

العنوان:	آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية
المصدر:	مجلة الخدمة الإجتماعية
الناشر:	الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين
المؤلف الرئيسي:	حسن، شادية ربيع ذكي
المجلد/العدد:	ع59، ج7
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2018
الشهر:	يناير
الصفحات:	264 - 325
رقم MD:	919380
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الخدمة الاجتماعية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/919380

آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية

إعداد/ د. شادية ربيع ذكي حسن

مدرس تنظيم المجتمع المعهد العالي

للخدمة الاجتماعية بالقاهرة

المبحث الأول: مدخل لمشكلة الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة.

احتلت قضية التنمية بمختلف جوانبها مكاناً بارزاً في المجتمعات بكافة أنواعها على حد سواء على اعتبارها وسيلة أساسية يمكن عن طريقها تحقيق معدلات مرتفعة من الرقي والتقدم والرفاهية باعتبارها الوسيلة المثلى لتحقيق حياة أفضل لكافة المجتمعات المتقدمة والنامية. (١، ص ٩)

أن التنمية في جوهرها عملية تهدف إلى تحسين نوعية حياة الإنسان، وتحقيق الرفاهية، فالتنمية كعملية متعددة، تسعى لتحديد الأهداف والغايات وتنفيذ البرامج لتحقيق هذه الأهداف، مع مراعاة القيم الاجتماعية والثقافية، والمتغيرات الاقتصادية في المجتمع. (٢، ص ٣٧٥)

وتحقق التنمية من خلال الاستثمار الأمثل للموارد المادية والبشرية حتى تكون للتنمية متكاملة، بحيث تغطي كافة أنشطة الحياة الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، والصحية، ويتحقق ذلك من خلال الاستغلال الأمثل لكافة الموارد والإمكانات، فالتنمية بالأخص تهتم بالعنصر البشري الذي يمثل أساس تقدم كل المجتمعات، لأن صحة الإنسان هي جوهر عملية التنمية البشرية. (٣، ص ٦)

ومع تزايد الاهتمام العالمي والمطى بالجمعيات الأهلية في الحد من مشكلات الحاضر وتحديات المستقبل، فأصبحت تتحمل جزء كبير من مسئولية التنمية الاجتماعية والاقتصادية وللصحية. (٤، ص ٢) فمن أهم الحقائق التي تؤكدتها الدراسات والبحوث في مجال التنمية بقطاعاتها المختلفة أهمية تعاظم دور المنظمات غير الحكومية في جهود وبرامج الرعاية للصحية وإشباع احتياجات المواطنين. (٥، ص ٥٤)

أن التغيرات المستمرة في مختلف جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، تفرض على مكونات المجتمع من أفراد وجماعات ومؤسسات ومنظمات بناء علاقة تفاعلية قوية مع بعضها البعض لمواجهة هذه التغيرات، والتي من أهمها الرؤية التتموية لدور الجمعيات الأهلية في مختلف قطاعات الدولة كشريك لأجهزة الدولة الحكومية، وقدرتها على إدارة البرامج الصحية لخدمة المجتمع سواء أفراد أو جماعات. (٦، ص ٤٥)

ويطلب ذلك من الجمعيات الأهلية على مختلف قطاعات عملها أن تنتقل من دور الرعاية إلى الدور التتموي القائم على التكامل بدلاً من التعارض وخاصة في ظل ما يتعرض له مجتمعنا الآن من ظروف تتطلب العمل الجاد لتحقيق التنمية الشاملة. (٧، ص ٩٩)

ومما لا شك فيه أن أهم القطاعات التي تمثلها الجمعيات الأهلية هو القطاع الصحي، لتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين داخل المجتمع بجانب المؤسسات والأجهزة الحكومية.

فإيجاد آليات لتحقيق التكامل بين برامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية العاملة في هذا القطاع سوف يكون بمثابة مساندة اجتماعية للمجتمع للحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية، وأيضاً تساعد في تخفيف العبء على القطاع الصحي الحكومي، إذ تُعد الرفاهية الصحية من أهم أهداف العمل الاجتماعي الذي يسعى إلى النهوض بالمجتمعات لتكون أكثر تقدماً وتحضراً، الأمر الذي يؤكد ضرورة توفير

اليات بين الجمعيات الأهلية في هذا القطاع من أجل الوصول إلى تحقيق التكامل في الخدمات الصحية المقدمة. (٨، ص ٦)

وتحدد أهمية التكامل بين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية في مساعدتها على تضافر جهودها وتجميع قواها والمساعدة على تنامي فرص التعلم المتبادل بين الجمعيات الأهلية ذات الخبرات المختلفة، والإمكانيات المتنوعة، وتوسيع قاعدة جهود الدعم والمساندة والتواصل والتعاون لمواجهة الاحتياجات المتغيرة والمتجددة للمستفيدين من هذه الخدمات. (٩، ص ٧٧)

فالتكامل بين جهود الجمعيات الأهلية في برامج الرعاية الصحية يساعدها على زيادة التنسيق بينها وذلك لتغلب على مشكلة ازدواج الخدمات بالإضافة إلى دعم التعاون وتنمية وتوثيق الروابط والعلاقات بينها وتحقيق للخبرات والمنفعة وزيادة الاتصال وتكوين قاعدة معلومات من ناحية إمكانياتها وأهدافها والمستفيدين منها. (١٠، ص ٩٠)

ويتحقق التكامل بين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من خلال التبادل في الموارد والإمكانيات والخبرات والمعلومات والعمل على تحديد أساليب احتياجات المستفيدين من الخدمات المتقدمة والشراكة والتعاون والتكاتف والقيام بالتخطيط الدقيق لأشطتها والتنسيق فيما بينها، لتكون لها رؤية واضحة للأهداف وتحديد الأولويات لنجاح برامج الرعاية الصحية المقدمة. (١١، ص ٢)

لذلك كانت هناك حاجة ملحة لتحقيق التكامل بين البرامج والخدمات التي تقدمها الجمعيات الأهلية كوسيلة ناجحة في تيسير العمل المشترك فهو يقلل من ظاهرة تشتت الجهود ويساعد في التفكير الاستراتيجي الموحد كما يحفزها على تكوين علاقات تكاملية بدلا من علاقات المنافسة.

ثانياً: عرض وتحليل الدراسات السابقة.

سوف نتناول الدراسة الحالية مجموعة من الدراسات والبحوث التي تمثل التراث الأدبي المرتبط بمتغيرات الدراسة، حيث يتم تناول تلك الأدبيات من خلال محورين وهما: الدراسات المرتبطة بالتكامل بين الجمعيات، ثم الدراسات المرتبطة ببرامج الرعاية الصحية والتي تؤكد على أهمية الدراسة الحالية.

أ- الدراسات التي تناولت التكامل بين الجمعيات الأهلية.

أشارت دراسة * أحمد صادق رشوان، ٢٠٠٥ *^(١٢) إلى التكامل بين الجمعيات الأهلية وتمكين المرأة المعيلة، حيث هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين الجمعيات الأهلية وتمكين المرأة المعيلة من خلال التعاون والتنسيق، والتبادل، والاتصال، وكانت أهم نتائج الدراسة أنها أكدت على صعوبة توفير المعلومات

والبيانات الكافية عن الجمعيات الأهلية العاملة في مجال المرأة المعيلة، نقص الخبرات داخل الجمعيات للقيام بعملية التبادل، ضعف التمويل الذي تتلقاه الجمعيات، كذلك عدم وجود الأجهزة اللازمة لعملية الاتصال، وكذلك ضعف الموارد والإمكانات المادية والبشرية لدى الجمعيات، وكانت أهم المقترحات التي توصلت إليها الدراسة فتح قنوات اتصال فعالة بين الجمعيات وبعضها البعض، وتدعيم سبل تمويل لها، وإنشاء قاعدة بيانات داخل الجمعيات.

أما دراسة " سامية بلرح فرج، ٢٠٠٦" (١٢) فهدفت إلى للتوصل لتصور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية لرعاية الأطفال المعاقين ذهنياً وأسره، وكانت أهم نتائج الدراسة أنها أكدت أن هناك أشكال من التعاون بين المنظمات أولها الاشتراك في تنفيذ برامج ومشروعات التي تخدم المعاقين وأسره، كما أن هناك أشكال من التبادل بين المنظمات غير الحكومية والحكومية من حيث الأدوات والأجهزة والاتصال لتنفيذ المشروعات التي تخدم المعاقين وأسره، كما توصلت الدراسة إلى إن التنسيق بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية أدى إلى عدم إصدار قرارات متعارضة كشكل من أشكال التنسيق.

وتناولت دراسة " أسماء سعيد: ٢٠٠٩" (١٣) طبيعة العلاقة بين التكامل والمنظمات غير الحكومية وأثر تلك العلاقة على تحقيق المشروعات المجتمعية لأهدافها، من خلال طبيعة العلاقة بين التكامل بأبعاده الأربعة بين المنظمات غير الحكومية وأثره على تحقيق المشروعات المجتمعية لأهدافها المادية، وتحديد معوقات ومقترحات للتكامل بين المنظمات غير الحكومية وأثره على تحقيق المشروعات لأهدافها، وكانت أهم نتائجها التوصل إلى أهم المعوقات التي تحد من التكامل بين المنظمات تمثلت ضعف العلاقات بين المنظمات وصعوبة الوصول إلى قرار متفق عليه من قبل المنظمات غير الحكومية، تبادل الخبرات بين العاملين بالمنظمات غير الحكومية، وعدم العدالة في توزيع الموارد بين المنظمات غير الحكومية، وعدم وضوح المصالح المشتركة بين المنظمات وبعضها، ووجود صعوبة في تمويل مشروعات مشتركة فيما بين المنظمات، وعدم وجود لوائح وقوانين تنظم التعاون بين المنظمات وكان من أهم مقترحاتها تدعيم سبل التمويل بين المنظمات لتشجيعها على التعاون، تكاتف الجهود بين المنظمات لتحقيق هدف مشترك.

وأشارت دراسة " ولاء جمال كامل، ٢٠١٧" (١٤) إلى دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية، حيث هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين المنظمات الأهلية والحكومية العاملة في مجال الرعاية الصحية، وكذلك تحديد دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التكامل بين الخدمات الصحية الحكومية والأهلية، وكانت أهم نتائج الدراسة أن أكثر أنواع العلاقات التي توجد بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية هي التعاون فيما بينهم، وأن أكثر صور التكامل بين المنظمات الحكومية والأهلية هي التكامل في البرامج والخدمات، وأن أكثر ادوار الأخصائي الاجتماعي هو دوره كضابط للاتصال. وأن أكثر المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي هي المعوقات التي ترجع للمنظمات الحكومية والأهلية.

كما أشارت دراسة "صباح محمد محمد، ٢٠١٧" (١٥) إلى تكامل الجهود الحكومية والأهلية في مواجهة مشكلات مرضي السرطان، حيث كان من أهم أهدافها تحديد طبيعة التكامل بين الجهود الحكومية والأهلية، كما تهدف إلى تحديد الآليات المستخدمة في تحقيق التكامل بين الجهود الحكومية والأهلية وكذلك

المعوقات، كذلك التوصل إلى تصور مقترح لدعم التكامل بين الجهود الحكومية والأهلية في مواجهة مشكلات مرضي السرطان، وكانت أهم نتائج الدراسة أن مستوى الآليات التي تستخدمها المنظمات الحكومية والأهلية لتحقيق التكامل فيما بينهم تمثلت في الاتصال والتبادل والتعاون والتنسيق والتشبيك، كما أثبتت نتائج الدراسة أن توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠.٠١ بين تكامل الجهود الحكومية والأهلية ومشكلات مرضي السرطان، وقد يرجع ذلك إلى وجود ارتباط عكسي بين هذه المتغيرات وأنها جاءت معبرة عن ما تهدف إليه الدراسة لتحقيقه.

ب- الدراسات التي تناولت برامج الرعاية الصحية.

تناولت دراسة^{١٧} صفيان محمد ابوزيد، ٢٠٠٠ (١٧) معوقات خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة والتخطيط لمواجهتها بمحافظة القاهرة، حيث هدفت الدراسة في الوقوف على معوقات الحصول على خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة، وكانت أهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة أن هناك ارتفاع في معوقات الحصول على الخدمة الطبية، وتدني تقديم الخدمات الفنية والفندقية والغذائية، كما أكدت الدراسة أنه يمكن مواجهة معوقات الحصول على الخدمات الصحية من خلال زيادة التمويل، وتوفير الكوادر البشرية الجيدة ذات الكفاءة العالية في التخصصات المختلفة بالمستشفيات العامة، الصيانة المستمرة للأجهزة الحديثة، وتدعيم العلاقات الإنسانية الجيدة بين المسؤولين بعضهم البعض وبين المسؤولين والمرضى.

وهدفت دراسة^{١٨} سليم شعبان سليمان، ٢٠٠٢ (١٨) إلى رصد اتجاهات سياسة الرعاية الصحية في ضوء التحولات الاقتصادية والاجتماعية وانعكاسات التحولات الاقتصادية والاجتماعية على التغيرات الحادثة في سياسة الرعاية الصحية في مصر، وأشارت أهم نتائج الدراسة أن سياسة الرعاية الصحية مازالت في بعض جوانبها مرتبطة بفترة ما قبل هذه التحولات والتمثلة في تطبيقات مفهوم دولة الرعاية في خدمات الرعاية الاجتماعية بصفة عامة والرعاية الصحية بصفة خاصة، وان تقديم الخدمات الصحية مقابل دفع نفقتها من خلال القطاع الصحي الخاص يؤدي بالضرورة إلى تحكّم قوى السوق الاقتصادية وآليات العرض والطلب في عائد هذه الخدمة ومن هنا تظهر اللامساواة الاجتماعية كما يؤثر ذلك سلباً على مستوى الخدمة الحكومية المجانية ومستوى الخدمة الخاصة وانعدام تحقيق العدالة الاجتماعية، حرص سياسة الرعاية الصحية على الاحتفاظ والتأكيد على قيم المساواة والمشاركة والقيادة الجماعية واتخاذ القرار.

كما ركزت دراسة^{١٩} Christian، ٢٠٠٤ (١٩) على تحقيق الحماية الاجتماعية والأمن الاجتماعي من خلال تدبير احتياجات الأسرة من رعاية صحية واقتصادية، حيث أشارت إلى ضرورة وجود نظام ضمان اجتماعي للتخفيف من حدة الفقر، حيث أوضحت أن هناك علاقة بين الدخل والصحة، حيث أكدت أنه كلما زاد الفقر تدهورت الحالة الصحية، وأن خدمات الضمان الاجتماعي تخفف من حدة الفقر وتحقق الحماية والأمن الاجتماعي للذات من شأنهما مساعدة الفقراء على مواجهة مشكلاتهم التي يعانون منها.

أما دراسة^{٢٠} Katherine، ٢٠٠٥ (٢٠) أكدت الدراسة على أن الشبكات الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في تقديم خدمات الرعاية الطبية للحالات المزمنة الذين لديهم خطر متزايد من الأمراض المزمنة واعتمادهم على الرعاية الصحية لتقديم العلاج لهم من خلال المراكز الطبية لشؤون قدامى المحاربين، وتحاول الدراسة اكتشاف العلاقة بين خصائص الشبكة الاستشارية للمستشارين الصحيين واستخدام الرعاية الصحية، وتم إجراء مقابلات هاتفية مع مائتي شخص من السكان الذكور الضعفاء الذين يمثلون قدامى

المحاربين الذين تزيد أعمارهم عن ٥٥ عاماً، وتم قياس المتغيرات الصحية الديموجرافية والفيزيائية والنفسية، وكذلك هيكل الشبكة (الحجم والتكوين)، ووظيفة الشبكة، (المعونة الآلية، الدعم العاطفي، التقييم الصحي، والرصد الصحي)، ورضا الشبكة. وتشمل تدابير الحصيلة أيام المستشفى، زيارات إدارة الطوارئ، واستلام الرعاية الصحية المنزلية.

أما دراسة شفيق أحمد، ٢٠٠٦^(٢١) فتناولت تقييم خصخصة خدمات الرعاية الصحية، حيث هدفت الدراسة في التعرف على طبيعة خدمات الرعاية الصحية، والتعرف على إيجابيات وسلبيات خصخصة خدمات الرعاية الصحية، كذلك هدفت إلى التوصل إلى بعض المقترحات بشأن خصخصة الرعاية الصحية، وكانت أهم نتائج الدراسة أنها أكدت على أهم دوافع خصخصة خدمات الرعاية الصحية معالجة الدولة لانخفاض مستوى الأداء للقطاع الصحي الحكومي، وحل مشكلات القطاع الصحي، كما توصلت للدراسة لإيجابيات خصخصة خدمات الرعاية الصحية في التقليل من الإجراءات الروتينية، وتطوير مستوى النظافة في المستشفيات، وتقديم خدمات طبية متميزة، وأن أكثر سلبيات خصخصة خدمات الرعاية الصحية تمثلت في عدم مناسبة أسعار خدمات الرعاية الصحية لمحدودي الدخل، واستغلال ظروف المرض في سبيل تحقيق أقصى قدر من الربح، وأيضاً تحويل الخدمات العلاجية الإنسانية إلى عملية تجارية.

وأشارت دراسة عبد الوهيس محمد، ٢٠٠٦^(٢٢) إلى العدالة الاجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية، هدفت الدراسة في تحديد واقع العدالة الاجتماعية في توزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بإقليم الإسكندرية، وتمثلت أهم النتائج في صحة اختبار فروض الدراسة بالإضافة إلى التوصل إلى إطار تخطيطي مقترح يتضمن: تعميم نظم معلومات قومية لخدمات الرعاية الصحية، وإيجاد جهاز رقابي يحكم عملية توزيع الموارد البشرية والمادية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية حتى يتسنى وصول تلك الخدمات لمن يستحقها، وضرورة وضع معايير محددة لاستحقاق خدمات الرعاية الصحية للحكومية بالمحافظة المختلفة وضرورة وجود جهاز لتنسيق خدمات الرعاية الصحية على مستوى محافظات الإقليم الواحد، وأن يكون لقسم الخدمات الصحية للحكومية بهيئة التخطيط الإقليمي دور فعال في توزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بمحافظات الإقليم طبقاً لمبدأ تحديد الأولويات.

أما دراسة هناء محمد، ٢٠٠٧^(٢٣) فتناولت متطلبات تطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية، حيث سعت للدراسة إلى تحقيق هدف عام مؤداه تحديد متطلبات تطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية، وذلك من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في المتطلبات المعرفية والمهارية والقيمية اللازمة لتطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات الطبية، وكانت أهم نتائج التي توصلت إليها الدراسة هو التأكيد على ضرورة توافر المتطلبات المعرفية لأعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية ومن أهمها الإلمام بأسس الصحة النفسية والسلوك والإنساني، معرفة دور ومسؤوليات الأخصائي الاجتماعي داخل وخارج المؤسسات الطبية، كما أكدت الدراسة على ضرورة توافر المتطلبات المهارية اللازمة لتطوير الأداء المهني للأخصائيين العاملين في المؤسسات الطبية والمتعلقة في مهارة الاتصال، للتنسيق وتوفير الموارد لهم، التقويم، حل المشكلة، العمل الفردي، المتابعة وتقديم المشورة.

تناولت دراسة Brown، ٢٠١٥^(٢٤) أصوات النساء المنحدرين من أصل أفريقي، حيث ركزت

هذه الدراسة بشكل عام على رفاهية النساء ذوات الميل الجنسي المنحدرات من أصل أفريقي، ضمن ثلاثة مجالات رئيسية مترابطة: الدعم الاجتماعي، والرعاية الصحية، والموارد من أجل القدرة على الصمود. ونظراً لتاريخ تشتت الشعب الأفريقي، الذي يضاعف من تهيمش النساء المنحدرات من أصل أفريقي، تهدف هذه الإستراتيجية البحثية الموحدة إلى تجاوز الفوارق التاريخية وإيلاء مزيد من الاهتمام لشواغل هؤلاء النساء، وكان القصد من التصميم عبر الوطني أيضا إبراز أوجه التشابه والتباين في الاختلافات في البلدان التي لديها نظم رعاية صحية مختلفة، وقدمت الدراسة توصيات نحو إيجاد بيانات أكثر شمولية وداعمة لتقييم الرعاية الصحية والاجتماعية. وتشمل احتياجات المرأة ما يلي: الحصول على الرعاية الصحية البدنية والعقلية الجيدة؛ سياسات عدم التمييز الشاملة بينهم.

كما تناولت دراسة "Chagantipati: 2016" (25) تصميم شبكة استشعار ذكية لتحسين موارد الرعاية الصحية، حيث رأت الدراسة أن للزيادة في عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الطبية مما ساهم في الوصول سريعا لتمرير قانون الرعاية بأسعار معقولة، حيث إن للزيادة الكبيرة في عدد المواليد سوف تدفع بأعداد كبيرة للتقاعد في المستقبل القريب، مما يزيد من أعداد المواطنين الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية مما يضع طلبا كبيرا على الرعاية الصحية، فهدفت الدراسة إلى إنشاء شبكة بين مؤسسات الرعاية الصحية واستخدام نظام رصد عن بعد باستخدام الشبكات اللاسلكية، وأجهزة الاستشعار الذكية، للتواصل بين أعضاء الشبكة.

