

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر3
معهد التربية البدنية والرياضية
الجزائر - دالي إبراهيم

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم
في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية

تخصص: العلوم البيوطبية الرياضية

علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18) سنة

دراسة ميدانية متمحورة حول تلاميذ الطور التعليم الثانوي بالثانوية الرياضية بالدرارية - الجزائر

إشراف الأستاذ الدكتور:
بن محي منند أكلبي

إعداد الطالب الباحث:
برجم رضوان

السنة الجامعية 2017 / 2018

محتويات

أ.....	شكر وتقدير
ب.....	إهداء
ت.....	محتوى
س.....	قائمة الجداول
ص.....	قائمة الأشكال
ط.....	مقدمة

مدخل العام

05.....	1. الإشكالية
07.....	2. تحديد الإشكالية
08.....	3. فرضيات الدراسة
08.....	4. أهمية الدراسة
09.....	5. أهداف الدراسة
09.....	6. تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة
10.....	7. الدراسات المرتبطة
27.....	8. تعليق على الدراسات المرتبطة
29.....	9. الاستفادة من الدراسات المرتبطة

الباب الأول: الخلفية المعرفية النظرية

الفصل الأول: الإصابات الرياضية

32.....	تمهيد
33.....	1.1. مفهوم الإصابة
34.....	3.1. تدرج الإصابات الرياضية وتصنيفها
35.....	4.1. أنواع الإصابات الرياضية
37.....	5.1. الأسباب العامة للإصابات الرياضية
42.....	6.1. التصنيفات الخاصة بأسباب الإصابات الرياضية

43.....	7.1. سيكولوجية الإصابة الرياضية.....
47.....	8.1. العوامل المؤثرة في حدوث الإصابة.....
49.....	9.1. طرق الوقاية من الإصابات الرياضية.....
53.....	10.1. مضاعفات الإصابات الرياضية.....
54.....	11.1. تشخيص الإصابات الرياضية.....
56.....	12.1. التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة.....
58.....	خلاصة.....

الفصل الثاني: السلوك الصحي وسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة

60.....	تمهيد.....
	أولاً: السلوك الصحي
61.....	1.2. مفهوم السلوك الصحي.....
63.....	2.2. أنماط السلوك الصحي.....
65.....	3.2. أبعاد السلوك الصحي.....
66.....	4.2. مستويات السلوك الصحي.....
67.....	5.2. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي.....
	ثانياً: سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة
68.....	1.2. بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة.....
71.....	2.2. علاقة السلوك بالصحة.....
72.....	3.2. تعريف سلوك الخطر المتعلق بالصحة.....
72.....	4.2. بعض سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة.....
86.....	5.2. بعض الممارسات الصحية الإيجابية.....
90.....	6.2. بعض السلوكات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية.....
92.....	خلاصة.....

الفصل الثالث: السلوك الغذائي وتغذية الرياضيين

94.....	تمهيد.....
	أولاً: السلوك الغذائي.
95.....	1.3. مفهوم السلوك الغذائي.....

97	2.3. علاقة الغذاء بالصحة.....
97	3.3. اختبارات السلوك الغذائي.....
98	4.3. الرياضيين حسب نوع سلوكهم الغذائي.....
99	5.3. تغيير السلوك الغذائي.....
103	6.3. الاضطرابات السلوكية الغذائية.....
	ثانيا: تغذية الرياضيين.
104	1.3. علاقة التغذية بالأداء الرياضي.....
106	2.3. أهمية العناصر الغذائية الرئيسية للرياضي.....
114	3.3. تغذية الرياضي.....
117	4.3. المكملات الغذائية للرياضيين.....
121	5.3. الخطة العملية لتغذية الرياضيين.....
123	خلاصة

الفصل الرابع: المرحلة العمرية (15-18) سنة

125	تمهيد
126	1.4. تعريف بالمراقبة.....
128	2.4. نظرة علم النفس الحديث للمراقبة.....
130	3.4. خصائص النمو في مرحلة المراقبة.....
138	4.4. أنواع المراقبة.....
139	5.4. حاجات المراقبين الأساسية.....
142	6.4. مشاكل المراقبة.....
144	7.4. القيمة النفسية والاجتماعية للمراقب عند ممارسته النشاط البدني والرياضي.....
145	8.4. علاقة المراقب بممارسة النشاط البدني والرياضي.....
149	9.4. دوافع ممارسة النشاط البدني والرياضي.....
150	10.4. السلوكيات الغذائية للمراقبين.....
153	11.4. المشاكل الصحية للمراقبين.....
156	خلاصة

الباب الثاني: الخلفية المعرفية التطبيقية

الفصل الخامس: طرق ومنهجية البحث المتبعة

159	تمهيد
160	1.5. المنهج المتبع
161	2.5. الدراسة الاستطلاعية
162	3.5. مجتمع الدراسة
163	4.5. عينة الدراسة
167	5.5. مجالات الدراسة
167	6.5. وسائل جمع البيانات
170	7.5. أداة الدراسة
172	8.5. إجراءات الدراسة
172	9.5. متغيرات الدراسة
173	10.5. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس
178	11.5. ثبات الأداة
179	12.5. صدق استبانة الإصابات الرياضية
181	13.5. ثبات استبانة الإصابات الرياضية
182	14.5. العمليات الإحصائية
183	خلاصة

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

185	تمهيد
186	1.6. عرض وتحليل نتائج الدراسة
186	- الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة
188	- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
192	- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
196	- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
199	- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

202.....	2.6. مناقشة النتائج
202.....	1.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
206.....	2.3.6. مناقشة نتائج الفرضية الثانية
209.....	3.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
213.....	4.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
216.....	3.6. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة
220.....	استنتاج عام
222.....	اقتراحات وفرضيات مستقبلية
223.....	خاتمة

قائمة المصادر والمراجع

ملاحق

قائمة الجداول

رقم	العنوان	الصفحة
01	العلامات والتغيرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة	34
02	تصنيف الإصابات تبعاً للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها	35
03	مقدار الطاقة التي يستنفدها الرياضي خلال ساعة واحدة من أداء التمرينات المختلفة حسب وزن الرياضي.	114
04	توزيع مجتمع الدراسة حسب المستوى الدراسي والجنس.	162
05	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي والجنس.	165
06	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة نوع النشاط الرياضي الممارس.	165
07	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.	166
08	توزيع أفراد العينة حسب الطول.	166
09	توزيع أفراد العينة حسب الوزن.	167
10	وصف مقياس السلوك الغذائي الصحي	170
11	درجة الإجابة لمقياس السلوك الغذائي والصحي.	171
12	يمثل درجة الإجابة لإستبانة الإصابات الرياضية.	171
13	يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول.	175
14	يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني.	176
15	يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث.	176
16	يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الرابع.	177
17	يوضح صدق الاتساق البنائي لأداة القياس.	178
18	يبين قيمة معامل ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة.	179
19	يوضح صدق الاتساق البنائي لأداة القياس (الإستبانة).	180
20	يبين قيمة معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية (Split half).	181
21	يمثل الإحصاء الوصفي لمتغيرات السلوك الغذائي والصحي لدى أفراد عينة الدراسة.	186
22	يمثل الإحصاء الوصفي للدرجة الكلية لمقياس السلوك الغذائي والصحي والدرجة الكلية لإستبيان الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	187

188	معاملات الارتباط بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	23
191	قيمة معامل التحديد لمحور السلوك الغذائي وعلاقته بأسباب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	24
193	معاملات الارتباط بين استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	25
194	قيمة معامل التحديد لمحور استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) وعلاقته بأسباب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	26
196	معاملات الارتباط بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	27
197	قيمة معامل التحديد لمحور الممارسات الصحية الإيجابية وعلاقته بأسباب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	28
199	معاملات الارتباط بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	29
201	قيمة معامل التحديد لمحور اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وعلاقته بأسباب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.	30
202	العلاقة بين السلوك الغذائي و أسباب الإصابات الرياضية للعيينة الكلية لدراسة.	31
207	العلاقة بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) و أسباب الإصابات الرياضية للعيينة الكلية لدراسة.	32
209	العلاقة بين الممارسات الصحية الإيجابية و أسباب الإصابات الرياضية للعيينة الكلية لدراسة.	33
213	العلاقة بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية و أسباب الإصابات الرياضية للعيينة الكلية لدراسة.	34
216	العلاقة بين السلوك الغذائي والصحي وأسباب الإصابات الرياضية للعيينة الكلية للدراسة.	35

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم
43	تصنيف مشيلي (Micheli, 1983) العوامل الخطرة التي تؤدي إلى إصابات الاستخدام الزائد.	01
43	تصنيف فالبن (Valpen, 1989) العوامل الداخلية والخارجية.	02
73	التبعية الدوائية لسلوك التدخين.	03
101	مقاربة النظم التعاونية التي يمكن أن تؤثر في الخيارات الغذائية.	04
187	يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الاختلاف لأبعاد السلوك الغذائي والصحي.	05
188	يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الاختلاف لمقياس السلوك الغذائي والصحي واستبانة الإصابات الرياضية.	06
203	يوضح معامل الارتباط بين السلوك الغذائي وأسباب الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	07
207	يوضح معامل الارتباط بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) وأسباب الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	08
210	يوضح معامل الارتباط بين الممارسات الصحية الإيجابية وأسباب الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	09
214	يوضح معامل الارتباط بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وأسباب الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	10
217	يوضح معامل الارتباط بين السلوك الغذائي والصحي وأسباب الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.	11

مقدمة:

تعدّ الإصابات أثناء الممارسة الرياضية ظاهرة تستدعي انتباه كل العاملين في المجال الرياضي، فهي من أهم العوامل الهامة على إجبار اللاعب على الابتعاد عن المنافسة الرياضية، فقد لا يخلو أي مجال من مجالات النشاط الرياضي من احتمال حدوث الإصابات، وعلى الرغم من التقدم في مختلف العلوم الطبية وإتباع أساليب جديدة في العلاج، واستخدام أحدث الأجهزة والأدوات، ومراعاة توفر عوامل الأمن والسلامة، وتوفير المختصين من أطباء وأخصائي التأهيل في المجال الإصابات الرياضية، فإن حدوث الإصابات الرياضية لا تزال منتشرة بشكل يهدد مستوى الأداء خاصة في الأنشطة التي تتميز بالاحتكاك مع المنافس أو الأداة.

يعتبر السلوك الغذائي والصحي ذو أهمية كبيرة لجميع الممارسين للأنشطة الرياضية بصورة عامة والرياضيين الذين ينتظمون في التدريبات على وجه الخصوص، وإن هذه الأهمية لا تتعلق بالجوانب الجسدية فحسب بل تمتد إلى النواحي النفسية والوظيفية أيضا وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك و الغذاء والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في مستوى إدراك الرياضيين إلى أهمية الاهتمام بالسلوك الغذائي والصحي لديهم، وإن دراسة وفهم الممارسات السلوكية المعززة بالتغذية والصحة هي الخطوط الأولى نحو الابتعاد عن المخاطر الكبيرة الناتجة عن عدم الاهتمام بها.

إن المهنة الأساسية التي تنظر القائمين على عملية تكوين و تأهيل لاعبي الثانوية الوطنية الرياضية بالدرارية إلى المنتخبات الوطنية هي إيجاد سبل بناءة تهدف إلى تنمية كل سلوك صحي والعمل على تشجيعه وتعديل كل سلوك غير صحي وتصحيحه، ولعل فهم السلوك الصحي سيؤدي إلى فهم جيد لموضوع الصحة وكيفية تتميتها ثم الحفاظ عليها ومن ثم تمكين الأفراد خاصة الرياضيين من الاستغلال المثل لإمكاناتهم البدنية والوظيفية والاجتماعية إذ تؤكد منظمة الصحة العالمية بأن "الصحة هي الحالة الفرد الجيدة والمتكاملة من الناحية

البدنية، العقلية والاجتماعية وليست فقط خلو الفرد من الأمراض¹ وبالتالي عند الحد الفهم يصبح من السهل التأثير على هذه السلوكات والممارسات على المستوى الفردي.

لعل من أهم الممارسات والسلوكات الصحية ما تعلق بتناول بعض كالتدخين والتبغ والكحول وبعض أنواع المنشطات التي تؤثر في الحالة للرياضي، أو قد تكون في شكل ممارسات صحية ايجابية أو عبارة عن سلوكات غذائية أو إجراءات صحية وقائية التي ان لم تراعي بالشكل الصحيح قد تؤدي إلى الخطر على اللاعب وتصبح سلوكات غير صحية من حيث أن اللاعب يقوم بها عن قصد أو عن غير قصد لكن في النهاية تعد من بين أسباب بعض الحوادث التي يتعرض لها اللاعب نتيجة تطبيق جهد عالي والعمل على الزيادة في الحمل التدريبي قبل أو أثناء المنافسات الرياضية دون مراعاة الحالة الصحية والفسولوجية للاعب فيؤدي هذا إلى الإجهاد نتيجة الرفع من الجهد بما لا يتوافق مع القابليات البدنية والوظيفية للاعب، وبالتالي تؤثر هذه الحالة على الأجهزة الوظيفية للاعب وتسبب له الكثير من المشاكل قد تكون في شكل إصابات خطيرة قد تبعده عن اللاعب نهائيا أو بشكل إصابات خفيفة تسبب له الانخفاض في مستوى الأداء ويذكر في هذا الصدد كل من جاب ميركن ومارشال هوفمان " إن من الإصابات الرياضية عدم اتخاذ السلوكات الوقائية وتؤدي في النهاية إلى تقليل العمليات في الأجزاء الداخلية للجسم وتصبح هذه الأخيرة عاجزة عن أداء وظائفها"².

إن أهمية الدراسة الحالية تتجلى في دراسة وتحليل السلوك الغذائي والصحي للرياضيين ومحاولة تعديل أنماط هذا السلوك، الأمر الذي يجنب الرياضيين العادات الغذائية والصحية غير الجيدة التي تسهم في الأذى الصحي وتعرضهم لإصابات رياضية متعددة وفي الوقت نفسه تقف حائلا دون التطور الذي ينشده الرياضي على المستوى البدني والمهاري والنفسي من أجل تحقيق أفضل الانجازات الرياضية.

1 Olivier jeannerat, Felix Gutzwit, **concept et définition de base**, paris, France, 1997, p23.

2 جاب ميركن، مارشال هوفمان، ترجمة محمد قدرى بكر، ثريا نافع، دليلك إلى الطب الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، 1998، ص196.

ومنه سوف نتطرق في بحثنا هذا وبعد الإلمام ببعض المفاهيم الأساسية والمصطلحات لغرض تحقيق هذه الدراسة إلى ما يلي:

✚ مقدمة.

✚ **المدخل العام:** سنتطرق فيه إلى الإشكالية المطروحة، والفرضيات، أهمية الدراسة، الهدف منها، تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية للدراسة، ثم الدراسات المرتبطة، بالإضافة إلى التعليق على الدراسات المرتبطة وكذلك الاستفادة منها.

✚ **الباب الأول:** والذي شمل الخلفية المعرفية النظرية، واحتوى على ثلاث فصول.

- **الفصل الأول:** وتضمن الإصابات الرياضية مع تحديد أنواعها وأسباب حدوثها وكذلك تشخيصها بالإضافة الأعراض الناتجة عنها.

- **الفصل الثاني:** وتم التطرق فيه إلى السلوك الصحي في المجال الرياضي وبعض النظريات والنماذج المفسرة له بالإضافة إلى سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة في الميادين الرياضية.

- **الفصل الثالث:** وتم التطرق فيه السلوك الغذائي وتحديد أبعاده وعلاقته بالصحة العامة للرياضيين بالإضافة إلى تغذية الرياضيين.

- **الفصل الرابع:** وتضمن المرحلة العمرية (15-18) سنة، حيث تحديد أنواعها وخصائصها وعلاقتها بالنشاط البدني والرياضي بالإضافة إلى تحديد أهم سلوكيات الغذائية للمراهقين.

✚ **الباب الثاني:** وشمل الخلفية المعرفية التطبيقية، وتضمن فصلين هما:

- **الفصل الخامس:** طرق ومنهجية البحث المتبعة.

- **الفصل السادس:** عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

وفي الأخير تطرقنا إلى:

✚ استنتاج عام.

✚ اقتراحات وفرضيات مستقبلية.

✚ خاتمة

1. الإشكالية:

تعد الإصابة الرياضية من المشكلات الأساسية التي تواجه عملية تقدم المستويات الرياضية وانتقالها من مستوى إلى آخر، إن قلة إلمام فئة من اللاعبين والمدربين بأسباب الإصابات وكيفية تجنب حدوثها يدفع اللاعبين في أحيانا كثيرة إلى الوقوع في أخطاء قد تكون تكتيكية أو تكتيكية أو سوء تنظيم في حمل التدريب أو قلة في تهيئة أجهزة الجسم الداخلية والخارجية وعدم استعداد الجهاز الهيكلي لتقبل الجهد الذي يقع على عاتق الرياضي، ولا تقتصر الإصابات على المستويات العليا ولكنها تتمثل في جميع المستويات وقد تحدث الإصابة في التمرين أو في المباراة أو في الدروس العملية وحتى في ممارسة النشاط الترويحي الخفيف، وتختلف نسبة حدوث هذه الإصابات وأنواعها ويختلف ارتباطها مع نوع الفعالية الممارسة، لذا ينبغي أن نضع في اعتبارنا دائما مبدأ سلامة اللاعب أولا ووضع كافة الإمكانيات لمنع حدوث أو تكرار الإصابات للحد من خطورتها وذلك عن طريق اتخاذ كافة التدابير اللازمة أثناء التدريب والمباريات والاستعداد التام لتقديم الإسعافات الفورية عند حدوث الإصابة لأن إهمال وسائل الإسعاف الفوري وقت حدوث الإصابة البسيطة والتي تلعب دور حيوي وهام تؤدي إلى عواقب سيئة ويمكن تتضاعف خطورتها في تحديد المستقبل الرياضي للاعب¹.

وسعت العديد من الدراسات لتفسير لماذا بعض الناس قد يصابون عند ممارسة النشاط البدني والرياضي، وتبنت هذه الدراسات فكرتين رئيسيتين هما أولا السلوك الغذائي المعتمد من طرف الرياضيين في غذائهم اليومي، وثانيا السلوك الصحي الممارس من طرف الرياضيين في حياتهم اليومية، موثقة ومبرزة بأن هذه السلوكيات لها دور كبير في حدوث أو منع ظهور إصابات مختلفة، قد تكون سرطان على سبيل المثال، أو أمراض القلب والأوعية الدموية، أو لمنع الخمول البدني².

1 Martens, R.. **Sport compétition anxiety test**. Champaign : Human Kin Publishers ,1977, p125.

2 Humphries, D., & Krummel, D. A. **Perceived susceptibility to cardiovascular disease and dietary intake in women**. American Journal of Health Behavior, 1999, p250-260.

تعتبر تحديد الجوانب الاجتماعية والمعرفية من الغذاء والصحة للاعبين مع تحديد مناطق الضعف في هذه الجوانب من أهم عوامل الحماية من خطر الإصابة أثناء ممارسة النشاط البدني والرياضي إلى حد ما، علاوة على ذلك، فإن معظم الدراسات السابقة تؤكد أهمية المعرفة الاجتماعية المعتمدة على السلوكيات الغذائية والصحية والتصورات والمعتقدات الشخصية في الوقاية من الإصابات الرياضية¹.

من خلال الخبرة الميدانية للباحث في المجال الرياضي لوحظ أن معظم الأندية الرياضية لا تعطي للسلوك الغذائي والصحي للاعبين أي اهتمام، ناهيك عن أنها لا تكلف اختصاصيا غذائيا وطبيا في متابعة الجوانب الغذائية والصحية للاعبينها وبالتالي فإن المدربين يقومون بتطبيق المناهج التدريبية دون أي فكرة عن المستوى الغذائي للاعب ولا عن ممارساته الصحية مما يؤدي إلى حدوث العديد من الإصابات البدنية والوظيفية.

وقد حدث بالفعل أن تعرض بعض الرياضيين إلى حالات الوفاة المفاجئة أثناء المنافسة الرياضية نتيجة الجهد العالي المبذول الذي يزيد من القابليات البدنية والصحية للرياضيين مما يؤدي إلى زيادة الإجهاد على عمل الأجهزة الوظيفية الداخلية ويؤدي إلى حدوث مضاعفات قاتلة².

لذا لا بد من التعرف على السلوك الغذائي والصحي للرياضيين لكي يستطيع المدربون مراعاة المستوى الغذائي والحالة الصحية للاعب قبل الشروع في إعطائه الجرعات التدريبية.

من هذا المنطلق سنحاول استخدام الاستدلال المعرفي الاجتماعي اعتمادا على السلوكيات الغذائية والصحية لدى الرياضيين عند فئة المراهقين لتقييم احتمال أنهم يواجهون مشاكل غذائية وصحية جراء هذه السلوكيات الممارسة من قبلهم، ونفحص بذلك إمكانية حدوث الإصابة عند كل شخص، تم نقوم بتحديد النقاط السلبية في هذه السلوكيات، والحماية من

1 Johnston, D. W., Johnston, M. , Pollard, B., Kinmonth, A. , & Mant, D. **Motivation Is Not Enough: Prediction of Risk Behavior Following Diagnosis of Coronary Heart Disease From the Theory of Planned Behavior.** Health Psychology, 2004, p 23.

2 Conner, M. , & Norman, P. **Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models.** Buckingham: Open University Press, 2005, p178.

خطر الإصابة جراء النفاط السلبية من هذه السلوكيات الغذائية والصحية.

2. تحديد الإشكالية:

إن الإصابات الرياضية ومدى تأثيرها على اللاعب من حيث شدتها ومكانها وزمنها تؤثر مباشرة في اللياقة ومستوى اللاعب.

ونظرا لكثرة تعرض الرياضيين خاصة منهم المراهقين إلى أنواع مختلفة من الإصابات الرياضية في مختلف الأطراف من الجسم فقد أثار ذلك الموضوع اهتمام الباحث في محاولة معرفة ما هي تلك الإصابات وأسبابها المباشرة وغير المباشرة، وعلاقة هذه الإصابات بالسلوك الغذائي والصحي لدى هؤلاء التلاميذ الرياضيين المراهقين، ومن هذا المنطلق نطرح التساؤل العام التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والصحي و الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية - الجزائر؟

أما التساؤلات الفرعية فكانت على الشكل التالي:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية؟

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية؟

- توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية؟

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية؟

3. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الفرضيات الفرعية:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية .
- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية؟
- توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية .
- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

4. أهمية الدراسة:

- إن التطور السريع والملفت للانتباه في علم الصحة والتغذية قاد بالقائمين على المجال الرياضي عامة والعملية التربوية والتدريبية إلى التفكير في وضع المناهج التربوية مع مراعاة الحالة الصحية والغذائية للرياضي ومن ثم الاستغلال الأمثل لكفاءة الفرد الرياضية ومن أجل ذلك تجلت أهمية الدراسة في النقاط التالية:
- المساهمة في إبراز أهمية السلوك الغذائي والصحي الذي يتبعه التلاميذ المراهقين الممارسين للنشاط البدني والرياضي ودوره في التقليل من الإصابات الرياضية لديهم.
 - أسفر استقصائنا الأول على ندرة البحوث في مجال التربية البدنية و الرياضية والتي تربط بين السلوك الغذائي والصحي للمراهق والإصابات الرياضية التي يتعرض لها.

- معرفة بيئة ومحيط التلميذ المراهق وجميع السلوكيات الغذائية والصحية المنتهجة من قبله ومحاولة تعديل السلوكيات الغير مرغوب فيها.
- معرفة الأسباب الحقيقية وراء حدوث الإصابات الرياضية للتلميذ المراهق وربطها مع سلوكه الغذائي والصحي.

5. أهداف الدراسة:

- التعرف على الإصابات الأكثر شيوعا التي تصيب مختلف الأجهزة الحيوية للجسم.
- التعرف على النسب الإصابات الرياضية للتلاميذ وفق متغيرات (الطول، الوزن، العمر التدريبي).
- التعرف على السلوكيات الغذائية لدى اللاعبين المراهقين.
- التعرف على السلوكيات الصحية لدى اللاعبين المراهقين.
- التعرف على شخصية اللاعب المراهق وعلاقته بالجوانب المعرفية الاجتماعية.
- تعديل السلوكيات الغذائية والصحية الخاطئة لدى المراهقين وذلك من أجل التقليل من الإصابات لديهم.
- العمل على إظهار السلوكيات الغذائية والصحية الصحيحة والمناسبة لدى فئة المراهقين.

6. تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة¹:

تضمنت هذه الدراسة العلمية مجموعة من المفاهيم تمثلت في:

- 1.6. **الإصابات الرياضية:** ونقصد بها في بحثنا هذا جميع الإصابات التي يتعرض لها تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية بالجزائر والتي تحدث لهم جراء مزاولتهم للنشاطات التطبيقية المقررة عليهم أثناء موسمهم الدراسي.
- 2.6. **السلوك الغذائي:** نقصد به في بحثنا هذا الطريقة التي يتبعها التلميذ المراهق في تناول الغذاء اليومي وما يقوم به من نشاط وحركة ويتأثر هذا السلوك بعدة أمور أهمها: نوع الغذاء، العادات الاجتماعية والتقاليد، شخصية المراهق، الحالة الاقتصادية، الحالة الصحية...

1 تم وضع المفاهيم الإجرائية فقط لأن التعاريف الاصطلاحية واللغوية موجودة في الخلفية المعرفية النظرية.

3.6. السلوك الصحي: نقصد به في بحثنا هذا السلوك الذي يبديه تلميذ مراهق المتمدرس بالثانوية الرياضية بالجزائر إزاء الموضوعات الصحية.

4.6. المراهقة: هي مرحلة عمرية تأتي بين الطفولة والشباب وفيها يعرف الفرد تغيرات جسمية ونفسية سريعة ويكتمل فيها النمو، وتبدأ عادة من السنة 12 إلى غاية 18 سنة.

5.6. التعليم الثانوي: التعليم الثانوي معد لاستقبال التلاميذ بعد نهاية التعليم الإكمالي ويلقى في مؤسسات تدعى بالمدارس الثانوية، وقد اعتمدت الجزائر على مفاهيم للتنمية بين أنواع التعليم الثانوي منذ الاستقلال كالتعليم الثانوي العام، والمتخصص والتقني والمهني، لكن في الوقت الحاضر بقي نوعا واحدا وهو التعليم الثانوي العام، وهدفه إعداد التلاميذ للالتحاق بمؤسسات التعليم العالي ومدته 3 سنوات.

7. الدراسات المرتبطة:

تعتبر الدراسات المرتبطة من أهم الجوانب التي يجب على كل باحث تناولها لإثراء بحثه، وهي تعالج نفس الموضوع وتعتمد على نفس المتغيرات، حيث تستعمل للحكم، المقارنة، الإثبات أو النفي. وفي حدود إمكانية الباحث لم يتحصل على دراسات سابقة، ولكن تحصل على دراسات مشابهة للموضوع والتي أخذت من بعض الباحثين منها الوطنية والأجنبية قام أصحابها ببنائها واختبار صدقها وثباتها، ومنه سنحاول في هذا الجزء أن نتناول بعضا من هذه الدراسات التي لها علاقة بموضوعنا هذا ونذكر من بينها:

أولا: الدراسات العربية:

1.7. السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين: مازن عبد الهادي أحمد وآخرون 2008.

البحث يعد دراسة ميدانية مسحية هدفت إلى التعرف على أنماط السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين في كرة اليد والكرة الطائرة وكرة القدم وكرة السلة، وقد تكونت عينة الدراسة من 140 لاعب من جميع الفعاليات الرياضية المذكورة، ولقد اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي

بأسلوب الدراسات المسحية، كما استخدم الباحثون أدوات البحث المتمثلة في مقياسي السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة وتوصلوا في الأخير إلى النتائج التالية:

- ارتفاع نسبة الرياضيين الذين يتناولون المواد المنبهة.
- وجود نسبة عالية من اللاعبين الذين يدخنون السجائر.
- انخفاض نسبة أفراد العينة الذين يتناولون الكحول أو أحد المواد المخدرة.
- وجود نسبة عالية من أفراد العينة الذين جربوا تناول المنشطات.
- انخفاض واضح في نسبة الرياضيين الذين يحافظون أو يلتزمون بالممارسات الصحية الإيجابية (النوم، تنظيف الأسنان).
- عدم التزام نسبة عالية من الرياضيين بالأسس الصحية لعادات التغذية والطعام.
- انخفاض نسبة الرياضيين الذين يتخذون إجراءات صحية وقائية.

2.7. السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان:

سامر جميل رضوان وكواندريشكة 2001.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط السلوك الصحي لدى طلاب كلية التربية في جامعة دمشق واتجاهاتهم الصحية ومقارنتها مع نتائج دراسات أجنبية وكذلك الكشف عن وجود خصائص ثقافية تميز السلوك الصحي لدى عينة الدراسة وعينة ألمانية، وكذلك مقارنة السلوك الصحي والاتجاهات نحوه بين الطلاب السوريين والألمان.

ولقد اشتملت عينة الدراسة على 300 مفحوص كان بينهم 201 أنثى و99 ذكر. ولقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، كما استخدم استبيان السلوك الصحي، وهو عبارة عن استبيان لقياس السلوك الصحي استخدم للمرة الأولى، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها منها للصحة مثل تناول الفاكهة والنوم عدد كاف من الساعات وتنظيف الأسنان وأخرى غير ضحية مثل غياب الزيارات الدورية للطبيب وفحص الصدر.

3.7. السلوك الصحي لدى السباحين المشاركين بالدورة العربية الرياضية التاسعة "كلية الرياضة، الجامعة الأردنية": إيناس أحمد هتريّة 1999.

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس السلوك الصحي لدى السباحين وذلك للتعرف على السلوك الصحي لسباحي المنافسات الأردنيين وسباحي المنافسات العرب (غير الأردنيين) المشاركين بالدورة العربية التاسعة، كما هدفت التعرف على الفروق في السلوك الصحي لدى السباحين تبعاً لمتغير الجنس والبلد.

وتكونت عينة الدراسة من جميع السباحين والسباحات المسجلين رسمياً ضمن سجلات الدورة وبلغ عددهم 82 سباحاً وسباحة، كما اتبعت الباحثة المنهج الوصفي منهجاً للدراسة. ولقد تم بناء استبيان للتعرف على السلوك الصحي كأداة للدراسة اشتملت على 75 فقرة موزعة على ثلاث محاور هي: السلوك الصحي الشخصي، السلوك الصحي البيئي والسلوك الصحي الغذائي.

ومن أهم النتائج أن درجة السلوك الصحي على المحاور مجتمعة كانت بدرجة كبيرة، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في السلوك الصحي الغذائي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث. وتوصي الباحثة بتطبيق المقياس المستخدم على السباحين بشكل عام وضرورة قيام اللاعبين بالفحص الطبي الشامل والمستمر وكذلك بزيادة التثقيف والوعي الصحي لدى السباحين عن لسلوكات الصحية السليمة بالإضافة إلى إعداد نشرات ولوحات إرشادية داخل المسابح لتذكير السباحين بأهمية السلوكيات الصحية وتعميم الفائدة المتحصل عليها من هذه الدراسة.

4.7. اتجاهات الرياضيين الأردنيين نحو المنشطات " كلية الرياضة، الجامعة الأردنية": محمد علي محمد سالم 2000.

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الرياضيين الأردنيين نحو المنشطات وكذلك التعرف على الفروق في الاتجاهات نحو المنشطات تبعاً لمتغيرات (المؤهل العلمي، نوع الرياضة

الممارسة ودرجة اللاعب) ومعرفة حجم تعاطي المنشطات بين الرياضيين الأردنيين وأنواع المنشطات المستخدمة.

وقد تكونت العينة من 491 لاعبا موزعين على 10 ألعاب رياضية مختلفة هي (كرة القدم، كرة السلة، الكرة الطائرة، الجودو، رفع الأثقال، كمال الأجسام، المبارزة، الملاكمة، المصارعة وألعاب القوى). ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي.

ومن تم توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الرياضيين الأردنيين يمتلكون اتجاهات سلبية بدرجة عالية نحو المنشطات وعلى جميع الأبعاد.

- وجود فروق في الاتجاهات نحو المنشطات تبعا للمؤهل العلمي وعلى البعد المعرفي فقط ولصالح أصحاب المؤهل العلمي (الثانوية العامة).

- وجود فروق في الاتجاهات نحو المنشطات تبعا لنوع اللعبة الممارسة ولصالح الألعاب الجماعية وعلى جميع الأبعاد باستثناء البعد المعرفي.

- وجود فروق في الاتجاهات نحو المنشطات تبعا لمستوى اللاعب على الأبعاد (الفني، النفسي والصحي) فقط ولصالح لاعبي المستوى الدولي.

- نسبة انتشار المنشطات بين اللاعبين الأردنيين 7.33%

- استخدام المنشطات المحظورة تحصر في لاعبي الألعاب الفردية فقط.

- لاعبي كمال الأجسام هم الأكثر استخداما للمنشطات.

- أكثر أنواع المنشطات استخداما بين الرياضيين الأردنيين في (الستيرويدات البنائية) بنسبة 84.6% من الأنواع المستخدمة.

5.7. دراسة تحليلية للإصابات الرياضية عند طلبة كلية التربية الرياضية: كلية التربية

الرياضية- جامعة بغداد سميعة خليل محمد 2002.

البحث يعد دراسة ميدانية مسحية هدفت إلى معرفة أنواع الإصابات الرياضية وأسبابها

ومواقعها والنشاطات التي حدثت فيها لطلبة كلية التربية الرياضية- جامعة بغداد وخلال

المراحل الأربعة، كما هدفت إلى وضع أسس وقائية يمكن أن تحتويها الناهج الدراسية من خلال كشف نقاط الخلل من أجل تنفيذ المفردات المقررة دون إعاقة قدر الإمكان.

وقد شملت الدراسة 204 مصابا من أصل 1245 طالبا وهو المجتمع الكلي للدراسة. وقد استنتجت الباحثة ما يلي:

- هناك نسبة عالية من الإصابات في كلية التربية الرياضية وخاصة في المراحل المبكرة.
- ارتفاع نسب إصابات الأطراف السفلى وخاصة مفصلي الركبة والكاحل.
- عدم كفاية (الإحماء بنوعية والمفردات الخاصة لكل لعبة من النواحي التكتيكية والمهارية) كانت من أبرز أسباب الإصابات.

- زيادة نسبة الإصابات في النشاطات متعددة التكتيك والمهارات التي تتطلب سرعة الأداء.
- ظهور توافق بين ما توصلنا إليه من نتائج استبيانات الطلبة المصابين والأساتذة المشرفين على النشاطات وهذا يدل على خلل في تنفيذ المفردات التدريبية.

6.7. علاقة بعض المتغيرات المورفولوجية والبدنية والنمط الجسمي بالإصابات الرياضية الشائعة للطلاب الرياضيين: بهي الدين إبراهيم محمد سلامة 1997.

هدفت الدراسة إلى تحديد وتصنيف الإصابات الرياضية التي يتعرض لها طلاب كلية التربية الرياضية- جامعة ألمانيا والتعرف على الأنماط الجسمية وعلاقة الإصابات الرياضية بالمتغيرات البدنية والمورفولوجية قيد البحث.

أجريت الدراسة على (84) طالب (42) منهم تعرضوا إلى الإصابات وتكراراتها المختلفة و (42) لم يتعرضوا إلى أي إصابة، وقد أوضحت النتائج ما يلي:

1- إصابة العضلات سجلت أعلى نسبة لدى المصابين ومن ثم إصابات المفاصل.
2- جاء النمط النحيف في المرتبة الأولى من حيث عدد الإصابات وسجل أعلى نسبة مقارنة بالنمط العضلي.

7.7. الإصابات الرياضية التي تعرض لها طلاب كلية التربية البدنية في جامعة الموصل:

دراسة وديع ياسين التكريتي ونشوان محمود الصفار 1998.

حيث هدفت الدراسة إلى:

- تحديد الإصابات الأكثر شيوعا لدى طلاب التربية الرياضية.

- تحديد أسباب الإصابات الرياضية لدى طلاب كلية التربية الرياضية.

- تحديد أجزاء الجسم التي تعرضت للإصابة.

- تحديد الدروس العلمية التي تحدثت فيها الإصابة بكثرة.

- تحديد في أي من الأقسام الدروس يحدث أكبر عدد من الإصابات.

استخدم الباحثان المنهج الوصفي بطريق المسح وتكونت عينة البحث من جميع طلاب السنة

الرابعة بكلية التربية الرياضية بجامعة الموصل للعام الدراسي 1997-1998 والبالغ عددهم 131 طالبا.

إذ قام الباحثان بتوزيع استمارة الاستبيان (إدارة البحث) على جميع طلاب المرحلة الرابعة إلا أنهم لم

يعيدوا سوى 105 استمارة وبذلك تكونت عينة البحث 105 طالبا يمثلون 80% من أصل مجتمع

البحث واستخدم الباحثان الوسائل التالية:

1- صمم الباحثان جدولا يحتوي على أجزاء الجسم والإصابات الرياضية التي تتعرض لها هذه

الأجزاء، فضلا عن ذلك قائمة بالأسباب المحتمل الإصابة من جرائها كذلك في أي درس عملي أي

قسم من ذلك الدرس.

2- أضاف الباحثان مقدمة توضح للطالب كيفية الإجابة على هذه الاستمارة وتشمل كذلك على

بيانات أولية كالعمر ونوع الرياضة الممارسة والعمر التجريبي.

وقد توصلا الباحثان إلى النتائج التالية:

- تمزق الأربطة من أكثر الإصابات حدوثا يليها تمزق العضلات تم إصابات الالتهابات.

- من أهم أسباب حدوث الإصابات الرياضية هو عدم الإحماء الجيد.

- إن مفصل كاحل القدم من أكثر أجزاء الجسم تعرضا للإصابة يليها مفصل الركبة ثم مفصل

المرفق.

- إن مادة كرة القدم هي من أكثر المواد التي تحدث خلالها الإصابات.

- معظم الإصابات الرياضية تحدث في القسم الرئيسي من الدرس.

8.7. العوامل المؤثرة على الإصابات الرياضية عند لاعبي الجمناستيك: دراسة وضاح غانم

الصميدعي وآخرون 2004:

هدفت الدراسة إلى التعرف على:

- أهم أنواع الإصابات الرياضية الشائعة في لعبة الجمناستيك.

- أكثر الإصابات شيوعاً للاعبين الجمناستيك.

- أكثر أجزاء الجسم التي تتعرض للإصابة.

- أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي الجمناستيك.

- أكثر الأجهزة الجمناستكية خطورة على اللاعب.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي بطريقة المسح وذلك لملاءمته لطبيعة البحث ، وتكونت

عينة البحث من (9) لاعبين بالطريقة العمدية من مجتمع البحث والبالغ عددهم (12) لاعباً

فئة المتقدمين، وبذلك بلغت النسبة المئوية 75% من المجموع الأصلي ، واستخدم الباحث من

المقابلة الشخصية وسيلة لجمع البيانات والمعلومات الخاصة بالبحث.

وعولجت البيانات إحصائياً باستخدام الوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسبة المئوية:

واستنتج الباحثون ما يأتي:

إن اغلب الإصابات التي تحدث في لعبة الجمناستيك هي إصابات المفاصل بشكل عام ومفاصل

(الكتف ورسغ اليد والكاحل) بشكل خاص.

أكثر أنواع الإصابات شيوعاً هي الالتواء والتشنج.

اغلب الإصابات حدثت في الحركات الأرضية والمتوازي.

أهم الأسباب التي أدت إلى حدوث الإصابة هي عدم الإحماء الكافي.

9.7. دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المنازلات في الأردن: ماجد مجلي وفائق أبو حليلة.

بحيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الأكثر شيوعاً ومناطق الجسم الأكثر تعرضاً للإصابة لدى لاعبي التايكواندو والجدو والملاكمة في الأردن والتعرف على أوقات حدوثها (خلال التدريب والمنافسة). وقد أوضحت الدراسة ما يلي:

- إصابات رضوض العظام والرضوض وتقلص الأعضاء والالتواء هي من أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي التايكواندو وفي المناطق (مشط القدم، الساق، الفخذ، الساعد).
- معظم الإصابات جاءت في الكاحل لدى الملاكمين هي (الجروح، رضوض العظم، رضوض العضلات، والإلتواءات) وأكثر منطقة عرضة للإصابة (الرأس، السلياميات، الكتف، البطن).

10.7. السلوكيات الغذائية والعوامل المؤثرة فيها لدى المراهقين في مدينة الرياض: الركبان محمد عثمان 2003.

هدفت الدراسة إلى وصف السلوكيات الغذائية للمراهقين في مدينة الرياض، ودراسة العوامل المختلفة فيها، كما هدفت الدراسة إلى تقييم معلومات المراهقين عن التغذية وعلاقة تلك المعرفة بسلوكهم الغذائي.

وكانت الدراسة مسحية شملت المراهقين في مدينة الرياض من السعوديين وغير السعوديين. وتم اختيار العينة بطريقة طبقية عشوائية، وشملت العينة على 1023 مراهقاً، ولقد استخدم الباحث استبانة صممت لتحقيق أهداف الدراسة، والتي احتوت على معلومات عن الخواص السكانية والسلوكيات الغذائية ومعلوماتهم عن التغذية.

وقد أوضحت الدراسة عدة نقاط أهمها:

-توجد علاقة طردية بين وجود الأمراض المزمنة وبعض السلوكيات غير الصحية.

-كثرة شرب المشروبات الغازية وقلة شرب الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه.

-وجود علاقة طردية بين صحة المعلومات الغذائية والممارسات الغذائية المختلفة.

-اعتماد كثير من المراهقين على وسائل الإعلام العامة (التلفاز، الراديو، الصحف والمجلات) في معلوماتهم الغذائية.

كما خلص الباحث إلى أن السلوك الغذائي للمراهقين في السعودية يحتاج إلى مزيد من عناية اهتمام، كما اتضح إن لتقدم العمر وللتدخين ولضعف المعلومة الغذائية أثرا في ذلك.

11.7. استهلاك واتجاهات المراهقين نحو مشروبات الطاقة في مدينة جدة: مصيقر عبد الرحمن عبيد وزفروق نسرين 2005.

هدفت الدراسة إلى التعرف على نمط استهلاك مشروبات الطاقة عند المراهقين في مدينة جدة وكذلك معرفة بعض الاتجاهات التي يكنها هؤلاء المراهقين نحو هذه المشروبات.

بلغت عينة الدراسة 843 مراهقا من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 13-18 سنة وقد تم اختيار العينة من 12 مدرسة موزعة في جميع مناطق جدة منها 6 مدارس حكومية و الست الباقية كانت مدارس خاصة.

وبينت النتائج عدة النقاط نذكر منها:

80% من المراهقين جربوا مشروبات الطاقة ولو لمرة واحدة وكان هناك اختلاف جوهري بين الذكور والإناث (90% للذكور مقابل 10% للإناث).

31% من الذكور يتناولون أكثر من 3 علب من مشروبات الطاقة في الأسبوع.

ومن أهم أسباب تناول مشروبات الطاقة لأنها لذيذة وللتجربة ولإعطاء الطاقة والنشاط.

وكان أهم مصدر للتعرف على مشروبات الطاقة الإعلانات التجارية.

كما صرحت مجموعة كبيرة من أفراد العينة أنهم لا يعرفون ما هي المواد الفاعلة في هذه المشروبات.

12.7. الإصابات الرياضية وعلاقتها بالاتجاهات الصحية والسلوك الصحي للرياضيين من ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة الكويت: خالد يوسف يعقوب النجم 2007.

استهدفت الدراسة التعرف على الإصابات الرياضية وعلاقتها بالاتجاهات الصحية والسلوك الصحي لذوى الاحتياجات الخاصة (الإعاقة الحركية، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية) الممارسين للأنشطة الرياضية من خلال استمارة الاتجاهات الصحية وكانت المحاور (اتجاهات الوقاية من حدوث الإصابة، الاتجاهات الغذائية، اتجاه نحو الوعي الصحي)، واستمارة السلوك الصحي وكانت المحاور: السلوك المتبع عند حدوث الإصابات الرياضية ، الصحة الشخصية ، العادات الغذائية ، الوعي الصحي).

وفى ضوء النتائج تم التوصل إلى الاستنتاجات الخاصة بالإصابات الأكثر شيوعا ومناطق حدوثها وإلى أنه أكثر الإصابات الرياضية حدوثا للإعاقة الحركية هي إصابات المفاصل يليها الشد العضلي ثم الكدمات وأخيرا التقلص العضلي وأكثر أعضاء الجسم تعرضا للإصابة لدى ذوى الإعاقة الحركية المفاصل يليها العضلات ثم العظام وأخيرا الأربطة والاستنتاجات الخاصة بالاتجاهات الصحية والسلوك الصحي وإلى وجود قصور في الاهتمام باستخدام الأدوات الواقية الخاصة باللعبة أثناء التدريب وعدم الحرص على إجراء اختبارات طبية ووظيفية بعد الشفاء من الإصابة وكان لديهم معلومات محدودة عن الكمية ونوع الغذاء اللازم تناوله قبل وبعد التدريب وعدم انتظام اختبارات اللياقة البدنية بشكل دوري والعودة للتدريب قبل انتهاء فترة العلاج والمشاركة في المنافسات قبل الشفاء التام من الإصابة وعدم الحرص على زيارة الطبيب لعمل الكشف الطبي الدوري وعدم الاهتمام بالنوم المبكر وأيضا وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الاتجاهات الصحية والسلوك الصحي للرياضيين من ذوى الإعاقة الحركية ووجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الإصابات الرياضية والاتجاهات الصحية والسلوك الصحي من ذوى الإعاقة الحركية.

13.7. الحصيلة المعرفية للثقافة التغذوية ومستوى اللياقة الهوائية لدى طلبة كلية التربية

الرياضية في الجامعة الأردنية: مينا سمي مشعل وآخرون 2002.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مدى امتلاك الطلبة كلية التربية الرياضية في الجامعة الأردنية للحصيلة المعرفية حول الثقافة التغذوية ومستوى اللياقة الهوائية لديهم كما يقدرونها

بأنفسهم، كما هدفت إلى معرفة العلاقة الإرتباطية بين حصيلتهم المعرفية حول الثقافة التغذوية ومستوى لياقتهم الهوائية، أجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية مكونة من 251 طالبا وطالبة تم اختيارهم من مجتمع الدراسة المكون من 593 طالبا وطالبة، واستخدم المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي، واستخدم الباحثون استبانة كأداة لجمع البيانات تكونت من ثلاثة أجزاء، الجزء الأول استبانة التغذية العامة وتضمنت أربعة محاور (النصائح الغذائية، ومجموعات الأغذية، واختيار الغذاء، وأخيرا المشاكل الصحية أو الأمراض). وتحسب نتيجة هذه الإستبانة بنتيجة المحاور الأربعة مجموعة، أما الجزء الثاني فهو اختيار الاتجاه نحو الغذاء ومقياس الاستجابة لهذا الاختبار سداسي (دائما، عادة، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا)، واشتمل الجزء الثالث على بيانات أساسية للتنبؤ بأقصى استهلاك للأكسجين، وبعد تحليل البيانات ومعالجتها، أظهرت النتائج وجود نقص في المعرفة التغذوية بشكل عام بين طلبة كلية التربية الرياضية في الجامعة الأردنية، بالإضافة إلى أن مستوى اللياقة الهوائية كان بدرجة متوسطة بتقدير الطلبة أنفسهم، وأنه لا توجد علاقة إرتباطية بين الثقافة التغذوية ومستوى اللياقة الهوائية لدى طلبة كلية التربية الرياضية في الجامعة الأردنية.

14.7. مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس: القدومي عبد الناصر 2009.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الغذائي تبعا لمتغيرات الجامعة، والجنس، والمستوى الدراسي، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، إضافة لتحديد أكثر الفقرات قدرة على التنبؤ بالمستوى الكلي للوعي، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة عشوائية مكونة من (207) طالب وطالبة، وذلك بواقع (105) من جامعة النجاح الوطنية و (102) من جامعة السلطان قابوس، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الغذائي وتكونت من (15) فقرة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الغذائي العام لدى أفراد العينة كان منخفضا، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (59%) ، إضافة إلى أنه لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الغذائي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة، والجنس، والمستوى الدراسي، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً تبعاً للمعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى، كما تم التوصل إلى أعلى خمس فقرات لديها قدرة على التنبؤ وتفسير ما نسبته (77.4%) من الوعي الغذائي العام، وأوصى الباحث بعدة توصيات من أهمها، إعادة النظر في المناهج الدراسية ذات العلاقة بالصحة، إضافة إلى ضرورة عقد ورشات عمل حول التغذية لطلبة تخصص التربية الرياضية.

15.7. مدى الوعي الصحي الغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك

الأردن: لعلي محمد وقاسم خويلة 2007.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مدى الوعي الصحي الغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من 120 لاعبا تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من مجتمع الدراسة المكون من 210 لاعبين ضمن المنتخبات في جامعة اليرموك، وقام الباحثان بإعداد استبانة خاصة اشتملت على ثلاثة محاور الأول يتعلق بالواقع الرياضي، والثاني يتعلق بمدى الوعي للعادات الغذائية الصحية للرياضيين، والثالث يتعلق بمدى وعيهم بأهمية الكشف الطبي المباشر والدوري، وتوصلت الدراسة إلى أن (61.67%) من لاعبي المنتخبات الرياضية يمارسون حوالي ساعة من النشاط الرياضي ضمن منتخبي الجامعة يوميا، وأن (83.33%) من لاعبي المنتخبات الرياضية يمارسون الأنشطة الأخرى غير اللعب مع منتخب الجامعة أقل من ساعة أو لا يمارسونها إطلاقا، وأن (87.50%) يتناولون ثلاث وجبات فأكثر يوميا، وأن (72.50%) يتناولون المشروبات الغازية بدرجة كبيرة، وأنه لا يوجد إشراف طبي مباشر على الفرق الرياضية.

16.7. مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس: عماد صالح

عبد الحق وآخرون.

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيرات الجامعة، والجنس، والكلية، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (800) طالباً وطالبة وذلك بواقع (500) طالباً وطالبة من جامعة النجاح الوطنية و (300) طالباً وطالبة من جامعة القدس، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الصحي والتي تكونت من (32) فقرة، وبعد جمع البيانات عولجت باستخدام البرنامج الإحصائي spss.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (64.80%)، إضافة إلى ظهور فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة ولصالح جامعة القدس، والكلية لصالح الكليات العلمية، ومتغير الجنس ولصالح الطالبات، وكذلك لمتغير المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى.

كما أوصى الباحثون بضرورة عقد ورشات عمل حول تنمية الوعي الصحي للطلبة والاهتمام بالوعي الصحي لطلبة الجامعة في المساقات ذات العلاقة مثل الرياضة والصحة والتربية الصحية والصحة العامة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

17.7. العلاقة بين المشاركة الرياضية وسلوكيات الخطر الصحي المختارة بين 1999 إلى

2007: تلافيرو أ. ليندسي (LINDSAY A. TALAFERRO)

هدفت الدراسة إلى متابعة أوقات الفراغ التي يقضيها طلبة الثانوي في الولايات المتحدة الأمريكية خارج أوقات الدراسة وكيف له أن يظهر ولو أحد أهم العوامل التي من شأنها أن تتبأ بما هو ايجابي للتنمية الشخصية. كما هدفت الدراسة إلى التحقيق في البرامج الرياضية في المدارس الثانوية من أجل دراسة العلاقة بين المشاركة الرياضية وعدد سلوكيات الخطر الصحية عند طلبة الثانوي.

واختار الباحث عينة مكونة من 65014 طالب بين ذكر وأنثى. كما استخدم الباحث الاستبيان كأداة للدراسة مكون من 31 سؤال موزعة على سبعة (7) محاور أو أبعاد وهي: النظام الغذائي (السلوكيات الغذائية)، التخلص من الوزن الزائد، المشاركة الرياضية، النشاط البدني الشديد، النشاط الجنسي، العنف بين الأشخاص، محاولات الانتحار، استعمال مواد مثل التدخين، الكحول والمخدرات. ومن بين النتائج المتوصل لها في هذه الدراسة:

النظام الغذائي يختلف بين المشاركات الرياضية بين المشاركين وغير المشاركين وكذا هناك فروق دالة إحصائية بين الإناث والذكور، كما أن متغير الوزن كان دالا ولصالح إناث أكثر من الذكور خاصة المشاركين، أما استعمال المواد فقد كان منتشر عند الذكور أكثر من الإناث لكن ساهمت المشاركة الرياضة في التقليل بشكل ملحوظ من التدخين وشرب الكحول والمخدرات.

18.7. انتشار اضطرابات السلوك الغذائي لدى الرياضيين 2007: أ. فيلير وآخرون.

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى الانتشار اضطرابات السلوك الغذائي والخصائص النفسية عند الأكل لدى 127 من الذكور والإناث النخبة الرياضيين خلال المنافسة في 5 رياضات مختلفة و 31 طالبا غير تنافسية، تم قياس مؤشر كتلة الجسم واستخدامها كضوابط ثم تقييم جميع هذه المعايير من قبل الصحة الطبية، إتباع نظام غذائي واستبيان التاريخ، تم استعمال كأداة لجمع المعلومات اختبار مواقف الأكل (بيت-26)، متعدد الأبعاد وكان الهدف من بروتوكول لدينا لتقييم انتشار اضطرابات الأكل عند ممارسة الرياضة الفردية أو الجماعية على المستوى الوطني وتقييم التأثير المحتمل للأكل، وكذلك التأثير النفسي وكذلك فيما يخص تقدير الذات الجسدية. ويعتقد أن انتشار اضطرابات الأكل أعلى بين الرياضيين (رجالا ونساء) من بين العينات المستقرة التي لا تمارس الرياضة، وهذا ما يعلل بممارسة رياضة الوزن أو الرياضة جماليات فقط.

19.7. السلوك الصحي والفعالية الرياضية لدى المراهقين: مارجوري ماجوندر 2008.

ترتبط ممارسة النشاط الرياضي بصحة أفضل ولكن يمكن ربطها أيضا إلى المشاكل السلوكية لدى المراهقين عند استهلاك المنتجات ذات التأثير النفساني، القلق، واضطرابات الأكل (ولذلك من الضروري تحديد ما يؤثر على هذه المشاكل الصحية). وللإجابة عن هذا السؤال، تم تطوير خمسة مجالات للتحليل من خلال تقييم الدافع الرياضي (الجوهري والخارجي) وأهداف الإنجاز (السيطرة والنهج وتجنب الأداء)، وتم تنفيذ مقترح للنمذجة لتأثير هذه المتغيرات على استهلاك المؤثرات النفسانية لدى المراهقين على مدى فترة 20 شهرا. وقد أجري هذا البحث بين 526 مراهقا تتراوح أعمارهم بين 12 و 24 سنة.

وقد أبرز تحليل البيانات الدور الأساسي للدافع الرياضي وأهداف الإنجاز في تقليل من اضطرابات السلوك الصحي لدى المراهقين. بحيث الأخذ في الاعتبار المحفزات التي توضع في سن المراهقة من اجل الممارسة الرياضة، وهذا للأهمية البالغة لهذه الممارسة في الحفاظ على صحة المراهق وجعلها في أحسن مستوياتها.

20.7. مقارنة الثقافة التغذوية بالاتجاهات والسلوكيات الغذائية لطلبة كلية التربية الرياضية:

ديني ودان 2007.

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة الثقافة التغذوية بالاتجاهات والسلوكيات الغذائية لطلبة كلية التربية الرياضية، اشتملت عينة الدراسة على 190 طالبا وطالبة (92 منهم من الذكور و 98 من الإناث) يمارسون جميع الألعاب الرياضية، استخدم الباحثان استبانة التغذية العامة (GNKO) كأداة للدراسة، واشتملت على أربعة محاور (مصادر التغذية، اختيار الغذاء الصحي، والعلاقة بين النظام الغذائي والأمراض والتوصيات الغذائية) واختبار الاتجاه نحو الغذاء (EAT-26)، وبعد تحليل النتائج تبين أن معظم الرياضيين في هذه الجامعة كانت لديهم اتجاهات صحية في سلوكيات الغذاء، بينما بينت النتائج أن هناك انخفاضا كبيرا في نسبة الثقافة التغذوية، إذ كان متوسط استجاباتهم 51.49 من أصل 101 فقرة، والانحراف المعياري 13.57، كما تبين أن هناك فروقا دالة إحصائيا تبعا لمتغير الجنس ولصالح الإناث،

أما بالنسبة لاختبار الاتجاه نحو الغذاء فقد كان المتوسط (6.04) وبانحراف معياري 5.96 ، وان 5.8% من العينة يحتمل أنهم في خطر (نتيجتهم أكثر من 20) ، ولم توجد أي فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار الاتجاه نحو الغذاء، إذ كان المتوسط للذكور (5.41) أقل من متوسط الإناث (6.73) ، وبناءً عليه أوصى الباحثان بضرورة وجود أخصائيين في التغذية مع الرياضيين لتزويدهم بالمعلومات الصحيحة حول التغذية والعادات الغذائية، ويجب عمل المزيد من الدراسات لقياس أثر الثقافة التغذوية على السلوكيات الغذائية.

21.7. تحديد الصحة والمعرفة التغذوية والسلوك الغذائي للطلبة الجامعيين في الصين:
سكاماكي وآخرون 2005.

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد الصحة والمعرفة التغذوية والسلوك الغذائي للطلبة الجامعيين في الصين، وقد اشتملت عينة الدراسة على 540 طالبا وطالبة متوسط أعمارهم 19-24 سنة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وتم حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) وكانت الاستبانة أداة الدراسة، وبعد تحليل النتائج تبين أن معدل السمنة منخفض بين الطلاب، إذ أن 80.5% من الطلاب ضمن الوزن الطبيعي، و أن ما نسبته 16.6% منهم ذو وزن منخفض تبعا لمؤشر كتلة الجسم (BMI)، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن غالبية الطلاب يأكلون ثلاث وجبات يوميا بانتظام، و أن 80% منهم يأكلون الخضروات والفواكه مرتين يوميا، وكانت الرغبة في النحافة عند الإناث (62.0%) أكثر من الذكور (47.4%) ، وقد تم مقارنة نمط الحياة بين الجنسين ولم توجد أي فروق بين الجنسين، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في تناول الفطور، فكانت بالنسبة للذكور (66.8%) و (82.3%) للإناث، وقد أوصى الباحثون بضرورة وضع استراتيجيات تهدف إلى تحسين الكفاءة في مجال التغذية، معللين ذلك بأن الجامعة والكلية هما المكان الذي يمثل الفرصة الأخيرة للمحافظة على الصحة وتعليم التغذية لعدد كبير من الطلاب.

ثالثا: الدراسات الجزائرية:

22.7. السلوك الصحي وعلاقته بالاتجاهات نحو الصحة لدى لاعبي كرة القدم: بلبول موسى 2015.

هدفت الدراسة إلى فهم العلاقة بين السلوك الصحي والاتجاه نحو الصحة من خلال السلوكيات المتعلقة بالتدخين والكحول والمنشطات وعلاقتها بالاتجاه نحو الصحة لدى لاعبي البطولة المحترفة الثانية لكرة القدم الجزائرية وكذلك العلاقة بين الممارسة الصحية الإيجابية وعلاقتها بالاتجاه نحو الصحة لنفس أفراد العينة، وكذلك العلاقة بين السلوكيات المتعلقة بعادات التغذية والطعام و الاتجاه نحو الصحة لدى لاعبي البطولة المحترفة الثانية لكرة القدم الجزائرية.

ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي كما شملت العينة 198 لاعبا ينشطون في البطولة الثانية المحترفة لكرة القدم، ولقد قام الباحث بالاستعانة بمقياس السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة الذي يتألف من جزأين: الجزء الأول لقياس السلوك الصحي والجزء الثاني لقياس الاتجاهات نحو الصحة الباحث.

