

مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية

دراسة ميدانية في مستشفيات غرب الرياض الحاصلة على اعتماد المركز السعودي لاعتماد
المنشآت الصحية

إعداد

حمد عقاب العتيبي
باحث في تخصص الخدمة الاجتماعية
كلية الآداب والعلوم الإنسانية
بجامعة الملك عبدالعزيز

الأستاذ الدكتور

يحيى تركي الخزرج
أستاذ بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
كلية الآداب والعلوم الإنسانية
بجامعة الملك عبدالعزيز

المخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وذلك لدى مجتمع من العينة وعددهم ٣٥ أخصائيًا اجتماعيًا وأخصائية اجتماعية، في مستشفيات غرب الرياض، والحاصلة على اعتماد المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) بمنطقة الرياض، وعددها ٣ مستشفيات؛ هي مستشفى الدوادمي العام، ومستشفى القويعة، ومستشفى شقراء.

توصلت الدراسة الحالية للعديد من النتائج كان من أهمها أن مستوى معرفة الأخصائيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية والموجود بالمحور الأول أظهر أن أفراد الدراسة موافقون بشدة على ثلاثة من ملامح معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في (القيام بعمل التوثيق المهني للمريض، يعمل تقييمًا مبدئيًا للمريض، يقوم بدراسة حالة للحالات التي تحتاج تدخلًا مهنيًا). مدى إسهام تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية الموجودة في المحور الثاني أظهر أن أفراد الدراسة موافقون بشدة على اثنتين من إسهامات تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين، تمثلتا في (تساعد معايير الجودة على تنظيم إجراءات العمل، تساعد معايير الجودة على تحديد خطوات العمل). المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية الموجودة في المحور الثالث أظهرت أن مجتمع الدراسة موافقون بشدة على واحدة من المعوقات، وهي (عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة).

Summary

The current study aimed to know the extent to which social workers adhere to quality standards in the social medical service departments, and that there is a community of 35 sample social workers and a social worker, in western Riyadh hospitals that have accredited the Saudi Center for Medical Facilities Accreditation (CBAHI) in the Riyadh region, and they are 3 hospitals Dawadmi General Hospital, Quwaiya Hospital and Shaqra Hospital.

The current study reached many results, the most important of which was that the level of specialists' knowledge of quality standards in the medical social service departments located in the first axis. A principled patient studies a case study that requires occupational intervention. The extent to which the application of quality standards contributes to achieving professional development in the performance of workers in the social service departments in the medical social service departments and is present in the second axis. Study personnel strongly agree to two contributions of the application of quality standards in achieving professional development in the performance of workers represented in Work, quality standards help define action steps. Obstacles that impede the application of quality standards in the social and medical service departments present in the third axis and the study community strongly agreed on one of the obstacles, namely the lack of training courses on quality standards.

أولاً: مقدمة :

تواجه المنظمات الحكومية كثير من التغيرات سواء كانت اقتصادية أو سياسية أو اجتماعية وغيرها. ومما لا شك فيه أنه يجب على هذه المنظمات مواجهة مثل هذه التغيرات وذلك بمعرفة هذه التحديات التي يجب أن تواكبها المنظمات؛ للرفي في الخدمات المقدّمة لديها، وبمعرفة أساليب التعامل الجديد منها، وعمل إستراتيجيات جديدة تواكب العمل الإيجابي من خلاله، وذلك حسب مواردها المتاحة لها وإمكانياتها.

وحيث إن المنظمات الحكومية الخدمية التي من بينها القطاعات الصحية في الوقت الحاضر تواجه قيوداً كبيرة على الموارد المخصصة لها، ومن ثم ينبغي لهذه المنظمات استغلال مواردها بكفاءة وفاعلية؛ لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة، ويجب للاستخدام الأمثل لهذه الموارد توافر البيانات الواضحة والصحيحة حول تدفق الموارد وأثرها في نوعية تقديم الخدمات الصحية وأدائها. وبناء على ذلك، يكون ضمان الجودة في بعض الأحيان عبارة عن تقييم، وأحياناً أخرى يكون بمثابة عمليات مستمرة لتحسين مستوى خدمات المؤسسة أو المنظمة، وتسمى معايير الخدمات عادة مؤشرات أو مقاييس النتيجة، وهي في حقيقة الأمر جوهر ضمان الجودة. (البريثين، ٢٠١٢)

وفي حقيقة الأمر، فإن وزارة الصحة السعودية اتخذت في السنوات الأخيرة عدداً من الخطوات نحو تطبيق الجودة في مختلف المستشفيات التابعة لها، وهي جهود مستمرة، ولكنها تحتاج إلى وقت للوصول إلى الأهداف المرجوة منها، ولتحقيق عائد يمكن ملامسة نتائجه. وتجدر الإشارة هنا إلى الخدمة الاجتماعية الطبية في الوقت الحاضر. (وزارة الصحة، ٢٠٢٠)

ومن واقع خبرة الباحث الذي يعمل في المجال الصحي، لاحظ في بعض الأحيان تدنياً في مستوى تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، سواءً بالمؤسسات الطبية الحاصلة على الاعتماد من المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CPAHI) أو التي لم تحصل بعد على الاعتماد؛ لذا تسعى هذه الدراسة إلى معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة المطبقة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

ثانياً: مشكلة الدراسة

تعدّ الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية الخدمية من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع التي تعد جميع الحكومات شعوبها بتوفيرها؛ وذلك إيماناً منها بأن تحسين الخدمات الحكومية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية على جميع شرائح المجتمع، وتعمل معظم الحكومات على تقييم أداء أجهزتها الخدمية عن طريق التحقق من أن الخدمات المقدمة قد وصلت فعلياً إلى محتاجيها، إضافة إلى ذلك حاجة الحكومات لمعرفة إذا كانت سياساتهم حيال أداء هذه الخدمات فعالة، ويتم تطبيقها بكفاءة أم لا. (قمر، ٢٠٠٧).

ويحتل قطاع الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية موقعاً متميزاً بين باقي القطاعات الخدمية الأخرى؛ نظراً للأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع؛ لاتصاله المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم. ويعد توفير الخدمة الاجتماعية الطبية أحد هذه الخدمات التي تحظى بعناية كبرى من الحكومة؛ لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية. وعلى الرغم من الدور الذي يعوّل على هذا القطاع في تحقيق الأهداف الاجتماعية في المملكة، والجهود الحثيثة لتطويره، فإن معظم الدلائل والدراسات التي جاءت في دراسة تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية في عام 2009م في المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية "نحو أداء حكومي متميز في القطاع

مجلة الخدمة الاجتماعية

الحكومي "تشير إلى أن القطاع الصحي لا يزال بعيدًا عن تحقيق تطلعات القائمين عليه والمجتمع بشكل عام؛ لتدني مستويات الأداء فيه؛ لذلك لن تتحقق فعالية هذا القطاع إلا بتجديد الاهتمام به وتطوير أدائه وتعزيز إمكاناته وتحديث الآليات التي يعمل بها. (الأحمدي، ٢٠٠٩).

وتمثل معايير الجودة أهمية عند تطبيقها في المجال الصحي على وجه الخصوص، فهو من أكثر القطاعات التي تحتاج إلى تطبيق أساليب الجودة في بيئتها؛ وذلك لأهمية هذا القطاع، وكثرة المستفيدين منه، والصعوبة في الوصول إلى رضا المستفيدين من خدماته. ومع كل ذلك فإن إدخال أسلوب الجودة في القطاع الصحي لإحداث الموازنة المنشودة يُعدّ من الأساليب الحديثة نسبيًا، كما تُعدّ الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة أحد أحدث الأقسام التي ملتها منظومة الجودة في المؤسسة الصحية؛ حيث أنشئ المركز السعودي لاعتماد المنشآت الطبية (CBAHI). (الناصر، ٢٠١١).

وتُعدّ عمليات التقييم التي تعمل لأقسام الخدمات الاجتماعية الطبية من خلال معايير الجودة المطبقة في المستشفيات أمرًا مهمًا لتقديم التغذية الراجعة للقائمين على الشأن الطبي في هذه المستشفيات، وتقدم صورة واضحة لسير العمل، والصعوبات التي تعوق الممارسة المهنية، وتحول دون الاستفادة من تطبيق معايير الجودة، وتحقيق درجة من الفاعلية تتناسب وحجم الإمكانيات الموجودة، كل ذلك أسهم في ظهور مشكلة الدراسة الحالية؛ وبالتالي فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي: (ما مدى معرفة التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة المقدمة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية).

ثالثًا: أهمية الدراسة

تُعدّ شريحة المرضى المراجعين والمنومين في المستشفيات الحكومية شريحة جديرة بالاهتمام والرعاية؛ نظرًا لما تتعرض إليه تلك الشريحة من ضغوط مختلفة، والتي قد يكون لها انعكاسات سلبية ومؤثرة على كل جوانب السلوك والشخصية لهم ولأسرهم، فلذلك الكشف عن مستوى تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية التي تهتم بالرعاية الصحية المقدمة لهم وفق نظام الجودة المعمول به، والذي يفترض تحقيق أعلى المعايير من الخدمات الاجتماعية في المجال الصحي؛ ولذلك تتطرق أهمية الدراسة من الاعتبارات الآتية:

الأهمية النظرية:

١- تأتي أهمية الدراسة في كونها تتعرض لشريحة من شرائح المجتمع التي تتزايد أعدادها وسط المجتمع وهم المرضى؛ مما يفرض علينا البحث والاهتمام في مستوى الخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة لهم.

٢- تناول هذه الدراسة قد يساعد في إثراء الجانب المعرفي للخدمة الاجتماعية الطبية في ظل نظام الجودة المعتمدة في المملكة العربية السعودية.

الأهمية التطبيقية:

١- قد تفيد نتائج هذه الدراسة في إلقاء الضوء على تقييم أقسام وبرامج الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات الحكومية في ظل نظام الجودة الذي قد يلفت النظر للقائمين على برامج الخدمة الاجتماعية الطبية للاستفادة من نقاط القوة؛ لتعزيزها، ونقاط الضعف؛ لعلاجها وتقاديرها.

٢- قد تسهم نتائج هذه الدراسة في تقديم تصور مقترح لتفعيل معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ وبالتالي تحسين الخدمات الاجتماعية المقدمة للمرضى في المستشفيات الحكومية، والذي قد يلفت النظر للقائمين على برامج الخدمة الاجتماعية الطبية للاستفادة من هذا المقترح.

مجلة الخدمة الاجتماعية

٣- قد تسهم نتائج هذه الدراسة في تطوير آليات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤- قد تسهم نتائج هذه الدراسة في تطوير آليات نشر ثقافة الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ وبالتالي تحقيق المعايير لأهدافها الحقيقية التي وُضعت من أجلها.
رابعاً: أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة المقدمة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية الآتية:

١- التعرف على مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٢- التعرف على مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية.

٣- التعرف على المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

خامساً: تساؤلات الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤل الرئيس الآتي:

ما مدى معرفة التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة المقدمة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟ والإجابة عن هذا التساؤل تتم من خلال الإجابة عن التساؤلات الفرعية الآتية:

١- ما هو مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

٢- ما مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

٣- ما هي المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

سادساً: مفاهيم الدراسة

أولاً: الأخصائي الاجتماعي:

تتعدد التعريفات والكتابات عن توضيح مفهوم الأخصائي الاجتماعي ولمن يطلق عليه ذلك المسمى؛ حيث إن كل مهنة يقوم بها شخص ويتقن العمل بها يُسمى الشخص باسم المهنة، ومثال على ذلك مهنة الطب يطلق على شاغلها طبيب، وأيضاً المحاماة يطلق على شاغلها محامي، ومن هنا فالخدمة الاجتماعية يطلق على ممارستها الأخصائي الاجتماعي. (سالم، صالح، ٢٠١٢)

هو الشخص المُعدُّ إعداداً مهنيّاً سليماً يؤهله للقيام بممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية، وهذا يعني أنه ذلك الشخص الحاصل على مؤهلٍ علمي في الخدمة الاجتماعية لا يقل عن درجة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية، ويكون قد تم تأهيله علمياً وفنياً في كليات ومعاهد متخصصة، وهو المسؤول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسات الصحية والتأهيلية أو في البيئة الخارجية؛ بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي. (رشوان، ٢٠١٧)

ثانياً: مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

ليس هناك تعريف محدد لمفهوم الخدمة الاجتماعية، فهناك من يرى بأنها العمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة واستجابة المريض نحو مشكلاته المرضية، ويتضمن ذلك خدمة كلٍّ من الفرد والجماعة الطبية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها من

مجلة الخدمة الاجتماعية

المؤسسات الطبية؛ لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمة الطبية بصورة فعالة. (سالم، صالح، ٢٠١٢)

الخدمة الاجتماعية الطبية هي ممارسة الخدمة الاجتماعية في علاقتها بالطب؛ أي أنها تُمارس في المستشفيات والعيادات والمؤسسات الأخرى التي تعارف المجتمع على ممارسة الطب فيها سواء أكانت علاجية أم وقائية أمتنومية؛ أي أنها تعمل من خلال البرامج الخاصة بالصحة والرعاية الصحية مطبقة لمعارف ومهارات واتجاهات وأسس وقيم الخدمة الاجتماعية. ويُعد المجال الطبي مجالاً حيوياً ومهماً من مجالات الخدمة الاجتماعية. والخدمة الاجتماعية الطبية أساسها العمل المشترك بين الأخصائي الاجتماعي والفريق المعالج وهو يستثمر إمكانيات المريض بوصفها إمكانيات مجتمعية؛ ليتغلب على الصعوبات التي تعوق شفاؤه، وتمنعه من أداء وظيفته الاجتماعية، وبذلك يساعد الأخصائي الاجتماعي الطبيب وبقية الفريق المعالج للنجاح في تحقيق أهدافه العلاجية الطبية، وينجح هو بدوره في مساعدة المريض ليستفيد أكبر استفادة ممكنة من العلاج الطبي؛ حتى يتم العلاج، ويصبح المريض قادراً على أدائه الاجتماعي بالصورة المناسبة. (رشوان، ٢٠١٧)

وفي ضوء هذا المفهوم، فإن الخدمة الاجتماعية الطبية بوصفها مجالاً نوعياً للخدمة الاجتماعية ذاتها، تكون خدمة مهنية تساعد المريض فرداً كان أو جماعة طالما يواجه مشكلة تتطلب إلى المساعدة الفنية المهنية لمواجهتها، وذلك لمساعدته على الاستفادة الكاملة من العلاج الطبي. (صالح، رمضان، ١٩٩٩)

ومن هنا يمكن للباحث أن يعرف مفهوم الخدمة الاجتماعية إجرائياً على أن:

- ١- الخدمة الاجتماعية الطبية مجال يتفاعل أساساً مع المريض وأسرته.
- ٢- الخدمة الاجتماعية الطبية لها قواعدها وأصولها الفنية.
- ٣- الخدمة الاجتماعية الطبية تعمل داخل المؤسسات الطبية تحت إشراف أخصائيين اجتماعيين لديهم الاستعداد لممارسة هذه المهنة.

ثانياً: مفهوم الجودة Quality:

يُعد مفهوم الجودة من المفاهيم القديمة الحديثة، ويعني في كلتا الحالتين، حسن أداء الشيء وإتقانه، والقيام بإنجازه على أكمل وجه ممكن. وهو أيضاً من المفاهيم التي تتمتع بالدينامية التي يوجد لها مدى واسع من التعريفات؛ نظراً لتعدد متغيراتها وتنوعها، وهذا ما قد يؤدي إلى حدوث ارتباك واضطراب في تحديد المفهوم؛ ولهذا فإن عمليات ضمان، رقابة، تقويم، إدارة، وتحسين الجودة يجب أن تقوم في خطواتها الأولى على تحديد مفهوم الجودة. وعند تحديد المفهوم، يجدر الإشارة إلى المعنى اللغوي للجودة كمدخل لإدراك المفهوم السليم. (التميمي، ٢٠٠٨)

ثالثاً: معايير الجودة في الخدمة الاجتماعية الطبية:

المعيار: هو بيان بالتميز أو توقع صريح محدد سلفاً يعرف الوظائف الرئيسة والنشاطات والعمليات والهيكل المطلوبة لمنشآت الخدمة الاجتماعية الطبية؛ لضمان توفير الخدمات الجيدة والأمن. يضع المعايير خبراء أقران في المجال، ويتم استناداً إلى هذه المعايير تقييم مطابقتها في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات والمراكز الصحية. ويصف المعيار المستوى المقبول لأداء أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. بوجه عام، تركز معايير المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية من ثلاثة مناطق رئيسة، وهي معايير المدخلات (البنية)، والمعايير المتعلقة بالنشاطات والإجراءات (الإجرائية)، ومعايير المخرجات. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠)

أما في الدراسة الحالية فسيتمتع الباحث بمعايير خاصة بجودة البحث وتحقيق مخرجات جيدة؛ بحيث يُعد كل معيار رئيس هو محور من محاور المقياس، وهذه المحاور هي:

مجلة الخدمة الاجتماعية

- المحور الأول: مستوى معرفة الأخصائيين بمعايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.
- المحور الثاني: إسهام تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني لدى الأخصائيين الاجتماعيين.
- المحور الثالث: المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

أولاً: الجودة

مسيرة الجودة وتطورها:

إن بداية الجودة كانت كنظام إداري بدءاً مع بداية القرن العشرين في القطاع الصناعي الياباني، وبعد ذلك انتشرت هذه الفكرة في كثير من الدول الغربية؛ حيث إن الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة؛ إذ طبقت في قطاع الصناعة، وامتدت بعد ذلك إلى القطاعات الإنتاجية والخدمية كافة التي تسعى إلى تحسين نوعية إنتاجها وخدماتها وزيادة الكفاءة والفعالية في الأداء؛ لتحقيق الهدف الذي تسعى إليه، وهو رضا العميل في إعادة الصياغة والتوثيق. (التميمي، ٢٠٠٨).

