

## ” مصادر الحصول علي المعلومات الصحية ومستوي الوعي الصحي وعلاقته

### بالتحصيل الأكاديمي لدي تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة

### الرياض بالمملكة العربية السعودية ”

أ.م.د/ علي عبد الله الجفري

المقدمة ومشكلة البحث:

تعد المدرسة من أهم المؤسسات التي أنشأها المجتمع وفوضها مهمة تنمية الأطفال والناشئين والشباب، وتزويدهم بالخبرات الملائمة، وتدريبهم على أنماط السلوك المرغوبة، وذلك بما يساير فلسفة المجتمع وتطلعاته المستقبلية، ومن هنا تعد المدرسة نظاماً إجتماعياً له أهدافه التي يسعى الى تحقيقها وهي منظمة إجتماعية منفتحة على المجتمع المحلي المحيط بها، لذلك فإنها تعتمد على شبكة من الاتصالات تربط العاملين داخلها بعضهم ببعض، وكذلك تربط المدرسة بالمجتمع الخارجي من أعضاء المجتمع المحلي وأولياء امور الطلبة كما تربط المدرسة بالنظام التعليمي الأم وبالانظمة الاخرى الفاعلة في المجتمع (٩: ٢٠٣-٢٢٢).

وتحتل مسألة الوعي الصحي وتنميته لدى الطلبة أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب البدنية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضاً، حيث قاد الفهم المتراد للعلاقة الكامنة بين الوعي والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي، ولم تعد الصحة مفهوماً سلبياً، يمكن تحقيقها في كل الأحوال، بل أصبحت مفهوماً ديناميكياً، يحتاج إلى جهد وبذل من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها ومن أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والمنمية لها والاتجاهات نحو الصحة والوعي الصحي يعد الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المنمية للصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية المناسبة والنوعية، وهذا ما يتوافق مع ما تتادي به منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل للخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها إجتماعياً والتغلب عليها خاصة لدى الاطفال والشباب في مراحل العمر الاولى حيث ينظر الى الصحة بالمنظار الشمولي التكامل على أنها حالة من التكامل جسدياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً، وليست عملية غياب المرض وعدم الاصابة به. (٢٠: ٤-٢)، Alnaim et al., 1994 (٢١: ٣٦١-٣٨٠)، Alpert & Wilmore, 1994

\* استاذ مساعد، قسم الصحة وعلوم الحركة كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود

Chu,2001 (٢٢ : ٦٩٢-٦٩٧) Berg et al., 2001 ،Amand et al.,1999 (٢٤ : ٦٧١-٦٧٦) ،  
(٢٧ : ٢٥) ،(٤٥ : ١٠) ،2006 ،Thomas et al .،Abdul Basit et al.،2005 (١٨ : ٣٤-٤٣) ،  
(٤٧ : ١٧٩) Wennlöf, 2005 ،Kocaoglu et al.،2005 (٣٤ : ٥-١٣)

حيث تعتبر التربية الصحية وما يرتبط بها من الجوانب الغذائية والبدنية من خلال ممارسة  
الانشطة البدنية المعززة للصحة ذات أهمية كبرى في وقاية المجتمع بشكل عام وطلبة المدارس بشكل  
خاص من الاصابة بالامراض المختلفة، خاصة في ضل التغييرات الاجتماعية الاقتصادية وما ادت اليه  
من احداث تغييرات منهجية في نمط الحياة اليومي والاستهلاك الغذائي وما يرافق ذلك من انتشار  
عادات غذائية غير صحية ممثلة في زيادة الاقبال على تناول الماكولات سريعة التجهيز والاطعمة  
المعلبة والمحفوظة ، فرقي وتطور الامم مرهون بمدى رقي فكر اجيالها، خاصة فئة الشباب منهم وما  
يتمتعون به من رحابة عقل واصالة فكر وقوة في العقل والجسم وصلابة نفسية بحيث يصب في بناء  
الشخصية الانسانية المتكاملة والمتوازنة ( ١٢ : ٢٢٣-٢٦٣ )

ويشير (Marley,1982) الى أن الفرد الذي يهتم بتناول وجبة الافطار والوجبات الاخرى ضمن  
اعتدالية معينة في العناصر الغذائية محافظاً على الوزن الاقرب الى الطبيعي ولا يمارس التدخين  
اضافة الى ممارسته قدر من الانشطة البدنية اليومية بعدها الادنى سوف يتمتع بحياة صحية سليمة  
خالية من الامراض محققاً مبدأ تجنب عوامل الخطورة للاصابة بالامراض القلبية الوعائية. (٣٧)

فيما يعرف (Ferber, 1979) للوعي الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف  
كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (٣١ : ٧-٢٣)، ويشير  
(Noeldner,1989) إلى أن المقصود بالوعي الصحي هو كل الأنماط التي تهدف إلى تنمية  
وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد، فالوعي الصحي يقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل  
التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها ، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة  
من أجل الحفاظ على الصحة وتمييزها وإعادة الصحة الجسدية (٤٢ : ١١-٢٠) ، ويشير  
(Troschke et al.,1985) إلى عوامل الوعي الصحي والمتمثلة في العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة  
(السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات)، والعوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة،  
التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي)، والعوامل  
الاجتماعية الثقافية على مستوى المدن (للعروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز  
الخدمات الصحية بمعنى للتربية والتوعية الصحية منظومات التواصل العامة)، العوامل الثقافية  
الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية)، وعوامل المحيط المادي  
(الطقس، الطبيعة، البنى التحتية) ، وتهيئ المدرسة بيئة مواتية لأكساب الوعي الصحي، ففيها يقضي  
الأطفال معظم وقتهم ويتفاعلون مع زملائهم ومدرسيهم ، والمدرسون أشخاص مرجعون عليهم إعطاء

المثل والقنوة، ويجب أن يكون لهم أهمية فعالة في مجال الوعي الصحي ، كما أنهم يشاركون في الرعاية الصحية الأولية التي تقم عن طريق خدمات الصحة المدرسية ، فالمدرسون لا يقتصر دورهم على تقديم المعلومات الصحية فحسب، بل عليهم السهر على تفقد نظافة الأطفال وكذلك نظافة هندامهم ونظافة غرفة الصف والباحة المدرسية والملاعب، وكذلك المرافق الأخرى مثل الحمامات والمقاصف)، كما أنهم يشاركون في التحري عن الحالة الصحية للأطفال ومراقبة نموهم والتعرف على التلاميذ الذين يعانون من حالات صحية تتطلب رعاية وعناية خاصة. (٤٦ : ٣٥-٤١)

كذلك فقد أصبح من المتطلبات الاساسية المناطة بمدرسي التربية الرياضية تنمية الوعي الصحي على الصعيدين البدني والغذائي ( ٥ : ٨١-١٠٩)، فمن متطلبات النظام التربوي الحديث محاولة العمل على وقاية النشء من الاصابة بالكثير من الامراض وهو ما يكون تحت مسمى الصحة المدرسية حيث أن مظاهر التقدم والتطور الحضاري الحاصل حاليا مرتبط بكيفية الاعتناء باللياقة البدنية للأطفال من منظور الصحة العامة للوقاية من العديد من الامراض وهذا لا يمكن له أن يتأتى الا من خلال تنمية الحس والوعي الصحي لدى التلاميذ ( ٣ : ١٣١٠١٥٧ )، ولكي تحقق المدرسة بإعتبارها المؤسسة التربوية الاولى في المجتمع أهدافها بفاعلية وترفع من مستوى الجودة في التعليم العام لا بد لها من التخطيط بعيد المدى كما يجب أن تعقد العزم على تقديم الأفكار والمهارات الجديدة بتأن وبشكل تدريجي منتظم غير مفاجيء، وعلى أساس علمي دون تعجل أو ارتجال، حيث يشير عبد الرحمن المصيقرالى أهمية الدور الذي تؤديه المدرسة في تغيير العادات الغذائية والصحية للأطفال خلال الفترة من (٦-١٨) سنة والتي تمتاز بالعديد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تترك أثراً واضحة على الطفل وكثيراً ما تحدد هذه الفترة نوعية الأخطار الصحية التي يمكن أن يواجهها الطالب في الاعمار اللاحقة.(١١)

وقد اشارت العديد من الدراسات عملياً (Cook & Bellis, 2001) (٢٩ : ٥٤-٦١) Fishbein & Guina (1996) (٣٢ : ١١١) إلى ان تحسين الصحة العامة للأفراد ومن ضمنهم طلبة المدارس لا يتم الا من خلال استحداث التغيير الإيجابي أولاً في طبيعة الوعي الصحي لهم، كذلك أشار Kilander, (2001) (٣٣ : ٤١١-٤١٣) الى وجود علاقة ايجابية بين معرفة المبادئ العامة للعناية بالصحة والوعي الصحي عملياً .

ونظراً لزيادة الاهتمام العالمي بالوعي الصحي وما قد يسببه من قلة الوعي الصحي او عدم وجود مصادر جيدة للمعلومات من عوامل الخطورة للاصابة بالامراض القلبية الوعائية والسمنة ، وقلة الحركة ، أو تأثيرات علي المستوي العلمي والتحصيل الاكاديمي(٤١) (National Public Health Report, (1997) (٣٨) Marmot et.,al, (1978) Marmot et al., (1983) (٤٠)،

(1987) Pocock et al., (43)، (1991) Marmot et al., (39)، (1990) Kunst et al., (30)،  
Marang et al., (1998) Bennett, (1996) (23)، (1995) Bucher & Ragland, (20)،  
(36)، (2004) Yannis et al., (48)، خاصة لدى الاطفال والشباب ، ولما لمسة الباحث من خلال  
عملة كمشرف علي النشاط البدني ببعض المدارس من افتقاد الطلاب في المرحلة الثانوية للوعي  
الصحي ، وتتوع مصادر حصولهم علي المعلومات ، ونظرا لما قد يكون للوعي الصحي من تأثير  
علي التحصيل الاكاديمي فقد دفع ذلك الباحث لمحاولة دراسة مصادر الحصول على المعلومات  
الصحية ومستوى الوعي الصحي وعلاقته بالتحصيل الاكاديمي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة  
الرياض بالمملكة العربية السعودية ، يشير (26: 367-371) Christodoulos et al., (2006) الى  
أن التلاميذ الذين شاركوا في البرنامج الوعي الصحي قد أصبحوا، أكثر ايجابية تجاه النشاط البدني،  
تحسن النمط الجسمي، اكتساب عادات صحية وأنماط سلوك صحي، خفض تكاليف الرعاية الصحي  
وتحسن نوعية الحياة ، فيما يذكر (19: 238-248) Adrian et al., (2005) ان الحصول على  
بيانات عن الوعي الصحي للمراهقين علي عدد (2000) شاب أشار الى أن التبغ هو المادة الأكثر  
شيوعاً بنسبة (29.7%) للذكور ، (15.7%) للإناث ، فيما ظهر ان اكثر من نصف العينة لم يمارسوا  
النشاط البدني كحد ادنى لساعتين في الاسبوع، فيما أتضح ايضا أن طبيعة النمط الغذائي لديهم تتميز  
بارتفاع تناول الاغذية غير الصحية عالية السرعات الحرارية منخفضة القيمة الغذائية ، فيما توصل  
(44: 101) Shephard & Bouchard, (1996) الي وجود ارتباط عكسي بين السمنة ومؤشر كتلة  
الجسم من ناحية والنشاط البدني والوعي الصحي من ناحية أخرى، وعلاقة عكسية بين القهوة والتدخين  
من ناحية ونسبة الكوليسترول من ناحية أخرى، فيما اصي الباحثون الى ضرورة الاهتمام بالنشاط  
البدني وتعزيز الوعي الصحي.

