PN-ADF-289

Doc ID#130

Monitoring and Evaluation Manual

Award # HRN-A-00-00-00003
USAID G/PHN/POP

دليل المتابعة والتقييم

مشروع تحسين/ كتاليست

أغسطس ٢٠٠٤

تحسين

CATALYST
consortium

Doc 1D#130

دليل المتابعة والتقييم

مشروع تحسين/ كتاليست

أغسطس ٢٠٠٤

تحسين

CATALYST
consortium

شكر وتقدير

أتقدم بخالص الشكر والعرفان لكل من أعطي وشارك في برنامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، فلقد قدموا لنا قصص نجاح والتي نالت التقدير علي المستوي المحلي والعالمي.

أقدم شكري للسيد الأستاذ الدكتور / محمد عوض تاج الدين – وزير الصحة والسكان والذي يعطي اهتماما بالغا لأنشطة المتابعة والتقييم باعتبارها عملية ديناميكية لتوفير المعلومات التي تساعد في اتخاذ القرارات التي تهدف إلى زيادة كفاءة وفاعلية البرامج الصحية.

وعظيم شكري واعتزازي للسيدة الدكتورة/ عصمت منصور – وكيل أول الوزارة للرعاية الصحية المتكاملة، والسيد الدكتور/ يحي الحديدي – وكيل الوزارة ورئيس قطاع السكان بوزارة الصحة والسكان، علي ما يقدمونه من دعم للخدمات الصحية ونظم المعلومات التي تستخدم كأداة لاعداد مؤشرات المتابعة والتقييم.

أتقدم بشكري وامتناني للسيد الدكتور/ دميانوس عودة –المدير الإقليمي لهيئة كاتاليست/ مشروع تحسين علي ما يقدمه من عون ودعم وعطاء دائم لبرامج الصحة الإنجابية في مصر وعظيم شكري للدكتورة / طروب فرمند– مدير هيئة كتاليست . وعلي ما تقدمه لفريق العمل بمشروع تحسين من تشجيع ودعم مستمر.

كما أتقدم بشكري للسيد الدكتور/ عبد الحليم رجب – مدير عام التخطيط السكاني ورئيس وحده المتابعة والتقييم بقطاع السكان / وزارة الصحة والسكان علي ما يقدمه من جهود لدعم أنشطة المتابعة والتقييم باعتبارها أداه هامة للتصحيح والتحسين للأنشطة لكي تحقق أهداف برامج الصحة الإنجابية في مصر.

كما أتقدم بالشكر السيده/ جيهان إسماعيل – مصمم وسائل سمعية وبصرية علي مجهودها في إخراج هذا العمل الرائع.

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان للسيدة/دينا البحيري– المساعد الإداري لمشروع تحسين – علي مجهودها الفائق وعطائها المخلص لاخراج هذا الدليل في صورته النهائية.

وفقنا الله تعالي خدمة مصرنا الحبيبة

أ.د. مديحة سعيد

تقديم

نتقدم بهذا الدليل إلى فريق العمل بوزارة الصحة والسكان / قطاع السكان علي المستوي المركزي وكذلك علـــي مـــستوي المحافظات والوحدات الصحية التي يدعمها مشروع تحسين. كما نقدم هذا الدليل لفريق العمـــل بالجمعيات الأهلية التي تعمل مع تحسين في برامج الصحة الإنجابية. وكذلك العاملين في البرامج التي تدعم دور القطاع الخاص في الصحة الإنجابية.

ولقد صمم هذا الدليل ليخدم عدة أغراض منها:

١. مساعده فريق العمل في مجال الصحة الإنجابية علي فهم أساسيات المتابعة والتقييم.

٢. مـــساعده فريق العمل علي الاستفادة من مؤشرات المتابعة والتقييم في رفع كفاءة وفاعلية برامج الصحة الإنجابية.

٣. خلـــق لغـــة مشتركة في مجال المتابعة والتقييم بين فريق الصحة الذي يعمل بالمحافظات وفرق العمل بوزارة الصحة والسكان / قطاع السكان كذلك فريق المتابعة والتقييم بمشروع تحسين.

يهـــتم هـــذا الدليل بعرض معلومات مبسطة عن المؤشرات المستخدمة في متابعة وتقييم خدمات الصحة الإنجابية المقدمة علي مستوي وحدات وزارة الصحة والسكان وكذلك علي مستوي المجتمع.

يتـــبع هـــذا الدلـــيل أسلوب تأكيد المعلومات وعرض الأمثلة الحقيقة من خلال الخبرة الطويلة في مجال المـــتابعة والتقيـــيم والبحوث ومن خلال الواقع المصري مما يساعد كثيرا علي استيعاب وإدراك أهمية الاستخدام لأدوات المتابعة والتقييم في تحسين الخدمات المقدمة.

نتمنى من الله أن يكون هذا الدليل عونا ومرجعاً لمن يشارك في برامج الصحة الإنجابية والسكانية.

المحتويات	صفحة

- شكر..... ٢
- تقديم..... ٣
- المحتويات..... ٤
- أولا: المبادئ الأساسية للمتابعة والتقييم..... ٥
- ثانيا:مشروع تحسين..... ١٨
- ثالثا:الخطة التنفيذية لمتابعة وتقييم مشروع تحسين ٢٤
- رابعا: مؤشرات المتابعة والتقييم لمشروع تحسين..... ٢٧
- خامسا: ملخص لخطة المتابعة والتقييم – مشروع تحسين..... ٥٣

أولا: المبادئ الأساسية للمتابعة والتقييم

١-١ أهداف المتابعة والتقييم:

إن الهدف العام للمتابعة والتقييم هو تقديم المعلومات لمتخذي القرار ومديري البرامج والمؤسسات بصفة منتظمة مما يساعد علي تصحيح مسار الأنشطة لتحقيق أهداف البرامج المختلفة.

الأهداف المحددة:

١. مراجعة خطة وأهداف البرامج والمشروعات وكذلك رسالة (mission) المؤسسة.
٢. تحديد المؤشرات التي يمكن بها قياس المدخلات، التشغيل، المخرجات والمردود المباشر والغير مباشر.
٣. تحديد مصادر البيانات التي يتم بها حساب المؤشرات.
٤. وضع إطار لمحتويات تقارير المتابعة والتقييم.
٥. عرض تقارير المتابعة والتقييم ومناقشة التوصيات ومتابعة تنفيذ التوصيات.

١-٢ المؤشرات كأداة للمتابعة والتقييم:

المؤشرات هي أدوات يتم بها قياس مدي التقدم نحو تحقيق أهداف معينة للمشروع أو المؤسسة أو البرنامج.

منهجية وضع المؤشرات:

١. وضع المؤشر بما يتفق مع معايير عالمية – مثل نسبة وفيات الأمهات – حتى يمكن مقارنة دول العالم بعضها ببعض.
٢. وضع مؤشرات خاصة بالمشروعات بما يتفق مع أهدافها – مثل نسبة الصيادلة بمحافظة المنيا الذين يتم تدريبهم في برنامج أسال استشير التابع لمشروع تحسين.

وهناك شروط ومواصفات يجب أن تتوفر في المؤشر حتى يحقق الغرض من استخدامه وهي:

١- يتفق مع الأهداف: Relevant

مثال : نسبة السيدات في قرية "هربشنت" بني سويف اللاتي حصلن علي قروض صغيرة.هذا المؤشر لا يتفق مع أهداف مشروع تحسين – ولكنة يتفق مع مشروعات تنمية المرأة ولكن تحسين يعمل مع مشروعات تنمية المرأة في عملية رفع الوعي والتحويل إلى خدمات الصحة الإنجابية- وبذلك يمكن أن يكون المؤشر: نسبة السيدات المشاركات في برامج القروض الصغيرة واللاتي تم تحويلهن إلى الوحدات الصحية لتلقي خدمات الصحة الإنجابية.

٢- يقـوم بقياس الظاهرة المراد قياسها بدقة: Valid

مثال: عند تعريف نسبة وفيات الأمهات - يتم تحديـد وفيات الأمهات لأسباب تتعلق بالحمل والـولادة والـنفاس - وليس أسباب أخري- والاتفـاق الـتام علي صياغة المؤشر يسهل عملية المقارنة بين الدول المختلفة وفي الدولة الواحدة علي المدى الزمني.

٣- تكون قيمة المؤشر ثابتة إذا تم القياس بأشخاص مختلفة ولكن في نفس الظروف: Reliable

مـثال: معدل المواليد الخام في قرية الدوادية بمحافظة المنيا هو المواليد المسجلة في مكتب الـصحة حتى يوم ٣٠ ديسمبر ٢٠٠٤ إذا تم مراجعة مكتب الصحة في أي وقت واستطلاع البـيان نجده ثابتا مادام التاريخ والمدة الخاصة بتسجيل المواليد محددة.

٤- يمكن قياسه (رقميا) (Measurable)

وبذلك يمكن استخدامه للمتابعة والمقارنة علي المـدى الزمنـي والمقارنـة بين المجموعات الـسكانية المخـتلفة. مثال: عدد المستخدمات لخدمات تنظيم الأسرة بوحدة سوادة

فـي بعـض الأحيان قد نستخدم بيانات كيفية تعـتمد علـي رؤيـة أشـخاص مثل رضاء المنتفعين بالخدمة وفي هذه الحالة يتم تحويل هـذه الـرؤية إلى مؤشر مثل نسبة المنتفعات الراضـيات عـن الخدمـة مـن العدد الكلي للمنتفعات التي تم مقابلاتهن بالوحدة الصحية. وكذلك جودة الخدمة تعتمد علي رؤية المشرف للـوحدات الصحية - ولكن من خلال طريقة قياسـية ومعاييـر معينة يتم استيفائها لتحديد درجـة الجودة - ولكن لكي تتحول إلى مؤشر يجـب أن يـتم تقيـيم عدد كبير من الوحدات للحـصول علـي نسبة الوحدات التي حصلت علي درجة جودة ١٠٠% مثلا.

٥- يكـون حـساسا للحالات / والأوقات الزمنية المختلفة(Sensitive)

أي تتغير قيمته كل ربع سنة أو كل سنة أو كل ٥ سنوات مثلا طبقا لتغير التداخلات.

مـثال: معظـم المؤشرات تتغير قيمتها حسب الـوقت والمكان: مثل معدلات استخدام الوحدة الصحية (نسبة الأسر التي تلقت خدمة بالوحدة الـصحية خـلال العام السابق إلى العدد الكل للأسـر في المجتمع المستهدف) وهذه تختلف من وقت لآخر ومن مجتمع لآخر

٦- قلـيل الـتكلفة مقابـل العائد cost-effective من حيث جمع وتحليل البيانات الخاصة به.

مـثال ذلـك: تعتمد كثير من المؤسسات علي المؤشـرات التي يتم حسابها من الإحصاءات الحـيوية(معـدلات المواليد والوفيات) وكذلك إحـصاءات الخدمـة (مؤشرات المخرجات) وهـذه تعتبـر أقـل تكلفة مقابل العائد، وهو المعلـومات التي تساعد في التخطيط للبرامج بطريقة أكثر فاعلية واقل تكلفة.

٧- يـدخل ضـمن النظام القائم من اجل الاسـتمرارية Sustainability فـي المتابعة والتقييم

فوجـود نظـام إدارة المعلومات MIS يعتمد علي إحصاءات الخدمة داخل كل منشأه يساعد علـي توفيـر المؤشـرات المختلفة لمتخذي القرارات.

١-٣ مصادر البيانات المستخدمة لاعداد مؤشرات المتابعة والتقييم

١- الإحصاءات الحيوية Vital Statistics

تستخدم الإحصاءات الحيوية في إعداد معدلات المواليد والوفيات – ويجب تحري الدقة في تسجيل هذه البيانات.

والمؤشرات التي تعتمد علي الإحصاءات الحيوية تتميز بالتالي:

- الإحصاءات تشمل كل سكان الجمهورية (وليست عينة) فتعطي مصداقية للواقع الحالي.
- الديناميكية: يمكن في أي وقت معرفة البيان.
- سهولة تسجيل البيان.
- أقل في التكلفة حيث يعتمد علي مشاركة المجتمع في تسجيل البيان في مكتب الصحة وهناك التزام تام بتلك الإجراءات.

معوقات استخدام الإحصاءات الحيوية في إعداد المؤشرات:

- عدم مشاركة المجتمع في تسجيل البيانات – عدم تسجيل المواليد في بعض القرى.
- عدم تسجيل بيانات دقيقة مثل عمر الأم وقت الميلاد.
- عدم تسجيل البيان في موعده – سواقط القيد.
- عدم وجود نظام ثابت في إعداد المؤشرات التي تعتمد علي الإحصاءات الحيوية – فهناك معدل مواليد يتم حسابه بمكتب الصحة وآخر في الرعاية الأساسية وآخر في مركز المعلومات وآخر في قطاع السكان. وذلك يعتمد علي وقت طلب البيان.

فمثلا تنظيم الأسرة يطلب المواليد المسجلة حتى ٦/٣٠ مثلا يوم ٧/١. بينما الرعاية الأساسية تطلب المواليد المسجلة حتى ٦/٣٠ ولكن يوم ٧/١٦ حيث يتم إضافة سواقط القيد وبذلك يختلف قيمة البيان من جهة لأخري.

٢- إحصاءات الخدمة : Service Statistic

يتم حساب مؤشرات المخرجات من إحصاءات الخدمة لبيان أعداد المنتفعات / المنتفعين بالخدمة ونوع الخدمة وخصائصهم.

وتتميز إحصاءات الخدمة بالتالي:

- موجودة بكل وحدات المؤسسة – فعلي سبيل المثال فأن إحصاءات الخدمة موجودة بكل وحدات وزارة الصحة والسكان علي مستوي الجمهورية (وليس عينة)
- قليلة التكلفة
- الاستمرارية
- الديناميكية يمكن الحصول علي احدث البيانات في أي لحظة

معوقات استخدام إحصاءات الخدمة:

١. كثرة كمية البيانات المطلوبة من مقدمي الخدمة في الوحدات وذلك في البرامج الرأسية مما يؤثر علي دقة البيانات.
٢. مجهود تسجيل كم كبير من البيانات ثم إدخاله في الحاسب الآلي علي مستوي الإدارة ثم المحافظة ثم المستوي المركزي مما يؤثر علي دقة التسجيل.

٣. تستلزم وقت كبير لجمعها و إعداد التقرير علي مستوي الجمهورية.
٤. لا تحتوي علي تفسير لقيمة المؤشر مثل : تفسير اختلاف المتوسط اليومي لأجمالي المنتفعات لخدمات تنظيم الأسرة بين وحده الطبية (١١ حالة يوميا) ووحدة سوادة
(٤ حالات يوميا)

٣- السجلات الرسمية وسجلات المشروعات:

نحتاج عند إعداد مؤشرات الموارد ومؤشرات التشغيل إلى بيانات يتم الحصول عليها من سجلات رسمية

مثال ذلك: عدد الوحدات الصحية، عدد السكان، عدد الجمعيات الأهلية المسجلة عدد أسرة المستشفيات ، عدد الأطباء.

وسجلات المشروعات تبين المخطط والإنجاز من التدريب وتوفير التجهيزات وغيرها.

مميزات السجلات الرسمية:

- وجود مصدر واحد "مركز المعلومات بالمحافظة" يمكن الحصول منه علي معلومات علي مستوي كل محافظة.
- يتم تحديث البيانات بصفة مستمرة.
- تحتفظ المشروعات المختلفة بسجلات خاصة بالخطط والأنشطة المنفذة.

عيوب السجلات الرسمية:

- تعتمد علي مدي الدقة في تسجيل البيانات وهذه تختلف من هيئة لأخرى.
- بعض البيانات يصعب الحصول عليها - مثال:مبيعات الصيدليات من وسائل تنظيم الأسرة.

٤- التعداد

يتم التعداد كل ١٠ سنوات وهو يشمل الحصر الشامل للسكان وخصائصهم وكذلك حصر المنشآت المختلفة - وتعتمد برامج التنمية المختلفة علي نتائج التعداد - وكذلك حساب أعداد السكان في السنوات المستقبلية باعتبار أن سنة التعداد هي سنة الأساس.

مميزات التعداد:

حصر شامل ل١٠٠% من السكان

قصور التعداد :

- كل عشر سنوات
- مكلف - يحتاج إلى أشخاص مدربين في جمع البيانات وتحليل البيانات.
- دقة البيانات تعتمد علي مدى وعي وتعاون الشعب بتسجيل البيانات الصحيحة.

٥- المسوحات الدورية:

هذه المسوحات تكون متخصصة لدراسة قضية معينة - مثل مسوحات لدراسة مدي انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم - والمسح السكاني الصحي لدراسة وتقييم برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل.

المسوحات علي المستوي القومي تعتمد علي اختيار عينة ممثلة لكل المحافظات. وتعتمد حجم العينة علي عدد المتغيرات ومدى انتشار الظواهر المختلفة المراد قياسها.

مميزات المسوحات:

- يمكن إجرائها في أي وقت
- تعمل علي دراسة قضايا معينة تحتاج إلى متابعة وتقييم بصفة مستمرة من اجل اتخاذ القرارات.

عيوب المسوحات:

تعتمد علي دراسة عينة – وليس كل المجتمع فعلي سبيل المثال يمكن الوصول إلى معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في محافظة المنيا، ولكن ليس علي مستوي مركز سملوط أو قرية البرجاية.

٦- الدراسات الخاصة:

تهـتم الدراسات الخاصة بقضية معينة أو مشكلة معيـنة – والدراسة تحاول أن تتعمق في أسباب المشكلة المختلفة وتقترح حلول.

وقد تعتمد الدراسة علي بيانات كيفية – ومن عيوب الدراسات الخاصة أن نتائجها تكون مرتبطة بمكان الدراسة ومن الصعب تعميمها للاستفادة من النتائج علي المستوي القومي.