اهتمت دراسة "Wendy Wait، 2016" (26) بتناول تكنولوجيا شبكات الرعاية الصحية للمرضى المصابين بمرض السرطان، حيث رأت الدراسة أن بحلول عام 2030، من المتوقع أن يتضاعف معدل الإصابة بالسرطان لدى البالغين 65 سنة فما فوق، مما يبرز الحاجة إلى التدخلات التي تتسق الرعاية مع احتواء التكاليف وتحسين تجارب المرضى، حيث أكدت الدراسة على أهمية تكنولوجيا الاتصالات داخل شبكات الرعاية الصحية لمرضى السرطان، حيث أجريت مقابلات شبه مقننة لاستكشاف الفوائد والسمات التي تركز على المريض ووظائفه، تلبيها دراسة استقصائية تشمل المعلومات الديموجرافية واستخدام التكنولوجيا، ونموذج موحد لنظرية التكنولوجيا الصحية واستخدامها، وتشير النتائج إلى أن الرعاية الصحية الأولية كانت مقبولة لدى غالبية المشاركين، غير أن ذوي الخبرة المحدودة في مجال التكنولوجيا أشاروا إلى الحاجة إلى التدريب قبل استخدامها.

- ومن خلال تحليل الدراسات السابقة نوضح ما يلي:-

- 1- أن الدراسات التي تناولت التكامل بين الجمعيات اهتمت بتمكين المرأة كدراسة (أحمد صادق رشوان، 2005)، أما عن التوصل لتصور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية لرعاية الأطفال المعاقين ذهنياً وأسرههم كانت دراسة (سامية بارح فرج، 2006)، أما عن طبيعة العلاقة بين التكامل في المنظمات غير الحكومية وتحقيق المشروعات المجتمعية لأهدافها. فتناولتها دراسة (أسماء سعيد: 2009)، كما تناولت دراسة (ولاء جمال كامل، 2017) دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية. أما دراسة (صباح محمد محمد، 2017) فكانت عن تكامل الجيود الحكومية والأهلية في مواجهة مشكلات مرضى السرطان.
- 2- أما عن الدراسات التي تناولت برامج الرعاية الصحية اهتمت كل من دراسة (صفيناز محمد أبو زيد

(٢٠٠٠) ودراسة (سليم شعبان سليمان، ٢٠٠٢) بكل من معوقات خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات، واتجاهات سياسة الرعاية الصحية في ضوء التحولات الاقتصادية والاجتماعية، أما دراسة (Christian، ٢٠٠٤) فتناولت احتياجات الأسرة من رعاية صحية واقتصادية، وأوضحت أن هناك علاقة بين الدخل والصحة، حيث أكدت أنه كلما زاد الفقر تدهورت الحالة الصحية، أما دراسة (Abbott، ٢٠٠٥) تناولت تقديم خدمات الرعاية الطبية للحالات المزمنة الذين لديهم خطر متزايد من الأمراض المزمنة واعتمادهم على الرعاية الصحية لتقديم العلاج لهم من خلال المراكز الطبية، أما دراسة (شفيق أحمد، ٢٠٠٦) فقد اهتمت الأولى بتحقيق الحماية الاجتماعية والأمن الاجتماعي من خلال تدبير احتياجات الأسرة من رعاية صحية واقتصادية، كما كانت دراسة (Brown، ٢٠١٥) عن بيانات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة، واهتمت دراسة (Chagantipati، ٢٠١٦) بتصميم شبكة استشار كنية لتحصين موارد الرعاية الصحية، أما عن أهمية تكنولوجيا شبكات الرعاية الصحية للمرضى المصابين بمرض السرطان فكانت دراسة (Wait، ٢٠١٦)

- وبالتعتب العام على الدراسات السابقة يمكن استخلاص ما يلي:-

- ١- اهتمت بعض الدراسات بطبيعة العلاقة بين التكامل في المنظمات غير الحكومية.
- ٢- وكانت هناك دراسة واحدة عن كل من أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية، والأخرى عن تكامل الجهود الحكومية والأهلية في مواجهة مشكلات مرضى السرطان.
- ٣- كذلك أكدت بعض الدراسات على تحقيق الحماية الاجتماعية والأمن الاجتماعي من خلال تدبير احتياجات الأسرة من رعاية صحية، كما أكدت على اتجاهات سياسة الرعاية الصحية في ضوء التحولات الاقتصادية والاجتماعية.
- ٤- وكانت هناك دراسة واحدة أكدت على أهمية العدالة الاجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية.
- ٥- كما أشارت دراسة عن متطلبات تطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية.
- ٦- هناك العديد من الدراسات أكدت على ضرورة الاهتمام بالجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية.
- ٧- للتأكيد على أهمية الدور الذي تقوم به الجمعيات الأهلية في تنمية وخدمة المجتمع فكان عليها ضرورة الاهتمام بالمورد البشري ليكون قادر على استخدام آليات التكامل.
- ٨- اتفقت أغلب الدراسات على ضرورة زيادة الاتصال بين الجمعيات الأهلية من خلال إنشاء شبكات بين تلك الجمعيات لتحقيق التكامل بين برامجها بما يحقق التنمية المحلية.

- وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

في كونها تناولت آلية التكامل بين الجمعيات الأهلية وهذا لم يتضح في الدراسات السابقة، كما أنها تختلف عنها في المجال الكمي والبشري والزمني، كما أن العديد من هذه الدراسات أغفلت الربط بين آليات التكامل وبرامج الرعاية الصحية وهو ما سوف نتناوله هذه الدراسة ضمن أهدافها.

ومن خلال تناول الدراسة الحالية للتراث النظري والأدبي والمرضي المرتبط بالدراسة الحالية، وفي حدود علم وسعي الباحثة عن الدراسات المتعلقة بآليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، فإنها لم تجد دراسة واحدة تناقش آليات التكامل بين برامج الرعاية الصحية في الجمعيات الأهلية، مما يجعل من هذه الدراسة أول دراسة ربطت بين آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية والتي قد تؤدي نتائجها إلى الوصول لبعض المؤشرات والاستراتيجيات التي تساعد على الوصول لتكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية مما يحقق الأهداف التي أنشئت من أجلها تلك الجمعيات، كما يجعلها بجوار أجهزة الدولة في تحقيق التنمية.

ثالثاً: المنطلقات النظرية.

١- نظرية النسق الاجتماعي:

النسق الاجتماعي هو مجموعة من الوحدات (فرد- جماعة- مجتمع) بينهما اعتماد متبادل وله أهداف وغايات يسعى إلى تحقيقها كما أن خاصية التفاعل هي أساس تكوين الأنساق الاجتماعية. ولذلك وضع "بارسونز" المؤشرات الآتية كأساس للأنساق الاجتماعية.

١- التكامل والتساند بين الوحدات بعضها البعض.

٢- إنجاز الهدف أو إشباع متطلبات وحدات النسق.

٣- الارتباط بالبيئة لتحقيق الأهداف.

٤- التوتر أو عدم تكامل للوحدات. (٢٧، ص ٤٥)

وفي ضوء نظرية النسق الاجتماعي يمكن تصور المجتمع على أنه نسق أكبر Target system والجمعيات الأهلية به أنساق فرعية Sub-system بينهما علاقات تفاعلية للمساهمة في تحقيق أهداف النسق الأكبر وفي تحقيق احتياجات المجتمع المحلي. (٢٨، ص ٢٠٣)

وجدت الباحثة أنه يمكن النظر إلى الجمعيات الأهلية محل الدراسة على إنها «نسق اجتماعي مفتوح» لها بناء متميز وتقوم بوظائف محددة، ولها أنساق فرعية تتمثل في الجمعية العمومية ومجلس الإدارة واللجان.

أ- بناء على ذلك فإن مداخلات الجمعية كنسق اجتماعي مفتوح تتمثل في الموارد والإمكانيات البشرية، والمستفيدين من برامج الرعاية الصحية وأسرهم، للجهود الأهلية والتطوعية، العلاقات والاتصالات كمدخلات غير مادية تربط الجمعية بمسئولي وقيادات المجتمع المحلي التي توجد في نطاق التشريعات والقوانين واللوائح، العلاقات بين الجمعية والجمعيات الأخرى.

ب- يتم تحويل هذه المنحلات من خلال ما يسمى العمليات التحويلية مثل البرامج والخدمات والأنشطة كالخدمة الاجتماعية والرعاية الطبية والنفسية وبرامج التوعية وبرامج تدريبية للعاملين بالبرنامج وغيرها من البرامج والأنشطة.

ج- عليه تكون المخرجات في النهاية الخدمات المقدمة للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية ومستوى كفاءتها وجودتها ومدى إشباعها لاحتياجات المستفيدين وضمان حصول المستفيدين على كافة خدمات الرعاية داخل الجمعية من البيئة المحيطة بما يحقق تكامل برامج الرعاية الصحية.

د- التغذية العكسية: وهي المعلومات التي تأخذها الجمعية من البيئة المحيطة.

وبذلك تكون جميع الأساق مرتبطة مع بعضها بعلاقات اعتماد متبادل فإذا انهار أحد الأساق سوف يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي لباقي الأساق.

- أوجه الاستفادة من هذه النظرية.

في ضوء العناصر سالفة الذكر يمكن أن تستفيد الباحثة من تلك النظرية في تحديد مدخلات ومخرجات برامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية للمستفيدين من خلال التعرف على أوجه الرعاية للصحة المتكاملة التي استفاد منها المواطنين نتيجة حصولهم على برامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعية.

٢- نظرية المنظمات:

المنظمات هي عبارة عن وحدات اجتماعية مخططة، أنشئت بقصد وذلك لتحقيق أهداف معينة، فالمنظمات لا توجد عشوائياً وإنما بناء على دراسة لاحتياجات المجتمع. (٢٩، ص ٢٢١)
فالغرض من إنشاء المنظمات هو تحقيق أهداف معينة يعجز الجهد الفردي عن تحقيقها. (٣٠، ص ٤٩)

ويمكن أن نحدد الافتراضات التي تقوم عليها نظرية المنظمات على النحو التالي:-

- ١- بأنها وحدات، كيانات، بناءات اجتماعية.
- ٢- تم إنشاء هذه المؤسسات بناء على تخطيط مسبق وعلى أساس علمي ومدروس.
- ٣- أن القصد من إنشائها هو تحقيق أهداف معينة (اقتصادية، اجتماعية، سياسية، ثقافية... الخ) أي أنها وحدات هادفة.
- ٤- تستخدم المنظمة مجموعة من الأدوات لتحقيق أهدافها (المقابلات، الاجتماعات، الندوات... الخ).
- ٥- يعمل بها أشخاص (مهنيون، إداريون، عاديون) لتحقيق الأهداف التي تسعى إليها المؤسسة (المنظمة).
- ٦- تقوم على أساس التفاعل بين العناصر المكونة لها وعلى أساس التفاعل مع المجتمع المحيط بها.
- ٧- تنظم العلاقات بين أفرادها، وبينها وبين المجتمع مجموعة من اللوائح المكتوبة أو المتعارف عليها، وكذلك مجموعة من القيم والعادات والتقاليد.
- ٨- للمنظمة كبيرة الحجم أساق فرعية تحقق أهداف المنظمة الأم وتلتزم بنفس لوائحها وقيمتها.

٩- تسعى المنظمات إلى خدمة المجتمع الكبير وتحقيق أهدافه. (٣١)

- وترى نظرية المنظمات أن المنظمات تحتاج إلى مجموعة من المتطلبات لكي تقوم بوظائفها وهي:
(٣٢، ص ٢١٩)

أ- الحصول على عضوية كافية واختيار أعضاء جدد طبقاً للمعايير التي تضمنها المنظمة.

ب- توفير تدريب للأعضاء يتم من خلاله بث قيم المنظمة وتقاليدها لدى أعضائها .

ج- تنمية التفاعل والاتصال الإنساني بين الأعضاء وبين مختلف مكونات المنظمة .

د- إيجاد تنظيم لتقييم العمل حيث يكون لكل قسم بالمنظمة واجب معين وأنشطة وواجبات ومسؤوليات مكملة لنظائرها بسائر أقسام المنظمة بحيث يؤدي هذا في مجمله إلى تحقيق أهداف المنظمة .

هـ- إسناد الأدوار الملائمة لأعضاء المنظمة بحيث يقوم كل منهم بالواجبات والأنشطة والمسؤوليات التي تتفق مع الدور القائم.

و- تنظيم العلاقات بين مكونات المنظمة بإيجاد التكامل فيما بينها .

ز- العمل على الحصول على الموارد التي تحتاجها المنظمة من البيئة الخارجية وللإلزام في تحقيق أهدافها

ح- إيجاد الوسائل اللازمة لتنظيم عملية اتخاذ القرارات في المنظمة بحيث يتيح ذلك لغالبية الأعضاء فرص المساهمة في عملية اتخاذ القرارات.

ط- التنسيق بين الأنشطة التنظيمية بحيث يساعد هذا التنسيق على تحقيق أهداف المنظمة.

ي- تنظيم حصول الأعضاء على احتياجاتهم المادية أو المعنوية الكافية نتيجة مساهمتها في تحقيق أهداف المنظمة .

- ويمكن أن تستفيد الباحثة من تلك النظرية في للدراسة الحالية من خلال:

أن جمعيات الرعاية الصحية لها دور كبير في تنمية المجتمع وتحقيق أهدافه، حيث أنشئت هذه الجمعيات لتحقيق أهداف محددة والتي تسهم في إشباع احتياجات فئات المجتمع ومواجهة مشكلاتهم الصحية، فمن خلال هذه النظرية يمكن تساعد الجمعيات في تقديم خدمات الرعاية الصحية بأفضل صورة ممكنة من خلال تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية فيما بينهم كالتعاون، وتبادل المعلومات حول برامج الخدمات التي تقدمها تلك الجمعيات العاملة في مجال الرعاية الصحية، وتبادل الخبرات بينهم فيما يتعلق ببرامج الخدمات الصحية التي تقدمها، والعمل على تحديد احتياجات المستفيدين من برامجها الصحية، ومساعدتها على تبادل الموارد والإمكانات) بينهم بما يحقق تكامل الخدمات والبرامج المقدمة واستمرارية المؤسسات في العمل وزيادة قدرتها على تحقيق أهدافها في مجال الرعاية الصحية.

٣- نظرية التبادل الاجتماعي:

- تبدأ النظرية من أن أي فرد أو منظمة يريد أشياء موجودة لدى أفراد أو منظمات أخرى، وفي نفس الوقت لديه أشياء يرغب فيها الآخرون، ومعنى هذا أنه للفرد أهدافاً يرغب في تحقيقها، وهذه الأهداف موجودة

لدي الطرف الآخر، فإذا رأى كل من الطرفين أنه يحقق أهدافه من هذا التبادل، يحدث للتفاعل بينهما، بمعنى أن يأخذ الفاعل في اعتباره أفعال الآخرين وبالطبع فإن هذه العلاقة تكلف الفاعل بذل بعض النفقات والتكاليف، كالوقت والجهد والمال، ولما كان الفاعل يحاول أن يقصد في بذل الطاقة على قدر الإمكان بحيث تزيد مكاسبه على ما ينفقه، فإنه لا يستبقي من العلاقات والتفاعلات إلا ما يعطيه عائداً مجزياً مستخدماً ويطمئن الفاعل إلى أنه سيحصل على هذا العائد المستديم، وبهذا نجد أن طبيعة العلاقة بين منظمات الرعاية الاجتماعية قد تقوى كلما كان هناك عملية تبادل منفعة بينها وبين بعضها البعض. وطبقاً لهذه النظرية فإن التبادل يبدأ عندما يحاول الفاعل الاجتماعي سواء فرد أو جماعة أو جمعية أن يكسبه نوعاً من المنافع والفوائد من الفاعل الأساسي وفاعلين آخرين أو مؤسسات عن طريق تبادل أشياء معهم وإذا شعر الفاعل الآخر أنه سوف يستفيد من هذا التبادل فإن التفاعل سوف يحدث. (٣٣، ص ٣٨٦)

ويمكن أن نحدد الافتراضات التي تقوم عليها نظرية التبادل الاجتماعي على النحو التالي:-

- ١- تهتم بعملية التبادل بين اللفائمين على العمل الاجتماعي في المؤسسات.
 - ٢- تقوم على أساس أن الأفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض نظراً لأنهم يحصلون عن طريق هذا التفاعل على بعض المكافآت الاجتماعية.
 - ٣- أن الأفراد يستمرون في علاقاتهم الاجتماعية طالما أن هذه العلاقات تحقق لهم بعض الفائدة التي تفوق التكلفة التي تترتب عليها.
 - ٤- فالأفراد يستمرون في علاقاتهم الاجتماعية طالما أن هذه العلاقات تحقق لهم بعض الفائدة التي تفوق التكلفة التي تترتب عليها.
- أوجه الاستفادة من هذه النظرية.

تساعد هذه النظرية في فهم طريقة إنشاء العلاقات التبادلية بين الجمعية والجمعيات الأخرى العاملة في مجال برامج الرعاية الصحية، وهذا التبادل سواء في الإمكانيات أو الموارد أو المعلومات أو الخبرات ينتج عنه تحقيق أهداف الجمعيات في تحقيق التكامل وإشباع احتياجات المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية المقدمة.

تحديد وصياغة مشكلة الدراسة

بما أن أحد أهم المجالات الرئيسية للتنمية البشرية هي تطوير خدمات الرعاية الصحية، فصحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية.

وبالنظر إلى مجتمعنا نجد أنه يعاني من العديد من المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء هذا القطاع الحيوي، ومن هنا ظهرت الحاجة لوضع مجموعة من الآليات التي تسهم في تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين، بهدف الارتقاء بجودة خدمات الرعاية الصحية من ناحية، وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من ناحية أخرى بغض النظر عن إمكانياتهم المادية.

وعلى الرغم من الزيادة المستمرة للمؤسسات الدولية في الإنفاق على القطاع الصحي إلا أن قطاع الخدمات الصحية في مصر لازال يواجه العديد من المعوقات ومنها تدني مستوى الخدمات الصحية المتممة من بعض الجهات الحكومية، ووضع قوائم انتظار للمرضي، مما دفع القطاع الأهلي من مؤسسات وجمعيات أهلية إلى الوقوف بجانب أجهزة الدولة والمشاركة في تخفيف عبء تقديم خدمات الرعاية الصحية، فساهمت في تقديم برامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة، وإنشاء العديد من العيادات والمستوصفات الصحية، إلا أن هذه الجمعيات تعاني من ضعف التمويل والموارد البشرية من أطباء ومتخصصين، بالإضافة إلى قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بها المدربين على العمل في القطاع الصحي، مما ساهم في تبني هذه الدراسة لوضع مجموعة من الآليات التي تدعم تكامل برامج الرعاية الصحية في الجمعيات الأهلية.

واستناداً إلى الطرح العام للاهتمامات المعرفية لموضوع الدراسة والدراسات السابقة وفي حدود علم الباحثة وفي ضوء الموجهات النظرية، يتضح أهمية تحقيق التكامل بين برامج وخدمات الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية كشريك حيوي في عملية التنمية وذلك من خلال تطبيق العديد من آليات التكامل (التعاون بين الجمعيات الأهلية، وتبادل المعلومات حول برامج الخدمات التي تقدمها الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية، وتبادل الخبرات بين الجمعيات الخيرية العاملة في مجال الرعاية الصحية، فيما يتعلق ببرامج الخدمات التي تقدمها، وأساليب تحديد احتياجات المستفيدين من برامج الرعاية الصحية، تبادل الموارد والإمكانيات) التي تحقق التكامل بين البرامج والخدمات التي تقدمها لتدعيم قدرتها على تحقيق أهدافها بإيجابية وفاعلية بالإضافة إلى ما أشارت إليه معظم الدراسات من وجود العديد من العوامل والمعوقات المؤثرة بشكل فعال في تطبيق الجمعيات الأهلية لبرامج الرعاية الصحية، وضرورة وضع أسس وآليات لتعزيز التكامل بين المؤسسات الصحية لتغطية كافة القطاعات، وأهمية وجود تنسيق بما يحقق التكامل بين البرامج والخدمات المقدمة.

لذا تسعى الدراسة الحالية إلى تحديد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وتحديد المعوقات التي تحول دون ذلك للتوصل لروية مستقبلية بما يحقق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بشكل أفضل.

رابعاً: أهمية الدراسة.

تكمن أهمية الدراسة في الآتي:

- 1- ترجع أهمية تكامل برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية إلى المساهمة في التغلب على المعوقات التي تواجه تلك البرامج وتحقيق أقصى استفادة منها .
- 2- أهمية دور الجمعيات الأهلية في الأونة الأخيرة وخاصة مع اتجاهات العولمة والخصخصة حيث أصبحت هذه الجمعيات هي المعقود عليها الأمل في دعم مسيرة الرعاية الصحية، ومواجهة مشكلات المجتمع المعاصر الأكثر تعقيداً.
- 3- أن التكامل هو أحد الاستراتيجيات المأمولة والفعالة لتحقيق أهداف التعامل والتنسيق بين مقدمي برامج الرعاية الصحية في الجمعيات الأهلية بفاعلية وكفاءة أكبر مما يحقق أهدافها بأقل التكاليف والجهد والوقت.

٤- معنى الجمعيات الأهلية لإقامة علاقات تبادلية مع الجمعيات الأخرى لتبادل الخبرات الفنية والإمكانيات وتبادل الخطط والبرامج والمشروعات وهو ما كانت تتطلع إليه الجمعيات الأهلية، وهو ما يهدف إليه التكامل من تحقيق دور حيوي في هذا الاتجاه.

٥- إمكانية إسهام مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة تنظيم المجتمع بصفة خاصة في الحد من مشكلات الرعاية الصحية ودفع عملية للتنمية في المجتمع .

