

**معوقات تنمية الوعي الصحي لدى
الشباب الريفي من منظور طريقة تنظيم
المجتمع**

إعداد

د. التهامي البكري أحمد عبد الكريم

مدرس تنظيم المجتمع
كلية الخدمة الإجتماعية
جامعة أسوان

١٤٤٠هـ. ٢٠١٩م

مدخل لمشكلة الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة

يعتبر إعداد العنصر البشرى عملية مستمرة لا تتوقف عند حد معين ولا تقتصر على قطاع معين من قطاعات المجتمع كما أنها ليست عملية قصيرة المدى فأهداف التربية شاملة ومتجددة وحتى يستمر المجتمع بطاقات بشرية صالحة ينبغى أن يتعهد الأجيال القادمة منذ ولادتها بالعناية والرعاية اللازمة لتحقيق التنشئة الاجتماعية ويفسح لها دائماً فرص التصدى لمسئوليات المستقبل وقيادة عمليات البناء حتى يضمن المجتمع استمراره وتطوره^(١)

كما تعد الثروة البشرية من أهم الثروات ولاسيما الشباب بصفه خاصة فهم صانعى التنمية والمستفيدين منها، ومن المتعارف عليه أن الشباب فى اى مجتمع هم الركيزة الأساسية التى تعلق عليها الدول الآمال العريضة فى نهضتها فهم الهدف الأول للتنمية وهم الموجه والمحرك لها حيث أنهم يعبرون عن مرحله عمرية تحمل فى طياتها أمل الأمة ومن ثم فان كل استثمار للأموال والجهود فى مساعدتهم على اكتساب المعارف وتنمية المهارات والقيم والاتجاهات الصالحة عن طريق الأنشطة المختلفة يعتبر استثمار له عائد غير محدد.^(٢)

ويعد قطاع الشباب من أهم القطاعات الإنسانية لأنه أساس تقدم المجتمع فى الوقت الحاضر وهو مصدر التنمية وعمادها والدرع الواقى الذى تعتمد عليه الأمة فى الدفاع عن كيانها وتحقيق أهدافها.^(٣)

لذلك تهتم الدولة بإعداد الشباب وتأهيلهم لتفعيل مشاركتهم فى مختلف جوانب العمل الوطنى حيث إن الشباب يمثلون الشريحة الغالبة من عدد السكان حيث تبلغ نسبة الفئة العمرية من ١٥ إلى ٣٤ نسبة ٣٧% من السكان البالغ عددهم فى ٢٠١٥ (٨٨ مليون ٩٥٧ ألف ٨٣٣ نسمة) أى أن عدد الشباب يبلغ ما يقارب من (٣٢ مليون ٩٣٠ ألف نسمة).^(٤)

ويمثل الشباب الريفى نسبة لا يستهان بها من النسبة العامة للشباب فى المجتمع المصرى حيث بلغت نسبة الريف فى مصر ٥٧.٣% من السكان (٥) مما يعطيها الأولوية فى التحديد العلمى لاحتياجاته المتنوعة والتخطيط لإشباعها عن طريق المؤسسات الشبابية والتربوية المعنية بذلك وأيضاً ضرورة رعايتهم من كافة الجوانب اجتماعياً وثقافياً وصحياً.

لذلك استحق مجتمع القرية أن يكون محل اهتمام وعناية فائقة وتقدير، خاصة فى مصر التى يبلغ عدد القرى الريفية بها (٤٠٤٠) قرية حيث يعيش فى الريف المصرى نحو (٥٠٣٨٤١٨٨) نسمة بنسبة بلغت (٥٧.٣%) (٦) من سكان مصر فى الوقت الحالى وبالرغم من ذلك فلم يأخذ الريف ما يستحقه إلى الآن من الخدمات اللازمة للتنمية فقد عانى من الحرمان

ونقص الخدمات في أغلب الأحوال وذلك على مدى السنوات السابقة وحتى الآن وسيتمدد الأمر المستقبل ما لم يحدث تغيير.

فالمجتمع الريفي مازال هو المسئول الأول عن الإنتاج الزراعي الذي يعتبر الركزية التي يعتمد عليها الدخل القومي وعلى الرغم من ذلك فقد عانى هذا المجتمع ومازال يعاني من الإهمال والظلم والتخلف والحرمان من العديد من الخدمات الأساسية وتنتشر فيه العديد من الأمراض المتوطنة والمعدية وأمراض العيون وتلوث البيئة والأمية... الخ وحتى يمكن الخروج من ذلك يجب إسهام الأهالي في العمل على تحسين أحوالهم وظروفهم المعيشية وتقديم ما يلزم من مختلف الخدمات.(٧)

حيث تشير دراسة (كيسات كورتنى **Kisat Courtney**) إلى أنه على مر العصور وحتى اليوم يعاني مجتمع القرية الريفية من ضعف الخدمات العلاجية والوقائية والتنمية مقارنة بمجتمع المدينة الحضرية الأمر الذي يتطلب تحركاً علمياً للنهوض بالمجتمع الريفي وقد رصدت الدراسة معاناة مجتمع القرية الريفية من الضعف على مستوى أفرادهم وقياداتهم وأسره ومؤسساته وكذلك التأخر على مستوى جودة الحياة والخدمات والقيم والمهارات والفرص الاقتصادية مقارنة بالمدن والحضر ومن ثم فهو في حاجة إلى خدمات تخرجه من الحرمان والفقر والتأخر بحيث تكون مبنية على البحث والدراسة ومن ثم البرامج القائمة على أساس تحويل كل أبناء القرية وأسرها إلى مساهمين بشكل أو بآخر في خدمة مجتمع القرية وتحسين نوعية الحياة لسكانها في كافة جوانبها.(٨)

ولا شك أن الشباب الريفي يواجه عدد من المشكلات المعقدة ذات التاريخ الطويل وتعد هذه المشكلات نسبية وذلك لان المجتمع الريفي رغم انه يتسم ببطء الحركة في التغيير إلا انه قد مر بالعديد من التغيرات فيختلف كل مجتمع ريفي عن غيره.(٩)

وتتعدد هذه المشكلات فمنها مشكلات اقتصادية مثل قلة الدخل وانخفاض الأجور ونقص فرص العمل ونقص الحرف وذلك نتيجة انعدام التخطيط والتدريب الأفراد المجتمع الريفي، ومنها مشكلات اجتماعية مثل نفسي العادات والتقاليد الغير سليمة والعصبية للقبيلة وسيطرة الأسرة وشدة المراقبة الاجتماعية والزواج المبكر، إضافة الى العديد من المشكلات الصحية مثل انتشار العديد من الأمراض والجهل بالأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها وكذلك قلة الوعي الصحي والاعتماد على وسائل العلاج البدائية.(١٠)

كما ركزت دراسة (ماك برايد وبريندا **Brenda, McBride: 2018**) التي ركزت على تنظيم الحياة في مجتمع القرية وقد توصلت إلى أن مجتمع القرية الريفية يعاني من سوء تنظيم في كافة جوانب الحياة حيث ارتفاع نسبة الأمية وضعف المستوى التعليمي وسوء الحالة الصحية لدى المواطنين مع سوء التغذية وتدني الحالة الاجتماعية الاقتصادية وقد أوصت

بضرورة تدخل الأخصائيين الاجتماعيين لتنظيم العمل التطوعي المحرك لكافة الأطراف المعنية بخدمة مجتمع القرية بشكل يجعلها لا تبعد كثيراً عن التقدم المتسارع بشكل غير مسبوق مع بداية الألفية الثالثة. وقد تم البدء من حيث انتهت إليه هذه الدراسة وذلك بالتدخل المهني مع القيادات المجتمعية لخدمة مجتمع القرية. (١١)

ودراسة (محمود محمد ٢٠٠١): التي ركزت على الأخصائيين الاجتماعيين وتنمية المجتمع الريفي، وقد توصلت إلى حاجة القرية الريفية إلى تطوير مشروعات الزراعة وإيجاد مصادر دخل جديدة لمواطنيها وتخفيض نسبة الديون الزراعية والحفاظ على المال العام وزيادة الصناعات الريفية والاعتماد على الجهود الذاتية في حل مشكلات الزراعة وتحديد الاحتياجات والمشكلات التي تواجه الأهالي ووضع الخطط لمقابلة الاحتياجات ومواجهة البطالة وتنمية بعض الحرف وإيجاد الاتصال الفعال وزيادة كفاءة وجهود الأخصائيين الاجتماعيين في خدمة مجتمع القرية والعمل على عودة الريف المنتج واستخدام التكنولوجيا في الزراعة وزيادة أجور العمالة الزراعية، كما أكدت على انتشار البطالة وزيادة الأعباء على الفلاحين وارتفاع معدلات الجريمة وتدهور مستوى معيشة الريفيين وقد أوصت بضرورة التدخل المهني لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين على الجوانب التي من شأنها خدمة مجتمع القرية بشكل أفضل. (١٢)

وأيضا دراسة (غادة محمد عبد الحليم ٢٠٠٩) والتي توصلت إلى أن سكان المجتمع الريفي يعانون من العديد من المشكلات الصحية مثل انتشار الأمراض المتوطنة والعادات السلوكية الخاطئة واستخدام الوصفات الشعبية والاعتماد على وسائل العلاج البدائية وقلة الوعي الصحي والجهل بالأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها وعدم الاهتمام بالتحصين ضد الأمراض للوقاية منها. (١٣)

ولذلك فالريف في حاجة ماسة إلى التوعية الصحية ، والتوعية الصحية هي محصلة الخبرات التعليمية للفرد التي تؤثر تأثيراً إيجابياً في معلوماته وعاداته واتجاهاته والتي ترتبط بصحة الفرد والمجتمع ومن ثم تجعل الأفراد والجماعات يتبعون السلوك المعزز لشتى جوانب الصحة للإقلال من معدلات الإصابة المرضية والوفيات فهي تهدف إلى أن كون أفراد المجتمع واعين بالقضايا الصحية وعندهم المعلومات والدافع ثم قادرين ومزودين بالمهارات التي تمكنهم من تصحيح الوضع وتلاشي المشكلات مما يدعوهم إلى تصحيح عاداتهم ومعتقدات الصحية (١٤).

والوعي الصحي عملية مهمة حيث انه يساهم في التعرف على كيفية المحافظة على صحة الإنسان وتنمية هذه الصحة أى استمرار أداء الإنسان لدوره بكفاءة طبقاً لسلامته وتمتع به بصحة جيدة هذا بالإضافة إلى إن الوعي الصحي يساهم في الوقاية من الأمراض الأكثر انتشاراً في المجتمع

كما يهدف الوعي الصحى الى مساعدة الناس أفرادا وجماعات إلى الاستفادة من المعلومات والحقائق الصحية وتطبيقها فى واقع حياتهم وتحويلها إلى ميول وأنماط وسلوكيات مستحبة من السلوك الصحى بحيث تصبح جزء من حياة الإنسان ونظام معيشته فمن خلال الوعي الصحى يتفهم الناس سلوكهم والكيفية التى يؤثر بها فى صحتهم فهى عملية هامة لمعاونة الناس على ان يتجنبوا الأمراض ويعيشوا حياتهم فى صحة. (١٥)

وفطنت الدولة إلى أهمية الوعي الصحى للشباب وضرورة الاهتمام به لذا قامت وزارة الشباب والرياضة بوضع تنمية الوعي الصحى للشباب كأحد الأهداف الرئيسية لمراكز الشباب (التى يبلغ عددها ٤١٥٣ مركز شباب) وتنتشر فى قرى ومدن مصر والتى تهدف من خلال تكوين الجماعات وفرق النشاط لتنمية الجوانب المختلفة لشخصية الشباب وتنمية قدراتهم واكتساب مواهبهم ورعاية مبتكراتهم وإبداعهم فى شتى المجالات وغرس وإنماء منظومة القيم المميزة للشخصية المصرية وتنمية الوعي الصحى والثقافى للنشء والشباب. (١٦)

وتعتبر مراكز الشباب أحد المؤسسات المجتمعية العاملة فى مجال رعاية الشباب وتستهدف تمكين الشباب من إشباع احتياجاتهم وتحسين أدائهم لوظائفهم الاجتماعية وهى أيضا تساعد الشباب على تعلم مهارة معينة او الإسهام فى خدمة عامة والارتباط بقيم المجتمع وتطلعاته كالإيمان بالأهداف العامة وأهمية التعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية (١٧)

حيث أشارت (دراسة دعاء عبد اللطيف ٢٠١٤) إلى أهمية التوعية بالممارسات السلبية على البيئة الزراعية لدى الشباب الريفى وضرورة الإحساس بالمسئولية تجاه البيئة لدى الشباب الريفى وأن مراكز الشباب من الممكن أن توظف برامجها فى التوعية بآثار الممارسات السلبية على البيئة الزراعية. (١٨)

والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تدرك أهمية المحافظة على الصحة وتنمية صحة المجتمع وتحقيق الرفاهية للشعوب والمجتمعات فظهر المجال الصحى والصحة العامة كإحدى المجالات النوعية لممارسة الخدمة الاجتماعية فقد أصبح الأخصائى الإجتماعى مشترك على مدى واسع فى مختلف البرامج والمؤسسات التى تهتم بتقديم الخدمات الصحية وأصبح يتواجد فى بيئات صحية مختلفة مثل المستشفيات العامة ومستشفيات الأطفال، عيادات الصحة العامة، جماعات المساعدة الذاتية، بيئات الخدمات التأهيلية، لجان التخطيط بمجال الصحة، منظمات الرعاية الصحية المنزلية، برامج استضافة ذوى الأمراض المزمنة وغيرها. (١٩)

والخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى لا تساهم فى العلاج فقط بل إن لها أهدافها الوقائية بنشر الوعي الصحى والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض وإكساب الأفراد المعارف والمهارات والاتجاهات التى تساهم بطريقة فردية أو جماعية نحو حل المشكلات القائمة والحيلولة دون ظهور مشكلات جديدة. (٢٠)

حيث أشارت (دراسة عاطف خليفة ٢٠١٣) والتي هدفت الى اختبار فاعلية التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل المعرفي السلوكي في تنمية الوعي الصحي لتلاميذ المرحلة الابتدائية وتوصلت الى فعالية برنامج التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية في تنمية الوعي الصحي لتلاميذ المرحلة الابتدائية بالنظافة الشخصية والغذاء الصحي والإسعافات الأولية ومخاطر بيئة المدرسة. (٢١)

ولالأخصائي الإجتماعي دور هام في التوعية الصحية حيث أكدت (دراسة خالد صالح ٢٠٠٦) على أن المواطنين يحتاجون إلى برامج التوعية الصحية وبالأخص الأفراد المخالطين للمرضى وأنه يمكن للأخصائي الإجتماعي أن يساهم في إعداد وتنفيذ وتقييم برامج التوعية الصحية لهم. (٢٢)

وتعتبر طريقة تنظيم المجتمع إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التي يقوم بها متخصصون يهتمون بتوجيه الشباب من اكتساب الخبرات والمهارات واستثمار وتوظيف قدراتهم للعمل على إحداث التغيير وبناء العلاقات الإيجابية بينهم وبين بعضهم وكذلك بين الأنساق الأخرى التي توجد في المجتمع. (٢٣)

وعلى الرغم من انه يمكن لمراكز الشباب ان تسهم في عملية تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي الا انها تواجه بعض المعوقات وهذا ما توصلت إليه دراسة (وائل صلاح ٢٠١٠) والتي حاولت التعرف على إسهام منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لسكان المجتمع الريفي وتوصلت الى أن مركز الشباب يسهم في عملية تنمية الوعي الصحي للمجتمع الريفي باعتباره أحد منظمات المجتمع المدني في إلا أن هناك بعض المعوقات التي تحد من هذا الإسهام في تنمية الوعي الصحي لسكان الريف واوصت بدراسة المعوقات ووضع الحلول لها. (٢٤)

وتأسيسا على ما تقدم وما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة وحتى تتحقق عملية تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي فانه من الضروري تذليل الصعوبات والمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي وهو ما معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي؟ وما دور طريقة تنظيم المجتمع في مواجهتها؟

ثانياً : أهمية الدراسة

١- أهمية الشباب في المجتمع حيث تبلغ نسبة الشباب ٣٧/ من سكان مصر

٢- ضروره الاهتمام بالوعى الصحى للشباب وخاصة الشباب الريفى

٣- اهتمام الخدمه الاجتماعيه برعايه الشباب من كافة النواحي وخاصة الناحيه الصحيه

٤- التعرف على المعوقات التى تحول دون تنميه الوعى الصحى للشباب الريفى

٥- اهتمام طريقه تنظيم المجتمع بالعمل مع المجتمعات الريفيه ودراسه المعوقات التى تحول دون تنميه الوعى الصحى لسكان تلك المجتمعات وخاصة الشباب

ثالثاً : أهداف الدراسة

- ١- تحديد الأنشطة التي تتضمنها برامج مراكز الشباب وتسهم فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى
- ٢- تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وتتمثل في:
 - أ. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى والتي ترجع إلى الاخصائى الاجتماعى.
 - ب. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى الشباب الريفى
 - ج. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى المجتمع المحلى.
 - د. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى مراكز الشباب.
 - هـ. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى فريق العمل.
- ٣- تحديد المقترحات التي تسهم في التغلب على معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى.

