

**آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كمدخل
لتحقيق التنمية المستدامة**

**Mechanisms for activating health awareness programs
for NGOs as an approach to achieving sustainable
development**

إعداد/

د. صابرين عربي سعد صبره
مدرس التخطيط الاجتماعي
كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة أسيوط

ملخص

تتمثل مشكلة الدراسة في تحديد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كمدخل لتحقيق التنمية المستدامة, وتهدف الدراسة الحالية الي تحديد مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية وتحديد مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية وتحديد الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ووضع بعض المقترحات لتفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الوصفية والتي اعتمدت علي منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين (197 مفردة) بالجمعيات الأهلية التي تنفذ برامج التوعية الصحية بمحافظة اسيوط وعدددهم (13 جمعية), وتمثلت ادوات الدراسة وجمع البيانات في استمارة استبيان للمسؤولين حول برامج التوعية الصحية, وآليات تفعيل هذه البرامج بالجمعيات الأهلية, الي جانب اهم المعوقات التي تواجه عمل هذه الجمعيات ومقترحات تفعيل عمل هذه البرامج بالجمعيات الأهلية.

اهم نتائج الدراسة:

أ- قبول الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً "

ب- قبول الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً "

ج- قبول الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديددهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "

د- قبول الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديددهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "

كلمات مفتاحية: آليات, التوعية الصحية, الجمعيات الأهلية, التنمية المستدامة

Summary

This is a problem in the study in determining the mechanisms for activating health awareness programs for NGOs as an approach for achieving sustainable development, and the current study aims to determine the level of health awareness programs and NGOs, determining the level of mechanisms for activating health awareness programs and NGOs, and identifying difficulties facing health care programs, NGOs, and some to activate Health awareness programs in NGOs.

The current study is being conducted from descriptive studies, which are based on the comprehensive social survey approach for officials (197

individuals) in private societies that implement health awareness programs for the portfolio, and they are (13 associations). , In addition to the most important obstacles facing the work of these societies and proposals to activate the work of these programs in NGOs.

The most important results of the study:

A- Acceptance the first hypothesis of the study, according to which "the level of health awareness programs in NGOs is expected to be average".

B- Acceptance the second hypothesis of the study, according to which "the level of mechanisms for activating health awareness programs for NGOs is expected to be average".

C- Acceptance the third hypothesis of the study, which leads to "there is a statistically significant relationship between some demographic variables for officials and their determination of the level of health awareness programs in NGOs".

D- Acceptance the fourth hypothesis of the study, which leads to "there is a statistically significant relationship between some demographic variables for officials and their identification of the level of mechanisms for activating the mechanisms of activating health awareness programs in NGOs".

Keywords: Mechanisms, health awareness, NGOs, sustainable development

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

تعتبر التنمية من أهم القضايا على الساحة العالمية وتزايد حدة هذه القضية في ظل المتغيرات العالمية الجديدة التي تحظى باهتمام متعاظم في معظم دول البلاد النامية منذ حصولها على الاستقلال والتحرر الوطني في أعقاب الحرب العالمية الثانية، ولقد ألزمت أغلب حكومات الدول النامية منذ ذلك الحين بالمنهج التنموي. فالتنمية تتصف بالاستثمار الأمثل للموارد البشرية والمادية والتنظيمية المتاحة، الممكن إتاحتها مستقبلاً مع ضرورة تضافر كافة الهيئات والأجهزة القائمة في المجتمع (الحكومية، الأهلية) من أجل تحقيقها باعتبارها هدفاً قومياً يسعى المجتمع إلى تحقيقه، فضلاً عن إسهامات كافة المهن والتخصصات العالمية في تحقيق التنمية.⁽¹⁾

وقد احتلت قضية التنمية بمختلف جوانبها مكاناً بارزاً في المجتمعات بكافة أنواعها، كما حظيت باهتمام العديد من الباحثين في مختلف المجالات باعتبارها الوسيلة المثلى لتحقيق حياة أفضل للمجتمعات ومستوي معيشة أفضل للأفراد وخاصة بعد أن اشتدت وطأة الصراع بين رواسب التخلف وآفاق التنمية.⁽²⁾ وفي الآونة الأخيرة أصبحت كثير من مناطق العالم تعاني من عواقب أنماط التنمية التقليدية، والتي ترتب عليها استنزاف الموارد التي تعتبر في حد ذاتها أساس النمو في العالم، وألحقت أضرار بالغة بالموارد المتاحة، وخاصة الأرض والمياه والهواء.⁽³⁾

فالدول النامية بحاجة الي منطق جديد للتنمية يستوحي ما توصل اليه العالم من تقدم في هذا المجال ويستوعب كل ما جاء فيه ويدركه ومن ثم يبحث عن اسلوب تطبيق ذاتي نابع من طبيعة التكوين الخاص بتلك الدول وثقافتها متمحورين حول الانسان الذي سيقود ويحقق تلك التنمية والعمل على اعلاء شأنه في مجتمعه باعتباره اهم الموارد للتنمية.⁽⁴⁾

فقياس نمو المجتمعات بمعيار مستوياتها المادية سوف يعنى تحديداً فاصلاً بين مجتمعات غنية ومجتمعات متخلفة فقيرة والتنمية بمفهومها العام لا يعنىها كفاية مظاهر الثراء المادي بقدر تأكيدها على أهمية التقدم الإنساني فالإنسان هو المحور الأساسي للتنمية وهو أيضاً غايتها وبالتالي فإن مدى تفاعل الإنسان مع بيئته الاجتماعية هو الذى يحدد مستوى تقدم المجتمع أو تخلفه فالمجتمع الذى يهيئ الفرص لكل مواطن فيه كي ينمى طاقاته الاجتماعية والاقتصادية والثقافية مستخدماً أقصى هذه الطاقات لمزيد من الإنتاج هو مجتمع متقدم والمجتمع المتخلف هو الذى يفنق عنصر الديناميكية الإنسانية المنتجة حتى وإن كان متمكناً من رفاهية اقتصادية.⁽⁵⁾

على اعتبار ان الاهتمام بصحة الفرد هو إحدى مكونات التنمية الشاملة التي يسعى المجتمع الي تحقيقها فهناك علاقة بين الصحة والتنمية فكما ارتفع المستوى الصحي للعنصر البشري دل ذلك علي نجاح برامج الرعاية الاجتماعية والصحية في المجتمع.⁽⁶⁾ وقد جسدت الأهداف الإنمائية للألفية طيفاً محدوداً نسبياً من حصائل التنمية البشرية، كان من المنطقي أن تبرز الصحة من بينها. أما أهداف التنمية المستدامة فهي على العكس من ذلك، تجسد طيفاً أوسع بكثير من الشواغل البيئية والاقتصادية والاجتماعية. (الهدف ٣) من أهداف التنمية المستدامة - ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار هو أحد الأهداف السبعة عشر. أشار البعض إلى أن الصحة مكانتها قد تراجعت

مقارنة بما كانت عليه في الأهداف الإنمائية للألفية، حيث كانت ثلاثة أهداف من أصل ثمانية معنية بالصحة. وقد صُممت أهداف التنمية المستدامة كافة لتكون شاملة، وتكتسي الروابط المتبادلة والشبكات التي تنطوي عليها الأهداف، الأهمية نفسها التي يكتسي بها فرادى الأهداف. وفضلاً عن ذلك، فإن أهمية الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها قد أُقر بها صراحة كهدف في حد ذاته من أهداف التنمية المستدامة (الهدف ١٠)، وهو ينطبق على جميع الأهداف الأخرى بما في ذلك الصحة. ووجود هدف واحد خاص بالصحة هو أمر منطقي ولا يقلل من أهميتها. فقد وُضعت الصحة كمساهم رئيسي في أهداف التنمية المستدامة الأخرى، فمن دون الصحة يتعذر تحقيق العديد من تلك الأهداف. كما أن الصحة تستفيد من التقدم المُحرز صوب تحقيق الأهداف الأخرى. (7)

وتعتمد التنمية في مصر بصورة مباشرة وأساسية على الطاقات الكامنة الموجودة في المجتمع المصري على أساس أنها تتجاوز الإمكانيات المستغلة الهائلة لدى الدولة ولذلك فإنها تتجسد سياسياً واجتماعياً وثقافياً في مؤسسات المجتمع المدني الذي يعتبر المنظمات الحكومية وغير حكومية أحد تنظيمات المجتمع المدني والضلع الأساسي لتحقيق التنمية الشاملة في المجتمع من خلال التعاون وتبادل الخبرات والإمكانيات. (8)

ومن هنا أصبح المجتمع المدني شريكاً مع الحكومة في إنجاز العديد من الأهداف في المجتمع وفي تحمل المسؤولية مع الدولة في إشباع الاحتياجات ومواجهة المشكلات وأيضاً المشاركة في صنع القرارات (9)، بالإضافة إلى ما تقدمه منظمات المجتمع المدني من أدوار عديدة في تحقيق التنمية الوطنية وتشجيع المشاركة المجتمعية وتقديم بعض الحلول للأزمات والمشكلات، مثال: في التعليم - الصحة - الرعاية الاجتماعية - علاج العشوائيات - أزمة الإسكان - أطفال الشوارع والفقر وبعض السلوكيات الاجتماعية التي تسعى الحكومات الوطنية إلى علاجها والقضاء عليها. (10) ولقد تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بالدور التنموي للجمعيات الأهلية؛ لما لها من انعكاسات اجتماعية واقتصادية إيجابية على شرائح المجتمع المختلفة؛ فقد ساعدت على التخفيف من حدة الفقر، وساهمت في تقديم خدمات اجتماعية وتنموية في قطاعات الصحة والتعليم والدعم الاجتماعي. (11)

والجمعيات الأهلية توفر مختلف أوجه الرعاية الاجتماعية التي تتطلبها الحياة الإنسانية للإنسان في مختلف مراحل حياته وإلى جميع فئات المجتمع السوية وغير السوية ومن هنا زادت فاعلية وفعالية الجمعيات الأهلية في سد الاحتياجات المطلوبة لتنمية المجتمع ورعاية أبنائه وبذل الجهد والتحديث واقتحام الميادين الجديدة ولاسيما مجال تدعيم القيم الإيجابية مثل الدعوة إلى تحمل المسؤوليات والمشاركة الذاتية والتطوع البناء وذلك من أجل الإسهام في تحقيق التنمية الشاملة المتواصلة والمستمرة. (12)

وينظر البنك الدولي إلى الجمعيات الأهلية في هذا الوضع لما تستطيع أن تقوم به من مساعدة في تعبئة الموارد بالطرق التي تعجز الدولة عن القيام بها، وباعتبارها وظائف تقليدية للدولة، مثل إنشاء وإدارة المدارس ومراكز الرعاية الصحية، ومشروعات الأشغال العامة كشق الطرق والترع. (13)

وتعتبر الرعاية الصحية احدي اوجه الرعاية التي تهتم بها الدول , وذلك بهدف تنمية الثروة البشرية بتلك الدول , وهناك العديد من المهن التي تساهم في تحقيق ذلك الهدف كل

حسب تخصصه , وذلك لان حياة الانسان بها العديد من الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والصحية والتربوية الي غير ذلك , ومن المهن التي يمكن ان تكون لها دور في التنمية والاهتمام بالثروة البشرية مهنة الخدمة الاجتماعية , فهي تركز علي مساعدة الافراد وتنمية قدراتهم بهدف الوقاية والعلاج من المشكلات الاجتماعية ومساعدتهم علي القيام بوظائفهم الاجتماعية علي احسن وجه .(14) والرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلب ملح بل أنها عنصر لا غنى عنه لبقائها، وللتنمية، والنمو، والإنتاجية، والاستمتاع بالحياة وفي العصور الحديثة أصبح ينظر إلى الرعاية الصحة على أنها حق لكل إنسان ومن ثم فإنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية.(15)

والمكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية هي: التثقيف الصحي، الصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، التطعيم وتنظيم الأسرة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، والعلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة، توفير الأدوية الضرورية، ونشر الوعي بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية.

وبذلك يأتي دور الجمعيات الاهلية لتحقيق اهداف وقائية لوقاية المجتمع من خلال تثقيف وتنمية وعي الجماهير في النواحي الصحية والاقتصادية والثقافية، وذلك عن طريق حث واستثارة افراد المجتمع على تبني اسلوب حياة وممارسات صحية سليمة، لرفع المستوي الصحي للمجتمع والحد من انتشار الامراض بمختلف انواعها من خلال نشر المفاهيم الصحية السليمة في المجتمع، وتعريف الناس بأخطار الامراض ووسائل الوقاية منها.(16)

ولما كان التخطيط الاجتماعي ضرورة حتمية وسمة من سمات العصر الحالي والأسلوب الوحيد الذي يضمن للبلاد النامية التخلص من مشكلاتها وتحقيق الخير لجموع مواطنيها وتوفير الرفاهية لهم وتطوير الخدمات الضرورية لهم بصفة عامة ومحدودي الدخل بصفة خاصة من خلال برنامج متكامل لتحسين وتطوير كفاءة الخدمات الصحية في المناطق المحرومة سواء في الريف أو الحضر.(17) ويتضمن التخطيط في المجال الصحي استخدام أساليب علمية أو إجرائية لتوزيع وتخصيص الموارد بشكل يجعل المنشأة الصحية قادرة على تغطية الطلب والاحتياجات الصحية للمجتمع المراد تقديم الخدمة الصحية له.(18)

ثانياً: الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق ومن أجل تحديد مشكلة الدراسة فإن الأمر يتطلب عرضاً للدراسات السابقة والتي اهتمت بالجمعيات الاهلية والتوعية الصحية والتنمية المستدامة.