#### الدراسات المرتبطة :

حراسة علي الجفري بعنوان " قياس مستوى السلوك الصحي لدى تلاميذ الصفوف الثلاث الأخيرة  
بالمدارس الابتدائية بمدينة الرياض " (2008) (13)، وهدفت الدراسة الى قياس مستوى السلوك الصحي  
لدى تلاميذ الصفوف الثلاث الأخيرة بالمدارس الابتدائية بمدينة الرياض ، واشتملت العينة على عينة  
(1000) طالب، وأشارت النتائج الي أن أفراد العينة لديهم اهتمام بالنواحي السلوكية التالية (اهتم  
بحسن مظهري ونظافة ملبسي، يجب أن تكون دورات المياه نظيفة بالمنزل والمدرسة، أهتم بمعرفة  
الشروط الصحيحة لوضع الجلوس للاستنكار، أحب الاشتراك في الأنشطة الرياضية والترويحية التي  
تتيحها المدرسة ، اشترك في الأنشطة الرياضية بهدف الشعور بالسعادة والرضا) وليس لديهم اهتمام  
بالنواحي السلوكية التالية (اهتم بالنوم والراحة لساعات كافية ، أكثر من تناول المشروبات الباردة أو

الساخنة بين الوجبات الأساسية، اهتم بإجراء كشف طبي قبل الانضمام للفريق المدرسي، اعرف تأثير ممارسة الرياضة على القوام غير المعتدل، اهتم بمعرفة كيفية النقاط الأشياء وحملها من الأرض).  
-دراسة عبد الناصر القدومي بعنوان " مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الاندية العربية للكرة الطائرة " ( ٢٠٠٥ ) (١٢)، وهدفت للدراسة الى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الاندية العربية للكرة الطائرة ، كذلك التعرف على الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي، وأشتملت عينة الدراسة علي (٩٠) لاعبا مشاركا في بطولة الاندية العربية الثانية والعشرين المقامة في الاردن، طبق عليهم استبانة الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية، وأشارت النتائج الى ان مستوى الوعي الصحي العام لدى افراد العينة كان عالياً، اضافة الى وجود فروق احصائية دالة بين مجالات الوعي الصحي حيث كان أعلى مجال المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، بينما لم تظهر النتائج فروقاً تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي، اضافة الى ان أعلى مصادر الحصول على المعلومات الصحية هو مصدر وسائل الاعلام.

-دراسة فخري العلي بعنوان " مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الاساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين " ( ٢٠٠١ ) (١٤)، وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الثقافة الصحية لدى طلبة المرحلة الاساسية العليا في المدارس الحكومية في فلسطين اضافة الى التعرف على الفروق تبعاً لمتغيرات الجنس، مكان السكن مستوى تعليم الاب والام ومستوى التحصيل الدراسي في مادة العلوم، وأظهرت النتائج أن مستوى الثقافة الصحية كان جيداً لدى عينة الدراسة، كما ظهر من النتائج أيضاً وجود فروق احصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيرات الجنس ومكان الإقامة ومستوى تعليم الاب والام ومستوى التحصيل الدراسي في مادة العلوم.

-دراسة صباريني وآخرون بعنوان " المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والاعلام بجامعة اليرموك " (١٩٨٩) (١٦)، وهدفت الدراسة الى التعرف على المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والاعلام بجامعة اليرموك ، وأظهرت النتائج وجود فروقاً احصائية دالة بين المعلومات الصحية للطلبة تبعاً لمتغير الجنس، كما ظهر ايضاً وجود انحدار في مستوى الوعي الصحي للطلبة قياساً الى ارتفاع مستوياتهم في الجامعة، فيما جاءت المطالعة الذاتية في المركز الاول من حيث مصادر الحصول على المعلومات الصحية تليها وسائل الاعلام ثم الموضوعات المدرسية ايام الدراسة في المدرسة وقد في المراتب الاخيرة المسابقات الجامعية وجماعات الاقران.

#### أهداف البحث:

يهدف البحث الى التعرف على:

- ١- مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض.
- ٢- مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض.

٣-العلاقة بين مستوى الوعي الصحي والتحصيل الاكاديمي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض.

تساؤلات البحث:

١- ما هي مصادر الحصول على المعلومات لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض؟

٢- ما هو مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض؟

٣- ما هي طبيعة العلاقة الارتباطية ما بين مستوى الوعي الصحي والتحصيل الاكاديمي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة الرياض؟

المصطلحات :

الوعي الصحي

يقصد به الالمام بالمعلومات والحقائق الصحية والاحساس بالمسئولية نحو الصحة الشخصية وصحة الغير والممارسة الصحية عن قصد وفهم واقتناع .

اجراءات البحث:

منهج البحث:

أستخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوب الدراسات المسحية لملائمة لطبيعة الدراسة.

مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث من طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (١٧٧١) تلميذ تم اختيارهم عشوائياً من طلاب المرحلة الثانوية في

مدينة الرياض بمتوسط وانحراف معياري للعمر (١٦.٦٤ ± ٠.٥٣) سنة.

وسائل جمع البيانات:

اشتملت وسائل جمع البيانات على قسمين :-

-الأول مقياس الوعي الصحي والمكون من (٦٢) فقرة موزعة على سبعة مجالات هي: (التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني، القوام، تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع، الكشف الطبي الدوري) بحيث تكون سلم الاجابة من ثلاثة بدائل هي (موافق ولها ثلاثة نقاط، غير متأكد ولها نقطتين، غير موافق ولها نقطة واحدة)، وقد تم اعتماد النسب المئوية التالية للدلالة على مستوى الوعي الصحي (٧٥.٠٪ فما فوق) مستوى صحي عالٍ، (٥٠-٧٤.٩٩٪) مستوى صحي متوسط، (أقل من ٥٠.٠٪) مستوى صحي منخفض. (١٢)

-والثاني مقياس مصادر الحصول على المعلومات الصحية حيث تكون سلم الاجابة من ثلاثة بدائل هي (موافق ولها ثلاثة نقاط، غير متأكد ولها نقطتين، غير موافق ولها نقطة واحدة)، اضافة الى الحصول

على مستوى التحصيل الدراسي للطلبة (المعدل العام) من خلال سجلات المدارس التي تم الرجوع إليها.

المعاملات العلمية لأدوات الدراسة:

### ١- المعاملات العلمية لمقياس الوعي الصحي

الصدق :

قام الباحث باستخدام صدق المحتوى عن طريق عرض أداة الدراسة على هيئة من المحكمين من حملة درجة الدكتوراه في التربية الرياضية والبالغ عددهم (٥) محكمين، حيث طلب منهم ابداء آرائهم وملاحظاتهم حول مدى وضوح فقرات ادوات الدراسة من الناحية العلمية والعملية واللغوية، ومن حيث صياغتها ووضوح الفقرات وسلامتها، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، ثم اجراء التغييرات والتعديلات على تلك المقاييس واطراف اية فقرات جديدة يرونها مناسبة، ثم قيام الباحث باجراء التعديلات في ضوء اقتراحات وتوصيات لجنة الخبراء والمحكمين .

#### جدول (١)

آراء الخبراء في مدى كفاية الاختبار

م	موافق تماماً (٥)	إلى حد ما (٣)	غير موافق (١)
٥	٤	صفر	١
المجموع	٢٠	صفر	١

يتضح من جدول (١) إن نسبة موافقة الخبراء على صدق الاختبار لما وضع من اجله (٨٠%).

الثبات :-

قام الباحث بتطبيق الاداة على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة بعدد (١٠٠) طالب تم اختيارهم عشوائياً وذلك لمرتين متتاليتين بفارق زمني بين التطبيقين وقدره اسبوعان بحيث استخدم نتائج التطبيق الاول لحساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي ثم استخدام نتائج التطبيقين الاول والثاني لحساب الثبات ، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (٢).

