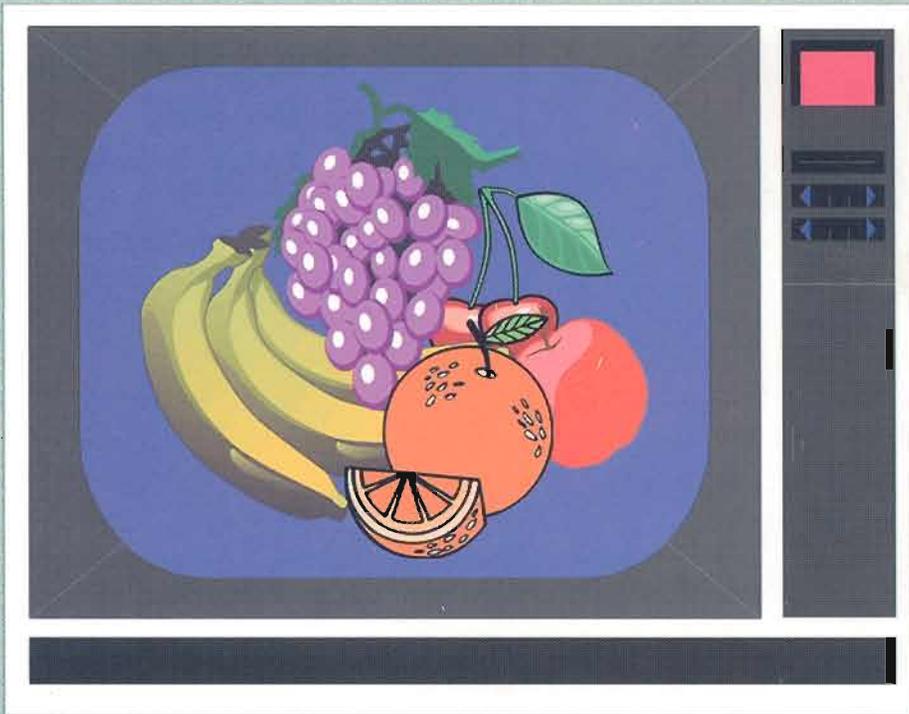




دراسات في التثقيف الصحي والغذائي



تحرير
د. عبدالرحمن عبيد مصيقر



دراسات في التثقيف الصحي والغذائي

تحرير

د. عبد الرحمن عبيد مصيقر
مدير برنامج البحوث البيئية والحيوية
مركز البحرين للدراسات والبحوث

مركز البحرين للدراسات والبحوث
الطبعة الأولى ٢٠٠٠

• طبع بدعم من جمعية التغذية العربية

613.2 مصيقر ، عبد الرحمن عبيد

دراسات في التثقيف الصحي والغذائي

تحرير / عبد الرحمن عبيد مصيقر

البحرين : مركز البحرين للدراسات والبحوث ، 2000 - 71 صفحة ؛ 30 سم

1- التغذية

-الصحة

- رقم الإيداع بمكتب حماية حقوق المؤلف : 2000/499م
- رقم الإيداع في إدارة المكتبات العامة : 2815 د.ع/2000م
- رقم الناشر الدولي ISBN 99901-09-03-6

• حقوق التأليف والطبع والنشر محفوظة لمركز البحرين للدراسات والبحوث ولا يجوز اقتباس جزء من الكتاب أو إعادة طبعه بأية صورة دون موافقة كتابية من المركز إلا في حالات الاقتباس القصيرة بغرض النقد والتحليل مع وجوب ذكر المصدر .

- مركز البحرين للدراسات والبحوث
ص .ب 496 ، المنامة - البحرين
هاتف 754757 فاكس 754678

تقديم

يعتبر نقص الوعي الصحي والغذائي من أهم العوامل المساعدة في الإصابة بالعديد من المشاكل الغذائية والصحية في المجتمعات العربية. ومما يزيد من تفاقم هذه المشكلة هذا الكم الهائل من المعلومات الصحية التي يتعرض لها الناس سواء من خلال الصحف والمجلات أو الإذاعة والتلفزيون، والكثير من هذه المعلومات خاطئة أو ناقصة مما يضع أفراد المجتمع في حيرة من أمرهم فهل يصدقون المتخصصين أو المعلومات المنبثة عن طريق وسائل الأعلام المختلفة خاصة مع وجود الكثير من التناقض في مصادر المعلومات.

لذا فإن التخطيط السليم لبرامج التثقيف الغذائي والصحي يعتبر من أهم الجوانب لحماية المجتمع من المعلومات الصحية المضللة أو الخاطئة. ولكي يتم ذلك يجب إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بتقييم برامج التثقيف الصحي والغذائي القائمة حالياً في مجتمعاتنا، كما أنه من المهم دراسة معلومات واتجاهات المجتمع نحو الجوانب الصحية والتغذوية كقاعدة أساسية لتخطيط البرامج التثقيفية.

ويستعرض هذا الكتاب خمس دراسات في مجال التوعية الصحية والغذائية: الدراسة الأولى تركز على أسس ومبادئ التثقيف الغذائي والعوامل المؤثرة على السلوك الغذائي بالإضافة إلى معوقات برامج التثقيف الغذائي في الخليج. أما الدراسة الثانية فتتطرق إلى تقييم برنامج التوعية الصحية والغذائية للفتيات المراهقات في مدينة الرياض وتهتم الدراسة الثالثة بقياس المعلومات الصحية لدى المترددين على المراكز الصحية في البحرين. أما الدراسة الرابعة فتهتم بتقييم البرنامج التلفزيوني (سلامتك) من حيث المحتوى والإخراج على عينة من النساء في مدينة الأحساء. وتناقش الدراسة الخامسة اتجاهات الأطفال وأمهاتهم نحو مستوى التعامل مع الأطباء.

نأمل أن تتوفر هذه الدراسات قاعدة معلومات للمهتمين بالتثقيف الصحي والغذائي وأن تكون دافعا لإجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال.

والله ولي التوفيق،

د. عبد الرحمن مصيقر
مدير برنامج البحوث البيئية والحيوية

المحتويات

الصفحة

- أسس التثقيف الغذائي
(عبد الرحمن مصيقر) ١
- تقييم برنامج التوعية الصحية والغذائية
للطالبات في مرحلة المراهقة في المملكة
العربية السعودية
(سليمان بن ناصر الشهري) ١٣
- قياس المعلومات الصحية لدى المترددين على
المراكز الصحية في البحرين
(أنيسة الحويحي) ٢٩
- تقييم برنامج سلامتكم من قبل المشاهدين
في منطقة الأحساء في المملكة العربية
السعودية
(سوسن الكواري) ٤٥
- اتجاهات الأطفال وأمهاتهم نحو مستوى
التعامل مع الأطباء
(عائشة عبد العزيز الشيخ) ٦٤

أسس التثقيف الغذائي

عبد الرحمن عبيد مصيقر
برنامج البحوث البيئية الحيوية
مركز البحرين للدراسات والبحوث - البحرين

التثقيف الغذائي هو عملية مساعدة أفراد المجتمع في الحصول على المعلومات والخبرات اللازمة لهم للقيام بالاختيار المناسب لغذائهم وذلك للمحافظة على صحتهم خلال حياتهم. والتثقيف الغذائي الناجح والفعال هو الذي يجعل المعلومات المعطاة سهلة الفهم والاستخدام في الحياة اليومية، ويعمل على تغيير العادات الغذائية للشخص أو المجتمع المستهدف.

المثقف الغذائي

هو الشخص الذي يتلقى تعليماً وتدريباً في التغذية والتثقيف الغذائي ولديه القدرة على إيصال المعلومات بطريقة مناسبة للأفراد أو المجتمع الذي سيتلقى التثقيف الغذائي، وأن يتمتع بالقدرة على إقامة علاقات طيبة مع المجتمع الذي يتعامل معه، بالإضافة إلى القدرة على التواصل بوضوح مع المجتمع، ومن أهم صفات المثقف الغذائي:

١. القدرة على الإصغاء.
٢. القدرة على الإقناع.
٣. القدرة على التحدث بكلمات يفهمها الناس.
٤. القدرة على التحدث بما قل ودل من العبارات.
٥. القدرة على تصميم الوسائل التعليمية المألوفة وتنقيذها.

العوامل المؤثرة في السلوك

تعريف السلوك

يمكن تعريف السلوك بأنه (الطريقة التي يتصرف بها الناس في الحصول على السلع واستعمالها بما في ذلك القرارات التي تسبق وتحدد هذه التصرفات). إن نشر المعلومات والمفاهيم إلى ما ينبغي أن يفعله الناس ليكونوا أصحاء أمر مهم ولكنه ليس بكافٍ في تغيير السلوك، فهناك عوامل كثيرة تجعل الناس يتصرفون على النحو الذي يتخذونه، وإذا أردنا استخدام التثقيف الغذائي لتشجيع الناس على اتباع ممارسات غذائية صحية. فعلى أن نعرف الأسباب والعوامل التي تجعل الأفراد يتبعون سلوكاً معيناً يسبب المرض أو يقي منه. ومن شأن هذه المعرفة أن تساعدنا في الوصول إلى الطرائق التثقيفية الملائمة لمكافحة المشكلة الغذائية القائمة.

العوامل المؤثرة في السلوك

أولاً: العوامل الداخلية

١. المعرفة

المعرفة هي المعلومات التي لدينا حول العالم الذي نعيش فيه، وكذلك حول المشكلة أو المشاكل الغذائية السائدة في المجتمع. وتنبع المعرفة من عدة جهات مثل المدرسة والأهل والأصدقاء ووسائل الإعلام المختلفة وخبرتنا الشخصية. ويمكن للشخص التحقق من مدى صحة معرفته للشيء بعدة وسائل مثل التجربة والخطأ أو الملاحظة أو من خلال الكتب والمجلات أو عن طريق أفراد لديهم معلومات عن ذلك الشيء. ومثال ذلك فإن الطفل عندما يتناول فلفلاً أخضر حاراً فإنه سوف يكتسب من خلال التجربة معرفة أن بعض الأطعمة حريفة المذاق وتسبب حرقاناً في الفم واضطرابات هضمية، وهذه المعرفة سوف تمنعه من تناول هذا الطعام مرة أخرى.

٢. المعتقدات

يستمد الشخص معتقداته من آبائه وأجداده والمجتمع الذي يعيش فيه، وبصفة عامة فإن الناس تتقبل المعتقدات من دون محاولة إثبات صحتها، ولكل مجتمع معتقداته الخاصة به، فقد يعتقد الناس في بلدها أن المرأة الحامل إذا أكلت بيضا جاءت ولادتها عسيرة، بينما يعتقدون في بلد آخر أنه ينبغي للمرأة الحامل أن تأكل البيض حتى يأتي طفلها قويا وصحيحا.

والمعتقدات جزء من ثقافة الناس وسلوكهم، وتبين ما هو مقبول منها وما هو مرفوض. وهي عميقة الجذور، لذا نجد أنه من الصعب تغييرها خاصة عند كبار السن الذين يتمسكون بمعتقداتهم المتوارثة ويرفضون تغييرها أو حتى التفكير في تغييرها. وليست جميع المعتقدات خاطئة بل إن الكثير منها قد يكون صحيحا وتولدت عن طريق التجربة والخطأ، لذا على المثقف الغذائي أن يتأكد أولاً أن المعتقد ضار أو نافع أولاً نفع ولا ضرر منه، وحين يفهم كيف يؤثر المعتقد في صحة الناس فيمكن حينئذ تركيز الاهتمام على محاولة تغيير المعتقدات الضارة فحسب.

وهناك اعتقاد في المجتمعات العربية أن الأم عندما تتوحم في غذاء معين ولا تأكله فإن ذلك يؤثر في الطفل حيث تظهر عليه علامة مشابهة لذلك الغذاء، وهذا اعتقاد خاطئ ولكن إذا كان هناك إمكانية لتوفير هذا الغذاء للأم الحامل فلا بأس بذلك.

والمثال السابق حول الاعتقاد بعدم جواز تناول المرأة الحامل البيض هو معتقد ضار لأن البيض مصدر غني بالبروتين وبعض الفيتامينات والأملاح المعدنية، والأم الحامل في حاجة إلى هذه العناصر الغذائية لتنجب طفلاً معافى. ولكن قبل أن نقوم بالعمل على تغيير هذا

المعتقد علينا أن نتحقق مما إذا كانت الأمهات يتناولن أغذية أخرى غنية بالبروتين وبقية العناصر الغذائية المهمة مثل اللحوم والأسماك والدجاج والحبوب والحليب وغيرها. وإذا ثبت أن الأم تتناول هذه الأغذية أثناء الحمل فيجب عدم الانزعاج من المعتقد الخاص بعدم تناول البيض.

وقد يشك المثقف الغذائي في صحة بعض المعتقدات ولكن في الوقت نفسه لا يجد منها أي ضرر، فالأفضل في هذه الحالة ترك هذه المعتقدات وشأنها فإذا لم يكن هناك ما يؤكد أن المعتقد ضار بالصحة، فيجب عدم محاولة تغييره، فالناس قد يغضبون إذا ما تعرض الكثير من معتقداتهم للتحدي، مما يحملهم على عدم التعاون مع المثقفين الغذائيين.

٣. الاتجاهات (أو المواقف)

يمكن تعريف المواقف أو الاتجاهات بأنها القوى التي تقرر كيف يتصرف أو يعمل الناس، وتعكس مواقفنا في العادة ما نحبه وما نكرهه. ويستمد الشخص مواقفه من خبراته أو خبرات الآخرين وتجاربهم. وهي إما أنها تحببنا في بعض الأشياء وإما أنها تجعلنا نحترس منها.

وتختلف المواقف عن المعرفة والمعتقدات فهي قد تكون غامضة ويصعب تحديدها بشكل دقيق وللتدليل على ذلك حاول أن تدون عشرة معتقدات منتشرة في مجتمعك وستلاحظ أن ذلك سيكون سهلاً إلى حد ما، ولكنك لو حاولت أن تدون عشر اتجاهات منتشرة في مجتمعك أو حتى موجودة لديك، فستلاحظ أن هذا أصعب بكثير.

وقد تبني المواقف والاتجاهات على خبرات محدودة وربما تتخذ مواقف من دون فهم للوضع برمته. وكمثال على ذلك ربة أسرة قامت بشراء كيس أرز من أحد المتاجر وعندما فتحت الكيس في المنزل وجدت به بعض الحشرات ولما قامت بطبخ الأرز لم يعطها الطعم المرغوب، ونتيجة لمرورها بتجربة كيس الأرز كونه موقفاً مفاده أن الشخص الذي باعها كيس الأرز شخص سيء وغير أمين. وبسبب هذا الموقف قررت هذه المرأة أن لا تشتري من هذا البائع أي شيء مرة أخرى.

وهناك أسباب كثيرة محتملة لوجود الحشرات في هذا الكيس ولعدم الحصول على الطعم المطلوب للأرز عند طبخه، فقد يكون هذا الكيس هو الوحيد الذي به بعض الثقوب الصغيرة وتلف في تعبته مما ساعد على دخول بعض الحشرات إليه، وقد يكون عدم الحصول على الطعم المطلوب أو حتى النكهة المطلوبة للأرز لأن نوع الأرز الذي اشترته ربة الأسرة لا يتطابق مع الأرز الذي تستخدمه عادة في المطبخ، وبالتالي فإنه يتطلب عناية أخرى في الطبخ للحصول على الطعم المطلوب. لذا ليس من الصواب إلقاء اللوم على صاحب المحل دون محاولة التعمق في فهم أسباب ما حدث.

٤. القيم

القيم هي المعتقدات والمعايير ذات الأهمية العظمى لدينا. ويشارك أفراد المجتمع في الكثير من القيم، وتعتبر الديانة التي يعتنقها المجتمع هي الأساس الذي ينبع منها القيم وعلى سبيل المثال فإن هناك العديد من القيم الفاضلة في الدين الإسلامي التي تساعد الناس على

التعاون والعمل على مساعدة الآخرين وتحسين صحتهم. ومثال ذلك فإن النظافة الشخصية والعامة من القيم الإسلامية فقد قال الرسول عليه الصلاة والسلام (النظافة من الإيمان) وعليه فإن تذكير الناس بأن الإسلام حث على النظافة الجسدية والبيئية يساعد على إقناعهم أكثر بجدوى تطبيق هذه ممارسات تدل على النظافة مثل غسل الأيدي قبل تناول الطعام وبعده وتغطية الطعام وبراميل القمامة وغيرها.

ومثال آخر على القيم الإسلامية الحث على الرضاعة الطبيعية لمدة عامين إذ يقول الله في كتابه العزيز (والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة) - سورة البقرة - آية رقم ٢٣٣ - وهذا دليل قوي على أن الأم يجب أن تستمر في إرضاع طفلها لأطول فترة ممكنة ويفضل أن تكون لمدة عامين كاملين.

ثانياً: العوامل الخارجية

١. الثقافة

تعرف الثقافة بأنها مجموعة من القيم والأفكار والاتجاهات والمواصفات التي تم تطويرها واتباعها بواسطة إحدى الدول والتي تشكل أنماطها السلوكية بطريقة تختلف عن الدول الأخرى.

وتتصف الثقافة بخاصتين رئيسيتين:

١. إشباع الحاجات والرغبات الإنسانية.
٢. إمكانية تعلم الثقافة حيث يتعلم الطفل الثقافة الأصلية أو الفرعية من الأسرة والأصدقاء والمدرسين وغيرهم بحيث يكتسب ثقافة تميزه عن طفل آخر في دولة أخرى.

وهناك الثقافة الفرعية (Sub-Culture) ويمكن تعريفها بأنها الثقافة وما تمثله من قيم ومعتقدات وتشكل الأنماط السلوكية لجماعة محددة أو مجتمع معين داخل الدولة (المجتمع الكبير) ويؤمن أفراد الثقافة الفرعية بعدد كبير من القيم والمعتقدات للثقافة الأصلية إلى جانب ما يؤمنون به من قيم ومعتقدات وأعراف وعادات مرتبطة بثقافتهم الفرعية. ومن أهم ما يميز الأنماط السلوكية لأفراد الثقافة الفرعية، الخلفية العرقية، الدين (أو الطائفة الدينية)، المنطقة الجغرافية وغيرها.

وتمثل الطريقة التي يأكل بها الناس جزءاً من الثقافة، ومن هذه الطرائق استعمال (العيدان الخشبية) أو الأصابع أو أدوات تناول الطعام المعدنية. وقد يتناول الناس الطعام في جلسات عائلية أو مجموعات تضم الأطفال فقط أو الرجال فقط، جلوساً على كراسي أو حصائر أو مقاعد خشبية، وهناك صور عديدة لمثل هذه العادات. ولكل ثقافة أسلوبها الخاص في عمل الأشياء، ومعتقداتها بشأن الأسباب الداعية لاتباع أسلوب معين في عمل الأشياء.

٢. الجماعات المرجعية

يقصد بالجماعات المرجعية مجموعة من الأفراد يكون لهم تأثير في معتقدات أفراد آخرين ومواقفهم وسلوكهم وقراراتهم، ويمكن تقسيم الجماعات المرجعية إلى ثلاث فئات رئيسية:

أ. الجماعات الرسمية: وهي الجماعات التي لها صفة التشكيل الرسمي وقد تكون صغيرة كجماعات الأحياء الصغيرة أو الكبيرة كالجمعيات الأهلية ونقابات الأطباء والمهندسين وغيرهم. وعادة يتأثر أعضاء هذه الجماعات بأراء قادة الرأي فيها وقد يؤثر عضو بارز أو ذو قبول اجتماعي في أحد هذه الجماعات في نسبة كبيرة من الأعضاء بتغيير رأيها أو موافقها.

ب. الجماعات غير الرسمية: وهي عبارة عن جماعات غير منتظمة وترتكز غالبا على العلاقات الاجتماعية غير الرسمية مثل الأصدقاء والجيران وغيرهم.

وهؤلاء قد يكون لهم تأثير واضح في بعض السلوكيات فكل إنسان يرغب في أن يكون له أصدقاء ونظرا للأهمية التي نوليها للأصدقاء، فإننا نسلك عادة مسالكهم. ومثال ذلك لو كان لأحد الأولاد أصدقاء مقربون يدخنون السجائر فقد يكون ذلك سببا لأن يبدأ التدخين هو الآخر.

ج. الجماعات الأولية: وهي الجماعات التي توفر لأعضائها التفاعل والاتصال المباشر ومن أهمها الأسرة أو العائلة والتي لها دور كبير في تشكيل معتقداتنا وأفكارنا وسلوكياتنا. ويعتبر الأب والأم من أهم الأشخاص المؤثرين في هذه الجماعة وهم يمثلون القدوة لبقية أفراد الأسرة. كما أن لبعض الأشخاص الذين يحظون بالاحترام في العائلة مثل الجد أو الجدة تأثير كبير في اتخاذ القرار والمواقف.

٣. تغيرات السلوك

توجد في أوساط المجتمع سلوكيات تساعد على تحسن الحالة الصحية وتقي من الأمراض وتساعد الناس على الشفاء وهنا لا بد من التعرف على هذه السلوكيات وتشجيعها. وفي الواقع فإن النتائج الإيجابية لتطبيق هذه السلوكيات مثل شفاء الطفل من المرض أو تحسن الحالة التغذوية للفرد هي التي تشجع الناس على الاستمرار في هذه السلوكيات.

