

المجلة
العلوم
النفسية
والتربوية

مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي وَمُصَادِرِ الحِصُولِ عَلى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ لَدَى طَلِبَةِ جَامِعَةِ الْبَلْقَاءِ التَّطْبِيقِيَّةِ فِي الأُردُنِ

د. جعفر فارس العرجان

قسم العلوم الإنسانية
جامعة البلقاء التطبيقية

د. غازي محمد خير الكيلاني

قسم الإدارة والتدريب الرياضي
الجامعة الهاشمية

د. ميرفت عاهد ذيب

قسم العلوم التطبيقية
جامعة البلقاء التطبيقية

مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي وَمَصَادِر الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن

د. جعفر فارس العرجان
قسم العلوم الإنسانية
جامعة البلقاء التطبيقية

د. غازي محمد خير الكيلاني
قسم الإدارة والتدريب الرياضي
الجامعة الهاشمية

د. ميرفت عاهد ذيب
قسم العلوم التطبيقية
جامعة البلقاء التطبيقية

المُلخَص

هدفت الدِّراسة التَّعَرُّفَ عَلَى مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي وَمَصَادِر الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، حيث تكونت العينة من (١٩١٦) طالباً وطالبة تمَّ إختيارهم عشوائياً، طبقت عليهم استبانة الوَعْيِ الصِّحِّي وَمَصَادِرِهِ والمُكوَّنة من (٦٢) فقرة موزعة على (٧) مجالات. أشارت النَّتائِجُ إلى أن مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي العام جاء عالياً بنسبة مئوية للاستجابة (٨٥,٢٧٪)، وإلى أنَّ نسبة (٩٠,٥٥٪) من الطُّلبة لديهم مُسْتَوَى صِحِّي عالٍ ونسبة (٩,٤٤٪) لديهم مُسْتَوَى صِحِّي متوسِّط، وإلى أنَّ الوَعْيِ الصِّحِّي يتباين تبعاً لمتغيرات (الجنس والمُسْتَوَى الدِّراسي)، حيث أظهرت النَّتائِجُ وجود فروق إحصائية دالة في مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي تبعاً للمتغيرين ولصالح الإناث وطلبة السَّنة الرَّابِعة، وإلى أنَّ أَكْثَرَ المَصَادِر التي يحصل منها الطُّلبة على المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ هي وسائل الإعلام، وفي ضوء ذلك يوصى بضرورة تفعيل مُسْتَوَى النِّشَاطَاتِ الرِّياضية المُوجَّهة لتنمية وتعزيز الصِّحة للطلبة وإيجاد البيئَة اللازمة لذلك وإدراج بعض المواد الخاصَّة بالصِّحة والغذاء والنِّشَاطِ الرِّياضي ضمن متطلبات الجامعة الإِجبارية.

الكلمات المفتاحية: الوَعْيِ الصِّحِّي، مَصَادِر الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.

Health Awareness Level and Sources of Health Information of Al – Balqa Applied University Students in Jordan

Dr. Jafar F. AL Arjan

Faculty of Prince Abdullah bin ghazi for science & Information Technology,
Al- Balqa Applied University

Dr. Mervat A. Deeb

Princess Alia University College
Al- Balqa Applied University

Dr. Ghazi M. El-Kailani

Physical Education and Sport Sciences
Hashemite University

Abstract

This research aimed at knowing health awareness level and sources of health information of Students at Al – Balqa Applied University. The sample consisted of (1916) male and female students, randomly selected. The Questionnaire of Health Awareness and its sources was distributed to them. It consisted of (62) items divided into (7) domains.

The results indicated that the general health awareness level is high, with (85.27%) of responses, that (90.55%) of the students have high level and (90.44%) of them have medium health awareness level.

The analysis also, indicated that health awareness differs according to the variables (Gender and level of Education), where the results showed statistically significant differences in the level of health awareness according to the two variables in favor of females and the fourth year students. The results also indicated that most of the health information sources are the information media.

In the light of the above, the researchers recommend activating level of physical education activities geared to developing and reinforcing students' health and their healthy environment.

They also recommend prescribing some subjects relating to health, nutrition and physical education activities within the university obligatory requirements.

Key words: health awareness, sources of health information, Al-Balqa Applied University, Jordan.

مُسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّي وَمَصَادِر الحِصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَةِ لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن

د. جعفر فارس العرجان
قسم العلوم الإنسانية
جامعة البلقاء التطبيقية

د. غازي محمد خير الكيلاني
قسم الإدارة والتدريب الرياضي
الجامعة الهاشمية

د. ميرفت عاهد ذيب
قسم العلوم التطبيقية
جامعة البلقاء التطبيقية

المقدمة

تحرس المجتمعات المعاصرة على تطوير نظمها التعليمية، وتحقيق أعلى درجات الجودة في المخرج التعليمي، وقد أصبحت قضية جودة التعليم موضع اهتمام المعنيين بالتعليم على الصعيدين الإقليمي والعالمي، حيث يرى الكثيرون أن السبيل لمواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين يتمثل في رفع جودة ونوعية التعليم وتحسين مخرجاته (Gaio; Samuel, Julio, Beatriz & Simone, 2010; Amery; Deborah, Begoray, Marjorie, Higgins, Frankish, Fung & Rootman, 2010).

لكن تطوير التعليم ونظمه لا يقتصر على تطوير العملية التعليمية وما يتصل بها من أساليب تدريس وتقوم بل يجب أن يتعدى ذلك إلى ضرورة امتلاك المخرجات التعليمية قدراً عالياً من السلوكيات التي تحتاجها في المحافظة على الصحة العامة، وذلك لا يحصل إلا من خلال قيام الجامعة ببرمجة العديد من البرامج والنشاطات الهادفة إلى رفع مستوى الوعي الصحي لطلبتها، على اعتبار أن الجامعة بمفهومها المعاصر هي مؤسسة لها خصوصيتها وسماتها التي تميزها عن غيرها من المؤسسات المجتمعية الأخرى، حيث تحتل مكانة متميزة في التغيير والتطوير، والذي يعتبر أهم سمة من سمات العصر الحديث لمواجهة التحديات ومواكبة المستجدات (Abolfotouh et al., 2007) وفي ضوء هذا التقدم السريع الذي نلاحظه في مجتمعنا وفي المجتمعات الأخرى في شتى مجالات الحياة، وفي ظل الدعوة إلى الجودة في جميع المجالات، يأتي الاهتمام بموضوع الصحة والسلوك الصحي، حيث يُنظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادراً على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات

الخارجية للبيئة (Ulla Díez & Pérez-Fortis, 2010).

ونظراً لزيادة الاعتماد على الوسائل التكنولوجية أن زاد معدل الإصابة بالأمراض والمضاعفات الصحية المرتبطة بقلّة الحركة وانخفاض معدل النشاط البدني اليومي للإنسان. وارتفاع مؤشرات البدانة والزيادة في الوزن بين مختلف الشرائح الاجتماعية (العرجان، ٢٠١٠). العرجان، ٢٠٠٩؛ Abu Baker & Daradkeh, 2010; Nsoor et al., 2008; Zindah et al., Ttayem et al., 2008, 2008) ومن تلك الأمراض ضغط الدم، السكري، الأمراض القلبية الوعائية وهشاشة العظام إضافة إلى ظهور بعض التقارير العلمية والتي ربطت ما بين الخمول البدني والبدانة والإصابة ببعض أنواع السرطان (Mullen et al., 2008; Masterson et al., 2010).

وتشير العديد من الدراسات التي أجريت على المجتمع الأردني، إلى وجود نسب مرتفعة من عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، والمتمثلة في ارتفاع نسب السُّحوم في الجسم، وانخفاض اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وارتفاع مستوى دهنيات الدم الخطرة وضغط الدم العالي، فمن خلال دراسة أجريت على الرجال الأردنيين بمدى عمر (٢٠-٧٠) سنة أشار العرجان (٢٠١٠) إلى وجود نسب مرتفعة للبدانة تبعاً للمرحلة العمرية فكانت لعمر من (٢٠-٣٠) سنة (٢٧,٩٪) ولعمر (٣١-٤٠) سنة (٦٠,٩٣٪). وفي دراسة أخرى أجريت على الرجال الأردنيين بمتوسط عمر (٤٤,٠٨) سنة كانت نسبة الانتشار العامة للبدانة (٥١,٥٢٪) العرجان (٢٠١٠). فيما توصل العرجان (٢٠٠٩) من خلال دراسة أجريت على طلبة جامعة البلقاء التطبيقية بمتوسط عمر (٢٢,٤٧) سنة أن نسبة انتشار البدانة بينهم (١٨,٢٥٪). وأن نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد (٤٦,٨٥٪). فيما كانت النسبة في دراسة زيندا، بليبيسي، والك ومقداد (Zindah, Belbeisi, Walke & Mokdad, 2008) للإناث (٤١,٥٪) وللذكور (٢١,١٪) ولعمر من (١٨-٣٤) سنة (١٩,١٪) وإلى أن نسبة انتشار البدانة للأعمار ما بين (١٨-٦٥) سنة وللجنسين (٣٤,٨٪). وفي دراسة جدوع، بطيحه والعجلوني (Jaddou, Bateiha, & Ajlouni, 2000) كانت (٩,٨٪). في حين كانت نسبة انتشار البدانة بين الأردنيين من عمر (٢٥-٢٩) سنة للذكور (١٧,٨٪) وللإناث (٢٥,٩٪) العجلوني، جدوع وبطيحه (Ajlouni, Jaddou, & Bateiha, 1998).

أما بالنسبة إلى انتشار البدانة لدى الأطفال والشباب الأردنيين فقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود نسب مرتفعة فكانت على أعمار من (١٣-١٦) سنة (٨,٥٪) أبو بكر ودراركة (Abu Baker & Daradkeh, 2010). وعلى عمر (١٤,٤٤) سنة (٥٧,٥٪) العرجان وذيب (٢٠٠٨).

وعلى عُمر من (١٢-١٥) سنة (٣٤,٢٪) العرجان (٢٠٠٧). ولأعمار (٨ سنوات، ٣,١٪)، (٩ سنوات ٣٢,٥٪)، (١٠ سنوات ٤٣,٢٪)، (١١ سنة ٦٢,٥٪)، (١٢ سنة ٦٦,٧٪)، (١٣ سنة ٤٦,٢٪)، (١٤ سنة ٧١,٥٪)، (١٥ سنة ٥٨,٤٪) وبنسبة كلية (٥٣,٧٪) العرجان والكيلاني (٢٠٠٦). وكانت لدى عُمر (١٤-١٥) سنة (٤٩,٠٦٪) العرجان (٢٠٠٧). فيما أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود نسب مرتفعة لعوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى الكبار وحتى الفئات العمرية الصغيرة نسبياً. حيث شكّلت قلقاً لدى الأوساط الصحي في الأردن. فقد أشار العرجان (٢٠١٠) إلى أنّ نسبة الرجال الأردنيين الذين يعانون من ارتفاع كوليسترول الدم كانت (٢٢,٥٤٪). ولارتفاع الكوليسترول منخفض الكثافة (٨,٥٨٪) وانخفاض مستوى الكوليسترول مرتفع الكثافة (٣٥,٩٥٪) ولارتفاع نسبة الكوليسترول الكلي / الكوليسترول مرتفع الكثافة (٤٨,٣٪). ومن يعانون من ارتفاع في مستوى ضغط الدم (١٧,٣٥٪). ومن يعانون من ارتفاع دهنيات الدم الثلاثية (٢٧,١٩٪). وفي دراسة أخرى أشار العرجان (٢٠١٠) إلى أنّ نسبة من يعانون من ارتفاع كوليسترول الدم (٩,٧٪). ولارتفاع دهنيات الدم الثلاثية (٢٧,٠٩٪). ومن لديهم ارتفاع في الكوليسترول منخفض الكثافة (٣,٧٧٪). ومن لديهم انخفاض خطر في مستوى الكوليسترول مرتفع الكثافة (٢١,٨٣٪). ومن لديهم نسبة الكوليسترول الكلي / الكوليسترول مرتفع الكثافة أعلى من (٥) (٢٩,٦٥٪). فيما كانت نسبة من يعانون من ارتفاع الحمض الأميني ذو الخطورة العالية (الهيموسستاتين) (٤٢,٣٢٪). ومن لديهم قيم مرتفعة لضغط الدم (٢٤,٨٠٪). فيما أشارت زيندا، بلبيسي، والك ومقداد (Zindah; Belbeisi, Walke & Mokdad, 2008) إلى أنّ نسبة (٣٦,٣٪) من الذكور، و(٢٧,٣٪) من الإناث يعانون من ضغط الدم العالي. ونسبة (٢٥,٦٪)، (٢١,٩٪) يعانون من ارتفاع كوليسترول الدم وعلى التوالي.

ومن خلال دراسة أجراها العجلوني، جدوع وبطيحه، (Ajlouni; Jaddou & Batieha, 1998) على الذكور والإناث من الأردنيين أشار إلى أنّ نسبة (٥٢,١ - ٨٠,٠٪) يعانون من ارتفاع ضغط الدم و(٣٨,٦ - ٦٦,١٪) من ارتفاع الكوليسترول في الدم، و(٤٣,٧ - ٧٦,٤٪) من ارتفاع مستوى الدهون الثلاثية و(٤١,٠ - ٧٥,٠٪) من انخفاض مستوى الكوليسترول مرتفع الكثافة و(٣٨,٤ - ٦٦,٥٪) من ارتفاع الكوليسترول منخفض الكثافة وعلى التوالي. إلا أنّ الخطورة العالية تمثلت في وجود تلك العوامل الخطرة لدى الأطفال الأردنيين حيث أشار العرجان (٢٠٠٧) من خلال دراسة أجريت على الأطفال بعمر (١٢-١٥) سنة وبعده (١٠٢) طفل، إلى أنّ نسبة (٥,٨٨٪) منهم يعانون من ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم، (٣,٩٢٪) لديهم ارتفاع في الكوليسترول منخفض الكثافة، وانخفاض مستوى الكوليسترول مرتفع الكثافة

بنسبة (٤,٩٪). ومن لديهم ارتفاع دُهْنِيَّاتِ الدَّمِ الثَّلَاثِيَّةِ (١,٩٦٪). ولاارتفاع نسبة الكولسترول الكلي / الكولسترول مرتفع الكثافة (١,٨٦٪). ومن لديهم ارتفاع في ضغط الدَّمِ الإنقباضي (٠,٩٨٪).