ولما للجودة من أهمية عالية على مستوى الفرد أو المنشأة أو المجتمع؛ فقد كان الاهتمام فيها منذ العصور الأولى، وفي مختلف الحضارات القديمة أيًا كان نوع الحضارة؛ حيث وجدت حضارات كثيرة منها الحضارة الفرعونية، والحضارة الإغريقية، والحضارة الرومانية، والحضارة الصينية، وأخيراً الحضارة العربية والإسلامية؛ إذ استمدت الجودة من تلك المفاهيم والمعايير التي تحكم نشاطاتها وتطبيقاتها. فالإسلام في الحضارة الإسلامية قد أرسى الأسس الصحيحة لبناء مجتمع قوي، ودليل ذلك ما ورد في كثير من الآيات القرآنية الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة؛ إذ إن الإدارة الإسلامية طبقت العديد من المبادئ الأساسية لنظام الجودة، وهي:

- ١- مبدأ الشورى: إذ يدعو الإسلام إلى التشاور مع الأفراد في اتخاذ القرارات، وكذلك حل المشكلات؛ لكون المشورة تؤدي إلى عمل متقن وذو جودة عالية.
 - ٢- مبدأ التعاون والتكافل بين أفراد المجتمع: إذ يحث الإسلام على ضرورة التعاون بين أفراد المجتمع؛ لما له من أهمية في عمل الخير العام وروح الجماعة في كل توجيهاته وتعليماته.
 - ٣- مبدأ الإتيان أو الإخلاص في العمل: إذ يوجه الإسلام العامل المسلم إلى الإخلاص في العمل وإتقانه، ويكون مسؤولاً عن جودته وسلامته من العيوب.
 - ٤- مبدأ الرقابة: وهي الرقابة أيًا كان نوعها، فالهدف منها التأكد من الأهداف المرسومة والمعايير الموضوعية؛ هل قد تم تنفيذها وفقاً للمعايير والضوابط الشرعية الإسلامية.
- ومما سبق، يمكن القول إن الجودة كانت موجودة منذ زمن بعيد، ولكن لم يتم التطرق لها والنظر لها وإلى أهميتها والعمل على إتقانها في جميع وظائفها التي تشغلها، حتى أصبح البعض ينظر لها كوظيفة مثل باقي الوظائف، ومثل التسويق والمشتريات، وغيرها. (التميمي، ٢٠٠٨).
- وفي مرجع آخر اعتبروا وجود الجودة جزءاً أساسياً من نظام الإنتاج السلعي والخدمي في كل المراحل التاريخية، كما أن العصور الوسطى في أوروبا شهدت أن صاحب العمل أو الورشة هو نفسه من يراقب على الجودة وأداء العاملين ونتائج عملهم. وكذلك كان لظهور المصنع الكبير إبان فترة الثورة الصناعية أثر واضح في ضرورة الحاجة إلى ممارسات جديدة لإدارة المصنع بشكل عام ولوظيفة الرقابة على الجودة بشكل خاص. (الحنيطي، ٢٠١٠)

التطور التاريخي للجودة الشاملة:

تزايد التفكير والوعي بالجودة منذ نهاية الحرب العالمية الثانية، وذلك بعد تبلور الأهمية بعملية التفتيش والرقابة؛ حيث بدأت الشركات اليابانية تدعو العلماء الأوربيين لتطوير مفهوم الجودة لديهم

مجلة الخدمة الاجتماعية

في الشركات، وكان ديمنج وجوزان هما الأشهر في هذا المجال؛ حيث قاما بتعليم اليابانيين تقنيات ومفاهيم الجودة التي كانت الشركات الأمريكية مهتمة بها في ذلك الوقت. ويمكن عرض التطور التاريخي للجودة وفق المراحل الآتية:

١-مرحلة التفتيش والفحص (١٩٠٠-١٩٣٠)؛ حيث كان الاهتمام باكتشاف الأخطاء في المنتج دون السعي لمنع حدوث الأخطاء.

٢-مرحلة مراقبة الجودة (١٩٣٠-١٩٥٠)، وكانت تهدف إلى منع وتقليل نسب المعيب في المنتج باستخدام الطرائق الإحصائية.

٣-مرحلة تأكيد الجودة (١٩٥٠-١٩٧٠)، وركزت على منع حدوث الأخطاء.

٤-مرحلة إدارة الجودة الشاملة (١٩٧٠-حتى الآن)؛ حيث أدت إلى تغيير جذري في مفهوم النتائج، وكذلك عمل برامج للجودة أيضاً. (عبد اللطيف، ٢٠١٠)

مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

يُعدُّ مفهوم إدارة الجودة كغيره من المفاهيم الأخرى التي تباينت حوله الأفكار والآراء والتعريفات، فقد عُرِّفت الجودة على أنها أسلوب ومجموعة من المبادئ التي ترشد إلى تمثيل الركائز الأساسية للتحسين المستمر للمنظمة أو المنشأة. وعُرِّفت الجودة بأنها نظام يسعى للتحسين المستمر في الجودة في جميع العمليات في المنظمة سواء تعلقت بالأفراد أو المنتج أو بالخدمات أو المنظمة بشكل عام. ومما سبق يمكن أن نقول إن القاعدة والركيزة الأساسية لتحقيق الجودة هو ترسيخ عقيدة التعاون بين الجميع وتضافر الجهود والعمل كفريق عمل واحد أو رفع مستوى الأداء من أجل التحسين المستمر للحصول على مخرجات يقبلها العميل وتستحوذ على رضاهم (الحنيطي، ٢٠١٠).

كما تم تعريفها على أنها الدرجة التي تصل إليها الخدمات الصحية سواء للأفراد أو المجتمع، وتحقق الارتفاع المستمر بالمستوى العام للصحة؛ تحقيقاً لحياة أفضل من قبل مع مراعاة تطبيق آخر ما توصلت إليه الخبرات العلمية والفنية. وتعرّفها منظمة الصحة العالمية على أنها هي تقديم الأنشطة العلاجية والتشخيصية لكل مريض بشكل متجانس، والذي يضمن أفضل النتائج في مجال الصحة بأفضل تكلفة وأقل مخاطر. والجودة هي الخلو من العيوب أو التدخلات التي لو تم تجنبها لوصلنا بالخدمة إلى نتائج مثالية. وبصفة عامة، فإن تعريف الجودة يجب أن يتوافق مع الأبعاد والنقاط الآتية:

١-المطابقة مع المواصفات: أي إن المريض يتوقع أن الخدمة الصحية التي يشتريها توازي أو تزيد الأداء؛ أي يجب أن يتحقق على الأقل تقدير مستوى التطابق بين المواصفات المقررة مسبقاً للخدمة الصحية وما هو متحقق على الواقع عند النتيجة أو التقويم.

٢-القيمة: هو مقدار ما يدفعه المريض من سعر مقابل ما يتوقعه للحصول على الخدمة الصحية التي يرغبها، ويحدد المريض مستوى السعر على أساس ما يتوقعه من أداء ونتائج للخدمة الصحية قبل شرائها.

٣-التوافق والانسجام: ويقصد في ذلك الانسجام والتوافق بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية والغرض الذي صمم لها أصلاً.

٤-الدعم: وهو مقدار الاهتمام الذي يوليه المستشفى لمستوى التوعية المقدمة في الخدمات الصحية للمرضى.

٥-التأثير السيكولوجي (النفسى): هناك كثير من المرضى يتم تقييم الخدمة الصحية لديهم على أساس التأثير النفسي الذي يمكن أن تخلقه فيهم، والمعبر عن طرق عدّة، ومنها الصورة الموجهة والمرسومة في ذهن المريض عن الخدمة الصحية. (العنواني، ٢٠١٨).

فوائد تطبيق الجودة:

مجلة الخدمة الاجتماعية

- ١-تحسين الخدمة للعميل.
 - ٢-تقوم برفع الأداء وتطوير النظام الإداري بالمنظمة، وذلك نتيجة معرفة الأدوار بدقة.
 - ٣-زيادة قدرة المنظمات على البقاء والاستمرار.
 - ٤-إعطاء العاملين الوقت والفرصة لاستخدام خبراتهم وقدراتهم. (عيشي، ٢٠١٢)
- أهداف تطبيق الجودة:**
- للجودة أهداف ترغب المؤسسة في الوصول إليها؛ وذلك لتحقيق الآتي:
- ١-رفع مستوى الأداء العام في المؤسسات، وذلك بتقادي السلبات تمامًا؛ بحيث لا توجد أي نسبة وقوع خطأ ممكن.
 - ٢-تخفيض الوقت اللازم لإنجاز العمل.
 - ٣-إمداد العاملين بنظام المؤسسة والإجراءات والتوجيهات التي تضمن سير العمل بشكل صحيح ومثالي.
 - ٤-ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسة بشكل يجعلها تضع محور التكاليف في كل أعمال المنظمة. (عيشي، ٢٠١٢).
- ثانياً: المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية: (CBAHI)**
- التأسيس:**

ترجع البدايات الأولى للمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية إلى عام ٢٠٠١؛ حيث كان متمثلاً في برنامج الجودة الشاملة في مكة المكرمة، وذلك بالمشاركة في المبادرة التي كانت تهدف إلى تحسين جودة تقديم الرعاية الصحية في المنطقة. وفي عام ٢٠٠٥، وبموجب أمر وزاري، جرى تطوير برنامج تطبيق الجودة الشاملة في مكة المكرمة، وأطلق عليه اسم المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية الذي تم توسيع حدود صلاحياته لتشمل جميع مناطق المملكة العربية السعودية. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠).

المعايير الوطنية:

في عام ٢٠٠٦، وبمساعدة خبراء في جودة الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص، وضع المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية أول مجموعة للمعايير الوطنية للمستشفيات.

اعتماد الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية: (الإسكوا)

في عام ٢٠١٢، تم اعتماد نسخة المركز الثانية للمعايير الوطنية للمستشفيات من قبل الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (الإسكوا)، والصفة الإلزامية لاعتماد المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية. وفي أواخر عام ٢٠١٣، صدر قرار مجلس الوزراء بتغيير الاسم الرسمي إلى "المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية"، وبيّن القرار أيضاً تكليف المركز بالاعتماد الوطني لجميع منشآت الرعاية الصحية. هذا بالإضافة إلى تعميم وزارة الصحة باعتبار الاعتماد الصادر من المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية شرطاً مسبقاً لتجديد رخصة التشغيل – خطوة نحو تشجيع المزيد من المشاركة في هذه المبادرة الوطنية الطموحة. وتلزم جميع منشآت تقديم الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص (المستشفيات، والمراكز الصحية، بنوك الدم، المختبرات الطبية) بالتقيد بالمعايير الوطنية التي يضعها المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، والحصول على الاعتماد من خلال عملية التقييم المنصوص عليها من قبل المركز. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠).

الرؤية، الرسالة، القيم:

مجلة الخدمة الاجتماعية

الرؤية: أن نكون هيئة الاعتماد الصحي الأولى على مستوى المنطقة.

الرسالة: دعم كل المنشآت الصحية من خلال الاعتماد نحو الالتزام المستمر بمعايير الجودة وسلامة المرضى.

القيم:

-التميز: عدم الرضا ببديلاً آخر أقل من التميز في كل نواحي العمل الذي نقوم فيه، ويندرج تحت هذا المعنى الالتزام بمفاهيم وتطبيقات الإبداع والابتكار، والتسخير الذكي للتقنية الحديثة، وجذب العقول البشرية المتفوقة.

-روح الفريق الواحد: الموظفون يعملون مع بعضهم البعض ومع المنشآت الصحية التي نقوم باعتمادها على أساس أنهم فريق واحد منسجم ومتلاحم ومتعاون، وله الهدف النهائي نفسه الذي نصت عليه الرسالة.

-النزاهة: العمل -دائماً وأبداً- بصدق وشفافية، والاعتراف بالتقصير إن حدث دون موارد، والالتزام بالقوانين، وعدم إخفاء الحقائق، سواء حضر الرقيب أم غاب.

-الاحترافية: العمل بدأب على تطوير مهارات السلوك المهني لكل منسوبي المؤسسة القائم على التهذيب والتفاني في خدمة شركائنا، واحترام الطرف الآخر فرداً كان أم منشأة، والحفاظ على سرية وخصوصية المعلومات التي يتم الحصول عليها، وفعل الشيء الصحيح بالطريقة الصحيحة منذ المرة الأولى، والحرص دوماً على دقة وموضوعية التقييم.(المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠).

المهام والمسؤوليات:

المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية طبقاً لقرار مجلس الوزراء الصادر في سبتمبر ٢٠١٣ هو مسؤول عن مساعدة ودعم منشآت الرعاية الصحية بجميع أنواعها: المستشفيات، المختبرات، بنوك الدم، مراكز الخدمات الطبية الخارجية. وذلك على التميز في تقديم خدمات الرعاية الصحية الفعالة الأكثر سلامة والأعلى جودة والأفضل قيمة.

-المعايير

ابتكار وتحديث المعايير الوطنية الموحدة لجميع منشآت الرعاية الصحية العاملة في المملكة، وضمان الآتي:

-الدعم

دعم منشآت الرعاية الصحية للمحافظة على الالتزام بالمعايير من خلال حملات التوعية والنشاطات التدريبية والتعليمية.

-التقييم والاعتماد

تقييم واعتماد جميع منشآت الرعاية الصحية العامة والخاصة العاملة في الدولة.

-ضمان الجودة

متابعة أداء منشآت الرعاية الصحية لضمان تقيدها المستمر بمعايير الاعتماد ومؤشرات الأداء الرئيسة المنصوص عليها في تلك المعايير.

-المقيّمون

المسؤولية عن استقطاب وتدريب وتكليف المقيّمين المؤهلين المطلوبين للاضطلاع بزيارات التقييم.

-البحوث

مجلة الخدمة الاجتماعية

إجراء البحوث حول جودة الرعاية الصحية وأفضل ممارسات سلامة المرضى.

-تمثيل المملكة

تمثل المملكة العربية السعودية في جميع النشاطات المتعلقة بالاعتماد، ويتضمن ذلك منتديات الجودة وسلامة المرضى.

ونحن نتعاون وننتشارك الخبرات مع الوكالات والمنظمات الخارجية لاعتماد الرعاية الصحية. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠).

نبذة عن الاعتماد:

اعتماد المنشآت الصحية هو عملية للتقييم تتضمن إجراءه بشكل صارم وشفاف وشامل من قبل هيئة اعتماد مستقلة وخارجية، ويخضع مرفق الرعاية الصحية لاختبار أنظمتهم وعملياتهم وأدائهم على يد مراجعين ومقيمين أكفاء؛ للتأكد من كونها تجري على نحو يلبي المعايير الوطنية المنشورة المحددة سلفاً والواجبة التطبيق. قبل التقييم الخارجي -أي زيارة التقييم- ينبغي لمرفق الرعاية الصحية القيام بتقييم ذاتي شامل للوقوف على مستوى استعداده ومدى بعده أو قربيه من تحقيق التقيد الكامل بالمعايير. يمثل الاعتماد اعترافاً عاماً من هيئة اعتماد الرعاية الصحية بتحقيق مرفق الرعاية الصحية مستوى مرضياً من الالتزام بتطبيق معايير الاعتماد.

فوائد الاعتماد:

- يقدم إطاراً للبنية التنظيمية والإدارية يستفيد منه مدير المنشأة وقائدها.
- يساعد في تحسين سلامة المريض، ويقلل من المخاطر الوشيكة والنتائج العكسية والأخطاء الطبية.
- يعزز ثقة المجتمع في جودة وسلامة الرعاية المقدمة.
- يقدم لمرفق الرعاية الصحية تقييماً مفيداً وموضوعياً من مقيمين ذوي خبرة للعمليات السريرية والإدارية الداخلية، فضلاً عن المقترحات الفعالة الرامية إلى تحقيق المزيد من تحسين عملياتها وخدماتها للمجتمع.
- يبرهن (على المدى الطويل) زيادة الكفاءة وتحسين الممارسات الهشة؛ مما ينتج عنه تقليل الفاقد والحصول على المزيد من النتائج المثالية بأقل استهلاك للموارد.
- يساعد على تحسين القدرات التنافسية لمنشآت الرعاية الصحية.
- يعمل على تلبية نظم ولوائح وزارة الصحة، والتي أقرت ربط الاعتماد الوطني من خلال المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية مع ترخيص منشآت الرعاية الصحية الخاصة؛ مما يوجب على جميع منشآت الرعاية الصحية العاملة في المملكة العربية السعودية التسجيل في المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية والالتحاق ببرامجه الوطنية للاعتماد.
- يقدم التعويض الأفضل من خلال زيادة ثقة المرضى وشركات التأمين وغيرهم من الأطراف المشاركة. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠).

ثالثاً: الخدمة الاجتماعية الطبية

نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية:

كان مصدر الرعاية الطبية في القرن الماضي هو الطبيب وحده، ولكن الطبيب لم يتلبّث، وأحسَّ أن خطة العلاج تحتاج إلى جهود من لون آخر غير موجود عند الطبيب، إذ إنه لنجاح هذه الخطة؛ يجب السيطرة على البيئة أحياناً وعلى أعمال المريض أحياناً أخرى، كما يتحتم في بعض الحالات اكتشاف

مصدر المرض لمنع انتشاره، وكذلك معرفة حالة الفرد المعيشية؛ لكي يدخل فيها عناصر التغيير بما يتماشى مع احتياجات المريض. وفي نهاية القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وُجد أن الشخص المهني المؤهل لهذا العمل هو الأخصائي الاجتماعي الذي دخل هذا الميدان عام 1905م، وكان قد سبق ذلك بداية ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية التي تعود لعام 1880 م؛ حيث ظهرت بدايةً للعناية بمرضى العقول عقب خروجهم من المستشفيات، وتألّفت جمعية كان نشاطها تنظيم حياة هؤلاء المرضى، وبخاصة من لا عائل لهم، كما يُعدّ تطوع بعض السيدات المحسنات في مساعدة المرضى من الحركات المساعدة التي وجّهت الأنظار إلى ضرورة سد النقص في الخدمات الاجتماعية الموجهة للمرضى. أما في إنجلترا عام 1890م فقد تزعم - تشارلز لوك - حركة التطوع في خدمة ومساعدة المريض، وأما في أمريكا وبالتحديد في عام 1904م، فقد بدأت المستشفيات في ولاية نيويورك بتطبيق نظام جديد، وهو إرسال الممرضات الزائرات إلى المنازل لإمداد المرضى بالتوجيهات والإرشادات المتصلة بطبيعة مرضهم. وكان من أهم الخطوات التي حولت الخدمة الاجتماعية من دراسة علمية أكاديمية إلى ممارسات عملية، عندما أجرى طلاب الطب تدريباً عملياً في المؤسسات الاجتماعية، وكانت الدراسة الطبية تشمل دراسة المشكلات الاجتماعية والانفعالية. ومن أكبر خطوات حركة التطور في الخدمة الاجتماعية الطبية ما كان في أمريكا في مستشفى ماساشوتس العام بمدينة بوسطن عام 1905م؛ إذ كان للطبيب ريتشارد كابوت فضل كبير في سبيل تطور وتقديم الخدمة الاجتماعية الطبية؛ حيث أنشأ قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في مستشفى ماساشوتس، ولم يمضِ عشرون عاماً على هذه البداية إلا وكان هناك 500 قسم للخدمة الاجتماعية الطبية في أمريكا. وفي عام 1918م أنشئت الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين الطبيين. (رشوان، ٢٠١٧).

مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

الخدمة الاجتماعية في وقتنا الحالي مهنة متخصصة لها قوانينها الفنية وطرقها العلمية، والخدمة الاجتماعية نوع من الخدمات المهنية تعتمد على قاعدة من المعرفة العلمية والمهارات المختلفة التي تعتمد في العلاقات الإنسانية، وهي تُمارس داخل مؤسسات اجتماعية؛ بهدف مساعدة الأفراد كحالات أو جماعات للوصول إلى مستوى من التكيف والنضج والاعتماد على أنفسهم. وفي ضوء ذلك، فإن الخدمة الاجتماعية الطبية بوصفها مجالاً نوعياً للخدمة الاجتماعية ذاتها تكون خدمة مهنية تساعد المريض كان فرداً أو جماعة طالما هو محتاج لخدمة أو مساعدة نتيجة تعرضه لمشكلة ويحتاج إلى التدخل الفني والمهني لمواجهتها، وذلك بالاستفادة الكاملة من العلاج الطبي. (صالح، رمضان، ١٩٩٩).

الخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى مجالات الممارسة في الخدمة الاجتماعية التي تعمل في نطاق المؤسسات الصحية؛ لكي يحصل المريض على جميع الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة له من ناحية، ومحاولة تكيف وتوافق المريض مع وضعه وبيئته الاجتماعية بعد خروجه من المستشفى من ناحية أخرى. (نياز، السبحاني، ٢٠١٥).

