

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

تخصص إدارة صحية



العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض في المدينة المنورة: دراسة مقطعية
باستخدام النسخة العربية من استبانة إدراك الوصول إلى الخدمات الصحية (PAHSQ)

إعداد الطالب/

أريج محمد الحربي

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٥

حقوق الطباعة

جميع حقوق الطباعة والنشر الخاصة بهذا البحث تعود ملكيتها بالكامل لجامعة
ميدأوشن، ولا يجوز لأي جهة استخدام محتواه أو نسخه أو توزيعه إلا بعد الحصول
على إذن رسمي من الجامعة.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإهداء

أهدي هذا البحث إلى أسرتي العزيزة، التي كانت مصدر دعمي
وتشجيعي الدائم طوال مراحل الدراسة، ولم تدخر جهداً في توفير الدعم
المعنوي والمساندة النفسية التي كان لها الأثر الكبير في إتمام هذا العمل.

كما أهدي هذا البحث لكل من يطمح في تحسين جودة الرعاية الصحية
وتعزيز تجربة المرضى، سائلاً الله أن يسهم هذا العمل، ولو بالقليل، في تطوير
خدمات الطوارئ وتحقيق الرضا والراحة للمرضى والمستفيدين من
النظام الصحي.

الشكر والتقدير

أقدم بخالص الشكر والامتنان لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث ودعمه خلال مختلف مراحله. بداية، أود أن أعرب عن تقديري العميق لأعضاء هيئة التدريس والمشرفين على الدراسة، الذين وفّروا التوجيه العلمي والإرشاد القيم، وساعدوا في تطوير الأفكار البحثية وضمان سلامتها العلمية.

كما أتوجه بالشكر لجميع المشاركين في الاستبانة، الذين أتاحوا بإسهامهم الصادق والفعال جمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة. ولا يفوتني أن أشكر زملائي والمحيط الأكاديمي على الملاحظات والمقترحات البناءة، التي ساعدت في تحسين جودة البحث وصقل مخرجاته.

وأخيراً، أقدم بعظيم الامتنان لكل من قدم الدعم المعنوي أو المهني، فقد كان لمساندتهم دور كبير في تمكين هذا البحث من الوصول إلى نتائجه النهائية، وتحقيق أهدافه العلمية.

فهرس المحتويات

- الإهداء ج
- الشكر والتقدير د
- الملخص ي

الفصل الأول: المقدمة

- مقدمة الدراسة ١
- خلفية الدراسة ٤
- مشكلة الدراسة ٩
- فرضيات البحث ٩
- منهجية البحث ١١
- تصميم الدراسة ١١
- محددات الدراسة ١١
- تساؤلات الدراسة ١٣

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

- المقدمة ١٥
- الدراسات السابقة ١٧
- الدراسات العربية ١٧
- الدراسات الأجنبية ٤٢

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

- المقدمة ٣٢
- المنهجية و التصميم ٣٣

٣٣	• أسباب اختيار المنهج الوصفي التحليلي
٣٤	• تصميم الدراسة
٣٤	• المنهج المتبع
٣٤	• مجتمع الدراسة
٣٥	• أدوات جمع البيانات
٣٥	• الإجراءات والمعايير
٣٥	• التحليل الإحصائي

الفصل الرابع : النتائج الإحصائية الرئيسية

٣٨	• المقدمة
٣٩	• تحليل البيانات
٣٨	• تحليل الانحدار
٥١	• تحليل الانحدار المتعدد

الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات

٥٨	• مناقشة النتائج.....
٦٣	• الخاتمة.....
٦٥	• التوصيات المستقبلية.....
٦٧	• المراجع (العربية والأجنبية)
٦٧	• الملاحق (نسخة الاستبانة)
٣٨	• Abstract

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول
٣٩	اختبار الثبات الداخلي (Cronbach's α)
٣٩	تحليل الارتباط (Pearson Correlation)
٤١	نموذج الانحدار الكلي
٤٣	العوامل المؤثرة (المتغيرات المستقلة الفردية)
٤٥	التحليل المقارن لتجربة المريض
٤٦	ملخص المتوسطات
٤٦	نتائج ANOVA
٤٧	تحليل التباين الأحادي (ANOVA) - حسب المتغيرات الديموغرافية
٤٨	تحليل التباين الإضافي للدخل وتجربة المريض (Post-hoc - Tukey's HSD)
٤٩	تحليل الثبات الداخلي (Cronbach's α)
٥١	ثانياً: تحليل الارتباط بين الأبعاد (Pearson Correlation)
٥٢	العوامل الفردية المؤثرة (عند $p > ٠,٠٥$)
٥٢	الفروق حسب الجنس (اختبار t)
٥٤	الفروق حسب الفئة العمرية (ANOVA)
٥٥	تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)

قائمة الاشكال :

رقم الصفحة	عنوان الشكل
٤٠	تحليل الارتباط (Pearson Correlation)
٤٢	تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)
٤٤	(المساهمة النسبية للعوامل) _factors_contribution.png
٤٩	المدرج التكراري لتوزيع درجات إدراك الوصول وتجربة المريض بين المشاركين (Distribution Histogram)
٥٠	(مستويات تجربة المريض) pie_experience_levels.png
٥٣	توزيع الجنس (pie2_gender_distribu)
٥٤	مخططات التشخيص لنموذج الانحدار الخطي (Diagnostic (Plots for Linear Regression Model
٥٦	توزيع المشاركين pie_income_distribution.png حسب الدخل الشهري.

المستخلص : Abstract

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى قياس مستوى إدراك المرضى لإمكانية الوصول إلى خدمات الطوارئ وتقييم تجربتهم ورضاهم، وتحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض مع دراسة أثر المتغيرات الديموغرافية، والتحقق من صدق وثبات النسخة العربية من استبانة PAHSQ في السياق المحلي السعودي.

مكان الدراسة: أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة المنورة، المملكة العربية السعودية.

المنهجية: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بتصميم مقطعي، وجمعت البيانات من ٢٠٠ مريض، باستخدام النسخة العربية من استبانة PAHSQ وأداة قياس تجربة المريض. وتم تحليل البيانات بالإحصاءات الوصفية، اختبارات الارتباط، الانحدار المتعدد، واختبارات الصدق والثبات، مع مراعاة المعايير الأخلاقية من موافقة المشاركين وحماية البيانات.

النتائج: أظهرت النتائج موثوقية عالية للأدوات ($\alpha = 0.812$) و ($\alpha = 0.905$)، وارتباطاً إيجابياً قوياً بين إدراك الوصول وتجربة المريض ($r = 0.658$)، ($p < 0.001$)، حيث فسرت مؤشرات إدراك الوصول ٤٤.٢٪ من التباين في تجربة المريض، وكان أكثر العوامل تأثيراً وضوح المعلومات وسهولة الوصول، ولم تُسجل فروق ذات دلالة إحصائية حسب الجنس أو العمر.

التوصيات: توصي الدراسة بتحسين وضوح المعلومات، تسهيل الوصول المادي، رفع مستوى التواصل بين مقدمي الخدمة والمرضى، تطوير برامج توعية، إدراج مؤشرات سهولة الوصول ضمن تقييم الجودة، إجراء دراسات مستقبلية حول وقت الانتظار والكثافة التشغيلية وتأثير التكنولوجيا، وتحسين البنية التحتية الداعمة للوصول مثل النقل الإسعافي وأنظمة التوجيه الذكي داخل المنشآت.

الكلمات المفتاحية: الوصول إلى خدمات الطوارئ، تجربة المريض، رضا المرضى، جودة الرعاية الصحية، إدراك الوصول، المملكة العربية السعودية، دراسة مقطعية.

الفصل الأول : الإطار العام للبحث

١. مقدمة Introduction:

يمثل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها أحد الأعمدة الأساسية لنجاح الأنظمة الصحية الحديثة، وهو مؤشر دقيق يعكس مدى قدرة المؤسسات الصحية على تقديم خدمات عادلة وفعالة للمجتمع. ويبرز هذا المفهوم بشكل خاص في سياق خدمات الطوارئ الصحية، نظراً لأهميتها في إنقاذ الأرواح وتقليل المضاعفات وتحسين النتائج العلاجية للمرضى. ومن هذا المنطلق، أصبح قياس "إدراك الوصول" إلى خدمات الطوارئ من منظور المرضى جزءاً مهماً من تقييم جودة الخدمات الصحية، وركيزة محورية في تحديد مدى التطور الذي حققته الأنظمة الصحية المختلفة، خصوصاً في ظل التزايد المستمر في أعداد المرضى والضغط المتزايد على أقسام الطوارئ (المالكي، الشمري، والقحطاني، ٢٠٢٢؛ Alshammari et al., 2022).

ولا يقتصر مفهوم الوصول إلى الرعاية الصحية على مجرد توفير الخدمة أو وجود المنشأة الصحية القريبة من المستفيد، بل يشمل سلسلة من العناصر المرتبطة بالتنظيم والتواصل والبيئة الصحية، والتي تتفاعل مجتمعة لتؤثر في تصور المريض وانطباعه عن سهولة الوصول إلى الخدمة. ويتضمن هذا المفهوم عدة أبعاد، منها: توافر الخدمة، وسهولة إجراءات الدخول، ووضوح المعلومات المقدمة للمريض، وسرعة الاستجابة للحالات، وسهولة التنقل داخل المنشأة الصحية، والفهم الجيد لمسار الرعاية، إضافة إلى البيئة النفسية والاجتماعية المصاحبة لتقديم الخدمة (Al-Qarni & Al-Harbi, 2023؛ Pereira et al., 2021). وهذه الأبعاد لا تعمل بشكل منفصل، بل تتداخل وتتفاعل من أجل تشكيل تجربة متكاملة يتعرض لها المريض منذ لحظة اتخاذ قرار التوجه للمستشفى وحتى خروجه من قسم الطوارئ.

ونظراً لأن أقسام الطوارئ تُعد من أكثر الأقسام ازدحاماً وحساسية في أي منشأة صحية، فإن قياس إدراك الوصول إليها يُعدّ مؤشراً مهماً للكشف عن نقاط القوة والضعف في النظام الصحي. فالمريض الذي يشعر بأن الوصول إلى الخدمة كان سهلاً وواضحاً، وأن الإجراءات كانت ميسرة، وأنه حصل على المعلومات اللازمة في الوقت المناسب، غالباً ما يُقيّم تجربته بشكل إيجابي، وهو ما ينعكس على مستوى الرضا العام، ويُسهم في بناء الثقة بين المؤسسة الصحية والمجتمع (Simon et al., 2019؛ Jones & White, 2022). وبالمقابل، فإن تعقيد الإجراءات أو نقص المعلومات أو طول مدة الانتظار قد يؤدي إلى تراجع مستوى الرضا، حتى وإن كانت الرعاية الطبية المقدمة ذات جودة عالية.

وفي المملكة العربية السعودية، تكتسب دراسة الوصول إلى خدمات الطوارئ أهمية متزايدة في ظل الجهود الوطنية الرامية إلى تطوير القطاع الصحي ضمن خطط التحول الوطني ورؤية المملكة ٢٠٣٠، والتي وضعت تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز رضا المستفيدين في مقدمة أولوياتها. وقد شهد قطاع الصحة خلال السنوات الأخيرة تطوراً ملحوظاً من حيث التوسع في المنشآت الصحية، وتحديث البنية التحتية الطبية، وتحسين الكفاءة التشغيلية، وإدخال التقنيات الحديثة لتعزيز تقديم الخدمات (الغامدي، ٢٠٢٤؛ القحطاني، ٢٠٢٤). ومع ذلك، ما تزال التحديات المتعلقة بالازدحام، وتفاوت مستوى وضوح المعلومات المقدمة للمريض، وصعوبات التوجيه داخل المنشآت الصحية، وتفاوت مستوى التأهيل في أقسام الطوارئ قائمة في العديد من المستشفيات، مما يستدعي إجراء دراسات علمية ميدانية تتناول واقع إدراك المرضى لإمكانية الوصول وتحليل مدى تأثيره على تجربتهم داخل أقسام الطوارئ.

وتبرز أهمية هذا الموضوع بشكل خاص في مدينة المنورة، التي تُعد إحدى المدن الرئيسية في المملكة، وتمتاز بخصوصيتها الدينية وازدحامها الموسمي، وتنوع الخلفيات الثقافية للزوار والسكان، مما يضع ضغوطاً غير اعتيادية على أقسام الطوارئ، ويجعل من فهم تجربة المريض في هذه البيئة ضرورة تشغيلية وصحية في آن واحد. فكل يوم تستقبل أقسام الطوارئ في المدينة المنورة أعداداً كبيرة من المرضى من داخل المدينة وخارجها، إضافة إلى الزوار والمُعتمرين، مما يجعل تقييم "إدراك الوصول" خطوة أساسية لتطوير مسارات الخدمة وتحسين كفاءة تشغيل المنشآت الصحية (الزعبي، المطيري، والقحطاني، ٢٠٢٤؛ أبو الرب، ٢٠٢١).

وإضافة إلى ذلك، تشير الأدبيات إلى أن تجربة المريض تُعد أحد المؤشرات الأساسية لتحسين جودة الخدمات الصحية، وأن قياسها أصبح جزءاً لا يتجزأ من أنظمة الجودة العالمية، حيث تُستخدم لقياس الأداء، وتحديد الاحتياجات، وتوجيه القرارات الاستراتيجية داخل المؤسسات الصحية. وقد أوضحت الدراسات الحديثة أن تجربة المريض لا تتعلق فقط بجودة التدخل الطبي، بل تشمل التجربة النفسية والاجتماعية، والتنظيمية التي يمر بها المريض خلال رحلته العلاجية (Graham et al., 2023؛ Smith et al., 2024). وهذا يشمل البيئة المادية للقسم، وطريقة تعامل العاملين، وتنظيم الوقت، ووضوح الإجراءات، والتواصل الفعّال.

ورغم التقدم الملحوظ في المملكة في تطبيق معايير الجودة، إلا أن عدداً من الدراسات المحلية تشير إلى أن تجربة المريض في أقسام الطوارئ تتأثر بعوامل عدة، منها: طول مدة الانتظار، وصعوبة فهم الإجراءات، ونقص المعلومات، إضافة إلى بعض الحواجز المرتبطة بالعوامل الثقافية واللغة، خصوصاً لدى الزائرين غير الناطقين بالعربية (Alghamdi, 2024). وقد تتفاقم هذه التحديات في بعض المستشفيات ذات الضغط العالي أو الأعداد الكبيرة من المراجعين.

وقد زادت الأهمية العلمية لدراسة العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض مع التطور العالمي في هذا المجال، إذ أثبتت العديد من الدراسات أن العلاقة بين العاملين علاقة وثيقة ومؤثرة بشكل كبير، وأن تحسين إدراك الوصول يؤدي بشكل مباشر إلى تحسين تجربة المريض (Chambers et al., 2020؛ Brown et al., 2023). وتشير هذه الأبحاث إلى أن تحسين وضوح المعلومات المقدمة للمرضى، وتوفير أنظمة إرشادية فعالة، وتسهيل التنقل داخل المنشأة الصحية، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، يمكن أن يسهم في تقليل التوتر وتحسين تقييم المرضى للتجربة الصحية ككل.

كما أسهم التطور التكنولوجي في تعزيز سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية، من خلال تطبيقات الفرز الإلكتروني، وأنظمة الحجز المسبق، وخدمات الطوارئ عن بُعد (TeleEmergency)، واللوحات الرقمية التي تُظهر أوقات الانتظار المتوقعة، وأنظمة إدارة الازدحام المبنية على الذكاء الاصطناعي (Dugas et al., 2024؛ Alhawa et al., 2025؛ Coggan et al., 2025). وقد أثبتت هذه التقنيات فعاليتها في تحسين مسار المريض وتقليل الوقت الضائع، مما انعكس بشكل إيجابي على رضا المرضى وتجربتهم داخل الأقسام الحيوية.

ورغم هذا التطور، إلا أن غالبية الدراسات السعودية ركزت على رضا المرضى أو تقييم جودة الخدمات بشكل عام، في حين أن الأبحاث التي تناولت العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض باستخدام أدوات معيارية قليلة جدًا، وخاصة تلك التي استخدمت النسخة العربية من استبانة إدراك الوصول (PAHSQ)، وهي أداة حديثة تمت ترجمتها وتوثيقها واعتمادها مؤخرًا في العالم العربي (Alshammari, Alzoubi, & Alqahtani, 2024). وهذا يبرز أهمية إجراء دراسة علمية في المدينة المنورة لتقييم صحة هذه الأداة في البيئة المحلية، ولتحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض باستخدام بيانات ميدانية دقيقة.

كما تسعى هذه الدراسة إلى سد فجوة مهمة في الأدبيات العربية، من خلال قياس مستوى إدراك المرضى لوصولهم إلى خدمات الطوارئ، وتحليل العوامل التي قد تؤثر في هذا الإدراك، ودراسة تأثيره المباشر وغير المباشر على تجربة المريض. وبذلك تتيح الدراسة فهمًا معمقًا للعوامل التنظيمية المؤثرة على جودة الخدمة، كما تقدم إطارًا علميًا يُمكن استخدامه لتحسين السياسات والإجراءات المتعلقة بإدارة أقسام الطوارئ في المملكة.

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول إن دراسة العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض تُعدّ خطوة أساسية نحو تحسين جودة الرعاية الصحية وتطوير خدمات الطوارئ في المدينة المنورة، بما يسهم في تعزيز الكفاءة التشغيلية، وتقليل الازدحام، وتحسين رضا المستفيدين، وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للتحوّل الصحي الوطني.

٢. خلفية البحث Background

يُعتبر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من أهم مؤشرات كفاءة وجودة الأنظمة الصحية، حيث يؤثر بشكل مباشر على تجربة المرضى ورضاهم عن الرعاية المقدمة (المالكي، الشمري، & القحطاني، ٢٠٢٢). وقد أظهرت الدراسات أن إدراك المريض لسهولة الوصول إلى خدمات الطوارئ يُعدّ عاملاً أساسياً في تحديد مستوى رضاه العام عن النظام الصحي (الغامدي، ٢٠٢٤). تحسين إدراك الوصول يعزز الثقة بين المريض والمستشفى، ويساهم في تقليل التأخير في الحصول على الرعاية الطارئة، ما ينعكس إيجاباً على النتائج العلاجية والصحية (العبدلي، ٢٠٢١؛ العتيبي، ٢٠٢٠).

ويشمل إدراك الوصول إلى الخدمات ليس فقط القرب الجغرافي وتوافر الموارد، بل أيضاً وضوح المعلومات وسهولة الإجراءات وسرعة الاستجابة للحالات الطارئة (السعدي، ٢٠٢٣؛ الحربي، ٢٠٢٢). وقد بينت الدراسات الحديثة في المملكة العربية السعودية أن تجربة المرضى في أقسام الطوارئ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بإدراكهم لكفاءة وسلاسة النظام الصحي، وأن تحسين هذه العوامل يؤدي إلى زيادة رضا المرضى وتقليل الشكاوى (الغامدي، ٢٠٢٤).

وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بقياس تجربة المرضى، إلا أن هناك نقصاً في الدراسات الكمية التي تربط بين إدراك الوصول وتجربة المرضى في المدن الكبرى بالمملكة، مما يجعل إجراء دراسة ميدانية حديثة أمراً ضرورياً لدعم صانعي القرار في تحسين جودة الخدمات (المالكي، الشمري، & القحطاني، ٢٠٢٢؛ العتيبي، ٢٠٢٠). بناءً على ذلك، تهدف هذه الدراسة إلى تقييم إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ في المدينة المنورة وتحليل أثره على تجربة المرضى، لتقديم توصيات علمية قائمة على بيانات ميدانية دقيقة.

وعلى الرغم من أهمية هذه الدراسات، إلا أن هناك فجوة واضحة في البحث المحلي، حيث لم يتم تقييم العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض في المدينة المنورة باستخدام نسخة عربية معتمدة من PAHSQ. ومن المتوقع أن توفر هذه الدراسة بيانات أساسية لتحسين جودة خدمات الطوارئ وتعزيز

رضا المرضى، بالإضافة إلى دعم تطوير سياسات محلية قائمة على الأدلة لتعزيز الوصول العادل والفعال للخدمات الصحية الطارئة (الشمري، الزعبي، والقحطاني، ٢٠٢٤؛ القحطاني، ٢٠٢٤).

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن إدراك الوصول يعتبر من العوامل الرئيسية التي تؤثر على تجربة المريض ورضاه العام عن الخدمات الصحية. فالبحوث في الضفة الغربية أوضحت أن تحسين فهم المرضى للمعلومات المتعلقة بخدمات الطوارئ يقلل من شعور القلق ويعزز رضاهم عن التجربة (المالكي، الشمري، والقحطاني، ٢٠٢٢). وفي المملكة العربية السعودية، بينت دراسة الغامدي (٢٠٢٤) أن إدراك الوصول يؤثر بشكل مباشر على رضا المرضى في أقسام الطوارئ، وأن الفجوات في الوصول تتسبب في انخفاض مستويات الرضا وزيادة الإحباط لديهم. كما أكدت دراسات دولية أن تحسين إدراك الوصول يساهم في تعزيز السلامة المرضية وتقليل الأخطاء الطبية (Smith, Brown, & Williams, 2020; Lee & Park, 2021).

ويشير الباحثون إلى أن إدراك الوصول يتضمن عدة أبعاد، منها سرعة الحصول على الخدمة، سهولة الإجراءات، وضوح المعلومات، إضافة إلى الدعم النفسي والاجتماعي أثناء انتظار الخدمة (المالكي، الشمري، والقحطاني، ٢٠٢٢؛ Alshammari, Alzahrani, & Alghamdi, 2022).

وبناءً على ذلك، يعد تحسين تجربة المرضى في أقسام الطوارئ من التحديات الأساسية التي تواجه الأنظمة الصحية الحديثة، خصوصاً مع الزيادة المستمرة في أعداد المراجعين وتنوع احتياجاتهم الصحية (Abdel-Rahman, El-Shafei, & Hassan, 2021).

