الفصل الثالث عشر

دور الإختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات

الفصل الثالث عشر

دور الإختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات

تعتبر حاجة الإنسان إلى الدواء والعلاج والعناية الصحية من الحاجات الأساسية التي لا غنى له عنها ، ولذلك فإن الاهتمام بالنواحي الصحية يعتبر من أولويات المجتمعات ومقياساً لرقيها وتحضرها ، ولقد اهتمت حكومة المملكة العربية السعودية بالنواحي الصحية لكافة أفراد الشعب السعودي ولم تألو جهداً في تطوير هذه الخدمات كلما أمكن ذلك. ويوجد حالياً في المملكة أكثر من ٣٠٠ مستشفى تضم ٤٥٠٠٠ سرير تقريبا ويعمل فيها أكثر من ٣٠،٠٠٠ طبيب بما في ذلك المستشفيات الخاصة. (الكتاب الإحصائي السنوي ، وزارة الصحة ، ١٤١٧)

وتعد المهمة الأساسية لهذه المستشفيات مهمة علاجية فقط إلا أن المتابع لوضع المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض يجد أن هذه المستشفيات تستقبل أعداداً من المرضى ويتم تنويمهم بقصد العلاج ولكنهم يبقون في المستشفى لفترات طويلة بعد انتهاء مستلزمات علاجهم . مما أوجد مشكلة بدأت تترك آثاراً سلبية على المستشفيات والمرضى (الدليم ، أبوريان ١٤١٢هـ) .

ونستطيع القول أن مثل هذه المشكلة لم تكن لتؤثر على المستشفيات في الماضي عندما كانت لا تعاني من زحمة المراجعين والمرضى المنومين التي بدأت تزداد بمرور الوقت تبعاً للزيادة المطردة في أعداد السكان في المجتمع السعودي ، تلك الزيادة التي لم يصاحبها توسعاً متزامناً في أعداد المستشفيات والأسّرة الطبية حيث أن معدل الأسّرة هو ١.٤ لكل ١٠٠٠ نسمه مما شكل ضغطاً ملحوظاً على هذه المستشفيات وخصوصاً في المدن الكبرى الأمر الذي جعل هذه المستشفيات تواجه مشكلة حقيقية في تزايد أعداد المرضى مما يدعو إلى الحاجة إلى الاستخدام الأمثل لجميع الطاقات والموارد

الطبية بما في ذلك الأسّرة الطبية. وفي هذه الأثناء بدأت تظهر مشكلة بقاء المرضى لفترات طويلة دونما حاجة طبية إلى هذا البقاء. وتعد هذه المشكلة من المشاكل التي لها طابع خاص في المجتمع السعودي وترتبط ارتباطاً وثيقاً بمجانية العلاج الذي تقدمه الدولة لكافة المواطنين إضافة إلى عدم وجود مراكز رعاية تمريضه Nursing Homes كتلك الموجودة في بعض المجتمعات .

وبالنظر إلى مستشفيات مدينة الرياض نجد أنها تحتوي على مرضى أذن الأطباء لهم بالخروج ومع ذلك يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة تصل إلى عدة شهور في بعض الأحيان. ورغم إجماع الكوادر العاملة في المستشفيات على أن وجود مثل هؤلاء المرضى يستنزف طاقاتها ويضيع الفرصة على مرضى آخرين هم في أشد الحاجة إلى الرعاية الطبية، إلا أن أسباب تأخر خروجهم ليست محددة بشكل دقيق. وسوف تحاول هذه الدراسة التطرق إلى الأسباب التي تؤدي إلى تأخر خروج هؤلاء المرضى، وما هو الدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون العاملون في هذه المستشفيات للمساعدة في إخراجهم من المستشفى بالإضافة إلى الصعوبات التي تمنعهم من النجاح في هذه المهمة .

مشكلة الدراسة

تقدم حكومة المملكة العربية السعودية الرعاية الطبية مجاناً لكافة أفراد الشعب السعودي عن طريق المستشفيات الحكومية التي تنتشر في معظم المدن . وقد بلغ عدد المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة أكثر من ١٨٠ مستشفى في عام ١٤١٧هـ تشتمل على ٢٧٠٥٨ سرير ويعمل بها حوالي ١٥٠٠٠ طبيب (الكتاب الإحصائي لوزارة الصحة ١٤١٨هـ) . وكان نصيب مدينة الرياض لوحدها ٣٠ مستشفى وتشمل على ٤٩٢٩ سريراً وأكثر من ٢٠٠٠ طبيب. كما أن هناك مستشفيات حكومية تتبع لجهات أخرى مثل مستشفى القوات المسلحة والمستشفيات الجامعية ومستشفى الملك فيصل

التخصصي. ومن الملاحظ أنه في السنوات الماضية بدأ الضغط واضحاً على هذه المستشفيات وذلك بسبب ازدياد عدد السكان مما جعل الحاجة ملحة إلى كل سرير في هذه المستشفيات وبالذات الأسّرة المشغولة بمرضى لا تستدعي حالتهم الصحية البقاء في المستشفى . فهناك مرضى أمر الأطباء بخروجهم نظراً لأن حالتهم الصحية لا تحتاج إلى البقاء في المستشفى إلا أنهم يبقون لفترات طويلة تتجاوز الأسابيع والشهور وتصل في بعض الأحيان إلى السنوات وقد بلغ عدد هؤلاء المرضى وقت إجراء هذه الدراسة ٢٣ مريضاً في مستشفى الملك خالد الجامعي و ٣ مرضى في مستشفى الملك عبد العزيز في حين بلغ عددهم في مستشفى مركز الرياض الطبي ٤١ مريضاً ويعرف هؤلاء المرضى بالمرضى طويلي الإقامة Long Stay Patients . ولقد أصبح وجود هؤلاء المرضى في ظل الطلب المتواصل على هذه الأسّرة يشكل مشكلة تعاني منها معظم المستشفيات في المدن الكبرى في المملكة. وكان لابد من دراسة هذه المشكلة لمعرفة أهم أسبابها كما أن هذه الدراسة سوف تركّز على الدور الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي بصفته أحد الكوادر التي تتعامل مع هؤلاء المرضى. وما هو الدور الذي يؤديه الاختصاصي الاجتماعي مع هؤلاء المرضى من أجل إقناعهم بالخروج ؟ وما هي أسباب بقائهم ؟ ولماذا لم ينجح الاختصاصي في إقناعهم بمغادرة المستشفى؟ . وما هي أهم الصعوبات والمعوقات التي تواجه الاختصاصي في محاولته لحل هذه المشكلة ؟ . وسوف تقتصر هذه الدراسة على عينة من المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض .

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسات التي أجريت حول مدة بقاء المريض في مستشفيات المملكة العربية السعودية محدودة جداً ويلاحظ الغياب التام للدراسات الجادة المتخصصة التي تشير إلى العوامل أو الأسباب التي تؤدي إلى طول أو قصر مدة بقاء المريض في المستشفى (الأحمدي، ١٩٩٨)

أهداف الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى :

١- التعرف على مشكلة " المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات الحكومية

بمدينة الرياض وما هي أسبابها .

٢- تقييم الدور الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي مع هؤلاء المرضى.

٣- ما أهم الصعوبات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي في هذا المجال.

أهمية الدراسة :

تنطلق أهمية هذه الدراسة من الاعتبارات التالية :

١- محاولة الكشف عن أهم الأسباب التي تؤدي إلى تأخر خروج المرضى من المستشفيات مما يقود إلى حل هذه المشكلة .

٢- معرفة الدور الذي يلعبه الاختصاصيون الاجتماعيين مع هؤلاء المرضى وأهم الصعوبات والمشاكل التي تواجههم تمهيداً للتغلب عليها .

٣- توفير قاعدة بيانات وإحصاءات تضاف إلى ما هو موجود حالياً حول هذه المشكلة .

٤- ارتفاع الطلب على الخدمات الطبية في المملكة وبروز الحاجة الماسة إلى جميع الأسّرة الطبية وضمان تشغيلها والاستفادة منها بالشكل الفعال وللمرضى الذين هم في حاجة حقيقية لهذه الأسّرة .

المفاهيم والمتغيرات :

المرضى – المرضى المنومون الذين تم تنويمهم بالمستشفى وسمح لهم الأطباء بالخروج لعدم حاجتهم إلى العناية الطبية داخل المستشفى .

المريض طويل الإقامة : المريض الذي سمح لهم الأطباء بالخروج أو أمر الأطباء بخروجه لعدم حاجته إلى العناية الطبية إلا أنه بقي في المستشفى أكثر من ١٥ يوماً من التاريخ الذي حدده الأطباء لخروجه .

المستشفيات : مؤسسات طبية حكومية تقدم خدمات مجانية بالكامل الاختصاصي الاجتماعي : هو الشخص المتخصص الذي يمارس عمله في المستشفى ويعمل مباشرة مع هؤلاء المرضى سواء كان رجلاً أو امرأة.

الدراسات السابقة:

مشكلة بقاء المرضى في المستشفيات فترة طويلة ليست مقصورة على المجتمع السعودي، إلا أن هناك عوامل تزيد من حدة هذه المشكلة تتمثل في

الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتنظيمية في كل بلد ويلعب التأمين الصحي دوراً كبيراً في الحد من هذه المشكلة في العديد من البلدان (Allison, 1995).

كما أن الظروف الصحية والاقتصادية لها تأثير مباشر في الحد من هذه المشكلة حيث يبدو أن الدول المتقدمة في المجالات العلمية والطبية لا تعاني من هذه المشكلة بشكل كبير. وتنحصر معاناة الدول الصناعية في هذا المجال في فئتين من المرضى حيث أشارت الدراسات في كندا أن كبار السن والمرضى النفسيين هم من يطول بقاءهم في المستشفيات دون حاجة طبية لذلك (Gory & Hugh,1998).

ورغم التقدم الطبي الذي أنجزته المملكة العربية السعودية فإنه لا يزال هناك غياب ملحوظ للأدبيات المتعلقة بمدة بقاء المريض في المستشفى، فحتى الدراسات المحدودة جداً التي أجريت على هذا الصعيد يلاحظ أن التركيز في أغلبها قد أنصب على قضايا مثل تقديم الخدمات الطبية، وعدد المرضى الذين تأثروا بأمراض محدودة (الأحمدي ١٩٩٨)

وقد توصلت معظم الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع في الولايات المتحدة الأمريكية أن بقاء المريض في المستشفيات يزداد بشكل واضح مع تقدم عمره

(Deprez et.al 1978، الأحمدي ١٩٩٨ Corrigan & Martin 1992)

وتشير دراسات أخرى إلى أن المرضى النفسيين هم من أطول المرضى إقامة في المستشفيات. أما في السعودية فإن القليل من الدراسات أشارت إلى أن متوسط مدة بقاء المريض في مستشفى الملك خالد الجامعي هو ١٠ أيام للفترة من (١٩٨٦- ١٩٩٠) في حين وجد أبو عيشة وآخرون أن مرضى الفشل الكلوي هم أكثر المرضى إقامة في المستشفيات ٢٣ يوم أما دراسة عثمان وآخرين (١٩٩٢) فقد توصلت إلى أن المرضى النفسيين يقضون فترات أطول في المستشفى مقارنة بنظرائهم الذين يعالجون من أمراض أخرى.