وفي الأخير خلص الباحث إلى عدة نقاط نذكر منها:

- نسبة كبيرة من أفراد العينة يتناولون المنبهات خاصة الشاي.
- نسبة معتبرة من أفراد العينة يدخنون السجائر والتبغ.
- وجود عدد قليل جدا ممن يتناولون المشروبات الكحولية وبعض المنشطات.
- يمتلك معظم أفراد العينة عادات غذائية صحية وسليمة تتماشى مع النشاط الرياضي.
- يراعي اغلب أفراد العينة المكونات الغذائية للوجبات الرئيسية.
- وجود بعض الاتجاهات إيجابية نحو الصحة لدى أفراد العينة.

23.7. الإصابات الرياضية ومدى تأثيرها على السلوك النفسي للرياضي: شريط عبد الحكيم عبد القادر 2013.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الأكثر شيوعا التي تصيب مختلف الأطراف من الجسم في الألعاب الرياضية وفقا لـ (أنواعها، مناطق حدوثها، أسبابها، شدتها). وكذلك التعرف على نسب الإصابات الرياضية للاعبين وفق متغيرات (الطول، الوزن، العمر التدريبي). بالإضافة إلى التعرف على نسب الإصابات وأنواعها في ألعاب مختلفة وحسب خصوصية كل لعبة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوب المسح الذي يتلاءم مع طبيعة البحث. وقد تكونت عينة البحث من 1010 لاعبا وتم اختيارها بالطريقة العمدية من المجتمع الكلي للبحث وتراوحت أعمار عينة البحث بين (12-75) سنة.

24.7. اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي: بطاط نور الدين 2014.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى عينة من تلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية بمتوسطات مدينة المسيلة، وكذلك التعرف على الفروقات في الاتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي حسب متغيرات الجنس والمستوى التعليمي وطبيعة الممارسة، بالإضافة إلى إنشاء أداة استبيان الاتجاه نحو السلوك الصحي خاص بالتلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

وتم اختيار العينة بطريقة العشوائية الطبقية التناسبية وكان عددها 179 تلميذ. ولقد خلص الباحث إلى عدة استنتاجات أهمها:

- اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي ايجابية.
- لا يوجد فرق دال إحصائيا في اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي تعزى لمتغير الجنس.
- يوجد فرق دال إحصائيا في اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

لا يوجد فرق دال إحصائياً في اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي تعزى لمتغير طبيعة الممارسة.

8. تعليق على الدراسات المرتبطة:

يتضح من خلال مراجعة ما سبق عرضه من دراسات مرتبطة أنها جاءت مقسمة إلى جزأين بحيث كل جزء يتناول متغير من متغيري الدراسة الحالية، الجزء الأول تناول الإصابات الرياضية حيث هدف إلى التعرف على أنواعها وأسباب حدوثها، أما الجزء الثاني فركز على السلوك الغذائي والصحي لعدة عينات منها رياضيين وغير رياضيين. هذا في حدود معرفة الباحث. إلا أن تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات المرتبطة من حيث بعض المتغيرات، سنقوم بمناقشتها من حيث الأهداف، المنهج المستخدم، الأدوات المستخدمة، والنتائج المستخلصة منها، هذا بهدف عرض أوجه التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية وهي كالاتي:

أولاً: من حيث الأهداف.

اتضح أن معظم تلك الدراسات قد حاولت التعرف على الإصابات الرياضية لبعض الرياضيين بشكل عام وكذلك دراسة السلوك الغذائي والصحي لعينات مختلفة رياضية وغير رياضية. ومن الملاحظ أن جميع تلك الدراسات اختارت دراسة هدفها من خلال عينة من بيئتها، وهنا يحاول الباحث دراسة علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18) سنة من خلال الجمع بين صفتي التلاميذ والرياضيين في نفس الوقت وهذا باختيارنا (الثانوية الرياضية الوطنية، مقاطعة درارية).

ثانياً: من حيث المنهج.

اتفقت معظم تلك الدراسات على استخدام "المنهج الوصفي" بالطريقة المسحية، إن لم تكن جميعها. بحيث إن الدراسة الحالية هدفت إلى التعرف على علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18) سنة، في حين استوجب على الباحث في الدراسة استخدام المنهج الوصفي بالطريقة المسحية، وهو يعود لطبيعة هذه الدراسة.

ثالثاً: من حيث الأداة.

لقد استخدمت أغلب الدراسات المرتبطة بالنسبة لمتغير الإصابات الرياضية استبيان، أما لمتغير السلوك الغذائي والصحي فاستخدمت مقياس السلوك الغذائي والصحي، وذلك ما يتفق مع الدراسة الحالية الذي استخدم فيها الباحث مقياس السلوك الغذائي والصحي واستبيان خاص بالإصابات الرياضية.

رابعاً: من حيث النتائج.

اتفقت نتائج معظم الدراسات المرتبطة الخاصة بالإصابات الرياضية على أهمية السلوك الغذائي والصحي لدى الرياضيين بشكل عام وعلى علاقته في حدوث الإصابات الرياضية بشكل خاص، وهذا ما اتفق مع نتائج الدراسة. أما الدراسات المرتبطة الخاصة بالسلوك الغذائي والصحي فجاءت نتائجها متباينة على حسب نوع العينات المختارة.

9. الاستفادة من الدراسات المرتبطة:

تمت الاستفادة من الدراسات الإرتباطية في النواحي التالية:

استفاد الباحث من الدراسات المرتبطة في التعرف على خطتها، وكيفية اختيار الأدوات المناسبة، وعلى أهم النتائج التي توصلت إليها، وكيفية تفسيرها كما استفاد في اختيار مشكلة الدراسة، وتحديد مجتمع البث وعينته.

-تحديد أبعاد السلوك الغذائي والصحي وتكييفهم مع عينة الدراسة على حسب البيئة المدروسة.

-استفاد الباحث من الدراسات المرتبطة في اختيار الأدوات المناسبة من أجل استخدامها في

الوصف والفهم الجيد لمشكلة الدراسة.

-الفهم العميق لمشكلة الدراسة، حسن اختيار وسائل جمع البيانات.

-اختيار عينة الدراسة.

-تحديد منهج المستخدم.

- انتقاء أفضل الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات قصد مناقشة نتائج البحث.

تمهيد :

تعد الإصابات الرياضية جانب مهم في موضوع الطب الرياضي، وقد تطورت بتطور التشخيص ووسائل العلاج، ويعد علم الإصابات الرياضية أساسا في تطوير قابلية الرياضي ووقايته من الإصابات لأن معرفة أسباب حدوث الإصابة تجعل المدرب ملما بطرق تفاديها وتوفير الأمان والسلامة أثناء النشاط البدني والوقاية الملائمة.

وعند حدوث الإصابة فان علم الإصابات يرشد المدرب إلى اتخاذ الإجراءات المبكرة واللازمة للإسعافات الأولية ونقل المصاب إلى المراكز العلاجية بطرق سليمة وبدون مضاعفات كذلك اختيار أفضل الوسائل العلاجية التي تضمن الشفاء التام وسرعة العودة إلى النشاط الرياضي الممارس من قبل اللاعب.

ويعتمد علم الإصابات الرياضية على علوم عدة وله علاقة مباشرة مع علم التشريح وكثير من العلوم الرياضية كعلم التدريب الرياضي والاختبارات والمقاييس وعلم النفس وعلم الحركة وعلم التغذية وغيرها.

1.1. مفهوم الإصابة:

هي تعرض أنسجة الجسم المختلفة لمؤثرات خارجية أو داخلية تؤدي إلى إحداث تغييرات تشريحية وفسولوجية في مكان الإصابة مما يعطل عمل وظيفة ذلك النسيج¹.

- مؤثر خارجي ميكانيكي: أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كالاصطدام بزميل أو الأرض أو أداة مستخدمة.

- مؤثر فني ذاتي: أي إصابة اللاعب نفسه بنفسه نتيجة للأداء الفني الخاطئ أو عدم التسخين مثل تمزق عضلات الفخذ عند العدو.

- مؤثر داخلي (كيميائي فسيولوجي): مثل تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي، أو نقص الصوديوم الذي يؤدي إلى حدوث التقلصات العضلية.

2.1. الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية:

تختلف أعراض الإصابات الرياضية باختلاف نوع العضو المصاب وتزداد تلك الأعراض خطورة كلما زادت شدة الإصابة، فمثلا الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند إصابة الرأس تكون خطيرة ومعقدة ومختلفة تماما عن الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند إصابة القدم وهكذا. ينتج عن الإصابات الرياضية أعراض عامة يمكن ملاحظتها في جميع الرياضات وتسمى بالأعراض الرئيسية وفيما يلي بعض منها:

1- الألم في الجزء المصاب أثناء السكون والحركة ضمن المدى الطبيعي.

2- الألم عند الضغط على مكان الإصابة.

3- ورم في مكان الإصابة نتيجة النزيف الدموي.

4- حدوث تشوه في مكان الإصابة.

5- عدم ثبات الجزء المصاب (حركة غير طبيعية خاصة عند إصابة المفاصل).

6- تيبس المفاصل المصابة والمفاصل القريبة من مكان الإصابة.

7- عدم قدرة اللاعب على المشي أو الحركة الطبيعية.

8- تغير لون الجلد في المنطقة المصابة.

10- سماع أصوات عند الحركة في الجزء المصاب (خاصة في حالة الكسر).

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، الأكاديمية الرياضية العراقية، بغداد، 2007، ص 05.

3.1. تدرج الإصابات الرياضية وتصنيفها:

1.3.1. تدرج الإصابة:

تدرج الإصابة يساعد في التقييم والمعالجة والتأشير درجة الإصابة والتأثيرات المرتبطة بذلك، إن المصطلحات (جزئي، كلي، بسيط، شديد) تطلعنا على التغييرات الحاصلة في الأنسجة المتضررة جراء الإصابة.

ففي عام (1973) أبتكر تدرجا للإصابة والذي طبق على إصابات كثرة الاستخدام في الأنسجة الرخوة بصورة خاصة وحسب الدرجة (الصفرة إلى 4)، وقد حصل تعديل في هذا المقياس وأصبح (1-3).

إن استخدام مثل هذا المقياس في الإصابات الحادة والمزمنة يمكن الرياضي والمدرّب والمعالج من ربط الإصابة بنسبة العجز، حيث حددت العلامات والتغييرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة كما يلي:

التدرج	الأعراض	العلامات	المرض النسيجي
1	- ألم بعد الجهد	- آلام بسيطة وموضعية	-تغيرات التهابية
2	-الم في البداية واختفاء الألم عند ابتداء الفعالية مع الإحماء وتعود للظهور بعد الفعالية	- ألم موضعي مع بعض التحدد الحركي البسيط عند الاختبار وألم	-التهاب النسيج المصاب مع شمول التراكيب المجاورة قد تكون التصاقات
3	-الآلام مستمرة وتتفاقم مع أي فعالية وبالتالي تؤدي إلى إيقافها	-ألم موضعي، فقدان الحركة، الضعف، وربما تليف العضلات	تغييرات التهابية واسعة، تكوين ندبة التهابية والتصاقات، وقد يكون تكلسا أو تغييرا اندثاريا

الجدول رقم (01): العلامات والتغييرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة.

إن نظام التدرج الموضح أعلاه هو مجرد دليل بحيث يمكن أن تكون هنالك تغييرات نوعية مرتبطة مع تراكيب معينة، إن التدرج يصف القابلية على الإنجاز ويمكن استخدامه لتقييم الشفاء من الإصابة مهما كان التشخيص.

2.3.1. تصنيف الإصابات الرياضية:

تصنف الإصابات الرياضية إلى (خفيفة، متوسطة شديدة، وخطيرة)، ويبين الجدول أدناه تصنيف الإصابات تبعا للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها¹:

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص20.

نوع الإصابة	أعراضها	الإجراءات اللازمة	مدة الشفاء
1. الخفيفة	1. لا يتأثر الإنجاز. 2. ألم بعد التدريب. 3. تصلب خفيف في منطقة الإصابة. 4. لا يتغير لون المنطقة.	1. تقليل فترات التدريب 2. تخفيف الجهد على المنطقة المصابة 3. الراحة والعلاج الأولي	لا تعوق اللعب عن الاستمرار في التدريب أو المباراة
2. المتوسطة	1. تؤثر على الإنجاز. 2. ألم قبل وبعد الفعالية. 3. منطقة الإصابة تلين قليلاً. 4. تورم خفيف.	1. إراحة المنطقة المصابة 2. عدم إجهاد المنطقة المصابة وتحاشي تمرينها 3. الراحة مع العلاج الأولي	يستغرق الشفاء الوظيفي حوالي عشرة أيام ، بينما يتم الشفاء التشريحي بعد حوالي خمسة عشر يوماً.
3. الشديدة	1. ألم مستمر قبل وأثناء وبعد التمرين. 2. يتأثر الإنجاز بسبب شدة الألم. 3. تتأثر الأنشطة اليومية لشدة الألم. 4. تتأثر الحالة الطبيعية بسبب الألم.	1. التوقف عن ممارسة الأنشطة الرياضية بشكل تام 2. مراجعة الطبيب.	تقرر وفقاً لتقدير الطبيب ولكنها غالباً ما تستغرق ما بين ثلاثة وأربعة أسابيع ، وهي مدة متضمنة في الشفاء الوظيفي والتشريحي.
4. الخطيرة	1. ألم غير محتمل في غالب الأحيان. 2. ورم شديد يظهر فور وقوع الإصابة	1. التوقف عن ممارسة الأنشطة الرياضية بشكل تام 2. مراجعة الطبيب.	غالباً ما تستغرق أكثر من شهر.

الجدول رقم (02): تصنيف الإصابات تبعاً للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها.

4.1 أنواع الإصابات الرياضية:

تقسم الإصابات حسب السبب إلى:

1.4.1 إصابات أولية:

تحدث في الملعب نتيجة أداء جهد عنيف أو تعرض لحادث غير متوقع وهي تمثل النوع

الرئيسي للإصابات وتقسم إلى ما يأتي:

-إصابة ذاتية (شخصية) يسببها اللاعب لنفسه.

-إصابة بسبب عوامل خارجية (اللاعب المنافس، الأجزاء والأدوات).

-إصابة بسبب عوامل داخلية (تغيرات داخل أنسجة الجسم بسبب التدريب المستمر)¹.

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص13.

أ. الإصابات الذاتية (الشخصية):

إن الإصابات الشخصية تكون أقل خطورة وعادة يكون سببها مزمن وان معظمها يكون نتيجة إصابات بسيطة متكررة نتيجة خطأ في تحميل أنسجة الجسم أكثر من طاقتها. تحدث هذه الإصابات نتيجة لخطأ ما في التكتيك نظرا لوقوع اللاعب تحت أنواع متعددة من الضغوط النفسية والفسولوجية خاصة عندما يحاول اللاعب الارتفاع بمستوى العبء البدني والذي يرتبط باستخدام الحركات الفجائية الحادة وتحدث الإصابة لوقوع أو وجود خلل في التوافق أثناء أداء تلك الحركات الحادة وعلى أية حال فان هناك إصابات داخلية تكون بطبيعتها حادة قد بنيت أو جاءت نتيجة لوقت طويل مثل آلام أسفل الظهر، إصابة الأصابع وكثير من الإصابات المزمنة والتي تحدث نتيجة لتكرار أعباء أو ضغوط معينة والتي لا يعطى لها وقت كاف للالتئام أو الشفاء عند حدوثها لأول مرة¹.

ب. الإصابات الخارجية:

عادة ما تكون مفاجئة وسريعة ومؤلمة وذلك لأن قوة الإصابة تكون أكبر من قدرة اللاعب على التحمل وتحدث نتيجة عوامل خارجية مثل اللاعب المنافس أو الأدوات المستخدمة.

وتكثر مثل هذه الإصابات في الرياضات ذات الاحتكاك البدني سواء الجماعية مثل كرة القدم أو الفردية مثل المصارعة وغيرها، وهي أن الإصابة تحدث عن طريق اللاعب الآخر مما قد يؤثر على اللاعبين معا كما أن القوة الناتجة وقوة رد الفعل تكون اكبر خاصة إذا كان النشاط الممارس يتطلب الحركة السريعة².

ج. الإصابات الداخلية:

تحدث الإصابات الداخلية نتيجة التغيرات في أنسجة الجسم جراء استمرار التدريب وتكرار الجهد مما يسبب تجمع الفضلات والحوامض خاصة عندما لا تتوفر الراحة الكافية لتصريفها، فعند استمرار المجهود الرياضي فان سرعة جريان الدم وزيادة حجم السوائل في الأنسجة يسبب انتفاخ العضلة إذا لم تتوفر الراحة الكافية لتصريف هذه السوائل وإذا تكرر هذا الإجهاد فقد يؤدي إلى التليف العضلي نتيجة الإرهاق وبالتالي فقدان العضلة لوظيفتها أو جزء من وظائفها.

1 محمد عادل رشدي، علم إصابة الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1995، ص16.

2 عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، ط01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004، ص 23-24.

الفصل الأول الإصابات الرياضية

وتحدث الإصابات أيضا بسبب بعض المضاعفات فمثلا عند كدمة العضلة الشديدة قد يحدث ترسب الخلايا العظمية داخل العضلات مما قد يحولها إلى كتلة عظمية فتفقد وظائفها الحركية) ذلك عندما يحصل هرس الألياف العضلية بين جسمين صلبين، الجسم الصلب المسبب للكدمة والعظم من الداخل).

وقد تحدث الإصابات أيضا نتيجة علاج أوتار لإصابة أولية وخاصة في حالات الحقن الموضعي في حالة الإصابات بالتهاب الأوتار والأربطة في المفاصل¹.

2.4.1. إصابات ثانوية:

تحدث نتيجة إصابة أولية أو بسبب علاج خاطئ للإصابة أولية أو نتيجة عدم اكتمال العلاج للإصابة الأولى ويحدث في مكان آخر غير مكان الإصابة وغالبا ما تكون حركية معقدة، فقد لوحظت آلام الركبة بدون إصابتها المباشرة عند مفصل القدم في الرجل غير المصابة والتي أهمل علاجها كذلك وجود التشوهات الخلقية في الجسم والتي يظهر أثرها عند القيام بمجهود رياضي عنيف تسبب تشنجات في العضلات وآلاما، فمثلا وجود الزوائد العظمية في القدم يسبب آلاما في عضلة الساق التوأمية، وتسطح القدم يسبب آلاما وتشنجات الظهر والتعب السريع... الخ².

5.1. الأسباب العامة للإصابات الرياضية:

تختلف الإصابات الرياضية تبعا لنوع النشاط الممارس وطبيعة الأداء ومستوى المنافسة، فضلا عن الجانب النفسي والاستعداد المهاري واللياقة البدنية ووعي الرياضي وإدراكه لخطورة الحركة المؤداة وإمكانية التسبب في الإصابة، كذلك معرفته بكيفية تفاديها والحد من وقوعها. ومن أهم أسباب الإصابات الرياضية ما يأتي:

1.5.1. نوع الرياضة:

تختلف الإصابات الرياضية تبعا لنوع الرياضة الممارسة ، فإصابات الرياضات الجماعية تختلف عن إصابات الرياضات الفردية، ويمكن ملاحظة أن نسبة الإصابات الرياضية تزداد في الرياضات ذات الاحتكاك البدني المباشر (مثل كرة القدم، كرة اليد، المصارعة... الخ) بينما تقل نسبتها في الرياضات التي ليس فيها احتكاك (مثل التنس الأرضي).

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص13

2 محمد عادل رشدي، علم إصابة الرياضيين، مرجع سابق، ص 18

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

كما تختلف باختلاف طبيعة الأداء في اللعبة فمثلا وجد أن إصابات الأطراف السفلى في كرة القدم تمثل حوالي 90% من مجمل الإصابات في تلك الرياضة ، في حين أن إصابات الأطراف العليا في رياضة الجمباز تمثل حوالي 70% من نسبة إصابات تلك الرياضة نظرا للاستخدام المستمر للأطراف السفلى في كرة القدم والأطراف العليا في الجمباز¹.

بصفة عامة فان الرياضيين الذين يشتركون في الرياضات ذات طابع الاتصال البدني أكثر من يتعرضون لإصابات الكسور ، إصابات الأربطة الحادة والنزيف الدموي في العضلات الهيكلية والتي جميعها بمثابة نتائج ثانوية للاتصال العنيف بين المتنافسين أو تنتج عن حالات سقوط لاحقة، وعلى النقيض من ذلك فان الذين يؤدون بشكل فردي يعانون من توترات عضلية حادة والتواء المفاصل الناتجة عن الأداء التنافسي الذي يدفع العضلات إلى ما وراء نقطة التعب الفسيولوجي والميكانيكي².

من خلال ما سبق يمكن القول أن نوع النشاط الرياضي يؤثر بشكل كبير في نوع ونسبة الإصابات الرياضية فمن المنطقي أن تزداد الإصابات الرياضية في الأنشطة الرياضية التي يزداد فيها الاتصال البدني بين اللاعبين.

2.5.1. كفاءة اللاعب:

تختلف الإصابات الرياضية تبعا لكفاءة اللاعب البدنية والنفسية إذ كلما كانت لياقته البدنية منخفضة كلما كان أكثر عرضة للإصابات الرياضية.

كما أن استعداد اللاعب النفسي والثقافي السليم يقلل من احتمالية إصابته نظرا لأن تفكيره حينئذ سيكون سويا مما يهيئ له التصرف الصحيح في الملعب.

3.5.1. مستوى المنافسة:

قد تكمن عوامل بعض الإصابات البدنية الرياضية في شدة وعنف المنافسة الرياضية أو طبيعة الملاعب الرياضية التي تتميز بصلابتها بالإضافة إلى شدة الاستثارة التي تنتاب بعض اللاعبين كنتيجة للدافعية المغالى فيها ومحاولة الفوز بأية وسيلة لارتباط ذلك بمزيد من الحوافز والبواعث المادية والمعنوية المتنوعة للاعبين³.

1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي ، 1998، ص21.

2 علي جلال الدين، الإصابة الرياضية (الوقاية والعلاج)، ط 02 ، القاهرة ، 2005 ، ص 42.

3 محمد حسن علاوي ، سيكولوجية الإصابة الرياضية، ط01، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة 1998 ، ص14.

إذ كلما ازداد مستوى التنافس كلما زاد احتمال تعرض اللاعبين للإصابة، فإصابات المنافسات النخبوية تكون أكثر وأشد مقارنة بإصابات منافسات الدرجة الأولى و الدرجة الثانية في الأقسام المحلية، كما أن مستوى التنافس في المباريات الودية يختلف عنه في المباريات المصيرية التي لا مجال فيها للخسارة.

4.5.1. برامج التدريب الخاطئة:

يخضع اللاعبون وفي مختلف الرياضيات إلى برامج تدريبية قصد تطوير أدائهم ويبني هذا البرنامج على أسس علمية تراعي إمكانيات اللاعب من جهة والإمكانات المتوفرة للبرنامج التدريبي من جهة أخرى ، وتحدث في بعض الأحيان إن يكون البرنامج التدريبي غير ملائم كأن يحمل الرياضي جهدا أكثر من طاقته مما ينتج عنه تعرض الرياضي لخطر الإصابة الرياضية.

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فانه يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية كقاعدة تبنى عليها اللياقة البدنية الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية¹.

ومن بين أهم العوامل التي تدخل ضمن نطاق برامج التدريب الخاطئة والتي يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية ما يلي:

- عدم التكامل في الوحدات التدريبية.
- عدم التنسيق والتوافق في تدريب المجموعات العضلية.
- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي.
- انعدام المتابعة من طرف المدرب كأن يشرك لاعب مريض أو مصاب في الحصص التدريبية.
- سوء اختيار وقت التدريب.

1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص 24.

5.5.1. التدريب الخاطئ في المدارس:

عدم ملائمة المدارس لممارسة النشاط الرياضي مثل وجود عوائق في الأرض أو عدم استوائها ووجود أجسام صلبة بها أو رشها بالمياه بطريقة خاطئة أو تجميع وترحيل دروس التربية والرياضية إلى آخر اليوم الدراسي ، حيث أن ذلك يقلل من استيعاب دروسها ويعرض التلاميذ المنهكين طوال اليوم إلى الإصابات¹.

كما أن انعدام الكفاءة عند بعض أساتذة التربية البدنية والرياضية يؤدي الى تعرض التلاميذ للإصابة الرياضية كان يقوم الأستاذ بتدريب التلاميذ على القيام بأنشطة رياضية وفق مواصفات فنية خاطئة.

6.5.1. انعدام الروح الرياضية:

يعتبر الحماس والشحن النفسي المبالغ فيه من طرف المدرب أو حتى من طرف وسائل الإعلام أو الجمهور ومحاولة توجيه اللاعب إلى تعمد العنف والخشونة أثناء اللعب لتخويف المنافس من الأسباب التي قد تؤدي إلى إصابة المنافس أو اللاعب نفسه.

7.5.1. مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

وضعت القوانين الرياضية لحماية اللاعب وتأمين سلامته أثناء أدائه لرياضته وأي مخالفة لتلك القوانين تؤدي إلى تعرض اللاعب أو منافسه للإصابة كمهاجمة اللاعب من الخلف أو كدم قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات ، كما أن مخالفة المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين تسبب احتمال إصابتهم، إضافة إلى عدم التقيد بالمواصفات الفنية للأدوات الرياضية مثل عدم استدارة الكرة على النحو الصحيح قد يؤدي إلى حدوث إصابات رياضية.

إضافة إلى أن بعض الرياضات الفردية مثل الجمباز تتميز بحركات فنية معقدة غاية في الخطورة مما يستوجب على اللاعب امتلاك مهارات عالية وإتباع جملة من المواصفات الفنية قصد أداء الحركة بشكل صحيح وأي خطأ في ذلك قد يؤدي إلى تعرضه لإصابة خطيرة.

8.5.1. عدم التقيد بنتائج الفحوص والاختبارات الطبية:

قبل إجراء المباراة يخضع كل اللاعبين للفحوص والاختبارات الطبية وتعرض كل النتائج على المدرب المؤهل وأخصائي الطب الرياضي بالإضافة إلى الأخصائي النفسي وذلك قصد

1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص 27.

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

الوقوف على مدى استعداد اللاعبين بدنيا ونفسيا للأداء الجيد ليتم بذلك تقادي مشاركة اللاعب أو اللاعبين الغير مؤهلين الذين يكونون عرضة للإصابات فيما لو تم إقحامهم.

عند تولي الطبيب الرعاية الخاصة بفريق ما يتضح مسؤولياته تجاه اللاعب والمدرّب والإداري المسؤولين معه عن الفريق ومن الضروري إخطار اللاعب الموضوع تحت العلاج بحدود هذه المسؤولية مع الإقرار بعدم إفشاء أي أسرار مهنية طبية ويجوز أن يكون ذلك فقط للمسؤولين عن الفريق (الإداري - المدرّب) ويهدف تحديد اللياقة البدنية للاعب لتتضح إمكانية مشاركته في المسابقات أو المباريات التنافسية وليس لأي غرض آخر وفي هذا المجال يجب على الطبيب أن يقدم رأيه الموضوعي والمحدد بوضوح قدر الإمكان عن مدى لياقة اللاعب للاشتراك في التدريب والمنافسة¹. وانه من غير المعقول أن يتم إشراك أي لاعب في فريق وطني أو بعثة رسمية دون خضوعه للفحوصات الطبية التي تؤهله للمشاركة ولعل الهيئات الرياضية في كل من أوروبا وأمريكا بهذا الجانب كان وراء تحسين المستوى في مختلف الرياضات وظهر ذلك بوضوح عن طريق تحطيم الأرقام القياسية بعد الحرب العالمية الثانية.

9.5.1. استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة: يقصد بها الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم وسلاح المبارزة إذ يجب أن يكون تناسب بين عمر اللاعب والأداة المستعملة فلا يصح أن يستخدم اللاعب الناشئ أدوات الكبار.

كما أن استخدام الأدوات الغير صالحة الاستعمال أو التي تحتوي على عيوب صناعية قد يؤدي إلى إصابة الرياضي، فمثلا إذا استخدم الملاكم واقي رأس أو واقي أسنان غير صالحين فانه يكون أكثر عرضة للإصابات الرياضية.

10.5.1. سوء المستلزمات الرياضية:

ويقصد بها أرضية الميدان والملابس والأحذية الرياضية، فأرضية الميدان الغير ملائمة يمكن أن تكون سببا رئيسيا في حدوث الإصابات الرياضية ، وتنتشر هذه الظاهرة في الأوساط المدرسية نتيجة عدم الاهتمام واللامبالاة بحصص التربية البدنية والرياضية.

يلجأ أغلب التلاميذ خاصة الذكور منهم إلى البحث عن فضاءات تمكنهم من القيام بأنشطة بدنية تشبع حاجاتهم ، لذلك نجدهم يمارسون تلك الأنشطة على أرضيات غير صالحة ووسط ظروف غير ملائمة إطلاقا.

1 أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط01 ، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص146.

وفي كثير من الأحيان يتم ممارسة تلك الأنشطة في الطرق ووسط التجمعات السكنية مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابات.

كما أن أغلب الأسر لا تستطيع أن توفر للتلاميذ ملابس وأحذية رياضية ملائمة نتيجة الفقر، مما يؤدي بالتلميذ إلى استعمال لباس أو حذاء غير مناسب لتلك الرياضة.

ونشير هنا إلى أن معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية والتشوهات الإستاتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة مما يناسب كل قدم، فمثلا حذاء لاعب المبارزة يختلف عن حذاء لاعب كرة القدم وهكذا. فالأحذية المناسبة وأرضية الملعب الجيدة تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب وكمثال على ذلك فان أحذية الأرض ذات الحشائش في كرة القدم تختلف عن أحذية الأرض الصناعية ، ونشير هنا أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرب¹.

11.5.1. استخدام اللاعب للمنشطات:

المنشطات هي استخدام مختلف الوسائل الصناعية لرفع الكفاءة البدنية والنفسية للفرد في المجال المنافسات أو التدريب مما قد يؤدي إلى حدوث ضرر صحي².

12.5.1. عدم مراعاة العوامل والظروف المناخية:

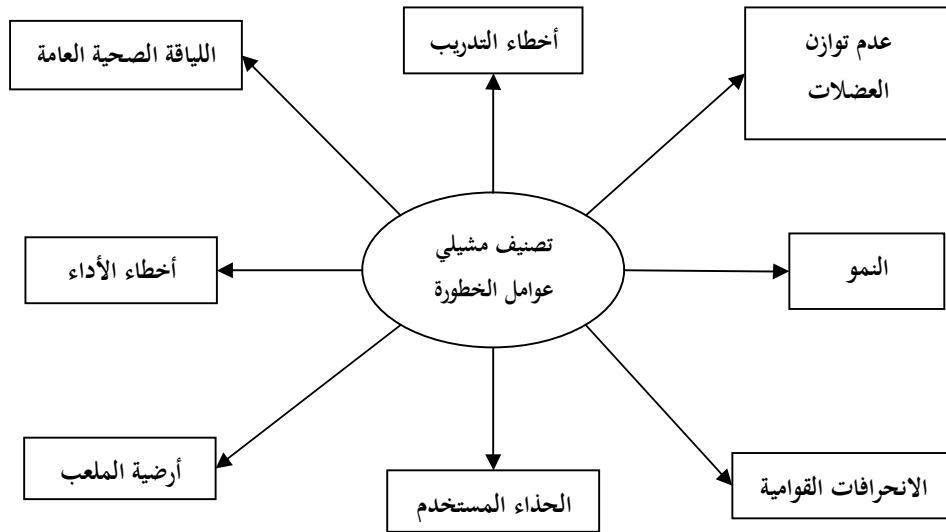
يتم إجراء العديد من المباريات وفي مختلف الرياضات وسط ظروف مناخية غير ملائمة لأنه قد تم برمجة تلك اللقاءات مسبقا، ولا يمكن تأجيلها مما يعرض اللاعبين لخطر الإصابات الرياضية.

6.1. التصنيفات الخاصة بأسباب الإصابات الرياضية:

1.6.1. تصنيف مشيلي (Micheli, 1983) العوامل الخطرة التي تؤدي إلى إصابات الاستخدام الزائد.

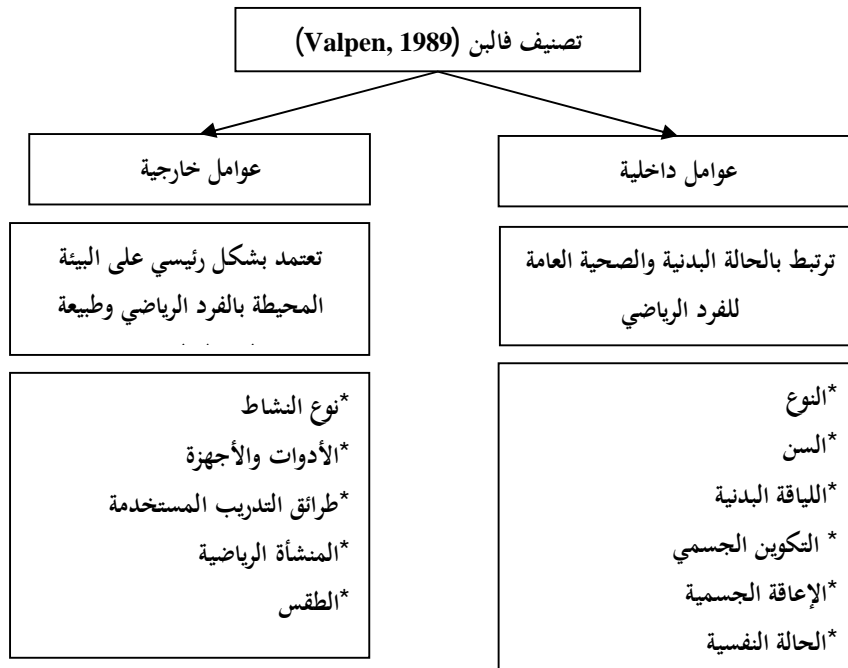
1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص 28-29.

2 أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط01، مرجع سابق، ص187



الشكل رقم (01): تصنيف مشيلي (Micheli, 1983) العوامل الخطرة التي تؤدي إلى إصابات الاستخدام الزائد.

2.6.1. تصنيف فالبن (Valpen, 1989) العوامل الداخلية والخارجية.



الشكل رقم (02): تصنيف فالبن (Valpen, 1989) العوامل الداخلية والخارجية.

7.1. سيكولوجية الإصابة الرياضية:

يحدث في بعض الأحيان أن يتعرض أحد اللاعبين لإصابة رياضية وبعد انقضاء فترة العلاج والراحة يعود ذلك اللاعب إلى مزولة التدريب والاشتراك في المنافسة.

الفصل الأول الإصابات الرياضية

الا أنه كثيرا ما ينتابه الإحساس بالخوف والقلق عند محاولته القيام ببعض الحركات الصعبة الأمر الذي يسبب له نفور وعدم الحماس أثناء النشاط الرياضي، كما يظهر عليه انخفاض في مستوى الأداء وهبوط حاد في القدرة على بذل المجهود والمثابرة في سبيل تحقيق الفوز.

من خلال ما سبق يبدو أن هناك تغيرات في الخصائص النفسية قد تصيب اللاعب جراء تعرضه للإصابة الرياضية والتي يتوجب تحديدها من أجل إعداد برنامج تأهيلي نفسي يسمح بعودة اللاعب إلى مستواه الحقيقي الذي كان عليه قبل الإصابة.

إذ ينبغي معرفة أن الإصابة الرياضية قد تكون إصابة بدنية رياضية، كما يمكن أن تكون إصابة نفسية وعندئذ يطلق نفسية رياضية.

1.7.1. مفهوم الإصابة النفسية الرياضية:

- تعريف محمد حسن علاوي:

"هي صدمة نفسية يتعرض لها اللاعب نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتبط بالمجال الرياضي والذي قد تسفر أو لا تفسر عن إصابة بدنية ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ويتضح أثرها في تغير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي وفي هبوط مستواه الرياضي وفي بعض الحالات انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية"¹.

مما لا شك فيه أن هناك بعض اللاعبين قد يتعرضون للصدمة النفسية (الإصابات النفسية) كنتيجة لبعض المواقف التي تهددهم ببعض المخاطر والصعاب ودون ارتباطها مباشرة بالإصابة الرياضية، كما أن هناك بعض اللاعبين الآخرين الذين يتعرضون لمثل هذه الصدمات النفسية (الإصابات النفسية) كنتيجة لبعض المواقف التي ينتج عنها الإصابات الرياضية كالجروح والكسور والتمزقات وغيرها أثناء الممارسة الرياضية.

2.7.1. العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإصابة الرياضية:

أسفرت بعض الدراسات في علم النفس الرياضي إلى أنه في بعض الحالات يمكن توقع حدوث الإصابة الرياضية قبل حدوثها الفعلي، إذ أن هناك بعض الدلائل لتحديد العوامل المساعدة الإصابة الرياضية وفيما يلي بعض منها:

1 محمد حسن علاوي، سيكولوجية الإصابات الرياضية، ط01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1998، ص17.

أ. سلوك المخاطرة:

يتميز بعض اللاعبين بأنهم أكثر ميلا للمخاطرة أثناء اللعب مقارنة بزملائهم بحيث نجدهم يضعون أنفسهم في مواقف تزيد من احتمال تعرضهم للإصابة الرياضية.

ب. القلق:

يلعب القلق دور كبير في حدوث الإصابات الرياضية، فاللاعب الذي يتسم بدرجة عالية من القلق خاصة عند اقتراب المنافسة يقل تركيزه فوق أرضية الميدان لدرجة لا يستطيع معها إدراك إشارات الخطورة التي يمكن أن تسبب الإصابات الرياضية.

كما أن الاستثارة العالية الناتجة عن التوتر يمكن أن ترافق بتوتر عضلي مفرط يؤدي إلى الإصابات الرياضية

ج. ضغوط الحياة:

أظهرت التي أجراها برامويل Bramwell وآخرون (1976) عن أثر الحالات النفسية على القابلية للإصابة وعلى وجه الخصوص درسوا العلاقة بين الإصابات الرياضية وخبرة معاشة أحداث الحياة المتوترة، وخلصت هذه الدراسة إلى أن الانشغال بضغوط الحياة يمكن أن يؤثر في التركيز على الأداء وتعزيز احتمال حدوث الإصابة.

د. سمات الشخصية:

بينت بعض الدراسات بأن عوامل الشخصية يمكن أن يكون لها صلة بالقابلية للإصابة فقد قام جاكسون وآخرون (1978) بعد أن لم يجدوا علاقة بين مرونة المفاصل وإصابات المفصل بين مجموعات مختلفة من الرياضيين بدراسة قدرة (Catell 16P.F) على التنبؤ بإصابات كرة القدم وأمكن التمييز بين اللاعبين المصابين وغير المصابين في العامل 10 وأن اللاعبين ذوي النوايا الحسنة الطبية أكثر قابلية للإصابة¹.

هـ. النصائح السلبية من الآخرين:

يلاحظ أن هناك بعض المدربين الرياضيين أو الإداريين ينصحون اللاعبين بضرورة اللعب بخشونة وعنف حتى يخاف منهم المنافس، ومما لاشك فيه أن مثل هذه النصائح السلبية والتي قد يحاول الرياضي تنفيذها ارضاء لهم تزيد من فرص حدوث الإصابات الرياضية.

1 علي جلال الدين، الإصابة الرياضية (الوقاية والعلاج)، مرجع سابق، ص48.

3.7.1. الإستجابات النفسية للإصابة الرياضية:

أشار (جولد) و (واينبرج) سنة 1995 نقلا عن (هارين) و (كريس) سنة 1990 إلى أن اللاعب الرياضي الذي يصاب بإصابة رياضية قد يمر غالبا بعدة مراحل عقب إصابته هي:
أ. مرحلة الرفض:

يمر اللاعب الرياضي عقب الإصابة مباشرة بمرحلة رفض إذ قد يصاب بصدمة لعدم تصديقه بأنه قد أصيب أو أن الإصابة قد حدثت له بالفعل وتبدو عليه محاولات التقليل من مدى أهمية الإصابة.

ب. مرحلة الغضب:

بعد أن يكتشف اللاعب الرياضي أنه قد أصيب فعلا وأن إصابته حقيقية واقعة فعندئذ يمتلكه الغضب ويميل إلى التلفظ ببعض العبارات التي تظهر غضبه سواء اتجاه نفسه الآخرين من حوله.

ج. مرحلة المساومة:

أطلق (هاردي) و(كريس) على هذه المرحلة مرحلة المساومة أو المقايضة وفيها يحاول اللاعب الرياضي أن يساوم المحيطين به كالمدرّب مثلا بأنه سوف يعرض ما فاتته أثناء فترة الإصابة وسوف يتدرب بأقصى ما يمكن من جهد اذا كتب له الشفاء شريفا، كما يحاول اللاعب الرياضي المصاب في هذه المرحلة القيام ببعض التبريرات لكي يتفادى حقيقة الموقف¹.

د. مرحلة الاكتئاب:

وفي هذه المرحلة يدرك اللاعب الرياضي تماما حقيقة إصابته وما يترتب عليها من نتائج وأنه لن يستطيع الممارسة الرياضية لفترة من الوقت وعندئذ يصاب اللاعب الرياضي بالاكتئاب والحزن وتدور في ذهنه بعض الأفكار السلبية عن عدم احتمال عدم تكملته في مشواره في الممارسة الرياضية.

هـ. مرحلة التقبل و إعادة التنظيم:

المرحلة الأخيرة لاستجابات اللاعب الرياضي للإصابة الرياضية هي التقبل للأمر الواقع وبذلك ينتهي اكتئاب وحزن اللاعب تدريجيا، يحاول أن يركز على عملية علاجه وتأهيله لضمان سرعة العودة لممارسة الرياضة ومعظم اللاعبين الرياضيون غالبا يمرون بهذه المراحل الخمسة

1 محمد حسن علاوي، سيكولوجية الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص25.

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

السابقة كمرحل للاستجابة النفسية للإصابة الرياضية إلا أن سرعة انتقال اللاعب من مرحلة إلى أخرى تختلف من لاعب إلى آخر، فقد يمر لاعبا ما بمرحلة ما لفترة زمنية بينما يحتاج لاعب آخر فترة أطول لتجاوز المرحلة ذاتها .

8.1. العوامل المؤثرة في حدوث الإصابة:

يتعرض الرياضيون للإصابة نتيجة الجهد المستمر على أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة وخاصة عندما لا تراعى الشروط العلمية والفنية أثناء التدريب فان الإجهاد المفاجئ لجزء معين من الجسم قد يكون أكثر من قوة احتمال أنسجته وبذلك يؤدي إلى الإصابة. وتشارك عدة عوامل في حدوث إصابات الملاعب ويمكن إرجاعها إلى ما يأتي:

1.8.1. اللياقة البدنية:

تعد من العوام المهمة لحماية اللاعب من الإصابة فان العضلات القوية تسند جسم اللاعب وتحمي مفاصل و عظام الجسم العاملة عليها من الإجهادات المسلطة عليها عند أداء التمرينات العنيفة وتعطي لأربطة المفاصل القابلية في العمل ضمن المدى الطبيعي وبدون معوقات¹.

2.8.1. عدم ملائمة النمط الجسمي لنوع النشاط الممارس:

لكل نشاط رياضي مواصفات جسمية (مرفولوجية) تتفق ونع المهارات والحركات المطلوبة لكل لعبة والتي يجب أن تكون ضمن الشروط اللازمة في اختيار اللاعب لنشاط معين، فمثلا عند اختيار لاعب نحيف طويل القامة في الجمناستك فان ذلك يعرضه للإصابة وخاصة في الظهر وذلك لبعده مركز ثقله عن الأرض والإجهادات التي يتعرض لها العمود الفقري.

3.8.1. طريقة الأداء المهاري:

إن أداء المهارات بطريقة صحيحة واتخاذ الأوضاع والتقنيك المناسب في تنفيذها يحمي اللاعب من الإصابة وبالعكس فان بعض الحركات تكون خطرة وضروري الابتعاد عنها لأنها تحمل أعضاء الجسم للضغط أثناء تأديتها، كما في حركة الرفع في الأثقال والتي تسبب آلام وإصابة المنطقة القطنية والعجزية في أسفل الظهر.

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص09.

4.8.1. العوامل البيئية:

وتشمل ارتفاع درجات الحرارة أو انخفاضها والرطوبة وكل ذلك يؤثر على طريقة أداء اللاعب و يضيف جهدا على الأجهزة الجسمية مما يسبب إجهاد مبكر وفقدان التوافق العضلي العصبي ويزيد من احتمال حدوث الإصابة.

5.8.1. السن:

تحدث الإصابات في جميع الأعمار، ولكن هنالك إصابات شائعة في أعمار معينة دون الأخرى، فمثلا تكثر في سن المراهقة إصابات (الكسور، إصابة العضلات والمفاصل، وإصابة مراكز النمو في نهايات العظام الطويلة).

وفي سن النضوج يمارس اللاعب تدريبات شديدة بسبب طموحه العالي في المنافسة مما قد يسبب إصابة عضلاته، أما في سن ما فوق الثلاثين وعندما يكون اللاعب مستمر في ممارسة نشاطه ولصعوبة الوصول إلى مستوى التنافس في مثل هذه السن فان اللاعب يبذل جهدا شديدا قد يؤدي به إلى الإصابة وخاصة في أوتار العضلات وأربطة المفاصل، ففي هذه السن تظهر الخبرة والمهارة ولكن تقل تدريجيا اللياقة البدنية.

6.8.1. العامل النفسي:

علم النفس من أهم العلوم الإنسانية التي يستمد منها علم التدريب الكثير من المعلومات التي توصل المدرب إلى الأهداف والواجبات التي تسعى عملية التدريب الرياضي لتحقيقها من أجل الوصول باللاعب إلى مستويات عليا في نوع النشاط الممارس وذلك يتم عن طرق تحقيق الحالة النفسية المتوازنة للاعب والمستقرة بحيث يستطيع الرياضي من خلالها استنفاد اعلي طاقاته المهارية في الأداء السليم لان إثارة اللاعب أو خموله كلاهما قد تسبب في حدوث الإصابة.

7.8.1. العادات السيئة والإدمان (التدخين، الكحول، العقاقير):

إن للتدخين والكحول تأثيرا كبيرا على أنسجة الجسم وخاصة العصبية منها كذلك استخدام اللاعب العقاقير الطبية بدون وصفة طبية يؤدي به إلى الإصابة ويعرضه للخطر وأحيانا للإدمان، فان تعاطي المنشطات والمخدرات يفقد اللاعب التركيز والتوازن العصبي-العضلي ويعرضه للإصابة¹.

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص 10.

9.1. طرق الوقاية من الإصابات الرياضية:

لقد أصبحت الوقاية من الإصابات الرياضية أمرا لازما وضروريا ومحور اهتمام سواء من طرف اللاعب نفسه أو المدرب أو حتى الجهات التي يهتماها المحافظة على مستوى أداء هذا اللاعب وحمايته من الإصابة الرياضية فمن الأفضل أن يتم التركيز على أساليب الوقاية بدلا من الانتظار حتى يصاب اللاعب لتقدم له أفضل طرق العلاج ففي ذلك توفير للجهد والوقت والمال.

فرييس النادي العريق -على غرار الأندية الأوروبية- الذي يصرف أموالا باهظة من أجل جلب هذا اللاعب لذلك نجده حريص كل الحرص على أن لا يتعرض هذا اللاعب بالذات للإصابة الرياضية التي قد تبعده عن اللعب لشهور وإلا اعتبرت عملية الجلب هذه صفقة خاسرة وفق كل المقاييس.

انطلاقا مما سبق فإنه يجب توفير جملة من الشروط التي من شأنها أن تقي اللاعب من الإصابات الرياضية ومن بين هذه الشروط نجد ما يلي:

1.9.1. المدرب المؤهل:

المدرب الذي يؤدي عمله بقصد الفوز بأية طريقة ويعتمد على وسائل غير سليمة لتحقيق أغراضه يعد فاشلا ومذموبا في حق لاعبيه فالمدرب الناجح اليوم هو المدرب المؤهل الذي يعتمد على فن التدريب وخطة اللعبة وتنظيم البرنامج التدريبي وإعداد اللاعب على أسس علمية حديثة مع المحافظة على لاعبيه من أخطار اللعب وحوادث الإصابات قدر الإمكان¹.

2.9.1. معرفة أسباب العامة للإصابة والحد منها:

يجب تحديد الأسباب العامة التي أدت إلى حدوث الإصابة الرياضية بين اللاعبين ومحاولة الحد منها ويتم ذلك عن طريق المتابعة الميدانية من طرف المدرب أو المدرس، بحيث يعمل المدرب على إعداد تقرير عام عن الإصابة الرياضية الذي يظهر فيه اسم اللاعب المصاب نوع الإصابة، ميكانيكية الإصابة، العضو المصاب، طبيعة الإسعاف الأولي الذي تلقاه اللاعب، كما يعمل المدرب على الكشف عن الأسباب التي أدت إلى حدوث الإصابة والحد منها، فمثلا إذا كانت أرضية الميدان الرديئة هي السبب في تكرار الإصابات الرياضية فإن إعادة تهيئتها تكون من الأمور الضرورية للوقاية من الإصابات الرياضية.

1 عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، ط01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004، ص30.

3.9.1. عدم إشراك اللاعب دون إجراء الكشف الدوري الشامل:

عن طريق إجراء فحوصات طبية دورية شاملة قبل وأثناء التدريبات وقبل المنافسة من أجل تقادي مشاركة اللاعبين غير المؤهلين.

4.9.1. عدم إجبار اللاعب على المشاركة في الأنشطة البدنية وهو غير مستعد نفسيا أو بدنيا:

يعمد بعض المدربين في بعض الحالات على الزج باللاعبين وإجبارهم على المشاركة وهم غير مستعدين بدنيا ونفسيا لأداء الأنشطة البدنية والرياضية. وفي مثل هذه الحالات تكثر الأخطاء المرتكبة من طرفهم مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابات الرياضية.

5.9.1. توفير التغذية المناسبة:

مراعاة نظم التغذية السليمة للاعبين وتدعيم ثقافتهم الغذائية والحرص على توفير التغذية المتكاملة عن طريق استشارة أخصائي التغذية الرياضية لتحديد النسب الملائمة لأفراد الفريق مع مراعاة الفروق الفردية ووضع نظم كمية مناسبة لكل فرد، فالنظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع النشاط الممارس له تأثيره في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب في استعادة الشفاء، كما أن تناول غذاء يحوي على قدر كاف من الطاقة وعلى شكل مواد كربوهيدراتية للمحافظة على مخزون الطاقة في العضلات يساعد في منع حدوث التعب¹.

6.9.1. الاهتمام بالإحماء قبل الأداء لتجنب الإصابة:

يعمل الإحماء على الرفع من الاستعداد للأجهزة الفسيولوجية والنفسية للقيام بالنشاط الحركي، كما إن الإحماء الذي يكون على شكل تمرينات الإطالة أو التدليك يزيد من المرونة العامة للجسم ويقلل من إمكانية حدوث الإصابة. يزيد الإحماء أيضا من درجة حرارة الجسم الشيء الذي يساعد على الرفع من مردود التمثيل الغذائي مما ينعكس إيجابا على تحسين الأداء الحركي للخلية وبالتالي تحسين الأداء الحركي بشكل عام.

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص11.

7.9.1. تطبيق التدريب العلمي الحديث:

يبني البرنامج التدريبي وفق أسس علمية تراعي الخصائص الفسيولوجية والنفسية للجسم، ويتم التخطيط له مسبقاً، ويكون محدداً زمنياً ومكانياً وترصد له ميزانية خاصة من أجل توفير كافة الوسائل التي يحتاجها ويكون متسلسلاً ومتكاملاً ويهدف إلى تطوير الأداء. إن إتباع القواعد العلمية في إعداد البرامج التدريبية من شأنه أن ينقص من احتمال تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.

8.9.1. التأكد من سلامة الأدوات الرياضية المستعملة:

يقصد بالأدوات الرياضية جميع الأدوات التي يستعملها الرياضي أثناء أدائه كالكرة وغيرها بحيث تكون هذه الأدوات سهلة الاستخدام ومطابقة للشروط الفنية القانونية الرياضية فالأدوات الرياضية الغير مصنعة بشكل جيد من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية.

9.9.1. مراعاة تجانس الفريق (في الألعاب الجماعية):

يقصد به التجانس بين اللاعبين من حيث العمر والوزن والأداء المهاري من أجل تحقيق أهداف البرنامج التدريبي، وتقادي وقوع الإصابات الرياضية لان وجود بعض الأفراد الغير متجانسين في أي من هذه العوامل قد يكون مثيراً لهم لمحاولة بذل جهد اكبر مكن طاقتهم لمجاراة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى إصابتهم¹.

10.9.1. التأكد من أن اللاعب يلبس الملابس والأحذية الواقية اللازمة:

عن طريق المراقبة الميدانية قبل التدريب أو المنافسة حتى يضمن المدرب بذلك عدم تعرض اللاعبين للإصابة الرياضية.

11.9.1. إعطاء الراحة الكافية للاعبين وتجنب التدريب الزائد:

يهدف التدريب إلى تعويد الجسم على مواجهة التكرار الحمل أما فن التدريب فيهدف إلى معرفة مدى هذا الحمل وحجمه قبل أن يفشل الجسم في مواجهته وبالتالي التعرض للإصابة. الإحساس بالألم هو الإشارة التي يصدرها الجسم للتنبيه أن هناك مشكلة يواجهها اللاعب أي يشعر بالألم والإجهاد يجب عليه التوقف عن التدريب وإلا سوف تزداد حالته سوءاً، ولكن كثيراً من اللاعبين يعتقدون أن الشعور بالألم أو الإجهاد نتيجة التدريب الزائد ليس سبباً

1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص32.

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

يستدعي توقفهم عن التدريب والراحة بل يعتبرون أن تحملهم لهذا الألم هو الطريقة للوصول إلى البطولة ويتجاهلون أنهم لذلك يدفعون أنفسهم للإصابة.

وظاهرة التدريب الزائد ليس ملازمة للاعبى المستويات العليا فقط وإنما يعاني منها أيضا المبتدئين والمشاركين في الأنشطة الترويحية وليس الألم فقط هو الذي يمثل أعراض الإجهاد البدني بل سيعاني اللاعبون أيضا من فقدان الشهية وزيادة الحساسية ونقص الوزن وسهولة التهيج مما يؤدي إلى تكرار حدوث الأخطاء ولا يتأتى علاج ذلك إلا بإيقاف اللاعب وإعطائه راحة كاملة¹.

إن التحضير النفسي للاعب مهم خاصة قبل المنافسة وذلك من أجل القضاء على الضغوطات النفسية التي قد يعاني منها اللاعب، فيزداد بذلك تركيزه وثقته بنفسه فوق أرضية الميدان مما يقلل من حجم الأخطاء التي يرتكبها.

12.9.1. التأكد من أن اللاعب لا يستعمل المنشطات:

إن الهدف من تعاطي المنشطات هو محاولة بذل طاقة أكبر من الطاقة الطبيعية للاعب مما يؤدي إلى رفع مستوى اللياقة البدنية لفترة قصيرة، لتتبع مباشرة هبوط حاد ومفاجئ لتلك القدرات ويتصاحب هذا كله بردود فعل عكسية تصيب الأجهزة الداخلية مما يشكل خطرا على اللاعب.

من الأعراض المصاحبة لتعاطي المنشطات نجد ارتفاع الضغط والنبض والشحوب وزيادة التقلص العضلي واضطراب في الجهازين التناسلي والهضمي ناهيك عن الإثارة العصبية الناتجة عن توسع الأوعية الدموية.

إن كل تلك الأعراض السابق ذكرها من شأنها أن تزيد من فرص تعرض اللاعب للإصابة الرياضية.

13.9.1. التأكد من ملاءمة الجو من حرارة وبرودة وغيرها:

إن تأدية النشاط البدني في ظروف مناخية غير ملائمة من شأنه أن يزيد من احتمال تعرض اللاعبين للإصابة الرياضية، فمثلا غزارة الأمطار تجعل اللاعبين أكثر عرضة للإنزلاقات.

1 عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، مرجع سابق، ص30.

14.9.1. عدم التغير المفاجئ في أسلوب التدريب والجهد:

في بعض الحالات يلجا بعض المدربين إلى التغيير في أساليب التدريب وبشكل مفاجئ كان يزيد من شدة الحمولة عند فترات المنافسة.

15.9.1. التأكيد على التزام اللاعبين بقوانين اللعبة وتجنب العنف:

في بعض الحالات يعطي المدرب للاعبين تعليمات صارمة بضرورة التدخل العنيف قصد إرهاب اللاعبين المنافسين و الحد من خطورتهم متناسيا بذلك ما قد ينجر عن هذه التدخلات العنيفة من إصابات خطيرة.

لذلك فانه يجب حث اللاعبين على تجنب العنف والالتزام بقوانين اللعبة بما يتماشى والأهداف النبيلة الكامنة من وراء ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية.

16.9.1. التوعية بمخاطر الإصابات الرياضية وتلقين اللاعب طرق التصرف السليم لتجنبها:

ويتم هذا عن طريق برمجة حصص ضمن البرنامج التدريبي يتم فيه تعريف اللاعب بمفهوم الإصابة الرياضية وأنواعها والأسباب التي أدت إلى حدوثها، كما يتم تعريفه وتوعيته بالمخاطر التي قد تتجم عنها بالإضافة إلى تلقينه طرق التصرف السليم فوق أرضية الميدان قصد تجنبها.

وضمن هذه الحصص يمكن لأخصائي الطب الرياضي أن يشرح للاعبين طرق الإسعاف الأولي فوق أرضية الميدان وذلك عند تعرض احد اللاعبين للإصابة الرياضية.

10.1. مضاعفات الإصابات الرياضية:

تحدث عدة مضاعفات في حالة إهمال الإسعاف الأولي للإصابات الرياضية أو في حالة المعالجة الخاطئة وعدم اكتمال العلاج بالشكل الصحيح منها ومن أهم هذه المضاعفات نذكر:

■ الإصابة المزمنة:

قد تتحول الإصابات العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوفر لها العلاج المناسب مثل الخلع التكرار لمفصل الكتف لدى حارس المرمى في كرة القدم.

■ العاهات المستديمة:

عند حدوث خطأ في تنفيذ العلاج الطبي خاصة إذا استدعى ذلك التدخل الجراحي.

■ التشوهات البدنية:

وتنتج من جراء ممارسة أنواع معينة من الرياضيات بطرق مكثفة وغير مبنية على أسس علمية مثل النحافة والضعف البدني للأطراف العليا عند لاعبي كرة القدم.

■ قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب:

يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتنتج هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب¹.

11.1. تشخيص الإصابات الرياضية:

يتعرض الرياضيون لمختلف أنواع الإصابات أثناء تأديتهم النشاطات الرياضية حيث يصاب حوالي (60-70%) من العدائين و(40-50%) من السباحين وتزداد نسب الإصابة في المنافسات وفي المستويات الإنجاز العالي.

ويتميز الرياضيون بسرعة الاستجابة بكل ما يتعلق بإصابتهم من التشخيص والمعالجة الفعالة وذلك من أجل سرعة الشفة والعودة إلى الممارسة الرياضية، لان الابتعاد عن النشاط الرياضي وفقدان اللياقة البدنية والمعاناة من المضاعفات المصاحبة للإصابة تسبب القلق والألم لدى الرياضي .

وفي الوقت نفسه نجد بعض الرياضيين لا يستجيب بشكل ملائم لإصابته وقد يتجاهلها رغبة منه في الاستمرار في نشاطه وعدم الانقطاع عن التمرين مما يسبب تكرار الإصابة وتحولها من الحالة الحادة إلى الحالة المزمنة.

فمن المعروف أن الإصابات أو بالأحرى إصابات التحميل الزائد تتطور أعراضها بالتدرج ولا يشعر الرياضي بالألم إلا بعد أداء جهد وقد تتطور الحالة حيث يشعر بالألم أثناء وبعد الجهد ولكن قد لا تكون الآم شديدة للحد الذي يوقف الأداء الرياضي وهذا يجعل الرياضي يعتقد أن إصابته ليس إصابة جدية التي تتطلب علاجاً، ولكن نجد من الضرورة تشخيص الإصابة في مراحلها الأولى وحال الشعور بالأعراض سواء كانت حادة أو مزمنة أو معالجتها بجدية.

