مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدَّمة لمرضى كسر الورك في ضوء المحدَّدات المهنية في مشفى اللاذقية الجامعي

د. سائر طنوس*

د. زينة زيتون**

ساندي قاجو***

(تاريخ الإيداع 14/7/ 2026 – تاريخ النشر 31/8/ 2026)

□ ملخّص □

مقدمة: يُعَّد كسر الورك أحد أكثر الإصابات شيوعاً على مستوى العالم، حيث يرتبط بارتفاع معدلات الوفيات خلال السنة الأولى بعد الإصابة، وإنقاص نوعية الحياة وزيادة مستوى الإعاقة بين المرضى، كما أن هذا النوع من الكسور يمثل تحدياً صحياً واقتصادياً كبيراً للأنظمة الصحية، إذ يستلزم تدخلاً جراحياً عاجلاً، وبرامج تأهيل مكثفة، ورعاية تمريضية متخصصة ومستمرة. **الهدف:** تقييم ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لمرضى كسر الورك في ضوء المحددات المهنية. **مواد وطرائق البحث:** تم إجراء دراسة وصفية تحليلية مقطعية على عينة ملائمة شملت 30 فرد من الكادر التمريضي العاملين في قسم الجراحة العظمية في مستشفى اللاذقية الجامعي، تم جمع البيانات خلال الفترة الواقعة بين 2026/3/1 و 2026/4/30. باستخدام استبيان منظم مكون من جزأين: الجزء الأول البيانات الديموغرافية والمهنية، والجزء الثاني استمارة ملاحظة لتقييم ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية التمريضية المقدمة لمرضى كسر الورك. **النتائج:** أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود ضعف عام لدى معظم أفراد الكادر التمريضي فيما يتعلق بالرعاية بمرضى كسر الورك قبل وبعد العمل الجراحي، بالإضافة إلى وجدود فروق إحصائية مهمة في متوسط ممارسات هيئة التمريض حول الرعاية المقدمة لدى مرضى كسر الورك، تعزى لسوابق تلقي تدريبي رسمي على دليل إرشادي أو بروتوكول معياري لرعاية مرضى كسر الورك لصالح الأفراد الذين تلقوا التدريب. **التوصيات:** إعداد وتطبيق بروتوكولات موحدة خاصة بالرعاية التمريضية لمرضى كسر الورك قبل وبعد العمل الجراحي، إجراء دراسات موسعة تشمل عينات أكبر ومن عدة محافظات سورية، بهدف تقييم فعالية البروتوكولات المطبقة، ودراسة العوامل التنظيمية والإدارية المؤثرة في تطبيق الممارسات التمريضية.

الكلمات المفتاحية: ممارسات الكادر التمريضي، كسر الورك، المحددات المهنية.

---

* أستاذ مساعد، قسم تمريض البالغين. كلية التمريض. جامعة اللاذقية– اللاذقية– سورية..saer.tannous@latakia-univ

** مدرس– قسم تمريض البالغين– كلية التمريض –جامعة اللاذقية – اللاذقية– سورية. .zeina.zaitoun@lattakia-univ

***طالبة دراسات عليا (دكتوراه). قسم تمريض البالغين . كلية التمريض . جامعة اللاذقية . اللاذقية . سورية.sandy.kajo@latakia-univ .

مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

Nursing Team Practices Regarding Care Provided to Hip Fracture Patients in Light of Professional Determinants at Al-Lattakia University Hospital

Dr. Saer Tannous*
Dr. Zeina zaitoun**
Sandy Kajo ***

(Received 14/7/2026.Accepted 31/8/2026)

□**ABSTRACT** □

Introduction: Hip fracture is one of the most common injuries worldwide, associated with high mortality rates during the firstyear post-injury, reduced quality of life, and increased disability among patients. Furthermore, this type of fracture poses a significant health and economic challenge to healthcare systems, as it requires urgent surgical intervention, intensive rehabilitation programs, and specialized continuous nursing care. **Objective:** To evaluate Nursing Team Practices regarding care provided to hip fracture patients in light of professional determinants. **Material and Methods:** A descriptive analytical cross-sectional study was conducted on a convenience sample of 30 nursing staff members working in the Orthopedic Surgery Department at Al-Lattakia University Hospital. Data were collected during the period between 1/3/2026 and 30/4/2026, using a structured questionnaire consisting of two parts: the first part covered demographic and professional data, and the second part was an observation checklist to evaluate Nursing Team Practices regarding care provided to hip fracture patients. **Results:** The findings of the current study revealed an overall weakness among the majority of nursing staff regarding pre- and post-operative care for hip fracture patients. Additionally, statistically significant differences were found in the mean nursing practices related to hip fracture care, attributed to prior formal training on a guideline or standardized protocol for hip fracture care, in favor of those who had received such training. **Recommendations:** Develop and implement unified protocols for nursing care of hip fracture patients before and after surgery. Conduct extended studies involving larger samples from several Syrian governorates to evaluate the effectiveness of implemented protocols, and to investigate the organizational and administrative factors influencing the application of nursing practices.

Keywords: Nursing Team Practices, Hip Fracture, Professional Determinants

* Assistant Professor – department of Adult Nursing - Faculty of Nursing - University of Latakia. saer.tannous@latakia-univ.
** Lecturer - department of Adult Nursing - Faculty of Nursing - University of Latakia. zeina.zaitoun@lattakia-univ.
*** Postgraduate student (PhD), Dept of Adult Nursing- Faculty of Nursing - University of Latakia. sandy.kajo@latakia-univ.

