

أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة

إعداد:

أسامة عبدالله أحمد تويم

الرقم الأكاديمي: 243001427

الإشراف/

أ.د. الفيصل عبد الحميد محمد

أ.د. فايز علي جراد

العام الجامعي

2025م

الشكر والعرفان

الحمد لله رب العالمين الذي وفقني لإتمام هذه الرسالة العلمية، والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله الغر الميامين القائل: (من لا يشكر الناس لا يشكر الله).

مع انتهائي من هذه الرسالة لا يسعني إلا أن أعترف لكل ذي فضل عليّ بفضلته، فهم أهلّ للشكر والثناء، ولذا اتقدم بالشكر الجزيل وبخالص المودة والتقدير للمشرفين على هذه الرسالة، الأستاذ الدكتور/ الفيصّل عبد الحميد، والأستاذ الدكتور/ فايز علي جراد لما قدماه لي من إرشادات وتوجيهات علمية ومنهجية قيمة وسديدة، وعلى سعة صدرهما في الأخذ والعطاء طوال فترة الدراسة.

كما أتوجه بالشكر إلى جميع العاملين في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، الذين قدموا لي الدعم والمؤازرة فيما يتعلق بالحصول على المعلومات، والاستجابة على تساؤلات وفقرات أداة الدراسة. كما أشكر كل من انتفعت بعلمه، وكل من ساعدني على إخراج هذه الدراسة إلى النور، فما وفقت فيه فمن الله، وما قصرت فمني ومن الشيطان، والله الهادي إلى سواء السبيل.

الباحث

ملخص الدراسة

أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في

منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة

إعداد: أسامة عبدالله أحمد تويم

المستخلص

هدفت هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى تقييم أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده الأربعة (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية) على جودة الخدمات الصحية بأبعادها الستة (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة) في منشآت الرعاية الصحية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، وذلك من وجهة نظر العاملين الصحيين.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لوصف الظاهرة القائمة وتحليل البيانات بهدف فهم العلاقات بين المتغيرات واختبار الفرضيات. تم تطوير استبانة خاصة لجمع البيانات الأولية، تتكون من محورين رئيسيين: الأول لقياس تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (16 عبارة)، والثاني لقياس جودة الخدمات الصحية (22 عبارة)، وذلك باستخدام مقياس ليكرت الخماسي. تم التأكد من صدق وثبات الأداة من خلال صدق المحكمين، صدق البناء، ومعامل ألفا كرونباخ، مما أظهر موثوقية عالية للأداة.

شمل مجتمع الدراسة جميع العاملين في الكادر الصحي بمنشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، وتم اختيار عينة عشوائية طبقية بحجم (338) فردًا لضمان تمثيل شامل لمختلف الفئات الوظيفية. وحُللت البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). شمل التحليل الإحصاء الوصفي (المتوسطات والانحرافات المعيارية) للإجابة على الأسئلة الوصفية، ومعامل ارتباط بيرسون لقياس قوة العلاقة بين المتغيرات، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار الفرضيات وقياس الأثر.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج رئيسية، أبرزها:

- كان مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة ومستوى جودة الخدمات الصحية "مرتفعين" بشكل عام من وجهة نظر عينة الدراسة.

- تبين أن بُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" كان الأعلى تطبيقًا ضمن نموذج الرعاية المتكامل، بينما كان بُعد "السلامة" هو الأعلى تقييمًا ضمن جودة الخدمات. في المقابل، كان بُعد "تنسيق الرعاية" هو الأقل تطبيقًا، وبُعد "التوقيت المناسب" هو الأقل جودةً.

- أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية جدًا وذات دلالة إحصائية ($r=0.836$) بين تطبيق نموذج الرعاية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية.

- أكدت نتائج تحليل الانحدار وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لنموذج الرعاية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية، حيث استطاعت أبعاد النموذج مجتمعة تفسير ما نسبته 69.9% من التباين في مستوى الجودة.

- تبين أن أبعاد "استمرارية الرعاية"، "الرعاية المتمحورة حول المريض"، و"عمل الفرق متعددة التخصصات" هي الأبعاد الأكثر تأثيرًا بشكل مباشر ومستقل على جودة الخدمات الصحية.

وبناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تكثيف الجهود لتعزيز الأبعاد التي تتطلب تكاملاً هيكلياً أعمق، مثل "تنسيق الرعاية" و"عمل الفرق متعددة التخصصات"، وذلك من خلال تفعيل أنظمة الإحالة الإلكترونية وعقد ورش عمل تدريبية مشتركة. كما أوصت بوضع خطة عمل عاجلة لتحسين بُعد "التوقيت المناسب" عبر إعادة هندسة العمليات وتبني الحلول الرقمية، مع التأكيد على أهمية البناء على نقاط القوة المتمثلة في "استمرارية الرعاية" و"الرعاية المتمحورة حول المريض" باعتبارهما المحركين الأساسيين للجودة.

الكلمات المفتاحية: نموذج الرعاية الصحية المتكاملة، جودة الخدمات الصحية، الرعاية الصحية الأولية، التحول الصحي، منطقة مكة المكرمة.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
الصفحات التمهيدية	
أ	صفحة الغلاف.
ب	الشكر والعرفان.
ج	ملخص الدراسة.
د	قائمة المحتويات.
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	- المقدمة.
4	- مشكلة الدراسة.
6	- تساؤلات الدراسة.
7	- أهداف الدراسة.
8	- أهمية الدراسة.
9	- المتغيرات الرئيسية للدراسة وأبعادها.
11	- فرضيات الدراسة.
12	- حدود الدراسة.
13	- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
20	- مقدمة
20	المحور الأول: الدراسات السابقة
20	تمهيد
20	أولاً: الدراسات السابقة المحلية والعربية
24	ثانياً: الدراسات السابقة الأجنبية
27	ثالثاً: تعقيب عام على الدراسات السابقة

المحور الثاني: الإطار النظري	
30	تمهيد
30	المبحث الأول: نموذج الرعاية الصحية المتكاملة.
33	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.
36	المبحث الثالث: العلاقة بين نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية.
39	خاتمة الإطار النظري
الفصل الثالث: منهجية الدراسة	
42	تمهيد.
42	- منهج الدراسة.
42	- مصادر جمع البيانات.
43	- مجتمع الدراسة وعينتها.
44	- أداة الدراسة.
45	- الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة.
46	- طريقة ومعيار تصحيح أداة الدراسة.
47	- إجراءات تنفيذ الدراسة.
48	- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها	
51	تمهيد.
51	- تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول للدراسة.
53	- تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني للدراسة.
55	- تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث للدراسة.
57	- تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع للدراسة.
60	- خلاصة بنتائج الدراسة.
الفصل الخامس: استنتاجات الدراسة، توصياتها، ومقترحاتها	

63	- تمهيد
63	- استنتاجات الدراسة.
64	- توصيات الدراسة.
66	- مقترحات الدراسة.
66	- خاتمة الدراسة.
قائمة المراجع	
69	أولاً: المراجع العربية.
70	ثانياً: المراجع الأجنبية.
قائمة الملاحق	
76	- ملحق الاستبانة في صورتها النهائية.
80	- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.
82	- صفحة غلاف الدراسة باللغة الإنجليزية.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- المقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- تساؤلات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- متغيرات الدراسة الرئيسية وأبعادها.
- فرضيات الدراسة.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

تمهيد

يُشكل هذا الفصل الأساس المنهجي للدراسة، إذ يؤسس لإطارها النظري والمفاهيمي. يبدأ بتناول شامل للأبعاد المختلفة للموضوع، مع إبراز أهميته العلمية والتطبيقية. ينتقل بعد ذلك إلى تحديد المشكلة البحثية وصياغة التساؤلات التي تسعى الدراسة للإجابة عنها، ثم يحدد أهدافها ويرسم حدودها الموضوعية والمكانية والزمانية، وصولاً إلى استعراض أهميتها على الصعيدين النظري والتطبيقي.

مقدمة الدراسة

تُبرز التحديات المتزايدة التي تواجه النظم الصحية العالمية، كشيخوخة السكان، وتساعد عبء الأمراض المزمنة، والحاجة الملحة لترشيد الإنفاق، ضرورة إعادة التفكير جذرياً في فلسفة تقديم الخدمات الصحية. إذ لم تُعد النماذج التقليدية المجزأة، التي تركز على علاج الأمراض بشكل منفصل، قادرة على تلبية الاحتياجات الصحية المعقدة والمتشابكة للمجتمعات المعاصرة (Al-Dossary et al., 2021, p. 2). وعليه، يتجه الفكر الصحي العالمي نحو تبني نماذج أكثر شمولية وتكاملاً، تضع المريض في مركز اهتمامها، وتهدف إلى تحقيق استمرارية الرعاية عبر مختلف مستوياتها، وهو ما يُعرف بنموذج الرعاية الصحية المتكاملة. يمثل هذا التوجه نقلة نوعية من "نظام رعاية المرضى" إلى "نظام صحي" حقيقي، يهدف إلى الحفاظ على صحة الأفراد وتعزيزها، لا مجرد علاجهم عند المرض (Al-Ghaith, 2023, p. 15).

يُعد السعي نحو تحقيق جودة الخدمات الصحية مطلباً محورياً وهدفاً استراتيجياً لكافة المنظومات الصحية حول العالم. فالجودة في هذا السياق لا تقتصر على المهارة الفنية لمقدمي الخدمة فحسب، بل تمتد لتشمل تجربة المريض الكلية ومدى تحقيق النتائج الصحية المرجوة. تُعرف الجودة بأنها الدرجة التي تتوافق فيها الخدمات المقدمة مع المعايير القائمة على الأدلة، وتلبيتها للاحتياجات الصحية للسكان بفعالية وأمان (World Health Organization, 2018, p. 7). تتجسد هذه الجودة في أبعاد متعددة، من أبرزها سلامة المرضى، وفعالية التدخلات العلاجية، وكفاءة

استخدام الموارد، وتوفير الرعاية في الوقت المناسب، وضمان العدالة في الوصول إليها، مع ضرورة تمحورها حول تفضيلات المريض وقيمه (Abo-Ali et al., 2022, p. 2). يؤدي إهمال أي من هذه الأبعاد إلى تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين، وتفاقم الأعباء الصحية والاقتصادية على حد سواء، مما يجعل قياس الجودة وتحسينها عملية مستمرة وحيوية لأي نظام صحي يسعى للتميز.

ولتحقيق هذه الجودة المنشودة، يبرز نموذج الرعاية الصحية المتكاملة كأحد الحلول الاستراتيجية الواعدة. يقوم هذا النموذج على مبدأ التنسيق والتعاون الوثيق بين مختلف مقدمي الخدمات والمستويات الصحية (الوقائية، الأولية، الثانوية، التخصصية) لتقديم حزمة خدمات متماسكة وغير منقطعة للمريض (Borgermans et al., 2022, p. 3). يؤدي هذا التكامل إلى تجاوز إشكالية "صوامع الرعاية" المنعزلة، حيث يتنقل المريض، خاصة المصاب بأمراض مزمنة، بين تخصصات وأقسام متعددة دون وجود رؤية علاجية موحدة (Al-Ghaith, 2023, p. 18). يستند النموذج على أركان أساسية تشمل عمل الفرق متعددة التخصصات، والرعاية المتمحورة حول الفرد، والتنسيق الفعال للرعاية، واستمرارية تدفق المعلومات، مما يضمن أن يتلقى المريض الرعاية الصحيحة، في المكان الصحيح، وفي الوقت الصحيح (Goodwin, 2022, p. 2). وقد أظهرت دراسات عديدة أن تطبيق هذا النموذج يرتبط بتحسين النتائج الصحية، وزيادة رضا المرضى، ورفع كفاءة النظام الصحي ككل (Anker et al., 2021, p. 8).

تكتسب العلاقة بين تطبيق نموذج الرعاية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية أهمية قصوى في بيئة الرعاية الصحية الأولية، التي تُعد البوابة الرئيسية للنظام الصحي ونقطة الاتصال الأولى والمستمرة للمجتمع. فالاستثمار في تكامل الخدمات على هذا المستوى الأساسي لا يُحسن فقط من جودة الرعاية المقدمة للحالات البسيطة، بل يعزز أيضاً من القدرة على إدارة الأمراض المزمنة بفعالية، وتنسيق الإحالات إلى المستويات الأعلى عند الحاجة، وتطبيق البرامج الوقائية بكفاءة (Salih et al., 2022, p. 785). وفي سياق المملكة العربية السعودية، يمثل هذا الموضوع أهمية استراتيجية بالغة، حيث تتبنى "رؤية 2030" وبرنامج تحول القطاع الصحي التابع لها، تطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث القائم على التكامل كأداة رئيسية لإعادة هيكلة النظام الصحي وتحقيق أهدافه الطموحة (برنامج تحول القطاع الصحي، 2021، p. 11). تُعد منطقة مكة المكرمة، بعاصمتها التي تشهد نمواً سكانياً متسارعاً وتنوعاً في الاحتياجات الصحية، ميداناً حيوياً لتطبيق هذا النموذج

وتقييم أثره. حيث بدأت التجمعات الصحية في المنطقة بتطبيق هذا النموذج بشكل متدرج، مما يوفر فرصة بحثية فريدة لدراسة نتائجه الأولية على جودة الخدمات.

على الرغم من الاهتمام العالمي والمحلي المتزايد بنموذج الرعاية المتكاملة، إلا أن هناك حاجة ماسة لإجراء دراسات ميدانية تقييمية لقياس أثره الفعلي على مؤشرات الجودة بشكل منهجي، خاصة في بيئة الرعاية الأولية السعودية. إذ لا تزال معظم الأدبيات تركز على الجوانب النظرية أو على تجارب دولية قد تختلف في سياقها عن الواقع المحلي (Al-Dossary et al., 2021, p. 7). ومن هنا، تتبع أهمية هذه الدراسة التي تسعى إلى سد هذه الفجوة المعرفية من خلال تقييم "أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة". وتتطلع الدراسة إلى تقديم رؤى قائمة على الأدلة لصناع القرار في القطاع الصحي، بما يساهم في تعزيز فعالية تطبيق هذا النموذج، وتحسين تجربة المرضى، والارتقاء بمستوى جودة الرعاية الصحية الأولية، تماشيًا مع المستهدفات الوطنية.

مشكلة الدراسة

يندر التحول الذي يشهده القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ضمن إطار استراتيجي طموح يهدف إلى تحقيق نظام صحي مستدام وعالي الجودة، قادر على مواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين. وفي صميم هذا التحول، يقع الانتقال من نموذج الرعاية التقليدي المجزأ إلى نموذج الرعاية الصحية المتكامل. ومع ذلك، فإن تبني هذا النموذج المتقدم لا يخلو من تحديات بنيوية وتشغيلية عميقة، لا سيما في قطاع الرعاية الصحية الأولية. إذ يعاني هذا القطاع تاريخيًا من ضغوطات متزايدة تتمثل في ارتفاع الطلب على الخدمات، ومحدودية الموارد، وتركيز تقليدي على الرعاية العلاجية العرضية بدلاً من الإدارة الصحية الاستباقية والمستمرة (Al-Hanawi et al., 2020, p. 5). وقد أدى هذا الواقع إلى ظهور مشكلات ملموسة تؤثر سلبًا على جودة الخدمة، كتأخر المواعيد، وضعف آليات الإحالة والمتابعة بين المراكز الصحية والمستشفيات، وغياب التنسيق في إدارة الحالات المزمنة التي تتطلب متابعة من فرق متعددة التخصصات (Salih et al., 2022, p. 786).

ومن خلال المتابعة المستمرة لمجريات التحول في القطاع الصحي بمنطقة مكة المكرمة، يلحظ الباحث وجود تباين بين الرؤية الاستراتيجية للنموذج المتكامل والتطبيق الفعلي على أرض الواقع في

منشآت الرعاية الأولية. فعلى الرغم من إطلاق المبادرات وتشكيل التجمعات الصحية لإنفاذ هذا النموذج، لا تزال هناك مؤشرات على استمرار بعض الممارسات التقليدية. على سبيل المثال، قد يواجه مريض السكري صعوبة في تنسيق مواعيده بين طبيب الأسرة، وأخصائي التغذية، ومثقف السكري، وقد لا يتم تبادل المعلومات المتعلقة بخطة العلاجية بشكل آني وفعال بين هؤلاء الأطراف، مما يعكس فجوة في تحقيق التكامل الحقيقي ويؤثر على استمرارية الرعاية وسلامتها (Al-Juhani & Kishk, 2020, p. 115). يعزز هذا الإحساس بوجود المشكلة ما تشير إليه بعض الدراسات الأولية التي، وإن لم تُقيّم النموذج الجديد بشكل مباشر، إلا أنها تسلط الضوء على تحديات قائمة في جودة الرعاية الأولية، مثل مستويات الرضا المتوسطة لدى المرضى تجاه أبعاد معينة كالتواصل والتنسيق (Al-Hanawi et al., 2020, p. 8).

وتؤيد الأدبيات العلمية والمخرجات البحثية وجود هذه الإشكالية. فقد أشارت دراسة أجراها (Al-Asmri et al., 2020, p. 4) إلى العوائق التي تحول دون تطبيق الممارسات القائمة على الأدلة في الرعاية الأولية بالسعودية، والتي يُعد ضعف التنسيق وانعزالية الفرق الطبية من أبرزها. وفي السياق ذاته، خلصت دراسة نوعية استطلعت آراء مقدمي الخدمة حول تطبيق نموذج الرعاية الحديث إلى أن هناك تحديات كبيرة تتعلق بتغيير ثقافة العمل، وتطوير أنظمة معلومات صحية مترابطة، وتدريب الكوادر على العمل كفرق متكاملة بدلاً من العمل كأفراد معزولين (Al-Dossary et al., 2021, p. 6). تتفق هذه النتائج مع ما خلصت إليه تقارير دولية من أن مجرد إعلان تبني نموذج متكامل لا يضمن بالضرورة تحقيق التكامل في الممارسة اليومية، ما لم يتم قياس الأثر وتقييم درجة التنفيذ بشكل مستمر (Goodwin, 2022, p. 5).

ومن هنا، تبرز فجوة بحثية واضحة تتمثل في ندرة الدراسات التجريبية والكمية التي قامت بقياس "أثر" تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده المختلفة (كتنسيق الرعاية، والعمل الجماعي، والتمحور حول المريض) على "جودة" الخدمات الصحية بأبعادها المعيارية (كالسلامة، والفعالية، والكفاءة، والتوقيت المناسب) في سياق منشآت الرعاية الأولية السعودية تحديداً. فمعظم الدراسات المتاحة إما أنها دراسات وصفية للنموذج (برنامج تحول القطاع الصحي، 2021)، أو دراسات نوعية تستكشف تحديات التطبيق من منظور العاملين الصحيين (Salih et al., 2022)، أو أنها تُقيّم الجودة بمعزل عن أثر النموذج الجديد. وبالتالي، لا يزال السؤال الجوهرى حول "مدى

ومقدار "الإسهام الفعلي لتطبيق هذا النموذج في تحسين الجودة بحاجة إلى إجابة علمية قائمة على بيانات قابلة للقياس.

وعليه، تنطلق هذه الدراسة في محاولة لسد هذه الفجوة البحثية، من خلال تصميم إطار منهجي يهدف إلى قياس درجة تطبيق أبعاد نموذج الرعاية المتكاملة، وتقييم أثرها الإحصائي على مؤشرات جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة. وتسعى الدراسة بذلك إلى الانتقال من مجرد وصف النموذج وتحدياته إلى تقديم دليل عملي ملموس لصناع القرار حول فعالية هذا التحول الاستراتيجي، وتحديد نقاط القوة ومواطن التحسين، بما يخدم الهدف الأسمى المتمثل في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين والمقيمين.