1 أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص15.

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

وفي ظروف معينة يتمكن الرياضي من تشخيص إصابته بشكل ذاتي ويمكنه أيضا إجراء المعالجة الأولية في الحالات الخفيفة والمتوسطة من الإصابات والرجوع إلى الاستشارة الطبية في حالة عدم التحسن خلال أسبوعين من العلاج.

وعادة ما يتم التشخيص وفق الفحوصات السريرية والعلامات الفسيولوجية والتي تعد من المتطلبات الأساسية لتحديد نوع العلاج.

1.11.1. الفحوصات السريرية: وتشمل ما يلي:

1- تفاصيل وقوع الإصابة.

2- معاينة الإصابة (بالمقارنة بين الجزء المصاب وما يناظره في الجسم).

3- لمس وجس الإصابة.

4- فحوصات المختبرية (فحوصات الدورة الدموية والقلب، تخطيط القلب، ضغط الدم، فحوصات الجهاز التنفسي، فحص الإدرار، الأشعة السينية، الأمواج فوق الصوتية، التخطيط العضلي والعصبي وتخطيط الدماغ وفحوصا أخرى).

2.11.1. العلامات الفسيولوجية : وتشمل ما يلي:

1- قياس النبض: (علما أن معدل النبض الطبيعي (80-90 ضربة) في الدقيقة ويقل لدى رياضي المطاولة والرياضيين حيث يصل إلى أقل من 50 ضربة في الدقيقة).

2- عدد مرات التنفس: المعدل الطبيعي (12) مرة في الدقيقة للبالغين وللأطفال (20-25) مرة في الدقيقة.

3- قياس الضغط: معدل الضغط الانقباضي الطبيعي يتراوح بين (120-140 ملم) زئبق وبين (60-90 ملم) زئبق الانبساطي.

4- درجة الحرارة: درجة الحرارة الطبيعية تقارب (37.2) درجة مئوية أو (98.6) فهرنهايت.

5- لون الجلد: تميز ثلاث ألوان للجلد في حالة الإصابات الرياضية الأحمر والأبيض والأزرق، فالأحمر يدل على قلة الأوكسجين أو الضغط العالي أو الضربة الحرارية، والأبيض الشاحب وجود صدمة وأمراض القلب والدوران والأزرق يدل على وجود نسبة CO₂ عالية في الدم.

6- حجم حدقة العين: تكون حساسية جدا للإصابات حيث تتأثر في إصابات الجهاز العصبي والجمجمة وبعض إصابات القلب.

7-قابلية الحركة: تتحد القابلية الحركية أو عدم القدرة على الحركة في جزء من الجسم والإحساس به يدل على إصابة عصبية.

8- الألم: وجود الألم ومكانه يقرر وجود الإصابة¹.

12.1. التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة:

عند حدوث الإصابة تتحطم التراكيب الآتية: (العضلة، الأنسجة الرابطة، الأعصاب، الأوعية الدموية) ولهذا سوف تطرح الفضلات الخلوية نتيجة عملية الهدم هذه ولتعريف الجسم بحدوث الإصابة.

ولغرض البدء بعملية رفع هذه المخلفات والتخلص منها بطرحها خارجا وفي الوقت نفسه تقوم الأعصاب في المنطقة المصابة بإرسال الإيعازات للدماغ ليفسر ذلك على شكل ألم، وكذلك يرافق الإصابة نزيف نتيجة تمزق الأوعية الدموية مما يحدث تورم المنطقة المصابة ولكنه غالبا ما يكون قصير الأمد لأن ميكانيكية التخثر تعمل على غلق الأوعية الدموية الممزقة.

وتدعى كتلة المخلفات الدموية والخلوية (بالورم الدموي) ويولد هذا الورم ضغطا على مساحة أكبر من منطقة الإصابة مما قد يحدث استجابات خارجية كالخدر والغثيان ... وبعد الألم حماية للمنطقة المصابة حيث عند الشعور به تتم معالجة الإصابة، فضلا عن ذلك ترافق الإصابة تقلصات في بعض العضلات مما يسبب التشنجات فيها وفي نفس الوقت يحدث تثبيط في عمل العضلات الأخرى مما يؤدي إلى انخفاض القوة العضلية وتحديد الحركة فيها.

كما أن هناك استجابات حسية أخرى تحدث من أجل التخلص من الورم الدموي حيث تحدث عدة تغيرات في الأوعية الدموية في المنطقة المصابة والحيطة بها مما يسمح هذا للخلايا الدموية البيضاء بالتحرك إلى المنطقة المصابة لالتهام المخلفات وهذا ضروري من أجل اكتساب الشفاء، هذه التغيرات في الأوعية الدموية لا تعد ايجابية بالنسبة إلى أجهزة الجسم الأخرى وخاصة الداخلية لأنها تقلل من جريان الدم في المناطق الطرفية تبعا لقلّة جريان الدم في الأوعية الممزقة وبذلك يقل الأكسجين في الخلايا القريبة من الإصابة (خارج منطقة الإصابة) إذ أن تجهيز الخلايا القريبة بالأكسجين يكون أقل من المطلوب ، وعند استمرار ذلك لفترة طويلة فإن هذه الخلايا ستموت ويحدث ما يسمى (بالإصابة الثانوية) بسبب قلّة الأوكسجين وهذا يتسبب في تهديم أنسجة أخرى وبذلك تزداد مساحة المنطقة المصابة ويزداد

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص16.

الفصل الأول :.....الإصابات الرياضية

معها كمية المخلفات التي تضاف إلى الورم الدموي، ويسبب الورم الدموي خلل في توازن القوى التي تنظم عملية تبادل (السائل البروتيني الدموي) من وإلى الجهاز الوعائي حيث تتجمع في الأنسجة وبذلك يزداد الورم¹.

1 سميرة خليل محمد، الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص 18.

خلاصة:

إن ممارسة الرياضة عامة والتربية البدنية والرياضية خاصة والتنافس فيها متعة غاية في التشويق والإثارة والصراع، وكل دول العالم تحرص على أن يزاول شبابها ونشئها وحتى كبار السن فيها الرياضة والألعاب الرياضية.

كما تعتبر الإصابات الرياضة الجانب السلبي في ممارسة النشاطات البدنية والرياضية، وخاصة أثناء التدريبات أو المنافسات، وهذا ما نلاحظه عند تلاميذ الثانوية الوطنية الرياضية بالدرارية أثناء التدريب أو أثناء المنافسات، ولحسن الحظ فإن عدد الإصابات قليل مقارنة مع العدد الهائل من الممارسين لمختلف أنواع النشاطات البدنية والرياضية.

ولقد حاولنا في هذا الفصل تحديد مفهوم الإصابات مع تحديد أسبابها وأنواعها و تشخيصها ولو بشكل بسيط.

واستخلصنا في النهاية أن الإصابات تختلف من مرحلة إلى أخرى ومن نشاط إلى آخر باختلاف المكان ومن فرد إلى آخر، باختلاف العوامل الوراثية والبيولوجية.

تمهيد:

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضا. وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي.

وهذا التطور السريع في علم الصحة قاد إلى تطوير كثير من البرامج الوقائية الجديدة ذات القيمة العملية وبالخصوص في المجال الرياضي لما له من تطبيقات عملية واقعية بالإضافة إلى كون جميع المناهج التدريبية في جميع الفعاليات الرياضية تعتمد كليا على صحة الفرد الرياضي، وكلما كانت هذه الصحة بحالة جيدة استطعنا تطبيق مفردات البرامج بشكل صحيح.

أولاً: السلوك الصحي.

1.2. مفهوم السلوك الصحي:

إن أشهر تعاريف للسلوك الصحي هو تعريف Cobb و Kasl (1966)، حيث يعرفانه بأنه " كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه"¹.

ويضيف كل من Harris و Guten (1999) مفهوم السلوك الوقائي أو سلوك حماية الصحة ويعرفانه أنه " كل سلوك يصدر عن الفرد بغض النظر عن وضعه الصحي الحالي كما يدركه من أجل حماية وتنمية الصحة أو المحافظة عليها سواء كان هذا السلوك فعالاً أم لا لتحقيق هذه الغاية"، وحدد الباحثان هذه السلوكيات بأنها:

- التدخين أو تعاطي الكحول.
- استعمال الأدوية.
- الغذاء وتخفيض الوزن.
- إتباع التعليمات الطبية.
- الرياضة.
- النوم.
- وقاية الأسنان.
- استغلال وسائل الرعاية الصحية.
- استعمال حزام الأمان.
- السلوك الجنسي المناسب.
- سلوكيات مواجهة الكرب².

ويعرف Norman (1996) السلوك الصحي بأنه " كل نشاط نقوم به ويهدف إلى الوقاية من المرض أو اكتشافه لأجل تنمية صحتنا ورفاهيتنا"³.

كما عرفه بركيرسون Parkerson and other (1993)، " السلوك الصحي يرجع لأفعال الأفراد، المجموعات والمنظمات فضلاً عن العوامل المحددة لهذه الأفعال، التي تربطها ببعضها البعض ونتائج هذه الأفعال حيث يشمل هذا كله التغيير الاجتماعي، الوعي السياسي والإنجازات المحققة، محسنة بذلك المهارات ومعززة لنوعية الحياة"⁴.

ويعرف قوشمان Gochman (1982-1997) السلوك الصحي بأنه "يخص أولئك الأشخاص الذين يتميزون مثلاً بقناعات، توقعات، دوافع، قيم، مدركات ومعارف كخصائص شخصية

1 Fischer, G.F. *Traite de psychologie de la santé*, Paris : Dunod . 2002, p 22.

2 Harris, A.S. et al. *Spirituality and religiously oriented health interventions*. Of Health Psychology 4.(3). 1999, p p 413-433..

3 Conner. M et Norman. P. *Predicting health behaviour*. Philadelphia : Open University Press, 1995, p63.

4 Glanz K and others: *health behavior and health education, theory, research and practice*, 4ed, Jossey-Bass, San Francisco, 2008., p12.

الفصل الثاني:..... السلوك الصحي وسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة

تشتمل على حالات عاطفية شعورية وميزات وأنماط سلوكية واضحة، أفعال وعادات مرتبطة بصيانة، استعادة وتحسين الصحة¹.

ويعرف فيربر Ferber (1979) " السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية"².

ويشير نولدنر Noeldner (1989) إلى " أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد"³.

ويعرف سرافينو Srafino (1994) السلوك الصحي على أنه " أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة"⁴.

وتأتي أهمية السلوكيات التي يقوم بها الأفراد لتحسين صحتهم أو المحافظة على عافيتهم من إمكانية تحولها إلى عادات صحية تقاوم التغيير ويلجأ الإنسان إليها تلقائياً دون تفكير واع، وقد تتأصل هذه العادات منذ الطفولة وتترسخ في بداية المراهقة ثم تستقر في سنوات الرشد، حين تظهر آثارها على الوضع الصحي. إن 50% من الوفيات تسببت فيها أمراض أغلبها قابل للوقاية كما يكمننا تجنب 25% من نسبة الوفاة بالسرطان بمحاربة التدخين، وتخفيض 10% من وزن البالغين يؤدي إلى انخفاض بنسبة 20% من إصابات شرايين القلب وكذا الرثية والسكري وجلطات القلب والدماغ.

إن أهم المتغيرات الوسيطة في السلوك الصحي هي:

- العوامل الديموغرافية.
- القيم.
- الضبط السلوكي المدرك.
- الأهداف.
- المعتقدات.
- التأثير الاجتماعي.

كما أن أهم معيقات السلوك الصحي هي:

- العادات الصحية الخاطئة.
- المعتقدات الخاطئة.
- عدم ثبات السلوك الصحي وانتظامه.
- السياق الاجتماعي.
- الاستعدادات الحيوية⁵.

1 David Gauchman, **Handbook of health behavior research**, Ipersonal and socail deteminants. Springer. New York, 1997.

2 Ferber, V, Gesundheitsverhalten.In. J, Siegrist,Ahendel-kramer,wege zum arzt, **ergebnisse medizinsoziologischer untersuchungen** zur arzt-patient-beziehung, munchen, 1979.

3 Noeldner, W Gesundheitspsychologie- **grundlagen und forschungskonzepte**. Regensburg ; rederer verlag, 1989.

4 يخلف عثمان، علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1 دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، 2000، ص 20.

5 Taylor, S.E. **health psychology**. 5em ed. Now York ; McGraw-Hill, 2003.

2.2. أنماط السلوك الصحي:

عرف كاسل وكوب (Kasl, Cobb) ثلاث أنماط للسلوك الصحي هي:

1.2.2. السلوك الصحي الوقائي:

بالنسبة لكاسل وكوب يرمز السلوك الصحي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون أنهم أحسن والذين ليس لهم تجربة مع أي علامات أو أعراض المرض بهدف البقاء في مستوى صحي جيد¹.

أي أن السلوك الصحي الوقائي هو كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه سيكون سليم و معافى لغرض الوقاية أو تجنب المرض في المرحلة دون أعراض².

وهو كل نشاط يقوم به الفرد لغرض الوقاية أو تجنب المرض، والممرور إلى المرحلة القادمة³. كما تشير السلوكيات الصحية إلى تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي، والحفاظ على صحتهم⁴.

وهنا نجد برسلو وزملاءه برهنوا أن هناك ستة سلوكيات يومية تؤثر على الحالة الصحية للفرد، هذه السلوكيات هي: مدة النوم، عادات الغذائية المتضمنة النظامية، التكرار، الاعتدال في الأكل، تناول فصوص الصباح، إدارة الوزن، الراحة الجسمية المتضمنة ممارسة رياضة السباحة أو المشي، الاهتمام بالحديقة، أخذ العطل، عدم شرب الكحول وعدم التدخين. سلوكيات صحية أخرى يومية تتضمن ارتداء حزام الأمن والخوذة، الامتثال لقوانين المرور وإتباع الأنظمة الصحية والأمانة في العمل⁵.

2.2.2. السلوك المرضي (الخطر أو الضار بالصحة):

عرف مصطلح السلوك المرضي بشكل واسع وكثيف خلال النصف الثاني من القرن العشرين، وهو أي سلوك يمارسه الفرد الذي يدرك أو يشعر بالألم وبتعريف أحسن هو الاستعداد لتجربة المرض.

1 David Gauchman, **health behavior**, Emeging research perspectiva, spriger, Now York, 1988, p4.

2 Ken Wellsten **Multidimensional health locus of control scales**, p10.

3 Sahel, V. Muncie. Berline ; Deforge, 1985, p20.

4 شيلي تايلور، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص124.

5 David Gauchman, **health behavior**, Emeging research perspectiva, spriger, Now York, 1988, p4

كثير من الدراسات أكدت أهمية السن والجنس في السلوك المرضي خاصة في استخدام الخدمات الطبية وبنسبة كبيرة عند النساء، كما تؤكد أن السلوك المرضي يختلف أيضا حسب العرق، التعليم، بنية التعليم، بنية العائلة، الأنظمة الاجتماعية، كما أنه يرتبط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية التي تؤثر في عمل الأعراض، حيث نجد أن أفراد الطبقة المتوسطة والمنخفضة أكثر ميلا إلى التأخر في السعي للعناية الصحية المختصة مع وجود أعراض خطيرة.

ويرى دافيد ميكانيك (David Meckanic, 1995) الرائد في دراسة السلوك المرضي أن السلوكيات المرضية تنشأ من أسباب معقدة متضمنة التركيبات البيولوجية القلبية، طبيعة العرض، تعلم العينات للإجابة، التركيبات القلبية للعزو، المؤثرات الموقفية والحوافز الخاصة بنظام العناية الذاتية¹.

اقتصر نموذج ميكانيك في السلوك الصحي على أن الأفراد يتميزون في الحاجة للنصيحة، قراراتهم حول السعي إليها، اختيارهم للنصح أي أنه فحص المحددات الشخصية للسلوك المرضي².

إذ نستطيع القول أنه سلوك يمارسه الفرد وهو يدرك تبعاته السيئة على صحته، أو يشعر خلال الأداء بالألم.

كما يعرف بالسلوكيات التي ترفع من احتمال إصابة الفرد بالمرض مثل: التدخين، شرب الكحول، استهلاك كبير للمواد الدسمة أو السكريات³.

إن فالسلوك الضار بالصحة هو السلوك الذي يمارسه الأفراد ويضر بصحتهم ويسبب الذي لمستقبلهم الصحي، وهذا السلوك قد يأخذ شكل العادات، أو قد يأخذ صورة الإدمان مثل التدخين، مما يجعله يستعصي على العلاج، إن كثير من السلوكيات الضارة بالصحة تشترك في خصائص أخرى مهمة، نجلها فيما يلي:

- سرعة تأثر المراهقين بها وانجرفهم لتعلمها وممارستها (شرب الكحول، التدخين، سلوك المغامرة...).

- ارتباطها الشديد بثقافة الرفاق.

1 Ken Wellsten **Multidimensional health locus of control scales**, p11.

2 David Gauchman, **health behavior**, Emeging research perspectiva, spriger, Now York, 1988, p5.

3 Bruchon-Schweitzer,M, **Psychologie de la sante**. Modeles, conceptsemethodes. Paris, Donod, 2002, p29.

- تعتبر هذه السلوكيات مصدر للمتعة.
 - إن تطور جميع هذه السلوكيات يكن تدريجيا نتيجة التعرض التدريجي لها.
 - تعتبر هذه السلوكيات استراتيجيات تعامل للتكيف مع ضغوط الحياة¹.
- وفي هذا الإطار كشفت بعض الأبحاث الوبائية بان ما يقرب من خمسين بالمئة من أمراض القلب يرجع سببها إلى عوامل سلوكية مثل التدخين والبدانة والضغط النفسي.
- كما كشفت دراسات طبية أخرى عن دور الرئيسي الذي يلعبه السلوك في نسبة الوفيات والإعاقات لدى المراهقين.
- كما أكدت العديد من الدراسات في المجال الطب السلوكي إن تجاهل الفرد للارتباطات بين مشكلاته الصحية من جهة ونمط سلوكه من جهة أخرى، من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل، إذن مما لا شك فيه أن للعوامل السلوكية دورا رئيسيا في نشأة المرض وتطوره².
- ### 3.2.2. سلوك لعب دور المرض:

- ظهر مصلح سلوك لعب دور المرض من خلال عمل الاجتماعي الأمريكي بارسونز (Parsons) وهو نشاط يمارسه الفرد الذي يعتبر أنه سيمرض، بغية الوصول للأحسن، فهو يتضمن تلقي العلاج من المصالح الطبية، وبعض مظاهر إعفاء الفرد من المسؤوليات³.
- بارسونز عرف "دور المرض" بأربع خصائص رئيسية:
- الفرد المريض حر معفى من تحمل الأدوار الاجتماعية الطبيعية الخارجية، زيادة صرامة المرض تزيد من تحرر الفرد من الأدوار الاجتماعية الطبيعية.
 - الفرد هنا ليس مسؤول مباشر عن المأزق أو المشكل.
 - الفرد المريض يحتاج للمعالجة للكسب الحسن.
 - في دور المرض، الفرد يجب أن يسعى للمساعدة الكافية والتعاون مع العناية الطبية للنيل الحسن⁴.

وحسب سرا فينو (Sarafino,1994) فمفهوم السلوك الصحي يشير إلى " أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو لتشخيصه في المرحلة المبكرة".

1 شيلي تايلور، علم النفس الصحي، مرجع سابق، ص ص275-278.

2 يخلف عثمان، علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، مرجع سابق، 2000، ص ص 24-25.

3 Amy Mackey power, perssimum 8 prevention ;the impact of locus of control on physical health. www.units.p24.

4 بطاط نور الدين، اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي، مذكرة ماجستير، 2014، جامعة الجزائر 3، ص86.

3.2. أبعاد السلوك الصحي:

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية:

أ- البعد الوقائي:

يتضمن الممارسات التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية.

ب- بعد الحفاظ على الصحة:

يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها تحافظ على صحة الفرد بالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.

ج- بعد الارتقاء بالصحة:

يشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء به إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم¹.

4.2. مستويات السلوك الصحي:

إن أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتتميتها وإعادة الصحة الجسدية.

ويشير تروشكه (Troschker) وآخرون إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك

الصحي هي:

أ- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة مثل: (السن وتاريخ الحالة والمعارف والمهارات والاتجاهات...الخ).

ب- العوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع مثل: (المهنة والتأهيل أو التعليم وتوقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي...الخ).

ج- العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى المحافظة أو القطر مثل: (العروض المتوفرة وسهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة...الخ).

1 يخلف عثمان، علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، مرجع سابق، ص ص 20 - 21.

د- العوامل الثقافية والاجتماعية عموماً مثل: (منظومات القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية...الخ).

هـ- عوامل المحيط المادي مثل: (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية...الخ)¹.

5.2. العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

معظم الفرضيات التي تبحث في العوامل المؤثرة في السلوك للفرد تركز على العوامل البيئية لأنها محددات قوية لسلوك الفرد ولقد تم تمييز أربع عوامل هي:

- الإتاحة (Availability): ويقصد بها مدى توفر المواد الاستهلاكية وما ينجر عنها من تأثير على الصحة، مثلاً التبغ عبارة مادة استهلاكية متوفرة ولكن استهلاكها ينجر عنه الكثير من المتاعب الصحية والتي تتمثل في سلوكيات سلبية وغير صحية.

- البنية المادية (Physical structure): وتضم بنية ومميزات المنتج (المادة الاستهلاكية) التي قد تعمل على خفض أو الزيادة فرصة السلوكيات الصحية وكذا النتائج الصحية، وبالتالي فهي تؤثر على نفسية الفرد ومنه على سلوكه الصحي أي أن بنية المادة تبعث في الفرد أفكار تميز بين السلوك المقبول والسلوك غير المقبول.

- البنيات الاجتماعية (Social structure): تضم البنيات الاجتماعية القوانين أو السياسات التي تشجع أو تمنع بعض السلوكيات. وبالتالي هذه البنيات تعمل على وضع نهج (طريق) محدد لسلوكيات الخطر الكبير من جهة ويمكن من جهة أخرى أن يوفر هيكل للحث على الابتعاد عن سلوكيات الخطر الضئيل.

- الثقافة ووسائل الإعلام (Culture and media message): وتتمثل في مختلف الرسائل التي تبعث بها وسائل الإعلام إلى مختلف شرائح المجتمع وما تتضمنه من الحث على سلوكيات معينة، وبالتالي وسائل الإعلام لها تأثير كبير على السلوك، ومن المعلوم أنها ترفع أو تخفض من استهلاك المواد التي تعود بنتائج سلبية على الصحة مثل التبغ، الكحول والمواد عالية الدسم.²

1 سامر جميل رضوان، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، منشور في مجلة شؤون اجتماعية، العدد 25، الشارقة، 1997، ص 25.

2 Deborah A. Cohen and other, **Structural Model of Health Behavior** ? A Pragmatic approach to explain and influence Health Behavior at the population level, American Health Foundation and Academic Press, Preventive Medicine 30,146-154,2000, pp 148-149.

ثانيا: سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة.

1.2. بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة:

1.1.2. تحديد مفهوم الصحة:

عرفت هيئة الصحة العالمية (WHO) مفهوم الصحة كعلم على أنها " حالة السلامة والكفاءة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد الخلو من المرض والعجز". مؤكدة ارتباط الجوانب البدنية والعقلية والاجتماعية في الإنسان التي تعتمد بدرجة كبيرة على عوامل كثيرة يأتي في مقدمتها معدلات التغذية في المراحل العمرية المختلفة، درجة انتشار التعليم ومدى معالجته لمشاكل السلوك التربوي، معدل انتشار الأمراض والتطور الصحي في الكشف عن الأمراض وطرق علاجها المبكر.

وقد تتحدد مفاهيم ما يتضمنه مفهوم الصحة في تعريف هيئة الصحة العالمية فيما يلي:

- حالة السلامة وما يرتبط بها: وهي حالة التوازن بين التكوين البدني ووظائفه العضوية وبين العوامل المرتبطة به سواء عوامل بيئية أو عوامل اجتماعية محيطة، وهي الحالة التي يكون فيها هذا التوازن ايجابيا لصالح الفرد، وعندما يكون التوازن سلبيا يقود إلى حالة المرض، كما تشير إلى السلامة إلى تعبير شمولي لتكامل التكوين البدني، النفسي والاجتماعي للفرد بما يحقق له الأداء الوظيفي العالي والسعادة داخل المجتمع في ظل العوامل البيئية والعوامل الاجتماعية المحيطة.

- الكفاءة البدنية: وهي اكتمال البناء الجسمي وأداء أجهزة الجسم الوظيفية (العضلي، المفصلي، العصبي والدوري التنفسي) بصورة طبيعية ومتكافئة مع الأداء الوظيفي للفرد ورعاية هذه الأجهزة.

- السلامة النفسية: وهي قدرة الفرد على التكيف ومواءمة الجوانب النفسية للفرد مع عقله والمجتمع المحيط به، وتمتعه بالاستقرار الداخلي، بما يمكنه من التوافق بين رغباته وأهدافه الشخصية وبين الحقائق والظواهر المادية والاجتماعية المحيطة بها، التي في ضوءها يستطيع مواجهة مصاعب الحياة حيث يدعم الإيمان والكفاءة النفسية بالتوازن الإيجابي لاستقرارها.

- السلامة الاجتماعية: هي قدرة الفرد على التعامل مع نفس أفراد المجتمع (الذين يفرضون عليه) وبصورة ايجابية نتيجة لتقبله لهم وتقبلهم له، النابع من اكتساب حبهم و احترامهم، معبرا عن ذلك بالتعاون الذي يخلق الحياة الاجتماعية الصالحة وصولا إلى حياة مستقرة وتحقيقا لمصلحة الفرد والمجتمع.¹

2.1.2. التربية الصحية:

يعرفها غريفيث (Griffiths,1972) " التربية الصحية تحاول سد الثغرة الموجودة بين ما يعرفه الفرد فيما يخص الممارسات الصحية الأفضل وما يمارسه الفرد حاليا ".²
أما غرين (Green, 1980) فعرفها " التربية الصحية توحيد المعرفة بالخبرات بهدف تسهيل تأقلم الفرد وبشكل إرادي مع سلوكيات تفضي إلى الصحة "³.

ويعرفها ويليام (William j.h,1959) بأنها عملية تربوية يتحقق عن طريقها رفع الوعي الصحي للفرد عن طريق تزويده بالمعلومات والخبرات بقصد التأثير في معرفته وميوله وسلوكه من حيث صحته وصحة المجتمع الذي يعيش فيه كي يساعده على الحياة الصحية السليمة.⁴

3.1.2. التنقيف الصحي:

التنقيف الصحي هي عملية إيصال المعلومات والمهارات الضرورية لممارسة الشخص حياته وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعيه الحياة الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع. والهدف الأساسي منه إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافر وعادات الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصيات وتقاليده وعادات خاصة بها، وذلك بهدف تعزيز الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها من قبل المستفيدين من هذه الخدمات.⁵

كما تم تعريفه بأنه ذلك الجزء من الرعاية الصحية الذي يعني بتحسين السلوك الصحي، وبأنه عملية تربوية يستخدم فيها مزيج من الخبرات التعليمية المخططة لتيسير التبنى الإداري للسلوكيات المعززة لصحة الأفراد والجماعات والمجتمع.

1 كمال عبد الحميد إسماعيل، أبو العلا عبد الفتاح، الثقافة الصحية للرياضيين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001، ص ص 45-46.

2 GlanzK and others.:health behavior and health education, theory, research and practice, op cit, p10.

3 Ibid, p10

4 William j.h. and abennathy, r, health education in school , New York, the Roland press company. 1959, p7.

5 السباعي زهير وآخرون، التنقيف الصحي مبادئه وأساليبه، دار السباعي للنشر، الرياض، 1997، ص51.

4.1.2. الوعي الصحي:

يقصد بعه إلمام الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع. وبمعنى آخر أن تتحول الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير.¹ كما يمكن تعريفه بأنه المعرفة والفهم والإدراك والتقدير والشعور بمجال معين مما قد يؤثر على توجيه سلوك الفرد نحو العناية بهذا المجال.²

كما عرفه (الحصين، 1993) الوعي الغذائي بأنه معرفة وفهم المعلومات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحية، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة يكسبها شكا العادة التي توجه قدرات الفرد لتحديد واجباته المتزنة المتكاملة التي تحافظ على صحته وحياته، وذلك في حدود إمكانياته.³

5.1.2. أهداف التربية الصحية:

تهدف التربية الصحية بشكل عام إلى حث الناس على تبني عادات صحية في حياتهم وعلى إتباع هذه العادات، وعلى الاستفادة بوعي وحكمة من الخدمات الصحية المتاحة لهم، وعلى اتخاذ قراراتهم بأنفسهم، سواء كانوا فرادى أو مجتمعين، لتحسين حالتهم الصحية وتحسين بيئتهم. وتتحقق أهداف التربية الصحية عن طريق:

- 1- تزويد الفرد بالمعلومات والحقائق الصحية الوظيفية التي يستطيع أن يستفيد منها في مواجهة مشكلاته في حياته البيئية.
- 2- تكوين العادات الصحية لمساعدة الفرد على السلوك الصحي السليم بما يحق له الصحة الشخصية.
- 3- اكتساب الفرد المهارات الصحية السليمة اللازمة له ولا يمكن الاستغناء عنها في الحياة اليومية للفرد كتعلم الإسعافات الأولية والرعاية عند المرض.

1 سلامة رياض، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997، ص22.

2 خطابية عبد الله محمد، مستوى الوعي الصحي لدى الطالبات كلية المجتمع، مجلة كلية التربية، مجلد14، عدد1، جامعة سلطان قابوس، عمان، 2002، ص 32.

3 الحصين عبد الرحمن، الوعي الغذائي لدى طالبات كلية البنات بمدينة الرياض، مجلة دراسات، العدد 19، كلية البنات، السعودية، 1993ص3.

- 4- تكوين الاتجاهات الصحية السليمة حتى يتحرر الفرد من الخرافات الشائعة في المجتمع.
- 5- اكتساب الفرد طريقة التفكير السليم التي تقوم على الملاحظة الدقيقة وعدم تقبل الآراء والأحكام من دليل صحتها.¹

2.2. علاقة السلوك بالصحة:

لم يعد فهم الصحة يقتصر على فهم البعد العضوي الحيوي فقط وإنما أصبحنا ننظر إليه على أنه تداخل عوامل ثلاثة هي : العضوية الحيوية و النفسية السلوكية والاجتماعية . وإن التعريف الشامل للسلوك ليعطينا فهما أفضل لعلاقته بالصحة وسلامتها. فيعرّف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكر ومواقف وكلام وعواطف وأفعال. ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة، ويعطينا كذلك طريقة للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغيير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال.

(السلوك = فكر + مواقف + كلام + عواطف + أفعال).

ويحاول مكتب شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية والتي من أولوياتها رفع المستوى الصحي لشعوب البلاد الأعضاء فيها، يحاول أن يطرح من جديد معادلة علاقة السلوك بالصحة، في محاولة للاستفادة من الرصيد البشري أو الإنساني للوقاية من الأمراض وحفظ الصحة ولعلاجها من الأمراض إن وجدت. وينطلق هذا التوجه من الحقيقة الهامة والتي أثبتتها الكثير من الأبحاث الطبية، وما توفر لنا من معلومات هائلة عن العلاقة الوثيقة للسلوك الإنساني بكل الأمراض تقريباً، الوبائية وغير الوبائية منها.

و لشرح علاقة السلوك بالصحة يفيد أن نذكر من جوانب هذه العلاقة الأمور التالية:

أ - طبيعة بعض الأمراض والتي كلها تتأثر بالسلوك الإنساني:

أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطانات والأورام (كالناتجة عن دخان السجائر)، الأمراض المتعلقة بالحمية الغذائية كالسكري والسمنة، الإدمانات، الأمراض المنتقلة بالاتصال الجنسي، العرضة للإصابة بالالتهابات، حوادث السير والطرقات، حوادث الجروح والإصابات الرياضية.

ب - طبيعة بعض السلوكيات الوثيقة الصلة بالصحة والأمراض:

نمط الحياة كالنظافة وغيرها، طبيعة الاستفادة من النظام الطبي أو الصحي المتوفر، طبيعة طلب الخدمة الطبية والعلاجية، حسن التعاون مع النصائح الطبية ومنها تناول العلاج

1 Carter.L. Marshall, MD, **toward an educated Health Consumer**, Mass Communication and Quality in Medical care. 1998, p17.

الموصوف، بعض السلوكيات المرتبطة بنسبة مرتفعة من المخاطر.¹

3.2. تعريف سلوك الخطر المتعلق بالصحة:

يختلف مفهوم سلوك الخطر من فرد إلى آخر، فليس بالضرورة أن ينظر إليه جميع الأفراد بنفس الطريقة.

فقد عرفه شوكت و مارسيلي (Choquet et Marcelli, 1993) بأنه ذلك السلوك الذي يؤدي إلى حدوث الخطر على السلامة الجسمية والنفسية للفرد.²

وفي قاموس مصطلحات ترقية الصحة الذي نشرته منظمة الصحة العالمية سنة 1999، فقد تم تعريف السلوك الخطر (Comportement a risque) على أنه:

السلوك الذي يرتبط بضعف الصحة، حيث يمكن القول أنه معظم السلوكيات أو الأنشطة الفردية التي لها تأثيرات على الصحة. ويمكن التمييز بين السلوك الصحي والسلوك الخطر حيث أن هذا الأخير يرتبط بزيادة الضعف تجاه تحديد سبب اعتلال الصحة. وعموما يرتبط السلوك الصحي والسلوك الخطر بما يسمى بنمط الحياة.³

ولقد قدم (David, 2003) إضافة إلى هذا التعريف، فهو يرى أن السلوك الخطر هو الذي قد يعرض الأشخاص وبشكل لا يستهل به لاحتمال الإصابة أو الموت، حيث يؤدي إلى ضرر شخصي أو تعرض صحته للخطر في المستقبل.⁴

4.2. بعض سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة:

1.4.2. سلوك التدخين واستعمال التبغ:

يتسبب سلوك التدخين واستعمال التبغ في العديد من الآثار السيئة على الصحة، ولهذا فإن العديد من الدراسات اتجهت نحو الكشف عن هذه المضار التي يحدثها سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد. وفي كل مرة تزداد قائمة الأمراض الناجمة عنه بشكل مروع.

1.1.4.2. تعريف سلوك التدخين واستعمال التبغ:

1 مأمون مبيض، السلوك والصحة، مجلة الرائد، العدد 247، 2004، <http://www.alraid.net> ص ص 2-3.

2 Olivier Desrichard. (n d). **Conduites à risque et perception desrisques à l'adolescence**, France, Laboratoire de Psychologie Sociale EA 600, uv grenoble.

3 Martine Bantuelle et René Demeulemeester. **Comportements à risque et santé** : agir en milieu scolaire ,Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, Saint-Denis cedex, 2003, p14

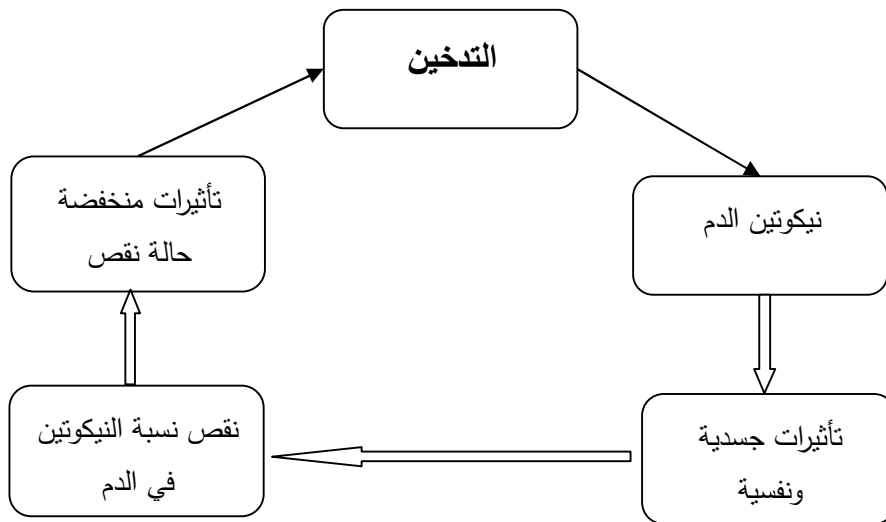
4 Bantuelle, M. et Demeulemeester, R, **Comportements a risque et santé**, agire en milieu scolaire-programmere et strategie efficacities, Paris, Edition Inpes,2008, p37.

التدخين هو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة شهور منذ بدأ تدخين أو سيجارة، يتعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية Neuropharmacologique للنيكوتين الذي يلعب دور محفز أو ايجابي لهذا السلوك. وعليه فان التبعية للتدخين Dépendance tabagique تمتاز بثلاث خصائص كما أشار إليها جيلبار لقري¹ Gilbert Lagrue :

أ - **تبعية سلوكية:** (الحركة Geste، طرق التدخين، ذوق السجائر) والتي تعمل وفق المنعكس الشرطي (كل حسب الخاصية التي يمتاز بها).

ب - **تبعية نفسية:** (الإحساس باللذة، الاسترخاء، راحة، عدم الشعور بالألم، مضاد للإجهاد Stress، مضاد للقلق Anxiolytique)، والتي تعبر عن المحفزات الإيجابية لهذا السلوك، حيث أن المدخن يبحث عن تجديد تلك الأحاسيس والذكريات الإيجابية التي تكون قد خزنت في الدماغ.

ج - **تبعية جسمية:** وهي المرحلة الأخيرة أين يصبح المدخن لا يبحث عن الأحاسيس الإيجابية التي يحصل عليها جراء تدخينه للسجائر. فالمدخن يصبح في هذه المرحلة همه الوحيد هو التخلص من الألم الذي ينجم عن تركه للسجائر، وهنا تظهر متلازمة فطام التدخين Syndrome de Sarvrage. انظر الشكل رقم (11).



الشكل رقم (13): التبعية الدوائية لسلوك التدخين.

2.1.4.2. أضرار سلوك التدخين واستعمال التبغ:

لقد تم إثبات النتائج السيئة للتدخين، إذ أن التبغ يحتوي على حوالي 400 عامل كيميائي مصر أي مواد سامة ، 200 منها تم التعرف عليها وحوالي 50 منها تسبب السرطان. ومن بين أنواع

1 Christine Chauveau-de Vallat. **Le tabagisme**, Mémoire, Paris, formation à l'AFTCC, 2003.

السرطان التي يسببها نكد سرطان الفم، الحنجرة، المعدة، الرئة، المثانة والكلية. والتبغ لا يحتوي فقط على الغازات بل أيضا جزيئات، ومن ضمن المواد التي يتم إنتاجها عند احتراق التبغ والتي هي مواد ضارة نكد الزفت (Le goudron)، النيكوتين (La nicotine) وأول أكسيد الكربون (Le monoxyde de carbone)، فورما ألدهيد (Le formaldéhyde)، حمض سيانهدريك (l'acide cyanhydrique)، بنزن (Le benzéne). ولعل أخطر الغازات على الصحة والتي تنتج من استعمال التبغ هو أول أكسيد الكربون ويعتبر الأخطر لأن له بنية فراغية مشابهة لبنية الأوكسجين وبالتالي أول أكسيد الكربون يحول دون تثبيت الأوكسجين على الهيموغلوبين.¹ والأمر الذي يجب معرفته أن التبغ مادة مخدرة مثل المخدرات، لأنه يجعل الفرد في حاجة ماسة له، وهذا التعلق يرجع إلى مادة النيكوتين التي تثبت على بعض الأعصاب، وهذا يعني أن المستقبلات تشبه مستقبلات مادة الكوكايين الأمفيتامينات والمورفين.

والعديد من المدخنين يموتون في سن مبكرة بالمقارنة مع زملائهم، فعندما تكون كمية التدخين تفوق العشرون سيجارة في اليوم يلاحظ أن 50% فقط من هؤلاء المدخنين يتجاوز سنهم 70 سنة بينما 80% يتجاوز سنهم 70 سنة من غير المدخنين. وبالتالي الخسارة المتوسطة في العمر هي 18 سنة.²

ويعد سلوك تدخين السجائر عامل خطر للإصابة بسرطان الخلايا الكبدية، كما يرتبط التدخين بارتفاع نسب الإصابة بأمراض القلب بصورة قوية، كما يرتبط التدخين بهشاشة العظام.³

3.1.4.2. تأثير استهلاك التبغ على صحة الرياضيين:

معظم الدراسات المقارنة في سلوك التدخين بين الأفراد الممارسين للرياضة الترفيهية وأولئك غير الرياضيين أو سلوك التدخين عند رياضيي المستوى العالي مع أولئك في المستوى المنخفض، حيث أظهرت الدراسات بأن تقشي ظاهرة التدخين في أوساط غير الرياضيين كانت كبيرة بالمقارنة مع أقرانهم الرياضيين. كما أظهرت دراسة منفردة أن أعلى معدل لانتشار التدخين بين المراهقين الرياضيين كان محدد بشكل كبير في ثلاث أنواع من الرياضات (التزلج، المصارعة والتنس)، في حين أظهرت دراسة ثانية أن المراهقين الشباب المستعملين للسترويدات

1 Charles B. Corbin et al, traduire par Paul Godbout, Marielle Tousignant, op cit, p 260

2 Jean SEIGNALET: L'ALIMENTATION ou la troisième médecine, 5eme ed, Office d'Édition Impression Librairie (O.E.I.L.) François-Xavier de Guibert, France, 2004, p124

3 Egger. P, Duggleby. S, Hobbs. R, Fall.C, and Cooper. C, Cigarette smoking and bone mineral density in the elderly, Epidemiol Community Health, 1996, pp 47-50.

لا يختلفون في استعمال هذه المادة سواء كانوا رياضيين أو غير رياضيين. أما في دراسة مقارنة أخرى أخذت بعين الاعتبار شدة النشاط الرياضي الممارس، فمثلا الممارسين لنشاط رياضي شديد أو متوسط، مثل كرة القدم، أظهروا انتشار منخفض لسلوك التدخين، في حين تفشي سلوك التدخين عند المراهقين الممارسين للرياضات ذات الشدة المنخفضة، الغولف مثلا، كان الانتشار اكبر بكثير بالمقارنة بالمستوى العالي والمتوسط.¹

وعموما يعتبر استهلاك التبغ من الأسباب الرئيسية للأمراض والوفيات، كما يعتبر التبغ المسؤول الأول على أكثر من 30% من أنواع السرطان القاتل، فالجزء الأكبر هو انتشار التدخين الذي زادت نسبته في السنوات الأخيرة وأضحى مشكلة معاشة.² حيث أكدت منظمة الصحة العالمية أنه في حالة استمرار الحال على ما هو عليه في أيامنا فان استهلاك التبغ سوف تكون له المسؤولية على وفاة أكثر من 9 مليون فرد في سنة 2020 بالمقارنة مع 5 مليون فرد في أيامنا.

إذ يشكل التبغ السبب الرئيسي في عدة أمراض منها سرطان الرئة، السكري، بعض أمراض القلب، مرض الأوعية الدموية المخية.³

2.4.2. سلوك شرب الكحول:

1.2.4.2. تعريفه: يتميز سلوك شرب الكحول بالاستهلاك غير المنضبط *incontrôlé* للمشروبات الكحولية لحد إلحاق الضرر بصحة الفرد أو بوظائفه الاجتماعية، حيث تظهر جراء هذا عدة سلوكيات أخرى تختلف من شخص لآخر على حسب: التبعية للمشروب الكحولي، كيفية استيعاب الأفراد لهذا المشروب، وقت استهلاك المشروب الكحولي ونوعه، وكذلك تختلف باختلاف عادات ومعتقدات وتقاليده الفرد داخل مجتمعه، كما أن هذه العادات تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر.⁴

ويمكننا تمييز ثلاث من أنماط سلوك شرب الكحول، وذلك على حسب شدته وتكراره:

1 Katharina Diehl, and other, *op cit*, p212-213

2 Sally A. Shumaker, Judith K. Ockene, Kristin A. Riekert : **The Handbook of Health Behavior Change**, 3ed, Springer Publishing Company, New York, 2009, p193.

3 Elaine M. Murphy, "Promoting Healthy Behavior," Health Bulletin 2 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005, p 3.

4 Encyclopédie canadienne. (n d). **Alcoolisme**, Retire Janvier 02, 2008, from://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm, PgNm =TCE& Params=FIART f000012627. Entreprise

أ- **الاستهلاك الخطر:** وتعرفه منظمة الصحة العالمية " هو ذلك الاستهلاك المنتظم للمشروب الكحولي بدون إفراط والذي يصبح عرضة إلى خطر حدوث نتائج مضرّة على صحة الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية.¹

ب- **الاستهلاك الضار:** ويسمى أيضا تعاطي الكحول، أين يكون الضرر الجسيمي والنفسى مثبت، ولكن دون الوصول إلى درجة الإدمان.

ج- **الإدمان:** يمكن تعريفه على أنه فقد السيطرة على التحكم في الامتناع عن استهلاك مشروب كحولي. فالشخص المدمن على الكحول يبدي رغبة جانحة لا يمكن له قمعها بالرغم من الأضرار الجسمية والنفسية التي ألحقها به.²

2.2.4.2. العوامل المؤثرة على سلوك شرب الكحول:

توجد ثلاثة عوامل رئيسية من المحتمل أن تشجع على انتقال سلوك شرب الكحول من مرحلة الخطر إلى مرحلة الإدمان.

أ- **العوامل البيولوجية:** يختلف تأثير شرب الكحول على الصحة من فرد لآخر، وهذا يرجع إلى تأثير المخدر.

ب- **العوامل النفسية:** يشعر معظم الأفراد الذين يشربون الكحول ببعض التأثيرات العقلية effets psychotropes مثل: القلق الحاد، la désinhibiteur، التخفيف من حدة الحزن، بالإضافة إلى أن الكحول يعمل كمؤثر نفسي. وبهذا فان الكحول له تأثير الدواء، حيث يواجه به الفرد معيقات الحياة.

ج- **العوامل الاجتماعية:** أصبح شرب الكحول عادة اجتماعية نجدها عند بعض الأفراد بمختلف مستوياتهم الثقافية، ففي بعض الأماكن يعتبر الفرد الذي لا يشرب الكحول غريب عن ذلك المجتمع. وهنا يصبح عامل الإدراك لهذا السلوك كمؤثر اجتماعي.

وعلى العموم، وحتى أن توفرت هذه العوامل الثلاثة عند فرد واحد، فلا يمكننا القول أن الفرد مدمن إلا إذا تكرر هذا السلوك كسلوك إدمان عند هذا الفرد.³

3.2.4.2. علاقة استهلاك الكحول بالسلوك:

1 Sylviane Lliberge. (22 février 2009). **Alcool et alcoolisme Dupoint de vue psy.** Retiré le 04 avril 2009, de [://www.consultations-psychologue.com/articles/addiction-alcool-psy.html](http://www.consultations-psychologue.com/articles/addiction-alcool-psy.html).

2 Jehova. (2007). **L'alcool -Un danger qui vous guette ?**, Watch New York, Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, retired February 03, 2008, From: [://www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm](http://www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm)

3 François Vabret. (n d). **Alcoolisme**, retiré janvier 26, 2009, extrait du site : www.33docavenue.com , France, CHU de Caen.

تم دراسة العلاقة بين تناول الكحول والسلوك الصادر عن الفرد على أساس أنه يعتبر الفرد في حالة شرب عند تناول أي مادة كحولية، أي أن الشرب مبكرا في مستهل سن الـ 13 من العمر، وقد يكون الشرب لمرة في الشهر الماضي، أو الشرب بشكل دوري في الشهر الماضي (مثلا الشرب أربع مرات أو أكثر في كل مناسبة أو فرصة مواتية)، الركوب في السيارة مع سائق كان قد شرب الكحول في الشهر الماضي وقد يصدر سلوك قيادة السيارة يعد الشرب حتى وان كان في الشهر الماضي.¹

4.2.4.2. آثار سلوك شرب الكحول على الصحة:

حدد قسم الصحة العقلية التابع لمنظمة الصحة العالمية جرعات الكحول اليومية بكأسين في اليوم الواحد خلال يومين فقط في الأسبوع، وذلك من أجل تمكنهم من التحكم في الخطر الذي قد ينجم عن مثل هذا السلوك.

ولكن هذا غير كاف للحد من الخطر الذي قد ينجم، فكأس أو كأسين في اليوم يعتبر كثير جدا، وخاصة:

- قبل السياقة أو استعمال آلة خطيرة.

- خطر على المرأة الحامل أو المرضعة.

- عندما يكون الفرد يتابع علاج دوائي.

- في حالة الإصابة ببعض الأمراض.

- إذا كان الفرد الفرد لا يستطيع ضبط نفسه.²

فتأثير سلوك شرب الكحول حتى وان كانت الجرعات المستهلكة محددة وصغيرة، إلا أن آثاره على صحة الفرد تظهر لاحقا سواء على المدى القريب أو المدى البعيد:

أ- **على المدى القريب:** يظهر التأثير السمي للكحول هنا على مستوى عمل الدماغ، فالكحول يخدر الدماغ، خلط عقلي *confusion mentale*، اضطرابات الرؤية، احمرار الوجه، التقيؤ *vomissement*، التوقف عن التنفس *arrêt respiratoire*، وجع الرأس *mal de tête*، نقص الانتباه، تعكر المزاج، منعكسات نفس حركية بطيئة، مرحلة من الإثارة والعدوانية، كثرة النوم،

1 Darren Mays and other : **Sport-specific factors, perceived peer drinking and alcohol-related behaviors among adolescents participating in school-based sports in southwest Georgia**, Addictive Behaviors v35, 2010, pp235-241, p236.

2 Jehova. (2007). **L'alcool -Un danger qui vous guette ?** op cit.,

اضطرابات التوازن والتنسيق، خفض درجة التأهب، ويتضاعف خطر هذه العلامات العصبية التي تظهر عند الفرد كلما كان سلوك شرب الكحول مصاحب باستهلاك بعض الأدوية.¹

ب- **على المدى البعيد:** تبعية نفسية (الشعور بالنقص le manque أو الإدمان)، اضطرابات حادة في الشخصية، العدوانية والعنف المتكرر الذي يؤديان غالباً إلى ما يعرف بالجرائم النوعية crimes typiques (السرقه، القتل، اغتصاب الأطفال،...)، تهيوّات وهذيانات في مرحلة متقدمة جدا (هذيان الغيرة مثلاً).²

5.2.4.2. تأثير سلوك شرب الكحول على الأداء الرياضي:

تؤثر المشروبات الكحولية بشكل ملحوظ على الرياضي وبدرجة كبيرة، حيث يتسبب في انخفاض مستوى تأثير فعالية التدريب الرياضي، وبالتالي يحدث اختلال في التدريبية للاعب. لكن حتى وأن أثبتت الدراسات مدى تأثير المشروبات الكحولية على حالة الجسم الا أن العديد من الرياضيين لازالوا يتناولون هذه المشروبات من منطلق أنها تمثل تنبيه للجسم أو قد تساهم في تدفئة الجسم خاصة عندما يتعلق الأمر بالنشاط الرياضي في الجو البارد.³

إلا أنه لوحظ أن كمية قليلة من الكحول لا تؤدي إلى اختلال العلاقة بين عملية الاستثارة وعمليات الكف في الجهاز العصبي المركزيين حيث يظهر على اللاعب انخفاض في كفاءته البدنية وفي مستوى وظائف الجسم النفس فسيولوجية التي منها سرعة رد الفعل الحركي، الانتباه الدقة والتوافق الحركي وما إلى ذلك من المتغيرات.⁴

وقد أشارت الدراسات التي أجريت في روسيا المرتبطة بتغيرات الكفاءة البدنية على اللاعبين، بعد تناولهم جرعة بسيطة من المشروبات الكحولية حيث تناولت عينة من لاعبي الانزلاق على الجليد والسباحين قبل الاشتراك في المنافسة لترا واحدا من البيرة، حيث أسفرت النتائج عن انخفاض معدل سرعة الأداء بمقدار 20%، كما أظهرت نتائج دراسة أخرى على عينة من لاعبي التجديف تناول كل منهم 100 غرام من البيرة، حيث أسفرت النتائج عن انخفاض معدل سرعة الداء بمقدار من 20 % إلى 30%.

1 Plusieurs. (2007). **Alcool et Santé** - Les effets De La consommation abusive D'alcool, Canada, Bibliothèque nationale du Québec.

2 Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Hassle Christine, **Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée**, paris, 2000, OFDT.

3 بلبول موسى، السلوك الصحي وعلاقته بالاتجاهات نحو الصحة لدى لاعبي كرة القدم، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3، 2015، ص94.

4 كمال عبد الحميد إسماعيل، أبو العلا عبد الفتاح: الثقافة الصحية للرياضيين، مرجع سابق 2001، ص298 .

ومن خلال دراسة أجراها لابتييف Laptiva على فريق كرة القدم أكدت انه بعد تناول البيرة انخفضت سرعة رد الفعل الحركي في المتوسط من 12% إلى 16% كما انخفضت دقة رد الفعل على الهدف متحرك من 17% إلى 21% وانخفضت دقة القوة العضلية من 14% إلى 19%. وتختلف سرعة وشدة تأثير الكحول على الجسم من فرد إلى آخر حسب ما يلي:

- مستوى التعب لدى الشخص.
- نوعية وكمية الأغذية الموجودة في الجهاز الهضمي.
- استعمال الشخص للمخدرات أو الأدوية.
- حجم الجسم.
- زيادة أو نقص نسبة الكحول في الدم.
- الخصائص الكيميائية والوراثية.¹

3.4.2. سلوك تعاطي المخدرات:

تعريفه: استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين². ويرى أليكس Alvinks أن تعاطي المخدرات هو "قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي³.

تصنيف المواد المخدرة: هناك عدة تصنيفات للمواد المخدرة ونذكر منها:

أ- **المسكنات:** وتشمل أفيون ومشتقاته والكحول والحبوب المنومة وتمتاز هذه المجموعة بان المتعاطي لها بكثرة يعتمد نفسيا وجسميا على المخدر بحث إذا امتنع ظهرت عليه أعراض شديدة الألم.

ب- **المنبهات:** وتشمل الأمفيتامينات والكافيين والنيكوتين والكوكايين والقات وأهم خصائص هذه المجموعة أنها تعمل على تنبيه الجهاز العصبي.

1 Charles B. Corbin et all, traduire par Paul Godbout, Marielle Tousignant ,op cit, p 325

2 رشاد عبد اللطيف أحمد، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1992، ص40.

3 نفس المرجع السابق، ص40.

ج- مواد الهلوسة: وتشمل الحشيش والماريجوانا وبعض المواد الطيارة كالصمغ والبنزين وتمتاز هذه المجموعة بأن ليست لها نفس خصائص المجموعة الأولى في حالة الانقطاع ولكن للتخلص من إدمانها تستوجب رعاية صحية خاصة.¹

أنواع سلوك تعاطي المخدرات:

أ- التعاطي التجريبي أو الإكتشافي:

يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاطى فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاثة مرات في حياته، ودافعه غالبا ما تكون فضولية، لاستكشاف أحوالها.

و يعتبر الإشهار القصدي أو غير القصدي، من طرف الأصدقاء، وفي بعض الأحيان وسائل الإعلام أحد العوامل التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات.

ب- التعاطي العرضي أو الظرفي:

يعني أن الشخص يتعاطى المخدرات من وقت لآخر، وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر، فلا يشعر بتبعية نحوه، ولا يتعاطاه إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة، عفويا أكثر منه مدبرا، وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية.²

ج- التعاطي المنتظم:

يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي بالمخدرات، ويقصد به التعاطي المتواصل والمنتظم للمخدرات، ويرتبط ووصول المتعاطي لهذه المرحلة بالعوامل النفسية مثل الاكتئاب والقلق واليأس والإحباط أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل وسائل الإعلام وتأثير الأصدقاء.

د- التعاطي الكثيف أو القهري:

إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، كما قد يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، فالمدمن هو أي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا، بحيث يضر بصحته، كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه.³

4.4.2. سلوك استعمال المنشطات:

1 عبد الرحمان مصبقر، ظاهرة تعاطي الخمر والمخدرات في البحرين، جمعية الاجتماعيين البحرينية، 1981، ص7.

2 نوليس هيلين، أضواء كاشفة على المخدرات، مركز النشاط والإعلام للتنمية والتفاهم الدولي، بيروت، لبنان، 1988، ص42.

3 صالح سعد، الوقاية من المخدرات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان المملكة الهاشمية الأردنية، 1999، ص59.

1.4.4.2. تعريف المنشطات:

تعرف كلمة المنشطات بـ (دوبينك Dopping) وهو تناول أية مادة غريبة عن الجسم، أو أخذ أي مادة غير طبيعية وبواسطة طرق اعتيادية من أجل رفع اللياقة البدنية أو القابلية الجسمية بشكل غير طبيعي.

2.4.4.2. تاريخ المنشطات:

تعتبر المنشطات من نواتج الحركة الرياضية بصفة عامة لذلك يرتبط مفهوم المنشطات مباشرة بالرياضة، وما ساعد على انتشار المنشطات في أوساط اللاعبين هو الاعتقاد السائد بأن الوصول إلى المستوى العالي مستحيل في غياب الطرق غير القانونية والتحايل.

ويعود تاريخ المنشطات إلى الألعاب الأولمبية القديمة عن طريق شرب الخمر قبل المعركة لكي لا يحس المقاتل بالضربات الموجهة إليه من طرف الخصم. والملاحظ استمرت في الظهور مع الرياضة الحديثة، وكان أول حالة اكتشاف للمنشطات في عام 1896 بالألعاب الأولمبية التي أقيمت بباريس، عن طريق إجراء خليط من المحفزات.

ولقد كان ميلاد أول قانون يمنع تناول المنشطات عام 1965 وأطلق عليه اسم قانون "Herzog" والذي تم تطبيقه ابتداء من عام 1966.

ولكن مع ذلك تواصل تناول المنشطات من طرف اللاعبين ولعل أشهرها تناول اللاعب Benjohnson المنشطات في سباق الـ 100 متر في الألعاب التي أقيمت في سيول الكورية عام 1988. وبين ألعاب سيول والدوري الفرنسي 1998 لم تمر سنة دون تناول المنشطات في أوساط اللاعبين، وفي هذه السنة 1998 تم تأسيس المجلس الاحتياط ومكافحة المنشطات¹.

3.4.4.2. أنواع المنشطات:

يمكن تقسيم المنشطات إلى عدة أنواع حسب طبيعة وأصل هذه العقاقير المستعملة أو حسب طريقة ومكان تأثيرها في الجسم ويمكن حصرها في نوعين أساسيين هما العقاقير الطبية والوسائل الاصطناعية.

1-العقاقير الطبية: وتشمل ما يلي:

أ- العقاقير المنبهة للجهاز العصبي المركزي: إذ تؤثر هذه العقاقير على الجهاز المركزي العصبي برفع نشاطه المتزايد بطريقة غير اعتيادية مما يسبب الشعور بالفرح والسعادة وقلة

1 Eric Jousselein, La médecine du sport sur le terrain, Masson, paris, 2005, p163

النوم، كما أنها تعمل على زيادة الضغط الدموي والنبض. ومن أهم هذه نجد العقاقير الكوكايين والأمفيتامين، ولكن هناك تأثيرات سلبية لهذه العقاقير على الحالة النفسية والفسولوجية لجسم الإنسان من خلال الأضرار التي تلحق بالجهاز الدوري (القلب والأوعية الدموية).

ب- **العقاقير المهدئة الجهاز العصبي:** وتستعمل هذه العقاقير لتهدئة الجهاز العصبي خاصة المركزي منه، وذلك عن طريق التقليل من الإحساس بالألم والشد العضلي الذي يصاحب بعض حالات القلق، ومن أهم هذه العقاقير نجد المورفين الذي يستعمل غالبا في الحالات الطبية كمخدر، نجد أيضا الهيروين والبتدين والكحول أيضا.

