المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والإعلام بجامعة اليرموك

الدكتور محمد سعيد صباريني
الدكتور خليل الخليلي
كلية التربية ـ جامعة اليرموك
الدكتورة صالح القادري
جامعة العلوم والتكنولوجيا الاردنية

ملخص

أجريت هٰذه الدراسة للوقوف على مستوى المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك، وذلك بهدف الحصول على تغذية راجعة حول نشاطات التربية الصحية، التي تجري في قطاعي التعليم النظامي وغير النظامي في الأردن.

وقد تم استخدام اختبار الوعي الصحي، الذي طور في البيئة الأردنية بعد إضافة قائمة له بمصادر محتملة لتنمية المعلومات الصحية. وطبق الاختبار على عينة من طلبة الصحافة والإعلام، تكونت من (٢٦٧) طالبا وطالبة يشكلون ٥٥,٤٪ من مجتمع الدراسة.

دلت النتائج على أن مستوى أداء الطلبة على إختبار الوعي الصحي كان متدنيا، وبدلالة مرتفعة. وأظهرت النتائج فرقا دالا إحصائيا بين المعلومات الصحية للطلبة، يعود لمتغير الجنس، وبخاصة بالنسبة للبعد الخاص «بصحة الطفل». كما بينت الدراسة انحدار مستوى المعلومات الصحية للطلبة بارتفاع مستوياتهم في الجامعة، باستثناء البعد الخاص «بالصحة الشخصية» الذي جاء الأداء عليه مرتفعا في السنوات الدراسية الأعلى.

وبالنسبة لمصادر المعلومات الصحية، فقد احتلت «المطالعة الذاتية» مكان الصدارة، ولجميع أفراد العينة، وبمختلف مستوياتهم الجامعية وتلا ذلك «وسائل الإعلام» ثم «الموضوعات المدرسية قبل الجامعة» وجاءت «المساقات الجامعية» و «الأقران»، و «النشاطات الثقافية في الجامعة» في ذيل القائمة.

وانطلاقا من نتائج الدراسة أوصى الباحثون بأهمية قيام جامعة اليرموك بتضمين مساقات صحية في خطة طلبة الصحافة والإعلام. كما أوصوا بضرورة الالتفات إلى القضايا الصحية في برامج النشاطات الثقافية في الجامعة، وكذلك تناول موضوعات صحية في المطبوعات الإعلامية للجامعة، وتشجيع الطلبة على الكتابة فيها.

خلفية الدراســة

تبنى المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، الذي انعقد في الما ـ آتا بالاتحاد السوفيتي عام ١٩٧٨ شعار «الصحة للجميع، بحلول عام ٢٠٠٠»، وأكد المؤتمر في إعلانه الشهير على أن الرعاية الصحية الأولية تمثل مفتاح وصول شعوب العالم مع إطلالة القرن القادم إلى مستوى صحي يسمح لها بالحصول على حياة منتجة على الصعيدين؛ الاقتصادي والاجتماعي (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨). وقد بين إعلان المؤتمر في توضيحه لمفهوم الرعاية الصحية، أن عناصر هٰذه الرعاية تتضمن التعليم والتثقيف الصحي، وتخطيط برامج الرعاية الصحية، والتغذية المناسبة، والتزويد المناسب بالماء الصحي، والنظافة العامة، ومراقبة الأمراض، والعناية الصحية بالأطفال. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨).

وفي تأكيد المؤتمر على دور التعليم والتثقيف الصحي، نبه في بيانه الختامي إلى توفير أقصى حد من الاعتماد على النفس في التنمية الصحية، بجعل الرعاية الصحية سهلة المنال لجميع الأفراد. وعدّ «أفضل وسيلة لتعبئة المشاركة، هي التثقيف الملائم، الذي يمكن المجتمعات من معالجة مشكلاتها الصحية بأنسب الطرق» (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨، ص ٢ - ٣).

ويلتقي تضمين التعليم والتثقيف الصحي أو التربية الصحية في عناصر الرعاية الصحية الأولية مع الاعتراف العالمي بدور التربية البيئية (التي تشمل التربية الصحية، كبعد من أبعادها)، في تطوير عالم يكون سكانه أكثر وعيا واهتماما بالبيئة ومشكلاتها، ويمتلكون من المعارف والمهارات والاتجاهات والدوافع والالتزام بالعمل، فرادي وجماعات: ما يلزم لحل المشكلات البيئية القائمة وتجنب حدوث مشكلات جديدة (اليونسكو، ١٩٧٨). ويتفق ذلك أيضا مع وصف التربية النظامية (مؤسسات التعليم)، وغير النظامية (وسائل الإعلام، والمنزل، والأقران، ووسط العمل . .) الأساس الأول لضمان صحة البيئة ونظافتها (جوران، ١٩٨٥). كما أن التربية بشقيها النظامي وغير النظامي، تمكن الأفراد من اكتساب المعارف، التي تساعدهم في فهم أجسادهم، بما يخدم تحسين الحياة التي يعيشونها (حسين والسلمان، ١٩٨٥).

ولقد أصبحت التربية الصحية تشكل جزءاً أساسيا من الطب الوقائي، حيث يكون كل فرد مسؤولا عن صحة جسمه (Kelly, 1980)، ويعدّ ذلك أصعب مهمات الطب الوقائي، لأن الأمر يتعلق بتوعية الجمهور، الذي يتعامل مع الأدوية، وتذكيره

بأن هناك الكثير من الأمراض البسيطة، التي ربما لا تحتاج علاجات بعينها، ولكن الراحة الجسمية والطعام الجيد قد يكفيان (Werner, 1982)، وتأتي صعوبة مهمة الدور التثقيفي للطب الوقائي من كونه يحاول تعليم الناس عدم الاعتماد المطلق على العلاجات، وعلى سهولة استعمالها، بل يركز على إفهامهم كيف يمكنهم أخذ الحيطة والحذر قبل وقوع المرض، وكيف يستطيعون مساعدة أنفسهم بأنفسهم عند الإصابة بالمرض، ومتى يعرفون ضرورة الذهاب للطبيب واستشارته (Werner, 1982).

