الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة لونيسي علي_البليدة2

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

شعبة علم النفس

علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي

– دراسة ميدانية على عينة من الراشدين المصابين بالسمنة بولاية البويرة –

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الصحي

إعداد الطالبة : ليلى شيباني

إشراف : أ.د. فاطمة الزهراء الزروق

السنة الجامعية : 2020 / 2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة لونيسي علي_البليدة2

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

شعبة علم النفس

علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي

– دراسة ميدانية على عينة من الراشدين المصابين بالسمنة بولاية البويرة –

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الصحي

أمام اللجنة المشكلة من: **إعداد الطالبة : ليلى شيباني**

فاضلي أحمد	أستاذ التعليم العالي	البليدة2	رئيساً
الزروق فاطمة الزهراء	أستاذ التعليم العالي	البليدة2	مشرفا ومقرّرا
شريفي هناء	أستاذ التعليم العالي	الجزائر2	عضوا مناقشا
ياحي سامية	أستاذ التعليم العالي	الجزائر2	عضوا مناقشا
آيت قني نعيمة	أستاذ محاضر أ	البليدة2	عضوا مناقشا
رابية سامية	أستاذ محاضر أ	البليدة2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 2020 / 2021

كلمة شكـــر

الحمدُ والشّكرُ للّه تعالي، على نعمه التي تعدّ ولا تحصى، والصلاة على النبي المصطفى، القائل:

"مَنْ صَنَعَ إِلَيْكُمْ مَعْرُوفًا فَكَافِئُوهُ ، فَإِنْ لَمْ تَجِدُوا مَا تُكَافِئُونَهُ فَادْعُوا لَهُ حَتَّى تَرَوْا أَنَّكُمْ قَدْ كَافَأْتُمُوهُ"

بعد شكر الله سبحانه وتعالي على كريم فضله وحسن توفيقه لنا في إنجاز هذا العمل المتواضع

يسرني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى مشرفتي الفاضلة

الأستاذة الدكتورة فاطمة الزهراء الزروق

على جهودها المباركة في الإشراف والتصحيح من بدايتها حتى نهايتها وقوفاً على فواصلها ونقاطها، واهتماما بمنهجيتها ومضمونها، من شكل واجهتها إلى ملاحقها، وسعدت بإشرافها حيث كانت مثالاً في التعامل الانساني والعلمي ومنحتني العزم والإصرار حتى أخرج هذا العمل المتواضع إلى الوجود، أستاذتي الفاضلة لا يسعني إلا أن أقول لك جزاك الله خير الجزاء وجعل ذلك في ميزان حسناتك.

ويسعدني التوجه بمزيد من الشكر والعرفان لأفراد أسرتي الذي واكبوا هذا العمل بالرعاية والتشجيع، وأخصّ بالذكر أمي وأبي أطال الله في عمرهما واخوتي الذين قدّموا لي يد العون بكلّ ما أتيح لهم من امكانيات.

كما أقدم جزيل الشكر للأستاذ الدكتور مجيد فرنان الذي غمرني بفضله ومساعدته ومساندته العلمية حفظه الله.

والشّكر موصول إلى كلّ من ساهم في إنجاز هذا العمل

وفي الأخير أرجو أن يكون عملي المتواضع جديراً بمشرفه ومناقشيه.

إهـــداء

إلـى أمِّـي الحبيبة التـي علّمتني الصَّبر

إلى أبـي الغالـي الذي علّمني العلم واحتساب الأجـر

إلى أخـي إسـلام وأختي كنـزة وإيمـان، أهلي وأحبّتي جميعاً

إلـى زملائي وأصدقائي ورفيقة دربـي كـنزة

إلـى كلّ من وقف لجـانبي وساعدني لإنجـاز هذه الدراسـة وفاتني ذكر اسمه فلكم محبتي واحترامي

أهـدي ثمـرة جهـدي المتواضـع حبّاً ووفـاءًا وتقديـراً

البـاحثة

لـيلى شيبانـي

فهرس محتويات الدراسة

الموضوع	الصفحة
كلمة شكر.....	أ
إهداء.....	ب
فهرس المحتويات.....	و
فهرس الجداول.....	ط
فهرس الأشكال.....	س
مقدمة.....	6
الباب الأول: القسم النظري	
الفصل التمهيدي: الخلفية النظرية لإشكالية الدراسة	
1- إشكالية الدراسة.....	11
2- فرضيات الدراسة.....	21
3- المفاهيم الإجرائية للدراسة.....	22
4- أهداف الدراسة.....	23
5- أهمية الدراسة.....	25
6- الدراسات السابقة.....	26
6-1- التعليق على الدراسات السابقة.....	35
6-2- إستفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.....	36
الفصل الأول: الوعي الصحي	
تمهيد.....	40
أولا: الصحة.....	41
1- مفهوم الصحة.....	41
2- تطور مفهوم الصحة.....	43
3- إتجاهات مفهوم الصحة.....	46
4- مستويات الصحة.....	48
5- مكونات الصحة.....	39
6- العوامل المؤثرة في الصحة.....	51
ثانيا: الوعي الصحي.....	55
1- مفهوم الوعي الصحي.....	55

2- الإتجاهات النظرية في تفسير الوعي الصحي.....	58
3- مكونات الوعي الصحي.....	63
4- مستويات الوعي الصحي.....	66
5- مراحل عملية تكوين الوعي الصحي.....	70
6- سمات وصفات الشخص الواعي صحيّاً.....	71
7- وظيفة الوعي الصحي.....	73
8- أهداف وأهمية الوعي الصحي.....	74
9- أساليب نشر الوعي الصحي.....	79
خلاصة الفصل.....	82
الفصل الثاني: الصلابة النفسية	
تمهيد.....	84
1- مفهوم الصلابة النفسية.....	85
2- بعض المفاهيم المرتبطة بالصلابة النفسية.....	88
3- نشأة مفهوم الصلابة النفسية.....	90
4- النظريات المفسرة للصلابة النفسية.....	94
5- خصائص الصلابة النفسية.....	102
6- أبعاد الصلابة النفسية.....	106
7- أهمية الصلابة النفسية.....	110
8- الأدوار التي تؤديها الصلابة النفسية.....	112
9- إستراتيجية بناء الصلابة النفسية.....	113
خلاصة الفصل.....	115
الفصل الثالث: الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	
تمهيد.....	117
أولا: الإتجاه.....	118
1- تعريف الإتجاه.....	118
2- بعض المفاهيم المرتبطة بالإتجاه.....	120
3- مراحل تكوين الإتجاه.....	122
4- أبعاد الإتجاه حسب كينون.....	123
5- قياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.....	126

ثانيا: الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.....	130
1- مفهوم ممارسة النشاط الرياضي.....	130
2- أنواع النشاط الرياضي.....	130
3- وظائف النشاط الرياضي.....	132
4- أهداف ممارسة النشاط الرياضي.....	135
5- تأثيرات ممارسة النشاط الرياضي.....	138
6- دور الأسرة والتنشئة الإجتماعية في تعزيز الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياض.....	141
7- النشاط الرياضي وأمراض العصر.....	143
خلاصة الفصل.....	146
الفصل الرابع: السمنة	
تمهيد.....	148
1- تعريف السمنة.....	149
2- أنواع السمنة.....	151
3- تصنيف السمنة.....	153
4- النظريات المفسرة للسمنة.....	154
5- تشخيص السمنة(من الناحية الجسدية، من الناحية النفسية).....	158
6- القياسات والمؤشرات العالمية للسمنة.....	164
7- إحصائيات إنتشار السمنة في الجزائر.....	166
8- الآثار الصحية للسمنة.....	169
9- نمط أسلوب الحياة وعلاقته بالسمنة.....	171
10- السمنة والوعي الصحي.....	177
11- السمنة وممارسة النشاط الرياضي.....	179
12- الوقاية والتقليل من السمنة.....	182
خلاصة الفصل.....	186
الباث الثاني: القسم التطبيقي	
الفصل الخامس: الأسس المنهجية للدراسة	
تمهيد.....	189
أولا:الدراسة الإستطلاعية	
أهداف الدراسة الإستطلاعية.....	190

1- التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة.....	192
1-1- حساب صدق وثبات مقياس الوعي الصحي.....	192
1-2- حساب صدق وثبات مقياس الصلابة النفسية.....	199
1-3- حساب صدق وثبات مقياس الإتجاه نخو ممارسة النشاط الرياضي.....	201
2- نتائج الدراسة الإستطلاعية.....	211
ثانيا: الدراسة الأساسية.....	211
1- المنهج المستخدم في الدراسة.....	211
2- حدود الدراسة	212
2-1- الحدود المكانية.....	212
2-2- الحدود الزمانية.....	213
3- عينة الدراسة.....	213
3-1- خصائص عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس.....	214
3-2- خصائص عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.....	215
4- وصف أدوات الدراسة من حيث(وصف المقياس، أبعاد المقياس، مفتاح التصحيح)	220
4-1- مقياس الوعي الصحي.....	220
4-2- مقياس الصلابة النفسية.....	221
4-3- مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.....	221
5- ظروف إجراء الدراسة.....	224
6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....	224
الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج	
تمهيد.....	227
1- **عرض النتائج**.....	231
1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى.....	231
1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....	235
1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....	236
1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....	237
1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة.....	238
1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة.....	239
1-7- عرض نتائج الفرضية السابعة.....	240
1-8- عرض نتائج الفرضية الثامنة.....	241

1-9- عرض نتائج الفرضية التاسعة.....	243
1-10- عرض نتائج الفرضية العاشرة.....	245
1-11- عرض نتائج الفرضية الحادي عشر.....	247
2- **تفسير ومناقشة النتائج**.....	249
2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....	249
2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	256
2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....	259
2-4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....	262
2-5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....	264
2-6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....	267
2-7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....	270
2-8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....	272
2-9- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....	275
2-10- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة.....	279
2-11- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الحادي عشر.....	284
3- الإستنتاج العام.....	287
الخاتمة.....	292
الإقتراحات.....	295
قائمة المراجع.....	297
الملاحق	

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الغذائي	192
02	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الرياضي	194
03	مدى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الوعي الصحي	195
04	نتائج القدرة التمييزية لأبعاد مقياس الوعي الصحي	196
05	قيمة معامل Cronbach's Alpha لأبعاد مقياس الوعي الصحي	197
06	قيمة معامل Guttman لأبعاد مقياس الوعي الصحي	197
07	نتائج القدرة التمييزية لمقياس الصلابة النفسية	199
08	قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الصلابة النفسية	200
09	قيمة معامل Guttman لمقياس الصلابة النفسية	200
10	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة اجتماعية	201
11	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للياقة والصحة	202
12	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة	203
13	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة جمالية	204
14	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني لخفض التوتر	205
15	مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للتفوق الرياضي	206
16	مدى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	207
17	نتائج القدرة التمييزية لأبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	208
18	قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الاتجاه نحو النشاط الرياضي	209
19	قيمة معامل Guttman لمقياس الاتجاه نحو النشاط الرياضي	210
20	القاعات الرياضية والمسابح والجمعيات والنوادي التي تم زيارتها لتوزيع مقاييس الدراسة	212
21	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	214
22	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي	215
23	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب ممارسة النشاط الرياضي	217
24	توزيع عينة الدراسة الأساسية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي حسب المستوى التعليمي	219

25	أبعاد مقياس الاتجاهات نحو النشاط الرياضي	223
26	قيم معامل الإلتواء لمتغيرات الدراسة	227
27	الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس	231
28	قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس	232
29	الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي	233
30	قيمة معامل الارتباط المتعدد بين بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي	234
31	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس	235
32	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في مستوى الصلابة النفسية تبعا لمتغير الجنس	236
33	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير الجنس	237
34	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي	238
35	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في مستوى الصلابة النفسية تبعا لمتغير المستوى التعليمي	239
36	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة للفروق في الإتحاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي	240
37	الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة في علاقة الوعي الصحي بالإتحاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير الجنس	241
38	القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	242
39	الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة في علاقة الصلابة النفسية بالإتحاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير الجنس	243
40	القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (المعلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)	244
41	الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة في	245

	علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي	
42	القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)	246
43	الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة في علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي	247
44	القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)	248

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	مخطط توضيحي لتطور مفهوم الصحة	45
02	إتجاهات مفهوم الصحة	47
03	مستويات الصحة	49
04	العوامل المؤثرة على الصحة	54
05	نموذج كوبازا للعلاقة بين الضغوط والأمراض	96
06	نموذج كوبازا حول التأثيرات المباشرة بين أحداث الحياة و الصلابة النفسية	97
07	نموذج فنك (Funk)المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها	100
08	درجة السمنة حسب معايير مؤشر كتلة الجسم	165
09	حالة السمنة حسب محيط الخصر	165
10	نسبة إنتشار السمنة في الجزائر لسنة (2016)	166
11	نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الذكور سنة(2016) في الجزائر	167
12	نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الإناث سنة(2016) في الجزائر	167
13	ارتفاع نسبة السمنة في الجزائر بين الراشدين تبعا لمتغير الجنس لسنة(2016)	168
14	نسب توزيع العينة وفقا لمتغير الجنس	215
15	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	216
16	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب ممارسة النشاط الرياضي	218
17	مخططات (P–P Plot) و(Q–Q Plot) للتوزيع الطبيعي	228

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي.

إتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي الإرتباطي، ويبلغ حجم العينة(320)فرداً منهم(160ذكور) و(160إناث) وكذلك بالنسبة للمستوى التعليمي إذ كانت بنسب متساوية وقدرت بـ(160 3ثانوي فمادون)مقابل(160ليسانس فما فوق).

استخدمت الباحثة عدد من أدوات جمع البيانات وهي: مقياس الوعي الصحي لصليحة القص(2016)، ومقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر(2020)، ومقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لكنيون(1998).

لتحليل البيانات استخدمت الباحثة الحزمة الاحصائية للعلوم الإجتماعية، حيث تم إختيار المعالجات الإحصائية التالية:

- **النسب المئوية:** لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس والمستوى التعليمي.
- **المتوسطات الحسابية:** قبل الوصول الى حساب اختبار"ت" قمنا بحساب المتوسطات الحسابية.
- **الانحرافات المعيارية:** قبل الوصول الى حساب اختبار"ت" قمنا بحساب المتوسطات الحسابية.
- **معامل ارتباط بيرسون:** استخدم لمعرفة قيمة ثبات مقياس الوعي الصحي وكذا ثبات مقياس الصلابة النفسية ومقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وبين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.

- **اختبار"ت":** بهدف معرفة صدق مقياس الوعي الصحي، ومقياس الصلابة النفسية ومقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وكذا معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وفقا لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي.
- **معادلة سبيرمان براون:** بهدف تصحيح معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريقة التجزئة النصفية.

وكشفت الدراسة عن النتائج التالية:

1- توجد علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية وبين الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي.
2- لا توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.
3- توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.
4- توجد فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.
5- توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
6- توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
7- لا توجد فروق في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
8- لا يوجد إختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.
9- لا يوجد اختلاف في علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

10- لا يوجد اختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

11- لا يوجد اختلاف في علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا للمستوى التعليمي.

وفي الختام قامت الباحثة بتقديم بعض الإقتراحات لدراسات مستقبلية لأهل الاختصاص امتداداً للدراسة الحالية.

الفصـــل التمهيـــــــدي

الخلفيـــة النظـــرية لإشكـــــالية الدراسة

مقدمة

لقد أدى التزايد المتسارع للمشاكل الصحية في الآونة الأخيرة إلى دق ناقوس الخطر من طرف جميع الباحثين والمهتمين بالصحة ومجالاتها من أخصائيين وأطباء وعلماء، ونجد من بين أهم الظواهر المهددة لصحة الفرد ظاهرة السمنة والتي إستدعت بضرورة التركيز على أهمية الالتزام بالسلوكيات الواقية الصحية الناتجة عن مستوى من الوعي الصحي والمتمثلة أساساً في التغذية الصحية المتزنة وممارسة النشاط الرياضي.

ولقد توصلت الأبحاث في مجال علم نفس الصحة إلى أن اتجاه الفرد نحو الصحة وسلوكياته الصحية الممارسة عن وعي أو دون وعي هي أهم ما يجب التركيز عليه من أجل وقايته من المخاطر الصحية، وهذا من خلال توفير المعلومات التي تساعده على الحافظ على صحته، وذلك بتزويده بحقائق صحية تحثه على تبني سلوكيات ايجابية وتساعده على تنمية وعيه الصحي.

ومن هذا المنطلق تمخضت فكرة هذه الدراسة للكشف عن علاقة الوعي الصحي ومتغير الصلابة النفسية للأشخاص الراشدين الذين يعانون من السمنة بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لديهم في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي. ذلك أن العلاقة بين الصحة والسلوك كانت ولا تزال محورا هاما وجوهريا في ميدان علم النفس الصحة لارتباط الوعي الصحي بالسلوك إذ يعبر عنه ويجسده. ولأن الوعي الصحي له دور كبير في الوقاية من الأمراض المزمنة فإن تواجده لدى الفرد محدد بمجموعة من العوامل الشخصية التي قد تكون الصلابة النفسية إحداها.

تعد الصلابة النفسية من عوامل الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية ولقد اهتم مجال علم النفس الصحة بها على اعتبارها متغيراً سيكولوجياً مهماً للإتجاه نحو ممارسة السلوكيات الصحية والتي من بينها الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي الذي يساهم في وقاية الصحة ومحاربة السمنة.

على هذا الأساس فإن هذا البحث يندرج ضمن سياق علم النفس الصحي في جانبه الوقائي الصحي، كما ينطلق من بعض المعطيات الملاحظة من استفحال ظاهرة السمنة المرتبطة بغياب الوعي الصحي، وممارسة سلوكيات مضرة بالصحة كقلة الحركة والخمول وسوء النظام الغذائي وهو ما تكشف عنه معدلات انتشار السمنة في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة بشكل خاص. ما دفعنا للبحث حول متغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية ودورهما في توجه الأفراد لتشكيل الإتجاه الإيجابي نحو القيام بالسلوكيات الصحية والتي تتمثل في ممارسة النشاط الرياضي. ومن هذا المنطلق تم تسليط الضوء على الوعي الصحي باعتباره رافداً من روافد الحفاظ على الصحة، والتركيز على الصلابة النفسية باعتبارها متغيراً أساسياً للشخصية ودورها في مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة وتجاوز الأعراض المرضية الناجمة عن السمنة من جهة، وذلك من خلال محاولة الكشف عن علاقة كل من الوعي الصحي والصلابة النفسية في إتجاه الأفراد نحو ممارسة النشاط الرياضي.

وقد جاء هذا البحث في جزئين، أحدهما نظري يشتمل على أربعة(04) فصول والآخر تطبيقي من فصلين إثنين.

تم في الفصل الأول من الجانب النظري التعرض لمتغير الوعي الصحي من حيث مفهومه ومصادره ومستوياته وأساليب نشره وأهميته للحفاظ على الصحة، إنتقالاً إلى الفصل الثاني والذي تضمن تناول مفهوم الصلابة النفسية ومختلف النظريات المفسره لها، وخصائصها وأهميتها. أما الفصل اثالث فقد خصص للإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، حيث استهل بمدخل حول بعض المفاهيم المرتبطة بالإتجاه وأبعاده حسب كنيون ليتم بعدها الحديث عن أهمية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وعلاقته ببعض الأمراض المزمنة عامة والسمنة خاصة وكذلك أهميته للحفاظ

على الصحة. وقد اختتم الجزء النظري بالفصل الرابع الخاص بالسمنة، وتم فيه تقديم لمحة تاريخية عن تطور السمنة والتعاريف المقدمة لها مع التركيز على أسبابها وأعراضها وكيفيات التقليل منها.

أما الجانب التطبيقي من هذا البحث فقد جاء في فصلين، خصص الفصل الأول منهما إلى الأسس المنهجية للدراسة وفيه تم عرض للدراسة الإستطلاعية من حيث أهدافها والحدود الزمنية والمكانية، وعرض أدوات البحث من حيث الخصائص السيكومترية لينتهي هذا الفصل بعرض نتائجها. أما الفصل الثاني من الجانب التطبيقي فقد تم فيه عرض النتائج حسب الفرضيات المطروحة وتحليلها ومناقشتها، بالإضافة إلى مناقشة الفرضيات وتقديم استنتاج عام متبوع بخاتمة وبعض الإقتراحات.

البـــــاب الأول

القســـم النـظـــري

الفصـــل التمهيـــدي

الخلفيـــة النظـرية لإشكـــالية الدراسة

1- إشكالية الدراسة

تعتبر صحة الفرد في المجتمع والمحافظة عليها من المطالب الأساسية التي تسعى منظمات الصحة إلى تحقيقها والوصول اليها في كل زمان ومكان. ولقد تضاعفت مسؤولية الباحثين والمختصين في التركيز على نواحي الارتقاء بالصحة والاهتمام بالظواهر المرضية المسببة لارتفاع حصيلة الأمراض النفسية والجسدية[1] حيث كانت ولا تزال العديد من الأمراض تحدث نتيجة ممارسة الفرد لبعض السلوكيات غير الصحية والمساهمة في ظهور العديد من الظواهر المرضية والتي من بينها ظاهرة السمنة. وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى فكرة أن العديد من الدراسات قد ركزت ليس فقط على عوامل انتشار السمنة وعوامل خطورتها، بل أيضا على الآثار السلبية والأمراض التي تنجم عن السمنة، خاصة وأن منظمة الصحة العالمية(2013) قد اكدت في دراسة لها على آثار السمنة على الصحة وعلى رأسها ارتفاع ضغط الدم الذي قد يحدث جراء اتباع سلوكيات غير صحية، ومرض القلب التاجي، والخمول البدني، وعدم ممارسة النشاط الرياضي وارتفاع مستوى الكولسترول في الدم والسمنة ولذلك فإن السمنة تصنف وفقاً لمنظمة الصحة العالمية على أنها مرض مزمن وشديد في البلدان المتقدمة والنامية، مما يؤثر على الأفراد البالغين والراشدين والأطفال على السواء وفي سياق ذي صلة، فإن معدل إنتشار السمنة الكلية (l'obésité total) يرتفع عند الأشخاص الذين لديهم نشاط رياضي منخفض، إذ تشير بعض الدراسات كدراسة (مساني، 2017) إلى أن الكسل والخمول وقلة النشاط الرياضي وغياب الحركة من أهم العوامل التي تساهم في

---

[1] منظمة الصحة العالمية : مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم القاتل والصامت وإحدى أزمات الصحة العمومية العالمية، شركة(MEO design-communication-web)، إصدارات منظمة الصحة العالمية، سويسرا، 2013، ص18.

الإصابة بالسمنة، حيث وجد أن أكثر من (65 %) من حالات السمنة تعود لأفراد قليلي النشاط والحركة، وهذا ما يفسر ربما إنتشار السمنة بشكل ملحوظ في المجتمعات ذات المستوى الإجتماعي والإقتصادي المرتفع، حيث يكثر إستعمال السيارات والمصاعد الكهربائية في التحركات في مقابل محدودية النشاط والحركة وتضيف مساني(2017) أن قلة ممارسة النشاط الرياضي له دور في إنتشار هذه المشكلة الصحية التي إنتشرت بشكل واسع في الدول المتقدمة وبدأت تأخذ أبعاداً أخرى في الدول المتخلفة، وبالعودة لمعدلات انتشار السمنة، يمكننا أن نرى بأن معدل إنتشار السمنة الكلية (l'obésité total) هو(21.24 %) وهو أكثر إرتفاعا عند الإناث مقارنة بالذكور حيث تحتل الإناث نسبة و(30.08 %) و نسبة(9.07%)بالنسبة للذكور. ووفقا لما جاء في إحصائيات وزارة الصحة بالجزائر لعام(2010) فإن السمنة الكلية أكثر إنتشارا بين أفراد الفئة العمرية (50 –59سنة) وذلك بـ(23.22 %) لتأتي بعدها فئة السن (40 –49سنة) والتي تقدر بـ (22.93 %) في حين تنخفض هذه النسبة كلما اتجهنا نحو الفئات العمرية الأقل وهو ما يشير إلى أن هناك انتشار أكبرللسمنة وسط فئة الراشدين.

وبالمقابل تشير الدلائل و الشواهد العلمية أكثر من أي وقت مضى إلى أهمية ممارسة النشاط الرياضي لصحة الإنسان العضوية(ACSM, 2000) والنفسية(Fletcher, Baldy& Blumenthal, 1996) ، وقد أوضحت نتائج عدة بحوث علمية الدور الذي يمكن أن تسهم به زيادة مستوى النشاط الرياضي في تحسين وظائف أجهزة الجسم وفي الحد من تفشي أمراض قلة الحركة. ونظرا لأهمية النشاط البدني صدر في الولايات المتحدة الأمريكية(2000) تقرير يحدد الأهداف الصحية للأمه لعام (2010)، إذ ضمّ عشرة أهداف وإحتلت فيها المرتبة الأولى ضرورة

زيادة النشاط الرياضي والحركي لأفراد المجتمع[2]. أما المركز القومي الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها، فقد أصدر عام 1997 عدة توصيات بهذا الشأن تتعلق بنشاط الأفراد، و منها ضرورة وضع سياسات واضحة تنمي الإنخراط في أنشطة رياضية ممتعة طوال حياة الفرد، كما أوصى المركز بوجوب توفير التوعية والإرشاد حول فوائد النشاط الرياضي.

ونظرا لأهمية النشاط الحركي وممارسة النشاط الرياضي في الحفاظ على الصحة العامة ومواجهة ظاهرة السمنة فإنه قد جرت محاولات عديدة من قبل الأخصائيين والباحثين في سبيل مساعدة الأفراد الذين يعانون من السمنة للتخلص منها، إلا أن الكثير من هذه المحاولات كانت تبدأ بقوة ثم تضعف بعد فترة، نتيجة توقف هؤلاء الأفراد عن الإستمرار في برنامج الحمية لأسباب عديدة منها ضعف الدافعية وعدم القدرة على المقاومة وعدم تقبل برامج الحمية المقدمة وأسباب أخرى كثيرة تتعلق بالسمات الشخصية.

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة بأن عوامل خطر الإصابة بالسمنة كانت نتاج التحضر وقلة النشاط الحركي، وقلة إستهلاك الخضر والفواكه، وهو ما كشفت عنه عدة دراسات ومنها الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (2003) والتي كانت حول قياس عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير المتنقلة في منطقتين نموذجيتين في الجزائر(Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes e Algérie) وأظهرت نتائج الدراسة أن معدل إنتشار عوامل خطر الإصابة بالسمنة الكلية (L'obésité globale) كانت تتموضع عند

[2] هزاع بن محمد الهزاع: السمنة والنشاط البدني، مقال للمشرف على مختبر فيسيولوجيا الجهد البدني، زمالة الكلية الأمريكية للطب الرياضي، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2009، ص21.

الأفراد قليلي الحركة والمفتقرين للتغذية الصحية. وبالرغم من قلة الإحصائيات حول ظاهرة السمنة في الجزائر، إلا أن معظم الدراسات كشفت بأن هناك خطر متزايد للإصابة بهذه المشكلة الصحية، حيث كشفت مساني(2017)ضمن الدراسة التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية في الجزائر في إطار مشروع "الطحينة TAHINA"والتي عالجت "السمنة عند البالغين(35 –70سنة) في الجزائر، أن معدل إنتشار السمنة الإجمالية بلغ (21.24%).

من جانب مقابل فإن الممارسة المنتظمة للنشاط البدني والرياضي تحمل في طياتها تأثيرات إيجابية على وظائف الجسم المختلفة، وتعود بفوائد صحية كثيرة على الإنسان، وعلى العكس من ذلك فإن الخمول البدني والركون المستمر للراحة يقودان إلى جملة من الآثار السلبية على صحة الفرد والمجتمع على السواء، وهو ما تعزّزه الدلائل القوية والمؤشرات العلمية التي تشير إلى العلاقة الوثيقة بين ممارسة النشاط الرياضي من جهة وصحة الإنسان العضوية والنفسية من جهة أخرى، حيث صدرت الكثير من التوصيات والوثائق الإرشادية من قبل العديد من المنظمات الصحية والهيئات العلمية المهتمة بصحة الإنسان والتي تؤكد على أهمية النشاط البدني للصحة وتحثُّ على إتباع نمط حياة أكثر نشاطاً وحركة من قبل أفراد المجتمع. ويمكن تقسيم التأثيرات الصحية الإيجابية الناجمة عن الممارسة المنتظمة للنشاط الرياضي إلى جوانب عديدة أهمها التأثيرات الإيجابية في زيادة الطاقة المصروفة من قبل الجسم وبالتالي المساهمة الفاعلة في انخفاض نسبة الشحوم في الجسم والوقاية من السمنة والتخلص منها[3]

وإن كانت الإفتراضات الطبية الحيوية تشير إلى أن سلوك الفرد يؤثر على صحته حيث تم وصف الصحة السلوكية بأنها ذلك النشاط الذي يبحث على الحفاظ على الصحة والوقاية من

[3] الهزاع، المصدر نفسه.

المرض من خلال استخدام المدخلات التعليمية والصحية وذلك لتغيير السلوك وتحقيق الحالة الصحية للفرد التي تتحقق هي الأخرى بتكامل العقل والجسد فإن عملية تغير السلوك المرتبط بالصحة أو تنميته وتعديله لا يتم إلا من خلال تنمية أو بناء الإتجاه الذي يقوم عليه ذلك السلوك. بمعنى أن تنمية سلوك ممارسة النشاط الرياضي ترتبط ارتباطا وثيقا بتنمية الاتجاه نحو تلك الممارسة أصلا.

كما توصلت إليه نتائج دراسة مزاري فاتح وساسي عبد العزيز وحماني ابراهيم سنة (2015)حول قلّة النشاط البدني الرياضي وأثره على زيادة السمنة مما قد يتسبب في زيادة الأضرار التي تمس الجانب الصحي والنفسي، بالإضافة لدراسة دولمان وآخرون(Dollman et al, 2004) حول دليل الإتجاه نحو النشاط الرياضي والتي توصلت إلى أن ممارسة النشاط الرياضي وتنظيم يساهم كثيرا في انخفاض الوزن وتقليل السمنة وتحسين القوام.

إن تواجد الاتجاه الايجابي نحو ممارسة النشاط الرياضي لوحده قد يكون غير كافٍ للممارسة الفعلية للنشاط، لأن الأمر يتعلق بتوفر مكونات نفسية ومعرفية وخصائص أخرى تتوفر عليها الشخصية وهي التي تدفع الفرد على الإستمرار في ممارستها، ومن بين هذه الخصائص يمكننا الحديث عن الصلابة النفسية التي تعتبر من العوامل المؤثرة في الصحة الجسدية والتي حظيت بإهتمام الكثير من الباحثين، إذ نجد سمة الصلابة النفسية كعامل وقائي حاز اهتماما كبيرا في الدراسات النفسية التي ظهرت في السنوات الأخيرة خاصة على نحو واسع في أعمال(Kobaza) بهدف معرفة المتغيرات النفسية والإجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسدية، وتوصلت كوبازا إلى أن الصلابة النفسية هي مجموعة من الخصائص النفسية تشمل

متغيرات الإلتزام ووضوح الهدف والتحكم والتحدي، والتي من شأنها المحافظة على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد.

ونتيجة تعقد الحياة وتطورها من البسيط إلى المعقد، ومن المتطلبات الكمالية إلى المتطلبات الضرورية، أصبح الانسان المعاصر يتعايش ببناء نفسي معرفي هش خال من مكونات الإرادة، والتفاؤل، والعقلانية، والتحمل، والصبر، وهذا كله يختزل في مصطلح سيكولوجي حددته كوبازا " Kobasa"بالصلابة النفسية (Psychological Hardiness) وفقا لما جاء به روّاد علم النفس الوجودي، الذي يعد كتيار فلسفي ظهر مع أزمات الحرب العالمية الأولى والثانية حيث أرسى الفكر الوجودي دلائل الأمل، والإرادة، والإنسانية، والتحدي، والمساندة والتعاطف مع الشعوب المستعمرة والمنهارة نفسيا وبدنيا، لما لهاته العوامل من فائدة تعود على الأفراد بالصحة. فقد أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث أهمية متغير الصلابة النفسية بالنسبة للفرد، إذ تؤكد دراسة (Ganellen, 1984) على أن كلا من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية عاملان مخففان للضغط. كما نجد دراسة كاش(1987) التي تثبت أن الصلابة النفسية تعد عاملاً وسيطاً لمقاومة الضغوط وعدم الإصابة بالأمراض النفس جسدية[4](Kash, 1987, p18). كما تبرهن دراسة حراوبية(2005) أن مستوى الصلابة النفسية مؤشر على الحفاظ على صحة الإنسان النفسية والجسمية وعليه تمثل الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط، والاحتفاظ بالصحة الجسمية والنفسية، وعدم تعرضها للإضطرابات السيكوفسيولوجية الناتجة عن الضغوط، كأمراض القلب والدورة الدموية وغيرها، حيث يتصف ذوو الشخصية الصلبة بالتفاؤل

- [4] Kash. Kathryn M, stress an personality Hardiness As related to Gender in student selection of a college major, D,A,L, Vol 48, N69,Dec 1987, p18.

والهدوء الانفعالي، لذلك فإنهم يحققون النجاح في التعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة، ويستطيعون تحويل المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل تهديداً[5] فتأثير الصلابة يتمثل في دور الوسيط بين التقييم المعرفي للفرد للتجارب الضاغطة وبين الاستعداد والتجهيز بإستراتيجيات المواجهة، فتلك الآلية يفترض أنها تخفض كمية الضغوط النفسية للتجارب التي يمر بها الفرد، كما تساعد الصلابة النفسية الفرد على التعامل مع الضغوط بفاعلية[6]

كما تحتل مسألة ممارسة السلوكيات الصحية وتنميتها أهمية متزايدة ليس فقط فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضا، إذ توصلت دراسة(Clark, 1995) إلى أن الأفراد الأكثر صلابة نفسية هم ذوي عادات صحية جيدة عكس الأفراد الأقل صلابة، بالإضافة لدراسة(Victoria, 1998) التي هدفت للبحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية وسلوكيات الإرتقاء بالصحة، إذ أسفرت عن وجود إرتباط إيجابي بين الصلابة النفسية وسلوكيات الإرتقاء الصحي.

يبرز متغير الوعي الصحي وإكتسابه ونشره كأحد الأولويات والأهداف الرئيسية للحفاظ على الصحة في هذا العصر في زمن توحي فيه الكثير من المؤشرات بتدني الصحة العامة وانتشار الأمراض التي يعرفها المجتمع المعاصر، حيث ساهمت فيها وبشكل كبير العوامل الاجتماعية

---

[5] ماهر اسماعيل صبري،منى عبد المقصود السيد: القصص الكاريكاتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعيا، مقال في سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس(ASEP)، المجلد الأول، العدد الرابع، مصر، 2007.

[6] فتيحة بن عباس: دور الإعلام في التوعية والوقاية من حوادث المرور في الجزائر، مقارنة بين المناطق الريفية والحضرية(دراسة وصفية استطلاعية)، قسم علوم الاعلام والاتصال، جامعة الجزائر3، 2012، الجزائر.

والثقافية الناتجة عن التغيرات والتحولات الاجتماعية والاقتصادية التي أثرت على نمط الحياة مثل الخمول البدني والانظمة الغذائية ما إلى ذلك من تغيرات تتسع وتتزايد بازدياد تسارع عجلة التقدم التقني والصناعي، إذ أثرت و بشكل مباشر على الصحة الفردية والجماعية، الأمر الذي جعل الكثير من دول العالم تركز جهودها للتغلب على هذه المشكلات بحلول عدة. ونظرا لما يعانيه الأشخاص من السمنة التي تتطلب إلتزامات صحية للتقليل منها، كذلك من خلال اطلاعنا على دراسات ذات علاقة بالوعي الصحي مثل دراسة القدومي(2005) وفراس كسوب راشد(2014) وشعباني عبد المالك(2006) باعتبارها تناولت الوعي الصحي لدى الطلبة الجامعيين والأندية الرياضية بشكل عام، يأتي في مقدمتها المدارس التعليمية التي تركز على وضع برامج بدنية لتربية الأجيال على الممارسات الرياضية وإدخال النشاط الرياضي كعنصر أساسي للحفاظ على الصحة باعتبارها المؤسسة الاجتماعية الثانية في التربية بعد الأسرة، وكذا تواجد قاعات الرياضة التي يلجأ اليها أفراد المجتمع لتقوية أجسادهم والحفاظ على صحتهم، في المقابل نجد عن هؤلاء الأفراد المصابين بالسمنة من أجل الحصول على تدريبات رياضية علاجية للخفض من السمنة والحصول على اللياقة البدنية[7] مثلما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في تقريرها حول الصحة العالمية(2015) حول أسلوب حياة الأفراد نحو الخمول والكسل وهو ما يؤكده الارتباط العكسي بين الوعي الصحي في بعد النشاط الرياضي.

وتؤكد نايلي(2016) من خلال دراستها أن الأفراد الذين يتابعون بعض البرامج الصحية قد استفادوا منها في تكوين ثقافة صحية لديهم من خلال تعرفهم على الأمراض والوقاية من بعضها كذلك معالجتها في بعض الأحيان وذلك بفضل النصائح والارشادات الوقائية والعلاجية التي تقدمها، وفي

[7] فاروق عبد الوهاب(1995)، الرياضة صحة ولياقة بدنية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الشروق، 1995، ص83.

نفس السياق تؤكد دراسة عبير الغاوي(2014) على أهمية الوعي الصحي من خلال الوعي بالغذاء الغذائي واللياقة البدنية بهدف قياس السلوكيات الصحية خاصة فيما يتعلق بالغذاء والنشاط الرياضي والتدخين والسلامة والفحوص الدورية. بالإضافة لدراسة رشيد عبد القوي(2019) الذي يؤكد هو الآخر على ضرورة رفع مستوى الوعي الصحي للحفاظ على الوزن الطبيعي.

ونظرا للتغير الحاصل لأنماط الحياة وما تحول حياة الكثير من البشر بالإعتماد على المكننة في كل المجالات، وزيادة الرفاهية مما إنعكس سلبا على مقدار النشاط الذي يقوم به الفرد وقد أجمعت الكثير من الدراسات الطبية والصحية على أن معظم الأفراد المصابين بالسمنة يحتاجون إلى توجيهات صحية تتعلق بتعديل السلوك(Behavior Modification) تساعدهم على الإستمرار في برامج التقليل من السمنة وتجنب العادات والسلوكيات الخاطئة.

ومن خلال ما تم عرضه يمكن القول أن البحث في مجال علم النفس الصحي يقوم على الكشف عن محددات السلوك المرتبط بالصحة ودراسة ماهية العلاقة بين كل من السلوك والصحة والمرض من خلال فهم الأسباب التي تؤدي بالفرد لتكوين إتجاه سلبي أو إيجابي نحو ذلك السلوك، وهي نفس الخلفية التي اشتقت منها فكرة البحث الحالي بمتغيراته الثلاث: الوعي الصحي، الصلابة النفسية، الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، من خلال طرح التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية وبين الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي؟

2- هل توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس؟

3- هل توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس؟

4- هل توجد فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس؟

5- هل توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

6- هل توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

7- هل توجد فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

8- هل تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس؟

9- هل تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس؟

10- هل تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي؟

11- هل تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا للمستوى التعليمي؟

وللإجابة على هذه التساؤلات صيغت الفرضيات التالية:

2- فرضيـات الدراسـة

1- توجد علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية وبين الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي.

2- توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

3- توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

4- توجد فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

5- توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

6- توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

7- توجد فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

8- تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

9- تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

10- تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

11- تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا للمستوى التعليمي.

3- المفاهيم الإجرائية للدراسة

- **الوعي الصحي** : تعرف الباحثة الوعي الصحي بأنه تلك المعلومات المتعلقة بالصحة والتي يمتلكها الفرد ويدرك أنها تساعده للحفاظ على صحته، فيترجمها أو يحولها إلى عادات وممارسات سلوكية، من خلال نظامه الغذائي المتوازن وإقباله على ممارسة النشاط الرياضي المناسب، حيث يعكس مستوى هذا الوعي الصحي مدى إحساس الفرد بالمسؤولية نحو صحته.

وهو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المبحوث في مقياس الوعي الصحي والتي تشير إلى مجموع الدرجات في الأبعاد الفرعية المكونة للمقياس، والتي تتمثل في بعد الوعي الصحي الغذائي والوعي الصحي الرياضي.

- **الصلابة النفسية:** تعرف الباحثة الصلابة النفسية على أنها عامل وقائي مهم للحفاظ على الصحة يتضمن المصادر الشخصية لمقاومة الإنعكاسات السلبية والأمراض الناجمة عن ضغوطات الحياة ومواجهتها والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية.

وتقاس بالدرجة التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس الصلابة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية.

- **الإتجـاه نحـو ممارســة النشـاط الرياضـي :** تعرف الباحثة الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي على أنه ذلك التهيؤ والإستعداد للفرد نحو ممارسة النشاط الرياضي والتي تمثل الدافع المحرك والإيجابي لممارسة وإستمرار هذا النشاط.

وهو الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي المستخدم في الدراسة الحالية، والتي تشير إلى مجموع الدرجات في الأبعاد الفرعية المكونة للمقياس، والتي تتمثل فيما يلي(النشاط الرياضي كخبرة إجتماعية، النشاط الرياضي للصحة واللياقة، النشاط الرياضي كخبرة وتوتر ومخاطر، النشاط الرياضي كخبرة جمالية، النشاط الرياضي لخفض التوتر، النشاط الرياضي كخبرة للتفوق الرياضي).

- **الســمنة :** تعرفها الباحثة على أنها الزيادة المفرطة لترسيب الدهون في الجسم مع زيادة معامل كتلة الجسم عن الوزن الطبيعي، والتي تؤثر سلبا على صحة الفرد.

وهي تلك الحالة التي يكون فيها مؤشر الكتلة الجسدية يفوق (30فمافوق) والذي يتم قياسها بالمعادلة التالية:

مؤشر الكتلة الجسدية(BMI)= الوزن(كلغ) ÷ {الطول(متر) × الطول(متر)}

4- أهـداف الدراســة:

يرتكز الهدف الأساسي لهذا البحث بشكل عام إلى معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية من جهة وبين إتجاه الراشدين المصابين بالسمنة نحو النشاط الرياضي. كما أن الباحثة تسعى لتحقيق جملة من الأهداف الجزئية ويمكن ذكر أهمها فيما يلي:

- الكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة.

- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.
- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.
- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.
- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير التعليمي.
- التعرف على الفروق المحتملة في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
- التعرف على العلاقة المحتملة في مستوى الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لعامل الجنس.
- التعرف على العلاقة المحتملة في مستوى الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لعامل الجنس.
- التعرف على العلاقة المحتملة في مستوى الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لعامل المستوى التعليمي.
- التعرف على العلاقة المحتملة في مستوى الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لعامل المستوى التعليمي.

5- أهميــة الدراســة

تتدرج الأهمية النظرية لهذه الدراسة ضمن الأهمية التي يسعى إليها ميدان علم النفس الصحي واهتمامة بتلك العلاقة التي تربط سلوكيات الأفراد بالصحة، ومن بينها موضوع الوعي الصحي وأهميتـه فـي ممارسـة السلوكيات الصـحية للوقايـة مـن الوقـوع فـي الأمـراض والتـي مـن بينهـا السمنة.

كما تبرز الأهمية في محاولة تسليط الضوء على ما يلي :

- نظرا لقلة الدراسات في ميدان علم النفس الصحي حول موضوع متغيرات الوقاية الصحية يستمد هذا البحث أهميته من خلال محاولة الكشف عن دور الوعي الصحي والصلابة في الإتجاه نحو ممارسة السلوكيات الصحية والتي من بينها ممارسة النشاط الرياضي.
- موضوع السمنة وما له آثار صحية ونفسية على الفرد الذي يعاني من السمنة.
- الصلابة النفسية للأشخاص المصابين بالسمنة وأهميته في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.
- أهمية الوعي الصحي في نشر وتعزيز التربية الصحية والحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية.
- يتناول هذا البحث مرضا متزايد الإنتشار ويهدد فئة الراشدين صحيا ونفسيا وإجتماعيا.
- قد تفيد نتائج الدراسة في بناء برامج لتنمية الوعي الصحي والتركيز على ضرورته في بناء مجتمع واعي صحيا وبالتالي التقليل من الظواهر المرضية الناتجة عن السلوكات المضرة بالصحة ومنها غياب ممارسة النشاط الرياضي.

6-الدراســات السابـقة

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة المحتملة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة، ولوضع الدراسة الحالية في سياقها البحث، حاولنا عرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة وفقا للتسلسل الزمني، وقد قمنا بعرض الدراسات السابقة الخاصة بكل متغير على حدى، على النحو التالي:

أولاً: الدراسات السابقة الخاصة بمتغير الوعي الصحي

- دراسة رشيد عبد القوي(2019) حول مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة، والتي شملت (475) طالب وطالبة وقياس كل من الطول والوزن لتحديد تصنيف الطلبة حسب معايير مؤشر كتلة الجسم، إذ توصل لوجود فروق بين الجنسين في مستوى الوعي الصحي وغياب الفروق تبعا للمستوى التعليمي، كما توصل إلى أن الطلبة الذين لديهم وزن طبيعي يتمتعون بوعي صحي أفضل ممن يعانين من السمنة.
- دراسة(Polikandro, Stafanou, 2019) التي تبحث عن السمنة كمشكلة صحية تغذوية والتي تهدف لتحديد الاعراض المرضية الناجمة عنها والعلاج وتوصلت النتائج أن الزيادة السريعة في حدوث السمنة ترجع إلى عوامل بيئية تؤثر على الاستعداد المرضي وراثيًا. وتم التعرف على السمنة كعامل مهم يساهم في تطور الأمراض المزمنة والخطيرة ، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية ، والسكري من النوع 2 ، وارتفاع ضغط الدم ،

والسكتة الدماغية، وفشل القلب وأمراض أخرى. كما توضح نتائج هذه الدراسة أن السمنة هي مشكلة صحية عامة تتزايد بسرعة وبالتالي تحتاج إلى معالجتها بجدية من خلال نظام غذائي محدد مع ممارسة النشاط الرياضي الذي يمكن أن يحقق الخسارة المرغوبة للدهون في الجسم وهي أكثر الطرق فعالية وطويلة الأمد لعلاج السمنة.

- دراسة سامية بورنان(2017) حول مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، حيث وجهت البرنامج الى مجموعة من المراهقين بالمرحلة الثانوية والذين تتراوح أعمارهم بين(15–16)سنة. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي، وتوصلت الباحثة إلى إستنتاج أن برنامج التوعية الصحية له فاعلية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات.
- دراسة البكري علي يوسف إدريس(2017) حول دور راديو المجتمع في زيادة التوعية الصحية، حيث تضمنت عينة الدراسة (110)مفردة من مستمعي راديو المجتمع وتوصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها أنّ عدداً كبيراً من أفراد العينة بنسبة بلغت(89%) قالوا أنهم تركوا بعض العادات السيئة التي كانوا يمارسونها بعد استماعهم لراديو المجتمع، كما توصلت الدراسة إلى أن نسبة الاستيعاب للارشادات الصحية كانت بصورة كبيرة خلال الاستماع لراديو المجتمع بنسبة بلغت(94%) وهذا يؤكد نجاح الراديو في نشر الوعي الصحي للأفراد حسب هذه الدراسة.
- دراسة بشير مصطفاوي(2016) حول دور الحملات الإعلانية في نشر الوعي الصحي والتي تم فيها الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، على عينة حصصية متساوية من

جمهور طلبة علوم الإعلام والاتصال وكانت طبقاتها متمثلة في مستويات الدراسة(سنة أولى وثانية ماستر)، وتوصلت الى جملة من النتائج أهمها تأثير الحملات الإعلانية على الطبة الذي كان بدرجة متوسط وبتأثير إيجابي.

- دراسة جراد محمد أمين(2016) حول مقارنة لمستوى الوعي الصحي بين التلاميذ الممارسين وغير الممارسين لحصة التربية البدنية الرياضية في الثانوية وتمثلت عينة الدراسة بـ(90) تلميذ على مستوى(4) ثانويات مقسمة إلى (45) تلميذاً يمارسون حصة التربية البدنية والرياضية و(45) تلميذاً غير ممارسين لحصة التربية البدنية والرياضية. وتوصلت إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى التلاميذ الممارسين وغير الممارسين لحصة التربية البدنية والرياضية.
- دراسة سماح نايلي(2016) حول دور الدراما التلفزيونية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبة الجامعة واقتضت طبيعة هذه الدراسة استخدام المنهج الوصفي التحليلي وتكونت عينة الدراسة من (60) طالباً وطالبة، وتوصلت إلى نتيجة عامة مفادها أن الدراما التلفزيونية بشكل عام والدراما الطبية خاصة تولي أهمية للمواضيع الصحية، وأنّ الأفراد الذين يتابعون هذا النوع من الدراما قد استفادوا منها في تكوين ثقافة صحية لديهم من خلال تعرفهم على الأمراض والوقاية من بعضها كذلك معالجتها في بعض الأحيان وذلك بفضل النصائح والارشادات الوقائية والعلاجية التي تقدمها.
- دراسة أفنان حسن محمد وآخرون(2016) حول الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية إذ تضمنت العينة (120) طالباً وطالبة، وقد أظهرت النتائج أن الطلبة يتمتعون بدرجة عالية من الوعي الصحي وأن هناك علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي ونمط الشخصية(أ).

- دراسة عبير محمد الغاوي(2014) حول الوعي بالغذاء الغذائي واللياقة البدنية في مملكة البحرين وهي دراسة إلكترونية تقوم بها شركة زاركا آكتيف بالتعاون مع وزارة الصحة في مملكة البحرين بهدف قياس الوعي الصحي والسلوكيات الصحية خاصة فيما يتعلق بالغذاء والنشاط البدني والتدخين والسلامة والفحوص الدورية، حيث شملت (501)مشاركاً من البالغين (16سنة فمافوق) ويمارس معظم المشاركون النشاط الرياضي بمعدلات مختلفة (78%) فقد صرّح (23%) منهم بأنهم يمارسون أي نوع من أنواع الألعاب الرياضية بمعدل (3) مرات في الأسبوع بينما قال ثلث آخر(35%) من المشاركين بأنهم يمارسون الرياضة من حين لآخر، في حين أن (22%) ذكروا بأنهم لا يمارسون الألعاب الرياضية أبدا بزيادة(7%) عن الدراسة السابقة(15%)، كذلك بالنسبة للعادات الغذائية أظهرت الدراسة أن الأغلبية يعتمدون نظام ثلاث وجبات في اليوم، وعلل (73%) من المشاركين بالدراسة ممن لا يتناولون وجبة الإفطار بأنه ليس لديهم الوقت الكافي لذلك، بينما إنخفضت نسبة المشاركين الذين يعتقدون بأنها ليست وجبة مهمة في اليوم من (34%) إلى (27%).
- دراسة جهاد كاظم العكيلي(2013) حول الوعي الصحي عبر وسائل الإتصال: تضمنت الدراسة عينة قوامها (400) فرد من مجتمع البحث المتمثل في طلبة جامعة بغداد والبحث عما إذا كانت وسائل الإتصال لها فائدة للحصول على المعلومات الصحية، ودراسة العلاقة بين وسائل الإتصال التي يتابعها الطلبة ومستوى الوعي الصحي لديهم، كذلك نوع البرامج التي يتابعونها ومدى الإستفادة منها في بلورة وعيهم الصحي حول مرض الإيدر ومعرفة طرق انتقاله وسبل الوقاية منه. وقد أظهرت النتائج وجود معرفة وإدراك من قبل المبحوثين لكلا الجنسين وأن وسائل الإتصال لها دور في ذلك.

- دراسة عقيل مسلم عبد الحسين، محمد مطر عراك، جاسم جابر محمد(2011) حول الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية والتي كانت على طلبة كلية التربية الرياضية – المرحلتين الأولى والثانية – للسنة الدراسية (2010 – 2011) والبالغ عددهم (161) طالباً وطالبة، وأسفرت نتائج الدراسة على أن مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة المثنى مرتفع نسبياً، بالإضافة إلى عدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين طلاب وطالبات كلية التربية الرياضية في جامعة المثنى، وعدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين طلبة المرحلتين الدراسيتين الأولى والثانية. كما تبين أن الكثير من الطلبة وعلى الرغم من إدراكهم للتأثير السلبي لبعض العادات الصحية الخاطئة، إلا أنهم يداومون عليها، كقيام بعض الطلبة بالتدخين، على الرغم من إدراكهم للتأثير السلبي لهذه العادة المضرة بالصحة، وهناك تباين في المصادر التي يحصل من خلالها طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة المثنى على المعلومات الصحية.
- دراسة سوزان دريد أحمد زنكنة(2009) حول الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم حيث يتحدد البحث على طلبة الصف الرابع من قسم الكيمياء وطلبة الصف الرابع من قسم علوم الحياة، وأظهرت النتائج إمتلاك عينة البحث لدرجة جيدة من الوعي الصحي، إذ أن مستوى الوعي الصحي لطلبة قسم الكيمياء أعلى من مستواه لدى طلبة قسم علوم الحياة على الرغم من دراسة طلبة علوم الحياة لمادة الصحة العامة، وتدرجت مصادر الحصول على المعلومات الصحية بين الأهل في التربية الأولى والنشاطات الثقافية في المرتبة الأخيرة وجاء مصدر المواد الدراسية في المرتبة الرابعة.
- دراسة علي بن حسن بن حسين الأحمدي(2003) حول مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثاني الثانوي طبيعي وعلاقته بإتجاهاتهم الصحية في المدينة المنورة حيث

اشتمل مجتمع الدراسة جميع تلاميذ الصف الثاني الثانوي في مدارس منطقة المدينة المنورة المسجلين في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي(2003،2002). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين أداء التلاميذ في اختبار المعارف الصحية وآدائهم في مقياس الاتجاهات الصحية.

تعقيب: من خلال الدراسات السابقة المعروضة أعلاه نلاحظ أن مستوى الوعي الصحي يزداد كلما ازداد احساس الفرد بالمسؤولية نحو صحته، وهو مانحن بصدد دراسته والبحث فيه بخصوص دور الحقائق الصحية والمعلومات التي يكتسبها الفرد في الحفاظ على الصحة.

ثانياً: دراسات خاصة بالصلابة النفسية

- دراسة بيان صافي ونياديا رتيب سنة (2014) حول معنى الحياة وعلاقته بالصلابة النفسية، والتي شملت (120) طالباً وطالبة من جامعة دمشق، وتوصلت إلى وجود ارتباط ايجابي قوي دال إحصائيا بين معنى الحياة والصلابة النفسية، وعدم وجود فروق دالة احصائيا في معنى الحياة والصلابة النفسية تبعا لمتغير الجنس.
- دراسة شهرزاد نوار ونرجس زكري سنة (2014) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، والتي تهدف إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى عينة مكونة من (205) فرداً من مرضى السكري، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس.
- دراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي سنة (2009)حول مشكلات المسنين وعلاقتها بالصلابة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (114)مسنّاً ومسنّة في محافظة غزة،

وأظهرت نتائج الدراسة أن ترتيب أبعاد المشكلات التي يعاني منها المُسنّون تمثلت في المشاكل الاجتماعية الاقتصادية وبعدها المشكلات النفسية ثم المشكلات الصحية الجسمية، كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات لدى المسنين تعزى لمتغير الجنس.

تعقيب: لقد بينت الدراسات السابقة المعروضة أعلاه على وجود علاقة بين مستوى الصلابة النفسية وتوجه الأفراد لممارسة السلوكيات الصحية كما اتضح أن هناك ارتباط بين الصلابة النفسية وأنماط الحياة واتجاه الأفراد لتبني نمط حياة صحي وأسلوب حياة صحي، وأن هناك علاقة بين الصحة الجسمية ومستوى الصلابة النفسية وهو ما نحاول إثباته في بحثنا الحالي ومحاولة فهم علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة السلوكيات الصحية عامة والنشاط الرياضي خاصة.

ثالثاً: دراسات خاصة بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

- دراسة نجيب عبابسة سنة (2015) التي حاولت الكشف عن اتجاهات طلبة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية نحو ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية، وأثر متغيرات الجنس والمستوى التعليمي وطبيعة الاتجاه من الناحية الايجابية، وأبرزت النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في أبعاد الاتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي، وعدم وجود فروق دالة حسب متغير المستوى التعليمي مع تسجيل اتجاه ايجابي للطلبة نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي.
- دراسة مزاري فاتح وساسي عبد العزيز وحماني ابراهيم سنة (2015)حول قلّة النشاط البدني الرياضي وأثره على زيادة السمنة لدى المرأة الجزائرية، وشملت الدراسة (10)

مدربين متمرسين في مجال اللياقة البدنية وتدريب النساء والفتيات، إذ توصلت الدراسة إلى أن قلة النشاط الرياضي لها أثر كبير على زيادة السمنة لدى المرأة الجزائرية، كما يترتب على انتشار السمنة أضرار ضخمة تتضمن الجانب الصحي والنفسي والاجتماعي، وأنّ عملية نشوء السمنة وانتشارها يتم عبر تفاعل العامل الاجتماعي والسلوكي والثقافي والفيسيولوجي.

- دراسة أثير عباس مصطفى سنة (2013) حول تأثير تمرينات متنوعة على بعض الطيات الشحمية في الجسم والصفات، والعلاقة بينهما للاشخاص المصابين بالسمنة. واختار الباحث عينة البحث بطريقة عمدية من رجال يعانون من السمنة، والبالغ عددهم (8) أفراد واستخدم الباحث المنهج التجريبي الذي توصل من خلاله بأن ممارسة التمارين الرياضية وبصورة منتظمة له أثر في انخفاض الوزن نتيجة تقليل من نسبة الشحوم في الطيات الجسمية وتحسين القدرات البدنية لدى أفراد العينة.
- دراسة فاطمة حاشوش عبود سنة (2012)حول تأثير منهج تدريبي باستخدام التمرينات الرياضية في تخفيف الوزن للنساء وسن اليأس بعمر(50–55)سنة من النساء المشتركات في القاعة الرياضية بجامعة بغداد لتخفيف الوزن. واتسمت هذه التمارين بالاستمرارية وبالتدرج من السهل إلى الصعب، مع توزيع برنامج غذائي مقنن علميا لمساعدة أفراد عينة البحث بالتوازن بين الوارد من السعرات الحرارية والمصروفة، وتوصلت الباحثة إلى استنتاجات أهمها أن استخدام برنامج غذائي مع برنامج تدريبي منخفض الشدة يؤدي إلى خفض الوزن، وأن النساء بسن اليأس يفقدن الوزن بنسبة ضئيلة جدا.
- دراسة سمية جعفر حميدي سليمان وآخرون سنة (2011)حول ممارسة النشاط البدني للكبار وأمراض العصر، وانحصرت أعمار المبحوثين في الفئة العمرية (50–69)عاماً من

الجنسين، إذ تم إختيار العينة عشوائيا وبلغ العدد الكلي (600) فرداً، وتوصلت الدراسة إلى ممارسة النشاط البدني مرتفع الشدة للمشاركين من الفئة العمرية(50-69) رجال فقط بنسبة(80%) مع وجود علاقة ارتباطية بين ممارسة النشاط الرياضي والعمل.

- دراسة دولمان وآخرون(Dollman et al, 2004) حول دليل الإتجاه نحو النشاط الرياضي وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين السمنة المفرطة والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وقد أقيمت الدراسة على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية وعددهم(5001)تلميذ، إذ توصلت النتائج إلى أن ممارسة النشاط الرياضي وتنظيم الألعاب الرياضية يساهم كثيرا في انخفاض الوزن وتقليل السمنة وتحسين القوام لدى الكثير من الأطفال الذين يعانون من السمنة.

تعقيب: لقد أظهرت هذه الدراسات الإرتباط الإيجابي بين متغيري الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي بصفة عامة والصحة النفسية والجسدية، وهناك دراسات أظهرت وجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور- بينما توصلت دراسات أخرى إلى غياب الفروق بين الجنسين نظرا للطابع الاجتماعي الذي يخص المجتمع الجزائري.

6-1- التعليق على الدراسات السابقة

من خلال إستعراض الباحثة للدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث الحالي-علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي- يمكننا استنتاج ما يلي:

أ) إتفاق جميع الدراسات التي تناولت موضوع الوعي الصحي على أنه متغير مهم للحفاظ والإرتقاء بالصحة منها دراسة رشيد عبد القوي(2019) ودراسة عبير محمد الغاوي(2014)

خاصة إذا تم تبنيه منذ المراحل التعليمية كما أشارت إليه دراسة علي بن حسن بن حسين الأحمدي(2003) أي أنها لم تقتصر على فئات معينة من المجتمع وإنما على أنه متغير يمس جميع الفئات العمرية عامة والراشدين خاصة.

ب) أشارت نتائج الدراسات إلى ضرورة إدراج برامج التوعية والتربية الصحية للوقاية من مخاطر السلوكيات الضارة بالصحة، وعدم ممارسة النشاط الرياضي بإستمرار وهذا ما تم عرضه في دراسة سامية بورنان(2017) وكذلك دراسة علي بن حسن بن حسين الأحمدي(2003).

ت) إهتمت بعض الدراسات بإعداد برامج وقائية للعلاج من أعراض السمنة وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسدية وحتى الإجتماعية وهو ما توصلت إليه دراسة عقيل مسلم عبد الحسين، محمد مطر عراك، جاسم جابر محمد(2011).

ث) أشارت بعض الدراسات إلى أهمية وسائل الإعلام مثل الراديو والتلفاز وحملات التوعية في نشر الوعي الصحي لدى المواطنين مثل دراسة جهاد كاظم العكيلي(2013).

ج) ركزت بعض الدراسات في إعداد برامج الوقاية على إكساب أفراد عينات دراستها على بعض العوامل مثل الوعي الصحي الرياضي والوعي الصحي الغذائي وكذلك الإستعانة بالمدربين في ممارسة النشاطات الرياضية الهادفة، مثل دراسة شهرزاد نوار ونرجس زكري سنة (2014) و دراسة فاطمة حاشوش عبود سنة (2012) بالإضافة لدراسة سمية جعفر حميدي سليمان وآخرون سنة (2011).

ح) كما عملت بعض الدراسات على توعية أفراد العينة بأهمية السمات الشخصية والصلابة النفسية في تجاوز الضغوطات النفسية وأساليب الحياة الغير صحية لتشجيعهم نحو الإتجاه الإيجابي لممارسة النشاط الرياضي مثل دراسة آلاء زهير سنة (2012) ودراسة علي بن حسن بن حسين الأحمدي(2003).

6-2-إستفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

بعد إستعراض الدراسات السابقة التي أتاحت للباحثة ما يفيدها في تحديد الأطر العامة للبحث الحالي، وإبراز جوانب التشابه والإختلاف بينها وبين الدراسات السابقة، وبعد عرضنا لهذه الدراسات وتوضيح إهتمامات كل دراسة حول موضوع متغيرات البحث تم تحديد أوجه الإستفادة من هذه الدراسات كما يلي:

تمحورت مواضيع الدراسات السابقة المعروضة في البحث الحالي حول موضوع علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي من جوانب متعددة، وذلك حسب تصورات الباحثين ووجهات نظرهم التي اعتمدها كل باحث في معالجته للمتغيرات، وقد تعددت اهتمامات الباحثين في كل دراسة فهناك من ركز على توضيح دور مستويات الوعي الصحي في الحفاظ على الصحة وهو ماجاء متوافقا مع بحثنا ومحاولة تبيان دور الوعي الصحي بأبعاده في ممارسة السلوكيات الصحية والتي من ضمنها الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، ومنها من ركزت على البحث في أسباب العزوف عن ممارسة السلوكيات الصحية والتي أوضحت إنخفاظا في مستويات الوعي الصحي والصلابة النفسية، وهناك دراسات ركزت على دور وسائل الإعلام في بث برامج التوعية على الأفراد الذين يعانون من السمنة، لكن يبقى الهدف الذي سعت إليه كل دراسة هو كيفية التخلص من تلك الإنعكاسات السلبية الخطرة الناجمة عن السمنة، وبالرغم من اختلاف الطرق البحثية والوسائل المختلفة إلا أن كل هذا ساعد الباحثة في تحديد وتقديم مبررات القيام بالبحث الحالي وتحديد إشكاليتها.

يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في أهمية الموضوع من حيث ضرورة الإهتمام بالصحة بالتركيز على متغيرات وقائية تمثلت في الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة

النشاط الرياضي، كما تتفق من حيث ضرورة التصدي لمشكلة السمنة بطرق وأساليب تختلف حسب كل دراسة، وتتجلي دراستنا مقارنة بالدراسات الأخرى بأنها تتناول مرحلة مهمة وهي مرحلة الرشد والتي تمتاز ببعض السمات الشخصية والعوامل النفسية والإجتماعية، كما تسعى إلى إبراز أهمية الوعي الصحي والصلابة النفسية وبعض السلوكيات الصحية والتي تتضمن ممارسة النشاط الرياضي وتعلم الأساليب الصحية التي تساعد على التقليل من الإنعكاسات السلبية الناجمة عن السمنة.

كما يتفق البحث الحالي مع أهداف الدراسات السابقة في ضرورة التخلص من السلوكيات الضارة بالصحة والتي قد تكون سببا في الإصابة بالسمنة، وذلك من خلال الإعتماد على تنمية مستويات الوعي الصحي والصلابة النفسية والحثّ على ممارسة النشاط الرياضي، ومن وراء كل هذا هناك هدف ضمني يتجلي في تحقيق الصحة النفسية والجسدية لأفراد العينة.

كما ساعدت الدراسات السابقة الباحثة في صياغة فرضيات البحث الحالي، ولاحظت الباحثة أنه تم إستخدام المنهج الوصفي في معظم الدراسات السابقة في دراسة علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة السلوكيات الصحية عامة وممارسة النشاط الرياضي خاصة، وركزت معظم الدراسات السابقة على الجنسين(مرأة، رجل) لما لهذه المرحلة من أهمية في حياة الإنسان، خاصة الحياة المهنية والعملية التي تكون في أفراد هذه المرحلة العمرية مما قد تكثر فيه الضغوطات والمواقف الحياتية المختلفة، ولهذا فإن عينة البحث الحالي تتفق مع بعض الدراسات السابقة التي جعلت هذه المرحلة محورا لإهتماماتها البحثية.

لقد ساعدتنا الإطلاع على الدراسات السابقة لأدوات أخرى تخدم بحثنا الحالي وأعانتنا النتائج المتوصل إليها في تفسير نتائج البحث الحالي وتحديد مدى الإتفاق بينها أو الإختلاف، ولقد سبق

وذكرنا أن دراسة علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي على أنه موضوع مهم في مجال علم النفس الصحي وهو مالم نجده ضمن الدراسات السابقة وعليه وبسبب تفاقم نسبة إنتشار السمنة وظهور عوامل نفسية واجتماعية أخرى تستدعي التدخل النفسي الصحي، سوف نحاول في هذا البحث الحالي كشف علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وتقليل الأعراض المرضية الناجمة عن السمنة لدى الراشدين.

الفـصـــل الأول

الـــوعـــــي الصـحـــــي

تمهيد

يعدّ الإهتمام بالصحة أمر في غاية الأهمية لذلك يجب الحفاظ عليها وإتباع النصائح الهامة لتفادي الأمراض وتجنب الإصابة بها، حيث نجد الكثير من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان نتيجة لبعض السلوكيات الخاطئة التي يقوم بها، لذلك يعوّل كثيرا على مسألة نشر الوعي الصحي من أجل تفادي الإصابة بهذه الأمراض. ولذلك سنحاول من خلال هذا الفصل التعرض إلى مفهوم الصحة والتعرف على مكونات الصحة وإتجاهاتها الرئيسية، إنتقالا لمفهوم الوعي الصحي والاتجاهات النظرية في تفسيره وكذا سمات وصفات الشخص الواعي صحيا والتطرق لوظيفة الوعي الصحي وأساليب نشره.

1- مفـهوم الصـحة

هناك عدة تعريفات للصحة يمكن ذكر أهمها كما يلي:

عرفت الصحة في منجد اللغة على أنها كلمة جاءت من صحَّ صحّةً و صِحاحاً بمعنى ذهب مرضه، والشيء برئ و سلم من كل عيبٍ، والصحة(مصدر) أي عدم اختلال الجسم وسلامته، وجاء على لسان العرب لابن منظور تعريف الصحة لغة على أنها الصّح والصّحة والصّحاح : خلاف السقم، وذهاب المرض، وقد صحّ فلان من علته واستصح وهو أيضا البراءة من كل عيب وريب[8]

كما يعرفها أبو زايدة(2007) في قوله أن " الصحة يعتبرها البعض أنها خلو الإنسان من الأمراض وتمتعه بصحة جيدة، بينما يرى آخرون أنها توافق الإنسان مع البيئة المحيطة، أو أنها حالة من التكامل بين الوظائف الجسمية والنفسية للفرد غير أن الجميع يتفق على ضرورتها بالنسبة للفرد والمجتمع"[9]

---

[8] مالك شعباني: دور الاذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة منتوري، قسنطينة، 2006، ص145.

