سنوياً من عدد المستشفيات الكلي لاستيعاب الأعداد المتزايدة من المرضى ذوي الأمراض المزمنة التي لا يتوقع شفاؤها ولا يمكن التعامل معها في منزل المريض. وفي المملكة العربية السعودية يعاني القطاع الصحي من تضخم تكلفة رعاية المرضى طولي الإقامة وتبلغ متوسط تكلفة الرعاية في اليوم الواحد في مستشفى مركزي بين 1200 و1500 ريال بينما يقدر المختصون التكلفة الإجمالية ليوم واحد في مستشفيات الإقامة الطويلة بين 600 و900 ريال، وفي تقديرات المتخصصين لتكلفة المريض الواحد للمرضى طولي الإقامة فإنها تصل إلى 15 ألف ريال شهرياً أي نحو 180 ألف ريال سنوياً في المستشفيات الحكومية ويمكن تصنيف المرضى طولي الإقامة على أنهم من ضحايا الجلطات الدماغية، المقعدين، مرضى حوادث السير فاقد الحركة والإدراك، مرضى ذوي الاحتياجات الخاصة "كالتنفس الصناعي، الغسيل الكلوي، التقرحات السريرية، التغذية عن طريق الأنابيب"، والمرضى ممن يفقدون الدعم الأسري والاجتماعي والمالي اللازم لتلبية احتياجاتهم الطبية، وبعضهم من كبار السن في مراحل الخرف والحاجة إلى عون الآخرين لتلبية ضروراتهم الشخصية كالأكال والنظافة وغيرها (العمرى، 2020)

مشكلة الدراسة:

يعاني النظام الصحي من مشكلة تكس المرضى طولي الإقامة حيث تقوم معظم المستشفيات المخصصة للحالات الحرجة بلعب دور ثنائي بصورة لإرادية لرعاية المرضى طولي الإقامة بسبب عدم توفر البدائل المناسبة لاحتواء هذه الحالات، وأفاد مستشار وزير الصحة ومنسق أعمال مجلس الخدمات الصحية في حينها أن مجلس الخدمات الصحية شكل لجنة للكشف عن مشكلات تكس المرضى طولي الإقامة ضمت دراسة كافة القطاعات الصحية الحكومية، وتوصلت اللجنة إلى أن أهم أسباب هذه الظاهرة هو رفض أسر المرضى خروجهم من المستشفى؛ لأن أقارب المرضى يرفضون واقع العناية بالمريض من طولي الإقامة، وقد يرجع هذا لوجود المعوقات التي تعيق من قدرتهم على توفير سبل العناية بالمريض في المنزل، كما يساهم في المشكلة رفض المريض الواعي الخروج من المستشفى ورفضه لخيارات نقله للمستشفيات الطرفية بسبب خوفه من التغيير وفقدان مستوى العلاج الذي يحصل عليه في المستشفيات المركزية، وكذلك بعض الأطباء لا يمنحون المرضى طولي الإقامة أذناً بالخروج لعدم رغبتهم في استقبال حالات مستجدة تستدعي بذل جهود جديدة، أو لقلقهم من تدهور المرضى أثناء النقل أو الخروج من المستشفى إلى منزل الأسرة وتلقي الرعاية المنزلية (الربيع، 2009)

ومن العوامل التي أدت لزيادة المشكلة وتكس المرضى طولي الإقامة في المستشفيات المركزية بمدينة الرياض هو تحويل المرضى من المستشفيات الطرفية إلى المستشفيات في المدن الرئيسية بسبب رغبة أسرة المريض وضغطها على المستشفى الطرفي، أو بسبب رأي الطبيب بعدم توفر الخدمات العلاجية المناسبة لحالة المريض في تلك المستشفيات وهنا يحول المريض



إلى مستشفيات المدن المركزية مما يسبب التكدس، وهناك جانب آخر يساهم في استمرار بقاء المرضى طويلاً الإقامة مثل صدور الأوامر من بعض أصحاب الصلاحيات لإبقاء المريض منوماً في المستشفى، وهنا تعاني المستشفيات من عدم وجود الإمكانات المتاحة لمقابلة عدد الطلبات للمستشفيات التي تقدم الرعاية التمريضية أو التأهيلية في القطاع الحكومي أو الأهلي، كما يعاني المجتمع من عدم وجود دور الإيواء الاجتماعية للمرضى طويلاً الإقامة. حيث تقتصر دور الإيواء الموجودة على قبول الحالات ممن لديهم ظروف اجتماعية قاهرة.

وذكر الربيع (2009) أن المرضى طويلاً الإقامة في المستشفيات الحكومية يتركزون في أقسام العناية المركزة وقسم الأعصاب، مع اختلاف الأعداد من مستشفى لآخر، ففي قسم العناية المركزة في أحد المستشفيات المرجعية في مدينة الرياض يوجد من 50 إلى 65 في المئة من نسبة المرضى، وفي مستشفيات أخرى تبلغ نسبهم ما بين 25 و30 في المئة من القسم، وقد تصل مدة بقاء المريض إلى عشر سنوات في العناية المركزة في أحد مستشفيات الرياض. وبعض المستشفيات في مدينة الرياض أسست وحدات خاصة بالمرضى طويلاً الإقامة وتم شغلها بالكامل مما اضطر تلك المستشفيات إلى التعاقد مع مستشفيات أهلية لقبول نقل بعض المرضى إليها.

وقد وقفت الباحثة على هذه الخطوات في مستشفى الملك خالد الجامعي حيث تم نقل المرضى طويلاً الإقامة إلى مستشفى الحياة الوطني، من عام 2013 وحتى الآن، وكذلك تم نقل بعض المرضى لمستشفى الحمادي، ومن ثم تابعت خطط نقل المرضى إلى مستشفيات أهلية مثل مستشفى الحياة الوطني وهذا النقل يحل جزءاً من مشكلة تكدس المرضى لكن تبقى مشكلة التكلفة التي تتكبدها القطاعات الصحية الحكومية في شراء خدمات الرعاية التمريضية للمرضى طويلاً الإقامة (الربيع، 2009).

وذكر الدكتور منصور بن محمد الوكيل أن بعض الأسر تترك كبار السن المحتاجين للرعاية المنزلية في أقسام الطوارئ، خاصة في الصيف، رغم أنهم لا يحتاجون علاجاً طارئاً، مما يؤدي إلى تنويمهم بالمستشفى. كما يساهم نفوذ بعض الأسر في إبقاء مرضاهم لفترات طويلة رغم حاجتهم فقط لرعاية تمريضية. وتشكل هذه الحالات نحو 15٪ من المرضى المنومين، وقد تمتد إقامة بعضهم لسنوات، بسبب نقص دور الإيواء أو الأقسام المتخصصة لرعايتهم. وإضافة لما سبق تبرز المشكلات المترتبة على نظام الرعاية الصحية بسبب بقاء المرضى طويلاً الإقامة في المنشآت الصحية إذ يشكل ذلك خلافاً في جودة الرعاية الصحية بسبب عدم القدرة على تدوير أسرة المستشفيات وفق الإمكانات القصوى، وتسبب التأخر في إجراء العمليات بسبب انشغال أسرة العناية المركزة، مع طول قائمة الانتظار للمواعيد المجدولة تصل لسنوات.

ونادى بعض الأطباء بإنشاء مستشفيات الإقامة الطويلة لأنها أقل تكلفة لعدم احتوائها على غرف عمليات أو عناية مركزة أو إسعاف وطوارئ، لافتاً إلى أن إنشاءها سيحقق العديد من المكاسب التي تتمثل في ترشيد الإنفاق الصحي العام، والاستفادة القصوى من إمكانيات المستشفيات المتقدمة، وإعادة توزيع حصص ميزانيات الخدمات الصحية بما يضمن التوازن والعدل ويحقق تطلعات المواطن في سهولة الحصول على الخدمة الطبية المناسبة له، وتفرغ بعض أسرة العناية المركزة المشغولة بمرضى الإقامة الطويلة حيث سيؤثر ذلك على انسياب حركة تنويم مرضى الحالات الدقيقة وتقليل عدد أيام انتظار التنويم ومواعيد العمليات وغيرها، كما أن وجود مستشفيات إقامة طويلة سيطور خدمات النظام الصحي، كما أن إجراء الدراسات العلمية والبحثية لرصد مشكلات المرضى طويلاً الإقامة وإيجاد الحلول لها سيساهم في تطوير الخدمات وفق الواقع الحالي نتيجة كثرة الطلب على المستشفيات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية.

كما بادرت وزارة الصحة بتنفيذ مبادرة تستهدف نقل مرضى الإقامة الطويلة من مستشفيات المدن المكتظة إلى خارجها، بهدف الاستفادة من أسرة العناية الحرجة وغيرها في استيعاب حالات التخصصات الدقيقة ورفع درجة الجاهزية



والطاقة التشغيلية وترشيد الإنفاق بالمستشفيات المرجعية، ووفق إحصائيات وزارة الصحة كان عدد المرضى طولي الإقامة في عام 2020م 871 مريضاً في أنحاء المملكة العربية السعودية وفق إحصائية الإدارة العامة للتأهيل الطبي والرعاية المديدة وإدارة الرعاية المديدة، كما يتضح في تفصيلات الإحصائية التالية: (عسير 87، الطائف 83، جدة 55، تبوك 92، التجمع الصحي الأول بمكة المكرمة 11، الجوف 34، نجران 15، المدينة المنورة 45، الباحة 23، حائل 29، جازان 69، حفر الباطن 33، التجمع الصحي بالقصيم 80، الحدود الشمالية 34، الأحساء 13، القنفذة 4، بيشة 17، التجمع الصحي الثاني بالرياض 32، صحة الرياض 115) (إحصائية الإدارة العامة للتأهيل الطبي والرعاية المديدة، 2020).

ووفق إحصائيات وزارة الصحة لعام 2023 بلغ عدد المرضى 980 مريضاً ويوجد في مدن المملكة العربية السعودية عدد عشرة مستشفيات رعاية مديدة بواقع مستشفى واحد للرعاية المديدة في عشر مدن، ورتبتها الباحثة من الأعلى إلى الأدنى كما يأتي:

جدول رقم (1)

يوضح إحصائية المرضى طولي الإقامة في مدن المملكة العربية السعودية

المنطقة	مستشفيات الرعاية المديدة	الأسرة للمرضى طولي الإقامة	عدد المرضى طولي الإقامة	المستشفيات العامة التي بها رعاية مديدة	الأسرة العامة	عدد المرضى طولي الإقامة في المستشفيات العامة	مجموع المرضى طولي الإقامة في كل منطقة
الرياض	1	95	137	17	90	73	210
الشرقية	1	60	205	0	0	0	205
مكة المكرمة	1	100	105	0	0	0	105
الأحساء	1	80	22	4	44	67	89
حائل	1	44	62	0	0	0	62
حفر الباطن	1	44	26	1	7	2	51
الحدود الشمالية	1	38	46	1	5	1	47
بيشة	1	50	36	1	5	7	43
القصيم	1	50	28	1	12	11	39
الباحة	1	45	22	0	0	0	22

من الإحصائيات السابقة نجد أن الأعلى في عدد المرضى طولي الإقامة هي مدينة الرياض حيث بلغ مجموع المرضى في عام 2020م 147 مريضاً من طولي الإقامة وفي 2023م بلغ عدد المرضى 210 مريضاً من طولي الإقامة، ونلاحظ في الفرق بين إحصائية 2020 و 2023 زيادة في أعداد المرضى طولي الإقامة بواقع 109 مريضاً في كافة مناطق المملكة (وزارة الصحة، 2023، ص. 196).

مشكلة الدراسة:

تنطلق مشكلة الدراسة من واقع المرضى طولي الإقامة في المستشفيات الحكومية، وهم فئة تعاني من أمراض مزمنة أو إصابات جسمية أدت إلى فقدان القدرة على الحركة، مما يجعلهم في حاجة مستمرة إلى رعاية ترفيهية متخصصة. وعلى الرغم من التوجهات الصحية التي تدعو إلى تقليل مدة بقاء هذه الفئة داخل المستشفيات والسماح بخروجهم إلى أسرهم الطبيعية، إلا أن ذلك يواجه بعدد من المعوقات، في مقدمتها عدم استعداد الأسر لتحمل مسؤولية الرعاية المنزلية، وافتقارها إلى الإمكانيات والمهارات اللازمة لتلبية احتياجات المرضى اليومية.



وفي ضوء ذلك، تبرز الحاجة إلى دراسة معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من المستشفيات الحكومية، والتعرف على متطلبات إعادتهم إلى أسرهم الطبيعية، إلى جانب الوقوف على واقع التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي، خاصة باستخدام نموذج الجسر، في التعامل مع هذه الفئة وأسرههم.

مفاهيم الدراسة:

التدخل المهني - الأخصائي الاجتماعي - نموذج الجسر - المرضى طولي الإقامة

التدخل المهني التدخل المهني: هو مجموعة من الممارسات والإجراءات المهنية المنظمة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي وفق خطوات محددة، بهدف التعامل مع الموقف الإشكالي والحد من آثاره، ومساعدة المستفيد على تحقيق التغيير المطلوب. ولتحقيق أهداف التدخل المهني، يعتمد الأخصائي الاجتماعي على استراتيجيات وأساليب مهنية واضحة، في إطار خطة تدخل تستند إلى نتائج التقييم الاجتماعي للموقف (عثمان، 2018: 73). ويعد التدخل المهني إطاراً شاملاً ومتكاملاً متسلسلاً بمفاهيم محددة، ومعتمداً على الأسس المعرفية والمهارية والقيمية وهو عملية متعارف عليها عند ممارسي الخدمة الاجتماعية (الخطيب والديب، 2020: 45).

التعريف الإجرائي للتدخل المهني:

المقصود بالتدخل المهني في هذه الدراسة مجموعة الإجراءات والخطوات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي داخل المستشفيات للتعامل مع مشكلات المرضى طولي الإقامة وأسرههم، وذلك من خلال التقييم الاجتماعي، ووضع خطة تدخل، وتطبيق استراتيجيات مهنية تهدف إلى تسهيل خروج المريض وتحسين تكيفه مع أسرته ومجتمعه.