• الدراسات التي تتعلق بالجمعيات الاهلية والتوعية الصحية:

1- دراسة Helene Delisle and others (2005) (19): بعنوان "دور المنظمات غير الحكومية في البحوث الصحية العالمية لتطوير سياسة ونظام البحوث الصحية العالمية" واستهدفت التعرف علي دور المنظمات غير الحكومية في ابحاث الصحة العالمية من اجل التنمية وتوصلت الي امكانية مساهمة المنظمات غير الحكومية في البحث في مجال الصحة وتحدد الاسهامات في المدافعة , وتوليد المعرفة , وتنمية القدرات , والحاجة الي تفعيل دور المنظمات غير الحكومية في ابحاث الصحة العالمية مثل بناء قدراتها وبناء الشركات والشبكات التي تدعم هذه الابحاث بالإضافة الي الشراكة مع مؤسسات البحث الأخرى.

- 2- دراسة مني يوسف شفيق (2006) (20): بعنوان "دور الجمعيات الأهلية في مجال الصحة وأهمية ممارستها سلطات الإدارة الرشيدة " هدفت الي توضيح ابعاد الحوكمة وتطبيق الادارة الرشيدة والنزاهة والشفافية وتوصلت الي وجود عدالة وشفافية ومعاملة نزيهة بين جميع الاطراف بالجمعيات الاهلية ومنع استغلال الاعضاء للسلطة داخلها والعمل على تنمية الموارد البشرية والمادية بالجمعيات الاهلية.
- 3- دراسة Kelley lee (2010): (21): بعنوان " منظمات المجتمع المدني ووظائف الحوكمة الصحية العالمية " والتي استهدفت توضيح مدي تفاعل منظمات المجتمع المدني مع منظمات الصحة الحكومية وتوصلت الي ان منظمات المجتمع المدني تساهم في وظائف متنوعة ومختلفة وتعمل على استكمال دور المؤسسات الحكومية.
- 4- دراسة هدى محمود حسن حجازي (2011) (22): بعنوان " دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية" حيث استهدفت وصف واقع منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع وتحديد الدور المتوقع من منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي وتوصلت الي ان اولي منظمات المجتمع المدني التي تساهم في تنمية الوعي الصحي هي الجمعيات الخيرية يليها جمعيات حماية المستهلك ثم الجمعيات التعاونية واخير الغرف التجارية ويرجع ذلك الي زيادة عدد الجمعيات الخيرية عن غيرها من منظمات المجتمع المدني وايضا لملامسة انشطتها وبرامجها لاحتياجات سكان المجتمع.
- 5- دراسة كوثر أحمد محمد قناوي (2012) (23): بعنوان " المتطلبات اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان " والتي استهدفت تحديد المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان وتوصلت الدراسة إلى أن أهم المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية هي المتطلبات الإدارية والمادية والفنية اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان.
- 6- دراسة شادية رحاب , محمد عبد المنعم بريش (2017) (24): بعنوان " فاعلية القطاع الخاص والمجتمع المدني لترقية جودة الخدمات الصحية" حيث هدفت الي التعرف علي فاعلية المجتمع المدني والقطاع الخاص لترقية الخدمة الصحية باعتبارهما من اهم فواعل الحكامة الصحية وتوصلت الي ان تحقيق أهداف التنمية الصحية، يتطلب وضوح هذه الأهداف وتبنيها بشكل جدي من قبل كافة الأطراف كما يتطلب توفر المرونة والشفافية والمشاركة، بالإضافة إلى توفر الموارد اللازمة لتغطية نفقات التنمية الصحية المستدامة ولا يأتي ذلك إلا عن طريق تفعيل دور الجمعيات الأهلية الأقرب إلى الناس ومشاكلهم كإحدى أهم الفواعل في تحقيق حكامه صحية.
- 7- دراسة شادية ربيع ذكي حسن (2018) (25): بعنوان " آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية " استهدفت تحديد الليات التكامل لبرامج الرعاية الصحية وعائد التكامل بينها وصعوبات دعم الليات التكامل بين برامج الرعاية الصحية وتوصلت الي مجموعة من المقترحات التي تدعم التكامل بينها من خلال توفير مصادر للتمويل لشراء

الاجهزة الطبية، والتدريب لتعلم مهارات جديدة وتقديم العلاج والكشف مجاني وتوفير العاملين الاكفاء في مجال تقديم الرعاية الصحية.

• الدراسات التي تناولت الجمعيات الاهلية والتنمية المستدامة:

(1) دراسة Laura Carol (2002) (26): بعنوان "التعليم من أجل إعادة صياغة المجتمع المدني: العمل من أجل تنمية سياسية مستدامة" استهدفت التعرف على اهمية الدور الذي تقوم به المنظمات غير الحكومية في تحقيق اهداف التنمية المستدامة وتوصلت الي ضرورة اعطاء الفرصة للمواطنين للتعبير عن احتياجاتهم والمساهمة في حل مشكلاتهم والمشاركة في صنع قرارات السياسة العامة ايضا.

(2) دراسة كمال منصورى (2007) (27): بعنوان " دور المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية في التنمية البشرية المستدامة" واستهدفت توضيح دور المنظمات غير الحكومية في تحقيق اهداف التنمية البشرية المستدامة بأبعادها الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، وتوصلت الي تركيز مفهوم التنمية البشرية المستدامة على الانسان كمحور للنشاط التنموي، وتحديد شروط النماء المستدام وهذا الذي تقوم به المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية.

(3) دراسة امل محمد سلامة غباري (2009) (28): بعنوان "دور الجمعيات الأهلية كإحدى منظمات المجتمع المدني في تحقيق التنمية المستدامة" استهدفت التعرف على الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية والثقافية التي تقدمها الجمعيات الاهلية لتحقيق التنمية المستدامة وتوصلت الي ان الجمعيات الاهلية وجمعيات تنمية المجتمع اصبحت شريك اساسي في عملية التنمية بصفة عامة والتنمية المستدامة بصفة خاصة الي جانب ان الخدمات التي تقدمها تلعب دور حيوي بصورة مباشرة وغير مباشرة في تحقيق اهداف التنمية المستدامة.

(4) دراسة احمد صادق رشوان (2010) (29): " القاعدة المعلوماتية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة" هدفت الي تحديد متطلبات القاعدة المعلوماتية الخاصة بسكان المجتمع والمجتمع والمنظمات والبرامج والمشروعات كآلية لبناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة, وتوصلت الي اهمية تقييم أوضاع هذه الجمعيات بصفة دورية ومساعدة هذه الجمعيات في إعادة النظر في سياستها وخططها وبرامجها ومشروعاتها ورفع درجة وعي متخذي القرار بهذه الجمعيات الاهلية بأهمية الاتصال والتبادل بينهم وبين الجمعيات الاهلية الأخرى العاملة في نفس المجال أو غيره علي المستوي الافقي أو المستوي الرأسى.

(5) دراسة شريف محمد عوض (2011) (30): بعنوان " دور الجمعيات الأهلية في تمكين المجتمعات المحلية من فرص التنمية المستدامة : دراسة ميدانية بمركز الداخلة بمحافظة الوادي الجديد" والتي استهدفت دراسة تجربة التنمية وملاحم التمكين الاقتصادي والاجتماعي والاليات التي تعتمد عليها الجمعيات الاهلية وتوصلت الي ان الجمعيات الاهلية استطاعت ان تمكن المجتمعات المحلية من فرص التنمية المستدامة من خلال الاستدامة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وارتكزت علي المبادئ الاربعة للتمكين وهي تعزيز

الفرص الاقتصادية , وتعزيز التنمية المجتمعية , بناء الشركات , توفير رؤية واستراتيجية للتغيير .

(6) دراسة شريف محمد عوض (2016)⁽³¹⁾: بعنوان "الفعالية التنموية للجمعيات الأهلية في دعم التنمية المحلية بمحافظة الوادي الجديد" استهدفت الوقوف على طبيعة الأجندة التنموية التي تقدمها الجمعيات الأهلية في قرى الداخلة ودورها في دعم المشروعات الصغيرة والحرفية والجديدة غير النمطية واليات تنفيذها وتوصلت الي ان الجمعيات الأهلية عمود أساسي في بنية المجتمع وشريك رئيسي في عمليات التنمية، أهمية وكفاءة الجمعيات الأهلية في مجتمع البحث من خلال ما حققته من إنجازات تنموية أدت إلى النهوض بالمجتمع وتحسين نوعية حياة أفراداه .

(7) دراسة احمد محمد عبد الغني(2018)⁽³²⁾: "الجمعيات الأهلية والتنمية المستدامة: دراسة استكشافية في قرية مصرية" حيث هدفت الدراسة الي استكشاف قصة نجاح اصحاب المصالح في السياق التنموي , في ايجاد الفضاء الشبكي المستقل والتكامل في المنتجات والطموحات والتطلعات بينهم , واوضحت النتائج مهارة اصحاب المصالح لا كجماعات ضغط بفضل ارسدها المعرفية عن حركة واحتياجات الحياة بتوجيه الناس مباشرة الي الموارد التي لا تدمر البيئة كما وضحت التوافق بينها علي الوصفات او الروافد القيمة التي يمكن تعميمها محليا وقوميا مثل التطوع والمبادأة والمعاملة بالمثل والانصاف في بلوغ مهام التنمية المستدامة بعيدا عن العمل لفئة ما .

(8) دراسة احسان محمد احمد عبد الله (2018)⁽³³⁾: بعنوان " إسهامات جمعيات حماية البيئة في تحقيق التنمية المستدامة" استهدفت تحديد مدي اسهامات جمعيات حماية البيئة في تنمية وعي المواطنين بأهمية تحقيق التنمية المستدامة، واسهاماتها في تأهيل الكوادر من القيادات المجتمعية، وتوصلت الي تدشين قاعدة بيانات مرتبطة بترشيد الاستهلاك مع الاستعانة بالمتخصصين وتبادل الخبرات بين القيادات وبعضها، وعقد لقاءات حوارية بينهم، وتنظيم الندوات لإكساب هذه القيادات الوعي بأهمية الحفاظ على البيئة.

(9) دراسة غادة بنت عبد الرحمن محمد الطريف (2019)⁽³⁴⁾: إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة" هدفت الي التعرف على اسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة، والمعوقات التي تواجهها، وتوصلت الي وضع مقترحات لتوسيع دائرة نشاط مؤسسات العمل الخيري وحل مشكلاتهم من خلال تحديد الوسائل الكفيلة لتطوير العمل الخيري. وتمكينه لتحقيق اهدافه بكفاءة وفعالية.

وبتحليل الدراسات السابقة يمكن استخلاص الآتي :

1- اكدت دراسة Helene Delisle and others (2005) ودراسة مني يوسف شفيق (2006) علي دور المنظمات غير الحكومية في البحوث الصحية العالمية وتطبيق الادارة الرشيدة والنزاهة والشفافية وايضا مدي تفاعل منظمات المجتمع المدني مع منظمات الصحة الحكومية ودورها في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع كدراسة هدى محمود حسن حجازي (2011) ودراسة (Kelley lee 2010)

2- اوضحت العديد من الدراسات تحديد المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية وتحديد اليات التكامل لبرامج الرعاية الصحية وعائد

- التكامل بينها وصعوبات دعم اليات التكامل بين برامج الرعاية الصحية كدراسة كوثر أحمد محمد قناوي (2012) ودراسة شادية رحاب، محمد عبد المنعم بريش (2017) ودراسة شادية ربيع ذكي حسن (2018)
- 3- كما اشارت بعض الدراسات الي اهمية الدور الذي تقوم به المنظمات غير الحكومية في تحقيق اهداف التنمية المستدامة والتعرف على الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية والثقافية التي تقدمها الجمعيات الاهلية لتحقيق التنمية المستدامة مثل دراسة Laura Carol (2002) ودراسة كمال منصورى (2007) ودراسة امل محمد سلامة غباري (2009)
- 4- كما اهتمت دراسة احمد صادق رشوان (2010) ودراسة شريف محمد عوض (2016) بتقييم أوضاع هذه الجمعيات بصفة دورية ومساعدة هذه الجمعيات في إعادة النظر في سياستها وخططها وبرامجها ومشروعاتها ورفع درجة وعي متخذي القرار بهذه الجمعيات الاهلية بأهمية الاتصال والتبادل بينهم وبين الجمعيات الاهلية الأخرى ودورها في دعم المشروعات الصغيرة والحرفية والجديدة غير النمطية واليات تنفيذها
- 5- وتناولت اخري اسهامات جمعيات حماية البيئة في تنمية وعي المواطنين بأهمية تحقيق التنمية المستدامة مثل دراسة احسان محمد احمد عبد الله (2018) ودراسة غادة بنت عبد الرحمن محمد الطريف (2019)
- 6- والدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في تناول الجمعيات الاهلية بالدراسة ودورها في تحقيق التنمية وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في انها تتناول كيفية تفعيل الاليات المرتبطة ببرامج التوعية الصحية بالجمعيات الاهلية لتحقيق اهداف التنمية المستدامة.
- ثالثا: صياغة مشكلة الدراسة:**

انطلاقا من التراث النظري ونتائج الدراسات السابقة والتي اكدت على ان صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة، وهي أيضا ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية. والدولة التي تبغي التنمية لابد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية. ولكي يتحقق هذا الهدف يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية، في مخطط صحي، يهدف أساسا إلى الارتقاء بالصحة، عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار أن الخدمة الصحية الوقائية هي المسئولية الأساسية لوزارة الصحة كالتزام قومي دون مساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضا هيئات وأجهزة عامة وخاصة متعددة، تتباين في قدراتها الفنية وأنماطها الاقتصادية، وتتراوح خدمات القطاع الخاص الصحي ما بين مستشفيات حديثة كبيرة ومجهزة تجهيزا معقدا إلى مستشفيات صغيرة ومراكز رعاية طبية يومية أو عيادات عامة شاملة. يوجد عدد من المؤسسات أو المنظمات الخاصة الأهلية أو التطوعية داخل هذا النظام الصحي الخاص، يقدم الخدمات