وبالمقابل هناك سلوكيات ضارة بالصحة عادة ما تكون سببا لتفاقم بعض الأمراض وبعض هذه السلوكيات قد يتخلى الناس عنها تلقائيا بعد تجربتها وعدم الحصول على نتائج إيجابية منها ولكن في الكثير من الأحيان يستمر الناس في أداء سلوك معين دون العلم أن لهذا السلوك تأثيرا ضارا في الصحة خاصة إذا كان هذا التأثير لا يظهر بصفة مباشرة بعد تطبيق السلوك، مثل قلة أو عدم تناول الأغذية الغنية بفيتامين أ، إذ لا يظهر تأثير نقص هذا الفيتامين عادة إلا بعد عدة أشهر مما يجعل من الصعب على الشخص أن يربط بين حدوث العشى الليلي (الناتج عن نقص فيتامين أ) وقلة أو عدم تناول بعض الأغذية الصفراء والحليب وغيرها.

الخطوات التي يمر بها الناس حتى يتبنوا ممارسة أي سلوك جديد

هناك نماذج كثيرة لشرح عملية التغيير في داخل الأفراد ويعتبر النموذج المبني على فكرة المرحلة في عملية تبني الأفكار أكثر النماذج قبولا خاصة من الناحية التربوية والتثقيفية. وطبقا لهذا النموذج يمر الأشخاص في سلسلة من المراحل التي يمكن تمييزها قبل أن يتبنوا أي ممارسة أو سلوك جديد. والقرار الذي يتخذونه بتبني أو رفض هذه الممارسة يأتي عادة نتيجة

لمجموعة من المؤثرات التي تتفاعل بمضي الوقت وفي مختلف المراحل، وهذه المراحل يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

١. الوعي (awareness) وفي هذه المرحلة يتعرف الفرد على الفكرة أو الممارسة الجديدة وتكون لديه معلومات عامة جدا عنها ولكنه لا يعرف إلا القليل من فوائدها وحدودها وإمكانية تطبيقها عليه.

٢. الاهتمام (Interest) وفي هذه المرحلة يبحث الفرد عن معلومات أكثر تفصيلا عن الممارسة المعنية، وكيف تعمل وما يمكن أن تؤدي إليه، وتكون لديه رغبة في أن يسمع أو يقرأ أو يعرف المزيد عنها.

٣. التقييم (Evaluation) خلال هذه الفترة يوازن الفرد بين فوائد ومضار الممارسة المعنية بناء على المعلومات التي حصل عليها حتى ذلك الوقت، ويقيم فوائدها بالنسبة له ولأسرته. وهذا التقييم هو عملية ذهنية تؤدي إلى اتخاذ قرار بأن يجرب الممارسة أو يرفضها.

٤. التجربة (Trial) وفي هذه المرحلة يوضع القرار موضع التطبيق العملي ويحتاج الفرد عند هذه المرحلة إلى المزيد من المعلومات والمساعدة ليتغلب على المشاكل التي تواجهه في تنفيذ الفكرة.

٥. التبني (Adaptation) وفي هذه المرحلة يقرر الفرد أن الممارسة الجديدة صالحة أو غير صالحة له ويستمر في استعمالها أو يرفضها، ويجب حل الصعوبات التي تحدث أثناء الاستعمال المستمر.

التغير الطبيعي (التلقائي)

إن سلوكنا يتغير باستمرار نتيجة المتغيرات الخارجية والأحداث التي تدور من حولنا، وهذا التغير يحدث بصفة تلقائية دون أن نفكر في ذلك وهو يحدث عادة نتيجة تأثير العديد من العوامل مثل تأثير الطقس ووسائل الإعلام والأحداث الطبيعية كالفيضانات والحروب وتأثير الجماعات وغيرها.

التغير المخطط

يقصد بالتغير المخطط هو أن يخطط الشخص لتغيير سلوكه وذلك لأسباب ودوافع خاصة. ومثال ذلك عندما يصاب أحد الأشخاص بالذبحة الصدرية (أزمة قلبية) فإنه يقرر بعد مرور الأزمة تغيير أسلوب حياته وهكذا يضع خطة لسلوكيات جديدة مثل الامتناع عن التدخين، وممارسة الرياضة تدريجياً والتقليل من تناول الأغذية الغنية بالدهون الحيوانية والكوليسترول.

ومثال آخر شخص يدخن ٤٠ سيجارة في اليوم، وقد بدأ يسعل سعالاً شديداً فقرر أن يمتنع عن التدخين، وقام بوضع خطة للامتناع عنه خلال أسبوعين وبدأ يعد نفسه لهذا التغير في السلوك.

الصعوبات التي تواجهها برامج التثقيف الغذائي في دول مجلس التعاون الخليجي

١. النقص في عدد المتخصصين في مجال التثقيف الصحي الغذائي

لا زالت معظم الدول الخليجية تعاني نقصاً حاداً في أعداد المتخصصين في مجال التثقيف الصحي بصفة عامة والغذائي بصفة خاصة ويرجع ذلك إلى قلة أو ضعف البرامج المرتبطة بالتوعية الصحية والغذائية في المؤسسات التعليمية خاصة الجامعية، بالإضافة إلى ضعف أو غياب التدريب في التثقيف الصحي والغذائي. وقد أثر ذلك في كفاءة البرامج الصحية التي تبث عن طريق وسائل الإعلام المختلفة في دول المنطقة ومحتواها وبالتالي قلة تأثيرها في تعديل السلوك.

٢. ضعف التخطيط لبرامج التثقيف الصحي والغذائي

يعتبر التخطيط أهم خطوة لإنجاح أي برنامج، وتفتقر برامج التوعية الصحية والغذائية في دول الخليج إلى التخطيط الجيد من حيث الأهداف المرجوة والفئة المستهدفة في الخليج والوسائل المستخدمة ونوع السلوك المراد تغييره. ومن الجوانب المؤثرة في ضعف التخطيط غياب التدريب في تخطيط برامج التثقيف الصحي والغذائي سواء في الوزارات المعنية أو في المؤسسات التعليمية. وهذا ينطبق حتى على الأشخاص الذين يقومون بتدريس مواد التثقيف الصحي. ومن الأمور المهمة نقص الخبرة العملية أو حتى غيابها عند هؤلاء الذين يدربون الآخرين في التخطيط الصحي، فلا يكفي أن يكون الشخص ملماً بأسس ومبادئ تخطيط برامج التثقيف الصحي والغذائي بل يجب أن يكون قد مارس هذا التخطيط ونفذه وقيمه في المجتمع المحلي لأن ذلك يسهل المعلومات النظرية ويكسب الشخص خبرات عملية من واقع المجتمع.

٣. ضعف التنسيق بين الجهات ذات العلاقة في التثقيف الصحي والغذائي

إن ضعف بل غياب التنسيق أحياناً بين الجهات ذات العلاقة يؤدي إلى تشتت الجهود وازدواجيتها. فنجد أن كل جهة تقوم بإعداد برامج تثقيفية بمعزل عن الجهة الأخرى وقد يكون هناك تناقض أو عدم انسجام في المعلومات المقدمة للجمهور لنفس الموضوع مما يخلق بلبلة وقلّة الثقة في الجهات الحكومية التي تقوم بالتثقيف الصحي والغذائي، لذا يجب أن تكون هناك لجنة وطنية للتوعية الصحية والغذائية ممثلة من جميع الجهات والمؤسسات ذات العلاقة وأهمها: وزارات الصحة والإعلام والعمل والشؤون الاجتماعية والبلديات وشؤون البيئة بالإضافة إلى الجمعيات الأهلية.

٤. قلة وجود المصادر والمراجع باللغة العربية المتعلقة بالتثقيف الصحي والغذائي

إذا أردنا أن ندرّب المختصين في مجال التثقيف الصحي والغذائي فيجب أن يتم ذلك باللغة التي يتخاطب بها المجتمع المحلي وهي اللغة العربية، وللأسف الشديد فإن بعض الجامعات والمؤسسات التعليمية تقوم بتدريب طرائق الاتصال والتخاطب مع الناس باللغة الإنجليزية وهذا غير مقبول لذا نجد أن الأشخاص الذين تدربوا بلغة غير لغة التخاطب الرئيسية في بلدنا يواجهون صعوبة في إيصال المعلومات بالأسلوب والطريقة واللغة المناسبة. ومما يزيد الطين بلة نقص المصادر والمراجع المتعلقة بالتثقيف الصحي والغذائي المكتوبة باللغة العربية مما يؤدي إلى اللجوء إلى المراجع الأجنبية والتي وإن كانت تحتوي على قدر جيد من المعلومات وإكساب المهارات إلا أنها لا تستطيع أن تساهم بشكل فعال في توصيل الفكرة أو إعطاء الأمثلة المرتبطة بالمجتمع المحلي. وبناء عليه فإنه يجب على الجهات المختصة مثل الجامعات ووزارات الصحة والمنظمات الإقليمية والدولية الاهتمام بإعداد مصادر ومراجع باللغة العربية تعنى بشؤون التثقيف الصحي والغذائي.

٥. ضعف تصميم الوسائل التثقيفية

لا زالت الوسائل التثقيفية الموجهة للجمهور تشكو من ضعف المحتوى والإخراج مما يجعلها غير مؤثرة في إحداث التغيير المنشود، حيث نجد أن معظم الكتيبات هي نقل مباشر من مصادر أخرى ولا تحتوي على المعلومات التي ترتبط بالعادات والتقاليد في المجتمع المحلي، أما الملصقات فيتم تصميمها غالباً من قبل أشخاص ليس لديهم خلفية وأسس تصميم الملصق الصحي، فهم رسامون وهناك فرق بين أن تكون رسماً أو أن تكون رسماً ملماً بالتوعية الصحية، وقد يقع اللوم الأكبر على المثقف الصحي والغذائي في عدم توجيه الرسام حول الأسلوب الأفضل في عرض المعلومات أو الرسومات وهذا راجع بدوره إلى نقص الخبرة عند هؤلاء المثقفين الصحيين والغذائيين.

ولا يختلف الأمر بالنسبة لبرامج التوعية الصحية والغذائية في الراديو والتلفزيون حيث الطريقة المتبعة هي مقابلة أحد المتخصصين في أحد الحقول الصحية أو الغذائية وسؤاله عن المشاكل الصحية وكيفية حلها، ولقد مل الجمهور هذه الطريقة التقليدية خاصة وأن العديد من المتخصصين لا يملكون مهارة الاتصال وتوصيل المعلومات للجمهور بأسلوب سلس ومقنع.

٦. عدم إعطاء الأولوية لبرامج التثقيف الصحي والغذائي في البرامج الصحية

لا تحظى برامج التوعية الصحية والغذائية بالأولوية في البرامج الصحية حيث نجد أن الوزارات المعنية وخاصة وزارات الصحة في دول المنطقة تولي الاهتمام الأكبر لبرامج الصحة العلاجية مثل خدمات المراكز الصحية والمستشفيات وتأتي البرامج الصحية الوقائية في المرتبة الثانية من ناحية الاهتمام والإنفاق العام وتعتبر برامج التوعية الصحية أساس الصحة الوقائية ومع وجود العوامل السابقة (النقص في المتخصصين وضعف التخطيط والتنسيق) فإن فعالية وتأثير هذه البرامج يكون محدودا.

٧. الاختيار الخاطئ لأوقات عرض برامج التوعية الصحية والغذائية

عادة ما تختار محطات التلفزيون (وأحيانا الإذاعة) أوقاتا غير مناسبة للجمهور لعرض برامج التوعية الصحية والغذائية وخاصة الحكومية وذلك لأن هذه البرامج لا توفر دخلا ماديا لهذه المحطات، فمن خلال بعض الدراسات وجدنا أن معظم برامج التوعية الصحية تعرض في التلفزيون في فترة العصر أو الصباح وهما فترتين لا يكون الجمهور مستعدا فيهما لمشاهدة التلفزيون نتيجة وجوده في العمل أو انشغاله بأمر المنزل أو تدريس الأبناء، وتعتبر فترة الليل (بعد صلاة العشاء) من أكثر الفترات التي يشاهد فيها الجمهور (البالغون غالبا) التلفزيون ونلاحظ في هذه الفترة عرض المسلسلات والتمثيلات التلفزيونية بالإضافة إلى كثافة الإعلانات التجارية وذلك لأنها تدر على هذه المحطات ربحا أكبر.

خطوات تخطيط برامج التثقيف الغذائي

لا يمكن أن ينجح برنامج التثقيف الغذائي إلا إذا كانت هناك مشاركة من قبل المجتمع المستهدف توعيته، وبالرغم من أن التثقيف الغذائي يجب أن يكون جزءا من السياسة الغذائية العامة للبلد، إلا أن تفاصيل البرنامج وأهدافه تختلف بحسب طبيعة المجتمع المراد توعيته، ويمكن تلخيص أهم الخطوات لتخطيط برنامج التثقيف الغذائي في التالي:

أولا: تحديد المشكلة (أو المشاكل) الغذائية

قبل أن نبدأ أي خطوة لتخطيط برنامج التثقيف الغذائي يجب أن تحدد المشكلة أو المشاكل الغذائية التي يسعى البرنامج للمشاركة في مكافحتها أو الوقاية منها وهذا يشمل جمع المعلومات في الأمور التالية:

- أ. طبيعة المشكلة، مدى انتشارها وأسباب انتشارها.
- ب. مدى توزيع المشكلة في البلد أي التوزيع الجغرافي للمشكلة وفيما إذا كانت هناك مناطق تعاني من المشكلة بشكل أكبر من غيرها.

ثانيا: جمع المعلومات حول طبيعة المشكلة والمجتمع

بعد أن يتم تحديد المشكلة أو المشاكل التي يسعى برنامج التثقيف الغذائي إلى مكافحتها يجب أن تجمع معلومات كافية عن السلوكيات الغذائية السائدة والعوامل المؤثرة فيها وهذا يتضمن المعلومات التالية:

- أ. القيم والاتجاهات السائدة المرتبطة بالمشكلة الغذائية أو العوامل المرتبطة بها وإلى أي مدى ينظر المجتمع إلى هذه المشكلة، فقد تكون المشكلة مهمة عند الجهات الصحية ولكن المجتمع لا يعتبر أن هذه المشكلة لها أولوية.
- ب. نوع السلوك أو السلوكيات التي يجب أن تشجع من قبل برنامج التثقيف مثل إضافة الزيت إلى أغذية الفطام أو عدم إدخال أغذية للطفل الرضيع قبل الشهر الرابع.
- ج. العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية والزراعية والسياسية المرتبطة بالمشكلة الغذائية.
- د. مواصفات المجتمع المراد توعيته مع تحديد الفئة المستهدفة في هذا المجتمع مثل الأم الحامل أو المرضع أو الأب. ومن أهم الصفات التي يجب مراعاتها في المجتمع التوزيع العمري والمستوى التعليمي والحالة الاقتصادية والاجتماعية وتوفير وسائل الاتصال المختلفة ومدى استخدامها وغيرها من المواصفات المهمة للعملية التثقيفية.
- هـ. الجمعيات الأهلية والمهنية الموجودة في المجتمع ومدى اهتماماتها وطبيعة عملها.
- و. الأشخاص ذوو النفوذ والتأثير في المجتمع وكيفية الاستفادة منهم في دعم البرنامج التثقيفي.
- ز. الإمكانيات المادية ووسائل التثقيف المتوفرة والتسهيلات المتوفرة سواء من خلال الجهات الحكومية أو الجمعيات الأهلية أو الشركات المحلية.

ثالثاً: تحديد الأهداف

يجب أن تكون هناك أهداف واضحة ومحددة للبرنامج حتى يمكن تقييمه ومعرفة ما إذا كان حقق أهدافه أم لا. والأهداف التثقيفية دائماً تصاغ بصورة عملية أي بتوضيح نوع السلوك أو العمل الذي يجب أن تقوم به الفئة المستهدفة في سبيل الوقاية من المشكلة الغذائية أو مكافحتها كما أن الأهداف يجب أن تحدد الفترة الزمنية اللازمة لإحداث التأثير المنشود.

رابعاً: إعداد برنامج مفصل للخطوات التنفيذية وهذا يجب أن يشمل الخطوات التالية:

- أ. المحتوى أو الرسالة التي سوف توصل إلى المجتمع.
- ب. الفئة المستهدفة.
- ج. المثقفون الغذائيون.
- د. نوع الوسيلة أو وسائل الاتصال المستخدمة.

أ. المحتوى أو الرسالة

تعتمد الرسالة على طبيعة المشكلة الغذائية والفئة المستهدفة وكذلك نوع الوسيلة المستخدمة ولكي تكون الرسالة مؤثرة يجب مراعاة الجوانب التالية:

١. أن تكون واضحة قدر الإمكان وتبتعد عن المصطلحات الغامضة.
٢. أن تستخدم نفس اللغة (أو حتى اللهجة) التي يتحدث بها الجمهور المستهدف.
٣. أن تكون الرسالة قصيرة قدر الإمكان ومركزة، فالأفراد يميلون إلى نسيان غالبية تفاصيل الرسالة والمحصلة النهائية الاحتفاظ بقدر محدود من المعلومات.

٤. أن لا تتعارض المعلومات والأفكار الواردة في الرسالة مع معتقدات الجمهور المستهدف وأفكاره.

ب. الفئة المستهدفة

وهم الأشخاص المراد تغيير سلوكهم وعاداتهم، وتعتمد الفئة المستهدفة بحسب طبيعة المشكلة أو السلوك المراد تغييره ومن أهم الفئات المستهدفة:

١. المسؤولون وصانعو القرار.
٢. الأمهات (ربة الأسرة والأم العاملة).
٣. الممارسون الصحيون وخاصة الأطباء والمرضات.
٤. طلبة المدارس.
٥. رب الأسرة.
٦. خطباء المساجد ورجال الدين.
٧. المشرفون والمشرفات الاجتماعية في المدارس والمراكز الاجتماعية.
٨. الشباب في الأندية.
٩. العاملون في مجال تحضير الطعام واعداده.
١٠. العاملات في الجمعيات النسائية والأهلية.
١١. فئات المرضى وخاصة أولئك الذين يحتاجون إلى تغذية خاصة.

ج. المثقفون الغذائيون

يجب أن يتمتع الشخص الذي سوف يقوم بتوصيل الرسالة أو المعلومات إلى الفئة المستهدفة بعدة صفات لكي تتم عملية الاتصال بشكل سليم ومؤثر وبالإضافة إلى الصفات التي تم ذكرها في المثقف الغذائي فإنه يجب أن تتوفر به الصفات التالية:

١. أن يكون ملماً بأهداف عملية الاتصال.
٢. أن يكون الشخص ملماً بالخلفية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للجمهور المستهدف.
٣. أن تكون للشخص القدرة والمهارة في التعامل مع الآخرين بخاصة الجمهور المستهدف.
٤. يفضل أن يكون الشخص (المرسل) من نفس البيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها الجمهور المستهدف وذلك لخلق جانب من الثقة والارتياح نحو المصدر.

د. وسيلة الاتصال

تعتمد وسيلة الاتصال بحسب خصائص المجتمع أو الفئة المستهدفة والإمكانيات المتوفرة. ومن أهم وسائل الاتصال التي تستخدم في التثقيف الغذائي الراديو والتلفزيون والصحف والمجلات والكتيبات والملصقات واللوحات القلابة والاتصال المباشر (وجها لوجه) والمعارض والأفلام السينمائية والفيديو وغيرها.

هـ. المراجعة والتقييم

تجرى عملية التقييم بعد فترة من إجراء البرنامج التثقيفي وذلك للتعرف على مدى التغيير الذي أحدثه البرنامج في معلومات الفئة المستهدفة واتجاهاتها وسلوكياتها. ومن أفضل أنواع التقييم قياس المعلومات والسلوكيات قبل البرنامج وبعد انتهاء فترة محددة من تنفيذ البرنامج (عادة تعتمد بحسب طبيعة المشكلة والفئة المستهدفة) ومن ثم التعرف على نوع التغيير الذي حصل وكذلك على مدى تأثير وسيلة الاتصال المستخدمة والرسالة الموجهة. والتقييم عملية مستمرة لتوجيه البرنامج التثقيفي نحو المسار الصحيح وتلافي الأخطاء والعيوب.

المراجع

١. بشرى جبر (١٩٨٧): دليل الاختبار الميداني لمواد ووسائل الإعلام في التربية الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان.
٢. محمد عبيدات (١٩٩٥): سلوك المستهلك، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٣. منظمة الصحة العالمية (١٩٨٩): التثقيف من أجل الصحة، المكتب الإقليمي، الإسكندرية، مصر.
٤. عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٧): التثقيف الغذائي، دار القلم، دبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.
٥. عبد الرحمن مصيقر (١٩٩٧): التغذية في المجتمع، دار القلم، دبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.

تقييم برنامج التوعية الصحية والغذائية للطالبات في مرحلة المراهقة في المملكة العربية السعودية

سليمان بن ناصر الشهري

الإدارة العامة للخدمات الطبية - الرئاسة العامة لتعليم البنات
الرياض - المملكة العربية السعودية

مقدمة

تعتبر التغذية أساساً لنمو الإنسان و يظهر تأثيرها جلياً ليس فقط في النمو الجسدي بل يتعداها إلى النمو العقلي و العاطفي . و يعتبر سوء التغذية من المشاكل الصحية الرئيسية ليس فقط في المجتمعات النامية بل في الدول المتقدمة (WHO 1992)، حيث إن ٢٠% من سكان العالم يعاني من سوء التغذية بينما ٦٠% منه يعاني من عدم توازن في التغذية (WHO 1997) .

