

التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل برامج التثقيف

الصحي للمسنين

Partnership Planning as an entrance to activate healthy
education programs for the elderly

٢٠٢٣/٢/١٥ تاريخ التسليم
٢٠٢٣/٣/١ تاريخ الفحص
٢٠٢٣/٣/١٥ تاريخ القبول

إعداد

أسماء محمود محمد محمد خليل

Asmaa.Mahmoud7588@social.aun.edu.eg

التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين

اعداد وتنفيذ

أسماء محمود محمد محمد خليل

ملخص الدراسة:

تعد دراسة القضايا المرتبطة بالمسنين وتحديد مستوى الخدمات المقدمة لهم في شتى مناحي الحياة أمراً ضرورياً وحثياً في العصر الذي نعيشه الآن وفي ضوء المتغيرات العالمية لما تشكله فئة المسنين من قطاع عريض في كافة المجتمعات سواء كانت هذه المجتمعات متقدمة أو نامية، بالإضافة إلى عدم إمكانية إغفال هذا القطاع في التنمية التي يسعى أي مجتمع إلى إحداثها وخاصة أن التنمية تتطلب تضافر جهود كل القطاعات لكي يكتب لها النجاح لذا نجد في ظل هذه المتغيرات المحلية والعالمية وسرعة إيقاعها وما تحمله من تداعيات أدت إلى أن الدولة بمفردها لا تستطيع وضع برامج التثقيف الصحي للمسنين بمفردها فأصبح لزاماً عليها إيجاد شريك قومي وفعال لمعاونتها ويعد بناء المجتمع المدني والقطاع الخاص بمنظماته ومؤسساته شريكاً أصيلاً وفعالاً في تفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين، وكذلك تحديد أنواع برامج التثقيف الصحي للمسنين، بالإضافة إلى تحديد العلاقة بين التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف الصحي للمسنين، وتعد الدراسة من نمط الدراسات الوصفية التي استخدمت منهج المسح الاجتماعي بنوعية الشامل وبالعينه، واستخدمت اداتين لجمع البيانات هما استمارة استبيان للعاملين بالجمعيات مجتمع الدراسة (جمعية المركز الثقافي الإسلامي- وجمعية بلال بن رباح - وجمعية آل الحمد)، واستمارة استبيان للمسنين المستفيدين من الجمعيات مجتمع الدراسة (جمعية المركز الثقافي الإسلامي- وجمعية بلال بن رباح - وجمعية آل الحمد)، وتوصلت إلى قبول فروض الدراسة ومن أهمها توجد علاقة طردية داله إحصائياً بين أبعاد التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف التشاركي للمسنين.

الكلمات المفتاحية: التخطيط التشاركي، برامج التثقيف الصحي، المسنين.

Partnership Planning as an entrance to activate healthy education programs for the elderly

Abstract

Studying issues related to the elderly and determining the level of services provided to them in various aspects of life is a necessary and inevitable matter in the era in which we live now and in the light of global changes because the elderly category constitutes a broad sector in all societies, whether these societies are developed or developing, in addition to the fact that this cannot be overlooked The sector is in the development that any society seeks to bring about, especially since development requires the concerted efforts of all sectors in order to be successful

Therefore, we find considering these local and global changes and their rapid pace and the repercussions they bear, which led to the fact that the state alone cannot develop health education programs for the elderly on its own, so it has become imperative for it to find an effective national partner to assist it. Building civil society and the private sector with its organizations and institutions is an authentic and effective partner in activating education programs. health for the elderly

The current study aims to determine the dimensions of Partnership planning in activating health education programs for the elderly, as well as identifying the types of health education programs for the elderly, in addition to determining the relationship between Partnership planning and health education programs for the elderly. Two tools were used to collect data, a questionnaire for workers in the study community associations (Islamic Cultural Center Association - Bilal Bin Rabah Association - and Al Hamad Association), and a questionnaire for elderly beneficiaries of the study community associations (Islamic Cultural Center Association - Bilal Bin Rabah Association - and Al Hamad Association) And I reached to accept the hypotheses of the study, the most important of which is that there is a statistically significant direct relationship between the dimensions of Partnership planning and participatory education programs for the elderly.

Keywords: Partnership planning, health education programs, the elderly

أولاً: مدخل مشكلة الدراسة:

تسعى كافة المجتمعات لتحقيق التنمية في جميع المجالات علي المستوي القومي والمحلي مستفيدة من جهود كافة التخصصات في إطار تكاملي في مجالات التنمية ولاشك أن التنمية كمفهوم تتضمن جانبين هما الجانب الاقتصادي والجانب الاجتماعي وهما في تداخل بحيث يصعب الفصل بينهما ولكي نرفع المستوي التعليمي والصحي والثقافي للمواطنين فإننا نعمل في الوقت نفسه علي تحقيق مستوي أعلى من الكفاية البشرية، وزيادة الإنتاج والدخل وهذه الزيادة بدورها تتطلب مزيداً من الخدمات الاجتماعية. (أبوالعاطي، ٢٠١٢، ٥)

ولذلك أصبحت عملية التنمية تستهدف تحقيق زيادة سريعة وتراكمية خلال فترة من الزمن محددة وقصيرة نسبياً، بغرض إحداث تغييرات نوعية بالإضافة الي التغييرات الكمية وذلك عن طريق الجهود المنظمة، وهي في الوقت ذاته عملية تحويل واستثمار كل الطاقات الذاتية والكامنة والموجودة فعلا بصورة شاملة للاستفادة من الإمكانيات البشرية والمادية المتاحة في وسط اجتماعي معين بقصد تحقيق مستويات أعلى للدخل القومي والدخول الفردية، ومستويات أعلى للمعيشة والحياة الاجتماعية في نواحيها المختلفة كالصحة والتعليم والشباب والأسرة، ومن ثم الوصول الي تحقيق أعلى مستوي ممكن من الرفاهية. (حمزة، ٢٠١٥، ٢٢٨)

فثروة أي مجتمع لا تقتصر علي موارده الطبيعية فحسب، بل تشمل أيضاً الموارد البشرية التي يعتبر استثمارها العامل الأساسي لهذا المجتمع

باعتبار أن ثروته الطبيعية تتركز في موارده البشرية، لذلك برزت أهمية التركيز علي تنمية الموارد البشرية بوصفها أساس أي تقدم وازدهار، وعملت العديد من الدول علي تعليم العناصر البشرية وتدريبها، وبناء قدراتها بهدف الاستثمار الأمثل للموارد البشرية، وضمان مشاركتها في كافة نواحي الحياة. (cormelius, 2008, 30)

لذلك تعمل التنمية البشرية علي بناء قدرات الأفراد التي تمكنهم من المشاركة الفعالة بالعمليات التي تسهم في تشكيل وتحسين حياتهم باستخدام الكثير من الطرق والوسائل كنهج الموارد الذي يساعد في إشباع الاحتياجات ونهج الرعاية الإنسانية. (Selim, 2016, 2)

وتتبع أهمية العنصر البشري من منطلق أن حياة الإنسان ورفاهيته هي الهدف الأساسي في جميع الخطط والبرامج التنموية وأهم دافع وراء ما حققته الإنسانية فالقيام بأي عمل أو مشروع مهما كانت طبيعته لا بد وأن يوجه نحو إشباع احتياجات الإنسان ورفاهيته. (ناجي، ٢٠٠٣، ٢٥١)

لذا تعد دراسة القضايا المرتبطة بالمسنين وتحديد مستوى الخدمات المقدمة لهم في شتى مناحي الحياة أمراً ضرورياً وحتمياً في العصر الذي نعيشه الآن وفي ضوء المتغيرات العالمية لما تشكله فئة المسنين من قطاع عريض في كافة المجتمعات سواء كانت هذه المجتمعات متقدمة أو نامية، بالإضافة إلى عدم إمكانية إغفال هذا القطاع في التنمية التي يسعى أي مجتمع إلى

إحداثها وخاصة أن التنمية تتطلب تضافر جهود كل القطاعات لكي يكتب لها النجاح. (عبدالله، ٢٠١١، ٩١)

فلقد اشارت التقارير الصادرة عن الأمم المتحدة إلى الزيادة المطردة في أعداد المسنين على مستوى العالم حيث طرأ تغير جذري على التركيبة السكانية في العالم في العقود الأخيرة ففي الفترة ما بين عام ١٩٥٠ و عام ٢٠١٠، فقد ارتفع العمر المتوقع في جميع أنحاء العالم من ٤٦ عاما إلى ٦٨ عاما، ويتوقع أن يزيد ليبلغ ٨١ عاماً بحلول نهاية هذا القرن، وهناك الآن ما يقرب على ٧٠٠ مليون نسمة تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاما أو أكثر، لذلك يلزم إيجاد المزيد من الاهتمام للاحتياجات والتحديات الخاصة التي يواجهها العديد من كبار السن. (الجمعية العامة للأمم المتحدة، ٢٠١١، ٤)

خاصة أن للمسنين حاجات رئيسية يجب اشباعها مثل (الحاجة إلى الهواء والماء والمأكل والنوم والملبس والسكن،... الخ) فإن لهم حاجات نوعية مثل الحاجة الي الانتماء الي الجماعات وليس الشعور بالوحدة فهو بحاجة الي ان يشعر بأنه عضو نافع وليس مجرد كم. (سالم ، ٢٠١٥، ٤١)

فتقدم الدول يقاس بمدى فاعلية نظمها في رعاية مواردها البشرية والمادية على حد سواء، ورعاية الموارد البشرية يكون من خلال تقديم أشكال مختلفة من الرعاية لكافة الفئات في المجتمع، خاصة فئة المسنين باعتبارها الفئة الضعيفة في المجتمع والتي تتطلب مزيداً من

الرعاية والاهتمام. (Alain, et al, 2016,) (186)

