MHJ
مجلات لومورا

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية

المجلد 1، العدد 7 (2025) · e-ISSN 3152-8775

مقالة أصلية · DOI: غير مسجل

التركيب التشخيصي للأعداد المنشورة للعيادات الخارجية والتنويم في أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة السعودية لعام 2024: تحليل وصفي للبيانات المجمعة

فاطمة العوض[1,*]، عبدالعزيز محمد المريحل[2]، عبدالرحمن محمد الحربي[3]، بلال أحمد الكثيري[4]، ديمة سيف العساف[5]

تاريخ النشر	تاريخ القبول	تاريخ التقديم
31 يوليو 2025	25 يوليو 2025	20 يوليو 2025

[1] كلية الطب، جامعة الملك فيصل، الأحساء، المملكة العربية السعودية

[2] جامعة الجوف، المملكة العربية السعودية

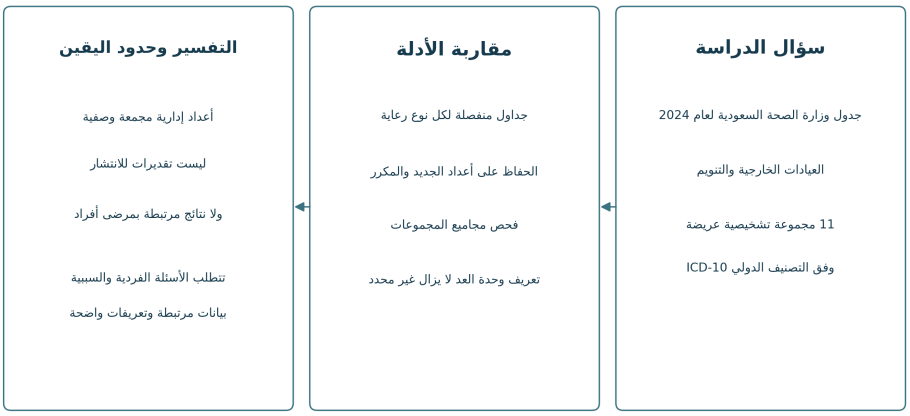
[3] جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية

[4] جامعة جدة، المملكة العربية السعودية

[5] مستشفى جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن، المملكة العربية السعودية

*** المراسلة:** فاطمة العوض، fatemalumora@gmail.com

الملخص



الملخص الرسومي

الخلفية: تقدّر المسوح السكانية عبء الاضطرابات النفسية وفجوات العلاج، بينما تصف الملخصات الإدارية أعدادًا مبلّغًا عنها ومسجلة في النظم الصحية. ومن السهل الخلط بين هذه المقاييس. نشرت وزارة الصحة السعودية أعداد العيادات الخارجية والتنويم لعام 2024 ضمن 11 مجموعة واسعة للاضطرابات النفسية حسب

التصنيف الدولي للأمراض ICD-10، مع تقسيمها إلى جديد ومكرر. تقدم هذه الدراسة وصفًا شفافًا للجدول ضمن حدود ما تسمح به مقاييسه.

المنهجية: استُخرجت أعمدة الأعداد الستة والرموز التشخيصية من الجدول 18-4 في الكتاب الإحصائي السنوي الرسمي لوزارة الصحة لعام .2024 وفُحصت بصمة ملف المصنف الثابت والحسابات الصفية والمجاميع الهامشية المنشورة قبل التحليل. وحُسبت لكل نوع من الرعاية الحصص التشخيصية والنسبة الموسومة بالمكرر، ثم لُخصت الفروق بين النوعين بحصة أكبر ثلاث مجموعات ومؤشر هيرفندال ومسافة التباين الكلي. ولم تُدخل روابط بين المرضى أو فترات عدم يقين أو اختبارات فرضيات أو مقامات خارج الجدول.

النتائج: أبلغ المصدر عن 698,772 عددًا للعيادات الخارجية و23,698 عددًا للتنويم. وشكلت اضطرابات المزاج (27.28%) واضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الضلالية (24.58%) والاضطرابات العصابية والمرتبطة بالشدة والجسدية الشكل (17.73%) نسبة 69.58% من أعداد العيادات الخارجية. وشكلت اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الضلالية (33.54%) واضطرابات المزاج (23.28%) واضطرابات استخدام المواد ذات التأثير النفسي (18.51%) نسبة 75.34% من أعداد التنويم. وزادت حصة التنويم على حصة العيادات الخارجية بمقدار 13.20 نقطة مئوية في اضطرابات استخدام المواد و8.96 نقطة في اضطرابات طيف الفصام؛ وكانت أقل بمقدار 9.88 نقطة في الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالشدة والجسدية الشكل. ومثلت الأعداد الموسومة بالمكرر 80.33% من إجمالي العيادات الخارجية و45.83% من إجمالي التنويم. وتطابقت جميع عمليات الجمع داخل الصفوف الـ11 ومجاميع الأعمدة الستة مع المنشور.

الاستنتاجات: يختلف التركيب التشخيصي بين الأعداد المنشورة للعيادات الخارجية والتنويم في أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة لعام .2024 وهذه خصائص وصفية لبيانات إدارية مجمعة، وليست مقاييس لانتشار الاضطرابات أو خطر الدخول أو إعادة الدخول أو جودة الرعاية. ويلزم تعريف الوحدات بوضوح وتوفير بيانات مرتبطة بالمرضى قبل الإجابة عن تلك الأسئلة.

الشكل .1 ملخص رسومي لسؤال الدراسة ونهج الأدلة والتفسير.

ملاحظة الشكل 1: توليف المؤلفين للأدلة والنتائج في النص وجداول المخطوطة. الرموز والأسهم وأيقونات الوثائق تخطيطية، ولا تمثل سجلات معدودة أو آثارًا مقاسة أو بيانات مرضى جديدة أو فوائد محلية مثبتة.

الكلمات المفتاحية: خدمات الصحة النفسية؛ السعودية؛ البيانات الإدارية؛ ICD-10؛ العيادات الخارجية؛ التنويم؛ تركيب الخدمات

للاستشهاد: فاطمة العوض، عبدالعزيز محمد المريحل، عبدالرحمن محمد الحربي، بلال أحمد الكثيري، ديمة سيف العساف. التركيب التشخيصي للأعداد المنشورة للعيادات الخارجية والتنويم في أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة السعودية لعام 2024: تحليل وصفي للبيانات المجمعة. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. MHJ-2026-000377:(7)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/.

المقدمة

تسهم الاضطرابات النفسية إسهامًا كبيرًا في الإعاقة عالميًا، لكن تلقي العلاج لا يمثل إلا جزءًا من حاجة السكان [1,2]. وأظهر المسح الوطني السعودي للصحة النفسية (SNMHS) ضرورة تقييم حدوث الاضطرابات الشائعة وشدتها وعلاجها كلٍّ على حدة: إذ يقدّر المسح الأسري انتشار الاضطرابات، بينما تحدد أسئلة العلاج ما إذا كان المستجيبون قد تلقوا الرعاية [3,4]. وفي ذلك المسح، أفاد 13.7% فقط من المستجيبين المصابين باضطراب وفق DSM-IV/CIDI خلال 12 شهرًا بتلقي العلاج خلال الفترة نفسها [4]. وقد تؤثر عوائق طلب العلاج أو استمراره في الأشخاص الذين يصلون إلى الخدمات الممثلة في السجلات الروتينية للنظام الصحي [5]. لذلك يختلف مقام الجدول الإداري ومعناه عن المسح الأسري؛ فهو يصف أعداده المبلّغ عنها ولا يثبت بمفرده حجم الحاجة غير الملباة.