و سوء التغذية لا يظهر تأثيره فقط في صحة اليافع بل أثبتت الدراسات أن بعض الأمراض المزمنة التي تظهر في سن الشباب و الشيخوخة ترجع أسبابها إلى العادات الخاطئة التي يكتسبها الفرد في مراحل طفولته الأولى (Videma 1978) . و من الجدير بالذكر أن جميع الدوائر العلمية على المستوى العالمي و المحلي أولت صحة الفتيان و الفتيات خلال فترة النمو اهتماماً بالغا و خصصت علماً صحياً فرعياً خاصاً بتلك الفئة يسمى فرع صحة اليافعات، و يختص هذا الفرع بدراسة جميع التطورات و المؤثرات المتعلقة بصحة اليافع (Adolescent Health) من خلال رؤى شمولية تتضمن جميع التطورات و المؤثرات المتعلقة بصحة هذه الفئة . و من المعروف أن الفتيات خلال فترة المراهقة (اليقاعة) يتعرضن لبعض التطورات الفيزيائية و النفسية التي يصاحبها تغيرات في احتياجاتهن من حيث الكمية و النوعية مما يستلزم معه الارتقاء بجوانبهن المعرفية و التي يكون لها أثر حميد في سلوكهن الغذائي .

و لقد أشار لونبرج (Lwoenberg 1985) إلى أن الأطفال في مرحلة المدرسة لديهم الاستعداد لاكتساب بعض العادات الغذائية الجديدة كما أن نسبة غير قليلة منهم يشتركون احتياجاتهم الغذائية من المقصف المدرسي . و الأطفال في السن المدرسي يمثلون قطاعاً كبيراً من المجتمع حيث يشكلون القوى العاملة المستقبلية لأي بلد، و إن أولى مهمات الأطفال في هذا السن هو التعليم . و قد أثبتت الدراسات العلمية أن الحالة الصحية و الغذائية للإنسان تؤثر في مدى إمكانيات قيامه بالعديد من مهماته و أعماله مثل القدرة على العمل و التفكير و القدرات العقلية . و قد أثبت بعض العلماء أمثال ريكشي (Ricciuti 1970) أن هناك علاقة وثيقة بين أمراض سوء التغذية و عملية اختلال التعلم و عدم التطور العقلي السليم . كما أن معظم الباحثين في هذا المجال بينوا أن سوء التغذية يؤدي إلى إعاقة مقدرة الأطفال على التعلم و لذا يضاعف تحصيلهم العلمي بالمدرسة .

و لقد أثبتت الدراسات أن من خصائص الحياة العصرية التي نعيشها عزوف الطلاب و الطالبات وخاصة في سن اليقاعة عن تناول الوجبات الرئيسية بانتظام فلقد أشارت الدراسة التي أجراها الشهري عام ١٩٩٦م بالرياض إلى أن ٤٢,٢% من الطالبات اليافعات (١٢-١٨ سنة) يهملن وجبة الفطور . و في دراسة مقطعية تمت على عينة مكونة من ١٥٨٥ طالبا و طالبة تراوحت أعمارهم بين ٨٥-١٢٥ سنة بمدينة الرياض أيضا أشارت النتائج إلى أن معدل انتشار السمنة بين الطلاب و الطالبات كان ١١,٦% و ١٤,٢% على الترتيب (الشهري ١٩٩٧).

و في دراسة أخرى تمت على ١٦٣٢ طالبة من طالبات المرحلتين المتوسطة و الثانوية بمدينة الرياض أظهرت النتائج أن معدل انتشار الأنيميا (فقر الدم) بلغ ٣٥,٣% و أن معدل انتشار الأنيميا كان يزداد مع زيادة العمر حيث كان معدل الانتشار بين الطالبات اللاتي تراوحت أعمارهن بين ١٠-١١ سنة و ١٦-١٨ سنة ٢١,٢% و ٤٠,٥% على الترتيب (الشهري ١٩٩٦) .

و حيث خلصت الدراسات المحلية السابقة إلى أن عدد من النتائج التي تشير إلى أن هناك مشكلة كبيرة في الوعي الغذائي لدى الطالبات و يدعمها كثير من الدراسات العالمية في إبراز أهمية التوعية الغذائية لطلاب و طالبات المدارس كما أثبتت جدواها في تحسين حالتهم الغذائية . فإن بعض الباحثين أمثال تارا و سوبادرا (Tara and Subadra 1987) قد أثبتا أن برامج التوعية الغذائية في السن المدرسي تتميز باستمرارية تأثيرها في الطلبة خلافا لبعض التدخلات الغذائية الأخرى .

و هناك أمر آخر في غاية الأهمية و هو عملية ربط التوعية الغذائية بالتوعية الصحية عموما لأنه لا يمكن فصلهما للارتباط الوثيق بين الصحة و الغذاء . و لذا فإن أي برنامج يهدف إلى تحسين نوعية الحياة لابد أن يتضمن جزئية التثقيف و التوعية الغذائية كأحد عناصره الأساسية .

مبررات إعداد هذا البرنامج

ركزت الإدارة الطبية في المحتوى التثقيفي الخاص بالتوعية الصحية للطالبات في مرحلة البلوغ على جوانب التغذية المتعددة الأوجه، و يأتي ذلك من خلال ما أورده نتائج الدراسات التغذوية التي قامت بها الإدارة الطبية و التي تبين من خلالها :

١. احتياج الطالبات إلى دعم الجوانب المعرفية لديهن في بعض أوجه التغذية تفاديا لحدوث بعض أعراض سوء التغذية .
٢. انتشار بعض أمراض سوء التغذية مثل الأنيميا و السمنة .
٣. انتشار بعض العادات الغذائية الخاطئة مثل :

- إهمال وجبة الفطور .
- كثرة تناول الأطعمة فقيرة القيمة الغذائية من المقصف المدرسي و ذلك تحت تأثير الإعلانات التجارية التي تبث من خلال وسائل الإعلام المختلفة سواء المقروءة أو المسموعة أو المرئية و خاصة التلفاز .

لماذا يعطي الأطفال في السن المدرسي أهمية خاصة في برامج التثقيف الصحي؟

- ١- يمثل الأطفال في السن المدرسي قطاعا كبيرا من السكان، وتتميز هذه الفئة بالنمو والتطور السريع وقد يطرأ هذا التطور على النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية مما يجعلهم عرضة إلى العديد من المشاكل الصحية .
- ٢- يتغير وضع الطفل عند التحاقه بالمدرسة، إذ يترك منزله وبيئته التي نشأ فيها إلى بيئة جديدة عليه يقضي فيها الساعات مما يضطره إلى تناول الأطعمة من المقصف ويؤدي ذلك إلى اكتسابه بعض العادات الغذائية الجديدة .
- ٣- يقضي الطلبة ساعات مهمة من يومهم في المدرسة مما يجعلهم مجتمع معدا لسماع ما يلقي عليهم من معلومات .
- ٤- إن الصحة الجيدة ضرورية لعملية التعليم و التعلم و في نفس الوقت يوفر التعليم فرصة ثمينة للتمتع بصحة سليمة .

أهداف البرنامج

أولا : الهدف العام

- ١- وقاية الطالبات من المشاكل الصحية التي قد يتعرضن لها خلال فترة اليقظة و خاصة تلك المشاكل الصحية المتعلقة بالجوانب التغذوية مع تعميق مفهومهن ببعض التغيرات التي تصاحب مراحل النمو .

ثانيا : الأهداف الفرعية

- ١- تحسين معارف الطالبات و ممارساتهن فيما يتعلق بالجوانب التغذوية .
- ٢- الارتقاء بالنمط الغذائي لديهن من خلال استعراض أثار العادات الغذائية في الصحة العامة .
- ٣- تركيز اهتمام الطالبات على بعض المشاكل الغذائية الشائعة مثل السمنة و فقر الدم و بعض العادات الخاطئة مثل العزوف عن تناول وجبة الإفطار والعزوف عن تناول الفواكه .
- ٤- إلمام الطالبات بالجوانب الدينية و الطبية المتعلقة بمرحلة البلوغ .

الفئة المستهدفة

من نتائج الدراسات السابقة تبين أن معظم المشاكل الصحية الغذائية تنتشر بين الطالبات في مرحلة اليقظة مثل الأنيميا و السمنة و العزوف عن تناول وجبة الإفطار و الفواكه لذلك فإن الفئة المستهدفة للبرنامج تتكون من فئتين هما :

الفئة الأولية Primary Target Group

و تمثل هذه الفئة طالبات المرحلة المتوسطة (١٢-١٥ سنة) بمدينة جدة على أن تعمم التجربة بعد تقييمها على جميع الطالبات في هذه المرحلة في مناطق المملكة كافة.

الفئة الثانوية Secondary Target Group

و تمثل هذه الفئة مدرسات العلوم بالمرحلة المتوسطة اللاتي يقمن بتوصيل الرسالة التثقيفية للفئة المستهدفة الأولية (المثقف الصحي التغذوي).

طريقة تنفيذ البرنامج

تم تنفيذ هذا البرنامج على ثلاث مراحل :

- ١- مرحلة الإعداد Preparatory phase
- ٢- مرحلة التنفيذ Implementation
- ٣- مرحلة التقييم Evaluation phase

أولا : مرحلة الإعداد

و في هذه المرحلة تم إعداد المواد اللازمة لتنفيذ البرنامج مثل :

- ١- أدوات العلامات : و هي عبارة عن دليل (كتيب) يزود المعلمة بخطوات مفصلة عن كيفية التحضير وكيفية تنفيذ البرنامج و وسائل الإيضاح المستخدمة وهي عبارة عن لوحة قلابية تهتم بعناصر كل درس إلى جانب لوحة قلابية تهتم بالرسوم والصور الإيضاحية .
- ٢- أدوات الطالبات : كتيب خاص بالبرنامج احتوى على معلومات عن الجوانب التغذوية و الأمور الصحية الخاصة بالفتيات في مرحلة البلوغ على شكل أسئلة وأجوبة .
- ٣- توفير الموارد : سواء كانت بشرية أو مالية .

ثانيا : مرحلة التنفيذ

تم تنفيذ هذه الخطوة على مرحلتين :

المرحلة الأولى

تم تدريب معلمات العلوم للمرحلة المتوسطة (بمعدل معلمة واحدة عن كل مدرسة) لمدة يوم واحد والهدف من هذه المرحلة الارتقاء بمعارف العلامات و إعدادهن الإعداد الجيد

ليقمن بدور المنقذ الصحي التغذوي . و أيضا تدريبهن على طريقة تنفيذ البرنامج و من ثم تقييم هذه المرحلة من خلال استبانة تم توزيعها قبل الدورة التدريبية وبعدها.

المرحلة الثانية

في هذه المرحلة كلفت كل معلمة من المعلمات اللاتي تم تدريبهن بتنفيذ البرنامج في مدرستها، و تقوم كل معلمة بتدريس البرنامج خلال الحصص الشاغرة (حصص النشاط) و يستكمل تدريس البرنامج في ثلاث حصص متتالية على أن تستخدم كل مدرسة الطرق التعليمية المتاحة لها مثل :

- إلقاء المحاضرات .
- مجموعات للمناقشة .
- تبادل الأدوار .
- مناقشة الموضوع في صورة سؤال و جواب .. الخ .

ثالثا : مرحلة التقييم

السؤال الذي يطرح نفسه على أي برنامج و خاصة برامج التثقيف الصحي هو: كيف يمكن معرفة تأثير ذلك البرنامج في الفئة المستهدفة؟ وما هي المؤشرات التي يمكن استخدامها في تقييم البرنامج و معرفة نجاحه من عدمه؟ و يمكن الإجابة عن هذا السؤال من خلال تعريف مفهوم التثقيف الصحي و التغذوي و هو عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهن و اتجاهاتهن و ممارساتهن الغذائية تأثيرا حميدا أو بمعنى آخر ترجمة الحقائق الصحية التغذوية المعروفة إلى أنماط سلوكية سليمة على مستوى الفرد و الجماعة .

ويمكن القول بأن المؤشرات التي يمكن أن تستخدم في تقييم برنامج التثقيف الغذائي تكون عن طريق :

١- تقييم الإجراءات المتبعة في تنفيذ البرنامج Process Evaluation

و هي في حد ذاتها أسهل من تقييم النتائج أو الردود من البرنامج و هي تشمل تقييم مدى مناسبة الرسالة التثقيفية و الطرائق المستخدمة في تنفيذ البرنامج و وسائل الإيضاح المستخدمة . و بمعنى آخر أنه في نهاية البرنامج يلزم الإجابة عن سؤال هل سار العمل كما جاء بالخطة أم لا؟

و في هذا المجال تم تكليف المعلمات القائمات على تنفيذ البرنامج و أيضا مديرات المدارس بكتابة تقرير عن كل دورة تدريبية تم إجراؤها و إرسال بعض الملاحظات حتى يتم دراستها و الاطمئنان على حسن تنفيذ البرنامج Feed Back .

٢- تقييم نتائج البرنامج Outcome Evaluation

ويمكن تقييم ذلك من خلال معرفة مقدار التغيرات التي طرأت على المعارف والاتجاهات والسلوكيات المرتبطة بالتغذية عند الطالبات. وفي هذا البرنامج تم التقييم باستخدام استبانة اشتملت على أسئلة تعكس معارف الطالبة واتجاهاتها وسلوكياتها الغذائية حيث تم توزيع هذه الاستبانة قبل تنفيذ البرنامج وبعده ومن ثم تم تحليل الاستبانة وتفرغ النتائج.

ملخص لأهم النتائج

تبين الجداول (٢٣-١) مقارنة بين مستوى معلومات الطالبات وسلوكياتهن في بعض جوانب التغذية قبل تطبيق البرنامج وبعده. ونلاحظ بصفة عامة أنه حدث تحسن في معلومات الطالبات في الجوانب التالية: كمية الماء الواجب تناولها يوميا، علاقة الدورة الشهرية ببعض الأمور الصحية، أهمية الألياف الغذائية والبروتين الحيواني، معرفة العوامل المساعدة على حدوث فقر الدم. أما من ناحية السلوكيات فنلاحظ ارتفاع نسبة الطالبات اللواتي يواظبن على الوجبات الرئيسية وتناول الحليب وسندويشات الجبن والبيض والفواكه وارتفاع نسبة اللواتي قللن من تناول الوجبات الجاهزة والبطاطس المقلية وكذلك اللواتي امتنعن عن تناول الشاي بعد الوجبات مباشرة.

المراجع

- Al-Shehri, S.N. (1996): Health Profile of Saudi Adolescent School Girls. Riyadh, Director General Health Affairs Directorate, Presidency of Girls Education.
- Al-Shehri, S.N. (1997): Nutritional Variation and Coronary Risk Factors Among Saudi School Children. Riyadh, Director General Health Affairs Directorate, Presidency of Girls Education.
- American School Health Association (1989): The National Adolescent Student Health Survey. A Report on The Health of America's Youth. Oakland, CA: Third Party Publishing Co.
- Andrien, M. (1994): Social Communication in Nutrition. A Methodology for International. Rome, FAO.
- Bagchi, K. (1977): Nutrition Education Through Health Care System. WHO Offset Document, WHO, Geneva.

- FAO and WHO (1973): Nutr. Mtg Rep. Ser. No. 52.
- Guthrie, H.A. (1986): Introductory Nutrition, Six Education, Times Mirror, Mosby College Publishing St. Louis , Toronto, 526-577.
- Lowenberg, M.E. (1985): The Development of Food Patterns in Young Children. In: Nutrition in Infancy and Childhood, 2nd Ed. P. L. Pipes, Times Mirrow, Mosby, St. Louis.
- Perry CI.; Klepp KI.; Halper A. (1987): Promoting Health Eating and Physical Activity Patterns among Adolescent: A Pilot Study of "Slice of Life" Health Edu. Res., 9:93-103.
- Riccuiti, H.N. (1970): Malnutrition Learning and Intellectual Development. Washington. D.C. American Physiological Association.
- Tara, G and Subadra S. (1987): Nutrition Monitoring and Assessment Textbook, Delhi, Bombay, Calcutta and Madras, Oxford University Press 24-47.
- Viedma, C. (1978): "A Health Nutrition Atlas" The Magazine of The Word Health Organization May, 6-19.
- WHO (1972): Report of WHO Scientific Group on Nutrition and Human Development. Tech. Rep. Ser. No. 48, P: 21-27.
- WHO (1997): Nutritional Strategies for Overcoming Micronutrient Malnutrition 24th World Health Assembly, Provisional Agenda Item 21, Dec. 95/17. WHO. Geneva.
- Winick, M. (1979): Nucleic a acid and Protein Content During Growth of Human Brain. Ped. Res., 2 P352.

جدول رقم (١): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "الغذاء الجيد هو الذي يحتوي على كمية كافية من الطعام بصرف النظر عن نوعيته" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	٤٢٦	٢٨,٥	٢٦٨	٢٦,٩
خطأ	٧٥٧	٥٠,٨	٧٥٥	٥٥,١
لا أدري	٣٠٨	٢٠,٧	٢٤٦	١٨,٠
الإجمالي	١٤٩١	١٠٠,٠	١٣٦٩	١٠٠,٠

جدول رقم (٢): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "البروتين الحيواني أفضل من البروتين النباتي" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	٤٤٥	٣٠,١	٦٥٠	٤٦,٧
خطأ	٥٢٠	٣٥,٢	٤٦٩	٣٣,٧
لا أدري	٥١٣	٣٤,٧	٢٧٢	١٩,٦
الإجمالي	١٤٧٨	١٠٠,٠	١٣٩١	١٠٠,٠

جدول رقم (٣): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "فقر الدم يعني أن كمية الدم بالجسم قليلة" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	١٠٢٧	٦٨,٨	٨٧٨	٦٣,٣
خطأ	٣١٣	٢١,٠	٣٤٤	٢٤,٧
لا أدري	١٥٢	١٠,٢	١٦٦	١٢,٠
الإجمالي	١٤٩٢	١٠٠,٠	١٣٨٨	١٠٠,٠

جدول رقم (٤): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "من أعراض فقر الدم الشعور بالتعب لأقل مجهود وضعف القدرة على استيعاب الدروس" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	١١٠٧	٧٤,٢	١١٥٩	٨٣,٣
خطأ	١٥٦	١٠,٥	١١١	٨,٠
لا أدري	٢٢٩	١٥,٣	١٢١	٨,٧
الإجمالي	١٤٩٢	١٠٠,٠	١٣٩١	١٠٠,٠

جدول رقم (٥): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "السمنة وزيادة الوزن علامة جيدة لتخفيض الوزن" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	٨٦	٥,٧	٨٥	٦,١
خطأ	١٣١٨	٨٧,٩	١٢٢٨	٨٨,١
لا أدري	٩٥	٦,٤	٨١	٥,٨
الإجمالي	١٤٩٩	١٠٠,٠	١٣٩٤	١٠٠,٠

جدول رقم (٦): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن العبارة "تكرار الدورة الشهرية على فترات قصيرة أحد أسباب حدوث فقر الدم" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	٣٦١	٢٤,١	٥٠٥	٣٨,٧
خطأ	٤٧٠	٣١,٤	٥٩١	٤٥,٣
لا أدري	٦٦٤	٤٤,٥	٢١٠	١٦,٠
الإجمالي	١٤٩٥	١٠٠,٠	١٣٠٦	١٠٠,٠

جدول رقم (٧): توزيع الطالبات بحسب اعتقادهن في أن "الاستحمام أثناء الدورة الشهرية عادة غير صحية" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
صواب	١٦٧	١١,٢	١٣٤	٨,٩
خطأ	١١٨٥	٧٨,٩	١١٧١	٨٤,٣
لا أدري	١٤٩	٩,٩	٩٤	٦,٨
الإجمالي	١٥٠١	١٠٠,٠	١٣٨٩	١٠٠,٠

جدول رقم (٨): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن على السؤال "هل تفضلين شرب الشاي أو القهوة بعد الأكل؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٤٣٩	٢٩,٢	٢٩١	٢٠,٩
لا	١٠٦٢	٧٠,٨	١١٠١	٧٩,١
الإجمالي	١٥٠١	١٠٠,٠	١٣٩٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٩): توزيع الطالبات بحسب اعتقادهن في تأثير تناول الشاي أو القهوة بعد الأكل مباشرة على امتصاص الحديد، قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
يساعد على امتصاص الحديد	٤٨٩	٣٣,١	٤٣٣	٣١,٢
يعوق امتصاص الحديد	٦٤٧	٤٣,٧	٧٨٣	٥٦,٤
لا تأثير	٣٤٤	٢٣,٢	١٧٢	١٢,٤
الإجمالي	١٤٨٠	١٠٠,٠	١٣٨٨	١٠٠,٠

جدول رقم (١٠): رأي الطالبات في أفضل الطرائق لتخفيض الوزن قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
تناول أدوية للتخسيس	٢٩	١,٩	٥٩	٤,٢
القيام بالنشاط الحركي	٩٤٨	٦٣,٥	٩٣٠	٦٦,٧
الإقلال من النشويات	٥١٦	٣٤,٦	٤٠٦	٢٩,١
الإجمالي	١٤٩٣	١٠٠,٠	١٣٩٥	١٠٠,٠

جدول رقم (١١): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "هل تحتاج الفتاة في مرحلة البلوغ إلى كثرة تناول الأطعمة الغنية بالحديد؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	١٢٨٢	٨٦,٠	١٢٣٠	٨٨,٤
لا	٢٠٨	١٤,٠	١٦٢	١١,٦
الإجمالي	١٤٩٠	١٠٠,٠	١٣٩٢	١٠٠,٠

