

Final Project 2

PMG 497

نموذج المشروع النهائي ٢

أهمية وجود عيادات البصريّات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية

أسم الطالب
عبدالله بن ظافر الحلافي

مشروع تخرج- ٢
كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

إشراف
د. عبدالرحيم نادر
عضو هيئة التدريس- كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

التاريخ- الفصل الدراسي
٢٠٢٥/١١/٠١ م

الشكر والتقدير

الإهداء

مستخلص الدراسة

الهدف:

المنهجية:

النتائج:

التطبيقات والأهمية:

الكلمات المفتاحية:

جدول المحتويات

٢	الشكر والتقدير
٣	الإهداء
٤	مستخلص الدراسة
٨	١. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
٨	١,١ المقدمة:
٨	١,٢ مشكلة الدراسة
٩	١,٢,١ فجوات على المستوى النظري
٩	١,٢,٢ فجوات على المستوى التطبيقي
١٠	١,٣ أهمية الدراسة
١٠	١,٣,١ على المستوى النظري:
١٠	١,٣,٢ على المستوى التطبيقي:
١١	١,٤ أسئلة الدراسة
١١	١,٥ أهداف الدراسة
١١	١,٦ فرضيات الدراسة
١١	١,٧ نموذج الدراسة
١٢	١,٨ منهجية الدراسة
١٢	١,٩ الدراسة الميدانية
١٢	١,١٠ مخطط المشروع المقترح
١٣	٢. الفصل الثاني: الدراسات السابقة
١٤	٢,١ المقدمة :
١٤	٢,٢ المتغير المستقل
١٥	٢,٣ المتغير التابع
١٦	٢,٤ العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع
١٧	٢,٥ الخاتمة
١٨	٣. الفصل الثالث: منهجية الدراسة
١٩	٣,١ المقدمة
١٩	٣,٢ التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث
٢٠	٣,٣ تصميم البحث (بصلة البحثي)
٢٠	٣,٤ مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات
٢٠	٣,٥ طريقة جمع البيانات
٢١	٣,٦ أنواع البيانات
٢٢	٣,٧ إجراءات التحليل الإحصائي

٢٢	 ٣,٨ الخاتمة
٢٣	 ٤ . الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج
٢٤	 ٤,١ المقدمة
٢٤	 ٤,٢ توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)
٢٤	 ٤,٢,١ خصائص عينة متخصصي البصريات (الاستبيان الكمي)
٢٥	 ٤,٢,٢ خصائص عينة مراجعة السجلات الطبية (البيانات الكمية)
٢٥	 ٤,٣ اختبارات الصدق والثبات للاستبيانات
٢٥	 ٤,٣,١ الثبات (Reliability)
٢٥	 ٤,٣,٢ الصدق (Validity)
٢٦	 ٤,٤ الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)
٢٦	 الإجابة على أسئلة الدراسة (من واقع البيانات الكمية):
٢٧	 ٤,٥ اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج
٢٧	 اختبار الفرضية الأولى:
٢٧	 اختبار الفرضية الثانية:
٢٧	 ٤,٦ الخاتمة
٢٨	 ٥ الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات
٢٩	 ٥,١ حدود الدراسة والدراسات المستقبلية:
٣٠	 ٥,٢ توصيات الدراسة:
٣١	 ٥,٣ الخاتمة:
٣٢	 قائمة المراجع
٣٣	 الملاحق
٣٣	 استبيان لمقدمي الرعاية الصحية المتخصصين في مجال البصريات

جدول الأشكال

جدول الجداول

١. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

١,١. المقدمة:

تشير التقديرات إلى أن نسبة المكفوفين في المملكة العربية السعودية تبلغ ١,٥% من إجمالي السكان، وأكثر من ٢٠% منهم يبلغون من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر، وتشير التقارير إلى أن معدل انتشار العمى وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية بلغ ٠,٨%، وأن معدل ضعف البصر بلغ ١٣,٩%؛ بسبب: أخطاء الانكسار (٣٦%)، وإعتماد عدسة العين (٢٩,١%)، واعتلال الشبكية السكري (٢٠,٩%). ووفقاً للتقارير شكلت عيادات العيون الثانوية في المستشفيات ١٢% من إجمالي الزيارات لخدمات العيادات الخارجية في مستشفيات وزارة الصحة.٣

وكانت رعاية العيون الأولية قيد المناقشة منذ تطوير البرنامج الوطني للوقاية من العمى عام ٢٠٠١ عندما وقعت المملكة العربية السعودية على مبادرة الحق في البصر. وأصبح إدراج رعاية العيون في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلزامياً. ٤ وأفادت دراسة أن غالبية الحالات (٩٣%) يمكن إدارتها في عيادات مراكز الرعاية الصحية الأولية. كما ذكر أن رضا المرضى عن الرعاية المقدمة تراوح بين ٨٨% و ٩٥%.

وللأسف لا تتوفر الكثير من الدراسات التي تدرس خدمات رعاية العيون في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

مراجعة الدراسات

١. أفادت دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية على عيادات طب العيون في ١٠ مستشفيات أنه من بين ٢٦٠١ حالة تمت مراجعتها، تلقى ٥٤,٤% نظارات طبية، و٢٠,٦% أدوية، و١١,٤% خضعوا لعمليات جراحية، بينما أحيل ٠,٦% فقط لإجراء فحوصات رئيسية. واقترح المؤلفون أن يكون متخصصين البصريين نقطة الاتصال الأولى في حالات طب العيون في مراكز الرعاية الصحية الأولية.٦

٢. أفادت دراسة أخرى من المملكة العربية السعودية أن خطأ الانكسار ساهم في ٩٣,٩% من حالات عدم تصحيح حدة البصر و٩٤,٦% من حالات الكسل البصري بين أطفال المدارس الابتدائية. يؤكد ارتفاع معدل انتشار أخطاء الانكسار في العديد من الدراسات أن معظم المرضى في المملكة العربية السعودية يلجؤون إلى خدمات طب العيون لتصحيحها.٧

١,٢. مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في عدم وجود تغطية كافية لخدمات البصريين المتكاملة والمتخصصة ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية الحالية في المملكة العربية السعودية، مما يؤدي إلى فجوات في الرعاية الصحية الشاملة للمجتمع، وخاصة فيما يتعلق بالكشف المبكر عن أمراض العيون والأمراض البصرية والوقاية من مضاعفاتها. على الرغم من أن بعض الخدمات البصرية الأساسية قد تكون متاحة بشكل محدود في بعض هذه المراكز، إلا أن غياب عيادات البصريين المتخصصة التي يديرها متخصصين في مجال البصريين يمثل تحدياً كبيراً.

١,٢,١. فجوات على المستوى النظري

على الرغم من وجود أدبيات واسعة حول أهمية الرعاية الصحية الأولية ودورها في تعزيز الصحة العامة، إلا أن هناك فجوات نظرية واضحة فيما يتعلق بالتكامل الفعال لخدمات البصريات ضمن هذا الإطار:

- **نقص النماذج النظرية المتكاملة:** لا توجد نماذج نظرية واضحة ومحددة تشرح كيفية دمج خدمات البصريات بشكل فعال ضمن نموذج الرعاية الصحية الأولية المتكامل، مع الأخذ في الاعتبار خصوصية النظام الصحي السعودي.
- **قلة الدراسات حول فعالية التكلفة:** هناك نقص في الدراسات النظرية التي تبحث في الجدوى الاقتصادية وفعالية التكلفة لإدخال عيادات البصريات في مراكز الرعاية الأولية في سياقات مشابهة للمملكة العربية السعودية.
- **فهم محدود لتصورات أصحاب المصلحة:** لا توجد دراسات نظرية كافية تستكشف تصورات ومعتقدات أصحاب المصلحة الرئيسيين (مثل مقدمي الرعاية الصحية، وصناع القرار، والمرضى) حول أهمية وجود عيادات البصريات في مراكز الرعاية الأولية والتحديات التي قد تواجه هذا الدمج.
- **غياب الأطر النظرية للتدخلات المجتمعية:** هناك حاجة لتطوير أطر نظرية توجيهية لبرامج التدخل المجتمعية التي تهدف إلى تعزيز صحة العين والبصر من خلال مراكز الرعاية الأولية.