1- المقدمة:

يُعّد كسر الورك من المشكلات الصحية الرئيسة التي تواجه الأنظمة الصحية في مختلف أنحاء العالم، لما يترتب عليه من معدلات مرتفعة للمرض والوفيات خلال السنة الأولى بعد الإصابة. وانخفاض جودة الحياة، وزيادة مستوى الاعتماد على الآخرين، لذلك يستلزم تدخلاً جراحياً عاجلاً وبرامج تأهيل مكثفة ورعاية تمريضية متخصصة ومستمرة للحد من المضاعفات وتحسين النتائج الصحية، وفي هذا السياق يُعرَّف كسر الورك طبياً بأنه كسر يحدث في الطرف العلوي من عظم الفخذ، ويمتد تشريحياً من أسفل رأس العظم مباشرة وصولاً إلى مستوى يبعد حوالي 5 سنتيمترات تحت المدور الصغير، ويعتمد تصنيف هذه الكسور على موقعها بالنسبة لمحفظة مفصل الورك، حيث تشمل الكسور داخل المحفظة "كسر عنق الفخذ" والتي تقاس شدتها عبر تصنيف جاردن و تقاس زاوية ميلها بتصنيف باولز نظراً لخطورة هذه الكسور في قطع التروية الدموية عن رأس الفخذ، ويختلف الخيار الجراحي حسب عمر المريض، ومستوى نشاطه الوظيفي، ونمط الكسر وجودة العظام، حيث يُعد التثبيت الداخلي باستخدام المسامير أو المسامير النخاعية والشرائح الخيار الأول في الكسور المستقرة لدى المرضى الأصغر سناً وذوي النشاط الوظيفي العالي، في حين يُفضل استبدال مفصل الورك (الكامل أو الجزئي) لدى كبار السن والمرضى ذوي المتطلبات الوظيفية المنخفضة، أو في الحالات التي لا يصلح فيها التثبيت الداخلي لتجنب مخاطر عدم الالتئام أو تموت رأس الفخذ، أما الكسور خارج المحفظة فقد تتميز بالتروية الدموية الجيدة وتشمل الكسور بين المدورين والكسور تحت المدور الخاضعة لتصنيف إيفانز لتقييم استقرارها، وبفضل التروية الدموية في هذا النوع يرتكز العلاج الجراحي على إعادة بناء العظم والتثبيت الداخلي باستخدام المسامير الديناميكية أو المسامير النخاعية والشرائح لضمان التحام طبيعي وآمن.(Patsalis, et al. 2024)

وقد أظهرت بيانات دراسة العبء العالمي للأمراض (Global Burden of Disease 2021) ارتفاع معدل الإصابة عالمياً حيث بلغت حوالي 781.56حالة لكل 100ألف نسمة عام 1990ثم ارتفعت إلى 948.81حالة لكل 100ألف نسمة عام 2021، وتشير التوقعات المستقبلية إلى استمرار الزيادة في أعداد المصابين حتى عام 2050 نتيجة النمو السكاني العالمي وارتفاع نسبة كبار السن، الأمر الذي يجعل كسر الورك تحدياً صحياً متزايداً يستدعي تطوير استراتيجيات وقائية وعلاجية أكثر فاعلية. .(Tian, et al.2025)

تُسجل الدول الأوروبية أعلى معدلات الإصابة بكسر الورك على مستوى العالم نتيجة التغيرات الديموغرافية المتسارعة، وتشير التقارير الوبائية الحديثة إلى أن العبء الصحي والاقتصادي المرتبط بكسر الورك لا يزال مرتفعاً رغم التحسن الملحوظ في برامج الوقاية والعلاج، أما في منطقة الشرق الأوسط، فقد بينت دراسة (Barake, et al.2021)

شملت 22 دولة عربية وجود تباين في معدلات الإصابة بكسر الورك، إذ تراوحت معدلات الإصابة بين 236و 290 حالة لكل 100 ألف امرأة في كل من الكويت ولبنان، في حين بلغت الوفيات خلال السنة الأولى بعد الإصابة ما بين 10% و20%، وارتفعت إلى ما بين 25% و30% خلال سنتين إلى ثلاث سنوات من حدوث الكسر. كما أشارت الدراسة إلى محدودية السجلات الوطنية الخاصة بكسور الورك ووجود فجوات في برامج الوقاية والمتابعة العلاجية في العديد من الدول العربية.

وفي سوريا لا تتوافر حتى الوقت الحاضر قاعدة بيانات وطنية أو سجل وطني متخصص يوفر إحصاءات دقيقة وحديثة حول معدل حدوث كسر الورك على مستوى البلاد، وهو ما يمثل تحدياً أمام الباحثين وصناع القرار الصحي، إلا أن الدراسات السورية المتعلقة بهشاشة العظام أوضحت وجود انتشار ملحوظ لعوامل الخطورة المؤدية إلى كسور الورك، خاصة بين النساء بعد سن اليأس، بما في ذلك انخفاض الكثافة المعدنية للعظام وارتفاع معدلات هشاشة العظام،

مما يشير إلى احتمالية تزايد العبء المستقبلي لهذه الإصابات مع ازدياد أعداد كبار السن في المجتمع السوري (Alhayek, et al.2022) .