ج- **العقاقير التي ترفع كفاءة الجهاز الدوري:** ويعمل هذا النوع من العقاقير على توسيع الشرايين المغذية للقلب وبالتالي تزيد كفاءة القلب فتزيد من قوة انقباضه ودفعه للدم المؤكسد (المشبع بالأوكسجين) نحو العضلات التي هي بحاجة لوصول الـ O_2 والمغذيات لإنتاج طاقة على شكل ATP والتي تعمل على رفع الكفاءة البدنية، ومن أهم هذه العقاقير نجد عقار الأنجيسيد (ANGISID) ويستعمل بشكل محدود عند الرياضيين، وفي المقابل لها استعمالات طبية لعلاج القصور في عمل الشرايين، والذبحة الصدرية.

د- **المنشطات الهرمونية:** الهرمونات هي منشطات طبيعية في جسم الكائن الحي على غرار جسم الإنسان رياضيا كان أو غير رياضي، لكن ما جعلها تدخل في خانة المنشطات هي طريقة استخلاصها وحقتها في جسم آخر أو العمل على إعادة تصنيعها في المخبر سواء لأغراض طبية نبيلة أو أجل استخدامها في الرفع من كفاءة الأجهزة الوظيفية للرياضي بهدف تحقيق النتائج الرياضية الإيجابية. ومصدر الهرمونات في الجسم هي الغدد الموزعة داخل جسم الإنسان والتي تفرز أنواعا من الهرمونات التي تعمل على نمو الجسم بشكل عام ولعل من أهمها الغدة النخامية التي تقع بقاع الجمجمة المسؤولة على النمو والطول والتحكم في باقي غدد الجسم والغدة الدرقية التي تتحكم في نسب الملاح المعدنية في الجيم، والغدة الكظرية (فوق الكلية) التي تفرز هرمون الكورتيزون، والبنكرياس التي تتحكم في تعديل نسبة السكر في الدم، والغدد الجنسية. وأهم الهرمونات المستخدمة كمنشطات في المجال الرياضي ما يلي:¹

1 Deborah A. Cohen and other: **A Structural Model of Health Behavior:** A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level, American Health Foundation and Academic Press, Preventive Medicine 30, 146-154, 2000, pp150.

- الهرمونات الذكورية: ومن المعروف في الحالة الطبيعية أنها تعمل على الرفع من الأنسجة العضلية التي تزيد من القوة العضلية وزيادة بناء العضلات بشكل سريع، وتعطي هذه الهرمونات أكثر للنساء لزيادة الكتلة العضلية وبالتالي رفع الصفات البدنية كالقوة والتحمل، ولكن لها تأثيرات سلبية على الجسم مثل اضطراب العادة الشهرية، وظهور الشعر على الوجه...

- هرمون الغدة الكظرية (الكورتيزون): ولأن الرياضي يحتاج إلى التمثيل الغذائي السريع فإنه بات من الممكن استخدام هرمون الكورتيزون لدوره في زيادة التمثيل الغذائي ومنه زيادة كفاءة الجسم ولكنه في المقابل يزيد من ضغط الدم ونقص شفي مناعة الجسم.

- هرمون الأدرينالين: له دور في التمثيل الغذائي للكربوهيدرات عن طريق تحليل سكر الغليكوجين الموجود في الكبد والعضلات إلى سكر الغلوكوز البسيط الذي يستخدم في إنتاج طاقة بشكل كبير، كما يعمل هذا الهرمون على زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم ولكن له تأثير على القلب إذ يمكن أن يحدث موقف القلب.

- الهرمونات الاصطناعية لبناء العضلات: مثل هرمون الديورالين وهرمون الديانابول وهي هرمونات مصنعة خصيصا لبناء أنسجة الجسم وبالتالي تقوية وبناء الكتلة العضلية، ولكن في المقابل تحد من إفراز الهرمونات الذكورية، وعادة يستخدمها الرياضيين الذين يرغبون في بناء كتلة عضلية كبيرة لزيادة القوة المنتجة.

2- الوسائل الاصطناعية: وتتمثل في المواد المصنعة في المخابر والتي تدخل ضمن المواد المنشطة المحظورة دوليا ومنها:

- وسيلة نقل الدم: استخدم هذه الطريقة لأول مرة عداء في سباقات الجري لمسافات الطويلة وهذا في الألعاب الأولمبية التي أقيمت في مونتريال بكندا 1972، حيث فاز هذا العداء بالسباق آنذاك، وتقوم هذه الطريقة على مبدأ علمي وهو أن زيادة كمية الدم المؤكسد في العضلات بواسطة زيادة عدد كريات الدم الحمراء يؤدي إلى زيادة نسبة الاحتراق المغذيات وبالتالي إنتاج طاقة كبيرة بالمقارنة بالطاقة الاعتيادية مما يؤدي إلى زيادة كفاءة اللاعب البدنية. وتتم العملية بسحب نصف لتر من دم الرياضي وخبزها في الثلجة بما لا يقل على ثلاثة أسابيع. إن هذه العملية تساعد على تنشيط نخاع العظم لتعويض الدم المفقود والرجوع بمستوى الهيموغلوبين إلى

المستوى نفسه في خلال أسبوعين تقريبا وقبل السباق بيوم أو يومين يعطي الدم المسحوب إلى المتسابق وهذا يؤدي إلى زيادة حمل الدم بالأوكسجين.¹

- **التنبه الكهربائي للعضلات:** ويتم قبل المنافسة عن طريق العمل على تنبيه الأعصاب المغذية للعضلات بطريقة ترفع من كفاءة الجهاز العصبي.

وفيما يلي رأي الكلية الأمريكية للرياضة والطب بخصوص تناول المنشطات:

- إن وصف المنشطات الهرمونية للإنسان الذي يتمتع بصحة جيدة دون الخمسين من العمر وبجرعات طبية لا تعطي أي زيادة ذات معني في القوة أو التحمل أو في وزن الجسم.

- لا توجد أي برهان علمي على أن الجرعات الكبيرة من الهرمونات المنشطة تساعد على الأداء الرياضي أو تحد منه.

- الاستخدام الطويل للمنشطات الهرمونية التي تؤخذ عن طريق الفم قد أسفرت عن اضطرابات في الكبد عند بعض الأشخاص.

- إن وصف هذه المنشطات الهرمونية بالنسبة للذكور قد يؤدي إلى تقليل الخصوبة الجنسية.

- يجب أن تبذل الجهود الجادة والمستمرة لتثقيف الرياضيين والمدرسين معلمي التربية البدنية والأطباء وعامة الناس فيما يتعلق بآثار المنشطات الهرمونية التي تتضارب حولها الآراء ومدى

زيادتها لأداء الرياضيين واحتمال خطورة تناول بعضها وخاصة بجرعات كبيرة ولمدة طويلة.²

2.4.4.4. دوافع تناول المنشطات:

هناك عدة أسباب تدفع بالرياضي إلى تناول المنشطات نذكر منها ما يلي:

أ- **الأداء الرياضي:** من الواضح انه السبب الأول الذي قد يدفع الرياضيين لتناول المنشطات، إذ أن اللاعب والمدرّب لديهم هدف مسطر يسعون بكل الطرق إلى الوصول إليه، ومن بين الطرق نجد الرفع التدريجي في كفاءات وقدرات الرياضي من خلال التدريب العلمي. غير أن الأمر الصعب الذي يوجهه أي مدرّب هو أن عملية التدريب لا تسير بشكل خطي وليست بعلوم دقيقة لذا قد تكون نتائج الموسم الماضي تختلف عن نتائج الموسم الحالي. لذلك نجد أداء رياضي ثابت رغم التحسن في عملية التدريب. وهذا ما يدفع باللاعبين تحمل تدريب زائد، خاصة عندما يتعلق بالمستوى العالي، لذا من الضروري أن يفهم اللاعب أن ليس من اللازم أن

1 إبراهيم رحمة، تأثير الجوانب الصحية في النشاط البدني الرياضي، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998، صص 62-66.

2 جايمركين، مارشال هوفمان، ترجمة محمد قنري بكري، ثريا نافع، دليلك الى الطب الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، 1998، ص118.

يكون بطلا وإلا لجأ هذا الأخير إلى تناول المواد المنشطة التي قد تكون في البداية بشكل مكملات غذائية من أجل تعريض الفيتامينات والملاح المعدنية التي لم يتم تناولها في الطعام اليومي.

ب - حمولة التدريب والاسترجاع: منذ ظهور الرياضة بالشكل الحديث، أضحت الأداء الرياضي مرتبط بتحسين ورفع حمولة التدريب، إذ أن هناك عوامل متعددة ساهمت ولا تزال تساهم في رفع مستوى الأداء الرياضي، ولعل المهم من بين هذه العوامل كمية ونوعية التدريب.

ففي النصف الأول من القرن العشرين كان التدريب لا يجري بصفة يومية حتى في المستوى العالي آنذاك، فقد كان يقتصر على مجموعة تمارين متنوعة ومتكررة. لكن ما نراه اليوم خاصة في كرة القدم ارتفاع كبير في حمولة وتكرار التدريبات في اليوم بحيث لا يجد اللاعب وقت كافي للاسترجاع بطريقة عادية لذلك يلجأ إلى المعالج بالتدليك أو طرق الاسترخاء الأخرى.

وفي كل مرة يطلب المدرب من اللاعب الزيادة في مستوى التدريب مع الخفض من مدة الاسترجاع مما قد يزيد من إمكانية ظهور التعب وبالتالي حدوث إصابات رياضية. في هذه الحالة يفكر اللاعب في البحث عن مواد تسمح بأفضل وأسرع استرجاع، وتكون البداية باستعمال الفيتامينات والمكملات الغذائية (compléments alimentaires)، ولعل استعمال الكرياتين le créatine خير دليل على ذلك.

ج - المفكرة الرياضية: تقريبا الآن نشاهد في كل يوم منافسات رياضية تنقل عبر شاشات التلفزيون، ومنذ سنة 1980 ازداد عدد المنافسات الرياضية المحلية، القارية والعالمية بشكل كبير ولكل الفئات العمرية وفي جميع الاختصاصات الرياضية.

وهذا ما يجعل مشكل الاسترجاع يطفو إلى السطح بالنظر للأجندة المكتظة بالتدريبات والمباريات الرسمية.

فمثلا في كرة القدم قد تصل المباريات الرسمية إلى مباراتين في الأسبوع أحيانا، وبالتالي يقع اللاعب يتأرجح بين تعليمات المدري ونصائح الطبيب، ما يدفع اللاعب إلى التفكير في الطلب على المواد المنشطة لبلوغ الهدف.

د - ممارسة الرياضة في سن مبكرة: تعتبر الممارسة المبكرة للرياضة من المشاكل الرياضية اليوم، والمقصود هنا أطفال يمارسون تدريبات شديدة ولم يبلغوا سن المراهقة بعد، وأحيانا قبل

سن العاشرة ليصلوا إلى المستوى العالي في سن 15 سنة. ونجد خاصة هذا في رياضة الجمباز، التنس بدرجة أقل في السباحة.

وفكرة المدربين "كلما تدربت مبكرا كلما كانت لك الفرصة لتصبح موهوب" كما تظهر هذه الفكرة في رغبة الوالدين في تحقيق أحلامهم عن طريق أولادهم. لذلك يلجأ الرياضي المبتدأ وتحت ضغط المنافسة والعائلة في التفكير في طريق سريع فيدخل في نفق المنشطات.

هـ - اللاعبين: يمكن اعتبار اللاعبين ضحايا لمثل هذه الممارسات وفي نفس الوقت مسؤولين عنها. من حيث هم ضحايا كونهم يقومون بالمطلوب من المدربين والذي قد يفوق طاقتهم البدنية أو الفسيولوجية، لكن هناك لحظات يكون فيها اللاعب واعي بما يدور حوله فيصبح مسؤول عن تصرفاته، لذا قد يلجأ إلى تناول المنشطات للوصول إلى الشهرة عن طريق تحسنه لأدائه الرياضي إلى أعلى مستوى ممكن، ولعل بعض المكملات الغذائية غير محظورة على الرياضي ما دفع هذا الأخير إلى التهافت عليها¹.

5.2. بعض الممارسات الصحية الإيجابية:

1.5.2. علاقة القوام بالصحة:

1.1.5.2. مفهوم القوام:

القوام: هو العلاقة الميكانيكية بين أجهزة الجسم الحيوية المختلفة العظمية والعضلية والعصبية بحيث تؤدي وظيفتها في تناسق تام².

التشوه القوامي: هو حدوث اختلاف في عضو من أعضاء الجسم أو جزء منه وانحرافه عن الوضع الطبيعي المسلم به³. أما أسامة كامل راتب فيرى أن " التشوهات القوامية هي امتداد لمرحلة الطفولة نتيجة اكتساب الطفل العادات القوامية الخاطئة، لذا يجب التركيز على العادات السليمة والتشجيع على ممارسة الأنشطة التي تراعي الاهتمام بالقوام السليم"⁴.

1 Eric Jousselein , **La médecine du sport sur le terrain**, Masson, paris, 2005, pp175

2 محمد السيد شطا، حياة عياد، تشوهات القوام والتدليك الرياضي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1984، ص16.

3 عباس عبد الفتاح الرملي، تربية القوام، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1981، ص149.

4 أسامة كامل راتب، النمو الحركي مدخل للنمو الكامل للطفل والمراهق، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999، ص21.

الانحراف القوامي: هو تغير كلي أو جزئي في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم وابتعاده عن الشكل الطبيعي المسلم به تشريحياً وهذا المتغير قد يكون موروثاً أو مكتسباً¹. لذا فإن أي انحراف في هذه الأجهزة المنتظمة عن وضعها الطبيعي لجسم الإنسان لقد أصابته وتعرف بالانحراف (Deiation) القوامي².

2.1.5.2. أثر القوام السيء على المفاصل والعضلات والعظام:

إن وجود التشوهات يقلل من كفاءة عمل المفاصل والعضلات العاملة في منطقة التشوه، سواء أكان ذلك من الناحية الوظيفية أم الميكانيكية. فإصابة الفرد بتشوه الالتواء الجانبي مثلاً يعرض غضاريف العمود الفقري لحدوث ضغط على أحد جانبيه يفوق الضغط الواقع على الجانب الآخر. كما أن هذا التشوه يصاحبه حدوث خلل في الشدة العضلية على جانبي الجذع فإذا كان التشوه لجهة اليمين فإن ذلك يؤدي إلى قوة وقصر عضلات الجانب الأيمن عن عضلات الجانب الأيسر وهذا بدوره يؤدي إلى حدوث خلل وظيفي وحركي في الجسم عامة وفي منطقة التشوه خاصة. كما أن استمرار وجود التشوه ووصوله للمرحلة التركيبية يؤدي إلى تشكيل العظام في أوضاع جديدة تلائم التشوه الموجود. فقد أثبتت بعض القياسات باستخدام أشعة (اكس) وجود تغيرات عظمية وغضروفية مصاحبة للتشوهات³.

3.1.5.2. أثر القوام السيء على الأجهزة الوظيفية:

عندما يصاب الفرد بتشوه فإن ذلك يؤثر على الأجهزة الحيوية الداخلية للجسم، فمثلاً تشوه تجوف القطن يصاحبه ضعف وإطالة في عضلات البطن، وقصر وقوة في عضلات القطن. وضعف عضلات البطن يسمح للأحشاء الداخلية بالتحرك من أماكنها فيتسبب ذلك في حدوث اضطرابات عديدة في الأجهزة الحيوية الموجودة بهذه المنطقة وتقلل من كفاءتها في العمل. وكمثال آخر فإن تشوه تسطح الصدر أو استدارة المنكبين يصاحبهما حدوث ضغط على الرئتين فيقلل من كفاءتهما الميكانيكية ويقلل من السعة الحيوية لهما⁴.

4.1.5.2. علاقة القوام بالإصابة بالأمراض:

1 محمد صبحي حسنين، محمد عبد السلام راغب، القوام السليم للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص 149.

2 حياة عياد وصفاء الدين الخربوطي، اللياقة القوامية والتدليك الرياضي، منشأة المعارف المصرية، القاهرة، 1991، ص 69.

3 سميرة خليل محمد، نجله رؤوف، دراسة تحليلية في تقويم التشوهات القوامية والوسائل الوقائية والصحية، بغداد، كلية التربية الرياضية، 2000، ص 27.

4 محمد صبحي حسنين، محمد عبد السلام راغب، القوام السليم للجميع، مرجع سابق، 2003، ص 151.

أثبت كروز (Kraus) وويبر (Weber) أن 80% من حالات الشكوى من آلام أسفل الظهر يرجع سببها إلى ضعف عضلات هذه المنطقة. كما ثبت في دراسات أخرى أن القوام السيئ يكون مصحوباً بالقيء الدوري والإمساك وحدوث صداع مزمن عند قاعدة الجمجمة. كما أن القوام السيئ عند الأطفال يصاحبه القلق والتوتر وقلة الوزن والإجهاد السريع وقلة مناعة الجسم ضد الأمراض. كما يشير كاربوفيش (Karpovich) إلى أن القوام الرديء يؤدي إلى تناقص سعة الرئتين وضعف الدورة الدموية وحدوث اضطرابات معوية وعدم انتظام الإخراج.

كما أن القوام السيئ له أثر كبير في الوضع الصحي والشخصية والعمل والنمو والنجاح والنواحي النفسية والسلوكية وعلى المفاصل والعضلات والأجهزة الحيوية.¹ يتم إجراء الاختبارات التشريحية للكشف عن أية انحرافات أو تشوهات قوامية حيث يزداد معدل الإصابات في حالات الانحرافات القوامية لأي جزء من أجزاء الجسم، بالإضافة إلى أنها تعوق القيام بالمجهود البدني، وأيضاً قياس الطول والوزن وقياس القوة العضلية والمرونة والتحمل والرشاقة للتعرف على النمو واستعداد نوع الجسم للنشاط الرياضي لحماية اللاعب من التعرض للإصابات.²

2.5.2. علاقة تنظيف الأسنان بالصحة:

هناك العديد من المدربين أو الرياضيين أو الإداريين لا يهتمون أو لا يعتقدون بوجود علاقة بين ألم الأسنان أو أمراض الأسنان واللثة وبين الإصابات الرياضية والأمراض الأخرى التي تحدث للرياضي، ولكن الدراسات الحديثة أظهرت أن هناك علاقة متداخلة بين أمراض الأسنان واللثة مع الإصابات الرياضية وأمراض أخرى تحدث للرياضي، وقد أثبتت هذه الدراسات أن التهابات الأسنان واللثة لن تؤثر سلباً على الأنسجة الرخوة والصلبة المحيطة بالأسنان والقريبة من موقع الالتهابات فقط، وإنما تعرض جسم الرياضي إلى أمراض أخرى بعيدة عن تجويف الفم ومنها الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز العضلي والجهاز العصبي مما يؤثر ذلك سلباً على الأداء الرياضي كما أنها تؤدي إلى حدوث الإصابات للرياضي.

من المعروف أن أعضاء الجسم كلها تعمل كوحدة متكاملة مترابطة مع بعضها البعض لصالح الجميع و المحافظة على حياة الجسم فإذا مرض أي عضو به هبت له سائر الأعضاء بالسهر

1 نفس المرجع السابق، ص 152.

2 ميرفت السيد يوسف، دراسات حول مشكلات الطب الرياضي، مطبعة الإشعاع الفنية المعمورة، 1991، ص 15.

عليه بإنقاذه ووقايته. وإن أصابته آفة بمكان ما من المحتمل أن تنتقل منها الجراثيم بواسطة الدورة الدموية و الجهاز اللمفاوي و تسبب أمراضا في أماكن أخرى من الجسم و كذلك الحال في الأسنان بأي خلل بها و ربما يؤدي أعضاء أخرى بالجسم و هناك أمراض بالفم و الأسنان سببها علة عامة بالجسم فمرض البول السكري و ضغط الدم و أمراضه و بعض التسمم مثل التسمم بالرصاص و سوء التغذية كنقص فيتامين أ.

ويذكر الباحثون الأهمية القصوى لتنظيف الأسنان وأن عدم تنظيفها يؤدي إلى تلفها وبالتالي فقدان الوسيلة الأولى من وسائل الهضم الطبيعية للإنسان مما يؤدي إلى عدم هضم الطعام في الفم ويلحق أضرار كبيرة بالمعدة و يسبب تكرار عسر الهضم لدى الإنسان ناهيك عن الرائحة الكريهة للفم مما يخل باللياقة العامة للإنسان في المجتمع. وتتخذ الصحة الفردية للعناية بالأسنان و تجويف الفم العديد من الاهتمام يأتي في مقدمتها مايلي:

- ضرورة تنظيف الأسنان في الصباح والمساء قبل النوم بفرشاة الأسنان الشخصية لزمّن قدره دقيقة إلى دقيقتين في كل مرة باستخدام المعجون المخصص لذلك.
- يجب أن تكون حركة الفرشاة في اتجاه رأسي فقط من اللثة إلى الأسنان وليس العكس وليس في مستوي أفقي على الأسنان واللثة.
- ضرورة تجنب تناول الطعام من الأطباق الساخنة جدا إلى الأطباق الباردة جدا بالتناوب.
- ضرورة تنظيف الفم بالماء الدافئ بعد كل مرة من تناول الطعام.
- يجب اللجوء إلى الطبيب الأخصائي عند ظهور أور شعور بمرض في تجويف الفم أو ألم في الأسنان.
- يجب زيارة الطبيب المختص على فترات متفاوتة دون الانتظار الشعور بالآلام أو ظهور المرض في تجويف الفم¹.

3.5.2. علاقة النوم بالصحة:

يقضي الكثير من الرياضيين أوقاتهم خلال فترة المساء بالسهرة حتى الصباح الباكر، حيث يكون الرياضي منشغلا بالتسلية واللعب إما في المقاهي الليلية أو على شاشات التلفاز أو في بعض الحدائق العامة، حيث يقضي وقته دون فائدة تذكر ويعرض نفسه للتعب والإرهاق حتى

1 أبو العلا أحمد عبد الفتاح، كمال عبد الحميد إسماعيل، الثقافة الصحية للرياضيين، مرجع سابق، ص284.

أصبح ليله نهارا ونهاره ليلا، مما أدى إلى خلل في حياته من جميع نواحيها سواء الاجتماعية أو الصحية أو النفسية، والذي انعكس بدوره على أدائه العملي والعلمي وضعف قدرته الجسدية خلال التمارين أو المنافسات الدورية¹. يرى الباحثون أن الرياضي يجب أن يحصل على أوقات راحة تامة لاستعادة الشفاء والنشاط بعد أداء المجهود البدني العالي إذ إن عملية التدريب الرياضي تتعامل في المقام الأول مع الجسم بما يتضمن من أعضاء وأجهزة ولكي يمكن تلافي حدوث إصابات لدى اللاعبين أو حدوث معوقات أخرى لا بد من الخلود إلى الراحة وفق الصيغ العلمية الصحيحة إذ إن "إحدى مميزات أجهزة جسم الإنسان هي أنها لا يمكن أن تبقى باستمرار فعالة ولكن تتطلب الراحة على فترات تصل إلى توقف لكل النشاط الإرادي والراحة هي الضرورة الشائعة للحياة لكل مستويات الأنظمة"². كما تعتبر المدة المثالية للنوم التي يجب أن يحصل عليها الرياضي هي ما بين (7-8) ساعات يوميا³.

4.5.2. تأثير التعرض لأشعة الشمس أو الجو الحار على الصحة:

يعد جسم الإنسان البشري من ذوات الدم الحار، فعندما تتغير درجة حرارة المحيط عن درجة حرارة الجسم تسعى أجهزة الجسم المختلفة إلى خلق حالة من التوازن المستمر مع اختلاف درجات الحرارة. إذ أن الأجواء الحارة سوف تحدث زيادة سريعة في الاستجابة للارتفاع في درجة حرارة الجسم لكي يحافظ على التوازن الحراري⁴.

مما لا شك فيه أن التعرض للجو الحار خلال فترة بذل الجهد البدني له آثار سلبية ليس على الأداء الرياضي فقط بل على الصحة العامة للرياضي بشكل عام. إذ يتطلب من الرياضي المحافظة على حالة الاستقرار والتجانس في العمل الوظيفي وتنظيم العلاقة مع الجهد البدني المبذول، حيث أن العمل الوظيفي لأجهزة جسم الرياضي له علاقة مباشرة بعمليات التمثيل الغذائي لتوفير الطاقة اللازمة للعمل العضلي⁵.

يؤدي الجو الحار والرطوبة حتى في حالة الراحة إلى اختلال قدرة الجسم على المحافظة على درجة حرارة البيئة الداخلية للجسم للأنسجة والخلايا ، وتؤدي تدريبات التحمل إلى زيادة سرعة

1 جبرين محمود المناصرة، الأسباب الحقيقية للإصابات الرياضية، المكتبة الوطنية، الأردن، 2009، ص 20.

2 ريسان خريبط مجيد، التحليل البيوكيميائي والفلسفي في التدريب الرياضي، البصرة، مطبعة دار الحكمة، 1991، ص 209.

3 مفتي إبراهيم حماد، التدريب الرياضي الحديث، تخطيط وتدريب وقيادة، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي، 1998، ص 366.

4 AL Brown and benck mark , The mechanism of sweat secretion perspective in exercise and spart medicine, Dubuque , 1993 , p90.

5 هزاع بن محمد الهزاع، فسيولوجيا الجهد البدني، ج2، الرياض، 2009، ص 17.

ظهور هذه التأثيرات المؤلمة لزيادة الحرارة ، وليس ذلك نتيجة لما تنتجه العضلات من حرارة أثناء عملها بالإضافة إلى حرارة الجسم ولكن أيضا التغيرات التي تحدث في الدورة الدموية التي تصاحب التدريبات العنيفة مما يؤدي إلى نقص قدرة الجسم على التخلص من الحرارة الزائدة¹. يؤدي فقدان السوائل من جراء التعرق أثناء الجهد البدني في الجو الحار إلى تغيرات ملحوظة في كل من الجهاز الدوري ونظام توازن السوائل والمنحلات في الجسم. ويحمل الجفاف بين طياته تبعات سلبية على الأداء البدني من جهة، وعلى سلامة الرياضي وصحة أجهزة جسمه من جهة أخرى، كما انه من الواضح للعيان أن حدوث الجفاف يقود إلى انخفاض قدرة الجسم على مقاومة الارتفاع في درجة حرارة الجسم، مما يعرض الرياضي للإصابات الحرارية².

2.6. بعض السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية:

2.6.1. إجراء فحوصات دورية للجسم:

ونعني به الفحص الطبي الشامل أي فحص جميع الأجهزة الحيوية للجسم المتمثلة في الأجهزة التالية: الجهاز الدوري الدموي (القلب)، الجهاز التنفسي (الرئتان)، الجهاز العصبي (المعدة)، الجهاز البولي (الكليتان).

إذ أن سلامة هذه الأجهزة تجعل اللاعب إنسانا قادرا على أداء جميع الحركات المطلوبة منه أثناء التدريب وتعفيه من الوقوع في إصابات يمكن أن تحدث أثناء التدريب³. ولمراعاة صحة اللاعب يجب أولا إجراء الكشف الطبي الدقيق للاعبين قبل بداية الموسم بشهر وذلك لإجراء مزيد من الفحوص في حالة اشتباه معين أثناء الكشف الأولي وذلك لدقة الفحص الطبي، هذا بالإضافة إلى مداومة الكشف الطبي الدوري لمراعاة الحالة الصحية باستمرار خاصة قبل المباراة مع وجود بطاقة صحية والتاريخ الصحي للاعب⁴.

2.6.2. مراجعة طبيب الأسنان:

تعتبر مراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم من الإجراءات الصحية والوقائية لتفادي الأمراض العديدة للأسنان ويذكر الباحثون الأهمية القصوى لسلامة الأسنان وأن مرض يؤدي إلى تلفها وبالتالي فقدان الوسيلة الأولى من وسائل الهضم الطبيعية للإنسان مما يؤدي إلى عدم

1 بهاء الدين سلامة، فسيولوجية الرياضة والأداء البدني لاكتات الدم ، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000، ص113.

2 LEMUEL W. TAYLOR IV, NUTRITIONAL GUIDELINES FOR ATHLETIC PERFORMANCE, CRC Press et francis Group, 2012, p89.

3 أبو العلا عبده السيد، دور المدرب واللاعب في إصابات الرياضية، الوقاية والعلاج، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1984، ص126.

4 روفائيل حياة عياد، إصابات الملاعب، منشأة دار المعارف، الإسكندرية، 1990، ص12.

هضم الطعام في الفم ويلحق أضرار كبيرة بالمعدة ويسبب تكرار عسر الهضم لدى الإنسان ناهيك عن الرائحة الكريهة للفم مما يخل باللياقة العامة للإنسان في المجتمع¹. بالإضافة إلى النقص في الطاقة التي تؤدي حتماً إلى انخفاض مستوى الأداء الرياضي، الأمر الذي يتطلب بالضرورة العناية بالأسنان وتجفيف الفم عن طريق زيارة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم².

خلاصة:

إن دراسة وفهم الممارسات السلوكية المعززة بالصحة هي الخطوط الأولى نحو الابتعاد عن المخاطر الكبيرة الناتجة عن عدم الاهتمام بها. ولقد حاولنا في هذا الفصل معرفة النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي ومعرفة سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، وهذا من أجل تجنب الرياضيين العادات الصحية غير الجيدة التي تسهم في الأذى الصحي وتعرضهم لمشاكل صحية متعددة قد تؤدي بهم إلى إصابات، وفي الوقت نفسه تقف حائلاً دون التطور الذي ينشده الرياضي على المستوى البدني والمهاري والنفسي من أجل تحقيق أفضل الانجازات الرياضية.

1 مازن عبد الهادي أحمد، وآخرون، السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين، مجلة علوم التربية الرياضية، العدد 7، 2008، ص18.
2 أبو العلا أحمد عبد الفتاح، كمال عبد الحميد إسماعيل، الثقافة الصحية للرياضيين، مرجع سابق، ص284.

تمهيد:

إن للسلوك الغذائي للرياضيين أهمية كبيرة في تحقيق الإنجازات الرياضية، فكثيرا ما تكون التغذية غير صحية أحد أسباب الإخفاق الرياضي، بل تتعدى ذلك إلى التأثير على الصحة العامة للرياضيين، وهناك العديد من الرياضيين لهم اعتقادات وممارسات غذائية خاطئة تؤثر بشكل مباشر على عطائهم الرياضي، لذا يجب على الرياضيين أن يولوا عناية خاصة بالحالة الغذائية، وهذا لا يتم إلا إذا توفرت لديهم المعلومات السليمة عن التغذية الصحية.

أولاً: السلوك الغذائي.

1.3. مفهوم السلوك الغذائي:

أفضل سلوك غذائي يبدأ مع العائلة، لأن الرياضي يعيد النظر في العادات الغذائية بحكم ابتعاده على العائلة، لذلك من الضروري إعلام الرياضي بالعادات الغذائية الجيدة والسيئة في أسرع وقت ممكن، خاصة من طرف المختص في التغذية الرياضية الذي يرافق عادة طبيب الفريق.

ويتداخل السلوك الغذائي مع التعليم الغذائي الذي هو عملية توظيف التأثيرات الإيجابية لتشجيع الأكل الصحي والتي من المرجح أن تكون أكثر فائدة من برنامج يستخدم نهج التحذير بالخوف¹. فالمدرب الرياضي لديه فرصة أفضل للتأثير على السلوك التغذوي للرياضي من خلال التأكيد على العلاقة بين التغذية والأداء الأمثل للرياضي والانتعاش، بدلا من غرس الشعور بالذنب والخوف مع تحذيرات حول ما يجب تفاديه، وذلك باستمرار في تعزيز " ما يجب القيام به"، وتناقص حوار حول " ما لا تفعل "ستساعد الرياضيين الشباب على تعلم نهجا متفائلا إلى التغذية. وإذ تؤكد فوائد فورية أو على المدى القصير هو أيضا أكثر احتمالا أن تكون فعالة أكثر من مجرد ربط الرسالة التغذوية مع نتائج بعيدة الأمد.

كما أن تعدد الاختيارات بالنسبة للرياضي سوف تساعد على ضمان النجاح. فمثلا الرياضي يستجيب بشكل أسرع إذا أعطي عدد من الخيارات التي من شأنها أن تؤدي إلى التغييرات الغذائية الإيجابية، وهذا ما يحدث مع المدرب عندما يشجع الرياضيين على اختيار أهدافهم الغذائية الخاصة والممارسات مما يزيد من إحساسهم بالملكية والمسؤولية عن خياراتهم الغذائية، وسوف يكون مدرب رياضي نجاح أكثر إذا قدم عدد من الخيارات الغذائية، وجميعها تكون مفيدة، بدلا من توجيهه نحو تغيير غذائي واحد ومعين، فمثلا يمكن للمدرب الرياضي حسب معرفته من أن يقترح على الرياضيين تحديد بعض الخيارات كأن يوصي بتناول كمية كافية من المياه المعدنية، تناول أكبر قدر من الخضر الطازجة غير المطهية استهلاك الفواكه الغنية بفيتامين C إلى غير ذلك من الخيارات المتعددة حسب الظروف المحيطة، ثم السماح للرياضي باختيار أي من هذه الأهداف والانطلاق ثم التركيز على واحدة منها.

1 Robert M. Hackman, Jane E. Kutra, Susan M. Geertzen: **The Athletic Trainer's Role in Modifying Nutritional Behaviors of Adolescent Athletes: Putting Theory into Practice**, Journal of Athletic Training, Volume 27, N0 3, 1992, p262.

وفي هذا الصدد يوجز محمد محمد الحماحمي كيف يمكن أن تتحقق التربية الغذائية للرياضيين بغرض التطبيق العملي للمعطيات النظرية للتغذية وتنمية المفاهيم الايجابية المتعلقة بأساليب التغذية الجيدة وذلك في النقاط التالية¹ :

- الإلمام بمكونات الأغذية من حيث قيمتها الحرارية (valeur énergétique) ونوعيتها والنسب المئوية للجسم من البروتينات والكربوهيدرات والدهون والفيتامينات والمعادن.
 - معرفة دور العناصر الغذائية في الجسم وأهمية كل عنصر من تلك العناصر لحياة الإنسان، وأهم الأعراض الناجمة عن النقص في واحد من هذه الأغذية.
 - معرفة كيفية تحديد الاحتياجات اليومية للجسم من تلك العناصر الغذائية وفقا لعدة متغيرات، مثل تحديد الاحتياجات وفقا لنوع الرياضة الممارسة والحالة الصحية وأسلوب الحياة.
 - إدراك لعديد من الظروف المؤثرة في تغذية الرياضيين كالظروف البيولوجية، النفسية، الاقتصادية والثقافية و التدوق.
 - التغلب على العديد من الأخطاء التي يرتكبها بعض الرياضيين في حياتهم الغذائية مثل النقص أو الزيادة في الطاقة وعدم مراعاة التوازن بين نسب الطاقة الكلية في الوجبات اليومية وفقا للتوصيات المقررة للرياضيين.
 - تناول السكريات يشكل زائد عن المعدل المقرر.
 - تناول الزائد من الدهون عن الكميات المقررة في الوجبات اليومية مع عدم مراعاة التوازن في نسبة الدهون الحيوانية
 - نقص في تناول عناصر الحديد والمغنيزيوم نتيجة عدم تناول الأغذية المحتوية عليهما بالكميات التي توفر للجسم حاجاته من هذين العنصرين.
 - عدم تناول كميات مناسبة من السوائل في اليوم بما يلبي احتياجات الجسم منها أو يتماشى مع المجهود البدني المبذول أو حالة التدريب أو المنافسات.
 - تناول المكملات الغذائية دون استشارة أخصائي التغذية.
- ولكن، رغم كل التوجيهات الغذائية التي يتلقاها الرياضي ومختلف الطرق المتبعة في تحسين سلوكه الغذائي، فإن الرياضي يعود بشكل سريع إلى عاداته الغذائية حتى وأن كانت غير صحية ولا تتماشى مع نوع النشاط الرياضي، أو فترة المنافسة أو الاسترجاع¹.

1 محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، مركز الكتاب للنشر، ط1 ، القاهرة، مصر، 2000 ، ص ص 317-346.

2.3. علاقة الغذاء بالصحة:

أكد المهتمين في مجال الصحة والتغذية على الأثر الإيجابي الذي تحدثه التغذية في حياة الفرد، ولقد أكدت وزارة الصحة في بريطانيا عام 1947 على أن التغذية هي عماد الصحة العامة للأفراد.

حيث ذكرت روز Rose بأن صحة الإنسان تتأثر بالعديد من العوامل المتداخلة والتي من أهمها الهواء النقي وعدم التلوث البيئي، الاسترخاء النفسي والعصبي، ممارسة النشاط البدني والرياضة، والتغذية التي تعد من أهم تلك العوامل.

كما أشار ماك كولم Mc Colum عام 1920 إلى أن التغذية يجب أن تهتم ببناء جسم الإنسان، وتوفير الصحة له وألا يقتصر دورها على الوقاية من أمراض سوء التغذية أو معالجة الأمراض الناتجة عنها والتي تكون بسبب تناول أغذية غير متكاملة أو غير متوازنة إما بزيادة أو نقص واحد أو أكثر من العناصر الغذائية الأساسية لنمو الجسم والضرورية للمحافظة على صحته.

وكذلك أشار هوبكنز Hopkins إلى أن للتغذية أثر إيجابي في حياة الإنسان، وأكد على أهميتها في تحقيق الكفاية الصحية له، وكان ذلك في عام 1931، ولذا نصح بأهمية اهتمام الإنسان بالتغذية من أجل تمتعه بالصحة نظرا لأنها تحتوي على جميع العناصر الأساسية التي تحقق له ذلك².

كما أن هناك عدة دراسات تؤكد على العلاقة الموجودة بين نوع الغذاء وصحة الأفراد والعلاقة بين الغذاء والنمو وزيادة الطول والوزن والصحة البدنية.

3.3. اختبارات السلوك الغذائي:

في وقتنا الحاضر يوجد العديد من الاختبارات السلوك الغذائي التي يمكن استخدامها لاكتشاف مدى سلامة النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، ومعرفة فيما إذا كان هذا الأخير يتبع السلوك الغذائي الصحيح والمناسب أم لا.

1 Eric Jousselin, *La médecine du sport sur le terrain*, Masson, paris, 2005, p115

2 محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، مرجع سابق، ص54.

ولعل من أفضل تلك الاختبارات على الإطلاق، نموذج الذي يقيس مدى الوعي الغذائي لدى الفرد من خلال الإجابة على بعض الأسئلة الهامة حول طريقة وكيفية تناول الغذاء، ليتم بعدها تقييم تلك الإجابات بدرجات ذات دلالة معينة على مدى صحة النظام الغذائي.

إن الاختلال في تناول الأغذية سواء من ناحية الفترات التي يجب تناولها فيه أو من ناحية كمية الغذاء الواجب تناولها أو نوعية الغذاء التي يجب على الرياضي انتقائها والتي من الممكن أن تؤثر على مستوى الأداء لديه لهي دليل على سلوك الفرد تجاه كمية ونوعية الغذاء المتناول وفترة تناوله، قبل أو بعد الحصة التدريبية أو حتى في المنافسات الرياضية.

أشارت عدة دراسات تختص في التغذية والأداء الرياضي تم نشرها من طرف جمعية التغذية الأمريكية (ADA) American Dietetic Association و كلية الطب الرياضي الأمريكية (ACSM) American Colloge of Sports Medicine أن أي شخص يمارس نشاط يريد أن يصل بحالته الصحية وأدائه إلى المثالية فهو يحتاج إلى إتباع تغذية جيدة و إماعة (شرب الماء) بطريقة علمية، مكملات غذائية، أو من أجل التخلي عن الوزن الزائد، مع تناول أغذية متنوعة وبكمية كافية.¹

كما أن الممارسات الغذائية تؤثر على الأداء الرياضي والشفاء من الإصابة. لذلك يتم وضع مدرب رياضي لإحداث تغييرات في النظام الغذائي مع الرياضيين. حيث سيتم عرض لبعض استراتيجيات تغيير السلوك، استنادا إلى نماذج مستمدة من التثقيف الصحي، والتي من المحتمل أن تؤثر على الخيارات الغذائية من خلال تعزيز مفهوم الاختبار والتحكم وتقنيات تحديد الأهداف، والرصد الذاتي السلوكي التي قد توفر الإطار التحفيزي اللازم لتعزيز التمثيل الغذائي إذ أن استراتيجيات تغيير السلوكات الغذائية هي جزء مهم من موارد المدرب الرياضي.²

4.3. الرياضيين حسب نوع سلوكهم الغذائي:

يمكن تقسيم الرياضيين إلى ثلاث فئات حسب وجهة النظر الغذائية:

1.4.3. نوع لا يهتم بمبادئ وأصول التغذية:

وهم الرياضيون الذين لا يهتمون بأهم الأسس العلمية للتغذية في حياتهم أو قد يجهلون أصول ومبادئ التغذية الجيدة ومن ثم يتناولون في وجباتهم الغذائية أي نوع من الطعام وبأية كمية وفي

1 Melinda M. Manore, Nutrition and Physical Activity: Fueling the Active Individual, Research Digest, serie 05, N01, 2004, p1

2 Robert M. Hackmam, Jane E. Katra, Susan M. Geertsen: op cit, p66.

أي وقت. لذلك يواجه هؤلاء الرياضيين بعض المتاعب الصحية التي تنتج عن سوء تغذيتهم المرتبطة بزيادة كمية الطعام التي يتم تناولها عن احتياجاتهم اليومية أو المرتبطة بهدم تناول كميات كافية من بعض العناصر الغذائية الأساسية.

2.4.3. نوع يهتم بالتشدد بإتباع النصائح والإرشادات في تغذيته:

وهو نوع من الرياضيين الذي يحاول بقدر المستطاع أن يكون مثاليا في تغذيته عن طريق إتباعه نظام غذائي معين يطبق من خلاله كل النصائح والتوجيهات التي يتلقونها من وسائل الإعلام والاتصال أو من بعض الأشخاص المقربين بهم دون مراعاة لحاجاتهم اليومية وظروفهم الشخصية. لذلك يكونون عرضة لشكوك في جميع الأغذية المقدمة لهم ولهم مفاهيم غذائية خاصة.

3.4.3. نوع يوازن بين علم التغذية وتذوق الطعام:

وهذا النوع من الرياضيين يكون مثاليا في تغذيته لإمامه بمبادئ وأصول التغذية الجيدة ولدرايته باختيار الأغذية التي تتماشى مع تذوقه دون أن يحدث له أيا من المتاعب أو المشاكل الصحية المرتبطة بسوء التغذية. وبذلك تستطيع هذه الفئة من الرياضيين تحقيق التوازن الغذائي والتوازن النفسي لذاتها.¹

5.3. تغيير السلوك الغذائي:

معظم الأفراد سواء رياضيين أو غير ذلك يعملون على تغيير سلوكياتهم إلى سلوكيات صحية خاصة بهم عندما يرون سببا لتغييرها أو عندما يعلمون أن التغيير سوف يحدث فرقا إيجابيا في حياتهم. ومن الفوائد المحتملة الناتجة عن الخيارات الغذائية المثلى هي زيادة في المستوى الأداء الرياضي، وانخفاض في وقت الشفاء بعد الإصابة، وهو أكبر ضمان للنمو البدني الأمثل، زيادة مفهوم الذات، والتعود على أنماط الأكل على المدى الطويل التي من المحتمل أن تساهم في صحة جيدة في وقت لاحق في الحياة.

تختلف الخيارات الغذائية للرياضيين وتتأثر بالعديد من العوامل التي ترتبط:

- بالجوانب النفسية للفرد.
- وبطبيعة النشاط الرياضي.
- وفترة ممارسته. ولعل أكثر هذه العوامل نجد الحرص على صورة الجسم.

1 محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، مرجع سابق، ص213.

لذا الرياضيين خاصة المراهقين منهم غالبا ما يشعرون بالحاجة إلى الحفاظ على القيمة الاجتماعية، التي يمكن أن تترجم من الناحية التغذوية في الأطعمة التي يتناولونها أمام أقرانهم. - دور المدرب إذ يمكن للمدربين ذوي الدراية بالجوانب الغذائية للرياضيين مساعدة الرياضيين في إيجاد توازن صحي في الأطعمة. فبعض التوجيهات الغذائية التي يقدمها المدرب للرياضي مهما كانت بسيطة هي كل ما يحتاجه الرياضي لتبني سلوكيات صحية معززة. وبالتالي يمكن للرياضيين أن يكتشفوا بأنهم قادرون على تناول الطعام بشكل صحي والحفاظ على صورة قوية في نفس الوقت.

ويستند تغيير السلوك الغذائي على الكفاءة الذاتية لتحديد الأهداف والنتائج أو التوقعات، على نظرية الكفاءة الذاتية. فالكفاءة الذاتية هو وضع شكل معين من الثقة بالنفس، والشعور بإمكانية أن يفعل الفرد ما يجب القيام به في حالة محددة. فمثلا هذا الشعور، " يمكنني القيام به"، يشير الحكم الشخصي لمدى إمكانية الفرد من تنظيم وتنفيذ المعكوس من السلوك. باندورا Bandura اقترح أربعة مصادر من تحقيق الكفاءة الذاتية لتغيير السلوك، حيث يمكن تحقيق الكفاءة الذاتية من خلال الطرق الأربعة التالية:

أ. الممارسة الموجهة من السلوك (وهو تحقيق بالموقع من خلال إتقان مهارة).

ب. تجارب بالإثابة عن نجاح سابق (النمذجة من أقرانه، والمدربين، والتفكير في النجاحات السابقة).

ج. الإقناع الاجتماعي (لوحات الإعلانات، وتبادل الأفكار والقوائم، والمكافآت، وإشراك الأسرة والمدربين في شبكة الدعم الإحتماعي، وشهادات للنجاح).

د. القدرة على رصد التغيرات الفسيولوجية (زيادة سلوكيات الإيجابية، وخفض السلوكيات السلبية، ونشط الأدوار من السلوك المطلوب في الحالات الصعبة، وتحديد الأهداف).¹

1.5.3. نمذجة النظير:

ويقصد بها أخذ النموذج الغذائي على الأقران وهي طريقة أخرى فعالة لتعزيز مفهوم الاختبار والتحكم. فالرياضي في كثير من الأحيان يأكل ما يأكل أقرانه، وبالتالي إذا أمكن للمدرب الرياضي التأثير على قائد الفريق لتناول طعام أكثر من الناحية التغذوية، فان الرياضيين آخرين من المرجح أن يحذو حذوه. كما أن سلوك الآخرين مثل الأصدقاء ورموز السلطة مثل المدربين

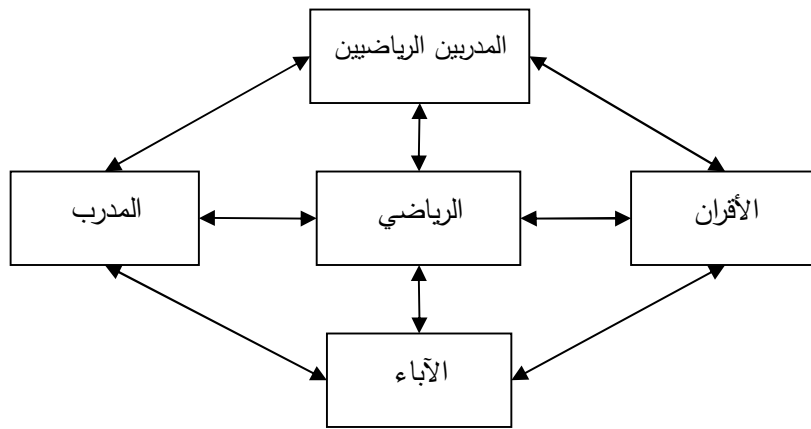
1 Robert M. Hackmam, Jane E. Katra, Susan M. Geertsens, *op cit*, p 262

والمعلمين، والآباء والأشقاء الأكبر سناً، والرياضيين العاملين، من العوامل الهامة في التأثير على الأفراد لجعلها مواتية لتغيرات السلوك الغذائي. وما يدعم هذا الرأي نجد نموذج النية أو القصد السلوكي الذي تطرقنا إليه في فصل السلوك الصحي تشير إلى أن تصورات الناس لمواقف الآخرين نحو سلوك معين أو مجموعة من السلوكيات مهمة جداً، ويعتبرون هذا المواقف أهم من سلوكياتهم الخاصة بهم. لذلك يجب أن يكون المدرب الرياضي على دراية بمعلومات التغذية للرياضيين، بالإضافة إلى ذلك، يجب على المدرب الرياضي ممارسة السلوكيات المرغوبة التي ستعتمد من قبل الرياضيين.¹

2.5.3. نهج النظم التعاونية:

نهج النظم التعاونية، كما هو مبين في الشكل رقم (12)، هو أحد السبل لتوضيح ديناميكية التفاعلات بين الناس الذين يمكن أن تؤثر فيهم الخيارات الغذائية، ونجد منهم الرياضيين. فالمدرسين وأولياء الأمور وغيرهم من أفراد الأسرة، من العناصر الهامة في شبكة دعم الرياضي ويمكن تشجيعه على المشاركة بنشاط معين.

كما يمكن تشجيع نهج النظم من قبل المدرسين الرياضيين بمجموعة متنوعة من الطرق، المدرب الرياضي هو في وضع فريد لدعوة الآباء والمدرسين لحضور ورش العمل والرياضة والتغذية مع الرياضيين. ويمكن أيضاً تشجيع المدرسين وأولياء الأمور وغيرهم من أفراد الأسرة على المشاركة في الأنشطة المشتركة وتحديد الأهداف من التغذية، والمنافسة بين الآباء والأمهات، والرياضيين، والمدرسين بشأن الكيفية التي يمكن أن تدعم رياضي في تحقيق الأداء الرياضي المطلوب.



الشكل رقم (04): مقارنة النظم التعاونية التي يمكن أن تؤثر في الخيارات الغذائية.

فمثلا من بين الطرق التي تشجع هي أنه يمكن منح الائتمان للرياضيين الذين يحاولون تناول وجبة خفيفة من الكربوهيدرات أو استبدال الكربوهيدرات من الأطعمة عالية الدهون. لذا يعتبر تقاسم الأفكار عامة وتعزيز الجهود المبذولة لمحاولة أكل الأطعمة أو السلوكيات الأكل الجديدة يحفز الدعم الاجتماعي والكفاءة الذاتية للرياضي.

3.5.3. التسويق الغذائي للرياضيين:

تظهر رسائل التسويق والإعلان تأثير قوي على السلوكيات الغذائية للرياضيين، ومن خلال توظيف الرياضة والأبطال الرياضيين لبيع المشروبات الغازية، والمنتجات الغذائية، وحبوب الإفطار، والعديد من المنتجات الأخرى. يمكن للمدرب الرياضي استخدام استراتيجيات التسويق بطرق مشابهة، على سبيل المثال يمكن أن يعرض لوحة إعلانات في قاعة التدريب لتحفيز الرسائل التغذوية، جنبا إلى جنب مع صور من الرياضيين المعروفين.

4.5.3. تحديد الأهداف:

تحديد الأهداف هي وحدة من أكثر الوسائل التي يمكن أن توظف المدربين الرياضيين لمساعدة الرياضيين الصغار في تناول الطعام بشكل جيد، وأهم عنصر من تحديد الهدف هو التركيز على السلوك المرغوب. وهناك طريقة بسيطة من خمس خطوات من تحديد الأهداف تشمل هذه العناصر¹:

1. تحديد السلوكيات لتحقيق هذا الهدف.

2. تحديد الشخص أو الأشخاص المسؤولين عن الدعم.

3. وضع خطة عمل أولية.

4. تحديد المكافأة.

ويوصى عموما بالأهداف السلوكية انطلاقا من الأهداف الناتجة، لأن الشخص لديه السيطرة على سلوكه، فمثلا لاعب ألعاب القوى لديه السيطرة على إتباع نظام غذائي منخفض الدهون يوميا يتكون من ستة إلى عشرة حصص من الكربوهيدرات بشكل عام، أربع حصص من الخضروات، أربع حصص من الفواكه، وجبتين من البروتين، واثنين إلى ثلاث حصص من الأطعمة الغنية بالكالسيوم، وثمانية أكواب من الماء. في المقابل رياضي آخر قد لا يكون له السيطرة، وبالتالي لا يعرف إذا ما يفقد جسمه الدهون أو يكسب كتلة من العضلات. ولذلك

1 Robert M. Hackmam, Jane E. Katra, Susan M. Geertsen, *op cit*, p 265

الأهداف التي تركز على تغيرات الموجهة نحو تحقيق نتائج في تكوين الجسم عموماً لا ينصح بها الرياضيين، لذلك المدرب الرياضي يمكن أن يربط الأهداف السلوكية مع النتائج ويشجع دائماً على التركيز على السلوكيات لتفعيل أسلوب تحديد الأهداف.

5.5.3. الضبط الذاتي للسلوك:

دفتر الاختيار الغذائي هو أداة مفيدة لتعزيز اختيارات الغذاء الصحي بطريقة ايجابية، وبشكل مقصود. حيث يمكن عرض قائمة من فئات الطعام عن كل يوم بشكل مكتوب أو بشكل رسم، مع وضع العدد المستهدف من كل فئة كون هذا العدد يمثل أيضاً هدف الرياضي. إذ يمكن لأي مدرب رياضي وضع ورقة الاختيار مماثلة وتوزيع نسخ مباشرة للرياضيين، أو تقديم الأوراق للمدربين للاستخدام مع الفريق. عندما يتم تنفيذ ورقة الاختيار مع اللاعب، وهو بمثابة تذكير وحافز بشأن الأطعمة التي يجب تناولها.

6.5.3. الاستعداد والرغبة:

يجب أن يكون لرياضيين على استعداد قبل أن يتمكنوا من اتخاذ الخطوات اللازمة لتغيير ممارساتهم الغذائية. والاستعداد هو "امتلاك السلوكيات والمواقف والمهارات والموارد المصاحبة التي تجعل من الممكن للأفراد إدماج السلوك الصحي الجديد في نمط الحياة الدائمة. إذ يمكن للمدربين الرياضيين تطبيق مبادئ التربية الغذائية والبحوث للتأثير على الرياضيين من أجل اتخاذ خيارات غذائية صحية. كما يمكن للمدرب الرياضي تثقيف الرياضيين حول أساليب التدريب الغذائية التي تعزز مفهوم الذات الإيجابي فضلاً عن تعزيز الأداء، والمساعدة في الشفاء من الإصابات، وتساهم في تحسين الصحة عموماً. والهدف الأساسي للرياضي هو المشاركة في المنافسة الرياضية وهو في أفضل حالاته البدنية والعقلية الممكنة. بالإضافة إلى ذلك تغيير اللاعبين للوصول إلى الأهداف الشخصية والرياضية الخاصة بهم.

6.3. الاضطرابات السلوكية الغذائية:

حسب المعهد الفرنسي للصحة والبحوث الطبية (2002)، فإن اضطرابات السلوكيات الغذائية (TCA Troubles des Comportement Alimentaire)، هي مجموعة إختلالات مصحوبة باضطرابات نفسية تؤدي إلى اضطرابات أو إختلالات فسيولوجية تمس الشهية للطعام أو استهلاك وتناول الأغذية. حيث أن هذه الإختلالات يصاحبها اضطراب صورة الجسم ويظهر عموماً عند المراهقين.

الـ (TCA) اضطراب السلوك الغذائي يرتبط بعوامل وراثية وعوامل نفسية متعلق بالفرد وبشكل ضيق ترتبط بالتداخل مع العوامل المحيطة (البيئية) والمتعلقة أساسا بالعائلة والعادات الثقافية و الاجتماعية للمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.¹

والوقاية من أهم السبل لتفادي الاضطرابات إذ أن حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) هناك ثلاثة أشكال للوقاية وهي:

- الوقاية الأولية la prévention primaire: وهي مجموعة الطرق المتاحة للفرد من أجل منع ظهور الاضطراب، المرض أو أعراض المرض (عن طريق إعلام الأفراد، استهداف مجموعة أو فرد بذاته، توعية صحية أو تربية صحية، تطعيم...)

- الوقاية الثانوية la prévention secondaire: وهي الكشف المبكر للأمراض من أجل كشف المرحلة التي وصل لها المرض مع إمكانية معالجته.

- الوقاية من الدرجة الثالثة la prévention tertiaire: في هذه الحالة يجب العمل على تجنب التعقيدات بالنسبة للأمراض التي ظهرت حقا، وتجنب المعاناة في الوقوع فيها.

ثانيا: تغذية الرياضيين.

1.3. علاقة التغذية بالأداء الرياضي:

يعتبر اتخاذ الخيارات الغذائية بما يتماشى مع الأداء البدني والعقلي الأمثل هو جزء لا يتجزأ من برنامج التدريب الرياضي. إذ أن هناك تأثير كبير للتغذية على الأداء الرياضي، وذلك لأن النظم الفسيولوجية والبيوكيميائية مستمرة في النمو، وتظهر هنا الحاجة الضرورية لدعم خارجي من الأنسجة لأحداث نمو أكبر مما سيكون عليه في مرحلة البلوغ. لكن لسوء الحظ، فإن معظم الرياضيين يجعل من بين خياراته الغذائية خيارات سيئة بانتظام. وبالتالي يمكن للمدربين الرياضيين توفير خيارات جيدة مع الأدلة اللازمة لتعزيز الأداء والتعافي من الإصابة وهذا لا يمكن تحقيقه إلا من خلال حسن اختيار برنامج غذائي. كما أنها يمكن تحفيزهم لدمج التغذية الجيدة في برنامج التدريب الشامل.

قد تتعرض حالات الرياضيين الغذائية والصحية للخطر بسبب سوء التغذية أو نتيجة الممارسات الغير صحية عند اختيار الأغذية، وعدم كفاية المعرفة الغذائية، والتناول المتكرر

1 J. Monthuy-Blanc, **Troubles du Comportement alimentaire**: quand le sport n'est plus synonyme de bien-être..., Performance & santé, décembre 2010,N14, p04.

للأغذية غير المناسبة مثل المكملات الغذائية، وهنا يجب التركيز على شيء هام وهو أن البعض قد يستهلكون السعرات الحرارية الكافية لكن قد تكون الوجبات الغذائية ناقصة نسبيا في المغذيات الدقيقة أو المعادن مثل الحديد والمغنيزيوم، الصوديوم والبوتاسيوم، الفوسفور والكالسيوم والتي هي ضرورية لأداء أمثل في مجال الرياضة أو لدعم النمو البدني العادي¹.

في العديد من الرياضات التي يهيمن عليها الذكور، ارتبط التلاعب بالوزن مع الممارسات الغذائية غير الموصى بها ، مثل فقدان الوزن السريع المستخدمة في المصارعة، وزيادة كبيرة في الجسم الشامل في كرة القدم، إذ أن المزيج من المطالب المادية العالية والقيود الغذائية يضع العديد من الرياضيين في خطر كبير من نقص التغذية وإمكانية تطوير اضطراب في الأكل.

وقد تؤثر بعض الجوانب النفسية للفرد على سلوكه الغذائي ولعل أهم هذه الجوانب هي معتقدات الرياضي حول جسده إذ يمكن أن تشكل تحفيز لسلوكه الغذائي والعمل على المحافظة عليه. ويمكن لصورة الجسم الايجابية بناء الثقة بالنفس ومساعدة الرياضي على تحقيق الأهداف بما يتفق مع الأداء الرياضي الأمثل ونمط حياة صحي، من ناحية أخرى، الاستياء من صورة الجسم أو صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤدي إلى تدمير السلوكيات الذاتية، صورة الجسد هي قضية عاطفية مكثفة مع العديد من الرياضيين كيف يرون أنفسهم وكيف يفكرون أن يراهم الآخرون وهذا له تأثير عميق في الخيارات الغذائية الخاصة بهم . قد يتعرض الرياضيين المراهقين لتأثيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية بسبب التغذية غير الصحية، كما أن الزيادات الكبيرة في النمو الجسدي والتطور يؤدي إلى زيادة الطلب على الفيتامينات والمعادن والبروتين، والطاقة. كما أن التغيرات النفسية والاجتماعية مثل البحث عن الاستقلال والهوية، والحرص على المظهر، وأنماط الحياة النشطة يمكن أن يكون لها تأثير قوي على العناصر الغذائية.