أولاً: الأخصائي الاجتماعي (Social Worker)

يُعرف الأخصائي الاجتماعي بأنه الممارس المهني الذي يعمل على مساعدة الأفراد والأسر والجماعات في مواجهة مشكلاتهم وتحسين قدرتهم على التكيف مع بيئاتهم، من خلال استخدام أساليب علمية ومهارات مهنية في التقييم والتدخل (National Association of Social Workers, 2017؛ International Federation of Social Workers, 2014). وفي المجال الطبي، يُعد الأخصائي الاجتماعي جزءاً من الفريق الصحي، حيث يساهم في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى، وتنسيق الخدمات، والمساعدة في تخطيط الخروج من المستشفى وضمان استمرارية الرعاية (Nayar et al., 2018؛ Zastrow & Kirst-Ashman, 2022).

التعريف الإجرائي للأخصائي الاجتماعي:

الأخصائي الاجتماعي هو الممارس الاجتماعي في المجال الصحي الذي يعمل مع المرضى طولي الإقامة داخل المستشفيات الحكومية أو الخاصة، ويقوم بتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، وتنسيق الخدمات، والمساهمة في تسهيل انتقال المريض إلى أسرته بعد استقرار حالته الصحية.

ثانياً: نموذج الجسر (Bridge Model)

يُعرف نموذج الجسر بأنه أحد نماذج الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، يهدف إلى تحسين انتقال المرضى من المستشفى إلى المجتمع من خلال التنسيق بين الخدمات الصحية والاجتماعية، وتعزيز استمرارية الرعاية بعد الخروج (Rozario & Morrow-Howell, 2011؛ Hoffman & Sallee, 2018).

ويركز النموذج على دور الأخصائي الاجتماعي كـ"حلقة وصل" بين المريض وأسره وخدمات الرعاية المجتمعية، بما يضمن تلبية احتياجات المريض بعد خروجه من المستشفى وتقليل احتمالية إعادة التنويم (Berkowitz et al., 2011).

التعريف الإجرائي لنموذج الجسر:



نموذج الجسر هو نموذج مهني يعمل به الأخصائي الاجتماعي ويقوم بدور الوسيط الذي يربط بين خدمات المستشفى وموارد المجتمع، بهدف ضمان استمرارية تقديم الرعاية للمرضى طويلاً الإقامة في أسرهم بعد تمكن الأسرة من القيام بأدوار الرعاية.

ثالثاً: المرضى طويلاً الإقامة (Long-Stay Patients)

يُعرف المرضى طويلاً الإقامة بأنهم المرضى الذين تستمر إقامتهم في المستشفى لفترة تتجاوز المدة المتوقعة طبيًا، وتكون غالبًا بعد استقرار حالتهم الصحية، نتيجة عوامل غير طبية مثل نقص الدعم الأسري أو صعوبة توفير الرعاية المنزلية (Megens & Van Meijel, 2006 ; Tamsah et al., 2020).

كما تشير الأدبيات إلى أن هؤلاء المرضى غالبًا ما يعانون من إعاقات وظيفية أو أمراض مزمنة تتطلب رعاية ترميمية مستمرة، مما يشكل عبئًا على النظام الصحي ويؤخر إخلاء الأسرة (Berkowitz et al., 2011).

التعريف الإجرائي للمرضى طويلاً الإقامة:

هم المرضى الملازمون للأسرة غير القادرين على الحركة ممن قضوا أكثر من 21 يوما بعد تسجيل الطبيب لإذن الخروج، ولكن تعذر على أسرهم تقبل عودتهم بعد أن أصبحوا مقعدين على الأسرة ويحتاجون للرعاية التمريضية، وهؤلاء المرضى من ضحايا الأمراض الخطيرة والمفاجئة مثل ضحايا الجلطات وضحايا الحوادث وضحايا مضاعفات الأمراض المزمنة، وتأثرت وظائفهم الحيوية وأصبحوا غير قادرين على رعاية أنفسهم ويحتاجون للمساعدة ممن حولهم في التغذية والنظافة الشخصية وفي التحريك المستمر.

أهمية الدراسة:

- 1- أن الاهتمام بدراسة واقع المرضى طويلاً الإقامة من الموضوعات التي تلقى اهتمامًا متزايدًا على المستوى المحلي أو الدولي تساهم بفاعلية في تحقيق تطلعات وزارة الصحة في خفض تكاليف المرضى طويلاً الإقامة.
- 2- يأتي هذا البحث مواكبًا لجهود المملكة العربية السعودية في تحقيق معايير جودة الخدمات الصحية وكفاءتها من خلال تقديم أفضل الخدمات مقابل التكلفة، وتحسين فرص دوران الأسرة للمرضى في قوائم الانتظار، حيث توفر لهم أسرة يمكنهم تلقي العلاج عليها مما يدعم جودة الخدمات الصحية.
- 3- تثير هذه الدراسة أساليب التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي باستخدام نموذج الجسر مع المرضى طويلاً الإقامة وأسرة.
- 4- تقدم الدراسة نتائج واقعية لمتطلبات خروج المرضى طويلاً الإقامة من المستشفيات الحكومية إلى أسرهم الطبيعية.
- 5- تساهم الدراسة من الناحية النظرية في إيجاد إطار نظري وفتح آفاق جديدة للأبحاث الاجتماعية لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى طويلاً الإقامة وأسرة.
- 6- توفر الدراسة من خلال نتائجها الميدانية معلومات لا غنى عنها لصناع القرار حيث تعد من روافد البحوث المشاركة في تقديم الحلول التخطيطية لتفعيل خروج المرضى طويلاً الإقامة لأسرة الطبيعية.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على معوقات خروج المرضى طويلاً الإقامة من المستشفيات الحكومية.
2. التعرف على متطلبات عودة المرضى طويلاً الإقامة إلى أسرهم الطبيعية.
3. واقع التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي باستخدام نموذج الجسر مع المرضى طويلاً الإقامة وأسرة.

أسئلة الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية:
1. ما معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من المستشفيات؟
 2. ما متطلبات عودة المرضى طولي الإقامة إلى أسرهم الطبيعية؟
 3. ما واقع التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي باستخدام نموذج الجسر مع المرضى طولي الإقامة وأسرههم؟

الإطار النظري:



شكل رقم (1) من تصميم الباحثة

نموذج الجسر لهوفمان وسالي

يعد نموذج الجسر من النماذج الحديثة التي تُستخدم في ممارسة الخدمة الاجتماعية، وظهر هذا النموذج ليسلط الضوء على أهمية إقامة الجسور وهي مدّ مسارات التواصل بين العملاء والمنظمات والجمعيات في المجتمع المحلي التي توفر الخدمات لتسهيل حصول العميل على الخدمة (Hoffman & Sallee, 2018) ويُقصد بالجسر أنواع التمكين ومنح القوة التي يحتاجها العملاء ليستطيعوا مساعدة أنفسهم في إشباع احتياجاتهم وحلّ مشكلاتهم وتغيير حياتهم نحو الأفضل (Rozario & Morrow-Howell, 2011).

وفي دراستنا الحالية يُعبّر عن الجسر كوسيلة لمساعدة المرضى طولي الإقامة للخروج من المستشفى بعد استقرار حالتهم وحاجتهم فقط للرعاية التمريضية وعودتهم لأسرهم الطبيعية؛ ليشعروا بالأمن العاطفي والاستقرار النفسي. المعنى الاجتماعي لنموذج الجسر يجسد ربط المرضى طولي الإقامة بالموارد والخدمات المجتمعية بإقامة جسور اجتماعية جديدة وابتكار أساليب مهنية تساعد المرضى على التعامل مع المتغيرات الحياتية وفق حالتهم الحركية (Berkowitz et al., 2011) وتشكل الأساسات التي يُبنى عليها نموذج الجسر أسس الخدمة الاجتماعية الثلاثة القائمة على الأساس المعرفي من المعارف التي حصل عليها الأخصائي الاجتماعي ويقصد بها معارف عن مؤسسات المجتمع وأدوارها وأهدافها ونطاق خدماتها وآلية تسجيل المستفيدين فيها، والأساس القيمي وهو الحفاظ على كرامة المرضى وحقوقهم الإنسانية في الرعاية النفسية والاجتماعية والحياتية الأخرى، إضافة إلى الأساس المهاري (Zastrow & Kirst-Ashman, 2022).

ويقوم تطبيق نموذج الجسر على جهود الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في ربط المرضى طولي الإقامة ممن لديهم مشكلات واحتياجات مع المؤسسات أو الإدارات المساندة التي تقدم لهم الخدمات والبرامج لتمكينهم من العودة لأسرهم. ويمكن دور الأخصائي الاجتماعي في كونه الموجه لعملية المساعدة خصوصاً مع المرضى طولي الإقامة، إذ يسعى لمساعدتهم لأن



بعض العملاء لا يمكنهم التعبير عن احتياجاتهم بسبب فقدان القدرة على التواصل والحركة كصفة مشتركة في جميع الحالات (Nayar et al., 2018). ويحيط الأخصائي الاجتماعي الطبي بظروف المرضى وأوضاعهم الاجتماعية والأسرية حيث يضع خطة لخروجهم بعد انتهاء علاجهم الطبي واحتياجهم إلى الرعاية التمريضية بالتعاون مع أسرهم وبعد عقد الاجتماعات المهنية مع الأسرة، تمهيداً للخروج بالتعاون مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية المنزلية.

يتمثل نهج نموذج الجسر بالتركيز على المريض والبحث عن مواطن قوته لإزالة الحواجز التي تعترض صحته المزمنة متعددة الآثار؛ حيث ينسق الأخصائي الاجتماعي الطبي احتياجات المرضى طويلي الإقامة مع مقدمي الرعاية الصحية أثناء انتقالهم من العناية المركزة إلى الرعاية المتوسطة ثم إلى أجنحة المرضى طويلي الإقامة لتلقي الرعاية التمريضية حتى عودتهم لأسرهم الطبيعية (Rozario & Morrow-Howell, 2011). ويُصنف نموذج الجسر من نماذج التدخل قصيرة الأجل، والهدف منه تحسين الإدارة الذاتية وجودة حياة المرضى طويلي الإقامة مع مقدمي الرعاية الطويلة المدى (Berkowitz et al., 2011). وتشكل مدة التدخل المهني باستخدام نموذج الجسر 30 يومًا تقريبًا من استقرار المريض ليتم إعداده للخروج لأسرته الطبيعية عند انتهاء علاجه الطبي، وعندها يبدأ الأخصائي الاجتماعي الطبي في تقديم الدعم الطويل المدى لضمان استمرارية الخدمات (Hoffman & Sallee, 2018).

يمارس الأخصائيون الاجتماعيون في نموذج الجسر أدوارهم في إدارة الحالة والعلاج الاجتماعي النفسي الفردي على المدى القصير وفق احتياجات المرضى ومتطلبات عودتهم لأسرهم. كما يعمل الأخصائيون الاجتماعيون على ضمان حصول المرضى على الرعاية التمريضية والمجتمعية والموارد اللازمة استجابةً لمتطلبات الرعاية وتقليل المعوقات الطبية التي تؤدي إلى استمرار الإقامة الطويلة في المستشفيات الحكومية (Nayar et al., 2018).

ويخضع الأخصائيون الاجتماعيون الطبيون العاملون مع المرضى طويلي الإقامة لتدريب موحد على وسائل التدخل المهني لنقل المرضى من المستشفيات الحكومية إلى أسرهم، حيث يركز التدريب على مواجهة المخاطر وتسويق الرعاية الاجتماعية والتمريضية والزيارات المنزلية لمعالجة القضايا الوظيفية والنفسية الاجتماعية التي تؤثر على الالتزام بأساليب الرعاية الصحية.

النظرية والأساس المعرفي لنموذج الجسر:

تمثل الكابلات وسائل ربط أجزاء الجسر بعضها ببعض والتي يمثلها الأساس المعرفي لممارسة الخدمة الاجتماعية. يتكون "الكابل" الكبير من مجموعة كابلات صغيرة مجدولة تمنحه القوة، وهذه الكابلات تمثل سياسة خدمات الرعاية الاجتماعية، والبحث الاجتماعي، والسلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، وممارسة الخدمة الاجتماعية، وجميعها تشكل سلكاً معرفياً يربط الكابل الكبير بالمعرفة الواسعة (Zastrow & Kirst-Ashman, 2022). وهذا المنظور ينتج عنه نظرة عالمية تساعد الممارس العام على تحقيق الشمولية في متطلبات عودة المريض طويل الإقامة لأسرته بما يحقق احترام فريدته ويقود إلى تغييرات مجتمعية محلية تحدث بواسطة قوى أكبر في المجتمع، مثل التعاون بين وزارة الصحة ووزارة الموارد البشرية لتوفير الرعاية الصحية المنزلية والعائلة المنزلية المرافقة للمريض عند خروجه (Hoffman & Sallee, 2018).

متطلبات تطبيق نموذج الجسر على المرضى طويلي الإقامة:

يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى طويلي الإقامة باستخدام الجسور الاجتماعية والشخصية لتحقيق أهدافهم وتحسين حياتهم وتعزيز علاقاتهم الاجتماعية إذا كان المريض واعياً، أما إذا كان غير واعٍ فتُكفل حقوقه في الاستقرار وحقوق أسرته في تمكينها من رعاية المريض وتقليل أعباء الزيارات المتكررة مما يحقق الاستقرار للأسرة (Nayar et al., 2018). ويتم ذلك من خلال:



1. تحديد الهدف الرئيس للتدخل المهني حسب درجة وعي المريض لتقليل الضغوط الناتجة عن عدم القدرة على الحركة، وتعزيز موارد المرضى وأسرههم بالاستعانة بوزارة الموارد البشرية لتحقيق الدعم المناسب (Berkowitz et al., 2011).

2. إقامة الجسور بين المرضى وأسرههم وربطهم بالموارد المجتمعية مثل الزيارات المنزلية، الأجهزة الطبية، المستلزمات السريرية، وتوضيح آليات الحصول عليها سواء كانت خدمات صحية أم تمريضية أم خدمات رعاية اجتماعية (Morrow-Howell & Rozario, 2011).

خطوات عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي باستخدام نموذج الجسر:

1. بناء الجسور للحصول على الموارد المجتمعية الممكنة لتلبية متطلبات عودة المرضى لأسرههم.
2. إتاحة الفرصة للمرضى للاختيار بين الحصول على الرعاية الصحية في منازلهم ومع أسرههم.
3. مساعدة المرضى على فهم واقعهم الحالي ومشكلاتهم وتمكينهم من تقبلها.
4. مساعدة أسر المرضى على تحسين مهاراتهم في إدارة مواقف الحياة بعد خروج المريض.