تحتل الرعاية التمريضية مكانة محورية في تحسين النتائج الصحية لمرضى كسر الورك، إذ تمتد مسؤوليات الممرضين لتشمل التقييم المبكر للحالة الصحية، ومراقبة المضاعفات، وتدبير الألم، وتعزيز الحركة المبكرة، والمشاركة في برامج التأهيل والتثقيف الصحي. (Qu, et al.2025) في حين أظهرت الدراسات الحديثة أن تحسين الممارسات التمريضية يسهم في خفض مدة البقاء في المشفى وتقليل المضاعفات والوفيات وتحسين جودة الحياة والقدرة الوظيفية للمرضى بعد الإصابة. كما أن كفاءة هذه الممارسات قد تتأثر بعدد من المتغيرات الديموغرافية والمهنية للممرضين، مثل العمر والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والدورات التدريبية، الأمر الذي يبرز أهمية تقييم هذه الممارسات ودراسة علاقتها بخصائص الممرضين المختلفة.(Yang, et al.2025)

هدفت دراسة (Allsop et al, 2021) إلى استكشاف أدوار الممرضين ذوي الممارسة المتقدمة في رعاية مرضى كسر الورك وتحديد أثر هذه الأدوار في النتائج الصحية للمرضى، وقد أظهرت النتائج أن وجود الممرض المتخصص ساهم في خفض مدة البقاء في المشفى وتحسين التنسيق بين أعضاء الفريق الصحي وتقليل معدلات الوفيات وتحسين الالتزام بالعلاج والمتابعة بعد الخروج من المشفى، مما يؤكد أهمية الدور التمريضي في تحسين مخرجات الرعاية الصحية لمرضى كسر الورك.

وفي دراسة (Barake et al,2021) والتي هدفت إلى مراجعة الأدلة العلمية المتعلقة بكسور الورك والكسور المرتبطة بهشاشة العظام في الدول العربية، حيث أظهرت النتائج وجود ارتفاع ملحوظ في معدلات الإصابة والوفيات المرتبطة بكسر الورك، مع محدودية برامج المتابعة والوقاية الثانوية من الكسور في العديد من الدول العربية، كما أكدت الحاجة إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة وتحسين أدوار العاملين الصحيين في متابعة المرضى بعد الإصابة، وفي سياق متصل، أجرى (yusoff et al,2022) تحليل 15 دراسة سابقة والتي أظهرت نتائجها مدى أهمية التداخلات التمريضية المنظمة في تحسين نتائج مرضى كسر الورك، حيث حددت خمسة مجالات رئيسية للممارسة التمريضية الفعالة تشمل تقييم احتياجات المريض، ووضع خطة خروج فردية وتنفيذ التداخلات التمريضية والمتابعة بعد خروج المريض من المشفى، حيث أن الرعاية التمريضية تمتد إلى ما بعد حدود المؤسسة الصحية.

1-2 أهمية البحث وأهدافه:

على الرغم من أن كسر الورك يمثل حالة طارئة وشائعة وتتطلب رعاية تمريضية متخصصة ومبينة على البروتوكولات، إلا أن الممارسات التمريضية المقدمة لهذه الفئة في المشافي السورية لا تزال غير موثقة ولا معروفة بدقة، كما أن وجود فجوة معرفية حول طبيعة الممارسات التمريضية حول رعاية مرضى كسر الورك وعلاقتها بالمحددات المهنية للممرضين (كالمؤهل العلمي، سنوات الخبرة، التدريب على البروتوكولات) في المشافي السورية، يستلزم تقييماً شاملاً لوضع الأسس لتحسين جودة الرعاية وتطوير برامج تدريبية مستهدفة.

هدف البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لمرضى كسر الورك في ضوء المحددات المهنية في مشفى اللاذقية الجامعي.

2- مواد وطرائق البحث:

2-1 مواد البحث:

تصميم البحث: اتبع هذا البحث المنهج الوصفي التحليلي المقطعي.

مكان البحث: أجريت هذه الدراسة في قسم الجراحة العظمية في مشفى اللاذقية الجامعي.

زمان البحث: جمعت بيانات الدراسة خلال الفترة الممتدة من 2026/3/1 لغاية 2026/4/30

عينة البحث: تم اختيار عينة ملائمة شملت 30 فرد من الكادر التمريضي العاملين في قسم الجراحة العظمية والمتواجدين أثناء فترة جمع البيانات.

أداة البحث:

تم اعتماد وإعداد أدوات الدراسة من قبل الباحثة بعد الاطلاع على المراجع والأدبيات السابقة المتعلقة بموضوع البحث وتشمل استبيان منظم مكون من جزأين.(Jensen, et al.2023) (Hinkle, et al.2024)

أدوات جمع البيانات:

القسم الأول: استمارة جمع البيانات الديموغرافية والمهنية للكادر التمريضي (المؤهل العلمي، سنوات الخبرة في التمريض، سنوات الخبرة في الجراحة العظمية...).

القسم الثاني: استمارة ملاحظة لتقييم ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية التمريضية المقدمة لمرضى كسر الورك: تضم قائمة تحقق حول (خطوات الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى قبل وبعد العمل الجراحي).

2-2 طرائق البحث:

1. تم الحصول على الموافقة من إدارة كلية التمريض وإدارة مشفى اللاذقية الجامعي من أجل تطبيق الدراسة.
2. تم إعداد أدوات الدراسة من قبل الباحثة بعد مراجعة واستعراض الأدبيات المتعلقة بموضوع الدراسة، ثم عرضت على 3 خبراء في مجال الاختصاص.
3. تم اجراء دراسة استرشادية على (10 % من حجم العينة) تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وتم استبعادهم من عينة الدراسة.
4. تم حساب معامل ثبات الأداة ألفا كرونباخ وبلغ (0.93)
5. تم تعبئة الاستمارات من خلال الملاحظة المباشرة للممارسات التمريضية المقدمة لمرضى كسر الورك، بالإضافة إلى مراجعة السجلات التمريضية وإضبارة المرضى بهدف التأكد من الممارسات غير قابلة للملاحظة المباشرة مثل (توقيت إعطاء المضادات الحيوية الوقائية وتسجيل تقييم الألم في السجل التمريضي والتحقق من الصيام قبل الجراحة)، وقد تمت مراجعة السجلات بعد الانتهاء من الملاحظة مباشرة لكل ممرض لتجنب تأثير الإطلاع المسبق على السجلات في سلوك الممرض أثناء الملاحظة، ولضمان موضوعية التقييم، وقد تم ذلك بالتنسيق مع الكادر التمريضي في قسم الجراحة العظمية.
6. استغرقت عملية الملاحظة الميدانية الفعلية لكل ممرض على مدار نوبات عمل كاملة، بمتوسط 8-6ساعات، موزعة على فترات مختلفة لتغطية مرحلتي ما قبل وبعد العمل الجراحي، من لحظة قبول المريض وحتى اليوم الثاني بعد الجراحة. أما عملية تعبئة الاستمارة فقد استغرقت حوالي 15-10دقيقة لكل ممرض. وقد قامت الباحثة بمراجعة جميع الاستمارات بعد الانتهاء من جمع البيانات للتأكد من اكتمالها، ثم تم ترقيمها بأرقام متسلسلة لضمان السرية.

