MHJ
LUMORA JOURNALS

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية

المجلد 1، العدد 1 (2025) · e-ISSN 3152-8775

بحث أصيل · DOI: غير مسجل

جلسات إعادة تأهيل مسجلة للقطاع الخاص فيما يتعلق بالحالات في شمال المملكة العربية السعودية: تحليل استكشافي موحد لفئة الكتاب السنوي لوزارة الصحة لعام 2024

أدريانا ناتالي[1،*]، أفتاب أحمد ميرزا بيج[2]، أحمد جافيد الأب[3]، أحمد رضا أصغري أشتياني[4]، أحمد أمين العمري[5]

تاريخ التقديم	تاريخ القبول	تاريخ النشر
6 يناير 2025	20 يناير 2025	30 يناير 2025

[1] كلية الطب بجامعة كنتاكي، ليكسينغتون، الولايات المتحدة

[2] جامعة داو للعلوم الصحية، كراتشي، باكستان

[3] مستشفيات أبولو، سريناجار، الهند

[4] أستاذ مساعد جامعة زاهدان للعلوم الطبية، زاهدان، إيران

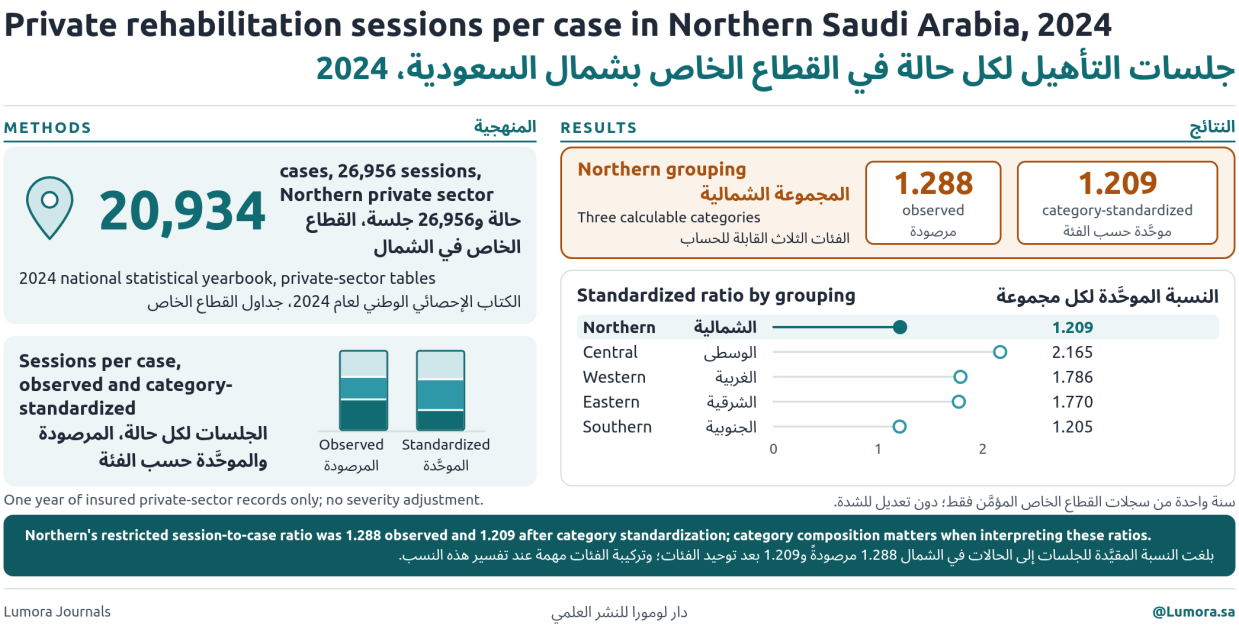
[5] كلية الطب بوجدة / مستشفى محمد السادس الجامعي بوجدة / جامعة محمد الأول بوجدة، وجدة، المغرب

* المراسلة: fatemalumora@gmail.com

النسخة العربية: ترجمة بمساعدة الآلة للنسخة الإنجليزية المقبولة، وراجعها مراجع ثنائي اللغة. عند أي اختلاف تُعتمد النسخة الإنجليزية.

للاستشهاد: أدريانا ناتالي، أفتاب أحمد ميرزا بيج، أحمد جافيد الأب، أحمد رضا أصغري أشتياني، أحمد أمين العمري. جلسات إعادة تأهيل مسجلة للقطاع الخاص فيما يتعلق بالحالات في شمال المملكة العربية السعودية: تحليل استكشافي موحد لفئة الكتاب السنوي لوزارة الصحة لعام 2024. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. MHJ-2026-000326:(1)1;2025. © المؤلفون. منشور بنظام الوصول المفتوح بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف 4.0 الدولية (CC BY 4.0)، https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

الملخص الرسومي



الملخص الرسومي: بلغت النسبة المقيَّدة للجلسات إلى الحالات في الشمال 1.288 مرصودةً و1.209 بعد توحيد الفئات؛ وتركيبة الفئات مهمة عند تفسير هذه النسب. صمّمه فريق الإنتاج في دار لومورا للنشر العلمي باستخدام HTML/SVG مكتوب يدويًا ومعروض في Google Chrome.

الملخص

خلفية: تحتوي جداول خدمة إعادة التأهيل السنوية على عدد الحالات والجلسات عبر فئات الخدمة غير المتجانسة. يمكن أن تصف نسبتهم النشاط المسجل ، ولكن ليس بالضرورة متوسط عدد الجلسات التي يتلقاها المريض الفردي. ويمكن أن يؤثر تكوين الفئات أيضا على المقارنات الإقليمية. درسنا المجموعة التحليلية الشمالية مع الحفاظ على جميع المناطق الإدارية السعودية الثلاثة عشر كمقارنات.

الطرق: أعدنا بناء التعدادات المبلغ عنها في الحولية الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2024 الجداول 47-4 و 48-4 (إعادة تأهيل القطاع الخاص؛ المصدر: مجلس التأمين الصحي). وتم الإبقاء على المناطق الإدارية ودمجها في خمس مجموعات تحليلية. قمنا بحساب إجمالي نسب الجلسة إلى الحالة ونسبة مقيدة باستخدام العلاج الطبيعي وتقويم العظام / الأطراف الاصطناعية وغيرها من الخدمات. ويستخدم التوحيد القياسي توزيع الحالات الوطنية عبر هذه الفئات الثلاث كأوزان مشتركة؛ أما الأوزان المتساوية والمعيار الذي لا يشمل الفئة "الأخرى" فهو تحليل الحساسية. تم الاحتفاظ بالعلاج المهني والسمع / الكلام / البلع بشكل وصفي ولكن تم استبعاده من التوحيد لأن بعض القواسم الإقليمية كانت صفرية. التحليل استكشافي ؛ تم فحص المصدر قبل كتابة الخطة. ولم يُدّعَ وجود أي صلة بين المرضي أو تعديل الشدة السريرية أو استدلال أخذ العينات.

النتائج: سجلت المنطقة الشمالية 20,934 حالة و26,956 جلسة (النسبة الإجمالية للجلسات إلى الحالات 1.288). وعبر فئات التوحيد المعياري الثلاث المؤهلة، سجلت 20,924 حالة و26,944 جلسة، لتبلغ النسبة المقيدة المرصودة 1.288

والنسبة الموحدة بحسب الفئة 1.209. وبلغت النسب الموحدة للمناطق الإدارية في المجموعة الشمالية 1.215 في تبوك، و1.142 في حائل، و1.247 في الحدود الشمالية، و1.163 في الجوف. وبلغت النسب الموحدة للمجموعات الخمس 2.165 في الوسطى، و1.786 في الغربية، و1.770 في الشرقية، و1.205 في الجنوبية. وعند استخدام أوزان متساوية، بلغت النسبة الموحدة للمنطقة الشمالية 1.200.

