جامعة حلوان
كلية الخدمة الاجتماعية
مجلة دراسات في الخدمة
الاجتماعية والعلوم الإنسانية

معوقات تنمية الوعى الصحي لدى الشباب الريفي من منظور طريقة تنظيم المجتمع

إعداد

دكتور / التهامى البكرى 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 صالحه ينبغى أن يتعهد الأجيال القادمة منذ ولادتها بالعناية والرعاية اللازمة لتحقيق التنشئة الاجتماعية ويفسح لها دائما 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 عمريه 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 (٨٨مليون ٩٥٧ ألف ٨٣٣ نسمه) أى أن عدد الشباب يبلغ ما يقارب من (٣٢ مليون ٩٣٠ ألف نسمه).(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 وأيضا ضرورة رعايتهم من كافة الجوانب اجتماعيا وثقافيا وصحيا.

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 فى أغلب الأحوال وذلك على مدى السنوات السابقة وحتى الآن وسيمتد الأمر المستقبل ما لم يحدث تغيير.

فالمجتمع الريفى مازال هو المسئول الأول عن الإنتاج الزراعى الذى يعتبر الركزية التى يعتمد عليها الدخل القومى وعلى الرغم من ذلك فلقد عانى هذا المجتمع ومازال يعانى من الإهمال والظلم والتخلف والحرمان من العديد من الخدمات الأساسية وتنشر فيه العديد من الأمراض المتوطنة والمعدية وأمراض العيون وتلوث البيئة والأمية... الخ وحتى يمكن الخروج من ذلك يجب إسهام الأهالى فى 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 يعانى مجتمع القرية الريفية من ضعف الخدمات العلاجية والوقائية والتنموية مقارنة بمجتمع المدينة الحضرية الأمر الذى يتطلب تحركاً علمياً للنهوض بالمجتمع الريفى وقد رصدت الدراسة

معاناة مجتمع القرية الريفية من الضعف على مستوى أفراده وقياداته وأسره ومؤسساته وكذلك التأخر على مستوى جودة الحياة والخدمات والقيم والمهارات والفرص الاقتصادية مقارنة بالمدن والحضر ومن ثم فهو فى 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 فى خدمة مجتمع القرية وتحسين نوعية الحياة لسكانها فى كافة جوانبها.(٨)

ولا شك أن الشباب الريفى يواجه عدد من المشكلات المعقدة ذات التاريخ الطويل وتعد هذه المشكلات نسبية وذلك لان المجتمع الريفى رغم انه يتسم ببطء الحركة في التغير إلا انه قد مر بالعديد من التغيرات فيختلف كل مجتمع ريفى 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 تفشى 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 الوعى الصحى والاعتماد على وسائل العلاج البدائية.(١٠)

كما ركزت دراسة(**ماك برايد وبريندا Brenda, McBride :2018**) التى ركزت على تنظيم الحياة فى مجتمع القرية وقد توصلت إلى أن مجتمع القرية الريفية يعانى من سوء تنظيم فى كافة جوانب الحياة حيث ارتفاع نسبة الأمية وضعف المستوى التعليمى وسوء الحالة الصحية لدى المواطنين مع سوء التغذية وتدنى الحالة الاجتماعية الاقتصادية وقد أوصت بضرورة تدخل الأخصائيين الاجتماعيين لتنظيم العمل التطوعى 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 المهنى مع القيادات المجتمعية لخدمة مجتمع القرية.(١١)

ودراسة (**محمود محمد ٢٠٠١**): التى ركزت على الأخصائيين الاجتماعيين وتنمية المجتمع الريفى، 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 فى حل مشكلات الزراعة وتحديد الاحتياجات والمشكلات التى تواجه الأهالى ووضع الخطط لمقابلة الاحتياجات ومواجهة البطالة وتنمية بعض الحرف وإيجاد الاتصال الفعال وزيادة كفاءة وجهود الأخصائيين الاجتماعيين فى خدمة مجتمع القرية والعمل على عودة الريف المنتج واستخدام التكنولوجيا فى 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 المهنى لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين على الجوانب التي من شأنها خدمة مجتمع القرية بشكل أفضل.(١٢)

وايضا دراسة (**غادة محمد عبد الحليم ٢٠٠٩**) والتى توصلت الى أن سكان المجتمع الريفى يعانون من العديد من المشكلات الصحية مثل انتشار الأمراض المتوطنة والعادات السلوكية الخاطئة واستخدام الوصفات الشعبية والاعتماد على وسائل العلاج البدائية وقلة الوعى الصحى والجهل بالأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها وعدم الاهتمام بالتحصين ضد الأمراض للوقاية منها.(١٣)

ولذلك فالريف في حاجة ماسة الي التوعية الصحية , والتوعية الصحية هى محصلة الخبرات التعليمية للفرد التى تؤثر تأثيراً إيجابياً فى معلوماته وعاداته واتجاهاته والتى 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 التى تمكنهم من تصحيح الوضع وتلاشى المشكلات مما يدعوهم إلى تصحيح عاداتهم ومعتقدات الصحية (١٤).

والوعي الصحي عملية مهمة حيث انه يساهم فى التعرف على كيفية المحافظة على صحة الإنسان وتنمية هذه الصحة اى استمرار أداء الإنسان لدوره بكفاءة طبقا لسلامته وتمتعه بصحة جيدة هذا بالإضافة إلى إن الوعى الصحى يساهم فى الوقاية من الأمراض الأكثر انتشارا فى المجتمع

كما يهدف الوعى 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 الوعى الصحى يتفهم الناس سلوكهم والكيفية التى يؤثرون بها فى صحتهم فهى عملية هامة لمعاونة الناس على ان يتجنبوا الأمراض ويعيشوا حياتهم فى صحة.(١٥)

وفطنت الدولة إلى أهمية الوعى الصحى للشباب وضرورة الاهتمام به لذا قامت وزارة الشباب والرياضة بوضع تنمية الوعي الصحي 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 الوعى 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 المسئولية(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 كمهنه 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 الوعى الصحى والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض وإكساب الأفراد المعارف والمهارات والاتجاهات التى تساهم بطريقة فردية أو جماعية نحو حل المشكلات القائمة والحيلوله دون ظهور مشكلات جديدة. (٢٠)

حيث أشارت (**دراسة عاطف خليفة ٢٠١٣**) والتى هدفت الى اختبار فاعلية التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل المعرفى السلوكى فى تنمية الوعى الصحى لتلاميذ المرحلة الابتدائية وتوصلت الى فعالية برنامج التدخل المهنى فى الخدمة الاجتماعية فى تنمية الوعى الصحى لتلاميذ المرحلة الابتدائية بالنظافة الشخصية والغذاء الصحى والإسعافات الأولية ومخاطر بيئة المدرسة.(٢١)

وللأخصائى الإجتماعى دور هام فى التوعية الصحية حيث أكدت (**دراسة خالد صالح ٢٠٠٦**) على أن المواطنين يحتاجون إلى برامج التوعية الصحية وبالأخص الأفراد المخالطين

للمرضى وأنه يمكن للأخصائى الإجتماعى أن يساهم فى إعداد وتنفيذ وتقييم برامج التوعية الصحية لهم.(٢٢)

وتعتبر طريقة تنظيم المجتمع إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التى 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 التى توجد فى المجتمع.(٢٣)

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

وتأسيسا على ما تقدم وما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة وحتى تتحقق عملية تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى فانه من الضرورى تذليل الصعوبات والمعوقات التى تواجه تنمية الوعى الصحى وبالتالى يمكن صياغة مشكلة الدراسة فى التساؤل التالى وهو **ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفي؟ وما دور طريقة تنظيم المجتمع فى مواجهتها؟**

