

بَحْثُ بَعْنَوَانِ
أَلْيَاتِ التَّنْسِيقِ بَيْنِ الْمُنْظَمَاتِ الْحُكُومِيَّةِ وَغَيْرِ الْحُكُومِيَّةِ لِتَحْقِيقِ
جُودَةِ خِدْمَاتِ الصِّحَّةِ الْإِنْجَابِيَّةِ

إِعْدَادُ
إِيْمَانِ مَحْمُودِ مِصْطَفِي مَحْمُودِ الْعِطَارِ

١٤٤٢هـ - ٢٠٢١م

المقدمة

إن الرعاية الصحية حق أساسي من حقوق الإنسان ضمنه وأكدته الأديان السماوية والصحة الإنجابية جزء لا يتجزأ من الصحة العامة لذلك فهي ذاتها أصبحت حقاً أيضاً، وإن قضية تقييم الصحة الإنجابية للنساء يأتي عند نقطة التقاطع بين الرعاية الطبية والاجتماعية والتغيير الطبى والاجتماعى، حيث أن الممارسين مهتمون بالتغيير الطبى والنفسى الاجتماعى، وحيث أن طريقة تنظيم المجتمع لها دور فى توجيه وتنمية العلاقات بين منظمات الرعاية الاجتماعية حتى تتوفر لها علاقات تضمن بقاء واستمرار تلك المنظمات التى تحتاج إليها المجتمع وفى سبيل ذلك تسعى لتوضيح المصالح المشتركة للمنظمات المتعاونة فى العمل على أن يتم تحقيق أهداف معينة منبثقة عن مصالح المنظمات من خلال العلاقات التنسيقية فيما بينها والعمل على أن تكون هذه العلاقات تتصف بالدينامية والتجديد بحيث تتغير أهدافها تبعاً لتغير احتياجات المنظمات وإيجاد الأساليب التى تزيد من فاعلية العلاقات بين منظمات المجتمع بعضها البعض.

ولقد حققت مصر طفرة كبيرة فى تحسين مجالات الصحة الإنجابية لتشمل بالإضافة لخدمات تنظيم الأسرة، الرعاية الصحية للأطفال والتي تشمل التحصينات إلى سن دخول المدرسة والرعاية للطفلة البنت ورفض الممارسات الضارة الخاطئة مثل ختان الإناث، كذلك الرعاية الصحية الأولية للسيدات أثناء الحمل، والولادة المأمونة، والرعاية بعد الولادة، وأيضا وسائل التغذية السليمة للأم والطفل، والرضاعة الطبيعية، والعمل على الوقاية والعلاج من العقم للزوجين، كذلك العمل على الكشف المبكر عن الأورام (مثل سرطان الثدي) والوقاية والعلاج من أمراض الجهاز التناسلي والجهاز الإنجابي وخصوصا الأمراض التى تنقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل مرض الأيدز، كذلك تتضمن برامج الصحة الإنجابية فى مصر إعطاء المرأة الحق فى مشاركة الزوج لاتخاذ القرار لتحديد عدد أفراد أسرته، والمشورة فى حالات العقم، واعتبرت كل خدمات الصحة الإنجابية جزءاً من الخدمات الصحية الأولية.

والتزم برنامج العمل فى مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بتحسين نوعية الخدمات المقدمة وتحسين برامج التدريب المتعلقة بتقديم هذه الخدمات وتم تدريب الأطباء وهيئات التمريض ومستشاري تنظيم الأسرة وقادة الشباب فى المجتمع لتقديم خدمة متميزة فى هذا المجال.

أولاً التطورات التى حققتها مصر للنهوض بالصحة الإنجابية^١

قامت مصر بإعادة هيكلة القطاع الصحى، حيث يتمثل الهدف العام من إعادة هيكلة القطاع الصحى فى مصر فى تحسين النواتج الصحية ونواتج الصحة الإنجابية على مستوى السكان عن طريق ما يلى:

- ١- اعتبار خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية الأساس لعملية التطوير والإصلاح وبالتالي فإن إدماج خدمات الصحة الإنجابية فى نظام الرعاية الصحية الأولية من شأنه أن يكفل استمرارية الخدمات واستدامتها بالإضافة إلى خفض التكاليف المرتبطة بها.

- ٢- إدماج عملية توفير الخدمات داخل منظومة خدمية على مستوى المجتمع المحلى.

- ٣- التحقق من توافر حزمة من الخدمات الأساسية وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع.

- ٤- التوفيق بين النفقات الحكومية والخاصة المرتبطة بالصحة لتحويل عملية تقديم حزمة الخدمات.

- ٥- توطيد الشراكة الفعالة بين القطاع الحكومى والقطاع الخاص بغرض تيسير توفير خدمات الرعاية الصحية وبالنسبة للصحة الإنجابية تشمل حزمة الخدمات

ثلاث مجموعات من الخدمات الفعالة:

أ- خدمات الرعاية الصحية للأم وتشمل تدخلات الأمومة الآمنة وتنظيم الأسرة .

ب- خدمات صحة الطفل وتشمل التعامل مع أمراض الطفولة والتطعيمات .

ج - خدمات رعاية البالغين وتشمل الأمراض المنقولة جنسياً.

وبدءاً من عام ٢٠٠٣ وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان بادرت وزارة الصحة والسكان بتنفيذ مشروع دعم وإدماج خدمات الصحة الإنجابية بوزارة الصحة والسكان والذى أبرز إحراز تقدم ملحوظ

فيما يتعلق بتحقيق بعض الأهداف الانمائية للألفية خاصة تلك المتعلقة بصحة الأم والطفل وعلى الرغم من ذلك تم رصد بعض الفجوات الرئيسية فيما يتعلق بكيفية توظيف الخدمات الصحية نتيجة لتدني نوعية الرعاية الصحية فضلاً عن تعذر التجارب مع احتياجات الصحة الانجابية بين السيدات بشكل عام نتيجة للفصل بين الخدمات المرتبطة بصحة الأم من جهة وتلك الخدمات المرتبطة بتنظيم الأسرة من جهة أخرى وذلك في ظل النظام الرأسي للرعاية الصحية، وقد شرعت مصر في توسيع شبكة الخدمات عن طريق بناء وحدات متخصصة في صحة المرأة في العديد من المناطق الريفية، كما قامت بتطوير وتحديد عدد إضافي من الوحدات بإجمالي ٥٨٠٧ وحدة وسعيًا إلى التواصل مع المناطق النائية قامت وزارة الصحة والسكان بتوفير ٥٧٦ عيادة متنقلة تم نشرها على مستوى الجمهورية، كما تساهم في دعم العيادات التي يتم توفيرها من قبل جمعيات أهلية ومنظمات غير حكومية عن طريق تزويدها بمعدات وأجهزة بغرض زيادة مستوى المشاركة في تقديم الخدمات وحتى يتم استكمال هذه الشبكة أطلقت مصر برنامج القطاع الخاص بغرض تدريب العديد من مقدمي الخدمة في القطاع الخاص لضمان جودة الخدمات التي يتم تقديمها وفي الوقت ذاته، واصلت مصر التحقق من توفير الامدادات والمستلزمات الطبية بما في ذلك على سبيل المثال المستحضرات والعقاقير الطبية المرتبطة بالصحة الانجابية وغيرها من وسائل تنظيم الأسرة.

