" المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة أسيوط "

الدكتور/ عبد التواب جابر أحمد محمد مكي _____

بحثت هذه الدراسة في محددات الوعي الصحي لدى الريفيين، وقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي بالعينة، حيث قام بتطبيق الدراسة الميدانية على عينة من المواطنين في قرية " موشا " مركز ومحافظة أسيوط، وقد بلغ عدد مفرداتها 474 ممن يزيد عمرهم عن 15 سنة، وقد تم تطبيق مقياس من تصميم الباحث بعد إخضاعه للتحكيم. وقد أظهرت النتائج في مجملها أن هناك تدني في مستوى الوعي الصحي بمؤشراته المختلفة لدى الريفيين، كما كشفت الدراسة عن تأثير النوع والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي على درجة ومستوى الوعي الصحي لدى الريفيين.

المقدمة:

يعتبر الإنسان غاية عملية التنمية وفي نفس الوقت يعتبر الرافعة الرئيسية لهذه العملية[i] بل يُعد العنصر البشري الكفء من أهم موارد المجتمع الذي يجب الاهتمام به، ورعايته، حتى يتمكن من أداء دوره، والمساهمة الفعالة في الأنشطة التنموية في المجتمع، ومن ثم فإن نجاح أي جهد تنموي يعتمد في المقام الأول على السلامة الجسمية والعقلية والنفسية للإنسان، حتى يمكن توظيفه واستثماره من أجل تحقيق التنمية[ii]، لذا كان لابد من الاهتمام بالمجال الصحي كأحد مجالات التنمية الاجتماعية، بل والتأكيد على أهمية الأسلوب الوقائي في الرعاية الصحية وخاصة الوعي الصحي[iii]،والواقع أن جمهورية مصر العربية تعاني – كغيرها من الدول النامية – من العديد من المشكلات المتداخلة، فهناك الانفجار السكاني، ونقص الغذاء، وعدم توافر الإسكان الصحي، وتلوث المياه ... إلى غير ذلك من المشكلات التي أدت إلى ضعف الإنتاج وارتفاع نسبة الإعالة وعدم القدرة على مسايرة الركب الحضاري عالمياً ، وقد لاحظ الباحث أن الريف المصري مازالت تنتشر به العديد من السلوكيات والعادات الخاطئة التي تؤثر على صحة الريفيين وتنعكس على مستويات إنتاجياتهم ومشاركتهم في تنمية ذواتهم ومجتمعاتهم، وتأثيرها السيئ على عطائه وأدائه في المستقبل

بصفة خاصة وعلى الإنتاج الأسري والاقتصاد القومي بصفة عامة ومن هنا جاءت أهمية المشكلة. لذلك فإن الباحث في دراسته تلك سيركز على قياس المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف، من خلال تطبيق دراسته على إحدى قرى محافظة أسيوط.

أولاً : موضوع الدراسة :

بحثت هذه الدراسة في المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في المجتمع الريفي، ولعل التساؤل الأول الذي يثار عند طرح هذا الموضوع هو: لماذا التركيز في هذه الدراسة على الوعي الصحي لدى الريفيين؟ إن الإجابة على هذا التساؤل تستلزم أولاً الوقوف على أهمية الوعي الصحي باعتباره مجموعة المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض. حيث يعد أداة لتعزيز الصحة؛و أحد العوامل المهمة لمساعدة الإنسان على التمتع بصحة جيدة، ويمثل حجر الزاوية في التغيير الإيجابي لسلوك الأفراد والمجتمعات. وربما تأتي أهمية الوعي الصحي من أهمية دوره في حماية المجتمع من الأمراض الفتاكة، التي لا يمكن التحصين منها إلا من خلال الارتقاء بصحة الأفراد عن طريق زيادة الوعي الصحي والتثقيف الصحي (الثقافة الصحية) لجميع الأفراد[iv].

أما عن سبب الاهتمام بدراسة المجتمع الريفي فتأتي من منطلق أن هناك أمراض كثيرة توطنت في مصر، يعود وجودها إلى أيام الفراعنة وما زالت منتشرة حتى اليوم[v]، بل إن الكثير من الأمراض ترتبط الإصابة بها بعدد من الممارسات السلوكية الخاطئة التي يمارسها الريفيين مثل غسل الأواني والخضروات في مياه الترع (الإصابة بمرض البلهارسيا) أو تناول الخضروات والفاكهة بدون غسيل أو المشي بدون نعال في الحقول (مما يعرضهم للإصابة بديدان الإسكارس والانكلستروما) أو تناول اللحوم دون طهيها (مما يعرضهم للإصابة بالديدان الشريطية[vi]،وفي هذا الإطار أشارت "أزهار أحمد" إلى أن المرأة الريفية ما زالت تعاني من تدنى مستوى الوعي الصحي والغذائي الذي ينعكس على صحتها أولاً ومن ثم على صحة أطفالها وعموم الأسرة[vii]، كما تأتي أهمية الوعي الصحي في الريف المصري من أنه يحارب العديد من العادات والتقاليد المنتشرة والتي تؤثر على صحة الريفيين ومنها ما أشار إليها الدكتور على مكاوى مثل عادات الاستحمام في الترع[viii].

أما على مستوى الدراسات السابقة فدارت دراسة "نجوى محمود" (1989) حول نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي، حيث انطلقت من افتراض مؤداه أن مؤسسات العلاج الرسمي بالريف تواجه العديد من المشكلات التي وقفت حائلاً أمام قيامها بدورها بالقرية المصرية، وتمثلت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة في أن هناك ثلاثة أبعاد ترتكز عليها قوة تأثير أحد النسقين (الرسميو غير الرسمي) هي: نوع الأداء، والطبقة الاجتماعية، ونوع المرض[ix]، بينما تناولت دراسة "مسعود كمال" (1998) الفروق في الوعي الصحي لدى الشباب السعودي وتوصلت إلى أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب السعودي في متغير الوعي الصحي وذلك طبقا لمتغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهم (عالي متوسط ومنخفض) لصالح المستوى الأعلى[x]، أما دراسة "فوزي عبد الرحمن" (1999) فتوصلت إلى أن للتعليم أثر واضح في ارتفاع الوعي الصحي إذ ينخفض الوعي الصحي بانخفاض مستوى التعليم، كما أكد على أن هناك عوامل تعوق الجهود الصحية للحد من الأمراض ولا بد من فهم البعد البيئي الثقافي لأن هذا الفهم يؤدي إلى مواجهة الأمراض ومكافحتها[xi].

وكشفت دراسة "عاطف شحاتة" (2003) عن تشوه الوعي الصحي نتيجة لانعدام القدرة المادية على العلاج وقلة مصادر الدخل و ارتفاع أسعار الخدمة الصحية الخاصة، وتوفر مصادر شعبية للتداوي، أما عن أهم سمات هذا التشوه فهي: فقدان الغالبية لثقة في التداو ي الحكومي، وزيادة حالات الإدمان،وإ همال كبار السن لمعاناتهم الصحية طالما متحملين لها، و اعتماد النساء على التداوي الذاتي و عدم مراعاة بعض الأسر لاحتياطات الوقاية كالتطعيم، و اعتماد بعض العاملين على الطعام غير المنزلي وإ صرار بعض النساء على عادتهم الشعبية كتربية الدواجن[xii].

بينما أظهرت دراسة "جمال الدين محمد" (2003) أن هناك فروق بين الذكور والإناث في مستويات الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية لصالح الإناث[xiii]، وتوصلت "رانيا مصطفى جاب الله" (2008) لوجد فروق دالة إحصائياً بين طالبات جامعة طنطا في متغير الوعي الصحي وذلك طبقا لمتغيرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي لهن لصالح المستوى الأعلى[xiv]، كذلك أشارت "إيناس محجوب" (2008) إلى افتقار طلاب المدارس الابتدائية إلى المعارف الأساسية المرتبطة بالنظافة والصحة والخدمات الصحية الضرورية[xv].

ووجدت "إيمان صلاح" (2011) فروق في متوسط درجات ربات الأسر في العادات الغذائية والوعي الصحي والغذائي والتخطيط للدخل المالي والسلوك الشرائي والسلوك الاستهلاكي والسلوك الاقتصادي، كما وجدت فرق بينهن فيما يتعلق بالسلوك الشرائي لصالح الحضريات[xvi]،و أظهرت دراسة "جيهان سيد" (2011) تكيف الأفراد مع أمراضهم وعدم إعطائها أي اهتمام بسبب التفكير في أحوالهم المعيشية، كما تبين عدم وعي أفراد المجتمع ببعض الأمراض التي تصيبهم وفي نفس الوقت لديهم القدرة والوعي بكيفية التعبير عما يشعرون به من ألم وتعب ومرض،وكشفت أيضاً عن الطرق التي ينظر بها أفراد المجتمع إلى واقعهم والتي توجه أفعالهم وسلوكهم عن المرض[xvii]، وأشارت دراسة "بسام سعد الأمامي" (2011) لتأثير عامل النوع على الوعي الصحي في مجال الصحة الشخصية والإنجابية والوقائية والبيئية، حيث تبين من الدراسة أن الإناث كانوا أكثر وعياً من الذكور[xviii].

وأكدت دراسة "عبد الحليم خلفي" (2013) على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يزيد عمرهم عن 25 سنة، والذين يقل سنهم عن 25 سنة في كل من مستوى الوعي الصحي والضبط الصحيلصالح الأكبر سناً [xix]، كذلك أشارت دراسة "عبد المالك" (2013) إلى اعتماد الجمهور على الإنترنتو الأسرة والأطباء في الحصول على المعلومات حول مرض السكري[xx]، كما أشارت نتائج دراسة "جعفر فارس" (2013) إلى أن الوعي الصحي يتباين تبعاً لمتغيرات (الجنس والمستوى الدراسي)، حيث أظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً للمتغيرين ولصالح الإناث وطلبة السنة الرابعة، كما كشفت عن أكثر المصادر التي يحصل منها الطلبة على المعلومات الصحيةو هي وسائل الإعلام[xxi]، وأشارت دراسة "عثمان محمد العربي" (2014) إلى أن أهم المصادر التي يعتمد عليها الشباب في الحصول على المعلومات الصحية، وهي: الفضائيات ثم الإنترنت ثم المحطات التلفزيونية ثم الصحف اليومية[xxii].