رابعاً : تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيسى

- ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى؟

وينبثق منه عدة تساؤلات فرعية هي:

١. ما الأنشطة التي تتضمنها برامج مراكز الشباب وتسهم فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى؟
٢. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى والتي ترجع الى الاخصائى الاجتماعى؟
٣. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى الشباب الريفى؟

٤. ما معوقات تنمية الوعي الصحى للشباب الريفي وترجع الى المجتمع المحلي؟
٥. ما معوقات تنمية الوعي الصحى للشباب الريفي وترجع الى مراكز الشباب؟
٦. ما معوقات تنمية الوعي الصحى للشباب الريفي وترجع الى البرامج؟
٧. ما معوقات تنمية الوعي الصحى للشباب الريفي وترجع إلى فريق العمل؟
٨. ما المقترحات التى تساعد فى التغلب على معوقات تنمية الوعي الصحى للشباب الريفي؟

خامساً : مفاهيم الدراسة

يعتبر المفهوم الوسيلة التى يستخدمها الإنسان للتعبير عن المعانى والأفكار المختلفة بغرض انتقالها أو توصيلها لغيره بين أفراد المجتمع الذى يعيش بينهم^(٢٥) ومن هنا تتحدد مفاهيم الدراسة فى الاتي:

أ. مفهوم المعوقات

ب. مفهوم الشباب الريفي

ج. مفهوم الوعي الصحى

١- المعوقات

تعنى كلمة معوق فى اللغة أنها العقبة أو الحائل.^(٢٦)

والمعوقات هى الصعوبات او العراقيل التى تحول دون تحقيق الهدف وتعيق تقدمه فتحول دون انبثاق الإمكانيات الذاتية والاستفادة من الإمكانيات المادية لتنمية المجتمع المحلي.^(٢٧) ويحدد باركر معنى كلمة المعوقات بأنها الشئ الذى يعرقل التقدم فى السير سواء ذلك بعوائق طبيعية او مصطنعه ويؤدى ذلك إلى التعثر فى اجتياز الموقف.^(٢٨)

المعوقات هى الشئ العسير الذى يشكل صعوبة ويعرقل تحقيق الأهداف ويحتاج إلى مواجهة للتغلب عليه حتى يمكن الوصول إلى الغرض أو الهدف بسهولة ويسر.^(٢٩)

وتعرف المعوقات إجرائياً فى إطار هذه الدراسة على النحو التالى:

١- هى مجموعة من الصعوبات التى تقف حائلاً أمام تنمية الوعي الصحى لجماعات الشباب الريفي.

٢- يترتب عليها عدم استفادة الشباب الريفي من برامج وأنشطة مراكز الشباب التى تهدف لتنمية الوعي الصحى .

٣- تؤثر سلباً عملية تنمية الوعي الصحى.

٤- تتطلب بذل الأخصائى الاجتماعى المزيد من الجهد لمواجهتها.

٥- تنقسم الى صعوبات ترجع إلى (الأخصائى الاجتماعى- الشباب الريفي- البرامج- مراكز الشباب- المجتمع المحلي- فريق العمل).

٢- الشباب الريفي

يعرف الشباب لغوياً:

من أدرك سن البلوغ إلى الثلاثين وجمع شبان (وهي شابه وجمع شواب)، والشباب: الفتوه والحدائة وشباب الشيء أوله، وشب الغلام شاباً "أدرك طور الشباب".^(٣٠)

شَبَاب: (اسم) الجمع: شَبَابٌ، شُبَّانٌ، الشَّبُّ: الشَّابُّ، يَافِعٌ، فِي رِيعَانِ الشَّبَابِ، الشَّبَابُ: الفَنَاءُ وَالْحَدَاثَةُ، عكس هَرَمَ شَبَابُ الشَّيْءِ.

شب الغلام أدرك طور الشباب أي صار فتياً، شب عن الطوق أي كبر واعتمد على نفسه، وبلغ مبلغ الرجال.^(٣١)

فمن حيث المعنى اللغوي يعرف الشباب في المعجم الوسيط على انه من يدرك سن البلوغ الى سن الرجولة ، والشباب يعنى الحدائة وشباب الشيء أوله.^(٣٢) والشباب مرحلة عمرية يمر بها الانسان، ويزداد فيها نموه الجسمي والعقلي على نحو يجعل الفرد قادراً على أداء وظائفه الاجتماعية المختلفة.

كما تعرف مرحلة الشباب بأنها مرحلة تتجاوز الحد الأعلى للمراهقة وقد تصل إلى ٢٥ عام أو ٣٠ عاماً وهي مرحلة تشتمل على الانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرجولة او المسئولية والاستقرار من حيث نظرة المجتمع للشخص وما يتوقع منه.^(٣٣)

ويشير معجم العلوم الاجتماعية في تحديده لمصطلح الشباب بأنه يقصد به عادة الأفراد في مرحلة المراهقة أي الأفراد بين مرحلتى البلوغ الجنسي والنضج أحياناً إلا أن الفترة التي تنتهى فيها مرحلة الشباب غير محددة وقد قيدها البعض الى سن الثلاثين.^(٣٤)

ويعرف معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية الشباب على أنهم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والرابعة والعشرين أى الذين أتموا الدراسة العامة وتتميز هذه المرحلة بأنها مرحلة انتقالية الى الرجولة او الأمومة ويتخطى الأفراد منها مرحلة التوجيه والرعاية ويكونون أكثر تحرراً ولهذا تحتاج إلى رعاية خاصة.^(٣٥)

بينما يعرف قاموس الخدمة الاجتماعية مرحلة الشباب " بأنها المرحلة التي يبدأ فيها الفرد يحتل مكانة في البناء الاجتماعى من خلالها يمارس أدواراً اجتماعية معينة تساهم في بناء المجتمع.^(٣٦)

كما يرى البعض الشباب بأنه هي الفترة التي تبدأ حينما يحاول المجتمع تأهيل الشخص لكي يحتل مكانة اجتماعية في بنائه وتنتهي حينما يتمكن الفرد من احتلال مكانته وأداء أدواره في السياق الاجتماعي وفقاً لمعايير التفاعل الاجتماعي.^(٣٧)

وتحدد مرحلة الشباب بأنها تتمثل في اقتراب شكل الجسم ووظائفه من آخر درجات النضج، ومن الناحية النفسية يكاد عمر الفرد العقلي يصل الى قمته ويتيقظ احساس الشخص بانه لم يعد صغير، ومن الناحية الاجتماعية يتأكد اعتراف الآخرين بأن الشخص لم يعد طفلاً وإن كانوا يترددون في الاعتراف به كرجل.^(٣٨)

ومن الناحية البيولوجية تتحدد مرحلة الشباب على أساس أنها مرحلة عمرية تتميز بالحركة والنشاط واكتمال البناء الجسمي والأجهزة الجسمية تكون كلها مستعدة بوظائفها، ولذا تعد هذه المرحلة مرحلة اكتمال البناء العضوي والوظيفي للمكونات الأساسية لجسم الإنسان.

اما من الناحية السلوكية تتحدد مرحلة الشباب باعتبارها مرحلة مجموعة من الاتجاهات السلوكية والاجتماعية إذا يتميز بها الإنسان وانطبقت على شخصيته وتصرفاته وأفعاله يمكن اعتباره شاباً.^(٣٩)

اختلف العلماء حول تحديد مفهوم الشباب ، فمنهم من يعتبر الشباب فترة زمنية ومنهم من ينظر الى مرحلة الشباب على انها ظاهرة اجتماعية ومنهم من يعتقد إنها مجموعة من الظواهر النفسية والعقلية والاجتماعية ، إلا أن المفهوم الشائع لمرحلة الشباب أنها مرحلة زمنية انتقالية من الطفولة إلى الرشد حيث يصبح الشباب قادرا على الإنجاب ويصل إلى درجة من النضج الجسمي والجنسي والنفسي والاجتماعي والعقلي تؤهله لاكتساب خبرات مختلفة تعده لمواجهة مطالب الحياة المستقبلية.^(٤٠)

ويقصد بالشباب الريفي في هذه الدراسة

- ١- الشباب الأعضاء بمراكز الشباب في الريف.
- ٢- من الجنسين (ذكور وإناث).
- ٣- تتراوح أعمارهم ما بين ال ١٨ الى ٣٥ سنة.
- ٤- يعمل معهم أخصائيو اجتماعيون.
- ٥- لهم أهداف فردية وجماعية ومجتمعية مرتبطة بخطة مركز الشباب تشمل تنمية الوعي الصحي.

٣- الوعي الصحي

يعد مفهوم الوعي الصحي من المفاهيم المركبة التي تحتاج إلى تفصيل

أولاً: مفهوم الوعي

يمكن تحديد مفهوم الوعي على النحو التالي:

تعددت التعاريف التي تناولت الوعي كمفهوم فيشير المعجم الوجيز الى مصطلح الوعي بأنه وعى الشيء يعيه وعياً، والوعي الحفظ والتقدير والفهم وسلامة الإدراك.^(٤١)

والوعي هو إدراك الناس وتصوراتهم للعالم الموضوعي المحيط بهم وهو عبارة عن مجمل الأفكار والمعارف والثقافة التي يمثلها الفرد وتجعله يسلك منهاجاً معيناً، فهو عبارة عن الاستجابات التي يقوم بها الشخص إزاء موقف معين.^(٤٢)

الوعي هو إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً وهو أساس كل معرفة ويمكن إرجاع مظاهر الشعور بالوعي الى ثلاثة هم الإدراك والمعرفة والوجدان أو النزوع أو السلوك.^(٤٣)

يعرف الوعي بأنه: "الإدراك والإحاطة، ووعاه توعية، اكسبه القدرة على الفهم والإدراك، ووعي الحديث، حفظه وقبله، ووعي الأمر أدركه على حقيقته، ويعنى أيضاً الفهم وسلامة الإدراك".^(٤٤)

كما يشير مصطلح الوعي لغوياً إلى "الفهم وسلامة الإدراك، ويعرف بأنه اتجاه عقلي يمكن الفرد من إدراك نفسه والبيئة المحيطة به بدرجات متفاوتة من الوضوح والتحقيق".^(٤٥)

"المستوى الذي يكون فيه انتباه الفرد قد انجذب نحو المثيرات المختلفة".^(٤٦)

كما يعرف الوعي بأنه: "احتفاظ الفرد بما مر به من خبرات وبما حصل عليه من معلومات واكتسبه من عادات ومهارات والقدرة على الوعي والاستعداد الفطري ويختلف باختلاف الأفراد".^(٤٧)

كما يشار إلى الوعي بأنه: "ذلك الجزء من الشخصية الذي يدرك به المرء من حوله ويتضمن الوعي المشاعر والأفكار والتي يفترض أنها تكون أساساً للأنشطة التي يقوم بها الفرد وهذه الأفكار والمشاعر يمكن تبادلها مع الآخرين بل إن ذلك يمثل ضرورة هامة لتبني الإنسان".^(٤٨)

كما يقصد بالوعي أنه "إدراك الأفراد وفهمهم لقضايا الواقع المحيط بهم ومشكلاته الداخلية والخارجية ومشاركتهم الفعلية في التوصل إلى وضع حلول لتلك المشكلات وينقسم إلى قسمين:

- وعى ذاتى: أى فهم الإنسان لنفسه ومتطلباته.
- وعى جمعى: وهو فهم وإدراك الفرد لوظائف الحياة باعتباره عضو فيها وهو الوعى الحقيقى الذى يساعد الفرد فى المشاركة فى التقدم والتنمية.^(٤٩)
- ويشير إلى أن مصطلح الوعى يقوم على معنيين أساسيين هما:^(٥٠)

- ١- حالة تيقظ وانتباه الإنسان وإدراكه لمشاعره ولما يحدث حوله.
 - ٢- مجموع أفكار الفرد ومشاعره وانطباعاته وعقله الواعى.
- ويعنى الوعى أيضاً: "أنه وعى الفرد الكامل وانتباهه وقد تشير إلى لحظة اليقظة إلا أن الوعى أعقد من ذلك "فهو يمتد إلى التفكير والذاكرة والتخيل والمشاعر".^(٥١)
- نستخلص مما سبق أن الوعى ذلك الجزء من الشخصية الذى يدرك به المرء ما حوله، ويتضمن الوعى المشاعر والأفكار التى يفترض أنها تكون أساساً للأنشطة التى يقوم بها الفرد، وهذه الأفكار والمشاعر يمكن تبادلها مع الآخرين، بل أن ذلك يمثل ضرورة هامة لبنى الإنسان. و يقصد بتسمية الوعى بأنها: "عملية المساعدة التى يصبح الفرد أو الجماعة من خلالها أكثر إدراكاً وإحساساً بوضع اجتماعى أو أثراً أو فكرة معنية لها الأولوية فى الوقت الحاضر على الرغم من الاهتمام الضعيف اتجاهاها"^(٥٢).

ثانياً: الوعى الصحى:

الوعى الصحى هو إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضاً إحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة الآخرين ويعتبر الوعى الصحى هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقناع.^(٥٣)

والوعى الصحى هو الطريقة التى تجعل الأفراد والجماعات يتبعون السلوك المعزز لشتى جوانب الصحة طواعية بهدف الإقلال من معدلات الإصابة المرضية والوفيات وكذلك الإقلال من العجز الناجم عن الإصابات المرضية ومنع تفاقمها فى حالة حدوثها وكذلك الإقلال من تكاليف الرعاية الصحية وذلك من خلال إتباع المواطنين لسلوك صحى ملائم يقلل من حدوث الأمراض وتفشيها بين أفراد المجتمع^(٥٤)

الوعى الصحى إجرائياً فى إطار الدراسة الحالية هو:

- إدراك الشباب الريفى للمعلومات والحقائق الصحية.
- درجة المسئولية التى يتمتع بها الشباب الريفى نحو صحته ونحو الآخرين.
- ممارسة السلوكيات الصحية بفهم واقتناع.

ثالثاً: تنمية الوعى الصحى:

ويقصد بتسمية الوعى الصحى إجرائياً فى إطار الدراسة الحالية:

- إكساب الشباب الريفي المعلومات والخبرات المرتبطة بالسلامة الصحية للمجتمع الريفي.
- زيادة حصيلة المعلومات والخبرات الصحية للشباب فيما يتعلق بأعراض وطرق الوقاية من الأمراض المنتشرة في الريف
- تصحيح العادات والمعتقدات الصحية الخاطئة لدى الشباب الريفي
- تعديل الممارسات التي يترتب عليها إضراراً صحية للشباب الريفي
- إكساب الشباب الريفي السلوكيات الصحية المرغوبة التي تقلل من حدوث الأمراض

أولاً: أهمية الوعي الصحي

مقدمة:

إن الاهتمام بالتنمية الصحية ليس اهتماماً محلياً فقط ولكنه اهتمام عالمي أيضاً، فهناك عمل دولي وتضافر جهود بصورة جماعية وبشكل إيجابي لإقامة حياة سليمة خالية من الأمراض، فنرى العديد من المنظمات الاجتماعية سواء على الصعيد الدولي أو المحلي، والتي تمثل أدوات فعالة لحل العديد من المشاكل التي تواجه المجتمع الإنساني، وتذليل الصعوبات وإزالة الحواجز بطرق سليمة ومن هذه المنظمات منظمة الصحة العالمية (WHO) ذات الاختصاص بالصحة العامة لجميع الشعوب، والتي تقدم مساعدة لجميع الحكومات التي تطلب منها تقوية خدماتها الصحية لمكافحة الأوبئة والأمراض المتوطنة واستئصالها، وتحسين التغذية والهندسة الصحية، وكل ما يعلق بالبيئة^(٥٥).

أما على المستوى القومي فإن سياسة التنمية الصحية هي المبادئ العامة التي على أساسها يتم وضع الاستراتيجيات أو المداخل لتحسين المستوى الصحي للمجتمع ككل، وبالتالي تحديد الأهداف والبرامج التي تحققها، استجابة لاحتياجات المجتمع في نطاق الموارد المتاحة، وبالتالي فإن التنمية الصحية هي في حقيقتها استثمار للقوى البشرية، أهم وأثمن الموارد المنوط بها في كل عمليات التنمية الشاملة للمجتمع.

ويمكن القول أن سياسة التنمية الصحية تهدف إلى تحقيق أفضل قدر من المستوى الصحي للمجتمع في حدود الموارد المتاحة، وبحيث يكون كل فرد قادراً على المساهمة الفعالة في التنمية الشاملة^(٥٦).

فمقاومة الأمراض والوقاية منها لا يكفيها ما تتخذه الدولة من أسباب وقائية وأسباب علاجية، وإنما لابد أن يكون الفرد نفسه مزوداً بالقدر المناسب من الوعي الصحي الذي يمكنه

من إدراك ما يهدده من الأخطار الصحية كما لا بد أن يلعب دوراً فعالاً في المقاومة والعلاج، وأن يكيف سلوكه ويغير من عاداته وأساليبه سلوكه، وتنمية الوعي الصحي لدى الأفراد هو الوسيلة لتحقيق هذه الأغراض جميعها والعمل على تحسين الصحة لدى الأفراد، فانخفاض المستوى الصحي أساسه في الواقع أساس تربوي لأنه يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يسلك السلوك الصحي السليم الذي يجنبه الوقوع صحية لأمراض شتى ويؤدي به إلى الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة^(٥٧).

لذلك كان لا بد من الاهتمام بنشر الوعي الصحي الشباب، حيث أنها تشغل مرحلة عمرية دقيقة وحاسمة ويعتبرها تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية متلاحقة ومتصارعة، وتبدأ فيها شخصية الشباب في التكوين والتشكيل^(٥٨)، وتبدأ المظاهر الجسمية والفسولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المميزة للشباب في الظهور، وتتميز بداية هذه المرحلة بأنها أقرب إلى المرض منها إلى الصحة^(٥٩).

وهناك أمراض يمكن التحكم فيها، خاصة الأمراض المرتبطة بالسلوك فإذا عالجتنا السلوك المؤدى للمرض أمكننا معالجة المرض، ولاشك أن إصابة الشخص بهذه الأمراض يقلل من قدراته على تحصيل العلوم والمعارف وتعطل الطاقات الكامنة في نفسه، والتي تؤدي إلى النبوغ كما تقلل من قدرته الإنتاجية عندما يكبر ويصير إلزاماً عليه تأدية أى عمل من الأعمال^(٦٠).