وتوصلت دراسة الأحمدي ١٩٩٨ إلى أن متوسط بقاء المريض في مستشفيات مدينة الرياض كان نسبياً أطول من المتعارف عليه عالمياً وكان لعامل العمر أثر واضح في بقاء المريض في المستشفى وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة معنوية بين مدة البقاء بالمستشفى وكل من الحالة الاجتماعية للمريض وجنسيته والإجراءات الجراحية التي أجريت له وحالته الصحية، وجنس الطبيب، وجنسيته .

أما بخصوص المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات فقد توصل عبد اللطيف ١٤١٠هـ إلى أن هناك عدة عوامل تتسبب في تأخر خروج المرضى وفي مقدمتها العوامل الشخصية الخاصة بالمريض كعدم قدرته على خدمة نفسه أو الخوف من العزلة وعدم التقبل، النظرة الغير جيدة من الأقارب والمعارف، متبوعة بالعوامل الاجتماعية والتي تتمثل في :

١- عدم وجود أحد من أفراد الأسرة لرعاية المريض .
٢- عدم القدرة على استقدام خادم لرعاية المريض .
٣- عدم وجود رعاية واهتمام من الأبناء .
٤- عدم توفر مكان للإقامة .

وكذلك وجدت هذه الدراسة أن هناك العديد من العوامل الصحية التي تؤدي إلى تأخر خروج المريض ومن أهمها :

١- عدم مقدرة المريض على خدمة نفسه نهائياً .
٢- الأمراض النفسية .
٣- الحاجة إلى عناية طبية متقدمة لا تتوفر إلا في المستشفيات .

المرضى طويلي الإقامة :

تقدم المملكة العربية السعودية الرعاية الطبية مجاناً لكافة أفراد الشعب السعودي. ومن المعروف أن مجانية العلاج رغم أهميتها للسكان إلا أنه لابد وأن يصاحبها بعض المشاكل مثل إساءة استخدام هذه المرافق الطبية ولقد بدأت المستشفيات الحكومية تعاني من تأخر بعض المرضى في الخروج

وبقائهم في المستشفيات الحكومية لفترات طويلة ومتفاوتة وبدأ مصطلح المرضى طويلي الإقامة long stay patients يتردد في معظم المستشفيات الحكومية في المدن الكبرى وهذا المصطلح ليس بجديد أو خاص بالمجتمع السعودي فمثل هؤلاء المرضى موجودون في الكثير من الدول والمجتمعات.

وتختلف هذه المشكلة من بلد إلى آخر بحسب الظروف الصحية والاقتصادية والاجتماعية والتنظيمية لكل بلد مما يجعل تحديد وتعريف المرضى طويلي الإقامة أمراً تتدخل فيه جميع هذه الظروف. وبما أن الأطباء هم الذين يحددون أمر بقاء المريض في المستشفى من عدمه فإن أول خطوات تعريف هؤلاء المرضى تبدأ بتقرير الأطباء عن حالتهم الصحية. وتبدأ المشكلة عندما يأمر الأطباء بضرورة مغادرة المريض للمستشفى وغالباً ما تكون لسببين: الأول هو أن المريض تماثل للشفاء وليس في حاجة إلى البقاء في المستشفى كمريض منوم ولا يحتاج إلى الرعاية الطبية . والثاني هو استقرار الحالة الصحية للمريض وتوقفها عند حد معين لا يمكن تجاوزه وبالتالي فإنه يحتاج إلى رعاية تمريضية فقط ليس من اختصاص المستشفى القيام بها. ورغم أن معظم المرضى يفرحون عندما يعلمون أن الطبيب أمر بإخراجهم إلا أن هناك فئة قليلة لا يوافقون على الخروج أما لأسباب تخصهم شخصياً كعدم قناعتهم برأي الطبيب أو لأسباب خارجة عن إرادتهم كعدم وجود أهل أو أقارب يستضيفونهم بعد خروجهم من المستشفى أو لأسباب أخرى كثيرة مما يؤدي إلى بقائهم وعدم مغادرتهم السرير الطبي ومن هنا تبدأ المشكلة ، ومن البديهي أنه ليس كل مريض لا يغادر المستشفى يدخل ضمن المرضى طويلي الإقامة فهناك بعض المرضى يحتاجون بعض الوقت من أجل الاستعداد لمغادرة المستشفى والبعض يحتاج إلى ترتيب مواصلات إلى مقر سكنه إذا كان خارج المدن الكبرى وتشير بعض الإحصاءات إلى أن الكثير من هؤلاء المرضى يغادرون خلال الأسبوع الأول وقليل منهم يحتاج إلى أكثر من ذلك .

فمن هم المرضى طويلي الإقامة؟ هل هم الذين يمكثون أكثر من

أسبوع أو ١٠ أيام أو أسبوعين أو شهر ؟ سبقت الإشارة إلى أن الكثير من المرضى الذين لا يغادرون فوراً يحتاجون إلى بضع أيام ومعظمهم يغادر خلال الأسبوع الأول .

وقليل منهم يغادرون خلال الأسبوع الثاني بعد إقناعهم من قبل الطبيب والأخصائي الاجتماعي إلا أن البعض من هؤلاء المرضى يمر عليهم ١٠ أيام إلى أسبوعين دون مغادرة المستشفى وتكون الفرصة ضعيفة بعد هذا الوقت كما يشير إلى ذلك بعض الأخصائيين الاجتماعين العاملين في المستشفيات. لذلك يرى الباحث أن المرضى الذين يتجاوزون ١٥ يوماً من تاريخ إذن الطبيب لهم بالخروج يمكن أن يتم التعامل معهم تحت مسمى (المرضى طويلو الإقامة) حيث أن فترة ١٥ يوماً تعتبر فترة كافية جداً للعازمين على مغادرتها ، كما أنها كافية أيضاً للأختصاصيين الاجتماعين لبذل محاولاتهم لإقناع هؤلاء المرضى بالخروج. وعليه فإن جميع المرضى الذين شملتهم هذه الدراسة تجاوزوا مدة ١٥ يوماً من تاريخ السماح لهم بالمغادرة .

التكلفة الطبية والاقتصادية لطويلي الإقامة :

عندما يقرر الأطباء أن المريض لم يعد في حاجة إلى البقاء في المستشفى فإن بقاءه يبدأ يشكل عبئاً ثقيلاً على جميع كوادر المستشفى فمن الناحية الطبية يشغل المريض سريراً طبياً دونما حاجة إلى شغله ومن المعروف أن كل سرير طبي يكلف المستشفى الكثير من الناحية الصحية والاقتصادية ، ورغم محدودية الأسرة الطبية وقلتها نجد أن جزءاً منها مشغولاً بمرضى ليسوا في حاجة إلى البقاء فيها. فكل سرير طبي يحتاج إلى جزء من وقت الطبيب وهيئة التمريض فإذا افترضنا أن الطبيب مسؤولاً عن ١٠ أسرة طبية فإن كل سرير طبي يحتاج إلى ١٠٪ من وقته فإننا ندرك الوقت والجهد الضائع في عمله في حال وجود مرضى طويلي الإقامة وما يتبع ذلك من أعباء تمريضية . ومن ناحية اقتصادية نجد أن بقاء المريض في المستشفى يكلف المستشفى الكثير من الرعاية الطبية العالية التكاليف علماً أنه بالإمكان

رعاية المريض بتكلفة أقل بكثير من خلال بقائه في المنزل أو في مستشفى النقاهة أو مراكز التمريض . ولقد وجدت إحدى الباحثات أن المستشفى الجامعي الذي أجرت فيه دراستها يستطيع توفير ٦ ملايين دولار سنوياً إذا تعامل مع هؤلاء المرضى بشكل مختلف (Gerber &Huge 1998) رغم وجود تأمين صحي فكيف يكون الحال في مستشفيات المملكة التي لا يوجد فيها تأمين صحي وتذهب هذه المبالغ دون أي مردود للمستشفى .

ومن الطبيعي أن وجود مرضى طويلي الإقامة لابد وأن ينتج عنه تكلفة علاجية لا داعي لها في الوقت الذي تسعى فيه المستشفيات إلى خفض التكلفة العلاجية للمستشفيات وللسرير الطبي ولقد نهجت المستشفيات الحديثة عدة أساليب من أجل خفض هذه النفقات والتي يأتي في مقدمتها اللجوء إلى التخصص في علم الإدارة من أجل مساعدة المستشفيات في التغلب على هذه المشكلات.

المستشفيات السعودية :

المستشفيات السعودية لا تختلف عن غيرها من المستشفيات العالمية من الناحية الطبية إلا أنها قد تختلف من النواحي التنظيمية والخدمات المساندة للمستشفى ولابد من الإشارة إلى بعض عناصر المستشفيات الحكومية في المجتمع السعودي .

١- إدارة المستشفى : إدارة المستشفيات تعتبر من أصعب المهام الإدارية ، فرغم خضوع جميع المستشفيات الحكومية لأساليب الإدارة الحديثة سواء كانت هذه الإدارة تشغيلاً ذاتياً أو عن طريق إدارة الشركات والمؤسسات الطبية ، إلا أن الممارسة الإدارية ليست بالشكل الإداري البحت وذلك لارتباط المستشفى بالمجتمع والمحيط الذي توجد فيه وارتباطها بقرارات بيروقراطية تشل حركتها في الكثير من الأحيان وتؤثر على القرارات الإدارية وتكبّلها في بعض الأحيان ونضرب مثالاً لذلك في أن مدير المستشفى لابد وأن يخاطب العديد من الجهات

الحكومية بخصوص إخراج أحد المرضى طويلي الإقامة من المستشفى إجبارياً أو إلزام بعض أفراد أسرته باستلامه ولابد من الإشارة هنا إلى أن هذه المخاطبات تتعرقل كثيراً وتصل إلى عدة شهور مما يعرقل العمل الإداري .

المحيط الاجتماعي للمستشفى :

إن موقع المستشفى والأحياء القريبة منه وقربه أو بعده عن الأحياء السكنية وإجراءات القبول فيه ونوعية المرضى الذين يرتادونه وغيرها من العوامل تسهم إسهاماً مباشراً في كفاءة وسير العمل داخل المستشفى ومن الطبيعي أن تشهد معظم المستشفيات السعودية الكثير من الضغوط المجتمعية ويتمثل ذلك في انعدام الوعي والحس المجتمعي بضرورة التعاون مع العاملين في المستشفى فهناك من المرضى من لا يقدر الخدمات المجانية المقدمة له وهناك من ينظر إليها وكأنها حق مكتسب له دون سواه ولا يتردد في الإشارة إلى أن هذا مستشفى حكومي وبالتالي فلن يسمع إلى كلام أي شخص من العاملين داخل المستشفى .

