

متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية
دراسة من منظور طريقة تنظيم المجتمع

إعداد

د/ إلهام أحمد إبراهيم بشر

أستاذ مساعد

قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

جامعة الملك عبد العزيز

أولاً: المدخل لمشكلة الدراسة:

يعتبر العنصر البشري هو العنصر الأساسي في عملية التنمية الإجتماعية والإقتصادية اللازمة لبناء أي مجتمع، كما أن العنصر البشري الكفاء من أهم موارد المجتمع الذي يجب الاهتمام به ورعايته حتى يتمكن من أداء دوره في الأنشطة التنموية في المجتمع، ومن ثم فإن نجاح التنمية في تحقيق أهدافها يعتمد بالدرجة الأولى على السلامة الجسمية والاجتماعية والعقلية والنفسية للإنسان حتى يمكن توظيفه واستثماره من أجل تحقيق أهداف التنمية.

فالعلاقة بين التنمية والصحة وثيقة الصلة، وذلك من منطلق أن انخفاض مستوى الرعاية الصحية يعكس أثراً سلبياً على كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع، ولذلك فإن الاهتمام بالصحة يعد استثماراً لإمكانيات وموارد المجتمع البشرية التي هي عماد التنمية الإجتماعية والإقتصادية. وتعتبر الرعاية الصحية المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع، فالخدمات الصحية هي المظهر الحقيقي للتنمية لأنه لا يمكن ان تكون هناك تنمية مع انخفاض المستوى الصحي للإنسان صانع التنمية والمخطط لها، لذا فإن مقدار ما ينفق على الخدمات الاجتماعية الصحية بقدر ما يمثل أحد المدخلات الهامة، فهو من المخرجات كونه المخرجات الأهم التي تبدو في صورة المورد البشري القادر على العطاء والمنفذ لبرامج التنمية والضامن لنجاحها.

فالرعاية الصحية تحتل مكاناً بارزاً في العصر الحديث حيث يقاس تقدم المجتمعات بمدى ما تقدمه للأفراد من خدمات اجتماعية صحية، ويعزي هذا الاهتمام بالرعاية الصحية لكونها استثماراً للعنصر البشري لمشاركته في العملية الإنتاجية كماً وكيفاً. ولقد أشارت تقارير التنمية البشرية وأكدت على أهمية تفعيل العقد الاجتماعي واعتبار الرعاية الصحية مسئولية مشتركة تحتاج إلى إحداث نقلة نوعية وتجديد شامل في الطريقة التي تقدم بها الخدمة الصحية، واعتبار عملية الشراكة المجتمعية أحد المداخل الاستراتيجية لعملية تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية ، وتلك تمثل دعوة

صريحة لإدماج المجتمع المدني في الدولة كمثلث في عقد اجتماعي جديد من أجل الجميع ، فالتفاعل المستمر بين أفراد المجتمع وعملية الاحتياج المتبادل في ظل واقع خانق اقتصادياً يفرض علي المجتمع أهمية التواجد في تنظيمات مجتمعية تعرف بالشراكة بحيث يفيد ويستفيد كل طرف من الآخر لمواجهة الأوضاع الراهنة الصعبة، ولتنمية القدرات ذاتياً ومؤسسياً وكذلك لسد الفراغ الذي نجم عن تخلي بعض الدول عن تقديم بعض برامج الرعاية والخدمات الاجتماعية ، وإلقاء العبء علي تلك المنظمات التي تواكب مرونة وديناميكية من الجهات الحكومية في الوصول إلي الفئات الأكثر احتياجا . (سمك عابدين، ٢٠٠٥، ٥)

فمنظمات المجتمع المدني لها دور في مجال الصحة، وذلك من خلال توفير الخدمات الصحية العامة، ونشر المعلومات الصحية لأفراد المجتمع، إجراء البحوث الصحية، وتعزيز الرعاية الصحية عن طريق توفير الخدمات الصحية بناءات على احتياجات المجتمعات المحلية، وأخيراً القيام بدور الوسيط بين المجتمعات المحلية والحكومة. (W.H.O). ومتطلبات ذلك: بناء قدرات المنظمات غير الحكومية في مجال البحوث الصحية، والشراكة بين الجامعات ومؤسسات البحوث المجتمعية الأخرى، والتي تعتبر وسيلة لتعزيز القدرات البحثية للمنظمات غير الحكومية بالإضافة إلى إنشاء شبكات للمنظمات غير الحكومية للبحوث الصحية. (Delisle , 2005)

فمن أهم التحديات التي تواجه قطاع الصحة، التحديات الخاصة بالتمويل والتحديات الخاصة بالبنية الأساسية والتحديات الخاصة بالمشاركة المجتمعية. (أديب، ٢٠١٢، ٤)

ولذا يجب إعادة النظر في السياسات الصحية الراهنة والتي يجب أن تراعي في تحقيقها إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والإرتقاء بجودة الخدمات وضمان إستمراريتها على المدى البعيد (مركز المعلومات واتخاذ القرار، ٢٠٠٥). وذلك ما أكد على أهمية تحقيق التوازن بين المشاركة (المدخل المحلي)، والخبرة (المدخل المركزي) لتحسين جودة الرعاية الصحية، فالخبرة تركز على القرارات الاستراتيجية والتي تخص الممارسة بينما المدخل المحلي يركز على القرارات

التكنيكية والتي تتعلق بالتنفيذ. (Eparker) فالرعاية الصحية إحدى أوجه الرعاية الاجتماعية التي تهتم بها الدول وذلك بهدف تنمية الثروة البشرية بتلك الدول ، وهناك العديد من المهن التي تساهم في تحقيق ذلك الهدف كل حسب تخصصه ، وذلك لأن حياة الإنسان بها العديد من الجوانب النفسية والاجتماعية والصحية إلى غير ذلك ، ومن المهن التي يمكن أن يكون لها دور في التنمية والاهتمام بالثروات البشرية مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة تنظيم المجتمع بصفة خاصة فهي تركز علي مساعدة الأفراد وتنمية قدراتهم بهدف الوقاية والعلاج من المشكلات الاجتماعية ومساعدتهم علي القيام بوظائفهم الاجتماعية علي أحسن وجه ممكن ، فالأخصائيون الاجتماعيون في مجال الرعاية الصحية يمتلكون مهارات لتنمية الوعي الثقافي فهم يتعاملون باحترام ويؤكدون علي قيمة وكرامة الإنسان في جميع الثقافات واللغات والطبقات والخلفيات العرقية والأديان ، كما أنهم يمارسون دورهم في الرعاية الصحية علي مستوي الوحدات الكبرى والصغرى ويستطيعون تغيير وتطوير سياستها علي المستوي المحلي والقومي وداخل أنساق الرعاية . (N.A.S.W.2005)

وذلك ما أوضحته العديد من الدراسات والتي منها:

١. دراسة " مؤشرات تخطيطية لتطوير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة " : والتي أشارت إلى ارتباط الخدمات الصحية بالإحتياجات وإشباعها بحيث يجب [تحديد إحتياجات الأفراد الصحية من خلال دراسة المشكلات الصحية والاجتماعية - مراعاة اعتبار العدالة والمساواة في توزيع الموارد بين الأفراد - إشراك أفراد المجتمع في إدارة البرامج الصحية]، بالإضافة إلى أن هناك العديد من المؤشرات التخطيطية لتطوير الخدمات الصحية. (على، ١٩٩٠، ٩٥٥:١٠٠٠)

٢. دراسة " التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع باستخدام نموذج العمل مع مجتمع المنظمة لتحسين العلاقات التعاونية للعاملين في المجال الطبي " : والتي أشارت إلى الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية التعاونية في المنظمات على اختلافها وتأثير ذلك على الفرد والمنظمة والمجتمع والتركيز على تنشيط

العلاقات التنافسية لاثارها الايجابية في زيادة الدافعية. (مسلم، ٢٠٠٤،
٧١٠:٧٦٩)

٣. دراسة المعوقات التنظيمية التي تعوق الارتقاء بمستوى الخدمات في مستشفى
الصحة النفسية ودور طريقة تنظيم المجتمع في مواجهتها": والتي أوضحت أن
هناك العديد من المعوقات المرتبطة بالإمكانات المادية والبشرية تعوق الإرتقاء
بمستوي الخدمات المقدمة، وأن من أهم المقترحات القيام بعمليات تنسيقية،
عمليات تخطيطية. (الشحات، ٢٠٠٦، ٢٩٠٣:٢٩١٦)

٤. دراسة " تحديد مستوى جودة الخدمات الاجتماعية وفق رضا العاملين عنها "
ولقد اشارت الى ضرورة التركيز على نوع الخدمة الذي يشبع احتياجات
العلاء ومراعاة رغبات العلاء واتفاق الخدمة معها والعمل على إنجاز الأمور
المتعلقة بالخدمة في موعدها الملائم. (منصور، ٢٠٠٦، ١٠٤٣:١٠٨٩)

٥. دراسة " تقويم خصخصة خدمات الرعاية الصحية ": ولقد كان من أهم نتائج
الدراسة إعطاء الفرصة للمستثمرين لإنشاء المستشفيات والمراكز الصحية،
وأيضاً السماح بقيام نشاطات صحية منافسة للنشاطات الاقتصادية للدولة.
(شفيق، ٢٠٠٦، ٤٠٣:٣٥٩)

٦. دراسة " كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية بالمراكز الطبية الريفية": والتي
أشارت إلى إعطاء الأولوية للتعيين بالمراكز الطبية من العاملين بالمجتمع
الأصلي لضمان إستقرارهم بالمراكز الطبية مع تحسين الوضع المالي وزيادة
الحوافز والمكافأة - تعليم وتدريب العاملين خاصة الأطباء منهم على إجراء
المناقشات الطبية عن بعد باستخدام تكنولوجيا المعلومات. (عبد
المجيد، ٢٠٠٩، ١٣٦٣: ١٤٢٩)

٧. دراسة" جودة خدمات الرعاية الصحية بمستشفيات المملكة العربية السعودية":
والتي أشارت الى أن المعوقات التي تواجه المقيمين في المستشفيات الحكومية
لا تختلف عن المعوقات التي تواجه المقيمين في المستشفيات الخاصة.
(المنصوري، ٢٠١٠)

٨. دراسة " متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية": ولقد أوصت بضرورة وجود قاعدة بيانات مبرمجة حول المرضى والأطباء وطبيعة الأمراض مع العمل على تحديثها باستمرار وضرورة وجود قياس مستمر لمستوي رضا أفراد المجتمع بصفة عامة والمترددين بصفة خاصة والخدمات المقدمة لهم. (الأبشيهي، ٢٠١١، ٣٠١٤: ٣٠٦٠)

٩. دراسة " دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع": ولقد أوصت بأهمية تنمية وبناء القدرات والشراكة بين مؤسسات المجتمع المدني والأجهزة المعنية وأجهزة الإعلام ووسائله المختلفة من أجل تنمية الوعي الصحي، والتشبيك بين منظمات المجتمع المدني من أجل تعبئة مواردها وجهودها في مجال التوعية الصحية. (حجازي، ٢٠١١، ٣٦٠٣: ٣٥٤٩)

١٠- دراسة " تقييم جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة من الاخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية السعودية": والتي أشارت إلى ضرورة تطبيق الجودة علي الخدمات الاجتماعية وذلك من خلال: الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية والتنظيمية الخاصة بالخدمات وتحسين العلاقات بين العاملين وبعضهم البعض وبينهم وبين العملاء المستفيدين من الخدمات إلى جانب تطوير قنوات الإتصال بينهم والإهتمام بالتدريب والإبداع في العمل. (زيدان، ٢٠١٢، ٤٥٤١: ٤٦٦٥)

١٠. دراسة " المتطلبات اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الاهلية": ولقد أوضحت الدراسة بأن من أهم المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة الرعاية الصحية (كفاءة تقديم الخدمة، تقديم الرعاية في الوقت المناسب، استمرارية تقديم الخدمة)، بالإضافة الى توفير مجموعة من المتطلبات الفنية، المادية، الإدارية. (قناوي، ٢٠١٢، ٣٠٢١: ٣١٠٣)