ويلاحظ تزايد الاهتمام بالتربية الصحية في برامج التعليم النظامي وغير النظامي على حد سواء. فعلى مستوى التعليم النظامي هناك دعوات عديدة لإدماج التربية الصحية في مناهج التعليم، وبخاصة علم الأحياء (أنظر على سبيل المثال بن جلون، ١٩٨٦ (Kelly, 1980; Hurd, et al., 1980; Subbarini and Kelly, 1983) وأصبح تقييم مناهج علم الأحياء يتم على أساس احتوائها للتربية الصحية من عدمه (صباريني، ١٩٨٥، Hurd et al., 1980; Rosenthal, 1984). وهناك بالمقابل من يرى ضرورة إسهام الموضوعات المدرسية كافة في تنمية التربية الصحية (دنيا، ١٩٧٥)، أو تدريسها كموضوع دراسي مستقل. ويتحمس الداعون للرأي الأخير قائلين: «إن من يدعي عدم وجود حاجة للتعليم الصحي المستقل؛ لأن ذلك يتم من خلال الموضوعات المدرسية الأخرى، مثل العلوم، كمن يدعي عدم الحاجة لتعليم اللغة الإنجليزية بشكل مستقل؛ لأنه يتم من خلال الموضوعات الأخرى» (Chen and Bates, 1983, p. 385). وعلى أية حال فقد أظهرت الدراسات وجود أثر إيجابي لتضمين البعد الصحي في برامج التعليم المدرسي في تنمية الوعي الصحي لدى المتعلمين، كما أوصت تلك الدراسات بضرورة التوسع والتعمق في تقديم التربية الصحية في الموضوعات المدرسية (حسين والسلمان، ١٩٨٥، الخليلي ورفيقاه، ١٩٨٧).

أما على مستوى التعليم غير النظامي، المتمثلة بوسائل الإعلام والمنزل والأقران ووسط العمل، فقد تبين أثرها الإيجابي في تنمية معلومات الأفراد ومعتقداتهم الصحية (Lucas, 1984). كما ظهرت دعوات لإناطة تثقيف الجمهور «بالصحافة الجادة المسؤولة لأنها عموما أكثر اعتدالا، وفي وسعها أن تقدم خدمة كبرى بتقديم المعلومات والأفكار التي يقصد منها توعية الجمهور وتعزيز إدراكه لمنافع ومخاطر أنواع التدابير الطبية كافة» (لاست، ١٩٨٥، ص ١٦٣). ويلتقي ذلك مع مناشدة الإعلاميين عدّ أنفسهم تربويين أولا وأخيرا، وتقع عليهم مسؤولية الإسهام في تعديل السلوك الإنساني، حيث

إن جهودهم من شأنها أن تخلق بيئة إعلامية معلمة في كل بيت، فهي تحسن أنماطا من السلوك، وتقبح أخرى (الغنيم، ١٩٨٤).

مشكلة الدراسة

أبدى الأردن تفهما لتوصيات المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، والتزم منذ عام ١٩٧٨ بمبدأ توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ من خلال مفهوم الرعاية الصحية الأولية. ويتبدّى ذلك من تصريحات المسؤولين الصحيين في وسائل الإعلام المقروءة، والمسموعة، والمرئية، وبالندوات التي تعقد من أجل ذلك. ويلقى التثقيف الصحي في هٰذا الإطار أهمية خاصة حيث نظمت وزارة الصحة ندوة حول التثقيف الصحي في نهاية عام ١٩٨٦، كما قامت بإجراء مسح صحي للمعرفة والاتجاهات والممارسات لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال دون الخامسة (وزارة الصحة، ١٩٨٦). ويعدّ هذا النوع من المسوح أساسا مهما لتخطيط برامج التعليم والتوعية (Towler and Swan, 1972). ولكن لا زالت هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات المسحية؛ للوقوف على مستوى الوعي الصحي لدى مختلف قطاعات المجتمع، حتى يصار إلى توجيه برامج التربية الصحية حسب الحاجة الفعلية لكل قطاع.

وبالنظر، لأن قطاع التعليم النظامي بمراحله كافة يضم ما يقرب من نصف سكان الأردن، **وحيث** إن مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المدارس الثانوية متدنٍ (الخليلي ورفيقاه، ١٩٨٧)، **ولأن** إدخال التربية الصحية في مناهج التعليم من شأنه تنمية وعي صحي لدى المتعلمين. وتأهيلهم، للقيام بدور تثقيفي في المجتمع، **وإدراكا** للدور التربوي الذي يمكن أن تلعبه وسائل الإعلام، حيث إن نسبة وجود التلفاز في المنازل الأردنية في عام ١٩٨٦ بلغت ٩١,٦٪، ونسبة وجود المذياع بلغت ٨٦,٨٪، كما أن نسبة السيدات اللواتي يقرأن الموضوعات والإعلانات المتعلقة بالأمور الصحية في الصحف المحلية قد بلغت في العام ذاته ٦٣,٨٪ من قارئات الصحف بشكل عام (وزارة الصحة، ١٩٨٦)، **ولخلو** الخطة الدراسية لطلبة الصحافة والإعلام بجامعة اليرموك من أية مساقات ذات علاقة بالتربية الصحية (جامعة اليرموك، ١٩٨٤)، **وبما أنه** من الصعب ترك ماله علاقة بصحة المجتمع للصحفيين الذين لا يملكون المعارف الخاصة بذلك، الذين غالبا ما يلجأون إلى الإثارة في عرض القضايا والأحداث الصحية (لاست، ١٩٨٥)، **إدراكا لكل ذلك** فإن هٰذه الدراسة تأتي للوقوف على مستوى

المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك، بهدف الحصول على تغذية راجعة، تعطي تقييما لنشاطات التربية الصحية في قطاعي التعليم النظامي وغير النظامي في الأردن.