١-٤ أدوات القياس / كيفية إعداد المؤشرات

هناك طرق مختلفة لحساب المؤشرات ، وأدوات القياس التي يعد بها المؤشر يجب ان تكون معروفة جيدا.

١- العدد المطلق Count

يستخدم العدد المطلق في التعبير عن عدد الحالات مثل: عدد السكان وعدد المواليد وذلك خلال مدة زمنية محددة ووقت محدد (سنة ٢٠٠٤ مثلا)

والعدد المطلق في حد ذاته لا يكون له مغزى إلا في حالة مقارنة فترة زمنية بفترة أخري لنفس المكان أو المجموعة السكانية – مثل عدد السكان.

ويدخل العدد المطلق كقاعدة لحساب المؤشرات كحساب معدل المواليد مثلا: وفي إحصاءات الخدمة يتم حساب المتوسط اليومي لعدد المترددات علي الوحدة الصحية وذلك لمقارنة الوحدات بعضها ببعض.

٢- النسبة: Ratio

هي العلاقة الحسابية بين مجموعة من المتغيرات (لها صفة معينة) بمجموعة أخرى لها صفة مختلفة.

يمكن استخدام النسبة بالنسبة للمجموعات البشرية من السكان:

- نسبة الذكور للإناث
- نسبة المتعلمين لغير المتعلمين
- نسبة الأطباء للطبيبات
- نسبة الأطباء للممرضات.

وبذلك يمكن القول أن هناك طبيب لكل ٢ ممرضة مثلا.

ويمكن استخدام النسبة لقياس الموارد:

- عدد السكاني لكل وحدة صحية
- عدد السكان لكل صيدلية.

٣- التناسب Proportion

هي العلاقة بين مجموعة فرعية من السكان وبين إجمالي السكان وهذا يعني قسمة مجموعة سكانية فرعية علي مجموع السكان حيث إن البسط هو جزء من المقام.

ويستخدم التناسب لوصف توزيع مجموعات معينة:

مثال:

- سكان الريف يمثلون ٨٠% من سكان محافظة المنيا.
- السيدات المتزوجات في سن الإنجاب يمثلن ٧, ١٦% من السكان.

٤- المعدلات Rates

في حساب المعدلات يكون البسط هو جزء من المقام بالإضافة إلى وجود عنصر الزمن/ حدث معين Event. وتقيس المعدلات تكرار الأحداث خلال فتره زمنية محددة مثل معدل المواليد، معدل الوفيات، معدل انتشار مرض، معدل الممارسة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

قد يكون المعدل عام مثل المواليد أو لمجموعة فرعية محددة مثل معدل الخصوبة العام ويكون بالنسبة للنساء في سن الإنجاب.

٥- الثابت Constant

يستخدم رقم ثابت ١٠٠ ، ١٠٠٠ ، ١٠٠٠٠٠ للتعبير عن المعدل والنسبة والتناسب للتعبير عن القيمة بطريقة أكثر فهما.فيكون معدل المواليد ٢٦ مولود حي لكل ١٠٠٠ من السكان نسبة وفيات الأمهات ٨٤ أم لكل ١٠٠،٠٠٠ مولود حي.

٥-١ المتابعة والتقييم للبرامج من خلال النظام الصحي

النظام الصحي: هو مجموعة من العناصر المختلفة ولكنها ترتبط وتتفاعل مع بعضها البعض وذلك للوصول إلي أهداف محددة تتجه إلى هدف واحد خاص بالمنظمة/ المنشأة/الوزارة

عناصر النظام: هي (المدخلات / الموارد) Input

١- المعلومات والمهارات: معلومات طبية، سكانية، اجتماعية

٢- مكان وتجهيزات ومستلزمات لتقديم الخدمة.

٣- القوى البشرية: أطباء،ممرضات، رائدات، إداريين.....

تفاعل عناصر النظام: التشغيل / Process

هي مجموعة الأنشطة التي يتم بها تفعيل استخدام الموارد لتقديم الخدمة ومجموعة الأنشطة تشمل التدريب، الإحلال والتجديد، سياسات ولوائح وقوانين العمل، التوصيف الوظيفي، نظام المعلومات، نظام الإشراف، نظام الحوافز، نظام المتابعة والتقييم، وجود دليل معياري / قياسي لتقديم الخدمة، وجود نظام لجودة الخدمة.

المخرجات: Out put

هو نواتج الأنشطة علي مستوي وزارة الصحة علي مستوي الوحدات الصحية. ويعتبر حجم وخصائص المنتفعات ورؤيتهن عن جودة الخدمة المقدمة من أهم نواتج النظام الصحي علي مستوي منافذ تقديم الخدمة.

المردود المباشر للخدمة Out come علي المجتمع المستهدف والمردود المباشر للخدمة علي المجتمع يمكن التعبير عنه بمدى تغطية المجتمع بالخدمات الصحية المختلفة والتي تقدم من خلال عدة هيئات أو قطاعات.

فعلي سبيل المثال معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو المردود المباشر لخدمات تنظيم الأسرة (والتي تقدم من خلال القطاع الحكومي، الخاص، الأهلي) علي المجتمع. وينطبق ذلك أيضا علي معدلات التغطية بالتطعيمات ورعاية الحمل، ويرتبط المردود المباشر للخدمة بالأهداف أو استراتيجية البرنامج علي المستوي القومي مثل زيادة معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة كأحد الاستراتيجيات لخفض معدل المواليد وبالتالي خفض معدل النمو السكاني.

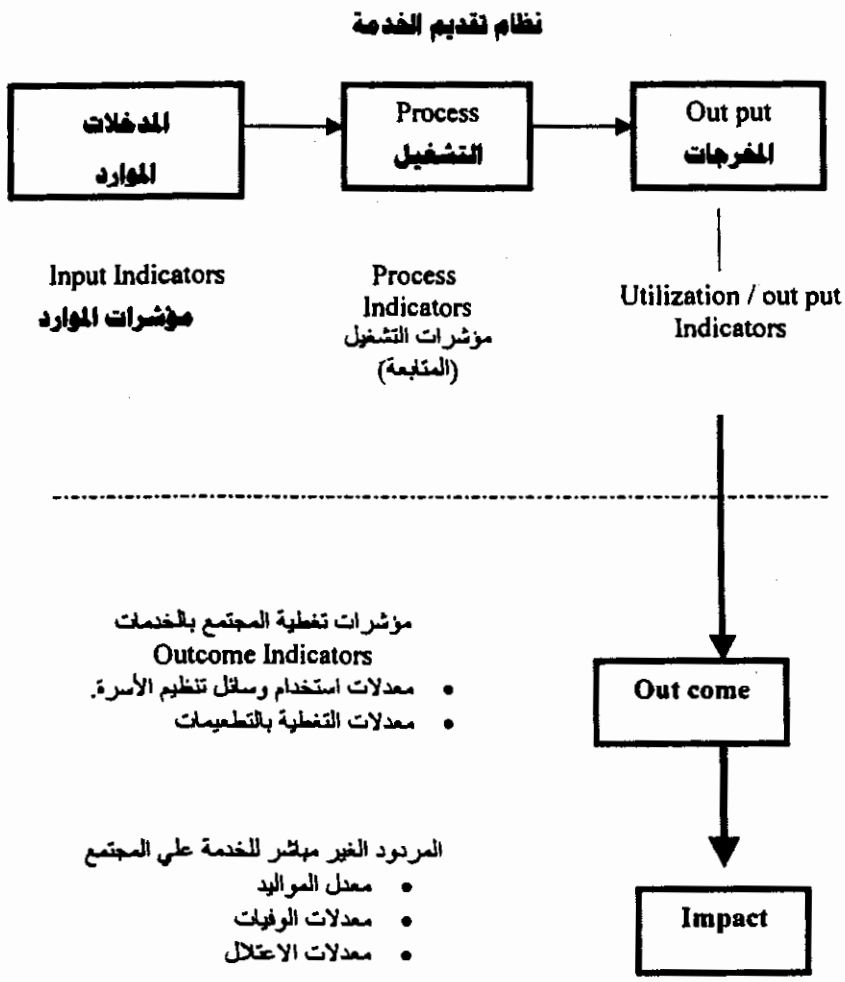
المردود الغير مباشر للخدمة علي المجتمع المستهدف (Impact)

وقياس المردود الغير مباشر للخدمة هو قياس مدى وصول البرنامج إلى الهدف العام. مثال ذلك: معدل المواليد ومعدلات الخصوبة.ولما كان الوصول إلى الهدف العام يستلزم مشاركة أكثر من قطاع للوصول إليه مثل قطاع التعليم والأعلام، الصحة، الشئون الاجتماعية وغيرهم- فبذلك يكون مردود خدمات تنظيم الأسرة مردود غير مباشر علي المجتمع في القضايا الخاصة بالخصوبة مثلا.

ملخص للعلاقة بين نظام تقديم الخدمة، برنامج الصحة الإنجابية ومؤشرات المتابعة والتقييم:

شكل (١) ، شكل (٢)

شكل (١) نظام تقديم الخدمات الصحية ومؤشرات المتابعة والتقييم



13

شكل(٢)عناصر نظام تقديم الخدمة ومصادر البيانات لاعداد مؤشرات المتابعة والتقييم:

عناصر نظام تقديم الخدمة	قياس الكفاءة والفاعلية	مستويات اتخاذ القرار	مصادر البيانات	خصائص المؤشرات
المدخلات / الموارد Input	الكفاءة Efficiency	علي مستوى وزارة الصحة: المكتب الرئيسي المحافظة الإدارة الوحدة الصحية	سجلات الوزارة والمشروعات	– تستخدم في تحديد الاحتياجات. – تستخدم في تفسير أسباب الوصول أو عدم الوصول إلى الهدف علي مستوي المؤسسة
التشغيل Process	Efficiency	المكتب الرئيسي المحافظة الإدارة الوحدة الصحية	سجلات الوزارة والمشروعات	قياس قدرة الوزارة علي مدى الوصول إلى أهدافها في زيادة عدد المنتفعات
المخرجات output	Efficiency		إحصاءات الخدمة	قياس قدرة الوزارة علي مدى الوصول إلى أهدافها في زيادة عدد المنتفعات
المردود المباشر للخدمة علي المجتمع Outcome	الفاعلية Effectiveness	الجمهورية والمحافظات (التخطيط الاستراتيجي)	المسح الديموجرافي الصحي علي مستوي الجمهورية	– تبين مدي استجابة المجتمع للخدمة المقدمة. – تحديد القطاعات الأكثر نشاطا في تقديم الخدمة. – تحديد المحافظات الأكثر نشاطا. قياس المعرفة والاتجاهات والممارسة. – رؤية المجتمع للخدمة المقدمة
المردود الغير مباشر للخدمة علي المجتمع Impact	الفاعلية Effectiveness	الأهداف العامة للسياسة السكانية والصحية	الإحصاءات الحيوية مثل معدل المواليد ومعدلات الخصوبة	– الديناميكية – يمكن الحصول عليها في أي وقت. – يعتمد عليها واضعو السياسات ومتخذي القرارات.

تذكر : المتابعة

المتابعة:

هي عملية تهدف إلى قياس الإنجازات للأنشطة المختلفة للوزارة أو المشروع – لمعرفة مدي الوصول للمستهدفات حتى يمكن تصحيح المسار أثناء التنفيذ، التنبؤ بالمشكلات قبل حدوثها وحل المشكلات أولا بأول واتخاذ الإجراءات الفورية.

أدوات وأساليب المتابعة:

الاتصال التليفوني، الزيارات الميدانية، حضور النشاط أثناء التنفيذ، التقارير الدورية، الدراسات.

مؤشرات المتابعة:

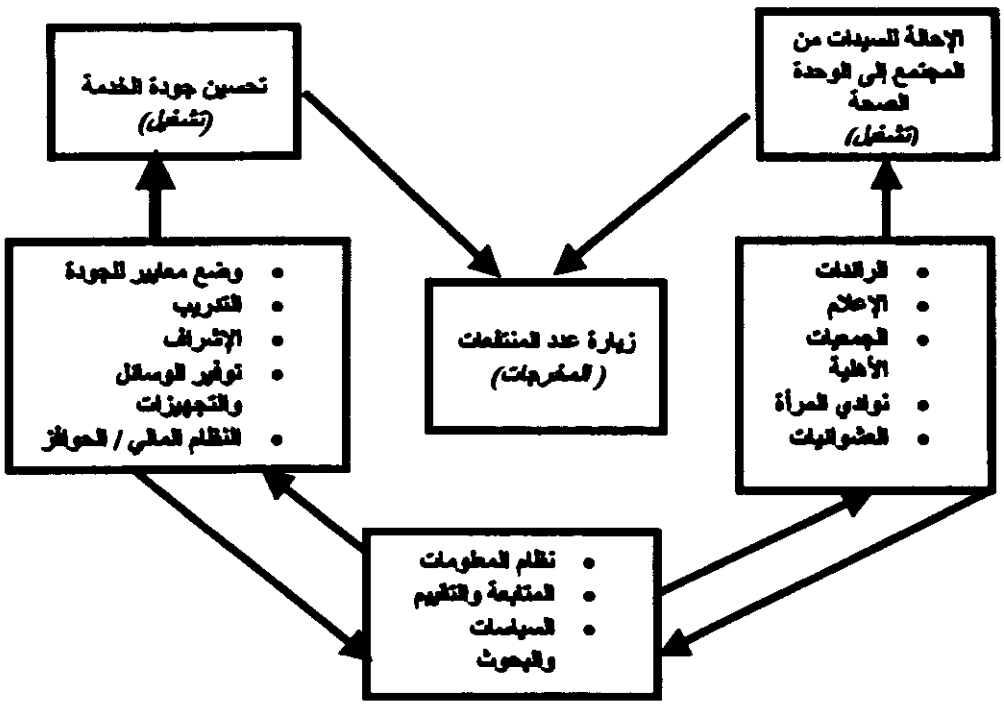
الحسابات الكمية لنسبة الإنجاز إلى المخطط

أمثلة: النسبة المئوية لعدد الدورات التدريبية التي تم تنفيذها إلى عدد الدورات التدريبية المخطط لها في فتره زمنية معينة.

ترتبط المتابعة بعمليات التشغيل Process لأنها تعطي المعلومات لمتخذي القرارات عن سير أنشطة التدريب، الإشراف، الندوات الإعلام، حلقات العمل.

قد يستخدم "لفظ المتابعة" لمؤشرات المردود (outcome)– أي متابعة قيمة المؤشر علي المدى الزمني كل ربع سنة، كل سنة

شكل (٣) العلاقة بين التشغيل والمخرجات(مثال قطاع السكان /وزارة الصحة والسكان)



تذكر : التقييم:

التقييم:

هو عملية تهدف إلى قياس مدى النجاح في الوصول إلى غايات وأهداف البرامج – وعادة ما نستخدم نوعين من المؤشرات وهي الكفاءة والفاعلية.

الكفاءة: Efficiency

القدرة علي الاستخدام الأمثل للموارد لتحقيق المستهدف

مثال: طبقا لتحديد الموارد وطرق التشغيل فأنة يقوم الطبيب المدرب بالوحدة الصحية بالعمل لمدة سبعة ساعات يوميا – وحيث أن الحالة تستغرق في المتوسط ٢٠ دقيقة فيكون متوسط عدد الحالات اليومي هو ٢٠ حالة إذا كان الإنجاز هو ٣٠٠٠ حالة سنويا فان الكفاءة هي ٥٠% وهذا يعني أن الموارد ممثلة في المكان والقوي البشرية والوقت لم تستغل الاستغلال الأمثل لتحقيق المستهدف.

ومؤشرات الكفاءة Efficiency يتم مقارنتها بمستهدف، أو متوسط عام لكل الوحدات أو مقاييس عالمية.

تستخدم مؤشرات الكفاءة لمقارنة المدخلات والتشغيل بالمخرجات فإذا قلت كفاءة الوحدة الصحية فهذا قد يرجع إلى عدم توافر الأطباء أو الأجهزة أو وسائل الإعلام عن أنشطة الوحدة (مدخلات) أو إذا كان الطبيب غير مدرب أو أن ساعات العمل المحددة لحالات تنظيم الأسرة أقل من ٧ ساعات يوميا (تشغيل).

من مؤشرات الكفاءة أيضا نسبة الوحدات الصحية التي تقدم خدمة ذات جودة عالية.

مؤشرات الكفاءة تهم بالدرجة الأولي مديرو البرامج ومديرو الإدارات والمديريات – حيث أن انخفاض مستوي الكفاءة يعني عدم القدرة علي إدارة الموارد المتاحة لتحقيق المستهدف.

تذكر/ التقييم : الفاعلية Effectiveness

الفاعلية هي:

قدرة البرنامج أو المشروع علي تحقيق أهدافه بتغطية المجتمع بالخدمات المختلفة (أهداف استراتيجية) وكذلك تحقيق الهدف العام للسياسات السكانية والصحية (الأهداف العامة للسياسات السكانية)

فاعلية البرنامج في تحقيق الأهداف الاستراتيجية:

عادة ما يتم وضع أهداف استراتيجية (توضح أسلوب العمل) والتي يمكن بها تحقيق هدف سياسي.
مثال ذلك إذا استطعنا تغطية الأطفال بنسبة ١٠٠% بتطعيمات شلل الأطفال (هدف استراتيجي) فأنة يمكن القضاء علي مرض شلل الأطفال (هدف سياسي).

مثال: إذا استطعنا الوصول إلى نسبة ممارسة لتنظيم الأسرة بمستوي ٧٠% (هدف استراتيجي) فان مصر يمكن أن تصل بمستوي الخصوبة إلى معدل الإحلال/ طفلين لكل أسرة(هدف سياسي).