أهمية الوعي الصحي:

- أ- تنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي توفر الأموال لمدى بعيد لمساعدة الناس لمواجهة الأمراض وذلك من خلال الاكتشاف المبكر للأمراض قبل الإصابة بها ومواجهتها بالوقاية.
- ب- تطبيق وتنفيذ الوعي الصحي يجعل المؤسسات الاجتماعية تقوم بتزويد الناس بالمعلومات لمساعدتهم في اتخاذ قراراتهم الصحية.
- ج- برامج تنمية الوعي الصحي تساعد المجتمعات على توفر العنصر البشري الصحي الكفاء.
- د- الوعي الصحي يوضح المرض "أسبابه- آثاره" ويوضح أيضاً السلوك الضروري لتجنب هذا المرض.
- هـ- الوعي الصحي الموجه نوع جديد من أنواع الوعي الصحي الذي يتمثل في احتياجات الناس الصحية وارتباطها بقراراتهم الصحية ومصالحهم بما لا يؤثر على الآخرين.^(٦١)

- و- يساعد الوعي الصحى على اكتساب السلوك الصحى السليم وقد يساعد هذا على التأثير فى أسرته الحالية وأسرته القادمة عندما يصبح أباً أو أماً فى المستقبل.
- ز- يمثل الشباب نسبة كبيرة من مجموع السكان وقد يتعرض لبعض الإصابات والحوادث مما قد يؤدى إلى الإعاقة فى بعض الأحيان، ومن ثم لا بد من تتقيفهم صحياً لتفادى الوقوع فى مثل هذه الإصابات والاستمتاع بحياة صحية سليمة. (٦٢)

ثانياً: أهداف الوعي الصحى:

يكاد يجمع علماء الصحة فى العالم بأن السلوكيات الشخصية المرتبطة بالصحة تمثل محددات رئيسية لنمو المرض طويل المدى، بل أنها تعد أكثر عوامل الخطر وقوفاً خلف الحوادث والإصابات، كما توحى هذه الصورة بوضوح حقيقة أن التدخلات الوقائية جيدة التوجه نحو الهدف والتي تتسم بالفاعلية تبدو مرتكزة على خطوة أساسية هى تحديد منبئات سلوك الخطر أولاً، وتقتضى ضرورة التعريف الواضح لتلك السلوكيات، ومن سلوكيات الخطر التى تحظى بالاهتمام التدخين، سلوك الأكل، الغذاء، والإدمان الخ، وهذه السلوكيات تأخذ فى الغالب شكل عادات سلوكية مؤثرة على صحة الفرد، وربما تكون مميزة للطابع العام لنشاطه اليومي فيما يسمى بأسلوب الحياة، وكما أشارت دراسات منظمة الصحة العالمية أن هناك استخلاصات ثقافية صحية هامة منها^(٦٣):

- أ- أن الناس يظلوا أصحاء أو مرضى نتيجة لتصرفهم أو سلوكهم.
- ب- لا بد من معرفة الأسباب التى تحمل الناس على إتباع السلوك الذى يسبب المرض أو يقى منه، فهذا يساعد على انتقاء الطرائق لمعالجة المشكلات المرضية فى المجتمع.
- ج- يوجد فى كثير من المجتمعات سلوكيات ضارة بالصحة، قد يتخلى عنها الأفراد من تلقاء أنفسهم، وأحياناً يداوم الناس على هذه السلوكيات، وهذا ما يستدعى استخدام برامج الوعي الصحى لتغييرها.

ولهذا فقد وضعت أقطار العالم والتي تتعاون فى مجال الصحة هدفاً مشتركاً لها هو "الصحة للجميع" ولا يعنى ذلك القضاء على المرض والعجز قضاء مبرماً فى ذلك التاريخ، أو قيام الأطباء والممرضات برعاية كل فرد، بل أن ذلك يعنى أن العدالة سوف تتحقق فى توزيع الموارد الصحية، وأن الرعاية الصحية الأساسية ستكون متاحة لكل فرد، وأن المجتمع سيشترك مشاركة كاملة فى تحقيق ذلك كله، ولكن هذا الشعار يعنى أكثر من ذلك بكثير، فهو يعنى أن

الصحة مورد يضمن حياة أمثر نفعاً و غنى، وأنها مفهوم إيجابي ومسئولية تقع على عاتق كل فرد كما يعنى أن الصحة تبدأ فى البيت والمدارس والمصانع الخ^(٦٤).

وإذا أردنا إجمال ما سبق فى نقاط فسوف نجد أن أهداف الوعى الصحى تتمثل فى الآتى:

- ١- تكوين العادات الصحية لمساعدة الشباب على السلوك الصحى السليم بما يحقق له الصحة الشخصية.
- ٢- اكتساب الشباب للمهارات الصحية الأساسية اللازمة فى حياته اليومية مثل طرق الإسعاف الأولى، ونظافة الجسم أو المكان ورعاية المريض^(٦٥).
- ٣- تشجيع الشباب على تبني أسلوب حياة صحى، وتغيير الأنماط السلوكية غير الصحية خلال فترة المراهقة^(٦٦).
- ٤- إمداد الشباب بالمعلومات الصحية التى تؤثر فى مفاهيمه وعاداته الصحية مما يؤدى إلى تغيير سلوكه الصحى تغيير إيجابى^(٦٧).
- ٥- تفهم الشباب للمشاكل الصحية القائمة بالمجتمع، وخدمات الرعاية الصحية القائمة والسعى إليها فى الوقت المناسب^(٦٨).

ثالثاً: المشكلات الصحية فى الريف المرتبطة بنقص الوعى الصحى:

يعانى الريف المصرى من ارتفاع معدل الوفيات عامة، ووفيات الأطفال فى ريف الوجه القبلى خاصة، وتصل إلى وفاة طفل من بين ١٦ طفلاً، ويرجع ذلك إلى ضعف الوعى الصحى وارتفاع معدلات التلوث الناتجة عن ضعف الوعى البيئى، الذى يؤدى إلى انتشار الأمراض وزيادة الملوثات التى تؤدى بحياة الأفراد^(٦٩).

ومن هذه المشكلات :

١- انتشار الأمراض المستوطنة فى الريف:

ومن أهمها البلهارسيا، الإسكارس، الرمد الحبيبي، كساح الأطفال، أمراض الملاريا، الزهري، الدرن، والأمراض الوبائية: خاصة التيفود والحصبة والدفترىا، وأمراض الجهاز الهضمى، وهذه الأمراض مردودها إلى نقص الوعى الصحى واستخدام مياه الترع وانخفاض مستوى المعيشة وسوء التغذية والاعتقاد فى الغيبىات والعلاج بالطرق الشعبية^(٧٠).

٢- استخدام العقاقير الطبية بالتناقل:

نجد وصف العقاقير الطبية بالتناقل بين سكان المجتمع الريفي، بمعنى أن ينصح الواحد الآخر باستخدام عقار معيناً استخدمه هو شخصياً، دون الوعي بأن الحالتان تشابهتا في أعراضهما فقد يكونا مختلفين مما قد يترتب عليه حدوث اضطراب وتدهور في حالة المريض الصحي.

٣- الاستهانة ببعض الإصابات والأعراض التي قد تكون خطيرة:

قد يجرح الريفي بشئٍ حاد به أثر صدأ، ويستهيئ به ولا يذهب إلى الوحدة الصحية هذا قد يؤدي إلى تسمم الجرح وتضاعف الإصابة، ذلك لعدم وعيه أولاً بخطورة تلك الإصابة، ثانياً أن علاجها بسيط لا يتجاوز أكثر من أخذ حقنة (تيتانوس)، وقد تظهر على الريفي أعراض مرض أنفلونزا الطيور - ونحن نعلم مدى خطورة هذا المرض الآن - ويتهامل معها الريفي على أنها أعراض أنفلونزا عادية ولا يذهب للوحدة الصحية إلى أن تتدهور حالته وتصل إلى الحالات الحرجة، وذلك بسبب عدم وعيه بأعراض وطرق الوقاية من مرض أنفلونزا الطيور.

٤- مشكلة التلوث البيئي بأنواعه:

فهي مشكلة ترجع مسيبتها بالدرجة الأولى إلى النشاطات والممارسات البشرية الخاطئة في البيئة، مثل سوء ونقص الغذاء يؤدي إلى التلوث البيولوجي، استعمال المبيدات بطرق غير صحيحة يؤدي إلى التلوث الكيماوي، إلقاء الفضلات وجثث الحيوانات والطيور الميتة في الترع والنيل مما يؤدي إلى تلوث المياه وغيرها، هذه السلوكيات التي ترجع بالدرجة الأولى إلى نقص الوعي عن أضرار مثل هذه الأفعال والسلوكيات. (٧١)

٥- طلاق المرأة التي تنجب إناث:

من الأمور الشائعة هو الاعتقاد أن المرأة هي المسئولة عن جنس الجنين، أي يعتقد الريفيون أن هناك نساء يلدن ذكوراً وأخريات يلدن إناثاً، وحقيقة الأمر أن الرجل هو المسؤول عن جنس المولود وهذا الجهل الصحي يترتب عليه حدوث مشكلات الطلاق أو الزواج بأخرى.

رابعاً: عوامل عدم انتشار الوعي الصحى بين سكان الريف فى مصر:

رغم الجهود التى تقدمها الدولة لتنمية الوعي الصحى لسكان المجتمع الريفى فى مصر - والسابق عرضها - إلا أنه مازال هناك العديد من المعوقات التى تواجه جهود تنمية الوعي الصحى منها:

١ - الأمية:

ترتفع نسبة الأمية بين سكان ريف مصر وذلك بسبب التسرب وإهمال تعليم البنات وعدم الإيمان بأهمية التعليم^(٧٢)، فرغم جهود الدولة لمحو الأمية فى الوقت الحالى إلا أنه تصل نسبة الأمية فى الريف المصرى إلى ٣٦.٦%^(٧٣) أغلبهم من النساء والخطاب الصحى موجه أساساً إلى المرأة - الأم - للعناية بنفسها وبأطفالها وفى المقابل نجد نسبة التعليم الجامعى وأعلى من الجامعى - الطبقة المثقفة - فى الريف لا تتعدى نسبة ٤.٧%.

كما أن جهود وزارة الصحة لتنمية الوعي الصحى للريف كانت تعتمد على القراءة والكتابة، عن طريق الملصقات والإشارات على أغلفة كراسات التلاميذ وغيرها مما يعوق استفادة الريفيين منها.

وهناك علاقة بين درجة التعليم والوعي الصحى للأسرة الريفية، فانتشار الأمية يؤدى إلى عدم الاهتمام بالوقاية من الأمراض أو تأخر العلاج وانخفاض الوعي الصحى^(٧٤)

٢ - الفقر:

إن الفقر الذى يعيش فيه الفلاح المصرى (الريفى) منذ عصور طويلة جعل المستوى الصحى - بصفة عامة للريف والوعي الصحى خاصة - منخفضاً عن مثيله فى الحضر، فعدم القدرة المالية من أهم الأسباب الداعية إلى امتناع سكان الريف عن استشارة طبيب، أيضاً صعوبة الانتقال من القرية إلى خارجها من أجل الاستشارات والاستفسارات الصحية وتكلفة ذلك الانتقال.^(٧٥)

٣ - الخلل فى نظم المعلومات الصحية:

اهتمت نظم المعلومات الصحية فى البداية بتسجيل المواليد والوفيات، ثم بعد ذلك تطورت لتشمل تسجيل الأمراض المعدية مثل الطاعون والكوليرا والتيتانوس وأنفلونزا الطيور... وغيرها، وتسجيل التزايد المطرد فى نوعية الأمراض، أى اهتمت بتسجيل المعلومات

التي تبنى عليها برامج التوعية الصحية، ولكن مع تفتت الجهاز الصحى الحكومى إلى جهات وهيئات مستقلة أصبحت عملية تجميع البيانات على مستوى الدولة عملية شاقة وتتم عادة بمعرفة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء وذلك على فترات، مما يصعب معه توافر صورة كاملة عن الحالة الصحية أو الموارد المتاحة أمام صاحب القرار^(٧٦).

٤- انتشار سلطة والد الزوج والدة الزوج على الابن وزوجته:

ولذا تتصاع زوجة الابن لأوامر أم الزوج وأبيه حتى ولو كانت خاطئة على حساب صحة الأطفال والبعد عن برامج تنظيم الأسرة، مهما علمت عن أهمية وأهداف البرامج^(٧٧).

٥- ضعف فاعلية برامج التوعية الصحية المقدمة عن طريق الإذاعة والتلفزيون:

وهى أكثر وسائل وأجهزة التوعية الصحية انتشاراً حالياً، ويؤخذ على برامج الإذاعة والتلفزيون للتوعية الصحية ما يلى:

أ- المادة المقدمة تأخذ شكل المحاضرة المباشرة وهى ليست الطريقة المثلى للاتصال بالجمهور المتلقى كما أن المادة المطروحة فى الغالب تتصل بمشاكل إكلينيكية متخصصة وتهم قطاعات محددة من الجمهور ويغلب عليها الشرح العلمى المتخصص وكأنها محاضرة فى كلية الطب أو مدرسة التمريض.

ب- البرامج المقدمة قصيرة ومجزأة حيث تكس المعلومات دون تحديد أولوية حول المشكلة المطروحة مما يفقد البرنامج فاعليته فى رفع الوعى الصحى.

ج- عندما أدخل التلفزيون (الإعلان) فى برامج التوعية الصحية مثل مشروع معالجة الجفاف ومقاومة انتشار البلهارسيا حقق تقدماً أكبر إلا أنه فى بعض هذه الإعلانات يهتم بالمشكلة التى يتصدى لها أحياناً على حساب معلومات صحية خاصة^(٧٨).

٦- انتشار الطب الشعبى بالريف

رغم إمداده بالأطباء والفنيين والتوسع فى إنشاء الوحدات الصحية ويرجع ذلك الانتشار للطب الشعبى لما يلى:

أ- التقارب الاجتماعي والمعرفة الشخصية التي تربط الممارس للطب الشعبي (الداية، الحلاق.... الخ) بأهالي القرية فنجد مثلاً أن الداية كانت لا يتوقف دورها عند إنهاء عملية الولادة بل أيضاً تقوم برعاية الأم والمولود حتى اليوم الأربعين للولادة.

ب- القيام بممارسات طبية يمنعها القانون مثل عمليات الإجهاض وختان الإناث حالياً.

ج- الفهم الخاطئ للدين له أثره في تمسك أهالي الريف بالممارسات الشعبية ذات الجانب الديني مثل زيارة الأضرحة والعلاج بالأحبة وفكرة أنه يستحيل على أى طب أن يغير مشيئة الله وكل شئ مكتوب مع أن الديانات السماوية كلها دعت إلى دراسة الطب ودعت إلى طهارة الجسد وغيرها من أسس الصحة الجسمية والصحة العامة^(٧٩)

وأنه بجانب ما سبق ذكره فإن الثقافة الريفية التي تحوى عادات ومعتقدات وممارسات طبية خاطئة لا تقوم على الوعي الصحى من النوع بطئ التغيير خاصة أن العادات والمعتقدات الصحية من مكونات الثقافة المعنوية التي هى بطبيعتها بطيئة التغيير بعكس الثقافة المادية مثل استخدام الآلات الحديثة فى الزراعة.... وغيرها من جوانب الثقافة المادية.^(٨٠)

خامساً: جهود تنمية الوعي الصحى فى مصر:

ركزت السياسة الصحية فى مصر على ضرورة تحقيق التغطية الصحية الشاملة على مستوى الجمهورية من خدمات علاجية ووقائية^(٨١).

فتعددت عناصر السياسة الصحية فى مصر، وشملت عدة نقاط فى مقدمتها:

- ١- رفع مستوى الوعي الصحى لدى المواطنين.
- ٢- توفير الخدمات الوقائية من الأمراض المعدية المتوطنة^(٨٢).
- ٣- سنت مصر بعض القوانين والقرارات الخاصة بتنظيم وتحسين ظروف سكان القرى والأرياف، المتعلقة بنشر الثقافة الصحية ورعاية الأمومة والطفولة وعلاج الأمراض^(٨٣).
- ٤- اهتمام السلطات الصحية فى مصر بإيصال المعلومة الصحية السليمة إلى الجمهور منذ أوائل القرن العشرين، وكان ذلك عن طريق الملصقات فى الأماكن العامة مثل محطة السكك الحديدية ومكاتب البريد والمكاتب الحكومية، وكانت هذه الملصقات تتركز أساساً على الأمراض المتوطنة والمعدية مثل البلهارسيا والرمد ومكافحة الذباب وغيرها، وكانت الإرشادات الصحية تكتب على أغلفة الكرايس فى المدارس فى محاولة لإدخال مفهوم الوقاية لدى التلاميذ من الصغر.

٥- أدخلت وزارة الصحة سيارات الثقافة الصحية وهي مجهزة بآلة عرض سينمائي حيث تقدم بعض الأفلام الخاصة بالوقاية من الأمراض.^(٨٤)

٦- أيضاً إنشاء المتاحف المختلفة بالمحافظات التي تعرض نماذج لبعض الأمراض الشائعة وكيفية الوقاية منها، بجانب وحدات متخصصة للثقافة والتوعية الصحية

فلقد دلت البيانات والمعلومات الإمبريقية على مدى ما يحدثه التلفزيون من أثر كبير في توجيه وتشكيل وعى الفلاحين وأفكارهم تجاه الأحداث والقضايا القومية والمحلية وهو ما يؤكد على الدور الكبير والهام الذي يلعبه التلفزيون كأداة إعلامية هامة في حياة الفلاحين وقد تلى ذلك في الأهمية الراديو ثم الصحف اليومية^(٨٥).

سادسا : أساليب تنمية الوعي الصحي^(٨٦) :

هناك أساليب عديدة تستخدم لتنمية الوعي الصحي، فكلما استخدم الأسلوب الذي يتوافق مع مجال عمله، ومن أكثر الأساليب التي يتم استخدامها في تنمية الوعي الصحي الأساليب الآتية:

١- وسائل الإعلام "Mass Media":

ويستعمل فيها الأفلام، الراديو، التلفزيون، الجرائد، المجلات، الدوريات، الكتب، الكتيبات، المملصقات، والميزة الرئيسية لهذه الطريقة هي أنها تساعد على وصول الرسالة إلى عدد كبير من الأهالي دفعة واحدة، ولكن الدراسات أثبتت ضعف تأثيرها على سلوك الجماهير لأن هذه الطريقة طريقة تعلم من ناحية واحدة لأنها لا تسمح للمتعلم في المشاركة المباشرة في التخطيط لتحسين الحالة الصحية، ويشعر المتعلم أن الأفكار المقدمة إليه غريبة وأن البرنامج الصحي المقترح مفروض عليه، وهناك بعض الطرق التي تتمكن بها من التأثير على الجماهير بواسطة وسائل الإعلام المختلفة:

أ- يوصى بتكرار الرسالة الصحية كأن تذيع أكثر من برنامج ونكتب أكثر من مقال يعالج نفس الموضوع الصحي ويجب أن يصحب التكرار تغيير في الأسلوب أو كيفية العرض حتى نتفادي عنصر الملل الذي يصاحب التكرار.

ب- يجب أن تعرض الرسالة بطريقة تضمن اجتذاب انتباه المواطنين وعند توجيه رسالة صحية في الراديو أو التلفزيون يجب أن نختار الوقت المناسب لعرضها وأن ندخل فيها عنصر التشويق كأن نضع المعلومات الصحية في قصة أو تمثيلية أو حوار وعند كتابة موضوع صحي في مجلة يجب أن نختار له عنواناً مشوقاً يثير حب الاستطلاع.