أسئلة الدراسة

حاولت هٰذه الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

١ ـ ما مستوى المعلومات الصحية لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك؟

٢ ـ هل يختلف مستوى المعلومات الصحية لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك حسب الجنس؟

٣ ـ هل يختلف مستوى المعلومات الصحية لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك حسب المستوى التعليمي (سنة أولى ـ سنة ثانية ـ سنة ثالثة ـ سنة رابعة، أكثر من سنة رابعة)؟

٤ ـ ما مصدر المعلومات الصحية لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك؟

الطريقة والإجراءات

لقد تم إتباع ما يلي في جمع البيانات للإجابة على أسئلة الدراسة:

أ ـ مجتمع الدراسة وعينتها: تألف مجتمع الدراسة من جميع طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك، الذين انتظموا في الدراسة بالفصل الأول من العام الجامعي ٨٧/٨٦. وبلغ عدد هؤلاء (٤٨٢) طالب وطالبة*.

أما عينة الدراسة، فتألفت من طلبة مساقات الصحافة والإعلام، بمعدل شعبة واحدة لكل مساق، اختيرت عشوائيا بالنسبة للمساقات التي يزيد عدد الشعب فيها عن شعبة واحدة. وبلغ عدد هؤلاء (٢٦٧) طالب وطالبة، بنسبة ٥٥,٤٪ من مجتمع الدراسة، موزعين حسب الجنس والمستوى التعليمي، كما يظهر في الجدول رقم (١). وقد طبقت الأداة كاختبار خلال يومين في أوقات المحاضرات، تجنبا لحدوث مناقشات بين الطلبة حول عبارات الأداة، إذا ما زادت مدة التطبيق عن ذلك.

الجدول رقم (١)
أفراد عينة الدراسة موزعين حسب الجنس والمستوى التعليمي

المستوى التعيمي	الجنس		إجمالي
	ذكور	إناث	
١	١٠	٥	١٥
٢	٥٧	٢٤	٨١
٣	٦٧	٢١	٨٨
٤	٢٦	١٩	٤٥
أكثر من ٤	٢١	١٧	٣٨
إجمالي	١٨١	٨٦	٢٦٧

ب ـ **أداة الدراسة** : استخدم اختبار الوعي الصحي الذي طور من قبل الخليلي ورفيقيه (١٩٨٧) في البيئة الأردنية. وهو ليس اختبارا تحصيليا، بل اختبار معلومات صحية أساسية عامة، ويتألف من (٦٠) فقرة، تغطي الأساسيات، من مبادىء الصحة العامة في ستة من مجالاتها الرئيسة، بشكل متوازن (عشر فقرات لكل مجال) وهٰذه المجالات هي: الوقاية من الأمراض، وصحة البيئة، وصحة المرأة، وصحة الطفل، وصحة الغذاء، والصحة الشخصية. وقد صيغت فقرات هٰذا الاختبار على شكل عبارات تكون الاستجابة عنها إما بصح أو خطأ، أو بغير متأكد، وقد استخدم البديل «غير متأكد» كمخرج للشخص الذي يمتلك معرفة جزئية، تجعله غير متأكد من صحة أو خطأ مضمون العبارة، ومن ذلك فلم يعاقب من يختار هٰذا البديل، بل كان يعطىٰ علامة واحدة. أما الإجابة السليمة، فكانت تعطىٰ علامتين، وتعطى الإجابة الخاطئة صفرا، وبذلك تكون العلامة القصوى على الاختبار ١٢٠، والدنيا صفرا. وقد حدد الخليلي ورفيقاه (١٩٨٧) العلامة المحك على الاختبار، التي تمثل الحد الأدنى المقبول للمعلومات الصحية بالعلامة ٠٨٥,٦، وهٰذه العلامة هي المتوسط الحسابي لأداء عينة من طلبة الصحة العامة، ممن هم في مستوى السنة الرابعة. وقد دافع مصممو الإختبار عن اختيارهم لهٰذه العلامة، كمحك من منطلق أن هذه المجموعة يفترض أنها تتمتع

بالمستوى المقبول من الوعي الصحي، وأن هذا الاختبار ليس اختبارا تحصيليا، بل اختبار لقياس الوعي الصحي بصورة عامة، بغض النظر عن المستوى التعليمي للفرد.

أما من حيث صدق الاختبار، فقد تأكد منه مصممو من خلال عرضه على اثني عشر طبيبا، وتضمين هذا الاختبار فقد تلك الفقرات التي أثار ٨٣,٣٪ من هؤلاء بأنها سليمة في تغطيتها للمجال الذي تنتمي إليه، وأنها سليمة في صياغتها ودقتها العلمية. ومن حيث ثبات الاختبار، فقد ذكر مصممو أن ثبات الاستقرار له Coefficient of Stability كان ٠,٧٣ وأن هذا الثبات لإجزائه (لاحظ جدول رقم (٢) تراوح ما بين ٠,٤١ إلى ٠,٦٨.