7. بعد جمع البيانات تم ترميزها ومن ثم تفريغها، تم تحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وتم استخدام التكرار (N) والنسبة المئوية (%).و(M) المتوسط، و(SD) الانحراف المعياري، وبالاعتماد على الاختبارات الإحصائية التالية:

- اختبار (T. test) للفروق تبعاً للمتغيرات الديموغرافية ثنائية الفئة.
- اختبار (One way ANOVA) للفروق تبعاً للمتغيرات الديموغرافية التي تتضمن أكثر من فئتين.
- الفروق عند عتبة الدلالة (P value ≤0.05) اعتبرت مهمة إحصائيا وأشير لها بالرمز (*)، وعند عتبة الدلالة (P value ≤0.01) اعتبرت مهمة جدا إحصائيا وأشير لها بالرمز (**).

8. تم عرض النتائج في جداول مناسبة.

3- النتائج والمناقشة:

3-1 النتائج:

أولاً: البيانات الديموغرافية والمهنية لأفراد العينة:

جدول (1) التوزع التكراري لأفراد العينة تبعا لبياناتهم المهنية

البند		العدد الكلي N = 30	%
المؤهل العلمي الحالي	شهادة ثانوية	13	43.3
	بكالوريوس تمريض	17	56,7
سنوات الخبرة في التمريض	أقل من 5 سنوات	24	80
	5-10 سنوات	1	3.3
	من 11-15 سنة	5	16.7
سنوات الخبرة في قسم الجراحة العظمية	1-3 سنوات	23	76.7
	من 3-5 سنوات	2	6.7
	أكثر من 5 سنوات	5	16.7
هل سبق لك أن تلقيت تدريباً رسمياً على دليل إرشادي أو بروتوكول معياري لرعاية مرضى كسر الورك؟	نعم	10	33.3
	لا	20	66.7
إذا كنت قد تلقيت تدريباً، ما هي عدد الدورات التدريبية المتخصصة في رعاية مرضى كسر الورك التي حضرتها خلال آخر 3 سنوات	لم أحضر أي دورات	20	66.7
	دورة واحدة	10	33.3
	يوم واحد	6	20

المدة الإجمالية لأطول دورة تدريبية متخصصة حضرتها في هذا المجال (بالأيام)	1–3 أيام	4	13.3

يُظهر الجدول (1) التوزع التكراري لأفراد العينة وفقاً لبياناتهم المهنية، وقد سجّلت أعلى النسب المئوية في: المؤهل العلمي بكالوريوس تمريض (56.7%)، وسنوات الخبرة في التمريض أقل من 5 سنوات (80%)، وسنوات الخبرة في قسم الجراحة العظمية من 1–3 سنوات (76.7%)، وعدم تلقي تدريب رسمي على بروتوكول رعاية مرضى كسر الورك (66.7%)، وعدم حضور أي دورات تدريبية متخصصة خلال السنوات الثلاث الأخيرة (66.7%)، ومدة أطول دورة تدريبية حضروها ليوم واحد فقط (20%).

جدول (2) التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لملاحظة ممارسات الكادر التمريضي المتعلقة بالرعاية التمريضية المقدمة لدى مرضى كسر الورك قبل العمل الجراحي

العبارة	مطبق		غير مطبق	
	N	%	N	%
إجراء تقييم تمريضي شامل أولي (ABCDE) يقوم على التركيز على مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية ومستوى الوعي فور القبول.	9	30	21	70
تقييم شدة الألم باستخدام مقياس موثوق (مقياس رقمي 0–10 أو مقياس وجهي) وتسجيله	0	0	30	100
إعطاء مسكنات الألم الموصوفة في غضون 30 دقيقة من التقييم إذا كان الألم شديداً (تحقق من إضبارة المريض)	23	76.7	7	23.3
تقييم خطر السقوط باستخدام أداة معتمدة (مثل Morse Fall Scale) عند القبول.	0	0	30	100
تقييم خطر الإصابة بتقرحات الفراش باستخدام أداة معتمدة (مثل Braden Scale) عند القبول	0	0	30	100
وضع الطرف المصاب في وضعية مريحة (وسادة تحت الركبة أو بين الركبتين) دون محاولة تقويمه	4	13.3	26	86.7
البدء في إجراءات الوقاية من الخثار الوريدي العميق مثل تطبيق الجوارب الضاغطة عند القبول.	0	0	30	100
التأكد من **عدم** استخدام الجر (Traction) قبل الجراحة بشكل روتيني. *(يُسجل "مطبق" إذا لم يتم استخدامه)	5	16.7	25	83.3
التأكد من صيام المريض (Nothing per Os) وفقاً للإرشادات الزمنية المحددة للتخدير.	10	33.3	20	66.7
إعطاء المضادات الحيوية الوقائية الوريدية الموصوفة من قبل الطبيب في الوقت المحدد (خلال 60 دقيقة قبل الشق الجراحي)	16	53.3	14	46.7
تحضير المريض للجراحة (التعريف على موقع الجراحة، تقديم الدعم النفسي إزالة المجوهرات، إلخ).	4	13.3	26	86.7
التثقيف الصحي الأولي للمريض وذويه حول ما سيحدث قبل وبعد الجراحة	4	13.3	26	86.7