١١. دراسة " واقع الخدمات الصحية وإمكانيات ومميزات تطبيق اللامركزية في قطاع الصحة": والتي أكدت على أهمية اللامركزية وجودة الخدمات الصحية،

وأن هناك فرصة لاجتماع كل الفاعلين الأساسيين من مجالس شعبية وتنفيذية ومواطنين ومنظمات مجتمع مدني ومؤسسات قطاع خاص وخبراء من الجامعات الإقليمية لوضع رؤية متكاملة لتطوير المجتمع. (اديب، ٢٠١٢)

١٢. دراسة " الشفافية وتطوير خدمات الرعاية الصحية ": والتي أوضحت أهمية تفعيل الحوكمة في تطوير خدمات الرعاية الصحية من خلال الاهتمام باستطلاع آراء المرضى فيما يقدم لهم من خدمات صحية، اهتمام المسؤولين بالتقييم الدوري للخدمات الصحية، التأكيد على روح المشاركة بين المسؤولين عن تطوير خدمات الرعاية الصحية. (خفاجي، ٢٠١٤)

١٣. دراسة" التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالوحدات البحرية ": والتي أشارت إلى ضرورة مراعاة التكامل بين المستشفى كأحد منظمات المجتمع المحلي وغيرها من المنظمات الأخرى وبينها وبين المستويات الجغرافية المختلفة وظيفيا والأخذ في الاعتبار ان خدماتها جزء من كل يؤدي الى تحقيق اهداف السياسة الصحية في المجتمع. (عثمان، ٢٠١٤، ١٥٠٧: ١٥٦٧)

١٤-دراسة " الاستثمار الاجتماعي كمتغير في التخطيط الصحي الاستراتيجي في مصر ": ولقد أشارت هذه الدراسة الى ضرورة بناء الشراكة بين كافة الأطراف المساهمة في الرعاية الصحية، مع ضرورة تدعيم دور مقدمي الخدمات غير الحكوميين في تطوير السياسات الصحية الاستراتيجية من خلال الشراكة في التخطيط لخدمات الرعاية الصحية. (الرشيدي، ٢٠١٥، ١٨٦: ٢٦١)

١٥-دراسة " واقع أليات الجمعيات الخيرية العاملة في المجال الصحي لتسويق برامجها": والتي أوضحت أهمية وجود قنوات اتصال متنوعة بين الجمعيات الخيرية العاملة في المجال الصحي والمؤسسات المختلفة المعنية بالصحة والوزارات الخدمية الأخرى، وتوفير قاعدة بيانات ومعلومات عن المؤسسات الأخرى الموجودة بالمجتمع. (الشهراني، ٢٠١٥)

١٧-دراسة " تقويم خدمات الرعاية الصحية المقدمة من منظمات المجتمع المدني ":
والتي أشارت الى أن هناك العديد من المعوقات التي تواجه منظمات المجتمع المدني
في تقديم الخدمات الصحية، والتي منها (عدم فهم مكونات عملية التنسيق بين
المنظمات والمؤسسات التي تقدم خدمات صحية أخرى، تعارض الأهداف، عدم وجود
جهاز تنسيق بين الجمعيات والمنظمات وبعضها وبين الأجهزة الحكومية). (حسن،
٢٠١٦، ٤٠٦: ٤٢٧)

وبالنظر إلى الدراسات السابقة نجد أنها قد أشارت إلى:

١. ضرورة تحديد أولويات الإحتياجات الصحية من خلال القيام بالبحوث الميدانية
وتحديد البرامج والخدمات التي يمكن بها إشباع تلك الإحتياجات طبقاً
لأولوياتها، تطوير قنوات الاتصال بين العاملين في المجال الصحي
والمستفيدين. دراسة (على ١٩٩٠- منصور ٢٠٠٦ - عبد المجيد ٢٠٠٩ -
زيدان ٢٠١٢-عثمان ٢٠١٤).

٢. مراعاة التكامل بين المستشفى كأحد منظمات المجتمع المحلي وغيرها من
المنظمات المجتمعية الأخرى سواء على المستوى الجغرافي أو الوظيفي، زيادة
معدلات التنسيق بين المستشفى ووزارة الصحة، الشراكة بين مؤسسات المجتمع
المدني والأجهزة المعنية من أجل تنمية الوعي الصحي، التشبيك بين منظمات
المجتمع المدني من أجل استثمار مواردها البشرية والمادية والتنظيمية في
مجال التوعية الصحية. دراسة (على ١٩٩٠ -الشحات ٢٠٠٦-حجازي
٢٠١١-حسن ٢٠١٦ - الشهراني ٢٠١٥ -الرشيدي ٢٠١٥).

٣. تحديد الموارد المادية والبشرية والتنظيمية اللازمة لتنفيذ الخدمات الصحية علي
أساس المشاركة المجتمعية وإشراك المواطنين أو ممثليهم مع الحكومة في
عملية تقديم الخدمات الصحية بدءاً من التخطيط والتنفيذ والمتابعة والرقابة
والتقييم. دراسة (على ١٩٩٠- عبد المجيد ٢٠٠٩ - زيدان ٢٠١٢ -أديب
٢٠١٢-خفاجي ٢٠١٤).

وفي ظل التصاعد المستمر والتسارع لمتطلبات المجتمع، وحجم ونوعية الخدمات التي تفوق قدرة الدولة المادية والتنظيمية وبالتالي اتجهت معظم الدول إلى تدعيم فكرة التكامل بين الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص لتوفير الخدمات الاجتماعية بصفة عامة والخدمات الاجتماعية الصحية بصفة خاصة. (أديب، ٢٠١٢) ويمثل ذلك دعوة صريحة لإدماج المجتمع المدني مع الدولة كمثلث في عقد اجتماعي جديد من أجل المجتمع، وهذا الاتجاه ما يطلق عليه الطريق الثالث كأحد الطرق لتحسين نوعية الحياة ومواجهة مشكلات وتحقيق معدلات أسرع للتنمية. (جيدنز، ١٩٩٩، ٤٤)

وذلك يشير إلى أن القرارات المجتمعية تحتاج إلى فكرة طلب دعم المجتمع للمشروعات التي تم تحديدها من قبل المسؤولين أو المنظمات الحكومية بل يجب البحث عن آلية جديدة تتعدى فكرة المشاركة المجتمعية ذاتها وتضع في إعتبارها أن المجتمع المحلي ليست مجموعة موحدة من الأفراد ولكن يتكون من جماعات وتنظيمات مختلفة الخصائص والإهتمامات والقدرات مما يتطلب ليس تحقيق المشاركة فحسب بل تكوين شراكة متعددة القطاعات والأهداف، فأهمية الشراكة المجتمعية تأتي نتيجة ما يعانيه المجتمع من نقص في تلبية الإحتياجات الأساسية، كما أنها تتيح تولي القطاعات المتنوعة المسؤولية ويسهم ذلك في بث روح تنافسية إيجابية لصالح المجتمع، بالإضافة إلى أن الشراكة تتشكل من مجموعة متنوعة ومتكاملة من الأطراف التي تتفاعل مع بعضها البعض من أجل تحقيق أهداف مرتبطة بمشروعات البنية الأساسية أو مشروعات تنموية في المجالات المختلفة. (عبد اللطيف، ٢٠٠٣، ١ : ٢٨)

وهنا يبرز دور (نظرية التفاعل) والتي تشير إلى أن التفاعل تلك العملية التي يمكن من خلالها تحقيق الترابط بين الأفراد والجماعات والمؤسسات بالمجتمع سواء كان ذلك في الوسائل والغايات ويترتب على ذلك تعديل في السلوك أو الوظائف.

وهناك عوامل تساعد علي نجاح التفاعل: (عبد اللطيف، ٢٠٠٣، ١ : ٢٨)

- وجود قدر معقول من الإتفاق في القيم والميول والإهتمامات (تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية).

- التعرف العلمي الدقيق على جوانب الموقف المراد التفاعل معه (متطلبات الشراكة لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية).
 - اتخاذ القرارات أو الوصول إلى قرار نهائي بالموافقة (الدخول في شراكة مجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية).
- بالإضافة إلى (نظرية التبادل) والتي تعتمد على عدة افتراضات أساسية: (عبد اللطيف، ٢٠٠٣، ٨٥)**

الفرض الأول: أن المشاركين يدخلون في العلاقات التبادلية لتحقيق أهداف مرغوبة (تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية).

- الفرض الثاني: يسعى المشاركون (القطاع الخاص، الجمعيات الأهلية، القطاع الحكومي) في العملية التبادلية إلى أن تكن التكلفة أقل من العائد.
- الفرض الثالث: الأنشطة بالنسبة للمشاركين في عملية التبادل هي التي تستمر وتدوم بمر الزمن.

وطبقاً لهذه النظرية فإن التبادل يبدأ عندما يحاول الفاعل الاجتماعي (أطراف الشراكة المجتمعية) أن يكسب نوعاً من المنافع والفوائد من مؤسسات أخرى عن طريق تبادل أشياء معهم، وذلك من منطلق:

- أن هناك قصور في الموارد والإمكانات المتاحة أمام المجتمع أو المنظمات ولذلك تلجأ إلى هذه المنظمات أو هذا المجتمع إلى تقارب فيما بينها في محاولة لإستكمال هذه الموارد أو الاستفادة من الإمكانيات المتاحة لدي المنظمة الأخرى.
- أن هذا التبادل سواء في الإمكانيات أو الموارد سوف ينتج عنه تحقيق أهداف كل مؤسسة من المؤسسات وبالتالي تحقيق الإشباع للمستفيدين من خدمات هذه المؤسسة.
- أن التبادل الذي يتم بين المنظمات المجتمعية (الجمعيات الأهلية - القطاع الخاص - القطاع الحكومي) مع بعضها ينتج عنه تفاعل يؤدي إلى تغذية المجتمع أو المنظمات العاملة به (في تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية).

بالإضافة إلى أهمية التعاون والتنسيق بين المنظمات كما أشارت إليه تظريية توماس شيرارد Sherrard Theory والتي رأت أنه هدف هام وهو في الواقع عملية، وغاية، وحالة وجزء من قيم المجتمع، ويمكن أن يكون هذا الهدف معترف به، وظاهر، كما يمكن أن يكون هدف غير رسمي، وهذا الهدف يمكن أن يكون مؤقتاً أو مستمراً كما يمكن أن يكون نادر الوقوع أو كثير الوقوع. (Sherrard, 1995, 145).

وأنة لتحقيق هذا التنسيق يجب توفر الاتي: (أحمد، ١٩٨٣، ١١٤)

١. أن يكون هناك إرتباط في علاقات العمل وتبادل للخدمات والمنفعة بين المنظمات الاجتماعية [الجمعيات الأهلية - القطاع الخاص - القطاع الحكومي].

٢. أن يكون هناك وعي كاف بأهمية التنسيق وضرورة وجوده بين تلك المنظمات.

وفي ضوء ما سبق تحددت مشكلة الدراسة في:

ما متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

١. الشراكة المجتمعية من أحد المداخل الإستراتيجية لتطوير الخدمات الاجتماعية بصفة عامة والخدمات الاجتماعية الصحية بصفة خاصة بما يتضمنه من منظمات حكومية، وجمعيات أهلية، وقطاع خاص، وهي تمثل دعوة صريحة لإدماج المجتمع المدني مع الدولة في عقد إجتماعي جديد من أجل الجميع.

٢. تكوين شراكة مجتمعية بين الحكومات والمجتمع المدني هو بمثابة تشجيع للمبادرات المحلية لتدعيم الدولة في تقديم بعض الخدمات الاجتماعية بصفة عامة والخدمات الاجتماعية الصحية بصفة خاصة.

٣. أن الشراكة المجتمعية لديها العديد من المميزات والتي منها ضمان إستمرارية البرامج المقدمة وتحقيق أعلي معدلات جودة، وتحسين ديناميات وقدرات التواصل يبين كافة القوي المجتمعية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

١. وصف وتحليل متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.