أجرت يولا وبيريز فورتس (Ulla Díez & Pérez-Fortis, 2010) دراسة بهدف التَّعَرُّفِ على السُّلُوكِ الصَّحِيِّ لدى طلبة الجامعة المُكْسِيكِيَّةِ على عينة مكونة من (٣٠٧) من الطَّلَبَةِ. خضعوا لاستبيان يقيس السُّلُوكِ الصَّحِيِّ والمُكُونِ من المُجَالَاتِ الثَّلَاثِيَّةِ (التَّغْذِيَّةِ، النَّشَاطِ الأَبْدَنِ، الإِجْهَادِ، العُلاَقَاتِ الشَّخْصِيَّةِ والنُّمُو الرُّوْحِي). وقد أظهرت النَّتَائِجُ أَنَّ مُجَالِ النَّشَاطِ الرُّوْحِي لدى الطَّلَبَةِ قد جَاءَ في المُرْتَبَةِ الأُولَى بِمُتَوَسُّطِ (٣,٠٢) ومُجَالِ النَّشَاطِ الأَبْدَنِ قد جَاءَ في المُرْتَبَةِ الأَخِيرَةِ بِمُتَوَسُّطِ (٢,٠٦). كما أظهرت النَّتَائِجُ وجودَ فُرُوقِ إحصائية دالة تَبَعاً لِمُتَغْيِرِ الجُنْسِ وعلى مُجَالَاتِ النَّشَاطِ الأَبْدَنِ، الإِجْهَادِ، والعُلاَقَاتِ الشَّخْصِيَّةِ والنُّمُو الرُّوْحِي وعلى الوَعِي الصَّحِيِّ الكُلِّيِّ ولِصَالِحِ الذُّكُورِ. وإلى عَدَمِ وجودِ اِخْتِلَافِ في مُسْتَوَى الوَعِي الصَّحِيِّ على مُجَالِ التَّغْذِيَّةِ بَيْنَهُمِ.

أجرت حداد، اويس ومنصور (Haddad; Owies & Mansour, 2009) دراسة هدفت إلى تَقْيِيمِ مُسْتَوَى السُّلُوكِ الصَّحِيِّ لدى المُرَاهِقِينَ الأُرْدُنِيِّينَ في بَعْضِ مَدَارِسِ مَدِينَةِ أَرَبِدِ، حَيْثُ تَكُونَتِ عَيْنَةُ الدَّرَاسَةِ مِنْ (٢٦٩) طَالِباً وطَالِبَةً وَبَعْدَى عَمْرٍ مِنْ (١٢-١٧) سَنَةٍ. طَبِقَ عَلَيْهِمُ اسْتِبانَةُ السُّلُوكِ الصَّحِيِّ الَّتِي تَتَضَمَّنُ سُلُوكِيَّاتِهِمُ الصَّحِيَّةَ حَوْلَ (التَّغْذِيَّةِ، مَارِسَةِ النَّشَاطِ الأَبْدَنِ، الأَنْشِطَةِ المُدْرِسِيَّةِ بِهَدَفِ التَّوَعِيَّةِ الصَّحِيَّةِ وَنَوْعِيَّةِ الحَيَاةِ وَاجْهَاهَا الصَّحِيَّةِ). أَشَارَتِ النَّتَائِجُ وَجُودَ انخِفاضِ حَادٍ فِي العَادَاتِ الغُذَائِيَّةِ الصَّحِيَّةِ لَدَى الطَّلَبَةِ الَّتِي تَتَمَثَّلُ فِي انخِفاضِ تَنَاوُلِ الفُواكِهَةِ والأُخْضُرَاتِ والأُحْلِيْبِ واللُّحُومِ بِنِسْبَةِ أَقْلٍ مِنْ الحُدِّ المُوصَى بِهِ عَالِياً، فِي حِينِ أَنَّ تَنَاوُلَ الوُجِبَاتِ السَّرْبَعَةِ والمُشْرُوبَاتِ الغَازِيَّةِ والأُحْلُوبَاتِ كَانَتِ أَعْلَى مِنْ المُوصَى بِهَا، إِضَافَةً إِلَى وَجُودِ انخِفاضِ حَادٍ فِي مُسْتَوَى النَّشَاطِ الأَبْدَنِ المُمارَسِ المُعزِّزِ لِلصَّحَّةِ مِنْ قِبَلِ الطَّلَبَةِ.

وهدفت دراسة العرجان (٢٠٠٩) إلى التَّعَرُّفِ على نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد تبعاً لِمُتَغْيِرَاتِ الجُنْسِ والإقْلِيمِ، وعُلاَقَتِهَا بِمُتَغْيِرَاتِ التَّدخِينِ، دُخُلِ العَائِلَةِ، مِشَاهِدَةِ التَّلْفَازِ، إِسْتِخْدَامِ الإِنْتِرَنَتِ وَمَارِسَةِ النَّشَاطِ الرِّيَاضِيِّ). على عينة مكونة من (٢٢٢٤) من طلبة جامعة البلقاء الأُردُنِيَّةِ، أَشَارَتِ النَّتَائِجُ إِلَى أَنَّ أَعْلَى نِسْبَةِ لَانْتِشَارِ البَدَانَةِ كَانَتِ فِي إِقْلِيمِ الشَّمَالِ، وَإِلَى وَجُودِ نِسْبَةِ عَالِيَةٍ لَانْتِشَارِ البَدَانَةِ بَيْنَ الإِنَاثِ، قِيَاساً إِلَى الذُّكُورِ، وَأَنَّ نِسْبَةَ انْتِشَارِ النُّقْصِ فِي الوُزْنِ كَانَتِ أَعْلَى لَدَى الإِنَاثِ مِنَ الذُّكُورِ، وَوُجُودَ عِلاَقَةٍ عَكْسِيَّةٍ مَا بَيْنَ انْتِشَارِ البَدَانَةِ وَمَا بَيْنَ الدُّخُلِ

الشَّهْرِي الأُسْرِي للإِنَاث. وعِلاَقَةُ طَرْدِيَةِ لَدَى الذُّكُورِ، وَعِلاَقَةُ عَكْسِيَّةٍ مَا بَيْنَ التَّدْخِينِ وَالإِصَابَةِ بِالبَدَانَةِ وَالوِزْنِ الزَّائِدِ وَوُجُودِ ارْتِفَاعٍ فِي مَتَوَسُّطِ سَاعَاتِ مَشَاهِدَةِ التَّلْفَازِ وَإِسْتِخْدَامِ الإِنْتَرْنِتِ لَدَى الطُّلَبَةِ البَدْنَاءِ. وَأَنْ هُنَاكَ زِيَادَةٌ فِي نِسْبِ الطُّلَبَةِ الذِّينَ يِعَانُونَ مِنَ البَدَانَةِ مِنْ غَيْرِ مَارَسِي النِّشَاطِ الرِّيَاضِيِّ وَتَنَاقُصِهَا لَدَى المَارَسِينَ.

وَأَجْرَى القُدُومِي وَزَايِدُ (٢٠٠٩) دِرَاسَةً هَدَفَتْ إِلَى التَّعْرِفِ عَلَى مَسْتَوَى الوَعْيِ الغُذَائِيِّ لَدَى طَلَبَةِ تَخْصِصِ التَّرْبِيَةِ الرِّيَاضِيَّةِ فِي جَامِعَةِ النَّجَاحِ الوُطْنِيَّةِ وَجَامِعَةِ السُّلْطَانِ قَابُوسِ. وَإِلَى تَحْدِيدِ الفُرُوقِ فِي مَسْتَوَى الوَعْيِ الغُذَائِيِّ تَبَعاً لِمَتَغْيِرَاتِ الجُمَاعَةِ، الجُنْسِ، المَسْتَوَى الدِّرَاسِيِّ وَالْمُعْدَلِ التَّرَاكُمِيِّ، وَلِتَحْقِيقِ ذَلِكَ أُجْرِيَتِ الدِّرَاسَةُ عَلَى عَيْنَةِ قَوَامِهَا (٢٠٧) طُلَابٍ وَطَالِبَاتٍ وَذَلِكَ بِوَقْعِ (١٠٥) مِنْ جَامِعَةِ النَّجَاحِ الوُطْنِيَّةِ وَ(١٠٢) مِنْ جَامِعَةِ السُّلْطَانِ قَابُوسِ. طَبِقَ عَلَيْهَا اسْتِبانَةُ الوَعْيِ الغُذَائِيِّ، وَأَظْهَرَتِ النُّتَاجُ أَنَّ مَسْتَوَى الوَعْيِ الغُذَائِيِّ العَامِ لَدَى أَفْرَادِ العَيْنَةِ كَانَ مَنخَفِضاً، حَيْثُ وَصَلَتِ النِّسْبَةُ المُنَوِيَّةُ لِلإِسْتِجَابَةِ إِلَى (٥٩٪). إِضَافَةً إِلَى أَنَّهُ لَا تَوْجِدُ فُرُوقَ ذَاتِ دَلَالَةٍ إِحصَائِيَّةٍ فِي الوَعْيِ الغُذَائِيِّ لَدَى الطُّلَبَةِ تَبَعاً لِمَتَغْيِرَاتِ الجُمَاعَةِ، الجُنْسِ وَالْمَسْتَوَى الدِّرَاسِيِّ، بَيْنَمَا كَانَتِ الفُرُوقُ دَالَّةً إِحصَائِيّاً تَبَعاً لِّلْمُعْدَلِ التَّرَاكُمِيِّ وَلِصَالِحِ المُعْدَلِ الأَعْلَى.

وَأَجْرَتِ تَيْمِ، بُوَادِي وَسَلَامَهُ (Tayyem; Bawadi & Salameh, 2008) دِرَاسَةً هَدَفَتْ إِلَى تَحْدِيدِ مَسْتَوَى تَنَاوُلِ الأَطْعَمَةِ السَّرِيعَةِ وَالتَّمَطِّ الغُذَائِيِّ وَكَذَلِكَ مُعْدَلِ النِّشَاطِ الحُرْكَِيِّ لَدَى الطُّلَبَةِ الجُمَاعِيِّينَ فِي الأُرْدُنِ، عَلَى عَيْنَةٍ مَكُونَةٍ مِنْ (٥١٢) طَالِباً وَطَالِبَةً، قَيْسَ لَهُمُ الطُّوْلُ وَالوِزْنُ وَنِسْبَةُ الشُّحُومِ فِي الجُسمِ، إِضَافَةً إِلَى إِسْتِجَابَتِهِمْ عَلَى اسْتِبانَةِ تَقْيِيسِ العَادَاتِ الغُذَائِيَّةِ وَتَكَرَّرِ أَنْوَاعِ الطَّعَامِ المُتَنَاوَلِ. أَشَارَتِ النُّتَاجُ إِلَى أَنَّ نِسْبَةَ (٦٢,٥٪) مِنَ الإِنَاثِ يَتَنَاوَلْنَ الفُطُورَ بِشَكْلِ يَوْمِي وَمَا نِسْبَتَهُ (٥٥٪) لِلذُّكُورِ، وَإِلَى ارْتِفَاعِ مُعْدَلِ النِّشَاطِ البَدْنِيِّ لَدَى الذُّكُورِ قِيَاساً إِلَى الإِنَاثِ، وَأَنَّ مَا نِسْبَتَهُ (٤٠٪) مِنَ الطُّلَبَةِ لَا يَتَنَاوَلُونَ الحَلِيبَ كَامِلَ الدَّسْمِ وَ(٥٤٪) يَتَنَاوَلُونَ المَشْرُوبَاتِ الغَازِيَّةَ بِشَكْلِ يَوْمِي.

وَأَجْرَى الجُفْرِي (٢٠٠٧) دِرَاسَةً هَدَفَتْ إِلَى التَّعْرِفِ عَلَى مَصَادِرِ الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ وَمَسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّيِّ لَدَى طُلَابِ المَرْحَلَةِ الثَّانَوِيَّةِ فِي مَدِينَةِ الرِّيَاضِ وَعِلاَقَةِ مَسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّيِّ بِالتَّحْصِيلِ الأكَادِيمِيِّ، مَسْتِخْدِماً مَقْيَاسَ السُّلُوكِ الصِّحِّيِّ وَمَصَادِرِ الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ كَأَدَاةٍ لِلدِّرَاسَةِ، وَأَشَارَتِ النُّتَاجُ إِلَى أَنَّ أَكْثَرَ المَصَادِرِ الَّتِي يَحْصُلُ مِنْ خِلَالِهَا الطُّلَابُ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ هِيَ وَسَائِلُ الإِعْلَامِ، وَفِي المَرْتَبَةِ الأَخِيرَةِ الرِّيَازَاتِ المُسْتَمْرَةِ لِلْمَرَاكِزِ الصِّحِّيَّةِ، وَأَنَّ أَكْثَرَ المَجَالَاتِ الَّتِي حَصَلَ فِيهَا التَّلَامِيذُ عَلَى مَسْتَوَى

صحي عال هو مجال تكوين وعمل الجسم البشري وأقلها في مجال التغذية. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية ما بين السلوك الصحي والتحصيل الأكاديمي.