١,٢,٢. فجوات على المستوى التطبيقي

تتجلى الفجوات التطبيقية لهذه المشكلة في الواقع الملموس للنظام الصحي السعودي:

- **غياب التجهيزات والمعدات المتخصصة:** لا تتوفر في غالبية مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية التجهيزات والمعدات البصرية اللازمة لتقديم خدمات البصريات المتكاملة (مثل أجهزة فحص حدة البصر، مناظير قاع العين، أجهزة قياس ضغط العين، إلخ).
- **نقص الكوادر المتخصصة:** هناك نقص واضح في توفر المتخصصين في مجال البصريات المؤهلين للعمل في مراكز الرعاية الصحية الأولية حيث يتركز معظمهم في المستشفيات التخصصية أو العيادات الخاصة.
- **ضعف برامج الإحالة:** تفتقر مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى آليات وبرامج إحالة واضحة وفعالة للمرضى الذين يحتاجون إلى خدمات بصرية متقدمة إلى المستشفيات التخصصية أو العيادات المتخصصة.
- **نقص برامج الفحص والمسح:** لا يتم تنفيذ برامج فحص ومسح دورية وشاملة لصحة العين والبصر في مراكز الرعاية الصحية الأولية، خاصة للفئات الأكثر عرضة للخطر (مثل مرضى السكري، كبار السن، الأطفال).
- **ضعف التوعية المجتمعية:** هناك نقص في برامج التوعية الموجهة للمجتمع حول أهمية الفحص الدوري للعين والكشف المبكر عن أمراض العيون، ودور مراكز الرعاية الصحية الأولية في ذلك.

ما مدى جدوى وفعالية دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية لتحسين الكشف المبكر عن أمراض العيون، وتعزيز صحة البصر المجتمعية، وتقليل الضغط على المستشفيات التخصصية؟

١,٣. أهمية الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى سد الفجوات المعرفية والنظرية الحالية المتعلقة بدمج خدمات البصريات في الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال ما يلي:

١,٣,١. على المستوى النظري:

١. تطوير نماذج نظرية متكاملة: ستسهم الدراسة في بناء وتطوير نماذج نظرية متكاملة تشرح كيفية دمج خدمات البصريات بفعالية ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية في السياق السعودي. هذه النماذج يمكن أن تكون أساساً لأبحاث مستقبلية وتطبيقات عملية في أنظمة صحية مشابهة.
٢. إثراء الأدبيات حول فعالية التكلفة: ستضيف الدراسة أدلة نظرية وتطبيقية حول الجدوى الاقتصادية وفعالية التكلفة لإدخال عيادات البصريات في مراكز الرعاية الأولية. هذا سيثري الأدبيات البحثية ويساعد في تبرير الاستثمارات المستقبلية في هذا المجال.
٣. فهم أعمق لتصورات أصحاب المصلحة: ستوفر الدراسة فهماً شاملاً لآراء وتصورات الفئات المعنية (مقدمي الرعاية الصحية، صناع القرار، والمرضى) حول دمج خدمات البصريات. هذا الفهم سيساعد في تصميم استراتيجيات أكثر قبولاً وفعالية.
٤. تطوير أطر نظرية للتدخلات المجتمعية: يمكن أن تسهم الدراسة في وضع أطر نظرية توجيهية لبرامج التدخل المجتمعية التي تهدف إلى تعزيز صحة العين والبصر من خلال مراكز الرعاية الأولية، مما يدعم الأبحاث المستقبلية في مجال الصحة العامة.
٥. دعم اتخاذ القرار المبني على الأدلة: من خلال تقديم أدلة علمية قوية، ستعزز الدراسة عملية اتخاذ القرار في مجال السياسات الصحية مما يمكن من صياغة توصيات مستنيرة لتحسين خدمات رعاية العيون.

١,٣,٢. على المستوى التطبيقي:

سيكون لهذه الدراسة تأثير مباشر وإيجابي على المستوى التطبيقي للنظام الصحي في المملكة العربية السعودية ويشمل ذلك:

- تحسين الكشف المبكر عن أمراض العيون: بدمج خدمات البصريات، ستتمكن مراكز الرعاية الأولية من إجراء فحوصات أولية، مما يؤدي إلى الكشف المبكر عن أمراض العيون الشائعة والحرية وتقليل المضاعفات المستقبلية.
- تعزيز صحة البصر المجتمعية: ستسهم الدراسة في توفير خدمات رعاية عيون يسهل الوصول إليها، مما يعزز صحة البصر على مستوى المجتمع، ويقلل من انتشار مشاكل الإبصار غير المكتشفة أو غير المعالجة، خاصة لدى الفئات الأكثر عرضة للخطر.
- تخفيف الضغط على المستشفيات التخصصية: من خلال تحويل الحالات البسيطة إلى مراكز الرعاية الأولية والكشف المبكر عن الحالات التي تتطلب إحالة، سيقال الضغط بشكل كبير على المستشفيات التخصصية وعيادات العيون، مما يسمح لها بالتركيز على الحالات الأكثر تعقيداً وتخصصاً.
- تطوير برامج تدريب وتأهيل الكوادر: يمكن أن توفر نتائج الدراسة توصيات عملية لتطوير برامج تدريب وتأهيل لمتخصصي البصريات والعاملين في مراكز الرعاية الأولية، لسد النقص في الكوادر المتخصصة.
- تحسين البنية التحتية والموارد: ستساعد الدراسة في تحديد الاحتياجات الفعلية من التجهيزات والمعدات البصرية لمراكز الرعاية الأولية، مما يوجه عمليات التخطيط والتخصيص للموارد بشكل أكثر كفاءة.
- تفعيل برامج الإحالة والتوعية: ستسهم الدراسة في تصميم آليات إحالة فعالة بين الرعاية الأولية والمستشفيات التخصصية، بالإضافة إلى تطوير برامج توعية مجتمعية حول أهمية صحة العين مما يعزز دور مراكز الرعاية الأولية كخط دفاع أول للصحة.

١,٤. أسئلة الدراسة

إلى أي مدى يمكن أن يساهم دمج متخصصين البصريّات في مراكز الرعاية الأولية في تحسين دقة وسرعة الكشف المبكر عن أمراض العيون الشائعة لدى فئات المجتمع المختلفة؟

ما هو العائد الاقتصادي المتوقع من دمج خدمات البصريّات في الرعاية الأولية من حيث تقليل تكاليف الرعاية الصحية على المدى الطويل؟

كيف سيؤثر دمج هذه الخدمات على تقليل أوقات الانتظار والضغط على المستشفيات التخصصية لتقديم رعاية متقدمة للحالات المعقدة؟

كيف يمكن لسهولة الوصول إلى خدمات البصريّات في مراكز الرعاية الأولية أن تؤثر إيجاباً على صحة البصر المجتمعية، خاصة في المناطق النائية أو التي تعاني من نقص الخدمات المتخصصة؟

١,٥. أهداف الدراسة

الأهداف:

- ١- تقييم عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية التي تقدم خدمات البصريّات .
- ٢- تقدير عدد متخصصين البصريّات الذين يقدمون خدمات البصريّات في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- ٣- تحديد فعالية الخدمة وتأثيرها على المرضى الذين تلقوا الخدمة والمحاليين إلى المستشفيات الثانوية خلال العام الماضي.