لقد بين أحد الباحثين أن سبب الأداء الضعيف كذلك لدى بعض الرياضيين الذين يتناولون كميات كبيرة من الدهون في غذائهم يرجع إلى العوامل التالية:

- أن تكلفة الطاقة الحرارية تكون عالية عندما يعتمد الجسم على حرق الدهون كمصدر أساسي للطاقة.

- في خلال عملية حرق الدهون في الجسم تنتج أجسام تسمى بالأسيتون ولقد وجد أن مردود الرياضي يقل عندما يقوم الجسم بالتخلص من هذه الأجسام.

1 Robert M. Hackmam, Jane E. Kutra, Susan M. Geertsen, *op cit*, p263.

- تناول كميات كبيرة من الدهون وتقليل كمية المواد النشوية قد يؤدي إلى هبوط السكر في الدم وهذا يؤثر على الأداء الرياضي.¹

2.3. أهمية العناصر الغذائية الرئيسية للرياضي:

1.2.3. أهمية البروتين:

منذ القدم وفي جميع الألعاب الرياضية، والبروتينات تعتبر العناصر الغذائية الأساسية للأداء الرياضي. ففي العصور القديمة الرياضيين يأكلون الكثير من اللحوم. اليوم اللاعبين لديهم مجموعة واسعة من المكملات البروتين والأحماض الأمينية لزيادة كمية البروتين الجسمي.

وفقا لبعض الدراسات، التدريب التحمل والمقاومة يمكن أن يعمل على زيادة احتياجات الجسم من البروتين يوميا للحد الأقصى من 1.2 غرام إلى 1.6 غرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم (بالمقارنة مع الكمية الموصى بها لشخص غير ممارس للرياضة وهي 0.8 غرام لكل كيلو غرام من الجسم). لكن لم تكن هذه الزيادة في الاحتياجات من البروتين لم يتم التأكيد عليها بشكل واضح، خاصة فيما يتعلق بالطرق المختلفة المستخدمة لتقييم الاحتياجات البروتينية.²

إذ أن الدراسات الغذائية تبين أن غالبية اللاعبين لديهم كمية بروتين (apport protidique) تزيد على 1.2 غرام إلى 1.6 غرام لكل واحد كيلو غرام من وزن الجسم في اليوم، دون الأخذ في الحسبان المكملات البروتين. معظم اللاعبين ولذا ليست هناك حاجة في التشجيع على استهلاك المزيد من البروتين. في الواقع، فإن أي شخص يتغذى بطريقة صحيحة ومتنوعة وغنية بحيث أن هذه المواد المغذية تفي بالغرض الطاقوي الضروري بما في ذلك البروتينات الضرورية اللازمة للجسم، بما في ذلك احتياجات إضافية التي يسببها التدريب في المستوى العالي.

1 عبد الرحمان مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، ط1، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين، 1989 ، ص09 .

2 L'alimentation du joueur de football, Guide pratique de l'alimentation pour un corps sain et une performance optimale, Conférence Internationale, siège de la FIFA à Zurich, 2005, p14.

ولقد حددت منظمة الأغذية والزراعة (FAO) المقدار الأمثل للبروتين في الغذاء اليومي للإنسان بغرام واحد لكل كيلو غرام من وزن الجسم مع الوضع في الاعتبار أن الوزن المثالي للرجل هو 70 كغ للرجل وللمرأة 58 كغ.¹

وتزداد الاحتياجات اليومية للبروتين حسب متطلبات الجسم فعند الرياضيين تزداد كمية البروتين اليومية من أجل تعويض الكمية المفقودة نتيجة النشاط البدني، حيث يربط هذا الأخير بشدته وفترته.

ومن المؤكد أن ممارسة النشاط الرياضي وخاصة العنيف والمرتعق الشدة يؤدي إلى هدم الملايين من خلايا الجسم، ولتعويض هذا الفقدان يحتاج الجسم إلى كميات متزايدة من البروتين. وتوجد قاعدة هامة هي أنه إذا تساوت الكمية التي يأخذها الجسم من البروتين مع الكمية التي يفقدها يعتبر الجسم في حالة توازن. ويسمى هذا النوع من التوازن بالتوازن النتروجيني. فإذا كانت كمية البروتين التي يتناولها الفرد أكبر من كمية البروتين المفقود أعتبر التوازن موجبا، أما إذا كانت كمية البروتين التي يتناولها الفرد اقل من كمية البروتين المفقود أعتبر التوازن سالبا. عموما في حالات النمو والنفاهة من المرض، تكون عمليات البناء أكبر من عمليات الهدم، وهنا يحتفظ الجسم بكمية أكبر من النتروجين الغذائي لبناء البروتينات في الجسم، ولا يفرز إلا كميات قليلة من النتروجين، وفي هذه الحالات يكون الميزان النتروجيني موجبا. أما في حالات الإصابة والحروق ونقصان الفيتامينات، فإن عمليات الهدم تكون أكثر من عمليات البناء وهنا يكون الميزان النتروجيني سالبا.

لشخص رياضي يتطلب ميزانا نتروجينيا موجبا بصفة مستمرة لنمو وبناء عضلاته، وعند زيادة تناول المواد البروتينية لدى الرياضيين وغيرهم لا يحدث خلا في التوازن النتروجيني حيث يتم التخلص من البروتينات الزيادة، ولا تخزن في الجسم، ولكن يمكن أن يكون لها بعض الآثار السلبية في الجسم.²

1 محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، مرجع سابق، ص125.

2 حسن محمد أحمد عثمان، مفهوم وأساسيات التغذية عند الرياضي، دار جامعة السودان للنشر والطباعة والتوزيع، السودان، 2011، ص17.

2.2.3. أهمية الدهون:

من الضروري تناول بعض الكميات من الدهون في الأغذية التي نتناولها يوميا، لأن هذه الأخيرة تحتوي على بعض الفيتامينات مثل فتامين A, D, E, K ، كما أن الدهون تعتبر مصدر طاقتي هام في النشاطات البدنية المتغيرة والشديدة منها.¹

تستخدم الدهون كمصدر للطاقة أثناء النشاط الرياضي معتدل أو متوسط الشدة، وعند زيادة النشاط الرياضي أكثر من ساعة يلاحظ زيادة في استهلاك الدهون ويمكن أن تمد الجسم بحوالي 90% من الطاقة المطلوبة، وبناء على ذلك فإن نقص الدهون يمكن أن يؤثر على مستوى أداء الأنشطة الرياضية.²

يجب أن لا توفر الدهون أكثر من 30% من الطاقة الحرارية التي يحتاجها الرياضي، لأن زيادة كمية الدهون في الغذاء تقلل من كفاءة الإنجاز الرياضي، فلقد أظهرت إحدى الدراسات أن طول فترة التحمل للتمرين تكون ثلاث أضعافها عند تناول وجبة غنية بالمواد النشوية مقارنة بوجبة غنية بالدهون. وهذا يعطي مؤشرا على أنه بالرغم من أن الدهون والمواد النشوية مصدران مهمان للطاقة خلال التمرينات الرياضية إلا أن المواد النشوية هي الوقود الأمثل للاستمرار في تحمل التمرين لفترة طويلة.³

3.2.3. أهمية الكربوهيدرات:

تعتبر الكربوهيدرات أرخص مصدر للطاقة الحرارية وبالرغم من توفرها في الكثير من الأغذية إلا أنها لا تخزن في الجسم لذا فهي يجب أن تتوفر يوميا في الغذاء. وإذا تناولت المواد النشوية بكميات اعلي من احتياجات الجسم فإنها تتحول إلى دهون وتخزن في الأنسجة الدهنية.

إن نسبة لا بأس بها من الكربوهيدرات تخزن في العضلات على هيئة مادة تسمى الغلايكوجين، وفي حالة التمارين الرياضية الشاقة فإن هذا المخزون ينضب بعد عدة أيام، لذا يحتاج الرياضي إلى تناول المواد النشوية باستمرار للإبقاء على مخزون الغلايكوجين. وقد أجريت دراسة عن علاقة تركيب الوجبة الغذائية على طول وقوة تحمل التمارين الرياضية وتبين أن أطول فترة

1 Charles B. Corbin et all, traduire par Paul Godbout, Marielle Tousignant: ACTIF & EN SANTE, 5eme édi, éditions Reynald Goulet inc, 2004, p 260

2 يوسف لازم كماش، التغذية والنشاط الرياضي، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن، 2011، ص101.

3 عبد الرحمن مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، مرجع سابق، ص08.

لتحمل التمارين الرياضية (حتى الإرهاق) كانت عند أولئك الذين يتناولون وجبات غنية بالكربوهيدرات، يليهم أولئك الذين يتناولون وجباتهم الاعتيادية وأخيرا الذين يتناولوا وجبات غنية بالبروتين والدهون.

ولكن لا يجب أن لا يزيد تناول الكربوهيدرات عن الحد الموصى به، فلقد تبين أن الإفراط في تناول الكربوهيدرات لغرض تحسين الأداء الرياضي قد يكون له تأثير عكسي، فزيادة تخزين مادة الغلايكوجين في العضلات قد يؤدي إلى تيبس و ثقل العضلات وهذا يؤثر سلبا على إنجاز الرياضي وقوة تحمله للتمارين وبخاصة في مراحلها القصوى.¹

4.2.3. أهمية الفيتامينات:

مما لا شك فيه أن أي نشاط يقوم به الفرد يحتاج فيه إلى مساعدات الأغذية الطبيعية أو الاصطناعية باعتبارها تساعد الجسم في عملية إستقلاب أو الأيض الحيوي للأغذية وتعرف هذه المواد بالفيتامينات، إذ أن ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية لفترة طويلة أو التدريب المكثف يؤدي بالجسم إلى الإجهاد. وأهم الفيتامينات نذكر A، C، B6 و B12 بشكل خاص مهم للصحة والداء الرياضي.

وفقا للدراسات المتعلقة بالتغذية عند الرياضيين، فإن معظم لاعبي كرة القدم يستهلكون كميات من الفيتامينات والمعادن الموصى بها في النظام الغذائي اليومي. هؤلاء الأشخاص يتعرضون لخطر القصور من المغذيات الدقيقة.

- في حالة اللاعبين الذين يستهلكون كميات محدودة من الطاقة، خاصة على مدى فترات طويلة من اجل إنقاص وزنه.

- اللاعبين الذين يتبعون حمية غذائية غير متنوعة من الطعام وفقيرة من المغذيات.²

ولقد أثبتت الدراسات ضرورة إتباع الرياضيين نظاما غذائيا متوازن في حياتهم ، وخاصة في مرحلة الإعداد أي التدريب مرحلة المنافسات، وبينت خطورة إتباع الرياضيين لنظم غذائية لا يتوفر فيها القدر المناسب من الفيتامينات التي يحتاج إليها الجسم. وعلى الرغم من أن الجسم لا يحتاج إلا إلى كمية ضئيلة جدا من هذه الفيتامينات، إلا أن وجودها في الغذاء وتوفيرها يعد

1 عبد الرحمن مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، مرجع سابق، ص10.

2 L'alimentation du joueur de football, op cit, p16.

ضرورة حتمية، وذلك لوقاية الجسم من الأمراض ومن مختلف الإضطرابات الصحية التي يتسبب فيها نقص هذه المركبات العضوية.

ولذلك يجب مراعاة التنوع والتوازن لغذاء الرياضيين حتى يمكن توفير هذه الفيتامينات بكميات تتناسب مع احتياجات أجسامهم منها، وأيضاً عدم المبالغة في تحديد كميات زائدة عن احتياجاتهم اليومية منها.

5.2.3. أهمية الأملاح المعدنية:

يحتاج الجسم إلى الأملاح المعدنية في تآدية وظائفه البيولوجية المتنوعة وهناك العديد من الأملاح المعدنية مثل الكالسيوم الذي يدخل في تكوين العظام والأسنان والمحافظة على قوتها وصلابتها كما يساعد في حركة انقباض العظام ونقل الإشارات للأعصاب. ويدخل الفوسفور في تكوين العظام والأسنان كذلك وفي تكوين نواة الخلية ويعتبر لازماً للكثير من العمليات الحيوية بالخلية. وللحديد أهمية أساسية لخلايا الجسم فهو من مكونات المادة الملونة في الدم (الهيموغلوبين) والعديد من الخمائر وهو يؤدي وظائف هامة تتعلق بنقل الأوكسجين والتنفس الخلوي ونقص الحديد يؤدي إلى فقر الدم الغذائي الذي يتميز بانخفاض كمية الهيموغلوبين ونضوب مخزون الحديد في الجسم. ويعتبر اليود من العناصر المهمة لهرمون الغدة الدرقية ونقصه يؤدي إلى تضخم هذه الغدة. ويفيد عنصر الفلور في الوقاية من تسوس السنن ويلزم ذلك تناول كمية مناسبة منه للمحافظة على سلامة الأسنان. وهناك العديد من الأملاح المعدنية الأخرى التي يحتاجها الجسم بكميات ضئيلة مثل الزنك و المغنيزيوم والنحاس والصوديوم وهذه الأملاح المعدنية متوفرة بصفة خاصة في الخضروات والفواكه والحليب ومنتجات اللبان.

إن استخدام الملاح المعدنية سواء على شكل أقراص أو على هيئة شراب يرجع إلى اعتقاد الرياضيين أن كمية كبيرة من الأملاح يفقدها الجسم أثناء التمرينات عن طريق العرق. ولقد وجدان هناك فقدا ملحوظا للصوديوم والبوتاسيوم في العرق، أما بقية الأملاح فان فقدها ضئيل. ووجد أن فقد الأملاح في العرق يؤثر على توازن الأملاح في الجسم إذا لم يقم الرياضي بتعويض هذه الأملاح بتناول الغذاء المناسب، ويعتمد فقدان الأملاح من الجسم على أربعة عوامل أساسية:

- نوع الطعام الذي يتناوله الرياضي فكلما كان غذاء الرياضي فقيرا في الأملاح ساعد ذلك على سرعة حدوث نقصها.

- مخزون الجسم من الأملاح المعدنية، فعندها يكون المخزون قليل فان الجسم لا يستطيع أن يعوض المقدار الكافي من الأملاح المفقودة عن طريق العرق.

- نوع وكثافة التمارين الرياضية، فالتمارين التي تأخذ وقتا وجهدا ابر تؤدي كذلك إلى حدوث فقد أكبر.

- حالة الطقس خاصة ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة، اللذان يساعدان على زيادة الفقد في العرق وبالتالي في الأملاح المعدنية.

وتزداد حاجة الجسم للأملاح المعدنية خاصة الصوديوم خلال التأقلم مع الجو الحار والرطب وذلك راجع إلى إفراز كميات كبيرة من العرق، ولكن بعد أسبوع واحد من التأقلم في الجو الحار فان احتياج الجسم للملح يقل ويصبح طبيعيا. ويتأثر الرياضي عند حدوث التبول الكثير لأن الجسم لا يستطيع حبس الماء، وترتفع درجة حرارة الجسم وتزداد ضربات القلب ويحدث صعوبة في التنفس وفقدان في الشهية وقيء وتشنجات وانخفاض في ضغط الدم.

وقد أثبتت الأبحاث انه لا توجد فائدة تذكر بزيادة كمية الملح المستهلكة عن الموصى به، وذلك لغرض زيادة أو تحسين الأداء الرياضي، بل أن زيادة الملح يزيد من حاجة الجسم إلى وهذا يسبب حبسا للسوائل داخل الجسم.

إن أفضل طريقة لضمان الحصول على الأملاح المعدنية هي تناول الغذاء الغني بها وتكثر الأملاح المعدنية بصفة خاصة في الخضروات والفواكه الطازجة. أما الصوديوم (الموجود في ملح الطعام) فإننا نستطيع الحصول عليه عن طريق الطعام اليومي.¹

كما يجب على الرياضيين الحرص على تناول الأغذية التي تحتوي عنصرين مهمين هما كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم، مع إدراك العلاقة الهامة بينهما، وترجع أهمية هذه العلاقة إلى الآتي:

- وجودهما في سوائل الجسم وأنسجته ينظم حركة السوائل في الجسم، إذ يساعد وجودهما على تنظيم كمية الماء اللازمة لحياة جميع الخلايا والأنسجة، وينظم الضغط الأسموزي للدم وسوائل الجسم.

1 عبد الرحمن مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، مرجع سابق، ص14.

- التدريب الرياضي يتطلب من الفرد بذل مجهود عضلي عنيف، وأحيانا يتم التدريب في طقس شديد الحرارة، مما يؤدي إلى خروج كميات كبيرة من العرق، وبالتالي فإن فقدان كميات كبيرة من الماء قد تتراوح بين 8-10 لتر. تؤدي بدورها إلى فقدان كميات كبيرة من كلوريد الصوديوم والبوتاسيوم. المر الذي يتطلب ضرورة تعويض الجسم عما فقده من هذه العناصر حفاظا على درجة تركيزها.

- تلعب دورا كبيرا في تنبيه العضلات والأعصاب.

- تعمل على تنظيم التوازن الحمضي القاعدي في الجسم. إذ يزداد تكون حمض اللاكتيك في حالة أنهاك العضلات، وهذه الزيادة في الحمض تؤثر في درجة حموضة سوائل الجسم. ويعمل الصوديوم والبوتاسيوم مع بعض العناصر القلوية الأخرى على حفظ قلوية سائل الجسم عند المعدل الذي يجب أن يكون عليه.

- البوتاسيوم يدخل كعامل مساعد في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، والتي تلعب دورا حيويا لتوليد الطاقة اللازمة للانقباض العضلي.¹

يوجد عنصر الكبريت في كل المنتجات الحيوانية والنباتية تقريبا، وتناول الرياضيين للبروتينات بكميات تتناسب مع احتياجات أجسامهم، سوف يوفر لهم عنصر الكبريت، وذلك أن الجسم يمتصه في صور أحماض أمينية كبريتية من هضم المواد البروتينية. وعنصر الكبريت مهم جدا للرياضيين بصفة خاصة، وذلك لأن الاستمرار في بذل الجهد لمدة طويلة ينتج عنه مركبات ضارة مما يسبب التعب، وتعمل الكبريتات العضوية على الإتحاد بهذه النفايات الضارة وتحويلها إلى مركبات غير ضارة يستطيع الجسم التخلص منها.²

يدخل عنصر اليود في تركيب هرمون الثيروكسين، ويعمل على تنظيم سرعة التمثيل الغذائي في الجسم، وكذلك تنظيم وظائف الجهاز العضلي والعصبي. ويتواجد بشكل أساسي في الأسماك والجمبري والكبد، وكذلك الخضروات ذات الأوراق الخضراء تحتوي على هذا العنصر، ومشكلة وجود اليود في تغذية الرياضيين تظهر بوضوح في بعض المناطق الجبلية حيث تكون التربة الزراعية فقيرة بهذا العنصر، وحيث تكون هذه المناطق بعيدة عن البحار.³

1 جابميركن، مارشال هوفمان، ترجمة محمد قدرى بكري، ثريا نافع، دليلك إلى الطب الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، 1998، ص103.

2 حسن محمد احمد عثمان، مفهوم وأساسيات التغذية عند الرياضي، مرجع سابق، ص50.

3 L'alimentation du joueur de football, op cit, p17.

6.2.3. أهمية الماء:

يجب على مراعاة تناول كميات كافية من السوائل قبل وأثناء المنافسة الرياضية أو التدريب، وإلا أدى ذلك إلى فقدهم لكميات من الماء الموجودة داخل الخلايا أو بينها، مما يتسبب في اختلال التوازن المائي لأجسامهم، بالإضافة إلى ذلك نجد أن النواتج الضارة التي تنتج من عملية الاحتراق لتوليد الطاقة سوف لا يتم التخلص منها بصورة جيدة، فتترسب في الجسم وتتسبب في إحداث أنواع من التسمم.

ففي الظروف العادية يحتاج الشخص البالغ والمحدود النشاط إلى ما يقارب من 2.5 إلى 3 لتر يوميا من الماء، أي ما يعادل 35 غرام من الماء لكل كيلو غرام واحد من وزن الجسم. ويتم الحصول على هذه الكمية عن طريق المشروبات للحصول على 1.5 لتر من الماء، وكذلك عن طريق الأغذية التي تحتوي على الماء للحصول منها على واحد لتر منه. بينما تزداد احتياجات الرياضيين عن هؤلاء الأشخاص، إذ أن احتياجاتهم من الماء تقدر يوميا بما يقارب 40 غرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم، وهذا يعادل حوالي 3 إلى 3.5 لتر في المتوسط اليومي.¹ وفي دراسة عن تأثير تناول الماء على الأداء الرياضي تم إعداد ثلاث مجموعات من الرياضيين، المجموعة الأولى لم تشرب ماء، والثانية تشرب ماء حسب ما تريد، أما الثالثة فأنها تشرب ماء بقدر العرق المفقود وبعد خمس ساعات من الأداء الرياضي تبين أن أفضل انجاز كان عند المجموعة التي تشرب ماء بمقدار العرق المفقود، يليها المجموعة التي شربت ماء حسب ما تريد وأخيرا المجموعة التي لم تشرب ماء. وتبين هذه الدراسة أن العطش ليس مقياسا لحاجة الجسم إلى الماء وأن أحسن طريقة لتحقيق الأداء الرياضي الجيد هو أن يشرب ماء يعادل العرق المفقود.

وقد وضعت جمعية التغذية العلاجية الأمريكية بعض التوصيات المتعلقة بشرب الماء للرياضيين نوجزها فيما يلي:

- أن يتناول الرياضي كوبين من الماء قبل ساعتين من التمرين أو المباراة.
- أن يتناول الرياضي كوبين آخرين من الماء قبل 15 ابلى 20 دقيقة من التمرين أو المباراة.

1 عبد الرحمن مصيقر، محمد زين علي، الغذاء والإنسان، مبادئ علوم الغذاء والتغذية، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة، 1999، ص15.

- يفضل أن يتناول الرياضي كمية قليلة من الماء (حوالي ثلاثة أرباع كوب) كل 15 إلى 20 دقيقة أثناء التمرين.

- يجب أن يعود الرياضي نفسه على تناول هذه الكميات من الماء باستمرار.¹

3.3. تغذية الرياضي:

1.3.3. احتياجات الرياضي من الطاقة الحرارية:

إن احتياجات الرياضي من الطاقة الحرارية تتوقف على عدة عوامل أهمها وزن اللاعب وكثافة وسرعة التمرين وطول فترته، والجدول رقم (15) التالي يعطي فكرة عن عدد السعرات الحرارية التي يستفيدها رياضي وزنه 55 كغ وآخر وزنه 85 كغ خلال ساعة واحدة من أداء بعض التمرينات الرياضية، ونلاحظ من بيانات الجدول مدى الاختلاف الكبير في كمية الطاقة المستنفذة نتيجة تغير وزن الرياضي، مما يعطي مؤشر إلى أهمية أن يكون اللاعب عند وزنه المثالي، وبصفة عامة فإن الرياضي يحتاج ما بين 3000 إلى 4500 سعرة حرارية يوميا.²

مقدار الطاقة المستنفذة في الساعة الواحدة بسعرة حرارية		نوع التمرينات
حالة وزن الرياضي 85 كغ	حالة وزن الرياضي 55 كغ	
575	352	كرة السلة
678	412	كرة القدم
797	488	كرة اليد
382	234	الكرة الطائرة
887	537	الجري 6 كم/ساعة
565	347	التنس
286	176	المشي 2.5 كم/ ساعة

الجدول رقم (03): مقدار الطاقة التي يستنفدها الرياضي خلال ساعة واحدة من أداء التمرينات المختلفة حسب وزن الرياضي.

1 عبد الرحمن مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، مرجع سابق، ص16.

2 عبد الرحمن مصيقر، مرجع نفسه، ص17.

2.3.3. التغذية قبل المباراة أو التمرين:

لا يوجد غذاء سحري قبل المباراة أو التمرين ويعتقد العديد من الرياضيين أن تغذيتهم قبل المباراة قد تكسبهم اللياقة والإنجاز الجيد وهذا اعتقاد غير مقبول علمياً، فالتغذية السليمة لا تأتي بين يوم وليلة ولكنها منتجة ممارسات غذائية صحيحة لعدة أسابيع أو أشهر.

وقبل المباراة أو التمرين يفضل أن يتناول الرياضي وجبة خفيفة سهلة الهضم لأن القلق والتوتر النفسي قد يؤثر على شهيته وكذلك على عملية الهضم ويجب أن يؤخذ الوجبة قبل 3-4 ساعات من المباراة لإعطاء فرصة كافية لهضم الطعام، فعندما يتناول الرياضي الطعام قبل فترة قصيرة من المباراة أو التمرين فإن تركيز الدم يتجه الجهاز الهضمي وهذا يؤثر على تركيز وأداء الرياضي أثناء اللعب. وينصح أن تحتوي الوجبة قبل المباراة على نسبة عالية من المواد النشوية مثل الأرز أو الخبز أو الفواكه ونسبة قليلة من المواد الدهنية والبروتينية لأنها تأخذ وقتاً أطول في عملية الهضم. وتتصح بعض الهيئات المتخصصة أن تحتوي الوجبة قبل المباراة على 500 إلى 1000 سعرة حرارية. وهذا يتوقف على وزن الرياضي ونوع التمرين. ويمكن أن نوجز أهم الأسس الصحية عند تناول الغذاء قبل المباراة أو التمرين فيما يلي:

- أن تكون الوجبة خفيفة وسهلة الهضم.
- أن يتم تناول الوجبة قبل ثلاث ساعات من موعد المباراة أو التمرين.
- يجب تقليل أو تجنب البهارات في الطعام لأنها قد تسبب بعض الاضطرابات الهضمية غير مرغوبة.

- تجنب الأغذية المولدة للغازات مثل البقوليات وبعض الخضروات.
- تجنب تناول المشروبات الغازية قبل المباراة.
- تجنب تناول الأغذية المالحة مثل السمك المالح.
- تجنب الإكثار من شرب الشاي والقهوة المركزتين.
- عدم تناول المشروبات الكحولية على الإطلاق فهي محرمة إسلامياً ومضرة صحياً.
- الحرص على تناول كمية لا بأس بها من السوائل.
- عدم محاولة تجربة أي غذاء جديد قبل المباراة وترك ذلك لما بعد المباراة.

- بعض الرياضيين الذين يشعرون بالقلق والتوتر الشديدين قبل المباراة ويفقدون شهيتهم لتناول الطعام يمكنهم تناول المشروبات الخاصة بالرياضيين قبل ساعة واحدة من المباراة لأنها سريعة

الهضم ولكن يجب أن يتم ذلك تحت إشراف أخصائي فليس كل المشروبات المتوفرة في الأسواق تفيد في هذا العرض. كما يجب أن لا يعود الرياضي على هذه المشروبات ويترك الوجبة الاعتيادية.

3.3.3. الغذاء المناسب أثناء الاستراحة:

إن أفضل غذاء يمكن تناوله بين شوطي المباراة هو الماء وليس غيره وأن كان ذلك يتوقف على نوع اللعبة والمجهود المبذول وطول فترة الاستراحة. ولقد أثبتت معظم الدراسات أن تناول الماء لوحده بين شوطي المباراة كاف لمواصلة المباراة بالشكل المطلوب. ومن الملاحظ أن العديد من الأندية تقدم الشاي أو عصير البرتقال أو البرتقال الطازج للاعبين بين شوطي المباراة وهذا إجراء غير سليم لأن اللاعب سوف ينهي المباراة قبل أن يستفيد الجسم من الطاقة الحرارية التي تولدها هذه الأغذية، كما أن تناول الفواكه مثل البرتقال أو الموز ، أثناء الاستراحة يأخذ فترة أطول في هضمها نتيجة لوجود الألياف في الفواكه وهذا يؤثر على أداء الرياضي.

4.3.3. الغذاء بعد المباراة:

لا توجد وجبة محددة بعد المباراة، بل يستطيع الرياضي أن يتناول ما يحبه من طعام ولكن يجب عدم الإسراف في الطعام أو الإكثار من الأطعمة الدسمة والمولدة للغازات، خاصة إذا كانت هناك مباراة في اليوم التالي وهناك شرطان أساسيان في الوجبة بعد المباراة:

- أن تكون الوجبة مغذية، أي تحتوي على العناصر الرئيسية وبكميات مناسبة.
- أن تساعد الوجبة على تعويض النقص في السوائل والأملاح المعدنية والفيتامينات التي يحتاجها الرياضي¹.

5.3.3. المشروبات الخاصة بالرياضيين:

هناك العديد من المشروبات غير الكربونية التي تحتوي على نسبة معينة من الملاح المعدنية وبعضها مضاف إليه فيتامينات وتدعى أنها تساعد على تحمل الداء الرياضي وتقلل من الشعور بالتعب، وبغض النظر عما تدعيه الشركات المروجة لهذه المشروبات إلا أن محلول الأملاح المعدنية مع السكر لا يمتصه الجسم بسرعة كما هو حاصل عند شرب الماء

1 عبد الرحمان مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، مرجع سابق، ص 20.

وحده، لذا فإن هذه المشروبات ليست أفضل من الماء لمقاومة الإرهاق الناتج عن التعرض للشمس والعرق.

كما أن الرياضي لا يستطيع تناول كميات كبيرة من هذه السوائل عندما يكون المضاف إليها سكر أو أملاح معدنية. وإذا كانت هذه المشروبات تساعد على تعويض بعض السوائل التي فقدها الجسم أثناء التمرين أو المباراة فإن الماء يفعل نفس الشيء. وقد أجريت دراسة على مجموعتين من الرياضيين الأولى أعطيت لهم سوائل معدنية وأعطيت للمجموعة الثانية ماء فقط، وبعد فترة من الأداء الرياضي لم يلاحظ أي فرق في إنجازهم الرياضي وكلا المجموعتين كان إنجازها مقبولاً.¹

4.3. المكملات الغذائية للرياضيين:

إن استهلاك المكملات الغذائية عند الرياضيين موجودة بكثرة، حيث يعتقد هؤلاء اللاعبين أن لها دور في:

- زيادة نسبة الطاقة.
- ملائمة لتكيفهم مع تأثير التدريب.
- السماح بتدريب متماسك وشديد من خلال تحسين الاسترجاع ما بين الحصص التدريبية.
- المحافظة على مستوى صحي جيد وتفادي الانقطاع في التدريب الذي يسببه التعب المزمن أو المرض أو الإصابة.
- تحسين المستوى في المنافسة.

تكون المكملات الغذائية مفيدة في الحالة التي يعاني اللاعب نقص بعض الفيتامينات أو الأملاح المعدنية، لذلك القليل من هذه المكملات بالنسبة للرياضي قد يكون ضاراً.

- ما المقصود بمفهوم المكملات الغذائية؟

المكملات الغذائية هي تركيبة مستخلصة من مكونات غذائية طبيعية (حيوانية، نباتية وغيرها من المواد الداخلة ضمن الوجبة الغذائية) وهي منتجة جاهزة بمختلف الأشكال والأحجام (أقراص، كبسولات، سوائل مساحيق) تحوي على المادة الغذائية أو المركب الغذائي الذي يهدف

1 عبد الرحمن مصيقر، مرجع نفسه، ص22.

الرياضي إلى زيادة نسبته في الجسم أو الخلايا العضلية للحصول على الطاقة اللازمة أو لزيادة مساحة الخلية العضلية وذلك حسب الفعالية التخصصية لأجل الحصول على إنجاز رياضي.¹ و يمكن أن نعدد بعض أنواع المكملات الغذائية:²

1.4.3. المكملات الغذائية البروتينية والسكرية:

المكملات الغذائية البروتينية هي الأكثر طلباً من طرف اللاعبين لاحتوائها على كمية كبيرة من الطاقة، فعلا العضلات تحتاج إلى هذه المواد لكي تنمو وتتطور وتتجدد ولكن هذه المواد موجودة في الأغذية اليومية، لذلك نادراً ما تستعمل للتعويض على النقص فيها. المكملات البروتينية والسكرية في نفس الوقت ممكن أن تستعمل في مرحلة الاسترجاع بعد النشاط البدني، ولكن معظم البروتينات الموجودة في الأغذية أكثر فعالية من الأحماض الأمينية المحضرة (les acides amines préparés) .

العديد من المكملات الغذائية تقترح خفض الكتلة الدهنية في الجسم وتنمي الكتلة العضلية وهي عديدة في المجال التجاري وتجذب الرياضيين أكثر من غير الرياضيين. غير أن العديد من هذه المكملات الغذائية مدرجة في قائمة المواد المحظورة لاعتبارها إما مواد منشطة (منشطات)، أو تثير الكثير من المشاكل الصحية أو الاثنين معا. من بين المواد التي يفترض أنها تنمي الكتلة العضلية نجد خاصة le colostrum، le bore، le chrome hydroxy méthyl butyrate، ولكن دراسات حديثة أظهرت أنه ولا واحد من هذه المواد مفيد للرياضيين.

فيما يخص المكملات الطاقوية نجد le pyruvate، la carnitine، le ribose، وبعض الأعشاب المجلوبة، ولا واحد من هذه المكملات له دور في زيادة مستوى الأداء.

أما المكملات الغذائية لزيادة كثافة العظام نجد la glucosamine، la chondroïtine et le méthyl sulphonyl méthane، إذ تعتبر هذه المواد هامة خاصة بالمفاصل.

2.4.3. المكملات الغذائية التي لها تأثير على الأداء الرياضي:

بعض المكملات وجد لها تأثير على الأداء رغم أنها ليست كثيرة نذكر منها:

1 سمعية خليل محمد، المكملات الغذائية كبديل للمنشطات، كلية التربية البدنية للنبات، الأكاديمية الرياضية العراقية بغداد، 2006،

www.iraqacad.org

2 L'alimentation du joueur de football, op cit , pp22-23.

1. الكرياتين (creatine): هذا المكمل ممكن أن يزيد من مخزون الكرياتين فوسفات le créatinephosphate (CP)، وبالتالي زيادة كمية الطاقة الموجودة في العضلات ويحسن من الأداء خلال سباقات السرعة (sprint)، ويمكن أن يحدث كذلك زيادة في الكتلة العضلية. ولكن قد يكون استعماله مفيد لبعض اللاعبين ولكنه مضر للبعض الآخر، لهذا يوصى بعدم تجاوز الكمية القصوى المنصوص عليها.

كما أن الكرياتين موجود في اللحوم والأسماك ولكن الكمية الموجودة في المكملات مرتفعة (من 10-20 غرام) في اليوم الواحد خلال 4-5 أيام في بداية تناوله، ومن 2-3 غرام في اليوم بعد ذلك.

المكملات الكرياتينية غير مضرّة بالصحة، حيث تعمل على زيادة القدرة على الانجاز (زيادة الطاقة وخاصة في الاركاض السريعة ورفع الأثقال) وهناك دراسة تؤكد زيادة الأداء بنسبة 5-10%، كما لها فوائد لمرضى هبوط القلب المزمن، وتفيد الذين يعانون من الضمور العضلي لذلك يمكن استخدامها من قبل كبار السن لإعانتهم على أداء نشاطاتهم اليومية.

لا يؤثر الكرياتين على النمو لأعمار 18 سنة (لا زالت الدراسات حول هذا الموضوع مددها غير كافية لتأكيد ذلك).

يؤدي إلى زيادة وزن الجسم بحدود 4-5 كيلوغرام وخاصة في النشاطات التي تعتمد مبدأ التحمل (التغيير بالجرع) وتشير الدراسات بهذا الخصوص أن الشدد القصوى وتحت القصوى تكون الزيادة في الوزن لصالح المكون العضلي مع ثبات أو زيادة طفيفة بالمكون الشحمي.¹

2. الكافيين (Caféine): كمية ضئيلة من الكافيين (من 1-3 ملي غرام/كل كيلو غرام من وزن الجسم) ممكن أن تحسن الأداء خلال مجهود بدني طويل وكذا عند التدريب لمدة قصيرة، هذه الكمية موجودة في القهوة المتناولة يوميا وفي المشروبات الكولا وفي بعض المشروبات الرياضية.

3. البيكربونات (Bicarbonate): في حالة مجهود خاص، العضلات تنتج حمض اللاكتيك وهو ملائم ليحتوي طاقة ضرورية، ولكن حمض اللاكتيك نفسه يحدث آلام عضلية ويعرقل وظيفة العضلة.

1 سمعية خليل محمد، المكملات الغذائية كبديل للمنشطات، مرجع سابق، www.iraqacad.org

البكربونات تسمح بإزاحة الكمية الزائدة من الحموض المعدية، وبالتالي بيكربونات الصوديوم بجرعة 0.3 غرام/كغ من وزن الجسم قبل المنافسة يمكن أن يضع حد للتأثيرات السلبية لحمض اللاكتيك. فمكملات البيكربونات مستعملة بشكل واسع في أوساط اللاعبين قد تحدث القليل من التعب لبعض الدقائق.

العديد من الدراسات في المجال الرياضي أكدت على تأثير الإيجابي لهذه المكملات ومدى فعاليتها في بعض الحالات.¹

بصفة عامة:

للتخطيط لغذاء متكامل يجب أن يؤخذ في الاعتبار الاحتياجات الآتية:
- القيمة السعيرية الكلية للغذاء.

- النسب بين المواد الغذائية المختلفة " الكربوهيدرات، الدهون، البروتينات".

- محتويات المواد الغذائية من الأملاح المعدنية.

- ما يوجد بالمواد الغذائية من الفيتامينات.

وهنا تلعب الثقافة الغذائية والعادات والتقاليد المرتبطة بها دورا هاما في الانتفاع بالعناصر الغذائية، حيث يكون لهما دور فعال في اختيار الأغذية كما ونوعا وفقا للاحتياجات الضرورية اللازمة لمختلف الظروف، كحالات التدريب من حيث هي قبل أو أثناء أو بعد التدريب أو المنافسة الرياضية. كما أن هناك عاملا هاما يرتبط بهما هو ضرورة الإلمام بمدى تأثير العناصر الغذائية بالظروف الخاصة التي قد تزيد أو تقلل من القيمة الغذائية لمواد الطعام، كالطهي والتخزين، وغيرها من الظروف التي تؤثر على محتويات المواد الغذائية من العناصر المختلفة.

3.4.3. الطريقة الصحيحة لتناول المكملات الغذائية:

- يفضل استخدام الأقراص التي تحتوي على نوع واحد أي مركب واحد وليس العديد هذا يسهل للفرد تغيير الجرعة بأنواع أخرى عديدة في نفس الوقت.

- تؤخذ مع الطعام الطبيعي أفضل لكي تتفاعل مع المواد الغذائية الطبيعية وتدخل عملية الهضم معها والامتصاص. إن المكملات الغذائية ذات التركيز العالي تسبب عسر الهضم أو ارتباك معوي عند تناولها على المعدة الفارغة.

1 L'alimentation du joueur de football ,op cit, p22-23.

- مكملات الفيتامين C يمكن أخذه بمفرده وفي أي وقت أو بعد عصير الفاكهة.
- مكملات الأحماض الامينية أيضا يمكن تناولها بمفردها.
- لصعوبة بلع الأقراص (تبلع مع عصير غليظ القوام مثل طماطم، مزيج فاكهة)¹.

5.3. الخطة العملية لتغذية الرياضيين:

الثقافة الغذائية والمعلومات الجيدة عن الغذاء تعتبر غير مفيدة إذا لم يتم تطبيقها في أثناء التدريب خاصة، وعلى المدربين مساعدة اللاعبين في هذا المجال كجزء مكمل للخطة التدريبية، وحتى يقوم المدرب بوضع خطة غذائية للاعب عليه إتباع ثلاث مراحل هي:

مرحلة الملاحظة:

تهدف هذه المرحلة إلى محاولة المدرب جمع معلومات عن الحالة الغذائية للاعبين وينبغي أن يكون ذلك في بداية الموسم التدريبي حتى تتاح الفرصة الكافية لتسجيل الملاحظات وتحليلها، وحتى يمكن اتخاذ التدابير اللازمة وتعديل السلوك الغذائي للاعبين، لذا هناك ثلاث طرق لملاحظة اللاعبين واختيار الطريقة المناسبة:

أ- **المقابلة:** حيث يتم إجراء حوار مع اللاعبين عن عاداتهم الغذائية وأساليب تناولهم للغذاء سواء الحوار شفويا أو كتابيا، بشكل فردي أو جماعي.

ب- **ملاحظة السلوك الغذائي للاعب:** تعتبر هذه الطريقة المؤشر الحقيقي الذي يعكس طبيعة العادات الغذائية أثناء مرافقة اللاعبين ويتم التركيز على السلوك الغذائي للاعب، قبل وبعد التدريب والمنافسات.

ج- **قياس الخصائص والمواصفات المرفولوجية والبدنية:** يمكن إجراء بعض القياسات المورفولوجية على اللاعبين (الطول، والوزن، تقدير تركيب الجسم من الدهون،...) ويمكن من خلال نتائج هذه القياسات الوقوف على نمو أجزاء الجسم، ومنه يتم إقناع اللاعب بوضعه الجسمي ومتطلبات التغذية اللازمة له.

مرحلة التحليل:

يتم فيها مراجعة المعلومات والبيانات المتحصل عنها في المرحلة السابقة كما يتم مراجعة المعايير الغذائية Nutritional Norms التي تتوافق مع العمر والجنس، وتحليل مجمل البيانات

1 سمعية خليل محمد، المكملات الغذائية كبديل للمنشطات، مرجع سابق، www.iraqacad.org

المتعلقة بظروف التغذية النموذجية للاعب، ويراعى أن يكون وصف متطلبات التغذية متوافقا مع متطلبات الموسم التدريبي، كما يراعي الحالة المادية للاعب والتي تؤثر على نوعية التغذية.
مرحلة التنفيذ:

وتعتبر المرحلة الحساسة في خطة التغذية العلمية للاعب، حيث تكون العادات الغذائية للاعب قد تشكلت نتيجة سلوكيات اتبعت لمدة زمنية طويلة، وسوف يكون من الصعب تغييرها جذريا. بعد عمليتي الملاحظة والتحليل يمكن اتخاذ بعض الإجراءات التي تحتاج إلى مهارة شخصية لكي تساعد اللاعبين على القيام بإجراءات التنفيذ وتتخلص فيما يلي:

- أ-**الخطوة (1) تقديم ومنح المعلومات للاعب:** وتكون بواسطة المدرب إذ ينبغي أن تتضمن الخطة السنوية للتدريب برنامجا ثقافيا و توعويا عن تغذية اللاعبين من المهم تواجد المسؤولين عن تغذية اللاعبين خارج مراكز التدريب وكذا القائمين على تجهيز الغذاء للاعبين.
- ب-**الخطوة (2) التدخل:** تحتاج عملية التدخل في خطة تغذية اللاعب إلى تحليل حجم نشاط وحركة اللاعب ومن المهم تقرير الاستمرار في البرنامج الغذائي المحدد أو تعديله أو إيقافه.
- ج-**الخطوة (3) الإحالة:** عندما يصعب حل مشكلة غذائية على المدرب، ينبغي الرجوع إلى الأخصائي المناسب أو الهيئة الاستشارية المختصة في تغذية اللاعبين.¹

1 أحمد نصر الدين السيد، فسيولوجيا الرياضة، نظريات وتطبيقات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص ص117-120.

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل تبين أن للسلوك الغذائي أهمية كبيرة في اختيار كمية ونوع الغذاء للرياضيين وهذا من خلال أنماط السلوك الغذائي المختلفة التي من خلالها يمكن للرياضي أن يختار غذائه وكذلك معرفة مكونات الغذاء وما يحتاجه الرياضي من كربوهيدرات وبروتينات و الدهون والفيتامينات والماء والأملاح المعدنية، بحيث هذا الأخير يسلك سلوكات معينة قد تساعده في تحسين أدائه أو العكس، وهذا في حالة إذا كانت سلوكاته الغذائية غير صحية مثل سلوكات التدخين واستعمال المنشطات وغيرها من السلوكات الغير الصحية.

تمهيد

تعد مرحلة المراهقة من أكبر وأصعب سنوات الفرد تعقيدًا إلا أنها في إطارها الزمني تعتبر الجسر الرابط بين الطفولة والرشد.

لذلك تظهر اختلافات السلوك بين سن الأفراد ذاتهم وبين اختلاف أجناسهم الذكورية والأنثوية الظاهرة على المستوى الجسمي الممثل في البنية الجسمية والفيزيولوجية وفي القدرات العقلية والحسية كالشعور والأشعور والغرائز والميولات مما يكسبه سلوكًا خاصًا يؤثر على شخصيته في حاضره ومستقبله الذي تحدده أبعاده الإنسانية المختلفة مع غيره المتمثلة في البعد النفسي، الاجتماعي والتاريخي كي تستمر الحياة الإنسانية، لهذا اهتم علماء النفس والتربية في العصر الحديث اهتمامًا بمرحلة المراهقة والمراهق، بوضع برنامج تربوي وتعلم رياضي لخدمة مصلحته في هذه المرحلة العمرية لأهميتها وحساسيتها وتوجيهها.

1.4. تعريف بالمراهقة:

1.1.4. المراهقة في اللغة:

جاءت مادة الفعل "راهق" في معجم اللغة العربية بمعان عدة فقد جاء في لسان اللسان من معاني "رهق" ما يلي:

- الرهق: الكذب، والرهق: الخفة، وأرهقنا الليل دنا منا، وأرهقتنا الصلاة رهقا أي حانت.
- نقول: راهق الغلام، فهو مراهق إذا قارب الاحتلام، والمراهق: الغلام الذي قد قارب الحلم وجارية مراهقة والرهق: الكبر والرهق: العجلة.
- والرهق: الهلاك أيضا والرهق: اللحاق، وراهق اللحم: قاربه.¹ وكما جاء في المعجم الوسيط من معاني رهق ما يلي:
- "المراهقة": الفترة من بلوغ اللحم إلى سن الرشد.

كما وردت كلمة "رهق" في كتاب المفردات في غريب القرآن ما يلي:

- رهق: رهقة الأمر غشية يقهر، يقال رهقة رهفته وأرهقته نحو ردفته وأردفته وبعثته وابتعثته، قال تعالى "وترهقهم ذلة" وقال "سأرهقه صعودا"، ومن أرهقت الصلاة إذا أخرجتها حتى غشي وقت الأخرى.²

2.1.4. المراهقة في الاصطلاح:

يقول الدكتور محمد الزعبلوي المراهقة هي: "المرحلة النمائية الثالثة التي يمر بها الإنسان في حياته من الطفولة إلى الشيخوخة، وهي تتوسط بين الصبا والشباب، وتتميز بالنمو السريع في جميع اتجاهات النمو، البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي³. وهي لفظ وصفي يطلق على الفرد غير الناضج انفعاليا وجسميا وعقليا من مرحلة البلوغ ثم الرشد ثم الرجولة.⁴

كل التعاريف تجمع على أنها الفترة التي تقع بين عالم الطفولة وعالم الكبار، فهي مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الكبر، حيث يعرفها "مصطفى زيان" المراهقة مصطلح يطلق على أحد

1 جمال الدين محمد بن منظور، تهذيب لسان العرب، ج1، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1993، ص520.

2 الراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، ط1، دار المعرفة، بيروت، 1998، ص210.

3 محمد السيد محمد الزعبلوي، المراهق المسلم، ط1، مؤسسة الكتب الثقافية، مكتبة التوبة المملكة العربية، السعودية، 1998، ص14.

4 عبد العالي الجسماني، سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحققها الأساسية، الدار العربية للعلوم، لبنان، 1994، ص169.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

فترات الحياة، وهو مشتق من الفعل اللاتيني والذي يعني التدرج نحو النضج الجنسي والجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي وتقع هذه الفترة بين البلوغ الجنسي والرشد.¹

وتعني المراهقة من الناحية البيولوجية على أنها تلك الفترة التي تبدأ من بداية البلوغ حتى اكتمال النمو العام وتقع عادة بين 12 و 18 سنة إلى غاية 20 سنة، أما من الناحية النفسية فهي مرحلة زوابع وعواصف نفسية يذوب أثناءها التكوين النفسي للطفل مما يؤدي إلى حدوث خلط واضطراب على المستوى الشخصي للطفل حسب « Eissler ».

وبالتالي الدرجة التي يحاول فيها الطفل الانتقال من كائن يعتمد على الآخرين إلى الرشد منتقل متكيف مع ذاته.²

وقد عرفها "زيغود" بأنها "مرحلة تغير شديد، وتبلور الكثير من الوظائف البيولوجية والجنسية وهذه التغيرات تحدث بفضل الإفرازات الهرمونية للغدد الصماء التي يؤدي نشاطها إلى التأثير في سلوك الفرد، وبالتالي إلى توجيه نشاطه أو عدمه اتجاه الخارج، أي أن المراهقة كفترة خاصة من الحياة هي حالة من النمو تقع بين الطفولة إلى الرجولة أو الأنوثة".³ كما عرفها "سلامي" المراهقة هي مرحلة من الحياة بين الطفولة وسن الرشد تتميز بالتحويلات الجسمية والنفسية تبدأ عند حوالي 12 و 13 سنة وتنتهي عند سنة 18 و 20 سن.

ويعرفها "إبراهيم خليل السعد": المراهقة تعتبر مرحلة انتقال من الطفولة إلى الشباب وتتسم بأنها فترة معقدة من التحول والنمو تحدث فيها تغيرات عضوية ونفسية وذهنية واضحة.⁴

وتعرف عبد المنعم حنفي بأنها تنتج عن التغيرات الفيزيولوجية التي تقرب الفرد من النضج الجسمي والبيولوجي وتحدث هذه التغيرات عند البنات في سن مبكرة ولا تحدث عند الأولاد غالباً قبل سن الثانية عشر.⁵

والمراهقة بمعناها العام هي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد ن فهي عملية فيزيولوجية حيوية عضوية في بدءها وظاهرة اجتماعية في نهايتها.⁶

1 مصطفى زيان، دراسة سيكولوجية التعليم العام، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون، الجزائر، 1975، ص 152.

2 محمد عماد الدين إسماعيل، النمو في فترة المراهقة، دار القلم، الكويت، 1986، ص 13.

3 علي زيغود، حول علم النفس، دار الطبيعة، بيروت، 1986، ص 185.

4 ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة، ط2، دار الجيل، بيروت، 1998، ص 225.

5 عبد المنعم حنفي، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط2، دار العودة، بيروت، 1998، ص 200.

6 فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1974، ص 272.

2.4. نظرة علم النفس الحديث للمراهقة:

كان الكثير من الباحثين يعتبرون المراهقة مرحلة مستقلة قائمة بذاتها كما كانت هذه المرحلة في نظرهم تتميز بالتوتر والثورة والتمرد والقلق والصراع إلا أن علم النفس الحديث يتجه أي اعتبار المراهقة مرحلة غير مستقلة عن بقية المراحل الأخرى للنمو، والتي تتضمن تدرجا في النضج البدني والجنسي والعقلي والانفعالي ومعنى ذلك أن الدعامات الأولى لجوانب النمو المختلفة قد بدأت في فترة الطفولة ثم أخذت تسير نحو النضج في فترة المراهقة.

وهنا نستطيع أن نقول أنه من الخطأ، اعتبار فترة المراهقة فترة مستقلة عن فترات النمو، مع افتراض وجود خط فاصل بين خصائص النمو في المراهقة و المرحلة السابقة لها على أساس أن لكل مرحلة خصائص بارزة مستقلة تميزها عن غيرها.

وقد اختلف العلماء في تحديد فترة المراهقة، لكنهم اتفقوا مبدئيا على أنها الفترة الواقعة بين أول البلوغ الجنسي واكتمال النمو الجنسي للراشدين، وانتهوا إلى تحديد متباينة، وسبب هذا الاختلاف يعود إلى المقاييس الجسمية والأسس النفسية المتنوعة التي كانوا يطبقونها على دراسة المراهقة¹.

وفي ذلك ترى "إليزابيث هيرلوك" أن المراهقة بمعناها العام تمتد من النضج الجنسي إلى ان يتمكن الفرد من التأكيد القانوني لاستقلاله عن الكبار، وهي بذلك توضح صعوبة تحديد سن المراهقة بأكثر من تحديد سن الطفولة وذلك في ضوء المتوسط العام، وأن النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي يحدث ويتم في أعمار تختلف من فرد إلى آخر الأمر الذي يتوقف من ناحية على المستوى العقلي للفرد وعلى الفرص التي توفرها البيئة التي يعيش فيها من ناحية أخرى، أما الحدود العمرية للمراهقة فهي تمتد من العقد الثاني من حياة الفرد من الثانية عشر إلى التاسعة عشر أو قبل ذلك بعام أو عامين، أو بعد ذلك بعام أو عامين، أي بين 11 سنة و21 سنة².

وقد حدد قاموس علم النفس مدتها كما يلي: "المراهقة انتقال من مرحلة الطفولة إلى الرشد، حدودها العمرية تكون تقريبا بين 12 سنة أو 13 سنة حتى 18 سنة إلى 20 سنة، ولا يمكن

1 رزيق معروف، خفايا المراهقة، ط2، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر، بيروت، 1986، ص18.

2 محي الدين مختار، محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجماعية، الجزائر، 1982، ص123.

الفصل الرابع :: المرحلة العمرية (15-18) سنة

تحديدها بدقة لأن السن مرحلة المراهقة يتغير حسب الجنس، مناطق الجغرافية وخاصة حسب المحيط الإجتماعي الاقتصادي والثقافي.

وحسب ميخائيل إبراهيم أسعد تتألف المراهقة من ثلاثة مراحل فرعية هي:

1- المراهقة المبكرة الممتدة بين السنين الحادية عشر والرابعة عشر (11-14) سنة.

2- المراهقة المتوسطة الممتدة بين الرابعة عشر والثامنة عشر (14-18) سنة.

3- المراهقة المتأخرة وتمتد بين الثامنة عشر والحادية والعشرين (18-21) سنة.¹

وهناك من يقترح تقسيمها إلى قسمين لها تطور البلوغ أو المراهقة المبكرة تمتد من (12-17) سنة وطور المراهقة يمتد من (17 - 20) سنة.²

ويقول الدكتور حامد عبد السلام زهران: "يعني مصطلح المراهقة، كما يستخدم في علم النفس مرحلة الانتقال من الطفولة (مرحلة الإعداد لمرحلة المراهقة) إلى مرحلة الرشد والنضج." ويضيف قائلاً "فالمراهقة مرحلة تأهب لمرحلة الرشد، وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشرة إلى التاسعة عشرة تقريباً أو قبل ذلك بعام أو عامين أو بعد ذلك بعام أو عامين (أي بين 11-12 سنة)."³

أما الدكتور محمد مصطفى زيدان، فلم يعنى بالفرق بينهما بل اعتبرها مرحلة واحدة، وان البلوغ هو العلامة البارزة لبداية مرحلة المراهقة، فقال: "المراهقة هي مرحلة العمر التي تتوسط بين الطفولة واكتمال الرجولة أو الأنوثة، وذلك بمعنى النمو الجسمي، وتحسب بدايتهما عادة ببداية البلوغ الجنسي الذي يتفاوت الأفراد تفاوتاً واسعاً، صل - في الأحوال العادية - إلى نحو خمس سنوات بين أول المبكرين وآخر المتأخرين... الخ، وتعتبر مرحلة المراهقة أهم مراحل النمو في حياة حال، فإن ظهور علامات البلوغ هي المؤشر الحقيقي لبداية مرحلة البلوغ تلك وهي بداية الاحتلام عند الذكر، والحيض عند الأنثى، ويأخذ الذكر شكل الرجل وتأخذ الأنثى شكل الإناث".⁴

1 ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، ط2، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1991، ص225.

2 تركي رابح، أصول التربية والتعليم، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص242.

3 حامد عبد السلام زهران، علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط4، عالم الكتب، القاهرة، 1971، ص289.

4 محمود أحمد شوقي، الاتجاهات الحديثة في تخطيط المناهج الدراسية، ط1، دار الفكر العربي، مصر، 1998، ص265.

وفي نفس الصدد يقول الدكتور الطيب خليل بيدس " سن البلوغ مرحلة من النمو تتطور فيها الصفات الجنسية الثانوية، يكتمل فيها نمو الجسم، كما ينمو الشعر في بعض مناطق الجسم، والبلوغ يترافق مع التبدلات، والتغيرات المألوفة في سن المراهقة"¹.

وقد وجه الرسول صلى الله عليه وسلم إلى أبناء هذه المرحلة بخاصة، وأبناء المراحل التالية بعامة قوله: " يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإن له وجاء" صحيح مسلم.

ومن هذا العرض يتبين أن علماء النفس يختلفون في نظرهم تجاه المراهقة، حيث ذهب بعضهم إلى التفريق بينهم وبين البلوغ وأن المراهقة تبدأ بعد علامات البلوغ، وأن البلوغ لا يشمل جميع النمو وغنما يختص بالنمو الجنسي.

والشيء الذي يهمننا تأكيده على وجه الخصوص في هذه المسألة أن لفظة المراهقة ذات أصل عربي، وفعلها الثلاثي رهق- فعل متصرف- والمراهقة مصدر الفعل الثلاثي المزيد بالألف (راهق - مراهقة)، كما جاء هذا الفعل في القرآن الكريم، وفي السنة النبوية الشريفة.

من خلال التعاريف السابقة للعلماء يمكننا القول أن المراهقة هي مرحلة انتقال الفرد من الطفولة إلى الرشد وهي فترة هامة من حياة الفرد، تبدأ مع البلوغ لدى الجنسين أي حوالي 12 سنة وتنتهي عندما يصبح الفرد راشد في حوالي 19 إلى 21 وهي تختلف حسب المناطق الجغرافية وحسب الجنس والمحيط الاجتماعي والاقتصادي والثقافي وتحدث فيها مجموعة من التحولات الكبيرة والسريعة في النواحي الجسمية والفيزيولوجية، ويصاحب ذلك أثار انفعالية كبيرة يصحبها غالبا الأزمات الاجتماعية والنفسية التي تؤدي في غالب الأحيان إلى بعض الاضطرابات في حياة المراهق، ومن هنا سوف نتطرق لخصائص المراهقة في المبحث القادم.

3.4. خصائص النمو في مرحلة المراهقة:

ابتداء من سن البلوغ في اكتمال النضج يتعرض المراهق لتغيرات عديدة وهامة مترابطة ببعضها البعض من حيث ظهورها ومن هذه الخصائص التي يتميز بها المراهق في مرحلة النمو نذكر:

1 إميل خليل بيدس، أمراضنا وكيفية معالجتها، ط2، دار الجيل، بيروت، 1998، ص699.

1.3.4. تعريف النمو:

النمو سلسلة متتابعة من التغيرات الطبيعية وفق مراحل معينة تشمل جميع جوانب شخصية الفرد الجسمية، والعقلية والانفعالية، واللغوية، والاجتماعية ينتج عنها نضج الفرد. ويعرف الدكتور مصطفى زيدان النمو فيقول: "النمو سلسلة متتابعة متماسكة من تغيرات تهدف إلى غاية واحدة هي اكتمال النضج، وعملية النمو عملية مستمرة فيها الحياة، والحياة عملية مستمرة ومعنى الحياة هو النشاط، فالنمو عبارة عن تغيرات تقدمية متجهة نحو تحقيق غرض ضمني هو النضج ومعنى ذلك ان التغيرات تسير إلى الأمام لا إلى الوراء.¹ بينما يشير الدكتور محمد علاوى: "إلى أن النمو يشير إلى تلك العمليات المتتابعة من التغيرات التكوينية والوظيفية.²

ويقصد بالتغيرات التكوينية تلك التغيرات التي تتناول نواحي الطول والعرض والوزن والشكل والحجم وتشتمل على التغيرات التي تتناول المظهر الخارجي العام للفرد ولاتي تؤثر بالتالي على الأعضاء الداخلية المختلفة، أما التغيرات الوظيفية فتشمل على التغيرات التي تتناول الوظائف الحركية والجسمانية والعقلية والاجتماعية والانفعالية لتساير تطور حياة الفرد. وينظر الإسلام للنمو على انه لا يحدث فجأة وإنما يحدث تدريجياً وبصورة مستمرة، ويمكن تقسيم مراحل حياة الإنسان في المفهوم الإسلامي إلى التالية:³

مرحلة الحمل، ومرحلة الطفولة، ومرحلة التأدب، ومرحلة البلوغ (التكليف)، ومرحلة الشباب، ومرحلة الكهولة، ثم الشيخوخة، قال تعالى: "يأيتها الناس إن كنتم في ريب من البعث فإننا خلقناكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم من مضغة مخلقة وغير مخلقة لنبين لكم ونقر في الأرحام ما نشاء إلى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكيلا يعلم من بعد علم شيئاً وترى الأرض هامدة فإذا أنزلنا عليها الماء اهتزت وربت وابتت منكل زوج بهيج"⁴.

