مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 28، العدد 11: 2020.
Journal of University of Babylon for Humanities, Vol.(28), No.(11): 2020.

الثقافة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية :دراسة اجتماعية ميدانية لدى طلبة كلية الآداب جامعة بغداد

صالح رحمن عبد
قسم علم الاجتماع/ كلية الآداب/ جامعة بابل
srabid_2020@gmail.com

معلومات البحث
تاريخ الاستلام : 29 / 9 / 2020
تاريخ قبول النشر:14 /10/ 2020
تاريخ النشر: 10/12/ 2020

المستخلص

يُعدّ موضوع الثقافة الصحية في وقتنا الحالي محورًا أساسيًا في توفير الوعي الصحي للأفراد في المجتمعات المتقدمة. ولكن في المجتمعات العربية لا يعدو المفهوم مجرد كونه حبرًا على ورق، والسبب في كل هذا هو قلة التواصل بين مجالات وميادين المؤسسات الاجتماعية والصحية. وهو الأمر الذي جعل من هذا المفهوم يشكل معيارًا رئيسيًا لتوسيع الوعي الصحي للأفراد وإدراكهم لأهمية الصحة ومعرفة ما يضرهم وما ينفهم من المعلومات الصحية المتعلقة بمجالات الجسم، إذ يرى الباحثون في مجال علم الاجتماع الطبي أن وعي الفرد في عصرنا الحالي يمتاز بضعف في معرفة مجالات الصحة، وهذا الأمر راجع لبيئة وثقافة وتربية لا تشجع الأفراد على الالتزام بما نعرفه عن الثقافة الصحية.

الكلمات الدالة: الثقافة، الصحة، الوعي الصحي.

Hygienic Education and its Relation to some Social Variables: An Empirical Sociological Study of the Students of the College of Arts, University of Baghdad

Salih Rahman Abid
Department of Sociology/ College of Arts/ University of Babylon

Abstract

The topic of Hygienic Education today is considered a major focus in providing health awareness to individuals in developed societies. But in Arab societies, the concept is nothing more than a mere ink on paper, and the reason for all this is the lack of communication between the fields and fields of social and health institutions. Which has made this concept a major criterion for expanding individuals' health awareness and awareness of the importance of health, knowing what harms them and what they understand from health information related to areas of the body, as researchers in the field of medical sociology see that the individual's awareness in our time is characterized by a weakness in the knowledge of health areas, This is due to an environment, culture and education that does not encourage individuals to adhere to what we know about healthy culture.

Keywords: Culture, Health, Health Awareness.

by University of Babylon is licensed under a Journal of University of Babylon for Humanities (JUBH)
Creative Commons Attribution 4.0 International License

المقدمة

يرتبط علم الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية ارتباطًا وثيقًا، وهذا ما جعل الكثير من علماء الصحة يعدونه علمًا من العلوم الاجتماعية، ويؤكدون أهمية دراسة العلوم الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة الصحة العامة، إذ تطور علم الصحة العامة مع بداية القرن الحادي والعشرين في اتجاه يحول فلسفته من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع ككل. وعلى هذا الأساس فإنّ الثقافة الصحية تلعب دورًا مهمًا في خلق بيئة صحية من خلال إيجاد مجتمع متفهم للأخطار التي تواجهه والعمل على تنفيذ برامج الوقاية والتخفيف من خطر الأمراض العامة السارية أو المحتملة المعدية أو غير المعدية، الجسمية البيولوجية والعقلية والنفسية أو غيرها من الأمراض الأخرى، فضلًا عن اتباع الطرق والأساليب الصحية الناجحة لتفادي الإصابة بتلك الأمراض والأخطار الصحية وتحقيق قدر مناسب من التعاون مع جميع مؤسسات المجتمع لتوضيح أبعاد ومخاطر الأمراض والأوبئة أو الأزمة الصحية. ومن هنا فأن هذا البحث ضم ثلاث فصول هي: **المبحث الأول** احتوى على مشكلة البحث، وأهميته، وهدفه، ومفاهيمه الرئيسة. **والمبحث الثاني:** احتوى على نظرة تاريخية لمفهوم الثقافة الصحية، ومجالات الثقافة الصحية، ووسائل تحقيق الثقافة الصحية، وأهداف الثقافة الصحية، والتثقيف والتواصل الصحي، أما **المبحث الثالث:** فضم الاستنتاجات والتوصيات، وفي نهاية المطاف ثبت بمصادر البحث.

المبحث الأول:عناصر البحث الأساسية

أولًا: مشكلة البحث: بعد إطلاع الباحث على الكثير من المصادر العلمية والدراسات السابقة، وجد أن هناك قصورًا كبيرًا في توعية الأفراد بمحددات أو معايير الثقافة الصحية والوعي الصحي من جهة، ومن جهة أخرى وجد هناك ضعفًا في توفير الخدمات الصحية للأفراد نظرًا للأخطار التي تهدد حياة الإنسان وصحته وتزايد الأمراض بشكل غير ملحوظ. وعلى هذا الأساس تعد الثقافة الصحية مجالًا حيويًا في تنشيط وتطوير الوعي الصحي للأفراد وخاصة في الجانب التثقيفي والوقائي الموجه لهم بشكل خاص، حيث أنّ الثقافة الصحية تشمل جميع متغيرات الحياة الاجتماعية كالصحة والبيئة، لأن صحة أفراد المجتمع وخاصة في المجال الوقائي هي مسؤولية المؤسسات المعنية، وهذا يقتضي المشاركة الفعالة من قبل جميع مؤسسات المجتمع كالأسرة والمدرسة والإعلام والجامع، وغيرها، في تحديد المشاكل والمطالب الصحية من جهة، ومشاركة أفراد المجتمع أنفسهم في تحديد حاجاتهم ومشاكلهم ومطالبهم الصحية وإيجاد الحلول المناسبة لها من جهة أخرى، ولهذا فعن طريقة غرس الثقافة الصحية في إذهان الأفراد فإنهم يصبحون قادرين على تفهم وإدراك حاجاتهم لهذه المعلومات لمعرفة وضعياتهم الصحية وتفسيرها تفسيرًا علميًا ملائمًا. ومن ثم يصبح الأفراد قادرين على تحويل وتغير السلوكيات والاتجاهات والعادات الصحية من حالتها السلبية إلى حالتها الإيجابية، وهذا ما يشكل لديه وعيًا صحيًا بأهمية الحفاظ على صحته.

ثانيًا: أهمية البحث: تعد الثقافة الصحية محورًا مهمًا وأساسيًا في تنمية الوعي والتثقيف الصحي للأفراد، لأن الثقافة بشكل عام هي نتائج مجموعة من العادات والتقاليد والأعراف والمعايير التي تركز جميعها على الاهتمام بصحة الفرد بدًا من محيطه الشخصي وحتى محيطته الخارجي. حيث أنّ العلاقة بين الثقافة والصحة هي علاقة قائمة على مدى توفير المعلومات الصحية للأفراد، فضلًا عن مدى تطوير وإدراك الوعي الصحي لهم، لأن الصحة العامة تتمثل بمكافحة الأمراض المعدية وتنظيم خدمات المؤسسات الصحية مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية والعمل على الاهتمام بالصحة

لتمكنوا من الحصول إلى حقهم المشروعة في الحياة، وهذا ما يدخل في إطار يسمى تنمية الثقافة الصحية للأفراد المجتمع.

وفي ظل ما هو معروف لدى العالم كله من انتشار فيروس كورونا [كوفيد-19]Covid_19، وغياب علاج فعال له إلى وقتنا هذا، نجد أن المؤسسات والمنظمات الصحية العالمية بشكل عام ومؤسسات الصحة العراقية بشكل خاص قد قامت ببرامج التوعية الصحية بأخطار هذا الفيروس والحد من انتشاره، حيث عبرت تلك البرامج على نشر الوعي الصحي والتأكيد على أهمية تلاحم الجميع للحفاظ على صحة الأفراد، والعمل على مواجهة هذا المرض أو الفيروس العالمي، لذلك كان للثقافة الصحية دور مهم في نشر الوعي الصحي بشكل واسع وخاصة أنَّ هذا الدور يأتي عن طريق التنشئة الاجتماعية السليمة لأفراد المجتمع.

ثالثًا: أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى:

1) التعرف على أنّ الثقافة تشكل جميع العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على صحة والمرض وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الاجتماعية وعادات النظافة.
2) إثارة اهتمام الباحثين في مجال علم الاجتماع الطبي وخاصة من خلال اهتمامهم ومتابعتهم لبرامج التوعية والتثقيف الصحي والتي جاءت بالدرجة الأولى حول مخاطر انتشار الأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم وغيرها، والأمراض المعدية كفيروس كورونا [كوفيد-19]Covid_19 والأنفلونزا الوبائية وغيرها، والأمراض الخطيرة كأمراض السرطان (Cancer) والقلب والرئة وتصلب الشرايين وغيرها، وكذلك الأمراض السارية أو المحتملة المعدية أو غير المعدية، الجسمية البيولوجية والعقلية والنفسية أو غيرها من الأمراض.
3) معرفة أهمية الثقافة الصحية لما لها من دور مهم في توسيع الوعي الصحي للأفراد بمخاطر الأفراد المنتشرة في الوقت الحالي.
4) معرفة وسائل تحقيق الثقافة الصحية كالإعلام والتلفاز والصحف وغيرها التي تعد الوسيلة لتوصيل الرسالة الصحية للأفراد والتي تساعدهم على معرفة الكثير من المعلومات عن انتشار الأمراض والحد من أنتشارها ومواجهتها.
5) التعرف على أهمية الثقافة الصحية في ظل جائحة كورونا [كوفيد-19] Covid_19.