[9] حاتم يوسف أبو زايدة: فعالية برنامج بالوسائط المتعددة لتنمية الوعي الصحي في العلوم لدى طلبة الصف السادس الأساسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم المناهج وتكنولوجيا التعليم، الجامعة الاسلامية، غزة، 2007، ص23-24.

أما منظمة الصحة العالمية(W.H.0) فقد عرفّت الصحة على أنها لا تعني خلو الجسم من الأمراض والعلل لكنها حالة الهناء والراحة الجسمية والعقلية والاجتماعية"، كما عرفت الصحة بأنها التوازن والتناسق بين جميع إمكانيات الانسان البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية ويقضي هذا التوازن تلبية حاجيات الانسان الأساسية التي هي متماثلة من حيث الكيف بالنسبة للجميع كالحاجيات الغذائية والعاطفية والتربوية والاجتماعية من جهة وتكيف مستمر للانسان مع محيطه الدائم التحول من جهة أخرى وفقا للدليل المرجعي للمرشد التربوي في مجال التثقيف والتوعية الصحية.

وتشير المجبر(2004) نقلا عن جراد(2016) الى تعريف آخر للصحة حيث ترى أنها " ذلك الشعور والاستمتاع بصحة جيدة للفرد من الناحية الجسمانية والاجتماعية والنفسية، وليس فقط مجرد خلو الجسم من الأمراض بما يكفل للفرد العمل بشكل طبيعي لأعضاء جسمه، والاستمرار في الحياة بحماس وتصميم[10]

من خلال ما تم عرضه من تعريفات للصحة نستنتج أن الصحة مفهوم يشمل مؤشرات معينة تعبّر عن مستوى سلامة الفرد من كل الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، والحفاظ عليها من المطالب الأساسية التي يهتم لها الباحثين، فحين ينعمُ الفرد بصحة جيدة يمكّنه من القيام بوظائفه بإختلافها وتعددها، وعكس ذلك حين يفقد الفرد صحته يبقى في صراع بينه وبين حالته الصحية مما يعيق نمط حياته، وهذا ماجعل مفهوم الصحة ذو أهمية كبيرة استقطبت إهتمام الباحثين في

[10] محمد أمين جراد: دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي بين التلاميذ الممارسين وغير الممارسين لحصة التربية البدنية الرياضية في الثانوية،قسم تربية حركية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2016، ص24.

مجال علم النفس الصحي ولاقت تطورا ملحوظا عبر مراحل زمنية متتالية تختلف مفهومها باختلاف الباحثين في الصحة.

2- تطور مفهوم الصحة

يعرض علام ومقصود محمد (1981) مراحل تطور الصحة ويشيران إلى أنه في المجتمعات القديمة ركز المصريون واليونانيون والرومانيون على الكمال البدني وصحة البدن، وقد اشتق علم الصحة من كلمة (Hygiene) التي كانت تمثل آلهة اليونان في ذلك الزمان، إذ اهتم اليونانيون بالصحة البدنية والألعاب الرياضية والألعاب الأولمبية والتي ما زالت تقام حتى الآن وكانت من أهم مظاهر حياة اليونانيين القدامى. وقد كان مفهوم الصحة في عهدهم يتجه أساسا نحو الصحة الشخصية بمعنى تقوية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بتغذيته ونظافته الشخصية ونومه وأوقات عمله وفترات الترويح عن النفس والاهتمام بالتمرينات البدنية والعناية بالملبس وأعضاء الجسم المختلفة.

كما يتحدث الإسلام عن الرصيد الصحي أو الذخيرة الصحية " إذ يشير إلى ما يسمى اليوم الطب الوقائي وينطلق ذلك في الأساس مما رواه البخاري عن عبد الله بن عمر : "وخذ من صحتك لمرضك، وهو مأخوذ من قول النبي صلي الله عليه وسلم "اغتنم خمسا قبل خمس : حياتك قبل موتك، وفراغك قبل شغلك، وغناك قبل فقرك، وشبابك قبل هرمك، وصحتك قبل سقمك، وهذا الرصيد الصحي له قدر كبير في الإسلام إذ يشمل الرصيد الصحي للإنسان في الذخيرة التغذوية والمناعية و النفسية والطمأنينة التي تجعل الإنسان قادرا علي مواجهة الكربات النفسية ، والشدائد في الحياة والذخيرة الثقافية التي ترشده إلى إتباع نمط صحي لتعزيز الصحة والوقاية من المرض. واستمر التركيز على صحة البدن خلال القرن الثالث عشر حتى القرن التاسع عشر الميلادي،

وخلال هذه السنين المبكرة وبينما كان التركيز على الكمال البدني كان هناك استثناءات جديرة بالذكر، ففي هذه الفترة كتب جون لوك " العقل السليم في الجسم السليم " وفي عام 1850 ركز شاتوك في "تقرير الحالة الصحية في ماسشوستس " عن الحاجة إلى برامج وقائية وأوضح بأن الصحة أكثر من الخلو من المرض[11]

وقد نشأ مصطلح الصحة(Health) نقلا عن اللغة الأنجلوساكسونية، ويعني حالة البقاء سليما آمنا صحيحا معافا تماما، ولقد أشار أبو زايدة(2007) أن تطور مفهوم الصحة أخذ مناحي تطورت عبر السنوات، لكن منذ منتصف السبعينيات أخذ تعريف الصحة يأخذ منحى شموليا ويعتبر الصحة في الوقت الحاضر مقسما إلى (6) أقسام رئيسية وهي: الصحة البدنية والعقلية، الصحة الاجتماعية، الروحية، الوظيفية والصحة. والشكل الموالي(01) يوضح أهم تطورات الصحة:

1	**هيجين :**	إتجه مفهوم الصحة العامة عند الاغريق نحو الصحة الشخصية بمعنى تقوية صحة الفرد عن طريق: الاهتمام بالنظافة الشخصية والتغذية والنوم والراحة وممارسة الرياضة .
2	**صحة البيئة :**	تطور مفهوم الصحة العامة في العصر الروماني فأصبح يهتم بالصحة البيئية التي تعني صحة المجتمع.
3	**الصحة في الاسلام :**	قدم المسلمون أنماط مختلفة من الخدمات الصحية حيث لم يدع الاسلام صغيرة ولا كبيرة في حياة الانسان إلا عني بها عناية خاصة سواء من النواحي الصحية بجميع أنواعها والاجتماعية والنفسية والروحانية ، واستخدموا الحجر الصحي للوقاية من الأمراض المعدية كالطاعون وكان ذلك قفزة كبيرة في عالم الصحة.

[11] محمد عبد الخا ة ، مصر، دار المعار

4	**الطب الوقائي :**	هو علم وفن للوقاية من الأمراض وتقوية الصحة على مستوى الفرد والمجتمع والبيئة وقد ظهر في العصر الحديث وذلك بسبب الأمراض وكثرتها،فدرست مكونات الصحة الشخصية للفرد أو المجتمع ،واستعملت الأمصال واللقاحات والمضادات الحيوية وذلك للوقاية
5	**الطب الاجتماعي:**	ارتبطت الصحة والمرض بالحياة الاجتماعية لأن كل منها يوازن الآخر ويؤثر فيه ، ومن أجل الارتقاء بالمستوى الصحي في العمل وجميع النواحي لابد من الإرتقاء في المستوى الاجتماعي،ويعتمد
6	**الصحة العامة :**	تطور مفهومها حديثا خاصة في البلاد المتقدمة فأصبحت تشمل صحة البيئة وصحة الأفراد ومكافحة الأمراض السارية ومنع انتشارها ورفع مستوى الوعي الصحي للأفراد.

شكل رقم (01) : مخطط توضيحي لتطور مفهوم الصحة[12]

3- إتجـاهات مفهوم الصحة

اختلف تصنيف اتجاهات الصحة وفقا لاختلاف وجهات نظر الباحثين واهتماماتهم، ونجد من بين أهم التصنيفات لاتجاهات مفهوم الصحة ما ذكره الباحثون(حسن محمد، عمران، ثامر صالح، 2016) حيث تم تحديد اتجاهين أساسين لمفهوم الصحة وهما كالتالي:

[12] فوزي علي جاد الله (1980)، الصحة العامة والرعاية الصحية، الطبعة الخامسة، 1989، ص20.

3-1- الإتجاه الأول : الإتجاه القائم على المنشأ المرضي

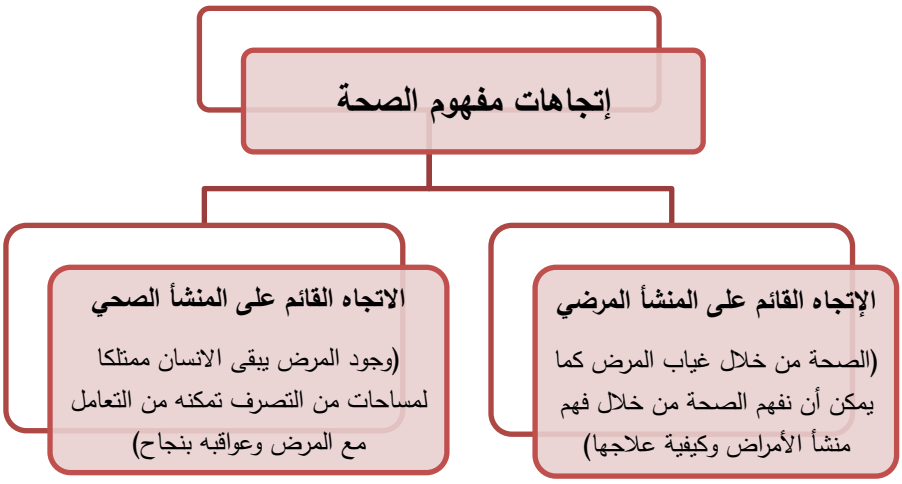
ينطلق هذا الاتجاه السائد في الطب من ثنائية الصحة والمرض، ويرى أن الانسان اما ان يكون صحيحا أو مريضا أو إما أن يعاني من أعراض معينة أو لا يعاني منها. ومن خلال هذا الاتجاه يمكن أن نعرّف الصحة من خلال غياب المرض كما يمكن أن نفهم الصحة من خلال فهم منشأ الأمراض وكيفية علاجها وضرورة الابتعاد عن السلوكيات التي تؤدي الى ظهور الأمراض وتجنبها.

3-2- الاتجاه الثاني : الاتجاه القائم على المنشأ الصحي

ينطلق هذا الاتجاه من متصل الصحة والمرض أي أن الانسان يكون في كل لحظة من لحظات حياته صحيحا بدرجة ما، وبمقدار ما يتجه باتجاه الجانب الصحي على المتصل يكون أكثر صحة، وعلى المتصل الذي يكون مريضا بمقدار ما يتجه نحو الجانب المرضي ،ويستدل هذا الاتجاه على رأيه بأنه حتى عند وجود المرض يبقى الانسان ممتلكا لمساحات من التصرف تمكنه من التعامل مع المرض وعواقبه بنجاح[13]

ويمكن تلخيص اتجاهات مفهوم الصحة في المخطط التوضيحي التالي:

[13] حسن محمد أفنان، أمير عمران كاظم، هدى ثامر صالح: الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية،بحث تخرج نيل شهادة بكالوريوس، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القادسية، العراق، 2016، ص23.



شكل رقم(02): يوضح إتجاهات مفهوم الصحة

يتضح من خلال ما تم عرضه سابقا أن الإتجاه القائم على المنشأ المرضي يركز على الأفراد من خلال ثنائية الصحة والمرض إذ يكون الفرد دو صحة جيدة كما يمكنه أن يعاني من بعض الأعراض المرضية، كما نجد هذا الاتجاه يتبنى تعريف الصحة من خلال غياب المرض وفهم منشأه من أجل تفادي وتجنب السلوكيات الضارة بالصحة. أما بالنسبة للإتجاه الثاني القائم على المنشأ الصحي بمعنى أن الفرد بإمكانه الحفاظ على صحته إذا اتجه نحو السلوكيات الصحية وعكس ذلك إذا توجه للعادات الغير صحية فهو يتجه نحو الجانب المرضي.

4- مستويات الصحة

يذكر مخلوف(1991) أن للصحة درجات أو مستويات تتمثل فيما يلي:

4-1- **الصحة المثالية** : وفيها التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية، ونادرا ما يتوفر هذا المستوى، ويعتبر هذا هدف من أهداف الصحة العامة والاجتماعية، بل هو هدف المجتمع بأكمله.

4-2- **الصحة الإيجابية:** وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل، والمؤثرات البديلة والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أعراض، أو علامات مرضية.

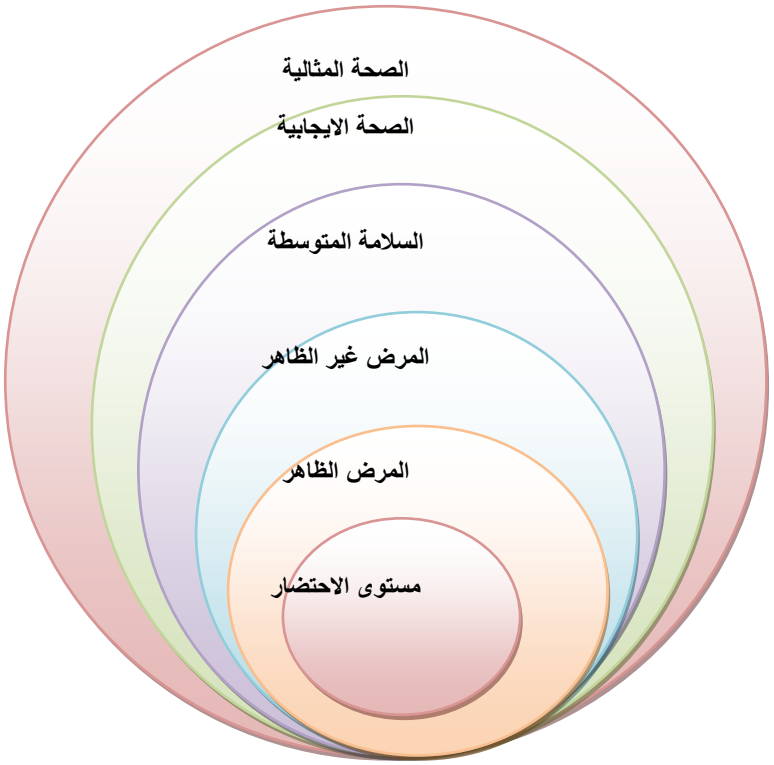
4-3- **السلامة المتوسطة** :و فيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة، وعند التعرض لأي مؤثرات يسقط الفرد والمجتمع فريسة للمرض.

4-4- **المرض غير الظاهر** : وفي هذه الحالة لا يشكوا المريض من أعراض، ولكن يمكن اكتشاف الحالة المرضية بعلامات أو اختبارات خاصة.

4-5- **المرض الظاهر** : وفي هذا المستوى يشكو لمريض من أعراض يحس بها أو علامات مرضية ظاهرة له.

4-6- **مستوى الاحتضار:** وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد بعيد يصعب معه على المريض أن يستعيد صحته، مع الملاحظة أن هذه المستويات نسبية، من الصعب قياسها بالتحديد

وقد جمع هذه المستويات في الشكل المبين أدناه:



شكل رقم(03) : مستويات الصحة[14]

إن الحفاظ على الصحة يتطلب الفهم الدقيق بين مستويات الصحية ودورها في تحقيق الإدراك لكل العمليات لتي تتحقق بتحقق مختلف القدرات التي تتناسب وقدرات الفرد، كما أن مستويات الصحة تشمل عده مكونات لها الدور الكبير في تحديد مستوى صحة الأفراد.

5- مكـونـات الصـحـة

للصحة مكونات أساسية لابد من التكامل فيما بينها نسبيا حتى يكون الفرد أكثر فاعلية في المجتمع، وتتمثل هذه المكونات فيما يلي:

[14] إبراهيم مخلوف إقبال: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات نظرية، (د.ط)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1991، ص49.

5-1- الصحة الجسمية: والتي تتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية، وتتوقف على عدة عوامل أهمها التغذية وتوزيع أوقات العمل ونوعية النوم...

5-2- الصحة النفسية : والتي تعبّر عن قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر، التفكير، ونظرا لأن عبارة (الصحة العقلية) صعبة التعريف لذلك اقترح البعض عدة معايير تتمثل في في معيار التأقلم مع الوسط الاجتماعي والذي يتعلق بإمكانية التحمل وحل المشاكل التي تطرحها الحياة المهنية والعائلية، ومعيار التقبل والتطبيق المنسجم للجنسية (Sexualité)، ومعيار القدرة على السعادة التي تتعلق بمقدرة الفرد على استغلال الفترات السعيدة.

5-2- الصحة الاجتماعية: تشير أنها قدرة الفرد على التكيف مع المحيط الاجتماعي الخارجي، وتتمثل في إمكانية تحمل أعباء الحياة ويرى "صبري جرجس" أن الصحة الاجتماعية في بيئة ما مرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها، وتراثها الأدبي والعلمي ومرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية.

5-3- الصحة الغذائية: والتي تتعلق بنوعية الغذاء وسلامته، ومن المواضيع التي تهتم بها الصحة الغذائية نجد الأغذية العلاجية (التغذية أثناء المرض- therapy Diet)وهي أغذية متكاملة تم تحريرها لتناسب حالة المريض[15]

[15] حسان محمد البستاني: إدارة المستشفيات، الرياض، د.ط، 1990، ص282.

وبهذا فإن صحة الفرد تشمل عدة جوانب قد تختلف من فرد لآخر حسب طريقة حياته وأسلوبها الذي يفرض عليه تتبع ممارسات وسلوكيات معينة، مما تظهر عليه بعض العلامات التي قد تؤكد مستوى صحته بصورة عامة. ويلاحظ أن الحفاظ على الصحة يتطلب علامات وأساليب تعتمد على التوعية، إذ تساعد على منع حدوث الأمراض وتحقيق الوقاية الصحية من خلال الابتعاد عن مصادر العدوى. ويمكن القول بأنّ الصحة هي قضية رئيسية في جميع أنحاء العالم، وقد حاول الأخصائيون والباحثون في خدمات رعاية الصحة بهدف تحقيق نسبة من الصحة النفسية والجسدية وزيادة تقديم الدعم الصحي النفسي والاجتماعي، وذلك من خلال البحوث والدراسات ذات علاقة بأساليب المحافظة على الصحة والوقاية من الوقوع في الأمراض المزمنة، وذلك يتحقق بتوفر العناصر الوقائية الضرورية لحماية صحة الفرد وبالتالي وصولا إلى درجة من الإرتقاء الصحي.

6- العـوامل المــؤثرة في الصـحة

تعددت العوامل التي تؤثر في الصحة، حيث تشير البكري(2006) إلى مجموعة من العوامل أهمها:

6-2- **العوامل الوراثية :** تلعب الوراثة دورا كبيرا في التأثير على تمتع الفرد بالصحة ووقايته من الأمراض.

6-3- **العوامل الاقتصادية :** يؤثر المستوى الاقتصادي ايجابا في لاصحة العامة للأفراد والمجتمعات والشعوب،فيشمل الخدمات الصحية والعلاجية ومكافحة الأمراض،وتوفير الغذاء والمسكن الصحي والبيئة الصحية ومكافحة الفقر والجهل وتنتشر الأمراض والأوبئة في بلدان العالم الفقيرة نتيجة لانخفاض المستوى الصحي والمعيشي والغذائي.

6-4- **العوامل الاجتماعية والثقافية:** مثل العادات والتقاليد الخاصة بإعداد وتجهيز الطعام والمحافظة على الصحة الشخصية وأيضا العادات الخاصة بالزواج المبكر وزواج الأقارب والعقائد الدينية في التمسك بالقيم والمبادئ السليمة.

6-5- **العوامل البيئية:** يمكن تقسيم هذه العوامل البيئية إلى ثلاث أقسام رئيسية:

أ- **البيئة الطبيعية** :وتشمل الحالة الجغرافية :فهناك أمراض تنشر في المناطق الاستوائية والتي تختلف عن تلك التي تنتشر في المناطق المعتدلة فمثلا الارتفاع عن سطح البحر يؤدي الى الاصابة بأمراض الجهاز التنفسي نتيجة لنقص الاكسجين.

ب-**البيئة البيولوجية:**وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية وتؤثر في الامداد بالطعام والعوامل الوسيطة في نقل الامراض كما تؤثر في عادات الانسان وفي الزراعة والصناعة.

ت-**البيئة الاجتماعية والثقافية:**ومحورها الانسان وعلاقته بباقي أفراد المجتمع .

6-6- العوامل المهنية: إن الكثير من الحرف او المهن التي يمارسها الأفراد تسبب اصابتهم بأمراض معينة(الأمراض المهنية)أهما بعض المهن في مجال الصناعة،الزراعة،وتربية الحيوانات والصيد.

6-7- التغذية: ان للتغذية تأثير كبير على صحة الفرد حيث تبين أن المجتمعات التي لا تعرف المفهوم الصحيح للغذاء وصحة الغذاء يترتب عليه ظهور أجيال تنتشر بينهم أمراض سوء التغذية كالكساح ولين العظام وتسوس الأسنان والأنيميا والهزال ونقص الطول و الوزن[16]

ويمكننا تلخيص العوامل المؤثرة في الصحة وفقا للشكل التالي:

- [16] أمال البكري: الصحة والسلامة، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع، 2006، ص132.



شكل رقم(04): يوضح العوامل المؤثرة على الصحة

ثـانيا–الــوعي الصحي

قبـل التطـرق لمفهـوم الـوعي الصـحي، سـوف نحـاول أولا الوقـوف عنـد التعريـف اللغـوي والإصطلاحي لمفهوم الوعي:

1–مفهوم الوعي الصحي

يعرفـه أبـو العيـون(2013) بأنـه " إلمـام أفـراد المجتمـع بالمعلومـات والحقـائق الصـحية،واحساسـهم بالمسئولية نحـو صـحتهم وصـحة غيـرهم مـن خـلال تحويـل الحقـائق الصـحية السـليمة الـى عـادات سلوكية تمارس بلتقائية دون أدنى تفكير"[17]

كما عرفه (Connie,2001) نقلا عن علاوي " بأنـه عمليـة تحفيـز وإقنـاع المتعلمين لتعلم ممارسـة صـحية صـحيحة أو عمليـة ترجمـة الحقـائق والمفـاهيم الصـحية المعروفـة إلـى أنمـاط سـلوكية صـحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي للمتعلمين بإتبـاع الأساليب التربوية المتنوعة[18]

وتعـرف إبتسـام عبـد الجليـل الـوعي الصـحي بأنـه " الإدراك والمعرفـة بالأشـياء والمكونـات المحيطـة بالبيئـة التـي يعيش فيهـا الإنسـان بحيث تكون محصلته النهائيـة من المعرفـة هـي الوصول الى إسلوب أمثل يساعده على التكيَف مع بيئته المحيطة، كما يساعد أيضا زيادة

---

[17] سمير أحمد أبو العيون: الثقافة الصحية، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار المسرة للنشر والتوزيع، 2013، ص23.

[18] يوسف فالح محمد، أحمد عبد السلام علاوي: أثر التدريس باستراتيجية (SWOM) في الوعي الصحي لطلبة كلية التربية الأساسية، مقال في مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد22، العدد93، 2016، ص286.

بلوغ الإنسان أو الفرد درجة من الوعي تمكنه من الوصول إلى درجة الرقي الإنساني مما يزيد من شدة حرصه وإصراره على العيش في بيئة سليمة وصحية" [19]

كما يعرف الوعي الصحي بأنه " إلمام الفرد بالحقائق الصحية و احساسه بالمسؤولية نحو صحته و صحة غيره وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والاقناع وبمعنى آخر أن تتحول الممارسات الصحية الى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير وهو الهدف الذي يجب أن تسعى اليه وتتوصل اليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثقافة صحية فقط وانما تتحول إلى ممارسات يومية"

أما جمعية المكتبات الطبية (MLA) فعرفته على أنه: "مجموعة القدرات والإمكانات المطلوبة للتعرف على المعلومات المطلوبة، وتحديد مصادر المعلومات المناسبة واستخدامها في استرجاع المعلوم ات ذات الصلة، إضافة إلى تقدير قيمة المعلومات وقابليتها للتطبيق في موقف محدد، وتحليل وفهم المعلومات واستخدامها في اتخاذ قرارات صحية جيدة"[20]

---

[19] ابتسام عبد الجليل الختم: الوعي الصحي والبيئي لدى النساء العاملات بالتجارة الهامشية بائعات الأطعمة والمشروبات بالأسواق ولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات البيئية، جامعة الخرطوم، 1998، ص59.

[20] عماد عيسى صالح، أماني محمد السيد: دور المكتبات العامة في تنمية الوعي الصحي ومكافحة الأزمات الصحية العالمية، دراسة في المؤتمر العشرون للاتحاد العربي للمكتبات والمعلومات، المغرب، 2009، ص5.

ومن جهة يعرف فاضل علي(2017) الوعي الصحي على أنه عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم و أتجهاتهم وسلوكهم فيما يتعلق بأمور الصحة نحو الأفضل[21]

وتضيف سماح إحسان (2017) نقلا عن ناهد عبد الفتاح(2000) بأنه" 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 الإمكانيات المتاحة[22]

تشير هذه التعاريف في مجملها إلى كون الوعي الصحي يتعلق بمدى إحساس الفرد بصحته وكيفية الوقاية من الوقوع في المرض، وذلك باكتسابه الحقائق الصحية وادراك السلوكيات الصحية السليمة التي تعكس مستوى صحته من خلال تطبيقه للعادات الصحية المرغوبة في حياته اليومية وتبني المسؤولية نحو صحته وصحة غيره. ومنه يعرف الوعي الصحي على أنه مدى إدراك الفرد للمعارف والخبرات الصحية التي تترجم إلى أنماط سلوكية وممارسات تساهم في الحفاظ على صحته.

---

[21] محمد فاضل علي: دور شبكة الفيسبوك في تعزيز التوعية الصحية لدى الجمهور، رسالة ماجستير، كلية الإعلام، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2017، ص6.

[22] سماح إحسان طه الحلبي: دور الإدارة المدرسية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبتها بمدارس وكالة الغوث الدولية بمحافظات غزة وسبل تفعيله، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة، 2017، ص49.

كما أن تبني السلوك الواقي للصحة مرتبط بمحددات معينة متعددة المصادر، وهو ما حاولت النظريات المفسرة للوعي الصحي الاخذ به. كذلك سنحاول في العنصر الموالي عرض اهم الإتجاهات النظرية المفسرة للوعي الصحي.

2- الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي الصحي

ظهرت العديد من النظريات التي اهتمت بالجانب الصحي وتعددت الدراسات التي اهتمت بدراسة الصحة وتأثيرها على الأفراد وبشكل واسع النطاق في السلوك المتعلق بالصحة أو الدافع نحو الصحة والتعزيز الصحي،ومن أبرز هذه النظريات :

2-1-النظرية المعرفية – الاجتماعية

وفقا لهذه النظرية فإن ادراك الخطر يتطلب تأثيرا واقعيا أضعف مما تستدعيه فعالية الكفاءة الذاتية،لذلك تؤدي الثقة في كفاءة الذات دورا كبيرا لتنظيم المتطلبات الصعبة. ولذلك تعد الموارد (وأهمها اليقين بكفاءة التصرف الذاتي) عاملاً مهماً يستطيع الفرد الذي يمتلكها ان يقود سلوكه بنفسه بدلاً من تركه بصورة سلبية للقدر وهذه هي أهم الأفكار في نظرية التصرف الصحي لباندورا لذلك فإن هناك ثلاث سمات أثناء طور حدوث الدافع تسهم في تحديد نية الهدف وهي(إدراك الخطر، توقع النتائج، توقع الكفاءة الذاتية).

ويرى باندورا حسب ما أورده الجبوري(2010) أن نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك فضلاً عن توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة في الوقت نفسه أي أن على الفرد أن لا يعتقد أن التدخين مضر بالصحة من أجل أن يتوقف عنه وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الاقلاع الصعبة عن التدخين. كذلك فإن شدة النية مرتبطة

الى حد كبير بالكفاءة الذاتية وقد كانت هناك محاولات من خلال عمليات مابعد النية وهي ثلاث مستويات(المستوى المعرفي، مستوى قائم على الفعل، مستوى موقفي) ففي طور ما قبل التصرف يتم تخطيط السلوك المقصود ويتم تحديد كيفية ومكان التصرف ويسمى طور ماقبل التصرف أيضا الذي يترافق أيضا مع توقعات الكفاءة الذاتية.

وفي طور التصرف يرى الفرد فيما إذا كان يجد نفسه قادراً على القيام بتصرفات معينة بدون أن يكون النجاح مؤكدا ثم يعقد النية على القيام بتصرف ما أو يتوقف اذا ما تعلق الأمر بالتخلي عن سلوك خطر على الصحة(تناول عقاقير)، ويحتاج ذلك إلى قوة ارادة من الفرد،وفي أثناء هذا الطور يحدث ضبط مستمر لتنفيذ التصرف. أما عن طور ما بعد التصرف فانه يحدث تقويم، اذ يتم فيه تسجيل النجاح او الفشل وتفسيرهما،فالتصرفات لا تتحدد من خلال المعرفة وحدها بل من خلال المعطيات المعرفية والمهارات التي يمتلكها الفرد(الفرد لا يستطيع ممارسة الرياضة اذا لم تتوفر الكفاءة المطلوبة لذلك).

هذا يعني أن النظرية المعرفية – الاجتماعية تركز على سلوك الفرد من حيث ادراكه للموقف، وكذلك من حيث نيته في القيام بالسلوك حسب معرفته وقدرته على فعل ذلك السلوك وردة الفعل اتجاه ذلك الموقف.

2-2-نظرية السلوك المخطط(TCP)

لقد وضع أسس هذه النظرية(Théorie du Comportement Planifié) اجزن (Ajzen, 1985-1991) وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- الإتجاهات(Les Attitudes) وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الإنخراط في سلوك محدد، ومن الضروري تذكر أن الإتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.
- المعايير الذاتية(Normes Subjectives) وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعو هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواءاً كانو أفراد الأسرة أو الأصدقاء.
- التحكم الذاتي السلوكي(Contrôle Perçu du Comportement) ويهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح، وهو نتاج المزاج بين الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الإنخراط في السلوك. فإذا حاولت إنقاص الوزن مثلا وكنت قد فشلت سابقا في مقاومة إغراء الإفراط في الأكل، سيكون التحكم المدرك في سلوك إنقاص الوزن منخفضا، مما ينظّر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي، فضلا عن وجود علاقة سببية بالمقاصد.

نستنتج أن نظرية السلوك المخطط تؤكد على أن حدوث السلوك الفعلي يتناسب مع مقدار السيطرة التي يمارسها الفرد على سلوكه وقوة نوايا هذا الفرد لتنفيذ هذا السلوك حيث يفترض أجزن أن الكفاءة الذاتية هامة لتحديد القوة التي ينوي بها الفرد تحقيق سلوك ما.

2-3-نظرية المحاولة لباكوزي

حسب ما أوردته عائشة العجيلي(2019) حول هذه النظرية التي تؤكد على الجزء العقلاني للقرار الصحي، وعلى تلك الدوافع التي تستدعي التفكير في المسائل الصحية للفرد، فهي ترى أن الفرد عندما يقوم بصنع قرار ما فإنه يضع نصب عينه الهدف الذي يتوق الى تحقيقه، ويتم النظر

للتصرف بأنه عملية يتم السعي نحوها بطريقة المحاولة، ويتم المحافظة عليه على أنه مولد للهدف عندما تتوفر الظروف اللازمة، وبالتالي فإنه يمكن التمييز بين ثلاث مواقف:

- الموقف من النجاح
- الموقف من الفشل
- الموقف من عملية ملاحقة الهدف[23]

لذلك فإن توقع النجاح والفشل يقومان على تحقيق الهدف وهما في الوقت نفسه يعبران عن الاحتمالات الذاتية فيما يتعلق بالهدف، كما أن السلوك السابق يعد في حالات كثيرة مؤشراً لسلوك لاحق(ممارسة الرياضة في المستقبل يمكن التنبؤ بها من خلال ممارستها سابقاً). فضلا عن ذلك فإن باكوزي قسم السلوك السابق وفق مظهرين هما : تكراره، وقرابة عهده. فالفرد الذي مارس انقاص وزنه بوقت قصير كان أكثر ميلا للمحاولة مرة أخرى.

2-4-نظرية المعتقدات الصحية(HBM)

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية(Health Belief Model) من أهم الاتجاهات في تفسير السبب الذي يدفع الناس لممارسة السلوك الصحي، ولقد قدم هذا النموذج روزنستوك(Rosenstock, 1966-1974) ثم طُوّر من قبل بيكر وزملاءه(Beker et al, 1975-1984) للتنبؤ بالسلوكيات الصحية من خلال متغيرات معرفية(الإدراك، التقييم،

[23] عائشة العجيلي حسن(2019)، الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية الإيجابية لدى الطلابة الجامعيين، دراسة ميدانية، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة سبها، ليبيا، 2019، ص19.

المعتقدات) في إطار فهم ميل البعض إلى الإنسحاب من البرامج العلاجية وسلوك الملائمة العلاجية في حين يبدي البعض الآهر إتباع التوصيات الطبية.

كما يمكن القول أن هذه النظرية توضح مدى معرفة الفرد فيما اذا كان سيقوم بممارسة السلوك الصحي من خلال الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض لتهديد صحي"ادراك التهديد" وادراكه بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد" تقويم السلوك".

ويطبق أتكيسون(Atckinson) هذه النظرية على السلوك الصحي فيجد أن الدافع المطلوب لتحقيق النجاح أو لتجنب الفشل يتمثل في السعي نحو الشفاء أو تجنب المرض، وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف تتمثل في رغبة الشخص الحقيقية في أن يكون في حالة صحية جيدة. والتقدير الذاتي للشخص باحتمال نجاحه في تحقيق الهدف، يتمثل في اعتقاده في سلوكه. ويفترض نموذج(Rosenstock, 1974) أن الأفراد عادة لا يحاولون إتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والوعي الصحي(المعلومات عن الصحة والمرض) وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج[24]

إن الحديث عن النظريات التي فسرت الوعي الصحي من جوانب عديدة، تختلف بإختلاف توجهات أصحابها، إذ نجد منها ما ركز على فكرة أنّ نية الفرد للقيام بالسلوك الصحي لا تتحقق إلا بامتلاكه لتوقعات النتيجة الممكنة وبمدى كفاءته وقدرته على القيام به، وهو شأن النظرية

[24] دليلة زناد: علم النفس الصحة، النماذج والمفاهيم والتطبيقات، مجلة دراسات في علم النفس الصحة، مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، العدد الثاني، جامعة الجزائر2، الجزائر، 2017، ص212.

المعرفية الإجتماعية التي اهتمت بمدى إدراك الفرد لما يقوم به. في حين نجد منها ما ركز على دور المعتقدات، كما هو الحال بالنسبة لأجزن(Ajzen) وفقا لنظريته للسلوك المخطط والذي يوضح لنا من خلالها دور المعتقدات في تحديد سلوكيات الأفراد وعلاقتها بتلك المعايير الذاتية وكفاءته. بالمقابل توضح لنا نظرية المحاولة التي نادى بها باكوزي والذي قام بتوفير دوافع جديدة للتفكير في المسائل الصحية المتعلقة بالفرد، حيث أكّد على أن تحقيق سلوك معين يتوقف على رغبة الفرد في تحقيق الهدف الذي يطمح إليه. من جهة أخرى نجد نظرية المعتقدات الصحية التي تركز هي الأخرى في الأسباب الرئيسية التي تدفع الفرد للقيام بالسلوكيات الصحية وفقا لدرجة إدراكه لمدى خطورة التهديد الذي يهدد حياته ودرجة ادراكه للممارسات الصحية التي تساعده على التقليل من التعرض لذلك التهديد.

ان التزام الفرد بممارسة السلوكيات الصحية والتخلي عن بعض العادات الضارة بصحته يستلزم دراية بعناصر مهمة تابعة للمعارف التي يمتلكها والتي تعبر عن العناصر أو مكونات الوعي الصحي والتس سنتطرق لها في العنصر الموالي.

3- مكـونات الــوعي الصحي

من أهم مكونات الوعي الصحي هي تلك المعارف والمعتقدات التي يكونها الفرد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض،وكما في المشكلات الصحية المزمنة كالتدخين والادمان والاصابة بالامراض الجنسية والسمنة فإن مكافحة ذلك تعتمد على تغيير أنماط حياة وعادات الأفراد السلوكية في مجالات محددة،وحجر الأساس في هذا التغيير هو المعرفة، ويقصد بها المعرفة الأولية بالعوامل والمسببات التي تؤدي الى هذه المشكلة الصحية، والمتمثلة في مجموعة المعلومات والخبرات والمدركات التراكمية التي يحصل عليها الانسان من المصادر الموثوقة حول الحقائق

والآراء الصحية والتي تشكل عاملاً مهما في الوقاية من المرض ورافدا من روافد تحسين الصحة وترقيتها.

كما تعددت الآراء حول عناصر الوعي الصحي : حيث اعتمدت جميع الآراء في تحديدها لهذه العناصر على ما ينبغي أن يكتسبه الفرد وهو قدر من المفاهيم والمعلومات والمهارات والاتجاهات والسلوكيات التي يحتاجها الفرد، والتي تتعلق بالجوانب الجسمية والنفسية والجنسية بحيث تمكنه من ممارسة السلوك الصحي السليم ، حيث نجد (مصالحة،2004) تحددها كمايلي:

- الصحة الشخصية وأجهزة الجسم وتشمل (معرفة أجهزة مختلفة، المظهر الشخصي، كيفية المحافظة على أجهزة الجسم، الموازنة بين أوقات النوم والنشاط والراحة)
- التغذية وتشمل(العادات الغذائية الحسنة، أمراض سوء التغذية، مناسبة الغذاء للعمر)
- الوقاية من المرض
- صحة الفم والأسنان وتشمل (المحافظة على الأسنان واللثة)
- التدخين والعقاقير تشمل (الامراض التي يسببها التدخين، سوء استخدام العقاقير).

ويضيف جراد(2016) بعض العناصر المرتبطة بالوعي الصحي وهي:

- اللياقة البدنية وتشمل (ممارسة التمرينات الرياضية)
- التلوث وصحة الانسان وتشمل (عوادم السيارات والحوادث والإشعاعات)
- تنمية الحواس وتشمل (المحافظة على الحواس الخمسة)

ويرى (الأنصاري،صالح بن سعد ،الشيبانية 2006) نقلا عن الحلبي(2017) أن عناصر الوعي الصحي تتمثل في:

- الصحة الشخصية واللياقة البدنية
- التغذية الصحية
- النمو والارتقاء
- الأمراض والوقاية منها
- عوامل الأمن والسلامة والاسعافات الأولية
- التدخين وسوء استخدام العقاقير
- الصحة العقلية والنفسية
- التربية الجنسية
- صحة المستخدم[25]

ولعل من بين مستلزمات الوعي الصحي الاهتمام ومعرفة المصادر التي من شأنها تشكيل معرفة الفرد بصحته، وحسب (مصطفاوي،2016) فإن هذه المصادر تتمثل في التلقي ووصول الوعي والمعرفة إلى الانسان نقلاً عن مصادر أخرى غير الشخص نفسه منقولة من مصادر اخرى، بالإضافة إلى الملاحظة التي يتوصل اليها الانسان من الواقع مباشرة بحواسه الخمس. والتجربة التي تأتي من خلال التجارب المرضية التي يمر بها الانسان أو غيره وتصب في مخزونه المعرفي فيوظفها للتعرف على الأمراض المستقبلية من خلال الأعراض المرضية السابقة وكذا وسائل

[25] سماح إحسان طه الحلبي(2017)، دور الإدارة المدرسية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبتها بمدارس وكالة الغوث الدولية بمحافظات غزة وسبل تفعيله، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة، 2017، ص50.

الاعلام والتي تعتبر كذلك من أهم المصادر المعرفية الصحية التي تلعب دورا مهما في تحقيق الوعي الصحي.

نستخلص مما سبق أن مصادر المعرفة الصحية لا يمكن أن تستقى من فراغ وإنما من خلال اهتمام الفرد بالمعلومات التي يتلقاها من مختلف الوسائل والرسائل المتعلقة بصحته، سواء بتلقي المعلومة المباشرة او بالملاحظة او التجارب التي يخوضها.

ووالحقائق التي يستقبلها من وسائل الاعلام، وكل ذلك تعتبر مصادر مهمة لاكتساب مستوى من المعرفة والادراك لأساليب المحافظة على الصحة وتختلف مجالات الوعي وفق مستويات متعددة قد تشمل معرفة الفرد بها لتبنيها حفاظا على صحته، وهو ما سنحاول توضيحه في العنصر الموالي.

4- مستـويات ومجـالات الـوعي الصـحي

4-1: يقسم الكردي(2007) مستويات الوعي الصحي إلى:

أ. **مستوى الخاصة** :ولهم وعي معرفي من خلال المدارس والندوات والتي تعينهم في مجال الصحة والمرض والتشخيص.

ب. **مستوى العامة** : مايصل لهم من خلال معايشتهم التراث الشعبي أو من خلال الثقافة السائدة بين الناس واعتماد البعض منهم على التجربة وهذا ما يعرف بالطب الشعبي.

ت. **المستوى السلبي:** وهو أن يلجأ البعض للخرافات وبعض الجنون في صور عالم الجان وغيرها من الخزعبلات[26]

[26] الكردي، المصدر نفسه، ص30.

4-2: مجالات الوعي الصحي

لا يقتصر الوعي الصحي على جانب معين من الأمور المتصلة بالصحة، ولكن الوعي يتسع مجاله ليشمل كافة العناصر والتي هي ضرورية لكي يكون الإنسان متمتع بصحة جيدة، وهذه العناصر متداخلة بشكل يصعب فصلها، لأنها متشابكة بطبيعتها ويؤثر بعضها في الآخر، ولكن يمكن ذكرها على شكل عناصر قد يكون أكثر توضيحا على النحو التالي:

-**مجال الصحة الشخصية:** وتشمل البيئة المنزلية الصحية، والنظافة الشخصية، والتغذية الصحية ، ويركز هذا المجال على النظافة والمشاكل الناتجة عن قلة النظافة، النظافة الشخصية، نظافة المنزل ، نظافة الطعام والشراب ونظافة الشارع[27]

- **مجال التغذية:** ويهدف هذا المجال إلى الوعي الغذائي للأفراد على جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية بما يحقق عادات صحية سليمة، ولا يشمل هذا المجال فقط الأغذية وأنواعها، وإنما هو : علم يبحث في العلاقة بين الغذاء والجسم الحي.

- **مجال الأمان والإسعافات الأولية:** ويهدف إلى توعية الأفراد للعناية بأمنهم وسلامتهم الشخصية حتى يستطيعوا تجنب المخاطر والحوادث الفجائية ، واتخاذ القرارات الكفيلة بتقليل نسبة الإصابات في حال وقوع الحوادث سواء في المنزل ، أو المدرسة أو الشارع ويتعلق بإسعافات النزف، الحروق، التسمم، اللدغات العضات، الحرائق، الكسور والجروح.

---

[27] شريف فتحي الشافعي (1997)، إمكانيات الوسائط المتعددة، عمان،الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 1997، ص2.

– **مجال صحة البيئة:** ويهتم بغرس المفاهيم البيئية بشأن المحافظة على صلاحية البيئة التي يعيش فيها الأفراد وباقي الكائنات الحية[28]

– **مجال الصحة العقلية والنفسية:** وتهدف إلى تحقيق الكفاءة النفسية والعقلية لدى الأفراد بغية التحكم في انفعالاتهم الداخلية والتقليل من المؤثرات الخارجية على وجدانهم وحمايتهم من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.

– **مجال الأمراض والوقاية منها:** وتهدف إلى الوعي بالأمراض وكيفية انتقالها ومنع أو الحد من انتشارها، والتعرف على الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية، إذ كان العلماء يظنون أن الميكروبات هي وحدها المسؤولة عن حدوث المرض، غير أنه تم التعرف على العوامل الأخرى المسببة أو المساعدة على المرض، وقد عدد[29] مسببات المرض التي تتمثل في المسببات الحيوية مثل الفيروسات والبكتريا، بالإضافة للمسببات الغذائية والتي تؤدي قلتها أو زيادتها إلى أمراض مثل زيادة الدهون والسمنة. والمسببات النفسية والاجتماعية مثل الضغوطات الحياتية والإحساس بالمسؤولية، وعدم الأمان في العمل، والإدمان.

- **مجال صحة المستهلك** : ويهدف إلى المحافظة على صحة المستهلك وحمايته سواء أكان عن طريق الالتزام بالحقائق عن الإعلان عن الأطعمة، أو تقييم الحملات الدعائية، والتأمين الصحي، وتصويب المعتقدات غير الصحية، وكذلك البدع والخرافات.

---

[28] وفاء منذر فضة: التثقيف الصحي في مجالات التمريض، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، مكتبة النشر للتوزيع، 2004، ص49.

[29] إحسان علي محاسنة: البيئة والصحة العامة، عمان، الأردن، دار الشروق، 1991، ص82.

- **مجال الصحة الجسدية والبدنية:** مثل إتباع العادات الصحية وممارسة الأنشطة البدنية والرياضية التي تساعد على التخلص من الأمراض الجسدية التي تصيب الوظائف العضوية.

كما أورد كل من (مرتضى، حازم أحمد، 1982) بعض المجالات التي يتم فيها اكتساب مستوى من الوعي الصحي ويلخصها كالآتي:

- **البيت** :منذ الطفولة يمارس المرء عادات وإتجاهات وميول صحية خاصة به حسب ظروفه وبيئته في البيت أثناء نموه وتطوره، وتلك الممارسات تنمو وتتطور معه وتصبح جزءاً منه، وتشمل البيئة المنزلية فعاليات ونشاطات تتعلق بالصحة الشخصية والنظافة العامة والوقاية من الأمراض وطرق مكافحتها وسرعة معالجة المريض وأيضاً الإهتمام بالتغذية الصحية.
- **المدرسة ودار التربية والثقافة** :هنالك علاقة قوية بين المدرسة ودور التوعية الصحية، تظهر المشاركة والتآزر بينهما في الآتي :

أ- تعاون المدرسة مع الوالدين وأولياء الإمور لنقل التوعية الصحية إلى البيت.

ب-التعاون بين المدرسة والمؤسسة الصحية لعقد ندوات صحية ولجان للتوعية ومعارض متجولة.

ت- قيام الطلاب بنقل التعاليم والإرشادات الصحية إلى بيوتهم مع نمازج من الصور والنشرات والملصقات وهم خير من يقوم بنشر الوعي الصحي.

ث- إشراك المعلمين في حملات مكافحة الأوبئة والأمراض السارية والإستفادة من قابليتهم وإمكاناتهم.

ج- التعرف على الكثير من المشكلات الصحية من خلال المدرسة لأنها تضم مختلف الأجناس ومختلف البيئات.

- **المجتمع** :مجالات المجتمع واسعة تشمل المحلات العامة كالمقاهي والمطاعم والنوادي والمتنزهات والحدائق والأسواق ...الخ ويكتسب المواطن في المجتمعات الكبيرة السلوك الصحي الجيد والنصائح النافعة من العاملين معه والمحتكين به في كل مكان[30]

إن اتجاه الأفراد نحو ممارسة العادات الصحية يتوقف حسب دراية الفرد بأهمية صحته، ولعل تكوين هذه العملية يتطلب مراحل عملية سوف نحاول التتطرق إليها في العنصر الموالي.

5- مراحـــل عملية تكـوين الوعـــي الصحـــي

تتشكل مراحل عملية تكوين الوعي الصحي من 5 مراحل، ذكرها(مجدي الجويسي، 2015) حسب مايلي:

- **المرحلة التمهيدية:** لابد من تحديد دقيق لما يتوافر لدى الأفراد من المعارف والمفاهيم والسلوكيات المتصلة بالجوانب الصحية.
- **مرحلة التكوين:** تحديد المداخل المناسبة لتكوين الوعي لدى الأفراد وهي تهدف جميعها اثارة الدافعية لديهم، ومن أهم هذه المداخل الاهتمامات والحاجات والآمال التي يشعرون بها.

[30] حازم صبري أحمد،عبد الرزاق مرتضى: أسس الثقافة الصحية، مؤسسة المعاهد الفنية، العراق، 1982، ص87-88.

- **مرحلة التطبيق:** يفترض أن تتاح المواقف كما وكيفا للأفراد لكي يطبقوا ما سبق تعلمه من مفاهيم وسلوكيات، وما تم تكوينه من وعي وذلك للتأكد من أن ما حدث من تعليم وتعلم له أثار باقية ومؤثرة في عقل ووجدان وسلوكيات الفرد.
- **مرحلة التثبيت:** هذه المرحلة خاصة بعملية الإثراء لما سبق تعلمه وتكوينه من مفاهيم، والتأكد من تأثيرها في مستوى الوعي لدى الأفراد.
- **مرحلة المتابعة:** تعتبر هذه المرحلة في الحقيقة مسألة ترتبط ببدء التخطيط للقيام بالأنشطة وتسمى أنشطة المتابعة التي تستهدف تهيئة مواقف تساعد على ممارسة الفرد دائما كل ما سبق أن تعلمه تدعيما له ولما نتج عنه من سلوكيات صحية سليمة والتأكيد على أن ما تم تعلمه ذو قيمة حقيقة في حياته اليومية.

يتضح مما سبق عرضه أن مراحل تكوين الوعي الصحي تجعل الفرد ينتقل من مرحلة لأخرى وفقا لما تعلّمه من حقائق ومعارف صحية وقائية وصولاً به إلى حالة التكامل البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي في ظل مجموعة من المعطيات العامة والخاصة التي قد تكون السمات الشخصية واحدة منها، لذلك سنحاول في العنصر الموالي التطرق إلى السمات التي يتصف بها الشخص الواعي صحيا.

6- سمـات (و صفات) الشـخص الـواعي صـحيا

ترى عليان(2016) أن أهم صفات الشخص الواعي صحيّاً يمكن تحديدها من النقاط التالية:

- يسعى دائما للتعرف على المشكلات الصحية وأسبابها وكيفية الوقاية منها،خصوصا بما يتعلق بالأمراض الحديثة.
- يبادر لحل المشكلات الصحية بنفسه ويحاول توصيلها للآخرين.
- يمارس العادات الصحية الصحيحة والسليمة باستمرار.
- يتميز بالقدرة على التكيف مع نفسه ومجتمعه.
- يستطيع الالمام بالمعارف المتعلقة بالأمراض المنتشرة في المجتمع وكيفية الوقاية منها.

- يتميز بحب الاستطلاع والبحث والاستكشاف المتواصل نحو الموضوعات التي تتعلق بصحته وكيفية المحافظة عليها والوقاية من الأمراض[31]

بينما حددت (جبر، 2012) أهم صفات الشخص ذو مستوى من الوعي الصحي في بعض النقاط هي:

- الشخص الذي يمارس العادات الصحية السليمة لا شعوريا.
- لديه حب الاستطلاع والبحث والاستكشاف المتواصل.
- القدرة على القيادة من أجل تعزيز الصحة.

ويذكر أن الشخص الواعي صحياً هو الشخص المتمتع بدرجات ومستويات عالية من الصحة المتمثلة بالتكامل البدني، العقلي، النفسي، الاجتماعي والصحي، وأن ممارسة الأنشطة الرياضية تعمل على الوقاية من أهم الأمراض العصرية مثل مرض السكري وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والسمنة والوزن الزائد والتشوهات القوامية، باعتبار أن الجانب الصحي يشتمل على جانبني أساسين هما:

- الثقافة الصحية والتي تتمثل في اكتساب المعارف والمعلومات الصحية.
- الوعي الصحي الذي يتمثل في ممارسة وتطبيق تلك المعارف والمعلومات في الواقع العملي[32]

---

[31] عليان، المصدر المذكور سابقاً، ص72.

[32] حسين بن زيدان، جمال مقراني، بلقاسم سيفي(2017)، مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية، قسم العلوم الاجتماعية، العدد17، الجزائر، 2017، ص31.

وعليه نستخلص أن الشخص الواعي صحيا هو ذلك الشخص الذي يتلقى مجموعة من المعلومات المتعلقة بالصحة ويتمكن من الاستفادة من هذه المعلومات على شكل ممارسات سلوكية كما يكون قادرا على ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحيحة و القدرة على تطبيقها على شكل أنماط سلوكية والتي يمكن انجازها باي سلوك ايجابي له ردود و مؤثرات ايجابية على الصحة، وهو ما يشمل جانباً مهما من جوانب وظيفة الوعي الصحي، كما سيتم التفصيل فيه في العنصر الموالي.

7- وظيفة الوعي الصحي

للوعي الصحي وظيفة مهمة فهو ضروري للتعامل مع الأمور الجديدة أو المعقدة ويساعد على تشغيل الذاكرة والتعلم، كما يساعد على إستخدام اللغة وحل المشكلات الصحية، وأيضا لتمكين وإعطاء القدرة للتخطيط على المدى القصير أو البعيد قبل البدء في إتخاذ القرارات. ويعد الوعي الصحي شاشة العرض الذاتي والبيئي الذي يحكم الأفكار والسلوك فهو أشبه ما يكون بشاشة العرض السينمائي التي تبرز الإدراك، العواطف، الأهداف، إستراتيجيات حل المشكلات[33]

يمكن أن نقول أن وظيفة الوعي الصحي هي وظيفة مهمة جدا وذلك من خلال تثقيف الفرد والعمل علي زيادة معلوماته وثقافته الصحية وتعليمه كيفية التعامل مع بعض الأمراض وتفادي الإصابة بالبعض الأخر وغرس السلوكيات الصحيحة وتفادي السلوكيات الخاطئة المضرة بالصحة وذلك باتباع الطرق الصحية والاعتماد على مختلف الوسائل التي تنشر الوعي الصحي في

---

[33] عوض، المصدر المذكور سابقاً، ص12.

المجتمع عامة ولدى الفرد خاصة، وهذا ما يجعل الوعي الصحي ذو أهمية كبيرة وهو ما سنتناوله في العنصر الموالي.

8- أهـداف وأهمـية الـوعي الصحي

سنحاول أولا تبيان أهداف الوعي الصحي حتى تتبين لنا فيما بعد أهميته

8-1-أهداف الوعي الصحي

يعتبر الوعي الصحي كما ذكرنا سابقا أحد الأهداف التي تسعى الأمم إلى تحقيقها من خلال برامجها وأنشطتها المتنوعة، وهناك عدد من الأهداف يراد تحقيقها والوصول إليها، من خلال نشر الوعي الصحي بين أفراد مجتمع من المجتمعات، وذكرها الأحمدي(2003) نقلا عن سلامة بهاء الدين(1984) كما يلي:

- إيجاد مجتمع يكون أفراده قد ألموا بالمعلومات الصحية عن مجتمعهم ،وألموا بالمشكلات الصحية، والأمراض المعدية المنتشرة في مجتمعهم، ومعدل الإصابة بها، واسبابها وطرق انتقالها، وأعراضها، وطرق الوقاية منها، ووسائل مكافحتها.
- إيجاد مجتمع يكون أفراده قد فهموا وأيقنوا أن حل مشكلاتهم الصحية والمحافظة على صحتهم،وصحة مجتمعهم ،هي مسئوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية.
- إيجاد مجتمع يتبع أفراده الإرشادات والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم، بدافع من شعورهم ورغبتهم ويشتركون إيجابيا في حل مشكلاتهم الصحية، ويبذلون المال، والجهد في هذا السبيل.
- إيجاد مجتمع يكون أفراده قد تعرفوا على الخدمات، والمنشآت الصحية في مجتمعهم، وتفهموا الغرض من إنشائها، وكيفية الانتفاع بها بطريقة منظمة ومجدية، إضافة إلى ذلك

يرى الباحث أن من أهداف نشر الوعي الصحي بين التلاميذ في المدارس، نشر الوعي الصحي بين الأسر، فالتلاميذ يعتبرون بيئة وسيطة، يقومون بنقل ما تعلموه من مفاهيم وحقائق صحية وما اكتسبوه من اتجاهات وممارسات صحية إلى أفراد أسرهم، وبالتالي يساهمون في جهود التوعية الصحية.

كما يضيف مخلوف(1991) مجموعة من الأهداف التي يعمل الوعي الصحي على تحقيقها من أجل الارتقاء بالفرد في شتى جوانبه الصحية المتمثلة فيما يلي:

- تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا واجتماعيا، وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه والعلاقات الانسانية وتنظيم الأسرة .
- الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة و تحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة، ولماذا تمارس وكيف يمكن أن تؤدى، مثل الصحة الشخصية، وكيفية المحافظة عليها، ورعاية الأمومة والطفولة والأنشطة المرتبطة بالإسعافات وأنواع التغذية الصحية...الخ.
- المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طريق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن، و ترتبط التوعية الصحية بالخدمات الصحية كل منها بالأخرى تماما، وقد أمكن للدولة أن تواجه مسؤولياتها نحو الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض من خلال الخدمات الصحية التي تتضمن كل من الرعاية الصحية والطبية بالإضافة إلى التوعية الصحية.

- ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة[34]

نستنتج أن الوعي الصحي متغير مهم جدا للحفاظ على الصحة، حيث نجد له أهدافاً كثيرة أهمها نشر المفاهيم والمعارف الصحية السليمة في المجتمع وتمكين الناس من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاته، كما يساعد الفرد في مواجهة بعض المواقف وحل مشاكله الصحية من خلال بناء الاتجاهات الصحية السوية وترسيخ السلوكيات الصحية السليمة، وبالتالي تحسين نوعية الحياة الفردية والمجتمعية على حدّ سواء.

8-2-أهمية الوعي الصحي

يمثل الوعي الصحي أحد المؤشرات الرئيسية، التي يعتمد عليها الباحثون والدارسون في تصنيف المجتمعات إلى متقدمة وأخرى متخلفة[35] والسبب في ذلك كما يذكر سلامة بهاء الدين(1984) " إن نشر الوعي الصحي من العوامل التي تزيد من إقبال الأفراد على الخدمات الصحية، ويساعد في محافظتهم على نظافة البيئة، وعلى الإلمام بالعادات، والسلوك الصحي فيما يتعلق بالغذاء، والنظافة الشخصية، وكل ما من شأنه رفع المستوى الصحي".

---

[34] إبراهيم مخلوف إقبال: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات نظرية، (د.ط)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1991، ص192-193.

[35] غادة عبد الرحمن الطريف: الوعي الصحي لدى الأمهات السعوديات في مدين الرياض، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، آداب،جامعة الملك سعود، الرياض، 1996، ص1.

أيضا من الأمور التي تبرز أهمية انتشار الوعي الصحي في المجتمع، العلاقة بين المستوى الصحي للمجتمع وتوفر الخدمات الصحية المتطورة، فمتى ما كان الوعي الصحي منتشرا بين الأفراد، وبدرجة عالية دل ذلك على وجود خدمات صحية متطورة تدعم وترفع من المستوى الصحي للأفراد الذين يسعون إلى تطوير هذه الخدمات، والرقي بها وتصحيح العيوب التي تظهر فيها بين الحين والآخر.

للوعي الصحي أهمية كبيرة في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وذلك لأن المجتمع القوي الصحيح يتكون من أفراد أقوياء وأصحاء، وتزداد أهمية الوعي الصحي في هذا العصر بالذات بحكم ازدياد الكثافة السكانية في معظم المجتمعات، وانتشار التلوث البيئي من جراء انتشار المصانع والبواخر وزيادة عدد السيارات وما إليها من الآليات التي تلوث البيئة بما تخرجه من المعادن ومن المواد والمخلفات السامة، وهناك نوع جديد من التلوث هو التلوث الناتج عن الضوضاء، لذلك يتعين أن يلعب الوعي الصحي دورا كبيرا في الوقاية من الإصابة بالأمراض، ولاسيما الخطيرة منها كالسرطان وما إليه، ويتطلب التقدم الهائل الذي يحدث في مجال العلوم الطبية وأساليب الوقاية والعلاج أن يزداد وعي الناس الصحي وإلمامهم بالإمكانيات والخدمات التي توفرها الدولة لهم في المجالات الطبية، فالوعي الصحي يؤدي إلى حماية الناس من الإصابة بالأمراض المختلفة، بل يؤدي إلى تمتعهم بالصحة الجيدة عقليا وجسميا، ولا يخفي ما لهذا من أثر إيجابي في توفير ما قد ينفق من المال العام على علاج الأمراض ومكافحة الأوبئة، وهو ما يسمى –بالتكلفة–وهي الجانب الاقتصادي الأول، وهو ما يمثل الجانب الاقتصادي الثاني أي العائد وهو

ما تحققه الرعاية الصحية من رفع مستوى الصحة للفرد والمجتمع وبالتالي يقلل الخسائر الناجمة عن العجز والوفاة بسبب المرض[36]

ومما تقدم نستخلص أن مهمّة نشر الوعي الصحي هي أمر في بالغ الأهمية بالنسبة للفرد والمجتمع وذلك لأن هذه العملية تحفز الفرد والأسرة والمجتمع على المشاركة الفعالة والإيجابية للنهوض بالصحة في المجتمع وتساعد في تطور الخدمات الصحية وسبل الاستفادة منها للجيل الحالي والأجيال القادمة.

غير أن هذه المهمة يتقاسمها العديد من الأطراف التي تتعدى المستوى الفردي، نحو وسائل الإعلام مثلا والمنظمات الصحية المختلفة المعدّة لبرامج التربية الصحية وغيرها، وهو ما سنحاول توضيحه في العنصر الموالي الخاص بأساليب نشر الوعي الصحي.

[36] بشير مصطفاوي: دور الحملات الاعلانية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، دراسة وصفية ميدانية لعينة من طلبة جامعة تبسة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علوم الاعلام والاتصال، جامعة العربي التبسي، تبسة، 2016، ص32-33.

9- أساليب نشـر الـوعي الصحي

هناك العديد من الأساليب لنشر الوعي الصحي أهمها:

التربية الصحية: والتي يعرفها(Dumas, 2006) بأنها تشمل مجموع التدخلات(نشاطات تربوية، نشاطات إتصال، إعلام الناس، توفير أدوات بيداغوجية) التي تهدف لتقوية مهارات الأفراد لإكسابهم اختيارات ملائمة للصحة [37]

ويضيف "محمد أبو سمرة"(2010) عن أهم وسائل نشر الوعي الصحي ما يلي:

- **وسائل الإعلام:** الاعلام هو نقل أفكار ومعلومات وحقائق إلى الجمهور عن طريق وسائل الاعلام المختلفة والتي هي جزء من وسائل الاتصال ويهدف الاعلام إلى الاخبار بالحقائق والتعريف بها يواصلها للجمهور من أجل تكوين ردة فعل واستجابة ومن ثمة حصول تغذية راجعة أو تغذية عكسية ويهدف الاعلام من حصولها لتحقيق أهداف محددة[38] .

إذ تعمل وسائل الاعلام على توصيل المعلومات والخبرات، وتزويد الناس بالمعلومات السليمة والحقائق الثابتة التي تساعدهم على تكوين رأي صائب في الوقائع والمشكلات الطارئة، بحيث يعبر هذا الرأي تعبيرا صادقا عن عقلية الجماهير وميولهم، وهي تمتاز بمساعدة المثقف الصحي على الاتصال بعدد كبير من الناس في وقت واحد، ومن أمثلتها التلفاز والمذياع

[37] Dumas Laurence, conduites a risque, institut national de prévention et d éducation pour la santé, 2006, p04.

[38] محمد أبو سمرة: الاعلام الطبي والصحي، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار الراية للنشر والتوزيع، 2010، ص2.

والشبكة الالكترونية، غير أنها ذات اتجاه واحد لا يشارك المستمع في تخطيط برامجها، وقد تقل فاعليتها بسبب عدم وصول الوسيلة إلى المستهدفين فيها، أو عدم جذب الانتباه بدرجة كبيرة كافية أو عدم مناسبة الوسيلة لمستوى الجماهير.

- **الاتصال المباشر:** وتتمثل في مقابلة المثقف للمتعلم من خلال عدة طرق من بينها :
- **المحادثة الشخصية (المقابلة):** وتكون بين الطبيب والمريض أو بين الأخصائي الاجتماعي أو المعاون الصحي أو المدرس وسائر فئات المواطنين .
- **اللقاءات:** ومنها حلقات المناقشة والمحاضرات واللجان الصحية والندوات والمؤتمرات، وتكيف الطريقة وفقا للظروف، ووضوح التجارب والانفعال مع المثقف والمتعلم، والمرونة عندما يحتاج لتغيير الموضوع[39]
- **المشاركة الشعبية:** وتقوم على مشاركة الأهالي في عملية التوعية في تحديد الحاجات والمشكالت الصحية ووضع أولويات لحل هذه المشكال، بالإضافة إلى إثارة الوعي في المجتمع وإيجاد الموارد والامكانيات اللازمة للحل.
- **التخطيط لبرامج التوعية الصحية:** يتم التخطيط عادة عن طريق تشكيل لجنة، ويختلف شكل هذه اللجنة والاختصاصات التي تتمثل فيها وفقا للظروف المحلية، ومهمة هذه اللجنة أن تدرس المشكلات الصحية والبرنامج التثقيفي، الذي يصلح للفئة المستهدفة المقصودة، ويلزم بالتنسيق بين الجهود الأهلية والجهود الحكومية بوضع البرامج الثقافية بالرعاية الصحية اللازمة.

---

[39] فيصل محمد غرايبة(2008)، الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 2008، ص40-42.

يمكننا أن نلاحظ أن هذه الأساليب كلها تهدف الى إكساب الناس معارف صحية تمكنهم من بلوغ الصحة وذلك برفع مستوى الوعي الصحي لديهم، مما يتيح لهم التعامل الصحيح مع المشكلات الصحية المختلفة من خلال الإطار المعرفي أو الاتجاه الإيجابي نحو الصحة والخدمات الصحية.

خـلاصة الفــصل

لقد أخذ موضوع الوعي الصحي اهتماما كبير في السنوات الأخيرة، من خلال العمل على اتباع العادات الصحية السليمة ونشر السلوكيات الصحية الصحيحة، بهدف الوصول إلى أنماط الحياة الصحية الصحيحة وتشجيع الأفراد على تغيير السلوكيات الخاطئة واستبدالها بالسلوكيات والعادات السليمة الصحيحة التي تساعدهم على الحفاظ على صحتهم والتقليل من انتشار الأمراض بينهم وتحفيزهم على الشعور بالمسؤولية اتجاه صحتهم.

ولذلك فإن الوعي الصحي يعتبر عاملاً وقائياً صحياً يؤثر إيجابياً على الجانب النفسي والجسدي للفرد، وهو ما أكدت عليه نتائج البحوث والدراسات التي أشارت إلى أنه يعد عاملاً مساعداً للوقاية من الأمراض المزمنة عامة والسمنة خاصة، حيث تبيّن أن الأفراد الذين يتميزون بمستوى عال من الوعي الصحي يتمتعون بأسلوب حياة صحي، ويرتبط الوعي الصحي بمجموعة من الأبعاد كالبعد الغذائي والرياضي، ومدى قدرة الأفراد على الإلتزام بهذه الأنظمة الصحية، إذ يختلف هذا الإلتزام باختلاف قدرات الأفراد وسماتهم الشخصية وقدرتهم على التحكم والتحدي للمواقف الحياتية التي يتعرضون لها، وبعض السمات الشخصية الأخرى كالصلابة النفسية. وهو ما سنحاول التعرض له في الفصل الموالي.

الفصـــل الثانـــــي

الصـلابـة النـفسيـة

تمـهيد

لقد اهتم العلماء في مجال الصحة بمفهوم الصلابة باعتبارها عاملاً مهمّاً في الوقاية الصحية، ويؤكد علماء النفس على مفهوم الصلابة النفسية لكونها مؤشر للشخصية السوية اذا ما دلت على مستوى عال من العوامل النفسية التابعة لها، وباعتبارها مصدراً من المصادر الشخصية الذاتية ولمقاومة الآثار السلبية للأحداث الحياتية، وعليه سيتم التفصيل في مفهوم الصلابة النفسية في الفصل الموالي وعرض أهم المؤشرات والمصادر المتعلقة بها، بالاضافة إلى أهميتها في المجال النفسي والصحي.

1- مفـهوم الصلابـة النفسـية(Endurance)

يعد مفهوم الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا، وتعد من الخصائص النفسية المهمة للفرد كي يواجه ضغوط الحياة المتعددة والمتتالية بنجاح و ولقد بدأت الدراسات في السنوات القليلة الماضية البحث في علاقتها بضغوط الحياة المختلفة في إطار الصحة النفسية، وكانت سوزان كوبازا (Kobaza) من أوائل من اهتم بمصطلح الصلابة النفسية حيث كانت ترى أنه يجب التركيز على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم[40]

وقبل التطرق لمفهوم الصلابة النفسية، سوف نحاول أولا الوقوف عند التعريف اللغوي والإصطلاحي لها:

- **لغة:** التعريف اللغوي للصلابة هو : صلب أي شديد صلُب الشيء صلابة فهو صلب أي شديد[41]
- **إصطلاحا:** يعرفها عماد مخيمر بأنها إحدى خصائص الشخصية الايجابية التي تؤدي إلى المحافظة على سلامة الأداء النفسي و الجسمي في حال التعرض للضغوط و المواقف الشاقة و الانهاك النفسي[42]

---

[40] Kosbasa,S.C (1982)Personality and social resources in stress resistance,Journal of personality and social psychology,Vol,PP45.

