دور مصادر المعلومات الصحية في تشكيل الوعي الصحي للمرأة السعودية (دراسة تطبيقية بمدينة الرياض)

عبدالعزيز بن علي الغريب*

ملخص: هدفت الدراسة إلى معرفة مصادر المعلومات الصحية للمرأة السعودية، وتعرف مدى الاستفادة منها في الوعي الصحي، ومعرفة العلاقة بين استخدام المرأة السعودية لتلك المصادر ومستوى وعيها الصحي، و معرفة رأي المرأة السعودية واتجاهاتها نحو دور المصادر في زيادة وعيها الاجتماعي والصحي. وقام الباحث بإجراء الدراسة الميدانية باستخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة، وجمع بياناتها باستخدام الاستبانة المعدة لهذه الدراسة على عينة عشوائية قوامها 350 امرأة سعودية. ومن أهم نتائج الدراسة: جاءت المجلات الطبية في المرتبة الأولى بين مصادر المعلومات الصحية كما تراها المرأة السعودية، وفي المرتبة الثانية وسائل الإعلام المرئية، وفي المرتبة الثالثة المراكز الصحية، ثم وسائل الإعلام المكتوبة، وفي المرتبة الخامسة الإنترنت، وفي المرتبة السادسة الأقارب والأصدقاء، كما توصلت الدراسة – فيما يتعلق بمدى متابعة المرأة السعودية لوسائل الإعلام في مجال الوعي الصحي – إلى أن متابعة وسائل الإعلام المكتوبة جاءت في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية المجلات الصحية، وفي المرتبة الثالثة وسائل الإعلام المرئية، وفي المرتبة الرابعة الإنترنت، وفي المرتبة الخامسة المراكز الصحية، وفي المرتبة الأخيرة سؤال الأقارب والأصدقاء، كذلك توصلت الدراسة إلى وجود اختلاف في الاستفادة من تلك المصادر في مجال الوعي الصحي بين مصدر وآخر. كما

* قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.

توصلت الدراسة إلى أن هناك عدداً من القيم الصحية التي استفيدت من مصادر الوعي الصحي. كذلك هناك علاقة بين استخدام المصادر ومستوى الوعي الصحي للمرأة السعودية. وفي نهاية الدراسة عرض الباحث لبعض التوصيات العلمية في ضوء ما توصل إليه من نتائج.

المصطلحات الأساسية: علم الاجتماع الطبي، الصحة، المرأة السعودية، الوعي الصحي، التثقيف الصحي.

مشكلة الدراسة وأهميتها:

الصحة مطلب إنساني واجتماعي نسعى جميعاً لتحقيقه أفراداً ومجتمعات ودولاً، وتعد الصحة السليمة أحد الأهداف الرئيسة التي تسعى المجتمعات لتحقيقها في سبيل توفير تنمية اجتماعية شاملة، كما تعد الصحة أحد أهم المعايير الرئيسة التي تضعها المنظمات والهيئات الدولية لتحديد درجة الرفاه الاجتماعي لأي من المجتمعات. ويرتبط علم الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً باعتبارها علماً وفناً، وقد تطور هذا العلم في فلسفته بالاتجاه من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع؛ فأصبح يعني علم تشخيص المجتمع وعلاجه. فالوعي الصحي فكرة قديمة قدم حضارة الإنسان؛ فقد وجد في كتب الحكماء والأطباء في مختلف العصور من أجل حفظ الصحة وليس مداواة المرضى فقط، وكانت بداياته ملموسة في كتابات الأولين من الأطباء العرب والمسلمين الذين كان لهم إسهام كبير في تطوير الطب وفي جمعه من مختلف المصادر والإضافة إليه؛ فقد حملت كتاباتهم بالكثير مما يمكن اعتباره من أساسيات الوعي الصحي (زهير السباعي، 1996: 8).

وانطلاقاً من الأهمية الكبرى للصحة، فقد أنشأت هيئة الأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية في عام 1946م بوصفها وكالة متخصصة تتولى مسؤولية الإشراف على البرامج الصحية المطبقة على مستوى العالم، بهدف أن تصل جميع الشعوب إلى أرفع مستوى صحي ممكن، ودعم تلك البرامج في الدول النامية، خصوصاً المتعلقة بالوقاية من الأمراض، باعتبارها من الجوانب المؤثرة في المحافظة على صحة البشر. فالكثير من أسباب المرض ليست مرتبطة فقط بالتكوين الجسماني للإنسان، بل إن الكثير منها متصل اتصالاً وثيقاً بالمحيط الذي يعيش فيه الفرد، وكذلك بالأسرة والمجتمع، وهو ما يعرف بمفهوم الرعاية الصحية الأولية التي تعد أفضل وسيلة لتحقيق هدف الصحة للجميع. وقد نادى مؤتمر آلماآتا العالمي الذي نظمته منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة

(اليونيسيف) عام 1978م بالاتحاد السوفيتي (سابقاً) بأن تكون الخدمات الصحية شاملة متكاملة تعنى أولاً بتحسين صحة الناس وتطويرها ووقايتهم من الأمراض، وتقديم العلاج لمن يحتاج إليه وتأهيل المصابين والمعوقين. كما حدد المؤتمر قائمة إرشادية من ثمانية عناصر تعتبر الحد الأدنى من مجموعة الخدمات المتكاملة التي تقدم للمواطنين؛ أولها التوعية والتثقيف الصحي للأفراد والمجتمع عن المشكلات الصحية والاجتماعية (توفيق خوجة، 2001: 3–11).

وقد بدأ التعاون الصحي الدولي في مجال الصحة مع انعقاد المؤتمر الصحي الدولي الأول في باريس عام 1851م، وكان هدف هذا المؤتمر محدوداً للغاية، حيث اقتصر على تنسيق متطلبات الحجر الصحي البحري المطبقة آنذاك في مختلف بلدان أوروبا وخاصة التي لها موانئ على البحر الأبيض المتوسط بقصد الوقاية من تسرب مرض الطاعون ومنع ظهور مرض الحمى الصفراء وحماية أوروبا من وصول مرض الكوليرا. وتوالى انعقاد المؤتمرات الصحية الدولية حتى عام 1945م عندما وافق مؤتمر الأمم المتحدة الخاص بالتنظيم الدولي الذي عقد في سان فرانسيسكو على اقتراح بعقد مؤتمر دولي لإنشاء منظمة دولية للصحة، انعقد في نيويورك عام 1946 وأسفر عن الموافقة على دستور منظمة الصحة العالمية بوصفها وكالة مختصة بالصحة (منظمة الصحة العالمية، 1979: 8–10).

ويعد الوعي الصحي أداة لتعزيز الصحة؛ فهو أحد العوامل المهمة لمساعدة الإنسان على التمتع بالصحة. ويمثل حجر الزاوية في التغيير الإيجابي لسلوك الأفراد والمجتمعات. ويتفق خبراء التنمية على أن المجال الصحي أكثر مجالات التنمية الاجتماعية التي تتطلب مشاركة مجتمعية واسعة ونشيطة، وقد تأكد ذلك حينما بدأت المجتمعات المتقدمة خطواتها الصحية في استعدادها لدخول القرن العشرين، بالاتجاه نحو الوعي الصحي لشعورها أن تحقيق الصحة للجميع يرتكز على التثقيف الصحي قبل اعتماده على الإنجاز الطبي، وكان ذلك نتيجة للتكاليف العلاجية الباهظة التي يواجهها المرضى، ودأبت الحكومات على استنباط وسائل حديثة لتخفيض التكلفة، وترشيد الإنفاق في المجال الطبي، إضافة إلى حدوث تغيير في الأنماط الحياتية وسلوك الأفراد كالتدخين، والسمنة، وسوء التغذية، وقلة النشاط البدني، وتلوث البيئة؛ مما أدى إلى الازدياد المتعاظم في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة والسرطانية وما ينتج عنها من ازدياد نسبة الوفيات والإعاقات، وزاد من أهمية الأسلوب الوقائي في الرعاية الصحية وخاصة الوعي الصحي (Arnold, 1991; Burkitt,1983).

وتعد الصحة هدفاً أساسياً من أهداف الإنسان. وحيث إن كل إنسان لديه طموحات متعددة يسعى إلى تحقيقها، فإنه قد لا يستطيع تحقيق ذلك إلا عن طريق الصحة. فالصحة تمكن الإنسان من الاستمتاع بحياته، بل هي الحياة؛ لأن الإنسان لا ينعم بحياته إلا إذا كان متمتعاً بالصحة. كما أن الصحة وسيلة للتقدم الاقتصادي، فزيادة الإنتاج تتطلب تكثيف جهود القوى العاملة بأكملها لزيادة الإنتاج ورفع مستوى الدخل القومي للدول. فالفرد لا يستطيع الإنتاج على أحسن وجه ممكن إلا إذا كان يتمتع بالصحة. وهذا يؤكد أن الأمراض تؤثر تأثيراً مباشراً على القدرة الإنتاجية.

ويعد الوعي الصحي العام من أهم مجالات الوعي الصحي؛ إذ إن هناك عدة مجالات للوعي الصحي منها مجال الوعي الصحي العام، ومجال الوعي الصحي المدرسي، ومجال الوعي الصحي للمرضى ومراجعي المراكز الطبية، ومجال الوعي الصحي الغذائي وغيرها. وما يهمنا في هذه الدراسة هو الوعي الصحي العام، الذي يعني الوعي الصحي الموجه للمجتمع كله بجميع قطاعاته. وهو يعد من أهم مجالات الوعي الصحي؛ إذ إن الوسائل المستعملة فيه من مذياع أو تلفاز وغيرها من الوسائل تصل إلى أغلب أفراد المجتمع، ومن ثم تتضح أهمية تعرف خصائص المجتمع الموجه له الوعي، والمشكلات الصحية الدائمة، والأولويات منها. ويدخل في باب الوعي الصحي العام (Reagan and Collins, 1987) –كما يشير زهير السباعي (1996) – الرسائل الصحية الموجهة عبر البرامج التلفزيونية سواء للمجتمع كله أو لفئات معينة منه كالأمهات والأطفال. كما أن طبيعة الوعي الصحي العام تستوجب الشمولية في رسائل الوعي الصحي؛ إذ يجب الوفاء باحتياجات كل الفئات في المجتمع بحسب الأولويات الصحية مع حسن اختيار المادة الملائمة واستعمال اللغة التي يفهمها الناس. ويدخل أيضاً ما يمكن أن يتم على مستوى المجتمع المحلي كمجتمع القرية أو الحي، وهنا يمكن استخدام وسائل غير التلفاز والمذياع؛ إذ يمكن الاتصال المباشر بالمجتمع باستخدام طرق ووسائل شتى للوعي الصحي من أحاديث صحية وعروض إيضاحية وملصقات وشرائط مسجلة ومعارض وصحافة ومجلات ومنشورات وقصص وأمثال... إلخ (Keith and Strehlow,1994; Sylvia, 1983).

كما يعد البيت مكاناً مثالياً للوعي الصحي؛ لأن أصحاب البيت من صغار وكبار يشعرون بالطمأنينة والأمن والراحة في بيوتهم. ويوفر الوعي الصحي بالمنزل فرصة جيدة لأعضاء الأسرة الذين لا يحبون الذهاب للمستشفى أو المركز الصحي

ككبار السن، كما يوفر الظروف الواقعية للتوعية؛ حيث يمكن ربط رسالة الوعي الصحي بمستوى الأسرة الاجتماعي والاقتصادي. كذلك توفير فرصة الاطلاع على الأوضاع بالمنزل خاصة حجم الأسرة ومستوى التعليم وما يؤثر سلباً أو إيجاباً على صحة الأطفال والمرضى بأمراض مزمنة كالسكر وضغط الدم والإعاقة والأطفال المعرضين للأخطار والحوامل. وتعتبر النساء أكثر نجاحاً من الرجال في تقديم التوعية الصحية بالمنزل (سلامة الرمومي، 1999).

ولارتباط الصحة بحياة المجتمع أنشأ علم الاجتماع فرعاً مستقلاً بذاته وهو علم الاجتماع الطبي؛ ليتولى بالدراسة والتحليل مجمل قضايا الصحة وغيرها من الموضوعات وعلاقتها أو ارتباطها سلباً وإيجاباً بالمجتمع وحياة أفراده. كما يرى علم الاجتماع الطبي أن هناك الكثير من السمات الديموغرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد، كما أن العوامل الثقافية أيضاً تؤثر في الإحساس بالصحة والمرض إضافة إلى التدرج الاجتماعي والمعايير والثقافة، وهي التي قد تكون عائقاً أمام الصحة ذاتها خاصة التقاليد والقيم المترسخة في أذهان أفراد المجتمع (فادية عمر، 1998: 265). وينطلق علم الاجتماع الطبي من بعض الأسس العلمية الرئيسة، من أهمها الرأي بأن صحة الناس مسؤولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع، وأن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها آثار مهمة على الصحة. ولا شك أن الصحة يعد الموضوع الرئيس لعلم الاجتماع الطبي لانعكاسه على حياة أفراد المجتمع وتأثيرها على تحقيق التطور الذي ينشده المجتمع (محمد علي، 1989: 34). بل هناك من يرى تحويل مسمى علم الاجتماع الطبي إلى مسمى (علم اجتماع الصحة) لأهمية ذلك، ومن أجل السعي لتحسين صحة المجتمع والعمل على تطوير الإجراءات التي تقوم بها تلك المؤسسات للارتفاع بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع (حسين رشوان، 2000: 11– أيمن مزهرة، 2001: 34).