ترتبط مؤشرات الفاعلية التي تقيس مدى الوصول إلى الأهداف الستراتيجية بالمردود المباشر للخدمة (outcome) وبذلك يمكن معرفة دور الهيئات المختلفة في تحقيق الهدف علي مستوي القومي (القطاع الحكومي، الخاص، الأهلي)

تعتمد عملية تقييم المشروعات علي مؤشرات الفاعلية(Outcome) إذا كانت الأنشطة موجهة للمجتمع وقطاعات المختلفة مثل مشروع تحسين.

فاعلية البرنامج في تحقيق الأهداف السياسية:

حيث أن الأهداف السياسية للقضايا المختلفة تتطلب مجهودات من قطاعات مختلفة لتحقيقها. فعادة لا تعتمد عليها المشروعات لقياس تأثير المشروع علي الأهداف السياسية.
مثال ذلك معدل المواليد ومعدلات الخصوبة، وفيات الأمهات، معدل انتشار الأمراض، والأهداف السياسية تحتاج لوقت كبير لتحقيقها- لذلك تتجه كثير من البرامج والمشروعات إلى تعبئة الموارد والمجتمع والهيئات الأخرى لتحقيق بعض الأهداف السياسية مثل خفض معدل المواليد أو معدل النمو السكاني أو وفيات الأمهات.

ثانيا: مشروع تحسين

٢-١ أهداف مشروع تحسين

يعمل مشروع تحسين مع وزارة الصحة والسكان والقطاع الأهلي والقطاع الخاص من اجل مساعدة الحكومة المصرية في تحقيق أهداف السياسة السكانية وهو الوصول إلى معدل الإحلال حيث معدل الخصوبة هو طفلين لكل أسرة بحلول عام ٢٠١٧.

وللوصول إلى هذا الهدف فان مشروع تحسين حدد مجموعة من الاستراتيجيات والأهداف وهي:

- زيادة المعرفة والاستخدام لخدمات الصحة الإنجابية بين الشباب من الجنسين.
- زيادة المعرفة والاستخدام لخدمات الصحة الإنجابية بن النساء الأكثر احتياجا واقل موارد.
- تسهيل فرص الحصول علي الخدمات الصحية بعد الولادة وبعد الإجهاض.
- تحسين جودة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.
- تكامل الخدمات الصحية خاصة تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية ورعاية الأمومة والطفولة.
- تقوية النظم الإدارية بقطاع السكان – وزارة الصحة والسكان.
- تقوية دور القطاع الأهلي والمنظمات غير الحكومية في برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية والخدمات المتكاملة
- تقوية دور القطاع الخاص في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية والخدمات المتكاملة.

يلتزم مشروع تحسين بالعمل علي دعم استمرارية برامج السكان وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وكذلك دعم دور الرجل والشباب في الصحة الإنجابية – كاستراتيجية أساسية تتخلل كل الأنشطة.

٢-٢ رسالة مشروع تحسين Mission

يتميز مشروع تحسين بالآتي:

أ. الأولوية للشباب

- تنفيذ عدة أنشطة يمكن من خلالها زيادة معرفة وتعديل السلوكيات لدي الشباب وزيادة استخدام الشباب لخدمات الصحة الإنجابية. وهذه الأنشطة تتمثل في:

- إعداد وتوزيع مطبوعات مثل أسئلة وأجوبة عن الصحة الإنجابية للشباب والمقبلين علي الزواج وحديثي الزواج.
- عمل أنشطة إعلامية مثل المسرحيات وأنشطة شعبية تعرض قضايا الزواج المبكر وقضايا الصحة الإنجابية.
- عقد ندوات إعلامية في مواقع متعددة مثل الجامعات والمدارس والوحدات الصحية، الجمعيات الأهلية، الجمعيات الزراعية، مراكز الشباب.
- تنفيذ مجموعات من الاحتفاليات مثل أسابيع الشباب.
- إعداد كوادر من الشباب (من الشاب إلى الشاب) رجال الدين، الرائدات، المرشدين الزراعيين، قيادات المجتمع، الأطباء، الممرضات، والمدرسين لتبني قضايا الصحة الإنجابية وخاصة المتعلقة بالشباب.

ب. الأولوية للنساء الأكثر احتياجات:

الاهتمام بالنساء الأكثر احتياجا لخدمات الصحة الإنجابية وهؤلاء النساء هن اللاتي يجدن معوقات للحصول علي المعلومة أو الخدمة الصحية بالرغم من حاجتهن لها. وهؤلاء النساء هن:

- السيدات المقيمات في ريف الوجه القبلي والعشوائيات.
- السيدات اللاتي لم يحصلن علي تعليم والسيدات اللاتي لا يعملن لتوفير الموارد المادية اللازمة للأسرة.
- السيدات اللاتي تعاني من مشكلات صحية خاصة بالصحة الإنجابية مثل السيدات في المرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض مباشرة أو التهابات الجهاز التناسلي.
- السيدات اللاتي تجد صعوبة في اتخاذ القرار للوصول إلى معلومات أو تلقي الخدمة الصحية- وذلك نتيجة لوجود بعض العادات الاجتماعية والثقافية في بعض المجتمعات التي تحجر علي شخصية المرأة وتحرمها من اتخاذ القرارات الخاصة بالاهتمام بصحتها.

وفي هذا الصدد يقوم تحسين بالوصول إلى هؤلاء السيدات عن طريق القيادات المدربة لتعريف هؤلاء السيدات بحقوقهن ولاكتساب دعم الأزواج لحقوق المرأة في الصحة الإنجابية.

ج. الاهتمام بصحة المرأة خاصة في الأوقات الحرجة:

العمل مع الوحدات الصحية والمستشفيات والمجتمعات لزيادة فرص الحصول علي الخدمات الصحية بعد الولادة وبعد الإجهاض. حيث يقوم تحسين بتدريب الفريق الطبي علي المستويات المختلفة علي نظام الإحالة وتقديم الخدمة ذات الجودة العالية للسيدات في فترة ٤٠ يوم بعد الولادة – وكذلك السيدات التي تعاني من إجهاض وذلك لاعطائهن فرصة الحصول علي الخدمة الصحية الراقية ومنع حدوث أي مضاعفات.

ء. تحسين جودة الخدمة الصحية:

اعتمدت عملية تحسين جودة الخدمة علي مجموعة من المعايير التي يجب استيفائها في الوحدات الصحية والتي يجب أن يلتزم بها مقدم الخدمة- ولضمان الالتزام بالجودة فان نظام الإشراف يتضمن الزيارات الربع سنوية للوحدة الصحية لاستيفاء قائمة المعايير وإعطاء "درجة الجودة" لكل وحدة صحية بناء علي مجموعة من العناصر، والتي تتضمنها قائمة المعايير – ومن أهم تداخلات مشروع تحسين هو إعادة النظر في موضوع تحسين جودة الخدمة وذلك لخلق بيئة الجودة وثقافة الجودة والتي تتسم بصفة الاستمرارية.

فمن خلال التدريب علي القيادة وإدارة الوحدة الصحية أصبح هناك فرصة لاعداد فريق العمل بالوحدة لتحمل مسئولية الجودة، واعتباره المقياس الأساسي للحصول علي الحوافز. كما تم تطوير نظام الأشراف ليلتزم بمعايير الجودة والتي تهتم بتكامل الخدمة.

ه. تكامل الخدمات الصحية

يتبنى مشروع تحسين الفكر الخاص بتكامل الخدمات وهناك عدة أبعاد لعملية التكامل في الخدمات وهي تشمل:

١. توافر كل الخدمات الصحية بالوحدة الصحية يوميا وذلك لاعطاء الفرصة لمتلقي الخدمة للحصول علي الخدمات الصحية في أي وقت. وبذلك لم تعد الوحدات الصحية تقدم الخدمة طبقا لجدول أسبوعي (مثلا: الحوامل الجدد: السبت/ الحوامل المترددات: الأحد/ التطعيمات: الاثنين) ولكن يمكن للمنتفعات تلقي أي خدمة في أي وقت (Access to service at anytime)

٢. يقوم مقدم الخدمة بالإعلام والتحويل للمنتفعات لتلقي الخدمات المختلفة من الوحدة الصحية أثناء الزيارة الواحدة للوحدة الصحية فعند تلقي السيدة لخدمات رعاية الحمل مثلا يقوم الطبيب والممرضة بالتحدث معها عن التطعيمات، تنظيم الأسرة، علاج التهابات الجهاز التناسلي، ويمكن لمقدمي الخدمة تحويل السيدة أو أحد أفراد أسرتها لتلقي خدمات أخرى مثل المعمل أو حضور ندوة عن التغذية السليمة وغيرها.

وهذا ما يطلق علية الانتفاع بفرصة ذهاب المنتفعات للوحدة لتقديم أكثر من خدمة

(More than one service during one visit)

21

٣. استمرارية الرعاية ويعني بها إن الأفراد يجب أن يحصلوا علي رعاية صحية في المراحل المختلفة من حياتهم وطبقا لما تتطلبه هذه المرحلة. فالطبيب الذي يقدم خدمة رعاية الحمل، يجب أن يستمر في إعطاء خدمات ما بعد الولادة وتنظيم الأسرة بعد الولادة، والإعداد لخدمات رعاية الحمل الجديد وهكذا. وكذلك الطفل الذي يقدم له خدمات متابعة النمو، التغذية، رعاية أثناء المرض، وهكذا وهذا ينطبق علي كل مقدم خدمة سواء في الوحدات الصحية لوزارة الصحة أو عيادات الطبيب الخاص أو عيادات الجمعيات الأهلية (Continuity of care)

٤. استعدادات مقدم الخدمة لتقديم مجموعة خدمات الرعاية الصحية الأولية لمتلقي الخدمة. حيث أن التكامل يعني التحول من البرامج الرأسية (Vertical Programs) إلى البرامج الأفقية أو المتكاملة (Horizontal Programs) فعلي سبيل المثال يمكن أن نجد في مراكز رعاية الأمومة والطفولة والمراكز الصحية الحضرية مقدم للخدمة مسئول عن تنظيم الأسرة وآخر مسئول عن رعاية الحمل وعلي السيدة متلقية الخدمة الذهاب لأي منهم للحصول علي الخدمة المطلوبة – وهذا النظام من تقديم الخدمة (Vertical Service) يقلل من فرصة تقديم أكثر من خدمة أو توصيل المعلومات عن الخدمات الأخرى – وبذلك يكون التحول إلى (تكامل الخدمة) أن يقدم كل مقدمي الخدمة كل الخدمات الصحية – فطبيب تنظيم الأسرة يقوم بتقديم خدمات رعاية الحمل ورعاية الطفل وهكذا One) Provider in each service delivery unit, or all providers). وبذلك تتوطد العلاقة بين مقدم الخدمة ومتلقي الخدمة.

٥. الإحالة بين الخدمات المختلفة. حيث أن تكامل الخدمة يعني تقديم أكبر قدر ممكن الخدمات لمتلقي الخدمة– فيمكن إحالة السيدة للمعمل مثلا، أو للعيادات الخارجية طبقا لاحتياجاتها الصحية. وهناك تحويل الحالة إلى المستوي الأعلى للخدمات الصحية مثل المستشفيات في حالة احتياجات السيدة إلى مقدم خدمة متخصص. (Cross referral in the same facility, and/or referral to the secondary level of health care)

٦. تكامل النظام الإداري ليتحول من النظام الرأسي إلى النظام الأفقي. فبدلاً من أن يكون هناك فريق للإشراف علي خدمات رعاية الأمومة والطفولة. وفريق آخر للإشراف علي خدمات تنظيم الأسرة يكون هناك فريق إشراف واحد يقوم بالإشراف علي مقدمي الخدمات الصحية المختلفة وينطبق هذا علي كل النظم مثل نظام التدريب، نظام الحوافز....وهكذا. (Integrated management system)

٧. تكامل معايير أداء الخدمات الصحية: لوحظ انه من الآثار السلبية للبرامج الرأسية وجود أكثر من دليل إجرائي لتقديم الخدمات الصحية فهناك دليل لتقديم خدمات تنظيم الأسرة وآخر لتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة – وبالرغم من وجود بعض الموضوعات المشتركة مثل إجراءات "منع العدوى" إلا انه طريقة تناول الموضوع قد اختلفت في كلا الدليلين– وهذا أدى إلى بلبلة أفكار مقدمي الخدمة في الوحدات الصحية والذي يستخدم كلا الدليلين. ولذلك فان توحيد مصدر المعلومة من خلال وجود دليل واحد يحتوي علي إرشادات وإجراءات تقديم الخدمة يسهل تقديم الخدمة المتكاملة. (Integrated Standards of Practioe)

٨. تكامل إدارة نظم المعلومات– لوحظ أن البرامج الرأسية – تتطلب تسجيل كمية كبيرة من المعلومات من قبل مقدمي الخدمة بالوحدات وعلي كل مقدم خدمة تقديم تقارير شهرية منفصلة لكل برنامج علي حده (تقارير تنظيم الأسرة، تقارير الرعاية...) وكثرة الضغوط مع ضيق الوقت في تسجيل كم كبير من المعلومات يؤدي إلى عدم إتاحة الوقت لتقديم الخدمات الطبية للمنتفعات، والي عدم تحرى الدقة في تسجيل البيانات – هذا إلى جانب عدم وجود ترابط بين البيانات أو الاستفادة منها لاعطاء صورة عن أنشطة الوحدة الصحية ككل من مصدر واحد للبيان.(Integrated management information system)

٩. التكامل في الخدمات من الناحية الإدارية والجغرافية، حيث يحتاج التكامل إلى اللامركزية في التخطيط والتمويل. فعلي سبيل المثال كل محافظة لها ظروفها واحتياجاتها من الخدمات الصحية التي تختلف من محافظة لأخرى. وفي نفس المحافظة يختلف كل إدارة صحية عن الإدارات الأخرى وهكذا. ويهتم التكامل بالتخطيط والمتابعة والتقييم علي مستوي الإدارة / المراكز الصحية. فإذا عرفنا المركز/ الإدارة علي انه "وحده جغرافية" لها عدد معين من السكان لهم مجموعة من الخصائص التي تميزهم عن غيرهم، وكذلك توافر موارد/ مصادر للخدمات الصحية المختلفة علي مستوي الرعاية الصحية – الأولية – والثانوية (المستشفيات) والمستوي الثالث (المستشفيات الجامعية والمعاهد المتخصصة) وهذه الخدمات الصحية تقدم من خلال القطاع الحكومي والأهلي والخاص. فعند التخطيط للإدارة / المركز يجب الأخذ في الاعتبار أن هناك قطاعات مختلفة تقدم الخدمة الصحية فلا تقوم وزارة الصحة مثلا بوضع الخطة بمعزل عن القطاعات الأخرى ولكن بالتكامل معها. وهذا الفكر يتبناه الإصلاح الصحي (Decentralization in planning and budgeting).

١٠. التكامل بين الخدمات الصحية وبرامج التنمية. حيث انه يصعب علي برامج الخدمات الصحية الوصول إلى أهدافها في ظل تدني البيئة الاقتصادية والمعيشية والتعليمية والاجتماعية والثقافية. ولذلك كان التكامل هاما للارتفاع بمستوي معيشة الأفراد وكذلك مستوي الصحة. لذلك نجد أن وزارة الصحة قد اهتمت بإدخال نوادي المرأة في الوحدات الصحية، وقيام الجمعيات الأهلية بإدخال خدمات صحية، وإدخال التوعية الصحية في برامج محو الأمية وهكذا(Integration of health issues in the development programs)

١٠.تكامل دور قيادات المجتمع والمشاركة المجتمعية (Community Participation) فعلي سبيل المثال تنمية قيادات المجتمع للقيام بمسئولية التوعية والدعوة في مجالات التنمية للمرأة ومجالات الصحة الإنجابية- لكي يتحدث رجل الدين والعمدة، وأخصائي مركز الشباب والمدرس والمرشد الزراعي عن أهمية الصحة الإنجابية (integrated responsibility of the community leader) كجزء متكامل ومتناغم مع دوره في برامج التنمية.

و. تقوية النظم الإدارية بقطاع السكان:

يقوم مشروع تحسين بتقديم الدعم الفني لقطاع السكان – وزارة الصحة والسكان لتنمية النظم الخاصة بالتخطيط، الإشراف، الحوافز، التدريب ، المتابعة والتقييم، وكذلك النظم المالية. كما يتم تدريب مقدمي الخدمات علي إدارة خدمات الوحدات الصحية. ومن المتوقع أنه مع تحسين النظم الإدارية فان الوحدات الصحية سوف تقدم خدمات ذات جودة عالية لعدد كبير من المنتفعات. كما يعمل تحسين مع إدارة رعاية الأمومة والطفولة بوزارة الصحة لخلق ودعم تكامل الخدمات علي المستوي التنفيذي.

ز. تقوية دور الجمعيات الأهلية في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

من خلال تدريب فريق العمل في مجال تقديم الخدمة والإعلام والدعوة وكسب التأييد في تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية. ومشاركة الجمعيات الأهلية في البرنامج يمكن أن يؤدي إلى زيادة استخدام خدمات الجمعيات في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، أو مشاركة الجمعيات في تحويل السيدات المنتفعات بالخدمات التنموية (التدريب المهني، محو الأمية، القروض الصغيرة) إلى عيادات وزارة الصحة أو القطاع الخاص لتلقي خدمات تنظيم الأسرة. وبالتالي يمكن للجمعيات أن تكون لها دور هاما في برامج الصحة الإنجابية.

ح. تقوية دور القطاع الخاص(شركات الأدوية /الأطباء/ الصيادلة) في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية والرعاية المتكاملة، فهناك برنامجا مكثفا للتدريب باستخدام احدث الطرق (الطب القائم علي الدليل) ومن خلال التعليم المستمر للأطباء والصيادلة فانه يمكن أن يقوم القطاع الخاص بتوصيل المعلومة الصحيحة والحديثة إلى المنتفعات بخدمات القطاع الخاص.