طورت السعودية أيضًا بيانات وطنية لتنسيق الخدمات. فقد وصف تحليل للإحالات النفسية الإلكترونية عبر المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية 10,033 إحالة في 2021–2020، وفحصت دراسة ذات صلة قبول 9,722 طلبًا [6,7]. وهذه مقاييس مهمة للوصول، لكن طلب الإحالة يختلف عن أعداد الكتاب السنوي الخاصة بكل نوع من الرعاية. كما تضمّن تحليل سعودي متعدد المصادر نُشر عام 2025 تقارير الصحة النفسية لوزارة الصحة لعام 2018 وعرض أنماط ICD-10 للعيادات الخارجية والتنويم [8]. ويضع ذلك المقال أرقام الخدمات ضمن توليف أوسع للمسوح السكانية، ويؤكد وجود عمل سابق عن هذه المقارنة العامة، لكنه لا يثبت وحدة جدول 2024 أو قابليته للمقارنة. لذلك لا ندّعي أن هذه أول مقارنة سعودية بين العيادات الخارجية والتنويم. وتقدم الدراسات السريرية منظورًا ثالثًا؛ إذ قارنت عينة سريرية مقطعية متعددة المراكز تشخيصات التنويم والعيادات الخارجية باستخدام مراجعة السجلات أساسًا مدعومة بالمقابلات، بينما استخدم تحليل منفصل للأدوية النفسية المستشفيات الستة نفسها وتواريخ جمع البيانات نفسها، مع تداخل محتمل للمشاركين لم تثبته التقارير [9,10]. ولا يمكن استبدال الأعداد الإدارية الوطنية بمرضاها المرصودين وتفاصيلها السريرية، كما لا تعيد الأعداد الإدارية إنتاج مقارناتها على مستوى المرضى.

يوفر الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة لعام 2024 فرصة محددة لفحص هذه الفروق. ويعرض الجدول 18-4 أعمدة العيادات الخارجية والتنويم، مقسّمًا كلًّا منها إلى «جديد» و«مكرر» وإجمالي، لـ11 مجموعة حسب ICD-10 في أقسام الصحة النفسية التابعة للوزارة [11]. وتوفر ورقة العمل العامة أعدادًا دقيقة، لكنها لا تشرح ما إذا كانت الوحدات المعدودة أشخاصًا فريدين أو زيارات أو نوبات دخول أو وحدة إبلاغ أخرى. ولا تربط بين صفوف العيادات الخارجية والتنويم، ولا تورد سكان نطاق الخدمة أو تصف أحداث الإحالة أو الخروج أو تبين إمكان ظهور الشخص في مجموعات تشخيصية متعددة. ولذلك فإن الإسهام الأكثر تحفظًا هو وصف شفاف للتركيب الداخلي للجدول مع توضيح حدود الاستدلال.

كان سؤال البحث: كيف اختلف التوزيع المنشور لأعداد عام 2024 عبر مجموعات ICD-10 التشخيصية الإحدى عشرة بين عمودَي العيادات الخارجية والتنويم للصحة النفسية بوزارة الصحة، وكيف توزعت أعداد كل نوع من الرعاية بين تسميتَي المصدر «جديد» و«مكرر»؟ وهذا السؤال أضيق من الانتشار الوبائي أو الخطر، لكنه قد يفيد التدقيق والتخطيط. فالاختلاف في المزيج التشخيصي يعني أن الإجمالي الموحد للصحة النفسية يخفي توزيع الأعداد المنشورة بين المجموعات والقطاعات. وتتأكد أهمية قابلية إعادة الإنتاج عند إعادة استخدام الجداول المنشورة في لوحات المعلومات ومناقشات الموارد والبحوث الثانوية.

لم نحدد مسبقًا فرضية سببية. ويمكن لمصدر يقتصر على عام 2024 وصف نمط إبلاغ معاصر، لكنه لا يثبت ازدياد الحاجة إلى الخدمة أو تغيير برنامج للطلب أو تقديم أحد أنواع الرعاية خدمة أفضل أو أسوأ. وتتبع الدراسة مبادئ الإبلاغ في RECORD وSTROBE بقدر انطباقها على التحليل الثانوي لبيانات مجمعة جُمعت روتينيًا [12,13]. وتُعرض حدود المصدر ومواقع الاستخراج وكل مقياس مشتق حتى يميز القارئ العدد المنشور مباشرة عن حساباتنا.

المنهجية

أدرجت الوزارة مصنف 2024 في أرشيف 2025. وأعاد فحص الورقة 4-18 حساب مجاميع الأعمدة الستة وطابقها مع المنشور. ويصف العددان 698,772 للعيادات الخارجية و23,698 للتنويم النشاط المسجل. ولا يتيح الجدول تحديد الأشخاص الفريدين أو ربط الأحداث بين بيئتي الرعاية.

التصميم ومكان الدراسة ومصدر البيانات

كان هذا تحليلًا ثانويًا وصفيًا لعام واحد لمصنف مجمّع متاح للعامة، ولم يكن دراسة لمرضى فرادى. وكان المصدر الأساسي الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة السعودية لعام 2024، ورقة العمل 18-4 المعنونة «مرضى العيادات الخارجية والتنويم في أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة وفقًا للمجموعات المرضية الرئيسة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10، 2024م» [11]. ويحدد سطر المصدر الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية. ويتعلق الجدول بأقسام الصحة النفسية التابعة للوزارة ولا يدعي شمول جميع مقدمي الخدمة من القطاع الخاص أو الجهات الحكومية الأخرى. وسنة المصدر هي 2024؛ ولم ندمجها مع سنة مسح أو نستنتج مسارًا طوليًا.

تذكر الدراسة أنها حددت مدخل التحليل بوصفه المصنف الرسمي الذي نُزّل في 28 سبتمبر 2026 واحتُفظ به للتوثيق (SHA-256 a482e1f88c13b24246312fdb4696e3f9c49f2dd9459d56ef585f47bb47032c83). وحمل تنزيل ثانٍ من رابط الوزارة نفسه في ذلك التاريخ البصمة SHA-256 959a27fbe4a7ef7b5726c679303d3251aea8b638370289b8d055705e53ea2649. ووجدت مقارنة الحزمتين اختلافات في خصائص المستند وأجزاء XML المخصصة فقط، مع بقاء أوراق العمل XML وقيم خلايا الجدول 18-4 دون تغيير. ومن ثم تُحتفظ بصمة المدخل المجمد لتوثيق التحليل مع الاستشهاد برابط المصنف الرسمي [11]. وتحدد المقارنة مصدر الملف للتحليل المحتفظ به، ولا تمثل بيانًا من الوزارة المالكة للمصدر بشأن النسخ. تحتوي الصفوف 16–6 من ورقة 18-4 على المجموعات التشخيصية الإحدى عشرة، والصف 17 على الإجمالي المنشور. وتضم الأعمدة B–D أعداد العيادات الخارجية الجديدة والمكررة والإجمالية، وE–G أعداد التنويم الجديدة والمكررة والإجمالية، وH مجموعة ICD-10، وI الوصف الإنجليزي للمصدر. وتذكر الدراسة الاحتفاظ بسكربت الاستخراج ومحدد صفوف المصدر وCSV وملخص التحليل لإعادة الإنتاج. ولم تُنسخ الأرقام من ملف PDF أو يُعامل رسم بياني بوصفه بيانات.

كانت وحدة التحليل هي العدد المنشور بحسب المجموعة التشخيصية ونوع الرعاية. «العيادات الخارجية» و«التنويم» تسميتا المصدر لنوع الرعاية، و«جديد» و«مكرر» تسميتا العمودين الفرعيين. ولأن المصنف لا يقدم تعريفًا تشغيليًا أو معرّفًا، لا نسمي عمود المكرر عمدًا عدد الأشخاص العائدين أو إعادة الدخول. والمجموعات نطاقات ICD-10 واسعة وليست تشخيصات فردية. ولتيسير القراءة تسمي هذه المقالة F70–F79 «الإعاقة الذهنية»، بينما يستخدم الجدول المصطلح الأقدم «التخلف العقلي». ويرمز F99 إلى مجموعة اضطرابات نفسية غير محددة في المصدر، لا إلى عدد البيانات المفقودة. ونحتفظ بالرمز الأصلي ليمكن فحص المطابقة.

التحقق من المصدر والمتغيرات

فحص سكربت الاستخراج بصمة SHA-256 للمصنف قبل تحميل ورقة العمل. وفي كل صف من الصفوف الـ11 كان يلزم أن يساوي الجديد مع المكرر في العيادات الخارجية إجماليها، وأن تتحقق المساواة نفسها في أعداد التنويم. وكان يلزم أن يطابق كل واحد من مجاميع الأعمدة الستة الإجمالي الهامشي المنشور في الصف .17 وكانت القيم السالبة أو غير الصحيحة أو الرموز التشخيصية غير المتوقعة توقف الاستخراج. ويتحقق ذلك من النقل والحساب الداخلي، لكنه لا يتحقق من طريقة جمع الوزارة للسجلات أو إزالة تكرارها أو تصنيفها أصلًا.