إن الخدمة الاجتماعية الطبية لها دور مهمٌ وفَعّال، وذلك في المجال العملي والمهني الذي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض نحو مشكلاته المرضية، وتتضمن كلاً من خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقف، وتقوم بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية؛ لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعّالة. وتهتم الخدمة الاجتماعية بصفة خاصة بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي والمشكلات الانفعالية التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج؛ بهدف مساعدة المريض

مجلة الخدمة الاجتماعية

على الاستفادة الكاملة من العلاج، ومساعدته هو وأسرته على التكيف مع البيئة الخارجية" (غرايبة، ٢٠٠٨).

ومن خلال التعريفات السابقة، يمكن عرض أهم عناصر الخدمة الاجتماعية الطبية:

- ١- الخدمة الاجتماعية الطبية هي أحد فروع الخدمة الاجتماعية.
- ٢- تُمارس في مؤسسات طبية.
- ٣- تساعد مهنة الطب بصفة أساسية.
- ٤- يعمل فيها أخصائيون أُعدّوا جيّدًا للعمل في المهنة.
- ٥- تستهدف مساعدة المريض للاستفادة من الفرص العلاجية إلى أقصى حدّ ممكن.

أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية:

يمكن أن نقسم أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى الآتي:

١- أهداف بعيدة:

وهي تأمين كافة الرعاية الصحية للمواطنين، وذلك بالمحافظة على سلامتهم ووقايتهم من الإصابة بالأمراض والعاهات؛ ليتمكنوا من القيام بواجباتهم الاجتماعية تجاه مجتمعهم، والمحافظة على كيان وطنهم.

٢- أهداف قريبة:

وتقوم على توفير سبل الوقاية من جانب والعلاج من جانب آخر لمن يحتاج ذلك، ويتم عن طريق التعامل مع المريض وظروفه المحيطة به، والتعامل مع الطبيب وهيئة التمريض وأقسام المؤسسة الطبية لتسهيل الإجراءات؛ لكي تحقق الرعاية الطبية أهدافها.

وللخدمة الاجتماعية الطبية أهداف وقائية وعلاجية وإنشائية كالآتي:

أ- الأهداف الوقائية:

تعني بذل الجهد في تقديم التوعية للمواطنين عن الأمراض وأعراضها والوقاية منها وطرق العدوى وأسهل طرق العلاج، وأن يكون المواطنون على دراية بالمؤسسات الطبية والعيادات التي تقدم لهم فرص العلاج.

ب- الأهداف العلاجية:

تكمّن في العمل مع المريض المحتاج إلى الخدمة الاجتماعية في المؤسسة العلاجية لتحسين درجة أدائه الاجتماعي.

ج- الأهداف الإنشائية:

ويُقصد من ذلك تكيف المريض مع البيئة المحيطة به أو إعادته للحياة الاجتماعية؛ أي أن يسترجع المريض أقصى ما يمكن من قدراته البدنية والاجتماعية والنفسية من خلال البرنامج التأهيلي الطبي والنفسي والاجتماعي والمهني. (المليجي، ٢٠٠٦).

أسس العمل في قسم الخدمة الاجتماعية الطبية:

- ١- الخدمة الاجتماعية هي قسم من أقسام المستشفى، وهي تابعة لإدارته.
- ٢- لا بد أن تكون العلاقة جيدة بين قسم الخدمة الاجتماعية وهيئة الطبية كعنصر أساسي للفريق العلاجي.
- ٣- يجب أن يكون لدى قسم الخدمة الاجتماعية ميزانية من ميزانية المستشفى، وتتولى حساباته إدارة المستشفى.

٤- يجب أن تكون هناك لجنة لاختيار الحالات التي تحتاج لخدمة الأخصائي الاجتماعي، يكون الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون فيها، ومن يرى الانتفاع بخبرته. وهذه اللجنة تذلّل ما قد يصادفها من صعوبات.

٥- أفضل الحالات المحولة التي تحتاج إلى خدمة الأخصائي الاجتماعي الطبي هي التي يتم تحويلها من قبل الطبيب؛ لأن الطبيب في هذه الحالة يكون على علمٍ ودراية بتأثير الجوانب الاجتماعية في المرض.

٦- الخدمة الاجتماعية الطبية كبقية عناصر العلاج الطبي تستند إلى مبدأ الفردية.

٧- يجب أن تعمل الخدمة الاجتماعية في حدود أهداف المستشفى ونوع الخدمات العلاجية التي تقدم للمرضى والمجتمع المحيط.

٨- إن من أهم الأهداف الخاصة بالخدمة الاجتماعية هي الربط بين المستشفى والبيئة الخارجية، وذلك باستغلال جميع مواردها الطبية والاجتماعية والروحية والاقتصادية وغيرها.

٩- إن عملية التسجيل المهني أمرٌ ضروري لتتبع جهد قسم الخدمة الاجتماعية.

١٠- السرية تجاه المعلومات الخاصة بحالة المريض. (رشوان، ٢٠١٧).

رابعاً: الدراسات السابقة:

دراسة بدران العمر (2001) بعنوان "مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة بمستشفيات مدينة الرياض"، والتي وقف الباحث فيها على مبادئ إدارة الجودة المطبقة في المستشفيات السعودية بمدينة الرياض، والعوامل المؤثرة فيها، فقد قسمت الدراسة مبادئ للجودة التي تعمل عليها المستشفيات محل الدراسة إلى أربعة مبادئ، وهي "مبدأ التحسن المستمر، مبدأ المعلومات واتخاذ القرارات، مبدأ دعم الإدارة العليا، مبدأ التركيز على العميل". وأوضحت الدراسة أن مدى تطبيق إدارة الجودة مرتبط بشكل أساسي بتطبيق مبدأ التحسن المستمر، ثم مبدأ المعلومات واتخاذ القرار، ثم مبدأ التركيز على العميل، وكذلك أن مبدأ اتخاذ القرارات بناءً على المعلومات أقل المبادئ الأربعة تطبيقاً؛ ولذا ينبغي للإدارة العليا في تلك المستشفيات العمل على إيجاد نظام معلومات متقدم يقوم بتزويد إدارة المستشفى والأقسام الأخرى بالبيانات والمعلومات المساندة لعملية اتخاذ القرار الصحيح في الوقت الصحيح، وفي النهاية يوصي الباحث بالرفع من مستوى تطبيق مبدأ التحسن المستمر في جميع أقسام المستشفى من خلال تسهيل إجراءات العمل.

دراسة العميرة (2003) بعنوان "علاقة الجودة بالأداء الوظيفي بالقطاع الصحي". وكان الهدف الرئيس للدراسة هو التعرف على تأثير تطبيق الجودة على الأداء الوظيفي للعاملين في مركز الأمير سلطان لجراحة القلب بالرياض، وقد أكدت على وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز؛ حيث أشارت الدراسة إلى أن المركز يطبق إدارة الجودة الشاملة فيه، وتلقى قبولاً من الموظفين، وأن إدارة المركز تدعم تطبيق إدارة الجودة، ولكنها لا تتمتع بنظام متابعة دقيق، ومع ذلك، فإن هناك علاقة طردية بين تطبيق الجودة في المستشفى وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي؛ فكلما زاد اهتمام الإدارة بالجودة زاد معدل الأداء الوظيفي للموظفين بالمركز.

دراسة الناصر (2011) بعنوان "معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية" دراسة مطبقة على منشآت الصحة النفسية بمنطقتي القصيم والرياض". هدفت إلى تحديد معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بمنشآت الصحة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في منشآت الرعاية النفسية بمنطقة القصيم والرياض وجميع المدراء الطبيين في تلك الأماكن، وتوصلت الدراسة إلى الكشف عن العديد من

المعوقات التي كان من أبرزها قلة الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين، وعدم وجود تعاون بين الأخصائي الاجتماعي والطبيب والفريق الطبي فيما يتعلق بشرح احتياجات المريض وخطة علاجه، وليس لدى الفريق الطبي المعرفة الكافية عن طبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي، ولا توفر المستشفيات الإمكانيات اللازمة لكي يقوم الأخصائي الاجتماعي بعمله المكلف به، ولا يراعي الأخصائي الاجتماعي الإمكانيات المتوفرة في وضعه لخطة إشباع احتياجات المريض .

دراسة المهيلب (2011) بعنوان "تقويم فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية في ضوء معايير الجودة" دراسة ميدانية على بعض مستشفيات وزارة الصحة بمنطقة القصيم". هدفت إلى إلقاء الضوء على قدرة الخدمة الاجتماعية الطبية على تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها، وذلك في إطار معايير الجودة الخاصة بالخدمة الاجتماعية الطبية، تكونت عينة الدراسة من المرضى المؤمنين بمستشفيات وزارة الصحة بمنطقة القصيم، وعددهم (٤٨٠) مريضاً، وجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات الحكومية محل الدراسة بمنطقة القصيم، وعددهم

(٥٣) أخصائياً، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فاعلية للممارسة المهنية من حيث توافر معظم الجوانب الإدارية، وأن علاقة الأخصائي بفريق العمل قائمة على التعاون، إضافةً إلى أن الأخصائي الاجتماعي ملتزم بأداء الأدوار المطلوبة، كما أن هناك العديد من المعوقات التي تقف أمام تحقيق مستوى أعلى من جودة الممارسة المهنية أبرزها ضعف الحوافز المادية، وقلة الدورات التدريبية في مجال الجودة، وقلة ساعات العمل.

أبو رحمة (2016) "تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين" دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية. هدفت هذه الدراسة إلى التحقق في إدراك تأثير اعتماد المستشفيات على جودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة في المملكة العربية السعودية، من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يقدم وصفاً كمياً لاتجاهات ومواقف وآراء الأفراد من خلال دراسة عينة منهم، معتمداً على الاستبانة كأداة رئيسة للدراسة للمستشفيات الحاصلة على الاعتماد الصحي. تكونت أداة الدراسة من جزئين: الجزء الأول يتعلق بالخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، والجزء الآخر يتعلق بتأثير نظام الاعتماد على تحسين وتطوير المستوى النوعي للخدمات الصحية في المستشفى، ويتكون من 56 بنداً. تم تصنيف الردود إلى خمس نقاط حسب مقياس ليكرث الخماسي، وتم استخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة مثل: التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري لاختبار الفرضيات. أظهرت نتائج الدراسة أن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الأطباء والتمريض والباحثين الاجتماعيين، كما أظهرت الحاجة إلى قياس الجودة من وجهة نظر المرضى.

تحليل الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية:

في الدراسات السابقة، تم رصد الأهمية الكبيرة لتطبيق الجودة في القطاع الصحي الحكومي والخاص، وقد أشارت معظم الدراسات إلى ذلك من حيث تحقيق معدلات أداء عالية لتلك المنظمات الصحية التي استعانت بمعايير الجودة في إدارة شؤونها، إضافةً إلى أن المستشفيات التي لا تتمتع بالعمل وفق نظام الجودة حققت معدلات أداء أقل من غيرها، ومثال على ذلك في الدراسات التي أجريت في المملكة العربية السعودية ودراسة العميرة (2003) ودراسة المهيلب (2011).

أن تطبيق الجودة في المؤسسات الصحية يعدُّ حديثاً نسبياً أو في المملكة على وجه التحديد كانت معايير الجودة غير موجودة أو لم يتم تفعيلها إلى وقت قريب، وعلاوةً على ذلك، فإن القطاع الصحي

جاء متأخراً عن غيره من القطاعات في الاستفادة من إدارة الجودة الشاملة، وهذا يعطي للدراسة الحالية أهميتها بتركيزها على معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة. أكدت معظم الدراسات السابقة على وجود عوائق لتطبيق الجودة في المؤسسات الطبية، وهي عوائق تشمل عدم دعم الإدارة العليا لتطبيق برامج الجودة، وعدم إلمام القائمين على المنظمات بأهمية تفعيلها وطرق الاستفادة منها، إضافة إلى ضعف الإعداد المهني للقائمين عليها وعلى الممارسين المهنيين في المجال الصحي بالتحديد، مثل دراسة الناصر (2011). وفي الدراسة الحالية سوف يحاول الباحث معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة، وما يعود عليه في مستوى المؤسسة بشكل عام وتطبيقها للجودة.

معظم الدراسات ركزت على الخدمات الطبية وفقاً لمبادئ الخدمة الاجتماعية وعملياتها، ولم تركز هذه الدراسات على معايير الجودة؛ مما جعلها قاصرة على جزء معين ومحدود من جوانب العمل المهني.

وحسب علم الباحث، فالممارسة المهنية في المستشفيات تعتمد بشكل كبير على الجهود الذاتية للقائمين على أقسام الخدمة الاجتماعية، وبدل على ذلك عدم وجود دليل سياسات وإجراءات للخدمة الاجتماعية في المستشفيات حتى وقت قريب جداً، وبالتالي فإن عملية تقييم الجودة لعمل هذه الأقسام لم يكن مجدياً في السابق؛ نظراً لغياب أدوات رئيسة من أدوات التقييم لبرامج الرعاية الاجتماعية في المستشفيات مثل معايير المركز السعودي لاعتماد المنشآت الطبية (CBAHI). ويسعى الباحث إلى المشاركة في معرفة بعض النقاط التي تساعد -إن شاء الله- في تطور قسم الخدمة الاجتماعية، وذلك من خلال تحقيق أهداف الباحث في البحث.

وتؤكد معظم الدراسات على أهمية اعتماد المقاييس المناسبة في تقييم الجودة في مؤسسات الرعاية الصحية، وهي المقاييس التي تعتمد في معظمها على مستوى رضا العميل، وما يميز الدراسة الحالية هو استخدامها مقياساً من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين وليس المرضى للحصول على المعلومات بشكل علمي، وبالتالي الوصول إلى نتائج ذات قيمة ومصدقية عالية. ويمكن ملاحظة الفرق بين هذه الدراسة وغيرها من الدراسات من خلال النقاط التالية:

يستخدم الباحث في هذه الدراسة معايير مطبقة في المستشفيات محل الدراسة، وهي معايير المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI).

واعتمدت الدراسة الحالية في وجهة نظر الباحث أن المطبق الأول لمعايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية هو الأخصائي الاجتماعي، وهو ما يعطي الدراسة بُعداً أكثر وأعمق في عملية التقويم. كما أن الباحث لم يغفل النظر في معرفة المعوقات التي تحول دون الوصول إلى مستوى عالٍ من تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية المطلوبة، وكذلك يسعى الباحث هنا لتقديم تصور مقترح في المستقبل يفيد الدراسة والدراسات المستقبلية في معرفة ما يطور الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

خامساً: النظريات المفسرة للبحث

نظرية الدور:

ظهرت هذه النظرية في مطلع القرن العشرين؛ إذ تُعد من النظريات الحديثة في علم الاجتماع، وحيث يمكن أن يكون سلوك الفرد وعلاقاته الاجتماعية معتمداً على الأدوار الاجتماعية لديه، وذلك أن الدور الاجتماعي يحتوي على واجبات وحقوق اجتماعية على الفرد وواجبات الفرد ممكن أن تحدد الدور الذي يشغله أما حقوقه فممكن أن يتم تحديدها من الواجبات والمهام التي ينجزها في المجتمع.

وحيث يمكن للفرد ألا يشغل دورًا اجتماعيًا واحدًا، إذ بإمكانه أن يشغل عدة أدوار تقع في مؤسسات مختلفة، هذه الأدوار ليست كلها متساوية، بل تكون مختلفة؛ إذ يمكن أن تكون أدوارًا قيادية، أو وسطية، وربما تكون أدوارًا قاعدية. فالدور يُعدُّ الأساس أو الوحدة البنائية للمؤسسة، والمؤسسة هي الوحدة البنائية للتركيب الاجتماعي. (الحسن، ٢٠١٥).

تأخذ نظرية الدور أساسها النظري من الدراسات الحضارية والاجتماعية ودراسات الشخصية، وتتكون النظرية من عدة وحدات هي الدور (وحدة الحضارة)، والمكانة (وحدة المجتمع)، والذات (وحدة الشخصية). وتقوم على أساس أن الدور والذات دائمًا في تفاعل، وعلى الفعل المتبادل بين الأشخاص أيضًا، ولكنها تنظم هذه في الأدوار. ومفهوم الدور يدل على السلوك المفروض لفرد ما يشغل مكانة معينة. والدور أو السلوك هو من يشير كيف يجب أن يشغل الفرد المكانة تجاه الفرد أو الأفراد الذين يحصل بينهم احتكاك أو تفاعل. والمكانة تعني بشكل عام العلاقة بشخص آخر، وتوصف بأنها مجموعة من الواجبات والالتزامات التي تنظم تفاعل الفرد مع الآخرين. (حبيب، حنا، ٢٠١٦).

مفهوم نظرية الدور:

يمكن أن يُطلق على مفهوم نظرية الدور بأنها المركز الذي يشغله الفرد، والذي من خلاله يعرف ما يكون عليه من واجبات وماله من حقوق، وكذلك هو ردة فعل الفرد بسلوك معين تجاه ما يشغله من مركز اجتماعي؛ حيث إن المركز الاجتماعي هو الأساس في تحديد طبيعة الدور الاجتماعي الذي يشغله الفرد. كما أشار "نيوم" في كتابه علم النفس الاجتماعي إلى عملية التفريق بين السلوك الحقيقي الذي يقوم فيه شاغل الدور الاجتماعي وبين السلوك المتوقع للدور الاجتماعي نفسه. ويمكن أن نقول إن الدور من الممكن أن يشكل مجموعة من المعايير والمسؤوليات المتوقع أن يفعلها الفرد، وتكون مرتبطة بموقف اجتماعي محدد، وتخص مشكلة معينة. (الشهراني، ٢٠١٤).

وتستند نظرية الدور إلى مجموعة من المفاهيم الرئيسية التي تشترك فيها مع دراسات الأنثروبولوجيا وعلم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع. كما أنه هناك مفاهيم ذات علاقة بدراسة الدور الاجتماعي هي:

١- مفهوم الدور:

يعرّف هذا المفهوم بأنه نموذج يهتم بما يجري حول الحقوق والواجبات، ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل الجماعة أو موقف معين، ويحدد دور الشخص من خلال أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتنقها الآخرون كما يعتنقها الشخص نفسه.

ويعرف رالف لنتنون الدور من خلال علاقته بالوضع الاجتماعي، ويربأً الوضع الاجتماعي هو مجموعة من الحقوق والواجبات، وأن الدور هو المظهر الحركي للوضع الاجتماعي. ومفهوم الدور استعمل بكثرة في علم الاجتماع وفي الأبحاث؛ لذا فهو مفهوم رئيس في تحليل بناء العائلة وأوساط العمل والمجموعات الصغيرة.

٢- مفهوم المكانة الاجتماعية:

يعبر مصطلح المكانة هنا عن وضع معين في النسق الاجتماعي، ويتضمن ذلك التوقعات المتبادلة للسلوك بين الذين يشغلون الأوضاع المختلفة. وتشير أغلب التعريفات لوجود نوعين من المكانة:

(أ) مكانة موروثية: وهي مكانة غير قائمة على مهارات أو جهد أو إنجاز فردي، وإنما تقوم على وضع موروث في المجتمع وتحدث بطريقة تلقائية أو عند بلوغ سن معين.

(ب) مكانة مكتسبة: ويكتسبها الفرد عن طريق جهوده، وتميزه في أغلب الأحيان في المنافسة واستخدام المهارات الخاصة فيه.

٣- توقعات الدور: مجموعة من ردة الفعل أو السلوك المرغوب الذي يرتبط بدور معين، وهي تنطوي التوقعات على توقعات الفاعل عن ذاته وتوقعاته عن الآخرين.

