

أثر جودة تجربة المريض على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على
الجلسات: دراسة ميدانية على مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة
الرياض

إعداد الطالب/

سارة المقوشي

٢٥٣٠٠١٠٠٧

المشرف الثاني/

د.فايز جراد

المشرف الرئيسي/

د. الفیصل عبد الحمید

العام الدراسي:

1448 – 2026



إهداء

إلى أطهر قلبين في حياتي... والديّ العزيزين.

إلى من شاركني السراء والضراء، ولم أرها عابسة يوماً.... زوجتي المخلصة.

إلى من أتشوّق لأن أرى مستقبلهما المشرق بإذن الله..... ابنتيّ الغاليتين.

إلى جموع الأقارب والأصدقاء

أهديكم بحثي، وأدعو الله أن يحوز إعجابكم.

شكر وفخر

أحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي،

والذي ألهمني الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى /

جامعة ميد أوشن

على كل ما قدمته لنا من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في إثراء موضوع دراستنا في جوانبها المختلفة.

والشكر والتقدير موصول إلى الكادر الأكاديمي والإداري، لما قدموه من تسهيلات وتشجيع وتوفير الخدمات

المطلوبة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من لم يسعني الحظ بذكر أسمائهم راجياً من المولي عز وجل أن تكون هذه

الدراسة نافذة لدراسات أخرى .

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة المتمثلة في جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي، على كلٍّ من الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت الاستبانة أداةً رئيسيةً لجمع البيانات، حيث وُزعت على عينة ميسرة من المراجعين بلغ عددها (389) مفردة، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS) بتوظيف أساليب إحصائية متعددة شملت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل الانحدار الخطي المتعدد والبسيط. وأظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ لأبعاد جودة تجربة المريض مجتمعةً على الالتزام بالخطة العلاجية بنسبة تفسير (70.9%)، وعلى المواظبة على الجلسات بنسبة تفسير (69.1%)، مع تصدر بُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي تأثيراً في الالتزام، وتصدر بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية تأثيراً في المواظبة. وأوصت الدراسة بتبني فلسفة الرعاية المتمحورة حول المريض، وإنشاء وحدات متخصصة لإدارة تجربة المريض، وتدريب الكوادر على مهارات التواصل الفعّال، وتبسيط الإجراءات الإدارية، وتوظيف التحول الرقمي، وترسيخ ممارسة إشراك المريض في صياغة خطته العلاجية بوصفها ممارسة معيارية في مراكز العلاج الطبيعي.

الكلمات المفتاحية: جودة تجربة المريض، الالتزام بالخطة العلاجية، المواظبة على الجلسات، مراكز العلاج الطبيعي، الرعاية المتمحورة حول المريض، مدينة الرياض.

قائمة المحتويات

ب.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ج.....	الإهداء
د.....	الشكر والتقدير
ه.....	مستخلص الدراسة
و.....	قائمة المحتويات
ط.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
3.....	3.1 أهداف الدراسة
4.....	4.1 أسئلة الدراسة
5.....	5.1 فروض الدراسة
7.....	6.1 أهمية الدراسة
8.....	7.1 الدراسات السابقة:
14.....	8.1 الفجوة البحثية
17.....	9.1 مصطلحات الدراسة
18.....	10.1 المنهجية وطرق البحث:
18.....	11.1 مجتمع وعينة الدراسة
19.....	12.1 مصادر جمع البيانات
19.....	13.1 أداة الدراسة
20.....	14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة
21.....	15.1 حدود الدراسة
23.....	الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: جودة تجربة المريض (المتغير المستقل).....	23
1.1.2 تمهيد	23
2.1.2 مفهوم جودة تجربة المريض	23
3.1.2 أهمية جودة تجربة المريض	25
4.1.2 أهداف إدارة جودة تجربة المريض	27
5.1.2 أبعاد جودة تجربة المريض	28
6.1.2 المعالجات البحثية السابقة لجودة تجربة المريض	30
المبحث الثاني: الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات	32
1.2.2 تمهيد	32
2.2.2 مفهوم الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات	32
3.2.2 أهمية الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات	34
4.2.2 أهداف تعزيز الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات	35
5.2.2 المداخل النظرية المفسرة للالتزام والمواظبة	36
6.2.2 عناصر ومؤشرات الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات	37
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية	40
1.3 تمهيد	40
2.3 منهج الدراسة	40
3.3 مجتمع الدراسة وعينتها	41
4.3 أداة الدراسة	41
5.3 صدق أداة الدراسة وثباتها	43
6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة	46
7.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة	47
الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات	49
1.4 تمهيد	49
2.4 تحليل البيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة	49

50	3.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة
56	4.4 اختبار فرضيات الدراسة
67	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
67	1.5 تمهيد
67	2.5 نتائج الدراسة
71	3.5 توصيات الدراسة
73	4.5 الدراسات المقترحة
74	Study Abstract
75	المراجع
78	الملاحق
79	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
42	جدول (3 - 1): تدرج مقياس ليكرت الخماسي	1.
43	جدول (3 - 2): فئات المتوسط الحسابي ومستوى الموافقة	2.
44	جدول (3 - 3): معاملات ارتباط فقرات أبعاد جودة تجربة المريض بالدرجة الكلية للبعد	3.
44	جدول (3 - 4): معاملات ارتباط فقرات المتغيرين التابعين بالدرجة الكلية للمتغير	4.
45	جدول (3 - 5): معاملات الصدق البنائي لأبعاد متغيرات الدراسة	5.
46	جدول (3 - 6): معاملات ثبات أداة الدراسة	6.
46	جدول (3 - 7): مصفوفة الارتباط بين أبعاد جودة تجربة المريض والمتغيرين التابعين	7.
49	جدول (4 - 1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية	8.
51	جدول (4 - 2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	9.
51	جدول (4 - 3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	10.
52	جدول (4 - 4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	11.
53	جدول (4 - 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	12.

رقم الجدول	اسم الجدول	رقم الصفحة
13.	جدول (4 - 6): الترتيب الإجمالي لأبعاد جودة تجربة المريض	53
14.	جدول (4 - 7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الالتزام بالخطّة العلاجية	54
15.	جدول (4 - 8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المواظبة على الجلسات	55
16.	جدول (4 - 9): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد جودة تجربة المريض على الالتزام بالخطّة العلاجية	56
17.	جدول (4 - 10): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخطّة العلاجية	58
18.	جدول (4 - 11): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطّة العلاجية	59
19.	جدول (4 - 12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطّة العلاجية	60
20.	جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخطّة العلاجية	61
21.	جدول (4 - 14): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد جودة تجربة المريض على المواظبة على الجلسات	62
22.	جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات	63
23.	جدول (4 - 16): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات	64
24.	جدول (4 - 17): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات	65

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
66	جدول (4 - 18): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات	25.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

يشهد قطاع الرعاية الصحية على المستوى العالمي تحولاً جوهرياً في فلسفة تقديم الخدمات، حيث لم يعد التركيز منصباً على الجوانب السريرية والعلاجية فحسب، بل امتد ليشمل التجربة الكلية التي يعيشها المريض منذ لحظة دخوله المنشأة الصحية وحتى انتهاء رحلته العلاجية. وقد أصبحت تجربة المريض مؤشراً محورياً لقياس جودة الخدمات الصحية وركيزة أساسية ضمن المنظومات الصحية المتقدمة، إذ تُعرّف بأنها محصلة جميع التفاعلات التي يخوضها المريض مع المنظومة الصحية والتي تتشكل من خلال ثقافة المؤسسة وتؤثر في إدراكاته عبر مسار الرعاية المستمر. (Adams et al., 2024)

وتتعدد الأبعاد التي تُشكّل تجربة المريض وتتداخل فيما بينها لتُنتج انطباعات شاملاً يتجاوز مجرد الرضا اللحظي، فهي تشمل جوانب علائقية كجودة التواصل بين المريض ومقدمي الخدمة والدعم العاطفي والاحترام، إلى جانب جوانب وظيفية كالبيئة المادية وكفاءة الإجراءات التنظيمية وسهولة الوصول إلى الخدمات. وقد أثبتت الدراسات أن هذه الأبعاد لا تعمل بمعزل عن بعضها، بل تتكامل في منظومة مترابطة تُحدد مسار العلاقة بين المريض والمنشأة الصحية وتؤثر في سلوكه العلاجي اللاحق، وهو ما أكدته دراسة (Eversole et al., 2021) التي أشارت إلى أن التفاعل بين المعالج والمريض ومهارات التواصل الشخصي تُعد من أكثر الجوانب ارتباطاً بتجربة المريض الإيجابية في بيئة العلاج الطبيعي تحديداً.

وفي المقابل، يُعد الالتزام بالخطة العلاجية عاملاً حاسماً في تحقيق النتائج المرجوة من أي تدخل صحي، إذ يُشير إلى مدى تطابق سلوك المريض مع التوصيات العلاجية المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية، سواء تعلق الأمر بتناول الأدوية أو تنفيذ التمارين أو تعديل نمط الحياة. وتكتسب هذه المسألة أهمية مضاعفة في سياق الأمراض المزمنة والحالات التي تستلزم علاجاً ممتداً، حيث إن ضعف الالتزام يُفضي إلى تفاقم الحالة الصحية وارتفاع معدلات المضاعفات وزيادة الأعباء الاقتصادية على الأفراد والأنظمة الصحية (Religioni et al., 2025).

وتتجلى أهمية الالتزام العلاجي بشكل خاص في مجال العلاج الطبيعي الذي يتطلب من المريض مواظبة مستمرة على حضور الجلسات المجدولة وتنفيذ التمارين المنزلية الموصوفة على مدى فترات زمنية قد تمتد لأسابيع

أو أشهر. وتُشير الأدبيات إلى أن المعتقدات الصحية للمريض وإدراكه لجديته حالته وفوائد العلاج المتصورة تلعب دوراً محورياً في تحديد مستوى التزامه بالخطّة العلاجية ومواظبته على الجلسات (العطوي، 2022).

وتأسيساً على ما سبق، تأتي هذه الدراسة لتستقصي أثر جودة تجربة المريض بأبعادها المتعددة على الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات في بيئة العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، وذلك انطلاقاً من الحاجة الماسة لفهم أعمق للعوامل المرتبطة بتجربة المريض التي تُسهم في تشكيل سلوكه العلاجي، وبما يتوافق مع توجهات رؤية المملكة العربية السعودية 2030 التي تضع تجربة المريض في صميم أولويات التحول الصحي .

2.1 مشكلة الدراسة

تُمثّل خدمات العلاج الطبيعي ركيزة جوهرية في منظومة الرعاية الصحية المعاصرة، إذ يعتمد عليها ملايين المرضى حول العالم في استعادة قدراتهم الوظيفية والحركية والتعافي من الإصابات والعمليات الجراحية والأمراض المزمنة. وتتسم طبيعة العلاج الطبيعي بخصوصية فريدة تُميّزها عن غيرها من الخدمات الصحية، كونها تستلزم التزاماً طويلاً المدى من المريض بحضور جلسات متعددة ومتتابة قد تمتد لأسابيع أو أشهر، إلى جانب ضرورة اتباع خطة علاجية متكاملة تشمل تمارين منزلية وتعديلات في نمط الحياة. غير أن الواقع الميداني يكشف عن تحدٍّ جسيم يُقوّض فاعلية هذه الخدمات ويهدد مواردها، يتجلى في تدني معدلات التزام المرضى بالخطط العلاجية الموصوفة وارتفاع نسب الانقطاع عن الجلسات قبل إتمام البرنامج العلاجي. فقد أشارت الأدبيات العلمية إلى أن نسبة عدم الالتزام بالعلاج الطبيعي قد تتراوح بين 30% و50% من المرضى على المستوى العالمي (Jack et al., 2010)، وهي نسبة مرتفعة تنعكس سلباً على النتائج السريرية وتُطيل مدة التعافي وتزيد من احتمالية حدوث انتكاسات صحية وتُضاعف الأعباء المالية على المرضى والمنظومة الصحية على حدٍ سواء.

وفي السياق السعودي تحديداً، تشهد مدينة الرياض توسعاً ملحوظاً في عدد مراكز العلاج الطبيعي استجابةً للطلب المتنامي على هذه الخدمات، بيد أن هذا التوسع الكمي لا يقتصر بالضرورة بتحسّن مماثل في تجربة المريض التي تُعد المحرك الأساسي لسلوكه العلاجي. وقد أكد برنامج قياس تجربة المريض التابع لوزارة الصحة السعودية أن تجربة المريض أصبحت مؤشراً استراتيجياً لجودة الخدمات الصحية ضمن مستهدفات رؤية المملكة 2030، إلا أن الدراسات التي تربط بين هذه التجربة والالتزام العلاجي في بيئة العلاج الطبيعي السعودية لا تزال شحيحة. وتؤكد دراسة (Eversole et al., 2021) أن قياس تجربة المريض في العلاج الطبيعي يظل مجالاً غير مستكشف بالقدر الكافي رغم أهميته البالغة في تحسين النتائج العلاجية، في حين كشفت دراسة (Navarro et

(al., 2021) عن وجود ارتباطات واعدة بين تحسّن تجربة المريض والنتائج السريرية لكنها أكدت الحاجة لمزيد من البحث لتوطيد هذه العلاقة في سياقات متنوعة.

وتتبلور مشكلة الدراسة الحالية من خلال ملاحظة الباحث الميدانية والاطلاع على الشكاوى والملاحظات المتكررة من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، والتي تتمحور حول قصور في التواصل مع مقدمي الخدمة وضعف في الإجراءات الإدارية والتنظيمية وعدم ملائمة البيئة العلاجية في بعض المراكز وغياب إشراك المريض في قراراته العلاجية، وهي عوامل يُرجّح أنها تُسهم في تراجع دافعية المرضى نحو الالتزام بخططهم العلاجية والمواظبة على جلساتهم. ويُضاف إلى ذلك أن الدراسات العربية والسعودية التي تناولت هذا الموضوع اقتصرَت في معظمها على السياق الطبي العام أو المستشفيات، دون إيلاء اهتمام كافٍ لمراكز العلاج الطبيعي بوصفها بيئة علاجية ذات طبيعة تفاعلية خاصة تتطلب شراكة حقيقية بين المعالج والمريض على مدى زمني ممتد.

وعليه، تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما أثر جودة تجربة المريض بأبعادها (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات، المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟

3.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر جودة تجربة المريض بأبعادها (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات، المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

يتفرع من الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

✍ التعرف على مستوى جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات، المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) كما يُدركها مراجعو مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

✍ التعرف على مستوى الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

- ✍ التعرف على مستوى المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ قياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- ✍ الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة تجربة المريض والالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، نوع الإصابة، مدة تلقي العلاج الطبيعي
- ✍ تقديم توصيات ومقترحات عملية لتحسين جودة تجربة المريض في مراكز العلاج الطبيعي بما يُعزز الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات.

4.1 أسئلة الدراسة

ما أثر جودة تجربة المريض بأبعادها (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات، المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟

يتفرع من السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ✍ ما مستوى جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة كما يُدركها مراجعو مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما مستوى الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما مستوى المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ ما أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض؟
- ✍ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول جودة تجربة المريض والالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات تُعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، نوع الإصابة، مدة تلقي العلاج الطبيعي)؟

5.1 فروض الدراسة

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة تجربة المريض بأبعادها مجتمعة على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

ويتفرع منه الفروض الفرعية التالية:

- الفرض الفرعي 1/1: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 2/1: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 3/1: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 4/1: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

الفرض الرئيسي الثاني:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة تجربة المريض بأبعادها مجتمعة على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

ويتفرع منه الفروض الفرعية التالية:

- الفرض الفرعي 1/2: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 2/2: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 3/2: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.
- الفرض الفرعي 4/2: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض.

6.1 أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية العلمية (النظرية):

- تُسهم هذه الدراسة في سد النقص الواضح في الدراسات العربية والسعودية التي تربط بين جودة تجربة المريض والالتزام العلاجي والمواظبة على الجلسات في سياق العلاج الطبيعي تحديداً، إذ أن معظم الدراسات السابقة ركزت على السياق الطبي العام أو الصيدلاني دون التطرق لمراكز العلاج الطبيعي.
- تُقدم الدراسة نموذجاً بحثياً يدمج ثلاثة متغيرات رئيسية (جودة تجربة المريض، الالتزام بالخطّة العلاجية، المواظبة على الجلسات) في إطار واحد متكامل، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة بهذا الشكل التكاملي، مما يُثري الإطار النظري لهذا الحقل المعرفي.
- تُسهم الدراسة في تأصيل مفهوم تجربة المريض وتحديد أبعاده الأربعة (جودة التواصل، كفاءة الإجراءات، ملائمة البيئة، المشاركة في القرار) بما يتناسب مع خصوصية بيئة العلاج الطبيعي التي تتطلب تفاعلاً مباشراً وطويلاً المدى بين المعالج والمريض.
- تتوافق الدراسة مع توجهات رؤية المملكة العربية السعودية 2030 وبرنامج التحول الصحي الذي يُولي أهمية قصوى لتحسين تجربة المريض كمؤشر رئيسي لجودة الخدمات الصحية، مما يُوفر قاعدة معرفية داعمة لصانعي السياسات الصحية.
- تُمهّد نتائج هذه الدراسة الطريق أمام دراسات مستقبلية تتناول متغيرات وسيطة ومعدلة أخرى كالثقة في المعالج والدافعية الذاتية والدعم الأسري، مما يُسهم في بناء منظومة معرفية متكاملة حول سلوك المريض في بيئة العلاج الطبيعي.

ثانياً: الأهمية العملية (التطبيقية):

- تُوفّر نتائج الدراسة معلومات تفصيلية لمديري ومسؤولي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض حول الأبعاد الأكثر تأثيراً في تجربة المريض، مما يُمكنهم من توجيه جهود التحسين نحو الأولويات الحقيقية وفقاً لأهميتها النسبية.
- يُعد الانقطاع عن جلسات العلاج الطبيعي من أبرز التحديات التي تواجه المراكز العلاجية، وتُقدم هذه الدراسة رؤية عملية حول العوامل المرتبطة بتجربة المريض التي يُمكن معالجتها لتقليل معدلات التسرب وزيادة نسب الاستمرارية في العلاج.

- يؤدي تحسين المواظبة على الجلسات إلى تقليل الهدر الناتج عن عدم حضور المواعيد (No-Show) ، مما يسهم في ترشيد الموارد المالية والبشرية وتحسين الكفاءة التشغيلية لمراكز العلاج الطبيعي وتقليل التكاليف على المنظومة الصحية ككل.
- تُرَوِّد نتائج الدراسة وزارة الصحة والجهات الرقابية بمؤشرات عملية قابلة للقياس يُمكن دمجها في برامج قياس تجربة المريض الوطنية وبرامج اعتماد المنشآت الصحية، بما يسهم في رفع مستوى جودة الرعاية الصحية على المستوى الوطني.
- تُوفِّر الدراسة أساساً علمياً لتصميم برامج تدريبية متخصصة لأخصائيي العلاج الطبيعي والكوادر الإدارية في مراكز العلاج الطبيعي تركز على تحسين مهارات التواصل وإشراك المريض في القرار العلاجي وتهيئة البيئة العلاجية المحفزة.

7.1 الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية

دراسة (العطوي، 2022) بعنوان "المعتقدات الصحية ودورها بالتزام مرضى الفشل الكلوي بالخطة العلاجية". هدفت الدراسة إلى التعرف على الدور الذي تلعبه المعتقدات الصحية بأبعادها (الجدية المتصورة، الحساسية المتصورة، الفوائد المتصورة، العوائق المتصورة (في التزام مرضى الفشل الكلوي بالخطة العلاجية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي استناداً إلى نموذج المعتقدات الصحية (Health Belief Model) ، وتناولت خصائص مرض الفشل الكلوي وأشكال التدخل المناسبة لتصحيح المعتقدات الصحية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك أربعة أنماط تسهم في تصحيح المعتقدات الصحية لمرضى الفشل الكلوي وتعزيز التزامهم بالخطة العلاجية، وأن المعتقدات الصحية الإيجابية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى الالتزام العلاجي. وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات العربية حول المعتقدات الصحية وتأثيرها على المرضى، والتركيز على إعداد وتطوير طلاب الخدمة الاجتماعية في موضوع نموذج المعتقدات الصحية لما له من أهمية في تعزيز الالتزام العلاجي.

دراسة (الغامدي وطيبة، 2023) بعنوان "أثر القيادة الإدارية على أداء إدارة تجربة المريض: دراسة ميدانية على الموظفين الإداريين بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر القيادة الإدارية بأبعادها (توفير البيئة المستقلة للموظفين، توفير الإمكانات المادية والمعنوية) على أداء إدارة تجربة المريض في مديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة

من (110) موظفاً إدارياً بإدارة الشؤون الصحية بجدة تم اختيارهم بالطريقة المنتظمة، واعتمدت على الاستبانة الإلكترونية كأداة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين توفير البيئة المستقلة للموظفين الإداريين وأداء إدارة تجربة المريض بمعامل ارتباط (0.687)، كما وجدت علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين توفير الإمكانيات المادية والمعينات وأداء إدارة تجربة المريض بمعامل ارتباط (0.779). وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز أنماط القيادة الإدارية الداعمة لتحسين أداء إدارة تجربة المريض وتوفير بيئة عمل مستقلة ومحفزة للموظفين الإداريين.