من هذه الدراسات التي سبق الإشارة إليها يتضح ويتأكد لنا أهمية الكشف عن محددات الوعي الصحي في الريف المصري، ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة لتبحث (مبريقياً) في المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري، عبر مكوناته الخمس : الوقائي، والشخصي، والغذائي، والرياضي، والبيئي.

ثانياً : أهمية الدراسة :

*** تنبع أهمية الدراسة الحالية من وجود علاقة وثيقة بين صحة الفرد، وعاداته، وسلوكه، وبين صحة المجتمع عموماً، فالفرد هو اللبنة الأساسية في المجتمع، واكتسابه للسلوك الصحي السليم، ووصوله إلى درجة كافية من الوعي ينعكس إيجابياً عليه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه.**

*** ما يمكن أن تخلص إليه الدارسة من نتائج تساعد على وضع مجموعة من المقترحات والتوصيات والتي يمكن أن تساهم في زيادة مستوى الوعي الصحي في الريف المصري.**

*** يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة وتوصياتها في وضع سياسات صحية من شأنها تحسين نشر الثقافة الصحية لدى الريفيين.**

ثالثاً : الأهداف والتساؤلات :

أ- أهداف الدراسة:

تمثل الهدف الرئيس لهذه الدراسة في التعرف على المحددات الاجتماعية للوعي الصحي لدى الريفيين، وتحت إطار هذا الهدف العام ثمة هدفين فرعيين وهما :

1- التعرف على مستوى الوعي الصحي في الريف المصري .

2- الوقوف على بعض المتغيرات الاجتماعية المؤثرة في الوعي الصحي .

ب- تساؤلات الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة على تساؤل رئيس مؤداه: ما أهم المحددات الاجتماعية للوعي الصحي لدى الريفيين؟ وينبثق عن هذا التساؤل تساؤلان فرعيان :

1- ما مستوى الوعي الصحي لدى الريفيين؟

2- ما دور بعض المتغيرات الاجتماعية في الوعي الصحي لدى الريفيين؟

رابعاً : الإطار النظري الموجه للدراسة :

1- مفهوم الوعي الصحي:

أ- تعريف الوعي:

يشير معجم الوجيز إلى أن كلمة الوعي تعني الإدراك والإحاطة، ووعاه توعية أي أكسبه القدرة على الفهم والإدراك، ووعي الأمر أي أدركه على حقيقته[xxiii]، بينما تشير Conscience الفرنسية الأصل إلى معنيين: الأول "Conscious" بمعني الضمير، والثاني "Consciousness" بعني وعي أو شعور، والمعني الأول معرفي "Awareness" بينما الثاني أخلاقي "Moral Sense "[xxiv]، ويعرف الوعي في علم النفس بأنه "حالة من حالات الإدراك والفهم، وهذا الفهم أو الإدراك ذاتي، إذ يسمح لنا بأن نميز أنفسنا عن الآخرين"[xxv]. ويرى صابر عبد ربه الوعي بأنه، إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً [xxvi].

في حين يعرف "شكري صابر وموسى حلس" الوعي الاجتماعي بأنه: مجموعة من المفاهيم والتصورات والآراء والمعتقدات الشائعة لدى الأفراد في بيئة اجتماعية معينه، والتي تظهر في البداية بصورة واضحة لدى مجموعة منهم، ثم يتبناها الآخرون؛ لاقتناعهم بأنها تعبر عنهم موقفهم[xxvii].

ب- تعريف الصحة Health

لقد اشتهر تعريف الصحة بأنها "غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلل" وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض، ولم تبد عليهم علامات الاعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء[xxviii]، أو هم ممن يتعافون من الأمراض بسرعة؛ فيقال للمريض الذي يتعافى من المرض بأنه في صحة جيدة..وهكذا [xxix]، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح[xxx].ويُعرف البعض الصحة السيئة بوجود المرض فيمكن أن تعرف الصحة بغيابه، فيرى البعض أن الصحة هي الحالة الخالية من الأمراض[xxxi]، ولكن هذا التعريف ضيق للغاية لأنه قلل من الجانب الاجتماعي للصحة. أما منظمة الصحة العالمية فقد رأت أن الصحة هي "حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست مجرد غياب المرض" [xxxii]،يعرف كلاً من "وليم وفيريز" William C. and Ferris J. الصحة بأنها القدرة على العمل بشكل كاف في الأنشطة اليومية العادية[xxxiii].

جـ- تعريف الوعي الصحي:

لقد تعددت تعريفات الوعي الصحي وسوف نعرض هنا جانب من هذه التعريفات: ترى "هدى محمود" أن الوعي الصحي هو إدراك وا إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية، وتبنّي نمط حياة وممارسات صحية سلمية، من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع، والحدّ من انتشار الأمراض، وتنمية إحساسهم بالمسئولية الاجتماعية تجاه صحتهم وصحة الآخرين[xxxiv]، وتعرف "فاطمة حسين" الوعي الصحي بأنه قدرة الفرد على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها والتي من خلالها يستطيع المحافظة على صحته في حدود الإمكانيات المتاحة[xxxv]، كما يعرف" حسين عمر" الوعي الصحي بأنه مجموعة من الخبرات التي يتعرض لها الناس وتؤدي إيجاباً إلى تحسين صحة الفرد والأسرة والمجتمع[xxxvi]، كما يرى" علاء الدين " الوعي الصحي بأنه ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد[xxxvii].

ويؤسس الوعي الصحي على ثلاثة جوانب هي [xxxviii]:

الجانب المعرفي : ويقصد به توافر المعلومات العلمية عن الصحة، ودور الفرد ومسئوليته الشخصية عن صحته.

الجانب الوجداني : ويتمثل في تكوين الاتجاهات نحو الحفاظ على صحته.

الجانب السلوكي (التطبيقي) : ويتمثل في كيفية التصرف في المواقف الحياتية المتعلقة بالصحة التي تواجه الفرد.

وا إذ اكتملت جوانب الوعي المعرفية، والوجدانية، والسلوكية لدي الفرد وصف بأن لديه وعياً صحياً متكاملاً، بحيث تتحول ممارساته الصحية عادات سلوكية تتم بصورة دائمة.

ولا يقتصر الوعي الصحي على جانب معين، بل يتسع مجاله ليشمل كافة العناصر الضرورية لكي يكون الإنسان متمتعا بصحة جيدة، وهذه العناصر متداخلة بشكل يصعب فصلها، لأنها متشابكة بطبيعتها ويؤثر بعضها في الآخر، ولكن ذكرها على شكل مجالات قد يكون أكثر إيضاحاً [xxxix] :

أولاً : مجال الصحة الشخصية :

ويشمل النظافة الشخصية كنظافة البدن والملابس والمنزل وبيئة العمل، وغيرها.

ثانياً : مجال التغذية:

ويشمل ذلك تناول الغذاء وهضمه وامتصاصه وتمثيله في الجسم، وما ينتج عن ذلك من تحرير الطاقة، وعمليات النمو والتكاثر وصيانة الأنسجة، وكذلك التخلص من الفضلات، والعادات الغذائية السليمة.

ثالثاً : الأمان والإسعافات الأولية:

يهدف إلى توعية الأفراد للعناية بأمنهم وسلامتهم الشخصية، حتى يستطيعوا تجنب المخاطر والحوادث الفجائية، واتخاذ القرارات الكفيلة بتقليل نسبة الإصابات في حال وقوع الحوادث؛ سواء في المنزل أو المدرسة أو الشارع، كما يشمل إسعافات النزف والحروق والتسمم ، والحرائق والكسور والجروح.

رابعاً : صحة البيئة :

وتهتم بغرس المفاهيم البيئية بشأن المحافظة على البيئة التي يعيش فيها الأفراد وباقي الكائنات الحية.

خامساً : الصحة العقلية والنفسية :

تهدف إلى تحقيق الكفاءة النفسية والعقلية لدى الأفراد بغية التحكم في انفعالاتهم الداخلية والتقليل من المؤثرات الخارجية على وجدانهم، وحمايتهم من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.

سادساً : التبغ والكحوليات والعقاقير :

ويتعلق هذا بإبراز الأضرار الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية نتيجة تعاطي التبغ والكحوليات وسوء استخدام العقاقير، وتكمن أهمية هذا المجال في الأخطار التي يسببها التدخين، وانتشار الظاهرة على مستوى العالم.

سابعاً- الأمراض والوقاية منها :

وتهدف إلى الوعي بالأمراض وكيفية انتقالها، ومنع أو الحد من انتشارها، والتعرف على الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية.

ثامناً : صحة المستهلك :

تهدف إلى المحافظة على صحة المستهلك وحمايته سواء أكان عن طريق الالتزام بالحقائق عن الإعلان عن الأطعمة، أو تقييم الحملات الدعائية، والتأمين الصحي، وتصويب المعتقدات غير الصحية، وكذلك البدع والخرافات.

تاسعاً : التربية الجنسية :

التي تهدف إلى توعية الأفراد بالتكوين التشريحي والوظيفي للجهاز التناسلي في الإنسان، والزواج والأمومة، والأبوة، ومراحل تكوين الجنين، والمشكلات الجنسية الصحية .

2- بعض الآراء النظرية في تفسير الوعي الصحي :

استناداً إلى تباين الظروف المادية للمجتمعات الإنسانية، واختلاف المنطلقات الفكرية للمنظرين السياسيين والاجتماعيين تتعدد الرؤى والاتجاهات النظرية في تناولها لقضية الوعي الاجتماعي تحليلاً وتفسيراً، وفيما يلي يعرض الباحث نماذج من هذه التفسيرات :

أ- البنائية الوظيفية:

يعد "روبرت ميرتون R. Merton " أحد رواد النظرية البنائية، حيث يرجع مصدر المعرفة إلى بنية الثقافة السائدة في المجتمع، ويرى أن سلوك الفرد يرتبط بالبناء الاجتماعي والثقافة السائدة في المجتمع، فالأهداف والغايات تحددها معايير المجتمع والثقافة والتي تشكل الإطار المرجعي للطموح، وكذلك القواعد والإجراءات المسموح بها لسلوك الفرد، وتأتي استجابة الفرد

وسلوكه نتيجة وعيه بهذه المكونات الثقافية فإما يحدث الامتثال نتيجة تقبل الفرد للأهداف والقواعد التي تمكنه من تحقيق هذه الأهداف، وا ٍما يحدث الاغتراب نتيجة عدم التوافق معها وبالتالي تصدر السلوكيات الناتجة عن الوعي الفردي أو وعي الفرد بالأوضاع التي لا تتناسب مع أهدافه، فالرفض ومحاولة تغيير الواقع لا يتم بدون وعي الفرد بما يدور حوله في المجتمع وا ٍدراكه لأهمية التغيير الذي يبدو في سلوكه التجديد والتمرد[xl]. وهنا يؤكد" روبرت ميرتون " على دور العوامل الثقافية في تفسير السلوك البشري، وفي ضوء هذه النظرية يمكن إرجاع مستويات الوعي الصحي في المجتمع الريفي إلى تأثير العادات والتقاليد والأعراف والموروثات الثقافية على سلوك الأفراد الذين يمتثلون لها ويتبعونها.

