International Journal for Scientific Research (IJSR)

المجلة الدولية للبحوث العلمية

Vol. (2), No. (12) December 2023 الإصدار (2)، العدد (12)

المعتقدات الثقافية وعلاقتها بالصحة - دراسة وصفية على عينة من طلاب كلية الآداب والعلوم الإنسانية بجامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة

عطيه بن رويبح السلمي

أستاذ علم الاجتماع الطبي المشارك، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، المملكة العربية السعودية

arfalsulami@kau.edu.sa

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى استكشاف المعتقدات الثقافية وعلاقتها بالصحة، اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بالعينة، مجتمع البحث لهذه الدراسة طلاب كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة، تكونت عينة الدراسة من 195 طالب، استخدمت الدراسة أداة الاستبيان في جمع البيانات، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها: أن أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى ثقافي عالي وأنهم يوافقون بنسبة 71.5 % على محور مستوى الثقافة وعلاقته بالمحافظة على الصحة، وذلك من خلال الاهتمام بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس، واتباع إرشادات الوقاية من الأمراض المعدية، كما أظهرت النتائج أن درجة استجابات عينة الدراسة تجاه دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض محايدين وبنسبة إجمالية بلغت 63.1 %، ومن خلال المتوسطات الحسابية، فقد تم ترتيب العبارات تنازلياً حسب درجة ونسبة الموافقة، فنجد أن أكثر العبارات التي تشير إلى دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض من وجهة نظر أفراد العينة، (لا أذهب إلى الطبيب إلا عندما يشتد بي المرض، أعتمد على خبرات الأسرة في التداوي، أستشير أصدقائي عند الإحساس بأعراض مرضية والتي جاءت بأعلى متوسط حسابي ومستوى استجابة (موافق)، بينت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير العمر، توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأب، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأب. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء

International Journal for Scientific Research (IJSR)

المجلة الدولية للبحوث العلمية

IJSR

Vol. (2), No. (12) December 2023 الإصدار (2)، العدد (12)

أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأم. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمستوى تعليم الأم. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة.

الكلمات الافتتاحية: المعتقدات الثقافية، الصحة.

Relevance between Cultural Beliefs and Health - A Descriptive Study on a Sample of Students from the Faculty of Arts and Humanities at King Abdulaziz University in Jeddah

Ateah Ruwaibih Alsulami
Associate Professor of Medical Sociology, Department of Sociology and Social Work, King Abdulaziz University in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia
arfalsulami@kau.edu.sa

Abstract

The study aimed to explore the relevance between cultural beliefs and health. The study applied the social survey approach. The research population of this study was chosen from the students of the Faculty of Arts and Humanities, King Abdulaziz University in Jeddah. The study sample comprised 195 students. The questionnaire tool was used to collect data. The study reached several results, the most important of which are: the study sample members are of a high cultural level and they showed 71.5% agreement on the axis of the level of culture and its relevance to maintaining health, especially through living in a clean and healthy home in terms of good ventilation and sunshine, and following guidelines for preventing infectious diseases. Also, the results also showed a neutral response of study sample regarding the role of cultural beliefs in the diagnosis some diseases, with a total percentage of 63.1%. Through means, the items were arranged in a descending order according to the degree

and percentage of agreement. The most recurrent items that refer to the role of cultural beliefs in the diagnosis of some diseases from the point of view of the sample members and achieved the highest mean and response level (Agree) are: (I do not go to the doctor except unless I have a severe illness; I depend on family experiences for treatment; and I consult my friends when I feel symptoms of illness). Moreover, the results of the study showed no statistically significant differences in the means of the sample members' opinions regarding (the cultural level and its relevance to maintaining health) and (the role of cultural beliefs in the diagnosis of some diseases) according to the variable of age. There are statistically significant differences at the level of (0.05) in the means of the sample members' opinions regarding (the cultural level and its relationship to maintaining health) according to the father's level of education. There are no statistically significant differences regarding (the role of cultural beliefs in diagnosing some diseases) according to the variable of the father's education level. There are statistically significant differences at the level of (0.05) in the means of the sample members' opinions regarding (the cultural level and its relevance to maintaining health) according to the mother's level of education. There are statistically significant differences at the level of (0.05) in the means of the sample members' opinions regarding (the role of cultural beliefs in the diagnosis some diseases) according to the mother's level of education. There are no statistically significant differences in the means of the sample members' opinions regarding (the cultural level and its relevance to maintaining health) and (the role of cultural beliefs in the diagnosis of some diseases) according to the variable of family income level.

Keywords: Cultural Beliefs, Health.

1- الإطار العام للدراسة

1-1 المقدمة

تعتبر الثقافة موجه حقيقي للسلوك الإنساني من خلال ما تحتويه من قيم ومعارف وعادات وتقاليد، ولا شك أن الثقافة تتغير بشكل نسبي بتغير الزمان والمكان، وهذا التغير ينعكس على ما تتضمنه من متغيرات والذي بدوره يؤثر على السلوك الإنساني تجاه ما يواجه من مشكلات وقضايا مجتمعية، ومن ضمنها النظر الى قضية الصحة والمرض. حيث أن المستوى الثقافي له دور كبير في الوقاية من كثير من الأمراض التي يعاني منها أفراد المجتمع، ولاشك أن المجتمع الذي نعيش فيه له دور كبير في التأثير على الناحية الصحية إيجاباً وسلباً، حيث أن حياة المدينة تختلف عن حياة الريف، فنجد في المدينة بعض السلوك الثقافي الذي يؤثر على الصحة سلباً، يظهر ذلك من خلال (السهر و تناول الوجبات السريعة...) ولكن هناك نواحي إيجابية تتمثل في طلب العلاج من خلال المؤسسات الطبية الرسمية، على العكس من ذلك نجد في المجتمع الريفي حيث الحياة التي تتميز بالغذاء الصحي والنوم في وقت مبكر وهذا له أثر إيجابي على الصحة ولكن عملية طلب التداوي من خلال بعض الأعشاب والتشخيص للأمراض والذي يعتمد على الخبرة الشخصية ربما له آثار سلبية على الناحية الصحية. لذا نجد أن الثقافة تتأثر بالواقع الاجتماعي وبدورها تؤثر على سلوكنا الإنساني تجاه الحياة بشكل عام والناحية الصحية بشكل خاص.

1-2 مشكلة الدراسة

تعتبر المعتقدات الثقافية موجه حقيق للسلوك الإنساني وهي تتأثر بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، لذا نجد أن التعامل مع الأمراض يتأثر بالقيم العميقة التي يشترك فيها أفراد المجتمع وتؤثر على تصورهم للصحة والمرض والعناية الصحية حيث أن هذه القيم تتأثر بمجموعة من العوامل منها التنشئة الاجتماعية ودرجة التمركز حول الجماعة التي ينتمي لها الفرد والبيئة التي يعيش فيها، فالأشخاص الذين يتمتعون دائمًا بصحة جيد هم أشخاص من خلفية ثقافية يعرفون أهمية الصحة وكيفية العناية بها، وكذلك الأشخاص المصابون بالأمراض المعدية والأوبئة هم الأقل دراية بالنواحي الطبية، وعلى الرغم مما تقدمه الدول من برامج تنموية في جميع المجالات لرفع المستوى الثقافي والوعي الصحي، نجد ان كثير من المجتمعات تتعرض لكثير من الأوبئة والأمراض التي يمكن الوقاية منها وذلك نتيجة ليعض المعتقدات الثقافية السائدة و التي تؤثر في مواجهة هذه الأمراض والوقاية منها، المعتقدات التي يؤمن بها الأشخاص لها دور في ذلك ويظهر ذلك من خلال عدم الاهتمام بالفحص الطبي بشكل مستمر وعدم اللجوء إلى الطب الرسمي إلا في حالة تدهور الصحة والتوجه للتداوي بالأعشاب والاعتماد على

الوصفات الشعبية التي لا تستند على أساس علمي وتشخيص الأمراض بناءً على الخبرات الشخصية والتي ربما تؤدي إلى الإصابات المزمنة أو الوفاة، لذا فان هذه الدراسة تحاول التعرف على دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض والكشف عن العلاقة ما بين المستوى الثقافي والمحافظة على الصحة.

3-1 أهمية الدراسة

الأهمية العلمية:

- التعرف على المعتقدات السائدة بين طلاب المرحلة الجامعية والتي لها علاقة بالناحية الصحية.
- تسهم هذه الدراسة في إثراء المعرفة العلمية بما تضيفه من نتائج وتوصيات تساعد في رفع المستوى الصحي بين فئة الشباب.
- تركز هذه الدراسة على جانب مهم له علاقة بالناحية الصحية ودور بارز في الوقاية من الأمراض.
- يمكن أن يكون هذا البحث بمثابة محور مهم لدراسات وبحوث مستقبلية وإضافة علمية.

الأهمية العملية:

- تساعد نتائج هذه الدراسة في تسليط الضوء على جانب مهم له علاقة ببرامج التنمية الصحية.
- تسهم هذه الدراسة في إعداد برامج إعلامية تستهدف فئة الشباب لتغيير بعض المعتقدات التي لها علاقة بالجانب الصحي.
- توجيه صانعي القرارات بالمؤسسات التعليمية لإعداد دورات وبرامج تثقيفية تهتم بفئة الشباب لتغيير بعض المعتقدات الصحية لديهم.
- تساعد نتائج الدراسة القائمين على برامج الصحة العامة والطب الوقائي التعرف على بعض المعتقدات التي لها علاقة بانتشار بعض الأمراض بين فئة الشباب والتي يمكن الوقاية منها.