الاستنتاجات: يساهم تكوين الفئة في تفسير نسب جلسات القطاع الخاص المسجلة لكل حالة، لكن التوحيد لا يحدد الحاجة السريرية أو جرعة العلاج المناسبة أو تعافي المريض أو جودة الخدمة، ولا تصف النتائج وزارة الصحة أو أي نشاط حكومي آخر لإعادة التأهيل.

الكلمات المفتاحية: إعادة التأهيل؛ طرق العلاج الطبيعي؛ استخدام المرافق والخدمات؛ إدارة الخدمات الصحية؛ المملكة العربية السعودية

المقدمة

تستجيب خدمات إعادة التأهيل لمجموعة واسعة من القيود الوظيفية والظروف السريرية. ويمكن أن تشمل تقاريرهم الإدارية العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، وخدمات السمع/الكلام/الابتلاع، وتقويم العظام/الأطراف الاصطناعية، وفئات أخرى. تمثل هذه الفئات أشكالًا مختلفة من الرعاية وقد يكون لها أنماط مختلفة من الحضور المتكرر. ومن ثم، فإن عد الحالات المسجلة وعدد الجلسات المسجلة يوفران وصفا تكميليا. ولا يكون الجمع بينها في نسبة مفيدا إلا عندما تكون وحدات العد وفترة الإبلاغ وتكوين الفئات واضحة. وبدون هذا التوضيح، يمكن الخلط بين النسبة الإدارية وبين مقياس على مستوى المريض لكثافة العلاج أو جودته.

تتناول الأدبيات السعودية لإعادة التأهيل القوى العاملة وتقديم الخدمات والإحالة ومزيج الحالات السريرية من عدة وجهات نظر. يقدم تحليل منشور لإعادة تأهيل القوى العاملة العرض والطلب سياق القدرات ذات الصلة المباشرة [1]. تصف دراسات تقديم خدمات الوذمة اللمفية ، ومهنة العلاج المهني وإعادة التأهيل القلبي أو الرئوي التنظيم والتنفيذ المتخصص [2–6]. وتساعد هذه المصادر في تفسير السبب في أن فئات الخدمات الإجمالية غير قابلة للتبادل. وهي لا تثبت أن التعدادات السنوية يمكن أن تقيس الاحتياجات غير الملباة أو مدى كفاية العلاج. ولهذا الغرض، سيكون من الضروري تقديم معلومات عن السكان المؤهلين، والوضع الوظيفي، ومسارات الإحالة، والنتائج.

يعتمد استخدام إعادة التأهيل أيضًا على كيفية دخول الحالات والخروج من الخدمة. وقد فحصت المنشورات السعودية حالات تأخر التصريف في مركز إعادة التأهيل من الدرجة الثالثة ، وتحقيق هدف العلاج الوظيفي للسكتة الدماغية ، والنتائج الوظيفية المرتبطة بالعمر وإعادة تأهيل السرطان [7–10]. قد تنطوي هذه الإعدادات السريرية على فترات ومستويات مختلفة من الرعاية. ولا يمكن نقل النتائج التي توصلوا إليها مباشرة إلى جدول وطني تكون فيه "الحالة" و"الجلسة" حقلين مجمعين غير

مترابطين. ومع ذلك، فإنها تبين السبب في ضرورة النظر في وجود اختلاف إقليمي في الجلسات المسجلة بالنسبة للحالات كوصف للخدمة بدلاً من تفسيره على أنه اختلاف في جرعة الشفاء أو العلاج الفردية.

يوفر الكتاب السنوي لوزارة الصحة مصدرًا عامًا يمكن إعادة بنائه باستخدام خرائط واضحة لصفوف المصدر وفحوصات حسابية. أما جداول القطاع الخاص، التي جمعت من سجلات مجلس التأمين الصحي، فتبلغ عن كل من حالات إعادة التأهيل والدورات حسب المنطقة الإدارية؛ يتم الإبلاغ عن نشاط وزارة الصحة حسب مجموعة الصحة ونشاط الحكومة الأخرى حسب الوكالة. ويسمح هذا الهيكل بإجراء مقارنة بين النسب الإجمالية وتوحيد محدود لتكوين الفئات المسجلة. وهو لا يوفر معرفات فردية للمريض أو تشخيصات أو أهداف علاجية أو شدة أو أطوال حلقة أو نتائج وظيفية. وبناء على ذلك، فإن المقياس الموحد في هذه الدراسة يوصف عمدا بأنه معيار للفئات. تشير كلمة "مزيج الحالات" إلى مزيج من فئات الخدمات المبلغ عنها ولا تستخدم كزعم بأن الشدة السريرية أو الحاجة قد تم تعديلها.

وتضم المجموعة التحليلية الشمالية تبوك وحائل والحدود الشمالية والجوف. وتكتسي مجاميعها مجتمعة أهمية كموجز جغرافي واحد، ولكن الاختلافات داخل تلك المجموعة تظل واضحة في النتائج الإدارية - الإقليمية. وتحتفظ الدراسة بجميع المناطق الثلاث عشرة كأساس للمقارنة، بما في ذلك المناطق التي تنتمي إلى المجموعات التحليلية الأربع الأخرى. هذا يتجنب تفسير النشاط الشمالي في عزلة ويسمح للقارئ برؤية كيفية ضغط المجموعة الواسعة لتوزيعات الفئات المحلية المختلفة. اتفاقية المناطق الخمس هي مجموعة تحليلية منسوبة، وليست بديلاً عن الحدود الإدارية الرسمية للمملكة العربية السعودية.

وللدراسة ثلاثة أهداف ذات صلة. أولاً ، يعيد بناء التعدادات الوطنية والإقليمية المنشورة من الجدولين. ثانياً، يصف التقرير النسبة الإجمالية للجلسات إلى الحالات في الشمال والنسبة المقيدة للفئات ذات القواسم الإيجابية في جميع أنحاء مجموعة بيانات المناطق الإدارية. وثالثا، يقارن هذا المعدل الملاحظ المحدود بمعدل موحد لتوزيع الفئات الوطنية المشتركة. المقارنة وصفية ؛ لم تكن هناك عتبة سريرية للجلسات المناسبة لكل مريض متاحة ، ولم يتم افتراض أي منها.

ويتداخل منشوران جزئياً مع هذا الموضوع. فحص تحليل طولي لحوليات وزارة الصحة للفترة 2016-2024 الاتجاهات الإقليمية في ثمانية مؤشرات للقدرات والاستخدام ، ولم يتعلق أي منها بإعادة التأهيل أو خدمات القطاع الخاص [11]. وصفت دراسة وطنية لجداول إعادة تأهيل الكتاب السنوي 2023-2024 لقاءات حسب التخصص والمنطقة والقطاع والفئة العمرية للأطفال ، مع التركيز على أمراض النطق واللغة والسمع [12]. ولم تربط أيٌّ من الدراستين الجلسات بالحالات، ولم تفحص كيف يؤثر تكوين الفئات في هذه العلاقة، وهو محور هذا المقال. وتوجّه مبادئ STROBE وRECORD الإبلاغ عن اختيار المصادر وتعريفات البيانات ومعالجتها وحدودها [13,14].

الطرق

دراسة التصميم والحفاظ على المصدر

هذا هو إعادة تحليل البيانات الإدارية الوصفية من التعدادات المسجلة كاملة ممثلة في الجداول الكتاب السنوي المحدد. تم تنزيل الكتاب الإحصائي السنوي الرسمي لعام 2024 من موقع وزارة الصحة السعودية واحتفظ به كملف أصلي. كانت خوارزمية هاش الآمنة المسجلة مع هضم 256 بت (SHA256) هي 959a27fbe4a7ef7b5726c679303d3251aea8b638370289b8d055705e53ea2649. ووفر الجدول 47-4 عدد الحالات في القطاع الخاص وعدد الجلسات في القطاع الخاص في الجدول 48-4؛ ويسمي كلا الجدولين مجلس التأمين الصحي كمصدر لهما. وتحافظ صادرات الصف المصدري على العلاقة بين قيود المصنفات وتعيينات المناطق الإدارية والنواتج التحليلية، مما يسمح بالتفتيش على إعادة البناء بشكل مستقل. ويستشهد المصنف الأساسي كمصدر تحليلي [15]. توفر التعريفات الإحصائية الوطنية العامة السياق الإداري دون حل كل قاعدة عد محددة الجدول [16].