الصحية من خلال العيادات الشاملة والمستشفيات الصغيرة، وغالبا ما تكون متصلة ببعض المؤسسات الدينية وتمول بنظام المشاركة والتبرع و تعتبر الحاجة ملحة لتحسين ودعم الإعلام الصحي وتقديم المشورة للجماهير للوقاية من الأمراض ولرفع مستوى الوعي بأمور التغذية والصحة العامة ولخفض مخاطر الأمراض المعدية وغير المعدية، وبالتالي الوفاة المبكرة تشجيع المشاركة الفعالة للمجتمع لتقديم ومناصرة الخدمات الصحية وتقوية دور الجمعيات الأهلية ولتفعيل برامج التوعية الصحية(35)، ومن خلال ما تم عرضه و في ضوء كل المعطيات السابقة وما أفرزته الدراسات السابقة يمكن صياغة القضية الرئيسية للدراسة في " آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كمدخل لتحقيق التنمية المستدامة "

رابعاً: أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من:

- 1- الاهتمام بصحة الفرد هي إحدى مكونات التنمية الشاملة التي يسعى المجتمع الي تحقيقها
- 2- ضرورة رفع المستوي الصحي للعنصر البشري الذي هو اساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية والصحية في المجتمع.
- 3- تمثل الصحة هدف رئيسي من اهداف التنمية المستدامة وبدونها لن يتم تحقيق اهدافها.
- 4- الدور التنموي الذي يؤديه المجتمع المدني بصفة عامة والجمعيات الأهلية بصفة خاصة حيث انه يمثل الضلع الأساسي لتحقيق التنمية الشاملة في المجتمع.
- 5- ما تمر به البلاد والعالم من جائحة من الفيروسات المميتة وخاصة فيروس كورونا والتي تحتاج الي المزيد من الوعي والوقاية حتى يمكن التغلب عليها ومواجهتها.

خامساً: اهداف الدراسة:

1. تحديد مستوي برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.
2. تحديد مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.
3. تحديد الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.
4. تحديد مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

سادساً: فروض الدراسة:

- (1) الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً "
- (2) الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً ":

ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

1. التخطيط.
2. التنسيق.
3. الاتصال.
4. التعاون.
5. التبادل.

(3) **الفرض الثالث للدراسة:** " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموغرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "

(4) **الفرض الرابع للدراسة:** " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموغرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "

سابعاً: مفاهيم الدراسة:

مفهوم الآلية:

الجمع: آليات وآليات وأليات، مثلى أليان، أليتان، الآلية: العجيزة، أو ما ركبها من شحم ولحم. (36)

وتعرف الآليات ايضاً بانها" مجموعة الوسائل والتكتيكات التي تستخدم في تحقيق اهداف محددة، وفق اختصاصات محددة " (37)

ويقصد بالآليات في هذه الدراسة " مجموعة من الوسائل التي يتم تصميمها بهدف توجيه عمل الجمعيات الاهلية لرفع كفاءة وفاعلية اداء الجمعيات والعاملين بها لتحقيق اهداف التنمية المستدامة وتتضمن هذه الآليات التخطيط والتنسيق والتعاون والاتصال والتبادل.

مفهوم التوعية الصحية: هي عملية تزويد الافراد او المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكهم فيما يتعلق بأمر الصحة نحو الافضل. (38) ويمكن القول ان التوعية الصحية: هي مجموعة الوسائل والمعلومات التي يمكن من خلالها تغيير اسلوب الحياة مما ينتج عنها سلوكيات صحية سوية وسليمة وذلك لرفع مستوى صحة افراد المجتمع.

ويمكن تعريف برامج التوعية الصحية اجرايا من خلال الاتي:

- مجموعة من الانشطة والخدمات الصحية التي يتم تقديمها للمستفيدين من الجمعيات الاهلية.

- من خلال مجموعة من العاملين والمتقفات المجتمعات بهذه الجمعيات.

- الذين يقومون بتقديم كافة طرق التوعية والوقاية والعلاج من الامراض وبعض العادات التقليدية الضارة من خلال عيادات متخصصة تابعة للجمعيات الاهلية.

- ترتبط هذه الخدمات باحتياجات المستفيدين من الجمعيات.

وتؤدي التوعية الصحية دورا هاما في رفع مستوى الصحة العامة لدي افراد المجتمع نظرا لأهميته , فقد اعتبره العلماء والاطباء بانه الوسيلة الفعالة والرئيسية التي تساهم في توعية المجتمع من جهة وتحسين مستوى صحة المجتمع من جهة اخري , ويمكن ان نلاحظ ان التوعية الصحية تعتمد علي وسائل الاتصال بشكل مباشر من اجل التأثير علي المجتمع وتخليص الناس من العادات والتقاليد القديمة غير السليمة وتحريرهم من الجهل والتخلف العلمي والاجتماعي , وخلق افراد ذوي مستوى عال من الوعي والمعرفة بالحقائق العلمية الخاصة بالصحة من اجل عدم الوقوع في المشاكل الصحية والامراض , وقد شهدت

التوعية الصحية تطورا مستمرا من حيث الوسائل والاشكال فتغير بتغير الاتصال والنظم الاجتماعية.⁽³⁹⁾

طرق تحقيق التقدم الصحي: (40)

1. تمكين المستخدمين ولا سيما الأكثر فقراً عن طريق إعلامهم بأهمية البرنامج وماذا نتوقع من الخدمات وكيفية الشكوى منها.
2. تحسين إمكانية الوصول عن طريق تخفيض خدمة مرات الانتظار في المواصلات، وتوفير خطوط للمواصلات خصوصاً في الصباح وتقليل المضايقات.
3. تحسين فرص الحصول على خدمات الإحالة مثل امتحانات المختبر والمتخصصين.
4. مواصلة رصد وتقييم برامج عدسة الإنصاف "البرامج الصحية التي تهتم بالفقراء".
5. الاستفادة من الدراسات السابقة من أجل صناعة القرارات الجديدة والمفيدة لهم.

التحديات التي تقابل خدمات الرعاية الصحية في البلدان النامية: - (41)

1. قصور الرعاية الصحية والتغطية والنفقات والموارد الصحية.
2. يؤدي ارتفاع مستوى توقعات المجتمع بشأن الصحة والرعاية الصحية، يغذيه في ذلك إضفاء الطابع العصري، وزيادة وإتاحة المعلومات وتحسين الثقافة الصحية إلى حفز الطلب على إتاحة الرعاية الصحية التي تركز على الناس، وتحسين حماية صحة المجتمعات المحلية والمشاركة بفعالية أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة.
3. هناك اتجاه متزايد اكتسبته البلدان النامية من خلال التجارب والخبرات والمعارف نحو التغيير من جانب السكان ورأسمي السياسات والمجتمع.

تصنيف خدمات الرعاية الصحية: -

◀ **الخدمة الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة.⁽⁴²⁾

◀ **الخدمة الصحية التأهيلية:** وتهدف إلى إعادة تكيف المريض مع بيئته أو إعادة قدراته لأداء أدواره الاجتماعية بما يمكن استعادة أقصى ما يمكن استعادته من قدرات المريض الجسمية أو الاجتماعية، أو النفسية وذلك من خلال برامج التأهيل الطبي والنفسي والاجتماعي والمهني وذلك بغرض تحسين الظروف الإنسانية للمريض بصورة متكاملة.⁽⁴³⁾

◀ **الخدمة الصحية العلاجية:** وهي تشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

ونقصد في هذه الدراسة التوعية سواء كانت وقائية تستهدف توعية افراد المجتمع بالعبادات والسلوكيات الصحية وتجنب الاصابة بالأمراض، او علاجية تستهدف توعية الافراد بأساليب وطرق التعامل مع المشكلات الصحية.

دور الأخصائي الاجتماعي في مجال خدمات الرعاية الصحية: (44)

يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً كبيراً في هذا المجال بصفته المهنية للتخطيط لمواجهة المشكلات والمعوقات التي تعترض الأفراد عند حصولهم على خدمات الرعاية الصحية من المستشفيات الحكومية ومن هذه الأدوار: -

1. الدور العلاجي:

أ. يمارس الأخصائي الاجتماعي أدواراً عديدة داخل المستشفى أم خارجها كما أنه يمارس الأدوار العلاجية بشكل مباشر فيتعامل مع المريض نفسه كما أنه يمارس أدواره العلاجية بشكل غير مباشر من خلال توجيه جهوده إلى بيئة المريض والأنساق التي تتعامل معه كالأسرة والعمل والأصدقاء.

ب. يقوم الأخصائي الاجتماعي باستخدام الطرق المهنية سواء الفرد أم الجماعة أو تنظيم المجتمع طبقاً لنوعية المرض والمريض ومدة العلاج ونوعية المؤسسات العلاجية.

2. الدور الوقائي:

أ. يعمل الأخصائي الاجتماعي في مجال التوعية والتثقيف الصحي بغرض نشر الوعي الصحي بين المواطنين والعمل على تحسين المستوى الصحي للإنسان على اعتبار أنه أهم مورد.

ب. بما أن الوقاية خير من العلاج فإن الأخصائي الاجتماعي يعمل من أجل نشر الوعي الصحي من خلال الاهتمام بالتطعيمات المختلفة للإنسان خاصة في مرحلة المرضى.

ج. يوجه الأخصائي الاجتماعي الفريق العلاجي نحو الواقع المجتمعي بغرض مواجهة العديد من المشاكل التي تواجه المؤسسات الطبية التي تواجه بالتالي المرضى.

3. الدور التنموي:

أ. يشارك الأخصائي الاجتماعي في الأعمال التخطيطية التي تتم في المجال الطبي ما يبسر سبل العمل في المجال.

ب. يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء البحوث الاجتماعية التي تفيده في عمله المهني، والتعرف على ما هو جديد من معارف ومهارات في المجال الطبي.

دور الأخصائي الاجتماعي في الفريق الصحي:

يتكون الفريق الصحي أو العاملون في الصحة العامة من أفراد في تخصصات مختلفة وذلك لتعدد وتوسع مجالات الصحة العامة وخدماتها ويعمل كل فرد من أفراد الفريق في مجال تخصصه بالاشتراك والتنسيق مع التخصصات الأخرى ويضم الفريق ما يأتي: - (45)

1. أعضاء المهن الطبية والصحية وهم: الأطباء، الممرضات؛ الصيادلة؛ المولدات؛ أخصائيو التغذية والعلاج الطبيعي.

2. أفراد صحة البيئة وهم: المهندسون الصحيون، المعاونون الصحيون.

3. أفراد صحة الأسنان وهم: أطباء الأسنان، ممرضات الأسنان، وفنيو الأسنان.
4. أفراد المعامل وهم أخصائيو المعامل ممن يقومون بالتحاليل الميكروبيولوجية والكيميائية والطفيلية.... الخ، فنيو المعامل وفنيو الأشعة.
5. أفراد آخرون وهم: المعلمون والمتقنون الصحيون، الأخصائيون الاجتماعيون، الأخصائيون النفسيون والسلوكيون، المساعدون الإداريون للمستشفيات وغيرها من المنشآت الصحية.

وللأخصائي الاجتماعي دور حيوي وأساسي في الرعاية الصحية ونتج عن ذلك تعيين كثير من الأخصائيين الاجتماعيين في وحدات الصحة العامة المختلفة مثل المستشفيات، والعيادات أو مراكز رعاية الأمومة والطفولة، مستوصفات الدرن أو الصحة المدرسية، وفي مراكز التأهيل الطبي، وفي الوحدات الريفية ومراكز تنظيم الأسرة، وغيرها من مجالات الخدمات الصحية.

الجمعيات الأهلية:

تعرف الجمعيات الأهلية بأنها " تنظيمات لها ملامح مؤسسية ولوائح منظمة لعملها ومحددة لمجالات نشاطها، ولعضوية الافراد فيها، لا تهدف للربح المادي، لها اهداف ثقافية او اجتماعية او اقتصادية او سياسية فهي تنشط في مجال واحد او عدة مجالات في نفس الوقت وفقا لطبيعة اللوائح المنظمة لها " (46) كما يمكن تعريف الجمعيات الأهلية على أنها منظمات ليست جزءاً من الحكومة، ومستقلة، وطوعية، وغير هادفة للربح، وخيرية وتعمل على تشجيع الأنشطة الموجهة نحو التنمية للفئات الضعيفة في المجتمع (47)

وتعرف ايضا بانها " المؤسسات الأهلية والشعبية والطائفية سواء أكانت اهدافها في الميادين الاجتماعية او المهنية او الثقافية والتي تقتصر علي اعضائها او تمتد الي الاخرين , وتعمل مستقلة عن سلطة الدولة ولها استقلاليتها وتعتمد علي العضوية او المشاركة الحرة التطوعية ولها بناء تنظيمي وهيكل اداري حر يمكن اعضائها من المشاركة الفعالة في اتخاذ القرار. (48) ويشير القانون رقم 84 لسنة 2002 الي تعريف الجمعيات الأهلية بانها " جماعات تنظيم مستمر لمدة معينة تتألف من اشخاص طبيعيين لا يقل عددهم عن عشرة او من اشخاص اعتباريين بغرض الحصول على الربح المادي، وتنشأ لتخصيص مال لمدة غير معينة لعمل ذي صفة انسانية او دينية او علمية او فنية او لأي عمل اخر من اعمال البر والرعاية الاجتماعية او النفع العام دون قصد ربح مادي. (49)

ويمكن تعريفها اجرائيا في الدراسة كالتالي:

- 1- منظمة يتم تكوينها من خلال مجموعة من الاشخاص ينضمون اليها تطوعا.
- 2- لها هيكل تنظيمي رسمي يتمثل في اعضاء مجلس الادارة والحكم فيها ذاتي
- 3- لها مجموعة من اللوائح والقوانين المنظمة للعمل داخلها.
- 4- ومجموعة من الاهداف الاجتماعية والاقتصادية وايضا الصحية بغرض تنمية المجتمع.
- 5- لا تسعى لتحقيق الربح المادي.