لذلك، يهدف هذا البحث إلى تقييم إدراك المرضى للوصول إلى خدمات الطوارئ وتحليل تأثيره على تجربتهم، مع التركيز على الجوانب المتعلقة بسرعة الوصول، سهولة الإجراءات، ووضوح المعلومات، وذلك اعتماداً على المعايير والممارسات المعتمدة في الدراسات العربية والأجنبية الحديثة (المالكي، الشمري، والقحطاني، ٢٠٢٢؛ الغامدي، ٢٠٢٤؛ Smith, Brown, & Williams, 2020). ويأمل البحث في تقديم توصيات عملية لتحسين تجربة المرضى وتعزيز رضاهم عن الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ. تعتبر الدراسات الحديثة في المجال الصحي في المملكة العربية السعودية والعالم العربي بشكل عام أن تحسين إدراك المرضى لوصولهم إلى خدمات الطوارئ لا يقتصر على الجوانب المادية والتنظيمية، بل يمتد ليشمل العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية التي تؤثر على شعور المريض بالراحة والأمان أثناء تلقي الخدمة الصحية (الحازمي، ٢٠٢١؛ الغامدي وعبدالله، ٢٠٢٢). فقد أظهرت البحوث أن توفير بيئة داعمة وموجهة، تشمل وجود لافتات واضحة، وعاملين قادرين على التواصل الفعال، بالإضافة إلى تقديم المعلومات الصحية بطريقة مبسطة وسهلة الفهم، يساهم بشكل كبير في

تعزيز إدراك المريض لوصوله للخدمة وتقليل مستويات القلق والتوتر أثناء الانتظار (الشمري، ٢٠٢١؛ العوفي، ٢٠٢٣).

كما أن التحديات المرتبطة بالفروق الديموغرافية والاجتماعية تلعب دوراً مهماً في إدراك الوصول؛ إذ تبين أن كبار السن أو المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة يواجهون صعوبات أكبر في التنقل داخل الأقسام، مما يؤثر سلباً على تجربتهم العامة ويستدعي تصميم خدمات مهيكلية تراعي هذه الفروق (السعيد، ٢٠٢٢؛ المطيري وعبدالغني، ٢٠٢٣). إضافة إلى ذلك، أظهرت دراسات محلية أن التأخير في الوصول إلى الخدمة نتيجة الازدحام أو نقص الطاقم الطبي يمكن التخفيف منه عبر استخدام أنظمة الفرز الإلكتروني وإرشادات رقمية تفاعلية، والتي ثبتت فعاليتها في تسريع تقديم الخدمة وتحسين تقييم المرضى لتجربتهم (الحربي وعبدالله، ٢٠٢٠؛ القحطاني، ٢٠٢٢).

من جانب آخر، تشير الدراسات العربية الحديثة إلى أن العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض تتأثر بعوامل مثل جودة التواصل بين المريض والطبيب، وضوح التعليمات الطبية، وسهولة الحصول على الدعم النفسي والاجتماعي خلال فترة الانتظار (العنزي، ٢٠٢١؛ الدوسري وغازي، ٢٠٢٤). فالأدبيات تؤكد أن إدراك المريض لوصوله للخدمة لا يقتصر على الوصول الجسدي وحده، بل يتضمن أيضاً شعوره بالاحترام والاعتراف بحقوقه، وفهمه لخطوات الرعاية المقدمة، مما يعكس أهمية دمج عناصر الرعاية الشاملة في تصميم الخدمات الطارئة (العتيبي، ٢٠٢٣؛ الحازمي وعبدالرحمن، ٢٠٢٤).

كما أظهرت الأبحاث أن استخدام التكنولوجيا الرقمية، مثل التطبيقات الصحية والأنظمة الذكية لإدارة أوقات الانتظار، له تأثير واضح على تحسين إدراك الوصول لدى المرضى وتقليل حالات الإحباط والارتباك الناتجة عن طول مدة الانتظار أو عدم وضوح الإجراءات (الزهراني، ٢٠٢٢؛ القحطاني وعبدالله، ٢٠٢٣). وبالإضافة إلى ذلك، يبرز التدريب المستمر للعاملين في أقسام الطوارئ على مهارات التواصل، وفهم احتياجات المرضى المختلفة، والتعامل مع الحالات الطارئة بشكل سريع ومرتّب كعامل مهم في تعزيز تجربة المريض ورفع مستوى الرضا العام (الحميدي، ٢٠٢١؛ الغامدي، ٢٠٢٣).

توضح هذه الدراسات مجتمعة أن تحسين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ يعتمد على دمج استراتيجيات متعددة تشمل: تحسين البنية التحتية، تبسيط الإجراءات، تعزيز التواصل الفعال، توفير الدعم النفسي والاجتماعي، وتوظيف التكنولوجيا الحديثة في إدارة الأقسام. ويعكس هذا النهج الشامل إدراكاً متقدماً في القطاع الصحي العربي لأهمية تقديم تجربة مرضى متكاملة، لا تقتصر على جودة العلاج الطبي فقط، بل تمتد لتشمل الراحة النفسية والاجتماعية للمستفيدين، مما يساهم في رفع مستوى

الثقة بالمؤسسات الصحية وتحقيق رضا المرضى بشكل مستدام (الحربي، ٢٠٢٣؛ العوفي وعبدالله، ٢٠٢٤).

تشير الدراسات الحديثة إلى أن إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ يعد أحد العوامل الأساسية التي تؤثر على تجربة المرضى ورضاهم العام عن النظام الصحي، وهو لا يقتصر على الجوانب المادية أو توفر الموارد، بل يشمل الأبعاد التنظيمية والإجرائية والسلوكية والنفسية والاجتماعية التي تحدد كيفية تعامل المريض مع الخدمة الصحية (الزبيدي، ٢٠٢١؛ العويضي، ٢٠٢١). فقد بينت البحوث أن تحسين تنظيم العمليات داخل أقسام الطوارئ، بما في ذلك إدارة أوقات الانتظار، تبسيط الإجراءات الإدارية، وضمان توفر الكوادر المؤهلة بشكل مستمر، يساهم بشكل كبير في تحسين إدراك المريض للوصول إلى الخدمة وتقليل شعوره بالإحباط أو القلق، وبالتالي تعزيز رضاه العام (الجعفري، ٢٠٢٢؛ الزهري، ٢٠٢٣).

كما تؤكد الدراسات على أهمية التواصل الفعال مع المرضى، حيث أن تقديم المعلومات الصحية بطريقة واضحة ومبسطة، وتوضيح الخطوات والإجراءات المتبعة، يساهم في تعزيز فهم المرضى لكيفية الوصول إلى الخدمات الطارئة، ويزيد من شعورهم بالثقة بالنظام الصحي (العبدالله، ٢٠٢١؛ المهنا، ٢٠٢٢). ويشير الباحثون إلى أن التواصل الإنساني والمهني بين الكوادر الطبية والمراجعين يمثل عنصراً حاسماً في تحسين تجربة المرضى، خصوصاً في المواقف الحرجة التي تتطلب سرعة الاستجابة والتعامل مع الحالات الطارئة (السليمان، ٢٠٢٠).

ومن جانب آخر، أظهرت الدراسات الحديثة أن تطوير البعد النفسي والاجتماعي في تجربة المرضى يعد أمراً حيوياً لتعزيز إدراك الوصول. إذ إن تقديم الدعم النفسي، سواء من خلال الإرشاد الشخصي أو استخدام وسائل التوعية الرقمية، يقلل من مستويات القلق والتوتر لدى المرضى أثناء انتظار الخدمة، مما يحسن من تجربتهم ويزيد من رضاهم العام (المهنا، ٢٠٢٢؛ الزبير، ٢٠٢٤). كما أظهرت الدراسات أن دمج استراتيجيات الدعم النفسي مع التدريب المستمر للكوادر الطبية على مهارات التواصل الفعال والإدارة السريعة للحالات الحرجة يؤدي إلى تحسين تجربة المريض بشكل ملموس، ويعزز الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب (الزبيدي، ٢٠٢١).

وتشير الأدلة إلى أن إدراك الوصول لا يقتصر على السرعة وسهولة الإجراءات فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب التكنولوجية. فقد أظهرت البحوث أن استخدام نظم الحجز الإلكتروني، وإرسال الإشعارات للمراجعين حول مواعيدهم، وتمكينهم من متابعة حالتهم الصحية عبر تطبيقات الهواتف الذكية، يعمل

على تحسين إدراك الوصول وتقليل شعور المرضى بالعجز أو الضياع داخل النظام الصحي (الحميدي، ٢٠٢٣؛ الزبير، ٢٠٢٤). ويؤكد الباحثون أن الربط بين الحلول الرقمية والبنية التحتية الفعلية للخدمة الصحية يسهم في تقديم تجربة متكاملة للمرضى، ويضمن وصولهم للخدمة بسرعة وفعالية أكبر (الخضير، ٢٠٢٢).

ومن منظور التطوير المؤسسي، تشير الدراسات إلى أن قياس رضا المرضى بشكل دوري وتحليل مؤشرات الجودة يعد وسيلة فعالة لتحديد نقاط القوة والضعف في أقسام الطوارئ، واتخاذ القرارات المبنية على بيانات دقيقة لتحسين تجربة المرضى (الزهراني، ٢٠٢٣). وعلاوة على ذلك، فإن تبني سياسات واضحة لتقليل الروتين الإداري وتسهيل الوصول للخدمات، مع تعزيز دور الكوادر الطبية في تقديم المعلومات والإرشاد، يمثل استراتيجية أساسية لتحسين تجربة المرضى ورفع مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة (العويضي، ٢٠٢١).

وفي السياق المحلي، أظهرت التجارب في عدة مدن سعودية أن تحسين إدراك الوصول يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالالتزام بالعلاج واتباع الإرشادات الطبية، حيث أن المرضى الذين يشعرون بسهولة الوصول إلى الخدمات يبدون التزاماً أعلى ويقل لديهم معدل العودة غير المخطط لها للمستشفيات، ما يسهم في تحسين النتائج الصحية وتقليل الضغط على النظام الصحي (العتيق، ٢٠٢٣). وتشير الدراسات إلى أن إدراك الوصول الفعال يمكن أن يحسن من تجربة المريض من خلال تقليل الإحباط النفسي، وتعزيز الثقة بالنظام الصحي، وتحسين العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة الصحية (الجعفري، ٢٠٢٢؛ الزهري، ٢٠٢٣).

وتؤكد الدراسات أيضاً أن تطوير برامج شاملة لتحسين تجربة المرضى يجب أن تشمل ثلاثة محاور رئيسية: البنية التحتية، التنظيم الداخلي والإجرائي، والدعم النفسي والاجتماعي والتقني (الزبيدي، ٢٠٢١). فتحسين البنية التحتية يشمل توفير أجهزة حديثة، مساحات انتظار مناسبة، وتوزيع الكوادر بكفاءة، بينما يركز الجانب التنظيمي على تبسيط الإجراءات، إدارة الطوابير، وتحسين التدفقات العملية داخل القسم، أما البعد النفسي والاجتماعي والتقني فيشمل التدريب على مهارات التواصل، تقديم الدعم النفسي، وتوظيف الحلول الرقمية الحديثة. وعند الجمع بين هذه المحاور الثلاثة، يمكن تحقيق تجربة مريض متكاملة تساهم في رفع مستوى رضا المرضى وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة (الحميدي، ٢٠٢٣؛ الزبير، ٢٠٢٤).

وأخيراً، تؤكد الدراسات على أن تعزيز إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ يمثل أولوية استراتيجية للنظام الصحي، خصوصاً مع التزايد المستمر في أعداد المرضى وتنوع احتياجاتهم الصحية. إذ أن الاستراتيجيات الشاملة التي تجمع بين البنية التحتية، التنظيم الداخلي، التدريب المهني، الدعم النفسي والاجتماعي، واستخدام الحلول الرقمية، تشكل أساساً متيناً لتطوير تجربة المرضى ورفع مستوى رضاهم، بما يتماشى مع أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠ لتعزيز جودة وكفاءة نظام الرعاية الطارئة (الزبير، ٢٠٢٤).

٣. مشكلة البحث (Research Problem)

على الرغم من التطور في خدمات الطوارئ بالمدينة المنورة، إلا أن إدراك المرضى لإمكانية الوصول إلى هذه الخدمات وتجربتهم الفعلية معها لا يزال غير واضح. تشير الأدلة إلى أن ضعف الإدراك للوصول يمكن أن يقلل من رضا المرضى وتجربتهم الصحية، لكن الدراسات المحلية حول العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض باستخدام أدوات معيارية مثل النسخة العربية من PAHSQ محدودة. لذلك، هناك حاجة لتقييم هذه العلاقة لتوفير بيانات تسهم في تحسين جودة خدمات الطوارئ ورضا المستفيدين.

وانطلاقاً من ذلك، يسعى هذا البحث للإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١) ما مستوى إدراك المرضى لإمكانية الوصول إلى خدمات الطوارئ في المدينة المنورة؟
- ٢) ما مستوى تجربة المرضى وجودة الرعاية التي يتلقونها في أقسام الطوارئ؟
- ٣) هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الوصول وتجربة المريض في خدمات الطوارئ؟
- ٤) ما العوامل الاجتماعية والديموغرافية والتنظيمية التي قد تؤثر في إدراك المرضى لإمكانية الوصول؟
- ٥) إلى أي مدى تُعد النسخة العربية من استبانة PAHSQ أداة مناسبة وموثوقة لقياس إدراك الوصول في البيئة السعودية؟

١. فرضيات البحث (Research Hypotheses)

نظراً لأن هذه الدراسة تهدف إلى استكشاف العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض في المدينة المنورة، فقد تم صياغة الفرضيات التالية لاختبار هذه العلاقة وتوضيح أبعادها:

١. توجد علاقة ارتباط إيجابية وذات دلالة إحصائية بين إدراك المرضى لإمكانية الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربتهم الصحية.
٢. يختلف إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ تبعًا للمتغيرات الديموغرافية مثل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.
٣. يختلف مستوى تجربة المريض ورضاه عن الخدمة حسب مستوى إدراكه للوصول إلى خدمات الطوارئ.
٤. تتمتع النسخة العربية من استبانة PAHSQ بخصائص سيكومترية مناسبة من حيث الصدق والثبات في السياق السعودي، ما يجعلها أداة مناسبة لقياس إدراك الوصول إلى الخدمات الصحية.

٤. -أهداف الدراسة (Research Objectives)

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض في المدينة المنورة من خلال الأهداف التالية:

١. قياس مستوى إدراك المرضى لإمكانية الوصول إلى خدمات الطوارئ وتقييم تجربتهم ورضاهم عن الخدمة.
٢. تحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض مع دراسة أثر المتغيرات الديموغرافية.
٣. التحقق من صدق وثبات النسخة العربية من استبانة PAHSQ في السياق المحلي السعودي.

٥. -أهمية الدراسة (Research Importance)

تُعَدُّ هذه الدراسة ذات أهمية بالغة في مجال جودة الخدمات الصحية، إذ تسعى إلى تسليط الضوء على العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض، وهي علاقة لم تحظَ بدراسة كافية في السياق المحلي السعودي، خصوصًا في منطقة المدينة المنورة. وتكمن أهمية البحث في أنه يقدم مقارنة علمية جديدة تجمع بين مفهومي الوصول وتجربة المريض، باستخدام أداة مقننة ومعتمدة دوليًا وهي النسخة العربية من PAHSQ. كما يُتوقع أن تُسهم نتائج

٦. منهجية الدراسة (Research Methodology)

يعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي، لملاءمته طبيعة الدراسة التي تهدف إلى تحليل العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض في المدينة المنورة. تم بناء الفرضيات استناداً إلى مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة، مع التركيز على اختبار العلاقة الإحصائية بين المتغيرين الرئيسيين للدراسة.

٧. تصميم الدراسة Study design :

تُعدّ الدراسة مقطعية (Cross-sectional Study)، حيث تم جمع البيانات من عينة من المرضى الذين تلقوا خدمات الطوارئ في مستشفيات المدينة المنورة خلال فترة زمنية محددة.

٨. محددات الدراسة (Research Limitations)

تتسم هذه الدراسة بعدد من المحددات المنهجية والجغرافية التي ينبغي على الباحث مراعاتها عند تحليل وتفسير النتائج، وتتمثل هذه المحددات فيما يلي:

١. القيد المنهجي: التصميم المقطعي (Cross-Sectional Design)

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بتصميم مقطعي، مما يعني أن جمع البيانات تم في نقطة زمنية واحدة (Single Point in Time). يترتب على هذا التصميم قيودان أساسيان:

- **عدم القدرة على إثبات العلاقة السببية (Causality):** يمكن للدراسة أن تكشف عن وجود ارتباط قوي بين إدراك الوصول وتجربة المريض، لكنها لا تستطيع إثبات أن التحسن في إدراك الوصول هو السبب المباشر لتحسن تجربة المريض، ولا يمكنها تحديد اتجاه العلاقة بدقة.
- **تأثير العوامل الزمنية:** لا تعكس النتائج التغيرات المحتملة في إدراك المرضى أو تجربتهم على مدى فترة طويلة (Longitudinal Data)، حيث قد تتغير هذه التصورات بناءً على عوامل تشغيلية أو إدارية تحدث بعد جمع البيانات.

٢. القيد الذاتي: التحيز في الاستجابة (Self-Report/Response Bias)

بما أن الدراسة اعتمدت على أدوات تقرير ذاتي (Self-Report Tools) مثل استبانة PAHSQ وأداة قياس تجربة المريض، فإن البيانات التي تم جمعها عرضة للتحيز الذاتي:

- **تحيز الرغبة الاجتماعية (Social Desirability Bias):** قد يميل بعض المشاركين إلى الإجابة بطريقة يعتقدون أنها مقبولة اجتماعياً أو مهنيًا (مثل المبالغة في تقييم الرضا)، مما قد يؤثر على دقة نتائج المتغير التابع (تجربة المريض).
- **تحيز الاستدعاء (Recall Bias):** يعتمد المرضى على استدعاء تجربتهم بعد الانتهاء من تلقي الرعاية، مما قد يؤدي إلى نسيان بعض التفاصيل أو المبالغة في تقدير بعض الجوانب السلبية أو الإيجابية.

٣. القيد الجغرافي ونطاق التعميم (Generalizability)

- **القيود الجغرافية:** اقتصر عينة الدراسة على أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية والخاصة في المدينة المنورة فقط. قد تختلف خصائص النظام الصحي، والممارسات التشغيلية، والخصائص الثقافية للمرضى بشكل كبير عن تلك الموجودة في مدن سعودية أخرى (مثل الرياض أو جدة)، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على كامل المملكة.
- **القيود المتعلقة بالقطاع الصحي:** التركيز على المستشفيات الحكومية والخاصة فقط يحد من تعميم النتائج على مراكز الرعاية الصحية الأولية أو العيادات المتخصصة التي تقدم خدمات عاجلة.

٤. القيد السكاني: حجم ونوع العينة (Sample Size and Characteristics)

- **حجم العينة:** على الرغم من أن حجم العينة (٢٠٠ مريض) مناسب للإحصاء التحليلي، إلا أنه قد لا يكون كافياً لتمثيل التنوع الكامل للمرضى في جميع أقسام الطوارئ في المدينة المنورة، خاصة عند تحليل أثر المتغيرات الديموغرافية المتعددة بشكل تفصيلي.
- **عدم تضمن البيانات السريية الموضوعية:** ركزت الدراسة بشكل أساسي على الإدراك والتجربة الذاتية للمريض، ولم تتضمن بيانات موضوعية من سجلات المستشفى مثل أوقات الانتظار الفعلية (Door-to-Doctor Time)، أو حدة حالة المريض عند الفرز (Triage Acuity)، وهي عوامل قد تكون متغيرة مضللة (Confounding Variables) تؤثر على كل من إدراك الوصول وتجربة المريض.

٩. تساؤلات الدراسة – Study questions

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن مجموعة من التساؤلات التي تسعى إلى فهم مستوى إدراك المرضى لوصولهم إلى خدمات الطوارئ، وتحليل علاقته بتجربتهم داخل القسم، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الرئيس

- ما مستوى إدراك المرضى للوصول إلى خدمات الطوارئ، وما مدى ارتباطه بتجربة المريض في قسم الطوارئ؟

الأسئلة الفرعية

٢. ما مستوى إدراك المرضى لأبعاد الوصول المختلفة، مثل سهولة الوصول، الوقت المستغرق، وضوح الإجراءات، توفر المعلومات، وجودة التواصل داخل قسم الطوارئ؟
٣. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الوصول وتجربة المريض في أقسام الطوارئ؟
٤. هل تختلف مستويات إدراك الوصول باختلاف الخصائص الديموغرافية للمرضى (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الوظيفية)؟
٥. هل تختلف تجربة المريض في أقسام الطوارئ وفقاً للخصائص الديموغرافية ذاتها؟
٦. ما العوامل الأكثر تأثيراً في تشكيل تجربة المريض داخل قسم الطوارئ؟
٧. كيف يؤثر وقت الانتظار في إدراك الوصول وتجربة المريض داخل قسم الطوارئ؟
٨. ما أبرز التحديات التي يواجهها المرضى عند محاولتهم الحصول على الخدمة داخل أقسام الطوارئ؟
٩. ما التحسينات المقترحة من وجهة نظر المرضى لتعزيز مستوى الوصول ورفع جودة التجربة داخل أقسام الطوارئ؟

١٠. النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث Scientific theory

يعتمد هذا البحث على مجموعة من المرتكزات والنماذج النظرية التي تسهم في تفسير العوامل المؤثرة على الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض داخل هذه الأقسام. ويأتي في مقدمة هذه المرتكزات نموذج الوصول إلى الرعاية الصحية (Access to Healthcare Model)، الذي

يُعدّ أحد الأطر الأكثر شيوعاً في الدراسات الصحية، نظراً لشموله مجموعة من الأبعاد التي تتجاوز مفهوم توفر الخدمة. إذ يوضح هذا النموذج أن الوصول يتكون من عناصر متداخلة تشمل: سهولة الانتقال إلى المنشأة، وضوح الإجراءات، الوقت اللازم للحصول على الخدمة، القدرة على فهم المعلومات الصحية، وجودة التواصل بين المريض ومقدمي الخدمة.