ج- يجب أن نراعى سهولة المعلومات المقدمة لهم، وأن نتجنب المصطلحات العلمية الصعبة، ولا مانع من استخدام اللغة العامة في بعض الأحيان وأن نجعل هذه الوسائل

- مرتبطة بميول وحاجات المواطنين ومشاكلهم الصحية وواقع البيئة التي يعيشون فيها، وأن يراعى توافق إرشاداتنا الصحية مع إمكانياتهم.
- د- لكي نتغلب على عنصر الاتصال من جهة واحدة الذى تتصف به وسائل الإعلام يتعين علينا أن نشجع الجماهير ليتصلوا بالمسؤولين فى دور الإذاعة والنشر ليبدوا آرائهم فى الرسائل الموجهة إليهم ويقدموا السبل التى تجعلها أكثر تشويقاً.
- هـ- مما يزيد من تأثير الرسالة فى الجماهير أن تصل إليهم عن طريق شخصية محبوبة لهم وملمة بنواحي الموضوع وذات رأى سديد يدعو المواطنين إلى احترامه.^(٨٧)

٢- طرق المواجهة Face to Face وتشمل:

- أ- المناقشات الفردية العامة: بين الطبيب، والمرضة، والأخصائى الاجتماعى والناس، ويمكن أن تحدث فى المنزل خلال الزيارات المنزلية فى العيادات الخارجية أو خارج المنزل.
- ب- الدروس أو الندوات الصحية للمجتمعات الخاصة لرعاية الطفل، ورعاية العامل، ودروس التغذية، ويمكن استعمال الوسائل السمعية والبصرية فى هذه الدروس^(٨٨).
- أما بالنسبة لأساليب تنمية الوعى الصحى للشباب، فهناك طريقتان:
- أ- الطريقة المباشرة: وفيها تخصص فترات فى كل أسبوع لتدريس مادة الصحة العامة، شأنها فى ذلك شأن أى مادة دراسية أخرى.
- ب- الطريقة غير المباشرة: وتكون عن طريق استغلال الفرص التعليمية وأهمها فترات الراحة واللعب وغيرها من الأنشطة^(٨٩).

سابعاً: خصائص المجتمع الريفي :

- حاول العلماء الوصول إلى تعريف للمجتمع الريفي، فهناك من قاموا بتعريفه إحصائياً مما جعل تعريف الريف مجرد اصطلاح له علاقة بعدد السكان. وهنا من أعتمد فى تعريفه للريف على التقسيم الاقتصادى للمهن، فى حين عرفه البعض على أنه المجتمع الذى يعتمد غالبية سكانه على الزراعة فى معيشتهم.
- ومن الهيئات التى وضعت المعايير الكمية فى اعتبارها عند التمييز بين الريف والحضر، منظمة الأمم المتحدة، وكذلك منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية التى حددت المعايير الكمية التى يمك استخدامها لتمييز وتصنيف المناطق الريفية فى :^(٩٠)
- نسبة النشاط الزراعى فى القوى العاملة.

- التقسيمات الإدارية داخل المنطقة.

- حجم السكان في التجمعات السكنية.

ومن التعريفات التي اهتمت بالمعايير الكيفية في تعريف الريف تعريف لورى نلسن الذي عرف المجتمع الريفي على أنه ذلك الذي يتكون من تلك المناطق التي ترتفع فيها درجة الألفة Intimacy والعلاقات الشخصية غير الرسمية، كما تعد الزراعة هي المهنة الأساسية لسكانه. وقد انتهى العلماء في تحديدهم لخصائص المجتمع الريفي إلى^(٩١)

- ١- أن المجتمع الريفي مجتمع جامد، ومتناسق ومتناغم
- ٢- يتصف بالإجماع بدلاً من الصراع وبالمكانات الموروثة بدلاً من المكتسبة فظروف الحياة الريفية تؤدي إلى وجود تشابه بين الفلاحين في نظرتهم للحياة.
- ٣- شيوع نمط الاقتصاد العائلي، والتمتع بالمكانة الاجتماعية المنخفضة، فضلاً عن اعتماد المجتمع القروي اقتصادياً بدرجات متفاوتة على المراكز الحضرية.
- ٤- بساطة الثقافة والارتباط بالأرض، والعلاقة الوثيقة بالمجتمع المحلي والمحافظة على التقاليد، فضلاً عن أن العائلة هي الوحدة الاجتماعية الأساسية بالنسبة للريف.
- ٥- يتميز بالعزلة وصغر الحجم، كما أن المعاش (أي النمط الاقتصادي) هو المعاش الزراعي، والروابط في هذا المجتمع روابط أولية، كما أن السلطة به سلطة تقليدية.
- ٦- ويتميز هذا المجتمع كذلك ببعض القيم القروية وفي مقدمتها قيمة الارتباط بالأرض ومركزية العائلة، ومركزية القرية بمعنى ما تحتله القرية من مكانة مركزية في عقل القرويين مما يفرض على سكانها بعض القيم المتصلة بالعلاقة بالقرية ومنها ضرورة التعاون مع أبناء القرية الآخرين في وقت الشدة،
- ٧- محدودية النظرة إلى العالم، حيث يدرك الفلاحون العالم في حدود قريتهم أو منطقتهم وهم يتركزون حول هذا العالم الضيق، ويعتبرونه نهاية العالم بالنسبة لهم.

كما أن المجتمع الريفي يتسم بما يلي:^(٩٢)

- ١- ازدياد العلاقات الاجتماعية إلى حد كبير بين أفرادها، ووجود رغبة من بجانبهم للتعامل مع بعضهم البعض.
- ٢- أنه مجتمعاً متماسكاً حيث يكون له أهداف ونواحي اهتمام وقيم مشتركة.
- ٣- أن الاتصال بين أفرادها مباشرة ويغلب عليه طابع علاقة "الوجه للوجه".
- ٤- أن ثقافته مقدسة (دينية) بطيئة التغيير، مرتبطة بقيم الناس وعقائدهم.
- ٥- أنه مجتمعاً يهتم بالسلوك التقليدي، ويهتم بالشكل السلوكي دونما اهتمام بالنتائج أو المضمون.
- ٦- أن أفرادها يتأثرون بعواطفهم في علاقاتهم وسلوكهم.

- ٧- أن السلطة فيه تعتمد إلى حد كبير على شخصية القائم بها.
- ٨- أن بين أفراد نوع من المشاركة والتعاون والشيوخ في المسؤولية والحقوق.
- ٩- أنه مجتمعاً يتطلب من أفراد حسن التصرف سواء داخله أو خارجه وهو ينتقدهم إذا لم يحسنوا التصرف خارجه (ضبط اجتماعى غير رسمى).
- وهناك - بجانب ذلك سمات اجتماعية وثقافية تميز الريف المصرى والتي منها الكرم - احترام السن - التأثر بالعلاقات الشخصية - النظرة غير المحدودة للوقت والمسافات - احترام القوى والشجاعة، التأثر العاطفى.

ثامناً: دور تنظيم المجتمع فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى

الخدمة الاجتماعية كمهنة تسعى إلى المساهمة فى إحداث تغييرات مرغوب فيها فى الأفراد والجماعات والمجتمعات والأنظمة الاجتماعية ومساعدة الإنسان على تحقيق أفضل تكيف مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية^(٩٣).

هذا ويتعين التأكيد على أن الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تمارس دورها من خلال المؤسسات الاجتماعية ، وارتبطت بذلك منذ نشأتها ، وأصبحت معروفة بأنها مهنة مؤسسية ، وتشير الكتابات إلى أن طريقة تنظيم المجتمع وشأنها شأن الطرائق المهنية الأخرى من خلال هيئات ومؤسسات أنفق على تسميتها بأجهزة تنظيم المجتمع ، وتعتبر هذه الأجهزة عن الثروة الأساسية فى المؤسسات والمنظمات بكافة أنواعها الإنتاجية والحكومية والدفاعية والأهلية ألا وهي الموارد البشرية ، حيث تضمنت الأفراد والعاملين فى المنظمة ومنها مراكز الشباب من مختلف النوعيات والتخصصات مهما اختلفت وتتنوع مستويات المهارة والأعمال التي يقومون بها^(٩٤).

الإجراءات المنهجية

أولاً: نوع الدراسة:

تتنمى هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية التحليلية حيث إنها انصب الدراسات ملائمة لطبيعة الدراسة وتستهدف تقرير خصائص مشكلة معينة أو دراسة ظروفها المحيطة بها اى كشف الحقائق الراهنة التي تتعلق بظاهرة أو موقف مع تسجيل دلالاتها وتصنيفها وكشف

ارتباطها لمتغيرات أخرى بهدف وصف الظاهرة وصفا دقيقا شاملا من كافة جوانبها ولفت النظر إلى أبعادها المختلفة. (٩٥)

وتستهدف الدراسة الراهنة تحديد معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

ثانيا: المنهج المستخدم:

يشير مفهوم المنهج إلى الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة ويعتبر المسح الاجتماعي أحد المناهج الرئيسية التي تستخدم في البحوث الاجتماعية بوصف الظاهرة المدروسة وتصويره كميًا عن طريق جمع المعلومات المقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (٩٦)

استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي في هذه الدراسة كما يلي:

- أ- المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مراكز الشباب بإدارة شباب إسنا.
- ب- المسح الاجتماعي بالعينة للشباب الأعضاء بمراكز الشباب.

ثالثا: أدوات الدراسة:

- (١) استمارة استبيان مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا
- (٢) استمارة استبيان مطبقة على الشباب الأعضاء بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا:

خطوات تصميم الأدوات

بناء الأداة

تم بناء الاستمارة في صورتها الأولية اعتماداً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة المرتبطة إلى جانب الاستفادة من بعض استمارات الاستبيان المرتبطة بموضوع الدراسة لتحديد العبارات التي ترتبط بكل متغير من المتغيرات الخاصة بالدراسة.

وفي هذه المرحلة تم مراعاة الآتي :

أن تكون العبارات مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بأبعاد الدراسة ، وأن تكون محددة المعنى وواضحة الألفاظ ومختصرة في صياغتها ، والدقة في العبارات بحيث تبتعد عن الترادف والتكرار في المعنى وتجنب العبارات المركبة التي تحتوي على أكثر من فكرة ، كما روعي في إختيار الأسئلة أن تكون أكثر إتصلاً بموضوع الدراسة حتي تحقق الهدف من الدراسة .

وتحددت أبعادها في الآتي:

١- البيانات الأولية

٢- البيانات المتعلقة بالأهداف التي تسعى مراكز الشباب لتحقيقها وتسهم في تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

٣- الأنشطة التي تمارس داخل مراكز الشباب وتسهم في تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

٤- معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

٥- المقترحات اللازمة لتنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

رابعاً: مجالات الدراسة:

١. المجال المكاني:

جدول (١)

يوضح مراكز الشباب بإدارة شباب إسنا.

(ن=٢٨)

م	اسم المركز	م	اسم المركز
١	م.ش. النواصر	١٥	م.ش. زرنوخ
٢	م.ش. النمسا	١٦	م.ش. طفنيس
٣	م.ش. الكلابية	١٧	م.ش. كيمن المطاعنه
٤	م.ش. ابوسعيد	١٨	م.ش. وابورات المطاعنه
٥	م.ش. احمد سعيد	١٩	م.ش. العضايمة
٦	م.ش. اصفون	٢٠	م.ش. حاجر كومير
٧	م.ش. البحر	٢١	م.ش. الغريرة
٨	م.ش. الترعة	٢٢	م.ش. القرايا
٩	م.ش. الجوايدة	٢٣	م.ش. المعلا
١٠	م.ش. الحلة	٢٤	م.ش. الدبابية
١١	م.ش. الدير	٢٥	م.ش. توماس
١٢	م.ش. السلام	٢٦	م.ش. باويل
١٣	م.ش. الشغب	٢٧	م.ش. نجع العرب
١٤	م.ش. الطوايح	٢٨	م.ش. حاجر الشغب

مبررات اختيار المجال المكاني

- ١- توافر عينة الدراسة من الأخصائيين و الشباب الريفي.
- ٢- استعداد المبحوثين للتعاون مع الباحث كونه احد ابناء مركز اسنا.
- ٣- ابداء ادارة شباب اسنا رغبتها في التعاون والاستفادة من نتائج البحث
- ٤- توافر التسهيلات الممنوحة من مديرية الشباب بالأقصر.

٢. المجال البشري:

- ١- مسح شامل لكافة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمراكز شباب إدارة شباب إسنا وعددهم ٤٨ أخصائي اجتماعي.

٢- عينة من الشباب الأعضاء بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا وعددها ٢٤٠ من اجمالى ٦٤٩ عضوانطبقت عليهم شروط العينة
شروط اختيار العينة:

- ١- ان يكون عضو عامل في مركز الشباب (مر على عضويته سنة فأكثر)
- ٢- من المشاركين في أنشطة مراكز الشباب
- ٣- عمرالعضو يتراوح في الفترة من ١٨ الي ٣٥ عام

وقام الباحث بتحديد حجم العينة من خلال قانون الحجم الامثل للعينة التالى

$$N = \frac{Nx^2p(1-p)}{D^2(n-1)+x^2(1-p)}$$

حيث أن n = حجم العينة

$$X^2 = \text{قيمة كاي تربيع (كا)} \text{ عند مستوى } 0.05 \text{ درجة حرية واحدة} = 3.841$$

$$P = \text{نسبة السكان} = 0.05$$

$$D = \text{مستوى الخطأ الذى يمكن تجاوزه لإعطاء اكبر حجم للعينة} = 0.05$$

وبتطبيق القانون بلغ حجم العينة ٢٤٠ شاب عند مستوى معنوى ٠.٠٥ عند مستوى ثقة ٩٥% (٩٧)

٣. المجال الزمني

تم جمع البيانات فى الفترة من ٢٠١٨/١٠/٢٨ حتى ٢٠١٨/١٢/٨

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي:

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلى باستخدام برنامج (SPSS .V. 17.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية:

١- التكرارات والنسب المئوية.

٢- المتوسطات الحسابية:

وتم حسابه للمقياس الثلاثى عن طريق :

$$\text{المتوسط الحسابى} = \text{ك (نعم)} \times ٣ + \text{ك (إلى حد ما)} \times ٢ + \text{ك (لا)} \times ١ / \text{ن}$$

العبارات الإيجابية: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، بينما العبارات

السلبية: نعم (درجة واحدة)، إلى حد ما (درجتين)، لا (ثلاثة درجات)

النتائج العامة للدراسة

أولاً: مناقشة نتائج استمارة الشباب

ثانياً: مناقشة نتائج استمارة الأخصائيين الاجتماعيين

أولاً: مناقشة نتائج الشباب

أولاً: وصف مجتمع الدراسة (وصف الشباب)

(١) النوع :

جدول (٢) توزيع الشباب حسب النوع

(ن=٢٤٠)

م	النوع	ك	%
١	ذكر	١٦٤	٦٨.٤
٢	أنثى	٧٦	٣١.٦
المجموع		٢٤٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من المستفيدين ذكور بنسبة (٦٨.٤%)، بينما نسبة الإناث (٣١.٦%) وهذا يرجع الي

طبيعة المجتمع الريفي التي يتميز بالذكورية وقلة مشاركة الاناث في الانشطة العامة

(٢) السن :

جدول (٣) توزيع الشباب حسب السن

(ن=٢٤٠)

م	السن	ك	%
١	من ١٥ سنة -	٣٢	١٣.٣
٢	-٢٠	١٠٤	٤٣.٣
٣	-٢٥	٧٦	٣١.٧
٤	٣٥-٣٠	٢٨	١١.٧
المجموع		٢٤٠	١٠٠
		٢٥	
		٨	

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من المستفيدين في الفئة العمرية (٢٠-٢٥) سنة بنسبة (٤٣.٣%)، ثم الفئة العمرية (٢٥-٣٠) سنة بنسبة (٣١.٧%)، يليها الفئة العمرية (من ١٥-٢٠ سنة) بنسبة (١٣.٣%)، يليها الفئة العمرية (٣٠-٣٥) سنة بنسبة (١١.٧%). ومتوسط سن المستفيدين (٢٥) سنة، وبانحراف معياري (٨) سنوات وبالنسبة لمتوسط سن المستفيدين (٢٩) سنة يشير إلى التباين الكبير بين المبحوثين في أعمارهم وهي السن الأكثر نشاطاً وإقبالاً على الحياة وسعيًا للمشاركة في الأنشطة المقدمة لهم

(٣) سنوات العضوية في مركز الشباب

جدول (٤)

توزيع الشباب حسب سنوات العضوية في مركز الشباب

(ن=٢٤٠)

م	السنوات	ك	%
١	-١	١٤٢	٥٩.٢
٢	-٥	٨٦	٣٥.٨
٣	-١٠	٩	٣.٨
٤	١٥ فأكثر	٣	١.٣
	المجموع	٢٤٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من المستفيدين مدة عضويته في المركز في الفترة من (١-أقل من ٥ سنوات) سنة بنسبة (٥٩.٢%)، يليها الفترة من (٥-) سنة بنسبة (٣٥.٨%)، ثم الفترة من (١٠-) سنة بنسبة (٣.٨%)، يليها الفترة (أكثر من ١٥) سنة بنسبة (١.٣%) وهذا يشير إلى تجدد أنشطة مراكز الشباب واستمرارية انشطتها مما يؤدي إلى استمرارية الاشتراك في عضويتها

ثانياً: مناقشة نتائج الأخصائيين الاجتماعيين

أولاً : وصف مجتمع الدراسة (وصف الأخصائيين)

١- النوع :

جدول (٥) توزيع الأخصائيين حسب النوع

(ن=٤٨)

م	النوع	ك	%
١	ذكر	٣٧	٧٧.٠٨
٢	أنثى	١١	٢٢.٠٢
	المجموع	٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين ذكور بنسبة (٧٧%)، بينما نسبة الإناث (٢٣%) وهذا يرجع الي طبيعة المجتمع الريفي الذي لا يحبذ عمل المرأة.