رابعًا: مفاهيم البحث:

1) **الثقافة:** يعد الأنثروبولوجي الإنكليزي إدوارد تايلور أول من قدم تعريفًا للثقافة، فهو يعرفها بأنها ذلك المركب الذي يشتمل على المعرفة والمعتقدات، والأخلاق، والقانون، والعرف، وغير ذلك من الإمكانيات أو العادات التي يكتسبها الإنسان بلحاظ أنه عضو في المجتمع[1].

وعرف روسك الثقافة بأنها الطريقة التي يطورها كل مجتمع لكي يواجه حاجاته الأساسية من أجل البقاء واستمرارية الأجيال وكذلك من أجل تنظيم التجربة الاجتماعية[2].

ويعرف الباحث الثقافة (Culture) إجرائيًا: بأنَّها مجموع ما يمتلكه الإنسان من قيم ومعتقدات وتقاليد نتيجة عيشهم في مجتمع ما وما ينطوي هذا المجتمع عليه من عادات وتقاليد وثقافات أو عن طريق تعلمهم من الأخرين أو عن طريق التنشئة الاجتماعية.

2) **الصحة:** عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة (WORLD HEALTH ORGANIZATION) بأنها: حالة التكامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي التي تتكون لدى الإنسان، نتيجة الخلو من الأمراض المختلفة التي تعيق ممارسة نشاطه الطبيعي في المجتمع[3].

كما تعرف الصحة (Health) أيضًا: بأنها قدرة الفرد صحياً على التفاعل مع ظروف البيئة الاجتماعية المختلفة، وتمكينه من أداء وظائفه بشكل فاعل وفقًا لمقتضيات محيطه الاجتماعي الذي يعيش فيه[4].

3) **الثقافة الصحية:** تعرف الثقافة الصحية بأنّها: عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة.

فالتثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم، أو إمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، ومن ثمّ رفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضاعفاته والمعروف أن العادة هي سلوك مكتسب بالتعليم والإنسان يكتسب عاداته ولا يرثها، والصحة هي محصلة عوامل أهمها العادات الصحية، إضافة إلى العوامل الوراثية التي يعيش بها الإنسان لذلك فالتثقيف الصحي: هو عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة، والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به[5].

وعرفت الثقافة الصحية بأنها قدر من المعارف والاتجاهات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الصحية بهدف مساعدة الفرد على ممارسة السلوكيات واتخاذ القرارات المناسبة وتصحيح المعتقدات الخطأ المنتشرة في مجتمعه المحلي حيال المشكلات والقضايا الصحية[6].

كما تعرف الثقافة الصحية أيضًا بأنها عملية تحفيز الأفراد وإقناعهم لتعلم ممارسة صحية صحيحة أو عملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى سلوكية صحية سليمة تودي إلى رفع المستوى الصحي لديهم باتباع الأساليب التربوية المتنوعة[7].

وعليه عَرَّف الباحث الثقافة الصحية (Health Culture) إجرائيًا: بأنها محصلة جميع المعلومات والمواقف والمهارات والتجارب والبرامج الصحية التي تعلمها أو اكتسبها الفرد من محيطه الشخصي أو محيطة الخارجي كالمؤسسات والمنظمات الصحية والاجتماعية أو وسائل الاتصال المباشر أو غير المباشر، فأن الهدف من هذا المعلومات والبيانات هو الوقاية من الأمراض والأخطار المزمنة.

4) **الوعي الصحي:** عُرِّف الوعي الصحي: بأنّه وسيلة إدراك الأفراد بأهمية الحياة الاجتماعية والحفاظ عليها من الأخطار أو الأمراض المزمنة، ولهذا فإن الوعي الصحي يعد من أهم العناصر ومبادئ الثقافة الصحية في حث الأفراد على نقل المعلومات الصحية إلى الناس بصورة سليمة ومفهومه، كما أنه المعيار المهم في عملية تغير سلوكيات الأفراد تجاه الأمور الصحية التي تؤثر على حياتهم اليومية، الأمر الذي يدفع به إلى تغيير المجتمع، فالوعي الصحي هو مسؤولية كل موظف وعامل في مجالات الخدمة الصحية الأولية أو الثانوية لأجل حث الأفراد على الوقاية من الأمراض الخطرة[8].

وعرف الوعي الصحي (Health Awareness) أيضًا: بأن قدرة الفرد على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها الفرد والتي من خلالها يستطيع المحافظة على صحته في حدود الإمكانات المتاحة[9].

المبحث الثاني: مدخل لتاريخ الثقافة الصحية

أولًا: نظرة تاريخية لمفهوم الثقافة الصحية:

مرت الثقافة الصحية بثلاث مراحل تاريخية هي:

1) **المرحلة الأولى:** في هذه المرحلة كانت عملية غرس وحث الأفراد على النظافة والحماية من الأمراض الخطرة متوفقة فقط على جزء قليل من الكوادر الطبية. حيث كانت هذه الكوادر هي الهدف الأساس والرئيسي في عملية نقل الكثير من الإرشادات الطبية والصحية في كل مكان وزمان. مما لا شك فيه أنَّ الثقافة الصحية كانت في هذه المرحلة محدودة المعلومة أي أنها محصورة فقط على الكوادر الطبية غير أن ما يتم نقله للأفراد عن هذه الثقافة فقط تلك التي تحيط بالمريض، لأجل ترشيده بكيفية استعمال الدواء بتحديد الكمية والجرعات، وتحديد علاقته وتعامله مع أنواع من الطعام كالامتناع عن تناول أنواع كثيرة من الطعام، فضلاً عن تحديد النشاط الجسمي والذهني والعقلي كالقيام ببعض الحركات الرياضية والأعمال البدنية. وعليه فقد كانت عملية غرس الثقافة الصحية في إذهان الأفراد تتم فقط عن طريق الطبيب لكونه المرسل أو الناقل الرئيسي فيها، أما دور المريض فكان محصورًا فقط في فهم الرسالة وتنفيذ ما جاء بها من تعليمات مع الافتراض بجهله الكامل أو شبه الكامل مما لا يستدعي الأمر التوسع وبالتالي المشاركة[10].
2) **المرحلة الثانية:** في هذه المرحلة لم تقع مسؤولية الطبيب وحده في عملية نقل وغرس الثقافة الصحية، بل أصبح هناك الكثير من الأطباء المسؤولين عن هذه المهمة نتيجة لتطور الذي حصل في مجال الطب والصحة. حيث ظهرت في هذه المرحلة الكثير من المهن الطبية المساعدة في عملية نقل الثقافة الصحية كالممرضات، ومراقبي الصحة، وفنيي المختبرات وغيرهم. بالإضافة إلى ذلك أصبح المريض وحده هو المعين بالحصول على الثقافة الصحية، بل بعض الفئات المجتمع وخاصة المعرضة للخطر. ومع ذلك بقيت الكوادر الصحية هي التي تحدد ما يجب على الناس أن يفعلوه تجاه صحتهم ومرضهم، وهم أصحاب الحق في تحديد احتياجات الناس وأولويات مشاكلهم الصحية والوسائل الملائمة التي يجب عليهم اتباعها؛ وذلك لأنّ فعاليات التثقيف الصحي كانت عشوائية لم ترقَ إلى مستوى خطة مدروسة وبرامج منتظمة شاملة، تتناول بحث جميع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية التي تحيط بالأفراد[11].
3) **المرحلة الثالثة:** نتيجة التطورات المذهلة في مجالات الحياة في العلوم، والصحة، والأعلام، والتعليم، والبيئة، والاقتصاد، وظهور الكثير من الطاقات الفكرية والذهنية للأفراد، أصحبت عملية نقل الثقافة الصحية ليست محصورة فقط على الكوادر الطبية والصحية من جهة، والممرضات والمراقبين في المختبرات من جهة أخرى، بل أصحبت عملية مشتركة تشترك بها كافة المؤسسات الاجتماعية كالمدرسة والأسرة والأعلام والجامع وغيرها. حيث إنّ الأفراد في هذه المرحلة انتقلوا من مرحلة أخذ الثقافة الصحية من الكوادر الطبية إلى مرحلة رسم الحياة وخططها حسب معالم وجودهم في الحياة الإنسانية، ولا سيما أنهم أصحبوا قادرين على تحديد وسائل وطرق صحية لمنع حدوث الأمراض والمشاكل الصحية، وهذا الدور يؤدي قطعًا إلى منع الأسباب التي قد تولد أوضاعًا غير صحية تضطره لمراجعة المستشفيات والعيادات وهو من المؤكد قادر على منع حصولها[12].

ثانيًا: مجالات الثقافة الصحية: من أجل تحقيق أهداف التثقيف الصحي، وخلق وعي وإدراك لدى الأفراد بمسؤولياتهم من أجل المساهمة الفعالة في عملية تحسين وتوفير الشروط الصحة الإيجابية فأنه ينبغي العمل في جميع المجالات المختلفة المحيطة بالإنسان، وفي جميع أدوار ومراحل تطوره، ومختلف جوانب شخصيته الحياتية والثقافية والاجتماعية والمهنية، ومن أهم هذه المجالات هي:

1) **البيت الأسرة:** حيث يعمل التثقيف الصحي على:

أ. زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامة، والتغذية الصحية، ونظافة الماء، ونوعية الملابس، وساعات الراحة، واللعب، والنوم، والسهر.