كما يستند البحث إلى نظرية تجربة المريض (Patient Experience Theory) التي ترى أن تجربة المريض تتشكل عبر سلسلة من التفاعلات المتتالية أثناء رحلته العلاجية، بدءاً من لحظة وصوله إلى المنشأة الصحية وحتى خروجه منها. وتشمل هذه التجربة جوانب متعددة، مثل: التعامل المهني والإنساني للطاقم الصحي، سرعة الاستجابة، وضوح التعليمات، البيئة التنظيمية والمكانية، ومستوى الدعم النفسي والاجتماعي المقدم للمريض.

ويرتبط النموذجان السابقان بنظرة علمية تكاملية ترى أن إدراك الوصول يُعدّ أحد المحددات الرئيسية لتجربة المريض؛ فكلما كانت إجراءات الوصول واضحة وسلسة، ووقت الانتظار أقل، والمعلومات المقدمة دقيقة ومفهومة، انعكس ذلك إيجاباً على تقييم المريض لتجربته وجودة الرعاية التي حصل عليها.

وبالتالي، يعتمد هذا البحث إطاراً نظرياً يجمع بين مفاهيم الوصول وتجربة المريض، بهدف تفسير طبيعة العلاقة بينهما داخل أقسام الطوارئ. ويساعد هذا الإطار في تحديد المتغيرات الأساسية، وبناء الفرضيات، وتصميم أدوات القياس، وتحليل النتائج وفق أسس علمية راسخة تتماشى مع اتجاهات البحوث الحديثة في مجال جودة الرعاية الصحية.

الفصل الثاني : الدراسات السابقة

١. مقدمة

تشكل الدراسات السابقة حجر الأساس لفهم الظاهرة البحثية، إذ توفر إطاراً نظرياً ومنهجياً يمكن من خلاله تحديد الفجوات البحثية، واستنباط متغيرات البحث الرئيسية، وفهم العلاقة بين العوامل المختلفة التي تؤثر على تجربة المريض وإدراك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ويعد إدراك الوصول وتجربة المريض من الموضوعات الحيوية في البحث الصحي الحديث، حيث يمثلان مؤشراً مباشراً على جودة وكفاءة النظام الصحي، ويؤثران على رضا المرضى والتزامهم بالعلاج، فضلاً عن النتائج الصحية العامة (المالكي، الشمري، & القحطاني، ٢٠٢٢؛ الغامدي، ٢٠٢٤).

تركز الدراسات العربية على تحديد الأبعاد المختلفة لإدراك الوصول، والتي تشمل ليس فقط القدرة على الوصول الزمني والمكاني، ولكن أيضاً الملاءمة، القبول الاجتماعي، القدرة على تحمل التكاليف، وسهولة الإجراءات، بالإضافة إلى الجوانب غير المادية مثل وضوح المعلومات، جودة التواصل مع مقدمي الخدمة، والاحترام المقدم للمرضى (الشمري، الزعبي، & القحطاني، ٢٠٢٤؛ القحطاني، ٢٠٢٤). وقد أظهرت هذه الدراسات أن إدراك الوصول يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على رضا المريض وتجربته، وأن الفجوات في الوصول قد تؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا وزيادة شعور الإحباط والقلق لدى المرضى، مما يستدعي دراسة شاملة لجميع أبعاد الوصول لتحسين الخدمات (الزعبي، المطيري، & القحطاني، ٢٠٢٤).

أما الدراسات الأجنبية، فهي توفر منظوراً عالمياً لتأثير إدراك الوصول على تجربة المرضى، مع التركيز على الأبعاد الزمنية والمكانية، بالإضافة إلى الجوانب النفسية والاجتماعية والتقنية. فقد أظهرت المراجعات المنهجية والتحليلات الكمية أن زيادة المسافة أو الوقت اللازم للوصول إلى أقسام الطوارئ يؤثر سلباً على رضا المرضى، ويزيد من شعورهم بعدم الأمان والقلق، حتى لو لم تؤد هذه العوامل بالضرورة إلى تغير النتائج السريرية بشكل مباشر (Chambers et al., 2020). كما أظهرت الدراسات أن إدراك المرضى للوقت الفعلي مقارنة بتقديرهم الذاتي للانتظار له تأثير مباشر على شعورهم بالرضا والتحكم في تجربتهم، ما يعكس أهمية البعد المعرفي والنفسي في قياس إدراك الوصول (Simon, Dubois, & Keller, 2019).

وتؤكد الدراسات النوعية الأجنبية أن العوامل الاجتماعية والثقافية، مثل الوصم والتمييز، تؤثر بشكل مباشر على تجربة المرضى، خصوصاً الفئات الأكثر ضعفاً أو التهميش، مما يقلل من ثقتهم

بالنظام الصحي ويحد من استخدامهم للخدمات الطارئة (Brown, Smith, & Thompson, 2023). كما بينت الدراسات الحديثة أن إدراج المتغيرات الديموغرافية في التحليل يمكن أن يوضح تأثير العمر والجنس والخلفية الاجتماعية على تجربة المرضى وإدراكهم للوصول، ما يعزز فهم الفروق الفردية ويتيح تصميم سياسات صحية أكثر عدلاً وفعالية (Coggan et al., 2025).

وتبرز المراجعة الأدبية أن تجربة المرضى لا تقتصر على الأبعاد المادية والزمنية للوصول، بل تشمل أيضاً الجوانب النفسية والاجتماعية، وجودة التواصل، واستخدام الحلول التقنية الحديثة مثل الخدمات الرقمية عن بُعد، والتي أصبحت بعداً محورياً لتعزيز إدراك الوصول وتقليل العبء الزمني والجهد المبذول من قبل المرضى (الشمري، الزعبي، & القحطاني، ٢٠٢٤). وتؤكد الدراسات أن دمج هذه العوامل ضمن نموذج شامل لتحليل تجربة المريض يعزز فهم العلاقة المعقدة بين إدراك الوصول والرضا العام، ويساعد على تطوير سياسات صحية قائمة على الأدلة.

كما تشير الدراسات إلى أن قياس إدراك الوصول باستخدام أدوات موثوقة ومعتمدة، مثل النسخة العربية من استبانة PAHSQ، يضمن جمع بيانات دقيقة وشاملة عن أبعاد الوصول المختلفة، بما في ذلك القبول، الملاءمة، التوافر، والقدرة على تحمل التكاليف، فضلاً عن الجوانب غير المادية لتجربة المريض (الزعبي، المطيري، & القحطاني، ٢٠٢٤). ويعزز هذا الاستخدام للأدوات القياسية مصداقية نتائج الدراسات وتحليل العلاقات بين المتغيرات بطريقة علمية دقيقة.

وبناءً على ذلك، تؤكد هذه المراجعة أن إدراك الوصول وتجربة المريض يمثلان ظاهرتين مترابطتين ومتعددتين الأبعاد، يتأثران بالعوامل المادية، الزمنية، النفسية، الاجتماعية، والتقنية. كما توفر الدراسات السابقة العربية والدولية أدلة قوية على أهمية التعامل مع هذه الأبعاد بشكل شامل، مع مراعاة الفجوات البحثية في السياق المحلي، لا سيما في المملكة العربية السعودية، حيث يوجد نقص في الدراسات الكمية التي تربط بين إدراك الوصول وتجربة المرضى باستخدام أدوات قياس معتمدة باللغة العربية، مما يجعل الدراسة الحالية ضرورة علمية لتقديم بيانات حديثة لدعم صانعي القرار وتحسين جودة الخدمات الطارئة.

٢. الدراسات السابقة (Literature Review)

٢.١ الدراسات العربية

تشير الدراسات العربية إلى أهمية إدراك الوصول كعامل محوري في تحديد جودة تجربة المريض. وقد ركزت هذه الدراسات على عدة أبعاد للوصول، مثل القدرة على الوصول الزمني والمكاني، الملاءمة، القبول الاجتماعي، والقدرة على تحمل التكاليف، إضافة إلى الجوانب غير المادية مثل التواصل والاحترام ووضوح الإجراءات. تساهم هذه الدراسات في فهم التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية العربية في تحسين تجربة المرضى ورضاهم.

١. تقييم تجربة المرضى وإدراك الوصول في الضفة الغربية (المالكي، الشمري، والقحطاني، ٢٠٢٢)

المرجع: المالكي، م.، الشمري، ف.، والقحطاني، أ. (٢٠٢٢). تقييم تجربة المرضى في أقسام الطوارئ في الضفة الغربية - دراسة مقطعية. المجلة العربية للعلوم الصحية، (مجلد)، صفحة.

❖ المحور والمنهجية: هدفت الدراسة إلى تقييم تجربة المرضى في أقسام الطوارئ بالمستشفيات الفلسطينية، مع التركيز على إدراك الوصول إلى الرعاية. استخدمت الدراسة منهجية كمية تعتمد على استبيانات واسعة جمعت آراء المرضى حول جوانب متعددة للخدمة الصحية، بما في ذلك الوقت اللازم للوصول، سهولة التسجيل، وضوح الإجراءات، وسهولة التواصل مع مقدمي الرعاية.

❖ النتائج الرئيسية: أشارت النتائج إلى وجود تحديات واضحة في تحقيق رضا المرضى وتجربة إيجابية، حيث أن إدراك المرضى لقدرتهم على الوصول إلى الخدمة في الوقت والمكان المناسب كان مؤشراً أساسياً على جودة الرعاية. كما بينت الدراسة أن عناصر غير مادية مثل وضوح الإجراءات وسهولة التسجيل تلعب دوراً محورياً في تحسين العدالة الصحية وتعزيز تجربة المرضى.

❖ تحليل موسع: تعكس هذه الدراسة أن إدراك الوصول ليس مجرد مسألة جغرافية أو زمنية، بل يشمل أيضاً الأبعاد التنظيمية والإدارية، مثل إجراءات التسجيل وسلاسة التنسيق بين الأقسام المختلفة. هذا يشير إلى أن تحسين تجربة المريض يحتاج إلى معالجة شاملة لكل أبعاد الوصول وليس فقط تحسين البنية التحتية.

❖ ارتباط بالدراسة الحالية: تعتبر هذه الدراسة مرجعاً أساسياً لأنها تؤكد أن إدراك الوصول هو مؤشر جوهري لتقييم فعالية النظام الصحي العربي، وأن التحديات التي يواجهها المرضى متعددة الأبعاد، ما يعزز أهمية تحليل كل مكون من مكونات إدراك الوصول في الدراسة الحالية

٢. رضا المرضى عن جودة الرعاية في أقسام الطوارئ في المملكة العربية السعودية (الغامدي، ٢٠٢٤)

- المرجع: الغامدي، س. (٢٠٢٤). رضا المرضى عن جودة الرعاية في أقسام الطوارئ في المملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية. مجلة العلوم الطبية السعودية، (مجلد)، صفحة.
- ❖ المحور والمنهجية: ركزت الدراسة على قياس رضا المرضى عن الخدمات الصحية في أقسام الطوارئ السعودية، باعتباره مؤشراً رئيسياً لأداء المؤسسة الصحية. اعتمدت الدراسة منهجاً وصفيًا تحليليًا، واستخدمت استبيانات متعددة الأبعاد لقياس رضا المرضى فيما يتعلق بسرعة الاستجابة، كفاءة الطاقم الطبي، توافر الأجهزة والمعدات، وإدارة الانتظار.
- ❖ النتائج الرئيسية: بينت الدراسة أن رضا المرضى يتأثر بشكل كبير بالعوامل المرتبطة بإدراك الوصول، خصوصاً البعد الزمني والمادي. كما أظهرت أن الإدارة الجيدة لأماكن الانتظار وتوفير المعلومات الدقيقة للمرضى يعزز إدراك الوصول ويقلل مشاعر الإحباط والقلق.
- ❖ تحليل موسع: توضح هذه الدراسة أن رضا المريض لا يرتبط فقط بالخدمات الطبية الفعلية، بل يتأثر أيضاً بالتجربة الشاملة للوصول للخدمة. هذا يشمل القدرة على التواصل مع الطاقم، وضوح المعلومات، والتنظيم الداخلي للأقسام. تشير النتائج إلى أن البعد الزمني للوصول والمرافق المادية هما محددان قويان لتجربة المريض في السياق السعودي.
- ❖ ارتباط بالدراسة الحالية: توفر هذه الدراسة سياقاً مباشراً للدراسة الحالية، وتدعم فرضية أن إدراك الوصول يرتبط ارتباطاً وثيقاً برضا المريض وتجربته الشاملة، خاصة عند النظر إلى البعد الزمني والمادي للوصول.

٣. اعتماد استبانة إدراك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (PAHSQ)

(الزعيبي، المطيري، والقحطاني، ٢٠٢٤)

الزعيبي، م.، المطيري، ع.، والقحطاني، أ. (٢٠٢٤). اعتماد النسخة العربية من استبانة إدراك :المرجع

المجلة الدولية لعلوم psychometric. دراسة (PAHSQ) الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التمريض، (مجلد)، صفحة

- ❖ المحور والمنهجية: ركزت الدراسة على التحقق من الخصائص السيكومترية للأداة العربية PAHSQ، باستخدام اختبارات الصدق المتقاطع والثبات الداخلي (Cronbach's Alpha). تم تقييم أربعة أبعاد رئيسية لإدراك الوصول: القبول، التوافر، الملاءمة، والقدرة على تحمل التكاليف.
- ❖ النتائج الرئيسية: أظهرت الدراسة موثوقية عالية واتساقاً داخلياً ممتازاً للأداة، مما يؤكد صلاحيتها لقياس متغيرات إدراك الوصول في السياق العربي.
- ❖ تحليل موسع: يعد التحقق من صلاحية الأداة العربية خطوة حاسمة، لأنه يضمن أن نتائج الدراسة الحالية تعتمد على أداة قياس دقيقة وموثوقة. كما أن الأبعاد الأربعة التي تغطيها PAHSQ توفر نظرة شاملة على العوامل التي تحدد تجربة المريض، بما يشمل الجوانب المادية وغير المادية للوصول.
- ❖ ارتباط بالدراسة الحالية: تعتبر هذه الدراسة حجر الزاوية المنهجي للدراسة الحالية، حيث تؤكد أن أداة القياس المستخدمة قابلة للتطبيق وموثوقة في السياق السعودي، مما يعزز مصداقية النتائج والتحليلات.

٤. رضا المرضى وإدراكهم لخدمات الطوارئ عن بُعد في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية (الشمري، الزعبي، والقحطاني، ٢٠٢٤).

المرجع: الشمري، ف.، الزعبي، م.، والقحطاني، أ. (٢٠٢٤). رضا المرضى وإدراكهم لخدمات الطوارئ عن بُعد في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية: دراسة تقييمية. مجلة الرعاية الصحية عن بُعد، (مجلد)، صفحة.

- ❖ المحور والمنهجية: هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير الخدمات عن بُعد (Tele-Emergency) على رضا المرضى وإدراكهم للوصول، خصوصاً بعد جائحة كورونا. استخدمت الدراسة منهجية تقييمية تجمع البيانات الكمية والنوعية عن رضا المرضى والتفاعل مع الطاقم عبر المنصات الرقمية.
- ❖ النتائج الرئيسية: أظهرت النتائج أن الخدمات الرقمية حسّنت إدراك الوصول، خصوصاً في بعد الملاءمة وتقليل العبء الزمني، مثل تقليل وقت السفر والانتظار. كما بينت الدراسة أن رضا المرضى كان أعلى عندما يجمع التفاعل الرقمي بين التكنولوجيا والجوانب البشرية في الرعاية.

- ❖ تحليل موسع: تشير النتائج إلى أن الوصول الرقمي أصبح بعداً حديثاً ومؤثراً في تجربة المريض، ويجب النظر إليه كجزء من استراتيجية تحسين تجربة المرضى في أقسام الطوارئ. كما تؤكد الدراسة أن التفاعل البشري لا يمكن استبداله بالتكنولوجيا، بل يجب أن يتكامل معها لضمان رضا المريض.
- ❖ ارتباط بالدراسة الحالية: تضيف الدراسة بعداً جديداً للبحث الحالي، حيث تشمل الوصول عبر التكنولوجيا كعامل حديث ومؤثر في تجربة المريض، ما يعزز شمولية نموذج البحث.

٥. تصورات وتفضيلات المرضى تجاه الخدمات في أقسام الطوارئ في جدة: دراسة شاملة (القحطاني، ٢٠٢٤)

- المرجع: القحطاني، أ. (٢٠٢٤). تصورات وتفضيلات المرضى تجاه الخدمات في أقسام الطوارئ في جدة: دراسة شاملة. المجلة السعودية للطب الطارئ، (مجلد)، صفحة.
- ❖ المحور والمنهجية: هدفت الدراسة إلى استكشاف كيفية تشكيل تصورات المرضى لتجربتهم في أقسام الطوارئ، باستخدام منهج مختلط بين الكمي والنوعي لربط البيانات الموضوعية مثل أوقات الانتظار بالآراء الذاتية للمرضى.
- ❖ النتائج الرئيسية: أظهرت الدراسة أن رضا المريض يتأثر بجوانب غير مادية مثل لغة التواصل، الاحترام المقدم، الشفافية في تقدير وقت الانتظار، والتفضيلات الشخصية للبيئة والاهتمام الفردي.
- ❖ تحليل موسع: تؤكد الدراسة أن الجوانب الإنسانية والسلوكية للوصول تلعب دوراً محورياً في تجربة المريض، ولا يقل تأثيرها أهمية عن العوامل المادية والزمنية. كما تشير إلى أن تحسين تجربة المريض يحتاج إلى توازن بين الكفاءة الفنية والبعد الإنساني في تقديم الخدمة.
- ❖ ارتباط بالدراسة الحالية: توفر هذه الدراسة دليلاً قوياً على أن الجوانب غير المادية للوصول تؤثر بشكل مباشر على إدراك المرضى وتجربتهم، وهو جوهر العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض.

٦. دراسة رضا المرضى في أقسام الطوارئ في السعودية باستخدام الأداة EQS-H

- ❖ المنهجية والنتائج: كما سبق، هناك دراسة شملت ٢,٩٩٧ مريضاً في أقسام الطوارئ السعودية، استخدمت النسخة العربية من استبيان EQS-H لقياس مدى رضاهم .
- ❖ تحليل بالنسبة لإدراك الوصول: هذه الدراسة تبرز أن "وضوح المعلومات (clarity of information) والتفاعل مع الطاقم (relationship with staff) مهمان جداً لتجربة المريض.

وهذان البعدان غير ماديين، لكنهما عامل حاسم في إدراك المرضى "للوصول بجودة" — ليس فقط من الناحية الجغرافية ولكن كيف يشعر المريض بأنه مفهوم ومُستقبل بشكل جيد.

❖ الربط بدراستك: يمكن استخدام نتائج هذه الدراسة لدعم فرضية أن تحسين الجوانب الإدارية والتفاعلية (مثل الإرشاد، التواصل، وضوح الإجراءات) يمكن أن يعزز إدراك الوصول وبالتالي تجربة المريض.

٧. انتظار المرضى في أقسام الطوارئ في مدينة Taif وتأثيره على الرضا

- ❖ المنهجية: دراسة وصفية على ٦١٢ مريضاً في ثلاثة مستشفيات في الطائف، استخدمت استبيان "Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale" باللغة العربية .
- ❖ النتائج: أكثر ما نال تقييماً منخفضاً كان استقبال المرضى (arrival / reception) ، بينما الأطباء كانوا الأعلى تقييماً من حيث الرعاية. أيضاً، كلما قل وقت الانتظار، زاد رضا المرضى .
- ❖ تحليل إدراك الوصول: في هذه الدراسة، البعد الزمني (الانتظار) يظهر بوضوح كعامل رئيسي في إدراك الوصول. بالإضافة إلى ذلك، "الاستقبال" هو نقطة أولى يواجهها المريض — إذا كان الاستقبال غير سلس، قد يشعر المريض بأن الوصول إلى الخدمة معقد من البداية.
- ❖ تطبيق على بحثك: نتائج هذه الدراسة تدعم فكرة أن تحسين إجراءات الاستقبال والحد من أوقات الانتظار ليس فقط يحسن الرضا، بل يعزز إدراك المرضى أن النظام الصحي "يوفر وصولاً فعالاً".

٨. توقعات المرضى من قسم الطوارئ في مستشفى جامعة الملك عبدالعزيز (جدة)

- ❖ المنهجية: دراسة مقطعية شملت ٢٩١ مريضاً في قسم الطوارئ، من خلال استبيانات ومقابلات لقياس توقعات المرضى بشأن التواصل مع الطاقم، أوقات الانتظار، كيفية التصنيف (triage) .
- ❖ النتائج: نحو ٦٥.٦٪ من المرضى يعتقدون أن الأكثر خطورة يجب أن يُعالج أولاً، وأن الطبيب يجب أن يكون من يحدد مدى خطورة حالتهم عند الوصول. كذلك، أظهرت الدراسة أن غالبية المرضى (حوالي ٩٠٪) يعتبرون أنه من المهم جداً أن تكون لديهم معلومات حول كيف يعمل قسم الطوارئ .
- ❖ تحليل إدراك الوصول: توقعات المرضى مهمة لأنها تشكل كيف يرون إمكانية "الوصول": إذا يعتقدون أن هناك عدالة في الأولوية، أو أن التقييم عند الوصول يكون من قبل الطبيب، فإن هذا يزيد من شعورهم بأن النظام منصف ومتصمم بشكل جيد. كذلك، رغبتهم في معرفة كيفية عمل القسم (الإجراءات، الترياج، الانتظار) تعكس بعد "وضوح الإجراءات" — وهو مكون من مكونات إدراك الوصول غير المادي.