جدول رقم (١٢): رأي الطالبات في تناول الأطعمة الغنية بالألياف الغذائية قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
تساعد على حدوث الإمساك	٢٤٣	١٦,٧	٢٠٩	١٥,١
تقلل من حدوث الإمساك	٨٨٢	٦٠,٨	١٠٠٠	٧٢,٣
إضطراب المعدة	٣٢٧	٢٢,٥	١٧٥	١٢,٦
الإجمالي	١٤٥٢	١٠٠,٠	١٣٨٤	١٠٠,٠

جدول رقم (١٣): رأي الطالبات في كمية الماء اللازمة للجسم يوميا قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
٢-٣ لتر	٣٩٨	٢٧,٠	٥٩٦	٤٢,٩
٥-٦ لتر	٥٦٦	٢٨,٤	٣٩٢	٢٨,٢
٧-٨ لتر	٥١٠	٣٤,٦	٤٠١	٢٨,٩
الإجمالي	١٤٧٤	١٠٠,٠	١٣٨٩	١٠٠,٠

جدول رقم (١٤): رأي الطالبات في إرضاع الطفل من ثدي أمه أثناء الدورة الشهرية قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ضار بالطفل	١٨٦	١٢,٨	١٥٠	١٠,٩
ضار بالأم	٣٢٥	٢٢,٣	٢٣٢	١٦,٦
غير ضار	٩٤٤	٦٤,٩	٩٩٠	٧٢,٢
الإجمالي	١٤٥٥	١٠٠,٠	١٣٧٢	١٠٠,٠

جدول رقم (١٥): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "هل تفضلين تناول الوجبات الجاهزة؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	١٠١٥	٦٨,١	٧١٣	٥١,٣
لا	٤٧٥	٣١,٩	٦٧٧	٤٨,٧
الإجمالي	١٤٩٠	١٠٠,٠	١٣٩٠	١٠٠,٠

جدول رقم (١٦): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "متى تتناولين الشاي؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
بعد الأكل مباشرة	٢٥١	١٦,٩	١٩١	١٣,٨
٣ ساعات بعد الأكل	٦٥٣	٢٧,٨	٥٦٧	٤٠,٩
لا أتناول الشاي	٦٧٥	٤٥,٣	٦٢٧	٤٥,٣
الإجمالي	١٤٨٩	١٠٠,٠	١٣٨٥	١٠٠,٠

جدول رقم (١٧): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "كم مرة تتناولين الفاكهة في الأسبوع؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
مرة	٢٠٤	١٣,٨	١٧٧	١٢,٩
مرتان	١٣٢	٨,٩	٩٨	٧,١
ثلاث مرات	٢٣٩	١٦,٢	١٧٤	١٣,٧
أكثر	٩٠٢	٦١,١	٩٢٤	٦٧,٣
الإجمالي	١٤٧٧	١٠٠,٠	١٣٧٣	١٠٠,٠

جدول رقم (١٨): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "هل تتناولين وجبة الإفطار بالمنزل؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	١٠٧٤	٧٢,٨	١٠٢٨	٧٤,٩
لا	٤٠١	٢٧,٢	٣٤٥	٢٥,١
الإجمالي	١٤٧٥	١٠٠,٠	١٣٧٣	١٠٠,٠

جدول رقم (١٩): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "كم مرة تشربين الحليب أو اللبن في الأسبوع؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
مرة	٣٩٢	٢٧,١	٢٧٧	٢٠,٦
مرتان	١٥٥	١٠,٨	١١٠	٨,٢
ثلاث مرات	١٦٨	١١,٦	١٤٣	١٠,٦
أكثر	٧٢٩	٥٠,٥	٨١٥	٦٠,٦
الإجمالي	١٤٤٤	١٠٠,٠	١٣٤٥	١٠٠,٠

جدول رقم (٢٠): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "أي الأشياء الآتية تشترينها من المقصف المدرسي؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

١. المياه الغازية:

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٥٧٨	٤٢,١	٤٠٠	٣١,٢
لا	٧٩٤	٥٧,٩	٨٨٢	٦٨,٨
الإجمالي	١٣٧٢	١٠٠,٠	١٢٨٢	١٠٠,٠

٢. سندويشات الجبن والبيض:

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٧١٧	٥١,٧	٨٢٦	٦١,٧
لا	٦٦٩	٤٨,٣	٥١٢	٣٨,٣
الإجمالي	١٣٨٦	١٠٠,٠	١٣٣٨	١٠٠,٠

٣. البطاطس المقلية (الشبس):

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٨٤٠	٦١,٩	٦٤٨	٥٠,٦
لا	٥١٧	٣٨,١	٦٣٣	٤٩,٤
الإجمالي	١٣٥٧	١٠٠,٠	١٢٨١	١٠٠,٠

٤. (البفك ، المينو):

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٣٨٧	٢٩,٥	٣١٥	٢٥,١
لا	٩٢٣	٧٠,٥	٩٤٢	٧٤,٩
الإجمالي	١٣١٠	١٠٠,٠	١٢٥٧	١٠٠,٠

جدول رقم (٢١): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "كم مرة تقومين بوزن نفسك في السنة؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
كل شهر	٥١٢	٢٤,٥	٥٤٢	٣٩,٣
كل ستة أشهر	١٧٩	١٣,١	١٩١	١٣,٩
كل سنة	٧٦	٥,١	٦٤	٤,٦
نادرا	٧١٥	٤٨,٣	٥٨١	٤٢,٦
الإجمالي	١٤٨٢	١٠٠,٠	١٣٧٨	١٠٠,٠

جدول رقم (٢٢): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "هل تتناولين الوجبات الرئيسية الثلاث بانتظام؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
نعم	٨٥١	٥٧,٢	٩١٧	٦٦,٢
لا	٦٣٧	٤٢,٨	٤٦٨	٣٣,٨
الإجمالي	١٤٤٨	١٠٠,٠	١٣٨٥	١٠٠,٠

جدول رقم (٢٣): توزيع الطالبات بحسب إجابتهن عن السؤال "إذا كنت تهملين إحدى الوجبات فأيهما أكثر إهمالا؟" قبل تطبيق البرنامج وبعده

المتغير	قبل		بعد	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
وجبة الإفطار	٣٤٦	٥٤,٤	٢٤٢	٥١,٩
وجبة الغداء	١٣٢	٢٠,٨	٨٠	١٧,١
وجبة العشاء	١٥٧	٢٤,٧	١٤٥	٣١,٠
الإجمالي	٦٣٥	١٠٠,٠	٤٦٧	١٠٠,٠

قياس المعلومات الصحية لدى المترددين على المراكز الصحية في البحرين

أنيسة الحويحي

قسم التثقيف الصحي - وزارة الصحة

دولة البحرين

المقدمة

الصحة ذلك الشيء العزيز عند كل إنسان الذي إذا فقدته لم يستطع إرجاعه في كثير من الأحيان، وبشق النفس في أحيان أخرى. وهي الهدف الذي يسعى له كل واحد منا ليبقى على حياته سليمة صحيحة خالية من الأمراض أو العجز. وأول سبيل للحفاظ على هذه الصحة هو المعرفة بالأمراض والوقاية منها ومعالجتها إن اقتضى الأمر. ومع رتم حياتنا السريع أصبح الإنسان يتلقى كل يوم العديد من المعلومات في مختلف أنواع المعارف. ومع الفتح الكبير للمعلومات الصحية بالذات سواء عبر ما يأتينا من الخارج خلال شبكات الإنترنت أو ما نبحث عنه بأنفسنا أو نتلقاها من وسائل الإعلام أو من البرامج التثقيفية الصحية المقدمة من وزارة الصحة جاءت الحاجة لهذا البحث، والذي يعني بدراسة المعلومات الصحية المتوفرة لدى الناس في مواضيع صحية محددة وهي المخدرات، الأيدز، التغذية، التدخين والرياضة.

هدف البحث ومنهجه

هدف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى قياس المعلومات الصحية لدى المترددين على المراكز الصحية ومعرفة مدى العلاقة بين النوع (الرجال/النساء) والوعي الصحي عند هؤلاء المترددين.

اختيار عينة البحث وطريقة جمع المعلومات

تم اختيار العينة عشوائيا من 4 مناطق ذات كثافة سكانية عالية وهي المنامة والمحرق ومدينة عيسى، مدينة حمد. وكان أفراد العينة من حملة الجنسية البحرينية من الجنسين والذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة. وشملت الدراسة 182 فردا واستبعدت 18 استبانة أما لصغر سن الفرد أو لعدم اكتمال البيانات. وقد كان 41% من أفراد العينة من الذكور مقابل 59% من الإناث. ويرجع ذلك إلى أن غالبية المترددين على المراكز الصحية في الفترة الصباحية هم من النساء والأطفال ما دون السن المدرسي.

أداة البحث

تم تصميم استبانة خاصة لجمع البيانات واحتوت على معلومات ديموغرافية تشمل منطقة السكن، العمر، الحالة الاجتماعية، التعليم والوظيفة. وأسئلة حول بعض المفاهيم

المتعلقة بالمخدرات والأيدز والتغذية والتدخين والرياضة.

الدراسة التجريبية

تم إجراء دراسة تجريبية على ٢٠ فردا في مركز مدينة عيسى الصحي بغرض التأكد من مستوى الأسئلة ومصداقيتها وصلاحتها، والتعرف على الوقت اللازم لجمع البيانات. وقد تم تعديل الاستبانة في شكلها النهائي بعد ذلك.

أولا: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

منطقة السكن

تم اختيار ٤ مناطق سكنية ذات كثافة سكانية عالية هي المنامة والمحرق ومدينة عيسى ومدينة حمد. ويوضح جدول (١) التوزيع الجغرافي لأفراد العينة على هذه المناطق، حيث نلاحظ أن النسبة الأعلى من أفراد العينة يتبعون منطقة النعيم تليها المحرق ومدينة حمد ومدينة عيسى على التوالي.

العمر

يبين جدول (٢) توزيع أفراد العينة بحسب العمر، حيث نجد أن غالبيتهم من الفئة العمرية ١٨ - ٣٩ سنة، والنسبة أعلى عند الإناث (٨٨,٨%) مقارنة بالذكور (٧٣,٣%).

جدول رقم (١) توزيع أفراد العينة بحسب المنطقة والنوع

المنطقة	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
المنامة	١٤	١٨,٧	٣٤	٣١,٨	٤٨	٢٦,٤
المحرق	١٩	٢٥,٣	٣١	٢٩,٠	٥٠	٢٧,٥
مدينة عيسى	١٧	٢٢,٧	٢٠	١٨,٧	٣٧	٢٠,٣
مدينة حمد	٢٥	٣٣,٣	٢٢	٢٠,٦	٤٧	٢٥,٨
المجموع	٧٥	١٠٠,٠	١٠٧	١٠٠,٠	١٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة حسب العمر والنوع

العمر (سنة)	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
١٨ - ٣٩	٥٥	٧٣,٣	٩٥	٨٨,٨	١٥٠	٨٢,٤
٤٠ فأكثر	٢٠	٢٦,٧	١٢	١١,٢	٣٢	١٧,٦
المجموع	٧٥	١٠٠,٠	١٠٧	١٠٠,٠	١٨٢	١٠٠,٠

الحالة الزوجية

يوضح جدول (٣) الحالة الزوجية لأفراد العينة وبلغت نسبة المتزوجين ٨٢٪ وكانت النسبة أعلى عند الرجال مقارنة بالنساء. ويمكن تعليل ذلك لكون أكثر المترددين على المراكز الصحية من الأمهات الحوامل وربات البيوت. وتضم نسبة غير المتزوجين العزاب والمطلقين والأرامل.

مستوى التعليم

يبين جدول (٤) المستوى التعليمي لأفراد العينة حيث كان أكثر من نصف العينة من حملة الشهادة الثانوية (٥٦,٦٪). وبعد ذلك حملة الشهادة الجامعية (١٩,٨٪) ثم الإعدادية (١٦,٥٪) وأخيرا التعليم الابتدائي أو أولئك الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة (٧,١٪). وبصفة عامة فإن نسبة تعليم الذكور أعلى من الإناث وهذا يتماشى مع نتائج التعدادات السكانية في البحرين.

جدول رقم (٣) توزيع أفراد العينة بحسب الحالة الزوجية والنوع

الحالة الزوجية	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
متزوج حاليا	٥٨	٧٧,٣	٩١	٨٥,٠	١٤٩	٨١,٩
غير متزوج حاليا	١٧	٢٢,٧	١٦	١٥	٣٣	١٨,١
المجموع	٧٥	١٠٠,٠	١٠٧	١٠٠,٠	١٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٤) توزيع أفراد العينة بحسب التعليم والنوع

مستوى التعليم	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أمي وابتدائي	٣	٤,٠	١٠	٩,٣	١٣	٧,١
إعدادي	١٦	٢١,٤	١٤	١٣,٠	٣٠	١٦,٥
ثانوي	٤٠	٥٣,٣	٦٣	٥٩,٠	١٠٣	٥٦,٦
جامعي	١٦	٢١,٣	٢٠	١٨,٧	٣٦	١٩,٨
المجموع	٧٥	١٠٠,٠	١٠٧	١٠٠,٠	١٨٢	١٠٠,٠

الوظيفة

يتضح من جدول (٥) أن النسبة الكبرى من الذكور يعملون (٧٧,٣٪) بينما النسبة الكبرى من الإناث لا يعملن (٧٩,٤٪)، وهذه النسبة متوقعة حيث يستوعب سوق العمل في البحرين الذكور أكثر من الإناث كما أن تردد ربات البيوت على المراكز الصحية في الصباح يفسر النسبة العالية للإناث غير العاملات.

جدول رقم (5) توزيع أفراد العينة بحسب العمل والنوع

العمل	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
يعمل	58	77,3	22	20,6	80	44,0
لا يعمل	17	22,7	85	79,4	102	56,0
المجموع	75	100,0	107	100,0	182	100,0

ثانياً: قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة بالنسبة للمخدرات

يبين جدول (6) إجابة أفراد العينة حول وجود مشكلة تعاطي المخدرات في البحرين والتي تشير إليها إحصاءات وزارة الداخلية حيث بلغ عدد قضايا المخدرات في عام 1996 حوالي 332 قضية وبنسبة مئوية تصل إلى 27% مقارنة ببقيّة الجرائم التي قامت إدارة التحقيقات الجنائية بالتحقيق فيها. وقد وافق 69,4% من الذكور و 80,4% من الإناث على وجود هذه المشكلة في المجتمع البحريني، بينما كانت نسبة من أجاب بلا أعرف 20,3% عند الذكور و 10,8% عند الإناث.

ويوضح نفس الجدول إجابة أفراد العينة حول اعتبار الأفيون من أخطر أنواع المخدرات، حيث وافق على ذلك 69,3% من الذكور و 40,2% من الإناث والفرق بين النسبتين قد يعود لطبيعة المجتمع البحريني الذي يمنح الرجل حرية أكبر من المرأة وبالتالي يكون الرجل قد سمع أو رأى أو عرف عن المخدرات وأنواعها أكثر من المرأة. وتشير إحصاءات وزارة الداخلية لعام 1996 أن أكثر أنواع المخدرات انتشاراً في البحرين هي الهيروين ثم الحشيش ثم الأفيون فالكوكايين والماريجوانا والقات.

وحين سئل أفراد العينة عن طرائق تعاطي المخدرات ووسائلها واقتصر ذلك على الإبر فقط، قال (64% من الذكور و 78,5% من الإناث) أن هناك وسائل أخرى غير الإبر، بينما وافق على ذلك 12% من الذكور و 10,3% من الإناث فقط. وطرائق تعاطي المخدرات مختلفة تتراوح بين الشم والمضغ والحقن. كما أن بعض أنواع المخدرات لها أكثر من طريقة لتعاطيها مثل الكوكايين الذي يمكن أن يمضغ أو يستنشق أو يحقن.

وحين تم سؤال أفراد العينة عن نبات القات اتضح أن النسبة الكبرى منهم (50,7% من الذكور و 71% من الإناث) يجهلون ماهية هذا النبات. بينما تعرف عليه 13,3% من الذكور و 9,3% من الإناث. والقات مادة مخدرة واسعة الانتشار في منطقة اليمن، وهي ذات استخدام محدود في البحرين مقارنة بالمخدرات الأخرى.

ويبين جدول (6) إجابة أفراد العينة حول كون الحشيش يؤدي إلى الإدمان أم لا، حيث لم يوافق على ذلك 61,3% من الذكور و 60,8% من الإناث، بينما اعتبر 20% من الذكور و 21,5% من الإناث أنه مخدر. وأعتقد بعض أفراد العينة أن المقصود بالحشيش هو نبات (الحشيش) المستخدم في الغذاء. ويعتبر الحشيش مخدراً أقل تأثيراً مقارنة بغيره من المخدرات مثل

الهيرويين والأفيون، ولكن تكمن خطورته في جرمتعاطيه لتجربة أنواع أخرى من المخدرات. ويعتبر الحشيش ثاني مخدر بعد الهيرويين انتشاراً في البحرين بحسب إحصائيات وزارة الداخلية.

وأتفق العدد الأكبر من أفراد العينة (٦٩,٣٪ من الذكور و ٧٨,٥٪ من الإناث) على أن كبار السن ليسوا أكثر الفئات تعاطياً للمخدرات، بينما توزعت النسب الباقية بين موافق ولا أعرف. وتعاطي المخدرات لا يفرق بين فئة عمرية وأخرى فهو ينتشر بين جميع الطبقات الاجتماعية وفي جميع الأعمار من مراهقين وشباب وشيوخ. ولكن تدل معظم الإحصائيات أن الفئة الشبابية هي الأكثر تورطاً في تعاطي المخدرات.

ويوضح نفس الجدول إجابة أفراد العينة حول ما إذا كانت المخدرات تؤدي إلى الوفاة، وقد اتفق ٧٢٪ من الذكور و ٧٨,٥٪ من الإناث على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى حدوث الوفاة، وترتبط المخدرات ارتباطاً وثيقاً بالوفاة بسبب تأثيرها على جميع أجهزة الجسم وخاصة الجهاز العصبي مما يؤثر سلباً في إدراك متعاطي المخدرات ووعيه وبالتالي يصبح أكثر عرضة للحوادث والموت المفاجئ والأمراض الخطيرة المفضية للموت.

وحين سئل أفراد العينة عما إذا كانت النساء أقل تعاطياً للمخدرات من الرجال، وافقت النسبة العظمى على ذلك (٥٨,٧٪ من الذكور و ٦٥,٤٪ من الإناث) وربما يعود ذلك إلى الانطباع السائد لدى شرائح عريضة في المجتمع أن المرأة بحكم صغر حجم الحرية الممنوحة لها من المجتمع أقل تعاطياً للمخدرات من الرجل والذي يكون للأصدقاء تأثير كبير عليه مقارنة بالمرأة. ولا توجد إحصاءات دقيقة لمعرفة عدد المتعاطين من الجنسين ولجميع الفئات لصعوبة جمع مثل هذه المعلومات.

وحين سئل أفراد العينة عن أسباب تعاطي المخدرات وافق ٥٢٪ من الذكور و ٦٩,٥٪ من الإناث على كون المشاكل الأسرية أحد أهم أسباب ذلك. والحقيقة أن هناك الكثير من الأسباب التي تدفع المرء لتعاطي المخدرات والتي تختلف باختلاف السن والنوع والطبقة الاجتماعية. ولكن يمكن حصر أهم الأسباب في التالي: مجارة الأصدقاء والرفاق، حب الاستطلاع ومحاولة إظهار الرجولة عند الشباب والاعتقاد بالحصول على المتعة الجنسية والمشاكل الأسرية ومحاولة معالجة بعض الأمراض.

ويبين نفس الجدول إجابة أفراد العينة حول تحريم الدين الإسلامي للمخدرات، فقد أجابت النسبة العظمى بأنه محرم إسلامياً (٧٧,٣٪ من الذكور و ٨٢,٢٪ من الإناث). ويحرم الدين الإسلامي تعاطي كل ما من شأنه الإذهاب بعقل الإنسان وصحته، وتعتبر المخدرات شراً عظيماً وبلاءً على الإنسان حيث تؤدي به في النهاية للموت لعلاقتها المباشرة وغير المباشرة بالأمراض والعاهات. والدين يحرم إلقاء النفس إلى التهلكة.

أما بالنسبة لإجابة أفراد العينة عن علاقة تعاطي المخدرات بالإصابة بجميع الأمراض الجنسية فقد وافق على ذلك أكثر من نصف أفراد العينة (٥٨,٧٪ من الذكور و ٥٧٪ من الإناث). وأجابت نسبة غير قليلة بلا أعرف (٢٢,٦٪ من الذكور و ٢٧,١٪ من الإناث) وربما يعود ذلك إلى جهلهم بطرائق انتقال الأمراض الجنسية والتي يعتبر تعاطي المخدرات أحد طرائقها وخاصة تعاطيها عن طريق الإبر والحقن.