ب. إتباع أفراد الأسرة لعادات صحية سليمة، وعدم ممارستهم عادات صحية سلبية مثل الشر من كأس واحد، أو استعمال منشفة مشتركة.

ت. ممارسة أفراد الأسرة أسس الوقاية من الأمراض، وسرعة معالجة المصاب.

ث. الاهتمام بصحية البيئة مثل مكافحة الحشرات وغيرها.

2) **المدرسة:** تلعب المدرسة دورًا رئيسيًا في حياة الفرد وتغيير اتجاهاته وسلوكياته، وغرس المبادئ والعادات والسلوكيات المرغوب فيها، فأنَّ المؤسسات العلمية والتربوية بمختلف مستوياتها من الروضة إلى المدرسة إلى الكليات الجامعية المتوسطة، فالجامعة تستطيع دعم ومؤازرة المؤسسات الصحية للوصول إلى أهدافها وتحقيق النجاح في جميع مجالاتها، ويمكن دور المدرسة في عملية التثقيف الصحي بما يلي:

أ. تعاون المدرسة مع أولياء أمور الطلبة لنقل الثقافة والتوعية الصحية إلى البيت.

ب. تعاون المدرسة مع المؤسسة الصحية لعقد ندوات صحية، وتشكل لجان خاصة للتثقيف الصحي، والعمل على تنظيم معارض بأحدث الوسائل التعليمية التوضيحية الخاصة بالثقافة الصحية.

ت. قيام الطلة بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النشرات الصحية.

ث. زيادة الاهتمام بالتربية البدنية والألعاب الرياضية.

ج. إشراك المعلمين في حملات مكافحة الأوبئة والأمراض السارية اعتمادًا على ثقافتهم وكفاءتهم الصحية واستعمالهم للأساليب التربوية الحديثة.

ح. تعليم الطلبة كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية ومبادئ الإسعافات الأولية، ليعملوا على تطبيقها عمليًا وعلى نقلها مجددًا إلى البيت والمجتمع.

3) **المجتمع:** تهيئ المجتمعات المتقدمة فرصًا عديدة للثقافة الصحية لأفرادها، ومن هذه الفرص النصائح والإرشادات التي يقدمها القائمون على الخدمات الصحية بالمجتمع والبرامج الصحية لتطبيقها في مختلف مجالات المجتمع مثل [المطاعم، والنوادي، والمقاهي، والمساجد، والمعسكرات] [13]. كما تتوفر به فرص كثير تؤثر في السلوك الصحي للأفراد كالخدمات الصحية وغيرها من النشاطات كون الثقافة الصحية باتت جزء لا يتجزأ من الثقافة العامة للمجتمع[14].

ثالثًا: وسائل تحقيق الثقافة الصحية: هي تلك الوسائل المستخدمة لتوصيل المعلومات والخبرات إلى جميع الناس، ويتطلب التثقيف والإرشاد الصحي أكفاء ذوي خبرة ومهارة ودراية بأسس التثقيف الصحي، وقادرين على التعبير والإيضاح، ووضع الحلول المناسبة للمشاكل التي تطرح عليهم. كما أنه يستلزم توفير وسائل وأساليب يستعملها المثقف الصحي، وهناك طريقتان يمكن للمثقف الصحي عن طريقها إيصال رسالة التثقيف الصحي وهما:

1) **الطريقة الأولى: الاتصال المباشر:** يعتمد الاتصال المباشر على شخصية المثقف الصحي وأسلوبه، ومهارته، وتدريبه، ويكون عادة بشكل مواجهة أو مقابلة بين مثقف وبين من يقدم لهم التوعية الصحية سواء كانت المواجهة فردية أو جماعية، فالمواجهة الفردية هي أن يلتقي المثقف الصحي بأي شخص آخر ويقدم له المعلومات، والأسس الصحية، وطرق الوقاية من الأمراض بأسلوب المحادثة الشفهية المواجهة، وعادة ما يكون هناك حوار ونقاش وطرح أسئلة والإجابة عليها.

أما المواجهة الجماعية فهي أن يلتقي المثقف الصحي مع مجموعة من الناس ويلقي عليهم محاضرة، أو ندوة، أو حوار، أو مناقشة حول أسس الرعاية الصحية، وأسس الوقاية من الأمراض[15].

2) **الطريقة الثانية: الاتصال غير المباشر:** وهي عملية اتصال المثقف الصحي بطريقة غير مباشرة مثل استخدام وسائل الإعلام المختلفة في الفضائيات، والتلفاز، والمذياع، والملصقات، والصور، والمعارض، وذلك لإبلاغ الرسالة التثقيفية الصحية إلى المجتمع، ومن هذه الوسائل:

أ- الوسائل السمعية والبصرية في الإذاعة والتلفزيون، وهي تعد من أفضل وسائل الإعلام والتثقيف الصحي لاستخدام غالبية الناس لها مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة والوضوح في الصورة، بالإضافة إلى الوقت المناسب لبثها.

ب- المصورات والملصقات: تشتمل على فكرة واحدة وتعلق في أماكن بارزة وواضحة هدفها تعليم الأفراد أسس الممارسة الصحية السليمة.

ت- المطبوعات: تشتمل على الكتب، والنشرات، والصحف، والمجالات ويجب أن تكون معلوماتها بسيطة مفهومة وأسلوبها شيق حتى تسهل قراءتها واستيعابها.

ث- استخدام الحاسوب: وهو استخدام الحاسوب وتقنياته المتعددة من شبكة الأنترنت وبرامجه مثل برنامج العرض التقدمي لتجهيز شرائح تحتوي على نصوص صحية، ورسوم بيانية، وصور وجداول، ورسومات وأشكال مختلفة وعرضها بواسطة شاشة جهاز عرض الحاسوب لمشاهدتها.

ج- المعارض: وهي اختيار عدد من المعلومات والنماذج والرسوم واللوحات، والصور، والمجسمات، والآلات التي تتعلق بقضايا صحية من واقع الحياة التي يعيشها الناس[16].

رابعًا: أهداف الثقافة الصحية: تهدف الثقافة الصحية إلى ما يأتي:

1) نشر المفاهيم والمعارف الصحية السليمة في المجتمع.
2) تمكين الناس من تحديد مشاكلهم الصحية واحتجاجاتهم.
3) مساعدة الناس في حل مشاكلهم الصحية باستخدام إمكاناتهم.
4) بناء الاتجاهات الصحية السوية.
5) ترسيخ السلوك الصحي السليم وتغيير الخاطئ إلى سلوك صحي صحيح.

ويبقى الهدف الأساس والنهائي للتثقيف الصحي هو:

أ. تحسين الصحة على مستوى الفرد والمجتمع.
ب. خفض حدوث الأمراض.
ت. خفض الإعاقات والوفيات.
ث. تحسين نوعية الحياة للفرد والمجتمع[17].

خامسًا: أهمية الثقافة الصحية في ظل جائحة كورونا [كوفيد-19]COVID_19:

رغم التطور في شتى مجالات الطب والصحة العامة، فأنَّ موضوع الثقافة الصحية شكل محـــورًا رئيسيًا في توعية أفراد المجتمع بأهمية وخطر انتشار الأمراض المزمنة. وأنّ الثقافة الصحية فـــي هـــذا الوقت أصبحت المطلب أو المقوم الاجتماعي والصحي الرئيسي في تعزيز الوعي الصحي والثقافـــة فـــي أذهان الأفراد حيث عن طريقها يتم إدراك الأفراد بخطورة الأمراض التي تصيبهم وتجعلهم غير قـــادرين على القيام بالمهام الاجتماعية. حيث أشارات الكثير من الدراسات الصحية والطبية إلى أنّ غياب الـــوعي والثقافة الصحية للأفراد شكل محورًا رئيسيًا في ظهور الكثير من الممارسات الصحية والطبية الضارة في حياتهم اليومية كانتشار الأمراض واستخدام العقاقير الغذائية غير الصحية وغيرها من المـــشاكل الطبيـــة والصحية. وعلى هذا الهدف أصبح على الجهات أو المؤسسات الرسمية الاهتمام بتحسين صـــحة الأفـــراد وواقعهم الاجتماعي، فضلاً عن الاهتمام بتوفير وتعزيز الثقافة الصحية لهم، لأنه من غير ممكن التفكيـــر برفع مستوى صحة الفرد بمعزل عن وعيه ومعرفته بالمعلومات والقواعد الصحية الأساســـية، فمعرفـــة الفرد المعلومات والقواعد الصحية تمثل الأساس لتشكل سلوكه واكتسابه للعـــادات الـــصحية وممارســـتها بشكل صحيح، حيث أن معرفة هذا القواعد والمعلومات نابع من هدف أو أهمية الثقافة الصحية لديهم[18].