وبهدف تقييم أنماط الحياة الصحية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر بين الطلاب المقيمين بأبطن الجامعة في الأسكندرية، توصل أبو الفتوح، بسيوني، منير وفياض (Abolfotouh, Bassiouni, Mounir & Fayyad, 2007) إلى وجود ارتفاع في نسبة الطلبة الذين يتناولون الطعام غير الصحي داخل سكن الجامعة، وأن نسبة (٢٣.٨٪) منهم يتصفون بانخفاض معدل النشاط البدني اليومي، فيما ظهر وجود نسب عالية لارتفاع الوزن والبدانة إضافة إلى انتشار عادة التدخين ووجود تباين واختلاف في تلك السلوكيات تبعاً لمتغير الجنس. وبهدف التعرف على المفاهيم الصحية ومدى ممارسة السلوك الصحي لدى الناشئين في الأندية الرياضية المصرية توصل عبد الرزاق (٢٠٠٨) إلى افتقار نسبة كبيرة من عينة الدراسة إلى السلوكيات الصحية والمعلومات الكافية للحياة الصحية السليمة والمتعلقة بالطعام الصحي والنظافة العامة، وأجرى شيفي، جريس، بان، جميل، لاليتا وهالويش (Shive, Grace, Yin, Jamil, Lalitha, Parameswaran, & Halowich, 2007) دراسة بهدف التعرف على العلاقة ما بين المعلومات الصحية والسلوك الصحي، إضافة إلى دراسة الفروق في مصادر الحصول على المعلومات الصحية والسلوك الصحي بين مجموعة من الأقليات الشرق آسيوية التي تعيش في أمريكا وذلك على عينة مكونة من (١٧٢٢) من الأفراد الكبار، أشارت النتائج إلى وجود اختلافات بين المجموعات العرقية في مصادر الحصول على المعلومات الصحية، حيث اعتمد الأفراد الهنود على شبكة المعلومات العالمية للحصول على المعلومات وبشكل أعلى من الأعراق الأخرى، فيما كانت أكثر المصادر التي يعتمد عليها أفراد عينة الدراسة في الحصول على المعلومات الصحية هي (شبكة المعلومات العالمية، الكتب، المواد المطبوعه، الأطباء والمختصين في المجال الصحي، العائلة ومجموعات الأصدقاء والتدوات الثقافية الصحية).

وفي دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة وعلى الفروق تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي، توصل القدومي (٢٠٠٥) إلى أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان عالياً، وإلى وجود فروق إحصائية بين مجالات الوعي الصحي، حيث جاء المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية في المرتبة الأولى، بينما لم تظهر النتائج

فروفاً تبعاً لتغيّري الخبرة في اللعب والمُوهل العُلَمي، إضافة إلى أن أعلى مصادر الحصول على المعلومات الصّحية هو مصدر وسائل الإعلام.

وأجرى بوخكاسفان، ايودي، درو، بين، جيودي وجاك (Phongsavan, Ayoade, Drew, & Jack, 2005) دراسة بهدف معرفة مستوى وطبيعة السلوك الصّحي لدى عينة من الشّباب والمراهقين في إقليم المحيط الهادئ، مستخدمين في جمع البيانات استبيان يقيس مدى العادات الصّحية السلوكية والمتمثلة في (التّدخين، تناول الكحول، ممارسة التّشّاط الرّياضي، ساعات مشاهدة التّلفاز وبعض العادات الغذائيّة) أظهرت النتائج وجود ارتفاع في نسبة المدخنين ومتناولي الكحول بين الجنسين وانخفاضاً في مستوى الممارسة الرّياضية من أجل الصّحة، وارتفاع متوسط ساعات مشاهدة التّلفاز، فيما ظهر أيضاً وجود العديد من العادات الغذائيّة غير الصّحية ممثلة في انخفاض تناول الأغذية الصّحية والتّركيز على تناول الأطعمة الجاهزة وشرب المشروبات الغازية بكثرة، وأجرى جاري، نيكولا، جونانان، بتر، تراسي وجاديت (Gray, Nicola, Jonathan, Peter, Tracy & Judith, 2005) دراسة هدفت إلى التّعرّف على تصورات المراهقين من سن (11-19) سنة في أمريكا وبريطانيا حول المعلومات الصّحية المُستقاة من شبكة المعلومات (الإنترنت)، حيث استنتجوا أن المراهقين ينظرون بإيجابية إلى الإنترنت كوسيلة هامة للحصول على المعلومات الصّحية وذلك لسرعة الحصول عليها.

أجرى خطايبه ورواشدة (٢٠٠٣) دراسة هدفت إلى الكشّف عن مستوى الوَعْيِ الصّحي لدى الطّالبات في كليات المُجتمع في الأردن، على عينة مكونة من (١٧٨) طالبة طبق عليهن استبانة الوَعْيِ الصّحي المُكونة من (٣٢) فقرة موزعة على خمسة مجالات صحية، أشارت النّتائج إلى جود انخفاض في مستوى الوَعْيِ الصّحي لدى عينة الدّراسة، وإلى وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوَعْيِ الصّحي تبعاً لتغيّرات (المستوى الدّراسي، التّخصص والمُسْتَوَى الإِقْتِصَادِي) حيث كانت هذه الفروق لصالح الطّالبات من مستوى السّنة الدّراسية الثّانية، والطّالبات من الدّارسات للتّخصصات المُهنية قياساً إلى التّخصصات الأكاديمية، والطّالبات من المُستَوَى الإِقْتِصَادِي المُرتفع، وأجرى جابر (٢٠٠٣) دراسة بهدف التّعرّف على السّلوِكِ الصّحي لدى طلبة بعض الجامعات الفلّسطينية طبق عليهم مقياس السّلوِكِ الوَعْيِ الصّحي، أشارت النّتائج إلى أنّ مستوى الوَعْيِ الصّحي جاء متوسطاً، فيما جاء أعلى مستوى صّحي على مجال التّدخين وتعاطي الكحول، وأدناه على مجال اللياقة البدنية، وإلى وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوَعْيِ الصّحي ولصالح طلبة الجامعة الأمريكيّة

العربية، والى أن الطالبات حققن أعلى وعي صحي على مجالات (التغذية، الرعاية الطبية، التدخين وتعاطي الكحول والإجهاد). في حين كانت الفروق لصالح الطلبة الذكور على مجال اللياقة البدنية.

وفي دراسة أجريت على طلبة الجامعة الأمريكية ببيروت بهدف معرفة التغيرات في الوعي الصحي بعد دراسة مساق في الصحة العامة توصلت عفيفي، الكاك، فيصل، ماجور وروhana (Afifi, el kak, Faysal, Major, & Rouhana, 2003) إلى وجود تحسن إيجابي في المستوى الصحي بنسبة (٢٠٪) حيث تناقصت نسبة انتشار التدخين بين الطلبة عينة الدراسة وارتفعت لديهم التوجهات الإيجابية نحو تناول الأغذية الصحية وممارسة الأنشطة البدنية من أجل الصحة، فيما درس الجوير (Allgower, 2001) الأعراض الإكتئابية والدعم الاجتماعي والسلوك الصحي الشخصي لدى عينة قوامها (٥٥٢٩) من طلبة الجامعات في (١٦) بلداً من بلدان العالم، باستخدام مقياس بيك المختصر للإكتئاب، مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس السلوك الصحي، أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين الأعراض الإكتئابية وبين نقص النشاطات البدنية وعدم تناول الفطور وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استخدام حزام الأمان عند الطلبة، وفي دراسة أجريت لمعرفة مصادر المعلومات الصحية بما يتعلق بالعملية الجنسية بين الأطفال والشباب في تنزانيا توصل ليسهايري وكايا (Leshabari & Kaaya, 1997) إلى أن أكثر المصادر المتعلقة بالمعلومات الجنسية يتم استقضاؤها من مجموعات الأصدقاء، فيما كان أقل المصادر المعتمد عليها هم رجال الدين، وبهدف التعرف على طبيعة سلوك الحمية الصحية لدى الطلبة الأوروبيين أجرى واردالي، ستيتو، بيليسلي ودافو (Wardle, Steptoe, Bellisle, & Davou, 1997) دراسة على عينة تكونت من (١٦٠٠٠) من طلبة (٢١) بلد أوروبي حيث أظهرت النتائج وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية لدى عينة الدراسة، ووجود إرتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس، الوزن، الحالة الاجتماعية، فئات الحمية الصحية، المعارف الغذائية، وفي التحليل متعدد المتغيرات ارتبط كل من الجنس والحالة الصحية والفئات الغذائية الصحية بشكل دال مع ممارسة العادات الصحية الغذائية.

مشكلة الدراسة

من خلال نتائج بعض الدراسات التي أجريت على المجتمع الأردني على مختلف الشرائح الاجتماعية والفئات العمرية يتبين وجود ارتفاع في عوامل الخطورة للإصابة بالعديد من

الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة (العرجان، ٢٠١٠أ. العرجان، ٢٠١٠ب؛ العرجان، ٢٠٠٩؛ العرجان، ٢٠٠٧أ؛ العرجان، ٢٠٠٧ب؛ العرجان والكيلاني، ٢٠٠٦؛ Abu Baker & Daradkeh, 2010; Haddad et al., 2009; Nsoor et al., 2008; Tayyem et al., 2008; Zindah et al., 1999; Jaddou et al., 2000; Ajlouni et al., 1998; Khoury et al., 1999). وهذا الأمر ما ينعكس سلبياً على الصّحة العامّة وعلى فاتورة رعاية تلك الأمراض. فيما يعزى ارتفاع تلك المؤثرات الخطرة بالإطار الشّمولي التّكاملي في أي مجتمع إلى ضعف وانخفاض مستوى الوعي الصحيّ العام وإلى ممارسة العديد من العادات السّلوكية غير السّليمة مثلّة في التّمط الحياتي والغذائي غير الصحيّ. وفي هذا الصّدد أشارت زيندا، بلبيسي، والـك ومقداد (Zindah, Belbeisi, Walke & Mokdad, 2008) إلى أنّ الأمراض القلبية الوعائية المزمنة هي أحد الأسباب المهمّة للوفيات في الأردن، فظهر من دراسة خوري، مساد وفاردوس (Khoury; Massad & Fardous, 1999) التي بحثت في أسباب الوفاة في الأردن أن تلك الأمراض سبب لما نسبته (٤٥٪) من الوفيات، وأشار نصور وآخرون (Nsoor et al., 2008) إلى وجود تزايد في نسبة انتشار هذه الأمراض بين أفراد المجتمع الأردني قياساً إلى نسب انتشار الأمراض المعدية، وهذا ما دعا وزارة الصّحة الأردنيّة إلى التّعاون مع العديد من المراكز الصحيّة المحليّة والعالميّة من أجل معرفة السّلوكيات المرتبطة بعوامل الخطورة المُساعدة على انتشار الأمراض المزمنة وإلى العمل على زيادة مستوى الوعي الصحيّ في المجتمع لتجنب الإصابة بتلك الأمراض أو عواملها، ودراسة تأثير العوامل الاجتماعيّة الإقتصاديّة المؤثرة والمرتبطّة بها.

أهداف الدّراسة

تهدف الدّراسة إلى التّعرف على: مستوى الوعي الصحيّ ومصادر الحصول على المعلومات الصحيّة لدى طلبة جامعة البلقاء التّطبيقية في الأردن وتبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدّراسي (السّنة الأولى، الثّانية، الثّالثة والرّابعة والتّفاعل بينهما).

أسئلة الدّراسة

وبناءً على أهداف الدّراسة أمكن للباحثين وضع التّساؤلات التّالية:

١. ما هو مستوى الوعي الصحيّ لدى طلبة جامعة البلقاء التّطبيقية في الأردن وهل يختلف تبعاً لمتغيرات الجنس، والمستوى الدّراسي (الأولى، الثّانية، الثّالثة والرّابعة)؟

٢. ما هي أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحيّة بين طلبة جامعة ألبلقاء التّطبيقية في الأردن؟

أهمية الدّراسة

تنطلق أهمية الدّراسة الحاليّة بما يلي:

١. يُعتبر تناول موضوع الوعي الصحيّ ومصادر الحصول على المعلومات الصحيّة بين طلبة الجامعات موضوعاً حيويّاً، لما لقطاع الجامعات من دور كبير جداً في إخراج التّنتاجات التّعليمية الفادرة على تنمية وتطوير المجتمع ومن ضمن ذلك نشر مفاهيم الصّحة العامّة والسّلوّك الحياتي اليومي المعزز للصّحة.

٢. كذلك يتوقع من نتائج هذه الدّراسة، التّعرف على مستوى الوعي الصحيّ ومصادر الحصول على المعلومات الصحيّة، لدى طلبة جامعة ألبلقاء التّطبيقية، بما سوف يتيح للقائمين على الشّأن الأكاديمي في الجامعة مراعاة ذلك عند التّخطيط بعيد المدى وبما يساهم في رفع مستوى الوعي الصحيّ والبحث عن أفضل السّبل والإستراتيجيات لتطويره.

٣. تفتح هذه الدّراسة المجال واسعاً أمام الباحثين لإجراء دراسات على جامعات أردنية أخرى من أجل المقارنة في مستوى الوعي الصحيّ بينها.

٤. كذلك يمكن من خلال التّعرف على أكثر المصادر التي يستقي الطلبة منها معلوماتهم الصحيّة أن يوجه نظر إدارة الجامعة خاصّة عمادة شؤون الطلبة فيها لإيجاد المزيد من التّثريات التّوعوية والتّدوات الخاصّة بالصّحة والبرامج المُساندة الأخرى.

٥. كما يمكن من خلال دراسة الوعي الصحيّ وايجاد الخطط والبرامج لتفعيله وتطويره أن يساهم ذلك في الوقاية مستقبلاً من العديد من الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة والنّمط الحياتي غير الصحيّ.

٦. ان الجامعات تعتبر بمثابة الفرصة الأخيرة والتي يمكن من خلال الدّراسة فيها أن نحافظ على الصّحة وزيادة مستوى التّثقيف الصحيّ والغذائي لعدد كبير من الطلبة.

محددات الدّراسة

المحدد الزمني: تمّ جمع البيانات من أفراد عينة الدّراسة في الفصل الثّاني للعام الدّراسي (٢٠٠٧-٢٠٠٨).

المحدد المكاني: أجريت هذه الدّراسة في جامعة ألبلقاء التّطبيقية على طلبتها الموزعين على

(١١) كلية جامعية تابعة للجامعة.