ومن ثم، فإن علم الاجتماع الطبي يهتم بالتثقيف الصحي، والجانب الصحي، والنظم المتضمن والصحة الشخصية، حتى إن بعض الأطباء يفضلون تسمية علم اجتماع الصحة؛ لأنه يعمل على تحسين صحة المجتمع المحلي، ويبين مدى تأثير ذلك على التعليم وعلى العمل وعلى مستوى المعيشة والزواج والإسكان، كما يبين تأثير هذه العوامل على صحة الفرد ونفسيته (أيمن مزهرة، 2001: 37). خاصة أن هناك عوامل اجتماعية وبيئية لها دور رئيس في مستوى الصحة في أي مجتمع

وليس فقط عوامل طبية أو مرتبطة بالإنسان نفسه. فهناك عدة عوامل بيئية وهي تعني العوامل الخارجية المؤثرة في الإنسان الحامل للمرض، وتتكون من المجالات التالية:

1 – **البيئة الطبيعية:** وتتمثل في الحالة الجغرافية أو الموقع الجغرافي والحالة الجيولوجية كنوع التربة التي من خلالها يمكن تحديد نوع الغذاء والمياه المستخدمة، وحالة المناخ وتتمثل في درجات الحرارة والرطوبة وحركة الرياح.

2 – **البيئة الاجتماعية والثقافية:** وتشمل المستوى الاقتصادي والتعليمي وكثافة السكان والخدمات الصحية، والمسببات النفسية والاجتماعية من جراء الضغوط العصبية والنفسية نتيجة مشكلات الحياة الحديثة والأعباء الأسرية والمهنية.

3– **البيئة البيولوجية:** وتشمل عناصر الدولة من الثروات الحيوانية والنباتية (بكر سلامة، 1997: 20).

ومن هذا يتبين أن الاكتفاء بتوفير الخدمات الصحية والعلاجية لن يحقق الصحة في أي مجتمع، وسوف تزداد الأمراض الناتجة عن الخلل في أنماط الحياة وعدم تجنب مصادر الأمراض بسبب جهل المصاب أو تقاعس المسؤولين في وزارات الصحة عن إيصال الرسالة الصحية إليه لتغيير أنماط حياته الخاطئة. ومن دون ذلك لن نستطيع أن نخفف مما يعانيه المجتمع من أمراض نسميها بالمزمنة، أو تلك التي عادة ما ترتبط مع التقدم في العمر. وكل هذا يدعو إلى أن نعي أهمية الوعي الصحي واعتباره العنصر الأساسي في الخدمات الصحية. ولا سبيل لتحقيق ذلك إلا بتحديث وتقديم وسائل الوعي والوعي الصحي؛ حتى نتمكن من تطوير الصحة وتوفيرها لكل إنسان (عبدالرحمن العوضي، 1997). كما أن الثقافة الصحية أو الوعي الصحي للمجتمع ضرورة لإيجاد وعي يتفهم المرء دوره في مساعدة نفسه أو من هم تحت مسؤوليته في التصرف معهم للمحافظة على سلامة أجسامهم ونمائها بشكل طبيعي؛ ليكون عطاء الإنسان وإنتاجه في المجتمع كبيراً. وأن يكون للتثقيف الصحي أهداف يمكن الوصول إليها، منها أن يكون عند أفراد المجتمع معرفة ودراية بأسباب الوقاية من الأمراض. وتعرف الوسائل التي تجعل الجسم سليماً معافى، كالاهتمام بالنظافة في المأكل والملبس والمشرب، وتجنب العادات الضارة في الحياة المعيشة والعلاجات الضارة، ومعالجة بعض المعتقدات والتصورات القديمة الخاطئة التي أملتها ظروف زمنية معينة، ومعالجة المشكلات الاجتماعية التي تؤدي إلى أضرار جسيمة أمثال حوادث الطرق والحوادث المنزلية،

والتركيز على مواضيع التغذية عند الأطفال والمسنين، والاهتمام بالإسعاف الأولي سواء الجروح أو الحروق أو التسمم وكيفية نقل المصاب.. إلخ (عبدالرحمن السويلم، 1982: 62).

ومن ثم فإن نشر الوعي الصحي في جميع مجالاته بين أفراد المجتمع له أهمية بالغة مرتبطة بحياة الإنسان وصحته وسلامته. فالإنسان لا يستطيع المحافظة على صحته، إذا لم تكن لديه الثقافة والوعي الصحي اللازمان لذلك. لذا فإنه من الضروري بذل الجهود الجماعية على مختلف المستويات المحلية والإقليمية والعالمية، لنشر الوعي الصحي من خلال توعية الجمهور، وتدريب المسؤولين، وتنمية شعورهم، وإحساسهم تجاه أهمية الوعي الصحي.

وتبرز أهمية الدراسة مما لاحظه الباحث من أن هناك ندرة في البحوث التي تنتمي لعلم الاجتماع على الرغم من أن علم الاجتماع الطبي يعد أحد فروع علم الاجتماع الرئيسة؛ إذ إن معظم الدراسات تناولت موضوعات التوعية الصحية من منظور دور وسائل الإعلام في توعية أفراد المجتمع وتثقيفهم. كما نلحظ ندرة الدراسات الموجهة للمرأة بوصفها عضواً فاعلاً وحيوياً في المجتمع، وذلك للتكامل مع الدراسات المتخصصة التي حظي بها الوعي الصحي بوصفه علماً من العلوم الطبية المساعدة.

والمجتمع السعودي يمر بتغيرات حضرية في كثير من أنساقه، ومنها النسق الصحي؛ إذ إن المجتمعات البشرية في تغير دائم، وهذا التغير هو سبيل بقائها ونموها، فهي تتكيف به مع واقعها، وتسد به حاجاتها، وترضي مثاليتها، في وجوه الحياة، وأحياناً فيما وراء الحياة، فتتخلص من القديم الذي تضيق به، وتبتدع الجديد الذي يلائمها ويكفي رغباتها، ابتداعاً، أو تقتبسه اقتباساً، على أن ذلك لا يحدث بصورة رياضية، فيها الجمع وفيها الطرح، ولكنه يكون في صورة كيميائية، إذ ينشأ مركباً معقداً، وبصورة متكاملة ذات خصائص جديدة، قد يكون بعض العناصر فيها أشد تمثيلاً، وبعض الملامح أكثر ظهوراً، ولكنها كل منطقي، وهو مجموعة النظم المختلفة التي يتحرك من خلالها المجتمع وبها ولها، ابتداء من القيم المجردة وأنماط السلوك والتفكير إلى مئات الاستعمالات اليومية، ويمثل هذا التغير ثورة على الشكل والمضمون الحضاري، تصحبه وتعقبه بصفة منتظمة هزات في المجتمع. والتحولات الحضارية الكبرى ما زالت نتائج عمليات التغير الحضاري بوجهيها الإيجابي والسلبي. وتختلف درجة ذلك التغير، ونوعيته من مجتمع إلى آخر ومن

حضارة إلى أخرى، ومن عصر إلى آخر، يختلفان في الزمان التاريخي، وفي المكان الجغرافي (محيي الدين صابر، 1987: 153).

ومن ثم، يصب توجه هذه الدراسة في هذا الاتجاه لمعرفة مدى التأثير الذي أحدثته التغيرات الحضارية بصورها المختلفة خصوصاً التغيرات الثقافية والتقنية في الحصول على المعلومة الصحية بشكل عام، والمعلومة التي تخص المرأة بشكل خاص؛ حيث إن المرأة في الأسرة تؤدي دوراً بارزاً في مجال الصحة والتنمية وفي قيادة أنشطة توفير الصحة للجميع. فقد سعت كثير من المنظمات غير الحكومية لإشراك المرأة في برامج التوعية والتثقيف الصحي انطلاقاً من أهمية هذا الدور، خاصة أن معظم الحملات التوعوية تركز على أهمية البناء الصحي السليم لأفراد الأسرة منذ بدء مرحلة الطفولة وما يليها من المراحل العمرية (Tan Basta and Davidson, 1995؛ فادية عمر، 1998: 287). كما جاء اهتمام منظمة الصحة العالمية بصحة المرأة دليلاً على أهمية دور المرأة ورعايتها صحياً؛ إذ خصصت منظمة الصحة العالمية عام 2005م لتركيز الاهتمام على صحة المرأة والطفل، حيث قدرت المنظمة عدد وفيات النساء نتيجة لانخفاض مستوى الرعاية الصحية لها بمليون أم كل عام، وتعاني عدة ملايين من الأمهات الإصابة بالعجز، وجاء عامل تدني الوعي الصحي أحد الأسباب المؤدية للوفاة، ولذلك حثت الدول والمجتمعات على تحصين صحة الأم والطفل والتوعية بمدى إصابة الأمهات بالأمراض ومعاناتهن منها ووفاتهن بسببها، وأثر ذلك على الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. كما جاء في أهداف منظمة "اليونيسيف" ضمن خطة "أهداف تنمية الألفية" تطوير صحة الأمهات، ومحاربة الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض (انظر، اليونسيف، 2005).

ولكون المرأة السعودية من أكثر فئات المجتمع التصاقاً بمفاهيم الوعي الصحي، فقد جاء الإحساس بأهمية إجراء هذه الدراسة، وكذلك نتيجة لقلة الدراسات التي تتناول مصادر الوعي الصحي للمرأة السعودية تأتي هذه الدراسة، وهي محاولة للإسهام في هذا التوجه الحضاري والإجابة عن مجموعة من التساؤلات المتصلة بهذا المجال المهم المرتبط بصحة الإنسان وحياته. ونتمنى أن يكون فيها إضافة لفرع علم الاجتماع الطبي بدراسات إمبريقية من واقع المجتمع السعودي.

أولاً – أهداف الدراسة:

1– تعرف أكثر مصادر المعلومات الصحية تأثيراً على تشكيل الوعي الصحي للمرأة السعودية.

2– تعرف رؤى المرأة السعودية تجاه مستوى الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية ونوعيتها.

3– تعرف اتجاهات المرأة السعودية نحو مجالات استفادتها من مصادر المعلومات الصحية.

4– تعرف مدى وجود علاقة بين استخدام المرأة السعودية لمصادر المعلومات الصحية ووعيها الصحي.

ثانياً – تساؤلات الدراسة:

1– ما أكثر مصادر المعلومات الصحية تأثيراً على تشكيل الوعي الصحي للمرأة السعودية؟

2– ما رؤى المرأة السعودية تجاه مستوى الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية ونوعيتها؟

3– ما اتجاهات المرأة السعودية نحو مجالات استفادتها من مصادر المعلومات الصحية؟

4– ما مدى وجود علاقة بين استخدام المرأة السعودية لمصادر المعلومات الصحية ووعيها الصحي؟

ثالثاً – مفاهيم الدراسة:

1– مفهوم الصحة: Health

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة Health تعريفاً أخذ به كل العاملين في مجالات الصحة العامة، ويخلص إلى أن الصحة هي: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز" (منظمة الصحة العالمية، 2001: 1). وقد جرت محاولات عديدة من قبل العلماء لتعريف الصحة، من أهمها أن الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع نفسه ومع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وعملية التكيف هذه للمحافظة على سلامته لاستمرار توازن وظائف الجسم في عملها

(Marshall, 1998 –Phillips,1990). وهناك أكثر من تعريف للصحة، فقد عرفها زهير السباعي (1996) أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض وإنما هي حالة من التكامل الجسدي والنفسي والعقلي والاجتماعي (زهير السباعي، 1996: 7). ويعرفها توفيق خوجه (2001) أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً مما يمكن الفرد ومجتمعه من العمل والإنتاج وليست فقط الخلو من الأمراض والعاهات" (توفيق خوجة، 2001: 9).

وعلى ضوء ما تقدم فإن مفهوم الصحة لدى الإنسان لا يقتصر على التكامل البدني أو الجسماني فقط بل يشمل أيضاً الجانب النفسي والجانب العقلي أو الاجتماعي، وبمعنى آخر يشمل الصحة الجسمية والصحة العقلية والصحة النفسية للإنسان. فالصحة الجسمية أو البدنية تعني خلو أجهزة البدن من المرض أو العاهة، أما الصحة العقلية فتعني قدرة الفرد على القيام بالعمليات العقلية السليمة كالتفكير والإدراك والتخيل والتقدير للمسؤولية وتحملها، أو قدرة الفرد على التحصيل والاستيعاب ثم التركيز والخلق والابتكار. أما الصحة النفسية فتعني قدرة الفرد على التكيف السليم مع نفسه ومع أفراد المجتمع، والتكيف السليم يتضمن إرضاء حاجات الفرد ودوافعه في إطار الوقائع البيئية التي يعيش في وسطها. فللفرد حاجات ودوافع وأهداف في الحياة يسعى إلى تحقيقها. ومن ثم، فالفرد الذي يتمتع بالصحة هو: كل من كان صحيح البدن، خالياً من المرض أو العجز، قادراً على التعلم واكتساب الخبرات والعمل والإنتاج، وفي الوقت نفسه متمتعاً بالاستقرار النفسي، ويستطيع أن يتحمل تبعات الحياة ويواجه مصاعبها ومتطلباتها، ويكون قادراً على التعامل مع الآخرين وكسب صداقتهم ومحبتهم والتأثير فيهم، عارفاً بمسؤولياته متمتعاً بحقوقه. فاكتمال صحة الفرد البدنية والنفسية والاجتماعية أو العقلية يصبح عاملاً مؤثراً في تقدم المجتمع ورفعته ورفاهيته.

2– مفهوم الوعي الصحي: Health Awareness

يقصد بالوعي Awareness في معناه العام: إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً. (أحمد بدوي، 1986: 81). أو هو اتجاه عقلي انعكاسي يمكن الفرد من إدراك ذاته، وإدراك البيئة المحيطة به والجماعة التي ينتمي إليها عضواً، (إيمان شريف، 2004: 683). ويذهب جورج ميد George H. Mead (1863–1931) إلى أن

عمليات الاتصال تساعد الفرد على النظر إلى نفسه، والقيام بدور الآخرين، وتعتبر عملية الاستدماج مع الآخرين أو تمثل الظروف المحيطة شرطاً أساسياً لظهور الوعي (محمد غيث،1997: 88). والوعي الاجتماعي Social Awareness يشير إلى إدراك المرء لذاته، ولما يحيط به، إدراكاً مباشراً، وهو أساس كل معرفة. أو هو الإدراك الذهني، أو هو ذلك الجزء من الفعل الذي يتوسط بين البيئة والمشاعر والأفكار (Barker, 1987: 32).

