

دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية

## The Role of Social Work in the Face Of Obstacles to the Quality of the Professional Performance of a Social Specialist in Primary Health Care Centers

اعداد الباحثة/ قماشة عبد الله فقيهي

ماجستير في الخدمة الاجتماعية تخصص علاج اجتماعي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية

Email: [Go-ma2009@hotmail.com](mailto:Go-ma2009@hotmail.com)

### ملخص الدراسة

سعت الدراسة الى تحقيق الهدف الرئيسي وهو تحديد معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة من منظور الخدمة الاجتماعية. وتفرع من الهدف الرئيسي للدراسة الأهداف التالية: تحديد نوعية معوقات الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالرياض وجدة، وضع تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الرياض وجدة.

وهذه الدراسة من الدراسات الوصفية وتكون مجتمع الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض ومدينة جدة. وتمثلت عينة الدراسة بـ (35) من الأخصائيين الاجتماعيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الرياض وجدة، وتم اعداد الاستبانة كأداة للدراسة، ومن أبرز النتائج: عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع اسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية وعدم تعاون الأهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الأولية كذلك عدم اقتناع المرضى واسرهم بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج وعدم تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية ايضا القصور في خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.

**الكلمات المفتاحية:** الخدمة الاجتماعية، معوقات، جودة الأداء المهني، الأخصائي الاجتماعي، مراكز الرعاية الصحية الأولية

## The Role of Social Work in the Face Of Obstacles to the Quality of the Professional Performance of a Social Specialist in Primary Health Care Centers

### Abstract

The study sought to achieve the following objectives: Determine the quality of professional performance constraints of social specialist in primary health care centers in Riyadh and Jeddah, Develop a proposal perception of the role of social work in the ace of obstacles quality of professional performance for social specialist in primary health care centers in Riyadh and Jeddah. This study of descriptive studies and population of the study of all social workers in primary health care centers in Riyadh and Jeddah, and was the study sample of (35) of the social workers in primary health care centers in Riyadh and Jeddah, was prepared questionnaire as a tool for the study.

The main results one of the most important obstacles Lack of interest by the social worker to communicate with the patient's family regarding the therapeutic plan Lack of clarity of the concept of quality in the management of primary health care centers Lack of cooperation from parents and relatives of the patient with the social worker in primary care centers Lack of conviction patients and their families, the role of the social worker in the process of medical treatment Non-medical team continues with the social worker in the primary health care centers. Shortcomings in the health centers and institutions concerned, including with respect to municipal environmental health.

**Keywords:** Social work, obstacles, quality of professional performance, social worker, primary health care centers.

**1. المقدمة:**

إن الحاجة إلى البقاء والنمو والقدرة على التكيف مع المتغيرات العالمية هي المعايير الأساسية لنجاح المنظمات الصحية، كمؤشرات يتحدد طبقاً لها مستوى جودة الأداء المهني بمعناها الواسع، وهي ما يمكن النظر إليه باعتباره المطلب الأساسي للمنظمات العصرية، سواء أكانت تنتج سلعة أو تقدم خدمة، ويمكن النظر إلى هذه الجودة باعتبارها المحرك الأساسي لطاقة التطوير التحديث، والتحسين المستمر للأداء في مختلف المنظمات غير الصناعية أهمية كبيرة في الوقت الحاضر، باعتبارها نظم تضيف الكثير إلى الناتج القومي للمجتمعات. وتعتبر المراكز الصحية لأفرادها، كما ننظر إليها على أنها منظمة منتجة، حيث تقدم ما يمكن أن يطلق عليه في لغة إدارة الإنتاج بالصيانة البشرية للموارد الانسانية المتاحة والمتوقعة. (علي، 2005م: 290).

وفي عام 1970م بدأ العمل بالتدقيق الطبي، فقامت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات بتدشين فكرة الجودة النوعية في عام 1979م، وعام 1987م ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وفي عام 1989م نشرت الهيئة المشتركة (السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطر) في عام 1990م أصدرت الهيئة (برنامج التغيير) وفي عام 1998م تم تغيير مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة المستمر *Improvement Continuous Quality*.

إذن: مفهوم الجودة في الرعاية الصحية ليس بمفهوم جديد أو وليد اللحظة أو ظاهرة سوف تنتهي في يوم ما، فحسب التسلسل التاريخي الظاهر نجد أنه مصطلح قد تم إرساء أسسه وتوضيح مفاهيمه منذ أقدم العصور، وتدرج في التطور حتى وصل إلى ما يسمى بتحسين الجودة فضمن الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية، المستمر وما يزال في طور التقدم والتحسين هو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية. (جاد الرب، 2008: 36)

والخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى مجالات الخدمة الاجتماعية، فهي تقدم خدماتها لفئة معينة من العملاء، هم المرضى والمؤسسات الطبية، وهدفها المساعدة والمساهمة في إنجاح العلاج الطبي، بالإضافة إلى هدفها الفني وهو مساعدة المرضى لعلاج مشكلاتهم الاجتماعية وتوفير احتياجاتهم الأساسية، والتغلب على الصعوبات والمعوقات التي تواجههم. (عرض، النمر، 2010م: 4).

**1.1. مشكلة الدراسة:**

تتجسد مشكلة الدراسة في أن ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة العربية السعودية تواجه معوقات وعقبات تؤثر في عمل الأخصائيين الاجتماعيين، مما يتطلب معه البحث عن أساليب مهنية لتحقيق جودة الأداء المهني له، إذ لا توجد قوانين وأنظمة وتشريعات خاصة تتعلق بتحقيق جودة الأداء المهني في مراكز الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى الحاجة لإنشاء أقسام خاصة بالخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكل ما سبق، فقد قامت الباحثة بصياغة مشكلة دراستها على النحو الآتي:

- تحديد معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية.

## 2.1. أهمية الدراسة: تتحدد أهمية الدراسة فيما يلي:

### 1.2.1. الأهمية العلمية والمعرفية:

- تأتي هذه الدراسة استجابة لتوصيات بعض الدراسات المهنية بإجراء أبحاث مستقبلية تبحث عن حقيقة فاعلية الممارسة لمهنة الخدمة الاجتماعية الطبية من عدمه.
- تسعى هذه الدراسة أن تضيف إضافة علمية جديدة للمهنيين بميدان الخدمة الاجتماعية الطبية لإجراء المزيد من الدراسات، للوصول إلى نتائج أعم وأشمل، ولإثراء الجانب المعرفي لمجال الخدمة الاجتماعية الطبية.
- منطلق لإجراء المزيد من البحوث والدراسات المستقبلية في المجالات التي سنتناولها الدراسة.

### 2.2.1. الأهمية العملية والتطبيقية:

- أهمية دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، وتدعيم هذه الدراسة من خلال مواجهة المعوقات التي تعوقه.
- أهمية دور مراكز الرعاية الصحية في تقديم الخدمات العلاجية والاجتماعية والنفسية للمراجعين وتدعيم هذا الدور من خلال تقديم تلك الخدمات على الوجه الأمثل.
- تنظيم البرامج التي تعزز هذه المهنة في المجتمع، بالإضافة لتعزيز دور مراكز الرعاية الصحية.
- تقييد في التخطيط لتحسين وتطوير الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي، وأداء للعاملين في ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية، من خلال التوصل إلى معرفة معوقات تطبيق الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ومعرفة مؤشرات مواجهة تلك المعوقات عمليا.

## 3.1. أهداف الدراسة: تسعى أهداف الدراسة إلى تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

- تحديد معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة. ويتفرع منه الأهداف الفرعية الآتية:
- تحديد المعوقات المرتبطة بالأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- تحديد المعوقات المرتبطة بإدارة المؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- تحديد المعوقات المرتبطة بالمرضى وأسره، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- تحديد المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- تحديد المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.

#### 4.1. تساؤلات الدراسة:

تسعى الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي الآتي:

- ما معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟  
وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية الآتية:
- ما المعوقات المرتبطة بالأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟
- ما المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟
- ما المعوقات المرتبطة بالمرضى، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟
- ما المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟
- ما المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة؟

#### 5.1. مفاهيم الدراسة:

##### 1 - مفهوم جودة الأداء المهني:

أ - الأداء: Performance : تأدية إنجاز أو تنفيذ لوعده أو طلب. ثميل في مسرحية. مسرحية، حفلة موسيقية إلخ. فعالية، كفاءة. الأداء: الطريقة التي تعمل بها آلة أداء، إتمام، إجراء، إنجاز، تحقيق، تمثيلية، تمضية، تنفيذ، حفلة، سينمائي، عمل، فعالية، فعل، قيام، مسرحية، معزوفة، مباشرة، وفاء. (المورد، ص673).

وتعرف الجودة بأنها: " عملية بنائية إلى تحسين المنتج النهائي". (أحمد، 2002:17)

وتعرف جودة الأداء بأنها: أسلوب عمل حديث بمراكز الرعاية الصحية الأولية بالرياض وجدة، يستند إلى مجموعة من المبادئ وهدفها الوصول إلى درجة عالية من الكفاءة والفعالية، وتحسين المخرجات بما يضمن التوظيف الصحيح للموارد، والإمكانيات، والعملاء، والمعلومات في المكان المناسب، والوقت المناسب وبالطريقة الصحيحة

ب - مراكز الرعاية الصحية الأولية: تعرف مراكز الرعاية الصحية الأولية بأنها: هي خدمات تقدمها وزارة الصحة في مجال الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من المراكز الصحية، تغطي كافة التجمعات السكانية في المملكة العربية السعودية، وتقدم من خلالها: الطب العام - طب الأسنان - الصحة العامة - الأمومة والطفولة - التنقيف الصحي، بالإضافة إلى بعض الخدمات التخصصية. (وزارة الصحة، الاستراتيجية الوطنية الصحية، 2006).

كما يعرف المركز الصحي لغويا بأنه: هو الوحدة الصحية التي تعمل تحت إشراف الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة، وتهدف إلى تحسين صحة المجتمع المحلي، من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لمجموعة من السكان تبعاً لخطة وزارة الصحة. (موقع وزارة الصحة على الانترنت).

تعرف مراكز الرعاية الصحية الأولية إجرائياً بأنها: هي الوحدة الصحية التي تعمل بإشراف إدارة الرعاية الصحية الأولية بالرياض التابعة لوزارة الصحة بالمملكة بالرياض وجدة، والمتواجد بها، وتهدف إلى تحسين صحة المستفيدين، من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لمجموعة من سكان مدينة الرياض وفق المعايير المحددة، انطلاقاً من مفهوم الرعاية الصحية الأولية واستراتيجيتها المعتمدة في المملكة.

## 2. الإطار النظري والدراسات السابقة:

### 1.2. الرعاية الصحية الأولية.

#### مقدمة:

يعد ميدان الصحة العامة من الميادين التي اهتمت بها الدول والحكومات اهتماماً أخذ حيزاً كبيراً في خطط التنمية، لأن الصحة تعتبر من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، فهي حق أساسي لكل الشعوب، ولقد عاش العالم سنوات طويلة في تصور أنه مهمة علوم الطب علاج المرضى، وامتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فهي لم تتجاوز الوقاية من الأمراض. ولقد تغير هذا المفهوم في السنوات الأخيرة خاصة منذ قيام منظمة الصحة العالمية، والتي أجرت دراسات ونفذت برامج صحية في العديد من دول العالم، بهدف رفع كفاءة الرعاية الصحية، فعلى سبيل المثال أجريت دراسة في تونس مع هيئة الصحة العالمية في الفترة ما بين 1969 إلى عام 1972م، وأدت تلك الدراسة إلى إبراز العلاقة بين العوامل السكانية والاجتماعية والاقتصادية، ونوع التسهيلات الصحية (السيد وآخرون، 2004: 11، 15). وانطلاقاً من الأهمية الكبرى للصحة، فقد أنشأت هيئة الأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية في عام 1946م كوكالة متخصصة، بهدف أن تصل جميع الشعوب إلى أرفع مستوى صحي ممكن على أساس أن تتولى مسؤولية الإشراف على البرامج الصحية المطبقة على مستوى العالم، ودعم تلك البرامج في الدول النامية، خصوصاً المتعلقة بالوقاية من الأمراض، باعتبارها من الجوانب المؤثرة في المحافظة على صحة البشر.

#### الصحة وأهميتها:

إن المدخل الطبيعي نحو السعادة والرفاهية للإنسان لا بد من أن يمر عبر بوابة الصحة والعافية، إذ بدونهما يصعب الاستمتاع بالحياة. وهذا ما يؤكد القول السائد: إن الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمتها الفعلية إلا من حرّمته الظروف والأقدار من العافية، وجعلته حبيساً لمعاناة وآلام المرض. ومفهوم الصحة لدى الإنسان لا يقتصر فقط على التكامل البدني أو الجسماني، بل يشمل أيضاً الجانب النفسي والجانب العقلي أو الاجتماعي. أما الصحة العقلية فتعني قدرة الفرد على القيام بالعمليات العقلية السليمة كال تفكير، أما الصحة النفسية فتعني قدرة الفرد على التكيف السليم مع نفسه ومع أفراد المجتمع، والصحة جانبان: جانب يتعلق بالمجتمع ويسمى بالصحة العامة، وآخر يتعلق بالفرد ويسمى بالصحة الشخصية.

- الصحة العامة (Public health): ويقصد بها: الظروف الموضوعية للصحة التي ينبغي ان تتوفر في البيئة أو تنظم على أساس عام كميها الشرب النقية، والمساكن ذات الشروط الصحية، والمراحيض الصحية، والحدائق والمتنزهات، والمؤسسات الحية ذات السرة كافية، والأطباء والممرضات والزائرات الصحيات والشغالة والأدوية وغيرها من الخدمات الطبية
- الصحة الشخصية (Personal Health): هي الممارسة الفردية للعادات الصحية في نطاق الظروف العامة التي تكفل للفرد التمتع بالصحة، والفرد يكتسبها في صورة عادات يمارسها في حياته اليومية. (سلامة، بدر، 1997: 27).

### والشكل رقم (1) يوضح درجات الصحة



### متصل الصحة والمرض

وأما المرض فهو حالة انحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا وعقليا أو انحراف أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية وهذا الانحراف انحراف نسبي وليس مطلقاً. (الصادقي وآخرون، 2000م: 14).

- مستويات الرعاية الصحية:

تشمل الرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية على مجموعة من العناصر، وهي: (البكري، وآخرون، 2006م: 24): التربية الصالحة. الماء وتدابير حفظ الصحة العامة. التغذية، مكافحة الأمراض المستوطنة، التحصين، علاج الأمراض الشائعة، صحة الأم والطفل وتنظيم النسل، توفير الأدوية المناسبة.

وتقسم مستويات الرعاية الصحية إلى ثلاثة مستويات، وهي:

**المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية:** وهو المستوى الذي يقدم الخدمات الوقائية بمراكز الرعاية الصحية الأولية الصحية والعيادات القروية وعيادات الأمومة والطفولة، وهذه المؤسسات ربما تضم بين أفراد أجهزتها العاملة: الطبيب والقابلة القانونية، ومساعد الممرضة، والكاتب، والمراقب. (البكري وآخرون، 2006م: 24).

**المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية:** وهو المستوى الذي يقدم الخدمات العلاجية بعد حدوث المرض في المراكز الصحية المتكاملة والمستشفيات المحلية في المحافظات وعيادات الاختصاص، وأجهزة مثل هذه المؤسسات تشمل: الأطباء، والممرضين القانونيين، ومساعدى الممرضين والقابلات القانونيات، وطبيب الأسنان، وفني المختبر، والأشعة، والكتابة، وغيرهم. (البكري، وآخرون، 2006م: 25).

**المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثية (التأهيل):** وهو المستوى الذي يقدم الخدمات للمرضى بعد إصابتهم بالمرض، وحوادث عاهات دائمة ومزمنة لهم، وهذه الخدمات ليس بالمستطاع تقديمها في المستويين: الأول والثاني، فهي خدمات تأهيلية متخصصة في مجال الطب والجراحة تقدمها مؤسسات اختصاصية، وغيرها من الأماكن التي تقدم خدمات توهل المريض وتساعد على استعادته لممارسته للممارسة أنشطة الحياة اليومية بأقصى حد ممكن، وبالاعتماد على النفس. (البكري وآخرون، 2006م: 25).

### الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية.

#### أولاً: تطور عناصر الرعاية الصحية الأولية بالمملكة:

المملكة العربية السعودية أربعة أخماس (4\5) مساحة الجزيرة العربية، إذ تقدر مساحتها بـ 2,2530,00 كيلو متر مربع. يحدها من الشمال العراق والأردن والكويت، ومن الشرق قطر والإمارات وسلطنة عمان، ومن الغرب البحر الأحمر، ومن الجنوب اليمن. (المديرية العامة للطب الوقائي، 1403هـ: 15-16).

وقد شهدت المملكة العربية السعودية تغيراً سريعاً في التركيبة السكانية والاقتصادية والاجتماعية، نتيجة لتطور المجتمع من مجتمع بدو إلى مجتمع الحضري خاصة بعد ظهور حقبة النفط واستخدام عوائده في التنمية، وتبرز صورة التاريخ المرضي لسكان منطقة الرياض مما ورد في الكتب التاريخية، وكتب الرحلات التي تناولت المنطقة، ومما يقوله كبار السن الذين يجملون ذلك التاريخ الذي عايشوه، وفي ضوء هذين المصدرين خاصة يمكن الإشارة إلى التاريخ المرضي لسكان المنطقة باللحاح الآتية: (الحميدي، عبد الله، 1421هـ\2005م: 47-55).

في عام 1337هـ انتشرت الأوبئة بالمنطقة، ومعظم أنحاء الجزيرة العربية، وكثرت الوفيات لدرجة يذكر معها كبار السن أن الجناز كانت من الكثرة تختلط على أهلها في المساجد عقب الصلاة على الأموات، وقد أسماها السكان (سنة الزحمة). وقد عمت الوفيات نجد وباديها. (ابن بسام، ت 1346هـ، ص 184). ظهر أثر الأوبئة التي انتشرت في هذه السنة (1337هـ) على هرم سكان منطقة الرياض المبني على التعداد العام السكاني الذي أجري عام 1397هـ، حيث يلاحظ عليه اختفاء وضمور الفئة العمرية ما بين (55- 95 سنة) إذ إن السكان الذين يمثلون هذه الفئة أقل من الفئة التي تكبرهم، أو تلك التي تصغرهم. (لجنة الأطلس الوطني، 1401هـ: 11).

وأمام هذه التطورات المرضية عكفت المملكة العربية السعودية في خططها لتنمية الحرص على الرعاية الصحية الأولية، فقد شهدت المملكة في وقت قصير طفرة صحية من حيث الكم والنوع، بدأ تطبيق الرعاية الوقائية في كثير من الدوائر الصحية.

(1985-1990م) التي اشارت إلى ضرورة تطوير الرعاية الصحية الأولية، وكانت الخطوة الأولى هي تدريب الأطباء والإداريين على إدارة الصحة العامة، حيث تسلموا مراكز قيادية في مختلف المناطق الصحية بالمملكة، شملت (14800) طبيباً ومساعداً صحياً يعملون في مراكز الرعاية الصحية الولية في أنحاء المملكة، وتقوم وزارة الصحة بتقديم خدماتها الصحية (العلاجية والوقائية) بالمجان لنحو 60% من سكان المملكة، بينما تقدم جهات أخرى (حكومية وغير حكومية) 40% من الخدمات الصحية وتقدم وزارة الصحة خدماتها من خلال (14) منطقة شؤون صحية، توفر كل منها الرعاية الصحية لمجموعة من السكان، تتراوح ما بين نصف مليون إلى مليون من السكان، ومنطقة الشؤون الصحية بالرياض واحدة من هذه المناطق (السباعي، زهير، 1995م: 19-20). وتقدم وزارة الصحة جميع الخدمات الصحية والطبية سواء الوقائية منها أو العلاجية مجاناً ولجميع رعايا المملكة. كما أن وزارة الصحة تقوم مع غيرها من الجهات الأخرى بتقديم كافة الخدمات، وقد بلغ عدد المستشفيات التي تم افتتاحها إلى نهاية العالم 1400 هـ (69) تسعا وستين مستشفى بما يقارب (1200) سرير، و (675) مستوصفاً صحياً و (212) نطة صحية، وتغطي هذه الخدمات جميع مناطق المملكة. (المديرية العامة للطب الوقائي، 1403هـ: 229).

وعناصر الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية هي عبارة عن خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية المقدمة للسكان المستهدفين بمنطقة خدمات المركز. وتنقسم إلى:

- العناصر ذات العلاقة بتطوير مفهوم المجتمع. (وزارة الصحة، سياسات وإجراءات العمل للرعاية الصحية، 1472هـ\2011م: 10): التوعية والتثقيف الصحي. العمل على تدعيم الإصحاح الأساسي للبيئة. العمل على تعزيز التغذية الجيدة والسليمة.
- العناصر ذات العلاقة بتطوير صحة الفرد والمجتمع: تقديم خدمات أمومة وطفولة متكاملة. تحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية. العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسارية. التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والاصابات الشائعة. توفير الأدوية الأساسية.

**أساليب تحقيق الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية:** نقصد بأساليب تحقيق الصحة العامة: هي تلك الأساليب الوقائية من المرض ومضاعفاته، أو مضاعفاته الاجتماعية، وتنقسم أساليب الوقاية إلى مستويات وقائية ثلاثة وهي:

**المستوى الوقائي الأول:** وهو الذي يهدف إلى الوقاية من الحالة المرضية.

**المستوى الوقائي الثاني:** وهو الوقاية من مضاعفات المرض بعد ظهوره.

**المستوى الوقائي الثالث:** وهو الذي يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية.

**المحور الأول: إجراءات الوقاية العامة لترقية الصحة وتقويتها:** وهي تستهدف تقوية الصحة بصفة عامة دون الاهتمام بمرض معين، ويمكن تحقيق ذلك من خلال: الخدمات الصحية البيئية العامة لتوفير مسكن صحي تتوافر فيه عناصر صحية، مثل التهوية، والإضاءة والمياه الصالحة للشرب والصرف الصحي. خدمات التغذية الصحية التي تستهدف تقوية مناعة الجسم ضد الأمراض وتقوية الجسم بصفة عامة. خدمات التوعية والتربية الصحية بصفة عامة، والتربية الجنسية بصفة خاصة.

خدمات الرعاية الخاصة بالأمومة والطفولة. خدمات الترويح عن النفس. توفير الخدمات التي تهيئ للتكيف النفسي السليم، وتحقيق الشخصية السوية. خدمات الرعاية الأسرية الشاملة. (الصادقي، سلوى وحسن، عبد المحيي، 2000م: 25).

**المحور الثاني:** وهو ما يطلق عليه الوقاية المتخصصة أو النوعية: وهي التي تستهدف الوقاية من مرض معين قبل حدوثه، ولا سيما الأمراض المعدية أو أمراض سوء التغذية، ويتمثل هذا في الإجراءات الوقائية المحددة، مثل التطعيمات ضد أمراض معينة، مثل التطعيم ضد الحصبة والجذري والدفتريا وغيرها. كما قد تكون إجراءات وقائية نحو المسببات النوعية مثل: علي اللبن أو تصريف الفضلات. (الصادقي، سلوى وحسن، عبد المحيي، 2000م: 25).

**المحور الثالث: الاكتشاف المبكر للحالات:** وهي الإجراءات الوقائية التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أرواحها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية، وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين وبالتالي فإن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على علاجها، ومنع حدوث مضاعفات للمريض، ومن طرق الاكتشاف المبكر: الفحص الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة. التحليلات الطبية الشاملة. عمل الأشعة المختلفة الشاملة والمقطعية. (الصادقي، وآخرون، 2000م: 26).

**المحور الرابع: علاج المرضى من المرض الظاهر:** ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات أو العجز المرضي، واستكمال الشفاء، فهذا المحور يستهدف علاج المرضى والوقاية من مضاعفات المرض بل ويمتد ليشمل وقاية المجتمع من انتشار المرض، ولا سيما إذا كان مرضاً معدياً.

**المحور الخامس: الإجراءات التأهيلية:** وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالات المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف الإجراءات الوقائية من المضاعفات الاجتماعية، بل تحقق التكي الاجتماعي للفرد، حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية، حتى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شؤون حياته باستغلال أقصى قدراته وإمكانياته المتبقية بأفضل استغلال ممكن.. (الصادقي، وآخرون، 2000م: 27).

## 2.2. مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية:

- رسالة المركز الصحي: تعزيز وتحسين صحة المجتمع السعودي والمحافظة عليها، وتحقيق أقصى مستويات الحياة الصحية على مستوى الأفراد والمجتمع ككل.
- رؤية المركز الصحي: أن تكون مراكز الرعاية الصحية الأولية هي الخيار الأول لتقديم النصح الخدمة الصحية لكل مواطن سعودي ومقيم وللعمالة المنزلية.
- قيم المركز الصحي: الاحترام، التراحم، والشراكة، والاهتمام، والثقة، والعمل الجماعي.
- شعار المركز الصحي: المعاملة الحسنة لا تحتاج إلى إمكانيات. (وزارة الصحة، سياسات وإجراءات العمل للرعاية الصحية، 1472هـ\2011م: 3).

فالرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات علمية وعملية ومقبولة اجتماعياً، ومتوفرة لكل أفراد الأسرة هي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، ولك من خلال الفريق الصحي بمراكز الرعاية الصحية الأولية،

والذي يعمل على المشاركة في وضع الأهداف وتنفيذها من خلال مدير المركز، بالتعاون مع الطبيب المشرف الفني، ويعمل الفريق الصحي بالمركز على تحقيق الأهداف الآتية: توفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحية. التوعية والتثقيف الصحي.

وهذه الأهداف تتحقق من خلال الهيكل التنظيمي للمركز الصحي الذي يضم:

1- مدير المركز.... الاتصالات الادارية.... الصادر والوارد،..... شؤون الموظفين – الموظفين.

2- المشرف الفني – مسؤول الشؤون الفنية بالمركز ويشرف على الآتي:

- عيادة طبيب الأطفال – عيادة طبيبة النساء (رعاية الأمومة والطفولة) – عيادة طبيبة الأسنان – عيادة التثقيف الصحي – المراقب الصحي (صحة البيئة) – فني الاحصاء – الصيدلانية ومستودع الأدوية – المختبر – ضمامد الرجال – ضمامد النساء – الاستعلامات ومكتب التنسيق والملفات العائلية.

3- القوى العاملة بمراكز الرعاية الصحية الأولية: وتشمل القوى العاملة الآتي:

طبيب استشاري – طبيب اخصائي – طبيب عام – طبيبة أسنان – ممرض/ممرضة – فني صيدلية – فني مختبر – فني اشعة – فني وبائيات – فني احصاء – فني سجلات طبية – فني تثقيف صحي – فني تأهيل – فني تغذية – فني صحة – فم واسنان – فني مساعد طب أسنان – اخصائي اجتماعي – قابلة – مشغل حاسب آلي – مدير اداري – اداري – كاتب – مستخدم/مستخدمة – سائق – حارس – عامل سنترال.

#### • مهام المركز الصحي:

- 1- التعرف على المشكلات الصحية المنتشرة في منطقة عمل المركز الصحي، ودراسة الواقع الصحي لها، ومعرفة مصادر المرض، وطرق العدوى، ومعرفة المشاكل، ووضع الحلول المناسبة.
- 2- تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية للسكان المستهدفين بمنطقة خدمات المركز.
- 3- احالة المرضى للمستشفيات حسب الحاجة.
- 4- تجميع وتنظيم وحفظ معلومات واحصائيات الأوضاع الصحية لسكان منطقة عمل المركز.
- 5- اعادة التقارير الدورية المطلوبة، ورفعها الى إدارة الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة.
- 6- تطوير الخدمات الصحية المقدمة من خلال المشاركة في البحوث والدراسات التطبيقية.

#### • عوائق برامج الرعاية الصحية:

تنقسم عوائق برامج الصحة العامة إلى:

- 1- التقاليد: حيث القيم الثقافية المتوارثة التي تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك به.
- 2- الاعتقاد الزائد في القضاء والقدر، مما يدفع الكثيرين إلى التواكل دون القيام بدور ايجابي للوقاية من المرض أو علاجه.
- 3- التمركز الذاتي للثقافة، حيث يرى سكان كل مجتمع أن طريقتهم في الحياة أفضل من طريقة أي مجتمع آخر.
- 4- القيم النسبية، وهو التفاوت في اعطاء القيمة للعمل الواحد، فلا أطباء ينادون بالامتناع عن التدخين، بينما يراه مظهرا من مظاهر الرجولة. (الصدقي، سلوى، 1999م: 77-78).

ثانيا: العوانق الاجتماعية: وهي عوانق تتعلق في التركيب الاجتماعي، ومنه: قوة العلاقة الاجتماعية في الأسر النامية، وبالتالي هناك شعور بالالتزام المتبادل بين أفراد الجماعة الواحدة. قوة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد بعضهم بعضا داخل المجتمع ولا سيما مجتمع القرية. وجود الوحدة الصحية في القرية قد يهدد أرزاق بعض الناس بها. (الصادقي، سلوى، 1999م: 77-78).

### ثالثا: العوانق النفسية وأهمها:

- 1- الراحة النفسية لاستخدام الأساليب التقليدية في العلاج سواء أكانت فعالة أم غير ذلك.
- 2- التفاوت في إدراك الأمور، فقد يقاوم بعض الفراد مثلا الذباب، باعتبارها حشرة ضارة وناقلة للأمراض.
- 3- إدراك البعض أن العلاج المجاني غير مجدٍ، وبالتالي لا يقبلون على الرعاية الحية بالمؤسسات الطبية المجانية العامة. (الصادقي، سلوى، 1999م: 77-78).

### 3.2. جودة الرعاية الصحية:

تمثل الرعاية الصحية الأولية محور النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، باعتبارها إحدى الدول المشاركة في صياغة اعلان " ألماتا" الصادر عن الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية في اجتماعها المنعقد عام 1978م في مدينة " الماتا" الروسية. وقد دعا الى اعتماد الرعاية الصحية الأولية، بوصفها وسيلة لتحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000م آنذاك.

**مفهوم جودة الرعاية الصحية الأولية:** الجودة في الرعاية الصحية: هي عملية متواصلة وليست برنامجا، فالبرنامج له بداية ونهاية، ولكن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة. وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة بأنها: " التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المرض ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية". (منظمة الصحة العلمية، 1978م). كما تعرف الجودة في الرعاية الصحية الأولية بأنها: " ثمرة الشيء وتعني المقياس للمدى الذي وصلت اليه الخدمات المقدمة للمعايير المطلوبة". (خوجة، توفيق، 1431هـ/2010م: 27)

#### • التطور التاريخي لمفهوم الجودة:

- وإذا تدرجنا مع التسلسل التاريخي نجد أنه في عام 2000 قبل الميلاد يعود تاريخ الجودة إلى:
- القوانين التي وضعها حمورابي ملك بابل، حيث إن هذه القوانين هي أول وأقدم من تحدثت عن القوائم المتعلقة بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة للمرضى، وبذلك نرى أن هذا القانون قد قام بالتوفيق والجمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.
- أما القرن الرابع قبل الميلاد فاستطاع العالم " ارسطو" ان يضع قانون يسمح للأطباء بتغيير طريقة علاجهم للمرضى في حال عدم تحسن حالتهم الصحية بعد أربعة أيام من بداية المرض.
- التشريعات والقيم والتوجيهات الاسلامية في القرآن الكريم والسنة المطهرة خاصة فيما يتعلق بأنظمة العمل والعدل والمساواة ومكافحة الغش بأنواعه.