يظهر الجدول (2) التوزع التكراري لاستجابات أفراد العينة من الكادر التمريضي حول ممارساتهن التمريضية المقدمة لمرضى كسر الورك في المرحلة ما قبل العمل الجراحي، حيث تكشف النتائج عن فجوة تطبيقية جوهرية في تنفيذ البروتوكولات التمريضية المعيارية، وفيما يخص العبارات التي حازت على النسب المئوية الأعلى، فقد سجّلت جميعها نسبة 100% في فئة "غير مطبق"، وهي على التوالي: تقييم شدة الألم باستخدام مقياس موثوق (مقياس رقمي 0–10 أو مقياس وجهي) وتسجيله، وتقييم خطر السقوط باستخدام أداة معتمدة (مثل Morse Fall Scale) عند القبول، وتقييم خطر الإصابة بتقرحات الفراش باستخدام أداة معتمدة (مثل Braden Scale) عند القبول، والبدء في إجراءات الوقاية من الخثار الوريدي العميق مثل تطبيق الجوارب الضاغطة عند القبول.

جدول (3) التوزع التكراري لأفراد العينة تبعاً لملاحظة ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية التمريضية المقدمة لدى مرضى كسر الورك بعد العمل الجراحي

العبارة	مطبق		غير مطبق	
	N	%	N	%
متابعة تقييم وتدبير الألم على فترات منتظمة (كل 4 ساعات أو حسب البروتوكول) واستخدام أساليب غير دوائية أيضاً. (تحقق من السجل)	10	33.3	20	66.7
الحفاظ على الوضعية الصحيحة للطرف (وسادة بين الركبتين، تجنب التقاطع أو الالتواء) أثناء الراحة.	3	10	27	90
تشجيع وتذكير المريض بتمارين التنفس العميق والسعال كل 1–2 ساعة للوقاية من الالتهاب الرئوي.	0	0	30	100
مساعدة المريض وتمكينه من النهوض والحركة المبكرة (الجلوس على الكرسي، المشي بمساعدة) في أول 24 ساعة بعد الجراحة	6	20	24	80
استخدام فرشة (هوائية) أو تغيير وضعية المريض كل ساعتين بدقة.	2	6.7	28	93.3
تدبير القسطرة البولية: الحفاظ على التعقيم وإزالتها في أسرع وقت ممكن (عادة في غضون 24–48 ساعة).	5	16.7	25	83.3
متابعة وإعطاء علاج الوقاية من التخثر (الهيبارين أوغيره) بشكل منتظم وفي موعده. (تحقق من إضبارة المريض)	30	100	0	0
تقييم الجرح يومياً للتأكد من عدم وجود علامات التهاب (احمرار، تورم، إفرازات، حرارة) والإبلاغ فوراً.	0	0	30	100
مراقبة الطرف المصاب للكشف عن علامات متلازمة الحيز (Compartment Syndrome) مثل: ألم شديد، شحوب، برودة، خدر، تنميل، غياب النبض، وشلل.	0	0	30	100
التعاون مع أخصائي العلاج الطبيعي لتنفيذ خطة إعادة التأهيل والمشي اليومي	0	0	30	100
التأكد من أن سرير المريض في مستوى منخفض مع تطبيق الفرامل.	5	16.7	25	83.3

تقديم تثقيف صحي متقدم ومستمر للمريض وذويه حول التعافي المنزلي، الوقاية من السقوط، التغذية، وعلامات الخطر.	0	0	30	100

يظهر الجدول (3) التوزع التكراري لاستجابات أفراد العينة حول ممارساتهن التمريضية المقدمة لدى مرضى كسر الورك في المرحلة ما بعد العمل الجراحي، حيث تكشف النتائج عن قصور واضح في تطبيق البروتوكولات التمريضية المعيارية الأساسية، باستثناء ممارسة وحيدة تتعلق بإعطاء علاج الوقاية من التخثر التي سجّلت تطبيقاً كاملاً بنسبة 100%. وفيما يخص العبارات التي حازت على النسب المئوية الأعلى، فقد سجّلت جميعها نسبة 100% في فئة "غير مطبق"، وهي على التوالي: تشجيع وتذكير المريض بتمارين التنفس العميق والسعال كل 1–2 ساعة للوقاية من الالتهاب الرئوي، وتقييم الجرح يوميًا للتأكد من عدم وجود علامات التهاب (احمرار، تورم، إفرازات، حرارة) والإبلاغ فوراً، ومراقبة الطرف المصاب للكشف عن علامات متلازمة الحيز (Compartment Syndrome) مثل الألم الشديد والشحوب والبرودة والخدر وغياب النبض، والتعاون مع أخصائي العلاج الطبيعي لتنفيذ خطة إعادة التأهيل والمشي اليومي.

الجدول (4) توزع أفراد العينة تبعاً لمستوى ممارساتهم المتعلقة بالرعاية التمريضية المقدمة لدى مرضى كسر الورك

المحور	المستوى					
	ضعيف		متوسط		جيد	
	N	%	N	%	N	%
ممارسات قبل العمل الجراحي	23	76.7	7	23.3	0	0
ممارسات بعد العمل الجراحي	28	93.3	2	6.7	.	.
الممارسات الكلية	28	93.3	2	6.7	0	0

يُظهر الجدول (4) توزع أفراد العينة تبعاً لمستوى ممارساتهم المتعلقة بالرعاية التمريضية بمريض كسر الورك، حيث يبين أن لدى النسبة الأعلى من المشاركين مستوى ضعيف من الممارسات التمريضية المتعلقة برعاية المريض قبل العمل الجراحي (76.7%)، وأن لدى النسبة الأعلى أيضاً منهم مستوى ضعيف من الممارسات التمريضية المتعلقة برعاية المريض بعد العمل الجراحي (93.3%). وبالمحصلة فقد كان مستوى الممارسات العام منخفضاً لدى (93.3%) منهم أيضاً.