٤- صراع الدور: عدم الاتساق بين دورين أو أكثر يتوقع أن ينجزه الفرد في وضع معين، وحينئذ يتداخل أداء أحد الأدوار مع دور آخر أو يتصارع معه. (فشكية، ٢٠٠٩).

كما أن مفهوم الدور يعني السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة أو مركزاً مخصصاً، وذلك عن طريق مجموعة من الواجبات والحقوق للشخص في موقف معين، وما يقوم فيه من أعمال، وما يقوم فيه الآخرون في الموقف ومشاعره وأحاسيسه ومشاعر الآخرين وأحاسيسهم والتفاعل الذي يتم بين الشخص والآخرين. وتختلف طبعاً الأدوار من شخص إلى آخر حسب شخصية الفرد وحاجته ودوافعه ومتطلبات الدور ذاته. (الصادقي، ٢٠٠٣).

كما عرفها هيلين برلمان على أنها أنماط الشخصية السلوكية المنظمة من حيث تأثيرها في المكانة التي يشغلها أو الوظائف التي يؤديها في علاقته بشخص واحد أو أكثر، كما أنه حدد أنماطاً سلوكية يتم معرفتها من خلال عوامل ديناميكية هي:

١- حاجات ودوافع الشخص الشعورية واللاشعورية.

٢- أفكار الشخص وتصورات عن الالتزامات والتوقعات المتبادلة.

٣- الاتفاق أو التعارض بين تصورات الشخص عن الالتزامات والتوقعات وتصورات الآخرين الذين يتعامل معهم عنها. (رشوان، القرنى، ٢٠١٣).

الركائز الأساسية لنظرية الدور:

أجمع أغلب الباحثين على وجود جملة من الأسس والركائز التي تعد رئيسة لقيام نظرية الدور، وهي:

١- **التوقعات:** هي مجموعة إجراءات يكون أفراد المجتمع في انتظارها من فرد معين، وممكن أن يكون مضمونها مع ما يسعى إليه تعريف الدور بالنسبة لهذا المركز.

٢- **المحددات:** هي مجموعة من الخطوات المنظمة التي نص عليها قانون أو عدة قوانين تتعلق بمركز معين.

٣- **الإدراكات:** وهي مجموعة الإجراءات التي يستوعبها الفرد نتيجة ما سوف يقوم فيه أو يفعله، وتأتي نتيجة المعارف لدى الفرد نفسه المعروف لدى الأفراد الآخرين.

٤- **الممارسات:** وتمثل الممارسات الخطوات التي يفعلها الفرد، وليس بالضرورة أن تطابق الركائز السابقة.

٥- **الغموض:** وهو عدم شفافية الدور وعدم تحديده، ويكون الفرد صاحب الدور غير قادر على القيام بالأداء الأصح.

٦- **الصراع:** وهو حالة تنافس بين صاحب الدور وبين مجموعة من المعايير التي نشأت عليها التصورات الخاصة بالأفراد، ولا يكون ذلك إلا عندما تتفاوت توقعاته المتعلقة بالأدوار داخل إطار النطاق الاجتماعي. (الصالح، ٢٠١٩).

المبادئ العامة لنظرية الدور:

هناك مبادئ عامة تستند إليها نظرية الدور، وهي كالآتي:

مجلة الخدمة الاجتماعية

- ١- إن البناء الاجتماعي يتحول إلى عدد من المؤسسات الاجتماعية، وهذه المؤسسات الاجتماعية الواحدة تتحول إلى عدد من الأدوار الاجتماعية.
 - ٢- يكلف الفرد الواحد في عملية الدور الاجتماعي بمجموعة من الواجبات يؤديها الفرد بناءً على خبراته وتجاربه وعلاقته بالمجتمع وثقتهم فيه، وبعد ذلك يحصل على حقوق مادية واعتبارية.
 - ٣- يشغل الفرد الواحد بعدة أدوار اجتماعية وظيفية في وقت واحد، ولا يشغل دورًا واحدًا فقط.
 - ٤- سلوك الفرد التفصيلي يحدده الدور الذي يشغله، وهو الذي يحدد علاقته مع الآخرين.
 - ٥- ممكن أن نعرف سلوك الفرد، وذلك من خلال أدواره الاجتماعية التي يشغلها.
 - ٦- يصعب على الفرد إعطائه أدوارًا اجتماعية دون عملية التدريب على الأدوار، ويمكن أن تكون هذه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.
 - ٧- إذا كانت المؤسسة الاجتماعية تؤدي مهامها بصورة جيدة، فإن الأدوار الاجتماعية تكون كاملة؛ بحيث لا يكون هناك تناقض بين الأدوار.
 - ٨- عندما لا تؤدي المؤسسة أدوارها بصورة جيدة تكون الأدوار الاجتماعية هنا متصارعة أو متناقضة.
 - ٩- إذا تفاعل الدور مع الأدوار الأخرى فإن كل دور يقيم الدور الآخر.
 - ١٠- عن طريق الدور يكون الاتصال بين الأفراد والمجتمع.
 - ١١- الدور هو حلقة الوصل بين الشخصية والبناء الاجتماعي.
 - ١٢- إن التكامل بين التركيب النفسي والأدوار الاجتماعية التي يشغلها الفرد في حياته اليومية هي بمثابة التركيب الخلقي للفرد. (الحسن، ٢٠١٥).
- محددات الشخصية في عملية الدور الاجتماعي: (ميريل)**
- هناك عدة محددات تحدد من خلالها شخصية الفرد من خلال قيامه بأدواره الاجتماعية، وهي:
- ١- محددات عالمية: تجمع بين البشر جميعًا في إطار الإنسانية.
 - ٢- محددات محلية: وهي بين الأشخاص في المجتمع المحلي أو تمايز بين المجتمع والمجتمعات.
 - ٣- محددات الدور: وهو ما يربط بين السن والجنس والحالة الزوجية والمعايير السلوكية.
 - ٤- محددات فطرية: وهي ما يربط في توقعاتها للدور من جوانب جسمية أو عقلية أو نقص في القدرات الاجتماعية.
- وبذلك يكون هدف الأخصائي الاجتماعي المساعدة على ممارسة الأفراد على مهام أدوارها الاجتماعية، وذلك بكسب المهارات أو تعديل أداء أدوار الآخرين ومساعدتهم على اكتساب أدوار جديدة. (حبيب، حنا، ٢٠١٦).

نظريه الأنساق:

يُعدُّ نيكلاس لومان المؤسس الألماني لنظرية الأنساق التي يعد أسلوبها الجديد في النظر المجتمعي في الحادثة ومقابل الحادثة، بل يرى أن التركيب أخذ منحى التميز بين المجالات الاجتماعية الجزئية المختلفة؛ إذ إن نظرية الأنساق العامة هي نظرية شاملة يمكن تطبيقها على كل الأنساق أكانت اجتماعية أم نفسية. وقد ساعد التجريد الذي اتبعه نيكلاس على تحقيق هذه النظرية الشمولية. وتأسست هذه الفرضية على جرد النظريات الاجتماعية الذي قام فيه بارسونز في سعيه لمعرفة إذا

كان ثمة ما هو مشترك بين الكلاسيكيين من أمثال ماكس فيبر، وإميل جوركهيم، الرد مارشال وغيرهم، فكانت النتيجة فعلياً أنه من الممكن العثور على عامل مشترك قائم في الترابط بين تكون الأنساق النظم الشاملة من جهة والأفعال بوصفها عمليات قاعدية من جهة أخرى. (حجازي، ٢٠١٠)

كما أن نظرية الأنساق مشتقة من العلوم الطبيعية، ومستندة من فلسفتها إلى النظرية العضوانية التي ترى أن العمليات الحيوية تنشأ من نشاط أعضاء الكائن الحي جميعها، زعمًا بأنها نظامٌ متكاملٌ. وأول من استخدم هذه النظرية هم أصحاب النظرية البنائية الوظيفية، وهي تهتم بالتأثير المتبادل بين جميع الأنساق في المجتمع. وتؤكد بعض الكتابات الحديثة أن نظرية النسق من النظريات المناسبة لممارسة خدمة الفرد لكثير من النظريات التي تهتم أو تركز على مستوى أوسع. والأنساق مهمة في مجال الجماعات الصغيرة والأسرة، فهي تساعد على تفسير الظاهري من خلال رؤيتها في عموميتها. (جبل، ٢٠١٥)

مفاهيم: نظرية الأنساق:

فيما يلي مناقشة لأهم المفاهيم التي تحتوي عليها نظرية الأنساق:

النسق:

ظهرت طرق ومحاولات عديدة يتم بها تعريف النسق، وهي محاولات تفاوتت في دقتها ووضوحها. ولعل أفضل هذه التعريفات هو ما قدمه هارتمانو لاريد؛ فالنسق هو "ذلك الكل الذي يتكون من أجزاء متداخلة فيما بينها ومعتمدة على بعضها البعض".

الحدود:

الحدود هي التي يتم تحديد الأنساق عن طريقها، وهي خطوط وهمية لا وجود لها، وتستخدم لتحديد نسق ما، وتعریفها يتم حسب المحاكاة والمعايير المستخدمة من قبل الأخصائي الاجتماعي.

التغذية العكسية:

تحدث التغذية عن طريق عمليتي استيراد وتصدير الطاقة التي عن طريقها تتفاعل الأنساق من بيئتها الخارجية.

التوازن:

تسعى الأنساق الحية سعيًا جيدًا وقويًا من خلال عمليتي استيراد وتصدير الطاقة إلى الوصول إلى مستوى التوازن. (الدامغ، ١٩٨٦).

ونظرية الأنساق تتكون من مجموعة من التعريفات والافتراضات والمسلمات التي تكون عادة مترابطة حول مستويات الأنساق من الذرات والجزيئات والكائنات العضوية والأفراد والجماعات الصغيرة والمجتمعات، وهي تتعامل مع الأنساق الحية، وتتسم بأنها أنساق مفتوحة، ولها مدخلات ومخرجات. (حبيب، حنا، ٢٠٢٠).

ويرى كلٌّ من ميل جراي، وستيفن، وويب أن نظرية الأنساق العامة هي:

- نظرية تتضمن مجالاً ضيقاً من الأنساق الاجتماعية، وهي نسق تم تطويره خلال القرن العشرين.
- نظرية النسق الاجتماعي هي وجهة نظر فلسفية للعلاقة بين الشخص والبيئة.
- نموذج الأنساق ممكن أن يتم التطبيق عليها في الممارسة المهنية.
- أنها أفضل أساس نظري لدراسة الاتصالات الإنسانية.
- أنه توجد على مختلف المستويات.

ويرى وايتشرشوك وناسنتين أن هناك ثلاثة أطر نظرية ترتبط بنظرية الأنساق هي:

- نظرية المعلومات، ومالها من توفير المعلومات، وذلك من خلال طرح الأسئلة.
- السببرنيقا، وهي علم الاتصال الذي يهتم بمعرفة وفحص المعلومات التي يتم نقلها والتلاعب بالمعلومات خلال الأنساق المختلفة.
- نظرية الأنساق الاجتماعية بدل من العامة، والتي تهتم بنظرية النسق الاجتماعي.
- وتهتم نظرية الأنساق لتفسير السلوك في الأنساق المختلفة، وهي أيضًا عملية بنائية نظرية، وتركز على بناء مفاهيم ومبادئ تؤكد على الترابط بين الكائنات. (حبيب، حنا، ٢٠١٦)

الاطار النظري:

أولاً: مقدمة:

أصبحت برامج الجودة النوعية في وقتنا الحالي من الضروريات الملحة في عالمنا المعاصر، ففي الدول المتقدمة انتشر مفهوم الجودة وتطبيقاتها على نطاق واسع أيًا كانت المنشأة صغيرة أو كبيرة، بوصفها منهجًا عالميًا أو أسلوبًا مناسبًا لحل مشكلاتها، وتسعى المنشآت الصحية دائمًا إلى تقديم أفضل عناية ممكنة للمريض أو لزائر المنشأة، وذلك عن طريق الدعائم الأساسية لبرامج الجودة النوعية وتطبيقاتها؛ حيث تعدّ هذه البرامج أداة مراقبة وتحكم تربط بين الجودة وتكلفة الخدمة المقدمة. (ابن سعيد، ١٩٩٤).

ثانيًا: تطور الاهتمام بالجودة في الولايات المتحدة الأمريكية:

تطور الاهتمام بالجودة في الولايات المتحدة الأمريكية عبر أربع مراحل هي:

المرحلة الأولى:

ظهرت هذه المرحلة في بداية القرن الثامن عشر، وارتبطت مرحلة الاهتمام بفحص المنتجات باستخدام الوسائل الفنية، وهي فترة بداية ظهور الإنتاج الكبير وقلة نظام الإنتاج الحرفي الذي كان يقوم على عدد محدود من المنتجات؛ حيث كان يصاحبه متابعة جودة الإنتاج أثناء عملية الإنتاج نفسها. ومع ظهور الثورة الصناعية زاد الإنتاج بأحجام كبيرة؛ مما استدعى ضرورة وجود شخص مستقل يقوم بفحص المنتج لمعرفة درجة المطابقة للمواصفات.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة استخدام الأساليب الإحصائية في الرقابة على الجودة، وقد كانت هذه المرحلة في بداية القرن العشرين عندما قام رادفورد بنشر كتابه (الرقابة على جودة المنتجات)، وأدى هذا إلى وجود قسم مستقل للرقابة على الجودة يعتمد على أساليب إحصائية. ومثال على ذلك استخدام أساليب إحصائية في الحرب العالمية الثانية في اليابان، وكذلك خلال فترة الخمسينات من القرن الماضي، ومن هذه الأساليب (خراط الرقابة على الجودة - الرقابة على العملية - العينات الإحصائية-عينات القبول).

المرحلة الثالثة:

مرحلة التأكد من الجودة وضمانها؛ حيث كان ما يميز هذه المرحلة ظهور فكرة الرقابة الشاملة على الجودة التي تتميز بأربع عناصر أساسية هي:

- ١- الحرص على معرفة تكلفة الجودة وكذلك القرار الاقتصادي الخاص بتحديد مستوى الجودة.
- ٢- بروز مدخل الرقابة الشاملة على الجودة الذي كان هو النواة الحقيقية لحركة إدارة الجودة الشاملة.
- ٣- درجة الاعتمادية للسلع، وهي أن تعمل بشكل جيد ولفترة زمنية محددة بأقل عدد من المشاكل.
- ٤- التركيز على اختفاء نسبة العيوب.

المرحلة الرابعة:

مرحلة الإدارة الاستراتيجية للجودة، وهي مرحلة تميزت بمجموعة من الخصائص، وهي:

مجلة الخدمة الاجتماعية

- ١- الاهتمام الخاص من قبل رجال الإدارة العليا ورؤساء المنظمات الإنتاجية والخدمة بقضية الجودة.
- ٢- الربط بين قضية الجودة وقدرة المنظمات على تحقيق أهدافها، وهي رضا العملاء.
- ٣- تعريف الجودة من وجهة نظر العميل.
- ٤- جعل الجودة جزءاً من عملية التخطيط الإستراتيجي للمنظمة.
- ٥- استخدام الجودة كسلاح تنافسي بين المنظمات. (محمد، ٢٠١٦)

ثالثاً: تطور الجودة في اليابان:

شاهدت اليابان التطور الواضح في الولايات المتحدة الأمريكية في تطبيق الجودة، وبخاصة خلال الحرب؛ حيث كانت هي السبب المباشر في قوة اقتصادها، ولذلك سعت حكومة اليابان من جانبيها لإدخال هذه الأنظمة وتطبيقها مع ما يتوافق وظروف المجتمع الياباني، ومن هذا الصدد اتبعت اليابان سلسلة من الخطوات التي أدت بها إلى النجاح الكبير الذي تحقق في جميع منشآتها، وهي:

١- الاهتمام بالتنمية الصناعية خلال الحرب العالمية الثانية اعتماداً على الفكر الغربي؛ ولذلك تم تأسيس اتحاد العلماء والمهندسين عام ١٩٤٦م الذي انبثقت منه مجموعة بحوث تؤكد الجودة، وتهدف إلى إجراء البحوث وتعلم نشر مفاهيم الجودة في اليابان.

٢- في عام ١٩٥٠م تم إنشاء نظام علامة المواصفات القياسية للصناعة اليابانية، والذي أخذ الفكرة والمواصفات والمقاييس البريطانية. ومن خلال هذا النظام أصبحت جميع الشركات اليابانية ملزمة بتطبيق الجودة ووضع العلامة الخاصة بالصناعة اليابانية (JIS).

٣- تعدد البداية الحقيقية في إدارة الجودة الشاملة باليابان عندما قدم الدكتور دمنج من الولايات المتحدة، وعمل ندوة عن تأكيد الجودة لمديري الإدارات وبعض من أعضاء الحكومة اليابانية. وقد قام دمنج بإدخال العديد من الأفكار التي تعتمد على أسلوبه الإحصائي. وفي عام ١٩٥١م أنشئت جائزة دمنج للجودة، والتي كان لها دور فعال في نشر مفاهيم الجودة في اليابان. وفي عام ١٩٥٢م تم تطبيق الجودة كمفهوم جديد للإدارة، وكان بمثابة بداية التحول التدريجي من تأكيد الجودة إلى إدارة الجودة الشاملة.

٤- وفي عام ١٩٦٠ بدأت الحملة القومية اليابانية لتأكيد الجودة بعنوان "تحرير التجارة من خلال إدارة الجودة"، والتي اعتمدت على حملة إعلامية كبيرة كانت قد بدأت من عام ١٩٥٦م، وكانت بدايتها ببرنامج إذاعي، وبعدها تم إصدار جريدة خاصة بإدارة الجودة متخصصة بدعم من الحكومة اليابانية، وذلك في عام ١٩٦٠م، والتي تغير اسمها حالياً إلى "دوائر الجودة".

٥- في عام ١٩٦٨م كانت الجودة في اليابان تعتمد فقط على أداء المنشأة التي تطبقها؛ حيث تقوم بإشراك جميع العاملين، معتمدة على العديد من الأدوات والأساليب المبتكرة التي تثري التخطيط واتخاذ القرار. وفي بداية السبعينات من القرن العشرين تحولت إدارة الجودة الشاملة إلى تكامل بين الشركات الموردة والمصنعة والموزعة؛ أي تطورت إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى مجموعة من الشركات، والذي يقوم على التعاون بين مجموعة من الشركات لإنتاج أفضل منتج يمكن أن يرضي المستهلك. وتعد هذه الفترة أفضل الفترات؛ حيث كانت تمثل الصناعة اليابانية أفضل الصناعات في القمة التي جعلتها تنافس الدول الغربية على السوق العالمي؛ لتصبح عام ١٩٨٠م ثاني أكبر دولة صناعية في العالم. (الحكيم، ٢٠٠٣).

رابعاً: تطور البنية التنظيمية للجودة في وزارة الصحة السورية:

- تم افتتاح مكتب لضبط الجودة، وذلك في وزارة الصحة، وكان في عام ١٩٩٨م؛ حيث كان يقوم بالمساهمة في تطبيق أنظمة الجودة وتقييمها في الوزارة.

- وفي عام ٢٠٠٠م تم تأسيس فريق عمل مركزي؛ حيث يتكون الفريق من ممثلين عن كل مديرية، ويتلقى تدريباً جيداً يقوم بنشر مفهوم ضبط الجودة الأداء على مستوى كل مديرية، وكذلك يقوم بعمل الأبحاث في مجال الجودة للخدمات الصحية، ومنها استخدام أدوات الجودة وقياس رضى المستفيدين من الخدمة.