٢. وضع إطار تصوري لتفعيل الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية من منظور طريقة تنظيم المجتمع.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

١. ما متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية؟

ولقد تحددت مؤشرات المتطلبات في الاتي: القاعدة المعلوماتية - التنسيق - الإتصال - التبادل - التعاون.

٢. ما الإطار التصوري لتفعيل الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية من منظور طريقة تنظيم المجتمع؟

خامساً: مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم المتطلبات:

تشير معاجم اللغة إلى كلمة " طلب " تعني محاولة وجدان الشئ وأخذه أو المطالبة: أن نطالب إنسان بحق لك عنده ولا تزال تتقاضاه وتطالبه بذلك، وتطلبه: أي حاول وجوده وأخذه، والتطلب: هو الطلب مرة أخرى. (ابن منظور، ١٩٨٨، ١٠١)

"وتطلب الشيء" بمعنى طلبه، إلا أن التطلب هو طلب الشئ مرة أخرى مع تكلف. (البستاني، ١٩٩٢، ٦٦٣). أما معجم "وبستر" فيشير أن المتطلب Requirement هو الشئ الذي يشترط توافره أو يحتاج إليه أو هو شرط مطلوب. (Webster , 1991, 27)، بالإضافة الى أن معجم " أكسفورد " يشير إلى أن المتطلب هو شيء يستلزم وجوده أي شرط يجب توافره أو الإذعان له. (Oxford, 1993,2557)

ولقد تحددت المتطلبات في ضوء الدراسة الحالية:

[القاعدة المعلوماتية - التنسيق - الإتصال - التبادل - التعاون].

١. مفهوم الشراكة المجتمعية:

ويشير المعنى اللغوي للشراكة بأنها الشركة ويقال مشاركة اي كان شريكه وأشركه في أمره. (معجم اللغة العربية، ٢٠٠٠، ٣٩٦). ووضح قاموس " ويسترن " أن للشراكة partnership معاني متعددة منها ما يعبر عن وجود علاقة قانونية أو شرعية بين شخصين أو أكثر ارتبطو مع بعضهم في شكل تعاقد إجتماعي وفق مبادئ في مجال الأعمال والتجارة وفي معنى آخر الشراكة بشكل يتحدد فيه الحقوق والمسؤوليات علي بعضهم البعض. (webster , 1991, 859) والشراكة هي عقد اتفاق مقنن يتم من خلال الحوار الحر والذي تتوافر فيه إرادتين أو أكثر للاشتراك في مشروع أو الاضطلاع بنشاط أو عمل يتم من خلاله التكامل بين هذه الأطراف ويسعي الشركاء غالباً لصياغة أهداف جديدة مشتركة مبنية على أساس الفهم المشترك كما أن الشراكة عملية ديناميكية تبدأ خطأها الأولي عندما يتم تصميمها بشكل كلي واضعة في اعتبارها كل الالتزامات وتوقعات الشركاء. (بدوي، ١٩٨٢، ٣٥) فالشراكة المجتمعية هي تضافر جهود الحكومة مع القطاع الخاص والقطاع الأهلي في مواجهة أي مشكلة وفي تحديث الخبرات وتطويرها وتقوية أدوار جميع الأطراف المشاركة، وذلك من خلال التبادل في الآراء والأفكار والخبرات وتكاملها في الموارد والإمكانات المتاحة لدي الشركاء وتعويضاً لجوانب القصور بين هؤلاء الشركاء. (محروس، ٢٠٠٥، ٩٨)

بالإضافة إلي كونها علاقة تكامل بين إمكانيات وقدرات طرفين أو أكثر حيث يبرز التوافق والاتفاق حول تحقيق أهداف محددة وهي علاقة تحكمها المساواة بين الأطراف واحترام كل طرف لقدرات وأداء الطرف الآخر، ويحقق الصالح العام ومن خلال ذلك يبرز بعض السمات: (قنديل، ٢٠٠٤، ٥)

١. الشراكة علاقة بين طرفين الحكومة والمجتمع المدني بصفة عامة والجمعيات الأهلية بصفة خاصة.

٢. الشراكة المجتمعية: تحقق التكامل بين الموارد والامكانيات المادية والبشرية.

٣. لا تبرز علاقات الشراكة المجتمعية هيمنة من جانب طرف لآخر وإنما هناك إمكانيات تتكامل في إطار المساواة.

٤. أن الشراكة المجتمعية تستهدف تنظيم المردود الإجتماعي والإقتصادي والسياسي أو تهدف للصالح العام. وهناك أشكال للشراكة المجتمعية: الشراكة التعاقدية، الشراكة المالية، الشراكة التقنية، الشراكة التجارية، الشراكة في البحث والتطوير. (عبد الرازق، ٢٠٠٢)

بالإضافة إلى أن هناك معايير لإقامة الشراكة بين المنظمات المجتمعية وهي أن تتناول الشراكة الأهداف المشتركة للمنظمات المجتمعية الداخلة فيها، ان تقوم الشراكة بين المنظمات وفق أهداف ومعايير وقيم واضحة، مدي قدرة الشراكة على تقديم وتطوير خدمات فعالة من حيث التكلفة والوقت المناسب والعمل في إطار تعاوني لا يمكن تحقيقه بشكل فردي. (العالى، السيد، ٢٠٠٦)

كما أن للشراكة المجتمعية متطلبات: (مركز الخدمات غير الحكومية، ٢٠٠٣)

١. بناء استراتيجية ووضع الخطط الشاملة والمرحلية والإجرائية.
٢. مأسسة الشراكة على فلسفة قائمة على المعرفة والمهارة والخبرة والتغيير القيمي، بالإضافة الى توفير الدعم والتأييد، واستثمار الوقت والجهد
٣. إصدار الأنظمة واللوائح التنظيمية للشراكة.

فالشراكة هي تحالف بين مجموعة من الأفراد والجماعات أو المنظمات من مختلف القطاعات، يلتزمون بالعمل معاً للقيام بمهام محددة، ويتحملون المخاطر ويتشاركون في الفوائد، كما يقومون بمراجعة دورية للعلاقة فيما بينهم، وتعديل إتفاقياتهم كلما دعت الحاجة (القحطاني، ٢٠٠٦، ٣٠) ويضيف آخرون بأنها تنظيم تطوعي يبين جهات العمل لتحقيق أهداف مشتركة، تأخذ مستويات متعددة تبدأ بالتشبيك لتبادل المعلومات ثم التنسيق وتنفيذ أنشطة مشتركة، ثم التعاون لتبادل المعلومات والموارد، وأخيراً تتحقق الشراكة والتي هي بمثابة استراتيجيات وسياسات موحدة تتضمن تبادل المعلومات والتعاون مع قطاعات متعددة (السكري، ٢٠٠٠، ٥: ٧).

وفي ضوء الدراسة الحالية فالشراكة المجتمعية هي:

- عملية ديناميكية بين أطراف مجتمعية، تهدف إلى تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.

- تضم ممثلين عن كافة المنظمات المجتمعية (القطاع الخاص - القطاع الحكومي - الجمعيات الأهلية).
 - تتشارك هذه المنظمات بصورة ضمنية أو رسمية لتحقيق مصالح عامة تتمثل في تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.
- ب- مفهوم الخدمات الاجتماعية الصحية:

ويعتبر مفهوم الخدمات الاجتماعية من المفاهيم الواسعة والشاملة والتي تختلف باختلاف توجهات وآراء وإتجاهات المفكرين والعلماء ، حيث يري البعض أن الخدمات الاجتماعية هي أنشطة يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون ومهنيون آخرون لمساعدة الناس علي تقوية قدراتهم الذاتية وحمايتهم من العوالة ، وتقوية العلاقات الأسرية ومساعدة الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات علي الأداء الناجح لوظائفهم الإجماعية ، وهي أنواع محددة من الخدمات الاجتماعية تشمل مساعدة الناس في الحصول علي الموارد المالية المناسبة لإحتياجاتهم ، وتقييم قدرات الناس علي رعاية أطفالهم أو من يعولهم والاستشارات والعلاج النفسي والإحالة والتوصيل والمدافعة عن القضايا الاجتماعية ، وابلاغ المنظمات بإلتزاماتها تجاه المواطنين ، تيسير تقديم الرعاية الصحية وربط العملاء بمصادر الرزق ، وهذا التعريف للخدمات الاجتماعية كما هو واضح مرتبط أكثر بالخدمة الاجتماعية العلاجية ، وقد وضعت مجموعة من خبراء الأمم المتحدة عام ١٩٥٩م تعريف له منظور تنموي للخدمات الاجتماعية : الأنشطة المنظمة التي تهدف للمساعدة علي التوافق المتبادل للأفراد وبيئتهم وهذا الهدف يتحقق من خلال تصميم تكنيكات وطرق تساعد الأفراد والجماعات والمجتمعات علي مواجهة احتياجاتهم وحل مشاكل توافقهم وتكيفهم مع تغيير أنماط المجتمع ومن خلال عمل جماعي تعاوني لتحسين أحوالهم الإقتصادية والإجتماعية وطريقة الوصول للتعرف علي هذه المشاكل والإحتياجات والنشاط المنظم ويتطلب ذلك التعامل بإستخدام أنشطة متنوعة حكومية وغير حكومية في ميادين مختلفة (درويش ، ١٩٩٩ ، ٤٩٩ : ٥٠٠). وللخدمات الاجتماعية وظائفها (الوظيفة المساندة أو المدعمة، الوظيفة الوقائية العلاجية، الوظيفة التنموية). (السكري، ٢٠٠٠، ٥٢)

ويشير البعض إلى أن الخدمات الاجتماعية عبارة عن عمليات وجهود منظمة ذات طبيعة علاجية ووقائية وإنشائية تؤدي إلى الناس وتهدف إلى مساعدتهم كأفراد وجماعات على الوصول إلى حياة كريمة تتفق مع رغباتهم وأماني المجتمع الذي يعيشون فيه (درويش، ١٩٩٩، ١٥٤). ويرى البعض أن الخدمات الصحية ليست شيئاً منفصلاً عن الرعاية الصحية (والتي هي كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ علي الصحة والوقاية من المرض) ، ولكنها جزءاً منها ، ولهذا يرى البعض أن الخدمات الصحية يمكن تحديدها من خلال مجموعة من الجوانب (فحص المريض إكلينيكيًا - تشخيص المرض - تقديم الدواء والعلاج المناسب وتقديم الغذاء المناسب للحالة الصحية - تعاون فريق العمل بالمؤسسة الطبية اللازمة لخدمة المريض - مساعدة المريض علي مواجهة مشكلاته داخل المستشفى - مساعدة المريض وأسرته علي مواجهة المشكلات داخل بيئة المريض) . (صالح، ١٩٩٨، ٣٠ : ٣١)

ويضيف البعض أبعاداً مهنية أخرى للخدمات الصحية ترتبط بالأدوار المهنية للطبيب والممرضة ونوعية تأهيل الطبيب ونوع المستشفى وإمكاناتها ، وعلاقة ذلك بالمجتمع المحلي وأبعاداً إجتماعية تتعلق ببناء المجتمع وعناصره الأساسية التي تحدد برامج الخدمة الصحية ومدى فاعليتها ، وأبعاداً ثقافية تتضمن مجموعة من العناصر الثقافية العامة ذات العلاقة الوثيقة بالخدمة الصحية بحيث تحدد طبيعة آدائها ، ومدى وصولها إلى مستحقيها ودرجة نجاحها ، علاوة علي أن هذه العناصر تلعب دوراً بارزاً في نجاح أو فشل الخدمة وينعكس ذلك أثره بوضوح علي المستوي الصحي في المجتمع (علي ، ١٩٩٠ ، ٩٦٥)

ويقصد بالخدمات الإجتماعية الصحية في ضوء الدراسة الحالية:

١. مجموعة من الخدمات الإجتماعية ذات طابع علاجي ووقائي وتنموي في المجال الصحي.
٢. لها صفة الاستمرارية في المجتمع.
٣. يشارك في تصميمها وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها والرقابة عليها أطراف مجتمعية متعددة (جمعيات أهلية - قطاع حكومي - قطاع خاص).