٦- قد يستفاد من هذه الدراسة في تطوير ممارسة طريقة تنظيم المجتمع في مجال الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية، لما يمكن أن تلعبه هذه الجمعيات من دور فعال خاصة في ظل التغيرات العديدة التي يشهدها مجتمعنا في الآونة الأخيرة.

٧- يتوقع أن تؤثر نتائج الدراسة في رفع كفاءة الأداء لبرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٨- قد تفيد هذه الدراسة في تطوير ممارسة طريقة تنظيم المجتمع في مجال عمل الرعاية الصحية.

٩- ندرة الدراسات والبحوث على حد علم الباحثة التي تناولت آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية.

خامساً: أهداف الدراسة.

تسعي الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:-

١- تحديد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٢- تحديد عائد آليات للتكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٣- تحديد صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٤- للتوصل إلى مجموعة من المقترحات لدعم تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٥- وضع رؤية مستقبلية لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

سادساً: تساؤلات الدراسة

تحاول الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية.

١- ما آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟

٢- ما عائد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟

٣- ما صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟

٤- ما المقترحات الداعمة لتكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟

٥- ما الرؤية مستقبلية لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع ؟.

سابعاً: مفاهيم الدراسة.

أ- آليات التكامل:

يعنى مفهوم الآلية إقوياً بأنه "طبيعة تركيب الأجزاء من أله أو ما شابها، أو طريقة يدار بها الشيء". (٣٤، ص ١٦٤)

كما يعرف مفهوم الآلية بأنها "الوسائل والتقنيات التي نستخدمها في تحقيق أهداف محددة وفق اختصاصات محددة". (٣٥، ص ٦٢)

أو أنه " المعرفة أو قاعدة المهارات أو الطرق والنظريات أو الإجراءات التي تستخدم لتحقيق أهداف واضحة". (٣٦، ص ١٩٩١)

أما بالنسبة للتكامل فيعرف بأنه "مر مصدر الفعل، فهو مُكامل، تكاملت الأشياء : كمل بعضها بعضاً بحيث لم تحتج إلى ما يكملها من خارجها، تكامل عتلة : كان كاملاً وكاملاً، تكامل الشيء : كمل شيئاً شيئاً". (٣٧، ص ٧٤)

ويعرف التكامل بأنه "عبارة عن عملية تقارب مرحلية ويتميز التكامل بكونه يهدف إلى بناء أجهزة ومؤسسات دائمة كما أنه يقوم على خلق شخصية قانونية ويتميز بوجود أهداف مشتركة"

كما يعرف أيضاً التكامل بأنه " العملية التي تتضمن تحول الأنشطة داخل المجتمع أو المؤسسات المتعددة والمختلفة نحو مركز جديد تكون لها صلاحيات عديدة قائمة". (٣٨، ص ١٥)

- تُعرف للدراسة مفهوم آليات التكامل إجرائياً في هذه الدراسة:

١- مجموعة من الأساليب التي تبتدئها الجمعيات الأهلية.

٢- تتمثل هذه الأساليب في التعاون والتنسيق والاتصال والتبادل.

٣- تهدف إلى تحقيق التساند والتوازن والتبادل الفعال بين البرامج والخدمات التي تقدمها الجمعيات الأهلية في مجال الرعاية الصحية في إطار سياسة وأهداف الجمعيات الأهلية.

٤- يمكن الكشف عنها من خلال أداة الدراسة بما يحقق دعم برامج الرعاية الصحية.

ب - برامج الرعاية الصحية.

يُعرف البرنامج لِقوياً بأنه " خطة يضعها المرء لعمل ما يريد و هي منهاج". (٣٩، ص ٣٦)

ويعرف البرنامج بأنه " مجموعة من الأنشطة التي تعتمد على بعضها البعض والموجبة لتحقيق غرض أو مجموعة من الأغراض وفي الخدمات الاجتماعية يعتبر البرنامج استجابة منظمة للمشكلة الاجتماعية". (٤٠، ص ٤٠٧)

كما يُعرف البرنامج بأنه "مجموعة من الآليات التي تم وضعها بهدف تحسين الأداء الاجتماعي لعينة من الأفراد و إمكانية التحقق من العبء النهائي لها مع إمكانية تعميم نتائجها على الاتجاهات المماثلة"،

وتتضمن البرامج الإجراءات والخطوات المحددة والآليات التي تشمل للنواحي التربوية والتعليمية والتدريبية والتنقيفية. وتسير هذه الخطوات وفقاً لبرنامج وخطة يتم تنفيذها من خلال الأنشطة القائمة والإنجاز الفعلي للأهداف المحددة سلفاً. (٤١، ص ١٦٨٧)

أما بالنسبة لتعريف الرعاية الصحية بأنها الأنشطة التي صممت ووضعت موضع التنفيذ للعلاج والوقاية والكشف عن الاعتلال الجسدي أو العقلي وتدعيم الرفاهية البدنية الاجتماعية والنفسية للسكان، ويشمل نسق الرعاية الصحية الأفراد الذين يقدمون للخدمات المطلوبة من أطباء وممرضين وعاملين بالمستشفيات والأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في مجال الصحة. أو أنها "نظام مركب من مجموعة نظم فرعية قد تتمثل على سبيل المثال في الجهات المعنية بالشؤون الصحية، وفي طبيعة الخدمات التي تقدمها ومستواها كخدمات الصحة العامة، وخدمات الرعاية الشخصية". (٤٢، ص ٢١٤)

- تُعرف الدراسة مفهوم برامج الرعاية الصحية إجرائياً بأنها:

١- مجموعة الأنشطة والخدمات التي يمكن للكشف عنها من خلال أداة الدراسة والتي تقدمها الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية.

٢- ترتبط تلك البرامج باحتياجاتهم الصحية وتساعد على مواجهة وإشباع هذه الاحتياجات.

٣- تقوم أهداف تلك البرامج على العلاج والوقاية والكشف عن الاعتلال الجسدي أو العقلي وتدعيم الرفاهية البدنية الاجتماعية والنفسية للمستفيدين من تلك البرامج.

٤- ويمكن الكشف عن أنواعها من خلال أداة الدراسة بما يحقق دعم برامج الرعاية الصحية.

٥- يتم تقديمها من خلال عيادات ملحقه بالجمعية أو مستوصفات طبية تتبع الجمعية.

ج- الجمعيات الأهلية.

تُعرف الجمعيات الأهلية على أنها: "وحدات بنائية تكتسب صفة الشرعية من المجتمع وتستهدف إشباع احتياجات أفراد جماعات المجتمع من خلال ممارسة أنشطة معينة وبالاعتماد على الجهود التطوعية". (٤٣، ص ١٥٥)

كما تُعرف الجمعيات الأهلية على أنها: "منظمات أنشئت لتحقيق أهداف اجتماعية معينة، وليس بغرض الحصول على الربح، ويهتم هذا المصطلح من الناحية العلمية للمؤسسات التي تدعم مالياً من الحكومة، وهي عادة مؤسسات خاصة واجتماعية وتطوعية، بشرط ألا يكون لها هدف أساسي هو الحصول على الربح". (٤٤، ص ١٠٨)

وتعرف أيضاً بأنها "نسق اجتماعي يضم مجموعة من الوحدات المتفاعلة معاً «والمترابطة وظيفياً» مع نفسها ومع البيئة الخارجية بها بما يحقق أهداف النسق ويساهم في تحقيق أهداف البيئة". (٤٥، ص ٥٥)

المبحث الثاني: الإطار النظري للدراسة

أولاً: أهمية تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

اكتسبت الجمعيات الأهلية بصفقتها مؤسسات مدنية مظاهر متعددة تتحدد أهميتها في متن العلاقات التي تربطها بالدولة، وفي متن علاقات التكامل التي تقيمها مع محيطها الاجتماعي، فهي كظاهرة اجتماعية تُعرف ضمن مجال نشاطها الاجتماعي والسياسي والصحي والثقافي وفي إطار علاقات الصراع أو تبادل وشراكة مع مختلف الفاعلين الأساسيين ممن هم خارج دائرتها. (٤٦، ص ٢٢)

ويعد التكامل بما يعنيه وسيلة تضمن نجاح جهود الجمعيات الأهلية لتحقيق مصالحة مشتركة عامة، تتحقق من خلال تفاعلات اجتماعية بين مختلف الأطراف المجتمعية المجسدة في التنظيمات المدنية.

وترجع أهمية تكامل برامج الرعاية الصحية إلى جعل هناك نوعاً جديداً من الرعاية الصحية مقدمة

من الجمعيات الأهلية والتي يمكن أن نحصل عليها كالتالي:

- ١- يتيح تكامل برامج الرعاية الصحية التنبؤ بالمرض عند تقديم برامج الرعاية الصحية من قبل الجمعيات الأهلية.
- ٢- يساهم في توفير سبل الوقاية الصحية.
- ٣- يساعد في الكشف عن ظهور الأمراض بما يحقق تكامل في الرعاية الصحية للمقدمة.
- ٤- يساهم في الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات لتطوير هذه البرامج في شكل الكتروني صحيح وأمن.
- ٥- توفير الدعم للأطباء عند الحاجة، لمساعدتهم على إعطاء المرضى أفضل مستوى من الرعاية.
- ٦- إنشاء قاعدة بيانات صحية للمستفيدين لاستخدامها عند الحاجة.
- ٧- جمع البيانات عن طرق العلاج والممارسات الطبية ورصد لمشاكل السلامة في الوقت الحقيقي.
- ٨- يحقق تقديم برامج الرعاية الصحية من خلال الشبكات في فهم الاختلافات في استجابة المرضى للعلاج والعلاجات الأخرى. (٤٧، ص ٢-١)

ثانياً: مبادئ وأسس تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

على الرغم من تباين مبادئ وأسس تكامل برامج الرعاية الصحية بين مختلف المجتمعات باختلاف الظروف الصحية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية في كل منها، نظل هناك مبادئ وأسس عامة يمكن أن تعد قاسم مشترك بين برامج الرعاية الصحية في الجمعيات الأهلية، يمكن عرضها على النحو التالي:

- ١- مبدأ لبيانات المقارنة للعسل والتي توضح نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة والدلالات الإحصائية لكل خدمة من الخدمات وما يقابلها من مستفيدين منها.

ب- مبدأ الرعاية الصحية القائم على وسيلة ثابتة وعقلانية لتحديد الأولويات ووضع الاستراتيجيات للقيام باستثمارات في العمل من أجل تحسين برامج الرعاية للصحة للسكان.

ج- مبدأ تقديم أفضل ما يمكن من الرعاية والخدمات وما يتطلبه هذه الخطوة للمشاركة في الرعاية الصحية الأولية لتقديم أفضل أنواع الرعاية والخدمات الممكنة كما تتطلب استخدام نتائج البحوث كأساس لتحديد نوعية المعايير ومنع القرارات بشأن معالجة وإدارة المشاكل الصحية وتقييم النتائج وضمان المسألة وتتبع الأداء وضمان الجودة.

د- مبدأ الوصول للهدف حيث للتعاون بين التخصصات الموجودة لتقديم برامج الرعاية للصحة في الوقت المناسب وفي المكان المناسب.

هـ- مبدأ الثقة والاحترام وإزالة الفوارق بين التخصصات في الرعاية الصحية وتقوم هنا على التدريب والخبرة والرعاية التعاونية البيئية التي تدعم اتخاذ القرارات الجماعية المشتركة، والإبداع والابتكار وتعزيز قدرة المهنيين الفردية وللفرق الصحية والتزام للعمل الجماعي والتعاوني ليصبح بتبادل الخبرات.

و- مبدأ الاتصال الفعال على المستويين التنظيمي والعلاقات الشخصية هي السمة المميزة للتعاون المثمر بين التخصصات في مجال الرعاية الصحية، لجعل التعاون في العمل والصحة ويجب أن يتمتع المهنيين بالمهارة في المحادثة والاستماع والفعالية وتبادل المعلومات واتخاذ القرارات. (٤٨، ص ٤-٥)

ثالثاً: آليات تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

تساعد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بصفة عامة إلى الارتقاء بالحالة الصحية للمستفيدين من تلك الخدمات، ولكي تتمكن من تنفيذ تلك الآليات لابد من وضع مجموعة من الأهداف التي تسعى وتتوسط في تحقيق تكامل برامج الرعاية للصحة، ويمكن تحديد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية من منظور طريقة تنظيم المجتمع على النحو التالي:

(١) آلية التنسيق.

ترجع أهمية التنسيق بين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية إلى:

أ- تساعد وتنامي دور الجمعيات والمنظمات الأهلية وتخطيطها للحدود الجغرافية. (٤٩، ص ١٨١)

ب- غياب التنسيق بين الجمعيات المختلفة في المجتمع سواء التي تعمل في مجال واحد أو التي تعمل في ميادين مختلفة بما يعمل على عدم استفادة كل جمعية من إمكانيات وموارد الجمعية الأخرى وعدم تبادل

المنافع أو الخبرات فيما بينها وخاصة على الجمعيات ذات الأغراض المتشابهة، والأمر يتطلب إيجاد نوع من التنسيق فيما بينها. (٥٠، ص ٥٦١)

- ويهدف التنسيق بين الجمعيات الأهلية في مجال الرعاية الصحية إلى:

أ- حشد أكبر قدر ممكن من الموازن من خلال التعرف على المصادر الداخلية المتاحة غير المستخدمة بدرجة كافية وكذلك الموارد الخارجية التي يمكن إتاحتها في محاولات لتفعيل دور هذه الأجهزة وتحسين أدائها. (٥١، ص ٥٠٣)

ب- تحقيق المبادئ الديمقراطية والإنسانية في إدارة للجمعيات الأهلية وذلك بتوفير روح التعاون بين العاملين في الجمعية أو بين المنظمة وغيرها من المنظمات الأخرى الموجودة بالمجتمع. (٥٢، ص ٢٢٣-٢٣٤)

ج- توفير الجو الذي يسمح بتعاون جميع الأجهزة القائمة على خدمة المجتمع وتضامير جهودها وتكاملها بما يؤدي إلى نجاح مجهود التنمية. (٥٣، ص ١٣٤)

د- يعمل التنسيق إلى إحداث نوع من تشابك المصالح بين المجتمع المحلي والمجتمع الأكبر منه لتنمية العمل المشترك أو السعي لدفع قضية معينة حيث يرتبط مصير أي مجتمع محلي بالقوى الخارجية سواء كانت هذه القوى على مستوى الجيرة أو المدينة أو على مستوى المجتمع القومي. (٥٤، ص ٣٢)

هـ- توجيه وتنميط العلاقات بين جمعيات الرعاية الاجتماعية حتى تتوفر لها علاقة معايشة تضمن بقاء واستمرار تلك المنظمات وتوسيع مجالات نشاطها.

إيجاد علاقة تبادلية بين الجمعيات الأهلية حتى تستفيد كل منها مما تستطيع أن تقدمه كل منها للأخرى في حدود الإمكانيات المتاحة والعمل على توفير قدر من التكنل فيما بينها ضمن لها حسن استخدام الموارد المتاحة لتحقيق معدلات فاعلية أكبر. (٥٥، ص ١٢٠)

فإنجاح عملية التنسيق يعتمد على عدة عوامل من بينها طبيعة المؤسسة، وتنظيمها ووضوح السياسة والبرامج فيها ومدى فعالية وسائل الاتصال بينها وأسلوب العمل المتبع وطبيعة العلاقات القائمة بين المستويات الإدارية المتنوعة وبين العاملين أنفسهم فكما كانت الأهداف واضحة ومتجانسة كان التنظيم الإداري واضح وكما كانت وسائل الاتصال فعالة والعلاقات المباشرة قوية نجحت عملية التنسيق، ويمكن تناول مستويات التنسيق على النحو التالي: (٥٦، ص ٣٤١٠)

١- على مستوى الأخصائيين الاجتماعيين في الميدان.

٢- على مستوى مجالس الإدارات واللجان.

٣- على مستوى القائمين بالعمليات الإشرافية في الوطن بين المستويين السابقين.

- استراتيجيات وتكتيكات التنسيق التي يمكن أن تستخدمها الجمعيات الأهلية لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية التي تقدمها.

يقصد باستراتيجيات التنسيق تلك الطرق المؤدية أو التي تستخدم لتحقيق أو تيسير إقامة علاقات تنسيقية جيدة بين برامج الجمعيات الأهلية، وقد يقترح مجموعة من الاستراتيجيات العلمية للتنسيق بين جمعيات الرعاية الصحية والاجتماعية ويمكن تناولها على النحو التالي: (٥٧، ص ٤٦)

١- إستراتيجية الموقع المكاني: أي توزيع جمعيات الرعاية الصحية عند إنشائها مكانياً بحيث تشغل مواقع تجعل من خدماتها في متناول العملاء.

٢- إستراتيجية ازدواج الخدمات: يوضح مفهوم الازدواج الهادف بأنه يعتمد ازدواج الخدمات بإنشاء أكثر من جمعية ذات أغراض متجانسة بهدف إزكاء المناقشة من هذا النوع الذي تحاول فيه الحصول على مكاسب على حساب الجمعيات الأخرى، مما يؤدي إلى انهيار التنسيق فيها.

٣- إستراتيجية العضوية المشتركة: وذلك بان يضم مجلس إدارة الجمعية عضواً على الأقل من مجلس إدارة جمعية أخرى مما يفيد في تحديد أمور التعاون والتبادل بين الجمعيات وتحركها كوحدة واحدة، وتقليل فرص نشوب النزاع أو التناقص غير المرغوب فيه بينهما.

٤- إستراتيجية التكتل: والتي تصف بأنها تتضمن تعاون جمعيتين أو أكثر لتحقيق هدف مشترك، ولكن يمكن لتكتلهم معاً توفير هذه الموارد، وتطبق هذه الإستراتيجية بنجاح بين الجمعيات الطوعية خاصة صغيرة الحجم قليلة الإمكانيات.

٥- إستراتيجية تيسير إدراك الاعتماد المتبادل (إستراتيجية التيسير): وتصلح هذه الإستراتيجية في الحالات التي تكون الجمعيات فيها قريبة من مرحلة إدراك الاعتماد المتبادل وتتم هذه الإستراتيجية عن طريق تنمية وعي الجمعية بأوجه اعتمادها المتبادل سواء من حيث الأهداف أو الموارد.

إستراتيجية الضغط: ويتم استخدام هذه الإستراتيجية في حالات الاستقلال الشديد للمنظمة أو الصراع بين الجمعيات، ومن ثم لا تجدي جهود التيسير مهما كانت مهارة وكفاءة القائم في الاتصال والقيادة، ومن ثم ينبغي اللجوء إلى الضغوط على الجمعيات لإجبارها على الاعتماد على بعضها البعض. (٥٨، ص ٨٤)

وتتمثل تكتيكات التنسيق في مجال الرعاية الصحية في الآتي:-

ويقصد بها هنا بأنها الأساليب الفنية التي تستخدمها شبكة الجمعيات الأهلية لتطبيق آلية التنسيق فيما بينها لواقع ملموس، ومن هذه الأساليب ما يلي: (٥٩، ص ٥)

- ١- المساومة: ويقصد بها بأنها عملية تفاعل بين طرفين لتوفير بيئة أكثر فاعلية للقرارات الخاصة بكل طرف، وتحتيز كل طرف للآخر لكي يستجيب له من خلال تقديم الوعود، أو ببلتهديد بالحرمان من الموارد.
- ٢- الإقناع: وهو علاقة يحاول فيها كل طرف حث الطرف الآخر ليشركه في تحقيق أهدافه من خلال تركيز كل طرف على الأهداف والأهتئات الأساسية للطرف الآخر.
- بناء التحالف: وهو أسلوب يتم استخدامه من قبل طرفين أو أكثر لكي يرتبطوا سوياً من أجل تحقيق أهداف معينة، وتهدف التحالفات إلى تشجيع وتعزيز الجهود المشتركة وتقسام المسؤوليات بما يؤدي إلى تحقيق الأهداف المبتغاة.
- ٣- السلطة: تعد السلطة أسلوباً فعالاً للضغط على بعض الأطراف المترددة في الدخول في علاقات تبادلوية، ويذكر هنا أن هذا الأسلوب يجب أن يستخدم في أضيق الحدود، لأن الضغط والمشاركة من غير اقتناع تجعل مشاركة الجمعية مشاركة اسمية أو شكلية فقط، بعكس المشاركة التي تنبع من إدراك للجمعية بأنها لا تستطيع الاعتماد على نفسها فقط في تحقيق أهدافها. (٦٠، ص ٢٦٠)

(٢) آلية الاتصال.

أشارت العديد من الدراسات على نجاح عمليات أي جمعية يمكن أن يعود لنجاح العلاقات الاتصالية لأعضائها أو فشلها، ومن المعترف به بشكل كبير إن الاتصال يلعب دوراً محورياً وجوهرياً في المحافظة على الجمعيات ونموها وتطورها. (٦١، ص ١٤٠)

وترجع أهمية الاتصال إلى:-

- ١- عملية أو وسيلة أو مهارة للتأثير في أفراد المجتمع وجماعته والمؤسسات العاملة به.
 - ٢- يؤدي إلى تحقيق الأهداف المحددة إذا تم بالأسلوب المناسب وفي الوقت المناسب وفي حدود الإمكانيات المتاحة.
 - ٣- يؤدي إلى تبادل الآراء والأفكار وإيجاد التفاهم والتبادل بين وحدات المجتمع. (٦٢، ص ٢٧٧)
- وتحقق وظائف الاتصال بالجمعيات مجموعة من الأهداف وعددًا من الاحتياجات، إلى جانب أن الاتصال يشكل فعال يوفر قدرًا من المتعة والرضا، ويمكن تناول وظائف الاتصال على النحو التالي:
- ١- الاتصال بغرض تنظيم نشاط غير مبرمج أي لا يتم وفق برنامج محدد.
 - ٢- اتصال بغرض المبادرة وتخطيط برامج وتنسيق هذه البرامج.
 - ٣- اتصال بغرض توفير المعلومات اللازمة لتطبيق استراتيجيات معينة أثناء العمل التنظيمي.