كانت المتغيرات الأساسية إجمالي العيادات الخارجية وإجمالي التنويم لكل مجموعة .ICD-10 وحُسبت حصة المجموعة في نوع الرعاية بقسمة عددها على إجمالي ذلك النوع وضرب الناتج في .100 وكان فرق الحصص حصة التنويم ناقص حصة العيادات الخارجية بالنقاط المئوية. وحُسبت نسب منفصلة للموسوم بالمكرر بقسمة المكرر على الإجمالي داخل كل نوع رعاية ومجموعة تشخيصية. وحُسبت الحصص والفروق جميعها من الأعداد الصحيحة غير المقربة ثم قُرّبت إلى منزلتين عشريتين للعرض؛ وقد لا تتطابق عمليات جمع المكونات المعروضة أو طرحها تمامًا بسبب التقريب. ولم نقسم أعداد مجموعات التنويم على أعداد مجموعات العيادات الخارجية لتقدير خطر الدخول، إذ لا يتضمن الجدول مجموعة مرضى مترابطة وقد يستخدم العمودان وحدات مختلفة. ولم نقسم الأعداد على سكان السعودية لتقدير الوقوع أو الانتشار.

استخدمت ثلاثة ملخصات توزيع متكاملة. تعطي حصة أكبر ثلاث مجموعات مقياسًا بسيطًا للنسبة التي تشغلها أكبر المجموعات في كل نوع رعاية؛ ويصف مؤشر هيرفندال، المحسوب بجمع مربعات حصص المجموعات معبرًا عنها بكسور، التركّز عبر جميع المجموعات المدرجة؛ أما مسافة التباين الكلي، وهي نصف مجموع الفروق المطلقة بين حصص المجموعات، فتعبر عن التباعد الكلي بين التوزيعين بالنقاط المئوية. وتصف هذه المقاييس خصائص مختلفة للمجاميع الهامشية المنشورة ولا تحمل عتبات سريرية أو لتوزيع الموارد. ولم نحسب فترات ثقة أو اختبارات دلالة لعدم توفر تصميم معاينة أو نموذج احتمالي أو بيانات عن خطأ الاستيثاق لهذه الأعداد المجمعة المنشورة.

تستخدم حسابات التركيب توزيعًا مغلقًا داخل كل نوع رعاية. فكل حصة تشخيصية تستخدم إجمالي نوع الرعاية نفسه، وتستوعب الحصص الإحدى عشرة هذا الإجمالي المنشور. لذلك ليست نسب الصفوف مستقلة؛ فزيادة حصة مجموعة تترك بالضرورة حصة أقل لمجموعة أو أكثر من البقية حتى لو لم يُرصد أي مسار فردي. ومن ثم يكون مجموع فروق التنويم ناقص العيادات الخارجية صفرًا قبل التقريب. ويصف الفرق الموجب لفئة والسالب لأخرى إعادة توزيع حصة إجمالية ثابتة، لا انتقالًا سريريًا مثبتًا للمرضى بين تلك التشخيصات. ولا يحتوي جدول المصدر على مشاهدات لهذه الانتقالات [11].

يستفيد التباين الكلي من هذه الخاصية الحسابية بأخذ نصف مجموع الفروق المطلقة في الحصص. ويمنع عامل النصف عدَّ الجانبين الموجب والسالب للتباعد التركيبي نفسه مرتين. ومن ثم فإن مقياسه بالنقاط المئوية يمثل مسافة بين توزيعَين منشورَين. ولا ينبغي قراءته كنسبة المرضى الذين يحتاجون علاجًا مختلفًا أو المصنفين خطأ أو الذين تغير نوع رعايتهم؛ فهذه التفسيرات تتطلب أفرادًا وقاعدة لمطابقتهم بين الحالات. وهنا يأتي المتجهان من مجاميع هامشية منفصلة لنوعَي الرعاية مع عدم تعريف وحدات العد أو الربط بينها [11].

تتطلب ملخصات أكبر ثلاث مجموعات تمييزًا آخر. إذ تُختار المجموعات الثلاث الأكبر بصورة منفصلة في كل نوع رعاية، فتحتوي ملخصات العيادات الخارجية والتنويم على مجموعات فئات مختلفة. ويصف الفرق بينها مقدار ما تشغله المجموعات المتصدرة من إجمالي كل نوع رعاية، ولا يمثل تغير سلة تشخيصية ثابتة واحدة. وللمقارنة بين السلة نفسها ينبغي تحديد رموزها أولًا واستخدامها في العمودين؛ وهذا ملخص يختلف عن مقياس أكبر ثلاث مجموعات وفق الترتيب الوارد هنا. ويساعد عرض هويات المجموعات مع الإجمالي على تجنب الخلط بين إحصاء الترتيب ومجموعة مرضى سريرية [11].

يعتمد مؤشر هيرفندال أيضًا على نظام الفئات. فهو يربع كسر كل مجموعة من مجموعات المصدر الإحدى عشرة ويجمعها، مما يمنح الكسور الأكبر تأثيرًا أكبر في النتيجة. وتقسيم نطاق واسع في المصدر إلى تشخيصات أضيق أو دمج النطاقات يغيّر المؤشر حتى إن لم يتغير العدد الإجمالي للوحدات المسجلة. ولهذا يرتبط معناه بتعريفات مجموعات ICD-10 الإحدى عشرة في ورقة العمل. وتستخدم المقارنة الحالية النظام نفسه في نوعَي الرعاية، لكن لا يمكن مقارنته دون تحفظ بمؤشر من مصدر يستخدم تشخيصات فردية أو نظام تجميع مختلفًا. ولم يُجرَ مثل هذا الحساب بإعادة التجميع [11].

للنسبة الموسومة بالمكرر مقام مختلف مرة أخرى. ففي الصف الواحد تقسم أعداد المكرر على إجمالي ذلك الصف، أما قيمة نوع الرعاية كله فتساوي مجموع أعداد المكرر مقسومًا على مجموع الأعداد الكلية. والأخيرة نتيجة موزونة بالأعداد، وليست متوسطًا غير موزون للنسب المئوية للصفوف الإحدى عشرة. ولذلك تسهم المجموعات الصغيرة في الهامش الكلي لنوع الرعاية أقل من الكبيرة. وهذا مهم عند قراءة النسبة المنخفضة لتنويم F50–F59 بجانب القيمة الإجمالية للتنويم: فالنسبة الصفية دقيقة حسابيًا ضمن مقامها المنشور، لكن إسهامها في الهامش الكلي يختلف عن .F20–F29 ولا يمثل أي من هذه الأوزان شدة المرضى أو أولوية الخدمة [11].

تختلف دقة العرض عن منطق المقامات. إذ تُستخدم الأعداد الصحيحة للمصدر لحساب كل حصة وفرق الحصص قبل التقريب. وقد ينتج عن طرح حصتين قُرّبتا مسبقًا فرق مقداره جزء من مئة نقطة مئوية عن الفرق المعروض، وقد يبتعد مجموع الصفوف

المقربة قليلًا عن 100%. وهذه الفروق آثار متوقعة لتقريب العرض وليست دليلًا على تغير عدد خام. ولذلك ينبغي أن يعود فحص إعادة الإنتاج إلى الأعداد الصحيحة وإجماليات نوع الرعاية المبيّنة، بدل اشتراط أن يعمل كل رقم عشري مطبوع كمدخل دقيق. ويحتفظ الجدول 1 بهذه الأعداد الصحيحة تحديدًا لتمكين القارئ من ذلك [11].

تحدد هذه التحويلات أيضًا ما الذي ستفحصه إعادة تحليل مستقلة. فإعادة حساب الحصص وملخصات الترتيب ومقاييس التركّز تتحقق من المطابقة بين الأعداد الصحيحة المستخرجة والمخرجات المبلّغ عنها. لكنها لا تتحقق من استيثاق الوزارة الأصلي للحالات أو تحدد ما إذا كان شخص واحد قد أنتج وحدات مسجلة متعددة. وكلا الأمرين مهم لكنه يتطلب دليلًا مختلفًا. يمكن مناقشة الأول باستخدام إحداثيات ورقة العمل والصيغ المحتفظ بها؛ أما الثاني فيتطلب قاموس الإبلاغ، وعند الاقتضاء تدقيقًا للمصدر يخضع لحوكمة منفصلة. ولهذا ينبغي الإبلاغ عن الاتفاق في المرحلة الأولى بوصفه اتفاقًا حسابيًا، لا تحققًا من الاكتمال السريري [11].