جودة خدمات الرعاية المرتبطة بالصحة الانجابية^٢

تمثل تحسين كفاءة القوى العاملة جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية التي بادرت مصر بصياغتها بغرض ضمان جودة الخدمات التي يتم تقديمها في إطار برنامج تحسين الجودة والذي بدأ تنفيذه منذ سنوات وفي الوقت ذاته يساهم هذا الأمر في تنمية المسار المهني للأطباء وهو ما يتجلى في الخطط الموضوعية لدعم أطباء الأسرة والتي يجري تنفيذها على مستوى الجمهورية ولقد أزاح المسح التقييمي لمستوى توفير الخدمات في مصر الستار عن انخراط ما يقرب من ٩٨% من إجمالي المنشآت الصحية التي خضعت لعملية التقييم بما في ذلك على سبيل المثال المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والسكان.

أما بهدف تحقيق الحقوق الانجابية فقد بادرت مصر بتصميم وإعداد استراتيجيات متسقة تساهم في التجاوب مع العوامل الهامة التي تؤثر على رفاهية المجتمع مع مراعاة أهمية تطبيق هذه الاستراتيجية بصورة فعالة وشاملة وهو ما ينطوي على تعزيز دور كل من القطاع العام والمنظمات غير الحكومية والجمعيات الأهلية والقطاع الخاص وأيضاً من خلال حشد المشاركة المجتمعية وفي هذا الصدد بادر المجلس القومي لحقوق الإنسان بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان بإعداد دليل يتناول مجالات الحقوق الانجابية والذي تم إصداره ونشره في عام ٢٠٠٩ وقد استغرق إعداد هذا الدليل ما يزيد على العام ومن المقرر تخصيص البرامج التدريبية المقررة لمجموعة موسعة من الأطراف المستفيدة بما في ذلك مقدمي الخدمات الصحية، ومن الملاحظ أن المرأة قد حصلت على خيارات أكثر وجودة أفضل للرعاية الصحية الانجابية.

لماذا الاهتمام بالصحة الإنجابية علي المستوي القومي والعالمي ؟

هناك ثلاثة محاور لهذا الإهتمام كما يلي :-^٣

المحور الصحي : تمثل المشاكل الطبية المتعلقة بالصحة الإنجابية نسبة كبيرة من إجمالي العبء المرضي علي السيدات في سن الغنجاب كما ان هناك تباين صارخ في مستويات الصحة الإنجابية بين الفقراء والاعنياء في العالم اكثر من اية دلالات صحية أخرى وعلي سبيل المثال فإن ٩٩% من وفيات الامهات تقع في العالم النامي.

محور التنمية : الصحة الإنجابية مكون هام من مكونات التنمية ويظهر هذا في مثالين علي المستوي

العالمي، المثال الأول هو الإهتمام الكبير الذي إنعقد في القاهرة ١٩٩٤ وهو ليس مؤتمراً طبياً ، والامر الثاني هو أن أهداف التنمية للألفية الثالثة التي تبنتها حكومات العالم وكانت ثمانية أهداف فقط فتلاثة منها هي أهداف للصحة الإنجابية .

محور حقوق لإنسان: بالإضافة إلي الجانب الصحي والتنموي هناك إهتمام بالصحة الإنجابية من منظور حقوق الإنسان والمواثيق الدولية المقننة .

حيث ان الهدف الإفتراضي لكي يعيشها الأفراد حياة صحية خالية من الأمراض هناك بعض عوامل الخطر التي تكون خارج السيطرة مثل الإستعداد الجيني والتاريخ الأسري والحوادث لذلك تحتاج المرأة إلي التعليم والإهتمام والسيطرة علي صحتها الخاصة والقدرة لتحقيق أسلوب حياتي صحي .

مبادئ الجودة

عند تحسين جودة الرعاية الصحية تجرى محاولة فى نظام القطاع الصحى لتخطيط (وضع خريطة) نظام تقديم الرعاية الصحية ومقارنته بمستوى الأداء المطلوب والذي سوف يمكن من تعبئة كل مسئولى المقاطعة الصحية لتحقيق أهداف ونتائج البرنامج المخطط له سلفا وينبغى على مختلف الشركاء أن يظلوا ويراجعوا الاجراءات المطلوبة للإستجابة للاحتياجات الصحية للناس وما يجب على برنامج الرعاية الصحية أن يفعله لمقابلة هذه الاحتياجات^٤ وللحصول على قاعدة معلومات أساسية عن برنامج جودة الرعاية الصحية الأولية يتم تجميع ملف متكامل عن المستوى القائم(الحالى) لتقديم الخدمة، حيث يجرى تحديد الخدمات التى تقدم وعلى أى مستوى ولمن وما هى التكلفة وتحت أى محدد للجودة ولضمان التنفيذ السلس والانسبابى لعملية الجودة توضح غايات تطويرية تؤدى فى النهاية إلى الالتزام الكامل بمعايير برنامج الجودة الموضوعه وفى هذه العملية(تطوير الجودة)فى الرعاية الصحية فإن كل الابعاد الثلاثة للنظام أى المهنية والادارية والمجتمع(العميل) توضع فى الاعتبار ويتم تحديد كيف أن كلا من هذه الابعاد يستجيب ل ويعمل لىفى بالمتطلبات الموضوعه ويتم ترجمة مدى تقديم الخدمة فى كل مستوى ومواصفات الجودة الملحقة إلى أفعال تتفق مع المهام الموكلة للفرق الصحية^٥.

لذلك فإن هناك أربعة مبادئ تحدد المسار لتحقيق الجودة^٦

- ١- التركيز على العميل: إن حاجات العميل ورغباته يجب أن توجه التخطيط والأداء لأى خدمة كانت ويكون العميل عادة إما داخليا أو خارجيا.
 - أ- العميل الداخلى: أولئك الاشخاص الموجودون فى داخل المؤسسة، وينضم تحت مفهوم العميل الداخلى مقدموا الخدمة المباشرون والمشرفون وأعضاء الفريق الصحى ككل.
 - ب- العميل الخارجى: وهو المستقبل والمستفيد النهائى من الخدمة الصحية.
- ٢- التركيز على النظام أو العملية
- ٣- التركيز على القرارات المبنية على المعلومات: إن المعلومات مطلوبة فى كل المناطق التى تعاني من مشاكل وذلك من أجل:-
 - أ- أن تحدد وتعرف المشكلة.
 - ب- أن تحدد جذور المشكلة أو العمليات التى يتوقع حدوث أخطاء بها.
 - ت- قياس نتائج الحلول المطبقة والتأكد من أنها تعمل بشكل صحيح.
- ٤- التركيز على مشاركة وعمل فرق تحسن الجودة.