- ونجد أيضا أنه في الحضارات القديمة كالحضارة الرومانية والصينية والعربية الإسلامية كانت توجد مدارس طب وتقالييد ومعايير جيدة ثم وضعها لممارسة مهنة الطب، ثم وضع قواعد وقوانين مدونة بخصوص التصرف المهني الطبي.

- استخدام اساليب ضبط وتأكيد الجودة في الإمداد الحربي خلال الحربين العالميتين: الأولى والثانية، وظهور متخصصين في مجال الجودة، وانشاء المكاتب والمؤسسات في مجال الجودة، وانتشار الكتب والمجلات والمقالات في هذا المجال.

#### • جودة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية:

تبنت حكومة المملكة العربية السعودية ممثلة في وزارة الصحة مفهوم الرعاية الصحية الأولية منذ إعلان ألماتا، وتضمينه خطة التنمية الخمسية الرابعة (1405-1410) وقد اعتمدت المملكة على التخطيط الصحي الشامل الذي يؤكد على الاطار العام للسياسة الصحية، وينشئ الهيكل الاداري الكامل للخدمات الصحية، ويوزع ويخصص الموارد المتاحة والقابلة للتوزيع بين مختلف القطاعات الصحية حسب مستوى الاحتياجات. (سعيد، خالد، 1432هـ\2011م: 8). وقد سار تطبيق هذا المفهوم سيرا حثيثا، وحظي بدعم كبير،

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام (1432هـ) (1804) مركزا تخدم نحو (1189) نسمة من السكان السعوديين. (وزارة الصحة، 1423هـ). ويعمل في هذه المراكز (4739) طبيبا، يمثل السعوديون منهم نحو (12.9%). كما يعمل فيها نحو (10662) ممرضة وممرضة، يمثل السعوديون منهم نحو (48.8%). (وزارة الصحة، 51423).

ولعل من أحدث التوجهات الحديثة في خدمات الرعاية الصحية في المملكة تطبيق مفاهيم العيادات المتخصصة المصغرة، والرعاية الصحية الممتدة للأمراض المزمنة والفحص الدوري تحت مظلة الرعاية الصحية الأولية، اضافة الى دمج الخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية في المراكز الصحية. (الأحمدي، حنان، 1438هـ: 31).

وبدأ الاهتمام بإيجاد برنامج لإدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية في العام 190م، وقدمت اللجنة عدة مبررات للحرص على تجويد خدمات الرعاية الصحية الأولية، مثل:

- تعدد جنسيات العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية ومن ثم اختلاف خلفياتهم الثقافية والتعليمية، مما يحتم وضع معايير محددة للأداء.

- إعداد قيادات متفهمة ومقتنعة بمفاهيم ادارة الجودة من بين العاملين في الصحة والمهنيين عموما، والتركيز على المخططيين وصانعي القرار.

- حماية المجتمع (المستهلك) من رعاية قد تكون قاصرة.

- تمشيا مع مبادئ الرعاية الصحية الأولية وتوجهات منظمة الصحة العالمية بإيجاد برامج لإدارة الجودة.

- حرص العاملين في مجال الصحة على الجودة من منطلق الرغبة في التعرف على كل ما هو جديد، وتجديد أوجه القصور لديهم وتطويرها من خلال التعلم المستمر. (وزارة الصحة، 193م).

وبناء على هذه المبررات فقد تم تحديد أهداف برنامج الجودة النوعية في المملكة العربية السعودية، وبذلك كما يلي (خوجة وآخرون، 2020م: 32): إعداد دليل الجودة. تدريب المدربين، تدريب فرق الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية. التطبيق، التقييم

استراتيجية ادخال الجودة في الرعاية الصحية الأولية:

- أ- الأخذ في الاعتبار الأبعاد المختلفة لجودة الرعاية الصحية الأولية، لضمان شمولية التدخل: وهذا يشمل: جودة المجتمع - العمل - الجودة المهنية - جودة الأداء - جودة الإدارة.
- ب- تحليل وتحويل أبعاد الجودة إلى أنشطة: والهدف هو توضع المدى الواسع لنظام خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتشمل الأنشطة التي أخذت في الاعتبار لبعدها الإدارية: التخطيط- التنظيم المادي للبنية التحتية لمختلف مستويات نظام القطاع الصحي - الموارد البشرية، والإشراف والتنظيم والتعاون بين القطاعات.
- ت- اختيار ملامح الجودة: وتصنف الأنشطة التي تم اعتبارها لخدمة تدخلات الرعاية الصحية الأولية إلى مهمات، وأن اختيار عدد محدود من المهام لضمان الجودة يمهّد الطريق لوضع مقاييس آمنة، وهذه تغطي الأبعاد الثلاثة للجودة، والتي يمكن ترجمتها بسهولة إلى أنشطة تدريجية أو تقدير مختلف مكونات البرنامج.
- ث- صياغة المعايير: إن ميعاد الرعاية الصحية الأولية هي عرضة للمستويات المتوقعة والمقبولة التي لها علاقة بأبعاد الجودة المهنية والإدارية والاجتماعية، والتي يتم توفيرها مستقبلياً إلى إدارات الرعاية الصحية، وتستخدم من أجل التدريب كإرشادات (أدلة) وكأدوات للتقييم.

وهذه المعايير تغطي مدى كبيراً من المدخلات والأنشطة والمخرجات (النتائج) لنظام القطاع الصحي، والتي تشمل:

- المعايير التركيبية (البنية): وتشير هذه المعايير إلى الموارد البشرية والمالية والطبيعية لنظام القطاع الصحي.
- معايير العمليات: وهذه المعايير تشير إلى أنشطة الرعاية الصحية الأولية المتعلقة بإجراءات وممارسات خدمات الرعاية الصحية أو إدارتها. (خوجة، توفيق، 1431هـ/2010م: 95 - 98).

● أهداف برنامج الإشراف الداعم لتطبيق أنشطة إدارة الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

- تدعيم العلاقة بين وزارة الصحة والمديريات الصحية فيما يتعلق بالرعاية الأولية.
- دعم التدريب على رأس العمل في المناطق للمشرفين والعاملين في المراكز الصحية.
- التطبيق العملي للبرامج في المراكز الصحية في المناطق المختلفة باستخدام مؤشرات الجودة.
- ترسيخ مفهوم الإشراف كأداة لتطوير الخدمات الصحية.
- متابعة أنشطة التدريب في برامج الرعاية الأولية في المناطق المختلفة التي تغطيها.
- امداد المناطق بنتائج وتقارير الزيارات الميدانية والإشرافية.
- تبادل الأفكار والأساليب بين المناطق.
- معرفة المشاكل والمعوقات التي تواجه التطبيق، ومحاولة إيجاد الحلول لها بمشاركة المسؤولين في المناطق.

- الوقوف على المردود الناتج عن إدخال هذه البرامج وتطبيقها ومدى مطابقتها للأهداف المرجوة. (الأحمدي، حنان، 1428هـ: 33-34).

#### • معوقات تحقيق الجودة في الرعاية الصحية الأولية:

- التزام القيادة: فمن المهم للنجاح أن تلتزم قيادات الرعاية الصحية التزاما دائما بدعم السياسات المتعلقة بهذا المجال، ومناصرة التغيير من أجل الجودة.
- الجودة مسؤولة الجميع: فمن مسؤوليات القيادة جعل الجودة من أولويات الرعاية الصحية.
- والمادية للمؤسسة الطبية، وهو أمر ضروري لضمان استمرار الجودة وتحسينها.
- الاستمرارية وتقل العاملين: حيث إنها من أهم التحديات التي تقابل تحقيق الجودة.
- التنظيم: لا بد من سن لوائح تنظيمية معينة، من أجل تنفيذ بعض جوانب ضمان الجودة وتحسينها.
- التحفيز: وهو أمر مهم للغاية، فهو يشجع على التجديد والمشاركة الفعالة.
- جماعات المهتمين: وهم الأنصار المهتمون بتطبيق الجودة.
- الاستفادة من المعطيات: من التحديات الهائلة الأخرى تيسير الاستفادة من المعطيات في تحقيق أعمال التحسين، وفي عملية اتخاذ القرارات. (خوخة، توفيق، 1431هـ\2010م: 147-149)

#### 4.2. الخدمة الاجتماعية الطبية

##### • مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعد الخدمة الاجتماعية الطبية من المجالات الرئيسية لمهنة الخدمة الاجتماعية، حيث تؤدي المهنة من خلال المؤسسات الطبية المتلفة كالمستشفيات والمراكز الصحية أدوارا فاعلة تتكامل مع أدوار بقية أعضاء الفريق المعالج، بحيث تثمر في نهاية الأمر عن تقديم خدمات صحية متميزة، ورعاية اجتماعية أفضل للمرضى.

فالخدمة الاجتماعية الطبية هي الممارسة المهنية التي يعتمد الاخصائي الاجتماعي فيها على النموذج الطبي في الممارسة الذي يحوي الدراسة والتشخيص والعلاج، أو ما تم التعارف عليه في الكتابات العربية بعمليات خدمة الفرد. ومصطلح الخدمة الاجتماعية الأكلينيكية هو مصطلح جديد - نسبيا، حيث لم يتم اعتماده إلا في منتصف الثمانينيات الميلادية من قبل الجمعية الوطنية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين، فليس هناك تعريف محدد لمفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية.

وفي ضوء ذلك نستنتج أن للخدمة الاجتماعية الطبية خصائص مهنية في المجال الطبي منها:

- إحدى مجالات مهنة الخدمة الاجتماعية التي تمارس في المؤسسات الطبية.
- نستفيد من طرق الخدمة في ممارستها. ويقوم بممارستها أخصائيون اجتماعيون.
- أساسها العمل المشترك بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي.
- تهدف الوصول بالمرضى إلى الاستفادة القصوى بالعلاج الطبي والتكيف في بيئته.
- هي جزء من المؤسسة الطبية، تسهم في تحسين مستوى الخدمة الطبية المقدمة للمستفيدين.

- تهتم بمساعدة المرضى، للانتفاع بالعلاج المقدم، ومساعدة المرضى وأسرتهم.
- أن الخدمة الاجتماعية لم تعد مجرد استجابة لمثير أو رد فعل، وإنما أصبحت مهنة رئيسية.

#### • مفهوم الأخصائي الاجتماعي الطبي:

أصبحت الخدمة الاجتماعية الطبية جزءاً أساسياً في برامج الرعاية الصحية سواء داخل المؤسسات الطبية العلاجية، أو مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو العيادات أو العيادات الخاصة بالأمومة والطفولة، أو الصحة المدرسية، ولما لهذا الدور من أهمية كبيرة في تنفيذ وتحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية الطبية، حيث يعرف الأخصائي الاجتماعي الطبي بأنه: هو المسؤول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والطبية والتأويلية، أو في البيئة الخارجية، بهدف أحداث عمليات التغيير الاجتماعي، والمساهمة مع الفريق الطبي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى والمعاقين، وتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي، والعمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة. (النماس، 2000م: 43).

ويواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي معوقات ومشاكل في هذه المؤسسات، منها على سبيل المثال، وليس الحصر: سلبية المريض تجاه خطة العلاج. الجهل ببعاد المريض وأهمية العلاج. سوء التكيف عند دخول المستشفيات، أو المراكز الطبية، أو المؤسسات الطبية. الإدمان والتعاطي. (خاطر، أحمد، 2005م: 172).

وأصبح الأخصائي الاجتماعي الطبي يشترك مع فريق العمل العلاجي كعضو عامل داخل هذا الفريق، ويدين بالولاء للهدف الموحد لهذا الفريق، وهو نجاح الخطة العلاجية بما تتطلب من سيطرة على بيئة المريض وتعديل في ذاته ليصل به إلى الشفاء، فلا بد أن تتوفر له مجموعة من الصفات اللازمة التي تمنحه القدرة على ممارسة أدواره بنجاح، يمكن أن نوجزها فيما يلي:

#### • صفات الأخصائي الاجتماعي الطبي:

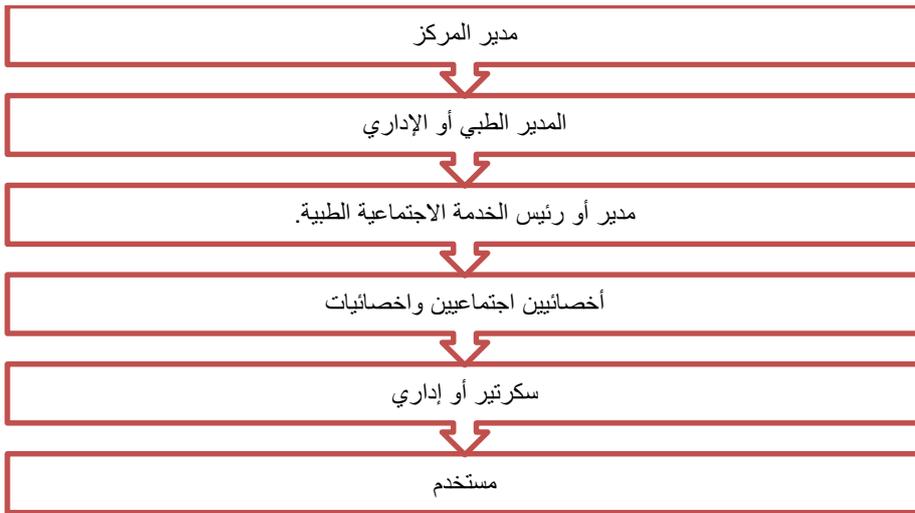
- 1- صفات المظهر الخارجي:
  - أ- يجب أن تكون مريحة في النظر إليها بغض النظر عن جوارح الوجه أو القوام.
  - ب- أن يكون بشوش الوجه ويبدو عليه التعقل والنضج والاتزان. (خاطر، أحمد، 2005م: 172).
- 2- الصفات العقلية: أن يكون الأخصائي الاجتماعي الطبي لماحا ذكياً. أن يكون قادراً على التعبير السليم، ولديه القدرة على القيادة والاقناع.. أن يكون سريع البديهة، قوي الملاحظة.
- 3- الصفات النفسية: أن يكون منبسطاً متزاناً، لا يتسرع في انفعالاته، ولا يتسرع في إصدار الأحكام. أن يكون قادراً على التحكم في انفعالاته. أن يكون خالياً من العقد والاضطرابات النفسية. أن يكون خالياً من الأحقاد والصراعات الهدامة، ومحبا لعمله ووطنه.
- 4- الصفات الاجتماعية:
  - أ- أن يكون قادراً على تكوين علاقات قوية قائمة على الثقة والاحترام المتبادلين.
  - ب- أن يكون متعاوناً مع الآخرين، ولديه الرغبة الصادقة في المساعدة، وتقديم الخدمات للعملاء.
  - ت- يجب أن يكون الأخصائي الاجتماعي الطبي معدداً مهنياً ونظرياً وتطبيقياً بطريقة علمية.
  - ث- أن يكون مؤمناً بأن خدماته ومساعداته تقدم لكافة المرضى دون تفریق.

● **المهارات الواجب توافرها في الأخصائي الاجتماعي الطبي:**

- 1- مهارة فهم شخصيات المرضى، وطريقة التعامل معهم. ومهارة في حب المرضى وتقبلهم، وحب العمل على مساعدتهم. ومهارة في الملاحظة وشفافية الحس. ومهارة في الصبر والتحكم في المشاعر. ومهارة في تقدير مشاعر المرضى واسرهم، والعاملين في المستشفى.
- 2- مهارة في تكوين معرفة ألوان المقاومة وكيفية التعامل معه. (خاطر، أحمد، 2005م: 173).