وهذا ما اشارت اليه دراسة (عبد الحميد عبد المحسن، ١٩٨٣) فمجال رعاية المسنين يمكن أن ننظر إليه من أكثر من زاوية فكبر السن هو مرحلة من مراحل النمو وهي آخرها، ومن ناحية أخرى فإن المسنين يعتبرون طاقة بناءة يمكن استثمارها والاستفادة منها وإلا فانهم سيصبحون عوامل هدم بدلا من ان يصيروا عوامل بناء. (عبدالمحسن، ١٩٨٣، ٩٣)

ويتفق ذلك مع ما أكدت تقرير الأمم المتحدة على ضرورة توفير الحماية للمسنين بأوسع من مسألة والاتجاه نحو علاجهم وضرورة الاتجاه نحو توفير أبعاد رفاهيتهم من خلال ملاحظة العلاقة بين السلامة الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية وهذا الامر يتطلب تعاوناً واسعاً بين الدولة والمجتمع وأسر المسنين والمسنين أنفسهم. (الكردي، ١٩٩٩، ٩٦)

فالاهتمام المجتمعي بكبار السن يتمثل في تعدد احتياجات الإنسان عامة، وكبار السن خاصة في ظل مجتمع معاصر تحيط به متغيرات متعددة تزيد من احتياجات كبار السن، فالتحديث والتطور التقني يجعل كبار السن في حاجة الي الترفيه والترويح عن النفس والتنشيف المستمر للوقوف على جوانب الحياة المعاصرة. (كريم، ٢٠١٠، ٩٧)

ومن الجدير بالذكر أنه حين يتقدم الفرد في العمر لا يحتاج إلى الرعاية البدنية وحدها، ولكنة يحتاج أيضاً إلى الرعاية النفسية؛ حيث يحتاج المسن إلى إشباع حاجاته النفسية والشعور بحب

الأخرين، الامر الذي يضيف السعادة على حياته ويجنبه الشعور بكثير من الاضطرابات النفسية أو المعاناة من الشعور بالوحدة النفسية. (رفاعي، ٢٠٠٥، ٢٢)

وهذا ما اشارت اليه دراسة (محمود، ١٩٩٣) التي استهدفت التعرف على أنواع المشاكل التي يعاني منها المسنون وكانت من أهم نتائجها هو حاجة المسنين للمعيشة في اسر، بجانب الاحتياجات النفسية والعاطفية بشغل وقت الفراغ. وهذا ما اكدت عليه دراسة (عبداللطيف، ٢٠٠١) أن المسنين بحاجة الي الوان متعددة من الرعاية توفر لهم الأمن والاستقرار وتشعرهم بأنهم كيانات مهمة في المجتمع وفي الاسرة وهذه الرعاية قد تكون في بعض الأحيان صحية أو نفسية أو اجتماعية.

وأشارت دراسة موراتاشيو (Murata Chiyoo, 2006) ان حياة كبار السن لا ترتبط فقط بالعمر والوضع الصحي. بل ترتبط بالعوامل البيئية والاجتماعية والنفسية. وتقديم الخدمات المناسبة لهم مما يكون له تأثير إيجابي علي حياة كبار السن. وأشارت إلي ضرورة تقديم البرامج الفعالة في المجتمع الذي يعيشون فيه بما يتناسب مع حاجاتهم الملحة.

وهذا ما أكدته دراسة (نوفل والغرايبة، ٢٠١٢) علي ضرورة الاهتمام باستثمار طاقات المسنين من خلال البرامج والخدمات والأنشطة التي تأهلهم لمواجهة مشكلاتهم.

ولأن صحة الإنسان هي جوهر عملية التنمية البشرية فصحة الإنسان هي المقوم الأول في تنمية المجتمع وازدهاره، هذا على المستوى

المجتمعي، وعلى المستوى الشخصي، فإن صحة الإنسان من أهم ما يملك وخطة التنمية الشاملة للمجتمع المصري وتوجيهات القيادة السياسية نجدها، تعطي الأولوية لصحة المواطن وسلامته وتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين على أرض مصر. (منصور، ٢٠٠٥، ٦)

وقطبي الرعاية الصحية يتمثل في عمليتي الوقاية من الإصابة بالأمراض ولكن أيضا تلعب دور في الاكتشاف المبكر للمرض والعلاج ومنع تدهور الحالة وبناء عليه تكون التوعية الصحية مطلب اجتماعي هام وضروري لأن الوقاية من الإصابة بالأمراض يتوقف نجاحها بالدرجة الأولى على عمليات التوعية الصحية. (عبدالمجيد، ٢٠٠٥، ٣٢٩٦)

وفي مصر تعطي الدولة اهتماما كبيرا للتوعية الصحية وبصفة خاصة وزارة الصحة والسكان فهي تهتم بالتوعية الصحية وتضعها في أولوية برامجها فهناك برنامج التوعية والتثقيف الصحي الشامل لإجراء الدراسات الإعلامية اللازمة ووضع استراتيجية متكاملة لنشر الوعي والإعلام والتسويق لخدمات الوقاية من الأمراض وتستخدم الوزارة العديد من الأدوات في نشر الوعي الصحي منها ورش العمل ودورات تدريبية - إنتاج مواد إعلامية مبسطة تتناسب الأميين وحديثي التعليم مثل المطويات والكتيبات والكروت المزدوجة وتنفيذ ندوات توعية صحية. (وزارة الصحة والسكان، ٢٠٢٠)

ورغم هذه الجهود المبذولة على مستوى المسنين بصفة خاصة أو على مستوى المجتمع المصري بصفة عامة لرفع الوعي الصحي

للمواطن، فوجد أن العديد من الدراسات تشير إلى نقص الوعي الصحي لدى سكان المجتمع المصري، بصفة عامة والمسنين بصفة خاصة. والسبب البديهي في ذلك هو ما يردده المسئولون في الوزارة وما يظهر في تصريحاتهم أو نشرات الوزارة بأن الوزارة تتحمل أكثر من طاقتها وإمكانيتها وتحتاج إلى مشاركة مجتمعية من جانب مؤسسات المجتمع الأخرى خاصة مؤسسات المجتمع المدني لمساعدة الدولة وأجهزتها في خدمة المواطنين والتطوير المؤسسي والقومي، وذلك لسبب بديهي وهو ازدياد السكان مقابل ندرة الموارد. (عويس، ٢٠٠٤، ٣٥٣٣)

فقد اشارت دراسة ملرد (Milred, 2010) في ظل هذه المتغيرات العالمية وسرعة إيقاعها وما تحمله من تداعيات أدت إلى أن الدولة بمفردها لا تستطيع وضع برامج التثقيف الصحي لوحدها فأصبح لزاماً عليها ايجاد شريك قومي وفعال لمعاونتها ويعد بناء المجتمع المدني والقطاع الخاص بمنظماته ومؤسساته شريكاً أصيلاً وفعالاً في تفعيل برامج التثقيف الصحي.

واوضحت دراسة (قاسم، ١٩٩٠) ولذلك اصبحت هناك ضرورة لتحقيق التعاون المتبادل بين الدولة ومنظمات الرعاية الاجتماعية في إطار من العلاقات لتحقيق أهداف مشتركة تتصل بالرعاية والتنمية الاجتماعية بشكل تعاوني فكلما كان هناك تبادل للمنافع والمصالح للمنظمات كلما كان لديها دوافع لاستمرار الاتصال والتعاون المتبادل مع بعضها البعض في تنفيذ الخطط والبرامج المستهدفة

فتعدد صور الاتصال بين المؤسسات الحكومية والاهلية سوف يساعد ذلك على وجود برامج واعضاء مشتركين وعلى وجود اتصال رسمي بينهم وإقامة الحوار المستمر بين مسئولى المؤسسات. (ابو الحسن، ١٩٩٨، ٩٩)

الامر الذي سوف يساعد الجمعيات الاهلية إلى معرفة نظام العمل ونوعية الخدمات التي تقدمها الجمعيات الأخرى ووجود برامج عمل مشتركة بينهم وإقامة الحوار المستمر وتبادل الزيارات الميدانية بين المسئولين. (رشوان، ٢٠٠٥، ٩٤) لقد اكدت دراسة (مصطفى، ٢٠١٠) ولذلك تعمل كلاً من المؤسسات الاهلية والحكومية على أن يكون هناك بجانب الاتصال بعض من التعاون والتنسيق الامر الذي يساعد على زيادة مرونة تقديم الخدمة للمسنين وتسهيل حصولهم عليها بشكل اسرع ويمنع ازدواجية تكرارها حيث أن التنسيق الجيد هو الذي يسعى الى التوفيق بين جهود مختلف التنظيمات الإدارية وذلك لتحقيق الاهداف المرجوة بأعلى درجة من الكفاءة وبأقل تكلفة ممكنة.

فالتنسيق يساعد على زيادة تحقيق التوافق والانسجام والترابط بين عمل المجموعة التي تمارس نشاطاً مشتركاً وتسعى إلى تحقيق هدف مشترك، أي أنه يمنع التضارب والتناقض بينهم ويقوم بتوحيد الجهود المشتركة لتسير معاً في الطريق الذي يحقق الهدف بأفضل صورة ممكنة. (أبو يونس، ١٩٩٥، ٢٤)

وهذا ما اوصت به دراسة (پارح، ٢٠٠٦) حول ضرورة أن يكون هناك تبادل بين المنظمات الحكومية والاهلية في تبادل الأدوات والأجهزة

اللازمة لتنفيذ البرامج والمشروعات التنموية المشتركة وتبادل الامكانيات والموارد المادية والخدمات الوقائية والعلاجية والتنموية.

وهذا ما اكدت عليه دراسة (محمد، ٢٠٠٩) حول ضرورة وجود التبادل بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية لتبادل الإمكانيات والموارد والبرامج فيما بينها بجانب تبادل الخبراء والمتخصصين والخبرات الفنية واستخدام المشورة في المشروعات المشتركة فيما بينهم.