#### جدول رقم (٢)

معامل الثبات وصدق الاتساق الداخلي لمقياس الوعي الصحي (ن = ١٠٠)

رقم الفقرة	الصدق		رقم الفقرة	الصدق		الثبات
	الارتباط مع المقاييس ككل	الارتباط مع المحور الذي تنتمي اليه		الارتباط مع المقاييس ككل	الارتباط مع المحور الذي تنتمي اليه	
(ر) الدلالة	(ر) الدلالة	(ر) الدلالة	(ر) الدلالة	(ر) الدلالة	(ر) الدلالة	(ر) الدلالة
١	٠٠.٠٨١	٠٠.٠٦٦	٣٦	٠٠.٠٧٧	٠٠.٠٨٢	٠٠.٠٦٦
٢	٠٠.٠٧٧	٠٠.٠٧٦	٣٧	٠٠.٠٨٥	٠٠.٠٦٥	٠٠.٠٧٨
٣	٠٠.٠٧٩	٠٠.٠٧٠	٣٨	٠٠.٠٧٥	٠٠.٠٧٧	٠٠.٠٨٨
٤	٠٠.٠٧٤	٠٠.٠٦٩	٣٩	٠٠.٠٧٣	٠٠.٠٧٨	٠٠.٠٧٣

٥	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٩١	٠٠٠٠٧١	٤٠	٠٠٠٠٦٣	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٧٩
٦	٠٠٠٠٨٤	٠٠٠٠٨٤	٠٠٠٠٧٨	٤١	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٧١	٠٠٠٠٦٩
٧	٠٠٠٠٨٨	٠٠٠٠٦٦	٠٠٠٠٨٦	٤٢	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٨٨
٨	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٨٠	٠٠٠٠٧٣	٤٣	٠٠٠٠٦٦	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٨١
٩	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٨٣	٠٠٠٠٦٩	٤٤	٠٠٠٠٧٨	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٨٠
	مجال التغذية	٠٠٠٠٨٨	٠٠٠٠٨٥	مجال تكوين وعمل الجسم البشري			٠٠٠٠٨٣
١٠	٠٠٠٠٦٣	٠٠٠٠٦١	٠٠٠٠٧٧	٤٥	٠٠٠٠٧٧	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٦٩
١١	٠٠٠٠٦٧	٠٠٠٠٦٠	٠٠٠٠٦٨	٤٦	٠٠٠٠٦٦	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٧٦
١٢	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٦٢	٠٠٠٠٨٤	٤٧	٠٠٠٠٧٤	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٧٦
١٣	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٦٤	٠٠٠٠٧٦	٤٨	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٧٠	٠٠٠٠٧٧
١٤	٠٠٠٠٦٣	٠٠٠٠٦٥	٠٠٠٠٧٩	٤٩	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٧٨
١٥	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٦١	٠٠٠٠٦٧	٥٠	٠٠٠٠٦٦	٠٠٠٠٧٧	٠٠٠٠٦٥
١٦	٠٠٠٠٦١	٠٠٠٠٧٤	٠٠٠٠٧٣	٥١	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٧٣
١٧	٠٠٠٠٨٦	٠٠٠٠٥٦	٠٠٠٠٧٧	٥٢	٠٠٠٠٦٧	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٧١
١٨	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٩٠	٥٣	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٦٥
١٩	٠٠٠٠٧١	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٦٤	٥٤	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٧٧	٠٠٠٠٧٧
٢٠	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٦٨	٥٥	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٧١
	مجال الصحة الشخصية	٠٠٠٠٨٣	٠٠٠٠٨٣	مجال صحة الأسرة والمجتمع			٠٠٠٠٨٨
٢١	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٦٣	٠٠٠٠٦٤	٥٦	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٨٣	٠٠٠٠٧٦
٢٢	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٦٧	٠٠٠٠٧٦	٥٧	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٧٧
٢٣	٠٠٠٠٧٧	٠٠٠٠٧١	٠٠٠٠٧٠	٥٨	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٨٠	٠٠٠٠٨٣
٢٤	٠٠٠٠٦٩	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٧٦	٥٩	٠٠٠٠٦٦	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٨١
٢٥	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٦٣	٠٠٠٠٦٥	٦٠	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٨١	٠٠٠٠٨٠
٢٦	٠٠٠٠٧٥	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٦٦	٦١	٠٠٠٠٨٨	٠٠٠٠٧٤	٠٠٠٠٧٣
٢٧	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٦٥	٠٠٠٠٦٠	٦٢	٠٠٠٠٨٠	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٨١
	مجال أهمية ممارسة النشاط البدني	٠٠٠٠٨٠	٠٠٠٠٨١	مجال الكشف الطبي الدوري			٠٠٠٠٨٩
٢٨	٠٠٠٠٧٧	٠٠٠٠٥٦	٠٠٠٠٧٥	الثبات الكلي للاستنباتة ككل: ٠٠ (٠٠٨٦)			٠٠٠٠٧٥
٢٩	٠٠٠٠٦٨	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٦٦				٠٠٠٠٧٥
٣٠	٠٠٠٠٨٤	٠٠٠٠٦١	٠٠٠٠٦٢				٠٠٠٠٧٥
٣١	٠٠٠٠٧١	٠٠٠٠٦٧	٠٠٠٠٧١				٠٠٠٠٧٥
٣٢	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٦٥	٠٠٠٠٦٧				٠٠٠٠٧٥
٣٣	٠٠٠٠٦٠	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٧٠				٠٠٠٠٧٥
٣٤	٠٠٠٠٧١	٠٠٠٠٧٣	٠٠٠٠٦٩				٠٠٠٠٧٥
٣٥	٠٠٠٠٧٢	٠٠٠٠٧٦	٠٠٠٠٦٤	٠ = دالة عند مستوى (٠.٠٥)			
	مجال لقوام	٠٠٠٠٧٩	٠٠٠٠٨٦	٠٠ = دالة عند مستوى (٠.٠١)			

يتضح من الجدول رقم (٢) ان جميع معاملات الارتباط سواء المتسقة مع المحور الذي تنتمي اليه الفقرات او ارتباط المحور مع المقياس ككل او معاملات الثبات قد جاءت جميعها ذات دلالة احصائية مما يدل على صلاحية اداة الدراسة للتطبيق على افراد عينة البحث.



## ٢- المعاملات العلمية لمقياس مصادر الحصول على المعلومات

الصدق:

قام الباحث باستخدام صدق المحتوى عن طريق عرض أداة الدراسة على هيئة من المحكمين من حملة درجة الدكتوراه في التربية الرياضية والبالغ عددهم (٥) محكمين ( نفس المحكمين لمقياس الوعي الصحي )، حيث طلب منهم ابداء آرائهم وملاحظاتهم حول مدى وضوح فقرات ادوات الدراسة من الناحية العلمية والعملية واللغوية، ومن حيث صياغتها ووضوح الفقرات وسلامتها، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، ثم اجراء التغييرات والتعديلات على تلك المقاييس واطراف اية فقرات جديدة يرونها مناسبة، ثم قيام الباحث باجراء التعديلات في ضوء اقتراحات وتوصيات لجنة الخبراء والمحكمين .

جدول (٣)

لراء الخبراء في مدي كفاية الاختبار

م	موافق تملما (٥)	إلى حد ما (٣)	غير موافق (١)
٥	٥	صفر	صفر
المجموع	٢٥	صفر	صفر

يتضح من جدول (١) إن نسبة موافقة الخبراء على صدق الاختبار لما وضع من اجله (١٠٠%).

الثبات :

قام الباحث بتطبيق الاداة على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة بعدد (١٠٠) طالب تم اختيارهم عشوائياً وذلك لمرتين متتاليتين بفارق زمني بين التطبيقين وقدره اسبوعان ويشير الجدول رقم (٤) الى معامل الثبات لكل مصدر من المصادر المشار اليها.

جدول رقم (٤)

معامل الثبات بين التطبيق الاول والثاني لمصادر الحصول على المعلومات الصحية (ن = ١٠٠)

رقم المصدر	المصدر	الارتباط
١	وسائل الاعلام	٠٠.٩٥
٢	اخبار الامر	٠٠.٩٣
٣	معلم التربية البدنية	٠٠.٩١
٤	الموضوعات التي درست في المدرسة	٠٠.٨٨
٥	المطالعة لذاتية	٠٠.٩٦
٦	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية	٠٠.٨٩
الكلية	جميع المصادر	٠٠.٩٥

\*\*\* = دالة عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من الجدول رقم (٤) ان جميع معاملات الارتباط بين التطبيقين الاول والثاني لمصادر الحصول على المعلومات الصحية قد جاءت ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠.٠١)، فيما جاء الثبات الكلي لهذا الجزء (٠.٩٥).

## التحليل الاحصائي:

استخدم الباحث اساليب التحليل الاحصائي المتمثلة في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والتكرارات والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون وحجم التأثير تبعا لمعايير (Cohen1988)(28).

عرض النتائج: جدول رقم (5)

مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض (ن=1771)

الترتيب	النسبة المئوية الكلية	غير موافق		غير متأكد		موافق		متوسط $\pm$ انحراف	المصدر
		%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار		
الاول	89.22	6.71	119	18.91	335	74.36	1317	0.09 $\pm$ 2.67	وسائل الاعلام
الثاني	84.72	10.18	269	10.47	274	69.33	1228	0.74 $\pm$ 2.04	اولياء الامر
الثالث	64.14	47.76	846	12.02	213	40.20	712	0.93 $\pm$ 1.92	معلم التربية البدنية
الرابع	62.96	50.36	892	10.38	184	39.24	695	0.94 $\pm$ 1.88	الموضوعات التي درست في المدرسة
الخامس	54.94	63.91	1132	7.34	130	28.74	509	0.89 $\pm$ 1.64	المطالعة الذاتية
السادس	52.42	68.37	1211	0.98	106	20.63	454	0.87 $\pm$ 1.07	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية

يتضح من الجدول رقم (5) أن أكثر المصادر للمعلومات الصحية لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية كانت في المرتبة الاولى (وسائل الاعلام) بمتوسط وانحراف معياري (0.09  $\pm$  2.67) ونسبة مئوية (89.22%) يليه في المرتبة الثانية (أولياء الامور) بمتوسط وانحراف معياري (0.74  $\pm$  2.04) ونسبة مئوية (84.72%)، وفي المرتبة الثالثة (معلم التربية البدنية) بمتوسط وانحراف معياري (0.93  $\pm$  1.92) ونسبة مئوية (64.14%)، وفي المرتبة الرابعة (الموضوعات التي درست في المدرسة) بمتوسط وانحراف معياري (0.94  $\pm$  1.88) ونسبة مئوية (62.96%)، وفي المرتبة الخامسة (المطالعة الذاتية) بمتوسط وانحراف معياري (0.89  $\pm$  1.64) ونسبة مئوية (54.94%)، وفي المرتبة الاخيرة (الزيارات المستمرة للمراكز الصحية) بمتوسط وانحراف معياري (0.87  $\pm$  1.07) ونسبة مئوية (52.42%).