● **مهام ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الطبي:**

- يقوم الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي بمجموعة من المهام والدار، ونذكر منها:
- 1- تحديد الاحتياجات الفعلية للخدمة الاجتماعية في برامج الصحة العامة.
  - 2- إدارة وتوجيه الخدمات الاجتماعية في برامج الصحة العامة من خلال تقديم الاستشارات لأعضاء الفريق الصحي الطبي.
  - 3- بدوره كمنظم اجتماعي، وما يتعلق بالمشاركة في برامج تنظيم المجتمع المرتبطة بالرعاية الصحية من خلال الربط بين إدارة الرعاية الصحية. (الصادقي، وآخرون، 2000م، 305).
  - 4- الاشتراك في تخطيط الأنشطة الاجتماعية للمرضى. (خاطر، أحمد، 2005م: 174-175).
  - 5- رعاية اسرة بعض المرضى إذا تطلب لك من خلال توجيههم إلى مؤسسات المجتمع المختلفة خاصة إذا طالت فترة علاج المريض.
  - 6- العمل على حل المشكلات المهنية للمريض، والمرتبطة بالمريض وعلاقاته بزملاء العمل.. (خاطر، أحمد، 2005م: 174-175).
- موقع قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من الهيكلية الإدارية الموجودة بالمركز. والشكل رقم (2) يبين الارتباط الوظيفي لقسم الخدمة الاجتماعية بمراكز الرعاية الصحية الأولية.



## مهام قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

### 1- المهام الإدارية لقسم الخدمة الاجتماعية:

- تفعيل الأنظمة واللوائح والبروتوكولات الخاصة بإجراءات سير العمل.
- تنسيق الاتصالات مع الهيئات واللجان ذات العلاقة بتقديم الخدمات اللازمة للمرضى.
- مراجعة الخطط القائمة على ضوء نتائج التقارير وإعداد التوصيات المناسبة لوضع الخطط.
- التواصل مع إدارة الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية الطبية في المديرية.
- إعداد التقارير الخاصة بأعمال قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، وذلك يشمل التقارير الإدارية المهنة للعاملين مدعماً بالإحصائيات. (بدوي، زكي، 1996م: 147-148).

### 2- المهام الفنية:

- القيام بدراسة الحالات واقتراح التدخل المناسب والمشاركة في الخطة العلاجية مع الفريق الطبي.
- إعداد وتنفيذ البرامج والأنشطة الاجتماعية والترويجية والثقافية وتقييمها.
- بلورة الجوانب الاجتماعية للسياسة الصحية في المنشأة والمشاركة فيها. (علي، ماهر، 2003م " 63-68)
- إجراء البحوث والدراسات، وإعداد قاعدة بيانات احصائية حول أعمال القسم.
- المساهمة في البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية فيما يختص بأعمال الخدمة الاجتماعية الطبية.
- المساعدة على تأمين احتياجات المستفيدين عبر الموارد المتاحة.
- التعامل المهني مع حالات الأمراض المعدية والمستعصية والمزمنة.
- المشاركة في برامج التنقيف الصحي والتوجيه الديني. (السيد وآخرون، 1999م: 445).

## 5.2. الدراسات السابقة:

### 1.5.2. الدراسات العربية:

#### 1- دراسة الربدي (140هـ/1990م): الرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية الحالة الصحية بالقصيم.

هدفت الدراسة إلى دراسة حالة الرعاية الصحية بمنطقة القصيم، حيث قام الباحث بدراسة الحالة العامة للرعاية الصحية الأولية بالمملكة عامة منذ بدايتها وتنظيمها والإنفاق عليها، وتنمية مواردها وطاقتها البشرية والاستفادة منها، ثم تناول دراسة الحالة الصحية العامة بمنطقة القصيم خاصة، والخدمات الصحية بها من حيث تطورها ومصادر تقديمها واستخدامها. ودرس أيضاً الخصائص الديمجرافية والاجتماعية والاقتصادية للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بمنطقة القصيم، وانماط استخدام خدمات الرعاية الصحية الأولية والمشكلات التي يواجهها مستخدموها منها، والوصول إليها.

#### 2- دراسة أبو سوسو، سعيدة (1411هـ/1991م)، بعنوان: الأخصائي الاجتماعي في المستشفى بين طبيعة ممارسة المهنة وطبيعة العضوية في الفريق الطبي.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدوره المهني في المستشفى والظروف التي أدت إلى نشأةها الدور في المجال الطبي، إضافة إلى عضوية الأخصائي الاجتماعي في الفريق الطبي،

فهناك اختلاف بين طبيعة ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وطبيعة العضوية في الفريق الطبي، وتناقش الباحثة كيف يمكن للأخصائي الاجتماعي، وتطرق الباحثة أياً إلى جانبين من جوانب مهمة للهوية المهنية للأخصائي الاجتماعي لهما تأثير على ممارسته لدوره المهني مع المريض، وهما عمر الأخصائي الاجتماعي وجنسه. وتؤكد الباحثة على أهمية تدريب الأخصائي الاجتماعي للعمل في المستشفيات قبل البدء في الممارسة بها، حتى يتقن مهارات التعامل مع المرضى، وفي ذلك صقل لشخصية المهنية، وهذا الإعداد المهني أمر ضروري.

3- دراسة العشير (1415هـ\1995م)، بعنوان: المشاركة الاجتماعية في برامج الرعاية الصحية الأولية في منطقة نجران. هدفت الدراسة إلى تقصي مدى مشاركة سكان المجتمعات المحلية بمنطقة نجران في برامج وأنشطة الرعاية الصحية الأولية، وطبقت على عينة حجمها (150) رب أسرة بطريقة المقابلة الشخصية، وأبرز مظاهر هذه المشاركة. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها: أن هناك مشاركة مجتمعية قوية في مجال المحافظة على الصحة وتحسينها، بينما هناك مشاركة متوسطة المستوى في مجال دعم الأنشطة الصحية، وأن هناك مظاهر ايجابية لمشاركة المواطنين في مجال الصحة كنشر الوعي الصحي بين الناس بما في ذلك محاربة الشعوذة المتعلقة بالصحة، وحضور أنشطة التثقيف الصحي بالمراكز الصحية.

4- دراسة الدغثير، بدر الدين (1421هـ\2001م)، بعنوان: تقييم خدمات التوعية والتثقيف الصحي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالرياض.

هدفت الدراسة إلى تقييم وضع خطط للتثقيف اصحي، وحصر أنشطة التوعية الصحية، والفئات المستهدفة، وتنسيق أنشطة التوعية الصحية مع القطاعات الأخرى، ومعوقات أنشطة التثقيف الصحي بالمركز. طبقت الدراسة على عينة تشمل كافة المراكز الصحية بالقطاعات الصحية الخمس. بمدينة الرياض لعدد (94) مبحوثاً. وقد توصلت إلى نتائج من أهمها: أن أكثر الفئات المستهدفة الحوامل، ومرضى السكري، والضغط، والطفل، ومن أهم المعوقات: نقص الموارد البشرية، وإعداد ذوي الاختصاص في مجال التثقيف الصحي، وقلة الوسائل السمعية والبصرية، وعدم الاهتمام بالتثقيف الصحي من قبل بعض المراكز وتقديم تسهيلات لأنشطته.

5- دراسة الخالدي (1421هـ\2002م)، بعنوان: موقع المركز الصحي وتأثيره في بيئة العمل والقدرة على تحقيق الجودة. هدفت الدراسة إلى دراسة موقع المركز الصحي، وتأثيره في بيئة العمل، والقدرة على تحقيق الجودة. وقام الباحثان بدراسة مسحية لفراق الرعاية الصحية في المناطق الريفية في جنوب المملكة العربية السعودية. وتوصلت الدراسة إلى أن هذه الفروق تواجه عدة صعوبات، أهمها: نقص المرافق والإمكانيات الصحية والعوائق الثقافية، وصعوبة التواصل والتفاهم مع أفراد المجتمع، ووعورة الطرق، وتدني مستوى الوعي، والعادات والتقاليد السلبية، وعدم الالتزام بتعليمات الفريق الطبي.

6- دراسة القبدي، سهام علي أحمد (1424هـ\2004م)، بعنوان: تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطورها.

هدفت الدراسة الى تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط، لتطويرها، انطلاقاً من أن المهنة مهنة فعل وممارسة، بمعنى أنها تستمد تراثها وإطارها من ميدان الممارسة ذاته، وبما أن المجال الطبي يعد من أهم مجالات الممارسة المهنية في دولة الكويت، فقد سعت الباحثة إلى إجراء هذه الدراسة لتعرف واقع الممارسة في المجال الطبي بدولة الكويت، مع التركيز على إبراز المعوقات التي تحول دون تفعيل تلك الممارسة.

وقد استندت الدراسة إلى استراتيجية منهجية تهدف إلى تحقيق ما ترمي إليه، وقد تمثلت في النمط التقويمي مستخدمة المسح الاجتماعي منهاجها لها، بالإضافة إلى بعض الأدوات التي تتسق مع تلك الاستراتيجية. وقد انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي توضح معوقات الممارسة، وبعض المؤشرات التخطيطية التي يمكن أن تؤدي إلى تفعيل هذه الممارسة في دولة الكويت.

#### 7- دراسة الشيباني، حواء (1427هـ\2006م)، بعنوان: واقع ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدورة المهني في المجال الطبي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع ممارسة الأخصائي الاجتماعي لدورة المهني في المجال الطبي، وطبقت الدراسة في مستشفيات مدينة طرابلس في ليبيا. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أبرز المعوقات على التوالي، هي: المعوقات المرتبطة بالإعداد العلمي، أيضا المعوقات المرتبطة بالنواحي الإدارية، والمعوقات المرتبطة بعلاقته مع الفريق الطبي، كذلك المعوقات المرتبطة بعلاقته مع المرضى. لم تظهر الدراسة فروق بين العاملين في المجال الطبي في تشخيص واقع ممارسة الأخصائي الاجتماعي، لدوره المهني في المجال الطبي.

#### 8- دراسة مغيص، نورة (1427هـ\2006م)، بعنوان: دراسة العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة على أداء العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي، وطبقت الدراسة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجمع الرياض الطبي بالمملكة العربية السعودية، والذين بلغ عددهم وقت إعداد الدراسة (15) أخصائيا وأخصائية. كما استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي spss. ومن أهم نتائج الدراسة: تنوع الخدمات التي يقدمها قسم الخدمة الاجتماعية الطبية في مجمع الرياض الطبي بين الجانب العملي والتثقيفي والترفيهي، وإن كان الاهتمام بالجانب العملي الذي يخدم المريض أكثر من الجوانب الأخرى. وجود صعوبات في تكوين علاقات مهنية مع المريض.

### 2.5.2. الدراسات الأجنبية:

#### 1- دراسة floke (1417هـ\1997م)، بعنوان: مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مؤشرات جودة الرعاية الصحية وتصميم أداة لقياس سبعة جوانب رئيسية للرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المريض. وقد صممت الباحثة أداة لقياس سبعة جوانب رئيسية للرعاية الصحية من وجه نظر المرضى، والتواصل الإنساني والتنسيق ومستوى الرعاية عند أول زيارة للمرضى، والمتابعة مع طبيب محدد، واستمرار الرعاية. وتوصلت الدراسة من خلال التحليل العملي إلى تحديد أربعة جوانب للجودة وهي: التواصل الإنساني والمعلومات التي يمتلكها الفريق الطبي عن المريض، وتنسيق الرعاية، ورغبة المريض في الاستمرار في مراجعة طبيب محدد.

#### 2- دراسة Walker,Howie.Heaney,Maxwell.Rreeman (1418هـ\1999م)، بعنوان: قياس جودة الاستشارة

#### الطبية وتحديد العوامل المؤثرة فيها.

هدفت الدراسة إلى قياس درجة جودة الاستشارة الطبية وتحديد العوامل المؤثرة فيها. وأجريت الدراسة في أربعة أقاليم في المملكة المتحدة، وشملت الدراسة ستة وعشرين ألف مراجع (25994) لثلاثة وخمسين عيادة في هذه الأقاليم خلال أسبوعين

متتاليين. وخلصت الدراسة إلى أهمية تعزيز استمرارية العمل مع المرضى، وتمكينهم من الحصول على الخدمات العلاجية في مدة استشارية قليلة.

### 3- دراسة Campbell.HANN,Hacker,Burns.et (1421هـ\2001م): جودة الرعاية الطبية ودرجة الحصول عليها.

هدفت الدراسة إلى التعرف على جودة الرعاية الطبية ودرجة الحصول عليها. أجريت الدراسة في المملكة المتحدة، وقد وجد الباحث تفاوتاً كبيراً في جودة الرعاية الطبية ودرجة الحصول عليها والاستمرارية، والجوانب الإنسانية للخدمات المقدمة. كما وجد أن جودة الرعاية الطبية ترتبط بالفترة الزمنية التي تستغرقها الاستشارة الطبية فكلما زادت مدة الاستشارة الطبية كانت الرعاية أفضل، وكانت درجة الحصول على جودة الرعاية أفضل في العيادات التي تتسم بدرجة عالية من روح الفريق. ومن ثم خلصت الدراسة إلى أن من أهم معالم جودة الرعاية الصحية تتمثل في زيادة المدة الاستشارية وروح الفريق الطبي المعالج، وهما يمثلان عنصرين أساسيين في تحسين الجودة، ولا بد من بذل الجهد، لتوفير الرعاية الوقائية للفئات الفقيرة.

### 4- دراسة إحدى عشرة منظمة صحية كندية (1425هـ\2005م): بالتعاون من أجل ممارسة إدارية قائمة على المعرفة داخل النظام الصحي الكندي.

هدفت الدراسة إلى وضع استراتيجيات تنفيذية لتحسين التعاون، من أجل ممارسات إدارية قائمة على المعرفة داخل النظام الصحي. وقد تمت الدراسة من خلال تكوين مجموعة عمل مكونة من (45) خبيراً كندياً في مجال الصحة، وطلبوا منهم وضع استراتيجيات تنفيذية لتحسين الممارسات الإدارية القائمة على المعرفة داخل المؤسسات الصحية الكندية، وكذلك تحقيق أفضل نتائج للرعاية الصحية. وقد توصل هؤلاء الخبراء إلى أنه من أجل تحقيق استراتيجيات QWQHC يجب العمل بثلاث استراتيجيات تنفيذية، من أجل خلق بيئة أفضل للرعاية الصحية، وهي: وضع مجموعة من المعايير تعتبر كمؤشرات أو محددات لكفاءة وفعالية أي منظمة صحية. والتي يجب تطبيقها دون تأخير أو تأجيل، وهذه الخطوة تتعلق بتطوير وتحسين الأداء الكلي للمنظمة والأنظمة الفرعية.

### 3. الإجراءات المنهجية للدراسة.

#### 1.3. نوع الدراسة.

نوع الدراسة: دراسة وصفية.

#### 2.3. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل.

#### 3.3. مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض ومدينة جدة البالغ عددهم (5) أخصائياً، وتم توزيعهم كالتالي: من مدينة الرياض (8) ثمانية أخصائيين. أما من مدينة جدة (27) فسبعة وعشرون أخصائياً اجتماعياً.

### 4.3. حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية: تحديد دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- الحدود المكانية: مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- الحدود الزمنية: العام الدراسي 1433هـ - 1434هـ.
- الحدود البشرية: جميع لأخصائيين الاجتماعيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض ومدينة جدة وقت إجراء الدراسة.

### 5.3. أداة الدراسة:

استخدمت الباحثة (1) الاستبانة لإجابات المبحوثين.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد استبانة طبقت على كل الأخصائيين الاجتماعيين، واشتملت على:

أولاً: البيانات الأولية.

ثانياً: معوقات الأداء المهني، والتي انقسمت إلى خمسة مجالات. وقد مرت الأداة بعدة خطوات حتى أصبحت صالحة للاستخدام في الدراسة الحالية.

