

فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير**الحكومية للأسر الريفية الفقيرة****Effectiveness of health programmes provided by
NGOs for poor rural families****د/ شيما سعيد السيد عبد الحميد**

مدرس تنظيم المجتمع

المعهد العالي للخدمة الإجتماعية بينها

DOI: 10.21608/fjssj.2024.329713.1262 Url: https://fjssj.journals.ekb.eg/article_387217.html

تاريخ إستلام البحث: ٢٠٢٤/٧/١٣ م تاريخ القبول: ٢٠٢٤/٩/١٦ م تاريخ النشر: ٢٠٢٤/١٠/١ م
توثيق البحث: عبد الحميد، شيما سعيد السيد. (٢٠٢٤). فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة. مجلة مستقبل العلوم الإجتماعية. ع. ١٩، ج. (١)، ص-ص: ١٨٩-٢٣٤.

٢٠٢٤ م

الإدارة الإلكترونية وتحقيق التميز المؤسسي بالمؤسسات التخطيطية

المستخلص:

استهدفت الدراسة تحديد مستوى فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة، وتنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات التقييمية، وقد استخدمت منهج المسح الاجتماعي الشامل للعاملين بالمنظمات غير الحكومية وبلغ عددهم (٣٥) مفردة، والمسح الاجتماعي بالعينة العمدية للأسر الريفية الفقيرة وبلغ عددهم (٢٦٥) مفردة، وقد طبقت الباحثة استمارة قياس للعاملين بالمنظمات غير الحكومية والأسر الريفية الفقيرة، وفي النهاية اثبتت نتائج الدراسة أن مستوى أبعاد فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة من وجهة نظر المسؤولين والأسر الريفية الفقيرة مرتفعاً، كما أثبتت أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم (لصعوبات - المقترحات) فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة بما يدل على صحة فروض الدراسة.

الكلمات الدالة: الفاعلية، البرامج الصحية، المنظمات غير الحكومية، الأسر الريفية الفقيرة.

Effectiveness of health programmes provided by NGOs for poor rural families

Abstract:

The study aimed to determine the level of effectiveness of health programs provided by NGOs to poor rural families. This study belongs to the evaluation studies. It used the comprehensive social survey approach for workers in non-governmental organizations, whose number was (35) individuals, and the social survey with the intentional sample of poor rural families, whose number was (265) individuals. The researcher applied a measurement form for workers in NGOs and poor rural families. In the end, the results of the study proved that the level of dimensions of the effectiveness of health programs provided by NGOs to poor rural families from the point of view of officials and poor rural families is high. It also proved that there are statistically significant differences between the responses of poor rural families and officials regarding their identification (of difficulties - suggestions) of the effectiveness of health programs provided by NGOs to poor rural families, which indicates the validity of the study hypotheses.

Keywords: Effectiveness, Health Programs, NGOs, Poor Rural Families.

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

حظيت قضية التنمية الريفية بإهتمام واسع من قبل الدولة، وذلك لإعتبار أن النهوض بالقرية الريفية حق واجب خاصة أن سكان الريف يمثلون أكثر من ٥٧% من سكان جمهورية مصر العربية، ولأهمية التنمية الريفية في الحفاظ علي الموارد البيئية وزيادة الانتاج الزراعي، وتوفير فرص العمل للسكان، وزيادة الدخل بين سكان القرية، بالإضافة إلي الارتقاء بالمستوي التعليمي والصحي والاجتماعي والبيئي لأفراد وجماعات المجتمع الريفي من خلال مشاركتهم في تحسين أحوالهم وتنمية مجتمعاتهم (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، ٢٠١٩، ص ٢٦).

فالمجتمع الريفي ما زال هو المسئول الأول عن الإنتاج الزراعي الذي يعتبر الركيزة التي يعتمد عليها الدخل القومي وعلى الرغم من ذلك فلقد عانى هذا المجتمع وما زال يعاني من الإهمال والظلم والتخلف والحرمان من العديد من الخدمات الأساسية وتنتشر فيه العديد من الأمراض المتوطنة والمعدية وأمراض العيون وتلوث البيئة والأمية... الخ وحتى يمكن الخروج من ذلك يجب إسهام الأهالي في العمل على تحسين أحوالهم وظروفهم المعيشية وتقديم ما يلزم من مختلف الخدمات (شفيق، ٢٠٠٦، ص ٩٥).

ويعاني سكان المجتمع الريفي من العديد من المشكلات الصحية مثل انتشار الأمراض المتوطنة والعادات السلوكية الخاطئة واستخدام الوصفات الشعبية والاعتماد على وسائل العلاج البدائية وقلة الوعي الصحي والجهل بالأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها وعدم الاهتمام بالتحصين ضد الأمراض للوقاية منها. وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (عبد الحليم، ٢٠٠٩).

كما أكدت دراسة ماك برايد وبريندا (Brenda, McBride (2018 إلى أنه على مر العصور وحتى اليوم يعاني مجتمع القرية الريفية من ضعف الخدمات العلاجية والوقائية والتنمية مقارنة بمجتمع المدينة الحضرية الأمر الذي يتطلب تحركاً علمياً للنهوض بالمجتمع الريفي، وقد رصدت الدراسة معاناة مجتمع القرية الريفية من الضعف على مستوى أفرادهم وقياداته وأسرهم ومؤسساته وكذلك التأخر على مستوى جودة الحياة والخدمات والقيم والمهارات والفرص الاقتصادية مقارنة بالمدن والحضر، ومن ثم فهو في حاجة إلى خدمات تخرجه من الحرمان والفقر والتأخر بحيث تكون مبنية على البحث والدراسة ومن ثم البرامج القائمة على أساس تحويل كل أبناء القرية وأسرهم إلى مساهمين بشكل أو بآخر في خدمة مجتمع القرية وتحسين نوعية الحياة لسكانها في كافة جوانبها.

ولذلك فالريف في حاجة ماسة الي زيادة فاعلية البرامج الصحية بإعتبارها محصلة الخبرات التعليمية للفرد التي تؤثر تأثيراً إيجابياً في معلوماته وعاداته واتجاهاته والتي ترتبط بصحة الفرد والمجتمع ومن ثم تجعل الأفراد والجماعات يتبعون السلوك المعزز لشتى جوانب الصحة للإقلال من معدلات الإصابة المرضية والوفيات فهي تهدف إلى أن كون أفراد المجتمع واعين بالقضايا الصحية وعندهم المعلومات والدافع ثم قادرين ومزودين بالمهارات التي تمكنهم من تصحيح الوضع وتلاشى المشكلات مما يدعوهم إلى تصحيح عاداتهم ومعتقدات الصحية (رشاد، ٢٠٠٠، ص ١٤).

حيث تهدف البرامج الصحية الى مساعدة الناس أفرادا وجماعات إلى الاستفادة من المعلومات والحقائق الصحية وتطبيقها في 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 التي يؤثرون بها في صحتهم فهي عملية هامة لمعاونة الناس على ان يتجنبوا الأمراض ويعيشوا حياتهم في صحة.(الصدقي، ١٩٩٩، ص٢٠٦)

وتعد البرامج الصحية المقدمة لسكان المجتمعات الريفية من المقومات الأساسية للمجتمع والتي تكفله الدولة للجميع، حيث تشمل برامج تنمية الوعى الصحى (التثقيف الصحى والصحة البيئية، البرامج الصحية لرعاية الطفولة والأمومة، التطعيم، وتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المتوطنة، العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة، وتوفير الأدوية الضرورية، ونشر الوعى بأسس التغذية الصحية وطرق العلاج التقليدية) (الهيئة العامة للاستعلامات، ٢٠١٨).

فقد أكدت نتائج دراسات عديدة كدراسة حسن (٢٠٠٣)، ودراسة عبدالجليل(٢٠٠٥)، ودراسة قنديل (٢٠٠٧) علي ضرورة توفير البرامج الصحية لمختلف الفئات بالمجتمع الريفي من خلال الاعتماد علي نشر الوسائل التثقيفية علي اختلاف أنواعها، وإعداد البرامج الصحية والإرشادات الخاصة بالتوعية، وإصدار الكتيبات التي تساعد علي سهولة توصيل المعلومات وتسهيل فهم واقتناع المتلقين والتأثير فيهم لكي يتحقق السلوك الصحى السليم، وإكسابهم مهارة توظيف إمكاناتها المتاحة للتعامل مع المرض، تدريبهم على كيفية التعامل مع شخص مريض، وإكسابهم مهارة المشاركة في برامج الجمعيات المرتبطة بتنمية وعيهم الصحى.

وتقوم المنظمات غير الحكومية بمشاركة الدولة في تقديم البرامج الصحية لسكان المجتمع الريفي سواء كانت المرتبطة بالتثقيف الصحى أو الصحة الانجابية أو الامومة والطفولة أو

الاسعافات الاولية وذلك بهدف تثقيف سكان الريف صحيا وتزويدها بالمعارف والمعلومات الصحية وتنمية خبراتهم ومهاراتهم في مجال الصحة، ومواجهة معوقات (نقص الموارد المادية والبشرية اللازمة لتنفيذ برامج تنمية الوعي الصحي، قلة مشاركتهم في برامج تنمية الوعي الصحي، اقتناعه بالعادات والتقاليد الصحية الخاطئة، قلة حضورهم ندوات تنمية الوعي الصحي) والتي تعتبر من أبرز المشكلات التي تواجه سكان الريف، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (خزام، ٢٠٠٦م).

كما أكدت نتائج دراسة هونتر Hunter (٢٠٠٤) علي أهمية قيام المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية بتوظيف واستخدام تقنية الاتصال والانترنت لتقديم الخدمات الصحية لسكان الريف، وكذلك بناء الشراكات وإنشاء الشبكات وزيادة التعاون والتنسيق بين مسؤولي تلك المنظمات، حيث تساهم تلك الوسائل في تنمية وعي سكان الريف بالمعارف والمعلومات الصحية والسلوكيات الخاطئة التي تؤدي إلي انتشار الأمراض.