الجدول (5) الفروق الإحصائية في متوسط ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لدى مرضى كسر الورك تبعاً لبياناتهم المهنية

البند		N	M	SD	F/T	P
المؤهل العلمي الحالي	شهادة ثانوية	13	28.30	2.175	F 0.308	0.584
	بكالوريوس تمريض	17	28.70	1.759		
سنوات الخبرة في التمريض	أقل من 5 سنوات	24	28.66	2.057	F 0.273	0.763
	5–10 سنوات	1	28.00	0		
	من 11–15 سنة	5	28.20	1.414		
سنوات الخبرة في قسم الجراحة العظمية	1–3 سنوات	23	28.65	2.10	F 0.448	0.644
	من 3–5 سنوات	2	29.00	0.000		

	أكثر من 5 سنوات	5	27.80	1.303		
هل سبق لك أن تلقيت تدريباً رسمياً على دليل إرشادي أو بروتوكول معياري لرعاية مرضى كسر الورك؟	نعم	10	29.30	2.540	T 5.917	*0.022
	لا	20	28.15	1.460		

T: يشير الى اختبار t. test للعينات المستقلة خاص بالمتغيرات ثنائية الفئة. F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way Anova خاص بالمتغيرات ثلاثية الفئة وأكثر من ثلاثية. *: P Value ≤ 0.05

يُظهر الجدول (5) الفروق الإحصائية في متوسط ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لدى مرضى كسر الورك تبعاً لبياناتهم المهنية؛ حيث يشير إلى وجدود فروق إحصائية مهمة في متوسط ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لدى مرضى كسر الورك، تعزى لسوابق تلقي تدريبي رسمي على دليل إرشادي أو بروتوكول معياري لرعاية مرضى كسر الورك لصالح الأفراد الذين تلقوا التدريب (P=0.022). بالمقابل لن تشر البيانات في الجدول إلى وجود أي فروق إحصائية مهمة في ممارسات أفراد العينة تعزى لأي من البيانات المهنية الأخرى.

3-2 المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى الممارسات التمريضية كان ضعيفاً لدى أكثر من ثلاث أرباع العينة في مرحلة ما قبل العمل الجراحي، وارتفعت هذه النسبة إلى غالبية العينة في مرحلة ما بعد العمل الجراحي، كما بلغت نسبة الضعف في الممارسات الكلية لدى غالبية أفراد العينة، تختلف نتائج هذه الدراسة مع التوصيات العالمية الصادرة عن(International Collaboration of Orthopedic Nursing (ICON ، والتي وضعت معايير رعاية تمريضية قائمة على الأدلة لمرضى كسور الورك، حيث تؤكد هذه المعايير على ضرورة إجراء تقييم دوري للألم، وتطبيق بروتوكولات الوقاية من المضاعفات، والبدء المبكر بإعادة التأهيل، ويعزى هذا الاختلاف إلى أن معايير ICON تُطبق في أنظمة صحية متقدمة تتوفر فيها البروتوكولات الموحدة والكوادر المدربة، بينما يعاني السياق السوري من غياب هذه البروتوكولات وضعف برامج التدريب المستمر، مما يفسر الفجوة الكبيرة بين الممارسات المحلية والمعايير العالمية.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن جميع أفراد العينة لا يطبقون تقييماً موثوقاً للألم باستخدام مقاييس معتمدة (كالمقياس الرقمي أو المقياس الوجهي). تتفق هذه النتائج مع دراسة (Fitzgerald et al,2020) حيث أفاد الممرضون في هذه الدراسة أن تقييم الألم لدى مرضى كسر الورك غالباً ما يتم بصورة غير منتظمة وغير موثقة، ويعزى ذلك إلى نقص التدريب على أدوات التقييم المعيارية، والاعتقاد الخاطئ بأن تقييم الألم يتم بصرياً أو بناء على شكوى المريض فقط، كما أظهرت النتائج أن معظم أفراد العينة لا يشجعون المرضى على تمارين التنفس العميق والسعال للوقاية من الالتهاب الرئوي، تتفق هذه النتائج مع دراسة (Pedersen et al,2024) التي درست أفكار ومشاعر كبار السن حول إعادة التأهيل الموجه بعد كسر الورك، ووجدت أن المرضى يعانون من الخوف وفقدان السيطرة وأن غياب التحفيز والتذكير بالتمارين الأساسية (كتمارين التنفس) يمثل فجوة كبيرة في الرعاية

التمريضية ويعزى إهمال هذه التمارين إلى أن الوقاية من الالتهاب الرئوي قد لا تعتبر أولوية مقارنة بالجوانب الجراحية المباشرة، رغم أن الالتهاب الرئوي يعد من أكثر المضاعفات خطورة بعد الجراحة.