دور المنظمات الحكومية وغير الحكومية للنهوض بالصحة الإنجابية فى مصر

أولاً دور المنظمات الحكومية والمتمثلة فى وزارة الصحة والسكان، حيث حاولت وزارة الصحة والسكان استهداف العديد من الأولويات الصحية فى مصر ذلك من خلال برامج رأسية تعتمد بشدة على المساعدة من الجهات المانحة وتشمل هذه البرامج مايلى:^٧

- ١-السكان، الصحة الإنجابية وبرامج تنظيم الأسرة لقد تم تأسيس لجنة قومية لشؤون السكان تختص بالمسائل السكانية منذ عام ١٩٥٣ وقد تم وضع ثلاث سياسات سكانية ناجحة فى مصر تم تطبيق الأولى فى عام ١٩٧٣ والثانية فى عام ١٩٨٠ والثى شهدت تأسيس المجلس القومى للسكان فى عام ١٩٨٥ أما الثالثة فكانت عام ١٩٨٦ ولقد قام المجلس القومى للسكان عام ١٩٩١ بوضع أهداف محددة للأنشطة السكانية وذلك من خلال استراتيجية سكانية وخلال تلك السنوات استمر تطوير برنامج السكان بدرجات متفاوتة من النجاح وبتدعيم من هيئات متنوعة متمثلة أساسا فى الوكالة الأمريكية الدولية للتنمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان وتتركز

المعونات المقدمة من الجهات المانحة بصورة أساسية على تقديم الامدادات والمساعدات الفنية، فقد قدمت الجهات المانحة مايزيد من ٥٠% من التمويل الخاص لأنشطة البرنامج السكانى الحكومى وحوالى ٧٠% لتمويل هذه الأنشطة فى القطاع الخاص.

٢- **برامج مكافحة أمراض الاسهال** والتهابات الجهاز التنفسى الحاد، يعدان هذان البرنامجان من مكونات المشروعات المدعومة من قبل الوكالة الأمريكية الدولية للتنمية، ويعد برنامج مكافحة أمراض الاسهال هو الأسبق بسنوات قليلة وله إدارة خاصة به فى وزارة الصحة والسكان وقد استفاد من أولويته منذ الثمانينات، أما برنامج مكافحة التهاب الجهاز التنفسى الحاد فيرجع تاريخه إلى أواخر الثمانينات عندما حصل على قوة دافعة من وضع برامج منظمة الصحة العالمية التى ركزت على إلتهابات الجهاز التنفسى الحاد، وقد تبنى كل من برنامج مكافحة أمراض الاسهال والتهابات الجهاز التنفسى الحاد تعريفات الحالات وبرتوكولات الرعاية الموضوعية من قبل منظمة الصحة العالمية ومن حيث المبدأ فإن العلاج القياسى لكل حالة متاح فى المنشآت الصحية كما تم تدريب نسبة كبيرة من العاملين على تقديم هذا العلاج، وقد أثبت برنامج مكافحة أمراض الاسهال فاعلية فى خفض نسبة وفيات الأطفال التى تحدث نتيجة لأمراض الاسهال وأصبحت الآن تأتى فى المرتبة الثانية بين الأمراض المسببة لوفيات الأطفال.

٣- **برنامج التطعيمات** الموسع قد يكون برنامج التطعيمات الموسع أكثر البرامج التى يسهل الحصول عليها والمتاحة والتى يستخدمها عدد كبير من الاشخاص، من بين كل البرامج الصحية فى مصر، وتبعاً لما ورد عن مسئولين من وزارة الصحة والسكان فإن العديد من أولياء الأمور لا يطلبون خدمات صحية لهم أو لأطفالهم ولكنهم يحرصون على تطعيم أطفالهم، وقد ثبت فاعلية هذا البرنامج فى تخفيض نسبة الاصابة بالامراض التى يمكن تجنبها عن طريق التطعيم مثل شلل الأطفال .

٤- **صحة الأم**

لقد أثبتت الحكومة المصرية التزامها السياسى المستمر بتحسين الخدمات المقدمة فى مجال صحة الأم والطفل فى عام ١٩٩٤ عندما كانت مصر هى البلد المضيفة للمؤتمر الدولى للسكان والتنمية، تبنت الحكومة المصرية منهجاً شاملاً لصحة المرأة مع التركيز على تخفيض وفيات الأمهات، كما أن تخفيض وفيات الأمهات كان أحد الأهداف الرئيسية للخطة القومية الخمسية (١٩٩٨-٢٠٠٢) لوزارة الصحة والسكان، وتقوم الادارة العامة لصحة الأم والطفل التابعة لقطاع الرعاية الصحية الأساسية بوزارة الصحة والسكان بالاشراف على تطبيق البرنامج القومى لخفض معدلات وفيات الأمهات، وقد استخدمت الوزارة النتائج والتوصيات التى تم التوصل إليها من الدراسة القومية لحالات وفيات الأمهات، التى أجريت فى عام ١٩٩٢-١٩٩٣ لتصميم التدخلات وتنفيذها (عملية تطوير برنامج رعاية الأمومة وتنفيذه) فى خلال العقد الأخير ولقد تم إعطاء اهتمام خاص لتحسين جودة رعاية الولادات، بالإضافة إلى تشجيع السيدات على إتباع السلوك الملائم فى السعى للحصول على الرعاية الصحية وتقوم جميع المنشآت الصحية الحكومية بتقديم خدمات رعاية الأمومة وزالطفولة وعلى المستوى القومى قامت الإدارة العامة لصحة الأم والطفل بتحديد الخدمات التى يتم تقديمها فى مجال رعاية الأمومة والطفولة، والتى تشتمل على الرعاية الأساسية والشاملة للقيام بالولادة الطبيعية والتعامل مع مضاعفات عملية الولادة، ولقد تم وضع بروتوكولات علاجية، ومعايير للرعاية الأساسية للتوليد، ومناهج للتدريب لبناء الكفاءة / القدرة وتم التصديق عليها رسمياً ليتم استخدامها على المستوى القومى، ولقد تناول جودة الرعاية الصحية المقدمة من خلال سلسلة من القرارات الادارية التى تغطى عدداً من القضايا مثل تواجد بعض كبار الأخصائيين خلال عمليات التوليد، تدريب الموليدات ومنحن التراخيص اللازمة، وتحسين خدمات نقل الدم ، واستخدام الايرادات الذاتية للمنشآت الصحية فى تحسين مستوى الخدمة المقدمة بها.

ولقد تم تنفيذ برنامج صحة المرأة من ١٩٩٥-٢٠٠١ بتمويل جزئى من الصندوق الاجتماعى للتنمية بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان، وقد وضعت أهداف المشروع للإرتقاء بخدمات الأمومة فى حوالى ٣٠٠ وحدة صحية فى كل المحافظات وتدريب الأطباء والممرضات والمتفقات الصحيات

الاجتماعيات لتحسين القدرات فى مجال صحة الأم والصحة الانجابية وكان الهدف تحسين القدرات الفنية والتأثير على المعتقدات والسلوكيات الصحية للمنتفعات ، ولقد تم تحديث ما يزيد من ١٧٠ مركز رعاية للأمومة فى المناطق الريفية والحضرية والتي كانت تعاني من نقص الخدمات وذلك لى تقدم خدمة الولادة الطبيعية بالصورة الآمنة والنظيفة ولكى تقوم بإحالة الحوامل اللاتي يعانين من مضاعفات فى الحمل ، وقد تم تحديث ٧٥ وحدة صحية ريفية ووحدات الرعاية الصحية الأساسية لنتمكن من تقديم الرعاية لحالات الولادة الطبيعية ولتحسين الاتصال مع المراكز