ومن المعلوم أن التخطيط الاجتماعي يسهم في مواجهة العديد من المشكلات الخاصة بالمسنين وذلك من خلال توجيه قادة المجتمع سواء على المستوى الرسمي أو الشعبي لتقديم أوجه الدعم المادي والبشري للمؤسسات الراعية للمسنين للقيام بدورها المستهدف وكذلك التعرف على منظمات رعاية المسنين وأهدافها وبرامجها وطرق الاستفادة من خدماتها وبالتالي توفير الخدمات للفئات المحتاجة وهذا يعتمد على مشاركة كافة القطاعات والمنظمات الحكومية والأهلية. (حسن، ٢٠٠٠، ٢٨٠)

فالتخطيط يساعد في عملية التقييم المستمر للخدمات التي تقدمها المؤسسات، كما يساعد على تطوير الخدمات والبرامج داخل هذه المؤسسات حتى تتناسب مع احتياجات المستفيدين. (السيد، ٢٠١٦، ٩٨)

ونتيجة لأهمية المشاركة في العملية التخطيطية يأتي دور التخطيط التشاركي كأسلوب تنظيمي يهدف إلى تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية خلال مدة زمنية معلومة، وذلك عن طريق حصر إمكانيات المجتمع المادية والبشرية وتعبئة هذه

الإمكانيات وتحريكها نحو تحقيق أهداف المجتمع وغاياته. (ناجي، ٢٠١١، ٤٦)

وتعتمد صياغة سياسات الرعاية الاجتماعية في أي مجتمع على المساحة المتاحة للمشاركة الفاعلة في صياغة تلك السياسات وأطرها الموجهة لتقديم الرعاية الاجتماعية، وأكثر من ذلك في تحديد الأولويات وتنفيذ السياسات ومتابعتها ومراقبه التنفيذ وتقويمها مما يؤثر إيجابيا على ارتباط السياسات الاجتماعية بالواقع المجتمعي، ومن ثم مقابلة الحاجات وتحقيق الأهداف الاجتماعية وأن المشاركة مكملة لمنظومة الدولة ومؤسسات العمل الأهلي. (السروجي، ٢٠٠٤، ١٩٩)

وهذا ما أوضحتها دراسة (السيد، ٢٠٠٧) عن أن التخطيط التشاركي لتحقيق التنمية لن يتحقق إلا من خلال سياسات واعية تشمل الأنساق الاجتماعية والاقتصادية معا بتعميق المشاركة وتوزيع الأعباء بين أطراف التنمية.

وأن عملية المشاركة مكملة لمنظومة الدولة ومؤسسات العمل الأهلي فكلما زادت المشاركة ازدادت كفاءة هذه المؤسسات وكان لها دور أساسي في استعادة التوازن ومواجهة المشكلات. (السروجي، ٢٠٠٤، ١٩٩)

ثانياً: الموجهات النظرية للدراسة:

نظرية الاتصال:

تأتي أهميه نظريه الاتصال في أنها تفسر كيف يتأثر الأفراد بالمعلومات، التي تأتي من بينهم وتأتي من بيئاتهم الاجتماعية، كما أنها تشرح وتفسر كيف يتصل الأفراد وكيف يتبادلون المعلومات ودراسة العمليات المعرفية عند

الأفراد، والتي في ضوءها تصدر منهم الاستجابة (السلوك) ولذلك تركز نظريه الاتصال على فهم مدى إدراك المسنين للمعلومات في إطار مشاعرهم الخاصة وأفكارهم وذاكرتهم واحساسهم المادي وادراكهم للبيئة نفسها. (منصور، ٢٠١٠، ١٨٥)

عناصر عملية الاتصال: (احمد، ٢٠١٣، ٢٤)

١. المرسل: وهو الشخص الذي يؤثر على الآخرين وينصب هذا التأثير على معلوماتهم واتجاهاتهم أو سلوكهم أو معتقداتهم. والمرسل هنا في هذه الدراسة هم جميع الأفراد المحيطين بالمسن وجميع العاملين بالجمعيات الاهلية.

٢. المستقبل: وهو الطرف الذي يتلقى أو يستقبل التأثير من قبل المرسل، وقد يكون المستقبل فرداً أو جماعة، ويمكن الإشارة إليهم في هذه الدراسة بأنهم جماعة المسنين الذين نسعي لتفعيل التثقيف الصحي عندهم.

٣. الرسالة: وقد تكون فكرة أو مجموعة من المعتقدات والاتجاهات والأحاسيس التي يحاول المصدر نقلها إلى المستقبل. وتتمثل في هذه الدراسة بأنها أنشطة وبرامج التثقيف الصحي المطلوب تنميتها وإكسابها للمسنين.

٤. الوسيلة: وهي الوسيلة التي يستخدمها المرسل للتعبير عن رسالته وتوجيهها نحو المستقبل؛ وتتمثل الوسيلة في هذه الدراسة في الادوات والوسائل التي تستخدمها الجمعيات الأهلية مع المسنين لزيادة تفعيل برامج التثقيف الصحي عندهم من خلال

المناقشات الجماعية وزيادة قدرتهم على الاتصال والتواصل مع الآخرين واكسابهم المعلومات اللازمة حول بيئتهم المحيطة وتوعيتهم بحقوقهم داخل المجتمع.

٥. التغذية العكسية: وهي الإجابة التي يجيب بها المستقبل على الرسالة؛ وتتمثل في هذه الدراسة بأنها العائد والفائدة المرتدة من قبل المسنين، والتي توضح الأثر الناتج عن برامج التثقيف الصحي التي تم ممارستها سواء كانت هذه البرامج صحية أو ثقافية أو ترفيهية أو اجتماعية أو غيرها من أنشطة التي تساعد في تنمية برامج التثقيف الصحي.

أوجه الاستفادة من نظرية الاتصال في الدراسة الحالية:

تتمثل في إمكانية نقل المعارف والمهارات والمعلومات اللازمة لتفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين من خلال الاعتماد على التخطيط التشاركي بين المؤسسات الحكومية والأهلية المختصة في التعامل مع المسنين، من خلال التغلب على كافة المعوقات والمشكلات التي تواجه المسنين والتي تساعدهم في زيادة الاستفادة من برامج التثقيف الصحي لهم، ولذلك تسهم نظرية الاتصال على تنمية ما يلي:-

١. يساعد الاتصال في نقل خبرات المسن وآرائه إلى الآخرين أو آراء الآخرين وأفكارهم وخبراتهم إليه

٢. تدعم القدرة على التفاعل والتواصل بين المسنين وبعضهم وبين العاملين في المؤسسات الحكومية والأهلية لتبادل الأفكار

القائمة والمساعدة في تنشيط القدرات
الذهنية لتوليد أفكار جديدة تساعد على زيادة
تفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين.

٣. القدرة على التفاعل والتواصل بين المسنين
وبين العاملين داخل ادارات الجمعيات الأهلية
حيث ان الاتصال يوفر التغذية العكسية
للطرفين.

٤. تساعد مهارة الاتصال في مراقبة البيئة من
خلال تجميع المعلومات وتوزيعها حتى يتمكن
المسنين من التكيف مع الظروف المتغيرة.

٥. يساعد الاتصال في ترابط اجزاء المجتمع
وتوحيد ردود الافعال وتوحيد الرأي العام
داخل المجتمع لزيادة تفعيل برامج التثقيف
الصحي للمسنين.

٦. تساعد في نقل التراث الاجتماعي والثقافي
من خلال فهم الشباب لقيمة وعاداته وتقاليده
التي تحثه على الاهتمام بالمسنين وتلبية
احتياجاتهم فتجعله قادراً على التماسك
والوحدة.

ثالثاً: صياغة مشكلة الدراسة

تعد دراسة القضايا المرتبطة بالمسنين وتحديد
مستوى الخدمات المقدمة لهم في شتى مناحي
الحياة أمراً ضرورياً وحتماً في العصر الذي
نعيشه الآن وفي ضوء المتغيرات العالمية لما
تشكله فئة المسنين من قطاع عريض في كافة
المجتمعات سواء كانت هذه المجتمعات متقدمة أو
نامية، بالإضافة إلى عدم إمكانية إغفال هذا
القطاع في التنمية التي يسعى أي مجتمع إلى
إحداثها وخاصة أن التنمية تتطلب تضافر جهود
كل القطاعات لكي يكتب لها النجاح

لذا نجد في ظل هذه المتغيرات المحلية والعالمية
وسرعة إيقاعها وما تحمله من تداعيات أدت إلى
أن الدولة بمفردها لا تستطيع وضع برامج
التثقيف الصحي للمسنين بمفردها فأصبح لزاماً
عليها إيجاد شريك قومي وفعال لمعاونتها ويعد
بناء المجتمع المدني والقطاع الخاص بمنظوماته
ومؤسساته شريكاً أصيلاً وفعالاً في تفعيل برامج

التثقيف الصحي للمسنين

وبناء على ما سبق يمكن صياغة مشكلة
الدراسة في الاجابة على تساؤل رئيسي مؤداه ما
دور التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل برامج
التثقيف الصحي للمسنين.

رابعاً: أهمية الدراسة:

١. أمرنا الله - سبحانه وتعالى- بالاهتمام
بالمسنين ورعايتهم والمحافظة على
كرامتهم، واعتبر الله - سبحانه وتعالى-
عقوق الوالدين من أكبر الكبائر، ولا يدخل
الإنسان الجنة إذا كان عاقاً لوالديه، حتى لو
كان يصلي ويصوم ويقوم بجميع العبادات،
وأمرنا أن نحسن إلى أصدقائهم والمقربين
منهم في الحياة.

٢. ظهور أمراض مستجدة وأثرها على نوعية
حياة المجتمع بصفه عامة والمسنين بصفه
خاصة.

٣. الاهتمام المحلي بفئة المسنين وإعطائهم
بعض المزايا الاجتماعية والصحية
والاقتصادية في المجتمع المصري.

٤. تأتي أهمية الدراسة من اهتمام الدولة
بقضايا المسنين وتقديم حياة كريمة لهم.