ب- المادية التاريخية:

يرى ماركس " Marks "، أن ليس وعي البشر هو الذي يحدد وجودهم، بل علي العكس من ذلك، يتحدد و عيهم بوجودهم الاجتماعي، كما يؤكد ماركس، على أنه يمكن أن تتجلى تبعية الإنتاج الفكري للإنتاج المادي، من خلال النشاط المادي الذي يقوم به البشر مع بعضهم البعض أثناء تعاملهم اليومي، فالبشر هم منتجو الأفكار، والمفاهيم، والوعي. ويأتي ذلك نتاجاً لأعمال العقل وما ينتج عنه من أفكار تم صياغتها في أشكال عدة، منها ما هو قانوني وسياسي وأخلاقي، وهذا يعني أن الوعي يعد إنعكاساً للوجود، ورغم تأكيد ماركس على أسبقية الوجود على الوعي إلا أن للوعي الاجتماعي استقلاله النسبي بمعنى أنه قد يختلف عن الوجود الاجتماعي، وقد يسبقه، فهو يختلف عنه نتيجة لقوة الأفكار والآراء القديمة والمتوارثة، وقد يسبقه نتيجة لإسهامه في تطور المجتمع من خلال اكتشاف القوانين العامة، أو خلق نظريات تعمل على استشراف أبعاد المستقبل للمجتمع [xli]، وفي ضوء هذه النظرية يمكن تفسير الوعي الصحي في المجتمع الريفي على أنه انعكاس للظروف الاقتصادية المتدهورة في الريف وخاصة في ظل ارتفاع معدلات الفقر وانتشار البطالة والعشوائيات داخل مساكن القرى وبعدها عن مراكز الخدمات الصحية والعامة كل ذلك ساعد على تشويه الوعي الصحي في الريف.

3- قياس الوعي الصحي :

تعتمد الدراسة الحالية في قياس الوعي الصحي على المدخل السلوكي، والذي يعتمد في قياس الوعي على السلوك السائد، على اعتبار أن السلوك الصادر سواء على المستوي

الفردي أو الجماعي ما هو إلا انعكاس للمعارف والاتجاهات والقيم الصحية.، ومن ثم عرف الباحث إجرائياً الوعي الصحي بأنه قدرة المواطن الريفي على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة تساعده على المحافظة على صحته وصحة أفراد أسرته ومجتمعه. ويمكن قياسه من خلال خمس مؤشرات رئيسية هي :

1- مؤشر الوعي الصحي الوقائي: ويمكن قياسه من خلال السلوكيات التي يتبناها الفرد من اجل المحافظة على صحته وتجنب المرض.

2- مؤشر الوعي الصحي الشخصي: ويمكن قياسه من خلال ما يمارسه الريفيين من سلوكيات وعادات تعمل على المحافظة على صحة أجسامهم.

3- مؤشر الوعي الصحي الغذائي: وهو مؤشر خاص بقياس السلوكيات التي تتعلق بالغذاء والعادات الغذائية المنتشرة بين أبناء القرية.

4- مؤشر الوعي الصحي الرياضي:يقيس مدى وعي وا إدراك المواطنين بأهمية الرياضة، ومدى ممارستهم لها.

5- مؤشر الوعي الصحي البيئي: وهو من المؤشرات الهامة بالوعي الصحي لأنه يدل على مدي إدراك وفهم المواطنين للبيئة المحيطة وكيفية الحفاظ عليها، ويقاس من خلال التعرف على أهم السلوكيات البيئية التي يمارسها الأفراد تجاه البيئة المحيطة.

وبناء على ذلك قام الباحث بتصميم مقياس للوعي الصحي تتضمن المؤشرات التي أسفر عنها التحليل السابق آخذاً في الاعتبار أهمية التحليل السوسيولوجي لهذه الأبعاد.

خامساً : الإجراءات المنهجية:

1- منهج الدراسة :

في ضوء مجموعة الأهداف التي سعت الدراسة إلى تحقيقها، فإن الطابع الوصفي هو الغالب عليها، فقد اعتمد الباحث على منهج المسح الاجتماعي بالعينة بوصفه أحد أهم المناهج المستخدمة في الدراسات الوصفية.

2- مجالات لدراسة:

أ- المجال المكاني:

طبقت الدراسة الميدانية على قرية "موشا"، مركز أسيوط، محافظة أسيوط، فنظراً إلى أن الدراسة سعت للتعرف على المحددات الاجتماعية للوعي الصحي لدى الريفيين، فإن جمهور الدراسة هو من المواطنين الريفيين، وقد وقع اختيار الباحث على قرية "موشا" بمركز أسيوط، لأنها تضم جموعاً متنوعة من الفئات الاجتماعية والطبقات العمرية المختلفة الفقيرة والمتوسطة والغنية، ولقربها من مدينة أسيوط.

ب- المجال البشري : اشتمل على كل من يزيد عمره عن 15 سنة ويعيش في منطقة البحث.

جـ- المجال الزماني : تمت الدراسة الميدانية منذ شهر نوفمبر يوليو 2016 إلى نهاية شهر أغسطس 2016م.

3- أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث بشكل أساسي في الحصول على البيانات وتسجيلها على أداة المقياس، حيث قام الباحث بتصميم مقياس مرت عملية التصميم بالمراحل التالية :

1- وضع المقياس في شكله الأولى (المبدئي) وقد استفاد الباحث كثيرا من الدراسات السابقة.

2- صدق المقياس : اعتمد الباحث على أسلوبين لقياس صدق المقياس وهما :

أ- الصدق الظاهري :

حيث قام الباحث بعرض المقياس على عدد من المتخصصين من ذوي الاهتمام بموضوع البحث، وبلغ عددهم (7) وقد أسفرت هذه العملية عن بعض الملاحظات قام الباحث بإجرائها على المقياس وتمثلت في التالي:

* إعادة صياغة بعض عبارات المقياس نظرا لعدم وضوحها.
* حذف بعض العبارات لكونها غير ذات صلة بالموضوع.
* إضافة بعض العبارات لم ينتبه الباحث إلى أهميتها.

هذا وقد أبقى الباحث في النهاية على العبارات التي تعدت نسبة الاتفاق عليها 90% من قبل المحكمين التسعة .

ب- صدق الاتساق الداخلي :

اعتمد الباحث على قياس صدق الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط (Pearson's R) بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج كما في جدول (3) حيث توضح بيانات هذا الجدول أن أغلب معاملات الارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01. فقد تراوحت هذه القيم بين 43% و 657 بالنسبة للبعد الأول من المقياس, وتراوحت القيم بين 45% و 63% بالنسبة للبعد الثاني, وبين 54% و 78% في البعد الثالث, وبين 48% و76% للبعد الرابع، وبين 62% إلى 76% في البعد الخامس.

جدول (1) : صدق الاتساق الداخلي لعبارات المقياس

الوعي الوقائي		الوعي الشخصي		الوعي الغذائي		الوعي الرياضي		الوعي البيئي	
العبارة	الصدق	العبارة	الصدق	العبارة	الصدق	العبارة	الصدق	العبارة	الصدق
1	0.75	1	0.61	1	0.72	1	0.48	1	0.74
2	0.73	2	0.63	2	0.78	2	0.55	2	0.62
3	0.62	3	0.45	3	0.68	3	0.62	3	0.65
4	0.43	4	0.56	4	0.59	4	0.74	4	0.72
5	0.45	5	0.59	5	0.54	5	0.49	5	0.65
6	0.57	6	0.59	6	0.52	6	0.71	6	0.71
7	0.71	7	0.61	7	0.62	7	0.76	7	0.73
8	0.59	8	0.58	8	0.58	8	0.72	8	0.74
9	0.64	9	0.51	9	0.61	9	0.65	9	0.76
10	0.66	10	0.44	10	0.53	10	0.66	10	0.71

3- ثبات المقياس : وللتأكد من ثبات المقياس استخدام الباحث طريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، كما يوضح الجدول التالي :

جدول (2) : ثبات الفاكرونباخ لمقياس المشاركة السياسية للمسنين

المتغيرات	الفاكرونباخ
الوعي الوقائي	0.902
الوعي الشخصي	0.935
الوعي الغذائي	0.975
الوعي الرياضي	0.951
الوعي البيئي	0.955
الدرجة الكلية للمقياس	0.961

بلغت معاملات الفاكرونباخ قيمة تتراوح بين 0.902 إلى 0.961 وهي قيم جيدة للثبات، وبهذا تعد القيم جيدة للاعتماد على المقياس من ناحية الثبات.

4- خطة التحليل الإحصائي للبيانات :

في ضوء الهدف الرئيس من الدراسة، استلزم الأمر أن تعتمد الدراسة على أحد الاختبارات الإحصائية التي تمكنها من تحقيق هذا الهدف, ومن بين الاختيارات الإحصائية استخدم الباحث الاختبارات الآتية:

1- معامل الارتباط (Pearson's R) وقد استخدمه الباحث لمعرفة مدى قوة الارتباط بين أبعاد المقياس.
2- معامل ألفاكرونباخ لقياس ثبات المقياس.
3- اختبار (ت) لقياس الفروق بين الذكور والإناث على أبعاد المقياس.
4- اختبار التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) لقياس التباين بين الفئات الداخلية على أبعاد المقياس.