4-1 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بشكل رئيس إلى التعرف على المعتقدات الثقافية وعلاقتها بالصحة وينبثق من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في:

1- الكشف عن المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة.
2- التعرف على دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض.
3- التعرف على الفروقات الإحصائية لمحوري أداة الدراسة وفقاً لمستوى العمر.
4- التعرف على الفروقات الإحصائية لمحوري أداة الدراسة وفقاً لمستوى الدخل.
5- الكشف عن الفروقات الإحصائية لمحوري أداة الدراسة وفقاً لمستوى تعليم الوالدين.

5-1 تساؤلات الدراسة

1-هل يوجد علاقة بين المستوى الثقافي والمحافظة على الصحة؟
2-ما دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض؟
1- هل توجد فروق في محوري أداة الدراسة وفقاً للعمر؟
2- هل توجد فروق في محاور أداة الدراسة وفقاً لمستوى دخل الأسرة؟
3- هل توجد فروق في محاور أداة الدراسة وفقاً لمستوى تعليم الوالدين؟

6-1 مفاهيم الدراسة

1- الثقافة:

عرف تايلر الثقافة على أنها ذلك المركب الذي يشمل العادات والمعتقدات والعقائد والفن والأخلاق والقانون وغيرها من القدرات والعادات التي يكتسبها الأنسان بوصفه عضو في المجتمع (تيجاني، 2011، ص 21). ويعرفها "رالف لينتون " Linton بقوله: "هي التشكيل الخاص بالسلوك المكتسب ونتائج السلوك التي يشترك جميع أفراد مجتمع معين في عناصره المكونة ويتناقلونها."

تعرف الثقافية إجرائياً: بأنها مجموعة من العادات المتأثرة بالمعتقدات السائدة لدى الشباب والتي لها علاقة بالسلوك الذي ينعكس على الجانب الصحي.

2- المعتقدات:

تعرف المعتقدات على أنها مجموعة من الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي وفوق الطبيعي، والتي احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وملكت قلوبهم، وأصبحت مُسلم بها لديهم، وغالبًا ما تحاط هذه المعتقدات بقدر من السرية وتظل خبيئة في صدور أفرادها، وبالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها (نجلاء عاطف، 2006، ص 199)

تعرف المعتقدات الثقافية إجرائياً: على أنها ظاهرة اجتماعية تتأثر بتفاعل الافراد والانتماء إلى الجماعة وتؤدي الى تأثير إيجابي أو سلبي على صحة الفرد.

يعرف تايلور المعتقدات الصحية بأنها تنبؤ بممارسة الفرد لعادة صحية معينة، وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة تكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد (تايلور، شيلي، 2008).

تعرف المعتقدات الصحية على أنها سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في تشكيل السلوك الصحي (عبد الجواد، 2009، ص. 15-1).

كما تعرف المعتقدات الصحية على أنها القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الأولى في حياتنا أو هي التصور الداخلي للطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به على العالم ومن خلاله يقوم الإنسان بتفسير الأحداث وتوقع الأفعال وهي تعد معتقدات محورية وأساسية (وصفي، 2007. ص. 54).

تعرف المعتقدات الصحية إجرائياً: على أنها ممارسة الفرد لعادة صحية معينة نتيجة لقناعات مكتسبة يتبناها نتيجة لتأثره بالجماعة التي ينتمي لها.

3- الصحة:

يقصد بالصحة "حالة من غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلل"، وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض والذين لم تبد عليهم علامات الاعتلال والمرض عند الفحص على أنهم أصحاء، ولكن هذا المفهوم ضيق وخاصة إذا ما قورن بتعريف منظمة الصحة العالمية "الصحة هي حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل (الدمنهوري، 2007، ص 117)

يعرفها (Robert) على أنها مؤشر دال على حياة وسير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال مع استثناء العاهات والإصابات التي قد تصيب الجسم، ولكن لا تعيق الأعضاء عن أداء وظائفها، كالأعمى مثلاً يتوفر على قدر معتبر من الصحة. عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1984 الصحة على أنها: هي مجمل الموارد الاجتماعية والشخصية والجسمية التي تمكن الفرد من تحقيق طموحاته وإشباع حاجاته (Marilon, 2002)

تعرف الصحة إجرائياً: بانها حالة الاكتمال والسواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست فقط مجرد الخلو من المرض أو العاهة والتي تدل على وعي الفرد بالممارسات السوية في جميع جوانب الحياة.

2- الإطار النظري والدراسات السابقة

2-1 الإطار النظري

لقد حاول الإنسان منذ القدم تفسير الظواهر والأحداث التي تحيط به في لإطاره البيئي (الاجتماعي والثقافي) الذي يعيش فيه، واستمد تصوراته المعرفية والثقافية حول الصحة والمرض من مصادر ثقافية وصار هذا الرصيد الاعتقادي يؤدي وظائف عديدة في مواجهة الأمراض والأوبئة، والواقع أن التقدم

العلمي وانتشار الوعي الصحي وتقدم العلوم الطبية المختلفة لم يقضي على الرصيد الاعتقادي فلا تزال قطاعات عريضة من المجتمع تستمد تصوراتها ومفاهيمها وتفسيراتها المختلفة للمراض من التراث الثقافي (مكاوي، 1996 ص75).

تعبر المعتقدات الثقافية للفرد والجماعة عن المضمون الثقافي إي الأساليب والنماذج الثقافية للحياة الاجتماعية حيث تؤثر في تصورنا للحياة بشكل عام وللمرض بشكل خاص، حيث تحدد ما نعتبره حالات مرضية والأسباب المسببة لها، والأشخاص الذين لديهم القدرة في تقييم هذه الحالات، أن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر الى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع. لذا نجد أن ثقافة الجماعة تؤثر في كل جانب من جوانب نمو الفرد وتطوره، واكتساب أساليب الحياة، وتحديد الأهداف والتطلعات، وعوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد.

المعتقدات التي يتبناه الفرد تعتبر من المحددات الأساسية للسلوك والتي لها ارتباط بالجماعة المرجعية للفرد وهي نتاج للتمركز حول الجماعة حيث تعتبر المعتقدات ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقتهم الاجتماعية وتصوراتهم حول الحياة والوجود وقوى الطبيعة الخفية في الحياة الكونية ولأسباب عديدة أهمها ذلك التراكم الاجتماعي للعادات والأعراف والتقاليد والأفكار بحيث تصبح المعتقدات قوة آمرة قاهرة توجه السلوك تجاه كثير من الأمور الحياتية، لذا نجد أن هناك علاقة ما بين الإصابة بالأمراض أو الوقاية منها، و استخدام الأساليب العلاجية المختلفة وبين المعتقدات. أن التغير في البناء الاجتماعي والجوانب الثقافية نتيجة لمجموعة من العوامل والتي من ضمنها وسائل التواصل الحديثة والتي أصبحت مصدر من مصادر المعلومات لدى كثير من أفراد المجتمع وخصوصاً فئة الشباب أصبحت عامل مؤثر في حياتهم اليومية سواء على مستوى الممارسات اليومية أو على مستوى الصحة حيث أصبحت موجه حقيقي لهم بما تتضمنه من مواد إعلامية أدت إلى تغيير في الاتجاهات والقناعات المرتبطة بالمعتقدات تجاه الصحة والمرض.

تعكس المعتقدات الثقافية العقائد الدينية والقيم الأخلاقية والتقاليد والتصورات الفلسفية التي يعتنقها أفراد المجتمع والتي تؤثر في تصرفاتهم ونظرتهم للعالم، حيث تختلف المعتقدات الثقافية من ثقافة لأخرى ومن فرد لآخر، وقد تكون تأثيراتها على السلوك الفردي والجماعي متنوعة. وفي الجانب الصحي قد تؤثر المعتقدات الثقافية حول الطعام والنظام الغذائي واللياقة البدنية على اختيارات الأفراد في هذه المجالات، الثقافة بما تحتويه من معتقدات يمكن أن تؤثر على تواصل المرضى مع مقدمي الرعاية الصحية وفهمهم للمعلومات الصحية وقد تؤدي الاختلافات الثقافية في اللغة والقيم والاعتقادات إلى صعوبات في التواصل وفهم الإرشادات الصحية.

تعتبر الثقافة مسئولة مسئولية مباشرة عن تشكيل وتحديد رؤى وتصورات الأفراد وتقييمهم للصحة والمرض، وهذا امر أكده العديد من العلماء الاجتماعيين والأنثروبولوجيين ومنهم على سبيل المثال:

- (فوستر .FOSTER G) والذي يرى أن الثقافة المحلية السائدة تقوم بصياغة وتحديد تقييم الأفراد لحالتهم الصحية والمرضية وتختلف هذه الأحكام والتصورات باختلاف الخلفية الثقافية والاجتماعية والعرقية للأفراد (FOSTER OP. CIT P146).
- بارسونز يرى أن تصورات الفرد الخاصة عن الحالة الصحية والمرضية وتحديده لعلامات الصحة واعراض المرض كلها أمور متصلة بالثقافة السائدة، وهذه الرؤية تختلف من جماعة إلى جماعة ثقافية أخرى. (مكاوي، 1996، ص 75).

2-2 النظرية الموجه للدراسة

1- نظرية النسق الثقافي:

تعتبر نظرية النسق الثقافي من النظريات التي يمكن توظيفها بشكل فعال في الناحية الصحية لفهم تأثير المعتقدات الثقافية على السلوك الصحي وتصرفات الأفراد. من خلال دراسة وتحليل المعتقدات الثقافية المتعلقة بالصحة والتي من خلالها يمكن توجيه جهود تحسين الصحة وتطوير البرامج الصحية التي تتناسب مع احتياجات وقيم المجتمع. تقترح هذه النظرية أن لدى الأفراد نماذج ثقافية تؤثر على تصورهم للعالم وتوجهاتهم نحو الصحة والمرض. وتتشكل هذه النماذج الثقافية الجماعية في صورة معتقدات وقيم وتوقعات مشتركة تشكل أساسًا للتصرف الصحي.