الدراسات السابقة:

دراسة الشمري (2023) بعنوان مشكلات المرضى طولي الإقامة ودور الأخصائي الاجتماعي في مواجهتها المطبقة في مستشفيات حائل، وهذا البحث وصفي اعتمد على منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى طولي الإقامة يعانون من سرعة الغضب والانفعال والشعور بالإحباط وصعوبة في المشاركة في المناسبات الاجتماعية وشعورهم بالألم من نظرات العطف والشفقة من الآخرين، والأسرة تتخلى عن بعض احتياجاتها لصالح المريض وكانت أدوار الأخصائي الاجتماعي رفع معنوياتهم وتقديم المساندة الاجتماعية لتخفيف مشاعر الضيق والتوتر لدى المريض ويعمل الأخصائي الاجتماعي على خطة خروج المريض من المستشفى.

دراسة العلياني (2020) بعنوان مدى رضا مرضى الإقامة الطويلة في المستشفيات الحكومية عن دور الأخصائي الاجتماعي، دراسة ميدانية على مستشفيات منطقة عسير، وقد استخدم المنهج الوصفي، وبينت نتائج الدراسة رضا أغلب المرضى عن أدوار الأخصائيين الاجتماعيين المتعددة مع المرضى طولي الإقامة، وأوصت الدراسة بضرورة تدريب الأخصائيين الاجتماعيين وتعزيز مهاراتهم المهنية بما يساهم في فهم احتياجات المرضى بشكل أفضل وتلبيتها بكفاءة، الأمر الذي ينعكس إيجاباً على رفع مستوى رضا المرضى.

دراسة تمساح (2020) بعنوان مرضى الإقامة الطويلة في وحدات العناية المركزة للأطفال دراسة مستعرضة لمدة خمس سنوات، واعتمدت منهجية الدراسة على أسلوب الدراسة المستعرضة ذات النقطتين بفارق خمس سنوات من 2014 وحتى 2019 وأجريت الدراسة في وحدات العناية المركزة للأطفال ووحدات العناية المركزة القلبية للأطفال - SCICUs في مدينة الرياض، وأبرزت النتائج أن سبب الإقامة الطويلة للمرضى يرجع إلى الأسباب الطبية (51.1%) والسبب التالي نقص الموارد الأسرية (26.5%) وبسبب عدم إحالة المرضى إلى مرافق الرعاية المديدة (22.4%) وخلاصة الدراسة: أن وجود المرضى طولي الإقامة يساهم في إشغال عدد كبير من الأسرة في حالات الرعاية الحرجة، ومضاعفاتها، ويزيد من استهلاك الموارد وهذا يتطلب استشعار أسر المرضى لمسؤولياتهم لتحسين الاستفادة من الموارد.

دراسة الزهراني (2019) بعنوان دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى الإقامة الطويلة: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية بمدينة جدة، كان منهج الدراسة المسح الاجتماعي الشامل والاستبانة كأداة لجمع البيانات، وأظهرت النتائج أن الدور الإداري المتمثل في تنسيق عملية خروج مريض الإقامة الطويلة هو أكثر الأدوار فعالية مع المرضى طولي



الإقامة ثم المرور اليومي على المريض لمتابعة مستجدات حالتهم ثم دراسة حالة المريض، وأوضحت الدراسة أن الأدوار النفسية هي أكثر الأدوار فاعلية بالمقارنة مع الأدوار الأخرى، وهو خلاف ما رآه المرضى طوبلو الإقامة عن أبرز الأدوار الاجتماعية التي تتمثل في توعية المريض بأن خروجه لمنزله يساعده في استقراره النفسي وتوعية أسرة المريض بذلك لتقليل مشاعر الخوف. وحول معوقات أدوار الأخصائي الاجتماعي لوحظ نقص المعلومات الأولية عن المرضى طوبلي الإقامة ونقص عدد الأسرة المخصصة لهم. وأوصت الدراسة بضرورة توعية المرضى وأسراهم بشكل أوسع عن برنامج الرعاية المنزلية الذي كان له أثر ملموس في التخفيف من مشكلة المرضى طوبلي الإقامة وأشارت الدراسة للحاجة لإنشاء مراكز متخصصة بالرعاية التمريضية لمعالجة مشكلة نقص الأسرة بمراكز الرعاية التمريضية لمرضى الإقامة الطويلة.

دراسة النعيم (2013) بعنوان دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع مشكلات المرضى طوبلي الإقامة دراسة ميدانية بمستشفيات منطقة القصيم، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وكان من نتائج الدراسة أن أدوار الأخصائي الاجتماعي مع المرضى طوبلي الإقامة سواء من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين أو وجهة نظر الخبراء هي زيادة الوعي الصحي للعائل الذي سوف يقوم بخدمة المريض بعد خروجه بنسبة 57.5% وأغلب الأخصائيين يرجحون أن الأدوار المهنية تتمثل في التعامل مع المشكلات الأسرية للمرضى طوبلي الإقامة مع انتهاء مدة العلاج هي توطيد العلاقات بين المريض وأسرتهم ومعرفة الأسباب للمشكلات الأسرية بنسبة 5.79% من أفراد العينة وأوضحت النتائج الاختلاف بين الأخصائيين والخبراء، فالأخصائيون يركزون على تحويل المريض لدور الرعاية، بينما الخبراء يركزون على الاهتمام بدمج المرضى في أسراهم وفي المجتمع والنسبة الأكبر للمرضى من فئة المسنين والسبب هو شعورهم بعدم الاهتمام برعايتهم وتوضح رغبتهم في استمرار البقاء بالمستشفى لأطول فترة ممكنة.

دراسة جبرين علي الجبرين (2002) بعنوان دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى طوبلي الإقامة في المستشفيات دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لأدوار الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع مشكلات المرضى طوبلي الإقامة والصعوبات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين أثناء عملهم، وكانت أبرز نتائج الدراسة أن معدل بقاء المريض طوبلي الإقامة في المستشفيات يصل إلى 47 يومًا وهو معدل مرتفع. وأفاد معظم المبحوثين أنهم ليسوا من سكان مدينة الرياض وذكر 69% من المبحوثين أنهم من القرى والهجر والمدن الصغيرة مما يقودنا إلى استنتاج عدم وجود سكن لغالبيتهم في مدينة الرياض الأمر الذي يضيف صعوبة إلى عملية مغادرتهم للمستشفى، ومعظمهم ليس لديهم دخل شخصي حسب إفادتهم 81% وقليل منهم مرتبطون بوظائف سواء كانت حكومية أم في القطاع الخاص، كما أكد 75% من المبحوثين أن السبب الرئيسي في بقائهم في المستشفى فترة طويلة هو عدم استطاعتهم العناية بأنفسهم، كما أن نصف عينة هذه الدراسة 46% من المسنين، وهم المرضى طوبلي الإقامة وأوصت الدراسة بضرورة العمل على إنشاء مراكز متخصصة لتقديم الرعاية التمريضية واستضافة المرضى طوبلي الإقامة من غير القادرين على مغادرة المستشفى أو خدمة أنفسهم وليس بالضرورة أن تكون هذه المراكز حكومية.

تحليل الدراسات السابقة

أظهرت نتائج الدراسة الحالية توافقًا مع عدد من الدراسات السابقة؛ حيث أكدت كل من دراسة الشمري (2023)، وتمساح (2020)، والجبرين (2002) أن العوامل الأسرية والاقتصادية تمثل معوقات رئيسة لخروج المرضى طوبلي الإقامة، خاصة ضعف قدرة الأسرة على توفير الرعاية ونقص الموارد. كما تتفق مع دراسة تمساح (2020) في أن الحالة الصحية وتعقيد الرعاية يسهمان في إطالة مدة الإقامة.



كذلك، تتسق النتائج مع دراسات الشمري (2023)، والزهراني (2019)، والعلواني (2020) في إبراز الدور المحوري للأخصائي الاجتماعي، لا سيما في الدعم النفسي وإعداد خطط الخروج، ومع دراسة النعيم (2013) والزهراني (2019) في التأكيد على أهمية توعية الأسرة وتعزيز الرعاية المنزلية. وفي المقابل، تختلف الدراسة الحالية مع الشمري (2023) في أن الوصمة الاجتماعية لم تظهر كعائق جوهري، مما يعكس مستوى من التقبل الاجتماعي.

الفجوة البحثية:

رغم أهمية الدراسات السابقة، إلا أنها ركزت على الوصف والتشخيص دون تقديم نماذج تدخل مهني متكاملة أو آليات واضحة لربط المرضى بالموارد المجتمعية بعد الخروج. ومن هنا، تقدم الدراسة الحالية إسهامًا يتمثل في توضيح "نموذج الجسر" كإطار مهني يهدف إلى تعزيز التكامل بين المستشفى والمجتمع، بما يدعم الخروج الآمن والمستدام للمرضى.

الإجراءات المنهجية:

ويقصد بها الطريقة المثلى للوصول للمعرفة والتعمق في الظروف الاجتماعية لعينة البحث وكشفها، عن طريق الاستبانة واستعراض نتائجها والمقارنة بين وجهات نظر الأخصائيين الاجتماعيين وأسر المرضى طويلي الإقامة بشكل جدي لتفسير المشكلة البحثية، فالبحث يستند على التفسير المعرفي لدمج الوقائع الجدلية عن معوقات خروج المرضى بمفهوم متفق عليه مع متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من المستشفيات الحكومية وعودتهم لأسرهم الطبيعية. منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لأنها تسعى للتعرف على واقع مشكلة الدراسة كما هو، فهو يهتم بوصف هذا الواقع وصفًا دقيقًا. وقد تم اختيار هذا المنهج لأنه يمكن الباحث من تطبيق الاستبانة على مجتمع الدراسة الأول والثاني. وهذا المنهج لا يقف عند حد جمع البيانات والحصول على النتائج، بل يتعداه إلى تحليل المعلومات، وتفسيرها، والربط بين مدلولاتها وعلاقتها للوصول إلى معوقات ومتطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والمستشفيات الحكومية لرعاية المرضى طويلي الإقامة المتخصصة مثل مستشفى الرعاية المديدة، النقاهاة سابقًا، والمستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة التي تعاقدت معها وزارة الصحة لرعاية المرضى طويلي الإقامة مثل مستشفى الحياة الوطني في مدينة الرياض، لأن تلك المستشفيات تعاني من تكديس المرضى طويلي الإقامة وتم تقسيم مجتمع الدراسة السالف الذكر إلى مجتمعين فرعيين وهما:

مجتمع الدراسة الفرعي الأول: يتكون من أسر المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات بمدينة الرياض.

مجتمع الدراسة الفرعي الثاني: يتكون من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرضى طويلي الإقامة في

المستشفيات.

عينة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الحصر الشامل لجميع المرضى وأسرها من طويلي الإقامة والأخصائيين الاجتماعيين المشرفين على المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات الحكومية والمستشفيات الأهلية المتعاقدة مع المستشفيات الحكومية التي تقدم خدماتها للمرضى طويلي الإقامة بهدف فهم المشكلة البحثية بعمق، وذلك من خلال الآتي:

أولاً: حصر شامل لأسر المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات الحكومية وقت إجراء الدراسة، ممن تنطبق عليهم

شروط الدراسة وهي:



- أن يكون المريض قد حصل على كافة متطلبات العلاج الطبي وهو مرشح للخروج من المستشفى، وبقاؤه بالمستشفى بسبب احتياجه للرعاية التمريضية فقط.
 - أن يكون المريض طويل الإقامة من البالغين (فوق 18 سنة)
 - أن يكون المريض طويل الإقامة ملازماً للفراش
 - أن يكون مصاباً بأمراض عضوية وليست نفسية.
 - موافقة أسرة المريض طويل الإقامة على المشاركة في الدراسة.
- ثانياً: حصر شامل للأخصائيين الاجتماعيين في أقسام الخدمة الاجتماعية، العاملين مع المرضى طويلي الإقامة وفق الشروط التالية:

- أن يكون الأخصائي الاجتماعي مشرفاً على حالات المرضى طويلي الإقامة.
- موافقة الأخصائي الاجتماعي على المشاركة في الدراسة.
- أن يكون الأخصائي الاجتماعي قد عمل مع المرضى طويلي الإقامة لمدة لا تقل عن خمس سنوات.

أدوات الدراسة:

تم إعداد استبانتيين، استبانة أسر المرضى طويلي الإقامة واستبانة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرضى طويلي الإقامة، وتم تصنيف معلومات الاستبانة لأسر المرضى إلى جانبين: الأول معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة، والثاني متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة.

حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية: اعتمد موضوع الدراسة التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة بالمستشفيات.
- الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.
- الحدود البشرية: قدمت الدراسة حصراً شاملاً لمجتمع الدراسة الأول، وهم أسر المرضى طويلي الإقامة، ومجتمع الدراسة الثاني وهم الأخصائيون الاجتماعيون العاملون مع المرضى طويلي الإقامة.
- الحدود الزمنية: المدة التي استغرقتها الدراسة 6 أشهر.

صدق أداة الدراسة (الاستبانة) لمجتمع الدراسة الأول والثاني:

يستخدم صدق أداة الدراسة للتأكد من أن الاستبيان يقيس ما أعد لقياسه، كما يقصد به شمول الاستبانة لكل العناصر التي تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح عباراتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها، وتم التأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

1. صدق المحكمين لاستبانة مجتمع الدراسة الأول والثاني:

تم استخدام أسلوب الصدق الظاهري، بهدف التأكد من مدى صلاحية الاستبانة وملاءمتها لأغراض البحث، وذلك عن طريق عرضها على مجموعة من المحكمين من الأكاديميين والمختصين، وطلب منهم إبداء الرأي فيما يتعلق بمدى صدق وصلاحية كل فقرة من فقرات الاستبانة ومدى مناسبتها لقياس ما وضعت لقياسه، وعمل التعديلات اللازمة سواء بالحذف أو الإضافة أو إعادة الصياغة. وقدم المحكمون تعديلات مقترحة على أداة الدراسة، وتم أخذها في الاعتبار، وإجراء التعديلات اللازمة التي اتفق عليها غالبية المحكمين، ومن ثم الاعتماد على الاستبانة بشكلها الأخير.