بعد فحص الجدول أضفنا حساب حساسية استكشافيًا صريحًا يستبعد F99 ويعيد حساب توزيعي نوعَي الرعاية ضمن نطاقات ICD العشرة المحددة. ويسأل ذلك عما إذا كان التباين المرصود بين النوعين يعتمد أساسًا على الفئة غير المحددة. ولا يدعي أن F99 غير صالح، ويحتفظ التحليل الأساسي بالمجموعات الإحدى عشرة المنشورة كلها. ولم ندمج الفئات في طبقات شدة سريرية مخترعة. وقد يضم نطاق ICD-10 الواسع على وجه الخصوص تشخيصات وحاجات خدمية متباينة. ولا يوفر المصدر أساسًا لفرض ترتيب للشدة أو نمذجة احتمال دخول شخص بعينه المستشفى.

التحيز والبيانات المفقودة وضوابط التفسير

يحتوي الجدول على أعداد موجبة أو صفرية لجميع المجموعات الإحدى عشرة المدرجة وأعمدة الأعداد الستة. ولا يحتوي على صف للسجلات التي ينقصها نوع الرعاية أو ذات التشخيص المجهول خارج F99 أو لمقدم خدمة لم يُبلّغ. ولذلك فإن «عدم وجود خلايا مفقودة» خاصية حسابية لورقة العمل المستخرجة، لا ادعاء باكتمال الإبلاغ الروتيني. وقد يؤثر الترميز التشخيصي وتغطية الإبلاغ ونماذج الخدمات المختلفة في التوزيع المعروض. ولم يحتو هذا الجدول على معرّفات المنشآت أو حقول العمر أو الجنس أو الجنسية أو الشدة أو مدة الإقامة أو ضبط مزيج الحالات. ولا يمكن استعادة هذه العوامل من المجاميع الهامشية بالنمذجة الإحصائية.

عومل الأدب العلمي بوصفه سياقًا لا مقامًا بديلًا. فالمسح الوطني السعودي للصحة النفسية مسح أسري ذو مجتمع محدد ومقابلة تشخيصية، ويشمل أعمالًا عن أنماط مدى الحياة وسن البدء [14] والشباب السعوديين [15] والنساء [16] والأمراض المصاحبة [17] والوصمة [18]. وتوضح هذه الدراسات سبب ضرورة النظر معًا في عبء السكان والوصول إلى الرعاية وأعداد النظام الصحي المنشورة مع إبقائها متميزة؛ فالمشاركون والفترات الزمنية فيها غير قابلين للاستبدال بجدول الوزارة. وبالمثل، تلقي روايات التنويم النوعية الضوء على جوانب جودة لا تقيسها الأعداد الإدارية الخام [19]. ولم يُطّلع على سجلات مرضى.

تعني قابلية إعادة الإنتاج هنا إعادة الحساب من نسخة المصنف الثابتة هذه. وهي لا تثبت صلاحية وحدة الإبلاغ أو التصنيفات التشخيصية أو التغطية أو ثباتها عبر أنواع الرعاية أو السنوات. وتربط بصمة المصدر وفحوص الصفوف والمجاميع الهامشية الاستخراج بملف واحد وقد تكشف أخطاء النقل أو نسخة متغيرة، لكنها لا تكشف أخطاء الإبلاغ المنهجية في المصدر. وينبغي أن تستخدم أي مقارنة سنوية أولًا قاموس ترميز محدد النسخة وأن توثق التغيرات في تعريف الفئات وتغطية المنشآت وممارسات الإبلاغ.

النتائج

الإجماليات المنشورة والتركيب التشخيصي

أبلغ المصدر عن 698,772 عددًا للعيادات الخارجية و23,698 عددًا للتنويم عبر مجموعات ICD-10 الإحدى عشرة في عام 2024. وضم إجمالي العيادات الخارجية 137,432 عددًا موسومًا بالجديد و561,340 بالمكرر؛ وضم إجمالي التنويم 12,837 عددًا موسومًا بالجديد و10,861 بالمكرر. وتطابقت جميع الصفوف والمجاميع الهامشية تمامًا. وهذه أعداد مبلّغ عنها داخل أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة، وليست تقديرات لعدد سكان السعودية المصابين باضطراب.

يعرض الجدول 1 عدد كل مجموعة وحصتها داخل نوع الرعاية. وتصدرت اضطرابات المزاج (F30–F39) العيادات الخارجية بعدد 190,608 أو 27.28%، تلتها اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الضلالية (F20–F29) بعدد 171,731 أو 24.58%، ثم الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالشدة والجسدية الشكل (F40–F48) بعدد 123,882 أو 17.73%. وشكلت الفئات الثلاث معًا 69.58% من إجمالي العيادات الخارجية. واختلف ترتيب التنويم: أسهمت F20–F29 بعدد 7,948 أو 33.54%، وF30–F39 بعدد 5,518 أو 23.28%، واضطرابات استخدام المواد ذات التأثير النفسي (F10–F19) بعدد 4,387 أو 18.51%. وشكلت هذه المجموعات الثلاث 75.34% من إجمالي التنويم.

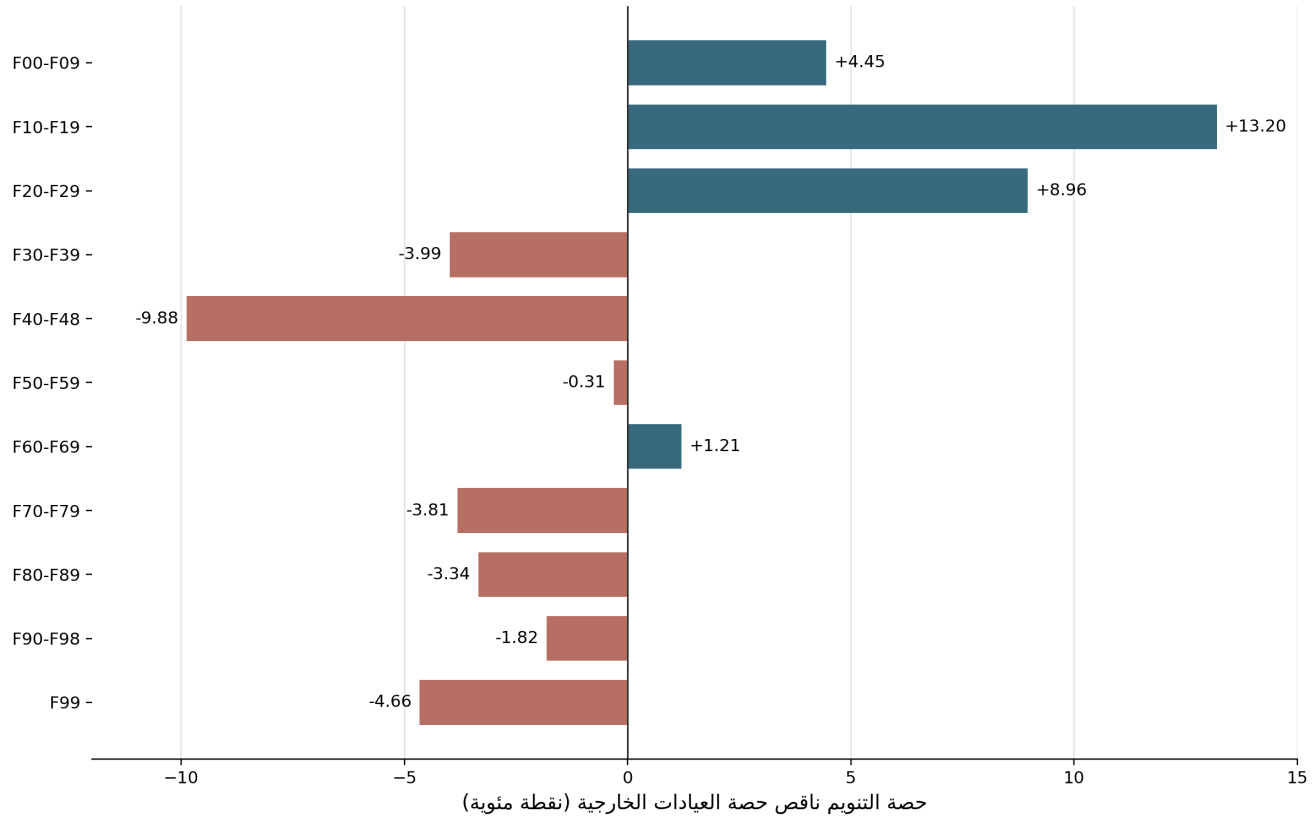
الجدول 1. التركيب التشخيصي للأعداد المبلّغ عنها للعيادات الخارجية والتنويم في أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة، 2024.