وجرى تحليل جداول القطاع الخاص لأنها جداول إعادة التأهيل الوحيدة في الحولية التي تبين الحالات والجلسات حسب المنطقة الإدارية. ويقوم جدول وزارة الصحة (الجدول 44-4) بالإبلاغ عن الحالات حسب المجموعات الصحية بدون جلسات، بينما يقوم الجدول الحكومي الآخر (الجدول 46-4) بالإبلاغ عن النشاط حسب الوكالة وليس حسب المنطقة، مع عدم اكتمال عدد الجلسات. وقد أُبلغ عن مجاميع هذين الجدولين لأغراض السياق فقط. ولهذا الغرض، تم تعيين مجموعات صحية للمناطق الإدارية بالاسم؛ على سبيل المثال، تم تعيين مجموعة بيشاه إلى عسير ومجموعة القريات إلى الجوف.

تم استعراض المصدر قبل صياغة خطة التحليل الكتابي، لذلك تم تحديد الفئات المتاحة للتوحيد، والتركيز الجغرافي وجدوى الحسابات بعد رؤية هيكل المصدر. ولذلك فإن العمل استكشافي وليس مقارنة تأكيدية مسجلة في المستقبل.

لم يتم تجنيد أي شخص، ولم يتم تعيين أي استراتيجية علاجية. الملاحظات التحليلية هي المناطق الإدارية ومجاميع فئة الخدمة المبلغ عنها ، وليس عينة من المشاركين السريريين. ولا تحدد الجداول ما إذا كانت الحالة حالة فردية فريدة أو حالة طارئة أو وحدة إبلاغ أخرى، ولذلك يُحتفظ بـ "الحالة" كعلامة إدارية للمصدر ولا تُترجم إلى "مريض".

الفئات والقواسم والمعلومات الناقصة

وكانت فئات المصادر الخمس هي العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، والسمع/الكلام/الابتلاع، وتقويم العظام/الأطراف الاصطناعية، وغير ذلك من الخدمات. تم الاحتفاظ بكل فئة في الاستخراج الوصفي إلى جانب إجمالي حقول الحالة والجلسة. لقد تحققنا من أن المكونات تتوافق مع مجاميع مصادرها. تم الحفاظ على الصفر المسجل كصفر ولم يتم إعادة تسميته تلقائيًا على أنه مفقود أو كدليل على أن السكان الجغرافيين ليس لديهم حاجة سريرية. وعلى وجه الخصوص، لا يمكن لفئة ليس لها حالات مسجلة أن توفر نسبة محددة من الجلسات إلى الحالات من أجل التوحيد بمجرد منحها قيمة تعسفية.

ويمكن أن تتعلق أعداد الجلسات السنوية بالرعاية المستمرة التي بدأت في فترة سابقة، في حين يمكن أن تستخدم أعداد الحالات السنوية قاعدة أخرى للتحقق. لا تحتوي الجداول على تواريخ حلقات مرتبطة تحل هذه المشكلة. وبالتالي فإن النسبة المحسوبة هنا هي عدد الجلسات المبلغ عنها مقسومة على عدد الحالات المسجلة في الفئة الجغرافية المقابلة. لا يتم التأكيد على أن يكون متوسط عدد الجلسات الفردية المستلمة. يتطلب المريض الحقيقي أو متوسط الحلقة أن تكون الجلسات مرتبطة بنفس المجموعة المحددة من الحالات وأن يتم ملاحظتها على مدى فترة زمنية متناسقة بشكل مناسب.

لا يحتوي المصدر على التشخيص السريري أو ضعف خط الأساس أو الأهداف الوظيفية أو سبب الإحالة أو مدة العلاج أو حالة الخروج من الخدمة أو النتائج المبلغ عنها من قبل المريض ، مما يمنع التكيف مع الشدة والحاجة السريرية. لا يتحكم توحيد توزيع الفئات الأكثر خشونة في جميع الاختلافات ذات المغزى بين مجموعات الحالات الإقليمية ، ولا يعد المقياس الموحد درجة أداء سريرية معدلة حسب المخاطر.

الجغرافيا الإدارية والتحليلية

وتضم المجموعة الإدارية الإقليمية الرياض ومكة المكرمة والمدينة المنورة والقصيم والشرقية وعسير وتبوك وحائل والحدود الشمالية وجازان ونجران والباحة والجوف. وأُبقي على المعلومات الرسمية المتعلقة برسم الخرائط في الكتاب السنوي كمصدر للمهام الإدارية. تم تنظيم الأعداد من قبل هذه المناطق الثلاثة عشر قبل أي تجميع أوسع. ويضمن هذا الأمر عدم معاملة وحدة الإبلاغ عن المصدر بصمت كمنطقة إدارية منفصلة وعدم إضافة صف إجمالي إلى حساباتها المكوِّنة. واستخدمت الصفوف الوطنية للتحقق من إعادة الإعمار بدلا من اعتبارها ملاحظات إقليمية إضافية. تشير التسمية المصدرية "الشمالية" إلى منطقة الحدود الشمالية، وتُعطى التهجئة المصدرية (على سبيل المثال القصيم وعسير وتبوك والباحة) في النماذج الإنجليزية القياسية المستخدمة في جميع الأنحاء.

وكانت المجموعات التحليلية الخمس هي المجموعات المركزية التي تضم الرياض والقصيم؛ الغربية ، التي تحتوي على مكة المكرمة والمدينة المنورة. الشرقية، التي تضم المنطقة الإدارية الشرقية؛ الجنوبية، التي تحتوي على عسير وجازان ونجران والباحة؛ والشمالية، التي تحتوي على تبوك وحائل والحدود الشمالية والجوف. وعزيت المجموعة بشكل منفصل إلى اتفاقية تحليلية منشورة. لم يتم وصفه بأنه نظام إداري رسمي من خمس مناطق. يتم الحفاظ على كل من الجدول الإداري الإقليمي الكامل وجدول المجموعة الواسعة، لأن التخطيط الإقليمي وتفسير المصدر قد يعتمد على الاختلاف الذي يختفي بعد التجميع. يتم الاستشهاد بمصدر التجميع المنشور لهذه الاتفاقية التحليلية [17].

وبالنسبة لكل فئة عريضة وفئة خدمة، تم تلخيص عدد الحالات وعدد الجلسات عبر المناطق الإدارية المكونة لها. ثم حُسبت النسبة الخاصة بكل فئة على حدة من هذين الحسابين المجمعين. لم نكن متوسط النسب الإقليمية الفردية مع أوزان متساوية. ومن شأن متوسط الوزن المتساوي أن يعطي المناطق ذات الأعداد المختلفة جدا من الحالات المسجلة نفس المساهمة العددية ولن يعيد إنتاج النسبة الإجمالية للمجموعة المدمجة. وينطبق التمييز نفسه على القيمة الموحدة لمجموعة

واسعة: يتم حسابها باستخدام نسب من تعدادات الفئات المجمعة للمجموعة، وليس ببساطة عن طريق حساب متوسط القيم الموحدة للمنطقة الإدارية.