ولا شك أن فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لسكان الريف يساهم في تغيير وبناء قدرات الأفراد والأسر وإكسابهم الخبرات والمهارات الصحية المختلفة، وان الاستراتيجيات التنفيذية المتبعة داخل تلك المنظمات هي التي تركز علي الحكم والتمويل والتوظيف والمساعدة الفنية والتقويم وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (كارولين و كولين، Carolyn, Colleen، ٢٠٠٣).

الا أن سعي المنظمات غير الحكومية الي زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها لسكان الريف يواجهه بعض المعوقات ومنها ضعف الموارد والإمكانيات المالية والمادية وتعدد الأنظمة الصحية وغياب التنسيق بين تلك المنظمات وعدم وجود سياسة صحية ثابتة، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (أبو هرجه، ٢٠٠٧).

لذا يجب مشاركة المواطنين أنفسهم في تطوير خدمات الرعاية الصحية وتقوية دور الجمعيات الأهلية وزيادة الثقة المتبادلة والتعاون من خلال المسؤولين والعمل الجماعي والاتصال والتفاعل مما يؤدي إلي تقديم خدمة صحية جيدة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (عامر، ٢٠١٣)، ودراسة (الأبشهي، ٢٠١١).

والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تترك أهمية المحافظة على الصحة وتنمية صحة المجتمع وتحقيق الرفاهية للشعوب والمجتمعات فظهر المجال الصحي 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. (السروجي، ٢٠٠٩، ص ٢٧٦)

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. (محمود، ٢٠٠٦، ص ١٢٥)

وتعتبر طريقة تنظيم المجتمع إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التى يقوم بها متخصصون يهتمون بتوجيه سكان المجتمع الريفي 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. (احمد، ١٩٨٦، ص ٥١)

وانطلاقاً من أهميه وحتمية فاعلية البرامج الصحية التى تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة فإنه يتحتم علينا النظر إلى هذا الموضوع ودراسته دراسة دقيقة للوقوف على مستوى فاعلية تلك البرامج الصحية فى تحقيق أهدافها.

ثانياً: المنطلقات النظرية للدراسة: تستند الدراسة الحالية على المنطلقات النظرية التالية:

(١) نموذج الفاعلية:

تعرف الفاعلية بأنها: التعامل مع المواطنين على قدم المساواة فى الحصول على خدمات منظمات الرعاية الاجتماعية (عبدالعال، ٢٠٠٥، ص ١٨٦)

وتعرف أيضا بأنها القدرة على القيام بالأعمال بالشكل الذى يحقق المطلوب (علي، ٢٠٠٣، ص ٨١).

وتساعد دراسة فعالية البرنامج فى التعرف على مدى تحقيق المؤسسة لأهدافها مقاسه بدرجة ما توفر من خدمات وقدرتها على تحقيق أهدافها (علي، ١٩٩٧، ص ٣٦).

وتتحدد مؤشرات قياس الفاعلية فى (مختار، ١٩٩٥، ص ٣٤٢):

- مدى قدرة الخدمة على إحداث تغيير فى أنماط سلوك المستفيدين.

- مدى قدرة الخدمة على تنمية وإثراء معارف المستفيدين.
 - مدى قدرة الخدمة على تعديل اتجاهات المستفيدين مثل: الاتجاه إلى الاستقلالية والاعتماد على النفس بدلا من الاتكالية والاعتماد على الغير.
 - مدى قدرة الخدمة على إكساب المستفيدين خبرات وإتقان مهارات جديدة.
 - مدى قدرة الخدمة على إحداث تغيير في المكانة الاجتماعية للمستفيدين.
 - مدى قدرة الخدمة على إحداث تعديل أو تغيير في الظروف البيئية غير المرغوبة والمعوقة والتي تحول دون تحقيق الخدمة لأهدافها غير المرجوة.
 - مدى قدرة الخدمة على مواجهة وحل مشكلة معينة يواجهها أفراد المجتمع.
 - سهولة بساطة إجراءات حصول أفراد المجتمع على الخدمة.
 - الحصول الفوري على الخدمة أو في أقل وقت ممكن.
 - مدى توافق الخدمة مع توقعات المستفيدين.
 - مدى إتاحة الخدمة للمستفيدين الحقيقيين لها ووضع ضوابط ومحددات تكفل تحقيق ذلك
 - مدى مراعاة الاعتبارات الإنسانية عند تقديم الخدمة لمستحقيها.
 - مدى مراعاة الخدمة لأخلاقيات ومبادئ المهنة عند تقديمها لمستحقيها.
- وسوف تستفيد الباحثة من هذا النموذج في تحديد المؤشرات اللازمة لتحقيق فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الفقيرة وذلك من خلال تحديد:**

- قدرة البرامج الصحية علي مواجهة المشكلات الصحية للأسر الفقيرة.
- قدرة البرامج الصحية علي إشباع احتياجات الأسر الفقيرة.
- قدرة البرامج الصحية علي تزويد الأسر الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة.
- قدرة البرامج الصحية علي تزويد الأسر الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة.
- قدرة البرامج الصحية علي تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الفقيرة.

(٢) نظرية المنظمات:

تستند هذه النظرية على أن للمنظمات دورا في مساعدة المجتمع المحلي في تحقيق أهدافه من خلال مواجهة احتياجاته والعمل على حل مشكلاته(عبداللطيف، ١٩٩٩، ص١٤٣).

حيث تعرف المنظمات على أنها وحدات مخططة تنشأ بطريقة مقصودة لتحقيق أهداف معينة(Richard, W., 1992, p22)

الافتراض الأساسي للنظرية: هو أن منظمات الخدمات الاجتماعية تعتمد على إستقبال المنح لتبقى على قيد الحياة، وتستهدف المنظمات غير الربحية إلى تقديم خدماتها إلى الفقراء والمحتاجين (Donna Hardina, 2002, p18).

وهناك متطلبات تحتاجها المنظمات للقيام بوظائفها هي (صادق، ١٩٩٨، ص ٢١٩):

١. تنمية التفاعل والاتصال الإنساني بين الأعضاء وبين مختلف مكونات المنظمة.
 ٢. إسناد الأدوار الملائمة لأعضاء المنظمة بحيث يقوم كل منهم بالواجبات والأنشطة والمسئوليات التي تتفق مع الدور القائم.
 ٣. تنظيم العلاقات بين مكونات المنظمة بإيجاد التكامل فيما بينها.
 ٤. العمل على أن تبني الأعضاء قيما اجتماعية مشتركة، ومن ضمن هذه القيم الموافقة على أهداف المنظمة والعمل من أجلها.
 ٥. العمل على حصول المنظمة على الموارد التي تحتاجها من البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة بها، واللازمة في تحقيق أهدافها.
 ٦. إيجاد الوسائل اللازمة لتنظيم عملية اتخاذ القرارات في المنظمة، بحيث يتيح ذلك لغالبية الأعضاء فرص المساهمة في عملية اتخاذ القرارات.
 ٧. التنسيق بين الأنشطة التنظيمية بحيث يساعد هذا التنسيق على تحقيق أهداف المنظمة.
 ٨. تنظيم حصول الأعضاء على إشباعات مادية أو معنوية كافية نتيجة مساهمتهم في تحقيق أهداف المنظمة.
 ٩. العمل على تنمية وحدة المنظمة وتكاملها.
 ١٠. إيجاد الوسائل التي تستطيع بها المنظمة تغيير بنائها وأهدافها وتنمية مواردها لكي تتلاءم باستمرار مع الظروف المتغيرة.
- وتستفيد الباحثة من هذه النظرية في الدراسة الحالية في:-

- فهم طبيعة عمل المنظمات غير الحكومية وأهدافها.
- معرفه البرامج التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الفقيرة سواء كانت برامج (اجتماعية - اقتصادية - ثقافية... الخ).
- التعرف على مستويات العلاقات بين المنظمات غير الحكومية وغيرها من المنظمات سواء كانت أهلية أو حكومية بهدف زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها للأسر الفقيرة.
- الوقوف على المعوقات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير

الحكومية للأسر الفقيرة.

ثالثا: صياغة مشكلة الدراسة:

بناءً على المعطيات النظرية للبرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة وما أفرزته الدراسات السابقة من توضيح أبعاد فاعليه تلك البرامج، فإن هذه الدراسة تسعى إلى الإجابة على التساؤلات التالية: ما مستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة؟، ما الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة؟ ما مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة؟.

رابعا: أهمية الدراسة.

- ١- اهتمام الدولة المصرية بقضية الصحة لسكان المناطق الريفية الفقيرة وما تنتفذه من العديد من المبادرات الصحية للنهوض بالمستوي الصحي لتلك المناطق.
- ٢- إلقاء الضوء على الدور المطلوب تحقيقه من المنظمات غير الحكومية من المشاركة في مع الحكومة في تقديم برامج صحية عالية الجودة للأسر الريفية الفقيرة.
- ٣- تحقيق الربط بين المسؤولين عن المنظمات غير الحكومية والاختصاصيين الاجتماعيين والمجتمع في دعم الروابط العلمية والفنية.
- ٤- ضرورة التقييم المستمر لبرامج المنظمات غير الحكومية لتحديد مدى فعاليتها في تحقيق أهدافها.
- ٥- قد تعيد نتائج الدراسة في اثراء البناء النظري للخدمة الاجتماعية بصفه عامة وطريقة تنظيم المجتمع بصفة خاصة فيما يتعلق بفاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.

خامسا: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الى تحقيق الأهداف التالية:

- ١- تحديد مستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.

ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال:

- مواجهة المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة.
- إشباع احتياجات للأسر الريفية الفقيرة.

- تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة.
 - تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة.
 - تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة.
 - ٢- تحديد الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة "
 - ٣- تحديد مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
 - ٤- التوصل الي رؤية مستقبلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع لزيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
- سادسا: فروض الدراسة:

تسعي الدراسة لاختبار صحة الفروض التالية:

- (٥) الفرض الاول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة مرتفعا:
- ويمكن اختبار هذا الفرض من خلال قياس الأبعاد التالية:
- مواجهة المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة.
 - إشباع احتياجات للأسر الريفية الفقيرة.
 - تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة.
 - تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة.
 - تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة.
- (٦) الفرض الثاني للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات المستفيدين والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة "
- (٧) الفرض الثالث للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم للصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة "

(٨) الفرض الرابع للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة "

سابعاً: مفاهيم الدراسة:

(١) مفهوم الفاعلية:

تعني الفاعلية قدرة الشيء علي التأثير (مذكور، ١٩٩٠، ص٣٠٩). وهي القدرة على تحقيق الكفاية أو النتيجة المقصودة تبعاً لمعايير محددة (بدوي، ١٩٩٣، ص١٢٧).

كما تعرف بأنها الدرجة التي يتم بها إنجاز الأهداف المنشودة أو نتائج المشروع في الخدمة الاجتماعية العلاجية هي القدرة علي مساعدة العميل علي تحقيق الأهداف من التدخل في فترة ملائمة من الوقت (السكري، ٢٠٠٠، ص ١٦٩).

وتعرف أيضاً بأنها المدي الذي يحقق فيه البرنامج أهدافه ويتطلب ذلك وجود مؤشرات أو معايير تساعد في الحكم علي البرنامج (عبداللطيف، ٢٠٠٢، ص٢٤). وأيضاً هي مدي نجاح الإدارة في استثمار الموارد والإمكانيات المتاحة في تحقيق الأهداف المخططة وهي تركز علي تكلفة الموارد والإمكانيات المستخدمة في تحقيق الأهداف وإنجازها وهي بلغة التنظيم تتمثل في العلاقة بين المدخلات والمخرجات (السروجي، ٢٠٠٩، ص ١٢٥).

ويقصد بالفاعلية إجرائياً في الدراسة الحالية:

- قدرة البرامج الصحية علي مواجهة المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة.
- قدرة البرامج الصحية علي إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة.
- قدرة البرامج الصحية علي تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة.
- قدرة البرامج الصحية علي تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة.
- قدرة البرامج الصحية علي تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة.

(٢) مفهوم البرامج الصحية:

تعرف البرامج في اللغة بأنها: (ج برامج: في الأصل الورقة الجامعة للحساب وهي خطة يختطها المرء لعمل ما يريد وتعني منهاج) (المنجد في اللغة والإعلام، ١٩٩٨، ص٣٦). وهي مجموعة من الأنشطة التي تعتمد على بعضها البعض والموجهة لتحقيق غرض أو

مجموعة من الأغراض كاستجابة منظمة للمشكلة الاجتماعية (السكري، ٢٠٠٠، ص ٤٠٧). كما أنها توضيح لسير العمل الواجب القيام به لتحقيق الأهداف المقصودة، كما يوفر الأسس الملموسة لإنجاز الأعمال ويحول نواحي النشاط الواجب القيام بها من خلال مدة معينة (درويش، ١٩٩٨، ص ١٣٠).

وتعرف البرامج بأنها تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى تنمية مهارات الفرد ومساعدته على الاستبصار بسلوكه والوعي بمشكلاته وتدريبه على حلها وعلى إتخاذ القرار (ابوالمعاطي وآخرون، ٢٠٠٢، ص ٢٢٢).

وتقصد الباحثة بالبرامج الصحية في ضوء الدراسة الحالية ما يلي:

البرامج التي تنفذها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة سواء كانت برامج مرتبطة (برنامج الصحة الإنجابية، برنامج الإسعافات الأولية، برنامج التنقيف الصحي، برنامج تنظيم الأسرة) وتهدف إلى مواجهة المشكلات الصحية، وإشباع الاحتياجات، وتزويد الأسر الريفية الفقيرة بالمعارف الصحية الجديدة، وتزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة، تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة.

ثامنا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

(١) **نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلي الدراسات النقيمية التي تستهدف قياس فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة، ويتم ذلك من خلال تحديد مدى فعالية تلك البرامج والعوامل المؤثرة على فعاليتها.

(٢) **المنهج المستخدم:** اعتمدت الدراسة علي منهج المسح الاجتماعي

- منهج المسح الاجتماعي بالعينة للأسر الريفية الفقيرة

- منهج المسح الاجتماعي الشامل للمسئولين بالمنظمات غير الحكومية.

(٣) **أدوات الدراسة:** تمثلت أدوات جمع البيانات في:

١- استمارة قياس للأسر الريفية الفقيرة حول فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لهم:

▪ وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

٥. قامت الباحثة بتصميم استمارة قياس للأسر الريفية الفقيرة وذلك بالرجوع إلى التراث النظري، والإطار التصوري الموجه للدراسة، والرجوع إلى الدراسات المتصلة لتحديد العبارات التي ترتبط بأبعاد الدراسة.

٦. صدق الأداة:

(د) **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):** تم عرض الأداة على عدد (٥) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وبناء على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن (٧٥%)، وفي نهاية هذه المرحلة تم صياغة الأداة في صورتها النهائية.

(هـ) **صدق المحتوي " الصدق المنطقي "**: للتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بالإطلاع علي الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت بأبعاد الدراسة. ثم تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة، من حيث تحديد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.

(و) **صدق الاتساق الداخلي:** حيث اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي لاستمارة القياس للأسر الريفية الفقيرة على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (١٠) مفردات من الأسر الريفية الفقيرة مجتمع الدراسة. وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (١) الاتساق الداخلي بين أبعاد استمارة قياس الأسر الريفية الفقيرة ودرجة القياس ككل (ن=١٠)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
١	أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٤٧	**
٢	الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة	٠,٨٣٥	**
٣	مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة	٠,٧٤١	**

**** معنوي عند (٠,٠١) * معنوي عند (٠,٠٥)**

يوضح الجدول السابق أن: معظم أبعاد الأداة دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) لكل بعد على حدة، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

٣. ثبات الأداة: تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا . كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستمارة قياس الأسر الريفية الفقيرة، وذلك بتطبيقها على عينة قوامها (١٠) مفردات من المستفيدين من المنظمات غير الحكومية مجتمع الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (٢) نتائج ثبات استمارة قياس الأسر الريفية الفقيرة باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) (ن=١٠)

م	الأبعاد	معامل (ألفا - كرونباخ)
١	أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨١
٢	الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٣
٣	مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٠
ثبات استمارة قياس الأسر الريفية الفقيرة ككل		٠,٨٤

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

٢- استمارة قياس للمسؤولين حول فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

▪ وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

١. بناء استمارة قياس المسؤولين في صورتها الأولية اعتماداً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة المرتبطة إلى جانب الاستقادة من بعض المقاييس واستمارات القياس المرتبطة بموضوع الدراسة لتحديد العبارات التي ترتبط بأبعاد الدراسة.

٢. صدق الأداة:

(أ) الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض الأداة على عدد (٥) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وبناء على ذلك تم تعديل وإضافة وحذف بعض العبارات وفقاً لدرجة اتفاق لا تقل عن (٧٥%)، وفي نهاية هذه المرحلة تم صياغة الأداة في صورتها النهائية.

(ب) صدق المحتوي " الصدق المنطقي ": للتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بالإطلاع علي الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت

بأبعاد الدراسة. ثم تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة، من حيث تحديد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.

(ج) **صدق الاتساق الداخلي:** حيث اعتمدت الباحثة في حساب الاتساق الداخلي على معامل ارتباط كل بعد في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (١٠) مفردات من المسؤولين مجتمع الدراسة. وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (٣) الاتساق الداخلي بين أبعاد استمارة قياس المسؤولين ودرجة القياس ككل (ن=١٠)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
١	أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٩٨	**
٢	الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٣٦	**
٣	مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٧٧٧	**

** معنوي عند (٠,٠١) * معنوي عند (٠,٠٥)

يوضح الجدول السابق أن: معظم أبعاد الأداة دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) لكل بعد على حدة، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والاعتماد على نتائجها.

٣. **ثبات الأداة:** تم حساب ثبات الأداة باستخدام معامل ثبات (ألفا . كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لاستمارة قياس المسؤولين، وذلك لعينة قوامها (١٠) مفردات من المسؤولين بالمنظمات الدولية مجتمع الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (٤) نتائج ثبات استمارة قياس المسؤولين باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) (ن=١٠)

م	الأبعاد	معامل (ألفا - كرونباخ)
١	أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨٦
٢	الصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٩٠
٣	مقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.	٠,٨١
ثبات استمارة قياس المسؤولين ككل		٠,٨٩

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

▪ تحديد مستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

للحكم على مستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3 - 1 = 2)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (3/2 = 1.5) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (٥) مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١ إلى أقل من ١,٦٧
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١,٦٧ إلى أقل من ٢,٣٥
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ٢,٣٥ إلى ٣

(٤) مجالات الدراسة:

(أ) المجال المكاني: تحدد المجال المكاني في محافظة الشرقية- مركز منيا القمح ممثلة في المنظمات غير الحكومية التالية:

جدول رقم (٦) يوضح المجال المكاني للدراسة ومجتمع الدراسة

م	اسم المنظمة	عدد المستفيدين	عدد المسؤولين
١	جمعية الروضة الخيرية للتنمية	٣٥	٥
٢	جمعية تنمية المجتمع المحلي بمنيا القمح	٥٠	٧
٣	مؤسسة الألفي الخيرية للتنمية	٨٠	٩
٤	جمعية تنمية المجتمع المحلي بالعزيزة	٦٠	٩
٥	جمعية تنمية المجتمع المحلي بالتلين	٤٠	٥
	المجموع	٢٦٥	٣٥

وترجع مبررات اختيار المجال المكاني وتلك المنظمات إلي:

١. من ضمن أهداف تلك المنظمات تقديم البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة.
٢. توافر عدد كافي من الاسر الريفية الفقيرة المستفيدة من البرامج الصحية التي تقدمها تلك المنظمات وموافقتهم للتعاون مع الباحثة.