تساؤلات الدراسة

بناءً على مشكلة الدراسة وطبيعة العلاقة المراد فحصها بين المتغيرات، تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤل الرئيس الآتي:

التساؤل الرئيس:

- ما أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟

ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

التساؤلات الفرعية:

- ما مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية) في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة من وجهة نظر العاملين الصحيين؟
- ما مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة) في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة من وجهة نظر العاملين الصحيين؟

- هل توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في جودة الخدمات الصحية بمنشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟ وينبثق منه التساؤلات التالية:
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لُبُعد "تنسيق الرعاية" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لُبُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لُبُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لُبُعد "استمرارية الرعاية" في جودة الخدمات الصحية؟

أهداف الدراسة

في ضوء التساؤلات البحثية، تسعى الدراسة إلى تحقيق الهدف العام التالي:

الهدف الرئيس:

- قياس أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.

لتحقيق هدف الدراسة العام، سيتم العمل على تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

الأهداف الفرعية:

- التعرف على مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده المختلفة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.
- تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها المتعددة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.

- الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة.
- تحليل أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده المختلفة على جودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة، وذلك من خلال:
 - قياس أثر بُعد "تنسيق الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.
 - قياس أثر بُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" على جودة الخدمات الصحية.
 - قياس أثر بُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" على جودة الخدمات الصحية.
 - قياس أثر بُعد "استمرارية الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من جوانب متعددة، يمكن إيجازها على النحو الآتي:

1. الأهمية العلمية (النظرية):

- تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات الأكاديمية العربية المتخصصة في مجال الإدارة الصحية، خاصة فيما يتعلق بتقييم نماذج الرعاية الصحية الحديثة.
- تقدم إطاراً مفاهيمياً ومنهجياً يمكن للباحثين المستقبليين الاستناد إليه في دراسة العلاقة بين تكامل الرعاية وجودة الخدمات في سياقات صحية مشابهة.
- تضيف معرفة جديدة حول آليات تأثير كل بُعد من أبعاد النموذج المتكامل (كالتنسيق أو العمل الجماعي) على جودة الخدمة بشكل منفصل، مما يعمق الفهم النظري لهذه العلاقة.

2. الأهمية العملية (التطبيقية):

- تزود نتائج الدراسة صنّاع القرار في وزارة الصحة والتجمعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة ببيانات كمية ومؤشرات واقعية حول فعالية تطبيق النموذج الجديد.
- تساعد مديري منشآت الرعاية الأولية على تحديد مواطن القوة والضعف في تطبيق أبعاد النموذج المتكامل، مما يمكنهم من توجيه جهود التحسين والتطوير بشكل دقيق.

- تقدم مخرجات الدراسة رؤى يمكن الاستفادة منها في تصميم البرامج التدريبية والتطويرية للكوادر الصحية، بما يعزز لديهم مهارات العمل التكاملي والمتمحور حول المريض.

3. القيمة المضافة للدراسة:

- تُعد من الدراسات القليلة التي تقيس الأثر الكمي لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات في قطاع الرعاية الأولية السعودي، منتقلةً من الوصف النظري إلى التحليل الإحصائي.
- تبني نموذجًا متكاملًا للدراسة يربط بين الأبعاد متعددة الأوجه لكل من المتغير المستقل (نموذج الرعاية) والمتغير التابع (جودة الخدمات)، مما يوفر تحليلًا أكثر شمولية وعمقًا.
- تخلص إلى توصيات عملية محددة وقائمة على الأدلة، من شأنها أن تدعم تحقيق مستهدفات برنامج تحول القطاع الصحي ورؤية المملكة 2030 في هذا المجال الحيوي.

المتغيرات الرئيسية للدراسة وأبعادها

لتحقيق أهداف الدراسة، سيتم فحص العلاقة بين متغيرين رئيسيين: المتغير المستقل وهو "تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة"، والمتغير التابع وهو "جودة الخدمات الصحية". وفيما يلي تفصيل لكل متغير وأبعاده التشغيلية.

1. المتغير المستقل: تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (Independent Variable:)

(Implementation of the Integrated Healthcare Model)

يُعرّف نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأنه مقاربة تنظيمية تهدف إلى تنسيق خدمات تعزيز الصحة، والوقاية، والتشخيص، والعلاج، وإعادة التأهيل، والرعاية التلطيفية عبر مختلف مستويات الرعاية الصحية بما يتوافق مع احتياجات الأفراد طوال حياتهم (World Health Organization, 2015, p. 2). يتجسد تطبيق هذا النموذج من خلال مجموعة من الأبعاد المترابطة التي تعكس جوهر التكامل في تقديم الخدمة. وبناءً على الأدبيات الحديثة، يمكن تحديد الأبعاد الرئيسية الآتية لهذا المتغير:

- تنسيق الرعاية (Care Coordination): يُعد هذا البعد محوريًا في النموذج المتكامل، ويشير إلى تنظيم أنشطة رعاية المريض بين اثنين أو أكثر من المشاركين (بمن فيهم

المريض) لضمان تقديم الخدمات المناسبة في الوقت المناسب. يتضمن ذلك سلسلة عمليات الإحالة بين الرعاية الأولية والمستشفيات، ومشاركة المعلومات الطبية، ووضع خطط علاجية موحدة (Coates et al., 2020, p. 5).

- **الرعاية المتمحورة حول المريض (Patient-Centered Care):** يركز هذا البعد على تقديم رعاية تستجيب لتفضيلات المريض واحتياجاته وقيمه الفردية، وتضمن أن تكون هذه القيم مرشدًا لكل القرارات السريرية. يتحقق ذلك من خلال إشراك المرضى وأسرة في عملية اتخاذ القرار، وتمكينهم من إدارة حالتهم الصحية بفعالية (Goodwin, 2022, p. 2).

- **عمل الفرق متعددة التخصصات (Multidisciplinary Team Work):** يعتمد النموذج المتكامل على فرق عمل تضم متخصصين من مختلف المجالات الصحية (أطباء، ممرضين، أخصائيين اجتماعيين، صيادلة) يعملون بشكل تعاوني. يؤدي هذا التكامل المهني إلى وضع خطط رعاية شاملة تعالج الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض (Bloemhof et al., 2021, p. 4921).

- **استمرارية الرعاية (Continuity of Care):** يشير هذا البعد إلى تجربة المريض في تلقي رعاية متماسكة ومتربطة على مر الزمن. يشمل ثلاثة أنواع رئيسية: استمرارية المعلومات (من خلال سجلات صحية مشتركة)، واستمرارية الإدارة (تنسيق الرعاية عبر المستويات)، والاستمرارية العلائقية (علاقة المريض المستمرة مع فريق الرعاية) (Borgermans et al., 2022, p. 3).

2. المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية (Dependent Variable: Quality of Health

Services)

تُعرّف جودة الرعاية الصحية بأنها "الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان من احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرغوبة، وتكون متسقة مع المعرفة المهنية الحالية" (World Health Organization, 2018, p. 7). ولتقييم هذا المفهوم متعدد الأوجه، اعتمدت منظمات دولية مثل وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية (AHRQ) ستة أبعاد رئيسية تُعد بمثابة معيار لقياس الجودة، وهي التي سيتم تبنيها في هذه الدراسة (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d., قسم "The Six Domains of Health Care Quality"):

- **الفعالية (Effectiveness):** تعني تقديم الخدمات الصحية القائمة على الأدلة العلمية لكل من يمكن أن يستفيد منها، والامتناع عن تقديمها لمن لا يحتمل أن يستفيدوا منها، لتجنب الإفراط في الاستخدام أو نقصانه.
- **السلامة (Safety):** تركز على تجنب إلحاق الضرر بالمرضى من الرعاية التي يُقصد بها مساعدتهم. يشمل ذلك تقليل الأخطاء الطبية والعدوى المكتسبة في المرافق الصحية.
- **التركيز على المريض (Patient-Centeredness):** يُعد تقديم رعاية تحترم تفضيلات المريض واحتياجاته وقيمه الفردية وتستجيب لها، مع ضمان أن توجه قيم المريض جميع القرارات السريرية.
- **التوقيت المناسب (Timeliness):** يعني تقليل فترات الانتظار والتأخيرات التي قد تكون ضارة لكل من متلقي الرعاية ومقدميها، سواء في الحصول على موعد أو تلقي العلاج.
- **الكفاءة (Efficiency):** تشير إلى تجنب الهدر، بما في ذلك هدر المعدات، والمستلزمات، والأفكار، والطاقة. يهدف هذا البعد إلى تحقيق أقصى استفادة من الموارد المتاحة.
- **العدالة (Equity):** تعني تقديم رعاية لا تختلف في جودتها بسبب الخصائص الشخصية للمرضى مثل الجنس، أو العرق، أو الموقع الجغرافي، أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

فرضيات الدراسة

انطلاقاً من تساؤلات الدراسة وأهدافها، وسعيًا لاختبار العلاقة التأثيرية إحصائيًا، سيتم اختبار الفرضية الرئيسية التالية:

- **الفرضية الرئيسية الأولى (1H):** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.

ويتفرع من هذه الفرضية الرئيسية، الفرضيات الفرعية التالية:

- **الفرضية الفرعية الأولى (a1H):** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لُبُعد "تنسيق الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.

- **الفرضية الفرعية الثانية (b1H):** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ لبُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" على جودة الخدمات الصحية.
- **الفرضية الفرعية الثالثة (c1H):** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ لبُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" على جودة الخدمات الصحية.
- **الفرضية الفرعية الرابعة (d1H):** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ لبُعد "استمرارية الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.

حدود الدراسة

ينبغي للباحث أن يدرك أن أي دراسة علمية تُجرى ضمن نطاق محدد. وعليه، يمكن تحديد حدود الدراسة الحالية على النحو الآتي:

- **الحدود الموضوعية (العلمية):** اقتصرَت هذه الدراسة على قياس أثر متغير محدد وهو "تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة" بأبعاده الأربعة (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية)، على متغير تابع محدد وهو "جودة الخدمات الصحية" بأبعادها الستة (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة). وبالتالي، فإن نتائجها محدودة بهذه المتغيرات ولا تتناول متغيرات أخرى قد يكون لها تأثير على الجودة كالحواجز المادية، وأنماط القيادة الإدارية، أو العوامل المرتبطة بالمرضى أنفسهم.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق الجانب الميداني من هذه الدراسة على منشآت الرعاية الصحية الأولية الحكومية التابعة للتجمعات الصحية في منطقة مكة المكرمة. وعليه، فإن نتائج هذه الدراسة قد تكون قابلة للتعميم على المنشآت التي تحمل خصائص مشابهة ضمن نفس المنطقة، ولكن ينبغي توخي الحذر عند محاولة تعميمها على مناطق جغرافية أخرى داخل المملكة قد تختلف في بنيتها التحتية أو كثافتها السكانية أو مراحل تطبيق النموذج.
- **الحدود البشرية:** اقتصرَت هذه الدراسة على وجهات نظر الكادر الوظيفي الصحي من (أطباء، وتمريض، وفنيين صحيين آخرين) العاملين في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة. وبالتالي، فإن النتائج تعكس تصورات مقدمي الخدمة، ولا تشمل وجهات نظر

أطراف أخرى مهمة في عملية الرعاية كمتلقي الخدمة (المرضى والمراجعين) أو القادة الإداريين في التجمعات الصحية.

- **الحدود الزمنية:** تم إجراء الدراسة الميدانية وجمع البيانات خلال فترة زمنية محددة وهي شهر يوليو من العام 2025م. وبذلك، فإن النتائج التي تم التوصل إليها تعبر عن واقع تطبيق النموذج وجودة الخدمات في تلك الفترة الزمنية المحددة، وهي تمثل دراسة مقطعية (Cross-Sectional) لا تتعقب التطورات أو التغيرات التي قد تطرأ على المتغيرات بمرور الزمن.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

يتناول هذا الجزء التعريف بالمصطلحات الرئيسية الواردة في الدراسة، وذلك من خلال عرض تعريفاتها الاصطلاحية المستقاة من الأدبيات العلمية، ومن ثم صياغة تعريف إجرائي لكل مصطلح يعكس كيفية تبنيه وقياسه ضمن حدود هذه الدراسة.

1. نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (Integrated Healthcare Model)

التعريفات الاصطلاحية:

- عَرَفَه (Goodwin, 2022, p. 2) بأنه "مجموعة متماسكة من الأساليب لتنسيق الخدمات عبر الزمان والمكان، مصممة لتلبية احتياجات الأفراد والأسر والمجتمعات من أجل تحسين النتائج الصحية، وتعزيز تجربة الرعاية، وزيادة كفاءة النظام الصحي".
- تُعرِّفه منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2021, p. 14) بأنه "تقديم خدمات صحية يتم إدارتها وتنسيقها بحيث يتلقى الناس سلسلة متصلة من خدمات تعزيز الصحة والوقاية والتشخيص والعلاج وإدارة الأمراض وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية، عبر مختلف مستويات ومواقع الرعاية داخل النظام الصحي وخارجه، وفقاً لاحتياجاتهم طوال حياتهم".
- يُشير (Borgermans et al., 2022, p. 3) إلى أنه نهج يجمع بين المداخلات والتقديم والإدارة والتمويل والسياسات في قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية والقطاعات الأخرى، بهدف تحسين الوصول والتغطية والجودة والكفاءة في تقديم الخدمات.

التعريف الإجرائي:

- هو "الدرجة التي يدرك بها العاملون الصحيون في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، تطبيق الممارسات والمبادئ المرتبطة بنموذج الرعاية المتكامل، والتي ستقاس من خلال استجاباتهم على فقرات الأداة المخصصة لقياس الأبعاد الأربعة: (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية)".

تعريفات أبعاد نموذج الرعاية الصحية المتكاملة:

• تنسيق الرعاية (Care Coordination):

- **التعريف الاصطلاحي:** هو "التنظيم المتعمد لأنشطة رعاية المريض والمعلومات عبر المشاركين المعنيين بحالة المريض لتحقيق رعاية أكثر أمانًا وفعالية" (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020, p. 1).

- **التعريف الإجرائي:** يُقصد به "مدى إدراك العاملين الصحيين لوجود آليات عمل واضحة وفعالة لتنظيم ومشاركة معلومات المريض، وتنسيق الإحالات، ومتابعة الخطط العلاجية بين مختلف مقدمي الخدمة داخل المركز الصحي وخارجه، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها هذا البعد في أداة الدراسة".

• الرعاية المتمحورة حول المريض (Patient-Centered Care):

- **التعريف الاصطلاحي:** هي "تقديم رعاية تحترم تفضيلات المريض واحتياجاته وقيمه الفردية وتستجيب لها، مع ضمان أن توجه قيم المريض جميع القرارات السريرية" (Institute of Medicine, 2001, as cited in Santana et al., 2021, p. 2).

- **التعريف الإجرائي:** هو "مقدار إدراك العاملين الصحيين لمدى احترام كرامة المريض، وإشراكه في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته، وتلبية احتياجاته وتوقعاته، وتقديم الدعم العاطفي له ولأسرته، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها هذا البعد في أداة الدراسة".

• عمل الفرق متعددة التخصصات (Multidisciplinary Team Work):

- **التعريف الاصطلاحي:** "مجموعة من المهنيين من تخصصات مختلفة يعملون معًا لتحقيق أهداف مشتركة، ويساهمون بخبراتهم المستقلة في تقديم الرعاية للمريض" (Nancarrow et al., 2020, p. 3).
- **التعريف الإجرائي:** يقصد به "مدى إدراك العاملين الصحيين لوجود تواصل وتعاون وتكامل فعال بين مختلف التخصصات الصحية (أطباء، تمريض، صيادلة، وغيرهم) عند وضع وتنفيذ الخطط العلاجية للمرضى، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها هذا البعد في أداة الدراسة".

• استمرارية الرعاية (Continuity of Care):

- **التعريف الاصطلاحي:** هي "الدرجة التي يختبر بها المريض سلسلة متصلة ومتماسكة من أحداث الرعاية، والتي تتسق مع احتياجاته الصحية وتفضيلاته الشخصية مع مرور الوقت" (Guthrie et al., 2021, p. 182).
- **التعريف الإجرائي:** هو "مدى إدراك العاملين الصحيين لضمان تلقي المريض للرعاية بشكل متواصل وغير منقطع عبر الزمن، من خلال استمرارية تدفق المعلومات، وتناسق الإدارة العلاجية، وقوة العلاقة بين المريض وفريق الرعاية، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها هذا البعد في أداة الدراسة".

2. جودة الخدمات الصحية (Quality of Health Services)

التعريفات الاصطلاحية:

- عرّفها منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2018, p. 7) بأنها "الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية للأفراد والسكان من احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرجوة وتكون متسقة مع المعرفة المهنية الحالية".
- ويعرفها (Abo-Ali et al., 2022, p. 2) بأنها "تحقيق التميز في تقديم الرعاية الصحية من خلال الالتزام بالمعايير التي تضمن سلامة المرضى وفعالية العلاج وكفاءة الأداء، بما يلبي ويتجاوز توقعات المستفيدين".

- في حين يراها (Markel, 2022, p. 2085 & Donabedian, 1980, as cited in Ayanian) بأنها خاصية للرعاية يُتوقع منها أن تزيد من مستوى رفاية الفرد إلى أقصى حد ممكن، مع الأخذ في الاعتبار الموازنة بين المكاسب والخسائر المتوقعة التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها.

التعريف الإجرائي:

- هي "المستوى الذي يدرك به العاملون الصحيون في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، مدى تحقق خصائص الجودة في الخدمات التي يقدمونها، والتي ستقاس من خلال استجاباتهم على فقرات الأداة المخصصة لقياس الأبعاد الستة: (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة)".

تعريفات أبعاد جودة الخدمات الصحية:

- الفعالية (Effectiveness):

- **التعريف الاصطلاحي:** "تقديم خدمات الرعاية الصحية القائمة على المعرفة العلمية لجميع من يمكنهم الاستفادة منها، والامتناع عن تقديمها لأولئك الذين من غير المرجح أن يستفيدوا" (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, p. 32).

- **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين بأن الخدمات والإجراءات الطبية المقدمة تستند إلى أفضل الأدلة والبراهين العلمية المتاحة لتحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة.

- السلامة (Safety):

- **التعريف الاصطلاحي:** "تجنب إيذاء المرضى من الرعاية التي تهدف إلى مساعدتهم" (World Health Organization, 2023, p. 10).

- **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين لوجود سياسات وإجراءات تهدف إلى تقليل المخاطر والأخطاء الطبية والأضرار المحتملة التي قد يتعرض لها المرضى أثناء تلقيهم للخدمة.

• التركيز على المريض (Patient-Centeredness):

- **التعريف الاصطلاحي:** "توفير رعاية تحترم وتستجيب لتفضيلات واحتياجات وقيم المريض الفردية، وتضمن أن قيم المريض توجه جميع القرارات السريرية" (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, p. 33).

- **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين لدرجة مشاركة المرضى في قراراتهم العلاجية واحترام خياراتهم وتقديم المعلومات لهم بطريقة مفهومة.

• التوقيت المناسب (Timeliness):

- **التعريف الاصطلاحي:** "تقليل فترات الانتظار والتأخيرات الضارة أحيانًا لكل من يتلقى الرعاية ومن يقدمها" (Institute for Healthcare Improvement, 2021, para. 5).

- **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين لقدرة المنشأة على توفير الخدمات الصحية للمرضى في الوقت الذي يحتاجونها فيه دون تأخير غير مبرر.

• الكفاءة (Efficiency):

- **التعريف الاصطلاحي:** "تجنب الهدر، بما في ذلك هدر المعدات والمستلزمات والأفكار والطاقة" (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, p. 33).

- **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين لدرجة الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة (البشرية، والمادية، والمالية) لتحقيق أفضل النتائج الصحية بأقل تكلفة ممكنة.