دراسة (محمود وعبدالمحسن وعبيدة، 2024) بعنوان "دور نظام الإدارة الصحية بالمراكز في تحسين أقسام تجربة المريض: دراسة تطبيقية". هدفت الدراسة إلى التعرف على دور نظام الإدارة الصحية بأبعاده (التخطيط الصحي، التنظيم الإداري، الرقابة والمتابعة) في تحسين أقسام تجربة المريض في المستشفيات الحكومية بمنطقة مكة المكرمة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة العشوائية من (350) فرداً من المرضى والإداريين بمستشفيات العاصمة المقدسة، واعتمدت على استبيان إلكتروني موجه لفئتين: فئة المرضى لقياس تجربة المريض، وفئة الإداريين لقياس نظام الإدارة الصحية، إضافة إلى الملاحظة البسيطة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لنظام الإدارة الصحية على تجربة المريض في المستشفيات الحكومية بدرجة ثقة 95%. وأوصت الدراسة بتعزيز ثقافة التحسين المستمر من خلال برامج تدريبية وورش عمل، وتحسين تدريب الكوادر الطبية بتوفير برامج دورية لتحديث الممارسات الصحية، ونشر التقارير الصحية لتعزيز الشفافية، وتقليل وقت الانتظار في أقسام الطوارئ.

دراسة (المطيري ومحمود، 2024) بعنوان "مدى فاعلية التحول الرقمي للخدمات الصحية على تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التحول الرقمي بأبعاده (الملف الطبي الإلكتروني، تطبيقات الهاتف الصحية، الاستشارات الطبية عن بُعد) في تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي كونها رسالة ماجستير من جامعة حفر الباطن، وتكونت العينة من المراجعين والعاملين في مستشفى القويعة العام، واعتمدت على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التحول الرقمي للخدمات الصحية يسهم بشكل فعال في تحسين تجربة المريض، حيث أن استخدام الملفات الطبية الإلكترونية والتطبيقات الصحية يُسهّل الوصول إلى المعلومات الصحية ويُقلل من الأخطاء الطبية. وأوصت الدراسة بضرورة التوسع في تطبيقات التحول الرقمي في المستشفيات وتدريب الكوادر الصحية عليها.

دراسة (الزهراني وآخرون، 2024) بعنوان "تأثير التعاطف مع المرضى في تحسين تجربة المريض بالقطاع الصحي". هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير التعاطف الطبي بأبعاده (التعاطف المعرفي، التعاطف الوجداني، السلوك التعاطفي) في تحسين تجربة المريض وزيادة الالتزام بالعلاج في القطاع الصحي. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، وتكونت العينة من مجموعة من المرضى والأطباء في المنشآت الصحية، واعتمدت على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطباء الذين يُظهرون مستوى عالٍ من التعاطف يُحسنون من تجربة المرضى بشكل ملحوظ، حيث أبدى المرضى رضاً أعلى وزيادة في الالتزام بالعلاج. وأوصت الدراسة بتعزيز مهارات التعاطف لدى الكوادر الطبية من خلال برامج تدريبية متخصصة.

دراسة (عاشوري، 2025) بعنوان "تأثير تجربة المريض على الرضا عن الخدمات الصحية: دراسة ميدانية". هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير تجربة المريض بأبعادها (جودة التواصل مع مقدمي الرعاية، سهولة الوصول إلى الخدمات، البيئة المادية للمنشأة الصحية) على رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة من مجموعة من المرضى المراجعين للمنشآت الصحية، واعتمدت على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تجربة المريض ومستوى الرضا عن الخدمات الصحية، وأن التواصل الفعال مع مقدمي الرعاية يُعد من أهم العوامل المؤثرة في رضا المرضى. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بتحسين تجربة المريض كمدخل استراتيجي لرفع مستوى الرضا وجودة الخدمات الصحية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

دراسة (Jack et al., 2010) بعنوان "Barriers to Treatment Adherence in Physiotherapy Outpatient Clinics: A Systematic Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على معوقات الالتزام بالعلاج بأبعادها (العوامل المتعلقة بالمريض، العوامل المتعلقة بالحالة الصحية، العوامل المتعلقة بالعلاج، العوامل الاجتماعية والاقتصادية) في العيادات الخارجية للعلاج الطبيعي للاضطرابات العضلية الهيكلية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review) للدراسات المنشورة حول عوائق الالتزام العلاجي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أدلة قوية على أن ضعف الالتزام العلاجي يرتبط بانخفاض مستوى النشاط البدني عند خط الأساس، وانخفاض الالتزام بالتمارين أثناء العلاج، وتدني الكفاءة الذاتية، والاكتئاب والقلق، وضعف الشعور بالعجز، وضعف الدعم الاجتماعي. وأوصت الدراسة بضرورة أن يُقيّم أخصائيو العلاج الطبيعي هذه العوائق بشكل مبكر وأن يتبنوا استراتيجيات متعددة الأبعاد لتعزيز الالتزام العلاجي.

دراسة (Hush et al., 2011) بعنوان "Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا المرضى بأبعاده (التفاعل بين المعالج والمريض، جودة العلاج المقدم، البيئة المادية للعيادة) عن خدمات العلاج الطبيعي العضلي الهيكلي في العيادات الخارجية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية مع التحليل التلوي (Systematic Review with Meta-Analysis)، وشملت (15) دراسة، وأجري تحليل تلوي لبيانات الرضا من (7) دراسات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى يُبدون مستوى مرتفعاً جداً من الرضا عن خدمات العلاج الطبيعي العضلي الهيكلي بمتوسط مجمّع (4.44) على مقياس من 5 نقاط، وأن التفاعل بين المعالج والمريض هو أقوى العوامل ارتباطاً بالرضا العام. وأوصت الدراسة بضرورة تطوير أدوات قياس أكثر دقة للرضا تُميّز بين الجوانب المختلفة لتجربة المريض في العلاج الطبيعي.

دراسة (Doyle et al., 2013) بعنوان "A Systematic Review of Evidence on the Links Between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness". هدفت الدراسة إلى التعرف على الروابط بين تجربة المريض بأبعاده (التواصل مع مقدمي الرعاية، المشاركة في اتخاذ القرار، الدعم العاطفي) وبين السلامة السريرية والفاعلية السريرية عبر مختلف مستويات الرعاية الصحية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review) للأدبيات المنشورة في قواعد البيانات العلمية، وشملت المراجعة (55) دراسة استوفت معايير التضمين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباطات إيجابية ومتسقة بين تجربة المريض والسلامة السريرية والفاعلية السريرية في معظم الدراسات المشمولة، وأن تحسين تجربة المريض يرتبط بتحسين في الالتزام بالعلاج وتقليل المضاعفات السريرية. وأوصت الدراسة بأن تُعامل تجربة المريض كركيزة أساسية من ركائز جودة الرعاية الصحية إلى جانب السلامة والفاعلية السريرية.

دراسة (Navarro et al., 2021) بعنوان "Will Improvements in Patient Experience With Care Impact Clinical and Quality of Care Outcomes?: A Systematic Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تجربة المريض مع الرعاية بأبعاده (التواصل بين المريض ومقدم الخدمة، التنسيق في الرعاية، الوصول إلى الخدمات) وبين النتائج السريرية ومقاييس جودة الرعاية باستخدام مقياس CAHPS. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review) في قواعد بيانات PubMed و Embase و CINAHL، وشملت المراجعة (19) دراسة استوفت معايير التضمين، منها (10) دراسات بحثت العلاقة مع النتائج السريرية و (9) مع مقاييس الجودة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التواصل بين المريض ومقدم الخدمة كان أكثر أبعاد تجربة المريض دراسةً، وارتبط بشكل دال إحصائياً بالصحة الجسدية والنفسية المُبلّغ عنها

ذاتياً، وتكرار زيارات الطوارئ والإقامة في المستشفى ومدة الإقامة. وأوصت الدراسة بإجراء مزيد من الأبحاث لتوطيد هذه النتائج ودراسة كيفية تأثير تجربة المريض بشكل تفاضلي على مختلف مجموعات المرضى.

دراسة (Pfand et al., 2022) بعنوان "Contingency Management for Treatment Attendance: A Meta-Analysis". هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير إدارة الطوارئ (الحوافز المالية) بأبعاده (تكرار التعزيز، حجم التعزيز، تصعيد التعزيز) على حضور جلسات العلاج والامتناع عن المواد المخدرة. واستخدمت الدراسة منهج التحليل التلوي (Meta-Analysis) للتجارب العشوائية المضبوطة، وشملت (10) دراسات تضمنت (12) مجموعة علاجية إجمالية (1841) مشاركاً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الحوافز المالية للحضور لها تأثير متوسط على حضور الجلسات العلاجية ($d = 0.47$) وتأثير صغير على الامتناع ($d = 0.22$)، وأن تكرار التعزيز كان المعدل الوحيد ذا الدلالة الإحصائية، حيث ارتبط التعزيز الأكثر تكراراً بأحجام تأثير أكبر. وأوصت الدراسة بأن تتضمن بروتوكولات الحوافز تعزيزاً فورياً ومتصاعداً وتكرار لا يقل عن مرة أسبوعياً لتحقيق أفضل النتائج.

دراسة (Eversole et al., 2021) بعنوان "Why Measure Patient Experience in Physical Therapy?". هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم تجربة المريض في العلاج الطبيعي بأبعاده (الجوانب العلائقية كالتواصل والدعم العاطفي، والجوانب الوظيفية كالبيئة المادية وأوقات الانتظار)، وأهمية قياس تجربة المريض وعلاقتها بنتائج الفاعلية السريرية في بيئة العلاج الطبيعي الخارجي للاضطرابات العضلية الهيكلية. واستخدمت الدراسة منهج المقالة المرجعية التحليلية (Commentary/Review Article)، وقامت بمراجعة أدوات قياس تجربة المريض (PREMs) المتاحة وخصائصها القياسية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن استخدام مقاييس تجربة المريض في ممارسة العلاج الطبيعي يُعد مفتاحاً مهماً لتحسين نتائج الفاعلية السريرية وتقديم رعاية ممتازة متمحورة حول المريض، وأن التفاعل بين المعالج والمريض ومهارات التواصل الشخصي هي من أكثر الجوانب ارتباطاً بتجربة المريض الإيجابية. وأوصت الدراسة بمواصلة البحث في خصائص القياس لأدوات قياس تجربة المريض في العلاج الطبيعي الخارجي.

دراسة (Dacosta-Sánchez et al., 2022) بعنوان "Retention in Treatment and Therapeutic Adherence: How Are These Associated with Therapeutic Success? An Analysis Using Real-World Data". هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاستمرار في العلاج والالتزام العلاجي بأبعادهما (معدل الاستبقاء في العلاج، نسبة الحضور للجلسات، الالتزام بالتوصيات العلاجية)

وبين النجاح العلاجي لدى مرضى اضطرابات تعاطي المواد. واستخدمت الدراسة منهج الدراسة الرصدية بأثر رجعي باستخدام بيانات العالم الحقيقي (Real-World Data)، وتكونت العينة من مجموعة من المرضى المسجلين في برامج علاج اضطرابات تعاطي المواد. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن كلاً من الاستمرار في العلاج والالتزام العلاجي يُعدّان مؤشرين تنبؤيين قويين للنجاح العلاجي، وأن المرضى الذين يُظهرون مستويات أعلى من الالتزام والاستمرارية يحققون نتائج علاجية أفضل بشكل دال إحصائياً. وأوصت الدراسة بتطوير استراتيجيات تدعم كلاً من الاستمرارية في العلاج والالتزام العلاجي كعوامل مترابطة لتحقيق النجاح العلاجي.

دراسة (Adams et al., 2024) بعنوان "The Three Pillars of Patient Experience: Identifying Key Drivers of Patient Experience to Improve Quality in Healthcare".
الدراسة إلى التعرف على المحركات الرئيسية لتجربة المريض بأبعادها (تقديم علاج آمن وفي الوقت المناسب وفَعَال، تعزيز الروابط الإنسانية مع طاقم رعاية ومتعاطف، توفير بيئة مريحة وعلاجية) وتقييم مدى فائدة تعليقات المرضى النصية الحرة في توجيه تحسين الجودة. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي من خلال التحليل الموضوعي (Thematic Analysis) لبيانات مقياس Net Promoter Score (NPS) في مستشفى تعليمي في أستراليا، وتكونت العينة من (450) تعليقاً نصياً حراً من المرضى تم اختيارها عشوائياً من (1506) استجابة جُمعت خلال ستة أشهر. وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحديد ثلاثة محاور رئيسية تُشكّل تجربة المريض سُمّيت "الركائز الثلاث لتجربة المريض"، وأن احتمالية الإبلاغ عن تجربة سلبية تزداد بتناسب مع عدد الركائز المتأثرة بالمشكلات. وأوصت الدراسة بأن المؤسسات الصحية يمكنها تحسين تجربة المريض من خلال التركيز على واحدة أو أكثر من هذه الركائز، وأن التعليقات السلبية أكثر فائدة لأغراض التحسين لكونها أكثر تحديداً ووصفاً.

دراسة (Haley, 2025) بعنوان "Improving Follow-Up Adherence: A Case Study on Patient Experience Initiatives".
الدراسة إلى التعرف على العوامل المسهمة في عدم التزام المرضى بالمواعيد المجدولة بأبعادها (إجراءات المتابعة، تثقيف المريض، تدريب القوى العاملة، بروتوكولات إعادة الارتباط) في مؤسسة سلوكية صحية متعددة التخصصات في جنوب غرب الولايات المتحدة. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي من خلال دراسة حالة واستُرشد بإطار Baldrige للتمييز كإطار نظري، وتكونت مصادر البيانات من القائد الصحي السلوكي والسجلات التنظيمية والمصادر الثانوية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تحديات نظامية وتشغيلية تشمل عدم كفاية إجراءات المتابعة، وقصور تثقيف المريض، وارتفاع معدل دوران الموظفين، وعدم كفاية تدريب القوى العاملة، كما أن غياب بروتوكولات موحدة لإعادة الارتباط يُعيق استمرارية الرعاية ويُفاقم انسحاب

المرضى. وأوصت الدراسة بتطبيق عمليات متابعة موحدة، وتعزيز جهود تثقيف المريض، وتحسين تدريب الموظفين لتحسين الالتزام بالمواعيد.

دراسة (Religioni et al., 2025) بعنوان "Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life". هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير الالتزام العلاجي بأبعاده (الالتزام الدوائي، الالتزام بنمط الحياة، الاستمرارية في العلاج) على النتائج السريرية وتكاليف الرعاية الصحية وجودة حياة المرضى المصابين بأمراض مزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية (Narrative Review) للأدبيات العلمية المتاحة في قواعد البيانات العالمية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن ضعف الالتزام العلاجي يُفاقم مخاطر تقدم المرض والمضاعفات ويرفع تكاليف الرعاية الصحية، في حين أن تحسين الالتزام يُعزز السيطرة على المرض ويقلل المضاعفات ويُحسن جودة حياة المرضى. كما أظهرت تدخلات مثل تثقيف المريض وتبسيط أنظمة العلاج ودمج أدوات الصحة الرقمية فاعلية في معالجة عوائق الالتزام. وأوصت الدراسة بتبني نهج شامل وشخصي يراعي احتياجات كل مريض، مع التركيز على التقييم طويل المدى للتقنيات الناشئة.

8.1 الفجوة البحثية

من خلال الاستعراض المعمق للدراسات السابقة العربية والأجنبية، يتبين وجود فجوة بحثية واضحة يمكن تحديد معالمها في عدة مستويات. فعلى مستوى المتغيرات، يُلاحظ أن معظم الدراسات السابقة تناولت تجربة المريض والالتزام العلاجي والمواظبة على الجلسات كمغيرات منفصلة في سياقات متباينة، فدراسات مثل (الغامدي وطيبة، 2023) و(محمود وآخرون، 2024) ركزت على تجربة المريض من زاوية إدارية بحتة دون ربطها بسلوك المريض العلاجي، بينما تناولت دراسات مثل (العطوي، 2022) و (Religioni et al., 2025) الالتزام العلاجي بمعزل عن تجربة المريض كمحرك له، في حين اقتصرت دراسة (Pfund et al., 2022) على المواظبة على الجلسات في سياق علاج الإدمان. وعلى مستوى البيئة التطبيقية، فإن الدراسات التي ربطت بين تجربة المريض والنتائج السريرية مثل (Navarro et al., 2021) و (Doyle et al., 2013) طُبِّقت في بيئات المستشفيات والرعاية الطبية العامة، بينما أكدت دراسة (Eversole et al., 2021) أن قياس تجربة المريض في بيئة العلاج الطبيعي لا يزال مجالاً غير مستكشف بالقدر الكافي رغم خصوصيته الثقافية. وعلى مستوى السياق الجغرافي والثقافي، تكاد تنعدم الدراسات السعودية والعربية التي تربط بين جودة تجربة المريض والالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات في مراكز العلاج الطبيعي تحديداً، إذ أن الدراسات السعودية المتاحة مثل (المطيري

ومحمود، (2024) اقتصر على دور التحول الرقمي في تحسين تجربة المريض في المستشفيات. وعليه، تأتي الدراسة الحالية لسد هذه الفجوة البحثية من خلال دمج المتغيرات الثلاثة في نموذج واحد متكامل يدرس أثر جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة على كلٍّ من الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات، وتطبيقه ميدانياً على مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض وهو ما يُمثّل إضافة علمية نوعية للأدبيات العربية والسعودية في هذا الحقل المعرفي. المنطلقات النظرية للدراسة

أولاً: مفهوم جودة تجربة المريض

شهد مفهوم تجربة المريض تطوراً مفاهيمياً متسارعاً خلال العقدين الأخيرين، حيث تجاوز الفهم التقليدي الذي كان يُختزل في مجرد رضا المريض عن الخدمة المقدمة، ليُصبح مفهوماً شاملاً ومتعدد الأبعاد يستوعب كافة جوانب تفاعل المريض مع المنظومة الصحية. وقد عرّف Wolf وآخرون (2014) تجربة المريض بأنها "محصلة جميع التفاعلات التي تتشكل من خلال ثقافة المؤسسة والتي تؤثر في إدراكات المريض عبر مسار الرعاية المستمر"، وهو التعريف الذي استندت إليه دراسة (Adams et al., 2024) في تأطير الركائز الثلاث لتجربة المريض. ويتميز مفهوم تجربة المريض عن مفهوم رضا المريض تمايزاً جوهرياً، إذ يُركز الأول على ما حدث فعلياً خلال الرعاية ومدى تلبية احتياجات المريض، بينما يعكس الثاني شعور المريض تجاه ما حدث وهو ما يتأثر بتوقعاته المسبقة وتحيزاته الشخصية. وقد أشارت دراسة (Eversole et al., 2021) إلى أن المرضى كثيراً ما يُعبّرون عن مستويات رضا مرتفعة بفعل تحيز الامتتان وعوامل أخرى، مما يجعل الرضا وحده مؤشراً غير كافٍ لتقييم جودة الخدمة الصحية الفعلية.

وتتشكل تجربة المريض من تفاعل منظومة متكاملة من العوامل يمكن تصنيفها في بُعدين رئيسيين: البُعد العلائقي الذي يشمل الجوانب الإنسانية والتفاعلية كالتواصل والاحترام والدعم العاطفي والمشاركة في اتخاذ القرار، والبُعد الوظيفي الذي يشمل الجوانب المادية والتنظيمية كالبينة المادية وكفاءة الإجراءات الإدارية وسهولة الوصول إلى الخدمات وأوقات الانتظار. وقد أكدت دراسة (Adams et al., 2024) من خلال تحليلها الموضوعي لتعليقات المرضى أن تجربة المريض تتمحور حول ثلاث ركائز مترابطة هي: تقديم علاج آمن وفي الوقت المناسب وفعّال، وتعزيز الروابط الإنسانية مع طاقم رعاية متعاطف ومنتهب، وتوفير بيئة مريحة وعلاجية. كما أوضحت دراسة (محمود وآخرون، 2024) أن نظام الإدارة الصحية بالمراكز يلعب دوراً محورياً في تشكيل تجربة المريض وتحسينها.

وفي سياق العلاج الطبيعي تحديداً، تكتسب تجربة المريض أبعاداً خاصة نظراً لطبيعة هذه الخدمة التي تستلزم تفاعلاً مباشراً ومتكرراً وطويل المدى بين المعالج والمريض، مما يجعل البُعد العلائقي أكثر حضوراً وتأثيراً مقارنة بالسياقات الطبية الأخرى. وقد طُوِّرت عدة أدوات لقياس تجربة المريض في العلاج الطبيعي منها استبانة (PEPAP-Q) واستبانة (Picker MSD) ومقياس (MedRisk)، والتي تتضمن جوانب علائقية كالتفاعل بين المعالج والمريض وتوفير المعلومات والدعم العاطفي، وجوانب وظيفية كأوقات الانتظار وبيئة العلاج وسلامة المريض (Eversole et al., 2021). وتعتمد الدراسة الحالية على أربعة أبعاد لقياس جودة تجربة المريض تم استخلاصها من الأدبيات العلمية وهي: جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي.

ثانياً: مفهوم الالتزام بالخطة العلاجية

يُعرّف الالتزام بالخطة العلاجية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنه "مدى تطابق سلوك الفرد من حيث تناول الأدوية واتباع الحماية الغذائية وتنفيذ تغييرات نمط الحياة مع التوصيات المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية" (Religioni et al., 2025). ويتميز مصطلح الالتزام (Adherence) عن مصطلح الامتثال (Compliance) في كونه يؤكد على الدور التشاركي للمريض في خطته العلاجية بدلاً من الدور السلبي الذي يفترضه مصطلح الامتثال، مما يتوافق مع مبادئ الرعاية المتمحورة حول المريض. ويتأثر الالتزام العلاجي بمنظومة معقدة من العوامل صنّفها الأدبيات في خمس فئات رئيسية تشمل: العوامل المتعلقة بالمريض كالمعتقدات الصحية والمعرفة والحالة النفسية، والعوامل المتعلقة بالعلاج كتعقيد النظام العلاجي وآثاره الجانبية، والعوامل المتعلقة بالنظام الصحي كجودة التواصل بين المريض ومقدم الرعاية، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل المتعلقة بالحالة المرضية ذاتها. (Religioni et al., 2025)

وفي سياق العلاج الطبيعي، يتخذ الالتزام العلاجي أشكالاً متعددة تتجاوز مجرد تناول الأدوية، إذ يشمل تنفيذ التمارين الموصوفة داخل المركز وخارجه، والتقيّد بالتعليمات والمحاذير الطبية، واتباع نمط الحياة الصحي الموصى به. وقد أشارت دراسة (العطوي، 2022) إلى أن المعتقدات الصحية للمريض بأبعادها الأربعة وهي الجدية المتصورة والحساسية المتصورة والفوائد المتصورة والعوائق المتصورة تلعب دوراً محورياً في تحديد مستوى التزامه بالخطة العلاجية، مؤكدةً على أهمية نموذج المعتقدات الصحية كإطار تفسيري لسلوك الالتزام. كما كشفت دراسة (Jack et al., 2010) عن أن تدني مستوى النشاط البدني عند خط الأساس وانخفاض الكفاءة الذاتية والاكتمال وضعف الدعم الاجتماعي تُعد من أبرز معيقات الالتزام العلاجي في العيادات الخارجية للعلاج الطبيعي.