توحيد الفئات المقيدة

كان للعلاج الطبيعي وتقويم العظام / الأطراف الاصطناعية وغيرها من الخدمات قواسم حالة إيجابية في كل منطقة إدارية في مجموعة البيانات التي أعيد بناؤها. ولذلك اختيرت هذه الفئات الثلاث للتوحيد القياسي المقيد. وظل العلاج المهني والسمع/الكلام/الابتلاع في الجداول الوصفية الكاملة ولكن لم تدرج في المقارنة الموحدة. يمنع هذا التقييد من احتساب فئة zero-denominator كنسبة ملحوظة ويتجنب إنشاء درجة معدلة كاملة على ما يبدو عن طريق إضافة افتراضات لا يمكن للبيانات دعمها. التقييد هو جزء من التقدير ولا يتم إخفاؤه كقرار تنظيف.

وكان التوزيع القياسي هو توزيع الحالات الوطنية عبر الفئات الثلاث المحتفظ بها (الأوزان المبلغ عنها في النتائج، "مجاميع المصادر والتوزيع القياسي"). وكانت أوزانها هي عدد الحالات الوطنية في كل فئة مقسومة على مجموع الحالات عبر تلك الفئات. وبالنسبة للوحدة الجغرافية، فإن النسبة الموحدة هي مجموع نسبة الدورات إلى الحالات لكل فئة محتفظ بها مضروبة في وزنها الوطني المشترك. وبعبارة أخرى، تم تقييم كل وحدة جغرافية باستخدام نفس خليط الفئة المسجلة مع الحفاظ على النسب الخاصة بكل فئة على حدة. مجموع الأوزان إلى واحد ضمن المجموعة المقيدة. لا يحددون درجة شدة سريرية أو وزنًا يحتاجه السكان لحالة ما.

كما قمنا بحساب النسبة المقيدة عن طريق قسمة إجمالي الجلسات المسجلة في الفئات الثلاث المحتفظ بها على إجمالي الحالات المسجلة. بمقارنة هذا المقياس مع النسبة الموحدة يعزل المساهمة الحسابية لاستخدام توزيع فئة مشتركة بدلا من التوزيع الخاص بكل وحدة. الفرق هو نتيجة وصفية للمعيار المختار. إنه ليس تقديرًا للتأثير السببي لتغيير مزيج الخدمة ، ولا يوضح النتائج التي ستحدث إذا تلقى المرضى توزيعًا آخر للعلاج. وستتطلب هذه التفسيرات معلومات سريرية وطولية غائبة عن الجداول.

وتم فحص معيارين بديلين كتحليلات للحساسية. أعطى الأول لكل فئة من الفئات الثلاث المحتفظ بها وزنًا مساويًا للثلث. وأزالت الفئة الثانية الفئة "الأخرى" غير المتجانسة واستخدمت التوزيع الوطني لحالات العلاج الطبيعي وتقويم العظام/الأجهزة التعويضية وحدها (الوزنان 0.770 و0.230). ولم يُختار أي من المعيارين لتفضيل ترتيب إقليمي معين.

الجدول 1 التعاريف التشغيلية وحدود تفسير الكميات الوصفية

الكمية	حساب/تعريف مرتبط بالمصدر	يدعي أن الكمية لا تدعم
نسبة جميع الفئات	مجموع الجلسات موزعة حسب مجموع الحالات المسجلة	العلاج الفردي يعني أو فعالية

الكمية	حساب/تعريف مرتبط بالمصدر	يدعي أن الكمية لا تدعم
نسبة الملاحظة المقيدة	دورات مقسمة حسب الحالات في ثلاث فئات إيجابية عالميا	جميع فئات إعادة التأهيل أو شدة الحالة السريرية المتساوية
النسبة الموحدة حسب الفئة، الأوزان الوطنية	النسب المرجحة لكل فئة على حدة باستخدام الحصص الوطنية المسجلة لكل حالة على حدة	تسوية المخاطر/الحاجة/الشدّة الفردية
نسبة الفئة الموحدة ، أوزان متساوية (تحليل الحساسية)	نسب فئات محددة مرجحة بثلث لكل منها	تسوية المخاطر/الحاجة/الشدّة الفردية

الحواشي. وتنطبق التعاريف على الجدولين 2 و 3 والشكل 1. الرمز / الوحدات: / يعني تقسيم المجاميع الإجمالية؛ والرمز % يعني النسبة المئوية؛ والرمز - يعني الطرح. المصدر: الحولية الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2024، الجدولان 47-4 و 48-4 (القطاع الخاص؛ الوكالة المصدر: مجلس التأمين الصحي).

المصالحة وعدم اليقين والإبلاغ

وتمت مطابقة مجاميع العناصر الوطنية والمجاميع الإجمالية مع صفوف المصادر المقابلة في كلا الجدولين. وقدم الاستخراج 13 ملاحظة إدارية إقليمية للحالات و 13 ملاحظة للجلسات. احتفظت البيانات المجمعة حسب المنطقة بعلامات العد الأصلية والأصفار المعرفة من المصدر. تحافظ ملفات النتائج المنفصلة على النسب غير المدورة والأوزان القياسية والعلاقة بين المقاييس المقيدة والإجمالية. يستخدم الرقم المنشور المناطق الإدارية كمجموعة مقارنة ويميز بين النسب الموحدة ، مع حاشية تشرح القيود ذات الفئات الثلاث وعدم وجود تفسير على مستوى المريض.

لم يتم حساب أي قيم p أو فترات الثقة أو الآثار السببية ، لأن السجلات الإدارية ليست عينة احتمالية لحالات مستقلة ذات نتائج مرتبطة. تقارير التحليل الأعداد مصدر الدقيق والحساب استنساخه؛ تمرير الشيكات التسوية يعالج دقة الحساب ولكن ليس عدم اليقين في التغطية والتعاريف أو المقارنة.

النتائج

مجاميع المصادر والتوزيع الموحد

وبلغ مجموع حالات القطاع الخاص الوطني التي أعيد بناؤها 993,851 وبلغ مجموع الجلسات 1,930,695. وكانت مجاميع فئات الحالات الخمس هي 372,475 للعلاج الطبيعي، و3,836 للعلاج المهني، و500 للسمع/الكلام/الابتلاع، و110,973 لتقويم العظام/الأطراف الاصطناعية، و506,067 للخدمات الأخرى. وكانت مجاميع الجلسات المقابلة هي 985,321 و 19,810 و 1,450 و 132,578 و 791,536. تم التوفيق بين كل مجال وطني محتفظ به وجدول المصدر الرسمي.

بالنسبة للسياق ، يسرد جدول وزارة الصحة حالات إعادة التأهيل 1,883,000 حسب المجموعة الصحية (الموصوفة كزيارات في عنوان الجدول) دون حساب الجلسات ، والجدول الحكومي الآخر يسرد حالات 1,096,211 حسب الوكالة ، لذلك لا يدعم نسبة الجلسة إلى الحالة الإقليمية. وسجلت المجموعات الصحية الشمالية الأربع حالات وزارة الصحة 187,461 ، مقارنة بحالات القطاع الخاص 20,934 ؛ وبالتالي كانت سجلات القطاع الخاص 10.0% من الحالات التي سجلها القطاعان في الشمال و 34.5% على الصعيد الوطني ؛ لأن جدول وزارة الصحة يصف تعدادها كزيارات ، تجمع هذه الحصص بين وحدات تسجيل مختلفة وهي تقريبية.

استخدم التوحيد المقيّد العلاج الطبيعي وتقويم العظام / الأطراف الاصطناعية وغيرها من الخدمات. وكانت أوزان الحالات الوطنية 0.3764 و 0.1121 و 0.5114، على التوالي، عند تقريبها للعرض. وينتمي أكبر وزن قياسي إلى فئة "الأخرى" غير المتجانسة، وبالتالي فإن النتيجة الموحدة تعتمد بشكل كبير على فئة لم يتم الإبلاغ عن تكوينها الداخلي. الأوزان هي حصص وصفية للحالات الوطنية المسجلة ، وليس توزيع خدمة مرغوب فيه سريريًا.