ثالثا: الخطة التنفيذية لمتابعة وتقييم مشروع تحسين

الهدف العام:

تقديم معلومات بصفة مستمرة عن مشروع تحسين مما يساعد مدير المشروع والعاملين به علي زيادة كفاءة وفاعلية أنشطة المشروع وطبقا لأهدافه ، وكذلك تقديم المعلومات للهيئات المختلفة التي تستفيد وتتعامل مع المشروع لتعظيم الاستفادة من النتائج الإيجابية ووضع التداخلات لمواجهة التحديات.

أهداف متابعة وتقييم مشروع تحسين:

١. تقديم المعلومات التي تهدف إلى تحسين الأداء في الأنشطة المختلفة – وبصفة مستمرة.

٢. تقديم المعلومات عن المردود المباشر والغير مباشر لتداخلات مشروع تحسين في المجتمع المستهدف.

٣. تقديم المعلومات عن المردود المباشر والغير مباشر لتداخلات تحسين في حجم وتوصيف خصائص المنتفعين والمنتفعات بالخدمات الصحية بالوحدات الصحية التي يدعمها مشروع تحسين.

٤. تقديم المعلومات عن المردود المباشره والغير مباشر لتداخلات تحسين في رفع مستوي جودة الخدمات المقدمة بالوحدات الصحية.

٥. تقديم المعلومات عن مدي رضاء المنتفعات بالخدمات المقدمة بالوحدات الصحية التي يدعمها مشروع تحسين.

٦. تقديم المعلومات عن دور الجمعيات الأهلية في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

٧. تقديم المعلومات عن دور القطاع الخاص في برنامج الصحة الإنجابية.

٨. تحديد الإيجابيات والتحديات والدروس المستفادة والتي يمكن علي أساسها زيادة كفاءة وفاعلية أنشطة المشروع.

طرق المتابعة والتقييم

تقوم عملية المتابعة والتقييم لمشروع تحسين باستخدام عدة طرق تستخدم جميعها لأغراض مختلفة:

١- متابعة أنشطة مشروع تحسين لقياس قدرة فريق العمل على استخدام الموارد لتنفيذ الأنشطة كما نصت عليها خطة المشروع: فعلي سبيل المثال عدد الدورات التدريبية التي تم تنفيذها بالنسبة لعدد الدورات المخططة، عدد المتدربين الذين حصلوا علي التدريب مقارنة بعدد الأفراد الذي نصت الخطة علي تدريبهم. وبذلك يمكن تصحيح مسار المشروع للوصول لمستوي آمن من الإنجازات، وتتضمن أنشطة المشروع التي تتم متابعتها أنشطة التدريب، الإحلال والتجديد للوحدات الصحية، الندوات الإعلامية وغيرها. وفي هذا الصدد يتم إعداد مؤشرات المتابعة process indicators ويتم أدراجها في التقارير الربع سنوية التي يصدرها المشروع.

٢- تقييم الأداء علي مستوي كل نشاط من خلال استخدام أدوات قياس قبلية وبعدية: فعلي سبيل المثال يتم إعداد مجموعة أسئلة يتم بها قياس المعرفة لدي المتدربين قبل التدريب ثم استخدام نفس أدوات القياس بعد التدريب للتعرف علي مدى الوصول إلى أهداف التدريب من ناحية توصيل معلومات معينة وتستخدم نتائج القياس القبلي والبعدي من قبل القائم بالنشاط مثل التدريب. حيث قد تؤدي نتائج تقييم الأداء إلى إعادة النظر والتعديل في المنهج التعليمي/ التدريبي، إضافة بعض المعلومات أو توضيحها أو تعديل في طريقة وبرنامج التدريب.

وينطبق ذلك علي الندوات الإعلامية حيث يتم قياس مستوي المعرفة قبل وبعد الندوة.

٣- تقييم البرامج المختلفة باستخدام بحوث العمليات وبحوث البرامج: مثال ذلك دراسة أداء المتدربين من مقدمي الخدمة قبل وبعد التدريب في الوحدات الصحية أو قياس معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد الولادة (خلال ٤٠ يوم من الولادة) كتقييم لبرنامج رعاية ما بعد الولادة.

٤- متابعة وتقييم مردود أنشطة المشروع علي وحدات تقديم الخدمة باستخدام بيانات إحصاءات الخدمة: وهنا يتم رصد البيانات المسجلة في سجلات الوحدات الصحية حيث أعداد وخصائص المترددات علي الخدمات المختلفة. ويتم إعداد تقرير ربع سنوي- وتستخدم هذه البيانات في إعداد تقارير تبين الاتجاهات علي فترة/ سلسلة زمنية معينة يمكن بها التعرف علي مردود أنشطة المشروع المختلفة علي حجم الخدمة المقدمة بالوحدة الصحية (عدد المترددات).

٥- متابعة وتقييم مردود أنشطة المشروع علي جودة الخدمة المقدمة بالوحدات الصحية: يتم استخدام نموذج مبسط يتم به تسجيل نتائج ملاحظة الأداء بالوحدات الصحية وكذلك مدى الالتزام بمعايير الجودة (وضع درجات) يتم بها معرفة مستوي جودة الخدمة المقدمة ومتابعته علي المدى الزمني.

٦- متابعة وتقييم مردود أنشطة المشروع علي رضاء المنتفعات بخدمات الوحدة الصحية: من خلال القابلات المقننة باستخدام استبيان بسيط يمكن التعرف به علي مستوي رضاء المنتفعات بالخدمة- ولوجه القوة ولوجه القصور من وجهة نظر المنتفعات باعتبارهن مشاركات في تقييم جودة الخدمة.

٧- متابعة وتقييم مردود أنشطة المشروع علي مستوي المعرفة والإتجاهات والسلوك والممارسة KABP في المجتمع المستهدف:
ويتم ذلك باستخدام اللقاءات المقننة مع الأسر المعيشية للتعرف علي مستوي المعرفة والاتجاهات والممارسة /والاستخدام للخدمات المختلفة التي قام المشروع بدعمها. ولقد استخدم طريقة "مناطق الاستشعار" حيث يتم اختيار مجتمعين في كل محافظة بطريقة العينة الاحتمالية- وإجراء اللقاءات مع حوالي ٥٠٠ أسرة معيشية بها سيدة متزوجة في سن الإنجاب.

٨- متابعة وتقييم دور الجمعيات الأهلية التي يدعمها المشروع في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية: ويتم ذلك بجمع بيانات عن المستفيدات بالخدمات التنموية واللاتي يشاركن في ندوات وخدمات المشورة في الصحة الإنجابية ويتم تحويلهن للوحدات الصحية لتلقي خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

٩- متابعة وتقييم برنامج القطاع الخاص: اسأل /استشير: من خلال المسح الشامل للعيادات الخاصة والصيدليات للتعرف علي توافر وسائل تنظيم الأسرة، والتغطية بتدريب الصيادلة والأطباء في برنامج اسأل استشير.

الخطوات التنفيذية للمتابعة والتقييم:

١. إعداد مؤشرات المتابعة والتقييم طبقا لأهداف المشروع.
٢. إعداد دليل مؤشرات المتابعة والتقييم والذي يضم مصدر البيانات، وطرق جمع البيانات، وتكرار جمع البيانات وأهمية البيانات.
٣. مناقشة العاملين علي المستوي المركزي والمحافظة لخطة المتابعة و التقييم
٤. إعداد أدوات جمع البيانات
٥. التدريب علي جمع البيانات
٦. جمع البيانات من الميدان (الوحدات الصحية) والمجتمع
٧. إدخال البيانات بالحاسب الآلي وإعداد البرنامج الإحصائي
٨. إعداد التقارير الدورية

رابعا: مؤشرات المتابعة والتقييم لمشروع تحسين

قام مشروع تحسين بإعداد مجموعة من المؤشرات التي يمكن استخدمها لقياس المردود المباشر لأنشطة المشروع (Outcome indicators)

١- الهدف / النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية.

١-١ عدد (نسبة السيدات) الصغيرات المتزوجات اللاتي استخدمن وسيلة تنظيم الأسرة بعد الطفل الأول.

طريقة الحساب:

عدد السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي يستخدمن حاليا أي وسيلة تنظيم أسرة ولديهن طفل واحد فقط

١٠٠ X

عدد السيدات المتزوجات في الفترة العمرية ١٥-٢٤ واللاتي لديهن طفل واحد فقط.

استخدام المؤشر:

يعكس المؤشر استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد الطفل الأول بين الشباب حديثي الزواج (في الفترة العمرية ١٥-٢٤) وبذلك يبين المؤشر مدي تبني مفهوم المباعدة بين فترات الحمل والولادة بين الشباب (أحد اهتمامات مشروع تحسين) والذين يتم دعمه من خلال مشروع تحسين عن طريق الإعلام والاتصال وتدريب مقدمي الخدمة.

علاقة المؤشر بمؤشرات أخري

زيادة في إعطاء صورة اعمق لهذا المؤشر يمكن المقارنة بينة وبين المؤشرات الأتية:

١-١-١ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي كان لديهن طفل واحد عند بدأ استخدام وسيلة تنظيم الأسرة الحديثة إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة اللاتي سبق لهن الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

١-١-٢ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ٢٥-٤٩ اللاتي كان لديهن طفل واحد عند بدأ استخدام وسيلة تنظيم الأسرة الحديثة إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ٢٥-٤٩ سنة واللاتي سبق لهن الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة

مؤشرات ١-١،١-١-١ يعكس الاستخدام الحالي (١-١) وبدأ الاستخدام (١-١-١) بين السيدات الصغيرات اللاتي لديهن طفل واحد وبالتالي فالمؤشرات حساسة لمدى تأثير البرنامج علي صغيرات السن لبدأ المباعدة بعد الطفل الأول. وحيث إن مؤشر ١-١-٢ يعرض الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بعد الطفل الأول ولكن بين فئة عمريه اكبر (٢٥-٤٩) فانه يمكن المقارنة بين جيلين من السيدات من حيث تبني فكرة بدأ الاستخدام بعد الطفل الأول.

بيانات المسح المكاني الصحي (٢٠٠٣)

معدلات الاستخدام الحالي للسيدات المتزوجات ١٥-١٩ (وسائل تنظيم أسرة حديثة) = ٢٣%

معدلات الاستخدام الحالي للسيدات المتزوجات ٢٠-٢٤ (وسائل تنظيم أسرة حديثة) = ٤٤%

معدلات الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة للسيدات اللاتي لديهن طفل واحد حاليا= ٤١،٧%

مصدر البيانات

المسح الصحي الدوري السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار

١- الهدف /النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية

١-٢ نسبة السيدات الصغيرات اللاتي ذكرن إنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزوجهن خلال الست شهور السابقة للمسح.

طريقة الحساب

عدد السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح

١٠٠ X _____

العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥ -٢٤

استخدام المؤشر

يعكس قدرة المشروع علي دعم دور الرجل والمرأة في برامج الصحة الإنجابية. حيث أن خلق الحوار حول تنظيم الأسرة بين الزوج وزوجته خاصة صغار السن والمتزوجين حديثا يعتبر خطوة هامة نحو الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة.

وتعتبر قضايا النوع(Gender Issues) من أحد التحديات التي تواجه برامج تنظيم الأسرة – لذلك فان قيام مشروع تحسين بجعل قضايا النوع جزءا أساسيا في كل استراتيجيات البرنامج من الخطوات الهامة في برامج الصحة الإنجابية.

بيانات المسح السكاني الصحي (٢٠٠٠)

مناقشة تنظيم الأسرة بين الأزواج

١٥-١٩ سنة = ٣٨%

٢٠-٢٤ سنة = ٤٩%

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى

١-٢-١ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (١٥-٢٤سنة) اللاتي ذكرن إنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (١٥-٢٤ سنة) اللاتي تم مقابلتهن في كل محافظة.

١-٢-٢ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية(٢٥- ٤٩ سنة) واللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (٢٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح في كلي محافظة.

وهذين المؤشرين يركزان علي عنصري المكان (باعتبار أن هناك اختلاف في الخصائص الثقافية والاجتماعية بين المحافظات المختلفة) لدراسة مدي استجابة المحافظات المختلفة لبرامج دعم دور الرجل في الصحة الإنجابية. وكذلك علي عنصر الزمن للمقارنة بين جيلين "جيل شباب" اقل من ٢٥ سنة وجيل اكبر سنا باعتبار أن إعداد جيل جديد قادر علي الحوار مع الزوج في تنظيم الأسرة من الأمور الهامة لاستمرارية البرنامج.

مصدر البيانات

المسح الصحي الدوري السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

١- الهدف / النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية

١-٣ نسبة المواليد للسيدات الصغيرات اللاتي سجلن مباعدة بين المواليد مدة ٣٦ شهرا فأكثر.

طريقة الحساب :

عدد المواليد (الطفل الثاني فأكثر) في فترة الخمس سنوات السابقة للمسح للسيدات في الفترة العمرية ٢٠-٢٩ سنة اللاتي سجلن مباعدة بين الولادتين ٣٦ شهرا فأكثر

١٠٠ X _____

عدد المواليد (الطفل الثاني فأكثر) في فترة الخمس سنوات السابقة للمسح للسيدات في الفترة العمرية ٢٠-٢٩ سنة

(يتم سؤال السيدة عن المواليد في الخمس سنوات السابقة للمسح وأعمار الأطفال حاليا ثم يتم حساب الفرق في العمر بين المواليد)

استخدام المؤشر

يتبنى مشروع تحسين مبادرة المباعدة بين فترات الولادة مدة ٣-٥ سنوات وذلك لوجود دلائل علمية وطبية علي أهمية المباعدة لتلك الفترة علي تحسين صحة الأم والطفل. ويعتبر المؤشر حساسا ومستجيبا للتدخلات التي تحدث في وقت قصير – فعلي سبيل المثال إذا تعرضت السيدة التي تستخدم وسيلة منع الحمل بعد ولادة طفلها الأول أو الثاني مثلا لمعلومة عن المباعدة ٣-٥ سنوات فإنها ستستمر في الاستخدام للوسيلة لمدة سنتين علي الأقل وتستعد للحمل بعد ذلك لتكون المباعدة بين الولادات فترة ٣ سنوات تقريبا.

وهذا المؤشر يحتاج المتابعة علي فترات متباعدة لمدة سنوات لقياس تأثير تداخلات المشروع

علاقة المؤشر بالمؤشرات أخري

١-٣-١ نسبة المواليد في فترة خمس سنوات قبل المسح للسيدات المتزوجات في المرحلة العمرية ٢٠-٢٩ واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٣٦ شهر فأكثر إلى العدد الكي للمواليد في خمس سنوات السابقة للمسح للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ طبقا للمحافظة.

١-٣-٢ نسبة المواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات المتزوجات في المرحلة العمرية ٢٠-٢٩ واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٢٤-٣٥ شهرا إلى العدد الكلي للمواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩

١-٣-٣ نسبة المواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية (٣٠-٤٩) واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٣٦ شهرا فأكثر إلى العدد الكلي للمواليد في فترة خمس سنوات قبل المسح للسيدات في الفئة العمرية ٣٠-٤٩

وتعكس هذه المؤشرات السلوك الإيجابي والخاص بالمباعدة بين فترات الولادة والتي قد تتراوح بين ٢-٣ سنوات أو ثلاث سنوات واكثر – وهذا السلوك قد يختلف من محافظة لأخرى وكذلك بين الأجيال المختلفة

نتائج المسح الصحي ٢٠٠٠

نسبة المواليد للسيدات ١٥-١٩ واللاتي سجلن مباعدة ٣٦ شهر فأكثر – ٩%

نسبة المواليد للسيدات ٢٠-٢٩ واللاتي سجلن المباعدة ٣٦ شهر فأكثر =٣٢%

مصدر البيانات

المسح الصحي الدوري السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

30

١- الهدف / النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية:

١-٤ نسبة المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية المقدمة في عيادات وزارة الصحة والذين تقل أعمارهن عن ٢٥ سنة إلى العدد الكلي للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

طريقة الحساب

عدد المنتفعات (جدد ومترددات) بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وبعيادات وزارة الصحة والسكان واللاتي تقل أعمارهن عن ٢٥ سنة خلال ربع سنة

١٠٠ X _____

العدد الكلي للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بعيادات وزارة الصحة والسكان خلال نفس الربع

استخدام المؤشر:

تمثل السيدات المتزوجات في الفترة العمرية ١٥-٢٤ حوالي ١٨% من السيدات المتزوجات في سن الإنجاب ١٥-٤٩. فإذا كانت الوحدة الصحية الريفية هي المصدر الرئيسي للخدمات الصحية لهذه الفئة من السيدات فمن المتوقع إن توزيع المنتفعات طبقا لفئات السن يكون مطابقا للتوزيع حسب فئات السن في المجتمع المستهدف. ولقد بينت بيانات وزارة الصحة ٢٠٠٢ إن هذا المؤشر قد وصل إلى ٢٠% علي مستوي الجمهورية، ١٩% في الوحدات الصحية بالوجه القبلي، ١٥% في محافظة المنيا.

وجدير بالذكر إن المراكز الصحية التابعة لجمعية تحسين الخدمات قد سجلت لهذا المؤشر نسبة ٣٧% أي إن هذه المراكز قادرة علي جذب الشباب من المنتفعات وذلك في المناطق الحضرية حيث تتعدد مصادر الخدمة الصحية.

وإذا كانت برامج تحسين تعمل علي زيادة إقبال الشباب من السيدات علي خدمات الوحدات الصحية فان المستهدف هو أن تصل النسبة لهذا المؤشر إلى ١٨% (في المناطق الريفية) تقريبا.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

إن هناك تباينات في قدرة الوحدات الصحية علي اجتذاب الشباب من المنتفعات وبذلك يمكن تحليل هذا المؤشر علي مستوي المحافظات والوحدات المختلفة لتحديد المجتمعات التي تحتاج إلى مجهود اكثر لجذب الشباب لاستخدام الخدمات الصحية.