- وفي نهاية عام ٢٠٠٠م تم إحداث مكاتب وفرق للجودة في المديريات والمستشفيات في المحافظات؛ حيث تم تدريبهم على كل ما يخص الجودة من ضمان الجودة - تحسين الجودة- تقييم أنظمة الجودة... إلخ. ويتم عقد اجتماعات معهم لمناقشة وضع معايير الجودة.

- وفي عام ٢٠٠١م تم إحداث مديرية للتنمية الإدارية؛ حيث تهدف إلى تطوير وتحديث الفكر الإداري، وكان يقوم بهذا العمل مكتب ضبط الجودة في وقت سابق.

- في عام ٢٠٠٣م تم إجراء إعادة نظر في هيكلية وزارة الصحة ومديرياتها وتحديث النظام الداخلي وتأسيس مجلس الجودة. (جبيلي، ٢٠٠٧).

خامساً: تاريخ ونشأة الجودة (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية) في الأردن:

يمكن أن نتطرق إلى بداية المناقشات الرسمية في اعتماد المستشفيات في الأردن في بدايات عام ٢٠٠٣ من خلال عدة اجتماعات عقدها فريق كان مكوناً من خمسة أطراف ذات علاقة، فضلاً عن التعاون الذي كان بين وزارة الصحة والوكالة الأمريكية للإنماء الدولي في وقت لاحق عن تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية عام ٢٠٠٧، وكانت المراحل التي مر بها كالتالي:

١- في عام ٢٠٠٣ بدء النقاشات الرسمية المتعلقة بمعايير اعتماد المستشفيات وتشكيل هيئة اعتماد وطنية.

٢- في عام ٢٠٠٤ كان هناك توفير الدعم من قبل مشروع الشراكة المدعوم من الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي.

٣- نهاية عام ٢٠٠٤ تم عقد ورشة عمل حول الاعتماد الوطني بمشاركة ١٥٠ جهة معنية.

٤- عام ٢٠٠٥ تم اختيار ٢٤ مستشفى للمشاركة في برنامج الاعتماد، وهي مرحلة كانت تجريبية بالتزامن مع تطوير معايير اعتماد المستشفيات.

٥- وفي عام ٢٠٠٦ تم الاعتماد الرسمي لمعايير اعتماد المستشفيات في الأردن من قبل وزير الصحة، والبدء بعملية تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية من خلال مرحلة المراجعة والتدقيق في القوانين الداخلية للمجلس، وأخيراً في عام ٢٠٠٧ الوكالة الأمريكية تمنح شراكة البحوث العلمية عقداً لمواصلة العمل في مشروع JHAP في مجال الرعاية الصحية. وفي أواخر العام نفسه تم تسجيل اعتماد المؤسسات الصحية؛ ليحصل على اعتماد معايير الجودة للرعاية الصحية في اعتماد المستشفيات. (العمرى، ٢٠١٣).

سادساً: معايير تقييم جودة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات:

تهدف جودة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات إلى ضمان الصحة الجسمية والاجتماعية والنفسية للمستفيدين، وكذلك تقوم بتقديم خدمة اجتماعية مميزة تحقق رضا المستفيدين، كما تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين وقياس مستوى رضاهم عن الخدمة الاجتماعية وسيلة مهمة في البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية المتكاملة ووضع السياسات المتعلقة بها. كذلك فإن جودة الخدمة الاجتماعية تعمل على تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين منها ومقدميها، وتمكين المنظمات الصحية من القيام بالخدمة بكفاءة وفاعلية. (القحطاني، ٢٠١٨).

هناك معايير أساسية في أقسام الخدمة الاجتماعية لابد من توفرها لتطبيق نظم الجودة، وهي:
أولاً: تقدم المستشفى خدمات الرعاية الاجتماعية:

مجلة الخدمة الاجتماعية

١- يتولى أخصائي اجتماعي مؤهل إدارة خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة بواسطة المستشفى.
٢- يتم توفير ما يكفي من الطاقم لتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية، ويوفر لهم كل الموارد الأخرى المطلوبة بحسب حجم المستشفى ونطاق الخدمات.
ثانيًا: يتم إخضاع المرضى الذين تم تصنيفهم على أنهم معرضون لمخاطر نفسية إلى تقييم نفسي شامل:

- ١- يتم إجراء الفحص النفسي بواسطة طاقم المستشفى المؤهل لتحديد حاجة المريض للتقييم النفسي الشامل بواسطة أخصائي اجتماعي مرخص للعمل.
- ٢- يتم وضع اعتماد المعايير المستخدمة للفحص النفسي أثناء التقييم المبني للمريض بواسطة أخصائي اجتماعي مؤهل.
- ٣- يُفضل أن يتم إكمال التقييم النفسي بواسطة أخصائي اجتماعي مؤهل خلال ٢٤ ساعة من التحويل.
- ٤- التقييم النفسي محدد في الإجراء والسياسة التي تحدد العوامل التي تسهل /تعيق تقديم الرعاية الصحية، والتي من ضمنها:
أ- عوامل عاطفية واجتماعية ونفسية.
ب- وضع البيت.
ج- العوامل المالية.
د- عدم الالتزام بالعلاج.
هـ - الإعاقات الجسدية / العقلية.

د- يتم تسجيل نتائج الفحص والتقييم النفسي في السجل الطبي للمريض.

ثالثًا: يتم وضع خطة مناسبة للمرضى المعرضين للمخاطر النفسية والوفاء باحتياجاتهم:

- ١- يعمل الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع الطاقم الإكلينيكي (الأطباء الممرضين، وغيرهم من الطاقم الإكلينيكي) لإعداد خطة مناسبة للرعاية تفي بالحاجات النفسية للمريض، وتضمن استمرارية الرعاية.
- ٢- يتم إعادة تقييم المرضى بواسطة الأخصائي الاجتماعي على فترات زمنية منتظمة، وتتم مراقبة استجاباتهم لخطة الرعاية، ويتم إدخال التعديلات وفقًا لذلك.
- ٣- يتم تسجيل خطة الرعاية في السجل الطبي للمريض كجزء من تخطيط الفريق متعدد التخصصات.
- رابعًا: يضمن المستشفى توفير خدمات رعاية اجتماعية فعالة للمرضى المنومين ومرضى العيادات الخارجية:

- ١- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى في التعامل مع المرض والمعالج والشفاء.
- ٢- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى الذين عانوا من الإيذاء أو الإهمال أو العنف.
- ٣- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى والعائلات، ويسهل لهم التفاهم الفعال مع فريق الرعاية الصحية.
- ٤- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى والعائلات أثناء مرورهم بفترة الحزن والفجعة.
- ٥- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى في تجاوز المخاوف والقلق المتعلق بالعمل والمدرسة.
- ٦- يساعد الأخصائي الاجتماعي المرضى في الدخول للمستشفى للحصول على غيرها من الخدمات المجتمعية التي من ضمنها الرعاية الصحية المنزلية والمساعدة المالية.
- ٧- يشارك الأخصائي الاجتماعي الفريق العلاجي في التخطيط لخروج المريض من المستشفى.
- خامسًا: يسجل الأخصائي الاجتماعي كل المعلومات المهمة عن المريض في السجل الطبي للمريض:

مجلة الخدمة الاجتماعية

١-يسجل الأخصائي الاجتماعي كل المعلومات المهمة عن المريض في السجل الطبي للمريض، والتي يجب أن تتضمن الآتي:
أ-أسباب التحويل.

ب-نتائج تقييم وإعادة تقييم المريض /العائلة.

ج-خطة الرعاية ومن ضمنها الأهداف والتدخلات مثل الاستشارة والتعليم وتسهيل الموارد.
د-تقييم خطة الرعاية.

هـ -الملاحظات المنتظمة عن التقدم التي تتضمن تفهم المريض /العائلة في الرعاية والحاجة إلى خدمات مختلفة أو إضافية. (المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، ٢٠٢٠)
سابعاً: الجودة في المملكة العربية السعودية.
مجلس الضمان الصحي:

استحدث مجلس ضمان الجودة بالقرار الوزاري رقم ١١/١٥٢٤ بتاريخ ١٤٢٠/٧/١هـ. ويرأس المجلس معالي وزير الصحة، ويضم في عضويته ثلاثة عشر عضواً من كبار المسؤولين في ديوان الوزارة، وهم:

١. وكيل الوزارة للشؤون التنفيذية.
٢. وكيل الوزارة للتخطيط والتطوير.
٣. وكيل الوزارة المساعد للطب العلاجي.
٤. وكيل الوزارة المساعد للمختبرات.
٥. مدير عام الشؤون الإدارية والمالية.
٦. مدير عام الإدارة العامة للمشاريع والصيانة.
٧. مدير عام الإدارة العامة للمستشفيات.
٨. المشرف العام على الإدارة العامة للمراكز الصحية.
٩. مدير عام الرخص الطبية والصيدلة.
١٠. مدير عام التموين الطبي.
١١. مدير عام الطب الوقائي.
١٢. مدير إدارة الإحصاء.
١٣. مدير عام الإدارة العامة لضمان الجودة، عضواً ومقرراً لأعمال المجلس.(نيزاز، ٢٠٠٥).

الإدارة العامة لضمان الجودة:

استحدثت الإدارة العامة لضمان الجودة بالقرار الوزاري رقم ١١/١٥٢٣ بتاريخ ١٤٢٠/٧/١هـ، وتم لاحقاً ربطها بوكيل الوزارة للتخطيط والتطوير بالقرار الوزاري رقم ٢٦/١/١٦٣٢٨٥ تاريخ ١٤٢٥/١٠/٢١هـ.

وتأخذ الإدارة موقعها في الهيكل التنظيمي للوزارة وتكون علاقتها الرأسية متصلة بوكيل الوزارة للتخطيط والتطوير أو من ينوب عنه. أما علاقاتها الأفقية فتكون مفتوحة مع جميع الإدارات، وتتمتع بكافة الصلاحيات الممنوحة للإدارات الواقعة في مستواها التنظيمي، ويتم تنظيم العلاقة مع الإدارات الأخرى بما يحقق الأمور الآتية:

١. التعاون المتبادل من أجل رفع مستوى الأداء.
 ٢. تحديد اختصاص كل إدارة بالنسبة للمهام المشتركة.
 ٣. التأكد من عدم إجراء العمل نفسه من قبل إدارتين مختلفتين.
- وقد تبنت الإدارة العامة لضمان الجودة مفاهيم الجودة ومبادئها كمنهج عملي في تطبيق النظم

الصحية الحديثة للارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة من خلال أربعة محاور أساسية لأنشطة الإدارة، وهي:

١. نشر ثقافة الجودة، وإيجاد لغة مشتركة بين العاملين في الخدمات الصحية والمستفيدين منها، وتنمية مهارات العاملين من خلال برامج التدريب والتعليم المستمر وتطويرها؛ للارتقاء بمستوى الأداء في القطاع الصحي.

٢. وضع المعايير والمؤشرات الخاصة بالخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية.

٣. المحافظة على استمرارية تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال متابعة وقياس الأداء وقياس رضا المستفيدين والعاملين.

٤. إجراء البحوث والدراسات ذات العلاقة واستخدام النتائج والمعلومات المتاحة في التخطيط لبرامج التحسين المستمر. (نياز، ٢٠٠٥)

- مهام الإدارة العامة لضمان الجودة:

١. وضع الآليات لتنفيذ قرارات مجلس ضمان الجودة.

٢. رفع الاقتراحات ذات العلاقة لمجلس ضمان الجودة.

٣. إعداد خطط العمل التي تشمل الخطة الإستراتيجية للإدارة العامة لضمان الجودة والخطط السنوية لبرامج ضمان الجودة، والتأكد من أن خطط الإدارة تتماشى مع خطط الوزارة في هذا المجال.

٤. إعداد خطط العمل التنفيذية للإدارة، والتي تتضمن بشكل خاص التقييم والمتابعة.

٥. الإشراف على تنفيذ خطة ضمان الجودة ومتابعتها ومراجعتها وتقييمها ورفع تقرير عنها لمجلس ضمان الجودة، ومتابعة النتائج والقرارات المتعلقة بها.

٦. المشاركة مع بقية الإدارات في إعداد الخطط العامة في وزارة الصحة وتطبيقها، وبشكل خاص الخطط المعنية بتطوير وتحسين العمل.

٧. المساهمة في إعداد خطط إدارات ضمان الجودة في مديريات الشؤون الصحية وفي المؤسسات الصحية، واعتماد هذه الخطط.

٨. الإشراف والتنسيق المستمر مع الإدارات والجهات ذات العلاقة في وزارة الصحة؛ للحد من ازدواجية الجهود، والتأكد من أن أنشطة وبرامج الجودة تسير في الاتجاه الصحيح وتخدم الأهداف العامة للوزارة.

٩- التنسيق مع الجهات الأخرى ذات العلاقة خارج الوزارة حيال أي نشاط مشترك.

١٠- توفير الموارد اللازمة لأنشطة ضمان الجودة (موارد مالية، قوى بشرية، تدريب...) لتسهيل مهام الإدارة.

١١- تشكيل اللجان المشتركة لأنشطة ضمان الجودة مع الجهات المختصة.

١٢- تقديم المشورة والدعم الفني والإداري والتعليمي والتدريبي للإدارات بالوزارة ولمديريات الشؤون الصحية والمؤسسات الصحية الأخرى، وللقائمين على العمل. (نياز، ٢٠٠٥).

رؤية وزارة الصحة:

تسعى رؤية وزارة الصحة إلى تطوير الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية من حيث الجودة والمقاييس والمساواة في تقديم خدمات الرعاية الصحية. ولتحقيق هذه الرؤية؛ أعدت وزارة الصحة إستراتيجية عمل وخطة خمسية من شأنها أن تجعل الصحة الإلكترونية عامل رئيس في تطوير وتوفير هذه الخدمات. ولذلك، طورت الوزارة إستراتيجية الصحة الإلكترونية وخطة

مجلة الخدمة الاجتماعية

العمل الخمسية، وذلك بالتعاون مع مستشارين سعوديين وعالميين. تدعم إستراتيجية الصحة الإلكترونية الأهداف الرئيسة الآتية للوزارة:

- رعاية المرضى.
- ربط موفري الخدمة بكافة مستويات الرعاية الصحية.
- قياس أداء توفير الرعاية الصحية.
- تحويل توفير الرعاية الصحية بما يتناسب مع المقاييس العالمية .
- وجميع هذه الأدوار تؤدي دورًا ملموسًا وجيدًا في تطوير الصحة وتوفير خدمة صحية آمنة وجودة عالية. (وزارة الصحة، ٢٠٢٠).
- إدارة الجودة في المستشفيات:**

تعنى هذه الإدارة بأنشطة الجودة فيما يخص المستشفيات، وتشرف على تطوير هذه الأنشطة فضلاً عن تقديم الدعم والمساعدة الفنية لبناء وتحسين برامج جودة الخدمات الصحية. ومهام إدارة الجودة للمستشفيات هي:

١. نشر مفاهيم الجودة، والعمل على تطوير مهارات العاملين من خلال برامج التطوير والتحسين المستمرة.
٢. التعرف على واقع سياسات الجودة بالمستشفيات، وذلك من خلال زيارات ميدانية دورية، والعمل على تطوير هذه السياسات والأنشطة وضمان استمراريتها.
٣. متابعة إنجازات لجان الجودة بالمستشفيات، وإعداد التقارير الدورية عن أنشطة الجودة فيها.
٤. دراسة التقارير الدورية من المستشفيات وتقريغها وتحليلها ومعالجتها وتقديم تغذية راجعة.
٥. تقديم الدعم التقني للجان الجودة بالمستشفيات، واقتراح فرص تحسين الأداء.
٦. تطبيق معايير المستشفيات.
٧. وضع خطة سنوية لمتابعة تطبيق المعايير الوطنية بالمستشفيات المختلفة في مناطق ومحافظات المملكة، ودراسة المؤشرات المتعلقة بهذه المعايير، وتحليل أثر تطبيقها على جودة الخدمة المقدمة للمرضى ورضا المستفيدين. (نياز، ٢٠٠٥).

معوقات تطبيق الجودة:

- ١-تتطلب وقتًا طويلاً حتى تظهر نتائج ملموسة.
- ٢-تحقيق الربط بين الهدف والوسائل المتبعة للوصول إليه.
- ٣-دراسة وتحليل تجارب المنظمات المماثلة سواء كانت ناجحة أو فاشلة.
- ٤-مفهوم الجودة الشامل يتطلب تغييراً جذرياً في المفاهيم.
- ٥-عدم تحقيق توازن بين الموارد البشرية والتكنولوجية.
- ٦-التداخل بين الأهداف القصيرة والأهداف طويلة الأجل.
- ٧-الخلط بين مفهوم جودة المنتج ومفهوم الجودة الشاملة. (أحمد، ٢٠١٥).

مبادئ إدارة الجودة:

يمكن أن نخلص إلى بعض المبادئ الخاصة بالجودة فيما يأتي:

- ١-التزام الإدارة العليا بمبدأ تحسين إدارة الجودة: ويتم ذلك بدعم إدارة الجودة؛ حيث إنه في ظل غياب الدعم تصبح الجودة مجرد شعار. إن اعتراف الإدارة العليا لمفهوم الجودة يُعد حجر الأساس في نجاح المنظمة.
- ٢-التحسين المستمر: حيث يجب أن يكون هناك تخطيط مستمر لتحسين الجودة ونوعية الخدمات المقدمة، والعمل على وصول الإدارة إلى أهدافها.

مجلة الخدمة الاجتماعية

٣- التركيز على العميل: إن رضا العميل يُعدُّ الهدف الأساسي في نجاح المؤسسة، ويعتمد ذلك على مدى قناعتها وإدراكها لأهمية تقديم الخدمة بكفاءة وفعالية عالية.

٤- تدريب العاملين على إدارة الجودة: ويتطلب نجاح إدارة الجودة بالاهتمام بتزويد الأفراد العاملين بالمهارات والقدرات اللازمة لتطبيقها ونجاحها، ويمكن أن يكون ذلك عن طريق الندوات وورشات العمل.

٥- مشاركة العاملين في عمليات اتخاذ القرارات: ينظر إلى المشاركة على أنها تفاعل الأفراد مع جماعات العمل في التنظيم، وبطريقة تمكن هؤلاء الأفراد من تعبئة الجهود والطاقات اللازمة لتحقيق الأهداف التنظيمية.

٦- تشكيل فريق العمل: يُعدُّ تواجد فريق عمل داخل التنظيمات الإدارية الحديثة أحد متطلبات تطبيق إدارة الجودة، وذلك بهدف تحسين نوعية الجودة والخدمات المقدمة.

٧- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها: فالمطلوب ليس اكتشاف الأخطاء وإنما الوقاية منها قبل الوقوع فيها.

٨- استعمال الحقائق والبيانات الدقيقة والكافية لاتخاذ القرارات: فالقرارات ليست مجرد تكهنات وآراء شخصية وارتجالية، بل قرارات مدعومة بالحقائق، وهذا ما يتطلب استخدام الوسائل الإحصائية التي تساعد في اتخاذ القرارات الروتينية. (عيشي، ٢٠١٢).

خصائص جودة الخدمة الصحية:

تتميز جودة الخدمة الصحية بعدة خصائص أهمها:

١- قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية: نظرًا لاختلاف الوضعية الصحية والاجتماعية والنفسية، فإن الخدمة تتنوع من فرد لآخر، حتى الفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة والعيون والقلب... إلخ. ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير ذلك الطلب على الخدمة.