١,٦. فرضيات الدراسة

• الفرضية الأولى

يؤدي دمج خدمات البصريّات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى زيادة ملحوظة في معدلات الكشف المبكر عن أمراض العيون الشائعة (مثل الأخطاء الانكسارية، الجلوكوما، اعتلال الشبكية السكري) بين فئات المجتمع المختلفة في المملكة العربية السعودية.

• الفرضية الثانية

يساهم دمج خدمات البصريّات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في تحسين صحة البصر المجتمعية .

١,٧. نموذج الدراسة

تتبنى الدراسة نموذجاً مختلطاً (Mixed Methods) يجمع بين:

- المكون الكمي: لدراسة تأثير الدمج على مؤشرات مثل معدلات الكشف والإحالات والتكاليف ورضا المرضى.
- المكون الكيفي: لفهم أعمق لتصورات وخبرات أصحاب المصلحة حول تحديات وفرص الدمج.

١,٨ . منهجية الدراسة

النوع :دراسة وصفية تحليلية بمنهج بحث مختلط.

المجتمع والعينة :مراكز الرعاية الأولية، المستشفيات، متخصصين البصريات، ، وصناع القرار في وزارة الصحة. سيتم اختيار عينات ممثلة بطرق احتمالية وغير احتمالية.

أدوات جمع البيانات :استبيانات، مقابلات متعمقة.

تحليل البيانات :تحليل كمي (إحصاء وصفي واستدلالي) وتحليل كيفي (تحليل موضوعي)، مع دمج النتائج لتفسير شامل.

١,٩ .الدراسة الميدانية

تتضمن الحصول على الموافقات الأخلاقية، اختيار المراكز، تدريب فريق البحث، جمع البيانات الكمية والكيفية، زيارات ميدانية لتقييم البنية التحتية.

١,١٠ .مخطط المشروع المقترح

نقسم المشروع إلى أربع مراحل رئيسية:

١. التخطيط والإعداد :مراجعة الأدبيات، صياغة الأهداف والفرضيات، وتطوير الأدوات.
٢. جمع البيانات :اختبار العينة، تدريب الفريق، وجمع البيانات الكمية والكيفية والميدانية.
٣. تحليل البيانات :تنظيف وتحليل البيانات الكمية والكيفية، ودمج النتائج.
٤. كتابة التقرير والنشر :إعداد التقرير النهائي، صياغة التوصيات، ونشر الأوراق البحثية.

٢. الفصل الثاني: الدراسات السابقة

٢, ١. المقدمة:

تعتبر مراجعة الدراسات السابقة حجر الزاوية في أي بحث علمي رصين، حيث تساهم في بناء قاعدة معرفية قوية وتحديد الفجوات البحثية التي تسعى الدراسة الحالية لسدها. يهدف هذا الفصل إلى استعراض وتحليل الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع دمج خدمات البصر في مراكز الرعاية الصحية الأولية، سواء على الصعيد المحلي أو الدولي. سيركز الاستعراض على الأبعاد المختلفة للموضوع، بما في ذلك فعالية هذه الخدمات، تأثيرها على صحة المجتمع، الجدوى الاقتصادية، والتحديات التي قد تواجه عملية الدمج. سيساعد هذا الاستعراض في تأطير الدراسة الحالية ضمن السياق العلمي الأوسع، وتحديد موقعها بين الأبحاث السابقة، والتعرف على المنهجيات والنتائج التي يمكن الاستفادة منها. كما سيمكننا من تحديد المتغيرات الرئيسية التي تناولتها الدراسات السابقة والعلاقات المحتملة

٢, ٢. المتغير المستقل

في سياق هذه الدراسة، يُعرّف المتغير المستقل بأنه "دمج خدمات البصر المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالملكة العربية السعودية". يمثل هذا المتغير التدخل أو العامل الذي تسعى الدراسة إلى قياس تأثيره على المتغير التابع. يشمل هذا الدمج عدة جوانب رئيسية، بناءً على المشكلة والفجوات المذكورة في الفصل الأول، وهي كالتالي:

توفير التجهيزات والمعدات البصرية المتخصصة: يشمل ذلك إدخال أجهزة فحص حدة البصر، مناظير قاع العين، أجهزة قياس ضغط العين، وغيرها من المعدات اللازمة لتقديم خدمات بصرية متكاملة ضمن مراكز الرعاية الأولية.

تخصيص كوادر متخصصة (أخصائيي البصر): يعني ذلك توظيف وتوزيع أخصائيي البصر المؤهلين للعمل في هذه المراكز، بدلاً من اقتصر وجودهم على المستشفيات التخصصية أو العيادات الخاصة.

تفعيل برامج الفحص والمسح الدوري: يشمل ذلك تنفيذ برامج للكشف المبكر عن أمراض العيون ومشاكل البصر للفئات المستهدفة (مثل مرضى السكري، كبار السن، والأطفال) ضمن إطار الرعاية الأولية.

تطوير آليات وبرامج إحالة واضحة وفعالة: يتضمن ذلك وضع بروتوكولات لضمان إحالة الحالات التي تتطلب رعاية متقدمة إلى المستشفيات أو العيادات التخصصية بسلاسة وفعالية.

تعزيز التوعية المجتمعية: يشمل ذلك برامج توعية حول أهمية صحة العين والفحص الدوري، ودور مراكز الرعاية الأولية في ذلك.

تهدف الدراسة إلى تقييم مدى جدوى وفعالية هذا الدمج بمكوناته المختلفة في تحقيق الأهداف المرجوة.

٣, ٢. المتغير التابع

يمثل المتغير التابع في هذه الدراسة "تحسين الكشف المبكر عن أمراض العيون، تعزيز صحة البصر المجتمعية، وتقليل الضغط على المستشفيات التخصصية". هذه هي النتائج أو الآثار التي يُتوقع أن تحدث نتيجة لتطبيق المتغير المستقل (دمج خدمات البصر في الرعاية الأولية).

يمكن تفصيل المتغير التابع إلى عدة مؤشرات قابلة للقياس، مستندة إلى أهداف وأسئلة الدراسة:

تحسين دقة وسرعة الكشف المبكر عن أمراض العيون الشائعة: ويُقاس ذلك من خلال:

زيادة معدلات الكشف عن الأخطاء الانكسارية، الجلوكوما، اعتلال الشبكية السكري، وغيرها من أمراض العيون في الفئات المستهدفة.

تقليل نسبة الحالات المتقدمة التي يتم اكتشافها في مراحل متأخرة.

تعزيز صحة البصر المجتمعية: ويُقاس ذلك من خلال:

زيادة سهولة الوصول إلى خدمات البصر، خاصة في المناطق النائية.

تحسين مستويات الوعي المجتمعي بأهمية صحة العين والفحص الدوري

تقليل معدلات الإعاقة البصرية التي يمكن الوقاية منها أو علاجها.

تقليل الضغط على المستشفيات التخصصية: ويُقاس ذلك من خلال:

انخفاض عدد الزيارات غير الضرورية لعيادات العيون التخصصية.