من خلال هذا يمكن إبراز وتحديد أهم الخصائص المتعلقة بالنمو على النحو الآتي:

1 مصطفى زيدان، النمو النفسي للطفل والمراهق، ط3، دار الشروق، جدة، 1990، ص73.

2 محمد علاوى، علم النفس الرياضي، ط7، دار المعارف، لقاهرة، 1991، ص91.

3 فتحي حسن ملكاوي وجماعة من الأساتذة، بحوث المؤتمر التربوي، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان، 1990، ص331.

4 سورة الحج، الآية 05.

2.3.4. النمو الجسمي:

تتميز هذه المرحلة بسرعة النمو وكثرة التغيرات الجسمية الخارجية والداخلية حيث يرى إبراهيم أسعد أنه "يمكن تلخيص التغيرات التي تحدث في نشاط الفحص الأمامي من الغدة النخامية لإفراز نوعين من الهرمونات أحدهما يهيمن على تحديد حجم الجسم ونسب أعضائه، والآخر خاص بتبنيه المناسب، فإذا نبهت هذه الأخيرة فإنها تفرز هرمونات خاصة تختلف في الذكر عنها في الأنثى.¹

ففي هذه المرحلة تنمو الغدد الجنسية (Sexual glands) وتصبح قادرة على أداء وظائفها في التناسل وهذه الغدد هي المبيضين عند الأنثى ويقومان بإفراز البويضات، أما الغدد لتناسلية عند الذكر فهي الخصيتان وتقوم بإفراز الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية، ويصاحب النضج الجنسي ظهور مميزات أخرى يطلق عليها اصطلاحاً "الصفات الجنسية الثانوية" فعند البنات تنمو عظام الحوض بحيث تتخذ شكل حوض الأنثى، واختزان الأرداف ونموها ونمو الشعر فوق العانة وتحت الإبطن وكذلك نمو أعضاء أخرى كالرحم والمهبل والثديين وتبدأ دورة الحيض.²

أما عند الذكور فأبرز التغيرات في هذا الصدد، تغيرات الصوت نتيجة النم السريع للحنجرة واستطالة الأحبال الصوتية المشدودة عليها، كذلك تبدأ بالظهور بعض الشعيرات على جانبي الذقن وعلى الجانب العلوي من الصدعين أما الأذنين مباشرة، كما يصبح الشعر النابت على الشفة العليا أكثر خشونة.

يقول محي الدين مختار "كثيراً ما يشار إلى بدء هذه المرحلة بظهور معالم جسمية وفيزيولوجية معينة، حيث يزداد الطول والوزن، وتتغير العلاقات ونسبتها بين الأجزاء المختلفة للجسم سواء عند البنين أو البنات فتسبق البنات البنين في بدء مرحلة البلوغ بنسبة واحدة على الأقل كما سبقتهم في كبر حجم القلب واكتمال النضج ولذا فالبنات أكثر إحساساً من البنين".³

فالنمو عند البنات يبدأ في العاشرة والنصف تقريباً، ويصل المعدل أقصاه في سن الثانية عشر بينما يتأخر الأولاد بسنتين على الأقل في البداية، أما السن الذي يصل فيه الطول أقصاه

1 ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، ط2، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1991، ص228.

2 عيسوي عبد الرحمان، سيكولوجية النمو، دراسة في نمو الطفل والمراهق، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1987، ص36.

3 ميخائيل إبراهيم أسعد، مرجع سابق، 1982، ص230.

4.3.4. النمو الجنسي:

نلاحظ تقدم في النمو الجنسي حيث تبدأ الغدد النخامية في تنشيط الغدد التناسلية ويتبع ذلك إفراز الهرمونات الجنسية عند الذكور والإناث وتعمل الهرمونات الجنسية على نمو الأعضاء التناسلية¹.

5.3.4. النمو الانفعالي:

يؤثر النشاط الانفعالي في جميع أنماط سلوك المراهق، ولا تكون مظاهره واحدة طول الوقت بل إن بعضهم يظهر مدة من الزمن ثم تنتقل مدتها أو تختفي، في حين أن بعضها الآخر يستمر وجوده، وتتخذ انفعالات المراهق طابعا عنيفا عندما يعجز عن تلبية حاجاته و تحقق أهدافه الخاصة وتأكيد ذاته المستقلة والمميزة، فيفقد اتزانه العاطفي ويمارس الكثير من ظروف السلوك الشاذ. وقد كان الرأي السائد في أوائل العقد الثالث من هذا القرن هو رأي "ستانلي هول" القائل "أن أزمة المراهقة شديدة الضيق بغض النظر عن الظروف الاجتماعية المحيطة بالمراهق". وكانت التغيرات الفيزيولوجية تحتل المكانة الأولى في تحليل جوانب هذه الأزمة التي أظهرت بحوث الأنثربولوجيين الاجتماعيين والباحثين في حياة الشعوب المسماة بالبداية والنظر للتربية لديهم فأقامت هذه النظرة المقارنة أن تستشف أثر التربية العلمية². وكما أسلفنا فإن المراهقة فترة نمو متصاعدة من الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية وهذه العوامل متشابكة تؤدي إلى ما يعانيه المراهق من حساسية شديدة، وصراع نفسي وأحيانا إلى أحلام اليقظة تستغرق ساعات من نومه.

قد تمتاز حياة المراهق من الناحية الانفعالية بالعنف والاندفاع، كما يساوره من حين لآخر أحاسيس بالضيق أو القلق، ولقد اختلف الباحثون في تقسيم بواعث هذه الاضطرابات الانفعالية التي تسود حياته فهناك من يرجعها إلى تغيرات إفرازات الغدد وهناك من يرجعها إلى العوامل البيئية المحيطة بالمراهق³.

فالتغيرات السريعة التي تفاجئ الطفل تشد انتباهه إلى جسمه، وتسبب له الكثير من القلق والاضطرابات النفسية⁴.

1 فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو دار الفكر العربي، القاهرة، 1975، ص275.

2 ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، ط2، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1986، ص303.

3 مالك سليمان مخول، علم نفس الطفولة والمراهقة، مطابع مؤسسة الوحدة، القاهرة، 1981، ص165-166.

4 محي الدين مختار، مرجع سابق، ص162.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

ويلاحظ عدم الثبات الانفعالي للمراهق متجليا في تحول سلوكه بين سلوك الأطفال وتصرفات الكبار وتغير شعوره بين الحب والكره والشجاعة والخوف والانشراح والاكتئاب.

وقد يظهر عليه الخجل والميول والانطوائية والتمركز حول الذات نتيجة التغيرات الجسمية المفاجئة، والتردد نتيجة عدم الثقة بالنفس، في بداية هذه المرحلة يكون الخيال خصبا، مما يسمح للمراهق بتحقيق الرغبات التي لا يستطيع تحقيقها في الواقع، كما يساعده على تخيل مستقبله ويستغرق المراهق في أحلام اليقظة وينتابه القلق النفسي أحيانا، فينتقل من عالم إلى عالم غير واقعي¹.

فالتأثير السريع بمختلف المثيرات الانفعالية له علاقة بصحة الفرد ونشاطه العقلي ونموه، وما يؤكد ذلك ما ذكره (فؤاد البهي السيد) حيث يقول "تؤثر الانفعالات الحادة القوية على صحة الفرد وعلى نشاطه العقلي وعلى اتجاهاته النفسية وعاداته المختلفة تأثير قد يعوق نموه وتطوره لذ من الواجب أن يعود المراهق على ضبط النفس حتى يروضها على رؤية الجوانب السارة لكل موقف مؤلم"².

إن هذه المظاهر الانفعالية التي يعيشها المراهق تتأثر بعدة عوامل موجودة في المجتمع الذي يعيش فيه منها أسرته وبيئته الاجتماعية وما تحمله من عادات وتقاليد وعرف وهذا يؤثر بالتالي على اتجاهه وسلوكه داخ المجتمع وذلك كله يؤثر على عملية تكيفه داخل المجتمع.

6.3.4. النمو الاجتماعي:

الحياة الاجتماعية في مرحلة المراهقة تتميز بالاتساع والشمول والتباين، والتمايز، وخاصة في إطار الأسرة والمدرسة.

ويكتنف المراهق في هذه المرحلة الغموض والتردد أما القيم الاجتماعية، والثقافية، فهو يرى الكبار يتقولون بمفاهيم هم يرفضونها في حقيقة الأمر، حيث تكذبها سلوكياتهم الظاهرة، كانت يكون الأب مدخن للسجائر ويعطي محاضرة لابنه المراهق عن أضرار التدخين، وهذا التناقض الذي يره المراهق يجعله يعيش صراعا مع هذه القيم، فيلجأ إلى جماعة أخرى تشبع حاجاته الاجتماعية.

وهذه الجماعة هي جماعة الأقران حيث تزداد أهمية الرفاق وتكوين علاقات وطيدة معهم في مرحلة المراهقة أكثر من أي مرحلة أخرى.

1 حامد عبد السلام زهران، علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة، عالم الكتاب، القاهرة، 1972. ص315.

2 فؤاد البهي السيد، مرجع سابق، ص319-320.

فمن الصعب على المراهق أن يتخلى عن أصدقائه وزملائه الذين يضع فيهم ثقته التامة¹. وفي ذلك يقول "محي الدين مختار": "تختفي تدريجيا جماعة الأطفال التي كانت من قبل، ويحل محلها بعض الأصدقاء من نفس الجنس، حيث يستطيع المراهق أن يبوح بأسراره، ويطلعهم على ما يعانیه ويطمئن على نفسه إذا ما كانوا يمرون بنفس التجربة التي يمر بها"². كما تتسع دائرة نشاطه الإجتماعي ويدرك حقوقه وواجباته، ويخفف من أنانيته، ويقترّب سلوكه من معايير الناس، ويتعاون معهم في نشاطه، كما يظهر التآلف عنده من خلال ميله نحو الجنس الآخر، ويتميز المراهق في هذه المرحلة بالتعصب لآرائه ومعايير جماعة الأقران، وقد يتخذ تعصبه سلوكا عدوانيا، كالنقد اللاذع، وتأكيد المراهق لمكانته عن طريق المنافسة مع زملائه في ميدان الدراسة واللعب³.

ومن أهم الاتجاهات التي تظهر بوضوح عنده، الاتجاه الديني، والميل بمناقشة الأمور الدينية، إذ قد يشعر المراهق بالتشكيك في بعض العادات والأمور الدينية. إذ أنه يعتقد انه لا يجد فيها فهما من الكبار الذي يحيطون به، وان هناك فجوة اجتماعية وثقافية بينه وبينهم، تقف حائلا دون أن فهموه فهما أحسن⁴.

في ذلك يرى "فؤاد البهي السيد" أن لحياة الاجتماعية للمراهقة تتأثر في تطورها بمدى تحررها من قيود الأسرة ومدى خضوعها للجماعة واستقلالها عنها ومدى تفاعلها مع الجو المدرسي القائم ثم من ذلك كله إلى الاتصال القوي الصحيح بعالم لقيم والمعايير والمثل العليا⁵، وللتغلب على ما يعانیه عن طريق تعريفه بأمور دينية وممارستها وقد قال الرسول (صل الله عليه وسلم) في حديث يلخص فيه طريقة التربية من الولادة حتى سن 21 سنة "لاعب ابنك سبعا وأدبه سبعا وصاحبه سبعا ثم أترك له حبله على غاربه"⁶.

وكذلك ينبغي أبعد عن أقران السوء وتوجيهه إلى ممارسة الهوايات المفيدة والمفضلة وخاصة ممارسة النشاطات البدنية والرياضية لشغل أوقات الفراغ.

1 مصطفى زيدان محمد، السلوك الإجتماعي للفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1965، ص368.

2 محي الدين مختار، مرجع سابق، ص163.

3 مالك سليمان مخول، مرجع سابق، ص160.

4 محمد مصطفى زيدان، السلوك الإجتماعي للفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1965، ص368.

5 فؤاد البهي السيد، مرجع سابق، ص329.

6 العربي بختي، التربية العالمية في الإسلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991، ص440.

كما يحاول المراهق أن يمثل رجل المستقبل فهو وإن كان يملك جسم الرجل خلال 13 و 17 من عمره إلا أنه لا يزال يتصرف تصرفات غير ناضجة لذلك فإن المجتمع يتأخر في إعطائه حقوق الرجولة وواجباتها الاجتماعية، فيؤدي التعارض بين الرغبتين إلى مظاهر انفعالية التي تكلمنا عنها وإلى بعض المشكلات التي تختلف من مجتمع إلى آخر.

وفضلا عن ذلك تتميز حياة المراهق بالتنافس في المدرسة والبيت والعالم الخارجي لأنه يريد أن يمارس الحكمة وضبط النفس ويصبح أكثر اعتمادا على نفسه وقادرا على الاستجابة لنوازه الداخلية بدلا من الاستجابة للضغوط الخارجية في توجيهه نحو الاستقلالية الشخصية، وعدم تفهم التصرفات يؤدي إلى سلبية هذه السلوكيات.

7.3.4. النمو العقلي:

إن النمو العقلي لا يسير بسرعة واحدة في جميع الأعمار فقد أثبتت الأبحاث أن هذا النمو يكون بطيئا في الصغر، وبلي ذلك فترة النمو العقلي السريع وذلك خلال فترة الطفولة المتأخرة حتى مرحلة المراهقة المبكرة، ثم يأخذ النمو العقلي ابتداء من العام السادس عشر في التباطؤ.

يحدث تقدم في النمو العقلي عند المراهق، حيث يتم تحقق الفرد من قدراته وذلك من خلال الفرص والمواقف وتقييم نفسه من خلالها ويقومه الآخرون اعتمادا عليها¹.

ويظهر نمو الذكاء، وتصبح قدراته العقلية أكثر دقة في التعبير مثل القدرات اللفظية والقدرات العددية، كما تنمو القدرة على التعلم والتحصيل واكتساب المهارات والمعلومات ويصل النمو العقلي في نهاية هذه المرحلة إلى درجة عالية، حيث يصل الذكاء إلى قمة نضجة ويطرد نمو التفكير المجرد والمنطقي ويتبلور حول التخصص المهني، كذلك قدرة المراهق على الاتصال العقلي مع الآخرين².

كما يرى "مالك سليمان مخول" : "إن النمو العقلي يرتبط لدى المراهق برغبته في تحقيق استقلاله الذاتي ويتميز بين نوعين من الأشخاص يميلون إلى ادعاء بأكثر مما لديهم بالفعل من قدرات تكون لديهم، رغبة في تحقيق ذواتهم ورغبتهم في الاستقلال عن الآخرين تكون أقوى من الأشخاص الذين يميلون على التواضع الكاذب والتقليل من قيمة ذواتهم³.

1 كورت مانيل، عبد العلي صيف، التعليم الحركي، ط1، مطبعة العراق، 1980، ص219.

2 حامد عبد السلام زهران، الطفولة والمراهقة، ط5، عالم الكتاب، 2001، ص324.

3 مالك سليمان مخول، علم النفس النمو والمراهق، المطبعة الجديدة، دمشق 1984، ص 334.

ويتضح تفكير المراهق عند بياجيه "J.PIAJET" في انتقاله من النمط المشخص إلى النمط المجرد، بحيث نجد الطفل حين يستعمل منطقة يستعين في ذلك بالأشياء المحسوسة، بينما المراهق يتعدى هذا المستوى من التفكير باعتباره يصبح يستعمل المنطق حتى في الأمور التي ليس لها علاقة بالمحسوس وبالخاص، بمعنى أنه يفهم ويدرك ما هو مجرد.¹

فالقدر على التفكير التجريدي ترتبط ارتباطا وثيقا بفهم العلاقات الكيفية بالأشياء وتشكل الجانب الهام والضروري من النضج الذهني والعاطفي والخلفي.²

ومن أبرز خصائص النشاط العقلي في فترة المراهقة أيضا أنه يأخذ في البلورة والتركيز حول نوع معين من النشاط كأن يتجه المراهق نحو الدراسة العلمية أو الأدبية بدلا من تنوع نشاطه واختلاف اهتمامه، فبعد أن كانت قدرته على الانتباه محدودة وكانت لمدة التي يستطيع أن يركز انتباهه فيها نحو موضوع معين محدودة أيضا ويصبح قادرا على تركيز انتباهه لمدة طويلة. وفي هذه المرحلة أيضا يصبح خيال المراهق خيالا مجردا، أي مبنيا على استخدام الصورة اللفظية وعلى المعاني المجردة.³

ففترة المراهقة هي الفترة التي يتجه فيها النشاط العقلي نحو التركيز والبلورة نحو مظهر معين من مظاهر النشاط، الأمر الذي جعل فترة المراهقة مرحلة التوجيه التعليمي والتوجيه المهني لذلك ينبغي أن يوجه عناية كبيرة لتنمية التفكير العلمي لدى المراهقين، وتعويدهم على استعمال العلم والمنطق والواقعية في حل المشاكل التي تواجههم، كما ينبغي توجيه المراهقين في هذه الفترة في الميدان الدراسي إلى شعب تلائم قدراتهم الفكرية والعقلية مع مراعاة مختلف اتجاهاتهم.⁴

4.4. أنواع المراهقة:

الواقع أنه ليس هناك نوع واحد من المراهقة، فكل فرد نوع خاص حسب ظروفه الجسمية والاجتماعية والمادية وحسب استعداداته الطبيعية.

1Daniel Gessas, *L'echec scolaire*, 2eme ed, E.S.P.Paris, 1982, p105.

2 كمال الدسوقي، النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية، بيروت، 1979، ص241.

3 عبد الرحمان عيسوي، مرجع سابق، ص40.

4 أحمد زكي صالح، مرجع سابق، ص233.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

فالمراهقة تختلف من فرد إلى فرد، ومن بيئة جغرافية إلى أخرى، ومن سلاله إلى سلاله، كذلك تختلف باختلاف الأنماط الحضارية التي يتربى في وسطها المراهق فهي في المجتمع البدائي تختلف عنها في المجتمع المتحضر.

كذلك تختلف في مجتمع المدينة عنها في الريف كما تختلف في المجتمع الذي يفرض الكثير من القيود والأغلال على نشاط المراهق عنها في المجتمع الحر الذي يتيح للمراهق فرص العمل والنشاط وفرص إشباع الحاجات والدوافع المختلفة.

فقد دلت الأبحاث التي أجرتها مارجريت مد M.Med وهي من علماء (الأنثربولوجيا الاجتماعية" أنه في المجتمعات البدائية ينتقل الطفل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرجولة مباشرة أما في المجتمعات المتحضرة فقد أسفرت الأبحاث على أن المراهقة تتخذ أشكالاً مختلفة¹.

- مراهقة سوية خالية من المشكلات والصعوبات.
- كمراهقة انسحابية: حيث ينسحب المراهق من مجتمع الأسرة ومن مجتمع الأقران ويفضل الانعزال والإنفراد بنفسه حيث يتأمل ذاته ومشاكله.
- مراهقة عدوانية: حيث يتسم سلوك المراهق فيها بالعدوان على نفسه وعلى غيره من الناس والأشياء

5.4. حاجات المراهقين الأساسية:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ تغيرات في حاجات المراهقين، ولأول وهلة تبدوا حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا أن المدقق يجد فروقا واضحة خاصة بمرحلة المراهقة، ولعلنا لا نبالغ إذا قلنا أن الحاجات و الميول والرغبات تصل في مرحلة المراهقة إلى أقصى درجة من التعقيد، ويلاحظ أن المراهق المعوق قد يجد من الصعب أو من المستحيل في بعض الأحيان رغم جهود ومحاولاته إشباع بعض حاجاته².

كما نجد بأن الحاجة هي الظروف أو الموقف التي تتطلب العمل للوصول إلى هدف معين ومنها الحاجات البيولوجية التي تتميز بها كل الكائنات الحية المتمثلة في الأكل والشرب في

1 عبد الرحمان عيسوي، علم نفس النمو، دار النهضة العربية، بيروت، 1955، ص ص42-44.

2 حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص401.

سبيل البقاء، كما أن هناك حاجات اجتماعية أيضا، لذلك ارتأينا أنه من الضروري الإشادة إلى بعض حاجات المراهق.

1.5.4. الحاجة إلى الأمن:

وتتضمن: الحاجة إلى الأمن الجسمي والصحة الجسمية، الحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي، الحاجة إلى البقاء حيا، الحاجة إلى تجنب الخطر والألم، الحاجة إلى الاسترخاء والراحة، الحاجة إلى الشفاء عند المرض أو الجرح، الحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة المستقرة السعيدة، الحاجة إلى الحماية ضد الحرمان من إشباع الدوافع، الحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية.¹

2.5.4. الحاجة إلى الحب والقبول:

وتتضمن: الحاجة إلى الحب والمحبة، الحاجة إلى القبول والتقبل الاجتماعي، الحاجة إلى الأصدقاء، الحاجة إلى الشعبة، الحاجة إلى انتماء إلى الجماعات، الحاجة إلى إسعاد الآخرين.

3.5.4. الحاجة إلى مكانة الذات:

وتتضمن: الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق، الحاجة إلى المراكز والقيمة الاجتماعية، الحاجة إلى الشعور بالعدالة في المعاملة، الحاجة إلى التقبل من الآخرين، الحاجة إلى النجاح الاجتماعي، الحاجة إلى الاقتناء والامتلاك، الحاجة إلى حماية الآخرين، الحاجة إلى تقليد الآخرين، الحاجة إلى المساواة مع رفاق السن والزملاء في المظهر والملابس والمصروف والمكانة الاجتماعية، الحاجة إلى تجنب اللوم، الحاجة إلى المعاملة العادلة، الحاجة إلى ان يصبح سويا وعاديا، الحاجة إلى التغلب على العوائق والمعوقات، الحاجة إلى العمل نحو هدف، الحاجة إلى معارضته للآخرين، الحاجة إلى توجيه الذات.²

4.5.4. الحاجة إلى الإشباع الجنسي:

يتضمن: الحاجة إلى التربية الجنسية، الحاجة إلى اهتمام الجنس وحبه، الحاجة إلى التخلص من التوتر، الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري.³

1 محمد التومي الشيباني، الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب، الدار العربية، ليبيا، 1973، ص 103.

2 محمد الزعبلوي، مرجع سابق، ص58.

3 حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص402.

5.5.4. الحاجة إلى الانتماء:

إن رغبة المراهق في الاستقلال المادي والعاطفي عن الأسرة مرتبط برغبته في الانتماء إلى جماعات خارج إطار الأسرة وهي جماعة الأصدقاء.¹

فالمراهق إذا استطاع أن يحصل على حب الآخرين وتقديرهم، وإذا أمكنه أن يحب الآخرين ويهب نفسه لهم، فإن ذلك من شأنه أن ينمي الثقة في نفسه، وإذا ما وثق في نفسه ورضي عنها استطاع أن يتقبلها ويحبها ويكون حب نفسه دافعا إلى العمل والإنتاج والارتباط بالجماعة، فبنشأ جريئا قادرا على تكوين علاقات اجتماعية سليمة.²

6.5.4. الحاجة إلى الاستقلال:

النضج الجسمي لدى المراهق هو من أسباب محاولته للاعتماد على نفسه، والاستقلال في اتخاذ القرارات الخاصة بحياته، ونتيجة لتعدد العلاقات الاجتماعية مع الأقران والأصدقاء خاصة، يعمل المراهق من أجل الاستقلال الانفعالي، لكن تبعيته الاقتصادية من جهة وفرض السلطة الأبوية من جهة أخرى قد تجعله يفقد التوازن في سلوكه وردود أفعاله.³

7.5.4. الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار:

وتتضمن: الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك، الحاجة إلى تحصيل الحقائق، الحاجة إلى تفسير الحقائق، الحاجة إلى التنظيم، الحاجة إلى الخبرات الجديدة والتنوع، الحاجة إلى إشباع الذات عن طريق العمل، الحاجة إلى النجاح والتقدم الدراسي، الحاجة إلى التعبير عن النفس، الحاجة إلى المطابقة، الحاجة إلى السعي وراء الإثارة، الحاجة إلى المعلومات ونمو القدرات، الحاجة إلى التوجيه والإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والسري والزواجي.⁴

8.5.4. الحاجات الاجتماعية:

وتتمثل في الحاجة إلى الاستقلال والشعور بالقيمة الذاتية والاحترام وإثبات الذات وتأكيدا خاصة وأن المجتمع أول ما يدرك من الأشخاص مباشرة المظهر الجسدي ودرجة

1 صموئيل مغاريوس، الصحة النفسية والعمل المدرسي، ط2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1974، ص07.

2 مصطفى غالب، في سبيل موسوعة نفسية سيكولوجية، منشورات الهلال، بيروت، 1986، ص40.

3 صموئيل مغاريوس، مرجع سابق، ص07.

4 حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص402.

اختلافه عن النموذج المرغوب فيه وكذلك فإن المرض والضعف الجسدي في أكثر من الأحيان أساس سوء التكيف¹.

9.5.4. الحاجات الوجدانية:

وهي كل الحاجات التي تعمل على تحقيق التوازن النفسي وترتبط بنظيرتها الفيزيولوجية بحيث عدم تحقق الأولى يساهم في خلق الصراع النفسي وأولها يحتاج إليه المراهقون من الناحية النفسية والشعور بالأمان العاطفي.

وإذا كان الأمر كذلك فلا بد أن نحرص على إشباع هذه الحاجات حيث ينشأ المراهقون أشخاص أصماء في نفوسهم أسوياء في سلوكياتهم².

10.5.4. الحاجات الفيزيولوجية:

وهي تلك المطالب التي تلتزم لبقاء الجسم وراحته ورفاهيته، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالظروف الجسمية وظائف الأعضاء المختلفة كالحاجة إلى الطعام، الماء، التخلص من الفضلات، الدفء، العناية الطبية، النوم والحاجة إلى الراحة وحاجات الدافع الجنسي³.

6.4. مشاكل المراهقة:

إن تعقيد فترة المراهقة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمط القافي السائد في المجتمع الذي يعيش فيه المراهق، ومن بين المشاكل التي يعاني منها نجد:

1.6.4. المشكلات التي تتأثر بالتفكير:

لقد اتضح نتيجة للدراسات التي أجراها عدد من الباحثين ما بين 1950 إلى 1960 من أمثال "اوزبيل"، و"جي. أ. بوندور. أ. هنتر" وزميله "د. ه. مورجان و. ونرز" وآخرون سواهم، اتضح أن مرحلة المراهقة فترة تخوف وقلق شديدين يستحوذان على المراهق فيجعلانه يعيش في عالم غير عالم الراشدين، وقد وجد أن مصدري الإزعاج هذين يشملان مختلف جوانب تفكير المراهق وسائر حياته الوجدانية، ومجمل المشكلات التي انتهت إليها البحوث المذكورة كانت متعددة شاملة تلازم المراهق أينما ارتحل وهي تستبد به أكثر في المدرسة وخاصة غرف الدراسة ومن هنا تأتي معظم المشاكل الانضباطية في المدرسة.

1 عاقل فاخر، علم النفس التربوي، دار القلم، لبنان، 1972، ص 460.

2 غالب مصطفى، سيكولوجية الطفولة المراهقة، مكتبة الهلال، بيروت، 1987، ص 38-40.

3 كمال السيد دسوقي، النمو التربوي للطفل، دار النهضة العربية، لبنان، 1979، ص 121.

2.6.4. مشكلات تتصل بالصحة والنمو:

وأهم خصائص ذلك الأرق الشعور بالتعب بصورة سريعة، معاناة الغثيان، قضم الأظافر، عدم الاستقرار النفسي، قبح المنظر، عدم تناسق أعضاء الجسم، فهذه الأمور لا تهم الراشد كثيرا، لكنها بالنسبة للمراهق تكون مصدر إقلاق وخاصة إذا ما جعلته معرضا للسخرية والتهكم من جانب الآخرين أحيانا.

3.6.4. مشكلات خاصة بالشخصية:

تتميز مرحلة المراهقة بتكوين عواطف نحو الذات وتأخذ المظاهر التالية: الاعتداد بالنفس، والعناية بالهندام وبطريقة الجلوس والكلام. وأهم ما يشغل بال المراهق هو مظهره وسلوكه، فهو يخشى على ما سيكون عليه تكوينه الجسمي ومستقبله ومركزه الاجتماعي وكفاءته وجاذبيته بالنسبة للجنس الآخر، لذلك يتوقع المراهق باستمرار رد فعل الآخرين نحو هذه الأشياء، ويعني هذا أنه يكون حساس بشكل واضح لفكرة الآخرين عنه فيما يشغل باله هو. كل هذه المشاكل تدخل في تكوين مفهوم الذات لدى المراهق الذي يعد مركز اهتمامه في هذه الفترة لأنه يحدد له معالم حياته خلال المراهقة وبعدها، ومن ثمة يعمل جاهدا لحل مشاكله من جهة ومن جهة أخرى لحماية ذاته والدفاع عنها عن طريق بعض الحيل الدفاعية.¹

4.6.4. مشكلات تصاحب المراهق من جو أسرته:

عدم توفر محل خاص به في البيت، عدم استطاعته الخلوة على نفسه في داره، وجود الحواجز بينه وبين والديه فلم يستطع اطلاعهم على ما يعانیه من حالات نفسية، التشاجر والعراك مع إخوته وإخوانه، عدم حصوله على مخصصات خاصة به من أسرته، خصام الأبوين فيما بينهما، معاملته معاملة الطفل من جانب الأبوين، التزمّت في تقييد حريته، عدم السماح له باختيار أصدقائه.

5.6.4. مشكلات تتعلق بالمكانة الاجتماعية:

التهيب من الانطلاق في الحياة الاجتماعية خشية الوقوع في أخطاء، التهيب من مقابلة أفراد آخرين غير الأبوين، القلق الخاص بالمظهر الخارجي والتفكير بنوع الرداء الذي يرضن المراهق بأنه قد يجعله موضع سخرية، الخوف من صدود لذاته وإعراضهم عنه، الشعور

1 المطيلي أحمد، لماذا يكره المراهق جسده، مجلة العربي، تصدر عن وزارة الإعلام الكويت، العدد 757، ديسمبر 1996، ص 121.

بالحاجة إلى أصدقاء ولكنه لا يعلم كيف يكونهم أو كيف ينتجهم، الشعور بأنه قد لا يكون محببا للآخرين.

6.6.4. مشكلات ترتبط بمسألة التحدث إلى الجنس الآخر:

التخوف من عدم الاستجابة، الإصابة باللعثمة والارتباك لدى التحدث إلى الجنس الآخر، الجهل بوجوب إقامة العلاقات الاجتماعية الحسنة التي تقرها الأخلاق مع الجنس الآخر.

7.6.4. مشكلات تمس المعايير الأخلاقية:

عدم تلقي المراهق توجيهات بشأن ما عليه المجتمع من عرف وتقاليد ينبغي الحفاظ عليها ورعايتها، الاضطراب الناشئ من عدم التمييز بين الخير والشر، الخلط بين الحق والباطل، عدم إدراك مغزى الحياة، القلق بشأن أي سبيل أفضل للإصلاح، التفكير بمسائل التسامح والتعرض الاجتماعيين.¹

8.6.4. مشكلات ترد إلى المدرسة والدراسة:

عدم القدرة على التركيز في التفكير، عدم توفر النصائح الصائبة بشأن أسلم الأساليب الدراسية، عدم المعرفة بشأن الانتفاع بالوقت، شك المراهق بقدراته، التخوف من الرسوب، تشتيت الجهود على فعاليات شتى فلا يستطيع إنجاز الشيء معين فيتربك على هذا القلق بغض المدرسة ومن فيها، إما لعدم استطاعته مسايرة أقرانه في الصف، وإما لعدم تفهم الإدارة والمدرسين له، أو جزاء تعرضه للأذى من جانب زملائه أو من هذه الأمور مجتمعة، عدم معرفته بأصول الدراسة النافعة، عدم معرفته باتجاهه في الحياة، التخوف من الامتحانات.²

9.6.4. مشكلات ترجع إلى اختيار مهنة معينة في الحياة:

الحاجة إلى من يشد إلى أن يخط نهجا في الحياة، الحاجة إلى الخبرة في نوع العمل الذي يرغب فيه، عدم معرفته بكيفية البحث عن عمل ما، انعدام الرغبة والاهتمام مما يولد القلق النفسي والكتابة القائمة، عدم معرفته بما يوافق قابليته من المهن.³

7.4. القيمة النفسية والاجتماعية للمراهق عند ممارسته النشاط البدني والرياضي:

تتجلى القيمة النفسية لها في تأثيرها المباشر والجلي في نفسه المراهق من بناء للشخصية الهادئة والمتزنة إلى تنمية القدرات الفكرية وكذا القدرات البدنية من قوة وسرعة ومداومة .

1 عبد العالي الجسماني، مرجع سابق، ص 237-238.

2 عماد الدين محمد إسماعيل، النمو في مرحلة المراهقة، دار القلم، الكويت، 1982، ص 26.

3 عبد العالي الجسماني، مرجع سابق، ص 238-239.

وكما قال أحد علماء النفس " المراهق إنسان في تطوير دائم ومستمر والحالات النفسية، الجسمية، الفيزيولوجية، الحركية في تحسن دائم وأثناء هذه التغيرات فإنه يحتاج لإبراز قدرته وإظهارها إلى الآخرين تعبير منه بأنه خرج من مرحلة الطفولة، وهنا يبدأ في فرض شخصيته ووجوده سواء في المواد الأخرى أو في مادة التربية البدنية والرياضية، وذلك بإبراز قدراته البدنية التكتيكية والتقنية خلال تواجده في ملعب أو قاعة رياضية بالثانوية.

فحصى التربية البدنية والرياضية في الثانويات هي حصص ترفيهية وذلك لدورها الكبير في إزالة الضغط الذي يتعرض له التلميذ سواء من الأسرة أو من المجتمع أو حتى من دروس المواد الأخرى ، فممارسة الأنشطة الرياضية تخلص المراهق من العقد كالحرص والانطواء.

8.4. علاقة المراهق بممارسة النشاط البدني والرياضي:

إن المراهقين في هذا السن يكونون منغمسين في ممارسة النشاط البدني والرياضي ومستعدون لتجاوز الحدود، إذا كان الأمر متعلقا بتحسين وتعديل ممارسة الرياضة وتنمية استعداداته ومواهبه.

كما تجعله هذه المرحلة في الكثير من الحيان مضطربا وقلقا، بحيث يتميز بالغضب من عدم تحقيق حاجياته فهو يسعى دائما إلى تحقيق الاستقلال عن الأسرة ومحاولة الظهور والتفوق في مختلف المجالات ولتحقيق ذلك يميل المراهق إلى اللعب والنشاط البدني الرياضي إذ يعتبر اللعب والنشاط الرياضي كمخفف للقلق والتوتر الذي هو وليد الإحباط، فعن طريق اللعب يمكن للطاقة الغريزية أن تتحرر بصفة اجتماعية مقبولة، إذا استطاع المراهق حل أو التحكم في صراعاته اللاشعورية المرتبطة بمرحلة الطفولة وبالتالي التحكم في ذاته ، وبفضل اللعب والنشاط الرياضي أيضا يتمكن المراهق من تقييم وتقويم إمكانياته المختلفة¹.

فبفضل الرياضة يخفف المراهق من الضغوطات الداخلية ذات المنشأ الفيزيولوجي كما يحرر طاقاته ويعبر عن مطامحه، كما يجعله يعطي صورة حسنة لكيونته الشخصية، وحضوره الجسدي إلى غاية تحقيق رغبة التفوق والهيمنة².

فمن الناحية الجسمية، فحصة التربية البدنية والرياضية" أو النشاط البدني والرياضي" تعتبر علاجا لتنشيط جسم المراهق وتزويده بالحركة والحيوية التي لا غنى عنها كما ان لنشاط

1 محمد الأفندي، علم النفس الرياضي والأسس النفسية للتربية الرياضية، عالم الكتب، القاهرة، 1965، ص444.

2Cavigioli Bernard, *psycho Pedagogie du sport*, C.A Librairie Jvrin, paris, 1976, p91.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

الجسمي له قيمة علاجية كبيرة في تخفيف حدة توتر الأعصاب والأعضاء، وتعطي الفرصة للمراهق التعبير عن أنفسهم بحرية وانطلاق بعد أن يكون ساكنا ومركزا لانتباهه في موضوعات الدروس طيلة الحصص التعليمية الأخرى.¹

أما من الناحية الاجتماعية فإن نقص إشباع الحاجات الاجتماعية يؤدي بالمراهق عادة إلى الهجوم والسلوك العدواني أو إلى الانزواء والابتعاد عن الناس، وفي هذه المرحلة كذلك يتجه المراهقين إلى التكتل في الجماعات وتبدأ العلاقات بين البنات والبنين، في الظهور ويبدأ المراهق لتساؤل عن جماعته ومركزه وسطها؟ فالتربية البدنية والرياضية تستطيع تقديم إجابات للمراهق للميل للظهور بالمظهر اللائق أمام الجماعة، وتلعب كذلك دورا كبيرا في تنظيم العلاقة بين الجنسين، وخاصة في الألعاب المختلطة فلعب الجنسين معا يساعد كل منهما التكيف في جو طبيعي، ويعتبر نشاطات "ت.ب.ر." حقا خصبا للنمو الاجتماعي، فالتعاون والتنافس اللذان يستخدمان كثيرا في النشاط الرياضي هما من أقوى الأسس في الحياة الاجتماعية، فالتلميذ يتعلم الكثير من خلال:

- معاشرته الآخرين في أثناء الألعاب الرياضية.

- ومن الناحية الوجدانية فالتربية البدنية والرياضية وعن طريق تنمية الروح الرياضية وتدريب التلميذ على الثبات والاتزان من الناحية الوجدانية فإنها ستساهم في تحقيق التكيف والتوافق الاجتماعي الوجداني، فأهم ما يميز الشخص المتزن وجدانيا هو أن يقابل النجاح والنصر بمثل ما يقابل الانهزام والفشل، وهذا ما تهدف إليه الأنشطة البدنية والرياضية.²

وللتربية البدنية أهمية بالغة بالنسبة للمراهق، فهي تهدف للمواصلة تربية المراهق من جميع النواحي وتحقق عدة أهداف هي:

- تنمية الصفات البدنية لدى المراهق وتعلم المهارات الحركية والنشطة الرياضية التي تتفق والمستوى السني للمرحلة.
- رعاية النمو النفسي للمراهق والتوجيه السليم لإبراز الطاقات الإبداعية الخلاقة وتنمية الروح الرياضية والسلوك الرياضي السليم وتدريبهم على القيادة والتبعية والتعرف على الحقوق والواجبات وتنمية صفات التعاون والاحترام المتبادل والاهتمام بالجانب التربوي.³

1 ليلي يوسف، سيكولوجية اللعب والتربية الرياضية، ط2، المكتبة الأنجلو مصرية، مصر 1962، ص192.

2 ليلي يوسف، مرجع سابق، ص197-198.

3 محمد صبحي حسانين، التقويم والقياس في التربية البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979، ص97.

فبعدما كان لعب المراهق رمزي في مرحلة الطفولة يشترط في مرحلة المراهقة تنظيم تقني للعب بحيث يجب توفير العتاد والمكان وكل الظروف الملائمة للمراهق وهي المرحلة التي يزيد فيها أبعاد المراهق عن السلبيات المهمة والغير واضحة، دون أن توفر له أو تقترح عليه الإمكانيات الجذابة للاهتمام باللعبة ويرجع هذا ربما إلى عدم معرفة التحول النفسي الذي يحدث عند كل مراهق وتعتبر الرياضة من أنواع اللعب المميزة التي توحد الجسم مع العقل حيث أن "بريلياس" المفكر الاجتماعي يرى أن الرياضة تربية حركية نفسية وحركية اجتماعية وعلى هذا ففي مرحلة المراهقة لم تصبح المهارة والتقنية هما الأساس في الرياضة، وإنما التلميذ المستعمل لها أدى إلى الاهتمام بقدراته وإمكانياته وميوله إلى تحديد نوع اللعب الرياضي الذي سوف يمارسه ولهذا فإن الرياضة تستدعي بعض الشروط التي يمكن للفرد القيام بها¹.

إن مرحلة المراهقة هي مرحلة مناسبة لتطوير مختلف الصفات البدنية والحركية وتعليم المهارات الرياضية المختلفة وهذا نظرا لمواكبة تطوير هذه الصفات مع تطوير عملية النمو خلال هذه المرحلة، إذا أن مختلف الأجهزة سواء العظمية أو العضلية أو العضوية تقترب كلها من حالة التطور النهائية بانتهاء المراهقة.

أن الرياضة والتربية البدنية تشكل بالنسبة للمراهق وسيلة من وسائل التربية وتحقيق الحاجات لمختلفة فهي تساهم في تحقيق نمو الجسمي المتوازن وتحافظ على اللياقة البدنية وتعمل على تخفيض القلق والاضطرابات التي يعاني منها، كما تساعده على الاندماج داخل المجتمع وهذا عن طريق جماعات الرفاق التي يمارس معها نشاطاته الرياضية المختلفة وحصاة التربية البدنية تعتبر وسيلة هامة لذلك لأنها تؤدي في إطار تربوي ويشرف عليها أساتذة مختصون ولها برنامج معد خصيصا لتلبية حاجيات هذه المرحلة وهي مادة تربية تدريبية كباقي المواد الأخرى.

كما ذكرنا أنفا فإن المراهق في هذه المرحلة ينمو جسمه نموا سريعا، ويزيد وزنه لدرجة قد تجعل الهيمنة والتحكم على الأعضاء المختلفة صعبا لحد ما، حيث يتعرض بعض المراهقين إلى زيادة مفرطة في وزن الجسم، ويظهر ذلك في صورة شحوم على أجزاء الجسم، وهذه الزيادة ناشئة بسبب حصول المراهق على كمية أكثر من السرعات التي تزيد عن احتياجات الجسم من الطاقة، مما يفقد المراهق السيطرة على جسمه، فتصبح حركات الأطراف

1Pehier, Luise, Psychologique parles unt PUF, Paris, 1973, P 140.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

كالأيدي والأرجل وحركات الجذع كذلك غير متناسقة وغير متزنة، وعلى الأخص عند الذكور، إذ تبدو فيهم هذه الظاهر أكثر من الفتيات.

يقول الدكتور محمد الزعبلوي: " وفي اعتقادي أن مرحلة المراهقة تفسح المجال أما المراهق ليمارس أنشطة رياضية ما كان يمارسها في صباه لميلها إلى الخشونة والقوة البدنية وذلك مثل الجيدوا والكارتيه والملاكمة والمصارعة وسباق الدراجات، وهذه الأنشطة لا تعتمد على القوة البدنية بقدر ما تعتمد على المهارة الحركية والمراوغة و الاتزان وغير ذلك مما يلزم هذه الأنشطة الرياضية التي تتميز بالحركة والانطلاق، أما كون الصبي حين يراهق فيشاهد عدم اتزانه في أداء الحركات والألعاب التي اعتادها في الصبا فليس هذا دليلا على اضطراب الحركة بسبب النمو السريع بقدر ما هو دليل على تخطي المراهق لهذا المستوى النهائي الذي لم يعد متناسبا لسنه ونمو جسمه وتسمية هذه الظاهرة بالرؤية أولا، وذلك لأن المراهق حين يعود لألعاب الصبا ولا يمهر في أدائها فإنه بذلك يهدف إلى لفت النظر إلى تخطيه الدور النهائي.¹

كما أن النتائج التالية التي توصلت إليها بعض الدراسات الأكاديمية تمثل أهمية التربية البدنية والرياضية خاصة لدى المراهقين، وذلك من خلال الاستجواب الذي قام به أحد الباحثين قصد معرفة صورة المراهقين في المرحلة الثانية حول مادة التربية البدنية والرياضية، حيث أن هذه النتائج تمثل أقوى دليل على أهمية هذه المادة خاصة في مرحلة المراهقة، وأظهرت هذه النتائج أن (68%) من المستجيبين يرون أنها تمنح الحرية والاستقلالية، بينما (12%) يرون عكس ذلك، كذلك يرى (94%) من المراهقين أنها تمنحهم السعادة، كذلك (87%) من المستجيبين تمنحهم الجمال، و(89%) يعتبرونها كمصدر للرغبة والبهجة، وأخيرا فإن (61%) من آراء المراهقين يرون فيها أنها ميدان هام للتسلية والراحة عكس (36%) الذين يرون أنها ميدان للأعمال الشاقة².

كما توصل الأستاذ روبيي "Hocie Rouibi,1995" خلال الدراسة التي قام بها إلى الخلاصة التالية: يعتبر العامل البيومترى، مثل الوزن والطول، خلال فترة المراهقة كعامل أساسي يؤخذ بعين الاعتبار خلال لتعليم أو التدريب البدني والرياضي، لأن في هذه الفترة من الحياة فإن مرحلة التطور المرجوة تتطلب معايير بيداغوجية مكيفة.

1 محمد الزعبلوي، مرجع سابق، ص76.

2Graviglioli Bernard, *sport et Adolescent* ,Librairie philosophique, J.vrin.France.,1976.p23.

وأخيرا فإنه عند ذكرنا أو مجرد إطلاق مصطلح المراهقة تتبادر في أذهاننا موضوع الجنوح "Delinquance" والذي يعتبر أهم ميزة في هذه المرحلة وبالمقابل أهم مشكل يواجه الأباء والمربين بصفة خاصة، والمجتمع بصفة عامة، لذلك فلا غرابة أن نقول أن أهم علاج لهذا المشكل بالنسبة للمراهقين هو ممارسة أوجه النشاط البدني والرياضي، يقول الأستاذ "جون ياف لاسال" في هذا الإطار: "من الناحية النظرية، فإن أهمية الرياضة كوسيلة لوضع حد لعدم التكيف بالنسبة للجناح كانت نتائجها الإيجابية مسطرة منذ أمد ، لكن هذه النظرة لا تزال تبحث عن متغيرات وأبحاث علمية تبين لنا هذا الاتجاه وتضع حد لعدم التكيف الحاصل لدى الجانحين.

ويضيف قائلا: "إن ما حسن ممارسة الرياضة بشكل عام من خلال اعتبار الرياضة كوسيلة علاجية تعمل على تفتح الشخصية، وانسراح للصدر كذلك من خلال اعتبارها كتهيئة للفرد الجانح إلى مختلف الأنشطة الاجتماعية.¹

ويقول الدكتور عبد الرحيم عدس: "إن فائدة الأنشطة التي يمارسها المراهق ضمن أوقات محددة وضمن حدود مرسومة ومخطط لها هي أنها توفر له ما يشعر به كيانه وهويته، وبأهميته ودوره في المجتمع والحياة، وكلما شعر بكيانه وهويته كلما قل احتمال إقباله على ممارسة سلوك يتعرض فيه للخطر من أجل أن يثبت كيانه، أو يحقق ذاته، ويعزز هويته الشخصية، فهو ليس في حاجة في هذه الحال لإثبات ذلك عن طريق المخاطرة والمغامرة والقيام بتصرفات من أجل إثبات ذلك فحسب.²

09.4. دوافع ممارسة النشاط البدني والرياضي:

إن الدوافع المرتبطة بالنشاط البدني والرياضي تتميز بالطابع المركب نظرا لتعداد الأنشطة البدنية والرياضية ومجالاتها وعن الأهمية الكبرى أن تعرف الأنشطة أهم الدوافع التي تحفز اللاعب على ممارسة الرياضة والأنشطة المختلفة وذلك بالنسبة للفرد الرياضي، وبالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه، فكل فرد إذن في الوجود له دوافع تحثه للقيام بعمل ما ولقد حدد العالم والباحث ليديك "Ludik" أهم الدوافع المرتبطة بممارسة النشاط البدني والرياضي:

1Hocine Rouibi, les facteurs determinants de la performance motrice chez les lycéens adolescents, Institut d'E.P.S Université d'Alger, 1995, p88.

2 محمد عبد الرحيم عدس، تربية المراهقين، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص301.

- الإحساس بالرضا والاتساع: يعد النشاط العقلي كنتيجة للنشاط البدني إذ أن المراهق يشعر بالرضا بعد نشاط يتطلب جهدا ووقت خاص عند تحقيقه للنجاح.
- المتعة الجمالية: هذا بسبب رشاقة ومهارة وجمال الحركات الذاتية للفرد، ونذكر على سبيل المثال (الجمباز، السباحة، التزلج على الجليد، وغيرها من الرياضات التي تتطلب برشاقة الأداء والحركات).
- الشعور بالارتياح كنتيجة التغلب على التدريبات البدنية التي تتميز بالصعوبة والتي تتطلب المزيد من الشجاعة وقوة الإرادة.
- الاشتراك في المنافسات الرياضية التي تعتبر ركن هام من أركان النشاط الرياضي. تسجيل الأرقام والبطولات وإثبات التفوق وإحراز الفوز¹.

10.4. السلوكيات الغذائية للمراهقين:

أجرى (الركبان، 2003) دراسة تهدف إلى وصف السلوكيات الغذائية للمراهقين، ودراسة العوامل المختلفة المؤثرة فيها، وكذلك تقييم معلومات المراهقين عن التغذية وعلاقة تلك المعرفة بسلوكهم الغذائي. وكانت الدراسة مسحية مقطعية شملت المراهقين في مدينة الرياض من السعوديين وغير السعوديين. وتم اختيار العينة بطريقة طبقية عشوائية، وشملت العينة المختارة مشاركة 1023 مراهقا من سكان الرياض. وتبين من الدراسة أن 39% فقط منهم من يتناولون الإفطار يوميا في المنزل، وأن 32% يتناولون المشروبات الغازية بصورة يومية، إن 20% و 28% منهم نادرا ما يتناولون الحليب والخضروات أو الفواكه على التوالي. كما أتضح وجود علاقة عكسية بين العمر وكل من تناول الإفطار يوميا في المنزل وتناول الحليب ومشتقاته وتناول الخضروات والفواكه وإن هناك علاقة طردية بين العمر وتناول المشروبات الغازية والوجبات السريعة. كما أن المدخنين أقل حرصا على تناول الإفطار الصباحي وتناول الحليب والخضروات والفواكه من غير المدخنين وكل ذلك بدلالة إحصائية ذات فروق معنوية. ووجدت كذلك علاقة طردية بين صحة المعلومات الغذائية والممارسات الغذائية المختلفة. إن كثيرا من المراهقين يعتمدون على وسائل الإعلام العامة (التلفاز والراديو والصحف والمجلات) في معلوماتهم الغذائية. وتوصلت النتائج إلى أن السلوك الغذائي للمراهقين في السعودية يحتاج إلى مزيد عناية واهتمام. حيث يظهر انتشار السلوك الغذائي غير صحي بينهم. كما أتضح أن لتقدم العمر وللتدخين ولضعف

1 محمد علاوي صالح، علم النفس الرياضي، دار المعارف، القاهرة، 1987، ص161.

المعلومة الغذائية أثرا في ذلك. ومن هنا فإننا نحتاج إلى ترشيد وسائل الإعلام لخدمة التوعية الغذائية للمجتمع من خلال البرامج الإرشادية والعناية بالإعلانات التجارية وبرامج الأطفال والشباب مع أهمية التركيز على تفعيل دور الأسرة والمدرسة¹ وفيما يلي بعض السلوكيات الغذائية السيئة عند المراهق:

1.10.4. تناول الوجبات السريعة:

لقد ارتبط مفهوم الوجبات السريعة بالهمبرجر والدجاج المقلي والبيتزا والبطاطس المقلية وهذا مفهوم خاطئ حيث لو أخذنا المعنى الحرفي والعملي للوجبات السريعة فهي عبارة عن أغذية تحضر وتؤكل في فترة قصيرة (بشكل سريع)، ولا يوجد غذاء مفيد وغذاء غير مفيد، لأنه في الحقيقة كل غذاء مهما كان نوعه له فائدة ما، لذا يمكن القول أن هناك سلوكيات غذائية مفيدة وسلوكيات غذائية سيئة. وهنا يمكن إدراج تناول بعض الوجبات السريعة في حالة الإكثار من تناولها واتخاذها نمطا غذائيا سائدا للطفل والمراهق أو الشخص في أي مرحلة عمرية ضمن السلوكيات الغذائية السيئة. والمعروف أن بعض الوجبات السريعة تحتوي على نسبة عالية من الدهون والكوليسترول وعنصر الصوديوم (الملح)، نحن لا نحيد الإكثار من تناول هذه العناصر الغذائية، ولكن في الوقت نفسه العديد من الوجبات السريعة غنية بالفيتامينات والأملاح والبروتين، وبعضها غني بعنصر الحديد المهم للوقاية من فقر الدم. لذا فإن النصيحة المثلى هي الاعتدال في تناول الوجبات السريعة. فعندما يكون تناول هذه الوجبات في احد أيام العطل الأسبوعية فلا ضير في ذلك، أما إذا كان تناول الوجبات بشكل يومي فالأفضل أن تترك هذه العادة. وبالرغم من ذلك فإن هذا يتوقف على نوع الوجبة السريعة، فمثلا الاعتدال والتوازن ففي تناولها مع بعض التوجيه كأن يكون الدجاج المشوي بدون جلد مع الخبز الأسمر، بالإضافة إلى أنواع مختلفة من السلطات الخضراء الطازجة وعصير البرتقال وهذه كلها أغذية صحية ومفيدة. إذ انتقاء نوع الغذاء من مطاعم الوجبات السريعة أمر مهم للحصول على وجبات صحية².

1 الركبان محمد عثمان، السلوكيات الغذائية والعوامل المؤثرة فيها لدى المراهقين في مدينة الرياض، المجلة العربية الغذاء والتغذية، العدد 11، السعودية، 2003.

2 عبد الرحمن مصقير، الوجبات السريعة مالها وما عليها، جمعية القلب السعودية، العدد 20، 2006،

<http://www.sha.org.sa/arabic>

2.10.4. تناول المشروبات الغازية:

أصبحت المشروبات الغازية جزءا مهما من مائدة الغذاء عند العديد من الأسر، كما أصبحت مكلا هاما للوجبات السريعة. وقد صرح الكثير من المراهقين والشباب بأن الطعام لا يكون لذيذا إذا لم تكن المشروبات الغازية موجودة معه. إن المشروبات الغازية عبارة عن محلول مكون من ماء وغاز ثنائي أكسيد الكربون وسكر وبعض النكهات الاصطناعية وهي بالتالي لا توفر أية عناصر غذائية تذكر بخلاف الطاقة الحرارية الناتجة من السكريات. وان أهم ما يشغل بال علماء التغذية هو إحلال المشروبات الغازية محل عصير فواكه والحليب، فقد أوضحت الدراسات أن المراهقين والشباب يبدؤون بتناول كميات غير قليلة من المشروبات الغازية وهذه تلقائيا تحل محل العصير مع الطعام وشرب الحليب بين الوجبات الرئيسية أو مع الوجبة العشاء. كما أن وجود لسكريات في المشروبات الغازية بنسبة عالية يصعب من عملية هضمها ويحتاج إلى طاقة كبيرة من اجل ذلك، كما تعتبر مصدرا هاما لتسوس الأسنان كما وجد من بعض الدراسات أن ملازمة شرب المشروبات الغازية قد تسبب حساسية لبعض الأشخاص مثل الصداع واحمرار البشرة، وتسبب زيادة في عسر الهضم وحموضة المعدة، وكذلك الزيادة من حدة الغازات البطنية. ولذا تتصح العديد من الدراسات على تجنب تناول المشروبات الغازية لدى الأطفال والمراهقين وتعويضها بتناول عصير الفواكه والحليب وغيرها من المشروبات المفيدة¹.

3.10.4. تناول مشروبات الطاقة:

تعتبر المشروبات الرياضية ومشروبات الطاقة الأكثر استهلاكا من قبل مختلف الفئات العمرية من قبل مختلف الفئات العمرية وخاصة المراهقين والشباب اعتقادا منهم بأنها الوصفة السحرية لتحسين مستوى أدائهم وغالبا ما يتناولون كميات كبيرة منها سواء قبل أو أثناء أو بعد التدريب أو المنافسات دون ادني معرفة بالفرق بينهما أو التوقيت المناسب لاستخدام كل منهما مما قد يؤدي إلى تدهور مستوى الأداء. فعند مقارنة المشروبات الرياضية بمشروبات الطاقة نجد اختلافا كبيرا بينهما فالمشروبات الرياضية تهدف إلى تعويض السوائل وبعض الأملاح المفقودة في العرق أثناء التدريب أو العمل في الأجواء الحارة لفترات طويلة. أما مشروبات الطاقة فتهدف إلى تزويد الجسم بقدر كبير من الطاقة الأيضية (الكربوهدرات) والطاقة الدهنية

1 عبد الرحمن مصغير، المشروبات الغازية وعلاقتها بالصحة، جمعية القلب السعودية، العدد16، 2006،

<http://www.sha.org.sa/arabi>

(الكافيين وبعض المواد المنبهة الأخرى) بالإضافة إلى بعض الأحماض الأمينية والفيتامينات والأعشاب. في حين لا تحتوي المشروبات الرياضية على نفس المكونات الموجودة في مشروبات الطاقة مثل الكافيين والأحماض الأمينية ولكنها تحتوي على نسبة قليلة جدا من الكربوهيدرات بالمقارنة بمشروبات الطاقة وتحتوي أيضا على الأملاح المعدنية مثل الصوديوم والبوتاسيوم والتي تلعب دورا كبيرا في استبقاء الماء بالجسم والتالي حمايته من الإصابة بالجفاف¹.

وقام كلا من (مصقير و زقزوق، 2005) بدراسة هدفها التعرف على نمط استهلاك مشروبات الطاقة عند المراهقين في مدينة جدة، وكذلك معرفة بعض الاتجاهات التي يكنها هؤلاء المراهقين نحو هذه المشروبات. وقد بلغت عينة الدراسة 843 مراهقا من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 13-18 سنة وقد تم اختيار العينة من 12 مدرسة موزعة في جميع مناطق جدة منها 6 مدارس حكومية والست الباقية كانت مدارس خاصة. وبينت النتائج أن (80%) من المراهقين قد جربوا مشروبات الطاقة ولو لمرة واحدة وأن من أهم أسباب تناول مشروبات الطاقة لأنها لذيذة (20%) وللتجربة (55%) ولإعطاء الطاقة والنشاط (45%)، وقد كان أهم مصدر لتعرف على مشروبات الطاقة الإعلانات التجارية (44%)، ويمكن الاستنتاج بأن المراهقين أكثر اهتماما بمشروب الطاقة من المراهقات وأن هناك نقصا واضحا في المعلومات المتعلقة بمشروبات الطاقة، الأمر الذي يستدعي اهتمام برامج التوعية الصحية بذلك².

11.4. المشاكل الصحية للمراهقين:

1.11.4.السمنة:

ظهور السمنة في هذه الفترة يكون اقل حدوثا منه في فترة سن المدرسة، فكثيرا من المراهقين يصابون بالسمنة منذ طفولتهم³.

وقد انتشرت بين المراهقين حيث أصبحت من أكثر المشاكل المعقدة التي تواجهه الصحة العامة في العالم، وفي دراسة تهدف إلى اكتشاف تأثير السمنة على الحالة الصحية للمراهقين وكذلك توضيح العلاقة بين انتشار سوء التغذية ودرجات السمنة المختلفة حيث تم اختيار 300 من

1 عادل شحاتة، المشروبات الرياضية ومشروبات الطاقة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 13، البحرين، 2005.

2 عبد الرحمن مصقير، نسرین زقزوق، استهلاك واتجاهات المراهقين نحو مشروبات الطاقة في مدينة جدة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 13، السعودية، 2005.