• العدالة (Equity):

- **التعريف الاصطلاحي:** "توفير رعاية لا تختلف في جودتها بسبب الخصائص الشخصية مثل الجنس أو العرق أو الأصل الإثني أو الموقع الجغرافي أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي" (World Health Organization, 2023, p. 12).

○ **التعريف الإجرائي:** مدى إدراك العاملين الصحيين بأن جميع المرضى يحصلون على نفس المستوى من جودة الرعاية الصحية بغض النظر عن خلفياتهم الشخصية أو الاجتماعية.

3. منشآت الرعاية الصحية الأولية (Primary Healthcare Facilities)

التعريف الاصطلاحي:

- هي "المستوى الأول من الاتصال للأفراد والأسر والمجتمع مع النظام الصحي الوطني، وتقريب الرعاية الصحية قدر الإمكان من حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول من عملية الرعاية الصحية المستمرة" (World Health Organization, 2022, p. 4).

التعريف الإجرائي:

- يُقصد بها في هذه الدراسة "مجموعة مراكز الرعاية الصحية الحكومية العاملة ضمن نطاق التجمعات الصحية في منطقة مكة المكرمة، والتي بدأت تطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث، وتشكل مجتمع الدراسة الذي سيتم جمع البيانات منه".

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

- مقدمة
- المحور الأول: الدراسات السابقة
- المحور الثاني: الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

مقدمة

يستعرض هذا الفصل الأدبيات النظرية والبحثية التي تُشكل الأساس المعرفي للدراسة الحالية. وينقسم إلى محورين رئيسيين؛ يتناول المحور الأول عرضًا تحليليًا للدراسات السابقة ذات الصلة المباشرة بموضوع الدراسة، من خلال استعراض أهدافها ومناهجها وأبرز نتائجها وتوصياتها، وصولًا إلى تحديد موقع الدراسة الحالية ضمن السياق البحثي القائم. بينما يُخصص المحور الثاني لبناء الإطار النظري، حيث يتم فيه تفصيل المفاهيم والنظريات المرتبطة بمتغيرات الدراسة وأبعادها، وتوضيح العلاقات المنطقية التي تربط بينها، مما يُوفر الخلفية العلمية التي تستند إليها فرضيات الدراسة.

المحور الأول: الدراسات السابقة

تمهيد

يُعد استعراض الإنتاج الفكري السابق خطوة منهجية ضرورية لتحديد الفجوة المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية لمعالجتها، وتجنب تكرار الجهود البحثية، والاستفادة من نتائج وتوصيات الباحثين السابقين في بناء فرضيات الدراسة وتصميم أدواتها. وفي هذا السياق، تم اختيار مجموعة من الدراسات الحديثة التي تناولت، بشكل مباشر أو غير مباشر، متغيرات الدراسة الحالية والمتمثلة في نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية، مع التركيز على البيئة المحلية والعربية لتحديد مدى التقارب والاختلاف في السياقات والتحديات والنتائج.

أولاً: الدراسات السابقة المحلية والعربية

- دراسة العسيري وآخرون (Al-Aseeri et al., 2024)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Patients' satisfaction with the new model of care in primary healthcare centers in Aseer region, Saudi Arabia" (رضا المرضى عن نموذج الرعاية الجديد في مراكز

الرعاية الصحية الأولية بمنطقة عسير، المملكة العربية السعودية). هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى رضا المرضى عن نموذج الرعاية الصحي الجديد. وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت الاستبانة الإلكترونية كأداة لجمع البيانات. وتم تطبيق الدراسة على عينة من المرضى المراجعين للمراكز الصحية بلغ عددها (411) مريضاً. وقد أظهرت النتائج أن (65.2%) من المرضى لديهم مستوى رضا جيد عن الخدمات، كما كان الرضا أعلى لدى المرضى الأكبر سناً والمصابين بأمراض مزمنة، مع وجود ارتباط إيجابي بين الرضا وكل من الوصول للرعاية واستمراريتها. وكانت أبرز توصية قدمتها الدراسة هي ضرورة تحسين آليات التواصل مع المرضى وتوفير معلومات وافية حول الخدمات المتاحة ضمن النموذج.

- دراسة العنزي (Alenezi, 2023)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Patients' experiences in primary healthcare centres implementing the new model of care in Saudi Arabia" (تجارب المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية المطبقة لنموذج الرعاية الجديد في المملكة العربية السعودية). كان الهدف من الدراسة هو تقييم تجربة المرضى في مراكز الرعاية الأولية التي تطبق نموذج الرعاية الجديد. وتم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، باستخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات. وشملت العينة المستهدفة (384) مريضاً. وقد توصلت الدراسة إلى أن تجربة المرضى كانت إيجابية بشكل عام، خاصة فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية وتنسيقها، إلا أن النتائج أشارت إلى وجود حاجة لتحسين بُعد تمكين المريض وإشراكه في القرارات. وأوصت الدراسة بأهمية تصميم برامج متخصصة لتعزيز مهارات التواصل لدى مقدمي الخدمة وتفعيل دور المريض كشريك في الرعاية.
- دراسة الحربي وآخرون (Alharbi et al., 2022)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Barriers to the implementation of the new model of healthcare in primary care settings in Saudi Arabia: A qualitative study" (المعوقات التي تواجه تطبيق نموذج الرعاية الصحية الجديد في إعدادات الرعاية الأولية بالمملكة العربية السعودية: دراسة نوعية). هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المعوقات التي تواجه تطبيق النموذج الجديد من وجهة نظر مقدمي الخدمة. اعتمدت الدراسة على المنهج النوعي، وكانت الأداة المستخدمة هي المقابلات شبه المنظمة. أما عينة الدراسة، فقد تكونت من (15) من مقدمي الرعاية الصحية من أطباء وممرضين في منطقة القصيم. وكشفت النتائج عن وجود معوقات رئيسية تتمثل في زيادة

عبء العمل، ونقص التدريب المتخصص، وضعف البنية التحتية لنظام المعلوماتية الصحية. وبناءً عليه، قدمت الدراسة توصية محورية بضرورة توفير التدريب المستمر والدعم التقني الكافي للعاملين.

- دراسة الغامدي (Alghamdi, 2022)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Quality of primary care during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study of patient experiences in Saudi Arabia" (جودة الرعاية الأولية خلال جائحة كوفيد-19: دراسة منهج مختلط لتجارب المرضى في المملكة العربية السعودية). استهدفت الدراسة تقييم جودة خدمات الرعاية الأولية خلال الجائحة من منظور تجربة المريض. ولتحقيق ذلك، اتبعت الدراسة المنهج المختلط (كمي ونوعي)، واستخدمت الاستبانة والمقابلات كأدوات لجمع البيانات. وتكونت العينة من (300) مريض للاستبانة و(15) مريضاً للمقابلات. وأظهرت النتائج رضا جيداً عن تدابير السلامة، مع وجود تحديات في الوصول للرعاية للحالات غير الطارئة. وكانت أبرز توصيات الدراسة هي ضرورة تبني حلول الرعاية الصحية الرقمية لضمان استمرارية الخدمة.

- دراسة صالح وآخرون (Salih et al., 2022)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Challenges and opportunities for implementing the new model of care in primary healthcare centers in Saudi Arabia" (التحديات والفرص لتطبيق نموذج الرعاية الجديد في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية). سعت الدراسة إلى استكشاف التحديات والفرص المرتبطة بتطبيق نموذج الرعاية الجديد. وقد استخدمت الدراسة المنهج النوعي، بالاعتماد على المقابلات المتعمقة كأداة للبحث. وشملت العينة (20) من مديري المراكز الصحية والأطباء في مدينة مكة المكرمة. وكشفت النتائج عن تحديات بارزة كنقص الكوادر المدربة وضعف البنية التحتية لتقنية المعلومات، مقابل فرص كامنة لتحسين الرعاية الوقائية. وأوصت الدراسة بضرورة وضع خطة تنفيذية متدرجة وتوفير الدعم الكافي للمراكز الصحية.

- دراسة العامر وآخرون (Alamer et al., 2021)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان: "Readiness of primary healthcare providers for the implementation of the integrated model of care in the Eastern Province of Saudi Arabia" (جاهزية مقدمي الرعاية الصحية الأولية لتطبيق نموذج الرعاية المتكامل في المنطقة الشرقية بالمملكة العربية

السعودية). هدفت الدراسة إلى تقييم مدى استعداد مقدمي الرعاية الصحية الأولية للمشاركة في نموذج الرعاية المتكامل. تم استخدام المنهج الوصفي المقطعي، وكانت الأداة المستخدمة هي استبانة مسحية. أما العينة، فقد استهدفت (324) من مقدمي الرعاية في المنطقة الشرقية. وتوصلت النتائج إلى أن مستوى الاستعداد العام كان متوسطاً، مع وجود ارتباط إيجابي بين الاستعداد وكل من الدعم التنظيمي والتدريب. وكانت التوصية الرئيسية للدراسة هي ضرورة قيام الإدارات الصحية بتعزيز الدعم وتوفير برامج تدريبية متخصصة للعاملين.

- دراسة الخليوي وآخرون (Alkhulaiwi et al., 2020)، في المملكة العربية السعودية، بعنوان:

"Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh, Saudi Arabia"
(رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية). كان هدف الدراسة هو قياس رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية. وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت الاستبانة المنظمة كأداة لجمع البيانات. وشملت العينة (797) مراجعاً للمراكز الصحية في مدينة مكة المكرمة. وأشارت النتائج إلى أن مستوى الرضا العام كان معتدلاً، حيث كان أعلى رضا عن مهارات تواصل الأطباء، وأدنى رضا عن البيئة المادية ومدة الانتظار. وعليه، أوصت الدراسة بأهمية تحسين البيئة المادية للمراكز الصحية والعمل على تقليل أوقات انتظار المرضى.

- دراسة آل عوض وآخرون (Al-Awadh et al., 2020)، في دولة الكويت، بعنوان:

"Integration of care for type 2 diabetes in Kuwait: A qualitative study of patients' and providers' perspectives"
(تكامل الرعاية لمرضى السكري من النوع الثاني في الكويت: دراسة نوعية لوجهات نظر المرضى ومقدمي الخدمة). هدفت الدراسة إلى استكشاف وجهات النظر حول تكامل الرعاية لمرضى السكري. تم اتباع المنهج النوعي، واستخدام المقابلات كأداة للبحث. وتكونت العينة من (20) مريضاً و(10) من مقدمي الخدمة. وأظهرت النتائج وجود فجوات في تنسيق الرعاية وضعف في التواصل بين مستويات الرعاية المختلفة. وبناءً على ذلك، أوصت الدراسة بضرورة إنشاء مسارات رعاية واضحة وتفعيل السجل الصحي الإلكتروني المشترك بين مستويات الرعاية.

ثانياً: الدراسات السابقة الأجنبية

- دراسة هوانغ وآخرون (Hwang et al., 2024)، في كوريا الجنوبية، بعنوان: "Effects of an integrated home-visiting nursing-care program on health outcomes for older adults with chronic diseases" (آثار برنامج متكامل للرعاية والتمريض المنزلي على النتائج الصحية لكبار السن المصابين بأمراض مزمنة). هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج رعاية متكاملة قائم على الزيارات المنزلية في تحسين النتائج الصحية لكبار السن. اتبعت الدراسة تصميمًا شبه تجريبي بمجموعة ضابطة، وكانت الأداة المستخدمة هي جمع بيانات من السجلات الصحية وإجراء استبانات للمرضى قبل وبعد التدخل. وتكونت عينة الدراسة من (104) من كبار السن (52 في مجموعة التدخل و52 في المجموعة الضابطة). وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التي تلقت الرعاية المتكاملة أظهرت تحسناً ذا دلالة إحصائية في مقاييس التحكم في الأمراض المزمنة (مثل ضغط الدم الانقباضي)، والالتزام بالأدوية، والمعرفة الصحية، مقارنة بالمجموعة الضابطة. وكانت التوصية الرئيسية للدراسة هي توسيع نطاق برامج الرعاية المنزلية المتكاملة كاستراتيجية فعالة لإدارة الأمراض المزمنة لدى كبار السن.
- دراسة وودال وآخرون (Woodall et al., 2023)، في المملكة المتحدة، بعنوان: "Integrating primary and secondary care for people with severe mental illness: A realist review" (دمج الرعاية الأولية والثانوية للأشخاص المصابين بأمراض عقلية شديدة: مراجعة واقعية). كان هدف هذه الدراسة هو فهم كيف ولماذا وفي أي سياقات تعمل نماذج الرعاية المتكاملة للأشخاص المصابين بأمراض عقلية شديدة. تم اتباع منهجية المراجعة الواقعية (Realist Review)، وكانت الأداة هي التحليل المنهجي وتوليف الأدبيات الموجودة. وقد شملت المراجعة (56) ورقة علمية. وكشفت النتائج أن نجاح التكامل يعتمد بشكل كبير على وجود "أدوار هجينة" (مهنيون يعملون عبر حدود الرعاية الأولية والثانوية) وتطوير الثقة والعلاقات بين الفرق. وأظهرت أن التكامل يؤدي إلى تحسين وصول المرضى للرعاية الجسدية واستمرارية الرعاية. وأوصت الدراسة بأنه عند تصميم نماذج متكاملة، يجب التركيز على بناء العلاقات بين الفرق وتحديد المسؤوليات بوضوح بدلاً من مجرد تغيير الهياكل التنظيمية.

- دراسة كريست وآخرون (Krist et al., 2022)، في الولايات المتحدة الأمريكية، بعنوان: "The impact of primary care practice transformation on patient experience" (أثر تحول ممارسات الرعاية الأولية على تجربة المريض). سعت الدراسة إلى تقييم أثر تطبيق مبادئ نموذج "البيت الطبي المتمحور حول المريض" (PCMH)، وهو نموذج للرعاية المتكاملة، على تجربة المرضى. استخدمت الدراسة تصميمًا طويلًا، وكانت الأداة هي تحليل بيانات مسح تجربة المريض (CG-CAHPS) على مدى عدة سنوات. وشملت العينة (81) عيادة رعاية أولية و(22,959) استجابة من المرضى. أظهرت النتائج أن العيادات التي نجحت في تطبيق تحول شامل ومتقدم أظهرت تحسنًا كبيرًا في تقييمات المرضى لأبعاد الوصول إلى الرعاية، والتواصل، وتنسيق الرعاية. وكانت أبرز توصية قدمتها الدراسة هي أن التحسينات الملموسة في تجربة المريض تتطلب تطبيقًا عميقًا وشاملاً لمبادئ الرعاية المتكاملة وليس مجرد تغييرات سطحية.
- دراسة بورجرمانز وآخرون (Borgermans et al., 2022)، وهي دراسة متعددة البلدان في أوروبا (شملت بلجيكا، النرويج، إسبانيا وغيرها)، بعنوان: "How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond" (كيفية تحسين الرعاية المتكاملة للأشخاص الذين يعانون من حالات مزمنة: النتائج الرئيسية لمشروع INTEGRATE الأوروبي وما بعده). هدفت هذه الدراسة إلى توليف الدروس المستفادة من مشروع بحثي كبير حول تحسين الرعاية المتكاملة. اعتمدت الدراسة على منهجية توليف النتائج (synthesis of findings) من دراسات حالة متعددة ومراجعات منهجية. وكانت الأدوات المستخدمة متنوعة، بما في ذلك المقابلات وتحليل الوثائق. شملت العينة العديد من المشاريع والمبادرات في دول أوروبية مختلفة. وقد خلصت النتائج إلى أن الرعاية المتكاملة الفعالة تتطلب نهجًا شاملاً يجمع بين التدخلات على مستوى المريض (مثل خطط الرعاية الفردية) والمستوى المهني (فرق متعددة التخصصات) والمستوى التنظيمي (آليات التنسيق). وأوصت الدراسة بأن السياسات يجب أن تدعم التطوير المتزامن لهذه المستويات الثلاثة لتحقيق تكامل ناجح ومستدام.
- دراسة ستوكل وآخرون (Stöckl et al., 2021)، في النمسا، بعنوان: "Integrated care in Austria: A qualitative study of the facilitators and barriers to implementation" (الرعاية المتكاملة في النمسا: دراسة نوعية للعوامل المسهلة والمعوقة للتنفيذ). كان الهدف

من الدراسة هو تحديد العوامل الرئيسية التي تسهل أو تعيق تنفيذ برامج الرعاية المتكاملة من وجهة نظر أصحاب المصلحة. اتبعت الدراسة المنهج النوعي، وكانت أداة جمع البيانات هي المقابلات شبه المنظمة. وتكونت عينة الدراسة من (23) من أصحاب المصلحة، بمن فيهم مديرو المشاريع والأطباء وممثلو شركات التأمين. وأظهرت النتائج أن العوامل المسهلة الرئيسية تشمل وجود رؤية مشتركة، والالتزام القوي من المشاركين، واستخدام أنظمة تكنولوجيا المعلومات المشتركة. بينما كانت أبرز العوائق هي الهياكل التمويلية المجزأة، والاختلافات في الثقافة المهنية، وقضايا حماية البيانات. وأوصت الدراسة بضرورة تطوير نماذج تمويل تدعم الرعاية عبر القطاعات المختلفة وإشراك جميع أصحاب المصلحة في مرحلة التصميم.

- دراسة أنكر وآخرون (Anker et al., 2021)، وهي مراجعة أدبيات دولية مقرها الولايات المتحدة الأمريكية، بعنوان: "Does the integration of health care services improve patient outcomes and reduce costs? A literature review" (هل يؤدي تكامل خدمات الرعاية الصحية إلى تحسين نتائج المرضى وخفض التكاليف؟ مراجعة الأدبيات). هدفت هذه المراجعة إلى تقييم الأدلة المتاحة حول ما إذا كانت نماذج الرعاية المتكاملة تحقق هدفها المزدوجين المتمثلين في تحسين النتائج وخفض التكاليف. تم استخدام منهج المراجعة السردية للأدبيات. وكانت الأداة هي البحث المنهجي في قواعد البيانات عن الدراسات ذات الصلة المنشورة بين 2010 و2020. وشملت المراجعة (50) دراسة من مختلف أنحاء العالم. وبيّنت النتائج أن هناك أدلة قوية على أن الرعاية المتكاملة تحسن نتائج المرضى، خاصة فيما يتعلق بجودة الرعاية ورضا المرضى وتقليل حالات إعادة الدخول إلى المستشفى. ومع ذلك، كانت الأدلة على خفض التكاليف الإجمالية أقل اتساقاً وتعتمد بشكل كبير على نموذج التكامل المطبق والسياق. وأوصت الدراسة بأن على صانعي السياسات التركيز على الفوائد المتعلقة بالجودة مع إدراك أن تحقيق وفورات في التكاليف قد يكون هدفاً طويل المدى وليس نتيجة فورية.

المتحدة الأمريكية، بعنوان: "Does the integration of health care services improve patient outcomes and reduce costs? A literature review" (هل يؤدي تكامل خدمات الرعاية الصحية إلى تحسين نتائج المرضى وخفض التكاليف؟ مراجعة الأدبيات). هدفت هذه المراجعة إلى تقييم الأدلة المتاحة حول ما إذا كانت نماذج الرعاية المتكاملة تحقق هدفها المزدوجين المتمثلين في تحسين النتائج وخفض التكاليف. تم استخدام منهج المراجعة السردية للأدبيات. وكانت الأداة هي البحث المنهجي في قواعد البيانات عن الدراسات ذات الصلة المنشورة بين 2010 و2020. وشملت المراجعة (50) دراسة من مختلف أنحاء العالم. وبيّنت النتائج أن هناك أدلة قوية على أن الرعاية المتكاملة تحسن نتائج المرضى، خاصة فيما يتعلق بجودة الرعاية ورضا المرضى وتقليل حالات إعادة الدخول إلى المستشفى. ومع ذلك، كانت الأدلة على خفض التكاليف الإجمالية أقل اتساقاً وتعتمد بشكل كبير على نموذج التكامل المطبق والسياق. وأوصت الدراسة بأن على صانعي السياسات التركيز على الفوائد المتعلقة بالجودة مع إدراك أن تحقيق وفورات في التكاليف قد يكون هدفاً طويل المدى وليس نتيجة فورية.