ج - مفهوم التطوير:

يقصد بالتطوير أن يكون موجها نحو تحقيق أهداف إيجابية وعليه هدفا من أهداف التخطيط. (فهمي، ١٩٨٥، ٢٠). ويهدف دائما للوصول بالشيء المطور أو النظام إلى أحسن صورة من الصور حتى يؤدي الغرض منه بكفاءة، ويحقق الأهداف المنشودة منه على أتم وجه وبطريقة اقتصادية في الوقت والجهد والتكاليف. (الوكيل، ١٩٩١، ٢١). ويقصد بالتطوير في ضوء الدراسة الحالية: محاولة توفير الخدمات الاجتماعية الصحية في ضوء أولويات المستفيدين وبأقل التكاليف والاهتمام بتحديد الفجوات في توزيعها وتوفير الألية للمساءلة لتحسين جودتها.

سادسا: الإجراءات المنهجية:

أ- نوع الدراسة: تنتمي الدراسة الحالية الى الدراسات الوصفية والتي تساعد على الوصف الكمي والكيفي لآراء مجتمع بحثي معين محدد الحجم إزاء خدمة أو مشكلة أو احتياج معين (عبدالعال، ١٩٨٨، ٤٢).

ب- نوع المنهج: اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات الحكومية العامة بمدينة جدة ج-مجالات الدراسة:

-المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة بالمستشفيات الحكومية العامة بمدينة جدة (الملك فهد العامة، مجمع الملك عبد الله الطبي، الثغر، شرق جدة، المساعدة، شمال جدة، العزيزية للولادة، مجمع الإرادة والصحة النفسية، الملك فيصل التخصصي، العيون، التخصصي للأسنان، الملك عبد العزيز).

-المجال البشري: مسح شامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات الحكومية العامة وقد تم حصرهم بحوالي ١٤٥ أخصائيا اجتماعيا. ولكن من قاموا باستيفاء الاستبانة (٩٢) أخصائيا اجتماعيا فقط لا غير.

- المجال الزمني: وهي الفترة التي استغرقتها عملية جمع البيانات من الميدان والتي تمثلت في حوالي شهرين ونصف من ١٠/١/٢٠١٩ الى ١٥/١٢/٢٠١٩

د -الأداة المستخدمة:

قامت الباحثة بصياغة الاستبانة بعد استعراض الأطر النظرية وكذلك الدراسات والبحوث السابقة وتحديد الإطار النظري للدراسة وأهدافها وتساؤلاتها وتم تحديد أبعاد الاستمارة على النحو التالي: المحور الأول: البيانات الأولية، المحور الثاني: متطلبات الشراكة (القاعدة المعلوماتية -التنسيق-التعاون - التبادل - الاتصال)، المحور الثالث (تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية)

- صدق أداة الدراسة: قامت الباحثة بالتأكد من صدق أداة الدراسة وذلك بعرضها على المحكمين من أساتذة كلية الآداب والعلوم الإنسانية بجامعة الملك عبد العزيز وكلية العلوم الاجتماعية بأم القرى وذلك للإدلاء بأرائهم وملاحظاتهم، وفي ضوء ذلك قامت الباحثة بإجراء بعض التعديلات ووضعت الاستبانة في شكلها النهائي.

- ثبات أداة الدراسة: تم تطبيق الاستبانة على (١٥) مفردة من مجتمع الدراسة وتم إعادة تطبيق الاستبانة على نفس العينة بفارق زمني (١٥) يوم وقد كان ثباتها باستخدام طريقة (ألفا كرو نباخ) لكل بعد.

جدول رقم (١) يوضح ثبات الاستبانة بطريقة (ألفا كرو نباخ)

م	المحاور	معامل ألفا كرو نباخ
١.	القاعدة المعلوماتية	٠.٨٩
٢.	التنسيق	٠.٨٦
٣.	التعاون	٠.٨٧
٤.	التبادل	٠.٨٧
٥.	الاتصال	٠.٨٥
٦.	الخدمات الاجتماعية الصحية	٠.٨٩

وتدل النتيجة السابقة على ثبات استخدام الأداة حيث أن قيم معاملات الثبات كانت أعلى من ٧٠، ويعد ذلك مقبولاً في الدراسات الاجتماعية.

- الأساليب الإحصائية: استخدمت الدراسة (التكرارات والنسب المئوية

والمتوسط الحسابي المرجح)

سابعاً: تحليل وتفسير جداول الدراسة الميدانية:

جدول رقم (٢) يوضح خصائص المبحوثين

النوع - السن - الخبرة في مجال الخدمات الاجتماعية الصحية ن=٩٢

النسبة المئوية	التكرار	البيان	م	
٦١.٩٦	٥٧	ذكر	أ	نوع المبحوثين
٣٩.١٣	٣٦	أنثى	ب	
٣٩.١٣	٣٦	٣٥ - ٣٠	أ	السن للمبحوثين
٤٧.٨٢	٤٤	٤٥ - ٣٥	ب	
١٣.٠٤	١٢	٤٥ - فأكثر	ج	
١١.٩٦	١١	١٠ - ٥	أ	الخبرة في مجال الخدمات الاجتماعية الصحية
٢٦.٠٩	٢٤	١٥ - ١٠	ب	
٤٤.٥٦	٤١	٢٠ - ١٥	ج	
١٧.٣٩	١٦	٢٠ فأكثر	د	

يتضح من الجدول السابق أن نسبة ٦١,٩٦ % من الذكور ونسبة ٣٩,١٣ % من الإناث وذلك يشير إلى تعدد الجنس في المجال الطبي وذلك لتعدد المرضى وخصوصية الحالات في بعض المستشفيات مثل مستشفيات الولادة والأقسام النسائية. ويشير الجدول السابق إلى تعدد الفئات العمرية حيث أن نسبة ٤٧.٨٢ % من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية ٣٥ - ٤٥، نسبة ٣٩.١٣ % يقعون في الفئة العمرية ٣٥ - ٣٠ ونسبة ١٣,٠٤ % يقعون في الفئة العمرية ٤٥ فأكثر وذلك يشير إلى امتلاكهم للعديد من الخبرات الحياتية والمجتمعية مما ينعكس على طريقة تأديتهم لأدوارهم الوظيفية. ويضيف الجدول السابق أن نسبة ٤٤.٥٦ % من المبحوثين لديهم

خبرات في مجال الخدمات الاجتماعية الصحية من ١٥ - ٢٠ سنة، بالإضافة إلى تنوع سنوات الخبرة لباقي المبحوثين وذلك يلعب دورا هاما في تحديد العائد من الشراكة المجتمعية والقاء الضوء على الخدمات الاجتماعية الصحية من حيث واقعيتها وتنفيذها وتقويمها، ووضع مؤشرات مستقبلية لتطويرها.

جدول رقم (٣) يوضح

متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية ن = ٩٢

الترتيب	المتوسط الحسابي المرجح	النسبة المرحجة	مجموع الأوزان	لا	إلى حد ما	نعم	متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية
٧	٣١,١٤	٧٨.٩٩	٢١٨	١٥	٢٨	٤٩	أولاً: القاعدة المعلوماتية: أ- خاصة بسكان المجتمع: ١- توضح مدى وعى سكان المجتمع لمشكلاتهم الصحية
٢	٣٢,٢٨	٨١.٨٨	٢٢٦	١١	٢٨	٥٣	٢- تحدد الاحتياجات الصحية المتعددة لسكان المجتمع بدقة
١	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١٢	٢٤	٥٦	٣- تشير إلى أولويات احتياجات سكان المجتمع من الخدمات الاجتماعية الصحية
٤	٣١,٨٥	٨٠.٨٠	٢٢٣	١٢	٢٩	٥١	٤- تبين استطلاع رأى سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية

٣	٣٢,١٤	٨١.٥٢	٢٢٥	١١	٢٩	٥٢	٥-تشير إلى أوجه الاتفاق بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية.
٦	٣١,٢٨	٧٩.٣٥	٢١٩	١٣	٣١	٤٨	٦-توضح أهم صور مشاركة سكان المجتمع فى الخدمات الاجتماعية الصحية
٥	٣١,٤٢	٧٩.٧١	٢٢٠	١١	٣٤	٤٧	٧-تشير إلى أوجه الاختلاف بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية
							ب-خاصة بالمجتمع:
٥	٣٢,٢٨	٨١.٨٨	٢٢٦	١٠	٣٠	٥٢	١-دراسات وبحوث تحدد أبعاد الخدمات الاجتماعية الصحية
٣	٣٣,١٤	٨٤.٠٦	٢٣٢	٩	٢٦	٥٧	٢-توضح الخصائص السكانية لقاطني المجتمع
٣	٣٣,١٤	٨٤.٠٦	٢٣٢	١٠	٢٤	٥٨	٣-تبين الصعوبات المرتبطة بالمجتمع التى واجهت تنفيذ الخدمات الاجتماعية الصحية
٤	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٤-تشير إلى أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التى سبق توفيرها فى المجتمع
١	٣٤,١٤	٨٦.٥٩	٢٣٩	٤	٢٩	٥٩	٥-تبين أهم القيادات المجتمعية المدعمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية.
٢	٣٣,٥٧	٨٥.١٤	٢٣٥	٧	٢٧	٥٨	٦-تبين أهم رجال الأعمال التى يمكن مساندتهم للخدمات الاجتماعية الصحية.
٦	٣٢,١٤	٨١.٥٢	٢٢٥	١٤	٢٣	٥٥	٧-توضح المستوى الصحي

لسكان المجتمع.							
						ج-خاصة بالمنظمات المجتمعية الأخرى:	
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١٠	٢٨	٥٤	١-تشتمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الرأسي والتي تقدم الخدمات الاجتماعية الصحية.
٢	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١٠	٢٧	٥٥	٢-تشتمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الأفقي والتي تقدم الخدمات الاجتماعية الصحية.
٤	٣٢,٤٣	٨٢.٢٥	٢٢٧	١١	٢٧	٥٤	٣-تعكس الإمكانات المادية للمنظمات المجتمعية في المجتمع
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١١	٢٦	٥٥	٤-تعكس الإمكانات البشرية للمنظمات المجتمعية في المجتمع
٢	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٥-تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية وطبيعتها التي تقدمها المنظمات المجتمعية الأخرى.
١	٣٣,٤٣	٨٤.٧٨	٢٣٤	٩	٢٤	٥٩	٦-تبين أهم الجهات المجتمعية التي يمكن أن تقدم الدعم المادي للخدمات الاجتماعية الصحية.
٢	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٧-تشير إلى الخبرات المتوفرة بالمنظمات المجتمعية الأخرى والتي يمكن الاستفادة منها.
							د-خاصة بالخدمات الاجتماعية الصحية:
٢	٣٣	٨٣.٧٠	٢٣١	١١	٢٣	٥٨	١-توضح مقاييس نجاح أو فشل الخدمات الاجتماعية الصحية
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١١	٢٦	٥٥	٢-تشير إلى حجم الامكانيات

							المتوقعة بما يدعم الخدمات الاجتماعية الصحية.
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١٠	٢٨	٥٤	٣- توضح المعلومات والبيانات من الخدمات الاجتماعية الصحية المشابهة.
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١٢	٢٤	٥٦	٤- تشير إلى الخدمات الاجتماعية الصحية التي من الممكن تنفيذها مستقبلاً.
١	٣٣,٢٨	٨٤.٤٢	٢٣٣	٩	٢٥	٥٨	٥- توضح أولويات الخدمات الاجتماعية الصحية.
٢	٣٣	٨٣.٧٠	٢٣١	١٠	٢٥	٥٧	٦- تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي تشترك فيها أكثر من منظمة.
٤	٣٢	٨١.١٦	٢٢٤	١٢	٢٦	٥٤	٧- تشير إلى أهم البدائل لتحسين مستوى الخدمات الاجتماعية الصحية.

