المعتقدات الصحية لدى الطلاب العمانيين بمرحلة التعليم ما بعد الأساسي في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية

د. علي بن هويشل الشعيلي
استاذ مشارك بقسم المناهج وطرق التدريس

د. ناصر بن ياسر الرواحي
استاذ مشارك بقسم المناهج وطرق التدريس

كلية التربية – جامعة السلطان قابوس

مقدمة :

إن الصحة ولا شك هي أثمن ما يملكه الإنسان بعد الإيمان بالله تعالى، فهي وسيلته لتحقيق أهدافه في الحياة، ولهذا اهتم بها منذ نشأته وأعارها أهمية كبيرة. والصحة هي حالة من الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي التام، وليس مجرّد غياب المرض؛ وتقصد منظمة الصحة العالمية في تعريفها هذا للصحة في عام ١٩٤٦ جعل الناس قادرين على الاستغلال الكامل لكفاياتهم الفيزيائية والذهنية والانفعالية من أجل بناء حياة منتجة اجتماعيا واقتصاديا (رضوان وريشكة، ٢٠٠١). وعلى ذلك تعد الأخطار الصحية التي تواجه البشرية من أبرز تحديات هذا العصر، الأمر الذي بات يشغل المعنيون في دول العالم المختلفة، إضافة إلى المنظمات الدولية المعنية كمنظمة اليونسيف ومنظمة اليونسكو ومنظمة الصحة العالمية وغيرها. لذلك تركزت الجهود الوطنية والإقليمية والدولية خلال السنوات الأخيرة على أهمية استنفار الطاقات لمواجهة الأخطار الصحية التي يواجهها إنسان هذا العصر في مختلف بقاع العالم، وبخاصة في الدول النامية.

ويشير الأدب التربوي إلى أن العلاقة بين الصحة والتربية علاقة قوية وحتمية، وأن التعليم في المجتمعات الديمقراطية له أهداف يسعى إلى تحقيقها، ومن هذه الأهداف تحقيق الذات وإكساب الثقافة الصحية والعادات الصحية السلمية وحماية الصحة العامة، وكذلك تحقيق العلاقات الإنسانية السوية من خلال احترام الإنسانية والتأكيد على السلوك المهذب والتعاون مع الغير وتقدير الحياة الأسرية وغيرها (صابر، ٢٠١٠).

وفي ضوء توجهات حركة الإصلاح التربوي القائمة على تأكيد العلاقة المتبادلة بين العلم والتقانة والمجتمع والبيئة (STSE)، والتي تهدف إلى تنمية الشعور بالمسؤولية الاجتماعية لدى المتعلمين، قد أجمعت الآراء على تحديد عدد من القضايا والمشكلات العالمية الناتجة عن هذا التفاعل، تصدرتها قضية صحة الإنسان ومرضه كما أشارت لذلك توصيات مالفيرن بالمملكة المتحدة في ١٩٨٧م، حيث مثلت القضية الخامسة من بين اثنتي عشرة قضية عالمية (فضل، ١٩٩٨؛ النمر، ١٩٩١).

وتقع مسؤولية الحفاظ على الصحة على الأفراد في المقام الأول، فالفرد يستطيع أن يبدي أنماطا سلوكية صحية تهدف إلى تنمية وتطوير طاقاته الصحية، وبالتالي يجنب نفسه الإصابة بالكثير من الأمراض غير المعدية. ومما لا شك فيه بأن القناعات الصحية تسهم في بناء وتشكيل القرار الفردي في القيام بسلوك صحي مناسب؛ يتّسم مثلا بالاعتدال في الطعام، وممارسة الرياضة، والامتناع عن التدخين والمؤثرات العقلية، وتوفير بيئة صحية سليمة في المنزل والمدرسة والبيئة المحيطة وبالتحصين من الأمراض وغيرها (الشعيلي، ٢٠١٠).

كما تقع مسؤولية الحفاظ على الصحة على العديد من المؤسسات المجتمعية والمنظمات الدولية، وقد حددتها منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧) في ثلاثة مستويات تنظيمية:

١. على مستوى العالم كالمراكز الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية (WHO) وصندوق رعاية الطفولة التابع لهيئة الأمم المتحدة(UNISEF)، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (UNESCO)، والهيئات الدولية غير الحكومية كاللجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لتعزيز الصحة والتوعية.
٢. على المستوى الوطني كالهيئات الحكومية: وزارات الصحة، وزارات التربية والتعليم، وغيرها. والهيئات الوطنية غير الحكومية كنقابات المعلمين والأطباء ونحوها.
٣. على المستوى المحلي وتشمل المدارس والمؤسسات التابعة للولاية أو المحافظة والأحياء السكنية.

وفي ظل هذه المسؤولية برز مفهوم "المدارس المعززة للصحة" ليقوم على إعادة تأهيل المدرسة لتتمكن من تعزيز وتطوير الصحة بين طلبتها ومنسوبيها، بالإضافة إلى تحقيق أهداف كل من منظمة اليونسكو للوصول إلى مبدأ "التعليم للجميع"، وأهداف منظمة الصحة العالمية للوصول إلى مبدأ "الصحة للجميع" (الأنصاري، ٢٠٠٢)

وهناك دلائل عدة على أن كثيرا من المشكلات المتعلقة بالصحة العامة مثل الألم والإجهاد والشعور بالضيق والقلق والمخاوف والإكتئاب بسبب الأمور الصحية تنتشر بين قطاعات كبيرة في أي مجتمع من المجتمعات، وذلك لعدة أسباب أهمها معتقدات الأفراد واتجاهاتهم نحو الصحة العامة وما يرتبط بها من مشكلات (Barnes, et al, 2008)

وتمثل المعتقدات الخاصة بالصحة محورا مهما لقي اهتمام الباحثين المعنيين بقضايا الصحة، وذلك في محاولة لابراز دور هذه المعتقدات في كسب العادات الصحية التي يسلك بمقتضاها الأفراد السلوك الصحي السليم. وعلى ذلك تكتسب المعتقدات الصحية للأفراد أهميتها على اعتبار أن ظاهرة الصحة (أو المرض) هي ظاهرة نفسية إجتماعية وليست طبية بحتة تتبلور وتتشكل –إدراكيا وسلوكيا– وفقا لسمات الشخص وخصاله من جهة، ومكونات وخصائص بيئته الفيزيقية والإجتماعية من جهة أخرى. (عبدالله ورضوان، ٢٠٠٩)

مشكلة الدراسة وأسئلتها :

قد يتبادر للأذهان أن التغيير المؤمل والإصلاح التربوي يقتصر في التحصيل والأداء الدراسي،إلا أن ذلك ما هو إلا نتاج طبيعي للسلوك وعليه؛ فإن تغيير السلوك يبدو هو الأهم، إلا أن السلوك إنما ينتج عن طريقة التفكير التي تنشأ بدورها عن الإتجاهات والمعتقدات. ومن هنا يظهر لنا أن أي تغيير حقيقي يجب أن يبدأ بتغيير في الإتجاهات والمعتقدات.

إن رفع المعتقدات الصحية للأفراد ليس مسألة صحية فقط بقدر ما هي أيضا مسألة تربوية، ومن هنا تأتي مهمة التربية الصحية، لتغير سلوك الأفراد واتجاهاتهم إلى أنواع من السلوك والإعتقادات تؤدي إلى الوقاية من المرض، والمحافظة على الصحة، والعودة سريعا إليها في حالة الوقوع في المرض. فالسلوك غير الصحي مرده إلى عدم معرفة وكذلك قناعة الفرد للمبادئ والاتجاهات والممارسات الصحية التي تقيه من الأمراض، وتقي غيره من الأفراد، وتقي بيئته من الأخطار.

وقد لمس الباحثان من خلال معايشتهما الاجتماعية امتلاك الكثير من الأفراد ممن هم في سن المدرسة للعديد من المعقتدات الصحية الخاطئة التي تؤدي إلى سلوكيات صحية غير صحيحة، وذلك لغياب الأسس المعرفية والوجدانية التي يجب أن يتبعوها ويترجموها إلى واقع ملموس في حياتهم، ومن أمثلتها: القناعة بتناول الوجبات الغذائية السريعة توفيرا للوقت، وشراء الأطعمة من الباعة المتجولين وأنه لا دخل للغير في حرية الأشخاص تجاه التدخين و غيرها من المعتقدات غير الصحية. ونظرا لما تشكله المعتقدات السليمة بالجوانب الصحية من أهمية بالغة ومطلبا أساسيا يفترض تواجده عند كل فرد في المجتمع بالإضافة إلى خطورة الجهل به، وبسبب ندرة الدراسات المحلية التي تناولت المعتقدات الصحية للمتعلمين ، ظهرت الحاجة الماسة لتحديد مستوى هذه المعتقدات لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان.

وعليه تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن الأسئلة البحثية التالية:

١. ما مستوى المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان؟
٢. هل تختلف المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان وفقا لنوعهم الاجتماعي؟
٣. هل تختلف المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان وفقا لمكان السكنى؟

أهداف الدراسة :

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. تحديد بعض المعتقدات الصحية اللازمة لطلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان من خلال الكتب المدرسية.
٢. تحديد مستوى المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بالسلطنة، ومقارنتها مع المستوى المقبول تربويا.
٣. تحديد الاختلاف في مستوى المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بالسلطنة باختلاف النوع الاجتماعي ومكان السكنى.

فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى اختبار صحة الفرضيات الآتية:

١. ليس هناك من فروق دالة إحصائيا عند مستوى (α = ٠.٠٥) بين متوسطات درجات طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي في مقياس المعتقدات الصحية والمستوى المقبول تربويا المحدد بـ(٧٥%).

٢. ليس هناك من فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α = ٠.٠٥) بين متوسطات درجات طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي في مقياس المعتقدات الصحية تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي.

٣. ليس هناك من فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α = ٠.٠٥) بين متوسطات درجات طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي في مقياس المعتقدات الصحية تعزى إلى متغير مكان السكنى.

أهمية الدراسة ومبرراتها:

تبرز أهمية الدراسة ومبرراتها مما تشكله المعتقدات الصحية من أهمية بالغة ومطلبا أساسيا يشمل جوانب الحياة كافة، ويسهم في تحديد نوعية حياة الناس ومستوى معيشتهم. كما تبرز الأهمية أيضا من ضرورة الاستجابة للآراء والاتجاهات التي تنادي بضرورة الاهتمام بالجانب الوظيفي للعلم وتؤكد البعد الصحي في مناهج التعليم؛ وعلى ذلك تحاول الدراسة تزويد القائمين على المجال التربوي بالسلطنة بتغذية راجعة عن مدى إكساب مناهج التعليم في السلطنة للمعتقدات الصحية المرغوبة، وتبصيرهم بالأمور التي يفترض تضمينها في مناهجها المدرسية. وتظهر الأهمية أيضا في ندرة الدراسات المحلية التي تناولت المعتقدات الصحية لدى المتعلمين، الأمر الذي يستدعي إجراء مثل هذه الدراسة الحالية في المجتمع العماني.

حدود الدراسة :

اقتصرت الدراسة الحالية على طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي المسجلين في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١١/٢٠١٢م ، وقد اختار الباحثان هذه المرحلة لكون المتعلمين إجتازوا مرحلة التعليم الأساسي وعلى ذلك يمكن الحكم على مدى مساهمة هذه المرحلة من التعليم في إكساب النشء المعتقدات الصحية المناسبة.

الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية فيها:

إن انتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي في أي بلد من البلدان، قد لا يرجع إلى نقص الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، بقدر ما يرجعُ إلى عدم قناعة الأفراد ومعتقدهم بأهمية المحافظة على صحتهم، وتحملهم مسؤولية وقاية صحة الآخرين، وبالتالي تبرز مسؤولية التربية في التصدي للمشكلات الصحية الناتجة عن هذا النقص لدى الناشئة، لتكون هي النهج التربوي

لكسبهم الإحساس ثم تكوين الوعي الصحي وإدراك المسائل الصحية بغية إحداث تأثير إيجابي في حياة الأفراد بما يحقق التوازن الصحي وتكييف نمط الحياة مع الممارسة الصحية تكييفا طوعيا. ولا يقصد بالتربية الصحية مجرد تزويد الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية، وإنما يصاحب ذلك تعديل وتغيير في معتقدات ومن ثم سلوك الأفراد نحو الصحة، أي ترجمة ما يعرفه الفرد عن الصحة إلى معتقد ثم سلوك واقعي في حياته، وإلى أسلوب من العمل الجماعي في المجتمع لحل المشكلات الصحية (سليم، ١٩٩٣؛ الأمعري، ١٩٩٥؛ سلامة، ١٩٩٧)

ومن منطلق أن عملية رفع المستوى الصحي للأفراد ليست مسألة صحية بقدر ما هي مسألة تربوية، تفرض التربية الصحية نفسها للتدخل المبكر في الحياة الفردية للمتعلم لتكون أحد المكونات الرئيسية للمنهج المدرسي في جميع المراحل الدراسية. ويشير عدد من الباحثين (الغنيم و البهبهاني، ١٩٩٧؛ سليم، ١٩٩٨؛ صالح، ٢٠٠٢) إلى عدة مبررات لهذا التوجه، أهمها:

١. يشكل المتعلمون بجميع المراحل التعليمية في معظم البلدان، نسبة مرتفعة من مجموع السكان، لذا فإن التركيز على هذه الفئة هي ضمان الاهتمام بالشريحة العريضة من المجتمع.
٢. بقاء هذه الفئة في المدارس لفترة طويلة مع التقائهم مع بعضهم بعضا فيها دون توافر الثقافة الصحية لديهم، يزيد من فرصة انتقال الأمراض المعدية بينهم، ومنهم لأسرهم مما يضخم من حجم المشكلة.
٣. متطلبات العصر التي تدعو الآباء والأمهات للخروج إلى سوق العمل، يزيد من درجة قصور الأسر في إكساب أبنائها التثقيف الصحي المرغوب، مما يزيد من العبء على المدرسة في تحقيق الثقافة الصحية وتنميتها.
٤. تزايد مظاهر السلوكيات الصحية الخاطئة التي تنم عن غياب الوعي الصحي لدى هذه الفئة الواسعة من المجتمع، كانتشار التدخين، واستخدام العقاقير، والسلوكيات الغذائية غير الصحية، وكثرة الحوادث والأخطار التي يتعرضون لها، الأمر الذي يستدعي اعتماد خطط تربوية صحية مناسبة.

ولقد قامت كل من الرابطة الأمريكية لتقدم التربية الصحية (American Association for the Advancement of Health Education) والرابطة الأمريكية للصحة العامة (American Public Health Association)، والرابطة الأمريكية للصحة المدرسية (American School Health Association) والجمعية الأمريكية لمديري الصحة والتربية البدنية والترفيه (Society of State Directors of Health, Physical Education and Recreation)، والجمعية الأمريكية لمرضى السرطان (American Cancer Society)، بتشكيل

فريق عمل متخصص أطلق عليه اللجنة المشتركة للمعايير القومية للتربية الصحية المدرسية (Joint Committee for National School Health Standards). وأعدت دليلا لمعايير التربية الصحية تضمن سبعة معايير تهدف إلى تنمية الثقافة الصحية، وتأكيد أهميتها في المدارس،كما تضمن كل معيار منها دليلا للمعلمين يحدد المعلومات والمهارات والمعتقدات التي ينبغي إكسابها للطلاب في نهاية دراستهم للصفوف الرابع، والثامن، والحادي عشر(الشعيلي، ٢٠١٠).

ورغم أن مراحل التعليم بمختلف مستوياتها تعد من أهم المراحل العمرية لغرس مبادئ التربية الصحية عند الفرد وإكسابه السلوكيات والمعتقدات المناسبة، إلا أن نتائج الكثير من الدراسات أشارت إلى تدني الوعي والمعتقدات والإتجاهات الصحية لدى المتعلمين، مما قد يشير إلى القصور في تحقيق أهداف التربية الصحية في المراحل التعليمية. فقد قام كولب (Kolbe,1993) بدراسة بعنوان " Developing A Plan of Action to institutionalize Comprehensive School Health Education Programs in The United States, ". لتطوير خطة عمل لتأسيس برامج صحية شاملة في المدارس الأمريكية. وأكدت الدراسة على فاعلية هذه البرامج الصحية في تغيير المعتقدات والسلوكيات الضحية لطلبة المدارس من الحضانة وحتى نهاية مرحلة التعليم بحيث يتم تقديمها بصورة متتالية ومستمرة، بدلا من تلك التي تقدم بشكل عرضي أو في مناسبات بعينها.

و قام روثشتاين وراجاباكسا (Rothstein & Rajapaksa, 2003) بدراسة بهدف مقارنة المعتقدات الصحية لعدد من الطلاب الأمريكان بنظرائهم الذين ولدوا بالصين والهند. شملت الدراسة ٢٤٣ طالبا من جامعة ماري لاند الأمريكية (University of Maryland) ، تألفت من عدد (١٦٧) أمريكي المنشأ، و(٣٦) صيني المنشأ، و(٤٠) هندي المنشأ. واستخدم فيها الباحثان استبانة لتحديد معتقداتهم الصحية تضمن أربعة محاور تمثل المحور الأول في عرض عدد من السلوكيات الصحية للمحافظة على الحالة الصحية والمحور الثاني في عرض عدد من الممارسات الوقائية، في حين كان المحور الثالث في تحديد مدى ثقة الطالب في بعض الأشخاص والمؤسسات ذات الصلة بالصحة، والمحور الرابع هو طلب بيانات تتعلق بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية للمستجيب.. بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هؤلاء الطلاب تعزى لمتغير مكان الولادة، في حين أظهر الطلاب صينيو المنشأ وهنديو المنشأ عددا من المعتقدات الصحية التقليدية يمكن أن تعزى للموروثات الثقافية لديهم.

وفي دراسة دولية قام بها كل من حاسي وستبتو وسالس ووارد (Haase; Steptoe; Sallis and Wardle, 2004) لتقصي أساليب شغل وقت الفراغ لدى الطلبة الجامعيين من ٢٣ دولة وعلاقة ذلك بمعتقداتهم الصحية ووعيهم بالمخاطر وخطط التنمية الوطنية. ولتحقيق أهداف

الدراسة استخدم الباحثون أداة مسح حالة المعرفة والسلوك الصحي (International Health and Behavior Survey (IHBS) تمت ترجمتها إلى ١٧ لغة وتوزيعها آليا على طلاب عدد من الجامعات في ٢٣ دولة مختلفة بواقع جامعتين لكل دولة خلال الفترة من العام ١٩٩٩ إلى ٢٠٠١. تكونت عينة الدراسة من ١٩٢٩٨ طالبا من غير الدارسين للتخصصات الطبية.

وبينت نتائج الدراسة تدني مستوى وعي طلاب الجامعات بالاساليب والمعتقدات الصحية لشغل أوقات فراغهم مما يشير إلى انتشار الخمول لديهم، وقد عزت الدراسة ذلك إلى عوامل ترتبط بالثقافة الصحية لدى الأفراد وإلى اقتصاد الدولة. وتفصيلا لهذه النتيجة فقد أظهرت الدراسة أن الخمول بين طلاب الجامعات هو كما يلي: طلاب جامعات الولايات المتحدة وشمال غرب أوروبا (٢٣%)، طلاب جامعات وسط وشرق أوروبا (٣٠%)، طلاب جامعات الشرق الأوسط (٣٩%)، طلاب جامعات آسيا المطلة على المحيط الهادئ (٤٢%)، وطلاب جامعات الدول النامية (٤٤%). كما اشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين ممارسة هؤلاء الطلاب للنشاط البدني ومعتقداتهم الصحية، وأن ٤٠%-٦٠% منهم يدركون بوجود صلة بين النشاط البدني وأمراض القلب.

وأجرى لي وبوكر (Lie and Boker, 2004) دراسة مسحية لتحديد المعتقدات الصحية حول الطب الحديث والطب البديل والاتجاهات والممارسات الصحية لدى طلاب التخصصات الطبية بجامعة كاليفورنيا. ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان ببناء مقياس للمعتقدات الصحية اشتمل على ١٠ عبارات ومقياس آخر للإتجاهات اشتمل على ٢٩ عبارة. وتم التحقق من صدق الأداتين وقياس الإتساق الداخلي لهما ووجد بأن ألفا كرونباخ لهما ٠.٧٥ و ٠.٨٣ على التوالي. وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٧٢ طالبا من الدارسين للتخصصات الطبية. أظهرت النتائج أن الطلاب عينة الدراسة يمتلكون قدرا مناسبا من المعتقدات والإتجاهات الإيجابية تجاه الطب الحديث والطب البديل، كما أنهم أشاروا في استجاباتهم إلى أن استخدامهم لها بمستويات مرتفعة، وأن مصدر معلوماتهم حول معارفهم بالطب الحديث والطب البديل لدى (٨١%) منهم هي شبكة المعلومات العالمية (الإنترنت).

وفي دراسة قام بها إسماعيل (٢٠٠٧) لتحديد أثر تدريس وحدة دراسية مقترحة في العلوم والتربية الصحية على تنمية فهم تلاميذ الصف السادس الابتدائي بمصر لمرض السكر واتجاهاتهم نحو الوقاية منه. وقد تبين أن الوحدة المقترحة ذات تأثير إيجابي وفعال لتحقيق فهم الطلاب لمرض السكر والوقاية منه والحد من انتشاره. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن محتوى الوحدة المقترحة له فاعلية وتأثير إيجابي فيما يختص بإكساب التلاميذ معتقدات واتجاهات إيجابية نحو الاهتمام والوقاية من مرض السكر. ووجدت الدراسة أيضا ارتباطا موجبا وبدلالة إحصائية بين درجات التلاميذ في مقياس الاتجاهات ودرجاتهم في الاختبار التحصيلي.

وهدفت الدراسة التي قام بها ريتر وبـــروور وجوتليـــب ومـــاكري وســـميث (Reiter; Brewer; Gottlieb; McRee and Smith, 2009) لتقصي العلاقة بين مبادرة المراهقـــات باللقاح ضد فيروس الورم الحليمي (HPV vaccination) المؤدي إلى مـــرض ســـرطان عنـــق الرحم وبين المعتقدات الصحية لدى الوالدين. ولتحقيق أهداف الدراسة قام البـــاحثون ببنـــاء أداة مسحية لأولياء الأمور حول مدى إخطار الأطباء لهم بأهمية هذا اللقاح، ومعوقات الحصول عليـــه، ومدى معرفتهم بالأضرار المحتملة له. تكونت عينة الدراسة من ٨٨٦ ولي أمر (٩٤% إناث) من الذين لديهم بنات في سن ١٠-١٨ سنة بمنطقة شمال كارولينا مع مراعاة تضمين العينة لمتغيرات تتعلق بالعرق (٦٢٢ من البيض، و٢٦٤ من السود) ومنطقة السكنى (٤٤٩من المناطق الحضرية و٤٣٧من المناطق الريفية). وقد تم اختيار هذه المنطقة لتميزها بانتشار هذا المرض بين قاطنيها.

بينت النتائج أهمية وجود المعتقدات الصحية السليمة لدى الوالدين حيـــث أشـــارت إلـــى وجود علاقة بين المعتقد الصحي لدى الوالدين ومدى مبادرتهم للحصول علـــى اللقـــاح لـــذريتهم. ورغم تأكيد معظم أفراد عينة الدراسة على أهمية هذا اللقاح، إلا أن النتائج أشـــارت إلـــى وجـــود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري العرق البشري ومنطقة السكنى لصالح البيض ولصـــالح قاطني المناطق الحضرية.

وفي دراسة قام بها الظفري (Aldhafri, 2011) بهدف قياس الثقة بـــالنفس ومفهـــوم الذات الرياضي لدى عدد من الطلاب وعلاقة ذلك بنمط التربية في الأسرة (متساهل/ واثق زسطي/ استبدادي). استخدم الباحث استبانة التفويض الأســـري مـــن إعـــداد (Buri, 1991)، ومقيـــاس المشكلات المتعلقة بالمراهقة من إعداد (Alkundari, 1997) ومقياس الثقة بالنفس من إعـــداد (Alkharusi, 2009) ومقياس مفهوم الذات الرياضي من إعداد (Mendelson; Mendelson & White, 2001). تكونت عينة الدراسة من ١٥٩٩ طالبا وطالبة من هم في ســـن المراهقـــة (متوسط العمر= ١٧.٥). أظهرت النتائج تفوق الطلاب المنتمين لأسر متساهلة ووسطية التعامـــل على طلاب الأسر الاستبدادية في كل من الثقة بالنفس ومفهوم الذات الرياضي والرفاهية الصـــحية مما انعكس إيجابا على أداءهم الدراسي وارتفاع التحصيل الدراسي لديهم.

وأجرت صابر (٢٠١٠) دراسة هدفت إلى تحديد المعتقدات الصحية الخاطئة لدى الطالبـــة المعلمة وأثرها في اتخاذ القرار تجاه تلوث الغذاء بالمبيدات الحشرية. ولتحقيق هدف البحث قامت الباحثة بإعداد مقياس اتخاذ القرار اشتمل على ست مشكلات تمثلت الأولى في حجـــم الاســـتخدام المحلي والعالمي للمبيدات الحشرية والخمس المشكلات الأخرى ارتبطت بدور الطالبة فـــي حمايـــة نفسها والمجتمع المحلي ودور الجهات المسؤولة في مواجهة هذه المشكلات. كما قامت الباحثـــة

ببناء مقياس المعتقدات الصحية المرتبطة بتلوث الغذاء بالمبيدات الحشرية اشتمل على (٢٠) عبارة. وتم التحقق من صدق المقياسين بعرضهما على عدد من المختصين في حين بلغ ثباتهما (٠.٩٥، ٠.٩٦) على التوالي في معامل ألفا كرونباخ لحساب الإتساق الداخلي. تكونت عينة الدراسة من عدد ٤٤ طالبة من طالبات الفرقة الرابعة علوم ورياضيات بكلية المعلمات جامعة أم القرى. بينت النتائج تدني المعتقدات الصحية المناسبة لدى الطالبات عينة البحث مما يشير إلى شيوع عدد من المعتقدات الخاطئة لديهن حول تلوث الغذاء بالمبيدات الحشرية، وأشارت النتائج إلى ضعف العلاقة الإرتباطية بين معتقدات الطالبات ومهارة اتخاذ القرار لديهن حول بعض من المشكلات المرتبطة بتلوث الغذاء بالمبيدات.

وأجرى حسني والصبوة (٢٠١٠) دراسة هدفت تحديد الفروق في المعتقدات الصحية بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على الأمفيتامينات وبين الأسوياء . قام الباحثان ببناء مقياس للمعتقدات الصحية السلبية ومقياس آخر للأفكار اللاعقلانية، وتم التحقق من صدق الأداتين في حين كانت معاملات الثبات لهما بطرقة الإختبار وإعادة الإختبار وبالتوالي كما يلي (٠.٨٢ و ٠.٧٨). تكونت عينة الدراسة من ١٨٠فردا من الذكور تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات : مجموعة الأسوياء كمجموعة ضابطة (٦٠) ومجموعة معتمدي الكحوليات (٦٠) ومجموعة معتمدي الأمفيتامينات (٦٠). بينت النتائج شيوع المعتقدات الصحية السلبية لدى معتمدي الكحوليات بصورة واسعة وأكثر من نظرائهم، في حيت ظهرت معتقدات صحية سلبية لدى معتمدي الأمفيتامينات أكثر من أفراد مجموعة الأسوياء (غير المعتمدين). كما أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المعتقدات الصحية السلبية وبين الأفكار اللاعقلانية لدى مجموعتي الإعتماد وايضا لدى الأسوياء.

وفي ضوء نتائج هذه الدراسات يتضح للباحثين اتفاق معظم الدراسات التي اعتمدت على الوقوف على الإتجاهات والمعتقدات والسلوكيات الصحية على وجود قصور في إكساب المتعلمين مبادئ التربية الصحية، مما يعني قصور النظام التربوي القائم في تقديم المساهمة الواجبة في تحقيق أهداف التربية الصحية والجانب الوقائي لها. ودعت إلى ضرورة تضمين القضايا الصحية في المناهج المدرسية والبرامج التربوية الأخرى.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الأدب التربوي والدراسات السابقة في تشكيل الإطار النظري، وبناء أدوات الدراسة، والإجراءات المنهجية، والأساليب التحليلية والإحصائية اللازمة للإجابة عن أسئلة الدراسة.

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

اشتملت الدراسة على عدد من المفاهيم والمصطلحات ، يمكن تعريفها إجرائيا كما يلي:

- المعتقدات: ورد في المعجم الفلسفي (وهبة، ٢٠٠٧: ٢٢٨) أن "المعتقد لغة من عقد يعقد عقدة، وتقول العرب اعتقد الشئ أي صار صلبا، وهو يطلق على الأمر الذي تمكن من الإنسان ورسخ في الأعماق". أما في المدلول الإصطلاحي فهو "التصديق الجازم بشئ ما أو فكرة ما أو قضية ما أو عقيدة ما، وقد يتداخل الإعتقدا بعض الظن، وأعلى مراتبه اليقين الذي لا يساوره الشك.
- المعتقدات الصحية: يعرف عبدالله ورضوان (٢٠٠٩: ٧٦٥) المعتقدات الصحية بأنها "مجموعة المعارف والتصورات والمدركات والمعلومات التي توجد لدى الفرد حول الصحة ". ويعرفها الباحثان إجرائيا في هذه الدراسة بأنها مجموعة التصورات والأفكار التي يمتلكها المتعلمون – عينة الدراسة– في ضوء ما مر بهم من خبرات دراسية وتجارب حياتية، والتي تقاس قوتها وضعفها عمليا من خلال أداة الدراسة المعدة لذلك.
- مرحلة التعليم ما بعد الأساسي: يقصد به الصفين الحادي عشر والثاني عشر، وهي مرحلة تأتي بعد عشرة صفوف دراسية من التعليم الأساسي، وتعتبر هذه المرحلة مرحلة تخصصية حيث يتاح للطالب اختيار جزء من المواد التي سيدرسها، ويمنح بعدها شهادة الدبلوم العام.

تصميم الدراسة ومتغيراتها:

تقوم هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال وصف ما هو كائن وتفسيره، ويتمثل الوصف في تحديد مستوى المعتقدات لدى الطلاب، ووصف أثر متغير النوع الاجتماعي ومنطقة السكنى على مستوى المعتقدات الصحية، أما التحليل فهو لنتائج الدراسة والإجابة عن أسئلتها والتحقق من فرضياتها. وتتضمن الدراسة المتغيرات التالية:

١- المتغير التصنيفي: الجنس (النوع الاجتماعي) وله مستويان (ذكر / أنثى)، ومنطقة السكنى ولها مستويان كذلك (الريف/الحضر).

٢- المتغير التابع: مستوى المعتقدات الصحية لدى الطالب.

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلاب التعليم ما بعد الأساسي المسجلين في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠١١/٢٠١٢م.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية عنقودية cluster random sample قوامها (١٥٧) طالبا و(٢٥٢) طالبة. وقد تم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

١٢. أداة الدراسة (استبانة المعتقدات الصحية):

قام الباحثان بإعداد استبانة المعتقدات الصحية مستعينين ببعض الكتب المدرسية ذات الصلة في مرحلة التعليم الأساسي في سلطنة عمان، والأدب التربوي في هذا المجال بالإضافة إلى بعض منشورات وزارة الصحة ومستشفى جامعة السلطان قابوس. تكونت الأداة في صورتها الأولية من ٥٨ عبارة شملت عددا من المعتقدات الصحية تم تصنيفها إلى مجالات رئيسية. وللتحقق من صدق المحتوى والصدق البنائي قام الباحثان بحساب صدق القائمة من خلال عرضها على عدد (٨) من المحكمين المختصين في العلوم والتربية وعلم النفس لضمان الصدق والسلامة العلمية والصياغة اللغوية. وفي ضوء اقتراحات المحكمين وملاحظاتهم أصبحت القائمة بصورتها النهائية، تشمل على (٥٥) فقرة موزعة على خمسة مجالات، وعلى النحو التالي:

- المجال الأول : الأمراض العضوية والنفسية
- المجال الثاني : الحياة والبيئة
- المجال الثالث: سلوكيات الأفراد
- المجال الرابع : الإيمان والدين
- المجال الخامس: التغذية

كما طلب من المحكمين أيضا تحديد العلامة المحك (المستوى المقبول تربويا) لمتوسط استجابات الطلاب على الاستبانة، حيث أشاروا إلى أن العلامة المحك هي (٧٥%) على مجمل الأداة وعلى كل مجال من مجالاته. وبهذه العلامة (٤١.٢٥ من ٥٥ درجة) يمكن تقرير ما إذا كان المتعلم يمتلك المعتقدات الصحية بدرجة مقبولة تربويا أو يفتقر إليها.

وللتحقق من ثبات الأداة جرى تطبيقها وإعادة تطبيقها على عينة مشابهة أو ممثلة لعينة الدراسة مؤلفة من (٣٢) طالبة تم استبعادهن لاحقا من عينة الدراسة. وتم تسجيل الملاحظات المتعلقة بتعليمات الأداة وزمن الإجابة. كما تم إيجاد معمل الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach-Alpha) وتبين بأنه (٠.٨٨) ويعتبر هذا المعامل جيدا يمكن الأخذ به ومناسبا لأغراض الدراسة

المعالجة الإحصائية :

بعد فرز استجابات عينة الدراسة، تم استخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وقد تم استخدام الإحصاءات الوصفية كالنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار (ت) حسب أسئلة الدراسة.

ولأغراض إحصائية فقد تم اعتماد المعايير التالية للحكم على نتائج السؤال الأول من خلال المعادلة التالية :

$$\text{متوسط الوزن النسبي المرجح} = \frac{\text{الوزن النسبي في كل خانة} \times \text{تكرار الخانة}}{\text{العينة}}$$

ويبين الجدول أدناه معايير الحكم على درجة المعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة وفق متوسط الوزن النسبي المرجح.

متوسط الوزن النسبى المرجح	درجة الموافقة	مستوى الإعتقاد
المتوسط ≤ ٢.٢٨	بدرجة كبيرة	عال
١.٩١ ≤ ٢.٢٧	لا أستطيع التحديد	متوسط
المتوسط < ١.٩٠	بدرجة قليلة	ضعيف

١٤. نتائج الدراسة: فيما يلي عرض لنتائج الدراسة حسب تسلسل أسئلتها على النحو التالي :

١٤-١. النتائج المتعلقة بالسؤال الأول :

١. ما مستوى المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان؟

للإجابة عن هذا السؤال تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومتوسط الوزن النسبي المرجح، وكذلك ترتيب كل مجال من مجالات المعتقدات الصحية وفقا للمتوسط الحسابي. كما يبينه الجدول رقم (١)

جدول رقم (١): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومتوسط الوزن النسبي المرجح والترتيب حسب مجالات أداة الدراسة

المجال	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	متوسط الوزن النسبي المرجح	مستوى الإعتقاد	الترتيب
الأمراض العضوية والنفسية	٢٩.٧	٣.٧	٢.٢٨	عال	١
الحياة والبيئة	٢٣.٩	٣.٢	١.٩٩	متوسط	٢
الإيمان والدين	٢١.٦	٢.٦	٢.١٦	متوسط	٣
التغذية	١٨.٣	٢.٨	٢.٠٣	متوسط	٤
أخرى	٢١.١	٣.٧	١.٩٢	متوسط	٥
الكلي	١١٤.٦	٩.٩	٢.٠٨	متوسط	

يتبين من الجدول أعلاه أن مستوى المعتقدات الصحية لدى الطلبة العمانيين بمرحلة التعليم ما بعد الأساسي جاءت بدرجة متوسطة ، كما ظهرت بدرجة متوسطة في جميع مجالات أداة

الدراسة ما عدا مجال الأمراض العضوية والنفسية التي جاءت بدرجة عالية. ويمكن أن يعزى ورود معتقدات الطلاب بدرجة متوسطة إلى أن المناهج العمانية وخاصة العلوم والرياضة المدرسية تتناول إلى حد كبير القضايا المتعلقة بالصحة والتغذية وربطها بالدين الإسلامي، كما أن وسائل التثقيف الصحي المتمثلة في البرامج التوعية ومهام الزائرة الصحية بالمدارس ناهيك عن اهتمام وزارة الصحة بالبرامج الإعلامية جميعها ينصب في رفع الوعي الصحي لدى المتعلمين مما ينمي المعتقدات بصورة إيجابية. ولذات الأسباب يعزو الباحثان وجود معتقدات عالية في مجال الأمراض العضوية والنفسية علاوة على ما تتضمنه المناهج من موضوعات تعنى بالأمراض التي تصيب الإنسان وكيفية الوقاية منها.

١٤-٢. النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني :

٢. هل تختلف المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان وفقا لنوعهم الاجتماعي؟

لتحديد الاختلاف في المعتقدات الصحية لدى الطلاب عينة الدراسة وفقا لمتغير النوع الإجتماعي، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (٢): المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية وقيم (ت)

للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير النوع الإجتماعي

المجال	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	طلاب ١٥٧	طالبات ٢٥٢	طلاب ١٥٧	طالبات ٢٥٢		
الأمراض العضوية والنفسية	٢٩.٢	٣٠.٠	٣.٨	٣.٦	١.٨٦	٠.٠٦٤
الحياة والبيئة	٢٤.١	٢٣.٨	٣.٣	٣.١	٠.٩١	٠.٣٦٢
الإيمان والدين	٢١.٤	٢١.٧	٢.٨	٢.٥	١.٠٣	٠.٣٠٤
التغذية	١٨.٧	١٨.٠	٢.٨	٢.٨	٢.٢٩	*٠.٠٢٣
أخرى	٢١.٩	٢٠.٥	٣.٨	٣.٥	٣.٨٦	*٠.٠٠٠
الكلي	١١٥.٤	١٠.٥	١١٤.١	٩.٥	١.٢٨	٠.٢٠٣

*دال عند مستوى دلالة <٠.٠٥

يتضح من الجدول أعلاه عدم وجود فروق دالة إحصائياً في المعتقدات الصحية بين الذكور والإناث في مجمل عبارات أداة الدراسة وجميع مجالاتها ما عدا مجالي التغذية وأخرى فقد ظهرت

الفروق لصالح الطلاب الذكور. ويمكن أن تعزى عدم وجود الفروق إلى التشابه في الخبرات التعليمية والحياتية المباشرة التي يتعرّض لها كل من الطلاب والطالبات سواء في المدارس كونهم يتعرضون لمنهج واحد، أو المجتمع كونهم ينتمون لمجتمع واحد له آماله وآلامه المشتركة ويواجهون إلى حد ما نفس الصعوبات والمشكلات الصحية والغذائية، ويتعرضون لنفس التوعية الإعلامية والتربوية في مجال الصحة والغذاء.

أما فيما يتعلق بارتفاع المعتقدات الصحية لدى الطلاب الذكور في مجالي التغذية وأخرى، فقد يعود إلى طبيعة الجنس حيث يكون أكثر ميلا للخروج من المنزل وتناول الوجبات الغذائية خارجه، وعليه يتم التركيز في التوعية التغذوية لدى هذه الفئة بصورة أكبر من الطالبات كونهن أكثر حرصا على ملازمة البيت وعدم الإكثار من تناول الطعام خارج المنزل. كما أن احتكاك الطلاب الذكور بالمؤسسات التوعية الأخرى أكثر من نظيراتهن من الطالبات، فتجد الطالب أكثر ارتيادا للأندية والمحلات والمطاعم والمسجد وملازمة الرفاق وغيرها الأمر الذي قد يثري لديه المعارف ومن ثم الإعتقادات بصورة أكبر.

١٤-٣. النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث :

٣. هل تختلف المعتقدات الصحية لدى طلاب مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بسلطنة عمان وفقا لمكان السكنى؟

لتحديد الاختلاف في المعتقدات الصحية لدى الطلاب عينة الدراسة وفقا لمتغير مكان السكنى (حضر، ريف)، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (٣) : المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية وقيم (ت) للمعتقدات الصحية تبعا لمتغير مكان السكنى

المجال	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	ريف ١٨٧	حضر ٢٢٢	ريف ١٨٧	حضر ٢٢٢		
الأمراض العضوية والنفسية	٢٩.٢	٣٠.١	٣.٧	٣.٧	٢.٦٨	*٠.٠٠٨
الحياة والبيئة	٢٣.٩	٢٣.٩	٣.٣	٣.٠	٠.٠٥	٠.٩٦٤
الإيمان والدين	٢١.٨	٢١.٤	٢.٦	٢.٧	١.٥٢	٠.١٢٩
التغذية	١٨.٦	١٨.٠	٢.٧،	٢.٨	٢.٤٢	*٠.٠١٦
أخرى	٢١.٧	٢٠.٥	٣.٦	٣.٧	٣.٣٣	*٠.٠٠١
الكلي	١١٥.٣	١١٣.٩	٩.٨	١٠.٠	1.44	٠.١٥٠

يتضح من الجدول أعلاه عدم وجود فروق دالة إحصائياً في المعتقدات الصحية بين الطلاب عينة الدراسة ساكني الحضر والريف في مجمل عبارات أداة الدراسة وجميع مجالاتها ما عدا مجالات الأمراض العضوية والنفسية فظهرت لصالح أبناء الأماكن الحضرية ومجالي التغذية وأخرى فقد ظهرت الفروق لصالح أبناء الأماكن الريفية. ويمكن أن تعزى عدم وجود الفروق إلى التشابه في الخبرات التعليمية التي يتعرّض لها كل من سكان الأماكن الحضرية والريفية سواء في المدارس كونهم يتعرضون لمنهج واحد، كما أن تشابه فئات وأطياف المجتمع العماني إلى حد كبير أدّى إلى هذه النتيجة كذلك.

وفيما يتعلق بتفوق أبناء الأماكن الحضرية على نظرائهم في الأرياف في مجال المعتقدات المتعلقة بالأمراض العضوية والنفسية فهذا يمكن أن يعزى إلى بروز المشكلات الصحية والغذائية بصورة أكبر في الأماكن الحضرية، للرفاهية التي يعيشها قاطنو هذه الأماكن ناهيك عن سبل العيش وأنماط المعيشة التي يتّسم بها أبناء الحضارة مما يولّد بعض الأمراض بصورة أكثر شيوعا مقارنة بالأرياف والبوادي.

وبالمقابل يمكن أن يؤوّل تفوق أبناء الأرياف على أبناء الأماكن الحضرية في مجالي المعتقدات الصحية المتعلقة بالتغذية وأخرى إلى أنه رغم وجود التثقيف الصحي التربوي والإعلامي بجرعات متساوية لطلاب المدارس الريفية والحضرية إلا أن حرص طلاب وأسر الأماكن الريفية على الأخذ بهذه التعليمات غالبا ما يكون بصورة أكثر جديّة علاوة على عدم توفر رفاهية العيش لديهم الأمر الذي يبني لديهم معتقدا جيدا فيما يتعلق بالتغذية والأمور الصحية الأخرى، مما أدى إلى تفوّق ابناء الأرياف على قرنائهم في الأماكن الحضرية.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة فإن الباحثين يوصيان بما يلي :

- ضرورة الاهتمام بزيادة التوعية الصحية ورفع مستوى المعتقدات الصحية عن طريق تضمين موضوعات صحية وغذائية في محتوى الكتب المدرسية.
- التأكيد على مراعاة النواحي الوجدانية والمهارية والسلوكية لمجالات التربية الصحية عند بناء مناهج العلوم وعدم الاقتصار على معالجة النواحي المعرفية فقط.
- القيام بدراسات مماثلة تحدد برامج مقترحة في المعتقدات الصحية ضمنا مع مناهج العلوم، والدور التربوي لها في تنمية الوعي الصحي للطلاب.
- تنظيم أنشطة لا صفية وبرامج تثقيف صحي للطلاب مثل لوحات الحائط، واستدعاء أطباء متخصصين لإعطاء المحاضرات وتقديم العروض التوعوية ذات الصلة بصحة الإنسان.

المراجع:

١- الأمعري، هناء (١٩٩٥)، "تقويم مناهج التربية الصحية المتضمنة في كتب العلوم في المرحلة الابتدائية في دولة الكويت"، مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، ٢(١١)، ١١٧٦-١٢٠٢

٢- الأنصاري، صالح (٢٠٠٢)، برنامج المدارس المعززة للصحة. المرحلة الأولى، الرياض، وزارة المعارف.

٣- اسماعيل، مجدي (٢٠٠٧)، "نموذج مقترح لوحدة دراسية في العلوم والتربية الصحية لتلاميذ الصف السادس الابتدائي للوقاية من مرض السكر والحد من انتشاره"، الجمعية المصرية للتربية العلمية، ١٠(٤)، ٤٣-٨٥.

٤- حسني، ضياء الدين والصبوة، محمد. (٢٠١٠). الفروق بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على الأمفيتامينات وبين الأسوياء في الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس٢٩/١١-١/١٢/٢٠١٠ رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية - القاهرة، ص ص ٣١١-٣٤٣

٥- رضوان، سامر؛ وريشكة، كونراد (٢٠٠١)، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة (دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان)، شؤون اجتماعية، ٢٥:٧٢-٦٦.

٦- سلامة، بهاء الدين (١٩٩٧)، الصحة والتربية الصحية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربي.

٧- سليم، محمد صابر (١٩٩٣)، إتجاهات حديثة في تدريس العلوم، الطبعة الأولى، القاهرة، بل برنت للطباعة.

٨- سليم، محمد صابر (١٩٩٨)، "أضواء على تطوير مناهج العلوم للتعليم العام في الدول العربية"، الجمعية المصرية للتربية العلمية، ١(٢)، ١-١٩.

٩- الشعيلي، علي (٢٠١٠). مستوى فهم طلاب التعليم الأساسي بسلطنة عمان لمجالات التربية الصحية، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، جامعة دمشق، المجلد ٨، العدد ٣: ١١٣-١٣٤.

١٠- صابر، ابتسام. (٢٠١٠). المعتقدات الصحية الخاطئة لدى الطالبة المعلمة وأثرها في اتخاذ القرار تجاه تلوث الغذاء بالمبيدات الحشرية، مجلة مستقبل التربية العربية، ١٧(٦٢): ١٤٣ - ٢٠٦

١١- صالح، صالح محمد (٢٠٠٢)، "فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء"، الجمعية المصرية للتربية العلمية، ٥(٤)، ٥١-٩٩.

١٢- عبدالله، معتز ورضوان، شعبان. (٢٠٠٩). ابعاد نسق المعتقدات حول الصحة العامة: دراسة عاملية مقارنة بين الذكور والإناث الجامعيين، دراسات عربية في علم النفس، ٨(٣): ٧٤٩ – ٧٨٩

١٣- الغنيم، مرزوق؛ والبهبهاني، بهيجة (١٩٩٧)، الثقافة الصحية، الطبعة الأولى، الكويت، ذات السلاسل.

١٤- فضل، نبيل عبدالواحد. (١٩٩٨). مقومات تنمية الثقافة العلمية واتخاذ القرار في تعليم العلوم، المجلة التربوية، ١٣(٤٩): ٢٣٢-٢٩٩

١٥- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧)، تعزيز الصحة من خلال المدارس: تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول التعليم والتعزيز الصحي المدرسي الشامل، ترجمة صالح بن سعيد الأنصاري، الرياض، وزارة المعارف.

١٦- النمر، مدحت أحمد (١٩٩٢)، "دور جديد للتربية البيولوجية في حماية النشء من أخطار المواد والعقاقير النفسية"، مجلة دراسات في المناهج، ١٥، ١-٤٢.

١٧- وهبة، مراد. (٢٠٠٧). المعجم الفلسفي، القاهرة، دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع.

18- **Barnes, M; Buck, R; Williams, G; Webb, K and Aylward, M. (2008). Beliefs about common problems and work: A qualitative srudy, Social Science and Mathematics, 67: 657 - 665**

19- **Haase, A; Steptoe, A; Sallis, J and Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development, Preventive Medicine, Volume 39, Issue 1, , Pages 182-190**

20- **Kolbe, L.J (1993). Developing a plan of action to institutionalize comprehensive school health education programs in the United States, Journal of School Health, 36 (1), 12-13.**

21- **Lie, D and Boker, J. (2004). Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students, BMC Medical Education, 4(٢): 1-9**

22- **Reiter, P; Brewer, N; Gottlieb, S; McRee, A and Smith, J. (2009). Parents' health beliefs and of their adolescent daughters, Social Science & Medicine Volume 69, Issue 3 : 475–480**

23- **Rothstein, W and Rajapaksa, S22- (2003).Health beliefs of college students born in the United States, China, and India. Journal of American College Health, 51(5):**