ICD-10	المجموعة التشخيصية	عدد العيادات الخارجية (النسبة، %)	عدد التنويم (النسبة، %)	الفرق (نقطة مئوية)
F00-F09	الاضطرابات النفسية العضوية	15,585 (2.23)	1,582 (6.68)	+4.45
F10-F19	استخدام المواد ذات التأثير النفسي	37,120 (5.31)	4,387 (18.51)	+13.20
F20-F29	طيف الفصام والاضطرابات الضلالية	171,731 (24.58)	7,948 (33.54)	+8.96
F30-F39	اضطرابات المزاج	190,608 (27.28)	5,518 (23.28)	-3.99
F40-F48	الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالشدة والجسدية الشكل	123,882 (17.73)	1,859 (7.84)	-9.88
F50-F59	المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطراب فسيولوجي	11,942 (1.71)	332 (1.40)	-0.31
F60-F69	اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم	9,810 (1.40)	619 (2.61)	+1.21
F70-F79	الإعاقة الذهنية	37,890 (5.42)	382 (1.61)	-3.81
F80-F89	اضطرابات النمو النفسي	26,572 (3.80)	109 (0.46)	-3.34
F90-F98	الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ في الطفولة	15,780 (2.26)	104 (0.44)	-1.82
F99	اضطرابات نفسية غير محددة	57,852 (8.28)	858 (3.62)	-4.66
الإجمالي	جميع المجموعات المدرجة	698,772 (100.00)	23,698 (100.00)	—

ملاحظة: المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة السعودية 2024، الجدول 18-4، الصفوف [11] 17–6. تستخدم الحصص إجمالي نوع الرعاية المعني؛ والفروق هي حصة التنويم ناقص حصة العيادات الخارجية. تستخدم الحسابات الأعداد غير المقربة وتُقرّب إلى منزلتين عشريتين للعرض، ولذلك قد لا تتطابق عمليات جمع المكونات المعروضة أو طرحها تمامًا. والمجموعات نطاقات ICD-10 واسعة في المصدر؛ وتسمى F70–F79 «التخلف العقلي» في المصدر و«الإعاقة الذهنية» هنا. وهذه أعداد مبلّغ عنها وليست مرضى فريدين أو مخاطر دخول.

كان أكبر فرق موجب لحصة التنويم ناقص العيادات الخارجية لدى F10–F19، بمقدار 13.20 نقطة مئوية؛ وارتفعت حصة F20–F29 بمقدار 8.96 نقاط والاضطرابات النفسية العضوية (F00–F09) بمقدار 4.45 نقاط. وكان أكبر فرق سالب لدى F40–F48 بمقدار 9.88- نقاط؛ وبلغ فرق F99 4.66- نقاط وF30–F39 3.99- نقاط وF70–F79 3.81- نقاط. ويعرض الشكل 2 هذه الفروق الحسابية دون الإيحاء بأن سجلات العيادات الخارجية أدت إلى سجلات التنويم. وبلغت مسافة التباين الكلي بين التركيبين ذوي الأجزاء الإحدى عشرة 27.82 نقطة مئوية. وكان مؤشر هيرفندال 0.1818 لحصص العيادات الخارجية و0.2141 لحصص التنويم، مما يصف مزيج تنويم أكثر تركّزًا إلى حد ما ضمن الفئات المبلّغ عنها.

الشكل .2 الفرق بين حصص التنويم والعيادات الخارجية حسب مجموعة ICD-10 في المصدر، .2024



ملاحظة الشكل .2 تمثل الأشرطة حصة التنويم ناقص حصة العيادات الخارجية بالنقاط المئوية، محسوبة من الأعداد المنشورة في الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة 2024، الجدول [11] 18-4. ويقارن الرسم التراكيب المجمعة، لا المرضى المرتبطين أو احتمالات الدخول.

تسميتا الجديد والمكرر

يحافظ الجدول 2 على تقسيمات المصدر إلى جديد ومكرر لكل مجموعة تشخيصية. وإجمالًا وُسم 80.33% من أعداد العيادات الخارجية و45.83% من أعداد التنويم بالمكرر. وبين المجموعات الثلاث الأكثر عددًا في العيادات الخارجية بلغت نسب الموسوم بالمكرر 83.96% لـF30–F39 و86.98% لـF20–F29 و76.52% لـF40–F48. وفي عمود التنويم بلغت نسبتا المكرر لـF20–F29 وF30–F39، على التوالي، 55.06% و54.46%، مقابل 40.76% لـF10–F19. وبلغت نسبة تنويم F50–F59 11.14%، لكن مقامها كان 332 عددًا منشورًا؛ وهذه نسبة دقيقة من الأعداد المجمعة المنشورة (332 عدد تنويم لهذه المجموعة)، وليست نسبة على مستوى المريض؛ ولا يحدد المصدر وحدة العد.

الجدول .2 التقسيمات المنشورة إلى جديد ومكرر داخل كل نوع رعاية ومجموعة تشخيصية.

ICD-10	العيادات الخارجية: جديد	العيادات الخارجية: مكرر (%)	التنويم: جديد	التنويم: مكرر (%)
F00-F09	4,343	11,242 (72.13)	1,201	381 (24.08)
F10-F19	7,354	29,766 (80.19)	2,599	1,788 (40.76)
F20-F29	22,353	149,378 (86.98)	3,572	4,376 (55.06)
F30-F39	30,565	160,043 (83.96)	2,513	3,005 (54.46)
F40-F48	29,089	94,793 (76.52)	1,289	570 (30.66)
F50-F59	3,040	8,902 (74.54)	295	37 (11.14)
F60-F69	2,938	6,872 (70.05)	379	240 (38.77)
F70-F79	8,924	28,966 (76.45)	232	150 (39.27)
F80-F89	9,366	17,206 (64.75)	78	31 (28.44)
F90-F98	4,653	11,127 (70.51)	74	30 (28.85)

ICD-10	العيادات الخارجية: جديد	العيادات الخارجية: مكرر (%)	التنويم: جديد	التنويم: مكرر (%)
F99	14,807	43,045 (74.41)	605	253 (29.49)
الإجمالي	137,432	561,340 (80.33)	12,837	10,861 (45.83)

ملاحظة: المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة السعودية 2024، الجدول [11] 18-4. أسماء المجموعات التشخيصية المقابلة لكل رمز ICD-10 في الجدول .1 تستخدم النسب بين الأقواس إجمالي المجموعة في نوع الرعاية، باستثناء صف الإجمالي الذي يستخدم إجمالي نوع الرعاية كله. «جديد» و«مكرر» تسميتا المنشور؛ ولا يحدد الجدول العام وحدة العد أو قواعد إزالة التكرار. ولا ينبغي تفسير أي صف على أنه حالات إعادة دخول أو مرضى فريدون عائدون.

يجيب ترتيب المجموعات والفروق في وصف المكرر عن أسئلة منفصلة. فالحصة المرتفعة في نوع رعاية تعني أن المجموعة تشغل جزءًا أكبر من إجماليه المنشور، ولا تعني أن فردًا في المجموعة أكثر احتمالًا لدخول ذلك النوع. وتعني النسبة المرتفعة للموسوم بالمكرر أن المنشور وضع جزءًا أكبر من أعداد المجموعة في ذلك النوع ضمن عمود «المكرر»؛ ولا تحدد عودة طولية أو مدة نوبة أو إعادة دخول. ودون الربط على مستوى الأشخاص لا يمكن إنشاء مصفوفة انتقال أو مسار من جديد إلى مكرر.