جدول رقم (6)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال التغذية (ن=1771)

الرقم	الفترة	متوسط $\pm$ انحراف		موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
		%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
1	اختار غذائي على اساس ما يحتويه من قيمة غذائية.	0.71 $\pm$ 2.05	1209	68.3	1209	18.9	334	12.9	228	85.13
2	يتحدر على تناول وجبة الإفطار لضيق الوقت.	0.70 $\pm$ 2.70	1395	78.8	1395	13.2	234	8.0	142	90.25
3	أكثر من تناول المشروبات الباردة أو الساخنة بين الوجبات الأساسية.	0.09 $\pm$ 2.72	1418	80.1	1418	12.1	214	7.8	139	90.74
4	اعرف العناصر الغذائية التي يجب أن تتكون منها كل وجبة.	0.74 $\pm$ 2.46	1099	62.1	1099	22.8	403	10.2	269	82.29
5	اهتم بأن تحتوي كل وجبة على كمية مناسبة من الخضروات.	0.70 $\pm$ 2.64	1386	78.3	1386	10.0	150	13.3	235	88.33

٦	من المهم أن أتناول وجبة الإفطار.	±١.٨٣ ٠.٩١	٦١٨	٣٤.٩	٢٣٥	١٣.٣	٩١٨	٥١.٨	٦١.٠٢
٧	اهتم بمعرفة عناصر الغذاء التي تمدني بالطاقة.	±٢.٥٢ ٠.٧٣	١١٨٤	٦٦.٩	٣٣١	١٨.٧	٢٥٦	١٤.٥	٨٤.١٣
٨	أحافظ على تناول كمية معتدلة من الطعام.	±٢.٧٦ ٠.٥٦	١٤٦٨	٨٢.٩	١٨٥	١٠.٤	١١٨	٦.٧	٩٢.٠٨
٩	شرب القهوة والشاي يساعد على التركيز	± ٢.٣٦ ٠.٧٩	١٠٠٧	٥٦.٩	٤٠٧	٢٣.٠	٣٥٧	٢٠.٢	٧٨.٩٠

يتضح من الجدول رقم (٦) أن الفقرة ذات الرقم (٨) والتي تنص على (أحافظ على تناول كمية معتدلة من الطعام) قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط وانحراف معياري (  $2.76 \pm 0.56$  ) ونسبة مئوية (٩٢.٩٠%)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٦) والتي تنص على (من المهم أن أتناول وجبة الإفطار) في المرتبة الأخيرة بمتوسط وانحراف معياري (  $1.83 \pm 0.91$  ) ونسبة مئوية (٦١.٠٢%).

### جدول رقم (٧)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال الصحة الشخصية (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط ± انحراف	موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
			تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	
١٠	اهتم بتنظيف لسنتي بالفرشاة يومياً.	±٢.٨٢ ٠.٤٦	١٥١٢	٨٥.٤	٢٠١	١١.٣	٥٨	٣.٣	٩٤.٠٣
١١	اهتم باستبدال ملابس كاملة بعد أي مجهود أقوم به.	±٢.٣٤ ٠.٨٣	١٠٢١	٥٧.٧	٣٣٩	١٩.١	٤١١	٢٣.٢	٧٨.١٥
١٢	أراعي عند اختيار ملابس مناسبة لدرجة حرارة الجو.	±٢.٠٨ ٠.٨٧	٧٦٢	٤٣.٠	٤٠٦	٢٢.٩	٦٠٣	٣٤.٠	٦٩.٦٦
١٣	اهتم بحسن مظهري ونظافة ملبسي.	±٢.٧٩ ٠.٤٩	١٤٨٨	٨٤.٠	٢٠٨	١١.٧	٧٥	٤.٢	٩٣.٢٦
١٤	اعتن بشعري ونظافة رأسي يومياً.	±٢.٨٣ ٠.٤٦	١٥٥٣	٨٧.٧	١٤٧	٨.٣	٧١	٤.٠	٩٤.٥٦
١٥	أهتم بتقليم أظافر يداي وقدمي كلما احتاج الأمر ذلك.	±٢.٧٧ ٠.٥٢	١٤٥٥	٨٢.٢	٢٢٧	١٢.٨	٨٩	٥.٠	٩٢.٣٨
١٦	اهتم بالاستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتدريب.	±٢.٦٦ ٠.٦٢	١٣١٩	٧٤.٥	٣٠٦	١٧.٣	١٤٦	٨.٢	٨٨.٧٤
١٧	اهتم بالاستحمام لكل يوم في الصباح الباكر	±٢.٧٧ ٠.٥٣	١٤٨١	٨٣.٦	١٨٧	١٠.٦	١٠٣	٥.٨	٩٢.٦٠
١٨	اهتم بالنظافة بالجوارب والأحذية وغسل القدمين.	±٢.٣٦ ٠.٧٦	٩٦١	٥٤.٣	٤٩٤	٢٧.٩	٣١٦	١٧.٨	٧٨.٨١
١٩	اهتم بالنوم والراحة لساعات كافية.	±٢.٦١ ٠.٦٢	١٢٢١	٦٨.٩	٤١٢	٢٣.٣	١٣٨	٧.٨	٨٧.٠٥
٢٠	اهتم بعدم وجود دبابيس أو أي شيء خطير في الملابس أثناء ممارسة الرياضة	± ٢.٩٢ ٠.٣٢	١٦٦٣	٩٣.٩	٧٧	٤.٣	٣١	١.٨	٩٧.٣٨

يتضح من الجدول رقم (٧) أن الفقرة ذات الرقم (٢٠) والتي تنص على (اهتم بعدم وجود دبابيس أو أي شيء خطير في الملابس أثناء ممارسة الرياضة) قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط وانحراف معياري ( $2.92 \pm 0.32$ ) ونسبة مئوية (٩٧.٣٨٪)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (١٢) والتي تنص على (أراعي عند اختيار ملابس مناسبة لدرجة حرارة الجو) في المرتبة الأخيرة بمتوسط وانحراف معياري ( $2.08 \pm 0.87$ ) ونسبة مئوية (٦٩.٦٦٪).

#### جدول رقم (٨)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال أهمية ممارسة النشاط البدني (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط $\pm$ انحراف		موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
		متوسط	انحراف	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	
٢١	اهتم بتخصيص وقت يوماً لممارسة بعض التمارين الرياضية	٢.٧٩	٠.٥٥	١٥٣٠	٨٦.٤	١١٥	٦.٥	١٢٦	٧.١	٩٣.٠٩
٢٢	اشترك في بعض الأنشطة الرياضية التي تنظمها المدرسة	٢.٧٣	٠.٥٦	١٤١٢	٧٩.٧	٢٥٢	١٤.٢	١٠٧	٦.٠	٩١.٢٣
٢٣	أحب الاشتراك في الأنشطة الرياضية والترويحية التي تتيحها المدرسة.	٢.٥١	٠.٧٠	١١٣٤	٦٤.٠	٤١٣	٢٣.٣	٢٢٤	١٢.٦	٨٣.٧٩
٢٤	اشترك في الأنشطة الرياضية بهدف الشعور بالسعادة والرضا.	٢.٦١	٠.٦٩	١٣٠٥	٧٣.٧	٢٤٧	١٣.٩	٢١٩	١٢.٤	٨٧.١١
٢٥	اهتم بقضاء أحد أيام الأسبوع خارج المنزل في الهواء الطلق لممارسة الأنشطة.	٢.٦٠	٠.٦٥	١٢٤٧	٧٠.٤	٣٥٤	٢٠.٠	١٧٠	٩.٦	٨٦.٩٤
٢٦	لمشي لمسافات طويلة بغرض تنشيط الدورة الدموية.	٢.٦٤	٠.٦٢	١٢٨٤	٧٢.٥	٣٤٤	١٩.٤	١٤٣	٨.١	٨٨.١٤
٢٧	لا أمارس النشاط الرياضي إذا شعرت بالتعب أو عند الإصابة.	٢.٧٨	٠.٤٩	١٤٧٠	٨٣.٠	٢٣٠	١٣.٠	٧١	٤.٠	٩٣.٠٠

يتضح من الجدول رقم (٨) أن الفقرة ذات الرقم (٢١) والتي تنص على (اهتم بتخصيص وقت يوماً لممارسة بعض التمارين الرياضية) قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط وانحراف معياري ( $2.79 \pm 0.55$ ) ونسبة مئوية (٩٣.٠٩٪)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٢٣) والتي تنص على (أحب الاشتراك في الأنشطة الرياضية والترويحية التي تتيحها المدرسة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط وانحراف معياري ( $2.51 \pm 0.70$ ) ونسبة مئوية (٨٣.٧٩٪).

جدول رقم (٩)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال القوام (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط $\pm$ انحراف		موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
		تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	
٢٨	اعرف تأثير ممارسة الرياضة على القوام غير المعتدل.	١٣٣٣	٧٥.٣	٣١٥	١٧.٨	١٢٣	٦.٩	٨٩.٤٤		
٢٩	يجب الاهتمام بالإعداد البدني قبل أداء النشاط الرياضي	١٣٦٢	٧٦.٩	٢٦٣	١٤.٩	١٤٦	٨.٢	٨٩.٥٥		
٣٠	اهتم بمعرفة شروط الجلوس الصحيحة في الفصل والمدرسة.	١٤٨٠	٨٣.٦	٢٠٤	١١.٥	٨٧	٤.٩	٩٢.٨٩		
٣١	اهتم بمعرفة شروط المشي الصحيح في الشارع.	١٤١٢	٧٩.٧	٢٤١	١٣.٦	١١٨	٦.٧	٩١.٠٢		
٣٢	اهتم بمعرفة طريقة حمل الكتب الصحيحة.	١١٦١	٦٥.٦	٣٩٥	٢٢.٣	٢١٥	١٢.١	٨٤.٤٧		
٣٣	أهتم بمعرفة الشروط الصحيحة لوضع الجلوس للاستذكار.	١٤٥٦	٨٢.٢	١٩٩	١١.٢	١١٦	٦.٥	٩١.٨٩		
٣٤	أهتم بمعرفة كيفية التقاط الأشياء وحملها من الأرض.	١٣٦٤	٧٧.٠	٢٥٠	١٤.١	١٥٧	٨.٩	٨٩.٣٨		
٣٥	لا أبالغ في قدرتي على حمل بعض الأشياء.	١١٩٣	٦٧.٤	٣٥٩	٢٠.٣	٢١٩	١٢.٤	٨٥.٠٠		

يتضح من الجدول رقم (٩) أن الفقرة ذات الرقم (٣٠) والتي تنص على (اهتم بمعرفة شروط الجلوس الصحيحة في الفصل والمدرسة) قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط وانحراف معياري ( $0.01 \pm 2.78$ ) وبنسبة مئوية (٩٢.٨٩%)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٣٢) والتي تنص على (اهتم بمعرفة طريقة حمل الكتب الصحيحة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط وانحراف معياري ( $0.70 \pm 2.03$ ) وبنسبة مئوية (٨٤.٤٧%).