أظهرت النتائج أن جميع أفراد العينة يطبقون إعطاء مضادات التخثر بشكل منتظم وفي موعده، تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Guasti et al,2025) التي قدمت إرشادات في سياق الرعاية التمريضية والتي أكدت أن الوقاية من مضاعفات التخثر وتدبيرها هي أولوية قصوى في رعاية مرضى كسر الورك ويعزى الالتزام الكامل بهذه الممارسة إلى أنها مهمة تمريضية تعتمد على أمر طبي وجدول زمني واضح، مما يجعل إغفالها أقل احتمالاً مقارنة بالمهام التمريضية المستقلة.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الممرضين من حملة شهادة البكالوريوس، بينما لم تظهر سنوات الخبرة الطويلة أي فروق. تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Candel et al,2024) التي أوضحت أن المعرفة والمهارات والأدوار والسلوكيات المقدمة كانت من أولويات التحسين، وأن التعليم والتدريب المستمرين هما العنصران الأكثر تأثيراً في تحسين جودة الرعاية. كما تتفق هذه النتائج أيضاً مع دراسة (Huang et al, 2025) التي أوضحت أن ضمان الرعاية المتمركزة حول المريض يتطلب مقدمي رعاية مدربين تدريباً مناسباً، أما بالنسبة لعدم ظهور فروق وفقاً لسنوات الخبرة، فيتفق ذلك مع دراسة (Rocha et al,2024) التي بينت أن التعافي بعد كسر الورك يعتمد بشكل أكبر على جودة التداخلات التمريضية المقدمة وليس على طول سنوات الخبرة، فربما ترسخ الخبرة الطويلة ممارسات غير صحيحة إذا لم تقترن بتدريب مستمر وتغذية راجعة، بالمقابل تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة

(Ounsrong et al,2025) التي هدفت إلى تطوير نموذج رعاية تمريضي لمرضى الكسور حول الورك في مستشفى ماها ساراخام في تايلاند، حيث أظهرت النتائج أن الممارسات التمريضية كانت تتباين تبعاً لمهارات وخبرات الممرضين الفردية، مما يعني أن الخبرة كانت عاملاً مؤثراً في جودة الممارسات، كما أظهرت النتائج أن تطبيق نموذج رعاية لمرضى كسر الورك الذي تضمن 7 مجالات نشاط (الرعاية الشاملة، الفريق المتعدد التخصصات، تدبير الألم، استمرارية الرعاية، التحريك المبكر، إعادة التأهيل، وتثقيف المريض والتخطيط للخروج) أسهم في خفض حدوث تقرحات الفراش، والانصمام الرئوي، ومستويات الألم بشكل ملحوظ مع تحسن معرفة وكفاءة الممرضين، ويعزى هذا الاختلاف إلى أن النماذج المنظمة توفر إطاراً واضحاً للممارسة يقلل من الاعتماد على الخبرة الفردية، في حين أن غياب مثل هذه النماذج في السياق السوري يجعل الممارسات تعتمد بشكل أكبر على الاجتهاد الشخصي.

3-3 محددات الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على عينة ملائمة قوامها 30 فرداً من الكادر التمريضي في قسم الجراحة العظمية بمشفى اللاذقية الجامعي، وهو حجم يعد مقبولاً في الدراسات الاستكشافية والوصفية التحليلية المماثلة، خاصة في ظل محدودية عدد الكادر التمريضي العامل في القسم، وصعوبة التوسع في العينة بسبب طبيعة الملاحظة المباشرة التي تتطلب متابعة دقيقة لكل فرد. كما أن إجراء الدراسة في مشفى واحد فقط يحد من إمكانية تعميم النتائج على باقي المشافي السورية، إضافة إلى أن التصميم المقطعي لا يسمح بتتبع التغيرات في الممارسات بمرور الوقت. ورغم هذه المحددات، فإن الدراسة تقدم مؤشرات أولية مهمة حول واقع الممارسات التمريضية، وتمهد الطريق لدراسات أوسع تشمل عينات أكبر ومتعددة المواقع.

4- الاستنتاجات والتوصيات:

4-1 الاستنتاجات:

1- أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى ممارسات الكادر التمريضي حول الرعاية المقدمة لدى مرضى كسر الورك كان ضعيفاً لدى الغالبية العظمى من أفراد العينة، مع وجود قصور تطبيقي في جميع مجالات الرعاية التمريضية الأساسية قبل وبعد العمل الجراحي، مما يعكس فجوة نوعية في الخدمات التمريضية المقدمة لهذه الفئة من المرضى في المشافي السورية.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الممارسات التمريضية تعزى إلى تلقي تدريب رسمي على بروتوكول أو دليل إرشادي لرعاية مرضى كسر الورك، وكانت هذه الفروق لصالح الممرضين الذين تلقوا تدريباً، مما يؤكد أن التدريب المنظم والمؤهل العلمي هما العاملان الأكثر تأثيراً في تحسين جودة الممارسات.

3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الممارسات التمريضية تعزى إلى سنوات الخبرة في التمريض أو سنوات الخبرة في قسم الجراحة العظمية، مما يشير إلى أن الخبرة الطويلة وحدها دون تدريب منظم ومحدث على البروتوكولات لا تؤدي بالضرورة إلى ممارسات أفضل قائمة على الأدلة.

4-2 التوصيات:

بناءً على نتائج الدراسة، يوصى بما يلي:

- تطوير وتنفيذ بروتوكولات وطنية موحدة لرعاية مرضى كسر الورك في جميع المشافي السورية، تتضمن ممارسات واضحة ومبينة على الأدلة لمرحلة ما قبل وبعد العمل الجراحي، على أن تكون هذه البروتوكولات ملزمة للجميع وقابلة للقياس.
- إنشاء برامج تدريبية رسمية إلزامية للمرضين العاملين في أقسام الجراحة العظمية حول رعاية مرضى كسر الورك، مع التركيز على المهارات العملية مثل تقييم الألم باستخدام مقاييس موثوقة، تقييم خطر السقوط وتقرحات الفراش، والوقاية من الخثار والالتهاب الرئوي، تقييم الجرح والمضاعفات والتعاون متعدد التخصصات.
- إجراء دراسات موسعة تشمل عينات أكبر ومن عدة محافظات سورية، بهدف تقييم فعالية البروتوكولات المطبقة، ودراسة العوامل التنظيمية والإدارية المؤثرة في تطبيق الممارسات التمريضية.