في تحليل الحساسية الاستكشافي باستبعاد F99 بقي 640,920 عددًا للعيادات الخارجية و22,840 عددًا للتنويم. ولم تتغير المجموعات الثلاث المحددة الأكبر في كل نوع رعاية، وشكلت 75.86% من أعداد العيادات الخارجية المحددة و78.17% من أعداد التنويم المحددة. وبلغت مسافة التباين الكلي 27.09 نقطة مئوية، قريبة من 27.82 نقطة عند الإبقاء على المجموعات الإحدى عشرة كلها. ومن ثم لم ينشأ التباين التركيبي الرئيس فقط عن اختلاف حصة F99 بين نوعَي الرعاية. ولا يحدد هذا الحساب سبب ترميز سجل ما بـF99 أو ما إذا كان إدراجه يختلف بين المنشآت.

المناقشة

يظهر جدول وزارة الصحة لعام 2024 اختلافًا تركيبيًا ملحوظًا بين الإبلاغ عن العيادات الخارجية والتنويم في الصحة النفسية. ففي أعداد العيادات الخارجية شغلت فئات المزاج والشدة جزءًا كبيرًا من الجدول إلى جانب اضطرابات طيف الفصام. وفي أعداد التنويم شغلت مجموعتا طيف الفصام واستخدام المواد ذات التأثير النفسي حصصًا أكبر بوضوح. فالفرق ليس طفيفًا: إذ شكلت أكبر ثلاث مجموعات للتنويم ثلاثة أرباع إجمالي ذلك النوع من الرعاية، وبلغ فرق التوزيع الكامل المقاس بالتباين الكلي 27.82 نقطة مئوية. وتحدد النتائج نمطًا ملموسًا للأعداد المنشورة لكنها لا تفسر سبب اختلافه.

وصفت دراسة تشخيصية سعودية متعددة المراكز عينة سريرية من ستة مستشفيات باستخدام بيانات السجلات المدعومة بالمقابلات [9]. واستخدم تحليل ذو صلة للأدوية النفسية المستشفيات وتواريخ جمع البيانات نفسها لكن بحجم عينة مبلّغ عنه مختلف؛ ولا تثبت المنشورات وجود تداخل بين المشاركين أو عدمه، لذلك لا ينبغي معاملتها كعينات مستقلة [10]. كما عرض تحليل متعدد المصادر نُشر عام 2025 أنماط ICD-10 للعيادات الخارجية والتنويم بوزارة الصحة لعام [8] 2018. ويفحص العمل الحالي جدول 2024 اللاحق ويتضمن عمودَي الجديد والمكرر ويتحقق من حساب الصفوف والمجاميع الهامشية. وهو تحليل وصفي محدّث، وليس أول مقارنة سعودية أو دراسة اتجاهات؛ إذ لم تُثبت قابلية مقارنة وحدات المصدر وقواعد الإبلاغ بين السنوات.

كانت حصة F20–F29 أكبر في أعداد التنويم المنشورة؛ ولا يمكن للمجموع أن يبين الحدة السريرية أو يفسر توزيع نوع الرعاية. وتورد مجموعة سعودية استعادية نتائج فردية عن إعادة دخول المصابين بالفصام خلال سنة واحدة [20]. ولا ينبغي مساواة عمود التنويم «المكرر» في الكتاب السنوي بمقياس إعادة الدخول في تلك المجموعة. وبالمثل يصف بحث أنماط الأدوية في مستشفى للصحة النفسية بتبوك العلاج داخل منشأة، وهو بُعد لا يقيسه جدول [21] 2024. ولا يستطيع عدد سجلات F20–F29 للتنويم وحده بيان تحسن استمرارية الرعاية.

قد تؤثر تعريفات الإبلاغ والتباين على مستوى المنشآت في المجاميع المعروضة، لكن هذا المصنف لا يستطيع فصل تلك المؤثرات عن المزيج السريري للحالات. وقد تختلف خدمتان لهما مجاميع ICD وطنية متماثلة في الوصول الجغرافي ومدة الإقامة والكوادر وممارسات الترميز. ولا يصف ارتفاع مؤشر هيرفندال للتنويم سوى مزيج المجموعات التشخيصية المدرجة؛ ولا يعني تركّز الرعاية في مستشفيات قليلة أو توزيع الموارد بصورة متناسبة. وتتطلب هذه الأسئلة مقامات المنشآت والقوى العاملة الغائبة عن الجدول .18-4

شكّل F10–F19 نسبة 5.31% من أعداد العيادات الخارجية المبلّغ عنها مقابل 18.51% من أعداد التنويم. والفرق الحسابي البالغ 13.20 نقطة مئوية هو أكبر تباين بين نوعَي الرعاية في الجدول. ولا يستطيع الجدول تمييز اختلاف المسارات السريرية عن اختلاف الإبلاغ أو الترميز. ولم نسمِّ هذا التباين معدل دخول المستشفى أو نستنتج تفسيرًا سببيًا. وتوثق الدراسات المسحية والعيادية حواجز علاج المصابين باضطرابات نفسية، لكن ذلك الدليل يعمل على مستوى تحليل مختلف عن هذه الأعداد المجمعة [5,22]. وتتطلب دراسة تالية تعريفات موحدة لوحدة الإبلاغ وربطًا للمرضى وتحققًا من التشخيص ومجتمع مصدر محدد العدد بوضوح قبل تقدير المسارات أو المخاطر.

قد يفيد التقسيم إلى جديد ومكرر في التشغيل إذا عُرّف فقط. فالكتاب السنوي لا يبين ما إذا كان المكرر يدل على حضور أو نوبة أو شخص أو حالة مستمرة؛ ولذا لا يمكن قراءة هذه النسب المجمعة كتكرار عودة المرضى. ويمكن للوزارة تحسين الاستخدام الثانوي بتعريف الحدث المعدود وفترة التصنيف وإسناد التشخيص وقاعدة التكرار. وتتطلب دراسة الانتقالات بين خدمات الإحالة والعيادات الخارجية والتنويم سجلات مترابطة محمية الخصوصية ومالك بيانات مسؤولًا.

لا تستطيع البيانات المجمعة تقدير الحاجة غير الملباة. وتميز تحليلات المسح الوطني السعودي للصحة النفسية الأسرية بين العلاج على مدى الحياة والعلاج خلال 12 شهرًا، وتعتمد على إطار سكاني محدد ومقابلة موحدة [4,23,24]. وقسمة أعداد 2024 على انتشار المسح تخلط السنوات والسكان والأهلية العمرية ونطاق مقدمي الخدمة والمفاهيم التشخيصية ووحدات العد، وتنتج حاصلًا غير قابل للتفسير. وتصف تحليلات الإحالة الإلكترونية الطلبات وقبولها، لا الأعداد التشخيصية في الكتاب السنوي [6,7].

تستحق مجموعة F99 غير المحددة الاهتمام باعتبارها فئة ترميز لا معدل خطأ مستنتجًا. فقد شكلت 8.28% من أعداد العيادات الخارجية و3.62% من أعداد التنويم. ودون الاطلاع على قواعد الترميز أو السجلات السريرية، لا نستطيع التمييز بين المظاهر السريرية غير المتمايزة وممارسات التوثيق أو التصنيف. وقد تغير إعادة تصنيف بعض سجلات F99 حصص المجموعات الأخرى؛ ولهذا تصف النتائج الترميز المبلّغ عنه. ويستخدم المصدر أيضًا تسمية إنجليزية قديمة لـ F70–F79. وقد حدّثنا الوصف في النص مع الاحتفاظ برمز ICD والإفصاح في ملاحظات الجدول، بما يحافظ على إمكانية التتبع دون تبني المصطلحات القديمة.