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال تكوين وعمل الجسم البشري (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط $\pm$ انحراف		موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
		تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	
٣٦	اهتم بمعرفة تكوين وعمل الجهاز الهضمي .	١٣٧٤	٧٧.٦	٢٧٧	١٥.٦	١٢٠	٦.٨	٩٠.٢٧		
٣٧	اهتم بمعرفة تكوين وعمل الجهاز الدوري.	١٥٠٧	٨٥.١	٢٠٠	١١.٣	٦٤	٣.٦	٩٣.٨٣		
٣٨	اهتم بمعرفة تكوين وعمل الجهاز التنفسي	١٥٦٩	٨٨.٦	١٥٤	٨.٧	٤٨	٢.٧	٩٥.٢٩		
٣٩	اهتم بمعرفة الهيكل العظمي.	١٢٦٦	٧١.٥	٣٦٢	٢٠.٤	١٤٣	٨.١	٨٧.٨٠		
٤٠	اهتم بمعرفة كيفية حماية الجسم والمحافظة عليه.	١٣٩٩	٧٩.٠	٢٧٨	١٥.٧	٩٤	٥.٣	٩١.٢٣		

٤١	ممارسة الأنشطة الرياضية تساعد الجسم في أداء وظائفه.	±٢.٧٩ ٠.٤٧	١٤٦٧	٨٢.٨	٢٥٠	١٤.١	٥٤	٣.٠	٩٣.٢٦
٤٢	اهتم بالتوازن بين النشاط والراحة.	±٢.٨٣ ٠.٤٦	١٥٤٥	٨٧.٢	١٥٩	٩.٠	٦٧	٣.٨	٩٤.٤٩
٤٣	أجنب وسائل التعب البدني والإجهاد.	±٢.٧٧ ٠.٤٩	١٤٣٨	٨١.٢	٢٦٧	١٥.١	٦٦	٣.٧	٩٢.٤٩
٤٤	لا أمارس الأنشطة التي قد تؤدي إلى إصابتي.	±٢.٧٧ ٠.٥٠	١٤٤٨	٨١.٨	٢٥٢	١٤.٢	٧١	٤.٠	٩٢.٥٨

يتضح من الجدول رقم (١٠) أن الفقرة ذات الرقم (٣٨) والتي تنص على (اهتم بمعرفة تكوين وعمل الجهاز التنفسي) قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط وانحراف معياري ( ٢.٨٥ ± ٠.٤١ ) وبنسبة مئوية (٩٥.٢٩%)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٣٩) والتي تنص على (اهتم بمعرفة الهيكل العظمي) في المرتبة الأخيرة بمتوسط وانحراف معياري (٢.٦٣ ± ٠.٧٠) وبنسبة مئوية (٨٧.٨٠%)

### جدول رقم (١١)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال صحة الأسرة والمجتمع (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط ± انحراف		موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
		متوسط	انحراف	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
٤٥	اهتم بنظافة المنزل والمدرسة.	±٢.٥٥ ٠.٧٢	١٢٢٥	٦٩.٢	٣٠٢	١٧.١	٢٤٤	١٣.٨	٨٥.١٣	
٤٦	اهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس.	±٢.٧١ ٠.٦٠	١٣٩٨	٧٨.٩	٢٣٤	١٣.٢	١٣٩	٧.٨	٩٠.٣٦	
٤٧	يجب وجود أماكن صحية مناسبة لقضاء الحاجة	±٢.٧٤ ٠.٥٤	١٤٢٤	٨٠.٤	٢٥١	١٤.٢	٩٦	٥.٤	٩١.٦٦	
٤٨	اهتم بمعرفة أخطار المبيدات الحشرية	±٢.٧٨ ٠.٥٤	١٥٠٠	٨٤.٧	١٥٩	٩.٠	١١٢	٦.٣	٩٢.٧٩	
٤٩	أتبع التخلص من الفضلات بالمنزل بالطرق الصحية.	±٢.٥٥ ٠.٧٣	١٢٤٥	٧٠.٣	٢٦٥	١٥.٠	٢٦١	١٤.٧	٨٥.١٩	
٥٠	يجب أن تكون دورات المياه نظيفة بالمنزل والمدرسة.	±٢.٦٥ ٠.٩٢	١٣٠٤	٧٣.٦	٣١٨	١٨.٠	١٤٩	٨.٤	٨٨.٤١	
٥١	اهتم بمكافحة الحشرات.	±٢.٦٠ ٠.٦١	١١٨٣	٦٦.٨	٤٦٨	٢٦.٤	١٢٠	٦.٨	٨٦.٦٧	
٥٢	اهتم بمعرفة أسس ومبادئ الإسعافات الأولية.	±٢.٥٩ ٠.٦٨	١٢٦٦	٧١.٥	٢٩٨	١٦.٨	٢٠٧	١١.٧	٨٦.٦٠	
٥٣	أحب أن يكون المنزل بعيد عن الضجيج.	±٢.٦٧ ٠.٥٩	١٣٢٢	٧٤.٦	٣٣٠	١٨.٦	١١٩	٦.٧	٨٩.٣١	
٥٤	اهتم مع الجيران بنظافة الحي الذي نملكه.	±٢.٥٠ ٠.٧٤	١١٦٠	٦٥.٥	٣٣٩	١٩.١	٢٧٢	١٥.٤	٨٣.٣٨	
٥٥	أؤكد من نظافة ونقاء المياه قبل الشرب.	±٢.٦٥ ٠.٦٣	١٣١٧	٧٤.٤	٢٩٧	١٦.٨	١٥٧	٨.٩	٨٨.٥٠	

يتضح من الجدول رقم (١١) أن الفقرة ذات الرقم (٤٨) والتي تتص على (اهتم بمعرفة أخطار المبيدات الحشرية) قد جاءت في المرتبة الاولى بمتوسط وانحراف معياري (٠.٥٤±٢.٧٨) وبنسبة مئوية (٩٢.٧٩٪)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٥٤) والتي تتص على (اهتم مع الجيران بنظافة الحي الذي نسكنه) في المرتبة الاخيرة بمتوسط وانحراف معياري (٠.٧٤±٢.٥٠) وبنسبة مئوية (٨٣.٣٨٪).

### جدول رقم (١٢)

المتوسط والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجال الكشف الطبي الدوري (ن=١٧٧١)

الرقم	الفقرة	متوسط ± انحراف	موافق		غير متأكد		غير موافق		النسبة المئوية الكلية
			تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	
٥٦	اهتم بإجراء كشف طبي قبل الانضمام للفريق المدرسي.	±٢.٦٧ ٠.٦١	١٣٣٨	٧٥.٦	٢٩١	١٦.٤	١٤٢	٨.٠	٨٩.١٨
٥٧	اهتم بإجراء كشف طبي قبل المباريات.	±٢.١٥ ٠.٨٣	٧٧٣	٤٣.٦	٥٠٣	٢٨.٤	٤٩٥	٢٨.٠	٧١.٩٠
٥٨	اهتم بإجراء كشف طبي بعد الشفاء من الإصابة.	±٢.٧٥ ٠.٥٦	١٤٥٣	٨٢.٠	٢٠٣	١١.٥	١١٥	٦.٥	٩١.٨٥
٥٩	اهتم بوجود تصريح كتابي من الطبيب للرجوع إلى التدريب بعد الإصابة.	±٢.٥٣ ٠.٧٠	١١٧٠	٦٦.١	٣٨٧	٢١.٩	٢١٤	١٢.١	٨٤.٦٦
٦٠	يجب وجود بطاقة صحية لكل تلميذ مسجل بها حالته الصحية.	±٢.٨٣ ٠.٤٣	١٥٢١	٨٥.٩	٢٠٣	١١.٥	٤٧	٢.٧	٩٤.٤١
٦١	قد يساعد الكشف الطبي الدوري في معرفة أمراض لم تكن أعرفها.	±٢.٧٥ ٠.٥٤	١٤٢٩	٨٠.٧	٢٤٢	١٣.٧	١٠٠	٥.٦	٩١.٦٨
٦٢	إجراء الكشف الطبي قبل ممارسة الأنشطة الرياضية يجعلني أشعر بالأطمئنان	±٢.٦٥ ٠.٦٢	١٢٩٨	٧٣.٣	٣٣٣	١٨.٨	١٤٠	٧.٩	٨٨.٤٦

يتضح من الجدول رقم (١٢) أن الفقرة ذات الرقم (٦٠) والتي تتص على (يجب وجود بطاقة صحية لكل تلميذ مسجل بها حالته الصحية) قد جاءت في المرتبة الاولى بمتوسط وانحراف معياري (٠.٤٣±٢.٨٣) وبنسبة مئوية (٩٤.٤١٪)، فيما جاءت الفقرة ذات الرقم (٥٧) والتي تتص على (اهتم بإجراء كشف طبي قبل المباريات) في المرتبة الاخيرة بمتوسط وانحراف معياري (٠.٨٣±٢.٥١) وبنسبة مئوية (٧١.٩٠٪).

جدول رقم (١٣)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسبة المئوية الكلية لمجالات الدراسة

الترتيب	النسبة المئوية الكلية	متوسط $\pm$ انحراف	المجال
السابع	٨٣.٦٥	٠.٣٠ $\pm$ ٢.٥٠	التغذية
الخامس	٨٧.٨٧	٠.٢٧ $\pm$ ٢.٦٣	الصحة الشخصية
الثالث	٨٩.٠٤	٠.٣٣ $\pm$ ٢.٦٧	أهمية ممارسة النشاط البدني
الثاني	٨٩.٢٠	٠.٣١ $\pm$ ٢.٦٧	القوام
الاول	٩٢.٣٦	٠.٢٥ $\pm$ ٢.٧٧	تكوين وعمل الجسم البشري
الرابع	٨٨.٠	٠.٢٩ $\pm$ ٢.٦٤	صحة الأسرة والمجتمع
السادس	٨٧.٤٤	٠.٢٩ $\pm$ ٢.٦٢	الكشف الطبي الدوري
-	٨٨.٢٢	٠.٢١ $\pm$ ٢.٦٥	الاستهقة ككل

اما من حيث ترتيب مجالات البحث فينتضح من الجدول رقم (١٣) أن مجال الاهتمام بعمل وتكوين الجسم البشري قد جاء في المرتبة الاولى بمتوسط وانحراف معياري (٠.٢٥  $\pm$  ٢.٧٧) ونسبة مئوية (٩٢.٣٦%)، يليه في المرتبة الثانية مجال (القوام) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٣١  $\pm$  ٢.٦٧)، ونسبة مئوية (٨٩.٢٠%)، وفي المرتبة الثالثة مجال (أهمية ممارسة النشاط البدني) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٣٣  $\pm$  ٢.٦٧) ونسبة مئوية (٨٩.٠٤%)، وفي المرتبة الرابعة مجال (صحة الأسرة والمجتمع) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٢٩  $\pm$  ٢.٦٤) ونسبة مئوية (٨٨.٠%)، وفي المرتبة الخامسة مجال (الصحة الشخصية) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٢٧  $\pm$  ٢.٦٣) ونسبة مئوية (٨٧.٨٧%)، وفي المرتبة السادسة مجال (الكشف الطبي الدوري) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٢٩  $\pm$  ٢.٦٢) ونسبة مئوية (٨٧.٤٤%)، وفي المرتبة الاخيرة مجال (التغذية) بمتوسط وانحراف معياري (٠.٣٠  $\pm$  ٢.٥٠) ونسبة مئوية (٨٣.٦٥%)، وجميع هذه النسب تدل على مستوى صحي عالٍ (القدومي، ٢٠٠٥)، فيما يتضح أيضاً أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات افراد عينة البحث على الاستبانة ككل قد جاءت (٠.٢١  $\pm$  ٢.٦٥) ونسبة مئوية (٨٨.٢٢%) وهي أيضاً ما تعبر عن مستوى صحي عالٍ.