يتضح من الجدول السابق أن من المتغيرات الخاصة بالقاعدة المعلوماتية المتعلقة بسكان المجتمع كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : تشير إلى أولويات احتياجات سكان المجتمع من الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧، تحدد الاحتياجات الصحية المتعددة لسكان المجتمع بدقة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨، تشير إلى أوجه الإتفاق بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,١٤، تبين استطلاع رأى سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٨٥، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : تشير إلى أوجه الاختلاف بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٤٢، توضح أهم صور مشاركة المجتمع في الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٢٨,٣١، توضح مدى وعى سكان المجتمع

بمشكلاتهم الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,١٤. فهناك ارتباط بين الخدمات الصحية والاحتياجات وإشباعها بحيث يجب تحديد احتياجات الأفراد الصحية من خلال دراسة المشكلات الصحية والاجتماعية لكل مجتمع على حدة، اشتراك أفراد المجتمع في إدارة البرامج الصحية، ضرورة تحديد أولويات الاحتياجات الصحية من خلال القيام بالبحوث الميدانية وتحديد البرامج والخدمات التي يمكن بها إشباع تلك الاحتياجات طبقاً لأولوياتها من وجهة نظر المستفيدين، وذلك ما أوضحتها دراسة (على، ١٩٩٠، ٩٥٥: ١٠٠٠).

وبشير الجدول السابق إلى أن أهم المتغيرات الخاصة بالقاعدة المعلوماتية المتعلقة بالمجتمع كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : تبين أهم القيادات المجتمعية المدعمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٤,١٤، تبين أهم رجال الأعمال التي يمكن مساندة الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٥٧، توضح الخصائص السكانية لقاطني المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,١٤، تبين الصعوبات المرتبطة بالمجتمع التي واجهت تنفيذ الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,١٤، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : تشير إلى أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي سبق توفيرها في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١، دراسات وبحوث تحدد أبعاد الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨، توضح المستوى الصحي لسكان المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢، ١٤، وذلك من منطلق التأكيد على أهمية اللامركزية وجودة الخدمات الصحية ، فالمستوى المحلي أقرب كثيرا للمواطنين ولفهم احتياجاتهم وتطلعاتهم من المسؤولين في المستوى المركزي وذلك يساعد على دقة أكثر في تحديد احتياجات المجتمع المحلي من الخدمات ، وضع آليات وسياسات أفضل لترجمة هذه الاحتياجات إلى خدمات ، بالإضافة إلى إيجاد عدد من القنوات التي يمكن أن يستخدمها المواطنون للتعبير عن آرائهم واحتياجاتهم وبالتالي إشراك المواطنين أو ممثليهم مع الحكومة في عملية تقديم الخدمات بدءاً من التخطيط ومروراً بالتنفيذ والمتابعة والرقابة مما يزيد من قيمة الخدمة وينمي شعور المواطنين

بأهمية دورهم ويمنحهم آلية الرقابة الذاتية على هذه الخدمات ، وذلك أكدت عليه دراسة (أديب، ٢٠١٢ ، ٧)

ويضيف الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالمنظمات المجتمعية الأخرى كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : تبين أهم الجهات المجتمعية التي يمكن أن تقدم الدعم المادي للخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٤٣ ، تشير إلى الخبرات المتوفرة بالمنظمات المجتمعية الأخرى والتي يمكن الاستفادة منها بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١، تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية وطبيعتها التي تقدمها المنظمات المجتمعية الأخرى بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١، تشمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الأفقى والتي تقدم الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١ ، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : تشمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الرأسى والتي تقدم الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧، تعكس الإمكانيات البشرية للمنظمات المجتمعية فى المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧ ، تعكس الإمكانيات المادية للمنظمات المجتمعية فى المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٤٣، وذلك يوضح ربط المؤسسات الصحية المحلية بالمؤسسات العلمية فى دائرة المجتمع المحلى وكذا المؤسسات الطبية للاستفادة بخبراتها وإمكانياتها لتطوير الخدمات الصحية ، ضرورة مراعاة التكامل بين المستشفى كأحد منظمات المجتمع المحلى وغيرها من المنظمات الأخرى وبينها وبين المستويات الجغرافية والأخذ فى الإعتبار أن خدماتها جزء من كل يؤدى إلى تحقيق أهداف السياسة الصحية فى المجتمع ، ضرورة تحديد الموارد المادية والبشرية والتنظيمية اللازمة لتنفيذ الخدمات الاجتماعية الصحية على أساس من المشاركة المجتمعية ، مراعاة المرونة فى تقديم الخدمات من خلال التنبؤ بالظروف المستقبلية وتغيير تلك الخدمات حسب الحاجة دون تحمل نفقات أخرى ، وذلك ما أوضحته دراسة (على : ١٩٩٠، ٩٥٥ : ١٠٠٠)

ويوضح الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالقاعدة المعلوماتية المتعلقة بالخدمات الاجتماعية الصحية كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : توضح أولويات الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٢٨، توضح مقاييس نجاح أو فشل الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣، تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي تشترك فيها أكثر من منظمة بمتوسط حسابي مرجح ٣٣، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : تشير إلى حجم الإمكانيات المتوقعة بما يدعم الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧ ، توضح المعلومات والبيانات عن الخدمات الاجتماعية الصحية المشابهة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧، تشير إلى الخدمات الاجتماعية الصحية التي من الممكن تنفيذها مستقبلا بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧ ، تشير إلى أهم البدائل لتحسين مستوى الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢، حيث أن هناك العديد من المعوقات التي تعوق الإرتقاء بمستوى الخدمات المقدمة والتي منها : نقص الإمكانيات المادية ، الميزانية لا تمكن من تحسين الخدمات ، الميزانية لا تكفي إشباع الاحتياجات ، الاعتماد على التبرعات لتمويل معظم الخدمات ، لا يتم تقييم دورى لعملية توظيف الموارد ، وذلك ما أشارت إليه دراسة (الشحات ، ٢٠٠٦ ، : ٢٩١٦٢٩٠٣)

الترتيب	المتوسط الحسابي المرجح	النسبة المرحجة	مجموع الأوزان	لا	إلى حد ما	نعم	متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية
							ثانياً: التنسيق:
٢	٣٢,٢٨	٨١.٨٨	٢٢٦	١١	٢٨	٥٣	١- تحديد ووضع سياسة عامة لبرامج عمل مشتركة.
٥	٣١,٢٨	٧٩.٣٥	٢١٩	١٣	٣١	٤٨	٢- عدم وجود منافسة على الموارد بين أطراف الشراكة.
٤	٣١,٥٧	٨٠.٠٧	٢٢١	١٢	٣١	٤٩	٣- وضع خطط متكاملة للخدمات الصحية التي تقدمها أطراف الشراكة.

٣	٣١,٨٥	٨٠.٨٠	٢٢٣	١٢	٢٩	٥١	٤-مراعاة عدم وجود ازدواج للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة.
٢	٣٢,٢٨	٨١.٨٨	٢٢٦	١٢	٢٦	٥٤	٥-عدم إصدار قرارات متعارضة مع أطراف الشراكة.
١	٣٣	٨٣.٧٠	٢٣١	١٠	٢٥	٥٧	٦-وجود لجنة خاصة بالتنسيق بين أطراف الشراكة.
٦	٣٠,٧١	٧٧.٩٠	٢١٥	١٥	٣١	٤٦	٧-مراعاة عدم وجود تكرار للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة.
							<u>ثالثا: التعاون:</u>
٤	٤٥	٨١.٥٢	٢٢٥	١١	٢٩	٥٢	١-الاشتراك مع أطراف الشراكة فى دراسة المشكلات والاحتياجات المجتمعية الصحية.
٤	٤٥	٨١.٥٢	٢٢٥	١٤	٢٣	٥٥	٢-الاشتراك مع أطراف الشراكة فى تنفيذ الخدمات الاجتماعية الصحية المستهدفة
٢	٤٦,٢	٨٣.٧٠	٢٣١	١٠	٢٥	٥٧	٣-التقسيم الدقيق للمسئوليات بيم أطراف الشراكة فى مجال تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية المستهدفة
١	٤٧	٨٥.١٤	٢٣٥	٨	٢٥	٥٩	٤-الاستفادة من خبرات أطراف الشراكة الأخرى فى مجال الخدمات الاجتماعية الصحية.
٣	٤٦	٨٣.٣٣	٢٣٠	١١	٢٤	٥٧	٥-المشاركة الجماعية لأطراف الشراكة فى اتخاذ القرارات الخاصة بالخدمات الاجتماعية الصحية.
							<u>رابعا: التبادل:</u>
٥	٣١,٤٣	٧٩.٧١	٢٢٠	١١	٣٤	٤٧	١-تبادل الخطط والبرامج والمشروعات فى مجال الخدمات الاجتماعية الصحية.
٧	٣١	٧٨.٦٢	٢١٧	١١	٣٧	٤٤	٢-تبادل الخبرات الفنية.
٢	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٣-تبادل المعلومات والبيانات عن المشكلات المجتمعية الصحية وأهم

الموارد المجتمعية.							
٦	٣١,٢٨	٧٩.٣٥	٢١٩	١١	٣٥	٤٦	٤-تبادل الموارد والإمكانات المادية.
٤	٣٢,٤٣	٨٢.٢٥	٢٢٧	١٢	٢٥	٥٥	٥-تبادل الآراء والأفكار حول بعض القضايا المجتمعية الصحية.
٣	٣٢,٥٧	٨٢.٦١	٢٢٨	١٠	٢٨	٥٤	٦-وجود عدالة في توزيع العائد من التبادل بين أطراف الشراكة.
١	٣٢,٨٥	٨٣.٣٣	٢٣٠	١٠	٢٦	٥٦	٧-وضع أسس ومعايير متفق عليها للتبادل بين أطراف الشراكة.
خامسا: الاتصال:							
١	٣٢,٨٥	٨٣.٣٣	٢٣٠	١٠	٢٦	٥٦	١-زيارات المسؤولين عن أطراف الشراكة لبعضهم البعض.
٣	٣٢,٢٩	٨١.٨٨	٢٢٦	١٢	٢٦	٥٤	٢-وجود أعضاء مشتركين بين أطراف الشراكة.
٢	٣٢,٧١	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٣-سعى كل طرف إلى معرفة نوعية الخدمات التي تقدمها الأطراف الأخرى.
٤	٣٢,١٤	٨١.٥٢	٢٢٥	١١	٢٩	٥٢	٤-سعى كل طرف إلى معرفة نظام العمل بالأطراف الأخرى للشراكة
٦	٣١,٢٨	٧٩.٣٥	٢١٩	١٣	٣١	٤٨	٥-إقامة حوار مستمر بين مسؤولي أطراف الشراكة.
٦	٣١,٢٨	٧٩.٣٥	٢١٩	١١	٣٥	٤٦	٦-وجود الأجهزة والأدوات والمعدات اللازمة لعملية الاتصال.
٥	٣١,٨٥	٨٠.٨٠	٢٢٣	١٢	٢٩	٥١	٧-شعور القائمين على أطراف الشراكة بوجود عائد عليها من عملية الاتصال.