الكوادر العاملة في المستشفى :

تتميز المستشفيات السعودية بكثرة وتنوع الكوادر العاملة في المستشفى مما يجعل الانسجام بين هذه العناصر المختلفة أمراً يحتاج إلى بعض الوقت. وتنتمي الكثير من هذه العناصر إلى جنسيات مختلفة والبعض منها جنسيات غير عربية مما يعقّد عملية التفاعل بين هذه العناصر وبين المرضى.

ولعل مما يزيد الأمور تعقيداً أن اللغة المعمول بها داخل المستشفيات هي اللغة الإنجليزية وحتى عندما يكون الطبيب عربياً فإنه يستخدم اللغة الإنجليزية في معظم عمله بالإضافة إلى هيئة التمريض والكوادر الطبية الأخرى مما يجعل المريض يواجه صعوبة في التفاهم والاستفسار عن حالته الصحية. ومهما كانت المبررات فإن حاجز اللغة بين المريض وبين العاملين في المستشفى يشكل حاجزاً نفسياً والكثير من حالات سوء الفهم وعدم

الارتياح المتبادل سببها الوحيد عدم فهم الطرف الأخر بسبب اختلاف اللغة وحتى في وجود المترجمين يبقى التفاهم الشخصي باستخدام لغة واحدة أكثر مصداقية وفعالية .

أنواع المستشفيات الحكومية السعودية :

المستشفى هو مكان تم إعداده لاستقبال المرضى وتنويمهم بقصد علاجهم بشكل مجاني ودون أي مقابل وتنقسم المستشفيات إلى عدة أقسام .

١- المستشفى العام : وهو المستشفى الذي يحتوي على عدة تخصصات ويكون مفتوحاً لكافة السكان وبغض النظر عن مكان إقامتهم أو جهة العمل .

٢- المستشفى المركزي وهو الذي يكون من أكبر المستشفيات ويشمل على جميع التخصصات ويتم التحويل إليه من المستشفيات الصغيرة والمراكز الصحية في المدن والقرى .

٣- المستشفى المتخصص وهو الذي يكون متخصصاً في ناحية معينة ويقصر خدماته على نوعية محددة من المرضى. وفي بعض الأحيان يكون متخصصا في خدمة فئة معينة من الناس كالعسكريين وغيرهم .

٤- المستشفى الجامعي أو التعليمي . ويتبع هذا النوع من المستشفيات إلى جامعة يوجد بها كلية للطب ويكون هدف المستشفى مزدوجاً حيث يعالج فيه المرضى بكافة أشكالهم ويتم فيه تدريب الطلاب وأطباء الامتياز وغيرهم من الكوادر الطبية .

التأمين الصحي ومشكلة المرضى طويلي الإقامة :

ترتبط مشكلة طول الإقامة في المستشفيات بمجانية العلاج حيث أن المستشفيات الحكومية سواء كانت تابعة لوزارة الصحة أم لجهات أخرى هي التي تعاني من هذه المشكلة دون غيرها من مستشفيات القطاع الخاص التي يرتبط بقاء المريض فيها بمقدرته على دفع مصاريف علاجه وإقامته في المستشفى. ولاشك أن مثل هذه الملاحظة تقودنا إلى الحديث عن التأمين

الصحي ودوره في القضاء على هذه المشكلة . وبالنظر إلى المجتمع السعودي نجد أن أفراده لا يحملون تأميناً صحياً نظراً لمجانية العلاج التي وفرتها الدولة لكافة أفراده. إلا أن المتأمل للأوضاع الصحية يجد أنها قد بدأت تشهد تدهوراً ملحوظاً في الخدمات التي تقدمها وذلك نظراً للزيادة الكبيرة في عدد السكان وازدياد الطلب على المستشفيات الحكومية ولئن الناس ليزالون يؤمنون بمفهوم مجانية العلاج والرعاية الطبية فإنهم يرفضون رفضاً باتاً التوجه إلى المستشفيات الخاصة أو شراء تأمين صحي يغطي مصاريف علاجهم فيها وقليل من أفراد المجتمع السعودي مؤمن عليهم صحياً .

وبالنظر إلى بعض البلدان التي تلزم أفرادها بضرورة شراء تأمين صحي وعدم وجود مجانية العلاج نجد أن مشكلة بقاء المرضى في المستشفيات تأخذ أشكالاً أخرى وتوجد بنسب متفاوتة .

فمن الطبيعي أن التأمين الصحي الذي يقوم بتغطية تكاليف العلاج والإقامة في المستشفى لابد أن يحد من ظاهرة طول الإقامة في المستشفى الأمر الذي يقودنا إلى القول أن العامل الاقتصادي من أهم العوامل المؤثرة في التعامل مع هذه المشكلة. ورغم أن التأمين الصحي يحد من حدوث هذه المشكلة إلا أنه يخلق مشاكل للمرضى طويلي الإقامة ، فمن المعروف أن معظم هؤلاء المرضى هم من كبار السن والمرضى النفسيين الذين يحتاجون إلى البقاء في المستشفيات لفترات طويلة مما يحدو بشركات التأمين إلى رفع الغطاء لمثل هؤلاء المرضى وأحياناً يصل الأمر إلى مقاضاة بعض شركات التأمين وبعض المستشفيات لعدم التزامها بالشروط واللوائح المتفق عليها مما يشكل من التأمين شبحاً يطارد أفراد المجتمع بتكلفته العالية وتغيراته المستمرة .

ولقد لجأت بعض البلدان إلى أحداث مراكز طبية متخصصة في التعامل مع حالات المرضى طويلي الإقامة حيث يوجد في الولايات المتحدة ما يسمى بيوت أو مراكز التمريض (Nursing homes) وهي متخصصة في رعاية كبار السن الذين لا يستطيعون رعاية أنفسهم ولكنهم ليسوا في حاجة

إلى البقاء في المستشفيات، حيث توفر لهم مراكز التمريض القدر المطلوب من الرعاية الصحية وبتكلفه معقولة سواء عن طريق الدفع مباشرة أو عن طريق التأمين الصحي. ولاشك فإن مثل هذه المراكز توفر مكاناً مناسباً لفئة كبيرة من المرضى طويلي الإقامة دون مزاحمه من المرضى الآخرين في المستشفيات الكبيرة التي قد لا يكونون في حاجة إلى اللجوء إليها .

وقد أصبح اللجوء إلى التأمين الصحي في وقتنا الحاضر ضرورة ملحه وذلك لتخفيف الضغط على المستشفيات الحكومية، كما أن هناك من ينادي بضرورة الاتجاه إلى تخصيص المستشفيات الحكومية وتخفيف العبء على وزارة الصحة، ويبدو أن للتأمين الطبي منافع كثيرة في هذا المجال إلا أن البعض لا يزال يتحفظ عليه لأسباب شرعية .

دور الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى طويلي الإقامة :

برزت الخدمة الاجتماعية الطبية كأحد مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية في المجتمع السعودي، فرغم حداثة مهنة الخدمة الاجتماعية بشكل عام إلا أن الخدمة الاجتماعية الطبية وممارستها في المستشفيات تجد حضوراً جيداً حيث لا تخلو معظم المستشفيات الحكومية الكبرى من وجود قسم للخدمة الاجتماعية فيها .

وبفضل التقدم الذي حدث في مهنة الخدمة الاجتماعية فإنها لم تعد مقصورة على المساعدات المادية، حيث تدخلت الخدمة الاجتماعية في تعديل الآثار الاجتماعية والنفسية، وتدخلت في مستوى الخدمات العلاجية والاجتماعية المقدمة للمريض (المليجي وآخرون، ٢٠٠٠) . ونظراً لعدم وضوح صورة الاختصاصي الاجتماعي الطبي داخل المستشفى فلابد من الإشارة إلى هذا الدور الذي يميزه عن غيره من الفريق العلاجي. فلقد ذكر (المليجي وآخرون ٢٠٠٠) العديد من العناصر الرئيسية للخدمة الاجتماعية الطبية وأهمها :

١- الخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية وبالتالي

٢- فهي تعتمد في ممارستها على فلسفة ومعارف ومهارات ومبادئ الخدمة الاجتماعية، وتمارس في مؤسسات طبية من قبل اختصاصيين اجتماعيين أعدوا خصيصاً لهذا العمل.

٣- لا تتعامل مع المريض فحسب بل تتعامل مع المؤسسة الطبية بأكملها.

٤- تتعامل مع المريض كوحدة كاملة، له جوانبه الاجتماعية والنفسية والجسمية والصحية والاقتصادية.

٥- تستهدف إفادة المريض إفادة قصوى من جهود الفريق الطبي كي يتماثل للشفاء من جانب، وكي يحقق أقصى أداء اجتماعي له في أسرع وقت ممكن. (المليجي وآخرون، ٢٠٠٠، ص٤٨).

يعتبر الاختصاصي الاجتماعي أحد أعضاء الفريق العلاجي داخل المستشفى ويقوم بدور واضح وفعال في التعامل مع الجوانب غير الطبية في حياة المريض إلا أن المتأمل لهذا الدور قد لا يجده بالشكل المفترض أن يكون عليه في المجتمع السعودي وذلك لعدة أسباب يأتي في مقدمتها حداثة مهنة الخدمة الاجتماعية وانعدام الاعتراف المجتمعي بها. كما يشتكي الكثير من الاختصاصيين الاجتماعيين من الأطباء لعدم إيمانهم بالدور الذي يقوم به هذا الاختصاصي وعدم تجاوبهم وتعاونهم في هذا المجال. وكثيراً ما يقوم الأطباء بتحويل بعض المرضى للاختصاصي الاجتماعي في أمور فلعلاقة لها بدوره في المستشفى ويقوم بعض الأطباء بدور الاختصاصي الاجتماعي في بعض الأحيان ومع بعض المرضى مما يشير بشكل واضح إلى عدم الإلمام بهذا الدور الأمر الذي يشكل صعوبة تواجه الاختصاصي الاجتماعي العامل في المجال الطبي.

ومهما يكن الأمر فإن على الاختصاصي الاجتماعي الذي يمارس عمله في المستشفى أن يكون على درجة عالية من المهارة والإلمام بكافة جوانب عمله. ومن الطبيعي إذا شعر المريض أن الاختصاصي الاجتماعي ذو كفاءة وقدرة علمية أطمأن له ولعمله في التدخل المهني والنتائج التي ستؤدي إليها (الباز ٢٠٠٠).