وقد عُدّت موضوعات الثقافة الصحية والوعي الصحي في الوقت الحالي أولى الموضوعات التـــي اهتمت بها مختلف المنظمات والجمعيات الحكومية والأهلية، فقد ساهم الانتشار لهذا الفيروس فـــي رفـــع المستوى الصحي للأفراد خوفًا من انتشار العدوى. وذلك من خلال تزايد الأقبال على استخدام المطهرات والاهتمام بالنظافة الشخصية جزءًا من هدف الثقافة الصحية، كما بدأ الوعي الصحي في الانتـــشار بـــين أفراد المجتمع حول كيفية مواجهة الأمراض والفيروسات والتعرف إلى طبيعتها والوقاية منها، فضلًا عـــن ذلك تقليل الإقبال على الوجبات السريعة والجاهزة، وذلك خوفًا من نقل العدوى. ورغم كـــل مـــا تبذلـــه المجتمعات للتوعية إلا أن الأمر اصطدم بمشكلة بعض الذهنيات التي لم تتقبل الوضع ورفضت الامتثـــال للتعليمات الصحية المفروضة، كالعزل المنزلي، أو الحجز الصحي، فقد لوحظ لدى البعض المجموعـــات الإنكار من خلال افتراض بعض الناس عدم وجود خطر حقيقي للفيروس، كما يفترضون أن هذا الفيروس يدخل في إطار نظريات المؤامرة، بينما يلجأ البعض الأخر إلى السخرية والتهكم، وفضل عدد آأخر مـــن الأفراد اللجوء إلى بعض الممارسات التقليدية في مجال التداوي والوقاية وعدّها أكثر نجاعة فـــي الوقايـــة والشفاء في حالة الإثابة. ولكن مما لا شك فيه أن التوعية الصحية بهذا الفيروس وفرت للإنسان المعرفـــة العلمية التي تؤكد بأن الصحة ليست قضية مجردة قائمة بذاتها، بل هي محصلة ونتيجة لعوامـــل أخـــرى كثيرة متداخلة متشابكة، متبادلة التأثير والتأثر مثل مستوى دخل الفرد، مستوى التعليم، والوضع الغـــذائي، والوضع الاجتماعي، وتوفر الخدمات الأساسية مثل المياه، والكهرباء، والطرق، ونوع التشريعيات[19].

المبحث الثالث: إجراءات المنهجية للبحث

أولاً: منهج البحث: لا يمكن للباحث أنَّ يقوم بأية دراسة علمية من دون أنَّ يتبع له منهجًا معينًا لأجرائها، فتحديد المنهج جزء مهم في الدراسات الاجتماعية وخطوة من خطوات الدراسة العلميـــة، فـــالمنهج: هـــو الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة موضوع الدراسة[20].

وعليه فأننا في هذا البحث استخدمنا منهج المسح الاجتماعي، وهو محاولة منظمة للحصول علـــى معلومات من جمهور معين أو عينة منه، وذلك عن طريق استخدام اســـتمارات الدراســـة أو المقـــابلات،

والوظيفة الأساسية للمسح هو توفير معلومات حول موقف مجتمع أو جماعة[21]. وهناك تصنيفان للمسح الاجتماعي من الناحية البشرية هما:

أ- **المسح الشامل:** الذي يقوم بدراسة شاملة لجميع مفردات المجتمع عن طريق [الحصر الشامل].

ب- **المسح بطريقة العينة:** الذي يكتفي فيه الباحث بدراسة عدد محدود من الحالات أو المفردات في حدود الوقت والجهد والإمكانيات المتوفرة للباحث[22].

ثانيًا: أدوات البحث: إنَّ الأداة التي استخدمتُها لجمع المعلومات للتعرف على الحقائق العلمية والعمية لموضوع البحث هي الاستبانة: وتشير إلى مجموعة من الأسئلة صيغت للحصول على إجابات معينة تحقق أهدافها حددها الباحثون مسبقاً، فالباحث لا يتدخل، ويترك للبحوث الإجابة عن الأسئلة[23].

وقد صمم الباحث استمارة الاستبانة لتكون أداة البحث الأساسية، إذ إنَّ هذه الأداة مرت بمراحل عدة ومن أهمها:

المرحلة الأولى: إعداد أداة الاستبانة:

أعد الباحث مجموعة من الأسئلة بلغت[20] سؤالًا في استمارة الاستبانة الأولية، معتمداً على أمور أساسية منها اطلاعه على ما توفر له من الدراسات النظرية التي لها صلة بموضوع البحث، كذلك استغل الباحث الجانب النظري من بحثه في صياغة أسئلة الاستبانة، وخضعت فقرات الاستبانة إلى التعديل مرات عديدة. لأجل اختبار صدقها وثبات صحتها.

المرحلة الثانية: اختبار صدق الاستبانة:

يقصد بصدق الاستبيان أنَّه تجربة صلاحية فقرات الاستبيان واكتشاف مدى ملاءمتها قبل تطبيقها على أفراد مجتمع الدراسة[24]، وقد اعتمد الباحث لقياس صدق [الاستبانة] على صدق المحتوى [صدق المحكمين]، ويعتمد هذا النوع من الصدق في تحقيقه على رأي المختصين وذوي الخبرة فقط من دون اللجوء لاستخدام عمليات إحصائية، كما هو الحال بالنسبة لأنواع الصدق الأُخرى وبناءً على ذلك اعتمد الباحث على إجماع المحكمين في وجود صلة بين أسئلة الاستبانة وما تقيسه معياراً للتحقق من صدق الأداة[25]. فقام الباحث بعرض استمارة الاستبانة على مجموعة من الخبراء في مجال اختصاص علم الاجتماع وعددهم [15] خبيراً لمعرفة آرائهم حول الأسئلة التي تضمنتها الاستمارة، وبعد الحصول على آرائهم، قام الباحث بتعديل وحذف بعض الفقرات وأضاف فقرات أخرى للوصول إلى حالة من القبول والترابط، وقد أجيزت الفقرات بعد أن بلغت نسبة الموافقة عليها [90%] من الخبراء والمختصين بالعلوم الاجتماعية، وهذا يدل على الصدق الظاهري للأداة.

المرحل الثالثة: ثبات الاستبانة:

يعرف الثبات أيضاً بأنه" عملية اختبار في توزيع عدد محدد من الاستبيانات على مجموعة من الأفراد الذين تتشابه صفاتهم وخواصهم مع صفات وخواص أفراد المجتمع المبحوث[26]، ويكون ذلك بقياس ثبات أسئلة الاستبانة ومعرفة مدى التناسق بين البيانات، والتعرف على دقة العبارات، والوقت الذي يستغرقه ملء استمارة الاستبيان، ويعتمد الباحثون في قياس ثبات أسئلة الاستبانة على طريقة الاختبار الأولي [Pre-test]، وقد اعتمد الباحث على هذه الطريقة لقياس ثبات أسئلة الاستبانة لدراسته، وذلك من خلال تطبيقها على عينة مكونة من [12] مبحوثاً من طلبة كلية الآداب وتم اختيارهم بطريقة عشوائية من مجتمع الدراسة وتم إعطاء كل مبحوث رمزًا متسلسلاً من [1] إلى [12] ، وبعد مضي عشرة أيام من المقابلة الأولى لهم، أعيد الاختبار مرة أخرى [Re-test] وأعطي المبحوثون الرموز نفسها التي أعطيت

لهم في المرة الأولى، وقد حسب معامل [الارتباط بيرسون] ليبين نتائج التطبيقين للحصول على معامل ثبات الاختبار، فكانت قيمة هذا العامل [0.89] وهذا يعني ترابطاً إيجابياً عالياً بين المقابلة الأولى والثانية، الأمر الذي يدل على التناسق والانسجام وصدق ثبات أسئلة الاستبانة.

المرحلة الرابعة: تصميم الاستبيان النهائي:

بعد أن انتهى الباحث من مرحلة اختبار صدق وثبات الاستبانة، تمَّ وضع الاستبانة بصيغتها النهائية، إذ بلغ عدد الأسئلة [14] سؤالًا بعد حذف الأسئلة التي اقترح الخبراء حذفها وقد قسمت الاستبانة بصيغتها النهائية على محورين هما: المحور الأول: البيانات الأولية، والمحور الثاني: البيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة. وحاول الباحث استخدام أسئلة مفتوحة وأخرى مغلقة، بالإضافة إلى العناية بسلامتها اللغوية بحيث تكون سهلة الفهم كي لا يجد المبحوث صعوبة في الإجابة عنها، وكذلك رتبت الأسئلة بشكل متسلسل وسلس، بحيث أن المبحوث لم يجد أي صعوبة في الانتقال من سؤال إلى آخر.

ثالثًا: مجتمع وعينة البحث"

1. **مجتمع البحث:** كثيراً ما يجد الباحثون النفسيون صعوبة في إجراء الدراسة الميدانية الشاملة لجميع مفردات الدراسة، لأسباب تتعلق بالوقت والإمكانات المادية المتوافرة لديهم وطبيعة موضوع الدراسة، لذلك يضطر الباحث إلى اختيار عينة أو جزء محدد من المجتمع يحرص على دقة تمثيلها لصفات ومكونات مجتمع الدراسة، ونظرًا للظروف الطارئة إلى يمر بها البلد فقد انحصر مجتمع البحث الحالي في كلية الآداب في جامعة بغداد للعام الدراسي [2019–2020] إذ بلغ حجم المجتمع الأصلي [100] طالب وطالبة.
2. **عينة البحث:** هي اختيار مجموعة أفراد من المجتمع المدروس، بحيث أنَّ البيانات التي سنأخذها يمكن تعميمها على كل المجموعة السكانية، إذ يجب أن تقدم العينة خصائص المجموعة السكانية نفسها وأن تكون ممثلة لها[27]، وقد تم اختيار عينة عشوائية مكونة من [100] مبحوث.