الجدول رقم (٢)

معاملات ثبات الاستقرار لأجزاء اختبار الوعي الصحي*

اسم البعد	معامل ثبات السكون
الوقاية من الأمراض	٠,٥٦
صحة البيئة	٠,٦١
صحة المرأة	٠,٤١
صحة الطفل	٠,٦٨
صحة الغذاء	٠,٦٤
الصحة الشخصية	٠,٥٥
الاختبار ككل	٠,٧٣

* المصدر : خليلي ورفيقاه (١٩٨٧).

نتائج الدراسة

دلت نتائج الدراسة على أن مستوى أداء الطلاب على اختبار الوعي الصحي بشكل عام (٦٩,٣٨) كان أقل من المستوى المقبول (ت = ـ ٢٦,٨٣، د . ح = ٢٦٦)، وهي ذات دلالة على مستوى = ٠,٠٠٠١ من العلامة المحك (٨٥,٦) على الاختبار التي حددها مصممو (الخليلي ورفيقاه، ١٩٨٧). ولكشف ما إذا كان هنالك تفاوت في المعلومات الصحية لدى الطلبة جرى اعتماد أداء هؤلاء على الفروع الستة التي يغطيها الاختبار كمتغيرات تابعة. وهذه الفروع هي : الوقاية من الأمراض،

وصحة البيئة، وصحة المرأة، وصحة الطفل، وصحة الغذاء، والصحة الشخصية. والسبب بأخذ هٰذه الأبعاد بشكل منفصل أنها ترتبط فيما بينها (لاحظ جدول رقم (٣) بشكل ضعيف. ولذلك استخدم تحليل التباين المتعدد المتغيرات Multitvariate Analysis of Variance (MANOVA) كأسلوب لتحليل البيانات على أساس أن عدد المتغيرات التابعة ستة، وتتمثل بالأداء على فروع الاختبار. واستخدم الجنس، وله مستويان، والمستوى الدراسي، وله خمسة مستويات (أولى، ثانية، ثالثة، رابعة، أكثر من ذلك) كمتغيرات مصنفة تحدد الفئات التي تجرى المقارنة بينها. كما استخدم التحليل التمييزي Discriminant Analysis لتحديد مصادر الاختلاف بين المجموعات من خلال الدوال التمييزية Discriminant Functions. ويبين الجدول رقم (٤) نتائج هٰذا التحليل.

الجدول رقم (٣)

معاملات الارتباط بين أبعاد الوعي الصحي الستة التي يغطيها الاختبار

الوقاية من الأمراض	صحة البيئة	صحة المرأة	صحة الطفل	صحة الغذاء	صحة الشخصية
الوقاية من الأمراض-	٠,١٣	٠,٢٤	٠,١٩	٠,٢٢	٠,١٨
صحة البيئة	-	٠,٢٤	٠,١٩	٠,٠٩	٠,١٥
صحة المرأة		-	٠,٢٧	٠,١٧	٠,٠٥
صحة الطفل				٠,٢١	٠,١٣
صحة الغذاء					٠,١٣
الصحة الشخصية					

ويظهر من هٰذا الجدول أن الفروق في أداء المجموعات على أجزاء الاختبار الستة مأخوذة بشكل مجتمع، كانت ذات دلالة إحصائية على مستوى = ٠,٠٥، في كل من حالتي الجنس والمستوى، ولكنها لم تكن ذات دلالة احصائية في حالة التفاعل بين هٰذين المتغيرين.

وحتى نفهم كيف تساعدنا الدوال التمييزية في التحليل التمييزي في تحديد مصادر الاختلافات على أبعاد اختبار الوعي الصحي الستة، لا بد من توضيح بعض الأمور الأساسية في هٰذه الطريقة الإحصائية المتقدمة. فالدالة التمييزية هي تجمع خطي من المتغيرات، لكل منها وزن يعبر عن مساهمة المتغير في التفريق بين المجموعات بعزل باقي المتغيرات.

الجدول رقم (٤)
ملخص نتائج تحليل التباين الثنائي المتعدد المتغيرات لمقارنة المجموعات مصنفة حسب الجنس والمستوى فيما يتعلق بأدائها على أجزاء اختبار الوعي الصحي الستة مأخوذة بشكل مجتمع

المصـدر	قيمة ولكس لا مبدأ	قيمة ف التقريبية	درجات الحرية الأفتراضية	درجات حرية الخطـأ	مستوى الدلالة
الجنـــس	٠,٩٥	٢,١٨	٦	٢٥٢	ذات دلالة على مستوى ٠,٠٥ = ∝
المستـوى	٠,٨٦	١,٦٠	٢٤	٨٨٠	ذات دلالة على مستوى ٠,٠٥ =
التفاعل بين الجنس والمستوى	٠,٩٤	٠,٦٥	٢٤	٨٨٠	ليست ذات دلالة

ـ الدلالة التمييزية بوحدات خام للمقارنة بين المجموعات حسب الجنس، وهي الوحيدة الممكنة (ذات دلالة على مستوى = ٠,٠٥)

$Y_1 = +.\ 10X_1 + .O4X_2 + .O7X_3 + .23x_4 + .O7x_5 + .O9x_6$

ـ الدالة التمييزية بوحدات خام للمقارنة بين المجموعات حسب المستوى الدراسي، وهي الوحيدة التي كانت ذات دلالة (= ٠,٠٥).

$Y_1 = + .15X_1 + .17X_2 + .09X_3 + 14x_4 + .001x_5 - .18x_6$

ملاحظة :

X_1 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بالوقاية من الأمراض.

X_2 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بصحة البيئة.

X_3 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بصحة المرأة.

X_4 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بصحة الطفل.

X_5 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بصحة الغذاء.

X_6 تمثل العلامة على جزء الاختبار المتعلق بالصحة الشخصية.