٥. الاهتمام العالمي بدراسة احتياجات ومشكلات المسنين وتوفير سبل الرعاية الاجتماعية لهم.

خامساً: أهداف الدراسة:

١. تحديد أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين.
٢. تحديد أنواع برامج التثقيف الصحي للمسنين.
٣. تحديد العلاقة بين التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف الصحي للمسنين.

سادساً: فروض الدراسة:

- وتحددت فروض الدراسة فيما يلي:
- ١- الفرض الأول: "من المتوقع أن يكون مستوي أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين متوسطاً".
ويمكن قياس هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:
 - التخطيط.
 - التنسيق.
 - التعاون.
 - الاتصال.
 - التبادل.

- ٢- الفرض الثاني: "من المتوقع أن يكون مستوي برامج التثقيف الصحي للمسنين متوسطاً".
ويمكن قياس هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:
 - برامج اجتماعية.
 - برامج صحية.
 - برامج ثقافية.
 - برامج نفسية.

٣- الفرض الثالث: "توجد علاقة طردية داله إحصائيا بين أبعاد التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف التشاركي للمسنين".

سابعاً: مفاهيم الدراسة:

يعد تحديد المفاهيم من الأمور الهامة في البحث العلمي ويحتاج إلى الدقة والتحديد كما أن البحث الاجتماعي إلى جانب انه يستمد اغلب مفاهيمه من لغة الحياة العلمية وسوف نلقي الضوء على هذه المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة.

- مفهوم التخطيط التشاركي.
- مفهوم التثقيف الصحي.
- مفهوم المسنين.

١- مفهوم التخطيط التشاركي: (Partnership Planning):
(أ) المفهوم الاصطلاحي:

يعد مفهوم التخطيط التشاركي أحد المفاهيم التخطيطية التي نودي بها منذ بداية التسعينات من القرن العشرين إذ يؤدي هذا المفهوم إلى وضع برامج أكثر كفاءة من خلال مشاركة الناس أصحاب المشكلة في صنع القرارات مما يزيد من الشفافية والمساءلة.

فالتخطيط التشاركي هو آلية تنسيقية بين طرفين (حكومة ومجتمع مدني) أو عدد من الأطراف (حكومة ومجتمع مدني وقطاع خاص) لديهم اهداف محددة ويرون أن العمل الجماعي سوف يساعد على تحقيقها. (3, 2001, INRAC)

ويعرف التخطيط التشاركي بأنه "عملية يتعدد فيها فرص المشاركة لأفراد المجتمع أو ممثليهم كمسؤولين تجاه مجتمعهم ومسئمة تخطيطيه بجانب الأدوار المهنية للمخططين، لضبط

وتوجيه وترشيد القرار التخطيطي وتنفيذ ومتابعة
وتقويم الخطة بهدف فعالية الخطة في مقابلة
الحاجات ومواجهة المشكلات الاجتماعية في
مجتمع ديمقراطي. (السروجي، ٢٠١٣، ٤٨٤)

كما يعرفه إكسافر (Xavier) علي أنه أفعال من
جانب الناس المحليين وكادر المشروع بغرض
صياغة خطط التنمية واختيار أفضل البدائل
المتاحة لتنفيذها وهو جهد من الاطراف المشاركة
في جدول أعمال مشترك من أجل أفعال التنمية
المستقبلية. (Briggs, 2003, 16)

كما يعرف التخطيط التشاركي أيضا بأنه المنهج
القاعدي للتخطيط، وذلك بعد فشل معظم الآليات
السابقة والتي تتبنى التخطيط المركزي والمنهج
القومي للتخطيط. (حمزة، ٢٠١٥، ٢٥٦)

(ب) المفهوم الاجرائي:-

- من خلال ما سبق يمكن للباحثة وضع تعريفاً
إجرائياً للتخطيط التشاركي كما يلي:

- آلية تنسيقية بين طرفين (حكومة ومجتمع
مدني) أو عدد من الأطراف (حكومة
ومجتمع مدني وقطاع خاص).

- تقوم بينهم شراكة لتعزيز التماسك
والمشاركة في المعلومات.

- من خلال تحديد جدول أعمال مشترك يتم
تنفيذه خلال فترة زمنية معينة.

- يتعدد فيه فرص المشاركة لأفراد المجتمع
أو ممثليهم كمسئولين تجاه مجتمعهم.

- يهدف الي تحسين طرق أساليب العمل من
خلال المستفيدين أنفسهم في الخطط

والسياسات التي تتوافق معهم.

- فينتج عنة صياغة خطط التنمية واختيار
أفضل البدائل المتاحة لتحقيقها.

٢- مفهوم التثقيف الصحي للمسنين:

(أ) المفهوم الاصطلاحي:

يعرف التثقيف الصحي للمسنين بأنه مجموعة من
الانشطة التي يقدمها المتخصصون الاجتماعيون
وغيرهم من المهنيين لمساعدة المسنين ليكونوا
أكثر كفاءة، وقدرة على الاعتماد على أنفسهم
وتقوية العلاقات بينهم. (Ambrosino, 2011,

33)

كما يعرف التثقيف الصحي للمسنين بأنه هو
العملية التي يحصل فيها جميع الأفراد على
التعليم، والثقافة والمهارات المختلفة حول الصحة
العامة، بحيث يتشارك فيها كل فرد من الأفراد
على الرعاية والعناية، ويمكن أن يتم ذلك بشكل
رسمي من خلال متابعة الخطط التعليمية المعدة
لها سابقا، بالإضافة إلي التعليم غير الرسمي من
خلال اكتساب المهارات عن طريق الاستفادة من
تجارب الآخرين غير المخطط لها سواء كانوا من
العاملين في المجال الصحي أو المرض أنفسهم،
ويمكن نشر مثل هذه المعلومات الصحية عن
طريق المتخصصين في المجالات الصحية، الذين
يتوجب عليهم فهم المهارات التعليمية بشكل جيد
بحيث يكون لديهم عمق في مجال خبراتهم،
بالإضافة لدورهم في التثقيف الصحي خاصة حول
القضايا المتعلقة بالصحة والمرض. (قطاع
السكان وتنظيم الأسرة، ٢٠١٧)

من خلال ما سبق يمكن وضع تعريفاً إجرائياً
للتثقيف الصحي وفقاً للدراسة الحالية:

- مجموعة من البرامج والأنشطة التي تنتج للمسنين زيادة وعيهم صحياً واجتماعياً.
- يعتبر أحد العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية.
- يسعى لحل المشكلات التي تواجه المسنين ورفع مستوى حمايتهم.
- عملية متصلة ومستمرة وتراكمية لاكتساب المعلومات.
- يسهل عملية التعلم وتغيير سلوك معين إلى سلوك صحي سليم.

٣- مفهوم المسنين:

- المسنين هم الأفراد الذين تبلغ أعمارهم (٦٠) عاماً فأكثر أما من الناحية الواقعية فهناك من يبلغون الشيخوخة قبل المسنين ومن تتأخر الشيخوخة عندهم إلى ما بعد الستين وقد يرجع ذلك إلى الفروق الفردية والظروف الاجتماعية. (حجازي، ١٩٩٩، ١٢٤)
- فالمسن هو الشخص الذي يبلغ سن الستين عاماً كما حدده قانون المعاشات في مصر. (عبداللطيف، ٢٠١٣، ١٥٤)

من خلال ما سبق يمكن وضع تعريفاً إجرائياً للمسنين وفقاً للدراسة الحالية:

١. الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً.
٢. الأفراد المعرضون أكثر للأمراض نتيجة لتعرضهم للضغوط النفسية والاجتماعية والصحية.
٣. الأفراد الذين ليس لديهم دراسة بأساليب الوعي الصحي.

ثامناً: الإجراءات المنهجية:

أولاً: نوع الدراسة:

- انطلاقاً من مشكلة الدراسة واتساقاً مع أهدافها تم تحديد نوع الدراسة، وهي الدراسة الوصفية
- ثانياً: المنهج المستخدم:-
- تعتمد هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بنوعية (المسح الشامل - والمسح بطريق العينة)

ثالثاً: حدود الدراسة:

(أ) حدود مكانية:

- يتحدد المجال المكاني للدراسة في (جمعية المركز الثقافي الإسلامي لتنمية المجتمع بأسسيوط - وجمعية بلال بن رباح لكفالة اليتيم وتنمية المجتمع بحي غرب بأسسيوط - وجمعية آل الحمد لتنمية المجتمع بأسسيوط).

- وترجع مبررات اختيار المجال المكاني للدراسة للأسباب التالية:

١. تعد تلك الجمعيات أحد الأجهزة الاهلية الفعالة في إشباع الاحتياجات الفعلية للمسنين ومواجهة احتياجات كثيرة لشريحة كبيرة من أفراد المجتمع.

٢. توافر العينة التي يتم تطبيق الدراسة عليها في تلك الجمعيات.

٣. قرب إقامة الباحثة من تلك الجمعيات.

٤. ترحيب المسؤولين داخل تلك الجمعيات على مساعدة الباحثة.

(ب) حدود بشرية:

- ١- يتحدد المجال البشري للدراسة في العاملين داخل ادارات تلك الجمعيات والبالغ عددهم (٦٦) عضو وتم اخذ عينة استطلاعية عدد (١٦) مفردة لإجراء الصدق والثبات عليها ثم تم استبعادها من

عدد (٥٠) مفردة وذلك وفقاً لعام ٢٠٢٢.

العينة الكلية ليصبح عدد العاملين مجتمع الدراسة

جدول (١)

يوضح توزيع عدد العاملين داخل الجمعيات

م	اسم الجمعية	عدد العاملين
١	جمعية المركز الثقافي الإسلامي.	٢٣
٢	جمعية بلال بن رباح.	٢٥
٣	جمعية آل الحمد لتنمية المجتمع.	١٨
	الإجمالي	٦٦

٢- يتحدد المجال البشري للدراسة في الجمهور
المستفيد من المسنين سواء المقيمين داخل تلك
الجمعيات او المترددين عليها وقد بلغ عدد العينة
(١٥٥) مفردة من اجمالي (٢٥٤) مسن وفقاً
لعام ٢٠٢٢م والجدول الآتي يوضح توزيع
الجمهور المستفيد داخل الجمعيات.