رابعًا: مجالات البحث:

1. **المجال البشري:** يقصد به الأفراد الذي ستجري عليهم الدراسة الميدانية وقد كان المجال البشري في جامعة بغداد كلية [الآداب] أنموذجًا.
2. **المجال الجغرافي:** ويقصد به تحديد المكان أو المنطقة الجغرافية الذي ستجري فيه الدراسة الميدانية وحدد في جامعة بغداد على عينة من طلبة كلية [الآداب] أنموذجًا.
3. **المجال الزماني:** يقصد به المدة الزمنية التي استغرقته عملية جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بالدراسة، قد استغرقت عملية الدراسة الميدانية مدة تراوحت من [2020/9/11] لغاية [2020/11/1].

خامسًا: فرضيات البحث:

إنَّ الفرض هو فكرة مبدئية تربط بين الظاهرة موضوع الدراسة وبين أحد العوامل المرتبطة بها أو المسببة لها أو بين متغيرين أحدهما مستقل والآخر تابع[28]. وقد حدد البحث عددًا من الفرضيات لطبيعة الموضوع المدروس وطبيعة المعلومات المتوفرة والدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة، فضلاً عن ملاحظات الباحث لمجتمع الدراسة، والفرضية الأساسية هي [توجد علاقة ذات دلالة إحصائية]، واشتقت منها فرضيات نوعية وهي كالآتي:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع.
2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر آثار مرض كورونا.
3. إنَّ ثقافة المجتمع تسهم في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة.
4. إنّ مرض كورونا غيَّر عادات وتقاليد المجتمع.

سادسًا: الوسائل الإحصائية:

1) قانون النسبة المئوية perentage[29].

استخدمته في معالجة البيانات في الدراسة الميدانية والجداول الإحصائية. والقانون هو:

النسبة المئوية = $\frac{\text{الجزء}}{\text{الكل}} \times 100$

2) الوسط الحسابي: Arithmetic mean[30].

استعملت قانون الوسط الحسابي لمعرفة المعدل العام لا عمار المبحوثين.

$$\text{س} = \frac{\text{مج ت م}}{\text{مج ت}}$$

3) الانحراف المعياري: Standard Deviation

استعملت الانحراف المعياري لمعرفة الفرق المنتظم الصاعد أو النازل عن الوسط التكـــراري لأعمـــار المبحوثين.

$$\text{ع} = \text{م} \times \sqrt{\frac{\text{ع} = \text{مج س}2 - [\text{مج س}]2 \div \text{ن}}{\text{ن} - 1}}$$

4) اختبار كا^2: Chi Square Test[31].

استعملت اختبار كأي لمعرفة أهمية الفرق المعنوي بين إجابات المبحوثين.

أ-**اختبار كا^2 1×3**

$$\text{كا}^2 = \frac{2[\text{ك} - \text{ع}]}{\text{ع}}$$

ب-اختبار كا^2 2×2 Chi Square Test:

وقد استعملناه لاختبار صدق العينة وصحة الفرضيات ولمعرفة أهمية الفرق المعنوي بين إجابـــات المبحوثين حول الكثير من الأسئلة:

$$\text{كا}2 = \frac{\text{ن}}{\text{م د}1 \quad \text{د}2}\left[\frac{\text{أ}1^2}{\text{م}2} + \frac{\text{أ}2^2}{\text{د}1}\right] + \frac{\text{ن}}{\text{م}3 \quad \text{د}1}\left[\frac{\text{ب}1^2}{\text{د}2} + \frac{\text{ب}2^2}{\text{د}1}\right] + \frac{\text{ن}}{\text{د}1 \quad \text{د}2}\left[\frac{\text{ح}1^2}{\text{م}2} + \frac{\text{ح}2^2}{\text{د}1}\right] - \text{ن}$$

5) **معامل الارتباط بيرسون [Pearson Correlation Coefficient]:** وتم استخدام هذا القانون لمعرفة ثبات الاستبانة.

$$\text{ر} = \frac{\text{ن} \times \text{مج س ص} - [\text{مج س}][\text{مج ص}]}{[\text{مج س}2 - [\text{مج س}]2] \times [\text{مج ص}2 - [\text{مج ص}]2]}$$

المبحث الرابع: عرض وتحليل نتائج البحث

أولا: البيانات الأولية:

1. الجنس:

جدول [1] يبين جنس المبحوثين

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	65	%65
إناث	35	%35
المجموع	100	%100

يتضح من الجدول رقم [1] أعلاه، أن [65] مبحوثاً وبنسبة [65%] كانوا من الذكور، مقابل[35] مبحوثاً وبنسبة [35%] كانوا من الإناث. نستدل من هذه النسب الإحصائية أن أعلى نسبة في مجتمع البحث كانت للذكور والبالغة [65%]، مقابل اقل نسبة والبالغة [35%] كانت من حصة الإناث. وهذا يدل على أن نسبة الذكور في عينة الدراسة أكثر من نسبة الإناث، وربما يرجع ذلك إلى أنّ عدد الذكور في الكليات الإنسانية أكثر من عدد الإناث، بينما نسبة الإناث في الكليات العلمية تفوق قليلاً نسبة الذكور، وهذا ما قد جعل نسبة الذكور في العينة أكثر من نسبة الإناث.

2. العمر:

جدول [2] يبين إعمار المبحوثين

الفئات العمرية	العدد	النسبة المئوية
22-18	28	%28
27-23	30	%30
32-28	36	%36
37-33	6	%6
المجموع	100	%100

يتضح من الجدول رقم[2] أعلاه، أن[28] مبحوثاً وبنسبة [28%] كانوا يقعون ضمن الفئة العمرية الأولى التي تتراوح أعمارهم بين[18–22] سنة، وكان[30] مبحوثاً وبنسبة [30%] كانوا يقعون ضمن الفئة العمرية الثانية التي تتراوح أعمارهم بين الفئة [23–27] سنة، فيما كان[36] مبحوثاً وبنسبة [36%] كانوا يقعون ضمن الفئة العمرية الثالثة التي تتراوح أعمارهم بين [28–32] سنة. في حين كان [6] مبحوث وبنسبة [6%] كان يقعون ضمن الفئة الرابعة التي تتراوح أعمارهم بين [33–37] سنة.

نستنتج من خلال هذه البيانات أن أعلى نسبة في مجتمع البحث كانت للذين يتراوح أعمارهم بين الفئة الثانية والثالثة [23–32] سنة والبالغة [66%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [6%] للذين يتراوح أعمارهم بين الفئة العمرية الرابعة[33–37] سنة. وهذا يدل على أنَّ العمر يشكل أهمية كبيرة للفرد في اكتسابه مجموعة من الخبرات عن الثقافة الصحية التي من شأنها أن تساعده على مواجهة الظروف الخطرة والحد من انتشار الأمراض المزمنة. فالعمر يدل على الخبرة وتراكم التجارب والمعارف عند الإنسان، كما أنَّه يدل على مرونة أو تصلب الفرد في أفكاره. وبوسط حسابي بلغ قيمته [25.9] سنة للعينة، بينما الانحراف المعياري بلغ مقداره[4.6].

3. نوع الكلية:

جدول [3] يبين نوع الكلية للمبحوثين

نوع الكلية	العدد	النسبة المئوية
إنسانية	90	%90
علمية	10	%10
المجموع	100	%100

يتضح من الجدول رقم[3] أعلاه، أن [90] مبحوثاً وبنسبة [90%] كانوا طلبة كليات إنسانية، وان[10] مبحوثاً وبنسبة [10%] كانوا طلبة كليات علمية. نستدل من هذه النسب الإحصائية أن أعلى نسبة في مجتمع البحث كانوا كلية إنسانية والبالغة [90%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [10%] كانوا كلية علمية. وهذا يدل على أن الجامعة تعد المؤشر المهم في عملية تعزيز وغرس الثقافة الصحية لدى الطلبة عن طريق القيام بالمؤتمرات والدورات لهم، فضلًا عن أنّها تسهم في زيادة الوعي الصحي لهم.

4. المرحلة الدراسية:

جدول [4] يبين المرحلة الدراسية للمبحوثين

المرحلة الدراسية	العدد	النسبة المئوية
الأولى	18	%18
الثانية	20	%20
الثالثة	35	%35
الرابعة	27	%27
المجموع	100	%100

من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [18] مبحوثًا وبنسبة [18%] كانوا في المرحلة الأولى، في حين كان [20] مبحوثًا وبنسبة [20%] كانوا ضمن المرحلة الثانية، بينما كان [35] مبحوثًا وبنسبة [35%] ضمن المرحلة الثالثة، وأنَّ [27] مبحوثًا وبنسبة [27%] كانوا في المرحلة الرابعة. نستدل من خلال هذه البيانات أنّ أكثر من نصف عينة البحث كانوا ضمن المرحلتين [الثالثة والرابعة]. وهذا يدل على أنَّ المرحلة الدراسية تعد أنّ أحد المراحل المهمة في حياة الطلبة، إذ من خلالها يتكسب المهارات والمعلومات عن الثقافة الصحية اللازمة للتعامل مع المواقف الحياة الصحية والاجتماعية التي يمر بها الطلبة، حيث تزداد تلك المهارات والمعلومات كلما ارتقى الطلبة إلى مراحل متقدمة.