أما الوعي الصحي Health Awareness فيعرف بأنه: ترجمة الحقائق ذات العلاقة بالصحة والمرض إلى نماذج من السلوك الصحي الملائم من قبل الأفراد والأسرة والجماعات (غادة الطريف، 1998: 7). فالوعي الصحي يقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل تعرف حدوث الأمراض مبكراً ومنع حدوثها. وهذا يشمل كل أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية (سامر رضوان وكونراد ريشكة، 2001: 34).

ويهدف الوعي الصحي إلى: 1- توجيه الأشخاص لاكتساب المعلومات الصحية. 2- حث الأشخاص على تغيير مفاهيمهم الصحية. 3- توجيه الأشخاص لاتباع السلوك السليم المرغوب فيه (يعقوب المزروع، 1992: 103). وقد حددت منظمة الصحة العالمية أهداف الوعي الصحي بما يلي: 1- تأكيد أهمية الصحة مصدر قوة للمجتمع. 2- إمداد المجتمع بالخبرات والمعلومات لمساعدة الأفراد على حل مشكلاتهم الصحية بأنفسهم وبطاقاتهم الذاتية. 3- رفع مستوى الخدمات الصحية وتطويرها واستخدامها بطريقة مثلى (World Health - World Health Organization, 1988 Org. 2002).

ومن ثم، فإن برامج الوعي الصحي لا تهدف إلى تغيير المعرفة لدى الناس فحسب ولكنها تهدف أيضاً إلى تغيير السلوك، فهي تمثل مثلثاً متساوي الأضلاع؛ ضلع لاكتساب المعلومات، وضلع لغرس القيم المرتبطة بهذه المعلومات وتأصيلها، والضلع الأخير لتطبيق هذه المعلومات.

وفي دراستنا نقصد ببرامج الوعي الصحي: القيم والمعلومات الصحية التي تحملها المرأة السعودية المقيمة في مدينة الرياض وقت إعداد الدراسة، واكتسبتها من مصادر الوعي التقليدية والحديثة.

3- مصادر الوعي الصحي:

أ - وسائل الاتصال العامة:

يقصد بهذه الوسائل الإذاعة والتلفزيون والصحافة باعتبارها تستطيع الدخول إلى كل مكان، وتفرض نفسها على أي مجتمع بصرف النظر عن رغبة تلك المجتمعات أو الفئات في الاستماع إليها أو رؤيتها أو قراءتها. وهي تتمتع بنفوذ قوي وأثر كبير في تغيير سلوك الناس ونظرتهم وممارستهم، ولهذا فهي لا تخلو من خطورة إذا لم يرشد استعمالها، فالتلفزيون والمذياع جهازان قويان من أجهزة الإعلام، ولهما مقدرة على تغيير سلوك الكبار والصغار معاً، ولكن التأثير على الصغار أكبر، وبالإمكان استعمالهما في شتى مجالات الوعي الصحي وطرقه. فمن خلالهما يمكن بث المحاضرات والندوات والعروض الإيضاحية والوعي الموجه للمرضى والمراجعين، ويقدم التلفزيون والمذياع برامج محبوبة يمكن الاستفادة منها بإدخال الثقافة الصحية مع ربطها بالمشكلات القائمة، وكذلك الحال في الصحافة وسيلة اتصالية لها دور رئيس في نشر برامج الوعي الصحي؛ حيث تستوعب الصحف اليومية والمجلات كثيراً من أساليب الوعي الصحي وطرقه؛ فهي تنشر المحاضرة والمناقشة والقصة والحوار وغيرها من طرق الوعي الصحي، وتخصص أغلبها صفحات للتوعية الصحية وأعمدة للسؤال والجواب عن كل ما يتعلق بالصحة.

ب - الوسائل النوعية:

يقصد بهذه الوسائل التي تستهدف فئة عامة وخطاباً محدداً يكون الهدف منه أكثر شمولية ودقة، والبيانات التي يحتوي عليها الخطاب في مثل هذه الحالة تكون مدروسة، ومتسلم الخطاب عادة يكون متوقعاً لمثل هذا الخطاب، فعلى سبيل المثال فإن المحاضرات الخاصة عن معلومة بعينها وكذلك الكتب والنشرات تحدد أهدافاً معينة وتكون رسالة بقصد تغيير المفاهيم وطرح آراء وأفكار محددة بغرض التعلم والتثقف، وهي وسائل تتبع عادة في مناسبات خاصة وفي أساليب التعليم والتوعية المختلفة.

ج - الوسائل التعليمية:

إن الهدف من هذه الوسائل هو جزء من العملية التربوية التي نحاول من خلالها توصيل معلومات جديدة يستهدف منها تعليم متلقيها وتدريبه بصورة

منظمة حتى تتكامل لديه الرؤية والمفهوم من المعلومة المقدمة إليه، ويدخل هذا الأمر في مناهج التعليم بصورة عامة، كما يجب أن يكون في جميع المواد التعليمية وبالمفاهيم نفسها دون تغيير حتى تتكرر المعلومة عند المتلقي (الطالب)، وتتعزز هذه المعلومة حرصاً على تفهم الطالب للمعلومة المقدمة إليه. أما المحتوى فقد يتضمن الكثير من المعلومات التي تستهدف تعليم الفرد المفاهيم الصحية السليمة وتعرف جميع المعلومات المتعلقة بطبيعة الإنسان وحياته، ويكون الهدف من تلك المعلومات تعرف الإنسان جسمه والأمراض المستترة وأنماط حياته من مأكل ومسكن، والأزمات التي يتعرض لها كالأمراض المعدية أو الأمراض الناتجة من أنماط الحياة الخاطئة كفرط ضغط الدم وداء السكري وأمراض القلب وغير ذلك (عبدالرحمن العوضي، 1997: 72). ومن ثم صار في مقدمة مبادئ التربية الصحية زيادة الشعور بالمسؤولية والاعتماد على النفس منذ الطفولة عن طريق الوعي الصحي الذي يهدف إلى تحسين السلوك بأوسع معانيه، وأنه يتعذر وضع حدود جامدة بين التربية والوعي؛ لأن كليهما مكمل للآخر، فحياة الإنسان على سطح هذا الكوكب إنما هي ألوان حية متحركة من مزيج التربية والوعي (Kilander, 1962: 6; إبراهيم السمان، 1993: 258).

رابعاً – الدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات عن الوعي الصحي بشكل عام وعن المرأة بشكل خاص. ويمكن تقسيم تلك الدراسات إلى قسمين:

1– الدراسات التي تناولت الوعي الصحي:

توصلت دراسة سامر رضوان وكنوراد ريشكة (2001) الهادفة لتعرف السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة بين الذكور والإناث في المجتمع السوري إلى أن الإناث أظهرن أنماطاً من السلوك الصحي أكثر ملاءمة أو إيجابية من الذكور. ومن ثم كانت الإناث أقل من الذكور في ممارسة سلوكيات تؤثر على الصحة، وهن يستخدمن عدداً من الأساليب الصحية التي تدل على إدراكهن ووعيهن أكثر من الذكور. أما دراسة بهاء الدين تركية (2002) عن أثر التعليم على الوعي البيئي لدى الأسر، وحيث إن جزءاً من هذا الوعي هو الوعي الصحي من خلال الاتفاق على التأثير الكبير للبيئة المحيطة على الإنسان، وأن الوعي البيئي تقوم برامجه بشكل رئيس على المخاطر الصحية، فقد توصلت إلى اختلاف أثر التعليم في تكوين الوعي

البيئي، وأن الوعي البيئي لا يرتبط بانخفاض مستوى التعليم أو ارتفاعه، مما يؤكد ضرورة إيجاد مصادر أخرى للوعي البيئي تتلاءم مع الأسرة وبخاصة الاستفادة من وسائل الإعلام وتنظيم الندوات والمحاضرات واللقاءات الجماهيرية التي يمكن أن تسهم في زيادة الوعي البيئي.

كما توصلت دراسة إبراهيم خليفة (1984) إلى أن نقص المعرفة بمبادئ الصحة العامة أو انعدامها لدى المرأة السعودية كان من الأسباب الرئيسة في جهل المرأة بأساليب الرضاعة الكافية والملائمة لدى الأبناء، وكذلك عدم إلمامها بالطرق الغذائية السليمة للأبناء وفق فروق العمر والجنس فيما بينهم.

وتتناول دراسة عبدالرحمن مصيقر (1995) مدى تحقيق برامج الوعي الغذائي في دول الخليج العربية لأهدافها ومدى التأثير الذي أحدثته على معلومات الأفراد واتجاهاتهم وممارساتهم. وشملت الدراسة استعراضاً لبعض الدراسات التي أجريت في تلك الدول. ومنها الدراسة الأولى بعنوان "مدى استفادة المترددين على المراكز الصحية من برامج الوعي الصحي والغذائي، التي تقوم بها وزارة الصحة في البحرين، وقد توصلت إلى أن التلفاز هو أهم مصدر للمعلومات الغذائية، يليه الممارسون الصحيون، ثم الصحف والمجلات، ثم الأهل والأقارب ثم الراديو، وأن نسبة اعتماد الذكور على التلفاز أقل مقارنة بالإناث، وأن نسبة 81% من المبحوثين يشاهدون ويستمعون لبرامج الوعي الصحي والغذائي التي تبث في التلفاز أو الإذاعة، وأنهما أفضل وسيلة لتثقيف الناس عن الغذاء والصحة. كذلك استعرض دراسة ثانية بعنوان "تقييم برامج الوعي الغذائي في سلطنة عمان" (1991)، وأجريت دراسة شاملة عن الحالة الصحية، والغذائية للأسرة العمانية شملت (1024) أسرة من مختلف مناطق السلطنة، واعتمدت على سؤال الأمهات عن استخدام وسائل الإعلام ومدى الاستفادة من البرامج الصحية والغذائية المذاعة من خلالها. وتوصلت الدراسة إلى أن 61% من الأمهات شاهدن برامج التوعية الصحية والغذائية في التلفزيون بينما انخفضت نسبة الاستماع لتلك البرامج عبر المذياع.

أما دراسة مهدي قاضي (1995) فقد توصلت إلى ضعف معرفة الطلبة عن أغلب مواضيع الوعي الصحي المدرسي ووجود مفاهيم صحية غير صحيحة عند عدد منهم، وعدم كفاية فعالية جهود الوعي الصحي المدرسي في المواضيع

الصحية المهمة، ووجود ارتباط طردي بين زيادة عدد ساعات مشاهدة التلفاز والفيديو في أيام الأسبوع الدراسية، وبين العديد من أنواع السلوك غير الصحي.

وكذلك أوضحت دراسة مرزوق العشير (1995) أن هناك مشاركة مجتمعية قوية في مجال المحافظة على الصحة وتحسينها في المجتمع السعودي، وأن هناك مظاهر إيجابية لمشاركة المواطنين في مجال الصحة، كنشر الوعي الصحي بين الناس بما في ذلك محاربة الشعوذة المتعلقة بالصحة، وحضور أنشطة الوعي الصحي بالمراكز الصحية. وفي دراسة عبدالله الدغيثر (2001) عن "تقييم خدمات التوعية والوعي الصحي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالرياض، تبين أن أكثر الفئات المستهدفة من برامج التوعية والوعي الصحي، الحوامل، ومرضى السكري والضغط والأطفال. ومن أهم المعوقات نقص الموارد البشرية، وعدم إعداد ذوي الاختصاص في الوعي الصحي، وقلة الوسائل السمعية والبصرية، وعدم الاهتمام بالوعي الصحي من قبل بعض مديري المراكز أو تقديم تسهيلات لأنشطته.

كما أشارت بعض الدراسات إلى ضعف الوعي الصحي لدى المرأة الريفية وتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية عليها، ومن تلك الدراسات دراسة عدلي أبو طاحون (1996) التي طبقت على عينة من الأسر الريفية في إحدى قرى محافظة المنوفية بجمهورية مصر العربية لمعرفة انتشار أمراض الدرن الرئوي، والتهاب الكبد الوبائي، والتهاب السحايا، والتيفود. وكشفت عن أن الفئات الأقل تعرضاً لوسائل الإعلام يزداد لديها انتشار الأمراض المعدية، وكذلك كانت الفئات التي لا تتعرض لبرامج التثقيف الصحي، ولا تتبع تعليماتها، تكون أكثر تعرضاً للإصابة بالأمراض المعدية. كما كشفت الدراسة أن المتغيرين التثقيف الصحي والتعرض لوسائل الإعلام احتلا مرتبة متميزة في علاقتهما بدرجة انتشار الأمراض المعدية.

وكشفت دراسة فاطمة عبدالعليم (1999) التي هدفت إلى تحديد مدى وعي المرأة بالممارسات الصحية قبل الحمل وفي أثنائه وبعد الولادة، التي تؤثر في صحتها، ومقدار تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية بالمجتمع الريفي على الصحة الإنجابية، كختان صغار الإناث، وعدم الوعي بتغذية المراهقات، وانتشار ظاهرة الزواج المبكر، واستمرار ارتفاع معدل المواليد، وتفضيل الكثرة في الإنجاب، واستمرار تفضيل الولادة على يد القابلات، وزيادة معدل الحمل غير المرغوب فيه،

ولجوء المرأة إلى الإجهاض غير المأمون باستخدام الطرق التقليدية للتخلص من الحمل، وارتفاع الإصابة بالأمراض التناسلية.

أما دراسة محمود فتحي (1998) التي هدفت لتطبيق نموذج للتدخل المهني على المرأة الريفية فقد توصلت إلى نجاح التدخل المهني في زيادة مدركات الريفيات بأهمية التطعيمات المختلفة على صحة الطفل، وزيادة درجة استفادة السيدات من خدمات برنامج تنظيم الأسرة، واقتناع الريفيات بأهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وزيادة معرفة السيدات بأهمية الأمراض المستوطنة بالقرية، وزيادة وعي السيدات بكيفية الوقاية من أمراض الأطفال، وزيادة اهتمامهن بالمحافظة على الأطعمة والمسكن صحياً.