[41] ابن منظور: لسان العرب، مج 2، القاهرة، دار المعارف، 1999، ص297.

[42] عماد مخيمر: إدراك القبول –الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية، مقال في مجلة دراسات نفسية،رابطة الأخصائيين النفسيين، ج2، القاهرة، مصر، 1996، ص114.

ومن جهة يعرف فنك (Funk) الصلابة النفسية بأنها خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة المحيطة بالفرد منذ الصغر[43]

ويعبر مفهوم الصلابة النفسية عن ذلك النمط المعرفي والانفعالي والسلوكي من المقاومة للإرهاقات، فهي سمة شخصية يمتلكها الفرد تساعده على مواجهة ضغوط الحياة والعمل بإيجابية، وباستخدام أساليب المواجهة الفعالة التي تحمي الفرد وتقيه من الوقوع في الأمراض النفسية والجسدية الناتجة عن التعرض لتلك الضغوط والمشكلات والعراقيل.

ويذهب جيرسون(Gerson, 1998) إلى نفس السياق حينما يعرّف الصلابة النفسية على أنها قدرة الفرد على مواجهة الضغوط بمهارات المواجهات الآتية:التحليل المنطقي،التجنب المعرفي،التفريغ الانفعالي،الاستسلام[44] وهو ما يتطابق مع ما أشار إليه Brooks (2003) حينما يرى بأنها القدرة على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية، والقدرة على التكيف مع التحديات والصعوبات اليومية والتعامل مع الإحباط، والأخطاء، والصدمات النفسية والمشاكل اليومية لتطوير أهداف محددة وواقعية لحل المشاكل.

---

[43] Funk S.C(1992)Hardiness A Reyiew of theory and Research Journal of Health psychology VOL(11) No(05)pp335-345.

[44] Gerson , M. (1998) The relation ship between hardiness , coping skills and stress in gradnatc student's UMI published Doctoral dissertation , adler school of professional psychology, p120>

كما عرف بيجبي(1985)الصلابة النفسية بأنها سمة هامة في الشخصية لكونها تتوسط العلاقة بين الضغط والمرض فترقى بالصحة في ظل درجات بالغة الشدة من التغيرات الحياتية والضغوط[45]

بينما تعرفKosaka(1996) الصلابة بأنها سمة من سمات الشخصية تتكون من الالتزام والتحكم والتحدي وهي احدى مؤشرات الصحة التي تعتمد على الشخصية الوجودية كما تعد كمقياس لميول واتجاهات الفرد في محاولة لوجود علاقة مترابطة بين نفسه وعالمه الخارجي وليس مجرد تصلب او تحمل للضغط بل هي قوة لغرس طريق للفرد في ظل الظروف المحبطة والخوض في أحداث الحياة الضاغطة والقدرة على فهم الظروف المحيطة بالفرد لاتخاذ قرار ذاتي[46]

ويعرفها (Lembert,C.E&Lembert, 1999) بأنها حزمة من الاستعدادات والمعتقدات والاتجاهات السلوكية وتتألف من ثلاثة مكونات هي الالتزام والتحكم والتحدي[47]

كما اتفق مادي(Maddi)مع كوبازا(Kobasa) حول كون الصلابة النفسية هي عامل مرونة يحافظ على الصحة، ويحسن الأداء. كما أكدوا أنها تتكون من ثلاثة مركبات: الإلتزام، والتحكم، والتحدي(الطاف،2010) وهذا يعني أن لهما الأسبقية في هذا التوجه ثلاثي الأبعاد.

---

[45] Bigbee,J.L(1985)Hardiness,A new perspective in health promotion,The nurse practitioner,Vol.10-11,No(51) PP54-56.

[46] Kosaka,M(1996)Relatioship between hardiness and psychological stress response,Journal of performance studies,Vol 3,No(2),PP35-40

[47] Lembert,C.E&Lembert,V.A(1999) Psychological hardiness,State od the science,Holistic nursing practice,Vol13,NO(3),PP11-19.

وترى الباحثة أن معظم التعريفات التي تناولت مفهوم الصلابة أكدت على أنها سمة عامة من سمات الشخصية تتوسط العلاقة بين الضغط والمرض حيث تعمل كمصدر مقاوم لضغوطات الحياة والتي تتألف من ثلاثة أبعاد أساسية هي الالتزام والتحكم والتحدي .

ويلاحظ من التعريفات المعروضة أعلاه أن الصلابة النفسية هي مصدر من مصادر الشخصية الذاتيه لمقاومة الآثار السلبية لضغوطات الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية حيث يتقبل الفرد التغيرات والضغوط التي يتعرض لها وينظر لها على أنها نوع من التحدي وليس تهديدا فيركز جهوده على الأعمال التي تؤدي غرضا معينا وتعود عليه بالفائدة، وفي ضوء التعريفات السابقة يحدد الباحث مفهوما للصلابة النفسية بأنها من السمات الشخصية التي تتضمن تلك العلاقة بين الضغط والمرض وكيفية الاستجابة لها من خلال الأبعاد الثلاثية التي تتمثل في التحكم والتحدي والالتزام.

2- بعض المفاهيم المرتبطة بالصلابة النفسية

الرجوعية النفسية (La Resilience) : وهي قدرة شخص أو الجماعة على التطور الايجابي ومواصلة التوجه البناء نحو المستقبل على الرغم من وجود الجرح الصدمي و يتجه المسار الرجوعي في الشخص بفعل التفاعل بين الفرد نفسه ومحيطه.

ويعرفها نوربير سلامي على أنها مقاومة الفرد أو الجماعة لعوامل وجودية صعبة، بالتالي القدرة على العيش والنمو رغم الظروف الغير ملائمة[48]

[48] عبد الوافي زهير بوسنة : علم النفس النمو ونظريات الشخصية، قسنطينة، الجزائر، دار الهدى، 2012، ص125.

فاعلية الذات(Auto-efficacité) : وهي توقع الفرد بأنه قادر على أداء تنفيذ السلوك الملائم والمناسب الذي يحققه نتائج مرغوبا فيها، تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية[49]

قوة الأنا(Ego-Strength): هي دلك التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقدرة الشخص في تحقيق التوافق والتي يتخذها دليلا على الصحة النفسية وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح، مايعني أن قوة الأنا تعمل على تدعيم صلابة الفرد النفسية اتجاه الأحداث الضاغطة وأن الصلابة تعمل جاهدة لوقاية الفرد من وطأة الإضطراب النفسي والجسدي عند الأزمات والشدة[50]

مركز التحكم(Lieu de Contrôle): وهو مصطلح يشير إلى الميل والإعتقاد مسبقا أن الأحداث المستقبلية تعود إما للعوامل الداخلية(الإرادة، الكفاءات) أو إلى العوامل الخارجية(الحظ..)، ومركز التحكم الداخلي يلعب دورا واقيا وهو يجتمع مع طرق الحياة السليمة ويؤدي إلى صحة عضوية جيدة[51] وتشير(الزروق، 2015) إلى أن مركز التحكم يساهم في ضبط وتوجيه السلوك

---

[49] محمد عبد العزيز مفتاح: مقدمة في علم النفس الصحة، عمان،الأردن، دار وائل للنشر، 2010، ص161.

[50] عصام عوني سلمان عيسي: الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى العاملين في المؤسسة الأمنية في محافظتي الخليل وبيت لحم، رسالة ماجستير، عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين، 2014، ص31.

[51] زناد، المصدر مذكور سابقاً، ص234.

المتعلق بالصحة، وقد لوحظ أن مركز التحكم الداخلي يسهل عملية تبني السلوكيات الصحية الوقائية والتخلي عن السلوكات ذات الخطورة عن الصحة[52]

كما أن مصطلح الصلابة النفسية مرّ بتسلسل زمني للبحوث التي اهتمت به ولقد حاولنا البحث عنها بهدف فهم طبيعة تطور المصطلح تاريخيا.

3- نشأة مفهوم الصلابة النفسية

نشأ مفهوم الصلابة النفسية على يد الأمريكية سوزان كوبازا (Sozanne Kobasa) أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه تحت إشراف أستاذها مادي(Maddi.S.R) بجامعة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية والتي انتهت منها في سنة (1977) فقد استطاعت كوبازا(Kobasa,S) من خلال سلسلة من الدراسات التي أجرتها عام (1979-1985) الكشف عن الصلابة النفسية بوصفها متغيرا يساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته النفسية والجسمية عند تعرضه للأحداث الضاغطة،وأثبتت دورها الفعال في إدراك الأحداث الشاقة وتفسيرها على نحو إيجابي وأنها تشارك الى حد كبير في ارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي وزيادة خبراته في مواجهة المشكلات الشاقة لذلك وجب إلقاء الضوء على نشأة مفهوم الصلابة النفسية وكيفية تكوينه حيث أن معظم الباحثين قد أعطوا أهمية كبيرة للعوامل الخارجية في تكوين هذه السمة ونموها كارتقاءها عبر مراحل العمر المختلفة بداية من الأسرة وحتى الأقران،فقد تحدث عنها اريكسون(1983) موضحا أهمية الدور الأساسي

[52] فاطمة الزهراء الزروق(2015)، علم النفس الصحي، مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2015، ص31.

الذي يلعبه الوالدان في تكوين هذه السمة فمن خلال اشباعهم للحاجات الأساسية منذ الصغر بالاضافة الى اشباعهم للحاجات الثانوية فالحاجة الى الحب والحنان والشعور بالدفء يشعر بالأمان والقيمة الذاتية وبالثقة بالنفس في مراحه العمرية التالية[53]

وقد أيد ماكوبي (Maccoby) آراء من سبقه من العلماء والدارسين فيما يخص منشأ سمة الصلابة النفسية وذلك من خلال دراسته التي أجراها عام(1980) بهدف معرفة دور البيئة الأسرية في تكوين سمة الصلابة فيما بعد عند إدراك المشقة والتعايش معه،وقد أشارت نتائج هذه الدراسة الى أن العلاقات الأسرية التي تتسم بالدفء والقبول والاهتمام تنمي الاعتقاد بأن خبرات النجاح كالفشل ترجع لعمله ومجهوده ومثابرته وتحديه للأحداث الشاقة المحيطة به.

وأطلقت سوزان كوبازا(Sozanne Kobasa) على مجموعة الخصائص التي تميز الأشخاص الذين يقاومون الضغوط (Stress-Resistant People)مصطلح الصلابة النفسية (Psychological Hardiness)،ولم يغفل "أونتي هل" لكوبازا دور المتغيرات الأخرى التي تساعد على مقاومة الضغوط مثل الوراثة والتدين والمساعدة النفسية والاجتماعية والدخل المرتفع،والوظيفة والرعاية الطبية الجيدة وهؤلاء الأشخاص الذين يتسمون بالصلابة النفسية لديهم القدرة على التحكم ولديهم التزام اتجاه القيم والأخلاق ولديهم القدرة على التحدي واعتبار أن التغير ليس تهديدا لهم بقدر ماهو اختيار حقوقهم

[53] مخيمر، المصدر مذكور سابقاً، ص278.

وصلابتهم،كما تؤكد كوبازا على دور التعلم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع في ظهور هذه السمة كمتغير وقائي و مقاوم ويساعد على الصحة النفسية والجسمية[54]

وتتبعت كوبازا(Kobaza.S,1983) منذ عام 1979 حتى 1985 دور القدوة أو النموذج في تكوين هذه السمة فذكرت أن وجود نماذج والدين ايجابية تتسم بالثقة بالنفس والصلابة النفسية تمثل أساسا لارتقاء الفرد بهذه السمة[55]

وكانت بداية ظهور نظرية الصلابة عام (1989) على يد سوزان كوبازا و سلفادور مادي وذلك من أجل تعزيز مستوى الاداء والصحة لدى الفرد خاصة في المواقف الحياتية الضاغطة، والتي تم تطويرها بمراحل مستمرة بين التنظير والممارسة التطبيقية،كما ظهر مفهوم الصلابة من أجل دراسة الفروق الفردية الناتجة عن ردود أفعال الفرد على الضغوط اليومية مثل دراسة الاتجاه نحو الالتزام والتحكم والتحدي، وبعد ذلك تم دمج الممارسة التطبيقية مع التنظير بالاضافة للعديد من الدراسات والأبحاث التي أدت الى اكتمال اتجاهات الصلابة النفسية مع مهارات الصلابة المتعلقة بالمواجهة والتفاعل الاجتماعي والمهارات الصلبة التي تعزز مستوى الاداء والصحة عند الفرد حتى يحقق أفضل ادراك ذاتي، ويذكر مادي(2006)أنه بعد مضي عشرين

[54] Kosbasa,S.C (1982)Personality and social resources in stress resistance,Journal of personality and social psychology,Vol,PP45.

[55] Kobasa, S, &, Pucceti, M(1983): "Personality and social Resources in stress Resistance", Journal of Abnormal psychology, Vol.45, No.4, pp 839-880.

عاما من الممارسات والأبحاث التي تمت عن الصلابة النفسية، وتبلورت الصلابة حتى أصبح لها مظهر ثابت في علم النفس كإضافة لعلم النفس الايجابي[56]

إن نشأة مفهوم الصلابة النفسية والذي تطور عبر مراحل من البحوث المستمرة جعل من الباحثين يهتمون للمفهوم من وجهات نظر مختلفة، كلّ حسب توجهه ونظرته والتي نشأ عنها عدة نظريات سوف نحاول التفصيل عنها في العنصر الموالي.

[56] نورة بنت عبد العزيز الدامر (2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والادارية، قسم علم النفس، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، المملكة العربية السعودية، 2014، ص36-37.

4- النظريات المفسرة للصلابة النفسية

4-1-نظرية كوبازا(Kobasa,1983) والدراسات المنبثقة عنها

يشير عودة(2010) إلى أن كوبازا قد قدمت نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، تناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا مجال واحتمالات الاصابة بالأمراض، واعتمدت هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية و التجريبية. وتمثلت الأسس النظرية في أراء العلماء أمثال فرانكل(Phrankel) وماسلو(Mazlo) وروجرز(Rojars) والتي أشارت إلى وجود هدف للفرد أو معنى للحياة الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدراته على استغلال امكاناته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة[57]

ويعد نموذج لازاروس(Lazarus) من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية حيث أنها نوقشت من خلال ارتباطها بعوامل ثلاثة وهي:

1- البنية الداخلية للفرد.

2- الأسلوب الادراكي المعرفي.

3- الشعور بالتهديد والاحباط.

إذ ذكر لازاروس(Lazarus) أن حدوث خبرة الاحداث الضاغطة يحددها مدى إدراك الفرد للموقف واعتباره ضغطا قابلا للتعايش، وتشمل عملية الادراك الثانوي وتقييم الفرد لقدراته الخاصة وتحديد لمدى كفائتها في تناول المواقف الصعبة. فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي

[57] عودة، المصدر مذكور سابقاً، ص79.

والجزم بضعفها وعدم ملاءمتها للتعامل مع المواقف الصعبة أمر يشعر بالتهديد، وهو ما يعني عند لازورس توقع حدوث الضرر سواء البدني أو النفسي، ويؤدي الشعور بالتهديد بدوره إلى الشعور بالإحباط متضمناً الشعور بالخطر أو بالضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل،وترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها البعض، فعلى سبيل المثال يتوقف الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي للموقف، كما يؤدي الإدراك الإيجابي إلى تضاؤل الشعور بالتهديد، ويؤدي الإدراك السلبي إلى زيادة الشعور بالتهديد، كما يؤدي إلى تقييم بعض الخصال الشخصية، كتقدير الذات[58]

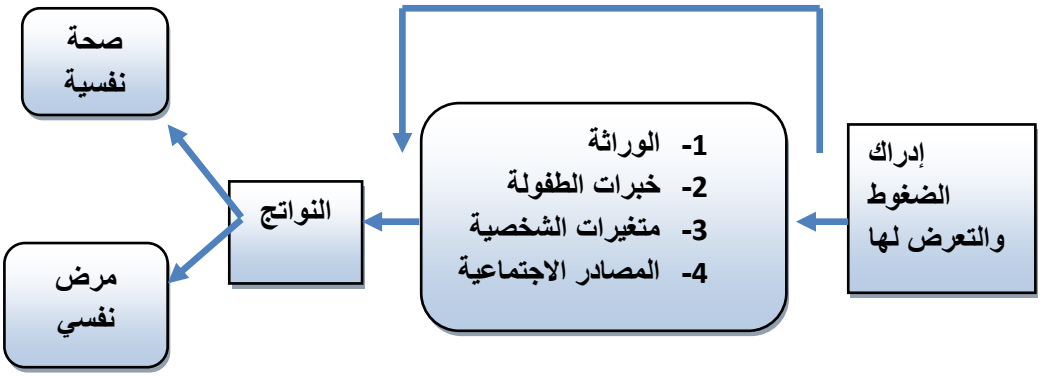
و طرحت كوبازا(Kobasa,1979) الافتراض الأساسي لنظريتها و القائل بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد ضروريا بل أمر حتمي لابد منه لارتقاء الفرد و نضجه الانفعالي والاجتماعي وأن المصادر النفسية و الاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الأحداث ومن أبرز هذه المصادر الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث و هي الالتزام و التحكم و التحدي وقد فسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة والوقاية من الإصابة بالأمراض من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة و من خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة.

وترى أرجعت كوبازا أن الأفراد الذين يتسمون بصلابة نفسية يكونون أكثر صلابة نشاطا واقتدارا وقيادة وضبط داخليا، وأكثر صمودا ومقاومة لأعباء الحياة المجهدة ، وأشد واقعية و انجازاً و سيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، كما أنهم يجدون أنفسهم و البيئة من حولهم ممتعة

[58] زينب نوفل أحمد راضي(2008)، الصلابة النفسية لدى أمهات الشهادة انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، الأردن، دار وائل، 2008، ص36.

وذات معنى و على العكس، الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم و البيئة من حولهم لا معنى لهم ويشعرون بالتهديد المستمر و الضعف في مواجهة الأحداث المتغيرة، ويعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها أو عندما تخلو من التجديد فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة[59]

وقد أرجعت كوبازا السبب في عدم تأثر الاشخاص بالضغوط إلى تلك العوامل الوسيطة بين التعرض للضغوط ونواتجها، وقدمت نموذجها الأول عن العلاقة بين الضغوط والأمراض في سنة(1989) على النحو المبين في الشكل التالي:



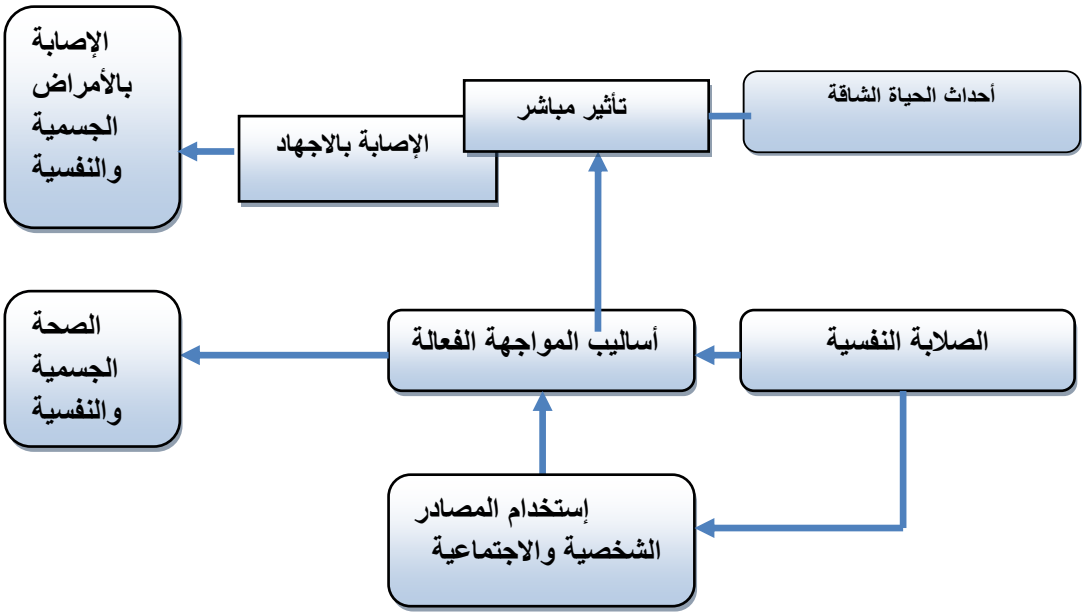
شكل رقم(05): نموذج كوبازا للعلاقة بين الضغوط والأمراض[60]

و تؤكد كوبازا على وجود علاقة مباشرة بين إدراك الضغوط والتعرض لها وبين نواتجها(الصحة النفسية والجسمية، والمرض النفسي والجسمي) حيث أن المتغيرات الوسيطة من وجهة نظر كوبازا تؤثر في ادراك

[59] ناريمان عينة(2017)، الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى طلبة الجامعة، دراسة مقارنة على عينة من طلبة الحقوق و علم النفس الفيزيولوجي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم النفس والفلسفة، جامعة زيان عاشور، الجلفة، 2017، ص22-23.

[60] مخيمر، المصدر مذكور سابقا، ص18.

الضغوط وفي نواتجه، ومن ثم بدأت كوبازا تركز على المتغيرات الوسيطة. وفي سنة(1983) قدمت كوبازا نموذجا عن العلاقة بين الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة كما يلي:



شكل رقم(06): يمثل نموذج كوبازا حول التأثيرات المباشرة بين أحداث الحياة و الصلابة النفسية[61]

من خلال الشكل رقم (06) يتضح أن متغير الصلابة النفسية له دور في عملية المقاومة والتي تعمل كمتغير وقائي للتقليل من الاصابة بالاجهاد الذي ينتج عن تلك الضغوطات التي

[61] Kobasa .s.c. Maddi. S.R. Paccetti. M.C.& Zola .MA (1985) Effeectiveness of Hardiness, Exercise and Social Support AS Ressources Against Illness, Journal of Psychosomatic Research , No , 29 , pp 525 – 533.

يتعرض لها الفرد وتزيد من استخدامه لأساليب المواجهة الفعالة والعمل على استخدام الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة اتجاه الظروف الضاغطة[62]

نستنتج من خلال عرض نظرية (Kobasaa,1983) أن الأدوار التي يؤديها متغير الصلابة النفسية تتمثل في:

- تغيير الصلابة النفسية للادراك المعرفي للاحداث اليومية اذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي فيعتقعد الأفراد ذو الصلابة في كفايتهم في تناولهم للاحداث اليومية وبرؤيتها بصورة تفاؤلية.
- تخفف الصلابة النفسية من الشعور بالاجهاد الناتج عن الادراك السلبي للاحداث وتحول دون وصول الفرد الى حالة من الاجهاد المزمن.
- ترتبط الصلابة النفسية بطرق التعايش التكيفي وتبتعد عن استخدام التعايش التجنبي او الانسحابي للمواقف.
- تدعم الصلابة النفسية عمل متغيرات نفسية كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات الواقية،حيث يميل الافراد الذين يتسمون بالصلابة الى التوجه نحو طلب العلاقات الاجتماعية الداعمة عند التعرض للضغوط.

4-1-1- الأصول النظرية لمبادئ نظرية كوبازا:

استندت كوبازا في صياغتها لنظرية الصلابة النفسية النظرتين أساسيتين هما:

[62] مخيمر، المصدر مذكور سابقاً، ص18.

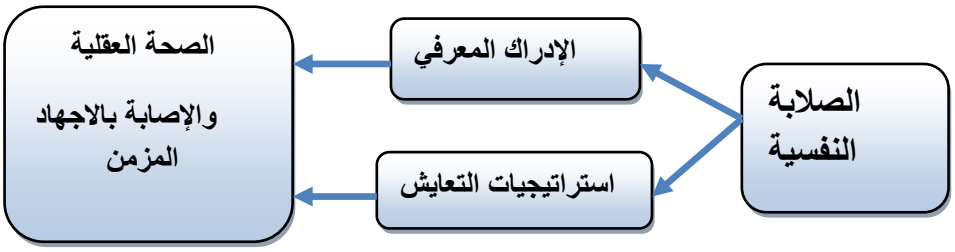
- **النظريـة الوجدانيـة (Existential Theory):** اشتقت كوبـازا مفهومهـا الأصـلي عن الصـلابة النفسـية مـن النظريـة الوجدانيـة للشخصـية التـي تعتبـر "أن البشـر يبحثـون عـن الصـحة و الأصـالة بواسـطة خلـق معنـى شخصـي عبـر الانعكـاس الـذاتي ، وصـنع القرار والأفعـال التـي ترقـى بـالنمو الشخصـي ، و التـي تـم تدعيمها بنتـائج الأبحـاث المعتمـد فـي البحث التجريبي على تغير الشخصية " كما تأُثرت بأعمال فرانكل(Frankel)التي أشار فيها الى وجود معنى أو هدف في حياة الفرد يجعله يتحمل الإحباط و الضغوط ، فالحياة معانات و المهم أن نجد معنى لهذه المعاناة.
- **النظريـة الانسانية (THeory Humanistie):** تشير كوبازا في دراستها المتعددة عام 1982-1993 حول مفهوم الصـلابة النفسية(Concept of psychological hardines)، كمـا أنهـا قـد تـأثرت بأعمـال علمـاء الـنفس الانسـانيين مثـل كـارل روجرز(Rogers)وماسلو (Maslow) اللذين أكدا على أن بعض الأفراد يمتلكون دوافع داخلية لتحقيق ذواتهم و إمكاناتهم لتحقيق النمو و التطور الشخصي[63].

4-2-نموذج فنك (Funk,1993) المعدل لنظرية كوبازا(Kobasa,1979)

تشـير عينـة(2017) إلـى أن هـذا النمـوذج ظهـر حـديثا فـي مجـال الوقايـة مـن الاصـابة بالاضطرابات ولذلك يعدّ أحد النماذج الحديثة الذي أعاد النظر في نظرية كوبازا و حاول وضع تعديل جديد لها وهذا النموذج المعدل قدمه فنك من خلال دراسته التي أجراها بهدف بحث العلاقة بين الصلابة النفسية و الادراك المعرفي و التعايش الفعال من ناحية والصحة العقلية

[63] Kosbasa,S.C (1982)Personality and social resources in stress resistance,Journal of personality and social psychology,Vol,PP45.

من ناحية أخرى، وذلك على عينة قوامها(167) جنديا، واعتمد على المواقف الشاقة الواقعية في تحديده لدور الصلابة، وقام بقياس متغير الصلابة والإدراك المعرفي للمواقف الشاقة معها قبل الفترة التدريبية. وتوصل فنك من خلال هذه الدراسة إلى ارتباط مكوني الالتزام والتحكم فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد فأرتبط الالتزام جوهريا بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة إستراتيجية ضبط الانفعال، حيث ارتبط بعد التحكم ايجابيا بالصحة العقلية من خلال إدراك لموقف على أنه أقل مشقة واستخدام إستراتيجية حل المشكلات للتعايش[64]



شكل رقم(07): يوضح نموذج فنك (Funk)المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها

يوضح الشكل رقم (07) نموذج فنك (Funk)المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها من خلال توضيح كيفية ارتباط بعد التحكم والالتزام بالصحة العقلية الجيدة للفرد، وارتباط عنصر الالتزام بالصحة العقلية من خلال تقليل مستوى الشعور بالتهديد مستخدما استراتيجية التعايش الفعال خاصة إستراتيجية ضبط الانفعال، كما يوضح ارتباط بعد التحكم إيجابياً بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة واستخدام إستراتيجية حل المشكلات بالتعايش.

لقد دلّ التطور التاريخي لمفهوم الصلابة النفسية على أنها متغير بالغ الأهمية في العلاقة بين السلوك والصحة، مما جعل كوبازا تركز على هذه السمة الأساسية في شخصية الفرد والتي تسعى

[64] عينة، المصدر مذكور سابقاً، ص23-24.

لتعزيز مستوى الاداء والصحة لدى الفرد، خاصة في المواقف الحياتية الضاغطة، ويعد نموذج لازاروس(Lazarus) من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية والذي تضمن البنية الداخلية للفرد التي ترتبط بمختلف معتقدات الفرد وكذا الأسلوب الادراكي المعرفي الذي يتميز به، ومدى شعوره بالتهديد الذي يواجهه. كما طرحت كوبازا(Kobasa,1979) الافتراض الأساسي لنظريتها التي توضح من خلالها أن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد ضروريا بل أمر حتمي لابد من معايشته من أجل تحقيق إرتقاء الفرد ونضجه في الجانب الانفعالي والاجتماعي. كما تعتبر الصلابة النفسية مؤشر شخصي يدعو الى تغيير الإدراك المعرفي للاحداث اليومية وذلك برؤيتها على أنها أحداث غير واقعية وهنا تتدخل معتقدات الأفراد ذوو الصلابة على أنها احداث مارة ويمكن تجاوزها، مايعني أن لديهم رؤية تفاؤلية اتجاه تلك الأحداث. كما يؤكد كارل روجرز(Rogers)وماسلو (Maslow) من خلال نظريتهم الإنسانية على أن بعض الأفراد يمتلكون دوافع داخلية لتحقيق ذواتهم وإمكاناتهم لتحقيق النمو، بالإضافاة لنموذج فنك الذي يعتبر أحد النماذج الحديثة الذي أعاد النظر في نظرية كوبازا ويعمل على توضيح ارتباط بعد التحكم والالتزام بالصحة ومدى تعايش الفرد مع احداث حياته وفقاً لتلك الخصائص التي يتميز بها.

4-3-نظرية فرويد(التحمل النفسي وقوة الأنا)

ارتبط نشوء التحليل النفسي في بداية القرن العشرين لمحاولة فرويد في تفسير لمضمون الواقع النفسي والظواهر النفسية،وقدم فرويد(1857-1993) تحليلا لمفهوم الصلابة النفسية من خلال طرحه لمفهوم الأنا(Ego)، ويرى فرويد أن الأنا تظهر من خلال نمو الطفل لتحكم في تعاملاته اليومية أثناء التعلم وهناك حقيقة منفصلة عن حاجتهم ورغباتهم وبرأي فرويد هذا هو جهاز السيطرة الارادي المنظم للشخصية ويمثل القدرة على قيام الأنا بوظائفه وهي السيطرة على منافذ السلوك

والفعل واختيار المناسب من البيئة وكلما كان الأنا قويا ويمتلك الطاقة اللازمة للقيام بهذه الوظيفة كان الفرد أكثر نضجا وتحملا مع نفسه وبيئته ومجتمعه[65]

5- خصائص الصلابة النفسية

بعد الاطلاع على الارث النفسي تبين أن هناك العديد من الخصائص للصلابة النفسية التي حددها العديد من العلماء و المختصين ، والتي تم حصرها من قبل تايلور(Taylor,1995,261) نقلا عن راضي(2008) بما يلي:

أ) الاحساس بالالتزام(Sense of commitment)أي النية لدفع النفس للانخراط في أي مستجدات.

ب) الايمان (الاعتقاد) بالسيطرة(Belief of control) أي احساس الشخص بأنه نفسه هو سبب الحدث الذي حدث في حياته وأنه يستطيع أن يؤثر في بيئته.

ت) الرغبة في التحدي و احداث التغيير ومواجهة الأنشطة الجديدة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص للنماء والتطور.

وإنطلاقا من خصائص الصلابة النفسية، تم أيضا تحديد خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة.

5-1-خصائص ذوو الصلابة النفسية المرتفعة

[65] الاء زهير :التفاؤل وعلاقته بالصلابة النفسية بأبعادها(الالتزام،التحكم،التحدي)للاعبي دوري اندية شباب العراق، دراسة ميدانية بجامعة ديالي، كلية التربية الرياضية، العراق، 2012، ص14.

توصلت سوزان كوبازا(Kobasa.S,1979,11) من خلال دراستها التي أجرتها على مدار عدة أعوام إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يتميزون بعدد من الخصائص وهي كالآتي، حسب ما أورده عودة(2010):

- القدرة على الصمود والمقاومة.
- لديهم إنجاز أفضل.
- ذوو وجهة داخلية للضبط.
- أكثر اقتدارا ويميلون للقيادة والسيطرة.
- أكثر نشاطا وذو دافعية أفضل[66]

كما بيّن (Kristophers,S.L,1996) نقلا عن العيافي(2012) أنّ أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسمية قليلة،ولديهم القدرة على التحمل الاجتماعي وارتفاع الدافعية نحو العمل ،كما أن لديهم قدرة على التفاعل والتفاؤل الدائم وأكثر توجها للحياة ومواجهة لأحداث الحياة الضاغطة والقدرة على تلاشي الاجهاد[67]

ويصف حمادة لولوة وعبد اللطيف حسين(2002) الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية بأنهم ملتزمون بالعمل الذي عليهم أداؤه.

- يشعرون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث بدلا من شعورهم بفقدان القوة.

---

[66] عودة، المصدر مذكور سابقا، ص67.

[67] أحمد العيافي:الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية، مكة المكرمة، 2012، ص27.

- ينظرون إلى التغيير على أنه تحدّ عادي بدلا من أن يشعروا بالتهديد.
- يجد هؤلاء الأفراد في ادراكهم وتقويمهم لأحداث الحياة الضاغطة الفرصة لممارسة اتخاذ القرار[68]

مما سبق يتضح لنا أن الافراد اللذين يمتازون بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية هم أصحاب ضبط داخلي ولديهم القدرة العالية على استخدام المقاومة والصمود تجاه المواقف الضاغطة، بالاضافة الى تلك القدرة على إنجاز الأعمال ومواجهتهم لأحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها والالتزام بالمعتقدات السوية والقيم، وعدم التخلي عن المبادئ التي تجعل حياتهم ذات قيمة ايجابية.

بالمقابل تم تحديد بعض الخصائص الأساسية للأشخاص منخفضي الصلابة النفسية:

5-2-خصائص منخفضي الصلابة النفسية

يتصف ذوو الصلابة النفسية المنخفضة بعدم الشعور بهدف لأنفسهم ولا معنى لحياتهم،ولا يتفاعلون مع بيئتهم بايجابية، ويتوقعون التهديد المستمر والضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة،ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية،وليس لديهم اعتقاد بضرورة التجديد والارتقاء، كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة، ولذلك فهم يتميزون بالخصائص العامة التالية:

- ضعف القدرة على الصبر وعدم القدرة على تحمل المشقة.
- ضعف القدرة على تحمل المسؤولية.

---

[68] حمادة لولوة، عبد اللطيف حسين:الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مج12، ع2، 2002، ص237.

- قلة المرونة في اتخاذ القرار.
- ضعف التوازن.
- الهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة.
- سرعة الغضب والحزن الشديد والميل الى الاكتئاب والقلق.
- ضعف الالتزام بالقيم والمبادئ.
- التجنب،والبحث عن المساندة الاجتماعية.
- ضعف القدرة على التحكم الذاتي[69]

[69] عودة، المصدر مذكور سابقاً، ص67.

6- أبـعاد الصـلابة النفسية

افترضت كوبازا بعض الأبعاد للصلابة النفسية وسنحاول فيما يلي تناول كل بعد منها بنوع من التفصيل.

6-1- **بعد الالتزام:** قدمت عدع تعريفات لمفهوم الإلتزام ومن أشهرها التعريف الذي قدمه عبد السلام(2000) والذي يرى أن الإلتزام نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمة الآخرين من حوله[70]

ومن جهتة يرى عودة(2010) الالتزام على أنه تبني الفرد لقيم ومبادئ ومعتقدات وأعراف محددة وتمسكه بها وتحمله المسؤولية تجاه نفسه ومجتمعه وهو ما يعكس مستوى الصلابة النفسية لديه[71]

وللإلتزام حسب كوبازا أنواع، سيتم التطرق إليها وتناولها في العنصر الموالي.

6-1-1- أنواع الالتزام عند كوبازا:

تناولت كوبازا(Kobasa.S,1979) بعد الالتزام الشخصي حيث رأت أنه يضم كلاّ من:

- **الالتزام نحو الذات** : وعرفته بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين. كما أكدت "كوبازا" حسب ما أشار إليه كل من شويطر و الزقاين(2015) أن الإلتزام نحو الذات وتقديرها من

---

[70] علي عبد السلام علي(2000)، المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية"، مجلة علم النفس العدد الثالث والخمسون، السنة الرابعة عشر، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 2000، ص14.

[71] عودة، المصدر مذكور سابقا، ص68.

الأمور الأساسية التي يتمتع بها الشخص الصلب ، فضلاً عن التزاماته الأخرى اتجاه المحيطين به[72]

- **الالتزام اتجاه العمل :** وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وكفاءته في إنجاز عمله، وضرورة تحمله مسئوليات العمل والالتزام، وتضيف كوبازا أن الأشخاص الملتزمين لديهم نظام قوي من الإيمان يجعلهم يدركون حجم التهديدات المحيطة بهم ، ويواجهونها من دون تراجع أو إنسحاب عن الأوساط الإجتماعية في أكثر الأوقات العصيبة، ويشعرون بالإندماج مع الآخرين ، ويحصلون على إسناد اجتماعي كبير، وتستند في ذلك على فكرة أن غياب المعنى في الحياة ناتج عن عدم وجود إرتباط روحي لدى الفرد مما يولّد لديه حالة من الإغتراب[73]

---

[72] خيرة شويطر، نادية يوب مصطفى الزقاي(2015)، الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بوهران، مقال في مجلة دراسات نفسية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد15، وهران، الجزائر، 2015، ص52.

[73] Kobasa .s.c. Maddi. S.R. Paccetti. M.C.& Zola .MA (1985) Effeectiveness of Hardiness, Exercise and Social Support AS Ressources Against Illness, Journal of Psychosomatic Research , No , 29 , pp 525 – 533.

6-2- التحكم:

تقصد كوبازا(Kobasa.S,1979) بالتحكم اعتقاد الفرد بقدرته على الضبط والسيطرة فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة التي يتعرض لها هي أمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها.

وفي هذا السياق يعرف مخيمر(1996) التحكم على أنه "اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسئولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار من بين البدائل، وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة" [74]

وتشير كوبازا لعملية التحكم أو الضبط على أن لها مستويين، إذ أنّ المستوى الأول من الضبط يحسن من قدرة الفرد على مقاومة الضغوط على المستوى الإدراكي، والثاني أن الضبط يؤثر على المواجهة والتي من خلالها يؤدي الإحساس بالضبط إلى قيام الفرد بإستجابات سلوكية تهدف إلى تغيير الأحداث إلى شيء ما يكون متناغما مع خطة الفرد في الحياة، ولذلك تبدو الأحداث أقل تهديداً للفرد، وأيضاً إذ لم يكن الموقف أو الحدث تحت التحكم أو سيطرة الفرد، فإن ذوي درجة الضبط المرتفع يجسدون الحدث من خلال العمليات أو الأفعال التي يقومون بها إلى خطة على المدى الطويل.

يتضح من خلال ما سبق أن عنصر التحكم يتمثل في قدرة الفرد على توقع حدوث المواقف الصعبة بناء على استقرائه للواقع ووضعه الخطط والاستراتيجيات المناسبة لمواجهتها، والتقليل من الآثار الناجمة وقت حدوثها، وذلك من خلال استثمار الامكانيات التي يمتلكها سواء كانت مادية أو معنوية، وكل ذلك من خلال السيطرة على نفسه والتحكم في تلك الانفعالات.

---

[74] مخيمر، المصدر مذكور سابقاً، ص15.

6-3- التحدي:

عرفت كوبازا (Kobasa.S,1983) التحدي على أنه اعتقاد الفرد بأن التغير المتجدد في أحداث الحياة هو أمر طبيعي بل حتمي لا بد منه لارتقائه، أكثر من كونه تهديداً لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية.

ومن جهته عرفه توماكا وآخرون(Tomaka,et al,1996) بأنه تلك الاستجابة المنظمة التي تنشأ ردا على متطلبات البيئة وهذه الاستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فيسيولوجية أو سلوكية وتصف بأنها استجابات فعالة، بينما عرفه مخيمر عماد(1996) بأنه اعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته وهو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا، مما يساعد على استكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية. ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف من مواجهة المشكلات[75]

يتضح أن عنصر التحدي يتضمن قدرة الفرد على عملية التكيف مع مختلف المواقف الحياتية التي يواجهها وتقبله لكل الأحداث الجديدة سواء كانت سارة أو ضارة، وهذا يعني أن الفرد يتقبلها لأنه يعتبرها أحداث لابد من حدوثها لتجعله فردا واقعيا يتعلم منها سبل ارتقاءه وزيادة معارفه، إذ أن خاصية التحكم تساعده على عملية التكيف السريع لمواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها. ومن جهة أخرى فإن هذا التكيف يزيد من مشاعر التفاؤل من خلال تقبله للمواقف على أنها

[75] عثمان فاروق السيد: القلق وادارة الضغوط، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربي، 2001، ص210.

اضافة للخبرات والمعارف الجديدة مما يوضح مدى أهمية الصلابة النفسية في مواجهة الفرد لمختلف الأحداث الحياتية التي يواجهها.

7- أهمية الصلابة النفسية

من أهمية الصلابة النفسية أنها تساعد على إدراك الفرد للأحداث الإيجابية على أنها ذات معنى، كما أنها مهمة في تخفيف الضغوط النفسية، ويرجع السبب إلى أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع تؤدي إلى إستثارة الجهاز العصبي الذاتي، مما يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية وإضطرابات نفسية، وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية، والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق، وتقود إلى التغير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط الرياضي وهذا ما يقلق من الإصابة بالأمراض الجسمية[76]

كما تساعد الصلابة النفسية في تغيير الإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تمت رؤيتها على نحو غير واقعي. إذ يعتقد الأفراد ذوو الصلابة في كفايتهم في تناول الأحداث الحياتية، ومن ثم فهم يرون الأحداث اليومية الشاقة بصورة واقعية وتفاؤلية، كما تخفف الصلابة من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث، وتحول دون وصول الفرد لحالة الاجهاد المزمن وشعوره

[76] عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب: الصلابة النفسية وعلاقتها بالإضطرابات الجسمية وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من معلمي ومعلمات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، مقال بمجلة الطفولة العربية، العدد الرابع والسبعون، الكويت، 2016، ص15.

باستنزاف طاقاته، وترتبط الصلابة بطرق التعايش التكيفي الفعال، وتبتعد عن اعتياد استخدام التعايش التجنبي أو الانسحابي للمواقف.

في حين أكدت "شيلي تايلور" نقلا عن ياغي(2006) أنه منذ الدراسة الأولى التي قامت بها "كوبازا" أن الصلابة النفسية ترتبط بكل من الصحة النفسية والجسدية الجيدة، فقد أشارت "كوبازا" إلى أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد فالأفراد الأكثر صلابة يتعرضون للضغط ولا يمرضون[77]

وتعد الصلابة النفسية أحد العوامل المهمة والأساسية من عوامل الشخصية في تحسين الأداء النفسي والصحة النفسية والبدنية، وكذلك المحافظة على السلوكيات الصحية، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية الصلابة النفسية كأحد عوامل المقاومة ضد الضغوط والأزمات. وفي هذا المقام يرى(Holahan,C.J&Moos,R.H,1990) أن مسار البحث في مجال الضغوط يجب أن يتحول الى التركيز على متغيرات المقاومة التي تجعل الاشخاص يحتفظون بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للأحداث الضاغطة، فمجال الدراسة يجب أن يتحول الى دراسة المصادر النفسية مثل(الصلابة النفسية، والضبط الداخلي، وتقدير الذات)، والمصادر الاجتماعية مثل(المساندة الاجتماعية) التي تجعل الفرد يقيم الضغوط تقييما واقعيا، كما أنها تجعله أكثر نجاحا وفعالية في مواجهتها.

[77] شاهر يوسف ياغي :الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، غزة، 2006، ص38.

كما أن الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية، التي تقي الانسان من آثار الضغوط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلا، وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما وتعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية.

وترى الباحثة أن متغير الصلابة النفسية يعتبر بمثابة العامل الواقي للفرد للدفاع عن النفس حالما واجهتها مواقف ضاغطة أو أحداث ضارة بالصحة، إذ تساعد الصلابة النفسية الفرد الذي يتميز بها على التكيف الايجابي وإيجاد نمط وقائي أكثر قدرة على التحمل والمقاومة لمختلف الضغوطات الى أن يصل الى مرحلة التوافق النفسي والصحة بشقيها النفسي والجسدي.

ويمكن أن تتأثر الصلابة النفسية بعدة عوامل مختلفة قد تعرقل الوصول إلى مستويات مرتفعة منها، وتتسبب في بعض الإضطرابات، وسنحاول في العنصر الموالي التطرق إلى أهم تلك العوامل.

8- الأدوار التي تؤديها الصلابة النفسية

- تغيير الصلابة للإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي،فيعتقد الأفراد ذوو الصلابة في كفايتهم في تناول الأحداث الحياتية، ومن ثم فهم يرون الأحداث اليومية الشاقة بصورة واقعية وتفاؤلية.
- تخفف الصلابة من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث، وتحول دون وصول الفرد لحالة الاجهاد المزمن وشعوره باستنزاف طاقاته.
- ترتبط الصلابة بطرق التعايش التكيفي الفعال، وتبتعد عن اعتياد استخدام التعايش التجنبي أو الانسحابي للمواقف.

- تدعم الصلابة عمل متغيرات أخرى، كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات الوقائية ية، حيث يميل الأفراد الذين يتسمون بالصلابة إلى التوجه نحو طلب العلاقات الاجتماعية الداعمة عند التعرض للمشقة، وترتبط هذه العلاقات بدورها باستخدام أساليب التعايش التكيفي والتوافقي[78]

9- استراتيجية بناء الصلابة النفسية

تساهم العديد من العوامل في تكوين الصلابة لدى الفرد، وأظهرت العديد من الدراسات أن العامل الأساسي في تكوينها وتنميتها يبدأ من خلال العلاقات الاجتماعية السوية والدافئة والمساندة داخل الأسرة وخارجها،فهي نماذج ايجابية لتمنية وتعزيز الثقة لدى الطفل وانماء الصلابة لديه لمواجهة ضغوط الحياة المرتقبة ،ومن خلال العوامل الذاتية والخارجية والمختلفة يمكن استخلاص طرق واستراتيجيات بناء وتقوية الصلابة لدى الأفراد، وهي:

- **اقامة روابط مكثفة مع الآخرين:** فالعلاقات الاجتماعية الايجابية داخل الأسرة وخارجها من أهم متطلبات الصلابة النفسية،وتقبل المساعدة والدعم من الأشخاص الذين نثق بهم ونحترمهم ونستمع لآرائهم، كما تعتبر المؤسسات الدينية وغيرها من الجماعات الخيرية مصدراً من مصادر المساندة الإجتماعية التي قد يحتاج اليها الفرد في بعض الأزمات.
- **تجنب رؤية الأزمات على أنها مشكلات لا سبيل للتخلص منها:** تعدّ الأحداث الضاغطة جزء لا يتجزأ من حياة الانسان، ولكن بالإمكان تغييرها عن طريق ادراكها وتفسيرها، ومحاولة تجاوز الظروف الحاضرة والتطلع الى المستقبل ورفع التحدي أمام المجهول، وعدم ترك المجال أمام هذه الظروف والأحداث لهز عزيمة الفرد واعتبارها تحدي جديد يجب أن يتخطاه ويتجاوزه مع كل ما من شأنه أن يخفف الكدر والحزن ويهون الصعاب.

---

[78] Kobasa.S,Maddi.S.R,Paccetti.M.C&Zola.M.A,1985,525

- **استكشاف جوانب القوة في الذات:** تدفع المشاكل والصعوبات التي يواجهها البشر الى اكتشاف أتفسهم وقدرتهم ومختلف جوانب شخصياتهم الدفينة، كما تؤدي هذه الأحداث الى تطور وإنماء مختلف الجوانب النفسية لديهم من خلال تأقلمهم الايجابي وتصديهم للأحداث الضاغطة، كل هذه الخبرات تفيد الكثير من الأفراد الذين واجهوا مصاعب ونكبات في حياتهم في الاستفادة من اقامة علاقات ناجحة مع الآخرين والاحساس بقوة وفعالية الذات لديهم، واستكشاف مكامن قوية في ذواتهم لم يعرفوها من قبل فمجرد الاحساس بقابلية التعرض للشدائد يزيد من احساس الفرد بقيمة الذات وفعاليتها كما يقوي جوانب أخرى في شخصيته تزيد من صلابته واحساسه بقيمة حياته ورفع التحدي أمام أحداث الحياة الضاغطة مع خسارة أقل.
- **تبني نظرة ايجابية للذات:**من خلال تيقن الفرد من قدرته على حل المشكلات والثقة في الذات، والنظرة التفاؤلية التي تمكنه من توقع الجيد والأحسن بدل القلق والحذر.
- **وضع الأمور في سياقها:**من خلال فهم ووضع الأحداث الضاغطة في سياقها الطبيعي،مع النظر الى المدى البعيد الذي يمكن أن تسوقه إليه الاحداث، فالفرد لا يجب أن تكون لديه نظرة ضيقة للأحداث وآنية، بل يجب أن تكون نظرته شاملة وواسعة وبعيدة المدى، كما يجب أن يتمتع بنظرة تحليلة للأحداث لكي يتمكن من وضع خطط تخلصه من المواقف الضاغطة وتيسر عليه أمور حياته[79]

[79] محمد السعيد أبو حلوة: الطريق الى المرونة النفسية، جامعة الاسكندرية، مصر، 2008، ص26.

خـلاصة الفصــل

على الرغم من حقيقة أن غالبية الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة لديهم بعض الردود السيكولوجية السلبية كنتيجة للمرض، إلا أنّ هناك فئة لها القدرة على مواجهة تلك الأحداث السلبية ومجابهة الأعراض المرضية تبعاً لإمكانياتهم الذاتية، والتي تدل على مدى صلابتهم النفسية اتجاه تلك المواقف، ما يعني أن الصلابة النفسية تساعد على التوافق السليم مع الحفاظ على مستوى الثقة بالنفس والقدرة على التحكم بالمشاعر والقدرة على حل المشاكل، ومن خلال ما تم التعرض اليه حول أهم الاتجاهات النظرية للصلابة النفسية وما يتعلق بأبعادها الرئيسية يتضح لنا أن الصلابة النفسية تعتبر من بين العوامل المهمة والأساسية من عوامل الشخصية في تحسين الأداء النفسي والصحة النفسية والبدنية، فبتوفر عنصر الصلابة النفسية يمكن للفرد أن يقيم الضغوط تقييما واقعيا مما يسمح له بالفعالية في فعالية في مواجهتها، وهذا من خلال إعادة إدراك الأحداث بصورة واقعية وتفاؤلية تدفعه لإتباع الممارسات الصحية والأنشطة التي تنقله من وضعية الهشاشة للمرض إلى وضعية الصحة ووقايتها مثل إتباع الأنظمة الغذائية الصحية وكذا ممارسة الأنشطة الرياضية من أجل التقليل من الإصابة بالأمراض والوقاية من مضاعفاتها.

الفصـــــل الثـــالث

الإتجـاه نـحـو ممـارســة النشاط الريـــاضي

تمـهيد

تعتبر ممارسة النشاط الرياضي من بين أهم السلوكيات التي تهدف الى الحفاظ على الصحة، إلا أن ادخال هذه الممارسة الصحية في النظام الصحي في البيئة الجزائرية يتطلب تنمية مستوى من الوعي الصحي، ولقد تم تسليط الضوء في هذا الفصل بالدرجة الأساسية على العلاقة بين ممارسة النشاط الرياضي والصحة العامة للفرد، بالاضافة الى توضيح مدى أهميتها في تقليل الاعراض المرضية الناجمة عن السمنة، وذلك بعد التعريج على بعض المنطلقات النظرية الخاصة بتعريف الإتجاه والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وكذا أبعاده ومراحل تكوينه وغيرها من المعطيات التي سيتم من خلالها الإحاطة بمتغير الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.

سوف نتطرق لمفهوم الإتجاه وننتقل بعدها لتناول مفهوم ممارسة النشاط الرياضي.

أولا: الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

نعرض مفهوم الإتجاه قبل الوصول إلى مفهوم الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي إذ توجد عدة تعريفات تسلط الضوء على معنى الاتجاه بشكل عام في الشقين اللغوي والإصطلاحي.

1- الإتجاه لغة:

حسب ما ورد في معجم الطلاب أن الاتجاه مشتق من فعل:إتجه واتجه إليه أي أقبل اليه، وقصد الجهة : القصد والنية، وما يتوجه إليه الانسان من عمل.

كما أنه يعني الاستعداد العقلي اتجاه موقف معين، استجابة لدافع داخلي، نزعة، ميل من عمل وغيره[80]

الإتجاه إصطلاحا:

هناك معاني مختلفة للإتجاهات تكشف عنه التعريفات المتعددة التي قدمها الباحثون، فمن الناحية الإبستيمولوجية تستمد كلمة اتجاه (ATTITUDE) معناها من الإيطالية (ATTITUDINE) وهذه الأخيرة مشتقة من اللاتينية (APTITUDO)، وهي تعني الإستعداد الفطري لإنجاز بعض المهام[81]

---

[80] القاموس الجديد للطلاب:(1991)، معجم عربي مدرسي، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1991، ص88.

[81] عبد الفتاح دويدار:سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والإتجاهات، بيروت، دار النهضة العربية، 1992، ص57.

أما كنيون(Keynon.G)فيعرف الاتجاه على أنه: استعداد مركب ثابت نسبيا، ويعكس كل وجهة وشدة الشعور نحو موضوع نفسي معين، سواء كان هذا الموضوع عينيا أو مجردا[82]

التعريف النفسي للاتجاه:

إن الاتجاه النفسي للفرد نحو ممارسة النشاط الرياضي يعرفه كل من نزار الطالب وكامل الويس بأنه من بين العوامل المهمة التي تؤثر في اختيار الفرد لتلك الفعالية والتفاعل معها أو تجنبها.

ويضع محمد حسن علاوي الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي على أنه نوع من أنواع الدوافع المكتسبة أو على أنها من الدوافع الاجتماعية المهيأة للسلوك والإتجاهات الإيجابية نحو النشاط الرياضي، وتلعب دوراً مهماً في الارتقاع بهذا النوع من النشاط البشري لأنها تمثل القوة التي تحرك الفرد وتثيره لممارسة هذا النشاط والاستمرار في ممارسته بصورة منتظمة[83]

التعريف الاجتماعي للاتجاه:

الإتجاه تنظيم نفس مستقر للعمليات الإدراكية والمعرفية والوجدانية لدى الفرد، يسهم في تحديد الشكل النهائي للإستجابة الصادرة نحو الأشياء، والأشخاص، والمسميات المعنوية من حيث أن هذه الإستجابة بالإقبال أو النفور، ويعتمد هذا التنظيم على الخبرات التي مر بها الفرد من ناحية وعلى سماته المزاجية من ناحية أخرى[84]

---

[82] علاوي، المصدر مذكور سابقاً، ص230.

[83] علاوي، المصدر نفسه، ص215.

[84] ابراهيم مذكور :معجم العلوم الاجتماعية، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975، ص5.

2- بعض المفـاهيم المرتبطة بالاتجـاه

هنـاك عدة مفاهيم يصـعب التفريق بينها وبين الاتجاه، ولهذا تتداخل معانيها فيما بينها: وسنتناول بعضاً منها:

- **الاتجاه والرأي:** الرأي هو ما يراه الانسان في شيء ما، والمقصود به رأي الشخص، وهو عبارة عن اجابة لسؤال مطروح في موقف معين، فالرأي يتضمن الإعلان عن وجهة نظر قد تتغير تبعا لظروف معينة[85]
- **الاتجاه والاعتقاد:** يتعلق الاعتقاد بالجوانب المعرفية للفرد، اما الاتجاهات فتتعلق بالجانب الوجداني أو المعرفي، ورغم أن المعتقدات تكون اتجاهات الفرد، فأنها تساهم في تنمية الجانب المعرفي، بينما تنتمي الاتجاهات الى الجانب الوجداني[86]
- **الاتجاه والقيم:** تمثل القيم تنظيما خاصا لخبرات الأفراد، تنشأ في مواقف مختلفة، وتتحول إلى وحدة معيارية على الضمير الاجتماعي للفرد، فهي توجه سلوك الفرد في الحياة، فهي

---

[85] محمود فتحي عكاشة، محمد شفيق زكي: المدخل إلى علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2002، ص120.

[86] حسناء صلحاوي: اتجاهات تلميذات المرحلة المتوسطة نحو حصة التربية البدنية والرياضية بالمناطق الريفية والحضرية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2017، ص40.

بمثابة احكام تفضيلية، كما ان ارتباط القيم بالثقافة، كما هو الحال في الاتجاهات، يعطي القيم قدر ا أكبر من الثبات والاستمرارية، اذ تعتبر هذه القيم موجهات لتلك الثقافة[87]

- **الاتجاه والسلوك:** هناك علاقة وطيدة بين الاتجاه و السلوك، فالفرد يعبر عن اتجاهه تجاه موضوع ما لفظيا، كما قد يعبر عنه عمليا حيث يمكن الاستدلال على اتجاهه اللفظي عن طريق سلوكه العملي[88]
- **الاتجاه والميل:** يوجد خلط بين مفهومي الاتجاه والميل، وذلك للصلة القوية بينهما، اذ يرتبطان بالدافع و الرغبات، ولكن يمكن التمييز بينهما، فالميل يتعلق بالنواحي الذاتية أو الشخصية كميل الفرد لنوع معين من الأشخاص او اللباس في حين يتعلق الاتجاه بالموضوعات الاجتماعية المختلفة[89]

يظهر مما سبق أن المصطلحات المتداخلة مع الإتجاه تعبّر عن تلك القيم المعبرة أو الآراء والسلوكات التي يتبناها الفرد، وهذا يوضح أن تكوين الإتجاهات يعتمد على حبيثيات ومراحل سوف نقوم بطرحها في العنصر الموالي.

---

[87] فؤاد الباهي السيد ،سعد عبد الرحمن:علم النفس المعاصر رؤية معاصرة، القاهرة، دار الفكر العربي، 1999، ص250.

[88] صلحاوي، المصدر مذكور سابقاَ، ص41.

[89] الباهي، عبد الرحمن، المصدر نفسه، ص255.

3- مراحـــل تكويـن الإتـجاه

يتكون الإتجاه النفسي عند الفرد وينمو ويتطور من خلال تفاعل هذا الفرد مع بيئته بعناصرها ومقوماتها وأصولها، وبهذا يصبح الإتجاه بحد ذاته دليل على نشاط الفرد وتفاعله مع بيئته.

يمر الإتجاه أثناء تكوينه بثلاث مراحل أساسية هي:

- **المرحلة الإدراكية المعرفية(العنصر الفكري المعرفي):** يعتمد اتجاه الفرد للموضوعات والأشخاص على ماذا يعرف عنهم،إذ أن المكون المعرفي ينطوي على المعلومات والحقائق الموضوعية المتوفرة لدى الأفراد عن موضوع الاتجاه، فإذا كان الاتجاه في جوهره عملية تنظيم(قبول أو رفض) فإن هذه العملية تتطلب العمليات العقلية كالتمييز ،الفهم،والاستدلال والحكم عليها[90]
- **مرحلة نمو الميل نحو شيء معين(العنصر العاطفي الوجداني):** يشير هذا المكون الى مشاعر الحب والكراهية التي يوجهها الفرد نحو موضوع الاتجاه، وهو يرتبط بتكوينه العاطفي، فقد يحب موضوعا ما فيندفع نحوه ويستجيب له على نحو إيجابي، وقد يكره موضوعا آخر ويستجيب له على نحو سلبي. ويمكن التعرف على شدة هذه المشاعر من خلال تحديد موقف الفرد بين طرفي الاتجاه أي بين التقبل التام لموضوع الاتجاه أو النبذ المطلق له.

---

[90] عبد الحافظ سلامة: علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الأدرن، دار اليازوردي للنشر، 2007، ص62-63.

- **مرحلة الثبات والاستقرار (العنصر السلوكي):** تعمل الإتجاهات كموجه لسلوك الانسان، فهي تدفعه الى العمل على نحو ايجابي عندما يملك اتجاهات ايجابية نحو بعض الموضوعات العمل على نحو سلبي يقابله الرفض والابتعاد، وهكذا يتضح أن الاتجاه ينطوي على نزعة تدفع لصاحبه الى الاستجابة على نحو معين[91]

4- أبعـاد الاتجـاه حسب كينيون

قدم كينيون هذه الأبعاد مهتما بشكل أكثر بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، إذ يرى كينون أن الفرد قد يتخذ إتجاها موجبا نحو بعض الفئات أو المكونات الفرعية وقد يتخد إتجاها سالبا نحو بعض الفئات أو المكونات الفرعية الأخرى. والإتجاه طبقا لمفهوم كينون هو إستعداد مركب ثابت نسبيا يعكس كلاً من وجهة وشدة الشعور نحو موضوع نفسي معين سواء أكان عيانيا أو مجرد.

ولقد إستطاع كينون في ضوء هذه المفاهيم وفي إطار بعض الدراسات النظرية والتجريبية أن يحدد ستة أبعاد للإتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي على النحو التالي:

- **النشاط الرياضي كخبرة اجتماعية:** من المفترض أن النشاط الرياضي الذي تشترك فيه جماعة من إثنين فأكثر ينطوي في نظر بعض الأفراد على قيمة إجتماعية وعلى إمكانية إشباع حاجات إجتماعية معينة[92] وعلى ذلك فإن النشاط الرياضي كخبرة إجتماعية يسمح بإمكانية التعرف على أفراد جدد وتكوين علاقات بين الناس.

---

[91] صلحاوي، المصدر مذكور سابقاً، ص55.

[92] علاوي، المصدر مذكور سابقاً، ص223-225.

- **النشاط الرياضي للصحة واللياقة:** إنطلاقا من الفكرة السائدة لدى الكثيرين سواء من الممارسين أو من غير الممارسين للنشاط الرياضي، فإن هذا اللون من النشاط يمكن أن يفيد الصحة ويسهم في أسباب اللياقة البدنية، إذ من المعتقد أن هناك بعض الأنشطة البدنية يمكن أن تتميز أساسا بإسهامها وبدرجة كبيرة في تحسين صحة الفرد ولياقته البدنية.
- **النشاط الرياضي كخبرة توتر ومخاطرة:** المقصود بذلك تلك الأنشطة الرياضية التي تشتمل على جوانب معينة من المخاطر يدركها الفرد وتثير لديه شعوراً بالتوتر، والتي قد تظهر في بعض الأنشطة الرياضية التي تتميز بإستخدام السرعة الزائدة أو التغير السريع المفاجىء للحركات

أو توقع التعرض لبعض الأخطار مع إفتراض قدرة الفرد بصفة عامة على التحكم في مثل هذه المواقف والسيطرة عليها.

- **النشاط الرياضي كخبرة جمالية:** يرى الكثير من الأفراد أن هناك أنشطة رياضية لها قيمة جمالية عالية. وهذا يعني أن هناك أنشطة رياضية معينة يدركها الفرد على أنها ذات طابع جمالي أو قد ترتبط بنوعيات فردية أو جمالية أو قد تمتلك القدرة على إشباع التذوق الجمالي أو الفني لدى البعض.
- **النشاط الرياضي لخفض التوتر:** قد يكون النشاط الرياضي في نظر البعض وسيلة لخفض التوترات الناجمة عن الإحباطات الناشئة من ضغوط الحياة العصرية، وعلى ذلك يصبح النشاط الرياضي في هذه الحالة وسيلة للترويح وقضاء وقت الفراغ، وكعامل مساعد في تفريغ الإنفعالات المكبوتة وبالتالي خفض التوتر.

- **النشاط الرياضي كخبرة للتفوق الرياضي:** يرى البعض أن النشاط الرياضي قد يوفر المجال لإشباع الحاجة إلى التفوق الرياضي والمنافسة الرياضية. وقد يبدو أن ممارسة الأنشطة الرياضية التنافسية المعاصرة وخاصة في مجال المستويات الرياضية العالية ترتبط بنوع من الخبرات التي تدفع إلى المثابرة على التدريب الشاق وبذل الجهد وكبح جماح النفس في العديد من المواقف كما تتطلب التخلي عن الكثير من المصادر التي تشبع بعض الرغبات[93]

يتضح مما سبق أن كنيون حدد ابعاد الاتجاه وفقا لبعض الدراسات النظرية والتجريبية ولقد إستطاع كينون في ضوءها أن يحدد هذه الأبعاد الذي يؤكد فيها أن كل فرد يمكنه أن يتخذ إتجاها موجبا أو سالبا، فقد يكون الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي كقيمة اجتماعية تشترك فيه جماعة وقد يكون كإتجاه ذو طابع صحي يمكنه من توقع التعرض لبعض الأخطار مع إفتراض قدرة الفرد بصفة عامة على التحكم، كما نجد هناك فئة تسعى من خلاله لإشباع التذوق الجمالي وكذلك وسيلة للترويح، وهذا يتحقق بما يعيشه الفرد داخل بيئيته وأسرته التي قد تكون عاملاً في تعزيز الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وهو ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

[93] علاوي، المصدر نفسه، ص444-445.

5- قياس الإتجاه نحو النشاط الرياضي

يقول أبو النيل "لو اتفقنا على تعريف الاتجاه بأنه ميل ينتظم ويدور حول قيمة من القيم أو موضوعا من المواضيع أو جماعة من الجماعات البشرية، فإن قياس الإتجاه يصبح تسجيلاً للاستجابة اللفظية للفرد والخاصة باتجاهه حول تلك القيمة أو الموضوع أو الجماعة، ويمكن ترجمة هذا التسجيل الى قيمة عددية من خلال أحد الاستبيانات الخاصة بقياسه. فمقاييس الاتجاهات هي وسائل تحدد شدة أو قوة الاتجاه الذي يعتبر متغيرا رئيسيا يخص كل إنسان، فكل اتجاه مهما كان سياسي، اقتصادي، ديني أو اجتماعي فانه يمكننا تشخيصه بدرجات تهمنا في معرفة الاتجاه ونوعه. وفي ميدان التربية البدنية والرياضية فان قياس الاتجاهات نحو النشاط البدني الرياضي يسمح بتوقع نوعية سلوك الفرد نحو الانشطة الرياضية، نظرا لان الاتجاه يوجه استجابات الفرد بطريقة تكاد تكون ثابتة نسبيا، ومن ناحية اخرى فان قياسها يساعد المربي على تشجيع الاتجاهات الايجابية والمرغوب فيها، كما يسهم في محاولة تعديل أو تغيير الاتجاهات غير المرغوب فيها والتمهيد لتنمية واكتساب الافراد اتجاهات جديدة. وعند قياس الاتجاهات يجب مراعاة الفرق بين الاتجاه اللفظي الذي نستدل عليه من نتائج مقاييس الاتجاهات والذي يعبر عنه الفرد لفظيا، وبين الاتجاه العملي أو الفعلي الذي يعبر عنه الفرد عن طريق الأداء أو السلوك[94]

هناك العديد من الطرق المنظمة لاستنتاج وقياس الاتجاهات والأبعاد التي تصنف على أساسها، فهناك الطرق الغير مباشرة التفسيرية والتي تتضمن المنبهات الاسقاطية

[94] مجيد فرنان: دور الجمعيات الرياضية الجوارية في تطوير اتجاهات الشباب نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي والترفيهي، رسالة دكتوراه، معهد العلوم البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3، 2015، ص113.

وطريقة السلوك التعبيري. والطرق المباشرة اللفظية التي تستخدم بكثرة في قياس الاتجاهات، والطرق غير المباشرة أو الاسقاطية، وهناك نوع ثالث من طرق القياس يتمثل في الأساليب الموقفية أو طرق القياس العملي والتي تقيس الاتجاه باستعمال طرق الملاحظة المختلفة في مواقف معينة.

يمكن القول أن هناك نوعين من طرق القياس اللفظية وغير اللفظية، وهنا يستند التصنيف الى ظيا طرق التعبير عن الاتجاه، إذ يؤكد الباحثون على ذلك، فعندما يعبر الافراد عن رأيهم نحو نتيجة سؤالهم أو تلقائيا في جلسة من الجلسات مع أصدقائهم يقع هذا التعبير ضمن الطرق اللفظية، وعندما يعبرون عن سلوكهم بشكل عملي كان يمارسون هذا السلوك أو ذاك يكون هذا التعبير من الطرق غير اللفظية، ويطلق على تعبير الفرد اللفظي عن أي موضوع عند سؤاله "الاتجاه اللفظي المستثار" ويطلق على تعبيره اللفظي التلقائي "الاتجاه اللفظي التلقائي" بينما يطلق على سلوك الفرد الواقعي أو العملي : الاتجاه العملي وهو يعبر عن اتجاه المفحوص عمليا عن طريق السلوك الظاهري، وهكذا تتحدد أدوات القياس بأساليب التعبير عن الاتجاهات، حيث يلجا الباحث بالضرورة الى الملاحظة المباشرة للسلوك عندما يرغب في التعرف على الاتجاه العملي الذي يتحدد بالسلوك الفعلي الظاهر، بينما يلجا الى التقنيات الأخرى مثل المقابلة والاستخبارات والأساليب الاسقاطية عندما يرغب في التعرف على الاتجاه اللفظي، وهذا حسب الأهداف من جهة والإطار النظري الذي يتبناه من جهة اخرى. ومادام موضوع بحثنا يتعلق بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي فإننا سنتطرق بنوع من التفصيل لمقياس الإتجاهات نحو التربية الرياضية.