5. الخلفية الاجتماعية:

جدول [5] يبين الخلفة الاجتماعية للمبحوثين

الخلفية الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
حضر	88	%88
ريف	12	%12
المجموع	100	%100

يتضح من الجدول رقم[3] أعلاه، أن [88] مبحوثاً وبنسبة [88%] كانوا من سكنة الحضر، وان[12] مبحوثاً وبنسبة [12%] كانوا من سكنة الريف. نستدل من هذه النسب الإحصائية أن أعلى نسبة في مجتمع البحث كانوا يسكنون الحضر والبالغة [88%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [12%] كانوا يسكنون الريف. نستدل من نتائج الدراسة أنَّ معظم وحدات عينة البحث هم من الحضر، ويمكن أنَّ يرجع سبب ذلك إلى أنَّ نسبة سكان الحضر هي أكبر من نسبة سكان الريف، وبما أنَّ الدراسة الحالية تم تطبيقها على طلبة جامعة بغداد فمن البديهي أن تحتوي على نسبة من الحضر أكبر من نسبة الريف وهذا ما ظهر واضحاً في نتائج الدراسة الميدانية.

6. الحالة الزوجية:

جدول [6] يبين الحالة الاجتماعية للمبحوثين

الحالة الزوجية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	60	%60
متزوج	35	%35
مطلقة	5	%5
أرملة	-	-
المجموع	100	%100

يتضح من خلال الجدول أعلاه، أن[60] مبحوثًا وبنسبة [60%] كانوا عزابًا، بينما كان [35] مبحوثًا وبنسبة [35%] كانوا متزوجين، وأنَّ [5] مبحوثين وبنسبة [5%] كنّ مطلقات. في حين لم تكن هنـــاك أي إجابة عن الحالة الزوجية الأرامل. نستدل من خلال هذه النتائج أن أكثر من نصف أفراد عينـــة الدراســـة كانوا عزابًا، وربما يكون سبب ارتفاع هذه النسبة في الدراسة راجع إلى أنَّ طلبـــة الجامعـــة نـــادرًا مـــا يفكرون بالزواج وهم على مقاعد الدراسة، حيث يرون أنَّ الزواج مسؤلية اجتماعية واقتصادية وتربويـــة ولا يستطبون تحمل أعباء تكوين أسرة.

7. عائدية السكن:

جدول [7] يبين عائدية سكن المبحوثين

عائدية السكن	العدد	النسبة المئوية
ملك	55	%55
حكومي	25	%25
إيجار	15	%15
تجاوز	5	%5
المجموع	100	%100

يتضح من خلال الجدول أعلاه، أن [55] مبحوثًا وبنسبة [55%] يسكنون بيوت ملك، بينما كان[25] مبحوثًا وبنسبة [25%] كانوا يسكنون بيوتًا حكومية، في حين كان [15] مبحوثًا وبنـــسبة [15%] كـــانوا يسكون بيوت إيجار، وأن [5] ومبحوثًا وبنسبة [5%] كانوا يسكون بيوت تجاوز. نستدل من خلال هـــذه النتائج أن ثلاثة أرباع أفراد عينة البحث يسكون بيوت ملك وحكومي وبنسبة بلغت [80%]، وهـــذا يـــدل على أن السكن يعد من أهم المؤشرات الصحية والاجتماعية في مواجهة الأخطـــار والظـــروف الطبيعـــة والبشرية والتي يمكن أنَّ تعرف الأفراد بالعديد من الأمراض الصحية الخطرة.

8. الدخل الشهري:

جدول [8] يبين الدخل الشهري للأسرة

الدخل الشهري للأسرة	العدد	النسبة المئوية
منخفض	28	%28
متوسط	52	%52
عال	20	%20
المجموع	100	%100

يتضح من خلال الجدول أعلاه، أن [28] مبحوثًا وبنسبة [28%] كان مـــستوى دخـــل الـــشهري للأسرة منخفضًا، وأنَّ [52] مبحوثًا وبنسبة [52%] كان مستوى الدخل الشهري للأسرة متوســـطًا، بينمـــا كان [20] مبحوثًا وبنسبة [20%] مستوى دخل الشهري للأسرة عاليًا جدًا. نستدل من هذه النتائج أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة مستوى دخل الشهري للأسرة متوسط، وهذا يدل على أن الدخل يعد من أهم

المطالب الحياة الاجتماعية التي يعتمد عليها الأفراد في سد حاجياتهم الضرورية من حيث شراء مستلزمات طبية نتيجة تعرض بعض أفراد أسرهم.

ثانيًا: بيانات الظاهرة المدروسة:

9. مساهمة ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة

جدول[9] يبين مدى مساهمة ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	75	%75
لا	25	%25
	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [75] مبحوثًا وبنسبة [75%] أجابوا نعم أنَّ ثقافة المجتمع تسهم في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة، بينما نفى [25] مبحوثًا وبنسبة [25%] هذا الأمر. ونستدل من هذه النتائج أنَّ ثلاثة أرباع أفراد عينة البحث أكدوا أنَّ ثقافة المجتمع تسهم في توعية الناس حول الأمراض وأهمية النظافة، وهذا يدل على أنَّ الثقافة تشكل المحور الأساسي في عملية تعزيز وتنمية الوعي الصحي والثقافي للأفراد لأجل تعزيز المعلومات والمهارات حول خطورة الأمراض الجديدة التي من المتوق أن تصيب الناس في المستقبل أو في الوقت الحالي.

10.تفهم المريض للمرض وطرق علاجه هو دليل على وعيه الصحي.

جدول [10] يبين معرفة مدى تفهم المريض للمرض وطرق علاجه هو دليل على وعيه الصحي

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	66	%66
لا	34	%34
المجموع	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [66] مبحوثًا وبنسبة [66%] أجابوا نعم أنّ تفهم المريض للمرض وطرق علاجه هو دليل على وعيه الصحي، في حين نفى [34] مبحوثًا وبنسبة [34%] هذا الأمر. نستدل من خلال هذه النتائج أنَّ أكثر من نصف أفراد عينة البحث أكدوا أنَّ تفهم المريض للمرض وطرق علاجه هو دليل على وعيه الصحي، وهذا يدل على أنَّ الوعي الصحي يشكل أهمية كبيرة في حياة الأفراد؛ حيث تزداد أهمية الوعي الصحي بحكم زيادة الكثافة السكانية في المجتمع.

11.وسائل عملية التثقيف الصحي:

جدول [11] يبين الوسائل الأساسية في عملية التثقيف الصحي

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
التلفاز	24	%24
الإذاعة	18	%18
الصحف والنشرات	21	%21
المجلات والدوريات	15	%15
الأنترنت	22	%22
المجموع	100	%100

يتبين من الجدول أعلاه، أنَّ [24] مبحوثًا وبنسبة [24%] أجابوا أنّ التلفاز هو المصدر الرئيسي في عملية التثقيف الصحية، فيما كانت إجابة [18] مبحوثًا وبنسيه [18%] بالإذاعة، في حين كان [21] مبحوثًا وبنسبة [21%] أجابوا بالصحف والنشرات، بينما كان [15] مبحوثًا وبنسبة [15%] أجابوا بوسيلة المجلات والدوريات، في حين كان [22] مبحوثًا وبنسبة [22%] أجابوا بوسيلة الأنترنت. نستدل

من خلال هذه النتائج أنَّ أعلى نسبة في عينة البحث كانت للذين أجابوا بوسيلة التلفاز والأنترنت والبالغة [46%]، وهذا يدل على أن مصدري التلفاز والأنترنت هما الوسيلة الأساسية لدى الأسرة العراقية في عملية التثقيف الصحي.

12.مصادر المعلومات عن الثقافة الصحية:

جدول [12] يبين مصادر معلومات الثقافة الصحية

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
الأسرة والأصدقاء	23	%23
المدرسة	19	%19
المجتمع	12	%12
الطيب	25	%25
وسائل الأعلام	21	%21
المجموع	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [23] مبحوثًا وبنسبة [23%] كان مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من الأسرة والأصدقاء، بينما كان[19] مبحوثًا وبنسبة [19%] مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من المدرسة، في حين كان[12] مبحوثًا وبنسبة [12%] مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من المجتمع، وأنَّ [25] مبحوثًا وبنسبة [25%] كان مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من الطبيب، بينما كان [21] مبحوثًا وبنسبة [21%] مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من وسائل الإعلام. نستدل من خلال هذه النتائج أن أكثر من نصف أفراد عينة البحث كان مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من الأسرة والأصدقاء والطيب ووسائل الأعلام بنسبة بلغت [69%]، وهذا يدل على أنَّ هذه المصادر تعد الركيزة الأساسية في عملية تعزيز الثقافة الصحية في المجتمع، فضلًا على أنَّ الطبيب يعد مصدرًا مهمًا ورئيسيًا في إيصال المهارات والمعلومات اللازمة وخاصة عن الأمراض الجديدة التي قد تصيب المريض.

13.هل تتابع البرامج الصحية عن مخاطر وآثار مرض كورونا؟

جدول [13] يبين معرفة مدى متابع البرامج الصحية عن مخاطر وآثار مرض كورونا

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	80	%80
لا	20	%20
المجموع	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [80] مبحوثًا وبنسبة [80%] أجابوا بنعم أنهم يتابعون البرامج الصحية عن مخاطر وآثار مرض كورونا، بينما كان [20] مبحوثًا وبنسبة [20%] لم يتابعوا تلك البرامج. نستدل من خلال هذه النتائج أنَّ أكثر من ثلاثة أرباع عينة البحث أكدوا بأنهم يتابعون البرامج الصحية عن مخاطر وآثار مرض كورونا. وربما يدل هذا على أنَّ مرض كورونا يشكل خطرًا أساسيًا في المجتمع.

14.هل مرض كورونا يؤثر في تغيير سلوك أفراد المجتمع.