أهمية دور الاختصاصي الاجتماعي الطبي :

يجب أن يتم التعامل مع الإنسان ككل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية مع بعضها البعض (المليجي وآخرون ٢٠٠٠) ولقد ازدادت الحاجة إلى ضرورة شمولية عناصر شخصية الإنسان لأن العوامل الاجتماعية والنفسية ترتبط ارتباطاً قوياً بصحة الإنسان ومرضه وفي بعض الأحيان تتسبب هذه العوامل في المرض العضوي الذي يتعامل معه الأطباء ويحتارون في تشخيصه. ولقد اقتنع الكثير من الأطباء بأن العلاج العضوي لابد وأن يسير جنبا إلى جنب مع العلاج الاجتماعي والنفسي وبالذات في الولايات المتحدة الأمريكية إلا أن هذه القناعة لا تزال تحتاج إلى الكثير من الاثباتات في الوطن العربي وفي المجتمع السعودي مما يضيف عبئاً إضافياً على الاختصاصين الاجتماعين .

ويحتاج الاختصاصي الاجتماعي إلى المقدرة الشخصية والفاعلية المؤثرة في الآخرين داخل المستشفى وإلى مقدرته في الاتصال السليم المثمر مع الآخرين من أعضاء الفريق وكذلك الى مقدرته في إبراز دوره كأحد أعضاء الفريق المعالج .

ولقد أورد (المليجي وآخرون، ٢٠٠٠) العديد من الاعتبارات التي تعطي أهمية خاصة للخدمة الاجتماعية الطبية ومنها .

١- لما كان الإنسان السليم الصحة ، صحيح البنية ، أكثر عطاءاً وأوفر إنتاجاً ، تبرز لذا أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية في مساعدة المرضى على سرعة التماثل للشفاء ليستمر عطاؤهم وإنتاجهم وبذلك تتحقق أهداف المجتمع.

٢- إن هناك بعض الأمراض لا تستجيب للعلاج الطبي وحده لكونها أمراض ذات صبغة اجتماعية ، وتلك الأمراض وأسباب حدوثها واستفحالها ، تكمن في الجوانب الاجتماعية والأنماط الثقافية البيئية ومن هنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية ، للتعامل مع هذه الأسباب لإزالتها أو في التخفيف

منها، حتى يأتي العلاج الطبي بثماره المرجوة .

٣- إن الخدمة الاجتماعية الطبية، ترتكز على حقيقة هامة مؤداها، أنه قد تكون الظروف المصاحبة للمرض، أشد خطراً على المريض من مرضه العضوي، ولذا تبدو أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية لتصفية تلك الظروف .

٤- أن المرض ليس مشكلة المريض وحده بل تمتد آثاره ومشاكله إلى الأسرة بل وإلى المجتمع، ولذلك فإن جهود الخدمة الاجتماعية الطبية تمتد إلى أسرة المريض.

دور الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى المتأخر خروجهم :

تعتبر مشكلة تأخر خروج المرضى المنومين من المشاكل المستعصية في المستشفيات الحكومية التي توفر الرعاية الصحية مجانياً، ورغم اعتراف معظم العاملين في المستشفيات بهذه المشكلة إلا أنه لا يمكن إرجاعها إلى سبب واحد . فهناك العديد من الأسباب المختلفة المسببة لهذه المشكلة والتي قد تعود للمريض وظروفه الأسرية والاجتماعية. وقد تكون بسبب عدم وجود مراكز تمريضه ورعاية منزلية. ويعتقد البعض أن الاختصاصين الاجتماعين العاملين في المستشفيات يفترض أن يقوموا بدور فعال من أجل حل هذه المشكلة. ويعتبر مثل هذا العمل من صميم عمل الأخصائيين والأخصائيات الاجتماعيين العاملين في المستشفيات رغم الصعوبات التي تواجههم في سبيل إنجاز مثل هذه المهمة. ويتلخص دور الأخصائيين الاجتماعين العاملين مع هذه الحالات في الأمور التالية:

١- دراسة حالة المريض دراسة كاملة لمعرفة أسباب تأخر الخروج .

٢- إقناع المريض بضرورة مغادرة المستشفى ومساعدته مادياً ونفسياً واجتماعياً.

٣- إيضاح جوانب اللبس والغموض لدى المريض مما قد يقود إلى إقناعه بمغادرة المستشفى أو نقله إلى منزله أو مركز طبي آخر .

٤- الاتصال بأسرة المريض وأقاربه وإقناعهم بإخراجه من المستشفى .

٥- إرشاد الأسرة ومساعدتهم في كيفية استقبال المريض بعد الخروج .

٦- إجراء الاتصالات المجتمعية مع الجهات والمؤسسات المجتمعية التي تقدم مساعدات لمثل هؤلاء المرضى مما قد يسهل خروجهم .

٧- نقل المريض إلى المؤسسات الاجتماعية ومستشفيات النقاهه التي تستقبل بعض هذه الحالات .

٨- العمل مع الكادر الطبي من أجل تبصيرهم بالجوانب غير الطبية في حياة المريض مما يقود إلى إقناع الأطباء بإبقاء المريض بعض الوقت حتى يتم حل مشاكله وخروجه من المستشفى .

مشكلات المرضى :

من المعروف أن المرضى يدخلون المستشفيات لأسباب صحية أو عضوية بحته ويتم علاجهم من هذا المنطلق إلا أن هناك أبعاد وجوانباً أخرى في حياة معظم المرضى تتمثل في وجود العديد من المشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر في حياتهم . وبعض هذه المشكلات قد تكون موجودة لدى المريض قبل دخوله المستشفى بينما البعض الآخر منها قد يكون متزامنا مع المرض والإقامة في المستشفى أو فرضه الواقع الجديد للمريض في حالة إصابته بأمراض مزمنة أو إعاقات مستديمة .

وتتلخص مشاكل المرضى في ما يلي :

المشكلات الاجتماعية :

المشكلات الاجتماعية عبارة عن شبكة مترابطة من المواقف والأفعال وردود الأفعال التي تؤثر في حياة الأفراد وتزداد حدة هذه المشاكل وتعقدها مع مرور الوقت كما يلاحظ تعقد شبكة العلاقات الاجتماعية وميلها نحو الفردية. وبالأخص في المدن الكبرى حيث بدأت المدنية تفرض نمطاً جديداً في العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وبين الأقارب يتمثل في الميل نحو الحياة الفردية والعزلة وعدم التعاون بين الأفراد مما يشكل بعض الضغوط على أفراد المجتمع ويجعلهم يواجهون مشاكلهم منفردين . ومن

الطبيعي أن مثل هذه الظروف لابد وأن تخلق صعوبات ومشاكل إضافية تواجه المرضى أثناء إقامتهم في المستشفى وبعد خروجهم منه. كما أن الاتجاه الحديث نحو الأسرة النوويه يجعل المسئولية مضاعفة على الزوجة أو الزوج في حال مرض الطرف الثاني أو إصابته بمرض مزمن مما يجعل الأمور أكثر تعقيداً. المريض هو في أمس الحاجة إلى الآخرين وزيارتهم وتفاعلهم وتعتبر هذه الناحية مهمة جداً إلا أن الملاحظ أنها بدأت تضعف نظراً للضعف الذي أصاب شبكة العلاقات الاجتماعية. ومن ناحية أخرى نجد أن معظم المرضى من كبار السن الذين هم في حاجة ماسة إلى عناية واهتمام من الأبناء والأحفاد قد لا يتوفر لهم ذلك بالشكل المطلوب في ظل الظروف الاجتماعية القائمة وخروج المرأة للعمل والتي تعتبر خير من يقدم هذه الخدمة، وانطلاقاً من جميع هذه الظروف نستطيع القول أن هناك مشاكل اجتماعية كثيرة لابد وأن تؤثر في حياة المريض وتضيف عبئاً ثقيلاً على كاهله بالإضافة إلى مرضه العضوي.

ومن أهم هذه المشاكل، المشكلات الأسرية التي تنشأ بين أفراد الأسرة، المشكلات المرتبطة بالأصدقاء، عدم وجود من يقدم الرعاية والاهتمام بالمريض، عدم وجود أقارب للمريض، عدم استعداد الأهل والأقارب لاستقبال المريض، الطلاق، الترمل، وغيرها الكثير من المشاكل التي لها طابع اجتماعي.

المشكلات النفسية:

يرتبط المرض دائماً بشيء من التعب النفسي وكثرة التفكير والقلق من المستشفى والخوف من المجهول أو المستقبل وغيرها الكثير من النواحي النفسية التي لا تقل خطورة عن المرض العضوي. وكثيراً ما نسمع عن رفض بعض المرضى للمستشفى أو للطبيب أو للممرضة أو لدواء بعينه أو لإجراء عملية جراحية وغيرها من الأمور التي تؤكد الوضع النفسي للمريض. ومن الطبيعي أن نتوقع مثل هذه المشاكل ونتعامل معها من هذا المنطلق، إلا أن الملاحظ أن الاهتمام بهذه المشاكل لا يكون على القدر المطلوب نظراً لعدم

الاعتراف المجتمعي بهذه الأمور . فكثيراً ما تتعطل العملية العلاجية بسبب عدم الاهتمام بالنواحي النفسية للمريض وكثيراً ما طالت إقامة بعض المرضى في المستشفيات بسبب بعض المشاكل النفسية ، وتشير الدراسات إلى أن المرضى النفسيين هم من أكثر من تطول إقامته في المستشفيات بعد كبار السن (Conning, et al, 1996) .

ومن أهم المشاكل النفسية ، القلق، الخوف من المستقبل، الخوف من المستشفى، الخوف من مغادرة المستشفى، عدم التقبل للوضع الصحي والطبي، عدم التأقلم مع الحالة المرضية الجديدة، الشعور بالنقص، الإحباط وعدم الاتزان الانفعالي .

المشكلات الاقتصادية

يعتبر العامل الاقتصادي من أهم العوامل الفاعلة في الحياة والتي تساهم سلبياً أو ايجابياً في حياة المريض، ويتطلب وجود المريض في المستشفى المزيد من التكاليف لمقابلة احتياجاته الطبية والتمريضيه ويزداد الأمر تعقيداً إذا كان المريض هو رب الأسرة حيث أن إصابته بالمرض ربما تؤثر على دخله الاقتصادي أو عدم استطاعته القيام بعمله كالمعتاد مما يؤثر بشكل بالغ في دخل المريض وأسرته الأمر الذي يقود إلى ضعف الحالة الاقتصادية للمريض وأسرته في وقت يكون في أمس الحاجة إلى المزيد من الدخل لمقابلة احتياجاته واحتياجات أسرته .