النشاط الكلي الشمالي

سجلت الشمالية حالات القطاع الخاص 20,934 وجلسات 26,956 في المجموع ، مما أدى إلى إجمالي نسبة الجلسة إلى الحالة من 1.288. وشملت هذه الفئة العلاج الطبيعي 12,245، والعلاج الوظيفي 10، صفر السمع / الكلام / ابتلاع، 2,150 تقويم العظام / الأطراف الاصطناعية و 6,529 خدمات أخرى. وكانت الجلسات المسجلة المقابلة هي 17,647 و 12 و Zero و 2,356 و 6,941. وتصف هذه القيم النشاط الإجمالي المبلغ عنه لكل من تبوك وحائل والحدود الشمالية والجوف. لا يحددون توزيع الجلسات عبر المستفيدين الفرديين أو مدة الرعاية أو عدد الأشخاص الفريدين الذين عولجوا.

عبر الفئات الثلاث المقيدة ، سجلت حالات 20,924 الشمالية وجلسات 26,944. وكانت النسبة المقيدة الملاحظة 1.288 وكانت النسبة الموحدة للفئات 1.209، أي بانخفاض قدره 0.079 تقريبا في النسبة المعروضة. وتعكس المساواة التقريبية بين القيم الإجمالية والقيم المقيدة الملاحظة قلة عدد الحالات والجلسات المسجلة في الفئات الشمالية المستبعدة. وتظل الفئات المستبعدة ظاهرة في الجداول الكاملة.

الإختلافات الإدارية بين المناطق الشمالية

وترد قيم المناطق الإدارية في الجدول 2. سجلت تبوك 8685 حالة و 11674 جلسة. كانت النسبة المقيدة 1.344 وكانت النسبة الموحدة 1.215. سجلت حائل 6492 حالة و 7286 جلسة ، مع نسبة ملاحظة مقيدة قدرها 1.122 ونسبة موحدة قدرها 1.142. سجلت الحدود الشمالية حالات 4,027 وجلسات 5,919 ، مع نسب مقيدة ومقيدة لـ 1.470 و 1.247. وسجل الجوف 1730 حالة و2077 جلسة، بنسب مقابلة بلغت 1.201 و1.163. وبالتالي فإن اتجاه وحجم التغيير في التوحيد القياسي يختلفان داخل الشمال.

كانت النسبة الموحدة لحائل أعلى قليلاً من النسبة المقيدة ، في حين أن المناطق الشمالية الثلاث الأخرى لديها قيم موحدة أقل. وينبع ذلك من أوزان الفئات والنسب الخاصة بالمناطق ولا يشير إلى رعاية أفضل أو أسوأ.

مقارنة بين خمس مجموعات والإبقاء على سياق ثلاثة عشر منطقة

وكانت النسب المقيدة الملاحظة والموحدة هي 2.188 و 2.165 في المنطقة الوسطى و 1.793 و 1.786 في المنطقة الغربية و 1.815 و 1.770 في المنطقة الشرقية و 1.233 و 1.205 في المنطقة الجنوبية و 1.288 و 1.209 في المنطقة الشمالية (الجدول 3). يستخدم كل زوج نفس المجموعة المقيدة ونفس التوزيع القياسي الوطني. وأثر تكوين الفئات على المقارنة بدرجات متفاوتة بين المجموعات.

وبأوزان متساوية، كانت النسب الموحدة 2.038 في الوسط، و 1.628 في الغرب، و 1.676 في الشرق، و 1.204 في الجنوب، و 1.200 في الشمال (الجدول 3). ومن ثم، فقد احتلت الشرقية مرتبة أعلى من الغربية والجنوب فوق الشمالية، في حين اختلفت نسب وزنها الوطني بنسبة 0.016 و 0.004، على التوالي. وشكلت فئة "الأخرى" 51.1٪ من الحالات المقيدة الوطنية ولكن 31.2٪ من الحالات المقيدة الشمالية، وكانت نسبة الجلسة إلى الحالة 1.063 في الشمال و 1.564 على الصعيد الوطني. وبدون هذه الفئة، كانت النسب الشمالية المرصودة والموحدة 1.390 و 1.362؛ وكانت النسب الموحدة المقابلة 2.977 في المنطقة الوسطى، و 1.751 في المنطقة الغربية، و 2.082 في المنطقة الشرقية و 1.307 في المنطقة الجنوبية.

يحتفظ جدول المناطق الإدارية (الجدول 2) والشكل (الشكل 1) بجميع الملاحظات الثلاثة عشر وراء تلك الملخصات العامة ، لأن النسبة المجمعة للمجموعة يمكن أن تخفي الاختلافات الإقليمية والمجموعات تحتوي على أعداد غير متساوية من المناطق الإدارية. ويبين الشكل النسب الموحدة للوزن الوطني والوزن المتساوي لكل منطقة.

الجدول 2 الحالات المسجلة لإعادة تأهيل القطاع الخاص والجلسات ونسب الجلسات إلى الحالات في 13 منطقة إدارية، 2024

المنطقة الإدارية	الحالات (جميع الفئات)	الدورات (جميع الفئات)	نسبة جميع الفئات	نسبة الملاحظة المقيدة	النسبة الموحدة حسب الفئة، الأوزان الوطنية	النسبة الموحدة حسب الفئة، أوزان متساوية
الرياض	367,918	799,684	2.174	2.161	2.141	2.017
مكة المكرمة	261,482	485,348	1.856	1.851	1.851	1.682
المدينة المنورة	58,583	90,004	1.536	1.536	1.492	1.381
القصيم	19,141	51,458	2.688	2.688	2.610	2.441
الشرقية	244,465	450,951	1.845	1.815	1.770	1.676

المنطقة الإدارية	الحالات (جميع الفئات)	الدورات (جميع الفئات)	نسبة جميع الفئات	نسبة الملاحظة المقيدة	النسبة الموحدة حسب الفئة، الأوزان الوطنية	النسبة الموحدة حسب الفئة، أوزان متساوية
عسير	11,988	14,503	1.210	1.210	1.198	1.199
تبوك	8,685	11,674	1.344	1.344	1.215	1.204
حائل	6,492	7,286	1.122	1.122	1.142	1.137
الحدود الشمالية	4,027	5,919	1.470	1.470	1.247	1.258
جازان	5,195	6,444	1.240	1.241	1.223	1.223
نجران	2,698	3,436	1.274	1.274	1.172	1.174
الباحة	1,447	1,911	1.321	1.321	1.289	1.251
الجوف	1,730	2,077	1.201	1.201	1.163	1.154

الحواشي. المصدر: الحولية الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2024، الجدولان 47-4 و 48-4 (القطاع الخاص؛ الوكالة المصدر: مجلس التأمين الصحي). ويحتفظ بثلاث عشرة منطقة إدارية رسمية؛ وتنشر خمس مجموعات عامة من المجموعات التحليلية، لا تحل محل الشعب الإدارية. الحالات والجلسات كلها مجاميع الفئة. وتقسم النسب الجلسات الإجمالية حسب الحالات الإجمالية؛ فهي ليست وسائل فردية. وتشمل الكميات المقيدة والموحدة العلاج الطبيعي وتقويم العظام / الأطراف الاصطناعية وغيرها من الخدمات فقط. الأوزان الوطنية: العلاج الطبيعي 0.3764217824 ، تقويم العظام / الأطراف الاصطناعية 0.1121488810 ، وغيرها 0.5114293366 ؛ أوزان متساوية: ثلث لكل منهما.

