

خطة بحث بعنوان

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

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

إعداد الطالب:

أسامة عبدالله أحمد تويم

الرقم الأكاديمي: 243001427

إشراف/

أ.د. الفصيل عبد الحميد محمد

أ.د. فايز علي جراد

العام الجامعي

2025

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 أيضًا 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 نموًا سكانيًا متسارعًا وتنوعًا في الاحتياجات الصحية، ميدانًا حيويًا 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:

يندرج 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 بدلًا 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، ومتقف 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 (Kishk, 2020, & Al-Juhani, 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.

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 إطارًا مفاهيميًا ومنهجيًا 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 صناع 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 التكاملية 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.

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:

1. 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؟
2. 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؟
3. هل توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة؟
4. 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 لبُعد "تنسيق الرعاية" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" في جودة الخدمات الصحية؟
 - هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد "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:

1. التعرف على مستوى تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة بأبعاده المختلفة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.
2. تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها المتعددة في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة.
3. الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة.
4. 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.

فرضيات الدراسة

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

- الفرضية الرئيسية (H_1): 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 (aH_1): يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لُبعد "تنسيق الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.
- الفرضية الفرعية الثانية (bH_1): يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لُبعد "الرعاية المتمحورة حول المريض" على جودة الخدمات الصحية.
- الفرضية الفرعية الثالثة (cH_1): يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لُبعد "عمل الفرق متعددة التخصصات" على جودة الخدمات الصحية.
- الفرضية الفرعية الرابعة (dH_1): يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) لُبعد "استمرارية الرعاية" على جودة الخدمات الصحية.

الدراسات السابقة:

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 طوليًا، 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. وبينت 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 اتساقًا 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 هدفًا 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) مريضًا مسنًا تم تحديدهم على أنهم ضعفاء. وأظهرت النتائج أن المرضى ضمن النموذج المتكامل أظهروا استمرارية أعلى في الرعاية مع طبيبيهم 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.

المنطلقات النظرية للدراسة:

يؤسس هذا الجزء 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 يحدث 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 سلاسة 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 الأحمد 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.

منهجية وطريقة الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة

ستعتمد الدراسة **المنهج الوصفي التحليلي**، وذلك لملاءمته لطبيعة البحث الذي يهدف إلى وصف وتحليل أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية في منشآت الرعاية الأولية بمنطقة مكة المكرمة. سيسهم هذا المنهج في جمع البيانات حول المتغيرات المختلفة وتحديد العلاقات بينها لوصف الظاهرة المدروسة وتحليلها.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

سيكون **مجتمع الدراسة** من جميع مقدمي الخدمات الصحية (أطباء، ممرضين، فنيين صحيين، إداريين) في منشآت الرعاية الأولية الحكومية بمنطقة مكة المكرمة.

عينة الدراسة

ستُسحب **عينة طبقية عشوائية** من مجتمع الدراسة، مع الأخذ في الاعتبار التمثيل المناسب لمختلف فئات مقدمي الخدمات الصحية والمنشآت الصحية الأولية في المنطقة. سيتم تحديد حجم العينة باستخدام معادلات إحصائية مناسبة تضمن تمثيلاً جيداً للمجتمع الأصلي، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة التوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية.

ثالثاً: أداة الدراسة

ستُستخدم **استبانة** كأداة رئيسية لجمع البيانات، وسيتم تصميم هذه الاستبانة بناءً على الإطار النظري للدراسة والأدبيات السابقة ذات الصلة. ستتضمن الاستبانة محاور تغطي أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة وجودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى البيانات الديموغرافية للمشاركين.

التحقق من صدق وثبات الأداة

1. الصدق:

- **الصدق الظاهري (Validity Face):** سيتم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال الرعاية الصحية وإحصاءات البحوث،

وذلك لإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول وضوح الصياغة، ومناسبة البنود لأهداف الدراسة، ومدى تغطيتها لموضوع الدراسة. سيتم تعديل الاستبانة بناءً على ملاحظاتهم.

- **صدق المحتوى (Content Validity):** سيتم التأكد من أن بنود الاستبانة تغطي جميع جوانب الظاهرة المدروسة وأنها تعكس الأبعاد المختلفة للمتغيرات.
- **الصدق البنائي (Construct Validity):** سيتم تحليل استجابات عينة استطلاعية (Pilot Study) باستخدام التحليل العاملي (Factor Analysis) للتأكد من أن الأداة تقيس المفاهيم التي صممت لقياسها.