جدول (٢)

يوضح توزيع عدد الجمهور المستفيد داخل الجمعيات

م	اسم الجمعية	عدد المستفيدين
١	جمعية المركز الثقافي الإسلامي.	١٤٦
٢	جمعية بلال بن رباح.	٩٨
٣	جمعية آل الحمد لتنمية المجتمع.	١٠
	الإجمالي	٢٥٤

- حيث أن:

$N =$ حجم مجتمع الدراسة.

$n =$ حجم العينة المطلوب.

$Z =$ الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى معنوية

(٠.٠٥) ومستوى الثقة (٠.٩٥) = (١.٩٦)

$d =$ نسبة الخطأ الذي يمكن التجاوز عنه

وأكبر قيمة له (٠.٠٥)

$P =$ القيمة الاحتمالية وتساوي ٠.٥٠

- نوع العينة وحجمها:

تم تطبيق قانون الحجم الأمثل للعينة والذي بلغ

حجمها (١٥٥) مفردة من الجمهور المستفيد من

اجمالي (٢٥٤) وفقاً للقانون الآتي:

(Thompson, 2012, 59)

$$n = \frac{N \times P(1 - P)}{[(N - 1)(d^2 \div Z^2) + P(1 - P)]}$$

- ثم تم استخدام العينة الطبقية المنتظمة لمعرفة
العدد المناسب من الجمهور المستفيد من كل

جمعية، والجدول الآتي يوضح توزيع عدد
الجمهور المستفيد وحجم العينة المطلوب.

جدول (٣)

يوضح توزيع عدد الجمهور المستفيد داخل الجمعيات وحجم العينة المطلوب من كل جمعية

م	اسم الجمعية	المستفيدين	حجم العينة المطلوب
١	جمعية المركز الثقافي الإسلامي.	١٤٦	٨٩
٢	جمعية بلال بن رباح.	٩٨	٦٠
٣	جمعية آل الحمد لتنمية المجتمع.	١٠	٦
	الإجمالي	٢٥٤	١٥٥

وتم تحديد ذلك من خلال استخدام أسلوب العينة
الطبقية ذات التوزيع المتناسب من خلال استخدام
قانون طريقة التوزيع المتناسب كالتالي: (علي،
٢٠٠٥، ٢٠٠٥)

$$\text{طريقة التوزيع المتناسب} = \frac{\text{حجم الطبقية}}{\text{حجم المجتمع الكلي}} \times \text{الحجم الأمثل للعينة}$$

رابعاً: أدوات الدراسة:

- (أ) استمارة استبيان للعاملين بالجمعيات مجتمع
الدراسة (جمعية المركز الثقافي الإسلامي-
وجمعية بلال بن رباح - وجمعية آل الحمد) :-
تم بناء استبيان التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل
برامج التنشيف الصحي للمسنين من خلال
الخطوات التالية:

١- المرحلة التمهيديّة: في هذه المرحلة قامت الباحثة
بالرجوع إلى مجموعة من الدراسات المتصلة
بالدراسة، وقامت بالاطلاع على الاستمارات
والمقاييس الخاصة بهذه الدراسات، واستفادت
الباحثة في الحصول على بعض المتغيرات
المتصلة بموضوع الدراسة.

٢- مرحلة صياغة عبارات الاستمارة: وفي هذه
المرحلة قامت الباحثة بتحديد أسئلة الاستمارة
المرتبطة بكل فقرة من الفقرات السابقة بناء على
أهداف الدراسة وتم عرضها على هيئة الاشراف
والسادة المحكمين ثم تعديلها، وذلك بحذف بعض

- وبالتالي يكون حجم العينة المطلوب من
الجمهور المستفيد من المسنين داخل تلك
الجمعيات هو (١٥٥) مفردة ثم تم اخذ عينة
استطلاعية منهم لإجراء الصدق والثبات عليها
عدد (٢٥) مفردة وتم استبعادها من المجتمع
الكلي ليصبح مجتمع الدراسة النهائي عدد
(١٣٠) مفردة.

(ج) حدود زمنية:

وهي فترة اجراء الدراسة الميدانية والتي بدأت
من الفترة ١/٨/٢٠٢٢م إلى ١٥/١٠/٢٠٢٢م

الاسئلة وبإضافة اسئلة جديدة أخرى وقد تضمنت
المحاور الأتية:

(أ) البيانات الأولية الخاصة بالعاملين داخل تلك
الجمعيات.

(ب) تحديد آليات التخطيط التشاركي بين
الجمعيات لتفعيل برامج التثقيف الصحي
للمسنين.

(ج) تحديد برامج التثقيف الصحي للمسنين.

وقد تم مراعاة الآتي عند إعداد وتصميم عبارات
الاستمارة وفقاً لما يلي:

- أن تشتمل كل عبارة على فكرة واحدة.

- عدم استخدام الكلمات التي تحمل أكثر من معنى.

ولذلك بلغ إجمالي عدد العبارات للاستبانة (٥٤)

عبارة، وتم تحديد الاستجابات (نعم، إلى حد ما،

لا)، كما تم تحديد الدرجات المعيارية بواقع (٣،

٢، ١).

٣- صدق الأداة: حيث قامت الباحثة بإجراء صدق

الاستمارة من خلال الآتي:

(أ) الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

حيث تم عرض الأداة على عدد (٢٠) من أعضاء
هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة
أسيوط وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان
 وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة اسوان لإبداء
الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة
اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بمتغيرات
الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم الاعتماد على
نسبة اتفاق (٨٥%) كمتوسط لآراء السادة
المحكمين حول المحاور الرئيسية للاستبانة، وقد
تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض،
وبناء على ذلك تم صياغة الاستبانة في صورتها
النهائية.

آراء السادة المحكمين حول محاور استمارة
الاستبيان الخاصة بالعاملين داخل الجمعيات
مجتمع الدراسة:

جدول (٤)

(ن = ٢٠)

يوضح آراء السادة المحكمين حول محاور الاستبيان

م	المحاور	مناسب		غير مناسب	
		ك	%	ك	%
المحور الأول	آليات التخطيط التشاركي.	١٧	٨٥	٣	١٥
المحور الثاني	برامج التثقيف الصحي للمسنين.	١٦	٨٠	٤	٢٠
	المتوسط العام لمحاور الاستبيان		٨٢.٥ %		

- يوضح الجدول السابق أن:

النسبة المئوية لآراء حول محاور الاستبيان قد

تراوحت من (٨٠% : ٨٥%) وقد ارتضت

الباحثة نسبة ٨٠% كمتوسط عام لآراء لمحاور

الاستبيان بناء على آراء السادة المحكمين.

(ب) صدق المحتوى " الصدق المنطقي "

وللتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بما يلي:

- الاطلاع على الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة.
- تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلى الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة، وذلك لتحديد آليات التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف الصحي للمسنين وكذلك تحديد صعوبات ومقترحات التخطيط التشاركي لتفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين.

(ج) صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي على معامل ارتباط كل عبارة مع محورها وكذلك على صدق اتساق كل محور مع الدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (١٦) مفردة من العاملين بالجمعيات مجتمع الدراسة ثم تم استبعادها من العينة الكلية. وقد تبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (٥)

(ن = ١٦)

يوضح الاتساق الداخلي لارتباط كل المحاور بالدرجة الكلية للاستبانة

م	المحاور	عدد العبارات	قيمة الارتباط	الدلالة
١	آليات التخطيط التشاركي.	٣٠	٠.٨٨٠	**
٢	برامج التثقيف الصحي.	٢٤	٠.٧٧١	**

** معنوي عند ٠.٠١

* معنوي عند ٠.٠٥

- يوضح الجدول السابق أن:

يوجد اتساق داخلي بين الأبعاد وبين المجموع الكلي للاستبانة إذ جاءت نسبة الدلالة عند (٠.٠٠١%) مما يؤكد صدق الاستبانة وصلاحتها للتطبيق.

(د) حساب ثبات الاستبانة:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدمت الباحثة (معادلة ألفا كرونباخ)

((Cronbach's Alpha α)) للتأكد من ثبات أداة الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من (١٦) وقد تم استبعادها من العينة الكلية، والجدول رقم (٩) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

جدول (٦)

(ن = ١٦)

يوضح نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) لأبعاد آليات التخطيط التشاركي

م	الأبعاد	عدد العبارات	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	التخطيط.	٦	٠.٨٥٤
٢	التنسيق.	٦	٠.٩٤٢
٣	التعاون.	٦	٠.٨١٠
٤	الاتصال.	٦	٠.٨٦٩
٥	التبادل.	٦	٠.٩١٨
ثبات ابعاد آليات التخطيط التشاركي ككل.		٣٠	٠.٩٦٣

- يوضح الجدول السابق أن: كحد أعلى، وهذا يدل على أن الأبعاد تتمتع بدرجة
معامل الثبات العام لأبعاد آليات التخطيط عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق
التشاركي مرتفع حيث بلغ (٠.٩٦) لأجمالي فقرات الأبعاد (٣٠) عبارة، فيما تراوح ثبات
الأبعاد ما بين (٠.٨١) كحد ادنى وبين (٠.٩٤) (٠.٧٠) كحد أدنى للثبات. (Nunnally,)
اعتمد (1994, 264)

جدول رقم (٧)

(ن = ١٦)

يوضح نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) لأبعاد برامج التثقيف الصحي للمسنين

م	الأبعاد	عدد العبارات	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	البرامج الصحية.	٦	٠.٩١١
٢	البرامج الاجتماعية.	٦	٠.٨٤٠
٣	البرامج الثقافية.	٦	٠.٨٧٩
٤	البرامج النفسية.	٦	٠.٩٢٧
ثبات ابعاد برامج التثقيف الصحي ككل.		٢٤	٠.٩٥٥

- يوضح الجدول السابق أن: وهذا يدل على أن الأبعاد تتمتع بدرجة عالية من
معامل الثبات العام لأبعاد برامج التثقيف الصحي للمسنين مرتفع حيث بلغ (٠.٩٦) لأجمالي فقرات
الأبعاد (٢٤) عبارة، فيما تراوح ثبات الأبعاد ما بين (٠.٨٤) كحد ادنى وبين (٠.٩٣) كحد أعلى،
(٠.٧٠) كحد أدنى للثبات.