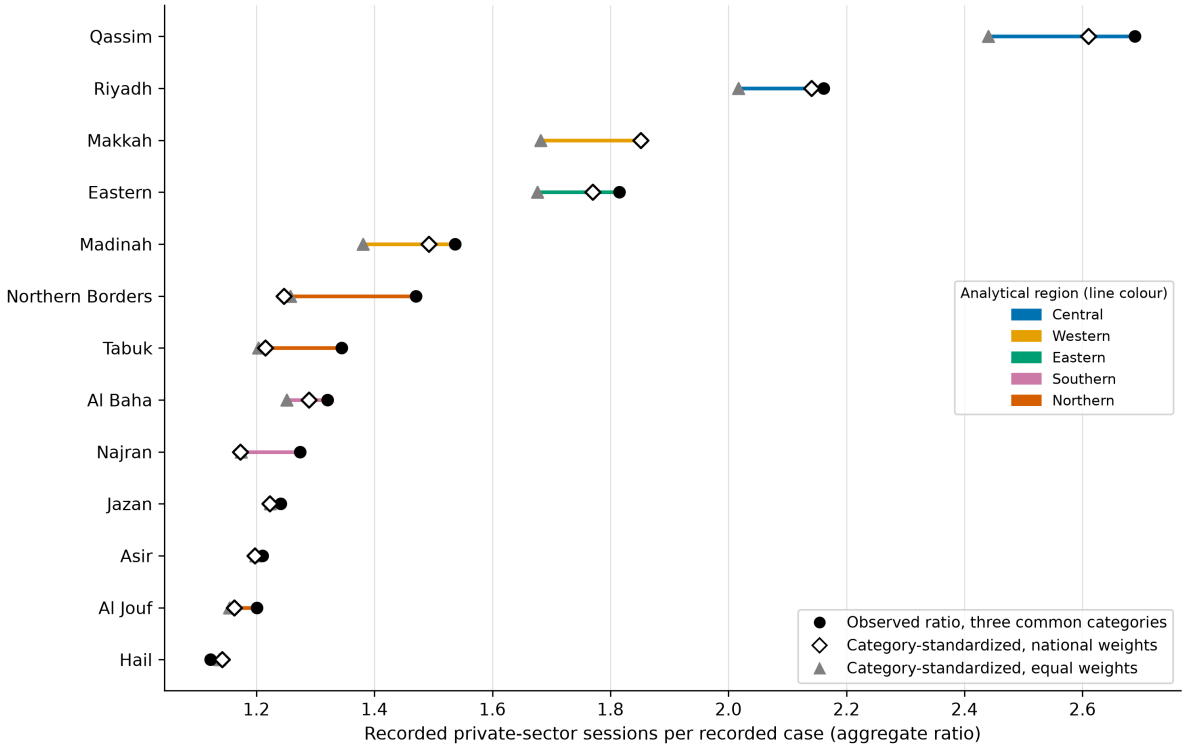
الجدول 3 معدلات إعادة تأهيل القطاع الخاص المرصودة والموحدة حسب الفئات في خمس مناطق تحليلية، 2024

المنطقة التحليلية	الحالات (ثلاث فئات)	الدورات (ثلاث فئات)	نسبة الملاحظة المقيدة	النسبة الموحدة حسب الفئة، الأوزان الوطنية	الفرق	النسبة الموحدة حسب الفئة، أوزان متساوية
الوسطى	385,845	844,088	2.188	2.165	-0.023	2.038
الغربية	318,693	571,562	1.793	1.786	-0.007	1.628
الشرقية	242,762	440,584	1.815	1.770	-0.045	1.676
الجنوب	21,291	26,257	1.233	1.205	-0.028	1.204
الشمالية	20,924	26,944	1.288	1.209	-0.079	1.200

الحواشي. المصدر: الحولية الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2024، الجدولان 47-4 و 48-4 (القطاع الخاص؛ الوكالة المصدر: مجلس التأمين الصحي). يتم نشر خمس مجموعات واسعة من المجموعات التحليلية للمناطق الإدارية الرسمية الثلاثة عشر. وتقتصر الحالات والجلسات على العلاج الطبيعي، وتقويم العظام/الأطراف

الاصطناعية وغيرها من الخدمات، والفئات المستخدمة لكل نسبة في هذا الجدول؛ وترد مجاميع جميع الفئات في الجدول 2 والنص. الأوزان الوطنية كما في الجدول 2. الفرق هو النسبة الموحدة للوزن الوطني مطروحا منها النسبة المقيدة الملاحظة، المحسوبة من قيم غير مقربة.

الشكل 1 النسب المرصودة والموحدة حسب الفئات لجلسات إعادة التأهيل المسجلة في القطاع الخاص للحالات في 13 منطقة إدارية ، 2024.



الحواشي. المصدر: الحولية الإحصائية لوزارة الصحة لعام 2024، الجدولان 47-4 و 48-4 (القطاع الخاص؛ الوكالة المصدر: مجلس التأمين الصحي). الفئات الشائعة: العلاج الطبيعي ، تقويم العظام / الأطراف الاصطناعية ، وغيرها. تنضم الخطوط إلى القيم الثلاث لكل منطقة ويتم تلوينها حسب المنطقة التحليلية. عندما تتطابق العلامات (على سبيل المثال مكة المكرمة) ، تكون القيم المرصودة والموحدة مساوية لثلاث كسور عشرية. النسب ليست جلسات متوسطة فردية أو تدابير معدلة حسب الحاجة ؛ لا يتم الاستدلال على مخاطر المريض أو التأثير السببي أو التوصية السريرية.

المناقشة

ما هي الفئة التي يضيفها التوحيد

وأدى استخدام توزيع مشترك للفئات المبلغ عنها إلى تغيير موجز كل حالة على حدة ونقل الموجزات الإقليمية الشمالية في اتجاهات مختلفة. وهذا يجعل أحد مصادر التباين في المقارنات الإجمالية مرئيًا. ومع ذلك ، فإن الأوزان الشائعة لا توحد إلا الفئات التي يمكن حسابها من الجداول ؛ لا يمكنهم توحيد التشخيص أو الشدة الوظيفية أو أهلية الإحالة أو أهداف العلاج أو المدة أو حواجز الوصول. وبالتالي فإن النتيجة هي مقارنة إدارية، وليس نتيجة أداء سريرية معدلة حسب الحاجة أو المخاطر.

تسجيل القطاع الخاص

ويغطي الجدولان 47-4 و 48-4 إعادة التأهيل في القطاع الخاص فقط ويتم تجميعهما من سجلات مجلس التأمين الصحي. وبالتالي فإن الحالة والجلسة هي وحدات من النشاط الذي يتم تسليمه من القطاع الخاص كما هو مسجل من خلال تقارير

التأمين؛ لا تنص الجداول على ما إذا كانت الحالة هي شخص أو إحالة أو حلقة مصرح بها، أو ما إذا كانت الجلسة تحسب لكل مطالبة أو لكل حضور. ولا يجوز القبض على نشاط القطاع الخاص خارج ترتيبات التأمين، وتستبعد وزارة الصحة وغيرها من الأنشطة الحكومية. وفي الشمال، كانت سجلات القطاع الخاص حوالي عُشر الحالات التي سجلها القطاع الخاص ووزارة الصحة معا، مقارنة بحوالي الثلث على الصعيد الوطني (حصص تجمع بين وحدات تسجيل مختلفة)، وبالتالي فإن النتائج الشمالية تصف جزءا صغيرا من نشاط إعادة التأهيل المسجل في المنطقة. وقد تعكس الاختلافات الإقليمية أيضا التغطية التأمينية وموقع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص بدلا من التنظيم العام لخدمات إعادة التأهيل.

لماذا لا تكون الجلسات المتعلقة بالحالات جرعة علاج فردية

يتطلب المتوسط الفردي جلسات مرتبطة بمجموعة محددة من المرضى أو الحلقات. تقارير الكتاب السنوي غير مرتبطة المجاميع السنوية، ودورات في السنة قد تنتمي إلى الحالات المسجلة في وقت سابق أو تستمر إلى ما بعد ذلك؛ وبالتالي فإن النسبة تصف علاقة الإبلاغ الفترة بدلا من متوسط دورة كاملة من العلاج.