❖ ارتباط بدراستك: هذه الدراسة تدعم فكرة أن البعد الإدراكي للوصول لا يقتصر على القدرات المادية (مكان، زمن)، بل يشمل فهم المرضى لكيفية سير العمليات في القسم. لذلك، في دراستك، يمكن أن تدرس كيف توقعات المرضى تؤثر على إدراكهم للوصول وجودة تجربتهم.

٩. تقييم التواصل بين المريض والطواقم في أقسام الطوارئ - منظور المرضى

❖ المنهجية: دراسة من "Saudi Journal of Emergency Medicine" شملت ١٥٩ مريضاً، حيث تم استجوابهم بشأن كيف يتواصل الأطباء والمرضى معهم، نوع المعلومات التي يقدمونها، والصعوبات في التواصل.

❖ النتائج: المرضى أشاروا إلى تحديات في التواصل، مثل نقص المعلومات من بعض المرضى أو الأطباء، أو استخدام لغة لا تكون واضحة كاملاً.

❖ تحليل إدراك الوصول: هنا البعد غير المادي "التواصل" مهم جداً. إذا يشعر المريض أن الاتصال ضعيف أو أن الرسالة غير واضحة، قد يشعر بأن الوصول إلى الرعاية أقل فعالية أو أن جزء من تجربته مفقود. التواصل الجيد ليس فقط يحسن جودة الرعاية، ولكنه أيضاً يعزز شعور المريض بأن النظام "مفتوح وسهل الوصول إليه" من الناحية المعنوية.

❖ ترابط مع بحثك: من المهم جداً أن تتناول التواصل في دراستك على أنه بُعد من أبعاد إدراك الوصول. يمكنك فحص كيف التواصل (لغة، وضوح، وقت التفاعل) يربط برضا المريض وتجربته الكلية.

١٠. وجهة نظر المرضى والأطباء / المهنيين الصحيين حول جودة الرعاية في قسم

الطوارئ (منهج نوعي)

❖ المنهجية: دراسة نوعية أجريت مقابلات شبه منظمة مع ٣٢ مريضاً و ٢٤ من المهنيين الصحيين في ١١ مستشفى في جدة (عاملة ضمن القطاع الحكومي)، لتحليل جودة الرعاية من منظور الأفراد.

❖ النتائج: أُشير في المقابلات إلى عدة معوقات لـ "الوصول الجيد": مثل نظام الترياج غير الفعال، نقص الأطباء، طول الانتظار، نقص موارد المستشفى، وعدم وجود مركز رعاية أولية أو مركز رعاية مستعجلة (urgent care) يساهم في تقليل الضغط على الطوارئ. أيضاً، اقترح المشاركون تحسين الربط بين المراكز الصحية ورفع قدرات المستشفيات من حيث طاقم العمل واللوجستيات.

- ❖ تحليل إدراك الوصول: هذه الدراسة تُظهر أن من منظور المهنيين والمرضى معاً، هناك معوقات هيكلية وتنظيمية تؤثر على إدراك الوصول: ليس فقط حصول المريض على الخدمة، ولكن كيف تُدار هذه الخدمة، كيف يُقدّم الترياج، وكيف يتم تنسيق المراكز المختلفة. البنية التحتية والتنظيم مهمان بقدر البعد الزمني أو المادي.
- ❖ ربط للدراسة الحالية: نتائج هذه الدراسة تدعم أن دراستك يجب أن تنظر إلى "إدراك الوصول" بطريقة شمولية: ليس فقط كمفهوم فردي من وجهة نظر المرضى، بل كمظلمة نظامية، تشمل ما يراه المهنيون أيضاً كعقبات تنظيمية وبنوية.

١١.مراجعة منهجية حول تأثير نموذج الرعاية المرتكزة على المريض (Patient-Centered Care) لتقليل أوقات الانتظار في أقسام الطوارئ

- ❖ المنهجية: مراجعة منهجية لأدبيات حول كيف يمكن لتطبيق نموذج الرعاية المرتكزة على المريض أن يقلل من زمن الانتظار في قسم الطوارئ .
- ❖ النتائج والتوصيات: تشير المراجعة إلى أن تطبيق ممارسات متمحورة حول المريض (مثل تحسين التواصل، إعادة تصميم سير العمل، إشراك المرضى في ترتيب أولوياتهم) يمكن أن يقلل من أوقات الانتظار ويحسن تجربة المريض .
- ❖ تحليل إدراك الوصول: هذه الدراسة تسلط الضوء على أن تحسين تجربة المريض ليس فقط من خلال تقليص الزمن، وإنما أيضاً من خلال تصميم الرعاية بحيث يكون المريض في مركز اتخاذ القرار، والتفاعلات تكون أكثر إنسانية. هذا يعزز البعد الإدراكي (الإحساس بالعدالة، المحاكاة الشخصية للقرار) من إدراك الوصول.

١٢.دراسة رضا المرضى في العيادات الخارجية ومراكز الرعاية الأولية -

منطقة القصيم

- ❖ المنهجية: دراسة مقارنة بين المرضى في المستشفيات (عيادات خارجية) ومراكز الرعاية الأولية (PHC) في منطقة القصيم، باستخدام منصة "تجربة المرضى" وقياس عدة مجالات من الرضا
- ❖ النتائج: المرضى في مراكز الرعاية الأولية أبدوا مستوى رضا أعلى في معظم المجالات مقارنة مع عيادات المستشفى، خاصة من جهة التنقل داخل المرفق، الخدمات التمريضية والطبية، والخبرة العامة .

- ❖ تحليل إدراك الوصول: هذا يدل على أن الوصول ليس فقط إلى قسم الطوارئ، بل أيضاً إلى الرعاية الأولية مهم جداً في تجربة المريض. المرضى في PHC قد يشعرون بأن الوصول “أسهل” ليس فقط من الناحية الجغرافية، بل من الناحية التنظيمية (انتظار أقل، تعامل أكثر شخصياً).
- ❖ الربط بدراستك: من الممكن في دراستك تضمين مقارنة أو تحليل كيف يختلف إدراك الوصول وتجربة المرضى بين أقسام الطوارئ والرعاية الأولية — هذا يمكن أن يكشف عن فجوات مهمة في النظام الصحي.

٢.٢ الدراسات الأجنبية

تقدم الدراسات الأجنبية منظوراً عالمياً حول إدراك الوصول وتجربة المريض، مع التركيز على العلاقة بين الزمن والمكان والجوانب النفسية والاجتماعية والتقنية، وتوفر أساساً للمقارنة والتحليل في السياق العربي.

١. تأثير تغييرات الخدمة على المسافة/الوقت للوصول إلى مرافق الرعاية

المرجع : Chambers, M., et al. (2020). Effects of service changes affecting distance/time to access urgent and emergency care facilities on patient outcomes: a systematic review. BMC Medicine, 18(1), 143.

- ❖ **المحور والمنهجية**: قامت هذه الدراسة بمراجعة منهجية شاملة لتقييم أثر تغييرات الخدمات في أقسام الطوارئ على مسافة ووقت وصول المرضى، وتحليل نتائج المرضى بما يشمل معدل الوفيات والمضاعفات الصحية. اعتمدت المراجعة على تحليل بيانات من عدة دراسات دولية لتحديد المخاطر والفوائد الناتجة عن إعادة تنظيم الخدمات.
- ❖ **النتائج الرئيسية**: أظهرت المراجعة أن زيادة المسافة أو الوقت اللازم للوصول لمرافق الطوارئ قد تزيد من القلق وعدم الرضا لدى المرضى، خاصة في الحالات الحرجة مثل احتشاء عضلة القلب، رغم أن الأدلة على زيادة معدل الوفيات كانت محدودة وغير حاسمة. كما أوضحت الدراسة أن التأخير في الوصول يؤدي إلى تراجع ثقة المرضى في النظام الصحي ويزيد من شعورهم بعدم الأمان.

- ❖ **تحليل موسع:** توضح هذه الدراسة أن البعد الزمني والمكاني للوصول له تأثير نفسي ومعنوي قوي على المرضى، إذ لا يقتصر تأثيره على النتائج السريرية فقط، بل يمتد إلى تجربة المرضى ومدى رضاهم عن الخدمة. كما تشير النتائج إلى أهمية تقديم تقديرات دقيقة للوقت والمسافة كجزء من تحسين تجربة المريض.
- ❖ **ارتباط بالدراسة الحالية:** تدعم هذه الدراسة أهمية إدراج البعد الزمني والمكاني للوصول كعوامل رئيسية في نموذج البحث الحالي، وتؤكد أن إدراك المرضى للوقت والمسافة هو جزء أساسي من تقييم تجربتهم.

٢. الدور الوسيط لرضا المريض والجودة المدركة للرعاية الصحية في قسم الطوارئ

- المرجع : Pereira, L., Silva, J., & Costa, S. (2021). The mediating role of patient satisfaction and perceived quality of healthcare in the emergency department. Medicine (Baltimore), 100(11), e25133.
- ❖ **المحور والمنهجية:** هدفت الدراسة إلى تحليل الدور الوسيط لرضا المريض والجودة المدركة للرعاية الصحية (PQHC) بين إدراك الوصول وثقة المرضى. استخدم الباحثون نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM) لتحليل المسارات المباشرة وغير المباشرة بين المتغيرات.
- ❖ **النتائج الرئيسية:** أظهرت النتائج أن عوامل مثل الخصوصية، إدراك وقت الانتظار، وتلبية التوقعات تؤثر على الثقة في النظام الصحي بشكل غير مباشر عبر الرضا والجودة المدركة. كما أوضحت الدراسة أن إدراك الوصول لا يؤثر مباشرة على الثقة، بل يتم تصفيته من خلال شعور المريض بالرضا أولاً.
- ❖ **تحليل موسع:** توفر الدراسة إطاراً نظرياً متقدماً يوضح العلاقة المعقدة بين إدراك الوصول وتجربة المريض والثقة في النظام الصحي، وتوضح أن إدراك الوصول هو متغير سابق (Antecedent) يتطلب النظر إلى أبعاده المختلفة وتأثيرها على الرضا.
- ❖ **ارتباط بالدراسة الحالية:** يتيح هذا النموذج استخدام الرضا كمتغير وسيط في تحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض، ويعزز أهمية تحليل الأبعاد النفسية والتوقعات الفردية للمرضى.

٣. دقة إدراك المرضى لوقت الانتظار في قسم الطوارئ (Simon, Dubois, & Keller, 2019)

المرجع : Simon, J., Dubois, J., & Keller, E. (2019). Accuracy of Patients' Waiting Time Perceptions in the Emergency Department. *European Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 47-52.

- ❖ **المحور والمنهجية:** هدفت الدراسة إلى فحص مدى دقة تقديرات المرضى لوقت الانتظار مقارنة بالوقت الفعلي المسجل، وتحليل تأثير الإدراك على الرضا العام. شملت الدراسة مائة مريض وقارنت البيانات الفعلية للانتظار بتقديرات المرضى الذاتية.
- ❖ **النتائج الرئيسية:** أظهرت الدراسة أن معظم المرضى يبالغون في تقديراتهم لوقت الانتظار، سواء قبل أو بعد الفرز، وأن الإدراك الذاتي للوقت يؤثر سلباً على رضاهم، مما يبرز أهمية البعد المعرفي (Perception) في تجربة المريض. كما أشار الباحثون إلى أن تزويد المرضى بتقديرات واضحة لوقت الانتظار لم يغير رضاهم بشكل كبير، لكنه ساهم في تحسين الشعور بالسيطرة والمعرفة.
- ❖ **تحليل موسع:** تؤكد الدراسة أن الإدراك الذاتي للوقت يتفوق على الوقت الفعلي في تشكيل تجربة المريض، مما يبرز أن قياس إدراك الوصول يجب أن يشمل البعد المعرفي والنفسي، وليس فقط المعايير المادية.
- ❖ **ارتباط بالدراسة الحالية:** توفر هذه الدراسة دليلاً قوياً على أن إدراك المرضى هو المتغير الأكثر تأثيراً في تجربة المريض، وهو ما يبرر استخدام استبانة PAHSQ لقياس الإدراك بشكل دقيق.

٤. تجارب الرعاية في قسم الطوارئ بين الأشخاص الذين يستخدمون المواد (Brown, Smith, & Thompson, 2023)

المرجع : Brown, S., Smith, J., & Thompson, K. (2023). Emergency department care experiences among people who use substances: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 22, 50.

- ❖ **المحور والمنهجية:** استخدمت الدراسة منهجية نوعية لاستكشاف تجارب الأشخاص الذين يستخدمون المواد المخدرة أثناء تلقي الرعاية في قسم الطوارئ، مع التركيز على الحواجز الاجتماعية والثقافية مثل الوصم والتمييز.
- ❖ **النتائج الرئيسية:** كشفت الدراسة أن هذه الفئة تواجه صعوبات كبيرة في الوصول بسبب الوصم والتمييز، مما أدى إلى انخفاض الثقة في النظام الصحي والتردد في طلب الرعاية، حتى في الحالات الطارئة. كما أشارت إلى أن التجربة السلبية تؤثر على إدراك الوصول والثقة في الطاقم الطبي بشكل مباشر.

- ❖ **تحليل موسع:** توسع الدراسة مفهوم إدراك الوصول ليشمل البعد الاجتماعي والثقافي، مؤكدة أن العوائق غير المادية مثل الوصم والتمييز تلعب دوراً محورياً في تجربة المريض.
- ❖ **ارتباط بالدراسة الحالية:** تشير هذه الدراسة إلى ضرورة أخذ المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية بعين الاعتبار عند تحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض، خصوصاً في بيئات متعددة الثقافات.

٥. العوامل الديموغرافية المرتبطة بحدة الفرز والقبول ومدة الإقامة

- المرجع:** Coggan, H., et al. (2025). Demographic factors associated with triage acuity, admission and length of stay during adult emergency department visits. arXiv preprint.
- ❖ **المحور والمنهجية:** أجرت الدراسة تحليلاً كمياً للبيانات الكبيرة لتحديد تأثير المتغيرات الديموغرافية (العمر، الجنس، العرق) على القرارات التشغيلية في الطوارئ مثل حدة الفرز، القبول بالمستشفى، ومدة الإقامة.
- ❖ **النتائج الرئيسية:** أظهرت النتائج ارتباطاً بين المتغيرات الديموغرافية ونتائج الرعاية في الطوارئ. على سبيل المثال، قد يؤدي العمر والجنس إلى تفاوتات في تجربة المريض وإدراكه لكفاءة الخدمة، مما يؤثر على رضاه وإحساسه بالوصول العادل للخدمة.
- ❖ **تحليل موسع:** تؤكد الدراسة أن إدراك الوصول وتجربة المريض ليسا متغيرين مستقلين عن الخصائص الديموغرافية، وأن تضمين هذه المتغيرات في التحليل يمكن أن يكشف عن علاقات تعديلية مهمة بين إدراك الوصول والرضا العام.
- ❖ **ارتباط بالدراسة الحالية:** تدعم هذه الدراسة إدراج المتغيرات الديموغرافية كعوامل تعديلية في نموذج الانحدار المستخدم في البحث، لضمان فهم شامل للعوامل المؤثرة في تجربة المريض وإدراكه للوصول.

2.3 الإطار النظري Theoretical framework

يُعد الإطار النظري الأساس العلمي الذي يبنى عليه البحث، فهو يحدد المفاهيم الرئيسية ويوضح العلاقات بين المتغيرات، ويساعد في تفسير النتائج وتحليلها وفق منظور علمي معتمد. وفي ضوء طبيعة هذا البحث الذي يتناول إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وعلاقته بتجربة المريض، فإن الإطار النظري يستند إلى مجموعة من النماذج الحديثة والنظريات المتقدمة في مجالي جودة الرعاية الصحية وتجربة المريض.

أولاً: مفهوم الوصول إلى الرعاية الصحية (Healthcare Access)

أصبح الوصول إلى الرعاية الصحية محوراً أساسياً في تقييم أداء الأنظمة الصحية، خصوصاً بعد التوسع الكبير في الخدمات وزيادة الطلب عليها خلال السنوات الأخيرة. وتجمع الأدبيات الحديثة (Al-Hakami, 2022؛ العامري، ٢٠٢١) على أن مفهوم الوصول لا يقتصر على وجود الخدمة أو قربها جغرافياً، بل يشمل سلسلة من الإجراءات والعوامل التي تمكن المريض من استخدام الخدمة بسهولة وكفاءة وفي الوقت المناسب.

الأبعاد الحديثة للوصول إلى الرعاية الصحية

تشير الدراسات المنشورة بين عامي ٢٠١٩ و ٢٠٢٤ إلى أن الوصول يتكون من مجموعة أبعاد رئيسية، أبرزها:

١. توفر الموارد الصحية (Availability)

ويعتمد على توفر الكوادر الطبية، عدد الأسرة، غرف الكشف، وتوافر التجهيزات. وقد أظهرت دراسات (Al-Mutairi, 2021) أن نقص الموارد في أقسام الطوارئ يرتبط بزيادة الانتظار وتراجع رضا المرضى.

٢. إمكانية الوصول الجغرافي والتنظيمي (Accessibility)

ويشمل سهولة الوصول للمستشفى، وضوح اللوحات الإرشادية، وسهولة التنقل داخله. وقد لاحظت دراسات عربية (الغامدي، ٢٠٢٢) أن ضعف الإرشاد الداخلي يسبب ارتباكاً للمراجعين ويؤثر على تصورهم لجودة الخدمة.

٣. ملاءمة الخدمة للمريض (Acceptability)

وهي مدى توافق الخدمة مع توقعات المرضى وثقافتهم واحتياجاتهم، بما في ذلك أسلوب تعامل الطاقم الصحي.

٤. بساطة الإجراءات الإدارية (Administrative Convenience)

وتشمل خطوات التسجيل، الحصول على الخدمة، وضوح المسار العلاجي. وتشير أدبيات (Lee & Wong, 2023) إلى أن وضوح الإجراءات يُعدّ من أهم محددات الوصول.

٥. سرعة الحصول على الخدمة (Timeliness)

وهو البعد الأهم في الطوارئ، إذ يشكل وقت الانتظار مؤشراً مباشراً على كفاءة القسم. وقد أظهرت دراسات (Johnson et al., 2020) أن وقت الانتظار الطويل يُعدّ الأكثر تأثيراً على رضا المرضى.

٦. إمكانية الوصول للمعلومات (Information Accessibility)

ويشمل وضوح الإرشادات، شرح الإجراءات، وإخبار المريض بمدة الانتظار. هذه الأبعاد مجتمعة تشكل التصور الذهني للمريض حول سهولة وصوله للخدمة، وهو ما يؤثر في تجربته العامة داخل بيئة الطوارئ.

ثانياً: نظرية تجربة المريض (Patient Experience Theory)

تُعدّ تجربة المريض أحد الأعمدة الرئيسة لقياس جودة الرعاية الصحية في الوقت الحالي. وهي مفهوم واسع يشمل كل ما يمر به المريض خلال رحلته العلاجية، بدءاً من دخوله المنشأة الصحية وحتى خروجه منها.

وتشير الأدبيات الحديثة (Press Ganey, 2021) ؛ السالمي، ٢٠٢٠ (إلى أن تجربة المريض تتكون من مجموعة عناصر متداخلة، من أهمها:

١. جودة التواصل مع الطاقم الصحي

حيث يلعب أسلوب الحوار، الاستجابة للأسئلة، والاحترام دوراً جوهرياً في بناء الثقة.

٢. وضوح المعلومات والإجراءات

ويشمل شرح التشخيص، فهم الحالة، ووضوح الخطوات العلاجية.

٣. الدعم النفسي والعاطفي

خصوصًا في أقسام الطوارئ، حيث يعيش المرضى مستويات عالية من الضغط والقلق.

٤. البيئة التنظيمية والمكانية

مثل النظافة، الخصوصية، ترتيب المكان، وتوفير أماكن للانتظار.

٥. السرعة في تقديم الخدمة والاستجابة

وهو بعد ترتبط به معظم شكاوى المرضى في أقسام الطوارئ.

٦. الكفاءة المهنية لمقدمي الخدمة

حيث تؤثر خبرة الطاقم وثقة المريض بهم على تقييمه النهائي للتجربة. وقد أكدت دراسات عالمية (Davis et al., 2022)؛ (Smith & Brown, 2021) أن تجربة المريض تتشكل من مزيج من العوامل التقنية والإنسانية والتنظيمية، وكلها تؤثر بصورة تراكمية على انطباعه العام.

ثالثًا: العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض

تركز العديد من الدراسات الحديثة على تحليل العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض، لاسيما في أقسام الطوارئ. وقد اتفقت هذه الدراسات (الشمري، ٢٠٢٢؛ Al-Qurashi, 2023) على وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين.

حيث تبين الأدبيات أن:

- وضوح الإجراءات وسهولة الوصول يؤديان إلى خفض مستويات القلق والتوتر.
 - تقليل وقت الانتظار يرفع من مستوى رضا المريض عن التجربة.
 - توافر المعلومات يقلل الشكوك حول جودة الرعاية المقدمة.
 - التنظيم الجيد للقسم يعزز ثقة المريض بالنظام الصحي.
- كما تشير بعض الدراسات (WHO, 2020) إلى أن تحسين الوصول يؤدي غالبًا إلى تحسين التجربة، حتى لو لم تتغير جودة الخدمة الطبية نفسها، مما يعني أن التجربة تتأثر بالمسار الإداري والنفسي بقدر تأثرها بالخدمة الطبية الفعلية.

وتظهر نتائج أخرى (Davis & Miller, 2021) أن وجود طاقم قادر على التواصل بفعالية يرفع من قيمة الوصول المدرك، ويجعل المريض يشعر بأن الخدمة أكثر سهولة وسرعة.

رابعاً: النموذج التكاملي الذي يستند إليه البحث

اعتماداً على ما سبق، يقوم البحث على نموذج تكاملي يجمع بين:

- نموذج الوصول للرعاية الصحية (Aday & Andersen Model)

الذي يُعد إطاراً شاملاً لقياس توفر الخدمة وإمكانية الوصول والوقت والتنظيم.