يتضح من الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالتنسيق كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : وجود لجنة خاصة بالتنسيق بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٣، عدم إصدار قرارات متعارضة مع أطراف الشراكة الأخرى بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨، تحديد ووضع سياسة عامة لبرامج عمل مشتركة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨، مراعاة عدم وجود ازدواج للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة بمتوسط حسابي

مرجع ٣١،٨٥ ، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : وضع خطط متكاملة للخدمات الاجتماعية الصحية التي تقدمها أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١،٥٧ ، عدم وجود منافسة على الموارد بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١،٢٨ ، مراعاة عدم وجود تكرار للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٠،٧١ ، وذلك يشير إلى أن من أهم التحديات التي تواجه قطاع الصحة ، غياب التنسيق بين القطاعات الحكومية بأنواعها وكذلك بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص في البناء والتشييد مما يؤدي إلى تمركز منافذ تقديم الخدمة في أماكن دون غيرها ، بالإضافة إلى التحديات الخاصة بالمشاركة المجتمعية والتي تلقى الضوء على مركزية القرار في تحديد الخدمات وتوزيعها وتمويل القطاع الصحي وهذا ما يخفض من فرص المشاركة المجتمعية على المستوى المحلي ، وإغفال دور المجتمع المدني وقدرته على رفع الوعي الصحي للمجتمع المحيط به ، وذلك ما أوصت به دراسة (أديب، ٢٠١٢ ، ٤:٦ :بالإضافة إلى أهمية زيادة معدلات التنسيق بين المستشفيات ووزارة الصحة وذلك ما أكدت عليه دراسة (الشحات ، ٢٠٠٦ ، ٢٩٠٣:٢٩١٦)

ويضيف الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالتعاون كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : الاستفادة من خبرات أطراف الشراكة الأخرى في مجال الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٤٧ ، التقسيم الدقيق للمسئوليات بين أطراف الشراكة في مجال تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية المستهدفة بمتوسط حسابي مرجح ٤٦،٢ ، المشاركة الجماعية لأطراف الشراكة في اتخاذ القرارات الخاصة بالمشروعات الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٤٦ ، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : الإشتراك مع أطراف الشراكة في دراسة المشكلات والاحتياجات المجتمعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٤٥ ، الإشتراك مع أطراف الشراكة في تنفيذ الخطط والبرامج الصحية المستهدفة بمتوسط حسابي مرجح ٤٥ ، وذلك ما أشارت إليه دراسة (الشحات ، ٢٠٠٦ ، ٢٩٠٣:٢٩١٦) من ضرورة التعاون في تنفيذ البرامج والأنشطة ، وحصر وتحديد

الإمكانيات والعمل على استثمارها أفضل استثمار ممكن ، التخطيط لتحسين مستوى الخدمات التي تقدم للمستفيدين وأخيرا المساهمة في وضع سياسة تسهم في الارتقاء بمستوى الخدمات .

ويشير الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالتبادل كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : وضع أسس ومعايير تتفق عليها للتبادل بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٨٥، تبادل المعلومات والبيانات عن المشكلات المجتمعية الصحية وأهم الموارد المجتمعية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١، وجود عدالة في توزيع العائد من التبادل بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧، تبادل الآراء والأفكار حول بعض القضايا المجتمعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٤٣، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : تبادل الخطط والبرامج والمشروعات في المجال الصحي بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٤٣، تبادل الموارد والإمكانات المادية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨، تبادل الخبرات الفنية بمتوسط حسابي مرجح ٣١، ويمكن تحقيق ذلك من خلال إجتماع كل الفاعلين الاساسيين : مجالس شعبية وتنفيذية ومواطنين ومنظمات مجتمع مدنى ومؤسسات قطاع خاص وخبراء أكاديميين لوضع رؤية متكاملة لتطوير المجتمع ، ويتم ترجمة هذه الرؤية لخطة عمل واقعية تلبي احتياجات المواطنين ، كما يشارك كل بدوره وموارده لتنفيذ وتحقيق الأهداف الآتية : تكوين الإدارة على المستوى المحلى وثيقة الصلة بالمشكلات والاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمواطنين المحليين ، تصميم المشروعات التي تتعامل مع القضايا ذات الأولوية فى قطاع الصحة ، ضمان التوزيع العادل للموارد والمخصصات المالية . وذلك ما أشارت إليه دراسة (أديب، ٢٠١٢، ٤ : ٨)

ويوضح الجدول السابق أن من أهم المتغيرات الخاصة بالإتصال كأحد متطلبات الشراكة المجتمعية والتي حصلت على المراتب الأولى : زيارات المسؤولين عن أطراف الشراكة لبعضهم البعض بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٨٥ ، يسعى كل طرف إلى معرفة نوعية الخدمات التي تقدمها الأطراف الأخرى للشراكة بمتوسط

حسابي مرجح ٣٢,٧١، ومن أهم المتغيرات التي حصلت على المراتب الثانية : شعور القائمين على أطراف الشراكة بوجود عائد عليها من عملية الاتصال بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٨٥، وجود الأجهزة والأدوات والمعدات اللازمة لعملية الاتصال بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨، إقامة حوار مستمر بين مسؤولي أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨، فلقد أوضحت دراسة (حجازي ، ٢٠١١ ، ٣٥٤٩ ، ٣٦٠٣ : أهمية الاتي (وجود قنوات اتصال مفتوحة بين منظمات المجتمع المدني والمؤسسات المعنية بالصحة والوزارات الخدمية المهمة ، توافر الموارد المالية والبشرية والإمكانات لمنظمات المجتمع المدني لتمكينها من استخدام كافة وسائل الاتصال المباشرة وغير المباشرة التقليدية والحديثة ، الشراكة بين مؤسسات المجتمع المدني والأجهزة المعنية وأجهزة الإعلام ووسائله المختلفة من أجل تنمية الوعي الصحي بالاعتماد على وسائل الاتصال مثل الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي)

جدول رقم (٤) يوضح

متغيرات تطوير الخدمات الاجتماعية من وجهة نظر الباحثين ن = ٩٢

الترتيب	المتوسط الحسابي المرجح	النسبة المرحجة	مجموع الأوزان	لا	إلى حد ما	نعم	تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية
٨	١١,٢	٨١.١٦	٢٢٤	١٢	٢٨	٥٢	١-التوفيق بين الآراء والاتجاهات المختلفة تجاه الخدمات الاجتماعية الصحية.
٦	١١,٣	٨١.٨٨	٢٢٦	١١	٢٨	٥٣	٢-التوسط بين المؤسسات الطبية المجتمعية لتقديم الخدمات الاجتماعية الصحية.
٤	١١,٤٥	٨٢.٩٧	٢٢٩	١١	٢٥	٥٦	٣-المساهمة في بناء وعي مجتمعي بكيفية التعامل مع المشكلات الصحية
٦	١١,٣	٨١.٨٨	٢٢٦	١٣	٢٤	٥٥	٤-الاهتمام بآراء سكان المجتمع في خطط الخدمات الاجتماعية الصحية المزمع تنفيذها .
٦	١١,٣	٨١.٨٨	٢٢٦	١٣	٢٤	٥٥	٥-الاهتمام بتحديد الفجوات في توزيع

							الخدمات الاجتماعية الصحية في المجتمع.
٩	١١,١٥	٨٠.٨٠	٢٢٣	١٣	٢٧	٥٢	٦- دعم المستفيدين الضعفاء من الخدمات الاجتماعية الصحية.
٨	١١,٢	٨١.١٦	٢٢٤	١٣	٢٦	٥٣	٧- التركيز على حق الجماعات المهمشة في الخدمات الاجتماعية الصحية في المجتمع.
٢	١١,٥	٨٣.٧٠	٢٣١	١٠	٢٥	٥٧	٨- توفير الخدمات الاجتماعية الصحية ذات الأولوية في المجتمع.
١	١١,٩٥	٨٦.٥٩	٢٣٩	٤	٢٩	٥٩	٩- تحقيق التكامل بين الخدمات الاجتماعية الصحية المجتمعية.
٦	١١,٣	٨١.٨٨	٢٢٦	١٢	٢٦	٥٤	١٠- رصد معوقات الاستفادة من الخدمات الاجتماعية الصحية
٥	١١,٣٥	٨٢.٢٥	٢٢٧	١٢	٢٥	٥٥	١١- الاهتمام بتوصيل الخدمات الاجتماعية الصحية لمسنحيها.
١٠	١١,١	٨٠.٤٣	٢٢٢	١٤	٢٦	٥٢	١٢- متابعة السياسات والقرارات التي تمثل عائقا لتنمية الخدمات الاجتماعية الصحية.
١١	١٠,٩	٧٨.٩٩	٢١٨	١٥	٢٨	٤٩	١٣- محاولة إمداد المجتمع بالموارد اللازمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية.
١٤	١٠,٧	٧٧.٥٤	٢١٤	١٧	٢٨	٤٧	١٤- التواصل مع مؤسسات مجتمعية قومية لزيادة الموارد لصالح الخدمات الاجتماعية الصحية.
١٣	١٠,٧٥	٧٧.٩٠	٢١٥	١٨	٢٥	٤٩	١٥- توفير آلية المساعدة لتحسين جودة الخدمات الاجتماعية الصحية.
١٢	١٠,٨٥	٧٨.٦٢	٢١٧	١٧	٢٥	٥٠	١٦- إعداد موازنة تقديرية للخدمات الاجتماعية الصحية.
٨	١١,٢	٨١.١٦	٢٢٤	١١	٣٠	٥١	١٧- متابعة كفاءة الخدمات الاجتماعية الصحية.
٣	١١,٥	٨٣.٣٣	٢٣٠	١٠	٢٦	٥٦	١٨- متابعة مدى توافر الأدوية اللازمة لعلاج المستفيدين
٧	١١,٢٥	٨١.٥٢	٢٢٥	١٣	٢٥	٥٤	١٩- متابعة مدى توافر الفريق الطبي الذي يحقق الأهداف العلاجية
٢	١١,٥٥	٨٣.٧٠	٢٣١	١١	٢٣	٥٨	٢٠- الحرص على تقديم الخدمات

يتضح من الجدول السابق حصول المتغيرات الخاصة بتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية الآتية على المراتب الأولى : تحقيق التكامل بين الخدمات الاجتماعية الصحية المجتمعية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٩٥، توفير الخدمات الاجتماعية الصحية ذات الأولوية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥، الحرص على تقديم الخدمات للمستفيدين بأقل التكاليف بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥٥، متابعة توافر الأدوية اللازمة لعلاج المستفيدين بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥، المساهمة في بناء وعى مجتمعي بكيفية التعامل مع المشكلات الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٤٥، الاهتمام بتوصيل الخدمات الاجتماعية الصحية لمستحقيها بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣٥، وذلك ما أشارت إليه دراسة " شفيق ، ٢٠٠٩ ، ٣٥٩ ، ٤٠٣ :) في مقترحاتها من ضرورة مراعاة السهولة واليسر فى الحصول على الرعاية الصحية ، أهمية مراعاة التكلفة المناسبة للخدمات الصحية ، مراعاة الكفاءة من قبل الأجهزة الصحية فى تحقيق أهدافها ، الإدارة الجيدة والمنظمة لخدمات الرعاية الصحية ، تقليل الربحية الباهظة فى المؤسسات الصحية الخاصة . وأضافت دراسة (أديب، ٢٠١٢، ٤ : ٩) أهمية الدقة فى تحديد احتياجات المجتمع من الخدمات ووضع آليات وسياسات أفضل لترجمة هذه الاحتياجات إلى خدمات، بالإضافة إلى الأمانة والعدالة فى الاستجابة لمطالب المواطنين والاهتمام بالطبقات المهمشة وغير القادرين.

ويضيف الجدول السابق حصول المتغيرات الخاصة بتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية الآتية على المراتب الثانية : الاهتمام بأراء سكان المجتمع فى خطط الخدمات الصحية المزمع تنفيذها بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣، التوسط بين المؤسسات الطبية المجتمعية لتقديم الخدمات الاجتماعية الصحية ذات الأولوية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣، رصد معوقات الاستفادة من الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣، متابعة مدى توافر الفريق الطبى الذى يحقق الأهداف العلاجية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢٥، متابعة كفاءة الخدمات العلاجية المقدمة بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢، التركيز على حق الجماعات المهمشة فى

الخدمات الاجتماعية الصحية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢، التوفيق بين الآراء والاتجاهات المختلفة تجاه الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢.