- **مقياس الاتجاهات نحو التربية البدنية والرياضية:** يسمح قياس الاتجاهات في ميدان التربية البدنية والرياضية بتوقع نوعية سلوك الفرد، نظرا لأن الاتجاه يوجه استجابات الفرد

بطريقة تكاد تكون ثابتة نسبيا، ومن ناحية أخرى فان قياس مثل هذه الاتجاهات يساعد الرياضي على تشجيع الاتجاهات الايجابية (أو المرغوب فيها) كما يساهم في محاولة تغيير أو تعديل الاتجاهات السلبية (غير المرغوبة) والتمهيد لتنمية اتجاهات جديدة وإكسابها للأفراد. وعند قياس الاتجاهات يجب مراعاة الفرق بين الاتجاه اللفظي والاتجاه العملي. ومن أهم مقاييس الاتجاهات نحو ممارسة النشاطات البدنية والرياضية:

- **مقياس ادجنجتون للاتجاهات:** وضعه في الأصل تشالز ادجنجتون(charles edgington)لقياس اتجاهات تلاميذ المدارس الثانوية الجدد نحو التربية البدنية، واعد صورته العربية محمد حسن علاوي، ويصلح المقياس التطبيقي على التلاميذ والتلميذات ابتداءا من مستوى الصف الثالث الإعدادي حتى انتهاء المرحلة الثانوية. واشتملت الصورة الأصلية للمقياس على (66)عبارة، اما الصورة العربية فتتكون من 44عبارة ويستجيب كل فرد على كل عبارة في ضوء مقياس مدرج من(05)تدريجات (أواقف بدرجة كبيرة، أوافق، لم أكون رأي بعد، أعارض، أعارض بدرجة كبيرة) ويتكون المقياس من 22عبارة ايجابية 22عبارة سلبية.

والدرجة النهائية للمقياس هي مجموع درجات جميع العبارات الايجابية والسلبية ويقدّر الحد الأقصى لدرجات المقياس (220) درجة، وكلما زاد واقترب الفرد من هذا الحد كلما دل على اتجاهاته الايجابية العالية نحو التربية الرياضية.

- **مقياس كينيون للاتجاهات نحو النشاط البدني:** وضعه في الأصل "جيرالد كنيون " gerald kenyon واعاد صورته العربية محمد حسن علاوي. وقد تم وضع المقياس على أساس افتراض النشاط الرياضي يمكن تبسيطه على مكونات أكثر تحديدا وأوضح معنى،

كما يمكن تقسيمه الى فئات فرعية غير متجانسة تقريبا. وهذه المكونات أو الفئات الفرعية توفر مصادر متعددة للإشباع وذات فوائد متباينة تختلف من فرد الى آخر، أي أن النشاط الرياضي يصبح بهذا المفهوم خبرة تختلف من شخص لآخر، وقد يكون ذلك على أساس الفائدة العملية أو القيمة الأدائية التي يمثلها نوع النشاط الرياضي بالنسبة للفرد، وفي رأي كينيون أن الفرد قد يتخذ اتجاها موجبا نحو بعض هذه الفئات أو المكونات الفرعية، وقد يتخذ اتجاها سالبا نحو بعض الفئات أو المكونات الفرعية الأخرى. والاتجاه طبقا لمفهوم كنيون هو استعداد مركب ثابت نسبيا يعكس كل من وجهة وشدة الشعور نحو موضوع نفسي معين ، سواء أكان عيانيا أو مجردا، وفي ضوء هده المفاهيم السابقة وفي إطار بعض الدراسات النظرية والتجريبية استطاع كنيون أن يحدد(06) أبعاد للاتجاه نحو النشاط الرياضي وهي: خبرة اجتماعية، الصحة واللياقة، التوتر والمخاطرة، خبرة جمالية، خفض وتوتر، التفوق الرياضي.

ويتضمن المقياس في النسخة العربية (54) عبارة لكلّ من البنين والبنات، ويقوم كل فرد بالإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس بما يتناسب مع اتجاهه نحوها طبقا لمقياس مدرج من خمس تدريجات ودرجات أبعاد المقياس هي مجموع درجات كل بعد على حدة، ولا تجمع درجات الأبعاد الستة معا، إذ ليس للمقياس درجة كلية، والدرجة العالية على كل بعد تشير الى الاتجاهات الايجابية أو العالية نحو هذا البعد، والدرجة المنخفضة على كل بعد تشير الى الاتجاه المنخفض نحو هذا البعد[95]

[95] علاوي، المصدر مذكور سابقاً، ص228.

ثـانيا: ممـارسـة النشـاط الرياضــي

1-مفهوم ممارسة النشاط الرياضي

وفقا لبوشارد وزملائه (Bouchard et all,1993) فإن النشاط الرياضي هو ذلك الأسلوب لزيادة صرف الطاقة وفيه الإمكانية لجعل وزن الجسم طبيعيا في الكثير من الحالات خاصة إذا استمر أداء هذا النشاط لسنوات عدة[96]

كما عرفه تشارلز بيوكر (T Bucher) نقلاً عن (بومعراف، 2014) بأنه نوع من النشاط الذي يسعى الفرد من خلاله لتعزيز قدرته الجسمية عن طريق الأجهزة العضوية المختلفة وينتج عنها القدرة على الشفاء ومقاومة التعب.

2-أنواع النشاط الرياضي

يمكـــن تقســـيم النشـــاط الرياضـــي إلـــى ثلاثـــة أنـــواع وهـــي: النشـــاط الترويحي،التنافسي،النفعي.

2-1- النشاط الرياضي الترويحي: تتصل الرياضة اتصالا وثيقا بالترويح، ولعل الترويح هو أقدم النظم الاجتماعية ارتباطا بالرياضة وربما كان أقدم من نظام التربية في اتصاله بالرياضة، فطالما استخدم الانسان الرياضة كمتعة وتسلية ونشاط ترويح في وقت فراغه، ويعتمد الترويح على أنشطة الفراغ والتي أصبحت كثيرة ومتنوعة وخاصة فيما يتصل بالأنشطة

[96] سمية جعفر حميدي سليمان، اسماعيل علي اسماعيل، صلاح جابر فريني، أحمد ادم أحمد: ممارسة النشاط البدني والصحة للكبار وأمراض العصر، كلية التربية البدنية والرياضة ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2000، ص4.

البدنية والرياضية، بحيث تتوزع مشاركة الأفراد والجماعات في ضوء الاعتبارات المختلفة كالسن،الميول ومستوى المهارة..إلخ، الأمر الذي يعمل على تخطي الانفصال بين الأجيال وتضييق الفجوة بينهما، وبالتالي يرتبط المجتمع بشبكة من الإهتمامات والإتصالات من خلال الأسرة فيما يتيح قدرا كبيرا من التماسك والتفاهم والاتصال داخل المجتمع الواحد.

2-2- النشاط الرياضي التنافسي: يستخدم تعبير المنافسة استخداما موسعا وعريضا في الأوساط الرياضية،ويعتبر المتنافس غالبا ما يكون بديلا أو مرادفا لكلمة الرياضي،كما تستخدم تعبير المنافسة بشكل عام من خلال وصف عمليتها وتتحقق عندما يكافح اثنان أو أكثر في سبيل شيء ما أو لتحقيق هدف معين[97]

2-3- النشاط البدني الرياضي النفعي: يشير (الخولي، 1996) لمفهوم النشاط الرياضي النفعي على أنه تعبير يقصد به مختلف أنواع الأنشطة الرياضية النفعية التي تعود بالنفع والفائدة على الفرد من الناحية النفسية والعقلية والاجتماعية والبدنية والصحية مثل التمرينات الصباحية و تمارين اللياقة من أجل الصحة والتدريب الرياضي[98].

ومن خلال أنواع الأنشطة الرياضية التي تم عرضها سابقا يمكن القول بأن لكل نوع من هذه الأنشطة وظيفة معينة، تختلف باختلاف نوعها، وهو ما سنحاول توضيحه في العنصر الموالي.

---

[97] كمال درويش، أمين أنور الخولي:، أصول الترويج وأوقات الفراغ، القاهرة، دار الفكر العربي، 1990، ص41.

[98] درويش، المصدر نفسه، ص194.

3- وظـائف النشـاط الرياضـــي

3-1- النشاط الرياضي لشغل أوقات الفراغ بطريقة مفيدة

قد يكون النشاط الرياضـي أحسن مصدر لكل الناس الذين يودون الإستفادة على الأقل من أوقات فراغهم، من نشاط بنّاء يعود عليهم بالصحة والعافية، على الرغم من وجود الكثير من الأنشطة المفيدة كالرسم، والنحت، قيادة السيارات وغيرها، إلا أنه لا يجب أن تكون بديلة للنشاط الرياضي والوسيلة الوحيدة لتنمية الكفاءة البدنية والحركية اللازمة للحياة المتدفقة، ولكن يمكن أن تكون هذه الأنشطة وسائل مساعدة لشغل أوقات الفراغ بطريقة مفيدة. وهكذا يساهم النشاط البدني والرياضي في حسن استغلال وقت الفراغ وحل إحدى أهم مشكلات العصر الخطيرة، لأنّ الكثير من المدمنين على الكحول والمخدرات كان سبب إدمانهم عدم استغلال مفيد لوقت الفراغ.

3-2- النشاط الرياضي لتنشيط الذهن

يلاحظ أنّ الفرد الذي يقبل على النشاط الرياضي بحيوية وصدق يكون في حالة تهيأ عقلي أفضل من الإنسان الذي يركن إلى الكسل والخمول، حيث تكافؤ العوامل الأخرى المؤثرة على النشاط الذهني مثل الثقافة، الوراثة، السن والجنس.

كما يبدو منطقيا أن يتفوق الممارسون للأنشطة الرياضية في القدرة العقلية لأن مجالات الرياضة زاخرة بالمواقف التي تتطلب إدراكا بصريا للحركة، الأمر الذي يؤدي إلى تنمية وتطوير القدرة، وبالتالي تنمية وتطوير التفكير والذكاء العام، وهذا يعني بوضوح أن النشاط الرياضي يساهم في إنعاش الذهن وإستخدامه إستخداما أكثر فائدة وتأثيرا. وفي هذا الصدد يشير السيد(1969) إلى أن النشاط الرياضي يعمل على فتح العقول وتقوية العضلات، بالإضافة إلى ألوان النشاط الرياضي

ليست مقتصرة على الناحية البدنية فقط بل يصاحبها إكتساب الكثير من المعلومات والمعارف ذات الأهمية البالغة في تنمية الثقافة العامة[99]

3-3- النشاط الرياضي لتنمية التفكير

إن للأداء الرياضي الحركي جانبين، جانب فكري يتمثل في التفكير في الحركة قبل أدائها وتحديد غرضها ومسارها (القوة، السرعة، الإتجاه) وهذا التحديد العقلي هو ما يسمى بالتوقع الحركي أي المداومة الفكرية الرياضية. وآخر عملي بتطبيق الحركة فعليا، على ضوء استبصاره المسبق للعلاقات الكائنة بين الوسيلة والهدف وهو ما يسمى بالإيقاع الحركي. والمؤكد أن التفكير المسبق للحركة ومدى صياغة العقل وأبعادها هو الذي يتوقف عليها نجاحه، فكلما التفكير والأداء ناجحا ومحققا لأغراضه وأهدافه والعكس صحيح، فالأداء الحركي الرياضي لا يتم بصورة آلية ولكنه يتأسس على التفكير الذي يؤثر فيه ويتأثر به وهنا تكمن أهمية الأنشطة الرياضية في تنمية التفكير.

3-4- النشاط الرياضي لإثراء العلاقات الإجتماعية

النشاط الرياضي هو الذي يتخذ مركبة العناية في مجال نطاق الجماعة والمجتمع، والنشاط الرياضي لا يقتصر على تقديم وسائل تتيح للشباب فرص الإقتراب من بعضهم فقط ولكنه يساعد هؤلاء الشباب أيضا على التكيف الإجتماعي وإثراء العلاقات الإجتماعية والروح الرياضية ليست في مجال الرياضة فحسب بل في مجال الحياة داخل المجتمع[100]

---

[99] فؤاد الباهي السيد: الذكاء، القاهرة، دار الفكر العربي، 1969، ص38.

[100] السيد، المصدر نفسه، ص39-40.

3-5- النشاط الرياضي لدعم مقاومة الإنسان لمتاعب الحياة الحديثة

يحتل النشاط الرياضي مكانة بارزة بين الوسائل الترويحية الهادفة التي تساهم بدرجة كبيرة في تحقيق الحياة المتوازنة والتخلص من حدة التوتر العصبي ذلك أن الفرد حينما يستغرق في الأداء الرياضي الحركي يترك جانبا كل الهموم اليومية ومشاكلها ويتفاعل مع النشاط الرياضي الذي يكون يمارسه، ويتراخى تبعا لذلك من قبضة التوتر التي تشد أعصابه.

ويرى "Rydon" "أن السرعة المتزايدة للحياة الحديثة يمكن أن تحقق وطأتها عن طريق النشاط الرياضي وأن الملاعب والمساحات والشواطئ بمثابة معامل ممتاز ويستطيع أن يمارس فيها ويتحكم في عواطفه ويطرح القلق جانبا ويشعر بالثقة النابغة من قبل[101]

النشاط الرياضي لصيانة الصحة ولتحسينها

إن المجهود البدني الذي كان يقوم به الإنسان، وحتى المجهودات البدنية الإعتيادية فهي محدودة ومتكررة وهذا ما جعلها تفقد الإنسان تدريجيا مرونته وحساسيته وقدرته ويقع فريسة للأمراض مثلا "السمنة" ويشتكي من أمراض لم يكن يشتكي منها من قبل مثل أمراض الدورة الدموية، الجهاز العصبي، الجهاز الهضمي، والأمراض التنفسية، في حين استطاع الطب البشري أن يسيطر على معظم الأمراض ولكنه وقف عاجزا أمام الكثير من الأمراض الأخرى، والراجعة لإنتقال الإنسان من حياة النشاط والحركة إلى حياة الكسل والخمول، مما يجعله يتجه إلى مزيد من التحلل البدني، وبالتالي عدم القدرة على النهوض بواجباته الأساسية، لأن ذلك يتطلب منه قدرا كبيرا من اللياقة البدنية التي تمكنه من القيام بهذه الواجبات.

---

[101] علي يحي المنصوري: المكونات النفسية للتفوق الرياضي، كلية التربية البدنية والرياضية، الإسكندرية، 1978، ص30.

إن ممارسة النشاط الرياضي لا يقتصر فقط على مساعدة الفرد في التكيف الإجتماعي وتنمية التفكير بالإضافة لتنمية الكفاءة البدنية والحركية وشغل أوقات الفراغ بطريقة مفيدة، وإنما هناك أهداف أخرى إضافية مهمة للإرتقاء بالصحة، ولذلك فإننا سنعرض مجموعة من الأهداف التي تحققها ممارسة النشاط الرياضي.

4- أهداف ممارسة النشاط الرياضي

تتعدد أهداف ممارسة النشاط الرياضي بين التنمية الحركية والتنمية الإجتماعية والنفسية، والمعرفية والصحية، وغيرها وهو ما سنحاول تبيانه في هذا المجال.

4-1- التنمية الحركية: إن النشاط البدني والرياضي يسعى دوما إلى أرفع النتائج والمستويات المهارية والحركية بمختلف أنواعها لدى الفرد، بشكل يسمح له بالسيطرة الممكنة على حركته ومهارته ثم على آدائه، وحتى يحقق هذا الهدف يجب أن يقدم النشاط البدني الرياضي من خلال الأنشطة الحركية وأنماطها ومهاراتها المتنوعة في سبيل إكتساب: الكفاية الإدراكية، انطلاقة الحركية، المهارة الحركية. فالمهارة الحركية تنمي مفهوم الذات وتكسبه الثقة بالنفس، وتوفر طاقة العمل وتساعد على اكتساب اللياقة البدنية، وهي أيضا تتيح فرص الاستمتاع بأوقات الفراغ والتنشيط والترويج[102]

[102] محمد حسن علاوي: علم النفس الرياضي، الطبعة السابعة، القاهرة، دار المعارف للنشر والتوزيع، 1992، ص14.

4-2- التنمية الصحية: يساهم النشاط البدني الرياضي بقدر وفير في تنمية للوظائف الكبرى وتناسقها وتحفيز النمو، وجعل الفرد ميالا للعمل وبالتالي التكيف مع الوسط الطبيعي[103]

4-3- التنمية المعرفية: يتناول هدف التنمية المعرفية العلاقة بين ممارسة النشاط البدني والرياضي والخبرات والمفاهيم المعرفية التي يمكن إكتسابها من خلال ممارسة النشاط البدني والرياضي وتحكم أداءه بشكل عام، ويهتم الهدف المعرفي بتنمية المعلومات والمهارات المعرفية كالفهم والتطبيق، التحليل والتركيب وتقديم الجوانب المعرفية رغم انتسابها للنشاط البدني والرياضي مثل: تاريخ الرياضة وسير الأبطال، المصطلحات والتعبيرات اللفظية، مواصفات الأدوات والأجهزة وقواعد اللعب ولوائح المنافسة، طرق الأداء الفني والمهاري وأساليبها، الصحة الرياضية والوقاية، ضبط الجسم والأنماط التنفيذية، الخطط وإستراتيجية المنافسة.

4-4- التنمية النفسية: يعبر هدف التنمية النفسية عن مختلف القيم والخبرات والحصائل الإنفعالية المقبولة التي تكتسبها برامج النشاط البدني والرياضي للممارسين له، بحيث يمكن إجمال هذا التأثير في تكوين الشخصية المتزنة للإنسان والتي تتصف بالشمول والتكامل. كما يؤثر النشاط البدني والرياضي على الحياة الإنفعالية للفرد بتغلغله إلى أعمق مستويات السلوك، ولقد أوضحت الدراسة التي أجراها رائد علم النفس الرياضي (Oglifi) و (Netko) على خمسة عشر ألف من الرياضيين التأثيرات النفسية التالية: إكتساب الحاجة إلى تحقيق وإحراز أهداف عالية لأنفسهم ولغيرهم، الإتسام بالانضباط الإنفعالي والطاعة وإحترام السلطة، إكتساب مستوى

---

[103] درويش، الخولي، المصدر مذكور سابقاً، ص34.

رفيع من الكفايات النفسية المرغوبة مثل: الثقة في النفس، الإتزان الإنفعالي، التحكم في النفس، إنخفاض التوتر وإنخفاض في التغيرات العدوانية.

4-5- التنمية الإجتماعية: تعد التنمية الإجتماعية عبر برامج النشاط البدني، أحد الأهداف المهمة والرئيسية، فالأنشطة الرياضية تتسم بثراء المناخ الإجتماعي ووفرة العمليات والتفاعلات الإجتماعية التي من شأنها إكتساب الممارس للرياضة عدد كبيرا من القيم والمميزات المرغوبة، والتي تنمي الجوانب الإجتماعية في الشخصية ومن بين الأهداف الإجتماعية للنشاط الرياضي: الروح الرياضية، التعاون، الانضباط الذاتي، تقبل الآخرين بعض النظر عن الفوارق.

4-6- التنمية الترويحية: تشير الأصول الثقافية للرياضة أنها نشأت بهدف التسلية والمتعة والترويح والهدف الترويحي للنشاط البدني هو الهدف الذي يرمي إلى إكتساب الفرد للمهارات الحركية الرياضية وكذلك زيادة عن المعارف والمعلومات المتصلة بها، وكذا إثارة الإهتمامات بالأنشطة الرياضية، ولها تأثيرات إيجابية نحوه بحيث تصبح ممارسة الأنشطة الرياضية نشاطا ترويحيا يستمتع به الفرد في وقت فراغه مما يعود عليه بالصحة الجيدة والإرتياح النفسي والإنسجام الإجتماعي[104]

يمكن القول مما سبق طرحه أن الهدف الأساسي لممارسة النشاط الرياضي هو تعزيز الحالة الصحية للفرد وإكتسابه مهارات حركية رياضية تدل على تبنيه عادات صحية، وكذلك زيادة عن

---

[104] محمد عبد الخالق علام، وعبد مقصود محمد (1981)، السلوك الصحي وتدريسه، القاهرة ، مصر، دار المعارف، 1981، ص14-15.

المعارف والمعلومات المتصلة بها، خاصة أن الأنشطة الرياضية تتسم بثراء المناخ الإجتماعي مما تهف أيضا للتنمية النفسية والاجتماعية من خلال التأثير في تكوين الشخصية المتزنة للإنسان.

5- تأثيرات ممارسة النشاط الرياضي

5-1- أثر النشاط الرياضي على بعض الوظائف الحيوية: يؤدي النشاط الرياضي إلى تغيرات فزيولوجية وكيميائية داخل الخلايا العضلية، لإطلاق الطاقة اللازمة للأداء الرياضي، ويحدث ذلك نتيجة لزيادة نشاط الهرمونات والأنزيمات ومواد الطاقة التي تشارك في عمليات التمثيل الغذائي، ويتوقف تقدم المستوى الوظيفي للفرد على مدى إيجابية تلك التغيرات، بما يحقق التكيف للأجهزة أعضاء الجسم لكي تواجه الجهد والتعب الذي ينتج عن النشاط الرياضي. وترتبط عمليات التمثيل الغذائي التي تتم داخل الخلايا العضلية إرتباطا وثيقا بعمليات التمثيل الحيوي للطاقة، بحيث تسير تلك العمليات في حالة من الإتزان لإتمام التفاعلات الكيميائية فتكون مركبات بسيطة من مركبات أخرى أكثر تعقيدا في بعض الفترات، وتتكون المركبات المعقدة من أخرى بسيطة في فترات أخرى، وينتج عن ذلك كله إنتاج طاقة عضلية يستخدمها الفرد في نشاطه اليومي العادي، وعند ممارسة النشاط البدني[105]

5-2- أثر النشاط الرياضي على الصفات الشخصية: لقد لوحظ النشاط الرياضي على شخصية الفرد، ومدى أهمية هذا الأخير في ترقية سلوك الإنسان، ومن ذلك أن بعض علماء نفس الرياضة أكدوا على أن ممارسة الرياضة تؤدي إلى خفض السلوك العدواني باعتبارها وسيلة لتنفيس الطاقة وأنها تساعد على التخلص من بعض الإضطرابات النفسية مثل الإكتئاب. كما تبين أن تطوير اللياقة البدنية يؤثر في تحسين مفهوم وتقدير الذات للفرد،

[105] قياز، المصدر مذكور سابقاً، ص48-49.

فعلى سبيل المثال أظهرت نتائج دراسة (Morgan, 1980) وجود فروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي، ومن أهمها: الثقة في النفس، إنخفاض القلق، الإستقرار الإنفعالي، والمسؤولية، ولقد حدد(راتب، 1977) هذه التأثيرات كما يلي:

5-2-1- أثر ممارسة النشاط الرياضي على الحالة المزاجية: يعني المزاج حالة الفرد الإنفعالية أو قابليته للإنفعال وأسلوبه فيه ولذلك فهو دائم ومستمر ويعكس الحالة المزاجية التي تستمر عادة لفترة قصيرة. ومن أهم المشاكل التي قد يعاني منها الفرد غير الممارس للنشاط الرياضي هي: القلق، الحزن، التوتر، الإكتئاب، الغضب، العدوان، فقدان الحيوية والنشاط، التعب والكسل والإضطراب والإرتباك، وبينت أهم النتائج للبحوث التي أجريت للتعرف على أثر الممارسة الرياضية على الحالة المزاجية.

إن ممارسة الأنشطة الهوائية مثل: الجري، السباحة والمشي، تؤثر على النشاط وزيادة الحيوية لدى الأفراد مقابل إنخفاض الأبعاد الأخرى السلبية، مثل الحزن والإكتئاب والغضب والعدوان.

5-2-2- أثر ممارسة النشاط الرياضي على الحالة الإنفعالية: يعتبر الإنفعال بوجه عام مظهر لفقدان الإستقرار أو التوازن بين الفرد ومحيطه الإجتماعي، كما أنه في الوقت ذاته وسيلة لإعادة التوازن، والنشاط البدني الرياضي يؤدي إلى زيادة مصادر الإنفعالات الإيجابية مثل: الإستمتاع، السعادة، الرضا، الحماس والتحدي.

ولقد حاول (Kerter, 1987) نقلا عن(أسامة راتب، 1977) التعرف على العلاقة بين إنتظام الأفراد في ممارسة النشاط البدني الرياضي ودرجة السعادة، فأظهرت النتائج أن الأشخاص الأكثر إنتظاما في ممارسة الرياضة هم الأكثر بالسعادة، وأمكن تفسير ذلك في ضوء المتغيرات التي

حسنت نتيجة ممارسة الرياضة ومنها: زيادة كفاية الذات والحصول على فرص أكثر للإتصال الإجتماعي"[106]

5-2-3-أثر ممارسة النشاط الرياضي على خفض القلق والإكتئاب: يعد القلق النفسي أكثر الأمراض النفسية شيوعا هذا العصر، الذي يمكن أن نطلق عليه ببساطة عصر القلق، ولقد اهتم الباحثون في السنوات الأخيرة بمعرفة التمرينات التي تساعد على علاج القلق والإكتئاب، وأظهرت الأبحاث العلمية أن معدل إنتشار الإكتئاب بين الناس حوالي (6%) وهو أكثر إنتشارا بين النساء منه عند الرجال بـ½، وغالبا يظهر المرض في سن الشباب وتشير بحوث أقيمت على عينة قوامها (1750) طبيبا أمريكيا، (85%) منهم يصفون إستخدام التمرينات الرياضية كعلاج للإكتئاب، ويذهب "Dechnan" إلى توقع زيادة إستخدام ممارسة النشاط البدني كنوع من الوقاية والعلاج في مجال الصحة النفسية للإعتبارات التالية:

- تزايد الوعي بأهمية أسلوب الحياة في تطوير حياة الفرد إلى الأفضل.
- تطوير مجالات جديدة تستخدم التمرينات الرياضية كنوع من العلاج، مثل مجالات الصحة النفسية، والطب السلوكي.
- محددات إستخدام العلاج التقليدي لبعض الأمراض النفسية والحاجة إلى إستخدام أساليب علاج حديثة مثل: التمرينات الرياضية.
- زيادة التكلفة لعلاج الأمراض النفسية والحاجة إلى البحث عن بديل أقل تكلفة وأقل مخاطرة مثل: النشاطات الرياضية[107]

---

[106] أسامة راتب: علم النفس الرياضة، القاهرة، دار الفكر العربي، 1977، ص27.

[107] فرنان، المصدر مذكور سابقاً، ص221.

6- دور الأسرة والتنشئة الاجتماعية في تعزيز الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

للأسرة دور كبير في دفع و توجيه الأبناء لممارسة الأنشطة الرياضية حيث أن هناك عدة مهام يمكن أن تقوم بها الأسرة لغرض تحضير الأبناء نحو الأداء الرياضي من على النحو التالي:

– قيام العائلة خاصة الأباء والأمهات بتثقيف الأبناء والبنات بالفوائد و الإيجابيات الصحية و التربوية التي تتلخص لها الألعاب والأنشطة الرياضية المختلفة، ومبادرة العائلة إلى تغيير الأراء و الأفكار والمعتقدات التي جمعها البعض إزاء الرياضة.

–إعتماد العائلة أساليب الثواب والعقاب مع أبنائها بالنسبة لمواقفهم وممارستهم الرياضية، فالعائلة الحريصة تستطيع مكافأة وتقويم الأعضاء الذين يساهمون في الأنشطة الرياضية ويتميزون في مجالاها المختلفة، و يستطيع فرض العقاب على الأعضاء الذين لا يزاولون الأنشطة الرياضية، و يتهربون من إلتزاماتها و ضوابطها، و يقفون ضد البرامج والأنشطة الرياضية الخاصة و العامة.

– مشاركة العائلة في وضع البرامج الرياضية المختلفة للأبناء و تحضيرهم على العمل بموجبها و ربطها بالأهداف العليا للعائل.

– ضرورة قيام العائلة بتوفير المستلزمات الرياضية التي يحتاج إليها الأبناء كالملابس الرياضية و الكرات و النقود التي تساعدهم على المشاركة في الألعاب و المسافات و البطولات المحلية والدولية.

– قيام العائلة بحث أبنائها على رسم جدول زمني يوازن بين أوقات العمل وأوقات الفراغ والترويج مع استثمار أوقات الفراغ في ممارسة الأنشطة الرياضية التي تتلاءم مع أذواقهم وميولهم وإتجاهاتهم وأعمارهم مستوياتهم الإقتصادية والإجتماعية.

– قيام العائلة بالتنسيق مع الجماعات المرجعية الأخرى والمؤسسات الإجتماعية كالمدارس و المجتمعات المحلية ومنظمات الطلائع والشباب في تنظيم الأنشطة الرياضية والإستفادة من التسهيلات الرياضية والترويجية المتاحة.

– إن التأثيرات الاجتماعية والنفسية المختلفة باعتبارها جوانب من عملية التنشئة الاجتماعية يمكن أن يؤدي إلى قدر كبير من تكوين اتجاهات إيجابية نحو النشاط الرياضي[108]

فالأسرة من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية للأبناء تستطيع تكوين المواقف الإيجابية أو السلبية عند أبنائها إزاء الرياضة، غير أن الأسرة مهما تكن خلفيتها الاجتماعية والمهنية هي مرآة للمجتمع الذي تعيش فيه، فإذا كان المجتمع ينظر للرياضة نظرة مليئة بالاحترام والتقدير فإن العائلة تكون كذلك، والعكس صحيح. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العائلة لا تستطيع وحدها التأثير على تكوين الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بل حتى الجماعات المرجعية في المجتمع تساهم مع العائلة في تكوين هذه الاتجاهات والمتمثلة في كل من المدرسة والمجتمع المحلي ووسائل الإعلام الجماهيرية والقيادة وأماكن العمل...الخ، فإذا ما بادرت كافة هذه الجماعات المرجعية إلى تحفيز

[108] إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي: الاجتماع الرياضي، الطبعة الثانية، القاهرة، مركز الكتاب للنشر، 2004، ص44.

الأفراد مهما تكن فئاتهم العمرية نحو المشاركة في الأنشطة الرياضية فإن العائلة ستكون في موقع يساعدها في دفع أبنائها نحو احترام ومشاركة في النشاط الرياضي[109]

7- النشـاط الرياضـي وأمـراض العصـر

أمراض العصر كثيرة، والأكثر شيوعا هو إرتفاع ضغط الدم والسكرى والتهاب المفاصل وهشاشة العظام والسمنه وأمراض القلب والفشل الكلوي وغيرها. غير أننا سنركز في هذا المقام على السمنة بشيء من التفصيل، لكونها موضوع بحثنا هذا.

ترتبط السمنة بصفة مباشرة بكل المخاطر الاخرى المسببة لأمراض العصر ، والخطر الأكبر لدى الأفراد الذين لديهم دهن زائد على البطن (محيط الوسط الأكثر من 40 بوصة للرجال و 35 بوصه للسيدات أو معدل الوزن kg30/ m2 < (BM) (الوزن بالكيلو جرام مقسوم على الطول بالمتر) أ و نسبة الوسط الى الفخذ للسيدات 0.86 < للرجال 59 0- < فهذا يعتبر سمنة، والتمرين يساعد فى حرق السعرات الزائدة مع التمرين المنتظم يمكن تقليل الدهن الكلى للجسم و نقص دهن البطن يقلل مخاطر ارتفاع الكوليسترول والسكرى من النوع الثانى إتباع النظام الغذائى والتمر ين هى الطريقة الوحيدة لنقص الدهن الزائد بالجسم والحفاظ على وزن صحى[110]

---

[109] احسان محمد الحسن:علم الاجتماع الرياضي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار وائل للنشر، 2005، ص107.

[110] محمد عادل رشدى : التمرينات الطبية وامراض العصر، الاسكندرية، دار المعارف، 2011، ص51.

لقد أصبحت السمنة أمرا غير مرغوب فيه سواء للرجال أو النساء على حد سواء، وهي لا تحدث نتيجة الافراط في تناول الطعام فقط، بل إن الأبحاث قد أثبتت أنها تحدث نتيجة الافراط في الراحة والكسل وعدم بدل الجهد البدني ، كما أن ممارسة النشاط البدني لمدة (30) دقيقة يوميا يؤدي إلى نقص في الوزن قدره (11) كيلو جرام سنويا، بشرط أن يظل معدل استهلاك الطعام ثابتا. ولقد أوضحت الدراسات أن الأشخاص المصابين بالسمنة لا يأكلون أكثر من غيرهم من الأشخاص ذوي الوزن العادي إلا أن نشاط هؤلاء الأشخاص كان دائما أقل وهذا السبب في زيادة وزنهم أساسا،كما أن الكثير من المصابين بالسمنة يصيبهم اليأس من محاولة ازالة هذه السمنة عن طريق ممارسة الرياضة خاصة عندما يعرفون أن الشخص يحتاج لأن يمشي لمسافة طويلة جدا ليتخلص من كيلوجرام واحد من الدهن[111]

يؤدي النشاط الرياضي إلى مجموعة من التغيرات التي تحدث في الجسم والتي تتمثل في ارتفاع مستوى النشادر في الدم، إذ يقوم الشخص بالتمرن رياضيا مما ينتج النشادر وهي حصيلة لاستقلاب البروتين(حموض أمينية) ويمكن أن تكون السبب للرائحة ما بعد الركض، خاصة اذا كان الشخص يعاني من نقص عام في الكاربوهيدرات في الغذاء، الأمر الذي يجعل الجسم يحرق البروتين كوقود، فتزداد مستويات النشادر في العضلات وتنتقل عن طريق الدم الى الجهاز التنفسي وهكذا نتمكن من كشف رائحتها في النفس وشمها في العرق أيضا حيث يحول الكبد النشادر الى بولة يتم طرحها في البول، بالإضافة لارتفاع مستوى مركبات الأحماض الأمينية المتعددة(Polypeptides)، وتحرر هرمون الأدرينالين في دوران الدم استجابة للجهد الرياضي حتى يؤدي إلى زيادة في سرعة دقات القلب، وزيادة في قوة تقلص العضلة القلبية، وينتج عن هذا

[111] عبد الوهاب، المصدر مذكور سابقاً، ص80.

زيادة في جريان الدم الى عضلات الجسم، التي تكون بحاجة ماشة اليه لما يحمله من الاوكسجين ولتحميله ثاني أوكسيد الكربون الى الرئة للتخلص منه.

كما يسمح ممارسة النشاط الرياضي من تنشيط هرمون الأدرينالين الانزيم المسؤول عن انحلال الغليكوجين(المخزون في العضلات) لتحرير الغلوكوز الذي يؤمّن طاقة سريعة للعضلات عند تأكسدها، وتفكيك الخلايا الدهنية المخزونة.

وتخفض الرياضة التي يبذل فيها مجهود جيد الكوليسترول الكلي وكوليسترول البروتين الشحمي المنخفض الكثافة السيء(LDL–C) الذي يترسب في الشرايين ويعمل على تضييقها أو انسدادها، في حين ترفع كوليسترول البروتين الشحمي العالي الكثافة الجيد(HDL–C) الذي يعمل على ازالة الكوليسترول من الشرايين والنسج المحيطية وينقله الى الكبد حيث يتحول الى لأحماض الصفراوية التي تنطرح عن طريق الأمعاء، وكلما ارتفعت نسبة الـ(HDL–C) انخفضت نسبة الاصابة بأمراض الشرايين والقلب، ولذلك يعتبر الـ(HDL–C) جيدا وواقيا، ومن المفضل أن تكون نسبة الـ(HDL–C) 50 ميلغراما(وما فوق) في كل 100سم^3 من الدم، أما نسبة أقل من 30 ميلغراما عند الرجل وأقل من 40 ميلغراما عند المرأة فتشكل عامل خطورة مستقلا بالنسبة لأمراض الشرايين الاكليلية وأمراض نقص التروية القلبية، حتى عندما يكون مستوى الكولسترول الكلي أقل من 200 ميلغرام في كل 100سم^3 من الدم، لذلك تعتبر الممارسة الرياضية أهم وسيلة رئيسية لتعديل نسبة الـ(HDL–C) في الدم.

خـلاصة الفصـل

تعدّ ممارسة النشاط الرياضي الأسلوب الأساسي لجعل وزن الجسم طبيعيا وتحقيق الصحة في شقيها النفسي والجسدي، وذلك لا يتحقق إلا بتزايد الوعي حول أهمية اكتساب أسلوب حياة صحي يعمل على تطوير حياة الفرد إلى الأفضل، وزيادة التكيف الإجتماعي وإثراء العلاقات الإجتماعية، لذلك يعتبر النشاط الرياضي في نظر البعض وسيلة لخفض التوترات الناجمة عن الإحباطات الناشئة عن ضغوط الحياة العصرية وكذلك للتخلص من أمراض العصر عامة والسمنة خاصة، من خلال زيادة صرف الطاقة وإمكانية جعل وزن الجسم طبيعيا وهذا لا يأتى فقط عن طريق النظام الغذائي (الرجيم) وإنما بممارسة النشاط الرياضي والتمارين التي تساعد على حرق السعرات الزائدة بشكل منتظم. كما تساهم ممارسة النشاط الرياضي في تنمية مختلف القيم الانفعالية المقبولة التي يتعلمها ويكستبها الفرد خلال ممارسته مما يؤثر بطريقة إيجابية في تكوين تنمية اتزانه الشخصي والانفعالي والاجتماعي من خلال التفاعلات الاجتماعية التي تضمنها الممارسة الجماعية للنشاط الرياضي، وهو ما يسكبه قيماً اجتماعية تنمي لديه القدرة على التوافق مع مقتضيات الحياة والمجتمع.

الفـــصل الـــرابـــــع

السّمنـــــة

تمـهيد

لقد تضـاعفت نسـبة انتشـار بعض الأمـراض المزمنـة فـي الوقت الـراهن، وارتبطـت هذه الزيـادة ببعض الظواهر المرضية التي نجد ضمنها مرض السمنة، ولعلّ أكثر هذه العوامل المتسببة فـي تزايـد نسـب السـمنة هـو غيـاب الـوعي الصـحي وعـدم اتبـاع الأنظمـة الصـحية، التـي كانـت سـبباً لانتشارها، كما تسببت العوامل البيئية الخارجية في تزايد نسبة السمنة مع التقدم التكنولوجي بظهور العديـد مـن الأجهـزة والآلات التـي أدت لانحفـاض وقلـة حركـة الأفـراد وتبنـيهم لـبعض السـلوكيات المضـرة بالصـحة، ومـا خلفتـه مـن انعكاسـات سـلبية علـى الصـحة النفسـية والجسـدية. وعليـه قمنـا بالتطرق الى أهم مايتعلق بالسمنة وأسبابها الرئيسية، وتحديد الأخطار والمضـاعفات الناجمـة عنها والتي تستلزم تغيير العادات غير الصحية واتباع نظام صحي لتحقيق نمط حياة صحي.

1- السّمـنة(Obesity)

تعتبر السمنة إحدى المشاكل الصحية الشائعة بين شعوب العالم المختلفة ، وتعرف بأنها زيادة فى نسبة الدهن المختزنة داخل الجسم وتحت الجلد عن الحد الطبيعي[112]

تعرف السّمنة في القاموس الطبي(la Rousse médicale, 1990) على أنها تضخم الأنسجة الدهنية، الذي ينتج عنه الوزن الزائد في الجسم ،وهي زيادة نسبة الدهون المخزنة داخل الجسم وتحت الجلد عن الحد الطبيعي لها، فمتوسط نسبة الدهون في جسم المرأة يتراوح ما بين(22 و25) بالمئة فإذا زادت نسبة الدهون في جسم المرأة عن هذه المعدلات اعتبرت المرأة بدينة، ومتوسط نسبة الدهون في جسم الرجل تتراوح ما بين 12 و15 بالمئة، فإذا زادت نسبة الدهون عن هذه النسبة اعتبر الرجل بدينا [113]

كما تعرف السمنة حسب (Power M.L,2008) على أنها زيادة ترسيب أو تخزين الدهن في الأنسجة الدهنية. كما عرفها بعض الباحثين بأنها تمثل الزيادة في الوزن بحوالي 20 %عن الوزن المثالي بالنسبة للسن والجنس. وزيادة الوزن لا تعني بالضرورة الإصابة بالسمنة ، لأن ذلك قد يكون راجعاً إلى زيادة السوائل بالجسم أو زيادة وزن العضلات والعظام ، وهي الحالة التي يكون فيها مؤشر كتلة الجسم 30 وما فوق(Power M.L,2008) ويستعمل مؤشر كتلة الجسم(Body Mass Index) والذي يرمز إليه إختصاراً بـ(BMI) كدليل على السمنة ويحسب بالمعادلة التالية:

---

[112] محمد كمال السيد يوسف: الموسوعة المصرية في تغذية الانسان، الطبعة الثانية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع، 1994، ص104-115.

[113] فاطمة الزهراء اليازيدي، شاكر أمير بوريجي: الإصابة بالسمنة وإدراك الضغوط النفسية، دراسة ميدانية على عينة من الفتيات العازبات المصابة بالبدانة، مقال في مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد العاشر، الجزائر، 2013، ص101.

الوزن (كلغ)

مؤشر كتلة الجسم(BMI)= ——————————

الطول (متر)^2 [114]

ومن جهتها تعرف منظمة الصحة العاملية السمنة على أنها تلك الحالة التي يبلغ فيها ذلك النسب 30 أو يتجاوزها، وتعد هاتان النسبتان الحدّيتان مرجعا هاما لتقييم فرط الوزن والسمنة لدى الأفراد، وهذا المنسب هو مؤشر كتلة الجسم Indice de Masse IMC (Corporelle) وهو مؤشر بسيط للوزن مقابل الطول، يستخدم عادة لتصنيف "فرط الوزن" و"السمنة "بين البالغين من السكان والأفراد بصفة عامة. كما يطلق عليه أيضا مصطلح (BMI, Body Mass Index). استخدم هذا المصطلح أو المؤشر في بداية الأمر للكشف عن كتلة الجسم بالنسبة للأفراد اللذين تتراوح أعمارهم بين(18 و65 سنة)، لكن و بالنظر للتطورات التي طرأت منذ تصميمه من طرف العامل البلجيكي "Quetelet"، تم بعد ذلك إدراج تصنيفات أخرى تشمل الأعمار ما بين(0 و18 سنة). ويحسب ذلك المنسب بتقسيم الوزن (بالكيلوغرام) على مربع الطول(بالمتر). لذلك تعرف السمنة حسب منظمة الصحة العالمية بأنها تراكم الدهن الذي يسبب تضخم الأنسجة الدهنية التي ينتج عنها الوزن الزائد في الجسم حيث يساوي أو يفوق (30) وحدة حسب مؤشر الكتلة الجسمية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية[115]

---

[114] Whitney,E,N and Rolfes,R.S(2005) Understanding nutrition(10th ed)Belmont,CA,Wadsorth Publishing Company.

[115] اليازيدي، بوريجي، المصدر مذكور سابقاً، ص101.

2-أنــواع السمنة

في حقيقة الأمر لا يوجد تصنيف معتمد عالميا للسمنة. ففي حين يصنفها بعض الخبراء استنادا الى أسبابها، يقوم البعض الآخر بتصنيف السمنة بحسب حدتها وشدتها، كما أن منهم من يصنفها بحسب توقيت ظهورها. بشكل عام مر يمكن تصنيف السمنة حسب مايلي:

2-1-السمنة حسب المرحلة العمرية

يشير الركبان(2005) على أنه يمكننا تصنيف السمنة حسب المرحلة العمرية على النحو التالي:

2-1-1- **السمنة في مرحلة الطفولة:** وهي التي تبدأ من الطفولة وتستمر طوال العمر ويكون عادة صعب علاجها لأن السمنة في الصغر تكون بسبب زيادة عدد الخلايا الدهنية في الجسم، وهذه الخلايا لا يمكن التخلص منها في الكبر عن طريق الحد من السعرات الحرارية.

2-1-2- **السمنة في مرحلة البلوغ:** وهي التي تظهر لدى النساء أكثر من الرجال، ويرجع سببها الى زيادة حجم الخلايا الدهنية لا الى زيادة عددها. وهذا النوع من السمنة يمكن علاجه بممارسة الأنشطة الرياضية والإلتزام بالتغذية السليمة[116]

[116] محمد بن عثمان الركبان: البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، 2009، ص58.

2-2- السمنة حسب مناطق توزيع الدهن في الجسم

ويذكر يوسف(1994) أنها تصنف وحسبما يظهر من العنوان إلى:

2-2-1- سمنة الجزء العلوي للجسم (Upper Body) :ويطلق عليها اسم السمنة الذكرية حيث أنها غالبا ما تحدث للرجال وفيها يلاحظ زيادة نسبة توزيع الدهن بمنطقة البطن بصفة عامة. ويعتبر هذا النوع من السمنة خطرا على الصحة حيث يسبب الاصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

2-2-2- سمنة الجزء السفلي للجسم (Lower Body) :ويطلق عليه اسم السمنة الأنثوية، وذلك لزيادة انتشارها بين السيدات، وهي تعني زيادة نسبة توزيع الدهن في مناطق أسفل الجذع[117]

[117] محمد كمال السيد يوسف: الموسوعة المصرية في تغذية الانسان، الطبعة الثانية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع، 1994، ص29.

3- تصنيف السمنة (Obesity Classification)

اعتمادا على الشكل المورفولوجي للأنسجة الدهنية(Adipose Tissue Morphology)

تصنف السمنة الى قسمين :

- السمنة نتيجة لتضخم خلايا الأنسجة الدهنية(Hypertrophic Obesity)
- السمنة الناتجة عن زيادة عدد خلايا الأنسجة الدهنية وكبر حجمها بنفس الوقت (Hyperplastic-Hypertrophic Obesity)

ويلاحظ أن النوع الأول من السمنة يظهر لدى البالغين وهي السمنة الناتجة عن تضخم الخلايا في الأنسجة الدهنية حيث من الصعب زيادة عددها، أما النوع الثاني فيظهر لدى الصغار حيث تزداد أعداد الخلايا في الأنسجة الدهنية ويكون الطفل في حالة نمو وبنفس الوقت قد يزداد حجم هذه الخلايا الدهنية.

إذ قد تبدأ السمنة من الطفولة وتستمر طوال العمر ويكون عادة صعب علاجها لأن السمنة في الصغر تكون بسبب زيادة عدد الخلايا الدهنية في الجسم أما عند الشخص الراشد فتكون بسبب زيادة حجم الخلايا الدهنية لا إلى زيادة عددها، وهو ما يسمح بالعلاج بإستخدام النشاط الرياضي وفقا لنتائج التشخيص المتعلقة بها.

4- النظريـات المفسـرة للسـمنة

جمع عمرو قاسم(2020) النظريات المفسرة للسمنةضمن نظريات على النحو التالي:

4-1- نظريـة معادلـة تـوازن الطاقـة(Energy balance equation (theory

إن السعرات الحرارية التي تدخل الجسم أي (المكتسبة) يجب أن تساوي عدد السعرات الخارجة والتي يستهلكها الجسم(المستهلكة أو المصروفة) وذلك من أجل أن يحافظ الجسم على وزنه، وبذلك تتحقق معادلة توازن الطاقة، بمعنى أن السعرات الحرارية التي يكتسبها الجسم تساوي السعرات الحرارية التي يستهلكها الجسم، وأن التغييرات في وزن الجسم تحدث في حالة عدم التوازن بين الطاقة المكتسبه والمستهلكة.

- إن نقص عدد السعرات المكتسبة عن المفقودة= نقص الوزن
- أن زيادة عدد السعرات المكتسبة عن المفقودة=زيادة الوزن
- وأن تساوي عدد السعرات المكتسبة والمفقودة=المحافظة على الوزن

وطبقا لهذه النظرية يمكن فقد الدهون عن طريق تقليل كمية الدهون المكتسبة في المتطلبات اليومية، وزيادة استهلاك السعرات الحرارية الزائدة عن طريق التمارين الرياضية والنشاط البدني

4-2- نظرية التمثيل الغذائي البطيء(Metabolic theory)

تشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يتميز بإنخفاض معدل التمثيل الغذائي القاعدي يعني أنه يحتاج إلى مقدار أقل من السعرات الحرارية لكي يقوم جسمه بوظائفه الإعتيادية إذا ما قورن

بشخص عادي الوزن، إذ أن معدل التمثيل الأساسي القاعدي هو كمية الطاقة المستهلكة عند الراحة للحفاظ على الوظائف الحيوية للجسم، وهو عند النساء يساوي(1200–1450)سعرة حرارية يوميا، وعند الرجال يساوي(1600–1800)سعرة حرارية يوميا. وبما أن معدل التمثيل الأساسي القاعدي الأقل يستهلكون مقدار أقل من الطاقة(السعرات الحرارية) لذا فإنهم يتعرضون لخطر السمنة، علماً أن التمثيل الغذائي يمكن أن يقل حسب الجنس(عند النساء أقل)، العمر حيث يتناقص مع تقدم العمر، ومستوى النشاط الرياضي حيث يرتفع مع زيادة النساط، كما تزداد الكتلة العضلية وحجم الجسم.

4–3–نظرية الخلية الدهنية(Fat cell theory)

تشير هذه النظرية إلى أن هناك فروق فردية بين الأفراد في عدد الخلايا الدهنية وان هذا الاختلاف هو الذي يحدد مستوى السمنة، وبزيادة عدد وحجم الخلايا الدهنية تزداد قابلية السمنة عند الأفراد، علما أن عدد الخلايا الدهنية عند الشخص العادي يبلغ (25–30)بليون وقد تصل إلى (120)بليون خلية. وعند اكتمال نمو الخلايا الدهنية فإنها تتمدد ثلاث أمثال حجمها الاعتيادي، كما أن هناك فترات تشتد فيها نمواً وزيادة في الخلايا الدهنية وهي خلال الالثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل، وأثناء السنة الأولى من الولادة، وعند حدوث طفرة نمو في سن المراخقة، كما إن المبالغة والإفراط في الطعام خلال فترات النمو تؤدي إلى زيادة عدد الخلايا الدهنية مما يزيد إحتمال الإصابة بالسمنة كما يمكن أن تتشكل خلايا دهنية جديدة إذا احتاج الجسم لذلك ولتخزين الطاقة ايضا.

ووفق هذه النظرية فإن النظام الغذائي طويل المدى لإنقاص الوزن يعمل على إراحة الخلايا الدهنية من خلال حماية حجمها، ومن الخطأ حرمان هذه الخلايا من الغذاء فإنها ستقاومه

مسببة زيادة احساس الفرد بالقابلية للإثارة والقلق والعصبية، ومع مضي الوقت يستسلم لحالة الشره والرغبة في الأكل، هذا ما قد يسبب تمددا في الخلايا الدهنية وبالتالي الإصابة بالسمنة، لذا يجب التركيز على البرامج التي تهتم بنقص حجم الخلايا الدهنية بممارسة النشاط الرياضي المعتدل الشدة ولفترة طويلة منتظمة.

4-4-نظرية التوازن البيولوجي(Biological equilibrium theory)

تشير هذه النظرية إلى أن لكل فرد كفاءة خاصة داخل أجهزته للسيطرة والتحكم في وزن الجسم والدهون ويطلق عليها نقطة التوازن أو الإستقرار، وهذا ما يفسر عدم زيادة أوزان البعض رغم تناولهم كميات كبيرة من الطعام، بينما تظهر السمنة على البعض الآخر رغم تناولهم كميات قليلة من الطعام. ويعتمد هذا على مدى استعداد الجسم لخزن كميات الدهن ومعدل التمثيل الغذائي، حيث يعمل الجسم من أجل التوازن في كمية الدهن المخزون سواء بعد فترات نقص الوزن أو زيادته وذلك من خلال درجة الشهية ومعدل التمثيل الأساسي سعيا للوصول إلى نقطة التوازن. ويقوم الهيبوثلاموس الموجود في المخ بتنظيم هذه العملية، وطبقا لذلك فإن الإحتفاظ بنقطة التوازن يكون صعباً عند إنقاص الوزن تطرأ لنقص المخزون الدهني ونقص معدل التمثيل الغذائي مقابل الإحساس بالجوع والرغبة في الطعام، علماً أن الوراثة لها دورا هاما في نقطة التوازن هذه حيث يمتلك بعض الأشخاص مستوى توازن بيولوجي عالي من الدهون بينما الآخر يكون لديه مستوى التوازن البيولوجي منخفض من الدهون، فالنوع الأول يجب أن يعتمد لنقص الوزن التمارين والغذاء لأن اعتماد نظام غذائي فقط لإنقاص الدهون يكون صعب، وان

انخفاض نقطة التوازن البيولوجي يعني زيادة التمثيل الغذائي مع إستهلاك أكثر للسعرات الحرارية عند الراحة وهو الأسلوب الأفضل للمحافظة على نسبة مرغوبة من الدهون[118]

4-5-نظرية الأنسولين(Insulin theory)

يزداد إفراز البنكرياس للأنسولين عند الأشخاص الذين يعانون من السمنة في المراحل العمرية المبكرة، ومع مرور الوقت فإن ذلك يجعل الكبد والعضلات أكثر مقاومة للأنسولين، وهذا يجعل الجسم يفرز انسولين أكثر، ونتيجة لذلك يبطئ الجسم عملية تمثيل الجلوكوز(مصدر الطاقة)ويمنع تكسيره واستخدامه من قبل الجسم لتوليد الطاقة وهذا مما يؤدي إلى تحول الجلوكوز والدهون الزائدة إلى مخزون الجسم مما يزيد من مشكلة إنقاص الوزن، كما أن التحكم في نسبة الدهون في الجسم يجب مراعاة التوازن والاعتدال في الطعام مع تنوعه، وتجنب الأنظمة الغذائية ذات السعرات القليلة(1200)للنساء و(1500)للرجال لأنها ذات نفع قليل على المدى البعيد، كما أن هناك عوامل مساعدة في التحكم في السمنة تتمثل في الرغبة والدافع، والوعي الغذائي بتدعيل السلوك الغذائي بالإضافة إلى ضرورة ممارسة النشاط الرياضي.

إن الإصابة بالسمنة تنجم عن عدة عوامل قد تتعلق بنسب الأنسولين حسب ما حددها الباحث في عرضه للنظريات المفسرة للإصابة بالسمنة، كما قد يكون هناك فروق فردية بين الأفراد في عدد الخلايا الدهنية وان هذا الاختلاف هو الذي يحدد مستوى السمنة وهذا حسب النظرية

- [118] عمرو قاسم(2020)، السمنة والتحكم في الوزن، مقال تابع للإتحاد الدولي للطب الرياضي(FIMS)، 2020.

الدهنية بينما هناك عدة أعمال توضح لنا تطور مرض السمنة عبر التاريخ وتختلف هي الأخرى حسب وجهات نظر الباحثين وتوجهاتهم.

5- تشخيص السمنة من الناحية الجسدية والنفسية

يعتمد تشخيص السمنة يتطلب منا عرض مفصل له من الناحية الجسدية أولا والنفسية ثانيا، وهو كالتالي:

5-1- من الناحية الجسدية

ويعتمد تشخيص السمنة على تحديد نسبة الدهن في الجسم، وحتى نصل إلى تحديد هذه النسبة، علينا أولا أن نعرّج على مكونات وتركيب الجسم من أجل التعرف على موضع الدهن في الجسم في الحالتين الطبيعية(الصحية) والمرضية. لذلك سنقوم فيما يلي بعرض بعض المعطيات الأساسية المتعلقة بمكونات الجسم:

5-1-1- مكونات تركيب الجسم

يتكون الجسم عامة من عدة أنسجة مختلفة معظمها أنسجة عظمية وعضلية ودهنية تشكل أجهزة الجسم المختلفة، وحيث أن النسيج العظمي يتميز بالثبات تقريبا تحت تأثير النشاط البدني فإن معظم التركيز يكون حول الأنسجة العضلية والدهنية لسرعة تأثرها بحركة الانسان ونشاطه، وقد اتفق على أن يشتمل تركيب الجسم عادة على مكونين أساسيين هما:دهن الجسم(Body Fat) وكتلة الجسم بدون دهن(Lean Body Mass).

- **دهن الجسم(Body Fat)**: النسيج الدهنى للجسم يعتبر أحد مكونات الجسم الأساسية التى تشكل نسبة من وزن الجسم تختلف تبعا للسن والجنس والتغذية ومدى الحركة

والنشاط. ويحتوي الجسم على حوالي (30) مليار خلية دهنية تختزن حوالي (15)كيلوجراما من الدهون، وهذا المخزون يستطيع أن يمد الجسم بحوالى (135000) سعرة حرارية (على أساس أن الغرام الواحد من الدهون يحترق ويولد (9) سعرات حرارية)، وتنحصر الوظيفة الرئيسية للخلية الدهنية فى تخزين الدهون لحين الاستفادة منها وقت الحاجة. وينقسم دهن الجسم الى نوعين أساسين هما: [119]

- **الدهن الأساسي(الضروري) (Essential Fat)** : وهو الدهن الموجود فى نخاع العظام والأنسجة العصبية والمخ والقلب وأغشية الخلايا وأعضاء الجسم المختلفة. وتبلغ نسبة الدهن الأساسي لدى الرجال (3 %) من وزن الجسم ولدى الإناث(12%) من وزن الجسم ، وإذا قلت النسبة عن ذلك فان هذا يعنى وجود بعض المشاكل الصحية.
- **الدهن المخزون(Storage Fat)** : يمثل هذا الدهن مخزون الجسم من الطاقة ، ويوجد فى الأنسجة الدهنية بالجسم وبصفة خاصة أسفل الجلد وحول الأعضاء الرئيسية كالقلب والكليتين.

ويشير بهاء الدين سلامة(2002) أن ترسيب الدهون في الخلايا يبدأ مبكرا منذ النمو الجنينى، وتستمر هذه العملية طول الحياة ، ويمكن أن يزيد حجم الخلية الدهنية فى أى عمر من الميلاد وحتى الوفاة. كما أن عدد الخلايا الدهنية يصبح ثابتا فى مرحلة مبكرة من العمر ، وقد دفع ذلك عدد كبير من الباحثين إلى الاعتقاد بأن المحافظة على محتوى دهن منخفض فى الجسم خلال هذه الفترة المبكرة يمكن أن يقلل العدد الكلى من الخلايا الدهنية التى تنتج مما يقلل كثيرا ولكن

- [119] بهاد الدين ابراهيم سلامة: الجوانب الصحية في التربية الرياضية، الطبعة الثانية، القاهرة، دار الفكر العربي، 1995، ص8.

الدليل العلمى الحديث أثبت أنّ من احتمال السمنة فى سن النضج بسبب عدد الخلايا الدهنية الذي يستمر فى الزيادة خلال الحياة، مما تزيد الدهون فى الجسم والخلايا الدهنية الموجودة تزداد امتلاءا وعندها تتكون خلايا دهنية جديدة، وفى ضوء ذلك يزداد الوزن ويصاب الفرد بمرض السمنة المفرطة.

- **كتلة الجسم بدون دهن(Lean Body Mass):** تتكون كتلة الجسم الخالية من الدهن من العظام والأنسجة العضلية وكافة أنسجة الجسم فيما عدا الأنسجة الدهنية ، وتحسب نسبة كتلة الجسم بدون دهن (وزن الجسم بدون دهن) عن طريق طرح وزن الدهن المخزون من الوزن الكلى للجسم حسبما يلي:

كتلة الجسم بدون دهن = الوزن الكلى للجسم – وزن الدهن المخزون.

5-1-2- تحديد نسبة الدهن بالجسم:

يستخدم فى تحديد نسبة الدهن بالجسم عدة طرق منها ما هو من الصعوبة بحيث يتطلب استعدادات خاصة كالتصوير الفوتوغرافى والنوموجرافى باستخدام أشعة اكس ، كما أن هناك وسائل يستخدم فيها التحليل الكيميائى المعملي. إلا أن استخدام الطرق غير المباشرة تعد أكثر سهولة وانتشارا . ومن أهم هذه الوسائل طريقة قياس سمك الثنايا الجلدية (Measurement Fold Skin) حيث تعتبر من أكثر الطرق استخداما نظرا لما تتميز به من قلة التكاليف وصدق النتائج وسهولة التدريب على استخدامها[120]

[120] سلامة، المصدر نفسه، ص10.

ويمكن تشخيص السمنة على أساس كمية الدهن المنسوبة إلى وزن الجسم وذلك عن طريق قياس نسبة الدهن في الجسم، والتي حددها(وليد محسن علي، 2010) بالطرق التالية:

5-1-3- حساب نسبة الدهون عند النساء:

- حساب وزن الجسم ونقوم بضرب الوزن بمعادلة الجسم للنساء وهي (732.0) ونجمعه مع القيمة (986.8) وهي كالآتي:

(وزن الجسم×732.0)+986.8

(قياس محيط الخصر×157.1570.0)

(قياس الأرداف×249)

نجمع النتائج الثلاثة التي حصلنا عليها وجمعها ببعضها وبعدها نحصل على نسبة كتلة الجسم العضلية ونقوم بالمعادلة: وزن الجسم الكلي- كتلة الجسم العضلية = نسبة دهون الجسم

5-1-4- حساب نسبة الدهون عند الرجال:

(وزن الجسم الكلي× 082.1)+42.94

(قياس محيط الخصر×15. 4)

نطرح النتائج التي حصلنا عليها والناتج يكون كتلة الجسم العضلية

ونقوم بالمعادلة: وزن الجسم الكلي- كتلة الجسم العضلية = وزن دهون الجسم.

(وزن دهون الجسم×100) نقسمه بوزن الجسم الكلي ويكون الناتج نسبة دهون الجسم.

5-2- من الناحية النفسية:

يحاول الاتجاه النفسي تفسير السمنة كاضطراب في ضوء علاقة الإنسان بالأكل خاصة في تفاعل تلك العلاقة مع البعدين الاجتماعي والشخصي للجسد. وعادة ما تكون اضطرابات

مزمنة تختل فيها عدة وظائف نفسية تعتبر جوهرية في تشكيل سلوكيات الأكل مثل اختلال تنظيم الشهية مابين فقدها أو ما يكاد يكون فقدا إلى انفلاتها، بحيث يعجز المريض عن التحكم فيها. و هكذا تعتقد مدرسة الطب النفسي بأن العوامل النفسية من شأنها أن تؤثر في التوازن الهرموني وبالتالي في إفراز الغدد كما تؤثر أيضا في شهية المريض وبالتالي تتحكم في كمية الطعام التي يتناولها هذا الأخير.

ويؤكد أتباع هذه المدرسة على وجود نقاط مشتركة في شخصية مريض السمنة التي يعتبرونها مرضا جسديا تعود جذور نشأته إلى أسباب نفسية هذا إذا استثنينا حالات البدانة الثانوية كما هو الشأن عند المرض العضوي مثل حالة قصور الغدة الدرقية أو بعض حالات الذهان...إلخ، لذلك فإن السمنة حسب " ألكسندر(Alexander) هي بمثابة تعبير عن حالة نفسية معينة. وفي الواقع يرجع الفضل إلى هذا العالم الذي أرجع العادات الغذائية إلى المراحل الفمية والشرجية وجاءت بعد ذلك العديد من الدراسات الموسعة التي طورت هذه الرأي التي أجمعت في النهاية على أن الحالة النفسية للشخص تتدخل في تكوين و تعديل عاداته الغذائية وذلك باعتبار أن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الشخص تؤثر بشكل مباشر على الشهية و الإفرازات العصبية.

وقد رشح فرويد(Freud) كما أشار إلى ذلك النابلسي(2013) منذ بداية العصر الماضي العلاقة القائمة بني الشهية والحالة النفسية للشخص وهذا من خلال نظرياته التحليلية حيث يعتبر العامل الغذائي مرتبط مباشرة وبشكل أساسي باللذة الجنسية المرتبطة بدورها بموضوع جنسي وهو ثدي الأم او المرضعة ، غير أن هذا الاندماج بين الطعام والجنس لا يلبث حتى ينفصل في مرحلة لاحقة(النابلسي، 2013)، ولكن لو تمعننا في الأمر بدقة لوجدنا ان

الاضطرابات النفسية تؤثر وبشكل فعال في شهية المتعرض لها ، وهذا ما اثبتته العديد من الدراسات من بينها دراسة جامعة (MINNESOTA) التي كانت نتيجتها اعتراف(25%) من المفحوصين بأنه يزيد استهلاكهم للطعام عند تعرضهم للإرهاق النفسي حيث يظهر هذا التأثير بين مشاعر الجوع لدى الشخص وبين حالته النفسية[121]

وبناءا على ما سبق عرضه من معطيات حول مكونات الجسم وتحديد نسبة الدهن فيه وكذلك من الناحية النفسية فإن تشخيص السمنة يتطلب معرفة الفرد بكل الأساليب التي يمكن أن توضح له مستويات السمنة التي يعاني منها، مما يسمح له بإدراك خطورتها وتجعله يبحث عن الأسباب التي أوقعته في هذا المرض.

[121] اليازيدي، بوريجي، المصدر مذكور سابقاً.

6- القيــاسات والمؤشرات العـالمية للسمنـة

هناك العديد من القياسات العالمية التي يمكن من خلالها تحديد ما إذا كان يعاني من السمنة أم لا، منها تحديد التناسب بين الطول والوزن وتحديد مؤشر كتلة الجسم بقسمة الوزن بالكيلوغرام على مربع الطول بالمتر، وقياس التناسب بين الخصر والأرداف وحساب كثافة الدهون في الجسم وغيرها، ويمكن توضيحها كالتالي:

قياس سمك الجلد: وذلك بقياس سمك طية الجلد من عدة مناطق بالذراعين والظهر والبطن وتفرغ بجداول خاصة، ويمكن من خلالها حساب نسبة الدهون في الجسم، وكذلك توجد أجهزة يمكن أن تعطي نسبة الدهون وتقارن هذه النسب بالنسبة الطبيعية[122]

مؤشر كلتة الجسد(BMI): والتي تعتبر من أفضل الطرق التي يمكن أن تحدد ما إذا كان الوزن طبيعي أم لا، وهي ما تسمى بطريقة دليل مؤشر الكتلة الجسدية(BMI) وذلك حسب المعادلة التالية:

[122] رشيد عبد القوي: مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة، دراسة مسحية علائقية على طلبة جامعة الجيلالي بونعامة، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، 2019، ص84.

BMI = الوزن (بالكيلوغرام) ÷ الطول (بالمتر المربع)

وزن أقل من الطبيعي	أقل من 18.5	متزايدة
وزن طبيعي	من 18.5- 24.9	قليلة
وزن زائد	من 25 – 29.9	متزايدة
سمنة بالدرجة الأولى	من 30 – 34.9	عالية
سمنة بالدرجة الثانية	من 35 – 39.9	عالية جدا
سمنة مفرطة	أكثر من 40	عالية جدا بشكل كبير

شكل رقم (08): درجة السمنة حسب معايير مؤشر كتلة الجسم

قياس نسبة محيط الخصر: يعتبر شريط القياس من التقنيات المستخدمة في قياس الوزن، وذلك بقياس محيط الخصر وتعتبر الدهون المتراكمة حول الخصر أشد خطرا من الدهون الموجودة في أي جزء من أجزاء الجسم، فتراجع قياس الخصر يعني تراجع أو انخفاض كمية الدهون في الجسم، والشكل التالي مهم في هذا الصدد:

الجنس	خطر شديد	خطر شديد فعلي
الذكور	أكثر من 94 سم	أكثر من 102 سم
الإناث	أكثر من 80 سم	أكثر من 88 سم

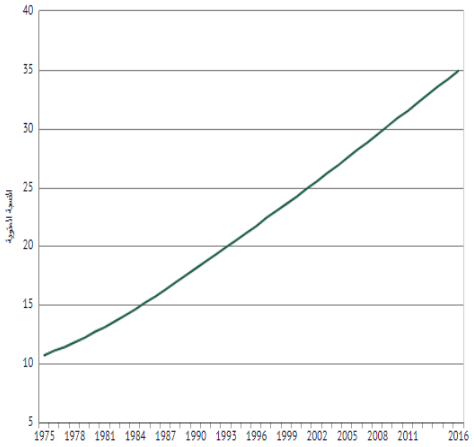
شكل رقم (09): حالة السمنة حسب محيط الخصر

7- إحصـائيات انتـشار السمـنة فـي الجـزائـر

بعد أن كانت السمنة تعدّ من مشكلات البلدان مرتفعة الدخل فقط، أخذت الآن في التفاقم بشكل كبير في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، وبالأخص في الأماكن الحضرية.