ثانيا دور المنظمات غير الحكومية

تقوم المنظمات غير الحكومية بتقديم العديد من خدمات التنمية والرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية بما فى ذلك تقديم خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة، وتقوم وزارة الصحة والسكان بانتداب الأطباء وأحيانا الممرضات للعمل إما لجزء من الوقت أو طول الوقت فى الجمعيات الأهلية ولكنها لا تملك السلطة فى إجبارهم على العمل فى هذه الجمعيات ويوجد نظام للإشراف والمتابعة يقوم على المتابعة المنظمة لعيادات المنظمات غير الحكومية ويتم هذا الإشراف على مستويين إشراف يقوم به المديرون المتواجدون فى العيادات وإشراف من العاملين المركزيين ويتم الإشراف الإدارى من خلال العاملين فى فروع المنظمات غير الحكومية الموجودة على مستوى المحافظات بينما يقوم بالإشراف الطبى عليها مديريات الصحة والسكان على مستوى المحافظات.^٨

وتتمثل المنظمات غير الحكومية فى الجمعية المصرية للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة ، جمعية الهلال الأحمر المصرى.

١-جمعية الهلال الأحمر المصرى

حيث تساهم جمعية الهلال الأحمر المصرية فى توفير خدمات صحية وطبية بالإضافة إلى تنفيذ العديد من الأنشطة الاجتماعية والتنمية، وتساهم جمعية الهلال الأحمر المصرية فى اشراك الشباب من الجنسين فى أنشطة تدريبية كما تبادر بتعزيز خدمات تنظيم الأسرة وذلك فى إطار العيادات الخاصة بها.^٩

حيث أن للجمعيات الأهلية(المنظمات غير الحكومية) قوة كامنة فى مؤازرة برامج السكان ولها تاريخ عظيم فى المشاركة فى البرنامج القومى للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة ويرجع هذا إلى:^{١٠}

أ-سرعة الاستجابة على المستوى المحلى.

ب-تغطية العديد من الأماكن الجغرافية.

ج-الاعتماد على الابتكار والمرونة والقيادة والعمل التطوعى وكذلك المشاركة المحلية.

د-وجود بدائل وأنشطة طبيعية واسعة، أنشطة اجتماعية واقتصادية ورعاية طبية.

هـ-تحقيق احتياجات وتوقعات المجتمع.

حيث يكون لدى المنظمات غير الحكومية مرونة كاملة فى تحديد أسعار خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة والتي يساعدها فى الاستجابة لاختلافات السوق والحالة الاجتماعية والاقتصادية لمتلقى الخدمة من خلال المناطق المحددة، كذلك تعمل تلك المنظمات كهزمة وصل بين مقدمى خدمات تنظيم الأسرة والمنتفعات عن طريق جذب المنتفعات اللاتي لهن فترة مالية محدودة للدفع لخدمات تنظيم الأسرة.

٢-الجمعية المصرية للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة

حيث أنشئت عام ١٩٥٨ تحت مسمى جمعية الدراسات السكانية وفى عام ١٩٦٦ اشهرت باسم الجمعية العامة لتنظيم الأسرة لمواكبة اهتمام الدولة بالمشكلة السكانية وهى تتبنى قضية تنظيم الأسرة فى القطاع الأهلى غير الحكومى عام ١٩٩٢ أعيد اشهارها باسم الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة ، حيث تخضع للإشراف الإدارى من وزارة التضامن الاجتماعى وللإشراف الفنى من وزارة الصحة والسكان وبالتالي فهى تعتبر منظمة أهلية تعمل فى مجال السكان وتنظيم الأسرة فى أفريقيا ، حيث أن الغايات الاستراتيجية المراد تحقيقها هى:^{١١}

أ- الحصول على الخدمات والمعلومات: حيث يصبح لدى جميع الناس القدرة على ممارسة حقوقهم الانجابية والحصول على المعلومات والتثقيف بخدمات الصحة الانجابية العالية الجودة في إطار عدم التمييز على أساس النوع الاجتماعى خاصة المجموعات الفقيرة والمهمشة والمحرومة .
ب- المراهقون والشباب، إن جميع المراهقون والشباب في مصر على دراية بمقومات الصحة السليمة ولديهم القدرة على اتخاذ القرارات الواعية المتعلقة بصحتهم الانجابية.
ج- مكافحة الايدز: الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرى/ الايدز والحماية الكاملة لحقوق الأشخاص المصابين والمتأثرين به.

د- مكافحة الاجهاض غير الآمن: الاعتراف القومى بحق المرأة فى الحصول على المعلومات والتثقيف الصحى حول مخاطر الاجهاض غير الآمن وطرق الوقاية منه لخفض نسبة حدوثه.
هـ- الدعوة: الالتزام والدعم الشعبى والسياسى والمالى لحقوق الصحة الانجابية على المستويين المحلى والقومى، حيث ترى الجمعية المصرية للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة أن الحكومة يجب أن تتولى المسئولية الأساسية عن تقديم خدمات تنظيم

الأسرة، وتعتبر الجمعية أن دورها ضرورى ومكمل لدور وزارة الصحة والسكان، كما يمكن للجمعية المصرية للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة استكمال دور الحكومة عن طريق اتباع أساليب مبتكرة فى تقديم الخدمات وعن طريق العمل فى المناطق المحرومة والنائية.¹²

أسباب تطور الجودة¹³ من الاسباب التى أدت إلى تطوير مفاهيم وأساليب الجودة ظهور ما يسمى بالسوق العالمى وزيادة التنافس والتكنولوجيا وسهولة التواصل داخل الدولة الواحدة وبين الدول، فمن التركيز على جودة المنتج النهائى فقط إلى إدخال مفهوم وإجراءات الجودة بداية من التصنيع وحتى الوصول إلى المستهلك، ثم أصبح التحسين المستمر ضروريا للقدرة على المنافسة، ثم إنشاء إدارة الجودة لتعزيز مفهوم إرضاء المستهلك والعمل الجماعى والتحسين المستمر لسير العمليات والمخرجات، ولقد ظهر مفهوم الجودة فى أوروبا فى العصور الوسطى ثم تطور المفهوم لينتشر من بريطانيا فى القرن الثامن عشر إلى جميع الدول الأوروبية لتصبح الجودة أمرا ضروريا فى مجال الصناعة ومن الاهتمام بالمنتج إلى تطبيق الجودة فى عمليات التصنيع والمتابعة فى أوائل القرن العشرين، وانتشرت فكرة الجودة فى السبعينات فى العمليات التجارية ثم شمل فى التسعينات القطاعات الخدمية مثل التعليم والرعاية الصحية والمؤسسات الحكومية.