ويتمثل الدور التنموي للجمعيات الأهلية في التنمية حيث تعكس قدرأ من التطور في دور القطاع الأهلي في مصر يتواكب إلى حد ما مع تطور احتياجات المجتمع كما تبرز أهميته في التقليل من مشكلات المجتمع. (50) وتعتبر مشكلة التنمية من أبرز مشكلات

المجتمع المصري لارتباطها بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والصحية والتعليمية حيث تمثل الجمعيات الأهلية حلقة وصل بين فئات المجتمع والحكومة. فالجمعيات الأهلية لها مزايا عديدة مقارنة بالمنظمات الحكومية فهي مرنة وسريعة في التعامل مع الاحتياجات والمشاكل المستجدة لأنها تعكس المبادرات الذاتية والجماعية كما أنها جزء من الكيان الاجتماعي وبإمكانها أن تتعامل بسهولة مع أكبر الاحتياجات المحلية (51)

مشكلات تواجه الجمعيات الأهلية في علاقتها مع بعضها البعض: (52)

- 1) تداخل الاختصاصات ومجالات العمل وعدم حسم الجهة الإدارية لهذه المشكلة.
- 2) الازدواج في الخدمات وعدم التنسيق في المنطقة الواحدة.
- 3) ضعف الاتصال والروابط بين الجمعيات وبعضها البعض على المستويات الثلاث (محلي - إقليمي - قومي).
- 4) عدم وجود لقاءات مشتركة لمعرفة ما تقوم به الجمعيات الأخرى من نشاطات وتبادل للخبرات.
- 5) عدم وعي الجمعيات بحقوقها وواجباتها.
- 6) عدم قدرة الجمعيات على العمل في ظل جو من التعاون والتنسيق والتكامل بينها وبين الجمعيات الأخرى.

وترتبط المنظمات التطوعية رأسياً بأجهزة سيادية في قطاع الخدمة الذي تعمل فيه أو ما يسمى بالمؤسسات القومية وترتبط أفقياً بمؤسسات أخرى تتفاعل معها في شبكة تقديم الخدمات، وهذه الروابط الأفقية والرأسية لها أهمية خاصة في تحقيق التعاون والتنسيق والتكامل بين جهود هذه المنظمات. (53) وتسعى المنظمات التطوعية لتكوين علاقات تعاونية مع المنظمات الأخرى للعديد من العوامل منها: (54)

- 1- لا تمتلك منظمة واحدة منفردة الموارد والقدرات اللازمة لمواجهة مشكلة محلية معقدة، وكلما زاد عدد المنظمات المتعاونة كلما زادت الموارد المتاحة وزاد عدد الافراد الذين لهم نفس الاحتياجات ويواجهون نفس المشكلات .
 - 2- يمكن أن توفر مشاركة المنظمات المختلفة مداخل وطرق وأساليب جديدة لتناول ومعالجة المشكلات الملحة من منظور تكاملي .
 - 3- في ظل تضاعف الموارد المتاحة فإن التنسيق وتدعيم العلاقات بين المنظمات يمنع الازدواج في الجهود، ويعظم من استثمار الموارد المتاحة ويضمن جودة الخدمات وتحسين كفاءة العمل .
 - 4- يمكن لهذه المنظمات تكوين ائتلافات للقيام بعمل اجتماعي لتغيير البناءات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لزيادة نطاق الدعم لعملائها وتحديد رؤية جديدة لواقع أفضل.
- التنمية المستدامة:**

يتفق الجميع على أهمية مفهوم التنمية المستدامة , وذلك على الرغم من الغموض المصاحب له حتى الآن , وربما يعزى ذلك لغلبة الاهتمامات السياسية عليه , لقد استحوذ موضوع التنمية المستدامة على اهتمام العالم منذ أن طرح على قمة الأرض (مؤتمر الأمم المتحدة الثاني للبيئة بريودي جانيرو عام 1992) وقد أحدث ذلك نقلة نوعية في مفهوم

العلاقة بين التنمية من جهة , والاعتبارات البيئية من جهة أخرى كاستجابة طبيعية لتنامي الوعي البيئي العالمي الذي صار يعلم حقيقة عملية التنمية ما لم تسترشد بالاعتبارات البيئية والاجتماعية والثقافية والأخلاقية , فإن كثيراً منها سوف يأتي بنتائج مرغوبة أو يحقق فوائد قليلة أو ربما يفشل تماماً , بل أن التنمية غير القابلة للاستمرار ستعمل على تفاقم المشكلات البيئية الموجودة حالياً مما يوجب حقيقة محدودية الموارد وقدرات النظم البيئية . (55)

وحتى هذه اللحظة لا يوجد أي تعريف متفق عليه، أو لا يوجد أي أطر تحليلية للتنمية المستدامة كمنهج فكري مستقل يمكن الارتكاز عليه، وذلك لأن مفهوم التنمية المستدامة شأنه شأن باقي المصطلحات المرتبطة بالتنمية غالباً ما يصاحبها الغموض والابهام، كما أنها قد تعنى أشياء أو تفسيرات مختلفة أيضاً. (56)

وتعرف التنمية المستدامة بانها " تلك العمليات التنموية التي تستهدف مقابلة الحاجات الفعلية للأجيال الحالية بدون ان تجور على حقوق الاجيال التالية، سواء من البشر او مختلف الكائنات الحية الأخرى " وهي ايضا " واحدة من الادوات التي تستخدم لتحسين نوعية الحياة للبشر في المجتمع، وفي ذات الوقت تعمل على تطوير او صيانة الموروث الطبيعي " الأنساق الايكولوجية" (57)

وتركز التنمية الصحية المستدامة على كيفية الاستفادة من استراتيجيات التنمية المستدامة وتعظيم العائد منها على مختلف النواحي الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، والإطار الذي نحن بصدده حالياً يهتم بقضية الصحة العامة " للفرد" وكيفية الربط بين التنمية المستدامة وبين ضرورة تحقق الظروف الصحية المناسبة للفرد، اذ كيف تتحقق تنمية مستدامة بدون اوضاع صحية مناسبة او متهيئة لهذا المناخ التنموي: - (58)

● المؤثرات البيوفيزيائية: التي تتضمن الموارد الطبيعية والعمليات البيئية المخلقة، والتلوث وسائر الأنشطة البشرية الأخرى.

● المؤثرات المؤسسية: وتشتمل على الخدمات الطبية والتنظيمية والتأمين الصحي وكافة المنظمات الموجودة سواء اكانت حكومية او مجتمعية والتي تروج بدورها للصحة العامة وللتعليم الصحي.

● المؤثرات التقنية: تشتمل على المعرفة او المهارات والادوات التقنية المتاحة وكيفية الاستفادة منها او تطبيقها بصورة صحيحة، بما في ذلك وجود المتخصصين في النواحي والخدمات الصحية.

● المؤثرات الاخلاقية: وتتضمن المعايير والقيم الثقافية والتي تهتم بالغايات والسلوكيات الصحية الجيدة.

فهناك ارتباط وثيق بين الصحة العامة وتحقيق التنمية المستدامة حيث ان تطور الخدمات الصحية والبيئية له تأثير في نجاح او فشل خطط التنمية المستدامة وقد وضعت الاجندة الاهداف الخاصة بالرعاية الصحية والقضاء على الامراض وتحسين التغذية، وغيرها من المؤشرات المرتبطة بالصحة. ولقد نص المبدأ الاول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن " البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة . "فلا يمكن تحقيق التنمية المستدامة مع

نفشي الامراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية. (59)

ولقد اخذت الصحة حيزا هاما على المستوى العالمي، واعتبرت من الأهداف الإنمائية للألفية، التي لا بد من تحقيق مراميها في الأجل المحددة، وتشكل الأهداف الثمانية الإنمائية للألفية خريطة طريق للعمل على الصعيد العالمي. غير أن جميع هذه الأهداف مترابطة مع بعضها البعض، واحراز تقدم في مجال ما يمكن أن يؤدي إلى إحراز تقدم في المجالات الأخرى، ما دفع البلدان النامية للسعي لتحقيق هذه الأهداف. ومع انتهاء آجال الأهداف الإنمائية بحلول سنة 2015، وضعت الأمم المتحدة أهدافا جديدة لغاية 2030 تركز في معظمها على الصحة وهذا ما يدل على أهميتها العالمية. (60)

ثامناً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

- 1) نوع الدراسة: تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية.
- 2) المنهج المستخدم: تستخدم هذه الدراسة منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسؤولين بالجمعيات الأهلية التي تعمل في مجال تنمية الوعي الصحي بمحافظة أسيوط وعددهم (197 عضو) وذلك في (13 جمعية).
- 3) خطة المعاينة: المسؤولين بالجمعيات الأهلية التي تعمل في مجال تنمية الوعي الصحي وعددهم (197) عضو.

جدول (1) الجمعيات الأهلية المنفذة لبرامج التوعية الصحية بمحافظة أسيوط.

م	الجمعية	عدد العاملين
1	جمعية الاسراء لتنمية المجتمع ببني محميات	14
2	جمعية الاكراد الخيرية للخدمات الاجتماعية وتنمية المجتمع بالفتح	17
3	جمعية التربية الاسلامية لتنمية المجتمع بالبدارين	15
4	جمعية تنمية المجتمع بالحوتكة	17
5	الجمعية الخيرية الاسلامية لتنمية المجتمع بأبنوب	14
6	الجمعية الخيرية الاسلامية لتنمية المجتمع المحلي بالشيخ نجيب بالقوسية	12
7	جمعية العجمي الخيرية الاسلامية لتنمية المجتمع بأسيوط	16
8	جمعية تنمية المجتمع المحلي بباقور	17
9	جمعية دار الفؤاد لتنمية المجتمع بكوم ابو شيل بأبنوب	11
10	جمعية تنمية المجتمع بساحل سليم	12
11	مؤسسة عماد عبد النبي الخيرية	14
12	جمعية المحافظة علي القران الكريم وتنمية المجتمع بجحد	17
13	جمعية سيدات الاعمال	21
	المجموع	197

أسباب اختيار الباحثة للجمعيات الأهلية بأسيوط:

- ✓ تعمل هذه الجمعيات الأهلية في مجال التوعية الصحية للمواطنين.
- ✓ تعاون مجالس إدارات هذه الجمعيات مع الباحثة في جمع البيانات.

✓ تستعين مديرية التضامن الاجتماعي بهذه الجمعيات في تنفيذ المبادرات الصحية التي تضعها الحكومة.

وحدة المعاينة: المسؤولين بالجمعيات الأهلية والبالغ عددهم (197) مسئول.

4 أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في: استمارة استبيان للمسؤولين بالجمعيات الأهلية حول آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية، وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

1. قامت الباحثة بتصميم استمارة استبيان للمسؤولين بالجمعيات الأهلية حول آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية، وذلك بالرجوع إلى الإطار النظري الموجه للدراسة، والرجوع إلى الدراسات السابقة المتصلة لتحديد أبعاد الدراسة.

2. اشتملت استمارة استبيان المسؤولين بالجمعيات الأهلية على المحاور التالية:

أ- البيانات الأولية.

ب- برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

ج- آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

د- الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

هـ- مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

3. صدق الأداة:

(أ) الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض الأداة على عدد (5) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط، وبناء على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن (80%)، وفي نهاية هذه المرحلة تم صياغة الأداة في صورتها النهائية.

(ب) صدق المحتوى " الصدق المنطقي ": للتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت بأبعاد الدراسة. ثم تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلى الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة، من حيث تحديد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية.

(ج) صدق الاتساق الداخلي: حيث اعتمدت الباحثة في حساب الاتساق الداخلي على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المسؤولين بالجمعيات الأهلية مجتمع الدراسة. وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي

جدول (2) الاتساق الداخلي بين أبعاد استمارة استبيان المسؤولين ودرجة الاستبيان ككل (ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
1	برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.780	**
2	آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.882	**
3	الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.959	**

4	مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.811	**
---	--	-------	----

** معنوي عند (0.01) * معنوي عند (0.05)

يوضح الجدول السابق أن: معظم أبعاد الأداة دالة عند مستوى معنوية (0.01) لكل بعد على حدة، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

4. ثبات الأداة: تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا - كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستمارة استبيان المسؤولين، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المسؤولين بالجمعيات الأهلية مجتمع الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (3) نتائج ثبات استمارة استبيان المسؤولين باستخدام معامل (ألفا - كرونباخ) (ن=10)

م	الأبعاد	معامل (ألفا - كرونباخ)
1	برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.83
2	آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.93
3	الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.82
4	مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية	0.87
	ثبات استمارة استبيان المسؤولين ككل	0.91

يوضح الجدول السابق أن: معظم معاملات الثبات للأبعاد تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وأصبحت الأداة في صورتها النهائية.

◀ تحديد مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

للحكم على مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعلية)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3 - 1 = 2)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (3/2 = 0.67) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (4) مستويات المتوسطات الحسابية لآليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى أقل من 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.67 إلى أقل من 2.35
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3

5) أساليب التحليل الإحصائي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 24.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري،

والمدى، ومعامل ثبات (ألفا - كرونباخ، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل ارتباط ك 2، ومعامل ارتباط جاما.