2- تحتوي نظرية النسق الثقافي على مجموعة من المفاهيم الأساسية:

- **النسق الثقافي :يعتبر** النسق الثقافي بمثابة قالب معرفي يحتوي على المعتقدات والقيم والتوقعات الثقافية المشتركة في مجتمع معين. يؤثر النسق الثقافي في التصرفات واتخاذ القرارات وتفسير الأحداث.
- **التأطير الثقافي :**يعنى بكيفية يقوم الأفراد بتحديد وتفسير الأحداث والتجارب بناءً على النسق الثقافي الذي يمتلكونه. يساعد التأطير الثقافي على تشكيل النظرة الشخصية وفهم العالم.
- **التكيف الثقافي:** يشير إلى كيفية يتأقلم الأفراد مع النسق الثقافي السائد في مجتمعهم. يتم ذلك من خلال اكتساب المعتقدات والقيم والممارسات التي تناسب الثقافة والتكيف معها (Bond 2004).

3- تسهم نظرية النسق الثقافي في فهم الاعتقادات والقيم الثقافية التي لها علاقة بالصحة من خلال:

- فهم الاعتقادات والقيم الثقافية المؤثرة في الصحة والذي يساعد في تحليل النسق الثقافي وتحديد الاعتقادات والقيم الثقافية التي تؤثر في نظرة الأفراد للصحة والمرض والعناية الصحية.
- تصميم وتطوير برامج صحية ذات ملاءمة ثقافية تلبي احتياجات وتوقعات المجتمع من خلال فهم المعتقدات الثقافية.
- توعية المجتمع بالقضايا الصحية المهمة وتعزيز الوعي الصحي من خلال تصميم حملات توعوية تستهدف المعتقدات الثقافية وتعزز المعرفة الصحية وتغيير التصورات الخاطئة.
- تعزيز التواصل الثقافي في الرعاية الصحية بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى من خلال فهم المعتقدات الثقافية والتوقعات المتعلقة بالصحة.

3-2 الدراسات السابقة

(1) دراسة الأحمر (2019) بعنوان "العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في الصحة والمرض في المجتمع الليبي: دراسة أنثروبولوجي علي منطقة ترهونة" تناول البحث العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في الصحة والمرض في المجتمع الليبي، في محاولة لفهم آثار تلك العوامل في سياقها الاجتماعي وقد هدف البحث إلى تحليل المتغيرات الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على الصحة والمرض في المجتمع الليبي، ولتحقيق ذلك اعتمد الباحث على المنهج الأنثروبولوجي ومنهج دراسة الحالة، وقد استخدم في جميع بياناته دليل العمل الميداني، وقد جاءت هذه الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها: إن العوامل الاجتماعية والثقافية لها تأثير كبير على الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من خلال ممارستهم للعديد من العادات والتقاليد العلاجية التي تؤدي في بعض الأحيان إلى نتائج سلبية على حياة الفرد، كما يفسر هذا الوعي العديد من الأمراض بتفسيرات ثقافية بدلا من التفسيرات العلمية.

(2) دراسة محمد جلال (2018) هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المعتقدات الثقافية السائدة في المجتمع الأوغندي ومدى تأثيرها على الحالة الصحية للأوغنديين، ورصد أهم الممارسات الثقافية المنتشرة في المجتمع والتعرف على التأثير الصحي المنعكس على القائمين بها، استخدمت الدراسة المنهج الانثربولوجي، أجريت الدراسة على فئات مختلفة من سكان كامبالا عاصمة أوغندا، وبلغ قوام العينة 95 مفردة ممن يتراوح أعمارهم بين 05-15 عام، وتوصلت إلى عدة نتائج هي :لقد تركت المعتقدات السائدة في أوغندا اثرا واضحا على الحالة الصحية وخاصة بالنسبة للمرأة، تعاطي الكحوليات يعد عنصر أساسي في المناسبات والاحتفالات ولا يمكن الاستغناء عنه.

(3) دراسة عسكر (2013) بعنوان: "المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة " تهدف الدراسة إلى التعرف على مستوى المعتقدات الصحية لدى طلبة الجامعة، والتعرف على مستوى فاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، والتعرف على العلاقة الارتباطية بين المعتقد الصحي وفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة .وأعَّدت الدراسةُ مقياسا للمعتقدات الصحية وفقا للنظرية المتبناة، واستخرجت خصائص السايكومترية، في حين قامت بتبني مقياس الألوسي، 2001) لفاعلية الذات. وقامت بتطبيقيها على عينة البحث والبالغة (200) طالب وطالبة تم اختيروا بالطريقة الطبقية العشوائية. توصمت الباحثة إلى عدة نتائج منها: أن عينة البحث الحالي لديهم معتقدات صحية، ويمتلكون فاعلية ذاتية، ووجود علاقة إيجابية بين المعتقدات الصحية وفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة.

(4) دراسة (Reca 2009) و التي استهدفت كيفية مساعدة الشخص في استعمال نموذج المعتقدات الصحية في حياته للوقاية من الأمراض في برنامج للتثقيف الصحي، وقد تلخصت بقائمة للمرشدين ومدى التزامهم بالأفكار التطبيقية للمعتقدات الصحية ومنها على سبيل المثال الاستعانة بنشاط أو فعالية ترفع من إدراك الطلبة بكونهم عرضة للإصابة بالأمراض ومعرفة مدى إدراك الطالب للأمراض ونتائجها وقسوة الحالة المرضية والشعور بها، والإجراءات التي يتخذها الطلبة لتجنب الحالة المرضية والوقاية منه أما الأفكار التطبيقية للمعتقدات الصحية فكا نت عرض أفلام فيديو على الشباب لتقريب الحالة المرضية وتقديم إحصائيات حديثة للشباب.

(5) دراسة نعمات عبد الله رجب (2008) هدفت الدراسة إلى التعرف على المحددات الاجتماعية والثقافية للمرض – دراسة حالة ام درمان، وانطلاقاً من السؤال الرئيسي هل يمكن أن يصبح المرض ظاهرة اجتماعية وظاهرة بيولوجية وفسيولوجية ونفسية، وهل للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية وأساليب الحياة وأنماطها تأثير على حياة الفرد سلباً وإيجاباً؟ وتوصلت الدراسة إلى الآتي: أن هناك محددات ثقافية وعوامل اجتماعية تؤثر وبشكل مباشر على صحة الإنسان وتتسبب أو تؤدي إلى حدوث المرض دون العوامل والأسباب البيولوجية والطبيعية، وتمثل مجموعة متداخلة من السمات والصفات الاجتماعية التي تحكم السلوك المرضي للأفراد والجماعات، وكذلك أن التغير الاجتماعي والانخراط في نماط جديد للحياة في الغذاء والسكن يسبب أمراض مزمنة، وإن المرض كظاهرة اجتماعية تسود بشكل نسبي لا تقل باي حال من الأحوال عن السبب البيولوجي.

(6) دراسة شوقي (2006) بعنوان "إدراك مفهوم الصحة والمرض دراسة مقارنة بين الجنسين" هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في إدراكهما لمعنى الصحة والمرض. استخدم الدراسة المنهج الوصفي وقد أجريت الدراسة على مجموعة متاحة قوامها 300 مفردة، نصفها من الذكور، والآخر من الإناث المكافئات لهم في العمر والتعليم والحالة الاجتماعية. وأوضحت النتائج وجود

تطابق شبه تام بين مدركات الذكور والإناث لمفهوم الصحة/ المرض- فمن بين ثمان وعشرين مقارنة زوجية تم إجراؤها بين النسب جاءت ثلاث منها فقط دالة تمثلت في ظهور التعريفات الشاملة الدقيقة للمرض أكثر لدى الذكور، كما وردت لديهم أكثر المظاهر النفسية الاجتماعية للصحة، أما الإناث فقد أورد علامات بدني اجتماعية أكثر للمرض. وانتقت الفروق الدالة بين الجنسين تماما في تعريفهما للصحة. وكانت مصادر معلومات الجنسين متماثلة وعلى رأسها وسائل الإعلام ثم الأطباء. وكشفت النتائج في مجملها عن وجود تشوه واضح في إدراك مفهوم الصحة/ المرض لدى الجنسين يسوده منظور أحادي البعد له ركيزة بدنية. وقد نوقشت النتائج في ضوء بعض المتغيرات الثقافية المتمايزة بين الجنسين وكذلك من حيث دلالاتها التطبيقية في التعليم الصحي ورسم السياسية الصحية.

(7) دراسة القدومي (2005) والتي هدفت التعرف إلى مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي لدى اللاعبين، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (90) لاعباً من المشاركين في بطولة الأندية العربية الثانية والعشرين في الأردن، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان عاليا، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (81%)، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائيا تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي والتفاعل بينهما، كما أظهرت النتائج أن وسائل الإعلام سجلت أعلى مصدر للحصول على المعلومات الصحية عند اللاعبين.

(8) دراسة العلي (2001) هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، إضافة إلى تحديد اثر متغيرات الجنس، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الأب وألام عند الطالب، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم على مستوى الثقافة الصحية لديه، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الثقافة الصحية كان جيدا عند أفراد عينة الدراسة حيث وصل متوسط الإجابة على الاختبار إلى (78.81%)، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغيرات الجنس، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الأب وألام عند الطالب، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم على مستوى الثقافة الصحية عن الطلبة، وأوصت الدراسة بضرورة وجود منهاجا مستقلا للتربية الصحية في المدارس كباقي المواضيع الدراسية.