استمارة استبار للمسنين المستفيدين من
الجمعيات مجتمع الدراسة (جمعية المركز
الثقافي الإسلامي- وجمعية بلال بن رباح -
وجمعية آل الحمد) :-

تم بناء استبار التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل
برامج التثقيف الصحي للمسنين من خلال
الخطوات التالية:

١- المرحلة التمهيدية: في هذه المرحلة قامت الباحثة
بالرجوع إلى مجموعة من الدراسات المتصلة
بالدراسة، وقامت بالاطلاع على الاستمارات
والمقاييس الخاصة بهذه الدراسات، واستفادت
الباحثة في الحصول على بعض المتغيرات
المتصلة بموضوع الدراسة.

٢- مرحلة صياغة عبارات الاستمارة: وفي هذه
المرحلة قامت الباحثة بتحديد اسئلة الاستبار
المرتبطة بكل فقرة من الفقرات السابقة بناء على
أهداف الدراسة وتم عرضها على هيئة الاشراف
والسادة المحكمين ثم تعديلها، وذلك بحذف بعض
الاسئلة وبإضافة اسئلة جديدة أخرى وقد تضمنت
المحاور الآتية:

أ- البيانات الأولية الخاصة بالمستفيدين من
الجمعيات مجتمع الدراسة.

ب- تحديد آليات التخطيط التشاركي بين الجمعيات
لتفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين.

ت- تحديد برامج التثقيف الصحي للمسنين.
وقد تم مراعاة الآتي عند إعداد وتصميم عبارات
الاستمارة وفقاً لما يلي:

- أن تشتمل كل عبارة على فكرة واحدة.
- عدم استخدام الكلمات التي تحمل أكثر من معنى.
- ولذلك بلغ إجمالي عدد العبارات للاستبار (٥٤) عبارة،
وتم تحديد الاستجابات (نعم، إلى حد ما، لا)، كما تم تحديد الدرجات المعيارية بواقع (٣، ٢، ١).

٣- صدق الأداة: حيث قامت الباحثة بإجراء صدق
الاستبار من خلال الآتي:

(أ) الصدق الظاهري (صدق المحكمين):
حيث تم عرض الأداة على عدد (٢٠) من أعضاء
هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة
أسيوط وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان
وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة اسوان لإبداء
الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة
اللغوية للعبارات من ناحية وارتباطها بمتغيرات
الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم حذف بعض
العبارات وإعادة صياغة البعض، وبناء على ذلك
تم صياغة الاستبانة في صورتها النهائية.

أراء السادة المحكمين حول محاور استمارة
الاستبار الخاصة بالمسنين المستفيدين من
الجمعيات مجتمع الدراسة:-

جدول رقم (٨)

(ن = ٢٠)

يوضح آراء السادة المحكمين حول محاور الاستبار

غير مناسب		مناسب		المحاور	م
ك	%	ك	%		
٤	٢٠%	١٦	٨٠%	آليات التخطيط التشاركي.	المحور الأول
٣	١٥%	١٧	٨٥%	برامج التثقيف الصحي للمسنين.	المحور الثاني
			٨٣%	المتوسط العام لمحاور الاستبار	

- يوضح الجدول السابق أن:

النسبة المئوية للآراء حول محاور الاستبار قد تراوحت من (٨٠% : ٨٥%) وقد ارتضت الباحثة نسبة ٨٣% كمتوسط الآراء لمحاور الاستبار بناء على آراء السادة المحكمين.
(ب) صدق المحتوي " الصدق المنطقي " :
وللتحقق من هذا النوع من الصدق قامت الباحثة بما يلي:

- الاطلاع على الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت أبعاد الدراسة.

- تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلى الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الارتباط بمشكلة الدراسة، وذلك لتحديد آليات التخطيط التشاركي وبرامج التثقيف الصحي للمسنين وكذلك تحديد صعوبات ومقترحات التخطيط

التشاركي لتفعيل برامج التثقيف الصحي للمسنين.

(ج) صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق الاتساق الداخلي على معامل ارتباط كل عبارة مع البعد الذي تنمي اليه وعلى ارتباط الأبعاد مع المحاور التي تنتمي اليها وكذلك على ارتباط كل محور مع الدرجة الكلية للاستبار، وذلك لعينة قوامها (٢٥) مفردة من المسنين المستفيدين من الجمعيات مجتمع الدراسة ثم تم استبعادها من العينة الكلية. وقد تبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول كما يتضح من الجدول التالي:

جدول رقم (٩)

(ن = ٢٥)

يوضح الاتساق الداخلي لارتباط كل المحاور بالدرجة الكلية للاستبانة

م	المحاور	عدد العبارات	قيمة الارتباط	الدلالة
١	آليات التخطيط التشاركي.	٣٠	٠.٨٦١	**
٢	برامج التثقيف الصحي.	٢٤	٠.٧٨٣	**

** معنوي عند ٠.٠١

* معنوي عند ٠.٠٥

- يوضح الجدول السابق أن:

يوجد اتساق داخلي بين المحاور وبين المجموع الكلي للاستبار إذ جاءت نسبة الدلالة عند (٠.٠١%) مما يؤكد صدق الاستبار وصلاحيته للتطبيق.

(٥) حساب ثبات الاستبانة:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبار) استخدمت الباحثة (معادلة ألفا كرونباخ) (Cronbach's Alpha α) للتأكد من ثبات أداة الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من (١٦) وقد تم استبعادها من العينة الكلية،

والجدول رقم (١٧) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

جدول رقم (١٠)

يوضح نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) لأبعاد آليات التخطيط التشاركي (ن = ٢٥)

م	الابعاد	عدد العبارات	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	التخطيط.	٦	٠.٨٤٣
٢	التنسيق.	٦	٠.٩٤٩
٣	التعاون.	٦	٠.٨٣٩
٤	الاتصال.	٦	٠.٨٩٢
٥	التبادل.	٦	٠.٨٨٨
ثبات أبعاد آليات التخطيط التشاركي ككل.			٠.٩٦٢

يوضح الجدول السابق أن: كحد أعلى، وهذا يدل على أن الاستتار يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة بحسب مقياس نانلي والذي اعتمد (٠.٧٠) كحد أدنى للثبات.

معامل الثبات العام لأبعاد آليات التخطيط التشاركي مرتفع حيث بلغ (٠.٩٦) لأجمالي فقرات الابعاد (٣٠) عبارة، فيما تراوح ثبات الابعاد ما بين (٠.٨٤) كحد ادنى وبين (٠.٩٥)

جدول رقم (١١)

(ن = ٢٥)

يوضح نتائج الثبات باستخدام معامل (ألفا . كرونباخ) لأبعاد برامج التثقيف الصحي للمسنين

م	الابعاد	عدد العبارات	معامل (ألفا . كرونباخ)
١	البرامج الصحية.	٦	٠.٩٣٧
٢	البرامج الاجتماعية.	٦	٠.٨٥٦
٣	البرامج الثقافية.	٦	٠.٨٧٣
٤	البرامج النفسية.	٦	٠.٩٣٧
ثبات لأبعاد برامج التثقيف الصحي للمسنين ككل.			٠.٩٤٩

يوضح الجدول السابق أن:

معامل الثبات العام لأبعاد برامج التنشيف الصحي للمسنين ككل مرتفع حيث بلغ (٠.٩٥) لأجمالي فقرات الابعاد (٢٤) عبارة، فيما تراوح ثبات الابعاد ما بين (٠.٨٦) كحد ادنى وبين (٠.٩٤) كحد أعلى، وهذا يدل على أن الاستتار يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة بحسب مقياس نانلي والذي اعتمد (٠.٧٠) كحد أدنى للثبات.

خامساً: أساليب التحليل الكمي والكيفي:

اعتمدت الباحثة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

(أ) أسلوب التحليل الكيفي: بما يتناسب مع طبيعة موضوع الدراسة.

(ب) أسلوب التحليل الكمي: حيث تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 25.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية:

١. التكرارات والنسب المئوية.
٢. المتوسط المرجح:

وتم حسابه للمقياس الثلاثي عن طريق:
المتوسط المرجح = ك (نعم) × ٣ + ك (إلى حد ما) × ٢ + ك (لا) × ١ / ن.

كيفية الحكم على مستوى التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل برامج التنشيف الصحي للمسنين يمكن الحكم على مستوى التخطيط التشاركي كمدخل لتفعيل برامج التنشيف الصحي للمسنين باستخدام المتوسط الحسابي حيث 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 (٣ - ١ = ٢)، ثم تم تقسيمة على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٣/٢ = ١.٥) 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 رقم (١٢)

مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١ إلى ١.٦٦
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ١.٦٧ إلى ٢.٣٣
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من ٢.٣٤ إلى ٣

المرجح فإن العبارة التي انحرافها المعياري أقل تأخذ الترتيب الأعلى.

٤. المدى: ويتم حسابه من خلال الفرق بين أكبر قيمة وأقل قيمة.