جدول [14] يبين معرفة مدى تأثير مرض كورونا في تغيير سلوك أفراد المجتمع

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
تأثير قوي	30	%30
تأثير متوسط	26	%26
تأثير ضعيف	23	%23
غير مؤثر	21	%21
المجموع	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أنَّ [30] مبحوثًا وبنسبة [30%] أجابوا أنَّ مرض كورونا يؤثر بقوة في تغيير سلوك أفراد المجتمع، في حين [26] مبحوثًا وبنسبة [26%] أجابوا بتأثير ضعيف، بينما أجاب [23] مبحوثًا وبنسبة [23%] بتأثير ضعيف، في حين أجاب [21] مبحوثًا وبنسبة [21%] بأنّ مرض كورونا غير مؤثر في تغيير سلوك أفراد المجتمع. نستدل من خلال هذه النتائج أن أعلى نسبة في عينة البحث كانت للذين أجابوا بتأثير قوي والبالغة [30%]، وأقل نسبة كان للذين أجابوا غير مؤثر والبالغة [21%]. وربما يدل ارتفاع نسبة تأثير مرض كورونا قويًا في تغيير سلوك الأفراد؛ لأنَّ مرض كورونا يشكل الحاجز المخيف والقلق لدى أفراد المجتمع فمن الطبيعي أ يغيروا سلوكهم اتجاه الأمراض المزمنة والخطرة.

15.هل مرض كورونا غيّر عادات وتقاليد المجتمع.

جدول [15] يبين معرفة مدى تأثير مرض كورونا في تغيير عادات وتقاليد المجتمع

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	90	%90
لا	10	%10
المجموع	100	%100

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن [90] مبحوثًا وبنسبة [90%] أجابوا بنعم إنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع، في حين نفى [10] مبحوثين وبنسبة [10%] هذا الأمر. نستدل من خلال هذه النتائج أن غالبية أفراد عينة البحث أكدوا أنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع. وربما يدل هذا على أنَّ مرض كورونا يعد من أكثر الأمراض خطرًا على حياة الأفراد في المجتمع نتيجة تأثيره في تغيير جوانب مختلفة من حياة الناس كالسلوكية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية، الأمر الذي دفع الكثير من السلطات التشريعية والصحية إلى فرض عمليات حظر التجوال في جميع مناطق البلد.

ثالثًا: نتائج فرضيات البحث ومناقشتها:

الفرضية الأولى:

فرضية البحث: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع.

الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع.

جدول [16] يبين العلاقة بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع.

تأثير مرض كورونا / الجنس	تأثير قوي	تأثير متوسط	تأثير ضعيف	غير مؤثر	المجموع
ذكور	20	13	15	17	65
إناث	15	12	6	2	35
المجموع	35	25	21	19	100

أثبتت نتائج التحليل الإحصائي صحة هذه الفرضية، ومنه نستطيع أن نعمم هذه النتيجة على المجتمع الأصلي للدراسة، وعلى هذا فقد أظهرت نتائج تطبيق اختبار قانون مربع كاي[2×4] لإيجاد العلاقة بين العلاقة بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع، وجدنا بأنّ هناك علاقة **ذات** دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [8,19] وهي أعلى من القيمة الجدولية [7,8] بدرجة حرية [3] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [توجد علاقة **ذات** دلالة إحصائية بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع] ونرفض الفرضية الصفرية.

1. الفرضية الثانية:

فرضية البحث: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا.

الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا

جدول [17] يبين العلاقة بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا

نوع الإجابة / الفئات العمرية	نعم	لا	المجموع
22-18	20	8	28
27-23	14	16	30
32-28	30	6	36
37-33	4	2	6
المجموع	68	32	100

أثبتت نتائج التحليل الإحصائي صحة هذه الفرضية، ومنه نستطيع أن نعمم هذه النتيجة على المجتمع الأصلي للدراسة، وعلى هذا فقد أظهرت نتائج تطبيق اختبار قانون مربع كاي[2×4] لإيجاد العلاقة بين العلاقة العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا، وجدنا أنّ هناك علاقة **ذات** دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [10,32] وهي أعلى من القيمة الجدولية [7,8] بدرجة حرية [3] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا] ونرفض الفرضية الصفرية.

الفرضية الثالثة:

فرضية البحث: تسهم ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة.

الفرضية الصرفية: لا تسهم ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة

جدول [18] يبين معرفة مدى مساهمة ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة

نوع الإجابة / البيانات	نعم	لا	المجموع
البيانات الحقيقة	75	25	100
البيانات المتوقعة	50	50	100

أثبتت نتائج التحليل الإحصائي صحة هذه الفرضية، ومنه نستطيع أن نعمم هذه النتيجة على المجتمع الأصلي للدراسة، وعلى هذا فقد أظهرت نتائج تطبيق اختبار قانون مربع كاي[2×1] لإيجاد العلاقة بين إجابات المبحوثين، وجدنا أنّ هناك علاقة **ذات** دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [25,0] وهي أعلى من القيمة الجدولية [5,99] بدرجة حرية [1] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [تسهم ثقافة المجتمع في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة] ونرفض الفرضية الصفرية.

الفرضية الرابعة:

فرضية البحث: أنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع.

الفرضية الصفرية: أن مرض كورونا لم يغير عادات وتقاليد المجتمع.

جدول [19] يبين معرفة مدى تأثير مرض كورونا في تغيير عادات وتقاليد المجتمع

نوع الإجابة / البيانات	نعم	لا	المجموع
البيانات الحقيقة	90	10	100
البيانات المتوقعة	50	50	100

أثبتت نتائج التحليل الإحصائي صحة هذه الفرضية، ومنه نستطيع أن نعمم هذه النتيجة على المجتمع الأصلي للدراسة، وعلى هذا فقد أظهرت نتائج تطبيق اختبار قانون مربع كاي[2×1] لإيجاد العلاقة بين إجابات المبحوثين، وجدنا بأنّ هناك علاقة ذو دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [64,0] وهي أعلى من القيمة الجدولية [5,99] بدرجة حرية [1] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [أنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع] ونرفض الفرضية الصفرية.

رابعًا: نتائج البحث وتوصياته:

في ضوء ما تقدم توصل الباحث إلى عدد من النتائج والتوصيات وهي:

1) بينت نتائج البحث الميداني أنَّ أعلى نسبة في مجتمع البحث كانت للذكور والبالغة [65%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [35%] كانت من حصة الإناث وبعمر أعلى واقع بين الفئة الثانية والثالثة [23–32] سنة والبالغة [66%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [6%] للذين يتراوح أعمارهم بين الفئة العمرية الرابعة[33–37] سنة.
2) بينت نتائج البحث الميداني أنَّ أعلى نسبة في مجتمع البحث كانوا كلية إنسانية والبالغة [90%]، مقابل أقل نسبة والبالغة [10%] كانوا طلبة كليات علمية، وبمرحلة دراسية أعلى كانوا ضمن المرحلين [الثالثة والرابعة] وبنسبة بلغت [55%].
3) بينت نتائج البحث الميداني أنَّ ثقافة المجتمع تسهم في توعية الناس حول الأمراض الجديدة وأهمية النظافة وبنسبة بلغت [75%].

4) بينت نتائج البحث الميداني أنّ أعلى نسبة في عينة البحث كانت للذين أجابوا بوسيلتي التلفاز والأنترنت الأساسيتين في عملية التثقيف الصحي والبالغة [46%].
5) بينت نتائج البحث الميداني أن أكثر من نصف أفراد عينة البحث كان مصدر معلوماتهم عن الثقافة الصحية من الأسرة والأصدقاء والطيب ووسائل الأعلام بنسبة بلغت [69%].
6) بينت نتائج البحث الميداني أن أعلى نسبة في عينة البحث كانت للذين أجابوا بتأثير قوي والبالغة [30%]، وأقل نسبة كان للذين أجابوا غير مؤثر والبالغة [21%]، مقابل غالبية أفراد عينة البحث أكدوا أنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع وبنسبة بلغت [90%].
7) بينت نتائج البحث الميداني هناك علاقة ذات دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [8,19] وهي أعلى من القيمة الجدولية [7,8] بدرجة حرية [3] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس ومستوى تأثير مرض [كورونا] في تغير سلوكيات أفراد المجتمع] ونرفض الفرضية الصفرية.
8) بينت نتائج البحث الميداني هناك علاقة **ذات** دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [10,32] وهي أعلى من القيمة الجدولية [7,8] بدرجة حرية [3] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر وتتابع البرامج الصحية عن مخاطر أثار مرض كورونا] ونرفض الفرضية الصفرية.
9) بينت نتائج البحث الميداني أنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع، فقد أظهرت نتائج تطبيق اختبار قانون مربع كاي[2×1] لإيجاد العلاقة بين إجابات المبحوثين، وجدنا أنّ هناك علاقة ذات دلالة إحصائية، فقد كانت قيمة مربع كاي المحسوبة تساوي [64,0] وهي أعلى من القيمة الجدولية [5,99] بدرجة حرية [1] ومستوى ثقة [95%]، لذ نقبل فرضية البحث التي تقول [إنَّ مرض كورونا غير عادات وتقاليد المجتمع] ونرفض الفرضية الصفرية.
10) ضرورة تكثيف الجهد الإعلامي في مجال برامج وإعلانات حملات التوعية والتثقيف الصحي من قبل دوائر الصحة المسؤولة عن هذا النشاط.
11) العمل على المحافظة على صحة الفرد البدنية والعقلية والنفسية من خلال طعامه وشرابه وكسائه ومسكنه.
12) الاهتمام بالصحة الثقافة اهتمامًا كبيرًا، وذلك من خلال قيام الجهات المعنية بتوفير مراكز صحية ومكتبات ثقافة علمية في كل مكان وفي كل زمان لضمان متابعة سلامة صحة الأفراد وزيادة ثقافتهم وتوعيتهم بتوفير أدوات التربية والتثقيف.
13) العمل على زيادة الوعي الصحي للفرد بأهمية توظيفي قدراته ومهارات الفنية والمعلوماتية في خدمة المجتمع وتنميته.
14) نشر التوعية بأهمية الثقافة الصحية مع إقامة دورات توعية حولها وإلزام الأفراد بتطبيقها.
15) الاهتمام بالأسرة وتوفير مصادر الثقافة الصحية المتنوعة لأبنائهم كالكتب والمجلات العلمية وأجهزة الحاسوب وغيرها من أجل المحافظة على الصحة السليمة.
16) على وسائل الإعلام السمعية والمرئية الاستمرار بنشر وتوعية الأفراد بمخاطر انتشار الأمراض والوقاية والحد منها.