ثانياً : أهمية الدراسة

١-اهميه الشباب فى المجتمع حيث تبلغ نسبه الشباب ٣٧/من سكان مصر

٢-ضروره الاهتمام بالوعى الصحى للشباب وخاصه الشباب الريفى

٣- اهتمام الخدمه الاجتماعيه برعاية الشباب من كافه النواحى وخاصه الناحيه الصحيه

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

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

ثالثاً : أهداف الدراسة

١- تحديد الأنشطة التي تتضمنها برامج مراكز الشباب وتسهم فى تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي
٢- تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وتتمثل في:

أ. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى والتى ترجع إلى الاخصائى الاجتماعى.
ب. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى الشباب الريفي
ج. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى المجتمع المحلى.
د. تحديد معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى مراكز الشباب.
ه. 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 الريفي؟

وينبثق منه عدة تساؤلات فرعية هي:

١. ما الأنشطة التي تتضمنها برامج مراكز الشباب وتسهم فى تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي؟
٢. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى والتى ترجع الى الاخصائى الاجتماعي؟
٣. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى الشباب الريفي؟
٤. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى المجتمع المحلي؟
٥. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى مراكز الشباب؟
٦. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع الى البرامج؟
٧. ما معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى وترجع إلى فريق العمل؟
٨. ما المقترحات التى تساعد فى التغلب على معوقات تنمية الوعى 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 الوعى الصحي

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 الإمكانات الذاتية والاستفادة من الإمكانيات المادية لتنمية المجتمع المحلى.[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 الشيء 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 حائلا أمام تنمية الوعى الصحى لجماعات الشباب الريفي.
٢- يترتب عليها عدم استفادة الشباب الريفى من برامج وأنشطة مراكز الشباب التى تهدف لتنمية الوعى الصحى .
٣- تؤثر سلباً عملية تنمية الوعى الصحي.
٤- تتطلب بذل الأخصائى الاجتماعى المزيد من الجهد لمواجهتها.
٥- تنقسم الى صعوبات ترجع إلى (الاخصائى الاجتماعي- الشباب الريفي- البرامج- مراكز الشباب- المجتمع المحلى- فريق العمل).

٢- الشباب الريفي

يعرف الشباب لغوياً:

من أدرك سن البلوغ إلى الثلاثين وجمع شُبان (وهى شابه وجمع شواب)، والشباب: الفتوه والحداثة وشباب الشيء أوله، وشب الغلام شباباً "أدرك طور الشباب".[٣٠]

شَباب: (اسم) الجمع: شَبابٌ، شُبَّانٌ، الشَّبُّ: الشَّابُّ، يَافِعٌ، فِي رَيْعَانِ الشَّبَابِ، الشَّبَابُ : الفَتاءُ والحَدَاثَةُ، عكس هَرَم شبابُ الشيءِ.

شب الغلام أدرك طور الشباب أى صار فتيا، شب عن الطوق أى كبر واعتمد على نفسه، وبلغ مبلغ الرجال.[٣١]

فمن حيث المعنى اللغوى يعرف الشباب فى المعجم الوسيط على انه من يدرك سن البلوغ الى سن الرجولة ، والشباب يعنى الحداثة وشباب الشيء أوله.[٣٢]
والشباب مرحلة عمرية يمر بها الانسان، ويزداد فيها نموه الجسمى والعقلى 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 عاما وهى 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 فى تحديده لمصطلح الشباب بأنه يقصد به عادة الأفراد فى مرحلة المراهقة أى الأفراد بين مرحلتى البلوغ الجنسى والنضج أحيانا ألا أن الفترة التى 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 تحررا ولهذا تحتاج إلى رعاية خاصة.[٣٥]
بينما يعرف قاموس الخدمة الاجتماعية مرحلة الشباب " بأنها المرحلة التى يبدأ فيها الفرد يحتل مكانة فى البناء الاجتماعى من خلالها يمارس أدواراً اجتماعية معينة تساهم فى بناء المجتمع.[٣٦]

كما يرى البعض الشباب بأنه هى الفترة التى تبدأ حينما يحاول المجتمع تأهيل الشخص لكى يحتل مكانة اجتماعية فى بنائه وتنتهى حينما يتمكن الفرد من احتلال مكانته وأداء أدواره فى السياق الاجتماعى وفقاً لمعايير التفاعل الاجتماعي.[٣٧]

وتحدد مرحلة الشباب بأنها تتمثل فى اقتراب شكل الجسم ووظائفه من أخر درجات النضج، ومن الناحية النفسية يكاد عمر الفرد العقلى يصل الى قمته ويتيقظ احساس الشخص بانه لم يعد صغير، ومن الناحية الاجتماعية يتأكد اعتراف الآخرين بأن الشخص لم يعد طفلاً وإن كانوا يترددون فى الاعتراف به كرجل.[٣٨]

ومن الناحية البيولوجية تتحدد مرحلة الشباب على أساس أنها مرحلة عمرية تتميز بالحركة والنشاط واكتمال البناء الجسمى والأجهزة الجسمية تكون كلها مستعدة بوظائفها، ولذا تعد هذه المرحلة مرحلة اكتمال البناء العضوى والوظيفى 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 شابا.[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 الجسمى والجنسى والنفسى والاجتماعى والعقلى تؤهله لاكتساب خبرات مختلفة تعده لمواجهة مطالب الحياة المستقبلية.(٤٠)

ويقصد بالشباب الريفى فى هذه الدراسة

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

٣- الوعى الصحي

يعد مفهوم الوعى الصحى من المفاهيم المركبة التى تحتاج إلى تفصيل

أولاً: مفهوم الوعى

يمكن تحديد مفهوم الوعى على النحو التالى:

تعددت التعاريف التى تناولت الوعى كمفهوم فيشير المعجم الوجيز الى مصطلح الوعى بأنه وعى الشيء يعيه وعيا، والوعى الحفظ والتقدير والفهم وسلامة الإدراك.(٤١)

والوعى هو إدراك الناس وتصوراتهم للعالم الموضوعى المحيط بهم وهو عبارة عن مجمل الأفكار والمعارف والثقافة التى يمثلها الفرد وتجعله يسلك منهجا معينا، فهو عبارة عن الاستجابات التى يقوم بها الشخص إزاء موقف معين.(٤٢)

الوعى هو إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكا مباشرا وهو أساس كل معرفة ويمكن إرجاع مظاهر الشعور بالوعى الى ثلاثة هم الإدراك والمعرفة والوجدان او النزوع او السلوك.(٤٣)

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

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

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

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

كما يشار إلى الوعى بأنه: "ذلك الجزء من الشخصية الذى يدرك به المرء من حوله ويتضمن الوعى المشاعر والأفكار والتى يفترض أنها تكون أساساً للأنشطة التى يقوم بها الفرد وهذه الأفكار والمشاعر يمكن تبادلها مع الآخرين بل إن ذلك يمثل ضرورة هامة لتبنى الإنسان".(٤٨)

كما يقصد بالوعى أنه "إدراك الأفراد وفهمهم لقضايا الواقع المحيط بهم ومشكلاته الداخلية والخارجية ومشاركتهم الفعلية فى 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 بتنمية 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 اتجاهها"(٥٢).