- هدف الاستبانة: هدفت الاستبانة إلى:

- 1- تحديد معوقات جودة الأداء المعني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية.
- 2- التعرف على المعلومات الأولية عن مجتمع الدراسة، وتتضمن ما يلي: السن، المستوى التعليمي، البرامج التدريبية، الفترة بين التخرج والالتحاق بالعمل، عدد سنوات الخبرة.
- 3- التعرف على اجابات مجتمع الدراسة عن المعلومات الأساسية المتعلقة بمعوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة.
- البناء الأولي لعبارات الاستبانة: تم البناء الأولي لعبارات الاستبانة بالرجوع إلى:
- 1- قراءات نظرية للباحة حول معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- 2- دراسة دور الخدمة الاجتماعية في مواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي من خلال الاطلاع على الكتابات والدراسات العربية والأجنبية.
- 3- الدراسات السابقة التي عملت في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية، وخصوصاً في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- 4- الربط بين الإطار النظري والدراسات السابقة.
- 5- أهداف هذه الدراسة التي تسعى لتحقيقها.

حيث تم إعداد استبانة الدراسة وفق معيار تدرج الإجابات في صورتها الأولى مكونة من خمسة محاور، شملت:

- 1- المعوقات المرتبطة بالأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة وفيها (16) عبارة.
- 2- المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة وفيها (12) عبارة.
- 3- المعوقات المرتبطة بالمرضى، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة وفيها (11) عبارة.
- 4- المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة وفيها (13) عبارة.
- 5- المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة وفيها (12) عبارة.

### 6.3. صدق الاستبانة :Validity

تم التأكد من ذلك عن طريق:

- 1- عرض الاستبانة على الإشراف لمراجعتها.
- 2- الصدق الظاهري Faca Validity آراء المحكمين:

وللتأكد من ذلك تم عرض الاستبانة في صورتها الأولى على مجموعة من المحكمين، وذلك لمعرفة آرائهم حول مناسبة العبارة للمجال، ووضوح صياغة العبارة، ومدى مناسبة مجالات وعبارات الاستبانة للفئات المعروضة عليهم، وإضافة أي عبارة يرون أنها مهمة ولم ترد في الاستبانة، وكتابة أي اقتراح حول الاستبانة بصفة عامة وسوف تكون نسبة 80% من آراء المحكمين معياراً للحكم على صلاحية العبارة. وفي ضوء نتائج آراء المحكمين استقرت على العبارات التي اتفق المحكمون على انتمائها لكل مجال في الاستبانة، وحذف العبارات التي لا تنتمي للمجال الذي وضعت فيه، أو أنها عبارات مكررة، وتعديل صياغة بعض العبارات لتصحيح الاستبانة في شكلها النهائي.

حيث أخذت الاستبانة شكل الاستجابات الثلاثي: (موافق = موافق إلى حد ما = غير موافق).

- 3- صدق المحتوى: Content Validity : ولكي يتم التحقق من ذلك بعد إجراء التعديلات على الاستبانة في ضوء الملاحظات التي اقترحها المحكمون، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبانة، والدرجة الكلية للاستبانة، حيث إن كانت قيم معاملات الارتباط عالية وكلها ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 فأق، مما يؤكد تمثيل العبارات للموضوع الذي صممت من أجله، وانتماء العبارات للمجال الذي صنفت به.

4- صدق الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة، والمقصود هنا التحقق من صدق الاستبانة من خلال حساب معدلات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية لكل محور من محاور الاستبانة، وجاءت النتائج كما في الجداول الآتية:

جدول (3) يوضح معامل ارتباط مفردات المحور الأول بالمعوقات المرتبطة بالأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة بالدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرات	معامل الارتباط
1	عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتحسين المستمر في عمله	.000
2	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على إقامة علاقات واتصالات وثيقة مع المراجعين	.126
3	عجز الأخصائي الاجتماعي على الحصول على دعم من مراكز الرعاية الصحية الأولية من المجتمع المحيط به.	.283
4	قصور الإعداد الأكاديمي ل الأخصائي الاجتماعي	.421
5	كثرة الأعباء والمهام الملقاة على عاتق الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.	.529
6	قصور التدريب الميداني في المؤسسات الطبية.	.614
7	عدم إخضاع عمل الأخصائي الاجتماعي لجهة اشراف مهمة كإدارة الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة.	.374
8	عدم تركيز الأخصائي الاجتماعي على دراسة حالة المريض دراسة مهنية طبية.	.412
9	جهل الأخصائي الاجتماعي بأساليب وتوثيق المعلومات الخاصة بكل مريض	.283
10	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على الاندماج مع الفريق الطبي	.248
11	عدم متابعة الأخصائي الاجتماعي الخطة العلاجية للمريض بكفاءة	.297
12	عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع أسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية.	.117
13	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحليل العوامل المسببة لمشكلات المرضى.	.006
14	عدم الاستعداد النفسي الأخصائي الاجتماعي لممارسة عمله في مراكز الرعاية الصحية الأولية.	.238
15	قلة الدورات التدريبية التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي في عمله بمراكز الرعاية الصحية الأولية.	.231
16	عدم اطلاع الأخصائي بكل ما هو حديث في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.	.244

دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل.

جدول (4) يوضح معامل ارتباط مفردات المحور الثاني المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني ل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة بالدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرات	معامل الارتباط
1	عدم توفير التمويل المناسب لأنشطة وبرامج الرعاية الصحية الأولية بمراكز الرعاية الصحية.	.141
2	عدم توفر التجهيزات اللازمة لأنشطة صحة البيئة بمراكز الرعاية الصحية الأولية.	.159
3	عدم استخدام التكنولوجيا الحديثة في إدخال وتحليل بيانات المرضى.	.113
4	عدم اشراك الأخصائي الاجتماعي بالقرارات المرتبطة بخدمات المرضى.	.528
5	عدم مراعاة رغبات المرضى في تصميم الخدمة التي تقدم من خلال المراكز	.472
6	عدم وضوح مفهوم الجودة في إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية	.495
7	القصور في إجراء التحسين المستمرة للخدمات كأساس لزيادة كفاءة وجوده بالمراكز الصحية	.310
8	عدم وعي الادارة بمفهوم الخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.198
9	القصور في القيام بقياس وتقويم الأداء المهني كأساس لتحسين جودته في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.099
10	عدم الاعتماد على الاستقصاء لتحديد حاجات المستفيدين من مراكز الرعاية الصحية الأولية	.084
11	عدم توفر قسم خاص للخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.402
12	عدم وضوح أدوار الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	.3233

دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل.

جدول (5) يوضح معامل ارتباط مفردات المحور الثالث المعوقات المرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني ل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة بالدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرات	معامل الارتباط
1	عدم تفهم المرضى وأسره لدور الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	.028*
2	عدم شعور المرضى وأسره بالرضا من الإجراءات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي للحالات في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.216
3	عدم تعاون الأخصائي الاجتماعي في الإداء بأرائهم حول الخدمات التي حصلوا عليها في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.057
4	نقص الوعي بأهمية استكمال الخطة العلاجية التي بدأها الأخصائي الاجتماعي مع المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.356
5	القصور ف فهم المريض واسرته المعلومات الكافية حول دور الأخصائي الاجتماعي الطبي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	.298
6	عدم تعاون الأهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	.568

7	عدم اقتناع المرضى وأسرهم بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج.	.494
8	عدم طلب المريض وأسرته المساعدة من الأخصائي الاجتماعي خوفاً من الإحراج.	.598
9	عدم تفهم المرضى وأسرهم ببرامج الوقاية التي تتبعها مراكز الرعاية ويشارك فيها الأخصائي الاجتماعي	.485
10	عدم تجاوب المريض مع الأخصائي الاجتماعي بشأن المعلومات التي تتطلب منه.	.331
11	عدم تفهم أسر المرضى للإجراءات التي يتخذها الفريق الطبي لعلاج وحل مشكلة المرضى.	.378

دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل.

**جدول (6) يوضح معامل ارتباط مفردات المحور الرابع المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني ل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة بالدرجة الكلية للمحور.**

م	الفقرات	معامل الارتباط
1	عدم اعتراف المسؤولين في المؤسسات الطبية بوجود أخصائي اجتماعي طبي.	.398
2	عدم اقتناع فريق العمل في المراكز الرعاية الصحية الأولية بدور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى.	.363
3	عدم تطبيق العاملين بمراكز الرعاية الصحية الأولية لمفاهيم حقوق المرضى.	.267
4	عدم إتاحة الفرصة لفريق العمل بمراكز الرعاية الصحية للالتحاق ببرامج تدريبية	.386
5	عدم تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.224
6	عدم إدراك الفريق الطبي المسؤولية الاجتماعية تجاه المرضى.	.107
7	عدم التعاون بين أعضاء الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي.	.203
8	عدم إيمان الفريق الطبي بالمركز الصحي بأهمية تحسين العمل تجاه المرضى.	.130
9	جهل العاملين في المراكز الصحية بالقدرات التي تمكنهم من تطوير العمل لتحقيق جودة الأداء المهني.	.105
10	عدم تواصل فريق العمل بالبيئة المحيطة بالمركز.	.051
11	عقد اجتماعات مشتركة بين أعضاء فريق العمل.	.063
12	عدم وجود خطة عمل موحدة لجميع أعضاء فريق العمل.	.050
13	انفصال أعضاء فريق العمل عن المشكلات الصحية البيئية المحيطة بالمركز.	.067

دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل.

جدول (7) يوضح معامل ارتباط مفردات المحور الخامس المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني ل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة بالدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرات	معامل الارتباط
1	عدم وضوح التشريعات التي تتعلق بإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية في المراكز الصحية للرعاية الأولية	.000
2	انفصال وسائل الاعلام عن الاحتياجات الصحية للمجتمع.	.027*
3	قصور الامكانيات البيئية المحلية لمراكز الرعاية	045
4	عدم توفر المناخ المناسب للأخصائي الاجتماعي لتطبيق العمليات الفنية للخدمات الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية	.027*
5	غياب دور وزارة الصحة فيما يتعلق بتدريب وتأهيل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	.407
6	نقص الوعي الصحي لأفراد المجتمع المحلي.	.496
7	القصور في التنسيق بين المراكز الصحية الأولية والمستشفيات فيما يتعلق بتحويل المرضى.	.182
8	القصور في خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.	.450
9	عدم تخطيط البرامج الصحية بما يتناسب مع احتياجات المجتمع.	.592
10	عدم مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.	.342
11	القصور في اجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع.	.297
12	عدم تعاون الجهات الرسمية مع المركز الصحي.	.275

دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل.

ينضح من الجدول (4 – 8) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع محاورها موجبة ودالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 فأقل، مما يدل على صدقها واتساقها مع محاورها.

### 7.3. ثبات أداة الدراسة:

مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدمت الباحثة معادلة ألفا لكرونباخ، للتأكد من ثبات أداة الدراسة والجدول الآتي يوضح مدى ثبات أداة الدراسة باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ:

### جدول (8) يوضح معامل ثبات الاستبانة باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ

م	الفقرات	عدد الفقرات	ثبات المحور
1	المعوقات المرتبطة بأداة الأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	16	.654
2	المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء	12	.600

		المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	
3	12	المعوقات المرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	.683
4	13	المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	.241
5	12	المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	.618
	65	معامل الثبات الكلي للاستبانة	.768

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات للمحور الأول بلغ (654) ومعامل الثبات للمحور الثاني بلغ (600)، معامل الثبات للمحور الثالث بلغ (683)، معامل الثبات للمحور الرابع بلغ (241)، و للمحور الخامس بلغ (618)، وكلها معاملات ثبات عالية، حيث بلغ (768)، وها يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

### 8.3. المعالجة الإحصائية:

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم جمعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS) إصدار 11 (VER11). وفيما يلي مجموعة من الأساليب الإحصائية التي قامت الباحثة باستخدامها:

تم استخدام طريقة ليكرت (Likert) ذات السلم الثلاثي، من أجل الاستجابة لفقرات الاستبانة، والتي تم صياغتها صياغة إيجابية، وطلب من أفراد العينة الإجابة بتحديد درجة الحاجة وفق التدرج الثلاثي (موافق - إلى حد ما - غير موافق)، حسب القيم الرقمية (1,2,3) على الترتيب. وتم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، وتم اعتماد مدى المتوسطات الآتية.

- تحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في محاور الدراسة. ثم حساب المدى (3-1=2)، ثم التقسيم على عدد خلايا المقياس، للحصول على طول الخلية الصحيحة، أي (3=2.67،0)، بعد ذلك تمت إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح)، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يأتي (العمر 2002م، ص 222):-
- من 1 إلى 1.67 يمثل (غير موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من 1.68 إلى 2.34 يمثل (إلى حد ما) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من 3.25 إلى 3.00 يمثل (موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- حساب التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الصفات الشخصية والوظيفية لمفردات الدراسة، وتحديد استجابات أفرادها اتجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها أداة الدراسة.

- معامل ارتباط بيرسون (Correlation Coefficient Peson) بين درجة كل عبارة والرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك لتقدير الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (الصدق البنائي).
- معامل ألفا كرونباخ (honbac Alpha C) لقياس ثبات أداة الدراسة.
- المتوسط الحسابي (Mean) وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة على كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي. (كشك 1996م، ص 89).
- المتوسط الحسابي الموزون (المرجح) Weighted Mean، وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة عن المحاور الرئيسة (متوسط - متوسطات العبارات) مع العلم بأنه يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط موزون مرجح. (فهيمى 2005م، ص 178).
- استخدام الانحراف المعياري Distination Stander، للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسة عن متوسطها الحسابي. (حسن وآخرون 2002م، ص 115).

#### 4. عرض نتائج الدراسة:

يقدم هذا الفصل عرض ومناقشة نتائج الدراسة، حيث قامت الباحثة بعرض النتائج من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة، فقامت بجمع وتحليل البيانات الناتجة عن استجابة مجتمع الدراسة المكونة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية، وستعرض الباحثة هذا التحليل مع مناقشة هذه النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، والإجابة عن التساؤل الرئيسي، وهو:

ما معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية؟

#### 4 - 1 النتائج المتعلقة بوصف مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

جدول رقم (9) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير اسم الحي

النسب	التكرار	اسم الحي
2.9	1	أبحر بجدة
2.9	1	الإسكان بالرياض
2.9	1	البلد بجدة
2.9	1	التعاون بالرياض
2.9	1	الثغر بجدة
2.9	1	الحمراء بجدة
2.9	1	الخالدية بالرياض

2.9	1	الخط السريع بجدة
2.9	1	الرائد بجدة
5.7	2	الربوة بالرياض وجدة
2.9	1	الرحمانية بجدة
2.9	1	الروابي بجدة
2.9	1	السليمانية بجدة
2.9	1	الشفاء بالرياض
2.9	1	الصفاء بجدة
2.9	1	الصواعد بجدة
2.9	1	العريجات بالرياض
2.9	1	العززية بجدة
2.9	1	المدائن بجدة
2.9	1	المراسلات بجدة
2.9	1	المروة بجدة
2.9	1	المصيف بالرياض
2.9	1	الملك فهد بجدة
2.9	1	النسيم بجدة
2.9	1	الوادي بالرياض
2.9	1	أم سليم بجدة
2.9	1	بحرة بجدة
2.9	1	بريمان جدة
2.9	1	سلطانة بجدة
2.9	1	ص.ك بجدة
2.9	1	صلاح الدين بجدة
2.9	1	قوية بجدة
2.9	1	مشرقة بجدة
100.0	35	المجموع

يتضح من الجدول السابق توزيع مجتمع الدراسة التي وجد فيها المراكز الحية في مدينتي الرياض وجدة، حيث توزعت الأحياء التي وجد فيها المراكز الصحية في مدينتي الرياض وجدة، حيث توزعت الأحياء بنسب متساوية وهو (1) مفردة لكل حي في مدينتي الرياض وجدة وبنسبة (2.9%) وترجع الباحثة هذه النسبة إلى جهود المملكة العربية السعودية في إنشاء واقامة مركز للرعاية الصحية الأولية في كل حي.