كما كشفت دراسة فؤاد الصلاحي (2003) حول أوضاع المرأة الريفية في الجمهورية اليمنية في دراسته طبقت على عينة بلغت (1000) امرأة من الريف اليمني، عن أن المرأة تفضل الولادة المنزلية بما نسبته (83%) وفق مسوغات اجتماعية وثقافية، ومن النتائج الأخرى عدم الاهتمام بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في كثير من وجوهها، وضعف مستوى الوعي الصحي للمرأة الريفية الناجم عن زيادة نسبة الأمية بين النساء الريفيات، وتدني مكانتها الاجتماعية، الثقافة الصحية تصل إلى النساء الريفيات ببطء شديد، جهل المرأة والأسرة بالحاجة لطلب المساعدة الطبية في الوقت المحدد، استمرار الدور السلبي الذي تؤديه الثقافة التقليدية في التأثير على أوضاع المرأة ومكانتها الاجتماعية وضعف مشاركتها في المجال العام.

وقد أظهرت دراسة ابتهال محمد (2004) حول الوضع الاجتماعي للمرأة الريفية، أن المشكلات التي تعانيها المرأة الريفية في الدول النامية، خاصة في مصر، أشد وطأة من المشكلات التي تعانيها المرأة عموماً، وأن معظم البرامج المخصصة للمرأة مازالت مركزة إلى حد كبير في المناطق الحضرية وأن قليلاً منها الموجهة للمرأة الريفية هي برامج تقليدية لا تنسجم مع احتياجاتها الفعلية على الرغم من اتفاق معظم الباحثين على كثرة الأعمال التي تقوم بها المرأة الريفية وتعددها وضخامة المسؤوليات التي تقع على عاتقها، وبعضها داخل المنزل مثل دورها أماً ودورها ربة بيت ودورها زوجة، والبعض خارج المنزل كدورها امرأة عاملة وامرأة

لها نشاط اجتماعي واقتصادي وخدمي وثقافي، كما تؤدي المرأة الريفية على مستوى العالم دوراً رئيساً في الزراعة وفي التنمية الريفية.

وتعد دراسة غادة الطريف (1998) من الدراسات القليلة جداً التي تناولت الوعي الصحي لدى المرأة السعودية، حيث توصلت في دراستها الميدانية على عينة من الأمهات السعوديات في مدينة الرياض، إلى ارتفاع الوعي الصحي إلى حد ما لدى المرأة السعودية خاصة في مجال الوعي البيئي (92,7%)، والوعي الغذائي (99%)، والوعي بالنظافة الشخصية (94,8%)، والوعي برعاية الأمومة (90,1%)، والوعي برعاية الطفولة (98,4%)، والوعي لدى الأمهات السعوديات ببعض المعلومات الصحية العامة (93,5%)، بينما كان هناك انخفاض في مستوى الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية (50,0%)، والوعي بأهمية قراءة النشرات والمجلات الطبية (57,3%)، وشراء الأدوية من الصيدلية دون استشارة الطبيب (57%)، مع وجود فروق إحصائية بين الوعي وعدد من الخصائص الشخصية للمرأة السعودية.

أما دراسة سميرة سلامة (2001) عن تجربة المملكة لبرنامج الوعي الصحي لأمهات الأطفال المعاقين، فقد أشارت إلى ضرورة التثقيف والتدريب للأمهات وأفراد أسر الأطفال المعاقين على كيفية العناية بهم ورفع مستوى الوعي لديهم، وإلى أهمية تنويع مصادر المعلومة الصحية المتعلقة بالأطفال المعاقين، وضرورة الاهتمام بهم ورفع مستوى وعي الأسرة التي لديها أطفال معاقون لزيادة الاهتمام بهم داخل محيط الأسرة. كما توصلت دراسة هشام الطويل (2005) حول أثر التغير الاجتماعي الذي أصاب الأسرة الريفية في المجتمع الأردني التي كان من أهم نتائجها ضعف مستوى الوعي لدى المرأة الريفية في كثير من قضاياها وبخاصة قضايا الحمل والإنجاب، مما جعل من الضروري تطوير برامج التوعية الموجهة للمرأة الريفية لزيادة وعيها بأهمية تنظيم النسل.

2- الدراسات التي تناولت مصادر المعلومات الصحية الخاصة بالوعي الصحي:

في دراسة بعنوان "مصادر معلومات العناية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية" قام بها كل من ريجان وكولنز (1987) بهدف محاولة معرفة مدى توافر المعلومات المتعلقة بخدمات المستشفيات والأطباء الموجودة في منطقتين من مناطق إحدى الولايات الأمريكية. وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية بلغت 219 شخصاً وشملت منطقة الدراسة ثلاثة مستشفيات ومحطتي تلفاز عامة وست

محطات إذاعية تجارية ومحطتي إذاعة عامة، بالإضافة إلى صحيفتين يوميتين. وقد جمعت المعلومات من خلال مقابلات هاتفية باستخدام أرقام تليفونية مختارة عشوائياً من أحدث أدلة الهاتف بالمنطقتين، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطباء جاؤوا في المركز الأول (44%) بوصفهم أهم مصدر للمعلومات حول خدمات المستشفيات، ثم الأصدقاء والجيران (19%)، ثم جاءت الصحف وبقية المصادر الاتصالية في المراكز الأخرى، وأن مصادر الاتصال الشخصي تعد من المصادر الرئيسة للحصول على معلومات محددة تتعلق بأحوالهم الصحية، وتأتي الصحف في المرتبة الثانية من حيث الأهمية، مع تأكيد تطابق نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة المؤكدة لأهمية أساليب الاتصال الشخصي وأفضليتها على الاتصال الجماهيري فيما يتعلق بالتوعية الصحية.

كما توصلت دراسة عادل المدني (1983) حول العلاجات الشعبية في مجال العقم عند النساء، التي طبقت على عينة من النساء المصريات، إلى تدني مستوى الوعي لديهن واعتمادهن على كثير من الطرق والأساليب العلاجية الشعبية غير المأمونة في معالجة قضايا العقم لديهن. وكذلك دراسة ليلى زبير (1992) عن المعتقدات والممارسات المتعلقة بصحة الطفل بين الأمهات في مصر والمملكة العربية السعودية، واتضح فيها تأثر الوعي الصحي بالمعتقدات الشعبية في كل من المجتمعين، وارتباطه ببعض السلوكيات والقيم المجتمعية أكثر من اعتماده على مصادره الرئيسة.

وفي دراسة عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1995) حول أهم مصادر التثقيف الصحي في المجتمع السعودي، وطبقت على عينة من الذكور والإناث من المرضى والمراجعين للمستشفيات الموجودة بمدينة الرياض. توصلت الدراسة إلى أن هناك اختلافاً كبيراً بين ما يراه أفراد عينة البحث من دور صحي تثقيفي كبير لبعض مصادر الوعي الصحي في المجتمع السعودي وبين الواقع الفعلي لهذه المصادر وضعف دور وسائل الاتصال الجماهيري في عملية الوعي الصحي؛ حيث جاء التلفاز السعودي بالمركز الثاني، تلته المجلات الطبية بوصفهما من المصادر المهمة في التزود بالمعلومات الصحية بشكل عام.

وفي دراسة حسن الأمين (2001) عن واقع البرامج الإعلامية الصحية أشار إلى عدم كفايتها سواء من حيث الكم أو الكيف، وأن تركيزها ينصب على توصيل المعلومة

وليس على تغيير السلوك الذي يعتبر الغاية النهائية لعملية الوعي الصحي، وعدم أهلية بعض من يقدمون هذه البرامج في تلك الوسائل، وضرورة مشاركة الأطباء والجمعيات العلمية في إعدادها لتحقيق النجاح لها. وقد أوصت الدراسة بالتركيز على وسائل تغيير السلوك وتدريب الأطباء والإعلاميين في مجال الوعي الصحي.

وفي دراسة أحمد القحطاني (2003) التي طبقت على عينة شملت 1100 سيدة سعودية من خلال استطلاع آرائهن ميدانياً حول كيفية التصرف السليم عند حدوث أي طارئ أو عارض صحي مفاجئ داخل المنزل أو خارجه من خلال توزيع جغرافي شمل الرياض والمنطقة الغربية والجنوبية والشرقية والشمالية ممن أعمارهن تراوح بين الرابعة عشرة والأربعين عاماً، وقد توصلت الدراسة إلى أن 89% من السعوديات يجهلن قواعد السلامة العامة والإسعافات الأولية عند حدوث طارئ، وأن 99% من السيدات السعوديات يرغبن في دورات تثقيفية وتدريبية لتعرف وسائل السلامة وكيفية مواجهة المخاطر، كذلك الإسعافات الأولية، وأن 58% من الحالات تحولت لدرجة الخطورة بسبب عدم معرفة المحيطين سواء الوالدان أو غيرهما، وأن 65% من الحوادث تقع داخل المنزل، وأن 49% من الحالات كانت لا تحتاج تدخل الدفاع المدني أو سيارات الإسعاف، ولكن عدم الوعي بقواعد السلامة أو الإسعافات الأولية أدى إلى ذلك، وأن 854 سيدة واجهن مخاطر وحوادث ولم يتمكن من إسعاف الحالات خاصة المنزلية نتيجة عدم وعيهن ومعرفتهن بقواعد السلامة، كما اتفقت 935 سيدة على وجود نواح تقصيرية في المناهج الدراسية والتوعية الإعلامية في مجالي الوعي الصحي ووسائل السلامة، في حين حملت النسبة الباقية (165 سيدة) المسؤولية للدفاع المدني مؤكدات أن الحملات السنوية غير كافية لبث الوعي.

وفي ضوء ما سبق من دراسات وأبحاث نلحظ أن معظم الدراسات السابقة ركزت على دور وسائل الإعلام في مجال الوعي الصحي، ومن ثم كانت منطلقاتها النظرية تنتمي لمجال الاتصال، بينما هذه الدراسة تنتمي لمجال علم الاجتماع، ومن ثم رؤيتها تنتمي لنظريات علم الاجتماع وخصوصاً النظريات التحديثية التي تركز على آثار التقنية في التغيير القيمي والمفاهيمي لدى أفراد المجتمع. كما أن بعض الدراسات ركزت فقط على نوعية وسائل الإعلام وأكثرها تأثيراً في المفهوم الصحي، بينما في دراستنا سعينا لمعرفة مدى استفادة البناء القيمي الصحي للمرأة السعودية من خلال هذه المصادر. كما أن الدراسات السابقة ركزت على معرفة الآراء والاتجاهات فقط، في حين أضفنا في هذه الدراسة متغيرات اجتماعية

وديموغرافية وربطنا بينها وبين مصادر المعلومات الصحية لمعرفة الاختلاف والفروق بين المتغيرات والوعي الصحي. ويمكن القول إن هذه الدراسة هي إكمال لتلك الأبحاث، واستفادت منها استفادة كبيرة سواء في إعداد إطارها النظري، أو في صياغة استمارة جمع البيانات، ونرى أنها بحاجة لإضافة من باحثين آخرين يمكن أن يكملوا ما بذلناه من جهد علمي نراه مهماً في عالم متغير.

خامساً – الإجراءات المنهجية:

1– منهج الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى مجال الدراسات الوصفية التي تعتمد على استخدام منهج المسح بالعينة الذي يستهدف الحصول على معلومات كاملة ودقيقة عن الظاهرة المراد دراستها، ومن ثم تصنيف البيانات وتفريغها وتحليلها؛ لاستخلاص نتائج الدراسة (Babie, 1986). وفي هذه الدراسة نتعرف مستوى الوعي الصحي لدى المرأة السعودية وفق عوامل الوعي الصحي المختارة في الدراسة، التي تمثل العوامل التالية: أهمية النظافة الشخصية، أهمية الرياضة وممارستها، أهمية الإلمام بالإسعافات الأولية، أهمية الرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل، الوقاية من الأمراض الشائعة والخطيرة، أهمية التغذية السليمة، وغيرها من الموضوعات الخاصة بصحة المرأة والطفل والأسرة.

2– أداة جمع البيانات:

نظراً لطبيعة المنهج المستخدم في هذا الدراسة فقد استخدمت استبانة لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة بما يتناسب مع الخصائص الاجتماعية، والثقافية، لعينة الدراسة وفق المحددات التي وضعت لاختيارها. واشتملت الاستبانة على جزأين:

الجزء الأول: أسئلة تتعلق بالبيانات الديموغرافية والاجتماعية للمرأة السعودية تشمل (العمر، المهنة، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل).

الجزء الثاني: أسئلة تتعلق بمتغيرات الدراسة والتساؤلات العلاقية الخاصة بها، وقسمت إلى ستة مجالات، وهي:

– مصادر المعلومات الصحية: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين إجابتين (نعم، لا).

– الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية في مجال الوعي الصحي: وقد

أعطي للمبحوثة الاختيار من بين أربع إجابات (مفيدة بشدة، مفيدة، مفيدة إلى حد ما، غير مفيدة).

– مستوى الاستفادة من المصادر في الوعي الصحي: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين أربع إجابات (عالٍ، متوسط، منخفض، متدنٍّ، ليس لها استفادة).

– مجالات الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين ثلاث إجابات (أوافق، لا أدري، لا أوفق).

– مستوى متابعة مصادر المعلومات الصحية: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين أربع إجابات (دائماً، أحياناً، نادراً، لا أتابع).

– مجالات الإشباع المتحقق في مجال الوعي الصحي كما تراها المرأة السعودية: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين أربع إجابات (أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أدري).

– مستوى طرح مواد الوعي الصحي كما تراها المرأة السعودية: وقد أعطي للمبحوثة الاختيار من بين أربع إجابات (جيدة، متوسطة، رديئة، لا أدري).

وقد اتبع في تلك الاختيارات من بين الإجابات طريقة ليكرت Likert Scale، واختلفت الإجابات بحسب طبيعة كل سؤال، وأعطي لكل اختيار وزن قيمة كمية له تبدأ من (4– 1) عندما تقتثر الخيارات على اثنين، ومن (3–1) عندما تكون الخيارات ثلاثة، ومن (2–1) عندما تقتصر الخيارات على اثنين فقط. وقد اختار الباحث هذه الطريقة لشيوعها، وإتاحتها المجال للمبحوثين للتعبير عن اتجاهاتهم، وتضمن إجابة المبحوث عن جميع العبارات.