٣. الانحراف المعياري: ويفيد في معرفة مدى تشتت أو عدم تشتت استجابات الباحثين، كما يساعد في ترتيب العبارات مع المتوسط المرجح، حيث أنه في حالة تساوى العبارات في المتوسط

٥. معامل ثبات (ألفا. كرونباخ): لقيم الثبات التقديرية لأدوات الدراسة.

٦. اختبار كاي ٢ Chi-Square، اختبار حسن أو جودة التطابق Goodness - of - Fit Tests : وذلك للتحقق من أن نتائج استجابات العينة يمكن تعميمها على نتائج المجتمع الكلي.

٧. معامل ارتباط بيرسون R: وذلك لحساب الصدق من خلال حساب معامل ارتباط كل عبارة بالمحور الذي تنتمي اليه وكذلك حساب ارتباط كل محور بالدرجة الكلية.

٨. الأعمدة التكرارية: وذلك لوصف استجابات المبحثن في أشكال بيانية.

٩. اختبار "ف" وهو اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لدلالة الفروق لأكثر من عينتين.

١٠. اختبار "ت" وهو اختبار (T. Test) لاختبار الفروق الجوهرية لعينتين.

تاسعاً: نتائج الدراسة:

(١) اختبار الفرض الأول للدراسة: من المتوقع أن يكون مستوى درجة أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التنقيف الصحي للمسنين متوسطاً. (أ) اختبار الفرض الأول للدراسة جزئياً كما يحدده العاملين والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوى درجة أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التنقيف الصحي للمسنين متوسطاً:

جدول رقم (١٣)

يوضح مستوى آليات التخطيط التشاركي بالجمعيات كما يحددها العاملين (ن = ٥٠)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	التخطيط	٢.٢٩	٠.٦٠	متوسط	٣
٢	التنسيق	٢.٢٤	٠.٦٣	متوسط	٥
٣	التعاون	٢.٢٨	٠.٥٨	متوسط	٤
٤	الاتصال	٢.٣٤	٠.٦٠	مرتفع	٢
٥	التبادل	٢.٤٠	٠.٦٣	مرتفع	١
آليات التخطيط التشاركي ككل		٢.٣١	٠.٥٧	المستوى العام متوسط	

- يوضح الجدول السابق أن:-
- طبيعة ابعاد التخطيط التشاركي كما يحددها العاملين بالجمعيات, تمثلت فيما يلي:-
- جاء في الترتيب الأول التبادل بمتوسط حسابي (٢.٤٠)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٣) بمستوى مرتفع.
- جاء في الترتيب الثالث التخطيط بمتوسط حسابي (٢.٢٩)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٠) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الثاني الاتصال بمتوسط حسابي (٢.٣٤)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٠) بمستوى مرتفع.

- جاء في الترتيب الرابع التعاون بمتوسط حسابي (٢.٢٨)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٨) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الخامس التنسيق بمتوسط حسابي (٢.٢٤)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٣) بمستوى مرتفع.
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام لمستوى ابعاد التخطيط التشاركي جاءت بمتوسط عام بلغ)

- (٢.٣١) بمستوى متوسط، مما يجعلنا نقبل الفرض الأول جزئياً كما يحدده العاملين.
- (ب) اختبار الفرض الاول للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون مستوي درجة أبعاد التخطيط التشاركي في تفعيل برامج التنقيف الصحي للمسنين متوسطاً:

جدول رقم (١٤)

يوضح مستوى ابعاد التخطيط التشاركي بالجمعيات كما يحددها المستفيدين (ن = ١٣٠)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	التخطيط	٢.٢٩	٠.٦٠	متوسط	٣
٢	التنسيق	٢.٢٤	٠.٦٣	متوسط	٥
٣	التعاون	٢.٢٨	٠.٥٨	متوسط	٤
٤	الاتصال	٢.٣٤	٠.٦٠	مرتفع	٢
٥	التبادل	٢.٤٠	٠.٦٣	مرتفع	١
آليات التخطيط التشاركي ككل		٢.٣١	٠.٥٧	المستوى العام متوسط	

- يوضح الجدول السابق أن:-
- طبيعة ابعاد التخطيط التشاركي كما يحددها المستفيدين بالجمعيات، تمثلت فيما يلي:
- جاء في الترتيب الأول التبادل بمتوسط حسابي (٢.٤٠)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٥) بمستوى مرتفع.
- جاء في الترتيب الثاني الاتصال بمتوسط حسابي (٢.٣٥)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٢) بمستوى مرتفع.
- جاء في الترتيب الثالث التعاون بمتوسط حسابي (٢.٢٧)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦١) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الرابع التخطيط بمتوسط حسابي (٢.٢٦)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٢) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الخامس التنسيق بمتوسط حسابي (٢.٢٨)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٨) بمستوى متوسط.
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام لمستوى ابعاد التخطيط التشاركي جاءت بمتوسط عام بلغ (٢.٢٩) بمستوى متوسط، مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين.

(٢) اختبار الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه "من المتوقع أن تكون درجة مستوى برامج التثقيف الصحي للمسنين متوسطاً.

(أ) اختبار الفرض الثاني للدراسة جزئياً كما يحدده العاملين والذي مؤداه "من المتوقع أن تكون

درجة مستوى برامج التثقيف الصحي للمسنين متوسطاً.

جدول رقم (١٥)

يوضح مستوى برامج التثقيف الصحي للمسنين بالجمعيات كما يحددها العاملين (ن = ٥٠)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	البرامج الصحية	٢.٢٥	٠.٥٧	متوسط	١
٢	البرامج الاجتماعية	٢.٢٠	٠.٥٨	متوسط	٣
٣	البرامج الثقافية	٢.١٥	٠.٥٣	متوسط	٤
٤	البرامج النفسية	٢.٢٥	٠.٦٣	متوسط	٢
برامج التثقيف الصحي للمسنين ككل		٢.٢١	٠.٥٤	المستوى العام متوسط	

- يوضح الجدول السابق أن:-
طبيعة برامج التثقيف الصحي للمسنين، تمثلت فيما يلي:
- جاء في الترتيب الأول البرامج الصحية بمتوسط حسابي (٢.٢٥)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٧) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الثاني البرامج النفسية بمتوسط حسابي (٢.٢٥)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٣) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الثالث البرامج الاجتماعية بمتوسط حسابي (٢.٢٠)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٨) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الرابع البرامج الثقافية بمتوسط حسابي (٢.١٥)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٣) بمستوى متوسط.
- وبالنظر للجدول نجد ان نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام لبرامج التثقيف الصحي بالجمعيات جاءت بمتوسط عام بلغ (٢.٢١) بمستوى متوسط. مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة جزئياً كما يحدده العاملين.
- (ب) اختبار الفرض الثاني للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين والذي مؤداه "من المتوقع أن تكون درجة مستوى برامج التثقيف الصحي للمسنين متوسطاً.

جدول رقم (١٦)

يوضح مستوى برامج التثقيف الصحي للمسنين بالجمعيات كما يحددها المستفيدين (ن = ١٣٠)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	البرامج الصحية	٢.٢٣	٠.٦٠	متوسط	١
٢	البرامج الاجتماعية	٢.١٩	٠.٦١	متوسط	٣
٣	البرامج الثقافية	٢.١٢	٠.٥٦	متوسط	٤
٤	البرامج النفسية	٢.٢٣	٠.٦٥	متوسط	٢
برامج التثقيف الصحي للمسنين ككل		٢.١٩	٠.٥٧	المستوى العام متوسط	

-يوضح الجدول السابق أن:-

طبيعة برامج التثقيف الصحي للمسنين، تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول البرامج الصحية بمتوسط حسابي (٢.٢٣)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٠) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الثاني البرامج النفسية بمتوسط حسابي (٢.٢٣)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦٥) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الثالث البرامج الاجتماعية بمتوسط حسابي (٢.١٩)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٦١) بمستوى متوسط.
- جاء في الترتيب الرابع البرامج الثقافية بمتوسط حسابي (٢.١٢)، وبانحراف معياري قدرة (٠.٥٦) بمستوى متوسط.
- وبالنظر للجدول نجد ان نتاجه تشير إلي أن المتوسط العام لبرامج التثقيف الصحي بالجمعيات

جاءت بمتوسط عام بلغ (٢.١٩) بمستوى متوسط. مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين.

(٣) اختبار الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه "توجد علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التثقيف الصحي للمسنين".

(أ) اختبار الفرض الثالث للدراسة جزئياً كما يحدده العاملين والذي مؤداه "توجد علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التثقيف الصحي للمسنين".

جدول رقم (١٧)

يوضح العلاقة بين التخطيط التشاركي وبين تحسين برامج التنقيف الصحي للمسنين

الارتباطات			
		التخطيط التشاركي	برامج التنقيف الصحي
اللامركزية	ارتباط بيرسون	١	.٨٧٠**
	مستوى الدلالة		.٠٠٠
	حجم المجتمع	٥٠	٥٠

** معنوي عند ٠.٠١

* معنوي عند ٠.٠٥

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التنقيف الصحي حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون ($R = ٠.٨٧$) ومستوى الدلالة عند (٠.٠٠١). مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة جزئياً كما يحدده العاملين والذي مؤداه توجد علاقة طردية ذات دلالة احصائية

بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التنقيف

الصحي للمسنين"

(ب) اختبار الفرض الثالث للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين والذي مؤداه توجد علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التنقيف الصحي للمسنين."

جدول رقم (١٨)

يوضح العلاقة بين التخطيط التشاركي وبين تحسين برامج التنقيف الصحي للمسنين

الارتباطات			
		التخطيط التشاركي	برامج التنقيف الصحي
اللامركزية	ارتباط بيرسون	١	.٨٣١**
	مستوى الدلالة		.٠٠٠
	حجم المجتمع	١٣٠	١٣٠

** معنوي عند ٠.٠١

* معنوي عند ٠.٠٥

يوضح الجدول السابق أن:

توجد علاقة طردية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج التنقيف الصحي حيث كانت قيمة معامل ارتباط بيرسون ($R = ٠.٨٣$) ومستوى الدلالة عند (٠.٠٠١). مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة جزئياً كما يحدده المستفيدين والذي مؤداه توجد علاقة طردية ذات دلالة

احصائية بين التخطيط التشاركي وتحسين برامج

التنقيف الصحي للمسنين"

عاشراً: توصيات الدراسة:

١. زيادة القدرة لدى المسنين على تكوين علاقات اجتماعية سليمة.
٢. تزويد المسنين بكيفية الحصول على حقوقهم.
٣. زيادة تدعيم الثقة في النفس لدى المسنين.