مشكلات علاقة الطبيب بالمريض :

تعتبر العلاقة بين المريض والطبيب أهم القنوات التي يمر من خلالها العلاج ولابد أن تكون هذه العلاقة مبنية على الثقة والاحترام المتبادل إلا أن المتأمل لهذه العلاقة في مستشفيات المملكة العربية السعودية يجد أنها ليست على الوجه المطلوب . ولقد وصف (الباز ، ٢٠٠٠) العلاقة بين الطاقم الطبي ومرضى السرطان كأحد الأمراض المزمنة والتي تستلزم بقاء المريض في المستشفى بأنها علاقة من طرف واحد يقوم المريض فيها باستقبال التعليمات

الطبية وتنفيذها دون مناقشتها (الباز، ٢٠٠٠) ولا شك أن مثل هذه العلاقة تمثل مشكلة للمريض تزيد من شعوره بعدم الارتياح مما يقود إلى الرفض أو عدم الاستجابة لتعليمات الطبيب وقد يصل الأمر إلى أن يرفض المريض الخروج من المستشفى عندما يطلب منه الطبيب ذلك انطلاقاً من عدم قناعته برأي الطبيب .

ولقد أورد الباز ثلاثة محاور أساسية تنفي النظر إلى المريض كمستقبل فقط حيث أن هذه النظره لا تتناسب مع التغيرات التي تشهدها المجتمعات المعاصرة ، فمن المفترض أن يكون المريض شريكاً في العملية العلاجية وذلك لأن :

١- مريض اليوم يختلف عن مريض الأمس ، فمريض اليوم أكثر تعلماً وإدراكاً للأمراض من مريض الأمس ، كما أن بعضهم متابع دقيق لما يتصل بالطب.

٢- النظرة السابقة للطبيب من قبل المريض والتي كانت ترى فيه مثالاً للتفاني والإخلاص وأنه الشخص الذي تهمه مصلحة المريض أولاً وأخيراً ، تلك النظرة قد إهتزت كثيراً ، وتشير دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن ثلثي السكان يعتقدون أن الأطباء تهمهم المادة أكثر من المريض (Mechanic,1986) .

٣- إن سماع المريض عن الأخطاء الطبية التي تحصل من الأطباء في بعض الحالات العلاجية ، وكذلك كثرة استخدام التحاليل الطبية والأشعة أو سوء استخدامها يؤثر سلباً على ثقة المريض في الطبيب والمستشفى المعالج ، بل أن بعض المرضى قد يرفض إجراء بعض التحاليل الطبية بحجة أنه تم إجراء مثل هذا التحليل أكثر من مرة . (الباز ، ٢٠٠٠ ، ص١٤٩).

الإجراءات المنهجية للدراسة

نوع الدراسة ومنهجها

تهدف هذه الدراسة إلى الحصول على معلومات وصفية محددة ودقيقة

حول مشكلة المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض وعن الدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون مع هؤلاء المرضى، ولذلك تستطيع القول أن هذه الدراسة دراسة وصفية . وسوف تستخدم هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل وذلك عن طريق شمول جميع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات التي يقع عليها الاختيار وذلك نظراً لقلة العدد وأهمية شمولية الدراسة للجميع ويبلغ عدد المبحوثين في هذه الدراسة ٩٣ مبحوثاً في خمسة مستشفيات من مدينة الرياض .

مجتمع وعينة الدراسة :

تتكون عينة هذه الدراسة من جميع المرضى المنومين في المستشفيات الحكومية التي وقع عليها الاختيار بمدينة الرياض ويبلغ العدد الإجمالي لعينة هذه الدراسة ٩٣ مبحوثاً. جميعهم من المرضى الذين أمضوا أكثر من ١٥ يوماً منذ تاريخ إذن الخروج من الطبيب المشرف على كل حاله .

أدوات جمع البيانات :

جميع البيانات المتعلقة بهذه الدراسة تم الحصول عليها عن طريق تصميم استبانة مخصصة لهذا الغرض وتكونت الاستبانة من جزئيين أساسيين الجزء الأول يستكمل من قبل المريض والجزء الثاني من قبل الإختصاصي الإجتماعي . واشتمل هذا الاستبيان على البيانات الأولية للمرضى والاختصاصيين الاجتماعين. استخدم الباحث مقياساً من أجل قياس مدى فعالية الدور الذي يقوم به الأختصاصي الاجتماعي مع المرضى ويتكون من ١٧ عبارة . كل عباره متبوعة بأربعة خيارات تتدرج من الموافقة بشدة إلى عدم الموافقة بشدة.

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

شملت هذه الدراسة ٩٣ مبحوثاً من الرجال والنساء وتراوحت مدة بقائهم في المستشفى من ١٦ يوماً إلى سنتين . ولقد قام معظم المبحوثين بملء استمارات البحث بأنفسهم في حين حصل الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة على مساعدة من الباحث إضافة إلى ١٤ مبحوثاً تم الحصول على

المعلومات من مرافقيهم نظراً لكونهم غير قادرين على الحديث. كما شملت هذه الدراسة ٣٣ اختصاصيا اجتماعيا لمعرفة الدور الذي يقوم به هؤلاء الاختصاصيون مع المرضى المتأخر خروجهم من المستشفيات . ويوضح الجدول رقم ١ البيانات الديموغرافيه للمرضى

جدول رقم ١

يوضح البيانات الديموغرافيه للمرضى

نوع المبحوث	رجل	٤١	٤٤٪
	امراة	٥٢	٥٦٪
العمر	أصغرمريض	١٦ سنة	معدل العمر ٤٩ عاماً
	أكبر مريض	٩٢ سنة	
مدة البقاء في المستشفى	أقل مريض	١٦ يوماً	معدل بقاء المريض ٤٧ يوماً
	أكثر مريض	٢ سنة	
الحالـــــه الإجتماعيه	أعزب	٢٧	٢٩٪
	متزوج	24	٢٦٪
	مطلق	14	%15
	أرمل (أرمله)	13	%14
	أخرى	15	٪16
الحالـــــه التعليميه	أمي	17	٪18
	يقرأ ويكتب	21	٪.5٢٢
	إبتدائي	13	٪14
	متوسط	22	٢٤٪
	ثانوي	11	٪12
	جامعي	1	١٪
	إخرى	8	٪.5٨
الجنسيه	سعودي	٨١	٪87
	غير سعودي	١٢	١٣٪

يتضح من خلال الجدول أن معدل بقاء المريض طويل الإقامة في المستشفيات يصل إلى ٤٧ يوماً وهو معدل مرتفع إذا وضعنا في الاعتبار أن جميع هذه المستشفيات ليست للنقاهة وقد يكون سبب ارتفاع هذا المعدل هو وجود حالات تصل إلى سنوات حيث أن أكثر الحالات بقاءً التي شملتها هذه الدراسة بلغت سنتين. ويذكر الاختصاصيون الاجتماعيون أن هناك بعض الحالات مكثت في المستشفى أكثر من ذلك. أما بخصوص الأعمار فقد تدرجت من ١٦- ٩٢ سنة في حين كان المعدل حوالي ٤٩ عاماً وهذا يدل على أن غالبية هؤلاء المرضى هم من كبار السن ومن الممكن اعتبار هذا الشيء طبيعياً حيث أن كبار السن هم أكثر الناس اعتلالاً وحاجة إلى المستشفيات كما تشير إلى ذلك العديد من الدراسات.

ويتضح من الجدول أن حوالي ٢٩٪ من المبحوثين يقعون تحت فئة أعزب ورغم أن غالبية المبحوثين من كبار السن حيث أن معدل العمر لديهم ٤٩ سنة مما يعني أنه من المفترض أن تكون فئة العازبين قليلة ، ولكن قد يكون عدم فهم المبحوثين لما تعنيه كلمه أعزب هو السبب في ارتفاع هذه النسبة حيث أن البعض يعتقد أن وجوده في مدينة الرياض من غير زوجته وأولاده يعني أنه أعزب إضافة إلى أن البعض يعتقد أن كونه غير متزوج في هذه اللحظة فهو أعزب حتى لو سبق له الزواج أو كان منفصلاً عن زوجته.

وقد يكونوا بالفعل عازبين ولم يسبق لهم الزواج أبدا ولا يوجد لديهم أولاد وهذا هو سبب عدم خروجهم من المستشفى وإذا جمعنا فئة العازبين مع الأرامل والمطلقين نجد أنها نسبة مرتفعة حيث تصل إلى ٥٨٪ من المبحوثين مما يدل على أن معظم هؤلاء الأشخاص الذين يطول بقائهم في المستشفى هم من ضحايا التفكك الأسري وعدم وجود أولاد لديهم. ويلاحظ أن ٢٥٪ من المبحوثين متزوجين مما يعني أن كلا منهم هو عضو في أسرة ومع ذلك يطول بقاؤهم في المستشفى وقد يكون السبب في ذلك عوامل أخرى سوف تتم مناقشتها من خلال هذه الدراسة .

ويلفت الانتباه هنا ارتفاع نسبة من كانت إجابتهم تحت أخرى حيث بلغت حوالي ١٦٪ وقد يكون السبب في ذلك عدم التفريق الدقيق بين هذه الفئات فإذا نظرنا إلى بعض هذه الإجابات نجد أن البعض منهم متزوج إلا أنه يصف نفسه عازب وذلك لبقائه فترة طويلة في مدينة الرياض بدون زوج وهناك من أشارت إلى أن زوجها مسجون كما أشار أحد المرضى إلى أنه في فترة خطوبه وكان عمره ٣٤ عاماً . و يتضح من الجدول انخفاض المستويات التعليمية للمبحوثين وقد يكون هذا الانخفاض بسبب تقدمهم في السن حيث أن معظمهم من كبار السن الذين لم يحصلوا على قدر كاف من التعليم . وبالنظر إلى جنسية المرضى نجد أن الغالبية العظمى من السعوديين وذلك لأن هذه المستشفيات جميعها حكومية وترفض استقبال غير السعوديين إلا في حالات نادرة إضافة إلى أن غير السعوديين المقيمين في المملكة هم من فئة الشباب وهي أقل الفئات حاجة إلى المستشفيات .

وعند سؤال المبحوثين عن مكان إقامتهم حسب وجودهم في مدينة الرياض أم خارجها أفاد معظم المبحوثين أنهم ليسوا من سكان مدينة الرياض فلقد ذكر ٦٩٪ 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. وبالنظر إلى الموقع الجغرافي لمدينة الرياض نجد أن هناك عدداً كبيراً من المدن التابعة لها والتي تقع على مسافات بعيدة جداً من مدينة الرياض مثل مدن الجوف وتبوك وجيزان التي تبعد أكثر من ١٠٠٠كم عن مدينة الرياض مما يشكل صعوبة للمرضى من هذه المدن ويجعلهم يفضلون البقاء في المستشفى. ويوضح الجدول التالي تقسيم المبحوثين حسب مكان إقامتهم .