وقد أعدت أداة جمع البيانات وفق ما يلي:

– مراجعة عدد من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع دراستنا، وهو يحقق التأكد من الصدق المنطقي من خلال استنباط العبارات من مصادر علمية متنوعة نظرية وتطبيقية ومن دراسات سابقة ومؤتمرات وندوات.

– التحقق من الصدق الظاهري Face Validity لاستبانة جمع البيانات من خلال عرضها على عدد من أعضاء هيئة التدريس والمختصين في علم الاجتماع من جامعة الملك سعود وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

– جمع تعليقات المحكمين وتعديل الاستبانة في ضوئها.

– التحقق من الثبات الأولي للاستبانة من خلال تطبيقها على عينة من (20) امرأة مثلن أمهات طلاب مقرر دراسي من قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. واستعرضت إجابة العينة ولوحظ ما قد أشكل عليهن أو لا يعبر عما وضع لقياسه، وعدلت الاستبانة وفق ذلك، وكانت التعديلات طفيفة.

– إجراء اختبار الثبات للاستبانة بطريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency). بعد تطبيقه على العينة الرئيسة للدراسة، وهي (450) مبحوثة يمثلن المرأة السعودية. وقد بلغت قيمة معامل ألفا (Coefficient alpha) (0,85)، وهي قيمة مقبولة تدل على ارتفاع ثبات الاستبانة.

وبعد إتمام جمع الاستبانات، رمزت الاستبانات وأدخلت في الحاسب الآلي باستخدام برنامج (Spss) الإحصائي، ومن ثم عرضت نتائج الدراسة باستخدام، الجداول التكرارية المفردة، الجداول التكرارية المزدوجة، النسب المئوية، الترتيب، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط.

3– مجالات الدراسة:

المجال المكاني: مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية.

المجال البشري: المرأة السعودية ممن تنطبق عليها محددات الدراسة، وهي:

– أن تكون سعودية.

– أن تكون مقيمة في مدينة الرياض.

– أن تكون لديها طالبة في الثانويات التي اختيرت مجالاً مكانياً لجمع البيانات.

المجال الزمني: وهو وقت جمع بيانات الدراسة وكانت في الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي 1426/1427هـ.

4– مجتمع الدراسة والعينة:

طبقت الدراسة على مجتمع النساء السعوديات بمدينة الرياض، وفق أسلوب العينة متعددة المراحل، واختيرت عينة ممثلة لأحياء مدينة الرياض بأسلوب العينة الطبقية، وفق تصنيفها لثلاثة تصنيفات (أحياء راقية، أحياء متوسطة، أحياء شعبية). بحيث مثل كل نوع بحي واحد، وبهذا يكون عدد الأحياء التي طبقت فيها الدراسة ثلاثة (3) أحياء. ومن ثم قام الباحث باختيار مفردة الدراسة بأسلوب العينة العشوائية البسيطة من كل حي قوامها (150 سيدة)، وبهذا يكون إجمالي عدد العينة المختارة أربعمائة وخمسين (450) سيدة سعودية.

وقد اختيرت العينة وفق الخطوات التالية:

– اتباع أسلوب العينة الطبقية لاختيار المجالات المكانية لاختيار مفردات الدراسة، حيث القيام بالآتي:

– اختيار الأحياء وفق تقسيم الأحياء للهيئة العليا لتطوير مدينة الرياض.

– اختيار مدارس المرحلة الثانوية في الأحياء الثلاثة التي اختيرت في الدراسة.

– اختيار الثانوية التي تقع في منطقة متوسطة من الحي؛ بحيث يتوقع أن تكون هذه المدرسة ممثلة للمرأة السعودية المقيمة في الحي، مع اشتراط الحي متغيراً رئيساً عند توزيع البيانات على الطالبات.

– حصر أسماء الطالبات في المدارس الثلاث للصف الأول الثانوي، حيث إن الأعداد في هذه الصفوف تكون أكثر من غيرها. كما أن سن الطالبة في هذه المرحلة قد يعطي مؤشراً على تنوع أعمار أمهاتهن.

– اختيار العينة بطريقة العينة العشوائية المنتظمة من واقع السجلات المقيد فيها أسماء الطالبات، حيث البدء في المفردة الأولى من رقم (3)، وهكذا حتى الانتهاء من فرز جميع مفردات الدراسة، ومن المدارس الثلاث التي اختيرت للعينة.

– توزيع جميع استبانات الدراسة وعددها (450) استبانة، وبلغ عدد الاستبانات المكتملة – إلى حد ما – بعد فحصها (350) استبانة، وهي التي اعتمد عليها في تفسير نتائج لدراسة.

سادساً – تحليل الخصائص الاجتماعية – الاقتصادية لعينة الدراسة:

في ضوء استبانات الدراسة بلغ الحجم الفعلي لعينة الدراسة (350) مبحوثة. وقد جاءت الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة من حيث العمر: في المرتبة الأولى النساء اللواتي أعمارهن في الفئة (من 20 سنة إلى أقل من 30 سنة) بما نسبته (40,9%)، وفي المرتبة الثانية النساء اللواتي أعمارهن في الفئة (من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة) بما نسبته (32,9%)، وفي المرتبة الثالثة النساء اللواتي أعمارهن في الفئة (من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة) بما نسبته (12,3%)، وفي المرتبة الرابعة جاءت النساء اللواتي أعمارهن في الفئة (أقل من 20 سنة) بما نسبته (10,6%)، ونسبة قليلة جداً من عينة الدراسة (2,9%) جاءت في المرتبة الخامسة وفي الفئة (50 سنة فأكثر). أي أن غالبية عينة الدراسة من الفئات الشابة

والمتوسطة في العمر، بينما كانت هناك فئة قليلة من الفئات الصغيرات في السن، وفئة قليلة جداً ممن دخلن سن اليأس أو سنة الشيخوخة في عينة الدراسة.

وفي الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، جاءت في المرتبة الأولى المتزوجات بما نسبته (65,4%)، وفي المرتبة الثانية جاءت فئات النساء غير المتزوجات بما نسبته (26,9%)، بينما تدنت نسبة المطلقات والأرامل في عينة الدراسة بما نسبته (5,1%) و (2,6%) لكلتا الفئتين على التوالي. وورد أن ما نسبته (26,9%) هن من غير المتزوجات، فقد تكون أختاً للطالبة، أو إحدى قريباتها وتقيم مع أسرتها في المنزل، وهي من قامت بتعبئة الاستبانة، إما لطبيعة الوضع الصحي، أو الاجتماعي، أو الثقافي لتلك الأسر.

وعن الحالة الوظيفية للعينة جاء في المرتبة الأولى الموظفات بما نسبته (67,4%)، وفي المرتبة الثانية جاءت فئة الطالبات بما نسبته (16,3%)، أما في المرتبة الثالثة فقد جاءت ربات المنزل بما نسبته (13,1%) من العينة، وفي المرتبة الرابعة من يعملن بأعمال حرة بنسبة متدنية جداً بلغت (2,9%).

وعن المستوى التعليمي لعينة الدراسة، جاء غالبية النساء في عينة الدراسة ممن مستواهن التعليمي جامعي فأعلى بما نسبته (65,4%)، وفي المرتبة الثانية ممن يحملن تعليماً متوسطاً وثانوياً بما نسبته (28,6%)، بينما جاء في المرتبة الثالثة وبنسبة متدنية جداً النساء اللواتي حملن المؤهل الابتدائي فأقل بما نسبته (5,7%).وهذا يرتبط بأعمار عينة الدراسة ومستواهن التعليمي، حيث جاءت الفئة العمرية بين (20 إلى اقل من 40 سنة)، وهذه السن هي السن المناسبة للعمل، خاصة إذا ما علمنا أن عمل المرأة السعودية لم يبدأ بشكل رئيس إلا في أواخر التسعينيات الهجرية.

أما مستوى الدخل الشهري لعينة الدراسة، فإننا نلحظ أن من مستوى دخل أسرهن الشهري متوسط في المرتبة الأولى بما نسبته (72,9%)، وفي المرتبة الثانية من دخل أسرهن الشهري عال بما نسبته (20,6%)، بينما في المرتبة الثالثة من دخل أسرهن متدن بما نسبته (4,9%)، وهي نسبة متدنية جداً. وعن مستوى الحي لعينة الدراسة، جاء في المرتبة الأولى من هن مستوى أحيائهن راقية بما نسبته (39,4%)، وفي المرتبة الثانية من مستوى أحيائهن متوسطة بما نسبته (33,4%)، وفي المرتبة الثالثة من أحياؤهن شعبية بما نسبته (27,1%). ونجد أن ذلك يتفق مع الخصائص الأخرى لعينة الدراسة الخاصة بالعمر والمهن والمؤهل

التعليمي. كما أن وجود نسبة عالية إلى حد ما ممن دخول أسرهن مرتفعة قد يكون نتيجة لوجود فئة من عينة الدراسة يعملن بأعمال حرة أو نتيجة لوجود فئة ممن يعملن ربات منازل قد تكون دخول أسرهن مرتفعة. ويمكن ربط ذلك بوجود فئات من النساء عينة الدراسة ذوات تعليم عال أو موظفات أو ربات منازل، قد يجعل من مستويات الأحياء مختلفة، كما أن هناك فئات مستوى دخول أسرهن مرتفعة قد يعطي مؤشراً على سكنهن في أحياء راقية، ومن ثم نلحظ الارتباط بين هذه الخاصية لعينة الدراسة والخصائص الديموغرافية الأخرى.

سابعاً – تحليل بيانات الدراسة التطبيقية:

جدول (1) – الترتيب التنازلي لمصادر المعلومات الصحية من وجهة نظر المرأة السعودية عينة الدراسة

الترتيب التنازلي للعبارات	عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	نعم		لا		جملة	
		ك	%	ك	%	ك	%
1	المجلات الطبية	269	76,8	81	23,2	350	100
2	وسائل الإعلام المرئية	213	60,8	137	21,1	350	100
3	المراكز الصحية	154	44,0	196	56,0	350	100
4	وسائل الإعلام المقروءة	142	40,5	208	59,5	350	100
5	الإنترنت	78	22,3	272	77,7	350	100
6	الأقارب والأصدقاء	49	14,0	301	86,0	350	100

تشير بيانات جدول (1) إلى الترتيب التنازلي لمصادر المعلومات الصحية من وجهة نظر المرأة السعودية عينة الدراسة، حيث نلحظ من الجدول أن المجلات الطبية جاءت في المرتبة الأولى بوصفها أول مصادر الوعي الصحي للمرأة السعودية، وبما نسبته (76,8%)، بينما جاءت وسائل الإعلام المرئية في المرتبة الثانية بما نسبته (60,8%). مع ملاحظة أن وسائل الإعلام المرئية هنا يقصد بها التلفزيون السعودي والقنوات الفضائية. وفي المرتبة الثالثة جاءت المراكز الصحية بما نسبته (44,0%). وفي المرتبة الرابعة جاءت وسائل الإعلام المقروءة بما نسبته (40,5%). وفي المرتبة الخامسة جاء استخدام الإنترنت مصدراً للوعي الصحي بما

نسبته (22,3%)، وفي المرتبة السادسة والأخيرة جاء الأقارب والأصدقاء بما نسبته (14,0%).

جدول (2) – مدى استفادة المرأة السعودية في عينة الدراسة من مصادر المعلومات الصحية

عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	درجات الاستفادة									
	مفيدة جداً		مفيدة		مفيدة نوعاً ما		غير مفيدة		جملة	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
المجلات الطبية	182	52,0	88	25,1	46	13,1	22	6,3	338	96,6
وسائل الإعلام المرئية	163	46,6	87	24,9	84	24,0	14	4,0	348	99,4
المراكز الصحية	124	35,4	107	30,6	94	26,9	16	4,6	341	97,5
وسائل الإعلام المقروءة	91	26	88	25,1	109	31,1	42	12,0	330	94,3
الإنترنت	85	24,3	127	36,3	104	29,7	19	5,4	335	95,8
الأقارب والأصدقاء	32	9,1	52	14,9	127	36,3	113	32,3	324	92,6
* لم تبلغ نسبة الجملة النسبة الكلية، لعدم إجابة كامل الاستبانات على بعض تلك الأسئلة.										

تشير بيانات جدول (2) إلى مدى استفادة المرأة السعودية من مصادر المعلومات الصحية. ونلحظ اختلاف الاستفادة بين مصدر وآخر. حيث نجد أن من أجبن بأن استفادتهن من وسائل الإعلام المرئية مفيدة جداً كن أكثر الفئات بما نسبته (46,6%)، بينما نسبة قليلة جداً يرين أن استفادتهن من وسائل الإعلام المرئية كانت غير مفيدة بما نسبته (4,0%)، وفي مجال الاستفادة من وسائل الإعلام المقروءة نجد أن أكثر الفئات أجبن بأن استفادتهن من وسائل الإعلام المقروءة كانت مفيدة بما نسبته (36,3%)، بينما نسبة متدنية جداً منهن يرين أن استفادتهن غير مفيدة، بما نسبته (5,4%). وتقاربت نسبة الفائدة من المراكز الصحية حيث ما نسبته (35,4%) أجبن بأن استفادتهن كانت مفيدة جداً، وما نسبته (30,6%) أجبن بأن المراكز الصحية مفيدة، وما نسبته (26,9%) أجبن بأنها مفيدة نوعاً ما، ونسبة متدنية جداً أجبن بأن الصحافة غير مفيدة بما نسبته (4,6%). وفي مجال الأقارب والأصدقاء كانت أكثر الإجابات هي من أجبن بأن استفادتهن كانت

مفيدة نوعاً ما بما نسبته (36,3%)، وارتفعت جداً نسبة من يرين أن الأقارب والأصدقاء غير مفيدة بما نسبته (32,3%). أما الإنترنت فتركزت أكثر الإجابات بأنهن استفدن من الإنترنت، بما نسبته (31,1%) لمن كانت استفادتهن كانت مفيدة نوعاً ما، وما نسبته (26,0%) لمن استفادتهن كانت مفيدة جداً، بينما نسبة قليلة أجبن بأنهن لم يستفدن من الإنترنت بما نسبته (12,0%). وفي مجال الاستفادة من المجلات الطبية كانت النسبة العالية وبما نسبته (52,0%) يرين أن الاستفادة من المجلات الطبية في مجال التوعية الصحية كانت مفيدة جداً، بينما نسبة قليلة (6,3%) من المبحوثات يرين أن المجلات الطبية غير مفيدة.