## جدول (10) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير السن

السن	التكرار	النسب
30	8	22.9
32	2	5.7
33	1	2.9
34	2	5.7
35	8	22.9
36	4	11.4
37	1	2.9
38	2	5.7
39	1	2.9
40	5	14.3
45	1	2.9
المجموع	35	100.0

يتضح من الجدول السابق توزيع مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين تتوزع أعمارهم ما بين (30 – 45) وأن فئة من سن (3) سنة ومن (35) سنة جاؤوا بعدد (8) بنسبة (22.9) من إجمالي عينة الدراسة، وهم الفئة الأكثر في عينة الدراسة، وجاءت فئة من عمرهم (36) سنة بعدد (4) وبنسبة (11.4) من أفراد عينة الدراسة، وهم يمثلون الفئة الأوسط من حيث العمل في عينة الدراسة، بينما جاءت من أعمارهم (33,37,39,45) سنة) بعدد (1) وبنسبة (2.9) وهم الفئة الأقل في عينة الدراسة.

## جدول (11) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسب
أنثى	25	71.4
ذكر	10	28.6
المجموع	35	100.0

يتضح من الجدول السابق أن (25) من أفراد مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين، بمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة (71.4) هن من الإناث، وهن الأكثر من أفراد عينة الدراسة، بينما (10) من إجمالي أفراد عينة الدراسة (28,6) من إجمالي أفراد عينة الدراسة هم من الذكور.

## جدول (12) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسب
بكالوريوس	34	97.1
ماجستير	1	2.9
دكتوراه	0	0
المجموع	35	100.0

يتضح من الجدول السابق أن (34) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين، بمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة (97.1) حاصلون على درجة البكالوريوس، وهم الأكثر من أفراد الدراسة، بينما (1) من إجمال أفراد عينة الدراسة ونسبة (2.9) من إجمالي أفراد عينة الدراسة حاصلون على درجة ماجستير، وهم الفئة الأقل من أفراد الدراسة، في حين لم يحصل أي فرد من أفراد العينة على الدكتوراه، كما يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير التخصص العلمي من الأخصائيين الاجتماعيين وبنسبة (100.0) حاصلون على درجة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية، وهم جميع فئة أفراد الدراسة، في حين لم يحصل أي فرد من أفراد العينة في تخصص علم نفس أو علم اجتماع.

## جدول (13) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير سنوات الخبرة في مجال الخدمة الاجتماعية

سنوات الخبرة في مجال الخدمة الاجتماعية	التكرار	النسب
15 سنة	1	2.9
10 سنوات	4	11.4
9 سنوات	3	8.6
8 سنوات	5	14.3
7 سنوات	2	5.7
6 سنوات	2	5.7
5 سنوات	7	20.0
4 سنوات	3	8.6
3 سنوات	4	11.4
2 سنة	2	5.7
سنة واحدة	2	5.7
المجموع	35	100.0

يتضح من الجدول السابق أن (7) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين، بمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة (20.2) خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية خمس سنوات، وهم الأكثر من أفراد الدراسة، وأن (5) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (14,3) من إجمالي أفراد عينة الدراسة خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية خمس سنوات،

وان (4) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (11.4) من إجمالي أفراد عينة الدراسة خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية ثلاث سنوات، وأن (3) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (8.6) من إجمالي أفراد عينة الدراسة خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية أربع سنوات، وان (2) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (5.7) من إجمالي أفراد عينة الدراسة خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية/ سنة واحدة، وسبع سنوات، وست سنوات، وستين، وان (1) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (2.9) من إجمالي أفراد عينة الدراسة خبرتهم في مجال الخدمة الاجتماعية مس عشرة سنة.

#### جدول (14) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير الالتحاق بالدورات التدريبية

الدورات التدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية	التكرار	النسب
لا	13	37.1
نعم	22	62.9
المجموع	35	100.0

يتضح من الجدول السابق أن (22) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين، بمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة (62.9) تم التحاقهم بدورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية، وهم الأكثر من أفراد الدراسة، بينما (13) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (37.1) من إجمالي أفراد عينة الدراسة لم يلتحقوا بدورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية وهم الفئة القل من أفراد الدراسة.

#### جدول (15) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في مراكز الرعاية الصحية وفق متغير عدد البرامج التدريبية التي تم الاشتراك فيها في مجال العمل

البرامج التدريبية في الخدمة الاجتماعية	التكرار	النسب
أربع دورات	1	2.9
ثلاث دورات	4	11.4
دورات	4	11.4
دورة واحدة	11	31.4
بدون دورة	13	37.1
المجموع	22	100.0

يتضح من الجدول السابق أن (11) من مجتمع الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين، بمراكز الرعاية الصحية الأولية وبنسبة (31.4) تم التحاقهم بدورة تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية، وهم الأكثر من أفراد الدراسة، وأن (4) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (11.4) من إجمالي أفراد عينة الدراسة التحقوا بدورتين تدريبيتين في مجال الخدمة الاجتماعية، وأن (2) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة (5.7) من إجمالي أفراد عينة الدراسة وبنسبة التحقوا بدورة تدريبية واحدة في مجال الخدمة الاجتماعية، وهم الفئة الأقل من أفراد الدراسة، بينما (13) من أفراد عينة الدراسة وبنسبة (37.1) لم يلتحقوا بأي دورة تدريبية.

## 2.4. النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة.

السؤال الأول/ ما المعوقات المرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق الاستبانة " معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، من خلال اجابات المبحوثين على المحور الأول " المعوقات لمرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية، ومن ثم حساب التكرارات، والنسب المئوية، والانحرافات المعيارية، والرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية في مدينتي جدة والرياض على عبارات المحور. وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول (16) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات عينة الدراسة على المعوقات المرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي.

م	العبرة	التكرار	درجة الموافقة			النسبة
			موافق	إلى حد ما	غير موافق	
1	عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتحسين المستمر في عمله.	ك	35	0	0	%
			100.0	0	0	
2	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على إقامة علاقات اتصالات وثيقة مع المراجعين	ك	34	1	0	%
			97.1	2.9	0	
3	عجز الأخصائي الاجتماعي على الحصول على دعم من مراكز الرعاية الصحية الأولية.	ك	32	3	0	%
			91.4	8.6	0	
4	قصور الإعداد الأكاديمي ل الأخصائي الاجتماعي	ك	32	3	0	%
			91.4	8.6	0	
5	كثرة الأعباء والمهام الملقاة على عاتق الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.	ك	30	5	0	%
			85.7	14.3	0	
6	قصور التدريب الميداني في المؤسسات الطبية.	ك	28	7	0	%
			80.0	20.0	0	

8	.355	1.14	0	5	30	ك	7	عدم اخضاع عمل الأخصائي الاجتماعي لجهة إشراف مهنية كإدارة الخدمات الاجتماعية وزارة الصحة.
								0
7	.355	1.14	0	5	30	ك	8	عدم تركيز الأخصائي الاجتماعي على دراسة حالة المريض دراسة مهنية طبية.
								0
14	.284	1.09	0	3	32	ك	9	جهل الأخصائي الاجتماعي بأساليب وتوثيق المعلومات الخاصة بكل مريض
11	.323	1.11		4	31	ك	10	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على الاندماج مع الفريق الطبي.
								1
4	.43	1.17	2.9	4	30	ك	11	عدم متابعة الأخصائي الاجتماعي الخطة العلاجية للمريض.
								1
1	.539	1.34	2.9	1	24	ك	12	عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع أسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية.
								2
2	.572	1.29	2	6	27	27	13	عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحليل العوامل المسببة لمشكلات المرضى.
								5.7
5	.453	1.17	1	4	30	ك	14	عدم الاستعداد النفسي الأخصائي الاجتماعي لممارسة عمله في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
								2.9
10	.404	1.11	1	2	32	ك	15	قلة الدورات التدريبية التي يحتاجها الأخصائي الاجتماعي في عمله بمراكز الرعاية الصحية الأولية.
								2.9
6	.494	1.14	2	1	32	ك	16	عدم اطلاع الأخصائي الاجتماعي بكل ما هو حديث في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.
								5.7
	.15410	1.1411	المحور ككل					

وجاءت النتائج كالتالي:

- جاءت العبارة رقم (12) وهي: "عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع أسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.34 – 3.00).

- جاءت العبارة رقم (13) وهي: "عدم قدره الأخصائي الاجتماعي على تحليل العوامل المسببة لمشكلات المرضى" المرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.20 – 3.00).
- جاء العبارة رقم (6)، وهي "قصور التدريب الميداني في المؤسسات الطبية" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.20 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (9) وهي: " جهل الأخصائي الاجتماعي بأساليب وتوثيق المعلومات الخاصة بكل مريض " بالمرتبة الرابعة عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.09 – 3.00)
- جاءت العبارة رقم (2)، وهي: " عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على إقامة علاقات واتصالات وثيقة مع المراجعين" بالمرتبة الخامسة عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.03 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (1)، وهي: " عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتحسين المستمر في عمله" بالمرتبة السادسة عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.00 – 3.00)

السؤال الثاني: ما المعوقات المرتبطة بالمؤسسة والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟

جدول (17) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات عينة الدراسة على المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية.

م	العبارة	التكرار	درجة الموافقة			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
			موافق	إلى حد ما	غير موافق			
1	عدم توفر التمويل المناسب للأنشطة وبرامج الرعاية الصحية الأولية بمراكز الرعاية الصحية.	ك	32	2	1	1.11	.404	12
		%	91.4	5.7	2.9			
2	عدم توفر التجهيزات اللازمة لأنشطة صحة البيئة بمراكز الرعاية الصحية الأولية..	ك	27	17	0	1.23	.426	7
		%	77.1	22.9	0			
3	عجز استخدام التكنولوجيا الحديثة في إدخال وتحليل بيانات المرضى.	ك	23	11	1	1.37	.547	4
		%	65.7	31.4	2.9			
4	عدم اشراك الأخصائي	ك	25	10	0	1.29	.458	6

			0	28.6	71.4	%	الاجتماعي بالقرارات المرتبطة بخدمات المرضى.	
5	.530	1.31	1	9	25	ك	عدم مراعاة رغبات المرضى في تصميم الخدمة التي تقدم من خلال المراكز.	5
			2.9	25.7	71.4	%		
3	.598	1.37	2	9	24	ك	عدم وضوح مفهوم الجودة في إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية.	6
			5.7	25.7	68.6	%		
1	.742	1.49	5	7	23	ك	القصور في إجراء التحسين المستمر للخدمات كأساس لزيادة كفاءة وجوده بالمراكز الصحية.	7
			14.3	20.0	65.7	%		
2	.690	1.37	4	5	26	ك	عدم وعي الإدارة بمفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية في مراكز الرعاية الصحية.	8
			11.4	14.3	74.3	%		
9	.430	1.14	1	3	31	ك	القصور في القيام بقياس وتقويم الأداء المهني كأساس في مراكز الرعاية الصحية.	9
			2.9	8.6	88.6	%		
11	.404	1.11	1	2	32	ك	عدم الاعتماد على الاستقصاء لتحديد حاجات المستفيدين من مراكز الرعاية الصحية الأولية.	10
			2.9	5.7	91.4	%		
10	.355	1.14	0	5	30	ك	عدم توفر قسم خاص للخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.	11
			0	14.3	88.7	%		
8	.453	1.17	1	4	30	ك	عدم وضوح أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.	12
			2.9	11.4	85.7	%		
	.22211	1.2595	المحور ككل					

وجاءت النتائج كالتالي:

- جاءت العبارة رقم (7)، وهي: " القصور في إجراء التحسين المستمر للخدمات كأساس لزيادة كفاءة وجوده بالمراكز الصحية. " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.49 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (8)، وهي: " عدم وعي الإدارة بمفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية في مراكز الرعاية الصحية " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.37 – 3.00).

- جاءت العبارة رقم (6)، وهي: "عدم وضوح مفهوم الجودة في إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.37) - (3.00).
- جاءت العبارة رقم (11)، وهي: "عدم توفر قسم خاص للخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية." بالمرتبة العاشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.14) - (3.00).
- جاءت العبارة رقم (10)، وهي: "عدم الاعتماد على الاستقصاء لتحديد حاجات المستفيدين من مراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.11) - (3.00).
- جاءت العبارة رقم (1)، وهي: "عدم توفر التمويل المناسب للأنشطة وبرامج الرعاية الصحية الأولية بمراكز الرعاية الصحية." بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.11) - (3.00).
- ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة غير موافقين بدرجة "غير موافق" على بعض المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، وكان أبرز العبارات: رقم (11) وهي عدم توفر قسم خاص للخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمتوسط (1.14)، ورقم (10) وهي: "عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على الاندماج مع الفريق الطبي" بمتوسط (1.11) ورقم (1) وهي "عدم الاعتماد على الاستقصاء لتحديد حاجات المستفيدين من مراكز الرعاية الصحية الأولية" بمتوسط (1.11) وهي متوسطات تقع في الفئة الل، مما يعني عدم موافقة أفراد عينة الدراسة على وجود هذه المعوقات المرتبطة بالمؤسسة.
- السؤال الثالث: ما المعوقات المرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟
- جدول (17) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والترتيب لاستجابات عينة الدراسة على المعوقات المرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية.

م	العبارة	التكرار	درجة الموافقة			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
			موافق	إلى حد ما	غير موافق			
1	عدم تفهم المرضى وأسرهم لدور الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	ك	30	4	1	1.06	.338	9
		%	85.7	11.4	2.9			
2	عدم شعور المرضى وأسرهم بالرضا من الإجراءات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي	ك	33	1	1	1.09	.373	8
		%	94.3	2.9	2.9			

							للحالات في مراكز الرعاية الصحية الأولية		
7	.404	1.11	1	2	32	ك	عدم تعاون الأخصائي الاجتماعي في الإلقاء بأرائهم حول الخدمات التي حصلوا عليها في مراكز الرعاية الصحية الأولية	3	
			2.9	5.7	91.4	%			
11	.236	1.06	0	2	33	ك	نقص الوعي بأهمية استكمال الخطة العلاجية التي بدأها الأخصائي الاجتماعي مع المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية	4	
			0	25.7	94.3	%			
6	.404	1.11	1	2	3	ك	القصور في فهم المريض واسرته المعلومات الكافية حول دور الأخصائي الاجتماعي الطبي بمراكز الرعاية الأولية	5	
			2.9	5.7	91.4	%			
1	.622	1.29	3	4	28	ك	عدم تعاون أهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي مراكز الرعاية الأولية	6	
			8.6	11.4	80.0	%			
3	.453	1.7	1	4	30	ك	عدم اقتناع المرضى وأسرهم بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج.	7	
			2.9	11.4	8.7	%			
10	.236	1.06	0	2	33	ك	عدم طلب المريض واسرته المساعدة من الأخصائي الاجتماعي خوفاً من الإحراج.	8	
			0	25.7	94.3	%			
2	.531	1.20	2	3	30	ك	عدم تفهم المرضى وأسرهم برامج الوقاية التي تتبعها مراكز الرعاية ويشارك فيها الأخصائي الاجتماعي	9	
			25.7	8.6	85.7	%			
4	.494	1.14	2	1	32	ك	عدم تجاوب المريض مع الأخصائي الاجتماعي بشأن المعلومات التي تتطلب منه.	10	
			5.7	2.9	91.4	%			
5	.430	1.14	1	3	31	ك	عدم تفهم أسر المرضى للإجراءات التي يتخذها الفريق الطبي لعلاج وحل مشكلة المرضى.	11	
			2.9	8.6	88.6	%			
	.20834	1.1299	المحور ككل						

يتضح من خلال النتائج ان هناك تجانسا في موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية على وجود معوقات مرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية له، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم حول معوقات مرتبطة بالمؤسسة ما بين (1.06 – 1.29)، وهي متوسطات تقع في الفئة الأولى من فئات المقياس الثلاثي، والتي تشير إلى " غير موافق " بالنسبة لأداة الدراسة". وجاءت النتائج كالتالي:

- جاءت العبارة رقم (6)، وهي: "عدم تعاون الأهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي مراكز الرعاية الأولية" بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.29 – 3.00).
  - جاءت العبارة رقم (9)، وهي: "عدم تفهم المرضى وأسرهم برامج الوقاية التي تتبعها مراكز الرعاية ويشارك فيها الأخصائي الاجتماعي" بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.20 – 3.00).
  - جاءت العبارة رقم (7)، وهي: "عدم اقتناع المرضى وأسرهم لدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج." بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.17 – 3.00).
  - جاءت العبارة رقم (1)، وهي: "عدم تفهم المرضى وأسرهم لدور الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة التاسعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.06 – 3.00).
  - جاءت العبارة رقم (8)، وهي: "عدم طلب المريض وأسرته المساعدة من الأخصائي الاجتماعي خوفا من الإحراج." بالمرتبة العاشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.06 – 3.00).
  - جاءت العبارة رقم (4)، وهي: "نقص الوعي بأهمية استكمال الخطة العلاجية التي بدأها الأخصائي الاجتماعي مع المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.06 – 3.00).
- ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة غير موافقين بدرجة "غير موافق" على بعض المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، وكان أبرز العبارات: رقم (1) عدم تفهم المرضى وأسرهم لدور الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية " بمتوسط (1.06)، ورقم (8) وهي: "عدم طلب المريض وأسرته المساعدة من الأخصائي الاجتماعي خوفا من الإحراج." " بمتوسط (1.06) ورقم (4) وهي "نقص الوعي بأهمية استكمال الخطة العلاجية التي بدأها الأخصائي الاجتماعي مع المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية" بمتوسط (1.06) وهي متوسطات تقع في الفئة الأقل، مما يعني عدم موافقة أفراد عينة الدراسة على وجود هذه المعوقات المرتبطة بالمؤسسة.