2. صدق الاتساق الداخلي لاستبانة مجتمع الدراسة الأول والثاني:

يتم من خلال الاتساق الداخلي معرفة مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المحور/البعد الذي تنتهي إليه هذه الفقرة. ولحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)، والذي من خلاله تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمحور/البعد الذي تنتهي إليه الفقرة، والجداول التالية توضح صدق الاتساق الداخلي.

جدول (2)

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة (ن=101)

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	لا يوجد من يهتم بالمريض داخل الأسرة	.801**	.000
2	الوالدان مسنان ولا يمكنهما رعاية المريض	.808**	.000
3	عدم قدرة الأسرة على استقدام عاملة لرعاية المريض	.813**	.000
4	صعوبة تحمل مسؤولية تنظيف المريض على الأسرة	.825**	.000
5	انشغال أفراد الأسرة بالعمل والدراسة يمنعهم من متابعة حالة المريض	.784**	.000
6	يتطلب المريض التحريك المستمر لوقايته من التقرحات ولا يوجد من يقوم بهذا الدور في الأسرة	.489**	.000
7	نخشى تدهور حالة المريض مما يصعب إعادته إلى المستشفى بسبب طول الإجراءات	.605**	.000
8	عدم معرفة الأسرة بكيفية تغذية المريض عبر الأنابيب	.737**	.000
9	نخشى الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة حالة المريض	.733**	.000
10	المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه.	.832**	.000
11	حالة السكن غير مناسبة لتوفير غرفة مستقلة للمريض داخل السكن	.801**	.000

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات محور معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة مع الدرجة الكلية للمحور موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.489) كحد أدنى إلى (0.832) كحد أعلى، ويشير ذلك لوجود صدق اتساق داخلي في فقرات محور معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة، ومناسبتها لقياس ما أُعدت لقياسه.

جدول (3)

صدق الاتساق الداخلي للمحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة (ن=101)

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف استقدامها (للأسر الفقيرة فقط)	.519	.000
2	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط)	.501	.000

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3	تسهيل إجراءات إعادة المريض إلى المستشفى الذي كان منوما فيه (عند تدهور حالته الصحية) بالتنسيق مع الهلال الأحمر	.754	.000
4	تمنح أسرة المريض بطاقات مرور سريعة في الطوارئ بالمستشفى الذي كان منوما فيه في حال تدهور حالته	.764	.000
5	تطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية للمريض/ة بعد الخروج	.894	.000
6	توفير الأجهزة الطبية (السريير الطبي/ المرتبة/ جهاز توليد الأوكسجين) وغيرها وفق حالة المريض/ة ونقلها لمنزل المريض قبل خروجه.	.876	.000
7	توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبيعي للمريض/ة	.905	.000
8	توفير مواد التعقيم والمفارش الطبية للمريض/ة التي يستخدمها المريض مجاًناً.	.899	.000
9	توفير الأدوية والأغذية السائلة التي يحتاجها المريض.	.894	.000
10	توفير خدمات الاستشارات الاجتماعية للعائل الذي يهتم بالمريض	.869	.000
11	توفير برامج تدريبية للأسرة لتوهم لرعاية المريض قبل خروجه	.894	.000

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات محور متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة مع الدرجة الكلية للمحور موجبة ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.501) كحد أدنى و (0.905) كحد أعلى، ويشير ذلك لوجود صدق اتساق داخلي في فقرات محور متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

ثبات أداة الاستبانة لأسر المرضى طولي الإقامة:

يقصد بثبات الاستبانة أنها تعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقها أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة. وتم حساب ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) والجدول التالي يوضح ثبات أداة الدراسة.

جدول (4)

نتائج قياس ثبات الاستبانة لأسر المرضى طولي الإقامة:

المحور	Reliability Statistics		معامل التجزئة النصفية
	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة	11	.901	0.813
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة	11	.941	0.879
الاستبانة ككل	22	.853	0.016

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الثبات للاستبانة ككل بطريقة ألفا كرونباخ بلغت 0.853 في حين بلغت للمحور الأول معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة 0.901، وبلغت للمحور الثاني متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة 0.941 وهي قيم عالية لألفا كرونباخ. وهذا يعني أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة ثبات عالية



ويمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة، كما يُعد مؤشرًا مهمًا على أن الفقرات المكونة للاستبانة تعطي نتائج مستقرة وثابتة في حال إعادة تطبيقها على أفراد عينة الدراسة مرة أخرى؛ وبالتالي توجد طمأنينة تجاه تحليل بيانات الدراسة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة بشكل أساسي على استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences-SPSS V.26) في معالجة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال أداة الدراسة، وفيما يلي أهم الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تم استخدامها في معالجة بيانات هذه الدراسة:

التكرارات والنسب المئوية (frequencies and percentages) لدراسة خصائص أفراد العينة.
الوسط الحسابي: (mean) لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات مفردات الدراسة على الفقرات والأبعاد الرئيسية للاستبانة.

الانحراف المعياري: ((Standard Deviation)) للتعرف على مدى انحراف استجابات مفردات الدراسة لكل فقرة من الفقرات عن وسطها الحسابي.

معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي.
معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's AAlpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة ومعامل التجزئة النصفية.
اختبارات الفروض الإحصائية للتحقق من تأثير الخصائص الشخصية على محاور الدراسة وتم استخدام مقياس لكرت الخماسي للعبارة الإيجابية موافق تمامًا (خمس درجات)، موافق (أربع درجات)، محايد (ثلاث درجات)، أعارض (درجتين)، أعارض بشدة (درجة واحدة)، ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (5 - 1 = 4)، وتم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (4 / 5 = 0.8)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (5)

مستويات المتوسطات الحسابية

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.8	مستوى منخفض جدًا
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1.8 - 2.6	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 2.6 - 3.4	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 3.4 - 4.2	مستوى مرتفع
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 4.2 - 5	مستوى مرتفع جدًا

تم دمج العبارات لكل محور في عبارة واحدة بأخذ متوسط إجابات العبارات الخاصة بكل محور.

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة لاستبانة أسر المرضى طويلي الإقامة:

فيما يلي عرض تفصيلي للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، من خلال عرض استجابات أفراد مجتمع الدراسة الأول وهم أسر المرضى طويلي الإقامة على فقرات وأبعاد الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها وفق المعالجات الإحصائية المناسبة، وتفسير هذه النتائج.



أولاً: وصف عينة الدراسة أسرار المرضى طولي الإقامة

جدول (1-5)

اسم المستشفى

اسم المستشفى	العدد	النسبة
مستشفى الرعاية المديدة بالرياض	43	42,6
مستشفى الملك خالد الجامعي	38	37,6
مستشفى الحياة الوطني	20	19,8
إجمالي	101	100,0

جاءت عينة الدراسة من ثلاثة مستشفيات في مدينة الرياض، حيث بلغ عدد المرضى في مستشفى الرعاية المديدة بالرياض 43 مريضاً بنسبة 42.6%، في المرتبة الأولى ثم مستشفى الملك خالد الجامعي بعدد 38 مريضاً بنسبة 37.6%، وفي المرتبة الأخيرة مستشفى الحياة الوطني بعدد 20 مريضاً بنسبة 19.8%، وهذه النتيجة طبيعية لأن مستشفى الرعاية المديدة هي تخصص حالات المرضى طولي الإقامة، وأما مستشفى الحياة الوطني فتحول إليه الحالات من المستشفيات الحكومية. الخصائص الديموغرافية لأسرار المرضى طولي الإقامة:

جدول (2-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للنوع

نوع المريض	العدد	النسبة
ذكور	83	82,2
إناث	18	17,8
إجمالي	101	100,0

اشتملت عينة الدراسة على 83 ذكراً بنسبة 82.2% في مقابل 18 أنثى بنسبة 17.8%.

جدول (3-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لجنسية المريض

جنسية المريض	العدد	النسبة
سعودي	65	64,4
غير سعودي	36	35,6
إجمالي	101	100,0

اشتملت عينة الدراسة على 65 سعودياً بنسبة 64.4% في مقابل 36 غير سعودي بنسبة 35.6%، وهذا يوضح أن ثلث المرضى طولي الإقامة من الوافدين.

جدول (4-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لعمر المريض

عمر المريض	العدد	النسبة
من 18 إلى أقل من 30	12	11,9
من 30 إلى أقل من 39	12	11,9



النسبة	العدد	عمر المريض
20,8	21	من 39 إلى أقل من 50
22,8	23	من 50 إلى أقل من 61
32,7	33	61 سنة فأكثر
100,0	101	إجمالي

على مستوى الفئة العمرية، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي فئة 61 سنة فأكثر بواقع 33 مريضاً بنسبة 32.7%، وأخيراً الفئتان من 18 إلى أقل من 30، ومن 30 إلى أقل من 39 بواقع 12 مفردة لكل فئة بنسبة 11.9%، مما يوضح أن أكثر المرضى طويلي الإقامة من فئة المسنين وهذا أمر طبيعي لحدوث إصابات الجلطات.

جدول (5-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للوضع الاقتصادي للمريض أو العائل

النسبة	العدد	الوضع الاقتصادي للمريض أو العائل
53,5	54	أقل من 8000 ريال
23,8	24	أكثر من 8000 إلى أقل من 12,000 ريال
13,9	14	أكثر من 12,000 إلى أقل من 16,000 ريال
1,0	1	أكثر من 16,000 إلى أقل من 20,000 ريال
6,9	7	أكثر من 20,000
100,0	101	إجمالي

فيما يخص الوضع الاقتصادي للمريض أو العائل، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي فئة الدخل أقل من 8000 ريال بواقع 54 مفردة بنسبة 53.5%، تليها فئة الدخل أكثر من 8000 إلى أقل من 12,000 ريال بواقع 24 مفردة بنسبة 23.8%، ثم فئة الدخل أكثر من 12,000 إلى أقل من 16,000 ريال بواقع 14 مفردة بنسبة 13.9%، ثم فئة الدخل أكثر من 16,000 بواقع 7 مفردات بنسبة 6.9%، وأخيراً فئة الدخل أكثر من 16,000 إلى أقل من 20,000 ريال بواقع 1 مفردة بنسبة 1.0%، وهذا يوضح أن أكثر أسر المرضى طويلي الإقامة من ذوي الدخل المتوسط، وهذا ما يجعل أسرة المريض تتمسك بإبقائه بالمستشفى لعدم قدرتهم المادية على تحمل تكلفة رعايته.

جدول (6-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للحالة الاجتماعية للمريض

النسبة	العدد	الحالة الاجتماعية للمريض
23,8	24	لم يسبق له الزواج
76,2	77	سبق له الزواج
100,0	101	إجمالي

فيما يخص الحالة الاجتماعية للمريض، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي سبق له الزواج بواقع 77 مفردة بنسبة 76.2%، تليها من لم يسبق له الزواج بواقع 24 مفردة بنسبة 23.8%، وهذا لأن معظم المرضى من عمر 50 فما فوق، ومن لم يسبق له الزواج قد يكونون من الشباب ضحايا الحوادث المرورية.



الخصائص الصحية للمريض

جدول (7-5)

توزيع عينة الدراسة بحسب حالة التأمين الصحي للمريض

حالة التأمين الصحي للمريض	العدد	النسبة
منوم على نفقة التأمين الصحي	10	9,9
منوم على نفقة وزارة الصحة	91	90,1
إجمالي	101	100,0

بالنسبة لحالة التأمين الصحي للمريض، هناك 91 مريضاً منوماً على نفقة وزارة الصحة بنسبة 90.1%، والأقل 10 مريضاً منوماً على نفقة التأمين الصحي بنسبة 9.9%، وهذا لأن وزارة الصحة تقوم بدور ملموس في رعاية المرضى طويلي الإقامة على نفقة الحكومة، بينما تقل التغطية للمرضى طويلي الإقامة من شركات التأمين الصحي.

جدول (8-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لوجود مرافق للمريض

هل يوجد مرافق للمريض	العدد	النسبة
لا يوجد مرافق	35	34,7
يوجد مرافق عاملة منزلية	18	17,8
يوجد مرافق من الأسرة	45	44,6
يوجد مرافق من الأصدقاء	3	3,0
إجمالي	101	100,0

بالنسبة لوجود مرافق للمريض، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي مرافق من الأسرة بواقع 45 مفردة بنسبة 44.6%، والأقل شيوعاً مرافق من الأصدقاء بواقع 3 مفردة بنسبة 3.0%، وهذا يوضح مستوى التماسك الأسري في المجتمع حيث أن معظم المرضى متزوجون ويقوم أقاربهم بمرافقتهم، والأقل نسبة غالباً ما يكونون من العمال الذين تعرضوا لحوادث ويقوم أصدقاؤهم من ذات الجنسيات بمرافقتهم.

جدول (9-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لحالة المريض طويل الإقامة

حالة المريض طويل الإقامة	العدد	النسبة
المريض تحت الرعاية الطبية	55	54,5
حالة المريض تؤهله للخروج ويحصل على الرعاية التمريضية فقط	46	45,5
إجمالي	101	100,0

بالنسبة لحالة المريض طويل الإقامة، هناك المريض تحت الرعاية الطبية بواقع 55 مفردة بنسبة 54.5%، ويوجد مريضاً أنهمو العلاج الطبي ويتلقون الرعاية التمريضية وقد كتب لهم الأطباء إذن الخروج من المستشفى ويحصلون على الرعاية التمريضية فقط بواقع 46 مفردة بنسبة 45.5%. وهذا يعني أن ما يقارب نصف حالات المرضى طويلي الإقامة يحتاجون للرعاية التمريضية فقط وهذا يؤثر على الطاقة الاستيعابية للمستشفيات وحركة دوران الأسرة.



جدول (10-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لدرجة وعي المريض

النسبة	العدد	درجة وعي المريض
40,6	41	غير واعي في غيبوبة
34,7	35	واع وغير مدرك
24,8	25	واع ومدرك
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لدرجة وعي المريض، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي غير واعي في غيبوبة بواقع 41 مفردة بنسبة 40.6%، تليها واع وغير مدرك بواقع 35 مفردة بنسبة 34.7%، وأخيراً واع ومدرك بواقع 25 مفردة بنسبة 24.8%، وهذا يعكس واقع المرضى طولي الإقامة وهو أن معظمهم بنسبة 76% غير واعين، وعليه فإن قرار بقاء المريض وخروجه منوط باستجابة الأسرة بعد القرار الطبي.