جدول (3) – مستوى استفادة المرأة السعودية في عينة الدراسة من مصادر المعلومات الصحية

عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	مستوى الاستفادة									
	عال		متوسط		منخفض		ليس لها استفادة		جملة	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
المجلات الطبية	165	47,1	78	22,3	41	11,7	42	12	326	93,1
الإنترنت	101	28,9	81	23,1	59	16,9	60	17,1	301	86,0
المراكز الصحية	84	24	154	44	55	15,7	34	9,7	327	93,4
وسائل الإعلام المرئية	65	48,6	166	47,4	74	21,1	36	10,3	341	97,4
وسائل الإعلام المقروءة	64	18,3	118	33,7	83	23,7	51	14,6	316	90,3
الأقارب والأصدقاء	19	5,4	50	14,3	93	26,6	131	37,4	293	83,8
* لم تبلغ نسبة الجملة النسبة الكلية، لعدم إجابة كامل الاستبانات على بعض تلك الأسئلة.										

تشير بيانات جدول (3) إلى مستوى استفادة المرأة السعودية في عينة الدراسة من مصادر المعلومات الصحية. ففي مجال الاستفادة من وسائل الإعلام المرئية في مجال الوعي الصحي جاء "مستوى عال" أعلى المستويات بما نسبته (48,6%)، ثم مستوى متوسط بما نسبته (47,4%). وفي مجال مستوى الاستفادة من وسائل الإعلام المقروءة في الوعي الصحي، جاء مستوى متوسط أعلى

المستويات بما نسبته (33,7%)، ثم مستوى منخفض بما نسبته (23,7%). وفي مجال مستوى الاستفادة من المراكز الصحية في الوعي الصحي جاء مستوى متوسط أعلى المستويات بما نسبته (44,0%)، ويليه مستوى عال بما نسبته (24,0%). أما الاستفادة من الأقارب والأصدقاء في الوعي الصحي، فجاء مستوى ليس لها استفادة أعلى المستويات بما نسبته (37,4%)، يليه مستوى منخفض بما نسبته (26,6%)، وفي مجال مستوى الإنترنت في طرح مواد الوعي الصحي، جاء مستوى عال أعلى المستويات بما نسبته (28,9%)، يليه مستوى متوسط بما نسبته (23,1%). أما المجلات الطبية فقد جاء مستوى الاستفادة من الوعي الصحي من خلالها أعلى المستويات بمستوى عال، وبنسبة مرتفعة بما نسبته (47,1%)، ويليه مستوى متوسط بما نسبته (22,3%).

تشير بيانات جدول (4) إلى اتجاهات المرأة السعودية في عينة الدراسة إزاء مجالات الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية، ونلحظ من الجدول أنه قد جاء في المرتبة الأولى إدراك أن التغذية أساس الصحة السليمة بما نسبته (88,3%)، وفي المرتبة الثانية الاهتمام بالصحة في الصغر يساعدنا في الكبر بما نسبته (87,4%)، وفي المرتبة الثالثة النظافة دليل على الوعي بالمحافظة على الصحة بما نسبته (85,4%)، وفي المرتبة الرابعة الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لنمو الطفل بشكل سليم بما نسبته (82,0%)، وفي المرتبة الخامسة الحفاظ على صحة الجسم ورشاقته بما نسبته (80,3%)، وفي المرتبة السادسة في الحفاظ على الصحة فوائد عقلية وفكرية بما نسبته (79,1%)، وفي المرتبة السابعة الإلمام بالإسعافات الأولية يسهم في سرعة تخفيف المرض أو الإصابة بما نسبته (78,0%)، وفي المرتبة الثامنة الحصول على القبول الاجتماعي بما نسبته (74,3%)، وفي المرتبة التاسعة متابعة مواد الوعي الصحي للحفاظ على الصحة بما نسبته (68,9%)، وفي المرتبة العاشرة تعد الرياضة الصحية وسيلة لإقامة علاقات جيدة بما نسبته (66,6%)، وفي المرتبة الحادية عشرة التمتع بصحة نفسية سليمة بما نسبته (62,9%)، وفي المرتبة الثانية عشرة السمنة ظاهرة تعبر عن عدم ممارسة الرياضة بما نسبته (61,4%)، وفي المرتبة الثالثة عشرة الحياة العصرية تفترض القيام بممارسة العادات الصحية بما نسبته (58,6%)، وفي المرتبة الرابعة عشرة المتابعة تساعد على الإقلاع عن التدخين بما نسبته (24,0%).

جدول (4) – اتجاهات المرأة السعودية في عينة الدراسة
إزاء مجالات الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية

الترتيب التنازلي للعبارات	العبارات	أوافق		لا أدري		غير موافق	
		ك	%	ك	%	ك	%
1	التغذية أساس الصحة السليمة	15	4,3	26	7,4	309	88,3
2	الاهتمام بالصحة في الصغر يساعدنا في الكبر	11	3,1	33	9,4	306	87,4
3	النظافة دليل على الوعي بالمحافظة على الصحة	27	7,7	24	6,9	299	85,4
4	الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لنمو الطفل بشكل سليم	14	4	49	14	287	82,0
5	الحفاظ على صحة الجسم ورشاقته	24	6,9	45	12,9	281	80,3
6	في الحفاظ على الصحة فوائد عقلية وفكرية	24	6,9	49	14	277	79,1
7	الإلمام بالإسعافات الأولية يسهم في سرعة تخفيف المرض أو الإصابة	17	4,9	60	17,1	273	78,0
8	الحصول على القبول الاجتماعي	40	11,4	50	14,3	260	74,3
9	متابعة مواد الوعي الصحي للحفاظ على الصحة	31	8,9	78	22,3	241	68,9
10	تعد الرياضة الصحية وسيلة لإقامة علاقات جيدة	32	9,1	85	24,3	233	66,6
11	التمتع بصحة نفسية سليمة	55	15,7	75	21,4	220	62,9
12	السمنة ظاهرة تعبر عن عدم ممارسة الرياضة	94	26,9	41	11,7	215	61,4
13	الحياة العصرية تفترض القيام بممارسة العادات الصحية	72	20,6	73	20,9	205	58,6
14	المتابعة تساعد على الإقلاع عن التدخين	145	41,4	121	34,6	84	24,0

جدول (5) – مستوى متابعة المرأة السعودية في عينة الدراسة لمصادر المعلومات الصحية

الترتيب التنازلي	عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	مستوى متابعة مصادر المعلومات الصحية							
		دائماً		أحياناً		نادراً		لا أتابع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
1	وسائل الإعلام المرئية	138	39,4	122	34,9	35	10	55	15,7
2	المجلات الصحية	125	35,7	97	27,7	46	13,1	82	23,4
3	وسائل الإعلام المقروءة	116	33,1	149	42,6	50	14,3	35	10
4	الإنترنت	63	18,0	73	20,9	45	12,9	169	48,3
5	المراكز الصحية	44	12,6	51	14,6	39	11,1	216	61,7

تشير بيانات جدول (5) إلى مستوى متابعة المرأة السعودية في عينة الدراسة لمصادر المعلومات الصحية. حيث نلحظ أن مستوى متابعة وسائل الإعلام المرئية دائماً جاء في المرتبة الأولى بين وسائل الإعلام المختلفة بما نسبته (39,4%)، وفي المرتبة الثانية جاءت متابعة المجلات الصحية بما نسبته (35,7%)، وفي المرتبة الثالثة جاءت متابعة وسائل الإعلام المقروءة بما نسبته (33,1%)، وفي المرتبة الرابعة وبنسبة منخفضة جداً عن سابقتها جاءت متابعة الإنترنت بما نسبته (18,0%)، وفي المرتبة الأخيرة جاءت متابعة المراكز الصحية بما نسبته (12,6%). وتوزعت بقية نسب متابعة مواد الوعي الصحي في المصادر بين أحياناً ونادراً. ومن الملحوظات الأخرى ارتفاع نسبة من لا يعتمدون على المراكز الصحية في مجال متابعة مواد الوعي الصحي بما نسبته (61,7%)، وكذلك استخدام الإنترنت للغرض نفسه بما نسبته (48,3%).

جدول (6) – اتجاهات المرأة السعودية في عينة الدراسة إزاء الاستفادة من مجالات الوعي الصحي

الترتيب التنازلي للعبارات	العبارات	أوافق بشدة		أوافق لحد ما		لا أوافق		لا أدري		الجملة	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
1	توسيع المدارك الصحية	115	32,9	188	53,7	28	8,0	19	5,4	350	100
2	مكافحة الأمراض	82	23,4	162	46,3	54	15,4	52	14,9	350	
3	الارتباط بالمستجدات الطبية	135	38,5	152	43,4	33	9,5	30	8,6	350	100
4	الحصول على التوجيهات الصحية	37	10,6	250	42,9	103	29,4	60	17,1	350	100
5	الرضاعة الطبيعية	106	30,3	135	38,5	66	18,8	43	12,3	350	100
6	توسع مداركي السلوكية في المجال الصحي	154	44,0	116	33,1	26	7,4	54	15,4	350	100
7	فهم الإسعافات الأولية	166	47,4	116	33,1	29	8,3	39	11,1	350	100
8	الاغتناء عن الكتب المتخصصة الطبية لصعوبتها	154	44,0	115	32,8	44	12,6	37	10,6	350	100
9	الاستفادة في مجال التوعية الصحية	62	17,7	107	30,6	119	34,0	62	17,7	350	100
10	متابعة الأمراض النسائية	153	43,7	102	29,2	50	14,3	45	12,8	350	100
11	توعية الأطفال	180	51,4	101	28,9	32	9,2	37	10,5	350	100
12	متابعة الأخبار الطبية	93	26,5	99	28,3	57	16,3	101	28,9	350	100
13	زيادة المستوى الثقافي في المجال الصحي	24	6,9	77	22,0	120	34,3	129	36,8	350	100
14	التنبه لخطورة أمراض الأطفال	238	68,0	64	18,4	25	7,1	23	6,5	350	100

تشير بيانات جدول (6) إلى اتجاهات المرأة السعودية في عينة الدراسة إزاء الاستفادة من مجالات الوعي الصحي. حيث جاء في المرتبة الأولى مجال توسيع المدارك الصحية بما نسبته (53,7%)، وفي المرتبة الثانية مكافحة الأمراض بما نسبته (46,3%)، وفي المرتبة الثالثة جاء مجال الارتباط بالمستجدات الطبية بما نسبته (43,4%)، وفي المرتبة الرابعة جاء مجال الحصول على التوجيهات الصحية بما نسبته (42,9%)، وفي المرتبة الخامسة جاء مجال الرضاعة الطبيعية بما نسبته (38,5%)، وفي المرتبتين السادسة والسابعة جاء مجال توسع مداركي السلوكية في المجال الصحي بما نسبته (33,1%)، ومجال فهم الإسعافات الأولية بما نسبته (33,1%)، وفي المرتبة الثامنة جاء مجال الاغتناء عن الكتب المتخصصة الطبية لصعوبتها بما نسبته (32,8%). وفي المرتبة التاسعة جاء الاستفادة في مجال التوعية الصحية بما نسبته (30,6%)، وفي المرتبة العاشرة جاء مجال متابعة الأمراض النسائية بما نسبته (29,2%)، وفي المرتبة الحادية عشرة جاء مجال توعية الأطفال بما نسبته (28,9%)، وفي المرتبة الثانية عشرة جاء مجال متابعة الأخبار الطبية بما نسبته (28,3%)، وفي المرتبة الثالثة عشرة جاء مجال زيادة المستوى الثقافي في المجال الصحي بما نسبته (22,0%)، وفي المرتبة الرابعة عشرة والأخيرة جاء مجال التنبه لخطورة أمراض الأطفال بما نسبته (18,4.%).

جدول (7) – رؤى المرأة السعودية في عينة الدراسة تجاه مستوى طرح مصادر المعلومات الصحية

عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	مستوى طرح المعلومات الصحية									
	جيدة		متوسطة		رديئة		لا أدري		جملة	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
وسائل الإعلام المرئية	169	48,3	123	35,1	37	10,6	21	6,0	350	100
وسائل الإعلام المقروءة	109	31,1	136	38,9	38	10,9	67	19,1	350	100
المراكز الصحية	131	37,4	140	40,0	41	11,7	38	10,9	350	100
الإنترنت	20	5,7	66	18,9	51	14,5	213	60,9	350	100
المجلات الطبية	183	52,3	66	18,9	15	4,3	86	24,5	350	100

تشير بيانات جدول (7) إلى رؤى المرأة السعودية في عينة الدراسة تجاه مستوى طرح مصادر المعلومات الصحية؛ ففي مجال وسائل الإعلام المرئية جاء مستوى جيدة أعلى المستويات بما نسبته (48,3%)، ثم مستوى متوسطة بما نسبته (35,1%). وفي مجال مستوى وسائل الإعلام المقروءة في طرح مواد الوعي الصحي كما تراها المرأة السعودية، جاء مستوى متوسطة أعلى المستويات بما نسبته (38,9%)، ثم مستوى جيدة بما نسبته (31,1%). وفي مجال مستوى المراكز الصحية في طرح مواد الوعي الصحي كما تراها المرأة السعودية تشابهت المستويات مع مستويات وسائل الإعلام المقروءة، حيث جاء مستوى متوسطة أعلى المستويات بما نسبته (40,0%)، ويليه مستوى جيدة بما نسبته (37,4%). وفي مجال مستوى الإنترنت في طرح مواد الوعي الصحي، جاء مستوى لا أدري أعلى المستويات بما نسبته (60,9%)، يليه مستوى متوسطة بما نسبته (18,9%). أما المجلات الطبية فقد جاء مستوى طرح مواد الوعي الصحي أعلى المستويات بمستوى جيدة وبنسبة مرتفعة مقدارها (52,3%)، وتوزعت بقية النسبة على الإجابات الأخرى.