5- خصائص عينة الدراسة:

نظرا لعدم وجود بيانات دقيقة وكافية حول جمهور مجتمع البحث الكلي، فقد لجأ الباحث إلى سحب عينة غرضيه، وقد بلغ عدد مفرداتها (474 مفردة) وقد قام الباحث بسحب مفردات العينة بطريقة "عينة الصدفة"، من الأماكن المختلفة في مجتمع الدراسة مثل: (المنازل – المحال التجارية –الوحدة المحلية – الوحدة الصحية – المدارس – الجمعيات الخيرية ... إلخ). واستعان الباحث ببعض الباحثين القاطنين بمجتمع الدراسة في تطبيقه للدراسة الميدانية، نظراً لمعرفتهم بالمجتمع، وفيما يلي أهم خصائص عينة الدراسة:

1- توزيع عينة الدراسة بحسب النوع: تبين من الدراسة أن 320 مبحوثاً بنسبة 67.5% من الذكور، بينما بلغ عدد الإناث 154 بنسبة 32.5% من جملة العينة.

2- توزيع عينة الدراسة بحسب السن: أوضحت الدراسة الميدانية أن 113 مبحوثا بنسبة 23.9% من أفراد العينة تقع أعمارهم بين 15 : 25 سنة، وأن 119 مبحوثا بنسبة 25.1% تقع أعمارهم بين 25 :35 سنة، وأن 103 مبحوثا بنسبة 21.7% من العينة تقع أعمارهم بين 35 :45 سنة، وأن 91 مبحوثا بنسبة 19.2% تقع أعمارهم بين 45 : 55 سنة، وأخيراً يأتي من أعمارهم تقع في الفئة العمرية من 55 سنة فأكثر حيث بلغت نسبتهم 10.1% من جملة العينة.

3- توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية: تبين من الدراسة الميدانية أن 145 مبحوثا بنسبة 30.6% من العزاب غير المتزوجين، وأن 292 مبحوثا بنسبة 61.6% من المتزوجين، وأن 17 مبحوثا بنسبة 3.6% من الأرامل، في حين بلغ عدد المطلقين داخل العينة 20 مبحوثا بنسبة 4.2% من جملة العينة.

4- توزيع عينة الدراسة بحسب المستوى التعليمي: أوضحت الدراسة الميدانية أن 95 مبحوثا بنسبة 20% من الحاصلين على التعليم الأساسي الإلزامي (الابتدائي أو الإعدادي)، وأن 193 بنسبة 40.7% من حملة المؤهل المتوسط (الثانوي أو الدبلوم)، وأن 123 مبحوثا بنسبة 25.9% من الجامعيين (الحاصلين على المؤهل الجامعي)، وأن 10 مبحوثين بنسبة 2.1% من الحاصلين على تعليم ما فوق جامعي. بينما كان هناك في العينة 23 مبحوثا بنسبة 4.6% يقرؤون ويكتبون (ممن تسربو من التعليم الإلزامي أو حصلو على محو الأمية)، بينما بلغ عدد الأميين في العينة 30مبحوثاً بنسبة 6.3% من أفراد العينة ممن لا يعرفون القراءة والكتابة .

5- توزيع عينة الدراسة بحسب متوسط الدخل الشهري: أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن 55% من جملة أفراد العينة يقعون من منخفضي الدخل حيث يقل متوسط دخلهم الشهري عن 1000جنيه ً شهرياً، وأن 21% متوسط دخلهم الشهري من 2000 لأقل من 3000 جنيه، وأن 9% متوسط دخلهم الشهري بين 3000 لأقل من 4000 جنيه، في حين أن هناك 4% متوسط دخولهم 4000 جنيه فأكثر، بينما لم يفصح 11% من جملة العينة عن متوسط دخولهم الشهرية، وذلك ربما خوفاً من الحسد .

سادسا - نتائج الدراسة الميدانية:

في ضوء معالجة بيانات الدراسة إحصائياً توصل الباحث إلى النتائج التالية :

النتائج الخاصة بالتساؤل الأول: ما هو مستوى الوعي الصحي في مجتمع الدراسة؟ للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب المتوسط المرجح والانحراف المعياري لإجابات الريفيين على عبارات مقياس الوعي الصحي وجاءت النتائج كما يلي :

1- الوعي الوقائي:

من أولى المؤشرات للوعي الصحي الوعي الوقائي، لذلك تضمن المقياس 10 عبارات لقياس الوعي الوقائي، حيث جاءت النتائج موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (3) : موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي الوقائي

م	العبارات	دائماً	أحياناً	لا اهتم	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة
1	الإلمام بالإسعافات الأولية يسهم في سرعة تخفيف المرض أو الإصابة	370	51	35	1265	2.67	0.668	4
2	ابعد الأطفال عن المدخنين	366	39	69	1245	2.63	0.725	5
3	ابتعد عن الأماكن المزدحمة بالسكان رديئة التهوية	329	85	60	1217	2.57	0.707	6
4	لا استخدم الأدوية إلا بعد استشارة الطبيب	91	24	359	680	1.43	0.794	10
5	اذهب للطبيب عند الشعور بالمرض	407	27	40	1315	2.77	0.587	3
6	يجب أن تراجع المرأة الطبيب أثناء الحمل بانتظام	324	71	79	1193	2.52	0.764	7
7	التطعيم ضروري للأطفال الصغار	433	18	23	1358	2.86	0.463	1
8	اعرف الأمراض الفيروسية المعدية وكيفية انتشارها والوقاية منها	94	37	343	699	1.47	0.805	9
9	أكون حذرا عند اختلاطي بالناس عند إصابتي بمرض معدي	408	56	10	1346	2.84	0.421	2
10	الأم يجب أن تلد بالمستشفى تحت أشراف طبي	192	84	198	942	1.99	0.908	8

من خلال استقراء بيانات الجدول السابق يمكن ترتيب أن هناك ارتفاع في مستوى الوعي ببعض مؤشرات الوعي الوقائي وهي: التطعيم ضروري للأطفال الصغار (بمتوسط 2.86 درجة)، أكون حذراً عند اختلاطي بالناس عند إصابتي بمرض معدي (بمتوسط

2.84 درجة)، اذهب للطبيب عند الشعور بالمرض (بمتوسط 2.77 درجة)، الإلمام بالإسعافات الأولية يسهم في سرعة تخفيف المرض أو الإصابة (بمتوسط 2.67 درجة)، ابعد الأطفال عن المدخنين (بمتوسط 2.63 درجة)، ابتعد عن الأماكن المزدحمة بالسكان رديئة التهوية (بمتوسط 2.57 درجة)، يجب أن تراجع المرأة الطبيب أثناء الحمل بانتظام (بمتوسط 2.52 درجة). بينما تكشف النتائج عن انخفاض المستوى العام للوعي بالمؤشرات الثلاث الأخرى وهي: الأم يجب أن تلد بالمستشفى تحت إشراف طبي (بمتوسط 1.99 درجة)،اعرف الأمراض الفيروسية المعدية وكيفية انتشارها والوقاية منها (بمتوسط 1.47 درجة)، لا استخدم الأدوية إلا بعد استشارة الطبيب (بمتوسط 1.43 درجة)، وربما يرجع هذا الانخفاض في تلك المؤشرات إلى أن بعض الريفيين مازال متحفظاً ببعض العادات والتقاليد التي تؤثر على سلوكه ووعيه، كما أن بعضهم يؤثر الفقر على طلب الخدمة الصحية حيث أنه يعاني من مرض فعلي لكن لا يستطيع الوصول لطلب الخدمة الصحية التي أصبحت تكلف الكثير مما يضطره لأخذ علاج بناء على نصيحة أحد الجيران أو الأقارب أو في بعض الأحيان الصيدلي.

2- الوعي الصحي الشخصي:

يعد الوعي الصحي الشخصي من أهم القضايا التي تطرح عند الحديث عن الوعي الصحي لأنه مرتبط بسلوك الفرد ذاته، وحول ذلك المؤشر كشفت نتائج الدراسة عما يلي :

جدول رقم (4) : موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي الشخصي

م	العبارات	دائماً	أحياناً	لا اهتم	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة
1	حرص على النوم والاستيقاظ مبكراً	387	43	44	1291	2.72	0.622	4
2	تنظيف الفم والأسنان بعد الأكل وقبل النوم وبعده	113	104	257	804	1.70	0.831	10
3	اهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس	390	74	10	1328	2.80	0.449	3
4	لا استخدم ملابس وأدوات الغير	372	61	41	1279	2.70	0.620	5
5	اهتم بالنوم والراحة لساعات كافية	335	68	71	1212	2.56	0.740	6
6	النظافة الشخصية مهمة للحفاظ على الصحة	449	12	13	1384	2.92	0.359	1
7	اهتم بالاستحمام وخاصة بعد ممارسة أي مجهود	415	47	12	1351	2.85	0.422	2
8	عدم التدخين لأنه عادة سيئة	221	33	220	949	2	0.966	9
9	اهتم بتقليم أظافري كلما احتاج الأمر لذلك	293	29	152	1089	2.30	0.923	8
10	غسل اليدين قبل الأكل وبعده	303	27	144	1107	2.34	0.912	7

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق أن هناك شبه اتفاق بين اغلب العينة على سلوكيات: النظافة الشخصية مهمة للحفاظ على الصحة (2.92 درجة)، اهتم بالاستحمام وخاصة بعد ممارسة أي مجهود (2.85 درجة)، اهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس (2.80 درجة) حيث كان عدد منلايهتم بهذه السلوكيات قليل جداً داخل العينة، بينما هناك سلوكيات صحية شخصية لا يمارسها عدد غير قليل من العينة ومن بينها: عدم التدخين لأنه عادة سيئة (2 درجة)، وتنظيف الفم والأسنان بعد الأكل وقبل النوم وبعده (1.70 درجة).