وعند تفسير تفريق هٰذه الدوال بين المجموعات يكون من المفيد جداً اعتماد مبدأ تاتسوكا (Tatsuoka) في هٰذا الشأن. وبموجب هذا المبدأ ينصح بتفسير الفروق بين المجموعات بالنظر إلى أدائها على المتغيرات التي لا يقل وزنها في الدالة عن نصف القيمة المطلقة للوزن الأكبر في تلك الدالة (Tatsuoka, 1970). أما إشارات المتغيرات في

الدوال، فهي تدل على إتجاه مساهمة المتغير في التفريق. فالإشارة الموجبة تعني ازدياد أداء المجموعات العليا على هٰذا المتغير، والسالبة تعنى انخفاض أداء هٰذه المجموعة على هذا المتغير، وبالعكس يكون الوضع في المجموعات المنخفضة. ويحدد ترتيب المجموعات بناء على قيمة Y التي تحسب عند تعويض متوسطات أداء أفرادها على المتغيرات (X) في تلك الدالة.

وبالنسبة لمتغير الجنس إننا نجد أن المجموعة العليا كانت الإناث حيث إن Y لهن الناتجة من تعويض متوسطات أدائهن (لاحظ جدول رقم ٥) على أبعاد الاختبار في دالة الجنس (لاحظ ذيل الجدول رقم ٤) كانت ٨,٧٧، بينما كانت Y بالنسبة للذكور تساوي ٨,٣٣. وحيث إنه ظهر في هٰذه الدالة أن متغير صحة الطفل (X_4 كان ذا أكبر وزن ولم يظهر أي متغير آخر بنصف وزن هذا المتغير، فإننا نقول إن المتغير الذي يساهم بدرجة أكبر في التفريق فيما بين الذكور والإناث هو هٰذا المتغير، حيث تتميز الإناث بارتفاع أدائهن النسبي عليه بالمقارنة مع الذكور. على الرغم من أن المتغيرات الاخرى لم تصل إلى نصف مساهمته، إلا أن الإشارة الموجبة لها جميعا تدل على أن أداء الإناث كان أعلى من أداء الذكور (كما يوضح ذلك الجدول رقم ٥) على جميع هذه المتغيرات.

الجدول رقم (٥)
المتوسطات الحسابية لأداء الذكور والإناث على أبعاد اختبار الوعي الصحي الستة

اســـم البعـــد	متوسط أداء الذكور ن١ = ١٨١	متوسط أداء الإناث ن١ = ٨٦
الوقاية من الأمراض (X_1)	١٢,١٧	١٢,٥٩
صحة البيئة (X_2)	١٠,٩٣	١١,٠٩
صحة المرأة (X_3)	١٠,٩٢	١١,٢٤
صحة الطفل (X_4)	١١,٦٩	١٢,٧٨
صحة الغذاء (X_5)	١١,٦٧	١٢,٣١
الصحة الشخصية (X_6)	١٠,٩٤ ■	١١,٥٧ ■
الاختبار ككل	س = ٦٨,٣٣	س = ٧١,٥٩
	ع = ٩,٩٨	ع = ٩,٣٦

الجدول رقم (٦)
المتوسطات الحسابية لأداء الطلبة من مستويات دراسية مختلفة على أبعاد اختبار الوعي الصحي الستة

اسم البعد	مستوى أولى ن = ١٥	مستوى ثانية ن = ٨٤	مستوى ثالثة ن = ٨٨	مستوى رابعة ن = ٤٥	مستوى أكثر من رابعة، ن = ٣٨
الوقاية من الأمراض	١٢,٨	١٢,٧٣	١٢,٥١	١١,٧٨	١١,٣٧
صحة البيئة	١١,٧٣	١١,٦٤	١٠,٩٤	١٠,١١	١٠,٤٠
صحة المرأة	١١,٢٧	١١,٥٧	١١,٠٨	١٠,٧١	١٠,٠٣
صحة الطفل	١٢,٨٠	١٢,٢٨	١٢,٣٥	١١,٤٢	١١,٢٣
صحة الغذاء	١٢,٦٠	١٢,٠١	١١,٨٢	١١,٣٨	١٢,٠٥
الصحة الشخصية	٩,٧٣	١١,٠	١١,٣٥	١١,٣٦	١١,٢٦
الاختبار ككل	٧٠,٩٣	٧١,٢٣	٧٠,٠٦	٦٦,٧٦	٦٦,٣٤

أما بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي، فإننا نجد أن ترتيب المجموعات حسب قيم Y لها الناتجة من تعويض متوسطات أدائها (لاحظ جدول رقم ٦) على أبعاد الاختبار في دالة المستوى (لاحظ ذيل الجدول رقم ٥) كان كما يلي من المجموعة العليا إلى الدنيا: أولى (Y = ٤,٩٨)، ثم ثانية (Y = ٤,٦٨)، ثم ثالثة (Y ٤,٤١)، ثم رابعة (Y = ٤,٠١)، ثم أكثر من أربع سنوات (Y = ٣,٩٣). وقد كان المتغير ذو الوزن الأكبر في الدالة هو الصحة الشخصية (X_6)، ويساهم بالتفريق بين المجموعات بالاتجاه السلبي؛ أي يفرق لصالح الطلبة كلما ارتفع مستواهم الجامعي، وبصورة عامة، أما المتغيرات الأخرى، التي حققت محك تاتسوكا (Tatsuoka, 1970)، فقد كانت كما يلي، (مرتبة تنازليا): صحة البيئة (X_2)، الوقاية من الأمراض (X_1)، صحة الطفل (X_4)، صحة المرأة (X_3). وكانت جميعا ذات إشارة موجبة؛ أي تساهم عكس متغير الصحة الشخصية في التفريق بين المجموعات، ولصالح الطلبة من مستويات دراسية منخفضة في الجامعة، أي لصالح أولى، ثم ثانية، ثم ثالثة، ثم رابعة، ثم ما بعد السنة الرابعة. بمعنى آخر تدل هٰذه النتيجة على انحدار مستوى معلومات أداء الطلبة على هٰذه الأبعاد بارتفاع مستوياتهم الدراسية في الجامعة.