(9) دراسة حمام (1996) هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول الثانوي في محافظة عمان وأثره على اتجاهاتهن الصحية، إضافة إلى تحديد الفروق في الثقافة

الصحية تبعا لمتغيري التخصص، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للطالبات، أظهرت نتائج الدراسة أن (80.3%) من عينة الدراسة كانت اتجاهاتهن الصحية إيجابية ، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطيه إيجابية بين الثقافة الصحية واتجاهات الطالبات الصحية حيث وصل معامل الارتباط إلى (0.39) وهو دال إحصائياً عند مستوى (0.001)، وأوصت الباحثة بضرورة وجود منهاج مستقل للتربية الصحية في المدارس.

(10) دراسة لوتس (Lottes,1996) هدفت الدراسة إلى تحليل فائدة مساق صحي في كلية جتزبيرج، حيث ركزت الدراسة على السؤالين ما الذي يؤدي إلى زيادة معرفة الطلبة في أحداث تغير في سلوكهم في نهاية المساق الصحي؟ ماذا يقول الطلبة عن تأثيرات المساق الصحي من حيث زيادة المعرفة والتغير في سلوكهم؟ وتم إجراء مسح شامل لآراء الطلبة في نهاية المساق وبعد أربع سنوات من دراستهم المساق، لملاحظة ما إذا كان له أثر في نمط حياتهم الصحي وقد بينت الدراسة إن التغيرات السلوكية التي حدثت في نهاية المساق وبعد أربع سنوات من دراسة المساق كانت إدارة الوقت والتغذية والتغلب على التوتر. ومن خلال ما سبق وفي ضوء عمل الباحثون في المجال الأكاديمي لتدريس بعض المساقات ذات العلاقة بالوعي الصحي مثل مساق التربية الصحية، والرياضة والصحة لاحظوا أن غالبية الطلبة لديهم ثقافة صحية، ولكنهم غير واعين صحيا، ومثل ذلك يؤكد على أهمية إجراء مثل هذه الدراسة بالنسبة للطلبة الجامعات لأنهم الشريحة الأهم في المجتمع، وكذلك للباحثين ومخططي المناهج الدراسية والمشرفين.

4-2 التعليق على الدراسات السابقة

تناول الباحث في هذه الدراسة المعتقدات الثقافية وعلاقتها بالصحة، ويعتبر الموضوع له علاقة بعلم الاجتماع الطبي حيث يهتم بدراسة الصحة والمرض من خلال التركيز على المعتقدات الثقافية لدى أفراد المجتمع وخصوصاً الفئة الشابة، حيث تؤدي دور هاماً ولها علاقة بالسلوك الذي ينعكس على الحالة الصحة. اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة بالنسبة لتناولها متغير المعتقدات الثقافية، وكما تم الاستفادة من الدراسات السابقة في تكوين مشكلة الدراسة وصياغتها وتطوير أداة الدراسة، والمنهجية. فجاءت هذه الدراسة لتكشف عن دور المعتقدات الثقافية وعلاقتها بالصحة وتشخيص المرض، كما تكشف الدراسة عن مستوى الثقافة الصحية لدى أفراد المجتمع، من خلال إبراز دور المعتقدات الثقافية وأثرها في انتشار بعض الأمراض، كما تميزت هذه الدراسة باهتمامها بالفئة الشابة من طلاب المرحلة الجامعية. تظهر أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة في الأهداف، حيث أن كل باحث لديه أهداف يريد الوصول إليها، الاختلاف أيضاً في المجال المكاني والزماني وفي تطبيق المنهج المستخدم.

3- منهجية الدراسة

تمهيد

من خلال هذا القسم سيتم التعرف على منهج الدراسة والإجراءات المتبعة، والذي يتضمن: التعرف على المنهجية المتبعة، والتعريف بالمجتمع والعينة المستهدفة، وكذلك التعريف بأداة جمع البيانات ومراحل البناء وكيفية التحقق من صدقها وثباتها، بالإضافة إلى العمليات الإحصائية التي ستستخدم في عمليات التحليل الإحصائي للبيانات.

3-1 منهج الدراسة

قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي في الدراسة حيث يعرف المنهج الوصفي بأنه "أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية، ثم تفسيرها بطريقة موضوعية بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة" (دويدري، 2000م: ص 183).

ويقصد بالمنهج الوصفي وصف الأشياء المادية أو المعنوية وأي شيء له علاقة بالظاهرة موضوع الدراسة. ويستخدم المنهج الوصفي عادة في الدراسات التي تصف الماضي أو الواقع الموجود أو الأنشطة الذهنية والعلمية، وقد تتضمن الدراسة الوصفية شيئاً من التحليل والاستقراء بصفتها جزئية صغيرة ضمن دراسة يغلب عليها الطابع الوصفي. (صيني، 1994م: ص 63) .

الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج الوصفي للتوصل إلى الأهداف والإجابة على التساؤلات التي تم وضعها. حيث تم جمع بيانات من عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز كلية الآداب بتخصصاتها المختلفة، وذلك بهدف التعرف على المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة ودور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض من وجهة نظر الطلاب، وتم وضع أسئلة محددة وصياغتها في شكل استبيان تم توزيعه على أفراد العينة ومن ثم وصف هذه البيانات وتحليلها.

3-2 مجتمع وعينة الدراسة

يقصد بالمجتمع مجموعة من الأشياء التي نريد دراستها إما لوصفها أو لاستقراء السمات العامة لها أو استقراء العلاقات بينها. وهذه الأشياء قد تكون أشياء مادية يمكن إدراكها بالحواس الخمس أو أن تكون معنوية نفسية مثل المشاعر الإنسانية أو فكرية مكتسبة (صيني، 1994م: ص 220). ونظراً لأن دراسة المجتمع بأكمله يكون مكلفاً أحياناً أو مستحيلاً أحياناً أخرى فإننا نلجأ إلى العينة من المجتمع لإجراء الدراسة عليها ويجب أن تمثل العينة مجتمع الدراسة بأكمله بحيث يمكن الاعتماد على العينة للحصول

على تصور مقبول عن المجتمع (صيني، 1994م، ص 221). وقد تم أخذ عينة قصدية غير عشوائية من طلاب جامعة الملك عبد العزيز كلية الآداب وتم التوصل إلى استجابة (195) ليمثل هذا العدد عينة الدراسة، وذلك بعد أن تم استبعاد الاستبانات الغير صالحة ومنها الغير مكتملة – حيث أن الاستبيان قد تم توزيعه ورقياً.

3-3 حدود الدراسة

1. الحدود البشرية: عينة من طلاب كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز.
2. الحدود المكانية: المملكة العربية السعودية – مدينة جدة.
3. الحدود الزمنية: سيتم تطبيق هذه الدراسة خلال عام 1445هـ / 2023م.

4-3 أداة الدراسة

قام الباحث باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة، نظراً لطبيعتها من حيث أهدافها ومنهجها ومجتمعها، وتعتبر من أكثر أدوات البحث انتشاراً وتستخدم في العديد من مجالات العلوم والمعرفة، فهي أكثر فاعلية من حيث الوقت والتكلفة، كما أنها تسهل الإجابة على بعض الأسئلة التي تحتاج إلى وقت من قبل المستجيب (نوري، 2014م: 167-168). ويعتبر الاستبيان المستخدم من نوع الاستبيان المغلق الذي تكون الإجابات عليه محددة (ذوقان، عبيدات، ص 123).

تتألف الاستبانة من جزئين: الأول عبارة عن البيانات الشخصية عن أفراد العينة وتحتوي على بيانات عن (العمر – دخل الأسرة – تعليم الوالدين – ملكية السكن – عدد أفراد الأسرة – السكن الحالي). والجزء الثاني يحتوي على محاور أداة الدراسة وهي محورين كالآتي:

- المحور الأول: المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة – يتكون من 14 فقرة
- المحور الثاني: دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض – يتكون من 11 فقرة.

تخضع خيارات الإجابة على محاور أداة الدراسة لمقياس ليكرت للتدرج الخماسي بالخيارات (موافق بشدة – موافق – محايد – غير موافق – غير موافق بشدة)، وتأخذ الدرجات (5 – 4 – 3 – 2 - 1) على التوالي، وهذه القيم تقابلها الفترات (4.20 – 5.0، 3.40 -< 4.20، 2.60 -< 3.40، 1.80 -< 2.60، 1 -< 1.80) على التوالي.

5-3 صدق وثبات الاستبانة

يُعتبر صدق وثبات البيانات التي توفّرها الأداة هي من أهم أسس جمع البيانات في البحث العلمي، وتنبع أهميته من كون أن وجوب توفرها يؤدي إلى صحّة نتائج البحث العلمي وتجعل له قيمة علمية، لذلك ينبغي على الباحث الحرص على اختيار أداة تمتاز بالثبات والصدق.

1- الصدق الظاهري:

تم التأكد من الصدق الظاهري للاستبانة من خلال عرضها على ذوي الاختصاص (محكمين) لمعرفة آرائهم عن مدى سلامة الاستبانة من حيث الصياغة ومدى قياس العبارات للمحاور التي تتبع لها.