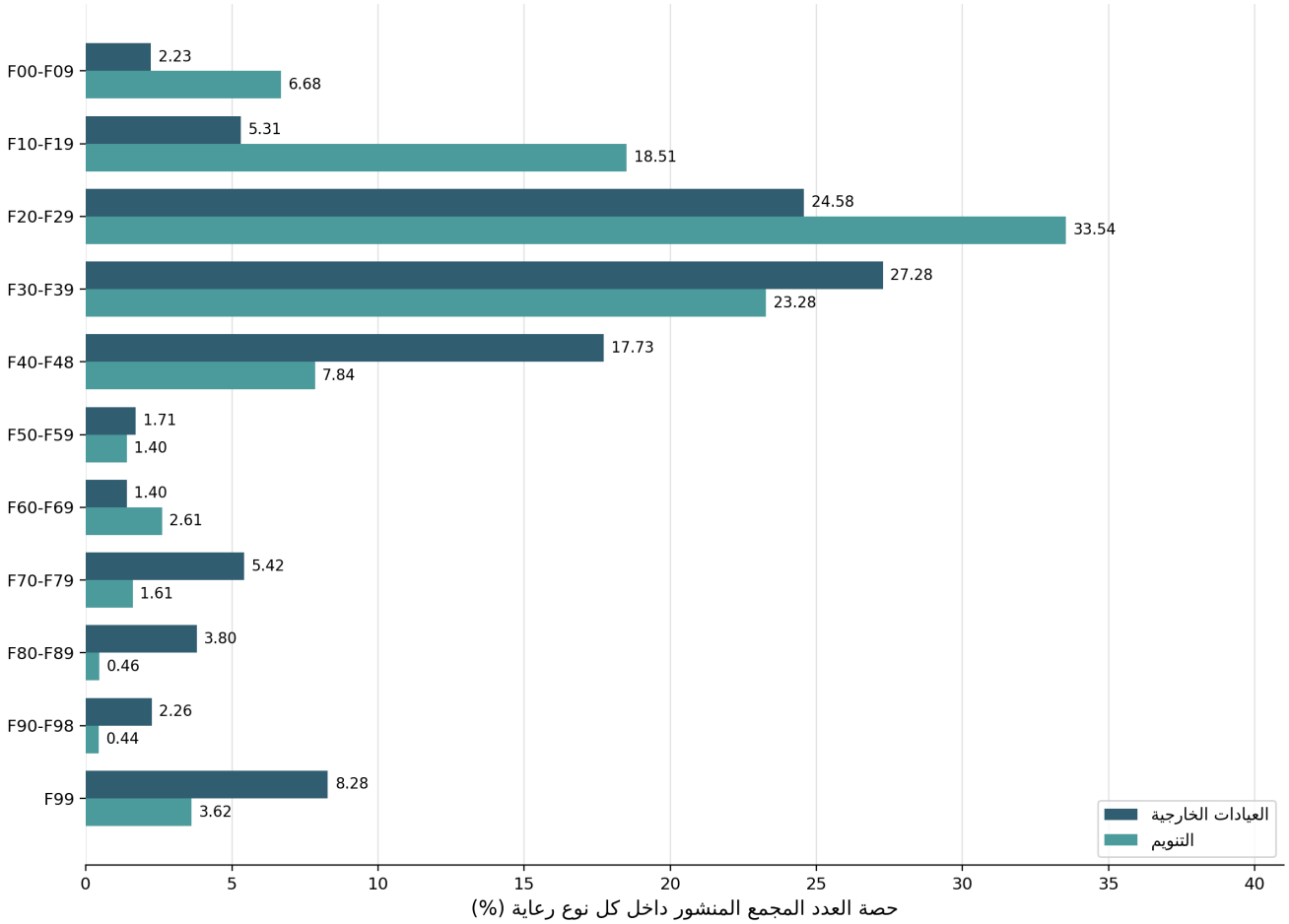
كانت حصص التنويم في مجموعتَي F80–F89 وF90–F98 أصغر بكثير من حصص العيادات الخارجية. وحتى هنا سيكون إسناد مسار رعاية أمرًا محفوفًا بالمخاطر. فقد تُقدم بعض رعاية الحالات النمائية أو التي تبدأ في الطفولة في طب الأطفال أو التأهيل أو المجتمع أو خارج وزارة الصحة، وهي قطاعات خارج جدول الكتاب السنوي؛ ولا تستطيع البيانات بيان ما إذا كان ذلك قد حدث. كما لا تميز فئات المصدر الواسعة البالغين المصابين باضطرابات مستمرة بدأت في الطفولة عن الأطفال. وقد وصفت مسوح سعودية الاضطرابات النفسية لدى الشباب [15]، لكن لا يمكن اعتبار إطارها الأسري مقامًا مباشرًا لهذين الصفين الإداريين. وينبغي لخرائط الخدمات المستقبلية تحديد العمر وقطاع مقدم الخدمة وما إذا كان الترميز التشخيصي يمثل حالات أساسية أو مصاحبة قبل تفسير هذه الفروق الظاهرة.

تشمل نقاط قوة الدراسة الربط الدقيق بالمصدر وإدراج الجدول كاملًا وشفافية الحساب والتحديد الحذر لنطاق التحليل. وقد تطابقت كل الصفوف الإحدى عشرة والمجاميع الستة مع إجماليات الكتاب السنوي. وتذكر الدراسة الاحتفاظ بسكربت الاستخراج والبيانات الصفية اللازمة لإعادة الحسابات، لكنها غير متاحة للعامة، فلا يستطيع قارئ خارجي إعادة تشغيلها بعد. والقيود مهمة بالقدر نفسه؛ فالمنشور لا يقدم تقييمًا للمعاينة أو اكتمال الإبلاغ، ولا معرّفات مرضى أو تعريفات أحداث أو تحققًا من التشخيص أو توزيع المنشآت أو العمر أو الجنس حسب المجموعة التشخيصية أو معلومات عن تعدد التشخيصات. وهو يقتصر على أقسام الصحة النفسية بوزارة الصحة. ولا يثبت عام واحد اتجاهًا أو موسمية. ومقياسا هيرفندال والتباين الكلي وصفيان بحت للحصص المنشورة وليس لهما عتبة سريرية. ولهذه القيود لم نبلغ عن قيم P أو فترات ثقة أو ادعاءات ارتباط على مستوى المرضى.

بالنسبة لصناع القرار، يتمثل الاستخدام الفوري الملائم في الوصف الدقيق للأعداد المنشورة ووضع جدول لتحسين القياس. وتحدد الأنماط الخاصة بكل نوع رعاية الفئات الواسعة الغالبة في الأعداد المبلّغ عنها، لكنها لا تحدد العدد الأمثل للأسرة أو الموظفين أو التوزيع الإقليمي دون بيانات عن عبء العمل وحدّة الحالة والمدة والجغرافيا والحاجة غير الملباة. وتبين الأدلة النوعية من مستخدمي خدمات التنويم السعوديين أيضًا أن التجربة والجودة تتطلبان دراسة مباشرة بدل استنتاجهما من الحجم [19]. وسيكون ربط البيانات المجمعة للوزارة بمسارات على مستوى المرضى، متحقق منها سريريًا وخاضعة لحوكمة أخلاقية، خطوة تالية مهمة. وفي الأثناء ينبغي أن تصاحب كل الملخصات الثانوية بيانات نوع الرعاية والسنة ونطاق المصدر والتحفظ على وحدة العد.

يمكن لجدول سنوي محسّن أن يحتفظ بصيغته المتاحة مع تعريف «جديد» و«مكرر» ونوع الرعاية ووحدة العد وإزالة التكرار بين الزيارات والتشخيصات والسجلات غير المصنفة والتغطية بحسب التجمع والمنشأة. ومن شأن هذه التعريفات منع إساءة قراءة الأعداد المنشورة بوصفها معدلات للمرضى. ويمكن لتدقيق ترميز يحكمه مالك البيانات تقييم جودة التصنيف. وينبغي أن يحتفظ استخراج محدد النسخة بمعرّف الجدول والسنة وصف المصدر ونطاق الرمز والتعريفات وسجل التغييرات. وستوضح مقامات المنشأة والمنطقة والعمر منشأ المجاميع الهامشية الوطنية دون نشر سجلات فردية. وتتطلب تحليلات الانتقال مجموعة بيانات مترابطة تخضع لحوكمة منفصلة، مع تحديد تواريخ اللقاءات وإزالة التكرار وقواعد التشخيص ونوافذ المتابعة قبل التحليل. ويفصل هذا بين الرصد الوصفي والتحليلات التي تتطلب ضمانات أقوى للخصوصية والأخلاقيات ومالك البيانات.