وبشكل عام نلحظ من الجدول ارتفاع مستوى طرح مواد الوعي الصحي في وسائل الإعلام المرئية ووسائل الإعلام المقروءة، والمراكز الصحية، والمجلات الطبية، وانخفاضه في الإنترنت.

جدول (8) – الارتباط بين تأثير استخدام مصادر المعلومات الصحية والوعي الصحي للمرأة السعودية في عينة الدراسة

عينة الدراسة / مصادر المعلومات الصحية	درجة الحرية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
وسائل الإعلام المرئية	9047	0,073	0
وسائل الإعلام المقروءة	8709	0,071	0
المراكز الصحية	8865	0,133	0
الأقارب والأصدقاء	8423	0,023	0,039
الإنترنت	8579	0,151	0
المجلات الطبية	8787	0,2	0

تشير بيانات جدول (8) إلى الارتباط بين تأثير استخدام مصادر المعلومات الصحية والوعي الصحي للمرأة السعودية في عينة الدراسة. حيث نلحظ من الجدول وجود علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين مصادر المعلومات الصحية والوعي الصحي لدى المرأة السعودية؛ فكلما زادت متابعة مصادر الوعي الصحي زاد الوعي الصحي لدى المرأة السعودية. وقد بلغ معدل الارتباط لمصادر الوعي الصحي المختلفة ما هو مبين بالجدول.

ثامناً – نتائج الدراسة ومناقشتها:

في ضوء نتائج الجداول السابقة، وسعياً للإجابة عن تساؤلات الدراسة، ومن خلال تعرف علاقة نتائج دراستنا الحالية بنتائج الدراسات السابقة، سنناقش نتائج الدراسة وعلاقتها بالدراسات السابقة.

فيما يتعلق بأكثر مصادر المعلومات الصحية تأثيراً على تشكيل الوعي الصحي للمرأة السعودية. جاء ترتيب مصادر الوعي الصحي – كما تراه المرأة السعودية – في المرتبة الأولى المجلات الطبية، وفي المرتبة الثانية وسائل الإعلام المرئية، وفي المرتبة الثالثة المراكز الصحية، ثم وسائل الإعلام المقروءة، وفي المرتبة الخامسة جاء الإنترنت، وفي المرتبة السادسة والأخيرة جاء الأقارب والأصدقاء. وهذا يختلف مع ما توصلت إليه دراسة ريجان وكولتر (1987) اللذين وضعا الصحف وبقية المصادر الاتصالية في مراكز متدنية من حيث كونها مصادر للمعلومات المتعلقة بالعناية الصحية في المجتمع الأمريكي، واعتبرت مصادر الاتصال الشخصي أهم تلك المصادر. كما تتفق هذه النتيجة تقريباً مع دراسة عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1994) التي توصلت إلى أن التلفاز جاء في المرتبة الثانية بوصفه مصدراً للتثقيف الصحي، وجاءت المجلات الطبية في المرتبة الثالثة. كما تتفق مع دراسة عبدالرحمن مصيقر (1995) التي أشارت إلى أن التلفاز أهم مصادر للمعلومات الصحية في مجال الغذاء وفي المرتبة الثالثة الصحف والمجلات، وفي المرتبة الخامسة الإذاعة. كما تتفق مع دراسة في المجتمع العماني (1991) أشارت إلى أن نسبة عالية يعتمدن على التلفاز للحصول على التوعية الصحية والغذائية (نقلاً عن دراسة عبدالرحمن مصيقر، 1995). وتختلف مع نتيجة أخرى لدراسة عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1994) أشارت إلى وجود ضعف لوسائل الإعلام في الوعي الصحي للمواطن السعودي بشكل عام.

وفيما يتعلق برؤية المرأة السعودية تجاه مستوى مصادر المعلومات الصحية ونوعية الاستفادة منها، توصلت الدراسة فيما يتعلق بمدى متابعة المرأة السعودية لمصادر المعلومات الصحية في مجال الوعي الصحي إلى أن متابعة المراكز الصحية جاءت في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية جاءت متابعة المجلات الصحية، وفي المرتبة الثالثة جاءت متابعة وسائل الإعلام المرئية، وفي المرتبة الرابعة – بنسبة منخفضة جداً عن سابقتها – جاءت متابعة الإنترنت، وفي المرتبة الأخيرة جاءت متابعة الأقارب والأصدقاء. وتتفق مع دراسة عبدالرحمن مصيقر (1995) في أن نسبة عالية تتابع التلفاز والإذاعة للحصول على معلومات في مجال الوعي الصحي.

وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلاف في الاستفادة من المصادر في مجال الوعي الصحي بين مصدر وآخر؛ ففي مجال وسائل الإعلام المرئية جاءت أعلى الإجابات بأنها مفيدة جداً، وفي مجال الاستفادة من وسائل الإعلام المقروءة نجد أن أكثر الفئات أجبن بأن وسائل الإعلام المقروءة كانت مفيدة، وفي مجال المراكز الصحية من أجبن بأنها كانت مفيدة جداً. وفي مجال الأقارب والأصدقاء كانت الإجابة الأكثر هي من أجبن بأن استفادتهن كانت مفيدة نوعاً ما. أما الإنترنت فتركزت أكثر الإجابات لمن كانت مفيدة نوعاً ما. وفي مجال الاستفادة من المجلات الطبية جاءت أعلى الإجابات من يرين أن المجلات في مجال التوعية الصحية كانت مفيدة جداً.

كما توصلت الدراسة إلى أن هناك عدداً من القيم الصحية التي تستفاد من المصادر في التوعية الصحية، حيث جاء في المرتبة الأولى إدراك أن التغذية أساس الصحة السليمة، وفي المرتبة الثانية الاهتمام بالصحة في الصغر يساعدنا في الكبر، وفي المرتبة الثالثة النظافة دليل على الوعي بالمحافظة على الصحة، وفي المرتبة الرابعة الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لنمو الطفل بشكل سليم، وفي المرتبة الخامسة الحفاظ على صحة الجسم ورشاقته، وفي المرتبة السادسة في الحفاظ على الصحة فوائد عقلية وفكرية، وفي المرتبة السابعة الإلمام بالإسعافات الأولية يسهم في سرعة تخفيف المرض أو الإصابة، وفي المرتبة الثامنة الحصول على القبول الاجتماعي، وفي المرتبة التاسعة متابعة مواد الوعي الصحي للحفاظ على الصحة، وفي المرتبة العاشرة تعد الرياضة الصحية وسيلة لإقامة علاقات جيدة، وفي المرتبة الحادية عشرة التمتع بصحة نفسية سليمة، وفي المرتبة الثانية عشرة

السمنة ظاهرة تعبر عن عدم ممارسة الرياضة، وفي المرتبة الثالثة عشرة الحياة العصرية تفترض القيام بممارسة العادات الصحية، وفي المرتبة الرابعة عشرة المتابعة تساعد على الإقلاع عن التدخين.

كذلك توصلت الدراسة فيما يتعلق باتجاهات المرأة السعودية تجاه مجالات استفادتها من مصادر المعلومات الصحية واستخداماتها في التوعية الصحية، إلى أن مجال توسيع المدارك الصحية جاء في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية مجال مكافحة الأمراض، وفي المرتبة الثالثة جاء مجال الارتباط بالمستجدات الطبية، وفي المرتبة الرابعة جاء مجال الحصول على التوجيهات الصحية، وفي المرتبة الخامسة جاء مجال الرضاعة الطبيعية، وفي المرتبة السادسة جاء مجال توسع مداركي السلوكية في المجال الصحي، وفي المرتبة السابعة جاء مجال فهم الإسعافات الأولية، وفي المرتبة الثامنة جاء الاغتناء عن الكتب المتخصصة الطبية لصعوبتها، وفي المرتبة التاسعة جاء الاستفادة في مجال التوعية الصحية، وفي المرتبة العاشرة جاء مجال متابعة الأمراض النسائية، وفي المرتبة الحادية عشرة جاء مجال توعية الأطفال، وفي المرتبة الثانية عشرة جاء مجال متابعة الأخبار الطبية، وفي المرتبة الثالثة عشرة جاء مجال زيادة المستوى الثقافي في المجال الصحي، وفي المرتبة الرابعة عشرة والأخيرة جاء مجال التنبه لخطورة أمراض الأطفال.

وهذه النتيجة تتفق تقريباً مع ما توصل إليه عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1995) في تغطية التلفزيون السعودي لبعض المعلومات الصحية الخاصة بالأسرة والتغذية والحمية وما في حكمها من برامج تعليمية وصحية. كما تتفق مع دراسة في المجتمع البحريني أشارت إلى استفادة عينة دراسة من وسائل الإعلام في الوعي الصحي في مجالات التغذية والصحة وبرامج الوعي الغذائي والصحي. وتتفق أيضاً مع دراسة عبدالله الدغيثر (2001) التي أشارت إلى أن برامج الوعي الصحي جاءت في مجال الحمل وأمراض السكري والضغط وأمراض الأطفال.

كما تختلف مع دراسة مهدي قاضي (1995) التي أشارت إلى عدم الاستفادة من مصادر المعلومات الصحية الإعلامية في أغلب مواضيع الوعي الصحي، وأن هناك ضعفاً في معرفة أغلب مواضيع الوعي الصحي المدرسي ووجود مفاهيم صحية غير صحيحة، وإن كان الباحث يرجع اختلاف دراسته عن نتيجة دراسة قاضي على أساس أن دراسة قاضي طبقت على الطلاب فقط، بينما دراسته كانت

عن المرأة السعودية في ضوء عدد من خصائصها العمرية والتعليمية والمهنية. وتختلف كذلك مع دراسة محمد الزهراني وآخرين (1997) التي توصلت إلى انخفاض نسبة اهتمام الصحافة بالمواد الموجهة للوعي الصحي. وعلل الباحث هذا الاختلاف في أن دراسة محمد الزهراني وآخرين، ركزت على مناسبات معينة وهي مشاركة الصحف في الأيام الصحية العالمية، بينما دراسته الحالية ركزت على مواد الوعي الصحي بشكل عام. كما تختلف مع دراسة فاطمة عبدالعليم (1999) ودراسة محمود فتحي (1998) ودراسة فؤاد الصلاحي (2003) ودراسة هشام الطويل (2005)، التي توصلت إلى ضعف الوعي الصحي لدى المرأة الريفية المصرية واليمنية والأردنية، واستخدامها لعادات وقيم تقليدية، مما يدل على عدم وصول مصادر المعلومات الصحية للنساء في القرية والريف، أو أن العوامل الاجتماعية والثقافية تكون أكثر تأثيراً في الوعي الصحي من المصادر الرئيسة. كما تختلف مع ما توصلت إليه دراسة غادة الطريف (1998) من انخفاض الوعي الصحي لدى المرأة السعودية في مدينة الرياض، وقد يكون لعامل الزمن دور في هذا الاختلاف، إضافة إلى التوسع الكبير الذي شهده مجال الوعي الصحي.

كذلك توصلت الدراسة فيما يتعلق بدور وسائل الإعلام في الوعي الصحي – كما تراه المرأة السعودية – إلى أن وسائل الإعلام المرئية في المرتبة الأولى، وفي المرتبة الثانية وسائل الإعلام المقروءة، وفي المرتبة الثالثة المراكز الصحية، وفي المرتبة الرابعة الأقارب والأصدقاء، وفي المرتبة الخامسة الإنترنت، وفي المرتبة السادسة المجلات الطبية. وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات الخاصة بدور وسائل الإعلام في الوعي الصحي كدراسة سميرة سلامة (2001) التي تناولت دور وسائل الإعلام في برامج المعوقين.

وتتفق مع دراسة أحمد القحطاني (2003) التي أشارت إلى أن نسبة عالية من السعوديات يرين أهمية برامج الوعي الصحي لتعرف الوسائل السليمة للتعامل مع الأحداث الطارئة. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة حسن الأمين (2001) التي توصلت إلى عدم كفاية البرامج الإعلامية كماً وكيفاً أو تركيزها على إيصال المعلومة وليس على تغيير السلوك الذي يعد الغاية النهائية لعملية الوعي الصحي. وعدم الأهلية لمن يقدم برامج التوعية الصحية المختلفة.

وبشأن الارتباط بين تأثير استخدام مصادر المعلومات الصحية والوعي

الصحي للمرأة السعودية في عينة الدراسة، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين استخدام مصادر المعلومات الصحية والوعي الصحي للمرأة السعودية؛ فكلما زادت متابعة مصادر المعلومات الصحية زاد الوعي الصحي لدى المرأة السعودية. وتتفق مع دراسة مهدي قاضي (1995) في وجود ارتباط طردي بين مشاهدة التلفاز وسيلة إعلامية للتثقيف الصحي والعديد من أنواع السلوك الصحي وغير الصحي. كما تتفق مع دراسة مرزوق العشير (1995) التي أشارت إلى أن هناك علاقة بين مشاركة المواطنين في مجال الصحة ونشر الوعي الصحي بين الناس بما في ذلك محاربة الشعوذة المتعلقة بالصحة وحضور أنشطة الوعي الصحي بالمراكز الصحية. بينما تختلف مع دراسة عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1995) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة واضحة بين الوعي الصحي وكثافة التعرض للتلفزيون السعودي. وإن كان الاختلاف نتيجة لأن دراستنا الحالية ركزت على جميع الوسائل الإعلامية، في حين ركزت دراسة العوفي والعمودي على التلفزيون السعودي فقط.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين المتغيرات الديموغرافية واستخدام مصادر المعلومات الصحية؛ ففي متغير العمر كانت العلاقة ارتباطية سلبية؛ أي كلما قل العمر قل استخدام مصادر المعلومات الصحية، بينما كانت العلاقة إيجابية لمتغير الحالة الاجتماعية، أما في متغير المهنة فكانت العلاقة سلبية؛ حيث إن اللواتي لا يعملن أكثر استخداماً لمصادر الوعي الصحي، وفي متغير المستوى التعليمي كانت العلاقة سلبية؛ فكلما قل المستوى التعليمي قل استخدام المصادر في مجال الوعي الصحي، وفي متغير الدخل نجد أن العلاقة الارتباطية سلبية طردية؛ فكلما ارتفع الدخل ارتفع استخدام مصادر المعلومات الصحية، أما متغير الحي فكانت العلاقة إيجابية طردية؛ أي كلما ارتفع مستوى الحي ارتفع مستوى استخدام مصادر المعلومات الصحية.