ولقد بدأ الاهتمام بموضوع الجودة يأتى كنتيجة طبيعية لكونها إحدى الاستراتيجيات الأساسية لمواجهة الموجات المتزايدة من التحديات الكونية والإقليمية وتداعياتها المحلية التى غيرت من شكل ومضمون المؤسسات المجتمعية كافة وفرض عليها حتمية الوصول إلى المزايا التنافسية ولذا فإن نظم الجودة المختلفة من ضمان للجودة وتحكم فى إدارة الجودة الشاملة صارت هى المداخل الطبيعية لتحسين أداء المنظمات أو المؤسسات المجتمعية ودفعت بها للوفاء بمتطلبات المستفيدين منها.¹⁴

وبالتالى فقد انتقل مفهوم الجودة من مجال الحرص على جودة المنتجات إلى مجال الحرص على الخدمات، كذلك انتقل إلى تغير مفاهيم الإدارة التقليدية لتشجيع استقلالية العاملين بتقليل الحوافز الرسمية وتكوين فروق العمل المدارة ذاتيا والتمكين فى اتخاذ القرارات حتى أقل مستوى وظيفى وتغيير أدوار القيادة وبناء وتدعيم الولاء المؤسسى لدى العاملين داخل المنظمة، كل ذلك لإستخراج أفضل ما فى البشر من كفاءات بحيث يتم القيام بالعمل بطريقة سليمة منذ اللحظة الأولى فالجودة اليوم لم تعد تحدد من خلال المواصفات الفنية ولكن من خلال العملاء العاملين بالمنظمة.¹⁵
ولقد ذكر شارلز 1996 أن الجودة تشتمل على ستة عناصر أساسية هى:-¹⁶

- 1- المساواة وتتمثل فى حصول الجميع على نصيب مساوى للأخريين من الخدمة.
- 2- الفعالية وهى تحقيق الفائدة المرجوة للفرد والمؤسسة والمجتمع .
- 3- الملاءمة بمعنى ملاءمة الخدمة وإجراءاتها لاحتياجات الناس .
- 4- سهولة الحصول: بمعنى عدم تقيد الخدمة بحدود زمنية أو مكانية .
- 5- القبول: حيث أن الخدمة تقدم لأشباع رغبات وتوقعات العملاء وكذلك بالنسبة لمقدمى الخدمة أنفسهم وأيضا المجتمع ككل .

٦- الكفاية: بمعنى توزيع الانفاق المتعلق بالخدمات وعدم قصره على خدمة أو عميل واحد على حساب الخدمات والعملاء الآخرين.

ويمكن القول أنه من بين العناصر الستة السابقة تكون هناك علاقة سببية لعنصرى ملاءمة الخدمة والعدالة وذلك بالمستفيدين أكثر من مقدمى الخدمة أما عنصر الكفاءة فهو يمثل أهمية بالنسبة لبقية العناصر وبدون عنصر الكفاءة لا يمكن تحقيق القبول والفاعلية أيضا.
مقارنة للرؤية الحديثة والقديمة للجودة^{١٧}

| الرؤية القديمة للجودة | الرؤية الحديثة للجودة |
|--------------------------------|--------------------------------|
| - الجودة للمنتج فقط. | - الجودة للمنشأة ككل. |
| - الجودة شأن فنى. | - الجودة شأن استراتيجى. |
| - الجودة مسئولية التفتيش. | - الجودة مسئولية كل الاشخاص. |
| - تطبيق الجودة بقيادة الخبراء. | - تطبيق الجودة بقيادة الادارة. |
| - الجودة هى التميز. | - الجودة هى الشئ المناسب. |
| - الجودة هى الرقابة والسيطرة | - الجودة هى التحسين المستمر. |

لماذا الاهتمام بجودة الخدمات؟

- هناك أسباب عديدة تدعونا إلى الإهتمام بجودة الخدمات نذكر منها:-^{١٨}
- الحفاظ على استمرارية العملاء الحاليين.
 - كسب عملاء جدد.
 - الحصول على ولاء العملاء.
 - تخفيض تكاليف تقديم الخدمة.
 - تحسين سمعة المؤسسات الحكومية التى تقدم الخدمة.
 - تحسين سمعة المؤسسات الاهلية التى تقدم الخدمة.
 - تقليل نسبة الخطأ فى تقديم الخدمة.
 - تقديم خدمات متميزة.
 - القدرة على التنافس.
 - زيادة الطلب على الخدمات.
 - تجنب شكاوى العملاء فى المستقبل.
- كما يرى ماكس ويل أن هناك ستة عناصر أساسية مرتبطة بجودة الخدمات هى كالتالى:^{١٩}
- سهولة الوصول إلى الخدمة: موقع الخدمة وإمكانية الحصول عليها.
 - ملاءمة الخدمة: مدى مناسبة نوع وأنماط الخدمة لإحتياجات المجتمع.
 - العدالة: عدالة تقديم الخدمة لمختلف فئات المواطنين.
 - الكفاءة: الاقتصاد فى استخدام الموارد وتحقيق مردود عال للاموال الوظيفة.
 - القبول: مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة.
 - الفاعلية: مدى فاعلية الخدمات المقدمة.

معايير الجودة

تلعب المعايير دورين هامين فى المنظمة التى لديها برنامج واسع لجودة الخدمة:^{٢٠}
أولاً: يجب أن يكون هناك مقياس معتمد لتطوير جودة الخدمة التى تسعى إليها، حيث أن عملية تحديد الأهداف والعلاقات التى يهتدى بها هى فى حد ذاتها جزء من البرنامج الكامل لجودة الخدمة.
ثانياً: إن معايير الأداة نفسها تشكل عنصراً من البرنامج ويمكن وضع حد لمعايير الأداء لمهام الخدمات الرئيسية، إن تطوير وتنفيذ مثل هذه المعايير يعد عنصراً شديداً الفاعلية فى الحصول على المعلومات الخاصة بالجودة كما أنه يرتبط أيضاً ببعض نواحي التدريب اشامل وبوجه خاص التى تتعلق بدور المديرين والذى يشمل فرق العمل من أجل الجودة

ضمان الجودة فى تقديم خدمات الصحة الانجابية^{٢١}

أدى عدم الانتظام فى اتباع الممارسات المواكبة لإحداث التطورات فى المستشفيات التعليمية والمشاريع الخاصة إلى انخفاض مستوى الأداء العام وعدم المساواة فيما يتعلق بمستوى الخدمات أو سهولة الحصول عليها وهناك احتياج لأن تولى عناية خاصة أثناء عملية إصلاح النظام الصحى

وخاصة ما يتعلق بالتخطيط اللامركزي وما ينجم عنه من مسؤوليات ليتم تبنى الممارسات الجيدة بإتساع النظام كله كما يجب تطوير وإنشاء أنظمة "الوجستية" لتوفير السلع الضرورية بشكل مستمر. والخطوات اللازمة في هذا المجال:

١- إجراء تخطيط استراتيجي يسهم فيه كل من المهنيين الصحيين والمديرين لتقييم المستوى المثالي للجودة في الرعاية الصحية وتحديد أفضل الطرق لتحسين مستوى الجودة في حدود الموارد المتاحة.

٢- تعميم واختيار الاستراتيجيات للتوسع في التدخلات التي أثبتت فاعليتها.

٣- تفعيل وتبنى ومراقبة معايير الممارسة الاكلينيكية في القطاعين الخاص والعام.

٤- تعيين شركاء من المنظمات غير الحكومية ومن القطاعين الخاص والتجاري لزيادة توفير واستخدام خدمات الصحة الانجابية.