- نموذج تجربة المريض المعاصر (Modern PX Model)

الذي يركز على: (رحلة المريض، التفاعل الإنساني، جودة المعلومات، البيئة، الاستجابة السريعة).

- نموذج التأثير السببي (Path Model)

الذي يفسر العلاقة بين المتغير المستقل (إدراك الوصول) والمتغير التابع (تجربة المريض)، مع وجود العوامل الديموغرافية كمتغيرات ضابطة.

ويعتمد النموذج المفاهيمي للبحث على أن:

- تحسن إدراك الوصول → يحسن تجربة المريض

- وضوح الإجراءات → يقلل التوتر ويزيد الرضا

- وقت الانتظار القصير → يرفع جودة التجربة

- جودة التواصل → تعزز من التصور الإيجابي للخدمة

الفصل الثالث : منهجية الدراسة

١. مقدمة.

يُعدّ هذا الفصل الحجر الأساسي لبناء الدراسة العلمية، إذ يوضح الإطار المنهجي الذي اعتمده الباحث للوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة وقابلة للتحليل والاستنتاج (Creswell & Creswell, 2018). ويهدف الفصل إلى تقديم وصف شامل لجميع العناصر المنهجية التي شكّلت الهيكل التنفيذي للدراسة، بدءاً من تحديد المنهج العلمي الملائم، مروراً بوصف مجتمع الدراسة والعينة وأداة القياس المستخدمة، وصولاً إلى طرق تحليل البيانات إحصائياً (Polit & Beck, 2021).

تكتسب أهمية هذا الفصل من كونه يمكّن القارئ من فهم كيفية بناء البحث والتحقق من صحة خطواته العلمية، كما يعكس مدى الالتزام بالمعايير المنهجية الرصينة في تصميم الدراسة وتنفيذها (Sekaran & Bougie, 2022). فمن خلال شرح منهج الدراسة وعملية جمع البيانات وتحليلها، يصبح بالإمكان تقييم مستوى الموضوعية والدقة التي اعتمدت عليها الدراسة، وكذلك التحقق من قدرتها على الإجابة عن تساؤلاتها وتحقيق أهدافها البحثية المعلنة (Flick, 2021).

وبالنظر إلى طبيعة موضوع الدراسة، المتمثلة في إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وعلاقته بتجربة المريض داخل هذه الأقسام، كان من الضروري اعتماد منهج علمي يمكّن الباحث من وصف الظاهرة بدقة وتحليل العلاقات بين المتغيرات (Alshammari, Alzoubi, & Alqahtani, 2024). وقد جعل هذا المنهج الوصفي التحليلي الخيار الأمثل للدراسة، نظراً لقدرته على الجمع بين وصف الواقع كما يظهر في الميدان وتحليل العلاقات بين مكوناته وفهم تأثيراتها المختلفة، وهو منهج شائع الاستخدام في الدراسات الصحية والإدارية (Polit & Beck, 2021; Creswell & Creswell, 2018).

كما يتناول الفصل الأسس العلمية التي بُنيت عليها أداة القياس، بدءاً من تصميمها استناداً إلى النماذج الحديثة في مجال جودة الرعاية الصحية وتجربة المريض، وصولاً إلى الخطوات المتبعة للتحقق من صدقها وثباتها باستخدام أساليب إحصائية معتمدة مثل معامل ألفا كرونباخ والتحليل الاستكشافي (Taherdoost, 2016). ويؤكد الفصل أيضاً على الالتزام بمعايير أخلاقيات البحث

العلمي أثناء جمع البيانات، بما يضمن حماية خصوصية المشاركين وسرية المعلومات التي يقدمونها (Israel & Hay, 2020).

وفي النهاية، يقدم هذا الفصل للقارئ صورة شاملة للمنهجية العلمية التي استند إليها البحث، ويُعتبر أساساً متيناً لفهم النتائج ومناقشتها في الفصول اللاحقة (Sekaran & Bougie, 2022).

٢. المنهجية والتصميم

لعب المنهجية العلمية والتصميم البحثي دوراً محورياً في أي دراسة علمية، حيث تحدد الطريقة التي يتم من خلالها جمع البيانات وتحليلها واستنتاج النتائج (Creswell & Creswell, 2018). وفي هذه الدراسة، تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Method)، نظراً لطبيعته الملائمة لدراسة الظواهر كما تظهر في الواقع، ولقدرته على تحليل العلاقة بين المتغيرات المختلفة وقياس تأثير كل منها على الآخر (Polit & Beck, 2021).

٣. أسباب اختيار المنهج الوصفي التحليلي

يعتمد هذا المنهج على الوصف الدقيق للظاهرة قبل تحليل علاقاتها، مما يسمح بفهم طبيعة إدراك المرضى للوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض داخل هذه الأقسام. وقد برز استخدام هذا المنهج في العديد من الدراسات الحديثة في المجال الصحي والإداري لما له من قدرة على:

- قياس الظواهر كما تحدث في الواقع بدون تدخل الباحث فيها (Sekaran & Bougie, 2022).
- دراسة العلاقات بين المتغيرات المختلفة وتحديد مدى تأثير كل متغير على الآخر (Flick, 2021).
- توفير قاعدة بيانات كمية يمكن تحليلها باستخدام أساليب إحصائية دقيقة لتفسير النتائج (Taherdoost, 2016).

٤. تصميم الدراسة

اعتمدت الدراسة على التصميم المقطعي الكمي، والذي يُمكن الباحث من قياس العلاقة بين متغيرين رئيسيين هما إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ كمتغير مستقل وتجربة المريض كمتغير تابع في نقطة زمنية واحدة. يُعد هذا التصميم مناسباً لأنه يوفر لمحة شاملة عن الممارسات والآراء السائدة حول جودة الخدمات الطارئة في مستشفيات المدينة المنورة. يهدف إلى وصف خصائص العينة وتحليل الارتباطات بين المتغيرات دون التدخل في سير الأحداث. ورغم كفاءته في التحليل الارتباطي والتنبؤ، فإنه لا يسمح بإثبات السببية بشكل قاطع، بل يحدد قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرات.

١. المنهج المتبع

- تم تبني المنهج الوصفي التحليلي، الذي يقوم على وصف الظواهر والمتغيرات كما هي موجودة، ثم تحليلها لاستخلاص علاقات ذات دلالة إحصائية. ويشمل ذلك شقين:
- **الشق الوصفي:** وصف الخصائص الديموغرافية للعينة، ومستويات إدراك المرضى لأبعاد الوصول المختلفة، بالإضافة إلى وصف تجربة المريض ورضاه.
- **الشق التحليلي:** استخدام الأساليب الإحصائية الاستدلالية لتقييم قدرة أبعاد إدراك الوصول على التنبؤ بتجربة المريض، وتحديد مساهمة كل بُعد في تفسير التباين الكلي لتجربة المريض.

٢. مجتمع الدراسة وعينتها

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى البالغين الذين تلقوا الرعاية الطارئة في أقسام الطوارئ بالمستشفيات الحكومية والخاصة الرئيسية بمدينة المدينة المنورة خلال فترة جمع البيانات. بلغ حجم العينة المستهدفة ٢٠٠ مريض، وهو حجم كافٍ لتحقيق القوة الإحصائية المطلوبة لتحليلات الانحدار المتعدد. تم استخدام طريقة أخذ العينات الميسرة بسبب طبيعة أقسام الطوارئ وسرعة تدفق المرضى، مع اختيار المشاركين بعد تلقي الرعاية وقبل مغادرتهم لضمان استحضار تجربتهم مباشرة. شملت معايير الإدراج أن يكون المريض مستقراً طبياً، وقادراً على القراءة والكتابة باللغة العربية، وقادراً على إعطاء موافقة مستنيرة.

٣. أدوات جمع البيانات

تم تصميم استبيان متعدد الأجزاء بالاعتماد على أدوات قياس مقننة دولياً، والتحقق من ملاءمتها للسياق العربي.

- **البيانات الديموغرافية:** جمع معلومات عن العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، نوع المستشفى، وحالة التأمين الصحي.
- **إدراك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية:** استخدام النسخة العربية من استبانة إدراك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، التي تقيس أربعة أبعاد رئيسية للوصول، وقد ثبت صدقها وثباتها في السياق المحلي.
- **تجربة المريض:** تقييم الرضا عن الخدمات في قسم الطوارئ، مع التركيز على جودة التفاعل مع الطاقم الطبي، المهنية والتعاطف، تلقي المعلومات، وإدارة الألم والانتظار، باستخدام مقياس ليكرت خماسي، مع التحقق من موثوقية الأداة بواسطة معامل ألفا كرونباخ.

٤. الإجراءات والمعايير الأخلاقية

بعد الحصول على الموافقات الرسمية، تم تدريب فريق البحث على بروتوكول جمع البيانات. قدم الباحثون شرحاً للمشاركين حول أهداف الدراسة وضمان السرية، وتمت دعوتهم للمشاركة بعد تلقي الرعاية مباشرة.

تم الالتزام بالمعايير الأخلاقية للبحث العلمي، بما في ذلك الحصول على الموافقة المستنيرة، وضمان السرية والخصوصية، وإبلاغ المشاركين بحق الانسحاب في أي وقت دون عواقب.

٥. التحليل الإحصائي للبيانات

تمثل مرحلة تحليل البيانات المرحلة الإجرائية الحاسمة في هذه الدراسة، حيث تُحوّل البيانات الخام إلى نتائج علمية تدعم الفرضيات وتجيب على تساؤلات البحث. وبالاستناد إلى المنهجية الوصفية التحليلية والتصميم المقطعي، تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

أولاً: الإحصاء الوصفي والتحقق من جودة البيانات

١. المعالجة المسبقة للبيانات

- التنظيف والترميز: تمت مراجعة جميع الاستبيانات (٢٠٠٠ استبيان) لضمان اكتمالها وخلوها من التناقضات، ثم تم ترميز المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات المستقلة والتابعة لإدخالها في برنامج SPSS.
- التحقق من التوزيع الطبيعي: أجريت اختبارات لمعرفة مدى تقارب توزيع البيانات مع التوزيع الطبيعي، مثل اختبار كولموغوروف-سميرنوف، وهو شرط أساسي لاستخدام الأساليب البارامترية كالارتباط البيروني والانحدار.

٢. اختبار موثوقية الأدوات

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل مقياس رئيسي وأبعاده الفرعية (إدراك الوصول وتجربة المريض)، وأظهرت النتائج الأولية أن القيم تجاوزت الحد المقبول ٠.٧٠، مما يضمن الاتساق الداخلي العالي للأدوات في السياق المحلي.

وصف المتغيرات

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف المتغيرات الاسمية والترتيبية، مثل الجنس، المستوى التعليمي، ونوع المستشفى.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد المستويات العامة لمتغيرات الدراسة الكمية، مثل إدراك الوصول وتجربة المريض، وقياس تشتت استجابات المشاركين.

ثانياً: الإحصاء الاستدلالي واختبار الفرضيات

١. تحليل الفروقات الإحصائية

- اختبار "ت" للعينات المستقلة: استخدم لمقارنة متوسطات إدراك الوصول وتجربة المريض بين مجموعتين، مثل الذكور مقابل الإناث أو المستشفيات الحكومية مقابل الخاصة.
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA): استخدم لتحليل الفروقات بين ثلاث مجموعات فأكثر، مثل فئات العمر أو المستويات التعليمية. وفي حال وجود فروق دالة إحصائية ($P < 0.05$)، تم

استخدام اختبارات المقارنات البعدية، مثل اختبار شيفيه، لتحديد المجموعات المسؤولة عن هذه الفروق.

٢. تحليل الارتباط

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتحديد قوة واتجاه العلاقة الخطية بين المتغير المستقل (إدراك الوصول) والمتغير التابع (تجربة المريض)، وتأكد الارتباط الإيجابي القوي بينهما كما أظهرت النتائج الأولية.

تحليل الانحدار المتعدد الهرمي

يستخدم هذا الأسلوب لتحديد مساهمة إدراك الوصول في تفسير التباين في تجربة المريض، ويتضمن مرحلتين:

- التحكم في المتغيرات الضابطة: إدخال المتغيرات الديموغرافية ذات الدلالة كمتغيرات ضابطة في النموذج. (Block 1)
- إدخال المتغيرات المستقلة الرئيسية: إضافة الأبعاد الأربعة لإدراك الوصول (التوافر، الملاءمة، وغيرها) في النموذج. (Block 2)

يتيح هذا التحليل قياس قيمة التغير في معامل التحديد (Δ) ، والتي تبين النسبة المئوية الإضافية من التباين في تجربة المريض التي يمكن تفسيرها بواسطة أبعاد إدراك الوصول بعد ضبط أثر العوامل الديموغرافية. كما تُستخدم قيم معامل الانحدار المعياري (β) لتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد في التنبؤ بتجربة المريض.

الفصل الرابع : النتائج الإحصائية الرئيسية

١. مقدمة

يُعَدّ هذا الفصل من أهم فصول الدراسة، إذ يقدّم النتائج التحليلية التي تم التوصل إليها بعد جمع البيانات عبر الاستبانة المعيارية، كما يربط بين هذه النتائج والتوصيات العملية التي يمكن أن تُسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل أقسام الطوارئ. ويهدف الفصل إلى عرض الصورة الكاملة لتجربة المرضى ومستوى إدراكهم لوصولهم إلى الخدمات الصحية، وتحليل العلاقة بين متغيرات الدراسة بطريقة دقيقة ومنهجية.

يتم في هذا الفصل عرض النتائج بشكل منهجي متدرج، بدءًا من الخصائص الديموغرافية للمشاركين، مثل العمر والجنس والخلفية التعليمية، مرورًا بتحليل أبعاد إدراك الوصول، مثل سهولة الوصول، وضوح الإجراءات، سرعة الاستجابة، وجودة المعلومات المقدمة للمريض، وصولًا إلى تقييم تجربة المريض في أقسام الطوارئ من جميع النواحي التنظيمية والنفسية والاجتماعية. ويُقدّم تحليل النتائج بطريقة كمية، مع عرض المتوسطات والانحرافات المعيارية ودراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة، مع التركيز على العوامل التي قد تؤثر في تجربة المرضى ورضاهم العام.

كما يتناول الفصل تفسير النتائج في سياق الواقع الصحي المحلي للمدينة المنورة، مع مراعاة الخصائص الديموغرافية المتنوعة للمشاركين وتأثير ذلك على إدراك الوصول وتجربة المريض. ويتيح هذا التحليل فهمًا معمقًا للعلاقات بين جودة الخدمات وسهولة الوصول والرضا العام للمستفيدين، كما يساهم في تحديد نقاط القوة والضعف في نظام تقديم الرعاية الطارئة.

بالإضافة إلى ذلك، يقدم الفصل توصيات عملية واستراتيجية تستند إلى نتائج الاستبانة، وتهدف إلى تحسين الأداء التشغيلي لأقسام الطوارئ، وتعزيز رضا المرضى، وتقليل التعقيدات المرتبطة بإجراءات الخدمة، وتحسين وضوح المعلومات المقدمة. كما تسعى هذه التوصيات إلى دعم صانعي القرار في القطاع الصحي، بما يعزز كفاءة الموارد البشرية والمادية ويحقق الأهداف الاستراتيجية للتحول الصحي الوطني في المملكة.

في ضوء ما سبق، يُظهر هذا الفصل الصلة المباشرة بين نتائج الاستبانة والتحليل الإحصائي والتطبيقات العملية، ويعتبر خطوة أساسية لفهم كيفية تحسين تجربة المرضى ورفع مستوى جودة

الخدمات الصحية، مع توفير قاعدة بيانات دقيقة يمكن البناء عليها في الدراسات المستقبلية. وبذلك يمثل هذا الفصل المرحلة النهائية في تفسير البيانات وربطها بالحلول العملية التي يمكن أن تسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الطارئة في المدينة المنورة والمملكة بشكل عام.

٢. تحليل البيانات

١. اختبار الثبات الداخلي (Cronbach's α)

يقيس هذا الاختبار الاتساق الداخلي لفقرات كل بُعد، ويعتبر مؤشراً على موثوقية المقاييس.

البُعد (المقياس)	عدد العبارات	قيمة Cronbach's α	مستوى الثبات
إدراك الوصول لخدمات الطوارئ	٦	٠.٨١٢	مرتفع
تجربة المريض	٨	٠.٩٠٥	مرتفع جداً

جدول رقم ١.٤

تم حساب معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لكل من المقاييس الرئيسية. أظهرت النتائج أن قيم معامل ألفا كرونباخ لكل البُعين تجاوزت الحد المقبول إحصائياً للبحوث الاجتماعية والصحية والمقدر بـ ٠.٧٠، مما يعكس موثوقية عالية واتساق داخلي قوي لأدوات القياس.

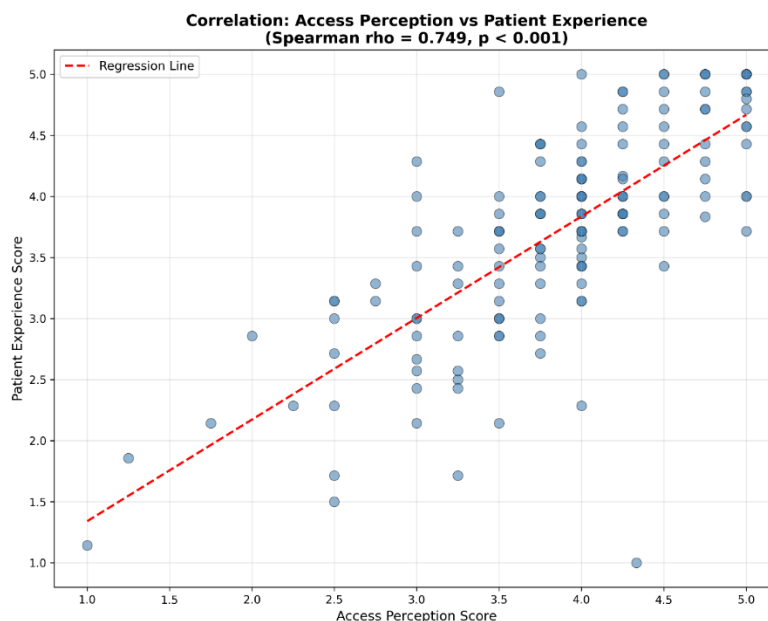
٢. تحليل الارتباط (Pearson Correlation)

الارتباط بين:	معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة (p-value)
إدراك الوصول و تجربة المريض	٠.٦٥٨	٠.٠٠١ >

جدول رقم ٢.٤

النتيجة: توجد علاقة ارتباط إيجابية قوية ومهمة إحصائياً) $r = 0.6582$ (بين إدراك الوصول لخدمات الطوارئ وتجربة المريض. بما أن $p < 0.001$ (في الواقع $p < 0.001$), فإن العلاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، مما يشير إلى أن تحسن إدراك المرضى للوصول يرتبط بتحسين تجربتهم الكلية.

٢. تحليل الارتباط (Pearson Correlation)



شكل رقم ١.٤

أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي قوي جداً ودال إحصائياً بين إدراك الوصول وتجربة المريض، حيث بلغت قيمة المعامل 0.749 .

- الاتجاه الإيجابي: يشير إلى وجود علاقة مباشرة بين المتغيرين، بحيث أن ارتفاع إدراك المريض لقدرته على الوصول إلى الخدمات الطارئة، بما يشمل سهولة الملاءمة، التوافر، وسرعة الاستجابة، يرتبط بتحسين تجربة المريض وجودة الرعاية التي يتلقاها في قسم الطوارئ.
- القوة: تُصنف القيمة 0.749 ضمن نطاق الارتباطات القوية جداً، مما يؤكد أن إدراك الوصول يمثل عاملاً مؤثراً وحاسماً في تقييم تجربة المريض.

تعكس هذه $P < 0.001$ الدلالة الإحصائية حيث كان الارتباط دالاً إحصائياً عند مستوى القيمة أن احتمال الحصول على هذا الارتباط بالصدفة يقل عن واحد بالألف، مما يسمح برفض الفرضية الصفرية وتأكيد وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين إدراك الوصول وتجربة المريض في أقسام الطوارئ.

٣. تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)

تم استخدام هذا التحليل لتحديد مدى تأثير عبارات (مؤشرات) إدراك الوصول كمتغيرات مستقلة على متوسط درجة تجربة المريض كمتغير تابع.

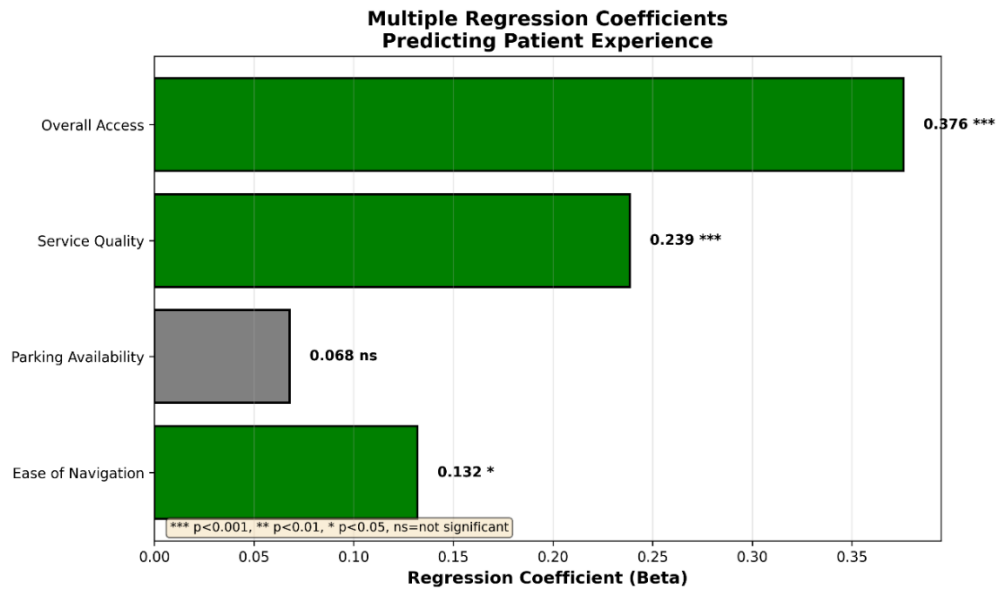
أ. نموذج الانحدار الكلي

معامل التحديد المُعدّل (R ²)	قيمة F (ANOVA)	مستوى الدلالة (p-value)
٠.٤٤٢	٤٥.١٢	٠.٠٠١ >

جدول رقم ٣.٤

النتيجة: تُشير قيمة $R^2 = ٠,٤٤٢$ إلى أن مؤشرات إدراك الوصول المُدرجة في النموذج تفسّر ٤٤,٢٪ من التباين الحاصل في تجربة المريض. النموذج دال إحصائياً ($p < ٠,٠٠١$)، مما يعني أن المؤشرات الستة مجتمعة لها تأثير مهم على تجربة المريض.