جدول (11-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لأثر الإصابة التي تعرض لها المريض

النسبة	العدد	أثر الإصابة التي تعرض لها المريض
5,9	6	تنفسية
70,3	71	حركية
12,9	13	حشوية
10,9	11	ذهنية
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لأثر الإصابة التي تعرض لها المريض، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي حركية بواقع 71 مفردة بنسبة 70.3%، والأقل شيوعاً هي الآثار التنفسية بواقع 6 مفردات بنسبة 5.9%، أي أن المرضى الذين لديهم فشل تنفسي هم الأقل بين المرضى طولي الإقامة.

جدول (12-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لسبب فقدان القدرة على الحركة وتحول المريض لفئة طولي الإقامة

النسبة	العدد	سبب فقدان القدرة على الحركة وتحول المريض لفئة طولي الإقامة
28,7	29	جلطة
42,6	43	حادث مروري
28,7	29	مضاعفات مرض مزمن
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لسبب فقدان القدرة على الحركة وتحول المريض لفئة طولي الإقامة، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي حادث مروري بواقع 43 مفردة بنسبة 42.6%، والأقل شيوعاً الجلطة ومضاعفات مرض مزمن بواقع 29 مفردة بنسبة 28.7% لكل منهما، ونجد أن معظم المرضى طولي الإقامة ضحايا الجلطات ومضاعفات الأمراض أولاً، ثم الحوادث المرورية.



جدول (13-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لنوع المضاعفات التي حدثت للمريض أثناء إقامته بالمستشفى

النسبة	العدد	نوع المضاعفات التي حدثت للمريض أثناء إقامته بالمستشفى
38,6	39	عدوى تنفسية
32,7	33	التهابات
28,7	29	تقرحات سريرية
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لنوع المضاعفات التي حدثت للمريض أثناء إقامته بالمستشفى، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي عدوى تنفسية بواقع 39 مفردة بنسبة 38,6% والأقل شيوعاً التقرحات السريرية بواقع 29 مفردة 28,7%
خصائص حالة الإقامة للمريض

جدول (14-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لرأي الأسرة تجاه خروج المريض من المستشفى وعودته لأسرته الطبيعية

النسبة	العدد	رأي الأسرة تجاه خروج المريض من المستشفى وعودته لأسرته الطبيعية
63,4	64	غير موافق
6,9	7	موافق على خروج المريض
29,7	30	موافق بشرط توفير خدمات مساندة للأسرة
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لرأي الأسرة تجاه خروج المريض من المستشفى وعودته لأسرته الطبيعية، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي غير موافق بواقع 64 مفردة بنسبة 63,4%، والموافق بشرط بلغ 30 مفردة بنسبة 29,7% وأقلها موافق على خروج المريض بواقع 7 مفردات بنسبة 6,9%، وهذا يوضح الاتجاه العام لمقاومة الأسر لخروج المرضى طويلاً الإقامة.

جدول (15-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لرأي المريض/ة تجاه قرار الخروج

النسبة	العدد	(إذا كان المريض واعياً ذهنياً وبمكثته التعبير عن رأيه أجب عن السؤال التالي: ما هو رأي المريض/ة تجاه قرار الخروج؟)
65,3	66	لا يرغب بالخروج
34,7	35	يرغب بالخروج
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لرأي المريض/ة تجاه قرار الخروج، فإن 66 مفردة لا يرغبون بالخروج ويشكلون نسبة 65,3%، بينما 35 مفردة يرغبون بالخروج ويشكلون نسبة 34,7%، لأن المرضى يرفضون إزعاج أسرهم بالعناية بهم ولأن بعض الأسر لا يوجد بها من يستطيع رعاية المريض.



جدول (16-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لملكية سكن المريض/ة قبل تدهور حالته الصحية

النسبة	العدد	ملكية سكن المريض/ة قبل تدهور حالته الصحية
13,9	14	سكن يتبع جهة العمل
21,8	22	مستأجر من المريض/ة
6,9	7	ملك للمريض/ة
57,4	58	يسكن المريض/ة مع أسرته
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لملكية سكن المريض/ة قبل تدهور حالته الصحية، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي يسكن المريض/ة مع أسرته بواقع 58 مفردة بنسبة 57.4%، وأخيراً ملك بواقع 7 مفردات بنسبة 6.9%، وهذا يوضح انخفاض نسبة تملك المسكن، من جانب ومن الجانب الآخر فالسكن مع الأسرة يمكنه من رعاية المريض.

جدول (17-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لمكان سكن المريض قبل المرض

النسبة	العدد	مكان سكن المريض قبل المرض
7,9	8	خارج مدينة الرياض
52,5	53	داخل الرياض
39,6	40	محافظات وضواحي الرياض
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لمكان سكن المريض قبل المرض، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي داخل الرياض بواقع 53 مفردة بنسبة 52.5%، والأدنى خارج مدينة الرياض بواقع 8 مفردات لكل منهما بنسبة 7.9%.

جدول (18-5)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لولي أمر المريض/ة حالياً

النسبة	العدد	ولي أمر المريض/ة حالياً
41,6	42	أحد أبنائه
21,8	22	أحد إخوته
14,9	15	أحد والديه
12,9	13	الزوج/ة
4,0	5	صديق
1,0	1	الكفيل
1,0	1	أحد الأقارب
2,0	2	لا يوجد
100,0	101	إجمالي

بالنسبة لولي أمر المريض/ة حالياً، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي أحد أبنائه بواقع 42 مفردة بنسبة 41.6%، وتليها أحد إخوته بعدد 22 بنسبة 21.8% والأدنى الكفيل وأحد الأقارب بواقع مفردة واحدة لكل منهما بنسبة 1.0%، ويليه لا يوجد مرافق بعدد مفردتين بنسبة 2.0% لأن معظم المرضى طوبلي الإقامة من كبار السن.



تحليل محاور الدراسة من منظور الأسرة:

تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب لكل فقرة من فقرات محاور الدراسة بناء على درجة متوسط العبارة بين العبارات الأخرى لتوضيح "معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة، ومتطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة.

محور: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة

جدول (19-5)

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الترتيب

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
11	لا يوجد من يهتم بالمرضى داخل الأسرة	3,52	1,361	8
2	الوالدان مسنان ولا يمكنهما رعاية المريض	3,14	1,364	10
3	عدم قدرة الأسرة على استقدام عاملة لرعاية المريض	3,55	1,144	7
4	صعوبة تحمل مسؤولية تنظيف المريض على الأسرة	3,67	1,184	4
5	انشغال أفراد الأسرة بالعمل والدراسة يمنعهم من متابعة حالة المريض	3,60	1,078	6
6	يتطلب المريض التحريك المستمر لوقايته من التقرحات ولا يوجد يقوم بهذا الدور في الأسرة	4,20	,970	1
7	نخشي تدهور حالة المريض مما يصعب إعادته إلى المستشفى بسبب طول الإجراءات	4,15	,942	2
8	عدم معرفة الأسرة بكيفية تغذية المريض عبر أنابيب التغذية	3,91	1,011	3
9	نخشي الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة حالة المريض	3,18	1,374	9
10	المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه.	3,02	1,421	11
11	حالة السكن غير مناسبة لتوفير غرفة مستقلة للمريض داخل السكن	3,63	1,146	5
-	المحور ككل	3,62	,889	-

من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (19-5) بلغ المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة (3.62 من 5) هذا المتوسط يقع في الفئة الرابعة (3.4-4.2) مما يدل على مستوى موافقة من قبل أفراد العينة على محور معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة.

كما نجد أن المتوسطات الحسابية التفصيلية تتراوح بين (3.02 – 4.20) وهذه المتوسطات تقع في الفئتين الثالثة والرابعة وهذا يشير إلى درجتي (المحايد، الموافقة).

كانت أعلى فقرة نالت أعلى درجة تأييد من قبل أفراد العينة، هي الفقرة رقم (6) التي تنص على "يتطلب المريض التحريك المستمر لوقايته من التقرحات ولا يوجد من يقوم بهذا الدور في الأسرة." فجاءت بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد العينة، بمتوسط حسابي 4.20، تليها الفقرة رقم (7) والتي تنص على (نخشي تدهور حالة المريض مما يصعب إعادته إلى المستشفى بسبب طول الإجراءات) بمتوسط حسابي 4.15 وتأتي في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (10) والتي تنص على المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه. بمتوسط حسابي 3.02 لم يوافق الأسر على هذه العبارة لأن معظم المرضى فاقدون للوعي والإدراك، مما يجعلهم غير قادرين على إصدار الأصوات والعبارة رقم (9) نخشي الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة حالة المريض بمتوسط حسابي 3,18 مما يدل أن الأسرة لا نخشي من الوصمة الاجتماعية بسبب المرضى طولي الإقامة.



محور: متطلبات خروج المرضى طوبلي الإقامة من منظور الأسرة.

جدول (20-5)

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الترتيب

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف استقدامها (للأسر الفقيرة فقط)	3,99	1,100	9
2	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط)	3,86	1,030	11
3	تسهيل إجراءات إعادة المريض إلى المستشفى الذي كان منوما فيه (عند تدهور حالته الصحية) بالتنسيق مع الهلال الأحمر	4,06	,947	8
4	تمنح أسرة المريض بطاقات مرور سريعة في الطوارئ بالمستشفى الذي كان منوما فيه في حال تدهور حالته	3,96	,979	10
5	تطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية للمريض/ة بعد الخروج	4,22	1,006	3
6	توفير الأجهزة الطبية (السرير الطبي/ المرتبة/ جهاز توليد الأوكسجين) وغيرها وفق حالة المريض/ة ونقلها لمزل المريض قبل خروجه.	4,19	,997	6
7	توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبي للمريض/ة	4,24	,991	1
8	توفير مواد التعقيم والمفارش الطبية للمريض/ة مجاناً	4,24	,981	2
9	توفير الأدوية والأغذية السائلة التي يحتاجها المريض.	4,21	,993	4
10	توفير خدمات الاستشارات الاجتماعية للعائل الذي يهتم بالمريض	4,21	,983	5
11	توفير برامج تدريبية للأسرة تؤهلهم لرعاية المريض قبل خروجه	4,12	,962	7
-	المحور ككل	4,11	,792	-

من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (20-5) بلغ المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة (4.11 من 5) هذا المتوسط يقع في الفئة الرابعة (3.4-4.2) مما يدل على مستوى موافقة من قبل أفراد العينة على هذا المحور، كما نجد أن المتوسطات الحسابية التفصيلية تتراوح بين (3.86 – 4.24) وهذه المتوسطات تقع في الفئة الرابعة والخامسة وهذا يشير إلى درجة (الموافقة والموافقة الشديدة).

كانت أعلى فقرة نالت أعلى درجة تأييد من قبل أفراد العينة، هي الفقرة رقم (8,7) التي تنص على " توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبي للمريض/ة، توفير مواد التعقيم والمفارش الطبية للمريض/ة مجاناً" جاءت بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد العينة، بمتوسط حسابي 4,24، تليها الفقرة رقم (5) والتي تنص على تطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية للمريض/ة بعد الخروج بمتوسط حسابي 4,22 وتأتي في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (2) والتي تنص على توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط) بمتوسط حسابي 3,86 وتليها عبارة رقم (4) تمنح أسرة المريض بطاقات مرور سريعة في الطوارئ بالمستشفى الذي كان منوما فيه في حال تدهور حالته بمتوسط 3,96.



تحليل محاور الدراسة طبقا للخصائص الديموغرافية للمرضى طويلي الإقامة:

جدول رقم (21-5)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقا لعمر المريض

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	1,818	0,132
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	1,087	0,367

يتضح من الجدول عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقا لعمر المريض حيث إن مستوى الدلالة للمحورين 0,132، 0,367، على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05.

جدول رقم (22-5)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقا للحالة الاجتماعية للمريض

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	1,784	0,155
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	0,995	0,399

يتضح من الجدول عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقا للحالة الاجتماعية للمريض حيث إن مستوى الدلالة للمحورين 0,155، 0,399 على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05.

جدول رقم (23-5)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقا للمستوى الاقتصادي للمريض

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	7,476	0,000
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	0,277	0,892

يتضح من الجدول وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقا للمستوى الاقتصادي للمريض فيما يخص محور معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة حيث إن مستوى الدلالة بلغ 0.000 وهي أقل من 0.05، مما يعني اختلاف الآراء بين المستويات المعيشية المختلفة، وهذا لأن الحالة الاقتصادية ذات علاقة وطيدة بتعزيز معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة فالأسر ذات الدخل المتوسط ودون المتوسط لا تتحمل تكلفة رعاية المريض عند خروجه للمنزل.

بينما لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقا للمستوى الاقتصادي للمريض فيما يخص متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة حيث إن مستوى الدلالة بلغ 0.892 وهي أكبر من 0.05، مما يعني عدم اختلاف الآراء بين مستويات المعيشية المختلفة؛ لأن الأسر ذات المستوى الاقتصادي المتدني لا توافق على متطلبات خروج المريض أيًا كانت.

جدول رقم (24-5)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقا لنوع المريض

المحور	قيمة T	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	2,268	0,025
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة	-0,865	0,389

يتضح من الجدول وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً لنوع المريض فيما يخص محور معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة حيث إن مستوى الدلالة بلغ 0.025 وهي أقل من 0.05، مما يعني اختلاف الآراء بين الذكور والإناث، لصالح الذكور لأن الذكور هم من يتحملون مسؤولية إعالة المريض في الأسرة لذا فإن موافقتهم على المعوقات بدت أكثر وضوحاً من الإناث.

بينما لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً لنوع المريض فيما يخص متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة حيث إن مستوى الدلالة بلغ 0.389 وهي أكبر من 0.05، مما يعني عدم اختلاف الآراء بين الذكور والإناث.

وفيما يلي تحليل لنتائج مجتمع الدراسة الثاني وهم الأخصائيون الاجتماعيون الممارسون مع المرضى طولي الإقامة حول متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة:

تم توزيع معلومات الاستبانة المطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين لثلاثة محاور:

- المحور الأول: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة.
 - المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة.
 - المحور الثالث: التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر.
- وتم ربط أسئلة استبانة الأخصائيين الاجتماعيين بخطوات عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي باستخدام نموذج الجسر.
- صدق الاتساق الداخلي لاستبانة الأخصائيين الاجتماعيين:

يتم من خلال الاتساق الداخلي معرفة مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المحور/البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة. ولحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة تم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient)، والذي من خلاله تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمحور/البعد الذي تنتمي إليه الفقرة، والجداول التالية توضح صدق الاتساق الداخلي.