3- الوعي الصحي الغذائي:

تدني مستوى التغذية المتمثل في العادات الغذائية غير الصحية خاصة بين الأطفال والاعتماد على الوجبات السريعة والمقرمشات والمياه الغازية والأطعمة المحفوظة المليئة بالمواد الحافظة الضارة بالجسم . والعادات الغذائية الغير سليمة والغير صحية لا تتمثل فقط

في الحضر بل لحقت بالريف أيضاً، وحول مؤشرات الوعي الغذائي لدى عينة الدراسة كشفت النتائج عن الجدول التالي :

جدول رقم (5) : موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي الغذائي

م	الأنشطة	دائماً	أحياناً	لا اهتم	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة
1	أكثر من تناول الخضراوات والفاكهة الطازجة	368	42	64	1252	2.64	0.708	3
2	يتعذر على تناول وجبة الإفطار لضيق الوقت	63	23	388	623	1.31	0.695	10
3	شرب القهوة والشاي يساعدني على التركيز	383	24	49	1282	2.70	0.695	2
4	اهتم بمعرفة عناصر الغذاء التي تمدني بالطاقة	313	44	117	1144	2.41	0.859	8
5	الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لنمو الطفل بشكل سليم	399	17	58	1289	2.72	0.669	1
6	كثرة تناول الدهون ترهق القلب وتزيد أمراضه	357	17	100	1205	2.54	0.819	5
7	اهتم أن يكون الغذاء اليومي متكاملا وشاملا	283	48	143	1088	2.30	0.902	9
8	السكر يأتي من كثرة تناول النشويات	348	49	77	1219	2.57	0.756	4
9	التأكد من نظافة الطعام قبل تناوله	337	42	95	1190	2.51	807	6
10	أحافظ على وزني بالشكل المناسب	320	46	108	1160	2.45	0.839	7

تكشف بيانات الجدول السابق عن استجابات العينة حول مؤشرات الوعي الصحي الغذائي حيث يتضح أن هناك ارتفاع نسبي في مستوى الوعي الصحي الغذائي لدى العينة فيما يخص: الرضاعة الطبيعية وسيلة فعالة لنمو الطفل بشكل سليم (2.72 درجة)، وأكثر من تناول الخضروات والفواكه الطازجة (2.64 درجة). بينما كان هناك إدراك سلبي لدى بعض أفراد العينة حول بعض مؤشرات الوعي الغذائي ومنها شرب القهوة والشاي يساعدنى على التركيز (2.70 درجة)، فكثرة تناول الشاي والقهوة سلوك سلبي غير صحي، كذلك عدم تناول وجبة الإفطار (1.31 درجة) رغم أهميتها ودورها في تقوية الجسم طوال اليوم.

4- الوعي الصحي الرياضي:

تعد ممارسة الرياضة هي أفضل الطرق للحفاظ على لياقة الجسم والحفاظ على حيويته، وحول موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي الرياضي، كشفت الدراسة عن الجدول التالي:

جدول رقم (6) : موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي الرياضي

م	الأنشطة	دائماً	أحياناً	لا اهتم	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة
1	ممارسة الأنشطة الرياضية يزيد من الشهية للطعام	290	23	161	1077	2.27	0.938	10
2	ممارسة الرياضة يقي الإنسان من السمنة	302	44	128	1122	2.37	0.880	9
3	الخمول والكسل أحد مسببات أمراض القلب	349	47	78	1219	2.57	0.758	7
4	ممارسة الرياضة تعمل على تأخير ظهور أعراض الشيخوخة	452	1	21	1400	2.96	0.206	1
5	امشي لمسافات طويلة بغرض تنشيط الدورة الدموية	313	64	97	1164	2.46	0.812	8
6	أفضل الأعمال التي تتطلب الحركة والنشاط	418	22	34	1332	2.81	0.546	2
7	اهتم بتخصيص وقت للممارسة بعض التمارين الرياضية	390	44	40	1298	2.74	0.602	3
8	لا ابالغ في قدرتي على حمل الأشياء	396	34	44	1300	2.74	0.614	4
9	ممارسة الأنشطة الرياضية تساعد الجسم على أداء وظائفه	363	55	56	1255	2.65	0.682	6
10	أفضل ممارسة الرياضة أكثر من مشاهدتها	379	50	45	1282	2.70	0.632	5

يتبين من بيانات الجدول السابق أن هناك وعي عام بين أفراد العينة على أهمية ممارسة الأنشطة الرياضية حيث تقع متوسطات الدرجات لجميع عبارات المقياس بين 2.27 : 2.96 درجة من ثلاث وهي درجات مرتفعة. ورغم هذا إلا أن الباحث لاحظ أنه لا يوجد في القرية وسائل كثيرة لممارسة الأنشطة الرياضية، وبسؤال القرويين عن ذلكأفادو ا بأن أعمالهم داخل القرية وفي حقولهم ومحالهم التجارية وممارسة العبادات هي أكثر الأنشطة الرياضية التي يمارسها أبناء القرية.

5- الوعي الصحي البيئي :

يختص مؤشر الوعي الصحي البيئي بقياس سلوك الريفيين فيما يتعلق بصحة وسلامة البيئة المحيطة بهم، وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية :

جدول رقم (7) : موقف عينة الدراسة من مؤشرات الوعي الصحي البيئي

م	الأنشطة	دائماً	أحياناً	لا اهتم	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	ترتيب العبارة
1	أحافظ على استهلاك الكهرباء	320	55	99	1169	2.47	0.817	6
2	حرق المخلفات أفضل طريقة للتخلص منها	359	45	70	1237	2.61	0.731	5
3	عدم العبس على جدران المنزل بالشارع	397	43	34	1311	2.77	0.569	3
4	القي القمامة في الأماكن المخصصة لها	245	42	187	1006	2.12	0.948	9
5	رمي الحيوانات الميتة في الترعة والحقول	271	27	176	1045	2.19	0.952	8
6	اهتم بنظافة منزلي	413	37	24	1337	2.82	0.499	1
7	عدم الإسراف في استخدام المياه للاستحمام أو الوضوء	402	12	60	1290	2.72	0.675	4
8	إطلاق الأعيرة النارية حرية شخصية	246	41	187	1005	2.11	0.948	10
9	لا إحداث ضوضاء في الأماكن التي أعيش فيها	272	26	176	1044	2.20	0.952	7
10	اهتم بنظافة الشارع الذي أعيش فيه	413	37	24	1337	2.82	0.499	2

يتبين لنا من بيانات الجدول السابق أن مؤشرات الوعي الصحي البيئي يمكن ترتيبها حسب درجة اتفاق أفراد العينة عليها كما يلي: اهتم بنظافة منزلي (2.82 درجة)، اهتم بنظافة الشارع الذي أعيش فيه (2.82 درجة)، عدم العبس على جدران المنزل بالشارع (2.77 درجة)، عدم الإسراف في استخدام المياه للاستحمام أو الوضوء (2.72 درجة)، حرق المخلفات أفضل طريقة للتخلص منها (2.61 درجة)، أحافظ على

استهلاك الكهرباء (2.47 درجة)، لإحداث ضوضاء في الأماكن التي أعيش فيها (2.20 درجة)، رمي الحيوانات الميتة في الترعة والحقول (2.19 درجة)، القي القمامة في الأماكن المخصصة لها (2.12 درجة)، إطلاق الأعيرة النارية حرية شخصية (2.11 درجة)ويلاحظ أن هناك وعي وا ٍدراك واضح من عينة الدراسة من الريفيين بأهمية نظافة المسكن الذي يعيشون فيه إلا أنهم كانوا أقل اتفاقا عند تعرضهم للعبارات الخاصة رمي الحيوانات الميتة في الترعة وإ ٍطلاق الأعيرة النارية.

النتائج الخاصة بالتساؤل الثاني: ما دور بعض المتغيرات الاجتماعية في الوعي الصحي لدى الريفيين؟

حرص الباحث على معرفة أهم الفروق في بعض المتغيرات الاجتماعية وأثرها على الوعي الصحي، باستخدام تحليل التباين الأحادي "ف" لدلالة الفروق بين المجموعات المختلفة، واستخدام أسلوب "شيفيه" لمعرفة اتجاه الدلالة على متغيرات الدراسة، وكذلك استخدام أسلوب "ت" والانحراف المعياري، وذلك على النحو التالي :

1- أثر النوع على الوعي الصحي:

جدول رقم (8) : دلالة الفروق بين الذكور والإناث وأبعاد المشاركة السياسية لدى كبار السن

أبعاد الوعي الصحي	النوع	العدد	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الوعي الصحي الوقائي	ذكر	320	2.36	0.345	2.082	0.025 دالة عند 0.05
	أنثى	154	2.40	0.290		
الوعي الصحي الشخصي	ذكر	320	2.44	0.343	3.169	0.076 غير دالة
	أنثى	154	2.58	0.322		
الوعي الصحي الغذائي	ذكر	320	2.38	0.439	4.604	0.032 دالة عند 0.05
	أنثى	154	2.48	0.389		
الوعي الصحي الرياضي	ذكر	320	2.55	0.371	0.889	0.346 غير دالة
	أنثى	154	2.52	0.349		
الوعي الصحي البيئي	ذكر	320	2.48	0.496	0.361	0.548 غير دالة
	أنثى	154	2.48	0.445		

يتضح من بيانات الجدول السابق رقم (6) والذي يوضح دلالة الفروق بين الذكور والإناث ومؤشرات الوعي الصحي ما يلي :

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين الذكور والإناث في درجة الوعي الصحي الوقائي وذلك لصالح الإناث، حيث بلغ المتوسط المرجح للذكور 2.36 درجة مقابل 2.40 درجة للإناث.

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين الذكور والإناث في درجة الوعي الصحي الغذائي، وذلك لصالح الإناث، حيث بلغ المتوسط المرجح للذكور 2.38 درجة مقابل 2.48 درجة للإناث.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة ومستوى الوعي الشخصي والرياضي والبيئي.

وثمة ملاحظات أساسية رصدها الباحث على البيانات السابقة على النحو التالي: أن مستوى الوعي الوقائي والغذائي كان مرتفعا للإناث عن الذكور وربما يرجع ذلك لأن المرأة في الريف هي التي تتحمل أكثر من الرجل كافة الأمور الخاصة بالصحة الوقائية والعلاجية وأمور التغذية لذا كانت أكثر حضوراً في الوعي الوقائي والغذائي. بينما باقي أشكال الوعي الصحي لم تسجل النتائج أي فروق بينهما.