جدول رقم (٦) قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة بالنسبة للمخدرات

السؤال	الإناث			الذكور		
	لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %	لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %
هل تعتقد أن مشكلة المخدرات مازالت قائمة في البحرين؟	١٧ ١٥,٨	٤ ٣,٨	٨٦ ٨٠,٤	١٩ ٢٥,٣	٤ ٥,٢	٥٢ ٦٩,٤
يعتبر الأفيون من أخطر أنواع المخدرات	٥٨ ٥٤,٢	٦ ٥,٦	٤٣ ٤٠,٢	١٦ ٢١,٣	٧ ٩,٣	٥٢ ٦٩,٤
تعاطي المخدرات عن طريق الإبر فقط	١٢ ١١,٢	٨٤ ٧٨,٥	١٠,٢ ١٠,٢	١٨ ٢٤,٠	٤٨ ٦٤,٠	٩ ١٢,٠
لا يعتبر القات من المخدرات	٧٦ ٧١,٠	٢١ ١٩,٧	٩,٣ ٩,٣	٢٨ ٥٠,٧	٢٧ ٣٦,٠	١٠ ١٣,٣
لا يؤدي تعاطي الحشيش إلى الإدمان	١٩ ١٧,٧	٦٠,٨ ٦٥	٢١,٥ ٢١,٥	١٤ ١٨,٧	٤٦ ٦١,٣	١٥ ٢٠,٠
كبار السن هم أكثر الفئات تعاطيا للمخدرات	١٨ ١٦,٩	٨٤ ٧٨,٥	٤,٦ ٤,٦	١٦ ٢١,٤	٥٢ ٦٩,٣	٧ ٩,٣
لا يؤدي تعاطي المخدرات إلى حدوث وفاة	٢ ٢,٨	٨٤ ٧٨,٥	١٨,٧ ١٨,٧	٢ ٤,٠	٥٤ ٧٢,٠	١٨ ٢٤,٠
النساء أقل تعاطيا للمخدرات من الرجال	٢٤ ٢٢,٤	١٣ ١٢,٢	٦٥,٤ ٦٥,٤	١٧ ٢٢,٦	١٤ ١٨,٧	٤٤ ٥٨,٧
المشاكل الأسرية أهم سبب لتعاطي المخدرات	٩ ٨,٤	٢٤ ٢٢,٤	٦٩,٢ ٦٩,٢	٩ ١٢,٠	٢٧ ٣٦,٠	٢٩ ٥٢,٠
لا يوجد تحريم واضح للمخدرات في الدين الإسلامي	١٠ ٩,٣	٨٨ ٨٢,٢	٨,٥ ٨,٥	٨ ١٠,٧	٥٨ ٧٧,٣	٩ ١٢,٠
يؤدي تعاطي المخدرات إلى الإصابة بجمبع الأمراض الجنسية	٢٩ ٢٧,١	١٧ ١٥,٩	٧٥,٠ ٧٥,٠	١١ ٢٢,٦	١٧ ١٨,٧	٤٤ ٥٨,٧

ثالثا: قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة بالنسبة للأمراض المنقولة جنسيا

عندما سئل أفراد العينة عما إذا كان لجسم الإنسان المناعة للأمراض الجنسية أجابت نسبة غير قليلة بعدم المعرفة (٣٧,٣% من الذكور و ٤٠,١% من الإناث) وهذا قد يعود إلى عدم معرفة أفراد العينة المقصود بالمناعة أو قلة وعيهم بالأمراض الجنسية نفسها. وعادة ما يشفى الشخص المصاب بمرض جنسي عندما يتم علاجه بالشكل الصحيح والوقت المناسب. ولكن عند إهمال العلاج أو الوقاية فسرعان ما تعاود الأمراض الجنسية الظهور وتفتك بالمرضى، حيث لا توجد حقيقة مناعة دائمة في الجسم ضد هذه الأمراض.

و حين سئل أفراد العينة عن عدم وجود مبرر للخوف أو الابتعاد عن مرضى الايدز أجابت النسبة الأكبر أنها غير موافقة على ذلك (٥٨,٧% من الذكور و ٦٨,٢% من الإناث) حيث ما زال هناك خوف لدى الناس من الاقتراب من مرضى الايدز، بالرغم من أن طرائق انتقال الايدز معروفة ومحدودة بالاتصال الجنسي وخاصة غير المشروع أو عن طريق الدم أو عن الأم إلى جنينها أو عن طريق الإبر والمحاقن، وماعدا تلك الطرائق فلا يستطيع فيروس الايدز الانتقال من شخص مريض إلى شخص سليم.

و حين تم سؤال أفراد العينة عن مرض السيلان وكونه مرضا جنسيا أم لا، أتضح أن نسبة كبيرة منهم لا تعرف هذا المرض (٤٩,٣% من الذكور و ٤٧,٧% من الإناث). بينما كانت نسبة من عرفه كمرض جنسي ١٦% عند الذكور و ١٦,٨% عند الإناث فقط. ويعتبر السيلان مرض جنسي ضمن سلسلة الأمراض الجنسية التي تشمل الزهري و الحراشف البرعمية والقرحة الرخوة والهربس والزوائد الجلدية في الأعضاء التناسلية وغيرها.

وعندما سئل أفراد العينة حول عما إذا كان مرض الهربس أخطر من مرض الايدز، أجابت نسبة كبيرة بعدم معرفتها بهذه المعلومة (٤٢,٧% من الذكور و ٨٥,٩% من الإناث) وربما يعود ذلك إلى عدم معرفتهم بمرض الهربس. بينما أجابت ٤٤% من الذكور و ٢٨% من الإناث بأنه ليس بأخطر من الايدز. ويعتبر مرض الايدز هو أخطر وأبشع الأمراض التي عرفتها البشرية.

أما بالنسبة لطرائق انتقال الايدز وأن مشاركة المريض في أدوات طعامه تعد وسيلة لانتقال المرض، لم يوافق على ذلك ٥٨,٧% من الذكور و ٦٠,٨% من الإناث. ومن الطرائق الأخرى التي لا ينتقل عن طريقها الايدز المصافحة والتجاور على كراسي الدراسة وحمامات السباحة والحمامات العامة والحشرات.

وقد وافق ٦١,٤% من الذكور و ٧٧,٦% من الإناث على أن الامتناع عن العلاقات الجنسية المحرمة هي الطريقة الوحيدة للوقاية من الايدز. وحيث إن الطريقة الرئيسية والمباشرة لانتقال الايدز هي العلاقات الجنسية وخاصة المحرمة فالوقاية من المرض هي خير طريقة لتجنب الوقاية به.

ولقد كان الذكور أكثر اطلاعا على فترة حضانة مرض الايدز من الإناث حيث وافق ٤٩,٣% من الذكور و ٢٦,٢% من الإناث على أن فترة حضانة مرض الايدز قد تمتد إلى ١٠ سنوات، أما

جدول رقم (٧) قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة بالنسبة للأمراض المنقولة جنسياً:

السؤال	الإناث			الذكور								
	لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %	لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %						
لا توجد مناعة ضد الأمراض الجنسية	٤٠,٢	٤٢	٣٢,٤	٢٥	٢٦,٥	٢٩	٢٧,٢	٢٨	٢٩,٢	٢٢	٣٣,٤	٢٥
لا يوجد مبرر للخوف أو الابتعاد عن مرضى الأيدز	١٦,٨	١٨	٦٨,٢	٧٣	١٥,٠	١٦	١٨,٦	١٤	٥٨,٧	٤٤	٢٢,٧	١٧
لا يعتبر السلطان من الأمراض الجنسية	٢٥,٥	٢٨	٤٧,٧	٥١	١٦,٨	١٨	٢٤,٧	٢٦	٤٩,٣	٢٧	١٦,٠	١٢
الهربس أخطر من مرض الأيدز	٥٨,٩	٦٣	٢٨,٠	٣٠	١٣,١	١٤	٤٢,٧	٢٢	٤٤,٠	٢٣	١٣,٣	١٠
ينتقل مرض الأيدز عن طريق مشاركة المريض في أدوات طعامه	١٢,١	١٣	٦٠,٨	٦٥	٢٧,١	٢٩	١٧,٣	١٣	٥٨,٧	٤٤	٢٤,٠	١٨
الامتناع عن العلاقات الجنسية المحرمة هي الطريق الوحيدة للوقاية من الأيدز	٥,٦	٦	١٦,٨	١٨	٧٧,٦	٨٢	٩,٣	٧	٢٩,٣	٢٢	٦١,٤	٤٦
قد تصل فترة حضانه مرض الأيدز الى ١٠ سنوات	٥٢,٣	٥٦	٢١,٥	٢٣	٢٦,٢	٢٨	٤٠,٠	٣٠	١٠,٧	٨	٤٩,٣	٣٧

النسبة الأكبر فقد أجابت بلا أعرف (٤٠٪ من الذكور و ٥٢,٣٪ من الإناث). ومرض الايدز يسببه فيروس يظل كامنا في الجسم مدة تتراوح بين ٨ - ١٠ سنوات. وقد تظهر الأعراض للإصابة بالمرض بعد عدة شهور أو عدة سنوات ولكن في النهاية سوف تظهر هذه الأعراض على كل من أصيبوا بالفيروس.

رابعاً: قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة حول التغذية

يبين جدول (٨) إجابة أفراد العينة حول ما إذا كانت الدهون الحيوانية هي التي تسبب السمنة أم الدهون النباتية. واتفق العدد الأكبر من الذكور (٦٩,٣٪) والإناث (٧٣,٩٪) على أن الدهون الحيوانية هي المسببة للسمنة. بينما جاءت إجابة لا أعرف متقاربة بين الذكور (١٢٪) والإناث (١٢,١٪). وهذا اعتقاد خاطئ حيث أن الدهون سواء كانت حيوانية أم نباتية تعطي نفس القدر من السعرات الحرارية.

وعند سؤال أفراد العينة عن أهمية تناول الخضراوات الطازجة يوميا، اتفق العدد الأكبر من الذكور (٧٨,٧٪) والإناث (٩٢,٥٪) على أهميتها. وجاءت نسبة الإناث أعلى لكون المرأة أكثر اهتماما بالغذاء والتغذية حيث أنها المسؤولة عن طعام الأسرة وتغذيتها. ويفضل وجود طبق السلطة على مائدة الطعام بشكل يومي حيث توفر للجسم الكثير من احتياجاته من الفيتامينات والأملاح المعدنية.

وكذلك اتفقت النسبة الأكبر من الذكور (٧٤,٧٪) والإناث (٨٩,٧٪) على أهمية تناول نوع واحد أو أكثر من الفواكه يوميا. وتناول الخضراوات والفواكه يوميا يساعد على تزويد الجسم بالفيتامينات والأملاح المعدنية بالإضافة إلى الألياف الغذائية.

واتفق ٦٠٪ من الذكور و ٥٤٪ من الإناث على أن السكريات تؤدي إلى مرض السكري. بينما لم يربط ٨٪ من الذكور و ٧,٥٪ من الإناث بين استهلاك السكريات والإصابة بمرض السكري. ويحدث مرض السكري عادة نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون يسمى (الانسولين) المسؤول عن خفض مستوى السكر في الدم عن طريق تسهيل مروره ونفاذه إلى الأغشية ومن ثم حرق السكر وتوليد الطاقة.

وحين سئل أفراد العينة عن إصابة الأطفال بمرض السكر، اتفق العدد الأكبر من الذكور (٦٩,٣٪) والإناث (٧٦,٧٪) على عدم إصابة الأطفال به. بينما قالت النسبة الأقل (١٢٪ من الذكور و ١٢,١٪ من الإناث) أنه يصيب الأطفال. وهناك نوعان من مرض السكري: النوع الأول منه ويسمى أحيانا (بسكري الأحداث) المعتمد على الانسولين وهو الذي يظهر في سن مبكرة أثناء مرحلتى الطفولة والبلوغ. والنوع الثاني يسمى (سكري البالغين) وهو مرض السكري غير المعتمد على الانسولين ويظهر في منتصف العمر أو بعده.

وحين سئل أفراد العينة عن وجود الألياف الغذائية بكثرة في اللحوم وافق على ذلك ٣٦٪ من الذكور و ٢٣,٤٪ من الإناث. بينما قال ٢٨,٧٪ من الذكور و ٤٦,٧٪ من الإناث أن اللحوم فقيرة في الألياف الغذائية. والألياف توجد بكثرة في الخضراوات والفواكه مثل نخالة القمح والشوفان والبقوليات والبرتقال والتفاح، أما اللحوم فهي غنية بالبروتينات وليس بالألياف.

جدول رقم (٨) قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة حول التغذية

الإناث				الذكور				السؤال				
لا أعرف %	لا أعرف العدد	موافق %	غير موافق العدد	لا أعرف %	لا أعرف العدد	موافق %	غير موافق العدد					
١٢,١	١٣	١٤,٥	١٥	٧٣,٩	٧٩	١٣,٥	٩	١٨,٧	١٤	١٩,٣	٥٢	الدهون الحيوانية هي التي تسبب السمنة وليس الدهون النباتية
٣,٧	٤	٩٢,٥	٩٩	٣,٨	٤	٦,٦	٥	٧٨,٧	٥٩	١٤,٧	١١	ليس من الضروري تناول الخضراوات الطازجة يوميا
١,٩	٢	٨,٤	٩	٨٩,٧	٩٦	٦,٦	٥	٧٨,٧	١٤	٧٤,٧	٥٦	من المهم تناول نوع واحد أو أكثر من الفواكه يوميا
٧,٥	٨	٣٨,٣	٤١	٥٤,٣	٥٨	٨,٥	٦	٣٢,٥	٢٤	٦٥,٥	٤٥	يحدث مرض السكري من كثرة تناول السكريات
١١,٢	١٢	٧٦,٧	٨٢	١٢,١	١٣	٧٨,٧	١٤	٦٩,٣	٥٢	١٢,٥	٩	لا يصيب مرض السكري الأطفال الصغار
٢٩,٩	٣٢	٤٦,٧	٥٥	٢٣,٤	٢٥	٢٥,٣	١٩	٢٨,٧	٢٩	٣٦,٥	٢٧	توجد الألياف الغذائية بكثرة في اللحوم
٧,٥	٨	١٥,٣	١١	٨٢,٣	٨٨	١٥,٦	٨	١٥,٧	٨	٧٨,٧	٥٩	يؤدي تناول الملح إلى ارتفاع ضغط الدم
١١,٢	١٢	٤,٧	٥	٨٤,١	٩٥	٨,٥	٦	٥,٣	٤	٨٦,٧	٦٥	تساعد الرياضة على تقليل الكوليسترول في الدم
١٩,٧	٢١	٩,٣	١٥	٧١,٥	٧٦	٢٨,٥	٢١	١٤,٧	١١	٥٧,٣	٤٢	يؤدي فقر الدم الغفائي إلى عدم تركيز في الدراسة
٣١,٨	٣٤	٦٥,٧	٦٥	٧,٥	٨	٢٥,٧	٢٣	٥٧,٣	٤٢	١٢,٥	٩	لا يصاب الشخص السمين بفقر الدم الغفائي

واتفق العدد الأكبر من الذكور (٧٨,٧٪) ومن الإناث (٨٢,٢٪) على أن تناول الملح يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، رغم أنه عامل مساعد فقط وليس سببا. ولكن على مريض ارتفاع ضغط الدم أن يقلل من استهلاك الملح في طعامه.

واتفق العدد الأكبر من الذكور ٨٦,٧٪ والإناث ٨٤,١٪ على أن الرياضة تساعد على تقليل الكوليسترول في الدم. وهذا يوضح وعي الناس بأهمية الرياضة في حياتنا للوقاية من الكثير من الأمراض أو التخفيف منها.

وعندما سئل أفراد العينة عما إذا كان فقر الدم الغذائي يؤدي إلى عدم التركيز في الدراسة، اتفق على ذلك ٥٧,٣٪ من الذكور و٧١٪ من الإناث. بينما لم يوافق على ذلك ١٤,٧٪ من الذكور و٩,٣٪ من الإناث فقط. ولفقر الدم الغذائي آثار كثيرة تتجاوز عدم التركيز في الدراسة، فهو يسبب القصور في النمو الحركي والتناسق الحركي لدى الرضع والأطفال، ويؤدي إلى تناقص مقاومة الإعياء عند البالغين ويسبب أيضا زيادة نسبة إصابة الأجنة بالمرض والوفاة.

أما إذا كان الشخص السمين يصاب بفقر الدم الغذائي أم لا، فقد اتفق ٧٥,٣٪ من الذكور و٦٠,٧٪ من الإناث على عدم إصابة الشخص السمين بفقر الدم الغذائي. ولا توجد أية علاقة بين السمنة وفقر الدم كما قد يظن بعض الناس. كما أن الشخص السمين قد يصاب بفقر الدم الغذائي بالإضافة إلى مجموعة أمراض أخرى تكون السمنة عاملا مساعدا عليها مثل ارتفاع ضغط الدم والسكر وأمراض القلب.

خامسا: قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة حول التدخين

يبين جدول (٩) إجابة أفراد العينة حول علاقة التدخين بالإصابة بارتفاع ضغط الدم، حيث وافق على ذلك ٦٠٪ من الذكور و٦٧,٣٪ من الإناث. وترجع هذه النسبة العالية إلى وعي الناس بمضار التدخين ودور وسائل الإعلام في خلق هذا الوعي. ويرتبط التدخين بكثير من الأمراض مثل الفشل الكلوي وأمراض القلب والأوعية الدموية. كما أنه يعتبر أحد العوامل المساعدة على الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى عوامل بيئية أخرى مثل السمنة والإجهاد والإرهاق. ويرجع ارتباط التدخين بالوفاة المبكرة لذلك تراجع التدخين في الكثير من دول أمريكا وأوروبا بعد معرفة أضراره الصحية.

وعند سؤال أفراد العينة عن كون القطران الموجود في السجائر مادة مسرطنة (أي تسبب السرطان) وافق على ذلك ٢٦,٧٪ من الذكور و١٦,٨٪ من الإناث. بينما أجابت النسبة الأكبر (٥٦٪ من الذكور و٥٦,١٪ من الإناث) أن القطران ليست مادة مسرطنة. ويحتوي القطران أو القار الموجود في دخان السجائر على كمية من المواد المسببة للسرطان ويعتبر جزءا واحدا منها على البليون في الهواء خطرا على الصحة، ويحتوي دخان السجائر على ٩٠٠٠ جزء في كل بليون.

وعندما سئل أفراد العينة عن تأثير كمية النيكوتين الممتصة بوجود الفلتر في السجارة أم لا، اتفق ٤٨٪ من الذكور و٢٨٪ من الإناث على أن الفلتر يؤثر في كمية النيكوتين. بينما وجدت نسبة ضئيلة (١٢٪ من الذكور و٢,٩٪ من الإناث) أنه لا تأثير للفلتر، وتختلف أنواع

جدول رقم (٩) قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة حول التدخين

الإناث				الذكور				السؤال				
لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %	لا أعرف العدد %	غير موافق العدد %	موافق العدد %	العدد						
٢٩,٠	٢١	٣,٧	٤	٦٧,٣	٧٢	٢٦,٧	٢٠	١٣,٣	١٠	٦٠,٠	٤٥	يساعد التدخين على الإصابة بارتفاع ضغط الدم
٢٧,١	٢٩	٥٦,١	٦٠	١٦,٨	١٨	١٧,٣	١٢	٥٦,٠	٤٢	٢٦,٧	٢٠	لا يعتبر النيكوتين الموجود في السجائر مادة مسرطنة (تسبب السرطان)
٦١,٧	٦١	٢٨,٠	٣٠	١٠,٣	١١	٣٢,٠	٢٤	٤٨,٠	٣١	٢٠,٠	١٥	لا تتأثر كمية النيكوتين الممتصة بما إذا كانت السجائر بفلتر أو بدونه
٤٢,٠	٤٥	٢,٩	٢	٥٥,١	٥٩	٢٦,٧	٢٠	١٢,٠	٩	٦١,٣	٤٦	يزيد النيكوتين من عدد دقات القلب
٥,٧	٦	٨٥,٠	٩١	٩,٣	١٠	١٣,٣	١٠	٧٧,٤	٥٨	٩,٣	٧	لا توجد تأثيرات صحية في الشخص غير المدخن عندما يجالس المدخنون
٥,٦	٦	٤,٧	٥	٨٩,٧	٩٦	١٠,٦	٨	٦,٧	٥	٨٢,٧	٦٢	السبب الرئيسي للإصابة بمرض سرطان الرئة هو التدخين
١٢,١	١٣	٨١,٣	٨٧	٦,٦	٧	١٧,٣	١٣	٧٦,٠	٥٧	٦,٧	٥	لا يوجد خطر صحي من استخدام الشيشة
١٢,١	١٣	٨٠,٤	٨٦	٧,٥	٨	١٢,٠	٩	٧٠,٧	٥٢	١٧,٣	١٣	لا يوجد تأثير للتدخين في مستوى التحصيل الدراسي لدى الطلبة

السجائر في كمية المواد السامة التي تحتويها، ولكن الفلتر ليس له تأثير كبير على كمية السموم المتسربة إلى الجسم إلا بمقدار بسيط.

وأتفق على وجود كمية علاقة بين زيادة النيكوتين وزيادة عدد دقات القلب ٦١٪ من الذكور و ٥٥٪ من الإناث. وجاءت إجابة لا أعرف بنسبة ٢٦,٧٪ للذكور و ٤٢٪ للإناث، ويعمل النيكوتين بالإضافة إلى زيادته لعدد دقات القلب على إنقاص كمية الأوكسجين في دم المدخنين ورفع ضغط الدم مما يزيد من الإجهاد الوظيفي لعضلة القلب.

وحين سئل أفراد العينة عن وجود تأثيرات صحية في الشخص غير المدخن عندما يجالس مدخنين، اتفق على وجود هذا التأثير ٧٧,٤٪ من الذكور و ٨٥٪ من الإناث. وتدل جميع الأبحاث والدراسات على التأثير الصحي غير المباشر عند تعرض غير المدخنين لدخان المدخنين، فقد أظهرت دراسة في ولاية بنسلفانيا في أمريكا عام ١٩٨١م أن زوجات المدخنين أقل عمرا من زوجات غير المدخنين وذلك بفارق ٤ سنوات في المعدل، رغم أن هؤلاء الزوجات لا يدخن السجائر.