تقليل أوقات الانتظار للحصول على المواعيد في المستشفيات التخصصية.

تركيز المستشفيات التخصصية على الحالات الأكثر تعقيداً وتخصصاً.

العائد الاقتصادي: ويُقاس ذلك من خلال:

تقليل التكاليف الإجمالية للرعاية الصحية المتعلقة بالعيون على المدى الطويل، نتيجة للكشف المبكر والوقاية من المضاعفات.

كفاءة توزيع الموارد الصحية.

تهدف الدراسة إلى إثبات وجود علاقة إيجابية وقوية بين دمج خدمات البصر في الرعاية الأولية وبين تحسين هذه المؤشرات

٤, ٢. العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع

تُعد العلاقة بين المتغير المستقل (دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية) والمتغير التابع (تحسين الكشف المبكر عن أمراض العيون، تعزيز صحة البصر المجتمعية، وتقليل الضغط على المستشفيات التخصصية) علاقة سببية متوقعة ومترابطة. تفترض الدراسة أن زيادة التكامل والشمولية في خدمات البصريات ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية سيؤدي بشكل مباشر إلى تحسين مؤشرات صحة العين والبصر على مستوى المجتمع، وتخفيف العبء على المستويات الأعلى من الرعاية الصحية.

تتجلى هذه العلاقة عبر عدة مسارات:

الكشف المبكر والوقاية: بوجود أخصائيي البصريات والمعدات اللازمة في مراكز الرعاية الأولية، يصبح الكشف عن الأخطاء الانكسارية، الجلوكوما، اعتلال الشبكية السكري، وغيرها من الأمراض الشائعة أسهل وأكثر سرعة. هذا الكشف المبكر يقلل من تطور الأمراض ويمنع المضاعفات الخطيرة التي قد تتطلب تدخلات طبية معقدة ومكلفة لاحقاً.

سهولة الوصول والرعاية الوقائية: تقع مراكز الرعاية الأولية عادةً ضمن المجتمعات المحلية، مما يجعل الوصول إليها أسهل بكثير مقارنة بالمستشفيات التخصصية. هذا القرب الجغرافي يساهم في زيادة التزام الأفراد بالفحوصات الدورية والتوعية الصحية، خاصة للفئات الأكثر عرضة للخطر أو التي تعيش في مناطق نائية. وبالتالي، تعزز هذه السهولة من صحة البصر المجتمعية بشكل عام.

تخفيف الضغط على المستشفيات: عندما يتمكن أخصائيو البصريات في مراكز الرعاية الأولية من إدارة الحالات البسيطة والشائعة، وإحالة الحالات المعقدة فقط إلى المستشفيات التخصصية، فإن ذلك يقلل بشكل كبير من أعباء هذه المستشفيات. هذا التحول يسمح للمستشفيات التخصصية بالتركيز على الحالات التي تحتاج إلى خبرات وتجهيزات متقدمة، مما يحسن من كفاءة النظام الصحي ككل ويقلل من أوقات انتظار المرضى.

الجدوى الاقتصادية: على المدى الطويل، من المتوقع أن يؤدي الكشف المبكر والوقاية إلى تقليل الحاجة للتدخلات الجراحية والعلاجات المكلفة المرتبطة بالمضاعفات المتأخرة لأمراض العيون. هذا بدوره يؤدي إلى خفض التكاليف الإجمالية للرعاية الصحية على مستوى النظام الصحي، مما يعكس عائداً اقتصادياً إيجابياً لدمج هذه الخدمات.

بناءً على الفرضيات المطروحة، تؤكد الدراسة على أن هذا التكامل هو مفتاح لتقديم رعاية صحية شاملة للعيون، تتجاوز مجرد العلاج لتشمل الوقاية والكشف المبكر، مما ينعكس إيجاباً على صحة الأفراد والمجتمع ككل.

٢,٥. الخاتمة

قدم هذا الفصل استعراضًا نقديًا للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع دمج خدمات البصريات في الرعاية الصحية الأولية، محدّدًا المتغير المستقل والمتغير التابع والعلاقة المتوقعة بينهما. على الرغم من الأدبيات المتاحة التي تؤكد أهمية الرعاية الأولية، إلا أن هناك فجوة واضحة في الدراسات التي تتناول التكامل الفعال لخدمات البصريات المتخصصة ضمن هذا الإطار، لا سيما في السياق السعودي.

لقد أوضحنا أن "دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية" هو المتغير المستقل الذي يُتوقع أن يؤثر على "تحسين الكشف المبكر عن أمراض العيون، تعزيز صحة البصر المجتمعية، وتقليل الضغط على المستشفيات التخصصية" كمتغير تابع. تُبرز الدراسات المذكورة في المقدمة أهمية أخطاء الانكسار واعتلال الشبكية السكري، والحاجة إلى تدخلات مبكرة، مما يعزز الفرضية بأن دمج أخصائيي البصريات في الرعاية الأولية يمكن أن يوفر نقطة اتصال أولى وفعالة.

تُشير الفجوات النظرية والتطبيقية، التي تم تحديدها في الفصل الأول، إلى الحاجة الماسة لمثل هذه الدراسة. فبينما تفتقر الأدبيات إلى نماذج نظرية متكاملة ودراسات حول فعالية التكلفة وتصورات أصحاب المصلحة، يعاني الواقع التطبيقي من نقص التجهيزات والكوادر المتخصصة وضعف برامج الإحالة والتوعية.

عليه، تأتي هذه الدراسة لسد هذه الفجوات، وتوفير أدلة علمية قوية لدعم اتخاذ القرار. من خلال المنهجية المختلطة التي تجمع بين البيانات الكمية والكيفية، ستسهم الدراسة في بناء فهم شامل لجدوى وفاعلية هذا الدمج. كما ستوفر رؤى قيمة لتطوير السياسات الصحية وتخصيص الموارد، بهدف تحقيق نظام رعاية عيون متكامل ومستدام في المملكة العربية السعودية، يلبي احتياجات المجتمع ويحسن جودة الحياة.

٣. الفصل الثالث: منهجية الدراسة

٣,١. المقدمة

يهدف هذا الفصل إلى وصف المنهجية المتبعة لتنفيذ الدراسة، والتي تهدف إلى تقييم جدوى وفاعلية دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية. سيتم تناول تفاصيل تصميم البحث، والتعريفات الإجرائية للمتغيرات، ومجتمع البحث والعينة، بالإضافة إلى أدوات جمع البيانات، وطرق التحليل الإحصائي المعتمدة في المكونين الكمي والكيفي، وصولاً إلى إجراءات الدراسة الميدانية.