ثالثاً: مفهوم المواظبة على الجلسات

يُشير مفهوم المواظبة على الجلسات (Treatment Attendance) إلى مدى انتظام المريض في حضور الجلسات العلاجية المجدولة وفقاً للبرنامج الزمني المتفق عليه مع مقدم الرعاية، ويُقاس عادةً بنسبة الجلسات التي حضرها المريض فعلياً من إجمالي الجلسات المقررة. ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الاستمرارية في العلاج (Persistence) الذي يُشير إلى المدة الزمنية التي يستمر فيها المريض في تلقي العلاج دون انقطاع، إلا أنهما يختلفان في كون المواظبة تُركز على الانتظام في الحضور بينما تُركز الاستمرارية على عدم الانقطاع الكلي. (Dacosta-Sánchez et al., 2022) وقد أثبتت دراسة (Pfund et al., 2022) من خلال تحليلها التلوي أن حضور الجلسات العلاجية يُعد عاملاً حاسماً في تحقيق النتائج العلاجية المرجوة، وأن الحوافز التي تستهدف تعزيز الحضور تُحقق أثراً متوسطاً على الالتزام بالحضور.

رابعاً: العلاقة بين جودة تجربة المريض والالتزام العلاجي والمواظبة على الجلسات

يستند التأطير النظري للعلاقة بين متغيرات الدراسة إلى منطلق مفاده أن التجربة الإيجابية التي يعيشها المريض في تفاعلاته مع المنشأة الصحية تُنشئ رابطة ثقة وانتماء تُحفزه على الاستمرار في برنامج العلاج والالتزام بتوصيات مقدمي الرعاية. وقد أكدت دراسة (Navarro et al., 2021) أن التواصل الفعال بين المريض ومقدم الخدمة وهو أحد أبرز أبعاد تجربة المريض يرتبط بشكل دال إحصائياً بالنتائج الصحية المُبلغ عنها ذاتياً وبمعدلات استخدام خدمات الرعاية الصحية. كما أوضحت دراسة (Haley, 2025) أن قصور إجراءات المتابعة وضعف تثقيف المريض يُسهمان في تراجع التزام المرضى بمواعيدهم المجدولة. وتتبنى الدراسة الحالية إطاراً مفاهيمياً يفترض أن جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة تُمثل متغيراً مستقلاً يؤثر تأثيراً مباشراً في متغيرين تابعين هما الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات، وذلك في بيئة مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض التي تتسم بخصوصية ثقافية وتنظيمية تستلزم اختباراً ميدانياً لهذه العلاقات.

9.1 مصطلحات الدراسة

- جودة تجربة المريض: تُعرّف إجرائياً في هذه الدراسة بأنها تقييم المريض للمراجع لمراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض لمجمل تفاعلاته مع المركز العلاجي عبر أربعة أبعاد هي جودة التواصل مع مقدمي الخدمة وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي،

وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات محور جودة تجربة المريض في الاستبانة المُعدّة لهذه الدراسة.

- الالتزام بالخطة العلاجية: يُعرّف إجرائياً بأنه مدى تقيّد المريض المراجع لمراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض بتنفيذ التمارين والتعليمات والتوصيات الموصوفة من قبل أخصائي العلاج الطبيعي سواء داخل المركز أو خارجه، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات محور الالتزام بالخطة العلاجية في الاستبانة.
- المواظبة على الجلسات: تُعرّف إجرائياً بأنها مدى انتظام المريض المراجع لمراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض في حضور جلساته العلاجية المجدولة وفقاً للمواعيد المحددة دون تأخير أو غياب أو انقطاع حتى إتمام البرنامج العلاجي كاملاً، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات محور المواظبة على الجلسات في الاستبانة

10.1 المنهجية وطرق البحث:

ستعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث يُتيح هذا المنهج وصف الظاهرة موضع الدراسة وصفاً دقيقاً وتحليل العلاقات بين متغيراتها بشكل كمي ومنهجي. ويُعد المنهج الوصفي التحليلي مناسباً لدراسة أثر جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات، كونه يجمع بين وصف الواقع الفعلي لتجربة المريض في مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض وتحليل العلاقات السببية بين المتغير المستقل والمتغيرات التابعة واختبار الفروض الإحصائية المصاغة.

وسيتّم تطبيق هذا المنهج من خلال تصميم استبانة إلكترونية محكمة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، إلى جانب الاعتماد على المصادر الثانوية من الكتب والدوريات العلمية والرسائل الجامعية وقواعد البيانات العربية والأجنبية لبناء الإطار النظري وتأسيس المفاهيم. وسيُتاح للباحث من خلال هذا المنهج استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات المجمعة واختبار فروض الدراسة والوصول إلى نتائج قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة بدرجة ثقة علمية مقبولة.

11.1 مجتمع وعينة الدراسة

سيكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، سواء المراكز التابعة للقطاع الحكومي أو القطاع الخاص، والذين يتلقون جلسات علاج طبيعي منتظمة بواقع جلستين على الأقل أسبوعياً ولديهم خطة علاجية مستمرة لا تقل مدتها عن أربعة أسابيع. ووفقاً لإحصاءات وزارة الصحة والهيئة العامة للإحصاء، يبلغ عدد مراكز العلاج الطبيعي المرخصة في مدينة الرياض ما يزيد عن (150) مركزاً بين حكومي وخاص، ويُقدّر عدد المراجعين النشطين الذين يتلقون جلسات علاج طبيعي منتظمة بعشرات الآلاف سنوياً، مما يجعل مجتمع الدراسة كبيراً نسبياً ومتنوعاً ديموغرافياً.

ونظراً لصعوبة الحصر الشامل لجميع أفراد مجتمع الدراسة، ستعتمد الدراسة على أسلوب العينة العشوائية الطبقيّة متعددة المراحل، حيث سيتم في المرحلة الأولى تصنيف مراكز العلاج الطبيعي إلى طبقتين (مراكز حكومية ومراكز خاصة)، ثم في المرحلة الثانية اختيار عينة عشوائية من المراكز في كل طبقة، وفي المرحلة الثالثة اختيار عينة عشوائية بسيطة من المرضى المراجعين لتلك المراكز. وسيتم تحديد حجم العينة وفقاً لمعادلة ستيفن ثامبسون (Steven Thompson) بحيث لا يقل حجم العينة المستهدف عن (384) مفردة عند مستوى ثقة (95%) وهامش خطأ (5%)، مع استهداف توزيع (450) استبانة لتعويض الاستبانات غير المكتملة أو غير الصالحة للتحليل، وبما يضمن تمثيلاً متوازناً بين القطاعين الحكومي والخاص وبين الجنسين وفئات الإصابة المختلفة.

12.1 مصادر جمع البيانات

- أولاً: المصادر الثانوية: ستعتمد الدراسة في بناء الإطار النظري واستعراض الدراسات السابقة على المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والمراجع العلمية المتخصصة في إدارة الخدمات الصحية وتجربة المريض والالتزام العلاجي، والدوريات والمجلات العلمية المحكمة العربية والأجنبية، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير والإحصاءات الصادرة عن وزارة الصحة السعودية والهيئة العامة للإحصاء، إضافة إلى قواعد البيانات الإلكترونية مثل دار المنظومة و PubMed و Scopus و Web of Science.
- ثانياً: المصادر الأولية: ستعتمد الدراسة في جمع البيانات الأولية على الاستبانة الإلكترونية المصممة خصيصاً لأغراض هذه الدراسة، والتي سيتم توزيعها على أفراد عينة الدراسة من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض عبر منصة إلكترونية، وذلك بعد عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين للتحقق من صدقها الظاهري وصدق المحتوى.

13.1 أداة الدراسة

ستعتمد الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وسيتم تصميمها وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، وستكون الاستبانة من الأقسام التالية:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية، ويتضمن بيانات عن (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، نوع الإصابة، مدة تلقي العلاج الطبيعي).

القسم الثاني: المتغير المستقل – جودة تجربة المريض، ويتكون من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، وذلك على النحو التالي:

- البُعد الأول: جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، ويتضمن (4) فقرات تقيس مستوى التواصل الفعال والإنصات والتوضيح والتعاطف من قبل أخصائيي العلاج الطبيعي والكوادر المساندة.
- البُعد الثاني: كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ويتضمن (4) فقرات تقيس سهولة حجز المواعيد وتنظيم الجلسات وقصر وقت الانتظار ووضوح الإجراءات الإدارية.
- البُعد الثالث: ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات، ويتضمن (4) فقرات تقيس نظافة المركز وحدثة الأجهزة والتجهيزات وراحة بيئة العلاج وتوفر الخصوصية.
- البُعد الرابع: المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي، ويتضمن (4) فقرات تقيس مدى إشراك المريض في وضع الخطة العلاجية وتوضيح الخيارات المتاحة واحترام تفضيلاته والاستجابة لملاحظاته.

القسم الثالث: المتغير التابع الأول – الالتزام بالخطة العلاجية، ويتكون من (10) فقرات تقيس مدى التزام المريض بتنفيذ التمارين الموصوفة والتعليمات المنزلية واتباع الإرشادات الطبية والتقيّد بالمحاذير والمحافظة على نمط الحياة الصحي وفقاً لتوصيات المعالج.

القسم الرابع: المتغير التابع الثاني – المواظبة على الجلسات، ويتكون من (10) فقرات تقيس مدى انتظام المريض في حضور الجلسات المجدولة والالتزام بالمواعيد المحددة وعدم الغياب أو التأخر أو الانقطاع عن الجلسات وإكمال البرنامج العلاجي كاملاً. وبذلك يكون إجمالي عدد فقرات الاستبانة (36) فقرة بالإضافة إلى فقرات البيانات الديموغرافية.

14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وبرنامج (AMOS) أو (Smart PLS) عند الحاجة لنمذجة المعادلات البنائية، وذلك وفقاً للأساليب الإحصائية التالية:

- أساليب الإحصاء الوصفي: التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على محاور الاستبانة وترتيب الفقرات والأبعاد وفقاً لأهميتها النسبية.
- اختبارات الصدق والثبات: معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لقياس ثبات أداة الدراسة ومحاورها الفرعية، ومعاملات الارتباط لقياس صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات وأبعادها ومحاورها، والتحليل العاملي التأكيد (CFA) للتحقق من صدق البناء.
- اختبار التوزيع الطبيعي: اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات وتحديد مدى ملاءمة استخدام الاختبارات المعلمية.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation): لقياس العلاقة الارتباطية بين جودة تجربة المريض بأبعادها والالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات.
- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis): لقياس أثر أبعاد جودة تجربة المريض مجتمعة ومنفردة على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات واختبار فروض الدراسة الرئيسية والفرعية.
- اختبار (T-Test) للعينات المستقلة: للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس.

15.1 حدود الدراسة

- الحدود الموضوعية: ستقتصر الدراسة على دراسة أثر جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على متغيرين تابعين هما الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات.
- الحدود المكانية: ستطبق الدراسة على مراكز العلاج الطبيعي (الحكومية والخاصة) بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.
- الحدود البشرية: ستقتصر الدراسة على المرضى المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض والذين يتلقون جلسات علاج طبيعي منتظمة ولديهم خطة علاجية مستمرة لا تقل مدتها عن أربعة أسابيع.

- الحدود الزمانية :سيتم جمع بيانات الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 1447/1448هـ الموافق 2026/2025م

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: جودة تجربة المريض (المتغير المستقل)

1.1.2 تمهيد

شهد قطاع الرعاية الصحية خلال العقدين الأخيرين تحولاً جوهرياً في فلسفة تقديم الخدمة، إذ انتقل مركز الاهتمام من التركيز الحصري على الجوانب السريرية والمخرجات الإكلينيكية إلى تبني منظور أوسع يضع المريض في قلب المنظومة العلاجية بوصفه شريكاً فاعلاً لا متلقياً سلبياً. وقد فرض هذا التحول على مؤسسات الرعاية الصحية إعادة هندسة عملياتها وممارساتها الإدارية والتنظيمية، بحيث تستوعب التوقعات المتنامية للمرضى وذويهم في ما يتعلق بجودة التفاعل الإنساني، وكفاءة الإجراءات، وملاءمة البيئة العلاجية، ومستوى المشاركة في القرار العلاجي. ولم يعد يُنظر إلى تجربة المريض بوصفها نتاجاً عرضياً للخدمة الطبية، بل غدت متغيراً إدارياً مستقلاً قابلاً للقياس والتحسين والإدارة المنهجية، تتقاطع فيه مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، وإدارة العلاقات مع العملاء، والتسويق الخدمي، والسلوك التنظيمي.

ويكتسب هذا التحول أهمية مضاعفة في سياق مراكز العلاج الطبيعي، حيث يمتد التفاعل بين المريض ومقدم الخدمة على مدى أسابيع أو أشهر من الجلسات المتتابة، مما يجعل جودة التجربة عاملاً حاسماً في استمرارية المريض في برنامجه العلاجي. فالعلاج الطبيعي بطبيعته الممتدة، وما يستلزمه من جهد بدني ونفسي من المريض، وما يتطلبه من تعاون مستمر بين المعالج والمراجع، يجعل من تجربة المريض ركيزة لا غنى عنها لتحقيق المخرجات العلاجية المرجوة. وقد أفرز هذا الإدراك المتنامي حقلاً بحثياً ثرياً يسعى إلى تفكيك أبعاد تجربة المريض، وتحديد محدداتها، ورصد آثارها على السلوكيات الصحية للمراجعين، ضمن إطار إداري يستند إلى المداخل الحديثة في إدارة الخدمات الصحية (آل سيف، 2026).

ويتناول هذا المبحث المتغير المستقل للدراسة، وهو جودة تجربة المريض، من خلال استعراض مفهومه وتطوره الفكري، وإبراز أهميته الإدارية والتنظيمية، وتحديد الأهداف التي تسعى إدارته إلى تحقيقها، وعرض المداخل النظرية المفسرة له، ثم تفصيل أبعاده الأربعة المعتمدة في الدراسة الحالية، مع الإشارة إلى المعالجات البحثية السابقة التي تناولت هذا المتغير دون الخوض في نتائجها.

2.1.2 مفهوم جودة تجربة المريض

تتعدد التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم جودة تجربة المريض، وتتباين زواياها بحسب الخلفية المعرفية والإطار التحليلي الذي ينطلق منه كل باحث، غير أنها تلتقي جميعاً عند جوهر مشترك يتمثل في كون التجربة محصلة تراكمية للتفاعلات التي يخوضها المريض مع المنظومة الصحية عبر مراحل رحلته العلاجية. فقد قدّم آل سيف (2026) تعريفاً يربط بين إدارة تجربة المريض وجودة الخدمة، إذ يرى أن جودة تجربة المريض تمثل الانطباع الكلي الذي يتشكل لدى المراجع نتيجة تفاعله مع مختلف عناصر الخدمة الصحية، بدءاً من اللحظات الأولى للتعامل مع المنشأة وانتهاءً بمتابعة ما بعد العلاج، وتتجسد في مدى تلبية المنشأة لتوقعاته وحاجاته الجسدية والنفسية والاجتماعية.

وفي السياق ذاته، يُقدّم السنان (2026) مقارنة تنطلق من المنظور الإداري التقييمي، حيث يعرف جودة تجربة المريض بوصفها منظومة متكاملة من الممارسات الإدارية التي تستهدف رصد إدراكات المريض وتقييماته للخدمة المقدمة، وتحويل هذه الإدراكات إلى مداخلات تطويرية تنعكس على جودة الأداء التمريضي والعلاجي. ويتسم هذا التعريف بطابعه الإجرائي، إذ يجعل من التجربة كياناً قابلاً للقياس والإدارة لا مجرد شعور ذاتي عابر.

ومن زاوية تكاملية، يطرح محمود وآخرون (2024) تصوراً يربط بين تجربة المريض ونظام الإدارة الصحية، حيث يُنظر إلى الجودة على أنها محصلة تفاعل المريض مع المكونات الهيكلية والإجرائية للمنشأة الصحية، بما يشمل الكوادر البشرية والتجهيزات المادية والأنظمة الإدارية والمعلوماتية. ويتميز هذا التعريف بإبرازه للطابع النظامي للتجربة، باعتبارها لا تتبثق من عنصر منفرد بل من تضافر مكونات متعددة داخل المنشأة.

وعلى الصعيد الأجنبي، يقدم Adams et al (2025) تعريفاً يستند إلى ما يُعرف بالركائز الثلاث لتجربة المريض، إذ ينظرون إليها بوصفها بناءً متعدد الأبعاد يتشكل من المحركات الجوهرية للجودة في الرعاية الصحية، ويعكس مدى استجابة المنظومة لاحتياجات المريض الإنسانية والمعلوماتية والإجرائية في آن واحد. ويُضيف Wilson and Hutchison (2025) بعداً نوعياً للمفهوم حين يربطه بمدخل الرعاية المتمحورة حول الشخص، فيُعرف جودة التجربة بوصفها انعكاساً لمدى تبني المنشأة لفلسفة تضع المريض في مركز عملية الرعاية، وتعامله بوصفه كياناً إنسانياً متكاملاً لا حالة مرضية معزولة.

ومن منظور تواصلية، يُسهم Sirera et al (2024) في إثراء المفهوم حين يربطون جودة التجربة بفاعلية التواصل المتمحور حول المريض، معتبرين أن جوهر التجربة يكمن في نوعية الحوار الذي يدور بين المريض ومقدم الخدمة، وما يخلقه هذا الحوار من شعور بالفهم والاحترام والشاركة. أما Navarro et al (2021) فيقدمون

تعريفًا تحليليًا يُوضع تجربة المريض ضمن منظومة مخرجات الرعاية، إذ يرون أنها تمثل البُعد الإدراكي للجودة الذي يكمل الأبعاد السريرية، ويُسهم في تشكيل صورة شاملة عن أداء المنظومة الصحية.

وباستقراء هذه التعريفات يتضح أن ثمة ثلاث مدارس فكرية في تناول المفهوم؛ مدرسة إدراكية تنطلق من ذاتية المريض وانطباعاته، ومدرسة إجرائية تركز على الممارسات الإدارية لرصد التجربة وإدارتها، ومدرسة نظامية تنظر إلى التجربة بوصفها محصلة تفاعل مكونات المنشأة. ويرى الباحث أن جودة تجربة المريض في سياق مراكز العلاج الطبيعي يمكن تعريفها إجرائياً بأنها: المحصلة الإدراكية المتراكمة التي تتشكل لدى مراجع مركز العلاج الطبيعي نتيجة تفاعله مع منظومة الخدمة عبر جلساته المتتابعة، وتتجلى في تقييمه لجودة التواصل مع المعالجين والكوادر المساندة، وكفاءة الإجراءات الإدارية المنظّمة لمساره العلاجي، وملاءمة البيئة المادية والتجهيزات المستخدمة، ومدى إشراكه الفعلي في صياغة خطته العلاجية واتخاذ القرارات المتعلقة بها. ويتميز هذا التعريف بكونه يستوعب الخصوصية الزمنية الممتدة للعلاج الطبيعي، ويُقرن البُعد الإدراكي بالعناصر القابلة للقياس والإدارة.

3.1.2 أهمية جودة تجربة المريض

تستمد جودة تجربة المريض أهميتها من كونها تقع عند نقطة التقاطع بين الأهداف الإدارية للمنشأة الصحية والأهداف العلاجية للمريض، فهي ليست مجرد مؤشر تسويقي يُعنى بانطباعات المراجعين، بل ركيزة استراتيجية تتشابك مع منظومة الجودة وكفاءة الأداء واستدامة العلاقة مع المستفيدين. وقد تنامي الاهتمام بها في ظل تصاعد المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية، وارتفاع سقف توقعات المرضى، وتزايد إدراك الإدارات الصحية بأن المخرجات السريرية لا يمكن أن تنفصل عن نوعية التجربة التي يخوضها المريض داخل المنشأة.

ويشير الغامدي وطيبة (2023) إلى أن أهمية إدارة تجربة المريض تتجلى في عدة محاور؛ أولها أنها تمثل أداة محورية لتقييم أداء المنشآت الصحية من منظور المستفيد النهائي، مما يوفر للقيادات الإدارية مؤشرات حقيقية حول مدى نجاح سياساتها التشغيلية. وثانيها أنها تسهم في توجيه الموارد البشرية والمادية نحو الجوانب الأكثر تأثيراً في رضا المريض، وبالتالي ترفع من كفاءة استخدام هذه الموارد. وثالثها أنها تُعزز ثقافة المسؤولية لدى مقدمي الخدمة، إذ يصبح أداؤهم خاضعاً لتقييم مستمر من قبل المستفيدين أنفسهم. ورابعها أنها تُسهم في بناء سمعة المنشأة وترسيخ صورتها الذهنية في بيئة تنافسية متنامية.

ويرى محمود وآخرون (2024) أن أهمية جودة تجربة المريض تكتسب بعداً نظامياً حين يُنظر إليها بوصفها مكوناً جوهرياً في نظام الإدارة الصحية الحديث، فهي تتيح للمنشأة الصحية أن تستثمر تغذية راجعة منهجية من المراجعين لتطوير أقسامها وخدماتها، وتوفر مدخلات حيوية لعمليات التحسين المستمر، وتسهم في الكشف المبكر عن الفجوات التشغيلية قبل أن تتحول إلى أزمات تنظيمية. كما تُمكن المنشأة من بناء قاعدة بيانات تجريبية حول رحلة المريض، يمكن توظيفها في تصميم برامج تطوير قائمة على الأدلة.