الهوامش

1) قيس ألنوري: المدخل إلى علم الإنسان، الموصل، دار الكتب للطباعة والنشر، 1983، ص120.
2) عاطف عدوان: الثقافة في سياسة العولمة، بيروت، الجمعية الفلسطينية، 2000، ص4.
3) علاء الدين عليوي: الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف، مصر، الإسكندرية، 1999، ص49.
4) ندى عبد الرزاق الخميس: مبادئ التربية الصحية، ط1، الكويت، دار ذات السلاسل،1999، ص90.
5) أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة، الأردن، [دون سنة نشر]، ص14-15.
6) عباس عبد المهدي الماضي، وتحسين عمران موسى: واقع الثقافة الصحية لدى معلمي العلوم في المرحلة الابتدائية، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد[18]، العدد[2]، العراق، 2018، ص81-82.
7) علي رحيم محمد: مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية في جامعة القادسية، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد[6]، العددان[102]، جامعة القادسية، 2007، ص190.
8) عبد الأمير عباس حسين، وخديجة محسن ضيدان: دور القنوات الإذاعية والتلفزيونية المحلية في نشر الوعي الصحي لدى طلبة الجامعات العراقية في مدينة بغداد "دراسة ميدانية"، مجلة المستنصرية، للدراسات العربية والدولية، العدد[40]،2012، ص168.
9) ضمياء قحطان محمد: أثر برنامج إرشادي لتنمية الوعي الصحي لدى طالبات المرحلة المتوسطة، مجلة دراسات تربوية، المجلد[10]، العدد[39]، بغداد، 2017، ص88.
10) محمد بشير شريم: الثقافة الصحية، ط1، عمان، مكتبة الأسرة الأردنية، 2012، ص11-12.
11) المصدر نفسه: ص12.
12) محمد بشير شريم: مصدر سبق ذكره، ص12-13.
13) أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحة، مصدر سبق ذكره، ص19-21.
14) فوزي علي جاد الله: الصحة العامة والرعاية الصحية، ط5، مصر، دار المعارف، 1985، ص447.
15) أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحة، مصدر سبق ذكره، ص21.
16) نوري محمد: الثقافة الصحية للمجتمع ودور الإذاعة المحلية في تنميتها " إذاعة الأغواط بالجزائر نموذجا"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد[26]، الجزائر، جامعة الأغواط، 2017، ص148-149.
17) رمضان بن منصور، ورشيد بكاي د: الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد[10]، العدد[1]، الجزائر، جامعة الأغواط، 2020، ص108.
18) ضمياء قحطان محمد: أثر برنامج إرشادي لتنمية الوعي الصحي لدى طالبات المرحلة المتوسطة، مصدر سبق ذكره، ص87.
19) شهرزاد نوار، وكلثوم قير: الثقافة الصحية والوعي الصحي "قراءة في المفهوم والدلالة"، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد[2]، العدد[2]، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2020، ص355-356.
20) عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، ط8، القاهرة، مكتبة وهبة، 1982، ص300.

21) إحسان محمد الحسن، وعبد المنعم الحسني، طرق البحث الاجتماعي، العراق، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، 1988، ص130.
22) عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، المصدر السابق، ص335.
23) ناهدة عبد الكريم حافظ، مقدمة في تصميم البحوث الاجتماعية، بغداد، مطبعة المعارف، 1981، ص67.
24) محمد علي محمد: طرق البحث الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1983، ص46.
25) رمضان القذافي: علم النفس التربوي، تونس، مصراته، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1990، ص174.
26) جبر مجيد حميد العتابي: طرق البحث الاجتماعي، الموصل، دار الكتب للطباعة والنشر، 1991، ص 93.
27) بخيامين ما تلون، البحث الاجتماعي المعاصر [مناهج وتطبيقات]، ط1، بيروت، منشورات مركز الإنماء العربي، 1986، ص37.
28) عبد الوهاب إبراهيم، أسس البحث الاجتماعي، ط1، القاهرة، دار الشروق، 1982، ص50.
29) مصطفى خلف عبد الجواد: الإحصاء الاجتماعي المبادئ والتطبيقات، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص38.
30) غريب محمد سيد أحمد: الإحصاء والقياس في البحث الاجتماعي، ط1، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1989، ص120.
31) إحسان محمد الحسن وآخرون: الإحصاء الاجتماعي، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد، 1982، ص184-187.

CONFLICT OF INTERESTS
There are no conflicts of interest

المصادر

1. قيس ألنوري: المدخل إلى علم الإنسان، الموصل، دار الكتب للطباعة والنشر، 1983، ص120.
2. عاطف عدوان: الثقافة في سياسة العولمة، بيروت، الجمعية الفلسطينية، 2000، ص4.
3. علاء الدين عليوي:الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف،مصر، الإسكندرية،1999،ص49.
4. ندى عبد الرزاق الخميس: مبادئ التربية الصحية، ط1، الكويت، دار ذات السلاسل،1999، ص90.
5. أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة، الأردن، [دون سنة نشر]، ص14-15.
6. عباس عبد المهدي الماضي، وتحسين عمران موسى: واقع الثقافة الصحية لدى معلمي العلوم في المرحلة الابتدائية، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد[18]، العدد[2]، العراق، 2018، ص81-82.
7. علي رحيم محمد: مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية في جامعة القادسية، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد[6]، العددان[102]، جامعة القادسية، 2007، ص190.
8. عبد الأمير عباس حسين، وخديجة محسن ضيدان: دور القنوات الإذاعية والتلفزيونية المحلية في نشر الوعي الصحي لدى طلبة الجامعات العراقية في مدينة بغداد "دراسة ميدانية"، مجلة المستنصرية، للدراسات العربية والدولية، العدد[40]،2012، ص168.

9. ضمياء قحطان محمد: أثر برنامج إرشادي لتنمية الوعي الصحي لدى طالبات المرحلة المتوسطة، مجلة دراسات تربوية، المجلد[10]، العدد[39]، بغداد، 2017، ص88.
10. محمد بشير شريم: الثقافة الصحية، ط1، عمان، مكتبة الأسرة الأردنية، 2012، ص11-12.
11. فوزي علي جاد الله: الصحة العامة والرعاية الصحية، ط5، مصر، دار المعارف، 1985، ص447.
12. نوري محمد: الثقافة الصحية للمجتمع ودور الإذاعة المحلية في تنميتها " إذاعة الأغواط بالجزائر نموذجا"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد[26]، الجزائر، جامعة الأغواط، 2017، ص148-149.
13. رمضان بن منصور، ورشيد بكاي د: الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد[10]، العدد[1]، الجزائر، جامعة الأغواط، 2020، ص108.
14. شهرزاد نوار، وكلثوم قير: الثقافة الصحية والوعي الصحي "قراءة في المفهوم والدلالة"،مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد[2]، العدد[2]، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2020، ص355-356.
15. عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، ط8، القاهرة، مكتبة وهبة، 1982، ص300.
16. إحسان محمد الحسن، وعبد المنعم الحسني، طرق البحث الاجتماعي، العراق، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، 1988، ص130.
17. ناهدة عبد الكريم حافظ،مقدمة في تصميم البحوث الاجتماعية،بغداد،مطبعة المعارف،1981، ص67.
18. محمد علي محمد: طرق البحث الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1983، ص46.
19. رمضان القذافي: علم النفس التربوي، تونس، مصراته، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1990، ص174.
20. جبر مجيد حميد العتابي: طرق البحث الاجتماعي، الموصل، دار الكتب للطباعة والنشر،1991، ص 93.
21. بخيامين ما تلون، البحث الاجتماعي المعاصر [مناهج وتطبيقات]، ط1، بيروت، منشورات مركز الإنماء العربي، 1986، ص37.
22. عبد الوهاب إبراهيم، أسس البحث الاجتماعي، ط1، القاهرة، دار الشروق، 1982، ص50.
23. مصطفى خلف عبد الجواد: الإحصاء الاجتماعي المبادئ والتطبيقات، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص38.
24. غريب محمد سيد أحمد: الإحصاء والقياس في البحث الاجتماعي، ط1، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1989، ص120.
25. إحسان محمد الحسن وآخرون: الإحصاء الاجتماعي، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد، 1982، ص184-187.