وبالنسبة للجزائر، فإن الإحصائيات الأخيرة لسنة(2016) أوضحت ارتفاعاً في نسب انتشار السمنة في الجزائر بنسبة (34.9%) مثلما توضحه الأشكال البيانية التالية:

التاريخ	القيمة	تغيير %
2016	34.9	% 2.05
2015	34.2	% 1.79
2014	33.6	% 2.13
2013	32.9	% 2.17
2012	32.2	% 2.22
2011	31.5	% 1.94
2010	30.9	% 2.32
2009	30.2	% 2.37
2008	29.5	% 2.43
2007	28.8	% 2.13
2006	28.2	% 2.55
2005	27.5	

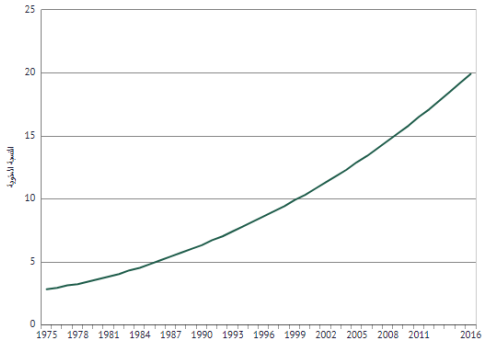


شكل رقم(10): نسبة إنتشار السمنة في الجزائر لسنة (2016)[123]

7-1- إحصائيات انتشار السمنة بين البالغين(الإناث، الذكور) في الجزائر:

كما أن هناك نسب متفاوته بين الجنسين(الإناث، الذكور) البالغين المصابين بالسمنة وفقا لما نشرته موقع اطلس بيانات العالم، أن نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الذكور قدرت بـ(19.9%) مقارنة بالإناث بنسبة (34.9%) وهي موضحة في الأشكال الإحصائية التالية:

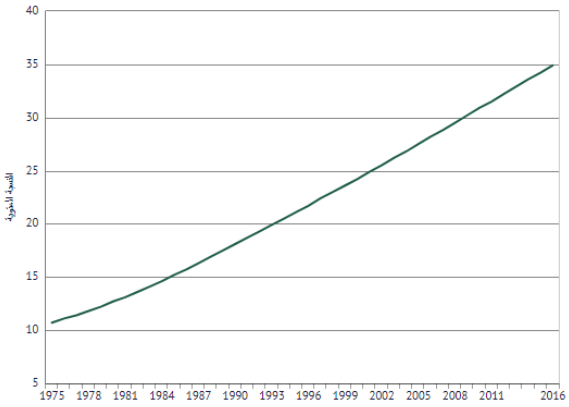
[123] موقع: أطلس لبيانات العالم، الجزائر https://ar.knoema.com/atlas/



التاريخ	القيمة	تغيير %
2016	19.9	% 3.65
2015	19.2	% 3.78
2014	18.5	% 3.93
2013	17.8	% 4.09
2012	17.1	% 3.64
2011	16.5	% 4.43
2010	15.8	% 3.95
2009	15.2	% 4.11
2008	14.6	% 4.29
2007	14.0	% 4.48
2006	13.4	% 3.88
2005	12.9	

شكل رقم(11):نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الذكور سنة(2016) في الجزائر

(موقع: أطلس لبيانات العالم، الجزائر https://ar.knoema.com/atlas/)



التاريخ	القيمة	تغيير %
2016	34.9	% 2.05
2015	34.2	% 1.79
2014	33.6	% 2.13
2013	32.9	% 2.17
2012	32.2	% 2.22
2011	31.5	% 1.94
2010	30.9	% 2.32
2009	30.2	% 2.37
2008	29.5	% 2.43
2007	28.8	% 2.13
2006	28.2	% 2.55
2005	27.5	

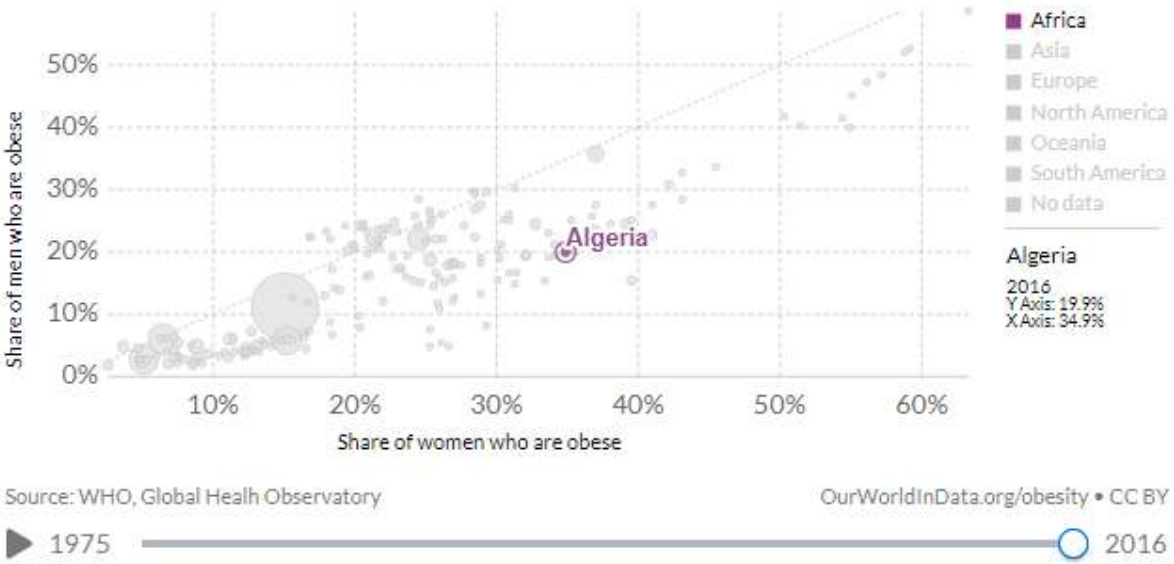
شكل رقم(12):نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الإناث سنة(2016) في الجزائر

(موقع: أطلس لبيانات العالم، الجزائر https://ar.knoema.com/atlas/)

7-2- إحصائيات نسبة السمنة في الجزائر بين الراشدين تبعا لمتغير الجنس لسنة(2016)

كما كشف موقع (https://ourworldindata.org/grapher/obesity) عن النسب المنتشرة للسمنة بين الراشدين تبعا لمتغير الجنس في الجزائر، إذ دلت الإحصائيات الأخيرة لسنة(2016) على نسب مرتفعة قدرت بـ(19.9%) لدى الذكور، بينما قدرت نسبة السمنة لدى الإناث بنسبة

(34.9%) وهو مايدل على أن انتشار السمنة في الجزائر لا يزال في تصاعد وارتفاع بمرور السنوات، وهذا مايضوحه لنا الشكل التالي:



شكل رقم(13): ارتفاع نسبة السمنة في الجزائر بين الراشدين تبعا لمتغير الجنس لسنة(2016)

من خلال ما تم عرضه سابقا حول نسب انشار السمنة فياللجزائر، فإن الإحصائيات الأخيرة لسنة(2016) أوضحت ارتفاعاً في نسب انتشار السمنة وهو ما يوضحه الشكل(10) إذ تراوحت نسبة انتشار السمنة بنسبة(27.5%) منذ سنة(2005)وصولا لنسبة(34.9%) سنة(2016) مما يدل على ارتفاع النسبة كل عام تقريباً، كما أن هناك نسب متفاوته بين الجنسين(الإناث، الذكور) البالغين المصابين بالسمنة وفقا لما نشرته موقع اطلس بيانات العالم، أن نسبة انتشار السمنة لدى البالغين الذكور قدرت بـ(19.9%) مقارنة بالإناث بنسبة (34.9%) وهي موضحة في الشكل(11) إذ تراوحت نسبة ارتفاع السمنة لدى الذكور بين(12.9% إلى 19.9%) هذا خلال الفترة الزمنية بين(2005 إلى 2016) مقارنة بنسبة انتشار السمنة لدى الإناث مثلما وضحه الشكل(12) والتي تراوحت بين(27.5% إلى 34.9%) خلال الفترة الزمنية(2005 إلى 2016).

8- الآثـار الصحية للسمنة

تؤدي حالات السمنة إلى آثار صحية وخيمة، وتجدر الإشارة إلى أن المخاطر تزيد تدريجيا مع تزايد نسب كتلة الجسم، ومن بين أهم تلك المخاطر يمكننا التركيز على مايلي:

- الأمراض القلبية الوعائية(أمراض القلب والسكتى بالدرجة الأولى) وتمثل هذه أولى مسببات الوفاة على الصعيد العالمي، إذ تفتك بنحو (17)مليون شخص في كل عام.
- السكري الذي سرعان ما أصبح وباء عالميا، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن وفيات السكري ستسجل في السنوات العشر القادمة ارتفاعاً تفوق الـ(50%) في جميع أرجاء العالم(Dok, Etal, 2006).
- الإضطرابات العضلية الهيكلية وخاصة إلتهاب المفاصل.
- بعض أنواع السرطان(سرطان بطانة الرحم، سرطان الثدي، سرطان القولون)(Monteiro, Conde, Lub, et al, 2004).

ويضيف وليد قصاص(2009) للآثار الصحية للسمنة على أجهزة وأعضاء الجسم في تأثيرها على القلب، إذ أنّ زيادة كيلو غراما على الوزن الطبيعي للجسم يعني أن هناك عمل إضافي لطاقة الجسم وبالتالي يؤدي إلى إرهاق وإجهاد عضلة القلب في ضخ كميات دم إضافية من خلال الأوعية الدموية لتغذية الوزن الزائد المسبب للسمنة. كما تؤثر على البنكرياس والسكري إذ يظهر إفراز اضافي لهرمون الأنسولين لمتابعة الكميات الكبيرة من الغلوكوز في الدم، وهو ما يسبب قصوراً وعجزاً وفشلاً للبنكرياس في افراز هرمون الأنسولين لاحتياج الوزن الطبيعي للجسم، فينتج عن ذلك مرض السكري. ومن آثار السمنة أيضا اعتلال الكبد بسبب تراكم الدهون فيؤدي ذلك إلى عدم قدرته على أداء وظيفته بدقة وانتظام.

كما أنّ الافراط الغذائي واتباع عادات وأساليب غذائية غير صحية يعدّ من عوامل اجهاد المعدة مما ينتج عنه قصور في نشاط المعدة وما ينتج عنه من عسر الهضم وانتفاخ البطن وتوليد الغازات لبقاء الغذاء في المعدة فترة طويلة. ضف إلى ذلك وأمراض الروماتيزم والركبتين وماإلى ذلك من آثار على صحة الجسم[124]

بالإضافة إلى كل هذه الآثار الصحية، لا يمككنا إغفال الآثار النفسية الناجمة عن السمنة، فقد أظهرت دراسة قام بها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية ونشرت بدورية (الأرشيف للطب النفسي) في مارس (2010) أن السمنة تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب بنسبة(55%) والاكتئاب بدوره يزيد خطر الإصابة بالسمنة بنسبة(58%). وهذه النسب تشير إلى مدى الإرتباط بين السمنة والصحة النفسية[125]

إن هذه الآثار الصحية للسمنة يرتبط وجودها ونسبة حدوثها بدرجة كبيرة بنمط وأسلوب الحياة الذي يتبناه الأفراد، وهو ما سوف نتعرض له في هذا العنصر الموالي.

---

[124] وليد قصاص(2009)، الطب الرياضي، الوقاية والعلاج والتأهيل، بيروت، لبنان، دار النموذجية للطباعة والنشر، 2009، ص78-79.

[125] دبراسو، المصدر مذكور سابقاً، ص17.

9- نمـط أسلوب الحيـاة وعـلاقته بالسمنة

يركز علم النفس الصحة بشكل عام على دور أسلوب الحياة في توجيه صحة الأفراد، ولقد أخذ بعين الاعتبار التغيرات التي طرأت على أسلوب حياة الأفراد في عصرنا هذا، وفي هذا الصدد يذكر بهاء الدين سلامة(2002) أن أنماط الحياة اليومية قد أجبرت الفرد العادي على ألا يتحرك، وذلك على الرغم من حب الإنسان للحركة والنشاط ، وقد شجع قضاء معظم الوقت جالسا الكثير من الناس على ذلك، استخدام وسائل التكنولوجيا الحديثة فى الحياة اليومية حيث تُطل علينا يوميا الاختراعات التى تهدف فى مجموعها إلى توفير وسائل الراحة للإنسان ، وهى بالتالى تقلل من حركة الإنسان وتبعده عن الحركة وعن بذل أى جهد بدنى لقضاء مختلف احتياجاته اليومية[126]

إن أسلوب حياة الأفراد عامة يستند إلى نظامي التغذية والنوم اللذان يعتمدونها، وكذلك مستوى النشاط اليومي لهم، لذلك سنحاول من خلال هذين المؤشرين(نظام التغذية والنوم، والنشاط اليومي) أن نوضح العلاقة بين نمط أسلوب الحياة وبين نسبة الدهن ووزن الجسم المحددة للسمنة من عدمها، وذلك بشيء من التفصيل.

ويشير كل من أيمن الحسينى(1995) ورضوان محمد رضوان(2002) أن نوعية الحياة التى نعيشها والأعمال التى نمارسها تعتبر من أهم أسباب انتشار السمنة فى الوقت الراهن، [127]حيث

---

[126] سلامة، المصدر مذكور سابقا، ص25.

[127] أيمن الحسينى (1995)، التخسيس بالعصائر والأعشاب، القاهرة، مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع، 1995، ص121.

أنها تساهم فى الإقلال من الجهد العضلى ومن أنواع الحركة المقصودة أو غير المقصودة. فالكثير من الأفراد لايستهلكون جميع السعرات التى يتناولوها خلال النشاطات اليومية[128]

ويضيف أسامة راتب وابراهيم خليفة(2004) أن زيادة معدلات السمنة في السنوات الاخيرة ترجع الى النقص الواضح لمستويات النشاط نتيجة للتقدم التكنولوجي والذي انعكس بدوره على زيادة الجلوس وعدم الحركة كأسلوب لحياة البشر ، ولذلك فمن الأهمية ممارسة النشاط البدني كوسيلة هامة لتجنب حدوث السمنة أوعلاجها[129]

كما يشير كل من أبو العلا عبد الفتاح(1998) ومحمد صبحى حسانين(1997) أن ممارسة التمرينات الرياضية بصورة منتظمة تؤدى إلى حرق السعرات الحرارية الزائدة عن حاجة الجسم ، كما ينتج عن الطاقة الناتجة عن الاحتراق تطوير مجموعات العضلات المختلفة فى الجسم وفى هذه الحالة قد يزداد الوزن فالفرد الرياضى أو الفرد من الفرد غير العضلى (السمين) ومن ثم فقد تؤدى التمرينات إلى زيادة الوزن فى العضلى أثقل وزنا الوقت الذى يحدث فيه التخلص من المواد الدهنية ، ولكن زيادة الوزن هذه تكون نتيجة زيادة حجم العضلات[130]

كما ترتبط التغذية والنوم بنسبة الدهن ووزن الجسم إذ تعتبر التغذية الصحية هدفاً منشوداً، لأنّ النظام الغذائي المبني على التوازن والتكامل والاعتدال في تناول المواد الغذائية سوف يساعد على بناء أجسامٍ صحية قوية، ولكى تتحقق متطلبات الصحة العامة لنظام التغذية السليم يجب تنظيم معدلات التغذية من المواد الدهنية والكربوهيدراتية والبروتينات لتعويض استهلاك الطاقة

[128] رضوان محمد رضوان: بيولوجيا الرياضة ، مذكرة ماجستير،كلية التربية الرياضية للبنين ، جامعة الزقازيق، 2002، ص60.

[129] راتب، خليفة، المصدر مذكور سابقاً، ص259.

[130] عبد الفتاح، المصدر مذكور سابقاً، ص47.

والعمليات البنائية بالجسم ، وكذلك تنظيم معدلات التغذية من حيث محتوى الماء والعناصر الدقيقة والمعادن والفيتامينات، بهدف ضمان تحقيق وظائف الجسم المختلفة بكفاءة ووقايته من الأمراض.

ويشير بهاء الدين سلامه (1995) أن الوجبة الغذائية المتزنة والمتكاملة هى التى تحتوى على جميع العناصر الغذائية بكميات كافية ومسموح بها ، كما أنه ليس هناك وجبة واحدة متكاملة تغطى جميع احتياجات الفرد اليومية ، ولكن من خلال الاهتمام بعناصر الوجبات الغذائية الثلاث وتوزيع العناصر الغذائية عليها يصبح التوازن موجود فى الغذاء اليومى ، وحيث أن الزيادة الكبيرة فى عنصر واحد على حساب باقى العناصر الغذائية قد تؤدى إلى أضرار ومشاكل صحية عديدة مثل السمنة وسوء التغذية[131]

يعتبر تناول نسب مرتفعة من الأطعمة النشوية والدهنية عامل مساعد لزيادة الوزن، وقد بينت أن الأغذية الغنية بالدهون هي الأساس في الإصابة بالسمنة وليس المواد النشوية، فالدهون لها قدرة أكبر على التخزين في الجسم من المواد النشوية الغنية بالألياف تحد من الطاقة المتناولة لأنها تملأ المعدة وتعطي إحساسا بالشبع، ومن العوامل المساعدة على حدوث الأمراض المزمنة كثرة تناول الدهون وقلة ممارسة النشاط البدني وزيادة الوزن وقلة تناول الأغذية الغنية بالألياف.

وإن التغيير في النمط الغذائي الذي ظهر خلال العقود القليلة الماضية كان عاملاً أساسيا في زيادة خطورة الإصابة بالأمراض المزمنة، حيث نجد أن الغذاء يحتوي على مقادير قليلة من المواد الكربوهيدراتية والكثير من المصابات بالسكري والدهون الحيوانية، ولذلك أصبح الناس أكثر عرضة

[131] سلامة، المصدر مذكور سابقاً، ص23-24.

للإصابة بهذه الأمراض، ومما لا شك فيه أن زيادة تناول الأملاح بصورة كبيرة يزيد من ارتفاع ضغط الدم وزيادة خطورة الإصابة بالجلطة وأمراض القلب التاجية.

وإن السلوك الغذائي السليم هو أحد أهم روافد البناء الصحي المحكم، والغذاء الصحي طريق آمن للصحة السليمة، كما أن التغذية غير الصحية من مسببات ارتفاع ضغط الدم وظهور داء السكري والسمنة وزيادة الدهون في الدم والعديد من الأمراض الطارئة والمزمنة. وتعد العادات الغذائية من العوامل المهمة للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة حيث تبين دراسة في مملكة البحرين أن هناك علاقة وطيدة بين نمط الحياة والتغذية والرياضة والإصابة بالأمراض المزمنة، حيث أوضحت الدراسة أن المصابين بالأمراض المزمنة أقل تناولاً للخضروات والفواكه الطازجة مقارنة بالأصحاء، ووُجد أن 57بالمئة المصابين بالأمراض المزمنة يتناولو الفواكه والخضروات الطازجة يوميا مقابل 74بالمئة عند الأصحاء.

تعد السمنة مصدر خطورة يسهم في تعرُّض الفرد للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة، بما في ذلك أمراض القلب التاجية .ويعتقد أن الأسباب الرئيسة لانتشار السمنة تكمن في النمط الحياتي المعاصر المتمثل في الخمول البدني وزيادة استهلاك الأغذية الغنية بالدهون والسعرات الحرارية(Nih, Trerney, 1998) وقد يرجع سبب إصابة السيدات بالسمنة إلى التغير في نمط الحياة، وذلك بتوافر السيارة للمواصلات، والجلوس أمام التلفزيون لساعات طويلة، وزيادة الدخل، والتعدد في أنواع الأكل والشرب، وتوفر الأغذية الغنية بالمصابات بالسكري والدهون، مما أدى إلى صرف أقل للطاقة، وتكدس الدهون بالجسم وزيادة الوزن، ومن ثم السمنة وما ترتبط به من أمراض وأوضحت النتائج الإكلينيكية أن العوامل الغذائية وخصوصاً كمية الطاقة والدهون المتناولة لها علاقة إيجابية مع زيادة الوزن، فإن نوعية الغذاء تؤثر في تخزين الطاقة في الجسم، وأماكن تخزين

البروتين في الجسم محدودة، وأماكن تخزين الكربوهيدرات قليلة، وتخزن على هيئة جلايكوجين، والزيادة في الكربوهيدرات تتحول إلى دهون، وهذه العملية لا تحدث في الجسم إلا إذا كان الطعام قليل الدهون وغني جدا بالكربوهيدرات، أما الدهون فأماكن تخزينها في الجسم غير محدودة .وهناك تضارب في الدراسات حول تأثير نمط استهلاك الغذاء في ظهور أحد الأمراض المزمنة كالسمنة، وتبين أن تناول الأغذية خارج المترل قد يلعب دورا في زيادة الوزن؛ لأن معظم ما يتم تناوله عالٍ في السعرات الحرارية.

كما تشير بعض الدراسات إلى إن تناول الطعام أثناء مشاهدة التلفزيون يساهم في زيادة استهلاك الطعام، ولوحظ أن الأشخاص المصابين بالسمنة لا يتناولون بين الوجبات وهذا يؤثر على شهيتهم للوجبة التالية، وقد وجد أن معظم المصابين بالسمنة غالباً مايتخطون وجبة الإفطار ويتناولون وجبة واحدة أو وجبتين في اليوم (BNF, 2000).

وأدى كثرة الاعتماد على الوجبات الغذائية الغنية بالسعرات الحرارية والمحتوية على كميات عالية من الدهون والمصابات بالسكري البسيطة، إلى انتشار المشكلات والأعراض الصحية المرتبطة بنمط الحياة المعاصرة، الناجمة عن نقص الحركة وانتشار الخمول البدني مثل :السمنة، وداء السكري، وأمراض القلب التاجية، وارتفاع الكولسترول (الهزاع، 2001) و(FAO, AI ,2002).

وبينت نتائج دراسة بأوربا العلاقة بين العادات الغذائية ومؤشر كتلة الجسم والعوامل الاجتماعية والاقتصادية على السيدات البالغات من عمر (30–79)سنة في أوربا وتبين أن السيدات اللاتي كانت عاداتهن الغذائية جيدة، كانت قيمة مؤشر الكتلة لديهن أقل من السيدات اللاتي عاداتهن الغذائية غير صحية، كما كانت هناك فروق معنوية بما يتعلق بمستوى الكولسترول والجلسريدات

الثلاثية، وظهرت علاقة وثيقة بين السلوك الغذائي والحالة الصحية الجيدة(Nakura et al., 1998)

وجرت دراسة في السويد على مجموعتين من الأفراد المصابين بالسمنة لكل منها(845) فرد، المجموعة الأولى تم معالجتهم جراحياً لخفض أوزانهم، أما المجموعة الثانية فقد تم مراقبتهم وإعطاؤهم علاجاً تقليدياً للسمنة .وبعد مرور سنتين فقد مرضى المجموعة الأولى من (15-28)كيلوجرام والمجموعة الثانية (0.5 – 8.9)كيلوجرام .وأظهرت النتائج أنه بعد مرور هذه الفترة ظهرت حالات لارتفاع ضغط الدم ثم الإصابة بداء السكري وارتفاع الدهون بالدم، وظهر هذا الارتفاع لدى المجموعة الثانية بصورة كبيرة، ويتبين أن فقد الوزن أدى إلى انخفاض ملحوظ لمدة عامين في حالات ارتفاع ضغط الدم والسكري وارتفاع الدهون بالدم، وتشير النتائج إمكانية علاج السمنة(Sjostrom et al, 1999) [132]

إن الآثار الناتجة عن السمنة تتعلق بشكل لافت بممارسة سلوكيات غير صحية، وأنّ التخلي عن هذه الممارسات يتطلب تنمية الوعي الصحي ومعرفة الفرد بالحقائق الصحية لتطبيقها وتفعيلها حتى يحافظ على صحته، ويقلل من الأعراض المرضية للسمنة.

لذلك سنعمل في العنصر الموالي على توضيح الدور الذي يلعبه الوعي الصحي في الوقاية من السمنة.

---

[132] نوف بنت علي آل سليمان: العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة ماجستير، قسم التغذية وعلوم الأطعمة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، 2009، ص36-42.

10- السّمنة والـوعي الصـحي

لقد بدأت مراكز الارشاد التغذوي تنتشر بتوفير الاستشارات التغذوية بنشاطات متعددة مثل ارشاد المرضى وتثقيفهم حول الغذاء الصحي وخاصة في الحالات المرضية المرتبط علاجها بسكل أساس بالغذاء، كأمراض السكري والسمنة وتوعيتهم لتخطيط وجبات وبرامج غذائية تتناسب مع حالاتهم المرضية باستخدام نظام بدائل الأغذية بشكل عملي ومرن يسهم في ضبط العناصر الغذائية والسعرات الحرارية، وكذلك تساهم في محاربة الشائعات والمعتقدات التغذوية الخاطئة وتعديل السلوك الغذائي الخاطئ الى سلوك صحيح، وبناء العادات والأنماط الغذائية الجيدة والصحية. كما كان لها دور في حل بعض المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن السمنة المفرطة، ومن ثم تحسين صحة المجتمع بشكل عام من خلال الاستشارات التغذوية المتنوعة ونشر التوعية الصحية والتغذوية والتثقيف المستمر في مختلف المجالات[133]

ويساعد الوعي الصحي الفرد في هذا السياق تجاوز العديد من المشكلات الصحية من بينها السمنة، لما يكتسبه من معارف مرتبطة بصحته والتي تزيد إحساسه بالمسؤولية لذلك أصبح من الضروري تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية التي تظهر فيه، وهذا من خلال نشر الوعي الصحي في أوساط المجتمع. فمن المرجح أن يعتمد الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الوعي الصحي سلوكيات تمتعهم بصحة أوفر، وأن يتمكنوا من الحصول على المعلومات والخدمات الصحية ويتصرفوا على أساسها، بما فيها التغطية الصحية

[133] ابراهيم الزق، حامد رباح التكروري: مدى فاعلية برامج تخفيض الوزن المطبقة في عيادة التثقيف الغذائي والصحي في المستشفى الاسلامي، قسم التغذية والتصنيع الغذائي، الجامعة الأردنية، عمان ، الأردن، 2009، ص258.

الشاملة. وبهذه الطريقة، يمكن الوعي الصحي الفرد من حماية نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي من مختلف الصدمات[134] .

كما يلعب نمط الحياة دورا مهما في تبني سلوكيات صحية تدل على مستوى وعي عالي مثلما تشير إليه دراسة خالد محمد الصادق محمد سلامة(2005) حول أثر نمط الحياة اليومي على نسبة الدهن ووزن الجسم لدى الشباب الجامعي، إذ هدفت الدراسة الى التعرف على أثر نمط الحياة اليومي على نسبة الدهن ووزن الجسم ومعرفة الفروق بين نمط الحياة اليومي لطالب الريف والحضر والكليات النظرية والعلمية، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين نمط الحياة اليومي وأبعاده ونسبة الدهن ووزن الجسم لدى الشباب الجامعي، ما يوضح مدى أهمية نمط الحياة الصحي وعلاقته بالممارسات الصحية والواعية من قبل الفرد.

كما نجد دراسة العربي محمد و حريتي حكيم(2018) التي تبحث حول علاقة الوعي الصحي والسمنة إذ شمل البحث(67)طالباً وزّع عليهم استبيان الوعي الصحي، هي الأخرى خلصت إلى وجود علاقة بين مستوى الوعي واللياقة البدنية، كما أوصت الدراسة بتنمية الوعي الصحي لدى الأفراد لكلا الجنسين، كما أوصت على أهمية ممارسة النشاط الرياضي لصحة الإنسان النفسية والعضوية.

[134] منظمة الصحة العالمية: المؤتمر العالمية التاسع بشأن تعزيز الصحية، شتغهاي، 2016، ص2.

11- السّمنة وممارسة النشاط الرياضي

تعتبر ممارسة النشاط الرياضي من بين الممارسات الصحية المعبرة عن مستوى وعي الفرد بصحته، ولقد أوضحت عدة بحوث الدور الذي يمكن أن تسهم به زيادة مستوى النشاط الرياضي في تحسين وظائف أجهزة الجسم للتقليل من الأعراض المرضية الناجمة عن بعض الإضطرابات، إذ تشكل قلة الحركة الإصابة بالسمنة، ما يستدعي التأكيد على تبني سلوكيات وقائية.

وقد خلصت دراسة قام بها في هذا الصدد باحثون من جامعة ألباما الأمريكية على نحو(5000) شخص تراوحت أعمارهم عند بدء المتابعة ما بين (18–30) سنة، وهدفت إلى معرفة الأثر الطويل الأمد في المحافظة على اتباع مجموعة من السلوكيات الصحية وتأثيرات ذلك على التغيرات في مقدار ضغط الدم، إلى أن الحفاظ على وزن طبيعي للجسم (أي أن يكون مؤشر كتلة الجسم أقل من "25") هو السلوك الأقوى تأثيرا إيجابيا من بين تلك السلوكيات الصحية الخمسة في نجاح الحفاظ على مستويات طبيعية لضغط الدم على غرار الإمتناع التام عن التدخين، و الإمتناع أو تقليل تناول الكحول، و القيام بأداء (150 دقيقة) من المجهود البدني الرياضي المعتدل الشدة في كل أسبوع.

وتوضح بعض الدراسات أن الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي له علاقة بالتركيب الجسمي(مؤشر كتلة الجسم). ومن بين هذه الدراسات دراسة(العربي، حريتي، 2018) التي توصلت إلى أنّ هناك علاقة ارتباطية بين بعد الوعي الرياضي ومؤشر كتلة الجسم لدى الشباب الذين يمارسون النشاط الرياضي، وأنّ هناك علاقة أيضا بين الوعي الرياضي وممارسة النشاط الرياضي وقوة عضلات البطن، إذ خلص البحث إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين نوعية الحياة والسلوك الغذائي وممارسة النشاط الرياضي.

كذلك الجانب الوقائي الذي تلعبه ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية في معالجة الجوانب غير الصحية والتقليل من ظاهرة السمنة مثلما تشير إليه نتائج دراسة[135](منصوري، لوناس، علوان، 2015) أن النشاط الرياضي يساعد في المحافظة على التطور الحركي والنفسي والعقلي والاجتماعي والانفعالي، وإكساب الفرد لياقة بدنية من خلال التقليل من كتلة الشحوم والإبقاء على كتلة العضلات، ومنع الانخفاض الحاصل في معدل العمليات الحيوية داخل الجسم.

ويرتبط النشاط الرياضي بالسمنة كعامل وقائي وعلاجي في نفس الوقت إذ أوضحت ذلك نتائج مراجعة حديثة من مراجعات كوكرين(Cochran Systematic Review)، خاصة عندما يتزامن مع الحمية الغذائية، حيث يعتقد العديد من المختصين أن الدور الحقيقي للنشاط الرياضي يكمن أيضا في مكافحة السمنة وفي الوقاية منها على المدى الطويل، وأن انخفاض النشاط الرياضي لدى الراشدين يعد أحد العوامل الرئيسية المهيأة للإصابة بالسمنة. ويبدو أن الطاقة الكلية المطلوب صرفها خلال الأسبوع من أجل المحافظة على الوزن وعدم زيادته مع التقدم في العمر، تتمثل في ممارسة نشاط رياضي هوائي يعادل ساعة من الهرولة في الأسبوع أو (3–4) ساعات من المشي أسبوعيا. ويؤكد ذلك ماجاء في تقرير علمي صادر من الكلية الأمريكية للطب الرياضي بشأن الاستراتيجيات الملائمة لخفض الوزن والوقاية من السمنة، مفاده أنه ينبغي ممارسة نشاط رياضي للتخلص من السمنة وبناء الجسم وشكله والوصول به إلى الوزن المناسب، ويقلل من الدهون فيه بجانب تأثير عدة عناصر أخرى مثل الغذاء وغيرها من الأساليب الوقائية.

---

[135] نبيل منصوري، عبد الله لوناس، رفيق علوان:السمنة وصورة الجسم واتجاههما نحو النشاط البدني الرياضي لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة، دراسة ميدانية على مستوى مديرية التربية، الجزائر، 2015.

ويضيف عمرو قاسم(2020) في بحثه حول السمنة والتحكم في الوزن أن الأشخاص الذين يعانون من السمنة يبدلون طاقة أقل من السعرات التي يكتسبونها.

وترجع السمنة في السنوات الأخيرة إلى النقص في مستوى النشاط الرياضي وقلة الحركة نتيجة التقدم التكنولوجي الذي سبب غياب الحركة وغيّر أسلوب حياة الأفراد نحو الخمول والكسل، لذلك أصبح النشاط الرياضي من أكثر الوسائل أهمية لإنقاص السمنة.

ومن أهم العوامل التي تتحكم في السمنة هي التمرين الرياضي المعتدل وتدريبات القوة، حيث أوصت الجمعية الأمريكية للطب الرياضي بشكلين من التمرينات لأجل تخفيض السمنة وهي التمارين الهوائية(Aerobic Exercise) التي تتمثل في المشي والهرولة وركوب الدراجات والسباحة ، بالإضافة لأنشطة تدريبات القوة(Strength-training) التي تؤدي بالمقاومة وتساعد على زيادة حجم النسيج العضلي[136]

[136] أحمد نصر الدين سيد: فسيولوجيا الرياضة، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص77.

12- الوقاية والتقليل من السّمنة

يتطلب التخلص من السمنة إتباع نمط حياة صحي يتضمن الإلتزام ببعض الممارسات الصحية. ولقد أشار(عيسي، 2016) إلى بعض الأساليب الوقائية من السمنة تتمثل فيما يلي:

- **إتباع عادات غذائية سليمة:** الإبتعاد عن الدهون والزيوت، وتجنب البروتينات المقلية في الزيت، واستبدالها بالبروتينات المسلوقة أو المشوية.
- **تعديل السلوك الحركي البدني:** يجب تعويد الفرد على الحركة بإستمرار حتى لو كان في البيت، مع آداء بعض الأعمال والأنشطة الحركية داخل المنزل[137]
- **تغيير الأنماط السلوكية المتعلقة بالغذاء:** شرب كوب من الماء قبل الطعام لأن الماء سيحد من الشهية بعض الشيء مما يساعد على الإكتفاء بقدر قليل من الطعام، تناول الطعام ببطء، كما يساعد على خفض وزن الجسم، والنوم مبكراً لضمان الحصول على عدد ساعات نوم كافية لأن نقص ساعات التوم يؤدي إلى إرتفاع هرمون الجرلين الذي يقوّي الإحساس بالجوع وتسبب في انخفاض مستويات هرمون آخر هو اللبتين المسؤول عن الإحساس بالشبع[138]

وتشير دراسة(مزوز، درياس، 2019) حول مستوى الوعي الصحي في بعدي السلوكات الغذائية والنشاط الرياضي لدى المرأة العاملة، والتي هدفت إلى تحديد مستوى الوعي الصحي وما إذا كانت هناك علاقة بين المتغيرات، اذ توصلت إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الوعي الصحي

---

[137] محمد عيسي: مدى إنتشار السمنة عند طلبة الجامعة، حوليات جامعة الجزائر1، العدد 29، الجزء الثاني، الجزائر، 2016، ص212.

[138] American Association For The Advancement Of Science, 2006, p25

واتجاه المرأة نحو ممارسة النشاط الرياضي من جهة، وإتباع نظام غذاء صحي من جهة أخرى بالإضافة إلى ذلك التراجع في مستويات الوعي الصحي مع التقدم في العمر مما يؤثر على صحة المرأة.

كما أن الوعي الغذائي يجب أن يتماشى مع الوعي الرياضي حيث لهما دور كبير في التقليل من السمنة، ويتفق في هذا الصدد كلّ من كمال عبد الحميد إسماعيل واخرون ونادية رشاد نقلا عن(مبيضين، سكران، 2012) أن ممارسة النشاط الرياضي يجب أن تتزامن مع نمط غذاء محدد، إذ يتم تناول الوجبة الغذائية قبل البدء بالنشاط الرياضي بحوالي(3–4) ساعات، وأن تكون الوجبة الغذائية قبل المشاركة بالأنشطة، صغيرة وشاملة وسهلة الهضم وسريعة الإمتصاص مع تجنب الطعام المتضمن كمية من المواد البروتينية مع زيادة نسبة المواد الكربوهيدراتيه، فهي سهلة الهضم وتساعد على ثبات مستوى الجلوكوز في الدم، ويمكن أن تحوي الوجبة على فاكهة وخضار مطبوخة ويضيف(عبد القوي،2019) أنه كلما بدأ الفرد في ممارسة النشاط الرياضي والمعدة خالية من الطعام كان ذلك في صالح الآداء وفي صالح الممارس حتى يتم توجيه الدم الى العضلات العاملة بدلاً من مشاركة المعدة للعضلات في الدم ال اليها. ولذلك ينصح بأن يبدأ الممارسة الرياضية بعد تناول الطعام بحوالي ثلاث ساعات على الأقل، وذلك لضمان تفريغ المعدة من كل محتوياتها من الطعام.

لقد أصبح الوعي بممارسة الأنشطة الرياضية عملية مهمة وحاجة ماسة وملحة تغطي جزءاً مكملاً للحياة المتزنة. كما أصبح من المؤكد حاليا أن النشاط الرياضي يعد وسيلة مهمة من وسائل مكافحة السمنة لدى الصغار والكبار على سواء، حيث أن المحافظة على وزن صحي أصبح

ضروري خاصة في ظل التغيرات الاجتماعية والتطورات الطارئة على المجتمعات عامة والمجتمع الجزائري خاصة[139]

وتوضح دراسة(Alarjan, 2011) أهمية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي للتقليل من السمنة فلقد توصلت إلى أن هناك زيادة في نسب الطلبة الذين يعانون من السمنة ممن لا يمارسون النشاط الرياضي، بمقابل تناقص في نسب الطلبة الذين يعانون من السمنة ممن يمارسون النشاط الرياضي أكثر من ثلاث مرات في الأسبوع. مما يشير إلى دور النشاط الرياضي في التقليل من نسب تواجد السمنة(Alarjanm 2011).

وهذا ما يتفق مع ما أورده(Abolfotouh et al, 2007) من خلال نتائج دراسته أن ممارسة النشاط الرياضي يعتبر إحدى أهم العوامل الهامة للوقاية من السمنة والتقليل من نسبة الشحوم في الجسم(Robin et al, 2008). ويضيف عبد الحليم علوي(2017) توضيحا لأهمية الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي كأساليب التخلص من السمنة، إذ أشار إلى إن للرياضة أثر واضح على ممارسيها، حيث نلاحظ أن الممارسين للرياضة الهوائية بشكل منتظم، تحدث عندهم تغيرات فسيولوجية متعلقة بالقلب والدم والسعة الحيوية وضغط الدم، ومن الملاحظ أن النشاط الرياضي يؤدي إلى زيادة حجم عضلة القلب وبما أن الدورة الدموية تتم عن طريق الضغط الإنبساطي فإن الزيادة في حجم القلب تؤدي إلى إمتلاء أكبر للقلب وبالتالي زيادة مقاومة الشرايين والتي بدورها تتوسع ويزيد حجمها، ومن هنا تظهر أهمية ممارسة الرياضة والنشاط الحركي في المحافظة على النواحي الصحية لدى الفرد وزيادة كفاءة أجهزته الحيوية. كما اقترح(بوجليدة، قسيمي، 2020) برنامج علاجي تدريبي للتقليل من مستوى السمنة

[139] عبد القوي، المصدر مذكور سابقاً، ص101.

للأفراد(35-51سنة) يهدف لتقليل المشاكل الصحية الناجمة عن السمنة، إذ تضمن البرنامج العلاجي مجموعة من الأساليب تتمثل في ممارسة الأنشطة الرياضي(12حصة تدريبية) بالإضافة للنظام الغذائي بالتغذية الذي تضمن هو الآخر التقليل من السكريات والعجائن وتجنب الأكل بين الوجبات وغيره، والذي توصل فيه بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج إنخفاضا ملحوظا وهو مايدل على فعالية البرنامج التدريبي في التخفيض من السمنة.

من خلال ماتم طرحه يمكن القول أن الوقاية من السمنه والتخلص من أعراضها المرضية يتطلب وعي الفرد بخطورة السمنة على صحته، ومدى قدرته على إتباع الأنظمة الصحية التي تتطلب تحسين عاداته فيما يخص الغذاء وممارسته النشاط الرياضي بشكل كافي ومنتظم، مما يساعد على التقليل من عوامل الخطورة الناجمة عن السمنة وتحقيق التغيرات الفيزيولوجية الإيجابية التي لها الدور الكبير في تحقيق الإرتقاء الصحي.

خـلاصة الفصــل

يعتبر نمط حياة الفرد أحد أسباب تبني الأفراد لبعض السلوكيات النمطية المضرة بالصحة، والتي قد تتسبب في الإصابة بالسمنة. ولما كانت للسمنة أضرار خطيرة على صحة الفرد سواء على الجانب النفسي أو الجسدي معاً، فإنّ الباحثين في مجال الصحة يحرصون على تزويد الأفراد بالطرق والاستراتيجيات الفعالة للتقليل من الأعراض المرضية الناجمة عنها. وعليه يمكن القول أن الوقاية الصحية هي البوابة الأساسية التي من شأنها حماية الفرد من الوقوع في السمنة وتجنب الانعكاسات السلبية على صحته. كما قد يكون لنقص الوعي الصحي أثر كبير في تعرض الأفراد للأمراض والإخلال بصحتهم، وذلك ما نلاحظه في سلوكياتهم وتوجهاتهم للأغذية غير الصحية وقلة الحركة.

البـــاب الثـــانـــي

الـقسـم التـطبيـقـي

الفصـــل الخـــامـس

الأســس المنهــجيــة للبحــث

تمهيد

بعد التطرق في الفصول السابقة لموضوع البحث في جانبه النظري من خلال المراجع والمصادر المتخصل عليها، يقتضي علينا التطرق للجانب الميداني ودراسة الموضوع كما هو في الواقع، وهذا ما يطتلب منا خطة منهجية للوصول إلى ذلك وفق أساليب منهجية تطرحها طبيعة الموضوع بداية من الدراسة الإستطلاعية وخطواتها ومنهج الدراسة، وكيفية اختيار العينة ومدى تجانسها وملائمة مقاييس الدراسة من خلال التحقق من خصائصها السيكومترية التي تدل على صلاحيتها للقياس، والحصول على النتائج المرجوة. وهذا ما سيتم مراعاته في هذا الفصل من خلال تحديد أهم الإجراءات المنهجية الملائمة لطبيعة موضوع الدراسة–علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس والصلابة النفسية.

أولا: الدراســـة الاستـطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن لأي باحث النزول للميدان للبحث حول المشكلة الحالية المراد دراستها، فهي تساعد على الإطلاع على الميدان الذي سيجري فيه البحث، وكشف مدى الإمكانيات المتوفرة للحصول على الدراسات ذات العلاقة بطبيعة الموضوع، وكذا الإحتكاك بذوي الخبرة في مجال ما يريد الباحث دراسته. وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (80 فردا) (40 رجلاً) و(40 امرأة) تم التقرب إليهم من خلال زيارة القاعات الرياضية بولاية البويرة وجامعة البويرة وهو ما يمثل تقسيم العينة الإستطلاعية تبعاً لمتغير الجنس والمستوى.

- أهداف الدراسة الإستطلاعية

تمحـورت الدراســة الإســتطلاعية حــول مجموعــة مــن الأهـداف المتعلقــة بجمــع كـلّ مــايتعلق بإعـداد إجـراءات الدراســة مــن حيـث إختبــار صــلاحية أدوات الدراســة والــتأكد مــن خصائصــها الســيكومترية ومــدى ملائمتهــا للعينــة، ومــن أجــل تفــادي الصــعوبات التــي قــد تواجهنــا فــي الشق الميداني.

أجريـــت الدراســـة الإســـتطلاعية فـــي الفتـــرة الممتـــدة مـــا بـــين (23ســـبتمبر 2019) و (12نـوفمبر 2019)، حيـث قمنـا بزيـارة مديريـة الشـباب والرياضـة لولايـة البـويرة أيـن سُـمح لنـا بمقابلـــة مســـؤول الجمعيـــات، وتـــم طـــرح بعـــض الأســـئلة المتعلقـــة بإحصـــائيات القاعـــات الرياضــية بأنواعهــا ومراكزهــا وأمــاكن تواجــدها والعــدد الإجمــالي للأفــراد المواضــبين عليهــا، وبعـدها توجهنـا إلـى بعـض القاعـات الرياضـية لمقابلـة المـدربين المتخصصـين فـي برمجـة

الحصص الرياضية التدريبية للأفراد الذين يعانون من السمنة مما سمح لنا بتحديد أكثر لمجموعة البحث وتوليد فرضيات جديدة، كما قمنا بتسجيل وملاحظة السلوكيات الصحية داخل القاعات الرياضية من النشاط الرياضي والتغذية الصحية والنظافة وتقديم التوجيهات والنصائح والشرح.

وبما أن دراستنا الحالية شملت متغير المستوى التعليمي وبالمقابل وفي نفس الفترة الممتدة من (23 سبتمبر 2019) إلى (12نوفمبر2019) قمنا بالتوجه إلى جامعة البويرة وتوزيع مقاييس الدراسة على الأفراد الذين يعانون من السمنة بعدما قمنا بتحديد مؤشر الكتلة الجسدية لكلّ الأفراد من خلال معرفة الطول والوزن وتطبيق المعادلة وما إذا كان يصنف ضمن فئة المصابين بالسمنة، وتقديم المقاييس لتطبيقها وجمع نتائجها مما سمح لنا بتحديد الخصائص السيكومترية للمقاييس المعتمدة في الدراسة وهي مقياس الوعي الصحي، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.

- **نتائج الدراسة الإستطلاعية**

يمكننا تقسيم نتائج الدراسة الإستطلاعية إلى جزء خاص بمدى سهولة الإتصال بفئة الدراسة في الميدان وسهولة التطبيق، وجزء خاص بالتأكد من صلاحية المقاييس المعتمدة في الدراسة من الناحية السيكومترية حيث أسفرت هذه الدراسة الإستطلاعية على عقد إتفاق مع المدربين القائمين على القاعات الرياضية بولاية البويرة، يتضمن تسهيل الولوج إلى هذه القاعات أثناء الحصص وكذلك زيارة جامعة آكلي محند أولحاج، البويرة وهو ما سيسهل أيضا إجراءات التطبيق بالنسبة للدراسة الأساسية.

1- الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة

تـم حسـاب الخصـائص السـيكومترية للمقـاييس المعتمـدة فـي هـذه الدراسـة لحسـاب مسـتويات الـوعي الصـحي والصـلابة النفسـية، والإتجـاه نحـو ممارسـة النشـاط الرياضـي علـى النحـو التالي:

أ) مقياس الوعي الصحي

1-حساب صدق وثبات مقياس الوعي الصحي:

1-1- حساب الصدق:

يقصد بصدق أداة الدراسة؛ أن تقيس فقرات المقياس ما وضعت لقياسه، وقمنا بالتأكد من صدق مقياس الوعي الصحي من خلال حساب الإتساق الداخلي لأبعاده على النحو التالي:

1-1-1- صدق الاتساق الداخلي لمقياس الوعي الصحي:

سيتم فيما يلي حساب الإتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الغذائي وبعد الوعي الرياضي

- **الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الغذائي:**

جدول رقم (01) : مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الغذائي

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 1	80	0.43**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 2		0.45**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 3		0.52**	0.000	دال إحصائيا

العبارة 4		0.57**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 5		0.52**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 6		0.50**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 7		0.34**	0.002	دال إحصائيا
العبارة 8		0.64**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 9		0.69**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 10		0.46**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 11		0.32**	0.003	دال إحصائيا
العبارة 12		0.50**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 13		0.50**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 14		0.62**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 15		0.44**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 16		0.47**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 17		0.41**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 18		0.53**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 19		0.42**	0.000	دال إحصائيا
****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01**				
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).				

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد الوعي الغذائي، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة **(0.01)**، ومنه فإن عبارات بعد الوعي الغذائي تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

- الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الرياضي:

جدول رقم (02): مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الرياضي

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 20	80	0.23*	0.043	دال إحصائيا
العبارة 21		0.54**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 22		0.43**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 23		0.72**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 24		0.58**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 25		0.71**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 26		0.49**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 27		0.50**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 28		0.76**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 29		0.22	0.051	دال إحصائيا
العبارة 30		0.48**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 31		0.65**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 32		0.65**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 33		0.59**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 34		0.71**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 35		0.42**	0.000	دال إحصائيا

**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01

*دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.05

إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 / 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد الوعي الرياضي، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة **(0.01)** / **(0.05)**، ومنه يمكننا القول أن عبارات بعد الوعي الرياضي هي عبارات متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

*** ملاحظة:** قيمة **Sig** الخاصة بمعامل الارتباط للعبارة **29** تساوي **0.05** وبالتالي تعتبر قيمة الارتباط دالة احصائيا.

- الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الوعي الصحي:

جدول رقم (03): مدى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الوعي الصحي

العبارات	الدرجة الكلية للمقياس			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
الوعي الغذائي	80	0.93**	0.000	دال إحصائيا
الوعي الرياضي		0.89**	0.000	دال إحصائيا
****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين البعد والدرجة الكلية للمقياس عند 0.01**				
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).				

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن البعدين يمتازان بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لمقياس الوعي الصحي، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson**

Correlation) المحسوبة في كل بعد هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**)، ومنه يمكن القول أن بعدي مقياس الوعي الصحي المتمثلين في بعد الوعي الغذائي وبعد الوعي الرياضي متسقان وصادقان لما وضعا لقياسه.

1-1-2- الصدق التمييزي (القدرة التمييزية) لأبعاد مقياس الوعي الصحي:

بعد حساب الإتساق الداخلي لبعدي مقياس الوعي الصحي، سنمرّ إلى حساب الصدق التمييزي أو القدرة التمييزية لأبعاده، وفق مايلي:

جدول رقم (04):نتائج القدرة التمييزية لأبعاد مقياس الوعي الصحي

الأبعاد	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة (T-test) المحسوبة	الاحتمال Sig. (p.value)
	Mean ± SD	Mean ± SD		
الوعي الغذائي	91.23 ± 2.29	74.77 ± 6.04	11.95	0.000
الوعي الرياضي	77.59 ± 1.33	63.68 ± 4.28	14.55	0.000
المقياس ككل	168.05 ± 3.51	139.95 ± 9.11	13.50	0.000

يظهر من خلال نتائج الجدول (...) أن جميع قيم (**P.Value**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**) للبعدين وللمقياس ككل، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ($H_0: \mu_1 = \mu_2$) التي تقرر تساوي متوسطات المجموعتين (العليا والدنيا) ونقبل الفرضية البديلة ($H_1: \mu_1 \neq \mu_2$) التي تقرر وجود فروق معنوية (دالة إحصائيا) بين متوسطات المجوعتين، ولتحديد اتجاه الفرق قامت **الباحثة** بمقارنة أوساط المجموعتين، وهذا يعني تفوق المجموعة العليا ($\mu_1 > \mu_2$) في البعدين وفي المقياس ككل وباحتمالية (**P-Value ÷ 2**)، مما يشير إلى قدرة البعدين والمقياس ككل التمييزية، أي أنها صادقة لقياس الصفات التي وضعت من أجلها.

2- ثبات مقياس الوعي الصحي:

سيتم حساب ثبات المقياس بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وفقا لما يلي:

2-1- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم (05): قيمة معامل Cronbach's Alpha لأبعاد مقياس الوعي الصحي

البعد	قيمة ألفا كرونباخ	عدد العبارات	النتيجة
الوعي الغذائي	0.81	19	حسنة
الوعي الرياضي	0.83	16	حسنة
المقياس ككل	0.89	35	جيدة

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد أن قيم معامل ألفا كرونباخ للبعدين حسنة وللمقياس ككل جيدة. وهي أكبر من الحد الأدنى (**0.6**) إذ قدرت بالنسبة لبعد الوعي الغذائي بـ(**0,81**) بينما قدرت بالنسبة لبعد الوعي الرياضي بـ(**0.83**) بينما قدرت بالنسبة للمقياس ككل بـ(**0,89**) مما يدل على ثبات مقياس الوعي الصحي. وتجدر الإشارة إلى أن معامل ألفا كرونباخ كلما اقتربت قيمته من(**1**) كلما دلّ على أن قيمة الثبات مرتفعة.

2-2- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (06): قيمة معامل Guttman لأبعاد مقياس الوعي الصحي

البعد	النصف Part	قيمة ألفا كرونباخ	التباين	معامل جتمان Guttman
الوعي الغذائي	النصف الأول	0.74	17.93	0.77
	النصف الثاني	0.61	13.90	
* عبارات النصف الأول: ع1، ع2، ع3، ع4، .....ع10 *عبارات النصف الثاني: ع11.....ع19				
الوعي الرياضي	النصف الأول	0.69	11.66	0.71

	النصف الثاني	0.81	11.35	
* عبارات النصف الأول: ع20.....ع27 * عبارات النصف الثاني: ع28.....ع35				
المقياس ككل	النصف الأول	0.80	47.54	0.80
	النصف الثاني	0.83	38.90	
* عبارات النصف الأول: ع1.....ع18 * عبارات النصف الثاني: ع19.....ع35				

من خلال نتائج الجدول نجد أن قيم معامل جتمان للبعدين وللمقياس ككل مرتفعة. إذ قدرت بالنسبة لعبارات بعد الوعي الغذائي بـ(0.77) وبالنسبة لعبارات بعد الوعي الرياضي فقدرت بـ(0.80) بينما قدرت بالنسبة للمقياس ككل بـ(0.80)، وحسب القاعدة إذا كان معامل ألفا كرونباخ للنصفين (part1, part2) تقريبا متساوي والتباين (variance) للنصفين تقريبا متساوي نعتمد على قيمة معامل سبيرمان براون، وذلك في إحدى الحالتين:

- حالة تساوي عدد العبارات. Equal Length
- حالة عدم تساوي عدد العبارات. Unequal Length

* إذا كان معامل ألفا كرونباخ للنصفين (part1, part2) غير متساوي والتباين (variance) للنصفين غير متساوي نعتمد على قيمة معامل جيتمان، وهذا يدل على ثبات المقياس والذي قدر معامله بـ(0.80) وهو ما يؤكد ملائمته كأداة لقياس الوعي الصحي في هذه الدراسة.

ب) مقياس الصلابة النفسية:

1- حساب صدق مقياس الصلابة النفسية:

تم حساب معامل الصدق بالإعتماد على طريقة الصدق التمييزي أي القدرة التمييزية لمقياس الصلابة النفسية على النحو التالي:

1-1- الصدق التمييزي (القدرة التمييزية) لمقياس الصلابة النفسية:

جدول رقم (07):نتائج القدرة التمييزية لمقياس الصلابة النفسية

المقياس	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة (T-test) المحسوبة	الاحتمال Sig. (p.value)
	Mean ± SD	Mean ± SD		
الصلابة النفسية	128.14 ± 7.28	89.41 ± 11.77	13.13	0.000

يظهر من خلال الجدول (07) أن قيمة **(P.Value)** أقل من مستوي الدلالة **(0.05)** للمقياس، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية **($H_0: \mu_1 = \mu_2$)** التي تقرر تساوي متوسطات المجموعتين (العليا والدنيا) ونقبل الفرضية البديلة **($H_1: \mu_1 \neq \mu_2$)** التي تقرر وجود فروق معنوية (دالة إحصائيا) بين متوسطات المجوعتين، ولتحديد اتجاه الفرق قامت الباحثة بمقارنة أوساط المجموعتين، وهذا يعني تفوق المجموعة العليا **($\mu_1 > \mu_2$)** في الصلابة النفسية وباحتمالية **(P-Value ÷ 2)**، مما يشير إلى قدرة المقياس التمييزية، أي أنه صادق لقياس الصفة التي وضع من أجلها.

2- ثبات مقياس الصلابة النفسية:

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرومباخ، وطريقة التجزئة النصفية مثلما هو موضح في الآتي:

2-1- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم (08): قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الصلابة النفسية

المقياس	قيمة ألفا كرونباخ	عدد العبارات	النتيجة
الصلابة النفسية	0.90	48	جيدة

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية جيدة وهي أكبر من الحد الأدنى **(0.6)** إذ قدرت بـ(0.90) وهذا يدل على ثبات مقياس الصلابة النفسية، وتجدر الإشارة إلى أن معامل ألفا كرونباخ كلما اقتربت قيمته من **(1)** كلما دل على أن قيمة الثبات مرتفعة.

2-2- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (09): يبين قيمة معامل Guttman لمقياس الصلابة النفسية

المقياس	النصف Part	قيمة ألفا كرونباخ	التباين	معامل جتمان Guttman
الصلابة النفسية	النصف الأول	0.82	71.36	0.83
	النصف الثاني	0.84	86.37	
* عبارات النصف الأول: ع1.....ع24 *عبارات النصف الثاني: ع25.....ع48				

من خلال نتائج الجدول نجد أن قيمة معامل جتمان لمقياس الصلابة النفسية مرتفعة وهذا يدل على ثبات المقياس والذي قدر معامله بـ(0.80) وهو ما يؤكد ملائمته كأداة لقياس الصلابة النفسية في هذه الدراسة.

ث)مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

1-حساب صدق مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

للقيام بالتأكد من صدق مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي من خلال حساب الإتساق الداخلي لأبعاده على النحو التالي:

1-1- صدق الاتساق الداخلي لمقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

سيتم فيما يلي حساب الإتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة إجتماعية.

1-1-1- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة إجتماعية:

جدول رقم (10):مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة اجتماعية

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 11	80	0.54**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 17		0.59**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 19		0.57**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 20		0.43**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 25		0.44**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 29		0.60**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 39		0.55**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 49		0.50**	0.000	دال إحصائيا
**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01				
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).				

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني كخبرة اجتماعية، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون **(Pearson Correlation)** المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة **(0.01)**، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني كخبرة اجتماعية تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-2- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للياقة والصحة:

جدول رقم (11):مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للياقة والصحة

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 4	80	0.48**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 6		0.52**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 10		0.39**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 15		0.55**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 18		0.59**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 23		0.27*	0.016	دال إحصائيا
العبارة 27		0.35**	0.001	دال إحصائيا
العبارة 32		0.61**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 36		0.22**	0.046	دال إحصائيا
العبارة 40		0.43**	0.051	دال إحصائيا
العبارة 47		0.34**	0.002	دال إحصائيا

****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01**

***دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.05**

إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 / 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني للياقة والصحة، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون **(Pearson Correlation)** المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة **(0.01)** / **(0.05)**، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني للياقة والصحة تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-3- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة:

جدول رقم (12):مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 1	80	0.31**	0.005	دال إحصائيا
العبارة 7		0.53**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 13		0.44**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 22		0.47**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 28		0.60**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 38		0.29**	0.008	دال إحصائيا
العبارة 42		0.57**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 50		0.60**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 53		0.25*	0.026	دال إحصائيا

****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01**

***دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.05**

إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 / 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**) / (**0.05**)، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-4- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة جمالية:

جدول رقم (13): مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني كخبرة جمالية

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 3	80	0.73**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 8		0.63**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 14		0.64**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 30		0.61**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 33		0.58**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 35		0.38**	0.001	دال إحصائيا
العبارة 41		0.65**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 45		0.46**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 48		0.53**	0.000	دال إحصائيا

****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01**
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني كخبرة جمالية، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**)، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني كخبرة جمالية تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-5- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني لخفض التوتر:

جدول رقم (14): مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني لخفض التوتر

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 12	80	0.56**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 16		0.52**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 21		0.63**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 26		0.58**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 31		0.25*	0.025	دال إحصائيا
العبارة 37		0.42**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 44		0.61**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 51		0.47**	0.000	دال إحصائيا

العبارة 54		0.45**	0.000	دال إحصائيا
**دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01 **دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.05				
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 / 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).				

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني لخفض التوتر، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**) / (**0.05**)، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني لخفض التوتر تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-6- الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للتفوق الرياضي:

جدول رقم (15): مدى الاتساق الداخلي لعبارات بعد النشاط البدني للتفوق الرياضي

العبارات	الدرجة الكلية للبعد			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
العبارة 2	80	0.55**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 5		0.55**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 9		0.31**	0.006	دال إحصائيا
العبارة 24		0.37**	0.001	دال إحصائيا
العبارة 34		0.29*	0.010	دال إحصائيا
العبارة 43		0.34**	0.002	دال إحصائيا
العبارة 46		0.47**	0.000	دال إحصائيا
العبارة 52		0.15	0.20	غير دال إحصائيا

****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.01**
****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند 0.05**
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 / 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لبعد النشاط البدني للتفوق الرياضي، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا باستثناء العبارة رقم **52**، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل عبارة من عبارات البعد هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**) / (**0.05**) باستثناء العبارة رقم **52**، ومنه فإن عبارات بعد النشاط البدني للتفوق الرياضي تعتبر متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-1-7- الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

جدول رقم (16): مدى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

العبارات	الدرجة الكلية للمقياس			
	عدد العينة	قيمة الارتباط البسيط r	القيمة الاحتمالة Sig	الدلالة
النشاط البدني كخبرة اجتماعية	80	0.49**	0.000	دال إحصائيا
النشاط البدني للصحة واللياقة		0.46**	0.000	دال إحصائيا
النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة		0.33**	0.003	دال إحصائيا
النشاط البدني كخبرة		0.65**	0.000	دال إحصائيا

جمالية				
النشاط البدني لخفض التوتر		0.70^{**}	0.000	دال إحصائيا
النشاط البدني للتفوق الرياضي		0.54^{**}	0.000	دال إحصائيا
****دال: أي يوجد ارتباط معنوي بين البعد والدرجة الكلية للمقياس عند 0.01**				
إذا كانت قيمة الاحتمال الخطأ (Sig or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.01 فإنه يوجد ارتباط معنوي (دال إحصائيا).				

من نتائج الارتباطات الثنائية المبينة أعلاه نلاحظ أن كل العبارات تمتاز بالاتساق الداخلي مع الدرجة الكلية لمقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، حيث أن العلاقات الارتباطية دالة إحصائيا، إذ أن قيمة **Sig** (مستوى المعنوية / القيمة الاحتمالية) للقيم الإحصائية لمعامل ارتباط بيرسون (**Pearson Correlation**) المحسوبة في كل بعد من أبعاد المقياس هي أقل من مستوى الدلالة (**0.01**)، ومنه يمكن القول أن أبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي المتمثلة في (بعد النشاط الرياضي كخبرة إجتماعية، بعد النشاط الرياضي للياقة والصحة، بعد النشاط الرياضي كخبرة توتر ومخاطرة، بعد النشاط الرياضي كخبرة جمالية، بعد النشاط الرياضي لخفض التوتر، بعد النشاط الرياضي للتفوق الرياضي، متسقة وصادقة لما وضعت لقياسه.

1-2- الصدق التمييزي (القدرة التمييزية) لمقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

بعد حساب الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، سنمرّ إلى حساب الصدق التمييزي أو القدرة التمييزية لأبعاده، وفق ما يلي:

جدول رقم (17): نتائج القدرة التمييزية لأبعاد مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

الأبعاد	المجموعة العليا	المجموعة الدنيا	قيمة (T-test) المحسوبة	الاحتمال Sig. (p.value)
	Mean ± SD	Mean ± SD		
النشاط البدني كخبرة اجتماعية	34.23 ± 1.51	23.82 ± 4.22	10.90	0.000

النشاط البدني للصحة واللياقة	**2.40 ± 48.64**	**2.93 ± 37.27**	**14.07**	**0.000**
النشاط البدني كخبرة توتر ومخاطرة	**2.39 ± 30.50**	**3.14 ± 17.68**	**15.25**	**0.000**
النشاط البدني كخبرة جمالية	**3.06 ± 39.64**	**2.56 ± 25.50**	**16.61**	**0.000**
النشاط البدني لخفض التوتر	**1.05 ± 39.95**	**2.70 ± 28.45**	**18.61**	**0.000**
النشاط البدني للتفوق الرياضي	**2.82 ± 30.59**	**1.34 ± 22.09**	**12.76**	**0.000**
المقياس ككل	**4.15 ± 207.64**	**8.31 ± 171.09**	**18.45**	**0.000**

يظهر من خلال نتائج الجدول (...) أن جميع قيم (**P.Value**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**) للأبعاد وللمقياس ككل، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ($H_0: \mu_1 = \mu_2$) التي تقرر تساوي متوسطات المجموعتين (العليا والدنيا) ونقبل الفرضية البديلة ($H_1: \mu_1 \neq \mu_2$) التي تقرر وجود فروق معنوية (دالة إحصائيا) بين متوسطات المجوعتين، ولتحديد اتجاه الفرق قامت **الباحثة** بمقارنة أوساط المجموعتين، وهذا يعني تفوق المجموعة العليا ($\mu_1 > \mu_2$) في الأبعاد وفي المقياس ككل وباحتمالية (**P–Value ÷ 2**)، مما يشير إلى قدرة الأبعاد والمقياس ككل التمييزية، أي أنها صادقة لقياس الصفات التي وضعت من أجلها.

2- حساب ثبات مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

سيتم حساب ثبات المقياس بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وفقا لما يلي:

2-1- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم (18): قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس الاتجاه نحو النشاط الرياضي

المقياس	قيمة ألفا كرونباخ	عدد العبارات	النتيجة

الاتجاهات	0.71	54	حسنة

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس حسنة وهي أكبر من الحد الأدنى (**0.6**) إذ قدرت بـ(**0.71**) مما يدل على ثبات مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي. وتجدر الإشارة إلى أن معامل ألفا كرونباخ كلما اقتربت قيمته من (**1**) كلما دلّ على أن قيمة الثبات مرتفعة.

2-2- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (19): قيمة معامل Guttman لمقياس الاتجاه نحو النشاط الرياضي

المقياس	النصف Part	قيمة ألفا كرونباخ	التباين	معامل جتمان Guttman
الاتجاهات	النصف الأول	0.57	72.08	0.67
	النصف الثاني	0.56	83.06	
* عبارات النصف الأول: ع1.....ع27 *عبارات النصف الثاني: ع28.....ع54				

من خلال نتائج الجدول نجد أن قيمة معامل جتمان لمقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي مرتفعة إذ قدرت بـ(0.67) مما يدل على ثبات المقياس وملائمته كأداة لقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في هذه الدراسة.

3- نتائج الدراسة الإستطلاعية

بعد الإنتهاء من عرض كل المعطيات المتعلقة بالخصائص السيكومترية للمقاييس، يمكننا جمع نتائج الدراسة الإستطلاعية وتلخيصها فيما يلي:

- التأكد من سهولة الولوج إلى الميدان وأفراد عينة الدراسة من أجل تطبيق أدوات القياس المعتمدة.
- عدم وجود أي صعوبات متعلقة بفهم البنود المتعلقة بالمقاييس المعتمدة في الدراسة.
- التأكد من سلامة الخصائص السيكومترية للمقاييس المعتمدة في هذه الدراسة وملائمتها، وهو ما يجعلها صالحة للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ب)الدراســـة الأســاســية

1-المنهج المستخدم في الدراسة

إنطلاقا من أهداف الدراسة التي تسعى للتعرف على الفروق المحتملة في مستوى الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الأشخاص المصابين بالسمنة تبعا لعاملي الجنس والمستوى التعليمي، والبحث عما إذا كان هناك إختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي الذي نحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة وتحليل بياناتها وبيان نوعية العلاقة بين متغيراتها، وبهذا فالدراسة الحالية تعتمد على المنهج الوصفي الإرتباطي في تناول متغيراتها وفقا للفروض التي نسعى للتحقق من مدى صحتها.

2-حـدود الدراســة

أجريت هذه الدراسة الحالية في المجالين المكاني والزمني التاليين:

2-1-الحـدود المكــانية

يتحدد الإطار المكاني لهذه الدراسة في القاعات الرياضية المتواجدة بولاية البويرة، بالإضافة إلى جامعة آكلي حند اولحاج بولاية البويرة ومجموعة من المرافق الرياضية المتواجدة بولاية البويرة مثلما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(20): القاعات الرياضية والمسابح والجمعيات والنوادي التي تم زيارتها لتوزيع مقاييس الدراسة

إسم القاعات والمرافق الرياضية	المكان
مسبح عين بسام	عين بسام-البويرة
مسبح بئر غبالو	بئر غبالو-البويرة
مسبح صور غزلان	صور غزلان-البويرة
نادي المرأة الرياضية	البويرة
فرح السباحة لنادي الجيل الرياضي، قادرية	قادرية-البويرة
جمعية الجيل الرياضي لشباب قادرية	قادرية-البويرة
فرع اليوسيكان بيدو للشباب الرياضي، قادرية	قادرية-البويرة
مركز التكوين المهني بالأخضرية	الأخضرية-البويرة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية	البويرة
الجمعية الرياضية لجامعة اكلي محند اولحاج	البويرة

2-2-الحدود الزمانية

خصصت الباحثة الفترة الممتدة من(10ديسمبر2019) إلى (19فيفري2021) بداية بالنزول للميدان للإنطلاق في الدراسة الاستطلاعية وقياس الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، وصولا للدراسة الأساسية وجمع النتائج وتحليلها وتفسيرها.

3- عينة الدراسة الأساسية

تعتبر العينة جزء من الكل، بمعنى أنه نأخذ مجموعة من الأفراد من المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة تمثيلا صادقا، وبما أن مجتمع الدراسة متجانس (الراشدين المصابين بالسمنة) قمنا باختيار عينة البحث بطريقة قصدية إذ بلغ عددها (320) فرداً (عدد الإناث 160 وعدد الذكور 160)، وذلك بعد وضع مجموعة من المعايير، تمثلت في:

- أن يكون الأفراد في سن الرشد إذ كان السن مابين(35-45)سنة.
- عدم الإصابة بأي مرض بمعنى أن السمنة لا تعتبر نتيجة لمرض معين.
- تحديد الوزن والطول لحساب مؤشر الكتلة الجسدية(BMI) واختيار الأفراد الذين ينتمون لفئة السمنة.
- تحديد أفراد العينة بنسب متساوية حسب الجنس(160 إناث) مقابل(160ذكور).
- تحديد أفراد العينة بنسب متساوية حسب متغير المستوى التعليمي(160 3ثانوي فمادون)مقابل(160ليسانس فما فوق).