2- أثر المستوى التعليمي على الوعي الصحي :

باستخدام تحليل التباين الأحادي " ف " لدلالة الفروق بين المجموعات المختلفة، واستخدام أسلوب " شيفيه " لمعرفة اتجاه الدلالة على المستويات التعليمية المختلفة تبين ما يلي :

جدول رقم (9) : دلالة الفروق بين المستويات التعليمية المختلفة ومؤشرات الوعي الصحي

مؤشرات الوعي الصحي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الوعي الصحي الوقائي	بين المجموعات	31.094	5	6.219	144.929	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	20.082	468	0.043		
	المجموع	51.176	473			
الوعي الصحي الشخصي	بين المجموعات	18.292	5	3.658	45.826	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	37.362	468	0.080		
	المجموع	55.654	473			
الوعي الصحي الغذائي	بين المجموعات	28.386	5	5.677	46.165	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	57.552	468	0.123		
	المجموع	85.938	473			
الوعي الصحي الرياضي	بين المجموعات	42.603	5	8.521	196.846	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	20.258	468	0.043		
	المجموع	62.861	473			
الوعي الصحي البيئي	بين المجموعات	54.760	5	10.952	94.619	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	54.170	468	0.116		
	المجمـــــوع	108.930	473			

اختبار "شيفيه" لدلالة الفروق بين المجموعات

مؤشرات الوعي الصحي		أمي	يقرأ ويكتب	تعليم أساسي	تعليم ثانوي	تعليم جامعي	العدد	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري
الوقائي	أمي	–	–	–	–	–	30	1.45	0.1278
	يقرأ ويكتب	0.957*	–	–	–	–	50	2.41	0.2030
	تعليم أساسي	1.016*	0.059	–	–	–	68	2.47	0.1300
	تعليم ثانوي	0.923*	0.033	0.093	–	–	193	2.38	0.2623
	تعليم جامعي	1.014*	0.057	0.002	0.091	–	123	2.47	0.1632
	فوق جامعي	1.543*	0.586	0.526	0.619	0.528	10	2.98	0.040
الشخصي	أمي	–	–	–	–	–	30	1.84	0.1303
	يقرأ ويكتب	0.548	–	–	–	–	50	2.38	0.3108
	تعليم أساسي	0.733	0.185	–	–	–	68	2.57	0.2019
	تعليم ثانوي	0.636*	0.088*	0.097	–	–	193	2.47	0.3222
	تعليم جامعي	0.777*	0.229*	0.043	0.140*	–	123	2.61	0.2787
	فوق جامعي	1.160	0.612	0.426*	0.523	0.382	10	3	–

الغذائي	أمي	–	–	–	–	30	1.67	0.1393
	يقرأ ويكتب	0.488*	–	–	–	50	2.51	0.5010
	تعليم أساسي	0.760	0.272	–	–	68	2.43	0.4519
	تعليم ثانوي	0.766*	0.278*	0.005	–	193	2.43	0.3461
	تعليم جامعي	0.744	0.456	0.183*	0.177	123	2.61	0.2559
	فوق جامعي	1.330*	0.842	0.569	0.563*	10	3	–
الرياضي	أمي	–	–	–	–	30	1.42	0.1379
	يقرأ ويكتب	1.065	–	–	–	50	2.49	0.1780
	تعليم أساسي	1.170	0.104	–	–	68	2.59	0.1860
	تعليم ثانوي	1.178	0.113	0.008*	–	193	2.60	0.2488
	تعليم جامعي	1.245*	0.180*	0.075*	0.066*	123	2.67	0.1800
	فوق جامعي	1.572*	0.506*	0.402	0.393	10	2.97	0.011
البيئي	أمي	–	–	–	–	30	1.25	0.1278
	يقرأ ويكتب	1.095*	–	–	–	50	2.35	0.5261
	تعليم أساسي	1.462*	0.367	–	–	68	2.71	0.1972
	تعليم ثانوي	1.335*	0.239	0.127*	–	193	2.59	0.3530
	تعليم جامعي	1.245*	0.149*	0.217	0.090	123	2.50	0.3339
	فوق جامعي	1.74*	0.648	0.280	0.408	10	3	–

*** دالة عند مستوى معنوية 0.05 .**

تبين من الجدول السابق أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل مؤشرات الوعي الصحي وبين المستويات التعليمية المختلفة، وعلى مستوى اتجاه الفروق توضح البيانات السابقة التالي:

*** بشأن مؤشر الوعي الصحي الوقائي لدى الريفيين، فكشفت نتائج الدراسة عن فروق دالة عند مستوى معنوية 0.05 في اتجاه المتعلمين (يقرأ ويكتب، تعليم أساسي، تعليم ثانوي، تعليم جامعي، فوق جامعي) مقارنة بغير المتعلمين "الأميين".**

*** وعن مؤشر الوعي الصحي الشخصي، فتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 لصالح المتعلمين (تعليم ثانوي، تعليم جامعي) مقارنة بغير المتعلمين "الأميين" ومنيقر ءون ويكتبون.**

*** أما عن الوعي الصحي الغذائي، فأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة عند مستوى معنوية 0.05 لصالح الحاصلين على تعليم ثانوي، وتعليم جامعي، وفوق جامعي، مقارنة بغير المتعلمين "الأميين".**

* وبالنسبة لمؤشر الوعي الصحي الرياضي فيتبين وجود فروق دالة عند مستوى معنوية 0.05 لصالح الحاصلين على تعليم جامعي وفوق جامعي مقارنة بباقي المستويات التعليمية والأميين.

* وحول مؤشر الوعي الصحي البيئي لدى الريفيين، فكشفت نتائج الدراسة عن فروق دالة عند مستوى معنوية 0.05 في اتجاه المتعلمين (يقرأ ويكتب، تعليم أساسي، تعليم ثانوي، تعليم جامعي، فوق جامعي) مقارنة بغير المتعلمين "الأميين".

ومن خلال استقراء هذه النتائج نتبين أن الوعي الصحي يتأثر بالمستوى الثقافي والتعليمي للفرد حيث زاد مستوى الوعي الصحي لدى المتعلمين مقابل الأميين الذين ينخفض مستو ى وعيهم الصحي. حيث يعد التعليم من أكثر المتغيرات ارتباطا بالوعي ذلك لأنه يساعد زيادة معارف الفرد وتوسيع مدركاته، وتقوم المؤسسات التعليمية ذاتها بدور رئيس في إكساب الفرد السلوكيات الصحية والعادات السليمة، ويكون الأشخاص الأكثر تعليماً أفضل في المقدرة على نقل معلوماتهم ومعارفهم الصحية إلى ذويهم وأبنائهم.

3- أثر المستويات العمرية على الوعي الصحي:

باستخدام تحليل التباين الأحادي "ف" لدلالة الفروق بين المجموعات المختلفة، واستخدام أسلوب "شيفيه" لمعرفة اتجاه الدلالة على متغيرات السن المختلفة تبين ما يلي:

جدول رقم (10) : دلالة الفروق بين المستويات العمرية المختلفة ومؤشرات الوعي الصحي

مؤشرات الوعي الصحي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الوعي الصحي الوقائي	بين المجموعات	0.779	5	0.156	1.447	0.206 غير دالة
	داخل المجموعات	50.397	468	0.108		
	المجموع	51.176	473			
الوعي الصحي الشخصي	بين المجموعات	0.806	5	0.161	1.375	0.232 غير دالة
	داخل المجموعات	45.848	468	0.117		
	المجموع	55.654	473			
الوعي الصحي الغذائي	بين المجموعات	3.857	5	0.771	4.398	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	82.081	468	0.175		
	المجموع	85.938	473			
الوعي الصحي الرياضي	بين المجموعات	2.151	5	0.430	3.316	0.006 دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	60.710	468	0.130		
	المجموع	62.861	473			
الوعي الصحي البيئي	بين المجموعات	4.722	5	0.944	4.242	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	104.207	468	0.223		
	المجموع	108.930	473			

تظهر بيانات الجدول السابق ما يلي :

*** هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل من: الوعي الصحي الغذلي والوعي الصحي البيئي ومتغير السن في اتجاه الفئات العمرية الأكبر سناً .**

*** هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.01 بين متغير السن ومؤشر الوعي الصحي الرياضي، وذلك في اتجاه الفئات العمرية الأكبر سناً .**

*** لا توجد فروق بين متغير السن وبين كل من الوعي الصحي الوقائي والوعي الصحي الشخصي.**

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول أن الفئات العمرية الأكبر سناً غالباً ما تكون أكثر دراية وخبرة في التعامل مع الصحة والمرض، وهذا ينعكس إيجابيا على مستوى الوعي الصحي لديهم .

4- أثر المستوى الاقتصادي على الوعي الصحي:

باستخدام تحليل التباين الأحادي "ف" لدلالة الفروق بين المجموعات المختلفة، واستخدام أسلوب "شيفيه" لمعرفة اتجاه الدلالة على المستويات الاقتصادية المختلفة تبين ما يلي :

جدول رقم (11) : دلالة الفروق بين المستويات الاقتصادية المختلفة وأبعاد المشاركة السياسية لدى كبار السن

مؤشرات الوعي الصحي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الوعي الصحي الوقائي	بين المجموعات	2.695	5	0.539	5.204	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	48.481	468	0.104		
	المجموع	51.176	473			
الوعي الصحي الشخصي	بين المجموعات	6.872	5	1.374	13.185	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	48.782	468	0.104		
	المجموع	55.654	473			
الوعي الصحي الغذائي	بين المجموعات	15.506	5	3.101	20.606	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	70.432	468	0.150		
	المجموع	85.938	473			
الوعي الصحي الرياضي	بين المجموعات	6.004	5	1.201	9.884	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	56.857	468	0.121		
	المجموع	62.861	473			
الوعي الصحي البيئي	بين المجموعات	9.149	5	1.830	8.583	دالة عند 0.001
	داخل المجموعات	99.780	468	0.213		
	المجموع	108.930	473			

يتضح من بيانات الجدول السابق رقم (11) والذي يوضح دلالة الفروق بين المستويات الاقتصادية المختلفة ومؤشرات الوعي الصحي، أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل ومؤشرات الوعي الصحي وبين المستويات الاقتصادية المختلفة، وذلك لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع.