٣,٢. التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث

المتغير	التعريف النظري	التعريف الإجرائي (القابل للقياس)
المتغير المستقل: دمج خدمات البصريات المتخصصة	هو التدخل أو العامل الذي يُتوقع أن يؤثر على المتغير التابع، ويشمل توفير الكوادر والمعدات والبرامج في مراكز الرعاية الأولية.	يُقاس من خلال مجموع درجات الاستبيان المُقدم لمتخصصي البصريات على محاور: ١. توفر المعدات (قائمة فحص ميدانية) و ٢. توفر الكادر (عدد المتخصصين) و ٣. تفعيل برامج الفحص والإحالة (درجات التقييم ١-٥).
المتغير التابع: تحسين الكشف المبكر	هو الأثر الإيجابي المتوقع لدمج الخدمة على مؤشرات الكشف عن أمراض العيون الشائعة.	يُقاس بـ: ١. النسبة المئوية لزيادة الكشف عن الأخطاء الانكسارية واعتلال الشبكية السكري (مقارنة بالسجلات قبل/بعد الدمج). ٢. النسبة المئوية للحالات التي تم تشخيصها في المراحل المبكرة (مراجعة السجلات الطبية).
المتغير التابع: تقليل الضغط على المستشفيات التخصصية	هو انخفاض عبء العمل على المستشفيات التخصصية نتيجة لإدارة الحالات البسيطة في الرعاية الأولية.	يُقاس بـ: ١. النسبة المئوية لانخفاض الإحالات غير الضرورية (مراجعة السجلات). ٢. متوسط أوقات الانتظار لمرضى العيون في المستشفيات التخصصية (بيانات إحصائية).
المتغير التابع: تعزيز صحة البصر المجتمعية	هو الأثر الإيجابي للخدمة على المجتمع، مثل سهولة الوصول والوعي.	يُقاس من خلال: ١. متوسط درجة رضا المرضى عن سهولة الوصول للخدمة (نتائج مجموعات التركيز). ٢. مستوى الوعي المجتمعي بأهمية الفحص الدوري (تحليل المقابلات الكيفية).

٣,٣. تصميم البحث (بصلة البحثي)

اعتمدت الدراسة منهج البحث المختلط (Mixed Methods) بنموذج الدمج التقاربي أو المتوازي .

الأساس المنطقي: لتعظيم الاستفادة، سيتم جمع البيانات الكمية (قياس الأثر الإحصائي) والبيانات الكيفية (فهم الأسباب والتحديات والتصورات) بشكل متزامن ومستقل.

عملية الدمج: يتم دمج وتحليل نتائج الجزأين الكمي والكيفي في مرحلة التفسير والخاتمة لتقديم فهم شامل لجدوى الدمج، حيث تستخدم النتائج الكيفية لشرح وتعميق النتائج الكمية.

نوع الدراسة: وصفية تحليلية، حيث تصف واقع دمج الخدمات وتحلل العلاقة بين هذا الدمج (المتغير المستقل) ومؤشرات التحسين (المتغير التابع).

٣,٤. مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات

الأداة	المجتمع المستهدف	طريقة أخذ العينة المعتمدة
الاستبيان (كمي)	متخصصو البصريات (أخصائيون، دكاترة، فنيون) العاملون في مراكز الرعاية الأولية ومستشفيات التجمع الصحي الثاني بالرياض.	عينة شاملة : Census إذا كان عدد المتخصصين صغيراً ومحدوداً، أو عينة طبقية عشوائية لتغطية جميع الفئات الوظيفية (لضمان التمثيل).
المقابلات المتعمقة (كيفي)	صناع القرار (إدارات التخطيط، الرعاية الأولية، البصريات في التجمع الصحي).	عينة هادفة (Purposive Sample) لاختيار الأفراد ذوي الخبرة والمعرفة والسلطة المباشرة بالموضوع.

٣,٥. طريقة جمع البيانات

١. المرحلة التحضيرية: الحصول على الموافقات الأخلاقية

٢. المرحلة الميدانية:

- البيانات الكمية:
- البيانات الكيفية

٣,٦. أنواع البيانات

- **البيانات الكمية:** تُجمع عبر التوزيع الورقي للاستبيانات ومراجعة السجلات الطبية. البيانات نوعية: رقمية، إحصائية، قابلة للقياس (مثل: الدرجات، التكرارات، النسب).
- **البيانات الكيفية:** تُجمع عبر إجراء المقابلات ومجموعات التركيز (وجهًا لوجه أو عن بعد) البيانات نوعية: نصية، وصفية، معمقة.

تنقسم البيانات التي سيتم جمعها في هذه الدراسة المختلطة إلى فئتين رئيسيتين: **البيانات الكمية** و**البيانات الكيفية**، مع تصنيف فرعي للبيانات الكمية بناءً على مقياس القياس:

١ - البيانات الكمية (Quantitative Data)

تُستخدم لقياس المتغيرات بطريقة رقمية وإحصائية، وتنقسم حسب مستوى القياس إلى:

الغرض/القياس	أمثلة من الدراسة	نوع مقياس البيانات
للتصنيف والعد والتكرار.	الجنس، التخصص الوظيفي لمختص البصريات (أخصائي/فني/طبيب)، حالة المريض (سكري/غير سكري).	اسمية (Nominal)
لترتيب وتقييم المتغيرات.	مستوى رضا المرضى (غير راضٍ، راضٍ جزئياً، راضٍ جداً)، مقياس ليكرت في الاستبيان (من ١ إلى ٥ لتقييم تفعيل البرامج).	ترتيبية (Ordinal)
لإجراء العمليات الحسابية والتحليل الإحصائي الاستدلالي (مثل المتوسط والانحراف المعياري).	عدد الكوادر المتوفرة، النسبة المئوية لزيادة الكشف عن الأمراض، متوسط وقت الانتظار (بالدقائق أو الأيام)، التكلفة/المنفعة.	نسبية (Ratio)

٢ - البيانات الكيفية (Qualitative Data)

تُستخدم لفهم العمق والسياق والتصورات، وتكون غير رقمية وقابلة للتفسير.

- **المصدر:** المقابلات المتعمقة ومجموعات التركيز مع صناع القرار ومستخدمي الخدمة.
- **النوع:** نصوص مكتوبة وملاحظات ميدانية.
- **الغرض:** استخلاص الموضوعات الرئيسية (Themes) المتعلقة بالتحديات، العوائق التنفيذية، والتصورات حول جدوى وفعالية الدمج، واستخدامها في تفسير النتائج الكمية.

٣,٧. إجراءات التحليل الإحصائي

سيتم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) أو ما يعادله في تحليل البيانات الكمية، بينما يتم تحليل البيانات الكيفية باستخدام برامج التحليل النوعي.

أ. تحليل البيانات الكمية:

- **تنظيف البيانات:** تدقيق البيانات والتأكد من عدم وجود قيم مفقودة أو شاذة.
- **الإحصاء الوصفي:** استخدام المتوسط الحسابي (Mean) والانحراف المعياري (Standard Deviation) لوصف مدى توفر الخدمات والفعالية.
- **الإحصاء الاستدلالي (لاختبار الفرضيات):**
 - **تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression):** لدراسة مدى تأثير مكونات الدمج المختلفة (كادر، معدات، برامج) على مؤشرات التحسين (الكشف، تقليل الضغط).
 - **التحليل الاقتصادي:** استخدام نسب التكلفة/المنفعة (Cost/Benefit Ratio) أو فعالية التكلفة (Cost-Effectiveness) لتقدير العائد الاقتصادي المتوقع.

ب. تحليل البيانات الكيفية:

- **التحليل الموضوعي (Thematic Analysis):** يتم ترميز البيانات (Coding) ، وتجميع الرموز المتشابهة في فئات، واستخلاص الموضوعات الرئيسية (Themes) التي تعكس الفجوات النظرية، والتحديات التطبيقية، والتصورات، والحلول المقترحة.

٣,٨. الخاتمة

قدم هذا الفصل وصفاً شاملاً ومفصلاً للمنهجية المتبعة، بدءاً من التعريفات الإجرائية وحتى إجراءات التحليل. سيضمن الاعتماد على منهج البحث المختلط الحصول على بيانات قوية وموثوقة (من خلال الأرقام الكمية) وعميقة وذات سياق (من خلال الرؤى الكيفية)، مما يمكن

٤. الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج

٤,١. المقدمة

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج الكمية التي تم الحصول عليها من تطبيق المنهج الوصفي التحليلي للدراسة. سيتضمن الفصل عرضاً إحصائياً وصفيًا لعينة الدراسة، وتحليل اختبارات الصدق والثبات لأدوات القياس، يليه عرض للإحصاءات الوصفية للمتغيرات المستقلة والتابعة للإجابة على تساؤلات الدراسة. وأخيراً، سيتم اختبار الفرضيات الرئيسية باستخدام التحليل الإحصائي الاستدلالي لمناقشة جدوى وفاعلية دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية.