المحدد البشري: أقتصرت هذه الدراسة على طلبة جامعة البلقاء التطبيقية من مستوى درجة البكالوريوس وللسنوات الدراسية الأربع.

مصطلحات الدراسة

الوعي الصحي: يعرف الوعي الصحي على أنه قيام الأفراد بترجمة مجموعة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية والتي يتحصلون عليها من مصادر مختلفة إلى مجموعة من الأنماط السلوكية لتشكل في إطارها العام نمطاً حياتياً صحياً (تعريف إجماعي).
مصادر المعلومات الصحية: هي تلك المصادر والتي يحصل من خلالها الأفراد على المعارف والمعلومات الصحية سواء أكانت مصادر مكتوبة أو مسموعة أو الكترونية أو عن طريق مصادر القدوة المتمثلة في المعلم والأبوين (تعريف إجماعي).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة

أستخدم المنهج الوصفي المسحي للملامته لأهدافه وتسؤلات الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة جامعة البلقاء التطبيقية من مستوى درجة البكالوريوس ولجميع السنوات الدراسية ومن الجنسين ومن جميع الكليات التابعة لها، والبالغ عددهم (٢٦٠٢٠) طالباً وطالبة بواقع (١٠٤٦٢) من الذكور، (١٥٥٥٨) من الإناث، وحدة القبول والتسجيل جامعة البلقاء التطبيقية (٢٠٠٨). فيما تكونت عينة الدراسة من (١٩١٦) من الطلبة ومن السنوات الدراسية الأربع، تم إختيارهم عشوائياً بالطريقة البسيطة من ضمن مجتمع الدراسة، يُشكلون ما نسبته (٧,٣٦٪) وبواقع (١٠٢٧) طالب يشكلون ما نسبته (٩,٨١٪) من مجتمع الدراسة من الذكور، و(٨٨٩) طالبة يُشكلن ما نسبته (٥,٧١٪) من مجتمع الدراسة من الإناث، بحيث وزعت (٢٥٥٣) استبانة على (١١) كلية جامعية تابعة للجامعة، إسترجع منها عدد (٢٣٠١) استبانة، وتم إستبعاد (٣٨٥) استبانة لعدم إكتمال البيانات ولوجود خلل في تعبئتها من قبل الطلبة، والمجدول رقم (١) يوضح خصائص عينة الدراسة.

الجدول رقم (1)
خصائص عينة الدراسة

المستوى الدراسي	العمر متوسط± إنحراف	الذكور		الإناث		الكلبي	
		العدد	% من الدراسة الكلية من مجتمع الذكور	العدد	% من الدراسة الكلية من مجتمع الإناث	العدد	% من الدراسة الكلية من مجتمع الكلبي
السنة الأولى	1,052±18,48	147	1,41	132	0,85	279	0,51
السنة الثانية	1,16±19,49	118	1,13	109	0,70	227	0,42
السنة الثالثة	1,77±21,37	248	2,37	151	0,97	399	0,58
السنة الرابعة	1,02±23,17	514	4,91	497	3,19	1011	1,91
الكلبي	2,37±21,68	1027	9,82	889	5,71	1916	3,42

أداة الدراسة

في ضوء أهداف الدراسة وتساؤلاتها ولجمع البيانات والمعلومات إستخدم الباحثان استبانة قياس الوعي الصحي والذي أعده وصممه الجفري (2007) بهدف قياس مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض. الذي يتكون من (17) فقرة موزعة على (7) مجالات هي: التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني، القوام، تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع والكشف الطبي الدوري.

صدق الأداة

تم التوصل إلى صدق محتوى أداة الدراسة عن طريق عرضه على (5) محكمين من حملة درجة الدكتوراه في التربية البدنية من العاملين في الجامعات الأردنية لإبداء الرأي حول ملاءمة الفقرات ووضوحها ومناسبتها من حيث المحتوى والمضمون ومدى مناسبتها للتطبيق على عينة الدراسة، حيث أعتمدت الفقرة التي أجمع عليها (70% فأكثر) من المحكمين، واشتملت أداة الدراسة بعد التعديل على ثلاثة أقسام هي: الأول فيما يختص بالبيانات العامة للطلبة والتي تتمثل في الجنس، العمر، المستوى الدراسي والكلية، والثاني بقياس الوعي الصحي والمكون من (12) فقرة موزعة على سبعة مجالات هي: (التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني، القوام، تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع والكشف الطبي الدوري) بحيث تكون سلم الإجابة من ثلاثة بدائل هي: (موافق ولها ثلاثة نقاط، غير متأكد ولها نقطتان، غير موافق ولها نقطة واحدة). وقد تم اعتماد النسب المئوية التالية للدلالة على مستوى الوعي الصحي (75,0% فما فوق) مستوى صحي عالٍ (50,0-74,99%)

مستوى صحّي متوسط، (أقل من 50,0%) مستوى صحّي منخفض (القدومي، 2005). أما بالنسبة إلى مصادر الحصول على المعلومات الصحّية فقد تمّ الاعتماد على دراسات (الجفري، 2007؛ القدومي، 2005) مع إضافة بعض المصادر لكي تناسب واقع وحال طلبة الجامعة في عصر الإنفتاح المعرفي حيث توزعت المصادر على (9) مصادر هي: (وسائل الإعلام، أولياء الأمور، مساق الرياضة في حياتنا، الموضوعات التي درست في المدرسة، المطالعة الذاتية، الزيارات المستمرة للمراكز الصحّية، الدورات التدريبية، الأنشطة الثقافية والإصدقاء) إضافة إلى إعطاء مجال للطلبة بإضافة مصادر أخرى غير موجودة في الاستبيان. حيث تكون سلم الإجابة من ثلاثة بدائل هي: (موافق ولها ثلاثة نقاط، غير متأكد ولها نقطتان، غير موافق ولها نقطة واحدة) وهذه المصادر تتمثل في الجزء الثالث من الاستبيان.

ثبات الأداة

للتحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية تمّ حساب ثبات الأداة بطريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه (Test R- Test) على عينة عشوائية مكونة من (130) طالباً وطالبة تمّ اختيارهم عشوائياً من مجتمع الدراسة استبعدوا من الدخول ضمن عينة الدراسة الأساسية، بفارق زمني وقدره أسبوعان بين التطبيقين، والجدول رقم (2) يوضح معامل الثبات للاستبانة لكل مجال وللإستبانة ككل وجزء مصادر الحصول على المعلومات الصحّية.

الجدول رقم (2)
معامل الثبات بين التطبيق الأول والثاني للإستبانة الوعي الصحّي
ومصادر الحصول على المعلومات الصحّية (ن = 130)

الفقرات	المجال	التطبيق الأول	التطبيق الثاني	قيمة الدلالة \ddagger
		متوسط \pm انحراف	متوسط \pm انحراف	
مجالات الوعي الصحّي:				
9-1	التغذية	0,34 \pm 2,48	0,35 \pm 2,44	0,000
20-10	الصحة الشخصية	0,27 \pm 2,65	0,29 \pm 2,62	0,000
27-21	أهمية ممارسة النشاط البدني	0,32 \pm 2,56	0,32 \pm 2,61	0,000
35-28	القوام	0,30 \pm 2,69	0,29 \pm 2,71	0,000
44-36	تكوين وعمل الجسم البشري	0,29 \pm 2,73	0,27 \pm 2,77	0,000
55-45	صحة الأسرة والمجتمع	0,31 \pm 2,69	0,28 \pm 2,72	0,000
62-56	الكشف الطبي الدوري	0,32 \pm 2,56	0,31 \pm 2,59	0,000
62-1	الكلّي	0,21 \pm 2,61	0,22 \pm 2,64	0,000
مصادر الحصول على المعلومات الصحّية:				
رقم المصدر				
1	وسائل الإعلام	0,09 \pm 2,62	0,07 \pm 2,55	0,000
2	أولياء الأمور	0,06 \pm 2,73	0,08 \pm 2,68	0,000

تابع الجدول رقم (٢)

الفقرات	المجال	التطبيق الأول	التطبيق الثاني	الارتباط	قيمة الدلالة \ddagger
		متوسط \pm انحراف	متوسط \pm انحراف		
٣	مساق الرياضة في حياتنا	٠,٧٧ \pm ١,٩٢	٠,٨٠ \pm ١,٨٠	٠,٩٠	\ddagger ٠,٠٠٠
٤	الموضوعات التي درست في المدرسة	٠,٩١ \pm ٢,١٣	٠,٨٩ \pm ١,٩٣	٠,٨٩	\ddagger ٠,٠٠٠
٥	المطالعة الذاتية	٠,٩٤ \pm ٢,١٨	٠,٩٣ \pm ٢,٢٧	٠,٩٢	\ddagger ٠,٠٠٠
٦	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية	٠,٩١ \pm ١,٩٢	٠,٩١ \pm ١,٩	٠,٨٤	\ddagger ٠,٠٠٠
٧	الدورات التدريبية	٠,٦٩ \pm ٢,٦٧	٠,٧٣ \pm ٢,٦١	٠,٩١	\ddagger ٠,٠٠٠
٨	الأنشطة الثقافية	٠,٥٨ \pm ٢,٤٦	٠,٦٣ \pm ٢,٤٧	٠,٩٠	\ddagger ٠,٠٠٠
٩	الأصدقاء	٠,٧٤ \pm ٢,٤٥	٠,٧٦ \pm ٢,٣١	٠,٨٥	\ddagger ٠,٠٠٠
١٠	جميع المصادر	٠,٢٩ \pm ٢,٣٤	٠,٣٢ \pm ٢,٢٩	٠,٩٢	\ddagger ٠,٠٠٠

\ddagger = دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح من الجدول رقم (٢) أن جميع معاملات التّبات كانت عالية. حيث بلغ التّبات الكلي للاستبانة (٠,٩٣) وفيما يتعلق بمصادر الحصول على المعلومات الصّحية (٠,٩٢) وهي معاملات عالية جداً ومقبولة لتحقيق أهداف الدّراسة.

الأساليب الإحصائية

بعد الانتهاء من عملية جمع الإستبانات فرغت وادخلت إلى الحاسب الآلي وحوّلت باستخدام برنامج الرّزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) وباستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١. إختبار مربع كاي.
٢. التّكرارات والنّسب المئوية.
٣. تحليل التّباين التّنائي (MANOVA) وإختبار شيفيه البعدي.

عرض النّتايج ومناقشتها

فيما يلي عرض للنّتايج ومناقشتها وفقاً لتسلسل تساؤلات الدّراسة:

أولاً: عرض النّتايج المتعلقة بالسؤال الأول

في ضوء تساؤل الدّراسة الأول ونصه: "ما هو مستوى الوعى الصّحي لدى طلبة جامعة البلقاء التّطبيقية في الأردن وهل يختلف تبعاً لتغيرات الجنس. والمستوى الدّراسي (الأولى، الثانية، الثالثة والرّابعة)؟".

الجدول رقم (٣)
مستوى الوعي الصحي على مجالات (التغذية، الصحة الشخصية،
أهمية ممارسة النشاط البدني والقوام) (ن=١٩١٦)

فئة العينة	المجال	المستوى صحي			المجال	المستوى صحي		
		عال %	متوسط %	منخفض %		عال %	متوسط %	منخفض %
جميع العينة (ن=١٩١٦) السنة الأولى (ن=٢٧٩) السنة الثانية (ن=٢٢٧) السنة الثالثة (ن=٢٩٩) السنة الرابعة (ن=١٠١) الذكور (ن=١٠٢٧) الإناث (ن=٨٨٩)	التغذية	٧٩,٥٤	١٨,٤٧	١,٩٨	الصحة الشخصية	٦٦,٣٨	٢١,٨٨	١,٧٢
		٧٦,٣	٢٠,١	٣,٦		٥٩,٩	٤٠,١	٠,٠
		٨٠,٦	١٤,١	٥,٣		٧٩,٧	٥,٧	١٤,٥٣
		٧٥,٩	٢٣,٦	٠,٥		٨١,٠	١٩,٠	٠,٠
		٨١,٦	١٧,٠	١,٤		٥٩,٤	٤٠,٦	٠,٠
		٦٠,٣٧	٢٩,٣١	١٠,٣٢		٥٨,٨١	٢٩,٥٠	١١,٦٨
		٨٦,١٦	١١,٥٩	٢,٢٥		٧٤,١٣	٢٤,٥٢	١,٣٥
		٨٨,٦٧	١١,٢٧	٠,٠٥		٧٧,١٣	٢١,٣٤	١,٥١
أهمية ممارسة النشاط البدني	القوام	٨٧,١	١٢,٩	٠,٠	القوام	٦٨,٥	٣٠,٥	١,٠٧
		٩٣,٠	٧,٠	٠,٠		٧٨,٠	٢٢,٠	٠,٠
		٨٦,٧	١٣,٣	٠,٠		٨٠,٢	١٩,٨	٠,٠
		٨٨,٩	١١,٠	٠,٠٩		٧٨,١	١٩,٣	٢,٥٧
		٦٢,٣٢	٣٢,٨١	٤,٨٧		٧٦,٢	٢١,٠	٢,٧٢
		٧٦,١٥	١٥,٤١	٨,٤٤		٧٨,٢	٢١,٧	٠,١١
		٨٨,٦٧	١١,٢٧	٠,٠٥		٧٧,١٣	٢١,٣٤	١,٥١
		٨٧,١	١٢,٩	٠,٠		٦٨,٥	٣٠,٥	١,٠٧

يتضح من الجدول رقم (٣) ارتفاع نسبة الطلبة الذين حصلوا على مستوى صحي عالٍ على مجال التغذية بنسبة وصلت إلى (٧٩,٥٤٪) قياساً إلى ما نسبته (١,٩٨٪) من الطلبة حصلوا على مستوى صحي متوسط، وما نسبته (١,٩٨٪) قد حصلوا على مستوى صحي منخفض، في حين كانت أعلى نسبة للمستوى الصحي العالي من طلبة السنة الرابعة بنسبة وصلت إلى (٨١,٦) قياساً إلى السنوات الدراسية الأولى، الثانية والثالثة، فيما كانت نسبة الإناث اللواتي حصلن على مستوى صحي عالٍ أكثر من نسبة الطلاب، بنسبٍ وعلى التوالي (٨٦,١٦) إلى (٦٠,٣٧)٪.