٢- الخدمة الصحية منتج غير ملموس: نظرًا لطبيعة المنتج الصحي الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر وقوي وفعال بين مقدم الخدمة والمستفيد منها حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

٣- التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: وحيث إن ذلك يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لآخر طبقًا لحاجته الشخصية؛ حيث إنه أدى إلى تفاوتات مخرجات المؤسسة الخدمية الواحدة، وأيضًا الخدمات التي تقدم داخل المؤسسة من وقت لآخر. (الكوافي، ٢٠١٦).

معايير جودة الخدمة الصحية:

توجد خمسة معايير لقياس جودة الخدمة الصحية، وهم:

١- الملموسية: وهي تشير إلى التسهيلات المادية؛ حيث إنها تزيد من إقبال المستفيدين، وذلك بعودتهم لمقدم الخدمة الصحية نفسه، ويمكن أن يشمل ذلك شكل المبنى الخارجي، ووسائل الراحة والترفيه أيضًا، فضلًا عن نظافة العاملين وهندامهم اللائق والمرتب والتصميم الداخلي للمستشفى.

٢- الاعتمادية: وهي مقدار المؤسسة على تقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد وبدقة عالية وجود ممتازة بدون أخطاء.

٣- التأكيد: يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية، وذلك بتدعيم العاملين والمؤهلين غير أنها تقوم بتوفير المستلزمات الحديثة في المجال الصحي؛ مما يؤدي إلى تقديم الخدمة.

مجلة الخدمة الاجتماعية

٤-**الاستجابة:** يشير ذلك إلأن العاملين في المؤسسة لديهم قدرة على الاستجابة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين من خدمات تلك المؤسسة، وكذلك الإجابة عن جميع الاستفسارات والشكاوى المقدمة.

٥-**التعاطف:** يشير إلى وجود تفاعل بين مراجعي المؤسسة ومقدمي الخدمة، ويقصد ذلك وجود الثقة والاحترام واللباقة واللف والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين الخدمة والمستفيد. (الكوافي، ٢٠١٦).

أهمية جودة الخدمات الصحية:

تتحقق الأهمية في جعل فوائد ومزايا الجودة واضحة وملموسة للمريض عبر الآتي:

- ١- التركيز على حاجات المرضى بما يمكنها من تحقيق متطلباتهم.
- ٢- تحقيق الأداء العالي للجودة في جميع المواقع الوظيفية وعدم اقتصرها على الخدمات الصحية.
- ٣- اتخاذ سلسلة من الإجراءات الضرورية لإنجاز جودة الأداء.
- ٤- الفحص المستمر لجميع العمليات في إنتاج الخدمات وتقديمها للمريض.
- ٥- التحقق من حاجة المشاريع للتحسين المستمر وتطوير مقاييس الأداء.
- ٦- تطوير مدخل الفريق لحل المشكلات وتحسين العمليات التطويرية وإستراتيجية التحسين المستمر إلى الأبد. (العواني، ٢٠١٨).

الإجراءات المنهجية

أولاً: منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج المسح الاجتماعي؛ بوصفه المنهج العلمي الأكثر مناسبة لطبيعة الدراسة الحالية.

ثانياً: نوع الدراسة: تُعد هذه الدراسة من نوع الدراسات الوصفية التحليلية.

ثالثاً: مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية البالغ عددهم (٣٥ أخصائياً)، العاملين في مستشفيات غرب الرياض الحاصلة على الاعتماد من (CBAHI)، وهي مستشفى الدوامي العام، ومستشفى القويعة، ومستشفى شقراء.

رابعاً: مجالات ومحددات الدراسة: تتحدد مجالات الدراسة من خلال المحددات الآتية:

٤-١-**المجال الموضوعي:** تتحدد نتائج الدراسة في معرفة مدى التزام الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤-٢-**المجال المكاني:** وهو موقع مجتمع البحث. وفي الدراسة الحالية، تم تحديد مستشفيات غرب الرياض الحاصلة على اعتماد من قبل (CBAHI)، وهي: مستشفى الدوامي العام، مستشفى القويعة، مستشفى شقراء.

٤-٣-**المجال الزمني:** وتمثل في الفترة الزمنية التي استغرقتها عملية توزيع الاستبانات وعملية استعادة الاستبانات خلال الفترة ١٤٤١/٨/٢١ هـ - ١٤٤١/٨/٢٨ هـ.

مجلة الخدمة الاجتماعية

٤-٤-المجال البشري: جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات المحددة للبحث.

خامساً: أداة الدراسة: اعتمد الباحث إلى استخدام الاستبانة أداةً لجمع البيانات؛ وذلك نظراً لمناسبتها لأهداف الدراسة، ومنهجها، ومجتمعها، وللإجابة عن تساؤلاتها. وتعدّ الاستبانة من أهم وسائل جمع البيانات والمعلومات المقننة، والأكثر صدقاً وثباتاً.

أ) **بناء أداة الدراسة:** بعد الاطلاع على الأدبيات، والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وفي ضوء معطيات وتساؤلات الدراسة وأهدافها، تم بناء الأداة (الاستبانة)، وتكونت في صورتها النهائية من ثلاثة أجزاء. وفيما يلي عرض لكيفية بنائها، والإجراءات المتبعة للتحقق من صدقها، وثباتها:

١- **القسم الأول:** يحتوي على البيانات الأولية الخاصة بأفراد الدراسة، والمتمثلة في: (العمر – الجنس – جهة العمل – عدد سنوات الخبرة – عدد سنوات الخبرة بعد اعتماد المنشأة – التخصص – المؤهل).

٢- **القسم الثاني:** ويتكون من (٣١) عبارة، موزعة على ثلاثة محاور أساسية. ويوضح الجدول (٤-١) عدد عبارات الاستبانة، وكيفية توزيعها على المحاور.

جدول (١) محاور الاستبانة وعباراتها

المحور	عدد العبارات
مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية	١٢
مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدم الاجتماعية الطبية	١٠
معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية	٩
الاستبانة	٣١ عبارة

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي للحصول على استجابات أفراد الدراسة، وفق درجات الموافقة التالية: (موافق بشدة – موافق – محايد-غير موافق -غير موافق بشدة). ومن ثم التعبير عن هذا المقياس كمياً، بإعطاء كل عبارة من العبارات السابقة درجة، وفقاً للتالي: موافق بشدة (٥) درجات، موافق (٤) درجات، محايد (٣) درجات، غير موافق (٢) درجتان، غير موافق بشدة (١) درجة واحدة.

ولتحديد طول فئات مقياس ليكرت الخماسي؛ تم حساب المدى بطرح الحد الأعلى من الحد الأدنى ($5 - 1 = 4$)، ثم تم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس ($4 \div 5 = 0.80$)، وبعد ذلك تمت إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (1)؛ لتحديد الحد الأعلى لهذه الفئة، وهكذا أصبح طول الفئات كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٢) تقسيم فئات مقياس ليكرت الخماسي (حدود متوسطات الاستجابات)

م	الفئة	حدود الفئة
---	-------	------------

مجلة الخدمة الاجتماعية

	من	إلى
١	٤.٢١	٥.٠٠
٢	٣.٤١	٤.٢٠
٣	٢.٦٤	٣.٤٠
٤	١.٨١	٢.٦٠
٥	١.٠٠	١.٨٠

تم استخدام طول المدى في الحصول على حكم موضوعي على متوسطات استجابات أفراد الدراسة، بعد معالجتها إحصائياً.

(ب) صدق أداة الدراسة: صدق أداة الدراسة يعني التأكد من أنها تقيس ما أعدت لقياسه، كما يقصد به شمول الاستبانة لكل العناصر التي تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح عباراتها من ناحية أخرى؛ بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها. وقد قام الباحث بالتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

١- **الصدق الظاهري لأداة الدراسة (صدق المحكمين):** للتعرف على مدى الصدق الظاهري للاستبانة، والتأكد من أنها تقيس ما وضعت لقياسه؛ تم عرضها بصورتها الأولية (ملحق رقم ١) على عدد من المحكمين المختصين في موضوع الدراسة؛ حيث وصل عدد المحكمين إلى محكمين اثنين (ملحق رقم ٢)، وقد طلب من المحكمين تقييم جودة الاستبانة، من حيث قدرتها على قياس ما أعدت لقياسه، والحكم على مدى ملائمتها لأهداف الدراسة، وذلك من خلال تحديد وضوح العبارات، وانتمائها للمحور، وأهميتها، وسلامتها لغوياً، وإبداء ما يرونه من تعديل، أو حذف، أو إضافة للعبارات. وبعد أخذ الآراء، والاطلاع على الملحوظات، تم إجراء التعديلات اللازمة التي اتفق عليها غالبية المحكمين، ومن ثم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية .

٢- **صدق الاتساق الداخلي للأداة:** للتحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة؛ تم حساب معامل ارتباط بيرسون للتعرف على درجة ارتباط كل عبارة من عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة، وتوضح الجداول الآتية معاملات الارتباط لكل محور من المحاور بما فيها من عبارات.

الجدول رقم (٣) معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الأول مع الدرجة الكلية للمحور

المحور الأول (مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية)			
معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة
**٠.٦١٨	٧	**٠.٦٥٥	١
**٠.٧١١	٨	**٠.٦٨٢	٢
**٠.٥٠١	٩	**٠.٤٨٩	٣
**٠.٦٦٤	١٠	**٠.٥٦٧	٤
**٠.٤٩٩	١١	**٠.٧٢٦	٥

مجلة الخدمة الاجتماعية

المحور الأول (مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية)			
معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة
**٠.٦٠٨	١٢	**٠.٦٤٧	٦

** دال عند مستوى الدلالة ٠.٠١ فأقل

يتضح من الجدول (٣) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع بُعدها موجبة، ودالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١) فأقل؛ مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الأول، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

الجدول رقم (٤) معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثاني مع الدرجة الكلية للمحور

المحور الثاني (مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية)			
معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة
**٠.٧٥٦	٦	**٠.٧٤٣	١
**٠.٨١٤	٧	**٠.٦٠٧	٢
**٠.٧٢٤	٨	**٠.٦٧٤	٣
**٠.٥٨٧	٩	**٠.٥٨١	٤
**٠.٥٦١	١٠	**٠.٧٤٨	٥

** دال عند مستوى الدلالة ٠.٠١ فأقل

يتضح من الجدول (٤) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع بُعدها موجبة، ودالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١) فأقل؛ مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الثاني، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

الجدول رقم (٥) معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثالث مع الدرجة الكلية للمحور

المحور الثالث (معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية)			
معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة
**٠.٦٤٤	٦	*٠.٣٦٧	١
**٠.٤٨٣	٧	**٠.٦٥٣	٢
**٠.٦٦٨	٨	**٠.٥٣٣	٣
**٠.٦٥٥	٩	**٠.٥٧٨	٤

مجلة الخدمة الاجتماعية

المحور الثالث			
(معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية)			
رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
٥	**٠.٧٧٤	-	-

** دال عند مستوى الدلالة ٠.٠١ فأقل * دال عند مستوى الدلالة ٠.٠٥ فأقل

يتضح من الجدول (٥) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع بُعدها موجبة، ودالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (٠.٠١) فأقل أو (٠.٠٥) فأقل؛ مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي بين عبارات المحور الثالث، ومناسبتها لقياس ما أعدت لقياسه.

(ج) ثبات أداة الدراسة: تم التأكد من ثبات أداة الدراسة من خلال استخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ (معادلة ألفا كرونباخ)، ويوضح الجدول رقم (٦) قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الاستبانة.

جدول رقم (٦) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة

محاور الاستبانة	عدد العبارات	ثبات المحور
مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية	١٢	٠.٨٤٤٣
مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية	١٠	٠.٨٥٦٩
معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية	٩	٠.٧٥٠٢
الثبات العام	٣١	٠.٨٠٩٥

يتضح من الجدول رقم (٦) أن معامل الثبات العام عالي؛ حيث بلغ (٠.٨٠٩٥)، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة ثبات مرتفعة يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

سادساً: إجراءات تطبيق الدراسة:

بعد التأكد من صدق (الاستبانة) وثباتها، وصلاحيتها للتطبيق، قام الباحث بتطبيقها ميدانيًا باتباع الخطوات الآتية:

١- التعرف على المستشفيات الواقعة غرب منطقة الرياض المعتمدة من قبل (CBAHI) عن طريق موقع المركز السعودي لاعتماد المنشآت الطبية.

٢- توزيع الاستبانة إلكترونياً.

٣- جمع الاستبانات، وقد بلغ عددها (٣٥) استبانة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: وصف خصائص مجتمع الدراسة:

تم تحديد عدد من المتغيرات الرئيسة لوصف مجتمع الدراسة، وتشمل: (العمر - الجنس - جهة العمل - عدد سنوات الخبرة - عدد سنوات الخبرة بعد اعتماد المنشأة - التخصص - المؤهل)، والتي

مجلة الخدمة الاجتماعية

لها مؤشرات دلالية على نتائج الدراسة، فضلاً عن أنها تعكس الخلفية العلمية لعينة الدراسة، وتساعد على إرساء الدعائم التي تُبنى عليها التحليلات المختلفة المتعلقة بالدراسة، وتفصيل ذلك فيما يأتي:

١-العمر:

جدول رقم (٧) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير العمر

العمر	التكرار	النسبة %
أقل من ٣٠ سنة	١	٢.٩
من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة	٩	٢٥.٧
من ٣٥ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة	١٣	٣٧.١
أكبر من ٤٠ سنة	١٢	٣٤.٣
المجموع	٣٥	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (٧) أن (١٣) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٣٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة أعمارهم من ٣٥ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة، في حين (١٢) منهم يمثلون ما نسبته ٣٤.٣% من إجمالي أفراد الدراسة أعمارهم أكبر من ٤٠ سنة، و(٩) منهم يمثلون ما نسبته ٢٥.٧% من إجمالي أفراد الدراسة أعمارهم من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة، و(١) منهم يمثل ما نسبته ٢.٩% من إجمالي أفراد الدراسة عمره أقل من ٣٠ سنة.

٢-الجنس:

جدول رقم (٨) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	٣٢	٩١.٤
أنثى	٣	٨.٦
المجموع	٣٥	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (٨) أن (٣٢) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٩١.٤% من إجمالي أفراد الدراسة الذكور، في حين (٣) منهم يمثلون ما نسبته ٨.٦% من إجمالي أفراد الدراسة الإناث.

٣-جهة العمل:

جدول رقم (٩) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير جهة العمل

جهة العمل	التكرار	النسبة %
مستشفى الدوامي	٢٠	٥٧.١
مستشفى القويعية	٨	٢٢.٩
مستشفى شقراء	٧	٢٠.٠
المجموع	٣٥	%١٠٠

مجلة الخدمة الاجتماعية

يتضح من الجدول رقم (٩) أن (٢٠) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٥٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة جهة عملهم مستشفى الدوامي، في حين (٨) منهم يمثلون ما نسبته ٢٢.٩% من إجمالي أفراد الدراسة جهة عملهم مستشفى القويعة، و(٧) منهم يمثلون ما نسبته ٢٠.٠% من إجمالي أفراد الدراسة جهة عملهم مستشفى شقراء.

٤- عدد سنوات الخبرة:

جدول رقم (١٠) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير عدد سنوات الخبرة

عدد سنوات الخبرة	التكرار	النسبة %
أقل من ٥ سنوات	٦	١٧.١
من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات	٨	٢٢.٩
من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة	٧	٢٠.٠
أكثر من ١٥ سنة	١٤	٤٠.٠
المجموع	٣٥	١٠٠%

يتضح من الجدول رقم (١٠) أن (١٤) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٤٠.٠% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم أكثر من ١٥ سنة، في حين (٨) منهم يمثلون ما نسبته ٢٢.٩% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات، و(٧) منهم يمثلون ما نسبته ٢٠.٠% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة، و(٦) منهم يمثلون ما نسبته ١٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم أقل من ٥ سنوات.

٥- عدد سنوات الخبرة بعد اعتماد المنشأة:

جدول رقم (١١) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير عدد سنوات الخبرة بعد اعتماد المنشأة

عدد سنوات الخبرة بعد اعتماد المنشأة	التكرار	النسبة %
أقل من سنة	٣	٨.٦
سنة إلى أقل من سنتين	٩	٢٥.٧
سنتين إلى أقل من ٣ سنوات	٣	٨.٦
أكثر من ٣ سنوات	٢٠	٥٧.١
المجموع	٣٥	١٠٠%

يتضح من الجدول رقم (١١) أن (٢٠) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٥٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم بعد اعتماد المنشأة أكثر من ٣ سنوات، في حين (٩) منهم يمثلون ما نسبته ٢٥.٧% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم بعد اعتماد المنشأة سنة إلى أقل من سنتين، و(٣) منهم يمثلون ما نسبته ٨.٦% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم بعد اعتماد المنشأة أقل من سنة، و(٣) منهم يمثلون ما نسبته ٨.٦% من إجمالي أفراد الدراسة عدد سنوات خبرتهم بعد اعتماد المنشأة سنتان إلى أقل من ٣ سنوات.

٦- التخصص:

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول رقم (١٢) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير التخصص

التخصص	التكرار	النسبة %
خدمة اجتماعية	١٣	٣٧.١
علم اجتماع	١٦	٤٥.٨
علم نفس	٦	١٧.١
المجموع	٣٥	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (١٢) أن (١٦) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٤٥.٨% من إجمالي أفراد الدراسة تخصصاتهم علم اجتماع، في حين (١٣) منهم يمثلون ما نسبته ٣٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة تخصصاتهم خدمة اجتماعية، و(٦) منهم يمثلون ما نسبته ١٧.١% من إجمالي أفراد الدراسة تخصصاتهم علم نفس.

٧-المؤهل:

جدول رقم (١٣) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير المؤهل

المؤهل	التكرار	النسبة %
بكالوريوس	٢٦	٧٤.٣
ماجستير	٩	٢٥.٧
المجموع	٣٥	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن (٢٦) من أفراد الدراسة يمثلون ما نسبته ٧٤.٣% من إجمالي أفراد الدراسة مؤهلاتهم بكالوريوس، في حين (٩) منهم يمثلون ما نسبته ٢٥.٧% من إجمالي أفراد الدراسة مؤهلاتهم ماجستير.