تاسعا: نتائج الدراسة الميدانية:

المحور الأول: وصف المسئولين بالجمعيات الأهلية مجتمع الدراسة:

جدول (5) وصف المسئولين بالجمعيات الأهلية مجتمع الدراسة (ن=197)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	السن	37	5
2	عدد سنوات الخبرة في مجال العمل	9	2
م	النوع	ك	%
1	ذكر	76	38.6
2	أنثى	121	61.4
المجموع		197	100
م	المؤهل العلمي	ك	%
1	مؤهل متوسط	92	46.7
2	مؤهل فوق المتوسط	47	23.9
3	مؤهل جامعي	49	24.9
4	دراسات عليا	9	4.6
المجموع		197	100
م	الوظيفة	ك	%
1	مدير تنفيذي	7	3.6
2	مسئول برامج ومشروعات	13	6.6
3	أخصائي اجتماعي	9	4.6
4	مدخل بيانات	10	5.1
5	متقنة مجتمعية	158	80.2
المجموع		197	100

يوضح الجدول السابق أن:

- أ- متوسط سن المسئولين بالجمعيات الأهلية (37) سنة، وانحراف معياري (5) سنوات تقريبا.
- ب- متوسط عدد سنوات خبرة المسئولين بالجمعيات الأهلية (9) سنوات، وانحراف معياري سنتان تقريبا.
- ج- أكبر نسبة من المسئولين بالجمعيات الأهلية إناث بنسبة (61.4%)، بينما الذكور بنسبة (38.6%).
- د- أكبر نسبة من المسئولين بالجمعيات الأهلية حاصلين على مؤهل متوسط بنسبة (46.7%)، ثم مؤهل جامعي بنسبة (24.9%)، يليها مؤهل فوق المتوسط بنسبة (23.9%)، وأخيراً دراسات عليا بنسبة (4.6%).

هـ- أكبر نسبة من المسؤولين بالجمعيات الأهلية وظيفتهم متقفة مجتمعية بنسبة (80.2%)، ثم مسئول برامج ومشروعات بنسبة (6.6%)، يليها مدخل بيانات بنسبة (5.1%)، ثم أخصائي اجتماعي بنسبة (4.6%)، وأخيراً مدير تنفيذي بنسبة (3.6%).

المحور الثاني: برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

جدول (6) برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	
		نعم		إلى حد ما		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%				
1	التثقيف الصحي	115	58.4	73	37.1	9	4.6	2.54	0.58	4	
2	البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة	110	55.8	83	42.1	4	2	2.54	0.54	3	
3	التطعيم وتنظيم الأسرة	166	84.3	28	14.2	3	1.5	2.83	0.42	2	
4	الوقاية من الأمراض المتوطنة	36	18.3	151	76.6	10	5.1	2.13	0.47	7	
5	العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة	26	13.2	26	13.2	145	73.6	1.4	0.71	8	
6	توفير الأدوية الضرورية	4	2	9	4.6	184	93.4	1.09	0.35	9	
7	نشر الوعي بأسس التغذية الصحية	189	95.9	8	4.1	-	-	2.96	0.2	1	
8	التوعية بخطورة طرق العلاج التقليدية.	61	31	134	68	2	1	2.3	0.48	6	
9	الصحة البيئية	99	50.3	98	49.7	-	-	2.5	0.5	5	
البعد ككل								2.25	0.29	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن: مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.25)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول نشر الوعي بأسس التغذية الصحية بمتوسط حسابي (2.96) وذلك لأنه من الضروري توفير قدر من الوعي الصحي حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة، ثم جاء بالترتيب الثاني التطعيم وتنظيم الأسرة بمتوسط حسابي (2.83)، يليها الترتيب الثالث البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة بمتوسط حسابي (2.54) وذلك من خلال الاهتمام بالتطعيمات المختلفة والحفاظ على صحة الطفل والام، وحيث ان المكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية هي: التثقيف الصحي، الصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، التطعيم وتنظيم الأسرة وأخيراً الترتيب التاسع توفير الأدوية الضرورية بمتوسط حسابي (1.09) لأنه لا يتم توفيرها في معظم الاحيان حيث ان الملامح الحقيقية للأوضاع الدوائية الوطنية تتضمن مؤشرات ضعف في توفير الادوية وذلك لارتفاع اسعارها ولا اعتبارات اخري مرتبطة بسياسات تصنيعها.

المحور الثالث: آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

(1) التخطيط:

جدول (7) التخطيط كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		لا		إلى حد ما		نعم				
		%	ك	%	ك	%	ك			
1	تضع الجمعيات الأهلية خطة لتحديد احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية	25.4	50	25.9	51	48.7	96	0.83	2.23	
2	تقوم الجمعيات الأهلية بوضع الخطط لمقابلة احتياجات المستفيدين	50.8	100	24.4	48	24.9	49	0.83	1.74	
3	تساهم الجمعيات الأهلية في تنفيذ الأهداف في ضوء استراتيجية عمل واضحة	53.3	105	25.9	51	20.8	41	0.8	1.68	
4	تهتم الجمعيات الأهلية بمتابعة ما يتم تنفيذه من برامج وخدمات للمستفيدين من البرامج الصحية	6.1	12	74.6	147	19.3	38	0.49	2.13	
5	تركز الجمعيات الأهلية على وضع خطط لمواجهة المشكلات الصحية المستقبلية	20.8	41	70.6	139	8.6	17	0.53	1.88	
6	تحدد الجمعيات الأهلية البرامج والخدمات الصحية المناسبة التي تشبع احتياجات المستفيدين	41.1	81	10.2	20	48.7	96	0.95	2.08	
7	تعمل الجمعيات الأهلية على تصميم الخدمات اللازمة لتطوير برامجها الصحية	49.7	98	23.9	47	26.4	52	0.84	1.77	
8	ضرورة تحليل الفجوة بين حاجات المستفيدين وبين ما هو متاح من خدمات صحية لهم	72.1	142	18.8	37	9.1	18	0.65	1.37	
مستوى متوسط								0.66	1.86	

يوضح الجدول السابق أن: مستوى التخطيط كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسنونون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.86)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تضع الجمعيات الأهلية خطة لتحديد احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (2.23) وذلك لأن هذه الخدمات ترتبط باحتياجات المستفيدين من الجمعيات حيث تؤدي التوعية الصحية دوراً هاماً في رفع مستوى الصحة العامة لدى أفراد المجتمع نظراً لأهميته، ثم جاء بالترتيب الثاني تهتم الجمعيات الأهلية بمتابعة ما يتم تنفيذه من برامج وخدمات للمستفيدين من البرامج الصحية بمتوسط حسابي (2.13)، ويليهما الترتيب الثالث تحدد الجمعيات الأهلية البرامج والخدمات الصحية المناسبة التي تشبع احتياجات المستفيدين بمتوسط حسابي (2.08)، وأخيراً الترتيب الثامن ضرورة تحليل الفجوة بين حاجات المستفيدين وبين ما هو متاح من خدمات صحية لهم بمتوسط حسابي (1.37) حيث تساهم الجمعيات الخيرية في تنمية الوعي الصحي ويرجع ذلك إلى ملامسة انشطتها وبرامجها لاحتياجات سكان المجتمع ويتفق هذا ما توصلت إليه دراسة هدى محمود حسن حجازي (2011).

(2) التنسيق:

جدول (8) التنسيق كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
9	0.45	1.83	20.3	40	76.6	151	3	6	تهتم الجمعيات الأهلية بالتنسيق الدائم مع المستفيدين لتقديم الخدمات الصحية المختلفة لهم	1
8	0.59	1.84	26.4	52	62.9	124	10.7	21	تتسق الجمعيات الأهلية خدماتها الصحية لتحديد أولويات البرامج والخدمات الصحية الملانمة للمستفيدين	2
1	0.43	2.85	2.5	5	10.2	20	87.3	172	تعمل الجمعيات الأهلية على تسهيل إجراءات حصول المستفيدين على الخدمات الصحية المقدمة لهم	3
3	0.69	2.21	15.7	31	47.7	94	36.5	72	توجد تشريعات واضحة تسهل عمل الجمعيات الأهلية لتحقيق التوعية الصحية للمستفيدين	4
7	0.96	1.9	51.3	101	7.6	15	41.1	81	يضع المسولون بالجمعيات الأهلية إجراءات واضحة تساعد على استمرارية الاستفادة من البرامج والخدمات الصحية المقدمة	5
2	0.63	2.36	8.1	16	47.7	94	44.2	87	يوجد بالجمعيات الأهلية دليل مطبوع يحدد الخدمات الصحية التي تنفذها للمستفيدين	6
4	0.63	2.01	19.8	39	59.9	118	20.3	40	ضرورة أن يكون هناك تنسيق أفضل للأنشطة والسياسات	7
10	0.5	1.79	25.4	50	70.6	139	4.1	8	توفير قاعدة من البيانات لتسمح بعدم ازدواجية الخدمات وتضارب الأنشطة	8
6	0.96	1.91	50.8	100	7.1	14	42.1	83	وجود جهاز متخصص أو برنامج معين للتنسيق بين هذه الجمعيات لتقديم الخدمة بشكل أفضل	9
5	0.93	1.94	46.2	91	13.2	26	40.6	80	اشترك كل المسولين بالجمعيات الأهلية بوضع خطة عمل متكاملة للخدمات والبرامج الصحية المقدمة للمستفيدين	10
مستوى متوسط	0.59	2.06	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:

5- مستوى التنسيق كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.06)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تعمل الجمعيات الأهلية على تسهيل إجراءات حصول المستفيدين على الخدمات الصحية المقدمة لهم بمتوسط حسابي (2.85) ويتفق ذلك مع دراسة Laura Carol (2002) والتي اوصت بضرورة اعطاء الفرصة للمواطنين للتعبير عن احتياجاتهم والمساهمة في حل مشكلاتهم، ثم جاء بالترتيب الثاني يوجد بالجمعيات الأهلية دليل مطبوع يحدد الخدمات الصحية التي تنفذها للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.36)، و دراسة شادية رحاب، محمد عبد المنعم بريش (2017) حيث ضرورة توفر قدر من المرونة والشفافية والمشاركة و وضوح الأهداف و يليها الترتيب الثالث توجد تشريعات واضحة تسهل عمل الجمعيات الأهلية لتحقيق التوعية الصحية للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.21)، وأخيراً الترتيب العاشر توفير قاعدة من البيانات لتسمح بعدم ازدواجية الخدمات وتضارب الأنشطة بمتوسط حسابي (1.79) لأنه في ظل تضاعف الموارد المتاحة فإن التنسيق وتدعيم العلاقات بين المنظمات يمنع الازدواج في الجهود، ويعظم من استثمار الموارد المتاحة ويضمن جودة الخدمات وتحسين كفاءة العمل .

ويتفق ذلك مع دراسة احمد صادق رشوان (2010) التي هدفت الي تحديد متطلبات القاعدة المعلوماتية الخاصة بسكان المجتمع والمجتمع والمنظمات والبرامج والمشروعات كآلية لبناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

(3) الاتصال:

جدول (9) الاتصال كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

م	العبارات	الاستجابات						المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		لا		إلى حد ما		نعم				
		%	ك	%	ك	%	ك			
1	يوجد قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية لتوفير المعلومات المرتبطة باحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية	8.1	16	45.2	89	46.7	92	2.39	0.63	4
2	هناك قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين	4.1	8	7.1	14	88.8	175	2.85	0.46	3
3	تنظم الجمعيات الأهلية ندوات وبرامج توعية صحية لمساعدة المستفيدين من الوقاية من الأمراض	1	2	4.1	8	94.9	187	2.94	0.28	1
4	يوجد اتصال مستمر بين الجمعيات الأهلية لقياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم	50.3	99	28.4	56	21.3	42	1.71	0.8	11
5	أهمية توفير الخدمات والبرامج الخاصة بالوقاية من الأمراض والأوبئة المستجدة والمستوطنة	8.1	16	63.5	125	28.4	56	2.2	0.57	6
6	تسعى الجمعيات الأهلية للاتصال بالمنظمات الحكومية الأخرى فيما بينها من أجل توفير الموارد المادية والبشرية لضمان توفير خدمات صحية مناسبة للمستفيدين	5.1	10	82.2	162	12.7	25	2.08	0.42	9
7	يوجد اتصال مع المؤسسات الحكومية بالمجتمع بشكل مستمر لتقديم أفضل الخدمات الصحية للمستفيدين	11.2	22	76.6	151	12.2	24	2.01	0.48	10
8	يوجد اتصال من قبل الجمعيات الأهلية مع الجهات المعنية لتوفير المعلومات المرتبطة باحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية	2.5	5	5.6	11	91.9	181	2.89	0.38	2
9	وجود قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية والمستفيدين للوقوف على أهم المشكلات المرتبطة بتقديم الخدمة	5.1	10	80.7	159	14.2	28	2.09	0.43	8
10	إقامة حوار مستمر بين مسنولي المنظمات الحكومية والجمعيات الأهلية	4.1	8	83.2	164	12.7	25	2.09	0.4	7
11	تعمل الجمعيات الأهلية على فتح قنوات اتصال مع متخذي القرار في المجتمع	18.8	37	34.5	68	46.7	92	2.28	0.76	5
مستوى متوسط		0.42		2.32						

يوضح الجدول السابق أن: مستوى الاتصال كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسنولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.32)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تنظم الجمعيات الأهلية ندوات وبرامج توعية صحية لمساعدة المستفيدين من الوقاية من الأمراض بمتوسط حسابي (2.94) وهذا يتفق مع دراسة هدى محمود حسن حجازي (2011) التي توصلت الي ان اولي منظمات المجتمع المدني التي تساهم في تنمية الوعي الصحي هي الجمعيات الخيرية, ثم جاء بالترتيب الثاني يوجد اتصال من قبل الجمعيات الأهلية مع الجهات المعنية

لتوفير المعلومات المرتبطة باحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (2.89)، ويلبها الترتيب الثالث هناك قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.85)، وأخيراً الترتيب الحادي عشر يوجد اتصال مستمر بين الجمعيات الأهلية لقياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم بمتوسط حسابي (1.71) وذلك من خلال رفع درجة وعي متخذي القرار بهذه الجمعيات الأهلية بأهمية الاتصال والتبادل بينهم وبين الجمعيات الأهلية الأخرى العاملة في نفس المجال أو غيره علي المستوي الافقي أو المستوي الرأسي وقد انفقت في ذلك دراسة احمد صادق رشوان (2010).