- ٤- اتصال بغرض استخلاص برامج جديدة.
- ٥- اتصال بغرض توفير المعلومات الخاصة بنتائج أنشطة معينة للمنظمة لتقييم هذه الأنشطة. (٦٣، ص ١٩٠)
- ومن خلال ما سبق نتضح أهمية الاتصال في تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية على النحو التالي:
- ١- توفير المعلومات عن جميع المستفيدين من برامج الجمعيات.
- ٢- إدراك كل منظمة بأهداف الجمعيات الأخرى.
- ٣- التنسيق الجيد بين الجهات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية.
- ٤- التعاون الجيد بين الجمعيات من أجل عدم تكرار الخدمات.
- ٥- استشارة سكان المجتمع للمشاركة بالعمل التطوعي لصالح الرعاية الصحية.
- ٦- التكامل بين الجمعيات من أجل عدم تكرار الخدمات.
- ٧- تقدير تكاليف إنشاء الجمعيات الجديدة لصالح الرعاية للصحية.
- ٨- توفير معلومات أكثر عن المجتمع الذي تعمل فيه المنظمة. (٦٤، ص ٢٩)

(٣) ألية التعاون:

أن التعاون يشير إلى التفاعل أو العمل لتحقيق أهداف مشتركة، وقد يظهر ذلك من خلال تقسيم العمل على مهام متشابهة، وأخرى غير متشابهة أي متباينة. (٦٥، ص ٩٢)

وتوجد صورتان من صور التعاون هما التعاون المباشر يقوم على إنجاز أنشطة مترابطة ومتشابهة في صورة جماعية تؤدي جميعها إلى تحقيق هدف مشترك. أما الصورة الثانية فهي التعاون غير المباشر حيث يقوم على إنجاز أنشطة غير متشابهة تكمل بعضها البعض تؤدي جميعها إلى تحقيق هدف مشترك، ويتضمن التعاون تقسيماً للعمل وأداء مهام متخصصة. (٦٦، ص ١٠٤)

ويرتكز التعاون على مجموعة من الأسس وهي:

١. وجود الحاجة المشتركة والوجدان المشترك نحو ضرورة وأهمية العمل التعاوني.
٢. وجود الرغبة الصادقة لدى الأفراد المتعاونين للقيام بالعمل التعاوني والحرص على إنجازه باعتباره محققاً لهدف عام مشترك يعود بالنفع على الجميع.
٣. تأهيل السلوك التعاوني لدى الأفراد ويتعمق بالممارسة والتعود، وكلما تكرر لسلوك التعاوني كلما زادت احتمالات تأصيل مفهوم التعاون لدى الأفراد وزاد حرصهم على القيام به.

٤. وجود القدرة والقيادة حيث يحتاج العمل التعاوني باعتباره نوعاً من العمل الاجتماعي إلى وجود القدرة والقيادة التي تستطيع أن توجه وتقود المتعاونين إلى أيسر الأساليب وأدق الإجراءات التي تساعد على تنظيم وانجاز العمل للتعاوني.

٥. توفير القدرة والإمكانيات ويعتبر شرط توافر القدرة والإمكانيات من العناصر المهمة في انجاز عمليات التعاون، وفي حالة عدم توفرهم يظل الشعور بالتعاون مجرد أمل أو طموح غير قابل للتطبيق. (٦٧، ص ١٤٦)

- أهمية آلية للتعاون في تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية:

- يساعد التعاون على تدعيم الصلة بين الجمعيات.

- يؤدي إلى إثراء القرارات المجتمعية نتيجة لمشاركة المواطنين والقيادات الشعبية وذوى الخبرات والمهارات المتنوعة، وهذا يؤدي إلى وضع خطة للتنمية بصورة واقعية لظروف المجتمع، في ضوء الإمكانيات البشرية والمادية بحيث تكون متشابهة مع الخطة العاملة للدولة لمواجهة مشكلات الرعاية الصحية.

- يساعد على إلقاء العبء على الموارد القومية عن طريق استثمار الموارد المحلية بصفة أساسية ثم الاستفادة من الموارد القومية. (٦٨، ص ١٠٠)

- يؤدي إلى إتاحة الفرصة للفئات المحرومة بالمجتمع إلى المشاركة والقيام بدور إيجابي في القرارات المؤثرة في الأحداث الجارية.

- يعمل على تخفيف حدة المشاعر السلبية بين أفراد المجتمع وخاصة الفئات المحرومة والمحتاجه لأنه ينطلق من احتياجاتهم والعمل على استكمالها ويعبر عن إرادتهم في تغيير أحوالهم من خلال مساندة الجهات المسؤولة سواء الحكومية أو الأهلية.

- التأكيد على قيمة الديمقراطية بين أفراد المجتمع ومؤسساته وقياداته، حيث أن التعاون يساهم في تحقيق أهداف المجتمع في اتخاذ القرارات وتقرير السياسات وتحقيق رضا أفراد المجتمع عن طريق الخدمات والبرامج التي يشتركون فيها، بالإضافة إلى تنمية إحساسهم بأن أرائهم يتم الأخذ بها من قبل الجهات المسؤولة بالمجتمع وهذا في حد ذاته تأكيداً لأهميتهم. (٦٩، ص ٥٢-٥٣)

- يؤدي التعاون بين الجمعيات إلى حل المشكلات المعقدة.

- يساعد في توفير الجهد والوقت والمال.

- يعتبر وسيلة فعالة في التعرف على احتياجات المجتمع ومشكلاته.

- يساهم في إحداث التغيير الاجتماعي المقصود في العنصر البشري. (٧٠، ص ١٥١)

(٤) آلية التبادل:

يشير التبادل إلى اشتراك مجموعة من الجماعات في الأهداف ولديها من الموارد وما يمكن تبادله فيما بينها لتحقيق هذا الغرض. (٧١، ص ١٤٠)

حيث انه نشاط اختياري يتم بين جماعتين من أجل تحقيق أهداف ذاتية أو غير ذاتية أو متوقعة. (٧٢، ص ٣١)

- وتتعدد صور التبادل بين الجماعات حيث تسعى كل جمعية إلى إقامة علاقات تبادلية مع الجماعات الأخرى، لتحقيق ما يلي:

١- تبادل السياسات والخطط وبرامج العمل.

٢- تبادل المعلومات عن أمور تتعلق بموضوع التنسيق فيما بينها.

٣- تبادل الخبرات .

٤- تبادل الإمكانيات المادية والبشرية. (٧٣، ص ٣٦)

- افتراضات التبادل بين الجماعات الأهلية في مجال الرعاية الصحية:

تقوم عملية التبادل بين الجماعات علي مجموعة من الأسس على النحو التالي:

- إن الأفراد المشاركين يدخلون في العلاقات التبادلية لتحقيق أهداف مرغوبة.

- كل الأنشطة الاجتماعية تتضمن تكلفة مثل (الوقت، الطاقة، الموارد).

- يسعى المشاركون في العملية التبادلية إلى أن تكون التكلفة أقل من العائد.

ومن خلال ما سبق فإن عملية التبادل تبدأ عندما يحاول الفاعل الاجتماعي سواء كان فرداً أو جماعة أو جمعية وأن يكسب نوعاً من المنافع والفوائد من فاعل آخر أو فاعلين آخرين أو مؤسسات عن طريق تبادل أشياء معهم، وإذا شعر الفاعل الآخر أنه سوف يستفيد من هذا التبادل فإن التفاعل سوف يحدث. (٧٤، ص ٣٢٢-٣٢٤)

- شروط التبادل الجيد:

١- تتوع أهداف الجماعات وبالتالي يؤدي التبادل إلى إيجاد التكامل في الخدمات المقدمة لأفراد المجتمع.

٢- أن يكون العائد من عملية التبادل يفيد كلاً من الطرفين حتى لا يحدث صراع أو تنافس.

٣- أن تكون المصالح المشتركة لكلاً من الطرفين واضحة بحيث تترك كل مؤسسة مصالح المؤسسات الأخرى.

٤- أن يكون هناك عدالة في توزيع العائد من عملية التبادل. (٧٥، ص ٤٩)

المبحث الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: نوع الدراسة.

تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية لكونها أنسب أنواع الدراسات ملائمة لطبيعة موضوع الدراسة والتي تهدف إلى وصف وتطوّل آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية للوصول لوضع رؤية مستقبلية لطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية. ومن ثم يمكننا الحصول على حقائق من خلال المعلومات وتفسيرها ثم استخلاص النتائج ووضع المؤشرات التي تساعد في الوصول إلى آليات تكامل برامج الرعاية الصحية وتحقيق أقصى استفادة منها فإن هذه الدراسة تعتبر من الدراسات الوصفية التي تقيس علاقة بين متغيرين متغير مستقل هو آليات التكامل ومتغير تابع هو برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية وهي أنسب أنواع الدراسات لتحقيق أهداف الدراسة الحالية.

وتهدف الدراسات الوصفية إلى تقرير خصائص مشكلة معينة ودراسة ظروفها المحيطة بها، أي كشف الحقائق الراهنة التي تتعلق بظاهرة أو موقف أو مجموعة من الأفراد مع تسجيل دلالاتها وخصائصها وتصنيفها وكشف ارتباطها بمتغيرات أخرى، بهدف وصف هذه الظاهرة وصفاً دقيقاً شاملاً من كافة جوانبها ولفت النظر إلى أبعادها المختلفة، والوصف يغلب عليه صفة التمديد الذي ينصب على الجوانب الكيفية والجوانب الكمية معاً، بهدف تحديد خصائص الظاهرة أو وصف العلاقة بين المتغيرات. (٧٦، ص ١٠٣)

ثانياً: منهج الدراسة.

يشير مفهوم المنهج إلى الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة. (٧٧، ص ٢٣٦)

ويعرف منهج المسح الاجتماعي بأنه " دراسة للجوانب المرضية للأوضاع الاجتماعية القائمة في منطقة جغرافية محددة، وهذه الأوضاع لها دلالة اجتماعية ويمكن قياسها ومقارنتها بأوضاع أخرى يمكن قبولها كنموذج وذلك بقصد تقديم برامج إنشائية للإصلاح الاجتماعي". (٧٨، ص ٢٣٠)

وتنتمى الدراسة الحالية منهج المسح الاجتماعي بنوعه الشامل وبالعينّة ذلك أن منهج المسح الاجتماعي يهدف إلى الوصول إلى بيانات يمكن تصنيفها وتفسيرها وتعميمها وذلك للاستفادة بها في المستقبل، وخاصة في الأغراض العلمية. (٧٩، ص ١٧٥)

ويستخدم هذا المنهج من أجل تحسين وتطوير الخدمات، والتعرف على المشكلات القائمة، ووضع الحلول والإمكانيات اللازمة لمواجهتها. (٨٠، ص ١٩٦)

-- ويتمثل المنهج المستخدم في:

١- الحصر الشامل لأعضاء مجالس إدارة العاملين بالجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية بمحافظة القاهرة.

٢- المسح الاجتماعي بالعينة للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

ثالثاً: أدوات الدراسة.

الأداة هي الوسيلة العلمية التي يستخدمها الباحث في جمع بياناته من المفردات في المجتمع الذي

يحدده. (٨١، ص ١٨٠)

وعلى الباحث الجيد أن يضع في اعتباره أثناء اختياره لأدوات جمع البيانات مجموعة من العوامل

التي يكون لها تأثير مباشر على تلك الأدوات ومنها طبيعة البحث وطبيعة المبحوثين. (٨٢، ص ١٩٣)

واتساقاً مع متطلبات الدراسة الرائدة فقد اعتمدت الدراسة على أكثر من أداة لجمع البيانات من

الميدان، بحيث تتفق هذه الأدوات مع مشكلة الدراسة وطبيعتها.

واعتمدت الدراسة الرائدة على الأدوات التالية:-

١- استبيان عن آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية مطبق على أعضاء مجلس الإدارة والعاملين.

٢- دليل مقبلة شبيه مقننه مع المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

رابعاً: تصميم أدوات الدراسة.

أ- استبيان آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

١- تحديد موضوع الاستمارة وأبعادها والتأكد من قابليتها لجمع البيانات بصورة صحيحة، وقد تضمنت بيانات الاستبيان الأبعاد التالية:

تبعد الأول: البيانات الأولية.

ويتكون من مجموعة من البيانات الأولية عن: (النوع - السن - الحالة الاجتماعية- الحالة

التعليمية- الوظيفة بالجمعية- عدد سنوات الخبرة بالجمعيات- الحصول على دورات تدريبية).

البعء الثاني: آليات التكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

ويتكون من مجموعة من الآليات (آلية التبادل- آلية التعاون- آلية الاتصال- آلية التمييز).

البعء الثالث: عائد تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

البعء الرابع: استراتيجيات وتكتيكات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية ..

البعء الخامس: صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

البعء السادس: المقترحات الداعمة تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٢- الرجوع إلى الدراسات المسابقة والكتابات النظرية والنظريات العلمية المتعلقة بالدراسة الحالية للتوصل

إلى فقرات الاستمارة.

اطلعت الباحثة على مجموعة من الاستبيانات والمقييس المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية في الدراسات والبحوث ومنها دراسة (إبي محمد سعد الدين، ٢٠١٥)، ودراسة (ولاء جمال كامل، ٢٠١٧)، ودراسة (أسماء سعيد: ٢٠٠٩)، ودراسة (ولاء جمال كامل، ٢٠١٧) ، ودراسة (صباح محمد محمد، ٢٠١٧)

٣- تحديد أوزان وفقرات الاستبيان.

يشير مصطلح الوزن إلى نوع خاص من للقياس تخصص فيه الأرقام مواضع أي أن عملية للقياس تقوم على وضع درجات متغيرة للصفات محل الاهتمام، وهذه القياسات تستخدم عبارات (لسئلة) متضاعفة ومترابطة لخلق هدف واحد مركب من عناصر متباينة، فقياسات الاستبيان يطلب فيها إلى الأفراد أن يجيبوا على جميع الأسئلة (العبارات) التي تستخدم مصفوفة طويلة منها لخلق هدف متعدد العناصر يضع الباحث في وضع أفضل لمقابلة أخطاء القياسات التقديرية. (٨٣، ص ص ٢٨٤-٢٨٥)

قامت الباحثة بالاطلاع على عدد من أوزان الاستبيانات والتي لقيت قبولاً واسعاً في ميدان البحث الاجتماعي ومنها مقياس "ترستون" ومقياس "جتمان" ومقياس "ليكرت" والذي تقوم فكرته الأساسية على أساس فكرة التجانس أو أحادية البعد بمعنى أن تقيس جميع عناصر نفس الشيء، فقامت الباحثة بتصميم الاستبيان عن آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية مطبق على أعضاء مجالس الإدارة والعمالين، ليكون على مستوى القياس الترتيبي الذي يركز على نقطة أصل طبيعة وأعدت الباحثة الاستبيان ليكون من نوع مقياس التقدير ولذلك سوف تُعطي الباحثة لكل فقرة أوزاناً متدرجة على النحو التالي :-

أ- اعتمد الاستبيان على التدرج الثلاثي، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة).

ب- فالعبارات الموجبة تأخذ فيها الاستجابات الأوزان التالية: نعم (ثلاث درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة).

ج- العبارات السالبة تأخذ فيها الاستجابات الأوزان التالية: نعم (درجة واحدة)، إلى حد ما (درجتين)، لا (ثلاث درجات).

تم بناء الاستبيان وتقسيمه إلى فئات حتى يمكن التوصل إلى نتائج الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي حيث تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا الاستبيان الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا) ، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (٣ - ١ = ٢)، وتم تقسيمه على عدد خلايا الاستبيان للحصول على طول الخلية المصحح (٢ / ٣ = ٠.٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في الاستبيان أو بداية الاستبيان وهي الواحد للصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي :

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (١) يوضح مستويات أبعاد الاستبيان

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ - أقل من ١.٦٧
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١.٦٧ - أقل من ٢.٣٥
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ٢.٣٥ - ٣

٣- اختبار الصدق الظاهري للاستبيان.

قامت الباحثة بعرض فكرة الاستبيان في صورتها الأولى على عدد (١٠) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات والمعاهد العليا من المتخصصين في مجال الدراسة، ذلك بغرض تحكيم الاستبيان من حيث مدى ارتباط الأسئلة بالموضوع والأهداف وقدرتها على إجابة تساؤلات الدراسة، مدى ارتباط العبارة بالبعد الذي تقسمه، صياغة العبارات من حيث السهولة والوضوح، إضافة عبارات أخرى إذا رأى ذلك ضرورياً، الملاحظات والتعديلات المطلوب إجرائها لكل عبارة من العبارات، وفي ضوء ملاحظاتهم قامت الباحثة بإعادة الترتيب والصياغة لبعض الأبعاد كذلك قامت باستبعاد بعض العبارات غير المرتبطة وقد تم الاعتماد على نسبة اتفاق لا تقل عن (٨٠%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض، وبناء على ذلك تم صياغة الاستبيان في صورته النهائية.

٤- الصدق الإحصائي للاستبيان.

يقصد بالصدق الإحصائي أن أداة جمع البيانات تعطي نفس النتائج أو نتائج متقاربة جداً عندما تستخدم عدة مرات في جمع البيانات عن مفهوم واحد يفترض ثباته أيضاً. (٨٤، ٢٢٩)

وتم حساب الصدق الإحصائي للاستبيان من خلال معامل ثبات (ألفا- كرونباخ) باستخدام برنامج SPSS والذي من خلاله نحسب معامل التمييز لكل سؤال حيث يتم حذف السؤال الذي معامل تمييزه ضعيف أو سالب ويقصد بالاتساق الداخلي لأسئلة الاستبانة هي قوة الارتباط بين درجات كل مجال ودرجات أسئلة الاستبانة الكلية، والصدق ببساطة هو أن تقيس أسئلة الاستبانة أو الاختبار ما وضعت لقياسه أي يقيس فعلا الوظيفة التي يفترض أنه يقيسها.

جدول (٢) يوضح الاتساق للدخلي بين أبعاد الاستبيان

N=١٥٠

والدرجة الكلية للاستبيان باستخدام (Alpha- Kronbach)

م	المتغير	معامل ALPHA
١	آليات التكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٠.٦٥٨
٢	عائد تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٠.٧٨٢
٣	العوامل المعسرة والداعمة لآليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٠.٨٧٧
٤	صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٠.٨٥٢
٥	المقرحات الداعمة بتكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٠.٧٨٩

Reliability Coefficients

N of Cases = ١٥٠٠

N of Items = ٥

Alpha = ٠.٧٩١٦

نلاحظ من هذه النتائج أن قيمة معامل الثبات Alpha يساوي ٠.٧٩١٦ وهو معامل ثبات مقبول .

ب- دليل مقابلة شبه مقتنة عن آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بالانطلاق على المستفيدين.

مجلة الخدمة الاجتماعية

١- تحديد موضوع الدليل وأبعاده وكذا تضمن بيانات الدليل الأبعاد التالية:

البعد الأول: البيانات الأولية عن خصائص المستفيدين من برامج الرعاية الصحية وتشمل على (النوع - السن - الحالة الاجتماعية- الحالة التعليمية- طبيعة العمل - متوسط سنوات الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية من الجمعيات - طبيعة الأمراض التي تعاني منها ويتم علاجها من خلال برامج الرعاية الصحية بالجمعية، طرق الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية بالجمعية من حيث التشخيص، طرق الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية بالجمعية من حيث العلاج).

البعد الثاني: الصعوبات التي تواجهه في الحصول على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

البعد الثالث: المقترحات الداعمة لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٢- تحديد أوزان وفقرات الاستبيان.

أ- اعتمدت استجابات الدليل على التدرج الثلاثي، بحيث تكون الاستجابة لكل عبارة (نعم، إلى حد ما، لا) وأعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة).

ب- فالعبارات الموجبة تأخذ فيها الاستجابات الأوزان التالية: نعم (ثلاث درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة).

ج- العبارات السالبة تأخذ فيها الاستجابات الأوزان التالية: نعم (درجة واحدة)، إلى حد ما (درجتين)، لا (ثلاث درجات).

٣- اختبار الصدق الظاهري للاستبيان.

قامت الباحثة بعرض فكرة الدليل في صورتها الأولى على عدد (١٠) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات والمعاهد العليا من المتخصصين في مجال الدراسة، ذلك بغرض تحكيم الدليل من حيث مدى ارتباط الأسئلة بالموضوع والأهداف وقدرتها على إجابة تساؤلات للدراسة، مدى ارتباط العبارة بالبعد الذي نقيسه، صياغة العبارات من حيث السهولة والوضوح.

خامساً: مجالات الدراسة.