أما بالنسبة إلى مجال الصحة الشخصية يتضح أن ما نسبته (٦٦,٣٨)٪ من الطلبة قد حصلوا على مستوى صحي عالٍ، ونسبة (٣١,٨٨)٪ على مستوى صحي متوسط، ونسبة قليلة حصلوا على مستوى صحي منخفض (١,٧٢)٪، فيما ارتفعت نسبة الطلبة من مستوى السنة الدراسية الثالثة والذين حصلوا على مستوى صحي عالٍ بنسبة وصلت إلى (٨١,٠) قياساً إلى السنوات الدراسية الأولى، الثانية والرابعة، وارتفعت نسبة الإناث اللواتي حصلن على مستوى صحي عالٍ قياساً إلى الذكور وبنسب وصلت إلى (٧٤,١٣ - ٥٨,٨١)٪ وعلى التوالي، كما يتضح وجود نسبة عالية جداً من الطلبة الذين حصلوا على مستوى وعي صحي عالٍ على مجال أهمية ممارسة النشاط البدني بنسبة وصلت إلى (٨٨,٦٧)٪.

ونسبة (١١,٢٧٪) لمستوى وعي صحي متوسط، وتفوق طلبة السنة الرابعة من حيث أن نسبة (٩٣,٠٪) منهم حصلوا على مستوى صحي عالٍ، وذلك قياساً إلى باقي المستويات الدراسية، وحققت الإناث نسبة أعلى من الذكور في المستوى الصحي العالي بنسب وعلى التوالي (٧٦,١٥-١٢,٣٢٪).

كما يتضح أن نسبة من حصلوا على مستوى وعي صحي عالٍ على مجال القوام كانت (٧٧,١٣٪) والمتوسط بنسبة (٢١,٣٤٪) والمنخفض بنسبة (١,٥١٪) فقط، فيما ارتفعت نسبة الذين حصلوا على المستوى الصحي العالي من طلبة السنة الدراسية الثالثة بنسبة وصلت إلى (٨٠,٢٪) قياساً إلى المستويات الدراسية الأخرى، فيما كانت الإناث أعلى من حيث نسبة الوعي الصحي العالي من الذكور بنسبٍ وعلى التوالي (٧٨,٢-٧٦,٢٪).

الجدول رقم (٤)

مستوى الوعي الصحي على مجالات (تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع، الكشف الطبي الدوري والاستبانة ككل (ن=١٩١٦)

فئة العينة	المدى	المستوى الصحي			النتيجة
		عالٍ %	متوسط %	منخفض %	
جميع العينة (ن=١٩١٦) السنة الأولى (ن=٢٧٩) السنة الثانية (ن=٢٢٧) السنة الثالثة (ن=٣٩٩) السنة الرابعة (ن=١٠١١) الذكور (ن=١٠٢٧) الإناث (ن=٨٨٩)	تكوين وعمل الجسم البشري	٨١,٠	٤,٨٠	١٤,١٩	صحة الأسرة والمجتمع
		٦٧,٠	٧,٩	٢٥,١	
		٦٩,٦	٥,٣	٢٥,١	
		٧٥,٧	٥,٨	١٨,٥	
		٨٩,٥	٣,٥	٧,٠٠	
		٧٧,٨	٥,٦	١٦,٧	
		٨٤,٧	٣,٩	١١,٤	
		٨٢,٦٢	١٤,٣٠	٣,٠٧	
جميع العينة (ن=١٩١٦) السنة الأولى (ن=٢٧٩) السنة الثانية (ن=٢٢٧) السنة الثالثة (ن=٣٩٩) السنة الرابعة (ن=١٠١١) الذكور (ن=١٠٢٧) الإناث (ن=٨٨٩)	الكشف الطبي الدوري	٨٥,٧	١٤,٣	٠,٠	الاستبانة ككل
		٨٥,٥	١٤,٥	٠,٠	
		٨٤,٠	١٦,٠	٠,٠	
		٨٠,٦	١٣,٦	٥,٨٢	
		٨٠,٠	١٤,٥	٥,٥	
		٨٥,٦	١٤,١	٠,٣	
		٩٠,٥٥	٩,٤٤	-	
		٨٦,٤	١٣,٦	-	
٨٦,٣	١٣,٧	-			
٨٩,٧	١٠,٣	-			
٩٣,٠	٧,٠	-			
٨٩,٣	١٠,٧	-			
٩٢,٠	٨,٠	-			

يتضح من الجدول رقم (٤) أن نسبة من حصلوا على مستوى صحي عالٍ على مجال تكوين وعمل الجسم البشري (٨١,٠٪) ومن حصلوا على مستوى متوسط (٤,٨٠٪) ومستوى منخفض (١٤,١٩٪)، فيما ارتفعت نسبة الطلبة من مستوى السنة الرابعة والذين حصلوا على أعلى نسبة للمستوى الصحي العالي بنسبة بلغت (٨٩,٥٪) قياساً إلى السنوات الدراسية الأخرى، وحصلن الإناث على نسبة أعلى من الذكور في المستوى الصحي العالي بنسبٍ وعلى التوالي (٨٤,٧-٧٧,٨٪)، كما يتضح أن نسبة من حصلوا على مستوى صحي

عالٍ على مجال صحة الأسرة والمجتمع (88,98%) ومن حصلوا على مستوى متوسط (7,20%) ونسبة (3,81%) حصلوا على مستوى منخفض. فيما حصل طلاب السنة الثانية على أعلى نسبة للمستوى الصحي العالي بنسبة وصلت إلى (94,7%). ووجود تفوق للإناث على الذكور في نسبة حصولهنَّ على (92,7%) للمستوى الصحي العالي وللذكور (85,8%).

فيما كانت نسبة (82,62%) من أفراد عينة الدراسة حصلوا على مستوى صحي عالٍ على مجال الكشف الطبي الدوري. ونسبة (14,30%) على مستوى صحي متوسط ونسبة (3,07%) على مستوى صحي منخفض. وجاءت أعلى نسبة للمستوى الصحي العالي لطلبة السنة الأولى بنسبة (85,7%) قياساً إلى السنوات الدراسية الأخرى. وللإناث بنسبة (85,6%) متفوقات على الذكور ونسبتهم (80,0%). أما بالنسبة إلى مستوى الوعي الصحي الكلي فيشير الجدول رقم (3) إلى أنَّ ما نسبته (90,55%) من أفراد عينة الدراسة قد حصلوا على مستوى صحي عالٍ. ونسبة (9,44%) على مستوى صحي متوسط. فيما حصل طلاب السنة الرابعة على أعلى نسبة للمستوى الصحي العالي بنسبة وصلت إلى (93,0%). فيما كانت نسبة الإناث أعلى من الذكور في المستوى الصحي العالي وبنسب على التوالي (92,0-89,3%).

الجدول رقم (5) المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجالات الوعي الصحي تبعاً لتغيرات الجنس والسنة الدراسية (ن=1916)

الأبعاد	العينة	متوسط \pm انحراف	النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي	الأبعاد	متوسط \pm انحراف	النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي
التغذية	جميع العينة	0,24 \pm 2,50	82,28	عالٍ	الصحة الشخصية	0,40 \pm 2,46	82,02	عالٍ
	السنة الأولى	0,29 \pm 2,46	82,21	عالٍ		0,35 \pm 2,44	81,37	عالٍ
	السنة الثانية	0,44 \pm 2,46	82,06	عالٍ		0,07 \pm 2,42	80,95	عالٍ
	السنة الثالثة	0,20 \pm 2,48	82,92	عالٍ		0,31 \pm 2,06	85,60	عالٍ
	السنة الرابعة	0,31 \pm 2,02	84,17	عالٍ		0,39 \pm 2,42	81,04	عالٍ
	الذكور	0,36 \pm 2,47	82,09	عالٍ		0,41 \pm 2,44	81,42	عالٍ
	الإناث	0,22 \pm 2,02	84,06	عالٍ		0,39 \pm 2,47	82,04	عالٍ
أهمية ممارسة النشاط البدني	جميع العينة	0,31 \pm 2,65	88,40	عالٍ	التنوع	0,42 \pm 2,07	85,91	عالٍ
	السنة الأولى	0,22 \pm 2,64	88,24	عالٍ		0,47 \pm 2,47	82,05	عالٍ
	السنة الثانية	0,29 \pm 2,68	89,02	عالٍ		0,39 \pm 2,61	87,05	عالٍ
	السنة الثالثة	0,22 \pm 2,62	87,60	عالٍ		0,27 \pm 2,09	86,09	عالٍ
	السنة الرابعة	0,31 \pm 2,65	88,01	عالٍ		0,45 \pm 2,08	86,31	عالٍ
	الذكور	0,32 \pm 2,64	88,00	عالٍ		0,46 \pm 2,06	85,22	عالٍ
	الإناث	0,31 \pm 2,66	88,75	عالٍ		0,40 \pm 2,09	86,97	عالٍ

تابع الجدول رقم (5)

الأبعاد	العينة	متوسط \pm انحراف	النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي	الأبعاد	متوسط \pm انحراف	النسبة المئوية	مستوى الوعي الصحي
تكوين وعمل الجسم البشري	جميع العينة	0,67 \pm 0,04	84,90	عال	صحة الأسرة والجنس	0,42 \pm 0,06	87,60	عال
	السنة الأولى	0,79 \pm 0,03	76,87	عال		0,27 \pm 0,06	89,70	عال
	السنة الثانية	0,79 \pm 0,03	76,94	عال		0,25 \pm 0,07	90,76	عال
	السنة الثالثة	0,77 \pm 0,04	81,02	عال		0,28 \pm 0,08	89,37	عال
	السنة الرابعة	0,52 \pm 0,07	90,42	عال		0,51 \pm 0,07	85,71	عال
	الذكور	0,7 \pm 0,04	82,62	عال		0,50 \pm 0,07	85,82	عال
	الإناث	0,62 \pm 0,06	87,01	عال		0,27 \pm 0,06	89,77	عال
الكشف الطبي الدوري	جميع العينة	0,41 \pm 0,04	84,66	عال	الاستبانة ككل	0,22 \pm 0,05	85,27	عال
	السنة الأولى	0,32 \pm 0,06	86,89	عال		0,24 \pm 0,05	83,87	عال
	السنة الثانية	0,31 \pm 0,09	86,44	عال		0,24 \pm 0,04	84,60	عال
	السنة الثالثة	0,31 \pm 0,08	86,00	عال		0,22 \pm 0,06	85,61	عال
	السنة الرابعة	0,47 \pm 0,09	83,12	عال		0,20 \pm 0,07	85,44	عال
	الذكور	0,47 \pm 0,09	83,22	عال		0,22 \pm 0,05	84,05	عال
	الإناث	0,31 \pm 0,08	86,32	عال		0,21 \pm 0,08	85,92	عال

يشير الجدول رقم (5) الى المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لجلالات مستوى الوعي الصحي تبعاً لتغيرات (الجنس والمستوى الدراسي).

الجدول رقم (6)

نتائج تحليل التباين الثنائي لدلالة الفروق في مستوى الوعي الصحي وعلى مجالات (التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني والقوام) تبعاً لتغيرات الجنس والمستوى الدراسي (ن=1916)

المجالات	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	قيمة الدلالة \times	دلالة الفروق البعدية (شيفيه) المستوى الدراسي
التغذية	المستوى الدراسي	2	1,00	0,50	4,20	0,005	س1 = 1س، 2س = 1س، 3س = 1س # س4، س2 = 2س، 3س = 2س # س4، س3 = 3س
	الجنس	1	1,610	1,610	13,09	0,00	♂ # ♀ لصالح (♀) المتوسط الاعلى
	المستوى الدراسي \times الجنس	2	0,992	0,330	2,78	0,029
الصحة الشخصية	المستوى الدراسي	2	4,900	1,630	10,09	0,00	س1 = 1س، 2س = 1س، 3س = 1س # س4، س2 = 2س، 3س = 2س # س4، س3 = 3س
	الجنس	1	3,221	3,221	21,02	0,00	♂ # ♀ لصالح (♀) المتوسط الاعلى
	المستوى الدراسي \times الجنس	2	7,20	2,40	10,66	0,00
أهمية ممارسة النشاط البدني	المستوى الدراسي	2	0,068	0,189	1,86	0,144	س1 = 1س، 2س = 1س، 3س = 1س، س4 = 2س، 3س = 2س، س4 = 3س
	الجنس	1	0,00	0,00	0,47	0,019	♂ # ♀ لصالح (♀) المتوسط الاعلى
	المستوى الدراسي \times الجنس	2	0,306	0,102	1,004	0,389

تابع الجدول رقم (٦)

المجالات	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	قيمة الدلالة ×	دلالة الفروق البعدية (شيفيه) المستوى الدراسي
القوام	المستوى الدراسي	٣	٣,٢٤٣	١,٠٨١	٥,٧١	٠,٠٠	س١ # س٢، س١ # س٣، س١ # س٤، س٢ = س٣، س٢ = س٤، س٣ = س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤
	الجنس	١	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٤٠١	٠,٥٢	♀ = ♂
	المستوى الدراسي × الجنس	٣	٤,٢٢	١,٤٠٨	٧,٤٤٥	٠,٠٠

§ = دالة عند مستوى (٠,٠٥)، † = دالة عند مستوى (٠,٠١).

♂ = الذكور، ♀ = الإناث، س١ = السنة الأولى، س٢ = السنة الثانية، س٣ = السنة الثالثة، س٤ = السنة الرابعة.