5- المراجع:

ALHAYEK, M. Y.؛ ALSHAMMARI, R.؛ ALENAZI, A.؛ ALSHAMMARI, B.؛ ALENAZI, F.؛ ALSHAMMARI, F.؛ ALRAJHI, A.؛ ALSHAMMARI, M.؛ ALSHAMMARI, N. & ALENAZI, N. 2022, *Assessing the Knowledge and Attitude towards Osteoporosis among Syrian Women: A Cross-Sectional Study*. International Journal of Rheumatology, Volume 2022, Article ID 6431151.

ALLSOP, S.؛ MORPHET, J.؛ LEE, S. & COOK, O. 2021, *Exploring the roles of advanced practice nurses in the care of patients following fragility hip fracture: A systematic review.* Journal of Advanced Nursing, Volume 77, Issue 5, Pages 2166-2184.

BARAKE, M.؛ EL EID, R.؛ AJJOUR, S.؛ CHAKHTOURA, M.؛ MEHO, L.؛ MAHMOUD, T.؛ ATIEH, J.؛ SIBAI, A. M. & EL-HAJJ FULEIHAN, G. 2021, *Osteoporotic hip and vertebral fractures in the Arab region: a systematic review.*

Osteoporosis International, Volume 32, Issue 8, Pages 1499-1515.

CADEL, L.؛ EVERALL, A. C.؛ BRONSKILL, S. E.؛ WODCHIS, W. P.؛ THAVORN, K. & KULUSKI, K. 2024, *Identifying and prioritizing recommendations to optimize transitions across the care journey for hip fractures: Results from a mixed-methods concept mapping study*. PLOS ONE, Volume 19, Issue 8, e0307769.

FITZGERALD, A.؛ VERRALL, C.؛ HENDERSON, J. & WILLIS, E. 2020, *Factors influencing missed nursing care for older people following fragility hip fracture*. Collegian, Volume 27, Issue 4, Pages 450-458.

GUASTI, L.؛ FUMAGALLI, S.؛ AFILALO, J.؛ GEISLER, T.؛ ABREU, A.؛ AMBROSETTI, M.؛ GEVAERT, S.؛ CHRISTODORESCU, R.؛ RICHTER, D.؛ ABOYANS, V.؛ CHASTAINGT, L.؛ BARISONE, M.؛ SEVERGNINI, P.؛ ASTEGGIANO, R. & FERRINI, M. 2025, *Cardiovascular diseases, prevention and management of complications in older adults and frail patients treated for elective or post-traumatic hip orthopaedic interventions.* European Journal of Preventive Cardiology, zwaf010. Advance online publication.

HINKLE, J. L. & CHEEVER, K. H. 2024, *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 15th ed., Wolters Kluwer.

HUANG, C.؛ SONG, J.؛ PENG, L. & TAO, Z. 2025, *Discharge transition experience and nursing needs of elderly patients with hip fracture: A qualitative systematic review*. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, Volume 57, 101162.

JASIM, H. & MOHAMMED, T. R. 2022, *Assessment of nurses' performance regarding hip fracture care in orthopedic wards*. Iraqi National Journal of Nursing Specialties, Volume 36, Issue 1, Pages 45-53.

JENSEN, C. M.؛ SKÚLADÓTTIR, S. S.؛ PALM, H. & ROGMARK, C. 2023, *Orthogeriatric Care in the Emergency and Perioperative Setting. In Perspectives in Nursing Management and Care for Older Adults*, Pages 111-127, Springer, Cham.

MEEHAN, A. J., MAHER, A. B., BRENT, L., COPANITSANOU, P., CROSS, J., KIMBER, C., MARQUES, A., & HOMMEL, A. 2019. *The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture*. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 32, 3-26

OUNSRONG, N., TAIWONG, A., KATETANEE, R., & WANNOMAI, N. (2025). *Development of a Nursing Care Model for Patients with Fractures around Hip in the Female Orthopedic Ward Mahasarakham Hospital.* Yasothon Medical Journal, 27(3), 2733439.

PATSALIS, G.؛ BOCK, J. & RUCHHOLTZ, S. 2024, *Fractures of the proximal femur and hip osteoarthritis - coincidence or coherence? European Journal of Trauma and Emergency Surgery.*

PEDERSEN, L. T.؛ IPSEN, J. A.؛ EGEBÆK, H. K.؛ BRUUN, I. H.؛ VIBERG, B. & ANDERSEN, P. T. 2024, *From fear to control: Older adults' thoughts and feelings about empowerment-oriented rehabilitation after a hip fracture*. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, Volume 53, 101061.

QU, L.؛ LI, Y. & HONG, D. 2025, *Effectiveness of refined nursing on postoperative recovery in elderly hip fracture patients: A retrospective study*. Medicine, Volume 104, Issue 35, e43870.

ROCHA, P.؛ BAIXINHO, C. L. & HENRIQUES, M. A. 2024, *A qualitative study of older adults: The difficulties and needs of returning home after hip fractures*. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, Volume 55, 101141.

TIAN, C.؛ SHI, L.؛ WANG, J.؛ ZHOU, J.؛ RUI, C.؛ YIN, Y.؛ DU, W.؛ CHANG, S. & RUI, Y. 2025, *Global, regional, and national burdens of hip fractures in elderly individuals from 1990 to 2021 and predictions up to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021*. Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 133, 105832.

YANG, J. & ZHU, X. 2025, *The Application of the Responsibility System Integrated Nursing Model in the Perioperative Period of Elderly Patients with Hip Fracture. International Journal of Gerontology*, Volume 19, Issue 4, Pages 228-233.

YUSOFF, R. M.؛ ABDUL MULUD, Z. & MOHAMMADNEZHAD, M. 2022, *Nursing intervention on discharge planning for elderly patients with hip fracture: A systematic review*. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences, Volume 18, Issue s15, Pages 327-340.