سابعاً : أهم النتائج والتوصيات التي خلصت لها الدراسة: (المفروض ثامناً)

*** كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن التدني النسبي في مستويات الوعي الصحي بالريف، حيث اتضح من نتائج الدراسة أن هناك الكثير من السلوكيات التي مازال الريفيون يمارسونها رغم أنها غير صحية، وبعضهم يعلم ذلك إلا أن للعادات والتقاليد تأثير واضح على استمرارها، ففي مجال الوعي الوقائي كشفت الدراسة الميدانية عن استمرار الكثير من الريفيين في استخدام الأدوية بدون الرجوع للأطباء، كما كشفت عن رغبتهم في أن تلد المرأة في بيتها، كذلك كشفت الدراسة عن تدني معرفة الكثير منهم بالأمراض الفيروسية المعدية، وبالتالي فإنهم عرضة لمثل هذه الأمراض والأوبئة.**

*** وبالنسبة لمؤشر الوعي الشخصي كشفت الدراسة الميدانية عن عدم اهتمام نسبة لا يستهان بها من الريفيين في العينة بعادة التدخين وعدم غسل الأسنان والفم واليدين، وعدم اكتراث بعضهم من استخدام أدوات الآخرين، مما يجعلهم عرضة لتنقل الأمراض إليهم.**

*** بالنسبة للوعي الغذائي فكشفت الدراسة الميدانية عن صور من تدهور ذلك الوعي ومنها عدم الاهتمام بتناول وجبة الإفطار والإكثار من تناول الشاي والقهوة وكذلك عدم اهتمامهم بتناول الأغذية المتكاملة، وربما يرجع ذلك إلى انتشار الفقر بالقرية.**

*** أما عن الوعي الرياضي فكشفت الدراسة الميدانية عن اهتمام القرويين بالوعي الرياضي واعتقادهم بأن أعمالهم داخل القرية وفي حقولهم ومحالهم التجارية وممارسة العبادات تمثل الأنشطة الرياضية.**

*** أما عن الوعي الصحي البيئي، فكشفت الدراسة عن وجوه عديدة من تشويهه ومنها العادات والتقاليد التي ما زالت تؤثر على سلوك القرويين ومنها عادة إلقاء الحيوانات الميتة في الترع والمصارف الزراعية، وعادة إطلاق العيرة النارية، وعادة التخلص من القش والمخلفات عن طريق إحراقها، أضف إلى ذلك العديد من العادات والتقاليد المؤثرة على البيئة في القرى ومنها عادات الأفراد والمآتم وعادة الثأر وغيرها.**

*** تبين من نتائج الدراسة الميدانية وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين الذكور والإناث في درجة الوعي الصحي الوقائي والغذائي وذلك لصالح الإناث، وربما يرجع**

ذلك لأن المرأة في الريف هي التي تتحمل أكثر من الرجل كافة الأمور الخاصة بالصحة الوقائية والعلاجية وأمور التغذية لذا كانت أكثر حضوراً في الوعي الوقائي والغذائي.

*** كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل مؤشرات الوعي الصحي وبين المستويات التعليمية المختلفة، وذلك لصالح المتعلمين مقارنة بالأميين، ولصالح الأعلى في المستوى التعليمي مقارنة بالمستويات الأقل.**

*** أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل من: الوعي الصحي الغذائي والرياضي والبيئي ومتغير السن في اتجاه الفئات العمرية الأكبر سناً، حيث أن الفئات العمرية الأكبر سناً غالباً ما تكون أكثر دراية وخبرة في التعامل مع الصحة والمرض، وهذا ينعكس إيجابيا على مستوى الوعي الصحي لديهم.**

***أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.001 لكل ومؤشرات الوعي الصحي وبين المستويات الاقتصادية المختلفة، وذلك لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع، وربما يرجع ذلك إلى أن انخفاض الدخل أو قلة الدخل تعمل على تشويه الوعي الصحي، حيث ينشغل الفرد في المستويات الاقتصادية الدنيا بالبحث عن لقمة العيش ويترك الأمور المتعلقة بصحته.**

التوصيات:

1- زيادة الاهتمام بالريفيين مع دعم المؤسسات الخاصة بهم خصوصاً المؤسسات العلاجية

2- الاهتمام بشوارع القرى وتعويدهم على نظافتها بعمل صناديق للقمامة في شوارع القرية.

3- الاهتمام بالنسق الخدمي الصحي بالقرية والمتمثل في الوحدة الصحية لابد أن يتوافر بها الأدوية اللازمة إلى جانب توافر الأطباء والممرضات والالتزام بمواعيد العمل المخصصة بالوحدة الصحية ولابد أن يكون النسق الخدمي قريباً من السكان.

4- عمل دورات تثقيفية للأسرة بالقرية من أجل الاهتمام بالتعليم وتعليم الإناث خاصة مدى أهمية التعليم في الوعي بالصحة والمرض. والعمل على محو أمية غير المتعلمين والمتسربين من التعليم، من خلا تفعيل مبادرات فصول محو الأمية.

المراجــع:

1- عدلى على أبو طاحون : علاقة بعض عوامل البيئة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والفيزيقية بدرجة انتشار بعض الأمراض المعدية – دراسة حالة في قرية مصرية، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويت)، مجلد 24، العدد2، 1996، ص187.

2- سامي مصطفى كامل: استخدام المناقشة الجماعية في تنمية الوعي الصحي للأمهات المترددات على مراكز طب الأسرة – دراسة مطبقة بمركز طب الأسرة سان استيفانو، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. ع 25، ج1، أكتوبر 2008، ص343.

3- عبد العزيز بن على الغريب: دور مصادر المعلومات الصحية في تشكيل الوعي الصحي لدى المرأة السعودية – دراسة تطبيقية بمدينة الرياض، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويت)، العدد2، مجلد 37، 2009، ص47.

4- مدحت قاسم وآخرون: تقييم السلوك الصحي الرياضي الغذائي لطالبات المدن الجامعية. المجلة العلمية لعلوم التربية البدنية والرياضية، مصر، العدد 23، 2014، ص252.

5- نعيم ميشيل يوسف: الأمراض المستوطنة وعلاقتها ببعض القدرات العقلية لطلاب المرحلة الإعدادية بمصر – دراسة ترجيبية ميدانية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، (جامعة المنصورة: كلية التربية، قسم علم النفس، 1990) ص48.

6- ليلى عبد الله: وحدة مقترحة عن الأمراض المستوطنة في الريف المصري وأثرها في تنمية الوعي الصحي لدى السيدات الريفيات، مجلة التربية العلمية ، المجلد الثالث ، العدد1، مارس 2000، ص124.

7- أزهار أحمد: الواقع الصحي للمرأة الريفية من جراء العمل الزراعي والبيئة الريفية، مجلة كلية الآداب جامعة بغداد – العراق، العدد 52، 2001، ص393.

8- على مكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية – دراسات في ميدان علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص ص 308-310.

9- نجوى محمود عبد المنعم: نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي – دراسة أنثروبولوجية في إحدى القرى المصرية، رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الآداب، قسم الاجتماع، جامعة القاهرة، 1989.

10- مسعود كمال:دراسة الفروق في الوعي الصحي للشباب السعودي في ظل تغير ات المستوى الاقتصادي والاجتماعي، مجلة كلية التربية بجامعة طنطا. العدد25، 1998، ص ص1-31.

11- فوزي عبد الرحمن: وعي الأمهات بمفهوم النظافة والإصابة بأمراض الإسهال لدى الأطفال – دراسة ميدانية على منطقة ريفية وأخرى حضرية، (في) محمد الجوهري: الملخصات السوسيولوجية العربية، يصدرها مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1999.

12- عاطف محمد شحاتة: الوعي الاجتماعي والأمان الصحي للفئات الاجتماعية الفقيرة – دراسة حالة للمقيمين بمنطقة الإيواء الشعبي في مدينة بدر الصناعية، مجلة كلية الآداب، ج2، العدد 16، جامعة طنطا، 2003.

13- جمال الدين محمد حسن: الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية – مستواه وعلاقته ببعض المتغيرات "دراسة ميدانية"، مجلة كلية التربية جامعة بنها، مجلد 13، العدد 54، يناير 2003، ص ص166-199.

14- رانيا مصطفى جاب الله: دراسة الفروق في الوعي الصحي لطالبات جامعة طنطا في ظل تغيرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي في مصر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا، كلية الآداب، قسم علم النفس، 2008.

15- إيناس محجوب شحاتة: الوعي الصحي لدى الأطفال – دراسة ميدانية على أطفال مرحلة التعليم الأساسي، مجلة القراءة والمعرفة (مصر) العدد 79، 2008، ص108.

16- إيمان صلاح إبراهيم وزينب عبد الوهاب سالم: دراسة أثر أنفلونزا الطيور والخنازير على العادات الغذائية والوعي الصحي والغذائي والسلوك الاقتصادي لبعض الأسر المصرية، المؤتمر العلمي السنوي العربي السادس – الدولي الثالث (تطوير برامج التعليم العالي النوعي في مصر والوطن العربي في ضوء متطلبات عصر المعرفة)، مج 3، 2011، ص ص1588-1608.

17- جيهان سيد عبد العال : الوعي الاجتماعي بقضايا الصحة والمرض وعلاقته بالتنشئة الاجتماعية – بحث اجتماعي ميداني، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أسيوط: كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، 2011.

18- بسام سعد الأمامي: مستوى الوعي الصحي و درجة الممارسات الصحية لدى طلبة المرحلة الأساسية في مدارس محافظة معان، المجلة العلمية لكلية التربية بجامعة الأزهر بالقاهرة، العدد 145، الجزء1، 2011، ص ص117-149.

19- عبد الحليم خلفي: أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (جامعة قاصدي مرباح بالجزائر) العدد13، 2013، ص ص269-284.

20- عبد المالك بن عبد العزيز الشلهوب: دور وسائل الإعلام في تنمية الوعي الصحي لدى السعوديين حول مرض السكري – دراسة مسحية، المجلة العربية للإعلام والاتصال (تصدر عن الجمعية السعودية للإعلام والاتصال) العدد 10، 2013، ص ص11-78.

21- جعفر فارس وآخرون: مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية (البحرين) مجلد 14، العدد1، 2013، ص ص311-344.

22- عثمان محمد العربي: استخدام الشباب السعودي لوسائل الإعلام والوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني- دراسة مسحية في مدينة الرياض. المجلة العربية للإعلام والاتصال (تصدر من الجمعية السعودية للإعلام والاتصال بالمملكة العربية السعودية)، العدد 12، 2014، ص ص11-88.

23- مجمع اللغة العربية: العجم الوجيز، القاهرة، دار المعارف، 1980، ص675.

24- منى محمد السيد الحرون: الوعي الصحي لدى طلاب كليات التربية في كل من مصر وفرنسا، مجلة مستقبل التربية العربية (مصر)، العدد 76، مجلد 19، 2012، ص219.

25- هاني نصري: الفكر والوعي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1998، ص63.

26- صابر محمد عبد ربه: الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي السياسي، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2002، ص14.

27- شكري صابر وموسى حلس: الوعي الاجتماعي العربي – تحليل سوسيولوجي، مكتبة دار المنارة، غزة، 2002، ص87.