ولقد أضافت دراسة (منصور ، ٢٠٠٦ ، ١٠٤٣ : ١٠٨٩) أن هناك العديد من المقترحات لتحقيق مستوى جودة الخدمة ، التركيز على نوع الخدمة التي تشبع احتياجات المستفيدين ، مراعاة رغبات المستفيدين واتفق الخدمة معها ، تقديم الخدمة للمستفيدين في الوقت الملائم ، العمل على إنجاز الأمور المتعلقة بالخدمة في موعدها الملائم ، توفير المعلومات التي تساعد المستفيد على اختيار الخدمة ، تحديد طرق الاتصال بالمستفيدين في ضوء ظروفه ، بالإضافة إلى ضرورة تطبيق الجودة على الخدمات الاجتماعية الصحية وذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية والتنظيمية الخاصة بالخدمات وتحسين العلاقات بين العاملين والعملاء المستفيدين من الخدمات إلى جانب تطوير قنوات الاتصال بينهم ، وتحقيق مجموعة من الأهداف والتي منها زيادة فاعلية الخدمات الاجتماعية الصحية وفقا لإحتياجات المرضى ، وذلك أوضحته دراسة (زيدان ، ٢٠١٢ ، ٤٥٤١ : ٤٦٦٥)

ويشير الجدول السابق حول المتغيرات الخاصة بتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية الآتية على المراتب الثلاثة : دعم المستفيدين الضعفاء من الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,١٥، متابعة السياسات والقرارات التي تمثل عائقا لتنمية الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,١، محاولة إمداد المجتمع بالموارد اللازمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٩، إعداد موازنة تقديرية للخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٨٥، توفير آلية للمساءلة لتحسين جودة الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٧٥، التواصل مع مؤسسات مجتمعية قومية لزيادة الموارد لصالح الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٧، ولقد أشارت دراسة (أديب، ٢٠١٢، ١٢) إلى أهمية التوزيع العادل للموارد والمخصصات المالية وذلك من خلال : رسم السياسة الصحية والسكانية طبقا لسياسة الدولة ، مراقبة جودة الخدمات المقدمة ، التنسيق بين الأنشطة الصحية على المستوى المحلي (على مستوى

وزارة الصحة) ، بحث اقتراح الخطط الصحية والتي تهدف إلى توفير الرعاية الصحية على المستوى المحلي ، إتخاذ الإجراءات الكفيلة لتنفيذ البرامج والمشروعات للخدمات الصحية بالمستويات المحلية ، الإشراف الفني والإدارى على الخدمات الصحية الموجودة فى نطاق العمل (على مستوى مديريات الشئون الصحية).

ثامناً: النتائج العامة للدراسة:

١-النتائج الخاصة بوصف مجتمع الدراسة:

أشارت الدراسة الى أن:

- أن نسبة ٦١,٩٦ % من المبحوثين من الذكور ونسبة ٣٩,١٣ % من الإناث، تعدد الفئات العمرية حيث أن نسبة ٤٧.٨٢ % من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية ٣٥ - ٤٥، نسبة ٣٩.١٣ % يقعون في الفئة العمرية ٣٠ - ٣٥ ونسبة ١٣,٠٤ % يقعون في الفئة العمرية ٤٥ فأكثر وأن نسبة ٤٤.٥٦ % من المبحوثين لديهم خبرات في مجال الخدمات الاجتماعية الصحية من ١٥ - ٢٠ سنة، بالإضافة إلى تنوع سنين الخبرة لباقي المبحوثين.

ب - النتائج الخاصة بالإجابة عن التساؤل الرئيس الأول للدراسة، والذي مؤداه (ما متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية؟). فلقد أوضحت الدراسة الآتي:

١-أن القاعدة المعلوماتية من أهم المتطلبات للشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير

الخدمات الاجتماعية الصحية والتي تمثلت فى الآتى:

أ-خاصة بسكان المجتمع والمرتبة ترتيباً تنازلياً:

١- تشير الى أولويات احتياجات سكان المجتمع من الخدمات لاجتماعية

الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧.

٢- تحدد الاحتياجات الصحية المتعددة لسكان المجتمع بدقة بمتوسط حسابي

مرجح ٣٢,٢٨.

٣- تشير الى أوجه الإتفاق بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية

الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,١٤.

- ٤- تبين استطلاع رأى سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٨٥
- ٥- تشير الى أوجه الاختلاف بين سكان المجتمع حول الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٤٢.
- ٦- توضح أهم صور مشاركة سكان المجتمع في الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨.
- ٧- توضح مدى وعى سكان المجتمع لمشكلاتهم الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,١٤.

ب- خاصة بالمجتمع والمرتبة ترتيبياً تنازلياً:

- ١- تبين أهم القيادات المجتمعية المدعمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٤,١٤.
- ٢- تبين أهم رجال الأعمال التي يمكن مساندتهم للخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٥٧.
- ٣- توضح الخصائص السكانية لقاطني المجتمع، تبين الصعوبات المرتبطة بالمجتمع التي واجهت تنفيذ الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,١٤.
- ٤- تشير الى أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي سبق توفيرها في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١.
- ٥- دراسات وبحوث تحدد أبعاد الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨.
- ٦- توضح المستوى الصحى لسكان المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ١٤,٣٢.

ج- خاصة بالمنظمات المجتمعية الأخرى والمرتبة ترتيبياً تنازلياً:

- ١- تبين أهم الجهات المجتمعية التي يمكن أن تقدم الدعم المادى للخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٤٣.
- ٢- تشتمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الأفقى والتي تقدم الخدمات الاجتماعية، تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية وطبيعتها التي تقدمها المنظمات المجتمعية الأخرى ، تشير الى الخبرات المتوفرة

بالمنظمات المجتمعية الآخر والتي يمكن الاستفادة منها بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١.

٣- تشتمل على المنظمات المجتمعية على المستوى الرأسي والتي تقدم الخدمات الاجتماعية الصحية، تعكس الامكانيات البشرية للمنظمات المجتمعية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧.

٤- تعكس الامكانيات المادية للمنظمات المجتمعية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٤٣.

د- خاصة بالخدمات الاجتماعية الصحية والمرتبة ترتيبياً تنازلياً:

١- توضح أولويات الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٣,٢٨.

٢- توضح مقاييس نجاح أو فشل الخدمات الاجتماعية الصحية، تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي تشترك فيها أكثر من منظمة بمتوسط حسابي مرجح ٣٣.

٣- تشير الى حجم الامكانيات المتوقعة بما يدعم الخدمات الاجتماعية الصحية تبين أهم الخدمات الاجتماعية الصحية التي تشترك فيها أكثر من منظمة، توضح المعلومات والبيانات عن الخدمات الاجتماعية الصحية المشابهة، تشير الى الخدمات الاجتماعية الصحية التي من الممكن تنفيذها مستقبلاً بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧.

٤- تشير الى أهم البدائل لتحسين مستوى الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢.

٢- أن التنسيق من أهم المتطلبات للشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية والتي تمثلت متغيراتها مرتبة ترتيبياً تنازلياً في الآتي:

١- وجود لجنة خاصة بالتنسيق بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٣.

٢- عدم اصدار قرارات متعارضة مع أطراف الشراكة الأخرى ن تحديد ووضع سياسة عامة لبرامج عمل مشتركة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٨.

٣- مراعاة عدم وجود ازدواج للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٨٥.

٤- وضع خطط متكاملة للخدمات الاجتماعية الصحية التي تقدمها أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٥٧.

٥- عدم وجود منافسة على الموارد بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨.

٦- مراعاة عدم وجود تكرار للخدمات الاجتماعية الصحية المقدمة من أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٠,٧١.

٣- أن التعاون من أهم المتطلبات للشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية والتي تمثلت متغيراتها مرتبة ترتيبياً تنازلياً في الآتى:

١- الاستفادة من خبرات أطراف الشراكة الأخرى فى مجال الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٤٧.

٢- التقسيم الدقيق للمسئوليات بين أطراف الشراكة فى مجال تطوير الخدمات الاجتماعية الصحية المستهدفة، المشاركة الجماعية لأطراف الشراكة في اتخاذ القرارات الخاصة بالمشروعات الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٤٦.

٣- الاشتراك مع أطراف الشراكة في دراسة المشكلات والاحتياجات المجتمعية الصحية، الاشتراك مع أطراف الشراكة في تنفيذ الخطط والبرامج الصحية المستهدفة بمتوسط حسابي مرجح ٤٥.

٤- أن التبادل من أهم المتطلبات للشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية والتي تمثلت متغيراتها مرتبة ترتيبياً تنازلياً في الآتى:

١- وضع أسس ومعايير متفق عليها بالتبادل بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٨٥.

٢- تبادل المعلومات والبيانات عن المشكلات المجتمعية الصحية وأهم الموارد المجتمعية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١.

٣- وجود عدالة فى توزيع العائد من التبادل بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٥٧.

٤- تبادل الآراء والأفكار حول بعض القضايا المجتمعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٤٣.

٥- تبادل الخطط والبرامج والمشروعات فى مجال الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٤٣.

- ٦- تبادل الموارد والامكانات المادية بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨.
- ٧- تبادل الخبرات الفنية بمتوسط حسابي مرجح ٣١.
- ٥- أن الاتصال من أهم المتطلبات للشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية والتي تمثلت متغيراتها مرتبة ترتيبياً تنازلياً في الآتى:
- ١- زيارات المسؤولين عن أطراف الشراكة وبعضهم البعض بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٨٥.
- ٢- سعى كل طرف الى معرفة نوعية الخدمات التي تقدمها الخدمات الأخرى للشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٧١.
- ٣- وجود أعضاء مشتركين بين أطراف الشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,٢٩.
- ٤- سعى كل طرف الى معرفة نظام العمل للأطراف الأخرى للشراكة بمتوسط حسابي مرجح ٣٢,١٤.
- ٥- شعور القائمين على أطراف الشراكة بوجود عائد عليها من عملية الاتصال بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٨٥.
- ٦- إقامة حوار مستمر بين مسئولي أطراف الشراكة، وجود الأجهزة والأدوات والمعدات اللازمة لعملية الاتصال بمتوسط حسابي مرجح ٣١,٢٨.
- ٦- أن أهم المتغيرات المرتبطة بتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية مرتبة ترتيبياً تنازلياً

هي كالاتى:

- ١- تحقيق التكامل بين الخدمات الاجتماعية الصحية المجتمعية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٩٥.
- ٢- توفير الخدمات الاجتماعية الصحية ذات الأولوية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥.
- ٣- الحرص على تقديم الخدمات الاجتماعية للمستفيدين بأقل تكاليف بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥٥.
- ٤- متابعة مدى توافر الأدوية اللازمة لعلاج مستفيدين بمتوسط حسابي مرجح ١١,٥.
- ٥- المساهمة فى بناء وعى مجتمعى بكيفية التعامل مع المشكلات الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٤٥.

- ٦- الاهتمام بتوصيل الخدمات الاجتماعية الصحية لمستحقيها بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣٥.
- ٧- التوسط بين المؤسسات الطبية المجتمعية لتقديم الخدمات الاجتماعية الصحية ذات الأولوية، الاهتمام بأراء سكان المجتمع في خطط الخدمات الاجتماعية الصحية المزمع تنفيذها، الاهتمام بتحديد الفجوات في توزيع الخدمات الاجتماعية الصحية في المجتمع، رصد معوقات الاستفادة من الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٣.
- ٨- متابعة مدى توافر الفريق الطبي الذي يحقق الأهداف العلاجية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢٥.
- ٩- متابعة كفاءة الخدمات العلاجية المقدمة، التركيز على حق الجماعات المهمشة في الخدمات الاجتماعية الصحية في المجتمع بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢.
- ١٠- التوفيق بين الآراء والاتجاهات المختلفة تجاه الخدمات الاجتماعية الصحية بنسبة مرجحة ١١.٢.
- ١١- دعم المستفيدين الضعفاء من الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,١٥.
- ١٢- متابعة السياسات والقرارات التي تمثل عائقاً لتنمية الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١١,٢.
- ١٣- محاولة إمداد المجتمع بالموارد اللازمة لتوفير الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٩.
- ١٤- إعداد موازنة تقديرية للخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٨٥.
- ١٥- توفير آلية للمساءلة لتحسين جودة الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٧٥.
- ٢٠- التواصل مع مؤسسات مجتمعية قومية لزيادة الموارد لصالح الخدمات الاجتماعية الصحية بمتوسط حسابي مرجح ١٠,٧.