مصدر البيانات:

إحصاءات الخدمة بالوحدات الصحية الريفية والتي يتم إرسالها إلى الإدارات الصحية بالمحافظات ثم الإدارة المركزية بوزارة الصحة والسكان.

31

١- الهدف /النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية

١-٥ نسبة المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بوحدات وزارة الصحة والسكان واللاتي لديهن أقل من ٣ أطفال أحياء إلى العدد الكلي للمنتفعات.

طريقة الحساب

عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بعيادات وزارة الصحة والسكان واللاتي لديهن اقل من ٣ أطفال أحياء خلال ربع سنة

١٠٠ X

العدد الكلي للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بعيادات وزارة الصحة خلال نفس الربع

استخدام المؤشر

يهتم هذا المؤشر بقياس قدرة برنامج تحسين علي جذب السيدات صغيرات السن خاصة في الفترة الأولى من مرحلة الإنجاب حيث يكون لدى السيدة اقل من ٣ أطفال – لتلقي خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية – باعتبارها انسب فترة في حياة المرأة الإنجابية لاستخدام وسيلة للمباعدة أو للرغبة في التوقف عن الإنجاب والاكتفاء بعدد مناسب من الأطفال.

ومن واقع بيانات وزارة الصحة عام ٢٠٠٢ وجد إن قيمة هذا المؤشر ٣٦% علي المستوي القومي، ٢٨ % في محافظات الوجه القبلي . وتختلف قيمة هذا المؤشر من محافظة إلى أخري طبقا لنمط الإنجاب ومدى التأثر بتدخلات المشروع لجذب السيدات اللاتي لديهن اقل من ٣ أطفال.

مصدر البيانات

إحصاءات الخدمة بالوحدات الصحية الريفية والتي يتم إرسالها إلى الإدارة الصحية بالمحافظات ثم الإدارة المركزية بوزارة الصحة والسكان.

٢ -الهدف / النتيجة المتوقعة زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي المعلومة والخدمة.

٢-١ نسبة السيدات اللاتي لديهن معرفة عن الصحة الإنجابية.

طريقة الحساب:

عدد السيدات اللاتي ذكرن إنهن يعرفن عن مكونات الصحة الإنجابية

_____ X ١٠٠

عدد السيدات اللاتي تم مقابلتهن في المجتمعات التي يعمل بها مشروع تحسين

مكونات الصحة الإنجابية التي يتم السؤال عنها:

الزواج المبكر، المشورة للمقبلين علي الزواج، تنظيم الأسرة، رعاية الحمل، الولادة الأمنة، المباعدة بين فترات الحمل، التهابات الجهاز التناسلي، الأمراض المنقولة جنسيا، رعاية ما بعد الولادة، رعاية ما بعد الإجهاض.

يمكن إعداد مؤشرات منفصلة لها للتعرف علي المعلومات الأكثر والأقل انتشارا.

استخدام المؤشر

يتم توصيل المعلومات عن مكونات الصحة الإنجابية في المجتمعات المستهدفة بعدة طرق مثل الندوات واللقاءات الشخصية وغيرها. وهذا المؤشر يساعد في التوصل إلى مدى انتشار المعلومات، كفاءة برامج الإعلام والتعليم والاتصال واستراتيجياتها، وكيف يمكن تعديل البرامج للوصول إلى نتائج افضل.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى

٢-١-١ نسبة السيدات اللاتي لديهن معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لمصدر المعلومة.

٢-١-٢ نسبة السيدات اللاتي لديهن معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لفئات السن (أقل من ٢٥/ ٢٥ سنة فأكثر)

٢-١-٣ نسبة الأزواج الذين لديهم معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لمصدر المعلومة.

ويعتبر مصدر المعلومة من المؤشرات الهامة التي تساعد مدير البرنامج في تحديد المصدر الأكثر فاعلية وتأثيرا في المجتمع. وتوضح المؤشرات أيضا مدى وصول المعلومة للسيدات في الأعمار المختلفة خاصة صغيرات السن كما تهتم بعنصر مساهمة الرجال في تنظيم الأسرة(قضايا النوع) حيث تبين مدى حصول الأزواج علي المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستشعار

٢- الهدف / النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات لحصول علي المعلومة والخدمة

٢-٢ نسبة السيدات اللاتي ذكرن انهن قد زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح

طريقة الحساب:

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي ذكرن انهن زرن أي نوع من منافذ تقديم الخدمة (حكومي، أهلي، خاص) للحصول علي أي خدمات صحية مثل تنظيم الأسرة/ رعاية الحمل، الولادة، ما بعد الولادة، ما بعد الإجهاض، علاج التهابات الجهاز التناسلي، عيادة خارجية، خلال العام السابق للمسح.

١٠٠ x _____

عدد السيدات (١٥-٤٩) التي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين

استخدام المؤشر:

يتضمن مشروع تحسين دعم دور الرجل في مجال الصحة الإنجابية وكذلك تذليل العقبات التي تواجه المرأة للحصول علي المعرفة والخدمة الصحية من خلال برامج مكثفة للإعلام، وكذلك تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية الريفية. وعلي ذلك فانه من المتوقع أن تزيد نسبة السيدات المتلقيات لخدمات الصحة الإنجابية.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٢-٢-١ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للحالة التعليمية (متعلمات/ غير متعلمات).

٢-٢-٢ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للحالة العملية(تعمل بأجر / تعمل بدون أجر).

٢-٢-٣ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للفئة العمرية (أقل من ٢٥/٢٥ فأكثر).

يعتبر مشروع تحسين أن السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي الخدمة الصحية من السيدات صغيرات السن، اللاتي لا يعملن بأجر، والسيدات صغيرات السن. فإذا بين المسح الدوري أن هناك تزايد في نسبة السيدات(التي تعاني من تلك التحديات) اللاتي يحصلن علي الخدمة الصحية - فهذا يعني تقدما في تحقيق أهداف المشروع.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٢- الهدف/النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي المعلومة والخدمة.

٢-٣ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩سنة) اللاتي ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن

طريقة الحساب:

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩سنة) اللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح

١٠٠ x _____

العدد الكلي للسيدات المتزوجات(١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح

استخدام المؤشر:

يعمل مشروع تحسين من خلال عدة محاور رئيسية يكون فيها دعم دور المرأة والرجل في الصحة الإنجابية جزءا أساسيا في كل الأنشطة. وكذلك بالتعاون مع الهيئات الأخرى التي لها نفس الاهتمامات مثل المجلس القومي للمرأة والمجلس القومي للأمومة والطفولة والجمعيات الأهلية ووزارة الصحة والسكان. ومن المتوقع أن تزيد نسبة السيدات اللاتي يناقشن أزواجهن في الموضوعات الخاصة بتنظيم الأسرة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٢-٣-١ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩سنة) والمستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح.

٢-٣-٢ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩سنة) والغير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح.

تبين هذه المؤشرات أهمية مناقشة تنظيم الأسرة مع الأزواج باعتبارها خطوة أساسية لبدء الاستخدام والاستمرارية في الاستخدام.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستشعار.

٢- الهدف / النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

٢-٤ معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي يعمل بها مشروع تحسين.

طريقة الحساب

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي يستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة

_____ X ١٠٠

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح

استخدام المؤشر:

يهدف مشروع تحسين إلى مساعدة الحكومة المصرية للوصول إلى مستوي خصوبة طفلين لكل سيدة في سن الإنجاب بحلول عام ٢٠١٧، هذا يتطلب الوصول إلى معدلات استخدام لوسائل تنظيم الأسرة حوالي ٧٠%

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي يعمل بها مشروع تحسين طبقا لتوليفة الوسائل، وهذا المؤشر يبين الوسائل الأكثر استخداما في مناطق المشروع.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار

٢- الهدف/ النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول على المعلومات والخدمة الصحية.

٢-٥ نسبة السيدات اللاتي قامت الرائدة الريفية بزيارتهن.

طريقة الحساب

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي ذكرن أن الرائدة الريفية قامت بزيارتهن خلال الستة شهور السابقة للمسح

١٠٠ x _____

عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح

الرائدة الريفية يمكن أن تكون تابعة لوزارة الصحة ، الجمعيات الأهلية أو الجمعيات الزراعية وكلهن يتم تدريبهن من خلال مشروع تحسين.

استخدام المؤشر:

قيام الرائدة الريفية بزيارة السيدات بالمنزل من المؤشرات الهامة التي تدل على قدرة المشروع في توصيل المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية من خلال الاتصال الشخصي الذي تقوم به الرائدة الريفية باعتبار الرائدة الريفية من الموارد البشرية الهامة والقادرة على توصيل المعلومة الصحيحة عن الصحة الإنجابية خلال الزيارات المنزلية.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٢-٥-١ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا للفئة العمرية (أقل من ٢٥ سنة ، ٢٥ سنة فأكثر)

٢-٥-٢ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا للحالة التعليمية (متعلمة ، غير متعلمة)

٢-٥-٣ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا للحالة العملية (تعمل بأجر ، تعمل بدون أجر)

٢-٥-٤ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لعدد الأبناء (أقل من ٣ أبناء ، ٣ أبناء فأكثر)

٢-٥-٥ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لحالة الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة (مستخدمات ، غير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة)

٢-٥-٦ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة وقامت بتحويلهن إلى عيادات تنظيم الأسرة إلى العدد الكلى للسيدات اللاتي زارتهن الرائدة.

٢-٥-٧ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لرؤيتهن لأداء الرائدة (راضيات، غير راضيات عن أداء الرائدة)

يتبين من مجموعة المؤشرات السابقة أن تقييم أداء الرائدة لا يعتمد على تغطية السيدات في القرية بالزيارات (هذا يطلق عليه كفاءة الأداء). ولكن فاعلية الأداء يمكن قياسها بالتعرف على تركيز الرائدة في زياراتها على السيدات الأكثر احتياجا للمعرفة وخدمات الصحة الإنجابية مثل السيدات الصغيرات في السن ، الغير متعلمات ، اللاتي يعملن بدون أجر مادي ، اللاتي لديهن أقل من ٣ أطفال ، الغير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة.

ولما كان الهدف العام لوزارة الصحة هو زيادة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة فإن قيام الرائدة بتحويل السيدات إلى عيادات تنظيم الأسرة من أهم نتائج زيارة الرائدة للسيدة. وبذلك يصبح برنامج الرائدة قادرا على المساهمة في تحقيق الهدف العام للبرنامج القومي لتنظيم الأسرة.

والمؤشر الخاص بمدى رضاء السيدات عن أداء الرائدة الريفية يعتبر مؤشرا هاما لاختبار وتقييم أداء الرائدة في عمليات الاتصال والإقناع بالطريقة التي يتقبلها المجتمع ويرضى عنها.

ويتأثر هذا المؤشر بعدة محددات منها شخصية الرائدة ، كيفية اختيار الرائدة من قبل القائمين على برنامج الرائدات وكذلك عمليات التدريب التي تعد الرائدة للقيام بمهامها في عمليات الاتصال. وعلى الجانب الآخر قد يتأثر هذا المؤشر بخصائص المجتمع المستهدف الذي قد يتقبل أو لا يتقبل زيارة الرائدة بوجه عام للسيدات في المنزل.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستشعار

يمكن لوزارة الصحة والسكان / قطاع السكان إعداد بعضا من هذه المؤشرات من خلال برنامج الرائدات الريفيات.

37

٢- الهدف/ النتيجة المتوقعة: زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول على المعلومة والخدمات.

٢-٦ نسبة السيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية والتي تنفذ من خلال الجمعيات الأهلية وغيرها (محو الأمية والقروض الصغيرة) واللاتي حصلن على المشورة في تنظيم الأسرة.

طريقة الحساب:

عدد السيدات اللاتي ذكرن أنهن يشاركن في برامج التنمية وحصلن على المشورة في تنظيم الأسرة

_____ x ١٠٠

عدد السيدات اللاتي ذكرن أنهن يشاركن في برامج التنمية وتم مقابلتهم أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين.

يهتم هذا المؤشر بمدى قدرة القائمين على البرامج السكانية مثل مشروع تحسين في تكامل برامج تنظيم الأسرة مع برامج التنمية الموجهة للسيدات بالقرية مثل برامج محو الأمية والقروض الصغيرة وبرامج التوعية الصحية مثل الندوات. وهذه البرامج قد تكون منفذة من خلال الجمعيات الأهلي ، الجمعيات الزراعية أو نوادي المرأة حيث أن مشاركة المرأة في برامج التنمية تساهم في دعم برامج تنظيم الأسرة من خلال:

- تحسين الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمرأة مما يؤثر على سلوكها الإنجابي.
- تعرض المرأة المشاركة في هذه البرامج إلى برامج التوعية والمشورة في تنظيم الأسرة والتي يتضمنها بعض هذه البرامج.

استخدام المؤشر

من خلال هذا المؤشر يمكن التعرف على مدى قدرة برامج تنظيم الأسرة في استثمار برامج التنمية للوصول إلى السيدات بالمشورة في تنظيم الأسرة وبذلك يمكن للعاملين في برامج تنظيم الأسرة في التعرف على برامج التنمية المتاحة حاليا من خلال الجمعيات الأهلية وغيرها لعقد ندوات عن تنظيم الأسرة وعمل المشورة في تنظيم الأسرة "مشورة جماعية أو فردية".

ويقصد بالمشورة هنا هو مشاركة السيدة في النقاش مع مقدمي خدمات تنظيم الأسرة طبيب أو ممرضة أو رائدة أثناء مشاركتها في برامج التنمية (فصول محو الأمية ، التدريب المهني بالجمعيات الأهلية أو نوادي المرأة)

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٢-٦-١ نسبة السيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية وحصلن على المشورة في تنظيم الأسرة طبقا لنوع برامج التنمية (محو الأمية ، القروض الصغيرة ، التدريب المهني ، التوعية الصحية ، التوعية الزراعية)

٢-٦-٢ نسبة السيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية وتم تحويلهن إلى الوحدات الصحية للحصول على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

يعتبر زيادة استخدام خدمات الصحة الإنجابية من أهم أهداف تكامل برامج الصحة الإنجابية مع برامج التنمية. ولتقييم مدى الوصول إلى هذا الهدف

يتم تحديد نوع برنامج التنمية الذي تم استثماره بشكل أفضل لتقديم خدمة المشورة في تنظيم الأسرة وكذلك التحويل إلى عيادات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية – وبذلك يمكن لمتخذي القرار وضع الاستراتيجيات التي تحسن استثمار برامج التنمية لزيادة استخدام خدمات تنظيم الأسرة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

يمكن لوزارة الصحة والسكان استخدام بعض هذه المؤشرات في برنامج نوادي المرأة وبرنامج العشوائيات. كما يمكن تطويع هذه المؤشرات ليتم استخدامها اعتمادا على بيانات إحصاءات الخدمة التي تستخدم في نوادي المرأة أو الجمعيات الأهلية وبذلك يمكن الحصول علي نتائج هذه المؤشرات على فترات متقاربة.

٣ – الهدف/ النتيجة المتوقعة: حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة وعلي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

٣-١ نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم علي رعاية ما بعد الولادة خلال الأربعين يوم بعد الولادة.

طريقة الحساب:

عدد المواليد خلال العام السابق للمسح الذين حصلت أمهاتهم علي خدمات ما بعد الولادة

١٠٠ x _____

العدد الكلي للمواليد خلال العام السابق للمسح

ويقصد بخدمات ما بعد الولادة هو تلقي الأم الخدمة الطبية (فحص طبي للتأكد من خلوها من المشاكل الصحية والتي قد تحدث بعد الولادة مثل النزيف وحمي النفاس أو التهابات الثدي وغيرها، وكذلك فحص المولود للتأكد من سلامته وقدرته علي الرضاعة).

والمؤشر هنا يهتم بالمواليد التي حدثت خلال العام السابق للمسح (وهنا يختلف عن نفس المؤشر والذي يستخدمه المسح السكاني الصحي والذي يركز علي المواليد في الخمس سنوات السابقة للمسح)
وهنا يتعرض المؤشر إلى صغر عدد المواليد خلال عام سابق للمسح ، وهنا يمكن التعبير عن المؤشر باستخدام الأعداد المطلقة أو النسبية.

واستخدام سنة واحدة فقط كمدة زمنية لحصر المواليد – يزيد من المؤشر حساسية لتداخلات المشروع في فترة وجيزة.

استخدام المؤشر:

يستخدم المؤشر لقياس مدى اهتمام برامج الصحة الإنجابية بالسيدات في الأوقات الأكثر احتياجا للخدمة مثل فترة ما بعد الولادة. ويبين أيضا مدي الوصول بالخدمات الصحية لتلك الفئة من السيدات واللاتي يحتجن خدمات صحية وخدمات تنظيم الأسرة للمباعدة بين المواليد.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٣-١-١ نسبة المواليد خلال العام السابق للمسح التي تمت في المنشآت صحية والذين حصلت أمهاتهم علي خدمات ما بعد الولادة خلال الأربعين يوم بعد الولادة إلى العدد الكلي للمواليد التي تمت في منشأة صحية خلال العام السابق للمسح.

٣-١-٢ نسبة المواليد خلال العام السابق للمسح التي تمت في المنزل والذين حصلت أمهاتهم علي خدمات ما بعد الولادة خلال الأربعين يوم بعد الولادة إلى العدد الكلي للمواليد التي تمت في المنازل خلال العام السابق للمسح

وهذه المؤشرات تعكس إلى أي مدى يتم تقديم خدمة ما بعد الولادة للسيدات سواء تمت الولادة بالمنزل أو في منشأه صحية.