يتضح من الجدول رقم (٦) وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغير الجنس وذلك على مجالات (التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني) وإلى عدم وجود تلك الفروق بين الذكور والإناث على مجال (القوام). وإلى وجود فروق إحصائية دالة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي وعلى مجالات (التغذية، الصحة الشخصية، القوام) وإلى عدم وجودها على مجال (أهمية ممارسة النشاط البدني).

الجدول رقم (٧)

نتائج تحليل التباين الثنائي لدلالة الفروق في مستوى الوعي الصحي وعلى مجالات (تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع، الكشف الطبي الدوري الوعي الصحي الكلي) تبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي (ن=١٩١٦)

المجالات	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	قيمة الدلالة ×	دلالة الفروق البعدية (شيفيه) المستوى الدراسي
تكوين وعمل الجسم البشري	المستوى الدراسي	٣	٦٢,٠٦	٢٠,٦٨	٤٩,٨٩	٠,٠٠	س١ = س٢، س١ # س٣، س١ # س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤، س٣ = س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤
	الجنس	١	١,٢٠٨	١,٢٠٨	٢,٩١٥	٠,٠٨٧	♀ = ♂
	المستوى الدراسي × الجنس	٣	٩,٠٨٧	٣,٠٢٩	٧,٣٠٦	٠,٠٠
صحة الأسرة والمجتمع	المستوى الدراسي	٣	٧,١٤٧	٢,٣٨٢	١٤,٣٦	٠,٠٠	س١ # س٢، س١ # س٣، س١ # س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤، س٣ = س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤
	الجنس	١	٠,٩٥١	٠,٩٥١	٥,٧٣	٠,٠١٦	♂ # ♀ لصالح (♀) المتوسط الأعلى
	المستوى الدراسي × الجنس	٣	٧,٧٣٥	٢,٥٧٨	١٥,٥٤	٠,٠٠
الكشف الطبي الدوري	المستوى الدراسي	٣	٤,٤٨٩	١,٤٩٦	٩,٢٢٦	٠,٠٠	س١ # س٢، س١ # س٣، س١ # س٤، س٢ = س٣، س٢ = س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤
	الجنس	١	٠,٧٧٣	٠,٧٧٣	٤,٧٦٦	٠,٠٢٩	♂ # ♀ لصالح (♀) المتوسط الأعلى
	المستوى الدراسي × الجنس	٣	٤,٦٨٥	١,٥٦١	٩,٦٢	٠,٠٠
الوعي الصحي الكلي	المستوى الدراسي	٣	٠,٦٤٣	٠,٢١٤	٤,٥٧٥	٠,٠٠٣	س١ # س٢، س١ # س٣، س١ # س٤، س٢ = س٣، س٢ = س٤، س٢ # س٣، س٢ # س٤
	الجنس	١	٠,٠٢٧	٠,٠٢٧	٠,٥٨٧	٠,٤٤٣	♀ = ♂
	المستوى الدراسي × الجنس	٣	٢,٤٨١	١,١٦٠	٢٤,٧٤	٠,٠٠

§ = دالة عند مستوى (٠,٠٥)، † = دالة عند مستوى (٠,٠١).

♂ = الذكور، ♀ = الإناث، س١ = السنة الأولى، س٢ = السنة الثانية، س٣ = السنة الثالثة، س٤ = السنة الرابعة.

يتضح من الجدول رقم (٧) وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغير الجنس وذلك على مجالات (صحة الأسرة والمجتمع والكشف الطبي الدوري). وإلى عدم وجود فروق إحصائية دالة على مجال (تكوين وعمل الجسم البشري) وعلى الوعي الصحي الكلي. وإلى وجود فروق إحصائية دالة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي وعلى مجالات (تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع والكشف الطبي الدوري) وعلى الوعي الصحي الكلي.

وهذه النتيجة لا تتناقض مع ما ظهر من أن مستوى الوعي الصحي لجميع فئات العينة جاء في المستوى العالي. كما هو موضح في الجدول رقم (٥) حيث أن تصنيف المستوى يكون على أساس النسبة المئوية الكلية والفروق في المستوى تبعاً لمتغيري (الجنس والمستوى الدراسي) تكون على أساس المقارنة بين المتوسطات.

وبهذه النتيجة تكون الإناث أعلى وعياً صحياً من الذكور في تلك المجالات. وقد يعزى تفوق الإناث على الذكور إلى احتمالية أن الفتاة وما يطلب منها من أدوار إجتماعية على صعيد الأسرة جعلها أكثر إهتماماً بتلك المجالات وبالتالي أكثر إطلاعاً على المعلومات الصحية من الذكور. فقد حصل تعبير كبير على مستوى الوعي الصحي المطلوب من الأنثى أن تمتلكه خاصة في ظل ارتفاع مؤشرات الإصابة بالأمراض المرتبطة بقله الحركة مثل هشاشة العظام والبدانة والسكري وضغط الدم وما يرتبط بها من مضاعفات صحية. حيث توصل واردالي، ستيتو، بيليسلي ودافو (Wardle, Steptoe, Bellisle, & Davou, 1997) إلى ارتباط الوعي الصحي بعامل الجنس بمعنى أن الجنس عامل مؤثر على مستوى الوعي الصحي.

وذلك ما قد يؤكد أن الإناث يمكن أن يكن أكثر وعياً صحياً من الذكور خاصة في تلك المجالات المرتبطة بدور المرأة في المجتمع. ويمكن تفسير ذلك أن الإناث يكتسبن المعرفة المتعلقة بتلك المجالات الصحية من خلال عملهن البيتي خطايبه ورواشدة (٢٠٠٣) واحتمالية اطلاعهن على المواضيع الخاصة بالغذاء من خلال المواد الدراسية المدرسية (Haddad et al., 2009) فيما تتعارض مع ما توصل إليه القدومي وزايد (٢٠٠٩) من عدم وجود تأثير لعامل الجنس على مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في كل من فلسطين وعمان. وإلى عدم وجود إختلافات جوهرية تبعاً لمتغير الجنس على مجالات (القوام، تكوين وعمل الجسم البشري وعلى الوعي الصحي الكلي).

فيما اظهرت بعض الدراسات ارتفاع نسبة الإناث اللواتي أظهرن وعياً صحياً عالياً تجاه تناول الطعام الصحي. والتركيز على تناول وجبة الإفطار باعتبارها وجبة ذات أهمية كبيرة من

وجهة نظرهم (Tayyem et al., 2008; Sakamaki et al., 2005) قياساً إلى ما أظهرته بعض الدراسات الأخرى من تركيز الطلبة الذكور على تناول الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات وانخفاض المتناول من الأغذية الصحية من الخضراوات والفاكهة (Kolodinsky et al., 2005; Sakamaki et al., 2007) فقد ظهر من خلال تحليل السلوك الغذائي (Dietary behavior) لدى عينة من طلبة الجامعات في الصين زيادة في مستوى الوعي الصحي والسلوك الغذائي الصحي لدى الإناث وإلى انخفاض نسبة انتشار البدانة والوزن الزائد لديهم قياساً إلى الطلبة الذكور (Sakamaki et al., 2005). وفي المجمل فإن ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى الإناث قياساً إلى الذكور قد يرتبط بمجموعة من العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية والأسرية والتي تتداخل في تأثيرها على السلوك الصحي العام (Shahar et al., 2008).

فعن تأثير العوامل النفسية أصبحت الفتاة تنظر إلى جسمها بمنظار مختلف عما كان سائداً في الماضي فقد تغيرت المقاييس الجمالية للمرأة من الفكر السائد قديماً بان مقياس الجمال هو تمتع المرأة بجسم مكتنز إلى المقياس الحالي والذي أصبح فيه مقياس الجمال هو النمط الجسمي الأقرب إلى النحافة (Freeman, 2010) وهذا الأمر جعل نسبة كبيرة من الإناث أكثر اهتماماً بالصحة وتناول الطعام الصحي أكثر من الذكور. أما بالنسبة إلى تأثير العوامل الاجتماعية فقد ربطت بعض الدراسات ما بين البدانة وما بين إمكانية الزواج لدى الفتاة حيث أشارت تلك الدراسات إلى عزوف نسبي لدى الذكور من الإقتران بفتيات بدينات (Shafer, 2010).

أما من حيث دلالة الفروق البعدية فقد جاءت متباينة الاتجاه فقد جاءت الفروق على مجالات (التغذية، تكوين وعمل الجسم البشري) لصالح الطلبة من مستوى السنة الرابعة، وعلى مجالات (الصحة الشخصية، القوام) لصالح الطلبة من مستوى السنة الثالثة، وعلى مجال (صحة الأسرة والمجتمع) جاءت الفروق لصالح الطلبة من مستوى السنة الثانية، وعلى مجال (الكشف الطبي الدوري) لصالح الطلبة من مستوى السنة الأولى، فيما يتضح أيضاً أن الوعي الصحي الكلي جاء لصالح الطلبة من مستوى السنة الرابعة، وقد يعود ذلك التباين في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمستوى السنة الدراسية التي يدرس فيها الطالب إلى كم المعلومات والموضوعات والمساقات التي يدرسها الطلبة في الجامعة والتي قد تتباين ما بين مستوى السنة الأولى والرابعة وهذا ما قد يفسر أن مستوى الوعي الصحي الكلي جاء لصالح الطلبة من مستوى السنة الرابعة، وهذه النتيجة مقبولة

حيث من المفترض أن تزيد المعرفة والوعي والإطلاع مع التّقدم في المستوى الدّراسي للطلبة، وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه خطايبه ورواشدة (٢٠٠٣) من ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى الطّلاب مع الارتفاع في مستوى السّنة الدّراسية لهمّ. اما بالنّسبة إلى التّفاعل بين الجنس والمستوى الدّراسي فقد جاء دالاً احصائياً على جميع المجالات وعلى مستوى الوعي الصحيّ الكلي باستثناء مجال (أهمية ممارسة النّشاط البدني). وهذه النتيجة تؤكد أن هناك أثراً وعلاقة لكل من الجنس والمستوى الدّراسي على مستوى الوعي الصحيّ، من خلال ارتباط ذلك بدور كل من الذّكر والأنثى في المجتمع وما هو مطلوب منه اضافة إلى اهتماماته الصحيّة والبدنيّة والغذائيّة. وما يتعلق بكمّ المعارف والمعلومات التي يمكن للطلبة أن يتلقوها أثناء دراستهم الجامعية والتي قد تتباين تبعاً للمستوى الدّراسي.

ثانياً: عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

في ضوء تساؤل الدّراسة الثاني ونصه: "ما هي أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية بين طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن؟".

الجدول رقم (٨)

مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية (ن=١٩١٦)

رقم الترتيب	الترتيب	النسبة المئوية الكلية	غير متأكد		موافق		متوسط ± انحراف	المصدر
			تكرار	%	تكرار	%		
الأول	٢.χ	٨٢,٦٢	٢٢٨	١١,٩٠	٥٤٣	٥٩,٧٦	١١٤٥	وسائل الإعلام
الثاني	٢.χ	٨٠,٢٤	٢٤٠	١٢,٥٣	٦٥٦	٥٣,٢٤	١٠٢٠	الموضوعات التي درست في الجامعة
الثالث	٢.χ	٧٩,٧٨	٢٤٣	١٢,٦٨	٦٧٦	٥٢,٠٤	٩٩٧	الموضوعات التي درست في المدرسة
الرابع	٢.χ	٧٥,٧٨	٤٦٨	٢٤,٤٣	٤٥٦	٥١,٧٧	٩٩٢	الأصدقاء
الخامس	٢.χ	٧٥,٥٦	٣٦٥	١٩,٠٥	٦٧٥	٤٥,٧٢	٨٧٦	الأنشطة الثقافية
السادس	٢.χ	٧٤,٨٨	٣٩٥	٢٠,٦٢	٦٥٤	٤٥,٢٥	٨٦٧	المطالعة الذاتية
السابع	٢.χ	٧٣,٩٩	٣٦٥	١٩,٠٥	٦٧٥	٤١,٠٢	٧٨٦	مساق الرياضة والصحة
الثامن	٢.χ	٦٧,٤٧	٤٩٧	٢٥,٩٤	٨٧٦	٢٨,٣٤	٥٤٣	الدورات التدريبية
التاسع	٢.χ	٦٣,٩٥	٥٨٧	٣٠,٦٤	٨٩٨	٢٢,٤٩	٤٣١	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية
العاشر	٢.χ	٦٣,٦٠	٦٠٨	٣١,٧٣	٨٧٦	٢٢,٥٥	٤٣٢	اولياء الأمور

٢.χ = كاي ٢، ± دالة عند مستوى (٠,٠١).

أولاً: وسائل الإعلام: يتضح من الجدول رقم (٨) أن مصدر وسائل الإعلام جاء في المرتبة الأولى من حيث اعتماد طلبة جامعة البلقاء التطبيقية عليه كمصدر أولي للحصول على المعلومات الصحية، بمتوسط وانحراف ($٠,٦٩ \pm ٢,٤٧$) وبنسبة مئوية ($٨٢,٦٢\%$). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه (الجفري، ٢٠٠٧: القُدومي، ٢٠٠٥) من أن وسائل الإعلام بمختلف أنواعها الرئية، المسموعة والمقروءة تعتبر من أكثر المصادر توفيراً للمعلومات الصحية، فوسائل الإعلام وما تقدمه من مواد وبرامج صحية هادفة، تعد بمثابة المصدر والمساهم الأول في الحصول على المعلومات الصحية لدى قطاع الشباب في أمريكا (Gottlieb & Rogers, 2004).