حيث أن الخصائص الأربعة لضمان الجودة كما يلي:

١- الوعي بتحقيق احتياجات وتوقعات المرضى والمجتمع.

٢- التركيز على النظم والسلاسل والاجراءات.

٣- استخدام البيانات لتحليل سلاسل إجراءات تقديم الخدمة الصحية.

٤- تشجيع أسلوب العمل كفريق لحل المشاكل ولتطوير وتحسين الجودة.

حيث تطبق برامج تحسين الجودة المستمر على منافذ خدمات تحسين الجودة المستمر للصحة الانجابية من أجل^{٢٢}

١- رفع مستوى الأداء الطبى فى مجال تكنولوجيا خدمات تنظيم الأسرة .

٢- رفع مستواالأداء الطبى فى مجال منع العدوى.

٣- تحسين الشكل العام للعيادات .

٤- الالتزام بإرضاء المنتفعة.

٥- تطبيق النظم الادارية لتحسين أداء الفرد وأداء الفريق.

٦- العمل بروح الفريق لتحسين سلوكيات العاملين وعاداتهم.

نظام للمتابعة والتقويم والاستفادة من نظم المعلومات فى مساعدة مديرى البرامج على اتخاذ القرار.

أبعاد ضمان الجودة فى الرعاية الصحية

يمكن أن نوجز هذه الأبعاد على النحو التالى:^{٢٣}

١- ادراك المجتمع العميل للجودة: إن ادراك الأفراد والأسر والمجتمع لجودة يعتمد على توقعاتهم

وافترضااتهم فهم غير راضين عندما تكون تجربتهم بخصوص الخدمة أقل من توقعاتهم ولذا

فإن إدراك المستخدمين (المستفيدين) للجودة يمكن أن تتحكم فيه بتغيير اتجاهاتهم وعمل

التغييرات المطلوبة فى الجودة. حيث تتعامل مع جودة الرعاية الصحية على مستوى المجتمع

من خلال أربعة مداخل مختلفة:

أ- تحسين أداء الفريق الصحى لتمكينهم من الاضطلاع بأدوارهم كحلفاء اتصال فاعلة بين

المجتمع والفرق الصحية فى مرافق الرعاية الصحية ذات المستوى الأول ومن اكتساب القدرة

الكافية لإستيفاء مهامهم بطريقة شاملة ذات كفاءة.

ب- تحسين الخدمات على مستوى الأسرة، حيث أن الأم هى المدخل وفى هذا المستوى فإن شمول

الأسر واستفادتها من خدمات الرعاية الصحية فإنه سيتم تتبع اتغير فى الاتجاهات والسلوك

كنتائج إيجابية وفى الغالب فإن ذلك سيحدد جودة مدخلات الرعاية الصحية فى المنطقة.

ت- تعزيز مؤسسات المجتمع المحلى فى عملية تنفيذ جودة الرعاية الصحية وثمة تركيز خاص

يجب أن يوجه لعملية تعبئة المجتمع، حيث أن ذلك يشكل حجر الأساس لتكامل خدمات

الرعاية الصحية فى الممارسات المجتمعية والأسرية.

ث- تحسين الرعاية للمرضى الذين يطلبون خدمات الرعاية الصحية فى منشآت الرعاية ذات

المستوى الأول أو مستشفيات مستوى الإحالة الأول، وبالتالي يلزم هذه المنشآت الصحية لبذل

كل جهد ممكن للوفاء بإحتياجات المجتمع كما يدركونها وكما يدركها المهنيون بكفاءة وبالاستخدام الأمثل للموارد .

٢- الجودة المهنية (جودة الأداء): وهي إحدى الأبعاد الهامة للجودة التي تخاطب المجموعتين الفرعيتين التاليتين لمتغيرات الجودة:-

أ- عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية: ويختص هذا المكون بموضوع ما إذا كانت مجموعات تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة في كل مستوى تنظم وتنفذ بمهارة ولاسيما التدخلات التعزيزية أو التطويرية والوقائية والاجراءات التشخيصية القياسية لمعالجة الحالة، وكذلك إجراءات المسح.

ب- حصيللة تدخلات الرعاية الصحية: ويختص هذا المكون بموضوع ما إذا كانت الخدمة تفي بالاحتياجات المقدره للمجتمع والأسرة والأفراد وهناك طريقة عمل لقياس الجودة وهي أن نقدر التغيير في مؤشرات العملية لمختلف أنشطة الرعاية الصحية مثل التغطية بالتطعيمات والصحة الانجابية، وتطوير الموارد البشرية وغير ذلك من خلال خدمات الرعاية الصحية حسب الخطط الموضوعية كما يتم تقدير مؤشرات حصيللة الحالة الصحية المتعلقة بالمرضاة والوفيات والتغييرات السلوكية الايجابية كخصائص مباشرة للجودة.

٣- إدراك الجودة: وهذه تتعلق بالاستخدام الكفاء للموارد كما هو مخطط له ومخصص من قبل الحكومة أو وزارة الصحة ومديريات الشؤون الصحية المنفذة ، إن التوفير في التكلفة يمكن أن يتم في الخدمات الصحية برق لا تؤدي إلى خفض الانتاجية وهي لهذا تعالج كبعد مستقل ذلك لأن بعضا من النقائص في عملية الخدمة يتم اكتشافها عن طريق فحص أبعاد الجودة المهنية/العميل، وتقاس جودة الادارة عن طريق تقدير تكلفة الجودة الرديئة علما بأن معظم هذه النقائص أو السلبيات يمكن تجنبها، حيث أن ضمان جودة التشغيل والتصميم المناسب لعملية تقديم الخدمة يؤدي إلى تحسين جودة إدارة الخدمة فهو يضمن أن التوظيف الصحيح للموارد والعلماء والمعلومات تجمع في المكان المناسب والوقت المناسب بالطريقة الصحيحة، كما أن تحسن الجودة في الأداء يؤدي إلى تحسينات في الجودة الخاصة بالعملاء والجودة المهنية، ذلك لأن الموارد قد تم تحريرها والأخطاء والهدر قد تم خفضها أو تلافئها.

٤- سلامة المرضى: تشكل الأحداث السلبية والأخطاء المهنية تحديا حصاريا لجودة الرعاية الصحية وتسبب في وقوع أضرار جسيمة على المستوى الفردي والاجتماعي والاقتصادي وتعزيز سلامة المرضى يعد عنصرا أساسيا في إدارة الجودة والاعتماد ويتطلب الحيلولة دون وقوع الأحداث السلبية وإظهارها للعيان وتخفيف آثارها حين تقع مع التركيز على ثلاث مناطق رئيسية هي العوامل النظامية – مأمونية المنتجات- مأمونية الخدمات مع تحفيز العمل الصحي من خلال المحاور التالية: تحسين دقة معلومات التعرف على المريض، تحسين الكفاءة، الاتصال ما بين مقدمي الخدمة، تحسين مأمونية استخدام الأدوية، استبعاد الأخطاء الشائعة، تحسين مأمونية استخدام مضخات المحاليل، تحسين فعالية وكفاءة أنظمة الإنذار السريرية، خفض مخاطر التعرض للعدوى المكتسبة.