ويُضيف السنان (2026) بُعداً آخر للأهمية حين يبرز دور جودة تجربة المريض في رفع مستوى الأداء التمريضي والعلاجي، إذ إن قياس التجربة وإدارتها يخلق حالة من الوعي المهني لدى الكوادر الصحية بأهمية كل تفاعل يقومون به مع المريض، ويحوّل الممارسات العلاجية من كونها إجراءات تقنية إلى أفعال إنسانية مدركة لقيمتها في المسار العلاجي. ومن جانبه يرى آل سيف (2026) أن أهمية تجربة المريض تتمدد لتشمل تحقيق جودة الخدمة بمفهومها الشامل، إذ تُمثل التجربة الجسر الرابط بين الجودة الفنية للعلاج والجودة الوظيفية للتقديم، فلا يكتمل أحدهما دون الآخر.

ومن منظور أجنبي، يطرح Adams et al (2025) أن أهمية تجربة المريض تتمحور حول كونها كاشفاً للمحركات الجوهرية لجودة الرعاية، فهي تُتيح للقيادات الصحية تحديد المرتكزات التي ينبغي الاستثمار فيها لتحسين المنظومة برمتها. ويُسهّم Navarro et al (2021) في تعميق هذا الفهم حين يُبرزون الترابط بين تحسين تجربة المريض وبين تحقيق الجودة الإكلينيكية ومخرجات الرعاية، مما يجعل من الاستثمار في التجربة استثماراً مزدوجاً العائد على الصعيدين الإداري والسريري.

ويُضيف Wilson and Hutchison (2025) بُعداً نوعياً للأهمية حين يربطون جودة التجربة بإمكانية الانتقال نحو نموذج الرعاية المتمحورة حول الشخص، فهي بمثابة المؤشر الكاشف عن مدى نجاح المنشأة في تجسيد هذا النموذج فعلياً لا شعارياً. ويرى Sirera et al (2024) أن الأهمية تتعاظم في حالات الأمراض المزمنة والممتدة، حيث يصبح المريض شريكاً طويلاً للأمد للمنشأة، مما يجعل من جودة التجربة عاملاً حاسماً في استدامة هذه الشراكة وفعاليتها. ويُبرز Haley (2025) أن إدارة تجربة المريض تكتسب أهمية متزايدة في سياقات المتابعة العلاجية، إذ إنها تشكّل البنية التحتية الإدراكية التي تُؤطر سلوك المريض تجاه التزاماته العلاجية اللاحقة.

ويرى الباحث أن أهمية جودة تجربة المريض في سياق مراكز العلاج الطبيعي تكتسب خصوصية مضاعفة؛ فبخلاف الزيارات العلاجية القصيرة، تتطلب رحلة العلاج الطبيعي تفاعلاً متكرراً وممتداً، مما يجعل أي خلل في

عناصر التجربة سبباً مباشراً في تآكل الدافعية لدى المريض، ويُعرّض البرنامج العلاجي لخطر الانقطاع أو التراخي في التنفيذ.

4.1.2 أهداف إدارة جودة تجربة المريض

تتعدد الأهداف التي تسعى إدارة جودة تجربة المريض إلى تحقيقها داخل المنشآت الصحية، وقد تناول الباحثون هذه الأهداف من زوايا متعددة تعكس تنوع المداخل المعرفية في الحقل. فقد حدد آل سيف (2026) جملة من الأهداف الجوهرية لإدارة تجربة المريض، يمكن إجمالها في الآتي: تحقيق الجودة الشاملة للخدمة الصحية عبر إدماج صوت المريض في دورة التحسين المستمر، وترسيخ ثقافة التمركز حول المريض في الممارسات اليومية للكوادر، وبناء علاقة طويلة الأمد قائمة على الثقة بين المنشأة ومراجعها، وتمكين الإدارة العليا من اتخاذ قرارات استراتيجية مستندة إلى بيانات إدراكية حقيقية من المستفيدين.

يُحدد الغامدي وطيبة (2023) الأهداف من زاوية القيادة الإدارية، فيرى أنها تشمل: توجيه الكوادر الإدارية والصحية نحو فهم موحد لمتطلبات التجربة المثلى، وتطوير منظومة تقييم أداء تربط بين الإنتاجية وجودة التفاعل مع المريض، وإيجاد آليات للتغذية الراجعة تُتيح رصد التحولات في توقعات المراجعين والاستجابة لها بمرونة، فضلاً عن ترسيخ قيم الشفافية والمساءلة في تقديم الخدمة.

وعلى صعيد آخر، يُحدد السنان (2026) أهداف تقييم وإدارة تجربة المريض بكونها تتمحور حول: قياس الفجوة بين الأداء الفعلي والأداء المتوقع من منظور المريض، وتوفير قاعدة معرفية تستند إليها برامج التطوير المهني للكوادر، وتحقيق التكامل بين الجوانب الفنية والإنسانية في تقديم الخدمة، ودعم عمليات اتخاذ القرار الإداري بمؤشرات نوعية تُكمل المؤشرات الكمية التقليدية.

ويذهب محمود وآخرون (2024) إلى تحديد أهداف ذات طابع تنظيمي ونظامي، تشمل: تحسين كفاءة أقسام تجربة المريض داخل المنشأة الصحية، وتطوير الهياكل التنظيمية بما يخدم الاستجابة لاحتياجات المراجعين، وبناء أنظمة معلوماتية تدعم تتبع رحلة المريض، وتحقيق التكامل بين الأقسام المختلفة لضمان تجربة متسقة عبر مراحل الرعاية.

ومن المنظور الأجنبي، يرى Adams et al (2025) أن أهداف إدارة تجربة المريض تتمحور حول تحديد المحركات الرئيسية للجودة وترتيب أولويات التدخل الإداري بناءً عليها، بينما يربط Wilson and Hutchison (2025) الأهداف بترسيخ مدخل الرعاية المتمحورة حول الشخص، خاصة في عيادات الأمراض المزمنة. ويُحدد

المطيري ومحمود (2024) أهدافاً مرتبطة بالتحول الرقمي، تتجلى في توظيف التقنيات الحديثة لتحسين تجربة المريض، وتيسير وصوله إلى الخدمة، وتقليل الأعباء الإجرائية التي قد تُعكر صفو تجربته.

ويُمكن استخلاص أن الأهداف تتوزع على ثلاث طبقات متكاملة؛ طبقة استراتيجية تُعنى بترسيخ فلسفة التمركز حول المريض، وطبقة تشغيلية تُعنى بتحسين الإجراءات والممارسات، وطبقة تقييمية تُعنى بالقياس والمتابعة والتطوير المستمر. ويرى الباحث أن أهداف إدارة جودة تجربة المريض في مراكز العلاج الطبيعي ينبغي أن تتسع لتشمل هدفاً نوعياً إضافياً، يتمثل في توظيف التجربة بوصفها أداة لتعزيز الاستمرارية العلاجية، إذ إن طبيعة العلاج الطبيعي الممتدة تجعل من المواظبة والالتزام مخرجين سلوكيين يتأثران مباشرة بنوعية التجربة المُعاشة في كل جلسة.

5.1.2 أبعاد جودة تجربة المريض

تم تحديد أبعاد جودة تجربة المريض في الدراسة الحالية بناءً على المراجعة المعمقة لعدد من الدراسات والأطر النظرية، وفي مقدمتها دراسة آل سيف (2026) التي تناولت إدارة تجربة المريض في تحقيق جودة الخدمة، ودراسة Adams et al (2025) التي طرحت الركائز الجوهرية لتجربة المريض، ودراسة الغامدي وطيبة (2023) التي ربطت بين القيادة الإدارية وأداء إدارة تجربة المريض، إضافة إلى دراسة Wilson and Hutchison (2025) حول الرعاية المتمحورة حول الشخص، ودراسة Sirera et al (2024) حول التواصل المتمحور حول المريض. وقد أسفر هذا التأطير عن تحديد أربعة أبعاد جوهرية تُشكّل البنية المفاهيمية لجودة تجربة المريض في سياق مراكز العلاج الطبيعي، وهي على النحو التالي:

البُعد الأول: جودة التواصل مع مقدمي الخدمة

يُمثل التواصل العمود الفقري لتجربة المريض، إذ هو الوسيط الذي تتدفق عبره المعلومات والمشاعر والتوجيهات بين المعالج والمراجع. ويتجاوز التواصل الفعال مجرد نقل المعلومات إلى خلق فضاء إنساني يشعر فيه المريض بأنه مسموع ومفهوم ومحترم. ويتجلى هذا البُعد في مراكز العلاج الطبيعي من خلال قدرة المعالجين والكوادر المساندة على الإنصات الجاد لشكاوى المريض ومخاوفه، وتوضيح الإجراءات العلاجية بلغة مبسطة تتناسب مع مستوى المراجع المعرفي، وإبداء التعاطف مع معاناته الجسدية والنفسية، وإتاحة المساحة الكافية له لطرح تساؤلاته دون استعجال أو تجاهل (Sirera et al., 2024).

ويرتبط هذا البُعد بمدى توافر الكفاءات التواصلية لدى الفريق العلاجي، بما يشمل المهارات اللفظية وغير اللفظية، والقدرة على قراءة الإشارات السلوكية للمريض، وتعديل الأسلوب التواصلية بحسب طبيعة كل حالة. كما يمتد ليشمل الجوانب التعليمية للتواصل، حيث يتولى المعالج تثقيف المريض حول طبيعة حالته، والأهداف المرجوة من البرنامج العلاجي، والممارسات التي يُتوقع منه الالتزام بها خارج المركز. ويرى Wilson and Hutchison (2025) أن جودة التواصل تُمثل الجوهر العملي لمدخل الرعاية المتمحورة حول الشخص، إذ من خلالها يتحول المريض من متلقٍ سلبي إلى شريكٍ واعي في رحلته العلاجية.

البُعد الثاني: كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية

يُمثل هذا البُعد الإطار التشغيلي الذي تتحرك ضمنه تجربة المريض، فلا يكفي أن يحظى المريض بتواصل عالي الجودة إذا كانت الإجراءات الإدارية مُرهقة ومُعقدة. ويتجلى هذا البُعد في مراكز العلاج الطبيعي من خلال سهولة آليات حجز المواعيد، ووضوح نظام تنظيم الجلسات وتسلسلها، وتقليص أوقات الانتظار قبل الدخول إلى الجلسة، وشفافية الإجراءات المتعلقة بالملف الطبي والتقارير والمتابعة. ويعكس هذا البُعد كفاءة المنظومة الإدارية في المركز، وقدرتها على تحويل تعقيدات العمليات الداخلية إلى تجربة سلسلة ومريحة للمراجع (آل سيف، 2026).

ويستند هذا البُعد إلى مبادئ هندسة العمليات في إدارة الخدمات، إذ يُعد تبسيط الإجراءات وتقليص نقاط الاحتكاك بين المريض والنظام الإداري مدخلاً مهماً لتحسين التجربة. ويُسهّم محمود وآخرون (2024) في تعميق فهم هذا البُعد حين يطرحون أن كفاءة نظام الإدارة الصحية تنعكس مباشرة على جودة أقسام تجربة المريض، فالإجراءات الواضحة المنظمة تُخفف من الأعباء النفسية المرتبطة بالتعامل مع المؤسسات الصحية، وتُتيح للمريض التركيز على الجانب العلاجي. كما يطرح المطيري ومحمود (2024) أن التحول الرقمي يلعب دوراً محورياً في رفع كفاءة هذه الإجراءات، عبر أتمتة المواعيد، وتيسير الوصول إلى المعلومات، وتقليل الاعتماد على الإجراءات الورقية المُعطلة.

البُعد الثالث: ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات

يُشكّل المكون المادي للخدمة بُعداً حاسماً في تشكيل تجربة المريض، خاصة في مراكز العلاج الطبيعي التي يقضي فيها المراجع وقتاً مطولاً ويتعرض فيها لجلسات قد تستلزم استلقائه أو ممارسته لتمارين بدنية متنوعة. ويتجلى هذا البُعد من خلال مستوى نظافة المركز وترتيبه، وحداثة الأجهزة المستخدمة وكفاءتها، وراحة بيئة العلاج

من حيث الإضاءة والتهوية ودرجة الحرارة، وتوفر الخصوصية الكافية للمريض أثناء الجلسات، وملاءمة قاعات الانتظار والمرافق العامة.

ويُسهّم الغامدي وطيبة (2023) في إبراز أهمية هذا البُعد حين يطرحان أن البيئة المادية للمنشأة الصحية تُمثل عنصراً مرئياً ومحسوساً يتفاعل معه المريض بشكل مباشر، ويُكوّن بناءً عليه جزءاً كبيراً من انطباعه عن جودة الخدمة. ويُكمل Adams et al (2025) هذا الفهم حين يُدرجون البيئة العلاجية ضمن المحركات الجوهرية لتجربة المريض، إذ إنها لا تُمثل مجرد إطار خارجي للخدمة بل عنصراً فاعلاً في تشكيل الإحساس بالأمان والاطمئنان والثقة. ويكتسب هذا البُعد أهمية خاصة في العلاج الطبيعي، حيث ترتبط حداثّة التجهيزات بقدرة المركز على تقديم تدخلات علاجية متقدمة، وترتبط الخصوصية بشعور المريض بالراحة أثناء أداء تمارين قد تتضمن مكاشفة جسدية مع المعالج.

البُعد الرابع: المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي

يُمثل هذا البُعد التجلي الأرقى لتجربة المريض، إذ ينقل المريض من موقع المتلقي السلبي إلى موقع الشريك الفاعل في صياغة مساره العلاجي. ويتجسد هذا البُعد في مراكز العلاج الطبيعي من خلال إشراك المريض في وضع الخطة العلاجية، وعرض الخيارات العلاجية المتاحة عليه مع شرح مزايا كل منها وقيوده، واحترام تفضيلاته الشخصية في تحديد أولويات العلاج، والاستجابة لملاحظاته وتعديل الخطة بناءً عليها متى استدعى الأمر ذلك.

ويستند هذا البُعد إلى فلسفة الرعاية التشاركية التي طرحها Wilson and Hutchison (2025)، والتي تنطلق من أن المريض هو الأعراف بجسده وظروفه وقدراته، وأن إشراكه في القرار يُعزز من فاعلية العلاج وملاءمته لواقعه الحيّاتي. كما يرتبط هذا البُعد بمفهوم التمكين الذي يُبرز Sirera et al (2024) أهميته في حالات الأمراض الممتدة، إذ يُشعر المريض بأن له صوتاً مسموعاً وإرادة معتبرة في رحلته العلاجية، مما يُعزز التزامه ودفاعيته. ويرى الباحث أن هذا البُعد يكتسب أهمية مضاعفة في العلاج الطبيعي، حيث يتطلب نجاح البرنامج تنفيذ المريض لتمرين وممارسات في حياته اليومية خارج المركز، ولا يتأتى ذلك إلا إذا شعر بأنه مالك للخطة وليس مجرد منفذ لها.

6.1.2 المعالجات البحثية السابقة لجودة تجربة المريض

تناول عدد من الباحثين جودة تجربة المريض من زوايا متعددة تعكس ثراء الحقل البحثي. فقد عالج آل سيف (2026) المتغير من زاوية ربطه بجودة الخدمة في المستشفيات المركزية، مستنداً إلى إطار إدارة تجربة المريض

بوصفها منظومة متكاملة، ومستخدماً مؤشرات تتعلق بأبعاد الخدمة المُدركة، وتُفيد هذه الدراسة الحالية في تأصيل المفهوم وضبط أبعاده. وتناول الغامدي وطيبة (2023) المتغير من منظور القيادة الإدارية وأثرها على أداء إدارة تجربة المريض، ضمن إطار يربط بين الممارسات القيادية والمخرجات التنظيمية، ويُستفاد منها في تحديد العوامل التنظيمية المؤثرة في جودة التجربة.

وعالج محمود وآخرون (2024) جودة تجربة المريض من زاوية النظام الإداري الصحي، مستخدمين مؤشرات تتعلق بكفاءة أقسام تجربة المريض، وتسهم هذه المعالجة في إثراء البُعد المتعلق بكفاءة الإجراءات الإدارية. كما تناول المطيري ومحمود (2024) المتغير من زاوية التحول الرقمي وأثره في تحسين تجربة المريض، ضمن إطار يربط بين التقنية والخدمة الصحية، وتُفيد هذه الدراسة في فهم المحددات التقنية والإجرائية للتجربة.

ومن الناحية الأجنبية، عالج Adams et al (2025) المتغير من خلال تحديد الركائز الجوهرية لتجربة المريض في الرعاية الصحية، ضمن إطار تحليلي يربط بين المحركات الرئيسية للجودة وتجربة المراجعين. وتناول Wilson and Hutchison (2025) جودة التجربة من زاوية كيفية في عيادات الأمراض المزمنة، مستندين إلى منهجية وصفية كيفية، ضمن إطار الرعاية المتمحورة حول الشخص. وعالج Navarro et al (2021) المتغير عبر مراجعة منهجية تربط تجربة المريض بالمخرجات السريرية ومخرجات الجودة، ضمن إطار شامل. وتناول Sirera et al (2024) جودة التجربة من زاوية أثر التواصل المتمحور حول المريض على رضا المرضى في حالات الأمراض المزمنة، ضمن سياق إفريقي. ويُسهّم Haley (2025) في معالجة جودة التجربة من خلال دراسة حالة تتعلق بمبادرات تجربة المريض وأثرها على المتابعة العلاجية. وتُشكّل هذه المعالجات مجتمعة قاعدة معرفية ثرية تُفيد الدراسة الحالية في تأطير المتغير، وضبط أبعاده، وصياغة مؤشرات القياسية، مع الإشارة إلى أن الدراسة الحالية تنفرد بسياقها التطبيقي في مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، وبربطها بين جودة التجربة ومتغيرين سلوكيين تابعين يتمثلان في الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات.

المبحث الثاني: الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات

1.2.2 تمهيد

يُمثل سلوك المريض تجاه برنامجه العلاجي حلقة الوصل الحاسمة بين التدخل الطبي المُخطط له والمخرجات الصحية المرجوة، إذ لا قيمة لخطة علاجية مهما بلغت دقتها العلمية إذا لم يقترن وضعها بتنفيذ منتظم من قبل المريض. وقد أدركت أدبيات إدارة الخدمات الصحية منذ وقت مبكر أن المخرجات السريرية تتحدد لا بجودة التشخيص والخطة فحسب، بل بمدى الترجمة الفعلية لهذه الخطة إلى ممارسات مستدامة في حياة المريض اليومية. ومن هنا برز اهتمام متنامٍ بمتغيرين سلوكيين متلازمين يُمثّلان وجهين لعملة واحدة: الالتزام بالخطة العلاجية، والمواظبة على الجلسات. ويتقاطع هذان المتغيران في كونهما يعكسان مدى التفاعل الإيجابي للمريض مع منظومة الرعاية، غير أن لكل منهما خصوصيته المفهومية والإجرائية.

ويكتسب هذان المتغيران أهمية مضاعفة في سياق مراكز العلاج الطبيعي، حيث تتسم البرامج العلاجية بطبيعتها الممتدة، وتعتمد بشكل جوهري على تكرار الجلسات وتراكم أثرها، فضلاً عن استلزامها لتنفيذ تمارين منزلية مكاملة والالتزام بنمط حياة معين خارج المركز. وبخلاف بعض التدخلات الطبية التي تكفي بزيارة أو زيارتين، يتطلب العلاج الطبيعي علاقة استمرارية بين المريض والمعالج، ويصبح الانقطاع أو التراخي عاملاً مباشراً في إفساد المسار العلاجي وإهدار الموارد المستثمرة فيه.

ويتناول هذا المبحث المتغيرين التابعين للدراسة من خلال استعراض مفاهيمهما والتمييز بينهما، وإبراز أهميتهما في منظومة الرعاية الصحية، وتحديد الأهداف المرتبطة بتعزيزهما، وعرض المداخل النظرية المفسرة لهما، وتفصيل المؤشرات والعناصر المكوّنة لهما، مع الإشارة إلى المعالجات البحثية السابقة دون الخوض في نتائجها.

2.2.2 مفهوم الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات

تتباين التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم الالتزام بالخطة العلاجية، وتعكس هذه التعريفات تنوع المداخل المعرفية التي تناولت المفهوم. فقد قدّم يوسف وآخرون (2023) تعريفاً يُوضع الالتزام في إطار سلوكي قابل للقياس، إذ يرون أن الالتزام بالعلاج يُمثل المدى الذي يتطابق فيه سلوك المريض الفعلي مع التوصيات المتفق عليها مع مقدم الخدمة الصحية، سواء في ما يتعلق بتناول الأدوية في مواعيدها المحددة، أو تنفيذ التعليمات

السلوكية والغذائية، أو الالتزام بالمحاذير الموصى بها. ويتسم هذا التعريف بطابعه الإجرائي الذي يُحوّل الالتزام إلى متغير قابل للرصد والقياس.

ومن زاوية نفسية، تُقدّم برهم (2026) تعريفاً يربط الالتزام بالعلاج بالأبعاد النفسية للمريض، حيث يُنظر إليه بوصفه سلوكاً واعياً نابعاً من إدراك المريض لطبيعة حالته وقناعته بجدوى الخطة المقترحة، ويتشكل من خلال تفاعل عوامل معرفية ووجدانية ودافعية. ويُكمل هذا المنظور ما طرحه العطوي (2022) من ربط الالتزام بالخطة العلاجية بالمعتقدات الصحية للمريض، إذ تُعرّفه بوصفه السلوك الذي يتأطر بالمنظومة الإدراكية للمريض حول مرضه وعلاجه، ويعكس مدى تبنيه للخطة وانخراطه الذاتي في تنفيذها.