جدول رقم (١٤)

مستوى الوعي الصحي على جميع مجالات البحث

مستوى صحي منخفض		مستوى صحي متوسط		مستوى صحي عالٍ		المجال
% من العينة	عدد الطلاب	% من العينة	عدد الطلاب	% من العينة	عدد الطلاب	
١٩.٨٢	٣٥١	٣٠.٤٩	٥٤٠	٤٩.٦٩	٨٨٠	التغذية
١٦.٨٨	٢٩٩	٣٠.٠٤	٥٣٢	٥٣.٠٨	٩٤٠	صحة الشخصية
١٥.٩٢	٢٨٢	٢٨.٨٠	٥١٠	٥٥.٢٨	٩٧٩	أهمية ممارسة النشاط البدني
١٥.٣٦	٢٧٢	٢٨.٢٣	٥٠٠	٥٦.٤١	٩٩٩	القوام
١٤.١٧	٢٥١	٢٥.٤١	٤٥٠	٦٠.٤٢	١٠٧٠	تكوين وعمل الجسم البشري
١٦.٧٧	٢٩٧	٢٩.٩٣	٥٣٠	٥٣.٣٠	٩٤٤	صحة الأسرة والمجتمع
١٧.٢٢	٣٠٥	٣٠.٢٧	٥٣٦	٥٢.٥١	٩٣٠	الكشف الطبي الدوري
١٦.١٥	٢٨٦	٢٧.٩٥	٤٩٥	٥٥.٩٠	٩٩٠	الاستهقة ككل



يتضح من الجدول رقم (١٤) أن أكثر المجالات والتي حصل فيها التلاميذ على مستوى صحي عالٍ هي مجال (تكوين وعمل الجسم البشري) بنسبة (٦٠.٤٢٪) من مجموع العينة وأقلها في مجال التغذية بنسبة (٤٩.٦٩٪)، فيما يتضح أيضاً أن نسبة التلاميذ الذين حصلوا على مستوى صحي عالٍ على جميع مجالات الاستبانة كانت (٥٥.٩٠٪)، ومستوى صحي متوسط (٢٧.٩٥٪)، ومستوى صحي منخفض (١٦.١٥٪).

#### جدول رقم (١٥)

العلاقة بين الوعي الصحي والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض

(ن=١٧٧١)

٠٠.١٤	معامل الارتباط	العلاقة بين الملوك الصحي والتحصيل الأكاديمي
٠٠.١٩٦	حجم التأثير Size Effect	
١.٩٦	حجم التباين	
صغير	Cohen Norms	
٩٨.٠٤	تأثير العوامل الأخرى	

\*\* داله عند مستوى  $(\alpha \geq 0.001)$ .

يتضح من الجدول رقم (١٥) وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠.٠٠١) ما بين الوعي الصحي والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض بمعامل ارتباط (٠.١٤)، وهذه النتيجة تدل على ان ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية السعوديين يترافق مع ارتفاع مستوى التحصيل الأكاديمي، فيما كان حجم التأثير (Size Effect) لهذه العلاقة (٠.٠١٩٦)، وهي تعبر عن حجم تأثير صغير تبعاً لمعايير (٢٨)(Cohen 1988) حيث يفسر حجم التأثير قوة العلاقة ما بين المتغيرين فهو يدل على نسبة التباين أو التغير الذي يفسرها متغير مستوى التحصيل الأكاديمي من التباين أو التغير الذي يحدث في مستوى السلوك الصحي، وبالتالي يكون حجم التباين الذي يظهر من خلال تلك العلاقة بنسبة (١.٩٦) وحجم تأثير العوامل الأخرى في التأثير على مستوى السلوك الصحي (٩٨.٠٤٪)

## مناقشة النتائج:

من اجل مناقشة التساؤل الاول والذي ينص على ما هي مصادر الحصول على المعلومات الصحية ومستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في المملكة العربية السعودية، اشارت النتائج في جدول (٥) الى أن أكثر مصدر يحصل التلاميذ من خلاله على المعلومات الصحية كان وسائل الاعلام بنسبة مئوية كلية (٨٩.٢٢%) وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل اليه (١٢)، (١٦) من وسائل الاعلام بمختلف انواعها المرئية والمسموعة والمقروءة تعتبر من أكثر المصادر توفيراً للمعلومات الصحية، حيث يؤكد على ذلك (٣٠: ٤٢٢) Coulter, (2000) من أن التفاز وما يقدمه من برامج صحية وسلوكية هادفة يعد بمثابة المصدر والمساهم الاول في الحصول على المعلومات الصحية لدى قطاع الشباب في امريكا، فالمتتبع للكلم الهائل من الفضائيات سواء العربية منها او الاجنبية او المحلية والتي تبث برامجها من داخل المملكة العربية السعودية يلاحظ زيادة في عدد البرامج الصحية الهادفة والتي تهدف الى تنمية السلوك الصحي لدى مختلف قطاعات المجتمع وبالتركيز على طلبة المدارس وكبار السن، وذلك يؤكد على الدور الكبير والذي يمكن ان تقوم به وسائل الاعلام السعودية في تطوير الجانب الصحي والغذائي والبدني لدى فئة الشباب خاصة وباقى فئات وقطاعات المجتمع السعودي.

فيما يتضح ايضاً أن المصدر الثاني للحصول على المعلومات الصحية تمثل في اولياء الامور بنسبة مئوية (٨٤.٧٢%) وقد يعود ذلك الى ارتفاع مستوى تعليم الاباء والامهات واطلاعهم المستمر على المعلومات الصحية والى زيادة اهتمامهم برعاية الابناء صحياً، اضافة الى أن طبيعة المجتمع السعودي والاسرة السعودية والتي يمثل فيها الاب والام القدوة الحسنة من خلال ترابط الاسرة وتجمعها حول ولي الامر مما يجعل التوصيات او المعلومات التي قد يعطيها ولي الامر لابنائهم تشكل مصدراً صادقاً للابناء من خلال ورودها من شخصية ذات اهمية وتقدير من قبلهم.

فيما جاء معلم التربية البدنية ثالث اهم مصدر للمعلومات الصحية بنسبة مئوية (٦٤.١٤%) الا ان هذه النسبة تعتبر قليلة قياساً الى المصدرين السابقين، حيث أنه من المعروف أن مدرس التربية البدنية ومن خلال بعض الدراسات هو أكثر المعلمين قرباً وتعاملاً مع الطلاب في داخل وخارج المدرسة، وأكثرهم تأثيراً في سلوكيات الطلاب تبعاً لطبيعة عمله وعلاقته المباشرة بطلابه وذلك سواء داخل حجرة الصف أو في الملعب أو في خلال الرحلات والمخيمات الكشفية، وبالتالي فان علاقة معلم التربية الرياضية بالطلبة هي بمثابة علاقة قائد ومرؤوسين يقوم فيها معلم التربية الرياضية بحكم تلك العلاقة بعمليات التأثير والتوجيه في سلوكيات الطلبة (٦: ٢٤١-٢٥٢) (٧: ١١٦-١٣٤) (١٧)، هذا إضافة إلى التحديات الكبرى التي طرأت على عمل معلم التربية البدنية تجاه طلبته متمثلة في مواجهة التأثيرات السلبية للوسائل التكنولوجية الحديثة على مستوى حركة الطالب اليومية مما أدى إلى انتشار

ما يعرف بأمراض قلة الحركة (Hypokinetic Disease) (العرجان والكيلاني، ٢٠٠١)(٢)، (العرجان والرحاحله، ٢٠٠٤)(٣)، (العرجان، ٢٠٠٧)(٥)، (العرجان والكيلاني، ٢٠٠٦)(٤)، (العرجان ٢٠٠٦)(١) وهذا ما أوجد على معلم التربية البدنية مزيداً من العبء والجهد والمتمثل في ضرورة مواكبة التطورات العلمية والاطلاع المستمر على الأساليب الفعالة لتنمية السلوك الصحي والبدني والتعاون الوثيق مع معلمي المواد الأخرى خاصة معلمي العلوم والأحياء، وهذه النتيجة وعلى الرغم من حصول معلم التربية البدنية على المصدر الثالث للمعلومات الصحية من قبل الطلبة ما تؤكد على أهمية الدور الكبير والمستقبلي لمعلم التربية البدنية في تعزيز وتطوير السلوك الصحي السليم للطلبة.

وجاء في المرتبة الرابعة مصدر الموضوعات التي درست في المدرسة بنسبة مئوية (٦٢.٩٦٪) وذلك قد يعني قصوراً في حجم ونوعية المعلومات الصحية المقدمة من خلال المناهج الدراسية التي درسها الطلاب في المدرسة خلال سنوات عمرهم، أو لاحتمالية عدم ملائمة تلك المعلومات الصحية (إن وجدت) لحاجات الطلاب وميولهم أو للتغيرات الحادثة على طبيعة النمط الحياتي اليومي للأفراد ومن ضمنهم الطلاب، وفي هذا الصدد تشير دراسات كل من (١٤)، (١٠)، (٦)، (١٥)، (١٦) إلى عدم وجود مناهج مستقلة لتدريس مبادئ التربية الصحية في المدارس والتي أجريت فيها تلك الدراسات، بحيث يتم تدريس تلك المبادئ الصحية من خلال بعض المواد الأخرى مثل مواد الأحياء والعلوم، ونتيجة لذلك القصور في التدريس الصحي في المدارس ان أوصت معظم تلك الدراسات بوجود مناهج مستقلة لتدريس التربية الصحية من خلال أكساب الطلاب المعلومات الصحية والممارسات السليمة الغذائية منها والبدنية في سنن مبكرة والتركيز على أهمية ممارستها من قبل الطلاب لكي تتحول إلى نمط حياتي صحي مستقبلاً، وهذا ما يؤكد على أهمية الدور المستقبلي للمدرسة في الرعاية الصحية لطلابها.