وللسبب نفسه، فإن النسبة ليست مقياسا للجرعة - الاستجابة. تدرس دراسات السكتة الدماغية والسرطان وغيرها من عمليات إعادة التأهيل النتائج في مجموعات سريرية محددة [8–10] ، ولا يمكن تعيين هذه النتائج إلى فئات الكتاب السنوي ؛ بدون تدابير وظيفية مرتبطة ، لا يمكن أن تظهر النسبة التعافي أو الفائدة أو العلاج غير الضروري أو طول الدورة المناسب.

التكوين المتخصص والقواسم الصفرية

وقد استبعد من التوحيد العلاج الوظيفي والسمع/الكلام/الابتلاع لأن بعض القواسم الإقليمية كانت صفرا؛ ومن شأن تحديد نسبة إلى كمية غير محددة، أو إسقاط فئة في منطقة واحدة فقط، أن ينشئ معايير لا تضاهى. يغير القيد السؤال الذي تمت الإجابة عليه ، وبالتالي فإن المجاميع الكاملة والأعداد المستبعدة تصاحب المقياس الموحد.

يدعم العمل السعودي المنشور حول توفير العلاج المهني وإعادة التأهيل التخصصي [2–6] مناقشة هذه الفئات دون مساواة مصدر صفر مع غياب الحاجة ؛ يمكن أن يفسر كل من التوافر والإحالة وتعيين الخدمة وممارسة الإبلاغ مكان ظهور النشاط.

القوة العاملة والوصول إلى النشاط الإقليمي وتفسيره

إعادة تأهيل القوى العاملة العرض والطلب [1] ، ومتطلبات القوى العاملة السكتة الدماغية وخبرات أخصائيي العلاج الطبيعي المدربين في الخارج [18,19] تتعلق بالقدرة ، والتي لا تقيسها نسبة الجلسة إلى الحالة ؛ لا يمكن أن توضح النسبة ما إذا كان النمط ناتجًا عن القدرة أو الممارسة السريرية أو الإحالة أو قواعد التسجيل أو الجمع بينها.

دراسات الإحالة إعادة التأهيل القلب، والوصول إلى إعادة التأهيل الصدمة وإعادة التأهيل عن بعد [20–23] معالجة الآليات التي تؤثر على من يتلقى الخدمات، والتي لا يمكن تحديد الأعداد الإجمالية. لذلك نحن لا نصنف المنطقة الشمالية أو أي منطقة إدارية حسب الوصول أو الجودة.

فئة "أخرى" غير متجانسة

ويسند المعيار الوطني أكثر من نصف الحالات المقيدة إلى خدمات "أخرى" ، وهي فئة مصالحة بدلاً من تخصص سريري ، قد يختلف تكوينها الداخلي بين المناطق. والوزن المشترك لا يجعل هذه الخلائط مكافئة، وستكون هناك حاجة إلى تفصيل أدق للفئة لفحص الطبقات الضيقة.

نظرًا لأن المعيار هو خيار ، فقد تم فحص بديلين. خفضت الأوزان المتساوية معظم النسب الموحدة ، لا سيما في الوسط والغرب ، وتركت الشمالية دون تغيير تقريبًا ؛ حدثت التغييرات الوحيدة في ترتيب المجموعة بين المجموعات التي تختلف نسب وزنها الوطني بأقل من 0.02. ورفعت إزالة الفئة "الأخرى" النسب الشمالية لأن النشاط "الآخر" الشمالي كان أقل من النشاط "الآخر" الوطني. وظلت المجموعة الشمالية أدنى أو ثاني أدنى فئة في إطار كل معيار تم فحصه، ولكن النسبة المطلقة تعتمد ماديا على كيفية معاملة الفئة "الأخرى".

نقاط القوة والتكرار

يحافظ التحليل على المصدر الكامل ، ورسم الخرائط الصريحة للصفوف ، وجميع المناطق الإدارية الثلاث عشرة ، والممر المشترك المكون من خمس مجموعات ، والحساب الدقيق ، مع فحوصات المصالحة الوطنية والمخرجات غير المدورة التي تجعل الحساب قابلاً للتكرار على نفس المصنف.

القيود والبحوث المستقبلية

وهناك عدة قيود تقيد الاستنتاجات. ويغطي المصدر فترة إبلاغ سنوية واحدة ونشاط القطاع الخاص فقط، ولا يمكنه إحداث تغيير طولي. لا يتم ربط حقول الحالة والجلسة ، لذلك فإن التوزيعات الفردية وتوقيت الحلقة غير معروفين. ويقتصر توحيد الفئات على ثلاث فئات محددة على نطاق واسع ولا يضبط شدة السريرية. قد تعكس أصفار المصدر هياكل الخدمة أو الإبلاغ التي لا تشرحها الجداول. كما تفتقر البيانات إلى القواسم السكانية المؤهلة وأوقات الانتظار والنتائج الوظيفية ووجهات الخروج من الخدمة وتجارب المرضى. لا يمكن لأي استدلال أخذ العينات أن يحل مشاكل المعلومات المفقودة بمجرد تطبيق صيغة إحصائية على المجاميع المسجلة.

وستستخدم دراسة لاحقة مفيدة مجموعة بيانات معتمدة من المصدر على مستوى الحلقة مع جلسات وتشخيص ووضع وظيفي وتواريخ ونتائج الإحالة والعلاج ، بحيث يمكن قياس كثافة العلاج والوصول إليه على مجموعة سكانية متناسقة ؛

تتطلب أسئلة القوى العاملة بالإضافة إلى أدوار الموظفين ووقت العمل. وتنبع هذه المقترحات من الثغرات الحالية في البيانات ولم تنفذ في هذا التحليل.

الأدب السابق

ويفيد المنشور الإقليمي السابق بأن وزارة الصحة لديها القدرة ومؤشرات الاستخدام دون بيانات إعادة التأهيل أو القطاع الخاص، وبالتالي فإن النتائج الحالية لا تكرر ذلك [11]. استخدمت دراسة أبحاث السمع نفس جداول إعادة التأهيل في الكتاب السنوي ، بما في ذلك عدد جلسات القطاع الخاص التي تم تحليلها هنا ، لوصف الأحجام حسب التخصص والمنطقة والقطاع وعمر الأطفال والمعدلات القائمة على السكان ؛ لم يربط الجلسات بالحالات أو فحص تكوين الفئة [12]. ولذلك تضيف هذه المادة وصفاً لسجلات القطاع الخاص من جلسة إلى أخرى، وحساسيتها لتكوين الفئات وللمعايير البديلة، والفصل بين المناطق الإدارية الشمالية. وتتعلق التحليلات ذات الصلة لجداول أخرى من نفس الكتاب السنوي بخدمات ومناطق مختلفة ولا تستخدم الجداول 47-4 أو .48-4

الاستنتاجات

وسجل شمال المملكة العربية السعودية 26,956 جلسة تأهيل في القطاع الخاص مقارنة بـ 20,934 حالة في جداول الكتاب السنوي المختارة لعام 2024. أدى تقييد التقييس إلى ثلاث فئات خدمة محسوبة إلى نسبة ملحوظة قدرها 1.288 ونسبة موحدة لفئة 1.209 ، مع أنماط مختلفة بين تبوك وحائل والحدود الشمالية والجوف. تدعم هذه القيم وصفًا شفافًا لنشاط الخدمة المسجل وتوضح سبب أهمية تكوين الفئة. وهم لا يقدرون جرعة علاجية متوسطة فردية أو حاجة إلى إعادة التأهيل أو التعافي أو الجودة أو الفعالية السريرية. وتصف النتائج نشاط القطاع الخاص المؤمن عليه فقط ولا ينبغي قراءتها على أنها وصف لوزارة الصحة أو غيرها من خدمات إعادة التأهيل الحكومية.