السؤال الرابع: ما المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟  
جدول (16) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات عينة الدراسة على المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية

م	العبارة	التكرار النسبة	درجة الموافقة			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
			موافق	إلى حد ما	غير موافق			
1	عدم اعتراف المسؤولين في المؤسسات الطبية بوجود أخصائي اجتماعي طبي.	ك	31	3	1	1.14	.430	10
		%	88.6	8.6	2.9			
2	عدم اقتناع فريق العمل في المراكز الرعاية الصحية الأولية بدور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى.	ك	30	4	1	1.17	.453	8
		%	85.7	11.4	2.9			
3	عدم تطبيق العاملين بمراكز الرعاية الصحية الأولية لمفاهيم حقوق المرضى.	ك	28	6	2	1.26	.561	5
		%	80.0	17.1	5.7			
4	عدم إتاحة الفرصة لفريق العمل بمراكز الرعاية الصحية الأولية للتحاق ببرامج تدريبية	ك	28	9	1	1.23	.40	6
		%	80.0	25.7	2.9			
5	عدم تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية	ك	25	7	1	1.14	.530	3
		%	71.4	20.0	2.9			
6	عدم إدراك الفريق الطبي المسؤولية الاجتماعية تجاه المرضى.	ك	26	7	2	1.31	.583	2
		%	74.3	20.0	5.7			
7	عدم التعاون بين أعضاء الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي.	ك	27	5	1	1.26	.505	4
		%	77.1	14.3	2.9			
8	عدم إيمان الفريق الطبي بالمركز الصحي بأهمية تحسين العمل تجاه المرضى.	ك	28	5	2	1.5	1.884	1
		%	80.0	14.3	5.7			
9	جهل العاملين في المراكز الصحية بالقدرات التي تمكنهم من تطوير العمل لتحقيق جودة الأداء المهني.	ك	29	2	1	1.20	.473	7
		%	82.9	8.6	2.9			
10	عدم تواصل فريق العمل بالبيئة المحيطة بالمركز.	ك	32	4	1	1.09	.284	13
		%	91.4	11.4	2.9			

11	.323	1.11	0	4	31	ك	عقد اجتماعات مشتركة بين أعضاء فريق العمل.	11	
			0	11.4	88.6	%			
12	.404	1.111	1	1	32	ك	عدم وجود خطة عمل موحدة لجميع أعضاء فريق العمل.	12	
			2.9	5.7	91.4	%			
9	.514	1.17	2	2	31	ك	انفصال أعضاء فريق العمل عن المشكلات الصحية البيئية المحيطة بالمركز.	13	
			5.7	5.7	88.6	%			
	.15410	1.1411	المحور ككل						

ويتضح من خلال النتائج ان هناك تجانسا في موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية على وجود معوقات مرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية له، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم حول معوقات مرتبطة بالمؤسسة ما بين (1.09 – 1.51)، وهي متوسطات تقع في الفئة الأولى من فئات المقياس الثلاثي، والتي تشير إلى " غير موافق" بالنسبة لأداة الدراسة. وجاءت النتائج كالتالي:

- جاءت العبارة رقم (8)، وهي: "عدم إيمان الفريق الطبي بالمركز الصحي بأهمية تحسين العمل تجاه المرضى." بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.51 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (6)، وهي: "عدم إدراك الفريق الطبي المسؤولية الاجتماعية تجاه المرضى." بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.31 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (5)، وهي: "عدم تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية." بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.31 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (11)، وهي: "عقد اجتماعات مشتركة بين أعضاء فريق العمل." بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.11 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (12)، وهي: "عدم وجود خطة عمل موحدة لجميع أعضاء فريق العمل." بالمرتبة الثانية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.11 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (10)، وهي: "عدم تواصل فريق العمل بالبيئة المحيطة بالمركز." بالمرتبة الثالثة عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.09 – 3.00).

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض وجدة غير موافقين بدرجة " غير موافق" على بعض المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، وكان أبرز العبارات: رقم (11) عقد اجتماعات

مشتركة بين أعضاء فريق العمل. " بمتوسط (1.11)، ورقم (12) وهي: " عدم وجود خطة عمل موحدة لجميع أعضاء فريق العمل. " بمتوسط (1.11) ورقم (10) وهي " عدم تواصل فريق العمل بالبيئة المحيطة بالمركز " بمتوسط (1.09) وهي متوسطات تقع في الفئة الأقل، مما يعني عدم موافقة أفراد عينة الدراسة على وجود هذه المعوقات المرتبطة بالمؤسسة.

السؤال الخامس: ما المعوقات المرتبطة بالبيئة، والتي تؤثر على جودة الداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟

جدول (16) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات عينة الدراسة على المعوقات المرتبطة بفريق بالبيئة المحلية.

م	العبرة	التكرار النسبة	درجة الموافقة			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
			موافق	إلى حد ما	غير موافق			
1	عدم وضوح التشريعات التي تتعلق بإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية في المراكز الصحية للرعاية الأولية	ك	33	2	1	1.06	.343	11
		%	94.3	5.7	2.9			
2	انفصال وسائل الاعلام عن الاحتياجات الصحية للمجتمع.	ك	32	2	1	1.06	.239	10
		%	91.4	5.7	2.9			
3	قصور الامكانيات البيئية المحلية لمراكز الرعاية	ك	30	3	2	1.15	.436	5
		%	85.7	8.6	5.7			
4	عدم توفر المناخ المناسب للأخصائي الاجتماعي لتطبيق العمليات الفنية للخدمات الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية	ك	33	1	1	1.03	.171	12
		%	94.3	2.9	2.9			
5	غياب دور وزارة الصحة فيما يتعلق بتدريب وتأهيل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية	ك	29	3	3	1.21	.538	1
		%	82.9	8.6	8.6			
6	نقص الوعي الصحي لأفراد المجتمع المحلي.	ك	32	2	2	1.12	.478	6
		%	91.4	5.7	2.9			
7	القصور في التنسيق بين المراكز الصحية الأولية والمستشفيات فيما يتعلق بتحويل المرضى.	ك	31	3	1	1.09	.288	7
		%	88.6	8.6	2.9			
8	القصور في خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.	ك	28	6	1	1.18	.387	3
		%	80.0	17.1	2.9			

9	.239	1.06	1	2	32	ك	عدم تخطيط البرامج الصحية بما يتناسب مع احتياجات المجتمع.	9	
			2.9	5.7	91.4	%			
4	.459	1.18	2	4	29	ك	عدم مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.	10	
			5.7	11.4	82.9	%			
2	.538	1.21	3	3	29	ك	القصور في إجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع.	11	
			8.6	8.6	82.9	%			
8	.384	1.09	2	2	31	ك	عدم تعاون الجهات الرسمية مع المركز الصحي.	12	
			5.7	5.7	88.6	%			
	.16933	1.1185	المحور ككل						

ويتضح من خلال النتائج ان هناك تجانسا في موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية على وجود معوقات مرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية له، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم حول معوقات مرتبطة بالمؤسسة ما بين (1.03 – 1.21)، وهي متوسطات تقع في الفئة الأولى من فئات المقياس الثلاثي، والتي تشير إلى " غير موافق" بالنسبة لأداة الدراسة.

- وجاءت النتائج كالتالي:
- جاءت العبارة رقم (5)، وهي: "غياب دور وزارة الصحة فيما يتعلق بتدريب وتأهيل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.21 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (11)، وهي: "القصور في إجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع" بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.21 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (8)، وهي: "القصور في خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة" بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.18 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (11)، وهي: "القصور في إجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع" بالمرتبة الحادية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.11 – 3.00).
- جاءت العبارة رقم (4)، وهي: "عدم توفر المناخ المناسب للأخصائي الاجتماعي لتطبيق العمليات الفنية للخدمات الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية" بالمرتبة الثانية عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.03 – 3.00).

- جاءت العبارة رقم (1)، وهي: "عدم وضوح التشريعات التي تتعلق بإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية في المراكز الصحية للرعاية الأولية." بالمرتبة الثالثة عشرة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية عليها بمتوسط (1.06 – 3.00).

ويتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية بمدینتی الرياض وجدة غير موافقين بدرجة " غير موافق " على بعض المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، وكان أبرز العبارات: رقم (11) عقد اجتماعات مشتركة بين أعضاء فريق العمل. " بمتوسط (1.11)، ورقم (4) وهي: " عدم توفر المناخ المناسب للأخصائي الاجتماعي لتطبيق العمليات الفنية للخدمات الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. " بمتوسط (1.03) ورقم (1) وهي " عدم وضوح التشريعات التي تتعلق بإنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية في المراكز الصحية للرعاية الأولية " بمتوسط (1.06) وهي متوسطات تقع في الفئة الأقل، مما يعني عدم موافقة أفراد عينة الدراسة على وجود هذه المعوقات المرتبطة بفريق العمل.

### 3.4. متوسطات المحاور:

جدول (22) يوضح متوسط محاور معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية

م	المحور	المتوسط	الانحراف	الرتبة
1	المعوقات المرتبطة بالعملاء	1.29	.20834	1
2	المعوقات المرتبطة بالمؤسسة	1.25	.22211	2
3	المعوقات المرتبطة بفريق العمل	1.22	.21739	3
4	المعوقات المرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي	1.14	.15410	4
5	المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية.	1.11	.16933	5
	متوسط المتوسطات	1.20	.194254	

وجاء ترتيب المحاول كالتالي:

- جاء في المرتبة الأولى محور المعوقات المرتبطة بالعملاء بمتوسط حسابي قدره (1.29).
- جاء في المرتبة الثانية محور المعوقات المرتبطة بالمؤسسات بمتوسط حسابي قدره (1.25).
- جاء في المرتبة الثالثة محور المعوقات المرتبطة بفريق العمل بمتوسط حسابي قدره (1.22).
- جاء في المرتبة الرابعة محور المعوقات المرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي بمتوسط حسابي قدره (1.14).
- جاء في المرتبة الخامسة محور المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية. بمتوسط حسابي قدره (1.11). ويتضح من الجدول صحة القول: إن محاور معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية بدرجة " موافقة".

**5. مناقشة النتائج والتوصيات****1.5.1. مستخلص نتائج الدراسة:****1.1.5.1. النتائج المتعلقة بوصف مجتمع الدراسة:**

- تتوزع أعمار أفراد عينة الدراسة ما بين (30 – 45)، وأن فئة كل من في سن (30)، وسن (35) جاؤوا بعدد (8) بنسبة (99,2) من إجمالي عينة الدراسة وهم الفئة الأكبر.
- أن (25) من افراد الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية، وبنسبة (71,4) هن من الاناث، وهن الأكثر من افراد الدراسة
- أن (34) من افراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية، وبنسبة (97,1) حاصلون على درجة البكالوريوس، وهم الأكثر من افراد الدراسة.
- أن (22) من افراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية، وبنسبة (62,9) تم التحاقهم بدورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية، وهم الأكثر من افراد الدراسة.
- أن (11) من افراد عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الرعاية الصحية الأولية، وبنسبة (31,4) تم التحاقهم بثلاث دورات تدريبية في مجال الخدمة الاجتماعية، وهم الأكثر من افراد الدراسة.

**2.1.5.2. النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:**

السؤال الأول: ما المعوقات المرتبطة بأداء الأخصائي الاجتماعي، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟

- عدم اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع أسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية.
- عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحليل العوامل المسببة لمشكلات المرضى.
- قصور التدريب الميداني في المؤسسات الطبية.
- عدم متابعة الأخصائي الاجتماعي الخطة العلاجية للمريض بكفاءة
- عدم الاستعداد النفسي الأخصائي الاجتماعي لممارسة عملة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

السؤال الثاني: ما المعوقات المرتبطة بالمؤسسة، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟

- القصور في إجراء التحسين المستمرة للخدمات كأساس لزيادة كفاءة وجوده بالمراكز الصحية
- عدم وعي الادارة بمفهوم الخدمة الاجتماعية في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- عدم وضوح مفهوم الجودة في إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية
- عدم استخدام التكنولوجيا الحديثة في إدخال وتحليل بيانات المرضى.
- عدم مراعاة رغبات المرضى في تصميم الخدمة التي تقدم من خلال المراكز
- عدم اشراك الأخصائي الاجتماعي بالقرارات المرتبطة بخدمات المرضى.

**السؤال الثالث: ما المعوقات المرتبطة بالعملاء، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟**

- عدم تعاون الأهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي مراكز الرعاية الأولية
- عدم تفهم المرضى وأسرهم برامج الوقاية التي تتبعها مراكز الرعاية ويشارك فيها الأخصائي الاجتماعي
- عدم اقتناع المرضى وأسرهم بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج.
- عدم تجاوب المريض مع الأخصائي الاجتماعي بشأن المعلومات التي تتطلب منه.
- عدم تفهم أسر المرضى للإجراءات التي يتخذها الفريق الطبي لعلاج وحل مشكلة المرضى.

**السؤال الرابع: ما المعوقات المرتبطة بفريق العمل، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟**

- عدم إيمان الفريق الطبي بالمركز الصحي بأهمية تحسين العمل تجاه المرضى.
- عدم إدراك الفريق الطبي المسؤولية الاجتماعية تجاه المرضى.
- عدم تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- عدم التعاون بين أعضاء الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي.
- عدم تطبيق العاملين بمراكز الرعاية الصحية الأولية لمفاهيم حقوق المرضى.

**السؤال الخامس: ما المعوقات المرتبطة بالبيئة المحلية، والتي تؤثر على جودة الأداء المهني له بمراكز الرعاية الصحية الأولية؟**

- غياب دور وزارة الصحة فيما يتعلق بتدريب وتأهيل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية
- القصور في اجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع.
- القصور في خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.
- عدم مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.
- قصور الامكانيات البيئية المحلية لمراكز الرعاية
- نقص الوعي الصحي لأفراد المجتمع المحلي.

## 2.5. التصور العلاجي المقترح:

من خلال الإطار النظري للدراسة واستعراض الدراسات السابقة، وما اسفرت عنه نتائج الدراسة يمكن وضع التصور المقترح لمواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

**1.2.5. الأسس النظرية التي يعتمد عليها التصور المقترح:** مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية، الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة، تحليل نتائج الدراسة.