وجاء في المرتبة الخامسة مصدر المطالعة الذاتية للحصول على المعلومات الصحية بنسبة مئوية (٥٤.٩٤٪)، وهذه النسبة متكنية نوعاً ما، حيث تدل تلك النتيجة إلى ضعف إقبال الطلاب عينة البحث في الاطلاع ومراجعة الكتب والمجلات الصحية للحصول على المعلومات والمبادئ الصحية، ويفسر ذلك إلى طغيان وسائل الاعلام الحديثة والتي أصبحت في متناول الجميع مما أدى إلى تراجع دور الكتب والمجلات من خلال عزوف الطلبة عن الإقبال عليها، فيما جاء مصدر الزيارات المستمرة للمراكز الصحية في المرتبة الأخيرة كمصدر للحصول على المعلومات الصحية، وهذا يمكن ان يكون منطقياً نظراً لقلّة عدد المرات التي يمكن ان يراجع فيها الطالب تلك المراكز والتي غالباً لا يراجعها الا عندما يعاني من المرض، قياساً إلى الزمن الذي يمكن ان يقضيه الطالب في مشاهدة وسائل الاعلام او من خلال زمن بقاءه ودراسته في المدرسة او تعامله مع أولياء امره.

وبالنسبة لتساؤل البحث الثاني ما هو مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض؟ فيشر جدول (٦)(٧)(٨)(٩)(١٠)(١١)(١٢)(١٣)(١٤) الى أن أكثر مستوى صحي بمجالات البحث لدى افراد العينة كان مجال الاهتمام بعمل وتكوين الجسم البشري بنسبة مئوية (٩٢.٣٦٪) بحيث حصل ما نسبته (٦٠.٤٢٪) من العينة على مستوى صحي عالٍ في هذا المجال، وذلك قد يعود الى السمات النفسية لعينة البحث والذين هم من فئة الشباب والمراهقين حيث تتميز هذه الفئة بزيادة الاهتمام النسبي بالشكل العام للجسم وذلك ما يدفعهم الى حب المعرفة والاستطلاع الدائم لكيفية عمل الجسم البشري وتكوينه العام، وما يؤكد ذلك حصول مجال القوام على المرتبة الثانية في الترتيب بنسبة مئوية (٨٩.٢٠٪)، وحصول مجال أهمية ممارسة النشاط البدني على المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٨٩.٠٤٪)، الا ان الملاحظ ان مجال التغذية قد جاء في المرتبة الاخيرة بنسبة مئوية (٨٣.٦٥٪) بحيث حصل ما نسبته (٤٩.٦٩٪) من العينة على مستوى صحي عالٍ، وما نسبته (٣٠.٤٩٪) على مستوى صحي متوسط، وما نسبته (١٩.٨٢٪) على مستوى صحي منخفض، وقد يعزى ذلك الى طبيعة النمط الغذائي السائد في المملكة العربية السعودية والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي والرفاهية وثقافة الاستهلاك، حيث يشير القنومي (١٢) الى أن دول مجلس التعاون الخليجي شهدت منذ أكثر من عقدين من الزمن تطورات حضارية كبيرة أدت الى إحداث تغييرات ملحوظة في نمط حياة الافراد بمن فيهم الناشئة، وتلك التغييرات تحمل في طياتها العديد من التبعات والسلوكيات غير الصحية والمؤثرة سلبياً على صحة المجتمع بشكل عام وعلى الناشئة بشكل خاص، وهذه النتيجة تدعونا الى بذل المزيد من الجهد على الصعيد المدرسي والمجتمعي والاسري لزيادة الثقافة الغذائية خاصة بين الطلاب.

اما في ما يتعلق بمناقشة تساؤل البحث الثالث والذي ينص على ما هي طبيعة العلاقة الارتباطية ما بين مستوى الوعي الصحي والتحصيل الاكاديمي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في مدينة الرياض؟ فيظهر جدول (١٥) وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية ما بين السلوك الصحي والتحصيل الاكاديمي، وهذا ما يتفق مع ما توصل اليه العلي (١٤) من وجود ارتفاع في مستوى الوعي الصحي للطلبة الفلسطينيين تبعاً لارتفاع مستوى التحصيل في مادة العلوم، حيث أن الطلاب مرتفعي التحصيل الدراسي غالباً ما يزداد لديهم حب الاطلاع والقراءة محاولين تطبيق ما اطلعوا عليه من معلومات سواء الصحية او الغذائية في حياتهم اليومية، فيما أشار (Kilander, 2001) (٢٣) الى وجود علاقة ايجابية بين معرفة المبادئ العامة للعناية بالصحة وممارسة السلوك الصحي، فيما تتعارض هذه النتيجة مع ما توصل اليه (١٢) (القنومي ٢٠٠١) من عدم وجود فروق احصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغير المؤهل العلمي حيث تساوى الوعي الصحي على اختلاف الدرجات العلمية المدروسة.

## الاستنتاجات :

- في ضوء ما توصل اليه البحث من نتائج امكن للباحث استنتاج أن
- أكثر مصادر المعلومات الصحية لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية هي وسائل الاعلام ، أولياء الامور، معلم التربية البدنية ، الموضوعات التي درست في المدرسة ، المطالعة الذاتية ، الزيارات المستمرة للمراكز الصحية .
- أكثر المجالات والتي حصل فيها الطلاب على مستوى صحي عالٍ هي مجال (تكوين وعمل الجسم البشري) وأقلها في مجال التغذية .
- نسبة الطلاب الذين حصلوا على مستوى صحي عالٍ على جميع مجالات الاستبانة كانت (٥٥.٩٠%)، ومستوى صحي متوسط (٢٧.٩٥%)، ومستوى صحي منخفض (١٦.١٥%).
- وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية ما بين السلوك الصحي والتحصيل الاكاديمي.

## التوصيات :

- ضرورة وجود مناهج مستقلة للتربية الصحية لمختلف مراحل التعليم العام في المملكة العربية السعودية يراعى فيه الربط الوثيق بين الجانب البدني والجانب الصحي والنفسي لدى الطلاب.
- تفعيل التعاون المبرمج بين مدرسي التربية البدنية ومدرسي مواد العلوم والاحياء لتطوير السلوك الصحي لدى الطلبة .
- اجراء مزيد من الدراسات علي مستوي الوعي الصحي وتأثيراته المختلفة علي مراحل التعليم الأخرى .

## المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١. جعفر فارس عبد الرحيم: اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ومستويات دهون الدم لدى الاطفال الاردنيون من (١٢-١٥) سنة، الدورية للسعودية للطب الرياضي، (٩)، (١)، ١٤-٣٦، ٢٠٠٧ .
٢. جعفر فارس عبد الرحيم :النشاط البدني واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ودورها في تفعيل الاداء الدراسي للتلاميذ، النشرة العلمية الثقافية، (٢) كلية التربية البدنية والرياضة، المملكة العربية السعودية، (٢)، ٢٧-٥١، ٢٠٠٦ .
٣. جعفر فارس عبد الرحيم، هاشم الكيلاني، غازي محمد خير : مؤشرات النمو الهيكلي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى الاطفال الاردنيين من عمر (٧-١٥) سنة، المؤتمر العلمي الدولي الخامس، كلية التربية الرياضية، الجامعة الاردنية، ١٣١-١٥٧، ٢٠٠٦ .
٤. جعفر فارس عبد الرحيم، وليد الرحاحله : دراسة مقارنة لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى طلاب المدارس الحكومية والخاصة للفئة العمرية (١٤-١٥) سنة، دراسات، الجامعة الاردنية، العلوم التربوية، (٣١)، (٢)، ٣٤٨-٣٦٥، ٢٠٠٤ .
٥. جعفر فارس عبد الرحيم، هاشم الكيلاني : مستوى اللياقة البدنية وعلاقته بالتحصيل الدراسي لطلاب المرحلة العمرية (١٦-١٨) سنة، المؤتمر العلمي الاول للانشطة التربوية، (٢٥-٢٧/٢/٢٠٠١)، وزارة التربية والتعليم والشباب، الامارات العربية المتحدة، دبي، (٢)، ٨١-١٠٩، ٢٠٠١ .
٦. حازم النهار: آراء طلاب المدارس في حصة التربية الرياضية. وقائع المؤتمر الرياضي العلمي الثالث، مجلة دراسات ، الجامعة الاردنية، للعلوم الإنسانية، الجزء الأول، عدد خاص، (١)، ٢٤١-٢٥٢، ١٩٩٦
٧. \_\_\_\_\_: سلوكيات معلمي التربية الرياضية وصفاتهم كما يفضلها طلاب المدارس. وقائع المؤتمر الرياضي العلمي الثاني، مجلة دراسات ، الجامعة الاردنية، (أ)، العلوم الإنسانية، الجزء الأول، عدد خاص، (١)، ١١٦-١٣٤، ١٩٩٣ .
٨. خليل يوسف الخليلي واخرون: تدرجة الوعي الصحي عند طلبة الصف الثاني الثانوي العلمي والادبي والمهني في ثلاث مناطق جغرافية في الاردن، مجلة ابحاث اليرموك سلسلة العلوم الانسانية، ٣(١) ٩١-١١٠، ١٩٨٧
٩. راند حسين للحجار: الصحة المنظمية في المدارس الاساسية بقطاع غزة من وجهة نظر المدرسين والمعلمين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين، (٧)، (١)، ٢٠٣-٢٢٢، ٢٠٠٦ .
١٠. رمضان الطنطاوي : دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر، (٣)، ١٨١-٢٢٤، ١٩٩٧ .