جدول (6)

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة (ن=34)

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	لا يوجد من يهتم بالمريض داخل الأسرة	0.374	0,029
2	الوالدان مسنان ولا يمكنهما رعاية المريض	0.600	0,000
3	عدم قدرة الأسرة على استقدام عاملة لرعاية المريض	0.786	0,000
4	صعوبة تحمل مسؤولية تنظيف المريض على الأسرة	0.637	0,000
5	انشغال أفراد الأسرة بالعمل والدراسة يمنعهم من متابعة حالة المريض	0.661	0,000
6	يتطلب المريض التحريك المستمر لوقايته من التقرحات ولا يوجد يقوم بهذا الدور في الأسرة	0.529	0,001
7	نخشي تدهور حالة المريض مما يصعب إعادته إلى المستشفى بسبب طول الإجراءات	0.673	0,000
8	عدم معرفة الأسرة بكيفية تغذية المريض عبر الأنابيب	0.566	0,000
9	نخشي الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة حالة المريض	0.485	0,004
10	المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه.	0.683	0,000
11	حالة السكن غير مناسبة لتوفير غرفة مستقلة للمريض داخل السكن	0.599	0,000

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات محور معوقات خروج المرضى طولي الإقامة مع الدرجة الكلية للمحور موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.374) كحد أدنى و (0.786) كحد أعلى، ويشير ذلك لوجود صدق اتساق داخلي في فقرات محور معوقات خروج المرضى طولي الإقامة، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

جدول (7)

صدق الاتساق الداخلي المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة (ن=34) في عينة الأخصائيين الاجتماعيين

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف استقدامها (للأسر الفقيرة فقط)	0.320	0,045
2	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط)	0.475	0,005
3	تسهيل إجراءات إعادة المريض إلى المستشفى الذي كان منوما فيه (عند تدهور حالته الصحية) بالتنسيق مع الهلال الأحمر	0.414	0,015
4	تمنح أسرة المريض بطاقات مرور سريعة في الطوارئ بالمستشفى الذي كان منوما فيه في حال تدهور حالته	0.756	0,000
5	تطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية للمريض/ة بعد الخروج	0.724	0,000
6	توفير الأجهزة الطبية (السريير الطبي/ المرتبة/ جهاز توليد الأوكسجين) وغيرها وفق حالة المريض/ة ونقلها لمنزل المريض قبل خروجه.	0.849	0,000
7	توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبيعي للمريض/ة	0.824	0,000
8	توفير مواد التعقيم والمفارش الطبية للمريض/ة مجاناً	0.817	0,000
9	توفير الأدوية والأغذية السائلة التي يحتاجها المريض.	0.852	0,000
10	توفير خدمات الاستشارات الاجتماعية للعائل الذي يهتم بالمريض	0.826	0,000
11	توفير برامج تدريبية للأسرة تؤولهم لرعاية المريض قبل خروجه	0.819	0,000

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات محور متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة مع الدرجة الكلية للمحور موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01، 0.05)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.320) كحد أدنى و (0.852) كحد أعلى، ويشير ذلك لوجود صدق اتساق داخلي في فقرات محور متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأسرة، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

جدول (8)

صدق الاتساق الداخلي المحور الثالث: التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر (ن=34)

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
	بناء الجسور للحصول على الموارد المجتمعية الممكنة لتلبية متطلبات عودة المرضى لأسرهم.		
1	لدي إلمام بسياسات الخدمة الاجتماعية مع المرضى طولي الإقامة	0.791	0,000
2	أسعى لتفعيل الشراكة التعاونية بين المستشفى والجمعيات الصحية الخيرية	0.764	0,000
3	أبحث عن الخدمات والموارد المجتمعية لدعم المرضى طولي الإقامة بعد خروجهم	0.689	0,000
	إتاحة الفرصة للمرضى للاختيار بين الحصول على الرعاية الصحية في منازلهم ومع أسرهم.		



م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
4	لدي معرفة بأعراض الصدمة التي يعانيها المريض بعد المرض.	0.804	0.000
5	لدي معرفة بالآثار المصاحبة للأمراض المزمنة	0.796	0.000
6	لدي القدرة على مناقشة مخاوف المريض وأسرته بأسلوب تدعيبي	0.545	0.000
	مساعدة المرضى على فهم و اقنعهم الحالي ومشكلاتهم وتمكينهم من تقبلها.		
7	لدي القدرة على إقناع المريض بأهمية خروجه من المستشفى.	0.738	0.000
8	لدي معلومات واضحة عن واقع المرضى طويلي الإقامة الذين أتعامل معهم.	0.756	0.000
9	أمارس أدوار كإخصائي اجتماعي طبي لتوفير الخدمات التي يحتاجها المريض	0.464	0.000
10	لدي القدرة على وضع خطة العلاج الاجتماعي بناء على تقدير المشكلة.	0.774	0.000
	مساعدة أسر المرضى على تحسين مهاراتهم في إدارة مواقف الحياة بعد خروج المريض		
11	لدي القدرة على الحوار مع الأسرة وإقناعهم بمهنية بأهمية عودة المريض للمنزل	0.777	0.000
12	أستطيع شرح أدوار الأسرة في رعاية المريض بعد خروجه	0.715	0.000
13	لدي القدرة على استخدام إستراتيجية الإقناع لمساعدة أسرة المريض.	0.804	0.000
14	أمكن الأسرة من الاستفادة مؤسسات المجتمع الحكومية والخيرية لخدمة المريض.	0.863	0.000
15	لدي القدرة على الوساطة والتفاوض بين الأطراف المتنازعة.	0.895	0.000

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات محور التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر مع الدرجة الكلية للمحور موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.464) كحد أدنى و (0.895) كحد أعلى، ويشير ذلك لوجود صدق اتساق داخلي في فقرات محور متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة من منظور الأسرة، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

دراسة ثبات أداة الاستبانة للأخصائيين الاجتماعيين:

يقصد بثبات الاستبانة أنها تغطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقها أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة. وتم حساب ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، والجدول التالي يوضح ثبات أداة الدراسة.

جدول (9)

نتائج قياس ثبات الاستبانة لعينة الأخصائيين الاجتماعيين

المحور	Reliability Statistics		معامل التجزئة النصفية
	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا	
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة	11	0.757	0.809
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة	11	0.872	0.869
المحور الثالث: التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر	15	0.895	0.929
الاستبانة ككل	37	0.894	0.445

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الثبات للاستبانة ككل بطريقة ألفا كرونباخ بلغت 0.894 في حين بلغت للمحور الأول معوقات خروج المرضى طويلي الإقامة 0.757، وبلغت للمحور الثاني متطلبات خروج المرضى طويلي الإقامة

0.872 وبلغت للمحور الثالث التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر 0.895 وهي قيم عالية لألفا كرونباخ. وهذا يعني أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة ثبات عالية ويمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة، كما يُعد مؤشرًا مهمًا على أن الفقرات المكونة للاستبانة تعطي نتائج مستقرة وثابتة في حال إعادة تطبيقها على أفراد عينة الدراسة مرة أخرى؛ وبالتالي توجد طمأنينة تجاه تحليل بيانات الدراسة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في استبانة مجتمع الدراسة الثاني من الأخصائيين الاجتماعيين:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة بشكل أساسي على استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences-SPSS V.26) في معالجة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال أداة الدراسة، وفيما يلي أهم الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تم استخدامها في معالجة بيانات هذه الدراسة:

- 1- التكرارات والنسب المئوية (frequencies and percentages) لدراسة خصائص أفراد العينة
- 2- الوسط الحسابي: (mean) وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات مفردات الدراسة على الفقرات والأبعاد الرئيسة للاستبانة.
- 3- الانحراف المعياري: (Standard Deviation) للتعرف على مدى انحراف استجابات مفردات الدراسة لكل فقرة من الفقرات عن وسطها الحسابي.

4- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي.

5- معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة ومعامل التجزئة النصفية.

6- اختبارات الفروض الإحصائية للتحقق من تأثير الخصائص الشخصية على محاور الدراسة.

وتم استخدام مقياس لكرت الخماسي للعبارة الإيجابية موافق تمامًا (خمس درجات)، موافق (أربع درجات)، محايد (ثلاث درجات)، أعارض (درجتين)، أعارض بشدة (درجة واحدة)، ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (5 - 1 = 4)، وتم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (4 / 5 = 0.8)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (10)

مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض جدًا	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.8
مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1.8 - 2.6
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 2.6 - 3.4
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 3.4 - 4.2
مستوى مرتفع جدًا	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 4.2 - 5

■ تم دمج العبارات لكل محور في عبارة واحدة بأخذ متوسط إجابات العبارات الخاصة بكل محور.

تحليل ومناقشة نتائج الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المرضى طولي الإقامة وعرض استجابات الأخصائيين الاجتماعيين على فقرات الاستبانة، والإجابة عن تساؤلاتها وفق المعالجات الإحصائية المناسبة، وتفسير هذه النتائج.



وصف مجتمع الدراسة للأخصائيين الاجتماعيين.

الخصائص الديموغرافية للأخصائيين الاجتماعيين

جدول (1-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لنوع المستشفى الذي يعمل به الأخصائي الاجتماعي

النسبة	العدد	نوع المستشفى الذي يعمل به الأخصائي الاجتماعي
52,9	18	حكومي عام
47,1	16	حكومي تخصصي
100,0	34	إجمالي

اشتملت عينة الدراسة على 18 أخصائياً يعملون بمستشفى حكومي عام بنسبة 52.9% في مقابل 16 أخصائياً يعملون بمستشفى حكومي تخصصي بنسبة 47.1%، والمقصود بالحكومي مستشفيات وزارة الصحة، والحكومي التخصصي المستشفيات الجامعية والمستشفيات المتعاقدة معها لرعاية المرضى طويلاً الإقامة.

جدول (2-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للنوع

النسبة	العدد	نوع
52,9	18	ذكور
47,1	16	إناث
100,0	34	إجمالي

اشتملت عينة الدراسة على 18 ذكراً بنسبة 52.9% في مقابل 16 أنثى بنسبة 47.1%.

جدول (3-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لتخصص الشهادة التي تم الحصول عليها

النسبة	العدد	تخصص الشهادة
82,4	28	خدمة اجتماعية
17,6	6	علم اجتماع
100,0	101	إجمالي

اشتملت عينة الدراسة على 28 حاصلين على مؤهل خدمة اجتماعية بنسبة 82.4% في مقابل 6 حاصلين على شهادة علم اجتماع بنسبة 17.6%.

جدول (4-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لعمر الأخصائي الاجتماعي

النسبة	العدد	عمر الأخصائي الاجتماعي
41,2	14	من 30 إلى أقل من 40
55,9	19	من 40 إلى أقل من 50
2,9	1	50 سنة فأكثر
100,0	34	إجمالي



على مستوى الفئة العمرية، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي فئة من 40 إلى أقل من 50 سنة بواقع 19 أخصائياً اجتماعياً بنسبة 55.9%، تليها الفئة العمرية من 30 إلى أقل من 40 سنة بواقع 14 أخصائياً بنسبة 41.2%، وأخيراً الفئة العمرية 50 سنة فأكثر بواقع أخصائي واحد بنسبة 2.9%، وهذا يعطي مؤشراً على أن الأخصائيين الاجتماعيين يمتلكون قدرة عالية في التعامل مع المرضى لأنهم من الفئة التي تتصف بالعقل والقدرة على التعامل مع المرضى.

جدول (5-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للمستوى التعليمي للأخصائي الاجتماعي

النسبة	العدد	المستوى التعليمي للأخصائي
38,2	13	بكالوريوس
52,9	18	ماجستير
8,8	3	دكتوراه
100,0	34	إجمالي

طبقاً للمستوى التعليمي، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي فئة الحاصلين على الماجستير بواقع 18 أخصائياً بنسبة 52.9%، وأخيراً الحاصلون على الدكتوراه بواقع 3 أخصائيين بنسبة 8.8% وهذا يدل على توجه الأخصائيين للتطوير العلمي مع الممارسة المهنية.

جدول (6-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لعدد سنوات الخبرة

النسبة	العدد	عدد سنوات الخبرة
17,6	6	من 6 إلى 10 سنوات
38,2	13	من 11 سنة إلى 15 سنة
44,1	15	من 16 سنة فأكثر
100,0	34	إجمالي

فيما يخص عدد سنوات الخبرة، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي من 16 سنة فأكثر بواقع 15 أخصائياً بنسبة 44.1%، والأقل شيوعاً من 6 إلى 10 سنوات بواقع 6 أخصائيين بنسبة 17.6%.

جدول (7-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً للمستوى لعدد سنوات العمل مع المرضى طويلي الإقامة

النسبة	العدد	عدد سنوات العمل مع المرضى طويلي الإقامة
23,5	8	أقل من 5 سنوات
44,1	15	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات
35,4	12	من 10 سنوات فأكثر
100,0	34	إجمالي

فيما يخص عدد سنوات العمل مع المرضى طويلي الإقامة، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات بواقع 15 أخصائياً بنسبة 44.1% والأقل شيوعاً من 5 سنوات بواقع 8 أخصائيين بنسبة 23.5%، مما يؤكد وجود خبرة واسعة لدى الأخصائيين الاجتماعيين في التعامل مع المرضى في المستشفيات.



جدول (8-10)

توزيع عينة الدراسة طبقاً لنوع المهام للأخصائي الاجتماعي مع المرضى

نوع المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى	العدد	النسبة
إكلينيكية	10	29,4
ميدانية	1	2,9
جميع ما سبق	23	67,6
إجمالي	34	100,0

فيما يخص نوع المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى، كانت الفئة الأكثر شيوعاً هي جميع ما سبق أي أن الأخصائي الاجتماعي يقوم بالمهام الإكلينيكية والميدانية بعدد 23 مفردة وبنسبة 76.6%، والأقل شيوعاً أخصائي واحد فقط يقدم مهمة ميدانية بنسبة 2.9%، مما يؤكد على استعداد الأخصائي الاجتماعي للقيام بالمهام الأساسية والمهام الثانوية لمساعدة المرضى.