واتفق العدد الأكبر من الذكور (٨٢,٧٪) ومن الإناث (٨٩,٧٪) على أن السبب الرئيسي للإصابة بمرض سرطان الرئة هو التدخين. وهذا ما تؤيده الدراسات والبحوث العلمية التي أجريت في السنوات الماضية، حيث ظلت نسبة الوفاة نتيجة سرطان الرئة في ارتفاع دائم في جميع أنحاء العالم. وكان الارتفاع الأكبر في الرجال منه في النساء لإقبالهم على التدخين أكثر من النساء.

وحين سئل أفراد العينة عن الشيخة ومضارها الصحية، اتفق ٧٦٪ من الذكور و ٨١,٣٪ من الإناث أنه لا مضار صحية لها. وهذا غير صحيح حيث تزداد أمراض الالتهابات الشعبية بين مدخني الشيخة، بالإضافة إلى خطر انتقال العدوى من شخص إلى آخر عن طريقها مثل السل الرئوي والالتهابات الرئوية والشعبية.

وعندما سئل أفراد العينة عن تأثير التدخين في مستوى التحصيل الدراسي لدى الطلبة، وافق على ذلك ١٧,٣٪ من الذكور و ٧,٥٪ من الإناث فقط. أما النسبة الأكبر (٧٠,٧٪ من الذكور و ٨٠,٤٪ من الإناث) فلم تجد أي رابط بين التدخين وتدني مستوى التحصيل الدراسي عند الطلبة. وتوضح البحوث والدراسات أن المدخنين من الشباب عادة ما يتغيبون عن المدرسة، وأقل إنجازا من أقرانهم، وعادة ما يحصلون على درجات علمية أقل من غير المدخنين.

سادسا: قياس المعلومات الصحية لدى المترددين على المراكز الصحية حول الرياضة

يبين جدول (١٠) إجابة أفراد العينة حول الأثر الوقائي للرياضة من الأمراض، حيث اتفق على ذلك ٨٤٪ من الذكور و ٩٣,٥٪ من الإناث، والنسبة العالية هذه تعكس وعي الناس بأهمية ممارسة الرياضة المنتظمة وأثرها الوقائي من الأمراض. ومن المعروف علميا أن للرياضة دورا وقائيا للعديد من الأمراض المزمنة.

جدول رقم (١٠) قياس المعلومات الصحية لدى أفراد العينة حول الرياضة

	الإناث			الذكور			السؤال					
	لا أعرف %	غير موافق العدد %	موافق العدد %	لا أعرف %	غير موافق العدد %	موافق العدد %						
٤,٦	٥	١,٩	٢	٩٣,٥	١٠٠	٨,٠	٦	٦٣	للرياضة أثر وقائي من الأمراض			
٨,٤	٩	٠,٩	١	٩٠,٧	٩٧	١٤,٧	١١	٦٤	تتحسن بعض الحالات النفسية مع ممارسة التمارين الرياضية			
١٣,٠	١٤	٤,٨	٥	٨٢,٢	٨٨	١٠,٧	٨	٤	٨٤,٠	٦٣	تساعد الرياضة على الوقاية من السكري	
١١,٢	١٢	٢,٨	٣	٨٦,٠	٩٢	٨,٠	٦	-	٩٢,٠	٦٩	تساعد الرياضة على تقليل نسبة الدهون في الدم	
٦,٥	٧	٧٥,٧	٨١	١٧,٨	١٩	٨,٠	٦	٥٨,٧	٤٤	٢٣,٣	٢٥	ليس من الضروري ممارسة الرياضة يوميا

وعند سؤال أفراد العينة حول تحسن بعض الحالات النفسية مع ممارسة التمارين الرياضية المنتظمة اتفق على ذلك ٨٥,٣% من الذكور و ٩٠,٧% من الإناث. وتثبت الدراسات أن الرياضة تحسن من المزاج لدى الإنسان حيث تحث الغدة الكظرية على إفراز هرمون ضد الإحباط والاكتئاب، لذلك فهي جيدة لبعض الحالات النفسية البسيطة.

أما عن مساعدة الرياضة على الوقاية من مرض السكري فقد وافق على ذلك من ٨٤% من الذكور و ٨٢,٢% من الإناث. وحين سئل أفراد العينة عن مساعدة الرياضة على تقليل نسبة الدهون في الدم، وافق ٩٢% من الذكور و ٨٦% من الإناث. والدهون المخزنة في الجسم لا يمكن التخلص منها إلا بتحويلها إلى سكر يفرز في الدم ومن ثم يحرق هذا السكر كوقود عن طريق الرياضة المنتظمة!

وقد اتفق ٢٣,٣% من الذكور و ١٧,٨% من الإناث على أهمية ممارسة الرياضة يوميا بينما لا ترى النسبة الأكبر من أفراد العينة ضرورة ممارسة الرياضة يوميا (٥٨,٧% من الذكور و ٧٥,٧% من الإناث).

والرياضة المنتظمة المتبعة بقصد الحصول على لياقة بدنية مناسبة يجب أن تكون لمدة ٣ أيام في الأسبوع على الأقل ولمدة ساعة في كل يوم، أو يمكن أن تكون يوميا ولمدة ٣٠ دقيقة إلى ساعة.

الخلاصة

تدل الدراسة الحالية على أنه بالرغم من وجود بعض المعلومات الصحية السليمة عند المجتمع البحريني إلا أن هناك العديد من المعلومات غير السليمة والتي قد تؤثر في صحة الفرد والمجتمع، لذا يجب على برامج التثقيف الصحي أن تركز على تصحيح هذه المعلومات من خلال وسائل الاتصال المختلفة.

شكر وتقدير

تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير إلى الدكتور عبدالرحمن مصيقر مدير برنامج البحوث البيئية والحيوية في مركز البحرين للدراسات والبحوث لإشرافه على إعداد الدراسة وتنفيذها والمساعدة في تحليل وتفسير النتائج. كما تشكر الباحثة الدكتورة أمل الجودر رئيسة قسم التثقيف الصحي في وزارة الصحة لتقديمها كل العون في إجراء الدراسة وجمع البيانات.

المراجع

١. أحمد عبد المنعم عسكر (١٩٩٥) : الوصايا العشر للتغذية العلمية الصحيحة، مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير - القاهرة.
٢. عائدة عبد العظيم البنا (١٩٨٤) : الإسلام والتربية الصحية، مركز الأهرام، القاهرة.

٣. عبد الرحمن مصيقر (الطبعة الثانية ١٩٩٨) : الوجيز في تغذية الإنسان، توزيع دار الأيام للطباعة والنشر، المنامة، البحرين.
٤. عبد العزيز معتوق أحمد حسين (١٩٩٤) : مرض السكر الحلو ... المر، مطبعة البلاغ- جدة.
٥. كمال عبد الحميد (١٩٩٧) : اللياقة البدنية ومكوناتها، دار الفكر العربي، القاهرة.
٦. محمد علي البار (الطبعة الرابعة ١٩٨٤) : التدخين وأثره على الصحة، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض.
٧. ناصر ثابت (١٩٨٤) : المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات، مطبعة ذات السلاسل، الكويت.
٨. وزارة الداخلية (١٩٩٧) : الإحصاءات السنوية ١٩٩٦، البحرين.

تقييم برنامج (سلامتك) من قبل المشاهدين في منطقة الأحساء في المملكة العربية السعودية*

سوسن الكواري
وزارة التربية والتعليم - دولة البحرين

المقدمة

إن مطالب التغيير الشامل في المجتمع تملي على المجتمع ضرورة استمرار تثقيف أفرادهِ وتوعيتهم حتى يكونوا قادرين على متابعة التطور الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والصناعي والعلمي والثقافي ودفعه (١).

ومما يزيد من عبء هذه المسؤولية على هيئات المجتمع القائمة على هذا الشأن أن نسبة كبيرة من الناس ينشغلون بأعمالهم اليومية والمنزلية لدرجة قد تعوق فرصة التنمية الذاتية لثقافتهم، خاصة وأن التعليم النظامي التقليدي قد يعجز عن غرس حب العلم للعلم أحياناً، وحب الثقافة للثقافة ذاتها ولاستخدامها الوظيفي في تحسين حياة الأفراد ولا شك أن العبء الكبير يقع على عاتق هيئة التلفزيون في هذا المجال وهو راجع إلى حب الناس لمشاهدة التلفزيون ولزايده كأداة تثقيف (٢) وذلك لأن الرسالة التلفزيونية التي يتلقاها الفرد من خلال حاستين تثبت أكثر من الرسالة التي يتلقاها عن طريق حاسة واحدة، حيث أكدت بعض البحوث أن ٨٨٪ من المعلومات التي يحصل عليها الفرد مستمدة عن طريق حاسة البصر (٧٥٪) وحاسة السمع (٣٪) (٣). وتجعل هذه الخاصية - سحر الصوت وإغراء الصورة المتحركة - التلفزيون - أقرب وسيلة للاتصال المباشر، حيث يتفوق التلفزيون على وسائل الإعلام الأخرى كمصدر من مصادر المعرفة والحصول على الأخبار والمعلومات (٤). وتبين ذلك من دراسة حول أثر البرنامج التلفزيوني في ترشيد الاستهلاك لدى المرأة المصرية أجريت على ١٠٠ سيدة عاملة قبل وبعد مشاهدة أربع من مراجع دليل الأسرة بالتلفزيون المصري وبعد مشاهدة تبين أن ٩٠٪ من أفراد عينة الدراسة يحرصون على مشاهدة برامج المرأة وأن أهم المصادر الأكثر نفعا من حيث الإفادة والتطبيق في مجال ترشيد الاستهلاك هي: التلفزيون ٩٢٪، فالراديو ٥٠٪، فالصحف ٢٤٪، فالمجلات ٢٤٪، فالجيران ١٤٪ (٥).

ويتضح مما سبق أهمية تثقيف أفراد المجتمع وأن التلفزيون أقرب وسيلة للاتصال المباشر لما له من خاصية الجمع بين الرؤية والصوت والحركة حيث يفوق التلفزيون كل وسائل الاتصال الأخرى (٦)، لذا اهتم المسؤولون بمجلس التعاون الخليجي بالبرامج التثقيفية من خلال التعاون المشترك الإعلامي، حيث تضمن ميثاق العمل التلفزيوني في دول الخليج (بند ٧) الذي ينص على ما يأتي: (على الخدمات التلفزيونية أن تولي التثقيف النسائي والبرامج الموجهة إلى المرأة عناية خاصة وعلى الأخص فيما يتعلق بالمحافظة على الأسرة وتربية الطفل والعناية بصحته

*تم إجراء الدراسة عندما كانت الباحثة تعمل كمعيدة في جامعة الملك فيصل - الأحساء

النفسية و الجسدية وتنشئته التنشئة الصالحة (٧) ، ومن هذا المنطلق أنتجت البرامج المشتركة لدول مجلس التعاون.

و لكن السؤال الذي يطرح نفسه: ما مدى إقبال المشاهدين على هذه البرامج و مدى الاستفادة منها؟ أي ما مدى نجاحها؟ لأن نجاح وسيلة تعليمية أو تثقيفية تعتمد بشكل رئيسي على نجاح الوسيلة في تأدية دورها التعليمي و التربوي إلا أن هذا النجاح لا يمكن أن تحصل عليه الوسيلة إلا إذا حصل على تقويم علمي هادف يقيس مردود هذه المادة العلمية التعليمية على الموقف التعليمي بشكل خاص و على عملية التعلم و التعليم بشكل عام (٨) .

كذلك من خلال التقييم نعرف مدى الحاجة إلى تطوير البرنامج كي يتلاءم مع التطورات الحديثة خاصة في عهد القنوات الفضائية لكي يمكن تقديم الخدمة المميزة و المرجوة لمثل هذا العمل الخليجي البرنامج التثقيفي (سلامتك) الذي قد بدأ عرضه منذ حوالي ١٥ سنة في جميع قنوات دول مجلس التعاون الخليجي مما أتاح لجميع المشاهدين من المواطنين والمقيمين الناطقين باللغة العربية الاطلاع على هذا البرنامج .

أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى تقييم برنامج سلامتك من خلال استقراء آراء المشاهدين و ردود الفعل لديهم ، و ينبثق من هذا الهدف الرئيسي عدة أهداف فرعية هي :

١. التعرف على بعض الخصائص الاجتماعية للمشاهدين .
٢. التعرف على عادات المشاهدين أمام التلفزيون .
٣. اختبار البرنامج التلفزيوني التثقيفي (سلامتك) من قبل المشاهدين .
٤. تقييم برنامج (سلامتك) من الناحية التقنية .
٥. معرفة المصادر الأخرى التي يتلقى منها المشاهد المعلومات عن الأسلوب الصحيح لتناول الطعام و كيفية اختياره .

طريقة الدراسة

العينة : تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية من منطقة الأحساء بالملكة العربية السعودية حيث قامت طالبات من جامعة الملك فيصل بالأحساء بتوزيع الاستبانة على أفراد عينة الدراسة وإن كانت هذه الطريقة لا تمثل المجتمع الحقيقي إلا أنها تستخدم في استطلاع الآراء حول موضوع معين ، وتتسم هذه الطريقة بسهولة الوصول إلى الأشخاص المعنيين و توفر الكثير من الوقت و الكلفة المادية و الإمكانيات الأخرى (٩) . و كان عدد أفراد العينة ٣٨٨ فردا (١٠٦ ذكور ، ٢٨٢ إناث).

أدوات الدراسة

تم أخذ تصميم الاستبانة من كتاب عبد الرحمن مصيقر (التثقيف الغذائي) (١٠) وأضيفت إليها بعض التعديلات ، و تناولت الاستبانة عدة محاور رئيسية هي :

المحور الأول : بيانات عن الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة (الجنس ، العمر ، المستوى التعليمي ، الحالة الزوجية ، الوظيفة ، منطقة السكن) .

المحور الثاني : بيانات خاصة بعادات المشاهدين أمام التلفزيون (أفضل أوقات المشاهدة ، مدة المشاهدة ، هل يشاهد البرامج الصحية و الغذائية؟ ، البرامج التي يشاهدها والمحطة التلفزيونية التي يتابعها) .

المحور الثالث : آراء المشاهدين حول البرنامج التلفزيوني سلامتك (من حيث فترة عرضه ، أسلوب عرض المعلومات ، مدى وضوح المعلومات ، مدى الاستفادة من المعلومات المعروضة) .

المحور الرابع : بيانات عن البرنامج من الناحية التقنية (إخراج البرنامج ، المحيط و البيئة للبرنامج ، نوعية الصوت ، التصوير ، اللغة) .

المحور الخامس : المصادر التي يتلقى منها المشاهد المعلومات عن الأسلوب الصحيح لتناول الطعام.

النتائج المناقشة

أولاً : الخصائص الاجتماعية للمشاهدين

١. الجنس

بالنسبة لنسبة الذكور إلى الإناث ، تشكل الإناث ما يقارب ثلثي أفراد عينة الدراسة حيث كان عدد الإناث ٢٨٢ ، و عدد الذكور ١٠٦ ذكور . وهذا لا يمثل المجتمع الحقيقي و لكن السبب راجع إلى ما ذكرنا سابقا و هو أن أسلوب اختيار العينة تم بالطريقة العشوائية ، و أن القوائم بتوزيع الاستبانات طالبات فكان اتصالهن أسهل بالنساء ، خاصة في المجتمع السعودي . أما نسبة الذكور إلى الإناث على مستوى السعودية فهي ٥٠,٥% إلى ٤٩,٥% (١١) .

٢. العمر

أما بالنسبة للعمر فكان أعلى تكرار للفئة العمرية (٢٠ - ٢٩ سنة) حيث كانت نسبتها عند الذكور ٥٥,٧% و عند الإناث ٥٠% ، و أقل نسبة لدى الذكور في الفئة العمرية (٤٠ - ٤٩ سنة) و الفئة العمرية (٥٠ سنة فأكثر) ، فكانت نسبتها ٨,٥% ، و كذلك عند الإناث كانت أقل نسبة عند الفئة العمرية (٥٠ - فأكثر) حيث كانت النسبة ٥% و هذا يقارب نسبتهم في الإحصاء السنوي لتعداد السكان عام ١٩٩٦ حيث كانت نسبة الذكور عند الفئة العمرية (٢٠ - ٢٩ سنة) ٤٣,١% و الإناث ٤٥,٠٤% و تقل النسبة كلما زادت الفئة العمرية حيث بلغت عند الذكور ١٤,٥% و عند الإناث ١٠,٩% في الفئة العمرية (٥٠ سنة فأكثر) على مستوى المملكة (١٢) ، كما هو مبين في جدول (١) .

٣. المستوى التعليمي

يوضح جدول (٢) أن أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة من ذوي التعليم الجامعي سواء عند الذكور أو الإناث (٤٤,٣%، ٤٤% على التوالي) ويرجع السبب كما ذكرنا سابقاً إلى أن العينة مختارة بالطريقة العشوائية وأن هذه الفئة من نفس الفئة العمرية للطالبات فلجاً أكثرهن إلى زميلاتهن وصديقاتهن. وأقل نسبة هي الأمية حيث كانت نسبتها عند الذكور ٩% و ٦% عند الإناث وعلى العموم فإن نسبة التعليم عند الذكور أعلى منها عند الإناث.

و لكن هذه النسب التي حصلنا عليها تختلف عن الإحصاء السنوي لتعداد السكان عام ١٩٩٦م حيث نجد أنه كلما ارتفع مستوى التعليم قلت النسبة أي أنه توجد علاقة عكسية (١٣) وليست طردية كما هو موجود في البحث.

٤. الحالة الزوجية

يوضح جدول (٣) الحالة الزوجية لأفراد عينة الدراسة حيث نجد أن غالبيتهم متزوجون (٦٤,٢%، ٦٨,٤% عند الذكور والإناث على التوالي)، و يعزى ذلك إلى أن أعمار أفراد عينة الدراسة كانت فوق ٢٠ سنة و هو ما يقارب سن الزواج و لكن نسبتها عند الإناث أعلى لأن سن الزواج عند الإناث أقل من الذكور، أما أقل نسبة فكانت عند الأرامل والتي وجدت عند الإناث حوالي ٤,٦% و هذا يؤكد بعض النظريات أن عمر الإناث أطول من عمر الذكور أو قد يرجع السبب إلى أن عمر الزوج أكبر من عمر الزوجة أو قد يرجع السبب إلى أن الرجل يتزوج عادة بعد وفاة زوجته أما بعض النساء فيفضلن عدم الزواج بعد وفاة أزواجهن لتربية أبنائهن. و هذه النسب تتقارب مع النسب الموجودة في كتاب الإحصاء السنوي لتعداد السكان عام ١٩٩٦م حيث كانت نسبة المتزوجين الذكور ٥٩,٢% و الإناث ٥٨% و تقل بعد ذلك نسبة العزاب حيث الذكور ٣٩,٩% و الإناث ٣٤,٩% و تقل عنهم نسبة المطلقين و الأرامل (١٤).

جدول رقم (١) توزيع المشاهدين بحسب العمر والنوع

العمر (سنة)	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
٢٠ - ٢٩	٥٩	٥٥,٧	١٤١	٥٠,٠
٣٠ - ٣٩	٢٩	٢٧,٤	٩١	٣٢,٣
٤٠ - ٤٩	٩	٨,٥	٣٦	١٢,٨
٥٠ فأكثر	٩	٨,٥	١٤	٥,٠
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٢) توزيع المشاهدين بحسب المستوى التعليمي والنوع

المستوى التعليمي	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
أمي	١	٠,٩	١٧	٦,٠
يقراً و يكتب	٤	٣,٨	٢٢	٧,٨
ابتدائي	٧	٦,٦	١٤	٥,٠
إعدادي	٧	٦,٦	٢٨	٩,٩
ثانوي	٢٧	٢٥,٥	٥٥	١٩,٥
دبلوم عالي	١٣	١٢,٣	٢٢	٧,٨
جامعي	٤٧	٤٤,٣	١٢٤	٤٤,٠
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٣) توزيع المشاهدين بحسب الحالة الزوجية والنوع

الحالة الزوجية	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	٣٦	٣٤,٠	٥٥	١٩,٥
متزوج	٦٨	٦٤,٢	١٩٣	٦٨,٤
مطلق	٢	١,٩	٢١	٧,٤
أرمل	—	—	١٣	٤,٦
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٥. الوظيفة

يوضح جدول (٤) إعداد العاملين و غير العاملين من أفراد عينة الدراسة، و نقصد بغير العاملين من الذكور هم الطلاب و العاطلين أما العاملون من الذكور و الإناث فمن بينهم (العامل، الفني، الموظف، موظف العمل المكتبي، المهندس، الطبيب، العسكري، الجندي، الضابط، المعلم، إلخ) أما غير العاملات من الإناث فمن بينهن (الطالبة، ربة الأسرة، العاطلة). و كانت نسبة غير العاملات عند الإناث أعلى من الذكور (٦٧٪ إلى ٢٤,٥٪ على التوالي) و ذلك للدور الذي تقوم به المرأة و هو رعاية أسرتها.