- دراسة فالنتين وآخرون (Valentin et al., 2020)، في الدنمارك، بعنوان: "Quality of care in a proactive and integrated care model for frail older adults in general practice: A population-based cohort study" (جودة الرعاية في نموذج رعاية استباقي ومتكامل لكبار السن الضعفاء في الممارسة العامة: دراسة أترابية سكانية). استهدفت الدراسة تقييم تأثير نموذج رعاية متكامل واستباقي على جودة الرعاية المقدمة لكبار السن الضعفاء. تم

استخدام تصميم الدراسة الأترابية القائمة على السكان، وكانت الأداة هي تحليل بيانات السجلات الصحية الوطنية. شملت العينة (5,562) مريضاً مسناً تم تحديدهم على أنهم ضعفاء. وأظهرت النتائج أن المرضى ضمن النموذج المتكامل أظهروا استمرارية أعلى في الرعاية مع طبيبهم العام، وكان لديهم عدد أقل من الزيارات المتعددة للأطباء المختلفين، ومعدلات أقل من الاستشفاء الذي يمكن تجنبه، مقارنة بمجموعة الرعاية المعتادة. وكانت التوصية الرئيسية للدراسة هي أن نماذج الرعاية الاستباقية والمتكاملة يمكن أن تكون وسيلة فعالة لتحسين جودة الرعاية وتقليل استخدام المستشفيات غير الضروري لهذه الفئة من السكان.

ثالثاً: تعقيب عام على الدراسات السابقة

بعد استعراض الأدبيات البحثية السابقة، المحلية منها والأجنبية، يمكن الخروج بتحليل معمق يحدد موقع الدراسة الحالية ضمن الخارطة المعرفية القائمة، ويوضح طبيعة الإضافة العلمية التي تسعى لتقديمها، وذلك على النحو التالي:

1. اتساق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

تتسق هذه الدراسة مع التوجه العام الذي أبرزته كافة الدراسات السابقة، والذي يؤكد على الأهمية المحورية لنماذج الرعاية الصحية المتكاملة كأداة استراتيجية لتحسين أداء النظم الصحية. حيث تتدرج الدراسة الحالية ضمن نفس السياق البحثي الذي يسعى لفهم وتقييم أبعاد هذا التحول في تقديم الرعاية، وهو ما يتوافق مع دراسات مثل (Borgermans et al., 2022) و (Woodall et al., 2023) التي أكدت على ضرورة فهم آليات عمل التكامل، ومع الدراسات المحلية مثل (Al-Ghaith, 2023) و (Salih et al., 2022) التي سلطت الضوء على أهمية هذا النموذج في سياق رؤية 2030.

2. جوانب اتفاق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدة جوانب جوهرية؛ أولها التركيز على قطاع الرعاية الصحية الأولية باعتباره البيئة الحيوية لتطبيق وتقييم النموذج المتكامل، وهو ما قامت به دراسات (Al-Aseeri et al., 2024; Alenezi, 2023; Valentin et al., 2020). ثانياً، تتفق في تبنيها لأبعاد رئيسية للرعاية المتكاملة كالتنسيق، والتمحور حول المريض، واستمرارية الرعاية، وهي أبعاد

تكرر ظهورها كعناصر حاسمة في معظم الأدبيات (Krist et al., 2022; Hwang et al., 2024). ثالثاً، تتفق مع الهدف العام لتقييم مخرجات تطبيق النموذج، سواء كانت هذه المخرجات هي رضا المرضى كما في دراسة (Alkhulaiwi et al., 2020) أو تجربة المرضى كما في دراسة (Alenezi, 2023).

3. جوانب اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

على الرغم من الاتفاق في الإطار العام، تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في جوانب أساسية. فالدراسات المحلية والعربية المتاحة ركزت بشكل كبير إما على استكشاف التحديات والمعوقات من خلال المنهج النوعي (مثل دراسة Alharbi et al., 2022)، أو على قياس مخرجات محددة ومفردة مثل "رضا المرضى" (مثل دراسة Al-Aseeri et al., 2024). أما الدراسة الحالية فتختلف من خلال متغيرها التابع، حيث لا تكتفي بقياس الرضا، بل تقيس المفهوم الأشمل والأكثر تعقيداً وهو "جودة الخدمات الصحية" بأبعادها الستة المعترف بها دولياً (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة). كما تختلف في منهجيتها عن الدراسات النوعية، بتبنيها منهجاً كمياً تحليلياً يهدف إلى قياس "الأثر" الإحصائي.

4. الفجوة البحثية:

من خلال استعراض الدراسات السابقة، تتضح الفجوة البحثية التي تسعى هذه الدراسة لردمها، والتي تتمثل في ندرة الدراسات الكمية، في السياق السعودي، التي تقيس بشكل شمولي الأثر الإحصائي لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكامل (كمتغير مستقل بأبعاده المتعددة) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع بأبعاده المتعددة). فالدراسات إما نوعية استكشافية أو كمية تصفية تقيس متغيراً واحداً. وبالتالي، لا توجد إجابة بحثية واضحة مدعومة بأدلة كمية حول مدى نجاح تطبيق النموذج في تحسين الجودة بمفهومها الشامل داخل منشآت الرعاية الأولية بالمملكة، وهو ما تهدف هذه الدراسة إلى معالجته.

5. جوانب استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

استفادت الدراسة الحالية بشكل كبير من الأدبيات السابقة على عدة مستويات؛ فعلى المستوى النظري، ساعدت دراسات مثل (Borgermans et al., 2022) و (Anker et al., 2021) في بناء الإطار

المفاهيمي وتحديد الأبعاد الرئيسية للمتغير المستقل (نموذج الرعاية المتكاملة). وعلى المستوى المنهجي، ساهمت الدراسات النوعية كدراسة (Salih et al., 2022) في توفير فهم عميق للسياق المحلي والتحديات الواقعية، مما يساعد في صياغة فقرات أداة الدراسة بشكل أكثر واقعية. كما أن الدراسات الكمية السابقة (مثل دراسة Krist et al., 2022) تقدم نماذج يمكن الاسترشاد بها في تصميم التحليل الإحصائي.

6. الجوانب المميزة للدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تتميز هذه الدراسة بعدة جوانب تجعلها إضافة نوعية للحقل المعرفي. أولاً، الشمولية في القياس، حيث إنها لا تكتفي بقياس بُعد واحد، بل تربط بين نموذج مفاهيمي متكامل للمتغير المستقل (4 أبعاد) ونموذج مفاهيمي متكامل للمتغير التابع (6 أبعاد)، مما يوفر رؤية بانورامية للعلاقة بينهما. ثانياً، التركيز على قياس الأثر، حيث تتجاوز الدراسة حدود الوصف والارتباط إلى قياس التأثير الإحصائي، مما يوفر لصناع القرار أدلة أقوى حول فعالية النموذج. ثالثاً، الأصالة في السياق، فهي من أوائل الدراسات التي تطبق هذا النموذج التحليلي الشامل لتقييم الأثر الفعلي لنموذج الرعاية الصحية الحديث في بيئة الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة تحديداً، مما يجعل نتائجها ذات قيمة تطبيقية مباشرة وعالية.

المحور الثاني: الإطار النظري للدراسة

تمهيد

يُشكل هذا المبحث الأساس المفاهيمي والنظري للدراسة، حيث يغوص في تفاصيل المتغيرين الرئيسيين: نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية. يهدف هذا الجزء إلى تحليل هذه المفاهيم وتأصيلها نظرياً، بالإضافة إلى استكشاف العلاقة المتبادلة بينهما، مما يوفر القاعدة المعرفية التي تستند إليها فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: نموذج الرعاية الصحية المتكاملة

يمثل نموذج الرعاية الصحية المتكاملة نقلة نوعية في الفكر والممارسة الصحية على مستوى العالم، حيث يقدم رؤية جديدة تتجاوز حدود الرعاية التقليدية المجزأة. ويستعرض هذا المبحث الإطار المفاهيمي والنظري لهذا النموذج، من خلال تتبع تطوره، وتحديد مفهومه وأهميته، واستعراض مبادئه الأساسية، وتأصيل منطلقاته النظرية، وصولاً إلى استعراض تطبيقاته في سياق التحول الصحي بالمملكة العربية السعودية.

أولاً: مفهوم الرعاية الصحية المتكاملة وأهميتها

ظهر مفهوم الرعاية الصحية المتكاملة استجابةً للتحديات المتنامية التي فرضتها التغيرات الديموغرافية والوبائية، وأبرزها شيخوخة المجتمعات والعبء المتزايد للأمراض المزمنة. حيث أثبتت النماذج التقليدية، التي تتعامل مع كل حالة مرضية كوحدة منفصلة، عجزها عن تلبية الاحتياجات المعقدة والمستمرة للمرضى، مما أدى إلى تجربة رعاية مجزأة، وغير منسقة، ومرتبعة التكاليف (Goodwin, 2022, p. 1). في هذا السياق، يُعرّف نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأنه نهج استراتيجي لتنسيق وإدارة وتقديم الخدمات الصحية بحيث يتلقى المستفيدون رعاية مستمرة وشاملة تلبي احتياجاتهم الصحية عبر مختلف مستويات الرعاية وطوال مراحل حياتهم (World Health Organization, 2021, p. 14).

تكمن أهمية هذا النموذج في قدرته على تحقيق ما يُعرف بـ "الهدف الرباعي" (Quadruple Aim) للرعاية الصحية، والذي يسعى إلى: تحسين صحة السكان، وتعزيز تجربة المريض، وخفض

التكاليف، وتحسين بيئة عمل مقدمي الرعاية (Sinsky, 2021, p. 5 & Bodenheimer). فعندما يتم تنسيق الرعاية بفعالية، يقل احتمال تكرار الفحوصات والإجراءات غير الضرورية، وتحسن مخرجات إدارة الأمراض المزمنة، ويشعر المريض بأن رحلته العلاجية سلسلة ومتراصة، مما يعزز من ثقته في النظام الصحي ورضاه عن الخدمات المقدمة. ويشير السبيعي (2022، ص. 45) إلى أن التحول نحو هذا النموذج في البيئة الخليجية لم يعد خياراً بل ضرورة استراتيجية لمواكبة التوقعات المتزايدة للمجتمع وضمان استدامة الأنظمة الصحية.

ثانياً: المبادئ والأركان الأساسية

يقوم نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على مجموعة من المبادئ والأركان المترابطة التي تشكل أساس فلسفته التشغيلية. وتُعد هذه المبادئ، التي سيتم قياسها في هذه الدراسة، الإطار الذي يضمن تحقيق التكامل الفعلي في الممارسة اليومية، وتشمل:

- **الرعاية المتمحورة حول المريض والفرد:** يتجاوز هذا المبدأ مجرد علاج المرض، ليركز على الفرد ككل، مع الأخذ في الاعتبار تفضيلاته الشخصية، وقيمه الثقافية، وظروفه الاجتماعية. ويقتضي ذلك إشراك المرضى وأسرهم كشركاء فاعلين في اتخاذ القرارات ووضع الخطط العلاجية (Santana et al., 2021, p. 2).

- **عمل الفرق متعددة التخصصات:** يعتمد النموذج على فرق عمل تعاونية تضم مهنين من تخصصات متنوعة (أطباء أسرة، تمريض، صيادلة، أخصائيو تغذية، أخصائيو اجتماعيون)، يعملون معاً بشكل منسق لتقديم رعاية شاملة تعالج كافة جوانب صحة المريض (Nancarrow et al., 2020, p. 3).

- **تنسيق الرعاية:** يُعد هذا الركن العصب المحرك للنموذج، ويعني تنظيم أنشطة الرعاية بين جميع المشاركين (بمن فيهم المريض) لضمان انتقال سلس للمعلومات والمسؤوليات عبر مختلف مستويات الرعاية، من المركز الصحي إلى المستشفى وبالعكس (Coates et al., 2020, p. 5).

- **استمرارية الرعاية:** يهدف هذا المبدأ إلى ضمان حصول المريض على رعاية متماسكة وغير منقطعة بمرور الوقت. وتتحقق هذه الاستمرارية من خلال وجود سجل صحي موحد،

وتتأسق في الخطط العلاجية، والأهم من ذلك، بناء علاقة ثقة مستمرة بين المريض وفريق الرعاية الأساسي (Guthrie et al., 2021, p. 182).

ثالثاً: المنطلقات النظرية لنموذج الرعاية المتكاملة

يستمد نموذج الرعاية المتكاملة شرعيته وقوته من عدة نظريات وأطر فكرية في مجال الإدارة والعلوم الصحية، من أبرزها:

- **نموذج الرعاية المزمنة (Chronic Care Model - CCM):** يُعد هذا النموذج الذي طوره (Wagner) وزملائه من أهم الأسس النظرية للرعاية المتكاملة. حيث يرى أن تحسين نتائج رعاية المرضى المصابين بأمراض مزمنة يتطلب تحولاً جذرياً في النظام الصحي من كونه نظاماً يستجيب للأزمات الحادة إلى نظام استباقي ومنظم. ويرتكز النموذج على ستة عناصر أساسية: (دعم الإدارة الذاتية للمريض، وتصميم نظام تقديم الخدمة، ودعم القرار، ونظم المعلومات السريرية، وموارد المجتمع، والمنظمة الصحية)، وهذه العناصر مجتمعة تشكل خارطة طريق عملية لتحقيق التكامل (Gee et al., 2021, p. 2).
- **نظرية النظم (Systems Theory):** تقدم هذه النظرية الإدارية إطاراً لفهم المنظمات الصحية كنظم مفتوحة تتكون من أجزاء فرعية مترابطة (مدخلات، عمليات، مخرجات، تغذية راجعة) وتتفاعل مع بيئتها الخارجية. ووفقاً لهذه النظرية، لا يمكن تحسين أداء النظام الصحي ككل (المخرجات) إلا من خلال تحسين التفاعلات والروابط بين أجزائه الفرعية (العمليات). ومن هنا، يأتي دور نموذج الرعاية المتكاملة الذي يركز تحديداً على تحسين هذه "العمليات" من خلال تعزيز التنسيق والتواصل والترابط بين الأقسام والتخصصات والمستويات الصحية المختلفة، مما يؤدي إلى نظام أكثر كفاءة وفعالية (Singh, 2023, p. 112 & Shi).

- **فلسفة الرعاية المتمحورة حول المريض (Patient-Centered Care Philosophy):** على الرغم من كونها فلسفة أكثر من نظرية، إلا أنها تشكل منطلقاً فكرياً جوهرياً. فهي تنقل محور التركيز من "المريض" إلى "الإنسان"، ومن "مقدم الخدمة" إلى "متلقي الخدمة". وهذا التحول الفلسفي هو ما يدفع الحاجة إلى التكامل؛ لأنه لا يمكن تلبية احتياجات الفرد الشاملة

(الجسدية والنفسية والاجتماعية) إلا من خلال نظام متكامل يعمل فيه مختلف المهنيين كفريق واحد حول المريض (Wolf et al., 2020, p. 4).

رابعاً: نموذج الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية

في إطار السعي لتحقيق مستهدفات رؤية 2030، أطلق برنامج تحول القطاع الصحي في المملكة "نموذج الرعاية الصحية الحديث"، والذي يمثل التطبيق المحلي لمبادئ الرعاية المتكاملة. يهدف هذا النموذج إلى إعادة هيكلة النظام الصحي للانتقال من التركيز على الرعاية في المستشفيات إلى تقديم رعاية وقائية ومتكاملة تتمحور حول الفرد والمجتمع (برنامج تحول القطاع الصحي، 2021، ص. 11). وقد تم البدء في تطبيق هذا النموذج من خلال إنشاء التجمعات الصحية في مختلف مناطق المملكة، ومنها منطقة مكة المكرمة. وتقوم فكرة النموذج على تعريف مسارات رعاية واضحة للمستفيدين، وتعزيز دور الرعاية الأولية كنقطة الاتصال الأولى والأساسية، وتفعيل برامج الصحة العامة والوقاية، وضمان التكامل الرأسي (بين الرعاية الأولية والثانوية) والتكامل الأفقي (بين مقدمي الخدمة في نفس المستوى) (الغيث، 2023، ص. 19). وتمثل هذه الدراسة محاولة لقياس الأثر الفعلي لهذا التحول الاستراتيجي على جودة الخدمات المقدمة على أرض الواقع.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

تُعد جودة الخدمات الصحية الغاية النهائية والمحرك الأساسي لكافة جهود التطوير والإصلاح في المنظومات الصحية حول العالم. فهي لا تُمثل معياراً للأداء الفني فحسب، بل تعكس أيضاً مدى وفاء النظام الصحي بالتزاماته الأخلاقية والإنسانية تجاه المجتمع. يتناول هذا المبحث جودة الخدمات الصحية من منظور نظري، مستعرضاً تطور مفهومها، وأبعادها الأساسية، والنماذج النظرية التي أُطّرت قياسها وتحسينها، مع التركيز على أهميتها الحتمية في قطاع الرعاية الأولية.

أولاً: المفهوم المتطور لجودة الخدمات الصحية

لم يعد مفهوم جودة الخدمات الصحية يقتصر على التعريف التقليدي الذي كان يركز بشكل شبه حصري على المهارات الفنية لمقدم الخدمة وغياب الأخطاء الطبية. بل تطور المفهوم ليصبح بنية متعددة الأوجه وأكثر شمولية، تضع تجربة المريض ونتائجه الصحية في صميمها. وتُعرفها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD, 2023, p. 15) بأنها "الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية

من احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرجوة للأفراد والسكان، وتكون قائمة على الأدلة، وتستجيب لاحتياجات وتفضيلات المستخدمين". وهذا التعريف يبرز ثلاثة محاور رئيسية: الفعالية السريرية (clinical effectiveness)، والسلامة (safety)، والاستجابة لاحتياجات المريض (responsiveness). وفي السياق العربي، يضيف الشمري (2022، ص. 78) بأن الجودة في القطاع الصحي السعودي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى تحقيق "قيمة" مضافة للمستفيد، بحيث تتجاوز الخدمة مجرد تلبية الحاجة الأساسية إلى تحقيق تجربة إيجابية شاملة.

ثانياً: أبعاد جودة الخدمات الصحية

لتحويل مفهوم الجودة من فكرة مجردة إلى واقع قابل للقياس، تم تحديد مجموعة من الأبعاد التي تشكل مجتمعةً إطاراً لتقييمها. وعلى الرغم من تعدد النماذج، فإن الأبعاد الستة التي تبناها معهد الطب الأمريكي (IOM) -والتي اعتمدتها هذه الدراسة - تظل هي الأكثر شيوعاً وقبولاً، وهي بمثابة ركائز أساسية لأي خدمة صحية عالية الجودة:

- **السلامة (Safety):** وهي حجر الأساس الذي تُبنى عليه جميع الأبعاد الأخرى، وتعني حماية المرضى من الأضرار والأخطاء التي يمكن تجنبها أثناء تلقيهم للرعاية (National Patient Safety Foundation, 2021, p. 4).
- **الفعالية (Effectiveness):** وتعني أن تكون الرعاية المقدمة قائمة على أفضل الأدلة والبراهين العلمية المتاحة، وتجنب الإفراط في استخدام الخدمات التي لا تعود بالنفع، أو التقصير في استخدام الخدمات الضرورية (The Commonwealth Fund, 2021, p. 9).
- **التمحور حول المريض (Patient-Centeredness):** وهو توفير رعاية تحترم وتستجيب لتفضيلات المريض وقيمه واحتياجاته الفردية، وتشركه في عملية اتخاذ القرار (Kitson et al., 2021, p. 2).
- **التوقيت المناسب (Timeliness):** ويعني تقليل أوقات الانتظار والتأخيرات الضارة، وضمان حصول المريض على الرعاية عند الحاجة إليها (Institute for Healthcare Improvement, 2022, para. 3).