ثانياً: تحليل نتائج استبانة عينة الأخصائيين الاجتماعيين حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب لكل فقرة من فقرات محاور الدراسة "معوقات خروج المرضى طولي الإقامة، متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة".

1- محور: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأخصائيين الاجتماعيين:

جدول (9-10)

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الترتيب

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	لا يوجد من يهتم بالمرضى داخل الأسرة	4,26	,963	4
2	الوالدان مسنان ولا يمكنهما رعاية المريض	3,85	1,184	9
3	عدم قدرة الأسرة على استقدام عاملة لرعاية المريض	4,12	,977	6
4	صعوبة تحمل مسؤولية تنظيف المريض على الأسرة	4,41	,657	1
5	انشغال أفراد الأسرة بالعمل والدراسة يمنعهم من متابعة حالة المريض	4,32	,878	2
6	يتطلب المريض التحريك المستمر لوقايته من التقرحات ولا يوجد يقوم بهذا الدور في الأسرة	4,26	,710	3
7	نخشى تدهور حالة المريض مما يصعب إعادته إلى المستشفى بسبب طول الإجراءات	4,18	1,141	5
8	عدم معرفة الأسرة بكيفية تغذية المريض عبر الأنابيب	3,94	1,179	8
9	نخشى الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة عنت حالة المريض	2,79	1,298	11
10	المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه.	3,35	1,012	10
11	حالة السكن غير مناسبة لتوفير غرفة مستقلة للمريض داخل السكن	3,97	,834	7
-	المحور ككل	3,95	,591	-

من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (4-23) بلغ المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة (3.95 من 5) هذا المتوسط يقع في الفئة الرابعة (3.4-4.2) مما يدل على مستوى موافقة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.

- كما نجد أن المتوسطات الحسابية التفصيلية تتراوح بين (2.79 – 4.41) وهذه المتوسطات تقع في الفئات الثالثة والرابعة والخامسة وهذا يشير إلى درجة (المحايد، الموافقة، الموافقة الشديدة).
- كانت الفقرة التي نالت أعلى درجة تأييد من قبل أفراد العينة، هي الفقرة رقم (4) التي تنص على "صعوبة تحمل مسؤولية تنظيف المريض على الأسرة" وجاءت بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد العينة، بمتوسط حسابي 4.41، تليها الفقرة رقم (5) والتي تنص على انشغال أفراد الأسرة بالعمل والدراسة يمنعهم من متابعة حالة المريض. بمتوسط حسابي 4.32 وتأتي في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (9) والتي تنص على نخشى الحرج من الأقارب عند معرفتهم بحقيقة حالة المريض. بمتوسط حسابي 2.79، وأيضاً المريض يستمر بالصراخ مما يصعب على الأسرة التعامل معه بمتوسط حسابي 3.35.

2- محور: متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة من منظور الأخصائيين الاجتماعيين جدول (10-10)

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الترتيب

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف استقدامها (للأسر الفقيرة فقط)	4,71	,629	7
2	توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط)	4,53	,748	11
3	تسهيل إجراءات إعادة المريض إلى المستشفى الذي كان منوما فيه (عند تدهور حالته الصحية) بالتنسيق مع الهلال الأحمر	4,59	,783	10
4	تمنح أسرة المريض بطاقات مرور سريعة في الطوارئ بالمستشفى الذي كان منوما فيه في حال تدهور حالته	4,65	,774	9
5	تطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية للمريض/ة بعد الخروج	4,71	,579	6
6	توفير الأجهزة الطبية (السريبر الطبي/ المرتبة/ جهاز توليد الأوكسجين) وغيرها وفق حالة المريض/ة ونقلها لمنزل المريض قبل خروجه.	4,76	,554	4
7	توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبيعي للمريض/ة	4,82	,387	1
8	توفير مواد التعقيم والمفارش الطبية للمريض/ة التي يستخدمها المريض مجاناً.	4,74	,567	5
9	توفير الأدوية والأغذية السائلة التي يحتاجها المريض.	4,79	,410	3
10	توفير خدمات الاستشارات الاجتماعية للعائل الذي يهتم بالمريض	4,82	,459	2
11	توفير برامج تدريبية للأسرة تؤهلهم لرعاية المريض قبل خروجه	4,68	,806	8
-	المحور ككل	4,71	,404	-

- من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (10-10) بلغ المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة (4.71 من 5) هذا المتوسط يقع في الفئة الخامسة (4.2-5) مما يدل على مستوى موافقة شديدة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.
- كما نجد أن المتوسطات الحسابية التفصيلية تتراوح بين (4.53 – 4.82) وهذه المتوسطات تقع في الفئة الخامسة وهذا يشير إلى درجة (الموافقة الشديدة).



كانت الفقرتين اللتان نالتا أعلى درجة تأييد من قبل أفراد العينة، هما الفقرتان رقم (7، 10) اللتان تنصان على " توفير زيارات منزلية من فريق العلاج الطبيعي للمريض/ة، توفير خدمات الاستشارات الاجتماعية للعائل الذي يهتم بالمريض " وجاءتا بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد العينة، بمتوسط حسابي 4.82، تليهما الفقرة رقم (9) والتي تنص على توفير الأدوية والأغذية السائلة التي يحتاجها المريض بمتوسط حسابي 4.79 وتأتي في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (2) والتي تنص على توفير عاملة منزلية لا تتحمل الأسرة تكاليف مرتبها الشهري (للأسر الفقيرة فقط) بمتوسط حسابي 4.53.

3- محور: التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين وتطبيق نموذج الجسر:

جدول (10-11)

المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الترتيب

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
	بناء الجسور للحصول على الموارد المجتمعية الممكنة لتلبية متطلبات عودة المرضى لأسرهم.			
1	لدي إلمام بسياسات الخدمة الاجتماعية مع المرضى طويلي الإقامة	4,47	,748	6
2	أسعى لتفعيل الشراكة التعاونية بين المستشفى والجمعيات الصحية الخيرية	4,53	,507	4
3	أبحث عن الخدمات والموارد المجتمعية لدعم المرضى طويلي الإقامة بعد خروجهم	3,38	1,436	15
	إتاحة الفرصة للمرضى للاختيار بين الحصول على الرعاية الصحية في منازلهم ومع أسرهم.			
4	لدي معرفة بأعراض الصدمة التي يعانيها المريض بعد المرض.	3,85	1,158	14
5	لدي معرفة بالآثار المصاحبة للأمراض المزمنة	4,24	,955	12
6	لدي القدرة على مناقشة مخاوف المريض وأسرته بأسلوب تدعيمي	4,59	,557	1
	مساعدة المرضى على فهم و إقناعهم الحالي ومشكلاتهم وتمكينهم من تقبلها.			
7	لدي القدرة على إقناع المريض بأهمية خروجه من المستشفى.	4,56	,561	3
8	لدي معلومات واضحة عن واقع المرضى طويلي الإقامة الذين أتعامل معهم.	4,56	,504	2
9	أمارس أدوار كإخصائي اجتماعي طبي لتوفير الخدمات التي يحتاجها المريض	4,47	,563	5
10	لدي القدرة على وضع خطة العلاج الاجتماعي بناء على تقدير المشكلة.	4,38	,652	9
	مساعدة أسر المرضى على تحسين مهاراتهم في إدارة مواقف الحياة بعد خروج المريض			
11	لدي القدرة على الحوار مع الأسرة وإقناعهم بمهنية بأهمية عودة المريض للمنزل	4,41	,557	8
12	أستطيع شرح أدوار الأسرة في رعاية المريض بعد خروجه	4,32	,684	10
13	لدي القدرة على استخدام إستراتيجية الإقناع لمساعدة أسرة المريض.	4,44	,504	7
14	أمكن الأسرة من الاستفادة من مؤسسات المجتمع الحكومية والخيرية لخدمة المريض.	4,21	,914	13
15	لدي القدرة على الوساطة والتفاوض بين الأطراف المتنازعة.	4,29	,719	11
	المحور ككل			
-		4,31	,551	-



- من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (10-11) بلغ المتوسط الحسابي العام لاستجابات أفراد العينة (4.31 من 5) هذا المتوسط يقع في الفئة الخامسة (4.2-5) مما يدل على مستوى موافقة شديدة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.
- كما نجد أن المتوسطات الحسابية التفصيلية تتراوح بين (3.38 – 4.59) وهذه المتوسطات تقع في الفئات الثالثة والرابعة والخامسة وهذا يشير إلى درجة (المحايد، الموافقة، الموافقة الشديدة)
- كانت الفقرة التي نالت أعلى درجة تأييد من قبل أفراد العينة، هي الفقرة رقم (6) التي تنص على " لدي القدرة على مناقشة مخاوف المريض وأسرتي بأسلوب تدعيني " وجاءت بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد العينة، بمتوسط حسابي 4.59، تليها الفقرة رقم (8) والتي تنص على لدي معلومات واضحة عن واقع المرضى طوبلي الإقامة الذين أتعامل معهم. بمتوسط حسابي 4.56 ثم الفقرة رقم (7) لدي القدرة على إقناع المريض بأهمية خروجه من المستشفى بمتوسط حسابي 4.56. وتأتي في المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (3) والتي تنص على أبحث عن الخدمات والموارد المجتمعية لدعم المرضى طوبلي الإقامة بعد خروجهم بمتوسط حسابي 3.38، وتليها العبارة رقم (4) لدي معرفة بأعراض الصدمة التي يعانيها المريض بعد المرض بمتوسط حسابي 3.85.
- ثالثاً: تحليل محاور الدراسة وفقاً للخصائص الديموغرافية للأخصائيين الاجتماعيين:

جدول رقم (12)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقاً للمؤهل العلمي

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طوبلي الإقامة	2,658	,086
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طوبلي الإقامة	,318	,730
المحور الثالث: التدخل المبني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر	1,798	,183

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً للمؤهل العلمي حيث إن مستوى الدلالة للمحاور الثلاثة 0.086، 0.730، 0.183 على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05.

جدول رقم (13)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقاً لعمر الأخصائيين الاجتماعيين

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طوبلي الإقامة	,603	,553
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طوبلي الإقامة	,560	,577
المحور الثالث: التدخل المبني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر	1,670	,205

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً لعمر الأخصائي الاجتماعي حيث إن مستوى الدلالة للمحاور الثلاثة 0.553، 0.577، 0.205 على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05.

جدول رقم (14)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقاً لعدد سنوات الخبرة

المحور	قيمة F	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طوبلي الإقامة	,120	,888
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طوبلي الإقامة	,785	,465
المحور الثالث: التدخل المبني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر	,964	,392



يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً لعدد سنوات الخبرة حيث إن مستوى الدلالة للمحاور الثلاثة 0.888، 0.465، 0.392 على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05

جدول رقم (15)

دراسة اختلاف آراء العينة في محاور الدراسة طبقاً لنوع الأخصائي الاجتماعي

المحور	قيمة T	مستوى الدلالة
المحور الأول: معوقات خروج المرضى طولي الإقامة	-459	,649
المحور الثاني: متطلبات خروج المرضى طولي الإقامة	-1,343	,189
المحور الثالث: التدخل المبني للأخصائي الاجتماعي لتطبيق نموذج الجسر	,649	,521

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة طبقاً لنوع الأخصائي الاجتماعي حيث إن مستوى الدلالة للمحاور الثلاثة 0.649، 0.189، 0.521 على الترتيب وجميعهم أكبر من 0.05.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج مجتمع الدراسة الأول (أسر المرضى طولي الإقامة)

أظهرت نتائج الدراسة أن عدد المرضى طولي الإقامة بلغ (101) مفردة وفق أسلوب الحصر الشامل وقت إجراء الدراسة. وفيما يتعلق بالخصائص الديموغرافية، تبين أن متوسط أعمار المرضى يتركز حول (60) عاماً لعدد (33) مفردة بنسبة (32.7%)، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (النعيم، 2013) التي أشارت إلى predominance الفئة العمرية المتقدمة. كما أوضحت النتائج أن (76.2%) من المرضى سبق لهم الزواج (77 مفردة)، وأن أكثر من نصف العينة (53.5%) ينتمون إلى مستوى اقتصادي أقل من (8000) ريال شهرياً، وهو ما يعكس انخفاض المستوى الاقتصادي، ويتسق مع دراسة (الشمري، 2023) التي أكدت أن تكاليف العلاج تمثل عبئاً اقتصادياً على الأسرة.

وفيما يتعلق بالوضع السكني، كان (57.4%) من المرضى يقيمون مع أسرهم قبل التنويم، بينما يقيم (52.5%) منهم داخل مدينة الرياض، وهو ما يختلف مع نتائج دراسة (الجبرين، 2002) التي أشارت إلى أن غالبية المرضى من خارجها. أما من الناحية الصحية، فقد تبين أن (40.6%) من المرضى في حالة غيبوبة أو عدم وعي، وأن المضاعفات التنفسية تُعد الأكثر شيوعاً (36.6%)، وهو ما يتوافق مع دراسة (تمساح، 2020) بشأن شيوع الالتهابات الرئوية لدى هذه الفئة.

كما أظهرت النتائج أن (54.5%) من المرضى يخضعون لرعاية طبية مستمرة، وأن (44.6%) منهم دون مرافق. وفيما يتعلق بموقف الأسرة، فقد أبدى (63.4%) عدم موافقتهم على خروج المريض من المستشفى، في حين أظهر (65.3%) من المرضى أنفسهم عدم رغبتهم في الخروج، وهو ما يتسق مع نتائج دراسة (النعيم، 2014) التي ربطت ذلك بشعور المرضى بضعف الرعاية الأسرية. أما من حيث جهة التمويل، فقد تبين أن (79.2%) من المرضى يعالجون على نفقة وزارة الصحة، مقابل (9.9%) فقط على نفقة التأمين الصحي.

وأظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي ومعوقات خروج المرضى ($p < 0.000$)، وكذلك بين نوع المريض وهذه المعوقات ($p = 0.025$)، حيث تتحمل الأسر—وخاصة في حالة الذكور—أعباء مالية أكبر، مما يزيد من صعوبة استيعاب المرضى بعد خروجهم.