ثانياً: نتائج الإجابة عن تساؤلات الدراسة:

أولاً: إجابة السؤال الأول: ما هو مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

للتعرف على مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ تم حساب التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والرتب لاستجابات أفراد الدراسة على عبارات مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وجاءت النتائج كما يأتي:

جدول رقم (١٤) استجابات أفراد الدراسة حول مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة

م	العبارات	النسبة %	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
٩	أقوم بعمل التوثيق ك	٢٢	١١	٢	-	-	-	٤.٥٧	٠.٦٠٨	١

مجلة الخدمة الاجتماعية

			-	-	٥.٧	٣١.٤	٦٢.٩	%	المهني في ملفات المرضى
٢	٠.٧٨١	٤.٥١	-	١	٣	٨	٢٣		١ أعمل على تقييم ك
			-	٢.٩	٨.٦	٢٢.٩	٦٥.٦	%	مبدئي للمرضى الجدد في قسم التنويم
٣	٠.٧٥٨	٤.٣١	-	١	٣	١٥	١٦		٣ أقوم بعمل دراسات ك
			-	٢.٩	٨.٦	٤٢.٩	٤٥.٦	%	الحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني
٤	٠.٧٥٩	٤.٢٠	١	-	٤	١٧	١٣		٨ أقوم بتحويل المرضى للجهات الداعمة عند احتياجهم
			٢.٩	-	١١.٤	٤٨.٦	٣٧.١	%	
٥	٠.٨٥٧	٤.١٧	-	٢	٤	١٥	١٤		١٠ أشارك في ك الاجتماعات الشهرية بـخدمة الاجتماعيات لمناقشة الحالات
			-	٥.٧	١١.٤	٤٢.٩	٤٠.٠	%	
٦	٠.٨٥٧	٤.١٧	-	٢	٤	١٥	١٤		٢ أبحث عن اكتشاف ك الحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني
			-	٥.٧	١١.٤	٤٢.٩	٤٠.٠	%	
٧	٠.٤٧١	٤.١١	-	-	٢	٢٧	٦		٧ أقوم بالمشاركة في ك عملية التثقيف الصحي
			-	-	٥.٧	٧٧.٢	١٧.١	%	
٨	٠.٧٢٨	٤.٠٠	-	١	٦	٢٠	٨		١١ أراجع أدائي ك المهني بشكل دوري بما يتفق مع معايير الجودة
			-	٢.٩	١٧.١	٥٧.١	٢٢.٩	%	
٩	٠.٧٦٧	٤.٠٠	-	١	٧	١٨	٩		٥ أقوم بعمل خطط ك

مجلة الخدمة الاجتماعية

				٢.٩	٢٠.٠	٥١.٤	٢٥.٧	%	علاجية للمرضى	
١٠	٠.٨٢٢	٣.٩٧	-	١	٩	١٥	١٠		١٢ أسهم ببعض ك	
			-	٢.٩	٢٥.٧	٤٢.٨	٢٨.٦	%	الملاحظات والاقتراحات التي تساعد في تطوير معايير الجودة	
١١	٠.٨٨٧	٣.٩١	-	٣	٦	١٧	٩		٦ أقوم بالمشاركة في خطة الخروج مع الفريق المعالج	
			-	٨.٦	١٧.١	٤٨.٦	٢٥.٧	%		
١٢	١.٠٤٣	٣.٨٣	١	٣	٧	١٤	١٠		٤ أقوم بمتابعة ك الحالات في أقسام التنويم كل ١٠ أيام	
			٢.٩	٨.٦	٢٠.٠	٤٠.٠	٢٨.٥	%		
المتوسط العام										
	٠.٤٨٠	٤.١٥								

يتضح في الجدول (١٤) أن أفراد الدراسة موافقون على مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بمتوسط (٤.١٥ من ٥.٠٠)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي (من ٣.٤١ إلى ٤.٢٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٤) أن أفراد الدراسة موافقون بشدة على ثلاثة من ملامح معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في العبارات رقم (٩، ١، ٣) التي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة، كالآتي:

١ - جاءت العبارة رقم (٩) وهي: "أقوم بعمل التوثيق المهني في ملفات المرضى" بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة بمتوسط (٤.٥٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على متابعة المرضى بدقة وبصورة مستمرة؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل التوثيق المهني في ملفات المرضى وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بدران العمر (2001) التي بينت أن مدى تطبيق إدارة الجودة مرتبط بشكل أساسي بتطبيق مبدأ التحسن المستمر، ثم مبدأ المعلومات واتخاذ القرار، ثم مبدأ التركيز على العميل.

٢ - جاءت العبارة رقم (١)، وهي: "أعمل على تقييم مبدئي للمرضى الجدد في قسم التنويم" بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة بمتوسط (٤.٥١ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتسجيل الحالات الأولية للمرضى الجدد لمتابعة تقدمهم في العلاج؛ ولذلك نجدهم يعملون على تقييم مبدئي للمرضى الجدد في قسم التنويم. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن الأخصائي الاجتماعي ملتزم بأداء الأدوار المطلوبة.

٣ - جاءت العبارة رقم (٣)، وهي: "أقوم بعمل دراسة الحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة بمتوسط (٤.٣١ من ٥)، وتفسر هذه

مجلة الخدمة الاجتماعية

النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتعزيز المتابعة الفردية للحالات وتعزيز فعالية التدخل المهني في حالة الحاجة؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل دراسة الحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٤) أن أفراد الدراسة موافقون على تسعة من ملامح معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في العبارات رقم (٨، ١٠، ٢، ٧، ١١، ٢، ١٢، ٦، ٤) التي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد الدراسة عليها، كالآتي:

١ - جاءت العبارة رقم (٨)، وهي: "أقوم بتحويل المرضى للجهات الداعمة عند احتياجهم" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.٢٠ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون حاجة المرضى للحصول على المساعدات اللازمة؛ ولذلك نجدهم يقومون بتحويل المرضى للجهات الداعمة عند احتياجهم، وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الأنساق التي تبين أهمية تعاون وتكامل الأنساق للقيام بتحقيق الأهداف.

٢ - جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي: "أشارك في الاجتماعات الشهرية بقسم الخدمة الاجتماعية لمناقشة الحالات" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون دورهم في المشاركة في علاج المرضى؛ ولذلك نجدهم يشاركون في الاجتماعات الشهرية بقسم الخدمة الاجتماعية لمناقشة الحالات. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن علاقة الأخصائي بفريق العمل قائمة على التعاون.

٣ - جاءت العبارة رقم (٢)، وهي: "أبحث عن اكتشاف الحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني" بالمرتبة السادسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون دورهم الرئيس في كشف الحالات التي تحتاج لتدخل مهني؛ ولذلك نجدهم يبحثون عن اكتشاف الحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن الأخصائي الاجتماعي ملتزم بأداء الأدوار المطلوبة.

٤ - جاءت العبارة رقم (٧)، وهي: "أقوم بالمشاركة في عملية التنقيف الصحي" بالمرتبة السابعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١١ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أن من الأدوار المنوطة بهم الدور التنقيفي للمرضى؛ ولذلك نجدهم يقومون بالمشاركة في عملية التنقيف الصحي.

٥ - جاءت العبارة رقم (١١)، وهي: "أراجع أدائي المهني بشكل دوري بما يتفق مع معايير الجودة" بالمرتبة الثامنة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.٠٠ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أنهم مطالبون بتحسين جودة أدائهم؛ ولذلك نجدهم يراجعون أدائهم المهني بشكل دوري بما يتفق مع معايير الجودة. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العمير (٢٠٠٣) بأن هناك علاقة طردية بين تطبيق الجودة في المستشفى وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي.

٦ - جاءت العبارة رقم (٥)، وهي: "أقوم بعمل خطط علاجية للمرضى" بالمرتبة التاسعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.٠٠ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون دورهم تجاه متابعة علاج المرضى؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل خطط علاجية للمرضى.

مجلة الخدمة الاجتماعية

وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الدور التي تبين الأدوار التي يجب على كل جزء في المنظومة القيام به.

٧- جاءت العبارة رقم (١٢)، وهي: "أسهم ببعض الملاحظات والاقتراحات التي تساعد في تطوير معايير الجودة" بالمرتبة العاشرة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٩٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتوضيح وجهة نظرهم حول تطوير أداء العمل؛ ولذلك نجدهم يساهمون ببعض الملاحظات والاقتراحات التي تساعد في تطوير معايير الجودة.

٨- جاءت العبارة رقم (٦)، وهي: "أقوم بالمشاركة في خطة الخروج مع الفريق المعالج" بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٩١ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على القيام بدورهم ضمن الفريق المعالج؛ ولذلك نجدهم يقومون بالمشاركة في خطة الخروج مع الفريق المعالج. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهلب (2011) التي بينت أن علاقة الأخصائي بفريق العمل قائمة على التعاون. وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الأنساق التي تبين أهمية تعاون وتكامل الأنساق للقيام بتحقيق الأهداف.

٩- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي: "أقوم بمتابعة الحالات في أقسام التنويم كل ١٠ أيام" بالمرتبة الثانية عشرة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٨٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على متابعة الحالات المنومة بصورة دورية لمعرفة التقدم في علاجها؛ ولذلك نجدهم يقومون بمتابعة الحالات في أقسام التنويم كل ١٠ أيام. وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الدور التي تبين الأدوار التي يجب على كل جزء في المنظومة القيام به.

ثانيًا: إجابة السؤال الثاني: ما مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

للتعرف على مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ تم حساب التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والرتب لاستجابات أفراد الدراسة على عبارات مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وجاءت النتائج كما يأتي:

جدول رقم (١٥) استجابات أفراد الدراسة حول مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية مرتبة تنازليًا حسب متوسطات الموافقة

م	العبارات	التكرار درجة الموافقة						المتوسط الانحراف الرتبة	
		النسبة %	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	الحسابي	المعياري
٢	تساعد معايير ك الجودة على تنظيم	١٥	٢٠	-	-	-	-	٤.٤٣	٠.٥٠٢
		٤٢.٩	٥٧.١	-	-	-	-		

مجلة الخدمة الاجتماعية

إجراءات العمل								
١	تساعد معايير ك	الجودة على تحديد خطوات العمل	١٤	١٨	٢	١	-	٤.٢٩
			٤٠.٠	٥١.٤	٥.٧	٢.٩	-	٠.٧١٠
٣	تساعد معايير ك	الجودة على وضوح المهام الأخصائي الاجتماعي	١٠	٢١	٤	-	-	٤.٤٧
			٢٨.٦	٦٠.٠	١١.٤	-	-	٠.٦١٨
٤	تساعد معايير ك	الجودة على سهولة التدخل المهني	١١	١٨	٦	-	-	٤.١٤
			٣١.٤	٥١.٥	١٧.١	-	-	٠.٦٩٢
٥	تسهم معايير ك	الجودة في اختصار الوقت	١١	٢٠	١	٣	-	٤.١١
			٣١.٤	٥٧.١	٢.٩	٨.٦	-	٠.٨٣٢
٧	تساعد معايير ك	الجودة في محاسبة وتقييم أداء المهنيين بأقسام الخدمة الاجتماعية	١٣	١٤	٦	٢	-	٤.٠٩
			٣٧.٢	٤٠.٠	١٧.١	٥.٧	-	٠.٨٨٧
٨	تسهم معايير ك	الجودة في إيجاد البيئة المناسبة للعمل	٧	٢٢	٤	٢	-	٣.٩٧
			٢٠.٠	٦٢.٩	١١.٤	٥.٧	-	٠.٧٤٧
٦	تساعد معايير ك	الجودة على إيجاد مرونة في طبيعة العمل	٧	٢٠	٥	٣	-	٣.٨٩
			٢٠.٠	٥٧.١	١٤.٣	٨.٦	-	٠.٨٣٢
٩	تساعد معايير ك	الجودة في تطوير العلاقة الإيجابية مع المرضى	٩	١٩	١	٤	٢	٣.٨٣
			٢٥.٧	٥٤.٣	٢.٩	١١.٤	٥.٧	١.١٢٤

مجلة الخدمة الاجتماعية

١٠	وضوح	معايير ك	٤	١٩	٢	١٠	-	٣.٤٩	١.٠٤٠	١٠
	الجودة	لدى	١١.٤	٥٤.٣	٥.٧	٢٨.٦	-			
	الأخصائي	%								
	الاجتماعي									
المتوسط العام										
								٤.٠٤	٠.٥٤١	

يتضح في الجدول (١٥) أن أفراد الدراسة موافقون على مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بمتوسط (٤.٠٤ من ٥.٠٠)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي (من ٣.٤١ إلى ٤.٢٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٥) أن أفراد الدراسة موافقون بشدة على اثنتين من إسهامات تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وتتمثلان في العبارتين رقم (٢، ١) اللتين تم ترتيبهما تنازلياً حسب موافقة أفراد الدراسة عليهما بشدة، كالآتي:

١- جاءت العبارة رقم (٢)، وهي: "تساعد معايير الجودة على تنظيم إجراءات العمل" بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة بمتوسط (٤.٤٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من الالتزام بتنظيم العمل ودقته؛ مما يسهم في تنظيم إجراءات العمل. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بدران العمر (٢٠٠١) التي تبين مبدأ التحسن المستمر في أقسام المستشفى من خلال تسهيل إجراءات العمل، وذلك بتطبيق إدارة الجودة.

٢- جاءت العبارة رقم (١)، وهي: "تساعد معايير الجودة على تحديد خطوات العمل" بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بشدة بمتوسط (٤.٢٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من الالتزام بتسلسل العمل وترتيب أولوياته؛ مما يسهم في تحديد خطوات العمل.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٥) أن أفراد الدراسة موافقون على ثمانية من إسهامات تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، تتمثل في العبارات رقم (٣، ٤، ٥، ٧، ٨، ٦، ٩، ١٠) التي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد الدراسة عليها، كالآتي:

١- جاءت العبارة رقم (٣)، وهي: "تساعد معايير الجودة على وضوح مهام الأخصائي الاجتماعي" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم توضيح مهام العمل وتحديد صلاحياته؛ مما يسهم في وضوح مهام الأخصائي الاجتماعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

٢- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي: "تساعد معايير الجودة على سهولة التدخل المهني" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١٤ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق

مجلة الخدمة الاجتماعية

معايير الجودة تعزز من فعالية متابعة الحالات، وتوفر المعلومات اللازمة لها؛ مما يسهم في سهولة التدخل المهني.

٣- جاءت العبارة رقم (٥)، وهي: "تسهم معايير الجودة في اختصار الوقت" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.١١ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من مرونة العمل وسهولته؛ مما يسهم في اختصار الوقت.

٤- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي: "تساعد معايير الجودة في محاسبة وتقييم أداء المهنيين بأقسام الخدمة الاجتماعية" بالمرتبة السادسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.٠٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من كشف أوجه القصور في الأداء من خلال مقارنة الأداء بهذه المعايير؛ مما يسهم في محاسبة وتقييم أداء المهنيين بأقسام الخدمة الاجتماعية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

٥- جاءت العبارة رقم (٨) وهي: "تسهم معايير الجودة في إيجاد البيئة المناسبة للعمل" بالمرتبة السابعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٩٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من توفير المتطلبات اللازمة للعمل؛ مما يسهم في إيجاد البيئة المناسبة للعمل.

٦- جاءت العبارة رقم (٦) وهي: "تساعد معايير الجودة على إيجاد مرونة في طبيعة العمل" بالمرتبة الثامنة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٨٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم وضوح العمل وتوفير متطلباته؛ مما يسهم في تحقيق مرونة في طبيعة العمل.

٧- جاءت العبارة رقم (٩)، وهي: "تساعد معايير الجودة في تطوير العلاقة الإيجابية مع المرضى" بالمرتبة التاسعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٨٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم الاهتمام بالمرضى وتلبية احتياجاتهم؛ مما يسهم في تطوير العلاقة الإيجابية مع المرضى.

٨- جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي: "وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي" بالمرتبة العاشرة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٤٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم توضيح مستوى جودة العمل المطلوب تحقيقها؛ مما يسهم في وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

ثالثاً: إجابة السؤال الثالث: ما المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

للتعرف على المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؛ تم حساب التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والرتب لاستجابات أفراد الدراسة على عبارات المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية، وجاءت النتائج كما يأتي:

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول رقم (١٦) استجابات أفراد الدراسة حول المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة

م	العبارات	النسبة		موافق		محايد		غير موافق		المتوسط الانحراف		الرتبة
		%	%	بشدة	موافق	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	الحسابي	المعياري	
٣	عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة	١٨	١٣	-	٤	-	-	-	-	٤.٢٩	٠.٩٥٧	١
		٥١.٥	٣٧.١	-	١١.٤	-	-	-	-			
٦	تتعارض بعض ك المعايير الموجودة في القسم مع الأقسام الأخرى	١٦	٩	٦	٤	١٧.١	-	-	-	٤.٠٦	١.٠٥٦	٢
		٤٥.٨	٢٥.٧	١١.٤	١٧.١	-	-	-	-			
٩	عدم التناغم على ك المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجّهات الوزار وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية	١٢	١٤	٥	٤	١٤.٣	-	-	-	٣.٩٧	٠.٩٨٥	٣
		٣٤.٣	٤٠.٠	١١.٤	١٤.٣	-	-	-	-			
٨	بيئة العمل غير ك مهياة لتطبيق معايير الجودة	١١	٩	٧	٧	٢٠.٠	٢.٩	١	١	٣.٦٣	١.٢١٥	٤
		٣١.٣	٢٥.٧	٢٠.٠	٢٠.٠	٢.٩	٢.٩	١	١			
٥	الروح المعنوية عند ك تطبيق المعايير منخفضة	٢	٢١	٦	٦	١٧.١	-	-	-	٣.٥٤	٠.٨٥٢	٥
		٥.٧	٦٠.١	١٧.١	١٧.١	-	-	-	-			
٢	عدم وضوح معايير ك الجودة الأخصائي الاجتماعي	٨	١٣	٣	١٠	٨.٦	٢.٩	١	١	٣.٤٩	١.٢٢٢	٦
		٢٢.٩	٣٧.١	٨.٦	٢٨.٥	٢.٩	٢.٩	١	١			
٤	صعوبة تطبيق ك معايير الجودة في	٤	١١	١٠	٩	٢٨.٦	٢.٩	١	١	٣.٢٣	١.٠٦٠	٧
		١١.٤	٣١.٤	٢٨.٦	٢٥.٧	٢.٩	٢.٩	١	١			

مجلة الخدمة الاجتماعية

عمل الأخصائي الاجتماعي								
٧ إهمال الأخصائيين ك الاجتماعيين لمعايير الجودة بشكل عام	٣	١١	٧	١٢	٢	٣.٠٣	١.١٢٤	٨
%	٨.٦	٣١.٤	٢٠.٠	٣٤.٣	٥.٧			
١ عدم توفر دليل ك السياسات والإجراءات لخدمة الخدمة الاجتماعية	٤	١٢	٢	٨	٩	٢.٨٣	١.٤٤٥	٩
%	١١.٤	٣٤.٣	٥.٧	٢٢.٩	٢٥.٧			
المتوسط العام								
						٣.٥٦	٠.٦٤٣	

يتضح في الجدول (١٦) أن أفراد الدراسة موافقون على المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية بمتوسط (٣.٥٦ من ٥.٠٠)، وهو متوسط يقع في الفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي (من ٣.٤١ إلى ٤.٢٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٦) أن أفراد الدراسة موافقون بشدة على واحدة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في العبارة رقم (٣)، وهي: "عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة" بمتوسط (٤.٢٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة يقلل من المهارات والقدرات الكافية لتطوير العمل؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهلب (2011) التي بيّنت قلة الدورات التدريبية في مجال الجودة.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٦) أن أفراد الدراسة موافقون على خمسة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في العبارات رقم (٦، ٩، ٨، ٥، ٢) التي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد الدراسة عليها، كالآتي:

١ - جاءت العبارة رقم (٦) وهي: "تتعارض بعض المعايير الموجودة في القسم مع الأقسام الأخرى بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٤.٠٦ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن تعارض بعض المعايير الموجودة في القسم مع الأقسام الأخرى يقلل من فعالية تنسيق جهود تطبيق الجودة بين الأقسام؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

جاءت العبارة رقم (٩)، وهي: "عدم التناغم على المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجهات الوزارة وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٩٧ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم التناغم على المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجهات الوزارة وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية يقلل من دعم الوزارة لجهود تطبيق الجودة في هذه الأقسام؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية

مجلة الخدمة الاجتماعية

الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة أبو رحمة (٢٠١٦) التي بينت أن حصول المستشفى على الاعتماد أدى إلى تحسن الخدمة.