- **الكفاءة (Efficiency):** وتشير إلى تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة بأقل قدر من الموارد، وتجنب الهدر في المعدات والطاقة والوقت والمستلزمات (Kruk et al., 2020, p. 10).

- **العدالة (Equity):** وتعني توفير رعاية لا تختلف في جودتها بسبب الخصائص الشخصية للمرضى كالجنس أو العرق أو الموقع الجغرافي أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي (Braveman et al., 2022, p. 1).

ثالثاً: النماذج النظرية لجودة الخدمات الصحية

انبثقت عدة نماذج نظرية ومنهجية لتفسير جودة الخدمة وقياسها، وقد ساهمت هذه النماذج في نقل إدارة الجودة من مجرد رد فعل على الأخطاء إلى عملية استباقية ومنهجية. ومن أهم هذه النماذج:

- **نموذج دونابيديان (Donabedian's Model):** يُعد نموذج آفديس دونابيديان الإطار الأكثر تأثيراً ورسوخاً في مجال تقييم جودة الرعاية الصحية. يقسم دونابيديان الجودة إلى ثلاثة مكونات مترابطة ومتسلسلة: **الهيكل (Structure)**، ويشمل الموارد المادية (المباني والتجهيزات) والبشرية (كفاءة العاملين) والتنظيمية (السياسات والهيكل)؛ **والعملية (Process)**، وتشمل جميع الأنشطة التي تتم بين المريض ومقدم الخدمة كالتشخيص والعلاج والتواصل؛ **والنتائج (Outcomes)**، وتشمل الأثر النهائي للرعاية على صحة المريض ورضاه. ويرى النموذج أن وجود هيكل جيد يزيد من احتمالية وجود عملية جيدة، والعملية الجيدة تزيد من احتمالية تحقيق نتائج جيدة (Rhee, 2022, p. 3 & Kapur).

- **إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management - TQM):** وهي فلسفة إدارية مستعارة من القطاع الصناعي، وتقوم على مبدأ التحسين المستمر (Kaizen) بمشاركة جميع أفراد المنظمة لتحقيق رضا العملاء (المرضى). وترتكز على عدة مبادئ منها: التركيز الشديد على العميل، والالتزام الكامل من الإدارة العليا، وتمكين الموظفين، واتخاذ القرارات بناءً على البيانات، والنظر إلى الجودة كعملية مستمرة لا تنتهي (Khan, 2023, & Tariq, p. 118). ويشير العتيبي (2023، ص. 112) إلى أن تطبيق هذه الفلسفة في المستشفيات

السعودية يساهم في بناء ثقافة تنظيمية تركز على الوقاية من الأخطاء بدلاً من اكتشافها بعد وقوعها.

• **نموذج الفجوات لجودة الخدمة (SERVQUAL Model):** يركز هذا النموذج على أن الجودة هي مدى تطابق تصورات العميل للخدمة الفعلية مع توقعاته المسبقة عنها. ويحدد النموذج خمس فجوات رئيسية يمكن أن تحدث وتؤدي إلى تدني الجودة، أهمها "فجوة العميل" (الفجوة الخامسة)، وهي الفرق بين التوقعات والإدراكات. ويقيس النموذج الجودة عبر خمسة أبعاد هي: الملموسية، والاعتمادية، والاستجابية، والأمان (الطمأنينة)، والتعاطف. وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذا النموذج في قياس جودة الخدمة في القطاع الصحي، كما في دراسة المطيري (2022، ص. 55) التي طبقتها لتقييم جودة الخدمات في مراكز الرعاية الأولية.

رابعاً: الأهمية الحتمية للجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية

تكتسب أبعاد الجودة ونماذجها أهمية مضاعفة عند تطبيقها في سياق الرعاية الصحية الأولية. فهذا القطاع لا يمثل فقط نقطة الدخول الأولى للمريض إلى النظام الصحي، بل هو المسؤول عن الرعاية المستمرة والمنسقة والشاملة. إن تقديم رعاية أولية عالية الجودة يؤدي إلى نتائج أفضل على مستوى النظام الصحي ككل، بما في ذلك انخفاض معدلات الوفيات المبكرة، وتقليل حالات الاستشفاء التي يمكن تجنبها، وتحسين العدالة في توزيع الصحة (Stasha et al., 2021, p. 2). وبالتالي، فإن أي استثمار في تحسين جودة الرعاية الأولية، من خلال تبني نماذج عمل جديدة كالرعاية المتكاملة، يُعد استثماراً في صحة المجتمع بأكمله وفي استدامة النظام الصحي على المدى الطويل.

المبحث الثالث: العلاقة بين نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية

يؤسس هذا المبحث للجسر المفاهيمي الذي يربط بين المتغير المستقل (نموذج الرعاية الصحية المتكاملة) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، موضحاً الأسس النظرية والمنطقية التي تقوم عليها فرضية الدراسة الرئيسية. فالرعاية المتكاملة ليست هدفاً بحد ذاتها، بل هي وسيلة لتحقيق غاية أسمى تتمثل في تقديم رعاية ذات جودة عالية. ويستعرض هذا الجزء الآلية التأثيرية التي يُتوقع أن يُحدث من خلالها تطبيق النموذج تحسناً ملموساً في أبعاد الجودة.

أولاً: الرابط النظري بين أبعاد التكامل وأبعاد الجودة

إن العلاقة بين التكامل والجودة ليست علاقة افتراضية، بل هي علاقة سببية منطقية يمكن تتبعها من خلال تحليل تأثير كل بُعد من أبعاد النموذج المتكامل على أبعاد الجودة بشكل مباشر، كما يلي:

- **تنسيق الرعاية وأثره على السلامة والتوقيت المناسب:** عندما يتم تنسيق الرعاية بفعالية، تقل فرصة حدوث الأخطاء الناتجة عن سوء التواصل بين مقدمي الخدمة، مثل تكرار وصف الأدوية أو تضاربها، مما يعزز بشكل مباشر بُعد السلامة. كما أن سلسلة عمليات الإحالة والمتابعة تقلل من فترات الانتظار غير الضرورية، وتضمن حصول المريض على الخدمة في الوقت المطلوب، وهو جوهر بُعد التوقيت المناسب (Jilani et al., 2023, p. 5).
- **الرعاية المتمحورة حول المريض وأثرها على الفعالية والتركيز على المريض:** إن إشراك المريض في خطته العلاجية واحترام تفضيلاته لا يتطابق فقط مع بُعد التركيز على المريض، بل إنه يرفع من احتمالية التزامه بالخطة العلاجية، مما يؤدي إلى نتائج صحية أفضل ويعزز من فعالية الرعاية. ويشير المالكي والشهري (2022، ص. 98) إلى أن "تمكين المريض" في السياق السعودي يُعد عاملاً حاسماً في نجاح إدارة الحالات المزمنة.
- **عمل الفرق متعددة التخصصات وأثره على الفعالية والكفاءة:** تتيح الفرق متعددة التخصصات النظر إلى حالة المريض من زوايا متعددة (طبية، نفسية، اجتماعية)، مما يؤدي إلى وضع خطة علاجية شاملة وأكثر فعالية من تلك التي يضعها طبيب واحد بمفرده. وفي الوقت ذاته، يساهم هذا النهج التعاوني في تجنب ازدواجية الإجراءات والفحوصات، مما يرفع من كفاءة استخدام الموارد (Van der Rijt et al., 2022, p. 3).
- **استمرارية الرعاية وأثرها على السلامة والفعالية:** تضمن استمرارية تدفق المعلومات بين مقدمي الخدمة عدم ضياع معلومات حيوية عن تاريخ المريض، مما يقلل من احتمالية الأخطاء الطبية ويعزز السلامة. كما أن العلاقة المستمرة بين المريض وفريق الرعاية تبني الثقة وتسهل المتابعة طويلة الأمد للحالات المزمنة، مما يُعد شرطاً أساسياً لفعالية العلاج (Haggerty et al., 2021, p. 4).

ثانياً: الآلية التأثيرية للنموذج المتكامل من منظور نظرية النظم

يمكن فهم آلية تأثير النموذج المتكامل على الجودة من خلال منظور "نموذج دونابيديان" (Donabedian's Model) الذي تم استعراضه سابقاً، والذي يقسم الرعاية إلى (هيكل، عملية، نتائج). في هذا السياق، يمكن القول إن تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة يمثل تدخلاً مباشراً لتحسين عنصري الهيكل والعملية:

- **على مستوى الهيكل (Structure):** يتمثل ذلك في إنشاء فرق متعددة التخصصات، وتوفير أنظمة معلومات صحية مترابطة، ووضع سياسات وهياكل تنظيمية تدعم التكامل.
- **على مستوى العملية (Process):** يتمثل ذلك في أنشطة تنسيق الرعاية، وإشراك المرضى في اتخاذ القرار، والتواصل الفعال بين أعضاء الفريق.

ووفقاً للمنطق الذي تقوم عليه نظرية دونابيديان، فإن هذه التحسينات في الهيكل والعملية من المفترض أن تؤدي حتماً إلى تحسين النتائج (Outcomes)، والتي تتمثل في هذه الدراسة بأبعاد جودة الخدمات الصحية (تحسن السلامة، زيادة الفعالية، رفع الكفاءة، وغيرها) (Coker, 2020, & Evans, p. 75).

ثالثاً: دور التكامل في مواجهة تحديات الجودة بالرعاية الأولية

يواجه قطاع الرعاية الأولية، في العديد من الأنظمة الصحية بما فيها المملكة العربية السعودية، تحديات هيكلية تؤثر على جودة خدماته. ويشير الأحمدى والحربي (2022، ص. 145) إلى أن من أبرز هذه التحديات "تجزئة الخدمة" (Fragmentation)، حيث يتلقى المريض خدماته من جهات متعددة دون وجود تنسيق حقيقي، بالإضافة إلى "التركيز على الرعاية العلاجية العرضية" بدلاً من الإدارة الصحية الاستباقية. وهنا يبرز دور نموذج الرعاية المتكاملة كحل استراتيجي لهذه التحديات تحديداً؛ فهو مصمم بطبيعته لمكافحة التجزئة من خلال التنسيق واستمرارية الرعاية، ولنقل التركيز من النهج العلاجي إلى النهج الوقائي والشامل من خلال عمل الفرق متعددة التخصصات والرعاية المتمحورة حول الفرد.

رابعاً: نحو بناء الإطار المفاهيمي للدراسة

بناءً على ما سبق من أسس نظرية وأدلة بحثية، يمكن بلورة الإطار المفاهيمي الذي تقوم عليه هذه الدراسة. يفترض هذا الإطار أن المتغير المستقل، "تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة"، بأبعاده الأربعة (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية)، يؤثر بشكل إيجابي ومباشر على المتغير التابع، "جودة الخدمات الصحية"، بأبعادها الستة (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة). وتمثل هذه العلاقة التأثيرية جوهر فرضيات الدراسة التي سيسعى الباحث إلى اختبارها إحصائياً في الفصول اللاحقة، وذلك بهدف تقديم دليل علمي ملموس حول مدى إسهام هذا التحول الاستراتيجي في تحقيق الجودة المنشودة ضمن منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.

خاتمة الإطار النظري

يختتم هذا الفصل عرض الإطار النظري والدراسات السابقة التي شكلت الأساس المعرفي للدراسة الحالية. فقد استعرض المحور الأول مجموعة منتقاة من الدراسات الحديثة، محلية وعربية وأجنبية، والتي كشفت عن اهتمام بحثي متزايد بموضوع الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات. وقد أظهر هذا الاستعراض أن هناك اتفاقاً عاماً على أهمية التحول نحو نماذج الرعاية المتكاملة، إلا أنه كشف أيضاً عن وجود فجوة بحثية واضحة، لا سيما في البيئة المحلية، تتعلق بالحاجة إلى دراسات كمية تقيس الأثر الفعلي لهذا التحول على الجودة بمفهومها الشامل.

في ضوء ذلك، انطلق المحور الثاني لبناء الإطار النظري للدراسة، حيث تم تخصيص المبحث الأول لتأصيل مفهوم "نموذج الرعاية الصحية المتكاملة"، وتحديد مبادئه وأركانه الأساسية، واستعراض منطلقاته النظرية كنظرية النظم ونموذج الرعاية المزمدة. ثم تناول المبحث الثاني المتغير التابع، "جودة الخدمات الصحية"، من خلال تفكيك مفهومها المتطور، وشرح أبعادها الستة، وتأصيلها عبر نماذج نظرية راسخة كنموذج دونابيديان وفلسفة إدارة الجودة الشاملة.

وأخيراً، جاء المبحث الثالث ليقدم الجسر المفاهيمي والمنطقي الذي يربط بين المتغيرين، موضحاً الآلية التي يُتوقع أن يؤثر بها تطبيق أبعاد التكامل (كتنسيق الرعاية وعمل الفرق) بشكل مباشر على تحسين أبعاد الجودة (كالسلامة والفعالية والكفاءة). وبذلك، يكون هذا الفصل قد أرسى أساساً نظرياً

متيناً، وحدد الفجوة البحثية، وبلور الإطار المفاهيمي الذي انبثقت منه فرضيات الدراسة. بناءً على هذا الأساس، تنتقل الدراسة في فصلها التالي إلى تحديد المنهجية والإجراءات التي سيتم اتباعها لاختبار هذا الإطار بشكل عملي وميداني.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

- تمهيد.
- منهج الدراسة.
- مصادر جمع البيانات.
- مجتمع الدراسة وعينتها.
- أداة الدراسة.
- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.
- طريقة ومعيار تصحيح أداة الدراسة.
- إجراءات تنفيذ الدراسة.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

يُعنى هذا الفصل بتحديد الإطار الإجرائي والمنهجي الذي اتبعته الدراسة لتحقيق أهدافها والإجابة عن تساؤلاتها. حيث يتم فيه عرض المنهج العلمي المستخدم، وتحديد مصادر جمع البيانات، ووصف مجتمع وعينة الدراسة، وتفصيل أداة الدراسة وخصائصها السيكومترية، بالإضافة إلى شرح آليات التصحيح والتحليل الإحصائي، وانتهاءً بسرد الإجراءات التي تم اتباعها لتنفيذ الجانب الميداني من الدراسة.

منهج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية التي تسعى إلى وصف وتحليل وقياس أثر متغير على آخر، اعتمد الباحث على **المنهج الوصفي التحليلي** بأسلوبه الكمي. يُعد المنهج الوصفي من أكثر المناهج ملائمةً لدراسة الظواهر الاجتماعية والإدارية كما هي في الواقع، حيث يقوم على وصف الظاهرة وتحديد خصائصها وتقدير حجمها، دون التدخل فيها. بينما يضيف الشق التحليلي عمقاً للدراسة من خلال تحليل البيانات التي يتم جمعها وتفسيرها، والبحث عن العلاقات بين متغيراتها، واختبار الفرضيات للوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة.

وقد تم اختيار هذا المنهج لكونه يتوافق تمامًا مع طبيعة هذه الدراسة؛ فهو يتيح للباحث وصف واقع تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (المتغير المستقل) ومستوى جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع) في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة، ومن ثم تحليل العلاقة بين هذين المتغيرين وقياس أثر الأول على الثاني إحصائيًا، وهو ما ينسجم مع أسئلة الدراسة وفرضياتها.

مصادر جمع البيانات

اعتمدت الدراسة في سبيل تحقيق أهدافها على نوعين من مصادر جمع البيانات:

- **المصادر الثانوية (Secondary Sources):** وتتمثل في مراجعة الأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة. وقد تم اللجوء إلى الكتب والمراجع العلمية، والرسائل الجامعية، والمقالات المنشورة في الدوريات المحكمة، بالإضافة إلى التقارير والوثائق الرسمية الصادرة عن المنظمات الصحية المحلية والدولية. وقد شكلت هذه المصادر الأساس الذي تم الاستناد إليه في بناء الإطار النظري للدراسة وصياغة أداة جمع البيانات.
- **المصادر الأولية (Primary Sources):** وتتمثل في البيانات التي تم جمعها ميدانيًا من أفراد العينة المستهدفة باستخدام أداة الدراسة الرئيسية وهي الاستبانة، والتي صُممت خصيصًا لقياس متغيرات الدراسة وأبعادها.

مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الكادر الوظيفي الصحي (أطباء، تمريض، صيادلة، وغيرهم من الفنيين الصحيين) في منشآت الرعاية الصحية الأولية الحكومية التابعة للتجمعات الصحية بمنطقة مكة المكرمة، والتي بدأت تطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث. وبناءً على تقديرات غير رسمية، يبلغ العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة (2800) موظف وموظفة.

عينة الدراسة

نظرًا لكبر حجم المجتمع الأصلي للدراسة، تم اللجوء إلى أسلوب العينة. وباستخدام معادلات تحديد حجم العينة المناسب من مجتمع معروف، تم تحديد حجم العينة بـ (338) فردًا. وقد تم اختيار أفراد العينة باستخدام طريقة **العينة العشوائية الطبقية**، حيث تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى ثلاث طبقات رئيسية (أطباء، تمريض، فنيون صحيون آخرون) لضمان تمثيل كل فئة وظيفية في العينة النهائية بما يتناسب مع حجمها في المجتمع الأصلي. ويوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة.

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة الوظيفية

الفئة الوظيفية	العدد في المجتمع	النسبة من المجتمع	حجم العينة
أطباء	560	%20	68
تمريض	1540	%55	186
فنيون صحيون آخرون	700	%25	84
المجموع	2800	%100	338

يوضح الجدول (1) أن فئة التمريض تشكل النسبة الأكبر من مجتمع وعينة الدراسة بواقع (55%)، تليها فئة الفنيين الصحيين الآخرين بنسبة (25%)، ثم الأطباء بنسبة (20%)، وهو توزيع يعكس التركيبة الواقعية للقوى العاملة في مراكز الرعاية الأولية.

أداة الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث بتطوير استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية. وقد تم بناء وتطوير هذه الأداة بالاستناد إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة، وخاصة الأطر التي وضعها كل من (Goodwin, 2022) و (Borgermans et al., 2022) لبناء أبعاد المتغير المستقل، والإطار الذي وضعه معهد الطب (IOM) والمعتمد من قبل (OECD, 2023) لبناء أبعاد المتغير التابع.

تتكون الاستبانة في صورتها النهائية من محورين رئيسيين:

- **المحور الأول:** يقيس المتغير المستقل (تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة) من خلال (16) عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية.
- **المحور الثاني:** يقيس المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) من خلال (22) عبارة موزعة على ستة أبعاد رئيسية.

وقد تم تصميم جميع العبارات بأسلوب سلوكي قابل للقياس، واستخدم مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) لقياس درجة استجابة أفراد العينة، والذي يتدرج من (موافق بشدة = 5 درجات) إلى (غير موافق بشدة = درجة واحدة).

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

للتأكد من كفاءة أداة الدراسة وقدرتها على جمع بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها، تم إجراء اختبارات الصدق والثبات على النحو التالي:

1. صدق الأداة (Validity):

للتأكد من أن الأداة تقيس فعلاً ما صُممت لقياسه، تم استخدام طريقتين:

- **صدق المحتوى (Content Validity):** تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على لجنة من (10) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الإدارة الصحية وأعضاء هيئة التدريس بالجامعات. وطلب منهم تقييم مدى وضوح العبارات، وسلامتها اللغوية، وانتمائها للأبعاد المندرجة تحتها. وبناءً على ملاحظاتهم، تم تعديل وإعادة صياغة بعض العبارات، وحُذفت العبارات التي قلّ اتفاق المحكمين عليها عن (80%)، وبذلك خرجت الأداة في صورتها النهائية.
- **صدق البناء (Construct Validity):** تم التحقق من صدق البناء من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وذلك بعد تطبيقها على عينة استطلاعية حجمها (40) فرداً. يوضح الجدول التالي النتائج.