فيما ظهر في دراسة زينج، كوجن، بلوفينك، كرويل، لاکروكس وجرينس (Zeng Kogan, Plovnick, Crowell, Lacroix, & Greenes, 2004) أن المراهقين الذين يستخدمون الإنترنت كمصدر للمعلومات الصحية ينظرون إلى هذا المصدر بإيجابية كبيرة، وغالباً ما يكونون معتمدين عليه في الحصول على ما يريدون من معلومات، وهذا ما اتفق مع ما توصل إليه شيفي، جريس، يان، جميل، لاليتا وهالويش (Shive; Grace, Yin, Jamil, Lalitha, Parameswaran & Halowich, 2007) حيث تبين أن أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية استخداماً هي الإنترنت في المرتبة الأولى، وبشكل عام وسائل الإعلام المختلفة، فالمتابع للكم الهائل من الفضائيات سواء العربية منها أو الأجنبية أو المحلية والتي تبث برامجها من داخل الأردن أو من خارجه، يلاحظ زيادة في عدد البرامج الصحية الهادفة إلى تنمية السلوك الصحي لدى مختلف قطاعات المجتمع، وبالتركيز على طلبة المدارس والجامعات وكبار السن والإناث. وذلك يؤكد على الدور الكبير والذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في تطوير الجانب الصحي والغذائي والجسدي لدى فئة الشباب خاصة وباقي فئات وقطاعات المجتمع الأخرى، هذا إضافة إلى الإهتمام المتزايد من قبل الصحافة المقروءة والتي أصبحت تخصص أجزاء منها لترقية الوعي الصحي لدى قطاعات المجتمع (Borra & Bouchoux, 2009).

ثانياً: الموضوعات التي درست في الجامعة والمدرسة ومساق الرياضة والصحة: جاء مصدر الموضوعات التي درست في الجامعة في المرتبة الثانية بمتوسط وانحراف ($٠,٧٠ \pm ٢,٤٠$) وبنسبة مئوية ($٨٠,٢٤\%$). وفي المرتبة الثالثة جاء مصدر الموضوعات التي درست في المدرسة بمتوسط وانحراف ($٠,٧٠ \pm ٢,٣٩$) وبنسبة مئوية ($٧٩,٧٨\%$). حيث يعتبر مصدر المعلومات التي درست سواء في الجامعة أو في المدرسة أحد أكثر مصادر المعلومات الموثوقة كونها تعطى من قبل مختصين إضافة إلى وجود كتب منهجية مصرح بها من قبل الجهات التعليمية، حيث أشار

بارسل، كيدر وباسين (Parcell, Keider, & Basen, 2000) إلى أنّ بيئة الصّف الدراسي وما يتعرض له الطالب من معلومات وموضوعات تُعتبر من أفضل البيئات لترقية وتطوير الوعي الصحيّ تجاه السلوكيات الصحيّة اليومية. وإلى وجود تأثيرات ايجابية للموضوعات الصحيّة المُدرّسة في البيئة الصّفيّة على التّمتّ الحياتي للطلبة (Baranowski, Davis, Resnicow, Baranowski, Doyle, Lin, Smith, & Wang, 2000) الا أن بعض الدّراسات الأخرى لم تظهر تغييراً ايجابياً على مستوى الوعي الصحيّ للطلبة نتيجة لدراساتهم مواد صحيّة في الجامعة (Sallis, Calfas, Nichols, Sarkin, Johnson, Caparosa, Thompson, & Alcaraz, 1999) فيما يتضح أن مساق الرياضة في حياتنا (الرياضة والصحة) كمصدر للمعلومات الصحيّة قد جاء في المرتبة السّابعة بمتوسط وانحراف (0.74 ± 2.21) وبنسبة مئوية (73,99%). فعلى الرغم من أن هذا المصدر من مصادر المعلومات التي درست من قبل الطلبة في داخل الجامعة وعلى الرّغم من أهميته في ترقية الوعي الصحيّ والغذائيّ والجّديني لدى الطلبة، الا أن إحتلاله للمركز السّابع لا يُقلل من أهميته، فمن المعروف أن أفراد عينة الدّراسة من الطلبة متبايني الاختصاصات وبالتالي فان هناك إحتمال أن يكون جزء من الطلبة لهم اختصاصات يدرج ضمن خططها وبرامجها الدّراسية مساقات تهدف إلى ترقية الوعي الصحيّ مثل الإختصاصات الغذائيّة والزّراعية وهذا الأمر ما قد يفسر حصول هذا المصدر على تلك المرتبة.

ثالثاً: الأصدقاء: جاء الأصدقاء كمصدر من مصادر الحصول على المعلومات الصحيّة في المرتبة الرّابعة بمتوسط وانحراف (0.82 ± 2.27) وبنسبة مئوية (75,78). حيث تعتبر بيئة الجامعة الدّراسية من أكثر البيئات التي يتأثر فيها الشّباب ويؤثر بعضهم في بعض، فالجمعي الجامعي يتميز بوجود أعداد كبيرة من الطلبة في مرحلة عمرية متقاربة، فهم من جيل واحد لذلك تسهل بينهم عملية الإندماج والتّقارب والتّواصل الإجماعي (العرجان، 2008). ونظراً لطبيعة تلك البيئة الجامعية فانه ينظر إلى جماعة الأقران والأصدقاء على أنها أحد مصادر المعلومات بشكل عام، وذلك للتقارب العمريّ فيما بين الطلبة، وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات التي إستنتجت أن أحد المصادر المهمّة للمعلومات الصحيّة التي يكتسبها الطلبة الجامعيين يتمثل في مجموعة الأصدقاء والأقران داخل الجامعة أو خارجها (Shive, Grace, Yin, Jamil, Lalitha, Parameswaran & Halowich, 2007; Leshabari & Kaaya, 1997) إلا انه يمكن القول أن هذا المصدر من المعلومات قد يكون له وجهان متغايران فمن الممكن أن تنتقل بين الطلبة مجموعة من المعلومات الصحيّة الخاطئة او

الصَّحِيحة، لذلك يجب العمل على زيادة برامج التَّوعِيَةِ المُوَجَّهَةِ لَهُم.

رابعاً: الأَنْشِطَةُ الثَّقَافِيَّةُ وَالْمُطَالَعَةُ الذَّاتِيَّةُ وَالدَّوَرَاتُ التَّدْرِيبِيَّةُ: جاء مصدر الأَنْشِطَةُ الثَّقَافِيَّةُ الَّتِي تُقِيمُهَا الجَامِعَةُ لطلبتها كمصدر من مصادر المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ فِي المَرْتَبَةِ الخَامِسَةِ بِمُتَوَسِّطٍ وَانْحِرَافٍ (٠,٧٥±٢,٢٦) وَبِنِسْبَةِ مِئْوِيَّةٍ (٧٥,٥٦٪). فِيمَا جَاء مَصْدَرُ المُطَالَعَةِ الذَّاتِيَّةِ فِي المَرْتَبَةِ السَّادِسَةِ بِمُتَوَسِّطٍ وَانْحِرَافٍ (٠,٧٧±٢,٢٤) وَبِنِسْبَةِ مِئْوِيَّةٍ (٧٤,٨٨٪). وَجَاء مَصْدَرُ الدَّوَرَاتِ التَّدْرِيبِيَّةِ فِي المَرْتَبَةِ الثَّامِنَةِ بِمُتَوَسِّطٍ وَانْحِرَافٍ (٠,٧٢±٢,٠٣) وَبِنِسْبَةِ مِئْوِيَّةٍ (٦٧,٤٧٪). حَيْثُ تُعْتَبَرُ تِلْكَ المُصَادِرُ أَحَدَ أَهْمِ المُصَادِرِ الَّتِي جَبِبَ عَلَى الجَامِعَاتِ أَنْ تَفْعَلَهَا مِنْ خِلَالِ زِيَادَةِ مَسْتَوَى البرَامِجِ الصِّحِّيَّةِ الِهُدَافَةِ إِلَى تَطْوِيرِ الوَعْيِ الصِّحِّيِّ لِلطَّلِبَةِ، إِمَاناً بِدَوْرِ الجَامِعَةِ المُحْدِثِ الَّذِي يَصِبُ فِي إِبْجَادِ النِّتَاجَاتِ التَّعْلِيمِيَّةِ المُؤَهِّلَةِ وَالمُدْرِبَةِ وَالمُقَادِرَةِ عَلَى الإِسْهَامِ فِي نُمُو وَتَطْوِيرِ المُجْتَمَعِ. وَهَذَا الأَمْرُ لَا يُمْكِنُ أَنْ يَحْدُثَ دُونَ أَنْ تُتَمَتَّعَ تِلْكَ النِّتَاجَاتِ وَالمُخْرَجَاتِ التَّعْلِيمِيَّةِ بِمَسْتَوَى عَالٍ مِنَ الوَعْيِ الصِّحِّيِّ بِمَا يَجْعَلُهَا قَادِرَةً عَلَى العُطَاءِ وَالإِسْهَامِ فِي التَّنْطُوبِ وَالتَّغْيِيرِ. وَهَذَا مَا يَتَّفَقُ مَعَ مَا أَشَارَ إِلَيْهِ شَيْفِي، جَرِيْس، بَان، جَمِيل، لَالِيْنَا وَهَالُوِيْش (Shive, Grace, Yin, Jamil, Lalitha, Parameswaran & Halowich, 2007) مِنْ أَنَّ التَّنْدَوَاتِ الثَّقَافِيَّةِ وَالصِّحِّيَّةِ وَالمُطَالَعَةَ الذَّاتِيَّةِ أَحَدَ أَهْمِ مَصَادِرِ الحُصُولِ عَلَى المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ وَالَّتِي جَبِبَ عَلَى المُوَسَّسَاتِ الفَاعِلَةِ فِي المُجْتَمَعِ، وَمِنْهَا المَدَارِسُ وَالجَامِعَاتُ وَمِرَاكِزُ البَحْثِ العِلْمِيِّ، أَنْ تُدرِجَهَا ضَمْنَ خَطِّطِهَا لِوِاجِهَةِ تَدْنِي مَسْتَوَى الوَعْيِ الصِّحِّيِّ بَيْنَ الأَفْرَادِ.

خامساً: الزيارات المستمرة للمراكز الصحية: جاء مصدر الزيارات المستمرة للمراكز الصحية كمصدر من مصادر المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ فِي المَرْتَبَةِ الخَامِسَةِ بِمُتَوَسِّطٍ وَانْحِرَافٍ (٠,٧٢±١,٩١) وَبِنِسْبَةِ مِئْوِيَّةٍ (٦٣,٩٥٪). وَهَذَا يَتَّفَقُ مَعَ مَا تَوَصَّلَ إِلَيْهِ (الجفري، ٢٠٠٧) مِنْ وَجُودِ تَدْنِي لِدَوْرِ المِرَاكِزِ الصِّحِّيَّةِ كَمَصْدَرٍ مِنَ مَصَادِرِ المَعْلُومَاتِ الصِّحِّيَّةِ لِدَى الطَّلِبَةِ، مَعَ ضَرُورَةِ الأَخْذِ بِعَيْنِ الإِعْتِبَارِ أَنَّ المِرَاكِزِ الصِّحِّيَّةِ يَكُونُ دَوْرُهَا الأَسَاسِيَّ هُوَ العُلَاجُ إِلاَّ أَنْ وَزَارَةَ الصِّحَّةِ الأُردُنِيَّةِ وَمِنْ خِلَالِ خَطِّطِهَا الإِسْتِرَاتِيْجِيَّةِ الصِّحِّيَّةِ لِلأَعْوَامِ (٢٠٠٨-٢٠١٢) وَالَّتِي رَكَزَتْ فِيهَا عَلَى الوُقَايَةِ وَالتَّوعِيَةِ بِالأمْرَاضِ وَأَسْبَابِهَا وَالعَوَامِلِ المُؤَدِيَّةِ إِلَيْهَا، مِنْ خِلَالِ الحِفَاظِ عَلَى الصِّحَّةِ العَامَةِ بِتَقْدِيمِ الخُدْمَاتِ الصِّحِّيَّةِ الوُقَايَةِ وَالعِلَاجِيَّةِ، وَذَلِكَ عَنِ طَرِيقِ القِيَامِ بِإِصْدَارِ نَشْرَاتٍ تَوْعُوبِيَّةٍ مُوَجَّهَةٍ إِلَى مُخْتَلَفِ قِطَاعَاتِ الشَّعْبِ، إِضَافَةً إِلَى أَهْمِ القَضَايَا الإِسْتِرَاتِيْجِيَّةِ وَالَّتِي تَعْمَلُ عَلَى مَعَالِجَتِهَا تِلْكَ الإِسْتِرَاتِيْجِيَّةِ الصِّحِّيَّةِ هِيَ: تَعزِيزُ أَسْبَابِ الحَيَاةِ السَّلْوَكِيَّةِ الصِّحِّيَّةِ لِأَفْرَادِ المُجْتَمَعِ، (وَزَارَةُ الصِّحَّةِ الأُردُنِيَّةِ، الخُطَّةُ الإِسْتِرَاتِيْجِيَّةِ الصِّحِّيَّةِ لِلأَعْوَامِ ٢٠٠٨-٢٠١٢).

وقد يعزى انخفاض اعتماد الطلبة على هذا المصدر في الحصول على المعلومات الصحية على الرغم من تقديمها على شكل نشرات توعوية تبعاً للإستراتيجية الصحية الأردنية (٢٠٠٨-٢٠١٢) هو سهولة الحصول على تلك المعلومات من مصادر أكثر سهولة كما ثبت من نتائج الدّراسة وهي وسائل الإعلام.

سادساً: أولياء الأمور: فيما يتضح أيضاً أن أولياء أمور الطلبة كمصدر من مصادر المعلومات الصحية قد جاء في المرتبة الأخيرة، بمتوسط وانحراف ($0,90 \pm 0,73$) وبنسبة مئوية (١٣,٦٠٪) وقد يعود حصول هذا المصدر على المرتبة الأخيرة، إلى تفوق المصادر الأخرى، وإلى طبيعة عينة الدّراسة، التي من مميزات زيادة اعتماد الشّباب على أنفسهم في تسيير أمور حياتهم. هذا إضافة إلى أن طبيعة التّغير الذي طرأ على حياة الشّباب في عصر الإنترنت وتكنولوجيا المعلومات، جعلهم مقبلين على مصادر أخرى والتي من أهمها الإنترنت ووسائل الإعلام بشكل عام. وهذا ما لا يتفق مع ما توصل إليه الجفري (٢٠٠٧) من حصول أولياء الأمور كمصدر من مصادر المعلومات الصحية على المرتبة الثانية، لدى عينة من طلاب المملكة العربية السّعودية، وقد يعود ذلك الى الاختلاف والتباين بين المجتمع الأردني وغيره من المجتمعات.