تاسعاً – التوصيات: في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج:

1 – العمل على تكثيف بث برامج توعوية صحية عبر وسائل الإعلام المختلفة تساعد على تغيير نمط حياة أفراد المجتمع، والابتعاد عن العوامل البيئية والعادات الغذائية التي تؤثر سلباً على صحتهم، وتشجيع المبادرات المجتمعية التي تسعى لتحقيق هذه الأهداف.

2 – تأكيد أهمية برامج الوعي الصحي في مختلف أوجهها عبر المستشفيات والمراكز الصحية؛ كونها من العناصر الأساسية للرعاية الصحية الشاملة وضرورة توفير الإمكانات المادية والبشرية لهذا الغرض.

3 – تأكيد حاجة برامج الوعي الصحي إلى الدعم الإداري والمادي والسياسي والتخطيط والمتابعة والتعاون الوثيق بين الجهات المعنية كل فيما يخصه من مسؤوليات سواء القطاع الحكومي أو الخاص.

4 – كون معظم الأمراض المزمنة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأنماط الحياتية والظروف البيئية والعادات الغذائية، وهذه العوامل تعتمد اعتماداً كبيراً على مستوى الوعي الصحي، فإن أهمية الوعي الصحي تبرز أداة لتغيير هذه المفاهيم الخاطئة في هذه الممارسات؛ مما سينعكس إيجاباً على معدلات حدوث هذه المجموعة من الأمراض.

5 – تأكيد أهمية دور وسائل الإعلام في الاهتمام بمناقشة القضايا الصحية ذات الطابع الإستراتيجي وإقناع أفراد المجتمع بتوجهات هذه الإستراتيجية والعناية بالتوعية الصحية المحققة لأهداف السياسة الصحية في المجتمع، وفتح قنوات صيغ مشتركة مع القطاع الصحي لنشر برامج متنوعة في مجال الوعي الصحي.

6 – ضرورة تحقيق التكامل والتعاون بين المنشآت الطبية سواء الحكومية أو الخاصة من حيث الإسهام الفاعل في برامج الوعي الصحي لمختلف شرائح المجتمع وعبر مختلف وسائل الإعلام المتاحة.

7 – تأكيد الدور المأمول من وزارة الصحة في تقديم الخدمات الصحية الوقائية التي تعتمد على نشر الثقافة الصحية بين المواطنين والعاملين في القطاع الصحي من خلال الاتصال المباشر بين الأطباء والمرضى المترددين عليهم وعدم اقتصار دور الطبيب على وصف الدواء للمريض بل يشمل تقديم النصح له لتجنب الإصابة بالمرض وكيفية المحافظة على نفسه عند اتباع السلوكيات الصحية السليمة. وكذلك العمل على استغلال مناسبات الاحتفالات الصحية الوطنية والعالمية لزيادة التركيز على برامج التوعية الصحية.

8 – بحكم مسؤوليتها المباشرة عن مناهج التعليم والتربية ودورها المهم في غرس الثقافة الصحية لدى قطاع كبير من المجتمع؛ لأنها تختلف عن غيرها من القطاعات حيث إنها تستقبل أعداداً هائلة من الطلاب والطالبات ومنذ سنوات الطفولة

وفي أعمار مستعدة فطرياً لاستقبال المعلومات والتعليمات – فإن على وزارة التربية التنسيق الفاعل مع وزارة الصحة لتبني إدماج طرائق التعليم الفعال وأساليب الوعي الصحي وممارساته ضمن المناهج التعليمية وتخصيص ساعات محددة له في المقررات والمناهج للدارسين والدارسات في مختلف المجالات مع التركيز على الجوانب العملية التطبيقية للرسائل الصحية التوعوية.

9 – أهمية استفادة وزارة الثقافة والإعلام من الكوادر المتخصصة بالقطاع الصحي من أبناء الوطن من الذكور أو الإناث للإسهام في الإعداد والتخطيط للبرامج الصحية المتعلقة بالوعي الصحي عبر وسائل الإعلام المختلفة ممن تتوافر لديه الخبرات الإعلامية المطلوبة لبرامج الوعي الصحي بوجه عام ووضع الضوابط المحددة للنشر الإعلامي للمعلومة الصحية.

المراجع:

ابتهال محمد (2004). الوضع الاجتماعي للأدوار الأسرية والمجتمعية للمرأة الريفية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

إبراهيم خليفة (1984). **علم الاجتماع الطبي**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

إبراهيم السمان (1993). الصحة بين التربية والوعي، **المجلة الثقافية**، العدد (29)، الأردن: الجامعة الأردنية: 258.

أحمد بدوي (1986). **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**. بيروت: مكتبة لبنان.

أحمد القحطاني (2003). استطلاع حول قواعد السلامة والإسعافات الأولية، **صحيفة الوطن**، العدد (733)، أبها، السعودية.

إيمان شريف (2004). دراسات في الوعي الاجتماعي، **مجلة كلية الدراسات الإنسانية**، العدد (22)، جامعة الأزهر، القاهرة: 60–83.

أيمن مزهرة (2001). **علم اجتماع الصحة**. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

بكر سلامة (1997). **الصحة والتربية الصحية**. القاهرة: دار الفكر العربي.

بهاء الدين تركية (2002). اثر التعليم في صياغة ملامح الوعي بالبيئة لدى ربات الأسر، **مجلة شؤون اجتماعية**، العدد (79)، جمعية الاجتماعيين، الإمارات العربية المتحدة: الشارقة، 9–39.

توفيق خوجة (2001). **الرعاية الصحية الأولية: تاريخ وإنجازات ومستقبل**. الرياض: مطابع الفرزدق التجارية.

حسن الأمين (2001). تفعيل وسائل الإعلام في مجال التوعية الصحية، ورقة قدمت في ندوة التوعية الصحية الأولى "نافذة على الوعي الصحي"، الرياض: المملكة العربية السعودية.

حسين رشوان (2000). **دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

زهير السباعي (1999). زاوية الرعاية الصحية الأولية: الوعي الصحي السهل الممتنع، **المجلة الطبية السعودية**، العدد (73)، الرياض: وزارة الصحة: 10–12.

زهير السباعي (1996). **التثقيف الصحي: مبادئه وأساليبه**. الرياض: دار السباعي.

سامر رضوان وكنوراد ريشكة (2001). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، **مجلة شؤون اجتماعية**، العدد (72)، جمعية الاجتماعيين، الإمارات العربية المتحدة: الشارقة، 25–66.

سلامة الرمومي (1999). التحليل السوسيولوجي لتأثير القيم الاجتماعية في تشكيل الصحة والمرض: دراسة ميدانية على مدينة دبي في دولة الإمارات العربية المتحدة. رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، كلية الآداب، القاهرة.

سميرة سلامة (2001). عرض تجربة المملكة لبرنامج الوعي الصحي لأمهات الأطفال المعاقين، ورقة قدمت في ندوة التوعية الصحية الأولى" نافذة على الوعي الصحي"، الرياض.

عادل المدني (1983). العلاجات الشعبية في مجال العقم عند النساء. رسالة دكتوراه، كلية الطب، القاهرة: جامعة الأزهر.

عبدالرحمن السويلم (1982). المفهوم السليم للثقافة الصحية، **المجلة العربية**، العدد (10)، الرياض: 16–19.

عبدالرحمن العوضي (1997). التثقيف الصحي أداة لتعزيز الصحة، **مجلة تعريب الطب**، العدد (3)، الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

عبدالرحمن مصيقر (1995). نظرة تقييمية لبعض برامج الوعي الغذائية في دول الخليج العربية، ورقة عمل مقدمة لندوة الوعي الصحي بدول مجلس التعاون الخليجي، أبو ظبي: الأمارات العربية المتحدة.

عبداللطيف العوفي وخالد العمودي (1995). مصادر المعلومة للمعرفة الصحية، **مجلة جامعة أم القرى**، العدد (11)، مكة المكرمة: 189–228.

عبدالله الدغيثر (2001). تقييم خدمات التوعية والوعي الصحي في مراكز الرعاية الصحية الأولية بالرياض، ورقة قدمت في ندوة التوعية الصحية الأولى" نافذة على الوعي الصحي"، الرياض: المملكة العربية السعودية.

عدلي أبو طاحون (1996). علاقة بعض عوامل البيئة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والفيزيقية بدرجة انتشار بعض الأمراض المعدية، **مجلة العلوم الاجتماعية**، العدد (2)، جامعة الكويت: 167–114.

غادة الطريف (1998). الوعي الصحي لدى الأمهات السعوديات في مدينة الرياض: دراسة في علم الاجتماع الطبي. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، الرياض.

فؤاد الصلاحي (2003). **أوضاع المرأة الريفية وقضايا النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية تحليلية**. صنعاء: اللجنة الوطنية للمرأة.

فادية عمر (1998). صحة الأسرة. في كتاب (**دراسات بيئية وأسرية**)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

فاطمة، عبدالعليم (1999). برنامج إرشادي لمواجهة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة الريفية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، القاهرة: جامعة القاهرة.

ليلى زبير (1992). دراسة المعتقدات والممارسات المتعلقة بصحة الطفل بين الأمهات في مصر والمملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الدراسات الطبية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

محمد الزهراني وصالح الصالح وسالم العبدالله (1997). دور الصحافة في الوعي الصحي، ورقة عمل مقدمة لندوة الوعي الصحي لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أبو ظبي.

محمد علي محمد (1989). **دراسات في علم الاجتماع الطبي**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

محمد غيث (1997). **قاموس علم الاجتماع**. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

محمود فتحي (1998). العلاقة بين التدخل المهني للخدمة الاجتماعية وتحسين الخدمات الصحية في قرية مصرية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، القاهرة: جامعة القاهرة.

محيي الدين صابر (1987). من قضايا التنمية في المجتمع العربي. بيروت: المكتبة العصرية.

مرزوق العشير (1995). المشاركة الاجتماعية في برنامج الرعاية الصحية الأولية في مناطق نجران. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات الاجتماعية، الرياض: كلية الآداب، جامعة الملك سعود.

منظمة الصحة العالمية (1989)، **الاتجاهات الحديثة نحو التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية**. الإسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط.

منظمة الصحة العالمية (1979). **التعريف بمنظمة الصحة العالمية**. جنيف.

منظمة الصحة العالمية (2001). **الوثائق الأساسية**، جنيف، ط43.

منظمة اليونيسيف (2005). **التقرير السنوي لليونيسيف**. جنيف، سويسرا.

مهدي قاضي (1995). التثقيف الصحي المدرسي في المملكة العربية السعودية، **مجلة رسالة الخليج العربي**، العدد (54)، الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج: 237–242.

هشام الطويل (2005). التغير الاجتماعي لبعض خصائص الأسر في الريف الأردني، **مجلة جامعة الملك خالد**، العدد (4)، جامعة الملك خالد، أبها، المملكة العربية السعودية: 1–28.

يعقوب المزروع (1992). **دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية**. الرياض: وزارة الصحة، الإدارة العامة للمراكز الصحية، الرياض.

Arnold, E (1991). Community health and social services, The role of the nurse in prevention of ill health: with special reference to health education. *Journal of social work*: 81-99

Babie, E (1986). *The praction of social research*. California Wads worth, Inc.

Barker, R (1987). *Dictionary of social work*. USA: N,A,S,W.

Burkett, A (1983). *Health education*. U. K: Journalism Community Health.

Carter L & Marshall, MD (1998) *Toward an educated health consumer, Mass communication and Quality in medical care*. *Journalism Quarterly* vol. (108): 64-87.

Keith, T & Sylvia,T. (1994). Health education: The role of mass media in health promotion. *Journalism Quarterly*, vol. (74): 91-121.

Kilander, F. (1962). *School health education*. New York: The Macmillan company.

Phillips, D. (1990). Health and health care in the third world health education: away forward. World Health Organization.

Reagan,E & Collins, J (1987). Sources for health care Information in two small communities, *Journalism Quarterly*, vol. (64): 121-139.

Strehlow, M (1983). *Health education and the mass media*, Journalism Quarterly, rol. 16. Chapter 10.

Tan, Basta J, Sullivan C, Davidson W. (1995). The role of social support in the lives of women exiting domestic violence shelters: an experimental study. *J. Interpers. Violence* 10:437-51.

World Health Organization (2002). World report on health. Geneva: World Health Org.

World Health Organization (1988). Education for health, AMANUL On health Education in primary health care, communicating the health message: Methods and media.

قدم في: أكتوبر 2006
أجيز في: مايو 2007

The Role of Health Information Resources in Forming the Health Awareness of Saudi Women: Applied Study in Riyadh

Abdul-Aziz Ali Al-Ghareeb*

The objective of this study is to identify the sources of health awareness for Saudi women, identifying the benefit from such sources in health awareness, identifying the relationship between Saudi women's usage of such sources and their level of health awareness, identifying the views and trends of Saudi women towards the role of sources in raising their social and health awareness. The researcher conducted a field study by using the social survey on samples of society, and gathered data by using questionnaires on a random sample of 450 Saudi woman. The key results of the study: the order of health awareness sources, as seen by Saudi woman are: first, medical magazines, second, visual media, third, health centers, foyrth, written media, fifth, the internet, and sixth, relatives and friends. The study also indicated, regarding the Saudi woman's follow up of mass media in the health awareness field, that following the written media was in first place, second, health magazines, third visual media, fourth, the internet, fifth, health centers and sixth, relatives and friends. Further, the study indicated that a number of health values benefited from health awareness. There is a relationship between using the sources and the Saudi woman's health awareness level. Finally, the researcher introduced some recommendationsin on light of the outcomes.

Keywords: Medical sociology, Healthy, Saudi women, Health awareness, Health education.

* Department of Sociology and Social Work, College of Social Sciences Al-Imam Muhammad Ibn Saud Islamic University, Kingdom of Saudi Arabia.