ثانياً: الوعى الصحى:

الوعى الصحى هو إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضا 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 بتنمية الوعى الصحى إجرائياً فى إطار الدراسة الحالية:

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

أولاً: أهمية الوعى الصحي

مقدمة:

إن الاهتمام بالتنمية الصحية ليس اهتماماً محلياً فقط ولكنه اهتمام عالمى أيضاً، فهناك عمل دولى وتضافر جهود بصورة جماعية وبشكل إيجابى لإقامة حياة سليمة خالية من الأمراض، فنرى العديد من المنظمات الاجتماعية سواء على الصعيد الدولى أو المحلى، والتى تمثل أدوات

فعالة لحل العديد من المشاكل التى تواجه المجتمع الإنسانى، وتذليل الصعوبات وإزالة الحواجز بطرق سليمة ومن هذه المنظمات منظمة الصحة العالمية (WHO) ذات الاختصاص بالصحة العامة لجميع الشعوب، والتى تقدم مساعدة لجميع الحكومات التى تطلب منها تقوية خدماتها الصحية لمكافحة الأوبئة والأمراض المتوطنة واستئصالها، وتحسين التغذية والهندسة الصحية، وكل ما يعلق بالبيئة[٥٥].

أما على المستوى القومى فإن سياسة التنمية الصحية هى المبادئ العامة التى على أساسها يتم وضع الاستراتيجيات أو المداخل لتحسين المستوى الصحى للمجتمع ككل، وبالتالى تحديد الأهداف والبرامج التى تحققها، استجابة لاحتياجات المجتمع فى نطاق الموارد المتاحة ، وبالتالى فإن التنمية الصحية هى فى حقيقتها استثمار للقوى البشرية، أهم وأثمن الموارد المنوط بها فى كل عمليات التنمية الشاملة للمجتمع.

ويمكن القول أن سياسة التنمية الصحية تهدف إلى تحقيق أفضل قدر من المستوى الصحى للمجتمع فى حدود الموارد المتاحة، وبحيث يكون كل فرد قادراً على المساهمة الفعالة فى التنمية الشاملة[٥٦].

فمقاومة الأمراض والوقاية منها لا يكفيه ما تتخذه الدولة من أسباب وقائية وأسباب علاجية، وإنما لابد أن يكون الفرد نفسه مزوداً بالقدر المناسب من الوعى الصحى الذى يمكنه من إدراك ما يهدده من الأخطار الصحية كما لابد أن يلعب دوراً فعالاً فى المقاومة والعلاج، وأن يكيف سلوكه ويغير من عاداته وأساليب سلوكه، وتنمية الوعى الصحى لدى الأفراد هو الوسيلة لتحقيق هذه الأغراض جميعها والعمل على تحسين الصحة لدى الأفراد، فانخفاض المستوى الصحى أساسه فى الواقع أساس تربوى لأنه يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يسلك السلوك الصحى السليم الذى يجنبه الوقوع صحية لأمراض شتى ويؤدى به إلى الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة[٥٧].

لذلك كان لابد من الاهتمام بنشر الوعى الصحى الشباب، حيث أنها تشغل مرحلة عمرية دقيقة وحاسمة ويعترها تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية متلاحقة ومتصارعة، وتبدأ فيها شخصية الشباب فى التكوين والتشكيل[٥٨] ، وتبدأ المظاهر الجسمية والفسيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المميزة للشباب فى الظهور، وتتميز بداية هذه المرحلة بأنها أقرب إلى المرض منها إلى الصحة[٥٩].

وهناك أمراض يمكن التحكم فيها، خاصة الأمراض المرتبطة بالسلوك فإذا عالجنا السلوك المؤدى للمرض أمكننا معالجة المرض، ولاشك أن إصابة الشخص بهذه الأمراض يقلل من قدراته على تحصيل العلوم والمعارف وتعطل الطاقات الكامنة فى نفسه، والتى تؤدى إلى النبوغ كما تقلل من قدرته الإنتاجية عندما يكبر ويصير إلزاماً عليه تأدية أى عمل من الأعمال[٦٠].

أهمية الوعى الصحى:

أ- تنفيذ برامج تنمية الوعى الصحى توفر الأموال لمدى بعيد لمساعدة الناس لمواجهة الأمراض وذلك من خلال الاكتشاف المبكر للأمراض قبل الإصابة بها ومواجهتها بالوقاية.
ب- تطبيق وتنفيذ الوعى الصحى يجعل المؤسسات الاجتماعية تقوم بتزويد الناس بالمعلومات لمساعدتهم فى اتخاذ قراراتهم الصحية.
ج- برامج تنمية الوعى الصحى تساعد المجتمعات على توفر العنصر البشرى الصحى الكفء.

د- الوعى الصحى يوضح المرض "أسبابه- آثاره" ويوضح أيضاً السلوك الضرورى لتجنب هذا المرض.
ه- الوعى الصحى الموجه نوع جديد من أنواع الوعى الصحى الذى يتمثل فى احتياجات الناس الصحية وارتباطها بقراراتهم الصحية ومصالحهم بما لا يؤثر على الآخرين. (٦١)
و- يساعد الوعى 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 لابد من تثقيفهم صحياً لتفادى الوقوع فى مثل هذه الإصابة والاستمتاع بحياة صحية سليمة. (٦٢)

ثانيا:أهداف الوعى الصحي:

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 والتى 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 اليومى 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- لابد 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 الوعى الصحى لتغييرها.

ولهذا فقد وضعت أقطار العالم والتى 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 سيشارك مشاركة كاملة فى تحقيق ذلك كله، ولكن هذا الشعار يعنى أكثر من ذلك بكثير، فهو يعنى أن الصحة مورد يضمن حياة أمثر نفعاً وغنى، وأنها مفهوم إيجابى 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 تبنى 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].

ثالثا: 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 طفل، 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 الحبيبى، كساح الأطفال، أمراض الملاريا، الزهرى، الدرن، والأمراض الوبائية: خاصة التيفود والحصبة والدفتيريا، وأمراض الجهاز الهضمى، وهذه الأمراض مردودها إلى نقص الوعى الصحى واستخدام مياه الترع وانخفاض مستوى المعيشة وسوء التغذية والاعتقاد فى الغيبيات والعلاج بالطرق الشعبية[٧٠].

٢- استخدام العقاقير الطبية بالتناقل:

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

٣- الاستهانة ببعض الإصابات والأعراض التى قد تكون خطيرة:

قد يجرح الريفى بشئ حاد به أثر صدأ، ويستهين به ولا يذهب إلى الوحدة الصحية هذا قد يؤدى 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 الريفى أعراض مرض أنفلونزا الطيور – ونحن نعلم مدى خطورة هذا المرض الآن – ويتهامل معها الريفى 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 البيئى بأنواعه:

فهى مشكلة ترجع مسبباتها بالدرجة الأولى إلى النشاطات والممارسات البشرية الخاطئة فى البيئة، مثل سوء ونقص الغذاء يؤدى إلى التلوث البيولوجى، استعمال المبيدات بطرق غير صحيحة يؤدى إلى التلوث الكيماوى ، إلقاء الفضلات وجثث الحيوانات والطيور الميتة فى الترع والنيل مما يؤدى إلى تلوث المياه وغيرها، هذه السلوكيات التى ترجع بالدرجة الأولى إلى نقص الوعى عن أضرار مثل هذه الأفعال والسلوكيات. [٧١]

٥- طلاق المرأة التى تنجب إناث:

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

رابعا: عوامل عدم انتشار الوعى الصحى بين سكان الريف فى مصر:

رغم الجهود التى تقدمها الدولة لتنمية الوعى الصحى لسكان المجتمع الريفى فى مصر – والسابق عرضها – إلا أنه مازال هناك العديد من المعوقات التى تواجه جهود تنمية الوعى 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 الوعى 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 والوعى الصحى للأسرة الريفية، فانتشار الأمية يؤدى إلى عدم الاهتمام بالوقاية من الأمراض أو تأخر العلاج وانخفاض الوعى الصحى(٧٤)

٢- الفقر:

إن الفقر الذى يعيش فيه الفلاح المصرى (الريفى) منذ عصور طويلة جعل المستوى الصحى – بصفة عامة للريف والوعى 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 التى تبنى عليها برامج التوعية الصحية، ولكن مع تفتيت 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 تنصاع زوجة الابن لأوامر أم الزوج وأبيه حتى ولو كانت خاطئة على حساب صحة الأطفال والبعد عن برامج تنظيم الأسرة، مهما علمت عن أهمية وأهداف هذه 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 تكدس 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 الاجتماعى والمعرفة الشخصية التى تربط الممارس للطب الشعبى (الداية، الحلاق.... الخ) بأهالى 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 فى تمسك أهالى الريف بالممارسات الشعبية ذات الجانب الدينى مثل زيارة الأضرحة والعلاج بالأحجبة 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 التى تحوى عادات ومعتقدات وممارسات طبية خاطئة لا تقوم على الوعى الصحى من النوع بطئ التغير خاصة أن العادات والمعتقدات الصحية من مكونات الثقافة المعنوية التى هى بطبيعتها بطيئة التغير بعكس الثقافة المادية مثل استخدام الآلات الحديثة فى الزراعة.... وغيرها من جوانب الثقافة المادية. (٨٠)

خامسا: جهود تنمية الوعى 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 الوعى 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 الكراريس فى المدارس فى محاولة لإدخال مفهوم الوقاية لدى التلاميذ من الصغر.
٥- أدخلت وزارة الصحة سيارات الثقافة الصحية وهى مجهزة بآلة عرض سينمائى حيث تقدم بعض الأفلام الخاصة بالوقاية من الأمراض.[٨٤]
٦- أيضاً إنشاء المتاحف المختلفة بالمحافظات التى تعرض نماذج لبعض الأمراض الشائعة وكيفية الوقاية منها، بجانب وحدات متخصصة للثقافة والتوعية الصحية

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

سادسا: أساليب تنمية الوعى الصحي[٨٦]:

هناك أساليب عديدة تستخدم لتنمية الوعى الصحي، فكلاً يستخدم الأسلوب الذى يتوافق مع مجال عمله، ومن أكثر الأساليب التى يتم استخدمها فى تنمية الوعى الصحى الأساليب الآتية:

١- وسائل الإعلام "Mass Media":

ويستعمل فيها الأفلام، الراديو، التلفزيون، الجرائد، المجلات، الدوريات، الكتب، الكتيبات، الملصقات، والميزة الرئيسية لهذه الطريقة هى أنها تساعد على وصول الرسالة إلى عدد كبير من الأهالى دفعة واحدة، ولكن الدراسات أثبتت ضعف تأثيرها على سلوك الجماهير لأن هذه الطريقة طريقة تعلم من ناحية واحدة لأنها لا تسمح للمتعلم فى المشاركة المباشرة فى التخطيط لتحسين الحالة الصحية، ويشعر المتعلم أن الأفكار المقدمة إليه غريبة وأن البرنامج الصحى المقترح مفروض عليه، وهناك بعض الطرق التى نتمكن 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 الصحى ويجب أن يصحب التكرار تغيير فى الأسلوب أو كيفية العرض حتى نتفادى عنصر الملل الذى يصاحب التكرار.
ب- يجب أن تعرض الرسالة بطريقة تضمن اجتذاب انتباه المواطنين وعند توجيه رسالة صحية فى الراديو أو التلفزيون يجب أن نختار الوقت المناسب لعرضها وأن ندخل فيها

عنصر التشويق كأن نضع المعلومات الصحية فى قصة أو تمثيلية أو حوار وعند كتابة موضوع صحى فى 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 فى بعض الأحيان وأن نجعل هذه الوسائل مرتبطة بميول وحاجات المواطنين ومشاكلهم الصحية وواقع البيئة التى يعيشون فيها، وأن يراعى توافق إرشاداتنا الصحية مع إمكانياتهم.

د- لكى نتغلب على عنصر الاتصال من جهة واحدة الذى تتصف به وسائل الإعلام يتعين علينا أن نشجع الجماهير ليتصلوا بالمسئولين فى دور الإذاعة والنشر ليبدوا آرائهم فى الرسائل الموجهة إليهم ويقدموا السبل التى تجعلها أكثر تشويقاً.

ه- مما يزيد من تأثير الرسالة فى الجماهير أن تصل إليهم عن طريق شخصية محبوبة لهم وملمة بنواحى الموضوع وذات رأى سديد يدعو المواطنين إلى احترامه.(٨٧)

٢- طرق المواجهة Face to Face وتشمل:

أ- المناقشات الفردية العامة: بين الطبيب، والممرضة، 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).

سابعا :خصائص المجتمع الريفى :

حاول العلماء الوصول إلى تعريف للمجتمع الريفى، 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 فى التجمعات السكنية.

ومن التعريفات التى اهتمت بالمعايير الكيفية فى تعريف الريف تعريف لورى نلسن الذى عرف المجتمع الريفى على أنه ذلك الذى يتكون من تلك المناطق التى ترتفع فيها درجة الألفة Intimacy والعلاقات الشخصية غير الرسمية، كما تعد الزراعة هى المهنة الأساسية لسكانه.

وقد انتهى العلماء فى تحديدهم لخصائص المجتمع الريفى إلى(٩١)

١- أن المجتمع الريفى مجتمع جامد، ومتناسق ومتناغم

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

كما أن المجتمع الريفى يتسم بما يلى:[٩٢]

١- ازدياد العلاقات الاجتماعية إلى حد كبير بين أفراده، ووجود رغبة من بجانبهم للتعامل مع بعضهم البعض.
٢- أنه مجتمعاً متماسكاً حيث يكون له أهداف ونواحى اهتمام وقيم مشتركة.
٣- أن الاتصال بين أفراده مباشرة ويغلب عليه طابع علاقة "الوجه للوجه".
٤- أن ثقافته مقدسة (دينية) بطيئة التغيير، مرتبطة بقيم الناس وعقائدهم.
٥- أنه مجتمعاً يهتم بالسلوك التقليدى، ويهتم بالشكل السلوكى دونما اهتمام بالنتائج أو المضمون.
٦- أن أفراده يتأثرون بعواطفهم فى علاقاتهم وسلوكهم.
٧- أن السلطة فيه تعتمد إلى حد كبير على شخصية القائم بها.
٨- أن بين أفراده نوع من المشاركة والتعاون والشيوع فى المسئولية والحقوق.
٩- أنه مجتمعاً يتطلب من أفراده 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 والتى 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 ، وتعبر هذه الأجهزة عن الثروة الأساسية في المؤسسات والمنظمات بكافة أنواعها الإنتاجية والحكومية والدفاعية والأهلية ألا وهي

الموارد البشرية ، حيث تضمنت الأفراد والعاملين في المنظمة ومنها مراكز الشباب من مختلف النوعيات والتخصصات مهما اختلفت وتنوعت مستويات المهارة والأعمال التي يقومون بها[٩٤].