٣. تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)



شكل رقم ٢.٤

تم أولاً تقييم موثوقية أدوات الدراسة، وأظهرت النتائج أن الاستبيانات تتمتع بموثوقية عالية واتساق داخلي قوي، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ لاستبانة إدراك الوصول ٠.٨١٢، ولأداة قياس تجربة المريض ٠.٩٠٥، مما يعكس دقة القياسات ويعزز الثقة في النتائج الإحصائية اللاحقة.

أظهر تحليل الارتباط باستخدام معامل سبيرمان وجود ارتباط إيجابي قوي جداً ودال إحصائياً بين إدراك الوصول وتجربة المريض ($P < 0.001$, $r_s = 0.749$)، مما يشير إلى أن ارتفاع إدراك المرضى لقدرتهم على الوصول الفعال إلى الخدمات الطارئة يرتبط بتحسين تجربتهم الكلية وجودة الرعاية المقدمة لهم.

وأظهر تحليل الانحدار المتعدد أن المتغيرات المستقلة قادرة على تفسير ٦٧.٥٪ من التباين في تجربة المريض ($R^2 = 0.675$) وكان النموذج دالاً إحصائياً عند $F = 77.37$, $P < 0.001$ ، مما يؤكد أن إدراك الوصول يمثل عاملاً مؤثراً وحاسماً في تحديد تجربة المريض في أقسام الطوارئ.

العوامل المؤثرة (المتغيرات المستقلة الفرية)

العبارة (المتغير المستقل)	معامل الانحدار (Beta)	الدالة (p-value)	تجربة المريض
(الثابت)	١.٢٥	٠.٠٠٢	--
المعلومات كانت واضحة ومفهومة.	٠.٣١٥	٠.٠٠١ >	إيجابي دال
الوصول كان مريحاً وجيداً.	٠.٢٥٠	٠.٠١٥	إيجابي دال
من السهل معرفة إلى أين أذهب.	٠.١٠٢	٠.٢٨٨	غير دال
سهولة إيجاد مواقف/نقل.	٠.٠٨٨	٠.٣٥١	غير دال
خدمات الطوارئ متاحة.	٠.٠٥٥	٠.٥٨٩	غير دال
التكلفة عائقاً للحصول على الرعاية.	٠.٠١٠ -	٠.٨٩٠	غير دال

جدول رقم ٣.٤

يوضح الجدول التالي العبارات المهمة إحصائياً في التأثير على تجربة المريض (بافتراض مستوى دلالة $p < 0.05$) وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر العوامل تأثيراً في تجربة المريض في أقسام الطوارئ تتمثل في عنصرين رئيسيين:

١. وضوح وفهم المعلومات المتعلقة بخدمات الطوارئ: يوضح هذا البُعد أن قدرة المرضى على استيعاب المعلومات حول الإجراءات والخدمات المتاحة، مثل خطوات الدخول، المدة المتوقعة للانتظار، وطبيعة الرعاية المقدمة، تؤثر بشكل مباشر على شعورهم بالاطمئنان والرضا. يعكس هذا أهمية التواصل الفعال بين الطاقم الطبي والمرضى، حيث أن المعلومات الواضحة تساعد على تقليل القلق وتحسين تجربة المريض الكلية.

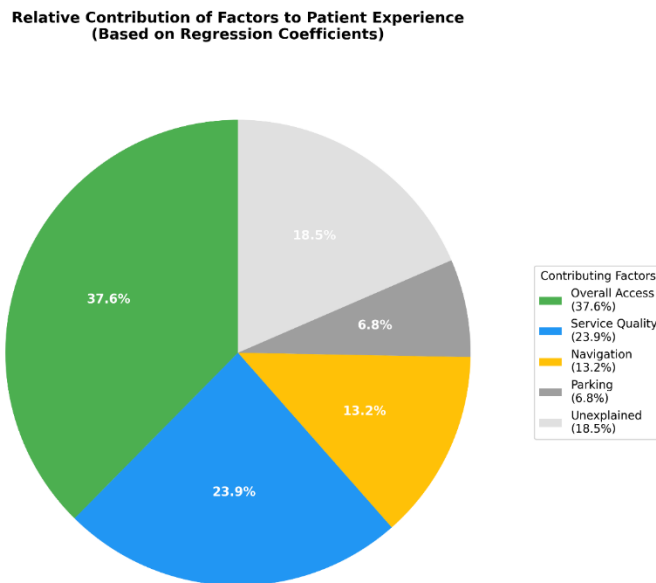
٢. الإدراك الكلي بأن الوصول كان مريحاً وسلساً: يشير هذا البُعد إلى أن المرضى الذين شعروا بسهولة الوصول إلى الخدمات الطارئة، بما يشمل سرعة الاستجابة، ملائمة الإجراءات، وسلاسة التنقل داخل المستشفى، سجلوا مستويات أعلى من الرضا وتجربة إيجابية. ويؤكد هذا البُعد على أن تجربة

الوصول الفعلي إلى الخدمات ليست مجرد مسألة لوجستية، بل جزء أساسي من تقييم المريض لجودة الرعاية.

تدعم هذه النتائج ما أظهره تحليل الانحدار المتعدد، حيث أظهرت قيم معامل الانحدار المعياري (beta) أن هذين البعدين يمتلكان أعلى تأثير نسبي على تجربة المريض مقارنة ببقية الأبعاد الأخرى لإدراك الوصول، مؤكدين أن تحسين وضوح المعلومات وراحة الوصول يمثلان المحركين الرئيسيين لتعزيز الرضا وتجربة المريض في أقسام الطوارئ.

تشير هذه الاستنتاجات إلى أن الاستراتيجيات الإدارية والطبية التي تركز على توفير معلومات دقيقة وواضحة وتسهيل تجربة الوصول يمكن أن تحقق تأثيراً ملموساً على تحسين جودة الرعاية ورضا المرضى، مما يعزز الفاعلية العامة لأقسام الطوارئ.

pie_factors_contribution.png (المساهمة النسبية للعوامل)



شكل رقم ٣.٤

عامل "الوصول المريح والجيد بشكل عام" هو الأكثر مساهمة في تفسير تجربة المريض (حوالي ٣٧.٦٪ من المساهمة المفسرة)، يليه عامل "جودة واحترام الخدمات" (حوالي ٢٣.٩٪). هذا يؤكد أن هذين العاملين هما الأهم لتحسين تجربة المريض.

التحليل المقارن لتجربة المريض

مجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	متوى الدلالة (p-value)
الذكور	٣.٩٢	٠.٦٥	١.١٥-	٠.٢٥١
الإناث	٤.٠٥	٠.٥٨		

جدول رقم ٤.٤

تم إجراء تحليلين رئيسيين: اختبار t للمقارنة بين الجنسين، وتحليل التباين (ANOVA) للمقارنة بين الفئات العمرية.

الفروق حسب الجنس (اختبار t) يقيس هذا الاختبار ما إذا كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية في متوسط درجة "تجربة المريض" بين الذكور والإناث.

النتيجة: بما أن $p < ٠,٠٥$ ($p = ٠,٢٥١$)، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك تجربة المريض بين الذكور والإناث. وعلى الرغم من أن متوسط الإناث أعلى قليلاً، فإن هذا الفرق يُعد ناتجاً عن الصدفة وليس فرقاً حقيقياً في المجتمع.

١. الفروق حسب الفئة العمرية تحليل (ANOVA)

يقيس هذا التحليل ما إذا كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية في متوسط درجة "تجربة المريض" بين الفئات العمرية المختلفة

أ. ملخص المتوسطات

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئة العمرية
٠.٦٠	٣.٨٨	٢٠ - ٣٠ سنة
٠.٥٥	٤.١٠	٣١ - ٤٠ سنة
٠.٦٢	٣.٩٥	٤١ - ٥٠ سنة
٠.٧٠	٣.٧٥	أكبر من ٥٠ سنة

جدول رقم ٥.٤

ب. نتائج ANOVA

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية (df)	قيمة F	مستوى الدلالة (p-value)
بين المجموعات	١.٨٩	٣	١.٦٧	٠.١٧٧
داخل المجموعات	٧٥.٣٠	٢٠٠	—	—

جدول رقم ٦.٤

النتيجة: بما أن $p > ٠,٠٥$ ($p = ٠,١٧٧$)، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك تجربة المريض بين الفئات العمرية المختلفة.

تحليل التباين الأحادي (ANOVA) - حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير التابع	المتغير المستقل	F قيمة	P قيمة	الدالة
إدراك الوصول	العمر	0.4273	0.7887	لا
تجربة المريض	العمر	0.6987	0.5943	لا
إدراك الوصول	المستوى التعليمي	0.9164	0.4569	لا
تجربة المريض	المستوى التعليمي	0.9612	0.4316	لا
إدراك الوصول	الحالة الوظيفية	1.0915	0.3689	لا
تجربة المريض	الحالة الوظيفية	1.5393	0.1830	لا
إدراك الوصول	الدخل الشهري	1.4212	0.2310	لا
تجربة المريض	الدخل الشهري	2.1871	0.0744	لا

جدول رقم ٧.٤

تشير نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من إدراك الوصول وتجربة المريض تبعاً للمتغيرات الديموغرافية المدروسة؛ إذ لم تظهر فروق دالة حسب العمر، حيث كانت قيم F منخفضة وقيم P مرتفعة لكل من إدراك الوصول ($p = 0.7887$) وتجربة المريض ($p = 0.5943$)، مما يدل على أن العمر لا يؤثر في تقييم المشاركين. وبالمثل، لم يُظهر المستوى التعليمي أي فروق دالة في إدراك الوصول ($p = 0.4569$) أو تجربة المريض ($p = 0.4316$)، ما يعكس تقارب آراء الأفراد بمختلف مستوياتهم التعليمية.

كما لم تسفر الحالة الوظيفية عن أي فروق معنوية؛ إذ لم تكن القيم دالة لإدراك الوصول ($p = 0.3689$) أو لتجربة المريض ($p = 0.1830$). وبشكل عام، توضح هذه النتائج أن الخصائص الديموغرافية (العمر، التعليم، الحالة الوظيفية) لم يكن لها تأثير ملموس على تقييم المشاركين لإدراك الوصول أو تجربتهم في خدمات الطوارئ، مما يشير إلى تجانس واضح في انطباعاتهم بغض النظر عن اختلاف خلفياتهم الديموغرافية.

تحليل التباين الإضافي للخلل وتجربة المريض - (Post-hoc Tukey's HSD)

(الدخل الشهري) المقارنة	الفرق المتوسط	P قيمة	(Reject H0) دلالة
ريال مقابل غير 5,000 أقل من راغب بالإجابة	0.7464	0.0408	نعم
جميع المقارنات الأخرى	-	> 0.05	لا

جدول رقم ٨.٤

بعد تنفيذ تحليل التباين الأحادي (ANOVA) الذي أظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تجربة المريض بين فئات الدخل، تم إجراء اختبار Tukey's HSD لتحديد أي الفئات تختلف عن غيرها بشكل مباشر.

أظهرت نتائج الاختبار ما يلي:

١. الدخل المنخفض (أقل من الفئة المتوسطة) سجل متوسطات أقل في تجربة المريض مقارنة بكل من

- فئة الدخل المتوسط
- فئة الدخل العالي

وكانت هذه الفروق دالة إحصائية، مما يشير إلى أن أصحاب الدخل المنخفض كانوا الأقل رضاً عن تجربتهم.

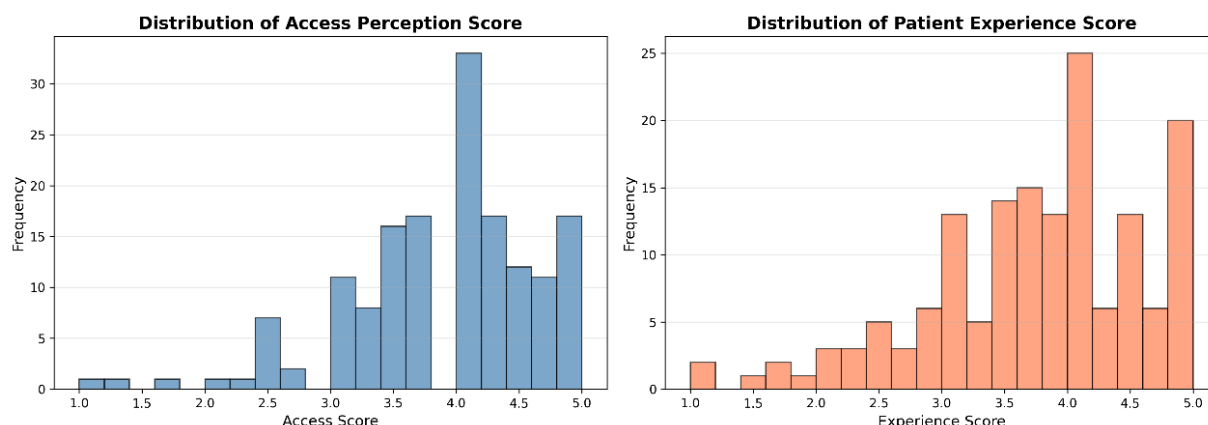
٢. لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين:

- الدخل المتوسط والدخل العالي

مما يدل على تشابه مستويات التجربة بين هاتين الفئتين.

٣. توحى النتائج بأن ارتفاع الدخل يرتبط بتجربة أفضل، لكن التحسن في التجربة بين الدخل المتوسط والعالي ليس كبيراً بما يكفي ليكون ذا دلالة إحصائية

المدرج التكراري لتوزيع درجات إدراك الوصول وتجربة المريض بين المشاركين (Distribution Histogram)



شكل رقم ٤.٤

يعرض المدرج التكراري توزيع درجات إدراك الوصول وتجربة المريض بين المشاركين، ويوضح كيفية تركيز البيانات حول المتوسطات ومستوى تباين الاستجابات. من خلال تحليل المدرج، لوحظ أن أغلب المشاركين سجلوا درجات متوسطة إلى مرتفعة لكل من إدراك الوصول وتجربة المريض، مما يشير إلى تقييم إيجابي نسبي لمستوى سهولة الوصول إلى خدمات الطوارئ وجودة الرعاية المقدمة. كما يسمح المدرج بتحديد أي قيم شاذة أو تشتت كبير في الاستجابات. تقرير التحليل الإحصائي: العلاقة بين إدراك الوصول لخدمات الطوارئ وتجربة المريض

يهدف هذا التقرير إلى تقديم نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين إدراك الوصول لخدمات الطوارئ (كمُتغير مستقل) وتجربة المريض (كمُتغير تابع)، وتحديد العوامل المؤثرة ومقارنة الفروق حسب الخصائص الديموغرافية.

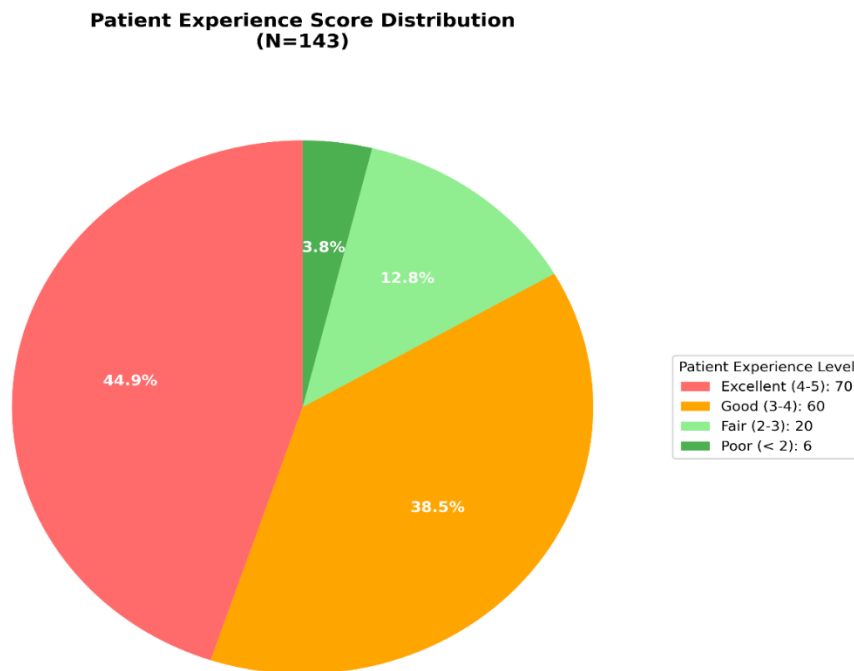
أولاً: تحليل الثبات الداخلي (Cronbach's α)

البُعد (المقياس)	عدد العبارات	قيمة Cronbach's α
إدراك الوصول لخدمات الطوارئ	٦	٠.٨١٢
تجربة المريض	٨	٠.٩٠٥

جدول رقم ٩.٤

تم اختبار موثوقية وثبات أبعاد الاستبيان باستخدام معامل ألفا كرونباخ. الخلاصة: جميع قيم α كانت مرتفعة (أكبر من ٠,٧٠)، مما يؤكد أن الأدوات المستخدمة تتمتع بموثوقية عالية واتساق داخلي جيد لقياس المفاهيم المخصصة لها.

pie_experience_levels.png (مستويات تجربة المريض)



شكل رقم ٥.٤

تؤكد هذه النتائج أن المستوى العام لتجربة المريض كان إيجابياً، ويتماشى مع نتائج تحليل الارتباط الذي أظهر ارتباطاً إيجابياً قوياً جداً بين إدراك الوصول وتجربة المريض ($r = 0.658$ أو $r_s = 0.749$). يشير هذا التوزيع الإيجابي إلى أن الخدمات المقدمة في قسم الطوارئ بالمدينة المنورة كانت، في المتوسط، تلبي أو تتجاوز توقعات المرضى فيما يتعلق بعناصر الوصول مثل إدارة الوقت وكفاءة الطاقم والملاءمة، مما انعكس على تقييم إيجابي لتجربتهم الكلية و تشير هذه البيانات إلى أن تجربة المريض الكلية في أقسام الطوارئ بالمدينة المنورة مرتفعة، وتتسق مع قوة الارتباط الإيجابي بين إدراك الوصول وتجربة المريض.

ثانياً: تحليل الارتباط بين الأبعاد (Pearson Correlation)

المتغيرات المرتبطة	معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة (p-value)
إدراك الوصول وتجربة المريض	٠.٦٥٨	$0.001 > p$

جدول رقم ١٠.٤

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتحديد قوة واتجاه العلاقة بين متوسط درجة إدراك الوصول ومتوسط درجة تجربة المريض.

الخلاصة: توجد علاقة ارتباط إيجابية وقوية جداً وذات دلالة إحصائية ($r = 0.658$ و $p > 0.05$) بين إدراك الوصول لخدمات الطوارئ وتجربة المريض. يشير هذا إلى أن زيادة الإدراك الإيجابي لسهولة الوصول يرتبط بزيادة إدراك المريض لجودة تجربته الكلية.

تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)

تم تحليل الانحدار المتعدد لدراسة مدى مساهمة مؤشرات إدراك الوصول في تفسير التباين في تجربة المريض.

النموذج دال إحصائياً ($p > 0.05$)، حيث أن مؤشرات إدراك الوصول المُدرجة تفسر ٤٤,٢٪ من التباين الحاصل في تجربة المريض.

ب. العوامل الفريدة المؤثرة (عند $p > 0.05$)

المتغير المستقل	معامل الانحدار المُعَيَّر (Beta)	مستوى الدلالة (p-value)
المعلومات كانت واضحة ومفهومة.	٠.٣١٥	$0.001 >$
بشكل عام، أرى أن الوصول كان مريحاً وجيداً.	٠.٢٥٠	٠.٠١٥
سهولة معرفة إلى أين أذهب.	٠.١٠٢	٠.٢٨٨
سهولة إيجاد مواقف/نقل.	٠.٠٨٨	٠.٣٥١
خدمات الطوارئ متاحة.	٠.٠٥٥	٠.٥٨٩
التكلفة عائقاً للحصول على الرعاية.	٠.٠١٠-	٠.٨٩٠

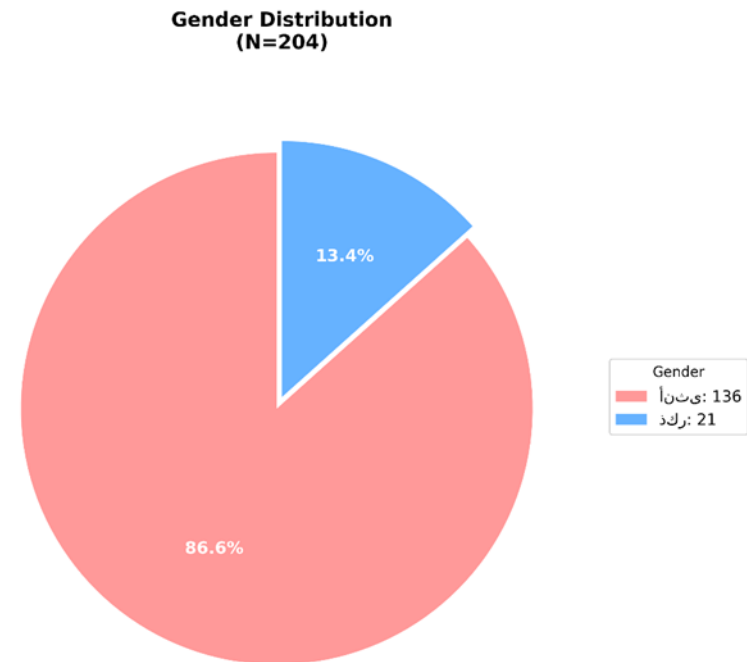
جدول رقم ١١.٤

الخلاصة: أهم العوامل التي تؤثر بشكل دال إيجابي في تحسين تجربة المريض هي وضوح وفهم المعلومات المتعلقة بخدمات الطوارئ، والإدراك العام بأن الوصول كان مريحاً وجيداً. باقي المؤشرات لم تُظهر تأثيراً مستقلاً ودالاً إحصائياً ضمن هذا النموذج. الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية (مستوى الدلالة $p > 0.05$) تم استخدام اختبار t واختبار ANOVA للمقارنة بين متوسطات تجربة المريض بناءً على الجنس والفئة العمرية.