(4) التعاون:

جدول (10) التعاون كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
10	0.73	1.34	81.2	160	3.6	7	15.2	30	تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في إجراء البحوث لدراسة احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية	
9	0.83	1.74	50.8	100	24.4	48	24.9	49	تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في تنفيذ الخدمات والبرامج الصحية	
2	0.38	2.9	2.5	5	5.1	10	92.4	182	تسعى الجمعيات الأهلية لتحسين مستوى خدماتها لتنمية الوعي الصحي للمستفيدين	
4	0.5	2.51	-	-	49.2	97	50.8	100	تهتم الجمعيات الأهلية بإيجاد علاقات تعاونية مع الأجهزة الحكومية المعنية بتوفير برامج وخدمات صحية للمواطنين	
1	0.19	2.96	-	-	3.6	7	96.4	190	تسعى الجمعيات الأهلية إلى زيادة مواردها بشكل مستمر لتنفيذ برامجها الصحية الوقائية	
3	0.54	2.65	3	6	28.4	56	68.5	135	تتعاون الجمعيات الأهلية في تقييم البرامج والأنشطة الصحية المختلفة المقدمة للمستفيدين	
5	0.67	2.38	10.7	21	40.6	80	48.7	96	تعزز آليات التعاون بين الجمعيات الأهلية والمنظمات الحكومية في تنفيذ البرامج الصحية المقدمة للمستفيدين	
8	0.75	2.21	19.8	39	39.1	77	41.1	81	تتعاون المنظمات الحكومية مع الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات الصحية الأولية والوقائية للمستفيدين	
6	0.67	2.3	11.7	23	46.2	91	42.1	83	تعاون الجمعيات الأهلية مع بعضها البعض يساعد على تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين	
7	0.59	2.24	8.1	16	59.4	117	32.5	64	تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في تقييم البرامج والخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين	
مستوى متوسط	0.48	2.32	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى التعاون كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.32)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تسعى الجمعيات الأهلية إلى زيادة مواردها بشكل مستمر لتنفيذ برامجها الصحية الوقائية بمتوسط حسابي (2.96) ويتفق هذا مع ما جاءت به دراسة كوثر أحمد محمد قناوي (2012) وهي ان من أهم

المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية هي المتطلبات الإدارية والمادية والفنية اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية ودراسة مني يوسف شفيق (2006) التي اوصت بضرورة العمل على تنمية الموارد البشرية والمادية بالجمعيات الأهلية , ثم جاء بالترتيب الثاني تسعى الجمعيات الأهلية لتحسين مستوى خدماتها لتنمية الوعي الصحي للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.9), يليها الترتيب الثالث تتعاون الجمعيات الأهلية في تقييم البرامج والأنشطة الصحية المختلفة المقدمة للمستفيدين بمتوسط حسابي (2.65), وأخيراً الترتيب العاشر تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في إجراء البحوث لدراسة احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية بمتوسط حسابي (1.34) ويتفق ذلك مع دراسة Helene Delisle and others (2005) والتي توصلت الي تفعيل دور المنظمات غير الحكومية في ابحاث الصحة العالمية مثل بناء قدراتها وبناء الشركات والشبكات التي تدعم هذه الابحاث بالإضافة الي الشراكة مع مؤسسات البحث الأخرى.

(5) التبادل:

جدول (11) التبادل كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
8	0.59	1.53	51.8	102	43.1	85	5.1	10	1	يتم تبادل الموارد والإمكانيات بين الجمعيات الأهلية بعضها البعض لتنفيذ برامجها الصحية
5	0.73	1.95	28.9	57	47.2	93	23.9	47	2	يتم تبادل المعلومات بين الجمعيات الأهلية وبعضها حول الأنشطة الصحية للوقاية من الأمراض
1	0.47	2.83	4.1	8	8.6	17	87.3	172	3	تعقد اجتماعات دورية على مستوى الإداريين التنفيذيين للجمعيات الأهلية وذلك لمتابعة العمل
6	0.92	1.7	61.9	122	6.1	12	32	63	4	يوجد رؤية مشتركة بين الجمعيات الأهلية في كيفية مواجهه ما يمكن ان يتعرض له المستفيدين من الأمراض
2	0.63	2.71	9.6	19	10.2	20	80.2	158	5	هناك تبادل للخبراء والمتخصصين بين الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامجها الصحية
9	0.56	1.21	86.8	171	5.6	11	7.6	15	6	تبادل الجمعيات الأهلية البيانات والمعلومات مع بعضها البعض لوضع خطط استراتيجية للتوعية الصحية للأمراض المستوطنة
4	0.7	1.98	24.9	49	51.8	102	23.4	46	7	تبادل المعرفة والخبرات والعمل على تحسين الخدمة المقدمة
7	0.89	1.6	67.5	133	5.1	10	27.4	54	8	يتم تبادل الموارد والإمكانيات بين الجمعيات الأهلية وبعضها لتنفيذ البرامج والخدمات الصحية المقدمة
3	0.71	2.01	24.4	48	50.3	99	25.4	50	9	الاستفادة من المشروعات والبرامج التي تم تنفيذها سابقاً
مستوى متوسط	0.57	1.95	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى التبادل كأحد آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسنولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.95)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تعقد اجتماعات دورية علي مستوى الإداريين التنفيذيين للجمعيات الأهلية وذلك لمتابعة العمل بمتوسط

حسابي (2.83) ويتفق ذلك مع دراسة احمد صادق رشوان (2010) والتي توصلت الي اهمية تقييم أوضاع هذه الجمعيات بصفة دورية, ثم جاء بالترتيب الثاني هناك تبادل للخبراء والمتخصصين بين الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامجها الصحية بمتوسط حسابي (2.71), ويليهما الترتيب الثالث الاستفادة من المشروعات والبرامج التي تم تنفيذها سابقاً بمتوسط حسابي (2.01), وأخيراً الترتيب التاسع تتبادل الجمعيات الأهلية البيانات والمعلومات مع بعضها البعض لوضع خطط استراتيجية للتوعية الصحية للأمراض المستوطنة بمتوسط حسابي (1.21) واتفق ذلك مع ما جاءت به دراسة احسان محمد احمد عبد الله (2018) حيث توصلت الي اهمية تدشين قاعدة بيانات مرتبطة بترشيد الاستهلاك مع الاستعانة بالمتخصصين وتبادل الخبرات بين القيادات وبعضها، وعقد لقاءات حوارية بينهم، وتنظيم الندوات لإكساب هذه القيادات الوعي.

المحور الرابع: الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

جدول (12) الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

م	العبارات	الاستجابات						الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا				
		ك	%	ك	%	ك	%			
1	ضعف وعي المستفيدين بأهمية برامج التوعية الصحية	41	20.8	147	74.6	9	4.6	2.16	0.48	2
2	قلة البيانات والمعلومات عن أعداد وأماكن تواجد المستفيدين	33	16.8	34	17.3	130	66	1.51	0.77	5
3	النظرة المتدنية لهذه البرامج من قبل بعض المسؤولين	15	7.6	45	22.8	137	69.5	1.38	0.62	7
4	صعوبة الاتفاق على هدف مشترك بين الجمعيات الأهلية عند تنفيذ برامج التوعية الصحية	19	9.6	25	12.7	153	77.7	1.32	0.64	8
5	ضعف التزام الجمعيات الأهلية بالتعاون مع بعضها البعض لمنع التكرار والازدواج في تقديم الخدمات	11	5.6	20	10.2	166	84.3	1.21	0.53	9
6	ضعف الموارد المالية لدي الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامج التوعية الصحية	188	95.4	4	2	5	2.5	2.93	0.34	1
7	انخفاض نسبة التطوع في الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامجها	14	7.1	55	27.9	128	65	1.42	0.62	6
8	افتقار العاملين بالجمعيات الأهلية للخبرة عند تنفيذ برامج التوعية الصحية	5	2.5	16	8.1	176	89.3	1.13	0.41	11
9	صعوبة وجود رؤية واضحة مشتركة بين الجمعيات الأهلية	22	11.2	136	69	39	19.8	1.91	0.55	3
10	الافتقار للخبرات الفنية والتخطيط السليم للبرامج والمشروعات الصحية المقدمة للمستفيدين	6	3	20	10.2	171	86.8	1.16	0.44	10
11	قلة اهتمام بعض الجمعيات الأهلية بالتعامل مع المرضى من المستفيدين	21	10.7	107	54.3	69	35	1.76	0.63	4
البعد كل								1.63	0.46	مستوى منخفض

يوضح الجدول السابق أن: مستوى الصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسئولون منخفض حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.63)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف الموارد المالية لدي الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامج التوعية الصحية بمتوسط حسابي (2.93) وذلك لضعف تمويل هذه الجمعيات واكتفائها بما تحصل عليه من تبرعات ومنح , ثم جاء بالترتيب الثاني ضعف وعي المستفيدين بأهمية برامج التوعية الصحية بمتوسط حسابي (2.16) وذلك نتيجة

تمركز غالبية الجمعيات الأهلية بالمدن او الحضر وتواجدها بشكل ضعيف بالريف, ويليها الترتيب الثالث صعوبة وجود رؤية واضحة مشتركة بين الجمعيات الأهلية بمتوسط حسابي (1.91) وذلك لعدم وضوح الاهداف او الخطط المشتركة بين هذه الجمعيات, وأخيراً الترتيب الحادي عشر افتقار العاملين بالجمعيات الأهلية للخبرة عند تنفيذ برامج التوعية الصحية بمتوسط حسابي (1.13) وقد يرجع ذلك لقلّة الدورات التدريبية، والتدريب لتعلم مهارات جديدة وتقديم العلاج والكشف مجاني وتوفير العاملين الاكفاء في مجال تقديم الرعاية الصحية, ويتفق ذلك مع ما اوصت به دراسة شادية ربيع ذكي حسن (2018).

المحور الخامس: مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

جدول (13) مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية (ن=197)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاستجابات						العبارة	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.28	2.94	1	2	4.1	8	94.9	187	تضع الجمعية في اعتبارها الاحتياجات الصحية المتجددة للمستفيدين	1
5	0.32	2.92	1.5	3	5.1	10	93.4	184	توفر الجمعية إعلام جيد للسيدات في الجوانب الصحية التي تهمهم	2
3	0.25	2.95	1	2	2.5	5	96.4	190	الاستعانة بالأطباء والمتخصصين عند تنفيذ برامج التوعية الصحية	3
10	0.59	2.49	4.6	9	41.6	82	53.8	106	وضع آليات للتعاون والتنسيق بين الجمعيات الأهلية وبعضها البعض	4
9	0.58	2.49	4.1	8	43.1	85	52.8	104	تسهيل تبادل الخبرات والتجارب بين الجمعيات الأهلية لتفعيل دورها التثموي	5
7	0.47	2.79	2.5	5	15.7	31	81.7	161	استخدام وسائل الإعلام لحث المواطنين على التطوع في الجمعيات الأهلية للمشاركة في التوعية الصحية	6
8	0.47	2.76	2	4	19.8	39	78.2	154	إجراء البحوث الميدانية على نطاق واسع للوصول لأكبر عدد من المستفيدين	7
6	0.47	2.86	5.1	10	4.1	8	90.9	179	التنسيق والتكامل بين الجمعيات الأهلية وتخصيص وتوزيع المهام وتوحيد رؤية الهدف	8
1	0.16	2.98	0.5	1	0.5	1	99	195	إلقاء المحاضرات عن الأمراض وسبل حمايتهم منها	9
2	0.22	2.97	1	2	1	2	98	193	إعداد وتنفيذ برامج توعية مخططة ومنسقة بين الجمعيات الأهلية للتوعية الصحية	10
مستوى مرتفع	0.25	2.82	البعد كل							

يوضح الجدول السابق أن: مستوى مقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.82)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول إلقاء المحاضرات عن الأمراض وسبل حمايتهم منها بمتوسط حسابي (2.98) وذلك لتحقيق اهداف وقائية لوقاية المجتمع من خلال تثقيف وتنمية وعي الجماهير في النواحي الصحية، وذلك عن طريق حث واستثارة افراد المجتمع على تبني اسلوب حياة وممارسات صحية سليمة، لرفع المستوي الصحي للمجتمع والحد من انتشار الامراض بمختلف انواعها من خلال نشر المفاهيم

الصحية السليمة في المجتمع، وتعريف الناس بأخطار الأمراض ووسائل الوقاية منها، ثم جاء بالترتيب الثاني إعداد وتنفيذ برامج توعية مخططة ومنسقة بين الجمعيات الأهلية للتوعية الصحية بمتوسط حسابي (2.97)، يليها الترتيب الثالث الاستعانة بالأطباء والمتخصصين عند تنفيذ برامج التوعية الصحية بمتوسط حسابي (2.95) وذلك من خلال الاستعانة بالمختصين في مجال الصحة من أطباء وممرضات وأخصائيين تغذية وغيرها من التخصصات، وأخيراً الترتيب العاشر وضع آليات للتعاون والتنسيق بين الجمعيات الأهلية وبعضها البعض بمتوسط حسابي (2.49) وذلك عن طريق تبادل الخبرات بين القيادات وبعضها، وعقد لقاءات حوارية بينهم وتوفر مداخل وطرق وأساليب جديدة لتناول ومعالجة المشكلات الملحة.