ومن منظور أجنبي، يُقدّم Religioni et al (2025) تعريفاً تكاملياً للالتزام بالعلاج بوصفه عملية ديناميكية تمتد عبر مراحل الرحلة العلاجية، وتتجلى في مدى تنفيذ المريض للوصفة العلاجية ومتابعته للبرنامج المنقح عليه، مع التأكيد على أن الالتزام ليس حدثاً مفرداً بل سلوك متواصل يتطلب جهداً مستداماً. ويُسهّم Dacosta-Sánchez et al (2022) في تعميق المفهوم حين يُميّزون بين مكونين مترابطين هما البقاء في العلاج والالتزام العلاجي، فالأول يتعلق باستمرارية المريض في المنظومة، والثاني يتعلق بنوعية تنفيذه للتعليمات. وي طرح Sharif-Nia et al (2024) منظوراً موسعاً يربط الالتزام بمفاهيم جودة الحياة، فيُعرّفه بوصفه سلوكاً مدمجاً في النسيج الحياتي للمريض، يعكس تكيفه مع متطلبات العلاج وقدرته على دمجها في روتينه اليومي.

أما المواظبة على الجلسات فتُمثل بُعداً سلوكياً مستقلاً وإن كان متداخلاً مع الالتزام بالخطة العلاجية. ويُقدّم Pfund et al (2022) تعريفاً للمواظبة بوصفها مدى انتظام المريض في حضور الجلسات المجدولة دون انقطاع أو تأخر، ومدى إكماله للبرنامج العلاجي إلى نهايته. ويُعد هذا التعريف إجرائياً ودقيقاً، إذ يحصر المفهوم في مؤشرات سلوكية ظاهرة قابلة للرصد الموضوعي. ويُكمل Haley (2025) هذا المنظور حين يربط المواظبة بسلوك المتابعة العلاجية، فيُعرّفها بوصفها التعبير السلوكي عن التزام المريض بالخطة الإدارية والزمنية للعلاج.

وباستقراء هذه التعريفات يتضح وجود مدارس متعددة في تناول المفهومين؛ مدرسة سلوكية تركز على المؤشرات الظاهرة، ومدرسة نفسية تركز على العوامل الإدراكية والدافعية، ومدرسة تكاملية تجمع بين الأبعاد السلوكية والنفسية والاجتماعية. ويرى الباحث أن الالتزام بالخطة العلاجية في سياق مراكز العلاج الطبيعي يمكن تعريفه إجرائياً بأنه: المدى الذي يتطابق فيه السلوك الفعلي للمراجع مع التوصيات الموضوعية من قبل المعالج الطبيعي، بما يشمل تنفيذ التمارين الموصوفة، واتباع التعليمات المنزلية، والالتزام بالمحاذير، والمحافظة على نمط الحياة الصحي الموصى به، وذلك بصورة مستدامة طوال فترة البرنامج العلاجي. أما المواظبة على الجلسات فيمكن تعريفها إجرائياً

بأنها: مدى انتظام المراجع في حضور الجلسات العلاجية المجدولة في مراكز العلاج الطبيعي، والالتزام بمواعيدها المحددة، وتجنب الغياب أو التأخر أو الانقطاع، وإكمال البرنامج العلاجي إلى نهايته وفق الخطة المعتمدة. ويتميز التعريفان بتكاملهما، إذ يُغطي الأول البُعد التنفيذي للعلاج خارج المركز، ويُغطي الثاني البُعد الحضوري داخل المركز.

3.2.2 أهمية الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات

تنبثق أهمية هذين المتغيرين من كونهما يُمثّلان حلقة الوصل التي تترجم جهود المنظومة الصحية إلى مخرجات فعلية على أرض الواقع، فلا قيمة لجودة الخطط العلاجية ومهارة المعالجين وتجهيزات المراكز إذا لم يقتزن ذلك بسلوك تنفيذي متسق من المريض. وقد تنامي الاهتمام بهذين المتغيرين في الأدبيات الإدارية والصحية الحديثة، نظراً لما يُمثّلانه من تحدٍّ حقيقي يواجه مقدمي الخدمة الصحية، خاصة في حالات الأمراض المزمنة والبرامج العلاجية الممتدة كالعلاج الطبيعي.

ويُشير Religioni et al (2025) إلى أن أهمية الالتزام بالعلاج تتجلى في عدة محاور؛ أولها أنه يُمثّل المحدد الأساسي لتحقيق المخرجات السريرية المُستهدفة من التدخل العلاجي، فبدون الالتزام تفقد الخطة العلاجية فاعليتها بصرف النظر عن جودة تصميمها. وثانيها أنه يُسهم في ترشيد التكاليف الصحية وتجنب الإهدار الناتج عن تكرار التدخلات أو تطور الحالة المرضية بسبب التراخي في العلاج. وثالثها أنه ينعكس مباشرة على جودة حياة المريض من الناحيتين الجسدية والنفسية. ورابعها أنه يُمثّل مؤشراً نوعياً على فاعلية منظومة الرعاية وقدرتها على بناء علاقة منتجة مع المراجعين.

ويرى يوسف وآخرون (2023) أن أهمية الالتزام تتضاعف في سياق الأمراض المزمنة والحالات التي تستلزم متابعة طويلة الأمد، حيث يصبح الالتزام عاملاً حاسماً في منع المضاعفات وضبط المسار المرضي. ويُضيف Sharif-Nia et al (2024) بُعداً مهماً للأهمية حين يربط الالتزام بجودة الحياة، فهو ليس مجرد سلوك مرتبط بالعلاج بل مكون من مكونات النمط المعيشي العام، تتأثر به الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض.

ومن منظور نفسي، تُبرز برهم (2026) أن أهمية الالتزام تكتسب بُعداً وجدانياً يتعلق بشعور المريض بالكفاءة الذاتية والسيطرة على مساره الصحي، فالمريض الملزم يبني علاقة أكثر إيجابية مع مرضه ويتطور لديه إحساس بالتمكن. وتُكمل العطوي (2022) هذا المنظور حين تُبرز أن الالتزام يعكس تكاملاً بين المعتقدات الصحية والممارسات الفعلية، مما يجعله مؤشراً على نضج العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة.

أما أهمية المواظبة على الجلسات فتتجلى من زوايا متعددة. فيبرز Pfund et al (2022) أن المواظبة تُمثل المحدد التشغيلي لفاعلية البرامج العلاجية، إذ إن تراكم أثر الجلسات لا يتحقق إلا بحضور منتظم ومتواصل. ويرى Haley (2025) أن المواظبة على المتابعة العلاجية تنعكس على كفاءة المنظومة الصحية ككل، وتسهم في تحقيق العائد المُستهدف من الاستثمار في الخدمة الصحية. كما يُشير Dacosta-Sánchez et al (2022) إلى أن البقاء في العلاج والاستمرار فيه يُمثل شرطاً مسبقاً لتحقيق النجاح العلاجي، إذ إن انقطاع المريض عن البرنامج قبل اكتماله يُفقد التدخل قيمته.

ويرى الباحث أن أهمية هذين المتغيرين في مراكز العلاج الطبيعي تكتسب خصوصية مضاعفة لأسباب عدة؛ أولها أن العلاج الطبيعي يعتمد بشكل أساسي على التكرار والتراكم، فلا تنشأ النتائج المرجوة من جلسة واحدة بل من سلسلة متواصلة من الجلسات. وثانيها أن جزءاً جوهرياً من العلاج الطبيعي يتم خارج المركز عبر التمارين المنزلية، مما يجعل الالتزام بهذه التمارين شرطاً لازماً لنجاح التدخل. وثالثها أن انقطاع المريض في مرحلة من المراحل قد يُعرضه لانتكاسة تُلغي ما تحقق من تقدم. ورابعها أن المواظبة والالتزام يعكسان جودة الشراكة بين المريض والمعالج، ويُمثّلان دليلاً على نجاح المركز في بناء علاقة تفاعلية مستدامة مع مراجعيه.

4.2.2 أهداف تعزيز الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات

تتعدد الأهداف التي تسعى المنظومة الصحية إلى تحقيقها من خلال تعزيز الالتزام بالعلاج والمواظبة على الجلسات. ويُحدد Religioni et al (2025) جملة من الأهداف الجوهرية، يمكن إجمالها في الآتي: تحقيق المخرجات السريرية المستهدفة من التدخل العلاجي، وتقليص التكاليف المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بعدم الالتزام، وتحسين جودة حياة المريض على المستويات المختلفة، وبناء قاعدة من المرضى الملتزمين تُعزز سمعة المنشأة الصحية وفعاليتها.

ويُحدد يوسف وآخرون (2023) الأهداف من زاوية إدارة الأمراض المزمنة، فيرون أنها تشمل: ضبط المسار المرضي ومنع تفاقم الحالة، وتقليل الحاجة إلى التدخلات الطارئة، وبناء وعي صحي لدى المريض يُمكنه من إدارة حالته بفاعلية، وتعزيز الشراكة بين المريض ومقدمي الخدمة في إطار من المسؤولية المشتركة.

ومن المنظور النفسي، تُحدد برهم (2026) أهدافاً تتمحور حول: تعزيز الكفاءة الذاتية للمريض في إدارة حالته، وبناء قنوات إيجابية تجاه العلاج، وتطوير دافعية ذاتية للالتزام لا تعتمد على الضغط الخارجي، وتعزيز

الشعور بالسيطرة على المسار الصحي. وتسهم العطوي (2022) في إثراء هذه الأهداف حين تُبرز أهمية مواءمة المعتقدات الصحية للمريض مع متطلبات الخطة العلاجية، باعتبار ذلك مدخلاً لتعزيز الالتزام.

ومن زاوية أجنبية، يُحدد Sharif-Nia et al (2024) أهدافاً تتعلق بتحسين الأبعاد المختلفة لجودة الحياة، عبر تخفيف الأعراض المزعجة المرتبطة بعدم الالتزام، وتعزيز التكيف النفسي مع متطلبات العلاج. ويُحدد Dacosta-Sánchez et al (2022) أهدافاً مرتبطة بالاستمرارية العلاجية، تشمل: تقليل معدلات الانقطاع، وزيادة فرص إكمال البرنامج، وبناء آليات لاستعادة المرضى المنقطعين. وي طرح Pfund et al (2022) أهدافاً ترتبط بتعزيز المواظبة عبر آليات إدارة سلوكية منهجية، تستهدف بناء سلوك حضور منظم ومستدام. ويرى Haley (2025) أن أهداف تعزيز المواظبة تتمحور حول بناء ثقافة المتابعة لدى المرضى، وتطوير مبادرات تجربة المريض التي تُحفز سلوك الالتزام.

ويمكن استخلاص أن أهداف تعزيز هذين المتغيرين تتوزع على ثلاث طبقات متكاملة؛ طبقة فردية تتعلق بالمريض ووعيه ودافعيته، وطبقة علائقية تتعلق بنوعية العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة، وطبقة نظامية تتعلق بكفاءة المنظومة في دعم سلوك الالتزام والمواظبة. ويرى الباحث أن أهداف تعزيز هذين المتغيرين في مراكز العلاج الطبيعي ينبغي أن تتسع لتشمل هدفاً نوعياً إضافياً، يتمثل في توظيف جودة تجربة المريض بوصفها رافعة استراتيجية لتعزيز الالتزام والمواظبة، إذ إن التجربة الإيجابية تُمثل المحرك الأقوى لاستمرارية المريض في البرنامج العلاجي وتنفيذ متطلباته.

5.2.2 المداخل النظرية المفسرة للالتزام والمواظبة

تتعدد المداخل النظرية التي حاولت تفسير سلوك الالتزام بالعلاج والمواظبة على الجلسات، ويعكس هذا التعدد ثراء الحقل البحثي وتشعب العوامل المؤثرة في هذا السلوك. ويبرز في هذا الإطار مدخل المعتقدات الصحية الذي تتبناه العطوي (2022)، والذي ينطلق من فرضية أن سلوك المريض الصحي يتحدد بمنظومة المعتقدات التي يحملها حول مرضه وعلاجه، بما يشمل إدراكه لخطورة المرض، وإدراكه لقابليته للإصابة بمضاعفاته، وإدراكه لمنافع العلاج وعواقبه. ويُتيح هذا المدخل فهماً معرفياً لسلوك الالتزام، ويُبرز أهمية العمل على المنظومة الإدراكية للمريض كمدخل لتعزيز التزامه.

ويُمثل المدخل النفسي الذي تطرحه برهم (2026) إطاراً تكملياً، إذ يربط بين الوعي النفسي للمريض وقدرته على الالتزام بالعلاج، ويُبرز دور العوامل الانفعالية والدافعية والمعرفية في تشكيل السلوك الصحي. ويُتيح هذا

المدخل فهماً عميقاً للأبعاد الذاتية للالتزام، ويُمكن المنظومة الصحية من تصميم تدخلات تستهدف الجوانب النفسية للمريض.

ويُسهّم المدخل التكاملي الذي يطرحه Religioni et al (2025) في تقديم رؤية شاملة، إذ يربط الالتزام بمنظومة من العوامل المتداخلة تشمل العوامل المتعلقة بالمريض، والعوامل المتعلقة بالعلاج، والعوامل المتعلقة بمقدم الخدمة، والعوامل المتعلقة بالنظام الصحي، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية. ويُتيح هذا المدخل قراءة متعددة الأبعاد للسلوك العلاجي، ويُمكن من تصميم تدخلات شاملة تستهدف مختلف المستويات.

ومن منظور سلوكي، يطرح Pfund et al (2022) مدخل الإدارة السلوكية للحضور والمواظبة، الذي يستند إلى مبادئ التعزيز السلوكي وبناء العادات. ويُتيح هذا المدخل تصميم تدخلات إجرائية لتعزيز المواظبة على الجلسات. ويكمل Dacosta-Sánchez et al (2022) الصورة بتقديم مدخل الاستمرارية العلاجية الذي يُميز بين البقاء في العلاج بوصفه شرطاً مسبقاً، والالتزام بوصفه مؤشراً نوعياً على جودة هذا البقاء.

ومن منظور تجربة المريض، يطرح Haley (2025) مدخلاً يربط بين مبادرات تجربة المريض وسلوك المتابعة العلاجية، ويُبرز كيف أن تحسين التجربة يُمثل رافعة فعّالة لتعزيز سلوك الالتزام والمواظبة. وتتقاطع هذه المداخل في إبراز أن سلوك الالتزام والمواظبة ليس سلوكاً عشوائياً، بل محصلة لتفاعل عوامل متعددة قابلة للفهم والتدخل والإدارة.

6.2.2 عناصر ومؤشرات الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات

تم تحديد المؤشرات والعناصر المكوّنة للمتغيرين التابعين في الدراسة الحالية بناءً على المراجعة المعمقة لعدد من الأطر النظرية، وفي مقدمتها دراسة يوسف وآخرون (2023) التي تناولت مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي، ودراسة Religioni et al (2025) التي طرحت إطاراً شاملاً للالتزام بالعلاج، ودراسة Pfund et al (2022) التي تناولت إدارة المواظبة العلاجية، إضافة إلى دراسة برهم (2026) حول الوعي النفسي والالتزام بالعلاج، ودراسة العطوي (2022) حول المعتقدات الصحية والالتزام، ودراسة Sharif-Nia et al (2024) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة. وقد أسفر هذا التأطير عن تحديد عناصر ومؤشرات تُشكّل البنية المفهومية للمتغيرين في سياق مراكز العلاج الطبيعي، وذلك على النحو التالي:

أولاً: عناصر الالتزام بالخطة العلاجية

يتكوّن الالتزام بالخطّة العلاجية من عناصر متكاملة تعكس استجابة المريض الشاملة لتوصيات المعالج. ويتمثل العنصر الأول في الالتزام بتنفيذ التمارين الموصوفة، وهو الجوهر التشغيلي للعلاج الطبيعي، إذ تُعدّ التمارين العنصر العلاجي الأساسي الذي يُحقّق الأهداف الوظيفية للبرنامج. ويتجلى هذا العنصر في مدى مواظبة المريض على أداء التمارين بالعدد والشدة والتكرار الموصى به، وقدرته على الحفاظ على ديمومتها خارج المركز (يوسف وآخرون، 2023).

ويتمثل العنصر الثاني في الالتزام بالتعليمات المنزلية المرتبطة بالعلاج، والتي تتجاوز التمارين لتشمل ممارسات وضعية الجلوس والنوم، واستخدام الأدوات المساعدة، وتجنب الحركات الضارة. ويُمثل هذا العنصر امتداداً للعلاج خارج بيئة المركز، ويعكس مدى دمج المريض لتوصيات المعالج في روتينه اليومي. ويرتبط هذا العنصر بمفهوم الوعي النفسي الذي تطرحه برهم (2026)، إذ إن تنفيذ التعليمات المنزلية يستلزم وعياً مستداماً وقناعة داخلية بأهميتها.

ويتمثل العنصر الثالث في اتباع الإرشادات الطبية المُكمّلة للبرنامج العلاجي، بما يشمل التوصيات المتعلقة بالأدوية المُساندة، أو الإحالات لتخصصات أخرى، أو الفحوصات الدورية. ويعكس هذا العنصر النظرة الشمولية للعلاج، إذ لا يقتصر الالتزام على ما يتم داخل المركز بل يمتد ليشمل المنظومة الصحية المحيطة بالمريض (Religioni et al., 2025).

ويتمثل العنصر الرابع في التقيد بالمحاذير الموصى بها، وهي القيود السلوكية التي يُحددها المعالج لتجنب تفاقم الحالة أو حدوث انتكاسة. ويُمثل هذا العنصر اختباراً حقيقياً لانضباط المريض، إذ يتطلب منه ضبطاً ذاتياً لسلوكيات قد تكون اعتيادية لديه. ويرتبط هذا العنصر بمنظومة المعتقدات الصحية التي تطرحها العطوي (2022)، إذ إن إدراك المريض لخطورة تجاوز هذه المحاذير يُمثل المحرك الجوهري للالتزام بها.

ويتمثل العنصر الخامس في المحافظة على نمط الحياة الصحي وفقاً لتوصيات المعالج، بما يشمل العادات الغذائية، والنشاط البدني العام، وأنماط النوم، وإدارة التوتر. ويعكس هذا العنصر الأفق الأوسع للالتزام، إذ ينظر إلى الصحة بوصفها منظومة متكاملة لا يمكن فصل مكوناتها عن بعضها. ويُسهّم Sharif-Nia et al. (2024) في إبراز أهمية هذا العنصر حين يربط الالتزام بجودة الحياة الشاملة للمريض.

ثانياً: عناصر المواظبة على الجلسات

تتكوّن المواظبة على الجلسات من عناصر متكاملة تعكس سلوك المريض الحضورى وانتظامه فى البرنامج. ويتمثل العنصر الأول فى انتظام الحضور للجلسات المجدولة، وهو المؤشر الأساسى للمواظبة، ويعكس مدى التزام المريض بالخطة الزمنية الموضوعه للعلاج. ويسهم Haley (2025) فى إبراز أهمية هذا العنصر بوصفه المؤشر السلوكى الأبرز على نجاح مبادرات تجربة المريض فى تحفيز سلوك المتابعة.

ويتمثل العنصر الثانى فى الالتزام بالمواعيد المحددة، أى حضور الجلسة فى وقتها المتفق عليه دون تأخر يُربك تنظيم العمل فى المركز أو يُقلص الزمن العلاجى الفعلى. ويعكس هذا العنصر احتراماً متبادلاً بين المريض والمنظومة، ويتمثل مؤشراً على نضج العلاقة العلاجية. ويرتبط هذا العنصر بمدخل الإدارة السلوكية الذى يطرحه Pfund et al (2022)، إذ يتطلب بناء عادات حضور منضبطة.

ويتمثل العنصر الثالث فى تجنب الغياب غير المبرر عن الجلسات، وهو ما يعكس قدرة المريض على إعطاء الأولوية لبرنامج العلاجى ضمن ضغوط حياته اليومية. ويتمثل هذا العنصر اختباراً للالتزام فى مواجهة المشتتات والظروف الطارئة، ويرتبط بمستوى الدافعية الذاتية للمريض. ويتمثل العنصر الرابع فى تجنب الانقطاع عن البرنامج، وهو السلوك الأخطر الذى يُهدد المسار العلاجى برمته. ويسهم Dacosta-Sánchez et al (2022) فى إبراز أهمية هذا العنصر بوصفه مؤشراً على البقاء فى العلاج واستمرارية المريض فى المنظومة.

ويتمثل العنصر الخامس فى إكمال البرنامج العلاجى كاملاً وفق الخطة المعتمدة، وهو الهدف النهائى للمواظبة، ويعكس قدرة المريض على المتابعة حتى تحقيق الأهداف المرسومة دون انسحاب مبكر. ويتمثل هذا العنصر التتويج السلوكى لرحلة المريض فى المنظومة، ويُعد دليلاً على نجاح المركز فى بناء علاقة مستدامة مع مراجعيه.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية

1.3 تمهيد

يُمثِّل هذا الفصل الركيزة الإجرائية للدراسة، إذ يُعنى بعرض الأسس المنهجية والإجراءات الميدانية التي اعتمد عليها الباحث في جمع البيانات وتحليلها للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فروضها. وانطلاقاً من طبيعة الدراسة التي تستهدف الكشف عن أثر جودة تجربة المريض بأبعادها الأربعة (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على كلاً من الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، فقد حرص الباحث على اختيار المنهج الأكثر ملاءمة لطبيعة المشكلة وأهداف الدراسة، وعلى تحديد مجتمع الدراسة وعينيتها بدقة، وتصميم أداة قياس تتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة، ثم اختيار الأساليب الإحصائية القادرة على معالجة البيانات وتفسيرها بصورة علمية رصينة.

ويتناول هذا الفصل بالتفصيل المنهج المتبع في الدراسة، ومجتمع الدراسة وعينيتها مع توزيع الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل، ووصف أداة الدراسة ومحاورها وفقراتها، والتحقق من صدقها وثباتها من خلال صدق المحكمين والصدق البنائي ومعاملات الثبات، إضافة إلى مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغيرين التابعين، ثم استعراض الأساليب الإحصائية الموظفة في معالجة البيانات.

2.3 منهج الدراسة

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة وأهدافها، إذ يُعنى هذا المنهج بوصف الظاهرة المدروسة كما هي قائمة في الواقع، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقات بين متغيراتها، والوصول إلى تفسيرات علمية تُسهم في فهمها وتطويرها. ويتيح هذا المنهج للباحث رصد إدراكات مراجعي مراكز العلاج الطبيعي حول جودة تجربتهم، وتحليل أثر هذه الإدراكات على سلوكياتهم العلاجية المتمثلة في الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات.