2. الثبات:

- **طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency):** سيتم حساب معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لأداة الدراسة ككل وللمحاور الفرعية، وذلك للتأكد من اتساق الأداة وثباتها. ستُجرى هذه العملية على عينة استطلاعية مستقلة من مجتمع الدراسة وقبل التطبيق النهائي.

رابعاً: إجراءات الدراسة

ستتبع الدراسة الإجراءات التالية:

1. جمع البيانات:

- سيتم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من الجهات ذات العلاقة (مثل وزارة الصحة والمديريات الصحية بمنطقة مكة المكرمة) قبل البدء في جمع البيانات.
- سيتم تدريب الباحثين الماعدين (إن وجدوا) على كيفية تطبيق الاستبانة وشرحها للمشاركين لضمان توحيد إجراءات جمع البيانات.
- ستوزع الاستبانات على أفراد العينة المستهدفة في منشآت الرعاية الأولية.
- سيتم توضيح أهداف الدراسة للمشاركين وضمان سرية بياناتهم واستخدامها للأغراض البحثية فقط، مع التأكيد على حقهم في الانسحاب من الدراسة في أي وقت.
- سيتم متابعة جمع الاستبانات بشكل دوري لضمان أعلى نسبة استجابة ممكنة.

2. التحليل:

- بعد جمع الاستبانات، سيتم مراجعتها وتدقيقها للتأكد من اكتمالها ودقتها.
- ستُفرغ البيانات في برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) أو ما يعادله.
- سيتم إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة وفقاً لأهداف الدراسة وأسئلتها.

3. التفسير:

- سيتم تفسير النتائج الإحصائية في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- سيتم ربط النتائج بالهدف العام للدراسة وتحليل دلالاتها وتضميناتها.
- ستُستخلص التوصيات بناءً على النتائج والتفسيرات النهائية.

خامساً: الأساليب الإحصائية التي ستستخدمها الدراسة

سيتم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، وتشمل ما يلي:

1. التحليل الوصفي:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة ووصف استجابات المشاركين على بنود الاستبانة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لوصف متوسطات استجابات المشاركين على محاور الدراسة وتشتتها.

2. التحليل الاستدلالي:

- اختبار "ت" (T-test): لمقارنة الفروق بين متوسطات مجموعتين مستقلتين (على سبيل المثال، مقارنة جودة الخدمات الصحية بين الذكور والإناث).
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA): لمقارنة الفروق بين متوسطات ثلاث مجموعات أو أكثر (على سبيل المثال، مقارنة جودة الخدمات الصحية بين الفئات العمرية المختلفة).

○ معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لقياس قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرات الكمية (على سبيل المثال، العلاقة بين أبعاد تطبيق الرعاية المتكاملة وجودة الخدمات).

○ تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis): لتحديد مدى مساهمة أبعاد نموذج الرعاية الصحية المتكاملة في التنبؤ بجودة الخدمات الصحية.

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية (العلمية)

ستقتصر هذه الدراسة على قياس أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة على جودة الخدمات الصحية فقط، دون التطرق إلى أبعاد أخرى قد تؤثر على جودة الخدمات مثل البنية التحتية للمنشآت أو حجم التمويل المخصص لها، إلا ما ورد ذكره في أدوات الدراسة، وستركز على وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية.

الحدود المكانية

ستُطبق الدراسة على منشآت الرعاية الأولية الحكومية الواقعة في منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية، ولا يمكن تعميم النتائج بشكل مباشر على منشآت الرعاية الأولية في مناطق أخرى أو على القطاع الخاص.

الحدود البشرية

ستتخصص عينة الدراسة في مقدمي الخدمات الصحية (أطباء، ممرضين، فنيين صحيين، إداريين) العاملين في منشآت الرعاية الأولية الحكومية بمنطقة مكة المكرمة، ولن تشمل آراء المستفيدين من الخدمات الصحية.

الحدود الزمنية

سُجّرت الدراسة وتُجمع بياناتها خلال شهر يوليو 2025م، بإذن الله تعالى. وقد لا تعكس النتائج التغيرات التي قد تطرأ على تطبيق نموذج الرعاية الصحية المتكاملة أو جودة الخدمات بعد هذه الفترة.

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:

1. 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.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). **Care coordination**. AHRQ Publication No. 20-0025-EF.
3. 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>
4. 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.
5. 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>

6. 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>
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2022). Donabedian's lasting framework for health care quality. **The New England Journal of Medicine**, 386(22), 2085-2087.
17. 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.
18. 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.