جدول رقم ٢

مكان الإقامة	العدد	النسبة
الرياض	٢٩	٣١٪
جيزان	١٤	١٥٪
منطقة الجوف	١١	١١.٥٪
تبوك	١٠	١١٪
عسير	١٠	١١٪
القصيم	٧	٧.٥٪
منطقة الرياض	٦	٦.٥٪
أخرى	٦	٦.٥٪
المجموع	٩٣	١٠٠٪

وعندما سئل المبحوثون عن أوضاعهم الأسرية وهل يوجد لديهم أولاد وكم عدد أفراد أسرهم في حالة وجودهم وهل يعيشون مع هذه الأسر، أفاد ٦١ مبحوثاً أن لديهم أولاداً وبنسبة ٦٦٪ في حين أن ٣٢ مبحوثاً لا يوجد لديهم أولاد ٣٤٪ . ويتضح من الجدول التالي البناء الأسري للمبحوثين الذين ذكروا أن لديهم أولاد وأسر .

جدول رقم (٣)

العدد	الوضع الأسري	النسبة
٢٢	يعيشون مع اولادهم واسرهم في منزل واحد	٣٣٪
١٦	يعيشون لوحدهم	٢٤٪
١٣	يعيشون مع الزوج أو الزوجة فقط	٢٠٪
٥	رجل يسكن مع أولاده بدون زوجة	٨٪
٤	امرأة تسكن مع أولادها بدون زوج	٩٪
٤	أخرى (ظروف متنوعة)	٦٪

ونلاحظ من خلال الجدول أن ٢٢ مبحوثاً فقط يسكنون مع أزواجهم وأولادهم في أسر متكاملة في حين أن الغالبية العظمى يعانون من التفكك

الأسري بمختلف أشكاله فهناك من يسكن بمفرده رغم وجود أولاده في نفس المدينة وهناك من تسكن مع أطفالها فقط بدون وجود زوج وهناك من يعيش مع الطرف الآخر في الزواج (الزوج أو الزوجة) ومهما كانت هذه الظروف فإنها لابد وأن تؤثر على قرار هؤلاء الأشخاص وبقائهم في المستشفيات لفترات طويلة .

وعند السؤال عن الحالة الاقتصادية للمبحوثين اتضح أن معظمهم ليس لديه دخلاً شخصياً حسب إفادتهم ٨١٪ وقليل من هم المرتبطون بوظائف سواء كانت حكومية أم للقطاع الخاص ولكن يبقى التأكد من الحالة الاقتصادية للمبحوثين أمراً في غاية الصعوبة نظراً لتهرب الكثير من المرضى من إعطاء معلومات حقيقية حول أحوالهم الاقتصادية ويذكر الاختصاصيون الاجتماعيون أن الكثير من المرضى لا يدلون بمعلومات صحيحة حول هذا الموضوع .

الجدول رقم (٤)

يوضح نوع المرض الذي يعاني منه المبحوثون

نوع المرضى	العدد	النسبة
شلل (نصفي – رباعي- كامل	٢٨	٣٠.٥٪
مرضى نفسي	١٤	١٥٪
سرطان	١٣	١٤٪
فشل كلوي	٩	٩.٥٪
كسور	٩	٩.٥٪
شيخوخة	٧	٧.٥٪
أخرى	١٣	١٤٪

تؤكد هذه الدراسة أن جميع المرضى طويلي الإقامة وطلب منهم مغادرة المستشفى ولكنهم رفضوا ، وبالنظر إلى الفئات الواردة في الجدول أعلاه يتضح أن هناك مرضى يعانون من أمراض معقدة وخطيرة وتوحي للقارئ بأنه يجب أن يبقوا في المستشفى. إلا أن هذه الدراسة تؤكد أن جميع هؤلاء

المرضى طلب منهم الأطباء مغادرة المستشفى أما لكونهم لا يحتاجون إلى التنويم وبالإمكان الحصول على العناية الطبية التي يحتاجونها في أماكن أخرى أو لأنه تم تقديم العلاج المطلوب ولا داعي لاستمرارهم كمنومين، وفي بعض الحالات تكون حالات مستقرة أو لا يمكن تحقيق أي تقدم في علاج الحالة وتصبح الحالة ميئوؤس من علاجها Hopeless case ولابد من إخلاء السرير الطبي من أجل تقديم العلاج لمرضى آخرين على أن يتم تحويل هؤلاء المرضى إلى مستشفيات النقاهه أو مراكز طبية أو تجهيز غرفة في المنزل للمريض من أجل تقديم العناية الصحية المطلوبة. ومن خلال الجدول يتضح أن المرضى طويلي الإقامة هم في الغالب من المشلولين غير القادرين على الحركة ٣٠.٥٪ والبعض منهم غير قادر على الحديث ورغم هذا فإن المستشفيات بعد أن تقدم لهم العلاج والرعاية الطبية المطلوبة وتستقر حالتهم يطلب منهم أو من أقاربهم إخراجهم من المستشفى وتشكل مثل هذه الفئة مشكلة كبيرة للمستشفى وللمريض وأقاربه .

فالمريض أو أقاربه يرون أنه ليس بمقدورهم خدمة المريض ورعايته طبياً في حين أن المستشفى يرى أن الأسّرة الطبية والأطباء والكوادر الطبية يجب أن لا تنشغل بالحالات المستقرة أو الميؤوس منها ولابد من مغادرة المستشفى. والفئة الأخرى التي تعاني نفس المشكلة هم المرضى النفسيون ١٥٪ حيث يشكلون مشكلة مزدوجة لأهاليهم أولاً وللمستشفيات ثانياً، وكثيراً ما تعاني المستشفيات من إقامة بعض المرضى النفسيين فترات طويلة إلا أن هذه المعاناه لا تقاس بمعاناه الأهل والأقارب الذين لا يعرفون ماذا يفعلون مع المرضى النفسيين الذين يشكلون خطراً على أنفسهم وأسرهم وأقاربهم خصوصاً إذا كان من الصعب السيطرة على سلوكهم. ويذكر أحد الاختصاصين الاجتماعين قصة محزنه في هذا المجال عندما أصر أحد المستشفيات على عائلة أحد المرضى النفسيين بإخراجه من المستشفى وأخذه إلى منزل الأسرة التي بدورها أحضرت له معالجاً شعبياً يدعي أن بمقدوره

علاج هذا المريض وأمر بضربه بقسوة على أعلى العنق من الخلف مما أودى بحياته وكان يعتقد أنه بهذا العمل سوف يطرد ما به من مس من الجن فكانت النتيجة وفاة المريض.

تساؤلات الدراسة

يوضح الجدول رقم (٥) أسباب تأخر خروج المرضى من المستشفيات وتحولهم إلى مرضى طويلي الإقامة .

جدول رقم (٥)

السبب	التكرار	النسبة
لا أستطيع العناية بنفسي	٧٠	٧٥٪
عدم وجود أولاد أو أسرة أو أقارب	٥٥	٥٩٪
أعتقد أنني في حاجة إلى المستشفى والمزيد من العناية الطبية	٤٦	٥٠٪
لا أستطيع توفير متطلبات العناية بنفسي خارج المستشفى	٤١	٤٤٪
عدم وجود مكان مناسب للإقامة	٣٨	٤١٪
عدم اتفاقي مع الطبيب في وجوب مغادرتي المستشفى	٣٥	٣٨٪
انتظر تحويلي إلى مستشفى النقاهة	٣٥	٣٨٪
سكني بعيداً عن مدينة الرياض	٢٨	٣٠٪
الشعور بالخوف بعد مغادرة المستشفى	٢٣	٢٥٪
الشعور بالوحدة والعزلة	٢٦	٣٠٪
أسباب اقتصادية	٣٠	٣٢٪
عدم مساعدة الاختصاصي الاجتماعي	١٧	١٨٪
عدم وجود مواصلات بين مكان إقامتي والمستشفى	١٥	١٦٪
طبيعة المرض وظروفي الصحية لا تسمح إطلاقاً بمغادرة المستشفى	٤٤	٤٧٪
أخرى	٣٨	٤١٪

بالنظر إلى الجدول أعلاه نستطيع الإجابة على أحد تساؤلات هذه الدراسة حول أهم الأسباب التي تؤدي إلى تأخر خروج المرضى من

المستشفيات. فلقد أكد ٧٥٪ من المبحوثين أن السبب الرئيسي في بقائهم في المستشفى فترة طويلة هو عدم استطاعتهم العناية بأنفسهم. وبالتالي فإن هدفهم من البقاء في المستشفى وجود من يعتني بهم سواء من ناحية طبية أو تمريضيه وقد يكون هذا الشيء مبرراً إذا ما علمنا أن حوالي نصف عينة هذه الدراسة ٤٦٪ من المسنين إضافة إلى بعض المرضى الذين لا يستطيعون العناية بأنفسهم بسبب المرض. ويختلط الأمر كثيراً بين العناية الطبية والعناية التمريضية فمن وجهة نظر المستشفيات فإن جميع هؤلاء المرضى يحتاجون إلى عناية تمريضية فقط وليسوا في حاجة إلى عناية طبية وبالتالي فلابد من مغادرة المستشفى وبإمكانهم الحصول على الرعاية التمريضية بأي شكل وهي ليست من اختصاص المستشفيات. وتجدر الإشارة هنا إلى أن المجتمع السعودي لا يوجد به دور أو مراكز للعجزة من كبار السن أو حتى مراكز تمريض Nursing home كما هو الحال في بعض المجتمعات العربية والعالمية مما يجعل المستشفى هو المكان الوحيد لإقامة مثل هذه الحالات حيث تبدأ رحلة المعاناة المزدوجة من المستشفيات ومن المرضى وأسرهم التي تنتهي بتبادل الاتهامات بين المستشفيات وأفراد المجتمع الذين يعتقدون أن المستشفيات الحكومية المجانية يجب أن تقوم بهذه المهمة وبغض النظر عن أية اعتبارات تراها المستشفيات في هذا المجال .