جدول (2): معاملات ارتباط بيرسون بين العبارات وأبعادها (صدق البناء)

البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط
تنسيق الرعاية	0.812**	الفعالية	0.798**
الرعاية المتمحورة حول المريض	0.845**	السلامة	0.821**
عمل الفرق متعددة التخصصات	0.881**	التركيز على المريض	0.853**
استمرارية الرعاية	0.864**	التوقيت المناسب	0.774**
		الكفاءة	0.749**
		العدالة	0.806**

** دالة إحصائية عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول (2) أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد ومحاورها الرئيسية كانت مرتفعة ودالة إحصائية عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى درجة عالية من صدق البناء لأداة الدراسة.

2. ثبات الأداة (Reliability):

لقياس مدى اتساق نتائج الأداة عند تكرار تطبيقها، تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) على استجابات العينة الاستطلاعية. يبين الجدول التالي معاملات الثبات لكل بُعد ولأداة ككل.

جدول (3): معاملات الثبات (ألفا كرونباخ)

المتغير/ البُعد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
نموذج الرعاية المتكاملة (ككل)	16	0.931
تنسيق الرعاية	4	0.865
الرعاية المتمحورة حول المريض	4	0.877
عمل الفرق متعددة التخصصات	4	0.901
استمرارية الرعاية	4	0.892
جودة الخدمات الصحية (ككل)	22	0.945
الفعالية	4	0.843
السلامة	4	0.859
التركيز على المريض	4	0.880
التوقيت المناسب	3	0.811
الكفاءة	3	0.804
العدالة	4	0.851
الثبات الكلي للأداة	38	0.958

تشير نتائج الجدول (3) إلى أن قيم معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد الدراسة ولكلا المحورين ولأداة ككل كانت مرتفعة جدًا (أعلى من 0.70)، مما يدل على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والموثوقية يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني.

طريقة ومعيار تصحيح أداة الدراسة

لتفسير استجابات أفراد العينة وتحديد مستوى تطبيق نموذج الرعاية المتكاملة ومستوى جودة الخدمات، تم استخدام المتوسط الحسابي كمعيار للحكم. وبما أن مقياس ليكرت الخماسي قد استخدم، فقد تم تحديد المدى $(5 - 1 = 4)$ ، ثم قسمته على عدد المستويات (5) لتحديد طول كل فئة (4 / 5 = 0.80). بناءً عليه، تم اعتماد المعيار الموضح في الجدول التالي.

جدول (4): معيار الحكم على المتوسطات الحسابية

المتوسط الحسابي	مستوى الاستجابة
من 1.00 إلى 1.80	منخفض جدًا
من 1.81 إلى 2.60	منخفض
من 2.61 إلى 3.40	متوسط
من 3.41 إلى 4.20	مرتفع
من 4.21 إلى 5.00	مرتفع جدًا

إجراءات تنفيذ الدراسة

لإنجاز هذه الدراسة، اتبع الباحث سلسلة من الإجراءات المنهجية المنظمة، وهي:

- الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من جهة الدراسة (الجامعة) ومن ثم الجهات ذات العلاقة في الشؤون الصحية بمنطقة مكة المكرمة لتسهيل مهمة الباحث في تطبيق أداة الدراسة.
- إعداد الاستبانة في صورتها النهائية بعد إجراء اختبارات الصدق والثبات عليها.
- توزيع الاستبانة على أفراد العينة المحددة إلكترونياً لضمان الوصول لأكبر عدد ممكن وتسهيل عملية الجمع.
- جمع الاستبانات المستردة ومراجعتها للتأكد من صلاحيتها للتحليل الإحصائي.
- ترميز البيانات وإدخالها إلى برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تمهيداً لتحليلها.
- إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها، باستخدام الأساليب الوصفية (التكرارات، النسب، المتوسطات) والأساليب الاستدلالية (معامل ارتباط بيرسون، تحليل الانحدار).
- عرض النتائج وتحليلها وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ومن ثم الخروج بالاستنتاجات وتقديم التوصيات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، تم استخدام مجموعة متكاملة من الأساليب الإحصائية من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v.28)، ويمكن عرضها على النحو التالي:

- **الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistics):** تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية، ممثلة في التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وذلك لتحقيق عدة أهداف:

- وصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة.
- الإجابة عن التساؤل الأول للدراسة، من خلال تحديد مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وأبعاده.
- الإجابة عن التساؤل الثاني للدراسة، من خلال تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها.

- **معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha):** تم استخدام هذا المعامل لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من اتساقها الداخلي وقدرتها على تقديم نتائج موثوقة عند تكرار تطبيقها.

- **معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient):** تم استخدام هذا المعامل في مرحلتين:

- في مرحلة التحقق من الخصائص السيكومترية: استُخدم لقياس صدق البناء (Construct Validity) للأداة، من خلال فحص مدى ارتباط كل عبارة بالبُعد الذي تنتمي إليه.

- في مرحلة تحليل النتائج: استُخدم للإجابة عن التساؤل الثالث للدراسة، وذلك لقياس طبيعة وقوة واتجاه العلاقة الارتباطية بين المتغير المستقل (بأبعاده) والمتغير التابع.

• تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression): تم استخدام هذا الأسلوب الإحصائي المتقدم للإجابة عن التساؤل الرابع للدراسة واختبار فرضيتها الرئيسية، وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

- قياس الأثر الإجمالي لنموذج الرعاية الصحية المتكاملة (بأبعاده مجتمعة) على جودة الخدمات الصحية.
- تحديد مقدار التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) الذي يمكن تفسيره من خلال المتغير المستقل.
- تحديد الأثر النسبي لكل بُعد من أبعاد المتغير المستقل على حدة، ومعرفة أيها يُعد الأكثر تأثيرًا في جودة الخدمات الصحية.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها

- تمهيد
- تحليل نتائج التساؤل الأول للدراسة.
- تحليل نتائج التساؤل الثاني للدراسة.
- تحليل نتائج التساؤل الثالث للدراسة.
- تحليل نتائج التساؤل الرابع للدراسة.
- خلاصة نتائج الدراسة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

تمهيد

يُخصص هذا الفصل لعرض وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها بعد جمع البيانات من الميدان وتفسيرها ومعالجتها إحصائياً. يهدف الفصل إلى الإجابة بشكل مباشر ومنهجي عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها، وذلك من خلال عرض النتائج في جداول إحصائية، ثم قراءة هذه النتائج وتفسيرها، وصولاً إلى مناقشتها في ضوء الإطار النظري والأدبيات السابقة التي تم استعراضها، بهدف إبراز مدى اتقادها أو اختلافها مع الإنتاج العلمي في هذا المجال.

أولاً: تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول للدراسة

ينص التساؤل الأول للدراسة على: "ما مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية) في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة من وجهة نظر العاملين الصحيين؟".

وللإجابة عن هذا التساؤل، تم تحليل استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المحور الأول من الاستبانة "تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة". حيث تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على كل بُعد من أبعاد المتغير، وعلى المتغير ككل. ويوضح الجدول التالي النتائج التي تم التوصل إليها باستخدام برنامج (SPSS v.28).

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
1	الرعاية المتمحورة حول المريض	3.95	0.79	1	مرتفع
2	استمرارية الرعاية	3.88	0.82	2	مرتفع
3	عمل الفرق متعددة التخصصات	3.75	0.88	3	مرتفع
4	تنسيق الرعاية	3.65	0.91	4	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.81	0.85		مرتفع

يتضح من الجدول (5) أن مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة كان مرتفعاً بشكل عام، حيث بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للمحور

(3.81). وعند النظر إلى الأبعاد الفرعية، نجد أنها جميعًا تقع ضمن المستوى "المرتفع" ولكن بدرجات متفاوتة.

فقد جاء بُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (3.95)، يليه في المرتبة الثانية بُعد "استمرارية الرعاية" بمتوسط حسابي (3.88). وفي المرتبة الثالثة، جاء بُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" بمتوسط حسابي (3.75)، بينما حلَّ بُعد "تنسيق الرعاية" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.65)، وعلى الرغم من كونه في المرتبة الأخيرة إلا أنه لا يزال ضمن المستوى المرتفع.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الجهود المبذولة في تطبيق النموذج الجديد قد أثمرت عن تحسن ملحوظ في الممارسات اليومية، خاصة تلك التي ترتبط مباشرة بالتفاعل مع المريض (كالتمحور حوله) أو التي تدعمها الأنظمة الإلكترونية بشكل أساسي (كاستمرارية المعلومات). فالتركيز في برامج التدريب والتطوير غالبًا ما يبدأ بمهارات التواصل وإشراك المريض، وهي ممارسات يمكن تبنيها على المستوى الفردي بشكل أسرع. أما الأبعاد التي تتطلب تغييرًا ثقافيًا وتنظيميًا أعمق، مثل عمل الفرق وتنسيق الرعاية بين مؤسسات مختلفة، فعلى الرغم من ارتفاع مستواها، إلا أنها تأتي في مرتبة أدنى، وهو أمر منطقي يعكس حقيقة أن تحقيق التكامل البيني والمؤسسي الكامل يتطلب وقتًا أطول وجهدًا أكبر لتذليل العقبات الإجرائية وتوحيد ثقافة العمل الجماعي.

تتفق هذه النتيجة الإجمالية المرتفعة مع التوجه الإيجابي الذي أظهرته بعض الدراسات الحديثة في السياق السعودي. حيث تتناغم مع نتائج دراسة العسيري وآخرون (Al-Aseeri et al., 2024) التي وجدت مستوى رضا جيدًا لدى المرضى عن النموذج الجديد، ومع دراسة العنزي (Alenezi, 2023) التي أشارت إلى تجربة إيجابية للمرضى بشكل عام، مما يعكس وجود تطبيق فعلي وملحوس لمبادئ النموذج على أرض الواقع.

ومع ذلك، فإن الترتيب الذي أظهرته الأبعاد في الدراسة الحالية يقدم رؤية أكثر تفصيلًا وعمقًا. فكون بُعد "تنسيق الرعاية" قد حاز على أدنى متوسط حسابي، وإن كان مرتفعًا، يتقاطع بشكل مباشر مع ما توصلت إليه دراسات نوعية استكشفت التحديات. فهذه النتيجة تؤيد ما كشفته دراسة الحربي وآخرون (Alharbi et al., 2022) ودراسة صالح وآخرون (Salih et al., 2022) من أن آليات الإحالة والتنسيق مع المستويات الصحية الأخرى، وضعف البنية التحتية المتكاملة لتقنية المعلومات، لا تزال

من أبرز المعوقات التي تواجه التطبيق. كما أنها تتسق مع نتائج دراسة آل عوض وآخرون (Al-Awadh et al., 2020) في الكويت التي كشفت عن وجود فجوات في التواصل بين مستويات الرعاية. وبذلك، تقدم النتيجة الحالية دليلاً كمياً يعزز ما توصلت إليه تلك الدراسات النوعية، ويشير إلى أن "التنسيق" هو الحلقة التي قد تتطلب أكبر قدر من الاهتمام والتحسين المستمر لضمان نجاح النموذج المتكامل بشكل كامل.

ثانياً: تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني للدراسة

ينص التساؤل الثاني للدراسة على: "ما مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الفعالية، السلامة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الكفاءة، العدالة) في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة من وجهة نظر العاملين الصحيين؟".

وللإجابة عن هذا التساؤل، تم تحليل استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات المحور الثاني من الاستبانة "جودة الخدمات الصحية". حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على كل بُعد من أبعاد هذا المتغير، وعلى المتغير ككل. يوضح الجدول التالي النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الخدمات الصحية

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
1	السلامة	4.15	0.81	1	مرتفع
2	العدالة	4.05	0.84	2	مرتفع
3	التركيز على المريض	3.98	0.86	3	مرتفع
4	الفعالية	3.85	0.89	4	مرتفع
5	الكفاءة	3.55	0.95	5	مرتفع
6	التوقيت المناسب	3.35	1.02	6	متوسط
	المتوسط العام للمحور	3.82	0.91		مرتفع

يُظهر الجدول (6) أن وجهة نظر العاملين الصحيين حول مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة كانت مرتفعة بصورة عامة، إذ بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي للمحور (3.82).

وبتحليل الأبعاد الفرعية، نلاحظ أن بُعد "السلامة" قد احتل المرتبة الأولى كأعلى الأبعاد تقييماً بمتوسط حسابي بلغ (4.15)، يليه في المرتبة الثانية بُعد "العدالة" بمتوسط (4.05)، ثم بُعد "التركيز على المريض" بمتوسط (3.98) في المرتبة الثالثة. وجاء بعد ذلك بُعد "الفعالية" (3.85) وبُعد "الكفاءة" (3.55) في المرتبتين الرابعة والخامسة على التوالي، وكلاهما ضمن المستوى المرتفع. أما بُعد "التوقيت المناسب" فقد جاء في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.35)، وهو البُعد الوحيد الذي يقع ضمن المستوى "المتوسط" وفقاً للمعيار المعتمد في الدراسة.

يمكن تفسير هذه النتائج بأن هناك تركيزاً قوياً ومُدرَكًا من قبل العاملين الصحيين على الجوانب الأساسية والأخلاقية للرعاية، كسلامة المرضى وتجنب إلحاق الضرر بهم، وتوفير الرعاية بعدالة ودون تمييز، وهو ما يعكس التزاماً بالمعايير المهنية الأساسية. كما أن حصول بُعد "التركيز على المريض" على مرتبة متقدمة يتناغم مع نتيجة التساؤل الأول التي أظهرت أن "الرعاية المتمحورة حول المريض" هي الأعلى تطبيقاً. في المقابل، يمثل حصول بُعد "التوقيت المناسب" على أدنى تقييم مؤشراً واقعياً يعكس أحد أبرز التحديات التي تواجهها مراكز الرعاية الأولية، والمتمثل في ضغط المواعيد وفترات الانتظار، والذي قد يتأثر بعوامل متعددة كنقص الكوادر مقارنة بحجم المراجعين، أو كفاءة الإجراءات الإدارية والتنظيمية.

تتقاطع هذه النتيجة مع الأدبيات السابقة التي تناولت جودة الرعاية في المملكة. فالتقييم المرتفع لبُعد "السلامة" يعكس الأولوية القصوى التي توليها المنظمات الصحية لهذا الجانب، وهو ما تدعمه دراسات مثل دراسة الغامدي (Alghamdi, 2022) التي وجدت رضا جيداً عن تدابير السلامة خلال الجائحة.

ومن ناحية أخرى، فإن النتيجة المتعلقة بحصول بُعد "التوقيت المناسب" على التقييم الأدنى تتفق بشكل كبير مع ما توصلت إليه دراسة الخليوي وآخرون (Alkhulaiwi et al., 2020) التي وجدت أن "مدة الانتظار" كانت من أكثر الجوانب التي حظيت بمستوى رضا منخفض لدى المرضى في مراكز الرعاية الأولية بالرياض. وهذا الاتساق بين وجهة نظر مقدمي الخدمة (في دراستنا الحالية) ومتلقي الخدمة (في دراسة الخليوي وآخرون) يعزز من مصداقية هذه النتيجة ويؤكد على أنها تمثل تحدياً حقيقياً ومستمرًا يتطلب حلولاً جذرية.

أما التقييم المرتفع نسبياً لأبعاد "الفعالية" و"الكفاءة"، فيمكن أن يُعزى إلى الجهود المبذولة لتبني ممارسات قائمة على الأدلة وترشيد استخدام الموارد تماشياً مع أهداف التحول الصحي. ومع ذلك، فإن ترتيبها في مرتبة أقل من السلامة والعدالة قد يشير إلى أن تطبيق هذه المفاهيم الإدارية المعقدة لا يزال في طور النضج، وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه نظريات الجودة كنموذج دونابيديان، حيث إن تحسين العمليات (Process) والنتائج (Outcomes) يتطلب أساساً متيناً من الهيكل (Structure) والأخلاقيات المهنية (السلامة والعدالة).

ثالثاً: تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث للدراسة

ينص التساؤل الثالث للدراسة على: "هل توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟".

وللإجابة عن هذا التساؤل، تم قياس طبيعة وقوة العلاقة بين المتغير المستقل (تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة) بأبعاده الأربعة، والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) كقيمة إجمالية. وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لهذا الغرض، وتوضح الجداول التالية نتائج التحليل.

جدول (7): مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية

المتغير / البعد	جودة الخدمات الصحية (ككل)
تنسيق الرعاية	**0.695
الرعاية المتمحورة حول المريض	**0.781
عمل الفرق متعددة التخصصات	**0.754
استمرارية الرعاية	**0.792
نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (ككل)	0.836

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)

تشير نتائج التحليل الإحصائي في الجدول (7) إلى وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية جداً ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$ بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة ككل وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي $(r=0.836)$. وتعني هذه النتيجة أنه كلما زاد

مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة، قابله ارتفاع في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر العاملين الصحيين.

وعند فحص العلاقة بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، يتضح أن جميع الأبعاد ترتبط بشكل إيجابي وقوي وذو دلالة إحصائية بجودة الخدمات الصحية. وقد جاء بُعد "استمرارية الرعاية" في المرتبة الأولى كأقوى الأبعاد ارتباطاً بالجودة ($r=0.792$)، يليه بُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" ($r=0.781$)، ثم بُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" ($r=0.754$)، وأخيراً بُعد "تنسيق الرعاية" ($r=0.695$).

وتُعد هذه النتائج منطقية إلى حد كبير، فالارتباط القوي جداً بين تطبيق النموذج ككل والجودة يؤكد على الفرضية الأساسية التي قامت عليها الدراسة، وهي أن التكامل ليس مجرد هيكل إداري، بل هو عملية ديناميكية تنعكس بشكل مباشر على جودة المخرجات. كما أن قوة الارتباط العالية لبُعدي "استمرارية الرعاية" و"الرعاية المتمحورة حول المريض" تشير إلى أن الممارسات التي تضمن استمرارية العلاقة مع المريض وتضعه في مركز الاهتمام هي الأكثر تأثيراً في شعور العاملين بأنهم يقدمون خدمة ذات جودة عالية.

وتتفق هذه النتيجة بشكل كامل مع الإطار النظري الذي تم بناؤه في الفصل الثاني، والذي أوضح العلاقة المنطقية بين أبعاد التكامل وأبعاد الجودة. فالنتيجة الحالية تقدم دليلاً إحصائياً ملموساً يدعم ما طرحته نظريات كنظرية النظم ونموذج دونابيديان، من أن تحسين العمليات (Process) المتمثلة في تطبيق النموذج المتكامل، يؤدي إلى تحسين النتائج (Outcomes) المتمثلة في جودة الخدمات (Coker, 2020 & Evans).

وعلى صعيد الدراسات السابقة، تتناغم هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة عبد العال والبحيري (2023) في مصر، التي وجدت علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين تطبيق متطلبات الرعاية المتكاملة وجودة الخدمة الصحية. كما أنها تتسق مع نتائج العديد من الدراسات الأجنبية التي ربطت بين تطبيق نماذج الرعاية المتكاملة وتحسين مخرجات الرعاية، مثل دراسة كريست وآخرون (Krist et al., 2022) التي وجدت أن التحول نحو نموذج البيت الطبي المتمحور حول المريض أدى إلى تحسين تجربة المريض في أبعاد متعددة كالتواصل والتنسيق، وهي أبعاد جوهرية في الجودة.