وفيما يتعلق بمعوقات الخروج، اتفقت الأسر بدرجة عالية على أن حاجة المريض إلى الرعاية المستمرة، مثل التحريك لتجنب التقرحات، وعدم توفر من يقوم بهذه المهمة داخل الأسرة، إضافة إلى الخوف من تدهور الحالة الصحية وصعوبة



إعادة إدخاله للمستشفى، تمثل أبرز المعوقات. في المقابل، لم تحظ مسألة الصراخ أو السلوك المزعج بتأييد، نظرًا لأن غالبية المرضى في حالة غيبوبة.

أما فيما يخص متطلبات عودة المرضى إلى أسرهم، فقد تمثلت أبرز المطالب في توفير زيارات منزلية من فرق العلاج الطبي، وتأمين المستلزمات الطبية والتغذية، وتطوير خدمات الرعاية الصحية المنزلية، في حين جاءت مسألة توفير عاملة منزلية على نفقة الأسرة في المرتبة الأخيرة من حيث الأهمية.

ثانيًا: نتائج مجتمع الدراسة الثاني (الأخصائيون الاجتماعيون)

أظهرت النتائج أن نسبة الذكور من الأخصائيين الاجتماعيين بلغت (52.9%) بعدد (18) مفردة، وأن الفئة العمرية الأكثر شيوعًا هي من (40) إلى أقل من (50) سنة بنسبة (55.9%). كما تبين أن (52.9%) من العينة يحملون درجة الماجستير، وأن النسبة نفسها تعمل في مستشفيات حكومية عامة. وفيما يتعلق بالخبرة، كانت الفئة الأكثر شيوعًا من (16) سنة فأكثر (44.1%)، بينما تراوحت سنوات العمل مع المرضى طولي الإقامة لدى (44.1%) من الأخصائيين بين (5-10) سنوات.

وفيما يخص معوقات خروج المرضى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين، جاءت صعوبة تحمل الأسرة لمسؤولية العناية الشخصية بالمريض في المرتبة الأولى، تليها انشغال أفراد الأسرة بمتطلبات العمل والدراسة، في حين جاءت مسألة الحرج الاجتماعي في المرتبة الأخيرة، مما يشير إلى تراجع أثر الوصمة الاجتماعية، وتوافق ذلك مع آراء أسر المرضى.

أما فيما يتعلق بمتطلبات خروج المرضى، فقد تصدرت الحاجة إلى توفير زيارات منزلية من فرق العلاج الطبي، وخدمات الإرشاد الاجتماعي للأسرة، تليها الحاجة إلى توفير الأدوية والتغذية المناسبة، بينما جاءت مسألة توفير عاملة منزلية في المرتبة الأخيرة، وهو ما يعكس اتفاقًا بين الأخصائيين والأسر على أولوية الخدمات الصحية المباشرة.

ثالثًا: التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين (نموذج الجسر)

أظهرت النتائج أن الأخصائيين الاجتماعيين يتمتعون بدرجة عالية من الكفاءة في تطبيق نموذج الجسر، حيث جاءت القدرة على مناقشة مخاوف المريض وأسرته بأسلوب تدعيمي في المرتبة الأولى، تليها المعرفة بواقع المرضى طولي الإقامة. في المقابل، جاءت مهارة البحث عن الموارد والخدمات المجتمعية في المرتبة الأخيرة نسبيًا.

كما بلغ المتوسط الحسابي العام لتطبيق النموذج (4.31 من 5)، وهو يقع ضمن فئة الموافقة الشديدة، مما يدل على مستوى مرتفع من تبني الأخصائيين لهذا النموذج في الممارسة المهنية. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (الشمري، 2023) التي أكدت دور الأخصائي الاجتماعي في دعم المرضى نفسيًا والمساهمة في تخطيط خروجهم من المستشفى.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة وما أظهرته من معوقات ومتطلبات لخروج المرضى طولي الإقامة من المستشفيات الحكومية، وكذلك واقع التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين باستخدام نموذج الجسر، توصي الدراسة بما يلي:

1. تعزيز خدمات الرعاية الصحية المنزلية من خلال تطوير برامج متكاملة تشمل الزيارات المنزلية المنتظمة من فرق العلاج الطبي والتمريض، في برنامج نصف سنوي قابل للتجديد لكل مريض يخرج للأسرة وهو من ذوي الإقامة الطويلة.
2. توفير المستلزمات الطبية الأساسية مجانًا للمرضى طولي الإقامة بعد خروجهم عن طريق تطبيق المنشأة الصحية لصرف الأدوية والمستلزمات الخاصة بالعناية وتجدد بشكل دوري تلقائي بناءً على تقارير الرعاية المنزلية.



3. تطوير سياسات واضحة وسريعة لإعادة تنويم المرضى عند الحاجة بعد خروجهم، بهدف تقليل مخاوف الأسر من صعوبة الإجراءات في حال تدهور الحالة الصحية للمريض، مثل منح المريض بعد الخروج بطاقة تيسر للأسرة نقل المريض عند تدهور حالته للمستشفى المشرف على حالته.
4. تفعيل الدور التنسيقي للأخصائي الاجتماعي وفق نموذج الجسر من خلال ربط الأسر بالموارد المجتمعية والخدمات الداعمة، مع التركيز على سد الفجوة التي أظهرتها النتائج في البحث عن الموارد المجتمعية بعد خروج المرضى.
5. إعداد برامج تدريبية متخصصة لأسر المرضى طويلي الإقامة لتأهيلهم على مهارات العناية المنزلية بالمريض، خاصة ما يتعلق بالتحريك المستمر، والعناية الشخصية، والوقاية من المضاعفات الصحية، بما يقلل من عبء الرعاية الذي يمثل أحد أبرز معوقات الخروج.
6. دعم الأسر نفسياً واجتماعياً عبر تقديم خدمات الإرشاد الأسري والاستشارات الاجتماعية لمرافق المريض، نظراً لما أظهرته النتائج من حاجة ملحة للدعم النفسي والاجتماعي أكثر من الحاجة إلى توفير عمالة منزلية.
7. تعزيز التكامل بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي للتخطيط المبكر لخروج المرضى طويلي الإقامة، بحيث يبدأ الإعداد للخروج منذ المراحل الأولى للتنويم، مع إشراك الأسرة في وضع خطة الخروج، لتقليل مقاومة الأسر لخروج المريض الذي لا يحتاج للرعاية الطبية.
8. الاستفادة من ارتفاع مستوى تطبيق نموذج الجسر لدى الأخصائيين الاجتماعيين من خلال تعميم التجربة وتضمن النموذج ضمن الأدلة الإجرائية للعمل الاجتماعي الطبي في المستشفيات الحكومية الأخرى في كافة المدن.
9. إجراء دراسات مستقبلية تتناول تقييم فاعلية برامج الرعاية المنزلية وجودة حياة المرضى طويلي الإقامة بعد الخروج، ودراسة تجارب الأسر على المدى البعيد، بما يساهم في تطوير السياسات الصحية والاجتماعية المرتبطة بهذه الفئة.

المراجع

- حسن، ع. (2011). *أصول البحث العلمي*. مكتبة وهبة.
- الخطيب، ج.، والديب، ع. (2015). *التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية: الأسس والممارسات*. دار الفكر العربي.
- الربيع، ع. (2009). 10 آلاف مريض في حاجة إلى إنشاء 20 مستشفى نقاهة في السعودية. *صحيفة الاقتصادية*. 1 مايو 2009.
- تم الاسترجاع في 18 أبريل 2026م. https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_76559.html
- الزهراني، ع. (2017). دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى الإقامة الطويلة: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية العامة بمدينة جدة. *مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية*، 8، 365-395.
- الشمري، م.، وبن شارع، م. (2023). مشكلات المرضى طويلي الإقامة ودور الأخصائي الاجتماعي في مواجهتها: دراسة مطبقة في مستشفيات منطقة حائل. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 77 (3)، 15-41.
- عثمان، ع. (2018). *الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية* (ط3). دار المعرفة الجامعية.
- العلياني، م. (2020). مدى رضا مرضى الإقامة الطويلة في المستشفيات الحكومية عن دور الأخصائي الاجتماعي: دراسة ميدانية على مستشفيات منطقة عسير. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 66 (1)، 161-188.
- العمرى، ع. (2020). 10 آلاف مريض في حاجة إلى إنشاء 20 مستشفى نقاهة في السعودية. *صحيفة الاقتصادية*. 29 نوفمبر 2020م. تم الاسترجاع في 18 أبريل 2026، من

https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_76559.html



العنزي، م. وأبا زيد، ر. (2016). أثر جودة الخدمة الصحية في رضا المرضى المقيمين في المستشفيات الحكومية في الكويت [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة آل البيت.

القحطاني، س. والعامري، أ. وآل مذهب، م.، والعمر، ب. (2013). *منهج البحث في العلوم السلوكية* (ط. 4). مكتبة العبيكان.

المحمودي، م. (2019). *مناهج البحث العلمي*. دار الكتب.

وزارة الصحة. (2025). *المنظومة الصحية تُعزز تحول القطاع الصحي بإنجازات نوعية في عام 2024م*. تم الاسترجاع في 14 أبريل 2026م. <https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News>

وزارة الصحة. (2023). *الدليل الإحصائي السنوي*. تم الاسترجاع في 14 أبريل 2026م. <https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Statistical-Yearbook-2023.pdf>

ويكيبيديا. (د.ت). *العلاج الواقعي*. في ويكيبيديا، الموسوعة الحرة. تم الاسترجاع في 18 أبريل 2026، من [https://ar.wikipedia.org/wiki/](https://ar.wikipedia.org/wiki/https://ar.wikipedia.org/wiki/العلاج_الواقعي)

References

- Al-'Anzī, M., & Abā Zayd, R. (2016). *The impact of healthcare service quality on the satisfaction of patients residing in government hospitals in Kuwait* [Unpublished master's thesis] [in Arabic]. Al al-Bayt University.
- Al-Khaṭīb, J., & Al-Dīb, A. (2015). *Al-tadakhkhul al-mihnī fī al-khidmah al-ijtimā'īyah: Al-usus wa-al-mumārasāt* [Professional Intervention in Social Work: Foundations and Practices] [in Arabic]. Dār al-Fikr al-'Arabī.
- Al-Maḥmūdī, M. (2019). *Manāhij al-baḥṭh al-'ilmī* [Scientific Research Methodologies] [in Arabic]. Dār al-Kutub.
- Al-Qaḥṭānī, S., Al-'Āmirī, A., Āl Madhhab, M., & Al-'Umar, B. (2013). *Manhaj al-baḥṭh fī al-'ulūm al-sulūkiyyah* (4th ed.) [Research Methodology in the Behavioral Sciences] [in Arabic]. Maktabat al-'Ubaykān.
- Al-Rabī'ah, A. (2009, May 1). 10,000 patients need the establishment of 20 convalescent hospitals in Saudi Arabia. *Al-Eqtisadiyah*. Retrieved April 18, 2026, from https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_76559.html [in Arabic]
- Al-Shammārī, M., & Bin Shā'irī, M. (2023). Problems of long-term patients and the role of the social worker in addressing them: An applied study in hospitals in Hail Region. *Journal of Social Work*, 77(3), 15–41. [in Arabic]
- Al-'Ulyānī, M. (2020). Satisfaction of long-term patients in government hospitals with the role of the social worker: A field study of hospitals in Asir Region. *Journal of Social Work*, 66(1), 161–188. [in Arabic]
- Al-'Umārī, A. (2020, November 29). 10,000 patients need the establishment of 20 convalescent hospitals in Saudi Arabia. *Al-Eqtisadiyah*. Retrieved April 18, 2026, from https://www.aleqt.com/2009/05/01/article_76559.html [in Arabic]
- Al-Zahrānī, A. (2017). The role of the medical social worker with long-term patients: An applied study of public hospitals in Jeddah. *Journal of the Faculty of Social Work for Social Studies and Research*, 8, 365–395. [in Arabic]
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- eiber, R., Verney, S., & Paasche Orlow, M. K. (2011). Improving transitions of care at hospital discharge: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1002/jhm.712>
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. SAGE Publications.
- Ḥasan, A. (2011). *Uṣūl al-baḥṭh al-'ilmī* [Fundamentals of Scientific Research] [in Arabic]. Maktabat Wahbah.
- Hoffman, S., & Sallee, M. (2018). *The Bridge Model of transitional care in social work practice*. Health Social Work Press.
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of social work*. IFSW
- Megens, Y., & Van Meijel, B. (2006). Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: A literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 704–712.



- Merriam, S., & Tisdell, E. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Ministry of Health. (2023). *Al-dalil al-iḥṣāʾ al-sanawī [Annual Statistical Yearbook]*. Retrieved April 14, 2026, from <https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Statistical-Yearbook-2023.pdf> [in Arabic]
- Ministry of Health. (2025). *Al-manzūmah al-ṣiḥḥiyyah tu'azziz tahawwul al-qitā' al-ṣiḥḥī bi-injāzāt naw'iyyah fī 'ām 2024 [The healthcare system strengthens the transformation of the health sector through qualitative achievements in 2024]*. Retrieved April 14, 2026, from <https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News> [in Arabic]
- National Association of Social Workers. (2017). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. NASW
- Nayar, P., Dobalian, A., Lynott, J., & Wendel, V. (2018). Social workers' roles in care transitions. *Journal of Social Work in Health Care*, 57(4), 230–246. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1447533>
- Rozario, P., & Morrow-Howell, N. (2011). The Bridge Model: A social work approach to transitional care. *Generations*, 35(1), 56–62.
- Temsah, M., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Alhasan, K., Jamal, A., Bukhari, E., & Alhaboob, A. (2020). Long-stay patients in pediatric intensive care units. *Saudi Medical Journal*, 41(11), 1187–1196. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.11.25443>
- Uthmān, A. (2018). *Al-mumārasah al-mihniyyah fī al-khidmah al-ijtimā'iyyah* (3rd ed.) [*Professional Practice in Social Work*] [in Arabic]. Dār al-Ma'rifah al-Jāmi'iyyah.
- Wikipedia. (n.d.). *Al-ṭilāj al-wāqī' [Reality therapy]*. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved April 18, 2026, from https://ar.wikipedia.org/wiki/العلاج_الواقعي [in Arabic]
- Zastrow, C., & Kirst-Ashman, K. (2022). *Understanding human behavior and the social environment* (12th ed.). Cengage Learning.