تحددت مجالات الدراسة على النحو التالي:-

أ- المجال المكاني:

قامت الباحثة باختيار المجال المكاني للدراسة على النحو التالي:

من خلال التقسيم الإداري لمحافظة القاهرة إلى أربع مناطق إدارية وهي المنطقة الشمالية، والمنطقة الجنوبية، والمنطقة الغربية، والمنطقة الشرقية تم تحديد الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية بمحافظة القاهرة في الأربع مناطق، ومن خلال العينة العشوائية البسيطة بأسلوب القوائم تم تحديد جمعية واحدة في كل منطقة بحيث يصبح عدد الجمعيات الذين يمثلون المجال المكاني للدراسة أربع جمعيات ممثلين للتوزيع الجغرافي لمناطق القاهرة الأربع على النحو التالي:

١- المنطقة الشرقية وممثل عنها الجمعية التشريعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالمطرية المشهورة برقم

- ٢- المنطقة الشمالية وممثل عنها جمعية الكلمة الطبية بالساحل المشهورة برقم ٣٤٧٧ لسنة ١٩٨٧.
- ٣- المنطقة الغربية وممثل عنها جمعية الخدمات الاجتماعية لتنمية المجتمع بمديرية الشئون الاجتماعية المشهورة برقم ٣٣٩٠ لسنة ١٩٨٥.
- ٤- المنطقة الجنوبية وممثل عنها الجمعية الشرعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالسيدة عائشة المشهورة برقم ٥٧٧ لسنة ١٩٨٥.
- ب- المجال البشري.

تمثل المجال البشري للدراسة الحالية على النحو التالي:

- ١- حصر شامل لأعضاء مجلس إدارة الجمعيات الأهلية بمجتمع الدراسة والعاملين بها.
- ٢- عينة عشوائية بسيطة ممثلة عن المستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية.

جدول (٣) يوضح إطار العينة لأعضاء مجلس الإدارة والعاملين بالجمعيات الأهلية بمجتمع الدراسة

م.	اسم الجمعية	عدد أعضاء مجلس الإدارة	عدد العاملين
١	الجمعية الشرعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالمطرية	٧	٩
٢	جمعية الكلمة الطبية بالساحل	٧	١٧
٣	جمعية الخدمات الاجتماعية لتنمية المجتمع	٧	١٥
٤	الجمعية الشرعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالسيدة عائشة	٧	١٢
الإجمالي		٢٨	٥٣
		٨١	

وتم تحديد حجم العينة العشوائية البسيطة للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بالجمعيات من خلال قانون الحجم الأمثل للعينة على النحو التالي:

عند تقدير الحجم الأمثل للعينة، يمكن استخدام معادلات إحصائية تفيد ذلك، لأنه من غير الجائز علمياً أن نقول أننا سوف نسحب عينة قوامها ٢٠% أو ١٠% من مجتمع البحث لتصبح هذه العينة " احتمالية " حيث أن هذا يعتبر تعسفاً أو تحيزاً من الباحث. والأفضل أن نتبع تقنيات عمل الإحصاء الذي يوفر معادلات لتحديد الحجم الأمثل للعينة وفقاً لدرجة ثقة عالية ٩٥% أو مستوى معنوية ٠.٠٥ ومنها المعادلة التالية.

$$N = \frac{t^2 \cdot C \cdot \frac{1}{n} + t^2 \cdot C \cdot \frac{1}{n}}{t^2 \cdot C \cdot \frac{1}{n} + t^2 \cdot C \cdot \frac{1}{n}}$$

- حيث أن:-

$N =$ عدد مفردات العينة المتمثلة للمجتمع المدروس بدرجة ثقة ٩٥%.

$t =$ قيمة t المحسوبة من جدول t ، حيث (قيمة $t = 2$ عند أدنى قيمة لها).

$C =$ احتمال نجاح أن تظهر إحدى مفردات المجتمع ضمن العينة المختارة (النجاح = $\frac{1}{2}$).

مجلة الخدمة الاجتماعية

ف = احتمال فشل ظهور نفس المفردة ضمن العينة المختارة (الفشل = $\frac{1}{2}$).

س = مستوى المعنوية الذي سيتم اختيار العينة في ضوءه (0.005).

ن = عدد أفراد المجتمع المدروس. (85، ص ص 343، 344)

حيث بلغ إجمالي المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية تقريباً 4240 مفردة وبعد تطبيق المعادلة السابقة أصبح حجم العينة 142 مفردة على النحو التالي:

وتم تحديد حجم كل عينة من الجمعيات من خلال المعادلة التالية
عدد المستفيدين من الجمعية

$$= \frac{\text{عدد مفردات العينة المطلوبة}}{\text{إجمالي عدد المستفيدين من الجمعيات بمجتمع الدراسة}}$$

جدول (4) يوضح إطار العينة للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمجتمع الدراسة

رقم	اسم الجمعية	الحصر الكلي للمستفيدين	حجم عينة المستفيدين
1	الجمعية الشرعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالمطرية	1268	43
2	جمعية الكلمة الطبية بالساحل	1170	39
3	جمعية الخدمات الاجتماعية لتنمية المجتمع	815	27
4	الجمعية الشرعية لتعاون العاملين بالكتاب والسنة بالسيدة عائشة	987	33
الإجمالي		4240	142

- وبذلك أصبح حجم عينة أعضاء مجلس الإدارة والعاملين من خلال الحصر الشامل 81 مفردة.

- عينة طبقية من الجمعيات الأهلية بمجتمع الدراسة بلغت 142 مفردة وتم تحديدها من خلال الأسلوب العشوائي البسيط.

ج- المجال الزمني:

يشمل في فترة جمع البيانات من الميدان في الفترة من 2017/12/19 حتى 2017/1/21

سادساً: المعاملات الإحصائية المستخدمة.

تمثلت المعاملات الإحصائية من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS .V. 20.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية :

1- معامل (ألفا- كرونباخ) والذي من خلاله نحسب معامل التمييز لكل سؤال حيث يتم حذف السؤال الذي معامل تمييزه ضعيف أو سالب حيث يعبر معامل (ألفا- كرونباخ) عن درجة الاتساق الداخلي للاستبيان.

2- حساب المدى وذلك لتحديد طول خلايا الاستبيان.

3- حساب المتوسط الحسابي من خلال المعادلة التالية: = ك (نعم) x 3 + ك (إلى حد ما) x 2 + ك (لا) x 1 / ن ويفيد في ترتيب العبارات .

مجلة الخدمة الاجتماعية

٤- حساب الانحراف المعياري وذلك من خلال حساب معمل التشتت بين تكرارات الاستجابات الثلاث لكل عبارة حيث يمكن الاستفادة منه في ترتيب العبارات في حالة تساوي أكثر من عبارة في المتوسط الحسابي

سابعاً: أهم الصعوبات.

واجهت الباحثة بعض الصعوبات أثناء تنفيذ الإطار الميداني للدراسة والذي تمثل في:

- مقاومة العديد من المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بالجمعية في ملئ الاستمارات الخاصة بهم.
- صعوبة التوصل إلى بعض المسؤولين في مجال الدراسة الميدانية.
- بيروقراطية الإجراءات للحصول على البيانات.

مجلة الخدمة الاجتماعية

المبحث الرابع: عرض جداول الدراسة ومناقشتها

أولاً: عرض نتائج الدراسة المرتبطة بخصائص الباحثين من أعضاء مجلس الإدارة والعاملين والمستفيدين.

أ- عرض خصائص الباحثين من أعضاء مجلس الإدارة والعاملين

جدول (٥) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً للخصائص الاجتماعية (ن=٨١)

الترتيب	%	*F	الاستجابة	المتغيرات
١	٦٥.٤	٥٣	ذكر	النوع
٢	٣٤.٦	٢٨	أنثى	
%١٠٠		٨١	الإجمالي	
S.D*		M*		السن
٩.١٢٨		٥٢.٢		
٣	٦.٢	٥	أعزب	الحالة الاجتماعية
١	٧٦.٥	٦٢	متزوج	
٤	٣.٧	٣	مطلق	
٢	١٣.٦	١١	أرمل	
%١٠٠		٨١	الإجمالي	
٣	٩.٩	٨	مؤهل متوسط	الحالة التعليمية
٢	٢٣.٥	١٩	مؤهل فوق المتوسط	
١	٦٣.٠	٥١	مؤهل عال	
٤	٣.٧	٣	دراسات عليا	
%١٠٠		٨١	الإجمالي	
٣	٢٤.٧	٢٠	عضو مجلس إدارة	الوظيفة بالجمعية
١	٣٣.٣	٢٧	أخصائي اجتماعي	
٤	٤.٩	٤	رئيس مجلس إدارة	
٤	٤.٩	٤	أمين صندوق	
٢	٣٢.١	٢٦	إداري بالجمعية	
%١٠٠		٨١	الإجمالي	
S.D*		M*		متوسط سنوات الخبرة بالجمعية
٣٧.٣٢٢		١٨.٢		
١	٧٧.٨	٦٣	نعم	الحصول على دورات تدريبية في برامج الرعاية الصحية
٢	٢٢.٢	١٨	لا	
%١٠٠		٨١	الإجمالي	

(*F= Frequency & *M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين بالجمعيات طبقاً للخصائص الاجتماعية أنه بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً للنوع أنه جاء في الترتيب الأول الذكور بنسبة ٦٥.٤% بواقع ٥٣ مفردة، يليها الإناث بنسبة ٣٤.٦% بواقع ٢٨ مفردة، ويشير ذلك إلى أن غالبية العاملين في المراكز القيادية داخل الجمعيات هم الذكور وقد يرجع ذلك إلى قلة مشاركة المرأة في العمل الأهلي نظراً لارتباطها بالمنزل وتربية الأبناء.

أما بالنسبة لتوزيع الباحثين طبقاً للسن يتضح أن متوسط أعمار الباحثين من أعضاء مجلس الإدارة والعاملين بلغ ٥٢ عام تقريباً بانحراف معياري ٩.١٢٨ وقد يشير الانحراف المعياري إلى ضعف

مجلة الخدمة الاجتماعية

معامل التشتت أي أن أعمار العاملين بالجمعيات متقاربة إلى حد ما.

أما بالنسبة لتوزيع الباحثين طبقاً للحالة الاجتماعية فقد جاء في الترتيب الأول متزوج بنسبة ٧٦.٥% بواقع ٦٢ مفردة، يليها الأرملة بنسبة ١٣.٦% بواقع ١١ مفردة، يليها أعزب بنسبة ٦.٢% بواقع ٥ مفردة، يليها مطلق بنسبة ٣.٧% بواقع ٤ مفردة.

كما أوضحت نتائج للجدول السابق أن الحالة التعليمية للمبشرين أنه جاء في الترتيب الأول الحاصلين على مؤهل عال بنسبة ٦٣.٠% بواقع ٥١ مفردة، يليها الحاصلين على مؤهل فوق متوسط بنسبة ٢٣.٥% بواقع ١٩ مفردة، يليها الحاصلين على مؤهل متوسط بنسبة ٩.٩% بواقع ٨ مفردة، وجاء في الترتيب الأخير الحاصلين على دراسات عليا.

أما بالنسبة لتوزيع الباحثين طبقاً للوظيفة بالجمعية جاء في الترتيب الأول الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة ٣٣.٣% بواقع ٢٧ مفردة، يليها الإداريين بالجمعية بنسبة ٣٢.١% بواقع ٢٦ مفردة، يليها أعضاء مجلس الإدارة بنسبة ٢٤.٧% بواقع ٢٠ مفردة، يليها كل من رئيس مجلس الإدارة وأمين صندوق بنسبة ٤.٩% بواقع ٤ مفردة لكل منهما.

أما لمتوسط سنوات الخبرة بالجمعية للمبشرين من أعضاء مجلس الإدارة والعاملين جاء متوسط سنوات الخبرة ١٨ عام تقريباً بانحراف معياري ٣٧.٣٢٢ ويشير ارتفاع معامل التشتت إلى التفاوت الكبير بين العاملين وأعضاء مجلس الإدارة في سنوات الخبرة في مجال العمل بالجمعيات الأهلية.

أما بالنسبة لتوزيع الباحثين طبقاً للحصول على دورات تدريبية في برامج الرعاية الصحية أنه جاء في الترتيب الأول من حصلوا على دورات تدريبية بنسبة ٧٧.٨% بواقع ٦٣ مفردة، يليها من لم يحصلوا على دورات تدريبية بنسبة ٢٢.٢% بواقع ١٨ مفردة.

ب- عرض خصائص الباحثين المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات.

جدول (٦) يوضح توزيع المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات طبقاً للخصائص الاجتماعية

(ن-١٤٢)

المتغيرات			الاستجابة		المتغيرات	
الترتيب	%	*F				
٢	٣٧.٣	٥٣	ذكر		النوع	
١	٦٢.٧	٨٩	أنثى			
٪١٠٠			الإجمالي			
S.D*			M*		السن	
٢٦.١٤			٥٤.٢			
٤	٥.٦	٨	أعزب		الحالة الاجتماعية	
٣	٢٣.٩	٢٤	متزوج			
٢	٢٠.٣	٤٣	مطلق			
١	٤٠.١	٥٧	أرمل			
٪١٠٠			الإجمالي			
٢	٢٩.٦	٤٢	أمية		الحالة التعليمية	
٣	٢٣.٩	٢٤	يقرأ ويكتب			
٤	١٢.٧	١٨	حاصل على الابتدائية			
١	٣٣.٨	٤٨	حاصل على الإعدادية			

مجلة الخدمة الاجتماعية

الإجمالي			١٤٢	٪١٠٠
أ-	لا اعلم	٤٢	٢٩.٦	٢
ب-	اعلم بالقطاع الحكومي	١٢	٨.٥	٤
ج-	اعلم بالقطاع الخاص	٤	٢.٨	٥
د-	اعلم باليومية (موسمي)	٣٧	٢٦.١	٣
هـ-	بالمعاش	٤٧	٣٣.١	١
الإجمالي			١٤٢	٪١٠٠
S.D*		M*		
٣٤.١		١٢.٧		
متوسط سنوات الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية من الجمعيات				
أ-	امراض مزمنة (ضغط -سكري)	٦١	٤٣.٠	١
ب-	امراض الكبد	٧	٤.٩	٤
ج-	امراض للقلب	١٨	١٢.٧	٣
د	امراض فيروسية	٠	٠.٠	٥
هـ-	امراض ياطنه (غير مزمنة)	٥٦	٣٩.٤	٢
الإجمالي			١٤٢	٪١٠٠
أ-	الكشف مجاني	٤٧	٣٣.١	٢
ب	الكشف بأجر رمزي	٨٧	٦١.٣	١
ج-	الكشف بأجر كامل	٨	٥.٦	٣
الإجمالي			١٤٢	٪١٠٠
أ-	احصل على العلاج مجاني	٣٦	٢٥.٤	٣
ب	احصل على العلاج بأجر رمزي	٤٩	٣٤.٥	٢
ج-	احصل على العلاج بكامل الأجر	٥٧	٤٠.١	١
الإجمالي			١٤٢	٪١٠٠

(*F= Frequency & *M= arithmetic mean & *S.D= Standard Deviation)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية طبقاً للخصائص الاجتماعية أنه بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً للنوع أنه جاء في الترتيب الأول الإناث بنسبة ٦٢.٧% بواقع ٨٩ مفردة يليهم الذكور بنسبة ٣٧.٣% بواقع ٥٣ مفردة، ويشير ذلك إلى أن الإناث أكثر استفادة من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات عن الذكور وقد رجع ذلك إلى عدم قدرة الإناث على العلاج بأجر.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً للسن يتضح أن متوسط أعمار المبحوثين المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية ٥٤ عام تقريباً بانحراف معياري ٣٦.١٣ ويشير ارتفاع معامل التشتت إلى التفاوت الكبير في أعمار المبحوثين المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً للحالة الاجتماعية فقد جاء في الترتيب الأول الأرملة بنسبة ٤٠.١% بواقع ٥٧ مفردة، يليها مطلق بنسبة ٣٠.٣% بواقع ٤٣ مفردة، يليها متزوج بنسبة ٢٣.٩% بواقع ٣٤ مفردة. وتؤكد نتائج الجدول أن غالبية المستفيدين من برامج الرعاية الصحية هم الأرملة وقد يرجع ذلك إلى أن الأرملة هم أكثر احتياجاً للمساعدات المالية والصحية.

كما أوضحت نتائج الجدول السابق أن الحالة التعليمية للمستفيدين أنه جاء في الترتيب الأول الحاصلين على الإعدادية بنسبة ٣٣.٨% بواقع ٤٨ مفردة، يليها الأميين بنسبة ٢٩.٦% بواقع ٤٢ مفردة،

يلياها من يقرأ ويكتب ٢٣.٩% بواقع ٣٤ مفردة، يليها ١٢.٧% بواقع ١٨ مفردة.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً لطبيعة العمل أنه جاء في الترتيب الأول من هم بالمعاش بنسبة ٣٣.١% بواقع ٤٧ مفردة، يليها من لا يعمل بنسبة ٢٩.٦% بواقع ٤٢ مفردة، يليها عمال اليومية والموسمين بنسبة ٢٦.١% بواقع ٣٧ مفردة، يليها من يعملون بالقطاع الحكومي بنسبة ٨.٥% بواقع ١٢ مفردة، يليها من يعملون بالقطاع الخاص بنسبة ٢.٨% بواقع ٤ مفردة.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً لمتوسط سنوات الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية من الجمعيات حيث بلغت بمتوسط ١٣ عام تقريباً بانحراف معياري ٣٤.١ ويشير ارتفاع معامل التشتت إلى التفاوت الكبير بين المستفيدين في متوسط سنوات الحصول على خدمة الرعاية الصحية.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً للأمراض التي يعانون منها ويتم علاجها من خلال برامج الرعاية الصحية بالمستشفى حيث جاء في الترتيب الأول أمراض مزمنة (ضغط - سكري) بنسبة ٤٣.٠% بواقع ٦١ مفردة، يليها من يعانون من أمراض باطنية (غير مزمنة) بنسبة ٣٩.٤% بواقع ٥٦ مفردة، يليها من يعانون من أمراض القلب بنسبة ١٢.٧% بواقع ١٨ مفردة، يليها من يعانون من أمراض الكبد بنسبة ٤.٩% بواقع ٧ مفردة.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً لطرق الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية بالجمعية من حيث التشخيص حيث جاء في الترتيب الأول من يحصلون على الكشف بأجر رمزي بنسبة ٦١.٣% بواقع ٨٧ مفردة، يليها من يحصلون على الكشف مجاني بنسبة ٣٣.١% بواقع ٤٧ مفردة، يليها من يحصلون على الكشف بأجر كامل الكشف بأجر كامل بنسبة ٥.٦% بواقع ٨ مفردة.

أما بالنسبة لتوزيع المستفيدين طبقاً لطرق الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية بالجمعية من حيث العلاج حيث جاء في الترتيب الأول من يحصلون على العلاج بكامل الأجر بنسبة ٤٠.١% بواقع ٥٧ مفردة، يليها من يحصلون على العلاج بأجر رمزي بنسبة ٤٠.١% بواقع ٥٧ مفردة، ٣٤.٥%، يليها من يحصلون على العلاج مجاني بنسبة ٢٥.٤% بواقع ٣٦ مفردة.

ثانياً: أوجه استفادة أعضاء مجلس الإدارة والعاملين من الدورات التدريبية على برامج الرعاية

الصحية بالجمعيات

جدول (٧) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لأوجه الاستفادة من الدورات التدريبية (ن=٦٣)

م	أوجه الاستفادة	نعم		إلى حد ما		لا		الترتيب
		%	F	%	F	%	F	
١	تبادل الخبرات مع الجهات المختلفة فيما يتعلق ببرامج الرعاية الصحية.	٤٩.٢	٣١	٣٠.٢	١٩	١٥.٩	١٠	٧
٢	معرفة كيفية تحقيق التكامل بين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٥٤.٠	٣٤	١٧.٥	١١	٢٨.٦	١٨	٦
٣	اكتساب الخبرة في تنفيذ برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٧٧.٨	٤٩	١٢.٧	٨	٩.٥	٦	٢
٤	بناء قدرات للعاملين في مجال الرعاية الصحية بما يخدم أهداف الجمعية.	٨١.٠	٥١	١٩.٠	١٢	٠.٠	٠	١
٥	اكتساب المهارات الفنية اللازمة لتقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٧٤.٦	٤٧	١١.١	٧	١٤.٣	٩	٣
٦	التعرف على كيفية ممارسة برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٦٦.٧	٤٢	٢٠.٦	١٣	١٢.٧	٨	٤
٧	تعلم كيفية تقويم أداء العاملين المهني ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٦٦.٩	٣٩	٢٠.٦	١٣	١٧.٥	١١	٥
High value						٢.٥١		
								القيمة العمة للمعيار

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لأوجه الاستفادة من الدورات التدريبية، حيث أكدت أن أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية تمثل بناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية بما يخدم أهداف الجمعية بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها في الترتيب اكتساب الخبرة في تنفيذ برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها اكتساب المهارات الفنية اللازمة لتقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٦، التعرف على كيفية ممارسة برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها التعرف على كيفية ممارسة برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها تعلم كيفية تقويم أداء العاملين المهني ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٤، يليها معرفة كيفية تحقيق التكامل بين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٣، وفي الترتيب الأخير تبادل الخبرات مع الجهات المختلفة فيما يتعلق ببرامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٢، وجاءت القيمة العمة للمعيار مرتفعة بمتوسط ٢.٥١ مما يشير إلى الاستفادة الكبرى من الدورات التدريبية. وجاءت نتائج الجدول مع ما أشارت إليه نظرية المنظمات والتي تؤكد على توفير تدريب للأعضاء من خلال بث قيم المنظمة وتقاليدها لدى أعضائها وكذلك من خلال نظرية التبادل التي تؤكد على إنشاء علاقات تبادلية من خلال التبادل للموارد والإمكانات والخبرات

مجلة الخدمة الاجتماعية

وينتج عنه تحقيق أهداف الجمعيات في تحقيق التكامل وإشباع احتياجات المستفيدين.