3-1- خصائص عينة الدراسة الأساسية:

إشتملت عينة الدراسة على (320 فرداً) من الراشدين المصابين بالسمنة من كلا الجنسين، وقد بلغت نسبة الذكور(50%) ونسبة الإناث(50%). والجدولان التاليان يوضحان توزيع أفراد العينة حسب متغيري الجنس والمستوى التعليمي كالتالي:

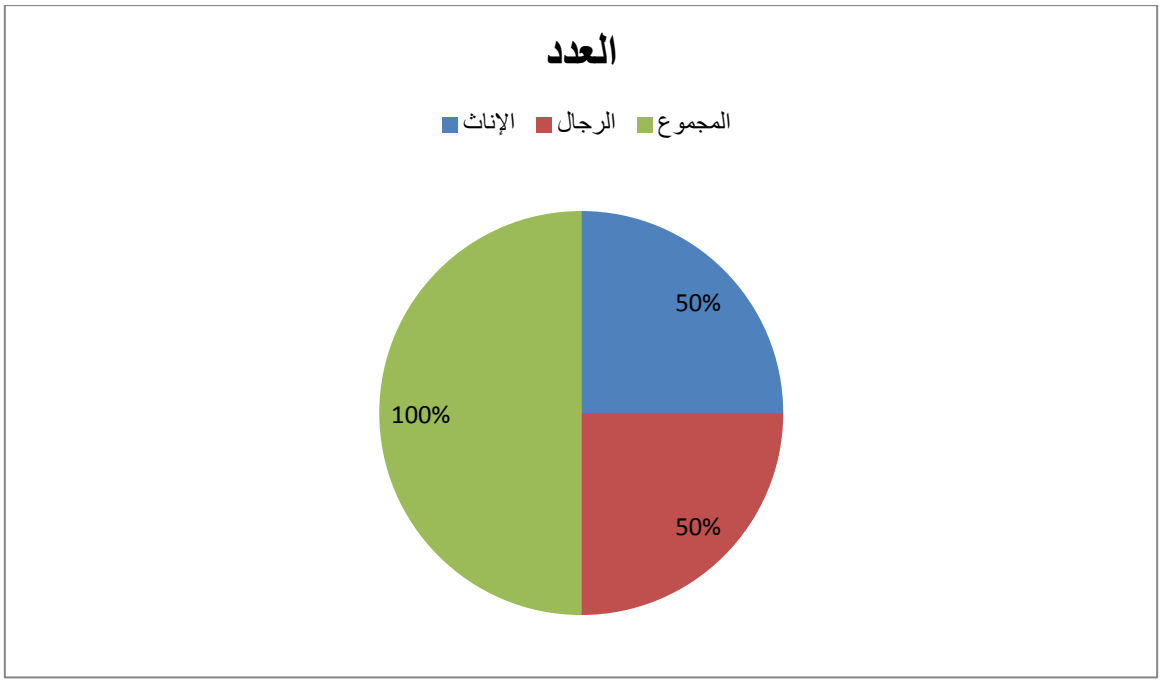
3-1-2- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس:

تم توزيع المقاييس الثلاثة(مقياس الوعي الصحي، مقياس الصلابة النفسية، مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي) على (320) فرداً كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم(21): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الإناث	160	%50
الذكور	160	%50
المجموع	320	%100

يوضح الجدول رقم(21) أن عدد النساء يتساوى مع عدد الرجال مثلما هو موضح في النسب المئوية ويمكن القول أن عينة الدراسة الأساسية في هذا البحث متجانسة ومتلائمة من حيث الجنس كما هو موضح في الشكل كالتالي:



شكل رقم(14): نسب توزيع العينة وفقا لمتغير الجنس

يمثل هذا الشكل الدائرة النسبية لتوزيع عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس(الإناث، الذكور) حيث قدّرت نسبة الإناث (50%) والتي تتساوى مع نسبة الذكور(50%) وهذا يعني أن هناك تجانس في عينة الدراسة مما يتوافق مع إجراءات وأهداف الدراسة.

3-1-2- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي

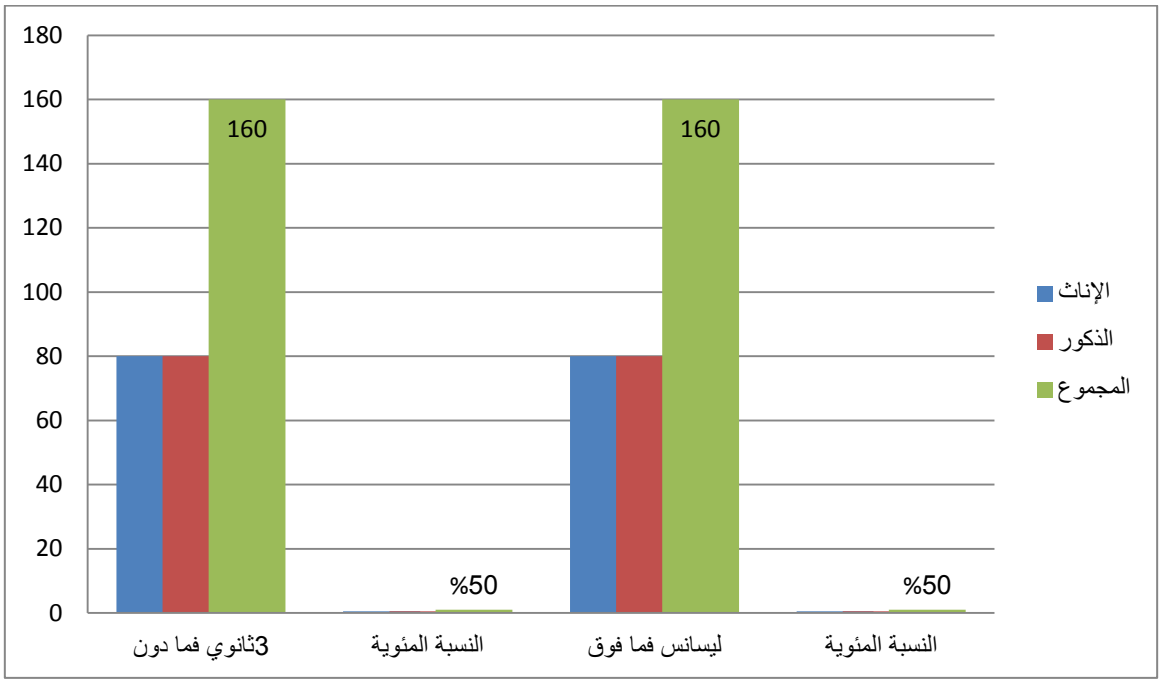
كانت الدراسة في ولاية البويرة إذ تم الحصول على عينة الراشدين المصابين بالسمنة من القاعات الرياضية والجمعيات والمرافق الخاصة التابعة لجامعة البويرة، وكانت مقسمة إلى فئتين (الفئة الأولى: 3 ثانوي فمادون) و(الفئة الثانية: ليسانس فما فوق) وهذا مايوضحه الجدول التالي:

الجدول(22): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	الإناث	الذكور	المجموع
3ثانوي فما دون	80	80	160
النسبة المئوية	%50	%50	%100

ليسانس فما فوق	80	80	160
النسبة المئوية	%50	%50	%100

يتضح من الجدول رقم (22) أن عينة الدراسة الأساسية تنقسم الى مستويين تعلميين(مستوى تعليمي 3 ثانوي فما دون، ومستوى تعليمي ليسانس فما فوق) بعدد متساوي (80 فرداً لكلا الجنسين).



شكل رقم (15) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

يتبين لنا توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي ولقد قمنا بتقسيم أفراد العينة حسب المستوى التعليمي إلى فئتين وفقا لمراحل التعليم كالآتي:

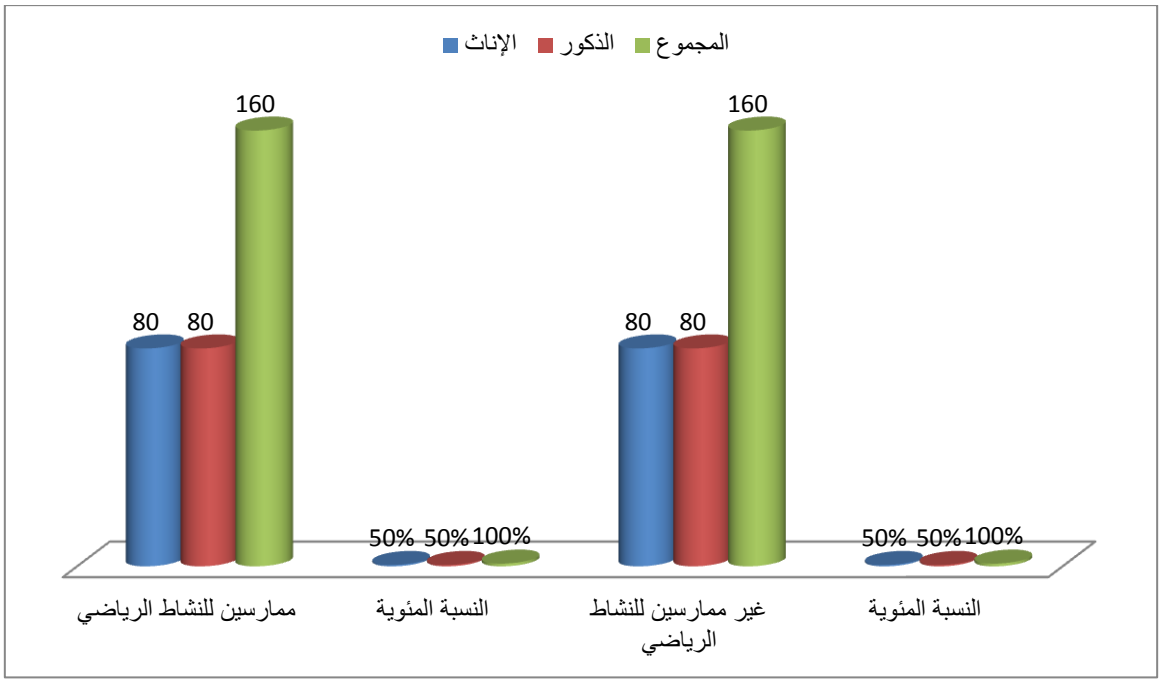
- **الفئة الأولى:** يمثلها مستوى 3 ثانوي فما دون إذ بلغ عددهم (160)فرداً بنسبة(50%).
- **الفئة الثانية:** يمثلها مستوى ليسانس فما فوق وقدر عدد أفرادها (160) فرداً أما نسبتهم فتمثلت في(50%).

ومن خلال الشكل البياني نلاحظ أن افراد العينة يتوزعون توزيعا معتدلا فيما يخص المستوى التعليمي، حيث بلغ العدد الإجمالي 320 فرداً(160إناث، 160 ذكور) وما يقابلها في مجموع النسبة المئوية التي قدّرت بـ(100%).

الجدول(23): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب ممارسة النشاط الرياضي

ممارسة النشاط الرياضي	الإناث	الذكور	المجموع
ممارسين للنشاط الرياضي	80	80	160
النسبة المئوية	%50	%50	%100
غير ممارسين للنشاط الرياضي	80	80	160
النسبة المئوية	%50	%50	%100

يتضح من الجدول(23) أن عدد أفراد عينة الدراسة الأساسية ينقسم إلى (160) فرداً ممارس للنشاط الرياضي و(160) فرداً غير ممارس للنشاط الرياضي، وهذا ما يوضحه الشكل البياني رقم(15) :



شكل رقم(16): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب ممارسة النشاط الرياضي

يوضح لنا الشكل (16) توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب ممارسة النشاط الرياضي والتي كانت مقسمة لفئتين كالآتي :

- **الفئة الأولى:** الممارسين للنشاط الرياضي (الإناث باللون الأزرق والتي قدرت بـ 80 فرد ، الذكور باللون الأحمر والتي قدرت بـ 80 فرد) وهذا يعني أن العدد الاجمالي للممارسين للنشاط الرياضي (160) فرداً كما هو موضح في الرسم البياني باللون الأخضر بنسبة (100%).
- **الفئة الثانية:** غير الممارسين للنشاط الرياضي (الإناث باللون الأزرق وقدرت بـ 80 فرد ، الذكور باللون الأحمر وقدرت بـ 80 فرد) وهذا يعني أن العدد الاجمالي للمارسين للنشاط الرياضي (160) فرداً بنسبة (100%).

ومن خلال الشكل البياني أعلاه نلاحظ أن افراد العينة يتوزعون توزيعا معتدلا حيث بلغ العدد الإجمالي 320 فرد(160إناث، 160 ذكور) بنسبة مئوية قدّرت بـ (100%).

الجدول(24): توزيع عينة الدراسة الأساسية بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي حسب المستوى التعليمي

الجنس	الإناث		الذكور		المجموع
المستوى التعليمي	3ثانوي مادون	ليسانس ما فوق	3ثانوي مادون	ليسانس ما فوق	
الممارسين للنشاط الرياضي	40	40	40	40	160
غير ممارسين للنشاط الرياضي	40	40	40	40	160
المجموع	80	80	80	80	320
النسبة	%25	%25	%25	%25	%100

يتضح من الجدول المبين أعلاه أن عدد أفراد عينة الدراسة الأساسية البالغ عددهم (320) يتوزعون حسب الجنس إلى(160 أنثى و 160 ذكراً) وحسب المستوى التعليمي(3ثانوي فمادون قدر عددهم بـ 40 إناث و 40 ذكور، ليسانس فما فوق وكان عددهم بـ 40 إناث و 40 ذكور) مقسمين إلى فئتين (الممارسين للنشاط الرياضي بـ 80 فرداً من الإناث و 80 فرداً من الذكور) و (غير الممارسين للنشاط الرياضي بـ 80 فردً من الإناث و 80 فرداً من الذكور). وهكذا يصبح العدد الاجمالي للعينة (160) إناث و (160) ذكوراً بما يعادل (320) فرداً كعدد إجمالي للعينة الأساسية بنسبة(100%).

4- أدوات الدراســـة الأساسية

بغرض إجراء هذه الدراسة قمنا باختيار المقاييس التي تتناسب والدراسة الحالية، وهي مقياس الوعي الصحي، مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وسنحاول التعريف بكل منها فيما يلي:

4-1- مقياس الوعي الصحي

وصف المقياس:

هو مقياس قامت بإعداده صليحة القص(2016)، ويتكون من(35)عبارة مقسمة على بعدين:

- **بعد الوعي الغذائي:** ويتكون من(18) بنداً كالتالي:

1،2،3،4،5،6،7،8،9،10،11،12،13،14،15،16،17،18

- **بعد الوعي الرياضي:** ويتكون من 17 بند كالتالي:

19،20،21،22،23،24،25،26،27،28،29،30،31،32،33،34،35

وتكون الإجابة عليها وفق 5 بدائل هي: اوافق بشدة، أوافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة. وتتراوح الدرجات على هذه البدائل من(1 إلى 5) وبذلك تكون أدنى درجة للمقياس (35) درجة وأعلى درجة هي (175) درجة.

4-2- مقياس الصلابة النفسية

وصف المقياس:

هو مقياس قام بإعداده عماد محمد أحمد مخيمر(2020) ويتكون هذا المقياس من (48) عبارة، ويجاب عنها بأسلوب تقريري، وتصحح إجابات المفحوصين ضمن أربعة بدائل هي: لا، وتنال صفرا، قليلا وتنال درجة واحدة، متوسطا وتنال درجتين، كثيرا وتنال ثلاث درجات، وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص بين (0 إلى 144) درجة، وارتفاع الدرجة يعني ارتفاع مستوى الصلابة النفسية.

4-3- مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

وصف المقياس:

هو مقياس قام بإعداده جيرالد كنيون والمترجم إلى اللغة العربية من قبل محمد حسن علاوي(1998)، ويتكون هذا المقياس من(54) فقرة موزعة على ستة أبعاد للاتجاهات نحو النشاط الرياضي وهي:

- **النشاط الرياضي كخبرة اجتماعية(Cocial Experience)**: من المفترض أن النشاط الرياضي الذي يشترك فيه جماعة من اثنين فأكثر ينطوي في نظر البعض على قيمة اجتماعية وعلى امكانية اشباع حاجة اجتماعية معينة، وعلى ذلك فإن النشاط الرياضي يعدّ كخبرة اجتماعية.
- **النشاط الرياضي للصحة واللياقة(Health and Fitness)**: انطلاقا من الفكرة السائدة لدى الكثيرين من الممارسين أو من غير الممارسين للنشاط الرياضي أن هذا اللون من

النشاط يمكن أن يفيد الصحة ويسهم في اكتساب اللياقة البدنية، فمن المعتقد أن هناك بعض الأنشطة البدنية يمكن أن تتميز أساسا باسهاماتها وبدرجة كبيرة في تحسين صحة الفرد واللياقة البدنية.

- **النشاط الرياضي كخبرة وتوتر ومخاطر:** المقصود بذلك تلك الأنشطة التي تشتمل على جوانب معينة من مخاطر يدركها الفرد وتثير لديه شعورا بالتوتر والتي قد تظهر في بعض الأنشطة الرياضية التي تتميز باستخدام السرعة الزائدة أو التغير السريع المفاجئ للحركات أو توقع التعرض لبعض الأخطار مع افتراض قدرة الفرد بصفة عامة على التحكم في مثل هذه المواقف والسيطرة عليها.

النشاط الرياضي كخبرة جمالية(Aesthetic Experience): يرى الكثير من الأفراد أن هناك أنشطة رياضية لها قيمة حمالية وبهدا يعني أن هناك أنشطة رياضية معينة يدركها الفرد على أنها دات طابع جمالي أو قد ترتبط بنوعيات فنية أو جماعية معينة و قد تمتلك القدرة على اشباع الذوق الجمالي أو الفني لدى البعض.

- **النشاط الرياضي لخفض التوتر(Catharsis):** قد يكون النشاط الرياضي في نظر البعض وسيلة لخفض التوترات الناجمة عن الإحباط الناشئة من ضغوط الحياة العصرية، وعلى ذلك يصبح النشاط الرياضي في هذه الحالة وسيلة للترويح وقضاء وقت الفراغ وكعامل مساعد في تفريغ الانفعالات المكبوتة وبالتالي خفض التوتر.
- **النشاط الرياضي كخبرة للتفوق الرياضي(Ascetic Experience):** يرى البعض أن النشاط الرياضي قد يوفر المجال لاشباع الحاجة الى التفوق الرياضي والمنافسة الرياضية

وقد يبدو أن ممارسة الأنشطة الرياضية التنافسية والمعاصرة وخاصة في مجال المستويات الرياضية العالية ترتبط بنوع من الخبرات وتدفع الى المثابرة على التدريب.

ويتم تصحيح المقياس من خلال جمع الدرجات لكل بعد. وتعدّ الدرجة المرتفعة على كل بعد من أبعاد المقياس مؤشراً للإتجاه نحو هذا البعد، والدرجة المنخفضة على كل بعد تشير إلى الإتجاه المنخفض. وتكون العبارات وفقا للأبعاد الستة وفق ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم(25):أبعاد مقياس الاتجاهات نحو النشاط الرياضي

داعبلأا	العبارات الموجبة	العبارات السلبية	عدد العبارات
البعد 1: النشاط البدني كخبرة	29-25-20-17-11	49-39-19	8
طاشنلا يندبلا وةحصلا ةقايللاالبعد2:	47-40-32-23-18-15-10-4	36-27-6	11
البعد3: يندبلا كةرب رتوة ةرطاخمو	53 -50-42-28-7	38-22-13-1	9
طاشنلا يندبلا ةربخك ةيلامجالبعد4:	48-45-41-35-33-30-14-8-3	/	9
طاشنلا يندبلا ضفخ رتوتالبعد5:	51-44-37-26-21-16-12	54-31	9
يندبلا قوفتلا يضايرلا	43-34-9-2	52-46-24-5	8

5- ظروف إجراء الدراسة الأساسية

بما أن الدراسة الأساسية أجريت بعدد من القاعات الرياضية والنوادي والجمعيات وجامعة آكلي محند أولحاج_البويرة، فقد كانت الباحثة تجد صعوبة في استرجاع المقاييس خارج القاعات الرياضية، وتميزت هذه الدراسة بطول مدّة الاسترجاع، لكون الكثير من الذين وزعت عليهم المقاييس لم يجيبوا عنها بسبب موضوع السمنة الذي اعتبروه موضوعاً حساساً نوعاً ما، خاصة بطلب تحديد الطول والوزن لكل فرد من العينة، إلا بعد الإلحاح والتنقل إليهم بمساعدة المدربين في المرافق الرياضية، وبعض الأساتذة بجامعة البويرة بمعهد العلوم البدنية والنشاط الرياضي. ضف إلى ذلك تباعد بعض القاعات الرياضية عن بعضها، إذ اضطرت الباحثة في بعض الأحيان إلى صرف يوم كامل من زمن البحث للانتقال إلى قاعة رياضية واحدة وانتظار برنامج حضور المعنيين للتدريب وممارسة النشاط الرياضي المخصص للتقليل من آثار السمنة، ليتم بعدها عرض المقاييس وتوزيعها.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية

من أجل تفسير النتائج المتحصل عليها والاجابة على أسئلة الدراسة، اعتمدت الباحثة على الأساليب الإحصائية التالية:

- **النسب المئوية:** لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس والمستوى التعليمي.
- **المتوسطات الحسابية:** قبل الوصول الى حساب اختبار"ت" قمنا بحساب المتوسطات الحسابية.

- **الانحرافات المعيارية:** قبل الوصول الى حساب اختبار"ت" قمنا بحساب المتوسطات الحسابية.
- **معامل ارتباط بيرسون:** استخدم لمعرفة قيمة ثبات مقياس الوعي الصحي وكذا ثبات مقياس الصلابة النفسية ومقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وبين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.
- **اختبار"ت":** بهدف معرفة صدق مقياس الوعي الصحي، ومقياس الصلابة النفسية ومقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وكذا معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وفقا لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي.
- **معادلة سبيرمان براون:** بهدف تصحيح معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريقة التجزئة النصفية.
- وتمت كل هذه العمليات ببرنامج الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية **(SPSS 25)**.

الفصـل السـادس

عـــــرض وتـــفســـــير

ومـــنـاقـــــشة النـــتـائـــــج

تمهيد

لقد اعتمدنا في عرضنا للنتائج من خلال هذا الفصل على دليل الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار 25 (SPSS V25) وبما أننا حددنا سابقا طبيعة المنهج المستخدم ونوع عينة الدراسة، فإننا سنحاول من خلال نظام (SPSS) عرض نتائج الفرضيات المطروحة سابقا وفقا للأساليب الإحصائية المناسبة لها، وبالتالي تضمن هذا الفصل عرض نتائج الفرضيات العشر بالترتيب كل على حدى.

التحقق من شرط التوزيع الطبيعي للبيانات

أشار فهمي إلى "أنه يمكن التغاضي عن هذا الشرط في حالة كبر حجم العينة لأنه يتحقق تلقائيا"

استخرجنا قيم معامل الالتواء لأنها تفيد في التعرف على توزيع البيانات، وكما موضح في الجدول أدناه:

الجدول رقم (26):قيم معامل الإلتواء لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	معامل الالتواء
الوعي الصحي	**-0.02**
الصلابة النفسية	**-1.60**
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	**0.47**

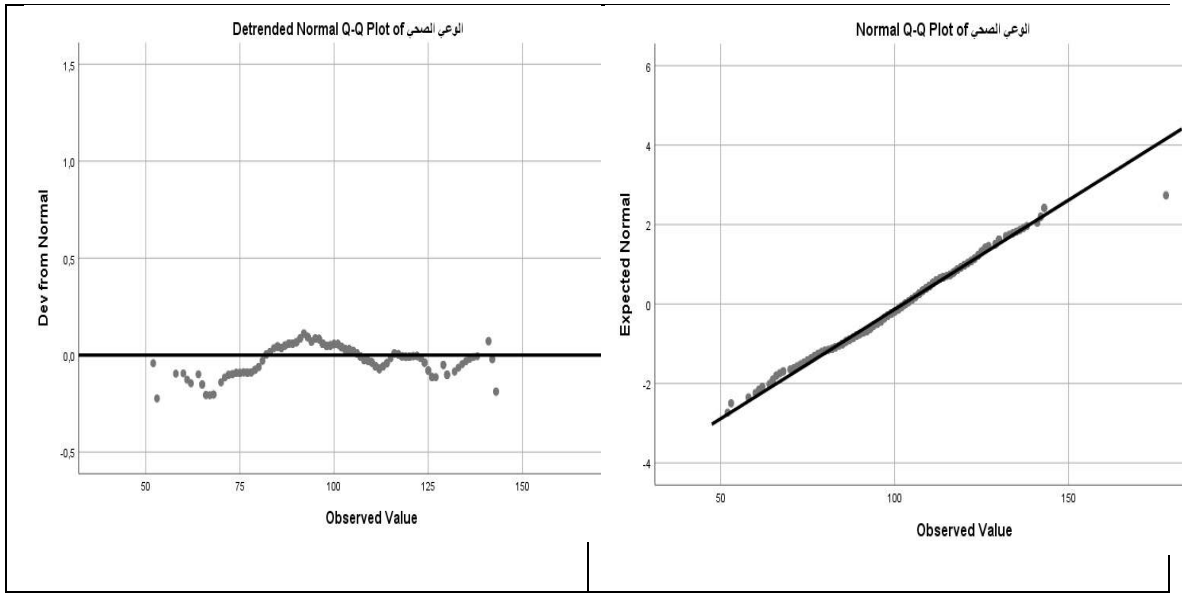
نلاحظ من خلال الجدول أن قيم معامل الإلتواء تنحصر بين **(3، 3-)** وبالتالي فالبيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

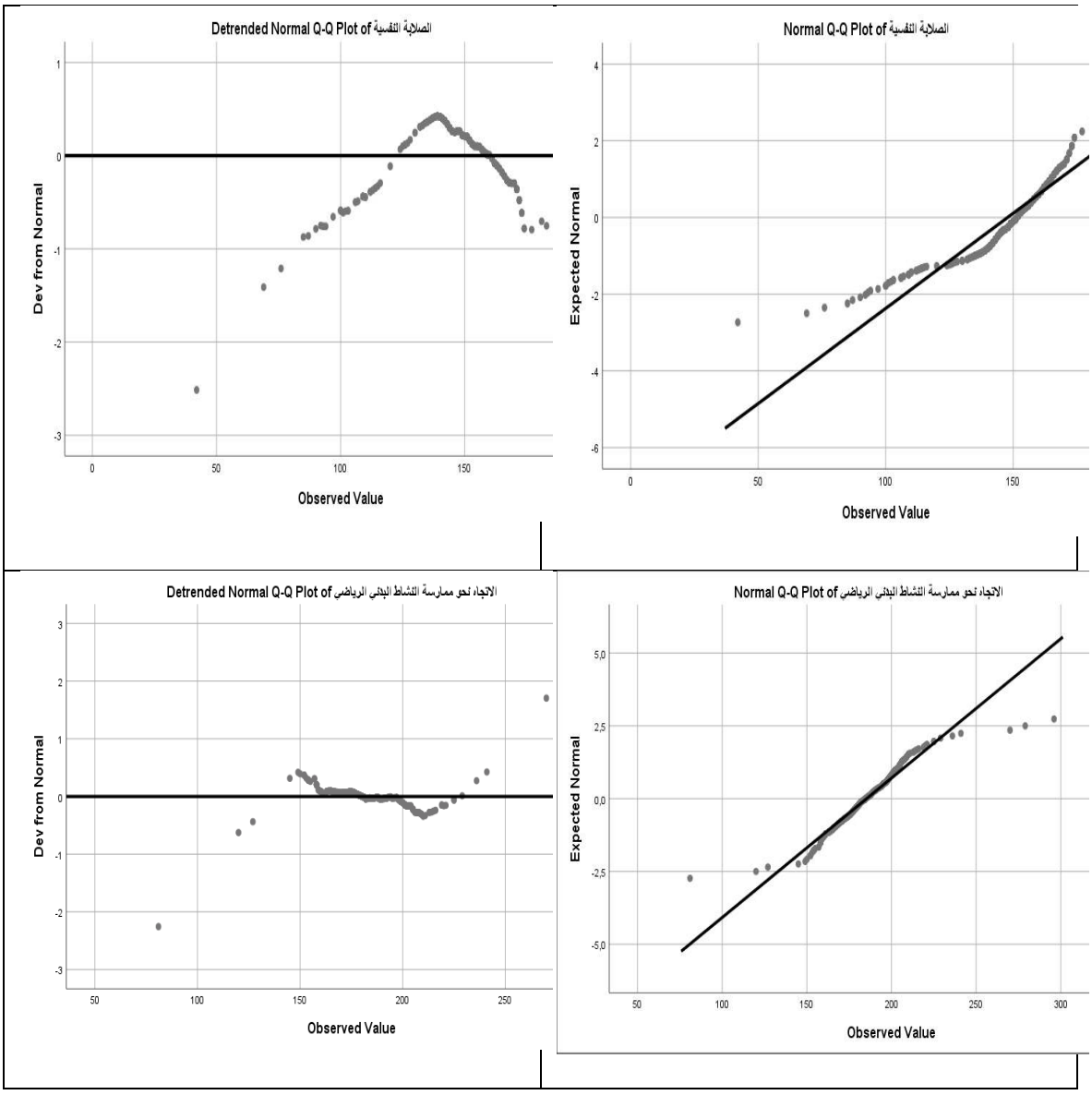
وقد دعمنا صحة التوزيع الطبيعي للبيانات من خلال مخططات (**Normal Q–Q Plot**) و(**Detrended Normal Q–Q Plot**).

– **Normal Q–Q Plot:** تتبع البيانات التوزيع الطبيعي بموجب هذا المخطط إذا كانت نقاط شكل الانتشار تقع بمحاذاة الخط المستقيم والعكس صحيح.

– **Detrended Normal Q–Q Plot:** إذا كان هذا المخطط لا يمثل نمطاً محدداً وكانت معظم نقاط شكل الانتشار (90% أو95%) تقع ضمن المدى (2، 2–) فيمكن أن نقرر أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي والعكس صحيح

والأشكال التالية توضح ذلك:





شكل رقم (17): يوضح مخططات (P-P Plot) و(Q-Q Plot) للتوزيع الطبيعي

في مخططات (**Normal P–P Plot**) و(**Normal Q–Q Plot**) يتم رسم كل مشاهدة من البيانات الأصلية على المحور الأفقي مقابل قيم التوزيع القياسي (المعياري) المتوقعة لها.

تمثل كل نقطة على الخط المستقيم بواسطة القيم المتوقعة لدرجات التوزيع الطبيعي على المحور العمودي مقابل الدرجات المعيارية للتوزيع الطبيعي للبيانات على المحور الأفقي، وإذا كانت نقاط شكل الانتشار للعينة تقع بعيدة عن الخط المستقيم فهذا يعني أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي والعكس صحيح.

مخططات (**Detrended Normal P-P Plot**) و(**Detrended Normal Q-Q Plot**) هي مكملة للمخططات الأولى، والتي توضح المدى الذي يمكن اعتماده لانحراف نقاط الانتشار عن الخط المستقيم فيما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أو لا، وبالتالي تعرض هذه المخططات تمثيل المشاهدات الأصلية على المحور الأفقي، أما المحور العمودي فيمثل انحرافات القيم المعيارية للمشاهدات عن التوزيع الطبيعي المتوقع لها، فإذا كانت معظم نقاط شكل الانتشار (**90-95%**) تقع ضمن المدى (**2، 2-**)، يمكن حينها أن نقرر أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي والعكس صحيح.

وانطلاقا من النتائج السابقة يمكن القول ان البيانات تخضع لشرط التوزيع الطبيعي وبالتالي سيتم استخدام الاختبارات المعلمية في اختبار فروض الدراسة.

1- عــرض نتائـــج الفرضـيات

1-1-عرض نتائج الفرضيـــة الأولـى

تنص هذه الفرضية على أنه:

توجد علاقة إرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغير الجنس والمستوى التعليمي.

تم التحقق من هذه الفرضية على شقين تبعا لمتغير الجنس ومتغير المستوى التعليمي كالتالي:

1-1-1- تبعا لمتغير الجنس:

تنص الفرضية على أنه توجد علاقة إرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغير الجنس.

قبل التأكد من صحة الفرضية، سنقوم أولا بدراسة الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس أولا، قبل المرور إلى حساب معامل الإرتباط المتعدد بين متغيرات الدراسة في ظل متغير الجنس.

الجدول رقم (27):الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس.

الجنس	المتغيرات	عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكور	الوعي الصحي	160	103.29	19.17
	الصلابة النفسية	160	183.01	17.99
	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	160	151.28	15.23
إناث	الوعي الصحي	160	101.64	17.13
	الصلابة النفسية	160	187.53	23.27

	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	160	144.34	23.64

الجدول رقم (28):قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس.

الجنس	المتغيرات	معامل الارتباط	معامل التحديد	قيمة F	مستوى الدلالة	Sig	الدلالة الإحصائية
ذكور	الوعي الصحي ، الصلابة النفسية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	0.36	0.13	11.72	0.05	0.000	دال
إناث	الوعي الصحي ،الصلابة النفسية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	0.46	0.21	20.82	0.05	0.000	دال

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أن:

قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي اولصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الذكور بلغت (**0.36**) وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) (**0.13**) أي أن متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي يساهمان ويفسران ما نسبته(**13%**) من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين **F** **11.72** وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة (**0.000**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**).

في حين أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الإناث بلغت (**0.46**) وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) (**0.21**) أي أن متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي يساهمان ويفسران ما نسبته (**21%**) من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين **F 20.82** وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة(**0.000**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**).

1-1-2- تبعا لمتغير المستوى التعليمي

تنص هذه الفرضية على أنه:

توجد علاقة إرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغير المستوى التعليمي.

قبل التأكد من صحة الفرضية، سنقوم أولا بدراسة الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي أولا، قبل المرور إلى حساب معامل الإرتباط المتعدد بين متغيرات الدراسة في ظل متغير المستوى التعليمي.

الجدول رقم (29):الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	المتغيرات	عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ليسانس فما فوق	الوعي الصحي	160	104.67	19.09
	الصلابة النفسية	160	150.92	17.55
	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	160	185.48	22.30

ثانوي فما دون	الوعي الصحي	160	100.25	16.97
	الصلابة النفسية	160	144.68	22.07
	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	160	185.05	19.44

الجدول رقم (30):قيمة معامل الارتباط المتعدد بين بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	المتغيرات	معامل الارتباط	معامل التحديد	قيمة F	مستوى الدلالة	Sig	الدلالة الإحصائية
ليسانس فما فوق	الوعي الصحي ، الصلابة النفسية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	0.45	0.20	19.85	0.05	0.000	دال
ثانوي فما دون	الوعي الصحي ،الصلابة النفسية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	0.34	0.12	10.44	0.05	0.000	دال

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أن:

قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الذكور بلغت **(0.45)** وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) **(0.20)** أي أن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان ويفسران ما نسبته**(20%)** من

تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين **F 19.85** وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة **(0.000)** أقل من مستوى الدلالة **(0.05)**.

في حين أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الإناث بلغت**(0.34)** وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) **(0.12)** أي أن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان ويفسران ما نسبته**(12%)** من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين **F 10.44** وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة **(0.000)** أقل من مستوى الدلالة **(0.05)**.

1-2- عرض نتائــج الفرضية الثــانية:

تنص الفرضية على أنه:

توجد فروق في الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس

- عرض نتائج الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث).

الجدول (31):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

الجنس	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	160	103.29	19.17	0.81	0.42	0.05	غير دال
اناث	160	101.64	17.13				

من خلال الجدول **(31)** نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(103.29)** بانحراف معياري قدره**(19.17)**، بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(101.64)** بانحراف معياري **(17.13)**. ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(0.81)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.42)**، وهي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الوعي الصحي.

1-3- عرض نتائـج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على أنه:

توجد فروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس

- عرض نتائج الفروق في مستوى الصلابة النفسية تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث).

الجدول (32):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

الجنس	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	160	151.28	15.23	3.12	0.002	0.05	دال
اناث	160	144.34	23.64				

من خلال الجدول **(32)** نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(151.28)** بانحراف معياري قدره **(15.23)** بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(144.34)** بانحراف معياري **(23.64)**. ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(3.12)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.002)**، وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **2 ÷ P-Value**).

1-4- عرض نتائــج الفرضية الرابــعة:

تتعلق هذه الفرضية بالفروق بين الجنسين في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، ونصّها:

توجد فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

- عرض نتائج الفروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث).

الجدول (33):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

الجنس	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	160	183.01	17.99	-1.94	0.053	0.05	دال
اناث	160	187.53	23.27				

من خلال الجدول (33) نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (183.01) بانحراف معياري قدره (17.99) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (187.53) بانحراف معياري (23.27). ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار T ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (T-test) المحسوبة بمقدار (1.94-) وباحتمالية خطأ (P-

Value/Sig) بلغت (**0.053**)، وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لصالح الإناث (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **2 ÷ P-Value**).

1-5- عرض نتائــج الفرضية الخامسة:

الفرضية الخامسة في هذه الدراسة تنص على أنه:

توجد فروق في الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

- عرض نتائج الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي(3ثانوي فما دون، ليسانس فما فوق).

الجدول (34):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

المستوى التعليمي	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
3ثانوي فما دون	160	104.67	19.09	2.18	0.029	0.05	دال
ليسانس فما فوق	160	100.25	16.97				

من خلال الجدول (**34**) نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (**104.67**) بانحراف معياري قدره (**19.09**) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (**100.25**) بانحراف معياري (**16.97**). ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (**T-test**) المحسوبة بمقدار (**2.18**) وباحتمالية خطأ (**P-**

Value/Sig) بلغت (**0.029**)، وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **2 ÷ P-Value**)

1-6- عرض نتائــج الفرضية الســادسة:

كانت الفرضية السادسة في هذه الدراسة ترى أنه:

توجد فروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

- عرض نتائج الفروق في مستوى الصلابة النفسية تبعا لمتغير المستوى التعليمي(3ثانوي فما دون، ليسانس فما فوق).

الجدول (35):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

المستوى التعليمي	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
3 ثانوي فما دون	160	150.92	17.55	2.79	0.005	0.05	دال
ليسانس فما فوق	160	144.68	22.07				

من خلال الجدول (**35**) نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (**150.92**) بانحراف معياري قدره (**17.55**) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (**144.68**) بانحراف معياري (**22.07**). ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (**T-test**) المحسوبة بمقدار (**2.79**) وباحتمالية خطأ (**P-**

Value/Sig) بلغت (**0.005**)، وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **2 ÷ P-Value**).

1-7- عرض نتائــج الفرضية الســابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه:

توجد فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- عرض نتائج الفروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي(3ثانوي فما دون، ليسانس فما فوق).

الجدول (36):الإحصاءات الوصفية وقيمة (T-test) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

المستوى التعليمي	عدد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
3 ثانوي فما دون	160	185.48	22.30	0.18	0.854	0.05	غير دال
ليسانس فما فوق	160	185.05	19.44				

من خلال الجدول (**36**) نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (**185.48**) بانحراف معياري قدره (**22.30**) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (**185.05**) بانحراف معياري (**19.44**). ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (**T-test**) المحسوبة بمقدار (**0.18**) وباحتمالية خطأ (**P-**

Value/Sig) بلغت (**0.854**)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

1-8- عرض نتائــج الفرضية الثـامنة:

تنص الفرضية الثامنة في هذه الدراسة على أنه:

تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس"

الجدول (37):الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

الجنس	المتغيرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة r المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	الوعي الصحي	103.29	19.17	0.31**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	183.01	17.99				
اناث	الوعي الصحي	101.64	17.13	0.35**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	187.53	23.27				

*** الارتباط دال عند 0.05**

**** الارتباط دال عند 0.01**

من خلال الجدول **(37)** نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور بلغت **(0.31)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الاناث بلغت **(0.35)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) لعينتي الذكور والاناث، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول(38):القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

العينة	قيمة الارتباط	القيمة المعيارية Zr	قيمة Z المحسوبة	قيمة Z الجدولية	الدلالة
ذكور	0.31	0.321	−0.4	1.96	غير دال
اناث	0.35	0.365			

من خلال الجدول يتبين أن القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة

النشاط الرياضي، بمعنى أن العلاقة بين متغيري الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا تتأثر بمتغير الجنس.

1-9- عرض نتائــج الفرضية التــاسعة:

كانت الفرضية التاسعة في هذه الدراسة تنص على أنه:

تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس

الجدول (39):الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

الجنس	المتغيرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة r المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	الصلابة النفسية	151.27	15.23	0.31**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	183.01	17.99				
اناث	الصلابة النفسية	144.33	23.64	0.35**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	187.53	23.27				
* الارتباط دال عند 0.05 ** الارتباط دال عند 0.01							

من خلال الجدول **(39)** نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور بلغت **(0.31)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الاناث بلغت **(0.35)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) لعينتي الذكور والاناث، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول(40):القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (المعلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)

العينة	قيمة الارتباط	القيمة المعيارية Zr	قيمة Z المحسوبة	قيمة Z الجدولية	الدلالة
ذكور	0.31	0.321	-0.4	1.96	غير دال
اناث	0.35	0.365			

من خلال الجدول يتبين أن القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بمعنى أن العلاقة بين متغيري الصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا تتأثر بمتغير الجنس.

1-10- عرض نتائـــج الفرضية العـاشرة:

تخص هذه الفرضية تأثير متغير المستوى التعليمي على علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي ونصها:

تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

الجدول (41):الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

المستوى التعليمي	المتغيرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة r المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
3 ثانوي فما دون	الوعي الصحي	100.25	16.97	0.25**	0.001	0.05	دال
	الاتجاه	185.05	19.44				
ليسانس فما فوق	الوعي الصحي	104.67	10.09	0.36**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	185.48	22.30				
* الارتباط دال عند 0.05 ** الارتباط دال عند 0.01							

من خلال الجدول **(41)** نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون بلغت **(0.25)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق بلغت **(0.36)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) للمستوى التعليمي(3 ثانوي ما دون و ليسانس فما فوق)، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول(42):القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)

المستوى التعليمي	قيمة الارتباط	القيمة المعيارية Zr	قيمة Z المحسوبة	قيمة Z الجدولية	الدلالة
3 ثانوي ما دون	0.25	0.321	-0.4	1.96	غير دال
ليسانس فما فوق	0.36	0.365			

من خلال الجدول يتبين أن القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق في معاملات الارتباط بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بمعنى أن العلاقة بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا تتأثر بمتغير المستوى التعليمي.

1-11- عرض نتائــج الفرضية الحـادية عشـر:

تنص الفرضية الحادية عشر على أنه:

تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا للمستوى التعليمي.

الجدول (43):الإحصاءات الوصفية وقيمة (r) المحسوبة ومستوى الخطأ (Sig) والدلالة (α) ونوع الدلالة.

المستوى التعليمي	المتغيرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة r المحسوبة	قيمة Sig	مستوى الدلالة	الدلالة
3 ثانوي فما دون	الصلابة النفسية	100.25	16.97	0.25**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	185.05	19.44				
ليسانس فما فوق	الصلابة النفسية	150.92	17.55	0.39**	0.000	0.05	دال
	الاتجاه	185.48	22.30				
* الارتباط دال عند 0.05 ** الارتباط دال عند 0.01							

من خلال الجدول **(43)** نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون بلغت **(0.25)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق بلغت **(0.39)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) للمستوى التعليمي(3 ثانوي ما دون و ليسانس فما فوق)، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول(44):القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)

المستوى التعليمي	قيمة الارتباط	القيمة المعيارية Zr	قيمة Z المحسوبة	قيمة Z الجدولية	الدلالة
3 ثانوي ما دون	0.29	0.321	−0.4	1.96	غير دال
ليسانس فما فوق	0.39	0.365			

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق في معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بمعنى أن العلاقة بين الصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا تتأثر بمتغير المستوى التعليمي.

2) منــاقشــة وتفسـير النتائــج:

بعد عرضنا لنتائج فرضيات الدراسة وعرضنا لنتائجها، سنقوم في هذا الفصل الأخير بمناقشة تلك الفرضيات وتفسيرها على ضوء الدراسات السابقة ومن خلال الإطار النظري للدراسة، وبالتّالي يتضمن هذا الفصل مناقشة الفرضيات (12) المطروحة سابقا، وفيما يلي عرض المناقشة.

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة إرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس والمستوى التعليمي

2-1-1- بالنسبة لنتائج العلاقة الإرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس:

من خلال عرضنا لنتائج هذه الفرضية والمدونة في الجدول رقم(27) توصلنا إلى أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الذكور بلغت (**0.36**) وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) (**0.13**) أي أن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان ويفسران ما نسبته (**13%**) من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين (**F 11.72**) وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة (**0.000**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**).

وفي ظل غياب دراسات تتقارب أو تتعارض نتائجها مع نتائج درايتنا الحالية في حدود علم الباحثة، فإننا سنرتكز في مناقشة النتائج المتوصل إليها في هذه الفرضية على بعض الدراسات السابقة القريبة من الموضوع والتي بينت أهمية متغير الصلابة النفسية في رفع مستوى القوة والصحة لدى الأفراد، وعلى بعض المعطيات النظرية حول المفهوم نفسه.

ينتمي متغير الصلابة النفسية في جوهره لعلم النفس الوجودي الذي يؤمن بقدرة الانسان على ايجاد المغزى والهدف من حياته ويتجلي هذا المتغير من خلال مظاهر الشخصية وأساليبها في معايشة الواقع والتي تلعب دوراً وسيطا بين الضغط والصحة، إذ تتحدد بموجبها الطريقة التي يدرك ويفسر من خلالها الأفراد الأحداث الضاغطة على أنها فرصا للنمو والتطور الشخصي كما أشارت لونجست وآخرون(Longest et al, 2008) إلى أن الصلابة النفسية تعد بعدا من المؤشرات القوية والدالة على جودة الحياة. ففي دراسة (Inal) وآخرون(2007) على(133) فرد تتراوح أعمارهم بين (60) سنة و(90) سنة تبين أن الأنشطة المعززة للمستوى الصحي كممارسة الرياضة مرتبطة ارتباطا وثيقا بالصحة الجسدية، وأن هذه الأخيرة بمثابة مؤشر للرضا عن الحياة(Wencke Cwozdz, Alfonso Sousa Poza, 2009).

وقد توافق هذا مع رأي الشمري(2014) التي اهتمت بالتعرف على علاقة الضغوط النفسية بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الاضطرابات الجسمية وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية حيث إتضح أنه كلما زادت الضغوط النفسية على المرضى السيكوسوماتيين زاد مستوى التحدي لديهم. وهو ما قد يتقارب مع نتائج دراستنا بشأن هذه الفرضية حيث يمكن اعتبار الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عامل تحدّي بالنسبة للمصابين بالسمنة من اجل التخلص منها، كما يمكن اعتبار وضعية الإصابة بالسمنة في حدّ ذاتها عاملاً أو مصدراً للضغط النفسي.

وان كان مرض السمنة يثقل عملية الرعاية الصحية وله دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منها، فإن شخصية الفرد وخصائصها وكما تعتبر من العوامل الأساسية المساهمة في الإصابة بالمرض فإنها أيضا يمكن أ، تعتبر عاملاً مساعداً على إتباع نمط سلوك صحي ملائم، كما هو الحال بالنسبة للصلابة النفسية. كما أن الفهم الدقيق لدور الوعي الصحي والصلابة النفسية يساعد

على تغيير الأفراد للسلوكيات المضرة بالصحة وإتباع ممارسات صحية مثل الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وقد أشارت دراسة(Hemsing, 2009)إلى أن الأبعاد الاجتماعية والنفسية والبيولوجية لها دور في الإصابة بالأمراض المزمنة وتوجهات الأفراد لتناول الأطعمة الصحية وممارسة النشاط الرياضي، وهو ما بينته أيضا نتائج دراسة(Bezie et al, 2006) وعليه يمكننا استنتاج الدور الذي يمكن أن تلعبه مستويات الوعي الصحي والصلابة النفسية المرتفعة في توجهات الأفراد لممارسة السلوكيات الصحية ومنها ممارسة النشاط الرياضي في هذه الدراسة.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير الجنس :**

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) تبعا لمتغير الجنس(الذكور، الإناث)، تمّ استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الإرتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط) ثم استعملت المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الإرتباط تبيّن أنّ قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الإناث بلغت (**0.46**) وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) (**0.21**) أي أن متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي يساهمان ويفسران ما نسبته (**21%**) من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين **F**(**20.82**) وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة (**0.000**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**) .

لقد نصت الفرضية العامة على وجود علاقة إرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين متغيرات الدراسة والذي قدر بـ(0.46) أي بنسبة(21%) من تباين متغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي إذ بلغت قيمة تحليل التباين(20.82) وهي قيمة

دالة عند مستوى(0.05) وهذا مؤشر جيد يدل على فاعلية العلاقة بين المتغيرات، وهو ما يمكننا من القول بأن النتائج المتحصل عليها في هذا الجزء من الفرضية الحادي عشر أثبتت وجود الفروق وجاءت هذه النتائج لتدعم نتائج الفرضيات القادمة وتؤكد من جهة أخرى على أهمية الوعي الصحي والصلابة النفسية في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة. ويعني هذا أن وعي الراشد بحقائق العادات والسلوكيات يجعل تصوراته الذهنية مبنية على مستوى من الوعي الصحي الذي يجعله يمتلك رصيداً من المعارف والحقائق الصحية ، وتفسر الباحثة هذه النتيجة أيضا انطلاقا من أهمية متغير الوعي الصحي الذي يهدف بالدرجة الأولى الى تجنيب الأفراد الوقوع في المشكلات الصحية والأعراض المرضية التي يمكن التنبؤ بحدوثها. وعليه فإن الراشد الذي يعاني من السمنة بإمكانه تقليل الأعراض المرضية الناجمة عنها بإكتسابه رصيد من الحقائق والمعلومات المتعلقة بالصحة، وممارسة النشاط الرياضي كسلوك وقائي صحي يساعده في الحفاظ على صحته الجسمية والنفسية.

بالرجوع إلى النتائج التي أسفرت عنها هذه الفرضية، فإنها تشير إلى فكرة أن ممارسة النشاط الرياضي بالنسبة للإناث ضرورية كما هي بالنسبة للذكور، لما لها من أهمية وفوائد على صحة الجسم، إذ تكسب الرشاقة للمرأة كما قد تقيها من عدة أمراض منها السمنة المفرطة، خاصة إذا انخرطت في فريق رياضي نسوي يضمن لها الشعور بالراحة الكافية أثناء ممراسة الرياضة. كما يتضح أن توفر خاصية الصلابة النفسية في الشخصية تسمح للمريض من الجنسين بإدراك المرض إدراكا سليما، وبذلك يوجه قدراته للتكيف الإيجابي مع المرض من خلال الالتزام بظروف العلاج واتباع السلوكات الصحية المناسبة، ومن هنا يمكن القول أن الصلابة النفسية تعتبر من العوامل المساهمة في إتباع المرضى من الجنسين للسلوكات الصحية المناسبة.

من جهة أخرى تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع ما أكدت عليه نظرية(Kobasa, 1979) في أن الصلابة النفسية تعتبر مصدرا إيجابيا في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسمية، وأنّ الصلابة النفسية تلعب دورا فعالا في إدراك ضغوط الأحداث الشاقة للحياة وتفسيرها وترتيبها على نحو إيجابي، وأنها ترتبط بطرق التعايش التكيفي الفعال وتبتعد عن استخدام التعايش التجنبي أو الإنسحابي للمواقف.

كما تتفق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة(نوار، زكري، 2016) في أن الصلابة النفسية تسمح للمريض بإدراك خطورة مرضه بشكل افضل والتحكم فيه من خلال إتباعه للسلوكيات الصحية المناسبة للتكيف الأفضل مع المرض ولتفادي تعقيداته ويتعلق الأمر هنا في هذه الدراسة بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي.

بينما تختلف نتائج الدراسة الحالية في هذه الفرضية مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (Klomegah,2006) فيما يخص عدم وجود فروق في المتابعة الغذائية والسلوك الصحي بين الإناث والذكور. ويمكن تفسير هذا الاختلاف بين نتائج الدراستين وفقا لنموذج القناعة الصحية الذي ينظر للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، إذ يعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسبوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للمسببات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط.

2-2- بالنسبة لنتائج العلاقة الإرتباطية بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي:

بالرجوع لنتائج هذه الفرضية والتي توضح أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الذكور بلغت (**0.45**) وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة)(**0.20**) أي أن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان ويفسران ما نسبته **20%** من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين(**F 19.85**) وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة (**0.000**) أقل من مستوى الدلالة (**0.05**).

في نفس الإطار أسفرت نتائج دراسة(درياس، مزوز، 2019) إلى العلاقة الطردية بين المستوى التعليمي ومستوى الوعي الصحي، وهو ما تطابق مع توقعات الباحثتان ومع نتائج دراسة مسحية(نوري، مسلم، 2013، ص20) الذي توصل لوجود علاقة طردية قوية بين متغير الحالة الصحية والمستوى التعليمي.

كذلك أظهرت دراسة الرازحي(1999) التي بينت أن انخفاض مستوى الوعي الصحي لا يقتصر على الجانب المعرفي فقط بل يتعداه إلى الجانب الوجداني والجانب السلوكي من خلال وجود اتجاهات سلبية وانتشار عادات وممارسات سلوكية غير صحية.

من هذا المنطلق أمكن الحديث عن الوعي الصحي بإعتباره رافد من روافد الحفاظ على الصحة حيث أكد باندورا في كتابه (نظرية التعلم الاجتماعي 1977) أن توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور في تغييره لسلوكه الصحي تؤدي الى التعامل بنجاح مع ظروف الفرد الصحية (Bandura, 1979) وهذه العوامل تؤدي الى شعور

الفرد بالإتزان والتوافق والتخلص من مسألة التأرجح عند مواجهة المشكلات الصحية وفي الوقت نفسه تعد هذه سبل ناجعة لمعالجة المشكلات الانفعالية والسلوكية.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير المستوى التعليمي**

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) حسب متغير الجنس(الإناث، الذكور) عملنا على استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الإرتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، واستخدمنا بعدها المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الإرتباط تبيّن أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند الإناث بلغت **(0.34)** وبلغ معامل التحديد (نسبة المساهمة) **(0.12)** أي أن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان ويفسران ما نسبته **(12%**) من تباين المتغير التابع (الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي)، كما بلغت قيمة تحليل التباين (**F 10.44**) وهي دالة إحصائيا لأن قيمة **Sig** البالغة **(0.000)** أقل من مستوى الدلالة **(0.05)**.

ففي هذا الشق من الفرضية تبين أن متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي يساهمان ويفسران ما نسبته**(12%)** من تباين الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي وقد جاءت هذه النتيجة لتبين لنا أنّ تحسين الصحة يتوقف على مستوى إدراك الفرد للحقائق الصحية التي يمكن أن يحصل عليها من خلال الإطلاع المباشر عن طريق البحث أو من خلال التكوين عبر مراحل التعليم المختلفة، وغيرها من طرق اكتساب المهارات والمعلومات، وهو ما قد يوضح أهمية المستوى التعليمي في دفع الفرد إلى السعي نحو تعميق مدركاته الصحية وتوظيفها في وقاية نفسه من الإصابة بالأمراض أو السعي إلى ممارسة السلوكيات الصحية المرتبطة بالتخلص من تلك الأمراض ومنها السمنة.

2-2-مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية الثانية إلى أنه توجد فروق في الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

- **بالنسبة لنتائج الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث):**

من خلال عرضنا السابق لنتائج هذه الفرضية والمدونة في الجدول رقم(31) توصلنا إلى أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (103.29) بانحراف معياري (19.17) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (101.64) بانحراف معياري (17.13)، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار T ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (T-test) المحسوبة بمقدار (0.81) وباحتمالية خطأ (P-Value/Sig) بلغت (0.42) وهي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.05) وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الوعي الصحي.

إن عدم تحقق هذا الجزء من الفرضية قد يعود إلى عدة عوامل ومتغيرات مثل استخدام وسائل الإعلام ودوره في تنمية الوعي الصحي ففي دراسة أجريت حول موضوع الوعي الصحي عبر وسائل الإتصال على عينة قوامها(400 طالباً) من مجتمع البحث المتمثل بطلبة جامعة بغداد بهدف الكشف عمّا إذا كانت وسائل الإتصال لها فائدة للحصول على المعلومات الصحية ودراسة العلاقة بين وسائل الإتصال التي يتابعها الطلبة ومستوى الوعي الصحي لديهم، كذلك نوع البرامج التي يتابعونها ومدى الإستفادة منها في بلورة الوعي الصحي حول المرض ومعرفة طرق وسبل الوقاية منه، أظهرت النتائج وجود معرفة

وإدراك من قبل المبحوثين لكلا الجنسين وأن وسائل الإتصال لها دور في ذلك(العكيلي، 2013).

هذا وأكدت بعض الدراسات على أن التربية الصحية بين الأهل وممارسة النشاطات الثقافية لها دور في اكتساب الوعي الصحي بغض النظر عن نوع الجنس، كما تقول سوزان دريد أحمد زنكنة(2009) في دراسة قامت بها حول الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية.

وهذا ما يعني أن تكافؤ الفرص بين الجنسين في الحصول على المعلومات الصحية، يؤدي إلى حصولهم دون فرق على نفس المصادر ونفس الحقائق الصحية.

كما اتفقت النتائج التي تحصلنا عليها مع نتائج بعض الدراسات ومن بينها دراسة سماح نايلي(2016) حول دور الدراما التلفزيونية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبة الجامعة، إذ تكونت عينة الدراسة من (60) طالباً وطالبة وتوصلت الدراسة إلى نتيجة عامة مفادها أن الدراما التلفزيونية بشكل عام والدراما الطبية خاصة تولي أهمية للمواضيع الصحية، وأن الأفراد الذين يتابعون هذا النوع من الدراما قد استفادوا منها في تكوين ثقافة صحية لديهم من خلال تعرفهم على الأمراض والوقاية من بعضها، كذلك معالجتها في بعض الأحيان، وذلك بفضل النصائح والارشادات الوقائية والعلاجية التي تقدمها ويستفيد منها الجنسان معاً.

كما وأيدت الدراسات التأثير القوي للإعلام المحلي على مستوى الوعي الصحي وربما كان أقوى دليل على دور الإعلام ما توصلت إليه دراسة بلبليدية فتيحة حول الإعلام المحلي المسموع ودوره في تثقيف وتنمية الوعي الصحي للجمهور المستمع والتي تؤكد على شروط نجاح الرسالة الإعلامية الصحية مما تحتويه من نصائح وتوصيات للجمهور من جهة والتأثير المرغوب في الجمهور المستمع من جهة أخرى، خاصة إذا إتصفت بالبعد الثقافي الإجتماعي وبما أن الراديو

يصل إلى الجمهور بشكل واضح حيث يسمح بالمشاركة في الأحداث الفعلية المذاعة وله قدرة عالية على الإقناع والتأثير ونجده سهل النقل ليصل إلى الجميع ويمكن تكرار الرسالة دون تكلفة كبيرة ولهذا يستعمل لأهداف تثقيفية صحية وهذا مايؤكد تأثير عامل الإعلام وقدرته في ترسيخ سلوكيات صحية سليمة لجمهوره المستمع من الجنسين.

ومما سبق وعلى ضوء الدراسات السابقة يمكننا أن نُرجع عدم تحقق هذا الجزء من الفرضية وعدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الوعي الصحي إلى عدة عوامل منها العامل المتعلق بأساليب نشر الوعي الصحي في المجتمع الجزائري والمتمثل أساساً في الإعلام بشتى أنواعه ودوره في نشر المعلومات الصحية والبرامج التوعوية بهدف توضيح أهمية الحفاظ على الصحة، فلكي يكتسب الفرد الجزائري عامة مستوى من الوعي الصحي نجده يتابع البرامج الصحية حتى يزيد ربما من وعيه ويتزود بالسلوكيات الصحية الواجب إتباعها. كما إتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة(بودوح، فدان، 2018) إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الوعي الصحي وفقا لمتغير الجنس وأن هناك مكتسبات قبلية فيما يتعلق بالمواضيع المتعلقة بالصحة والنظافة والغذاء والرياضة والتي تم اكتسابها من مضادر مختلفة(الأسرة، المدرسة، الإعلام، المطالعة..)[140]

[140] فدان، بودوح، المصدر مذكور سابقا

2-3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية الثالثة إلى أنه توجد فروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

- **بالنسبة لنتائج الفروق في مستوى الصلابة النفسية تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث):**

من خلال العودة إلى المعطيات المدونة في الجدول رقم(32) والخاصة بنتائج الفرضية نلاحظ أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(151.28)** بانحراف معياري **(15.23)** بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(144.34)** بانحراف معياري **(23.64)**، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(3.12)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.002)** وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **P-Value ÷ 2**).

وبالنسبة لهذه الفروق بين الجنسين في مستوى الصلابة النفسية وحسب النتائج المتوصل إليها في بعض الدراسات نرى أن نتائج دراستنا هذه قد توافقت مع جزء من نتائج دراسة شهرزاد نوار ونرجس زكري حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري والتي هدفت الى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى عينة مكونة من (205) فرداً من مرضى السكري، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين

بالسكري وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس[141]

وقد تعود هذه الفروق في مستوى الصلابة النفسية وفقا لمتغير الجنس لبعض العوامل المتدخلة في إكتساب الفرد لهذه الخاصية لدى فئة الذكور، وهو ما أكدت عليه دراسة(حراث، عرفات، 2018) والتي توصلت إلى أن هناك فروق لصالح الذكور قد ترجع إلى أساليب التنشئة الإجتماعية إذ تعمل بعض الأساليب المتبناة في تنشئة الذكور في مجتمعنا على ترسيخ سمة الصلابة النفسية من خلال التحدي والصبر وروح المسؤولية لديهم في حين تغفل نفس الأساليب وهذا الأمر مع الإناث. ضف إلى ذلك الظروف المعاشة ونمط الحياة والقيود المفروضة إجتماعيا التي قد تؤثر على اكتسابتهم مستوى مرتفع من الصلابة النفسية.

وتتفق نتائج دراستنا في هذا الشأن مع نتائج دراسة أجراها ساكور وشاولا(Thakur&Chawla, 2007) والتي هدفت إلى التعرف على الفروق بين الإناث والذكور في الصلابة النفسية خلصت نتائج هذه الدراسة الى وجود فروق دالة احصائيا في الصلابة النفسية وذلك في اتجاه الذكور.

بينما أتت نتائج دراستنا متعارضة مع شق من نتائج دراسة عماد عبد الأمير نصيف حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية والتي طبقت على عينة قوامها (100) طالب وطالبة تم إختيارها بطريقة عشوائية من طلبة جامعة القادسية ومن الاختصاصات العلمية والإنسانية. إذ اتضح أن الطلبة يتمتعون بصلابة نفسية وأن لديهم معتقدات صحية تعويضية، كما ظهر أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا وفق متغير الجنس(نصيف، 2016).

[141] نوار، زكري، المصدر مذكور سابقا

وتعارض أيضا النتائج التي توصلنا إليها مع نتائج بعض الدراسات كدراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي سنة (2009)حول مشكلات المسنين وعلاقتها بالصلابة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (114) مسنا ومسنة في محافظة غزة، وأظهرت النتائج أن ترتيب أبعاد المشكلات التي يعاني منها المسنون كانت على النحو التالي: المشاكل الاجتماعية الاقتصادية وبعدها المشكلات النفسية ثم المشكلات الصحية الجسمية، كما اشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات لدى المسنين تعزى لمتغير الجنس.

وفي نفس السياق جاءت نتائج دراستنا متعارضة مع نتائج دراسة بيان صافي ونياديا رتيب سنة (2014) حول معنى الحياة وعلاقته بالصلابة النفسية على (120) طالب وطالبة من جامعة دمشق وتوصلت إلى وجود ارتباط ايجابي قوي دال إحصائيا بين معنى الحياة والصلابة النفسية، وعدم وجود فروق دالة احصائيا في معنى الحياة والصلابة النفسية تبعا لمتغير الجنس.

2-4-مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية الرابعة إلى أنه توجد فروق في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس.

- **بالنسبة لنتائج الفروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير الجنس (ذكور، اناث):** فإنه تجدر الإشارة هنا على أننا توصلنا بخصوص نتائج هذه الفرضية إلى أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(183.01)** بانحراف معياري **(17.99)** بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(187.53)** بانحراف معياري **(23.27)**، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(1.94-)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.053)** وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لصالح الإناث (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **P-Value ÷ 2**).

لقد أوضحت النتائج قيما دالة لاختبار الفروق "ت" مما يدل على وجود فروق دات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وقد جاءت نتائج هذه الفرضية متعارضة مع دراسة (عبابسة، 2015) التي حاولت الكشف عن اتجاهات طلبة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية نحو ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية وأثر متغيرات الجنس والمستوى التعليمي وطبيعة الاتجاه من الناحية الايجابية، وأبرزت النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في أبعاد الاتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي.

وقد يعود هذا الاختلاف في النتائج بين دراستنا وهذه الدراسة بشأن وجود فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي حسب متغير الجنس إلى عدة عوامل أهمها التفاعل الاجتماعي والسلوكي والثقافي بين أفراد المجتمع، وهو ما أشارت إليه دراسة مزاري فاتح وساسي عبد العزيز وحماني ابراهيم(2015) حول قلّة النشاط البدني الرياضي وأثره على زيادة السمنة لدى المرأة الجزائرية والتي توصلت الى أن قلة ممارسة النشاط البدني الرياضي لدى المرأة الجزائرية قد يعود إلى عامل التفاعل بين الأبعاد الاجتماعية والسلوكية والثقافية والفيسيولوجية.

في نفس السياق توصلت دراسة(كحلي، بن زيدان، مقراني، 2016) إلى أن مهارة التواصل والتفاعل الاجتماعي تكون فعالة وايجابية خلال الممارسة الايجابية للنشاط الرياضي في أوقات الفراغ، إلا أن المرأة في مجتمعنا تفضل الممارسة الرياضية لأغراض صحية لا لأغراض اجتماعية. كما أن بعض التقاليد والأعراف تجعلها تبتعد عن خلق علاقات جديدة عن طريق النشاط الرياضي ولها طرق أخرى تتواصل بها مع مثيلاتها في هذا السن.

وعليه فإن وجود الفروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لصالح الإناث قد يعود كذلك لتوفر عوامل ساعدت على امتلاك الاتجاه الايجابي نحو ذلك، مثل مساهمة وسائل الإعلام وماتعرضه من ارشادات وبرامج صحية وبما أن أغلب النساء الجزائريات يمارسن دورهن في البيت من تربية الأطفال وغيرها من الأنشطة المنزلية فقد نجدها تتابع الحصص والبرامج التلفزيونية والحصص عبر الراديو وغيرها مما قد يزيد من مستوى وعيها ويحفزها للإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي. وهو ما قد يشير إليه أن فئة الإناث قد تكون لديهن قناعات بالفوائد الصحية لممارسة النشاط الرياضي من الناحية النفسية ولإشباع رغباتهن في تحقيق اللياقة البدنية، كما أنهن يمارسن النشاط الرياضي لوعيهن. كما يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرأة بطبيعتها الأنثوية وبفطرتها هي

أكثر تقديرا للخطر وبذلك هي أكثر حرصاً على تفادي سلوكات الخطر وإتباع عوامل الحماية التي تساعدها على التحكم في وضعية المرض والحفاظ على صحتها.

2-5-مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

الفرضية الخامسة كما أشرنا سابقا تنص على أنه توجد فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

بالنسبة لنتائج الفروق في الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي: فإن النتائج المدونة في الجدول رقم (34) والمرتبطة بهذه الفرضية تشير إلى أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت (**104.67**) بانحراف معياري (**19.09**) بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث (**100.25**) بانحراف معياري (**16.97**)، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم (**T-test**) المحسوبة بمقدار (**2.18**) وباحتمالية خطأ (**P-Value/Sig**) بلغت (**0.029**) وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **P-Value ÷ 2**)

لقد أوضحت النتائج قيما دالة إحصائيا لاختبار الفروق"ت" مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون، ومن المنطقي والمعروف أنه كلما زاد المستوى التعليمي يفترض أن يزيد معه مستوى الوعي الصحي، غير أنه وعلى العكس من ذلك فإن المستويات الأعلى تعليماً كانت فيها مستويات الوعي الصحي وقد يكون ذلك راجع لعدة عوامل

ترتبط بنمط حياة الأفراد دون 3 ثانوي وطبيعة نشاطاتهم وتوجهاتهم المتعلقة بمصادر معارفهم الصحية وطبيعة ومستوى اهتمامهم بالمعلومات الصحية، وكذلك تنوع وتوفر مصادر الحصول على هذه المعلومات والمعارف الصحية المتاحة بسهولة وببساطة أكثر ما كانت عليه في السابق. وتوافقت أيضا مع دراسة(Hermon, Davis, 2004) التي توصلت إلى أن إتباع الفرد نمط الحياة الصحي يتأثر بعامل المستوى التعليمي.