يقارن الشكل 3 الحصص المئوية المبلّغ عنها لإحدى عشرة مجموعة تشخيصية ضمن الأعداد الإجمالية المنشورة للعيادات الخارجية والتنويم الداخلي.



الشكل .3 جميع المجموعات التشخيصية الإحدى عشرة؛ حُسبت الكسور من الأعداد الصحيحة في الجدول .1 وحدات الأعداد المنشورة غير معرّفة؛ وهذه تراكيب إدارية داخل كل نوع رعاية، وليست انتشارًا أو خطر دخول أو إعادة دخول أو جودة رعاية.

ملاحظة الشكل 3: خلايا مجمعة عامة وحصص وصفية مشتقة؛ لا تقديرات فردية أو سببية. المصدر: الجدول 1، ورقة وزارة الصحة 4-18 الصفوف [11] 16–6.

الخلاصة

في جدول أقسام الصحة النفسية الذي نشرته وزارة الصحة لعام 2024، شكّلت مجموعات ICD-10 الإحدى عشرة 698,772 عددًا للعيادات الخارجية و23,698 عددًا للتنويم. وتصدرت مجموعات المزاج وطيف الفصام والاضطرابات المرتبطة بالشدة عمود العيادات الخارجية؛ وتصدرت مجموعات طيف الفصام والمزاج واستخدام المواد عمود التنويم. واختلف التقسيم إلى «جديد» و«مكرر» أيضًا، لكن وحدة العد الأساسية غير معرّفة في الجدول العام. ويقدم التحليل وصفًا شفافًا لتركيب الأعداد المنشورة وحدًا واضحًا لما لا يمكن استنتاجه. ويلزم توفر بيانات مرتبطة بالمرضى وتعريفات إبلاغ صريحة لدراسة انتقالات الرعاية أو إعادة الدخول أو الانتشار أو الجودة.

المراجع

1. Abdullah S Al-Subaie, AbdulHameed Al-Habeeb, Yasmin A Altwaijri. Overview of the Saudi National Mental Health Survey. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1835. doi:10.1002/mpr.1835. PMID:33245612.

2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. Psychiatry. 2022 Feb;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3. PMID:35026139.

3. Yasmin A Altwaijri, Abdulhameed Al-Habeeb, Abdullah S Al-Subaie, et al. Twelve-month prevalence and severity of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1831. doi:10.1002/mpr.1831. PMID:33245602.

4. Abdulhameed Al-Habeeb, Yasmin A Altwaijri, Abdullah S Al-Subaie, et al. Twelve-month treatment of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1832. doi:10.1002/mpr.1832. PMID:32519421.

5. Abdulaziz S Alangari, Sarah S Knox, Alfgeir L Kristjansson, et al. Barriers to Mental Health Treatment in the Saudi National Mental Health Survey. International journal of environmental research and public health. 2020 May 30;17(11):3877. doi:10.3390/ijerph17113877. PMID:32486182.

6. Abdullah A Alharbi, Nawfal A Aljerian, Meshary S Binhotan, et al. Digital Surveillance of Mental Health Care Services in Saudi Arabia: Cross-Sectional Study of National e-Referral System Data. JMIR public health and surveillance. 2025 Jan 24;11:e64257. doi:10.2196/64257. PMID:39865569.

7. Abdullah A Alharbi, Nawfal A Aljerian, Hani A Alghamdi, et al. Assessing Mental Illness Referral Request Acceptance: A Nationwide E-Referral Data From Saudi Arabia. Journal of multidisciplinary healthcare. 2025;18:735-745. doi:10.2147/JMDH.S493246. PMID:39958762.

8. Almakrob AY, Alduais A. Depression and Anxiety in the Saudi Population: Epidemiological Profiles from Health Surveys and Mental Health Services. Inquiry. 2025;62:469580251382027. doi:10.1177/00469580251382027. PMID:41098088.

9. Alosaimi FD, Alzain N, Asiri S, et al. Patterns of psychiatric diagnoses in inpatient and outpatient psychiatric settings in Saudi Arabia. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2017;44(3):77–83. doi:10.1590/0101-60830000000124.

10. Fahad D Alosaimi, Abdulhadi Alhabbad, Mohammed F Abalhassan, et al. Patterns of psychotropic medication use in inpatient and outpatient psychiatric settings in Saudi Arabia. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016;12:897-907. doi:10.2147/NDT.S100405. PMID:27143891.

11. Saudi Ministry of Health. Statistical Yearbook 2024. Ministry archive file date 20 October 2025. Worksheet 4-18: Outpatients and Inpatients in Mental Health Departments, MOH, According to Main Disease Groups of ICD-10. https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Statistical-Yearbook-2024.xlsx (accessed 28 September 2026).

12. Eric I Benchimol, Liam Smeeth, Astrid Guttmann, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. PLoS medicine. 2015 Oct;12(10):e1001885. doi:10.1371/journal.pmed.1001885. PMID:26440803.

13. Erik von Elm, Douglas G Altman, Matthias Egger, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Journal of clinical epidemiology. 2008 Apr;61(4):344-9. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.11.008. PMID:18313558.

14. Yasmin A Altwaijri, Abdullah S Al-Subaie, Abdulhameed Al-Habeeb, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1836. doi:10.1002/mpr.1836. PMID:33245595.

15. Yasmin Altwaijri, Alan E Kazdin, Abdullah Al-Subaie, et al. Lifetime prevalence and treatment of mental disorders in Saudi youth and adolescents. Scientific reports. 2023 Apr 15;13(1):6186. doi:10.1038/s41598-023-33005-5. PMID:37061556.

16. Yasmin A Altwaijri, Nouf K Al-Saud, Lisa Bilal, et al. Prevalence and correlates of mental disorders among women: results from the Saudi National Mental Health Survey. BMC public health. 2024 Oct 04;24(1):2704. doi:10.1186/s12889-024-20069-9. PMID:39367343.

17. Yasmin Altwaijri, Abdulhameed Al-Habeeb, Abdullah Al-Subaie, et al. Dual burden of chronic physical conditions and mental disorders: Findings from the Saudi National Mental Health Survey. Frontiers in public health. 2023;11:1238326. doi:10.3389/fpubh.2023.1238326. PMID:38089017.

18. Areej AlFattani, Lisa Bilal, Sami Y Saad, et al. Effect of perceived stigma on work and social roles among individuals with mental health disorders in Saudi Arabia: findings from a national survey. Annals of general psychiatry. 2023 Dec 14;22(1):54. doi:10.1186/s12991-023-00482-x. PMID:38098047.

19. Yaqoub Al Mousa, Patrick Callaghan, Maria Michail, et al. Saudi service users' perceptions and experiences of the quality of their mental health care provision in the Kingdom of Saudi Arabia (KSA): A qualitative inquiry. International journal of mental health nursing. 2021 Feb;30(1):300-316. doi:10.1111/inm.12784. PMID:32876391.

20. Mahmoud A Alharthi, Rajaa M Al-Raddadi, Sulhi A Alfakeh. Predictors for readmission risk in schizophrenia: insights from a Saudi Arabian cohort. Frontiers in psychiatry. 2025;16:1593653. doi:10.3389/fpsyt.2025.1593653. PMID:41035958.

21. Mostafa A Ali, Palanisamy Amirthalingam, Vinoth-Prabhu Veeramani, et al. Prescribing Patterns of Psychotropic Medications for Common Psychiatric Disorders in a Mental Health Hospital in Tabuk. Cureus. 2024 Feb;16(2):e54927. doi:10.7759/cureus.54927. PMID:38544646.

22. Sumayah Aljhani, Sultan Aldughayim, Ziyad Alsweed, et al. Barriers to Treatment of Mental Disorders in Saudi Arabia. The Psychiatric quarterly. 2025 Mar;96(1):75-89. doi:10.1007/s11126-024-10104-8. PMID:39614039.

23. Abdullah S Al-Subaie, Yasmin A Altwaijri, Abdulhameed Al-Habeeb, et al. Lifetime treatment of DSM-IV mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1837. doi:10.1002/mpr.1837. PMID:32529763.

24. Somnath Chatterji. The Saudi National Mental Health Survey: Filling critical gaps in methodology and data in mental health epidemiology. International journal of methods in psychiatric research. 2020 Sep;29(3):e1852. doi:10.1002/mpr.1852. PMID:32945556.