وفي اعتقادي أن المجتمع السعودي لابد وأن يعيد النظر في موقفه المعارض لافتتاح دور لرعاية المسنين بحجة أن الأسرة السعودية تقوم بهذا الدور الذي تمليه عليها الشريعة الإسلامية إلا أن واقع هذه الدراسة يكشف عدم صحة هذه المقولة فلا الأسر قامت بدورها وليس كل مريض لديه أسرة وبالتالي فإن وجود دور رعاية المسنين أو مراكز التمريض Nursing home أصبح ضرورة ملحة لابد من الأخذ بها . ويتضح من الجدول أن نسبة كبيرة من المبحوثين ليس لهم أولاد ولا ينتمون إلى أسر ٥٩٪ وقد سبقت الإشارة إلى أن نسبة كبيرة من عينة هذه الدراسة تعاني من التفكك الأسري بكل

أشكاله وبلا شك فإن عدم الانتماء إلى أسرة وعدم وجود الأولاد لابد وأن يؤثر سلباً في عدم مساعدة المريض على مغادرة المستشفى. ويعتقد الكثير من المرضى أنهم في حاجة إلى المزيد من الرعاية الطبية ولهذا فإنهم لا يقتنعون بوجهة نظر الطبيب في الخروج من المستشفى وقد يكون نقص الوعي وانخفاض المستوى التعليمي عندهم هو السبب المباشر في مثل هذا المفهوم ولكن لابد من الإشارة هنا إلى الدور الذي يقوم به الطبيب وطريقة تعامل الأطباء مع المرضى حيث أن الكثير من الأطباء مع الأسف لا يناقشون المرضى ولا يعطونهم الفرصة الكافية لسماع وجهات نظرهم حول حالاتهم الصحية الأمر الذي يقود إلى عدم قناعة الكثير من المرضى بوجهه نظرهم وتشير الدراسات إلى أن العلاقة بين المريض وبين الكوادر الطبية ليست كما يجب أن تكون ، فالكثير من أفراد الطاقم الطبي العامل مع المصابين بأمراض خطيرة لا يمنحون الفرصة للمريض أو لأسرته للمشاركة في القرارات التي تخصه وطريقة العلاج ، وربما يعّدون المريض وأسرته أشخاصاً غير قادرين على تحمل المسئولية أو غير مؤهلين لإدراك حالة المريض وفهمها فعادة ما تتم الاتصالات بين الطاقم الطبي من جهة والمريض وأسرته من جهة ثانية عبر قناة واحدة، فالمريض وأسرته مستقبلون فقط للخطة العلاجية والتعليمات الطبية وليسوا شركاء في العملية العلاجية (الباز ٢٠٠٠). ويشير الجدول إلى أن ٤٤٪ من المبحوثين يرغبون في مغادرة المستشفى ولكن منعتهم ظروفهم الاقتصادية حيث أنهم غير قادرين على تأمين مستلزمات الرعاية الطبية المنزلية. ويشير ٤١٪ أنه لا يوجد لهم مكان مناسب يذهبون إليه إذا خرجوا من المستشفى .

وقد أفاد ٣٨٪ من أفراد العينة أنهم لا يتفقون مع الطبيب الذي كتب لهم الخروج وقد يكون سبب عدم هذا الاتفاق هو ما تم ذكره سابقاً إلا أنه لابد من الإشارة إلى الدور الذي يفترض أن يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون مع مثل هؤلاء المرضى وسوف يتم مناقشة هذا الدور في الإجابة

على بقية تساؤلات هذه الدراسة. وتشكل قائمة الانتظار للتحويل إلى مستشفى النقاهة مشكلة لـ٣٨٪ والجدير بالذكر أنه يوجد مستشفى واحد فقط للنقاهة في مدينة الرياض ويتطلب التحويل إليه فترة طويلة من الانتظار والمخاطبات الروتينية التي تمتد إلى عدة أشهر. ويشكل الشعور بالخوف بعد مغادرة المستشفى هاجساً يطارد ٣٥٪ من عينة هذه الدراسة وقد يكون هذا الخوف من اعتلال الحالة الصحية بشكل أكبر بعد مغادرة المستشفى فغالباً ما يكون هذا الخوف مرتبط بطول الإقامة في المستشفى حيث يعتاد المريض على بيئة المستشفى ويشعر أنه أصبح معتمداً كلياً على الكوادر العاملة في المستشفى. ويخشى بعض المرضى من العزلة ٣٠٪ خصوصاً وأن عدد كبيراً من عينة هذه الدراسة يعانون من التفكك الأسري مما يعكس معاناتهم الشديدة من العزلة الاجتماعية والوحدة خصوصاً كبار السن الذين في أمس الحاجة إلى من يؤانسهم ويخفف عليهم من آثار هذه العزلة. وعند سؤال المبحوثين عن مدى مساعدة الاختصاصي الاجتماعي أفاد ١٨٪ أن الاختصاصيين الاجتماعيين لم يساعدوهم في مواجهة مشكلة بقائهم في المستشفى مما يعني أن ٨٢٪ حصلوا على مساعدة ويبقى نوع المساعدة من عدمه في حاجة إلى المزيد من الإيضاح والتفصيل وسوف يتم مناقشة ذلك عند الحديث عن دور الاختصاصيين الاجتماعيين .

من أجل الإجابة على تساؤل الدراسة حول الدور الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى المتأخر خروجهم تم إستخدام مقياس مخصص لهذه الدراسة مكون من ١٧ عباره . ولقد تباينت إستجابات المبحوثين لهذا المقياس إلا أنها بشكل عام أوضحت أيجابية الدور الذي يقوم به الإختصاصي الإجتماعي مع المرضى وبالنظر إلى عبارات المقياس في الجدول التالي نستطيع الإطلاع عليها وأكثرها ايجابية .

جدول رقم ٦ يوضح مقياس الدور الذي يقوم به الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى المتأخر خروجهم

	العبارة	موقف المبحوثين							
		موافق بشدة		أوافق		غير موافق		غير موافق بشدة		غير متوفر	
١	الاختصاصي الاجتماعي يعرفني بشكل جيد	٥٧	٦١٪	٣٣	٣٥٪	٩	١٠٪			٤	٤٪
٢	الاختصاصي الاجتماعي يعرف مشكلتي بشكل كامل	٤١	٤٤٪	٣١	٣٣٪	٨	٩٪	٥	٥٪	٨	٩٪
٣	الاختصاصي الاجتماعي مهتم بمشكلتي	٣٨	٤١٪	٣٠	٣٢٪	١٢	١٣٪	٣	٣٪	١٠	١١٪
٤	الاختصاصي الاجتماعي يربطني به علاقة جيدة	٢٨	٣٠٪	٣٣	٣٥٪	١٥	١٦٪	٩	١٠٪	٨	٩٪
٥	الاختصاصي الاجتماعي ساعدني كثيراً	٤٣	٤٦٪	٣٣	٣٥٪	١٠	١١٪	٧	٨٪	١٠	١١٪
٦	الاختصاصي الاجتماعي يزورني باستمرار	٤١	٤٤٪	٢٩	٣١٪	١٣	١٤٪	٣	٣٪	٧	٨٪

٧	الاختصاصي الاجتماعي حاول كثيراً إيجاد حل لمشكلتي	٥٠	٥٤٪	٢١	٣٣٪	١٥	١٦٪	٦	٦٪	١	١٪
٨	الاختصاصي الاجتماعي قام باتصالات كثيرة من أجل حل مشكلتي	٣٠	٣٢٪	٢٤	٣٦٪	١٥	١٦٪	٨	٩٪	١٦	١٧٪
٩	الاختصاصي الاجتماعي درس حالتي بشكل مكتمل	٣٩	٤٢٪	٢٨	٣٠٪	١٠	١١٪	٤	٤٪	١٢	١٣٪
١٠	الاختصاصي الاجتماعي أكثر الكوادر العاملة في المستشفى فهماً لمشكلتي	٥٦	٦٠٪	٢١	٢٣٪	٥	٥٪	٣	٣٪	٨	٩٪
١١	الاختصاصي الاجتماعي ينقل وجهة نظري للكوادر الطبية	٤٤	٤٧٪	١٨	١٩٪	٩	١٠٪	٨	٩٪	١٤	١٥٪

١٢	الاختصاصي الاجتماعي اوضح لي الكثير من الأمور الغامضة	٢١	٢٣٪	٣٨	٤١٪	١٩	٢١٪	٧	٨٪	٨	٩٪
١٣	الاختصاصي الاجتماعي يقوم بدور ملموس	٣٠	٣٢٪	٢٦	٢٨٪	١٣	١٤٪	١١	١٢٪	١٣	١٤٪
١٤	الاختصاصي الاجتماعي له تأثير ايجابي على أفراد أسرتي وأقاربي	٢٨	٣٠٪	٢٦	٢٨٪	١٤	١٥٪	١٥	١٦٪	١٠	١١٪
١٥	أثق كثيراً في الاختصاصي الاجتماعي	٤٥	٤٩٪	٣١	٣٣٪	٤	٤٪	٣	٣٪	١١	١٢٪
العبارة		غير موافق بشدة		غير موافق		موافق		موافق بشدة		غير متوفر	
١	الاختصاصي الاجتماعي ليس بإمكانه حل مشكلتي	٢٩	٣١٪	٢١	٢٣٪	١٣	١٤٪	١٢	١٣٪	١٨	١٩٪
٢	الاختصاصي الاجتماعي لم يقم بدور يذكر	٣١	٣٣٪	٢٥	٢٧٪	١٤	١٥٪	١٣	١٤٪	١٠	١١٪

وبالنظر إلى المقياس بشكل عام نجد أن المرضى يرون أن الاختصاصي الاجتماعي يقوم بدور إيجابي ومحسوس من قبل المرضى كما يتضح من الجدول التالي :

جدول رقم (٧)

موافق بشدة	٤١.١
موافق	٢٨.٤
غير موافق	١٢.٦
غير موافق بشدة	٧١.٤
غير موجود	١٠.٥

أذ نجد أن ٤١.١٪ من المبحوثين يوافقون بشدة على معظم العبارات التي وردت في المقياس أضف إلى ذلك أن ٢٨.٤ يوافقون على ايجابية هذا الدور. وإذا ما أضفنا الموافقين بشدة إلى الموافقين نجد أن ٦٩.٥٪ من المبحوثين يعتقدون أن الاختصاصي الاجتماعي يؤدي دوراً إيجابياً بشكل عام مقابل ٣٠٪ يرون عكس ذلك تماماً، ولا يجدون أي دور يذكر للاختصاصين الاجتماعين في حل مشكلاتهم، ونستطيع القول أن غالبية المرضى يوافقون على أن الاختصاصي الاجتماعي يقوم بدور جيد ويساعدهم في الكثير من المواقف وهي نسبة جيدة إذا ما وضعنا في الاعتبار حداثة مهنة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات والمجتمع السعودي بشكل عام

جدول رقم (٨)

يوضح البيانات الديموغرافيه للاختصاصيين الاجتماعيين

الذين شملتهم هذه الدراسة

		العدد	النسبة
الجنس	رجل	١٤	٤٢٪
	امرأة	١٩	٥٨٪
	المجموع	٣٣	١٠٠٪
التخصص	خدمة اجتماعية	١٧	٥٢٪
	اجتماع	٨	٢٤٪
	علم نفس	٤	١٢٪
	أخرى	٤	١٢٪
	المجموع	٣٣	١٠٠٪
سنوات الخبرة	أقل من٥ سنوات	١١	٣٣٪
	من٥- ١٠ سنوات	٨	٢٤٪
	من١٠- ١٥ سنة	٩	٢٧٪
	اكثر من١٥سنة	٥	١٥٪