الإجراءات المنهجية

أولاً: نوع الدراسة:

تنتمى هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية التحليلية حيث إنها انسب الدراسات ملائمة لطبيعة الدراسة وتستهدف تقرير خصائص مشكلة معينة أو دراسة ظروفها المحيطة بها اى كشف الحقائق الراهنة التى 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 الوعى الصحى للشباب الريفي

ثانيا: المنهج المستخدم:

يشير مفهوم المنهج إلى الطريقة التى يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة ويعتبر المسح الاجتماعى أحد المناهج الرئيسية التى تستخدم فى البحوث الاجتماعية بوصف الظاهرة المدروسة وتصويره كمياً عن طريق جمع المعلومات المقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة [٩٦]

استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعى فى هذه الدراسة كما يلى:

أ- المسح الاجتماعى الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مراكز الشباب بإدارة شباب إسنا.

ب- المسح الاجتماعى بالعينة للشباب الأعضاء بمراكز الشباب.

ثالثا:أدوات الدراسة:

(١) استمارة استبيان مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا

(٢) استمارة استبيان مطبقه على الشباب الأعضاء بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا:

- **خطوات تصميم الأدوات**

بناء الأداة

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

وفى هذه المرحلة تم مراعاة الآتي :

أن تكون العبارات مرتبطة إرتباطاً 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 إتصالاً بموضوع الدراسة حتي تحقق الهدف من الدراسة .

وتحددت أبعادها فى الآتى:

١- البيانات الأولية

٢- البيانات المتعلقة بالأهداف التى تسعى مراكز الشباب لتحقيقها وتسهم فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفي
٣- الأنشطة التى تمارس داخل مراكز الشباب وتسهم فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى
٤- معوقات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفي
٥- المقترحات اللازمة لتنمية الوعى الصحى للشباب الريفي

رابعا: مجالات الدراسة:

١. المجال المكانى:

جدول (١)
يوضح مراكز الشباب بإدارة شباب إسنا.

(ن=٢٨)

م	اسم المركز	م	اسم المركز
١	م.ش.النواصر	١٥	م.ش.زرنيخ
٢	م.ش.النمسا	١٦	م.ش.طفنيس
٣	م.ش.الكلابية	١٧	م.ش.كيمان 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.الطوايع	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 البشرى:

١- مسح شامل لكافة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمراكز شباب إدارة شباب إسنا وعددهم ٤٨ أخصائى اجتماعي.
٢- عينة من الشباب الأعضاء بمراكز الشباب بإدارة شباب إسنا وعددها ٢٤٠من اجمالى ٦٤٩ عضوانطبقت عليهم شروط العينة

شروط اختيار العينة:

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

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

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

حيث أن n = حجم العينة
X^2 = قيمة كاى تربيع (كا^2) عند مستوى ٠.٠٥درجة حرية واحدة =٣.٨٤١
P = نسبة السكان ٠.٠٥
D= مستوى الخطأ الذى يمكن تجاوزه لإعطاء اكبر حجم للعينة ٠.٠٥
وبتطبيق القانون بلغ حجم العينة ٢٤٠ شاب عند مستوى معنوى ٠.٠٥عند 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 :
المتوسط الحسابى = ك (نعم) x ٣ + ك (إلى حد ما) x ٢ + ك (لا) x ١ / 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

ثانيا: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
	المجمــوع	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 سنه -	٣٢	١٣.٣
٢	-٢٠	١٠٤	٤٣.٣
٣	-٢٥	٧٦	٣١.٧
٤	٣٠-٣٥	٢٨	١١.٧
	المجمــوع	٢٤٠	١٠٠
	$\bar{س}$	٢٥	
	Σ	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 -٢٠سنة) 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 فى أعمارهم وهى السن الأكثر نشاطاً وإقبالاً على الحياة وسعياً للمشاركة فى 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 فاكثر	٣	١.٣
	المجمــوع	٢٤٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

أكبر نسبة من المستفيدين مدة عضويته في المركز في الفترة من (١-اقل 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 (اكثر من ١٥) سنة بنسبة (١.٣%) وهذا يشير الي تجدد انشطة مراكز الشباب واستمرارية انشطتها مما يؤدي الي 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
	المجمــوع	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 فاكثر	٤	٨.٢٥
	المجمــوع	٤٨	١٠٠
	$\bar{س}$	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 -٣٠سنة) بنسبة (١٦.٥%)، يليها الفئة العمرية (٤٠ - ٤٥) سنة بنسبة (١٢.٥%) ، يليها الفئة العمرية (اقل من٢٥سنة) بالتساوي مع الفئة العمرية (٥٠سنة فاكثر) بنسبة (٨.٢٥%)،. ومتوسط سن المستفيدين (٣٦) سنة، وبانحراف معياري (١٠) سنوات وبالنسبة لمتوسط سن المستفيدين (٣٦) سنة يشير إلى التباين الكبير بين المبحوثين فى أعمارهم وهى 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
	المجمــوع	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 مناسبا

٤- المسمى الوظيفي

جدول (٨) توزيع الأخصائيين حسب المسمى الوظيفي

(ن=٤٨)

م	الحالة الاجتماعية	ك	%
١	اخصائي نشاط	١١	٢٢.٩
٢	اخصائي اجتماعي	١٥	٣١.٢
٣	مشرف عام أنشطة	٥	١٠.٤
٤	مدير المركز	١٧	٣٥.٥
	المجمــوع	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	اقل من ٥ سنوات	٤	٨.٤
٢	٥-	٧	١٤.٥
٣	١٠-	١٩	٣٩.٥
٤	١٥-	١٣	٢٧.١
٥	٢٠ سنه فاكثر	٥	١٠.٥
	المجمــوع	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(اقل 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 الاخصائيين 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
	المجمــوع	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
	المجمــوع	٣٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن :

اكبر 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

جدول رقم (١٢)

يوضح الأهداف التى تسعى مراكز الشباب إلى تحقيقها وتسهم فى تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى من وجهة نظر الشباب والأخصائيين

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا					
		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	٠٢.	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								٢.٧	٠.٥١٣	مستوى مرتفع	المتغير ككل الأخصائيين							٢.٦	٠.٥٤٩	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]

جدول (١٣)

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

الشباب (ن=٢٤٠)
الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%					ك	%	ك	%	ك	%				
١	عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعى الصحي	١٧٦	٧٣.٣	٥٩	٢٤.٦	٥	٢.١	٦٥١	٢.٧٢	٠.٤٩٨	٢	١٨	٣٧.٥	١٧	٣٥.٤	١٣	٢٧.١	١٠١	٢.١	٠.٨٠٥	٣
٢	قلة خبرة الأخصائي الاجتماعي بمجال الوعي الصحي	١٧٥	٧٢.٩	٦٠	٢٥	٥	٢.١	٦٥٠	٢.٧١	٠.٤٩٩	٣	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	٦٢٢	٢.٥٩	٠.٥٢٥	٦	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	٦٢٧	٢.٦١	٠.٥٣٧	٥	٣٧	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	٦٣٢	٢.٦٣	٠.٥١٦	٤	٢٢	٤٥.٨	١١	٢٢.٩	١٥	٣١.٣	١٠٣	2.2	٠.٨٧٥	٢
٦	اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعى الصحي	١٨٠	٧٥	٥٧	٢٣.٨	٣	١.٣	٦٥٧	٢.٧٤	٠.٤٦٩	١	٧	١٤.٦	٦	١٢.٥	٣٥	٧٢.٩	٦٨	1.42	٠.٧٣٩	٦
	المتغير ككل الشباب								٢.٧	٠.٥٠٧	مستوى مرتفع	**المتغير ككل الأخصائيين**							١.٩١	٠.٧٤٦	مستوى متوسط