٣. موافقة المسؤولين بتلك المنظمات علي اجراء الباحثة للدراسة.

(ب) المجال البشري:

- حصر شامل للمسؤولين بالمنظمات غير الحكومية محل الدراسة وعددهم (٣٥) مفردة.
- عينة عمدية من المستفيدين (الاسر الريفية الفقيرة) وبلغ عددهم (٢٦٥) مفردة علي أن يكونوا من المترددين علي المنظمة للاستفادة من البرامج الصحية التي تقدمها في الستة أشهر الاخيرة قبل اجراء البحث.

(ج) المجال الزمني: ويتحدد في الفترة الزمنية من ١٥ / ٣ / ٢٠٢٤م إلى ١٥ / ٦ / ٢٠٢٤م لجمع البيانات من ميدان الدراسة.

(٥) أساليب التحليل الإحصائي: تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 24.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ثبات (ألفا . كرونباخ)، ومعامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

تاسعا: نتائج الدراسة الميدانية:

المحور الأول: وصف مجتمع الدراسة:

(١) وصف الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية مجتمع الدراسة:

جدول (٧) وصف الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية مجتمع الدراسة (ن=٢٦٥)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	السن	٣٨	٣
م	النوع	ك	%
١	ذكر	٨٣	٣١,٣
٢	أنثى	١٨٢	٦٨,٧
م	الحالة الاجتماعية	ك	%
١	متزوج	١٦٥	٦٢,٣
٢	مطلق	٧٠	٢٦,٤
٣	أرمل	٣٠	١١,٣

م	الحالة التعليمية	ك	%
١	أمي	٥٥	٢٠,٨
٢	يقرأ ويكتب	٨٥	٣٢,١
٣	مؤهل متوسط	٦٥	٢٤,٥
٤	مؤهل جامعي	٦٠	٢٢,٦
	المجموع	٢٦٥	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية (٣٨) سنة، وبانحراف معياري (٣) سنوات تقريباً.
 - أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية إناث بنسبة (٦٨,٧%)، بينما ذكور بنسبة (٣١,٣%).
 - أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية متزوجين بنسبة (٦٢,٣%)، ثم مطلق بنسبة (٢٦,٤%)، يليها أرمل بنسبة (١١,٣%).
 - أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية يقرأ ويكتب بنسبة (٣٢,١%)، ثم الحاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (٢٤,٥%)، يليها حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (٢٢,٦%)، وأخيراً أمي بنسبة (٢٠,٨%).
- (٢) وصف المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية مجتمع الدراسة:

جدول (٨) وصف المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية (ن=٣٥)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	السن	٤٤	٦
٢	عدد سنوات الخبرة في مجال العمل	١٢	٣
م	النوع	ك	%
١	ذكر	٢٢	٦٢,٩
٢	أنثى	١٣	٣٧,١
م	المؤهل العلمي	ك	%
١	مؤهل فوق المتوسط	١٠	٢٨,٦
٢	مؤهل جامعي	٢٠	٥٧,١
٣	دراسات عليا	٥	١٤,٣
م	الوظيفة	ك	%
١	مدير تنفيذي	٥	١٤,٣
٢	عضو مجلس إدارة	٧	٢٠
٣	مسئول برامج ومشروعات	٥	١٤,٣
٤	أخصائي اجتماعي	٨	٢٢,٩
٥	إداري	١٠	٢٨,٦

١٠٠ %	٣٥	المجموع
----------	----	---------

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية (٤٤) سنة، وبانحراف معياري (٦) سنوات تقريباً.
 - متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية (١٢) سنة، وبانحراف معياري (٣) سنوات تقريباً.
 - أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية ذكور بنسبة (٦٢,٩%)، بينما الإناث بنسبة (٣٧,١%).
 - أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (٥٧,١%)، ثم الحاصلين علي مؤهل فوق المتوسط بنسبة (٢٨,٦%)، يليها الحاصلين علي دراسات عليا بنسبة (١٤,٣%).
 - أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية وظيفتهم إداري بنسبة (٢٨,٦%)، ثم أخصائي اجتماعي بنسبة (٢٢,٩%)، يليها عضو مجلس إدارة بنسبة (٢٠%)، ثم مدير تنفيذي ومسئول برامج ومشروعات بنسبة (١٤,٣%).
- المحور الثاني: أنواع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

جدول (٩) أنواع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المستفيدون (ن=٢٦٥)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	برنامج الصحة الإنجابية	٢,٥٣	٠,٦	٣
٢	برنامج الإسعافات الأولية	٢,٤١	٠,٥٨	٤
٣	برنامج التثقيف الصحي	٢,٨٢	٠,٤٢	١
٤	برنامج تنظيم الأسرة	٢,٥٧	٠,٥٨	٢

يوضح الجدول السابق أن:

أنواع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المستفيدون مرتفع حيث تمثلت فيما يلي: الترتيب الأول برنامج التثقيف الصحي بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، وجاء بالترتيب الثاني برنامج تنظيم الأسرة بمتوسط حسابي

(٢,٥٧)، وأخيراً برنامج الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٤١). وقد يعكس ذلك تنوع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة والسعي والسعي الدائم لتوفير الموارد المادية اللازمة للارتقاء بمستوي هذه البرامج.

المحور الثالث: أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

(١) **مواجهة المشكلات الصحية:**

جدول رقم (١٠) يوضح مواجهة المشكلات الصحية

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسنولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة في تحديد العوامل والأسباب الحقيقية للمشكلات الصحية	٢,٤١	٠,٥٨	٢	٢,٥٣	٠,٧٨
٢	توفر البرامج الصحية فرص حقيقية للأسر الريفية الفقيرة لاتخاذ قرارات سليمة عند التعرض لمشكلات صحية	٢,١	٠,٥٩	٦	٢,٥٦	٠,٧٤
٣	تساهم البرامج الصحية في حل المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة	٢,١٢	٠,٥٨	٥	٢,٦٨	٠,٦٣
٤	ترشد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة الي الطريق السليم عند حدوث مشاكل صحية	٢,٥٣	٠,٦	١	٢,٦٢	٠,٦٥
٥	تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة علي الاستفادة من خبرات الآخرين في حل المشكلات الصحية	٢,١٨	٠,٦١	٤	٢,٥٩	٠,٦٩
٦	تعرف البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بالأمراض المعدية وطرق الوقاية منها	٢,٢٨	٠,٦٣	٣	٢,٦٧	٠,٦٨
	مواجهة المشكلات الصحية ككل	٢,٢٧	٠,٢٨	متوسط مستوى	٢,٦١	٠,٢٩

يوضح الجدول السابق أن:

- **مستوى مواجهة المشكلات الصحية كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ترشد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة الي الطريق السليم عند حدوث مشاكل صحية بمتوسط حسابي (٢,٥٣). يليه الترتيب الثاني تعرف البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بالأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,٢٨)، وأخيراً الترتيب السادس**

توفر البرامج الصحية فرص حقيقية للأسر الريفية الفقيرة لاتخاذ قرارات سليمة عند التعرض لمشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,١).

- مستوى مواجهة المشكلات الصحية كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦١)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تساهم البرامج الصحية في حل المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٨)، يليه الترتيب الثاني تعرف البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة بالأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,٦٧)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة في تحديد العوامل والأسباب الحقيقية للمشكلات الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥٣). وقد يوضح ذلك أن البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة تساهم في حل المشكلات الصحية ومواجهتها وذلك باكتساب الأسر الريفية الفقيرة الخبرات العلمية لزيادة القدرة علي تحديد العوامل والأسباب الحقيقية لمشكلات الصحية التي تواجههم، وقد يتفق ذلك مع نتائج دراسة (Katherine,2005) التي توصلت إلي أن الشبكات الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في تقديم خدمات الرعاية الطبية للحالات المزمنة الذين لديهم خطر متزايد من الأمراض المزمنة واعتمادهم على الرعاية الصحية لتقديم العلاج لهم من خلال المراكز الطبية.

(٢) إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة:

جدول رقم (١١) يوضح إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسؤولين (ن=٣٥)		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	يتم تصميم البرامج الصحية وفقاً للاحتياجات الفعلية للأسر الريفية الفقيرة	٢,٨٢	٠,٤٢	١	٢,٥٩	٠,٧٤	١
٢	تساهم البرامج الصحية في تنمية التفكير العلمي للأسر الريفية الفقيرة لمواجهة مشكلاتهم الصحية	٢,٤١	٠,٥٨	٤	٢,٥٩	٠,٧٤	١
٣	تهتم البرامج الصحية بإشباع الاحتياجات الصحية المتعددة للأسر الريفية الفقيرة	٢,٥٧	٠,٥٨	٢	٢,٥٩	٠,٧٤	١
٤	تساهم البرامج الصحية في زيادة شعور الأسر الريفية الفقيرة بالأطمئنان على حالتهم الصحية	٢,٥٣	٠,٦	٣	٢,٥٨	٠,٦٩	٢
٥	يتم تطوير البرامج الصحية لتتفق مع التغيرات المجتمعية للأسر الريفية الفقيرة	٢,١٩	٠,٦١	٦	٢,٤٨	٠,٧٤	٤
٦	زادت معارفهم الثقافية من خلال البرامج الصحية	٢,٢٨	٠,٦٣	٥	٢,٥٦	٠,٧	٣
	إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة ككل	٢,٤٨	٠,٢٩	مستوى	٢,٥٧	٠,٣٦	مستوى

مرتفع		مرتفع		
-------	--	-------	--	--

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تصميم البرامج الصحية وفقاً للاحتياجات الفعلية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، يليه الترتيب الثاني تهتم البرامج الصحية بإشباع الاحتياجات الصحية المتعددة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٧)، وأخيراً الترتيب السادس يتم تطوير البرامج الصحية لتتفق مع التغيرات المجتمعية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,١٩).
- مستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تصميم البرامج الصحية وفقاً للاحتياجات الفعلية للأسر الريفية الفقيرة، تساهم البرامج الصحية في تنمية التفكير العلمي للأسر الريفية الفقيرة لمواجهة مشكلاتهم الصحية، تهتم البرامج الصحية بإشباع الاحتياجات الصحية المتعددة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٩)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في زيادة شعور الأسر الريفية الفقيرة بالاطمئنان على حالتهم الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥٨)، وأخيراً الترتيب السادس يتم تطوير البرامج الصحية لتتفق مع التغيرات المجتمعية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٨). وقد يرجع ذلك إلى أهمية مراعاة المنظمات غير الحكومية للتفكير العلمي في تصميم برامجها الصحية لتساعد في تلبية الاحتياجات الفعلية للمستفيدين وزيادة معارفهم الثقافية الصحية، وقد يتفق ذلك مع نتائج دراسة (Chagantipati,2016) التي توصلت إلى تصميم شبكة استشعار ذكية لتحسين موارد الرعاية الصحية، وزيادة في عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الطبية مما ساهم في الوصول سريعاً لتمرير قانون الرعاية بأسعار معقولة.