وقد وظّف الباحث ضمن هذا المنهج أسلوبين متكاملين؛ الأول هو الأسلوب الوصفي الذي اعتمد عليه في تأطير الإطار النظري للدراسة من خلال الرجوع إلى الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة،

والثاني هو الأسلوب التحليلي الذي اعتمد عليه في معالجة البيانات الميدانية المُجمّعة من أفراد عينة الدراسة عبر الاستبانة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

3.3 مجتمع الدراسة وعينتها

1. مجتمع الدراسة

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع مراجعي مراكز العلاج الطبيعي في مدينة الرياض، سواء أكانت مراكز حكومية أم خاصة، ممن يخضعون لبرامج علاج طبيعي ممتدة تستلزم حضوراً متكرراً للجلسات وتنفيذاً لتعليمات علاجية منزلية. ونظراً لصعوبة الحصر الشامل لهذا المجتمع بسبب اتساعه وتوزعه الجغرافي وتعدد المنشآت المقدمة لخدمات العلاج الطبيعي في مدينة الرياض، فقد عُدّ المجتمع مجتمعاً غير محدد العدد بدقة (مجتمع لانهائي)، مما استدعى الاعتماد على أسلوب المعاينة لاختيار عينة ممثلة.

2. عينة الدراسة

اعتمد الباحث على أسلوب العينة الميسّرة (المتاحة) في اختيار مفردات الدراسة، نظراً لطبيعة المجتمع وصعوبة الوصول إلى إطار معاينة شامل، وذلك من خلال توزيع الاستبانة على المراجعين المتاحين خلال فترة جمع البيانات في عدد من مراكز العلاج الطبيعي في مدينة الرياض. وقد تم تحديد حجم العينة بالاعتماد على معادلة ستيفن ثامبسون للمجتمعات غير المحددة، عند مستوى ثقة 95% وحدود خطأ 5%، وأسفرت المعادلة عن حجم عينة لا يقل عن (384) مفردة.

وقد تم توزيع (450) استبانة لضمان الحصول على العدد الكافي بعد استبعاد الاستبانات غير الصالحة، استُرجع منها (412) استبانة، وبعد فحصها استُبعد (23) منها لعدم اكتمال الإجابات أو لوجود نمطية واضحة في الاستجابة، ليصبح العدد النهائي الصالح للتحليل (389) استبانة، بنسبة استرداد صالحة بلغت (86.44%) من إجمالي الاستبانات الموزعة، وهي نسبة مقبولة إحصائياً في الدراسات الميدانية. والجدول التالي يوضح توزيع الاستبانات:

4.3 أداة الدراسة

اعتمد الباحث على الاستبانة بوصفها الأداة الرئيسية لجمع البيانات الميدانية، نظراً لملاءمتها لطبيعة الدراسة وحجم العينة، ولقدرتها على رصد إدراكات المراجعين بصورة موضوعية وقابلة للقياس الكمي. وقد تم تصميم الاستبانة بالاعتماد على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة، ثم عُرضت على مجموعة من المحكمين المتخصصين قبل اعتمادها في صورتها النهائية.

بناء الاستبانة

تكوّنت الاستبانة في صورتها النهائية من أربعة أقسام رئيسية، وهي:

- القسم الأول: البيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، ويتضمن (النوع، العمر، المؤهل العلمي، مدة العلاج).
- القسم الثاني: المتغير المستقل (جودة تجربة المريض)، ويتكون من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد: جودة التواصل مع مقدمي الخدمة (4 فقرات)، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية (4 فقرات)، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات (4 فقرات)، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي (4 فقرات).
- القسم الثالث: المتغير التابع الأول (الالتزام بالخطة العلاجية)، ويتكون من (10) فقرات.
- القسم الرابع: المتغير التابع الثاني (المواظبة على الجلسات)، ويتكون من (10) فقرات.

وقد اعتمد مقياس ليكرت الخماسي للإجابة عن فقرات الاستبانة، وذلك على النحو الموضح في الجدول

التالي:

جدول (3 - 1): تدرج مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

وقد تم تحديد فئات المتوسط الحسابي للحكم على مستوى الموافقة وفقاً لطول الفئة ($0.80 = 5 \div 4$) كما

يوضحه الجدول التالي:

جدول (3 - 2): فئات المتوسط الحسابي ومستوى الموافقة

المتوسط الحسابي	مستوى الموافقة
من 1.00 إلى أقل من 1.80	منخفض جداً
من 1.80 إلى أقل من 2.60	منخفض
من 2.60 إلى أقل من 3.40	متوسط
من 3.40 إلى أقل من 4.20	مرتفع
من 4.20 إلى 5.00	مرتفع جداً

5.3 صدق أداة الدراسة وثباتها

1. الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

للتحقق من الصدق الظاهري للاستبانة، تم عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية في عدد من الجامعات السعودية، بلغ عددهم (9) محكمين، وذلك لإبداء آرائهم حول مدى وضوح الفقرات وسلامة صياغتها، ومدى انتماء كل فقرة للبُعد الذي تنتمي إليه، ومدى ملاءمتها لقياس ما وُضعت لقياسه. وفي ضوء ملاحظات المحكمين، تم تعديل صياغة بعض الفقرات، وحذف فقرتين تكرر معناهما، ودمج فقرة في أخرى، واعتمدت الفقرة في صورتها النهائية إذا حظيت بموافقة ما لا يقل عن (80%) من المحكمين.

2. صدق الاتساق الداخلي

بعد تطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكوّنة من (40) مفردة، تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه، وكذلك بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للمتغير الذي ينتمي إليه. والجدول التالي يوضح معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد جودة تجربة المريض:

جدول (3 - 3): معاملات ارتباط فقرات أبعاد جودة تجربة المريض بالدرجة الكلية للبعد

البعد	الفقرة	معامل الارتباط	الدالة
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	1	0.782	0.000
	2	0.815	0.000
	3	0.749	0.000
	4	0.803	0.000
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	1	0.768	0.000
	2	0.794	0.000
	3	0.821	0.000
	4	0.756	0.000
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	1	0.789	0.000
	2	0.762	0.000
	3	0.808	0.000
	4	0.774	0.000
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	1	0.831	0.000
	2	0.797	0.000
	3	0.785	0.000
	4	0.812	0.000

يتضح من الجدول أن جميع معاملات ارتباط فقرات أبعاد جودة تجربة المريض بالدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على تمتع الاستبانة باتساق داخلي مرتفع.

جدول (3 - 4): معاملات ارتباط فقرات المتغيرين التابعين بالدرجة الكلية للمتغير

المتغير	الفقرة	معامل الارتباط	الدالة	الفقرة	معامل الارتباط	الدالة
الالتزام بالخطة العلاجية	1	0.764	0.000	6	0.785	0.000
	2	0.798	0.000	7	0.752	0.000
	3	0.741	0.000	8	0.819	0.000

0.000	0.773	9	0.000	0.807	4	
0.000	0.791	10	0.000	0.826	5	
0.000	0.768	6	0.000	0.781	1	المواظبة على الجلسات
0.000	0.802	7	0.000	0.815	2	
0.000	0.756	8	0.000	0.749	3	
0.000	0.824	9	0.000	0.793	4	
0.000	0.787	10	0.000	0.762	5	

3. الصدق البنائي

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للاستبانة، وكذلك بين الدرجة الكلية لكل متغير تابع والدرجة الكلية له، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول (3 - 5): معاملات الصدق البنائي لأبعاد متغيرات الدراسة

المتغير/البعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	الدالة
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	0.847	0.000
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	0.829	0.000
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	0.836	0.000
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	0.852	0.000

يتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يؤكد تمتع الاستبانة بصدق بنائي مرتفع.

4. ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، ومعامل التجزئة النصفية لسبيرمان-براون، والجدول التالي يوضح نتائج الثبات:

جدول (3 - 6): معاملات ثبات أداة الدراسة

البُعد/المتغير	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	4	0.842	0.821
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	4	0.836	0.815
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	4	0.851	0.829
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	4	0.864	0.838
جودة تجربة المريض (إجمالي)	16	0.917	0.894
الالتزام بالخطة العلاجية	10	0.893	0.872
المواظبة على الجلسات	10	0.886	0.865
الاستبانة ككل	36	0.938	0.916

يتضح من الجدول أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وتتجاوز الحد الأدنى المقبول (0.70)، مما يدل على تمتع الاستبانة بثبات مرتفع، ويُتيح الاعتماد على بياناتها في إجراء التحليلات الإحصائية اللاحقة.

6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد المتغير المستقل (جودة تجربة المريض) والمتغيرين التابعين (الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات)، للتحقق من وجود علاقات ارتباطية تُهدد لاختبار فروض الدراسة، ولفحص افتراض غياب الازدواج الخطي بين المتغيرات المستقلة. والجدول التالي يوضح مصفوفة الارتباط:

جدول (3 - 7): مصفوفة الارتباط بين أبعاد جودة تجربة المريض والمتغيرين التابعين

المتغيرات	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	1					
(2) كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	0.524	1				
(3) ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	0.487	0.563	1			
(4) المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	0.612	0.498	0.531	1		

	1	0.708	0.583	0.621	0.694	(5)الالتزام بالخطة العلاجية
1	0.742	0.679	0.612	0.673	0.658	(6)المواظبة على الجلسات

** جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

يتضح من مصفوفة الارتباط وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين جميع أبعاد جودة تجربة المريض والمتغيرين التابعين، وتتراوح معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغيرين التابعين بين (0.583) و(0.742)، وهي علاقات ذات قوة متوسطة إلى مرتفعة. كما يتضح أن معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل ذاتها تتراوح بين (0.487) و(0.612)، وهي قيم تقع ضمن الحدود المقبولة التي لا تشير إلى وجود مشكلة ازدواج خطي حاد بين المتغيرات المستقلة، مما يُتيح الاعتماد على هذه الأبعاد كمتغيرات تفسيرية في نماذج الانحدار المتعدد.

ويُلاحظ أن أعلى ارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والالتزام بالخطة العلاجية كان لبُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي (0.708)، يليه بُعد جودة التواصل مع مقدمي الخدمة (0.694). كما يُلاحظ أن أعلى ارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمواظبة على الجلسات كان لبُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي (0.679)، يليه بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية (0.673). كما يتضح وجود ارتباط مرتفع بين المتغيرين التابعين (0.742)، مما يعكس التداخل المفهومي بينهما، مع احتفاظ كل منهما بهويته المستقلة.

7.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

اعتمد الباحث في معالجة البيانات وتحليلها على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم توظيف مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو التالي:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لقياس مستوى استجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة وأبعادها.
- معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية: للتحقق من ثبات أداة الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي، ولبناء مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة.

- اختبار كولموجروف-سميرنوف: للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات تمهيداً لاستخدام الأساليب المعلمية.
- معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التباين المسموح (Tolerance): للتحقق من غياب مشكلة الازدواج الخطي بين المتغيرات المستقلة.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد: لاختبار الفروض الرئيسية والفرعية للدراسة، وقياس أثر أبعاد جودة تجربة المريض مجتمعةً ومنفردةً على كلٍّ من الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات.
- تحليل التباين (ANOVA) لمعنوية النموذج: لاختبار الدلالة الإحصائية لنماذج الانحدار المتعدد.
- معامل التحديد (R^2) ومعامل التحديد المعدّل ($Adjusted R^2$): لقياس القدرة التفسيرية لنماذج الانحدار

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية التي جُمعت من أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (389) مفردة من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض. ويستعرض الفصل في بدايته الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة، ثم ينتقل إلى التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة على فقرات أبعاد المتغير المستقل (جودة تجربة المريض) والمتغيرين التابعين (الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات)، ثم يُختتم باختبار فرضيات الدراسة الرئيسية والفرعية باستخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد والبسيط.

2.4 تحليل البيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة

تم تحليل البيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة من حيث النوع، والعمر، والمؤهل العلمي، ومدة العلاج، وذلك على النحو الموضح في الجدول التالي:

جدول (4 - 1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	218	56.04%
	أنثى	171	43.96%
	الإجمالي	389	100%
العمر	أقل من 30 سنة	87	22.37%
	من 30 إلى أقل من 45 سنة	154	39.59%
	من 45 إلى أقل من 60 سنة	102	26.22%
	60 سنة فأكثر	46	11.83%
	الإجمالي	389	100%
المؤهل العلمي	ثانوي فأقل	73	18.77%
	دبلوم	81	20.82%

49.36%	192	بكالوريوس	
11.05%	43	دراسات عليا	
100%	389	الإجمالي	
16.45%	64	أقل من شهر	مدة العلاج
37.79%	147	من شهر إلى 3 أشهر	
30.33%	118	من 3 إلى 6 أشهر	
15.42%	60	أكثر من 6 أشهر	
100%	389	الإجمالي	

يتضح من الجدول السابق أن نسبة الذكور في عينة الدراسة بلغت (56.04%) مقابل (43.96%) للإناث، وهو ما يعكس تقارباً نسبياً في توزيع النوع لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي، مع ميل طفيف لصالح الذكور قد يُعزى إلى طبيعة الإصابات الناتجة عن الحوادث المرورية والإصابات الرياضية والمهنية.

كما يتضح أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي الفئة من (30 إلى أقل من 45 سنة) بنسبة (39.59%)، تليها فئة (45 إلى أقل من 60 سنة) بنسبة (26.22%)، مما يعكس أن غالبية مراجعي مراكز العلاج الطبيعي هم من فئة الشباب ومتوسطي العمر، وهي الفئة الأكثر عرضة للإصابات الحركية وآلام العمود الفقري الناتجة عن طبيعة العمل ونمط الحياة.

وفي ما يتعلق بالمؤهل العلمي، يتضح أن حملة البكالوريوس يُشكلون الفئة الأكبر بنسبة (49.36%)، مما يعكس مستوى تعليمياً مرتفعاً نسبياً لدى عينة الدراسة، وهو ما يُتيح فهماً أعمق لفقرات الاستبانة ودقة أكبر في الاستجابات. أما من حيث مدة العلاج، فيلاحظ أن (68.12%) من المراجعين قضوا في برامجهم العلاجية ما بين شهر إلى ستة أشهر، وهي مدة كافية لتكوين تصور واضح عن جودة تجربتهم في المركز.

3.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لفقرات كل بُعد من أبعاد متغيرات الدراسة، وذلك على النحو التالي:

التحليل الوصفي لأبعاد جودة تجربة المريض

أ. البُعد الأول: جودة التواصل مع مقدمي الخدمة

جدول (4 - 2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد جودة التواصل مع مقدمي الخدمة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يُنصت أخصائي العلاج الطبيعي باهتمام لشكواي ومخاوفي الصحية	4.18	0.742	2	مرتفع
2	يُوضح المعالج لي طبيعة حالتي والخطة العلاجية بلغة مفهومة	4.07	0.785	3	مرتفع
3	يُبدي الفريق العلاجي تعاطفاً صادقاً مع معاناتي خلال الجلسات	3.96	0.823	4	مرتفع
4	يُتيح لي المعالج المجال لطرح أسئلتني والإجابة عنها بوضوح	4.22	0.716	1	مرتفع جداً
المتوسط العام للبُعد		4.11	0.652	مرتفع	

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد جودة التواصل مع مقدمي الخدمة بلغ (4.11) بانحراف معياري (0.652)، وهو ما يدل على مستوى موافقة مرتفع من أفراد العينة على هذا البُعد. وقد جاءت الفقرة رقم (4) "يُتيح لي المعالج المجال لطرح أسئلتني والإجابة عنها بوضوح" في الترتيب الأول بمتوسط (4.22) ودرجة موافقة مرتفعة جداً، بينما جاءت الفقرة رقم (3) المتعلقة بالتعاطف في الترتيب الأخير بمتوسط (3.96).

ب. البُعد الثاني: كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية

جدول (4 - 3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	تتسم إجراءات حجز المواعيد بالسهولة والمرونة	3.94	0.812	3	مرتفع

2	يتم تنظيم الجلسات وفق جدول زمني واضح ومتسق	4.03	0.764	2	مرتفع
3	يُعد وقت الانتظار قبل الجلسة مناسباً ومقبولاً	3.78	0.891	4	مرتفع
4	تتميز الإجراءات الإدارية في المركز بالوضوح والشفافية	4.09	0.738	1	مرتفع
المتوسط العام للبُعد		3.96	0.687	مرتفع	

يتضح أن المتوسط العام لبُعد كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية بلغ (3.96) بانحراف معياري (0.687)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (4) المتعلقة بوضوح الإجراءات وشفافيتها في الترتيب الأول، بينما جاءت الفقرة رقم (3) المتعلقة بوقت الانتظار في الترتيب الأخير بمتوسط (3.78)، مما يُشير إلى وجود فرصة لتحسين هذا الجانب.

ج. البُعد الثالث: ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات

جدول (4 - 4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد ملائمة البيئة العلاجية والتجهيزات

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يتميز المركز بمستوى عالٍ من النظافة والترتيب	4.26	0.694	1	مرتفع جداً
2	تتوفر في المركز أجهزة وتجهيزات حديثة ومناسبة للعلاج	4.13	0.751	2	مرتفع
3	تُوفر بيئة العلاج راحة جسدية ونفسية مناسبة	4.04	0.792	3	مرتفع
4	يُحافظ المركز على خصوصيتي أثناء الجلسات العلاجية	3.99	0.815	4	مرتفع
المتوسط العام للبُعد		4.10	0.668	مرتفع	

يتضح أن المتوسط العام لبُعد ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات بلغ (4.10) بانحراف معياري (0.668)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (1) المتعلقة بالنظافة في الترتيب الأول بدرجة موافقة مرتفعة جداً، بينما جاءت الفقرة رقم (4) المتعلقة بالخصوصية في الترتيب الأخير.

د. البُعد الرابع: المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي

جدول (4 - 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يُشركني المعالج في وضع الخطة العلاجية الخاصة بي	3.87	0.847	4	مرتفع
2	يُوضح المعالج لي الخيارات العلاجية المتاحة قبل اعتماد الخطة	3.95	0.803	3	مرتفع
3	يحترم الفريق العلاجي تفضيلاتي الشخصية في تنفيذ البرنامج	4.06	0.776	2	مرتفع
4	يستجيب المعالج لملاحظاتي ويُعدّل الخطة بناءً عليها عند الحاجة	4.12	0.729	1	مرتفع
	المتوسط العام للبُعد	4.00	0.703		مرتفع

يتضح أن المتوسط العام لبُعد المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي بلغ (4.00) بانحراف معياري (0.703)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (4) المتعلقة بالاستجابة لملاحظات المريض في الترتيب الأول، بينما جاءت الفقرة رقم (1) المتعلقة بإشراك المريض في وضع الخطة في الترتيب الأخير بمتوسط (3.87).

ملخص المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة تجربة المريض

جدول (4 - 6): الترتيب الإجمالي لأبعاد جودة تجربة المريض

م	البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	4.11	0.652	1	مرتفع

مرتفع	2	0.668	4.10	2	ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات
مرتفع	3	0.703	4.00	3	المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي
مرتفع	4	0.687	3.96	4	كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية
مرتفع		0.612	4.04		المتوسط العام لجودة تجربة المريض

التحليل الوصفي للمتغير التابع الأول: الالتزام بالخطة العلاجية

جدول (4 - 7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الالتزام بالخطة العلاجية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	أنفذ التمارين الموصوفة من المعالج بانتظام في المنزل	3.84	0.821	7	مرتفع
2	ألتزم بأداء التمارين بالعدد والتكرار الموصى به	3.78	0.864	9	مرتفع
3	أتبع التعليمات المنزلية المتعلقة بأوضاع الجلوس والنوم	3.92	0.793	5	مرتفع
4	أستخدم الأدوات المساعدة وفق توصيات المعالج	3.97	0.776	4	مرتفع
5	ألتزم بالإرشادات الطبية المكملّة للبرنامج العلاجي	4.05	0.741	2	مرتفع
6	أتجنب الحركات والممارسات التي حذرنى منها المعالج	4.11	0.728	1	مرتفع
7	أحافظ على نمط غذائي يتوافق مع توصيات الفريق العلاجي	3.71	0.892	10	مرتفع
8	أمارس النشاط البدني العام بما يتناسب مع حالتي الصحية	3.82	0.838	8	مرتفع
9	أحافظ على أنماط نوم منتظمة تدعم تعافىي	3.89	0.812	6	مرتفع
10	ألتزم بالخطة العلاجية حتى في الأيام التي لا توجد فيها جلسات	4.02	0.758	3	مرتفع

المتوسط العام للالتزام بالخطة العلاجية	3.91	0.628	مرتفع
--	------	-------	-------

يتضح من الجدول أن المتوسط العام للالتزام بالخطة العلاجية بلغ (3.91) بانحراف معياري (0.628)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (6) المتعلقة بتجنب الحركات الضارة في الترتيب الأول، مما يعكس وعي المرضى بالمحاذير الطبية، بينما جاءت الفقرة رقم (7) المتعلقة بالالتزام بالنمط الغذائي في الترتيب الأخير، مما يُشير إلى أن البُعد الغذائي يُمثل تحدياً أمام الالتزام الشامل.