الإقرارات

بيان الأخلاقيات: حللت هذه الدراسة السجلات الإدارية المجمعة المنشورة من الكتاب السنوي الإحصائي لوزارة الصحة لعام 2024 [15] ؛ لم يتضمن أي مشاركين مجندين ، ولا ملاحظات سريرية جديدة ولا الوصول إلى السجلات الفردية المحددة. وكتحليل ثانوي للبيانات المتاحة للجمهور، تم إعفاء الدراسة من مراجعة الأخلاقيات.

إتاحة البيانات والشيفرة: المصنف المصدر متاح للجمهور [15]. يتم توفير صادرات الصف المصدر ، وملفات النتائج ذات النسب والأوزان غير المدورة ، ومخطوطات Python التي تعيد إنتاج جميع القيم المبلغ عنها والشكل 1 كمواد تكميلية S1.

المخطوطات ذات الصلة: تم تقديم تحليلات لجداول أخرى من نفس الكتاب السنوي لعام 2024 بشكل منفصل إلى هذه المجلة وهي مدرجة في خطاب التغطية ؛ أنها تتعلق بخدمات مختلفة ، ولا يستخدم أي منها الجداول 47-4 أو .48-4

التمويل: ولم يتلق هذا البحث أي تمويل.

تضارب المصالح: لا يعلن المؤلفون أي مصالح متنافسة.

مساهمات المؤلفين: [قيد الاستكمال: CRediT author contributions and confirmation that all authors approved the final version — to be supplied by the authors]

المراجع

[1] Wasfi RM, Alenezi FS, Alzubaidi LM, Hassanein M. The supply and demand for rehabilitation health workforce in Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2024;30(5):344-349. doi:10.26719/2024.30.5.344

[2] Omar MTA, Al-Dhwayan NM, Gwada RFM, Armer JM. Lymphedema rehabilitation: Provision and practice patterns among service providers: National survey. Int Wound J. 2022;19(2):339-350. doi:10.1111/iwj.13634

[3] Aljabri NQ, Bulkeley K, Cusick A. The Occupational Therapy Profession in Saudi Arabia. Occup Ther Int. 2024;2024:9982661. doi:10.1155/2024/9982661

[4] Osailan AM. Cardiac Rehabilitation in Saudi Arabia: Current Status and Future Directions. Curr Cardiol Rep. 2024;26(10):1077-1083. doi:10.1007/s11886-024-02105-7

[5] Alahmadi FH. Optimizing Pulmonary Rehabilitation in Saudi Arabia: Current Practices, Challenges, and Future Directions. Medicina (Kaunas). 2025;61(4):673. doi:10.3390/medicina61040673

[6] Aldhahir AM, Alghamdi SM, Alqahtani JS, Alqahtani KA, Al Rajah AM, Alkhathlan BS, et al. Pulmonary rehabilitation for COPD: A narrative review and call for further implementation in Saudi Arabia. Ann Thorac Med. 2021;16(4):299-305. doi:10.4103/atm.atm_639_20

[7] Gudal BA, Ahmed SA, Qureshi AZ, Almacen G, Azhari G, Algarras M. Delayed discharges at a tertiary rehabilitation centre in Saudi Arabia: contributing factors and cost impact. Int J Qual Health Care. 2023;35(4):mzad103. doi:10.1093/intqhc/mzad103

[8] Abu Tariah H, Aljehani AS, Alenazi DY, Alturaif DA, Alsarhani MN. Occupational Therapy Goal Achievement for People with Stroke: A Retrospective Study. Occup Ther Int. 2020;2020:8587908. doi:10.1155/2020/8587908

[9] Bindawas SM, Vennu V, Mawajdeh H, Alhaidary H. Functional outcomes by age after inpatient stroke rehabilitation in Saudi Arabia. Clin Interv Aging. 2017;12:1791-1797. doi:10.2147/CIA.S145402

[10] AlJohi A, Javison S, Lubbada S, Beshawri Y, Hamdan AB. Impact of inpatient rehabilitation services on the functional levels of cancer patients at King Fahad Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med J. 2020;41(9):984-989. doi:10.15537/smj.2020.9.25309

[11] Bin Salamah A, Alamro N. Longitudinal Regional Trends in Healthcare Capacity and Recorded Service Utilization in the Saudi Ministry of Health, 2016-2024. Healthcare (Basel). 2026;14(18):3033. doi:10.3390/healthcare14183033

[12] Alharbi MF, Alanazi AA. Mapping Speech-Language Pathology and Audiology Rehabilitation Services Across Saudi Arabia: A Retrospective Cross-Sectional Study. Audiol Res. 2026;16(3):69. doi:10.3390/audiolres16030069

[13] von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296

[14] Benchimol EI, Smeeth L, Guttmann A, Harron K, Moher D, Petersen I, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. PLoS Med. 2015;12(10):e1001885. doi:10.1371/journal.pmed.1001885

[15] Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. Statistical Yearbook 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 Oct 8]. Available from: https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Statistical-Yearbook-2024.xlsx

[16] General Authority for Statistics, Kingdom of Saudi Arabia. Manual of statistical definitions, concepts and terms [Internet]. 2018 [cited 2026 Nov 1]. Available from: https://www.stats.gov.sa/documents/20117/2435099/statistical_definitions_manual_english.pdf/9fd31cc6-c09b-a85a-abc8-6f3d1367105f?t=1733923142483

[17] Alluhidan M, Alsukait RF, Alghaith T, Saber R, Alamri A, Al-Muhsen S, et al. Effectiveness of using e-government platform “Absher” as a tool for noncommunicable diseases survey in Saudi Arabia 2019–2020: a cross-sectional study. Front Public Health. 2022;10:875941. doi:10.3389/fpubh.2022.875941

[18] Al-Senani F, Salawati M, AlJohani M, Cuche M, Seguel Ravest V, Eggington S. Workforce requirements for comprehensive ischaemic stroke care in a developing country: the case of Saudi Arabia. Hum Resour Health. 2019;17(1):90. doi:10.1186/s12960-019-0408-y

[19] Alghadir AH, Zafar H, Iqbal ZA. Experiences of Overseas Trained Physical Therapists Working in Saudi Arabia: An Observational Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3406. doi:10.3390/ijerph17103406

[20] Almoghairi AM, O'Brien J, Doubrovsky A, Duff J. Knowledge, attitudes, and practices of cardiac rehabilitation and barriers to referral among cardiologists in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. PLoS One. 2025;20(5):e0323694. doi:10.1371/journal.pone.0323694

[21] Chowdhury S, Leenen LPH. Does access to acute intensive trauma rehabilitation (AITR) programs affect the disposition of brain injury patients? PLoS One. 2021;16(8):e0256314. doi:10.1371/journal.pone.0256314

[22] Ullah S, Maghazil AM, Qureshi AZ, Tantawy S, Moukais IS, Aldajani AA. Knowledge and Attitudes of Rehabilitation Professional Toward Telerehabilitation in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey. Telemed J E Health. 2021;27(5):587-591. doi:10.1089/tmj.2020.0016

[23] Aljabri NQ, Bulkeley K, Cusick A. Perspectives of Saudi Occupational Therapists Regarding Telerehabilitation: A Qualitative Study. Int J Telerehabil. 2023;15(2):e6584. doi:10.5195/ijt.2023.6584

Abbreviations

المختصرات. سجل ، نقل الدراسات التي أجريت باستخدام البيانات الصحية الملاحظة التي تم جمعها بشكل روتيني ؛ SHA256 ، خوارزمية هاش آمنة مع هضم 256 بت ؛ ستروب، تعزيز الإبلاغ عن الدراسات الرصدية في علم الأوبئة.

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية · المجلد 1، العدد 1 (2025) · https://creativecommons.org/licenses/by/4.0 · CC BY 4.0/