(٣) تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة:

جدول رقم (١٢) يوضح تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسنولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن المشكلات الصحية بالريف	٢,١٧	٠,٥٣	٤	٢,٧٠	٠,٥٢
٢	تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن المراكز الصحية التي تقدم لهم الخدمات بالريف	٢,١٧	٠,٦٨	٥	٢,٥٩	٠,٦٥
٣	تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعارف عن برامج التأمين الصحي الشامل	٢,٥٢	٠,٦	١	٢,٥٦	٠,٧٤
٤	تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن الاسعافات الأولية اللازمة عند الاصابه بالمرض	٢,٤٥	٠,٦٧	٣	٢,٧٠	٠,٥٢
٥	تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها	٢,١٥	٠,٦٢	٦	٢,٧٩	٠,٤١
٦	تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن أسباب انتشار الأمراض بالريف	٢,٤٦	٠,٧١	٢	٢,٧٩	٠,٤١
	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة ككل	٢,٢٨	٠,٣٥	متوسط	٢,٧	٠,٣

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كما تحددها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعارف عن برامج التأمين الصحي الشامل بمتوسط حسابي (٢,٥٢)، يليه الترتيب الثاني تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن أسباب انتشار الأمراض بالريف بمتوسط حسابي (٢,٤٦)، وأخيراً الترتيب السادس تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,١٥).

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها، تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن أسباب انتشار الأمراض بالريف بمتوسط حسابي (٢,٧٩)، يليه الترتيب الثاني تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن الاسعافات الأولية اللازمة عند الاصابه بالمرض، تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن المشكلات الصحية بالريف بمتوسط حسابي (٢,٧٠)، وأخيراً الترتيب السادس تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعارف عن برامج التأمين الصحي الشامل بمتوسط حسابي (٢,٥٦). وقد يعكس ذلك اهتمام المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية بتزويد الأسر الريفية الفقيرة بالمعارف والمعلومات التي تقيهم الإصابة بالأمراض المختلفة، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (خزام، ٢٠٠٦م).

(٤) تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة:

جدول رقم (١٣) يوضح تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسؤولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	تساهم البرامج الصحية في اكساب الأسر الريفية الفقيرة المهارة في الإسعافات الأولية	٢,٦١	٠,٥٤	١	٢,٦٦	٠,٦٤
٢	تكتسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بخبرات التصرف الايجابي عند مواجهة مشكلات صحية	٢,٥٨	٠,٥٥	٢	٢,٧١	٠,٥٧
٣	تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة في اكتساب الخبرات الجماعية في التعامل مع الآخرين	٢,٢١	٠,٦٢	٥	٢,٦٣	٠,٦
٤	تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة على اكتساب مهارة التعامل عند حدوث الأوبئة	٢,٢	٠,٧	٦	٢,٦	٠,٦٥
٥	علمت البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة أسس التنقيف الغذائي وأساليب التغذية السليمة	٢,٢٩	٠,٦٨	٤	٢,٦	٠,٦
٦	علمت البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة طرق الوقاية من العدوى	٢,٣٧	٠,٦٦	٣	٢,٦	٠,٦
	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة ككل	٢,٣٤	٠,٢٩	مستوى متوسط	٢,٦٣	٠,٢٨

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كما تحددها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٣٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تساهم البرامج الصحية في اكساب الأسر الريفية الفقيرة المهارة في الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٦١)، يليه الترتيب الثاني تكسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بخبرات التصرف الايجابي عند مواجهة مشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,٥٨)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة على اكتساب مهارة التعامل عند حدوث الأوبئة بمتوسط حسابي (٢,٢). وقد يعكس ذلك أهمية البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة حيث تساهم في إكسابهم العديد من الخبرات والمهارات بحيث تصبح قائدة فعالة بالمجتمع قادرة علي توعية الأميات الأخريات بالمجتمع بالأمراض المستجدة، فقد أكدت نتج دراسة (حسن، ٢٠٠٣) أن المنظمات غير الحكومية تعمل علي تنمية الوعي الصحي للأسر الريفية الفقيرة من خلال تنمية مهارات الرعاية الصحية لديهم، ونشر الوسائل التثقيفية الصحية علي اختلاف أنواعها، وإعداد البرامج الصحية والإرشادات الخاصة بالتوعية.
- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦٣)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تكسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بخبرات التصرف الايجابي عند مواجهة مشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,٧١)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في اكساب الأسر الريفية الفقيرة المهارة في الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٦٦)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة على اكتساب مهارة التعامل عند حدوث الأوبئة بمتوسط حسابي (٢,٦). وقر يرجع ذلك إلي أن المسؤولون بالمنظمات غير الحكومية يعملون علي تنفيذ البرامج الصحية التي تكسب الأسر الريفية الفقيرة مهارة توظيف إمكاناتها المتاحة للتعامل مع المرض، تدريبهم على كيفية التعامل مع شخص مريض، وتزويدهم بمهارات الاتصال بالمؤسسات الأخرى التي تنفذ برامج تنمية الوعي الصحي، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (عبد الجليل، ٢٠٠٥)، ودراسة قنديل (٢٠٠٧).

(٥) تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة:

جدول رقم (١٤) يوضح تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسنولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	تكتسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة السلوكيات الصحية السليمة في التعامل مع الآخرين	٢,٨٢	٠,٤٢	١	٢,٥١	٠,٧٨
٢	تساهم البرامج الصحية في تعريف الأسر الريفية الفقيرة بأهمية التطعيمات والأمصال للوقاية من الأمراض	٢,٤١	٠,٥٨	٤	٢,٦٩	٠,٥٨
٣	تمكن البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة من أن يصبحوا أكثر إيجابية في الموقف المرضية	٢,٥٧	٠,٥٨	٢	٢,٧١	٠,٥٧
٤	تعمل البرامج الصحية على تغيير نظرة الأسر الريفية الفقيرة نحو مشكلاته الصحية	٢,٥٣	٠,٦	٣	٢,٤٩	٠,٧
٥	تعديل البرامج الصحية اتجاه الأسر الريفية الفقيرة نحو اتباع الأساليب الصحية الخاطئة في العلاج	٢,١٨	٠,٦١	٦	٢,٥٤	٠,٧
٦	تساعد البرامج الصحية في تغيير سلوك الأسر الريفية الفقيرة تجاه المحافظة على البيئة المحيطة	٢,٢٨	٠,٦٣	٥	٢,٦٦	٠,٥٩
	تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة ككل	٢,٤٧	٠,٢٩	مستوى مرتفع	٢,٦	٠,٢٨

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تكتسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة السلوكيات الصحية السليمة في التعامل مع الآخرين بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، يليه الترتيب الثاني تمكّن البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة من أن يصبحوا أكثر إيجابية في الموقف المرضية بمتوسط حسابي (٢,٥٧)، وأخيراً الترتيب السادس تعديل البرامج الصحية اتجاه الأسر الريفية الفقيرة نحو اتباع الأساليب الصحية الخاطئة في العلاج بمتوسط حسابي (٢,١٨).

- مستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمكن البرامج الصحية الاسر الريفية الفقيرة من أن يصبحوا أكثر إيجابية في الموقف المرضية بمتوسط حسابي (٢,٧١)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في تعريف الاسر الريفية الفقيرة بأهمية التطعيمات والأمصال للوقاية من الأمراض بمتوسط حسابي (٢,٦٩)، وأخيراً الترتيب السادس تعمل البرامج الصحية على تغيير نظرة الاسر الريفية الفقيرة نحو مشكلاته الصحية بمتوسط حسابي (٢,٤٩). وهذا يعكس مدي نجاح البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة في تعديل اتجاهاتهم المرتبطة بالنظافة الذاتية، تغيير الأساليب الصحية الخاطئة لديهم، وهذا ما أثبتته نتائج دراسة (كارولين وكولين Carolyn, Colleen، ٢٠٠٣).