2- صدق الاتساق الداخلي للاستبانة:

"يُعرف صدق الاتساق الداخلي بأنه مدى مقدرة الاستبيان على قياس ما صُمم من أجله" (Hair et al., 2006)، وقد تم حساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون بين كل عبارة ودرجة المحور الذي تتبع له، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (3-1): صدق الاتساق الداخلي لعبارات أداة الدراسة حسب المحاور

المحاور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
1. المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	1	.670**	8	.601**
	2	.539**	9	.648**
	3	.601**	10	.417**
	4	.672**	11	.705**
	5	.716**	12	.653**
	6	.594**	13	.628**
	7	.551**	14	.434**
2. دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	1	.624**	7	.648**
	2	.639**	8	.611**
	3	.524**	9	.750**
	4	.672**	10	.434**
	5	.547**	11	.571**
	6	.586**		

(**) معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.01)

الجدول السابق يوضح نتائج صدق الاتساق الداخلي لعبارات أداة الدراسة حسب المحاور بطريقة معاملات بيرسون للارتباط. بالنسبة للمحور الأول فنجد أن معاملات الارتباط بين كل

عبارة ودرجة المحور الأول تراوحت بين (0.417 – 0.716) وجميعها قيم موجبة تدرجت بين المتوسطة والمرتفعة وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01). بالنسبة للمحور الثاني فنجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة المحور الثاني تراوحت بين (0.434 – 0.750) وجميعها قيم موجبة تدرجت بين المتوسطة والمرتفعة وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01)، وبالتالي فإن أداة الدراسة تمتاز بصدق الاتساق الداخلي وأن العبارات في كل محور تقيس ما صُممت من أجله.

3- ثبات الاستبانة:

يُعرف الثبات بأنه مدى مقدرة المقياس على إعطاء نتائج مشابهة عند تكرار القياس تحت ظروف مشابهة (Swanlund,2011)، وللتحقق من ثبات أداة البحث تم استخدام معاملات ألفا كرونباخ ((Cronbach, L. J. (1951)، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (3-2): معاملات الثبات للاستبانة بطريقة كرونباخ-ألفا

المحاور	عدد العبارات	كرونباخ-ألفا
المحور الأول: المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	14	0.840
المحور الثاني: دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	11	0.820
الاستبيان كاملاً	25	0.830

الجدول السابق يوضح نتائج الثبات لأداة الدراسة بطريقة كرونباخ-ألفا. نجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمحور الأول الذي يتكون من 14 فقرة بلغت (0.840)، وللمحور الثاني الذي يتكون من 11 فقرة بلغت (0.820)، وللاستبيان كاملاً فقد بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.830)، ونلاحظ أن جميع معاملات الثبات جاءت مرتفعة. مما سبق من نتائج الثبات فإنه يمكن التوصل إلى أن الأداة تمتاز بالثبات، مما يجعل الباحث مطمئن لإجابات أفراد العينة على الاستبيان وبالتالي فإن النتائج التي سيتم التوصل إليها من خلال الاستبيان ستكون موثوقة ويعتمد عليها في الوصول إلى القرارات السليمة.

6-3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم استخدام برنامج (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS) الإصدارة (24)، بإجراء المعالجات والاختبارات الإحصائية التالية:

1. معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي.
2. معامل كرونباخ-ألفا لحساب معامل الثبات لأداة الدراسة.
3. التكرارات والنسب المئوية لوصف عينة الدراسة وفقاً للبيانات الأولية.

4. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة على تساؤلات الدراسة.

5. اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) واختبار (ت) للعينات المستقلة لدراسة الفروق في محاور الاستبانة وفقاً لبعض المتغيرات الأولية.

4- عرض وتحليل بيانات الدراسة

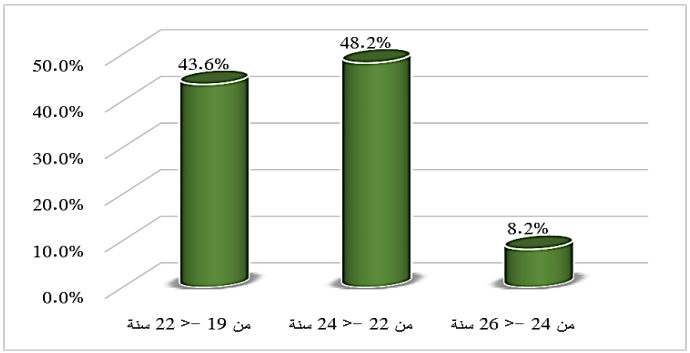
4-1 خصائص أفراد عينة الدراسة

تم تحديد عدد من المتغيرات الأولية لوصف أفراد عينة الدراسة، وتشمل: (العمر – دخل الأسرة – تعليم الوالدين – ملكية السكن – عدد أفراد الأسرة – السكن الحالي)، والتي تم اختيارها لاحتمالية تأثيرها على نتائج الدراسة، هذا بالإضافة إلى كونها تعطي مؤشرات عامة عن العينة المستهدفة، وتفصيل ذلك فيما يلي:

جدول رقم (3-3): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر

الفئات العمرية	العدد	النسبة المئوية
من 19 -< 22 سنة	85	% 43.6
من 22 -< 24 سنة	94	% 48.2
من 24 -< 26 سنة	16	% 8.2
المجموع	**195**	**% 100.0**

يتبين من خلال الجدول أن نسبة (48.2 %) من العينة في الفئة العمرية (22 –< 24 سنة)، وأن نسبة 43.6 % في الفئة العمرية (19 –< 22 سنة)، وأن نسبة 8.2 % في الفئة العمرية (24 –< 26 سنة)، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

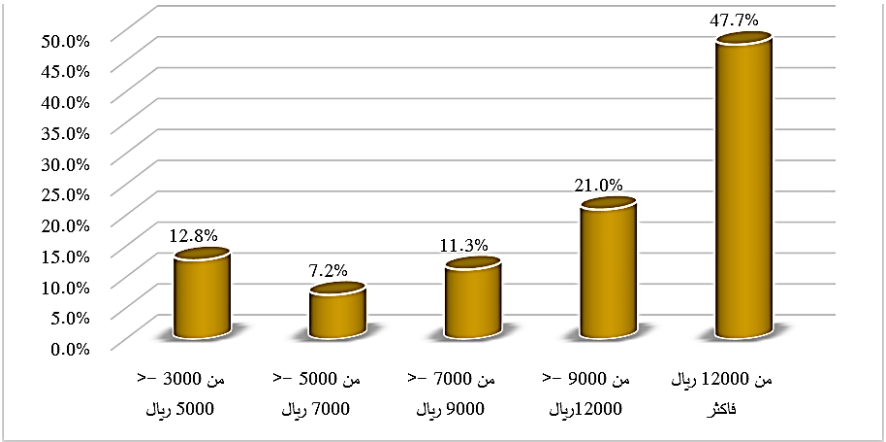


شكل رقم (3-1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر

جدول رقم (3-4): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة

مستوى دخل الأسرة	العدد	النسبة المئوية
من 3000 -< 5000 ريال	25	% 12.8
من 5000 -< 7000 ريال	14	% 7.2
من 7000 -< 9000 ريال	22	% 11.3
من 9000 -< 12000ريال	41	% 21.0
من 12000 ريال فأكثر	93	% 47.7
المجموع	**195**	**% 100.0**

نجد من خلال الجدول أن نسبة (47.7 %) من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى دخل أسرهم (من 12000 ريال فأكثر)، وأن نسبة 21 % يبلغ دخل أسرهم (من 9000 -< 12000 ريال)، بينما أقل نسبة سُجلت لمستوى الدخل (من 5000 -< 7000 ريال) وبلغت 7.2 %، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

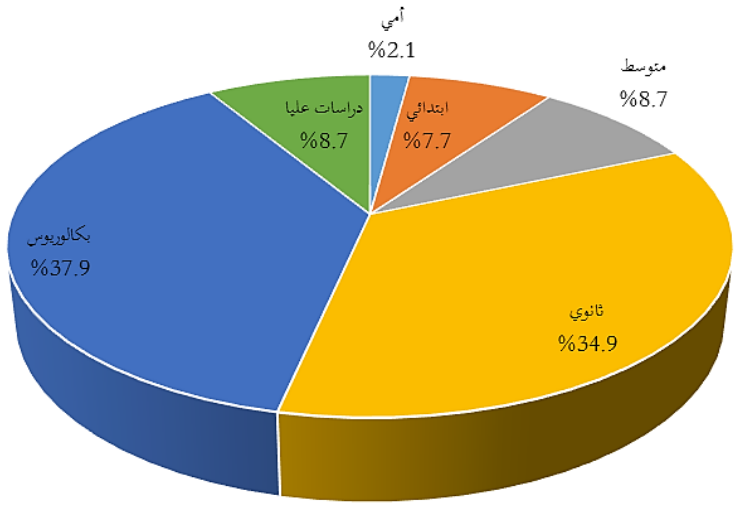


شكل رقم (3-2): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة

جدول رقم (3-5): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي للأب

المستوى التعليمي للأب	العدد	النسبة المئوية
أمي	4	% 2.1
ابتدائي	15	% 7.7
متوسط	17	% 8.7
ثانوي	68	% 34.9
بكالوريوس	74	% 37.9
دراسات عليا	17	% 8.7
المجموع	**195**	**% 100.0**

نجد من خلال الجدول أن نسبة 37.9 % من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى تعليم الأب (بكالوريوس)، وأن نسبة 34.9 % مستوى تعليم الأب (ثانوي)، بينما أقل نسبة سُجلت لمستوى تعليم الأب (أمي) بنسبة بلغت (2.1 %)، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