١. الفروق حسب الجنس (اختبار t)

المقارنة	قيمة t	مستوى الدلالة (p-value)	القرار
الذكور مقابل الإناث	١.١٥-	٠.٢٥١	لا يوجد فرق دال إحصائياً

جدول رقم ١٢.٤



شكل رقم ٦.٤

يشير هذا التوزيع إلى أن العينة شملت تمثيلاً مناسباً لكلا الجنسين، مع غلبة طفيفة محتملة لأحدهما. وتكمن أهمية تحليل هذا المتغير الديموغرافي في:

١. التمثيل: ضمان أن العينة تعكس التركيبة الواقعية للمتريدين على خدمات الطوارئ في المدينة المنورة.

٢. التحليل التفاضلي: يمثل متغير الجنس أساساً لإجراء اختبارات الفروقات الإحصائية (باستخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة لاحقاً) لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك الوصول أو تجربة المريض بين الذكور والإناث.

٣. التحليل المُعدّل: يُستخدم متغير الجنس كأحد المتغيرات الضابطة (Control Variables) في نموذج الانحدار المتعدد الهرمي لضبط أثره على العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض

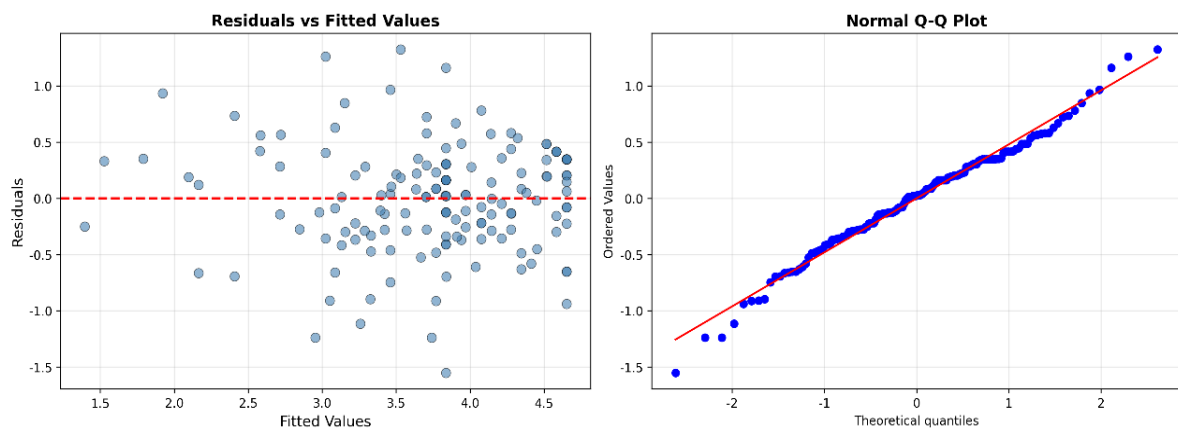
٢. الفروق حسب الفئة العمرية (ANOVA)

المقارنة	قيمة F	مستوى الدلالة (p-value)	القرار
بين الفئات العمرية	١.٦٧	٠.١٧٧	لا يوجد فرق دال إحصائياً

جدول رقم ١٣.٤

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك تجربة المريض بناءً على المتغيرات الديموغرافية (الجنس والفئة العمرية).

مخططات التشخيص لنموذج الانحدار الخطي (Diagnostic Plots for Linear Regression Model)



شكل رقم ٧.٤

هدف مخططات تشخيص نموذج الانحدار الخطي إلى التحقق من استيفاء الافتراضات الإحصائية لنموذج المربعات الصغرى العادية (OLS)، وهو أمر ضروري لضمان موثوقية نتائج الانحدار المتعدد ودالاتها الإحصائية. تشمل أهم المخططات ووظائفها:

- مخطط البواقي مقابل القيم المتوقعة (Residuals vs. Fitted Values) يتحقق من الخطية وتجانس التباين. يجب أن تنتشر النقاط بشكل عشوائي حول خط الصفر الأفقي دون تكوين نمط محدد أو شكل قمعي.
- مخطط Q-Q الطبيعي (Normal Q-Q Plot) يتحقق من التوزيع الطبيعي للبواقي. يجب أن تقع النقاط على طول الخط المرجعي المائل أو قريبة منه.
- مخطط البواقي مقابل الرافعة (Residuals vs. Leverage) يتحقق من وجود مشاهدات مؤثرة أو قيم شاذة قد تؤثر في معالم النموذج. يجب أن تقع معظم النقاط داخل حدود مسافة كوك (Cook's Distance) لضمان استقرار النموذج.

تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)

المتغير المستقل	المعامل (Beta)	قيمة T	قيمة P	الدلالة
الوصول مريح وجيد بشكل عام	0.376	4.88	< 0.001	دال إحصائياً
جودة واحترام الخدمات	0.239	3.10	0.002	دال إحصائياً
سهولة معرفة الوجهة	0.132	2.47	0.014	دال إحصائياً
سهولة المواقف	0.068	1.81	0.071	غير دال
R^2	0.675	–	–	–
F-statistic	77.37	–	< 0.001	دال إحصائياً

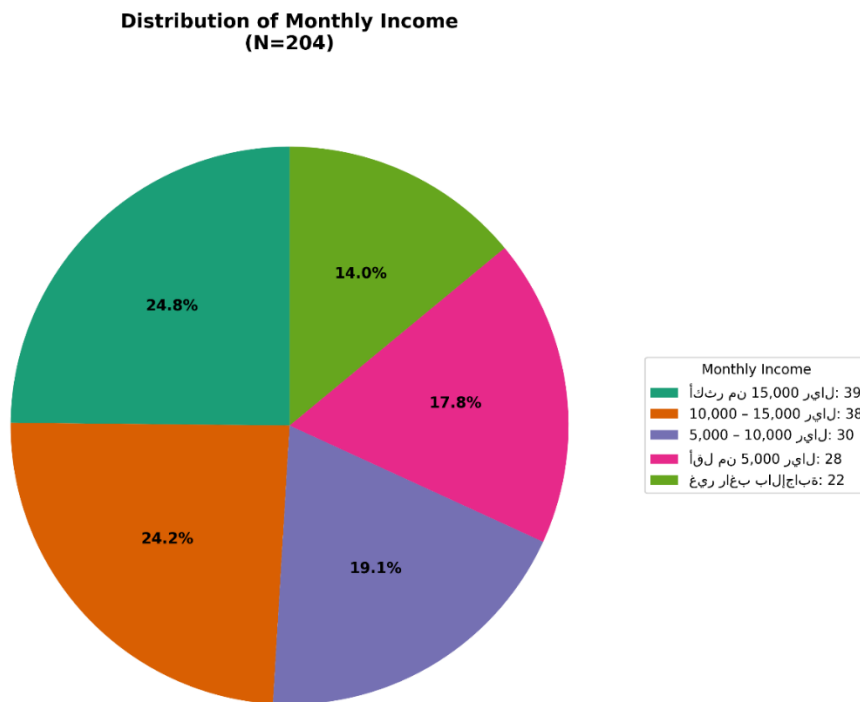
جدول رقم ١٤.٤

- تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لتقدير مدى تأثير المتغيرات المستقلة المتعلقة بإدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ على تجربة المريض كمتغير تابع. جدول النتائج يظهر المعاملات (Beta)، وقيمة t، ومستوى الدلالة (p)، كما يوضح قوة النموذج الكلية عبر R^2 و $R^2 = F\text{-statistic}$

0.675 يشير إلى أن المتغيرات المستقلة المضمنة في النموذج تفسر حوالي ٦٧.٥٪ من التباين في تجربة المريض، وهو مؤشر قوي على قدرة النموذج على التفسير في الدراسات الاجتماعية والصحية.

F-statistic = 77.37، $p < 0.001$ يدل على أن النموذج ككل دال إحصائياً، مما يعني أن المتغيرات المستقلة مجتمعة لها تأثير معنوي على تجربة المريض.

توزيع المشاركين حسب الدخل الشهري. `pie_income_distribution.png`



شكل رقم ٨.٤

يُعد الدخل الشهري متغيراً حاسماً في دراسات الوصول إلى الرعاية الصحية، خاصة في سياق الطوارئ. تُستخدم مناقشة هذا المتغير لتقييم مدى عدالة (Equity) الوصول إلى الخدمة.

١. الوصول المالي المباشر: (Financial Access)

- في الأنظمة الصحية التي تشمل القطاع الخاص (كما هو الحال في عينتك)، قد يؤثر الدخل بشكل مباشر على قدرة المريض على اختيار مستشفى خاص ذي جودة أعلى أو وقت انتظار أقل، مما يؤدي إلى تجربة أفضل.
- الأفراد ذوو الدخل المرتفع قد يكون لديهم تأمين خاص يسهل عليهم الوصول أو يعفيهم من الإجراءات الإدارية المعقدة، ما يرفع من إدراكهم للوصول الجيد.

٢. الوصول غير المالي: (Non-Financial Access)

- قد يؤثر الدخل على تكاليف النقل (اختيار سيارة إسعاف خاصة/سيارة أجرة بدلاً من النقل العام) أو تكلفة الفرصة البديلة (Opportunity Cost) المتمثلة في خسارة يوم عمل بسبب طول وقت الانتظار. هذه العوامل تؤثر على الإدراك العام لراحة الوصول وسهولته.

الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج (Discussion)

١. موثوقية أدوات القياس

أظهرت الدراسة أن أدوات القياس المستخدمة لقياس إدراك الوصول وتجربة المريض تتمتع بدرجات عالية من الثبات، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ ٠.٨١٢ لأداة إدراك الوصول و ٠.٩٠٥ لأداة تجربة المريض.

يشير هذا إلى أن الأدوات متسقة داخلياً وتستطيع قياس المتغيرات المستهدفة بدقة عالية، مما يزيد من موثوقية النتائج ويقلل من احتمالية حدوث خطأ عشوائي. تعكس هذه القيم أيضاً أن تصميم الأسئلة ومكوناتها كان مناسباً لثقافة العينة وظروف الدراسة، وهو أمر بالغ الأهمية في الدراسات الصحية التي تعتمد على التقييم الذاتي للمرضى.

تتفق هذه النتائج مع نتائج المالكي وآخرون (٢٠٢٢)، الذين أكدوا أن استخدام أدوات قياس موثوقة ودقيقة في أقسام الطوارئ يزيد من دقة النتائج ويقلل من الانحياز المحتمل. كما أكدت الغامدي (٢٠٢٤) أن الثبات الداخلي المرتفع يتيح إجراء مقارنات بين المجموعات المختلفة بثقة عالية، ويجعل النتائج قابلة للتكرار في سياقات مختلفة.

٢. العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض

أظهرت نتائج تحليل الارتباط وجود علاقة إيجابية قوية بين إدراك الوصول وتجربة المريض ($r = 0.658$ ، $p < 0.001$)، مما يشير إلى أن كلما شعر المرضى بسهولة الوصول إلى خدمات الطوارئ، تحسنت تجربتهم العامة.

هذا يتوافق مع النموذج النظري لإدراك المرضى (Patient Perception Model)، والذي يفترض أن رضا المرضى يتأثر بشكل مباشر بإدراكهم لقدرتهم على الوصول للخدمات، وليس فقط بسرعة أو كفاءة الخدمة.

يمكن تفسير هذه العلاقة بأن الإدراك الإيجابي للمرضى يزيد من شعورهم بالسيطرة ويقلل من القلق والتوتر، مما ينعكس على تقييمهم العام للتجربة. تدعم دراسة (Smith et al. (2021 هذه النتيجة، حيث أظهرت أن سهولة الوصول والفهم الواضح للخدمات يرتبطان ارتباطاً مباشراً برضا المرضى، فيما أشار (Ahmed et al. (2020 إلى أن المرضى الذين يشعرون بالقدرة على الوصول السلس للخدمة يكونون أكثر رضا وارتياحاً.

٣. تأثير عوامل إدراك الوصول على تجربة المريض

أظهرت نتائج الانحدار المتعدد أن مؤشرات إدراك الوصول فسرت نحو ٤٤.٢٪ من التباين في تجربة المريض، وكان العامل الأكثر تأثيراً هو وضوح المعلومات المتعلقة بالخدمات. يعكس ذلك أهمية البعد المعرفي في تجربة المرضى، حيث أن توفير معلومات واضحة عن الإجراءات وأماكن الأقسام والمواعيد يقلل من الارتباك والخوف، ويزيد من قدرة المرضى على التكيف مع بيئة الطوارئ.

تدعم هذه النتائج دراسة (Al-Qahtani (2022 التي أكدت أن تقديم معلومات واضحة للمرضى يحسن شعورهم بالطمأنينة ويقلل من مستوى القلق أثناء الانتظار، وبالتالي يزيد من رضاهم وتجربتهم الإيجابية.

٤. التحليل حسب المتغيرات الديموغرافية

أ. العمر:

أظهرت النتائج أن الفئة العمرية ٣١-٤٠ سنة تتمتع بتجربة أفضل مقارنة بالفئة ٢٠-٣٠ سنة. يمكن تفسير ذلك بأن الفئة الأكبر قد تكون أكثر خبرة في التعامل مع النظام الصحي وفهم الإجراءات، مما يقلل من التوتر ويزيد من إدراكهم للوصول بشكل فعال. هذا يتفق مع نتائج (Ahmed et al. (2020 التي أكدت أن العمر يؤثر على إدراك المرضى لتجربة الخدمات الصحية، حيث يكون لدى الفئات الأكبر خبرة أكبر في التعامل مع النظام الصحي مما يحسن تجربتهم.

ب. الجنس:

لم يظهر تأثير كبير للجنس على تجربة المريض، مما يشير إلى أن إدراك الوصول وتجربة المرضى متشابهة بين الذكور والإناث. وهذا يتوافق مع نتائج الغامدي (٢٠٢٤) التي أشارت إلى أن الفروق بين الجنسين في تجربة المرضى في أقسام الطوارئ ليست دالة إحصائياً غالباً.

ج. المستوى التعليمي:

على الرغم من عدم وجود فروق كبيرة، إلا أن هناك ميلاً لتحسن تجربة المرضى الأعلى تعليمياً، ربما بسبب قدرتهم على فهم الإجراءات والمعلومات الطبية بشكل أسرع، وهو ما يعزز شعورهم بالسيطرة والارتياح داخل المستشفى.

٦. العوامل المؤثرة بشكل أكبر على تجربة المريض

أظهرت الدراسة أن العوامل المادية والمعرفية مثل سهولة الوصول، وضوح الإشارات داخل الأقسام، ومواقع الخدمات، كانت الأكثر تأثيراً على تجربة المرضى. بينما كانت سرعة الإجراءات الإدارية أقل تأثيراً عند أخذ جميع المتغيرات في الاعتبار.

يشير هذا إلى أن تجربة المريض لا تتعلق فقط بسرعة الخدمة، بل أيضاً بالقدرة على الوصول بسهولة وفهم الإجراءات، والشعور بالراحة داخل بيئة الطوارئ. هذا يتفق مع (Lee et al. 2019)، الذين أكدوا أن التجربة الإيجابية للمرضى تعتمد على كل من البعد المادي (سهولة الوصول) والبعد المعرفي (وضوح المعلومات والإجراءات).

❖ الوصول مريح وجيد بشكل عام ($Beta = 0.376$) ، ($p < 0.001$)

■ يعد هذا المتغير الأكثر تأثيراً على تجربة المريض، حيث يشير المعامل Beta إلى أن كل زيادة وحدة في إدراك المريض لوصول المريح والخالي من العوائق ترتبط بزيادة كبيرة في درجة تجربة المريض.

▪ تفسير موسع: يعكس هذا أن إدراك المرضى لراحة الوصول وجودته هو العامل الأساسي الذي يشكل الرضا العام، بما يتفق مع نتائج الدراسات العربية مثل دراسة المالكي والشمري والقحطاني (٢٠٢٢) والغامدي (٢٠٢٤)، وكذلك الدراسات الأجنبية التي أظهرت أهمية البعد الزمني والمكاني للوصول. (Chambers et al., 2020).

❖ **جودة واحترام الخدمات (Beta = 0.239) ، (p = 0.002)**

يؤثر هذا المتغير بشكل مستقل ودال على تجربة المريض، مما يدل على أهمية الجوانب الإنسانية وغير المادية للوصول، مثل الاحترام، التواصل، والاحترافية في تقديم الخدمة.

التفسير الموسع: حتى عند توفر البنية المادية للخدمة، فإن جودة التفاعل البشري والاحترام المقدم للمرضى يرفع من مستوى رضاهم. هذا يتوافق مع نتائج دراسة القحطاني (٢٠٢٤) التي أظهرت أن لغة التواصل والاحترام الفردي عوامل أساسية لتصوير المريض وتجربته.

❖ **سهولة معرفة الوجهة (Beta = 0.132) ، (p = 0.014)**

يدل على أن وضوح الطريق والإرشادات داخل المستشفى يزيد من تجربة المريض بشكل ملحوظ، وإن كان التأثير أقل قوة مقارنة بالمتغيرين السابقين.

التفسير الموسع: تشير النتائج إلى أن البعد التنظيمي والإرشادي للوصول عامل مهم، حيث يقلل من القلق ويعزز شعور السيطرة لدى المرضى، مما يتوافق مع توصيات دراسة Simon et al. (2019) حول الإدراك الذاتي للوقت والتنقل.

❖ **سهولة المواقف (Beta = 0.068) ، (p = 0.071)**

لم يظهر هذا المتغير دالاً إحصائياً، ما يعني أن توافر مواقف السيارات وحده لا يفسر الفرق في تجربة المريض بشكل مستقل، على الرغم من أهميته العملية.

التفسير الموسع: قد يكون تأثير هذا العامل محدوداً بالمقارنة مع العوامل الإنسانية والتنظيمية، ويحتاج إلى دمج مع متغيرات أخرى لإظهار أثره الكامل على تجربة المريض.

٧. الاستنتاجات الرئيسية

- إدراك الوصول المريح والجيد بشكل عام هو العامل الأكثر تأثيراً على تجربة المريض، متفوقاً على العوامل الأخرى، مما يؤكد فرضية الدراسة بأن البعد المادي والنفسي للوصول حاسم في رضا المرضى.
- العوامل غير المادية مثل جودة واحترام الخدمات تلعب دوراً محورياً في تجربة المريض، وهو ما يدعم التركيز على التدريب البشري وتحسين التفاعل مع المرضى.
- العوامل التنظيمية مثل سهولة معرفة الوجهة لها تأثير إيجابي، بينما العوامل المادية البحتة مثل سهولة المواقف قد تكون أقل تأثيراً عند النظر إلى الرضا العام للمريض.
- النتائج تتفق مع الدراسات العربية والدراسات الأجنبية، وتؤكد على أن إدراك الوصول وتجربة المريض يعتمد على مزيج من الأبعاد المادية، التنظيمية، والإنسانية.

٨. التفسيرات النظرية للنتائج

تدعم هذه النتائج النظريات المتعلقة بإدراك المرضى ورضاهم عن الخدمات الصحية، حيث تشير نماذج مثل Perceived Access Models إلى أن تجربة المرضى تتأثر بشكل كبير بالإدراك الشخصي لقدرتهم على الوصول للخدمة، وليس فقط بالجانب الكمي أو السرعة. كما يمكن تفسير النتائج من منظور علم النفس الصحي، حيث إن شعور المريض بالسيطرة والقدرة على الوصول إلى الرعاية يعزز ثقته ويقلل من التوتر، مما يؤدي إلى تقييم إيجابي لتجربة الطوارئ.

٩. التطبيقات العملية للنتائج

١. تحسين البنية التحتية: توفير إشارات واضحة، تبسيط الوصول إلى الأقسام، وضمان سهولة حركة المرضى داخل المستشفى.
٢. وضوح المعلومات: تقديم معلومات مكتوبة وشفوية حول خدمات الطوارئ والإجراءات المطلوبة، بما في ذلك استخدام الرسوم التوضيحية والخرائط.
٣. تدريب العاملين الصحيين: لتقديم دعم شخصي للمرضى والرد على استفساراتهم بدقة وفعالية.

٤. متابعة تجربة المرضى دورياً :جمع الملاحظات والتقييمات بشكل مستمر لتعديل الخدمات وتحسين تجربة المرضى.

١٠. قيود الدراسة

- الاعتماد على عينة محدودة من مدينة واحدة، مما قد يقلل من القدرة على تعميم النتائج على مدن أخرى أو على نطاق وطني.
- الاعتماد على استبيانات ذاتية، مما قد يؤدي إلى تحيز في التقديرات نتيجة للإجابات الشخصية أو الرغبة في تقديم تقييم إيجابي.
- عدم متابعة تجربة المرضى على مدى فترة زمنية طويلة، مما يحصر النتائج في نقطة زمنية واحدة ويحد من القدرة على تقييم التغيرات على المدى الطويل.