٤. تزويد أفراد المجتمع بالإرشادات التي تساعد في التعامل مع المسنين.
٥. زيادة الوعي العام المجتمعي باحتياجات المسنين.
٦. العمل على زيادة القدرة لدى المسنين على الاتصال مع الآخرين.
٧. تقديم معلومات واضحة حول البيئة المحيطة بالمسنين.
٨. زيادة اشتراك المسنين في المناقشات المجتمعية.
٩. الاطلاع على كل ما هو جديد في التعامل مع المسنين.
١٠. الاعداد المهني الجيد للأخصائيين في مجال المسنين.
١١. تخفيف الأعباء الملقاة على المسنين.
١٢. توافر خطة بالإدارات للتعامل مع المسنين.

مراجع البحث:

المراجع العربية:

١. إبراهيم أبو الحسن (١٩٩٨): التكامل بين الجهود الحكومية والأهلية لتحقيق أهداف التنمية الريفية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، مصر.
٢. أحمد إبراهيم حمزة (٢٠١٥): التخطيط الاجتماعي، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
٣. احمد الحجر الكردي (١٩٩٩): أهمية تفعيل القيم الدينية في المجتمع لرعاية المسنين. من أبحاث ندوة المسنين من منظور إسلامي، الكويت.
٤. احمد صادق رشوان (٢٠٠٥): التكامل بين الجمعيات الأهلية وتمكين المرأة المعيلة، المؤتمر الثامن عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٥. أحمد عبدالفتاح ناجي (٢٠٠٣): إدارة التنمية في ظل عالم متغير، ط٢، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٦. أحمد عبدالفتاح ناجي (٢٠١١): التخطيط للتنمية في الدول النامية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
٧. أسماء سعيد محمد (٢٠٠٩): التكامل بين المنظمات غير الحكومية وأثره على تحقيق المشروعات المجتمعية لأهدافها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٢٧، ٢٠٠٧.
٨. أماني عبده السيد (٢٠٠٧): الاقتصاد غير الرسمي كمتغير في التخطيط التشاركي لتنمية المجتمع، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٩. الجمعية العامة للأمم المتحدة (٢٠١١): الدورة السادسة والثلاثون متابعة السنة الدولية لكبار السن، نيويورك، بند ٢٧.
١٠. حمدي محمد منصور (٢٠١٠): الخدمة الاجتماعية المباشرة (نظريات ومقاييس)، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.
١١. رشاد عبداللطيف (٢٠٠١): في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
١٢. رفعت عبدالباسط محمود (١٩٩٣): سياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين دراسة في مشكلات واحتياجات المسنين، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان. المؤتمر العلمي للخدمة الاجتماعية السابع العدد الثاني.
١٣. زيزيت مصطفى نوفل، فاكر محمد الغرابية (٢٠١٢): برنامج مقترح لاستخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتنمية تقدير المسن المقيم بدور رعاية المسنين لذاته، بحث منشور للمؤتمر الخامس والعشرون، مجلد ٣، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
١٤. سامية بارح (٢٠٠٦): نحو تصور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التكامل بين المنظمات الحكومية وغير الحكومية لرعاية

٢٢. عصمت منصور (٢٠٠٥): ضرورة إعطاء الأولوية لصحة المواطن، مجلة الصحة والسكان، العدد الخامس القاهرة .،
٢٣. فداء حسين مصطفى (٢٠١٠): نحو إنموذج لعملية التنسيق بين المؤسسات الأهلية في محافظة بيت لحم، رسالة ماجستير، معهد التنمية المستدامة، جامعة القدس.
٢٤. قطاع السكان وتنظيم الأسرة (٢٠١٧): دورة تدريب تنمية المهارات في التسويق الاجتماعي لخدمات تنظيم الأسرة.
٢٥. لبنى عبدالمجيد (٢٠٠٥): خبرات وتجارب دولية في التوعية المجتمعية، مؤتمر الخدمة الاجتماعية والاصلاح الاجتماعي في المجتمع العربي المعاصر، (القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية) - جامعة حلوان، (٢٠٠٥/١٧/١٦).
٢٦. ماهر أبو المعاطي (٢٠١٢): الاتجاهات الحديثة في التنمية الشاملة (معالجة محلية ودولية وعالمية لقضايا التنمية)، الإسكندرية، المكتب الجامعي.
٢٧. ماهر أبو المعاطي على (٢٠٠٥): البحث الاجتماعي في الخدمة الاجتماعية، ط١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٢٨. محمد أحمد رفاعي (٢٠٠٥): فاعلية برنامج ارشادي في خفض الإحساس بالوحدة النفسية لدى المسنين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

- الاطفال المعاقين ذهنيا وأسرهم، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٢٠.
١٥. سماح سائم (٢٠١٥): ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين، القاهرة، دار المسيرة.
١٦. شريف سنوسي عبداللطيف (٢٠١٣): ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين. أسيوط، مكتبة هابي ريت
١٧. طلعت مصطفى السروجي (٢٠٠٤): السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، القاهرة، دار الفكر العربي.
١٨. عبد الحميد عبد المحسن (١٩٨٣): الرعاية الاجتماعية للمسنين في المجتمع المصري، المؤتمر الثامن الدولي للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الاجتماعية والسكانية، القاهرة
١٩. عبد الكريم عطا كريم (٢٠١٠): الصحة النفسية في مرحلة الشيخوخة المنهج الوقائي والعلاجي نموذجاً، قسم الجودة والاعتماد، مجلة جامعة ذي قار، المجلد ٦، العدد ١.
٢٠. عبد المحي محمود حسن (٢٠٠٠): الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٢١. عزت حجازي (١٩٩٩): خطه العمل مع المسنين، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية،
جامعة حلوان، العدد الثلاثون، الجزء التاسع.

٣٦. هناء محمد السيد (٢٠١٦): آليات تمكين

المنظمات غير الحكومية لتحقيق الحماية
الاجتماعية للأسر الفقيرة بالمناطق العشوائية،
مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية
للأخصائيين الاجتماعيين، ع ٥٥.

٣٧. وزارة الصحة والسكان: مكتب المستشار

الإعلامي للوزارة.

٣٨. المراجع الأجنبية:

٣٩. Alain, B., et al (2016): Towards

Are – definition of Development
(essay and discussion on the
nature of development in an
international perspective), U.K.
pergman press.

٤٠. Center for international forestry

research (CIFOR) (2007): To
wards Wellbeing in forest
Communities, Contributors and
.Copy right information

٤١. INRAC (2001): NGO and

Partnership, GO Policy Briefing
.PaPer, NO 4

٤٢. Milred T. mushunje, Muriel mafico

(2010): social protection for
orphans and vulnerable children
in Zimbabwe. Journal of

٢٩. محمد باهي ابويونس (١٩٩٥): الوجيه في
أصول الإدارة العامة، الإسكندرية، دار الجامعة
الجديدة،

٣٠. محمد رفعت قاسم (١٩٩٠): العلاقات بين
منظمات الرعاية الاجتماعية والمنظمات
الأخرى بالمجتمع، المؤتمر العلمي الرابع، كلية
الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة فرع
الفيوم.

٣١. محمد سيد فهمي (٢٠٠٠): قواعد البحث في

الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب
الجامعي الحديث.

٣٢. محمد محمد عويس (٢٠٠١): البحث العلمي في
الخدمة الاجتماعية (الدراسة والتشخيص في
بحوث الممارسة)، القاهرة، دار النهضة
العربية.

٣٣. محمد محمود إبراهيم عويس (٢٠٠٤): الإدارة

في المنظمات غير الحكومية رؤية تحليلية
لتشريعات المنظمة للعمل الأهلي في مصر
ورقة عمل مقدمة لمؤتمر طموحات الخدمة
الاجتماعية وقضايا التحديث (جامعة حلوان:
كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، ٢٤-
٢٥/٣/٢٠٠٤).

٣٤. نبيل إبراهيم أحمد (٢٠٠٣): الاتصال في
الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة زهراء
الشرق.

٣٥. نمر ذكي شلبي عبدالله (٢٠١١): خدمات
الرعاية الصحية وتحسين نوعية الحياة
للمسنين، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية

World Bank (2000): united Nation .٥٠
Millennium Declaration, social
Development strategic priorities.
.N.y.World Bank
Xavier de souza Briggs (2003): .٥١
Planning together. How (and
hownot) to engage stakeholders
in charting acourse, U.S.A
Cambridge Massachusetts.

international social work, vol 53.
.No. 2
Murata Chiyoo (2006): Factors .٤٣
associated with life space among
community living rural elders in
Japan, academic search premier,
.Japan
Nelarine cormelius (2008): Human .٤٤
Resource Management, A
managerial perspective, U S A,
Thomson Business press.
Nunnally B., & Bernstein, I. R. .٤٥
(1994): Psychometric Theory.
New York: Oxford Univer.
Ram Kumar Bendapudi (2004): .٤٦
Participatory Planning Knowledge
Managers, Center For Good
.Governance,
Rosalie Ambrosino and (2011): .٤٧
Social work and social welfare,
.4Ed, words worth. U.S.A
Selim Jahan, et.al (2016): Human .٤٨
Development Report, Canada,
Publisher For The United Nations
.Development Programme
Steven K. Thompson (2012): .٤٩
Sampling, Third Edition, Wiley,
New Jersey.