تصور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع وتفعيل آليات التنسيق بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية في تحقيق جودة خدمات الصحة الانجابية:

١- الاستراتيجيات المقترحة لعملية التنسيق بين المنظمات هي:^{٢٤}

أ- استراتيجية الموقع المكاني

ويقصد بها توزيع المنظمات العاملة في مجال الصحة الانجابية عند انشائها مكانيا، بحيث تشغل مواقع تجعل خدماتها في متناول المستفيدات من جانب وتيسير اقامة علاقة وثيقة فيما بينها بافتراض ان الموقع المكاني يقرب بدوره من المسافة الاجتماعية بين تلك المنظمات.

ب- استراتيجية ازدواج الخدمات

يتوخي التنسيق أساسا عدم ازدواج لامبرر له في تقديم خدمات الصحة الانجابية حتي لاتعرض تلك الخدمات بمعدل أعلي من طب سكان المجتمع عليها.

ج- استراتيجية العضوية المشتركة

والتي تعني بضرورة ان تقام شبكة من العضوية المشتركة بين مجالس ادارات المنظمات العاملة في مجال الصحة الانجابية والتي توجد في مكان واحد، وذلك بأن يضم مجلس ادارة كل منظمة عضواً أعلي الأقل من مجلس ادارة منظمة اخري، وذلك لسهولة التنسيق بين القرارات والوصول إلي انجازات ملموسة.

د- استراتيجية التكتل

وتشير هذه الاستراتيجية إلي تعاون المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الصحة الانجابية من خلال حشد الموارد والامكانيات .

٢- التكتيكات التي يمكن استخدامها في استراتيجية التنسيق

أ- تكتيك العمل المشترك، ويتطلب تعبئة الموارد من أجل تحقيق الأهداف المشتركة.

ب- تكتيك الاقتناع ، من خلال تقريب وجهات النظر للحصول علي الخدمات

٣- مهارات التنسيق

- أ- مهارة العمل بين المنظمات
- ب- مهارة الاتصال

٤- ادوات طريقة تنظيم المجتمع في دعم التنسيق بين المنظمات يمكن لمنظم الاجتماعي

استخدام العديد من ادوات طريقة تنظيم المجتمع أهمها ما يلي^{٢٥}:

- أ- اللجان والمؤتمرات
- ب- الاجتماعات والندوات والزيارات ج- المقابلات والمناقشات الجماعية
- د- التسجيل ه- الوسائل السمعية والبصرية

٥- أدوار المنظم الاجتماعي التي يستخدمها للتنسيق بين المنظمات هناك العديد من الأدوار

التي يقوم بها المنظم الاجتماعي مثل:

- أ- دور واضح الاستراتيجية، ويعني ذلك انه يساعد المنظمات الاعضاء علي تحديد اهداف التعاون والتوصل غلي الوسائل التي تحقق بها تلك الاهداف.
- ب- دوره كباحث، من خلال البحث يتم توفير المعلومات عن الاحتياجات الأساسية.
- ج- دور موزع المنافع، مما يضمن استمرارية العمل والتعاون بين المنظمات.
- د- دور ضابط الاتصال، مما يحقق مزيدا من التعاون والتقارب الاجتماعي.
- ه- دور المفاوض، وذلك لاحداث نوعا من التوازن بين الاهتمامات المتصارعة وتدعيم عمل التحالفات.
- و- دور المجدد، من خلال تطوير وسائل تحقيق التعاون بين المنظمات.

منهجية تنظيم المجتمع في ظل الجودة: ^{٢٦}

أولاً: توجيه المنظم الاجتماعي للالتزام بمعايير الأداء المتميز مثل:

- أ- الايمان والقناعة التامة برسالة الاصلاح الاجتماعى الذى تتصدى له الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع، وذلك من قبل الممارسين المهنيين لهذه الطريقة على كافة المستويات داخل المجتمع المحلى ومؤسساته المختلفة.
 - ب- انطلاق الممارسة المهنية من الاطار النظرى العام لطريقة تنظيم المجتمع بما يتضمن هذا الاطار من معارف ومبادئ وقيم ومهارات وتجارب ميدانية، وهذا يعنى أن أى ممارسة لاتعتمد على الاطار النظرى والعملى للطريقة لايمكن أن يطلق عليها ممارسة مهنية لهذه الطريقة ولايمكن تحسب النتائج أيا كانت على مهنة الخدمة الاجتماعية وطريقتها فى تنظيم المجتمع وبذلك وجب الالتزام عند الممارسة بمنهجية هذه الطريقة فى الممارسة.
 - ت- الرفض التام للعشوائية والارتجال وهذا المعيار يؤكد الرفض التام وعدم الاعتراف بالممارسة التى تعتمد على وجهات النظرية الشخصية دون التقيد بالأسس المهنية للممارسة والتى تسير عليها طريقة تنظيم المجتمع محليا وعالميا وتجدر الإشارة إلى أن أحد العوامل الرئيسية فى قصور الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع فى مصر وعدم تحقيقها لأهدافها هو عشوائية الممارسة واعتمادها على الرأى الشخصى وليس الرأى المهنى والعلمى.
 - ث- التحديد الدقيق لأهداف الممارسة المهنية فى ضوء :
 - التقدير الدقيق للموقف الاشكالى كما هو فى الواقع. - امكانات المؤسسة التى يتم العمل من خلالها.
 - امكانات وقدرات الاخصائى الاجتماعى.
 - امكانات وقدرات المجتمع المحلى صاحب الموقف الاشكالى.
 - المدى الزمنى المطلوب فيه انجاز تلك الأهداف. - اللوائح والقوانين والقيم السائدة فى المجتمع.
 - ج- أن يقوم بالممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع أخصائى اجتماعى معد ومختبر وعلى درجة عالية من الكفاءة والقدرة على الممارسة حسب مستوى الممارسة المطلوبة.
 - ح- الانطلاق من الموجهات النظرية سواء كانت نظريات أو نماذج..... إلخ
- ثانياً: توجيه المنظم الاجتماعى للالتزام بمعايير الانجاز المتميز .
- ثالثاً: توجيه المنظم الاجتماعى للالتزام بتحقيق معايير الجودة فى المؤسسات المجتمعية والمتمثلة فى:-

- مجلس الادارة المتميز
- فريق العمل الكفاء
- امكانات المؤسسة المناسبة
- خدمات المؤسسة المتميزة
- تفعيل المشاركة المجتمعية لدعم المؤسسة
- رضا المستفيدين عن خدمات المؤسسة.

ولقد حدد زيمثال ١٩٩٠ مجموعة من المؤشرات يمكن الاسترشاد بها عند قياس جودة الخدمات^{٢٧}:

- ١- الظاهر أو الملموس: وتعنى المقومات الشخصية والامكانات المؤسسية والتسهيلات الاتصالية.
- ٢- الفهم والاحترام: وتعنى فهم واحترام المستهدفين ورغباتهم واحتياجاتهم.
- ٣- المسئولية: وتعنى توافر الاستعداد والرغبة فى مساعدة المستهدفين والسرعة فى تقديم الخدمة.
- ٤- الكفاءة: وتعنى امتلاك المعارف والمهارات اللازمة لتقديم الخدمة والحصول على التدريب المستمر لتطويرها دائماً إلى الافضل.
- ٥- الثقة: ويقصد بها امتلاك القدرة على القيام بأداء المهام المكلف بها باستقلالية ودقة وإحكام.
- ٦- الأمن: أى التحرر من الشكوك والأخطار وتقديم الأفكار والمبادرات الخلاقة.