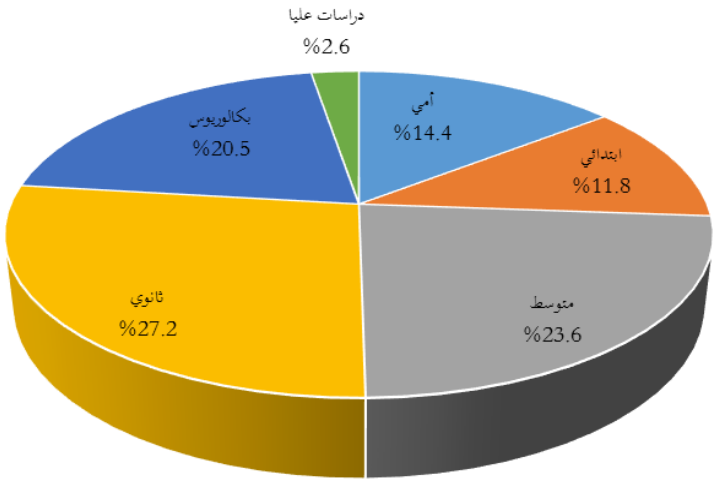


شكل رقم (3-3): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي للأب

جدول رقم (3-6): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي للأم

المستوى التعليمي للأم	العدد	النسبة المئوية
أمي	28	% 14.4
ابتدائي	23	% 11.8
متوسط	46	% 23.6
ثانوي	53	% 27.2
بكالوريوس	40	% 20.5
دراسات عليا	5	% 2.6
المجموع	**195**	**% 100.0**

نجد من خلال الجدول أن نسبة 27.2 % من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى تعليم الأم (ثانوي)، وأن نسبة 23.6 % مستوى تعليم الأم (متوسط)، بينما أقل نسبة سُجلت لمستوى تعليم الأم (دراسات عليا) بنسبة بلغت (2.6 %) فقط، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

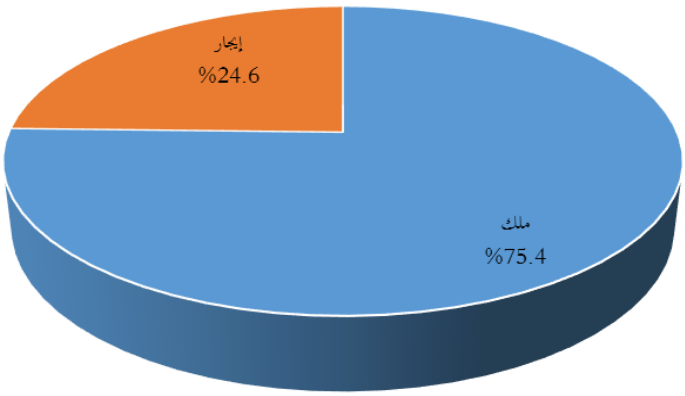


شكل رقم (3-4): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي للأم

جدول رقم (3-7): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير ملكية السكن

ملكية السكن	العدد	النسبة المئوية
ملك	147	% 75.4
إيجار	48	% 24.6
المجموع	**195**	**% 100.0**

يتضح من خلال الجدول أن غالبية أفراد العينة بنسبة (75.4 %) أفادوا بأن طبيعة ملكية السكن لأسرهم (ملك)، بينما النسبة المتبقية وهي 24.6 % فطبيعة ملكية سكن أسرهم (إيجار)، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

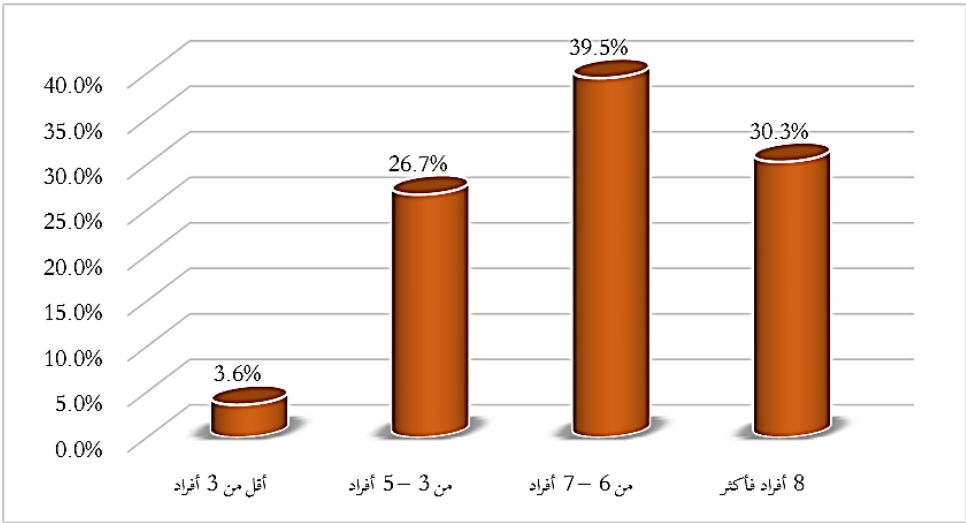


شكل رقم (3-5): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير ملكية السكن

جدول رقم (3-8): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد أفراد الأسرة

عدد أفراد الأسرة	العدد	النسبة المئوية
أقل من 3 أفراد	7	% 3.6
من 3 – 5 أفراد	52	% 26.7
من 6 – 7 أفراد	77	% 39.5
8 أفراد فأكثر	59	% 30.3
المجموع	**195**	**% 100.0**

نجد من خلال الجدول أن نسبة (39.5 %) من أفراد العينة أفادوا بأن عدد أفراد أسرهم (من 6 -7 أفراد)، وأن نسبة 30.3 % يبلغ عدد أفراد أسرهم (8 أفراد فأكثر)، بينما هناك 3.6 % يبلغ عدد أفراد أسرهم (أقل من 3 أفراد)، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:

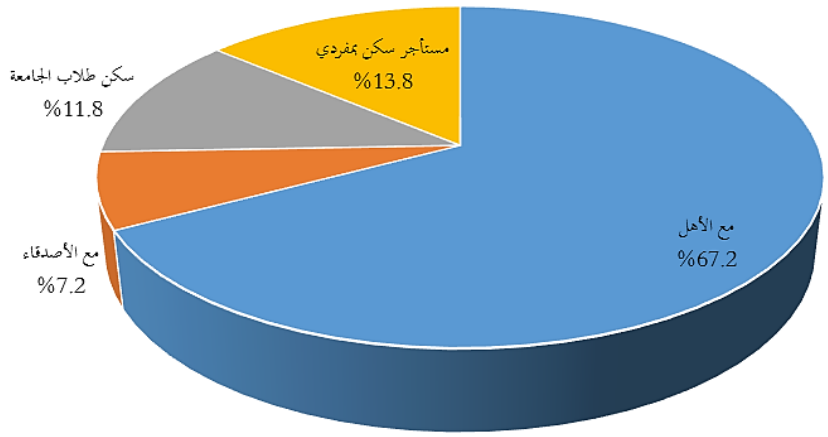


شكل رقم (3-6): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير عدد أفراد الأسرة

جدول رقم (3-9): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير السكن الحالي

السكن الحالي	العدد	النسبة المئوية
مع الأهل	131	% 67.2
مع الأصدقاء	14	% 7.2
سكن طلاب الجامعة	23	% 11.8
مستأجر سكن بمفردي	27	% 13.8
المجموع	**195**	**% 100.0**

بالنسبة لمكان السكن الحالي، فنجد من خلال الجدول أن نسبة 67.2 % من أفراد العينة يسكنون مع الأهل، وأن نسبة 13.8 % يستأجرون مساكن بمفردهم، وأن نسبة 11.8 % يسكنون بسكن طلاب الجامعة، وأن نسبة 7.2 % يسكنون مع الأصدقاء، والشكل البياني التالي يوضح هذه النسب:



شكل رقم (3-7): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير مكان السكن الحالي

2-4 نتائج الإجابة على تساؤلات الدراسة

نتائج التساؤل الأول: هل يوجد علاقة بين المستوى الثقافي والمحافظة على الصحة؟

للإجابة على هذا التساؤل، فقد تم تحليل عبارات المحور الأول لأداة الدراسة عن طريق حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الموافقة لإجابات أفراد العينة على عبارات المحور، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة حول المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة.

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	المستوى	الترتيب
1	أهتم بالنوم والراحة لساعات كافية.	4.05	1.21	81.0	موافق	6
2	أهتم بالاستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتمرين.	4.63	0.89	92.6	موافق بشدة	1
3	أراعي عند اختياري ملابسي مناسبتها لدرجة حرارة الجو.	4.15	0.99	83.0	موافق	4
4	أهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس.	4.56	0.75	91.2	موافق بشدة	2
5	أنا على علم بحالتي الصحية	3.91	1.07	78.2	موافق	7
6	أهتم بعمل الفحوصات الدورية	2.79	0.99	55.8	محايد	11
7	أهتم بمشاهدة البرامج الصحية	2.66	1.05	53.2	محايد	14
8	أبتعد عن الانفعالات التي تؤثر على صحتي	3.69	1.09	73.8	موافق	8
9	أحرص على زيارة طبيب الأسنان بشكل دوري	2.94	1.13	58.8	محايد	9
10	أجلس في الأماكن المسموح فيها بالتدخين	2.93	1.42	58.6	محايد	10
11	أتعرف على بعض الأمراض والعوامل المؤدية إليها	4.07	0.97	81.4	موافق	5
12	أبتعد عن السهر لوقت متأخر من الليل	2.76	1.28	55.2	محايد	12
13	أتبع إرشادات الوقاية من الأمراض المعدية	4.17	0.98	83.4	موافق	3
14	أستفيد من الخدمات التي يقدمها مركز الخدمات الطبية الجامعي.	2.74	1.26	54.8	محايد	13
	المتوسط الحسابي المرجح العام	3.58	1.08	% 71.5	موافق	

الجدول (4-1) عبارة عن التحليل الإحصائي لعبارات المحور الأول (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة)، وذلك بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الموافقة لإجابات أفراد العينة على العبارات، فمن خلال المتوسط العام والذي بلغ (3.58) ويقع ضمن الفئة الثانية (3.40 -< 4.20) من مقياس ليكرت الخماسي والذي يشير إلى مستوى (موافق)، كما بلغ الانحراف المعياري الكلي (1.08) ويشير إلى مدى تجانس إجابات أفراد العينة على عبارات المحور، وبلغت نسبة الموافقة العامة على المحور (71.5 %)، وبالتالي فإن أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى ثقافي عالي وأنهم يوافقون بنسبة 71.5 % على مستوى الثقافة علاقته بالمحافظة على الصحة.

ومن خلال المتوسطات الحسابية، فقد تم ترتيب العبارات تنازلياً حسب درجة ونسبة الموافقة، فنجد أن أكثر العبارات التي تشير إلى المستوى الثقافي وعلى علاقة بالمحافظة على الصحة هي:

نجد أن العبارة (أهتم بالاستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتمرين) حازت على الترتيب الأول بأعلى متوسط حسابي بلغ (4.63) ومستوى استجابة (موافق بشدة)، تلتها في المرتبة الثانية (أهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس) بمتوسط حسابي بلغ (4.56) ومستوى استجابة (موافق بشدة)، ثم جاءت في المرتبة الثالثة (أتبع إرشادات الوقاية من الأمراض المعدية) بمتوسط حسابي بلغ (4.17) ومستوى استجابة (موافق)، ثم جاءت في المرتبة الرابعة (أراعي عند اختياري ملابسي مناسبتها لدرجة حرارة الجو) بمتوسط حسابي بلغ (4.15) ومستوى استجابة (موافق).

بينما أقل العبارات التي تشير إلى المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة هي: (أبتعد عن السهر لوقت متأخر من الليل) والتي جاءت في المرتبة الثانية عشر بمتوسط حسابي بلغ (2.76) ومستوى استجابة (محايد)، ثم جاءت في المرتبة الثالثة عشر (أستفيد من الخدمات التي يقدمها مركز الخدمات الطبية الجامعي) بمتوسط حسابي بلغ (2.74) ومستوى استجابة (محايد)، ثم جاءت في المرتبة الرابعة عشر والأخيرة (أهتم بمشاهدة البرامج الصحية) بأقل متوسط حسابي بلغ (2.66) ومستوى استجابة (محايد).

نتائج التساؤل الثاني: ما دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض؟

للإجابة على هذا التساؤل، فقد تم تحليل عبارات المحور الثاني لأداة الدراسة عن طريق حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الموافقة لإجابات أفراد العينة على عبارات المحور، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة حول دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض.

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة	المستوى	الترتيب
1	لا أذهب إلى الطبيب إلا عندما يشتد بي المرض	3.83	1.47	76.6	موافق	1
2	أستشير أصدقائي عند الإحساس بأعراض مرضية	3.61	1.21	72.2	موافق	3
3	أفضل التداوي بالمنزل بواسطة بعض الأعشاب	3.06	1.29	61.2	محايد	9
4	أعتمد على خبرات الأسرة في التداوي	3.75	1.14	75.0	موافق	2
5	الأسرة ترى أن بعض الأمراض هي نتاج للعين (الحسد)	3.15	1.34	63.0	محايد	7
6	تفضل الأسرة الذهاب إلى بعض القراء عند الإحساس بأعراض مرضية	2.11	1.21	42.2	غير موافق	10
7	أعتمد بعض الأدوية التي تمتلكها الأسرة بالمنزل	3.52	1.18	70.4	محايد	4
8	أذهب إلى الصيدلية للحصول على الأدوية دون استشارة الطبيب	3.22	1.36	64.4	محايد	6
9	تلعب الأسرة دور مهم في تشخيص الأمراض	3.42	1.12	68.4	محايد	5
10	ترى الأسرة أن بعض الأمراض التي تصيب أفراد الأسرة هي من أعمال السحر	1.88	1.05	37.6	غير موافق	11
11	العادات والتقاليد لها دور في تشخيص بعض الأمراض	3.14	1.38	62.8	محايد	8
	المتوسط الحسابي المرجح العام	3.15	1.25	% 63.1	محايد	

الجدول (4-2) عبارة عن التحليل الإحصائي لعبارات المحور الثاني (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض)، وذلك بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الموافقة لإجابات أفراد العينة على العبارات، فمن خلال المتوسط العام والذي بلغ (3.15) ويقع ضمن الفئة الثالثة (2.60 –< 3.40) من مقياس ليكرت الخماسي والذي يشير إلى مستوى (محايد)، كما بلغ الانحراف المعياري الكلي (1.25) ويشير إلى مدى تجانس إجابات أفراد العينة على عبارات المحور، وبلغت نسبة الموافقة العامة على المحور (63.1 %)، وبالتالي فإن أفراد عينة الدراسة محايدين وبنسبة إجمالية بلغت 63.1 % نحو دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض.

ومن خلال المتوسطات الحسابية، فقد تم ترتيب العبارات تنازلياً حسب درجة ونسبة الموافقة، فنجد أن أكثر العبارات التي تشير إلى دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض من وجهة نظر أفراد العينة هي:

نجد أن العبارة (لا أذهب إلى الطبيب إلا عندما يشتد بي المرض) جاءت في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (3.83) ومستوى استجابة (موافق)، ثم جاءت في المرتبة الثانية العبارة (أعتمد على خبرات الأسرة في التداوي) بمتوسط حسابي بلغ (3.75) ومستوى استجابة (موافق)، ثم جاءت في المرتبة الثالثة العبارة (استشير أصدقائي عند الإحساس بأعراض مرضية) بمتوسط حسابي بلغ (3.61) ومستوى استجابة (موافق).

بينما أقل العبارات التي تشير إلى دور المعتقدات الثقافية ودورها في تشخيص بعض الأمراض هي (افضل التداوي بالمنزل بواسطة بعض الأعشاب) والتي جاءت في المرتبة التاسعة بمتوسط حسابي بلغ (3.06) ومستوى استجابة (محايد)، ثم جاءت في المرتبة العاشرة العبارة (تفضل الأسرة الذهاب الى بعض القراء عند الإحساس بأعراض مرضية) بمتوسط حسابي بلغ (2.11) ومستوى استجابة (غير موافق)، ثم جاءت في المرتبة الحادية عشر والأخيرة العبارة (ترى الأسرة أن بعض الأمراض التي تصيب أفراد الأسرة هي من أعمال السحر) بمتوسط حسابي بلغ (1.88) ومستوى استجابة (غير موافق).

نتائج التساؤل الثالث: هل توجد فروق في محوري أداة الدراسة وفقاً للعمر؟

قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير العمر، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-3): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير العمر.

المحاور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربعات المتوسطات	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	بين المجموعات	0.71	2	0.36	0.93	0.398
	داخل المجموعات	74.03	192	0.39		
	الكلي	74.74	194			
دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	بين المجموعات	0.27	2	0.14	0.24	0.788
	داخل المجموعات	109.19	192	0.57		
	الكلي	109.47	194			

الجدول (4-3) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير العمر، وبمتابعة قيم الاختبار (F) وبمقارنة قيم الدلالة الإحصائية مع مستوى المعنوية (0.05) نجد الآتي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير العمر – حيث أن قيم الدلالة الإحصائية المقابلة لهذين المحورين جاءت أكبر من مستوى المعنوية (0.05).

نتائج التساؤل الرابع: هل توجد فروق في محاور أداة الدراسة وفقاً لمستوى دخل الأسرة؟

قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-4): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة.

المحاور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربعات المتوسطات	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	بين المجموعات	3.52	4	0.88	2.34	0.056
	داخل المجموعات	71.23	190	0.37		
	الكلي	74.74	194			
دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	بين المجموعات	4.16	4	1.04	1.88	0.116
	داخل المجموعات	105.31	190	0.55		
	الكلي	109.47	194			

الجدول (4-4) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة، وبمتابعة قيم الاختبار (F) وبمقارنة قيم الدلالة الإحصائية مع مستوى المعنوية (0.05) نجد الآتي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة – حيث أن قيم الدلالة الإحصائية المقابلة لهذين المحورين جاءت أكبر من مستوى المعنوية (0.05).

نتائج التساؤل الخامس: هل توجد فروق في محاور أداة الدراسة وفقاً لمستوى تعليم الوالدين؟

قام الباحث باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالدين، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-5): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأب

المحاور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربعات المتوسطات	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	بين المجموعات	5.92	5	1.18	3.25	0.008
	داخل المجموعات	68.82	189	0.36		
	الكلي	74.74	194			
دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	بين المجموعات	2.58	5	0.52	0.91	0.475
	داخل المجموعات	106.89	189	0.57		
	الكلي	109.47	194			

الجدول (4-5) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأب، وبمتابعة قيم الاختبار (F) وبمقارنة قيم الدلالة الإحصائية مع مستوى المعنوية (0.05) نجد الآتي:

بلغت قيمة الدلالة الإحصائية المقابلة للمحور (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) (0.008) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) وتشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأب. وقد أشارت نتائج اختبار أقل فرق معنوي (LSD) إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأب (ابتدائي) و(متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين (أمي) و(متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو المحور (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأب – حيث أن قيمة الدلالة الإحصائية المقابلة للمحور جاءت أكبر من مستوى المعنوية (0.05).

جدول رقم (4-6): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأم

المحاور	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مربعات المتوسطات	قيمة الاختبار F	الدلالة الإحصائية
المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	بين المجموعات	8.80	5	1.761	5.047	0.000
	داخل المجموعات	65.94	189	0.349		
	الكلي	74.74	194			
دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	بين المجموعات	12.89	5	2.579	5.047	0.000
	داخل المجموعات	96.57	189	0.511		
	الكلي	109.47	194			

الجدول (4-6) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محوري أداة الدراسة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأم، وبمتابعة قيم الاختبار (F) وبمقارنة قيم الدلالة الإحصائية مع مستوى المعنوية (0.05) نجد الآتي:

بلغت قيمة الدلالة الإحصائية المقابلة للمحور (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) وتشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأم. وقد أشارت نتائج اختبار أقل فرق معنوي (LSD) إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأم (ابتدائي) و(بكالوريوس) لصالح (ابتدائي) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين (متوسط) و(بكالوريوس) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.

بلغت قيمة الدلالة الإحصائية المقابلة للمحور (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) (0.000) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) وتشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمستوى تعليم الأم. وقد أشارت نتائج اختبار أقل فرق معنوي (LSD) إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأم (ابتدائي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين فئتي تعليم الأم (أمي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.

نتائج التساؤل السادس: هل توجد فروق في محاور أداة الدراسة وفقاً لملكية السكن؟

قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات العينات المستقلة لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير ملكية السكن، وذلك كما يلي:

جدول رقم (4-7): نتائج اختبار (ت) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير ملكية سكن الأسرة

المحاور	ملكية السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار T	الدلالة الإحصائية
المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة	ملك	147	2.38	0.63	-1.951	0.053
	إيجار	48	2.58	0.58		
دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض	ملك	147	2.90	0.78	1.591	0.113
	إيجار	48	2.70	0.62		

الجدول (4-7) يوضح نتائج اختبار (ت) لدراسة الفروق في متوسطات آراء أفراد العينة نحو محاور أداة الدراسة وفقاً لمتغير ملكية سكن الأسرة، وبمتابعة قيم الاختبار (T) والدلالة الإحصائية نجد أنها جاءت أكبر من مستوى المعنوية (0.05)، وبالتالي فإنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير ملكية سكن الأسرة (ملك - إيجار) – حيث أن قيم الدلالة الإحصائية المقابلة لهذين المحورين جاءت أكبر من مستوى المعنوية (0.05).

5- النتائج والتوصيات

5-1 ملخص بأهم النتائج

1. تكونت عينة الدراسة من 195 من طلاب جامعة الملك عبدالعزيز كلية الآداب بتخصصاتها المختلفة، وتم التوصل إلى أن نسبة (48.2 %) من العينة في الفئة العمرية (22 –< 24 سنة)، وأن نسبة (47.7 %) من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى دخل أسرهم (من 12000 ريال فأكثر)، وأن نسبة 47.7 % من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى تعليم الأب (بكالوريوس)، وأن نسبة 27.2 % من أفراد العينة أفادوا بأن مستوى تعليم الأم (ثانوي)، وأن الغالبية بنسبة (75.4 %) أفادوا بأن طبيعة ملكية السكن لأسرهم (ملك)، وأن نسبة 39.5 % من أفراد العينة أفادوا بأن عدد أفراد أسرهم (من 6 -7 أفراد)، وأن نسبة 67.2 % من أفراد العينة يسكنون مع الأهل.

2. بينت النتائج أن أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى ثقافي عالي وأنهم يوافقون بنسبة 71.5 % على علاقة المستوى الثقافي بالمحافظة على الصحة، وذلك من خلال:
   - أهتم بالاستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتمرين.
   - أهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس.
   - أتبع إرشادات الوقاية من الأمراض المعدية.
   - أراعي عند اختياري ملابسي مناسبتها لدرجة حرارة الجو.
3. بينت النتائج أن أفراد عينة الدراسة محايدين وبنسبة إجمالية بلغت 63.1 % نحو دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض، وذلك من خلال:
   - لا أذهب الى الطبيب إلا عندما يشتد بي المرض.
   - أعتمد على خبرات الأسرة في التداوي.
   - أستشير أصدقائي عند الإحساس بأعراض مرضية.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير العمر.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى دخل الأسرة.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأب. وقد أشارت النتائج إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأب (ابتدائي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين (أمي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو المحور (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير مستوى تعليم الأب.
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) وفقاً لمستوى تعليم الأم. وقد أشارت النتائج إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأم (ابتدائي) و (بكالوريوس) لصالح (ابتدائي) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين (متوسط) و (بكالوريوس) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.

9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمستوى تعليم الأم. وقد أشارت النتائج إلى أن الفروق بين فئتي تعليم الأم (ابتدائي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى، وكذلك بين فئتي تعليم الأم (أمي) و (متوسط) لصالح (متوسط) بالمتوسط الحسابي الأعلى.
10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات آراء أفراد العينة نحو (المستوى الثقافي وعلاقته بالمحافظة على الصحة) و (دور المعتقدات الثقافية في تشخيص بعض الأمراض) وفقاً لمتغير ملكية سكن الأسرة (ملك - إيجار).

2-5 التوصيات

1. توعية الأسر بأساليب التنشئة الاجتماعية التي تشجع وتعزز المعتقدات الثقافية الإيجابية والتي لها علاقة بالصحة.
2. تنظيم دورات ومحاضرات تثقيفية للطلاب تهدف إلى الارتقاء بالجوانب الصحي.
3. لفت أنظار الدائرة الإعلامية بوزارة الصحة ووزارة الثقافة بضرورة الاهتمام إعلامياً بالبرامج التي تهدف الى نشر الوعي الصحي.
4. توجيه القائمين على البرامج الصحية بالاطلاع على الأنماط الثقافية في البيئة الاجتماعية عند وضع الخطط الخاصة بتلك البرامج.
5. العمل على الاستفادة من الدراسات التي لها علاقة بالرعاية الصحية.
6. إجراء دراسات تركز على أهمية دور الأسرة والإعلام للقيام بدورهما التثقيفي لضمان التنشئة الصحية للارتقاء بالمستوى الصحي.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- إسماعيل، زكي محمد (1982) الأنثربولوجيا والفكر الإسلامي، شركة عكاظ للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
- تايلور، شيلي (2008) علم النفس الصحة، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- تيجاني، ثريا (2011) القيم الاجتماعية والتلفزيون في المجتمع الجزائري، دار الهدي للطباعة والنشر والتوزيع عين مليلة.
- حسين، محمد جلال (2018) المعتقدات والممارسات الثقافية وأثرها على الحالة الصحية للأوغنديين"، ال عدد46, مركز جيل البحث العلمي، لبنان، , 46-55,

- حمام، فريال (1996)، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد الأردن.
- خليل، نجلاء عاطف (2006) في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- الدمنهوري، سهير (2007) "المشكلات الاجتماعية والبيئية في إفريقيا وأثرها على صحة الطفل: دراسة لمنطقة حلوان"، أعمال مؤتمر الصحة والمرض في إفريقيا معهد البحوث والدراسات الإفريقية، جامعة القاهرة، ص117.
- دويدري، رجاء وحيد(2000)، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العملية، دار الفكر المعاصر، بيروت.
- رجب، نعمات عبد الله (2008)، المحددات الاجتماعية والثقافية للمرض – دراسة حالة ام درمان، رسالة دكتوراه، جامعة النيلين، كلية التجارة والدراسات الاقتصادية والاجتماعية.
- صيني، سعيد إسماعيل (1994) قواعد أساسية في البحث العلمي، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر، بيروت.
- عبيدات، ذوقان، وآخرون (1984)، البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر المعاصر، القاهرة.
- عسكر، سهيل عبد الرضا (2013) المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، 10(39)، 95 -121.
- العلي، فخري شريف، (2001)، مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين".
- القدومي، عبد الناصر عبد الرحيم. (2005). "مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة"، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين، المجلد (6)، العدد (1)، 223-263.
- مكاوي، علي محمد، البيئة والصحة: دراسة في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1996، ص 75.
- نوري، محمد عثمان الأمين (2014) تصميم البحوث في العلوم الاجتماعية والسلوكية، خطوات البحث العلمي، الجزء الأول، خوارزم العلمية – ناشرون ومكتبات، جدة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3), 297-334
- Brochon Schweizer Marilon (2002): Psycho de la Santé, Modèles, concepts et méthodes Dound Paris
- Eleanor E. , Bowens, the Anthropology of Health, Saint Louis, The C.V Mosby Company 1987, P. 68
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). Multivariate data analysis (6th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall
- Lion, R: Le fondement Culturel de la personnalité, traduit par Andrée Lyonard Dound, Paris ,1968, p44
- Robert: Le petit Ropert Dictionnaire de la langue Française, p 1672
- Bond, M.H. (2004). Culture and aggression: From context to coercion. Personality and Social Psychology Review, 8(1), 62-78.
- G. Foster, Traditional, Societies, op. cit, P (85).
- Recapp (2009): How can I use the health belief model in my sitting: theories Approaches, pp 1_6.
- Savani, K., Markus, H.R., Naidu, N.V.R., Kumar, S., & Berlia, N. (2010). What counts as a choice? U.S. Americans are more likely than Indians to construe actions as choices. Psychological Science, 21(3), 391-398.
- Swanlund, A. (2011). Identifying working conditions that enhance teacher effectiveness: The psychometric evaluation of the Teacher Working. Conditions Survey. Chicago. IL: American Institutes for Research .
- Talcot Parsons, Health and Disease: a sociological perspective, In the Encyclopedia of Bioethics, VOL.9. Adivisi of Macmillan publishing CO., NEW YORK, 1960, PP. 590-597.