٢- السن :

جدول (٦) توزيع الأخصائيين حسب السن

(ن=٤٨)

م	السن	ك	%
١	أقل من ٢٥ سنة	٤	٨.٢٥
٢	٢٥ -	٨	١٦.٥
٣	٣٠ -	١٢	٢٥
٤	٣٥ -	١٢	٢٥
٥	٤٠ -	٦	١٢.٥
٦	٤٥ -	٢	٤.٥
٧	٥٠ سنة فأكثر	٤	٨.٢٥
	المجموع	٤٨	١٠٠
	س	36	
	Σ	10	

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من المستفيدين في الفئة العمرية (٣٠-٣٥) بالتساوي مع الفئة العمرية (٣٥-٤٠) سنة بنسبة (٢٥%)، يليها الفئة العمرية (٢٥-٣٠ سنة) بنسبة (١٦.٥%)، يليها الفئة العمرية

(٤٠- ٤٥) سنة بنسبة (١٢.٥%) ، يليها الفئة العمرية (أقل من ٢٥ سنة) بالتساوي مع الفئة العمرية (٥٠ سنة فأكثر) بنسبة (٨.٢٥%) ، ومتوسط سن المستفيدين (٣٦) سنة، وبانحراف معياري (١٠) سنوات وبالنسبة لمتوسط سن المستفيدين (٣٦) سنة يشير إلى التباين الكبير بين المبحوثين في أعمارهم وهي السن الأكثر نضجا وفهما .

٣- المؤهل

جدول (٧) توزيع الإحصائيين حسب الحالة المؤهل العلمي (ن=٤٨)

م	المؤهل العلمي	ك	%
١	دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية	٨	١٦.٧
٢	ليسانس آداب علم اجتماع	٦	١٢.٥
٣	بكالوريوس خدمة اجتماعية	٣٤	٧٠.٨
٤	دبلوم دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية	٠	٠
٥	ماجستير في الخدمة الاجتماعية	٠	٠
	المجموع	٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين حاصلين علي بكالوريوس خدمة اجتماعية بنسبة (٧٠.٨%) ، يليها الحاصلين علي دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية بنسبة (١٦.٧%) ، ثم الحاصلين علي ليسانس آداب علم اجتماع بنسبة (١٢.٥%) ، ويشير ذلك إلى أن الأخصائيين لديهم القدرة على العمل لأنهم معدين إعدادا مهنيا مناسباً

٤- المسمى الوظيفي

جدول (٨) توزيع الأخصائيين حسب المسمى الوظيفي

(ن=٤٨)

م	الحالة الاجتماعية	ك	%
١	أخصائي نشاط	١١	٢٢.٩
٢	أخصائي اجتماعي	١٥	٣١.٢
٣	مشرف عام أنشطة	٥	١٠.٤
٤	مدير المركز	١٧	٣٥.٥
	المجموع	٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين هم مديري مراكز أعزب بنسبة (٣٥.٥%)، يليها اخصائي اجتماعي بنسبة (٣١.٢%)، ثم اخصائي نشاط بنسبة (٢٢.٩%)، يليها مشرف عام أنشطة بنسبة (١٠.٤%)

٥- الخبرة في العمل

جدول (٩) توزيع الأخصائيين حسب الخبرة في العمل

(ن=٤٨)

م	الخبرة في العمل	ك	%
١	أقل من ٥ سنوات	٤	٨.٤
٢	٥-	٧	١٤.٥
٣	١٠-	١٩	٣٩.٥
٤	١٥-	١٣	٢٧.١
٥	٢٠ سنة فأكثر	٥	١٠.٥
	المجموع	٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين يمتلك خبرة في المجال (١٠-) بنسبة (٣٩.٥%)، يليها يمتلك خبرة في المجال (١٥-) بنسبة (٢٧.١%)، يليها يمتلك خبرة في المجال (٥-) بنسبة (١٤.٥%)، يليها يمتلك خبرة في المجال (٢٠ سنة فأكثر) بنسبة (١٠.٥%) يليها يمتلك خبرة في المجال (أقل من خمس سنوات) بنسبة (٨.٤%) وهذا يشير إلي أن معظم الأخصائيين من أصحاب الخبرة العالية في المجال ويرتبط هذا الجدول بالجدول رقم (٦) المتعلق بتوزيع الأخصائيين حسب السن -٦- الحصول على الدورات التدريبية :

جدول (١٠) توزيع الأخصائيين حسب حصولهم على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعي

الصحي

(ن=٤٨)

م	النوع	ك	%
١	حصل على دورات تدريبية	١٨	٣٧.٥
٢	لم يحصل على دورات تدريبية	٣٠	٦٢.٥
	المجموع	٤٨	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين لم يحصل على دورات تدريبية في مجال الوعي الصحي بنسبة (٦٢.٥%)، بينما نسبة الأخصائيين الاجتماعيين الذين حصلوا على دورات تدريبية في مجال الوعي الصحي كانت (٣٧.٥%).

٧- عدد الدورات التدريبية

جدول (١١) يوضح أسباب عدد الدورات التدريبية التي حصل عليها الأخصائيين

الاجتماعيين في مجال الوعي الصحي

(ن=٣٠)

م	الخبرة في العمل	ك	%
١	دورة واحدة	٢٣	٧٦.٦
٢	دورتين تدريبيتين	٧	٢٣.٤
٣	ثلاث دورات فأكثر	٠	٠
المجموع		٣٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين كانت من الأخصائيين الاجتماعيين الحاصلين على دورة تدريبية واحدة في مجال الوعي الصحي بنسبة (٧٦.٦%)، ثم يليها في الترتيب الأخصائيين الاجتماعيين الذين حصلوا على دورتين تدريبيتين في مجال الوعي الصحي بنسبة (٢٣.٤%) ، بينما لم يحصل اي من الأخصائيين على ثلاث دورات تدريبية في مجال الوعي الصحي وهذا يشير الي ضعف الاهتمام بتدريب الأخصائيين في مجال الوعي الصحي مما يؤدي الي قلة خبرة الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال الحيوي وبالتالي يؤثر سلبا على احد الأهداف الهامة لمراكز الشباب ألا وهو تنمية الوعي الصحي

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول رقم (١٢)

يوضح الأهداف التي تسعى مراكز الشباب إلى تحقيقها وتسهم في تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي من وجهة نظر الشباب والأخصائيين

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						الترتيب	الاحتراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	استجابات الأخصائيين														
		لا		إلى حد ما		نعم						الترتيب	الاحتراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	لا		إلى حد ما		نعم						
		%	ك	%	ك	%	ك									%	ك	%	ك	%	ك					
١	التوعية بأسباب الأمراض وطرق العدوى	١٨٠	٧٥	٥٧	٢٣.٨	٣	١.٣	٦٥٧	٢.٧٤	٠.٤٦٩	٣	٣٦	٧٥	١٢	٢٥	٠	٠	١٣٢	٢.٧٥	٠.٤٣٨	٢					
٢	التوعية بكيفية الوقاية من الأمراض	١٨١	٧٥.٤	٥٧	٢٣.٨	٢	٠.٨	٦٥٩	٢.٧٥	٠.٤٥٥	٢	٤٢	٨٧.٥	٦	١٢.٥	٠	٠	١٣٨	٢.٨٧	٠.٣٣٤	١					
٣	حث الشباب على إعطاء التطعيمات اللازمة لأبنائهم في المواعيد المحددة	١٧٦	٧٣.٣	٥٩	٢٤.٦	٥	٢.١	٦٥١	٢.٧١	٠.٤٩٨	٤	٢٤	٥٠	٢٤	٥٠	٠	٠	١٢٠	٢.٥	٠.٥٠٥	٥					
٤	تعريف الشباب الريفي بالعادات والمعتقدات الصحية الخاطئة	١٦٤	٦٨.٣	٦٩	٢٨.٨	٧	٢.٩	٦٣٧	٢.٦٥	٠.٥٣٥	٥	٣٦	٧٥	٦	١٢.٥	٦	١٢.٥	١٢٦	٢.٦٣	٠.٧٠٣	٤					
٥	تعديل الممارسات التي يترتب عليها اضرار صحية للشباب	١٥٩	٦٦.٣	٧٣	٣٠.٤	٨	٣.٣	٦٣١	٢.٦٣	٠.٥٤٩	٦	٣٧	٧٧.١	١٠	٤.٨	١	٠.٢	١٣٢	٢.٧٥	٠.٤٨٤	٣					
٦	إكساب الشباب سلوكيات صحية مرغوبة تقلل من انتشار الأمراض	١٨٦	٧٧.٥	٤٨	٢٠	٦	٢.٥	٦٦٠	٢.٧٥	٠.٤٨٨	١	٣٠	٦٢.٥	١٢	٢٥	٦	١٢.٥	١٢٠	٢.٥	٠.٧١٥	٦					
٧	المشاركة في التوعية المرورية لتقليل الحوادث	١٣٢	٥٥	٩٥	٣٩.٦	١٣	٥.٤	٥٩٩	٢.٥	٠.٦	٧	١٥	٣١.٣	٢٦	٥٤.٣	٧	١٤.٥	١٠٤	٢.١	٠.٦٦٣	٧					
		المتغير ككل الشباب										المتغير ككل الأخصائيين														
		٢.٧										٠.٥١٣														
		مستوى مرتفع										مستوى مرتفع														

يوضح الجدول السابق أن :

جاء التوعية بأسباب الأمراض وطرق العدوى في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٤)، بينما جاء في الترتيب الثاني للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٧٥).

وجاء التوعية بكيفية الوقاية من الأمراض في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٥)، بينما جاء في الترتيب الأول للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٨٧).

ثم جاء حث الشباب على إعطاء التطعيمات اللازمة لأبنائهم في المواعيد المحددة في الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٢)، بينما جاء في الترتيب الخامس للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٥).

ثم جاء تعريف الشباب الريفي بالعادات والمعتقدات الصحية الخاطئة في الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥)، بينما جاء في الترتيب الرابع للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٦٣).

و جاء تعديل الممارسات التي يترتب عليها أضرار صحية للشباب في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٣)، بينما جاء في الترتيب الثالث للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٧٥).

جاء إكساب الشباب سلوكيات صحية مرغوبة تقلل من انتشار الأمراض في الترتيب الأول للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٥)، بينما جاء في الترتيب السادس للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٥).

وجاء في نهاية الترتيب المشاركة في التوعية المرورية لتقليل الحوادث في الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥)، وهو نفس الترتيب للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.١).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للأهداف التي تسعى مراكز الشباب لتحقيقها وتسهم في تنمية الوعي الصحي بلغ (٢.٧) للشباب و بلغ (٢.٦) للأخصائيين الاجتماعيين وهو معدل مرتفع ايضا

هو معدل مرتفع وهذا يوضح دور مراكز الشباب في المساهمة في تنمية الوعي الصحي وهذا ما أكدته دراسة (دراسة محمد مصطفى الشافعي ٢٠٠٠) التي أبرزت أهمية مراكز الشباب في توظيف برامجها مع جماعات الشباب لإكسابهم الخبرات والمهارات والوعي اللازم لمساعدتهم على مواجهة المشكلات والتعامل مع البيئة المحيطة بهم. (٩٨)

يوضح آراء الأخصائيين الاجتماعيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الأخصائي الاجتماعي.

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب															
		المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	نعم				لا							
						ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
١	عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعي الصحي	١٧٦	٧٣.٣	٥٩	٢٤.٦	٥	٢.١	١٨	٣٧.٥	١٧	٣٥.٤	١٣	٢٧.١	١٠.١	٢.١	٠.٨٠٥	٣
٢	قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بمجال الوعي الصحي	١٧٥	٧٢.٩	٦٠	٢٥	٥	٢.١	٩	١٨.٧٥	١٢	٢٥	٢٧	٥٦.٣	٧٨	1.63	٠.٧٨٩	٤
٣	عدم وضوح أهداف مركز الشباب للأخصائي الاجتماعي خاصة المرتبطة بالوعي الصحي	١٤٦	٦٠.٨	٩٠	٣٧.٥	٤	١.٧	٥	١٠.٦	١٢	٢٥	٣١	٦٤.٥	٧٠	1.46	٠.٦٨٣	٥
٤	ندرة المصادر اللازمة للحصول على المعلومات الصحية	١٥٣	٦٣.٨	٨١	٣٣.٨	٦	٢.٥	٥	٧٧.١	٨	١٦.٦	٣	٦.٣	١٣٠	٢.٧	٠.٥٨٢	١
٥	عدم توفر الوسائل والأدوات اللازمة لممارسة الأنشطة	١٥٦	٦٥	٨٠	٣٣.٣	٤	١.٧	٤	٤٥.٨	١١	٢٢.٩	١٥	٣١.٣	١٠٣	2.2	٠.٨٧٥	٢
٦	اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعي الصحي	١٨٠	٧٥	٥٧	٢٣.٨	٣	١.٣	٧	١٤.٦	٦	١٢.٥	٣٥	٧٢.٩	٦٨	1.42	٠.٧٣٩	٦
	المتغير ككل الشباب														١.٩١	٠.٧٤٦	مستوى متوسط
	المتغير ككل الأخصائيين																مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق أن :

جاء عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعي الصحي في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٢)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.١).

وجاء قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بمجال الوعي الصحي في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (١.٦٣).

وجاء عدم وضوح أهداف مركز الشباب للأخصائي الاجتماعي خاصة المرتبطة بالوعي الصحي في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٩) ، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٦١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٧٠).

وجاء عدم توفر الوسائل والأدوات اللازمة لممارسة الأنشطة في الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٣)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٢٠).

أما اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعي الصحي فجاء في الترتيب الأول للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٤)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (١.٤٢).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الأخصائي الاجتماعي بلغ (٢.٧) للشباب وهو معدل مرتفع وبلغ (١.٩١) للأخصائيين الاجتماعيين وهو معدل متوسط ويرجع هذا التباين الواضح بين رأي الأخصائيين الاجتماعيين والشباب إلى أن الأخصائيين الاجتماعيين يحاولون

تقليل الصعوبات التي ترجع إليهم على عكس الشباب الذين حاولوا إظهار هذه المعوقات.

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفية وترجع إلى الأخصائي الاجتماعي مما يعكس وجود بعض العقبات التي تواجه الأخصائيين في تنفيذ وممارسة برامج تنمية الوعي الصحي بمراكز الشباب الريفية وهذا يتفق مع دراسة وائل صلاح التي جاءت في نفس السياق وأوصت بضرورة توفير الإمكانيات للأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الشباب كأحد منظمات المجتمع المدني التي تسهم في تنمية الوعي الصحي. (٩٩)

يوضح آراء الأخصائيين الاجتماعيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الشباب

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	استجابات الأخصائيين										
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا						
		%	ك	%	ك	%	ك					%	ك	%	ك	%	ك					
١	انتشار الأمية مما يحول دون استفادة الشباب من برامج تنمية الوعي الصحي	٦١.٧	١٤٨	٨٧	٣٦.٣	٥	٢.١	٦٢٣	٢.٦	٠.٥٣٣	٤	٢٩	٦٠.٤	١٢	٢٥	٧	١٤.٦	١١٨	٢.٤٦	٠.٧٤٣	٢	
٢	عدم التفريغ لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعي الصحي	٥٧.١	١١٣٧	٩٨	٤٠.٨	٥	٢.١	٦١٢	٢.٥٥	٠.٥٣٩	٥	٢٧	٥٦.٥	٧	١٤.٤	١٤	٢٩.١	١٠٩	٢.٢٧	٠.٨٩٣	٣	
٣	ثقة الشباب الريفي في المعلومات التي يقدمها المعالجون الشعبيون	٣٨.٨	٩٣	٦٧	٢٧.٩	٨٠	٣٣.٣	٤٩٣	٢.٠٥	٠.٨٤٩	٦	٢٤	٥٠	٩	١٨.٥	١٥	٣١.٥	١٠٥	٢.١٩	٠.٨٩١	٤	
٤	تمسك الشباب الريفي بالعادات الصحية الخاطئة	٣٦.٣	٨٧	٦٩	٢٨.٨	٨٤	٣٥	٤٨٣	٢.٠١	٠.٨٩١	٧	٨	١٦.٦	٣٦	٧٥	٤	٨.٤	١٠٠	٢.١	٠.٤٩٨	٦	
٥	عدم توفر الحوافز التشجيعية تحوّل دون ممارسة الأنشطة	٦٥.٨	١٥٨	٧٦	٣١.٧	٦	٢.٥	٦٣٢	٢.٦٣	٠.٥٣٢	١	٣٧	٧٧.١	٩	١٨.٨	٢	٤.١	١٣١	٢.٧٣	٠.٥٣٦	١	
٦	التركيز على الجانب الرياضي وإهمال الجانب الثقافي	٦٣.٣	١٥٢	٨٣	٣٤.٦	٥	٢.١	٦٢٧	٢.٦١	٠.٥٢٩	٢	١٢	٢٥	٣١	٦٤.٥٨	٥	١٠.٤	١٠٣	٢.١٥	٠.٥٨٣	٥	
٧	ضعف ثقة الشباب في العاملين بالمركز	٦١.٧	١٤٨	٨٨	٣٦.٧	٤	١.٧	٦٢٤	٢.٦	٠.٥٢٤	٣	٠	٠	٦	١٢.٥	٤٢	٨٧.٥	٥٤	١.١٣	٠.٣٣٤	٧	
		المتغير ككل الشباب							٢.٤	٠.٦٢٨		مستوى مرتفع	المتغير ككل الأخصائيين							٢.١٤	٠.٦٤٠	مستوى متوسط

يوضح الجدول السابق أن :

جاء انتشار الأمية مما يحول دون استفادة الشباب من برامج تنمية الوعي الصحي في الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٠٦) ، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٤٦).

أما عدم التفرغ لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعي الصحي فجاء في الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٥)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٢٧)

وجاء ثقة الشباب الريفي في المعلومات التي يقدمها المعالجون الشعبيون في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٠٥)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.١٩).

وجاء تمسك الشباب الريفي بالعادات الصحية الخاطئة في الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٠١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.١٠) وهذا يشير الي الثقافة الخاطئة المنتشرة في الريفي والتي تتمثل في التمسك ببعض العادات الخاطئة.

وجاء عدم توفر الحوافز التشجيعية تحول دون ممارسة الأنشطة في الترتيب الأول للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٣)، ورأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٧٣) وهذا يشير إلى عدم وجود الحوافز التشجيعية التي تمنح للشباب وذلك للمساهمة في زيادة المشاركة في أنشطة برامج تنمية الوعي الصحي

والتي التركيز على الجانب الرياضي وإهمال الجانب الثقافي في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.١٥).