28- محمد على المكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية – دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية, 1988، ص 52.

29- Michael Winkelman; "Culture And Health : Applying Medical Anthropology". San Francisco, Jossey-Bass, 2009, p.14.

30- إقبال مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية–اتجاهات وتطبيقات، الإسكندرية،دار المعرفة الجامعية، 1991، ص13.

31- طارق السيد: أساسيات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 2007، ص27.

32- محمد على المكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص52.

33- William C. Cockerham and Ferris J. Ritchey; "Dictionary of medical sociology". London, Greenwood Press, 1997, p.51.

34- هدى محمود حسن حجازي : دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدي أفراد المجتمع– دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 31، المجلد 8، 2011، ص3559.

35- فاطمة حسين: الوعي البيئي في الوطن العربي، بيروت، دار الأرقم، ط1، 1990، ص20.

36- حسين عمر لطفي: دور التليفزيون الأردني في تنمية الوعي الصحي – دراسة سوسيولوجية لعينة من محافظة مادبا، مؤتة للبحوث والدراسات (مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية) الأردن، مجلد 20، العدد 1، 2005، ص120.

37- علاء الدين محمد: الصحة في المجال الرياضي، الإسكندرية، منشأة المعارف، 1999، ص49.

38- هدى محمود حسن حجازي: دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي، مرجع سابق، ص3559.

39- مبارك بن غدير سعد: مستوى الوعي الصحي لدى طلاب جامعة الحدود الشمالية في المملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية جامعة الأزهر بالقاهرة، العدد159، مجلد 2، 2014، ص639.

40- صابر محمد عبد ربه: الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي السياسي، مرجع سابق، ص65.

41- جيهان سيد عبد العال: الوعي الاجتماعي بقضايا الصحة والمرض، مرجع سابق، ص89

(i) عدلي على أبو طاحون: علاقة بعض عوامل البيئة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والفيزيقية بدرجة انتشار بعض الأمراض المعدية – دراسة حالة في قرية مصرية، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويت)، مجلد 24، العدد2، 1996، ص187.

(ii) سامي مصطفى كامل: استخدام المناقشة الجماعية في تنمية الوعي الصحي للأمهات المترددات على مراكز طب الأسرة – دراسة مطبقة بمركز طب الأسرة سان استيفانو. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع 25، ج1، اكتوبر 2008، ص343.

(iii) عبدالعزيز بن على الغريب: دور مصادر المعلومات الصحية في تشكيل الوعي الصحي لدى المرأة السعودية – دراسة تطبيقية بمدينة الرياض، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويت)، العدد2، مجلد 37، 2009، ص47.

(iv) مدحت قاسم وآخرون: تقييم السلوك الصحي الرياضي الغذائي لطالبات المدن الجامعية، المجلة العلمية لعلوم التربية البدنية والرياضية، مصر، العدد 23، 2014، ص252.

(v) نعيم ميشيل يوسف: الأمراض المستوطنة وعلاقتها ببعض القدرات العقلية لطلاب المرحلة الإعدادية بمصر – دراسة ترجيبية ميدانية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، (جامعة المنصورة: كلية التربية، قسم علم النفس، 1990) ص48.

(vi) ليلى عبدالله: وحدة مقترحة عن الأمراض المستوطنة في الريف المصري وأثرها في تنمية الوعي الصحي لدى السيدات الريفيات، مجلة التربية العلمية ، المجلد الثالث ، العدد1، مارس 2000، ص124.

(vii) أزهار أحمد: الواقع الصحي للمرأة الريفية من جراء العمل الزراعي والبيئة الريفية، مجلة كلية الآداب جامعة بغداد – العراق، العدد 52، 2001، ص393.

(viii) على مكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية – دراسات في ميدان علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص ص308–310.

(ix) نجوى محمود عبد المنعم: نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي – دراسة أنثروبولوجية في إحدى القرى المصرية، رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الآداب، قسم الاجتماع، جامعة القاهرة، 1989.

(x) مسعود كمال: دراسة الفروق في الوعي الصحي للشباب السعودي في ظل تغيرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي، مجلة كلية التربية بجامعة طنطا، العدد25، 1998، ص ص1–31.

(xi) فوزي عبد الرحمن: وعي الأمهات بمفهوم النظافة والإصابة بأمراض الإسهال لدى الأطفال – دراسة ميدانية على منطقة ريفية وأخرى حضرية، (في) محمد الجوهري: الملخصات السوسيولوجية العربية، يصدرها مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1999.

(xii) عاطف محمد شحاته: الوعي الاجتماعي والأمان الصحي للفئات الاجتماعية الفقيرة – دراسة حالة للمقيمين بمنطقة الإيواء الشعبي في مدينة بدر الصناعية، مجلة كلية الآداب، ج2، العدد 16، جامعة طنطا، 2003.

(xiii) جمال الدين محمد حسن: الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية –مستواه و علاقته ببعض المتغيرات "دراسة ميدانية"، مجلة كلية التربية جامعة بنها، مجلد 13، العدد 54، يناير 2003، ص ص166–199.

(xiv) رانيا مصطفى جاب الله: دراسة الفروق في الوعي الصحي لطالبات جامعة طنطا في ظل تغيرات المستوى الاقتصادي والاجتماعي في مصر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا، كلية الآداب، قسم علم النفس، 2008.

(xv) ايناس محجوب شحاته: الوعي الصحي لدى الأطفال – دراسة ميدانية على أطفال مرحلة التعليم الأساسي، مجلة القراءة والمعرفة (مصر) ، العدد 79، 2008، ص108.

(xvi) إيمان صلاح إبراهيم وزينب عبدالوهاب سالم: دراسة أثر انفلونزا الطيور والخنازير على العادات الغذائية والوعي الصحي والغذائي والسلوك الاقتصادي لبعض الأسر المصرية، المؤتمر العلمي السنوي العربي السادس – الدولي الثالث (تطوير برامج التعليم العالي النوعي في مصر والوطن العربي في ضوء متطلبات عصر المعرفة)، مج 3، 2011، ص ص1588–1608.

(xvii) جيهان سيد عبد العال: الوعي الاجتماعي بقضايا الصحة والمرض وعلاقته بالتنشئة الاجتماعية – بحث اجتماعي ميداني، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أسيوط: كلية الآداب، قسم علم الاجتماع، 2011.

(xviii) بسام سعد الأمامي: مستوى الوعي الصحي و درجة الممارسات الصحية لدى طلبة المرحلة الأساسية في مدارس محافظة معان، المجلة العلمية لكلية التربية بجامعة الأزهر بالقاهرة، العدد 145، الجزء1، 2011، ص ص117–149.

(xix) عبد الحليم خلفي: أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (جامعة قاصدي مرباح بالجزائر)، العدد13، 2013، ص ص269–284.

(xx) عبد المالك بن عبد العزيز الشلهوب: دور وسائل الإعلام في تنمية الوعي الصحي لدى السعوديين حول مرض السكري – دراسة مسحية، المجلة العربية للإعلام والاتصال(تصدر عن الجمعية السعودية للإعلام والاتصال)، العدد 10، 2013، ص ص11–78.

(xxi) جعفر فارس وآخرون: مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية (البحرين) مجلد 14، العدد1، 2013، ص ص311–344.

(xxii) عثمان محمد العربي: استخدام الشباب السعودي لوسائل الإعلام والوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني– دراسة مسحية في مدينة الرياض، المجلة العربية للإعلام والاتصال (تصدر من الجمعية السعودية للإعلام والاتصال بالمملكة العربية السعودية)، العدد 12، 2014، ص ص11–88.

(xxiii) مجمع اللغة العربية: العجم الوجيز، القاهرة، دار المعارف، 1980، ص675.

(xxiv) منى محمد السيد الحرون: الوعي الصحي لدى طلاب كليات التربية في كل من مصر وفرنسا، مجلة مستقبل التربية العربية (مصر)، العدد 76، مجلد 19، 2012، ص219.

(xxv) هاني نصري: الفكر والوعي، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1998، ص63.

(xxvi) صابر محمد عبد ربه: الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي السياسي، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2002، ص14.

(xxvii) شكري صابر وموسى حلس: الوعي الاجتماعي العربي – تحليل سوسيولوجي، مكتبة دار المنارة، غز ة، 2002، ص87.

(xxviii) محمد على المكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية – دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية, 1988، ص 52.

(xxix) Michael Winkelman; "Culture And Health : Applying Medical Anthropology". San Francisco, Jossey-Bass, 2009, p.14.

(xxx) إقبال مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية–اتجاهات وتطبيقات، الإسكندرية،دار المعرفة الجامعية، 1991،ص13.

(xxxi) طارق السيد: أساسيات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 2007، ص27.

(xxxii) محمد على المكاوي: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص52.

(xxxiii) William C. Cockerham and Ferris J. Ritchey; "Dictionary of medical sociology". London, Greenwood Press, 1997, p.51.

(xxxiv) هدى محمود حسن حجازي: دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي لدي أفراد المجتمع– دراسة من منظور تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد 31، المجلد 8، 2011، ص3559.

(xxxv) فاطمة حسين: الوعي البيئي في الوطن العربي، بيروت، دار الأرقم، ط1، 1990، ص20.

(xxxvi) حسين عمر لطفي: دور التليفزيون الأردني في تنمية الوعي الصحي – دراسة سوسيولوجية لعينة من محافظة مادبا، مؤتة للبحوث والدراسات (مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية) الأردن، مجلد 20، العدد 1، 2005، ص120.

(xxxvii) علاء الدين محمد: الصحة في المجال الرياضي، الإسكندرية، منشأة المعارف، 1999، ص49.

(xxxviii) هدى محمود حسن حجازي: دور منظمات المجتمع المدني في تنمية الوعي الصحي، مرجع سابق، ص3559.

(xxxix) مبارك بن غدير سعد: مستوى الوعي الصحي لدى طلاب جامعة الحدود الشمالية في المملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية جامعة الأزهر بالقاهرة، العدد159، مجلد 2، 2014، ص639.

(xl) صابر محمد عبد ربه: الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي السياسي، مرجع سابق، ص65.

(xli) جيهان سيد عبد العال: الوعي الاجتماعي بقضايا الصحة والمرض، مرجع سابق، ص89.

آراء أندرسون حول ظاهرة العنف والجريمة في المجتمعات الفقيرة