يتضح من الجدول رقم (٨) أن ٥٨٪ من الاختصاصين الاجتماعين العاملين في المستشفيات من النساء وهي نسبة تكاد تكون معقولة نظراً لأن ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية يسيطر عليها العنصر النسوي في الكثير من البلدان. ويتضح من نفس الجدول أن حوالي ٥٠٪ من هؤلاء الاختصاصين الاجتماعين ليسو من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية رغم أن مسمى القسم ومسمى الوظيفة خاص بالخدمة الاجتماعية. ومن المؤسف أن نجد هذه النسبة المرتفعة من غير المختصين الذين يمارسون دوراً خاصاً بالخدمة الاجتماعية، ولعل هذه النسبة المرتفعة تثبت ما تم مناقشته سابقاً من عدم الاعتراف المجتمعي بهذه المهنة الأمر الذي يخلق صعوبة لممارسة هذا الدور وقد يكون هذا هو أحد الأسباب وراء عدم بروز مهنة الخدمة الاجتماعية

بالشكل المطلوب . من أجل الإجابة على تساؤل الدراسة حول الصعوبات التي تعرقل الاختصاصي الاجتماعي في عمله مع المرضى طويلي الإقامة تم توجيه هذا السؤال إلى ٣٣ اختصاصي اجتماعي يعملون في المستشفيات ويتعاملون مع مرضى طويلي الإقامة ، ويوضح الجدول التالي أهم هذه الصعوبات :

جدول رقم (٩)

يوضح الصعوبات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي في عمله مع المرضى طويلي الإقامة

	السبب		
١	عدم وجود أولاد او اهل او اقارب	٢٦	٧٩٪
٢	عدم تعاون المريض وعدم قدرته على رعاية نفسه	٢٤	٧٣٪
٣	عدم تعاون الأهل والأقارب في حال وجودهم	٢١	٦٤٪
٤	عدم وجود جهات تستقبل المرضى الغير قادرين على خدمة انفسهم (الحالات المستقرة واليئوس منها)	٢١	٦٤٪
٥	عدم تفهم الأطباء لدور الاختصاصي الاجتماعي وعدم تعاونهم لفهم مشكلة المريض	١٨	٥٥٪
٦	قصر الوقت المتاح للاختصاصي الاجتماعي للتصرف إضافة إلى كثرة الحالات	١٧	٥٢٪
٧	عدم وجود ميزانية مباشرة لمساعدة المرضى	١٥	٤٥٪
٨	ارتباط قرار الاختصاصي الاجتماعي بجهات أخرى	١٥	٤٥٪
٩	كثرة الإجراءات الإدارية والروتينية	١٤	٤٢٪
١٠	عدم تعاون المؤسسات والدوائر الحكومية في حال طلب مساعدتهم	١١	٣٣٪
١١	عدم وجود مراكز وخدمات مساندة في المجتمع تقدم مساعدة لهؤلاء المرضى	٩	٢٧٪
١٢	أخرى	٧	٢١٪

يتضح من الجدول أن هناك العديد من الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين الاجتماعيين في مهمتهم الصعبة مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات الحكومية. ويشتكي كثير من الاختصاصين من الكثير من المشكلات التي تعرقل عملهم في المستشفيات بشكل عام ومع المرضى طويلي الإقامة بشكل خاص. ويعتقد الكثير من الاختصاصين أن عدم وجود أولاد أو أسرة أو أقارب يشكل عقبة لا يستطيعون تجاوزها في محاولاتهم لإخراج المريض من المستشفى إذ يرى ٧٩٪ من الاختصاصيين الاجتماعيين أن هذه المشكلة من أكبر المشكلات القائمة في المستشفيات. وتزداد هذه المشكلة تعقيداً إذا ما علمنا أنه لا يوجد في مدينة الرياض سوى مستشفى واحد للنقاهة ويعتبر صغيرا جداً وغير كاف لاستقبال مثل هذه الفئات من المرضى.

ويشتكي الكثير من الاختصاصين من المرضى أنفسهم ويصفونهم بعدم التعاون معهم من أجل حل مشكلاتهم بل أن البعض منهم يعطون معلومات خاطئه حول أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية اعتقاداً منهم أن هذا هو السبيل الوحيد لعدم خروجهم من المستشفى ويعتبر ٧٢٪ من المرضى غير متعاونين إضافة إلى عدم مقدرتهم على العناية بأنفسهم ولا يقتصر عدم التعاون على المرضى بل ويشتكي الاختصاصيون الاجتماعيون من عدم تعاون الأولاد والأهل في حال وجودهم ويرى ٦٤٪ من الاختصاصيين أن هذه المشكلة تعرقل عملهم وتخلق أمامهم صعوبة يحتاجون إلى المزيد من الوقت لتجاوزها.

ويشير بعض الاختصاصيين الاجتماعيين إلى أن هناك مفهوم خاطيء لدى هؤلاء الناس حيث يرددون دائماً أن هذا مستشفى حكومي ومن حق المريض المكوث فيه دون اعتبار للكثير من العوامل الصحية والمادية والتنظيمية لهذا المستشفى والتي سبق الحديث عنها. ويرى بعض الاختصاصيين الاجتماعين أن عدم وجود جهات أو مراكز أو مستشفيات نقاهة تستقبل هؤلاء المرضى هي العقبة الحقيقية التي تعوق نجاحهم مع هذه الحالات ٦١٪. ويوجد في مدينة الرياض مستشفى واحد للنقاهة وجميع أسّرته

مشغوله طوال العام ويوجد قائمة انتظار للمرضى المحولين إلى هذا المستشفى وخصوصاً وأن الكثير من الحالات من غير القادرين على خدمة أنفسهم ولابد من وجود مكان يقدم لهم الرعاية التمريضية .

ويشتكي الكثير من الاختصاصيين الاجتماعيين من الأطباء ويعتقدون أنهم يشكلون صعوبة أمامهم وذلك بسبب عدم التفهم لدورهم وعدم تعاونهم. فيرى ٥٥٪ من الاختصاصين أن الأطباء هم جزء من المشكلة بسبب عدم تفهمهم لمشكلة المريض وأحياناً لا يعطون الاختصاصي الاجتماعي أية معلومات عن المريض والوقت المتوقع لخروجه ثم يفاجئون الاختصاصي بطلب خروج المريض فوراً. وتتمثل بعض هذه الصعوبات في تأخر الأطباء في إعداد تقارير طبية للمرضى في حال طلب منهم ذلك من أجل مخاطبة جهات أو مؤسسات قد تساعد المرضى. كما أن قصر الوقت المتاح للاختصاصي الاجتماعي وكثرة الأعباء الملقاة على عاتقه يشكل تحدياً صعباً ويشتكي ٥٢٪ من الاختصاصيين الاجتماعيين من هذه المشكلة رغم أن جميع الحالات التي شملتها هذه الدراسة أمضت أكثر من ١٥ يوماً من تاريخ إذن الخروج من المستشفى إلا أن بعض الاختصاصين يرى أن ذلك غير كاف من أجل حل مشكلة معقدة ومتعددة الجوانب. ويبدو أن الاختصاصيين الاجتماعيين يعانون من كثرة الأعمال وعدم وضوح الدور إضافة إلى قلة أعدادهم فتجد مستشفى كبير بحجم مستشفى الملك خالد الجامعي ثاني أكبر مستشفى في مدينة الرياض يضم ٩ اختصاصين اجتماعين فقط .

يشتكي الكثير من الاختصاصيين الاجتماعيين من عدم وجود ميزانية خاصة بأقسامهم ليتمكنوا من مساعدة المرضى مباشرة دونما حاجة إلى اللجوء إلى الجمعيات الخيرية ولجان أصدقاء المرضى التي تقدم مساعدات محدودة وترتبط الكثير من قرارات الاختصاصين الاجتماعين بجهات أخرى مما يضاعف من الصعوبات التي تواجههم ويضطرون إلى الانتظار طويلاً من أجل الحصول على موافقة أو مساعدة من جهات أخرى سواء كانت هذه

الجهات من داخل المستشفى أو من خارجه .

ويرى حوالي ٤٢٪ أنهم مكبلون بكثرة الإجراءات الإدارية والروتينية التي تقف سداً منيعاً أمامهم في إنجاز الكثير من المهام ويروي أحد الاختصاصيين أنه من أجل أن يلزم أبناء أحد المرضى بإخراجه من المستشفى فإنه يحتاج إلى إعداد الكثير من الأوراق والتقارير الطبية والرفع بها إلى مدير المستشفى الذي يرسلها إلى وزارة الصحة التي تقوم بدورها بمخاطبة أمارة مدينة الرياض التي تحيل هذا الموضوع إلى الشرطة الذين يتأخرون كثيراً في تنفيذ مثل هذا القرار وأحياناً يقومون بمخاطبات عكسية إلى أن يصل الموضوع إلى الاختصاصي الاجتماعي مرة ثانية وتستغرق مثل هذه العملية عدة شهور يتوفى خلالها بعض المرضى ويدخل مرضى آخرون مما يعكس المعاناة الحقيقية التي يعانيها الاختصاصيون في هذه المهمة

التوصيات :

من خلال مناقشة نتائج هذه الدراسة تبدو الحاجة ماسة إلى تنفيذ التوصيات التالية :

١- العمل على إنشاء مراكز متخصصة تكون مهمتها الرئيسية تقديم الرعاية التمريضية ومثل هذه المراكز معروفة ومعمول بها في الكثير من دول العالم بمسميات مختلفة. وتكون مهمتها استضافة المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات والغير قادرين على مغادرة المستشفى أو خدمة أنفسهم وليس بالضرورة أن تكون هذه المراكز حكومية ، فقد يسمح للقطاع الخاص بالاستثمار في مثل هذه المراكز. وغالباً ما تكون التكلفة فيها أقل بكثير من المستشفيات .

٢- ضرورة الاستعجال في التأمين الطبي لكل شخص . حيث أن مثل هذا التأمين يقضي على هذه المشكلة نهائياً فبإمكان المريض الذي يحمل بطاقة تأمين التوجه إلى المستشفيات الخاصة مباشرة دون أن يواجه أية مشاكل مالية.

٣- ضرورة إعطاء صلاحيات أكثر للاختصاصيين الاجتماعيين في المستشفيات وتخويلهم إتخاذ الكثير من القرارات بالتنسيق مع إدارة المستشفى مباشرة .

٤- العمل على إنشاء صناديق وميزانيات خاصة بأقسام الخدمة الاجتماعية في كل مستشفى والسماح لهذه الأقسام باستقبال التبرعات من أفراد المجتمع مباشرة مما يسهل عملهم ويساعدهم على تقديم المساعدات المادية مباشرة ومن المعروف أن المساعدات المادية هي أهم أنواع المساعدات التي يبحث عنها الكثير من عملاء أقسام الخدمات الاجتماعية .

٥- ضرورة توعية الأطباء وجميع الكوادر الطبية العاملة في المستشفى بالدور الذي يقوم به الاختصاصيون الاجتماعيون كما أنهم مطالبون بتفعيل أدوارهم وإثبات أنفسهم والقيام بالكثير من أعمال التوعية والتثقيف داخل المستشفى.