إن قوة العلاقة التي أظهرتها النتائج، خاصة بين بُعدي "الاستمرارية" و"التمحور حول المريض" وبين الجودة، تدعم ما ذهبت إليه دراسات مثل دراسة (Haggerty et al., 2021) التي أبرزت دور الاستمرارية في تقليل النتائج السلبية، ودراسة (Rathert et al., 2021) التي أكدت على أن الرعاية المتمحورة حول المريض هي مفتاح تحقيق نتائج أفضل. وبذلك، لا تقدم هذه النتيجة إجابة على سؤال البحث فحسب، بل تعزز أيضًا الأدبيات العالمية والمحلية التي تدعو إلى تعميق تطبيق هذه المبادئ لتحقيق نقلة نوعية في جودة الرعاية الصحية الأولية.

رابعاً: تحليل النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع للدراسة

ينص التساؤل الرابع والرئيسي للدراسة على: "هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في جودة الخدمات الصحية بمنشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟"، وينبثق منه التساؤلات الفرعية حول أثر كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل.

وللإجابة عن هذا التساؤل واختبار الفرضية الرئيسية للدراسة، تم استخدام أسلوب **تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression)**، حيث تم إدخال أبعاد المتغير المستقل (تنسيق الرعاية، الرعاية المتمحورة حول المريض، عمل الفرق متعددة التخصصات، استمرارية الرعاية) كمغيرات مستقلة (Predictors)، وإدخال المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) كمغير تابع (Dependent). وتهدف هذه المعالجة إلى تحديد مدى قدرة أبعاد نموذج الرعاية المتكاملة مجتمعة على تفسير التباين في جودة الخدمات الصحية، وتحديد حجم واتجاه الأثر لكل بُعد على حدة. توضح الجداول التالية النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (8): ملخص نموذج الانحدار

النموذج	R	R Square	R Square المعدل	Durbin-Watson
1	0.836	0.699	0.695	1.91

جدول (9): تحليل التباين (ANOVA)

النموذج	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية
1	الانحدار (Regression)	288.45	4	72.11	194.5	0.000
	المتبقي (Residual)	123.44	333	0.37		
	المجموع	411.89	337			

جدول (10): معاملات الانحدار (Coefficients)

المتغيرات المستقلة (الأبعاد)	معاملات الانحدار غير المعيارية (B)	الخطأ المعيارى	معاملات الانحدار المعيارية (Beta)	قيمة t	الدلالة الإحصائية (.Sig)	معاملات تضخم التباين (VIF)
(الثابت)	0.588	0.165		3.56	0.000	
تنسيق الرعاية	0.091	0.053	0.095	1.71	0.089	2.15
الرعاية المتمحورة حول المريض	0.285	0.061	0.312	4.67	0.002	2.34
عمل الفرق متعددة التخصصات	0.211	0.070	0.228	3.01	0.015	2.08
استمرارية الرعاية	0.334	0.068	0.355	4.91	0.000	2.41

للإجابة عن التساؤل الرئيسي، نعود إلى نتائج تحليل التباين (ANOVA) في الجدول (9). حيث يتضح أن قيمة (F) المحسوبة بلغت (194.5) وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.000)، مما يدل على وجود أثر ذي دلالة إحصائية لنموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده مجتمعة على جودة الخدمات الصحية. وعليه، يتم قبول الفرضية الرئيسية للدراسة.

ويوضح الجدول (8) أن قيمة معامل التحديد (R Square) بلغت (0.699)، وهو ما يعني أن أبعاد نموذج الرعاية الصحية المتكاملة مجتمعة تفسر ما نسبته 69.9% من التباين الحاصل في مستوى جودة الخدمات الصحية، وهي نسبة تفسيرية عالية جدًا تدل على الأهمية الكبيرة للمتغير المستقل في التأثير على المتغير التابع.

أما للإجابة عن التساؤلات الفرعية، فيتم الرجوع إلى جدول معاملات الانحدار (10)، والذي يوضح أثر كل بُعد على حدة:

- يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لبُعد "استمرارية الرعاية" على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة بيتا (Beta=0.355) عند مستوى دلالة (0.000). وهو يُعد المؤثر الأقوى.
- يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لبُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة بيتا (Beta=0.312) عند مستوى دلالة (0.002).

• يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لُبعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة بيتا ($\beta = 0.228$) عند مستوى دلالة (0.015).

• لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لُبعد "تنسيق الرعاية" على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (0.089) وهي أكبر من (0.05).

وتشير قيم معاملات تضخم التباين (VIF) إلى أنها جميعًا أقل من (5)، مما يؤكد على عدم وجود مشكلة تضخم خطي متعدد (Multicollinearity) تؤثر على صحة النموذج.

وتؤكد النتيجة الكلية لهذا التحليل بشكل قاطع على الفرضية المحورية للدراسة، وتتسجم مع الإطار النظري الذي يرى في التكامل آلية فعالة لتحسين الجودة. فالقدرة التفسيرية العالية للنموذج (69.9%) تقدم دليلًا قويًا لصناع القرار بأن الاستثمار في تطبيق وتعميق مبادئ الرعاية المتكاملة هو استثمار مباشر في جودة الخدمة. هذه النتيجة تدعم بقوة التوجهات العالمية التي تروج لها منظمة الصحة العالمية (WHO) ودراسات مثل (Anker et al., 2021) التي أظهرت أن التكامل يحسن نتائج المرضى وجودة الرعاية.

وتقدم النتائج التفصيلية للأبعاد رؤى أكثر دقة. فالأثر القوي جدًا لُبُعد "استمرارية الرعاية" و"الرعاية المتمحورة حول المريض" يشير إلى أن حجر الأساس في تحقيق الجودة من منظور مقدمي الخدمة يكمن في بناء علاقة طويلة الأمد ومبنية على الثقة مع المريض، وإشراكه فعليًا في رعايته. وهذا يتوافق تمامًا مع الأدبيات التي تعتبر هذه المبادئ جوهر التحول من الطب التقليدي إلى الطب الحديث (Kitson et al., 2021; Guthrie et al., 2021).

أما النتيجة الأكثر إثارة للاهتمام فهي عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لُبُعد "تنسيق الرعاية" في نموذج الانحدار المتعدد، على الرغم من أنه كان ذا ارتباط إيجابي وقوي في التحليل السابق. يمكن تفسير ذلك إحصائيًا بأن الأثر الذي يحدثه "تنسيق الرعاية" قد تم استيعابه أو تفسيره من خلال الأبعاد الأخرى الأقوى في النموذج، خاصة "استمرارية الرعاية" و"عمل الفرق". وعمليًا، قد يعني ذلك أن "التنسيق" بحد ذاته (كإجراءات ورقية أو إلكترونية) لا يؤثر بشكل مباشر ومستقل على الجودة، ما لم يترجم إلى "استمرارية" حقيقية يشعر بها المريض والفريق، وإلى "عمل جماعي" فعال. هذه النتيجة لا تقلل من أهمية التنسيق، بل تضعه في سياقه الصحيح كآلية ممكنة وميسرة

للأبعاد الأخرى الأكثر تأثيرًا، وهو ما يتسق مع التحديات التي أظهرتها الدراسات النوعية كدراسة (Alharbi et al., 2022)، والتي تشير إلى أن التنسيق لا يزال يواجه تحديات إجرائية تمنعه من تحقيق أثره المستقل والكامل بعد.

خامساً: خلاصة نتائج الدراسة

بعد إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للبيانات التي تم جمعها ميدانياً، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الجوهرية التي تجيب عن تساؤلاتها، ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة كان مرتفعاً بشكل عام من وجهة نظر العاملين الصحيين، بمتوسط حسابي بلغ (3.81). وكان بُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" هو الأعلى تطبيقاً، بينما كان بُعد "تنسيق الرعاية" هو الأدنى، رغم وقوعه أيضاً ضمن المستوى المرتفع.
- كشفت النتائج عن أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في هذه المنشآت كان مرتفعاً بشكل عام، بمتوسط حسابي بلغ (3.82). وقد حاز بُعد "السلامة" على أعلى متوسط حسابي، بينما حصل بُعد "التوقيت المناسب" على أدنى متوسط حسابي، وكان هو البعد الوحيد الذي يقع في المستوى "المتوسط".
- أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباط موجبة وقوية جداً وذات دلالة إحصائية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط الكلي $(r=0.836)$.
- أكدت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لنموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده مجتمعة على جودة الخدمات الصحية. وقد استطاعت أبعاد النموذج مجتمعة تفسير ما نسبته (69.9%) من التباين الحاصل في جودة الخدمات الصحية، وهي نسبة تأثير عالية.

- على مستوى الأبعاد، أظهر التحليل أن ثلاثة أبعاد لها أثر إيجابي ومباشر وذي دلالة إحصائية على جودة الخدمات الصحية، مرتبة حسب قوة تأثيرها كما يلي: استمرارية الرعاية (الأقوى أثرًا)، ثم الرعاية المتمحورة حول المريض، ثم عمل الفرق متعددة التخصصات. في المقابل، لم يُظهر التحليل وجود أثر ذي دلالة إحصائية مستقلة لـ"تنسيق الرعاية" على جودة الخدمات الصحية في وجود الأبعاد الأخرى.

الفصل الخامس

استنتاجات الدراسة، توصياتها، مقترحاتها

- تمهيد
- استنتاجات الدراسة.
- توصيات الدراسة.
- مقترحات لدراسات مستقبلية.
- خاتمة الدراسة.

الفصل الخامس

استنتاجات الدراسة، وتوصياتها ومقترحاتها

تمهيد

يمثل هذا الفصل الختامي تنويجاً لمسار الدراسة البحثي، حيث يتم فيه استخلاص النتائج النهائية التي تم التوصل إليها في ضوء التحليل الميداني، وتحويلها إلى استنتاجات دقيقة. وبناءً على هذه الاستنتاجات، يقدم الفصل مجموعة من التوصيات العملية التي يمكن أن تسهم في تعزيز نقاط القوة ومعالجة جوانب القصور، وصولاً إلى طرح آفاق بحثية جديدة يمكن أن تشكل امتداداً للدراسة الحالية، ليُختتم المشوار بخلاصة شاملة تربط أجزاء الدراسة وتبرز إسهامها المعرفي.

أولاً: استنتاجات الدراسة

في ضوء نتائج التحليل الإحصائي التي تم عرضها ومناقشتها في الفصل الرابع، تم التوصل إلى الاستنتاجات الرئيسية التالية:

- إن تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة قد بلغ مرحلة متقدمة من النضج، حيث يُطبق بمستوى "مرتفع" من وجهة نظر العاملين الصحيين. ويُعد هذا مؤشراً إيجابياً يعكس جدية الجهود المبذولة في عملية التحول الصحي.
- توجد فجوة في مستوى تطبيق أبعاد النموذج المتكامل؛ ففي حين تحظى الأبعاد المرتبطة بالممارسة المباشرة مع المريض (الرعاية المتمحورة حوله واستمرارية الرعاية) بأعلى مستويات التطبيق، لا تزال الأبعاد التي تتطلب تكاملاً هيكلياً وإجرائياً أعمق (كتنسيق الرعاية وعمل الفرق) بحاجة إلى مزيد من الدعم والتحسين لتحقيق مستواها الأمثل.
- يتمتع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في هذه المنشآت بتقييم "مرتفع" بشكل عام، مع تميز واضح في الأبعاد الأساسية كالسلامة والعدالة والتركيز على المريض، مما يعكس وجود أساس متين من الممارسة المهنية الأخلاقية.

- يمثل بُعد "التوقيت المناسب (Timeliness)" الحلقة الأضعف في منظومة الجودة، حيث كان هو البُعد الوحيد الذي حصل على تقييم "متوسط"، مما يشير إلى أنه يمثل التحدي الأبرز الذي يواجه كلاً من مقدمي الخدمة ومتلقيها في قطاع الرعاية الأولية.
- توجد علاقة تأثيرية قوية جداً وموجبة بين تطبيق نموذج الرعاية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية. ويقدم هذا الاستنتاج دليلاً إحصائياً قاطعاً على أن النموذج ليس مجرد تغيير إداري، بل هو محرك أساسي وفعال للارتقاء بجودة الرعاية.
- إن الأثر الأكبر على جودة الخدمات الصحية ينبع بشكل مباشر من أبعاد "استمرارية الرعاية" و"الرعاية المتمحورة حول المريض"، مما يعني أن بناء علاقة ثقة مستمرة مع المريض وإشراكه كشريك في رعايته هما العاملان الأكثر حسماً في تحقيق الجودة المنشودة.

ثانياً: توصيات الدراسة

بناءً على الاستنتاجات السابقة، توصي الدراسة بما يلي:

- ضرورة المحافظة على المستوى المرتفع لتطبيق مبادئ "الرعاية المتمحورة حول المريض" و"استمرارية الرعاية" والبناء عليها.
 - الإجراء التنفيذي: تصميم وتطبيق أدوات قياس تجربة المريض (PREMs) بشكل دوري، واستخدام نتائجها لتقديم تغذية راجعة للفرق الصحية وتكريم المتميزين في تطبيق هذه المبادئ.
- تكثيف الجهود لتعزيز بُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" وتفعيل دوره.
 - الإجراء التنفيذي: تنظيم ورش عمل تدريبية مشتركة لجميع الفئات الصحية تركز على مهارات التواصل بين التخصصات وحل النزاعات وإدارة الحالات بشكل جماعي، مع تخصيص وقت محدد للاجتماعات الدورية القصيرة (Team Huddles) لمناقشة الحالات اليومية.

- معالجة التحديات التي تواجه بُعد "تنسيق الرعاية" لرفع مستوى فعاليته.
 - **الإجراء التنفيذي:** تفعيل وتوحيد أنظمة الإحالة الإلكترونية بشكل كامل بين جميع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات، مع وضع مؤشرات أداء واضحة لقياس سرعة ودقة استلام التغذية الراجعة عن المرضى المحالين.
- وضع خطة عمل عاجلة لتحسين بُعد "التوقيت المناسب" وتقليل فترات الانتظار.
 - **الإجراء التنفيذي:** إجراء دراسات لـ "هندسة العمليات (Process Mapping)" داخل المراكز لتحديد نقاط الاختناق في رحلة المريض، وتجربة نماذج مواعيد مرنة (مثل تخصيص أوقات للمواعيد العاجلة)، وتفعيل الحلول الرقمية كخدمات الاستشارة عن بعد للحالات غير الطارئة.
- الاستفادة من المستوى المرتفع في "السلامة" و"العدالة" لترسيخ ثقافة الجودة.
 - **الإجراء التنفيذي:** إنشاء منصة إلكترونية آمنة وسرية للإبلاغ عن الحوادث الوشيكة (Near Misses) بهدف التعلم منها ومنع تكرارها، ونشر تقارير دورية شفافة حول مؤشرات السلامة والعدالة لتعزيز ثقة المجتمع.
- تحسين مستوى "الكفاءة" من خلال تبني ممارسات ذكية.
 - **الإجراء التنفيذي:** تفعيل أنظمة دعم القرار السريري ضمن السجل الصحي الإلكتروني لتنبيه الأطباء حول الفحوصات المكررة أو التفاعلات الدوائية المحتملة، بما يساهم في ترشيد استخدام الموارد.
- تطوير برامج تدريبية مستمرة تركز على العلاقة بين التكامل والجودة.
 - **الإجراء التنفيذي:** تصميم حقائب تدريبية مبنية على نتائج هذه الدراسة، توضح للعاملين كيف أن ممارساتهم اليومية في تطبيق أبعاد التكامل تؤثر بشكل مباشر على أبعاد الجودة المختلفة.

- إشراك قادة الفرق الصحية (رؤساء الأقسام ومديري المراكز) بشكل مباشر في مسؤولية تطبيق النموذج.

○ الإجراء التنفيذي: ربط جزء من تقييم الأداء السنوي للقادة بمدى نجاحهم في تحقيق مؤشرات أداء مرتبطة بأبعاد الرعاية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية داخل فرقهم وأقسامهم.

ثالثاً: مقترحات الدراسة

امتداداً لهذه الدراسة، واستكمالاً للجهد البحثي في هذا المجال الحيوي، يقترح الباحث العناوين التالية كدراسات مستقبلية:

- أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على تجربة ورضا المرضى في منشآت الرعاية الأولية: دراسة من منظور المستفيدين. (لتقديم رؤية متكاملة من الطرف الآخر لعملية الرعاية).
- معوقات تحقيق التوقيت المناسب في تقديم الخدمات الصحية بمراكز الرعاية الأولية: دراسة نوعية تحليلية. (للتعمق في فهم أسباب المشكلة التي كشفت عنها هذه الدراسة وتقديم حلول جذرية لها).
- دراسة مقارنة لفعالية تطبيق نموذج الرعاية المتكاملة بين التجمعات الصحية المختلفة بالمملكة العربية السعودية. (لتحديد أفضل الممارسات والعوامل السياقية التي تؤثر على نجاح التطبيق).

رابعاً: خاتمة الدراسة

في ختام هذه المسيرة البحثية، التي انطلقت من محاولة فهم العلاقة المعقدة بين التحول الاستراتيجي نحو الرعاية المتكاملة وبين جوهر الغاية من أي نظام صحي وهي "الجودة"، يمكن القول بأن الدراسة قد نجحت في تقديم دليل علمي ملموس يؤكد على أن هذا التحول ليس مجرد تغيير في الهياكل، بل هو عملية ديناميكية ذات أثر إيجابي وقوي على جودة الخدمات الصحية في قطاع الرعاية الأولية. لقد أضاءت الدراسة على جوانب القوة التي يجب تعزيزها، وحددت مواطن

التحسين التي تتطلب اهتمامًا عاجلاً، مؤكدةً على أن استمرارية الرعاية والتمحور حول المريض هما جناحا النجاح لأي نموذج رعاية يطمح للتميز. ويأمل الباحث أن تشكل نتائج هذه الدراسة وتوصياتها لبنة تضاف إلى صرح المعرفة، وأن تكون أداة مفيدة في أيدي صناع القرار والقادة الصحيين في مسيرتهم الدؤوبة نحو تحقيق نظام صحي متكامل وعالي الجودة، بما ينسجم مع الطموحات الكبيرة لرؤية المملكة 2030.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. الأحمدى، حسن محمد، والحربي، فهد عبد الله. (2022). تحديات تطبيق طب الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية: مراجعة منهجية. *المجلة الصحية لشرق المتوسط*، 28(2)، 142-150.
2. برنامج تحول القطاع الصحي. (2021). وثيقة برنامج تحول القطاع الصحي. رؤية السعودية 2030. <https://www.vision2030.gov.sa/media/rc0b5g2p/hstp-document-ar.pdf>
3. الجوهاني، عبد الله، وقشق، رانيا. (2020). نظام الإحالة في مراكز الرعاية الصحية الأولية: دراسة مقطعية في المدينة المنورة، المملكة العربية السعودية. *المجلة الطبية لجامعة القاهرة*، 88(4)، 113-118.
4. الزعابي، فاطمة سالم علي، والظنحاني، بدرية عبيد. (2022). أثر جودة الخدمات الصحية الإلكترونية على رضا المرضى في المستشفيات الخاصة بإمارة الفجيرة. *المجلة الدولية للابتكار والإبداع والتغيير*، 16(9)، 340-361.
5. السبيعي، سعد إبراهيم. (2022). تحديات تطبيق الرعاية الصحية المتكاملة في دول مجلس التعاون الخليجي. *مجلة الخليج للإدارة الصحية*، 8(2)، 40-55.
6. الشمري، نواف عبد الكريم. (2022). دور الحوكمة السريرية في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في المستشفيات الكويتية. *مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية*، 48(186)، 73-104.
7. العتيبي، محمد فهد. (2023). معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية من وجهة نظر المديرين. *المجلة العربية للإدارة*، 43(1)، 109-128.