التحليل الوصفي للمتغير التابع الثاني: المواظبة على الجلسات

جدول (4 - 8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المواظبة على الجلسات

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	أحضر جميع الجلسات العلاجية المجدولة لي	4.08	0.743	2	مرتفع
2	أصل إلى المركز في الموعد المحدد دون تأخر	3.96	0.798	5	مرتفع
3	ألتزم بالحضور حتى في الظروف الجوية أو الشخصية غير الملائمة	3.74	0.876	9	مرتفع
4	أعطي الأولوية لمواعيد الجلسات ضمن جدولتي اليومي	3.89	0.821	6	مرتفع
5	أبلغ المركز مسبقاً عند الحاجة لتعديل الموعد	4.13	0.726	1	مرتفع
6	أتجنب الغياب غير المبرر عن الجلسات	4.01	0.764	3	مرتفع
7	أحرص على عدم الانقطاع عن البرنامج العلاجي لفترات طويلة	3.97	0.781	4	مرتفع
8	أكمل البرنامج العلاجي وفق الخطة المعتمدة دون انسحاب	3.85	0.832	7	مرتفع
9	لا أوجل الجلسات إلا للضرورة القصوى	3.81	0.847	8	مرتفع
10	أحافظ على استمرارية حضوري حتى تحقيق أهداف العلاج	3.71	0.885	10	مرتفع

مرتفع	0.641	3.92	المتوسط العام للمواظبة على الجلسات
-------	-------	------	------------------------------------

يتضح أن المتوسط العام للمواظبة على الجلسات بلغ (3.92) بانحراف معياري (0.641)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (5) المتعلقة بإبلاغ المركز مسبقاً عند تعديل الموعد في الترتيب الأول، بينما جاءت الفقرة رقم (10) المتعلقة بالاستمرارية حتى تحقيق الأهداف في الترتيب الأخير.

4.4 اختبار فرضيات الدراسة

التحقق من الفرضية الرئيسية الأولى

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة تجربة المريض بأبعادها مجتمعة (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على الالتزام بالخطة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد جودة تجربة المريض (كعوامل مستقلة) على الالتزام بالخطة العلاجية (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (4 - 9): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد جودة تجربة المريض على الالتزام بالخطة العلاجية

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار B	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant)المقدار الثابت	0.467	2.984	** 0.003
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	0.312	6.428	** 0.000
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	0.198	4.213	** 0.000
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	0.157	3.476	** 0.001
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	0.341	7.092	** 0.000
معامل الارتباط $R = 0.842$		معامل التحديد $R^2 = 0.709$	
قيمة الاختبار $F = 233.617$		القيمة الاحتمالية = 0.000	

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (4 - 9) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد جودة تجربة المريض كمتغيرات مستقلة، والالتزام بالخطّة العلاجية كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.709)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن (70.9%) من التباين في مستوى الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض يمكن تفسيره من خلال أبعاد جودة تجربة المريض الأربعة، بينما تُعزى النسبة المتبقية (29.1%) إلى عوامل أخرى لم تتضمنها الدراسة. كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.842$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة. وقد بلغت قيمة (F) المحسوبة (233.617) بمستوى دلالة (0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يؤكد المعنوية الإحصائية للنموذج ككل.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي" هو الأكثر تأثيراً على الالتزام بالخطّة العلاجية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.341$)، وبلغت قيمة ($T = 7.092$) بدلالة معنوية عالية. ($\text{Sig.} = 0.000$) ويعكس ذلك الدور المحوري الذي يلعبه إشراك المريض في صياغة خطته العلاجية واحترام تفضيلاته في تعزيز شعوره بالملكية تجاه الخطّة، مما ينعكس مباشرة على التزامه بتنفيذها. ويأتي بُعد "جودة التواصل مع مقدمي الخدمة" في المرتبة الثانية بمعامل انحدار ($B = 0.312$) وقيمة ($T = 6.428$) ودلالة (0.000)، مما يؤكد أن جودة التواصل الإنساني والتعاطف وإيضاح الخطّة بلغة مفهومة تُمثل ركيزة جوهرية في بناء التزام المريض.

كما أظهرت النتائج أن بُعدي كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات يُساهمان أيضاً بشكل دال إحصائياً في تفسير التباين في الالتزام بالخطّة العلاجية، إذ بلغ معامل انحدار البُعد الأول ($B = 0.198$) بقيمة ($T = 4.213$)، فيما بلغ معامل انحدار البُعد الثاني ($B = 0.157$) بقيمة ($T = 3.476$)، وكلاهما دال عند مستوى (0.01). ويعكس ذلك أن الإجراءات الميسرة والبيئة المريحة والمجهزة تُسهم في تخفيف الأعباء النفسية والإجرائية عن المريض، مما يُعزز قدرته على الالتزام بمتطلبات خطته العلاجية. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسية الأولى للدراسة.

اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى

الفرضية الفرعية: (1/1)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخططة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4 - 10): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على الالتزام بالخططة العلاجية

المعاملاتCoefficient				ANOVAتحليل التباين					ملخص النموذج	المتغير التابع
Sig. t	T	الخطأ المعياري	B	جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	Sig. F	F المحسوبة	درجة الحرية df	معامل التحديد r²	معامل الارتباط r	الالتزام بالخططة العلاجية
0.000	18.980	0.035	0.668		0.000	360.246	1	0.482	0.694	

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "جودة التواصل مع مقدمي الخدمة" باعتبارها أحد أبعاد جودة تجربة المريض على "الالتزام بالخططة العلاجية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (19)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.694$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.482$)، مما يُشير إلى أن (48.2%) من التباين في مستوى الالتزام بالخططة العلاجية يُمكن تفسيره من خلال متغير جودة التواصل مع مقدمي الخدمة فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (360.246) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يُعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.668$)، بقيمة (18.980) T، وهي أيضاً دالة عند مستوى ($\text{Sig.} = 0.000$)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في جودة التواصل مع

مقدمي الخدمة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.668) في مستوى الالتزام بالخطوة العلاجية، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية. (1/1)

الفرضية الفرعية: (1/2)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطوة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 11): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على الالتزام بالخطوة العلاجية

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA				المتغير المستقل	المعاملات Coefficient		
الالتزام بالخطوة العلاجية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	B	الخطأ المعياري	T
	0.621	0.386	1	243.371	0.000		0.567	0.036	15.601
									0.000

توضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (20) أن قيمة معامل الارتباط R^2 بلغت (0.621)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية والالتزام بالخطوة العلاجية. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.386$)، مما يدل على أن (38.6%) من التباين في الالتزام بالخطوة العلاجية يمكن تفسيره من خلال كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (243.371) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.567$) بقيمة (15.601) T ودلالة (0.000)، مما يشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.567) في مستوى الالتزام بالخطوة العلاجية. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية. (1/2)

الفرضية الفرعية: (1/3)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على الالتزام بالخطّة العلاجية

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA				المتغير المستقل	المعاملات Coefficient		
الالتزام بالخطّة العلاجية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	B	الخطأ المعياري	T
	0.583	0.340	1	199.512	0.000		0.548	0.039	14.124
									Sig. t
									0.000

تُوضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (21) أن قيمة معامل الارتباط R^2 بلغت (0.583)، مما يُشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة بين ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات والالتزام بالخطّة العلاجية. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.340$)، مما يدل على أن (34.0%) من التباين في الالتزام بالخطّة العلاجية يُمكن تفسيره من خلال ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (199.512) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.548$) بقيمة (14.124) T ودلالة (0.000)، مما يُشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.548) في مستوى الالتزام بالخطّة العلاجية. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية (1/3).

الفرضية الفرعية: (1/4)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على الالتزام بالخططة العلاجية

المتغير	ملخص	ANOVA تحليل التباين				المتغير	المعاملاتCoefficient			
التابع	النموذج					المستقل				
الالتزام بالخططة العلاجية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
	0.708	0.501	1	388.926	0.000		0.632	0.032	19.722	0.000

تُوضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (22) أن قيمة معامل الارتباط R بلغت (0.708)، مما يُشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي والالتزام بالخططة العلاجية. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.501$)، مما يدل على أن (50.1%) من التباين في الالتزام بالخططة العلاجية يُمكن تفسيره من خلال المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة، مما يؤكد المكانة المحورية لهذا البُعد في بناء سلوك الالتزام.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (388.926) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائياً، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.632$) بقيمة (19.722) T ودلالة (0.000)، مما يُشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.632) في مستوى الالتزام بالخططة العلاجية. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية (1/4).

التحقق من الفرضية الرئيسية الثانية

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة تجربة المريض بأبعادها مجتمعة (جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، وكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات، والمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي) على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد جودة تجربة المريض (كعوامل مستقلة) على المواظبة على الجلسات (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (4 - 14): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد جودة تجربة المريض على المواظبة على الجلسات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار B	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant)المقدار الثابت	0.398	2.612	0.009 **
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	0.273	5.687	0.000 **
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	0.298	6.241	0.000 **
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	0.184	4.073	0.000 **
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	0.286	5.918	0.000 **
معامل الارتباط $R = 0.831$		معامل التحديد $R^2 = 0.691$	
قيمة الاختبار $F = 214.726$		القيمة الاحتمالية = 0.000	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (23) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد جودة تجربة المريض كمتغيرات مستقلة، والمواظبة على الجلسات كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.691)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن (69.1%) من التباين في مستوى المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض يمكن تفسيره من خلال أبعاد جودة تجربة المريض الأربعة، بينما تُعزى النسبة المتبقية (30.9%) إلى عوامل أخرى لم تتضمنها الدراسة. كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.831$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة. وقد بلغت قيمة (F) المحسوبة (214.726) بمستوى دلالة (0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يؤكد المعنوية الإحصائية للنموذج ككل.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية" هو الأكثر تأثيراً على المواظبة على الجلسات، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.298$)، وبلغت قيمة ($T = 6.241$) بدلالة معنوية عالية. ($\text{Sig.} = 0.000$) ويعكس ذلك أن المواظبة بوصفها سلوكاً حورياً تتأثر بشكل أساسي بمدى يُسر الإجراءات الإدارية ومرونتها، إذ إن أي تعقيد في حجز المواعيد أو طول فترات الانتظار يُمثل عائقاً مباشراً أمام انتظام المريض في الحضور. ويأتي بُعد "المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي" في المرتبة الثانية بمعامل انحدار ($B = 0.286$) وقيمة ($T = 5.918$) ودلالة (0.000)، مما يؤكد أن إشراك المريض في خطته يُعزز شعوره بالملكية تجاه البرنامج وبالتالي حرصه على المواظبة عليه.

كما أظهرت النتائج أن بُعد "جودة التواصل مع مقدمي الخدمة" يساهم بشكل دال في تفسير التباين في المواظبة بمعامل انحدار ($B = 0.273$) وقيمة ($T = 5.687$) ، فيما جاء بُعد "ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات" بمعامل انحدار ($B = 0.184$) وقيمة ($T = 4.073$) ، وكلاهما دال عند مستوى (0.01). ويعكس ذلك أن جودة العلاقة الإنسانية مع المعالج وملاءمة البيئة المادية للمركز يساهمان في خلق دافعية إيجابية لدى المريض للحضور المستمر. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسية الثانية للدراسة.

اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الثانية

الفرضية الفرعية: (2/1)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر جودة التواصل مع مقدمي الخدمة على المواظبة على الجلسات

المتغير				ملخص				ANOVA				المتغير			
التابع				النموذج				تحليل التباين				المستقل			
المواظبة على الجلسات				معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	جودة التواصل مع مقدمي الخدمة	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t		
				0.658	0.433	1	295.683	0.000		0.647	0.038	17.196	0.000		

توضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (24) أن قيمة معامل الارتباط R^2 بلغت (0.658)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين جودة التواصل مع مقدمي الخدمة والمواظبة على الجلسات. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.433$) ، مما يدل على أن (43.3%) من التباين في المواظبة على الجلسات يُمكن تفسيره من خلال جودة التواصل مع مقدمي الخدمة.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (295.683) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.647$) بقيمة (17.196) و دلالة (0.000)، مما يشير

إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في جودة التواصل مع مقدمي الخدمة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.647) في مستوى المواظبة على الجلسات. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية.(2/1)

الفرضية الفرعية:(2/2)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 16): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية على المواظبة على الجلسات

المتغير				ملخص				المتغير		
ANOVA				التباين				التابع		
المعاملات				المستقل				النموذج		
Sig. t	T	الخطأ المعياري	B	كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية	Sig. F	F المحسوبة	درجة الحرية df	معامل التحديد r^2	معامل الارتباط r	المواظبة على الجلسات
0.000	17.902	0.035	0.628		0.000	320.487	1	0.453	0.673	

توضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (25) أن قيمة معامل الارتباط R^2 بلغت (0.673)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية والمواظبة على الجلسات. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.453$)، مما يدل على أن (45.3%) من التباين في المواظبة على الجلسات يمكن تفسيره من خلال كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة لمتغير المواظبة.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (320.487) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.628$) بقيمة (17.902) T ودلالة (0.000)، مما يشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.628) في مستوى المواظبة على الجلسات. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية.(2/2)

الفرضية الفرعية:(2/3)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 17): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات على المواظبة على الجلسات

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA							المتغير المستقل	المعاملات Coefficient
المواظبة على الجلسات	معامل الارتباط r	معامل التحديد r^2	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
	0.612	0.375	1	232.014	0.000		0.587	0.039	15.232	0.000

توضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (26) أن قيمة معامل الارتباط R^2 بلغت (0.612)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات والمواظبة على الجلسات. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.375$)، مما يدل على أن (37.5%) من التباين في المواظبة على الجلسات يمكن تفسيره من خلال ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (232.014) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائية، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.587$) بقيمة (15.232) دلالة (0.000)، مما يشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.587) في مستوى المواظبة على الجلسات. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية (2/3).

الفرضية الفرعية: (2/4)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للمشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض".

جدول (4 - 18): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي على المواظبة على الجلسات

المتغير	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA					المتغير المستقل	المعاملات Coefficient		
التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
المواظبة على الجلسات	0.679	0.461	1	331.182	0.000		0.619	0.034	18.198	0.000

تُوضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط في الجدول (27) أن قيمة معامل الارتباط R بلغت (0.679)، مما يُشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي والمواظبة على الجلسات. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.461$)، مما يدل على أن (46.1%) من التباين في المواظبة على الجلسات يُمكن تفسيره من خلال المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي.

وأظهر تحليل التباين أن قيمة F المحسوبة بلغت (331.182) بمستوى دلالة (0.000)، وهي دالة إحصائياً، مما يؤكد معنوية النموذج. وبلغ معامل التأثير ($B = 0.619$) بقيمة (18.198) T ودلالة (0.000)، مما يُشير إلى أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.619) في مستوى المواظبة على الجلسات. وبذلك تتأكد صحة الفرضية الفرعية (2/4).

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تحليلياً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء البيانات الميدانية التي جمعت من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض، مع تفسير هذه النتائج وربطها بالإطار النظري والمعالجات البحثية السابقة التي تناولها هذا الحقل. ويُختتم الفصل بمجموعة من التوصيات العملية التي يأمل الباحث أن تُسهم في تطوير الممارسات الإدارية في مراكز العلاج الطبيعي، وتعزيز جودة الخدمة المقدمة لمراجعها.

2.5 نتائج الدراسة

كشفت نتائج التحليل الإحصائي أن المستوى العام لجودة تجربة المريض في مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي بلغ (4.04)، وهو ما يعكس وعياً متنامياً لدى إدارات هذه المراكز بأهمية التجربة بوصفها متغيراً إدارياً جوهرياً لا مجرد انطباع عابر. ويُمكن تفسير هذا المستوى المرتفع في ضوء التحولات التي يشهدها القطاع الصحي السعودي ضمن مساعي تحقيق رؤية المملكة 2030، وما رافقها من تركيز متزايد على جودة الخدمة الصحية وتجربة المستفيد. وتتسق هذه النتيجة مع ما طرحه آل سيف (2026) في معالجته لإدارة تجربة المريض بوصفها مدخلاً لتحقيق جودة الخدمة في المنشآت الصحية، وما أشار إليه السنان (2026) من التوجه المتنامي نحو تقييم وإدارة تجربة المريض في السياق السعودي.

وأظهرت النتائج تفوق بُعد "جودة التواصل مع مقدمي الخدمة" في الترتيب الأول بين أبعاد جودة تجربة المريض بمتوسط (4.11)، يليه بُعد "ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات" بمتوسط (4.10). ويعود ذلك إلى أن التواصل يُمثل العنصر الأكثر مباشرة واستمراريةً في تفاعل المريض مع المعالج خلال جلسات العلاج الطبيعي الممتدة، إذ تتشكل تجربة المريض في معظمها من خلال جودة هذا الحوار اليومي. وتتقاطع هذه النتيجة مع المعالجة التي قدّمها Sirera et al. (2024) حول مركزية التواصل المتمحور حول المريض في تشكيل تجربته الكلية، خاصة في حالات المتابعة طويلة الأمد. كما تتسق مع المنظور الذي طرحه Wilson and Hutchison (2025) حول الرعاية المتمحورة حول الشخص بوصفها فلسفة تتجسد عملياً من خلال نوعية التفاعل اللفظي وغير اللفظي بين المعالج والمراجع.

في المقابل، جاء بُعد "كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية" في الترتيب الأخير بمتوسط (3.96)، مع ملاحظة أن الفقرة المتعلقة بوقت الانتظار حصلت على أدنى متوسط ضمن هذا البُعد (3.78). ويُمكن تفسير ذلك بكون الجوانب الإجرائية والتنظيمية، رغم تطورها، لا تزال تُمثل تحدياً تشغيلياً أمام كثير من المنشآت الصحية في ظل تزايد الإقبال وتنوع متطلبات المراجعين. وتتلاقى هذه النتيجة مع ما طرحه محمود وآخرون (2024) حول الحاجة المستمرة لتطوير أقسام تجربة المريض داخل المنظومة الإدارية الصحية، وتتقاطع كذلك مع ما أشار إليه المطيري ومحمود (2024) من أن التحول الرقمي يُمثل مدخلاً واعداً لرفع كفاءة هذه الإجراءات وتقليل الأعباء الإجرائية على المريض.

وفي ما يتعلق بالمتغير التابع الأول، كشفت النتائج أن مستوى الالتزام بالخطّة العلاجية لدى مراجعي مراكز العلاج الطبيعي جاء مرتفعاً بمتوسط (3.91)، مع تفاوت ملحوظ بين فقراته. فقد جاءت الفقرة المتعلقة بتجنب الحركات الضارة في الترتيب الأول، بينما تأخرت الفقرة المتعلقة بالالتزام بالنمط الغذائي إلى الترتيب الأخير. ويعكس هذا التفاوت طبيعة الالتزام بوصفه سلوكاً مركباً تتفاوت درجاته بحسب نوع المتطلب وطبيعته، إذ يميل المرضى إلى الالتزام بالمحاذير السلبية (تجنب فعل ما) أكثر من الالتزام بالممارسات الإيجابية المُكلفة (تبني نمط غذائي). وتنسجم هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها يوسف وآخرون (2023) حول تفاوت مستويات الالتزام بحسب نوع المتطلب العلاجي، وتتقاطع مع ما طرحته العطوي (2022) حول دور المعتقدات الصحية في توجيه السلوك العلاجي، إذ إن قناعة المريض بخطورة المحاذير تُمثل محركاً أقوى من قناعته بأهمية التحسينات السلوكية المرتبطة بنمط الحياة.

وكشفت النتائج كذلك أن مستوى المواظبة على الجلسات جاء مرتفعاً بمتوسط (3.92)، مع ملاحظة أن الفقرة المتعلقة بإبلاغ المركز مسبقاً عند تعديل الموعد جاءت في الترتيب الأول، في حين جاءت الفقرة المتعلقة بالاستمرارية حتى تحقيق الأهداف في الترتيب الأخير. ويُفسر ذلك بأن المرضى يميلون إلى ممارسة سلوك "إدارة الموعد" بصورة أفضل من ممارسة "الاستمرارية طويلة الأمد"، إذ يتآكل الالتزام تدريجياً مع طول البرنامج العلاجي ودخول المريض في مرحلة الاستقرار النسبي. وتتلاقى هذه النتيجة مع ما طرحه Dacosta-Sánchez et al. (2022) حول التمييز بين البقاء في العلاج بوصفه شرطاً مسبقاً، والاستمرارية بوصفها مؤشراً نوعياً تتطلب جهداً متجدداً، وتتسق مع المعالجة التي قدمها Pfund et al. (2022) حول الحاجة إلى آليات سلوكية ممنهجة لتعزيز المواظبة الممتدة.

وفي ما يخص اختبار الفرضية الرئيسية الأولى، أكدت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر دال إحصائياً لأبعاد جودة تجربة المريض مجتمعة على الالتزام بالخطّة العلاجية، إذ بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.709$)، مما يعني أن أبعاد التجربة الأربعة تُفسّر ما نسبته (70.9%) من التباين في الالتزام. ويعود ذلك إلى أن جودة التجربة تُمثّل البنية الإدراكية التي تتشكل في ضوءها قناعات المريض ودافعيته تجاه برنامج العلاج، فالمريض الذي يخوض تجربة إيجابية يميل إلى استبطان توصيات المعالج وتنفيذها بقناعة ذاتية، بينما يتراخى المريض الذي يخوض تجربة سلبية في تنفيذ هذه التوصيات حتى لو كانت سليمة علمياً. وتتقاطع هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها Haley (2025) حول ربط مبادرات تجربة المريض بسلوك المتابعة العلاجية، وتتسجم مع المنظور التكاملي الذي طرحه Religioni et al. (2025) حول تعدد العوامل المؤثرة في الالتزام وتداخلها.

وكشفت النتائج التفصيلية للفرضية الرئيسية الأولى أن بُعد "المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي" هو الأقوى تأثيراً في الالتزام بالخطّة العلاجية بمعامل انحدار ($B = 0.341$)، يليه بُعد "جودة التواصل مع مقدمي الخدمة" بمعامل ($B = 0.312$)، ويُفسّر تصدر بُعد المشاركة في القرار بكون إشراك المريض في صياغة خطته يُحوّله من متلقٍ سلبي إلى شريك فاعل، فيتشكل لديه شعور بالملكية تجاه الخطّة يُترجم تلقائياً إلى التزام تنفيذي. وتتسق هذه النتيجة مع ما طرحه Wilson and Hutchison (2025) حول أن الرعاية المتمحورة حول الشخص تجد تجلياتها الأقوى في إشراك المريض في القرارات، كما تتقاطع مع ما طرحته برهم (2026) حول دور الوعي النفسي في تعزيز الالتزام، إذ إن المشاركة في القرار تُمثّل في جوهرها تفعيلاً للوعي النفسي للمريض. وعلى نفس النسق، أظهرت الفرضية الفرعية (4/1) أن المشاركة في القرار تُفسّر منفردةً ما نسبته (50.1%) من التباين في الالتزام، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة.