وأخيراً جاء ضعف ثقة الشباب في العاملين بالمركز في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (١.١٣). وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الشباب الريفي بلغ (٢.٤) للشباب وهو معدل مرتفع إلى حد ما وبلغ (٢.١٤) وهو معدل متوسط وهذا يشير الي ان مساهمة الشباب الفعلية في برامج تنمية الوعي الصحي وان كانت هذه المساهمة تحتاج إلى مزيد من الفعالية لتحقيق مستوى أفضل وتذليل هذه المعوقات قدر الإمكان.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (١٥)

يوضح آراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى مراكز الشباب

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						الترتيب	الاحتراف المعيارى	المتوسط الحسابى	المجموع المرجح	استجابات الأخصائيين													
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا									
		%	ك	%	ك	%	ك					%	ك	%	ك	%	ك								
١	افتقاد مراكز الشباب إلى وسائل التكنولوجيا	١٤٩	٦٢,١	٨٤	٣٥	٧	٢,٩	٧	٠,٥٤٩	٦٢٢	٢,٥٩	٧	٢,٩	٣٢	٦٦,٦	١١	٢٢,٩	٥	١٠,٥	١٢٣	٢,٥٦	٠,٦٨١	٢		
٢	نقص الدعم المالى الموجه لممارسة برامج الوعي الصحي بالمركز	١٣١	٥٤,٦	٩٣	٣٨,٨	١٦	٦,٧	١٠	٠,٦٢	٥٩٥	٢,٤٨	١٦	٦,٧	٤١	٨٥,٤	٧	١٤,٦	٠	٠	١٣٧	٢,٨٥	٠,٣٥٧	١		
٣	تقسيم أيام العمل بين العاملين داخل مراكز الشباب مما يحول دون متابعة العمل	١٤٩	٦٢,١	٧٨	٣٢,٥	١٣	٥,٤	٨	٠,٥٩٦	٦١٦	٢,٥٧	١٣	٥,٤	٢٤	٥٠	١١	٢٢,٩	١٣	٢٧,١	١٠٧	٢,٢٢	٠,٨٥٧	٦		
٤	ضعف تأهيل الكوادر البشرية بمركز الشباب	١٤٤	٦٠	٨٣	٣٤,٦	١٣	٥,٤	٩	٠,٥٩٨	٦١١	٢,٥٥	١٣	٥,٤	٢٩	٦٠,٤	١٣	٢٧,١	٦	١٢,٥	١١٩	٢,٤٧	٠,٧١٤	٣		
٥	عدم اهتمام مراكز الشباب ببرامج تنمية الوعي الصحي	١٢٩	٥٣,٨	٩٦	٤٠	١٥	٦,٣	١١	٠,٦١٣	٥٩٤	٢,٤٨	١٥	٦,٣	٧	١٦,٦	١٨	٣٧,٥	٢٣	٤٧,٩	٨٠	١,٦٧	٠,٧٢٤	٩		
٦	الوساطة وانتشار الصراع بين العاملين داخل المركز	١٧٠	٧٠,٨	٦٧	٢٧,٩	٣	١,٣	٥	٠,٤٨٧	٦٤٧	٢,٧	٣	١,٣	٤	٨,٣	٧	١٤,٦	٣٧	٧٧	٦٣	١,٣١	٠,٦٢٤	١١		
٧	غياب الدور الرقائى على مراكز الشباب	١٧٨	٧٤,٢	٥٦	٢٣,٣	٦	٢,٥	٤	٠,٥٠٤	٦٥٢	٢,٧٢	٦	٢,٥	١١	٢٢,٩	٨	١٦,٦	٢٩	٦٠,٥	٧٨	١,٦٣	٠,٨٤١	١٠		
٨	اعتقاد مراكز الشباب ان مجال الوعي الصحي ليس من اهداف مراكز الشباب	١٩٨	٨٢,٥	٣٧	١٥,٤	٥	٢,١	١	٠,٤٤٧	٦٧٣	٢,٨	٥	٢,١	١٨	٣٧,٥	٩	١٨,٧	٢١	٤٣,٨	٩٣	١,٩٣	٠,٩٠٨	٨		
٩	الاداء الروتينى والبيروقراطية فى العمل	١٨٩	٧٨,٨	٤٤	١٨,٣	٧	٢,٩	٢	٠,٤٩٣	٦٦٢	٢,٧٦	٧	٢,٩	١٢	٢٥	٢٧	٥٦,٥	٩	١٨,٥	٩٩	٢,٠٦	٠,٦٦٥	٧		
١٠	ضعف التعاون بين العاملين داخل المركز	١٧٣	٧٢,١	٥٩	٢٤,٦	٨	٣,٣	٦	٠,٥٣٢	٦٤٥	٢,٦٩	٨	٣,٣	٣١	٦٤,٥	٣	٦,٢	١٤	٢٩,٣	١١٣	٢,٣٥	٠,٩١١	٥		
١١	عدم توزيع الادوار والمسئوليات بين العاملين بالمركز	١٨٧	٧٧,٩	٤٥	١٨,٨	٨	٣,٣	٣	٠,٥٠٧	٦٥٩	٢,٧٥	٨	٣,٣	٢٩	٦٠,٥	٧	١٤,٥	١٢	٢٥	١١٣	٢,٣٥	٠,٨٦٣	٤		
		المتغير ككل الشباب						مستوى مرتفع	٠,٥٤١	٢,٦	المتغير ككل الأخصائيين						مستوى متوسط	٠,٧٤٠	٢,١٣						

يوضح الجدول السابق أن :

جاء افتقاد مراكز الشباب إلى وسائل التكنولوجيا في الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٢٩)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٥٦).

وجاء نقص الدعم المالي الموجه لممارسة برامج الوعي الصحي في الترتيب الحادي عشر بمتوسط حسابي (٢.١٨)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٨٥).

وجاء تقسيم أيام العمل بين العاملين داخل مراكز الشباب مما يحول دون متابعة العمل في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (٢.٢٧)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٢٢).

وجاء ضعف التعاون بين العاملين داخل المركز في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (٢.٢٥)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٤٧).

وجاء عدم اهتمام مراكز الشباب ببرامج تنمية الوعي الصحي في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (٢.١٨)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب التاسع بمتوسط حسابي (١.٦٧).

وجاء الوساطة وانتشار الصراع بين العاملين داخل المركز في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٤)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الحادي عشر بمتوسط حسابي (١.٣١).

وجاء غياب الدور الرقابي على مراكز الشباب بالمركز في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٤٢) ، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب العاشر بمتوسط حسابي (١.٦٣).

وجاء اعتقاد مراكز الشباب أن مجال الوعي الصحي ليس من أهداف مراكز الشباب في الترتيب الأول بمتوسط حسابي (٢.٦٠)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (١.٩٣).

وجاء الأداء الروتيني والبيروقراطية في العمل في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٤٦)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٠٦).

وجاء ضعف التعاون بين العاملين داخل المركز في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٣٩)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٣٥).

وأخيراً جاء عدم توزيع الأدوار والمسئوليات بين العاملين بالمركز في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٤٥)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٣٥)

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى مراكز الشباب بلغ (٢.٦) وهو معدل مرتفع و بلغ (٢.١٣) للأخصائيين الاجتماعيين وهو معدل متوسط

ويشير هذا إلى وجود بعض المعوقات التي تواجه مراكز الشباب في تحقيق أهدافها وهذا يتفق مع (دراسة هيام شاكر ١٩٨٧) والتي أكدت على وجود معوقات لممارسة العمل مع الجماعات في مراكز الشباب وترجع كثير من هذه المعوقات إلى مراكز الشباب^(١٠٠) وكذلك (دراسة وائل صلاح ٢٠١٠) والتي توصلت إلى أن مراكز الشباب كأحد منظمات المجتمع المدني تعاني من بعض المعوقات الإدارية داخل المراكز.^(١٠١)

يوضح آراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى المجتمع المحلي

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	استجابات الأخصائيين						الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	استجابات الشباب						العبارات	م
				لا		إلى حد ما		نعم						لا		إلى حد ما		نعم			
				%	ك	%	ك	%	ك					%	ك	%	ك	%	ك		
٦	٠.٧٠٧	٢.٤	١١٥	١٢.٥	٦	٣٥.٤	١٧	٥٢.١	٢٥	٤	٠.٦٦٦	٢.٥٩	٦٢١	١٠	٢٤	٢١.٣	٥١	٦٨.٨	١٦٥	١	ثقافة المجتمع الريفي تحول دون تنفيذ العديد من برامج الوعي الصحي
٧	٠.٦٦٥	٢.٠٦	٩٩	١٨.٩	٩	٥٦.١	٢٧	٢٥	١٢	٥	٠.٦٠٢	٢.٥٨	٦١٨	٥.٨	١٤	٣٠.٨	٧٤	٦٣.٣	١٥٢	٢	تمسك المجتمع الريفي بالعادات الصحية الخاطئة
٤	٠.٧١٤	٢.٥٢	١٢١	١٢.٥	٦	٢٢.٩	١١	٦٤.٦	٣١	٦	٠.٦١٦	٢.٥٨	٦١٨	٦.٧	١٦	٢٩.٢	٧٠	٦٤.٢	١٥٤	٣	انتشار الأمية في المجتمع الريفي
٥	٠.٧٧٢	٢.٤٨	١١٩	١٦.٥	٨	١٨.٩	٩	٦٤.٦	٣١	٨	٠.٦٠٩	٢.٣٨	٥٧١	٦.٧	١٦	٤٨.٨	١١٧	٤٤.٦	١٠٧	٤	انغلاق المجتمع الريفي وعدم انفتاحه على المؤسسات
٨	٠.٧٠٤	١.٨١	٨٧	٣٥.٦	١٧	٤٧.٩	٢٣	١٦.٥	٨	٧	٠.٥٩٨	٢.٥٥	٦١١	٥.٤	١٣	٣٤.٦	٨٣	٦٠	١٤٤	٥	إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعي الصحي وخاصة مع الشباب
٣	٠.٦٧٦	٢.٦٠	١٢٥	١٠.٣	٥	١٨.٩	٩	٧٠.٨	٣٤	٢	٠.٥٢٤	٢.٦	٦٢٤	١.٧	٤	٣٦.٧	٨٨	٦١.٧	١٤٨	٦	انخفاض المستوى المادي للمجتمع
١	٠.٤٩١	٢.٨١	١٣٥	٤.١	٢	١٠.٤	٥	٨٥.٥	٤١	١	٠.٥٨٩	٢.٦٥	٦٣٥	٥.٨	١٤	٢٣.٨	٥٧	٧٠.٤	١٦٩	٧	الظروف البيئية المحيطة تحول دون تنفيذ البرامج
٢	٠.٥٧١	٢.٨١	١٣٥	٨.٤	٤	٢.١	١	٨٩.٥	٤٣	٣	٠.٥٧٢	٢.٥٩	٦٢١	٤.٢	١٠	٣٢.٩	٧٩	٦٢.٩	١٥١	٨	انتشار السحر والشعوذة والاعتقاد في الغيبات
مستوى متوسط	٠.٦٦٣	٢.٤٤		المتغير ككل الأخصائيين						مستوى مرتفع	٠.٥٩٧	٢.٦		المتغير ككل الشباب							

يوضح الجدول السابق أن :

جاء ثقافة المجتمع الريفي تحول دون تنفيذ العديد من برامج الوعي الصحي في الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٩)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٤٠).

وجاء تمسك المجتمع الريفي بالعادات الصحية الخاطئة في الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٨)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السابع بمتوسط حسابي (٢.٠٦).

وجاء انتشار الأمية في المجتمع الريفي في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٨)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٥٢).

وجاء انغلاق المجتمع الريفي وعدم انفتاحه على المؤسسات في الترتيب الثامن للشباب بمتوسط حسابي (٢.٣٨)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي (٢.٤٨).

جاء إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعي الصحي وخاصة مع الشباب في الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٥)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثامن بمتوسط حسابي (١.٨١).

وجاء انخفاض المستوى المادي للمجتمع في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٦).

وجاء الظروف البيئية المحيطة تحول دون تنفيذ البرامج في الترتيب الأول للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٥)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٨١).

وأخيراً انتشار السحر والشعوذة والاعتقاد في الغيبات جاء في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٥٩)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب

الثاني بمتوسط حسابي (٢.٨١) وهذا يتفق مع خصائص المجتمع الريفي الذي يتميز بالانغلاق والاعتقاد في الغيبيات وانغلاق المجتمع الريفي ببطء التغيير. (١٠٢)

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى المجتمع المحلي بلغ (٢.٥٤) للشباب وهو معدل مرتفع وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى فريق العمل بلغ (٢.٥) وهو معدل مرتفع وبلغ (٢.٤٤) للأخصائيين الاجتماعيين وهو معدل مرتفع ويشير هذا إلى طبيعة المجتمع الريفي الذي يتميز بالانغلاق بعض الشيء على المؤسسات وأيضا صعوبة تغيير عاداته وتقاليده.

يوضح آراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي وترجع إلى فريق العمل

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب																			
		المجموع المرجح	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	استجابات الأخصائيين															
						نعم		إلى حد ما		لا											
						%	ك	%	ك	%	ك										
١	عدم توصيف الوظائف داخل فريق العمل	٨٧	٣٦.٣	٦٩	٢٨.٨	٨٤	٣٥	٤٨٣	٢.٠١	٠.٨٤٦	٧	٢٥	٥٢.١	١٢	٢٥	٢٢.٩	١١	١١٠	٢.٣	٠.٨٢٤	٨
٢	نقص مهارات فريق العمل	١٦٧	٦٩.٦	٦٨	٢٨.٣	٥	٢.١	٦٤٢	٢.٦٨	٠.٥١٢	٣	٣٦	٧٥	١١	٢٢.٩	١	٢.١	١٣١	٢.٧٣	٠.٤٩٤	٢
٣	الاستعانة بغير المتخصصين لتنفيذ الأنشطة	١٦٩	٧٠.٤	٦٥	٢٧.١	٦	٢.٥	٦٤٣	٢.٦٨	٠.٥١٩	٢	٣٥	٧٢.٩	٩	١٨.٩	٤	٨.٢	١٢٧	٢.٦٥	٠.٦٣٥	٣
٤	سيادة الفردية داخل فريق العمل	١٥٢	٦٣.٣	٨٢	٣٤.٢	٦	٢.٥	٦٢٦	٢.٦١	٠.٥٣٨	٤	٢٩	٦٠.٤	١١	٢٢.٩	٨	١٦.٢	١١٧	٢.٤٤	٠.٧٦٩	٦
٥	عدم التعاون بين أعضاء فريق العمل	١٥٢	٦٣.٣	٨٢	٣٤.٢	٦	٢.٥	٦٢٦	٢.٦١	٠.٥٣٨	م٤	٣١	٦٤.٤	٨	١٦.٢	٩	١٨.٩	١١٨	٢.٤٦	٠.٧٩٨	٥
٦	نقص الخبرة في أعضاء فريق العمل	١١١	٤٦.٣	١١١	٤٦.٣	١٨	٧.٥	٥٧٣	٢.٣٩	٠.٦٢٤	٦	٣٣	٦٨.٧	١١	٢٢.٩	٤	٨.٤	١٢٥	٢.٦٠	٠.٦٤٤	٤
٧	غياب بعض أعضاء فريق العمل	١٥٤	٦٤.٢	٧٨	٣٢.٥	٨	٣.٣	٦٢٦	٢.٦١	٠.٥٥٣	٥	٣٩	٨١.٤	٧	١٤.٥	٢	٤.١	١٣٣	٢.٧٧	٠.٥١٥	١
٨	صراع الأدوار داخل فريق العمل	١٧٠	٧٠.٨	٦٤	٢٦.٧	٦	٢.٥	٦٤٤	٢.٦٨	٠.٥١٧	١	٢٥	٥٢.١	١٥	٣١.٢	٨	١٦.٧	١١٣	٢.٣٥	٠.٧٥٨	٧
		المتغير ككل الشباب						٢.٥	٠.٥٨١	مستوى مرتفع	المتغير ككل الأخصائيين						٢.٥٤	٠.٦٨٠	مستوى متوسط		

يوضح الجدول السابق أن :

جاء عدم توصيف الوظائف داخل فريق العمل في الترتيب الثامن للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٠١)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢٠٣٠).

جاء نقص مهارات فريق العمل الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٦٨)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢٠٧٣).

جاء الاستعانة بغير المتخصصين لتنفيذ الأنشطة الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٦٨)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢٠٦٥).

جاء سيادة الفردية داخل فريق العمل الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٦١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢٠٤٤).

جاء عدم التعاون بين أعضاء فريق العمل الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٦١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢٠٤٦).

وجاء نقص الخبرة في أعضاء فريق العمل الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢٠٣٩)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢٠٦٠).

وجاء غياب بعض أعضاء فريق العمل الترتيب السادس للشباب
بمتوسط حسابي (٢.٦١)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب
الأول بمتوسط حسابي (٢.٧٧).

وجاء صراع الأدوار داخل فريق العمل الترتيب الأول للشباب
بمتوسط حسابي (٢.٦٨)، بينما رأى الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب
السابع بمتوسط حسابي (٢.٣٥).