المحور الرابع: الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

جدول رقم (١٥) يوضح الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها

المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسؤولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	ضعف التعاون بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية المعنية بتقديم الرعاية الصحية للأسر الريفية الفقيرة	٢,٥٢	٠,٦٣	٦	٢,٦٩	٠,٥٨
٢	نقص خبرات ومهارات العاملين الصحية بالمنظمات غير الحكومية	٢,٣٩	٠,٦٤	٧	٢,٥٧	٠,٦٥
٣	ضعف الإمكانيات والموارد المالية اللازمة لتحسين البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة	٢,٨٣	٠,٤٢	١	٢,٦٣	٠,٦٥
٤	تردد الأسر الريفية الفقيرة من الاستفادة من البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية	٢,٢٩	٠,٥٥	٣	٢,٦	٠,٦٥
٥	قله اهتمام المنظمات غير الحكومية بالدعاية والإعلان عن برامجها وأنشطتها الصحية	٢,٤٣	٠,٦٢	٢	٢,٥١	٠,٧٤
٦	استخدام وسائل تقليدية في عرض محتوى البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة	٢,١٥	٠,٥٥	٤	٢,٥١	٠,٧

٥	٠,٧	٢,٥٤	٥	٠,٥٦	٢,١٦	مدة البرامج الصحية غير كافية لاستفادة أكبر عدد من الأسر الريفية منها	٧
مستوى مرتفع	٠,٤٩	٢,٥٨	مستوى مرتفع	٠,٥	٢,٤	الصعوبات ككل	

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف الإمكانيات والموارد المالية اللازمة لتحسين البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٨٣)، يليه الترتيب الثاني قله اهتمام المنظمات غير الحكومية بالدعاية والإعلان عن برامجها وأنشطتها الصحية بمتوسط حسابي (٢,٤٣)، وأخيراً الترتيب السابع نقص خبرات ومهارات العاملين الصحيين بالمنظمات غير الحكومية بمتوسط حسابي (٢,٣٩). فقد أثبتت نتائج دراسة (أبو هرجه، ٢٠٠٧). أن سعي المنظمات غير الحكومية الي زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها لسكان الريف يواجهه بعض المعوقات ومنها ضعف الموارد والإمكانيات المالية والمادية وتعدد الأنظمة الصحية وغياب التنسيق بين تلك المنظمات وعدم وجود سياسة صحية ثابتة.
- مستوى الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف التعاون بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية المعنية بتقديم الرعاية الصحية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٩)، يليه الترتيب الثاني ضعف الإمكانيات والموارد المالية اللازمة لتحسين البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٣)، وأخيراً الترتيب السابع قله اهتمام المنظمات غير الحكومية بالدعاية والإعلان عن برامجها وأنشطتها الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥١). فقد أثبتت نتائج دراسة (خزام، ٢٠٠٦) أن هناك العديد من المعوقات التي تواجه المنظمات غير الحكومية في تنفيذ البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة منها قله مشاركتهم في البرامج الصحية التي تنفذها المنظمات غير الحكومية بالمجتمع الريفي، اقتناعهم بالعادات والتقاليد الصحية الخاطئة ورفض تغييرها، قله حضورهم الندوات الصحية.

المحور الخامس: مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

جدول رقم (١٦) يوضح مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة

م	العبارات	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسؤولين (ن=٣٥)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين في المساهمة لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة	٢,٩٥	٠,٢٢	١	٢,٧٧	٠,٥٥
٢	التنسيق مع منظمات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج الصحية المختلفة	٢,٧٤	٠,٤٦	٧	٢,٦٩	٠,٥٣
٣	قياس رضا المستفيدين عن البرامج الصحية المقدمة لهم	٢,٧٩	٠,٤٢	٥	٢,٨٦	٠,٤٣
٤	وضع خطة إعلامية للتعريف بدور المنظمات غير الحكومية وبرامجها الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة	٢,٧٥	٠,٤٥	٦	٢,٧١	٠,٥٧
٥	زيادة الميزانية المخصصة للإنفاق على البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة	٢,٨٢	٠,٣٩	٤	٢,٧٤	٠,٥٦
٦	استثارة الأسر الريفية الفقيرة للأشراك في البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لهم	٢,٨٥	٠,٣٦	٢	٢,٧١	٠,٥٢
٧	بناء الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية المعنية لتنفيذ البرامج الصحية	٢,٨٤	٠,٤١	٣	٢,٧١	٠,٥٢
	المقترحات ككل	٢,٧٨	٠,٣٧	مستوى مرتفع	٢,٧٤	٠,٢٦

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين في المساهمة لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٩٥)، يليه الترتيب الثاني استثارة الأسر الريفية الفقيرة للأشراك في البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لهم بمتوسط حسابي (٢,٨٥)، وأخيراً الترتيب السابع التنسيق مع منظمات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٧٤)، فقد أثبتت نتائج دراسة (عامر، ٢٠١٣)، ودراسة (الابشيهي، ٢٠١١) أنه يجب مشاركة المواطنين أنفسهم في تطوير خدمات الرعاية الصحية وتقوية دور الجمعيات الأهلية وزيادة الثقة المتبادلة والتعاون من خلال المسؤولين والعمل الجماعي والاتصال

والتفاعل مما يؤدي إلي تقديم خدمة صحية جيدة وتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية.

- مستوى مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول قياس رضا المستفيدين عن البرامج الصحية المقدمة لهم بمتوسط حسابي (٢,٨٦)، يليه الترتيب الثاني الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين في المساهمة لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٧٧)، وأخيراً الترتيب السابع التنسيق مع منظمات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٦٩). فقد أكدت نتائج دراسة هونتر (Hunter,2004) علي أهمية قيام المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية بتوظيف واستخدام تقنية الاتصال والانترنت لتقديم الخدمات الصحية لسكان الريف، وكذلك بناء الشراكات وإنشاء الشبكات وزيادة التعاون والتنسيق بين مسؤولي تلك المنظمات، حيث تساهم تلك الوسائل في تنمية وعي سكان الريف بالمعارف والمعلومات الصحية والسلوكيات الخاطئة التي تؤدي إلي انتشار الأمراض.

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

(١) اختبار الفرض الاول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة مرتفعاً:

جدول رقم (١٧) يوضح مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ككل

م	الأبعاد	الأسر الريفية الفقيرة (ن=٢٦٥)			المسؤولين (ن=٣٥)		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	مواجهة المشكلات الصحية	٢,٢٧	٠,٢٨	٥	٢,٦١	٠,٢٩	٣
٢	إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة	٢,٤٨	٠,٢٩	١	٢,٥٧	٠,٣٦	٥
٣	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة	٢,٢٨	٠,٣٥	٤	٢,٧	٠,٣	١
٤	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة	٢,٣٤	٠,٢٩	٣	٢,٦٣	٠,٢٨	٢
٥	تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة	٢,٤٧	٠,٢٩	٢	٢,٦	٠,٢٨	٤
	أبعاد فعالية البرامج الصحية ككل	٢,٣٦	٠,٢١	مستوى مرتفع	٢,٦٢	٠,١٩	مستوى مرتفع

يوضح الجدول السابق أن:

- مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحددها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٣٦)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٨)، يليه الترتيب الثاني تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٧)، وأخيراً الترتيب الخامس مواجهة المشكلات الصحية بمتوسط حسابي (٢,٢٧).

- مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦٢)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة بمتوسط حسابي (٢,٧)، يليه الترتيب الثاني تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة بمتوسط حسابي (٢,٦٣)، وأخيراً الترتيب الخامس إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٧).

(٢) اختبار الفرض الثاني للدراسة: "توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات المستفيدين والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة":

جدول (١٨) الفروق المعنوية بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة (ن=٣٠٠)

م	الأبعاد	مجتمع البحث	العدد(ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية (df)	قيمة t	الدلالة
١	مواجهة المشكلات الصحية	الأسر	٢٦٥	٢,٢٧	٠,٢٨	١١٠	٢,٣٩٧	*
		مسؤولين	٣٥	٢,٦١	٠,٢٩			
٢	إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة	الأسر	٢٦٥	٢,٤٨	٠,٢٩	١١٠	٠,١٢٥	غير دال
		مسؤولين	٣٥	٢,٥٧	٠,٣٦			
٣	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة	الأسر	٢٦٥	٢,٢٨	٠,٣٥	١١٠	٢,٠٥٣	*
		مسؤولين	٣٥	٢,٧	٠,٣			
٤	تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة	الأسر	٢٦٥	٢,٣٤	٠,٢٩	١١٠	١,٤٩٠	غير دال
		مسؤولين	٣٥	٢,٦٣	٠,٢٨			

م	الأبعاد	مجتمع البحث	العدد(ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية (df)	قيمة t	الدلالة
٥	تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة	الأسر	٢٦٥	٢,٤٧	٠,٢٩	١١٠	-	غير دال
		مسئولين	٣٥	٢,٦	٠,٢٨			
	أبعاد فعالية البرامج الصحية ككل	الأسر	٢٦٥	٢,٣٦	٠,٢١	١١٠	-	غير دال
		مسئولين	٣٥	٢,٦٢	٠,١٩			

* معنوي عند (٠,٠٥)

** معنوي عند (٠,٠١)

يوضح الجدول السابق أن:

- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى مواجهة المشكلات الصحية كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المستفيدين.
- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المسئولين.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسئولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.

- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ككل.

(٣) اختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم للصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة (ن=٣٠٠) :

م	الأبعاد	مجتمع البحث	العدد(ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية (df)	قيمة t	الدلالة
١	الصعوبات	الأسر	٢٦٥	٢,٤	٠,٥	١١٠	٢,٨١٠	**
		مسؤولين	٣٥	٢,٥٨	٠,٤٩			

** معنوي عند (٠,٠١) * معنوي عند (٠,٠٥)
يوضح الجدول السابق أن:

توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم للصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المستفيدين.

(٤) اختبار الفرض الرابع للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ":

جدول (٢٠) الفروق المعنوية بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة (ن=٣٠٠)

م	الأبعاد	مجتمع البحث	العدد(ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية (df)	قيمة t	الدلالة
١	المقترحات	الأسر	٢٦٥	٢,٧٨	٠,٣٧	١١٠	-	غير دال
		مسؤولين	٣٥	٢,٧٤	٠,٢٦			

** معنوي عند (٠,٠١) * معنوي عند (٠,٠٥)

يوضح الجدول السابق أن:

لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة. وقد يعكس ذلك توافق المستفيدين والمسؤولين على تلك المقترحات.