هذا المؤشر يوفر المعلومة لمتخذي القرار ومخططي البرامج من أجل استثمار الوضع القائم(الولادة بالمنشأة صحية أو الولادة بالمنزل) لتوجيه برامج التدريب لمقدمي الخدمة لتوجيه السيدات اللاتي يضعن مواليدهن بالمستشفيات إلى أهمية الكشف الطبي بعد الولادة. وفي حالة الولادة بالمنزل – يتم توجيه الرائدات والممرضات إلى عمل زيارات النفاس لتقديم الخدمة الصحية بالمنازل.
وهذا المؤشر يساعد برامج تنظيم الأسرة في توجيه الخدمات الخاصة باستخدام خدمات تنظيم الأسرة بعد الولادة طبقا لنمط استخدام المنشآت الصحية أو المنزل في حالة الولادة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٣- الهدف/النتيجة المتوقعة: حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة وعلي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

٣-٢ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي المشورة في تنظيم الأسرة خلال ٤٠ يوم بعد الولادة.

طريقة الحساب:

عدد السيدات اللاتي وضعن في العام السابق للمسح وحصلن علي المشورة في تنظيم الأسرة.

١٠٠x _____

العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن خلال العام السابق للمسح

ويقصد بالمشورة في تنظيم الأسرة أن السيدة قد حدثها مقدم الخدمة (طبيب أو ممرضة) بالوحدة أو المستشفي عن تنظيم الأسرة وجرى نقاش في هذا الموضوع، أو أن الرائدة أو الممرضة زارتها في المنزل أثناء النفاس وتحدثت معها عن تنظيم الأسرة.

استخدام المؤشر:

يعبر المؤشر عن مدى تكامل خدمات تنظيم الأسرة مع برنامج الأمومة الأمنة وتقديم خدمة تنظيم الأسرة في فترة ما بعد الولادة – وبالنسبة لتنظيم الأسرة- فان المؤشر يعبر عن مدى قدرة البرنامج في الوصول إلي السيدات المعرضات لعوامل الخطورة إذا لم يتم استخدام وسيلة تنظيم الأسرة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٣-٢-١ نسبة السيدات اللاتي وضعن في العام السابق للمسح في أحد المنشآت الصحية وتلقين المشورة في تنظيم الأسرة خلال الأربعين يوم بعد الولادة إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن بالمنشآت الصحية خلال العام السابق للمسح.

٣-٢-٢ نسبة السيدات اللاتي وضعن في العام السابق للمسح في المنزل وتلقين المشورة في تنظيم الأسرة خلال الأربعين يوم بعد الولادة إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن في المنزل خلال العام السابق للمسح.

وهنا تهتم المؤشرات بمكان الولادة حيث أن السيدات اللاتي يضعن في المنشآت الصحية يكن لديهن فرصة للحصول علي المشورة في تنظيم الأسرة بعد الولادة من الفريق الطبي المدرب. أي انه إذا حدث قصور في تقديم المشورة في تنظيم الأسرة بعد الولادة فهذا يعني تقصير فريق العمل بالمنشآت الصحية في تقديم تلك الخدمة وعدم الالتزام بالتكامل بين خدمات تنظيم الأسرة والأمومة الأمنة.

أما عدم حصول السيدة التي تضع في المنزل علي خدمات المشورة في تنظيم الأسرة والتي تقدم عادة من خلال الزيارات المنزلية التي تقوم بها الممرضة – فهذا يعني القصور من قبل الوحدات الصحية في الاهتمام ببرنامج زيارات النفاس والاهتمام بتقديم خدمة المشورة في تنظيم الأسرة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٣- الهدف/النتيجة المتوقعة: حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة وعلي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

٣-٣ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمات ما بعد الإجهاض.

طريقة الحساب:

عدد السيدات اللاتي حصلن علي خدمة ما بعد الإجهاض في المستشفي خلال العام السابق للمسح

_____ x ١٠٠

عدد السيدات اللاتي ذكرن انه قد حدث لهن إجهاض خلال العام السابق للمسح

يقصد بالإجهاض هنا هو خروج كل مكونات الحمل خلال ٢٨ أسبوع من الحمل. وتوجه السيدة إلى المستشفي للحصول علي خدمة ما بعد الإجهاض يساعد علي منع المضاعفات التي قد تحدث نتيجة للإجهاض مثل النزيف أو حدوث حمي النفاس نتيجة لالتهابات الجهاز التناسلي.

استخدام المؤشر:

يهتم مشروع تحسين بخدمات رعاية ما بعد الإجهاض باعتبارها من الخدمات الطارئة والهامة في برنامج الصحة الإنجابية. ويعمل مشروع تحسين علي مستوي المجتمع حيث التوعية بأهمية التوجه إلى المستشفي في حالة حدوث الإجهاض. وكذلك علي مستوي منافذ تقديم الخدمة – حيث يتم تدريب مقدمي الخدمة في خدمات الرعاية بعد الإجهاض.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٣-٣-١ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض والمشورة في تنظيم الأسرة إلى السيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض خلال العام السابق للمسح.

٣-٣-٢ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض والتحويل إلى عيادات تنظيم الأسرة للحصول علي وسيلة منع الحمل إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض خلال العام السابق للمسح.

يتضح من المؤشرات السابقة إنها تهتم بقياس تكامل خدمات تنظيم الأسرة مع خدمات رعاية ما بعد الإجهاض من خلال تقديم المشورة والإحالة للحصول علي وسيلة تنظيم الأسرة. وهنا يتم قياس قدرة مشروع تحسين علي خلق التعاون والتنسيق بين ثلاث قطاعات: القطاع العلاجي بالمستشفيات، قطاع تنظيم الأسرة، وقطاع رعاية الأمومة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٤- الهدف/ النتيجة المتوقعة: تحسين جودة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

٤-١ عدد وحدات وزارة الصحة والسكان التي تعمل طبقا لمعايير جودة الخدمات المتكاملة.

طريقة الحساب:

عدد الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والسكان والتي حصلت علي تقدير ١٠٠%طبقا لمعايير الجودة للخدمات المتكاملة التي أعدتها وحدة المتابعة والتقييم /مشروع تحسين

قام مشروع تحسين بإعداد قائمة لمعايير جودة الخدمات المتكاملة بوحدات وزارة الصحة والسكان لكي يستخدمها فريق الإشراف بالإدارة الصحية عند القيام بالزيارات الإشرافية للوحدات الصحية كل ٣ شهور. وهذه القائمة تسمح بوضع تقديرات / درجات لكل وحدة صحية. وتختلف هذه القائمة عن القائمة التي كانت تستخدم سابقا في إنها تراعي ما يلي:

١- تقييم الوحدة الصحية بدلا من أن يقتصر التقييم علي عيادة تنظيم الأسرة.

٢- تقييم أداء العاملين بالوحدة لخدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة بدلا من خدمات تنظيم الأسرة فقط.

استخدام المؤشر:

يعتبر تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية من أهم المقومات التي تعمل علي زيادة الطلب علي الخدمة. وقائمة معايير تقديم الخدمة تراعي عدة عناصر منها توافر الإمكانات اللازمة لتقديم الخدمة، توفير البيئة الصحية للعمل بالوحدة، توافر الوسائل (تنظيم الأسرة) والأدوية، وجود السجلات، التزام الطبيب وفريق العمل بالوحدة، أداء فريق العمل في خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة.طبقا لمعايير تقديم الخدمة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

٤-١-١ عدد وحدات وزارة الصحة والسكان التي حصلت علي تقدير ١٠٠% طبقا لقائمة جودة الخدمة المتكاملة التي أعدها مشروع تحسين طبقا للمحافظة.

٤-١-٢ نسبة المنتفعات بخدمات الوحدة الصحية اللاتي أعربن عن رضائهن عن خدمات الوحدة الصحية المتكاملة، والتي تقدم بوحدات وزارة الصحة والسكان التي يدعمها مشروع تحسين. (وذلك أثناء المقابلة الشخصية المقننة لعدد ٢٥ منتفعة كل ٣ شهور بعد تلقيهن الخدمة الصحية)

وهذه المؤشرات تعكس مدى انتشار الوحدات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية المتكاملة ذات الجودة العالية بين المحافظات. وتعكس أيضا رؤية السيدات المنتفعات بالخدمات الصحية المتكاملة باعتبارهن شريك هام والمستفيد الأول من تطوير جودة الخدمة.

وبالنسبة للمؤشر الأخير هناك قائمة بمجموعة من الأسئلة حيث سؤال السيدة بعد تلقيها الخدمة لتعرب عن رؤيتها عن الخدمة المقدمة ليكون عملية المتابعة والتقييم للوحدات مستندا علي بيانات وزارة الصحة علي المستوي القومي. ويقوم مشروع تحسين(في بعض الوحدات) بإعداد تقارير الجودة في الفترة الأولي إلى أن يتم العمل بنظام الإشراف عمل الخدمات المتكاملة والذي تقوم به وزارة الصحة والسكان.

ويلاحظ أن عرض البيانات عن جودة الخدمة يمكن أن يأخذ عدة صور:

- وحدات حصلت علي اقل من ٧٥% وتحتاج إلى مجهود كبير للتعرف علي أسباب القصور بمراجعة القائمة ومعرفة العناصر التي تحتاج إلى تدخل.
- وحدات حصلت علي اقل من ٧٥% - ٨٥ % وتحتاج إلى مجهود اقل.
- وحدات حصلت علي ٨٥% - ١٠٠%وهنا تستوجب الاتصال بالمسئولين بالمحافظة لمعرفة أسباب النجاح.
- أما استمارة رضاء المنتفعة فيمكن وضع تقديرات (من ٣٠ درجة)
  - ١٨/٣٠ راضيات بدرجة مقبولة.
  - ١٩/٢٤ راضيات بدرجة كبيرة
  - ٢٥+ راضيات جداً

<u>مصدر البيانات:</u>

تقارير الزيارات الإشرافية لوحدات مشروع تحسين- كل ربع سنة في الوحدات التي يدعمها المشروع – ثم بعد ذلك تقارير الزيارات الإشرافية التي يقوم بها فريق الإدارة للوحدات الصحية – أثناء زيارات الإشراف المتكاملة.

٥- الهدف/ النتيجة المتوقعة: تقوية التكامل مع البرامج التي تعمل لتحقيق الهدف الاستراتيجي الخاص بصحة الأسرة.

٥-١ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن أو أحد أعضاء أسرهن قد حصلن علي اكثر من خدمة صحية أثناء زيارتهن الأخيرة للوحدة الصحية والتي تمت أثناء السنة السابقة للمسح.

طريقة الحساب:

عدد السيدات اللاتي ذكرن أنهن / أو أحد أعضاء أسرهن قد حصل علي اكثر من خدمة صحية أثناء زيارتهم الأخيرة للوحدة الصحية والتي تمت خلال السنة السابقة للمسح.

١٠٠x _____

عدد السيدات اللاتي ذكرن إنهن / أو أحد أعضاء أسرهن قد حصلن علي خدمات الوحدة الصحية أثناء السنة السابقة للمسح.

ويقصد هنا الحصول علي اكثر من خدمة أثناء زيارة واحدة للوحدة الصحية هو قياس قدرة الوحدة الصحية علي تقديم خدمة متكاملة للمنتفعات حيث الاستفادة بتوافر الخدمات المقدمة للسيدة وللأسرة أثناء الزيارة الواحدة للوحدة الصحية، وهذه الخدمات تشمل رعاية الأمومة، التثقيف الصحي، تنظيم الأسرة، التطعيم، رعاية الطفل، كشف النساء، علاج التهابات الجهاز التناسلي، الكشف طبي العام.

استخدام المؤشر:

يعتبر هذا المؤشر مقياسا لمدى التطبيق للاستخدام للخدمات المتكاملة بين السيدات وأسرهن في المجتمع. ولتطبيق هذا النظام لابد من وعى الفريق الطبي بذلك عن طريق التوجيه والإعلام للسيدات عن تواجد الخدمات المختلفة بالوحدة الصحية، و كذلك وعي السيدات بأهمية الاستفادة من الخدمات المقدمة. وبذلك يكون المشروع قد ساهم مع المشروعات الأخرى والخاصة بالأمومة الآمنة والاتصال من اجل صحة الأسرة في تقديم الخدمة للأسرة مع زيادة الفاعلية والإقلال من التكلفة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

لدعم المؤشر السابق بمؤشرات أخرى تعمل علي تقييم دور الوحدة في تقديم الخدمة من وجهة نظر السيدات في المجتمع هناك عدة مؤشرات أخرى:

١-٥-١ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصلن علي الخدمات الصحية من الوحدة الصحية الريفية أثناء العام السابق للمسح إلى العدد الكلي للسيدات التي تمت مقابلتهن أثناء المسح.

١-٥-٢ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصلن علي خدمات الوحدة الصحية الريفية أثناء العام السابق للمسح وإنهن راضيات عن الخدمة الصحية المقدمة بالوحدة إلى العدد الكلي السيدات اللاتي زرن الوحدة في العام السابق للمسح.

١-٥-٣ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصلن علي خدمات الوحدة الصحية الريفية أثناء العام السابق للمسح وأنهن راضيات عن الخدمة الصحية المقدمة بالوحدة طبقا لاسباب الرضا.

١-٥-٤ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن / أو أحد أفراد أسرهن لم يزرن الوحدة الصحية خلال العام السابق للمسح و أسباب عدم زيارة الوحدة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٥- الهدف/ النتيجة المتوقعة: تقوية التكامل مع البرامج التي تعمل لتحقيق الهدف الاستراتيجي الخاص بصحة الأسرة.

٥-٢ متوسط عدد المترددات الشهري لوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة لكل وحدة صحية.

طريقة الحساب:

العدد الكلي المترددين علي الخدمات الصحية الريفية خلال الربع سنة لكل وحدة صحية.

٣

يشمل العدد الكلي المترددين: كل المترددين علي خدمات تنظيم الأسرة، رعاية الحمل، الأطفال الأصحاء، الأطفال المرضي، العيادات الخارجية.

استخدام المؤشر:

يعبر المؤشر عن قياس حجم الخدمة المقدمة من الوحدات التي تم تطويرها وإعداد فريق العمل بها ليعمل بنظام تكامل الخدمة – باعتبار أن الخدمة المتكاملة يكون من هدفها زيادة الاستخدام لخدمات الوحدة المختلفة – ومتابعة حجم المقبلين علي الخدمة قبل وبعد أحداث عملية تكامل الخدمات يمكن من قياس نسبة الزيادة في معدلات الاستخدام نتيجة لزيادة الفرص لعرض وتقديم اكبر مجموعة من الخدمات أثناء الزيارة الواحدة للمترددات.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

بينما يهتم المؤشر بإجمالي المنتفعين بخدمات الوحدة الصحية فان هناك عدة مؤشرات تبين المنتفعين طبقا لنوع الخدمة. والهدف من ذلك قياس إلى أي مدى استطاعت عملية تكامل الخدمة إلى زيادة المقبلات علي خدمات تنظيم الأسرة وخاصة لجتذاب منتفعات جدد.

٥-٢-١ عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة(الجدد) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / لكل وحدة صحية/ ربع سنة/ شهر.

٥-٢-٢ عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة (المترددات) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / لكل وحدة صحية/ ربع سنة/شهر.

٥-٢-٣ عدد المنتفعات بخدمات رعاية الأمومة (الجدد) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة/ لكل وحدة صحية / ربع سنة/شهر.

٥-٢-٤ عدد المنتفعات بخدمات رعاية الأمومة (المترددات) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / لكل وحدة صحية / ربع سنة/شهر.

٥-٢-٥ عدد المنتفعات بخدمات رعاية(الأطفال الأصحاء) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / وحدة صحية / ربع سنة/شهر.

٥-٢-٦ عدد المنتفعات بخدمات رعاية(الطفل المريض) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة/ وحدة صحية / ربع سنة/شهر.

٥-٢-٧ عدد المرضي المنتفعين بخدمات العيادة الخارجية بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / وحدة صحية/ ربع سنة.

مصدر البيانات:

إحصاءات الخدمة بالوحدات الصحية التي يدعمها مشروع تحسين.

٧- الهدف/ النتيجة المتوقعة: تقوية النظم الإدارية في خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

٧-١ نسبة مساهمة وحدات وزارة الصحة والسكان التي يدعمها مشروع تحسين في معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي يدعمها مشروع تحسين.

حساب المؤشر:

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب المستخدمات حاليا لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أن آخر مصدر للوسيلة كان الوحدة الصحية بالقرية (والتي يدعمها مشروع تحسين)

١٠٠ x _____

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب المستخدمات حاليا لوسائل تنظيم الأسرة بنفس القرية

يهتم المؤشر بوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

استخدام المؤشر:

يهتم مشروع تحسين بالسيدات ذات الأولوية الخاصة حيث تدني المستوي الاقتصادي والاجتماعي. وتهتم وحدات وزارة الصحة والسكان بتقديم خدمات الصحة الإنجابية لشريحة المجتمع الأكثر فقرا (مقارنة بمراكز الجمعيات الأهلية أو العيادات الخاصة) لذلك فان زيادة مساهمة الوحدة الصحية في معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة يعتبر نجاحا للمشروع الذي سهل حصول السيدات ذات الأولوية الخاصة لخدمات تنظيم الأسرة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

يمكن تحليل البيانات علي مستوي المحافظات وعلي مستوي المجتمعات المختلفة داخل نفس المحافظة وذلك لتباين الخصائص الاقتصادية والاجتماعية من

مجتمع أخر، والذي قد يؤثر بطريقة مختلفة علي قيمة المؤشر – خاصة إذا توافر في نفس القرية مصادر مختلفة لوسائل تنظيم الأسرة.