الشباب (ن=٢٤٠)
الأخصائيين (ن=٤٨)

يوضح آراء الأخصائيين الاجتماعيين والشباب حول مقترحات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	استجابات الأخصائيين						الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع المرجح	استجابات الشباب						العبارات	م
				نعم		لا		نعم						لا		نعم		لا			
				%	ك	%	ك	%	ك					%	ك	%	ك	%	ك		
٥	٠.٣٥٧	٢.٨٥	١٣٧	٠	٠	١٤.٨	٧	٨٥.٢	٤١	١٠	٠.٥٠٩	٢.٧٢	٦٥٤	٢.٩	٧	٢١.٧	٥٢	٧٥.٤	١٨١	١	إقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي للأخصائيين الاجتماعيين
٨	٠.٤٧٢	٢.٧٧	١٣٣	٢.١	١	١٨.٨	٩	٧٩.١	٣٨	٦	٠.٤٨٨	٢.٧٥	٦٦٠	٢.٥	٦	٢٠	٤٨	٧٧.٥	١٨٦	٢	تزويد الأخصائيين بالمهارات والمعارف الصحية وإكسابهم الخبرات اللازمة
٩	٠.٤٦١	٢.٦٨	١٢٩	٠	٠	٣١.٣	١٥	٦٨.٨	٣٣	١٤	٠.٥١٧	٢.٦٨	٦٤٤	٢.٥	٦	٢٦.٧	٦٤	٧٠.٨	١٧٠	٣	خلق روح التعاون بين العاملين والأخصائي لإيجاد دورهم في تنمية الوعي الصحي للشباب
٦	٠.٣٧٧	٢.٧٧	١٣٣	٤.١	٢	١٤.٧	٧	٨١.٢	٣٩	١٦	٠.٥٣٣	٢.٦	٦٢٣	٢.١	٥	٣٦.٣	٨٧	٦١.٧	١٤٨	٤	تدريب الأخصائيين على إدارة الوقت بطريقة فعالة أثناء تنفيذ البرامج
١	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	١٤	٠.٥١٦	٢.٦٣	٦٣٢	١.٧	٤	٣٣.٣	٨٠	٦٥	١٥٦	٥	تبادل الخبرات مع المؤسسات الأخرى في مجال تنمية الوعي الصحي
٣	٠.٢٠٢	٢.٩٥	١٤٢	٠	٠	٤.٢	٢	٩٥.٨	٤٦	١١	٠.٤٩٦	٢.٧٢	٦٥٢	٢.١	٥	٢٤.٢	٥٨	٧٣.٨	١٧٧	٦	الاستفادة من برامج المؤسسات الأخرى في مجال التوعية الصحية
٧	٠.٤١	٢.٧٩	١٣٤	٠	٠	٢٠.٢	١٠	٧٩.١	٣٨	١٧	٠.٦٢	٢.٤٨	٥٩٥	٢.٧	١٦	٣٨.٨	٩٣	٥٤.٦	١٣١	٧	توزيع الأدوار بين العاملين في مراكز الشباب
١١	٠.٦١٨	٢.٥٢	١٢١	٦.٢	٣	٣٥.٤	١٧	٥٨.٣	٢٨	١٨	٠.٧٩٧	٢.١١	٥٠٧	٢٦.٧	٦٤	٣٥.٤	٨٥	٣٧.٩	٩١	٨	الاستفادة من نتائج تقييم البرامج
١٢	٠.٧٤٣	٢.٤٥	١١٨	١٤.٦	٧	٢٥	١٢	٦٠.٤	٢٩	٩	٠.٥٠٧	٢.٧٣	٦٥٥	٢.٩	٧	٢١.٣	٥١	٧٥.٨	١٨٢	٩	التخلص من الإجراءات الروتينية في العمل
١٠	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	٣	٠.٤٤٧	٢.٨	٦٧٣	٢.١	٥	١٥.٤	٣٧	٨٢.٥	١٩٨	١٠	تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض
٢	٠.١٤٤	٢.٩٧	١٤٣	٠	٠	٢.١	١	٩٧.٩	٤٧	٣	٠.٤٤٧	٢.٨	٦٧٣	٢.١	٥	١٥.٤	٣٧	٨٢.٥	١٩٨	١١	إدخال وسائل تكنولوجية حديثة
٤	٠.٢٤٥	٢.٩٣	١٤١	٠	٠	٦.٢	٣	٩٣.٧	٤٥	١٣	٠.٥٠٢	٢.٧	٦٤٨	٢.١	٥	٢٥.٨	٦٢	٧٢.١	١٧٣	١٢	تشجيع الشباب للمشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
١٤	٠.٧٤٤	٢	٩٦	٢٧.١	١٣	٤٥.٨	٢٢	٢٧.١	١٣	١	٠.٤٣٨	٢.٨٢	٦٧٦	٢.١	٥	١٤.٢	٣٤	٨٣.٨	٢٠١	١٣	مشاركة الشباب عند وضع خطة المركز
٥	٠.٣٥٧	٢.٨٥	١٣٧	٠	٠	١٤.٦	٧	٨٥.٤	٤١	١٤	٠.٥١٧	٢.٦٨	٦٤٤	٢.٥	٦	٢٦.٧	٦٤	٧٠.٨	١٧٠	١٤	تدويد مراكز الشباب بالامكانيات المادية لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
٤	٠.٢٤٥	٢.٩٣	١٤١	٠	٠	٦.٢	٣	٩٣.٧	٤٥	١٣	٠.٥٠٢	٢.٧	٦٤٨	٢.١	٥	٢٥.٨	٦٢	٧٢.١	١٧٣	١٥	ضرورة مناسبة برامج تنمية الوعي الصحي لاحتياجات ورغبات الشباب الريفي
١١	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	١١	٠.٥٠٤	٢.٧٢	٦٥٢	٢.٥	٦	٢٣.٣	٥٦	٧٤.٢	١٧٨	١٦	تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على اسس علمية سليمة
١١	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	٧	٠.٤٨٢	٢.٧٥	٦٥٩	٢.١	٥	٢١.٣	٥١	٧٦.٧	١٨٤	١٧	الاستعانة بالمختصين لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
١٥	٠.٥٣٦	١.٢٧	٦١	٧٧	٣٧	١٨.٩	٩	٤.١	٢	٤	٠.٤٧٣	٢.٧٦	٦٦٣	٢.١	٥	١٩.٦	٤٧	٧٨.٣	١٨٨	١٨	مواجهة التعقيدات في إجراءات العضوية
١٣	٠.٨٢٤	٢.٢٩	١١٠	٢٢.٩	١١	٢٥	١٢	٥٢.١	٢٥	٨	٠.٥٠٧	٢.٧٥	٦٥٩	٣.٣	٨	١٨.٨	٤٥	٧٧.٩	١٨٧	١٩	العمل على كسب ثقة الشباب في برامج مراكز الشباب
١٠	٠.٧٢٤	٢.٦٨	١٢٩	٠	٠	٣١.٣	١٥	٦٨.٧	٣٥	٣	٠.٤٣٥	٢.٨١	٦٧٤	١.٧	٤	١٥.٨	٣٨	٨٢.٥	١٩٨	٢٠	خلق روح التعاون بين فريق العمل في مجال التوعية الصحية
١	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	٥	٠.٤٧٣	٢.٧٦	٦٦٣	٢.١	٥	١٩.٦	٤٧	٧٨.٣	١٨٨	٢١	تشجيع القيادات المحلية على المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
١	٠	٣	١٤٤	٠	٠	٠	٠	١٠٠	٤٨	٤	٠.٥١٣	٢.٧٧	٦٦٤	٤.٢	١٠	١٥	٣٦	٨٠.٨	١٩٤	٢٢	كسب ثقة القيادات المحلية لدعم برامج تنمية الوعي الصحي
مستوى مرتفع	٠.٣٣٩	٢.٧٢		المتغير ككل الأخصائيين						مستوى مرتفع	٠.٥٠٧	٢.٧		المتغير ككل الشباب							

يوضح الجدول السابق:

وجاء إقامة دورات تدريبية إقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي للأخصائيين الاجتماعيين في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨٢)، بينما جاء في الترتيب الخامس للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٨٥).

وجاء تزويد الأخصائيين بالمهارات والمعارف الصحية وإكسابهم الخبرات اللازمة في الترتيب السادس للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٥)، بينما جاء في الترتيب الثامن للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٧٧).

وجاء خلق روح التعاون بين العاملين والأخصائي لإنجاح دورهم في تنمية الوعي الصحي للشباب في الترتيب الرابع عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٨)، بينما جاء في الترتيب التاسع للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٦٨).

وجاء تدريب الأخصائيين على إدارة الوقت بطريقة فعالة أثناء تنفيذ البرامج في الترتيب السادس عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨٢)، بينما جاء في الترتيب السادس للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٧٧).

وجاء تبادل الخبرات مع المؤسسات الأخرى في مجال تنمية الوعي الصحي في الترتيب الرابع عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٣)، بينما جاء في الترتيب الأول للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٣).

وجاء الاستفادة من برامج المؤسسات الأخرى في مجال التوعية الصحية في الترتيب الحادي عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٢)، بينما جاء في الترتيب الثالث للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٩٥).

وجاء توزيع الأدوار بين العاملين في مراكز الشباب في الترتيب السابع عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.٤٨)، بينما جاء في الترتيب السابع للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٧٩).

وجاء الاستفادة من نتائج تقويم البرامج في الترتيب الثامن عشر للشباب بمتوسط حسابي (٢.١١)، بينما جاء في الترتيب الحادي عشر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٥٢).

وجاء مشاركة الشباب عند وضع خطة المركز في الترتيب الأول للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨٢)، بينما جاء في الترتيب الرابع عشر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٠٠).

وجاء تشجيع الشباب للمشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي في الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨١)، بينما جاء في الترتيب الرابع للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٩٣).

ثم جاء تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨)، بينما جاء في الترتيب الأول مكرر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٣.٠٠).

إدخال وسائل تكنولوجية حديثة في الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٨)، بينما جاء في الترتيب الثاني للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٩٧).

وجاء الاستفادة من نتائج تقويم البرامج بمتوسط حسابي (٢.١١)، بينما جاء في الترتيب الحادي عشر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٢.٥٢).

كسب ثقة القيادات المحلية لدعم برامج تنمية الوعي الصحي في الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٧)، بينما جاء في الترتيب الأول مكرر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٣.٠٠).

تشجيع القيادات المحلية على المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي في الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي (٣)، بينما جاء في الترتيب الأول للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٣.٠٠).

الاستعانة بالمتخصصين لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي بمتوسط حسابي (٢.٧٦)،
بينما جاء في الترتيب الأول مكرر للأخصائيين الاجتماعيين بمتوسط حسابي (٣.٠٠).

تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على أسس علمية سليمة في الترتيب الحادي عشر
للشباب بمتوسط حسابي (٢.٧٢)، بينما جاء في الترتيب الأول مكرر للأخصائيين الاجتماعيين
بمتوسط حسابي (٣.٠٠).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لمقترحات التغلب على
معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي كما يحددها الشباب بلغ (٢.٧٠) وهو معدل
مرتفع.

النتائج العامة والإجابة على تساؤلات الدراسة

○ النتائج الخاصة بمعوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع الى الاخصائي الاجتماعي.

أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للاخصائي الاجتماعي كالتالي:

١. اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعي الصحي
٢. عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعي الصحي
٣. قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بمجال الوعي الصحي
٤. عدم توفر الوسائل والادوات اللازمة لممارسة الانشطة
٥. ندرة المصادر اللازمة للحصول على المعلومات الصحية
٦. عدم وضوح أهداف مركز الشباب للأخصائي الاجتماعي خاصة المرتبطة بالوعي الصحي للشباب

ثانياً من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للاخصائي الاجتماعي كالتالي

١. ندرة المصادر اللازمة للحصول على المعلومات الصحية
٢. عدم توفر الوسائل والادوات اللازمة لممارسة الأنشطة
٣. عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعي الصحي
٤. قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بمجال الوعي الصحي
٥. عدم وضوح أهداف مركز الشباب للأخصائي الاجتماعي خاصة المرتبطة بالوعي الصحي

٦. اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعي الصحي للشباب
- النتائج الخاصة بمعوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع الي الشباب.
- أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للشباب كالتالي

١. عدم توفر الحوافز التشجيعية تحول دون ممارسة الأنشطة
٢. التركيز على الجانب الرياضي وإهمال الجانب الثقافي
٣. ضعف ثقة الشباب في العاملين بالمركز
٤. انتشار الأمية مما يحول دون استفادة الشباب من برامج تنمية الوعي الصحي
٥. عدم التفرع لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعي الصحي
٦. ثقة الشباب الريفي في المعلومات التي يقدمها المعالجون الشعبيون
٧. تمسك الشباب الريفي بالعادات الصحية الخاطئة

ثانياً من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للشباب كالتالي:

١. عدم توفر الحوافز التشجيعية تحول دون ممارسة الأنشطة
٢. انتشار الأمية مما يحول دون استفادة الشباب من برامج تنمية الوعي الصحي
٣. عدم التفرع لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعي الصحي
٤. ثقة الشباب الريفي في المعلومات التي يقدمها المعالجون الشعبيون
٥. التركيز على الجانب الرياضي وإهمال الجانب الثقافي
٦. تمسك الشباب الريفي بالعادات الصحية الخاطئة للشباب
٧. ضعف ثقة الشباب في العاملين بالمركز

- النتائج الخاصة بمعوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع الي مراكز الشباب.

أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع لمراكز الشباب

كالتالي

١. اعتقاد مراكز الشباب ان مجال الوعي الصحي ليس من اهداف مراكز الشباب
٢. الأداء الروتيني والبيروقراطية في العمل
٣. عدم توزيع الادوار والمسئوليات بين العاملين بالمركز
٤. ثم جاء في الترتيب الرابع غياب الدور الرقابي على مراكز الشباب بالمركز
٥. الوساطة وانتشار الصراع بين العاملين داخل المركز
٦. ضعف التعاون بين العاملين داخل المركز
٧. افتقاد مراكز الشباب إلى وسائل التكنولوجيا
٨. تقسيم أيام العمل بين العاملين داخل مراكز الشباب مما يحول دون متابعة العمل
٩. ضعف تأهيل الكوادر البشرية بمركز الشباب
١٠. نقص الدعم المالي الموجه لممارسة برامج الوعي الصحي

ثانيا من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين:

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع لمراكز الشباب

كالتالي:

١. نقص الدعم المالي الموجه لممارسة برامج الوعي الصحي بالمركز
 ٢. افتقاد مراكز الشباب إلى وسائل التكنولوجيا
 ٣. ضعف تأهيل الكوادر البشرية بمركز الشباب
 ٤. عدم توزيع الادوار والمسئوليات بين العاملين بالمركز
 ٥. ضعف التعاون بين العاملين داخل المركز
 ٦. تقسيم أيام العمل بين العاملين داخل مراكز الشباب مما يحول دون متابعة العمل
 ٧. الأداء الروتيني والبيروقراطية في العمل
 ٨. عدم اهتمام مراكز الشباب ببرامج تنمية الوعي الصحي.
 ٩. غياب الدور الرقابي على مراكز الشباب
 ١٠. الوساطة وانتشار الصراع بين العاملين داخل المركز
- النتائج الخاصة بمعوقات تنمية الوعي الصحي لجماعات الشباب الريفي التي ترجع الي

المجتمع المحلي.

أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للمجتمع المحلي كالتالي

١. الظروف البيئية المحيطة تحول دون تنفيذ البرامج
٢. انخفاض المستوى المادي للمجتمع
٣. انتشار السحر والشعوذة والاعتقاد في الغيبيات
٤. ثقافة المجتمع الريفي تحول دون تنفيذ العديد من برامج الوعي الصحي
٥. إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعي الصحي وخاصة مع الشباب
٦. انتشار الأمية في المجتمع الريفي
٧. إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعي الصحي وخاصة مع الشباب
٨. انغلاق المجتمع الريفي وعدم انفتاحه على المؤسسات

ثانياً من وجهة نظر الاخصائيين الاجتماعيين

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع للمجتمع المحلي كالتالي

١. الظروف البيئية المحيطة تحول دون تنفيذ البرامج
 ٢. انتشار السحر والشعوذة والاعتقاد في الغيبيات
 ٣. انخفاض المستوى المادي للمجتمع
 ٤. انتشار الأمية في المجتمع الريفي
 ٥. انغلاق المجتمع الريفي وعدم انفتاحه على المؤسسات
 ٦. ثقافة المجتمع الريفي تحول دون تنفيذ العديد من برامج الوعي الصحي
 ٧. تمسك المجتمع الريفي بالعادات الصحية الخاطئة
 ٨. إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعي الصحي وخاصة مع الشباب
- النتائج الخاصة بمعوقات تنمية الوعي الصحي لجماعات الشباب الريفي التي ترجع الي فريق العمل.

أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع لفريق العمل

كالتالي

١. صراع الأدوار داخل فريق العمل
٢. الاستعانة بغير المتخصصين لتنفيذ الأنشطة
٣. نقص مهارات فريق العمل
٤. سيادة الفردية داخل فريق العمل
٥. جاء عدم التعاون بين أعضاء فريق العمل
٦. غياب بعض أعضاء فريق العمل
٧. نقص الخبرة في أعضاء فريق العمل
٨. عدم توصيف الوظائف داخل فريق العمل

ثانياً من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

جاء ترتيب معوقات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي التي ترجع لفريق العمل كالتالي

- ١- غياب بعض أعضاء فريق العمل
- ٢- نقص مهارات فريق العمل
- ٣- الاستعانة بغير المتخصصين لتنفيذ الأنشطة
- ٤- نقص الخبرة في أعضاء فريق العمل
- ٥- عدم التعاون بين أعضاء فريق العمل
- ٦- سيادة الفردية داخل فريق العمل
- ٧- صراع الأدوار داخل فريق العمل

○ النتائج الخاصة بالمقترحات التي تسهم في تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي

أولاً: من وجهة نظر الشباب

جاء ترتيب مقترحات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي كالتالي

- ١- مشاركة الشباب عند وضع خطة المركز
- ٢- تشجيع الشباب للمشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
- ٣- تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض
- ٤- إدخال وسائل تكنولوجية حديثة
- ٥- كسب ثقة القيادات المحلية لدعم برامج تنمية الوعي الصحي

- ٦- مواجهة التعقيدات في إجراءات العضوية
- ٧- تشجيع القيادات المحلية على المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
- ٨- تزويد الأخصائيين بالمهارات والمعارف الصحية وإكسابهم الخبرات اللازمة
- ٩- الاستعانة بالمتخصصين لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
- ١٠- العمل على كسب ثقة الشباب في برامج مراكز الشباب
- ١١- التخلص من الإجراءات الروتينية في العمل
- ١٢- إقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي للأخصائيين الاجتماعيين

- ١٣- الاستفادة من برامج المؤسسات الأخرى في مجال التوعية الصحية
- ١٤- تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على أسس علمية سليمة
- ١٥- ضرورة مناسبة برامج تنمية الوعي الصحي لاحتياجات ورغبات الشباب الريفي
- ١٦- تزويد مراكز الشباب بالإمكانيات المادية لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
- ١٧- خلق روح التعاون بين العاملين والأخصائي لإنجاح دورهم في تنمية الوعي الصحي للشباب

- ١٨- تدريب الأخصائيين على إدارة الوقت بطريقة فعالة أثناء تنفيذ البرامج
- ١٩- توزيع الأدوار بين العاملين في مراكز الشباب
- ٢٠- الاستفادة من نتائج تقويم البرامج

من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

- جاء ترتيب مقترحات تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي كالتالي
- ١- كسب ثقة القيادات المحلية لدعم برامج تنمية الوعي الصحي
 - ٢- تشجيع القيادات المحلية على المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
 - ٣- الاستعانة بالمتخصصين لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
 - ٤- تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على أسس علمية سليمة
 - ٥- تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض
 - ٦- تبادل الخبرات مع المؤسسات الأخرى في مجال تنمية الوعي الصحي

- ٧- إدخال وسائل تكنولوجية حديثة
- ٨- الاستفادة من برامج المؤسسات الأخرى في مجال التوعية الصحية
- ٩- ضرورة مناسبة برامج تنمية الوعي الصحي لاحتياجات ورغبات الشباب الريفي
- ١٠- تشجيع الشباب للمشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي
- ١١- تدويد مراكز الشباب بالامكانيات المادية لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي
- ١٢- إقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي للأخصائيين الاجتماعيين
- ١٣- تدريب الأخصائيين على إدارة الوقت بطريقة فعالة أثناء تنفيذ البرامج
- ١٤- توزيع الأدوار بين العاملين في مراكز الشباب
- ١٥- تزويد الأخصائيين بالمهارات والمعارف الصحية وإكسابهم الخبرات اللازمة
- ١٦- خلق روح التعاون بين العاملين والأخصائي لإنجاح دورهم في تنمية الوعي الصحي للشباب
- ١٧- خلق روح التعاون بين فريق العمل في مجال التوعية الصحية
- ١٨- الاستفادة من نتائج تقييم البرامج
- ١٩- التخلص من الإجراءات الروتينية في العمل
- ٢٠- العمل على كسب ثقة الشباب في برامج مراكز الشباب
- ٢١- مشاركة الشباب عند وضع خطة المركز
- ٢٢- مواجهة التعقيدات في إجراءات العضوية

التوصيات:

- ١- التنسيق بين وزارة الشباب ووزارة الصحة لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مراكز الشباب على المهارات الصحية بإقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي.
- ٢- التنسيق بين رجال الأعمال والقيادات المحلية وذلك لدعم المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي للشباب الريفي.
- ٣- العمل على إشراك الشباب في وضع الخطة السنوية لمراكز الشباب حتى يتسنى لهم المشاركة بفاعلية في برامج مراكز الشباب.