يوضح الجدول السابق أن :

جاء عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعى 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 الوعى 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 الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الأخصائي الاجتماعي بلغ (٢.٧) للشباب وهو معدل مرتفع و بلغ (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 الوعى الصحي للشباب الريفي 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 الإمكانات للأخصائيين الاجتماعيين بمراكز الشباب كأحد منظمات المجتمع المدني التي تسهم في تنمية الوعي الصحي. [٩٩]

جدول (١٤)

يوضح أراء الأخصائيين الاجتماعيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الشباب

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		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 الوعى الصحي	١٤٨	٦١.٧	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 التفرغ لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعى الصحي	١٣٧	٥٧.١	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	٩٣	٣٨.٨	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	٨٧	٣٦.٣	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 تحول دون ممارسة الأنشطة	١٥٨	٦٥.٨	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 واهمال الجانب الثقافي	١٥٢	٦٣.٣	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 فى العاملين بالمركز	١٤٨	٦١.٧	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 الوعى الصحي في الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي(٢.٦) ، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (٢.٤٦).

أما عدم التفرغ لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعى 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

والتى 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 فى 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 إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى الشباب الريفي بلغ (٢.٤) للشباب وهو معدل مرتفع إلى حد ما و بلغ (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.

جدول (١٥)

يوضح أراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى مراكز الشباب

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		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	٦٢٢	٢.٥٩	٠.٥٤٩	٧	٣٢	٦٦.٦	١١	٢٢.٩	٥	١٠.٥	١٢٣	٢.٥٦	٠.٦٨١	٢
٢	نقص الدعم المالي الموجه لممارسة برامج الوعي الصحي بالمركز	١٣١	٥٤.٦	٩٣	٣٨.٨	١٦	٦.٧	٥٩٥	٢.٤٨	٠.٦٢	١٠	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	٦١٦	٢.٥٧	٠.٥٩٦	٨	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	٦١١	٢.٥٥	٠.٥٩٨	٩	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	٥٩٤	٢.٤٨	٠.٦١٣	١١	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	٦٤٧	٢.٧	٠.٤٨٧	٥	٤	٨.٣	٧	١٤.٦	٣٧	٧٧	٦٣	١.٣١	٠.٦٢٤	١١
٧	غياب الدور الرقابي على مراكز الشباب	١٧٨	٧٤.٢	٥٦	٢٣.٣	٦	٢.٥	٦٥٢	٢.٧٢	٠.٥٠٤	٤	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	٦٧٣	٢.٨	٠.٤٤٧	١	١٨	٣٧.٥	٩	١٨.٧	٢١	٤٣.٨	٩٣	١.٩٣	٠.٩٠٨	٨
٩	الأداء الروتيني والبيروقراطية في العمل	١٨٩	٧٨.٨	٤٤	١٨.٣	٧	٢.٩	٦٦٢	٢.٧٦	٠.٤٩٣	٢	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	٦٤٥	٢.٦٩	٠.٥٣٢	٦	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	٦٥٩	٢.٧٥	٠.٥٠٧	٣	٢٩	٦٠.٥	٧	١٤.٥	١٢	٢٥	١١٣	٢.٣٥	٠.٨٦٣	٤
	المتغير ككل الشباب							٢.٦	٠.٥٤١	مستوى مرتفع		المتغير ككل الأخصائيين						٢.١٣	٠.٧٤٠	مستوى متوسط	

يوضح الجدول السابق أن :

جاء افتقاد مراكز الشباب إلى وسائل التكنولوجيا في الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي (٢.٢٩)، بينما رأي 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 رأي 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 رأي 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 رأي 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 رأي 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 رأي 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 الوعى 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]

جدول (١٦)

يوضح أراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى المجتمع المحلى

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

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

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 الوعى 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 الغيبيات 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 بطء التغيير.[١٠٢]

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تنمية الوعى 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 الوعى 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 الشئ على المؤسسات وأيضا صعوبة تغيير عاداته وتقاليده.

جدول (١٧)

يوضح أراء الأخصائيين والشباب حول المعوقات التي تواجه تنمية الوعى الصحي للشباب الريفي وترجع إلى فريق العمل

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%					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	١١	٢٢.٩	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	٤م	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 (٢.٠١)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٣٠).

جاء نقص مهارات فريق العمل الترتيب الثاني للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٨)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٧٣).

جاء الاستعانة بغير المتخصصين لتنفيذ الأنشطة الترتيب الثالث للشباب بمتوسط حسابي (٢.٦٨)، و رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٦٥).

جاء سيادة الفردية داخل فريق العمل الترتيب الرابع للشباب بمتوسط حسابي(٢.٦١) ، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب السادس بمتوسط حسابي (٢.٤٤).

جاء عدم التعاون بين أعضاء فريق العمل الترتيب الخامس للشباب بمتوسط حسابي(٢.٦١)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في نفس الترتيب بمتوسط حسابي (٢.٤٦).

وجاء نقص الخبرة في أعضاء فريق العمل الترتيب السابع للشباب بمتوسط حسابي(٢.٣٩)، بينما رأي الأخصائيون الاجتماعيون انه في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي (٢.٦٠).

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

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

جدول (١٨)

يوضح أراء الأخصائيين الاجتماعيين والشباب حول مقترحات تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى

الشباب (ن=٢٤٠)

الأخصائيين (ن=٤٨)