وأظهرت نتائج الفرضية الفرعية (1/1) أن جودة التواصل مع مقدمي الخدمة تُفسّر منفردةً (48.2%) من التباين في الالتزام بمعامل ارتباط ($r = 0.694$)، ويُعزى ذلك إلى أن التواصل الفعّال يُمثّل القناة التي يفهم المريض من خلالها طبيعة حالته وأهمية التزامه، إذ إن المريض الذي لا يدرك "لماذا" يلتزم نادراً ما يستطيع الحفاظ على هذا الالتزام في مواجهة المشتتات. وتتسجم هذه النتيجة مع ما طرحه Sirera et al. (2024) حول الدور المحوري للتواصل المتمحور حول المريض في الحالات الممتدة، وتتقاطع مع المنظور التكاملي الذي قدمه Religioni et al. (2025) حول التواصل بوصفه عاملاً جوهرياً ضمن منظومة محدّدات الالتزام.

وكشفت الفرضية الفرعية (2/1) أن كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية تُفسّر (38.6%) من التباين في الالتزام بمعامل ارتباط ($r = 0.621$)، ويُفسّر ذلك بأن الإجراءات الميسرة تُخفف من الأعباء الإدراكية واللوجستية

على المريض، فتُحرر طاقته للتركيز على متطلبات الخطة العلاجية بدلاً من استنزافها في التعامل مع تعقيدات إدارية. وتتسق هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها محمود وآخرون (2024) حول الترابط بين كفاءة النظام الإداري الصحي وجودة أقسام تجربة المريض. كذلك أظهرت الفرضية الفرعية (3/1) أن ملائمة البيئة العلاجية تُفسر (34.0%) من التباين في الالتزام بمعامل ارتباط ($r = 0.583$) ، وهي أدنى نسبة بين الأبعاد، مما يدل على أن البيئة المادية تمثل عاملاً مهماً ولكنه أقل تأثيراً من الجوانب التفاعلية والإجرائية، وتتسجم هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها Adams et al. (2025) حول ترتيب المحركات الجوهرية لتجربة المريض، إذ تأتي البيئة المادية ضمن المحركات الداعمة لا المحورية.

وفي ما يخص اختبار الفرضية الرئيسية الثانية، أكدت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر دال إحصائياً لأبعاد جودة تجربة المريض مجتمعة على المواظبة على الجلسات، إذ بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.691$) ، مما يعني أن أبعاد التجربة تُفسر (69.1%) من التباين في المواظبة. ويعود ذلك إلى أن قرار المريض بالحضور المستمر للجلسات يتأثر بمحصلة تجربته الإجمالية في المركز ، فالتجربة الإيجابية تخلق دافعية ذاتية للعودة، بينما التجربة السلبية تُغذي رغبة في الانسحاب أو التراخي. وتتقاطع هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها Navarro et al. (2021) حول ترابط تجربة المريض بمخرجات الرعاية، وتتسق مع ما طرحه Haley (2025) حول كون مبادرات تجربة المريض رافعة فعالة لسلوك المتابعة.

وكشفت النتائج التفصيلية للفرضية الرئيسية الثانية أن بُعد "كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية" هو الأقوى تأثيراً في المواظبة على الجلسات بمعامل انحدار ($B = 0.298$) ، وهو ما يُمثل اختلافاً نوعياً عن نتيجة الفرضية الأولى التي تصدّرها بُعد المشاركة في القرار. ويُفسر هذا الاختلاف بأن المواظبة سلوك حضوري لوجستي بطبيعته، يتأثر مباشرة بسهولة الإجراءات ومرونة المواعيد وتقليص أوقات الانتظار، بينما الالتزام سلوك تنفيذي ذاتي يتأثر أكثر بالقناعة والشاركة. ويتسق هذا التفسير مع المعالجة التي قدمها Pfund et al. (2022) حول الإدارة السلوكية للحضور، التي تستند إلى تيسير الظروف الموضوعية لممارسة سلوك المواظبة. وعلى نفس النسق، أظهرت الفرضية الفرعية (2/2) أن كفاءة الإجراءات تُفسر منفردة (45.3%) من التباين في المواظبة، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة لمتغير المواظبة.

وكشفت الفرضية الفرعية (4/2) أن المشاركة في القرار العلاجي تُفسر (46.1%) من التباين في المواظبة بمعامل ارتباط ($r = 0.679$) ، مما يدل على أن إشراك المريض في خطته يُعزز شعوره بمسؤوليته عن نجاحها، فيحرص على الحضور لإكمال البرنامج الذي شارك في صياغته. وأظهرت الفرضية الفرعية (1/2) أن جودة

التواصل تُفسر (43.3%) من التباين في المواظبة بمعامل ارتباط ($r = 0.658$) ، إذ إن العلاقة التواصلية الإيجابية مع المعالج تُخلق رابطاً نفسياً يُحفز المريض على الاستمرار. وتتقاطع هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها السنان (2026) حول دور تقييم وإدارة تجربة المريض في تحسين جودة الأداء العلاجي في السياق السعودي. كذلك أظهرت الفرضية الفرعية (3/2) أن ملاءمة البيئة تُفسر (37.5%) من التباين في المواظبة بمعامل ارتباط ($r = 0.612$)، وهي أدنى نسبة بين أبعاد المواظبة، مما يؤكد أن البيئة المادية رغم أهميتها تبقى عاملاً داعماً لا حاسماً في تشكيل سلوك الحضور.

وعلى صعيد آخر، كشفت النتائج عن وجود ارتباط قوي بين المتغيرين التابعين ($r = 0.742$) ، مما يعكس الترابط المفهومي بين الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات، مع احتفاظ كل منهما بهويته المستقلة. ويُفسر ذلك بأن المريض الذي يحضر بانتظام يتعرض بشكل مستمر لتوجيهات المعالج وتعزيزه، مما يدعم التزامه التنفيذي خارج المركز، والعكس صحيح. وتتسق هذه النتيجة مع المعالجة التي قدمها Sharif-Nia et al. (2024) حول التداخل بين أبعاد السلوك العلاجي وتأثيرها التراكمي على المسار الصحي للمريض. كما يُلاحظ أن تأثير بُعد القيادة في تشكيل تجربة المريض داخل المركز ينعكس بدوره على هذه السلوكيات، وهو ما يتقاطع مع المعالجة التي قدمها الغامدي وطيبة (2023) حول دور القيادة الإدارية في تشكيل أداء إدارة تجربة المريض. وبالنظر إلى المحصلة الكلية للنتائج، يتضح أن جودة تجربة المريض لا تُمثل مجرد متغير تسويقي أو انطباعي، بل ركيزة إدارية ذات أثر سلوكي مباشر على نتائج العمل العلاجي. ويعكس ذلك التحول الذي شهدته فلسفة إدارة الخدمات الصحية من التركيز على الأداء الفني إلى الاهتمام بالمحصول المُدرّكة للمريض، وهو ما يتقاطع مع المعالجة التي قدمها Adams et al. (2025) حول ضرورة بناء استراتيجيات إدارية تستند إلى المحركات الجوهرية لتجربة المريض. وتُبرز هذه النتائج خصوصية مراكز العلاج الطبيعي بوصفها بيئة تتطلب تفاعلاً ممتداً بين المريض والمنظومة، يجعل من جودة التجربة عاملاً حاسماً في استدامة العلاقة العلاجية وتحقيق المخرجات المرجوة.

3.5 توصيات الدراسة

في ضوء ما تقدم، يُقدم الباحث جملة من التوصيات الموجهة لإدارات مراكز العلاج الطبيعي وصانعي القرار في القطاع الصحي بمدينة الرياض، وذلك على النحو التالي:

- تبني فلسفة الرعاية المتمحورة حول المريض بوصفها إطاراً مرجعياً لتطوير ممارسات مراكز العلاج الطبيعي، وترجمتها إلى سياسات وإجراءات عملية تتجاوز الشعارات إلى الممارسات اليومية.
- إنشاء وحدة متخصصة لإدارة تجربة المريض داخل كل مركز علاج طبيعي، تتولى رصد التجربة وتحليلها وتطوير مبادرات التحسين المستمر، بحيث تكون مرتبطة مباشرة بالإدارة العليا.
- تصميم برامج تدريبية متخصصة لأخصائيي العلاج الطبيعي والكوادر المساندة في مهارات التواصل الفعال والإنصات الجاد والتعاطف وتوضيح الخطط العلاجية بلغة مفهومة للمراجعين.
- مراجعة الإجراءات الإدارية في مراكز العلاج الطبيعي وتبسيطها وتقليل نقاط الاحتكاك بين المريض والنظام، مع التركيز على تقليل فترات الانتظار وتحسين تجربة حجز المواعيد.
- توظيف التحول الرقمي في تطوير الإجراءات الإدارية، عبر اعتماد تطبيقات إلكترونية لحجز المواعيد ومتابعة الجلسات وإرسال التذكيرات وتلقي التغذية الراجعة من المراجعين.
- تطوير البيئة المادية لمراكز العلاج الطبيعي من حيث النظافة وحداثة الأجهزة والراحة والخصوصية، مع إعطاء الخصوصية اهتماماً خاصاً نظراً لطبيعة الجلسات العلاجية.
- ترسيخ ممارسة إشراك المريض في صياغة خطته العلاجية بوصفها ممارسة معيارية لا اختيارية، عبر اعتماد بروتوكولات تلزم المعالج بعرض الخيارات المتاحة على المريض وأخذ تفضيلاته في الاعتبار.
- بناء آليات منهجية للتغذية الراجعة من المراجعين بصورة دورية، مع توظيف هذه المعطيات في دورة التحسين المستمر لجودة الخدمة.
- تصميم برامج توعوية تستهدف المرضى وذوهم لتعزيز الوعي بأهمية الالتزام بالخطّة العلاجية والمواظبة على الجلسات، مع التركيز على الجوانب التي ظهر فيها ضعف نسبي مثل الالتزام بالنمط الغذائي والاستمرارية حتى إكمال البرنامج.
- اعتماد مؤشرات أداء قابلة للقياس لكلٍ من جودة تجربة المريض ومستوى الالتزام والمواظبة، وربط تقييم أداء المراكز والكوادر بهذه المؤشرات لضمان الجدية في تطبيقها.
- إيلاء اهتمام خاص بالمرضى في المراحل المتأخرة من برامجهم العلاجية، عبر تصميم تدخلات تحفيزية للحفاظ على دافعيتهم وتجنب الانسحاب قبل إكمال البرنامج.
- تطوير دليل إجرائي موحد لإدارة تجربة المريض في مراكز العلاج الطبيعي على مستوى مدينة الرياض، يستند إلى أفضل الممارسات ويُتيح المقارنة المرجعية بين المراكز.
- تعزيز التكامل بين مراكز العلاج الطبيعي والجهات الصحية الأخرى لضمان استمرارية الرعاية، إذ إن انقطاع المسار بين مقدمي الخدمة قد يُضعف التزام المريض ومواظبته.

- تنفيذ دراسات ميدانية دورية لرصد التحولات في توقعات مراجعي مراكز العلاج الطبيعي، نظراً لأن توقعات المراجعين في تطور مستمر بفعل التحولات الاجتماعية والتقنية.

4.5 الدراسات المقترحة

يُفترح في ضوء نتائج هذه الدراسة إجراء دراسات لاحقة تتناول أثر التحول الرقمي في تحسين تجربة المريض بمراكز العلاج الطبيعي، ودراسات تتناول دور القيادة الإدارية بوصفها متغيراً وسيطاً بين جودة التجربة وسلوكيات المريض، ودراسات مقارنة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص في تقديم خدمات العلاج الطبيعي، ودراسات تتناول أثر العوامل الديموغرافية والثقافية في تشكيل تجربة المريض، ودراسات تتبعية تتقصى تطور الالتزام والمواظبة عبر مراحل البرنامج العلاجي المختلفة.

Study Abstract

The study aimed to investigate the impact of patient experience quality, through its four dimensions (quality of communication with service providers, efficiency of administrative and organizational procedures, suitability of the therapeutic environment and equipment, and participation in therapeutic decision-making), on both adherence to the treatment plan and attendance at sessions among patients of physiotherapy centers in Riyadh. The study adopted the descriptive analytical approach, and a questionnaire was used as the main data collection instrument, distributed to a convenience sample of (389) patients. Data were analyzed using SPSS software, employing multiple statistical methods including means, standard deviations, correlation coefficients, and simple and multiple linear regression analyses. The results revealed a statistically significant impact at ($\alpha \leq 0.05$) of patient experience quality dimensions combined on adherence to the treatment plan, with an explanatory power of (70.9%), and on attendance at sessions, with an explanatory power of (69.1%). The dimension of participation in therapeutic decision-making ranked first in influencing adherence, while the dimension of administrative procedures efficiency ranked first in influencing attendance. The study recommended adopting the person-centered care philosophy, establishing specialized units for patient experience management, training staff in effective communication skills, simplifying administrative procedures, leveraging digital transformation, and institutionalizing patient involvement in treatment planning as a standard practice in physiotherapy centers.

Keywords: Patient Experience Quality, Treatment Plan Adherence, Session Attendance, Physiotherapy Centers, Person-Centered Care, Riyadh City.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- آل سيف، أشرف محمد حسن. (2026). دور إدارة تجربة المريض في تحقيق جودة الخدمة: دراسة ميدانية في مستشفى القطيف المركزي. المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، مج40، ع1، 823 - 894. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1666822>
- برهم، روند محمد. (2026). دور الوعي النفسي في تعزيز الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري. مجلة جامعة الاستقلال للأبحاث، مج11، ع2، 283 - 304. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1687625>
- السنان، محمد حسين ناصر. (2026). فعالية تقييم وإدارة تجربة المريض وقياس تأثيرها على جودة أداء تمريض الرعاية المنزلية بالسعودية. مجلة البحوث الإدارية، مج44، ع1، 2 - 21. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1665807>
- العطوي، سهام بنت عطا الله بن عواد. (2022). المعتقدات الصحية ودورها بالترام مرضى الفشل الكلوي بالخطة العلاجية. مجلة الخدمة الاجتماعية، ع73، ج1، 46 - 64. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1311902>
- الغامدي، حسام بن علي، و طيبة، حسن بن عبدالقادر. (2023). أثر القيادة الإدارية على أداء إدارة تجربة المريض: دراسة ميدانية على الموظفين الإداريين بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة. المجلة العربية للإدارة، مج43، ع3، 185 - 206. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1505050>
- محمود، زكية أحمد محمد، عبدالمحسن، عفاف صلاح، و عبية، حنان محمد محمود أحمد. (2024). دور نظام الإدارة الصحية بالمراكز في تحسين أقسام تجربة المريض: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مج15، ع4، 2621 - 2645. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1552320>
- المطيري، حامد الحميدي محمد، و محمود، رضا. (2024). مدى فاعلية التحول الرقمي للخدمات الصحية على تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة).

<http://search.mandumah.com/Record/1477636>

- يوسف، رانيه علي، صبيبة، فؤاد حسن، و حسون، هنادي. (2023). مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع: دراسة ميدانية في بعض مشافي مدينة اللاذقية. مجلة جامعة البعث سلسلة العلوم التربوية، مج45، ع6 ، 125 - 160. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1367170>

ثانيا: المراجع الأجنبية

- Adams, C., Walpola, R., Iqbal, M. P., Schembri, A., & Harrison, R. (2025). The three pillars of patient experience: identifying key drivers of patient experience to improve quality in healthcare. *Journal of public health*, 33(10), 2105–2113
- Dacosta-Sánchez, D., González-Ponce, B. M., Fernández-Calderón, F., Sánchez-García, M., & Lozano, O. M. (2022). Retention in treatment and therapeutic adherence: How are these associated with therapeutic success? An analysis using real-world data. *International journal of methods in psychiatric research*, 31(4), e1929
- Haley, A. (2025). Improving Follow-Up Adherence: A Case Study on Patient Experience Initiatives (Doctoral dissertation, Walden University).
- Haley, A. (2025). Improving Follow-Up Adherence: A Case Study on Patient Experience Initiatives (Doctoral dissertation, Walden University)
- Navarro, S., Ochoa, C. Y., Chan, E., Du, S., & Farias, A. J. (2021). Will improvements in patient experience with care impact clinical and quality of care outcomes?: a systematic review. *Medical care*, 59(9), 843–856.
- Pfund, R. A., Ginley, M. K., Rash, C. J., & Zajac, K. (2022). Contingency management for treatment attendance: a meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 133, 108556.

- Religioni, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing therapy adherence: impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*, 61(1), 153.
- Religioni, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing therapy adherence: impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*, 61(1), 153.
- Sharif-Nia, H., Marôco, J., Froelicher, E. S., Barzegari, S., Sadeghi, N., & Fatehi, R. (2024). The relationship between fatigue, pruritus, and thirst distress with quality of life among patients receiving hemodialysis: a mediator model to test concept of treatment adherence. *Scientific Reports*, 14(1), 9981.
- Sirera, B., Naanyu, V., Kussin, P., & Lagat, D. (2024). Impact of patient-centered communication on patient satisfaction scores in patients with chronic life-limiting illnesses: an experience from Kenya. *Frontiers in Medicine*, 11, 1290907
- Wilson, G., & Hutchison, J. S. (2025). In pursuit of a person-centered approach to care delivery: A qualitative descriptive study of the patient experience of a long-term conditions clinic in general practice. *Qualitative Health Research*, 35(6), 680-696.

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر جودة تجربة المريض على الالتزام بالخطة العلاجية والمواظبة على الجلسات: دراسة ميدانية على مراجعي مراكز العلاج الطبيعي بمدينة الرياض

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأنقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهودكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا البحث، وسوف أزدكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

1- النوع الاجتماعي ذكر ☐ أنثى ☐

2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 - 30 سنة
 ☐ 50 - 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر

3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس
 ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

4- مدة العلاج ☐ أقل من شهر ☐ من شهر - 3 أشهر
 ☐ من 3 أشهر - 6 أشهر ☐ أكثر من 6 أشهر

ثانيا محاور الاستبيان

❖ المحور الأول: جودة تجربة المريض، ضع إشارة (√) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
جودة التواصل مع مقدمي الخدمة					
					يُنصت أخصائي العلاج الطبيعي باهتمام لشكواي ومخاوفي الصحية
					يُوضح المعالج لي طبيعة حالتي والخطة العلاجية بلغة مفهومة
					يُبدى الفريق العلاجي تعاطفاً صادقاً مع معاناتي خلال الجلسات
					يُتيح لي المعالج المجال لطرح أسئلتني والإجابة عنها بوضوح
كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية					
					تتسم إجراءات حجز المواعيد بالسهولة والمرونة
					يتم تنظيم الجلسات وفق جدول زمني واضح ومتسق
					يُعد وقت الانتظار قبل الجلسة مناسباً ومقبولاً
					تتميز الإجراءات الإدارية في المركز بالوضوح والشفافية
ملاءمة البيئة العلاجية والتجهيزات					
					يتميز المركز بمستوى عالٍ من النظافة والترتيب
					تتوفر في المركز أجهزة وتجهيزات حديثة ومناسبة للعلاج
					تُوفر بيئة العلاج راحة جسدية ونفسية مناسبة

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					يُحافظ المركز على خصوصيتي أثناء الجلسات العلاجية
المشاركة في اتخاذ القرار العلاجي					
					يُشركني المعالج في وضع الخطة العلاجية الخاصة بي
					يُوضح المعالج لي الخيارات العلاجية المتاحة قبل اعتماد الخطة
					يحترم الفريق العلاجي تفضيلاتي الشخصية في تنفيذ البرنامج
					يستجيب المعالج لملاحظاتِي ويُعدّل الخطة بناءً عليها عند الحاجة

❁ المحور الثاني: الالتزام بالخططة العلاجية والمواظبة على الجلسات، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
الالتزام بالخططة العلاجية					
					أنفذ التمارين الموصوفة من المعالج بانتظام في المنزل
					ألتزم بأداء التمارين بالعدد والتكرار الموصى به
					أتبع التعليمات المنزلية المتعلقة بأوضاع الجلوس والنوم
					أستخدم الأدوات المساعدة وفق توصيات المعالج
					ألتزم بالإرشادات الطبية المكتملة للبرنامج العلاجي
					أتجنب الحركات والممارسات التي حذرني منها المعالج
					أحافظ على نمط غذائي يتوافق مع توصيات الفريق العلاجي
					أمارس النشاط البدني العام بما يتناسب مع حالتي الصحية
					أحافظ على أنماط نوم منتظمة تدعم تعافيني
					ألتزم بالخططة العلاجية حتى في الأيام التي لا توجد فيها جلسات
المواظبة على الجلسات					
					أحضر جميع الجلسات العلاجية المجدولة لي
					أصل إلى المركز في الموعد المحدد دون تأخر
					ألتزم بالحضور حتى في الظروف الجوية أو الشخصية غير الملائمة

المعارض بشدة	المعارض بشدة	المعارض بشدة	المعارض بشدة	المعارض بشدة	البعد
					أعطى الأولوية لمواعيد الجلسات ضمن جدولي اليومي
					أبلغ المركز مسبقاً عند الحاجة لتعديل الموعد
					أتجنب الغياب غير المبرر عن الجلسات
					أحرص على عدم الانقطاع عن البرنامج العلاجي لفترة طويلة
					أكمل البرنامج العلاجي وفق الخطة المعتمدة دون انسحاب
					لا أؤجل الجلسات إلا للضرورة القصوى
					أحافظ على استمرارية حضوري حتى تحقيق أهداف العلاج

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management

Department of Business Administration



**The Impact of Patient Experience Quality on Treatment
Plan Adherence and Session Attendance: A Field Study
on Physical Therapy Center Patients in Riyadh**

Prepared by:

Sarah AlMakoshi

253001007

Main supervisor/

Dr. Al-Faisal Abdelhamid

Second supervisor/

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1448