٢- جاءت العبارة رقم (٨)، وهي: "بيئة العمل غير مهيأة لتطبيق معايير الجودة" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٦٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم توفر بيئة مهيأة للعمل لتطبيق معايير الجودة يقلل من مرونة تطبيق معايير الجودة في العمل؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٣- جاءت العبارة رقم (٥)، وهي: "الروح المعنوية عند تطبيق المعايير منخفضة" بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٥٤ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن انخفاض الروح المعنوية عند تطبيق المعايير يقلل من المبادرة لتطبيق معايير الجودة؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤- جاءت العبارة رقم (٢)، وهي: "عدم وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي" بالمرتبة السادسة من حيث موافقة أفراد الدراسة عليها بمتوسط (٣.٤٩ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي يزيد من غموض الدور لديه لتطبيق معايير الجودة؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الناصر (2011) التي بينت عدم مراعاة الأخصائي الاجتماعي الإمكانيات المتوفرة في وضعه لخطة إشباع احتياجات المريض.

ويتضح من النتائج في الجدول (١٦) أن أفراد الدراسة محايدون في موافقتهم حول ثلاثة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في العبارات رقم (٤، ٧، ١) التي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد الدراسة حولها، كالآتي:

١- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي: "صعوبة تطبيق معايير الجودة في عمل الأخصائي الاجتماعي" بالمرتبة السابعة من حيث حيادية أفراد الدراسة حولها بمتوسط (٣.٢٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن معايير الجودة تناسب عمل الأخصائي الاجتماعي؛ مما قلل من تأثير عامل صعوبة تطبيق معايير الجودة في عمل الأخصائي الاجتماعي كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٢- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي: "إهمال الأخصائيين الاجتماعيين لمعايير الجودة بشكل عام" بالمرتبة الثامنة من حيث حيادية أفراد الدراسة حولها بمتوسط (٣.٠٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أهمية تطبيق معايير الجودة لتحسين خدمة المرضى؛ مما قلل من تأثير عامل إهمال الأخصائيين الاجتماعيين لمعايير الجودة بشكل عام كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٣- جاءت العبارة رقم (١)، وهي: "عدم توفر دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية" بالمرتبة التاسعة من حيث حيادية أفراد الدراسة حولها بمتوسط (٢.٨٣ من ٥)، وتفسر هذه النتيجة بأن هناك دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية؛ مما قلل من تأثير عامل عدم توفر دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

ثالثاً: مناقشة نتائج الدراسة:

أولاً: إجابة السؤال الأول: ما هو مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

أفراد الدراسة موافقون على مستوى معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

أفراد الدراسة موافقون بشدة على ثلاثة من ملامح معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في:

١- أقوم بعمل التوثيق المهني في ملفات المرضى، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على متابعة المرضى بدقة وبصورة مستمرة؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل التوثيق المهني في ملفات المرضى. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بدران العمر (2001) التي بينت أن مدى تطبيق إدارة الجودة مرتبط بشكل أساسي بتطبيق مبدأ التحسن المستمر، ثم مبدأ المعلومات واتخاذ القرار، ثم مبدأ التركيز على العميل.

٢- أعمل على تقييم مبدئي للمرضى الجدد في قسم التنويم، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتسجيل الحالات الأولية للمرضى الجدد لمتابعة تقدمهم في العلاج؛ ولذلك نجدهم يعملون على تقييم مبدئي للمرضى الجدد في قسم التنويم. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن الأخصائي الاجتماعي ملتزم بأداء الأدوار المطلوبة.

٣- أقوم بعمل دراسة الحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتعزيز المتابعة الفردية للحالات وتعزيز فعالية التدخل المهني في حالة الحاجة؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل دراسة الحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني.

أفراد الدراسة موافقون على تسعة من ملامح معرفة الأخصائيين الاجتماعيين بمعايير الجودة بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في:

١- أقوم بتحويل المرضى للجهات الداعمة عند احتياجهم، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون حاجة المرضى للحصول على المساعدات اللازمة؛ ولذلك نجدهم يقومون بتحويل المرضى للجهات الداعمة عند احتياجهم.

٢- أشارك في الاجتماعات الشهرية بقسم الخدمة الاجتماعية لمناقشة الحالات، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون دورهم في المشاركة في علاج المرضى؛ ولذلك نجدهم يشاركون في الاجتماعات الشهرية بقسم الخدمة الاجتماعية لمناقشة الحالات. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن علاقة الأخصائي بفريق العمل قائمة على التعاون.

٣- أبحث عن اكتشاف الحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أن دورهم الرئيس في كشف الحالات التي تحتاج لتدخل مهني؛ ولذلك نجدهم يبحثون عن اكتشاف الحالات التي تحتاج إلى تدخل مهني. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهيلب (2011) التي بينت أن الأخصائي الاجتماعي ملتزم بأداء الأدوار المطلوبة.

٤- أقوم بالمشاركة في عملية التثقيف الصحي، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أن من الأدوار المنوطة بهم الدور التثقيفي للمرضى؛ ولذلك نجدهم يقومون بالمشاركة في عملية التثقيف الصحي.

٥- أراجع أدائي المهني بشكل دوري بما يتفق مع معايير الجودة، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أنهم مطالبون بتحسين جودة أدائهم؛ ولذلك نجدهم يراجعون أدائهم المهني بشكل دوري بما يتفق مع معايير الجودة. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العمير (٢٠٠٣) التي تبين أن هناك علاقة طردية بين تطبيق الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي.

٦- أقوم بعمل خطط علاجية للمرضى، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون دورهم تجاه متابعة علاج المرضى؛ ولذلك نجدهم يقومون بعمل خطط علاجية للمرضى. وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الدور التي تبين الأدوار التي يجب على كل جزء في المنظومة القيام به.

٧- أسهم ببعض الملاحظات والاقتراحات التي تساعد في تطوير معايير الجودة، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يسعون لتوضيح وجهة نظرهم حول تطوير أداء العمل؛ ولذلك نجدهم يساهمون ببعض الملاحظات والاقتراحات التي تساعد في تطوير معايير الجودة.

٨- أقوم بالمشاركة في خطة الخروج مع الفريق المعالج، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على القيام بدورهم ضمن الفريق المعالج؛ ولذلك نجدهم يقومون بالمشاركة في خطة الخروج مع الفريق المعالج. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهلب (2011) التي بينت أن علاقة الأخصائي بفريق العمل قائمة على التعاون، وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الأنساق التي تبين أهمية تعاون وتكامل الأنساق للقيام بتحقيق الأهداف.

٩- أقوم بمتابعة الحالات في أقسام التنويم كل ١٠ أيام، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يحرصون على متابعة الحالات المنوطة بصورة دورية لمعرفة التقدم في علاجها؛ ولذلك نجدهم يقومون بمتابعة الحالات في أقسام التنويم كل ١٠ أيام. وتتسق هذه النتيجة مع مفهوم نظرية الدور التي تبين الأدوار التي يجب على كل جزء في المنظومة القيام بها.

ثانيًا: إجابة السؤال الثاني: ما مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

أفراد الدراسة موافقون على مدى مساهمة تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

أفراد الدراسة موافقون بشدة على اثنتين من إسهامات تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثلان في:

١- تساعد معايير الجودة على تنظيم إجراءات العمل، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من الالتزام بتنظيم العمل ودقته؛ مما يساهم في تنظيم إجراءات العمل. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العمر (٢٠٠١) التي تبين مبدأ التحسن المستمر في أقسام المستشفى من خلال تسهيل إجراءات العمل، وذلك بتطبيق إدارة الجودة.

مجلة الخدمة الاجتماعية

٢- تساعد معايير الجودة على تحديد خطوات العمل، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من الالتزام بتسلسل العمل وترتيب أولوياته؛ مما يسهم في تحديد خطوات العمل.

أفراد الدراسة موافقون على ثمانية من إسهامات تطبيق معايير الجودة في تحقيق التطور المهني في أداء العاملين بأقسام الخدمة الاجتماعية بأقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في:

١- تساعد معايير الجودة على وضوح مهام الأخصائي الاجتماعي، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم توضيح مهام العمل وتحديد صلاحياته؛ مما يسهم في وضوح مهام الأخصائي الاجتماعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

٢- تساعد معايير الجودة على سهولة التدخل المهني، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من فعالية متابعة الحالات وتوفير المعلومات اللازمة لها؛ مما يسهم في سهولة التدخل المهني.

٣- تسهم معايير الجودة في اختصار الوقت، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من مرونة العمل وسهولته؛ مما يسهم في اختصار الوقت.

٤- تساعد معايير الجودة في محاسبة وتقييم أداء المهنيين بأقسام الخدمة الاجتماعية، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من كشف أوجه القصور في الأداء من خلال المقارنة للأداء بهذه المعايير؛ مما يسهم في محاسبة وتقييم أداء المهنيين بأقسام الخدمة الاجتماعية وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

٥- تسهم معايير الجودة في إيجاد البيئة المناسبة للعمل، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تعزز من توفير المتطلبات اللازمة للعمل؛ مما يسهم في إيجاد البيئة المناسبة للعمل.

٦- تساعد معايير الجودة بجعل مرونة في طبيعة العمل، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم وضوح العمل وتوفير متطلباته؛ مما يسهم في تحقيق مرونة في طبيعة العمل.

٧- تساعد معايير الجودة في تطوير العلاقة الإيجابية مع المرضى، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم الاهتمام بالمرضى وتلبية احتياجاتهم؛ مما يسهم في تطوير العلاقة الإيجابية مع المرضى.

٨- وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي، وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق معايير الجودة تدعم توضيح مستوى جودة العمل المطلوب تحقيقها؛ مما يسهم في وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة العميرة (2003) التي بينت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق إدارة الجودة وارتفاع مستوى الأداء الوظيفي لمنسوبي المركز.

ثالثاً: إجابة السؤال الثالث: ما المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية؟

أفراد الدراسة موافقون على المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

أفراد الدراسة موافقون بشدة على واحدة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في: "عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة"، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم توفر دورات تدريبية على معايير الجودة يقلل من المهارات والقدرات الكافية لتطوير العمل؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المهلب (2011) التي بينت قلة الدورات التدريبية في مجال الجودة.

أفراد الدراسة موافقون على خمسة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في:

١- تتعارض بعض المعايير الموجودة في القسم مع الأقسام الأخرى، وتفسر هذه النتيجة بأن تتعارض بعض المعايير الموجودة في القسم مع الأقسام الأخرى يقلل من فعالية تنسيق جهود تطبيق الجودة بين الأقسام؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٢- عدم التناغم على المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجهات الوزارة وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم التناغم على المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجهات الوزارة وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية يقلل من دعم الوزارة لجهود تطبيق الجودة في هذه الأقسام؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٣- بيئة العمل غير مهيأة لتطبيق معايير الجودة وتفسر هذه النتيجة بأن عدم توفر بيئة مهيأة للعمل لتطبيق معايير الجودة يقلل من مرونة تطبيق معايير الجودة في العمل مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٤- الروح المعنوية عند تطبيق المعايير منخفضة، وتفسر هذه النتيجة بأن انخفاض الروح المعنوية عند تطبيق المعايير يقلل من المبادرة لتطبيق معايير الجودة؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٥- عدم وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي، وتفسر هذه النتيجة بأن عدم وضوح معايير الجودة لدى الأخصائي الاجتماعي يزيد من غموض الدور لديه لتطبيق معايير الجودة؛ مما يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الناصر (2011) التي بينت عدم مراعاة الأخصائي الاجتماعي الإمكانيات المتوفرة في وضعه لخطة إشباع احتياجات المريض.

أفراد الدراسة محايدون في موافقتهم حول ثلاثة من المعوقات التي تعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في:

١- صعوبة تطبيق معايير الجودة في عمل الأخصائي الاجتماعي، وتفسر هذه النتيجة بأن معايير الجودة تناسب عمل الأخصائي الاجتماعي؛ مما قلل من تأثير عامل صعوبة تطبيق معايير الجودة في عمل الأخصائي الاجتماعي كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٢- إهمال الأخصائيين الاجتماعيين لمعايير الجودة بشكل عام، وتفسر هذه النتيجة بأن الأخصائيين الاجتماعيين يدركون أهمية تطبيق معايير الجودة لتحسين خدمة المرضى؛ مما قلل من

مجلة الخدمة الاجتماعية

تأثير عامل إهمال الأخصائيين الاجتماعيين لمعايير الجودة بشكل عام كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

٣- عدم توفر دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية، وتفسر هذه النتيجة بأن هناك دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية؛ مما قلل من تأثير عامل عدم توفر دليل السياسات والإجراءات لقسم الخدمة الاجتماعية كمعوق يعوق تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

رابعاً: توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، فإن الباحث يوصي بما يأتي:

- العمل على توفير دورات تدريبية على معايير الجودة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.
- مراعاة تناسب المعايير الموجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية مع الأقسام الأخرى.
- العمل على تعزيز التناغم على المستوى التطبيقي لمعايير الجودة بين توجهات الوزارة وإدارة المستشفى وأقسام الخدمة الاجتماعية.
- الاهتمام بتهيئة بيئة العمل في أقسام الخدمة الاجتماعية لتطبيق معايير الجودة.
- العمل على تعزيز الروح المعنوية لدى الأخصائيين الاجتماعيين في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية عند تطبيق المعايير.
- الاهتمام بتوضيح معايير الجودة لدى الأخصائيين الاجتماعيين في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.

خامساً: مقترحات للدراسات المستقبلية:

- إجراء دراسات مستقبلية حول معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.
- إجراء دراسات مستقبلية حول متطلبات الحد من معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية.
- إجراء دراسات تتعلق بتطوير برامج تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين تساعد على رفع درجة تطبيقهم لمعايير الجودة وتفادي المعوقات.

مراجع الدراسة:

- أحمد، هيام سالم زيدان (٢٠١٥). إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، الأحمدى، حنان عبدالرحيم (٢٠٠٩). التحسين المستمر للجودة - المفهوم وأهمية التطبيق في المنظمات الصحية - بحث منشور بالمؤتمر الدولي الثاني لجودة الرعاية الصحية، القاهرة.
- البريثين، عبدالعزيز عبدالله (٢٠١٢). ضمان الجودة في الخدمة الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (٢٢٤)، ٤٧ - ٧٢.
- التميمي، فواز (2008). إدارة الجودة ومتطلبات التأهيل للأيزو، عمان، عالم الكتب الحديث.
- جبل، عبدالناصر عوض، (٢٠١٥) الخدمة الاجتماعية الأسرية، القاهرة: مكتبة الرشد.

مجلة الخدمة الاجتماعية

- جبيلي، رجوة، (٢٠٠٧). إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في وزارة الصحة السورية. حلب: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- حجازي، يوسف فهمي (٢٠١٠). مدخل إلى نظرية الأنساق. بغداد: منشورات الجمل.
- الحسن، إحسان محمد (٢٠١٥). النظريات الاجتماعية المتقدمة، الأردن: دار وائل للنشر.
- الحكيم، مصطفى حامد سالم (٢٠٠٣). إدارة الجودة الشاملة المفهوم والأهمية والتطور التاريخي. مجلة دراسات ومصرفية ومالية (٧٤)، ٥٥-٧٧.
- الدامغ، سامي عبدالعزيز (١٩٨٦). نظرية الأنساق العامة وإمكانية توظيفها في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. الرياض: كلية الآداب جامعة الملك سعود.
- رشوان، بهجت محمد (٢٠١٧). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، الأردن: دار الرسائل الجامعية للنشر والتوزيع.
- رشوان، عبد المنصف حسن، القرني، محمد مسفر (٢٠١٣). المداخل العلاجية المعاصرة، الرياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.
- سالم، سماح سالم، صالح، نجلاء محمد (٢٠١٢). مقدمة في الخدمة الاجتماعية، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ابن سعيد خالد بن سعد بن عبدالعزيز (١٩٩٤). مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية. المجلة العربية للعلوم الإدارية (مج ٢)، (١٤)، ٥-٣٧.
- الشراري، إبراهيم عبدالله (٢٠١٠). مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في الوزارات السعودية، عمان، رسالة جامعية.
- الشهران، عائض سعد (٢٠١٤)، طرق الخدمة الاجتماعية، جدة: خوارزم العلمية.
- صالح، عبد الحي محمود، رمضان، السيد (١٩٩٩). أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الصالح، محمد عثمان (٢٠١٩). تقييم دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المشكلات الاجتماعية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في منطقة الرياض، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ٦١ ج ٨٧، ٣- ١٣٧.
- الصديقي، سلوى عثمان (٢٠٣). خدمة الفرد في محيط الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- الكوافي، وداد محمد (٢٠١٦). تطبيق معايير جودة الخدمات لتحسين أداء الخدمات الصحية في مستشفى العيون بليبيا. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة (١٤)، ١٨٣-٢٠٠.
- عبداللطيف، منى (٢٠١٠). تطبيق معايير الجودة الشاملة في تعليم علوم المكتبات والمعلومات. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- العلواني، عديلة (٢٠١٨). أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية. مجلة آفاق العلوم (١٣٤)، ٢١٤-٢٢٦.
- علي، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٥). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الرياض: دار زهراء للنشر والتوزيع.
- بن عيشي، عمار (٢٠١٢). تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية. جامعة محمد خيضر بسكرة -كلية العلوم الاقتصادية: الجزائر.

مجلة الخدمة الاجتماعية

- غرابية، فيصل محمود (٢٠٠٨). الخدمة الاجتماعية الطبية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- فشيكة، عائشة محمد (٢٠٠٩). نظرية الدور: المفاهيم الأساسية وأبعاد التحليل. مجلة كلية الآداب (١٢ع)، ١٥٩-١٨٠.
- القحطاني، رفعان حمد، (٢٠١٨). تطور جودة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات والمراكز الصحية وفق رؤية المملكة ٢٠٣٠. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (مج ٢)، (ع ٦)، ٥٦-٧٠.
- قمر، عصام (2007). الخدمة الاجتماعية بين الصحة والمرض، دار السحاب للنشر والتوزيع: القاهرة.
- المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة (٢ع)، ٦٣٩-٦٤٩.
- محمد، إحسان عبدالله سعيد علي (٢٠١٦). تأثير تطبيق معايير الجودة الشاملة على التعامل مع شكاوى المواطنين بالإدارة العامة لخدمة المواطنين بوزارة الصحة والإسكان. مجلة الخدمة الاجتماعية (ع ٥٥)، ٣٨٣-٤٠٤.
- المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CPAHI). (2020). <http://portal.cbahi.gov.sa/arabic/home>.
- المليجي، إبراهيم عبدالهادي (٢٠٠٦). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية: سلسلة جدارة المعرفية.
- الناصر، صالح بن علي (2011). معوقات تطبيق معايير الجودة في أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية: دراسة مطبقة على منشآت الصحة النفسية بمنطقة القصيم والرياض، رسالة ماجستير، جامعة القصيم، متوفرة على الرابط: <http://search.mandumah.com/Record/613426>
- نصار، أسماء إبراهيم (٢٠١٣). أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات على تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية - كلية الأعمال.
- نيازي، عبدالمجيد طاش، السبحاني، مشعل صقر (٢٠١٥). الخدمة الاجتماعية. الرياض: مكتبة المتنبّي.
- وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية على موقع: <https://www.moh.gov.sa/Pages/Default.aspx>.