م	العبارات	استجابات الشباب						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب	استجابات الأخصائيين						المجموع المرجح	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	الترتيب
		نعم		إلى حد ما		لا						نعم		إلى حد ما		لا					
		ك	%	ك	%	ك	%					ك	%	ك	%	ك	%				
١	إقامة دورات تدريبية متخصصة في مجال الوعي الصحي للأخصائيين الاجتماعيين	١٨١	٧٥.٤	٥٢	٢١.٧	٧	٢.٩	٦٥٤	٢.٧٢	٠.٥٠٩	١٠	٤١	٨٥.٣	٧	١٤.٨	٠	٠	١٣٧	٢.٨٥	٠.٣٥٧	٥
٢	تزويد الأخصائيين بالمهارات والمعارف الصحية وإكسابهم الخبرات اللازمة	١٨٦	٧٧.٥	٤٨	٢٠	٦	٢.٥	٦٦٠	٢.٧٥	٠.٤٨٨	٦	٣٨	٧٩.١	٩	١٨.٨	١	٢.١	١٣٣	٢.٧٧	٠.٤٧٢	٨
٣	خلق روح التعاون بين العاملين والأخصائي لإنجاح دورهم في تنمية الوعي الصحي للشباب	١٧٠	٧٠.٨	٦٤	٢٦.٧	٦	٢.٥	٦٤٤	٢.٦٨	٠.٥١٧	١٤	٣٣	٦٨.٨	١٥	٣١.٣	٠		١٢٩	٢.٦٨	٠.٤٦١	٩
٤	تدريب الأخصائيين على إدارة الوقت بطريقة فعالة أثناء تنفيذ البرامج	١٤٨	٦١.٧	٨٧	٣٦.٣	٥	٢.١	٦٢٣	٢.٦	٠.٥٣٣	١٦	٣٩	٨١.٢	٧	١٤.٧	٢	٤.١	١٣٣	٢.٧٧	٠.٣٧٧	٦
٥	تبادل الخبرات مع المؤسسات الاخرى في مجال تنمية الوعي الصحي	١٥٦	٦٥	٨٠	٣٣.٣	٤	١.٧	٦٣٢	٢.٦٣	٠.٥١٦	١٤	٤٨	١٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٤	٣	٠	١
٦	الاستفادة من برامج المؤسسات الاخرى في مجال التوعية الصحية	١٧٧	٧٣.٨	٥٨	٢٤.٢	٥	٢.١	٦٥٢	٢.٧٢	٠.٤٩٦	١١	٤٦	٩٥.٨	٢	٤.٢			١٤٢	٢.٩٥	٠.٢٠٢	٣
٧	توزيع الادوار بين العاملين في مراكز الشباب	١٣١	٥٤.٦	٩٣	٣٨.٨	١٦	٦.٧	٥٩٥	٢.٤٨	٠.٦٢	١٧	٣٨	٧٩.١	١٠	٢٠.٢	٠		١٣٤	٢.٧٩	٠.٤١	٧
٨	الاستفادة من نتائج تقويم البرامج	٩١	٣٧.٩	٨٥	٣٥.٤	٦٤	٢٦.٧	٥٠٧	٢.١١	٠.٧٩٧	١٨	٢٨	٥٨.٣	١٧	٣٥.٤	٣	٦.٢	١٢١	٢.٥٢	٠.٦١٨	١١
٩	التخلص من الإجراءات الروتينية في العمل	١٨٢	٧٥.٨	٥١	٢١.٣	٧	٢.٩	٦٥٥	٢.٧٣	٠.٥٠٧	٩	٢٩	٦٠.٤	١٢	٢٥	٧	١٤.٦	١١٨	٢.٤٥	٠.٧٤٣	١٢
١٠	تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض	١٩٨	٨٢.٥	٣٧	١٥.٤	٥	٢.١	٦٧٣	٢.٨	٠.٤٤٧	٣	٤٨	١٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٤	٣	٠	١م
١١	إدخال وسائل تكنولوجية حديثة	١٩٨	٨٢.٥	٣٧	١٥.٤	٥	٢.١	٦٧٣	٢.٨	٠.٤٤٧	٣م	٤٧	٩٧.٩	١	٢.١	٠	٠	١٤٣	٢.٩٧	٠.١٤٤	٢
١٢	تشجيع الشباب للمشاركة في برامجتنمية الوعي الصحي	١٩٨	٨٢.٥	٣٨	١٥.٨	٤	١.٧	٦٧٤	٢.٨١	٠.٤٣٥	٢	٤٥	٩٣.٧٥	٣	٦.٢٥	٠	٠	١٤١	٢.٩٣	٠.٢٤٥	٤
١٣	مشاركة الشباب عند وضع خطة المركز	٢٠١	٨٣.٨	٣٤	١٤.٢	٥	٢.١	٦٧٦	٢.٨٢	٠.٤٣٨	١	١٣	٢٧.١	٢٢	٤٥.٨	١٣	٢٧.١	٩٦	٢	٠.٧٤٤	١٤
١٤	تذويد مراكز الشباب بالامكانيات المادية لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي	١٧٠	٧٠.٨	٦٤	٢٦.٧	٦	٢.٥	٦٤٤	٢.٦٨	٠.٥١٧	١٤م	٤١	٨٥.٤	٧	١٤.٦	٠	٠	١٣٧	٢.٨٥	٠.٣٥٧	٥م
١٥	ضرورة مناسبة برامج تنمية الوعي الصحي لاحتياجات ورغبات الشباب الريفي	١٧٣	٧٢.١	٦٢	٢٥.٨	٥	٢.١	٦٤٨	٢.٧	٠.٥٠٢	١٣	٤٥	٩٣.٧	٣	٦.٣	٠	٠	١٤١	٢.٩٣	٠.٢٤٥	٤م
١٦	تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على اسس علمية سليمة	١٧٨	٧٤.٢	٥٦	٢٣.٣	٦	٢.٥	٦٥٢	٢.٧٢	٠.٥٠٤	١١	٤٨	١٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٤	٣	٠	١م
١٧	الاستعانة بالمتخصصين لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي	١٨٤	٧٦.٧	٥١	٢١.٣	٥	٢.١	٦٥٩	٢.٧٥	٠.٤٨٢	٧	٤٨	١٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٤	٣	٠	١م
١٨	مواجهة التعقيدات في إجراءات العضوية	١٨٨	٧٨.٣	٤٧	١٩.٦	٥	٢.١	٦٦٣	٢.٧٦	٠.٤٧٣	٤	٢	٤.١	٩	١٨.٩	٣٧	٧٧	٦١	١.٢٧	٠.٥٣٦	١٥
١٩	العمل على كسب ثقة الشباب في برامج مراكز الشباب	١٨٧	٧٧.٩	٤٥	١٨.٨	٨	٣.٣	٦٥٩	٢.٧٥	٠.٥٠٧	٨	٢٥	٥٢.١	١٢	٢٥	١١	٢٢.٩	١١٠	٢.٢٩	٠.٨٢٤	١٣
٢٠	خلق روح التعاون بين فريق العمل في مجال التوعية الصحية	١٩٨	٨٢.٥	٣٨	١٥.٨	٤	١.٧	٦٧٤	٢.٨١	٠.٤٣٥	٢م	٣٣	٦٨.٧	١٥	٣١.٣	٠	٠	١٢٩	٢.٦٨	٠.٧٢٤	١٠
٢١	تشجيع القيادات المحلية على المشاركة في برامج تنمية الوعي الصحي	١٨٨	٧٨.٣	٤٧	١٩.٦	٥	٢.١	٦٦٣	٢.٧٦	٠.٤٧٣	٥	٤٨	١٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٤	٣	٠	١م
٢٢	كسب ثقة القيادات المحلية لدعم برامج تنمية الوعي الصحي	١٩٤	٨٠.٨	٣٦	١٥	١٠	٤.٢	٦٦٤	٢.٧٧	٠.٥١٣	٤	٤٨	١٠٠	٠	٠		٠	١٤٤	٣	٠	١م
	المتغير ككل الشباب								٢.٧	٠.٥٠٧	مستوى مرتفع	المتغير ككل الأخصائيين							٢.٧٢	٠.٣٣٩	مستوى مرتفع

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 الاخرى 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 الاخصائى الاجتماعي.**

أولا: من وجهة نظر الشباب

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

١. اعتقاد الأخصائي بعدم جدوى برامج تنمية الوعى الصحي
٢. عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعى 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

ثانيا 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 والأدوات اللازمة لممارسة الأنشطة
٣. عدم حصول الأخصائي الاجتماعي على دورات تدريبية في مجال تنمية الوعى 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 الوعى 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 فى العاملين بالمركز
٤. انتشار الأمية مما يحول دون استفادة الشباب من برامج تنمية الوعى الصحي
٥. عدم التفرغ لحضور الفعاليات التي يقيمها المركز وتهدف لتنمية الوعى الصحي
٦. ثقة الشباب الريفي في المعلومات التي يقدمها المعالجون الشعبيون
٧. تمسك الشباب الريفي بالعادات الصحية الخاطئة

ثانيا من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين

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

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

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 الوعى الصحي وخاصة مع الشباب
٦. انتشار الأمية في المجتمع الريفي
٧. إغفال المجتمع لأهمية تنمية الوعى الصحي وخاصة مع الشباب
٨. انغلاق المجتمع الريفي وعدم انفتاحه على المؤسسات

ثانيا 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 الوعى 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