أما فيما يتعلق بمصادر المعلومات الصحية لهؤلاء الطلبة، فقد استخرجت النسب المئوية للذين أشاروا إلى كل من المصادر التي أرفقت بالاختبار، بأنها مصادر مهمة لمعلوماتهم، أو مهمة بدرجة كبيرة. وقد روعي باستخراج هٰذه النسب أن تكون مفصلة حسب المستويات الجامعية للطلبة، بالإضافة إلى استخراجها للعينة بصورة إجمالية، ثم رتبت هٰذه المصادر تنازليا حسب النسب المئوية لإجمالي أفراد العينة. والجدول رقم (٧) يوضح ذلك. وكما يبدو في الجدول أن النتائج تدل على أن المصدر الذي احتل مكان الصدارة لجميع أفراد العينة، وبمختلف مستوياتهم الجامعية، كان المطالعة الذاتية (اختير من قبل ٥٧,٧٪) ، وعلى الرغم من تفاوت النسب الخاصة به من مستوى جامعي آخر، إلا أننا نرى أنه ضمن المستوى الجامعي الواحد تكون نسبته هي الأعلى. ففي حين اختير من قبل ٨٠٪ من طلبة السنة الأولى، نجد أنه اختير من قبل نسب متناقصة حسب السنوات الأخرى (٦٥,٤٪، ٦٠,٢٪، ٥٣,٣٪، ٣١,٦٪ للثانية، والثالثة، والرابعة، وما بعد الرابعة، على الترتيب). إلا أن جميع هٰذه النسب كانت هي الأعلى بالنسبة لباقي المصادر، إذا نظرنا للنسب في كل من هٰذه المستويات الجامعية على انفراد.

وجاء في المرتبة الثانية وسائل الإعلام؛ إذ اختير من قبل ٤٥,٧٪ من إجمالي عينة الدراسة. وعلى الرغم من أنه يحتل المكانة الثانية للطلبة في المستويات كافة (كما هي الحال بالنسبة للمطالعة الذاتية)، إلا أن أهمية هذا المصدر تختلف من مستوى جامعي لآخر. فقد كانت أعلى النسب (٦٤,٢٪) هي للسنة الثانية، ثم تبع ذلك الثالثة (٥٠٪)، فالرابعة (٣٥,٦٪)، فالأولى (٣٣,٣٪)، وأخيرا السنة ما بعد الرابعة (١٣,٢٪).

ويلاحظ أنه على الرغم من أن «المواد التي درسها الطالب قبل الجامعة» قد احتلت المرتبة الثالثة من بين المصادر المختلفة للمعلومات الصحية، إلا أن النسبة للذين عدّوه مهما، أو مهما بدرجة كبيرة، لمعلوماتهم كانت أقل من الربع (٢٢,٥٪). وقد كانت أعلى نسبة (٣٣,٣٪) هي التي حصل عليها من طلبة السنة الأولى وأدناها (١٠,٥٪)، هي التي حصل عليها من طلبة السنة ما بعد الرابعة.

ومن الملفت للإنتباه أن «المساقات الجامعية» والأقران و «النشاطات الثقافية» في الجامعة قد جاءت في ذيل القائمة، إذ كانت نسبة الذين اختاروا هٰذه المصادر هي: ١٦,٥٪ و ١٦,١٪ و ٩,٠٪، على الترتيب.

الجدول ر قم (٧)
مصادر المعلومات الصحية مرتبة تنازليا حسب النسب المئوية لإجمالي أفراد العينة الذين أشاروا إلى أنها مصادر مهمة، أو مهمة بدرجة كبيرة

اسم المصدر	اجمالي النسبة	السنة الأولى ن = ١٥	السنة الثانية ن = ٨١	السنة الثالثة ن = ٨٨	السنة الرابعة ن = ٤٥	السنة الخامسة فأكثر ن = ٣٨	كـــا٢
المطالعة الذاتية	٧٥,٧٪	٨٠٪	٦٥,٤٪	٦٠,٢٪	٥٣,٣٪	٣١,٦٪	٣٢,٦٠*
وسائل الإعـــلام	٤٥,٧٪	٣٣,٣٪	٦٤,٢٪	٥٠,٠٪	٣٥,٦٪	١٣,٢٪	٥٣,٧٨*
الموضوعات التي درست في المدارس	٢٢,٥٪	٣٣,٣٪	٢٨,٤٪	٢٧,٣٪	٨,٩٪	١٠,٥٪	٣٤,٣٩*
المساقات الجامعية	١٦,٥٪	١٣,٣٪	١٧,٣٪	٢٠,٥٪	١٥,٦٪	٧,٩٪	٧,٩٤
الأقـــران	١٦,١٪	٦,٧٪	١٧,٣٪	٢٣,٩٪	٦,٧٪	١٠,٥٪	١٨,١٧
النشاطات الثقافية في الجامعـــة	٩,٠٪	٦,٧٪	١١,١٪	٨,٠٪	٦,٧٪	١٠,٥٪	١٠,٥٦

ملاحظة : حسب كا٢ بالاعتماد على تقدير الطلبة من المستويات الجامعية الخمسة لمصادر المعلومات الصحية هذه على السلم الرباعي مهم بدرجة كبيرة، أو مهم، غير متأكد، غير مهم، غير مهم بدرجة كبيرة. وبذلك تكون درجات الحرية بالنسبة لكا٢ تربيع هي ١٢، والنسب المعروضة في الجدول هي فقط نسب الذين ذكروا أن المصدر مهم بدرجة كبيرة، أو مهم، ولم تذكر باقي النسب تجنباً للتعقيدات الرقمية.