بينما أتت نتائج بحثنا فيما يتعلق بهذه الفرضية متعارضة مع شق من نتائج دراسة(درياس، مزوز، 2019) والتي توصلت إلى أن هناك علاقة بين الوعي الصحي والمستوى التعليمي للإناث وفقا للمرحلة العمرية مما يجعل من العمر عاملاً مخفضاً للعلاقة بين الوعي الصحي والمستوى التعليمي ويمكن تفسير ذلك بسبب ما يصاحب التقدم في العمر من تزايد العبء في الإلتزامات والتعرض المزمن لضغوط العمل.

كما يظهر أن المجتمع المدني له دور مهم في تنمية وتطوير الوعي الصحي بين الأفراد من مختلف المستويات التعليمية، ولقد وجد أن هناك فروق لصالح المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون مما يوضح لنا أن هناك من الأفراد ذو المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون من نجدهم ينتمون للجمعيات الثقافية والرياضية والتي ساهمت هي الأخرى في رفع مستوى الوعي الصحي لديهم، وذلك من خلال النشاطات التي يقومون بها في الميدان.

ولقد أتت متعارضة مع نتائج دراستنا الحالية أي أنها لم تشر إلى وجود فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وذلك قد يعود لتوفر الجمعيات ووسائل الإعلام التي قد تسمح للأفراد بمختلف المستويات التعليمي بالحصول على المعلومات الصحية والحصول على نفس الفرص لتحسين مستوى الوعي الصحي بغض النظر عن المستوى التعليمي بهم، وهو ما تؤكد نتائج دراسة كيحل

كمال(2009) الذي ساهم في إبراز دور الجمعيات في توعية المستهلك وخلق وتطوير الوعي الصحي لدى المستهلك حول السلع الإستهلاكية حفاظا على صحته وسلامته، كما تقوم بإرشاده إلى سبل التأكد من المواد المستهلكة، ولقد سمح تطور وسائل الإعلام بإعطاء الفاعلية التامة لهذا الدور إذ اصبحت تمارس دورا حيويا ومتطورا في تنمية الوعي الصحي لدى المستهلك فتبصر المستهلك بحقيقة السلعة، كما أصبحت أساليب الدعاية المضادة التي تقوم بها هذه الجمعيات تأخذ أشكالا مختلفة بالإضافة إلى ما تعد من نشرات قد زاد عددها زيادة مضطرة لزيادة الوعي الصحي للمستهلك وأصبحت كل جمعية بدورها تقوم بطبع النشرات اللازمة لتوعية السكان أو المدينة التي تنشط فيها.

وطورت الجمعيات هذه النشرات لتحقيق العرض المذكور، فطهرت الدوريات الشهرية والصحف الأسبوعية المتخصصة التي تهتم بالغذاء، كما أضحت الجمعيات تستعمل وسائل الإعلام المختلفة لإعلام المستهلكين ونصحهم بعدم إقتناء بعض السلع التي ثبت من خلال فحصها رداءتها والمساهمة في إعداد الدورات الدراسية والتثقيفية ولاقت النجاح في مجال تنمية الوعي الصحي.

2-6-مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية السادسة إلى أنه توجد فروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- **بالنسبة لنتائج الفروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي** : ومن خلال عرضنا السابق لنتائج هذه الفرضية توصلنا إلى أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(150.92)** بانحراف معياري **(17.55)** بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(144.68)** بانحراف معياري **(22.07)**، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(2.79)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.005)** وهي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون (في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال **P-Value ÷ 2**).

لقد أسفرت النتائج السابقة عن وجود قيم دالة إحصائيا لاختبار الفروق"ت" مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون، بمعنى أن هذه الفئة من أفراد العينة يتمتعون بمستوى عال من الصلابة النفسية يمكن م يكون قد مكنهم من رفع مستوى الوعي بمهامهم ومسؤولياتهم بشكل عام، وبذلك فهم ملتزمون بتحقيق أهدافهم ولهم القدرة على التحكم والسيطرة في الظروف التي تواجههم ومنها السيطرة على شأنهم الصحي والعوامل المؤثرة فيه.

وقد توافقت نتائج هذه الفرضية في بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة(عرفات، 2018) والتي ترجع هذه الفروق لتلك السمات التي يتميز بها الأفراد ذوو المستوى 3 ثانوي فما دون والذي يجعلهم يبدون أكثر فهما لذواتهم وامتلاك مهارات تمكنهم من الإلتزام بالحياة الإجتماعية مع تحمل الأعباء ومواجهة المواقف الحياتية التي سمحت لهم بتكوين خبرات واستراتيجيات المواجهة الفعالة والقدرة على إتخاذ القرارات.

ولعلّ هذه النتائج المتحصل عليها والفروق في مستوى الصلابة النفسية الذي كان لصالح الأفراد ذوو المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون، راجع لكون هذه الفئة وجدت نفسها مضطرة لخوض تجارب الحياة ما ساعدها على خوض التحدي الذي هو عامل مهم من عوامل الصلابة النفسية والذي يدفع الفرد إلى السعي نحو تغيير وضع ما إلى الأفضل، وهو ما يمكن إسقاطه في موضوعنا هذا والإلتزام بممارسة النشاط الرياضي من أجل التخلص من السمنة.

لذا اعتقدت كوبازا أن الأشخاص الذين لديهم شعور إيجابي حول التغير هم أشخاص يجعلون حدوث التغيير في بيئاتهم ومتمرسون في مواجهة الأحداث بشكل جيد من خلال ما يظهرونه من استجابات ناجحة وملائمة مع الموقف أو الحدث المتوقع أو غير المتوقع.

كما تشير(تيلور، 1995)أن ذوو الصلابة النفسية المرتفعة يتميزون بخصائص تجعلهم أكثر إلتزاما في مستجدات الحياة، ويضيف(العبدلي، 2012) أن إعتقاد الفرد لما يطرأ عليه من متغيرات على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري ويشكل فرصة للنمو والنضج، بل ويعتبرها مصدر للتجارب.

وفي نفس السياق يؤكد لنا اركسون أن للشخصية عدة خصائص تساهم في تخطي الأزمات ومن بينها الصلابة(Hardness) التي تساعد الفرد وتخلصه من مشاعر الغجز وتحرره من الصراع

وتدعم قدراته وطاقاته واستثمارها إلى أقصى حد ممكن، وهذا ما يعكس لنا مستويات الصلابة النفسية عند الأفراد.

وتشير نظرية المحتوى والأشكال(Content$Forms) حسب(Zaborowski, Slaski, 2004) أن العوامل الشخصية التي يتسم بها الفرد لها علاقة بطبيعة ممارساته اتجاه المواقف الحياتية، ويمكننا القول أن إرتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين ذوو المستوى التعليمي 3 ثانوي فمادون قد يعود كذلك للتكوين النفسي والتربوي والاجتماعي للأفراد، فالتشرب بالمعلومات التوعوية والصحية قد يساهم هو الآخر في اكتساب الأفراد لروح التحدي والإرادة على مواجهة أحداث الحياة، كما قد تجعل الفرد يظهر بشخصية صلبة ما يساعده على المقاومة وتبني نمط حياة صحي.

2-7-مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تقوم الفرضية السابعة على أنه توجد فروق في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- **بالنسبة لنتائج الفروق في الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي** : وبالرجوع لنتائج هذه الفرضية والمعروضة في الجدول رقم(....) يظهر أن قيمة الوسط الحسابي للذكور بلغت **(185.48)** بانحراف معياري **(22.30)** بينما بلغت قيمة الوسط الحسابي للإناث **(185.05)** بانحراف معياري **(19.44)**، ولبيان حقيقة الفروق بين الجنسين استخدمنا الاختبار المعلمي (اختبار **T** ستيودنت للعينات المستقلة) حيث جاءت قيم **(T-test)** المحسوبة بمقدار **(0.18)** وباحتمالية خطأ **(P-Value/Sig)** بلغت **(0.854)** وهي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) **0.05**، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

لقد أوضحت النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم(36)أنه لا توجود فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وهو مايوضح لنا أن الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا يرتبط بالمستوى التعليمي للأفراد. وقد يعود ذلك لعدة عوامل قد تكون نفسية أو اجتماعية أو حتى عوامل جمالية ترتبط بالحصول على لياقة بدنية، إذ نجد أن بعض الأفراد يتوجهون لممارسة النشاط الرياضي لتخفيف الضغوط النفسية، والتخلص من التوتر، في حين نجد البعض الآخر يميل لممارسة النشاط الرياضي لتحقيق مستوى

من اللياقة البدنية والحصول على قوام جيد بالنسبة للجنسين معاً دون الأخذ بعين الإعتبار المستوى التعليمي.

ويتوافق عدم وجود فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي حسب متغير المستوى التعليمي في دراستنا الحلية مع ما أثبتته بعض الدراسات كدراسة نجيب عبابسة (2015) التي حاولت الكشف عن اتجاهات طلبة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية نحو ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية وأثر كل من الجنس والمستوى التعليمي، وطبيعة الاتجاه من الناحية الايجابية، حيث أبرزت النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في أبعاد الاتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي، كذلك عدم وجود فروق دالة حسب متغير المستوى التعليمي مع تسجيل اتجاه إيجابي للطلبة نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي.

كما تتفق نتائج هذه الفرضية مع ماتوصلت إليه دراسة(اعمير، 2012)والتي هدفت للتعرف على مدى انتشار نسبة السمنة وممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي، وخلصت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وأنه ليس من العوامل المؤثرة على مدى ممارسة الأفراد للنشاط الرياضي، وهذا ما اتفق مع نتائج الفرضية.

ونجد أيضا دراسة(منصوري، لوناس، علوان، 2015) والتي كانت حول موضوع السمنة ومدى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي إذ توصلت أن هناك من الأفراد من يرون أن ممارسة النشاط الرياضي ذات طابع جمالي،ما يعني أن الأفراد الذين يفضلون معرفة مظهرهم من خلال التعليقات الإيجابية يميلون لتحقيق الذات العام وهو مايظهر من خلال ميولهم لممارسة النشاط الرياضي.

وقد تسمح لنا نتائج الدراسات التي اتفقت مع نتائج بحثنا في هذه الفرضية بالقول أن هناك عوامل أخرى غير المستوى التعليمي، قد ترتبط بشخصية الفرد وتساعده على تبني سلوكيات صحية ومنها ممارسة النشاط الرياضي.

ولعل هذا الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لا يرتبط بمتغير المستوى التعليمي بقدر ما يرتبط بمستوى الوعي لدى الأفراد.

2-8-مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

نص الفرضية الثامنة هو: تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

- **بالنسبة لنتائج علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس:** ولقد أوضحت النتائج أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور بلغت **(0.31)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الاناث بلغت **(0.35)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

لقد اتفقت النتائج التي تحصلنا عليها في الدراسة الحالية بخصوص الفرضية المشار إليها سابقاً مع نتائج بعض الدراسات ومن بينها دراسة درياس ومزوز(2015)، والتي وجدت علاقة قوية بين

مستوى الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضيحيث تمحورت هذه الدراسة حول مستوى الوعي الصحي في بعدي السلوكات الغذائية والنشاط الرياضي لدى المرأة العاملة إذ وجد أن أغلب العاملات تطبقن معايير السلامة الغذائية الموصى بها(99%) في حين أن(34%) فقط منهم يتمتعن بمستوى متوسط من الوعي الصحي المتعلق بالسلوكات الغذائية ونسبة (57%) لا يمارسن النشاط الرياضي.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير الجنس**

للمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) لعينتي الذكور والاناث، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط يتبين أن القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط.

وقد يفسر عدم وجود فروق بين الجنسين في العلاقة بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، بوجود بعض الخصائص أو السمات في الشخصية وتوفرها لدى الجنسين معاً، وهي التي تتحكم في الاعتقادات المرتبطة بالصحة والمرض والسيطرة عليهما. ولعل من بين أهم هذه الخصائص الشخصية ما يعرف بمركز التحكم أو الضبط الصحي، حيث تشير الأدبيات المتوفرة في هذا المجال إلى أن الأفراد الذين يتميزون بالقدرة على تحمل مسؤولية صحتهم وقايتها من الأعراض هم أصحاب مركز التحكم الصحي الداخلي، وهو ما يشرحه أنصار نظرية مركز التحكم، إذ يرون في هذا المجال أن هناك علاقة دالة بين ممارسة السلوكات المرتبطة بالصحة وبين مركز التحكم الصحي حيث أشارت هذه النتائج إلى أن مركز التحكم الصحي الداخلي يرفع من مستوى الإستعداد والرغبة في ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية على عكس مركز التحكم

الخارجي، وأن مركز التحكم الداخلي لا يوجه فقط السلوك الصحي الوقائي بل يعمل أيضا على تفعيل أسلوب المواجهة أو التعامل مع وضعية المرض(الزروق، 2015، ص17).

وقد تعارضت النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة مع بعض نتائج دراسات أخرى كدراسة(الهواري، قزقوز،العيد، 2018) والتي أسفرت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الوعي الصحي لصالح الذكور ويوصي الباحثون بالإرتقاء بمستويات الوعي الصحي والتدريب على مصدر الضبط الصحي الداخلي.

كما كشفت دراسة(خوليدي، بن سميشة، 2018) بأن الإناث أكثر إصابة بمشكلة السمنة، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل، إذ نجد معدل إنتشار السمنة الكلية(l'obésité total) هو(21.24 %) وهو أكثر إرتفاعا عند الإناث مقارنة بالذكور، حيث نجد (30.08 %) بالنسبة للإناث و(9.07%) بالنسبة للذكور. ويمكن تفسير ذلك على أن الذكور أكثر ممارسة للرياضة والنشاط البدني مقارنة بالنساء خاصة في المراحل العمرية التي تفوق الأربعين، وهذا راجع لطبيعة وخصوصية المجتمع الجزائري الثقافية التي لا تشجع المرأة في هذا السن على ممارسة النشاط الرياضي لإعتبارات ثقافية وإجتماعية.

2-9-مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية التاسعة إلى أنه تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

بالنسبة لنتائج علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس :ومن خلال عرضنا السابق لنتائج هذه الفرضية توصلنا إلى أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور بلغت (**0.31**) باحتمالية (**0.000**) وهي أقل من مستوى الدلالة (**0.05**) وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الاناث بلغت (**0.35**) باحتمالية (**0.000**) وهي أقل من مستوى الدلالة (**0.05**) وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

تبين النتائج المتوصل إليها أن كلا من الذكور والاناث يتميزون بمستوى من الصلابة النفسية تساهم في ميلهم أو تنمية الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لديهم. وبما أن مرض السمنة يؤثر على الذكور كما يؤثر على الاناث فإنه يتبين أن كلاهما قادر على استخدام عناصر الصلابة النفسية للتكيف مع المرض، وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة(Wardle et all,1997) حول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الاروبيين باستخدام استبيان السلوك الصحي على عينة اشتملت على أكثر من (16000) طالبا وطالبة وقد توصلت إلى وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس.

إلا أن هذا لا يتفق مع دراسة(Waldron,1995) التي توصلت إلى أن السلوك الصحي عند الاناث أقل ميلا إلى السلوكات الخطرة من الذكور، وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات لدى الذكور. كما أن الإناث الأكثر اصرارا على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية مقارنة بالذكور.

وتختلف نتائج دراستنا في هذه الفرضية أيضا مع دراسة يوسف(2000) التي توصلت إلى أن الاناث يعانين من أعراض مرضية جسدية أكثر من الذكور مما قد يعكس عدم التزامهن بالسلوكيات الصحية الملائمة.

ويمكن تفسير تعارض نتائج فرضيتنا مع هذه الدراسات وفقا لنموذج القناعة الصحية الذي ينظر للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط[142]

كما يمكن تفسير هذا التعارض أيضا بأن المرأة بطبيعتها الأنثوية وبفطرتها هي أكثر تقديرا للخطر وبذلك فهي أكثر حرصا على تفادي سلوكات الخطر واتباع عوامل الحماية التي تساعدها على التحكم في وضعية المرض.

كما أن متغير الصلابة بشكل عام يرتبط بسمات الشخصية القادرة على تحمل الضغوط ومواصلة بذل الجهد في مواجهتها، والضبط أو التحكم هو من بين الخصائص الأساسية للصلابة، هذه

[142] محمد عبد العزيز مفتاح: مقدمة في علم النفس الصحة، عمان،الأردن، دار وائل للنشر، 2010، ص33.

الأخيرة التي أثبتت الدراسات أنها ترفع من مستوى ميل الأفراد للتعامل بشكل فعال ومنطقي مع المواقف الضاغطة[143] والتي تعتبر السمنة واحدة منها.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير الجنس**

للمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) لعينتي الذكور والإناث، تمّ استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، وبعدها استعملت المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط، وتبيّن أنّ القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق بين الذكور والإناث في معاملات الارتباط، بمعنى أن علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة لا تختلف بإختلاف الجنس.

توصلنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم(40) أنه لا توجد فروق بين الإناث والذكور في علاقة الصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وهذا يعني أن ممارسة النشاط الرياضي لايقتصر على الذكور فقط وإنما على الإناث أيضا، وقد يعود ذلك في بحثنا هذا لتوفر مستوى من الصلابة النفسية لدى الجنسين. ففي دراسة (Inal, 2007) تم التوصل إلى أن الأنشطة المعززة للمستوى الصحي (كممارسة الرياضة) مرتبطة ارتباطا وثيقا بالصحة الجسدية، وأن هذه الأخيرة بمثابة مؤشر للرضا عن الحياة(Cwozdz, Sousa Poza, 2009).

وقد جاءت نتائج دراستنا في هذه الفرضية متوافقة مع نتائج مجموعة من الدراسات، إذ تشير حراوبية(2005) أن مستوى الصلابة النفسية يعدّ مؤشراً للحفاظ على صحة الإنسان النفسية والجسمية، فالشخص الذي لديه مستوى منخفض من الصلابة النفسية يتميز بالضعف في مواجهة

[143] الزروق، المصدر مذكور سابقا، ص29.

الأحداث الضاغطة التي قد تواجهه، كما أن تفاعله في البيئة التي يعيش فيها يكون غير إيجابي عكس الأشخاص الذين يتميزون بمستوى عال من الصلابة النفسية، فهم أشخاص ينصفون بالمثابرة وبذل الجهد والتفاعل الإيجابي مع البيئة التي يعيشون فيها، كما يتميزون بالإبداع وتحديد أهدافهم في الحياة، والعمل على تحقيقها وهو ما ينعكس إيجابا على صحتهم النفسية.

ومن بين الدراسات التي تتفق نتائجها مع نتائج فرضيتنا السابقة حول عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصلابة النفسية وعلاقتها بممارسة السلوكيات الصحية.

نجد دراسة نوار زكري(2016) وهو ما يوضح لنا أهمية الصلابة النفسية ودورها في اتباع الممارسات الصحية مثل اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة. ولعل عدم وجود فروق بين الجنسين راجع لإدراك كل من الذكور والإناث على حد سواء لكل المعلومات المتعلقة بالحفاظ على الصحة، لأن الأمراض تؤثر على الذكور مثلما تؤثر على الإناث وكلاهما قادر على استخدام أساليب مواجهة تعتمد على صلابة الشخصية ومدى التحكم والتكيف مع المواقف الحياتية. وهذا يعني أن هناك قابلية مترابطة يمكنها التنبؤ بالإتجاه المرتبط بالصحة، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يعيشونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على نسبة تقديرهم للإنعكاسات السلبية والإيجابية التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط[144]

[144] عبد العزيز، المصدر مذكور سابقا، ص330.

2-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية العاشرة إلى أنه تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

- **بالنسبة لنتائج علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي :** فإن تظهر النتائج المدونة في الجدول رقم(41) والمتعلقة بهذه الفرضية تظهر أن قيمة الإرتباط بيرسون بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون بلغت **(0.25)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق بلغت **(0.36)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

ولقد أثبتت العديد من الأبحاث علاقة الوعي الصحي بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي ومن بينها دراسة خويلدي وقزقور التي تم التوصل فيها إلى أن هناك مستوى متوسط من الوعي الصحي، وتم فيها التركيز على فكرة الارتقاء بمستويات الوعي الصحي والتدريب على مصدر الضبط الصحي الداخلي من أجل ترقية التربية الصحية[145]

وتجدر الإشارة على أن السنوات الأخيرة قد شهدت تزايد الاهتمام من مختلف العلماء والمختصين بالتأكيد على ممارسة الأنشطة الرياضية ليس بهدف المنافسة ولكن كنوع من وسائل الوقاية والعلاج

[145] خويلدي، المصدر مذكور سابقا، ص1.

من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والتأثيرات السلبية والأضرار النفسية الناتجة عن ضغوط الحياة اليومية في ظل التقدم التكنولوجي السريع الذي يشهده العالم مثل الاكتئاب والتوتر وزيادة القلق(خليفة، 1988).

كما تم بالمقابل التأكيد على التأثير القوي للوعي الصحي، إذ أصبح موضوع الصحة والوعي الصحي هدفان عالميان وغاية اجتماعية نبيلة تسعى اليها مختلف الدول للوصول بأفرادها الى مستويات عالية منها، ويتفق كلا من أحمد الأنصارى بدر(2001) على أن الوعي الصحي يعد أحد العناصر المهمة التي لها تأثير مباشر على سلامة المجتمع.

وفي سياق مرتبط أجريت دراسات أخرى لقياس مستويات الوعي الصحي ومن بينها دراسة الخليلي وآخرون(1989) ودراسة الرازحي(1999) والتي بينت نتائجها أن الانخفاض في مستوى الوعي الصحي لا يقتصر على الجانب المعرفي فقط بل يتعداه إلى الجانب الوجداني والجانب السلوكي من خلال وجود اتجاهات سلبية وانتشار عادات وسلوكيات غير صحية، ومنها غياب ممارسة النشاط الرياضي.

في المقابل أشار أندرسون(Andersen,2005) إلى أن الاتجاهات الايجابية نحو الأنشطة الرياضية تلعب دورا مهما في تنشيط الفرد نحو ممارسة الأنشطة البدنية وتدفعه الى الاستمرار في ممارستها، كما أكد على أن اتجاهات الفرد لها تأثير قوي وفعال في توجيه سلوكياته، فالاتجاهات تضفي على ادراك الفرد ونشاطاته معنى ومغزى تساعده على ممارسة الأنشطة البدنية برغبة وفاعلية.

وإذا كانت ممارسة النشاط الرياضي ترتبط بوجود الاتجاه(كمكوّن معرفي وجداني)، حتى تتوفر الرغبة والميل قبل الممارسة الفعلية، فإن الوعي الصحي أيضا يحمل المكونين(المعرفي، والسلوكي) وهو ما يشير إليه كل من زابوروسكي وسلاسكي حينما يعبّران عن هذين المكونين تحت اسم

المحتوى والشكل، إذ نجد (Zaborowski, Slaski, 2004) يشيران أن هناك مكونين للوعي وهما المحتويات والأشكال التي تتفاعل مع بعضها بشكل ديناميكي وتكاملي، إذ يعبر المكون الأول عن العمليات التي تتمثل في وعي الفرد كالأفكار والرغبات والمعتقدات والمزاج والأنماط السلوكية المختلفة التي تنقسم للنوع الداخلي والخارجي، فالمحتويات الداخلية كالأفكار والمشاعر والرغبات ماهي إلا خصائص شخصية للفرد يتم إدراكم من خلال الاستبطان، بينما تعبر المحتويات الخارجية عن الخصائص الملحوظة والظاهرة كالسلوكيات والعلاقات الاجتماعية والممظاهر الجسدية التي يتم إدراكها من خلال الملاحظة.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير المستوى التعليمي**

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) للمستوى التعليمي(3 ثانوي ما دون و ليسانس فما فوق)، تمّ استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الإرتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، وإستخدام المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الإرتباط تبيّن أنّ القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي بمعنى أنه لا يوجد إختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

إن نتيجة هذه الفرضية قد تعود لدور وسائل الإعلام ووسائل التواصل الإجتماعي وما تلعبه في عملية التثقيف الصحي بهدف رفع مستوى الوعي الصحي، وذلك بالإقبال على ممارسة السلوكيات الصحية التي تحارب الأمراض وعوامل خطورتها ومنها السمنة، والتركيز على ممارسة النشاط الرياضي وتنمية التعليم بين الأفراد.

كما أن التربية الصحية التي يتلقاها الأفراد بمختلف مستوياتهم التعليمية تعمل على إكسابهم مستوى من الوعي الصحي يجعلهم يتبنون سلوكيات وممارسات صحية، فالتربية الصحية لا يقاس مدى نجاحها بمقدار ما استوعبه الأفراد من معارف صحية أكاديمية قد يتلقاها الفرد أثناء مراحله التعيمية المختلفة بقدر ما ترتبط بمدى تطبيقه لتلك المعارف في حياته اليومية.

وربما كان من بين الدلائل التي يؤكد نتيجة الفرضية التي توصلنا إليها والتي تتمثل في أنه لا توجد فروق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي بين الوعي الصحي والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي، من خلال ما أوضحته دراسة مبني نور الدين وكنزة حامدي(2020) حول مواقع التواصل الإجتماعي التي تعتبر أوعية جديدة لنشر الوعي الصحي" صفحة التّفاح الأخضر على الفايسبوك أنموذجا"، إذ هدفت هذه الدراسة إلى محاولة معرفة الأدوار التي أضحت تلعبها شبكات التواصل الإجتماعي(مواقع التشبيك الإجتماعي) بصفة عامة وموقع الفيسبوك بصفة خاصة وعلاقته ببناء وتنمية الوعي الصحي وغرس المفاهيم الصحية. ولعلّ ماجعل نسبة الوعي الصحي لا تختلف بإختلاف الجنس والأعمار هي ماقامت بنشره هذه الصفحة من خلال الأهداف التي حققتها من المنشورات على الصفحة والتتي تضمنت إكتساب ممارسات صحية والتعريف بالبرنامج والترويج له وكذا التثقيف الصحي وحل المشكلات الصحية، حيث احتل هدف التثقيف الصدارة بنسبة(44.06%) باعتباره السعي المتواصل لتعزيز صحة الفرد والمجتمع، ومحاولة المنع أو التقليل من حدوث الأمراض، وذلك من خلال التأثير على المعتقدات، الاتجاهات، والسلوك فرديا ومجتمعيا. وهي عملية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي عن طريق تزويد الفرد بالمعلومات والخبرات بقصد التاثير في معرفته وميوله وسلوكه اتجاه صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه. يليه هدف إكساب ممارسات صحية بنسبة قدرت بـ (33.89%) على اعتبار أن الممارسة الصحية السليمة

يمكن أن تتحول إلى عادة بلا شعور نتيجة كثرة التكرار، مع عدم إغفال دور الأسرة في مجال تحسين الصحة ورعايتها.

كما وأيدت بعض الدراسات التأثير القوي للوعي الصحي في ممارسة النشاط الرياضي حيث وجد الباحث محمد جرورو (2018) أن الوعي الصحي له تأثير في ممارسة النشاط الرياضي على مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وهي دراسة على عينة من المراهقين المصابين بالسمنة من خلال إقتراح برنامج رياضي مع التثقيف الصحي الذي يساعدهم على التخفيف من الوزن وتوصّل إلى أن هناك علاقة إيجابية بينهم. وهذا يبين أن ممارسة السلوكيات الصحية ماهو إلا إنعكاس للمعارف والمعلومات الصحية والاتجاهات التي اكتسبها الفرد من التعليم والتربية ولا يتعلق الأمر بمستوى تعليمي عال بقدر ما يرتبط بثقافة الفرد وخبراته الصحية المتعددة.

كما أن نتائج فرضيتنا هذه تتوافق مع ما تحدث عنه(Myers, Sweeney, 2005) من أن الفرد الذي يتمتع بمستوى من الوعي نجده يميل إلى الإهتمام بالجوانب الخارجية التي تشمل السلوكيات الممارسة والاهتمام بالعلاقات وممارسة الأنشطة الرياضية وتناول الأغذية الصحية النّي تحافظ على إتزانه الداخلي، بغض النظر من مستواه التعليمي.

2-11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية الحادية عشر إلى أنه تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

- **بالنسبة لنتائج علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي:** نلاحظ وبالعودة إلى النتائج المسجلة في الجدول رقم(43) أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون بلغت **(0.25)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

كما نلاحظ أن قيمة الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق بلغت **(0.39)** باحتمالية **(0.000)** وهي أقل من مستوى الدلالة **(0.05)** وبالتالي توجد علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا.

وبالنسبة لهذه النتائج، وبشكل عام فإن العديد من الأبحاث والدراسات أكدت على علاقة الصلابة النفسية بالسلوك الصحي، من بينها دراسة(نوار، زكري، 2016) التي تؤكد على وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري[146] إذ تعتبر الأمراض المزمنة من بين الأمراض التي تهدد صحة الأفراد في العصر الحالي خصوصا مع زيادة انتشارها نتيجة لتغير النظام الغذائي وطبيعته وكذا تغير نمط المعيشة بأكمله إلى أسلوب تقل فيه النشاطات الحركية وتزداد فيه الضغوطات النفسية ويعبر السلوك الصحي عن كل نشاط

[146] نوار، زكري، المصدر مذكور سابقا، ص85.

يقوم به الفرد لتنمية صحته كالغذاء الصحي وممارسة النشاط الرياضي والامتثال للتعليمات الطبية[147]. وتتوافق نتائج دراستنا في هذه الفرضية مع العديد من الدراسات التي تبحث حول السلوكيات الصحية والمتغيرات التي من شأنها التأثير الايجابي على زيادة مستوى الصلابة النفسية والحفاظ على الصحة.

إذ توصلت دراسة(Clark,1995) إلى أن الأفراد الأكثر صلابة نفسية هم ذوي عادات صحية جيدة عكس الأفراد الأقل صلابة. وهذا ما يتوافق مع ما أشارت إليه(Kobasa,1983) حينما ترى أن للصلابة سمات، من بينها اتجاه الفرد أو إعتقاده بفاعليته وقوته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك احداث الحياة الضاغطة ويفسرها بواقعية وموضوعية ويتعايش معها على نحو ايجابي[148]

وبالنسبة لبحثنا الحالي، فإن ارتفاع معدلات الصلابة النفسية بين أفراد العينة قد يفسره متغير السن والخبرة الحياتية، إذ يشير كلّ من روبي وقاسمي(2013) إلى أن متغير الصلابة النفسية يساهم فيه خبرة النضج الذهني والعقلي والفيزيولوجي للفرد، فمن الناحية العصبية المعرفية، فإن النواقل العصبية قد تسبب النضج السببي الذي يولد السلوك المتوازن لدى الأفراد الراشدين والأكبر سنا والأكثر مرورا بالظروف والمواقف الاجتماعية.

- **بالنسبة لنتائج الفروق بين معاملي الإرتباط حسب متغير المستوى التعليمي**

---

[147] شيلي تايلور(2008)،علم النفس الصحي، ترجمة بريك، وسام درويش وطعمية، فوزي شاكر، عمان، دار حامد، 2008.

[148] الوقفي، المصدر مذكور سابقا، ص21.

وللمقارنة بين معاملي الارتباط (دلالة الفروق) للمستوى التعليمي(3 ثانوي ما دون و ليسانس فما فوق)، يجب استخراج القيم الزائية المعيارية لمعاملات الارتباط (العلامات المعيارية المقابلة لمعاملات الارتباط)، ثم نستعمل المعادلة الزائية لدلالة الفروق بين معاملي الارتباط تبيّن أنّ القيمة الزائية المحسوبة أقل من القيمة الزائية الجدولية، وبالتالي لا توجد فروق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي في العلاقة بين متغيري الصلابة النفسة والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة.

وهذا يعني أن عدم وجود فروق بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي يمكن أن يكون مؤشراً على أن السمات الشخصية التي تتضمن مستوى من الإلتزام والتحدي والمعبر عنهما بمفهوم الصلابة النفسية، يمكن لها أن تفرض أهمية بالغة في التوجه لممارسة السلوكيات الصحية، وأن غياب الفروق التي يحملها متغير المستوى التعليمي هنا يمكن أ، يبين أن كل الأفراد لهم القدرة على تبني تلك السلوكيات والمعارف الصحية من خلال البيئة التي ينتمون إليها والتنشئة الاجتماعية وكذا الدعم الإجتماعي الذي يتلقونه ممن حولهم لتشجيعهم على ممارسة تلك السلوكيات الصحية.

3- الإستنتـاج العـام

لقد تمحور بحثنا الحالي حول علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي، وقد أسفرت عنها مجموعة من النتائج التي يمكننا من خلالها الإجابة عن التساؤل العام والأسئلة الفرعية والتي على إثرها تمت صياغة مجموعة من الفرضيات، حيث تحقق بعضها ولم يتحقق بعضها الآخر.

لقد نصت الفرضية الأولى على (وجود علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية وبين الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي) واتضح أن هذه الفرضية تحققت ومن خلال النتائج المتحصل عليها لقيمة معامل الإرتباط المتعدد توصلنا بأنه توجد علاقة ارتباطية وأن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس، وبشأن الفروق بين معاملي الارتباط حسب متغير الجنس فلقد توصلنا أن هناك فروق ودليل على أن هناك فاعلية بين المتغيرات. أما بخصوص وجود علاقة إرتباطية بين متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي توصلنا بأنه توجد علاقة ارتباطية وأن متغيري الوعي الصحي والصلابة النفسية يساهمان في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي، وبشأن الفروق بين معاملي الارتباط حسب متغير المستوى التعليمي فلقد توصلنا أن هناك فروق ودليل على أن هناك فاعلية بين المتغيرات وهذا مايجعلنا نقول بأن نتائج هذه الفرضية تحققت في ضوء متغيري الجنس والمستوى التعليمي.

كما نصت الفرضية الثانية على(وجود فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس) واتضح أن هذه الفرضية لم تتحقق.

أما بخصوص الفرضية الثالثة التي تنص على(وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس) فقد إتضح أنها تحققت ودلت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور وذلك مايظهر في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال (P–Value ÷ 2). كما افترض هذا البحث على وجود فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس إذا تبين لنا أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لصالح الإناث في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال(P–Value ÷ 2).

وبالنسبة الفرضية الرابعة التي نصت على(وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير الجنس) فقد توصلنا إلى تحقق الفرضية واتضح أن هناك فروق بين الجنسين.

كذلك بالنسبة للفرضية الخامسة التي نصت على(وجود فروق في مستوى الوعي الصحي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي) إذ كانت النتائج تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون في اتجاه الوسط الحسابي الأكبر باحتمال(P–Value ÷ 2)، أما بخصوص الفرضية الخامسة التي تمثلت فيما إذا كان هناك فروق في الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي فنجد أنها تحققت وبينت أن هناك فروق ذات

دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي 3 ثانوي فما دون.

أما بخصوص الفرضية السادسة التي تنص على(وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي) فتوصلنا من خلال النتائج أنها تحققت واتضح أن هناك فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وقد نصت الفرضية السابعة على(وجود فروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي) والتي لم تتحقق وخلصنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

وبخصوص الفرضية الثامنة الذي يبحث عما إذا كان هناك (إختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس) فقد تحققت في جزءها الأول وتوصلنا لوجود علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، أما الجزء الثاني من الفرضية الذي يبحث عما إذا كان هناك فروق بين المتغيرين حسب متغير الجنس لم يتحقق واتضح أنه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين متغيري علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس، وبالتالي لا تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

بالنسبة للفرضية التاسعة التي تبحث عن (وجود اختلاف في علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس) فقد تحققت في جزءها الأول وكانت النتائج تدل على وجود علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور، ونفس الشيء بالنسبة لعينة الإناث إذ دلت النتائج على وجود علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الإناث، بينما الجزء الثاني من الفرضية الذي يبحث عن الفروق فلم تتحقق واتضح لنا عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين متغيري علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس، وبالتالي لا تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

وبشأن الفرضية العاشرة التي نصت على(وجود اختلاف في علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي) فقد تحققت في جزءها الأول واتضح أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون، وأن هناك علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق، بينما لم تتحقق في جزءها الثاني إذ يغيب الفرق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي وبالتالي لا تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

كذلك بالنسبة للفرضية الحادية عشر التي نصت على (وجود اختلاف في علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا للمستوى التعليمي) والتي تحققت في جزءها الأول وتوصلنا من خلالها إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي 3 ثانوي ما دون، ووجود علاقة ارتباطية طردية بين المتغيرين ودالة احصائيا بين متغيري الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي ليسانس فما فوق، أما بشأن الجزء الثاني من الفرضية فقد دلت النتائج على غياب الفروق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي بين متغيري الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وبالتالي لا تختلف علاقة الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

إذ تؤكد هذه النتائج مجتمعة على أهمية الوعي الصحي في ممارسة السلوكيات الصحية ومن بينها الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي ودورها في الحفاظ على الصحة العامة للفرد، كما تؤكد أيضا على مساهمة الصلابة النفسية كسمة مهمة ضمن سمات شخصية الفرد وكمؤشر على نوعية استجابته ازاء المواقف الحياتية وتوجيهها نحو تجنب الوقوع في بعض السلوكيات التي تمس بصحته والإقبال على بعضها الآخر المرتبط بالحفاظ على الصحة وترقيتها، ومنها ممارسة النشاط الرياضي، خاصة إذا ما تعلق الأمر بالسمنة.

الخـــاتمة

يدور موضوع هذه الدراسة حول العلاقة المحتملة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي. ويمكن الإشارة إلى أن النتيجة العامة لهذا البحث قد كشفت عن وجود تلك العلاقة بين المتغيرات سالفة الذكر، حيث تبين أن الوعي الصحي وما يتضمنه من عمليات التقييم المستمر لمختلف الأنشطة اليومية ولما له من انعكاسات إيجابية على جميع الأنشطة الحياتية كالتغذية والنشاط الجسدي والنفسي وكذا بطريقة التعامل مع الأحداث اليومية، يمكن أن يساهم في تعزيز نمط الحياة الصحي والتخلي عن الممارسات غير الصحية. إذ يعتبر الوعي الصحي متغيراً وقائياً يعمل على التحكم في المستوى المعرفي والشخصي والاجتماعي، مما يجعل الأفراد ذوي المستوى العالي من الوعي الصحي يمتلكون قدرة كبيرة وسرعة أكبر في معاجلة المعلومات، ويمنحهم الفرصة لتقييم سلوكياتهم واختياراتهم وتوقعاتهم والتعامل الإيجابي مع مختلف المواقف الحياتية.

غير أنه وحسبما أظهرته النتائج، فإن الدور الذي يلعبه الوعي الصحي في تعزيز الوقاية يزداد أهمية بتواجد بعدي الإلتزام والتحدي المكونان لسمة الصلابة النفسية. إذ تبين من خلال نتائج بحثنا أن كلاً من التحدي والإلتزام مهمان لقيام الفرد بمختلف الأنشطة التي تحافظ على حياته وصحته، ومن بينها ممارسة النشاط الرياضي التي تحافظ على صحة الجسد ومرونته، وهو ما تؤكده الأدبيات في هذا المجال، ما جعلنا نركز في بحثنا هذا على أهمية هذه المتغيرات والبحث حول العلاقة المحتملة بينها لدى فئة الراشدين المصابين بالسمنة، إنطلاقا من مجال تخصصنا في علم النفس الصحي، إذ وكما هو معروف، لا يمكننا في هذا الصدد إغفال الدور الذي تقوم به هذه المتغيرات الوقائية والصحية في تعزيز نمط الحياة الصحي، وهو ما دفع بالعديد من الباحثين في

مجال علم النفس الصحي إلى الإهتمام بتعزيز جودة الحياة وأنماط الحياة الصحي من خلال تطبيق برامج تدريبية وتوعوية لرفع مستوى الوعي الصحي وممارسة مبادئ نمط الحياة الصحي.

ولقد تم في هذه الدراسة الكشف عن العلاقة التي يمكن أن تربط الوعي الصحي والصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي من خلال تطبيق مقياس الوعي الصحي ومقياس الصلابة النفسية وكذا مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، وذلك على عينة مكونة من (320) راشداً مصاباً بالسمنة تبعا لمتغير الجنس(ذكور، إناث) والمستوى التعليمي(3ثانوي فما دون، ليسانس فما فوق).

وقد توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الوعي الصحي ومستوى الصلابة النفسية ، أي أن كلاهما يساهمان في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير الجنس، كما دلت النتائج على وجود علاقة إرتباطية بين متغيري الصلابة النفسية والوعي الصحي ومتغير الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي في ظل متغير المستوى التعليمي.

كما دلت النتائج أيضا أنه لا وجود للفروق بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الوعي الصحي على عكس متغير الصلابة النفسية الذي توصلنا لنتائج تدل على وجودها بين الجنسين (ذكور، اناث) في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور وأن هناك فروق بين الجنسين في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لصالح الإناث.

أما بخصوص الفروق في مستوى الوعي الصحي فإن النتائج أظهرت أن هناك فروق لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي (3 ثانوي فما دون) وأنّ هناك فروق في مستوى الصلابة النفسية لصالح الراشدين ذوي المستوى التعليمي(3ثانوي فما دون).

تبين من خلال النتائج أيضا أنه لا توجد فروق بين الجنسين (ذكور، اناث) في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وأن هناك علاقة ارتباطية طردية بين

متغيري الوعي الصحي والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور والإناث إلا أن هناك غياب للفروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين متغيري علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة.

كما إتضح أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند عينة الذكور، ونفس الشيء بالنسبة للإناث، وبالنسبة للفروق فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في معاملات الارتباط بين متغيري الصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير الجنس.

أما عن علاقة الوعي الصحي بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي فقد تبين أن هناك علاقة ارتباطية طردية تبعا للمستوى التعليمي، بينما يغيب الفرق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي وبالتالي لا تختلف علاقة الوعي الصحي بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

كذلك تبين وجود علاقة ارتباطية طردية بين الصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي عند المستوى التعليمي (3 ثانوي ما دون) و(ليسانس فما فوق)، أما بشأن الفروق فقد دلت النتائج على غياب الفروق في معاملات الارتباط تبعا لمتغير المستوى التعليمي بين متغيري الصلابة النفسية بالإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

أخيراً تجدر الإشارة إلى أن نتائج هذه الدراسة التي كشفت عن وجود علاقة إرتباطية بين الوعي الصحي والصلابة النفسية والإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، والتي تختلف بإختلاف الجنس والمستوى التعليمي بالنسبة لبعض المتغيرات، ولا تختلف بالنسبة لبعضها الآخر، وهي نتائج تبقى محدودة ضمن مجال العينة التي شملتها الدراسة في هذا البحث والأدوات المستخدمة فيه.

كما تجدر الإشارة أيضا إلى أن الدراسة في مجال علم النفس الصحي يقوم على الربط بين المتغيرات الوقائية الصحية وعلى دورها في حماية الفرد من الوقوع في الأمراض المزمنة، وأن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو التأكيد على أهمية الوعي الصحي والصلابة النفسية في رفع مستوى التحدي والإلتزام بكل السلوكيات الصحية ومن أهمها ممارسة النشاط الرياضي في الحفاظ على الصحة واكتساب نمط حياة صحي. وهذا ما تحمله نتائج بحثنا والتي توضح أن هناك علاقة بين الوعي الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي، إذ يميل الفرد الذي يمتلك مستوى من الوعي الصحي ومستوى من الصلابة النفسية للإهتمام بممارسة السلوكيات الصحية منها ممارسة النشاط الرياضي وتناول الأغذية الصحية والميل لتشكيل علاقات اجتماعية تساهم في الحفاظ على صحته النفسية والجسدية.

الإقتراحـــات

في الختام نتمنى أن تسهم هذه الدراسة ولو بجزء بسيط في مجال البحوث العلمية لاختصاص علم النفس عامة وعلم النفس الصحي خاصة، وعليه يمكن إدراج بعض التوصيات والإقتراحات المتمثلة فيما يلي:

- العمل على إجراء دراسات على غرار الدراسة الحالية تهتم بالكشف عن محددات الوعي الصحي في المجتمع الجزائري ضمن خصوصيته الاجتماعية والثقافية.
- التخطيط لبرامج يقدمها مختصون في مجال علم النفس الصحي تهتم بتدريب الأفراد على رفع مستوى الصلابة النفسية التي تساعدهم على تجاوز الأعراض المرضية للسمنة.
- توعية الأفراد بإيجابيات الوعي الصحي ومدى مساهمته في ترقية الصحة العامة ووقايتها.
- العمل على تفعيل الأنشطة الرياضية كسلوكيات صحية ايجابية في المجتمع الجزائري عامة ولدى الراشدين خاصة.

- إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول سبل نشر الوعي الصحي للتقليل من الأعراض المرضية الناتجة عن السمنة.

قـــــائمة المراجـــع

قائمة المراجـــع باللغة العربية:

- الاء زهيـــــــر (2012)، التفـــــــاؤل وعلاقتـــــــه بالصـــــــلابة النفســـــــية بأبعادها(الالتزام،التحكم،التحدي)للاعبي دوري اندية شباب العراق، دراسة ميدانية بجامعة ديالي، كلية التربية الرياضية، العراق.
- ابتسام عبد الجليل الختم (1998)، الوعي الصحي والبيئي لدى النساء العاملات بالتجارة الهامشية بائعات الأطعمة والمشروبات بالأسواق ولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات البيئية، جامعة الخرطوم.
- ابراهيم الزق، حامد رباح التكروري(2009)، مدى فاعلية برامج تخفيض الوزن المطبقة في عيادة التثقيف الغذائي والصحي في المستشفى الاسلامي، قسم التغذية والتصنيع الغذائي، الجامعة الأردنية، عمان ، الأردن.
- ابراهيم قلاتي الهدى(1997)، قاموس عربي–عربي، عين مليلة، الجزائر، دار الهدى.
- إبراهيم مخلوف إقبال (1991)، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات نظرية، (د.ط)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- ابراهيم مذكور(1975)، معجم العلوم الاجتماعية، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- إبراهيم نجيب إسكندر، لويس كامل مليكة، رشدي فحام منصور، الدراسة العلمية للسلوك، الطبعة الثانية، القاهرة، مؤسسة المطبوعات الحديثة.
- إبراهيم، زيزي السيد(2000)، العلاج المعرفي للاكتئاب، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
- ابن منظور (1999)، لسان العرب، مج 2، القاهرة، دار المعارف.
- إحسان علي محاسنة (1991)، البيئة والصحة العامة، عمان، الأردن، دار الشروق.

- احسان محمد الحسن(2005)، علم الاجتماع الرياضي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار وائل للنشر.
- أحمد العيافي (2012)، الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية، مكة المكرمة.
- أحمد بيري الوحيشي وعبد السلام الدويبي(1995)، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، بنغازي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلام.
- احمد زكي بدوي(1977)، معجم العلوم الاجتماعية،مكتبة لبنان، لبنان.
- أحمد سلام(1992)، تنمية الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية في دول الخليج، المكتب العربي لدول الخليج، الرياض.
- أحمد عبد العزيز سلامة، عبد العزيز عبد الغفار، علم النفس الاجتماعي، القاهرة، دار النهضة العربية.
- أحمد نصر الدين سيد(2003)، فسيولوجيا الرياضة، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة.
- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي(2004)، الاجتماع الرياضي، الطبعة الثانية، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
- أسامة راتب(1977)، علم النفس الرياضة، القاهرة، دار الفكر العربي.
- أسامة كامل راتب(2004)، النشاط البدنى والاسترخاء مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة ، الطبعة الأولى ، القاهرة، دار الفكر العربى.
- أسعد يوسف ميخائيل(1995)، أسس التربية الجنسية، القاهرة، مصر، دار النهضة للطبع والنشر.
- أسماء سعد ياس(2008)، أثر الأسلوب العقلاني العاطفي في تنمية التفاؤل لدى طالبات المرحلة الاعدادية، رسالة ماجستير، كلية التربية الأصمعي، جامعة ديالي، العراق.
- إسماعيل قباري محمد(1984)، علم الاجتماع الجماهيري و بناء الإتصال، دراسة في الإعلام وإتجاهات الرأي العام، القاهرة.

- إسماعيل محمد عماد الدين، إبراهيم نجيب إسكندر، منصور رشدي فحام، كيف نربي أطفالنا (التنشئة الإجتماعية للطفل في الأسرة العربية)، الطبعة الثانية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- أمال البكري (2006)، الصحة والسلامة، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- إمام شكري ابراهيم أحمد القطان(2009)، الاعلام العربي والوعي السياسي للمراهقين، الاسكندرية، مركز الاسكندرية للكتاب.
- أميرة منصور يوسف(1997)، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، (د.ط)، الأزاريطة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أمين أنور الخولي(1996)، الرياضة والمجتمع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، الكويت.
- آنس سليم الأحمدي(2007)، المرونة، ط1 ، الرياض ، السعودية، مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع.
- أيمن الحسينى (1995)، التخسيس بالعصائر والأعشاب، القاهرة، مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع.
- براهيم عبد ربه خليفة (1998)، رياضة المشى مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربى.
- بشير مصطفاوي(2016)، دور الحملات الاعلانية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، دراسة وصفية ميدانية لعينة من طلبة جامعة تبسة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علوم الاعلام والاتصال، جامعة العربي التبسي، تبسة.
- بشير معمرية (1994)، الفروق والعلاقات في مصدر الضبط والعصابية لدى طلاب الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الجنس، التخصص الدراسي، المستوى الدراسي، رسالة ماجيستير غير منشورة في علم النفس العام، جامعة وهران.
- بهاد الدين ابراهيم سلامة(1995)، الجوانب الصحية في التربية الرياضية، الطبعة الثانية، القاهرة، دار الفكر العربي.

- جروان السابق(1985)، كنز الوسيط، قاموس عربي فرنسي، بيروت، دار السابق للنشر والتوزيع.
- جعفر الأرجان(2011)، إنتشار السمنة والوزن الزائد والنقص في الوزن لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.
- جمال الدين أبي الفضل، محمد بن مكرم المصري(2000)، لسان العرب، ط1، المجلدين (08 و15)، بيروت، دار صادر للطباعة والنشر.
- الجمعية الصحية العالمية(2019)، تعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم، برنامج العمل العام الثالث عشر، منظمة الصحة العالمية، سويسرا.
- جهاد كاظم العكيلي(2013)، الوعي الصحي عبر وسائل الإتصال، دراسة لقياس الوعي الصحي لدى طلبة جامعة بغداد بشأن مرض الإيدز، مجلة الباحث الإعلامي، العدد(27)، جامعة بغداد، بغداد.
- حاتم يوسف أبو زايدة(2007)، فعالية برنامج بالوسائط المتعددة لتنمية الوعي الصحي في العلوم لدى طلبة الصف السادس الأساسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم المناهج وتكنولوجيا التعليم، الجامعة الاسلامية، غزة.
- حازم صبري أحمد،عبد الرزاق مرتضى(1982)، أسس الثقافة الصحية، مؤسسة المعاهد الفنية، العراق.
- حامد عبد السلام زهران(1977)، علم النفس والطفولة والمراهقة، القاهرة، عالم الكتاب.
- حسان بوجليدة، سفيان قسيمي(2020)، فاعلية برنامج تدريبي مقترح للتقليل من مستوى السمنة(35-51)سنة، دراسة تجريبية، مجلة الإبداع الرياضي، المجلة رقم(11)، العدد(01مكرر)، مسيلة.
- حسان محمد البستاني(1990)، إدارة المستشفيات، الرياض، (د.ط).
- حسن شلتوت،حسن معوض(1981)، التنظيم الاداري في التربية الرياضية، العراق، مطبعة الفكر العربي.
- حسن محمد أفنان، أمير عمران كاظم، هدى ثامر صالح(2016)، الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية،بحث تخرج نيل شهادة بكالوريوس، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القادسية، العراق.

- حسناء صلحاوي(2017)، اتجاهات تلميذات المرحلة المتوسطة نحو حصة التربية البدنية والرياضية بالمناطق الريفية والحضرية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- حسين بن زيدان، جمال مقراني، بلقاسم سيفي(2017)، مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية، قسم العلوم الاجتماعية، العدد17، الجزائر.
- حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعي والأمراض المهنية،(د.ت)، مصر، الدار القومية للطباعة والنشر.
- حسين، طه عبد العظيم وحسين، سالمة(2006)، استراتجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية، الطبعة الأولى ،عمان، دار الفكر.
- حمادة لولوة، عبد اللطيف حسين(2002)، الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مج12، ع2.
- حمزة جيهان(2002)، دور الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثاني عشر، العدد الثاني.
- خالد بن محمد بن عبد الله العبدلي(2012)، الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة ام القرى، السعودية.
- خالد محمد الجشحوش(2012)، طرق تدريس التربية الرياضية الحديثة، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن.
- خديجة العباسي(2011)، تقدير الذات وعلاقته بمرض السمنة لدى النساء، دراسة في تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.
- خليل ابراهيم البياتي(2002)، علم النفس الفيسيولوجي مبادئ أساسية، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- خيرة شويطر، نادية يوب مصطفى الزقاي(2015)، الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بوهران، مقال في مجلة دراسات نفسية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد15، وهران، الجزائر.

- دليلة زناد(2017)، علم النفس الصحة، النماذج والمفاهيم والتطبيقات، مجلة دراسات في علم النفس الصحة، مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، العدد الثاني، جامعة الجزائر2، الجزائر.
- ذهبية سيدهم(2005)، الأساليب الاقناعية في الصحافة المكتوبة، دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر، رسالة ماجستير في علم الاجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة قسنطينة، قسنطينة.
- رجاء محمود أبو علام(1984)، علم النفس التربوي، ط 03، الكويت، دار القلم.
- رشيد عبد القوي(2019)، مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة، دراسة مسحية علائقية على طلبة جامعة الجيلالي بونعامة، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- رضوان محمد رضوان (2002)، بيولوجيا الرياضة ، مذكرة ماجستير،كلية التربية الرياضية للبنين ، جامعة الزقازيق .
- رمزية الغريب(1977)، التقويم والقياس النفسي والتربوي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- رولا مجدي هاشم الصفدي (2013)، المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء الأرامل بمحافظات غزة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.
- رويدة بنت نواف الغامدي(2004)، رزيستين وعلاقته بالسمنة ومقاومة الأنسولين، السعودية موقع (https://www.kau.edu.sa/Files/130/Researches/22346_24240.pdf)
- زينب نوفل أحمد راضي(2008)، الصلابة النفسية لدى أمهات الشهادة انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، الأردن، دار وائل.
- سحر جبر فضة (2012)، دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.
- سعد عبد الرحمن(1971)، السلوك الإنساني، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة.
- سلامة بهاء الدين(1984)، الجوانب الصحية في التربية الرياضية، الطبعة الأولى، مكتبة المكرمة، الرياض، المكتبة الفيصلية للنشر.

- سلوى السيد عباس(1994)، أثر برامج التثقيف الصحي على المرأة داخل مشروع الرهد، رسالة ماجستير، معهد الدراسات البيئية، جامعة الخرطوم.
- سماح إحسان طه الحلبي(2017)، دور الإدارة المدرسية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبتها بمدارس وكالة الغوث الدولية بمحافظات غزة وسبل تفعيله، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.
- سمية جعفر حميدي سليمان، اسماعيل علي اسماعيل، صلاح جابر فريني، أحمد ادم أحمد(2000)، ممارسة النشاط البدني والصحة للكبار وأمراض العصر، كلية التربية البدنية والرياضة ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.
- سمير أحمد أبو العيون(2013)، الثقافة الصحية، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار المسرة للنشر والتوزيع.
- سهام فدان، محمد بودوح(2018)، الوعي الصحي لدى طلبة جامعة البليدة2، مقال في مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية والإنسانية المعمقة، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
- سوزان دريد أحمد زنكنة(2009)، الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم، مقال بمجلة ديالي، العدد الحادي والأربعون، كلية التربية، جامعة بغداد.
- سيد احمد الباهض (2002)، الإنهاك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، المجلد 01، العدد31، جامعة طنطا، مصر.
- شاهر يوسف ياغي (2006)، الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، غزة.
- شريف فتحي الشافعي (1997)، إمكانيات الوسائط المتعددة، عمان،الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- شيلي تايلور(2008)،علم النفس الصحي، ترجمة بريك، وسام درويش وطعمية، فوزي شاكر، عمان، دار حامد.
- صالح بن سعد الأنصاري والشيبانية،زينة بنت صالح(2006)، المدخل إلى الصحة المدرسية.

- الطيب الأمين أحمد الزين، رقية السيد الطيب(2007)، الاتجاهات نحو البيئة وعلاقتها بالوعي الصحي لدى قبيلة الانقسنا بولاية النيل الأزرق، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.
- عادل الصفدي، عصام وأبو حويج، مروان العماد، العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية، ط5 ،عمان، دار المسيرة.
- عادل عوض(2004)، حقيقة الوعي الانساني،بيت الوحدة والتعدد والاتصال والانفصال، الطبعة الأولى، مصر، دار الوفاء.
- عادل مختاري الهواري، سعد عبد العزيز مصلوح(1999)، موسوعة العلوم الاجتماعية، مصر، دار المعرفة الجامعية.
- عائشة العجيلي حسن(2019)، الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية الإيجابية لدى الطلابة الجامعيين، دراسة ميدانية، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة سبها، ليبيا.
- عبد الله ناصح علوان(1989)، تربية الأولاد في الإسلام، الجزائر، شركة الشهاب.
- عبد الحافظ سلامة(2007)، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الأدرن، دار اليازوردي للنشر.
- عبد الرحمن عبيد مصيقر(2005)، السمنة في الوطن العربي، انتشارها، أسبابها ومكافحتها، المركز العربي للتغذية، مملكة البحرين.
- عبد الرحمن قنديل (1990)، التربية الغذائية وتطوير الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد العظيم قياز(1984)، المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية، العدد 07، كلية التربية البدنية والرياضية ، الإسكندرية.
- عبد الفتاح أبو العلا (1998)، بيولوجيا الرياضة وصحة الرياضى، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربى.
- عبد الفتاح دويدار(1992)، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والإتجاهات، بيروت، دار النهضة العربية.

- عبد المجيد الشاعر، رشدي قطاش (2004)، التغذية الصحية، عمان ،الأردن، اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عبد المجيد الشاعر، وآخرون(2001)، الصحة والسلامة العامة، الطبعة الأولى، عمان، الأدرن، اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب(2016)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالإضطرابات الجسمية وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من معلمي ومعلمات المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، مقال بمجلة الطفولة العربية، العدد الرابع والسبعون، الكويت.
- عبد النور معمري(2015)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركيا، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- عبد الوافي زهير بوسنة (2012)، علم النفس النمو ونظريات الشخصية، قسنطينة، الجزائر، دار الهدى.
- عثمان العربي(2007)، العلم والبناء الثقافي والاجتماعي للمواطن العربي، مقال مقدم للمؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر، كلية العلم، جامعة القاهرة، القاهرة.
- عثمان فاروق السيد(2001)، القلق وادارة الضغوط، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عزة الرفاعي (2003)، الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين ادراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها، أطروحة دكتوراه، جامعة حلوان، القاهرة.
- عصام عبد الخالق(1982)، التدريب الرياضي نظريات وتطبيقات، ط2، مصر، دار الكتب الجامعية.
- عصام عوني سلمان عيسي(2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى العاملين في المؤسسة الأمنية في محافظتي الخليل وبيت لحم، رسالة ماجستير، عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين.
- عقيل مسلم عبد الحسين، محمد مطر عراك، جاسم جابر محمد(2011)، الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية، مقال بمجلة كلية التربية الأساسية، العدد8 ، جامعة بابل، تموز2012، بابل.

- علا دارب نصر (2014)، الصلابة النفسية،مقال في المجلة العربية للعلوم النفسية، المجلد الثامن، العدد37–38، ملف الاختبارات النفسية في الممارسة العربية، سوريا.
- علاء الدين عليوة (1999)، الصحة في المجال الرياضي، الاسكندرية، مصر، منشأة المعارف.
- علي محمد جلال الدين (2004)، الصحة الرياضية لطلاب كليات التربية الرياضية، الطبعة الثانية، الزقازيق، المركز العربى للنشر والتوزيع.
- علي بن حسن بن حسين الأحمدي(2003)، مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ الصف الثاني الثانوي طبيعي وعلاقته بإتجاهاتهم الصحية في المدينة المنورة، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم المناهج وطرق التدريس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- علي عبد السلام علي(2000)، المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية"، مجلة علم النفس العدد الثالث والخمسون، السنة الرابعة عشر، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.

- علي يحي المنصوري(1978)، المكونات النفسية للتفوق الرياضي، كلية التربية البدنية والرياضية، الإسكندرية.
- عليان حكمت عايش(2016)، برنامج لتنمية الوعي الصحي والمسئولية الاجتماعية باستخدام الفصول الافتراضية لتلاميذ المرحلة الاعدادية بغزة، رسالة دكتوراه، غزة.
- عماد عبد الحق، مؤيد شناعة، قيس نعيرات، سليمان العمد(2012)، مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، مقال في مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الانسانية، المجلد27(4)، نابلس.
- عماد عيسى صالح، أماني محمد السيد(2009)، دور المكتبات العامة في تنمية الوعي الصحي ومكافحة الأزمات الصحية العالمية، دراسة في المؤتمر العشرون للاتحاد العربي للمكتبات والمعلومات، المغرب.
- عماد مخيمر (1996)، إدراك القبول –الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية، مقال في مجلة دراسات نفسية،رابطة الأخصائيين النفسيين، ج2، القاهرة، مصر.

- عمر عمور ، محمد روبي، فيصل قاسمي(2013)، مستوى الصلابة النفسية لدى طلبة علوم معهد وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، مقال في المجلة العلمية لعلوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية، العدد العاشر، المسيلة.
- عمرو قاسم(2020)، السمنة والتحكم في الوزن، مقال تابع للإتحاد الدولي للطب الرياضي(FIMS).
- عيسى عبود دونا(2011)، تأثير زيادة الوزن عند السيدات على صورة الجسم وتقدير الذات، مقال في مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية، المجلد(33)، العدد(5).
- غادة عبد الرحمن الطريف (1996)، الوعي الصحي لدى الأمهات السعوديات في مدين الرياض، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، آداب،جامعة الملك سعود، الرياض.
- فاروق عبد الوهاب(1995)، الرياضة صحة ولياقة بدنية، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الشروق.
- فاطمة الزهراء الزروق(2015)، علم النفس الصحي، مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- فاطمة الزهراء اليازيدي، شاكر أمير بوريجي(2013)، الإصابة بالسمنة وإدراك الضغوط النفسية، دراسة ميدانية على عينة من الفتيات العازبات المصابة بالبدانة، مقال في مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد العاشر، الجزائر.
- فاطمة دبراسو(2020)، السمنة من منظور الصحة النفسية، مجلة العلوم الانسانية، المجلد20، العدد01، جامعة بسكرة، الجزائر.
- فتيحة بن عباس(2012)، دور الإعلام في التوعية والوقاية من حوادث المرور في الجزائر، مقارنة بين المناطق الريفية والحضرية(دراسة وصفية استطلاعية)، قسم علوم الاعلام والاتصال، جامعة الجزائر3، الجزائر.
- فرانسيسكا أم دي، ترجمة علي عبد الرحيم صالح، سيكولوجية التحيز ووصمة الوزن الزائد، دراسة في علم النفس الصحي، جامعة القادسية، العراق، شبكة العلوم النفسية العربية.
- فؤاد الباهي السيد(1969)، الذكاء، القاهرة، دار الفكر العربي.

- فؤاد الباهي السيد ،سعد عبد الرحمن(1999)، علم النفس المعاصر رؤية معاصرة، القاهرة، دار الفكر العربي.
- فوزي علي جاد الله (1980)، الصحة العامة والرعاية الصحية، الطبعة الخامسة.
- فيصل محمد غرايبة(2008)، الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- القاموس الجديد للطلاب(1991)، معجم عربي مدرسي، المؤسسة الوطنية للكتاب.
- كمال العجلوني، السمنة، الصحة والسكري، المجلة الدورية عن المركز الوطني للسكري والغدد الصح والوراثة، عمان، الأردن.
- كمال درويش، أمين أنور الخولي(1990)، أصول الترويج وأوقات الفراغ، القاهرة، دار الفكر العربي.
- مالك شعباني(2006)، دور الاذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة منتوري، قسنطينة.
- ماهر اسماعيل صبري،منى عبد المقصود السيد(2007)، القصص الكاريكاتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعيا، مقال في سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس(ASEP)، المجلد الأول، العدد الرابع، مصر.
- مجدي خضر الكردي (2007)، برنامج مقترح في علوم الصحة والبيئة لاكساب الوعي الدوائي لطلبة الصف التاسع بغزة، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزة.
- مجيد فرنان(2015)، دور الجمعيات الرياضية الجوارية في تطوير اتجاهات الشباب نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي والترفيهي، رسالة دكتوراه، معهد العلوم البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3.
- محمد أبو سمرة(2010)، الاعلام الطبي والصحي، الطبعة الأولى، عمان،الأردن، دار الراية للنشر والتوزيع.
- محمد الجوهري وآخرون (1992)، علم الاجتماع ودراسة الإعلام والاتصال، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

- محمد السعيد أبو حلوة(2008)، الطريق الى المرونة النفسية، جامعة الاسكندرية، مصر.
- محمد السيد أبو النيل(2000)، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النهضة العربية.
- محمد العربي، حكيم حريتي(2018)، الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، مقال في مجلة علوم وممارسات الأنشطة البدنية والرياضية والفنية، رقم 14، جامعة الجزائر3.
- محمد أمين جراد(2016)، دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي بين التلاميذ الممارسين وغير الممارسين لحصة التربية البدنية الرياضية في الثانوية،قسم تربية حركية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- محمد بن عثمان الركبان(2009)، البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- محمد حسن علاوي(1984)، الاختبارات المهارية والنفسية في المجال الرياضي، ط01، القاهرة، دار الفكر العربي.
- محمد حسن علاوي(1992)، علم النفس الرياضي، الطبعة السابعة، القاهرة، دار المعارف للنشر والتوزيع.
- محمد حسن علاوي(1994)، علم النفس الرياضي، ط08، القاهرة، دار المعارف.
- محمد حسن علاوي، سعد جلال(1978)، علم النفس التربوي الرياضي، القاهرة، دار المعارف.
- محمد صبحى حسانين(1997)، فسيولوجيا ومورفولوجيا الرياضى وطرق القياس للتقويم، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربى.
- محمد عادل رشدى (2011)، التمرينات الطبية وامراض العصر، الاسكندرية، دار المعارف.
- محمد عبد الخالق علام، وعبد مقصود محمد (1981)، السلوك الصحي وتدريسه، القاهرة ، مصر، دار المعارف.
- محمد عبد العزيز مفتاح(2010)، مقدمة في علم النفس الصحة، عمان،الأردن، دار وائل للنشر.

- محمد عودة (2010)، الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة" رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- محمد عيسي(2016)، مدى إنتشار السمنة عند طلبة الجامعة، حوليات جامعة الجزائر1، العدد 29، الجزء الثاني، الجزائر.
- محمد فاضل علي(2017)، دور شبكة الفيسبوك في تعزيز التوعية الصحية لدى الجمهور، رسالة ماجستير، كلية الإعلام، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- محمد كمال السيد يوسف(1994)، الموسوعة المصرية في تغذية الانسان، الطبعة الثانية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع.
- محمد مصطفى زيدان، نبيل السالموطي(1985)، علم النفس التربوي، ط02، جدة، السعودية، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- محمد يوسف آدم محمد(2004)، دور الاذاعة في نشر الوعي الصحي،دراسة تطبيقية على الاذاعة السودانية، رسالة ماجستير، كلية الإعلام، أم درمان الاسلامية، السودان.
- محمود السيد أبو النيل، علم النفس الإجتماعي(دراسات عربية عالمية)، الجزء الأول، بيروت، لبنان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- محمود السيد سلطان(1985)، مقدمة في التربية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- إسماعيل قباري محمد، علم الاجتماع الجماهيري و بناء الإتصال(دراسة في الإعلام و إتجاهات الرأي العام)، القاهرة.
- محمود طنطاوي (1975)، التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي، الطبعة الأولى، الكويت، دار البحوث العلمية.
- محمود عبد المنعم شحاتة(1991)، التدخين بوابة المخدرات، القاهرة، مصر، مكتبة الزهراء.
- محمود عوض بسيوني، فيصل ياسين الشاطر(1995)، نظريات وطرق التربية البدنية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- محمود فتحي عكاشة، محمد شفيق زكي(2002)، المدخل إلى علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

- مصطفى سويف(1970)، الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي، ط03، القاهرة، دار المعارف.
- مصطفى فهمي، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، القاهرة، دار مصر للطباعة.
- المنجد في اللغة والإعلام(2002)، ط39، بيروت، دار المشرق.
- منظمة الصحة العالمية(2013)، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، القاتل والصامت وإحدى أزمات الصحة العمومية العالمية، شركة(MEO design– communication–web)، إصدارات منظمة الصحة العالمية، سويسرا.
- منظمة الصحة العالمية(2016)، المؤتمر العالمية التاسع بشأن تعزيز الصحية، شتغهاي.
- موقع الفضاء الرياضي التربوي(http://www.epsarabe.com/)
- مولود كنيوة(2008)، دوافع ممارسة التربية البدنية والرياضية لدى تلاميذ الأقسام النهائية من التعليم الثانوي، رسالة ماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة.
- ناريمان عينة(2017)، الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى طلبة الجامعة، دراسة مقارنة على عينة من طلبة الحقوق و علم النفس الفيزيولوجي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم النفس والفلسفة، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
- نبيل منصوري، عبد الله لوناس، رفيق علوان(2015)، السمنة وصورة الجسم واتجاههما نحو النشاط البدني الرياضي لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة، دراسة ميدانية على مستوى مديرية التربية، الجزائر.
- نديم المصري(2001)،الرياضة والغذاء قبل الطبيب والدواء، دمشق، سورية، دار الفكر.
- نزار الطالب، كامل الويس(1993)، علم النفس الرياضي، بغداد، دار الحكمة.
- نسيمة بومعراف(2014)، تأثيرات النشاط البدني الرياضي في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي للمراهق، مقال في مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد08، الوادي.
- نورة بنت عبد العزيز الدامر(2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والادارية، قسم علم النفس، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، المملكة العربية السعودية.