فيما يمكن أن يعزى أيضاً انخفاض تأثير أولياء الأمور كمصدر من مصادر المعلومات الصحية إلى التّغيرات الإجماعية والإقتصادية الكبيرة التي طرأت على المجتمع الأردني، ومنها الزّيادة في إقبال المرأة الأردنية على دخول سوق العمل (Droeber, 2005) وقيام ربّ الأسرة بممارسة أكثر من عمل واحد لكي يستطيع مواجهة غلاء المعيشة، وبالتالي يمكن أن يكون إنشغال الأب والام في العمل لمواجهة أعباء الحياة اليومية ولطبيعة سن عينة الدّراسة ولقوة وسائل الإعلام في أن جاء اعتمادهم على أولياء الأمور كمصدر من مصادر المعلومات الصحية في مرتبة متدنية.

الاستنتاج والتوصيات

في ضوء نتائج الدّراسة ومناقشتها يستنتج الباحثون أن مستوى الوعي الصحي لطلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن عال، والى وجود أثر لكل من الجنس والمستوى الدّراسي والتفاعل بينهما على مستوى الوعي الصحي، وان أكثر المصادر والتي يستمد منها طلبة جامعة البلقاء التطبيقية المعلومات الصحية تتمثل في وسائل الإعلام المختلفة، وأقلها اعتمادهم على أولياء الأمور، وفي ضوء ذلك يوصي الباحثون بالتوصيات التالية:

١. تفعيل مستوى النّشاطات الرياضية الموجهة لتنمية وتعزيز الصّحة بين الطّلبة وإيجاد

البيئة اللازمة لذلك، وإلى ضرورة إدراج بعض المواد الخاصة بالصحة والغذاء ضمن متطلبات الجامعة الإجبارية للحصول على درجة البكالوريوس.

٢. إيجاد تعاون بين إدارات الجامعات ووزارة الصحة ووزارة الإعلام لتفعيل مستوى البرامج الصحية والتوعوية الموجهة لقطاع الشباب الجامعي وإشراك الطلبة فيها.

٣. ضرورة إجراء دراسات دورية للتعرّف على التغيرات في مستوى السلوك الصحي للطلبة، ثم القيام بإجراء دراسات مقارنة مع الجامعات الأردنية الأخرى.

المراجع

جابر، محمود فتحي محمود (٢٠٠٣). مستوى سلوكيات الصحة بين الطلبة في الجامعة الفلسطينية في الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

الجفري، علي عبدالله (٢٠٠٧). مصادر الحصول على المعلومات الصحية ومستوى الوعي الصحي وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة الرياض بالملكة العربية السعودية. المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة. كلية التربية الرياضية للبنين بالهرم، جامعة حلوان، (٥٢)، ٢٤٠-٢٦٥.

خطابية، عبدالله محمد ورواشدة، إبراهيم فيصل (٢٠٠٣). مستوى الوعي الصحي لدى طالبات كليات المجتمع الحكومية في الأردن. مجلة العلوم التربوية والدراسات الإسلامية ٤(١)، ٢٦٠-٢٩٢.

عبد الرزاق، مدحت قاسم (٢٠٠٨). المفاهيم الصحية وممارسة السلوك الصحي عند الناشئين في الاندية الرياضية. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر الاقليمي الرابع للمجلس الدولي للصحة والتربية البدنية والترويح والرياضة والتعبير الحركي لمنطقة الشرق الاوسط: المنعقد في الفترة الواقعة ما بين ١٥-١٧ / ١٠ / ٢٠٠٨ في كلية التربية الرياضية للبنين، جامعة الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.

العرجان، جعفر فارس (٢٠٠٧). اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ومستويات دهون الدم لدى الأطفال الأردنيين من (١٢ - ١٥) سنة. الدورية السعودية للطب الرياضي، ٨(١)، ٣٦-١٤.

العرجان، جعفر فارس (٢٠٠٧). أثر المستوى الاجتماعي الإقتصادي على نسبة الشحوم في الجسم لدى الأطفال الأردنيين من سن (١٤-١٥) سنة. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي الدولي الثاني: المستجدات العلمية في التربية البدنية والرياضة، والمنعقد في ٩-١٠ / ٥ / ٢٠٠٧ في كلية التربية الرياضية، جامعة اليرموك، إربد، الأردن، ١١١-١٨٠.

العرجان، جعفر فارس (٢٠٠٨). الشباب الجامعي ودوره في التغيير. ورقة علمية مقدمة للمؤتمر الثقافي الثاني: المنعقد في الفترة الواقعة ما بين ١-٢ / ٤ / ٢٠٠٨ في جامعة

العرجان، جعفر فارس (٢٠٠٩). انتشار السممة والوزن الزائد والنقص في الوزن لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن. مقبول للنشر، دراسات، الجامعة الاردنية، ٤٠(١)، رقم المخطوط (١أخ-٧-٢٠٠٩).

العرجان، جعفر فارس (٢٠١٠). **المستوى الاجتماعي الاقتصادي وعلاقته بعوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى عينة من الرجال الأردنيين**. مقدم للنشر، مجلة أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، اردن. الاردن.

العرجان، جعفر فارس (٢٠١٠). **التباين في مؤشر كتلة الجسم والمرحلة العمرية وتأثيرهما على عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية لدى الرجال الأردنيين**. مجلة جامعة النجاح للابحاث (العلوم الإنسانية)، ٢٤(٢)، ٥٣٩-٥٦٣.

العرجان، جعفر فارس والكيلاني، غازي محمد خير (٢٠٠٦). **مؤشرات النمو الهيكلي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال الأردنيين من عمر (٧-١٥) سنة**. المؤتمر العلمي الدولي الخامس: علوم الرياضة في عالم متغير، والمنعقد في ١٠-١١/٥/٢٠٠٦ في كلية التربية الرياضية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، ١، ١٣١-١٥٧.

العرجان، جعفر فارس وذيب، ميرفت عاهد (٢٠٠٨). **مركز التحكم واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الأطفال الاردنيين بعمر (١٤-١٥) سنة**. المؤتمر العلمي الدولي الرياضي الأول: نحو مجتمع نشط لتطوير الصحة والاداء، والمنعقد في الفترة الواقعة مل بين ١٤-١٥/٥/٢٠٠٨ في كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، الجامعة الهاشمية، الأردن، ٢، ٣٨٩-٤٠٧.

القدومي، عبد الناصر (٢٠٠٥). **مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الاندية العربية للكرة الطائرة**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، ٨(١)، ٢٢٣-٢٦٣.

القدومي، عبد الناصر وزايد، كاشف (٢٠٠٩). **مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس**. ملخصات المؤتمر الرياضي العلمي الفلسطيني الأول: نحو بناء استراتيجية تكاملية للنهوض بالرياضة الفلسطينية، والمنعقد في ٢٩-٣٠/٤/٢٠٠٩ في جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، نابلس.

وحدة القبول والتسجيل جامعة البلقاء التطبيقية (٢٠٠٨).

وزارة الصحة الاردنية (٢٠١١). **الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة**. تم استرجاعه بتاريخ ٢٢ كانون الثاني ٢٠١١ من موقع وزارة الصحة الاردنية الإلكتروني: http://moh.gov.jo/ MOH/Files/National_Health/Health%20Strategic%20.pdf

Abolfotouh, M., Bassiouni, F., Mounir, G. & Fayyad, R. (2007). Health-related lifestyles and risk behaviours among students living in Alexandria University hostels. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(2), 376-391.

- Abu Baker, N. & Daradkeh, S. (2010). Prevalence of overweight and obesity among adolescents in Irbid governorate Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(6), 657-662.
- Afifi, R. , el kak, S., Faysal, S., Major, D. & Rouhana, A. (2003). Changes in Health-Related Attitude and Self-Reported Behaviour of Undergraduate Students at the American University of Beirut Following a Health Awareness Course. *Education for Health*, 16(3), 265 – 278.
- Ajlouni, K., Jaddou, H. & Batiha, A. (1998). Obesity in Jordan. *International Journal of Obesity*, 22(7), 624-628.
- Allgower, A., Warde, J., Steptoe, A. (2001). Depressive Symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
- Amery, D., Deborah. W., Begoray, L., Marjorie, M., Higgins, J., Frankish, J., Fung, K. & Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot. Int*, 25(4), 444-452.
- Baranowski, T., Davis, M., Resnicow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Lin, L., Smith, M. & Wang, D. (2000). Gimme 5 fruit, juice, and vegetables for fun and health: Outcome evaluation. *Health Education and Behavior*, 27(1), 96-111.
- Borra, S. & Bouchoux, Ann. (2009). Effects of science and the media on consumer perceptions about dietary sugars. *J. Nutr.* 139(6), 1214S-1218S.
- Droeber, J. (2005). *Dreaming of change: Young middle class women and social transformation in Jordan*. Leiden, Netherlands: USA. Brill Academic Publishers.
- Freeman, M. (2010). Nutrition and psychiatry: Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 244-246.
- Gaio, D., Samuel, J., Julio, C., Beatriz, H. & Simone, T. (2010). Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health Promotion International*, 25(4), 425-434.
- Gottlieb, R. & Rogers, J. (2004). Readability of health sites on the internet. the international. *Electronic Journal of Health Education*, 7, 38-42.
- Gray, N., Nicola, J., Jonathan, D., Klein, P., Noyce, R., Tracy, S. Sesselberg, J. & Cantrill, A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Soc Sci Med*, 60(7), 1467-1478.

- Haddad, L., Owies, A. & Mansour, A. (2009). Wellness appraisal among adolescents in Jordan: a model from developing country: a cross-sectional questionnaire survey. *Health Promotion International*, 24(2)130-139.
- Jaddou, H., Bateiha, A. & Ajlouni, K. (2000). Prevalence, awareness and management of hypertension in a recently urbanised community, eastern Jordan. *J. Hum. Hypertens*, 14(8), 497-501.
- Khoury, S., Massad, D., Fardous, T.(1999). Mortality and causes of death in Jordan 1995- 1996: assessment by verbal autopsy. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8),641-50.
- Kolodinsky, J., Harvey-Berino, J., Berlin, L., Johnson, R. & Reynolds, T. (2007). Knowledge of current dietary guidelines and food choice by college students: better eaters have higher knowledge of dietary guidance. *J Am Diet Assoc*, 107(8), 1409-1413.
- Leshabari, M. & Kaaya, S. (1997). Bridging the information gap: sexual maturity and reproductive health problems among youth in Tanzania. *Health Transition Review, Supplement*, 3(7), 29-44.
- Masterson, C., Liam, S., Robert, H., & Miranda, J. (2010). Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. *Rev Panam Salud Publica*, 28(1), 1-8.
- Mullen, J., Daniel, L., Davenport, M., Hutter, P., Hosokawa, W., Henderson, S., Khuri, I & Donald, W. (2008). Impact of Body Mass Index on Perioperative Outcomes in Patients Undergoing Major Intra-abdominal Cancer Surgery. *Ann. Surg. Oncol*, 15(8), 2164- 2172.
- Nsoor, M., Mahfoud, Z., Kanaan, M. & Balbeissi, A. (2008). Prevalence and predictors of nonfatal myocardial infarction in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(4), 818-830.
- Parcell, G., Keider, S. & Basen, K. (2000). *The school as a setting for health promotion*. In B.D. Poland, L.W. Green, & I. Rootman (Eds), *Settings for health promotion: Linking theory and practice*. thousand oaks California: Sage Publications.
- Phongsavan, P., Ayoade, O., Drew, H., Adrian,I., Ben, J., Gauden, G. & Jack C. (2005). Health behaviour and lifestyle of Pacific youth surveys: a resource for capacity building. *Health Promot. Int*, 20(3), 238-248.
- Sakamaki, R., Toyama, K., Amamoto, R., Liu, C. & Shinfuku, N. (2005). Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students—a cross sectional study. *Nutr J*, 4(4), 1-5.

- Sallis, J., Calfas, K., Nichols, J., Sarkin, J., Johnson, M., Caparosa, S., Thompson, S. & Alcaraz, J. (1999). Evaluation of a university course to promote physical activity: Project GRAD. (Graduate Ready for Activity Daily). *Research quarterly for exercise and sport*, 70(1), 1–10.
- Shafer, E. (2010). The effect of marriage on weight gain and propensity to become obese in the african American Community. *Journal of Family*, 31(9), 1166-1182.
- Shahar, S., Hanis, M., Tang, S., Ayiesah, R. & Roslina, A. (2008). Changes in nutritional, functional status and quality of life of copd out-patients after a pulmonary rehabilitation programme in HUKM: a Pilot Study . *Mal J Nutr*, 14(2), 151 – 162.
- Shive, S., Grace, X., Yin, T., Jamil, I., Lalitha, Parameswaran, I. & Halowich, J. (2007). Asian American subgroup differences in sources of health information and predictors of screening behavior. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(2), 112-127.
- Tayyem, R., Bawadi, H. and Salameh, M. (2008). Dietary and physical activity profiles of a sample of college students in Jordan. *Jordan Journal of Agricultural Sciences*, 4(1), 52-64.
- Ulla Díez, S. & Pérez-Fortis, A. (2010). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot. Int*, 25(1), 85-93.
- Wardle, J., Steptoe, A., Bellisle, F & Davou, P. (1997). Health dietary practice among European students. *Health Psychology*, 16(5), 443-450.
- Zeng, Q., Kogan, S., Plovnick, R., Crowell, J., Lacroix, E. & Greenes, R. (2004). Positive attitudes and failed queries: an exploration of the conundrums of health information retrieval. *International Journal of Medical Informatics*, 73(1), 45–55.
- Zindah, M., Belbeisi, A., Walke, H. & Mokdad, A.(2008). Obesity and Diabetes in Jordan: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Prev Chronic Dis*, 5(1), 1-8.