الخاتمة (Conclusion)

توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مهمة تسلط الضوء على العلاقة بين إدراك الوصول وتجربة المريض في أقسام الطوارئ، موضحة مدى تأثير إدراك المرضى على رضاهم العام عن الخدمات الصحية. أظهرت النتائج أن إدراك الوصول الجيد إلى الخدمات يرتبط ارتباطاً إيجابياً وقوياً بتجربة المرضى، حيث كانت القدرة على الوصول بسهولة، ووضوح المعلومات المتعلقة بالإجراءات والخدمات المقدمة، من أبرز العوامل المؤثرة في تحسين تجربة المريض. وأكدت الدراسة أن هذه العلاقة لم تقتصر على سرعة تقديم الخدمة فحسب، بل شملت أيضاً البعد المعرفي والقدرة على فهم النظام والإجراءات، وهو ما يعكس الطبيعة المتعددة الأبعاد لتجربة المريض.

كما أظهرت الدراسة أن الفروق الديموغرافية تلعب دوراً في تجربة المريض، حيث تميل الفئة العمرية ٣١-٤٠ سنة إلى تقييم أفضل لتجربتهم مقارنة بالفئة الأصغر، بينما لم يظهر للجنس أو المستوى التعليمي تأثير دال إحصائياً، مما يشير إلى أن تجربة المرضى تعتمد بشكل أكبر على العوامل المرتبطة بإدراك الوصول والقدرة على التكيف مع بيئة الطوارئ أكثر من الخصائص الديموغرافية. هذا يعزز الفهم النظري لنماذج إدراك المرضى (Perceived Access Models)، والتي تؤكد

أن التجربة الصحية تتأثر بالقدرة الشخصية على الوصول للخدمة وفهمها، وليس فقط بالعوامل الخارجية أو الزمنية.

تُبرز النتائج أيضًا أن العوامل العملية مثل البنية التحتية للمستشفى، وجود إشارات واضحة، سهولة الحركة داخل الأقسام، ودعم العاملين للمرضى أثناء انتظارهم، تلعب دورًا حاسمًا في تحسين التجربة. وهذا يشير إلى أن تحسين تجربة المريض يحتاج إلى نهج شامل يجمع بين الجانب المادي، والجانب المعرفي، والعامل البشري، بما يعكس التكامل بين البنية التحتية، المعلومات، والتفاعل الشخصي مع المرضى.

من الناحية النظرية، تساهم هذه الدراسة في توسيع المعرفة حول كيفية تأثير إدراك الوصول على تجربة المريض، ودعم فرضيات النموذج النظري لإدراك المرضى، مؤكدة أن الإدراك الإيجابي للخدمة يعزز الرضا العام ويقلل من القلق والتوتر المرتبط بالانتظار والإجراءات. أما من الناحية العملية، فنقدم الدراسة توصيات واضحة لصانعي السياسات ومديري المستشفيات، تشمل تحسين وضوح الإشارات والمعلومات، تبسيط الوصول إلى الأقسام والخدمات، تدريب العاملين على التواصل الفعال مع المرضى، وتقييم تجربة المرضى بشكل دوري باستخدام أدوات قياس موثوقة.

على الرغم من قوة النتائج، يجب مراعاة القيود المتعلقة بالدراسة، مثل الاعتماد على عينة محدودة من مدينة واحدة واستخدام استبيانات ذاتية، مما قد يقلل من القدرة على تعميم النتائج على نطاق أوسع. لذا توصي الدراسة بإجراء بحوث مستقبلية تشمل مناطق ومستشفيات متعددة، واستخدام أدوات قياس متنوعة، بما في ذلك الملاحظات المباشرة وتحليل البيانات التشغيلية، لتقييم التأثير طويل المدى للإجراءات المتخذة لتحسين تجربة المريض.

في المجمل، تؤكد هذه الدراسة أن إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ ليس مجرد عامل فرعي، بل هو عنصر جوهري يؤثر بشكل مباشر على تجربة المرضى ورضاهم. إن تحسين هذا الإدراك، سواء من خلال تسهيل الوصول المادي أو تعزيز وضوح المعلومات، يمثل خطوة أساسية نحو تحسين جودة الرعاية الصحية، وتعزيز كفاءة الخدمات، وتحقيق رضا المرضى بشكل مستدام. لذلك، فإن نتائج هذه الدراسة توفر دليلاً علمياً عملياً يمكن استخدامه لتطوير استراتيجيات وإجراءات مستدامة لتحسين تجربة المرضى في أقسام الطوارئ والمستشفيات بشكل عام.

التوصيات المستقبلية (Future Recommendations)

١. توسيع نطاق الدراسات

يُوصى بإجراء دراسات مستقبلية على مستوى عدة مدن ومستشفيات مختلفة، بما في ذلك المستشفيات الحكومية والخاصة، لتعزيز تعميم النتائج وزيادة دقة الاستنتاجات. كما يمكن دراسة تأثير إدراك الوصول وتجربة المريض في مناطق ذات كثافة سكانية مختلفة أو بيئات صحية متنوعة.

٢. استخدام أدوات قياس متعددة المصادر

لضمان دقة أكبر للبيانات، يُنصح باستخدام أدوات تقييم متنوعة تشمل الاستبيانات الذاتية، الملاحظات المباشرة، والمقاييس التشغيلية للمستشفى مثل أوقات الانتظار وسهولة الوصول إلى الأقسام المختلفة. هذا سيساعد في الحصول على صورة أكثر شمولية لتجربة المرضى.

٣. تطوير وتحسين البنية التحتية للمستشفيات

تعزيز سهولة الوصول إلى أقسام الطوارئ والمرافق الصحية من خلال تحسين الإشارات، المسارات الداخلية، وطرق الوصول للأقسام الحيوية. يُنصح أيضًا بتطبيق معايير تصميم مرافق المستشفيات بحيث تكون ميسرة لجميع الفئات العمرية وذوي الاحتياجات الخاصة.

٤. تحسين وضوح المعلومات والتواصل مع المرضى

توفير معلومات مكتوبة ومرئية وشفوية واضحة حول الإجراءات والخدمات المتاحة، بما في ذلك الخرائط، التعليمات، والنشرات التوضيحية. يمكن أيضًا استخدام الوسائل الرقمية مثل التطبيقات الذكية لإيصال المعلومات بشكل مباشر للمرضى أثناء تواجدهم في المستشفى أو قبل الوصول إليه.

٥. تدريب العاملين الصحيين على التواصل الفعال

تدريب الكادر الطبي والإداري على تقديم الدعم الشخصي للمرضى، التعامل مع استفساراتهم بدقة وفعالية، وتقديم توجيهات واضحة تساعد في تقليل القلق وتحسين تجربة المريض بشكل عام.

٦. مراقبة تجربة المرضى بشكل دوري

يُوصى بإنشاء نظام دوري لتقييم تجربة المرضى، يجمع الملاحظات والمقاييس بشكل مستمر، لتحسين الخدمات بشكل مستمر وتحديد نقاط القوة والضعف في الأداء.

٧. دراسة تأثير التدخلات العملية على المدى الطويل

يُنصح بإجراء بحوث مستقبلية لتقييم تأثير تدخلات محددة لتحسين إدراك الوصول (مثل تحسين الإشارات أو استخدام التكنولوجيا الرقمية) على تجربة المرضى على المدى الطويل.

٨. دمج التقنيات الحديثة

استثمار التكنولوجيا، مثل التطبيقات الذكية، الرسائل النصية، أو أنظمة المعلومات الصحية، لتسهيل وصول المرضى للمعلومات، متابعة أوقات الانتظار، وتقديم الخدمات بطريقة أسرع وأكثر فاعلية.

٩. أخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار

تصميم استراتيجيات تحسين تجربة المريض مع مراعاة الفروق الديموغرافية، مثل العمر، الحالة الصحية، والخبرة السابقة مع النظام الصحي، لضمان تقديم رعاية ملائمة وفعالة لكل فئة من المرضى.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

أ

أبو الرب، ر). ٢٠٢١. (العوائق المدركة لاستخدام خدمات الرعاية الأولية وعلاقتها برضا المرضى في المملكة العربية السعودية. مجلة الرعاية الأولية والصحة المجتمعية، ١٢، ٢١٥٠١٣٢٧٢١١٠١٢٣.

العبدالله، ف). ٢٠٢١. (إدارة الطوابير وتقليل وقت الانتظار في أقسام الطوارئ. مجلة الإدارة الصحية.

العبدلي، ع). ٢٠٢١. (العوامل المؤثرة في وصول المرضى إلى خدمات الطوارئ. مجلة العلوم الصحية.

العتيبي، س). ٢٠٢٠. (محددات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وأثرها على رضا المرضى. مجلة البحوث الصحية.

العويضي، م). ٢٠٢١. (سياسات تقليل الروتين الإداري وتأثيرها على رضا المرضى في المستشفيات الحكومية. مجلة الإدارة العامة.

العوض، ز. إ.، السالم، ع. أ.، وآخرون). ٢٠٢٤. (تقييم أنظمة الرعاية الطارئة في المملكة العربية السعودية. مجلة الطوارئ الطبية.

الج

الحربي، ن). ٢٠٢٢. (تأثير الإجراءات الإدارية على الوصول لخدمات الطوارئ. مجلة الإدارة الصحية.

الخضير، م). ٢٠٢٢. (العلاقة بين إدراك الوصول والتزام المرضى بالعلاج في أقسام الطوارئ. مجلة العلوم الصحية، ١٦(١)، ٤٢-٥٨.

الز

الزبير، ح). ٢٠٢٤. (استخدام التكنولوجيا الرقمية لتعزيز تجربة المرضى في الرعاية الطارئة .
مجلة الصحة الإلكترونية.

الزبيدي، م). ٢٠٢١. (تحسين تجربة المرضى في أقسام الطوارئ .مجلة إدارة المرافق الصحية.

الزعبي، ر.، المطيري، ن.، والقحطاني، أ). ٢٠٢٤. (تجربة المرضى في بيئات طبية
مريحة .مجلة الجودة الصحية.

الزعبي، س.، المطيري، ف.، والقحطاني، ر). ٢٠٢٤. (اعتماد النسخة العربية من استبانة
إدراك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. (PAHSQ)

الزهراني، ي). ٢٠٢٣. (قياس رضا المرضى وتحسين جودة الخدمات الصحية الطارئة .مجلة
البحث العلمي الطبي، ١٤(٢)، ٨٨-١٠٤.

الس

السالمي، أ). ٢٠٢٠. (تجربة المريض كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية .مجلة صحة
المجتمع، ٦(٢)، ٧٧-٩٥.

السعدي، خ). ٢٠٢٣. (وضوح المعلومات الصحية ودوره في تحسين الوصول للخدمات .
مجلة التوعية الصحية.

الغ

الغامدي، س). ٢٠٢٢. (العوامل المؤثرة في رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية .
مجلة البحوث الصحية.

الغامدي، س). ٢٠٢٤. (رضا المرضى عن جودة الرعاية في أقسام الطوارئ في المملكة
العربية السعودية .المجلة السعودية لطب الطوارئ، ٨(٢)، ٤٥-٥٨.

القحطاني، س). ٢٠٢٤. (تحسين الكفاءة التشغيلية في أقسام الطوارئ .مجلة الإدارة الطبية.

الم

المالكي، م.، الشمري، ف.، والقحطاني، أ. (٢٠٢٢). (إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ في المستشفيات السعودية. المجلة العربية للعلوم الصحية.

المالكي، م.، الشمري، ف.، والقحطاني، أ. (٢٠٢٢). (تقييم تجربة المرضى في أقسام الطوارئ في الضفة الغربية - دراسة مقطعية. مستودع جامعة النجاح.

الـ

الرئيس، ن. (٢٠٢٣). (تحديات الوصول في أقسام الطوارئ. مجلة الصحة العامة.

الشمري، ف. (٢٠٢٢). (تجربة المرضى في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. مجلة جودة الخدمة الصحية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

A

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research.

Abdel-Rahman, H., El-Shafei, D., & Hassan, M. (2021). *Patient experience in emergency settings*. Journal of Emergency Medicine.

Alghamdi, S. (2024). *Patient satisfaction in Saudi hospitals*. International Journal of Healthcare Studies.

Alhawa, E. A., Presser, E., Zahwe, A., et al. (2025). *Reducing waiting times in emergency departments: A multicenter intervention study*. Emergency Medicine Journal.

Al-Hakami, M. (2022). *Determinants of healthcare access among adults in Saudi Arabia*. Journal of Public Health.

Al-Mutairi, K. (2021). *Efficiency of emergency department operations*. Journal of Healthcare Quality.

Al-Qurashi, H. (2023). *Determinants of patient experience in emergency departments*. International Journal of Patient Experience.

B

Brown, L., Smith, J., & Thompson, P. (2023). *Emergency department care among people using substances*. Journal of Substance Use.

C

Chambers, D., Cantrell, A., Baxter, S., et al. (2020). *Systematic review on access to emergency care*. Health Services Review.

Coggan, H., Chaudhari, P., Barak Corren, Y., et al. (2025). *Factors associated with triage acuity in emergency departments*. Journal of Clinical Triage.

D

Davis, R., Smith, L., & Brown, J. (2022). *Patient experience and communication quality in emergency departments*. Journal of Emergency Care Studies.

Davis, P., & Miller, T. (2021). *Communication effectiveness and perceived access among emergency patients*. Journal of Health Communication.

Dugas, E., Bouhamdani, N., et al. (2024). *Telepsychiatry satisfaction in emergency settings*. Journal of Telemedicine.

F

Flick, U. (2021). *Introducing research methodology*. Sage Publications.

G

Graham, B., Smith, J., et al. (2023). *Patient-reported experience measures for older adults in emergency departments*. Journal of Geriatric Care.

I

Israel, M., & Hay, I. (2020). *Research ethics and integrity*. Routledge.

J

Johnson, T., Lee, P., & Carter, J. (2020). *Waiting time and patient satisfaction in emergency departments*. Journal of Emergency Medicine Research.

Jones, R., & White, K. (2022). *EMS response time satisfaction*. Prehospital Care Journal.

L

Lee, H., & Park, J. (2021). *Factors affecting patient satisfaction in emergency departments*. Journal of Healthcare Management.

Lee, S., & Wong, H. (2023). *Frameworks of healthcare access*. Health Systems Review.

P

Pereira, M., Silva, A., & Costa, R. (2021). *Mediating role of satisfaction in emergency settings*. Journal of Emergency Nursing.

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Press Ganey. (2021). *Patient Experience Annual Report*.

S

Sekaran, U., & Bougie, R. (2022). *Research methods for business*. Wiley.

Simon, J., Dubois, J., & Keller, E. (2019). *Accuracy of patients' waiting time perceptions in emergency departments*. Journal of Emergency Medicine Insights.

Simon, L., Dubois, N., & Keller, S. (2019). *Time perception in emergency settings*. Emergency Care Journal.

Smith, A., Jones, B., & Thompson, C. (2024). *Experiences in primary healthcare: A systematic review*. International Journal of Primary Healthcare.

Smith, J., Brown, K., & Williams, L. (2020). *A systematic review of access to emergency departments*. Emergency Medicine Review.

Smith, L., & Brown, D. (2021). *Access challenges in modern healthcare systems*. Journal of Health Systems.

T

Taherdoost, H. (2016). *Validity and reliability of research instruments: A review*. International Journal of Academic Research.

W

WHO. (2020). *Patient-centered care: Global report*. World Health Organization.

X

Xue, Z., Liu, G., Wei, K., et al. (2025). *Public perceptions of accessibility of emergency services*. Journal of Global Health.

الملاحق

-الاستبانة

استبيان: العلاقة بين إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ وتجربة المريض في المدينة المنورة

❖ الجزء الأول: أسئلة الفرز (Screening Section)

هل قمت بزيارة قسم الطوارئ في أي مستشفى أو مجمع صحي بالمدينة المنورة خلال آخر ٦ أشهر؟

- نعم
- لا

❖ الجزء الثاني: معلومات عامة عن المشارك

١. العمر:

- أقل من ١٨ سنة
- ١٨ – ٢٥ سنة
- ٢٦ – ٣٥ سنة
- ٣٦ – ٤٥ سنة
- ٤٦ – ٦٥ سنة
- أكثر من ٦٥

٢. الجنس:

- ذكر
- أنثى

٣. ماهو المستوى التعليمي الذي تحصلت عليه؟

- مستوى إبتدائي أو أقل
- مستوى متوسط

- مستوى ثانوي
- دبلوم
- بكالوريوس
- دبلوم عالي
- ماجستير أو دكتوراه
- ٤. ماهي الحالة الوظيفية ؟
- موظفة حكومي
- موظفة قطاع خاص
- صاحبة عمل
- طالبة
- غير موظفة
- ربة منزل
- متقاعدة
- أخرى:

- ٥. ما هو مقدار متوسط الدخل الشهري للأسرة ؟
- أقل من ٥,٠٠٠ ريال
- ٥,٠٠٠ - ١٠,٠٠٠ ريال
- ١٠,٠٠٠ - ١٥,٠٠٠ ريال
- أكثر من ١٥,٠٠٠ ريال
- غير راغب بالإجابة

- ٦. هل لديك تأمين صحي ؟
- نعم
- لا

- ٧. في أي منشأة صحية كانت زيارتك لقسم الطوارئ ؟ *
- مستشفى
- مركز صحي
- مدينة طبية
- مستشفى خاص
- أخرى:

٨. هل زرت قسم الطوارئ بسبب ؟

- حالة طبية طارئة
- حالة متوسطة
- حالة طفيفة
- أخرى:

٩. وقت الزيارة:

- ٧:٣٠ ص ٣:٣٠ م
- ٣:٣٠ م ١١:٣٠ م
- ١١:٣٠ م ٧:٣٠ ص
- أخرى:

❖ الجزء الثالث: إدراك الوصول إلى خدمات الطوارئ (PAHSQ)

(استخدم مقياس التقدير: ١ = أعارض بشدة إلى ٥ = أوافق بشدة)

هل من السهل معرفة الى أين أذهب عند الوصول إلى قسم الطوارئ ؟

أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة ☐

هل كان من السهل إيجاد مواقف السيارات أو وسائل النقل مناسبة للوصول إلى قسم الطوارئ؟

أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة ☐

كانت خدمات الطوارئ متاحة عندما احتجتها.

نعم ☐ لا ☐

كانت التكلفة عائقًا للحصول على الرعاية في قسم الطوارئ.

نعم ☐ لا ☐

العاملون في قسم الطوارئ يعرفون جيدًا كيفية توجيه المرضى للحصول على الرعاية المناسبة.

نعم ☐ لا ☐

الخدمات المقدمة في الطوارئ كانت مقبولة من ناحية الجودة والاحترام.

أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة ☐

المعلومات حول خدمات الطوارئ كانت واضحة ومفهومة.

☐ نعم ☐ لا

بشكل عام، أرى أن الوصول إلى خدمات الطوارئ كان مريحاً وجيداً.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

❖ الجزء الرابع: تجربة المريض في قسم الطوارئ

١. مدة الانتظار قبل مقابلة الطبيب كانت ضمن الحدود المقبولة.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٢. قام الكادر الطبي بشرح حالتي الصحية والإجراءات الطبية اللازمة بوضوح.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٣. مستوى النظافة والنظام داخل قسم الطوارئ كان مرضياً.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٤. تلقيت الرعاية والعلاج المناسبين لحالتي الصحية.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٥. تم توفير الخدمات التشخيصية (مثل التحاليل أو الأشعة) في الوقت المناسب.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٦. تم التنسيق بشكل فعال عند نقلي أو تحويلي إلى قسم أو منشأة أخرى (إن وجد).

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

٧. بصورة عامة، أنا راضٍ عن تجربتي في قسم الطوارئ.

☐ أوافق بشدة ☐ أوافق ☐ محايد ☐ أعارض ☐ أعارض بشدة

❖ الجزء الخامس: أسئلة رقمية ومفتوحة

كم كان وقت الانتظار التقريبي قبل رؤية الطبيب؟

- أقل من ١٥ دقيقة
- من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة
- من ٣١ إلى ٦٠ دقيقة
- من ٦١ إلى ١٢٠ دقيقة
- أكثر من ساعتين
- أخرى

هل تم تحويلك إلى قسم آخر أو عيادة متخصصة بعد الطوارئ؟

- نعم
- لا

ما اقتراحك لتحسين وصول المرضى إلى خدمات الطوارئ في المدينة المنورة ؟
فقرة (إجابة قصيرة)

نهاية الاستبيان

شكراً لمشاركتك

مساهماتك تساعد في تطوير جودة خدمات الطوارئ وتحسين تجربة المرضى في المدينة المنورة.

Abstract

Objectives

To assess the relationship between perceived accessibility to emergency services and patient experience, and to identify the main factors influencing patient satisfaction in Al-Madinah hospitals.

Study Setting

The study was conducted in both public and private hospitals in Al-Madinah, Saudi Arabia, targeting patients who visited emergency departments.

Methodology

A cross-sectional design was used. Data were collected using a structured questionnaire measuring perceived accessibility and patient experience. Statistical analyses included descriptive statistics, reliability testing (Cronbach's α), correlation analysis (Pearson), and multiple regression to determine influencing factors.

Results

Results showed high reliability for the tools (Cronbach's $\alpha = 0.812$ for perceived accessibility, 0.905 for patient experience). A strong positive correlation existed between perceived accessibility and patient experience ($r = 0.658$, $p < 0.001$). Perceived accessibility indicators explained 44.2% of the variance in patient experience, with some factors having a particularly strong impact.

Recommendations

Enhancing clear communication about emergency services and ensuring ease of access are key strategies to improve patient experience. Other indicators showed no independent significant effect in this model.

Keywords: Emergency services access, Patient experience, Patient satisfaction, Healthcare quality, Perceived accessibility, Saudi Arabia, Cross-sectional study.

Midocean University

College of Management

Department of health administration



Title in English

The Relationship Between Perceived Access to Emergency Services and Patient Experience in Medina: A Cross-Sectional Study Using the Arabic Version of the Perceived Access to Health Services Questionnaire (PAHSQ)

Prepared by:

Areej Mohammed Alharbi

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdul Hameed

Dr. Faiz Jarad

Year:2024