ثانيا 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 الاخرى في مجال التوعية الصحية
١٤- تصميم برامج تنمية الوعي الصحي على اسس علمية سليمة
١٥- ضرورة مناسبة برامج تنمية الوعي الصحي لاحتياجات ورغبات الشباب الريفي
١٦- تذويد 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 اسس علمية سليمة
٥- تعاون العاملين بالمركز مع بعضهم البعض

٦- تبادل الخبرات مع المؤسسات الاخرى في مجال تنمية الوعي الصحي
٧- إدخال وسائل تكنولوجية حديثة
٨- الاستفادة من برامج المؤسسات الاخرى 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- تذويد 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 الادوار 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 تقويم 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 فى مراكز الشباب على المهارات الصحية بإقامة دورات تدريبية متخصصة فى مجال الوعى الصحى.
٢- التنسيق بين رجال الأعمال والقيادات المحلية وذلك لدعم المشاركة فى برامج تنمية الوعى الصحى للشباب الريفى.
٣- العمل على إشراك الشباب فى وضع الخطة السنوية لمراكز الشباب حتى يتسنى لهم المشاركة بفاعلية فى 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 الصى 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 الاحصائى 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، ص٩٥.

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 لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٣، ص (٢٥٤)

١٠) محمد سعيد ودرية حافظ: المشكلات الاجتماعية فى المجتمع المصري، 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 الخصخصة، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السنوى الثانى عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، الفيوم، جامعة القاهرة، ٢٠٠١.

١٣) غادة محمد احمد عبد الحليم: الدور الدفاعى للمجلس الشعبى المحلى فى 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 الصديقى : مدخل فى الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعى 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 الريفى 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 المهنى 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 العربي، جامعة حلوان ، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس ٢٠٠٦).
٢٣) محمد شمس الدين احمد: العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية،القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي،١٩٨٦، ص٥١.
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، ص٣٣٣.
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 مدكور 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 ، ص٦٠ .
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 ١٣،٢٠١٠) ص٤٩.

٣٨) أمال صادق، فؤاد أبو حطب: نمو الإنسان (من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين)، (القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ،٢٠١٢)، ص٣٢٧.
٣٩) امل محمد سلامه: الشباب وتنمية المجتمع من منظور الخدمة الاجتماعية، (الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر،٢٠١٠)، ص٣٩.
٤٠) محمد سلامة غباري: التنمية ورعاية الشباب ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث، ٢٠١١ ، ص ١٨٨
٤١) معجم اللغة العربية: المعجم الوجيز ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص ٦١٦
٤٢) إبراهيم مدكور وآخرون : معجم العلوم الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٨٨
٤٣) احمد ذكى بدوي: مرجع سبق ذكره، ص ١٤٠
٤٤) المعجم الوجيز: مرجع سبق ذكره، ص١٧٥.
٤٥) إبراهيم مدكور: معجم العلوم الاجتماعية، مرجع سبق ذكره ١٩٧٥، ص٦٤٤.
٤٦) أحمد زكى بدوى: مرجع سبق ذكره، ص٣٢٣.
٤٧) أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٥، ص٢٠١.
48) Joscph، 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، ص٤٥.
٥٠) أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٥، ص٢٠٢.
٥١) مصطفى مغاورى عبد الرحمن: البرنامج فى خدمة الجماعة وزيادة الوعى الدينى، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٢، ص٩١.
٥٢) فؤاد عبد المنعم البكرى: دور الاتصال المباشر فى تنمية الوعى الاجتماعى، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ١٩٩٦، ص٤٦.
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 الإجتماعية ،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، ص٢٧.
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، ص ٦٩.
٦٣) عاطف محمد شحاته: مقدمة فى علم الاجتماع الطبى "الكتاب الأول"، السيوسيوماتية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص٩٨.
٦٤) النموذج المنهج المدرسى الصحى ذى المردود العملى للمدارس الابتدائية: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، الإسكندرية، ١٩٩١، ص٣.
٦٥) هناء غالب الأمعرى: 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 للتعبئة 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 الهادى المليجى وآخرون: الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠) ص١٧٧.
٧٣) إحصاءات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء،٢٠١٦، ص٣٢٥.
٧٤) عبد المحى محمود صالح والسيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩)، ص١١١.
٧٥) مسعد الفاروق حمودة: تنمية المجتمعات المحلية- الريفية- الحضرية- المستحدثة- الصحراوية (الإسكندرية: المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٥) ص٢٦
٧٦) لمجالس القومية المتخصصة، موسوعة المجالس القومية المتخصصة ، المجلد الرابع عشر، ص٧٦.
٧٧) محمد الجوهرى: الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية من دليل العمل الميدانى لجامعى التراث الشعبى، مرجع سبق ذكره، ص١٩٩
٧٨) المجالس القومية المتخصصة: مرجع سبق ذكره، ص٧٥
٧٩) أشرف عبد الغفار خلاف: المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ، المجلد العاشر الصحة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٨٥ ، ، ص ٣٢٥-٣٣٦.
٨٠) محمد الغريب عبد الكريم: علم الاجتماع الريفى (القاهرة: مكتبة نهضة الشرق، ١٩٨٨)، ص٦٩
٨١) الرعاية الصحية والتأمين فى مصر، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، إصدار ديسمبر ٢٠٠٤.
٨٢) محمد أبو مندور: الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية فى الريف المصرى (القاهرة: مركز المحروسة للبحوث، ١٩٩٦)، ص١٢٢.

٨٣) محجوب عطية الفاندى: مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفى (البيضاء: منشورات جامعة عمر المختار، ١٩٩)، ص١٠٢.
٨٤) المجالس القومية المتخصصة، موسوعة المجالس القومية المتخصصة ١٩٧٤ – ١٩٩١، المجلد الرابع عشر، ص٧٥.
٨٥) محمود عبد المجيد حمدى وناجى بدر إبراهيم: التغير فى بناء المجتمع الريفى – مداخل نظرية وبحوث ميدانية (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥)، ص٢٠٠.
٨٦) هند أبو السعود خطاب وآخرون: دليل التثقيف الصحى مجموعة بحوث الصحة الإنجابية بالتعاون مع دلتا الاستشاريين بدعم من صندوق الأمم المتحدة، ١٩٩٩، ص٥
٨٧) نحو سلوكيات صحية واجتماعية أفضل مهنة الطب الإنسانية، الملتقى الخامس لمؤسسة فريد نومان، ٢٠٠٤.
٨٨) عماد الدين عيد: الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص٥٣.
٨٩) سليمان أحمد على حجر، محمد السيد محمد الأمين: التربية الصحية، مكتبة ومطبعة الغد، القاهرة، ٢٠٠٢، ص٩٠.
٩٠) عاليا حبيب وآخرون : علم الاجتماع الريفى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان ، الأردن، ٢٠٠٩، ٧٧-٧٨
٩١) عاليا حبيب وآخرون: المرجع السابق، ٧٩-٨٠
٩٢) على فؤاد أحمد: علم الاجتماع الريفى، (القاهرة، دار المعارف ط٢، ١٩٩٠)، ص٣٨.
٩٣) ماهر أبو المعاطى على: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٨، ص٥٣.
٩٤) أحمد مصطفى خاطر : طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ١٩٩٤ ، ص ٢٠
٩٥) محمد شفيق: البحث العلمى الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٤ ص ١٠٨
٩٦) عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعى (القاهرة، ط٢، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧١)، ص٢١٠.
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 الثانى، بدون سنة نشر، ص٢٤٧
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