- نـوف بنـت علـي آل سـليمان(2009)، العوامـل الغذائيـة والصـحية المرتبطـة بالإصـابة بـالأمراض المزمنـة لـدى السيدات السـعوديات بمدينـة جدة، رسـالة ماجسـتير، قسم التغذيـة وعلوم الأطعمة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.
- هارون بسام(2001)، الرياضة والصحة، الجامعة الأردنية، عمان.
- هزاع بـن محمـد الهـزاع، السـمنة والنشـاط البـدني، مقـال للمشـرف علـى نختبـر فيسـيولوجيا الجهـد البـدني، زمالـة الكليـة الأمريكيـة للطـب الرياضـي، جامعـة الملـك سـعود، الريـاض، المملكة العربية السعودية.
- وفـاء منـذر فضـة (2004)، التثقيـف الصـحي فـي مجـالات التمـريض، الطبعـة الأولـى، عمان،الأردن، مكتبة النشر للتوزيع.
- وليـد قصـاص(2009)، الطـب الرياضـي، الوقايـة والعـلاج والتأهيـل، بيـروت، لبنـان، دار النموذجية للطباعة والنشر.
- يوسـف فـالح محمـد، أحمـد عبـد السـلام عـلاوي(2016)، أثـر التـدريس باسـتراتيجية (SWOM) في الوعي الصحي لطلبة كلية التربية الأساسية، مقال في مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد22، العدد93.

قائمة المراجـــع باللغة الاجنبية:

- Kobasa .s.c. Maddi. S.R. Paccetti. M.C.& Zola .MA (1985) Effeectiveness of Hardiness, Exercise and Social Support AS Ressources Against Illness, Journal of Psychosomatic Research , No , 29 , pp 525 – 533.
- Lazarus, R. (1966). Psychological Stress an Coping Processor, New York, Mc. Graw Hill Book Company.
- Abdullah, D., & Lee, O. (2012). Effects of wellness program on job satisfaction, stress and absenteeism between two groups of employees. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 56, 479-484, doi:10.1016/j.sbspro.2012.11.152.
- Abolfotouh. M.A,Soliman. L.A, Mansour. E, Farghaly. M. and ElDawaiaty. A.A .(2008). Central obesity among adults in Egypt:

prevalence and associated morbidity, Eastern Mediterranean Health Journal,. 14,1, 57-68.

- Allred, K. D., & Smith, T. W. (1989). The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 257-266.
- Alsendi, et al(2004):Body weight perception among Bahraini adolescents, child: care, Health& Development, 30, 4, 369 – 376.
- Anaut ‹Marie.(2003).La résilience surmonter Les traumatismes . Lyon (France)Attitude : Acomprehenxive Dictionary Psychological and psy x hoanlytical terms P. 50
- Bigbee,J.L(1985)Hardiness,A new perspective in health promotion,The nurse practitioner,Vol.10-11,No(51) PP54-56.
- British Nutrition Foundation, (BNF) (2000): Obesity. Blackwell Science, London, UK.
- Childs, C. (2014). Exploratory Factor Analysis of the spiritual wellness inventory. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3670751).
- Connie,Health Aware Health Living, New York, The Roland press company,2001
- Dumas Laurence, conduites a risque, institut national de prévention et d éducation pour la santé, 2006, p04 8
- Eichstaedt, J., & Silvia, P. J. (2003). Noticing the self: Implicit assessment of self-focused attention using word recognition latencies. Social Cognition, 21(5), 349-361.
- Food and Agriculture Organization (FAO) (2002): Jordan Nutrition Country Profile. Rome.
- Funk S.C(1992)Hardiness A Reyiew of theory and Research Journal of Health psychology VOL(11) No(05)pp335.345

- Funk S.C(1992)Hardiness A Reyiew of theory and Research Journal of Health psychology VOL(11) No(05)pp335.345
- Gerson , M. (1998) The relation ship between hardiness , coping skills and stress in gradnatc student's UMI published Doctoral dissertation , adler school of professional psychology .
- Hermon, D. & Davis, G. (2004). College student wellness: A comparison between traditional- and nontraditional- age students. Journal of College Counseling, 7(1), 32-40
- Holahan, c, j. & Moos, R. H.(1990). Life stressors, Resistance Factores, and Improved Psycological Functioning: An Extension of the ResistanceParadigm. Journal of personality and social.Psychology,58,(5).
- https://ar.knoema.com/atlas/%d8%a7%d9%84%d8%ac%d8%b2%d8%a7%d8%a6%d8%b1/%d8%a7%d9%86%d8%aa%d8%b4%d8%a7%d8%b1-gadget=indicator-preview-host&gadget=indicator-preview-host
- https://ourworldindata.org/grapher/obesity-in-men-vs-obesity-in-women?country=~DZA-
- Kash. Kathryn M, stress an personality Hardiness As related to Gender in student selection of a college major, D,A,L, Vol 48, N69,Dec (1987).
- Kinder,R.A(2005)Psychological harsiness in women with paraplegia,The official journal of the association of rehabilitation nurses,Vol30,NO(2),PP68-72.
- Klark,P.C(2002)Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue,Research nursing health,Vol25,NO910,PP37-48.

- Kobasa S.C. (1979): "Stressful life event personality, and health: An inquiry into hardiness". Journal of personality and social psychology.
- Kobasa, S, &, Pucceti, M(1983): "Personality and social Resources in stress Resistance", Journal of Abnormal psychology, Vol.45, No.4, pp 839-880.
- Kosaka,M(1996)Relatioship between hardiness and psychological stress response,Journal of performance studies,Vol 3,No(2),PP35-40
- Kosbasa,S.C (1982)Commitment and coping in stress resistance among, Journal of personality and Social psychology.
- Kosbasa,S.C (1982)Personality and social resources in stress resistance,Journal of personality and social psychology,Vol,PP45.
- Kristophers,S.L(1996)The Pleasures of Psychological Hardiness.New York:New American,Library.
- Lembert,C.E&Lembert,V.A(1999) Psychological hardiness,State od the science,Holistic nursing practice,Vol13,NO(3),PP11-19.
- Maddi,S.R(2006)The personality construct of hardiness,Effects on experiencing,coping and strain,Consultin psychology journal practice and research,Vol 51,NO(2),PP83-94.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs. J Acquir Immune Defic Syndr 2005; 39:446–453.
- McNeely, A. (2010). Differences among community college students on dimensions of wellness as measured by the 5F-Wel-A. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3413138)
- Michael – S , Gim – J (2006) ; (Effect of psychological skills training on swimming performance and positive psychological

development) , international journal of sport and exercise psychology . vo 14 (2) jun .

- Myers, J., & Sweeney, T. (2005). The individual self: An evidence-based model of wellness. Journal of Individual Psychology, 61(3), 269-279
- Nakura, I; Tatara, K; Kato, H; Nishi, N; Kikukawa, N and Mikawa, K. (1998): Relation between dietary behavior and body mass index, serum and socioeconomic factors in urban residents. Nippon Koshu Eisei Zasshi. 45(10): 988-999.
- National Institute of Health (NIH) (1998): Clinical guidelines on the identification, Evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Rockville, MD: NHLBI.
- Polikandrioti M, Stefanou Evagelia(2019): Obesity Desease, Health Science Journal, Volume3,ISSUS3.
- Power M.L(2008)The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health,Reviewz in obstetrics&Gynecology, National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA .
- Rachele, J., Cuddihy, T., Washington, T., & McPhill, S. (2014). The association between adolescent self-reported physical activity and wellness: The missing piece for youth wellness. Journal of Adolescent Health, 55(2), 281-286.
- Robin L Marcus, Sheldon Smith, Glen Morrell, Odessa Addison, Leland E Dibble, Donna Wahoff-Stice, Paul C LaStayo .2008. Comparison of Combined Aerobic and High-Force Eccentric Resistance Exercise With Aerobic Exercise Only for People With Type 2 Diabetes Mellitus, Physical Therapy , 88 , 11, 1345-1354.
- Schussler, D. L., Jennings, P. A., Sharp, J. E., & Frank, J. L. (2016). Improving teacher awareness and well-being through CARE: A

qualitative analysis of underlying mechanisms. Mindfulness, 7(1), 130-142.

- Sjostrom, C; Lissner, L; Wedel, H and Sjostrom, L. (1999): Reduction in incidence of Diabetes, Hypertension and Lipid Disturbances after intentional weight Loss induced by bariatric Surgery: The SOS Intervention study. North American Association for the Study of Obesity. (7): 477-484
- Taylor,L(1995)An Analysis of a Relaxation Stress control Program on Alternative Elementary School,Dissertation Abstracts International.Vol(35-A),230-270.
- Tetrick,L.E&Sinclair,R.R(2000) Implication of item wording for hardiness structure relationship with neuroticism and stress buffering,Journal of research in personality,Vol34,NO(1),PP1-25.
- Whitney,E,N and Rolfes,R.S(2005) Understanding nutrition(10^{th} ed)Belmont,CA,Wadsorth Publishing Company.
- Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: A test proposed Mechanisms, Journal of Personality and Social Psychology, Vol.60,No.1, 89-99

- Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: A test proposed Mechanisms, Journal of Personality and Social Psychology, Vol.60,No.1, 89-99

الملاحق

ملحق رقــم 1

مقيـــاس الصلابــة النفســية

مقياس الصلابة النفسية

الجنس:..... العمر:..... المستوى التعليمي: ..... الطول:..... الوزن.....

إليك مجموعة من العبارات التي نرجو منك قراءتها والإجابة عليها بوضع علامة(×) علما أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة

ملاحظة: الرجاء عدم وضع أكثر من علامة أمام كل عبارة

(كل المعلومات تبقى في سرية لخدمة البحث العلمي)

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فإني أستطيع تحقيق أهدافي				
أتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي				
أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها				
قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه				
عندما أضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها				
أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها				
معظم أوقاتي استثمرتها في أنشطة ذات معنى وفائدة				
نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ				
لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة الجديد				
أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله				
أعتقد أن الحياة كفاح وعمل وليست حظا وفرصا				
أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على التحديات والعمل على مواجهتها				
لدي مبادئ وقيم ألتزم بها وأحافظ عليها				
أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك الى أسباب تكمن في شخصيته				
لدي القدرة على التحدي والمثابرة حتى انتهي من حل أي مشكلة تواجهني				
لدي أهداف أتمسك بها وأدافع عنها				
أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة تخطيطي				
عندما تواجهني مشكلة أتحداها بكل قواي وقدراتي				
أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي				
أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح				
أكون مستعدا بكل جدارة لما يقد يحدث في حياتي من أحداث وتغيرات				
أبادر بالوقوف الى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة				
أعتقد أن العمل وبذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي				
عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى				
أعتقد أن الاتصال بالآخرين ومشاركتهم انشغالاتهم عمل جيد				
أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي				
أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي وقدرتي على حلها				
اهتمامي بالأعمال والانشطة يفوق بكثير اهتمامي بنفسي				
أعتقد أن العمل السيء وغير الناجح يعود الى سوء التخطيط				
لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي				
أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي				
أعتقد أن تأثيري قوي على لاأحداث التي تقع لي				
أبادر في مواجهة المشكلات لأني أثق في قدرتي على حلها				
أهتم بما يحدث حولي من قضايا وأحداث				
أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم وتخطيطهم لأنشطتهم				
إن الحياة المتنوعة والمثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي				
إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها				
إن النجاح الذي أحققه بجهدي هو الذي أشعر معه بالمتعة والاعتزاز وليس الذي أحققه بالصدفة				

أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة				
أشعر بالمسؤولية اتجاه الآخرين وأبادر الى مساعدتهم				
أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري لي من أحداث				
أتوقع التغيرات التي تحدث في الحياة ولا تخيفني لأنها أمور طبيعية				
أهتم بقضايا أسرتي ومجتمعي وأشارك فيها كلما أمكن ذلك				
أخطط لأمور حياتي ولا أتركها للحظ والصدفة والظروف الخارجية				
ان التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهنه بنجاح				
أبقى ثابتا على مبادئي وقيمي حتى إذا تغيرت الظروف				
أشعر أني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث				
أشعر أني قوي في مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث				

ملحـق رقـــم 2

مقيـــاس الـوعــي الصـــحـــي

مقياس الوعي الصحي

الجنس:..... العمر:..... المهنة:..... المستوى التعليمي: .....

الطول:..... الوزن:.....

الوعي الغذائي	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
تناول الإفطار مهم بالنسبة للصحة والنشاط					
شراء الأغذية من الباعة الجوالين قد يعرض الشخص للإصابة بالأمراض المختلفة					
الفاكهة ضرورية لنمو الجسم					
الملونات الصناعية في الطعام تسبب الأذى					
تناول الحلويات بين الوجبات الرئيسية يقود إلى السمنة					
البروتينات والحبوب ضرورية للجسم					
تناول الماء بكثرة يحافظ على توازن الجسم					
تناول الكثير من الطعام في وجبة العشاء يسبب الخمول و التوعك					
تناول المشروبات الغازية مؤذ للجسم					
يسبب سوء التغذية نقص الوزن					
يسبب سوء التغذية السمنة					
يؤدي نقص فيتامين د إلى الإصابة بالكساح					
تمد مشتقات الحليب الجسم بالكالسيوم					
تساعد الألياف في التخلص من الإمساك					
أعتقد أنّ الغذاء مرتبط بصحتنا					
يجب غسل الخضر والفواكه قبل تناولها					
يجب ملاحظة مدة صلاحية الأطعمة المحفوظة					
المواد المعلبة خطيرة على الصحة					
الوعي الرياضي	**أوافق بشدة**	**أوافق**	**غير متأكد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
المشي لمسافات طويلة ينشط الدورة الدموية					
يجب الابتعاد عن ممارسة النشاط الرياضي إذا كان					

الشخص مريضا					
الكشف الطبي ضروري قبل الانتماء لأي نادي رياضي					
تجعلني الأنشطة الرياضية أكثر سعادة					
حركات تسخين الجسم مهمة قبل أي نشاط رياضي					
تساهم الرياضة في التحصيل الدراسي					
تساهم الرياضة في إنقاص الوزن الزائد					
للرياضة تاثير ايجابي على القوام غير المعتدل					
تساهم ممارسة الرياضة في أداء الجسم لوظائفه					
يجب تخصيص وقت لأداء التمارين الرياضية					
وجود حقيبة الإسعافات الأولية ضروري قرب مكان ممارسة الرياضة					
تساعد الألعاب الجماعية على التفاعل بين الزملاء					
يجب أن يتناسب الحمل البدني مع قدرات الفرد					
تساهم الرياضة في تقويم سلوك الفرد					
اتخذ الأوضاع الصحية في الجلوس والوقوف والمشي ضروري لسلامة العمود الفقري					
تساهم التمارين الرياضية في تنمية التركيز					
أعتقد أنه من الأهمية القصوى مما رسة الأنشطة الرياضية التي لها فائدة كبرى بالنسبة للصحة					

ملحـق رقـــم 3

مقيـاس الإتجـاه نــحو ممارســة النشــاط الرياضـــي

مقياس الإتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي

الجنس:..... العمر:..... المهنة:..... المستوى التعليمي: .....

الطول:..... الوزن:.....

		5	4	3	2	1
ت	**العبارات**	**موافق بدرجة كبيرة**	**موافق**	**لم اكون راي**	**غير موافق**	**غير موافق بدرجة كبيرة**
1	افضل الأنشطة الرياضية التي ترتبط بقدر بسيط من الخطورة من الأنشطة الرياضية التي ترتبط بقدر كبير من الخطورة					
2	استطيع ان امارس التدريب الرياضي الشاق يوميا اذا كان ذلك يعطيني فرصة عضوية احدى الفرق الرياضية القومية					
3	اعظم قيمة للنشاط الرياضي هي جمال الحركات التي يؤديها اللاعب					
4	في درس التربية الرياضية ينبغي التركيز على القيمة الصحية للرياضة					
5	لا استطيع ان اتحمل التدريب اليومي العنيف طوال العام لكي استعد للاشتراك في المنافسات الرياضية					
6	لا افضل الأنشطة الرياضية التي تمارس لاكتساب الصحة واللياقة البدنية					
7	افضل الأنشطة الرياضية التي تتضمن القدر الكبير من الخطورة					
8	تعجبني الأنشطة الرياضية التي تظهر جمال الحركات للاعب					
9	تعجبني الأنشطة الرياضية التي تحتاج الى تدريب منظم لفترات طويلة والتي يقيس فيها اللاعب قدرته في المنافسات ضد منافسين على مستوى عالي من المهارة					
10	الهدف الرئيسي لممارستي الرياضة هو اكتساب الصحة					
11	الاتصال الاجتماعي الناتج عن ممارستي للرياضة له اهمية كبرى بالنسبة لي					
12	الممارسة الرياضية هي غالبا الطريق الوحيد لإزالة التوترات النفسة الشديدة					
13	لا تناسبني الممارسة المتكررة للأنشطة الرياضية الخطرة					
14	في درس التربية الرياضية ينبغي وضع اهمية كبرى على جمال					

		5	4	3	2	1
ت	**العبارات**	**موافق بدرجة كبيرة**	**موافق**	**لم اكون راي**	**غير موافق**	**غير موافق بدرجة كبيرة**
	الحركات					
15	افضل الأنشطة الرياضية التي تحافظ على اللياقة البدنية					
16	هناك فرص كثيرة تتيح للإنسان الاسترخاء من متاعب عمله اليومي مثل ممارسة الرياضة او مشاهدة المباريات الرياضة					
17	افضل ممارسة الأنشطة الرياضية الجماعية التي يشترك فيها عدد كبير من الافراد					
18	عند اختياري لنشاط رياضي يهمني جدا فائدته من الناحية الصحية					
19	لا تعجبني بصفة خاصة الأنشطة الرياضية الجماعية التي يشترك فيها عدد كبير من اللاعبين					
20	في الجامعة ينبغي الاهتمام بدرجة كبيرة بممارسة الأنشطة الرياضية التي تتطلب العمل الجماعي والتعاوني					
21	الممارسة الرياضية تعتبر لي احسن فرصة للاسترخاء					
22	لا اميل الى الأنشطة الرياضية التي ترتبط بالمخاطر والاحتمالات الكبيرة للإصابات					
23	الصحة فقط بالنسبة لي هي الدافع الرئيسي لممارسة الرياضة					
24	لا افضل أي نشاط رياضي يزداد فيه الطابع التنافسي بدرجة كبيرة					
25	ام ناحية تجعلني امارس الرياضة التي استطيع من خلال ممارستي للرياضة ان اتصل بالناس					
26	الممارسة الرياضية هي الطريق العلمي للتحرر من الصراعات النفسية والعدوان					
27	الوقت الذي اقضيه في ممارسة التمرينات الصباحية يمكن استغلاله بصورة احسن في أنشطة اخرى					
28	اذا طلب مني الاختيار فإنني افضل الأنشطة الخطرة عن الأنشطة الرياضية غير الخطرة او الاقل الخطورة					
29	من بين الأنشطة الرياضية افضل بصفة خاصة الأنشطة التي استطيع ممارستها مع الاخرين					

		5	4	3	2	1
ت	**العبارات**	**موافق بدرجة كبيرة**	**موافق**	**لم اكون راي**	**غير موافق**	**غير موافق بدرجة كبيرة**
30	الرياضة تتيح الفرص المتعددة لإظهار جمال الحركات البشرية					
31	هناك العديد من الأنشطة تمنحني الاسترخاء بدرجة احسن من ممارسة الرياضة					
32	اعتقد انه من الاهمية القصوى ممارسة الأنشطة الرياضية التي لها فائدة كبرى بالنسبة للصحة					
33	افضل بصفة خاصة الأنشطة الرياضية التي تهدف الى اشباع التفوق الجمالي او الفني					
34	اعتقد ان النجاح في البطولات الرياضية يتأسس على انكار الذات والتضحية وبذل الجهد					
35	احس بسعادة لا حدود لها عندما اشاهد قوة التعبير وحمال الحركات الرياضية					
36	لا افضل الممارسة اليومية للرياضة لأجل الصحة فقط					
37	اشعر بان الرياضة تعزلني تماما عن المشاكل المتعددة للحياة اليومية					
38	اذا طلب مني الاختيار فإنني افضل السباحة في المياه الهادئة عن السباحة في المياه ذات الامواج العالية					
39	افضل ممارسة الأنشطة الرياضية التي يستطيع الانسان ممارستها بمفرده					
40	المزايا الصحية لممارسة الرياضة هامة جدا بالنسبة لي					
41	الأنشطة الرياضية التي تتطلب فن وجمال الحركات اعطيها الكثير من اهتمامي					
42	الأنشطة الرياضية التي تتطلب الجرأة والمغامرة افضلها الى اقصى حد					
43	نظرا لان المنافسة مبدا في المجتمع فعلى ذلك ينبغي التشجيع على ممارسة الأنشطة الرياضية التي يظهر فيها الطابع التنافسي بصورة واضحة					
44	الممارسة الرياضية تستطيع ان تجعلني سعيدا بصورة حقيقية					

		5	4	3	2	1
ت	**العبارات**	**موافق بدرجة كبيرة**	**موافق**	**لم اكون راي**	**غير موافق**	**غير موافق بدرجة كبيرة**
45	الأنشطة الرياضة التي تستخدم الجسم كوسيلة للتعبير مثل الحركات التعبيرية والباليه اعتبرها من احسن انواع الأنشطة					
46	افضل مشاهدة او ممارسة انواع الأنشطة الرياضية التي لا تأخذ طابع الجدية					
47	ممارسة التمرينات الرياضية اليومية ذات اهمية قصوى بالنسبة لي					
48	استطيع ان امضي عدة ساعات في مشاهدة بعض حركات الرشاقة أو الحركات التي تتميز بالتوافق الجيد مثل حركات الجمباز والبالية					
49	ان الاتصال الاجتماعي الذي تتيحه ممارسة الرياضة لا يمثل بالنسبة لي أهمية قصوى					
50	افضل الأنشطة الرياضية التي ترتبط بلحظات من الخطورة					
51	عدم ممارسة النشاط الرياضي تضيع مني فرصة هامة للاستجمام والاسترخاء					
52	يجب عدم الاهتمام بحالة الفوز بالرياضة بدرجة زائدة عن الحد					
53	تعجبني الأنشطة الرياضية التي تتطلب من اللاعب السيطرة على المواقف الخطرة					
54	الممارسة الرياضية لا اعتبرها وسيلة هامة من وسائل الترويح					

ملاحـق صـدق وثبـات مقـاييس الدراســة

(مقيـاس الـوعي الصـحي، مقيـاس الصلابـة النفسيـة، مقيــاس الإتجـاه نـحو ممارسـة النشـاط الرياضـــي)

أ) مقياس الصلابة النفسية:

1) الصدق:

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	128,1364	7,27877	1,55184
	المجموعة الدنيا	22	89,4091	11,77026	2,50943

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	1,520	,225	13,126	42	,000	38,72727	2,95050
	Equal variances not assumed			13,126	35,012	,000	38,72727	2,95050

2) الثبات:

كرونباخ:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,899	48

التجزئة النصفية:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,822
		N of Items	24[a]
	Part 2	Value	,836
		N of Items	24[b]
	Total N of Items		48
Correlation Between Forms			,716
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,834
	Unequal Length		,834
Guttman Split-Half Coefficient			,832

a. The items are: ,14ع ,13ع ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع 24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع.

b. The items are: ,36ع ,35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع ,27ع ,26ع ,25ع 48ع ,47ع ,46ع ,45ع ,44ع ,43ع ,42ع ,41ع ,40ع ,39ع ,38ع ,37ع.

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	55,6750	71,361	8,44757	24[a]
Part 2	53,1625	86,366	9,29331	24[b]
Both Parts	108,8375	270,138	16,43587	48

a. The items are: ,14ع ,13ع ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع 24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع.

b. The items are: ,36ع ,35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع ,27ع ,26ع ,25ع
48ع ,47ع ,46ع ,45ع ,44ع ,43ع ,42ع ,41ع ,40ع ,39ع ,38ع ,37ع.

ب) مقياس الوعي الصحي

1) الصدق:

الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الغذائي:

Correlations		الوعي الغذائي
1ع	Pearson Correlation	,431**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
2ع	Pearson Correlation	,450**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
3ع	Pearson Correlation	,523**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
4ع	Pearson Correlation	,566**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
5ع	Pearson Correlation	,519**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
6ع	Pearson Correlation	,495**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
7ع	Pearson Correlation	,339**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	80
8ع	Pearson Correlation	,643**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
9ع	Pearson Correlation	,692**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
10ع	Pearson Correlation	,464**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
11ع	Pearson Correlation	,324**

	Sig. (2-tailed)	,003
	N	80
ع12	Pearson Correlation	,499**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع13	Pearson Correlation	,498**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع14	Pearson Correlation	,622**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع15	Pearson Correlation	,438**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع16	Pearson Correlation	,468**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع17	Pearson Correlation	,406**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع18	Pearson Correlation	,534**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
ع19	Pearson Correlation	,416**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
الوعي الغذائي	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	80

الاتساق الداخلي لعبارات بعد الوعي الرياضي:

Correlations		الوعي الرياضي
ع20	Pearson Correlation	,226*
	Sig. (2-tailed)	,043
	N	80
ع21	Pearson Correlation	,542**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80

22ع	Pearson Correlation	,434**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
23ع	Pearson Correlation	,716**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
24ع	Pearson Correlation	,583**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
25ع	Pearson Correlation	,709**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
26ع	Pearson Correlation	,485**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
27ع	Pearson Correlation	,497**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
28ع	Pearson Correlation	,758**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
29ع	Pearson Correlation	,219
	Sig. (2-tailed)	,051
	N	80
30ع	Pearson Correlation	,478**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
31ع	Pearson Correlation	,654**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
32ع	Pearson Correlation	,652**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
33ع	Pearson Correlation	,591**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
34ع	Pearson Correlation	,713**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	80
35ع	Pearson Correlation	,418**
	Sig. (2-tailed)	,000

	N	80
الوعي الرياضي	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	80

الاتساق الداخلي لابعاد مقياس الوعي الصحي:

Correlations

		الوعي الغذائي	الوعي الرياضي	الوعي الصحي
الوعي الغذائي	Pearson Correlation	1	,655**	,927**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	80	80	80
الوعي الرياضي	Pearson Correlation	,655**	1	,891**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	80	80	80
الوعي الصحي	Pearson Correlation	,927**	,891**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الصدق التمييزي لابعاد مقياس الوعي الصحي:

بعد الوعي الغذائي:

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	91,2273	2,28727	,48765
	المجموعة الدنيا	22	74,7727	6,03901	1,28752

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	11,124	,002	11,952	42	,000	16,45455	1,37678

	Equal variances not assumed			11,952	26,903	,000	16,45455	1,37678

بعد الوعي الرياضي:

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	77,5909	1,33306	,28421
	المجموعة الدنيا	22	63,6818	4,28048	,91260

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	3,709	,061	14,552	42	,000	13,90909	,95583
	Equal variances not assumed			14,552	25,036	,000	13,90909	,95583

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	168,0455	3,51158	,74867
	المجموعة الدنيا	22	139,9545	9,11031	1,94233

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	3,757	,059	13,495	42	,000	28,09091	2,08162
	Equal variances not assumed			13,495	27,105	,000	28,09091	2,08162

2) الثبات:

كرونباخ:

بعد 1:الوعي الغذائي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,806	19

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ع1	78,6000	48,927	,373	,799

2ع	79,0500	46,681	,341	,800
3ع	78,6500	47,420	,455	,794
4ع	79,0250	44,885	,465	,791
5ع	79,1000	46,977	,442	,794
6ع	78,6750	47,994	,432	,796
7ع	78,6125	49,456	,272	,802
8ع	78,9500	44,580	,565	,785
9ع	78,7875	44,878	,632	,783
10ع	79,2500	45,608	,331	,802
11ع	80,0750	47,336	,148	,823
12ع	79,3500	45,927	,393	,796
13ع	78,9250	47,260	,421	,795
14ع	79,1000	45,180	,546	,787
15ع	78,6625	48,859	,381	,799
16ع	78,5750	48,450	,408	,797
17ع	78,5875	49,131	,348	,800
18ع	79,4000	44,471	,411	,796
19ع	78,9250	47,539	,317	,801

بعد 2:الوعي الرياضي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,829	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
20ع	67,7500	33,810	,045	,858
21ع	66,7500	31,076	,437	,819
22ع	66,7250	32,480	,334	,825
23ع	66,6875	29,964	,649	,806
24ع	66,9875	30,848	,488	,816
25ع	66,7875	30,321	,645	,807
26ع	66,9250	32,323	,398	,822
27ع	66,7875	32,397	,416	,821
28ع	66,8375	30,062	,705	,804
29ع	66,6875	34,420	,128	,834
30ع	66,6625	32,733	,402	,822
31ع	67,0125	30,240	,571	,811
32ع	67,0625	30,237	,569	,811
33ع	66,7250	31,417	,513	,815
34ع	66,7500	30,443	,653	,807
35ع	66,7375	33,057	,335	,825

المقياس ككل:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,885	35

التجزئة النصفية:

بعد1:الوعي الغذائي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,744
		N of Items	10[a]
	Part 2	Value	,613
		N of Items	9[b]
	Total N of Items		19
Correlation Between Forms			,630
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,773
	Unequal Length		,773
Guttman Split-Half Coefficient			,769

a. The items are: 10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع.

b. The items are: 19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع ,13ع ,12ع ,11ع ,10ع.

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	44,8000	17,934	4,23488	10[a]
Part 2	38,5500	13,896	3,72776	9[b]
Both Parts	83,3500	51,724	7,19194	19

a. The items are: 10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع.

b. The items are: 19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع ,13ع ,12ع ,11ع.

بعد2:الوعي الرياضي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,694
		N of Items	8[a]
	Part 2	Value	,805
		N of Items	8[b]
	Total N of Items		16
Correlation Between Forms			,546
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,706
	Unequal Length		,706
Guttman Split-Half Coefficient			,706

a. The items are: 27ع ,26ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع.

b. The items are: 35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع.

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	35,2000	11,656	3,41404	8[a]
Part 2	36,1250	11,351	3,36916	8[b]
Both Parts	71,3250	35,564	5,96355	16

a. The items are: 27ع ,26ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع.

b. The items are: 35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع.

المقياس ككل:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,801
		N of Items	18[a]
	Part 2	Value	,828
		N of Items	17[b]
	Total N of Items		35
Correlation Between Forms			,663
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,798
	Unequal Length		,798
Guttman Split-Half Coefficient			,795

a. The items are: ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع 18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع ,13ع.

b. The items are: ,27ع ,26ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع ,18ع 35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع.

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	78,9250	47,539	6,89482	18[a]
Part 2	75,7500	38,899	6,23688	17[b]
Both Parts	154,6750	143,488	11,97865	35

a. The items are: ,13ع ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع 18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع.

b. The items are: ,29ع ,28ع ,27ع ,26ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع 35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع.

ج) مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

1) الصدق:

الاتساق الداخلي للبعد 1:النشاط الرياضي كخبرة إجتماعية

Correlations

		ع11	ع17	ع19	ع20	ع25	ع29	ع39	ع49	النشاط الرياضي كخبرة اجتماعية
النشاط الرياضي كخبرة اجتماعية	Pearson Correlation	,537**	,591**	,570**	,426**	,439**	,596**	,547**	,495**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للبعد 2: النشاط الرياضي للصحة واللياقة

Correlations

		ع4	ع6	ع10	ع15	ع18	ع23	ع27	ع32	ع36	ع40	ع47	النشاط الرياضي للصحة واللياقة
النشاط الرياضي للصحة واللياقة	Pearson Correlation	,475**	,516**	,390**	,546**	,590**	,268*	,350**	,612**	,224*	,426**	,339**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,016	,001	,000	,046	,000	,002	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للبعد 3:النشاط الرياضي كخبرة للتوتر ومخاطرة

Correlations

		ع1	ع7	ع13	ع22	ع28	ع38	ع42	ع50	ع53	النشاط الرياضي كخبرة توتر ومخاطرة
النشاط الرياضي كخبرة توتر ومحاطرة	Pearson Correlation	,313**	,532**	,443**	,465**	,603**	,294**	,567**	,596**	,249*	1
	Sig. (2-tailed)	,005	,000	,000	,000	,000	,008	,000	,000	,026	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للبعد 4: النشاط الرياضي كخبرة جمالية

Correlations

		ع3	ع8	ع14	ع30	ع33	ع35	ع41	ع45	ع48	النشاط الرياضي كخبرة جمالية
النشاط الرياضي كخبرة جمالية	Pearson Correlation	,734**	,625**	,643**	,605**	,583**	,376**	,651**	,456**	,533**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للبعد 5: النشاط الرياضي لخفض التوتر

Correlations

		ع12	ع16	ع21	ع26	ع31	ع37	ع44	ع51	ع54	النشاط الرياضي لخفض التوتر
النشاط الرياضي لخفض التوتر	Pearson Correlation	,559**	,515**	,634**	,579**	,250*	,422**	,605**	,474**	,448**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,025	,000	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للبعد 6:النشاط الرياضي للتفوق الرياضي

Correlations

		ع2	ع5	ع9	ع24	ع34	ع43	ع46	ع52	النشاط الرياضي للتفوق الرياضي
النشاط الرياضي للتفوق الرياضي	Pearson Correlation	,545**	,550**	,305**	,370**	,285*	,339**	,468**	,146	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,006	,001	,010	,002	,000	,197	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الاتساق الداخلي للمقياس (ارتباط الابعاد بالدرجة الكلية للمقياس):

Correlations

		النشاط الرياضي كخبرة اجتماعية	النشاط الرياضي للصحة واللياقة	النشاط الرياضي كخبرة توتر ومحاطرة	النشاط الرياضي كخبرة جمالية	النشاط الرياضي لخفض التوتر	النشاط الرياضي للتفوق الرياضي	الاتجاهات
الاتجاهات	Pearson Correlation	,485**	,455**	,333**	,649**	,699**	,543**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80	80	80

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الصدق التمييزي لأبعاد مقياس الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

بعد 1:النشاط الرياضي كخبرة إجتماعية

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	34,2273	1,50971	,32187
	المجموعة الدنيا	22	23,8182	4,21603	,89886

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	6,801	,013	10,902	42	,000	10,40909	,95475
	Equal variances not assumed			10,902	26,298	,000	10,40909	,95475

بعد 2:النشاط الرياضي للصحة واللياقة

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	48,6364	2,40130	,51196
	المجموعة الدنيا	22	37,2727	2,93066	,62482

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	,566	,456	14,068	42	,000	11,36364	,80777
	Equal variances not assumed			14,068	40,437	,000	11,36364	,80777

بعد 3:النشاط الرياضي كخبرة توتر ومخاطرة

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	30,5000	2,38547	,50858
	المجموعة الدنيا	22	17,6818	3,13788	,66900

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	1,343	,253	15,253	42	,000	12,81818	,84037
	Equal variances not assumed			15,253	39,196	,000	12,81818	,84037

بعد 4:النشاط الرياضي كخبرة جمالية

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	39,6364	3,06354	,65315
	المجموعة الدنيا	22	25,5000	2,55883	,54554

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	2,317	,135	16,611	42	,000	14,13636	,85101
	Equal variances not assumed			16,611	40,709	,000	14,13636	,85101

بعد 5:النشاط الرياضي لخفض التوتر

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	39,9545	1,04550	,22290
	المجموعة الدنيا	22	28,4545	2,70321	,57633

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	11,866	,001	18,611	42	,000	11,50000	,61793
	Equal variances not assumed			18,611	27,145	,000	11,50000	,61793

بعد 6:النشاط الرياضي للتفوق الرياضي

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	30,5909	2,82268	,60180
	المجموعة الدنيا	22	22,0909	1,34196	,28611

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference

الدرجات	Equal variances assumed	6,659	,013	12,756	42	,000	8,50000	,66635
	Equal variances not assumed			12,756	30,032	,000	8,50000	,66635

المقياس ككل:

Group Statistics

	المجموعة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	المجموعة العليا	22	207,6364	4,14666	,88407
	المجموعة الدنيا	22	171,0909	8,31470	1,77270

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	7,319	,010	18,449	42	,000	36,54545	1,98092
	Equal variances not assumed			18,449	30,838	,000	36,54545	1,98092

3) الثبات:

كرونباخ:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,708	54

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1ع	188,0000	232,684	-,038	,712
2ع	186,5125	216,228	,392	,692
3ع	186,3250	213,842	,505	,687
4ع	185,7375	224,854	,259	,701
5ع	187,4375	230,806	-,016	,716
6ع	186,1125	231,721	-,022	,714
7ع	187,5250	223,873	,185	,703
8ع	186,2250	215,341	,457	,690
9ع	185,6125	224,544	,370	,699
10ع	185,5750	230,956	,038	,709
11ع	185,7750	219,544	,440	,693
12ع	185,7375	223,285	,282	,699
13ع	187,5750	238,931	-,204	,723
14ع	186,4500	220,276	,337	,696
15ع	185,4625	226,556	,326	,701
16ع	185,8125	225,344	,235	,702
17ع	185,8500	220,458	,375	,695
18ع	185,5875	224,018	,268	,700
19ع	186,6250	231,782	-,030	,716
20ع	185,8500	222,585	,360	,697
21ع	185,7875	225,410	,230	,702
22ع	187,7250	230,759	,000	,713
23ع	186,5000	233,899	-,077	,717
24ع	187,0875	230,334	,022	,711
25ع	186,3750	218,997	,428	,693
26ع	185,8750	219,883	,441	,694

27ع	186,6250	232,111	-,032	,714
28ع	187,1875	220,104	,238	,700
29ع	185,9125	222,511	,343	,697
30ع	186,0750	218,627	,427	,693
31ع	187,0500	227,162	,094	,708
32ع	185,7750	225,544	,191	,703
33ع	186,4375	216,350	,473	,690
34ع	186,0875	221,296	,282	,698
35ع	186,2125	228,144	,094	,707
36ع	187,1875	229,116	,045	,710
37ع	186,2500	220,671	,276	,698
38ع	187,6750	243,108	-,293	,729
39ع	187,0750	232,146	-,036	,716
40ع	185,7750	225,594	,189	,703
41ع	186,3500	220,180	,342	,696
42ع	186,6625	219,948	,280	,698
43ع	185,9750	216,784	,480	,690
44ع	185,5625	224,325	,313	,699
45ع	186,5500	232,605	-,039	,713
46ع	186,8875	227,316	,088	,708
47ع	186,1250	219,326	,365	,695
48ع	186,5500	223,694	,214	,702
49ع	187,0375	233,758	-,073	,716
50ع	187,0375	220,239	,259	,699
51ع	186,4375	215,237	,384	,692
52ع	187,7625	243,500	-,373	,726
53ع	186,2250	224,151	,201	,702
54ع	186,3875	221,506	,211	,702

التجزئة النصفية:

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,569
		N of Items	27[a]
	Part 2	Value	,557
		N of Items	27[b]
	Total N of Items		54
Correlation Between Forms			,500
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,667
	Unequal Length		,667
Guttman Split-Half Coefficient			,666

a. The items are: ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع ,13ع 27ع ,26ع.

b. The items are: ,37ع ,36ع ,35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع ,50ع ,49ع ,48ع ,47ع ,46ع ,45ع ,44ع ,43ع ,42ع ,41ع ,40ع ,39ع ,38ع 54ع ,53ع ,52ع ,51ع.

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	97,2250	72,075	8,48972	27[a]
Part 2	92,7375	83,057	9,11355	27[b]
Both Parts	189,9625	232,518	15,24853	54

a. The items are: ,13ع ,12ع ,11ع ,10ع ,9ع ,8ع ,7ع ,6ع ,5ع ,4ع ,3ع ,2ع ,1ع 27ع ,26ع ,25ع ,24ع ,23ع ,22ع ,21ع ,20ع ,19ع ,18ع ,17ع ,16ع ,15ع ,14ع.

b. The items are: ,38ع ,37ع ,36ع ,35ع ,34ع ,33ع ,32ع ,31ع ,30ع ,29ع ,28ع ,52ع ,51ع ,50ع ,49ع ,48ع ,47ع ,46ع ,45ع ,44ع ,43ع ,42ع ,41ع ,40ع ,39ع 54ع ,53ع.

ملاحق نتائج فرضيات الدراسة

الفروق في الوعي الصحي والصلابة النفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للجنس:

1- الفروق في الوعي الصحي:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ذكور	160	103,2875	19,17033	1,51555
	اناث	160	101,6438	17,13481	1,35463

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	,969	,326	,809	318	,419	1,64375	2,03271
	Equal variances not assumed			,809	314,076	,419	1,64375	2,03271

2- الفروق في الصلابة النفسية:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ذكور	160	151,2750	15,23111	1,20413
	اناث	160	144,3375	23,64275	1,86912

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	15,500	,000	3,120	318	,002	6,93750	2,22341
	Equal variances not assumed			3,120	271,584	,002	6,93750	2,22341

3- الفروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ذكور	160	183,0125	17,99371	1,42253
	اناث	160	187,5313	23,27142	1,83977

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	,939	,333	-1,943	318	,053	-4,51875	2,32558
	Equal variances not assumed			-1,943	299,057	,053	-4,51875	2,32558

الفروق في الوعي الصحي والصلابة والنفسية والاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للمستوى التعليمي:

1- الفروق في الوعي الصحي:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ليسانس فما فوق	160	104,6750	19,09017	1,50921
	ثانوي فما دون 3	160	100,2563	16,97658	1,34212

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	,048	,827	2,188	318	,029	4,41875	2,01965
	Equal variances not assumed			2,188	313,720	,029	4,41875	2,01965

2- الفروق في الصلابة النفسية:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ليسانس فما فوق	160	150,9250	17,55872	1,38814
	ثانوي فما دون 3	160	144,6875	22,07483	1,74517

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	2,727	,100	2,797	318	,005	6,23750	2,22992
	Equal variances not assumed			2,797	302,681	,005	6,23750	2,22992

3- الفروق في الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	ليسانس فما فوق	160	185,4875	22,30520	1,76338
	ثانوي فما دون 3	160	185,0563	19,44198	1,53702

		Levene's Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	Equal variances assumed	1,300	,255	,184	318	,854	,43125	2,33922
	Equal variances not assumed			,184	312,181	,854	,43125	2,33922

نتائج علاقة الوعي الصحي بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للجنس:

- **الذكور:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الوعي الصحي	103,2875	19,17033	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	183,0125	17,99371	160

Correlations

		الوعي الصحي	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الوعي الصحي	Pearson Correlation	1	,307**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,307**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- **الإناث:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الوعي الصحي	101,6438	17,13481	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	187,5313	23,27142	160

Correlations

		الوعي الصحي	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الوعي الصحي	Pearson Correlation	1	,350**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,350**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج علاقة الصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للجنس:

- **الذكور:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الصلابة النفسية	151,2750	15,23111	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	183,0125	17,99371	160

Correlations

		الصلابة النفسية	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الصلابة النفسية	Pearson Correlation	1	,317**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,317**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- **الإناث**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الصلابة النفسية	144,3375	23,64275	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	187,5313	23,27142	160

Correlations

		الصلابة النفسية	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الصلابة النفسية	Pearson Correlation	1	,380**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,380**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج علاقة الوعي الصحي بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للمستوى التعليمي:

- **ليسانس فما فوق:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الوعي الصحي	104,6750	19,09017	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	185,4875	22,30520	160

Correlations

		الوعي الصحي	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الوعي الصحي	Pearson Correlation	1	,368**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,368**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- **3 ثانوي فما دون:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الوعي الصحي	100,2563	16,97658	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	185,0563	19,44198	160

Correlations

		الوعي الصحي	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الوعي الصحي	Pearson Correlation	1	,254**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,254**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتائج علاقة الصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي تبعا للمستوى التعليمي:

- **ليسانس فما فوق:**

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
الصلابة النفسية	150,9250	17,55872	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	185,4875	22,30520	160

Correlations

		الصلابة النفسية	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الصلابة النفسية	Pearson Correlation	1	,397**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,397**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- 3 ثانوي فما دون:

Descriptive Statistics

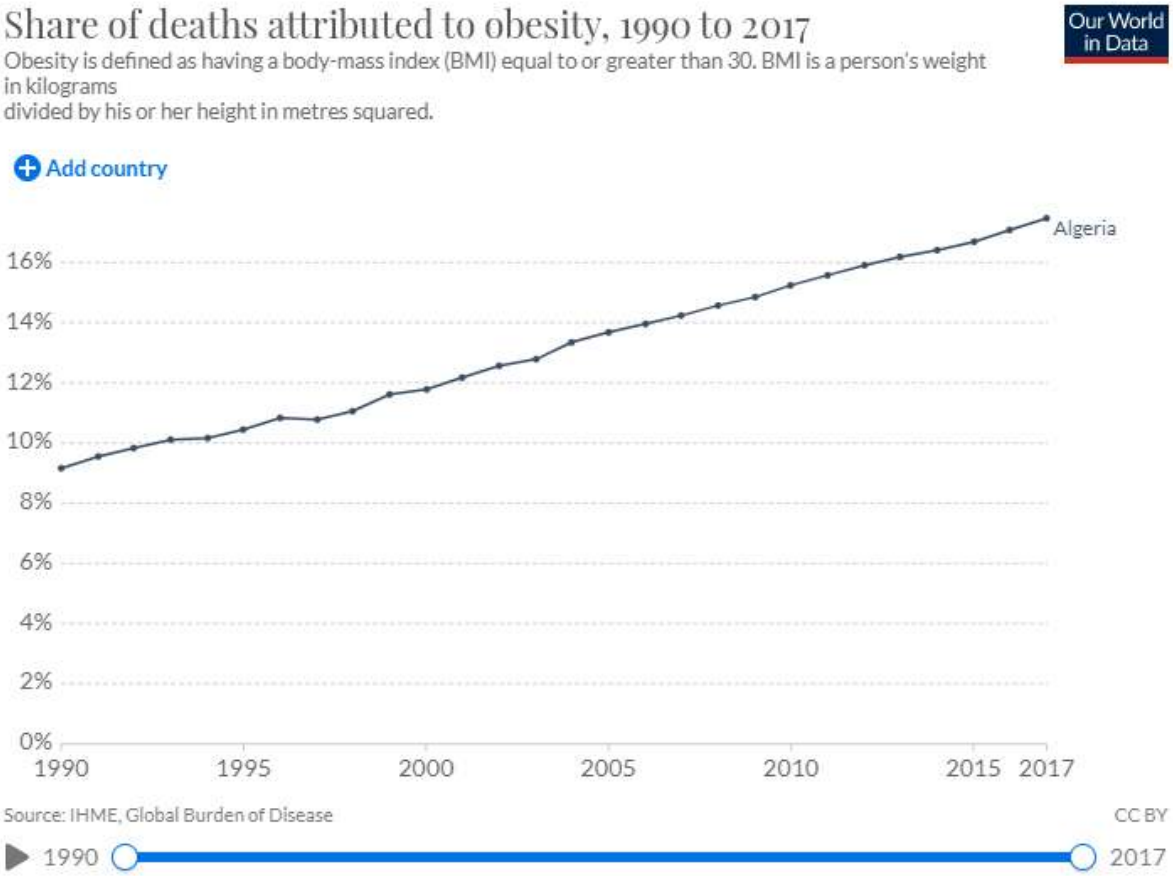
	Mean	Std. Deviation	N
الصلابة النفسية	144,6875	22,07483	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	185,0563	19,44198	160

Correlations

		الصلابة النفسية	الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي
الصلابة النفسية	Pearson Correlation	1	,287**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	160	160
الاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي	Pearson Correlation	,287**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	160	160

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

إحصائيـات إنتشـار السـمنة فـي الجـزائر (حسب آخر إحصائيات سنة 2016)

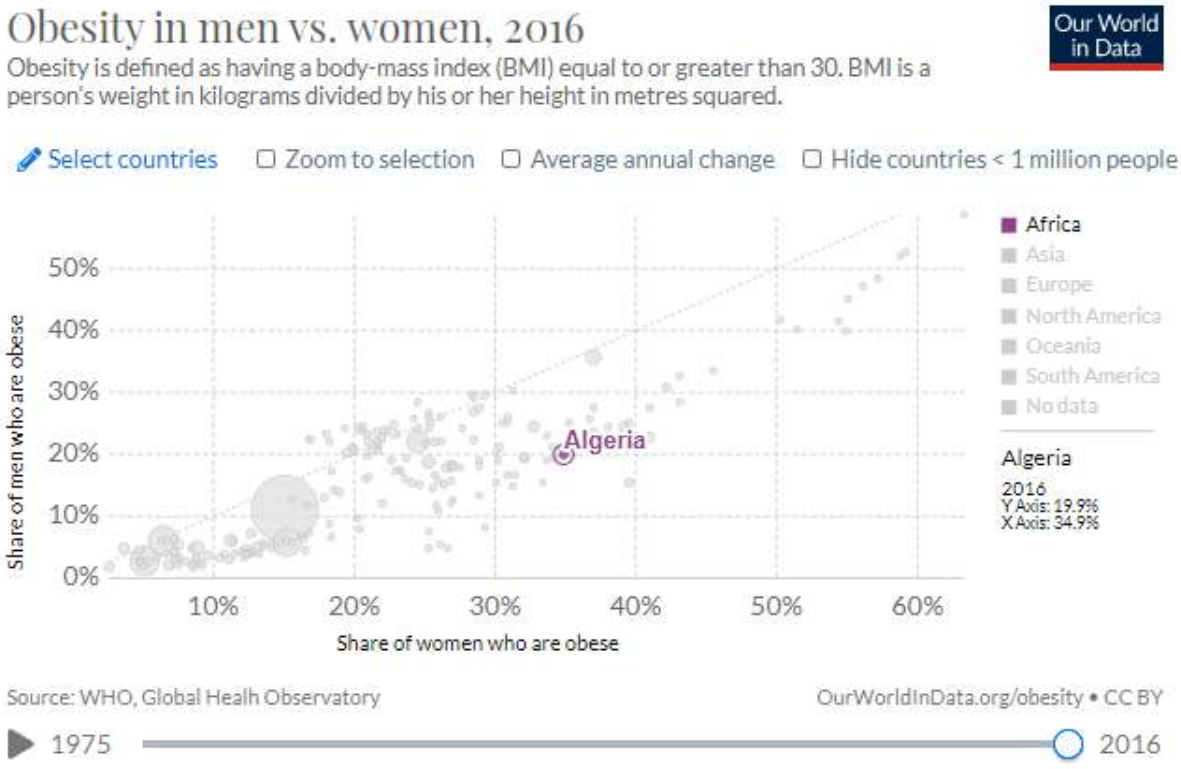


https://ourworldindata.org/obesity

Classification	BMI(kg/m^2)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	**<18.50**	**<18.50**
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	**18.50 - 24.99**	**18.50 - 22.99**
		23.00 - 24.99
Overweight	**≥25.00**	**≥25.00**
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	**≥30.00**	**≥30.00**
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Source: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

https://ourworldindata.org/obesity



https://ourworldindata.org/grapher/obesity-in-men-vs-obesity-in-women?time=1980&country=~DZA

Algeria - Female obesity prevalence as a share of female ages 18+

34.9

(%)

in 2016

In 2016, female obesity prevalence for Algeria was 34.9 %. Female obesity prevalence of Algeria increased from 22.4 % in 1997 to 34.9 % in 2016 growing at an average annual rate of 2.36%.

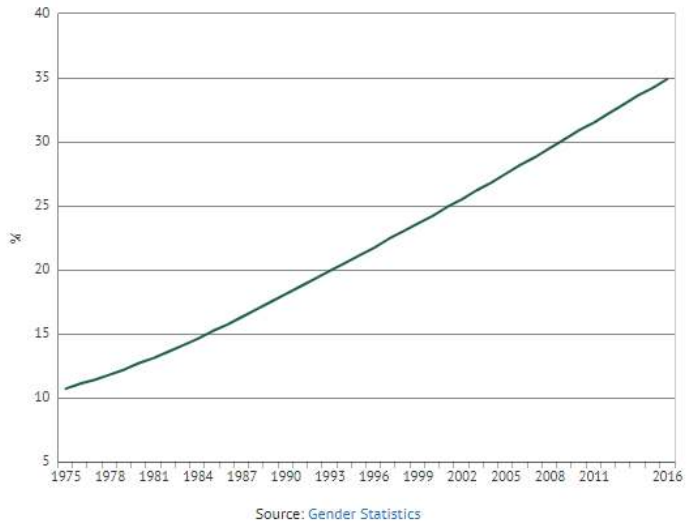
The description is composed by our digital data assistant.

What is female obesity prevalence?

Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health. A crude population measure of obesity is the body mass index (BMI), a person's weight (in kilograms) divided by the square of his or her height (in metres). A person with a BMI of 30 or more is generally considered obese. A person with a BMI equal to or more than 25 is considered overweight. Overweight and obesity are major risk factors for a number of chronic diseases, including diabetes, cardiovascular diseases and cancer. Once considered a problem only in high income countries, overweight and obesity are now dramatically on the rise in low- and middle-income countries, particularly in urban settings.

https://knoema.com/atlas/Algeria/Female-obesity-prevalence?action=export&gadget=indicator-preview-host

What is Algeria female obesity prevalence?



Source: Gender Statistics

DATE	VALUE	CHANGE, %
2016	34.9	2.05 %
2015	34.2	1.79 %
2014	33.6	2.13 %
2013	32.9	2.17 %
2012	32.2	2.22 %
2011	31.5	1.94 %
2010	30.9	2.32 %
2009	30.2	2.37 %
2008	29.5	2.43 %
2007	28.8	2.13 %
2006	28.2	2.55 %
2005	27.5	

https://knoema.com/WBGS2019/gender-statistics

Algeria - Male obesity prevalence as a share if male population ages 18+

19.9

(%)

in 2016

In 2016, male obesity prevalence for Algeria was 19.9 %. Between 1997 and 2016, male obesity prevalence of Algeria grew substantially from 9 to 19.9 % rising at an increasing annual rate that reached a maximum of 5.32% in 1999 and then decreased to 3.65% in 2016.

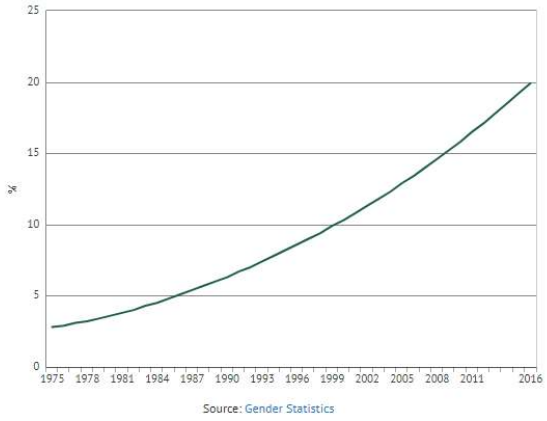
The description is composed by our digital data assistant.

What is male obesity prevalence?

Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health. A crude population measure of obesity is the body mass index (BMI), a person's weight (in kilograms) divided by the square of his or her height (in metres). A person with a BMI of 30 or more is generally considered obese. A person with a BMI equal to or more than 25 is considered overweight. Overweight and obesity are major risk factors for a number of chronic diseases, including diabetes, cardiovascular diseases and cancer. Once considered a problem only in high income countries, overweight and obesity are now dramatically on the rise in low- and middle-income countries, particularly in urban settings.

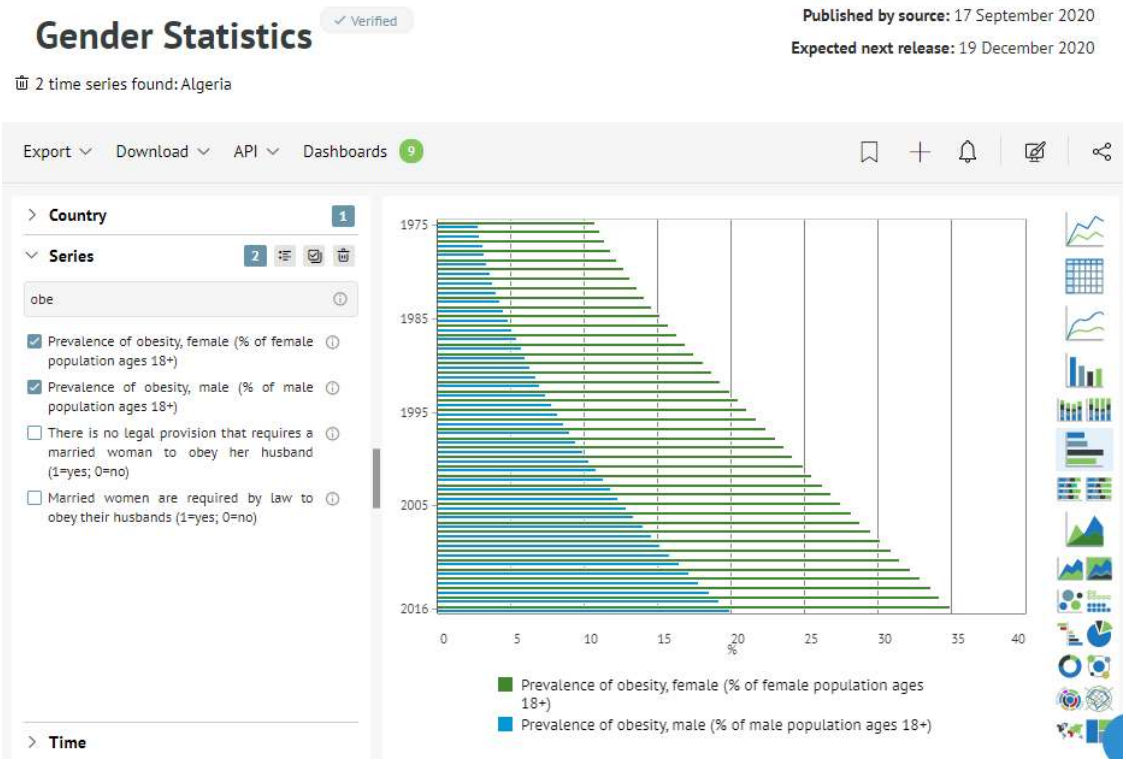
https://knoema.com/WBGS2019/gender-statistics

What is Algeria male obesity prevalence?



DATE	VALUE	CHANGE, %
2016	19.9	3.65 %
2015	19.2	3.78 %
2014	18.5	3.93 %
2013	17.8	4.09 %
2012	17.1	3.64 %
2011	16.5	4.43 %
2010	15.8	3.95 %
2009	15.2	4.11 %
2008	14.6	4.29 %
2007	14.0	4.48 %
2006	13.4	3.88 %
2005	12.9	

https://knoema.com/WBGS2019/gender-statistics



https://knoema.com/WBGS2019/gender-statistics

ملاحــق تسهيـل مــهمة الولــوج للمـرافق الريــاضية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

جامعة البليدة2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مدير الشباب والرياضة

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني الاسم: ليلى

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 - شلاوس / باتنة

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحي تاريخ أول تسجيل:

يعد بحث تحت عنوان: علاقة كل من الوعي الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في:

رئيس القسم:

جامعة البليدة 2 - كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية - قسم العلوم الاجتماعية

- 3 -

السيد الوزير وبتفويض منه
المكلف بتسيير شؤون
مديرية الشباب و الرياضة
ع. اسماعيلي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة 2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مدير معهد الطب الرياضي لشباب قادرية

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني الاسم: لياس

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 - بقادرية

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحي تاريخ أول تسجيل: 2021/12/31

يعد بحث تحت عنوان: علاقة الوسن الصحي والصلابة النفسية بالاجهاد لدى عينة من لاعبي الطاولة الرياضي لمعاهد التربية المصابين بالسمنة

بجامعة البليدة2 و عليه يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2022/11/11

رئيس القسم:

المعهد الرياضي لشباب قادرية
J.R.C.K
قادرية البويرة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

جامعة البليدة2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مدير فرع اليوسكاف للشباب الرياضي
قادرية

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني ..... الاسم: ليلى .....

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 - سعاوس .....

الشعبة: علم الاجتماع ..... التخصص: علم الاجتماع الصحي ..... تاريخ أول تسجيل: 2017/09/31

يعد بحث تحت عنوان: علاقة الوسط الصحي والحالة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى المراهقين المصابين بالسمنة .....

.....

.....

.....

.....

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2020/11/11

رئيس القسم:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مدير مركز التكوين المهني بالمدية

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني الاسم: إلياس

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 - شلاوسة

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحي تاريخ أول تسجيل: 2021/12/31

يعد بحث تحت عنوان: علاقة الوسم الصحي والصلابة النفسية بالاتجاه نحو ممارسة الرياضة لدى المشرفين الصابرين بالمدية

بجامعة البليدة2 و عليه يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2022/11/11

رئيس القسم:

وزارة التكوين المهني والتمهين
مركز التكوين المهني

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مدير الجامعة بالنيابة

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني ..... الاسم: سليم .....

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 بقادوس .....

الشعبة: علم النفس ..... التخصص: علم النفس العيادي ..... تاريخ أول تسجيل: 2018/12/31

يعد بحث تحت عنوان: علاقة الوسواس القهري واضطراب الشخصية بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي التنافسي الجماعي بالبليدة .....

.....

.....

.....

.....

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2019/11/11

رئيس القسم:

Le Président
KHIRI Djamal

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
جامعة البليدة 2
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إلى السيد: مسؤول مصلحة الملف الجيل الرياضي
قادرية

ترخيص بإجراء بحث ميداني

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الطالب (ة):

اللقب: شيباني الاسم: أمير

تاريخ و مكان الميلاد: 1989/12/29 - غليزان

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس العيادي تاريخ أول تسجيل: 2015/12/31

يعد بحث تحت عنوان: علاقة نوبات الصحو والعلاج النفسي بالاتجاه نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الأشخاص المصابين بالصدمة

بجامعة البليدة2 و علية يرجى من سيادتكم تسهيل مهمته و ذلك لتمكينه من الإطلاع على مختلف الوثائق و المراجع و المعلومات و تطبيق الروائز التي يتطلبها بحثه.

البليدة في: 2016/11/14

رئيس القسم:

المديرية الجهوية للرياضة فرع السباحة

Salles de musculation et d'aérobic.

N°	Communes	Propriétaire	Superficie	N° d'agrément
01	Bouira	Haouas Ismail	224 m^2	442/2018
02		Benyoucef Abdallah	220 m^2	1405/2017
03	Sour El Ghozlane	Amara Abdenour	170 m^2	4038/2017
04		Ammi Amar	315 m^2	1188/2018
05	Aomar	Zaidi Sid Ali	120 m^2	926/2018

Salles de musculation et d'aérobic procédure en Cours.

N°	Communes	Propriétaire	Superficie
01	Bouira	Bourahla Boualem	90 m²
02		Soudani Maurad	128 m²
03		Mokhtari Mohamed	115 m²
04	Haizer	Adjaja Mustapha	95 m²
05	Lakhdaria	Betayeb Tahar	250 m²
06		Sedlki Chems Eddine	387 m²
07	Sour El Ghozlane	Khelifi Athmane	300 m²
08		Fergani Djamel	116 m²
09	Kadiria	Grazem Ismail	136 m²
10	Djebahia	Belkacem Ahmed	120 m²
11	Ain Bessam	Bougherbi Mohamed	160 m²
12	Bordj Okhriss	Mesrane Imade	196 m²
13	Adiba	Aissaoui Mohamed	70 m²

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : AMARA Abdelnour Okba, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Hai Salah Abelaziz Sour El Ghozlane.
Tél : 06 96 05 94 00.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : BENYOUCEF ABDELFATAH, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation N° 110 Cité Draae El Bordj Est Bouira.
Tél : 07 95 13 36 34.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : HAOUES Smail, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Cité Ouled el Botola Bouira.
Tél : 06 71 20 03 44.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : SOUDANI Mourad, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation coopérative immobilière EL WIFAK C3 lot 41 N°75 Bouira . Tél : 07 74 11 89 95.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : ZAIDI Sid Ali, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Cité 71 lots Aomar. Tél : 07 70 44 65 76.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : ADDADJ Mustapha, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Rue Belkacem Ramdhane Haizer Centre Commune Haizer. Tél : 06 71 54 07 96.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : AMMI Amar, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Sise 17 lots militaire Sour El Ghozlane.
Tél : 07 80 01 59 15 -- 07 91 33 29.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : BETTAYAB Tahar, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à

l'adresse suivante : Salle de Musculation N° 70 Rue Si Lakhdar Route N° 5 Lakhdaria. Tél : 06 67 90 32 23.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : BOURAHLA Nouredine, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Cité 63 Lot Bouira. Tél : 07 95 66 21 76.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : GRAZEM Slimane, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Nouveau Stade Kadiria. Tél : 07 72 07 55 58.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : MOKHTARI Mohamed, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Salle de Musculation Cité Zemmour 28 Lot Bouira. Tél : 07 70 52 20 25.

Honneur vous communiquer ci-joint pour étude et avis le dossier de Mr : OUKIL Halim, relatif à la création d'une salle de sport (Musculation) à l'adresse suivante : Cité du 23 logts Bt 3 P N° 7 Lakhdaria. Tél : 056.09.82.91

Piscines existantes au niveau de la Wilaya e Bouira

N°	Désignation	Lieu	Observations
01	Piscine semi olympique Bouira	Bouira	
02	Piscine semi olympique M'chedallah	M'chedallah	
03	Piscine semi olympique Ain Bessem	Ain Bessem	
04	Piscine semi olympique Haizer	Haizer	
05	Piscine semi olympique Kadiria	Kadiria	
06	Piscine semi olympique Lakhdaria	Lakhdaria	
07	Piscine semi olympique Bourdj Okhriss	Bordjokhriss	
08	Piscine de Proximité de Sour El Ghozlane	Sour El Ghozlane	
09	Piscine de Proximité de Bir Ghbalou	Bir Ghbalou	

Abstract

This study aimed to reveal the correlation between health awareness, mental toughness, and the trend towards sporting activity among obese patients, in light of the variables of sex and educational level.

The researcher in this study followed the relational descriptive approach, and the sample size is (320) of them (160 males) and (160 females), as well as for the educational level, as it was in equal proportions and was estimated at (160 3 secondary schools) compared to (160 bachelors and above)

The researcher used a number of data collection tools, namely: the Health Awareness Scale for Healthy Cuttings, Emad Mukhaimer's Psychological Rigidity Scale, and the Attitude Scale Toward Sports Activity for Lyon.

To analyze the data, the researcher used the statistical package for the social sciences, where the following statistical treatments were chosen:

-Percentages: to determine the characteristics of the sample in terms of gender and educational level.

-Arithmetic averages: Before arriving at the "T" test account, we calculated the arithmetic means.

-Standard deviations: Before arriving at the "T" test calculation, we calculated the arithmetic means.

-Pearson correlation coefficient: used to find out the value of the stability of the health awareness scale, as well as the stability of the psychological hardness scale and the trend towards practicing sports activity, in addition to knowing the nature of the correlation between health awareness and the trend towards practicing sports activity and between psychological hardness and the trend towards practicing sports activity.

-The "T" test: with the aim of knowing the validity of the health awareness scale, the psychological toughness scale, the attitude measure towards practicing sports activity, as well as knowing the differences between the sexes in the level of health awareness, mental toughness, and the trend towards practicing sports activity according to the variables of sex and educational level.

-Spearman-Brown equation: in order to correct the stability coefficient that was calculated by the half-segmentation method.

The study revealed the following results:

1. There is a relationship between health awareness and mental toughness and the trend towards sporting activity among obese adults under the variables of sex and educational level.

2. There are no differences in the level of health awareness among obese adults due to the gender variable.
3. There are differences in the level of psychological toughness of obese adults due to the gender variable.
4. There are differences in the level of tendency towards sporting activity among obese adults due to the gender variable.
5. There are differences in the level of health awareness among obese adults due to the educational level variable.
6. There are differences in the level of psychological toughness of obese adults due to the educational level variable.
7. There are no differences in the trend towards practicing sports activity among obese adults due to the educational level variable.
8. There is no difference in the relationship of health awareness to the trend towards sporting activity among obese adults, depending on the gender variable.
9. There is no difference in the relationship of psychological hardness to the trend towards sporting activity among obese adults, depending on the gender variable.
10. There is no difference in the relationship of health awareness to the trend towards sports activity among obese adults, depending on the educational level variable.
11. There is no difference in the relationship of psychological hardness to the trend towards sports activity among obese adults, according to educational level.

In conclusion, the researcher presented some suggestions for future studies to the specialists as an extension of the current study.