ثالثاً: آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

أ- آلية الاتصال

جدول (٨) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية الاتصال

ن=٨١

م	آلية الاتصال	نعم		إلى حد ما		لا		*S.D	*M	الترتيب
		F	%	F	%	F	%			
١	يعمل القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات على تدعيم شبكة الاتصال بينهم لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية.	٦٩	٨٥.٢	٢	٢.٥	١٠	١٢.٣	٢.٧	٣٦.٦	٣
٢	يعمل الاتصال على إيجاد علاقات قوية بين منفعدي برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بما يحقق تكامل تلك البرامج.	٦٥	٨٠.٢	٢	٢.٥	١٤	١٧.٣	٢.٦	٣٣.٤	٤
٣	تتوافر قاعدة بيانات بالجمعيات لتسجيل المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية لمنع ازدواج الخدمة.	٧٤	٩١.٤	٣	٣.٧	٤	٤.٩	٢.٩	٤٠.٧	١
٤	يهتم القائمين على برامج الرعاية الصحية بإعداد لقاءات مستمرة لتوفير الخدمات اللازمة للمستفيدين من تلك البرامج.	٤٧	٥٨.٠	١٨	٢٢.٢	١٦	١٩.٨	٢.٤	١٧.٣	٦
٥	توجد وسائل اتصال مستمرة بين مختلف الجمعيات التي تقدم الرعاية الصحية.	٦١	٧٥.٣	٢	٢.٥	١٨	٢٢.٢	٢.٥	٣٠.٥	٥
٦	تتواصل الجمعيات مع بعضها لتوفير التمويل اللازم لتقديم برامج الرعاية الصحية التي تقدمها.	٧١	٨٧.٧	٧	٨.٦	٣	٣.٧	٢.٨	٢٨.١	٢
	القيمة العامة للمعيار							٢.٦	High value	

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية الاتصال حيث تمثلت في تتوافر قاعدة بيانات بالجمعيات لتسجيل المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية لمنع ازدواج الخدمة بمتوسط حسابي ٢.٩ في الترتيب الأول، يليها تتواصل الجمعيات مع بعضها لتوفير التمويل اللازم لتقديم برامج الرعاية الصحية التي تقدمها بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها يعمل القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات على تدعيم شبكة الاتصال بينهم لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها يعمل الاتصال على إيجاد علاقات قوية بين منفعدي برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بما يحقق تكامل تلك البرامج بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها توجد وسائل اتصال مستمرة بين مختلف الجمعيات التي تقدم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها يهتم القائمين على برامج الرعاية الصحية بإعداد لقاءات

مستمرة لتوفير الخدمات اللازمة للمستفيدين من تلك البرامج بمتوسط حسابي ٢.٤. وجاءت القيمة العامة للمعيار مرتفعة بمتوسط ٢.٦ ، وانفقت نتائج الجدول السابق مع دراسة (صباح محمد محمد: ٢٠١٧) والتي كانت من أهم نتائجها أن مستوى الآليات التي تستخدمها المنظمات الحكومية والأهلية لتحقيق التكامل فيما بينها تمثلت في الاتصال والتبادل والتعاون والشبكات، كما اتفقت مع ذلك أيضا دراسة (أحمد صادق رشوان: ٢٠٠٥) والتي كانت من أهم المقترحات التي أشارت إليها من فتح قنوات اتصال فعالة بين الجمعيات وبعضها البعض وإنشاء قاعدة بيانات داخل الجمعيات.

ب- آلية التبادل

جدول (٩) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التبادل (ن=٨١)

م	آلية التبادل		نعم		إلى حد ما		لا		الترتيب	
	F	%	F	%	F	%	*M	*S.D		
١	٣٩	٤٨.١	١٩	٢٣.٥	٢٣	٢٨.٤	٢.٢	١٠.٥	٥	
٢	٧٨	٩٦.٣	١	١.٢	٢	٢.٥	٢.٩	٤٤.١	١	
٣	٧٣	٩٠.١	٢	٢.٥	٦	٧.٤	٢.٨	٣٩.٣	٢	
٤	٦٨	٨٤.٠	٣	٣.٧	١٠	١٢.٣	٢.٧	٣٥.٦	٣	
٥	٦٢	٧٦.٥	٨	٩.٩	١١	١٣.٦	٢.٦	٣٠.٣	٤	
٦	٤٢	٥١.٩	٨	٩.٩	٣١	٣٨.٣	٢.١	١٧.٣	٦	
٧	٦٤	٧٩.٠	١٢	١٤.٨	٥	٦.٢	٢.٧	٣٢.٢	٣	
High value								٢.٦		
									القيمة العامة للمعيار	

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التبادل حيث تمثلت في تبادل الجمعيات الأهلية مع بعضها البعض برامج تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٩ في الترتيب الأول، يليها تبادل الجمعيات الأهلية قاعدة البيانات لديها فيما بينهم لمنع ازدواج الخدمات فيما بينهم بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها كل من تبادل الجمعيات الأهلية فيما بينها خطط الرعاية الصحية للمستفيدين وتبادل الجمعيات الأهلية العاملين فيما بينهم لزيادة فاعلية برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٧ لكل منهما، يليها تساهم الجمعيات الأهلية في تنفيذ برامج الرعاية الصحية مع الجهات

مجلة الخدمة الاجتماعية

الحكومية بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها يتبادل القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية لمناقشة سياسات مواجهة مشكلات تمويل برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٢، يليها تتبادل الجمعية مع بعض الجمعيات الأهلية الخبراء والمتخصصون في برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.١، وجاءت القيمة العامة للمعيار مرتفعة بمتوسط ٢.٦، وتتفق نتائج الجدول السابق مع ما أكدته دراسة (سامية بارح فرج: ٢٠٠٦) والتي كانت من أهم نتائجها أن هناك أشكال من التبادل بين المنظمات غير الحكومية والحكومية من حيث الأدوات والأجهزة والاتصال لتنفيذ المشروعات والبرامج التي تفيد المستفيدين من تلك الخدمات.

ج- آلية التعاون

جدول (١٠) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التعاون (ن=٨١)

م	آلية التعاون		نعم		لا		الترتيب
	F	%	F	%	F	%	
١	٥٧	٧٠.٤	١٦	١٩.٨	٨	٩.٩	٣
٢	٥١	٦٣.٠	٢٣	٢٨.٤	٧	٨.٦	٤
٣	٥٧	٧٠.٤	١٧	٢١.٠	٧	٨.٦	٣
٤	٦٧	٨٢.٧	٥	٦.٢	٩	١١.١	٢
٥	٦٤	٧٩.٠	١٢	١٤.٨	٥	٦.٢	٢
٦	٤٩	٦٠.٥	١٨	٢٢.٢	١٤	١٧.٣	٥
٧	٧٢	٨٨.٩	٨	٩.٩	١	١.٢	١
القيمة العامة للمعيار		٢.٧		High value			

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التعاون انه جاء في الترتيب الأول يبحث القائمين على تنفيذ برامج الرعاية الصحية بالجمعيات على توقيع بروتوكولات تعاون مع مختلف المؤسسات الصحية لتحقيق أقصى استفادة للمواطنين بمتوسط حسابي ٢.٩، يليها كل من

مجلة الخدمة الاجتماعية

تشارك الجمعيات المختلفة داخل المجتمع في تنفيذ برامج الرعاية الصحية به ويتعاون الأخصائيين الاجتماعيين القائمين على برامج الرعاية الصحية على مواجهة مشكلات المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٧ لكل منهما، يليها كل من تعمل الجمعية على زيادة التعاون بين الأفراد للمساهمة على تنفيذ برامج الرعاية الصحية ويتعاون القائمين على تنفيذ برامج الرعاية الصحية في تحديد احتياجات المستفيدين بمتوسط حسابي ٢.٦ لكل منهما، يليها يؤدي التعاون بين أعضاء مجالس إدارة الجمعيات إلى زيادة التمويل اللازم لتنفيذ برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها يتعاون القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات لتحديد أولويات الرعاية الصحية للمستفيدين بمتوسط حسابي ٢.٤، وجاءت القيمة العامة للمعيار مرتفعة بمتوسط ٢.٧، وتتفق نتيجة الجدول مع دراسة (ولاء جمال كامل: ٢٠١٧) والتي كان من نتائجها أن أكثر أنواع العلاقات التي توجد بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية هي التعاون فيما بينهم.

د- آلية التنسيق

جدول (١١) بوضوح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التنسيق (ن=٨١)

الترتيب	*S.D	*M	لا		إلى حد ما		نعم		آلية التنسيق
			%	*F	%	F	%	F	
١	٢٥.٩	٢.٦	١٤.٨	١٢	١٤.٨	١٢	٧٠.٤	٥٧	يعمل التنسيق بين القائمين على برامج الرعاية الصحية داخل الجمعية على ترشيد موارد الجمعية.
٤	١٥.٥	٢.٣	٢٢.٢	١٨	٢٢.٢	١٨	٥٥.٦	٤٥	لا تستخدم الجمعيات وسائل الاتصال المكتوبة في التنسيق بينها عند تنفيذ برامج الرعاية الصحية.
١	٢٩.٨	٢.٦	١٨.٥	١٥	٦.٢	٥	٧٥.٣	٦١	يساهم التنسيق بين الجمعيات الأهلية في تنفيذ جميع برامج الرعاية الصحية للمستفيدين.
٢	٢٢.٥	٢.٥	١٦.٠	١٣	١٨.٥	١٥	٦٥.٤	٥٣	يوجد تنسيق كامل بين القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعية في تحديد الموارد الفنية والبشرية.
٥	٨.٨	٢.٢	٢١.٠	١٧	٣٧.٠	٣٠	٤٢.٠	٣٤	يضع القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات سياسة عامة تسيّر في ضوءها خطط وبرامج الرعاية الصحية.
٣	١٧.٣	٢.٤	٩.٩	٨	٣٨.٣	٣١	٥١.٩	٤٢	تهتم الجمعية بإيجاد التنسيق بين مختلف أقسامها عند تقديم الرعاية الصحية.
٤	١٢.٥	٢.٣	١٧.٣	١٤	٣٤.٦	٢٨	٤٨.١	٣٩	يفضل القائمين على برامج الرعاية الصحية التنسيق عن طريق الاجتماعات الدورية لأعضاء الجمعية
High value		٢.٤							القيمة العامة للمعيار

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

مجلة الخدمة الاجتماعية

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لآلية التسميق أنه جاء في الترتيب الأول كل من يعمل التسميق بين القائمين على برامج الرعاية الصحية داخل الجمعية على ترشيح موارد الجمعية، ويساهم التسميق بين الجمعيات الأهلية في تنفيذ جميع برامج الرعاية الصحية للمستفيدين بمتوسط حسابي ٢.٦ لكل منهما، يليها في الترتيب يوجد تسميق كامل بين القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعية في تحديد الموارد الفنية والبشرية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها تهتم الجمعية بإيجاد التسميق بين مختلف أقسامها عند تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٤، يليها لا تستخدم الجمعيات وسائل الاتصال المكتوبة في التسميق بينها عند تنفيذ برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٣، يضع القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات سياسة عامة تسيير في ضوءها خطط وبرامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٢، وجاءت القيمة العامة للمعيار مرتفعة بمتوسط حسابي ٢.٤، واتفقت نتائج الجدول السابق مع دراسة (صباح محمد محمد: ٢٠١٧) والتي كانت من أهم نتائجها أن مستوى الآليات التي تستخدمها المنظمات الحكومية والأهلية لتحقيق التكامل فيما بينها تمثلت في الاتصال والتبادل والتعاون والتسميق.

ثالثاً : عائد آليات التكامل على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

جدول (١٢) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لعدد

آليات التكامل على برامج الرعاية لصحية (ن=٨١)

٩	عائد آليات التكامل		نعم		إلى حد ما		لا		الترتيب
	F	%	F	%	F	%	F	%	
١	٦٤	٧٩.٠	١٢	١٤.٨	٥	٦.٢	٢.٧	٣.٢	٢
٢	٧٨	٩٦.٣	١	١.٢	٢	٢.٥	٢.٩	٤٤.١	١
٣	٦١	٧٥.٣	٨	٩.٩	١٢	١٤.٨	٢.٦	٢٩.٥	٣
٤	٤٢	٥١.٩	١٨	٢٢.٢	٢١	٢٥.٩	٢.٣	١٣.٠	٤
٥	٧٧	٩٥.١	٢	٢.٥	٢	٢.٥	٢.٩	٤٣.٣	١
٦	٦٨	٨٤.٠	٢	٢.٥	١١	١٣.٦	٢.٧	٣٥.٧	٢
٧	٤١	٥٠.٦	٨	٩.٩	٣٢	٣٩.٥	٢.١	١٧.٠	٥
							٢.٦	High value	

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً للعائد من تكامل برامج الرعاية الصحية تمثل في كل من إشباع حاجات أفراد المجتمع من الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية وتدريب العاملين على تطوير منظومة الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٩ لكل منهما في الترتيب الأول، يليها كل من تنمية الوعي لدى المستفيدين ببرامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية والتخطيط المالي وتسويق برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية لتحقيق أكبر عائد منها بمتوسط حسابي ٢.٧ لكل منهما، يليها تسهم في رفع كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها تزويد المستفيدين بالمعلومات المتعلقة بالخدمات الصحية المقدمة من الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٣، يليها تحقيق بنية أساسية للاتصال بين القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات تتميز بالكفاءة بمتوسط حسابي ٢.١. وجاءت القيمة العامة للمعيار مرتفعة بمتوسط حسابي ٢.٦، وأدلت على ذلك دراسة (عبد الونيس محمد: ٢٠٠٦) والتي كان من أهم نتائجها التوصل إلى إطار تخطيطي مقترح يتضمن تصميم نظم معلومات قومية لخدمات الرعاية الصحية وضرورة وجود جهاز تنسيقي للرعاية الصحية

رابعاً: استراتيجيات وتكنيكات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

جدول (١٣) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملون طبقاً لاستراتيجيات

دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=٨١)

م	الاستراتيجيات		نعم		إلى حد ما		لا		*S.D	*M	الترتيب
	F	%	F	%	*F	%	%				
١	٤٦	٥٦.٨	٣٣	٤٠.٧	٢	٢.٥	٢.٥	٢٢.٦	٤	٤	تمكين الناس والمجتمعات وإشراكهم في المساعدة ليكونوا مشاركون فاعلين في تقديم الرعاية الصحية.
٢	٥٨	٧١.٦	٢٢	٢٧.٢	١	١.٢	١.٢	٢٨.٨	٢	٢	التعزيز وتصريف الشؤون والمساعدة لضمان تحقيق أفضل النتائج الممكنة في تقديم الرعاية الصحية.
٣	٦١	٧٥.٣	١٧	٢١.٠	٣	٣.٧	٣.٧	٣٠.٢	٣	٣	إعادة توجيه برامج الرعاية بما يعنى ضمان تصميم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية.
٤	٦٧	٨٢.٧	١٤	١٧.٣	٠	٠.٠	٠.٠	٣٥.٣	١	١	تنسيق برامج الرعاية الصحية وفقاً لاحتياجات الناس ومطالبهم.
٥	٥١	٦٣.٠	١٢	١٤.٨	١٨	٢٢.٢	٢٢.٢	٢١.٠	٥	٥	تهيئة بيئة مواتية لإجراء التغييرات اللازمة في القيادة والإدارة ونظم المعلومات، وأساليب تحسين الجودة برامج الرعاية الصحية.

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

مجلة الخدمة الاجتماعية

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملون طبقاً لاستراتيجيات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية حيث تمثلت أهم الاستراتيجيات من وجهة نظرهم في تنسيق برامج الرعاية الصحية وفقاً لاحتياجات الناس ومطالبهم في الترتيب الأول بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها التعزيز وتصريف الشؤون والمساعدة لضمان تحقيق أفضل النتائج الممكنة فـ في تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها إعادة توجيه برامج الرعاية بما يعني ضمان تصميم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها تمكين الناس والمجتمعات وإشراكهم في المساعدة ليكونوا مشاركين فاعلين فـ في تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها تهيئة بيئة مواتية لإجراء التغييرات اللازمة في القيادة والإدارة ونظم المعلومات، وأساليب تحسين الجودة ببرامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٤، وهو مات يفوق مع دراسة (صباح محمد محمد: ٢٠١٧) والتي كان من أهم نتائجها أن مستوى الآليات التي تستخدمها المنظمات الحكومية والأهلية لتحقيق التكامل فيما بينهم تمثلت في الاتصال والتبادل والتعاون والتنسيق والتشبيك

جدول (١٤) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملون طبقاً لتكتيكات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=٨١)

م	التكتيكات	نعم		إلى حد ما		لا		*S.D	*M	الترتيب
		%	F	%	F	%	*F			
١	التنظيف الصحي للمواطنين.	٤٩	٦٠.٥	١٨	٢٢.٢	١٤	١٧.٣	٢.٤	١٩.١	٦
٢	العلاج الذاتي بما فيه تقييم الرعاية الشخصية وخطط العلاج	٦٧	٨٢.٧	١٤	١٧.٣	٠	٠	٢.٨	٣٥.٣	١
٣	تعزيز مشاركة المجتمع في مجال الرعاية الصحية	٦١	٧٥.٣	١٣	١٦.٠	٧	٨.٦	٢.٧	٢٩.٥	٢
٤	تقديم الاحتياجات الصحية للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية	٤٥	٥٥.٦	٢٠	٢٤.٧	١٦	١٩.٨	٢.٤	١٥.٧	٥
٥	تحسين الموارد المالية والبشرية المخصصة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض	٦١	٧٥.٣	١٧	٢١.٠	٣	٣.٧	٢.٧	٣٠.٢	٣
٦	دمج القطاع الصحي مع الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الجمعيات الأهلية	٥٤	٦٦.٧	١٢	١٤.٨	١٥	١٨.٥	٢.٥	٢٣.٤	٤

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملون طبقاً لتكتيكات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية حيث تمثلت أهم تكتيكات دعم تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية في العلاج الذاتي بما فيه تقييم الرعاية الشخصية وخطط العلاج في الترتيب الأول بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها تعزيز مشاركة المجتمع في مجال الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها تحسين الموارد المالية والبشرية المخصصة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها دمج القطاع الصحي مع الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٥، يليها تقييم الاحتياجات الصحية للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٤، يليها التنظيف الصحي للمواطنين بمتوسط حسابي ٢.٤

خامساً: صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية

جدول (١٣) يوضح توزيع المبحوثين من أعضاء مجلس الإدارة

والعاملون طبقاً لصعوبات دعم آليات التكامل ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات (ن=٨١)

م	الصعوبات	نعم		إلى حد ما		لا		*S.D	*M	الترتيب
		%	F	%	F	%	*F			
١	عدم وعي الجمعيات الأهلية بأهمية تكامل برامج الرعاية الصحية.	٣٦	٤٤.٤	٢٨	٣٤.٦	١٧	٢١.٠	٩.٥	٢.٢	٥
٢	غياب قواعد البيانات حول برامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية للمستفيدين.	٣٤	٤٢.٠	١٨	٢٢.٢	٢٩	٣٥.٨	٨.١	٢.١	٦
٣	ضعف الإمكانيات المادية بالجمعيات لشراء الأجهزة والمستلزمات الطبية المستخدمة في برامج الرعاية الصحية.	٤٥	٥٥.٦	٤	٤.٩	٣٢	٣٩.٥	٢.٢	٢.٢	٥
٤	قلة الموارد البشرية المدربة على تقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٦٢	٧٦.٥	٩	١١.١	١٠	١٢.٣	٣.٠٣	٢.٦	٤
٥	ضعف القدرات الفنية والإدارية للعاملين ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.	٦٥	٨٠.٢	٨	٩.٩	٨	٩.٩	٣.٢٩	٢.٧	٣
٦	عدم توافر معلومات دقيقة عن آلية عمل برامج الرعاية الصحية للمستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية.	٧١	٨٧.٧	١٠	١٢.٣	٠	٠.٠	٣.٨٤	٢.٩	١
٧	غياب رؤية التكامل وتبادل الخبرات البشرية في مجال برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية.	٦٧	٨٢.٧	١٢	١٤.٨	٢	٢.٥	٣.٥٠	٢.٨	٢

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لصعوبات دعم آليات التكامل ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات حيث تمثل أهم الصعوبات في عدم توافر معلومات دقيقة عن آلية عمل برامج الرعاية الصحية للمستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٩ في الترتيب الأول، يليها غياب رؤية التكامل وتبادل الخبرات البشرية في مجال برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها ضعف القدرات الفنية والإدارية للعاملين ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٧، يليها قلة الموارد البشرية المدربة على تقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها كل من عدم وعي الجمعيات الأهلية بأهمية تكامل برامج الرعاية الصحية، وضعف الإمكانيات المادية بالجمعيات لشراء الأجهزة والمستلزمات الطبية المستخدمة في برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٢، يليها غياب قواعد البيانات حول برامج الرعاية الصحية

مجلة الخدمة الاجتماعية

التي تقدمها الجمعيات الأهلية للمستفيدين بمتوسط حسابي ٢.١، ويتفق ذلك مع دراسة (أسماء سعيد: ٢٠٠٩) والتي كانت أهم نتائجها التوصل إلى أهم المعوقات التي تحد من التكامل بين المنظمات تمثلت ضعف العلاقات بين المنظمات وصعوبة الوصول إلى قرار متفق عليه من قبل المنظمات غير الحكومية، تبادل الخبرات بين العاملين بالمنظمات غير الحكومية، وعدم العدالة في توزيع الموارد بين المنظمات غير الحكومية، وعدم وضوح المصالح المشتركة بين المنظمات وبعضها.