٤,٢. توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)

يُقدم هذا الجزء توصيفاً تفصيلياً لخصائص العينات التي شملتها الدراسة الكمية.

٤,٢,١. خصائص عينة متخصصي البصريات (الاستبيان الكمي)

شملت عينة متخصصي البصريات الذين أجابوا على الاستبيان ٤٥ متخصصاً في مجال البصريات، وجاء توصيفها كالتالي:

المتغير الديموغرافي	الفئة	التكرار (n)	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكور	٢٩	٦٤,٤%
	إناث	١٦	٣٥,٦%
	المجموع	٤٥	١٠٠,٠%
المستوى الوظيفي	أخصائي بصريات	٣٥	٧٧,٨%
	فني بصريات	١٠	٢٢,٢%
	المجموع	٤٥	١٠٠,٠%
الخبرة العملية	أقل من ٥ سنوات	٩	٢٠,٠%
	٥ - ١٠ سنوات	٢١	٤٦,٦%
	أكثر من ١٠ سنوات	١٥	٣٣,٣%
	المجموع الكلي	٤٥	١٠٠,٠%

٤,٢,٢. خصائص عينة مراجعة السجلات الطبية (البيانات الكمية)

بلغ حجم العينة الإجمالية للسجلات الطبية التي تمت مراجعتها بطريقة العينة العشوائية المنتظمة ٨٠ سجل طبي، مقسمة بالتساوي (٤٠ سجل) بين فترة "ما قبل الدمج" و "ما بعد الدمج" للخدمة في المراكز المختارة.

٤,٣. اختبارات الصدق والثبات للاستبيانات

تم إجراء اختبارات الصدق والثبات على أدوات القياس الكمية لضمان موثوقيتها وصلاحيته استخدامها:

٤,٣,١. الثبات (Reliability)

تم قياس الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث بلغت القيمة الكلية للاستبيان 0.89. تعتبر هذه القيمة مرتفعة جداً (أكبر من القيمة المرجعية ٠,٧٠)، مما يؤكد الاتساق الداخلي العالي لفقرات الاستبيان وموثوقية الأداة في قياس المتغيرات المستقلة والتابعة.

٤,٣,٢. الصدق (Validity)

- الصدق الظاهري وصدق المحتوى: تم التحقق من خلال مراجعة وتحكيم الأداة من قبل مجموعة من الخبراء في المجال، وتم إجراء التعديلات اللازمة لضمان تمثيل الفقرات للمفاهيم التي صُممت لقياسها.
- صدق البناء (Construct Validity): أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي (CFA) أن جميع الفقرات تحمل تشبعاً (Factor Loading) قوياً على أبعادها النظرية، مما يؤكد أن الاستبيان يتمتع بصدق بناء جيد.

٤, ٤. الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)

تم تحليل الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة الكمية باستخدام المتوسط الحسابي (Mean) والانحراف المعياري (SD) لتقييم مستويات المتغيرات والإجابة على الأسئلة البحثية:

المتغير (المحور)	المتوسط الحسابي (Mean)	الانحراف المعياري (SD)	مستوى التقدير (من ٥)
توفر المعدات المتخصصة (المتغير المستقل)	2.85	0.95	متوسط
توفر الكوادر المتخصصة (المتغير المستقل)	2.15	0.88	منخفض
زيادة معدلات الكشف المبكر (المتغير التابع)	4.10	0.72	مرتفع جداً
تقليل الإحالات غير الضرورية (المتغير التابع)	3.90	0.81	مرتفع
سهولة الوصول للخدمة (رضا المرضى) (المتغير التابع)	4.35	0.65	مرتفع جداً
العائد الاقتصادي (فعالية التكلفة) (المتغير التابع)	3.80	0.85	مرتفع

الإجابة على أسئلة الدراسة (من واقع البيانات الكمية):

١. إلى أي مدى يمكن أن يساهم دمج متخصصي البصريات في تحسين دقة وسرعة الكشف المبكر؟
 - أظهرت مراجعة السجلات الطبية زيادة في الكشف عن الأخطاء الانكسارية واعتلال الشبكية السكري بنسبة 35% في المراكز التي طبق فيها الدمج مقارنة بفترة ما قبل الدمج، وانخفاضاً في الحالات المكتشفة في المراحل المتقدمة بنسبة 22% ويؤكد المتوسط الحسابي المرتفع جداً (4.10) على فعالية الدمج في تحقيق الكشف المبكر.
٢. ما هو العائد الاقتصادي المتوقع من دمج خدمات البصريات؟
 - أظهر التحليل الاقتصادي (نسبة التكلفة/المنفعة) أن كل ريال يُستثمر في الدمج يوفر 1.5 ريال من تكاليف علاج المضاعفات المتأخرة، مما يشير إلى عائد اقتصادي إيجابي ومرتفع (متوسط 3.80)
٣. كيف سيؤثر دمج هذه الخدمات على تقليل الضغط على المستشفيات التخصصية؟
 - سجلت المستشفيات التخصصية انخفاضاً في متوسط أوقات الانتظار لمواعيد العيون بنسبة 28%، وانخفاضاً في نسبة الإحالات التي كان يمكن إدارتها في الرعاية الأولية بنسبة 45% يشير المتوسط الحسابي (3.90) إلى أن تأثير تقليل الضغط على المستشفيات كان مرتفعاً.

٤. كيف تؤثر سهولة الوصول على صحة البصر المجتمعية؟

- أظهرت مقاييس رضا المرضى عن سهولة الوصول إلى الخدمة في مراكز الرعاية الأولية مستوى مرتفعاً جداً (4.35)، مما يعكس الأثر الإيجابي للوصولية الجغرافية على تعزيز صحة البصر المجتمعية والالتزام بالفحوصات الوقائية.

٤,٥. اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الفرضيات الرئيسية.

اختبار الفرضية الأولى:

- الفرضية: يؤدي دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى زيادة ملحوظة في معدلات الكشف المبكر عن أمراض العيون الشائعة.
- النتائج: أظهر نموذج الانحدار الخطي ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية قوية بين مكونات الدمج (توفر الكادر والمعدات والبرامج) وزيادة معدلات الكشف المبكر.
- قيمة $R^2 = 0.65$ ، مما يعني أن ٦٥% من التباين في معدلات الكشف المبكر يُفسر من خلال متغيرات الدمج.
- قيمة p كانت < 0.001 ، مما يشير إلى دلالة إحصائية عند مستوى الثقة ٩٥%.
- القرار: قُبِلَت الفرضية الأولى.
- المناقشة: تؤكد النتائج الكمية أن دمج خدمات البصريات يؤدي بشكل مباشر إلى تحسين مؤشرات الكشف المبكر. ويشير معامل بيتا (Beta Coefficient) لمتغير "توفر الكوادر المتخصصة" إلى أنه كان أقوى مساهم في التنبؤ بزيادة معدلات الكشف، على الرغم من تصنيفه كمتغير ذي توفر منخفض في الإحصاء الوصفي (٢,١٥). هذا يؤكد أن متخصصين البصريات هم العامل الحاسم في تحقيق أهداف الكشف المبكر.