## 2.2.5. أهداف التصور المقترح:

الهدف الرئيسي هو: تحديد اسلوب مواجهة معوقات جودة الأداء المهني للأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور الخدمة الاجتماعية.

**3.2.5. آليات تحقيق أهداف التصور المقترح:**

- 1- فيما يتعلق بالحد من المعوقات المرتبطة بأداء المهني للأخصائي الاجتماعي عن طريق الآتي: الحصول على دعم المجتمع المحيط ب مراكز الرعاية الصحية الأولية لعمل الأخصائي الاجتماعي، تفعيل التدريب الميداني في المؤسسات الطبية. حرص الأخصائي الاجتماعي على متابعة الخطة العلاجية للمريض بكفاءة. اهتمام الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع أسرة المريض فيما يتعلق بالخطة العلاجية. تدعيم الاستعداد النفسي للأخصائي الاجتماعي لممارسة عمله في مراكز الرعاية الصحية. تنمية قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحليل العوامل المسببة لمشكلات المرضى.
- 2- فيما يتعلق بالحد من المعوقات المرتبطة بالمؤسسة عن طريق الآتي: اشراك الأخصائي الاجتماعي بالقرارات المرتبطة بخدمات المرضى. مراعاة رغبات المرضى في تصميم الخدمة التي تقدم من خلال المراكز، وضوح مفهوم الجودة في إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية، التحسين المستمر للخدمات كأساس لزيادة كفاءة وجوده بالمراكز الصحية. وعي الإدارة بمفهوم الخدمة الاجتماعية.
- 3- فيما يتعلق بالحد من المعوقات المرتبطة بالعملاء عن طريق الآتي:
  - تفهم المرضى وأسرههم برامج الوقاية التي تتبعها مراكز الرعاية ومشاركة الأخصائي الاجتماعي.
  - تجاوب المريض مع الأخصائي الاجتماعي بشأن المعلومات التي تتطلب منه.
  - تفهم أسر المرضى للإجراءات التي يتخذها الفريق الطبي لعلاج وحل مشكلة المرضى.
  - تعاون الأهل والأقارب للمريض مع الأخصائي الاجتماعي مراكز الرعاية الأولية
  - اقتناع المرضى وأسرههم بدور الأخصائي الاجتماعي الطبي في عملية العلاج.
- 4- فيما يتعلق بالحد من المعوقات المرتبطة بفريق العمل عن طريق الآتي: تواصل الفريق الطبي مع الأخصائي الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية، إدراك الفريق الطبي المسؤولية الاجتماعية تجاه المرضى. التعاون بين أعضاء الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي. إيمان الفريق الطبي بالمركز الصحي بأهمية تحسين العمل تجاه المرضى. توجيه العاملين في المراكز الصحية بالقدرات التي تمكنهم من تطوير العمل، لتحقيق الأداء المهني.
- 5- فيما يتعلق بالحد من المعوقات المرتبطة بالبيئة المحيطة عن طريق الآتي: دور وزارة الصحة بتدريب وتأهيل الأخصائي الاجتماعي بمراكز الرعاية الصحية الأولية. زيادة خدمات المراكز الصحية والمؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة، اجراء المسوح المستمرة للاحتياجات الصحية للمجتمع. مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.

**4.2.5. الأطراف المشاركة في تحقيق أهداف التصور المقترح:**

- الأطراف الأساسية: الأخصائي الاجتماعي، فريق العمل، العملاء، المؤسسة، المجتمع المحلي.
- الأطراف غير الأساسية: الإعلام، المؤسسات المجتمعية، المجتمعات الأخرى، الوزارات المعنية.

**3.5. الاستراتيجيات المستخدمة:**

- **المشاركة:** تتضمن المشاركة قيام العملاء بالاعتماد على أنفسهم في حل مشاكلهم، وذلك بإشراكهم في وضع وتنفيذ وتقويم خدمات وبرامج الرعاية الصحية الأولية، وفي هذه المشاركة تحقيق لمبدأ الديمقراطية، والتفاعل والمشاركة الفعالة تساعد على تعديل الاتجاهات وتنمية شخصيتهم.
- **التفاعل:** تستخدم عندما تهتم بالتفاعل كوسيلة لإتاحة الفرص لتبادل وجهات النظر في موضوعات الجودة المختلفة، مثل تحديد الأولويات أو صنع القرارات ويتفاعل العاملون معا فيساعد ذلك على نمو قدرات العاملين المشتركين.
- **الإقناع:** يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور هام في نقل الفكرة الى الطرف الآخر، ومحاولة إقناعه بصحة هذه الفكرة، وأن هذا الرأي هو الأفضل، وذلك عندما تلتقي الخبرة أو الرأي السليم المقاومة من المشتركين في إقناعهم بسلامة الرأي، وطالما تحقق هدف الإقناع سوف يكون واقع للعمل.
- **الاتصال:** تستخدم هذه الاستراتيجية في تسهيل الاتصال بين الجماعات المختلفة بمتخذي القرار، لشرح وجهات نظرهم لما يحتاجون إليه من خدمات، وهي العملية التي تنقلب بها المعلومات أو القرارات والتوجيهات خلال المنظمات الاجتماعية، والوسائل التي تساعد على تقدم المعرفة والآراء والاتجاهات. كما تستخدم لتدعيم الاتصال بين الهيئات الحكومية والأهلية وتنسيق الجهود بينهم، لتحقيق الأهداف.
- **التنسيق:** يهدف التنسيق إلى عدم التعارض بين جهود الجهات ذات العلاقة والاختصاص سواء أكانوا أفرادا أو إدارات أو مؤسسات، وبالتالي يسهل تحقيق الأهداف دون تعارض بينهم، وبالتالي تنسيق الجهود، وذلك لضمان تكاملها لتحقيق أهداف التنمية، ويمارس التنسيق في كل ما يقوم به من عمليات الدراسة والفحص والاتصال، والتنسيق بين الأهداف التي ترمي الخطة الى تحقيقها.
- **الاستشارة:** يستخدم الأخصائي الاجتماعي هذه الاستراتيجية عندما يمكن استشارة المشكلة وتحويلها من مجال الاحساس العام والوعي بها إلى مجال الاحساس والإدراك التام بها، وتجميع جهودهم وحثهم على مواجهة المشكلة وإيجاد الرغبة، وبالتالي العمل المشترك لمواجهتها وحلها عن طريق مساهمة ومشاركة الأفراد والجماعات.
- **التعاون:** تستخدم لتهيئة التعاون بين أهالي المجتمع وقادته الممثلين له بالخبراء والمتخصصين، ولتحقيق أحسن استخدام ممكن للموارد والامكانيات المتاحة، وتحقيق التعاون بين الجهود الأهلية والحكومية، وبالتعاون يمكن الوصول الى قرارات موضوعية سليمة.

**6. مراجع الدراسة****1.6. المراجع العربية:****(1) الكتب:**

- 1- باي، مالكوم (1998م): نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة حمدي منصور، وسعيد عويضة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 2- بدوي، زكي (1996): أصول الدمة الاجتماعية، دار الفر العربي، القاهرة.

- 3- بشير، إقبال، ومخولوف، لإقبال (1684) // الرعاية الطبية والصحية والمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- 4- بشير، إقبال، وسوسن، محمد (1996): الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- 5- البلعيكي، منير (1987): المورد، دار العلم للملايين، ط12، بيروت.
- 6- البكري، أمل وحمارنة، ريتا وبدران، زين (2006): الصحة والسلامة العامة، تقديم/ عالية الرفاعي، ط4، دار الفكر للنشر، الأردن.
- 7- جاد الرب، سيد محمد (2008): الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، جامعة قناة السويس، القاهرة.
- 8- جاد الرب، سيد محمد (2008): مراجع إدارة الأعمال – الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، كلية التجارة، جامعة قناة السويس، مصر.
- 9- الحميدي، عبد الله بن عبد العزيز (1421هـ-2001م): الجغرافيا الطبية لمنطقة الرياض، سلسلة مشروع التعليم العالي لنشرة ألف رسالة علمية (39)، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- 10- خاطر، احمد مصطفى (2005م): الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية – مناهج الممارسة – المجالات)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الاسكندرية.
- 11- خاطر، أحمد (2005م): الخدمة الاجتماعية (نظرة تاريخية – مناهج الممارسة – المجالات)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الاسكندرية.
- 12- خاطر، أحمد، وفهمي، سامية، وبدوي، هناء (2001م): الادارة في المؤسسات الاجتماعية، المكتبة الجامعية. الاسكندرية.
- 13- خلفيات، ابتسام ورفيقاتها (دب) التربية الصحية، مطابع الجمعية العلمية، عمان.
- 14- خلوصي، محمد ماجد (1999م) المستشفيات والمراكز الصحية والاجتماعية، ط1، دار قابس للنشر، بيروت.
- 15- خوخة، توفيق، ومحمود، فوزة شحاته (2002م) دليل اجراء تنظيم العمل في المراكز الصحية، ط2، وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، الرياض.
- 16- خوخة، توفيق بن أحمد (2010م): المدخل الى تحسين جودة الخدمات الصحية – الرعاية الصحية الأولية، ط4، المكتب التنفيذي لمجلس وزارة الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي، الرياض.
- 17- الزامل، لمى غازي (1425هـ-2005م): التنقيف الصحي، مكتبة المجتمع الريي، الأردن.
- 18- الزيايدي، محمد مصطفى (1972م): اسس علم النفس العام، مكتبة سيد رأفت، القاهرة.
- 19- السباعي، زهير أحمد (1995م): طب المجتمع. حالات دراسية، ط1، الدار العربية للنشر، القاهرة.
- 20- سرحان، نظيمة (2006): الخدمة الاجتماعية المعاصرة، (ج،ن)، (د،م)
- 21- السروجي، طلعت، وابو المعاطي، مصطفى (2209م): ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة الربية المتحدة للتسويق والتوزيع، القاهرة.
- 22- سعدي، خالد بن سعد (2011م): التخطيط الصحي – تطبيقات على إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الأولية، ط2، كلية إدارة الأعمال، جامعة الملك سعود، الرياض.

- 23- سلامة، بدر (1997م): الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 24- سليمان، حسن وآخرون (أ) (2005): الممارسات العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، بيروت.
- 25- سليمان، حسن وآخرون (ب) (2005): الممارسات العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمجتمع، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع، بيروت.
- 26- صادق، نبيل وآخرون (2005م): تنظيم المجتمع (ممارسات - نظريات - نماذج) جامعة حلوان، القاهرة.
- 27- صالح، عبد المحي، رمضان، السيد (1999): اسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار النهضة الجامعية، الاسكندرية.
- 28- مرسي، محمد عبد المعبود (1984م): علم الاجتماعي عند ثالكوم وبرسونز بين نظريتي الفعل والنسق الاجتماعي، مكتبة العليقي الحديثة، القصيم، المملكة العربية السعودية.
- 29- النماس، أحمد (2000م) الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت.
- 30- نور، محمد عبد المنعم (1971م): الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.
- 31- موقع وزارة الصحة والسكان بالمملكة العربية السعودية. [www.moh.gov.sa](http://www.moh.gov.sa)
- 32- الأحمدى، حنان بنت عبد الرحيم (1428هـ/2007م) تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- 33- الحربي، حياة (1422هـ) ادارة الجودة الشاملة كمدخل لتطوير الجامعات السعودية، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الادارة التربوية والتخطيط، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة.
- 34- العشير، محمد (1415هـ): المشاركة الاجتماعية في برنامج الرعاية الصحية الأولية في مناطق نجران، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- 35- عوض، حسني، النمر، رائد (2010م): واقع تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية في الميدان الطبي ومعوقتها من وجهة نظر العاملين في المؤسسات الطبية في محافظتي قفيلية وطولكرم، رسالة ماجستير منشورة، مجلة العلوم الاجتماعية، فلسطين.
- 36- علي، سنوسي (2005م): تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة المسيلة، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد السابع، الجزائر.
- 37- القمير، عبد الرحمن (2001م): مدى فاعلية الممارسة المهنية لمرشدي الطلاب، دراسة تقويمية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المدارس الحكومية الثانوية التابعة لوزارة المعارف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية الآداب قسم الخدمة الاجتماعية، الرياض.
- 38- الملحم، ناصر عبد العزيز مبارك (2007م): الاعتماد الأكاديمي لمدارس التعليم العام في المملكة العربية السعودية، نموذج مقتر، رسالة دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
- 39- الداغ، سامع عبد العزيز (1999م)، تصميمات النسق المفرد، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد الرابع والعشرون، العدد (1)، الكويت.

(ب) المجلات والدوريات:

1- تقرير منظمة الصحة العالمية (2008م): الوثائق الأساسية، ط 43، التربية الصحية، استعراض برنامج جنيف، جنيف.

(ج) الرسائل الجامعية:

- 1- جريدة الرياض (2010م): السبت 12 محرم 1432هـ - 18 ديسمبر 2010م - العدد 15517.
- 2- خوخة، توفيق ومحمود، شحاته (2002م): دليل اجراء العمل في المركز الصحية، وزارة الصحة، ط2، الرياض.
- 3- خوخة، توفيق وآخرون (2001م): الرعاية الصحية الأولية تاريخ وانجازات ومستقبل، مطابع الفرزدق التجارية، الرياض.

(د): مواقع الانترنت:

- 1- وزارة الصحة، الادارة العاملة للمراكز الصحية (1993م): دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الثالثة، البرنامج التدريبي، الرياض.
- 2- وزارة الصحة، اللجنة العلمية للجودة النوعية (1993م): مؤشرات الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية، المملكة العربية السعودية.
- 3- وزارة الصحة، سياسات واجراءات العمل للرعاية الصحية (2011م): الوكالة المساعدة للطب العلاجي، لجنة تحديث السياسات والاجراءات التمريضية، الرياض.

2.6. المراجع باللغة الانجليزية:

Alinsky, S (1965): The War on Poverty: Political Pornography. Journal of Social Issues.

World Health Organization (1988). Education for health, AMANUL On health education in primary health car, communicating the health message: methods and media.

Oliver D, Thapar A Mead N, Gelb sfran Roland mO " identify predictors Of high quality car in English general practice: observational study ". British Medical Journal 1-6

JULIA, M&. Billups, J (1987): Changing Profile of Social Work Practice: A content Analysis. Social > Abstracts, & WORK Research

Dorfman, R (1996): Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision. New York: Brunner/Mazel Publishers

Ewalt, P (1979). Toward A Definition of Clinical Social Work. Washington, D.C.: NASW

Frost, A (1991): Private Practice in Eastern Massachusetts: Preliminary Findings. Unpublished Manuscript. Simmons College School of Social Work. Boston.

- Goldstein, E (1979): Knowledge Base in Clinical Social Work. In P. L. Ewalt (Ed.), Toward a Definition of Clinical Social Work. Washington, DC. NASW
- Goldstein, E (1995). Ego psychology and Social Work Practice. New York: The Free Press
- Helen, N (1995): Clinical Social Work: Knowledge and Skills. Second Edition. New York: Columbia University Press
- Larson, J&. Hepworth, D (1990): Direct Social Work Practice. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company
- Larsen, J& Hepworth, D. Rooney, R (1997): Direct Social Work Practice Theory and Skills. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kirk, S &. Kutchins, H (1987). DSM-III and Social Work; Malpractice. Social Work.
- Rowe, W (1996): Client-Centered Theory: A Person-Centered Approach, In F. J. Turner (Ed.): social work organization of medical work, transation publishers, July Social Work Treatment. New York: The Free Press
- Thomilson, R (1996). (Ed.), Behavior Theory and Social Work Treatment, In F. J. Turner New York: The Free Press. Social Work Treatment
- Robinson, H & Woods, M (1996). Psychosocial Theory and Social Work Treatment, In F. J. Turner (Ed.), Social Work Treatment. New York: The Free Press

**Doi:** [doi.org/10.52133/ijrsp.v4.37.5](https://doi.org/10.52133/ijrsp.v4.37.5)