جدول (١٤) يوضح توزيع المستفيدين طبقاً للصعوبات

التي تواجه برامج الرعاية الصحية بالجمعيات (ن=١٤٢)

الترتيب	*S.D	*M	٧		إلى حد ما		أهم		الصعوبات	٨
			%	*F	%	F	%	F		
٢	٤٠.٥	٢.٦	٥.٦	٨	٣١.٧	٤٥	٦٢.٧	٨٩	عدم توافر مصادر تمويل لتنوع برامج الرعاية الصحية.	١
٣	٤٣.٦	٢.٥	٢١.١	٣٠	١٠.٦	١٥	٦٨.٣	٩٧	نقص في إعداد الأطباء في مختلف التخصصات.	٢
١	٥٠.٧	٢.٧	٠.٠	٠	٢٨.٩	٤١	٧١.١	١٠١	عدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة بعيادات الجمعية.	٣
٤	٢٩.٠	٢.٤	١٣.٤	١٩	٣٢.٤	٤٦	٥٤.٢	٧٧	نقص في الأخصائيين الاجتماعيين الذين يجرون بحوث للحصول على العلاج والكشف المجاني من الجمعية.	٤
٤	٣١.٨	٢.٤	٢١.٨	٣١	١٩.٠	٢٧	٥٩.٢	٨٤	نقص في أعداد هيئة التمريض	٥
٤	٢٩.١	٢.٤	٢١.٨	٣١	٢١.١	٣٠	٥٧.٠	٨١	مكان العيادات بالجمعية غير مناسب لتقديم برامج الرعاية الصحية.	٦

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع المستفيدين طبقاً للصعوبات التي تواجه برامج الرعاية الصحية بالجمعيات من وجه نظرهم أنه جاء في الترتيب الأول عدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة بعيادات الجمعية بمتوسط حسابي ٢.٠٧، يليها عدم توافر مصادر تمويل لتنوع برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٠٦، يليها نقص في إعداد الأطباء في مختلف التخصصات بمتوسط حسابي ٢.٠٥، يليها كل من نقص في أعداد هيئة التمريض، ومكان العيادات بالجمعية غير مناسب لتقديم برامج الرعاية الصحية، ونقص في الأخصائيين الاجتماعيين الذين يجرون بحوث للحصول على العلاج والكشف المجاني من الجمعية بمتوسط حسابي ٢.٠٤، كما أشارت إلى ذلك دراسة (صفيانز محمد: ٢٠٠٠) والتي كانت تهدف إلى الوقوف على معوقات الحصول على خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة، وكانت أهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة أن هناك ارتفاع في معوقات الحصول على الخدمة الطبية، وتدنّي تقديم الخدمات الفنية والفندقية والغذائية، كما أكدت الدراسة أنه يمكن مواجهة معوقات الحصول على الخدمات الصحية من خلال زيادة التمويل، وتوفير الكوادر البشرية الجيدة ذات الكفاءة العالية في التخصصات المختلفة بالمستشفيات العامة، الصيانة المستمرة للأجهزة الحديثة، وتدعيم العلاقات الإنسانية الجيدة بين المسؤولين بعضهم البعض وبين المسؤولين والمرضى.

سادساً: مقترحات دعم آليات تكامل لبرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

جدول (١٥) يوضح توزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملون طبقاً لمقترحات

دعم آليات التكامل لبرامج الرعاية الصحية بالجمعيات (ن=٨١)

م	الصعوبات	نعم		إلى حد ما		لا		*M	*S.D	الترتيب
		%	F	%	F	%	*F			
١	إجراء مراجعة باستمرار لبرامج الرعاية الصحية بالجمعية بما يتفق مع احتياجات المجتمع.	٥١	٦٣.٠	١١	١٣.٦	١٩	٢٣.٥	٢.٤	٢١.١	٤
٢	التأكيد على أن تبقى برامج الرعاية الصحية مناسبة لاحتياجات منطقة عمل الجمعية وتفي باحتياجات المستفيدين من خدماتها	٦٧	٨٢.٧	٧	٨.٦	٧	٨.٦	٢.٧	٣٤.٦	٣
٣	الارتقاء بمستوى العاملين ببرامج الرعاية الصحية في الجمعيات ومساعدتهم على تحمل المسئولية وتقديم أفضل خدمة للرعاية الصحية.	٦٩	٨٥.٢	٣	٣.٧	٩	١١.١	٢.٧	٣٦.٤	٣
٤	العمل على زيادة تنسيق الجهود بين الجمعيات الأهلية والأجهزة المعنية في المجتمع لتحقيق تكامل البرامج الصحية.	٤٧	٥٨.٠	١٧	٢١.٠	١٧	٢١.٠	٢.٤	١٧.٣	٤
٥	توفير مصادر تمويل لتحديث أجهزة الرعاية الصحية بعيادات الجمعية	٧٨	٩٦.٣	١	١.٢	٢	٢.٥	٢.٩	٤٤.١	١
٦	تدريب العاملين بالجمعيات الأهلية على كيفية وضع خطط خاصة ببرامج الرعاية الصحية.	٤١	٥٠.٦	٢٧	٣٣.٣	١٣	١٦.٠	٢.٣	١٤.٠	٥
٧	أنشاء قاعدة بيانات عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين للحد من أهدار الموارد المالية في ازدواج الخدمات المقدمة.	٧٤	٩١.٤	١	١.٢	٦	٧.٤	٢.٨	٤٠.٧	٢

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F = Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع أعضاء مجلس الإدارة والعاملين طبقاً لمقترحات دعم آليات التكامل ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات حيث تمثلت أهم المقترحات في توفير مصادر تمويل لتحديث أجهزة الرعاية الصحية بعيادات الجمعية بمتوسط حسابي ٢.٩ في الترتيب الأول، يليها أنشاء قاعدة بيانات عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين للحد من أهدار الموارد المالية في ازدواج الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي ٢.٨، يليها كل من الارتقاء بمستوى العاملين ببرامج الرعاية الصحية في الجمعيات ومساعدتهم على تحمل المسئولية وتقديم أفضل خدمة للرعاية الصحية، والتأكيد على أن تبقى برامج الرعاية الصحية مناسبة لاحتياجات منطقة عمل الجمعية وتفي باحتياجات المستفيدين من خدماتها بمتوسط حسابي ٢.٧ لكل منهما، يليها كل من العمل على زيادة تنسيق الجهود بين الجمعيات الأهلية والأجهزة المعنية في المجتمع

مجلة الخدمة الاجتماعية

لتحقيق تكامل البرامج الصحية، وإجراء مراجعة باستمرار لبرامج الرعاية الصحية بالجمعية بما يتفق مع احتياجات المجتمع بمتوسط حسابي ٢.٤ لكل منهما، يليها تدريب العاملين بالجمعيات الأهلية على كيفية وضع خطط خاصة ببرامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٣، وهو ما يتفق مع دراسة (أحمد صادق رشوان، ٢٠٠٥) وكانت أهم المقترحات التي توصلت إليها الدراسة فتح قنوات اتصال فعالة بين الجمعيات وبعضها البعض، وتدعيم سبل تمويل لها، وإنشاء قاعدة بيانات داخل الجمعيات.

جدول (١٦) يوضح توزيع المستفيدين طبقاً لمقترحاتهم لتحسين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات (ن=١٤٢)

م	الصعوبات		نعم		إلى حد ما		لا		الترتيب
	F	%	F	%	F	%	F	%	
١	٧٤	٥٢.١	٢١	١٤.٨	٤٧	٣٣.١	٢.٢	٢٦.٥	٦
٢	٨٩	٦٢.٧	٢٠	١٤.١	٣٣	٢٣.٢	٢.٤	٣٦.٦	٣
٣	١٠١	٧١.١	٢٣	١٦.٢	١٨	١٢.٧	٢.٦	٤٦.٥	١
٤	٧٨	٥٤.٩	٢٨	١٩.٧	٣٦	٢٥.٤	٢.٣	٢٦.٨	٥
٥	٧١	٥٠.٠	٣٨	٢٦.٨	٣٣	٢٣.٢	٢.٣	٢٠.٦	٤
٦	٦٩	٤٨.٦	٥٧	٤٠.١	١٦	١١.٣	٢.٤	٢٧.٧	٢

(*M = arithmetic mean & *S.D = Standard Deviation & *F= Frequency)

يتضح من الجدول السابق والخاص بتوزيع المستفيدين طبقاً لمقترحاتهم لتحسين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات أنه جاء في الترتيب الأول توفير مصادر تمويل من خلال التبرعات ومنح حكومية لشراء الأجهزة طبية حديثة بمتوسط حسابي ٢.٦، يليها تحسين الرضا الوظيفي وفرص التوعية والتدريب لتعلم مهارات جديدة من خلال العمل في بيئات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٤، يليها تقديم العلاج والكشف مجاني من خلال بحوث الأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي ٢.٤، يليها توفير العاملين الأكفاء في مجال تقديم الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٣، يليها تدريب العاملين بالجمعية على تقديم برامج الرعاية الصحية بمتوسط حسابي ٢.٣، تشجيع الأطباء على العمل التطوعي ببرامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعية بمتوسط حسابي ٢.٢، وقد أكدت دراسة (شفيق أحمد، ٢٠٠٦) والتي كان من أهم نتائجها التقليل من الإجراءات الروتينية، وتطوير مستوى النظافة وتقديم خدمات طبية متميزة. وكذلك يتفق مع دراسة (هنا محمد، ٢٠٠٧) من ضرورة توفير متطلبات تطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية، كذلك التأكيد على ضرورة توافر المتطلبات المعرفية لأعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الطبية ومن أهمها الإلمام بأسس الصحة النفسية والسلوك الإنساني، معرفة دور ومسئوليات الأخصائي الاجتماعي داخل وخارج المؤسسات الطبية.

المبحث الخامس: عرض النتائج العامة للدراسة في ضوء الإجابة على تساؤلاتها

١- النتائج العامة للدراسة والخاصة بوصف خصائص المبحوثين بمجتمع الدراسة:

- أكدت النتائج العامة للدراسة والخاصة بتحديد خصائص أعضاء مجالس الإدارة والعاملين بالجمعيات طبقاً للخصائص الاجتماعية أن غالبيتهم من الذكور بنسبة ٦٥.٤% يليها الإناث بنسبة ٣٤.٦%، وأن متوسط أعمارهم بلغ ٥٢ عام تقريباً وأن غالبيتهم متزوجين بنسبة ٧٦.٥%، وأن بنسبة ٦٣.٠% حاصلين على مؤهل عال بنسبة ٦٣.٠%، يليها الحاصلين على مؤهل فوق متوسط بنسبة ٢٣.٥%، وجاء غالبية المبحوثين من الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة ٣٣.٣%، وجاءت سنوات الخبرة داخل الجمعية ١٨ عام تقريباً، وأن نسبة ٧٧.٨% من أعضاء مجلس الإدارة والعاملين حصلوا على دورات تدريبية بينما نسبة ٢٢.٢% لم يحصلوا على دورات تدريبية.

- أما بالنسبة للنتائج العامة للدراسة والخاصة بتحديد خصائص المستفيدين من برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية طبقاً للخصائص الاجتماعية أن غالبيتهم من الإناث بنسبة ٦٢.٧% يليهم الذكور بنسبة ٣٧.٣%، وأن متوسط أعمارهم بلغ ٥٤ عام، وأن غالبيتهم أرمل بنسبة ٤٠.١%، وأن نسبة ٣٣.٨% حاصلين على الإعدادية، يليها الأميين بنسبة ٢٩.٦%، وأن نتائج الحالة العملية للمستفيدين أكدت أن غالبيتهم بالمعاش بنسبة ٣٣.١%، يليها من لا يعمل بنسبة ٢٩.٦%، وبلغ متوسط سنوات الحصول على خدمات برامج الرعاية الصحية من الجمعيات ١٣ عام تقريباً، أما بالنسبة لطبيعة الأمراض التي يعانون منها المستفيدين أمراض مزمنة (ضغط - سكري) بنسبة ٤٣.٠%، يليها من يعانون من أمراض باطنية (غير مزمنة) بنسبة ٣٩.٤%، كما أكدت نتائج الدراسة أن غالبية المستفيدين يحصلون على الكشف بأجر رمزي بنسبة ٦١.٣%، يليها من يحصلون على الكشف مجاني بنسبة ٣٣.١%، وأن من يحصلون على العلاج بكامل الأجر بلغت نسبتهم بنسبة ٤٠.١%، يليها من يحصلون على العلاج بأجر رمزي بنسبة ٤٠.١%.

٢- النتائج العامة للدراسة والخاصة بأوجه استفادة أعضاء مجلس الإدارة والعاملين من الدورات التدريبية على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات.

أكدت النتائج العامة للدراسة أن أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية تمثل في بناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية بما يخدم أهداف الجمعية، واكتساب الخبرة في تنفيذ برامج الرعاية الصحية بالجمعيات، كما يفيد في اكتساب المهارات الفنية اللازمة لتقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

٣- النتائج العامة للدراسة والخاصة بآليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

- جاءت نتائج الدراسة الخاصة بآليات تكامل برامج الرعاية الصحية من وجهة نظر أعضاء مجلس الإدارة والعاملين على النحو التالي:

أ- آلية الاتصال تمثلت في توافر قاعدة بيانات بالجمعيات لتسجيل المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية لمنع ازدواج الخدمة، يليها تواصل الجمعيات مع بعضها لتوفير التمويل اللازم لتقديم برامج الرعاية الصحية التي تقدمها، يليها يعمل القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات على تدعيم شبكة الأنصال بينهم لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية، يليها يعمل الاتصال على إيجاد علاقات قوية بين منفذي برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بما يحقق تكامل تلك البرامج.

ب- آلية للتبادل تمثلت في تبادل الجمعيات الأهلية مع بعضها البعض برامج تدريب للعاملين في مجال الرعاية الصحية، يليها تبادل الجمعيات الأهلية قاعدة البيانات ليها فيما بينهم لمنع ازدواج الخدمات، يليها تبادل الجمعيات الأهلية فيما بينها خطط الرعاية الصحية للمستفيدين، وتبادل الجمعيات الأهلية العاملين فيما بينهم لزيادة فاعلية برامج الرعاية الصحية، كما تساهم الجمعيات الأهلية في تنفيذ برامج الرعاية الصحية مع الجهات الحكومية.

ج- آلية التعاون تمثلت في بحث القائمين على تنفيذ برامج الرعاية الصحية بالجمعيات على توقيع بروتوكولات تعاون مع مختلف المؤسسات الصحية لتحقيق أقصى استفادة للمواطنين، تشترك الجمعيات المختلفة داخل المجتمع في تنفيذ برامج الرعاية الصحية به، ويعتدون الأكاديميين الاجتماعيين للقائمين على برامج الرعاية الصحية على مواجهة مشكلات المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية

د- آلية التنسيق تمثلت في قيام التنسيق بين القائمين على برامج الرعاية الصحية داخل الجمعية على ترشيد موارد الجمعية، ويساهم التنسيق بين الجمعيات الأهلية في تنفيذ جميع برامج الرعاية الصحية للمستفيدين، كما يوجد تنسيق كامل بين القائمين على برامج الرعاية الصحية بالجمعية في تحديد الموارد الفنية والبشرية، تهتم الجمعية بإيجاد التنسيق بين مختلف أسماها عند تقديم للرعاية الصحية.

وبذلك تكون الدراسة حققت الهدف الخاص بتحديد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وكذلك تمت الإجابة على التساؤل للقاتل " ما آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟".

٤- للنتائج العامة للدراسة وللخاصة بعائد آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

أشارت نتائج الدراسة للخاصة بعائد تكامل برامج الرعاية الصحية انه تمثل في كل من إشباع حاجات أفراد المجتمع من الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية، وتدريب العاملين على تطوير منظومة الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية، وتنمية الوعي لدى المستفيدين ببرامج الرعاية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية والتخطيط المالي وتسويق برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية لتحقيق أكبر عائد منها، يليها تسهم في رفع كفاءة وفاعلية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من الجمعيات الأهلية.

وبذلك تكون الدراسة حققت الهدف للخاص بتحديد عائد آليات لتكامل على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وكذلك تمت الإجابة على التساؤل للقاتل " ما عائد آليات التكامل على برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟".

٥- النتائج العامة للدراسة وللخاصة بصعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

أشارت نتائج الدراسة للخاصة بالصعوبات من وجهة نظر أعضاء مجالس الإدارة والعاملين بالجمعيات الأهلية حيث تمثل أهم الصعوبات في عدم توافر معلومات دقيقة عن آلية عمل برامج الرعاية الصحية للمستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية، وغياب رؤية للتكامل وتبادل الخبرات البشرية في مجال برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية وضعف القدرات الفنية والإدارية للعاملين ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وقلة الموارد البشرية المدربة على تقديم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

أما بالنسبة للنتائج العامة للدراسة والخاصة بالصعوبات التي تواجه برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من وجه نظر المستفيدين حيث تمثل أهم للصعوبات في عدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة بعيادات الجمعية، وعدم توافر مصادر تمويل لتنوع برامج الرعاية الصحية، ونقص في إعداد الأطباء في مختلف التخصصات، نقص في أعداد هيئة التمريض.

وبذلك تكون الدراسة حققت الهدف الخاص بتحديد صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وكذلك تمت الإجابة على التساؤل القائل " ما صعوبات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟".

٦- النتائج العامة للدراسة والخاصة بمقترحات دعم آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.

أشارت نتائج الدراسة الخاصة بمقترحات أعضاء مجلس الإدارة والعاملين لدعم آليات التكامل ببرامج الرعاية الصحية بالجمعيات حيث تمثلت أهم المقترحات في توفير مصادر تمويل لتحديث أجهزة الرعاية الصحية بعيادات الجمعية، وإنشاء قاعدة بيانات عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين للحد من أهدار الموارد المالية في ازدواج الخدمات المقدمة، والارتقاء بمستوى العاملين ببرامج الرعاية الصحية في الجمعيات ومساعدتهم على تحمل المسئولية وتقديم أفضل خدمة للرعاية الصحية، وللتأكيد على أن تبقى برامج الرعاية الصحية مناسبة لاحتياجات منطقة عمل الجمعية وتفي باحتياجات المستفيدين من خدماتها.

أما بالنسبة للنتائج العامة للدراسة والخاصة بمقترحات المستفيدين لتحسين برامج الرعاية الصحية بالجمعيات حيث تمثلت أهم المقترحات في توفير مصادر تمويل من خلال التبرعات ومنح حكومية لشراء الأجهزة طبية حديثة، وتحسين الرضا الوظيفي وفرص التوعية والتدريب لتعلم مهارات جديدة من خلال العمل في بيئات الرعاية الصحية، وتقديم العلاج والكشف مجاني من خلال بحوث الأخصائيين الاجتماعيين، وتوفير العاملين الأكفاء في مجال تقديم الرعاية الصحية.

وبذلك تكون الدراسة حققت الهدف الخاص بالتوصل إلى مجموعة من المقترحات لدعم تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، وكذلك تمت الإجابة على التساؤل القائل " ما المقترحات الداعمة لتكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية؟".