الخاتمة

من خلال العرض السابق اتضح أن مجال الصحة الانجابية من أهم المجالات التي يجب أن تعمل فيها مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة تنظيم المجتمع بصفة خاصة، حيث أول ما عملت مهنة الخدمة الاجتماعية بهذا المجال عن طريق الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة والصحة الانجابية، ولقد اتضح أن دور المهنة لم يتبلور بعد في هذا المجال، مما يتطلب إعداد الأخصائي الاجتماعي إعداداً مهنيًا للقيام بدوره من خلال مراعاة أنه أحد أعضاء فريق العمل في هذا المجال مستخدماً في ذلك أهم استراتيجيات ومهارات طريقة تنظيم المجتمع.

المراجع

١-مركز المعلومات ودعم واتخاذ القرار: حالة السكان في مصر " ١٥ عاما على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤" (القاهرة، مجلس الوزراء المصري ، مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان ،٢٠١٠)ص٣٠،

٢-المرجع السابق ذكره،ص٣٧

3-Barbara A- Anderson : reproductive health women and men , shared responsibility ,
united states of America (USA) tanes and Bartle ++ , Ing 2005 , p.2 .

٤-أحمد محمود: جدوى شراكة الحكومة والمنظمات غير الحكومية في مجال الصحة الانجابية في المكسيك(القاهرة، مؤسسة المرأة الجديدة، وثيقة القاهرة، ماذا حدث منذ ١٩٩٤، العدد التاسع، ٢٠٠٦)ص٣٣

٥-توفيق بن حمد أحمد خوجة: المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية (المملكة العربية السعودية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، ٢٠٠٥، ١٤٢٦هـ) ص٩٠

٦-المرجع السابق ذكره، ص١٠٦

٧-وزارة الصحة والسكان: مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية(جمهورية مصر العربية، وزارة الصحة والسكان، ٢٠٠٤)ص١٨،١٧

٨-المرجع السابق ذكره،ص٢٠

٩-مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار : حالة السكان في مصر(١٥ عاما على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤، مرجع سبق ذكره)ص٨٠

١٠-فاطمة الزناتي ،رمضان حامد: مقومات عيادات الجمعيات الأهلية لتستمر في تقديم خدمات ذات جودة عالية(القاهرة، المجلس القومي للسكان، الزناتي ومشاركوه للدراسات والبحوث الاستشارية، ٢٠٠٢)ص٢٠١

١١-الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة: المحقق من الخطة الاستراتيجية للجمعية ٢٠٠٥-٢٠١٥ وإحصائيات الخدمات لعام ٢٠١٠(القاهرة، الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة، ٢٠١٠)ص٤

١٢-الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة: الجمعية المصرية للصحة الانجابية وتنظيم الأسرة" كتيب السياسة"(القاهرة، الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة، دن)ص٥٨

١٣-وجدى طلعت، شيماء العربي: الجودة والاعتماد في تعليم المهن الصحية،ط١(القاهرة،منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، قسم التعليم الطبي كلية الب جامعة قناة السويس، ٢٠١٢) ص١١،٧

١٤-عبدالله على عبدالله عودة: تقييم مشروع تحسين جودة التعليم في ضوء معيار المشاركة المجتمعية(المؤتمر العلمي الدولي الحادي والعشرون لكلية الخدمة الاجتماعية المجلد الثاني عشر، ٢٠٠٨)ص٥٧٥٢

١٥-عزة محمد حسنين بدوى: تقييم جهود المنظم الاجتماعى في تحسين جودة البرامج الاجتماعية بالأندية النسائية للتخفيف من مشكلات المرأة المعيلة (المؤتمر العلمي الدولي الثانى والعشرون لكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان،المجلد الثامن، ٢٠٠٩)ص٣٦٦٠

١٦-فوزى محمد الهادى منصور شحاتة: تحديد مستوى جودة الخدمات الاجتماعية وفق رضا العميل عنها(مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد العشرين، الجزء الثالث، ٢٠٠٦)ص١٠٥٣

- ١٧- عبد الرحمن بن على آل الشيخ فى توفيق بن أحمد خوجة: المدخل فى تحسين جودة الخدمات الصحية (المملكة العربية السعودية، المكتب التنفيذى لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ٢٠٠٥) ص ٢
- ١٨- مدحت محمد أبو النصر: إدارة منظمات المجتمع المدنى، ط١ (القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر، ٢٠٠٧) ص ٣٢٩
- ١٩- طلعت مصطفى السروجى، مدحت ابو النصر: جودة الخدمات الاجتماعية (مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد الحادى والعشرون، الجزء الرابع، ٢٠٠٦) ص ١٤٥٣
- ٢٠- تونى نيوباي: التدريب على جودة الخدمة ، ترجمة شويكار زكى، ط١ (القاهرة مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٣) ص ٢٥-١٩
- ٢١- ترجمة نجلاء طاهر: نحو استراتيجىة لإسراع تحقيق الغايات والمستهدفات التنموية الدولية الخاصة بالصحة الانجابية (فى وثيقة القاهرة ماذا حدث منذ ١٩٩٤) (القاهرة، مؤسسة المرأة الجديدة، العدد التاسع، ٢٠٠٦) ص ١١
- ٢٢- أحمد رجائى عبد الحميد، أحمد عبد المنعم عبدالله: نحو رؤية بديلة لإستراتيجيات الصحة الانجابية فى الدول العربية (المؤتمر العربى الأول لصحة الأسرة والسكان، UNFPA، برنامج الخليج العربى لدعم منظمات الأمم المتحدة الانمائية، قطاع الشؤون الاجتماعية وحدة المشروع العربى لصحة الاسرة، المجلد الثانى، ٢٠٠٦) ص ١٩
- ٢٣- توفيق بن أحمد خوجة: تحسين جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص ٦٩-٧١
- ٢٤- حسنى إبراهيم الرباط : الإدارة فى الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، دار الثقافة للطباعة و النشر ، ١٩٨٣ ، ص : ١١١
- ٢٥- نظيمة أحمد محمود سرحان وآخرون: مقدمة فى الخدمة الاجتماعية المعاصرة (جامعة حلوان، مركز توزيع ونشر الكتاب الجامعى، ٢٠٠٥) ص ١٩٩
- ٢٦- عبد الخالق محمد عفيفى: طريقة تنظيم المجتمع المنهجية والممارسة العملية مع رؤية تطبيقية فى إطار البحث العلمى (الاسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ٢٠١٢) ص ص ٢٨٤-٢٨٨
- ٢٧- مجدى فادى أبو العلا: المعايير الأساسية لجودة العلاقة المهنية بين الاخصائيين الاجتماعيين والجماعة (المؤتمر العلمى الدولى الخامس والعشرون لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء التاسع، ٢٠١٢) ص ٣٧٥٤