يرتبط هذا المؤشر ارتباطا وثيقا بدور مشروع تحسين في تقوية النظم الخاصة بتنظيم الأسرة والتي يديرها قطاع السكان بوزارة الصحة والسكان حيث أن تقوية وتطوير النظم تهدف في النهاية إلى زيادة دور وحدات وزارة الصحة والسكان في تقديم خدمات تنظيم الأسرة.

مصدر البيانات :

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستشعار.

47

٩- الهدف/ النتيجة المتوقعة: تقوية دور الجمعيات الأهلية في برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية

٩-١ نسبة مساهمة الجمعيات الأهلية في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

حساب المؤشر:

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أنهن قد حصلن من الجمعيات الأهلية على الوسيلة التي يستخدمنها حاليا(في مجتمعات تحسين)

x ١٠٠

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة (في مجتمعات تحسين)

الجمعيات الأهلية تشمل: الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة، مشروع تحسين الخدمات، جمعيات أخرى أم وتابعة، عيادات، المساجد، الكنائس

استخدام المؤشر:

يهتم مشروع تحسين بدعم دور الجمعيات الأهلية في خدمات تنظيم الأسرة كأحد مقومات استمرارية البرنامج. وينقسم دور الجمعيات الأهلية في البرنامج إلى شقين الأول هو تقديم الخدمات الصحية متضمنة تنظيم الأسرة من خلال مراكز صحية ومن خلال عيادات ومستشفيات تابعة للجمعيات الأهلية. والشق الثاني يمكن أن يكون من خلال برامج التنمية للمرأة مثل محو الأمية والتدريب و القروض الصغيرة والتي تتضمن أنشطة خاصة بالصحة من خلال برامج التوعية الصحية وتحويل السيدات إلى العيادات المختلفة لتلقي الخدمة الصحية.

وبالرغم من أن دور الجمعيات الأهلية في تقديم وسائل تنظيم الأسرة ضئيلة، إلا أنه يعتبر مصدرا هاما خاصة في المناطق التي لا يتوفر بها وحدات صحية تابعة لوزارة الصحة- خاصة بان عيادات الجمعيات الأهلية لها المقومات الخاصة بتيسير سعر الخدمة علي محدودي الدخل، وتوافر الخدمة علي مدار اليوم.ولذلك فان المؤشر يعكس دور الجمعيات الأهلية في المشاركة في البرنامج القومي لتنظيم الأسرة من خلال عياداته.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

يتم تحليل هذا المؤشر علي مستوي كل محافظة وبذلك يمكن الاستفادة من تجربة المحافظات التي نجحت في تفعيل دور الجمعيات ومساعدتها علي تأهيل عددا كبيرا من الجمعيات الصغيرة بالقرى فان هذه الجمعيات الصغيرة يمكن أن تضيف إضافة كبيرة إلى البرنامج خاصة إذا استطاعت أن توفر الخدمة في القرى للسيدات الأكثر احتياجات لخدمات الصحة الإنجابية – وكل هذه الآليات في تدعيم دور الجمعيات الصغيرة بالقرى يتبناها مشروع تحسين.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

٩- الهدف / النتيجة المتوقعة: تقوية دور الجمعيات الأهلية في برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

٩-٢ نسبة مساهمة الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات المتكاملة (تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة) في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

حساب المؤشر:

عدد السيدات اللاتي ذكرن تلقيهن خدمات مختلفة واكثر من خدمة والتي تشمل تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة بعيادات الجمعيات الأهلية خلال العام السابق للمسح

١٠٠ X _____

عدد السيدات اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي السنوي للمجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

من مقومات تكامل الخدمة هو استمرارية استخدام نفس المصدر لتلقي اكثر من خدمة علي المدى الزمني. فإذا تلقت السيدة خدمة رعاية الحمل، الولادة، الرعاية ما بعد الولادة، تنظيم الأسرة الكشف الطبي ، علاج امراض النساء، رعاية الطفل خلال العام من نفس الجمعية الأهلية أو جمعيات أخرى فهذا يدعم فكرة تقديم الخدمة المتكاملة. لكل شريحة من السكان من مصدر معين به مقومات تقديم الخدمة لهذه الشريحة السكانية.

استخدام المؤشر:

يقوم مشروع تحسين بدعم دور الجمعيات الأهلية لتقديم الخدمات الصحية من الرعاية الأولية في المجتمعات الريفية الأكثر احتياجا وذلك يستلزم رفع كفاءة وقدرة الجمعيات(من خلال التدريب والتجهيز) علي القيام بهذا الدور إلى جانب تهيئة المجتمع لاستخدام تلك الخدمات من الجمعيات الأهلية.

ولقياس مدى تقبل المجتمعات لتلقي الداخلات وكذلك كيفية قيام هذه الجمعيات بهذا الدور والمستوي الذي يكسب رضاء السيدات في المجتمع ويشجعهن علي استخدام تلك الخدمات – فان هذا المؤشر يعكس الجانب الإعلامي والتوعية للجماهير باستخدام الخدمة(جانب الطلب) وكذلك قدرة الجمعيات علي توفير الخدمة بمستوي جودة يقبل عليها المجتمع(جانب العرض)

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

يتم تحليل هذا المؤشر علي مستوي كل محافظة للتعرف علي التباين بين المحافظات ومدى قدرة الجمعيات في كل محافظة علي شحن مواردها وقدراتها لتبني فكرة تقديم خدمة الرعاية الصحية الأولية المتكاملة.

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستشعار.

١٠-الهدف/ النتيجة المتوقعة: دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

١٠-١ نسبة مساهمة القطاع الخاص في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

حساب المؤشر:

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب والمستخدمات حاليا لوسيلة تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن إن العيادة الخاصة / المستشفي الخاص أو الصيدلية هو مصدر وسيلة تنظيم الأسرة التي تستخدمها حاليا في المجتمعات إلى تلقي دعما من تحسين

١٠٠ X _____

عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من تحسين واللاتي تم مقابلتهم أثناء المسح الصحي.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

١٠-١-١ نسبة مشاركة الطبيب الخاص كمصدر لوسيلة تنظيم الأسرة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

١٠-١-٢ نسبة المشاركة الصيدليات كمصدر لوسيلة تنظيم الأسرة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

استخدام المؤشر:

يقوم مشروع تحسين بدعم دور القطاع الخاص من خلال تدريب الطبيب الخاص والصيدلي في برامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة/ برنامج "اسأل استشير" وكذلك وما يتضمنه بعمل قاعدة بيانات وشبكة اتصال تضمن توزيع المادة العلمية الحديثة عن وسائل تنظيم الأسرة.

ونتيجة لهذه المجهودات أن يساهم الأطباء الخصوصيين والصيادلة بدورا فعالا في برنامج تنظيم الأسرة حيث توفير الوسيلة والمعلومة التي تساعد علي اجتذاب عدد اكبر من السيدات لاستخدام الوسائل المتوفرة لدى القطاع الخاص

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

١٠-الهدف/ النتيجة المتوقعة: دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

١٠-٢ نسبة مشاركة القطاع الخاص (الطبيب الخاص) في تقديم الخدمات المتكاملة لتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة.

حساب المؤشر:

عدد السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصلن علي اكثر من خدمة من خدمات تنظيم الأسرة / الصحة الإنجابية/ رعاية الأمومة والطفولة من عيادة خاصة / مستشفي خاص خلال العام السابق للمسح

١٠٠ X _____

عدد السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد تلقي خدمات صحية خلال العام السابق للمسح.

استخدام المؤشر

تكامل الخدمات الصحية خاصة في الرعاية الصحية الأولية من الأمور الهامة ليس فقط علي مستوي القطاع الحكومي الممثل في وزارة الصحة والسكان ولكن علي مستوي القطاع الخاص باعتبار أن مشاركة القطاع الخاص من الأمور الهامة لاستمرارية برامج الرعاية الصحية الأولية.

لذلك يقوم مشروع تحسين بتقوية هذا الدور بالنسبة لأخصائي النساء والتوليد، وكذلك الطبيب الممارس العام ليقدم الخدمة المتكاملة بعياداته الخاصة.

لذلك فان هذا المؤشر يساعد علي تقييم مدي نجاح المشروع في (إعداد الطبيب الخاص لتقديم الخدمات المتكاملة) وكذلك زيادة الطلب(مدى اقتناع المجتمع بدور الطبيب الخاص لتقديم الخدمات المتكاملة) وبالرغم أن هذا الفكر تتبناه وزارة الصحة والسكان من خلال إعادة التشكيل للنظام الصحي في مصر – فان مشروع تحسين يخطو خطوات للأمام من اجل إدخال هذه المفاهيم علي مستوي المجتمع الطبي وعلي مستوي المجتمعات الشعبية تهيئة للسياسات الصحية القادمة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

يتم تحليل المؤشر علي مستوي المحافظات – لإدراك التباين في المحافظات من حيث قدرة القطاع الخاص علي تبني الفكر الخاص بتكامل الخدمات الصحية ومدي تقبل المجتمعات لتلك الأفكار.

ولكن علي المدى البعيد تحتاج هذه المؤشرات إلى بعض الدراسات للوصول إلى المعلومات المتعمقة عن هذه المدخلات ونتائجها علي المستويات المختلفة(العرض والطلب)

مصدر البيانات:

المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين في مناطق الاستثمار.

١٠- الهدف/ النتيجة المتوقعة: دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة

١٠-٣ نسبة الصيدليات التي بها علي الأقل ٣ أنواع من وسائل تنظيم الأسرة

حساب المؤشر:

عدد الصيدليات التي بها علي الأقل ٣ أنواع من وسائل تنظيم الأسرة.

١٠٠ X _____

عدد الصيدليات بالمحافظة والتي تشملها قاعدة البيانات بمشروع تحسين.

استخدام المؤشر:

يتضمن برنامج اسأل أستشير – مشروع تحسين بدعم دور الصيدليات في برنامج تنظيم الأسرة – وذلك لاستثمار دور الصيدليات المتميز في البرنامج (العمل لمدة أطول طوال اليوم- المترددين علي الصيدلية أكثرهم من الرجال – الصيدلي مصدر مشورة في كثير من الأحيان دون اللجوء للطبيب خاصة في حالة ارتفاع سعر الخدمة المقدمة في العيادات الخاصة)
لذلك يهتم مشروع تحسين بتوصيل المعلومة الصحية عن الوسائل وكذلك حل المشكلات الخاصة بتوفير الوسائل من خلال مندوبي برنامج اسأل استشير.
وتوفير وسائل تنظيم الأسرة بالصيدليات يعتبر مؤشرا هاما لنجاح برنامج تحسين. وعلي الجانب الأخر نجاح السياسات الخاصة بالقطاع الخاص وتأمين الوسائل والذي يوفر الوسائل للقطاع الخاص.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

لزيادة حساسية المؤشر وتوفير المعلومات لمتخذي القرار يمكن استخدام مؤشرات تبين التوزيع النسبي للصيدليات طبقا لتوافر الوسائل المختلفة (حبوب فمبه، الحبوب المستخدمة أثناء الرضاعة، اللولب، الواقي الذكري) وبذلك يمكن تحديد الوسيلة التي تحتاج إلى التركيز عليها لكي تتوافر في الصيدليات لكي يمكن للسيدات المترددات علي المنافذ الخاصة لتقديم الخدمة من الحصول علي الوسيلة

مصدر البيانات:

المسح الشامل/ قاعدة البيانات الخاصة بالصيدليات والعيادات الخاصة التي يقوم به مشروع تحسين في المحافظات.

١٠-الهدف/ النتيجة المتوقعة: دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة

١٠-٤ نسبة الصيادلة الذين شاركوا في البرنامج التدريبي لبرنامج اسأل استشير.

حساب المؤشر:

عدد الصيادلة الذين شاركوا في البرنامج التدريبي لبرنامج اسأل استشير.

١٠٠ x _____

عدد الصيادلة الذين شملهم المسح بالمحافظة وإدخالهم في قاعدة البيانات الخاصة بمشروع تحسين

يشمل البرنامج التدريبي لبرنامج اسأل/استشير التعريف بوسائل تنظيم الأسرة المختلفة واستخداماتها ليكون الصيدلي مصدر المعلومة الصحيحة للمترددين علي الصيدليات. ويتم عمل قاعدة بيانات بمسح شامل للصيدليات في كل محافظة علي أن تتم في المراحل الأولى للمشروع في محافظات الوجه القبلي كذلك يتم إعداد التقارير لكل محافظة.

استخدام المؤشر:

يستخدم المؤشر لقياس مدي قدرة المشروع علي تغطية الصيادلة بالمحافظة بالتدريب في تنظيم الأسرة. ومن هنا تتحدد الاحتياجات لكل محافظة بالنسبة للتدريب.

كما يمكن مقارنة المحافظات باستخدام بيانات المسح السكاني الصحي وبيانات المسح الصحي للمشروع لإيجاد العلاقة بين تدريب الصيادلة وبين استخدام الصيدلية كمصدر لوسيلة تنظيم الأسرة.

علاقة المؤشر بالمؤشرات الأخرى:

١٠-٤-١ نسبة الصيادلة المدربين من خلال برنامج اسأل استشير طبقا للمحافظة.

١٠-٤-٢ نسبة الأطباء الخصوصيين المدربين من خلال برنامج اسأل استشير طبقا للمحافظة وطبقا للنوع (أطباء وطبيبات).

يتبنى مشروع تحسين أيضا مجموعة من البرامج التدريبية للطبيب الخاص – وهي برامج مكثفة وحلقات نقاشيه تهتم بالموضوعات الساخنة الشائكة مثل استخدام وسائل تنظيم الاسرة للمتزوجين حديثا والمشكلات الخاصة باستخدام بعض الوسائل إلى جانب رفع الكفاءة بالنسبة لاستخدام الطب القائم علي الدليل، ولذلك فان تغطية الأطباء الخصوصيين بالمحافظة بهذا النوع من التدريب يبين مدى نجاح تحسين في تقوية دور القطاع الخاص.

ولكن هذه المؤشرات لا تعكس دور الصيدلي أو الطبيب المدرب في زيادة الإقبال علي خدمات تنظيم الأسرة المقدمة في منافذ القطاع الخاص – ولكن الدراسة التقيميه لبرنامج اسأل استشير بينت أن التدريب في برنامج اسأل استشير قد اثبت نجاحه في رفع كفاءة القطاع الخاص من حيث مستوي الأداء وتقديم الخدمة لأكبر عدد من المجتمع المستهدف. والاهتمام بتدريب الطبيبات خاصة في ريف الوجه القبلي يعتبر إضافة كبيرة للبرنامج :

مصدر البيانات:

المسح الشامل / قاعدة البيانات الخاصة بالصيدليات والعيادات الخاصة التي سيقوم به مشروع تحسين بالمحافظات.

خامسا: ملخص لخطة المتابعة والتقييم – مشروع تحسين

مشروع تحسين/ كتاليست

خطة المتابعة والتقييم

وحدة المتابعة والتقييم:

دور وحدة المتابعة والتقييم

١- المتابعة: متابعة أنشطة المشروع ومقارنتها بالمستهدف (التقرير الربع سنوي).

٢- التقييم: باستخدام مؤشرات المردود المباشر للأنشطة علي مستوي المجتمع والوحدات الصحية الريفية وعلاقته بأنشطة المشروع.

٣- متابعة مؤشرات المردود المباشر علي المدى الزمني للمشروع وإعداد التقارير الدورية.

أهداف المتابعة والتقييم:

١- التعرف علي اثر المشروع في إحداث التغيرات الإيجابية في مجال الصحة الإنجابية في المجتمع المستهدف والذي يتفق مع أهداف المشروع.

٢- التعرف علي اثر المشروع في تحسين جودة الخدمة وحجم الخدمة المقدمة بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تلقي دعما من المشروع.

٣- تحديد الأنشطة الخاصة بالمشروع والتي لها مردودا إيجابيا علي المجتمع المستهدف.

٤- مساعدة مدير المشروع والعاملين في التخصصات المختلفة في تحديد عناصر النجاح واوجه التحديات لتوجيه مسار المشروع في الاتجاه الإيجابي لتحقيق الأهداف.

التقييم الدوري لمردود أنشطة المشروع:

تعتمد منهجية التقييم والمتابعة علي المصادر الآتية للبيانات والتي تستخدم لاعداد مؤشرات المتابعة والتقييم.

١- بيانات إحصاءات الخدمة بالوحدات الصحية الريفية التي تلقي دعما من المشروع (بيانات ربع سنوية)

٢- بيانات الزيارات الإشرافية التي تهدف إلى قياس جودة الخدمة بالوحدات الصحية(بيانات ربع سنوية) وهذه تعتمد علي قائمة معايير الجودة التي أعدت بغرض المتابعة والتقييم.

٣- بيانات خاصة برضاء المنتفعات –وهذه يتم جمعها من كل الوحدات من خلال استخدام استبيان بسيط(exit interview) مع ٢٥ منتفعة/ وحدة/ ربع سنة .

٤- بيانات خاصة بالمجتمع المستهدف ويتم جمعها من خلال مسح لعينة قوامها ٥٠٠ أسرة معيشية لسيدات متزوجات في سن الإنجاب في كل محافظة وبالمجتمعات التي يعمل بها مشروع تحسين. ويكون توزيع العينة في قريتين من إدارتين مختلفتين وهذه تعتبر مناطق استشعار للمشروع يتم متابعتها سنويا.

٥- المسح الشامل للصيدليات والعيادات الخاصة التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية في المحافظات التي يعمل بها المشروع.

مصدر بيانات المشروع للمتابعة والتقييم

١- إحصاءات الخدمة.

٢- الزيارات الإشرافية،وقائمة معايير جودة الخدمة.

٣- استمارة رضاء المنتفعة(مقابلة شخصية)

٤- مناطق الاستشعار في مجتمعات المشروع عن طريق المسح الصحي السنوي

٥- الحصر الشامل للصيدليات والصيادلة والأطباء الخصوصيين في المحافظات التي يعمل بها المشروع.