٧- رؤية مستقبلية لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

إن تكامل برامج الرعاية الصحية يلعب دوراً هاماً اليوم ويشكل مترادف، في تطوير وتحسين نظام برامج الرعاية الصحية داخل الجمعيات الأهلية، حيث يساعد تكامل برامج الرعاية الصحية على تحقيق الاستقرار والاعتدال حيث يساهم بقوة لتصنيف ووضع بعض التفاصيل عن الأنشطة الفعلية التي يجب أن تقوم بها الجمعيات في مجال الرعاية الصحية، فمن خلال هذا المنظور يمكن وضع رؤية مستقبلية لتحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية بين الجمعيات الأهلية حيث تقوم هذه الرؤية على مجموعة من الاستراتيجيات والتكتيكات التي يمكن تساعد الأخصائي الاجتماعي في تحقيق تكامل برامج الرعاية الصحية على النحو التالي:

م	الاستراتيجيات	المضمون
١	إستراتيجية التمكين المجتمعي	<p>يرتبط تمكين الأفراد والمجتمع وإشراكهم بتوفير الفرص والمهارات والموارد التي يحتاجونها للتعبير عن أنفسهم وليصبحوا مستخدمين متمكنين للخدمات الصحية، وليمكنهم الزود عن النظام الصحي محل الإصلاح . وتسعى هذه الإستراتيجية إلى توجيه موارد المجتمع والموارد الفردية للعمل على جميع المستويات . وهي تسعى إلى تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات فعالة بشأن صحتهم وتمكين المجتمعات المحلية من الانخراط بفعالية في بيئات صحية تعتمد على المشاركة في تقديم الخدمات، وتزويد مقدمي الرعاية بالتنقيف اللازم لتحسين أدائهم وما يقدمونه من مساعدة للاستمرار في أداء دورهم. وتمكين الناس وإشراكهم في الوصول إلى الفئات المهمشة والتي تعاني من نقص الخدمات لضمان حصول الجميع على الخدمات الجيدة والاستفادة من تلك الخدمات محل المشاركة وفق لاحتياجاتهم الخاصة.</p> <p>وذلك من خلال :</p> <p>١- سعى هذه الإستراتيجية إلى توجيه موارد المجتمع والموارد الفردية للعمل على جميع المستويات</p> <p>٢- تمكين أفراد المجتمع من اتخاذ قرارات فعالة بشأن صحتهم.</p> <p>٣- تمكين المجتمعات المحلية بفعالية من للمشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية.</p> <p>٤- تزويد مقدمي الرعاية غير الرسميين بالتنقيف اللازم لتحسين أدائهم وما يقدمونه من مساعدة للاستمرار في أداء دورهم.</p> <p>٥- تمكين الأخصائيين الاجتماعيين بالجمعيات من الوصول إلى الفئات المهمشة والتي تعاني من نقص خدمات الرعاية الصحية لضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجيدة وفق لاحتياجاتهم الخاصة.</p> <p>للتكنيكات المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>١- تكنيك الاتصالات المفتوحة</p> <p>٢- تكنيك العمل المباشر.</p> <p>٣- تكنيك التنقيف الصحي.</p> <p>الأدوار المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>١- المثقف. ٢- الممكن. ٣- المشارك. ٤- المدافع.</p> <p>الأدوات المناسبة:</p> <p>جماعات المهام - اللجان - الاجتماعات - المؤتمرات - البحوث الفردية للحالات.</p>

<p>٢ إستراتيجية التعزيز</p>	<p>يتطلب التعزيز إتباع نهج تشاركي في صياغة السياسات واتخاذ القرارات وتقسيم الأداء على جميع مستويات النظام الصحي، بدءاً من صنع السياسات وصولاً إلى مستوى التدخل العلاجي. بما يتسم بالمسؤولية والاستخدام الأمثل للموارد والمعلومات المتاحة لضمان تحقيق أفضل النتائج الممكنة. ويمكن تعزيز برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية بإتباع نظام قوي للمساءلة المتبادلة بين راسمي السياسات، والمديرين ومقدمي الخدمات ومستخدميها ومنح الحوافز. ويعتبر وضع إطار قوي للسياسات وتوضيح مقنع للإصلاح من الأمور المهمة لبناء رؤية مشتركة، فضلاً عن تحديد كيفية تحقيق هذه الرؤية.</p> <p>وذلك من خلال :</p> <p>١- تعزيز الحاجة إلى آليات قوية من أجل تحقيق نهج متسق ومتكامل في سياسات الرعاية الصحية والتخطيط وتقديم الخدمات على جميع مستويات النظام الصحي.</p> <p>٢- العمل المشترك على جميع المستويات لتحسين تنظيم برامج الرعاية الصحية وتقديمها، ووضع السياسات الصحية سواء في القطاعات الحكومية أو الأهلية للوصول إلى هدف مشترك.</p> <p>٣- تعزيز التخطيط للخدمات الصحية إدارتها على المستوى الأهلية.</p> <p>التكتيكات المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>أ- تكتيك التعليم والتدريب.</p> <p>ب- تكتيك العمل المشترك والاتصال المباشر والعمل الفرقي.</p> <p>ج- تكتيك الاتصال المباشر.</p> <p>الأدوار المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>محرك - مفوض - مدافع - خبير.</p> <p>الأدوات المناسبة:</p> <p>للجان - المناقشة الجماعية - الاجتماعات - المؤتمرات.</p>
<p>٣ إعادة التوجيه</p>	<p>إن إعادة توجيه برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية يعني ضمان تصميم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية وتقديمها من خلال نماذج مبتكرة للرعاية والتي تعطي الأولوية للخدمات الأساسية والرعاية المجتمعية والاشتراك في تقديم الخدمات الصحية.</p> <p>وهذا يشمل التحول من الرعاية العلاجية إلى الرعاية الوقائية. وهو يتطلب الاستثمار في الرعاية الكلية والشاملة، بما في ذلك استراتيجيات تعزيز تصميم برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.</p> <p>وذلك من خلال :</p> <p>١- تحديد الخدمات التي تحظى بالأولوية على أساس احتياجات المواطنين.</p> <p>٢- استخدام العديد من الأساليب لفهم الاحتياجات الخاصة بصحة المستفيدين، بما في ذلك الأوضاع الاجتماعية، وفعالية التدخلات الصحية البديلة من حيث التكلفة.</p> <p>٣- إعادة تقييم التوعية والوقاية والصحة العمومية.</p>

مجلة الخدمة الاجتماعية

	<p>٤- تيسير العمل المشترك بين القطاعات في مجال الرعاية الصحية.</p> <p>٥- إدراج نظم تكنولوجيا بما يساعد في تطوير المزيد من نماذج الرعاية فالمعلومات وتكنولوجيا الاتصالات الجديدة تسمح بأنواع جديدة من تكامل المعلومات.</p> <p>التكتيكات المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>١- تكتيك تقييم الاحتياجات.</p> <p>٢- تكتيك تقسيم المخاطر.</p> <p>٣- تكتيك حل المشكلة والتعلم فإن المعلومات تجمع وتختبر البدائل المتاحة بما يمكن التوصل إلى حلول مرضية.</p> <p>٤- تكتيك العمل المشترك من خلال تجميع الموارد المتاحة لاستخدامها في تحقيق الأهداف المشتركة.</p> <p>الأدوار المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>محرك - مفوض - مدافع - خبير.</p> <p>الأدوات المناسبة:</p> <p>اللجان - المناقشة الجماعية - الاجتماعات - المؤتمرات.</p>
٤	<p>إستراتيجية تنسيق برامج الرعاية الصحية</p> <p>يتبغني تنسيق الخدمات وفقاً لاحتياجات الناس ومطالبهم. ويتطلب تحقيق هذه النتيجة إنماج مقدمي الرعاية الصحية داخل مرافق الرعاية الصحية وفيما بينها، وتطوير نظم الإحالة والربط عبر الشبكات بين مستويات الرعاية، وإنشاء الروابط بين قطاع الصحة وغيرها من القطاعات. وهو يشمل العمل المشترك بين القطاعات على مستوى المجتمع المحلي للتعامل مع المحددات الاجتماعية للصحة وتعزيز الاستخدام الأمثل للموارد الشحيحة، فالتنسيق لا يتطلب بالضرورة دمج مختلف الهياكل والخدمات أو سير العمل، ولكنه يركز بدلا من ذلك على تحسين سبل تقديم الرعاية من خلال موازنة العمليات والمعلومات وتنسيقها بين مختلف الخدمات.</p> <p>وذلك من خلال :</p> <p>١- تنسيق الرعاية للأفراد. حيث يمثل التنسيق مجموعة من الاستراتيجيات التي قد تساعد في تحسين استمرارية الرعاية وتعزيز خبرة المريض بالنسبة للخدمات، ولأسيما خلال تحولات الرعاية. ويتم التركيز بهدف التحسين على تقديم الرعاية للفرد، مع تنسيق الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم، والحفاظ على علاقات جديرة بالثقة مع مقدمي الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية.</p> <p>٢- يعتمد نجاح تنسيق على العديد من الجهات الفاعلة سواء داخل الجمعية أو خارجها .</p> <p>التكتيكات المناسبة لهذه الإستراتيجية :</p> <p>١- تكتيك تقييم الاحتياجات.</p> <p>٢- تكتيك دمج البرامج.</p> <p>٣- تكتيك الإقناع.</p>

مجلة الخدمة الاجتماعية

٤- - تكنيك الاتصال.		
٥- - تكنيك التعاون.		
٦- - تكنيك التبادل.		
الأدوار المناسبة لهذه الإستراتيجية :		
- دور المنظم.	- دور الخبير.	- دور المرشد.
- دور الممكن.	- دور المنسق.	
الأدوات المناسبة:		
جماعات المهام - اللجان - المناقشة الجماعية - الاجتماعات - المؤتمرات.		

ومن خلال عرض النتائج العامة للدراسة تكون تمت الإجابة على جميع تساؤلات الدراسة وكذلك حققت جميع أهدافها.

المراجع

- ١- محمد شفيق(١٩٩٤): التنمية الاجتماعية * دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٢- Alice K. Jonson & Benson Chison (٢٠٠٨), **Community Development**, in (Therry Nizrahi & Larry: **Encyclopedia in Social Work**, NASW, Vol (١)), Oxford, New York.
- ٣- عصمت منصور(٢٠٠٥): ضرورة إعطاء الأولوية لصحة المواطن، مقال منشور، مجلة الصحة والسكان، ٥، إصدار سبتمبر، للقاهرة.
- ٤- Michael, Woolcock (٢٠٠١): **Decrg Policy Research Report on Globalization . Growth and Poverty : fears and on agenda for Actron " Globalization governance and civil society "**, Back ground paper , August ١٠, ٢٠٠١.
- ٥- Ganes M. kouzes Barry (١٩٨٨): **possnir. The leader ship challenge**, gossey bass publisher, London.
- ٦- محمد محمد إبراهيم (٢٠٠٥): **الاتجاهات المعاصرة في منظومة الإدارة**، مكتبة عين شمس، القاهرة.
- ٧- رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٣): **نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية (مدخل متكامل)**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٣.
- ٨- عصمت منصور(٢٠٠٥): مرجع سبق ذكره.
- ٩- B. Sabrina (٢٠١٣) : **After the summit, building community networks for Americans youth national service**, August, NY, USA
- ١٠- أماني قنديل(٢٠٠٤) : **تطوير مؤسسات المجتمع المدني، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية**، دار نوبار للطباعة، القاهرة.
- ١١- أسماء سعيد محمد(٢٠٠٩): **فعالية جهود التنظيمات الشبكية في بناء القدرات الدفاعية للمنظمات غير الحكومية الأعضاء بها، المؤتمر العلمي ٢٢ الفترة من ١٣-١٥ مارس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.**
- ١٢- أحمد صادق رشوان(٢٠٠٥): **التكامل بين الجمعيات الأهلية وتمكين المرأة المعيلة**، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثامن عشر في الفترة من ١٦-١٧ مارس، ج ٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٣- سامية بارح فرج(٢٠٠٦): **التوصل لتصور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق**

- التكامل بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية لرعاية الأطفال المعاقين ذهنياً وأسرههم، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع: ٢٠، ج ٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٤- أسماء سعيد محمد (٢٠٠٩): التكامل بين المنظمات غير الحكومية وأثره على تحقيق المشروعات المجتمعية أهدافها، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع: ٢٧، ج ٤، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٥- ولاء جمال كامل (٢٠١٧): دراسة وصفية لدور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٦- صباح محمد محمد (٢٠١٧): تكامل الجهود الحكومية والأهلية في مواجهة مشكلات مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٧- صفيناز محمد أبو زيد (٢٠٠٠): معوقات خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة والتخطيط لمواجهتها بمحافظة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٨- سليم شعبان سليمان (٢٠٠٢): اتجاهات سياسة الرعاية الصحية في ضوء التحولات الاقتصادية والاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع: ١٣، ج ٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ١٩- Christian Megha (٢٠٠٤): **Social Security, Social protection Living arrangement Health and Economics of the Family**, Syracuse University. New York, USA.
- ٢٠- Katherine Harris, Abbott (٢٠٠٥): **Blending resources: Informal networks and health care utilization by frail male veterans**, PhD, Case Western Reserve University, Ohio, USA.
- ٢١- شفيق أحمد شفيق (٢٠٠٦): تقويم خصخصة خدمات الرعاية الصحية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع: ٢١، ج ١، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٢٢- عبد الونيس محمد محمد (٢٠٠٦): العدالة الاجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بإقليم الإسكندرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة

اجتماعية، جامعة حلوان.

٢٣-هناء محمد السيد (٢٠٠٧): متطلبات تطوير الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية " دراسة مطبقة على المستشفيات العامة الحضرية والمراكز الطبية الحضرية بمحافظة الفيوم، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ٢٣، ج ٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٢٤-Kristin M. Brown (٢٠١٥): **The voices of African descent bisexual women: Experiences related to identity and disclosure in social support networks and health care settings in the United States and United Kingdom**, Ph.D. Degree, The Florida State University, Florida, USA.

٢٥-Naga Durga Chagantipati (٢٠١٦): **Design of intelligent sensor network to optimize health care resources**, Dissertation M.S. Degree, San Diego State University, California, USA.

٢٦-Wendy Wait (٢٠١٦): **Personal Health Network Technology for Palliative Care: A Pilot Assessment in Older Adults with Cancer**, Dissertation M.S. Degree, University of California, Davis, California, USA.

٢٧-رشاد أحمد عبد اللطيف (١٩٩٩): نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية "مدخل متكامل"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٢٨-سمير نعيم أحمد (١٩٧٩): النظرية في علم الاجتماع، دار المعارف، القاهرة.

٢٩-رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٢): أسس طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية "مدخل دراسة المجتمع"، دار الجندي، القاهرة.

٣٠-إبراهيم عبد الرحمن رجب وآخرون (١٩٨٣): نماذج ونظريات تنظيم المجتمع، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

٣١-رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٢): مرجع سبق ذكره.

٣٢-نبيل محمد صادق (١٩٩١): طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

٣٣-محمد رفعت قاسم (٢٠٠٠): تنظيم المجتمع "الأسس والأجهزة"، الثقافة المصرية للطباعة والنشر، القاهرة.

٣٤-Rohi Baalbak (١٩٩٥): **AL- Mawrid, A Modern Arabic- English Dictionary**, ٧ Edition, Dar EL-Ilm Lilmalayin, Beirut, Lebanon.

٣٥-إبراهيم محمد عبد الفتاح (٢٠١٤): آليات المنظمات الاجتماعية والمجتمع المدني في مواجهة مشكلة الاتجار بالأطفال، مكتب الجامعة الحديثة، الإسكندرية.

- ٣٦- Robert Barker (١٩٩١): **Social Work Dictionary**, ٢nd Edition, NASW Press, Washington, USA, ١٩٩١.
- ٣٧- مجمع اللغة العربية (١٩٩٣): المعجم الوجيز، وزارة التربية والتعليم، ج.م.ع.
- ٣٨- عبد الله مصباح زايد (٢٠٠٢): السياسة الدولية، دار الرواد، بيروت.
- ٣٩- المنجد (١٩٩٨): المنجد في اللغة والإعلام، ط٧، دار المشرق، بيروت، لبنان.
- ٤٠- أحمد شفيق السكري (٢٠٠٠): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ٤١- أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم (٢٠٠٤): مؤشرات فاعلية تجربة تطوير برامج التنمية البشرية في المجتمعات المحلية الحضرية (دراسة ميدانية بمدينة قنا)، المؤتمر العلمي السابع عشر، المجلد ٤، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٤٢- محمد فرغلي قاسم وآخرون: صحة المجتمع والخدمة الاجتماعية، دار نور الإسلام للطباعة، القاهرة، ٢٠١٧، ص ٢١٤.
- ٤٣- رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٧): تنمية المجتمع المحلي، دار الوفاء للطباعة، الإسكندرية.
- ٤٤- Robert L. Barker (١٩٨٧): **The social work Dictionary**. N.A.S.W, USA.
- ٤٥- مدحت أبو النصر (٢٠٠٤): إدارة الجمعيات الأهلية في مجال رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، مجموعة النيل العربية، القاهرة.
- ٤٦- أماني قنديل (٢٠٠٨): تحليل خريطة المجتمع المدني في مصر من منظور التنمية البشرية، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، القاهرة.
- ٤٧- **United states Department of Health and human Services** (٢٠٠٧), **Personalized Health care, Opportunities, Pathways, Resources.**
- ٤٨- **Nikki Schaay & David Sanders** (٢٠١٢), **International Perspective on Primary Health Care Over the Past ٣٠ Years**, International, Encyclopedia of Public Health, vol٥, San Diego, Academic Press.
- ٤٩- أماني قنديل (١٩٩٨): العمل الأهلي والتغير الاجتماعي، منظمات المرأة والدفاع والتنمية في مصر، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بالأهرام، القاهرة.
- ٥٠- جمال شحاتة حبيب (٢٠٠٩)، قضايا وبحوث واتجاهات حديثة في تعليم وممارسة

- الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٥١- Allison Murgach, (٢٠٠٠): **Resource Mobilization and Coordination in, Anne Minahan, Encyclopedia of Social work, th ed., N.Y.N.A.S.W, Vol.٢.١٨**
- ٥٢- ماهر أبو المعاطي على (٢٠٠٤)، إدارة المؤسسات الاجتماعية، ط٣، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- ٥٣- إبراهيم عبد الرحمن رجب (١٩٨٣): نظرية شيرارد، عرض وتقديم، في إبراهيم عبد الرحمن رجب وآخرون: نماذج ونظريات تنظيم المجتمع، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٥٤- عبد الحليم رضا عبد العال (٢٠٠٦): تنظيم المجتمع النظرية والتطبيق، دار المهندس للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٥٥- إبراهيم عبد الرحمن رجب (٢٠٠٦): تنمية المؤسسات المحلية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٥٦- مديحه مصطفى فتحي، (٢٠٠٨): مفهوم العملية التسيقيه في طريقة تنظيم المجتمع، ب.ن، القاهرة.
- ٥٧- عبد الحليم رضا عبد العال (٢٠٠٦): مرجع سبق ذكره.
- ٥٨- إبراهيم عبد الرحمن رجب (٢٠٠٨): العلاقات بين المنظمات، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٥٩- Allison Murgach (٢٠٠٠): **Resource Mobilization and Coordination in, Anne Minahan, Encyclopedia of Social work, th ed., N.Y.N.A.S.W, Vol.٢.١٨**
- ٦٠- محمد بهجت كشك (٢٠٠٧): للمنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٦١- Siobhan Hamilton & Jake Harwood (٢٠١٠): **communication and organization,** in Claire Dam Ken Brown et al(Editor) : **Conflict and Diversity ,Hampton Press, Inc, New Jersey.**
- ٦٢- رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٣): نماذج ومهارات تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية" مدخل متكامل"، ط٢، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٦٣- هناء حافظ بدوى (٢٠٠٢): إدارة وتنظيم المؤسسات الاجتماعية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

- ٦٤- غريب سيد أحمد (٢٠٠٢)، علم اجتماع الاتصال والإعلام، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ٦٥- محمد عاطف غيث (١٩٧٩): قاموس علم الاجتماع، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.
- ٦٦- محمد رفعت قاسم (٢٠١٠): تنظيم المجتمع الأسس والأجهزة، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٦٧- حامد شاكر ثابت (٢٠٠١): الإدارة في الخدمة الاجتماعية، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ٦٨- علاء صادق رفاعي (٢٠٠٣): التعاون بين أهالي المجتمع المحلي وعلاقته بمواجهة مشكلاته، رسالة ماجستير غير منشوره، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٦٩- رشاد أحمد عبد اللطيف (١٩٩٦): المشاركة كمدخل لتنمية المجتمع، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ١، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- ٧٠- أبو النجا محمد العمري (٢٠٠٠)، تنظيم المجتمع والمشاركة الشعبية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- ٧١- محمد رفعت قاسم (١٩٨٩): العلاقة بين منظمات الرعاية الاجتماعية والمنظمات الأخرى بالمجتمع، بحث منشور مقدم للمؤتمر العلمي الثاني لكلية الخدمة الاجتماعية من ٤-٥ إبريل، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
- ٧٢- Sol Levine & Paul E. White (٢٠١٤): **Exchange as a Conceptual Frame Work for the Study of inter Organization Relation Ship**, in " Harry A. Schatz , Editor Social Work Administration, are Source Book", N.Y. Council on Social Work Education.
- ٧٣- عبد الحليم رضا عبد العال (٢٠٠٦): مرجع سبق ذكره.
- ٧٤- رشاد أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٣): مرجع سبق ذكره.
- ٧٥- رشاد احمد عبد الطيف، (٢٠٠٢)، مؤسسات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، ط٢، دار الصفا الحديثة، القاهرة.
- ٧٦- أحمد شفيق (٢٠٠٣): البحث العلمي (الأسس - الأعداد)، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مطبعة جامعة عين شمس.
- ٧٧- عبد الباسط محمد حسن (١٩٧١): أصول البحث الاجتماعي ، مكتبة الأنجلو المصرية،

القاهرة.

- ٧٨- سهير عادل محمد (٢٠٠٤): مدخل في علم الاجتماع ، ط١، النسر الذهبي، القاهرة.
- ٧٩- طلعت مصطفى السروجي وآخرون (٢٠٠٤): البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الإسرائ للطباعة، القاهرة.
- ٨٠- عبد العزيز مختار وآخرون(١٩٩٤) : أسس البحث الاجتماعي في محيط الخدمة الاجتماعية، ب.د.ن.
- ٨١- محمد محمود عويس (٢٠٠١): البحث العلمي في الخدمة الاجتماعية(الدراسة والتشخيص في بحوث الممارسة)، دار النهضة العربية، القاهرة .
- ٨٢- عبد الباسط عبد المعطى (١٩٩٦): البحث الاجتماعي(محاولة نحو رؤية نقدية لمنهجه وأبعاده)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ٨٣- محمد محمود عويس (٢٠٠١): مرجع سبق ذكره.
- ٨٤- محمد محمود عويس (٢٠٠١): المرجع السابق.
- ٨٥- محمد محمود عويس (٢٠٠١): المرجع السابق.