- ٤- التنسيق بين مراكز الشباب والوحدات الصحية الموجودة فى القرى وذلك لتوحيد الجهود فى مجال تنمية الوعى الصحى.
- ٥- توفير الدعم المادى اللازم لمراكز الشباب وإمدادها بالوسائل التكنولوجية الحديثة التى تمكنها من تنفيذ برامج الوعى الصحى بكفاءة وفاعلية.

المراجع المستخدمة

- (١) محمد مصطفى، هناء بدوى : الخدمة الاجتماعية وتطبيقاتها فى التعليم ورعاية الشباب، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٨، ص ٥.
- (٢) نبيل إبراهيم احمد : أساسيات الممارسة فى خدمة الجماعة، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٢، ص ٣٢٧.
- (٣) نصيف فهمى منقريوس : تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (قضايا مهنية وبحوث ميدانية)، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ٢٠١٤، ص ١٨١.
- (٤) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء: (مصر فى أرقام) إصدار مارس ٢٠١٥.
- (٥) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء: (الكتاب الإحصائى السنوي-السكان) إصدار مارس ٢٠١٥ .
- (٦) الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء: مصر فى أرقام، مرجع سبق ذكره .
- (٧) محمد شفيق: الإنسان والمجتمع تطبيقات فى علم النفس الاجتماعى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ص ٩٥.
- (٨) عبد العزيز حسين محمد: التدخل المهنى فى طريقة تنظيم المجتمع لتنمية العمل التطوعى المنظم لدى القيادات المجتمعية فى خدمة مجتمع القرية، بحث منشور، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٣٩، الجزء السادس، ٢٠١٥.
- (٩) جبارة عطية والسيد عوض علي: المشكلات الاجتماعية، الإسكندرية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، ٢٠٠٣، ص (٢٥٤)
- (١٠) محمد سعيد ودريه حافظ: المشكلات الاجتماعية فى المجتمع المصرى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٧، ص ١٨٤
- 11) Mc Bride، Brenda Joy: the prevalence of eating disorders among male and female adolescents in a rural community: implications for generalist social worker M.S.W، USA. Texas، Stephen F. Austin state University، 2018.
- (١٢) محمود محمد محمود: الاحتياجات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى تنمية المجتمع المحلى الريفى فى إطار التخصص، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السنوى الثانى عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، الفيوم، جامعة القاهرة، ٢٠٠١.

- (١٣) غادة محمد احمد عبد الحليم: الدور الدفاعي للمجلس الشعبي المحلي في مواجهة مشكلات المجتمع الريفي، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٩.
- (١٤) نادية محمد رشاد: التربية الصحية والأمان، الإسكندرية: منشأة المعارف، ٢٠٠٠، ص١٤.
- (١٥) سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩٩، ص ٢٠٦.
- (١٦) وزارة الشباب : لائحة النظام الاساسى لمراكز الشباب الصادر بقرار وزير الشباب رقم ٩٠ لسنة ٢٠١٣، ماده ٢ ، ص ٦.
- (١٧) ياسمين مصطفى حامد: إسهامات برامج جماعات الشباب فى تنمية المواطنة لدى أعضائها(رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٤، ص ١٠.
- (١٨) دعاء عبد اللطيف احمد : تصور مقترح من منظور خدمة الجماعة لتوعية الشباب الريقى بمخاطر الممارسات السلبية على البيئة الزراعية (رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ٢٠١٤).
- (١٩) طلعت مصطفى السروجى : الخدمة الاجتماعية أسس نظريه وممارسة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعى جامعة حلوان ، ٢٠٠٩، ص٢٧٦.
- (٢٠) ماهر أبو المعاطى على : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ومجال رعاية المعاقين، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٥، ص١٢٨.
- (٢١) عاطف خليفة محمد: التدخل المهني باستخدام المدخل المعرفى السلوكى فى تنمية الوعى الصحى لتلاميذ المرحلة الابتدائية،(مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ابريل ٢٠١٣).
- (٢٢) خالد صالح محمود: دور الاخصائى الاجتماعى فى التوعية الصحية للكشف المبكر عن الأمراض ،(مؤتمر ضمان الجودة والاعتماد فى تعليم الخدمة الاجتماعية فى مصر والوطن العربى، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس ٢٠٠٦).
- (٢٣) محمد شمس الدين احمد: العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعى، ١٩٨٦، ص ٥١.
- (٢٤) وائل صلاح عزقلانى: إسهامات منظمات المجتمع المدنى فى تنمية الوعى الصحى لسكان المجتمع الريفي، (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠١٠).

- (٢٥) عبدالعزيز مختار : طريقة البحث للخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، ١٩٩٥ ، ص ٢٥
- (٢٦) المعجم الوجيز: طبعه خاصة بوزارة التربية والتعليم ، القاهرة، المطابع الأميرية، ١٩٩٣، ص ٤٤١
- (٢٧) هناء حافظ بدوي: التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠، ص ٢٠٢.
- 28) Robert L. Barker: Social Work dictionary 2nd edition, USA, NASW press, 1991, p. 128.
- (٢٩) على عباس دندراوى :المعوقات التى تواجه جمعية المحافظة على البيئة بأسوان فى تحقيق أهدافها، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الدولى الثانى عشر، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس ١٩٩٩، ص ٥٣.
- (٣٠) مجمع اللغة العربية: المعجم الوجيز، مرجع سبق ذكره، ص ٣٣٣.
- (٣١) احمد مختار عمر: معجم اللغة العربية المعاصرة، (القاهرة ،عالم الكتب ، ط ١، ٢٠٠٨)، ص ١١٥٦.
- (٣٢) معجم اللغة العربية ، المعجم الوسيط ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٧٤ ، ص ٢٥
- (٣٣) احمد شفيق السكرى : قاموس الخدمة الاجتماعية والمصطلحات الاجتماعية ، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية،، ٢٠٠٠، ص ٦٠
- (٣٤) ابراهيم مذكور وآخرون : معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٧٠، ص ٢١٩.
- (٣٥) احمد ذكى بدوى: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٥٠١
- (٣٦) أحمد شفيق السكري: مرجع سبق ذكره ، ص ٦٠ .
- (٣٧) سامية بارح فرج: آليات تفعيل إستراتيجية التسويق الاجتماعى فى مواجهة مشكلة الهجرة غير الشرعية بين الشباب، (بحث منشور، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان)، ع ٣٢، ج ٢٠١٠، ١٣، ص ٤٩.
- (٣٨) أمال صادق، فؤاد أبو حطب: نمو الإنسان (من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين)، (القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠١٢)، ص ٣٢٧.
- (٣٩) امل محمد سلامه: الشباب وتنمية المجتمع من منظور الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠١٠)، ص ٣٩.

- (٤٠) محمد سلامة غباري: التنمية ورعاية الشباب ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠١١، ص ١٨٨
- (٤١) معجم اللغة العربية: المعجم الوجيز ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص ٦١٦
- (٤٢) إبراهيم مذكور وآخرون : معجم العلوم الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٨٨
- (٤٣) احمد ذكى بدوي: مرجع سبق ذكره، ص ١٤٠
- (٤٤) المعجم الوجيز: مرجع سبق ذكره، ص ١٧٥.
- (٤٥) إبراهيم مذكور: معجم العلوم الاجتماعية، مرجع سبق ذكره ١٩٧٥، ص ٦٤٤.
- (٤٦) أحمد زكى بدوى: مرجع سبق ذكره، ص ٣٢٣.
- (٤٧) أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٥، ص ٢٠١.
- (48) Josph, M Other Man: Psychology and education parallel and integrative Approach, Pen press, 2003, p. 42.
- (٤٩) فؤاد عبد المنعم البكرى: دور الاتصال المباشر فى تنمية الوعى الاجتماعى، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ١٩٩٦، ص ٤٥.
- (٥٠) أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٥، ص ٢٠٢.
- (٥١) مصطفى مغاورى عبد الرحمن: البرنامج فى خدمة الجماعة وزيادة الوعى الدينى، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٢، ص ٩١.
- (٥٢) فؤاد عبد المنعم البكرى: دور الاتصال المباشر فى تنمية الوعى الاجتماعى، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ١٩٩٦، ص ٤٦.
- (٥٣) فاطمة فؤاد محمد: برنامج مقترح فى خدمة الجماعة لتدعيم دور جماعه الهلال الأحمر فى تنمية الثقافة الصحية للطلاب، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٦، ص ٢٨.
- (٥٤) زايد عبد الفتاح صالح وآخرون: الجوانب الوقائية المتعلقة بالأمراض المعدية فى مجال الطوارئ، وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع الصندوق الاجتماعى للتنمية، مشروع الطوارئ وصحة المجتمع، ١٩٩٩، ص ١٣٢
- (٥٥) أمل البكرى وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٧م، ص ٢٧.
- (٥٦) أحمد نجاتى محمد: قضايا إستراتيجية "آفاق السياسة الصحية فى مصر"، ملفات الأهرام، العدد ٤١٧٢١، ٢٠٠١م.
- (٥٧) سلوى عثمان الصديقى: "مدخل فى الصحة العامة والرعاية الصحية" (المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٩٩م) ص ص ٢٠٦:٢٠٧.

- ٥٨) التقرير النهائى وورشة العمل التحضيرية للمؤتمر القومى لتطوير التعليم الإعدادية: الجمعية المصرية للتنمية والطفولة بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم، نوفمبر ١٩٩٤م، ص١٣.
- ٥٩) حامد عبد السلام زهران: علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، ط٥، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠١م، ص٣٣٢.
- ٦٠) ليلى حسن بدر وآخرون: أصول التربية الصحية والصحة العامة، ط٢، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٨، ص٣٢٥.
- ٦١) سهير الغباشى: اتجاهات حديثة فى علم نفس الصحة، بحث منشور فى المجلة الاجتماعية القومية الصادر عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، العدد الثالث، المجلد التاسع والثلاثون، القاهرة، ٢٠٠٢م، ص١١٧.
- ٦٢) صلاح الدين شبل دياب: صحة المجتمع، مطبعة نور الإيمان، القاهرة، ٢٠٠١م، ص٦٩.
- ٦٣) عاطف محمد شحاته: مقدمة فى علم الاجتماع الطبى "الكتاب الأول"، السيوسيوماتية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص٩٨.
- ٦٤) النموذج المنهج المدرسى الصحى ذى المرود العملى للمدارس الابتدائية: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، الإسكندرية، ١٩٩١، ص٣.
- ٦٥) هناء غالب الأمعري: التربية الصحية وأثرها فى رفع المستوى الصحى، دار الخيال للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، ٢٠٠٢، ص٥٠.
- 66) Angela Scriven and Judy Orme: Health Promotion "Professional perspectives"، Pal grave، New York، 2001، p. 115.
- ٦٧) نادية محمد رشاد: التربية الصحية والأمان (الإسكندرية: منشأة المعارف، ٢٠٠٠) ص١٤.
- ٦٨) أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، الشروق للدعاية والإعلان، عمان، ٢٠٠٠م، ص٢٧.
- ٦٩) الجهاز المركزى للتعيئة العامة والاحصاء، مصر، ٢٠١٦.
- ٧٠) عبد العزيز عبد الله مختار وآخرون: السكان والتنمية (الجيزة: دار الصفوة للنشر والتوزيع، ١٩٩٩)، ص ص ٣٨٥ - ٣٨٦.
- ٧١) حمدى عبد العزيز حجاج: العوامل الثقافية وعلاقتها بمشكلات البيئة الريفية، بدون ناشر، ص٢٠١.

- (٧٢) إبراهيم عبد الهادي المليجي وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠) ص ١٧٧.
- (٧٣) إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٦، ص ٣٢٥.
- (٧٤) عبد المحي محمود صالح والسيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩)، ص ١١١.
- (٧٥) مسعد الفاروق حمودة: تنمية المجتمعات المحلية- الريفية- الحضرية- المستحدثة- الصحراوية (الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٥) ص ٢٦.
- (٧٦) مجالس القومية المتخصصة، موسوعة المجالس القومية المتخصصة، المجلد الرابع عشر، ص ٧٦.
- (٧٧) محمد الجوهري: الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية من دليل العمل الميداني لجامعي التراث الشعبي، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٩.
- (٧٨) المجالس القومية المتخصصة: مرجع سبق ذكره، ص ٧٥.
- (٧٩) أشرف عبد الغفار خالف: المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري، المجلد العاشر الصحة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٨٥، ص ٣٢٥-٣٣٦.
- (٨٠) محمد الغريب عبد الكريم: علم الاجتماع الريفي (القاهرة: مكتبة نهضة الشرق، ١٩٨٨)، ص ٦٩.
- (٨١) الرعاية الصحية والتأمين في مصر، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، إصدار ديسمبر ٢٠٠٤.
- (٨٢) محمد أبو مندور: الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في الريف المصري (القاهرة: مركز المحروسة للبحوث، ١٩٩٦)، ص ١٢٢.
- (٨٣) محجوب عطية الفاندي: مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي (البيضاء: منشورات جامعة عمر المختار، ١٩٩٩)، ص ١٠٢.
- (٨٤) المجالس القومية المتخصصة، موسوعة المجالس القومية المتخصصة ١٩٧٤ - ١٩٩١، المجلد الرابع عشر، ص ٧٥.
- (٨٥) محمود عبد المجيد حمدي وناجي بدر إبراهيم: التغيير في بناء المجتمع الريفي - مداخل نظرية وبحث ميدانية (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥)، ص ٢٠٠.
- (٨٦) هند أبو السعود خطاب وآخرون: دليل التنقيف الصحي مجموعة بحوث الصحة الإنجابية بالتعاون مع دلتا الاستشاريين بدعم من صندوق الأمم المتحدة، ١٩٩٩، ص ٥.

- (٨٧) نحو سلوكيات صحية واجتماعية أفضل مهنة الطب الإنسانية، الملتقى الخامس لمؤسسة فريد نومان، ٢٠٠٤.
- (٨٨) عماد الدين عيد: الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ٥٣.
- (٨٩) سليمان أحمد على حجر، محمد السيد محمد الأمين: التربية الصحية، مكتبة ومطبعة الغد، القاهرة، ٢٠٠٢، ص ٩٠.
- (٩٠) عالي حبيب وآخرون : علم الاجتماع الريفي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الأردن، ٢٠٠٩، ٧٧-٧٨
- (٩١) عالي حبيب وآخرون: المرجع السابق، ٧٩-٨٠
- (٩٢) على فؤاد أحمد: علم الاجتماع الريفي، (القاهرة، دار المعارف ط ٢، ١٩٩٠)، ص ٣٨.
- (٩٣) ماهر أبو المعاطى على: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٥٣.
- (٩٤) أحمد مصطفى خاطر : طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ١٩٩٤ ، ص ٢٠
- (٩٥) محمد شفيق: البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩٤ ص ١٠٨
- (٩٦) عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي (القاهرة، ط ٢، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧١)، ص ٢١٠.
- (٩٧) سعود بن ضحيان الضحيان، عزت عبد الحميد محمد حسن: معالجة البيانات باستخدام برنامج Spssvio سلسلة بحوث منهجية ، الرياض مكتبة الملك فهد الوطنية، الكتاب الرابع، الجزء الثاني، بدون سنة نشر، ص ٢٤٧
- (٩٨) محمد مصطفى شافعي : دراسة تقويمية لبرامج مراكز الشباب وتأثيرها في اكساب الوعي البيئي للجماعات المكونة لها، مرجع سبق ذكره
- (٩٩) وائل صلاح عزقلاني: إسهامات منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي، مرجع سبق ذكره
- (١٠٠) هيام شاكر خليل: دراسة لمعوقات الممارسة المهنية لطريقة العمل مع الجماعات والآثار المترتبة على ذلك في مراكز الشباب، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٧
- (١٠١) وائل صلاح عزقلاني: إسهامات منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي، مرجع سبق ذكره
- (١٠٢) عالية حبيب وآخرون : علم الاجتماع الريفي ، مرجع سبق ذكره