جدول رقم (٤) توزيع المشاهدين بحسب الوظيفة والنوع

الوظيفة	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
لا يعمل	٢٦	٢٤,٥	١٨٩	٦٧,٠
يعمل	٨٠	٧٥,٥	٩٣	٣٣,٠
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

ثانياً: عادات أفراد عينة الدراسة أمام التلفزيون

٠١ أفضل أوقات المشاهدة

يوضح جدول (٥) أن أفضل أوقات المشاهدة لدى المشاهدين هي الفترة المسائية حيث كانت نسبتها عند الذكور ٦٧,٩٪ وعند الإناث ٥٠,٣٪، أما أقل نسبة لمشاهدة التلفزيون عند الذكور فهي الفترة الصباحية ١,٩٪ لأن أغلب الرجال يعملون في هذا الوقت و لمقارنتها بنسبتها عند الإناث ١٥,٦٪ و هي نسبة جيدة و يمكن أن توجه إلى ربات البيوت برامج تثقيفية تخصهن، أما أقل نسبة عند الإناث فهي في وقتي الظهر و العصر فكانت نسبتها ٧,٨٪ لكل منهما.

٠٢ عدد ساعات مشاهدة التلفزيون يوميا

يبين لنا جدول (٦) عدد الساعات التي يقضيها المشاهد أمام التلفزيون حيث نجد أن ٤٠,٦٪ من الذكور و ٤١,٢٪ من الإناث يشاهدون التلفزيون لمدة أقل من ساعتين يوميا. و نجد أن حوالي ٣٣٪ من الذكور و ٣٢,٧٪ من الإناث يشاهدون التلفزيون لمدة تتراوح بين ساعتين إلى ٤ ساعات في اليوم.

جدول رقم (٥) توزيع المشاهدين بحسب الوقت المفضل لمشاهدة التلفزيون بحسب النوع

الوقت المفضل للمشاهدة	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
الصباح	٢	١,٩	٤٤	١٥,٦
الظهر	١٨	١٧	٢٢	٧,٨
العصر	٩	٨,٥	٢٢	٧,٨
المغرب	٥	٤,٧	٤٦	١٦,٣
الليل	٧٢	٦٧,٩	١٤٢	٥٠,٣
لا أشاهد	—	—	٦	٢,١
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٥٣ هل يشاهد أفراد عينة الدراسة البرامج الصحية و الغذائية المعروضة في التلفزيون؟ كان ٣٤% من الذكور و ٢٨,٧% من الإناث يشاهدون البرامج التثقيفية المعروضة في التلفزيون بشكل مستمر و كان ما يقارب نصفهم يشاهدها أحيانا ، أما النسبة الأقل فهي لا تشاهد هذه البرامج حيث يشكل الذكور ٩٤% أما الإناث فقد كانت النسبة ٢,٢% كما هو موضح في جدول (٧) وهذه النتيجة تقارب النتيجة التي حصلت عليها (نرها خوري) حيث أقبل ربع الناشئة اللبنانية على البرامج التثقيفية (١٥) . و نجد بصفة عامة أن الإناث أكثر اهتماما بالبرامج التثقيفية من الذكور .

٥٤ أسماء البرامج الصحية و الغذائية التي يتابعها أفراد عينة الدراسة نجد في جدول (٨) أن برنامج (سلامتك) احتل الصدارة من البرامج الصحية و الغذائية التي يتابعها أفراد عينة الدراسة حيث كانت نسبة الذين ذكروا ذلك من الذكور ٣٤,٩% ومن الإناث ٢٦,٥% و كان أغلب المشاهدين يتابعونه في المحطة السعودية القناة الأولى، ثم أتى بعده برنامج (صحتك بالدنيا) التي تبثه محطة MBC حيث نسبة الذكور ١٢,٣% و الإناث ١٧,٧% .

جدول رقم (٦) توزيع المشاهدين حسب عدد ساعات مشاهدة التلفزيون في اليوم بحسب النوع

عدد ساعات مشاهدة التلفزيون	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من ساعتين	٤٣	٤٠,٦	١١٦	١٤,٢
٢ - ٤ ساعة	٣٥	٣٣,٠	٩٢	٣٢,٧
٤ - ٦ ساعة	٢٤	٢٢,٦	٤٩	١٧,٣
٦ - ٨ ساعة	٢	١,٨	١٥	٥,٣
أكثر من ٨ ساعات	٢	١,٨	٧	٢,٥
لا أشاهد	—	—	٣	١,١
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٧) توزيع المشاهدين بحسب مشاهدة البرامج الصحية والغذائية في التلفزيون بحسب النوع

هل تشاهد البرامج الصحية والغذائية؟	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٣٦	٣٤,٠	١٠٩	٣٨,٧
أحياناً	٦٠	٦,٦	١٦٤	٨,٢
لا أشاهد	١٠	٩,٤	٩	٣,٢
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

جدول رقم (٨) توزيع المشاهدين بحسب أهم البرامج الصحية والغذائية المفضل مشاهدتها في التلفزيون بحسب النوع

أهم برامج التلفزيون	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
سلامتك	٣٧	٣٤,٩	١٠٣	٣٦,٥
أطباء على الهواء	١	٠,٩	١٢	٤,٣
صحتك بالدنيا	١٣	١٢,٣	٥٠	١٧,٧
المملكة هذا الصباح	٢	١,٩	٩	٣,٢
عالم الأسرة	٢	١,٩	١٦	٥,٧
عالم المرأة	١	٠,٩	١٠	٣,٥
برامج سياسية	٧	٦,٦	٣	١,١
برامج دينية	١	٠,٩	٧	٢,٥
البرامج الصحية و التثقيفية العامة	٨	٧,٥	٢٢	٧,٨
برامج متنوعة	١٦	١٥,١	١٧	٦,٠
مسلسلات و أفلام	١	٠,٩	٤	١,٤
برامج علمية	١	٠,٩	٣	١,١
غير محدد	١٦	١٥,١	٢٦	٩,٢
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٥٠ أسماء المحطات التي يتابعها المشاهد

لقد سمى المشاهدون المحطات الرئيسية التي يتابعونها فذكروا حوالي ١٢ محطة مع التركيز على المحطات الخليجية ومن تحليل جدول (٩) نستنتج الآتي:

يتابع ٣٥,٨% من الذكور و ٤١,٥% من الإناث المحطة السعودية و يرجع السبب إلى أن المشاهدين من السعودية . وتأتي بعدها محطة MBC (١٨,٩% ، ٢٠,٩% للذكور والإناث على التوالي) ، وهي كذلك محطة سعودية و إن كانت تبث من لندن إلا أنها تهتم بالشؤون السعودية . ونشير هنا إلى أن المحطة الثالثة كانت البحرين و ذلك لقربها الجغرافي من السعودية أما المحطة الرابعة فقد كانت قطر و هي تأتي بعد البحرين في القرب الجغرافي ثم محطة الكويت و كانت أغلب المحطات التي يتابعها المشاهد السعودي المحطات الخليجية .

الجدول رقم (٩) توزيع المشاهدين بحسب المحطة الرئيسية التي يشاهدونها بحسب النوع

اسم المحطة	ذكور		إناث	
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
MBC	٢٠	١٨,٩	٥٩	٢٠,٩
السعودية	٣٨	٣٥,٨	١١٧	٤١,٥
قطر	١	٠,٩	١٤	٥,٠
البحرين	٦	٥,٧	١٥	٥,٣
عجمان	-	-	١	٠,٤
الكويت	٢	١,٩	٩	٣,٢
مصر	-	-	٤	١,٤
الشارقة	-	-	٦	٢,١
المستقبل	-	-	٢	٠,٧
الجزيرة	٨	٧,٥	٦	٢,١
عمان	٢	١,٩	١	٠,٤
الإمارات	-	-	١	٠,٤
أبوظبي	١	٠,٩	٢	٠,٧
دبي	٤	٣,٨	١	١,٤
المحطات الخليجية	٤	٣,٨	٤	٠,٧
بصفة عامة	-	-	٢	٠,٤
اليمن	-	-	١	-
ART	٢	١,٩	١	-
سوريا	١	٠,٩	-	-
CNN	١	٠,٩	-	-
لم يذكر اسم المحطة	١٥	١٤,٢	٣٤	١٢,١
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

ثالثاً : اختبار البرنامج من قبل أفراد عينة الدراسة

٠١ إعجاب المشاهدين بعنوان البرنامج

عند سؤال المشاهدين عن مدى إعجابهم بعنوان البرنامج كانت النتيجة مرضية حيث كان ٩٠% من الإجابات من كلا الإناث و الذكور أعجبهم عنوان البرنامج ، وهذا ما وضعه جدول (١٠) .

جدول رقم (١٠) يبين مدى إعجاب المشاهدين بعنوان برنامج سلامتك حسب النوع

هل أعجبك عنوان البرنامج؟	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٩٦	٩٠,٥	٢٥٤	٩٠,١
لا	٥	٤,٧	٦	٢,١
لا أعرف	٥	٤,٧	٢٢	٧,٨
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٠٢ فترة عرض البرنامج

من خلال إجابات المشاهدين نستنتج أن مدة البرنامج مناسبة فلا هي القصيرة المخلة ولا الطويلة المملة حيث كانت نسبة الذين يعتقدون أن مدة البرنامج مناسبة ٦٧% و ٦٨,٨% للذكور و الإناث على التوالي ، أما الذين يعتقدون أنها طويلة فهم أقل من الذين يعتقدون أنها قصيرة وهذا ما اتضح من جدول (١١) . وهذه النتيجة مطمئنة لأن المشاهدين يريدون تعلم أكثر من خلال هذا البرنامج .

جدول رقم (١١) يبين رأي المشاهدين في فترة عرض برنامج سلامتك بحسب النوع

فترة عرض البرنامج	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
قصيرة جدا	٩	٨,٥	١٤	٥,٠
قصيرة	٢٢	٢٠,٨	٦٥	٢٣,٠
مناسبة	٧١	٦٧,٠	١٩٤	٦٨,٨
طويلة	٢	١,٩	٧	٢,٥
طويلة جدا	٢	١,٩	٢	٠,٧
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٥٣ هل البرنامج موجه لجماعة معينة؟

من جدول (١١) اتضح لنا أن ٦٦٪ من الذكور و ٦٣,٨٪ من الإناث يعتقدون أن البرنامج غير موجه إلى جماعة معينة وقد يرجع السبب إلى أحد سببين: فإما أنهم لم يفهموا السؤال وإما أنهم يعتقدون أن الحلقات المتنوعة من البرنامج موجهة للجميع.

٥٤ الجماعة الموجه إليهم البرنامج

ويوضح جدول (١٢) رأي أفراد عينة الدراسة في الجماعة الموجه إليها البرنامج حيث نجد أن أغلب هؤلاء الأفراد يعتقدون أن الجماعة الموجه إليها البرنامج هي الأسرة.

٥٥ أسلوب عرض المعلومات

ومن خلال جدول (١٣) نجد أن ٦٧٪ من الذكور و ٧١,٣٪ من الإناث ذكروا أن البرنامج مشوق، ولكن هناك تعارضا بين الذكور و الإناث حيث رأى الأقل من الذكور (٩,٤٪) أنه مشوق كثيرا و لكن الأقل من الإناث (٧,٨٪) يعتقدن أنه غير مشوق.

الجدول رقم (١٢) يبين اعتقاد المشاهدين أن برنامج سلامتكم موجه لجماعة معينة

هل البرنامج موجه لجماعة معينة؟	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٢٥	٢٣,٦	٥٨	٢٠,٦
لا	٧٠	٦٦,٠	١٨٠	٦٣,٨
لا أعرف	١١	١٠,٤	٤٤	١٥,٦
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

الجدول رقم (١٣) يبين رأي المشاهدين بحسب الجماعة الموجه إليها برنامج سلامتكم بحسب النوع

الجماعة الموجه إليها البرنامج	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
الأسرة	٧	٦,٦	١٥	٥,٣
المتعلمة	١	٠,٩	٤	١,٤
الأصحاء والمرضى	-	-	١	٠,٤
المجتمع الخليجي خاصة والعربي عامة	٤	٣,٨	٨	٢,٨
الجماعة التي تحتاج توعية	٢	١,٩	٤	١,٤
من يعرف اللغة العربية الفصحى	-	-	١	٠,٤
الأطفال	٣	٢,٨	٢	٠,٧
المرضى فقط	-	-	٢	٠,٧
الأمهات	-	-	٤	١,٤
المتفقة	١	٠,٩	٤	١,٤
المتزوجون حديثا	-	-	١	٠,٤
الفئات الخاصة (حوامل - مدخنون - متعاطي المخدرات)	١	٠,٩	١	٠,٤
الآباء والأمهات	-	-	١	٠,٤
غير المتفقة	-	-	٣	١,١٠
الشباب	٢	١,٩	-	-
الآباء	٢	٠,٩	-	-
الطبقة الوسطى أو الغربية	١	٠,٩	-	-
لم يحدد	٨٣	٧٨,٣	٢٣١	٨١,٩
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٠٦ مدى وضوح المعلومات المعروضة

كانت نسبة الذكور تقارب نسبة الإناث (٦٣,٢٪، ٦٧,٤٪ على التوالي)، من حيث وضوح المعلومات المعروضة، وقريب من ثلث المشاهدين صرحوا أن المعلومات مفهومة جزئياً بالنسبة لهم، وهذا يرجع إلى اختلاف الخلفية العلمية والثقافية لأفراد عينة الدراسة والاستفادة من البرنامج وكلها تؤثر في قدرة الاستيعاب.

الجدول رقم (١٤) يبين رأي المشاهدين نحو أسلوب عرض المعلومات بحسب النوع

عرض المعلومات	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
مشوق كثيرا	١٠	٩,٤	٣٧	١٣,١
مشوق	٧١	٧٦,٠	٢٠١	٧١,٣
غير مشوق	١٧	١٦,٠	٢٢	٧,٨
لا أعرف	٨	٧,٥	٢٢	٧,٨
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٠٧ مدى الاستفادة من البرنامج

جدول (١٥) ويوضح مدى الاستفادة من برنامج سلامتك حيث نجد عند الذكور أن النسبة تقاربت بين الاستفادة الكثيرة و الاستفادة القليلة (٤٥,٣٪، ٤٧,٢٪ على التوالي). أما الإناث فذكرت ٥٧,٨٪ من أفراد عينة الدراسة أنهن استفدن كثيرا من البرنامج بينما صرح ٣٧,٩٪ أنهن استفدن قليلا، أما الذين لم يستفيدوا فكانت نسبتهم قليلة (٧,٥٪ عند الذكور و ١,٤ عند الإناث) ولكن الإجابة مشجعة حيث الغالبية استفادوا.

الجدول رقم (١٥) يبين رأي المشاهدين نحو مدى الاستفادة من المعلومات المعروضة في برنامج سلامتك بحسب النوع

مدى الاستفادة من المعلومات	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
استفدت كثيرا	٤٨	٤٥,٣	١٦٣	٧,٨
استفدت قليلا	٥٠	٤٧,٢	١٠٧	٣٧,٩
لم أستفد	٨	٧,٥	٤	١,٤
لا أعرف	—	—	٨	٢,٨
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

رابعاً : تقييم البرنامج من الناحية التقنية

٠١ إخراج البرنامج

من خلال جدول (١٦) ذكرت ٦١,٧% من الإناث أن إخراج البرنامج جيد ، بينما ذكر ٤٨,١% من الذكور أن إخراج البرنامج لا بأس به . وفي الحقيقة فإن هذا السؤال يصعب الإجابة عنه من خلال الأشخاص العاديين ولكن أردنا فقط أن نستطلع آراء أفراد عينة الدراسة نحو بعض الجوانب التقنية.

الجدول رقم (١٦) يبين رأي المشاهدين نحو إخراج برنامج سلامتكم حسب النوع

إخراج البرنامج	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
جيد	٤٥	٤٢,٥	١٧٤	٦١,٧
لا بأس	٥١	٤٨,١	٨٩	٣١,٦
غير جيد	٨	٧,٥	٦	٢,١
لا أعرف	٢	١,٩	١٣	٤,٦
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

٠٢ محيط البرنامج وبيئته

كان محيط البرنامج وبيئته مألوفة لأفراد عينة الدراسة حيث صرح بذلك حوالي ٨٠% من الذكور و ٨٤% من الإناث جدول رقم (١٧).

٠٣ نوعية الصوت

في جدول (١٨) ذكر أغلب أفراد عينة الدراسة أن نوعية الصوت جيدة حيث كانت النسبة لدى الذكور ٦٧% و لدى الإناث ٧٣,٤%.

٠٤ التصوير

يوضح جدول (١٩) مدى وضوح التصوير لدى أفراد عينة الدراسة حيث ذكرت الغالبية من الذكور و الإناث (٦١,٣% و ٧٥,٩%) أن التصوير كان واضحاً.

٥٠ مناسبة المعلومات للفئة المستهدفة

ومن جدول (٢٠) ذكر ٦٦,٩٪ من الذكور أن المعلومات كانت مناسبة للفئة المستهدفة أما الإناث فكانت نسبتهم ٧٤,٥٪ و نجد أن ٢٠,٨٪ من الذكور، ١٩,٥٪ من الإناث كانت إجاباتهم تشير إلى أنهم لا يعرفون، وقد يرجع هذا إلى أنهم لم يعرفوا القصد من الفئة المستهدفة .

٥١ مناسبة اللغة للفئة المستهدفة

ظهر لنا من خلال جدول (٢١) أن نصف أفراد عينة الدراسة قالوا أن اللغة مناسبة كليا للفئة المستهدفة وثلثهم قالوا أنها مناسبة جزئيا و نسبة غير قليلة (٦,٦٪ ذكور و ١٠,٣٪ من الإناث) لم يعرفوا الإجابة و قد يرجع ذلك كما ذكرنا سابقا أما لعدم فهمهم لعنى الفئة المستهدفة، وإما لعدم إحاطتهم بالأمور الفنية .

الجدول رقم (١٧) يبين رأي المشاهدين نحو مدى تعرف المشاهد على المحيط والبيئة لبرنامج

سلامتك بحسب النوع

إخراج البرنامج	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٨٥	٨٠,١	٢٣٧	٨٤,١
لا	٩	٨,٥	١٣	٤,٦
لا أعرف	١٢	١١,٣	٣٢	١١,٣
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

الجدول رقم (١٨) يبين رأي المشاهدين نحو نوعية الصوت في برنامج سلامتك بحسب النوع

نوعية الصوت	ذكور		أنثى	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
جيدة	٧١	٧٦,٠	٢٠٧	٧٣,٤
لا بأس	٣١	٢٩,٢	٦٠	٢١,٣
غير جيدة	٣	٢,٨	٨	٢,٨
لا أعرف	١	٠,٩	٧	٢,٥
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

الجدول رقم (١٩) يبين رأي المشاهدين نحو مدى وضوح التصوير لبرنامج سلامتک بحسب النوع

التصوير	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
واضح	٦٥	٦١,٣	٢١٤	٧٥,٩
لا بأس	٣٦	٣٤,٠	٥٨	٢٠,٦
غير واضح	٤	٣,٨	٣	١,١
لا أعرف	١	٠,٩	٧	٢,٥
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

الجدول رقم (٢٠) يبين رأي المشاهدين نحو مناسبة المعلومات للفئة المستهدفة لبرنامج سلامتک بحسب النوع

مناسبة المعلومات للفئة المستهدفة	ذكور		إناث	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
مناسبة	٧١	٦٦,٩	٢١٠	٧٤,٥
غير مناسبة	١٣	١٢,٣	١٧	٦,٠
لا أعرف	٢٢	٢٠,٨	٥٥	١٩,٥
المجموع	١٠٦	١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠

الجدول رقم (٢١) يبين رأي المشاهدين نحو مدى مناسبة اللغة في برنامج سلامتكم للفئة المستهدفة بحسب النوع

أنثى		ذكر		مناسبة اللغة للفئة المستهدفة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٦,٤	١٥٩	٥٠,٩	٥٤	مناسبة كلياً
٣٠,٥	٨٦	٣٧,٧	٤٠	مناسبة جزئياً
٢,٨	٨	٤,٧	٥	غير مناسبة
١٠,٣	٢٩	٦,٦	٧	لا أعرف
١٠٠,٠	٢٨٢	١٠٠,٠	١٠٦	المجموع

الخلاصة

يمكن الاستنتاج من هذه الدراسة أن برنامج سلامتكم من البرامج الناجحة مقارنة بالعديد من البرامج الصحية التي تبثها المحطات التلفزيونية العربية. وبعد مرور هذه المدة على تنفيذ هذا البرنامج فإنه من الأفضل أن تصدر حلقات جديدة تراعي المشاكل الصحية المستحدثة وتقدم بإخراج وعرض جذابين.

شكر وتقدير

تتوجه الباحثة بالشكر والتقدير إلى الدكتور عبدالرحمن مصيقر لمساعدته في إجراء الدراسة وملاحظاته القيمة حول النتائج.