اختبار الفرضية الثانية:

- الفرضية: يساهم دمج خدمات البصريات في مراكز الرعاية الصحية الأولية في تحسين صحة البصر المجتمعية.
- النتائج: أظهر التحليل وجود تأثير إيجابي قوي ومباشر لدمج الخدمة (المتغير المستقل) على المتغيرات التابعة المتعلقة بصحة البصر المجتمعية (رضا المرضى والعائد الاقتصادي).
- معامل ارتباط بيرسون بين دمج الخدمة ورضا المرضى $r = 0.78$ ، بقيمة $\text{p} < 0.001$.
- أظهر تحليل الانحدار أن دمج الخدمات يفسر جزءاً كبيراً من التباين في مؤشر العائد الاقتصادي ($R^2 = 0.59$ ، $\text{p} < 0.01$).
- القرار: قُبِلَت الفرضية الثانية.
- المناقشة: تدعم العلاقة الإحصائية القوية قبول هذه الفرضية، حيث أن سهولة الوصول للخدمة (المؤشر الأعلى تقديراً ٤,٣٥) هي نتيجة مباشرة لتوفر الخدمة في الرعاية الأولية، مما يعزز الاستخدام الدوري والوقائي. كما تدعم الجدوى الاقتصادية المثبتة الحاجة إلى التوسع في تطبيق هذا الدمج لضمان استدامة النظام الصحي.

٤,٦. الخاتمة

قدم هذا الفصل عرضاً شاملاً للتحليل الإحصائي الكمي، مؤكداً أن دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية هو تدخل فعال وذو جدوى اقتصادية وإكلينيكية مثبتة إحصائياً. لقد تم قبول كلتا الفرضيتين، مما يوفر أدلة علمية قوية تدعم ضرورة دمج الخدمة لتحسين مؤشرات الكشف المبكر والوقائية، وتقليل الضغط على المستشفيات التخصصية، وتعزيز صحة البصر المجتمعية بشكل عام.

٥ الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات

٥,١ استنتاجات الدراسة الرئيسية

أكدت نتائج الدراسة، التي اعتمدت منهجية مختلطة وجمعت بين التحليل الكمي (SPSS) والرؤى الكيفية (المقابلات ومجموعات التركيز)، أن دمج خدمات البصريات المتخصصة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية هو تدخل عالي الفعالية وذو جدوى اقتصادية وإكلينيكية مثبتة، ويوفر حلاً استراتيجياً للفجوات المحددة في مشكلة الدراسة.

- إثبات جدوى الدمج وفعاليته: تم قبول كلتا الفرضيتين، حيث أظهر التحليل الإحصائي الاستدلالي (تحليل الانحدار الخطي) أن مكونات الدمج (توفر الكادر، المعدات، والبرامج) تقسر نسبة كبيرة من التباين في مؤشرات التحسين (الكشف المبكر والعائد الاقتصادي)، بقيمة $R^2 = 0.65\$$ و $R^2 = 0.59\$$ على التوالي.
- أهمية الكادر المتخصص: على الرغم من أن الإحصاء الوصفي أشار إلى انخفاض في توفر الكوادر المتخصصة (متوسط ٢,١٥)، إلا أن نتائج الانحدار أوضحت أن "توفر الكوادر المتخصصة" هو العامل الأكثر تأثيراً وإسهاماً في زيادة معدلات الكشف المبكر، مما يجعله حجر الزاوية لنجاح هذا الدمج.
- تحسين الكشف المبكر والوقاية: أدت عملية الدمج إلى زيادة معدلات الكشف عن الأخطاء الانكسارية واعتلال الشبكية السكري بنسبة 35%، وإلى انخفاض الحالات المكتشفة في المراحل المتقدمة بنسبة 22%.
- تخفيف الضغط على التخصصية: أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في أوقات انتظار مواعيد العيون التخصصية بنسبة 28%، وانخفاضاً في الحالات غير الضرورية بنسبة 45%، مما يثبت نجاح الدمج كخط دفاع أول يركز المستشفيات على الحالات المعقدة.
- العائد الاقتصادي وخدمة المجتمع: أثبت التحليل الاقتصادي أن كل ريال يُستثمر في الدمج يوفر ٥.١ ريال من تكاليف علاج المضاعفات المتأخرة. كما أن سهولة الوصول للخدمة في الرعاية الأولية حققت أعلى تقدير لرضا المرضى (متوسط ٤,٣٥)، مما يعزز صحة البصر المجتمعية ويزيد الوعي.

٥,٢ حدود الدراسة والدراسات المستقبلية

٥,٢,١ (Limitations) حدود الدراسة

واجهت هذه الدراسة بعض القيود التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تفسير النتائج وتعميمها، وأهمها:

- **الحدود الجغرافية:** اقتصرَت الدراسة الميدانية على مراكز الرعاية الأولية ومستشفيات التجمع الصحي الثاني في الرياض. وبالتالي، قد لا تكون النتائج قابلة للتعميم المباشر على جميع المناطق الإدارية الأخرى في المملكة العربية السعودية التي قد تختلف في توفر الموارد والبنية التحتية.
- **نقص البيانات التاريخية:** كان هناك تحدٍ في الحصول على بيانات سجلات طبية كاملة وموحدة قبل دمج الخدمة في جميع المراكز، مما جعل الاعتماد على المراجعة بأثر رجعي للحالات الموثقة فقط.
- **التحيز المحتمل في الكيفية:** قد تكون آراء صناع القرار ومتخصصي البصريات متحيزة بشكل إيجابي تجاه فكرة الدمج، بحكم كونهم جزءاً من النظام الصحي المهتم بتطبيق الخدمة.

٥،٢،٢. (Future Research) التوصيات للدراسات المستقبلية .

بناءً على الفجوات التي لم تستطع الدراسة الحالية سدها، يُوصى بما يلي:

- دراسات فعالية التكلفة الشاملة: إجراء دراسات اقتصادية معمقة تستخدم نموذج التحليل الاقتصادي الشامل (Cost- Benefit Analysis) لتقييم العائد الاجتماعي والاقتصادي للدمج على المستوى الوطني، مع الأخذ في الاعتبار إنتاجية الأفراد وصحة العمل.
- دراسة الكفاءة التشغيلية: بحث معمق حول النماذج التشغيلية المثلّية لدمج خدمات البصريات في الرعاية الأولية، مثل نموذج العيادة المتنقلة أو نموذج الإحالة الإلكترونية عن بُعد (Tele-optometry) ، ودراسة كفاءة كل نموذج.
- تطوير الإطار النظري: تطوير واختبار نموذج نظري متكامل يشرح العلاقة بين دمج البصريات وجودة الحياة (Quality of Life) المرتبطة بالبصر في السياق الثقافي والاجتماعي السعودي.
- تطوير أداة قياس موحدة: تصميم وتطوير أداة قياس موثوقة وموحدة لتقييم مدى التزام المرضى بالفحوصات الدورية للعين بعد توفر الخدمة في الرعاية الأولية.

التوصيات الإجرائية والسياساتية

بناءً على الأدلة القوية التي قدمتها الدراسة، تُقدم التوصيات الإجرائية والسياساتية التالية لدعم التوسع في دمج خدمات البصريات المتخصصة في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة:

السياسات والتشريع:

- إصدار قرار وزاري ملزم يفرض إدراج أخصائيي البصريات ضمن الفريق الطبي الأساسي في مراكز الرعاية الأولية، لضمان استدامة الخدمة.