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

(1-6) اختبار الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً ":

جدول (14) مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل (ن=197)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل	2.25	0.29	متوسط

يوضح الجدول السابق أن: مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل كما يحددها المسئولون متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.25). مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً ".

(2-6) اختبار الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً ":

جدول (15) مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل

(ن=197)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	التخطيط	1.86	0.66	متوسط	5
2	التنسيق	2.06	0.59	متوسط	3
3	الاتصال	2.32	0.42	متوسط	1
4	التعاون	2.32	0.48	متوسط	2
5	التبادل	1.95	0.57	متوسط	4
الآليات ككل		2.1	0.53	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن: مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.1)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول الاتصال بمتوسط حسابي (2.32) وبانحراف معياري (0.42)، ثم جاء بالترتيب الثاني التعاون بمتوسط حسابي (2.32)

وبانحراف معياري (0.48)، ويليهما الترتيب الثالث للتنسيق بمتوسط حسابي (2.06)، ثم الترتيب الرابع التبادل بمتوسط حسابي (1.95)، وأخيراً الترتيب الخامس التخطيط بمتوسط حسابي (1.86). مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً ".
(3-6) اختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ":

جدول (16) العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل (ن=197)

م	المتغيرات الديموجرافية	برامج التوعية الصحية ككل	
		المتغير المستخدم	قيمة المعامل
1	النوع	كا ²	54.666
2	السن	بيرسون	0.449
3	المؤهل العلمي	جاما	0.568
4	الوظيفة	كا ²	31.990
5	عدد سنوات الخبرة في مجال العمل	بيرسون	0.473

* معنوي عند (0.05)

** معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن: توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين سن المسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما ارتفع سن المسؤولين ارتفع تحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

أ- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين المؤهل العلمي للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسؤولين ارتفع تحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

ب- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين عدد سنوات خبرة المسؤولين في مجال العمل وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما زادت عدد سنوات خبرة المسؤولين في مجال العمل ارتفع تحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

ج- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل، وهذا يعني أن تحديد مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل لا تختلف باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين (النوع، والوظيفة).

د- مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسئولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية".

(4-6) اختبار الفرض الرابع للدراسة: " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسئولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ":

جدول (17) العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسئولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل (ن=197)

م	المتغيرات الديموجرافية	الآليات ككل	
		المعامل المستخدم	قيمة المعامل
1	النوع	كا ²	140.191
2	السن	بيرسون	0.479
3	المؤهل العلمي	جاما	0.633
4	الوظيفة	كا ²	89.764
5	عدد سنوات الخبرة في مجال العمل	بيرسون	0.528

* معنوي عند (0.05)

** معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:

أ- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين سن المسئولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما ارتفع سن المسئولين ارتفع تحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

ب- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين المؤهل العلمي للمسئولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسئولين ارتفع تحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

ج- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين عدد سنوات خبرة المسئولين في مجال العمل وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل. بمعنى أنه كلما زادت عدد سنوات خبرة المسئولين في مجال العمل ارتفع تحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل.

د- لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسئولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل، وهذا يعني أن تحديد مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ككل لا تختلف باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية للمسئولين (النوع، والوظيفة).

هـ- مما يجعلنا نقبل الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية ".
النتائج العامة للدراسة:

📖 فيما يتعلق ببرامج التوعية الصحية التي تقدمها الجمعيات الأهلية جاءت كالتالي:

- أ- نشر الوعي بأسس التغذية الصحية
- ب- التطعيم وتنظيم الأسرة
- ج- البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة
- د- التنقيف الصحي
- هـ- الصحة البيئية
- و- التوعية بخطورة طرق العلاج التقليدية.
- ز- الوقاية من الأمراض المتوطنة
- ح- العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة
- ط- توفير الأدوية الضرورية

📖 فيما يتعلق بآليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية جاءت كالتالي:
(1) آلية التخطيط:

- أ- تضع الجمعيات الأهلية خطة لتحديد احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية
- ب- تهتم الجمعيات الأهلية بمتابعة ما يتم تنفيذه من برامج وخدمات للمستفيدين من البرامج الصحية
- ج- تحدد الجمعيات الأهلية البرامج والخدمات الصحية المناسبة التي تشبع احتياجات المستفيدين
- د- تركز الجمعيات الأهلية على وضع خطط لمواجهة المشكلات الصحية المستقبلية
- هـ- تعمل الجمعيات الأهلية على تصميم الخدمات اللازمة لتطوير برامجها الصحية
- و- تقوم الجمعيات الأهلية بوضع الخطط لمقابلة احتياجات المستفيدين
- ز- تساهم الجمعيات الأهلية في تنفيذ الأهداف في ضوء استراتيجية عمل واضحة
- ح- ضرورة تحليل الفجوة بين حاجات المستفيدين وبين ما هو متاح من خدمات صحية لهم

(2) آلية التنسيق:

- أ- تقوم الجمعيات الأهلية بتسهيل إجراءات حصول المستفيدين على الخدمات الصحية المقدمة لهم
- ب- تضع الجمعيات الأهلية دليل مطبوع يحدد الخدمات الصحية التي تنفذها للمستفيدين
- ج- وجود تشريعات واضحة تسهل عمل الجمعيات الأهلية لتحقيق التوعية الصحية للمستفيدين
- د- ضرورة أن يكون هناك تنسيق أفضل للأنشطة والسياسات
- هـ- اشتراك كل المسؤولين بالجمعيات الأهلية بوضع خطة عمل متكاملة للخدمات والبرامج الصحية المقدمة للمستفيدين

- و- وجود جهاز متخصص أو برنامج معين للتنسيق بين هذه الجمعيات لتقديم الخدمة بشكل أفضل
- ز- يضع المسؤولين بالجمعيات الأهلية إجراءات واضحة تساعد على استمرارية الاستفادة من البرامج والخدمات الصحية المقدمة
- ح- تنسق الجمعيات الأهلية خدماتها الصحية لتحديد أولويات البرامج والخدمات الصحية الملائمة للمستفيدين
- ط- تهتم الجمعيات الأهلية بالتنسيق الدائم مع المستفيدين لتقديم الخدمات الصحية المختلفة لهم
- ي- توفير قاعدة من البيانات لتسمح بعدم ازدواجية الخدمات وتضارب الأنشطة
- (3) آلية الاتصال:**
- أ- تنظم الجمعيات الأهلية ندوات وبرامج توعية صحية لمساعدة المستفيدين من الوقاية من الأمراض.
- ب- توفير اتصال من قبل الجمعيات الأهلية مع الجهات المعنية لتوفير المعلومات المرتبطة باحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية
- ج- وجود قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين
- د- توفير المعلومات المرتبطة باحتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية
- هـ- تعمل الجمعيات الأهلية على فتح قنوات اتصال مع متخذي القرار في المجتمع
- و- أهمية توفير الخدمات والبرامج الخاصة بالوقاية من الأمراض والأوبئة المستجدة والمستوطنة
- ز- إقامة حوار مستمر بين مسؤولي المنظمات الحكومية والجمعيات الأهلية
- ح- وجود قنوات اتصال بين الجمعيات الأهلية والمستفيدين للوقوف على أهم المشكلات المرتبطة بتقديم الخدمة
- ط- تقوم الجمعيات الأهلية بالاتصال بالمنظمات الحكومية الأخرى فيما بينها من أجل توفير الموارد المادية والبشرية لضمان توفير خدمات صحية مناسبة للمستفيدين
- ي- وجود اتصال مع المؤسسات الحكومية بالمجتمع بشكل مستمر لتقديم أفضل الخدمات الصحية للمستفيدين
- ك- وجود اتصال مستمر بين الجمعيات الأهلية لقياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم
- (4) آلية التعاون:**
- أ- تسعى الجمعيات الأهلية إلى زيادة مواردها بشكل مستمر لتنفيذ برامجها الصحية الوقائية
- ب- تسعى الجمعيات الأهلية لتحسين مستوى خدماتها لتنمية الوعي الصحي للمستفيدين
- ج- تتعاون الجمعيات الأهلية في تقييم البرامج والأنشطة الصحية المختلفة المقدمة للمستفيدين
- د- تهتم الجمعيات الأهلية بإيجاد علاقات تعاونية مع الأجهزة الحكومية المعنية بتوفير برامج وخدمات صحية للمواطنين
- هـ- تعزيز آليات التعاون بين الجمعيات الأهلية والمنظمات الحكومية في تنفيذ البرامج الصحية المقدمة للمستفيدين

- و- تعاون الجمعيات الأهلية مع بعضها البعض يساعد على تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين
- ز- تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في تقييم البرامج والخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين
- ح- تتعاون المنظمات الحكومية مع الجمعيات الأهلية في تقديم الخدمات الصحية الأولية والوقائية للمستفيدين
- ط- تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في تنفيذ الخدمات والبرامج الصحية
- ي- تتعاون الجمعيات الأهلية فيما بينها في إجراء البحوث لدراسة احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية

5 آلية التبادل:

- أ- عقد اجتماعات دورية على مستوى الإداريين التنفيذيين للجمعيات الأهلية وذلك لمتابعة العمل
- ب- تبادل الخبراء والمتخصصين بين الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامجها الصحية
- ج- الاستفادة من المشروعات والبرامج التي تم تنفيذها سابقاً
- د- تبادل المعرفة والخبرات والعمل على تحسين الخدمة المقدمة
- هـ- تبادل المعلومات بين الجمعيات الأهلية وبعضها حول الأنشطة الصحية للوقاية من الأمراض
- و- يوجد رؤية مشتركة بين الجمعيات الأهلية في كيفية مواجهته ما يمكن ان يتعرض له المستفيدين من الأمراض
- ز- تبادل الموارد والإمكانيات بين الجمعيات الأهلية وبعضها لتنفيذ البرامج والخدمات الصحية المقدمة
- ح- تبادل الموارد والإمكانيات بين الجمعيات الأهلية بعضها البعض لتنفيذ برامجها الصحية
- ط- تتبادل الجمعيات الأهلية البيانات والمعلومات مع بعضها البعض لوضع خطط استراتيجية للتوعية الصحية للأمراض المستوطنة
- 📖 فيما يتعلق بالصعوبات التي تواجه برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:
- أ- ضعف الموارد المالية لدي الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامج التوعية الصحية
- ب- ضعف وعي المستفيدين بأهمية برامج التوعية الصحية
- ج- صعوبة وجود رؤية واضحة مشتركة بين الجمعيات الأهلية
- د- قلة اهتمام بعض الجمعيات الأهلية بالتعامل مع المرضى من المستفيدين
- هـ- قلة البيانات والمعلومات عن أعداد وأماكن تواجد المستفيدين
- و- انخفاض نسبة التطوع في الجمعيات الأهلية لتنفيذ برامجها
- ز- النظرة المتدنية لهذه البرامج من قبل بعض المسؤولين
- ح- صعوبة الاتفاق على هدف مشترك بين الجمعيات الأهلية عند تنفيذ برامج التوعية الصحية
- ط- ضعف التزام الجمعيات الأهلية بالتعاون مع بعضها البعض لمنع التكرار والازدواج في تقديم الخدمات

ي- الافتقار للخبرات الفنية والتخطيط السليم للبرامج والمشروعات الصحية المقدمة للمستفيدين

ك- افتقار العاملين بالجمعيات الأهلية للخبرة عند تنفيذ برامج التوعية الصحية

فيما يتعلق بمقترحات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية:

- أ- إلقاء المحاضرات عن الأمراض وسبل حمايتهم منها
- ب- إعداد وتنفيذ برامج توعية مخططة ومنسقة بين الجمعيات الأهلية للتوعية الصحية
- ج- الاستعانة بالأطباء والمتخصصين عند تنفيذ برامج التوعية الصحية
- د- تضع الجمعية في اعتبارها الاحتياجات الصحية المتجددة للمستفيدين
- هـ- توفر الجمعية إعلام جيد للسيدات في الجوانب الصحية التي تهمهم
- و- التنسيق والتكامل بين الجمعيات الأهلية وتخصيص وتوزيع المهام وتوحيد رؤية الهدف
- ز- استخدام وسائل الإعلام لحث المواطنين على التطوع في الجمعيات الأهلية للمشاركة في التوعية الصحية

ح- إجراء البحوث الميدانية على نطاق واسع للوصول لأكبر عدد من المستفيدين

ط- تسهيل تبادل الخبرات والتجارب بين الجمعيات الأهلية لتفعيل دورها التنموي

ي- وضع آليات للتعاون والتنسيق بين الجمعيات الأهلية وبعضها البعض

فيما يتعلق باختبار صحة الفروض:

- هـ- ثبوت صحة الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً "
- و- ثبوت صحة الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية متوسطاً "
- ز- ثبوت صحة الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "
- ح- ثبوت صحة الفرض الرابع للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة دالة إحصائياً بين بعض المتغيرات الديموجرافية للمسؤولين وتحديدهم لمستوى آليات تفعيل برامج التوعية الصحية بالجمعيات الأهلية "

توصيات الدراسة:

في ضوء ما تم التوصل اليه من نتائج في هذه الدراسة وما تضمنته الدراسات السابقة من نتائج يمكن وضع مجموعة من التوصيات التالية:

- 1) ضرورة توفير موارد مالية ملائمة لعمل هذه الجمعيات من خلال زيادة فرص تمويلها من جهات تعمل في نفس المجال كالهيئات الدولية والمحلية ايضاً حتى تستطيع تنفيذ برامج التوعية الصحية
- 2) ضرورة تنمية وعي المواطنين بأهمية برامج التوعية الصحية مع ربطها بالاحتياجات الصحية لهم
- 3) اهمية وجود اتفاق على الاهداف المشتركة بين الجمعيات الاهلية بالتنسيق والتكامل بين الجمعيات الأهلية وبعضها البعض

- 4) يجب على العاملين بالجمعيات ان يسود جو من الود والاحترام المتبادل بينهم وبين بعضهم البعض وبينهم وبين المستفيدين
- 5) ضرورة توفر قاعدة بيانات ومعلومات داخل كل جمعية بالإضافة الي شبكة معلومات مشتركة بين هذه الجمعيات وبعضها البعض حتى يسهل تحديد نسبة الاستفادة من البرامج الي جانب توفر المعلومات اللازمة عن الجمعية والمستفيدين
- 6) تشجيع الجمعيات الاهلية المواطنين وخاصة الشباب للتطوع بها والمشاركة في برامج التوعية الصحية لتحقيق التنمية المستدامة وذلك من خلال استخدام وسائل الإعلام لحث المواطنين على التطوع في الجمعيات الأهلية للمشاركة في التوعية الصحية
- 7) العمل على تطوير برامج التوعية الصحية من خلال إجراء البحوث الميدانية حتى يمكن ان نشعر بمرادها لدي المستفيدين والمسؤولين
- 8) العمل على تنمية روح التعاون بين الجمعيات الاهلية وبعضها البعض وذلك حتى لا يحدث ازدواجية وتكرار للخدمات والبرامج الصحية
- 9) ضرورة الاستعانة بالخبراء والمتخصصين في المجال الصحي من اطباء وهيئة تمريض واخصائيون متخصصون للتخطيط السليم للبرامج والمشروعات الصحية وايضا عند تنفيذها

المراجع:

- 1- طلعت مصطفى السروجي (2001): التنمية الاجتماعية "المثال والواقع"، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، حلوان، ص 4.
- 2- أحمد عبد الفتاح ناجي، محمود محمد محمود (2007): التنمية في ظل عالم متغير، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ص 5.
- 3- إبراهيم العيسوي (2003): التنمية في عالم متغير (دراسة في مفهوم التنمية ومؤشراتاتها)، ط3، القاهرة، دار الشروق، ص33-34.
- 4- نجاه عبد الوالي محمد (2012): التنمية المستدامة وأهميتها في العالم العربي، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، ع1، القاهرة، جامعة عين شمس - كلية التجارة، ص 175.
- 5- أبو بكر الشهاوى، محمد محمد أبو المجد (1997): التنمية الاجتماعية (كفر الشيخ) المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، ص7.
- 6- هناء عبد التواب ربيع (2008): آليات تفعيل التسويق الاجتماعي كمدخل لتنمية الوعي بالصحة الإنجابية لدى المرأة الريفية دراسة من منظور الخدمة الاجتماعية، بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الحادي والعشرون للخدمة الاجتماعية، م10، جامعة حلوان - كلية الخدمة الاجتماعية، ص4730.
- 7- تقرير من الأمانة (2016): الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون البند 13-2 من جدول الأعمال المؤقت 8 نيسان/ أبريل 2016، ص4.
- 8- إبراهيم العيسوي (2000): التنمية في عالم متغير، القاهرة، معهد التخطيط القومي، دار الشروق، ص 29.
- 9- مدحت محمد أبو النصر (2007): إدارة منظمات المجتمع المدني (دراسة في الجمعيات الأهلية من منظور التمكين والشراكة والشفافية والمساءلة والقيادة والتطوع والجودة)، القاهرة، ص ص 68 - 69.
- 10- فريد النجار (2010): إدارة منظمات المجتمع المدني، الدار الجامعية، ص 33.
- 11- شريف محمد عوض (2016): الفعالية التنموية للجمعيات الأهلية في دعم التنمية المحلية بمحافظة الوادي الجديد: دراسة ميدانية بقرى الداخلة، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، معهد التخطيط القومي، م24، ع1، ص73.
- 12- عبد الخالق محمد عفيفي (2002): دور العمل الاجتماعي في تدعيم القيم الإيجابية لتنمية وتحديث مصر، الجمعيات الأهلية وتحديث مصر، بحث منشور في المؤتمر السنوي الرابع للاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية، 16، 17 ديسمبر 2002، القاهرة، مطابع الأهرام، ص 116.
- 13- عبد الغفار شكر (2004): دور المجتمع المدني في بناء الديمقراطية، الحوار المتمدن، ع1003 ص 1.
- 14- هدى محمود حسن حجازي (2011): دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، ع31، ج 8، جامعة حلوان - كلية الخدمة الاجتماعية، ص3550.
- 15- نصر خليل محمد عمران (2002): تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهةها، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص 5.

- 16- هدى محمود حسن حجازي (2011): دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، المرجع السابق ذكره، ص3562
- 17- ماهر أبو المعاطي (2007): التخطيط الاجتماعي في مجالات الرعاية الاجتماعية والتنمية الشاملة، القاهرة، زهراء الشرق، ص25.
- 18- خالد سعد عبد العزيز (2003): أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الرياض، مكتبة المتنبئ، ص8.
- 19- Helene Delise and Janet Hatcher Roberts (2005): **The role of NGOs in global health research for development global health research policy and system.** Http//www. Health- policy system.com3/1/3
- 20- منى يوسف شفيق (2006): دور الجمعيات الأهلية في مجال الصحة وأهمية ممارستها سلطات الإدارة الرشيدة، التنمية الإدارية، الجهاز المركزي المصري للتنظيم والإدارة س26، ع 112
- 21- Kelley lee. (2010): **Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role within Intergovernmental Organizations?** .Global Health Governance, Volume III, No .2 (SPRING2010) http //www.ghgj.org
- 22- هدى محمود حسن حجازي (2011): دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره.
- 23- كوثر أحمد محمد قناوي (2012): المتطلبات اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع32، ج 8، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- 24- شادية رحاب، محمد عبد المنعم بريس (2017): فاعلية القطاع الخاص والمجتمع المدني لترقية جودة الخدمات الصحية، مجلة المفكر، جامعة محمد خيضر بسكرة - كلية الحقوق والعلوم السياسية، ع15
- 25- شادية ربيع ذكي حسن (2018): آليات تكامل برامج الرعاية الصحية بالجمعيات الأهلية، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ع59، ج7
- 26- Laura Carol Sims(2002) : **Education for Re-orating Civil Society : Working Towards Sustainable Development Political Voice , and Safety** , (Musters Abstracts International , Volume , 41,p20
- 27- كمال منصورى (2007): دور المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخيرية في التنمية البشرية المستدامة، مجلة مركز صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي، جامعة الأزهر - مركز صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي، مج 11 ، ع32
- 28- أمل محمد سلامة غباري (2009): دور الجمعيات الأهلية كإحدى منظمات المجتمع المدني في تحقيق التنمية المستدامة: دراسة مطبقة على جمعيات تنمية المجتمع المحلي بحي المنتزة بالإسكندرية، بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون للخدمة الاجتماعية - الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة الناشر: جامعة حلوان - كلية الخدمة الاجتماعية، مج 3
- 29- احمد صادق رشوان (2010): القاعدة المعلوماتية كآلية لبناء القدرات المؤسسية للجمعيات الأهلية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة: دراسة من منظور طريقة تنظيم المجتمع، بحث منشور

- في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، جامعة حلوان - كلية الخدمة الاجتماعية، ع28، ج2
- 30- شريف محمد عوض (2011): دور الجمعيات الأهلية في تمكين المجتمعات المحلية من فرص التنمية المستدامة: دراسة ميدانية بمركز الداخلة بمحافظة الوادي الجديد، مرجع سبق ذكره
- 31- شريف محمد عوض (2016): الفعالية التنموية للجمعيات الأهلية في دعم التنمية المحلية بمحافظة الوادي الجديد: دراسة ميدانية بقري الداخلة، مرجع سبق ذكره.
- 32- دراسة احمد محمد عبد الغني (2018): الجمعيات الأهلية والتنمية المستدامة: دراسة استكشافية في قرية مصرية، جامعة القاهرة - كلية الآداب، مج78، ج3
- 33- احسان محمد احمد عبد الله (2018): إسهامات جمعيات حماية البيئة في تحقيق التنمية المستدامة، بحث منشور في مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ع59، ج5
- 34- غادة بنت عبد الرحمن محمد الطريف (2019): إسهام برامج العمل الخيري في تحقيق التنمية المستدامة، بحث منشور في مجلة آفاق للعلوم، جامعة زيان عاشور الجلفة، مج27، ع2
- 35- نجوى خلاف (2005): الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، ص11، 38
- 36- احمد شفيق السكري (2012): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الاسكندرية، دار الوفاء للنشر.
- 37- عائشة عبد الرسول (2007): آليات طريقة تنظيم المجتمع في ازالة المعوقات التنظيمية التي تواجه الاخصائيين بمكاتب التسوية بمحاكم الاسرة المصرية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، ع23، ج3، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- 38- محمد فاضل علي، كامل خورشيد مراد (2017): دور شبكة الفيس بوك في تعزيز التوعية الصحية لدي الجمهور: دراسة مسحية من وجهة نظر المختصين في وزارة الصحة الاردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاعلام، جامعة الشرق الاوسط، الاردن، ص6
- 39- محمد فاضل علي، كامل خورشيد مراد (2017): دور شبكة الفيس بوك في تعزيز التوعية الصحية لدي الجمهور: دراسة مسحية من وجهة نظر المختصين في وزارة الصحة الاردنية، المرجع السابق نفسه، ص2
- 40- Lori S. Ashford and Others (2004): **designing health & population programs to reach the poor**, population reference bureau, Washington, pp, 5-6.
- 41- محمود محمد الكردي (2018): التخطيط للبيئة الصحية، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ص ص 45: 47.
- 42- محمد الصيرفي (2016): التسويق الصحي، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، ص ص 18، 19.
- 43- فيصل محمود غرايبه (2008): الخدمة الاجتماعية الطبية (العمل الاجتماعي من اجل صحة الانسان)، الأردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ص ص 250: 254.
- 44- عبد الله محمد عبد الرحمن (2006): علم الاجتماع الطبي "مداخل نظرية ودراسات تطبيقية"، الإسكندرية، مطبعة البحيرة، ص 275.

- 45- عصام قمر (2007): **الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة**، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع، ص ص 186، 187.
- 46- احمد عبد الفتاح ناجي (2017): **العمل الاجتماعي التطوعي، الادوار والمسؤوليات في ظل النظام العالمي الجديد**، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ص 166
- 47-PRINCE GYAMFI (2010): **FINANCING LOCAL NON GOVERNMENTAL ORGANISATIONS IN GHANA: ISSUES AND CHALLENGES**, MASTER OF SCIENCE IN DEVELOPMENT POLICY AND PLANNING, College of Architecture and Planning, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, p7
- 48- طلعت مصطفى السروجي (2001): **المجتمع المدني وتداعياته علي صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في المجتمع المصري**، بحث منشور في المؤتمر العلمي الرابع عشر للخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ص 245
- 49- **قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية رقم (84) لسنة 2002**، القاهرة، المطابع الاميرية.
- 50- أماني قنديل (1999): **الإسهام الاقتصادي والاجتماعي للمنظمات الأهلية في الدول العربية (دراسات حالة) الأردن - لبنان - مصر تونس، القاهرة، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، ص ص 115، 116**
- 51- المجلس القومي للمرأة (2006): **مناهضة وإزالة الفقر، تقرير اجتماعات الخبراء عن القضاء على ظاهرة الفقر وتوفير سبل العيش المستدامة في الدول العربية**، دمشق، سنة 2006
- 52- عبد العزيز غنيم وآخرون (1995): **التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق في منظمات الرعاية الاجتماعية (اتجاهات- قضايا- نماذج- نظريات)**، كفر الشيخ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، ص 247
- 53- Elmer J & John E (1987), **Voluntary agencies**, in Anne Minahan (ed)- **in chief Encyclopedia of social work**, Eighteenth Edition, Volme 2, NASW, USA
- 54- Edgcomb E & Cawley J (1993), **an Institutional Guide for Enterprise Development Organization**, PACT Publications, USA, P.16
- 55- Jorge E Hardoy, Diana Mitkin and David Satterthwaite, (2001): **Environment Problems in an Urbanizing World, Finding Solutions for Cities in Africa, Asia and Latin America** (London: Earth scan Publications Ltd p. 372.
- 56- Phil Mognaghten and Graham Pinfield (1999): **Planning and sustainable Development: Prospects for Social Change**, in: Philip Allmendinger and Michael Chapman: **Planning Beyond 2000**, (N.Y: Johan Wiley & Sons Ltd, p. 18.
- 57- احمد عبد الفتاح ناجي (2013): **التنمية المستدامة في المجتمع النامي في ضوء المتغيرات العالمية والمحلية الحديثة**، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ص 38
- 58- احمد عبد الفتاح ناجي (2013): **التنمية المستدامة في المجتمع النامي في ضوء المتغيرات العالمية والمحلية الحديثة**، المرجع السابق ذكره، ص 89
- 59- بومعروف إلياس، عماري عمار (2009): **من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر**، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ع 7، ص 28
- 60- نادية ابراهيمي، علي سنوسي (2016): **الصحة: أهم الأهداف العالمية للتنمية البشرية المستدامة**، بحث منشور في مجلة العلوم الانسانية جامعة محمد خيضر بسكرة، ع 44، ص 203