المراجع

- ١) يقصد بالثقف زيادة المعرفة بغير الأسلوب الأكاديمي المتبع في المدارس خاصة فيما يتصل بنواحي الحياة العامة . المرجع : عبد الحلیم ، فتح الباب و حفظ الله ، إبراهيم . وسائل التعليم و الإعلام . عالم الكتب : القاهرة : الطبعة الأولى . ١٩٦٨م . ص ٨٥ .
- ٢) نفس المصدر السابق . ص ٣٧٤
- ٣) العبد ، عاطف عدی . الاتصال و الرأي العام (الاتصال النظري و الإسهامات العربية) ، كلية الإعلام ، جامعة القاهرة . دار الهاني للطباعة . ١٩٨٩م . ص ١٨٢

- (٤) نفس المصدر السابق . ص ٢٦٢
- (٥) نفس المصدر السابق ص ٢٤٥
- (٦) نفس المصدر السابق ص ٢٤١
- (٧) تبادل الأخبار التلفزيونية العربية ص ١٧٣
- (٨) الكلوب، بشير عبد الرحيم . التلفزيون التعليمي (تصميم و إنتاج البرامج و الأفلام التعليمية) دار الأحياء العلوم : لبنان . الطبعة الأولى . ١٩٩٢م . ص ١٧٢
- (٩) مصيقر، عبد الرحمن عبيد . التثقيف الغذائي (أسس و مبادئ التوعية الصحية والغذائية) . دار القلم : دبي . الطبعة الأولى . ١٩٩٧م . ص ١٣٧
- (١٠) نفس المصدر السابق . ص ١٤٩ ، ص ١٥٠
- (١١) الكتاب الإحصائي السنوي ، العدد ٣٢ لعام ١٩٩٦م . المملكة العربية السعودية ، وزارة التخطيط ، مصلحة الإحصاءات العامة .
- (١٢) نفس المصدر السابق
- (١٣) نفس المصدر السابق
- (١٤) نفس المصدر السابق
- (١٥) الخوري، نرها . أثر التلفزيون في تربية المراهقين . دار الفكر اللبناني . لبنان ، الطبعة الأولى ، ١٩٩٧م ، ص ١٣٨
- (١٦) سيد ، فتح الباب عبد الحليم . أنت و التلفزيون . شركة السفير : مصر . ص ٤٦
- (١٧) سليمان ، إكرام رجب محمود . بحث دور الأم و وسائل الإعلام في تشجيع الأطفال على شراء و تناول الأغذية المسلية . كلية الزراعة : جامعة الإسكندرية . ١٩٩٦م
- (١٨) مصيقر، عبد الرحمن عبيد . دراسات في الغذاء و التغذية في البحرين . مركز البحرين للدراسات و البحوث . ١٩٩٨م

اتجاهات الأطفال وأمهاتهم نحو مستوى التعامل مع الأطباء: دراسة مقارنة بين المجتمع البحريني والبريطاني

عائشة عبد العزيز الشيخ
كلية العلوم الصحية - وزارة الصحة - البحرين

المقدمة

تجاهلت العديد من الدراسات الدور الذي يلعبه المريض سواء في مرحلة تشخيص المرض أو من يمكن استشارته ، و متى يتعين الاستشارة و ما هي الوسائل العلاجية المتاحة أو المناسبة و من المسئول عن عملية المتابعة و اتباع تعليمات الطبيب (Porter, 1985). ولم يكن وضع الأطفال أكثر حظا، حيث تجاهلت معظم الدراسات الطبية الدور الذي يلعبه الطفل في عملية المرض والصحة . فعلى الرغم من أن الأطباء يجمعون معظم معلوماتهم التشخيصية عن حالة الطفل من الطفل نفسه إلا أنهم يوجهون معظم أسئلتهم وتعليماتهم إلى الآباء وليس إلى الأطفال وتحديدا بمعدل 4 مرات إلى الآباء منه إلى الأبناء (Pantell&Stewart ,1982).

إن العبارة القائلة (إن الأطفال يجب أن يفحصوا لا أن يسمعوا) تعكس هذا الحقيقة ، ولذلك يأتي الدور الآن للعلوم الإنسانية و بالأخص دور الأنثروبولوجيا الطبية لتحري تجربة الطفل الكاملة لمرحلة المرض بما تتضمنه من إحساس الطفل بالمرض ، القرار بزيارة الطبيب ، الدور الذي يلعبه الطفل أثناء المقابلة العلاجية ، الدور الذي يلعبه الطفل في عملية العلاج و المتابعة. بما في ذلك عملية استعمال الأدوية المقترحة من قبل الطبيب أو الموجودة في صيدلية المنزل وذلك في محاولة لمعرفة من يقرر الاستشارة الطبية ومن يحددها ومتى و كيف ؟

لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهل الدور الذي تلعبه الأسرة ، و تحديدا الدور الذي تلعبه الأم في مراحل المرض و الصحة. حيث أثبتت الدراسات الطبية و الاجتماعية أن حوالي 70% إلى 90% من الأمراض غير الخطيرة تشخص و تعالج في المنزل دون الحاجة إلى استشارة الطبيب (Wyke & Hewison,1991, Clark & Hweism,1991) ، و أن تلك المعالجات يقوم بها في العادة نساء ، وتحديدا الأم (Cuninham-Burley & Maclean 1991). فكيف لنا أن نتطرق لتجربة الطفل دون الالتفات لدور الأم في هذه التجربة المهمة (تجربة المرض).

إن اعتماد المنهج الأنثروبولوجي في دراسة تجربة المرض و الذي يعتمد أسلوب الحوار المفتوح (Patients Narrative) ويساهم في عكس التجربة الشخصية للمريض وحكاياته مع المرض يعد من أكثر المناهج لياقة لدراسة هذا الموضوع . و ذلك لرونة هذا المنهج وشموليته (مكاوي 1994) بما يتضمنه من طرائق و أدوات تساعد في جمع المادة الإثنوجرافية الغزيرة والضرورية لقياس مدى رضى مستخدمي الرعاية الصحية وخصوصا الأطفال و أمهاتهم عن نوعية الخدمات الموجهة إليهم من قبل الأطباء . حيث

اعتبرت معظم الدراسات الطبية وجهة نظر المريض من أهم المقاييس الدالة على نجاح أو فشل تلك الخدمات الصحية الموجهة لأفراد المجتمع (Frankenberg , 1990) .

أهداف البحث و منهجيته

الهدف العام

يهدف هذا البحث إلى معرفة رأي الأطفال و أمهاتهم عن مستوى التعامل مع الأطباء و كشف مدى رضى هذه الفئة عن هذا التعامل من خلال استشفاف ردود أفعالهم و نقل تجاربهم الشخصية إلى المعنيين و ذلك من أجل تقييم نوعية الخدمات وتحسينها وحسن التعامل مع هذه الفئة المهمة من الجمهور .

الأهداف الخاصة أو الفرعية

- 1- التعرف على الخصائص المطلوب توافرها في الطبيب الناجح من وجهة نظر الأطفال و أمهاتهم .
- 2- تحري التجربة الشخصية للأطفال لمرحلة المرض .
- 3- التعرف على الدور الذي يلعبه الطفل أثناء المقابلة الطبية.
- 4- التعرف على الدور الذي تلعبه الأم في جميع مراحل المرض، ابتداء من مرحلة تحديد المرض وانتهاء بالعملية العلاجية.

منهجية البحث

اعتمدت هذه الدراسة أسلوب المقابلة المباشرة و المتعمقة In-depth Interview و التي تراوحت فترتها من ساعة إلى أربع ساعات للأسرة الواحدة . وتم تسجيل جميع المقابلات بتصريح من قبل أفراد عينة الدراسة، و من ثم تم تحليل نتائج المقابلات .
وتم تصميم نوعين من الاستمارات Structured Interview guide، النوع الأول يتعلق بجمع المعلومات الخاصة برأي الأمهات و النوع الثاني صمم ليتناسب مع مستوى الأطفال و ذلك لتحري آرائهم الشخصية . وكلتا الاستمارتين احتوت على أسئلة مفتوحة Open-ended بقصد الحصول على أكبر كم من المعلومات .

اختيار عينة البحث

اشتملت عينة الدراسة في المجتمعين البحريني والبريطاني على مقابلة ٢٢ طفلا ، والنسبة لعينة المجتمع البحريني تم مقابلة هؤلاء الأطفال في المراكز الصحية مباشرة بعد رؤية طبيب العائلة لهم ، أما بالنسبة لأفراد العينة البريطانية فقد تمت المقابلات في منازل أسرهم لتعذر الحصول على أذن بمقابلتهم في المراكز الصحية ببريطانيا .

تراوحت أعمار هؤلاء الأطفال من ٦ إلى ١٦ سنة ، وقد كانت نسبة الذكور بالنسبة للإناث من أفراد العينة ٩:١٣ و أما بالنسبة للأطباء فقد كان معظمهم من الذكور كما ذكر ذلك الأطفال و أمهاتهم .

أما بالنسبة للأمهات فقد تم مقابلة ١٢ أما في كلا المجتمعين ، وقد تراوح المستوى العلمي لهؤلاء الأمهات بين من هن من حملة الدرجات العلمية العليا كالدكتوراه إلى من هن أميات.

نتائج البحث ومناقشته

فيما يختص برأي الأمهات في نوعية العلاقة التي تربط بين الأم ، الطفل ، والطبيب . فقد ذكرت معظم الأمهات في المجتمعين (البحريني و البريطاني) أن الطبيب لا يعتمد على أي معلومات يأخذها من الطفل المريض أثناء الزيارة العلاجية حتى تؤكد الأم تلك الحقيقة .

فعلى الرغم من أن الأطباء يعتمدون كثيرا على المعلومات المقدمة من الطفل في حالة التشخيص إلا أنهم لا يظهرون للطفل أهمية لتلك المعلومات ، حتى في حالة الأطفال الكبار أو الأطفال المقبلين على مرحلة المراهقة (١٠ سنوات فما فوق) . فعادة ما يعمد الأطباء إلى التأكد دائما من المعلومات بالرجوع إلى الأم على مسمع من الطفل مما قد يحسسه أن المعلومات التي يعطيها مشكوك بها حتى يتم تأكيدها من قبل شخص راشد سواء كانت الأم أو أي شخص آخر في العائلة . فعلى سبيل المثال أجابت إحدى الأمهات بالآتي :

(نعم يسأل الطبيب أولادي ولكنه ينظر إلي لتأكيد كلامهم)

نلاحظ هنا التشابه في اتجاهات الآباء نحو الأطفال و ذلك في عدم إظهار الثقة في المعلومات المقدمة من قبل الطفل في حالة مرضه و هذا يتطابق مع دراسة حديثة (Almarsdottri et al, 1996) حيث وصفت الكثير من الدراسات الأطفال بالسلبية أثناء المقابلة العلاجية مما يدعونا للوقوف والتفكير في أهمية منح مزيد من الثقة للأطفال في التعبير عن تجربتهم الذاتية للمرض و تعويدهم حرية التعبير عن آرائهم و معاناتهم مع المرض . فقد يمكننا تركيز الاهتمام وخصوصا الاتصال المرئي (النظر إليهم عندما يتكلمون عن معاناتهم) و تدوين ما يقوله الطفل عن مرضه .

حرية الأطفال في التعبير عن المرض

لقد كان تأثير عدم الثقة واضحا في ردود أفراد العينة من الأطفال حيث أبدوا ترددا كبيرا في تحديد آرائهم عن أطبائهم و التخوف من ذكر شيء قد يكون غير لائق ، مع النظر الدائم للأم للتحقق من موافقتها على الكلام ، و التحفظ الشديد في الإجابة عن أسئلة الباحثة .

ولوحظ أيضا من إجابات الأطفال حول مشاركتهم و إبداء آرائهم أثناء المقابلة الطبية ، تفوق أطفال العينة البحرينية على أقرانهم البريطانيين حيث بدأ الأطفال البحرينيون أكثر جرأة وتصميما على إبداء الرأي و المشاركة في اتخاذ القرار أثناء مقابلة الطبيب على الرغم من تجاهل بعض الأطباء لآرائهم .

و على العكس من ذلك فقد أعرب عدد من الأطفال في العينة البريطانية عن ترك دور النقاش للأم للتحدث نيابة عنهم . وقد بدت تلك السلبية واضحة أثناء مقابلة الباحثة لهؤلاء الأطفال .

آراء الأمهات عن الأطباء

بالنسبة لرأي الأمهات عن المميزات التخصصية أو العملية في العلاج ، أعرب معظم الأمهات عن أهمية توافر المهارة العلمية و العملية للطبيب و لكنهن شددن على أهمية توافر العلاقة الإنسانية بين الطبيب و الطفل المريض حتى أن السمة الأخيرة أتت أكثر أهمية من عملية العلاج ذاتها .

و قد تضمنت تلك الصفات الخصائص التالية : الرغبة في المساعدة ، إبداء الاهتمام الشديد بحالة الطفل المريض ، الاتصال و التواصل مباشرة مع الطفل ، التعاطف مع الطفل ومحاولة تتبع حالته ، التعامل باللين مع الطفل و مراعاة عامل الخوف و القلق أثناء الزيارة العلاجية كالخوف من السماع الطبية و جهاز فحص الأذن كما أوضحت ذلك بعض الأمهات .

وقد أثبتت دراسة أخرى في هذا المجال قام بها كل من (Sloper and Turner 1993) و Kristjansdtrri 1995 أن الآباء يكونون أكثر رضى عن الطبيب إذا أبدى لأطفالهم التفهم و التعاطف و التقدير . كما أعربت الأمهات عن ضرورة توافر العامل الأخلاقي الإنساني ، وأشارت إلى ذلك إحدى الأمهات البحرينيات بقولها:

(إن ذلك يعتمد على الطبيب ، بعض الأطباء طبيون ، مقدرين يفحصون الطفل بعناية ، أما بعض الأطباء فلا يهتمون بالفحص الجسدي ، ولكنهم ينظرون للمريض و يكتبون وصفاتهم حتى و أنت ما زلت تتكلم) .

ومن الملاحظ من إجابات الأمهات الأخرى ، تقديرهن للفحص الجسدي و التعامل وجها لوجه مع الأطفال و اعتبار ذلك من أهم مقومات الطبيب الناجح .

الأطباء الشباب أكثر تفهما و سعة صدر من الأطباء الكبار

أعربت الأمهات البريطانيات عن تفضيلهن التعامل مع الأطباء الشباب و حديثي التخرج لاعتقادهن أن هؤلاء الأطباء أكثر مرونة في التعامل مع المرض ، وأنهم أكثر إنماما بالأساليب الحديثة في التطبيب و اعتقدت الأمهات أيضا أن ذلك قد يرجع إلى الأساليب الحديثة لتدريب الأطباء الشباب بما في ذلك التركيز على العوامل النفسية و الاجتماعية للمرضى .

آراء الأطفال في أطباءهم

أعرب معظم الأطفال في كلا المجتمعين البحريني و البريطاني عن شعورهم بالقلق و الخوف عند زيارة الطبيب . فمجرد التفكير أن الطبيب مصدر سلطة يجعل الأطفال يشعرون بالتوتر . أما بالنسبة لتجري المميزات التي يجدها الأطفال مهمة في أطباءهم فقد تنوعت

تلك المميزات بحيث اشتملت على المميزات الخاصة بالمهارات العلمية وكذلك النواحي الإنسانية . و فيما يلي عرض لبعض ردود الأطفال :

(احب الأطباء لأنهم يخففون الألم) و طفل آخر (أرى الطبيب كطبيب و لكنني أخافه أحيانا) من العينة البريطانية .

(أشعر بالقلق و الخجل عند زيارة الطبيب) بريطانيا / البحرين .
(أشعر أن الطبيب مصدر سلطة و لكنني لا أخشاه) البحرين .

و بتحليل تلك الردود يمكن الجزم أن الأطفال يخشون سلطة الطبيب ، و لذا يمكن للطبيب كسب ثقة مرضاه من الأطفال و ذلك بالتعامل معهم على أسس إنسانية خلافا لتلك الطرائق الرسمية الشائع استعمالها بين الكثير من الأطباء و خصوصا أطباء المراكز الصحية المضغوطين بعامل الوقت و كثرة عدد الحالات المترددة على المركز لمختلف الأمراض و من مختلف الأعمار .

وصول الأطفال للأدوية

أعربت الأمهات في العينة البحرينية عن تخوفهن من وصول أطفالهن للأدوية و إلى عدم ثقتهن في إمكانية الطفل من معرفة الدواء المناسب و الوقت المناسب لتناوله حتى في حالة الأمراض المزمنة لأطفالهن كالربو أو مرض السكري . حتى بالنسبة لأطفال مرحلة الطفولة المتأخرة (١٠-١٤ سنة) حيث يستطيع معظم أطفال هذه المرحلة القراءة و اتباع التعليمات الدوائية . وقد كانت نتيجة هذا التخوف واضحة بين أفراد العينة البحرينية من الأطفال ، حيث لم يستطع معظم الأطفال التعرف على أسماء الأدوية التي يستخدمها هؤلاء الأطفال بمن فيهم الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة كالربو ، و مرض السكري . وقد أتت نتائج العينة البريطانية مخالفة تماما للعينة البحرينية ، حيث تمكن معظم الأطفال البريطانيون من معرفة و تذكر أسماء العديد من الأدوية الشائعة الاستعمال كالبركتمول ولبكوتايد و الفنتولين وغيرها من الأدوية . أما بالنسبة للأمهاتهم ، فلم تختلف ردود الأمهات البريطانيات كثيرا عن نظيراتهن البحرينيات حيث أبدين تخوفا مشابها من إمكانية تناول أبنائهن للأدوية الخاطئة إلا أنهن ذكرن أنهن يراقبن أطفالهن عن بعد حتى لا يشعروهم بعدم الثقة و حتى يتعود الأطفال تحمل المسؤولية لبعض الأمور الصحية . وربما يحتاج أبنائنا في البحرين مزيدا من برامج التوعية لاستعمالات بعض الأدوية الضرورية و المتداولة و أوقات استعمالها و خصوصا بالنسبة للأطفال المصابين ببعض الأمراض المزمنة أو في حال عدم توافر شخص راشد في المنزل .

الأمهات حماة للصحة (Gate Keepers)

اعتبرت الأمهات أنفسهن حماة للنواحي الصحية لأفراد الأسرة فالأم هي التي تقوم بعملية المراقبة و الملاحظة لأي تغير يطرأ على الحالة الصحية و هي التي تقرر متى و من يجدر استشارته أو الإكتفاء بالأدوية الموجودة في صيدلية المنزل . وكما تبين من دراسة Almarsdottim & Aramburuzabala (1996) فإن الأمهات هن المصدر الأولي لرعاية الأطفال المرضى وأن الأم هي التي تحدد كل الأمور المتعلقة بزيارة المريض . و كما أوضح (Gelder &

Prout , 1996) ذلك فإن الأطفال عادة ما يخبرون أمهاتهم بأمور اعتلال صحتهم قبل أي شخص آخر .

و قد أتت ردود الأمهات من أفراد عينة الدراسة مطابقة تماما لنتائج الدراسات السابقة كدراسة (Almarsdottri & Aramburuzabala, 1996) فالأم هي التي تحدد خطورة أو عدم خطورة حالة الطفل المريض و هي أيضا التي تقرر استخدام أو عدم استخدام الأدوية المقترحة من قبل الطبيب، فقد أوضحت بعض الأمهات أنهن تجاهلن بعض التعليمات الموجهة إليهن من قبل الطبيب و أنهن قد امتنعن عن إعطاء بعض الأدوية إلى أبنائهن وقد فسرت بعض الأمهات ذلك بأنهن أكثر دراية ببعض الأدوية التي قد لا تنفع أبنائهن أو التي قد تسبب بعض المضاعفات لهم .

كما هو واضح من ردود الأمهات ، فقد تؤخر الأم رؤية الطبيب دون قصد، اعتقاد منها أن الحالة لا تستدعي رؤية الطبيب مما قد يسبب الكثير من الخطر على الطفل المريض بسبب هذا التأخير .

و قد فسرت الأمهات البريطانيات هذا التأخير في زيارة الطبيب بسبب اعتمادهن على الكتب العلمية و الطبية التي تساعدهن على تحديد الأمراض البسيطة و تساعدهن أيضا على التعامل مع تلك الأمراض دون الرجوع للطبيب .

خلاصة اقتراحات الدراسة

١- منح الأطفال مزيدا من الثقة في عملية المرض والصحة.

٢- التركيز على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية وأساليب التعامل الإنساني من قبل الطبيب وخصوصا مع الأطفال.

٣- التركيز على تأهيل الأمهات و توعيتهن، حيث لوحظ من خلال الدراسة أهمية دورهن الرائد في جميع مراحل المرض و العلاج .

المراجع

- Almarsdottri, A, et al. (1996) Children's Perceived Benefit of Medicine in Chapel Hill, Madrid, and Tenerife in Children, Medicine, and Culture USA: Pharmaceutical Products Press.
- Clarke, A. and Hewison, J (1991) Whether or not to consult a general practitioner: decision making by parents in a multi-ethnic inner-city area, in Wyke, S. and Hewison, J. (ed) Child Health Matters Great Britain: Open University Press.
- Cunningham-Burley, S. and Maclean, U. (1991) Dealing with children's illness: mother's dilemmas, in Wyke, S. and Hewison, J. (ed.) Child Health Matters Great Britain: Open University Press.

- Frankenberg, R. (1990) Disease, literature and the body in the era of AIDS-a preliminary exploration. *Sociology of Health and Illness*. Vol 12 No 3 pp 351-360.
- Kristjansdottri, G (1995) Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized 2-year-olds to 6-year-olds *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vo. 19 No 2 pp95-103.
- Pantell, R. and Stewart, T. and Dias, J. (1982) Physician Communication with Children and Parents *Pediatrics* vol 70 No 3 pp: 396-402
- Porter, R. (1985) Introduction. In Porter, R. (ed.) *Patients and Practitioners: Lay perceptions of medicine in pre-industrial society* Cambridge: Cambridge University Press.
- Sloper, P. and Turner, S. (1993) Determinants of parental satisfaction with disclosure of disability *Development Medicine and Children Neurology* Vol 35 No 9 pp 816-825.
- Wyke, S. and Hewison, J. (1991) *Child Health Matters Great Britain*: Open University Press.

- علي مكاوي (1994) الأنثروبولوجية الطبية : دراسات نظرية و بحوث ميدانية : دار المعرفة ، مصر .