مؤشرات المتابعة والتقييم

هدف(١) زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمة الصحية

المؤشرات:

١-١ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمريه ١٥-٢٤ ولديهن طفل واحد ويستخدمن حاليا أي وسيلة لتنظيم الأسرة إلى عدد السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ واللاتي لديهن طفل واحد فقط- وذلك في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

١-١-١ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي كان لديهم طفل واحد عند بدأ استخدام وسيلة تنظيم الأسرة الحديثة- إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة واللاتي سبق لهن الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

١-١-٢ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ٢٥-٤٩ اللاتي كان لديهم طفل واحد عند بدأ استخدام وسيلة تنظيم الأسرة الحديثة- إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ٢٥-٤٩ واللاتي سبق لهن الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

هدف (١): زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية:

المؤشرات:

١-٢ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤

١-٢-١ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية ١٥-٢٤ اللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات ١٥-٢٤ سنة اللاتي تم مقابلتهن في كل محافظة.

١-٢-٢ نسبة السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (٢٥-٤٩) واللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (٢٥-٤٩) اللاتي تم مقابلتهن في كل محافظة.

هدف (١) زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية

المؤشرات:

١-٣ نسبة المواليد (الطفل الثاني فأكثر) في فترة الخمس سنوات السابقة للمسح للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ سنة واللاتي سجلن مباعدة بين الولادتين ٣٦ شهرا. إلى عدد المواليد (الطفل الثاني فاكثر) في فترة الخمس سنوات السابقة للمسح للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ سنة.

١-٣-١ نسبة المواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات المتزوجات في المرحلة العمرية ٢٠-٢٩ واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٣٦ شهرا فأكثر – إلى العدد الكلي للمواليد(في فترة خمس سنوات قبل المسح) في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ سنة طبقا للمحافظة.

١-٣-٢ نسبة المواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٢٤-٣٥ شهرا – إلى العدد الكلي للمواليد (في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية ٢٠-٢٩ سنة.

١-٣-٣ نسبة المواليد(في خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية ٣٠-٤٩ واللاتي سجلن مباعدة بين المواليد ٣٦ شهرا فأكثر – إلى العدد الكلي للمواليد(في فترة خمس سنوات قبل المسح) للسيدات في الفئة العمرية ٣٠-٣٩ سنة.

هدف(١) زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية:

المؤشرات:

١-٤ **نسبة المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية المقدمة في عيادات وزارة الصحة والسكان واللاتي يقل عمرهن عن ٢٥ سنة – إلى العدد الكلي للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بنفس الوحدات الصحية خلال ربع سنة.**

هدف (١) زيادة المعرفة واستخدام الشباب للخدمات الصحية:

المؤشرات:

١-٥ **نسبة المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بوحدات وزارة الصحة والسكان واللاتي لديهن اقل من ٣ أطفال – إلى العدد الكلي للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بنفس الوحدات خلال ربع سنة.**

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات الحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-١ نسبة السيدات المتزوجات وفي سن الإنجاب اللاتي لديهن معرفة عن مكونات الصحة الإنجابية إلى السيدات المتزوجات وفي سن الإنجاب اللاتي تم مقابلتهن في المجتمعات التي يعمل بها مشروع تحسين.

٢-١-١ نسبة السيدات اللاتي لديهن معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لمصدر المعلومة.

٢-١-٢ نسبة السيدات اللاتي لديهن معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لفئات السن (اقل من ٢٥ / ٢٥ فأكثر).

٢-١-٣ نسبة الأزواج الذين لديهم معلومات عن مكونات الصحة الإنجابية طبقا لمصدر المعلومة.

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات الحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-٢ عدد السيدات المتزوجات (٢٥-٤٩سنة) اللاتي ذكرن أنهن زرن أي نوع من منافذ تقديم الخدمة(حكومي، أهلي، خاص) للحصول علي أي خدمات صحية (تنظيم الأسرة، رعاية الحمل، الولادة، ما بعد الولادة، ما بعد الإجهاض، علاج التهابات الجهاز التناسلي، عيادات خارجية) خلال العام السابق للمسح- إلى عدد السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي السنوي لمشروع تحسين.

٢-٢-١ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩سنة) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للحالة التعليمية (متعلمات / غير متعلمات)

٢-٢-٢ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للحالة العملية (تعمل بأجر / تعمل بدون أجر)

٢-٢-٣ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي زرن منافذ تقديم الخدمة الصحية خلال العام السابق للمسح طبقا للفئة العمرية (اقل من ٢٥ سنة/ ٢٥ سنة فأكثر)

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-٣ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩ سنة) اللاتي ذكرن أنهن ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح) - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (١٥-٤٩سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين.

٢-٣-١ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩سنة) والمستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أنهن قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين وذكرن أنهن ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح.

٢-٣-٢ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩سنة) والغير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن انهم قد ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين وذكرن أنهن ناقشن تنظيم الأسرة مع أزواجهن خلال الستة شهور السابقة للمسح.

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات للحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-٤ نسبة السيدات المتزوجات(١٥-٤٩ سنة) اللاتي يستخدمن حاليا (أي وسيلة) لتنظيم الأسرة - الي العدد الكلي للسيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين.

٢-٤-١ معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي يعمل بها تحسين طبقا لتوليفة الوسائل.

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات الحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-٥ نسبة السيدات المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) اللاتي ذكرن أن الرائدة الريفية قامت بزيارتهن خلال الستة شهور السابقة للمسح إلى عدد السيدات المتزوجات(١٥-٤٩ سنة) اللاتي تم مقابلتهم أثناء المسح الصحي لمشروع تحسين.

٢-٥-١ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدات طبقا للفئة العمرية (أقل من ٢٥ سنة/٢٥ سنة فأكثر) إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدات.

٢-٥-٢ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدات طبقا للحالة التعليمية للسيدات (متعلمة / غير متعلمة) إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدة.

٢-٥-٣ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدات طبقا للحالة العملية (تعمل بأجر / تعمل بدون أجر) - إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدة.

٢-٥-٤ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لعدد الأبناء (أقل من ٣ أبناء / ٣ أبناء فأكثر) - إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدة.

٢-٥-٥ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لحالة الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة (مستخدمات/ غير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة)

٢-٥-٦ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة وقامت بتحويلهن إلى عيادات تنظيم الأسرة - إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدات.

٢-٥-٧ نسبة السيدات اللاتي زارتهن الرائدة طبقا لرؤيتهن لأداء الرائدة(راضيات / غير راضيات عن أداء الرائدة) إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زارتهن الرائدة.

هدف (٢) زيادة المعرفة والاستخدام للخدمات الصحية بين السيدات اللاتي تواجه تحديات الحصول علي المعلومة والخدمة الصحية.

المؤشرات:

٢-٦ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن يشاركن في برامج التنمية (محو الأمية، قروض صغيرة، تدريب مهني، ندوات ثقافية صحية) والتي تقوم بها الجمعيات الأهلية/ نوادي المرأة وغيرها) وحصلن علي المشورة في تنظيم الأسرة - إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي ذكرن أنهن يشاركن في برامج التنمية في المجتمعات التي يدعمها مشروع تحسين.

٢-٦-١ نسبة السيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية وحصلن علي المشورة في تنظيم الأسرة طبقا لنوع برامج التنمية (محو الأمية، القروض الصغير، التدريب المهني، التوعية الصحية، التوعية الزراعية) إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية.

٢-٦-٣ نسبة السيدات اللاتي يشاركن في برامج التنمية وتم تحويلهن إلى الوحدات الصحية للحصول علي خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

هدف (٣) حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة وعلي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

المؤشرات:

٣-١ نسبة المواليد خلال العام السابق للمسح الذين حصلت أمهاتهم علي الخدمات الطبية لما بعد الولادة – إلى العدد الكلي للمواليد خلال العام السابق للمسح الصحي لمشروع تحسين.

٣-١-١ نسبة المواليد خلال العام السابق للمسح والتي تمت في منشآت صحية والذين حصلت أمهاتهم علي خدمات ما بعد الولادة خلال الأربعين يوم بعد الولادة – إلى العدد الكلي للمواليد التي تمت في منشآت صحية خلال العام السابق للمسح.

٣-١-٢ نسبة المواليد خلال العام السابق للمسح والتي تمت في المنزل والذين حصلت أمهاتهم علي خدمات ما بعد الولادة خلال الأربعين يوم بعد الولادة– إلى العدد الكلي للمواليد التي تمت في منشآت صحية خلال العام السابق للمسح.

هدف (٣) حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة وعلي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

المؤشرات:

٣-٢ نسبة السيدات اللاتي وضعن العام السابق للمسح وحصلن علي المشورة في تنظيم الآسرة خلال أربعين يوم بعد الولادة – إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن خلال العام السابق للمسح.

٣-٢-١ نسبة السيدات اللاتي وضعن في العام السابق للمسح في أحد المنشآت الصحية وتلقين المشورة في تنظيم الأسرة خلال الأربعين يوم بعد الولادة – إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن في المنشآت الصحية خلال العام السابق للمسح الصحي لمشروع تحسين.

٣-٢-٢ نسبة السيدات اللاتي وضعن في العام السابق للمسح في المنزل وتلقين المشورة في تنظيم الأسرة خلال الأربعين يوم بعد الولادة إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي وضعن في المنزل خلال العام السابق للمسح الصحي لمشروع تحسين.

هدف(٣) حصول السيدات في مرحلة ما بعد الولادة أو الإجهاض علي المعلومة و علي الخدمة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

المؤشرات:

٣-٣ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمة ما بعد الإجهاض في المستشفي خلال العام السابق للمسح – إلى عدد السيدات اللاتي ذكرن انه قد حدث لهن إجهاض خلال العام السابق للمسح الصحي لمشروع تحسين.

٣-٣-١ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض والمشورة في تنظيم الأسرة – إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض خلال العام السابق للمسح الصحي لمشروع تحسين.

٣-٣-٢ نسبة السيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض والتحويل إلى عيادات تنظيم الأسرة للحصول علي وسيلة منع الحمل – إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي حصلن علي خدمة الرعاية بعد الإجهاض خلال العام السابق للمسح.

هدف (٤) تحسين جودة خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

المؤشرات:

٤-١ عدد الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والسكان التي حصلت علي تقدير ١٠٠% طبقا لمعايير الجودة الخدمات المتكاملة التي أعدتها وحدة المتابعة والتقييم / مشروع تحسين.

٤-١-١ عدد الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والسكان التي حصلت علي تقدير ١٠٠% طبقا لمعايير الجودة الخدمات المتكاملة التي أعدتها وحدة المتابعة والتقييم / مشروع تحسين طبقا للمحافظة.

٤-١-٢ نسبة المنتفعات بخدمات الوحدة الصحية اللاتي أعربن عن رضائهن عن خدمات الوحدة الصحية المتكاملة والتي تقدم بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي يدعمها مشروع تحسين.

هدف(٥) تقوية التكامل مع البرامج التي تعمل لتحقيق الهدف الاستراتيجي الخاص بصحة الأسرة

المؤشرات:

٥-١ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن/ أو أحد أعضاء أسرهن قد حصل علي اكثر من خدمة صحية أثناء الزيارة الأخيرة للوحدة الصحية والتي تمت السنة السابقة للمسح إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي ذكرن أنهن/ أعضاء أسرهن قد حصل علي خدمات الوحدة الصحية أثناء السنة السابقة للمسح.

٥-١-١ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصل علي الخدمات الصحية من الوحدة الصحية الريفية خلال العام السابق للمسح- إلى العدد الكلي للسيدات التي تمت مقابلتهن أثناء المسح طبقا للمحافظة.

٥-١-٢ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصل علي خدمات الوحدة الصحية – الريفية خلال العام السابق للمسح وإنهن راضيات عن الخدمة الصحية المقدمة بالوحدة إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي زرن الوحدة في العام السابق للمسح.

٥-١-٣ نسبة السيدات اللاتي ذكرن إنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصل علي خدمات الوحدة الصحية الريفية أثناء العام السابق للمسح وإنهن راضيات عن الخدمات الصحية المقدمة بالوحدة طبقا لاسباب الرضا.

٥-١-٤ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن / أو أحد أفراد أسرهن لم يزرن الوحدة الصحية خلال العام السابق للمسح وأسباب عدم زيارة الوحدة.

هدف(٥) تقوية التكامل مع البرامج التي تعمل لتحقيق الهدف الاستراتيجي الخاص بصحة الأسرة

المؤشرات:

٥-٢ متوسط عدد المترددات الشهري لوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / لكل وحدة صحية.

٥-٢-١ متوسط عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة (الجدد) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / لكل وحدة صحية / شهر

٥-٢-٢ متوسط عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة (المترددات) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة /لكل وحدة صحية/ شهر

٥-٢-٣ متوسط عدد المنتفعات بخدمات رعاية الأمومة (الجدد) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة لكل وحدة صحية / شهر.

٥-٢-٤ متوسط عد المنتفعات بخدمات رعاية الأمومة (المترددات) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة لكل وحدة صحية/ شهر.

٥-٢-٥ متوسط عدد المنتفعين بخدمات رعاية الأطفال (الأصحاء) بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / وحدة صحية / شهر.

٥-٢-٦ متوسط عدد المنتفعين بخدمات رعاية الطفل (المريض) بوحدات وزارة لصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / وحدة صحية / شهر.

٥-٢-٧ متوسط عدد المرضي المنتفعين بخدمات العيادات الخارجية بوحدات وزارة الصحة والسكان والتي تقدم الخدمات المتكاملة / وحدة صحية/ شهر.

هدف(٧) تقوية النظم الإدارية لخدمات تنظيم والصحة الإنجابية:

المؤشرات:

٧-١ نسبة مساهمة وحدات وزارة الصحة والسكان التي يدعمها مشروع تحسين في معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي يدعمها مشروع تحسين.

٧-١-١ نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب والمستخدمات حاليا لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة واللاتي ذكرن أن آخر مصدر للوسيلة كان الوحدة الصحية بالقرية والتي يدعمها مشروع تحسين- إلى عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب والمستخدمات حاليا لوسيلة تنظيم الأسرة الحديثة بنفس القرية/ لكل محافظة.

هدف (٩) تقوية ودعم دور الجمعيات الأهلية في برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

المؤشرات:

٩-١ نسبة مساهمة الجمعيات الأهلية في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

٩-١-١ نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أنهن قد حصلن من الجمعيات الأهلية علي الوسيلة التي يستخدمنها حاليا (في مجتمعات تحسين) - إلى عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة في مجتمعات مشروع تحسين/ لكل محافظة.

هدف(٩) تقوية ودعم دور الجمعيات الأهلية في برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

المؤشرات:

٩-٢ نسبة مساهمة الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات المتكاملة (تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة) في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

٩-٢-١ نسبة السيدات التي ذكرن إنهن تلقين خدمات مختلفة / اكثر من خدمة والتي تشمل تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة بعيادات الجمعيات الأهلية خلال العام السابق للمسح - إلى العدد الكلي للسيدات اللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي السنوي للمجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين واللاتي تلقين خدمات صحية من منافذ مختلفة خلال العام السابق / محافظة.

هدف (١٠) دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية

المؤشرات:

١٠-١ نسبة مساهمة القطاع الخاص في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين.

نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب والمستخدمات حاليا لوسيلة تنظيم الأسرة واللاتي ذكرن أن العيادات الخاصة/ المستشفي الخاص/ الصيدلية هو مصدر الوسيلة التي يستخدمها حاليا (في المجتمعات التي تلقي دعما من مشروع تحسين) إلى عدد السيدات المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي يستخدمن حاليا وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة في المجتمعات التي تلقي دعما من تحسين واللاتي تم مقابلتهن أثناء المسح الصحي.

١٠-١-١ نسبة مشاركة الطبيب الخاص كمصدر لوسيلة تنظيم الأسرة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

١٠-١-٢ نسبة مشاركة الصيدليات كمصدر لوسيلة تنظيم الأسرة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

هدف (١٠) دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية

المؤشرات:

١٠-٢ نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن أو أحد أفراد أسرهن قد حصل علي اكثر من خدمة من خدمات تنظيم الأسرة/ الصحة الإنجابية/ رعاية أمومة وطفولة من عيادات خاصة / مستشفي خاص خلال العام السابق للمسح - إلى عدد السيدات اللاتي ذكرن أنهن أو أحد أفراد أسرهن قد تلقي خدمات صحية خلال العام السابق للمسح.

هدف(١٠) دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

المؤشرات:

١٠-٣ نسبة الصيدليات التي بها علي الأقل ٣ أنواع من وسائل تنظيم الأسرة إلى عدد الصيدليات بالمحافظة والتي تشملها قاعدة البيانات بمشروع تحسين.

هدف (١٠) دعم دور القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

المؤشرات :

١٠-١ نسبة الصيادلة الذين شاركوا في البرنامج التدريبي لبرنامج اسأل استشير - إلى عدد الصيادلة الذين شملهم الحصر بالمحافظة - وإدخالهم في قاعدة البيانات الخاصة بمشروع تحسين.

١٠-١-١ نسبة الصيادلة المدربين من خلال برنامج اسأل استشير إلى العدد الكلي للصيادلة بالمحافظة.

١٠-١-٢ نسبة الأطباء الخصوصيين (الأطباء) المدربين من خلال برنامج اسأل استشير طبقا للمحافظة.

١٠-١-٣ نسبة الأطباء الخصوصيين (الطبيبات) المدربين من خلال برنامج اسأل استشير طبقا للمحافظة.