وتوضح الدراسات عدم توافر الإمكانيات البشرية والمادية لمثل هذه الجمعيات حتى تتمكن من أداء رسالتها فى وقاية الشباب الريفى من مشكلة الإدمان فالكوادر البشرية وكذلك الأطباء العاملين فى الجمعيات التطوعية الريفية لا تتوافر لهم الخبرة الكافية للتعامل مع هذه المشكلة مما يقتضى معه إعطاء مزيد من الاهتمام لهذه الجمعيات المنتشرة فى جميع المحافظات لكى تكون أداة فعالة فى مواجهة مشكلة الإدمان. ومن هذا المنطلق يجب تمثيل الجمعيات الأهلية الريفية بالقدر الكافى فى عضوية المجلس القومى لمكافحة الإدمان حتى يمكن إيجاد مزيد من التنسيق والتكامل بين مختلف الجهات العاملة فى مجال مكافحة الإدمان خاصة مع الجمعيات الريفية التطوعية.

٧ ـ تدعيم القطاع الريفى الصحى:

على الرغم من الاهتمام المتزايد من جانب وزارة الصحة فى زيادة عدد وحدات القطاع الريفى الصحية من نحو ٢٧٣٢ وحدة فى عام ١٩٩٣ إلى نحو ٣٢٠٥ وحدة فى عام ٢٠٠٠ بزيادة تقدر بنحو ١٧,٣٢%، كما زادت أيضاً عدد أسرة القطاع الريفى من نحو ١٢٢٣٢ بزيادة تقدر بنحو ٢٩,٨٢%[١١]، إلا أن البيانات الصادرة من مجلس الشورى عن الخدمات الصحية بالقرية المصرية توضح انخفاض عدد الأطباء لإجمالى عدد السكان فى المناطق الريفية بالمقارنة بالمناطق الحضرية حيث تبلغ هذه النسبة طبيب لكل ١٠٠٠ فرد فى المناطق الحضرية بينما تبلغ هذه النسبة طبيب لكل ٥٠٠٠ فرد فى المناطق الريفية. ويقتضى ذلك إعطاء مزيد من الاهتمام للخدمات الصحية المقدمة من القطاع الريفى الصحى وتزويدهم بمختلف الأبحاث والدراسات التى أجريت فى مجال علاج ومكافحة الإدمان حتى يمكن وقاية السكان الريفيين من هذه المشكلة.