١١. عبد الرحمن المصيفر: التغذية الصحية لطلبة المدارس، السلسلة الثقافية لاتحاد التربية البدنية، العدد (١١)، المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٤هـ .
١٢. عبد الناصر القنومي :مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الاندية العربية للكرة الطائرة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، ٦، (١)، ٢٢٣-٢٦٣ ، ٢٠٠٥ .
١٣. علي عبد الله الجفري : قياس مستوي السلوك الصحي لدى تلاميذ الصفوف الثلاث الأخيرة بالمدارس الابتدائية بمدينة الرياض، المجلة العلمية ، كلية التربية الرياضية ، جامعة المنيا ، ٢٠٠٨ .
١٤. فخري شريف العلي :مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الاساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، ٢٠٠١ .
١٥. فريال حمام : مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الاول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الاردن .
١٦. محمد صباريني : المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة والاعلام بجامعة اليرموك. المجلة التربوية، (جامعة الكويت)، ٦ (٢٠) ، ٢٥٥-٢٧٠ ، ١٩٨٩ .
١٧. يحي حسين ابو حرب : إعداد معلم التربية البدنية للقرن الحادي والعشرين. الندوة العلمية الرابعة لأقسام التربية البدنية بجامعات دول مجلس التعاون الخليجي، جامعة السلطان قابوس، (٢٤-٢٦) فبراير ٢٠٠٣ .

ثانياً : المراجع الاجنبية :

18. Abdul Basit, Rubina Hakeem, M. Zafar Iqbal Hydrie, M. Yakoob Ahmedani1, and Qamar Masood1 (2005). Relationship among Fatness, Blood Lipids, and Insulin Resistance in Pakistani Children, J. Health Ppoul Nutr,;(23), 1, 34-43.
19. Adrian et al (2005) Health behavior and lifestyle of Pacific youth surveys: a resource for capacity building , Health Promotion International Advance Access originally published online on March 14, Health Promotion International 2005 20(3):238-248; doi:10.1093/heapro/dah612.
20. Alnaim, A , A , Herbish , A , Althonaian , et , al , (1994), The Prevalence of Overweight and Obesity Among Male School Children and Adolescents in Saudi Arabia ,Proceedings of 7th Annual Pediatric Symposium . Riyadh Armed Force Hospital , Riyadh , 4-6 DEC
21. Alpert, B.S.,& Wilmore, J.H. (1994). Physical activity and blood pressure in adolescents. Pediatric Exercise Science, 6, 361-380.
22. Amand ST,J,D . Prudhomme , S .Moorjani. A Nadeuau , A . Tremblay, P. J, Lupien & J. P. Despres,(1999) ,Apolipoprotein E polymorphism

- and The Relationships of Physical Fitness to plasma Lipoprotein – Lipid Levels in Men and Women , Journal Medicine and Science in Sports and Exercise , Vol , 31 , No , 5 , PP 692– 697.
23. Bennett S. (1996) Socioeconomic inequalities in coronary heart disease and stroke mortality among Australian men, 1979–1993. *Int. J. Epidemiol*;25:266–75.
  24. Berg, I.-]M., Simonsson, B., Brantefors, B., and Ringqvist, (2001) Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a county in Sweden. *Acta Paediatrica*, 90 , PP : 671-676
  25. Bucher HC, Ragland DR. (1995) Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer: a 22-year follow-up of middle-aged men. *Am. J. Public Health*;85:1231–36.
  26. Christodoulos, A D, et al (2006) Attitudes towards exercise and physical activity behaviours in Greek schoolchildren after a year long health education intervention , *British Journal of Sports Medicine*;40:367-371; doi:10.1136/bjism.2005.024521
  27. Chu, N.-F. (2001). Prevalence and trends of obesity among school children in Taiwan—the Taipei Children Heart Study. *International Journal of Obesity*, 25.
  28. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
  29. Cook, P. A., & Bellis (2001). Knowing the risk: relationships between risk behavior and health knowledge. *Public Health*, 115, 54-61.
  30. Coulter, E , (2001) A study of Public Access Television as a Means to Increase the Health awareness of Adulth. *Dissertaion bstract International*, A, 62-02P, 422.
  31. Ferber, V. (1979). Gesundheitsverhalten. In: J. Siegrist, A. Hendl-Kramer, Wege zum Arzt, Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung (S. 7-23). München: Urban und Schwarzenberg.
  32. Fishbein, M., & Guina, M. (1996). Behavioral science and public health: a necessary partnership for HIV prevention. *Public Health Reports*, Special Issue: Behavioral Science in HIV Prevention, 111, 5.
  33. Kilander, H. F. (2001). Testing health information of students and adults. *Journal of School Health*, 71(8), 411-413.
  34. Kocaoglu, Bike, George Moschonis, Maria Dimitriou, Maria Kolotourou, Yasar Keskin, Haydar Sur, Osman Hayran and Yannis Manios , (2005) Parental educational level and cardiovascular disease risk factors in schoolchildren in large urban areas of Turkey: Directions for public health policy , *BMC Public Health*, licensee BioMed Central Ltd. 5:13.
  35. Kunst AE, Looman CW, Mackenbach JP. (1990) Socio-economic mortality differences in the Netherlands in 1950–1984: a regional study



- of cause-specific mortality. Soc Sci Med;31:141-52.
36. Marang van de Mheen PJ, Smith GD, Hart CL, Gunnig-Schepers LJ. (1998) Socioeconomic differentials in mortality among men within Great Britain: time trends and contributory causes. J. Epidemiol Community Health;52:214-18.
  37. Marley. W. (1982) Health and Physical Fitness, Philadelphia: Sounders College.
  38. Marmot M, Adelstein AM, Robinson N, Rose GA. (1978) Changing social-class distribution of heart disease. Br Med. J;2:1109-12.
  39. Marmot M, Davey Smith G, Stansfield S et al. (1991) Health inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II Study. Lancet; 337:1387-93.
  40. Marmot M, Rose GA, McDowall ME. (1983) Mortality decline and widening social inequalities. Lancet; i:274-76.
  41. National Public Health Report. (1997) (In Swedish.) Stockholm: National Board on Health and Welfare.
  42. Noeldner, W. (1989). Gesundheitspsychologie-Grundlagen und Forschungskonzepte. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Hang, empirische Beiträge (S. 11-20). Regensburg: S. Roderer Verlag
  43. Pocock SJ, Shaper AG, Cook DG, Phillips AN, Walker M. (1987) Social class differences in ischaemic heart disease in British men. Lancet; ii:197-201.
  44. Shephard. R.J and Bouchard C (1996) Associations between health behaviours and health related fitness , School of Physical and Health Education, University of Toronto, Ontario, Canada , British Journal of Sports Medicine, Vol30, Issue 294-101
  45. Thomas, Reinehr, Gideon de Sousa, Werner Andler. (2006) . Hyperthyrotropinemia in Obese Children is Reversible After Weight Loss and is Not Related to Lipids , J. Clin Endocrin Metab:10: 0095.
  46. TROSCHE, J. V. , KUPKE, R. , GUTJAHR, O., KLUGE, M. , STÜNZNER, W, WICHE, E. (1985). Die soziokulturelle Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-Studie, DHP I. Theoretische Grundlagen zur Erklärung Gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Prävention, 8(2), 35-41.
  47. Wennlöf, Anita Hurtig (2005). Cardiovascular Risk Factors in Children, Department of Medical Nutrition Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Published Karolinska University. 91-7140-179-2.
  48. Yannis Manios, Maria Dimitriou, George Moschonis, Bike Kocaoglu, Haydar Sur, Yasar Keskin, and Osman Hayran, (2004) , Cardiovascular disease risk factors among children of different socioeconomic status in Istanbul, Turkey: Directions for public health and nutrition policy, Lipids Health Dis; 3: 11.

مصادر الحصول على المعلومات الصحية ومستوى الوعي الصحي وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي لدى تلاميذ المرحلة

الثانوية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية

د.علي عبد الله الجفري

أستاذ مساعد، قسم الصحة وعلوم الحركة

كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية

□ الملخص:

هدف هذا البحث إلى التعرف على مصادر الحصول على المعلومات الصحية ومستوى الوعي الصحي والعلاقة ما بين مستوى الوعي الصحي والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، حيث تكونت عينة البحث من (1771) تلميذ تم اختيارهم عشوائياً من طلاب المرحلة الثانوية بمتوسط وانحراف معياري للعمر ( $16.64 \pm 0.53$ ) سنة استخدمت الدراسة مقياس الوعي الصحي والذي يتكون من (62) فقرة موزعة على سبعة مجالات هي (التغذية، الصحة الشخصية، أهمية ممارسة النشاط البدني، القوام، تكوين وعمل الجسم البشري، صحة الأسرة والمجتمع، الكشف الطبي الدوري)، كذلك مقياس مصادر الحصول على المعلومات الصحية، حلت البيانات باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والتكرارات والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون وحجم التأثير تبعاً لمعايير (Cohen, 1988)، أشارت النتائج إلى أن أكثر المصادر والتي يحصل من خلالها الطلاب على المعلومات الصحية هي وسائل الإعلام ثم أولياء الأمور ثم معلم التربية البدنية فالموضوعات التي درست في المدرسة ثم المطالعة الذاتية وفي المرتبة الأخيرة الزيارات المستمرة للمراكز الصحية، وأن أكثر المجالات والتي حصل فيها الطلاب على مستوى صحي عالٍ هي مجال (تكوين وعمل الجسم البشري) وأقلها في مجال التغذية، فيما أتضح أن نسبة الطلاب الذين حصلوا على مستوى صحي عالٍ على جميع مجالات الإستبته كانت (55.9%)، ومستوى صحي متوسط (27.95%)، ومستوى صحي منخفض (16.15%)، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية ما بين الوعي الصحي والتحصيل الأكاديمي، وفي ضوء نتائج البحث أوصى الباحث على ضرورة تواجدها مناهج خاص بالتربية الصحية لدى طلبة المدارس يراعى فيه الربط الوثيق بين الجانب البدني والجانب الصحي والنفسي لدى الطلاب، وتفعيل التعاون المبرمج بين مدرسي التربية البدنية ومدرسي مواد العلوم والأحياء لتطوير السلوك الصحي لدى الطلبة.

□ Abstract:

This research aims to identify health resources and level of awareness and its relationship to academic achievement in high school students in Riyadh, Saudi Arabia. 1771 students randomly participated in the study with mean age of (16.64) and Standard deviation of (0.53) year. Health behavior scale, which consists of 62 items, was applied. Academic achievement for all participants was obtained from the schools records. Data were analyzed using means, standard deviation, repetitions, percentages, Pearson correlation and the effect size as in Cohen standards (1988). Results showed that the resource of health information for students were media, parents, PE teachers, recurrent visits to health centers, respectively. Formation and function of the human body was the student's highest rated field of health information, while nutrition was rated the lowest. The results also showed that percentage of students who scored high health level was (55.9). 27.95% of the participants scored intermediate health level, and 16% scored low health level. The research indicates that there should be a health education curriculum, which links the importance of physical, health, and psychological aspects high school students. Moreover, Science, biology and PE teachers need to have certain collaboration in their teaching to maintain the health behavior of the students.