3 المنني خالد بن علي، التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني جدة، ط1، السعودية، 2005.

الفصل الرابع المرحلة العمرية (15-18) سنة

المراهقين بطريقة عشوائية (150 فتى و 150 فتاة) تتراوح أعمارهم بين 15-18 سنة من خمس مدن في جمهورية مصر العربية، ثم تم تجميع البيانات عن المقاييس الجسمية والمأخوذ من العناصر الغذائية باستخدام استرجاع 24 ساعة لمدة ثلاثة أيام، وقد أوضحت النتائج ارتفاع مستوى الإصابة السمنة عند الإناث 25% مقارنة بالذكور 10%. كما أظهرت الدراسة وجود نقص في مستوى الوعي الغذائي عن أطعمة الطاقة وكذلك الزيادة في كمية الطاقة المأخوذة خاصة في الفتيان المصابون بالسمنة مع نقص في مقدار الطاقة المنصرفة تبعاً لدرجة السمنة في كلا من الفتيان والفتيات. كما أظهرت التحاليل المعملية وجود نقص في مستوى الهيموقلوبين وعدد كريات الدم الحمراء ومستوى الحديد والكالسيوم في الدم عن المستوى الطبيعي. بينما كانت تقديرات صورة لبيدات الدم تشير إلى وجود زيادة طفيفة في المعدل الطبيعي لكل من الكولسترول والجليسيريدات الثلاثية والبروتينات الدهنية منخفضة الكثافة في كلا الفتيان والفتيات في العينة تبعاً لدرجة السمنة ويعتبر استمرار هذه الزيادة مؤشراً خطيراً للإصابة بأمراض القلب في المستقبل. ولذا توصي الدراسة بضرورة التحكم في السمنة وشكل زيادة الوزن لمنع مخاطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بها¹.

2.11.4. التدخين والكحول والمخدرات:

إن تدخين السجائر وشرب الكحوليات وتعاطي المخدرات هي من السلوكيات المرضية التي غالباً ما تبدأ خلال مرحلة المراهقة. وفي كثير من الحالات لا يقل ضررها على الحالة الغذائية عن تأثيرها الخطير على الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية ولهذه الأضرار فقد نهانا الله سبحانه وتعالى عن تناولها.

وقام كلا من (Wyne, et al. 2006) بعمل يبحث هدفه تحديد موقف عامة أطباء الأسنان تجاه وقف ومنع المرضى المراهقين والأطفال من التدخين. واتضح من هذه الدراسة أن القدر الكبير من الأطباء الأسنان يعتبرون وقف التدخين ومنعه من مسؤوليتهم².

1 عبد المجيد نهال محمد، احمد رشا صبحي سالم إبراهيم سعيد، تأثير السمنة على الحالة الصحية للمراهقين، المجلة العربية للغذاء، عدد 14، 2002، ص ص 21-30.

2 Wyne, a.h ; Chohan, a.n ; al-monef, m.m and al-saad, a.s ; attitudes of general dentists about smoking cessation and prevention in child and adolescent patients , the journal of contemporary dental practice, 2006, p p 35-43

3.11.4. حب الشباب:

هو عبارة مرض جلد ينتج عادة عن انسداد قنوات الغدد الدهنية على الجلد مما يؤدي إلى التهابات بالجلد، وقد تكون هناك عوامل مسببة تعود للوراثة والغدد الصماء والعدوى. وهناك اقتراح بتجنب بعض الأطعمة مثل الشكولاتة والأطعمة الدهنية والمقلية والمشروبات الغازية والإثباتات ضعيفة على أن الغذاء يلعب دورا بالنسبة لهذا المرض.

إن صحة وسلامة الإنسان تبدأ من حياته الأولى وما يتعرض له من خلال سنواته الأولى وخاصة سنوات الطفولة لذلك يجب على الوالدين والأطباء وغيرهم من الاهتمام بهذه الشريحة لأن سلامتهم سوف تحد من مشاكلهم بعد البلوغ والتقدم في العمر إلا أن ما هو حاصل في بلادنا أن هذه الشريحة لا يهتم بها¹

4.11.4. الاكتئاب:

أكد المختصين ضرورة الاهتمام بمرحلة المراهقة التي قد يصاب بعض الشباب خلالها بحالة من الاكتئاب، وعم الفهم الصحيح نتيجة تغيرات نفسية. وقد ذكر أن بداية ظهور الاكتئاب تكون في مرحلة المراهقة، ولذلك يجب التعرف على أعراض الاضطرابات التي يتعرض لها المراهق بشكل مبكر حتى يمكن التعامل الصحيح مع هذه الحالات، وتقليل احتمالات الانتكاسات. وخطورة اكتئاب المراهقين تكمن في عدم تشخيصه بشكل صحيح من جانب الأهل الذين هم غالبا ما يعتقدون أنه نوع من الاضطراب المزاجي الوجداني متعلق بالبلوغ، والتغيرات الهرمونية والفسولوجية. وأن ذلك ربما قاد إلى اضطرابات مؤلمة للمراهق، وخصوصا فيما يتعلق بعملية التكيف مع مؤسسات المجتمع، الأمر الذي ربما أصابه بالانطواء والاكتئاب وتقلبات حادة في المزاج والحساسية المفرطة. وقال إن أعراض اكتئاب هذه المرحلة تتشابه مع أعراض اكتئاب الكبار، منها اضطرابات النوم، وعدم القدرة على التركيز، والنوم طوال النهار، وبطء في التفكير، والتأخر الدراسي، وفقدان الشهية للطعام.

وذكر أن الخطورة تكمن في تحول هذه الأعراض إلى اضطرابات سلوكية، مثل تعاطي المخدرات، أو العنف المدرسي، ونوع من الاختلافات والمواجهات مع الأهل، وربما تفاقمت الحالة إلى حد محاولة انتحار، مؤكدا ضرورة متابعة الطبيب النفسي في هذه الحالة².

1 المندي خالد بن علي، التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني جدة، ط1، السعودية، 2005.

2 عبد المجيد نهال محمد، احمد رشا صبحي سالم إبراهيم سعيد، تأثير السمنة على الحالة الصحية للمراهقين، مرجع سابق، ص ص 21-30.

تمهيد:

لاشك أن تقديم أي بحث علمي من العلوم يقاس بدرجة الدقة التي يصل إليها في تحديد مفاهيمه وفي دقة الأدوات المستخدمة لقياسه وتزداد الصعوبة في المقياس الذي يعتمد على السلوك البشري في مجالاته المتعددة، ولا يمكن للباحث أن يقوم بدراسة ظاهرة دون أن تكون له الأداة المناسبة لقياس هذه الظاهرة.

وفي هذا الفصل سنحاول أن نوضح أهم الإجراءات الميدانية التي اتبناها في الدراسة، ومن أجل الحصول على نتائج علمية، يمكن الوثوق بها واعتبارها نتائج موضوعية قابلة للتجريب مرة أخرى، وبالتالي الحصول على نفس النتائج الأولى، كما هو معروف فإن الذي يميز أي بحث علمي، هو مدى قابليته للموضوعية العلمية وهذا يتحقق إلا إذا اتبع صاحب الدراسة، منهجية علمية دقيقة وموضوعية.

1.5. المنهج المتبع:

يتميز البحث العلمي بتعدد مناهجه.

فالمنهج لغة هو الطريق الواضح والمستقيم¹...الخ.

وفي الترتيل: قوله تعالى "كل جعلنا منكم شرعة ومنهاجا"²...الخ.

حيث يعتبر اختيار منهج الدراسة مرحلة هامة في عملية البحث العلمي، إذ يحدد كيفية جمع البيانات والمعلومات حول الموضوع المدروس، لذا فإن منهج الدراسة له علاقة مباشرة بموضوع الدراسة، وبإشكالية البحث، حيث طبيعة الموضوع هي التي تحدد اختيار المنهج المتبع، وانطلاقاً من موضوع دراستنا: (علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18 سنة) حيث نتطرق في بحثنا إلى الموضوع وكشف جوانبه وتحديد العلاقة بين عناصره، بغرض توضيح تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع. واستجابة لطبيعة الدراسة اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي بأسلوبه المسحي وذلك لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

والذي يعرف بـ: "هو تصور دقيق للعلاقات المتبادلة بين المجتمع والاتجاهات والميول والرغبات والتصور بحيث يعطي صورة للواقع الحياتي ووضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية"³...الخ.

وقد عرفه (هويتي) في تصنيفه للمناهج: "بأنه يعتمد على تجميع الحقائق والمعلومات ثم مقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة"⁴...الخ.

"الطريقة المنظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بظاهرة أو موقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة بهدف اكتشاف حقائق جديدة أو لتحقيق من صحة حقائق قديمة، وأثارها، والعلاقات التي تتصل بها وتفسيرها وكشف الجوانب التي تحكمها"⁵...الخ.

عرفه (بشير صالح الرشيد) بأنه "مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلاً

1 العيسوي عبد الرحمان، مناهج البحث العلمي، المكتب العربي الحديث، مصر، 1996، ص76.

2 القرآن الكريم، سورة المائدة، الآية48.

3 وجيه محجوب، طرائق البحث العلمي ومناهجه، دار الكتاب للطباعة والنشر، العراق، 1991، ص219.

4 أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات، الكويت، 1979، ص224.

5 محمد شفيق زكي، البحث العلمي الخطوات والمنهج لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي، مصر، 1985، ص84.

كافيا ودقيقا للاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات على الظاهرة أو الموضوع محل البحث"¹...الخ.

2.5. الدراسة الاستطلاعية:

الدراسات الاستطلاعية، هي تلك الدراسات التي تتناول موضوعات جديدة لم يتطرق إليها أي باحث من قبل ولا تتوفر عنها بيانات أو معلومات أو حتى يجهل الباحث كثيرا من أبعادها وجوانبها²...الخ. كما اعتبرها **عمار بخوش** بمثابة الأسس الجوهرية لبناء البحث كله وهي نظرة أساسية ومهمة في الدراسات العلمية، إذ من خلالها يمكن للباحث تجربة وسائل بحثه للتأكد من سلامتها ودقته ووضوحها³.

وباعتبار أن دراستنا (**علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18 سنة)**) فكانت بداية المشروع منذ توجيه وإرشاد الأستاذ المشرف ابتداء من شهر نوفمبر 2014، وقد اقتصرت على مجموع أفواج تلاميذ الطور التعليم الثانوي بالثانوية الرياضية بالدرارية - الجزائر، للموسم الدراسي 2016/2017، موزعين حسب متطلبات وخصوصيات كل فوج حسب المستوى و التخصص، ولقد مكنتنا الدراسة الاستطلاعية من معرفة ما يلي:

- معرفة حجم المجتمع الأصلي للدراسة، والتعرف على أفراد المجتمع، مميزاتهم، وخصائصه.
 - معرفة مدى صلاحية وتناسب أداة الدراسة مع عينة البحث.
 - جمع وتحصيل المعلومات والإحصائيات بطريقة دقيقة.
 - التأكيد من مدى فهم الأسئلة المطروحة في المقياسين ومدى صلاحيتها وتماشيها مع متطلبات الدراسة.
 - المعرفة المسبقة بظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية.
- هذا ما جعلنا على إتصال بهاته الفئة والإحتكاك بها مباشرة من أجل تفادي الصعوبات والعراقيل التي من شأنها أن تواجهنا، ودراسة كل التقنيات والإحتمالات قصد صياغة فرضية عمل قابل للإختبار ومدى إستجابة عينة الدراسة للأهداف.

1 بشير صالح الرشيد، **مناهج البحث التربوي**، دار الكتاب الحديث، 2000، ص59.

2 ناصر ثابت، **أضواء على الدراسة الميدانية**، ط1، مكتبة الفلاح الكويتية، 1984، ص74.

3 عمار بخوش، **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص279.

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

كما تم الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

- عدم فهم أفراد العينة لبعض مفردات مقياس السلوك الغذائي والصحي خاصة المتعلقة بالتشوهات القوامية وتم شرحها على أنها وضعية الجسم أثناء الجلوس والمشي.
- بعض الغموض لدى التلاميذ على بعض المواد لا سيما تناول المواد المخدرة والمنشطات.

3.5. مجتمع الدراسة:

إن مجتمع الدراسة يمثل الفئة الاجتماعية التي نريد إقامة الدراسة التطبيقية عليها وفق المنهج المختار والمناسب لهذه الدراسة، ولقد تم تحديد أفراد مجتمع البحث الذي يضم جميع التلاميذ في الثانوية الوطنية الرياضية بدرارية من كلا الجنسين وفي جميع المستويات الثلاث في كل الاختصاصات الرياضية الجماعية منها والفردية، وقد بلغ عددهم 343 تلميذ وتلميذة خلال الموسم الدراسي 2016/2017 والجدول التالي يوضح توزيع مجتمع الدراسة حسب المستوى الدراسي والجنس.

النسبة	المجموع	الجنس		المستوى الدراسي
		مجموع الإناث	مجموع الذكور	
36.15%	124	45	79	السنة الأولى ثانوي
32.95%	113	37	76	السنة الثانية ثانوي
30.90%	106	33	73	السنة الثالثة ثانوي
100%	343	115	228	المجموع الكلي

جدول رقم (04): يمثل توزيع مجتمع الدراسة حسب المستوى الدراسي والجنس.

- لقد تم اختيار الثانوية الوطنية الرياضية بدرارية -الجزائر كمكان لدراستنا للأسباب التالية:
- أنها تضمن لنا وجود رياضيين ينتمون إلى نوادي ويمارسون الرياضة التنافسية بشكل منتظم.
- تجمع كل التخصصات الرياضية في مكان واحد.
- كل أفراد العينة مراهقين يتراوح سنهم ما بين 15 و 18 سنة.
- معرفة أفراد العينة للإصابات الرياضية بشكل علمي وميداني.
- التعامل مع أفراد العينة من كل أقطار الوطن.

4.5. عينة الدراسة:

إن العينة هي جزء من مجتمع الدراسة، وهي تخضع لشروط تشابه مجتمع الدراسة، الهدف منها الحصول على معلومات من المجتمع الأصلي للبحث، فليس من السهل أن يقوم الباحث بتطبيق بحثه على جميع أفراد المجتمع الأصلي، فالعينة هي إنتقاء عدد الأفراد لدراسة معينة تجعل النتائج منهم ممثلين لمجتمع الدراسة، فالإختبار الجديد للعينة يجعل النتائج قابلة للتعميم على المجتمع، حيث تكون نتائجها صادقة بالنسبة له¹...الخ، كما عرفها أيضا ذوقان عبيدات، عبد الرحمان عدس، وآخرون بأن العينة هي الوحدة المصغرة التي تمثل تمثيلا حقيقيا لمجتمع، ليقوم الباحث بإجراء مجمل دراسته عليها².

فكان إختيار العينة من المجتمع الأصلي بطريقة عشوائية طبقية، وذلك كونها من أبسط الطرق لاختيار العينة في حالة مجتمع مكون من طبقات أو فئات، كما أنها تعطي فرص متكافئة لمعظم أفراد العينة والتي ضمت في دراستنا هذه 105 تلميذ وتلميذة وهذا كمرحلة نهائية.

1.4.5. كيفية اختيار العينة:

يقول **عمار بوحوش** "عينة البحث هي المعلومات عن عدد الوحدات التي تسحب من المجتمع الأصلي لموضوع الدراسة بحيث تكون ممثلة تمثيلا صادقا لصفات المجتمع"³. يجب عند اختيار العينة اخذ عدة مفاهيم بعين الاعتبار، حيث يعتبر اختيار العينة من أهم المشكلات التي تواجه الباحث في المجال العلوم الإنسانية والاجتماعية، فالنتائج العلمية تتوقف على مدى تمثيل العينة للمجتمع الأصلي وابتعادها قدر الإمكان عن التحيز، وتستخدم العينة في الأبحاث النفسية والاجتماعية لكونها:

- توفر التكلفة المادية.
- توفر الجهد في جميع البيانات وتبويبها وتفسيرها.
- توفر قدر يمن الدقة في الإجراءات الميدانية وفي تفسير النتائج.
- تتيح العينة التعمق في الدراسة للبيانات المحصلة.

1 إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي، طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي، مركز الكتاب للنشر، مصر، 2000، ص129.

2 ذوقان عبيدات، عبد الرحمان عدس، كايد عبد الحق، البحث العلمي - مفهومه أدواته أساليبه، دار الفكر عمان، الأردن، 2004، ص124.

3 عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، الجزائر، 1985، ص99.

الفصل الخامس ::::: طرق ومنهجية البحث المتبعة

لا يستطيع الباحث أحيانا أن يجري على مجتمع أصلي بأكمله، فيقتصر على اختيار عينة تمثل في أفرادها جميع الصفات الرئيسية للأصل الذي أخذت منه، ليكون الاستنتاج صحيحا ولا يمكن أن يتحقق إلا حينما تتساوى احتمالات ظهور كل فرد من أفراد المجتمع الأصلي في العينة المختارة.¹

لقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقيّة باستخدام التوزيع المتناسب كوسيلة أو أداة للدراسة الحالية.

***العينة العشوائية الطبقيّة:** يستخدم هذا النوع من العينات في المجتمعات الغير المتجانسة والتي تتباين مفرداتها وفقا لخواص معينة، مثل المستوى التعليمي لمفردات مجتمع التعليمي، الجنس، نوع التخصص. ويمكن تقسيم مجتمع الدراسة إلى طبقات وفقا لهذه الخواص. وعادة تتجانس مفردات الطبقة الواحدة فيما بينها وتختلف الطبقات عن بعضها البعض. ويعتبر هذا النوع من العينات الأنسب للمجتمعات المتباينة حيث تكون العينة ممثلة لكافة فئات مجتمع الدراسة. ويتم اختيار العينة العشوائية الطبقيّة عبر الخطوات التالية:

1- تقسيم المجتمع إلى فئات أو مجموعات متجانسة وفقا لخاصية معينة.

2- تحديد عدد مفردات العينة الكلية.

3- تحديد نسبة كل طبقة في العينة المختارة إلى إجمالي حجم المجتمع الأصلي.

4- تحديد عدد الأفراد لكل طبقة في العينة المختارة.

قد يتم استخدام الأسلوب المتساوي حيث تمثل كل طبقة في عينة الدراسة بغض النظر عن الوزن النسبي لكل طبقة في مجتمع الدراسة. وهذا الأسلوب غير دقيق وبخاصة في ظل عدم تساوي التمثيل النسبي لكل طبقة في مجتمع الدراسة.

لقد استخدمنا في دراستنا الحالية أسلوب التوزيع المتناسب حيث تمثل كل طبقة وفقا لوزنها النسبي في مجتمع الدراسة. وهذا الأسلوب أفضل وأكثر موضوعية والأنسب في المجتمعات الطبقيّة الغير المتجانسة.

1 فؤاد البهي السيد، علم النفس الاجتماعي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979، ص ص 304-305.

2.4.5. خصائص ومواصفات أفراد العينة:

من حيث المستوى التعليمي والجنس:

المجموع والنسبة		الجنس		المستوى
		الإناث	الذكور	
37	35.24%	13	24	السنة الأولى ثانوي
35	33.33%	13	22	السنة الثانية ثانوي
33	31.43%	10	23	السنة الثالثة ثانوي
105	100%	36	69	المجموع

جدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي والجنس.

تحليل الجدول رقم (05): يوضح هذا الجدول أن النسب المئوية متقاربة بين الثلاث المستويات الدراسية وهذا راجع إلى طريقة اختيار العينة التي اعتمدنا فيها على العينة العشوائية الطبقية بأسلوب التوزيع المتناسب، أما بالنسبة إلى الجنس فنلاحظ أن الذكور هم أعلى نسبة من الإناث.

من حيث طبيعة نوع النشاط الرياضي الممارس:

المجموع والنسبة		طبيعة نوع النشاط الرياضي
70	66.67%	رياضة جماعية
35	33.33%	رياضة فردية
105	100%	المجموع

جدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب طبيعة نوع النشاط الرياضي الممارس.

تحليل الجدول رقم (06): من خلال نتائج الجدول نجد أن أكبر عدد بالنسبة لنوع النشاط الممارس كانت لصالح الرياضة الجماعية بـ 70 تلميذ وتلميذة أي بنسبة تعادل 66.67%، تم تليها الرياضة الفردية بـ 35 تلميذ وتلميذة أي بنسبة تعادل 33.33%. وهذا راجع إلى طبيعة الرياضات الجماعية التي تعتمد على مجموعة من العناصر لتكوين الفرق الرياضية مقارنة مع الرياضات الفردية التي تكتفي بالتمثيل الفردي.

من حيث متغير السن:

المجموع والنسبة		الجنس		الفئة العمرية
		الإناث	الذكور	
19.04%	20	06	14	16---15
25.71%	27	14	13	17---16
55.23%	58	16	42	18---17
100%	105	36	69	المجموع

جدول رقم (07): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

تحليل الجدول رقم (07): يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من أفراد العينة هم فئة (17-18) سنة وتقدر بـ 55.23% في حين سجلت نسبة 25.71% من أفراد العينة فئة (16-17) سنة، في المقابل نجد نسبة 19.04% من أفراد العينة يمثلون الفئة العمرية (15-16) سنة. من حيث الطول:

المجموع والنسبة		الجنس		الطول
		الإناث	الذكور	
17.14%	18	15	03	قصير: أقل من 164 سم
44.76%	47	16	31	متوسط: 178-164 سم
38.10%	40	05	35	طويل: 178 سم فأكثر
100%	105	36	69	المجموع

جدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الطول.

تحليل الجدول رقم (08): يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من أفراد العينة متوسطي الطول تقدر بـ 44.76%، في حين سجلت نسبة 38.10% من التلاميذ طويلي القامة، أما التلاميذ قصيري القامة فلا يمثلون إلا نسبة 17.14%.

من حيث الوزن:

المجموع والنسبة		الجنس		الوزن
		الإناث	الذكور	
39.05%	41	20	21	خفيف: أقل من 62 كلغ
43.80%	46	14	32	متوسط: 62-74 كلغ
17.14%	18	02	16	ثقيل: 74 كلغ فأكثر
100%	105	36	69	المجموع

جدول رقم(09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الوزن.

تحليل الجدول رقم(09): نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أعلى نسبة سجلت هي للتلاميذ متوسطي الوزن حيث تقدر بـ 43.80%، في حين سجلت نسبة 39.05% من التلاميذ خفيفي الوزن، أما التلاميذ ثقيلي الوزن فلا يمثلون إلا نسبة 17.14%.

5.5. مجالات الدراسة:

1.5.5. المجال الزمني:

تم الشروع في الدراسة انطلاقاً من شهر نوفمبر 2014، وامتدت الدراسة إلى غاية شهر جوان 2017، حيث تم تطبيق الجانب التطبيقي خلال الموسم الدراسي 2016/2017.

2.5.5. المجال المكاني:

تتمحور دراستنا في ولاية الجزائر بالثانوية الوطنية الرياضية بالدرارية.

3.5.5. المجال البشري:

شملت الدراسة جميع تلاميذ الثانوية الرياضية الوطنية لجميع المستويات حيث كان عدد التلاميذ 343 تلميذ وتلميذة.

6.5. وسائل جمع البيانات:

قصد الوصول إلى حلول إشكالية البحث المطروحة وللتحقق من صحة فرضيات هذا البحث لزم إتباع أنجع الطرق وذلك من خلال الدراسة والتفحص، حيث تم استخدام الأدوات التالية:

- المقابلة: استخدمنا المقابلة غير المقننة، حيث التقينا بمجموعة من الأساتذة والدكاترة، وناقشنا حول موضوع البحث.

الفصل الخامس طرق ومنهجية البحث المتبعة

- الاختبار: لقد قمنا بمراجعة العديد من الدراسات والبحوث وخاصة في العلوم البيوطبية الرياضية، والتي تناولت كل من السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية في المجال الرياضي والتربوي، ولقد تحصلنا على ما يلي:

* مقياس السلوك الغذائي والصحي:

استخدم الباحث مقياس السلوك الغذائي والصحي الذي استخدم للمرة الأولى حسب مازن عبد الهادي أحمد في دراسة بتمويل من اللجنة الأولمبية. ويحتوي المقياس على مظاهر معينة من السلوك الغذائي والصحي. وقد وضع هذا المقياس بهدف الحصول على معطيات دقيقة من الشباب الجامعي والرياضي، وفي عام 1997 تم إعداد النسخة العربية من المقياس عن اللغة الألمانية، إذ تم استبعاد بعض الفقرات التي لا تتطابق مع البيئة العربية وبعض عاداتها وتقاليدها ودياناتها ومنها " ارتياد الأندية الليلية، الصداقة مع الجنس الآخر، النوم في الغرف المشتركة، تعاطي المخدرات،...".

وصف مقياس السلوك الغذائي والصحي في صيغته العربية:

لقد احتوى المقياس بصيغته العربية على المحاور التالية:
* التدخين والكحول.

* الممارسات الصحية الإيجابية: الحالة الجسمية، مدة النوم والوقاية من الشمس، تكرار تنظيف الأسنان.

* عادات التغذية والطعام: تناول اللحوم، الفاكهة، الملح، المواد الغذائية بالألياف، تجنب تناول الدهون، الكولسترول، عدد وجبات الطعام والوجبات الثانوية التي يتم تناولها بين الوجبات الرئيسية، انتظام الفطور وإجراءات الحماية.

* سلوك قيادة السيارات: وضع حزام الأمان، الحفاظ على حدود السرعة القانونية، القيادة تحت تأثير الكحول.

* اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية: المراجعة المنتظمة للأطباء وأطباء الأسنان، القياس المنتظم لضغط الدم، وفحوصات ذاتية أخرى.

وقد تم تعديل المقياس ليتلاءم مع بيئتنا وكذلك العينة المدروسة التي تتمثل في تلاميذ في سن المراهقة، إذ اقترح الباحث وهذا بتوجيه الأستاذ الدكتور المشرف بحذف بعض المحاور مثل (النوم مع الجنس الآخر، سلوك قيادة السيارات، ممارسة الجنس،...) لوجود ضوابط في بيئتنا

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

تمنع مثل هذه الممارسات. و ثم عرض هذه التعديلات على السادة الخبراء والمحكمين المشار إليهم ملحق (02)، وبعد جمع الأداة قمنا بتفريغها حيث اعتمدنا النقاط التالية:

كل عبارة يتفق عليها المحكمون بنسبة 80% نقبلها.

وكل عبارة يطلب تعديلها قمنا بتعديلها بالشكل المطلوب.

وكل عبارة كان الاتفاق على حذفها قمنا بحذفها.

وكل عبارة اتفق المحكمون على حذفها بنسبة 80% قمنا بحذفها.

فأصبحت الأداة تتكون من أربع أبعاد كل بعد على النحو التالي:

1. السلوك الغذائي.

2. استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات).

3. الممارسات الصحية الإيجابية.

4. اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية.

بعد الخروج بالأداة بهذا في شكلها النهائي، والذي يعبر عن صدق الأداة، حيث أن الملاحظة التي أردناها كانت تدور حول السهولة اللغوية، الوضوح، علاقة الفقرة بالمحور وعلاقة المحور بالاختبار ككل.

بعد كل هذه العملية قمنا بتطبيق الاختبار (الأداة) على عينة التلاميذ من أجل معرفة و ثبات الأداة.

* استبانة الإصابات الرياضية:

يعتبر الاستبيان أحد وسائل البحث العلمي المستعملة على نطاق واسع من أجل الحصول على بيانات أو معلومات تتعلق بأحوال الناس أو ميولهم أو اتجاهاتهم، ودوافعهم أو معتقداتهم، وتأتي أهمية الاستبيان كأداة لجمع المعلومات بالرغم مما يتعرض له من انتقادات من أنه اقتصادي في الجهد والوقت. كما يعرف أنه أداة عملية، تعتبر من بين وسائل الاستقصاء، لجمع المعلومات، الأكثر فعالية لخدمة البحث، يحتوي هذا الأخير على مجموعة من الأسئلة، تمت صياغتها لاختبار صحة فروض هذه الدراسة وأهداف البحث.

وقد اعتمدنا في عملنا هذا على استمارة للاستبيان، تخص معلومات عن الأسباب الرئيسية المباشرة والغير المباشرة لحدوث الإصابات الرياضية لدى التلاميذ، حيث تضمنت الاستمارة (16) عبارة.

7.5. أداة الدراسة:

على ضوء أهداف البحث وطبيعة الدراسة ولأجل اختبار فرضيات البحث والوقوف على مدى تحقيقها قمنا بتطبيق أدوات البحث التالية:

أولاً: مقياس السلوك الغذائي والصحي

ثانياً: مقياس أسباب الإصابات الرياضية.

1.7.5. وصف أداة المقياس:

أ. مقياس السلوك الغذائي والصحي:

تكونت فقرات المقياس السلوك الغذائي والصحي في صورته النهائية من (22) فقرة موزعة على أربعة مجالات، أما فيما يخص اتجاه العبارات فكانت معظم العبارات ايجابية ماعدا بعض العبارات التي كانت سلبية ويتعلق الأمر بالعبارات 3 من المحور الأول " السلوك الغذائي " و بالعبارات 1، 2، 3 من المحور الثاني "استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)"، كما يبين الجدول التالي:

الإبعاد	عنوان البعد	أرقام العبارات واتجاهاتها	عدد عبارات البعد	الدرجة
الأول	السلوك الغذائي	(+) 1، 2، 6، 9، 8، 7، 5، 4 (-) 3	09	27 كأعلى درجة 09 كأدنى حد
الثاني	استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)	(+) 1 (-) 2، 3، 4	04	12 كأعلى درجة 4 كأدنى حد
الثالث	الممارسات الصحية الإيجابية	(+) 1، 2، 3، 4	04	12 كأعلى درجة 4 كأدنى حد
الرابع	اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية	(+) 1، 2، 3، 4، 5	05	15 كأعلى درجة 05 كأدنى حد

الجدول رقم (10): يمثل وصف مقياس السلوك الغذائي الصحي.

ب. مفتاح مقياس السلوك الغذائي والصحي:

تم استخدام طريقة "ليكرت" وفق مقياس متدرج يمثل ثلاثة إجابات لكي تكون سهلة الإدراك وبالتالي التقدير النهائي لهذا المقياس مكون من ثلاث تقديرات أساسية وفق مقياس

الفصل الخامس طرق ومنهجية البحث المتبعة

ليكرت الثلاثي، حيث وضع أمام كل فقرة مقياسا متدرجا من ثلاث درجات وهي: موافق (3)، غير متأكد (2)، غير موافق (1). كما بين الجدول التالي:

غير موافق	غير متأكد	موافق	نوع العبارة / نوع الإجابة
01	02	03	العبارات الإيجابية
03	02	01	العبارات السلبية

الجدول رقم(11): يمثل درجة الإجابة لمقياس السلوك الغذائي والصحي.

ج. استبانة الإصابات الرياضية:

تكونت عبارات استمارة استبانة الإصابات الرياضية في صورته النهائية من (16) عبارة، أما فيما يخص اتجاه العبارات فكانت معظم العبارات سلبية ماعدا العبارة رقم 06 التي كانت ايجابية، ولقد احتوت هذه العبارات بيانات عن أسباب الإصابات الرياضية تتعلق بالنواحي التدريبية، ظروف خاصة ببيئة اللعب، اللاعب نفسه، السلوك الغذائي والصحي للاعب، النواحي الطبية والتأهيلية. ملحق رقم (01)

د. مفتاح استبانة الإصابات الرياضية:

تم استخدام طريقة "ليكرت" وفق مقياس متدرج يمثل ثلاثة إجابات لكي تكون سهلة الإدراك وبالتالي التقدير النهائي لهذه الاستبانة مكون من ثلاث تقديرات أساسية وفق مقياس ليكرت الثلاثي، حيث وضع أمام كل فقرة مقياسا متدرجا من ثلاث درجات وهي: موافق (3)، غير متأكد (2)، غير موافق (1). كما بين الجدول التالي:

غير موافق	غير متأكد	موافق	نوع العبارة / نوع الإجابة
01	02	03	العبارات الإيجابية
03	02	01	العبارات السلبية

الجدول رقم(12): يمثل درجة الإجابة لإستبانة الإصابات الرياضية.

8.5. إجراءات الدراسة:

قمنا بتوزيع مقياس السلوك الغذائي والصحي واستبانة أسباب الإصابات الرياضية على مجموعة من التلاميذ (ذكور، إناث)، تتكون من 10 تلميذ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من أجل إعطاء فرص متكافئة لمعظم أفراد المجتمع. ثم قمنا بإعادة توزيع نفس المقياس و الإستبانة على نفس العينة بعد أسبوع من أجل التأكد من صدق وثبات الاختيار، بعدها قمنا بتسليم المقياس و الإستبانة على مجموع التلاميذ (ذكور، إناث) والبالغ عددهم 105 تلميذ وتلميذة.

9.5. متغيرات الدراسة:

غالبا ما يكون طرح الفرضيات على شكل مصطلحات ومفاهيم، إذ يتعلق الأمر الآن بتحديد المتغيرات المستعملة وبالأحرى جعلها عملية بمعنى آخر، أولا نقوم بتغيير المتغيرات المستعملة التي تبحث في قياس النتائج، ثم المتغيرات التابعة التي تحدد الظاهرة التي نحن بصدد محاولة دراستها.

ولتعيين واختيار متغيرات البحث، لابد من التحكم المسبق في المقاربة النظرية للموضوع المتعلق بعلاقة السلوك الغذائي والصحي بحدوث الإصابات الرياضية لدى التلاميذ عند ممارستهم للنشاطات البدنية و الرياضية، الشيء الذي يسمح بتوضيح هذه العناصر بشكل دقيق، إذ كان علينا التفكير المسبق في تحديد متغيرات هذه الدراسة على النحو التالي:

- المتغير المستقل:

وهو المتغير التجريبي، المتغير المراد معرفة تأثيره على الظاهرة¹، ومنه يجدر بنا الإشارة إلى السلوك الغذائي والصحي.

- المتغير التابع:

وهو المتغير الناتج من تأثير المتغير التجريبي²، وفيه تجد الإشارة إلى الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الطور الثانوي.

1 محمد زيان عمر، البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1996، ص54.

2 محمد على محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعارف الجامعية الإسكندرية، مصر، 1986، ص48.

1.9.5. الضبط الإجرائي للمتغيرات:

إن الدراسات الميدانية وخاصة التي تعتمد في جوهرها على المنهج الوصفي في الدراسات المقارنة تحتم على الباحث ضبط المتغيرات الإجرائية قصد التحكم فيها من جهة ومن جهة أخرى عزل بقية المتغيرات الأخرى الدخيلة.

وبدون هذا الضبط تصبح النتائج المتوصل إليها مستعصية التحليل والتفسير والتصنيف ويقصد بالضبط الإجرائي للمتغيرات المحاولات المبذولة لإزالة تأثير أي متغير الذي يمكن أن يؤثر على المتغير التابع، وفي هذا الصدد يقول الدكتور محمد حسن علاوي " يصعب على الباحث أن يتعرف على المسببات الحقيقية للنتائج، بدون ممارسة الباحث لإجراءات الضبط الصحيحة"¹.

مما سبق نقول أن السلوك الغذائي والصحي لدى التلاميذ يعتبر سببا من الأسباب غير مباشرة لحدوث الإصابات الرياضية لدى هذه الفئة من التلاميذ داخل المؤسسة التربوية الرياضية (في الطور الثانوي) وذلك بعد عزل بقية المتغيرات الدخيلة مثل (النواحي التدريبية، العمر التدريبي، الحالة النفسية، بيئة اللعب).

وعليه يصبح التغير يعزى إلى المتغير المستقل فقط والمتمثل في السلوك الغذائي والصحي للتلميذ على المتغير التابع المتمثل في الإصابات الرياضية لدى أفراد العينة المدروسة.

10.5. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

الصدق لمقياس السلوك الغذائي والصحي:

للتحقق من صلاحية أداء الدراسة، والتأكد من توفرها على الخصائص السيكومترية، تم تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (10) تلميذ، وعلى الرغم من أن هذا الاختبار قد سبق تطبيقه في بيئة عربية مماثلة للبيئة الجزائرية وثبت تمتعه بصدق وثبات عالي إلا أنه حرصنا على التأكد من صدق الاختبار في الدراسة الحالية وذلك لأهمية صدق الأداة، ويعد أحد أهم الشروط الواجب توفرها في أدوات الاختبار، وهو من أهم معايير جودة الاختبار، وتعرفه أنستازي (Anastasia) سنة 1990 " إن صدق الاختبار يعني ما الذي يقيسه الاختبار،

3 محمد حسن علاوي وأسامة كامل راتب، البحث العلمي في المجال الرياضي، ط1، القاهرة، 1987، ص243.

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

وكيفية صحة هذا القياس، ويقبل الصدق على أساس معاملات الارتباط التي تشير إليه¹. ومن أجل التأكد من صدق الأداة اتبعنا الوسائل التالية لتقنين معامل المقياس وهي كالتالي:

1.10.5. الصدق الظاهري: إن الاختبار الذي تم اختياره قد تم اقتباسه من مراجع علمية ودراسات وبحوث سابقة في مجال التربية البدنية والرياضية²، وهي ذات معاملات ودلالة إحصائية عالية من حيث الصدق والثبات مما جعلنا أن نتوقع منطقياً أن هذا الاختبار صادقاً، كما يشير هذا النوع من الصدق إلى ما إذا كان الاختبار يبدو كما لو كان يختبر أو لا يختبر ما وضع من أجله اختباره، ويدل هذا النوع من الصدق على المظهر العام للاختبار كوسيلة من وسائل القياس.

2.10.5. صدق المحكمين: وثم فيه عرض محاور وعبارات مقياس السلوك الغذائي والصحي على ستة محكمين من المتخصصين المشهود لهم في مجال تدريس مقاييس تتعلق بالصحة الرياضية والصحة النفسية والذين لديهم خبرة في هذا المجال، ولقد تم تحكيم المقياس من حيث مدى صدقه في قياس الأهداف التي وضع من أجلها ومن حيث ملائمته لموضوع الدراسة وإشكالية البحث وفرضياته، ومن حيث شكل الأسئلة ومحتواها و التعابير المستخدمة فيها وإمكانية قياس مقياس السلوك الغذائي والصحي للموضوع المدروس، ومن حيث تسلسل الأسئلة وتكاملها ولغة المقياس أيضاً وما إذا كانت مفهومة وإمكانية هذه الأسئلة في الحصول على إجابات قابلة للجدولة والتحليل الإحصائي، ومدى ارتباط العبارة بالمحور الذي تتدرج ضمنه، ومدى دقة العبارات لغوياً، ومدى صلاحيتها للتطبيق، وإذا كان هناك اقتراحات لتعديل صياغة أي من العبارات والمحاور.

وبعد الإطلاع على ملاحظات المحكمين حول صياغة بعض العبارات ومناسبتها لأهداف الدراسة وملائمتها لخصائص العينة المدروسة من حيث السن والجنس، ومن حيث انتمائها للمحور الذي يتضمنها، تم الأخذ بانتقادات وملاحظات المحكمين إذ تم تعديل وحذف مصطلحات غير مفهومة وغير مناسبة في بعض العبارات.

3.10.5. صدق الاتساق الداخلي: هو تحليل لمدى ظهور درجات الاختبار في ضوء المفاهيم السيكولوجية، وهناك أنواع مختلفة لتقنين الصدق بهذا المعنى، ولقد استخدم الباحث منها

1 محمد نصر الدين رضوان، المدخل إلى القياس في التربية البدنية والرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 2006، ص177.

2 محمد صبحي حسين، طرق بناء وتقنين الاختبارات في التربية البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط2، 1987، ص60.

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

الاتساق الداخلي، وهذا النوع يؤدي إلى الحصول على تقدير للصدق التكويني للاختبار، ويكون باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson correlation)، وتم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات محاور الواحد و الدرجة الكلية للمحور التابعة له. و في ما يلي معاملات الارتباط المحسوبة عن طريق برنامج spss. v 24:

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول: السلوك الغذائي

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	sig	النتيجة
01	أتناول اللحوم بأنواعها ثلاث مرات على الأقل أسبوعياً.	0.64*	0.44	دال إحصائياً
02	أحب تناول الفواكه والخضر وخاصة الطازجة منها.	0.85**	0.004	دال إحصائياً
03	أفضل إضافة نسبة عالية من الملح إلى الطعام.	0.63*	0.49	دال إحصائياً
04	أراعي في غذائي تناول المواد الغذائية الغنية بالألياف.	0.84**	0.02	دال إحصائياً
05	أتجنب المواد الغذائية الغنية بالدهون والكوليسترول.	0.83*	0.007	دال إحصائياً
06	من المهم تناول أربع وجبات رئيسية في اليوم.	0.79*	0.016	دال إحصائياً
07	أفضل تناول بعض المواد الغذائية بين الوجبات الرئيسية.	0.72*	0.013	دال إحصائياً
08	من الضروري تناول الإفطار يومياً.	0.62*	0.41	دال إحصائياً
09	إذا شعرت بزيادة في وزني أتبع حمية (رجيم) معين.	0.78**	0.023	دال إحصائياً
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>				

الجدول رقم(13): يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الأول.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المحور الأول السلوك الغذائي والمعدل الكلي لعبارات دال إحصائياً، حيث قيمة r المحسوبة (تتراوح ما بين 0.62 و 0.85) وهي أكبر من قيمة r الجدولية كما أنه أيضاً قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01 ، ومنه تعتبر عبارات المحور الأول السلوك الغذائي صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

الفصل الخامس طرق ومنهجية البحث المتبعة

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني: استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	sig	النتيجة
01	أرى من الضروري شرب القهوة أو الشاي.	0.82**	0.004	دال إحصائياً
02	قد تتطلب بعض الحصص الرياضية تناول بعض المنشطات.	0.67*	0.034	دال إحصائياً
03	لا بأس بتناول أحد المواد المخدرة.	0.83**	0.003	دال إحصائياً
04	أدخن أحيانا بعض السجائر.	0.70*	0.025	دال إحصائياً
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>				

الجدول رقم(14): يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المحور الثاني استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والمعدل الكلي لعبارات دال إحصائياً، حيث قيمة r المحسوبة (تتراوح ما بين 0.67 و 0.83) وهي أكبر من قيمة r الجدولية، كما أنه أيضاً قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01 ، ومنه تعتبر عبارات المحور الثاني صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث: الممارسات الصحية الإيجابية.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	sig	النتيجة
01	أجري بعض اختبارات تشوهات القوام.	0.90**	0.010	دال إحصائياً
02	أحب النوم بين 7 و 8 ساعات يوميا على الأقل.	0.86**	0.020	دال إحصائياً
03	استخدام أدوات الوقاية من الشمس ضروري في الصيف.	0.97**	0.000	دال إحصائياً
04	من الضروري تنظيف الأسنان مرتين على الأقل في اليوم.	0.94**	0.014	دال إحصائياً
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>				

الجدول رقم(15): يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث.

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المحور الثالث الممارسات الصحية الإيجابية والمعدل الكلي لعبارات دال إحصائياً، حيث قيمة r المحسوبة (تتراوح ما بين 0.97 و 0.86) وهي أكبر من قيمة r الجدولية، كما أنه أيضاً قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01 ، ومنه تعتبر عبارات المحور الثالث صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الرابع: اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية.

الرقم	العبارة	معامل الارتباط	sig	النتيجة
01	أهتم بمراجعة المستشفى لإجراء فحوصات دورية للجسم.	0.74*	0.015	دال إحصائياً
02	من الضروري مراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم.	0.75*	0.013	دال إحصائياً
03	أجري فحوصات دورية لقياس ضغط الدم.	0.84**	0.003	دال إحصائياً
04	من الضروري إجراء فحوصات القلب في الراحة أو بعد الجهد.	0.62*	0.054	دال إحصائياً
05	أرى من الأهمية إجراء تحاليل فقر الدم ونسبة السكر.	0.82**	0.005	دال إحصائياً
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>				

الجدول رقم(16): يوضح مدى الاتساق الداخلي لعبارات المحور الرابع.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المحور الرابع اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والمعدل الكلي لعبارات دال إحصائياً، حيث قيمة r المحسوبة (تتراوح ما بين 0.84 و 0.62) وهي أكبر من قيمة r الجدولية، كما أنه أيضاً قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01 ، ومنه تعتبر عبارات المحور الرابع صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

صدق الاتساق البنائي لأداة الدراسة:

يعتبر صدق الاتساق البنائي أحد مقاييس صدق أداة الدراسة، حيث يقيس مدى تحقق الأهداف التي تسعى الأداة الوصول إليها، ويبين صدق الاتساق البنائي مدى ارتباط كل محور من محاور أداة الدراسة بالدرجة الكلية لعبارات المقياس مجتمعة، والجدول التالي يوضح ذلك.

النتيجة	sig	معامل الارتباط	محاور المقياس
دال إحصائيا	0.015	0.74*	المحور الأول: السلوك الغذائي
دال إحصائيا	0.023	0.65*	المحور الثاني: استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)
دال إحصائيا	0.018	0.69*	المحور الثالث: الممارسات الصحية الإيجابية
دال إحصائيا	0.001	0.83**	المحور الرابع: اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>			

الجدول رقم (17): يوضح صدق الاتساق البنائي لأداة القياس (المقياس).

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل محور والمعدل الكلي لعبارات المقياس دال إحصائيا، حيث قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، كما أنه أيضا قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01، ومنه تعتبر محاور المقياس صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

11.5. ثبات الأداة:

ويعني أن الدرجات التي يتم الحصول عليها دقيقة وخالية من الخطأ، وهذا يعني أنه في حالة تطبيق نفس أداة القياس (الاختبار أو المقياس) على نفس الفرد أو الشيء أي أكثر من مرة بنفس الطريقة والشروط، فإننا سوف نحصل على نفس القيمة في كل مرة، وقد تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال استخدام كل من معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

1.11.5. معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach :

أعد معامل كرونباخ المعروفة بمعامل ألفا لتقدير الاتساق الداخلي للاختبارات والمقياس متعددة الاختبار، أي عندما تكون احتمالات الإجابة ليست صفرا أي ليست ثنائية البعد.¹

1 محمد نصر الدين رضوان، المدخل إلى القياس في التربية البدنية والرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 2006، ص138.

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

النتيجة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	محاور المقياس
ثابت	09	0.72	المحور الأول: السلوك الغذائي
ثابت	04	0.86	المحور الثاني: استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)
ثابت	04	0.87	المحور الثالث: الممارسات الصحية الإيجابية
ثابت	05	0.71	المحور الرابع: اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية
ثابت	22	0.73	جميع عبارات المقياس

الجدول رقم (18): يبين قيمة معامل ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة.

يظهر الجدول أعلاه أن معاملات ألفا كرونباخ لمحاور المقياس ولجميع عبارات المقياس مرتفعة، مما يدل على ثبات أداة الدراسة، وتجدر الإشارة أن معامل ألفا كرونباخ كلما اقتربت قيمته من 1 دلّ على القيمة الثبات مرتفعة.

2.11.5. الموضوعية:

إن الأداة سهلة وواضحة ولا يتدخل في الإجابة عليها الباحث، بل هي أداة اتفق على صدقها المحكمين وثباتها من خلال الدراسة التي قمنا بها، حيث أن المختبر يجيب على الأسئلة الواردة في الأداة بدون إحياء أو تدخل من قبل الباحث وعليه فإن الذاتية لا تدخل ضمن إطار هذه الأداة.

12.5. صدق استبانة الإصابات الرياضية:

صدق الأداة: إذ يعتبر صدق الأداة من الشروط الواجب توفرها في أدوات القياس، ومن أجل التأكد من صدق الأداة اتبعنا الوسائل التالية لتقنين معامل صدق الاختبار وهي كالتالي:

1.12.5. الصدق الظاهري:

يشير هذا النوع من الصدق إلى ما إذا كان المقياس يبدو كما لو كان يقيس ما وضع من أجل قياسه، وبديل هذا النوع من الصدق على المظهر العام للمقياس كوسيلة من وسائل القياس.

2.12.5. صدق الاتساق الداخلي:

هو تحليل لمدى ظهور الدرجات الاختبار في ضوء المفاهيم السيكولوجية، وهناك أنواع مختلفة لتقنين الصدق بهذا المعنى، ولقد استخدم الباحث منها الاتساق الداخلي (Internal Consistency)، وهذا النوع يؤدي إلى الحصول على تقدير للصدق التكويني للاختبار، ويكون باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation).

الفصل الخامس طرق ومنهجية البحث المتبعة

النتيجة	sig	معامل الارتباط	العبارة	الرقم
دال إحصائياً	0.009	0.74*	أعتقد أن للحالة النفسية للاعب علاقة بحدوث الإصابات الرياضية.	01
دال إحصائياً	0.004	0.83**	أعتقد أن الظروف المناخية السيئة تؤدي إلى حدوث إصابات.	02
دال إحصائياً	0.010	0.73*	أرى عدم غسل الخضروات والفواكه قبل أكلها يساعد في إصابتنا بالأمراض.	03
دال إحصائياً	0.005	0.82**	أرى بأن للتدخين علاقة وثيقة بأمراض القلب.	04
دال إحصائياً	0.010	0.73*	أعتقد أن التغذية السليمة لها دور في الوقاية من الإصابات.	05
دال إحصائياً	0.000	0.89**	لا أرى علاقة بين تعاطي المنشطات والإصابات الرياضية.	06
دال إحصائياً	0.007	0.79**	أرى أن لسلكنا الغذائي الخاطئ دور في إصابتنا الرياضية.	07
دال إحصائياً	0.031	0.62*	الإفراط في اللهو والسهر يساعد في حدوث الإصابات.	08
دال إحصائياً	0.025	0.68*	نقص اللياقة البدنية يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات.	09
دال إحصائياً	0.029	0.64*	أعتقد أن عدم ملائمة الأحذية والملابس أثناء اللعب يجعل اللاعب عرضة للإصابات.	10
دال إحصائياً	0.010	0.73*	أعتقد أن الإحماء غير الكافي يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات	11
دال إحصائياً	0.040	0.67*	أرى من الضروري إجراء اختبارات من أجل تقادي الإصابات.	12
دال إحصائياً	0.012	0.72*	من الضروري تدريب اللاعب على كيفية تجنبه للإصابة.	13
دال إحصائياً	0.005	0.82**	عدم الاهتمام بالنواحي الطبية للاعب يؤدي حتماً إلى إصابات.	14
دال إحصائياً	0.009	0.78**	تلقي دروس عن أسباب الإصابات الرياضية يقلل من حدوثها.	15
دال إحصائياً	0.003	0.88**	عدم توافر عوامل الأمن والسلامة يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات.	16
<p>قيمة r الجدولية: 0.76 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 08 // قيمة r الجدولية: 0.63 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 08</p> <p>** تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.01</p> <p>* تعني مقارنة قيمة مستوى المعنوية sig أو قيمة الاحتمال الخطأ بمستوى دلالة 0.05</p>				

الجدول رقم(19): يوضح صدق الاتساق البنائي لأداة القياس (الإستبانة).

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة والمعدل الكلي لعبارات الإستبانة دال إحصائياً، حيث قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، كما أنه أيضاً قيمة SIG (مستوى المعنوية) أقل من مستوى دلالة 0.05 و 0.01 ، ومنه تعتبر عبارات الإستبانة صادقة ومتسقة داخليا لما وضعت لقياسيه.

13.5. ثبات استبانة الإصابات الرياضية:

1.13.5. طريقة التجزئة النصفية (Split half):

وهذه الطريقة تعتمد على تقسيم مفردات المقياس إلى قسمين، ثم يجري ربط الدرجات في كلا النصفين، وغالبا ما يتم تقسيم المفردات إلى مجموعتين، الأولى تحتوي المفردات ذات الأرقام المفردة، والثانية ذات الأرقام الزوجية، وبهذه الطريقة يتم الحصول على درجتين لكل مستجيب واحد، وبعدها يحسب معامل الارتباط بين النصفين ليعطي قيمة تستخدم في معرفة ثبات أداة الدراسة، وتعديلها باستخدام معامل الارتباط سييرمان براون Spearman-Brown للتصحيح، والجدول أسفله يبين قيم معامل الثبات كمايلي:

المقياس	عدد الفقرات	معامل الارتباط	تعديله باستخدام معامل الارتباط سييرمان براون	معامل جثمان
الجزء الأول	08	0.94	0.97	0.96
الجزء الثاني	08			
المجموع	16			

الجدول رقم(20): يبين قيمة معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية (Split half).

من خلال الجدول نجد أن معامل الارتباط بين الجزأين بلغ 0.94 وجرى تعديله فبلغ في (0.97 ، 0.94) وهو معامل مرتفع مما يدل أن جميع عبارات المقياس ثابتة، وجرى تعديل معامل الثبات في هذه الطريقة (التجزئة النصفية) لأنها تقيس ثبات نصف الاختبار وليس الاختبار كله وستخدمنا في علاج ذلك معادلة سييرمان براون و معادلة جتمان.

2.13.5. معامل ألفا كرو نباخ Alpha Cronbach :

للتأكد من ثبات استمارة استبانة أسباب الإصابات الرياضية، قمنا بتوزيع الاستمارة على مجموعة من التلاميذ الذين سبق لهم وأن تعرضوا للإصابة أثناء ممارستهم مختلف الأنشطة

الفصل الخامس : طرق ومنهجية البحث المتبعة

الرياضية وعددهم 10 تلاميذ، وهم يمثلون جزءا من أفراد عينة المجتمع الحقيقي، تم قمنا بجمع الاستمارة بعد الإجابة عليها.

ثم حساب قيمة الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ووجدناها تقدر بـ (0.58) وهذا ما يدل على أن الإستبانة ثابتة ويمكن تطبيقها على العينة النهائية.

14.5. العمليات الإحصائية:

لا يمكن لأي باحث أن يستغني عن الطرق والأساليب الإحصائية مهما كان نوع الدراسة التي يقوم بها سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية، تمد بالوصف الموضوعي الدقيق، فالباحث لا يمكن الاعتماد على الملاحظات، ولكن الاعتماد على الإحصاء يقود الباحث إلى الأسلوب الصحيح والنتائج السليمة، تهدف إلى محاولة التوصل إلى مؤشرات كمية دالة تساعدنا على التحليل والتفسير، والتأويل والحكم، كما تمكننا من تصنيف البيانات التي تجمع وتترجم بموضوعية¹... الخ. وبالتالي استخدمنا في بحثنا برنامج نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V 24) وهذا وفق التقنيات الإحصائية التالية:

- حساب معامل ارتباط بيرسون Pearson، لدراسة العلاقات بين فقرات محاور المقياس، والمحاور الأربعة مع المقياس ككل (الصدق).
- حساب معادلة ألف كرونباخ Alpha Cronbach ومعامل جتمان، ومعاملات الارتباط في تقنين وتحديد الخصائص السيكومترية لأداة البحث (الثبات).
- حساب النسب المئوية لتكرار إجابات عينة البحث على مقياس السلوك الغذائي والصحي.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري و معامل الاختلاف، وذلك للتعرف على درجات التجانس بين محاور المقياس والمقياسين ككل.

1 محمد السيد، الإحصاء البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، ط2، دار النهضة العربية، مصر، 1970، ص74.

خلاصة:

يمكن اعتبار هذا الفصل الذي تطرقنا من خلاله إلى طرق ومنهجية البحث المتبعة من بين أهم الفصول في هذه الدراسة، فكان يعتبر بمثابة الدليل والمرشد الذي ساعدنا على تخطي كل الصعوبات والعوامل التي كان بإمكانها أن تعيق السير الحسن للدراسة، وصولاً إلى تحقيق أهداف البحث بسهولة، كونه يحتوي على أهم العناصر الأساسية التي تفيد الدراسة بشكل مباشر منها (المنهج المتبع، متغيرات البحث، الدراسة الاستطلاعية، مجتمع الدراسة، أدوات البحث، العمليات الإحصائية).

تمهيد:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى المعالجة الإحصائية للمعطيات التي تم جمعها، حيث تم تقسيمها إلى أربعة محاور أساسية حسب عدد محاور مقياس السلوك الغذائي والصحي، بحيث كل محور يخدم خاصية نود التأكد منها، في حين تطرقنا من خلالها إلى عرض والتحليل ومناقشة النتائج كل بعد على حدة، إذ نجد:

- **البعد الأول:** والذي يدرس السلوك الغذائي وعلاقته بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

- **البعد الثاني:** والذي يدرس السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) وعلاقته بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

- **البعد الثالث:** والذي يدرس علاقة الممارسات الصحية الإيجابية بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

- **البعد الرابع:** والذي يدرس علاقة السلوكات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

ثم تم عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة، وفي الأخير توصلنا إلى استنتاج عام، ثم خاتمة مع جملة من الاقتراحات المستقبلية.

1.6. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1.1.6. الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة:

تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الاختلاف لمعرفة الخصائص الوصفية لمتغيرات الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك:

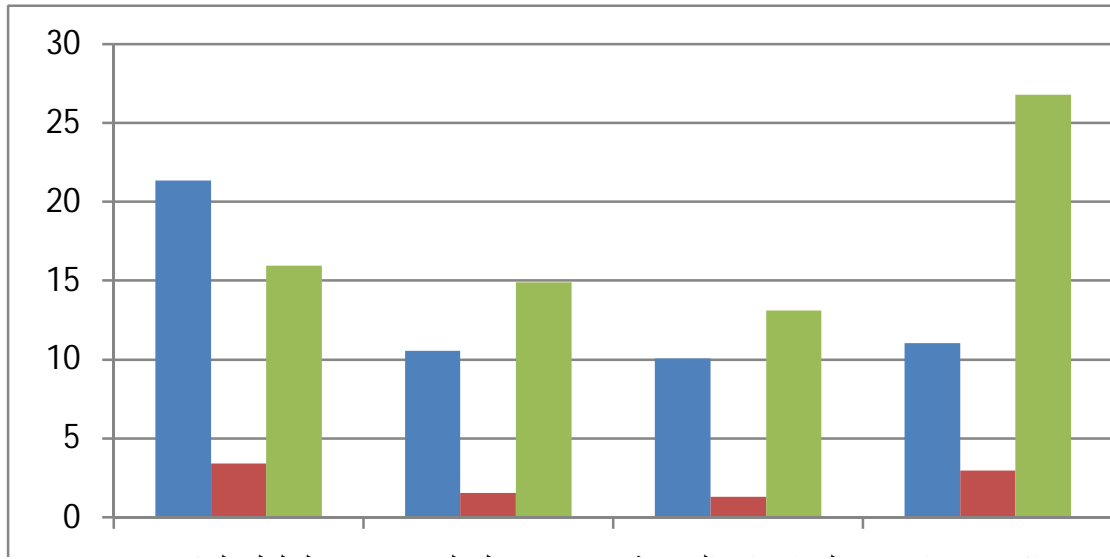
أبعاد مقياس السلوك الغذائي الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	حجم العينة
السلوك الغذائي	21.34	3.40	15.93%	105
استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)	10.55	1.57	14.88%	105
الممارسات الصحية الإيجابية	10.07	1.32	13.10%	105
اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية	11.05	2.96	26.78%	105

الجدول رقم (21): يمثل الإحصاء الوصفي لمتغيرات السلوك الغذائي والصحي لدى أفراد عينة الدراسة.

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي للمحور الأول المتعلق بالسلوك الغذائي من مقياس السلوك الغذائي والصحي بلغت (21.34) وانحرافه المعياري قدر بـ (3.40) وبلغت قيمة معامل الاختلاف له بـ (15.93%) وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي العينة متجانسة. بينما بلغ المتوسط الحسابي للمحور الثاني المتعلق باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) من مقياس السلوك الغذائي والصحي (10.55) وانحرافه المعياري قدر بـ (1.57) وبلغت قيمة معامل الاختلاف له بـ (14.88%) وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي العينة متجانسة. أما قيمة قيمة المتوسط الحسابي للمحور الثالث المتعلق بالممارسات الصحية الإيجابية من مقياس السلوك الغذائي والصحي بلغت (10.07) وانحرافه المعياري قدر بـ (1.32) وبلغت قيمة معامل الاختلاف له بـ (13.10%) وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي فالعينة متجانسة. في حين بلغت قيمة المتوسط الحسابي للمحور الرابع المتعلق باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية من مقياس السلوك الغذائي والصحي (11.05) وانحرافه المعياري قدر بـ (2.96) وبلغت قيمة معامل الاختلاف له بـ (26.78%)

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي فالعينة متجانسة.