عاشرا: النتائج العامة للدراسة:

المحور الاول: وصف مجتمع الدراسة:

(١) أثبتت نتائج الدراسة أن وصف الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير

الحكومية مجتمع الدراسة: جاء كما يلي:

- متوسط سن الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية (٣٨) سنة، وبانحراف معياري (٣) سنوات تقريباً.
- أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية إناث بنسبة (٦٨,٧%)، بينما ذكور بنسبة (٣١,٣%).
- أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية متزوجين بنسبة (٦٢,٣%)، ثم مطلق بنسبة (٢٦,٤%)، يليها أرمل بنسبة (١١,٣%).
- أكبر نسبة من الأسر الريفية الفقيرة المستفيدة من المنظمات غير الحكومية يقرأ ويكتب بنسبة (٣٢,١%)، ثم حاصلين علي مؤهل متوسط بنسبة (٢٤,٥%)، يليها حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (٢٢,٦%)، وأخيراً أمي بنسبة (٢٠,٨%).

(٢) وصف المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية مجتمع الدراسة: أثبتت نتائج الدراسة أن:

- متوسط سن المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية (٤٤) سنة، وبانحراف معياري (٦) سنوات تقريباً.
- متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية (١٢) سنة، وبانحراف معياري (٣) سنوات تقريباً.
- أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية ذكور بنسبة (٦٢,٩%)، بينما الإناث بنسبة (٣٧,١%).
- أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (٥٧,١%)، ثم حاصلين علي مؤهل فوق المتوسط بنسبة (٢٨,٦%)، يليها حاصلين علي دراسات عليا بنسبة (١٤,٣%).

- أكبر نسبة من المسؤولين بالمنظمات غير الحكومية وظيفتهم إداري بنسبة (٢٨,٦%)، ثم أخصائي اجتماعي بنسبة (٢٢,٩%)، يليها عضو مجلس إدارة بنسبة (٢٠%)، ثم مدير تنفيذي ومسؤول برامج ومشروعات بنسبة (١٤,٣%).
- المحور الثاني: أنواع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة: أثبتت نتائج الدراسة أن:
 - أنواع البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المستفيدون مرتفع حيث تمثلت فيما يلي: الترتيب الأول برنامج التثقيف الصحي بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، وجاء بالترتيب الثاني برنامج تنظيم الأسرة بمتوسط حسابي (٢,٥٧)، وأخيراً برنامج الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٤١).
- المحور الثالث: أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة: أثبتت نتائج الدراسة أن:
 - مستوى مواجهة المشكلات الصحية كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ترشد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة الي الطريق السليم عند حدوث مشاكل صحية بمتوسط حسابي (٢,٥٣)، يليه الترتيب الثاني تعرف البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بالأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,٢٨)، وأخيراً الترتيب السادس توفر البرامج الصحية فرص حقيقية الأسر الريفية الفقيرة لاتخاذ قرارات سليمة عند التعرض لمشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,١).
 - مستوى مواجهة المشكلات الصحية كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦١)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تساهم البرامج الصحية في حل المشكلات الصحية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٨)، يليه الترتيب الثاني تعرف البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بالأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,٦٧)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة في تحديد العوامل والأسباب الحقيقية للمشكلات الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥٣).
 - مستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تصميم البرامج الصحية وفقاً للاحتياجات الفعلية للأسر الريفية الفقيرة

بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، يليه الترتيب الثاني تهتم البرامج الصحية بإشباع الاحتياجات الصحية المتعددة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٧)، وأخيراً الترتيب السادس يتم تطوير البرامج الصحية لتتفق مع التغيرات المجتمعية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,١٩).

- مستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول يتم تصميم البرامج الصحية وفقاً للاحتياجات الفعلية للأسر الريفية الفقيرة، تساهم البرامج الصحية في تنمية التفكير العلمي للأسر الريفية الفقيرة لمواجهة مشكلاتهم الصحية، تهتم البرامج الصحية بإشباع الاحتياجات الصحية المتعددة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٩)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في زيادة شعور الأسر الريفية الفقيرة بالاطمئنان على حالتهم الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥٨)، وأخيراً الترتيب السادس يتم تطوير البرامج الصحية لتتفق مع التغيرات المجتمعية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٨).

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كما تحددتها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعارف عن برامج التأمين الصحي الشامل بمتوسط حسابي (٢,٥٢)، يليه الترتيب الثاني تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن أسباب انتشار الأمراض بالريف بمتوسط حسابي (٢,٤٦)، وأخيراً الترتيب السادس تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها بمتوسط حسابي (٢,١٥).

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها، تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن أسباب انتشار الأمراض بالريف بمتوسط حسابي (٢,٧٩)، يليه الترتيب الثاني تزود البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات عن الاسعافات الأولية اللازمة عند الاصابه بالمرض، تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعلومات ومعارف عن المشكلات الصحية بالريف بمتوسط حسابي (٢,٧٠)، وأخيراً الترتيب السادس

تمد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بمعارف عن برامج التأمين الصحي الشامل بمتوسط حسابي (٢,٥٦).

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٣٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تساهم البرامج الصحية في اكساب الأسر الريفية الفقيرة المهارة في الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٦١)، يليه الترتيب الثاني تكسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بخبرات التصرف الايجابي عند مواجهة مشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,٥٨)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة على اكتساب مهارة التعامل عند حدوث الأوبئة بمتوسط حسابي (٢,٢).

- مستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦٣)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تكسب البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة بخبرات التصرف الايجابي عند مواجهة مشكلات صحية بمتوسط حسابي (٢,٧١)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في اكساب الأسر الريفية الفقيرة المهارة في الإسعافات الأولية بمتوسط حسابي (٢,٦٦)، وأخيراً الترتيب السادس تساعد البرامج الصحية الأسر الريفية الفقيرة على اكتساب مهارة التعامل عند حدوث الأوبئة بمتوسط حسابي (٢,٦).

- مستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤٧)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تكسب البرامج الصحية الاسر الريفية الفقيرة السلوكيات الصحية السليمة في التعامل مع الآخرين بمتوسط حسابي (٢,٨٢)، يليه الترتيب الثاني تمكن البرامج الصحية الاسر الريفية الفقيرة من أن يصبحوا أكثر إيجابية في الموقف المرضية بمتوسط حسابي (٢,٥٧)، وأخيراً الترتيب السادس تعدل البرامج الصحية اتجاه الاسر الريفية الفقيرة نحو اتباع الاساليب الصحية الخاطئة في العلاج بمتوسط حسابي (٢,١٨).

- مستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تمكن البرامج الصحية الاسر الريفية الفقيرة من أن يصبحوا أكثر إيجابية في الموقف المرضية بمتوسط حسابي (٢,٧١)، يليه الترتيب الثاني تساهم البرامج الصحية في تعريف الاسر الريفية الفقيرة بأهمية التطعيمات والأمصال للوقاية من الأمراض بمتوسط

- حسابي (٢,٦٩)، وأخيراً الترتيب السادس تعمل البرامج الصحية على تغيير نظرة الاسر الريفية الفقيرة نحو مشكلاته الصحية بمتوسط حسابي (٢,٤٩).
- المحور الرابع: الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة: أثبتت نتائج الدراسة أن:**
- مستوى الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف الإمكانيات والموارد المالية اللازمة لتحسين البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٨٣)، يليه الترتيب الثاني قله اهتمام المنظمات غير الحكومية بالدعاية والإعلان عن برامجها وأنشطتها الصحية بمتوسط حسابي (٢,٤٣)، وأخيراً الترتيب السابع نقص خبرات ومهارات العاملين الصحية بالمنظمات غير الحكومية بمتوسط حسابي (٢,٣٩).
 - مستوى الصعوبات التي تواجه فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسئولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول ضعف التعاون بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية بتقديم الرعاية الصحية للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٩)، يليه الترتيب الثاني ضعف الإمكانيات والموارد المالية اللازمة لتحسين البرامج الصحية المقدمة للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٦٣)، وأخيراً الترتيب السابع قله اهتمام المنظمات غير الحكومية بالدعاية والإعلان عن برامجها وأنشطتها الصحية بمتوسط حسابي (٢,٥١).
- المحور الخامس: مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة: أثبتت نتائج الدراسة أن:**
- مستوى مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحدها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧٨)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين في المساهمة لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٩٥)، يليه الترتيب الثاني استئثار الأسر الريفية الفقيرة للأشترك في البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية لهم بمتوسط حسابي (٢,٨٥)، وأخيراً الترتيب السابع

التنسيق مع منظمات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٧٤).

- مستوى مقترحات زيادة فاعلية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧٤)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول قياس رضا المستفيدين عن البرامج الصحية المقدمة لهم بمتوسط حسابي (٢,٨٦)، يليه الترتيب الثاني الاستعانة بالأخصائيين الاجتماعيين في المساهمة لتنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٧٧)، وأخيراً الترتيب السابع التنسيق مع منظمات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج الصحية المختلفة بمتوسط حسابي (٢,٦٩).

المحور السادس: اختبار فروض الدراسة:

(١) اختبار الفرض الأول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة مرتفعاً: أثبتت نتائج الدراسة أن:

- مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما تحددها الأسر الريفية الفقيرة مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٣٦)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٨)، يليه الترتيب الثاني تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٤٧)، وأخيراً الترتيب الخامس مواجهة المشكلات الصحية بمتوسط حسابي (٢,٢٧).

- مستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة كما يحددها المسؤولون مرتفع حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦٢)، ومؤشرات ذلك وفقاً لترتيب المتوسط الحسابي: الترتيب الأول تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة بمتوسط حسابي (٢,٧)، يليه الترتيب الثاني تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة بمتوسط حسابي (٢,٦٣)، وأخيراً الترتيب الخامس إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة بمتوسط حسابي (٢,٥٧).