8. الغيث، تغريد. (2023). نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في المملكة العربية السعودية: تحليل الوضع الراهن والتحديات المستقبلية. *المجلة السعودية للإدارة والسياسات الصحية*, 5(1)، 14-29.
9. المالكي، فايز، والشهري، علي. (2022). دور برامج تمكين المرضى في تعزيز الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني. *مجلة جامعة أم القرى للعلوم الطبية التطبيقية*, 8(1)، 95-104.
10. المطيري، بدر صالح. (2022). قياس جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية باستخدام نموذج الفجوات (SERVQUAL): دراسة حالة في دولة الكويت. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية*, 28(3)، 50-71.
11. عبد العال، إيمان، والبحيري، محمد. (2023). واقع تطبيق متطلبات الرعاية الصحية المتكاملة وأثرها في جودة الخدمة الصحية: دراسة ميدانية على مستشفيات جامعة المنصورة. *المجلة المصرية للدراسات التجارية*, 47(3)، 215-244.

ثانياً: المراجع الأجنبية

12. Abo-Ali, E. A., Al-Qarni, A. A., & Al-Thumairi, A. A. (2022). The role of transformational leadership in improving the quality of health services in Saudi public hospitals. **Journal of Healthcare Quality Research**, 37(1), 1-11.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). **Care coordination**. AHRQ Publication No. 20-0025-EF.
14. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). **The six domains of health care quality**. Retrieved July 16, 2024, from <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
15. Al-Asmri, M., Al-Raddadi, R., Al-Ghamdi, S., Al-Shehri, A., & Al-Amri, A. (2020). Barriers to evidence-based practice implementation among primary care physicians in Saudi Arabia: A cross-sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, 9(1), 1-7.
16. Al-Awadh, A., Al-Zenki, S., Al-Mulla, F., & Al-Asfar, A. (2020). Integration of care for type 2 diabetes in Kuwait: A qualitative study of patients' and providers' perspectives. **BMC Health Services Research**, 20(1), 843. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05697-x>

17. Al-Aseeri, M., Al-Qahtani, A., Al-Shahrani, M., & Asiri, A. (2024). Patients' satisfaction with the new model of care in primary healthcare centers in Aseer region, Saudi Arabia. **Cureus**, 16(2), e54964. <https://doi.org/10.7759/cureus.54964>
18. Al-Dossary, R., Al-Ghamdi, S., & Al-Zahrani, F. (2021). Implementation of the new model of care in Saudi Arabia: A qualitative study of healthcare professionals' perspectives. **Journal of Health Policy and Sustainable Development**, 4(2), 1-12.
19. Al-Hanawi, M. K., Meprive, J., & Al-Sharqi, O. (2020). Patient satisfaction with primary health care services in Saudi Arabia: A systematic review. **Journal of Public Health**, 28(1), 1-12.
20. Alamer, F. M., Al-Mulhim, A. A., & Al-Ghanim, S. A. (2021). Readiness of primary healthcare providers for the implementation of the integrated model of care in the Eastern Province of Saudi Arabia. **Health Services and Managerial Epidemiology**, 8, 1-9.
21. Alenezi, A. (2023). Patients' experiences in primary healthcare centres implementing the new model of care in Saudi Arabia. **International Journal of Health Governance**, 28(3), 261-271.
22. Alghamdi, S. (2022). Quality of primary care during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study of patient experiences in Saudi Arabia. **BMC Primary Care**, 23(1), 164.
23. Alharbi, K., Al-Dossari, M., & Al-Otaibi, A. (2022). Barriers to the implementation of the new model of healthcare in primary care settings in Saudi Arabia: A qualitative study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, 11(8), 4467-4473.
24. Alkhulaiwi, B., Al-Ghanim, A., & Al-Shehri, A. (2020). Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh, Saudi Arabia. **Journal of Family and Community Medicine**, 27(2), 110-116.
25. Anker, D., DeParenti, D., & Valdmanis, V. (2021). Does the integration of health care services improve patient outcomes and reduce costs? A literature review. **Health Economics Review**, 11(1), 47.
26. Audet, A. M., Davis, K., & Schoen, C. (2021). The role of the patient-centered medical home in improving health care quality, outcomes, and value. **Journal of General Internal Medicine**, 36(Suppl 1), 74-79.
27. Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2022). Donabedian's lasting framework for health care quality. **The New England Journal of Medicine**, 386(22), 2085-2087.
28. Bloemhof, G., Glassman, J., & Holskey, E. (2021). Development, implementation and evaluation of a Professional Practice Model: A scoping review. **Journal of Advanced Nursing**, 77(12), 4919-4934.

29. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2021). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. **The Annals of Family Medicine**, 19(1), 4-6.
30. Borgermans, L., Marchal, Y., Busetto, L., Kalseth, J., Kasteng, F., & Suija, K. (2022). How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond. **International Journal of Integrated Care**, 22(3), 1.
31. Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., & Plough, A. (2022). **What is health equity? And what difference does a definition make?.** Robert Wood Johnson Foundation.
32. Coates, D., Pinfold, V., & Whittington, C. (2020). Integrated physical and mental healthcare: An overview of models and their evaluation findings. **The British Journal of Psychiatry**, 216(1), 4-6.
33. Evans, D. B., & Coker, R. (2020). **Health systems: A pragmatic approach.** Oxford University Press.
34. Gee, P. M., Greenwood, D. A., & Paterniti, D. A. (2021). The Chronic Care Model and connections to team-based care and self-management support. **The Diabetes Educator**, 47(1_suppl), 1S–12S.
35. Goodwin, N. (2022). Unpacking the design, implementation and uptake of community-integrated health care services: a critical realist synthesis. **BMJ Open**, 12(8), e059635.
36. Guthrie, B., Wyke, S., & Gallacher, K. (2021). Relational continuity of care in the UK: a research and policy challenge. **The Lancet**, 398(10296), 181-183.
37. Haggerty, J. L., Levesque, J. F., & Harris, M. F. (2021). Does continuity of care reduce emergency department use and hospitalizations in the elderly? A systematic review. **Canadian Family Physician**, 67(1), e11-e20.
38. Hwang, J., Kim, H., & Lee, Y. (2024). Effects of an integrated home-visiting nursing-care program on health outcomes for older adults with chronic diseases. **International Journal of Nursing Studies**, 151, 104675.
39. Institute for Healthcare Improvement. (2021). **Aim 4: Improve timeliness.** Retrieved July 16, 2024, from <https://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ImproveTimeliness.aspx>
40. Institute for Healthcare Improvement. (2022). **The IHI Triple Aim.** Retrieved July 16, 2024, from <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
41. Jilani, M. H., Javed, Z., & Yahya, T. (2023). Improving care transitions to reduce hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, 183(8), 1-10.

42. Kapur, A., & Rhee, K. (2022). Donabedian's legacy: The enduring framework for healthcare quality. **Journal of Healthcare Management**, 67(1), 1-5.
43. Kitson, A. L., Conroy, T., Kuluski, K., Meleis, A. I., & Tuckett, A. (2021). Reclaiming and redefining the fundamentals of care: A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, 122, 104022.
44. Krist, A. H., Kuzel, A. J., & Woolf, S. H. (2022). The impact of primary care practice transformation on patient experience. **The Annals of Family Medicine**, 20(1), 40-47.
45. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., & Roder-DeWan, S. (2020). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: a new framework for policy action. **The Lancet Global Health**, 8(11), e1395-e1405.
46. Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2020). Ten principles of good interdisciplinary team work. **Human Resources for Health**, 11(19).
47. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). **Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide**. The National Academies Press.
48. National Patient Safety Foundation. (2021). **A framework for safe, reliable, and effective care**. <https://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Framework-for-Safe-Reliable-and-Effective-Care.aspx>
49. OECD. (2023). **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. OECD Publishing.
50. Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2021). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. **Medical Care Research and Review**, 78(4), 351-379.
51. Salih, M. H., Al-Aqeel, S. A., & Al-Sultan, M. (2022). Challenges and opportunities for implementing the new model of care in primary healthcare centers in Saudi Arabia. **Journal of Family and Community Medicine**, 29(3), 781-790.
52. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2021). The role of patient-centred care in health systems. **The Lancet**, 398(10294), 2-4.
53. Shi, L., & Singh, D. A. (2023). **Delivering health care in America: A systems approach** (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
54. Stasha, S., T., M., & C., L. K. (2021). The impact of primary care quality on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, 40(1), 1-9.
55. Stöckl, A., Gächter, A., & Amelung, V. J. (2021). Integrated care in Austria: A qualitative study of the facilitators and barriers to implementation. **International Journal of Integrated Care**, 21(2), 16.

56. Tariq, M. I., & Khan, M. A. (2023). Total Quality Management in healthcare: A systematic review of implementation and challenges. **Journal of Health Organization and Management**, 37(1), 115-132.
57. The Commonwealth Fund. (2021). **Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries.** <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
58. Valentin, J. B., Søndergaard, J., & Larsen, P. V. (2020). Quality of care in a proactive and integrated care model for frail older adults in general practice: A population-based cohort study. **BMC Family Practice**, 21(1), 246.
59. Van der Rijt, R., Van den Bosch, K., & Wensing, M. (2022). The mechanisms and effects of interprofessional collaboration in primary care: A realist review. **BMJ Quality & Safety**, 31(5), 386-397.
60. Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2020). Defining patient experience. **Patient Experience Journal**, 1(1), 3-11.
61. Woodall, J. P., Pinfold, V., & Johnson, S. (2023). Integrating primary and secondary care for people with severe mental illness: A realist review. **The British Journal of Psychiatry**, 222(3), 104-114.
62. World Health Organization. (2015). **Framework on integrated, people-centred health services.** https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.1_eng.pdf
63. World Health Organization. (2018). **Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.** <https://iris.who.int/handle/10665/272465>
64. World Health Organization. (2021). **Integrated care models: An overview.** <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029315>
65. World Health Organization. (2022). **A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.** <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/vision.pdf>
66. World Health Organization. (2023). **Global patient safety report 2023.** <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074219>

قائمة الملاحق

ملحق

الاستبانة بصورتها النهائية



جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

ماجستير تخصص إدارة صحية

استبيان للتطبيق

الأخوة/ الكادر الوظيفي في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة حفظكم الله

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته،،، وبعد:

يقوم الباحث بنزول ميداني لتطبيق استبانة تتعلق ببحث علمي كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة الصحية لبحثه الموسوم بـ: " أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة". ونظراً لكونكم من الكادر الإداري والوظيفي في هذا القطاع. فإن الباحث يأمل من سيادتكم التكرم بالتعاون في الاستجابة عن فقرات هذا الاستبيان، وذلك باختيار البديل المناسب للإجابة عن كل فقرة بما تراه بأنه يتوافق مع واقع انطباقها أو توافرها لدى المنشأة التي تعمل فيها.

شاكراً سلفاً حُسن تعاونكم لما فيه خدمة البحث العلمي.

الباحث/ اسامة عبدالله تويم

القسم الأول: البيانات الديموغرافية

النوع الاجتماعي: ذكر ()، أنثى ().

المؤهل العلمي: دبلوم فأقل ()، بكالوريوس ()، ماجستير فأعلى ().

سنوات الخبرة: 5 سنوات فأقل ()، من 6-10 سنوات، أكثر من 10 سنوات.

القسم الثاني: محاور الدراسة

يرجى التكرم بتحديد درجة موافقتكم على العبارات التالية بوضع علامة (√) في الخانة التي تعكس رأيكم.

المحور الأول - تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة (المتغير المستقل)

يرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية التي تصف واقع تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في مركزكم، وذلك بوضع علامة (✓) في الخانة المناسبة.

المتغير/ البُعد/ العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البُعد الأول: تنسيق الرعاية					
1. تتم عمليات إحالة المرضى إلى المستويات الصحية الأعلى (المستشفيات) بسلاسة ووضوح.					
2. يتم تبادل المعلومات الضرورية حول حالة المريض بشكل فعال بيني وبين زملائي في التخصصات الأخرى.					
3. أتلقي تقارير متابعة واضحة (تغذية راجعة) عن المرضى الذين قمت بإحالتهم.					
4. يساهم السجل الصحي الإلكتروني في توحيد الخطة العلاجية للمريض وتجنب تكرار الإجراءات.					
البُعد الثاني: الرعاية المتمحورة حول المريض					
5. نحرص على إشراك المريض (وأسرته عند الحاجة) في اتخاذ القرارات المتعلقة بخطة العلاجية.					
6. نأخذ في الاعتبار التفضيلات والقيم الشخصية والثقافية للمريض عند تقديم الرعاية له.					
7. نشجع المرضى على طرح الأسئلة والتعبير عن مخاوفهم بحرية تامة.					
8. يتم دعم المرضى، خاصة ذوي الأمراض المزمنة، بالأدوات والمعرفة اللازمة لإدارة حالتهم الصحية ذاتيًا.					
البُعد الثالث: عمل الفرق متعددة التخصصات					
9. يوجد تواصل منظم وفعال بيني وبين أعضاء الفريق الصحي من مختلف التخصصات (تمريض، صيدلة، إلخ).					
10. نعمل كفريق واحد لوضع أهداف علاجية مشتركة للمرضى الذين تتطلب حالتهم ذلك.					
11. هناك احترام متبادل للآراء والخبرات بين جميع أعضاء الفريق الصحي.					
12. تُعقد اجتماعات دورية لمناقشة الحالات المعقدة ووضع خطط رعاية جماعية.					
البُعد الرابع: استمرارية الرعاية					

					13. يمكنني الوصول بسهولة إلى التاريخ المرضي الكامل والمُحدَّث للمريض من خلال السجل الصحي الإلكتروني.
					14. تتم متابعة الحالات المزمنة وفق خطط علاجية متناسقة ومستمرة على المدى الطويل.
					15. يشعر المرضى بوجود علاقة مستمرة ومبنية على الثقة مع فريق الرعاية في المركز.
					16. يتم ضمان استمرارية الرعاية للمريض حتى بعد إحالته أو خروجه من المستشفى وعودته للمركز.

المحور الثاني - جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع)

يرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية التي تصف مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مركزكم.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتغير/ البُعد/ العبارة
					البُعد الأول: الفعالية (Effectiveness)
					17. تستند الإجراءات والقرارات الطبية التي نتخذها إلى أحدث الأدلة والبراهين العلمية.
					18. تركز الخدمات التي نقدمها على الوقاية وتعزيز الصحة بقدر تركيزها على العلاج.
					19. نلاحظ تحسناً ملموساً في النتائج الصحية للمرضى الذين نتابعهم.
					20. يحصل المرضى على كافة الفحوصات والعلاجات الضرورية لحالتهم دون تقصير أو نقص.
					البُعد الثاني: السلامة (Safety)
					21. توجد إجراءات واضحة للتحقق من الأدوية وتجنب الأخطاء الدوائية.
					22. يتم الالتزام بشكل صارم بسياسات مكافحة العدوى داخل المركز.
					23. يشعر العاملون بالأمان عند الإبلاغ عن الأخطاء المحتملة أو التي كادت أن تقع بهدف التعلم منها.
					24. يتم التأكد من هوية المريض بشكل دقيق قبل إجراء أي فحص أو تدخل علاجي.
					البُعد الثالث: التركيز على المريض (Patient-Centeredness)

					25. يعبر المرضى بشكل عام عن رضاهم عن الطريقة التي يتم التعامل بها معهم.
					26. يتم تقديم الرعاية للمرضى في بيئة تحفظ خصوصيتهم وكرامتهم.
					27. يتم الاستماع بعناية لشكاوى المرضى وملاحظاتهم والتعامل معها بجدية.
					28. يتلقى المرضى شرحًا واضحًا ومفهومًا لنتائج فحوصاتهم وخططهم العلاجية.
					البُعد الرابع: التوقيت المناسب (Timeliness)
					29. يتمكن المرضى من الحصول على المواعيد الطبية خلال فترة زمنية معقولة.
					30. لا يضطر المرضى للانتظار طويلًا في المركز قبل رؤية الطبيب أو مقدم الخدمة.
					31. يتم تقديم الخدمات التشخيصية (مثل التحاليل) وإظهار نتائجها دون تأخير غير مبرر.
					البُعد الخامس: الكفاءة (Efficiency)
					32. يتم استخدام الموارد والتجهيزات المتاحة في المركز على النحو الأمثل.
					33. تُبذل جهود لتجنب تكرار الفحوصات والإجراءات غير الضرورية للمرضى.
					34. يتم تنظيم سير العمل بطريقة تقلل من الهدر في الوقت والجهد.
					البُعد السادس: العدالة (Equity)
					35. يحصل جميع المرضى على نفس المستوى من جودة الرعاية بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية أو التعليمية.
					36. يتم توفير الخدمات لجميع المرضى دون أي تمييز.
					37. يسهل الوصول إلى خدمات المركز من قبل جميع فئات المجتمع، بمن فيهم كبار السن وذوو الإعاقة.
					38. يتم التعامل مع جميع المرضى بإنصاف واحترام متساوٍ.

Study Summary

The Impact of Implementing the Integrated Healthcare Model on the Quality of Health Services in Primary Healthcare Facilities in Makkah Region

Prepared by: Osama Abdullah Ahmed Twaim

Abstract

This study primarily aimed to assess the impact of implementing the **Integrated Healthcare Model** (with its four dimensions: care coordination, patient-centered care, multidisciplinary team work, and continuity of care) on the **Quality of Health Services** (with its six dimensions: effectiveness, safety, patient-centeredness, timeliness, efficiency, and equity) in primary healthcare facilities in Makkah Region, from the perspective of healthcare professionals.

The study adopted a **descriptive-analytical approach** to describe the existing phenomenon and analyze data to understand the relationships between variables and test hypotheses. A specialized questionnaire was developed to collect primary data, consisting of two main sections: the first measuring the implementation of the Integrated Healthcare Model (16 statements), and the second measuring the quality of health services (22 statements), both using a five-point Likert scale. The validity and reliability of the instrument were confirmed through expert judgment, construct validity, and Cronbach's Alpha coefficient, demonstrating high levels of validity and reliability.

The study population included all healthcare professionals in primary healthcare facilities in Makkah Region. A stratified random sample of **338 individuals** was selected to ensure comprehensive representation of various job categories. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The analysis included descriptive statistics (means and standard deviations) to answer descriptive research questions, Pearson correlation coefficient to measure the strength of relationships between variables, and multiple linear regression analysis to test hypotheses and measure the impact.

The study yielded several key findings, notably:

- The level of implementation of the **Integrated Healthcare Model** and the level of **Quality of Health Services** were generally rated as "**high**" by the study sample.
- "**Patient-centered care**" was found to be the most highly implemented dimension within the Integrated Healthcare Model, while "**Safety**" received the highest quality rating among the service quality dimensions. Conversely, "**care coordination**" was the least implemented dimension, and "**timeliness**" was rated as having the lowest quality.

- The study confirmed a **strong, positive, and statistically significant correlation** ($r=0.836$) between the implementation of the Integrated Healthcare Model and the quality of health services.
- Regression analysis results confirmed a **positive and statistically significant impact** of the Integrated Healthcare Model on the quality of health services, with the model's dimensions collectively explaining **69.9%** of the variance in quality levels.
- **"Continuity of care," "patient-centered care," and "multidisciplinary team work"** were identified as the most direct and independently influential dimensions on the quality of health services.

Based on these findings, the study recommended intensifying efforts to strengthen dimensions requiring deeper structural integration, such as **"care coordination"** and **"multidisciplinary team work,"** through activating electronic referral systems and conducting joint training workshops. It also recommended developing an urgent action plan to improve **"timeliness"** through process re-engineering and adopting digital solutions, while emphasizing the importance of building upon the strengths of **"continuity of care"** and **"patient-centered care"** as key drivers of quality.

Keywords: Integrated Healthcare Model, Quality of Health Services, Primary Healthcare, Health Transformation, Makkah Region.

The Impact of Implementing the Integrated Healthcare Model on the Quality of Health Services in Primary Healthcare Facilities in Makkah Region

Prepared by:

Osama Abdullah Ahmed Twaim

University ID: 243001427

Supervised by

Prof. Dr. Al-Faisal Abdul Hamid

Prof. Faiz Ali Jarad

Academic Year

2025