ج- النتائج الخاصة بالإجابة عن التساؤل الرئيس الثاني للدراسة، والذي مؤداه (ما الإطار التصوري لتفعيل الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية من منظور طريقة تنظيم المجتمع؟)

فلقد أوضحت الدراسة الآتي:

وتود الباحثة الإشارة الى النقاط الآتية:

١- من أهم الفوائد المادية للشراكة بين المنظمات المجتمعية: ادخال التعديلات على الخدمات الاجتماعية الصحية، التخطيط المتكامل لمواجهة المشكلات المجتمعية الصحية، تبادل المعلومات بين الشركاء، إقامة مشروعات صحية وتوفير خدمات اجتماعية صحية بتمويل مشترك، اكتشاف الموارد المجتمعية وتنميتها، تحقيق المساندة المالية والخدمات الاجتماعية الصحية، ضمان استمرارية الخدمات الاجتماعية الصحية.

٢- من أهم الفوائد المعنوية للشراكة بين المنظمات المجتمعية: تفيد في تصميم خدمات اجتماعية صحية مستقبلية، تبادل الخبرات من أجل تطوير وجودة الخدمات الاجتماعية الصحية، خلق جو من التنافس بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية، التأكد من رضا المستفيدين من الخدمات الاجتماعية المتاحة لهم، تقوية القدرات المؤسسية للمنظمات المجتمعية أطراف الشراكة لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.

ويتضمن الإطار التصوري الآتي:

١- الهدف العام للإطار: تفعيل الشراكة بين المنظمات الاجتماعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية. ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال تحقيق مجموعة من الأهداف الفرعية:

- تحديد أهم متغيرات القاعدة المعلوماتية الخاصة بـ (سكان المجتمع - المجتمع - المنظمات المجتمعية الأخرى - الخدمات الاجتماعية الصحية) كأحد متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.

- تحديد أهم متغيرات التنسيق كأحد متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.

- تحديد أهم متغيرات التعاون كأحد متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.
- تحديد أهم التبادل كأحد متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.
- تحديد أهم الاتصال كأحد متطلبات الشراكة بين المنظمات المجتمعية لتطوير الخدمات الاجتماعية الصحية.
- ٢- أهم الموجهات النظرية: نظرية التفاعل - نظرية التبادل - نظرية توماس شيرارد.
- ٣- أهم النماذج المهنية المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: نموذج العمل بين المنظمات.
- ٤- أهم المداخل المهنية المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: مدخل التغيير التنظيمى - مدخل الدعم الفنى والمادى - مدخل التحسين المستمر فى الأداء - مدخل التطوير التنظيمى - مدخل تنمية العلاقات.
- ٥- أهم الاستراتيجيات المهنية المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: استراتيجية التنسيق - استراتيجية التكتل - استراتيجية العضوية المشتركة.
- ٦- أهم الأدوار المهنية المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: المخطط - الوسيط - ممثل المنظمة - المبادل - التنظيمى - عضو الفريق.
- ٧- أهم المهارات المهنية المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: الاتصال - تحديد وتنمية الموارد - وضع وتصميم البرامج - إجراء البحوث - التقييم.
- ٨- أهم التكنيكات المقترحة فى ضوء الإطار التصوري: تشكيل لجان مشتركة - عقد لقاءات مشتركة - عقد مناقشات جماعية.

مراجع الدراسة

١. الأبيشي، أحمد عبد الحميد (٢٠١١): متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، بحث منشور، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٣١)، ج٧، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٢. ابن منظور (١٩٩٨): لسان العرب، تقديم عبد الله العلايلى، (بيروت، دار الجبل).
٣. أحمد كمال احمد (١٩٨٣): تنظيم المجتمع، نظريات وحالات، (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية).

٤. أديب، ناهد (٢٠١٢): واقع الخدمات الصحية وإمكانيات ومميزات تطبيق اللامركزية في قطاع الصحة، ورقة عمل مقدمة، ورشة عمل بعنوان " اللامركزية والخدمات العامة: التعليم، الصحة، الشباب، مؤسسة ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان، ١٩ - ٢٠ أكتوبر.
٥. أنتوني جينز، ترجمة أحمد زيدان، محمد محيي الدين: الطريق الثالث تحديد الديمقراطية الاجتماعية، (القاهرة، بدون)
٦. بدوي، احمد زكي (١٩٨٢): معجم مصطلحات العلوم الإدارية، (القاهرة، دار الكتاب المصري).
٧. البستاني، عبد الله (١٩٩٢): معجم لغوي مطول، (بيروت، مكتبة لبنان).
٨. حجازي، هدي محمود حسن (٢٠١١): دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدي أفراد المجتمع، بحث منشور، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٣١)، ج٨، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٩. حسن رامي محمد احمد (٢٠١٦): تقويم خدمات الرعاية الصحية المقدمة من منظمات المجتمع المدني، بحث منشور مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، عدد ٥٥، (القاهرة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
١٠. فخاجي، فاطمة رزق عبد الرحمن احمد (٢٠١٤): الشفافية وتطوير خدمات الرعاية الصحية، دراسة مطبقة على مستشفى الباطنة التخصصي بمدينة المنصورة، بحث منشور مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ال عدد ٣٧، ج ١، (القاهرة كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان).
١١. درويش، يحي حسن (١٩٩٩): معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، (القاهرة، الشركة المصرية العالمية للنشر).
١٢. الرشدي، عبد الونيس محمد (٢٠١٥): الاستثمار الاجتماعي كمتغير في التخطيط الصحي الاستراتيجي في مصر، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد ٣٩، ج ٩، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان).
١٣. زيدان، مصطفى محمد قاسم (٢٠١٢): تقييم جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة من الاخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية السعودية، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٣٢)، ج ١٢، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
١٤. السروجي، طلعت مصطفى (٢٠٠٧): التنمية الاجتماعية من الحداثة إلى العولمة، (القاهرة، دار الشروق)
١٥. السكري، احمد شفيق (٢٠٠٠): قاموس الخدمة الاجتماعية في الخدمات الاجتماعية، (الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية)

١٦. سمك، نجوى، عابدين، السيد (٢٠٠٥): دور المنظمات غير الحكومية في ظل العولمة، الخبرتان المصرية واليابانية، (القاهرة، مركز الدراسات الأسيوية).
١٧. الشحات، إلهام أحمد (٢٠٠٦): المعوقات التنظيمية التي تعوق الارتقاء بمستوى الخدمات في مستشفى الصحة النفسية ودور طريقة تنظيم المجتمع في مواجهتها، بحث منشور، المؤتمر العلمي التاسع عشر للخدمة الاجتماعية، ج ١، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
١٨. شفيق، شفيق أحمد (٢٠٠٦): تقويم خصخصة خدمات الرعاية الصحية، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٢١)، ج ١، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
١٩. الشهراني: عائض سعد أبو نخاع (٢٠١٥): واقع أليات الجمعيات الخيرية العاملة في المجال الصحي لتسويق برامجها، بحث منشور، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، العدد ١، ج ٨، مكة، جامعة أم القرى.
٢٠. صالح، عبد الحي محمود (١٩٩٨): الممارسات المهنية في المجال الطبي (الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية).
٢١. العالي، مجيد، السيد عبد الله السيد (٢٠٠٦): الشراكة المجتمعية في العمل البلدي، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي البلدي الأول، في الفترة من ٢٦ - ٢٧ مارس، البحرين.
٢٢. عبد الرازق، بن حبيب، رحمه، بومدين خوالف (٢٠٠٢): الشراكة ودورها في جلب الاستثمارات الأجنبية، المتلقي الوطني الأول حول الاقتصاد الجزائري في الألفية الثالثة، ٢١: ٢٢ مايو، الجزائر، بليدة.
٢٣. عبد اللطيف، رشاد احمد (٢٠٠٣): نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، مدخل متكامل، (القاهرة، مطبعة الاسراء).
٢٤. عبد المجيد، إلهام حلمي (٢٠٠٩): كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية بالمراكز الطبية الريفية، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٢٧)، ج ٣، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٢٥. عبدالعال، عبد الحليم رضا (١٩٨٨)، البحث في الخدمة الاجتماعية، القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
٢٦. عثمان عرفة زكي محمد (٢٠١٤): التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية بالوحدات البحرية بحث منشور مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية العدد ٣٧، ج ٥، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان).

٢٧. علي، ماهر أبو المعاطي (١٩٩٠): مؤشرات تخطيطية لتطوير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثاني للخدمة الاجتماعية، (الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة).
٢٨. فرغلي، نهلة عبد الرحيم عبد الرحمن (٢٠٠٨): التحديات التي تواجه بناء شراكة تنموية على المستوى المحلي، بحث منشور، المؤتمر العلمي السنوي التاسع عشر للخدمة الاجتماعية، ج ٢، (الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة).
٢٩. القحطاني، عبد الرحمن يحي (٢٠٠٦): الشراكة، استراتيجية لدعم تعزيز الصحة، اللقاء الأول لمنسقي البرنامج الوطني، الزلفي، السعودية.
٣٠. قناوي، كوثر احمد (٢٠١٢): المتطلبات اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٣٢)، ج ٨، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٣١. قنديل، اماني (٢٠٠٤): الشراكة بين الحكومة والمجتمع المدني، بحث منشور، مؤتمر الشراكة والتنمية، (القاهرة، مركز دراسات وبحوث الدول النامية، جامعة القاهرة).
٣٢. محروس، محمد الأصمعي (٢٠٠٥): الإصلاح التربوي والشراكة المجتمعية المعاصرة من المفاهيم إلى التطبيق، (القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع).
٣٣. مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء (٢٠٠٥): التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، جمهورية مصر العربية، مارس.
٣٤. مركز خدمات المنظمات غير الحكومية (٢٠٠٣): التشبيك وبناء الشبكات، المنهج التدريبي، ورشة تدريبية لمركز خدمات المنظمات غير الحكومية بالتعاون مع مكتب دعم وتنمية المجتمع المدني، القاهرة.
٣٥. مسلم، علي سيد (٢٠٠٤): التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع باستخدام نموذج العمل مع مجتمع المنظمة لتحسين العلاقات التعاونية للعاملين في المجال الطبي، بحث منشور، المؤتمر العلمي السابع عشر للخدمة الاجتماعية، ج ٢، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٣٦. معجم اللغة العربية (٢٠٠٠): المعجم الوجيز، (القاهرة، الهيئة القومية لشنون المطابع الأميرية).
٣٧. منصور، فوزي محمد الهادي (٢٠٠٦): تحديد مستوى جودة الخدمات الاجتماعية وفق رضا العاملين عنها، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد (٢٠)، ج ٣، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان).
٣٨. المنصوري عجلان صالح إبراهيم (٢٠١٠): جودة خدمات الرعاية الصحية بمستشفيات المملكة العربية السعودية دراسة مقارنة بين القطاع الحكومية والخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

المراجع الأجنبية:

- 1-World Health Organization: Strategic alliances the role of civil society in health, civil society initiative External Relation and Governing Bodies: from:
- 2-Delisle, Helene and others (2005): The role of NGO: in global health research for development health research policy and systems, this article is available from:
<http://www.health.policy.systems.com/content>
- 3-Eparker E, Louis et all: Balancing participation and expertise: A comparison of locality and centrally managed health care quality improvement within primary care practice, Journal., peer ,Journal – reviewed . Journal, Qualitative –health – research, Vol, 7(9)
- 4-N.A.S.W (, 2005): N.A.S.W standers for social work practice in health care setting, Washington, N.A.S.W
- 5-Sherrard, Thomas (1995): Developing Rang Middle Theory For community organization practice, (N.A.S.W,).
- 6-Webstres Dictionary of the English language (1991), (N.Y, Lexicon publication, Inc;.).
- 7-Oxford English Dictionary (1993) (Oxford, Claredon press,).
- 8-www.winana.edu/ community partnerships, To Develop a partnership the new university "washgton , 20 march , 2005
http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf

