الوعي الصحي للأم المتعلّمة ومؤشرات النمو البدني لأطفال ما قبل السن المدرسي (4-5 سنة) حسب معايير منظمة الصحة العالمية: دراسة مقارنة بين المستوى الأعلى والأدنى

د. محمود عبدالله العثمان*

(الإيداع: 7 تشرين الأول 2023، القبول: 14 كانون الثاني 2023)

الملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات المتخرجات العاملات في رياض الأطفال، وإلى التعرف على مستوى نمو أطفال رياض الأطفال، وإلى التعرف على مستوى الوعي الصحي للأمهات الخريجات ومستوى نمو أطفالهن حسب مؤشرات الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم. اقتصرت الدراسة على الخريجات المتزوجات الحاصلات على الإجازة أو/ودبلوم التأهيل التربوي العاملات ضمن مجال رياض الأطفال (الحكومية والخاصة) معلمات أو إداريات ومن سن 25-38 سنة، وأيضاً تضمنت العينة أطفال المتخرجات من ذكور وإناث. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (483) معلمة و(313) طفلاً. بعد أخذ القياسات الأنثروبومترية للأطفال (الوزن والطول واستخراج مؤشر كتلة الجسم) حسب تعليمات منظمة الصحة العالمية. تم تطبيق مقياس الوعي الصحي (من إعداد الباحث) على الأمهات العاملات، و معالجة البيانات باستخدام برنامج (Anthro plus) للمنظمة والبرنامج الإحصائي ستات سوفت ستاتيستيكا. خرجت الدراسة بنتائج فحواها أن الوعي الصحي على المقياس الكلي كان منخفضاً لخريجات التربية والآداب، أما الوعي الصحي لخريجات العلوم فكان مقبولاً ولخريجات العلوم الصحية كان عالياً. تفوقت خريجات كليات العلوم الطبيعية على متخرجات كليات العلوم الإنسانية على محاور التغذية والأمراض المعدية والصحة البيئية والصحة الشخصية ولم يكن هناك فروق ذات دلالة على محور الإدمان. وكذلك ، لم تكن هناك فروق بين الأطفال في وزن ومؤشر كتلة الجسم في سن 4 سنوات ولكن الفروق كانت معنوية لطول الجسم في سن 5 سنوات، ومعنوية أيضاً عند مقارنة الذكور مع الإناث. إضافة إلى ذلك، لم تكن الفروق ذات دلالة بين المستويين الأدنى والأعلى للوعي الصحي للأمهات المتخرجات.

الكلمات المفتاحية: الأم المتعلمة، الوعي الصحي، رياض الأطفال، مؤشرات النمو.

*أستاذ مساعد، كلية التربية الثالثة، جامعة دمشق

The level of health awareness of the educated mother and indicators of the physical development of pre-school children (4-5 years) according to the standards of the World Health Organization and: a comparative study between the upper and lower level

Dr. Mahmoud Othman*

(Received: 7 October 2023, Accepted: 14 January 2024)

Abstract

The study aimed to explore the level of health awareness among graduated mothers working in kindergartens, to know the level of growth of kindergarten children, and to show the relationship between the level of health awareness of graduated mothers and the level of growth of their children according to the indicators of height, weight and body mass index. The study was limited to married female graduates with a license or/and educational qualification diploma working within the field of kindergartens as teachers or administrators and from the age of 25-38 years. The sample also included children of male and female graduates. The study sample consisted of (483) female teachers and (313) children. After taking the children's anthropometric measurements (weight, height, and extracting the body mass index) according to the instructions of the World Health Organization, the health awareness scale (prepared by the researcher) was applied to working mothers, and the data was processed using the organization's (WHO Anthro plus) program and the statistical program StatSoft Statistica. The study concluded that the health awareness on the overall scale was low for graduates of education and arts, while the health awareness of science graduates was acceptable and for health sciences graduates was high. Graduates of the faculties of natural sciences outperformed graduates of the faculties of humanities on the themes of nutrition, infectious diseases, environmental health and personal health, and there were no significant differences on the theme of addiction. In addition, there were no differences between children in weight and body mass index at the age of 4 years, but the differences were significant for body length at the age of 5 years, and also significant when comparing males with females. The differences were not significant between the lower and higher levels of health awareness of the graduated mothers

Key words: Educated mother, Health awareness, Kindergarten, Growth indicators.

*Associate Professor, Third Faculty of Education, Damascus University

مقدمة

تقوم المعلمة والعاملات في المؤسسات التربوية ومؤسسات الرعاية في مرحلة رياض الأطفال بمهام استثنائية كثيرة ومتنوعة لها تأثيرات ونتائج حيوية في تكوين الشخصية وتشكّل العادات والسلوكيات في المراحل التالية من العمر. تتطلب هذه المهام مهارات متباينة ومتعددة الجوانب، فهي مسؤولة عن كل ما يتعلمه ويكتسبه الطفل ويطبقه في حياته اليومية خلال مرحلة عمرية حساسة وهامة جداً، حيث تبين أن مرحلة ما قبل السن المدرسي هي المرحلة التي يكتسب ويخزن الطفل فيها المعارف المرتبطة بالوعي الصحي في مختلف جوانبه (التغذوية والبيئية والأمراض والسلوكيات الشخصية)، ويبدأ بتحصيل الكفايات والخبرات والمستوى النوعي اللازم لترجمة هذه المعارف إلى سلوك يرافقه مدى الحياة (Lynn 2007, p. 4–10)، وذلك إلى جانب مهمة توجيهيه وتغيير أو تطوير هذا السلوك بما يتلاءم مع الحالات الاجتماعية– الاقتصادية السائدة والأوضاع الجغرافية–الديموغرافية المختلفة. حيث تشير كارول (2005) ومنظمة الصحة العالمية (WHO 2009, p. 9–17) إلى أن المرض وانخفاض المستوى الصحي وأمراض ومتلازمات سوء التغذية في البلدان النامية يشكلان مخاطر صحية كبيرة وأنها مسؤولة عن أسباب الوفاة لأكثر من نصف الأطفال، خاصة في المراحل الأولى للطفولة وبشكل رئيسي في سن ما قبل المدرسة. وبما أن الأطفال في هذه المرحلة يعتمدون في مختلف جوانب الحياة كالتغذية والحياة الصحية والتربية والتعليم، ويتلقون معارفهم وتربيتهم من القائمين على رعايتهم كالأهل والمعلمين، فيعول مستوى نموهم وتطورهم البدني والنفسي–الذهني ومستوى حالتهم الصحية على درجة الوعي الصحي والثقافة الصحية–البدنية لهم. إضافة لذلك، تشير الكثير من الدراسات (Pathak and Singh 2009, p. 183–206) ; (Tais et al. 2008, p. 350–356) إلى أهمية التأثيرات للحالة الاجتماعية–الاقتصادية وللوعي الصحي للأسرة (الأب والأم) وللراعين الصحيين في نمو الطفل ومستوى حالته الصحية، حيث بيّنت العديد من تلك الدراسات بأن مستوى الوعي الصحي العالي للأسرة أو لكفيل الطفل له أثر هام جداً على مؤشرات نموه كالطول والوزن ومحيط الذراع وسماكة طيات الجلد والنسبة المئوية للدهن وذلك مقارنة مع المتوسط الحسابي لهذه القياسات للأطفال من نفس المرحلة العمرية ونفس الجنس. مع الأخذ بالحسبان أن المستوى العالي للوعي الصحي للوالدين أو لكفيل الطفل، لا يعني بالضرورة تأثيراً إيجابياً على مستوى نموه أو على مؤشر أو أكثر من مؤشرات النمو إذا لم تُترجم المعارف النظرية لهذا الوعي إلى تطبيق عملي في الحياة اليومية وذلك من خلال إتاحة الفرص وتأمين المتطلبات اللازمة لذلك. من هذا المنطلق، يُعد الوعي الصحي للوالدين أو لكفيل الطفل من العوامل المؤثرة في نموه البدني السليم، وذلك مع الأخذ بالعلم أن حملة الشهادات الجامعية هم الفئة المستهدفة في أكثر عينات الأبحاث ذات الصلة (Cameron & Shell 2022, p.1–22).

الوعي الصحي لدى خريجات الجامعة هو مفهوم يقصد به درايتهن بالمعلومات والحقائق الصحية والغذائية وإحساسهن بالمسئولية نحو صحتهن وصحة الآخرين وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسات الصحية عن قصد نتيجة الإدراك والاقتناع، وأن تتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بشكل آلي وبلا شعور أو تفكير. وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الوعي الصحي بأنه تطبيق واسع من الخبرات التعليمية يهدف إلى تسهيل تكييف نمط حياة الفرد مع الممارسات الصحية الجيدة والمناسبة تكيفاً طوعياً، وذلك من خلال الخبرات المكتسبة من العمليات التعليمية والتي تتصف بالمشاركة الفعالة والإيجابية من أجل التوصل إلى اقتناع الفرد بالعادات وبالمهارات الصحية وممارستها بشكل روتيني (منظمة الصحة العالمية 1989، ص1). ويعرفه كوني (Connie 2001, p. 5) بأنه عملية تحفيز وإقناع الأفراد لتعلم ممارسات وسلوكيات صحية سليمة، أو ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحيحة تؤدي إلى رفع الوعي الصحي والارتقاء بمستواه إلى الدرجة الملائمة وذلك باتباع طرائق وأساليب تربوية متنوعة. وبما أن تشكيل المفاهيم الحياتية بمختلف فروعها للطفل تحت السن المدرسي يعتمد بشكل كلي ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعلومات التي يتلقاها من محيطه، فهو

إذاً في حالة الدراسة الحالية يعتمد على أسرته بشكل عام وأمه بشكل خاص وعلى المؤسسة التربوية–التعليمية الأولى في حياته متمثلةً بالروضة. وفي هذه المرحلة العمرية الحساسة تتكون لدى الطفل تلك المعارف والسلوكيات الصحية (والتي بمجملها وقائية) التي سترافقه في المراحل العمرية التالية من حياته، ففي دراسة قامت بها عدة مراكز للصحة الوقائية حول العالم، وجد أن 53% من الامراض يمكن تفاديها باتباع الوسائل والطرق المعيشة الصحية السليمة، وأن 21% يمكن تفاديها إذا ما كانت الحياة تجري في بيئة صحية، وأن 10% فقط يجب التعامل معه بواسطة العلاج الطبي الدوائي (محمد وسلمى 2007، ص3). من جهة أخرى، حتى بدء العمل بهذه الدراسة، لا يوجد مقياس لتقدير الوعي الصحي في الوطن العربي يتفق عليه الباحثون في هذا المجال، لذلك نجد تفاوتاً كبيراً في تأويل نتائج الدراسات المتعاقبة ففي دراسة سوزان (2009) ودراسة عقيل وآخرون (2012) ودراسة العرجان وآخرون (2013)، خلصت النتائج الى ارتفاع مستوى الوعي الصحي للطلبة المكونين لعينة البحث، أما في دراسة خطابية ورواشدة (2010) فأظهرت النتائج انخفاض مستوى الوعي الصحي للطلبة، وتوصلت دراسة عماد وآخرون (2012) الى أن مستوى الوعي الصحي العام لدى الطلبة كان متوسطا. وعلى الرغم من تباين نتائج الدراسات المتتالية والمتعلقة بالوعي الصحي إلا أن اجراء المزيد من الدراسات حول الوعي الصحي عند الطلبة الخريجين والعاملين في ميادين المؤسسات التربوية التعليمية، خاصة في المراجل التمهيدية (كالروضة والحلقة الأولى) أمر في غاية الأهمية، وذلك للكشف عن مكامن القوة ونقاط الضعف لديهم وتطويرها أو تصحيحها وتقويتها، كونهم يمثلون الأسوة النموذجية التي يمكن أن يُحتذى بها من وجهة نظر الأطفال.

إشكالية البحث:

نادراً نجد في الدراسات العربية أبحاثاً تطرقت إلى مستوى الوعي الصحي للأمهات المتعلمات ونمو أطفالهن بشكل منفرد، بل غالباً ما يُناقش الوعي الصحي ونمو الأطفال كمفهومين مستقلين عن بعضهما، أو ضمن مفهوم الوعي الصحي لدى الفئات المجتمعية المختلفة، ودون التطرق إلى الفصل بين هذه الفئات حسب المستوى التعليمي، وذلك على الرغم من كثرتها في المكتبات غير العربية. من جهة ثانية، تعدّ مرحلة الطفولة بتقسيماتها المختلفة وبشكل خاص المراحل الأولى من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته، حيث يجري خلالها تكوين البنية الجسمية والقدرات البدنية، وأيضاً اكتسابه للمعارف الصحية اللازمة والتي سترافقه خلال المراحل التالية. بالمقابل، أشارت الكثير من الأبحاث التجميعية وأبحاث المراجعات الأدبية إلى أن 30–40% من حملة الشهادات الجامعية والمتخرجين حديثاً لا يتمتعون بمستوى صحي لائق (Pontus 2015, p. 11–16). لذلك، تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في معرفة مستويات الوعي الصحي لدى خريجات الجامعة وإلى التعرف على نمو أطفالهن حسب مقترحات منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط.

أهداف البحث:

تتجلى أهداف الدراسة الحالية في:

1. الكسف عن مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات الخريجات العاملات في رياض الأطفال حسب الكلية التي تخرجن منها (تربية، آداب، علوم، علوم صحة) مع الأخذ بالحسبان أنهن يعملن كمعلمات وليس إداريات في رياض الأطفال،
2. معرفة مستوى نمو أطفال رياض الأطفال ومن كلا الجنسين من خلال المعالجة الإحصائية لمؤشرات الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم. أيضاً،
3. الكشف عن الفروق بين مستوى الوعي الصحي للأمهات الخريجات ومستوى نمو أطفالهن حسب مؤشرات الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم من مرحلة رياض الأطفال،

4. مقارنة مستوى نمو الأطفال في العينة الحالية مع المستويات المحددة من منظمة الصحة العالمية والمستخدمة لتقدير النمو في منطقة الشرق الأوسط.

أسئلة البحث:

وبناءً على الأهداف أعلاه، تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

(1)- ما مستوى الوعي الصحي للأمهات الخريجات العاملات في رياض الأطفال حسب الكلية وهل توجد فروق ذات دلالة بين الخريجات تبعاً لمتغير نوع الكلية (علوم إنسانية – علوم طبيعية)؟

(2)- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نمو أطفال رياض الأطفال من خلال مؤشرات الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم تبعاً لمتغيري العمر والجنس؟

(3)- هل توجد فروق ذات دلالة بين علاقة المستوى الأعلى والأدنى للوعي الصحي للأمهات الخريجات ومستوى مؤشرات النمو (الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم) للأطفال؟

المواد وطرائق البحث

مجتمع البحث وعينته

اقتصرت الدراسة على الخريجات المتزوجات الحاصلات على الإجازة أو/ودبلوم التأهيل التربوي من كليات التربية من تخصّص رياض الأطفال ومعلم صف وكلية الآداب وكليات العلوم الصحية واللاتي يعملن ضمن مجال رياض الأطفال التعليمية (الحكومية والخاصة) كمعلمات، ومن سن 25-38 سنة، حيث تقصّد الباحث اختيار المعلمات المتخرجات حديثاً أو ليس من مدة طويلة. وأيضاً تضمنت العينة أطفال الخريجات من ذكور وإناث. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (483) معلمة و(313) طفلاً وكل طفل كان عمره تحت 4 سنوات (48 شهر) أو تجاوز عمره خمس سنوات (60 شهر) بالضبط تم استخراج بياناته من المعالجة الإحصائية. أما أسباب اختيار العينة في الدراسة الحالية فهو التعرف على مستوى الوعي الصحي لخريجات الجامعة الحديثات (تطبيق المعارف اللاتي امتلكهن خلال حياتهن الجامعية) وتطبيق هذا الوعي الصحي في حياتهن العملية والذي يتمثل بالمقام الأول في البنية الجسمية لهن ولأطفالهن. أجريت الدراسة في مدن وقرى محافظة درعا، وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية لتمثيل أكبر شريحة ممكنة تمثل مجتمع الدراسة. والجدول (1) يبين خصائص أفراد العينة:

جدول (1): توزيع أفراد العينة وخصائصهم

الكلية	التربية		الآداب		العلوم وعلوم الصحة		المجموع	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%
	241	49.90	153	31.68	89	18.43	483	100
نوع الكلية	عدد 394 (81.57%)				عدد 89 (18.43)			
الأطفال (الجنس)								
ذكر	85	47.49	47	53.41	29	63.04	161	51.44
أنثى	94	52.51	41	46.59	17	36.96	152	48.56
الأطفال (العمر)								
4 سنوات	63	35.196	37	42.05	14	30.43	114	36.42
5 سنوات	116	64.80	51	57.95	32	69.57	199	63.58
المجموع	179	57.19	88	28.12	46	14.696	313	100

مصطلحات البحث:

الوعي الصحي: نظرياً، هو قدرة الفرد على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها، والتي من خلالها يستطيع المحافظة على صحته في حدود إمكانياته المتاحة وقدراته الوظيفية والحركية (Lynn, 2007, p 4-10)

وإجرائياً، هو ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد. وإجرائياً هو الدرجة التي يحصل عليها الخريج من خلال اجابته على مقياس قياس مستوى الوعي الصحي المستخدمة في البحث.

مؤشر النمو: هو نظام النضج العام للعضو (الكائن الحي)، والذي يشمل تطور الطول-الوزن وتطور الأحشاء وهو ظاهرة كمية (Grehal 2007, p. 34).

وإجرائياً هو المقدار الكمي للطول والوزن والمؤشرات المستخلصة منها وذلك حسب تعليمات منظمة الصحة العالمية (WHO. p. 15-25).

الأم المتعلمة: إجرائياً في الدراسة الحالية هي تلك السيدة التي تمتلك إجازة و/أو دبلوم تأهيل تربوي في كلية التربية أوكلية الآداب أو كلية العلوم أو كلية العلوم الصحية.

الدراسات السابقة:

1)- دراسة عماد وآخرون (2012) بعنوان " مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس" هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس تبعاً لمتغيرات الجامعة والجنس والكمية والمعدل التراكمي لدى الطلبة. أجريت الدراسة على عينة قوامها 411 طالب وطالبة وذلك بواقع 500 طالب وطالبة من جامعة النجاح الوطنية و300 طالب وطالبة من جامعة القدس وطبق عليها استبانة مقياس الوعي الصحي والتي تكونت من 32 فقرة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (64.80%) إضافة إلى ظهور فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة ولصالح جامعة القدس والكمية لصالح الكميات العلمية ومتغير الجنس ولصالح الطالبات وكذلك لمتغير المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى (عماد وآخرون 2012، ص940-955).

2)- دراسة العرجان وآخرون (2013): بعنوان "مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية حيث تكونت العينة من 1916 طالباً وطالبة، وطبقت عليهم استبانة الوعي الصحي ومصادره والمكونة من 62 فقرة موزعة على 7 مجالات. أشارت النتائج أن إلى أن مستوى الوعي الصحي العام جاء عالياً بنسبة مئوية للاستجابة 85.27% وإلى أن نسبة 90.00% من الطلبة لديهم مستوى صحي عالٍ ونسبة 9.44% لديهم مستوى صحي متوسط وأن الوعي الصحي يتباين تبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي. أيضاً، يوجد وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً للمتغيرين ولصالح الإناث وطلبة السنة الرابعة (العرجان وآخرون 2013، ص311-344).

3)- دراسة عفاف وآخرونا (2014) (Mother's Health Awareness and Nutritional Status of Children in Khartoum State-Sudan) بعنوان "الوعي الصحي للأمهات والحالة التغذوية للأطفال في ولاية الخرطوم، السودان". هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين عوامل الحالة الاجتماعية-الاقتصادية والوعي الصحي لدى الأمهات، وأيضاً إلى

تأثير وعي الأمهات اتجاه الحالة الصحية لأطفالهن. اشتملت العينة على 400 عائلة من ثلاثة مستويات اجتماعية–اقتصادية متباينة مع أطفالهم من سن تحت 10 سنوات، واستخدم الباحثون استبانات ومقابلات وملاحظات ومقياس للوعي الصحي وقاموا بالقياسات الأنثروبومترية اللازمة. وخرجت الدراسة بأن العوامل المؤثرة على الوعي الصحي للأمهات كانت على الترتيب التالي: الوضع الاقتصادي–الاجتماعي ثم شهادة الأم ثم المرحلة العمرية. أيضاً، بينت الدراسة أن المستوى العالي للوعي الصحي للأمهات يقود حالة صحية أفضل للطفل وإلى انخفاض في حدوث بعض الأمراض المزمنة والمزمنة المعدية كالملاريا، ولهذا توصي الدراسة بإحداث برامج مستمرة لرفع مستوى الوعي الصحي للأمهات كونه مرتبط بشكل وثيق مع مستوى الحالة الصحية للطفل (Afaf et al. 2014, p. 61-68).

4)- دراسة الطاف ياسين خضر وسمر عدنان (2015) بعنوان "الوعي الغذائي لدى أمهات أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات". هدفت الدراسة إلى معرفة الوعي الغذائي لدى أمهات أطفال الرياض تبعاً لمتغيرات العمر والتحصيل العلمي وعمل الأم. اشتملت عينة الدراسة على 200 أم من الأمهات اللاتي لديهن أطفال في رياض الأطفال في مدينة بغداد، وتم استخدام مقياس الوعي الغذائي من إعداد الباحثين والذي تكون من 39 فقرة وثلاثة بدائل (تنطبق علي دائماً، تنطبق علي أحياناً، لا تنطبق علي أبداً). وخرجت الدراسة بعدة نتائج مفادها أن الأمهات اللاتي لديهن أطفال في مؤسسات رياض الأطفال يتمتعن بمستوى عالي من الوعي الغذائي وأنه لا توجد فروق ذات دلالة بين الأمهات اللاتي لديهن تحصيل علمي أعلى أي يملكن شهادة أعلى والأمهات ذات المستوى التعليمي المنخفض وذلك حسب نتائج المقياس، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الغذائي تبعاً لمتغير العمر بين أمهات الرياض، وأن لدى أمهات أطفال الرياض غير الموظفات وعي غذائي أكثر من الأمهات الموظفات (الطاف وسمر 2015، ص1-25).

5)- دراسة أبتيهاج وآخرون (2017): (Assessment of Maternal Knowledge of Under Five Year's Children regards Malnutrition and Related Factors in Kosti and Tandalty Hospital) بعنوان "تقدير معرفة الأمهات نحو سوء التغذية والعوامل المرتبطة به لدى أطفالهن من عمر تحت 5 سنوات في مشافي كوستي وتندالتي". هدفت الدراسة إلى تقييم معرفة الأمهات المتعلقة بسوء التغذية واستكشاف تأثيرات الحالة الاجتماعية–الاقتصادية والعوامل الجغرافية للعائلة على الحالة التغذوية للأطفال من سن تحت 5 سنوات. استخدم الباحثون الطريقة المسحية وطبقوا الاستبانة على 100 أم لديها طفل من سن تحت 5 سنوات، تم تقسيمهن إلى مجموعتين، مجموعة سوء التغذية والمجموعة الضابطة التي تحتوي على أطفال أصحاء. بينت الدراسة أن نسب الهزال والتقزم والوزن الناقص كانت 34%، 14% و52% على الترتيب في مجموعة سوء التغذية. أيضاً، تنخفض نسبة انتشار الوزن الناقص مع ازدياد دخل الأسرة والدرجة التعليمية العالية للأم، يلي ذلك العائلات اللاتي كانت الأمهات فيهن يحافظن على الرضاعة الطبيعية. مع العلم أن النسبة العظمى في مجموعة سوء التغذية (21%) لا يرضعن طبيعياً وأن (29%) فقط من أطفالهن قد تلقوا رضاعة طبيعية (Eptihag et al. 2017, p. 3-33).

6)- دراسة الماضي وآخرون (2018): بعنوان " واقع الثقافة الصحية لدى معلمي العلوم في المرحلة الابتدائية". هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الثقافة الصحية لدى معلمي العلوم في المرحلة الابتدائية وكذلك معرفة الفروق بين المعلمين والمعلمات في مستوى الثقافة الصحية لديهم. اشتملت العينة على معلمي ومعلمات العلوم في المدارس الابتدائية الحكومية في مركز محافظة النجف والبالغ عددهم 450 معلماً ومعلمة بواقع 211 معلماً و239 معلمة. استخدم الباحثون مقياس الثقافة الصحية الذي أعدوه بما يتناسب وأهداف الدراسة والذي تكون من 42 فقرة. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي ولصالح القيمة الأكبر للمتوسط الحسابي مما يدل على أن عينة البحث

تتمتع بمستوى عالي من الثقافة الصحية، إضافة لذلك بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الثقافة الصحية تبعاً لمتغير الجنس (الماضي وآخرون 2018، ص74-105).

أدوات البحث

أولاً: القياسات الأنثروبومترية (الجسمية) والنمو البدني للأطفال

تم قياس الوزن باستخدام ميزان محمول وبدقة 0.1 كغم، وقياس الطول من الوقوف وبدون حذاء وبدقة 0.1 سم وذلك باستخدام مقياس طول حائطي محمول. تم توثيق نتيجة قياس الوزن والطول بعد أخذ القياس مرتين واستخراج المتوسط الحسابي لهما وذلك لتفادي أي خطأ ممكن خلال تسجيل القياسات. بعد ذلك تم حساب مؤشر كتلة الجسم بتطبيق المعادلة الخطية وذلك بتقسيم وزن الجسم بالكيلوغرام على مربع طول الجسم بالمتر، وذلك بناءً على تعليمات منظمة الصحة العالمية (WHO 2008, p. 15-25). كما تم حساب وتأويل مؤشرات النمو باستخدام البرنامج الحاسوبي للمنظمة (WHO AnthroPlus 2007).

ثانياً: مقياس الوعي الصحي

بعد مراجعة الأدب المختص والدراسات ذات الصلة بموضوع البحث الحالي كدراسة علي (علي 2007) ودراسة عماد وآخرون (عماد وآخرون 2012) ودراسة الطاف وسمر (الطاف وسمر 2015) ودراسة ممدوح وآخرون (Mamdouh et al. 2013) ودراسة العرجان (العرجان 2016) ودراسة بن زيدان وآخرون (بن زيدان وآخرون 2017) أعدّ الباحث مقياساً لتقدير الوعي الصحي وقام بعرض محاور المقياس على (8) من أساتذة الجامعة (2 من كلية الطب و2 من كلية العلوم و4 من كلية التربية) (ملحق 1) وذلك لإبداء آرائهم نحو موائمة تلك المحاور واستبعاد أو إضافة وتعديل ما يرونه ملائماً لموضوع الدراسة وللعينة المستهدفة ولطبيعة أداة البحث. بعد أخذ الباحث ملاحظات المحكمين وإجراء العمليات الحسابية لتوافق الاستجابات، أصبح المقياس يتألف من خمسة محاور رئيسية، يندرج نحتها (62) عبارة وكلها بالاتجاه الإيجابي بحيث تضمّن محور الصحة الغذائية (17) عبارة، ومحور الأمراض المعدية (10) عبارات، ومحور الصحة البيئية (13) عبارة، ومحور إدمان التدخين والمخدرات (10) عبارات، ومحور الصحة الشخصية (12) عبارة. ومن أجل تقدير درجات الاستجابة، اعتمد الباحث مقياس خماسي لتقدير درجات استجابة أفراد عينة الدراسة بحيث تكون الدرجة (5) موازيةً "لأوافق جداً" والدرجة (4) موازيةً "لأوافق" والدرجة (3) موازيةً "لأوافق بدرجة متوسطة" والدرجة (2) موازية "لا أوافق جداً" والدرجة (1) موازية "لا أوافق". ويكون حساب درجات المحور باستخراج المتوسطات الحسابية، فإذا كانت من (1) حتى (1.80) فيكون مستوى الوعي الصحي منخفض جداً، وإذا كانت من (1.81) حتى (2.60) فيكون منخفض، وإذا كانت من (2.61) حتى (3.40) فيكون مقبول، وإذا كانت من (3.41) حتى (4.20) فيكون عالي، وإذا كانت من (4.21) حتى (5.00) فيكون عالٍ جداً. ويتم حساب الدرجة الكلية للمقياس باستخراج المتوسط الحسابي للمحاور الخمسة.

صدق وثبات المقياس

للتأكد من صدق المقياس ضمن مجتمع عينة الدراسة والمتمثلة بخريجات الجامعات السورية- جامعة دمشق، فقد قام الباحث بالتأكد من صدق المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (50) خريجة جامعية بينهن (21) من كلية التربية و(15) من كلية الآداب و(9) من كلية العلوم و(5) من كلية العلوم الصحية، تم اختيارهم بصورة عشوائية من مختلف الكليات المذكورة (حساب الثبات بالإعادة) وبعد مرور خمسة عشر يوماً تم تطبيق المقياس مرة أخرى على نفس العينة وتبين أن معامل ثبات المقياس ككل (0.87) وهي نسبة عالية. وقد تم احتساب معامل الاتساق (الفا كرونباخ) لاستجابات أفراد العينة، وكانت النتائج عالية (جدول 2) أي أن معامل الاتساق لأبعاد المقياس وللمقياس ككل كان عالياً، وهذه النتائج تؤكد ثبات أداة الدراسة الحالية.

الجدول رقم (2): معامل الاتساق (الفا كرونباخ) لدرجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد المقياس

محور الصحة الغذائية		محور الأمراض المعدية		محور الصحة البيئية		محور إدمان التدخين والمخدرات		محور الصحة الشخصية	
رقم العبارة	معامل الفا	رقم العبارة	معامل الفا	رقم العبارة	معامل الفا	رقم العبارة	معامل الفا	رقم العبارة	معامل الفا
1	0.791	18	0.804	28	0.696	41	0.796	51	0.856
2	0.777	19	0.747	29	0.711	42	0.811	52	0.861
3	0.716	20	0.789	30	0.801	43	0.801	53	0.871
4	0.805	21	0.798	31	0.719	44	0.799	54	0.799
5	0.743	22	0.812	32	0.788	45	0.788	55	0.798
6	0.762	23	0.825	33	0.692	46	0.802	56	0.832
7	0.769	24	0.801	34	0.742	47	0.772	57	0.782
8	0.774	25	0.781	35	0.805	48	0.805	58	0.885
9	0.741	26	0.780	36	0.709	49	0.819	59	0.849
10	0.712	27	0.715	37	0.718	50	0.788	60	0.788
11	0.732	–	–	38	0.679	–	0.789	61	0.789
12	0.785	–	–	39	0.744	–	0.839	62	0.839
13	0.741	–	–	40	0.788	–	–	–	–
14	0.714	–	–	–	–	–	–	–	–
15	0.726	–	–	–	–	–	–	–	–
16	0.7112	–	–	–	–	–	–	–	–
17	0.744	–	–	–	–	–	–	–	–
معامل الفا للمحور: 0.749		معامل الفا للمحور: 0.785		معامل الفا للمحور: 0.737		معامل الفا للمحور: 0.801		معامل الفا للمحور: 0.829	

بعد ذلك، تم استخراج معامل الاتساق عن طريق تطبيق اختبار معامل الارتباط (بيرسون) البسيط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس لأفراد المجموعة السابقة المختارة عشوائياً وعدد أفرادها 50 خريجة جامعية، والجدول (3) يبين نتائج معاملات الارتباط البسيط (بيرسون). عند مقارنة قيم معامل الارتباط البسيط (بيرسون) في الجدول (3) والتي تراوحت بين (0.40 – 0.77) مع القيمة الجدولية عند درجة حرية (48) ومستوى دلالة 5% نستنتج أن فقرات المقياس جميعها ذات دلالة.

الجدول رقم (3): معاملات الارتباط البسيط (ر) بين درجات الفقرات والدرجة الكلية لمقياس الوعي الصحي

رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)	رقم الفقرة	قيمة (ر)
1	*0.61	16	*0.55	31	*0.59	46	*0.63	61	*0.73
2	*0.72	17	*0.46	32	*0.48	47	*0.73	62	*0.60
3	*0.75	18	*0.53	33	*0.52	48	*0.76		
4	*0.45	19	*0.62	34	*0.67	49	*0.46		
5	*0.63	20	*0.59	35	*0.59	50	*0.61		
6	*0.77	21	*0.60	36	*0.60	51	*0.77		
7	*0.54	22	*0.52	37	*0.53	52	*0.51		
8	*0.66	23	*0.40	38	*0.44	53	*0.68		
9	*0.61	24	*0.62	39	*0.60	54	*0.68		
10	*0.42	25	*0.59	40	*0.53	55	*0.46		
11	*0.54	26	*0.42	41	*0.44	56	*0.56		
12	*0.50	27	*0.40	42	*0.40	57	*0.50		
13	*0.43	28	*0.64	43	*0.68	58	*0.49		
14	*0.65	29	*0.63	44		59			
15	*0.55	30	*0.48	45		60			

*= دال عند مستوى الدلالة 5%

تمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج ستات سوفت ستاتيستيكا (Statsoft Statistica v10) حيث تم استخراج معامل الثبات ومعامل الاتساق، ثم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري. بعد ذلك تم تطبيق اختبار (ت) للعينات غير المتماثلة لمعرفة دلالة الفروقات.

النتائج ومناقشتها

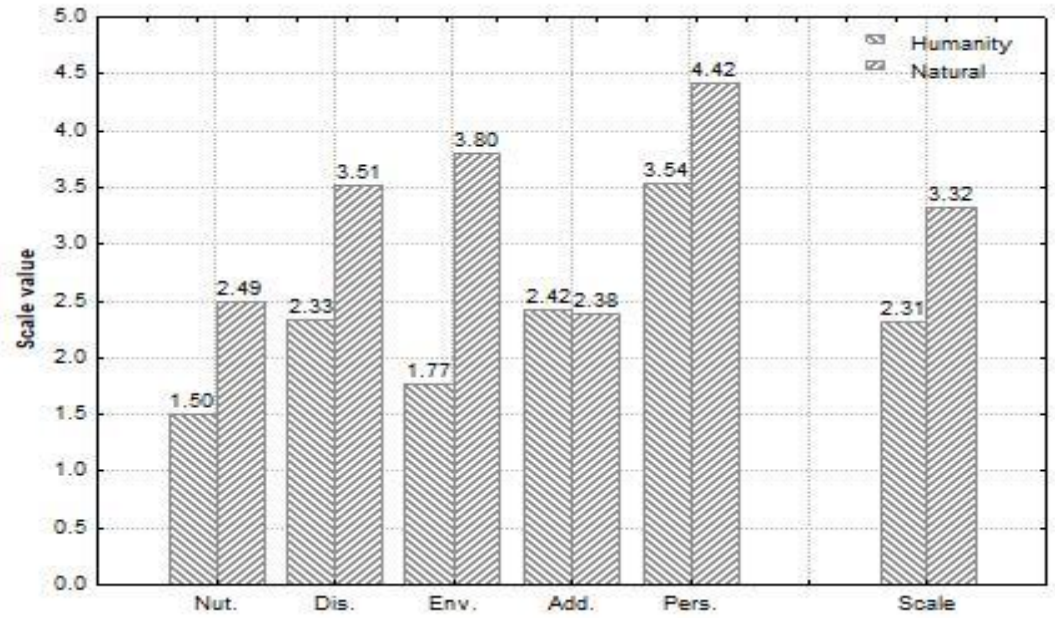
للإجابة على السؤال الأول: ما مستوى الوعي الصحي للأمهات الخريجات العاملات في رياض الأطفال حسب الكلية وهل توجد فروق ذات دلالة بين الخريجات تبعاً لمتغير نوع الكلية (علوم إنسانية – علوم طبيعية)؟

يبين لنا الجدول (3) مستوى الوعي الصحي على محاور المقياس للأمهات خريجات كلية التربية كان منخفضاً جداً على محور التغذية (1.62)، ومنخفضاً على محاور الصحة البيئية (1.97) والأمراض (2.31) والإدمان (2.47)، وكان المستوى عالياً على محور الصحة الشخصية (3.56)، بينما كان الوعي الصحي على المقياس الكلي منخفضاً (2.398). أما الأمهات خريجات كلية الآداب فكانت النتائج متقاربة مع خريجات كلية التربية حيث كان منخفضاً على محور التغذية (1.33)، ومنخفضاً على محاور الصحة البيئية (1.57) والأمراض (2.34) والإدمان (2.38)، إضافة لذلك، كانت النتائج متقاربة أيضاً في مستوى محور الصحة الشخصية (3.51) المنخفض، ومستوى الوعي الصحي على المقياس الكلي (2.23) المنخفض أيضاً. أما نتائج خريجات كلية العلوم فكانت مختلفة عن سابقاتها بالإجمال، حيث كان محور التغذية (2.12) ومحور الإدمان (2.22) أعلى من كليتي التربية والآداب ولكن يبقى ضمن مستوى التقييم المنخفض، أما محور الأمراض فكان مقبولاً (3.34)، ومحور الصحة البيئية (3.75) ومحور الصحة الشخصية (4.11) عالياً، وكان مستوى الوعي الصحي

على المقياس الكلي مقبولاً (3.10). أما الأمهات خريجات كلية العلوم الصحية فكان مستوى الوعي الصحي لديهن أعلى من خريجات كلية العلوم وكليتي التربية والآداب حيث كانت النتائج تشير إلى مستوى مقبول على محور التغذية (2.86)، بينما على محور الأمراض المعدية (3.67) ومحور الصحة البيئية (3.86) إلى مستوى عالي، وعلى محور الإدمان إلى مستوى منخفض (2.56)، وأما على محور الصحة الشخصية فكان المستوى عالياً جداً (4.72) وكان المستوى على المقياس الكلي عالياً (3.54).

الجدول رقم (4): مستوى الوعي الصحي لأفراد العينة حسب الكلية المتخرجة منها

محاور المقياس	كلية التربية		كلية الآداب		كلية العلوم		كلية العلوم الصحية	
	م.ح	ا.م	م.ح	ا.م	م.ح	ا.م	م.ح	ا.م
التغذية	1.672	0.451	1.327	0.412	2.121	0.743	2.857	0.879
الأمراض	2.311	0.547	2.341	0.639	3.337	0.882	3.692	0.671
صحة بيئية	1.965	0.387	1.573	0.481	3.746	0.441	3.858	0.509
الإدمان	2.462	0.591	2.380	0.714	2.199	0.554	2.561	0.632
صحة شخصية	3.560	0.664	3.510	0.619	4.111	0.767	4.724	0.785
المقياس الكلي	2.398	0.528	2.228	0.573	3.103	0.677	3.538	0.695



الشكل رقم (1): مقارنة استجابات أفراد العينة على محاور مقياس الوعي الصحي وعلى المقياس الكلي حسب نوع الكلية (علوم إنسانية – علوم طبيعية)

.Nut: محور التغذية، .Dis: محور الأمراض، .Env: محور الصحة البيئية، .Add: محور الإدمان، .Pers: محور الصحة الشخصية، Scale: المقياس الكلي، Scale value (mean): قيمة المحور (المتوسط الحسابي)، Humanity: العلوم الإنسانية، Natural: العلوم الطبيعية.

يوضح الشكل (1) النتائج الإحصائية لمقارنة استجابات أفراد العينة على محاور مقياس الوعي الصحي وعلى المقياس الكلي حسب نوع الكلية (علوم إنسانية – علوم طبيعية) حيث تفوقت خريجات كليات العلوم الطبيعية على خريجات كليات العلوم

الإنسانية على محاور التغذية والأمراض المعدية والصحة البيئية والصحة الشخصية (الجدول 4) حيث كانت قيمة (t) 16.134 والدلالة الإحصائية (0.0001) لمحور التغذية، و16.050 (0.0001) لمحور الأمراض المعدية، و39.210 (0.0001) لمحور الصحة البيئية، و11.247 (0.0001) لمحور الصحة الشخصية على الترتيب. إلا أن الفروقات بين خريجات الاختصاصين على محور الإدمان لم تكن ذات دلالة حيث كانت قيمة (t) 0.544 وبدلالة (0.5868). تتقارب نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة (عماد وآخرون 2012، الطاف وسمر 2015) من حيث تدني مستوى الوعي الصحي لدى خريجي الجامعة وذلك على الرغم من من ارتفاعه في بعض المحاور الفرعية كمحور الصحة البيئية والصحة الشخصية لدى خريجات كليات العلوم والعلوم الصحية. بالمقابل، تختلف النتائج مع بعض الدراسات الأخرى (الماضي وآخرون 2018، العرجان وآخرون 2013) التي خرجت بنتائج مفادها أن الوعي الصحي لدى طاليات الجامعة والخريجات كان متوسطاً إلى عالياً. يمكن إرجاع اختلاف النتائج في مستوى الوعي الصحي في البيئات العربية إلى الاختلاف في المقاييس والطرق المستخدمة في تحديد مستوى الوعي الصحي. إضافة لذلك، تباين المناهج في جامعات الوطن العربي والتي تحتوي بعضها على نوعيات متفاوتة من المعارف الصحية في مختلف الاختصاصات (خطابية ورواشدة 2010، ص 243-267).

الجدول رقم (5): المعالجة الإحصائية لمقارنة الوعي الصحي بين كليات العلوم الإنسانية وكليات العلوم الطبيعية

محاور المقياس	كليات العلوم الإنسانية		كليات العلوم الطبيعية		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	م.ح	ا.م	م.ح	ا.م		
التغذية	1.500	0.432	2.489	0.811	16.134	0.0001
الأمراض	2.326	0.593	3.514	0.777	16.050	0.0001
صحة بيئية	1.769	0.434	3.802	0.475	39.210	0.0001
الإدمان	2.421	0.653	2.380	0.593	0.544	0.5868
صحة شخصية	3.535	0.642	4.418	0.776	11.247	0.0001

وللإجابة على السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نمو أطفال الرياض من خلال مؤشرات الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم تبعاً لمتغيري العمر والجنس؟ يشير الجدول (5) إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة في الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم بين أطفال الرياض الذكور والإناث في سن أربع سنوات، حيث كانت قيمة (ت) 1.000 و 1.788 و 0.729 للطول وللوزن ولمؤشر كتلة الجسم على الترتيب. أما في سن خمس سنوات، فكان الأطفال الذكور أطول من الإناث (ت=2.905) بينما –وكما هو الحال في سن أربع سنوات– لم يكن هناك فروق ذات دلالة في متغيري الوزن (ت=1.776) ومؤشر كتلة الجسم (ت=0.900). وكانت نتائج اختبار (ت) عند دمج المجموعتين (4+5 سنة) ومقارنة الذكور مع الإناث شبيهة بسابقاتها، حيث كانت 2.442 وبدلالة إحصائية معنوية (0.0152) لطول الجسم، أما قيمة (ت) لوزن ومؤشر كتلة الجسم فكانت 1.711 و 0.849 على التوالي وبدلالة إحصائية غير معنوية. يمكن عزو هذه النتيجة إلى أن نمو الأطفال في هذه المرحلة العمرية يسير بشكل تصاعدي لكلا الجنسين، خاصة وأن الهرمونات المسؤولة (هرمونات الغدد الصم) عن الاختلافات الجذرية في النمو بين الجنسين ما مازالت غير فاعلة، وحتى إن وُجِدت بعض الاختلافات فيمكن إرجاعها لخصائص العينة وللاختلافات الوراثية والديموغرافية والبيئية الأساسية المؤثرة في النمو وتسارعه (Cameron and Schell 2022).

الجدول رقم (6): الخصائص الأنثروبومترية للأطفال ومقارنتها تبعاً لمتغير الجنس

العمر	مؤشر النمو	ذكور (عدد 60)		إناث (عدد 54)		المجموع (عدد 114)		الدلالة الإحصائية
		م.ح	ا.م	م.ح	ا.م	م.ح	ا.م	
4 سنوات	الطول (سم	104.5	3.19	105.1	3.21	104.8	3.20	0.3196
	الوزن (كغ)	17.48	1.48	16.99	1.44	17.21	1.42	0.0765
	م.ك.ج (كغ/م^2)	16.01	1.33	15.79	1.87	15.67	1.56	0.4674
العمر	**مؤشر النمو**	**ذكور (عدد 101)**		**إناث (عدد 98)**		**المجموع (عدد 199)**		**الدلالة الإحصائية**
5 سنوات	الطول (م)	111.6	4.23	109.8	4.51	110.7	4.39	*0.0041
	الوزن (كغ)	18.13	1.39	17.77	1.47	17.99	1.39	0.0774
	م.ك.ج (كغ/م^2)	14.56	1.36	14.74	1.49	14.68	1.46	0.3691
الكل	**مؤشر النمو**	**ذكور (عدد 161)**		**إناث (عدد 152)**		**المجموع (عدد 313)**		**الدلالة الإحصائية**
	الطول (م)	108.5	3.86	107.4	4.11	107.9	4.02	*0.0152
	الوزن (كغ)	17.81	1.55	17.43	1.43	17.73	1.58	0.0885
	م.ك.ج (كغ/م^2)	15.26	1.19	15.09	1.37	15.89	1.26	0.3969

م.ك.ج: مؤشر كتلة الجسم، *: دال عند 5%.

أما فيما يتعلق بالفروقات في نمو الأطفال من نفس الجنس بين المرحلتين العمريتين أربع وخمس سنوات، فتُبين لنا المعالجة الإحصائية للمتغيرات المدروسة (الجدول 6) أن الفروقات ذات دلالة قوية عند كلا الجنسين، حيث تُشير النتائج أنه كلما تقدم الطفل بالسن كلما ازداد طوله ووزنه وبالتالي ازداد مؤشر كتلة جسمه. تتوافق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة (Ohlund et al. 2010, Pontus 2015) ومع القوانين البيولوجية المطروحة في الكتب المرجعية المرتبطة بنمو الأطفال وتطورهم (Cameron and Schell 2022).

جدول (7): مقارنة مؤشرات النمو للأطفال حسب متغير العمر (4 x 5 سنة) لكلا الجنسين

	ذكور (4-5 سنة)		إناث (4-5 سنة)		الدلالة الإحصائية	
	(t)	(p)	(t)	(p)	(t)	(p)
الطول (م)	11.236	*0.0001	6.767	*0.0001	12.561	*0.0001
الوزن (كغ)	2.800	*0.0057	3.153	*0.0019	4.740	*0.0001
م.ك.ج (كغ/م^2)	6.595	*0.0001	9.247	*0.0001	5.630	*0.0001

(t): قيمة اختبار (ت)، (p): مستوى الدلالة الإحصائية، *: دال عند 5%.

وللإجابة على السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة بين علاقة المستوى الأعلى والأدنى للوعي الصحي للأمهات الخريجات ومستوى مؤشرات النمو (الطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم) للأطفال؟

الجدول (8): مقارنة المستوى الأعلى والمستوى الأدنى للوعي الصحي

العمر	مؤشر النمو	الوعي الصحي الأدنى (عدد 308) (مح±ام)	الوعي الصحي الأعلى (عدد 175) (مح±ام)	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
4 سنوات	الطول (م)	3.11±104.6	3.22±104.8	0.671	0.5028
	الوزن (كغ)	1.39±17.07	1.55±17.19	0.874	0.3824
	م.ك.ج (كغ/م^2)	1.47±15.64	1.62±15.78	0.969	0.3329
5 سنوات	الطول (م)	4.21±109.9	4.66±110.1	0.483	0.6296
	الوزن (كغ)	2.06±18.64	1.21±17.11	5.460	*0.0001
	م.ك.ج (كغ/م^2)	2.01±15.31	1.30±14.14	6.920	*0.0001
الكل	الطول (م)	4.19±106.03	3.87±108.4	6.141	*0.0001
	الوزن (كغ)	1.69±18.41	1.26±16.98	9.757	*0.0001
	م.ك.ج (كغ/م^2)	1.13±15.99	1.10±15.01	9.250	*0.0001

*= دال إحصائياً

لتقسيم عينة الخريجات فيما يتعلق بمستوى الوعي الصحي على المقياس الكلي إلى مستويين أدنى وأعلى اعتمد الباحث مبدأ أن كل خريجة كان مستوى الوعي الصحي لديها بين (1–2.60) فهي تتبع إلى المستوى الأدنى وكل ما تبقى من الخريجات (2.61–5.00) تتبع إلى المستوى الأعلى، وذلك حسب ما تقتضيه تقسيمات سلم تقدير درجات المقياس كما هو موضح في فقرة مقياس الوعي الصحي.

نلاحظ من الجدول (7) أنه على الرغم من وجود بعض الفروقات الرقمية بين المستويين الأعلى والأدنى ولصالح الأعلى إلا أن هذه الفروقات لم تكن ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بطول ووزن ومؤشر كتلة الجسم للأطفال. تؤكّد هذه النتيجة أن الأمهات وبغض النظر عن مستوى الوعي الصحي والتعليمي لديهن، يحاولن في هذه السن المبكرة تأمين كل متطلبات الطفل ومكملاته الغذائية (Lynn et al. 2007) وذلك بالإضافة إلى إشباع رغباته والاهتمام المتواصل به. من جهة أخرى، قد يكون المخزون الطاقوي المولود معهم أحد المُعوّضات الرئيسية التي تسد النقص والاحتياجات التغذوية إن وجدت، وذلك بالإضافة إلى الحقيقة الحياتية التي مفادها أن الأطفال في هذه المرحلة السنية التي تسبق المرحلة المدرسية أو حتى في كثير من الحالات التي تسبق مرحلة رياض الأطفال، يقومون بتناول وجبات متعددة خلال النهار دون الالتزام بمواعيدها الاعتيادية (Knight et al. 2007) مما يعزز مخازن الطاقة ويؤمن الغذائيات اللازمة للنمو والتطور.

الاستنتاجات

1. كان مستوى الوعي الصحي لخريجات العلوم والعلوم الصحية مقبولاً وعالياً على الترتيب، بينما كان مستوى الوعي الصحي لخريجات كليات التربية ولآداب منخفضاً وبالتالي يجب أخذ الاحتياطات اللازمة لرفع هذا المستوى عن طريق البرامج التوعوية الملائمة أو عن طريق إدراج مقرر جامعي يرتبط بمفاهيم الوعي الصحي وعلوم الصحة.
2. كنتيجة منطقية للاستنتاج الأول، تفوقت خريجات العلوم الطبيعية على خريجات العلوم الإنسانية في كل محاور المقياس باستثناء محور الإدمان الذي يمكن أن تعود معارفه إلى العادات المجتمعية والإرث الثقافي أيضاً.
3. إن عدم وجود فروقات ذات دلالة بين المستوى الأدنى والأعلى لمقياس الوعي الصحي يشير إلى تشابه المعارف الصحية بين المستويين، وبالتالي إلى تقارب نمط الحياة وإلى تقارب العادات الصحية المُمثِّلة للمجتمع.

4. على الرغم من عدم الرضا عن مستويات الوعي الصحي لدى الأمهات خريجات الجامعة إلا أن نمو أطفالهن يسير ضمن منحى تصاعدي كما تقتضيه القوانين البيولوجية الطبيعية، وذلك على الرغم من وجود بعض التفاوت الملحوظ لكن غير الدال إحصائياً.

المقترحات

1. إدراج مقرر جامعي مخصص للتوعية الصحية، خاصة فيما يرتبط بجوانب الوعي الصحي المتعلقة بالتغذية وبتغذية الطفل.
2. تضمين المقرر الجامعي تفصيلاً دقيقاً للقياسات الأنثروبومترية وتأويل نتائجها وذلك ضمن منهجية المسوحات المحلية والعالمية.
3. التشديد على تكثيف الساعات المرتبطة بالوعي الصحي في كليات العلوم الإنسانية، وعلى تحسين نوعية المعارف وطرق تطبيقها في كليات العلوم الطبيعية.
4. إجراء مسوحات متعددة الجوانب فيما يتعلق بالحالة الصحية لأطفال ما قبل السن المدرسي بشكل خاص، ولكافة الفئات العمري بشكل عام، وذلك بالتوازي مع مسوحات المكتب المركزي للإحصاء.

المراجع

1. بن زيدان حسين، ومقراني جمال، وسيفي بلقاسم (2017). مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي. **الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ج /قسم العلوم الاجتماعية**، العدد (17)، ص30-38.
2. خطابية عبد الله محمد، ورواشدة إبراهيم فيصل (2010) مستوى الوعي الصحي لدى طالبات كليات المجتمع الحكومية في الأردن. **مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية**، المجاد (15)، العدد (1)، ص243-267.
3. سوزان، دريد أحمد زنكة (2009). الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم، جامعة بغداد .**مجلة ديالى** العدد 44.
4. الطاف ياسين، وسمر عدنان (2015). الوعي الغذائي لدى أمهات أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات. العراق، بغداد. **مجلة البحوث التربوية والنفسية**، العدد (47)، ص1-25.
5. العرجان جعفر فارس، وذيب عاهد ميرفت، والكيلاني محمد خير غازي (2013). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، المجلد (14) العدد (1)، ص311-344.
6. العرجان، جعفر فارس (2016). مستوى الوعي الصحي والتركيب الجسمي وممارسة النشاط الرياضي وصورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركيًا في مدينة عمان. **دراسات، العلوم التربوية**، المجلّد (43)، العدد (3)، ص1919-1052.
7. عقيل مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد (2012). الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية-جامعة المثنى. **مجلة كلية التربية الاساسية**، جامعة بابل، العدد (8)، ص351-378.
8. علي، رحيم محمد (2007). مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية في جامعة القادسية. **مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية**. العددان (1-2)، المجلد (6)، ص1-23.

9. عماد صالح عبد الحق، ومؤيد شناعة، وقيس نعيرات، وسليمان العمد (2012). مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)**، فلسطين، العدد (4)، المجلد (26)، ص 940-955.
10. كارول، بيلامي (2005). **وضع الأطفال في العالم: الطفولة المهددة**. منظمة الأمم المتحدة للطفولة. الأردن، المطبعة الوطنية – عمان.
11. الماضي، عباس عبد المهدي، وتحسين، عمران موسى، وعادل عيدان عبد (2018). واقع الثقافة الصحية لدى معلمي العلوم في المرحلة الابتدائية. **مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية**، المجلد (18)، العدد (2)، ص74-105.
12. محمد هاني راتب، وسلمى دوارة (2007). **ارشادات الصحة العامة من أجل حياة صحية** .القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث. كلية الهندسة، جامعة القاهرة. ص3.
13. منظمة الصحة العالمية (1989). الرعاية الصحية الأولية. سلسلة التثقيف الصحي، العدد (68)، ص1.
14. Afaf T. Mahgoub, Mofida Y. Elkhalifa, Khalil A. Medani, Wisal M. Abdalla (2014). Mother's Health Awareness and Nutritional Status of Children in Khartoum State-Sudan. **Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences**, 22 (2): pp. 61-68.
15. Cameron N & Schell L. (2022). Human growth and development. Academic Press, Elsevier. pp. 1-22.
16. Connie P. P. (2001). **Health Aware-Healthy Living**. New York, The Roland Press Company. pp. 5.
17. Eptihag Abdelrahman, Kamal Abdelmokaram, Sharafeldeen Idriss and Waleed Aboshora (2017). Assessment of Maternal Knowledge of Under Five Year's Children regards Malnutrition and Related Factors in Kosti and Tandalty Hospital, White Nile State, Sudan. **BAOJ Nutrition** 3: (1), pp. 3-33.
18. Grehal Agnés, Siloret Stéphanie, Hansch Maryse (2007). **VAE Auxiliaire De Puériculture, module de formation obligatoire**, validation des acquis de l'experience pour l'obtention de DPAP, Elsevier Masson SAS. pp. 34.
19. Knight B, Shields BM, Hill A, Powell RJ, Wright D, Hattersley AT. (2007). The impact of maternal glycemia and obesity on early postnatal growth in a nondiabetic Caucasian population. **Diabetes Care**. 30: pp. 777-83.
20. Lynn R. Marotz (2007). **Health, Safety and Nutrition for the Young Child**, 7ed. pp. 4-10.
21. Mamdouh M. Ashraah, Ahmad M. Mahasneh, Aeshah A. Al-Sawalmeh, Atieh I. Abusheikh (2013). Health Awareness among University Students in Jordan. **Review of European Studies**; Vol. 5, No. 5, pp. 197-204.