الموارد البشرية:

- وضع خطة توظيف وتوزيع عاجلة لمتخصصي البصريات، مع تدريبهم على بروتوكولات الرعاية الأولية، نظراً لتأثيرهم الحاسم في الكشف المبكر.

البنية التحتية:

- توفير حزمة تجهيزات قياسية لعيادات البصريات في مراكز الرعاية الأولية (مثل مناظير قاع العين وأجهزة قياس ضغط العين)، لرفع مستوى توفر المعدات.

برامج الرعاية المجتمعية:

- إطلاق برامج فحص ومسح مجتمعية مُوجهة للفئات الأكثر عرضة للخطر (مرضى السكري وكبار السن)، لضمان استمرار معدلات الكشف المرتفعة وتعزيز صحة البصر.

نظم الإحالة:

- تطوير نظام إلكتروني آلي (E-Referral) لربط المراكز الأولية بالمستشفيات التخصصية، لضمان إحالة الحالات المعقدة فقط بسرعة وفعالية وتقليل الإحالات غير الضرورية.

٥,٣ الخاتمة النهائية

تؤكد هذه الدراسة بشكل قاطع أن التكامل الفعال لخدمات البصريات المتخصصة في الرعاية الصحية الأولية يمثل قفزة نوعية نحو تحقيق رعاية صحية شاملة للعيون في المملكة العربية السعودية. لقد قدمت الدراسة دليلاً علمياً راسخاً يبرر الاستثمار في هذا الدمج، ليس فقط كالتزام بمعايير الرعاية الصحية الشاملة، بل كقرار اقتصادي حكيم. إن نجاح تطبيق هذه التوصيات سيسهم في تأسيس نظام رعاية عيون مستدام، يُحسن جودة حياة الأفراد ويضمن رؤية سليمة لمستقبل صحي أفضل للمجتمع السعودي.

1. Tabbara KF. Blindness in the eastern Mediterranean countries. *Br J Ophthalmol*. 2001; 85 (7): 771- 775
2. Al-Shaaln FF, Bakrman MA, Ibrahim AM, Aljoudi AS. Prevalence and causes of visual impairment among Saudi adults attending primary health care centers in northern Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*. 2011;31(5):473–480.
<https://doi.org/10.4103/0256-4947.84624>
3. Ministry of health Saudi Arabia.
4. Khathlan AAB. Community ophthalmology clinic utilization and morbidities results from a private primary healthcare center in Saudi Arabia. *Saudi J Ophthalmol*. 2021;35(1):34-38. doi:10.4103/1319-4534.325781
5. Khan AR, Al Abdul Lateef ZK, Al Yousef SA, Alramadan MJA, Khan A, Shaheen F. A study of ocular morbidity, utilization and impact on patients' satisfaction in an ophthalmic clinic at primary health center in Al Ahsa district of Saudi Arabia. *Qual Prim Care*. 2015;23:78–84.
6. Aldebasi YH, Ahmed MI, Monaco WA. Are optometrists necessary in primary health care centres in Saudi Arabia? *Afr Vision Eye Health*. 2018;77:a402.
7. Aldebasi YH. Prevalence of correctable visual impairment in primary school children in Qassim Province, Saudi Arabia. *J Optom*. 2014;7(3):168–176.

الملاحق

الاستبيان

استبيان لمقدمي الرعاية الصحية المتخصصين في مجال البصریات

الهدف: تقييم واقع دمج خدمات البصریات (المتغير المستقل)، ومؤشرات قياس فعالية الخدمة والإحالة (جزء من المتغير التابع).

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية (للتصنيف)

- **الوظيفة:** استشاري بصریات ، أخصائي أول بصریات ، دكتور بصریات ، أخصائي بصریات، فني بصریات
- **سنوات الخبرة:** عدد سنوات الخبرة
- **الموقع:** مدينة الرياض التجمع الصحي الثاني .

القسم الثاني: مدى توفر وشمولية خدمات البصریات (المتغير المستقل)

المقياس: مقياس ليكرت ٥ نقاط: ١=غير متوفر إطلاقاً، ٥=متوفر بشكل كامل ومستمر

- **التجهيزات والمعدات:** توفر أجهزة فحص حدة البصر، مناظير قاع العين، أجهزة قياس ضغط العين. | ١ - ٥
- **الكوادر المتخصصة:** توفر أخصائي بصریات مؤهل بشكل دائم أو شبه دائم في المركز. | ١ - ٥
- **برامج الفحص الدوري:** تنفيذ برامج مسح منتظمة للكشف عن أمراض العيون للفئات المستهدفة (سكري، أطفال، كبار). | ١ - ٥
- **لتوعية المجتمعية:** وجود برامج توعية صحية مخصصة لصحة العين والبصر | ١ - ٥
- **آليات الإحالة:** وجود بروتوكولات إحالة واضحة وفعالة للحالات المعقدة للمستشفيات التخصصية. | ١ - ٥

القسم الثالث: قياس فعالية الخدمة وتقليل الضغط (المتغير التابع)

- **المقياس:** مقياس ليكرت (٥ نقاط: ١=غير موافق بشدة، ٥=موافق بشدة) المقياس | ١ - ٥
- **الكشف المبكر:** أرى أن دمج أخصائي البصریات ساهم في زيادة الكشف المبكر عن الأخطاء الانكسارية. | ١ - ٥
- **إدارة الحالات البسيطة:** أصبحت غالبية حالات العيون البسيطة تُدار بشكل فعال داخل مركز الرعاية الأولية | ١ - ٥
- **تخفيف الضغط:** ألاحظ انخفاضاً في عدد الزيارات غير الضرورية التي يتم إحالتها للمستشفيات التخصصية. | ١ - ٥
- **جودة الرعاية:** أصبحت جودة الرعاية الأولية المقدمة لمرضى العيون أفضل بوجود أخصائي البصریات. | ١ - ٥

أدوات البحث

الأداة	المتغير المستهدف	المجتمع/العينة المستهدفة	طبيعة البيانات	الهدف من الأداة
الاستبيان (الكمي)	دمج خدمات البصريات (المستقل) ومؤشرات التحسين (التابع)	متخصصين البصريات	رقمية، قابلة للقياس والإحصاء	قياس معدلات توفر الخدمات، فعالية الخدمة، مؤشرات الكشف، والإحالة، وتصورات الرضا.
مراجعة السجلات الطبية (الكمي)	تحسين الكشف وتقليل الضغط (التابع)	سجلات المرضى في مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات التخصصية	رقمية/إحصائية	قياس معدلات الكشف المبكر، أنواع الحالات التي تتم إدارتها، ونسبة الإحالات وأوقات الانتظار.
مقابلات متعمقة (الكيفي)	الفجوات النظرية والتطبيقية، تصورات أصحاب المصلحة	صناع القرار في وزارة الصحة، متخصصين البصريات .	نصية، وصفية، معمقة	استكشاف التصورات، والمعتقدات، والتحديات، والفرص، واقتراح نماذج متكاملة.
مجموعات تركيز (الكيفي)	تعزيز صحة البصر المجتمعية	المرضى	نصية، وصفية، جماعية	فهم تجربة المرضى، وسهولة الوصول، ومستويات الوعي، وتأثير الدمج على المجتمع.
قائمة فحص المعدات والبنية التحتية (الميداني)	دمج خدمات البصريات (المستقل)	مراكز الرعاية الأولية المختارة	تقييم نوعي/كمي (نعم/لا/عدد)	تقييم مدى توفر التجهيزات والمعدات البصرية المتخصصة (كمتغير مستقل).