مناقشة النتائج والتوصيات

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي لدى طلبة الصحافة والإعلام، ممثلا بأدائهم على اختبار المعلومات الصحية، كان متدنيا. وهٰذا يوحي بأن البرامج الدراسية الجامعية، وقبل الجامعية، ووسائل الإعلام، التي يفترض أن تكسب الطلبة الوعي الصحي لم تقم بالمهمة. وتأكد ذلك من إجابات عينة الدراسة عن السؤال الخاص بمصادر المعلومات الصحية، حيث احتلت (المطالعة الذاتية) الصدارة في قائمة المصادر لجميع أفراد العينة وبمختلف مستوياتهم الجامعية، بينما جاءت النشاطات الثقافية في الجامعة «و» «الأقران» و «المساقات الجامعية» في المؤخرة (أنظر جدول رقم ٧). وعليه، فإن المساقات الجامعية والموضوعات المدرسية قبل الجامعة يبدو أنها لا تلتفت إلى تنمية الوعي الصحي لدى الأبناء متناقضة بذلك مع أهداف التربية في الأردن التي تسعى إلى «مساعدة الفرد على النمو السوي جسميا وعقليا واجتماعيا وعاطفيا . .» (وزارة التربية والتعليم، ١٩٨٢، ص ١٢). كما أنها (المساقات الجامعية، والموضوعات المدرسية قبل الجامعة) تتناقض أيضا مع نتائج الدراسات التي أكدت الأثر الإيجابي للمناهج الدراسية، ووسائل الإعلام في تنمية المعلومات والاتجاهات الصحية (حسين والسلمان، ١٩٨٥، ;Sims, 1976; Blum, 1984).

ومن نتائج الدراسة الأخرى أنها أظهرت أن المعلومات الصحية تختلف باختلاف الجنس ولصالح الإناث، وبخاصة بالنسبة لمتغير «صحة الطفل». وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات غربية (Cleary, et al, 1982) وأخرى عربية (الخليلي ورفيقاه، ١٩٨٧، Khalili, 1986)، التي أوضحت أن الإناث أكثر اهتماما بالنواحي الصحية من الذكور، وأكثر استخداما للعيادات الصحية، مما يكسبهن معلومات صحية أكثر من الذكور، وذلك من خلال الإرشادات والنصائح التي تعطىٰ لهن من الأطباء في أثناء زياراتهن. كما أن الإناث بحكم التنشئة الاجتماعية في بلادنا يكنّ أكثر التصاقا بشؤون التغذية في المنزل، والأمور المتعلقة بالأمومة والطفولة. ويبدو أن هٰذا الأمر لا يختلف عن الحال في البلدان الغربية، حيث تحصل الإناث على المعلومات الصحية وبخاصة تلك التي تتعلق بالغذاء والتغذية، من الأمهات (Sims, 1976).

وأما بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي في الجامعة، فقد أظهرت النتائج انحدار مستوى معلومات أداء الطلبة على الاختبار، بارتفاع المستوى الدراسي، باستثناء البعد الخاص، «بالصحة الشخصية». وتنسجم هٰذه النتيجة مع نتيجة أخرى أظهرتها هٰذه

الدارسة، وهي تدني مساهمة «المساقات الجامعية» و «الأقران» و «النشاطات الثقافية في الجامعة» في تنمية المعلومات الصحية، وربما يمكن إعادة ذلك أيضا إلى ازدياد اهتمام الطلبة بدراستهم الأكاديمية، لتحقيق النجاح، بالإضافة إلى أنهم يبدأون بنسيان المعلومات الصحية القليلة، التي اكتسبوها من بعض المناهج المدرسية قبل الجامعية، في العلوم بعامة، والأحياء بخاصة.

أما بالنسبة للصحة الشخصية، فربما يعود ارتفاع أداء الطلبة عليها مع تقدم المستوى الدراسي في الجامعة إلى طبيعة الدراسة المختلطة في الجامعة، حيث يحرص الطالب، ذكرا كان أم أنثى، على الظهور بمظهر لائق، وصحة جيدة، أمام رفيقه من الجنس الآخر. ويتكرس هٰذا الحرص مع تقدم المستوى الدراسي.

الخلاصة

إن النتائج التي كشفت عنها هٰذه الدراسة تمكن الباحثين من التوصية بما هو آت:

١ ـ إدخال مساقات صحية في خطة طلبة الصحافة والإعلام من قبيل مساق «بيولوجية الإنسان»، الذي تقدمه جامعات عربية، كمساق تثقيفي (مثلا الجامعة الأردنية، وجامعة الكويت)، ومساق «صحة البيئة والمجتمع» الذي تقدمه دائرة علوم الأرض والبيئة في جامعة اليرموك، وغير ذلك من مساقات تسهم في تنمية مستوى الوعي الصحي لدىٰ المتعلمين.

٢ ـ الالتفات إلى القضايا الصحية في برامج النشاطات الثقافية في الجامعة (محاضرات، ندوات، معارض، ملصقات . . الخ)، والاحتفال بالمناسبات الصحية مثل: يوم البيئة العربي، ويوم البيئة العالمي، ويوم الصحة العالمي.

٣ ـ تناول موضوعات صحية في المطبوعات الإعلامية للجامعة، (صحافة اليرموك وطلبة اليرموك، ومجلة اليرموك)، وتشجيع الطلبة على الكتابة في تلك الموضوعات.