(٢) اختبار الفرض الثاني للدراسة: "توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات المستفيدين والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة": أثبتت نتائج الدراسة أن:

- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى مواجهة المشكلات الصحية كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المستفيدين.
 - توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى إشباع احتياجات الأسر الريفية الفقيرة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المسؤولين.
 - لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بمعارف ومعلومات صحية جديدة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
 - لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تزويد الأسر الريفية الفقيرة بخبرات ومهارات صحية جديدة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
 - لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى تعديل وتغيير السلوك الصحي للأسر الريفية الفقيرة كأحد أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة.
 - لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمستوى أبعاد فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ككل.
- (٣) اختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم للصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ": أثبتت نتائج الدراسة أن:

- توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم للصعوبات التي تواجه فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة لصالح استجابات المستفيدين.

(٤) اختبار الفرض الرابع للدراسة: " توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة ": أثبتت نتائج الدراسة أن:

- لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين استجابات الأسر الريفية الفقيرة والمسؤولين فيما يتعلق بتحديدهم لمقترحات زيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة. وقد يعكس ذلك توافق المستفيدين والمسؤولين على تلك المقترحات.

الحادي عشر: التوصل الي رؤية مستقبلية من منظور طريقة تنظيم المجتمع لزيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية للأسر الريفية الفقيرة:

<p>- مدخل الدراسة والمنطلقات النظرية - نتائج الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة - نتائج الدراسة الميدانية</p>	<p>١- الأسس التي تقوم عليها الرؤية المستقبلية</p>
<p>- أهمية البرامج الصحية في تحسين حياة الأسر الريفية الفقيرة. - زياده معارف الأسر الريفية الفقيرة بالمنظمات غير الحكومية ودورها في تقديم البرامج الصحية لهم. - توفير المنظمات غير الحكومية للموارد المادية والبشرية لزيادة فعالية البرامج الصحية التي تقدمها للأسر الريفية الفقيرة.</p>	<p>٢- الافتراضات التي تنطلق منها الرؤية المستقبلية</p>
<p>- وضع خطه شامله لتحديد البرامج الصحية وأهدافها داخل المجتمع الريفي ويشارك فيها خبراء ومتخصصين بالإضافة إلى الأخصائيين الإجتماعيين المهمين بالعمل التنموي. - تعزيز الشراكات المجتمعية بين المنظمات غير الحكومية لدعم البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة. - دعم البرامج الصحية بالامكانيات اللازمه وتوفير ميزانية كافيه لها لتحقيق أهدافها</p>	<p>٣- اليات تنفيذ الرؤية المستقبلية</p>

<p>- تدعيم الاتصال والتنسيق بين المنظمات غير الحكومية والقائمين على البرامج الصحية - زيادة مشاركة الأسر الريفية الفقيرة بالبرامج الصحية التي تنفذها المنظمات غير الحكومية</p>	
<p>- المنظمات غير الحكومية في القري الريفية المختلفة. - القيادات الشعبية بالمجتمع الريفي. - المنظمات الحكومية بالمجتمع الريفي. - الأطباء</p>	<p>٤- انساق العمل المشاركه في تنفيذ الرؤية المستقبلية</p>
<p>- استراتيجيه التعليم والتدريب: وذلك لامداد القائمين على البرامج الصحية بالمعلومات والمهارات اللازمه لتنفيذ وتحقيق اهداف البرامج الصحية. - استراتيجيه التعاون: من خلال تهيئه فرص التعاون بين المنظمات غير الحكومية والقيادات القائمين على البرامج الصحية داخل المجتمع الريفي. - استراتيجيه المشاركه: من خلال الحث على المشاركة في البرامج الصحية ووضع أهدافها والمشاركه في تحقيق تلك الأهداف</p>	<p>٥- الاستراتيجيات المستخدمة في الرؤية المستقبلية</p>
<p>- تكتيك العمل المشترك: بين المنظمات غير الحكومية والقائمين على تنفيذ تلك البرامج الصحية - تكتيك التدريب: لرفع مستوى المشاركين بالبرامج الصحية - تكتيك جمع البيانات والمعلومات: للتعرف على الموارد المتاحة بالمنظمات غير الحكومية والمجتمع والتي يمكن الاعتماد عليها في تحقيق اهداف البرامج الصحية</p>	<p>٦- التكتيكات المستخدمة في الرؤية المستقبلية</p>
<p>- مهارة الاتصال: بين المنظمات غير الحكومية والأسر الريفية الفقيرة لحثهم علي المشاركة في البرامج الصحية - مهارة الاقناع: من خلال اقناع اكبر عدد من الاسر الريفية الفقيرة من حضور الندوات المرتبطة بالتثقيف الصحي لهم</p>	<p>٧- المهارات المستخدمة في الرؤية المستقبلية</p>
<p>- المقابلات - الورش التدريبية</p>	<p>٨- الأدوات المستخدمة في</p>

الاجتماعات - الندوات	الرؤية المستقبلية
- دور المنسق بين المنظمات غير الحكومية التي تشترك في تنفيذ البرامج الصحية للأسر الريفية الفقيرة. - دور الوسيط بين المنظمات غير الحكومية والأسر الريفية الفقيرة. - دور المنمي لخبرات ومهارات العاملين بالبرامج الصحية	٩- الأدوار المستخدمة في الرؤية المستقبلية

المراجع:

- الابشيهي، أحمد عبد الحميد.(٢٠١١). متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الريفية، في منشور في مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد ٢٦، ج٤، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- ابو هرجه، محمد إبراهيم.(٢٠٠٧). تحالف منظمات المجتمع المدني في صنع سياسات الرعاية الصحية في مصر، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- أبوالمعاطي وآخرون، ماهر.(٢٠٠٢). مدخل الخدمة الاجتماعية "مفاهيم - طرق - مجالات"، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- احمد، محمد شمس الدين.(١٩٨٦). العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- بدوى ، أحمد زكى(١٩٩٣). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء.(٢٠١٩). تعداد السكان، سكان الريف.
- حسن، هبة محمود(٢٠٠٣). دور مراكز رعاية الأمومة والطفولة في تنمية مفاهيم ومهارات الرعاية الوالدية، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة حلوان.
- خزام، منى عطية (٢٠٠٦). "شبكة الأمان الاجتماعي ومواجهة مشكلة الفقر لسكان المناطق العشوائية، بحث مقدم في مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج٢٠ع، ج٢.
- درويش، يحيى حسن.(١٩٩٨). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، القاهرة، الشركة المصرية العالمية للنشر، ط١.
- رشاد، نادية محمد.(٢٠٠٠). التربية الصحية والأمان، الإسكندرية: منشأة المعارف.

- السروجي، طلعت مصطفى.(٢٠٠٩). الخدمة الاجتماعية أسس نظريه وممارسة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي جامعة حلوان.
- السروجي، طلعت مصطفى. (٢٠٠٩). التنمية الاجتماعية من الحداثة إلي العولمة. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- السكري، أحمد شفيق.(٢٠٠٠). قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- شفيق، محمد.(٢٠٠٦). الإنسان والمجتمع تطبيقات في علم النفس الاجتماعي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- صادق، نبيل محمد.(١٩٩٨). طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار الثقافة للطباعة والنشر.
- الصدقي، سلوى عثمان.(١٩٩٩). مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- عامر، ولاء أحمد محمود.(٢٠١٣). رأس المال الاجتماعي كمتغير في التخطي لتطوير خدمات الرعاية الصحية في مدينة شبرا الخيمة - محافظة القليوبية، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
- عبد الحليم، غادة محمد احمد.(٢٠٠٩). الدور الدفاعي للمجلس الشعبي المحلي في مواجهة مشكلات المجتمع الريفي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- عبد اللطيف، رشاد أحمد.(١٩٩٩). نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية "مدخل متكامل"، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- عبد اللطيف، رشاد أحمد.(٢٠٠٢). أساليب التخطيط للتنمية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- عبدالجليل، هناء محمد(٢٠٠٥). فعالية تدريس العلوم باستخدام كل من خرائط السلوك والبنائية الاجتماعية في تنمية التربية الأخلاقية ووعي طلاب المرحلة الإعدادية بالمشكلات الصحية المعاصرة، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية.
- عبدالعال، عبدالحليم رضا.(٢٠٠٥). الخدمة الاجتماعية المعاصرة، القاهرة، دار النهضة العربية.

علي، ماهر ابو المعاطي.(١٩٩٧). قياس فعالية الخدمات بالمؤسسات الاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث.

علي، محمد نسيم.(٢٠٠٣). التوأمان الكفاءة والفاعلية، مصر، للخدمات العلمية. قنديل، إيهاب يوسف(٢٠٠٧). تنمية الوعي البيئي والصحي من خلال تدريس القصص الحركية في درس التربية الرياضية، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية الرياضية، جامعة الإسكندرية.

محمود، خالد صالح.(٢٠٠٦). دور الاخصائي الاجتماعي في التوعية الصحية للكشف المبكر عن الأمراض، مؤتمر ضمان الجودة والاعتماد في تعليم الخدمة الاجتماعية في مصر والوطن العربي، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، مارس. مختار، عبد العزيز عبد الله.(١٩٩٥). التخطيط لتنمية المجتمع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

مذكور، إبراهيم.(١٩٩٠). المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، القاهرة.

المنجد في اللغة والإعلام.(١٩٩٨). بيروت، دار المشرق.

الهيئة العامة للاستعلامات، الرعاية الصحية(٢٠١٨)

<http://www.sis.gop.eg/ar/tenplates/articles/tmparticles.aspx?814>.

Carolyn, K. and Colleen, A. (2003). A Framework for Evaluating Comprehensive Community Initiatives ', Journal of Health Promotion Practice. Vol.4(1).

Donna Hardina.(2002). Analytional skills in communing organization, New York, Columbia university Press.

Hunter, E.R.,(2004), Development international and volunteers. N.A.S.W. august.

Katherine Harris Abbott: blending resources informal networks and health care utilization by frail male veterans, PhD, case western reserve university, Ohio, USA, 2005

Mc Bride, Brenda Joy.(2018). 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.

Naga Durga Chagantipati: Design of intelligent sensor network to optimize health care resources, Dissertation M.S. Degree, San Diego State University, California, USA, 2016

Richard, W.(1992). Organization, U.S. A, Prentice – Hall International. Inc.