المراجـــع

١ - الخليلي، خليل، والشيخ سالم، معتز أبو دهيس، برهان : «**درجة الوعي الصحي عند طلبة الثاني الثانوي العلمي والأدبي والمهني، في ثلاثة مناطق جغرافية مختلفة في الأردن**»، أبحاث اليرموك، مجلد (٣)، عدد (١)، ١٩٨٧، ص (٩١ - ١١٠) .

٢ - الغنيم، يعقوب : «**ماذا يريد التربويون من الإعلاميين**»، (وقائع ندوة ماذا يريد التربويون من الإعلاميين، مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض ١٩٨٤)، ص (٢٥ - ٣١) .

٣ - اليونسكو : «**التقرير الختامي عن أعمال المؤتمر الدولي الحكومي للتربية البيئية**»، (تبليسي، الاتحاد السوفيتي)، اليونسكو، باريس، ١٩٧٨ .

٤ - بن جلون وائل : «**الاتجاهات المتجددة في تدريس علم الأحياء**»، دراسة قدمت إلى الحلقة الدراسية الإقليمية، حول «الاتجاهات المتجددة في تدريس العلوم الحياتية والفيزيائية» - الرباط ٢٧ - ٣١ / ١٠ / ١٩٨٦ .

٥ - جامعة اليرموك : دائرة الصحافة والاعلام، دليل جامعة اليرموك، ١٩٨٣ - ١٩٨٤، ص (١٩٨ - ٢١٣) .

٦ - جوران، موريس : «**الانتصار على التلوث**»، مجلة العلوم الاجتماعية، ترجمة ياسر الفهد، مجلد (١٣)، عدد (٢)، ١٩٨٥، ص (٢٢٩ - ٢٣٥) .

٧ - حسين، أبو بكر، والسلمان، نجلاء : **المعلومات الغذائية لدى طلبة جامعة الكويت**» مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد (١٣)، عدد (٢)، ١٩٨٥، ص (٦٥ - ٨١) .

٨ - دنيا محمد طنطاوي : «**التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي**»، دار البحوث العلمية الكويت، ١٩٧٥ .

٩ - صباريني، محمد سعيد : «**المشروع الريادي لتطوير تدريس علوم الأحياء (البيولوجيا) في الوطن العربي**»، المجلة العربية للتربية، المجلد الخامس، العدد الأول ص (١٤ - ٣٣) .

١٠- لاست جون : «**تخفيف مخاطر الرعاية الصحية**»، منبر الصحة العالمي، المجلد السادس، العدد (٢)، ١٩٨٥، ص (١٥٦ - ١٦٤) .

١١- منظمة الصحة العالمية : «**الرعاية الصحية الأولية**»، تقرير المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (الما - آتا)، الإتحاد السوفيتي، ٦ - ١٢ أيلول ١٩٧٨ .

١٢- وزارة الصحة العامة : «المسح الصحي، المعرفة والاتجاهات والممارسات لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال دون الخامسة من العمر لسنة ١٩٨٦»، قسم التثقيف الصحي، عمان، ١٩٨٦ .

١٣- وزارة التربية والتعليم : «قانون التربية والتعليم رقم ١٦ لسنة ١٩٦٤»، وزارة التربية والتعليم، عمان، ١٩٨٢ .

14 - Clearly, P.D., Mechavic, D. and Greenley, J.R. - Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. **Journal of Health and Social Behavior,** 1982, Vol, 23, No, 2. pp (106-119).

15 - Chen, T.T. and Bates, I.J. - The Effect of Tax Reform on School Health Education Programs - **International Quarterly of Community Health Education,** Vol. 3, No, 4, 1983. pp. 374-387.

17 - Hurd, P. De - Biology Education, in Harms, N. and yager, R. (Eds) - **What Research Savs for Science Teacher?** National institute of Education, U.S. Department of Education - Contract No 400 - 78 - 0004, 1981.

17 - Hurd, P. De, et al - Biology Education in Secondary schools in the United States - **The American Biology Teacher** 1980, 42 (7) - pp. 388-410.

18 - Kelly, P.J. Biology Education in a changing world. in imahori, K. et al., **Proceedings of the Fifth Biennial Conference of AABE** - Osaka, Japan, 1980 - pp. 1-6.

19 - Khalili, K.Y. The Level of Knowledge of some categories of Jordaninan teachers about some aspects of public health. A paper under consideration for publication Yarmouk University - Irbid - Jordan, 1986.

20 - Lucas, A. Energy, Attitudes and Environmental Education, in west, R. (Ed) - **Engergy and the Environment.,** the European Experience, ICASE, U.K., 1981, pp. 181-188.

21 - Rosenthal, D.B. - Social issues in High school Textbooks: 1963 - 1983, **Journal of Research in Science Teaching,** 1984, Vol, 21, No. 8, pp. 819-831.

22 - Sims, L.S. - Demographic and attitudinal correlates of nutrition knowledge. **Journal of nutrition Education,** 1976 Vol. 8, No, 3. pp (122-125).

23 - Subbarini, M.S. and Kelly, P.J. - Health Needs of Kuwait Society and Biological Education in Secondary Schools - **Teachers' College Bulletin,** Vol. 2, 1983-pp. 60-75.

24 - Tatsourka, M.M. Selected Topics in Advanced Statistics, An Elementary Approach, Number 6, **Discriminant Analysis the study of Group**

Differences. Champaign Illinois: Institute for personality and ability testing, 1970.

25 - Towler, J. and Swan, J.E. - What do people really know about pollution? in Schoenfeld, C. (Ed) - **Interpreting Environmental Issues, Research and Development in Corservation Communication** - Denbar Educational Research studies, Madison, 1972.

26 - Werner, David - Where there is No Doctor: avi-lage health care handbook - The hesperian Foundation, palo Alto California, 94302, USA, 8th, 1982.