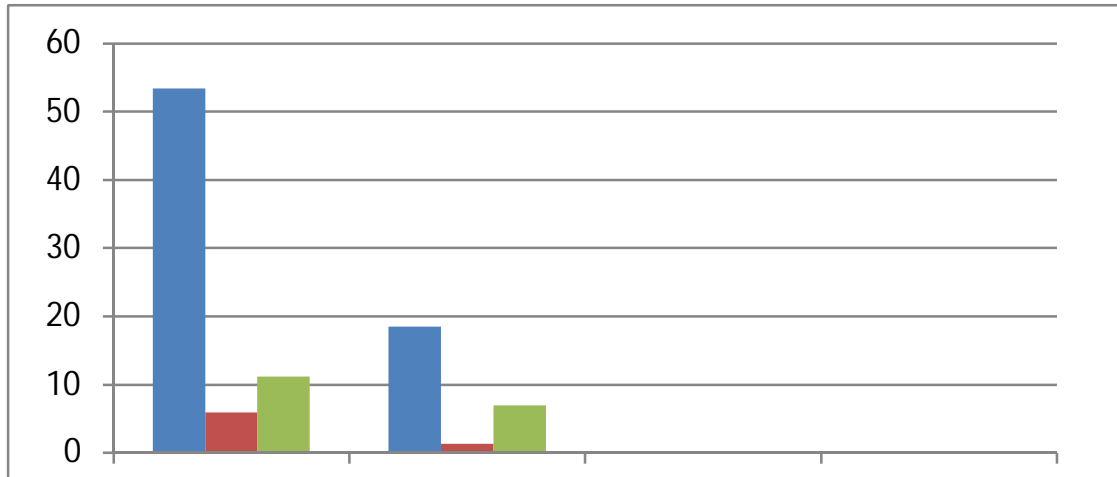
الشكل رقم (05): يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الاختلاف لأبعاد السلوك الغذائي والصحي.

حجم العينة	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات	الأداة
105	11.15%	5.95	53.37	الدرجة الكلية لمقياس السلوك الغذائي و الصحي	
105	6.97%	1.29	18.51	الدرجة الكلية لاستبيان الإصابات الرياضية	

الجدول رقم (22): يمثل الإحصاء الوصفي للدرجة الكلية لمقياس السلوك الغذائي

والصحي والدرجة الكلية لاستبيان الإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

من خلال الجدول يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي بلغت (53.37) بانحراف معياري قدر بـ (5.95) لدى عينة الدراسة، في حين بلغت قيمة معامل الاختلاف (11.15%)، وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي العينة متجانسة. بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى العينة نفسها بالنسبة للدرجة الكلية لاستبيان أسباب الإصابات الرياضية (18.51) وانحرافها المعياري قدر بـ (1.29)، في حين بلغت قيمة معامل الاختلاف (6.97%)، وبما أن قيمة معامل الاختلاف أقل من 30% فإن تشتت الدرجات قليل وبالتالي العينة متجانسة.



الشكل رقم (06): يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الاختلاف لمقياس السلوك الغذائي والصحي واستبانه الإصابات الرياضية.

2.1.6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

رقم العبارة	موافق		غير متأكد		غير موافق		العينة		معامل الارتباط r	القيمة الاحتمالية	القرار الإحصائي
	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار			
01	61.90	65	30.48	32	7.62	8	100	105	0.04	0.67	غير دال
02	51.42	54	31.42	33	17.14	18	100	105	0.05	0.61	غير دال
03	04.76	05	39.05	41	56.19	57	100	105	0.03	0.78	غير دال
04	54.28	57	33.33	35	12.38	13	100	105	0.03	0.74	غير دال
05	40	42	34.28	36	25.71	27	100	105	-0.06	0.52	غير دال
06	72.38	76	23.81	25	3.81	04	100	105	0.14	0.15	غير دال
07	60	63	26.66	28	13.33	14	100	105	0.01	0.94	غير دال
08	78.10	82	21.66	23	00	00	100	105	0.09	0.38	غير دال
09	34	34	36.19	38	31.42	33	100	105	0.05	0.60	غير دال
الدرجة الكلية للمحور السلوك الغذائي											
							100	105	-0.28*	0.00	دال إحصائيا

* الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05

الجدول رقم (23): يوضح معاملات الارتباط بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من خلال الجدول رقم (20) تبين لنا أن العلاقة الإرتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية قد بلغ معامل ارتباطها (r) فيها (-0.28) عند مستوى الدلالة 0.05 .

يتضح من الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الأولى " أتناول اللحوم بأنواعها ثلاث مرات على الأقل أسبوعيا" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.04) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وهذا ما يوافق نسبة (61.90%) من التلاميذ موافقون على تناول اللحوم بأنواعها ثلاث مرات على الأقل أسبوعيا، في حين نجد نسبة (7.62%) فقط غير موافق على تناول اللحوم بهذا القدر، أما نسبة (30.48%) غير متأكد. ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ موافقين على تناول اللحوم بأنواعها ثلاث مرات على الأقل أسبوعيا.

كما يتضح من الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثانية "أحب تناول الفواكه والخضر وخاصة الطازجة منها لتقوية العظام والعضلات واكتساب اللياقة البدنية الجيدة" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.05) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فإن نسبة (51.42%) من التلاميذ موافقون على تناول الفاكهة بأنواعها، في حين نجد نسبة (17.14%) من التلاميذ لا يهتمون بتناول الفاكهة، أما نسبة (31.42%) غير متأكد. ومنه نستنتج أن حوالي نصف التلاميذ يهتمون بتناول الفاكهة بأنواعها ولكن مجموعة معتبرة من التلاميذ على العكس من ذلك.

وبين الجدول كذلك أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثالثة "أفضل إضافة نسبة عالية من الملح إلى الطعام" الإصابات الرياضية قد بلغ (0.03) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة ، وبالتالي فإن نسبة (56.19%) من التلاميذ يبتعدون على إضافة الكثير من الملح لطعامهم، غير أن نسبة (04.76%) من التلاميذ يفضلون إضافة الكثير من الملح، أما نسبة (39.05%) غير مبال بذلك. ومنه نستنتج أن حوالي أكثر من نصف التلاميذ لا يفضلون إضافة نسبة عالية من الملح إلى الطعام بينما نسبة حوالي اقل من نصف التلاميذ على العكس من ذلك.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الرابعة " أراعي في غذائي تناول المواد الغذائية الغنية بالألياف" الإصابات الرياضية قد بلغ (0.03) عند مستوى الدلالة 0.05

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (54.28%) من التلاميذ يراعون على أهمية معرفة العناصر المكونة للأغذية في وجباتهم اليومية، بينما نسبة (12.38%) من التلاميذ لا يهتمون بمعرفة العناصر المكونة للأغذية في وجباتهم اليومية، أما نسبة (33.33%) غير متأكدين وبالتالي فهم غير مبال بذلك. ومنه نستنتج أن حوالي نصف التلاميذ يحرصون على معرفة العناصر المكونة للأغذية في وجباتهم اليومية بينما حوالي النصف الآخر منهم على العكس من ذلك.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الخامسة "أتجنب المواد الغذائية الغنية بالدهون والكولسترول" والإصابات الرياضية قد بلغ (-0.06) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (40%) من التلاميذ يتجنبون تناول المواد الغذائية التي تحتوي نسبة عالية من الكولسترول، في حين أن نسبة (25.71%) من التلاميذ لا يهتمون بتجنب تناول المواد الغذائية التي تحتوي نسبة عالية من الكولسترول، أما نسبة (34.28%) غير متأكدين وبالتالي فهم غير مبال بذلك. ومنه نستنتج أن نسبة معتبرة من التلاميذ يتجنبون المواد الغذائية التي تحتوي نسبة عالية من الكولسترول في حين نجد أن أغلبية التلاميذ تتوزع بين غير مبالين لذلك ولا يتجنبون المواد الغذائية التي تحتوي نسبة عالية من الكولسترول.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة السادسة " من المهم تناول أربع وجبات رئيسية في اليوم" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.14) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (72.38%) من التلاميذ أجمعوا على تناول أربع وجبات رئيسية في اليوم، في حين أن نسبة (3.81%) فقط من التلاميذ لا يتناولون هذا العدد من الوجبات في اليوم، أما نسبة (23.81%) متذبذبين وغير متأكدين. ومنه نستنتج أن أغلب التلاميذ يحرصون على تناول أربع وجبات رئيسية في اليوم.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة السابعة " أفضل تناول بعض المواد الغذائية بين الوجبات الرئيسية" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.01) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (60%) من التلاميذ يفضلون تناول بعض المواد الغذائية بين الوجبات الرئيسية، بينما نجد أن نسبة

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

(13.33%) من التلاميذ لا يفضلون ذلك، أما نسبة (26.66%) متذبذبين وغير متأكدين. ومنه نستنتج أن أغلب التلاميذ يفضلون تناول بعض المواد الغذائية بين الوجبات الرئيسية.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثامنة من الضروري تناول الإفطار يوميا" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.09) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فإن نسبة (82%) من التلاميذ أجمعوا على ضرورة تناول الإفطار بشكل يومي، أما نسبة (21.66%) متذبذبين وغير متأكدين. ومنه نستنتج أن أغلبية الساحقة من التلاميذ يهتمون بتناول الإفطار بشكل يومي.

وفي الأخير يبين من الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة التاسعة "إذا شعرت بزيادة في وزني أتبع حمية (رجيم) معين" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.05) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فإن نسبة (34%) من التلاميذ يتبعون رجيم (حمية) غذائية للمحافظة على الوزن، بينما نجد أن نسبة (31.42%) من التلاميذ لا يهتمون بذلك، أما نسبة (36.19%) متذبذبين وغير متأكدين. ومنه نستنتج أن التلاميذ موزعون بين الإجابات الثلاث.

حساب معامل التحديد (r^2) لمحور السلوك الغذائي وعلاقته بالإصابات الرياضية:

معامل الارتباط (r)	معامل التحديد (r^2)	النسبة المئوية المشتركة %	النسبة المئوية المتبقية %	
-0.28	0.0784	7.84	92.16	المحور الأول: السلوك الغذائي

الجدول رقم(24): يوضح قيمة معامل التحديد لمحور السلوك الغذائي وعلاقته بالإصابات

الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن قيمة معامل التحديد (r^2) بلغت (0.0784) وهذا بتربيع قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغيرين السلوك الغذائي وأسباب الإصابات الرياضية، كما بلغت النسبة المئوية المشتركة بينهما (7.84%) ، ومنه يمكن تفسير نسبة الارتباط هذه (7.84%) بأنها تمثل قوة العلاقة الارتباطية بين المتغيرين السلوك الغذائي وأسباب الإصابات الرياضية حيث الإصابات الرياضية تتأثر بكل السلوكيات الغذائية الممارسة من قبل التلاميذ

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وأي تغير في تطبيق هذه السلوكيات الغذائية ينتج عنه حتما التغير في أسباب الإصابات الرياضية، أما النسبة (92.16%) فهي النسبة المتبقية من تباين المتغيرين.

تحليل نتائج الفرضية الأولى:

"توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية"

للتحقق هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية من خلال الجدول رقم (21) الذي بينت نتائجه بأن هناك ارتباطا في الاتجاه السالب بين السلوك الغذائي وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى عينة الدراسة المتمثلة في تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وبالتالي الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 .

وبما أن النسبة المشتركة هي (7.84%) بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية، وهذا يعني أن السلوكات الغذائية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية تساهم بنسبة (7.84%) من الأسباب العامة للإصابات الرياضية لديهم، أما النسبة المتبقية (92.16%) فيرجع فيها السبب إلى عوامل أخرى تختلف عن السلوكات الغذائية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الاستنتاج الخاص بالفرضية الأولى:

من خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وهذه العلاقة هي علاقة عكسية ذات قوة صغيرة.

3.1.6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

رقم العبارة	موافق		غير متأكد		غير موافق		العينة		معامل الارتباط r	القيمة الاحتمالية	القرار الإحصائي
	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار			
01	33.33	35	25.71	27	40.95	43	100	105	0.14	0.15	غير دال
02	19.04	20	30.47	32	50.47	53	100	105	-0.08	0.40	غير دال
03	6.66	07	14.28	15	79.05	83	100	105	0.13	0.20	غير دال
04	00	00	00	00	100	105	100	105	0.10	0.30	غير دال
الدرجة الكلية للمحور استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)											
							100	105	0.20*	0.04	دال إحصائياً

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05

الجدول رقم(25): يوضح معاملات الارتباط بين استعمال المواد (المنبهات، التدخين،

والمنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من الجدول رقم (22) تبين لنا انه توجد علاقة ارتباطية بين استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية قد بلغ معامل الارتباط فيها 0.20 عند مستوى دلالة 0.05 .

من خلال الجدول نجد أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الأولى "أرى من الضروري شرب القهوة أو الشاي" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.14) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (40.95%) من التلاميذ لا يفضلون تناول القهوة أو الشاي أما نسبة (33.33%) من التلاميذ فهم على العكس من زملائهم يرون من الضروري يتناول القهوة أو الشاي في حين أن نسبة (25.71%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ لا يفضلون تناول القهوة أو الشاي يوميا.

وأوضح الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثانية " قد تتطلب بعض الحصص الرياضية تناول بعض المنشطات" والإصابات الرياضية قد بلغ (-0.08) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (50.47%) من التلاميذ لا تتناولون المنشطات في حين نسبة (19.04%) من التلاميذ فهم على العكس من زملائهم يتناولون المنشطات هي نسبة معتبرة بالنظر إلى مستواهم غير أن الملف للانتباه هو ما نوع المنشطات التي يتناولونها، أما نسبة (30.47%) من التلاميذ غير متأكدين،

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

ومنه نستنتج أن حوالي نصف التلاميذ لا يتناولون المنشطات والنصف الآخر بين متناول للمنشطات وغير متأكد من ذلك.

كما يبين الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثالثة "لا بأس بتناول أحد المواد المخدرة" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.13) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فإن نسبة (79.05%) من التلاميذ لا تتناولون المواد المخدرة في حين نسبة (6.66%) من التلاميذ فهم على العكس من زملائهم يتناولون المواد المخدرة وهذه النسبة تعتبر كبيرة بالنظر إلى سن التلاميذ ومستواهم ولكن ترجح إجاباتهم لعدم علمهم بماهية المواد المخدرة، أما نسبة (30.47%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن غالبية التلاميذ لا يتناولون المواد المخدرة.

وفي الأخير يوضح الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الرابعة "أدخن أحيانا بعض السجائر" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.10) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فإن نسبة (100%) من التلاميذ لا يدخنون السجائر، ومنه نستنتج أن كل التلاميذ لا يدخنون وهذا راجع إلى أن هناك عدة عوامل تمنعهم من التدخين كحدثة سنهم والأسرة والمؤسسة التربوية والمجتمع ككل.

حساب معامل التحديد (r^2) لمحور استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) وعلاقته بالإصابات الرياضية:

معامل الارتباط (r)	معامل التحديد (r^2)	النسبة المئوية المشتركة %	النسبة المئوية المتبقية %
0.20	0.04	4	96

الجدول رقم(26): يوضح قيمة معامل التحديد لمحور استعمال المواد (المنبهات،

التدخين، والمنشطات) وعلاقته بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية

بالدرارية.

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن قيمة معامل التحديد (r^2) بلغت (0.04) وهذا بتربيع قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغيرين سلوكات استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) والإصابات الرياضية، كما بلغت النسبة المئوية المشتركة بينهما (4%) ، ومنه

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

يمكن تفسير نسبة الارتباط بأن (4%) من المتغيرين سلوكيات استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) وأسباب الإصابات الرياضية بأن الإصابات الرياضية تتأثر بسلوكيات استعمال المواد (المنبهات، التدخين، والمنشطات) من قبل التلاميذ وأي تغير في سلوكيات الاستعمال ينتج عنه حتما التغيير في أسباب الإصابات الرياضية، أما النسبة (96%) فهي النسبة المتبقية من تباين المتغيرين.

تحليل نتائج الفرضية الثانية:

"توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

للتحقق هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية من خلال الجدول رقم (23) الذي بينت نتائجه بأن هناك ارتباطا في الاتجاه الموجب بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى عينة الدراسة المتمثلة في تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وبالتالي الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 .

وبما أن النسبة المشتركة هي (4%) بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية، وهذا يعني أن السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية تساهم بنسبة (4%) من الأسباب العامة للإصابات الرياضية لديهم، أما النسبة المتبقية (96%) فيرجع فيها السبب إلى عوامل أخرى تختلف عن السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الاستنتاج الخاص بالفرضية الثانية:

من خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والأسباب العامة للإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وهذه العلاقة هي علاقة طردية ذات قوة صغيرة.

4.1.6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

- توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية .

رقم العبارة	موافق		غير متأكد		غير موافق		العينة		معامل الارتباط r	القيمة الاحتمالية	القرار الإحصائي
	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار			
01	12.10	13	39.05	41	48.57	51	100	105	0.00	1	غير دال
02	94.28	99	05.71	06	00	00	100	105	-0.12	0.23	غير دال
03	88.57	93	11.42	12	00	00	100	105	-0.06	0.53	غير دال
04	92.38	97	7.61	08	00	00	100	105	-0.23	0.03	دال
	الدرجة الكلية للمحور الممارسات الصحية الإيجابية										
							100	105	-0.24*	0.01	دال إحصائياً

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05

الجدول رقم (27): يوضح معاملات الارتباط بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من الجدول رقم (24) تبين لنا انه توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية وأسباب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية قد بلغ معامل الارتباط فيها -0.24 عند مستوى دلالة 0.05 .

من خلال الجدول نجد أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الأولى " أجري بعض اختبارات تشوهات القوام" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.00) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد علاقة ارتباطية، وبالتالي فان نسبة (48.57%) من التلاميذ لا يجرون اختبارات تشوهات القوام أما نسبة (12.10%) من التلاميذ فهم على العكس من زملائهم فهم يجرون بعض اختبارات تشوهات القوام، في حين أن نسبة (39.05%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ لا يجرون اختبارات تشوهات القوام وهذا راجع لعدة أسباب منها لجهلهم أهميتها في قوام الجسم أو حتى لجهلهم بوجودها.

من خلال الجدول أيضا نجد أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثانية " أحب النوم بين 7 و 8 ساعات يوميا على الأقل" والإصابات الرياضية قد بلغ (-0.12) عند مستوى الدلالة 0.05

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (94.28%) من التلاميذ يحبون النوم ما بين 7 و 8 ساعات يوميا على الأقل وهي تمثل الأغلبية الساحقة من التلاميذ وهي مؤشر ايجابي على أهمية النوم وخاصة خلال هذه الفترة العمرية الحساسة لدى التلاميذ، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ يحبون النوم لمدة كافية خلال اليوم الواحد.

أيضا يبين الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثالثة " استخدام أدوات الوقاية من الشمس ضروري في الصيف" والإصابات الرياضية قد بلغ (-0.06) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (88.57%) من التلاميذ يستخدمون أدوات الوقاية من أشعة الشمس في فصل الصيف ويرون أنها ضرورية، في حين أن نسبة (11.42%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ يعطون أهمية كبيرة لاستخدام أدوات الوقاية من أشعة الشمس.

كما يوضح الجدول في الأخير أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الرابعة " من الضروري تنظيف الأسنان مرتين على الأقل في اليوم" والإصابات الرياضية قد بلغ (-0.23) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية، حيث كانت نسبة (92.38%) من التلاميذ يرون من الضروري تنظيف الأسنان على الأقل مرتين يوميا وهذا مؤشر ايجابي بالنسبة لتلاميذ في سن المراهقة، في حين أن نسبة (7.61%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ ينظفون أسنانهم يوميا.

حساب معامل التحديد (r^2) لمحور الممارسات الصحية الإيجابية وعلاقته بالإصابات الرياضية:

النسبة المئوية المتبقية %	النسبة المئوية المشتركة %	معامل التحديد (r^2)	معامل الارتباط (r)	
94.76	5.76	0.0576	-0.24	المحور الثالث: الممارسات الصحية الإيجابية

الجدول رقم (28): يوضح قيمة معامل التحديد لمحور الممارسات الصحية الإيجابية وعلاقته بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن قيمة معامل التحديد (r^2) بلغت (0.0576) وهذا بتربيع قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغيرين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية، كما بلغت النسبة المئوية المشتركة بينهما (5.76%) ، ومنه يمكن تفسير نسبة الارتباط بأن (5.76%) من المتغيرين الممارسات الصحية الإيجابية وأسباب الإصابات الرياضية بأن الإصابات الرياضية تتأثر بالممارسات الصحية والإيجابية الممارسة من قبل التلاميذ وأي تغير في تطبيق هذه الممارسات ينتج عنه حتما التغيير في أسباب الإصابات الرياضية، أما النسبة (96%) فهي النسبة المتبقية من تباين المتغيرين.

تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

"توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

للتحقق هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية من خلال الجدول رقم (25) الذي بينت نتائجه بأن هناك ارتباطا في الاتجاه السالب بين الممارسات الصحية الإيجابية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى عينة الدراسة المتمثلة في تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وبالتالي الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 .

وبما أن النسبة المشتركة هي (5.76%) بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية، وهذا يعني أن الممارسات الصحية الإيجابية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية تساهم بنسبة (5.76%) من الأسباب العامة للإصابات الرياضية لديهم، أما النسبة المتبقية (94.76%) فيرجع فيها السبب إلى عوامل أخرى تختلف عن الممارسات الصحية الإيجابية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الاستنتاج الخاص بالفرضية الثالثة:

من خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والأسباب العامة للإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وهذه العلاقة هي علاقة عكسية ذات قوة صغيرة.

5.1.6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

- توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

رقم العبارة	موافق		غير متأكد		غير موافق		العينة		معامل الارتباط r	القيمة الاحتمالية	القرار الإحصائي
	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار			
01	14.28	15	16.19	17	69.52	73	100	105	0.13	0.17	غير دال
02	29.52	31	25.71	27	44.76	47	100	105	0.03	0.75	غير دال
03	05.71	06	33.33	35	60.95	64	100	105	0.10	0.28	غير دال
04	02.85	03	39.04	41	58.10	61	100	105	0.04	0.65	غير دال
05	03.81	04	27.61	29	68.57	72	100	105	0.08	0.43	غير دال
الدرجة الكلية للمحور اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية											
دال إحصائيا											

* الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05

الجدول رقم(29): يوضح معاملات الارتباط بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية

والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من الجدول رقم (26) تبين لنا انه توجد علاقة ارتباطية بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية قد بلغ معامل الارتباط فيها 0.19- عند مستوى دلالة 0.05 .

من خلال الجدول نجد أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الأولى " أهتم بمراجعة المستشفى لإجراء فحوصات دورية للجسم" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.13) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (69.52%) من التلاميذ لا يقومون بإجراء فحوصات دورية للجسم ، غير أن نسبة ضئيلة منهم (14.28%) يقومون بإجراء الفحوصات الدورية للجسم، في حين أن نسبة (39.05%) من التلاميذ غير متأكدين ولا يبالون بهذه الفحوصات، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ لا يقومون بإجراء فحوصات دورية للجسم.

من خلال الجدول أيضا نجد أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثانية "من الضروري مراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.03) عند مستوى الدلالة

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (44.76%) من التلاميذ لا يراجعون طبيب الأسنان دون الشعور بالألم، غير أن نسبة (29.52%) من التلاميذ يقومون بمراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم، في حين أن نسبة (25.71%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ لا يراجعون طبيب الأسنان دون الشعور بالألم.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الثالثة "أجري فحوصات دورية لقياس ضغط الدم" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.10) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (60.95%) من التلاميذ لا يجرون فحوصات دورية من أجل قياس ضغط الدم، غير أن نسبة (05.71%) من التلاميذ يقومون بإجراء فحوصات دورية من أجل قياس ضغط الدم ، في حين أن نسبة (33.33%) من التلاميذ غير متأكدين، ومنه نستنتج أن معظم التلاميذ لا يقومون بإجراء فحوصات دورية من أجل قياس ضغط الدم.

كما يبين الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الرابعة "من الضروري إجراء فحوصات القلب في الراحة أو بعد الجهد" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.04) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (58.10%) من التلاميذ لا يجرون فحوصات القلب في الراحة أو بعد الجهد ولا يرون بأنها ضرورية، غير أن نسبة ضئيلة منهم (02.85%) يقومون بإجراء فحوصات القلب في الراحة أو بعد الجهد، في حين أن نسبة (39.04%) من التلاميذ غير متأكدين ولا يبالون بهذه الفحوصات، ومنه نستنتج أن جل التلاميذ لا يقومون بإجراء فحوصات دورية للقلب.

كما يوضح الجدول أيضا أن قيمة معامل الارتباط بين العبارة الخامسة " أرى من الأهمية إجراء تحاليل فقر الدم ونسبة السكر" والإصابات الرياضية قد بلغ (0.08) عند مستوى الدلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة وبالتالي توجد علاقة ارتباطية ضعيفة، وبالتالي فان نسبة (68.57%) من التلاميذ لا يجرون تحاليل فقر الدم ونسبة السكر ولا يرون بأنها ضرورية، غير أن نسبة ضئيلة منهم (03.81%) يقومون بإجراء تحاليل فقر الدم ونسبة السكر، في حين أن نسبة (27.61%) من التلاميذ غير متأكدين ولا يبالون بهذه التحاليل، ومنه نستنتج أن أغلب التلاميذ لا يقومون بإجراء تحاليل فقر الدم ونسبة السكر في الدم.

حساب معامل التحديد (r^2) لمحور اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وعلاقته بالإصابات الرياضية:

معامل الارتباط (r)	معامل التحديد (r^2)	النسبة المئوية المشتركة %	النسبة المئوية المتبقية %	
-0.19	0.0361	3.61	96.39	المحور الرابع: اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية

الجدول رقم(30): يوضح قيمة معامل التحديد لمحور اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وعلاقته بالإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن قيمة معامل التحديد (r^2) بلغت (0.0361) وهذا بترتيب قيمة معامل الارتباط البسيط بين المتغيرين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وأسباب الإصابات الرياضية، كما بلغت النسبة المئوية المشتركة بينهما (3.61%) ، ومنه يمكن تفسير نسبة الارتباط بأن (3.61%) من المتغيرين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية بأن الإصابات الرياضية تتأثر بكل الإجراءات الصحية والوقائية المتخذة من قبل التلاميذ وأي تغير في تطبيق هذه الإجراءات الصحية والوقائية ينتج عنه حتما التغير في أسباب الإصابات الرياضية، أما النسبة (96.39%) فهي النسبة المتبقية من تباين المتغيرين.

تحليل نتائج الفرضية الرابعة:

"توجد علاقة ارتباطية بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

للتحقق هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية من خلال الجدول رقم (27) الذي بينت نتائجه بأن هناك ارتباطا في الاتجاه السالب بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى عينة الدراسة المتمثلة في تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وبالتالي الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 .

وبما أن النسبة المشتركة هي (3.61%) بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية، وهذا يعني أن الإجراءات الصحية والوقائية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية تساهم بنسبة (3.61%) من الأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

لديهم، أما النسبة المتبقية (96.39%) فيرجع فيها السبب إلى عوامل أخرى تختلف عن الإجراءات الصحية والوقائية الممارسة من قبل تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية.

الاستنتاج الخاص بالفرضية الرابعة:

من خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية وهذه العلاقة هي علاقة عكسية ذات قوة صغيرة.

2.6. مناقشة النتائج:

سيتم في هذا الجزء عرض نتائج هذا البحث المتحصل عليها من تطبيق كل من مقياس السلوك الغذائي والصحي واستبانة الإصابات الرياضية في المجال الرياضي وهذا وفقا لأسلوب التحقق من كل فرضية على حدة ومناقشتها في ضوء الإطار النظري للبحث، وفيما يلي نتائج فروض البحث.

1.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

تمثلت الفرضية الأولى فيما يلي :

"توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

وقصد التحقق من نتائج الفرضية الأولى تم الاعتماد على معامل الارتباط (بيرسون) للتأكد من وجود العلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي و الإصابات الرياضية تم حساب معامل التحديد من أجل معرفة قوة العلاقة الارتباطية التي تجمع بين متغيري الفرضية الأولى.

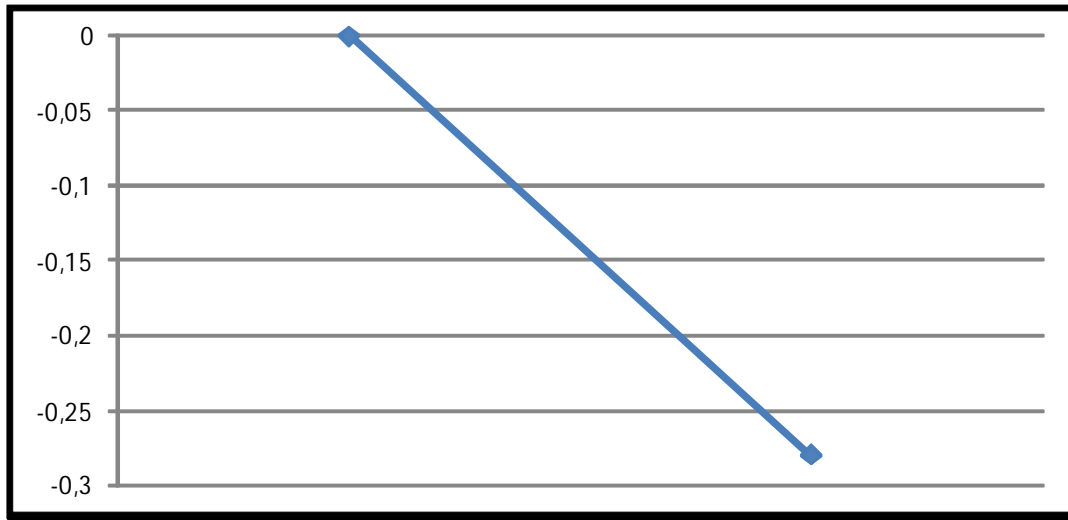
طبيعة العلاقة	قيمة معامل التحديد (r^2)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r)	علاقة السلوك الغذائي بأسباب الإصابات الرياضية
عكسية ضعيفة	0.0784	-0.28	السلوك الغذائي
			الإصابات الرياضية

الجدول رقم (31): يوضح نوع العلاقة بين السلوك الغذائي و الإصابات

الرياضية للعينة الكلية لدراسة.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

من خلال ملاحظتنا لنتائج الجدول رقم (28) تبين لنا أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (السلوك الغذائي، الإصابات الرياضية)، قد بلغت (-0.28) وهي أكبر من قيمة الارتباط الجدولية التي بلغت (0.19) بدرجة حرية 103 وعند مستوى دلالة 0.05، مما يؤكد الدلالة الإحصائية للارتباط وحقيقته بين المتغيرين قيد البحث، ويؤكد ذلك قيمة Sig البالغة 0.004 وهي أقل من 5%، وبما أن قيمة معامل التحديد (r^2) هي 0.0784 أي بنسبة ارتباط مشتركة تقدر بـ 7.84%، وهنا يتبين لنا انه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الفرضية الأولى طبيعتها **عكسية ضعيفة** بمعنى كلما كان السلوك الغذائي الممارس جيد لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية كلما قلت نسبة حدوث الإصابات الرياضية لديهم.



الشكل رقم (07): يوضح معامل الارتباط بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

وبالتالي هناك علاقة ارتباطية في اتجاه سالب بين السلوك الغذائي لتلاميذ الثانوية الرياضية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لديهم و يمكن تفسير ذلك بأن هناك تأثير كبير للتغذية على صحة الإنسان بصفة عامة والرياضيين بصفة خاصة، وذلك لكون النظم الفسيولوجية والبيوكيميائية للرياضيين المراهقين مستمرة في النمو، وتظهر هنا الحاجة الضرورية لدعم خارجي للأنسجة لأحداث نموا أكبر مما سيكون عليه في مرحلة البلوغ. وبما أن عينة الدراسة تتمثل في تلاميذ مراهقين في الطور الثانوي تتراوح أعمارهم ما بين (15-18) سنة وفي نفس الوقت هم لاعبون ينتمون لنوادي مختلفة ويوجد فيهم من يحملون ألوان المنتخبات الوطنية

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

في جميع الرياضات سواء كانت الفردية أو الجماعية فهم يحتاجون إلى برامج غذائية مدروسة تتماشى مع متطلبات الطاقوية للأنشطة الرياضية التي يمارسونها وفي نفس الوقت تلبي حاجات الجسم لاكتمال نمو جميع الأجهزة الوظيفية الحيوية لدى هؤلاء التلاميذ المراهقين. وبما أن هؤلاء التلاميذ هم لاعبون ينشطون في مختلف النوادي والمنتخبات الوطنية فهم معرضون أكثر لإصابات رياضية نظرا لحدائثة سنهم ولقلة معرفتهم ببرامج الوقاية من الإصابات الرياضية، ويذكر (Martens, 1981) إن منع الإصابة هو الجانب الأكثر أهمية في الطب الرياضي كما إن الاهتمام ببرامج الوقاية كفيل بإبعاد اللاعب عن الإصابات في الميدان الرياضي.

في كثير من الدراسات نجد أنها تركز على دراسة الأسباب المباشرة المؤدية للإصابات مثل الإحماء دون التطرق إلى الأسباب الحقيقية الغير مباشرة لحدوث الإصابات مثل العلوم الصحية والتغذية وكذلك علم الحركة، وهذا ما أشارت إليه الجمعية الأمريكية للتدريب الرياضي (NATA) التدريب الرياضي بأنه الفن والمعرفة الخاصة باللياقة والوقاية والتحفيز من الإصابات بكل مستويات التدريب الرياضي والشخص الذي يقدم التدريب الرياضي هو المدرب الرياضي الذي لابد أن يمتلك معلومات واسعة في مجال الطب الرياضي مما يؤهله للدخول في هذا الميدان ووقاية فريقه من التعرض (قدر الإمكان) من الإصابات، فهو يجب أن يكون ملما بعلوم التشريح الفيزيولوجي، علم الحركة، علم النفس، الفلسفة الرياضية، العلوم الصحية، الفيزياء، والتغذية وكذلك الإسعافات الأولية.

فحسب (سامي الصفار وآخرون، 1990) فإن تطور الأداء والانجاز مقرون بالتغذية المنتظمة المطلوبة وأن الإنسان يحتاج إلى طاقة حتى يتمكن من أداء واجباته الرياضية بالشكل الأمثل وهو يستمد هذه الطاقة من الغذاء إذ أن الغذاء ليس ضروريا فقط كطاقة للجسم عند أداء المهارات والحركات الرياضية ولكنه مهم جدا لعملية البناء والمحافظة على الخلايا خلال التدريب، فضلا عن مرحلة المراهقة وخلال النمو السريع للجسم يحتاج الرياضي إلى تغذية كبيرة ومتنوعة تفوق حتى تغذية الرجل البالغ وهذا ما تحتاج إليه أنسجة الجسم المختلفة لمساعدة عملية النمو في هذه المرحلة.

لقد جاءت نتائج دراستنا توحى بوجود مؤشرات ايجابية في اختيار التلاميذ للمصدر الأساسي للبروتينات والمتمثلة في اللحوم بأنواعها إذ أن معظم التلاميذ يعتبرون تناول اللحوم من الأساسيات ويجب تناولها على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع وهذا وفقا لبعض علماء

التغذية، فحسب نتائج (المؤتمر الدولي بعنوان "نظام غذائي للاعب كرة القدم، دليل على الأكل الصحي والأداء الأمثل"، بمقر الفيفا في زيورخ، 2005) إن تدريب التحمل والمقاومة يمكن أن يعمل على احتياجات الجسم من البروتين يوميا للحد الأقصى 1.2 غرام إلى 1.6 غرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم (بالمقارنة مع الكمية الموصى بها لشخص غير ممارس للرياضة وهي 0.8 غرام لكل كيلو غرام من الجسم).

ومن جهة أخرى نسبة كبيرة من هؤلاء التلاميذ يتجنبون المواد الغذائية الغنية بالدهون والكولسترول، وهذا لاعتقادهم بأن هذه المواد تؤدي إلى زيادة الوزن وتركيزهم بدل ذلك على المواد الغنية بالألياف التي تساهم بشكل كبير في فعالية العمليات الخلوية الهامة التي تحدث داخل الجسم والتي يطلق عليها الأيض الخلوي، فحسب (Charles B. Corbin et all, 2004) من الضروري تناول بعض الكميات من الدهون في الأغذية التي نتناولها يوميا، لأن هذه الأخيرة تحتوي على بعض الفيتامينات مثل فتامين A, D, E, K ، كما أن الدهون تعتبر مصدر طاقي هام في النشاطات البدنية المتغيرة والشديدة منها. وفي هذا الصدد يذكر (ريسان خريبط ، 1991) أن الكولسترول مادة غذائية هامة عادة يحتاج إليها الرياضي في كثير من الوظائف المعقدة ويحتاج إليها في تكوين أو تخليق الهرمونات في الخلية حتى نقطة معينة بعدها زيادته تسبب خطورة على الصحة وأن لم يحصل إمداد كافٍ من الأحماض الدهنية الأساسية تزيد نسبة الكولسترول في الشرايين ويؤدي إلى ضيق الأوعية الدموية وانسدادها ويسبب مرض تصلب الشرايين وتتكون مادة الكولسترول من الدهون وتنتشر في جميع خلايا الجسم وخاصة في خلايا الكبد.

وبالتالي فإن وجود علاقة انباطية عكسية ضعيفة بين السلوك الغذائي وأسباب الإصابات الرياضية يتفق مع رأي فريق من العلماء والباحثين الذي يرى أنه توجد علاقة عكسية بين السلوك الغذائي و خطر الإصابة بالأمراض بشكل عام، وخطر الوقوع في إصابات رياضية بشكل خاص، حيث ترى روز (Rose, 1947) بأن عامل التغذية تؤثر بشكل مباشر على صحة الفرد، كما أشار ماك كولم (Mc Colum, 1920) إلى أن التغذية يجب أن تهتم ببناء جسم الإنسان، وتوفير الصحة له و الوقاية من أمراض أو معالجة الأمراض الناتجة عنها والتي تكون بسبب تناول أغذية غير متكاملة أو غير متوازنة إما بزيادة أو نقص واحد أو أكثر من العناصر الغذائية الأساسية لنمو الجسم والضرورية للمحافظة على صحته. وكذلك أشار

(الحماحي،2000) إلى أن للتغذية أثر إيجابي في حياة الإنسان، وأكد على أهميتها في تحقيق الكفاية الصحية والبدنية له. كما أكد (Robert M ,2000) أنه قد تتعرض حالات الرياضيين الغذائية والصحية للخطر نتيجة الممارسات الغير صحية عند اختيار الأغذية، وعدم كفاية المعرفة الغذائية، والتناول المتكرر للأغذية غير المناسبة مثل المكملات الغذائية، كما أكدت (سميعة خليل محمد، 2007) على ضرورة مراعاة نظم التغذية السليمة للاعبين وتدعيم ثقافتهم الغذائية والحرص على توفير التغذية المتكاملة عن طريق استشارة أخصائي التغذية الرياضية لتحديد النسب الملائمة لأفراد الفريق مع مراعاة الفروق الفردية ووضع نظم كمية مناسبة لكل فرد، فالنظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع النشاط الممارس له تأثيره في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب في استعادة الشفاء، كما أن تناول غذاء يحوي على قدر كاف من الطاقة وعلى شكل مواد كربوهيدراتية للمحافظة على مخزون الطاقة في العضلات يساعد في منع حدوث التعب.

بناء على ما تقدم ذكره يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية ومنه يمكننا القول أنه تحققت صحة الفرضية الأولى.

2.3.6. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تمثلت الفرضية الثانية فيما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

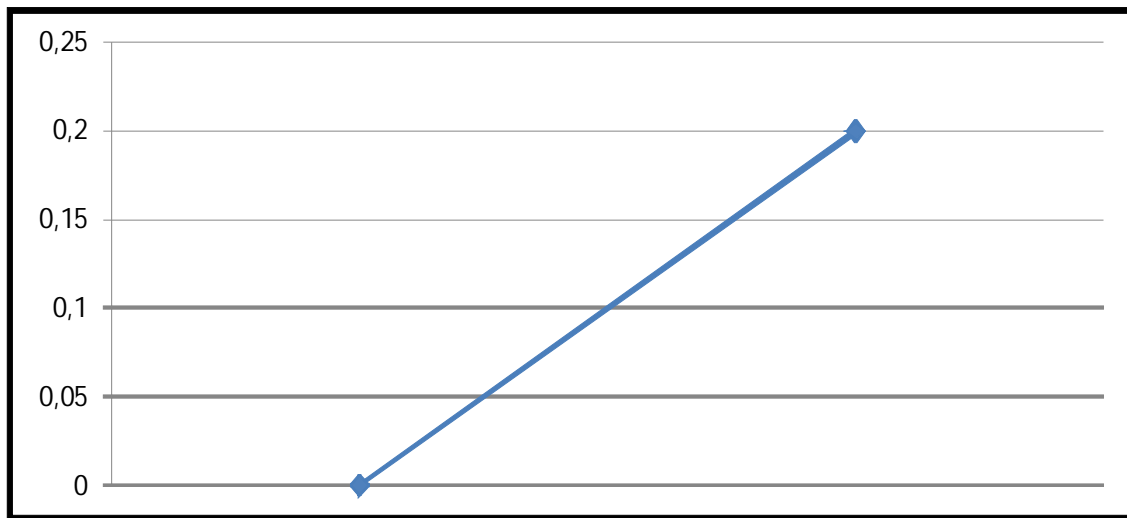
وقصد التحقق من نتائج الفرضية الثانية تم الاعتماد على معامل الارتباط (بيرسون) للتأكد من وجود العلاقة الارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) وأسباب الإصابات الرياضية فتحصلنا على الجدول التالي:

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

طبيعة العلاقة	قيمة معامل التحديد (r^2)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r)	علاقة السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) بأسباب الإصابات الرياضية
طردية ضعيفة	0.04	0.20	السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)
			الإصابات الرياضية

الجدول رقم (32): يوضح نوع العلاقة بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) و أسباب الإصابات الرياضية للعينة الكلية لدراسة.

يتبين من خلال نتائج الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد، الإصابات الرياضية)، بلغت (0.20) وهي أكبر من قيمة الارتباط الجدولية التي بلغت (0.19) بدرجة حرية 103 وعند مستوى دلالة 0.05، مما يؤكد الدلالة الإحصائية للارتباط وحقيقته بين المتغيرين قيد البحث، ويؤكد ذلك قيمة Sig البالغة 0.041 وهي أقل من 5%، وبما أن قيمة معامل التحديد (r^2) هي 0.04 أي بنسبة ارتباط مشتركة تقدر بـ 4%، وهنا يتبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الفرضية الثانية طبيعتها طردية ضعيفة بمعنى كلما كان استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية كلما زادت نسبة حدوث الإصابات الرياضية لديهم.



الشكل رقم (08): يوضح معامل الارتباط بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وبالتالي هناك علاقة ارتباطية في اتجاه موجب بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) لتلاميذ الثانوية الرياضية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لديهم و يمكن تفسير ذلك إلى التأثير كبير في استعمال هذه المواد على صحة الإنسان بشكل عام وعلى صحة الرياضي المراهق بشكل خاص، خاصة إذا كان تناول هذه المواد بشكل يومي وعشوائي مما لا يتلاءم مع جسم التلميذ المراهق الذي يكون في حالة نمو مستمر. ولقد جاءت نتائج الدراسة توحى بمؤشرات ايجابية نحو عدم استهلاك هذه المواد لدى أفراد عينة الدراسة حيث بالنسبة لسلوكيات استعمال المواد التدخين والمواد المخدرة فان الأغلبية الساحقة من التلاميذ لا يوفقون على استهلاك هذه المواد، وهذا راجع لوعي أفراد العينة بالتأثيرات التي تسببها هذه المواد على صحتهم واحتمال تعرضهم لإصابات، واكتسابهم لهذا الوعي راجع لعدة عوامل أهمها تربية الأسرة والوسط التربوي الذي يتمرسون فيه بالإضافة إلى أن هذه المواد محظورة في الوسط الرياضي ومنبوذة من قبل المجتمع الجزائري، وتأكيدا على نتائج الفرضية الثانية يرى الباحثون في هذا المجال أن على الرياضي عدم الإكثار أو الإقلاع عن تناول المنبهات والاستعاضة عنها بمواد ذات قيمة غذائية تفيد الجسم ويؤكد (سامي الصفار وآخرون، 1990) أن على الرياضي التقليل من الشاي والقهوة والتركيز على الحليب، ويضيف كذلك أن على الرياضي الامتناع عن التدخين لما له من أضرار جسمية على صحته، لذا ينصح الباحثون الرياضيون الابتعاد عن كل أنواع التدخين سواء أكان السجائر بأنواعها أو النركيلة حفاظا على صحة اللاعب وتحقيقا لأفضل المستويات التنافسية.

كما أكد الباحثون (Egger, Duggleby, Hobbs, Fall & Cooper, 1996) بأن سلوك تدخين السجائر عامل خطر للإصابة بسرطان الخلايا الكبدية، كما يرتبط التدخين بارتفاع نسب الإصابة بأمراض القلب بصورة قوية، كما يرتبط التدخين بهشاشة العظام. وأشارت (سميعة خليل محمد، 2004) إلى أن للتدخين وللكحول تأثير كبير على أنسجة الجسم وخاصة العصبية منها، كذلك استخدام اللاعب العقاقير الطبية بدون وصفة طبية، يؤدي به إلى الإصابة ويعرضه للخطر وأحيانا الإدمان، كما أن تعاطي المنشطات والمخدرات يفقد اللاعب التركيز والتوازن العصبي العضلي ويعرضه للإصابة.

ويذكر (قبع، 1999) أن المنشطات هي سرطان الرياضة وقال عنها اللورد كيلانين الرئيس السابق للجنة الاولمبية الدولية بأنها تقتل الرياضة وتعد خطرا كبيرا على الحركة الاولمبية

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

العالمية كذلك خطرهما على الناحية الصحية والبدنية وحوادث الوفاة الشاهد على ذلك كان موت لاعب الدراجات الانكليزي (سيمون) عام 1967 في سباق حول فرنسا وثبوت تعاطيه المنشطات إنذارا للجميع بمدى الضرر الصحي الكامن في استخدامها. كما يؤكد كل من (رياض، النجمي، 1999) على أن المنشطات هي استخدام مختلف الوسائل الصناعية لرفع الكفاءة البدنية والنفسية للفرد في المجال المنافسات أو التدريب مما قد يؤدي إلى حدوث ضرر صحي.

بناء على ما تقدم ذكره يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين السلوكات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية ومنه يمكننا القول أنه تحققت صحة الفرضية الثانية.

3.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تمثلت الفرضية الثالثة فيما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

وقصد التحقق من نتائج الفرضية الثالثة تم الاعتماد على معامل الارتباط (بيرسون) للتأكد من وجود العلاقة الارتباطية بين الممارسات الصحية الإيجابية وأسباب الإصابات الرياضية فتحصلنا على الجدول التالي:

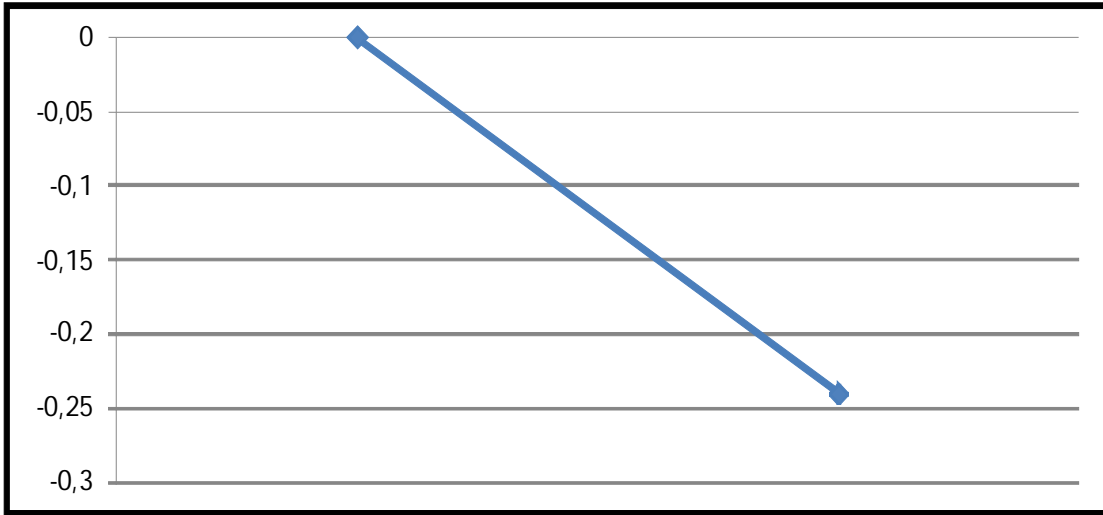
طبيعة العلاقة	قيمة معامل التحديد (r^2)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r)	علاقة الممارسات الصحية الإيجابية بأسباب الإصابات الرياضية
عكسية ضعيفة	0.0576	-0.24	الممارسات الصحية الإيجابية
			الإصابات الرياضية

الجدول رقم (33): يوضح نوع العلاقة بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية للعيينة الكلية لدراسة.

من خلال ملاحظتنا لنتائج الجدول رقم (29) تبين لنا أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (الممارسات الصحية الإيجابية، الإصابات الرياضية)، قد بلغت (-0.24) وهي أكبر من قيمة الارتباط الجدولية التي بلغت (0.19) بدرجة حرية 103 وعند مستوى دلالة 0.05 . وبما أن

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

قيمة معامل التحديد (r^2) هي **0.0576** أي بنسبة ارتباط مشتركة تقدر بـ **5.76%**، مما يؤكد الدلالة الإحصائية للارتباط وحقيقته بين المتغيرين قيد البحث، ويؤكد ذلك قيمة **Sig** البالغة **0.013** وهي أقل من **5%**. وهنا يتبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الفرضية الثالثة طبيعتها **عكسية ضعيفة** بمعنى كلما كانت الممارسات الصحية الإيجابية جيدة لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية كلما قلت نسبة حدوث الإصابات الرياضية لديهم.



الشكل رقم (09): يوضح معامل الارتباط بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

وبالتالي هناك علاقة ارتباطية في اتجاه سالب بين الممارسات الصحية الإيجابية لتلاميذ الثانوية الرياضية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لديهم و يمكن تفسير ذلك بالوعي الصحي الشخصي الذي يتمتع به أغلب التلاميذ وهذا الوعي راجع إلى عدة عوامل أهمها تأثير الأسر على هؤلاء التلاميذ من خلال تربيتهم على اكتساب ممارسات صحية إيجابية بالإضافة إلى اهتمام الطاقم الإداري للثانوية الرياضية بتلقين التلاميذ الممارسات الصحية الإيجابية وتوفير جميع الوسائل المناسبة من أجل ذلك. إذ أظهرت النتائج إلى أن حوالي نصف أفراد العينة لا يجرون اختبارات تشوه القوام مع أنهم يراعون بدرجة كبيرة لأوضاع الجلوس والمشي حتى خارج أوقات التدريب وتأثير هذه الأوضاع على صورة الجسم وصحته بشكل عام، وهذا ما ذهب إليه كل من (حجر، بكري، 1984) حيث أكد على جهل تام بين الرياضيين لأهمية تناسق القوام واعتداله إذ يعد من المسائل الضرورية للرياضيين الذين يتعرضون إلى تدريبات شاقة قد

يؤدي أي خطأ فيها إلى حدوث تشوهات في القوام سينتج عنه حدوث إصابات. كما أكد كل من (حسانين، وراغب، 2003) إلى أن القوام السيئ له أثر كبير في الوضع الصحي والشخصية والعمل والنمو والنجاح والنواحي النفسية والسلوكية وعلى المفاصل والعضلات والأجهزة الحيوية. كما أشار ميشيلي (Micheli, 1983) إلى الانحرافات القوامية في تصنيفه إلى العوامل الخطرة التي تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية.

كما أظهرت النتائج أن أغلب التلاميذ ينامون ساعات كافية تفوق 08 ساعات في اليوم والذي يعتبر في حد ذاته مؤشرا ايجابيا على وعي التلاميذ بأهمية حصول الجسم على ساعات نوم كافية من أجل استرجاع الطاقة الضائعة أثناء التدريبات الرياضية، وهذه المدة كافية للاسترجاع والعودة بالجسم إلى حالته الطبيعية خاصة بعد أداء جهد بدني مرتبط بالتدريبات والمنافسات وجهد فكري مرتبط بالدراسة الأمر الذي يفقد الجسم من مخزونه الطاقوي، وهذا يدعم فكرة محافظة التلميذ الرياضي على الاسترجاع وتجنب الإصابات الرياضية، وهذا ما ذهب إليه (جبرين محمود المناصرة، 2009) في كتابه الأسباب الحقيقية للإصابات الرياضية حيث أكد على أن الكثير من الرياضيين يقضوا أوقاتهم خلال فترة المساء بالسهرة حتى الصباح الباكر، مما يعرضهم للتعب والإرهاق حتى أصبح ليلهم نهارا ونهارهم ليلا، مما يؤدي إلى خلل في حياته من جميع نواحيها سواء الاجتماعية أو الصحية أو النفسية، والذي انعكس بدوره على أدائه العملي والعلمي وضعف قدرته الجسدية خلال التمارين أو المنافسات الدورية مما قد يعرضه لإصابات رياضية. كما أشار (ريسان خريبط مجيد، 1991) على ضرورة إعطاء الجسم فترات من الراحة وهذا من أجل استمرارية فعالية أجهزة الجسم ولكي يمكن تجنب حدوث إصابات. كما أكد (مفتي إبراهيم حماد، 1998) على أن المدة المثالية للنوم التي يجب أن يحصل عليها الرياضي هي ما بين (7-8) ساعات يوميا.

كما أوضحت النتائج أن أغلب أفراد العينة يستخدمون وسائل الوقاية من الشمس والحرارة الحالية أو بالأحرى يتجنبون التعرض لأشعة الشمس أثناء الجو الحار وهذا خاصة خلال التدريبات، ومن هنا يتضح أن أفراد العينة مدركون لأضرار التعرض إلى درجات الحرارة العالية إذ تشير الدراسات إلى أن التعرض إلى درجات الحرارة العالية تؤدي إلى فقدان كبير لسوائل في الجسم وأن فقدان السوائل له مضاعفات على سلامة الإنسان عامة والرياضي على وجه الخصوص وخاصة عند التدريب أو المنافسة إذ يذكر (الصفار، 1990) أن التعرض لدرجات

الحرارة العالية يؤدي إلى فقدان كبير للسوائل من الجسم وبالتالي نقصان وزن الرياضي. كما يضيف إلى إن قلة السوائل في الدم يسبب حدوث تشنجات عند اللاعب. كما أكد (هزاع، 2009) إلى أن التعرض للجو الحار خلال فترة بذل الجهد البدني له آثار سلبية ليس على الأداء الرياضي فقط بل على الصحة العامة للرياضي بشكل عام. كما أكد (سلامة، 2000) إلى أن الجو الحار والرطوبة حتى في حالة الراحة يؤدي إلى اختلال قدرة الجسم على المحافظة على درجة حرارة البيئة الداخلية للجسم للأنسجة والخلايا، مما يؤدي إلى نقص قدرة الجسم على التخلص من الحرارة الزائدة مما يعرضه لإصابات. كما أكد كذلك كل من (Lemuel. w. 2012) إلى أن فقدان السوائل من جراء التعرق أثناء الجهد البدني في الجو الحار يؤدي إلى تغيرات ملحوظة في كل من الجهاز الدوري ونظام توازن السوائل والمنحلات في الجسم. ويحمل الجفاف بين طياته تبعات سلبية على الأداء البدني من جهة، وعلى سلامة الرياضي وصحة أجهزة جسمه من جهة أخرى، كما أنه من الواضح للعيان أن حدوث الجفاف يقود إلى انخفاض قدرة الجسم على مقاومة الارتفاع في درجة حرارة الجسم، مما يعرض الرياضي للإصابات الحرارية.

كما أظهرت النتائج أن أغلب أفراد العينة يهتمون بتنظيف أسنانهم على الأقل مرتين يوميا وهذا ما يوحي بوجود مؤشرات ايجابية لدى أفراد العينة بدرجة كبيرة حول علاقة أمراض الأسنان وارتباطها بأمراض عديدة أخرى قد يكون سببها المباشر هو مرض الأسنان، حيث أظهرت الدراسات الحديثة أن هناك علاقة متداخلة بين أمراض الأسنان واللثة مع الإصابات الرياضية وأمراض أخرى تحدث للرياضي، وقد أثبتت هذه الدراسات أن التهابات الأسنان واللثة لن تؤثر سلباً على الأنسجة الرخوة والصلبة المحيطة بالأسنان والقريبة من موقع الالتهابات فقط، وإنما تعرض جسم الرياضي إلى أمراض أخرى بعيدة عن تجويف الفم ومنها الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز العضلي والجهاز العصبي مما يؤثر ذلك سلباً على الأداء الرياضي كما أنها تؤدي إلى حدوث الإصابات للرياضي وهذا ما أكده كل من (جبرين محمود المناصرة، 2009) في كتابه الأسباب الحقيقية للإصابات الرياضية وكذلك دراسة (ايناس أحمد هتيرة، 1999).

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

بناء على ما تقدم ذكره يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية ومنه يمكننا القول أنه تحققت صحة الفرضية الثالثة.

4.2.6. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تمثلت الفرضية الرابعة فيما يلي :

"توجد علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

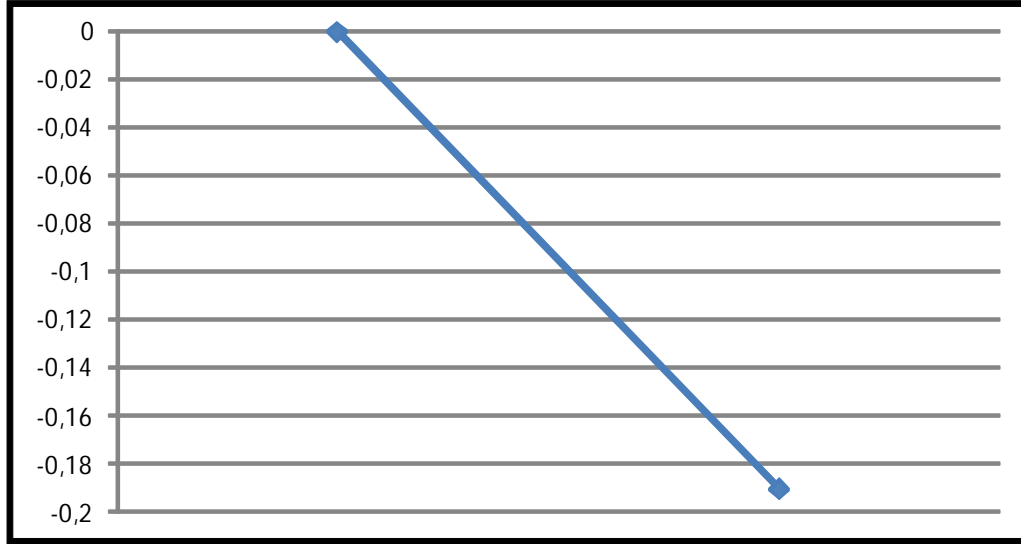
وقصد التحقق من نتائج الفرضية الرابعة تم الاعتماد على معامل الارتباط (بيرسون) للتأكد من وجود العلاقة الارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية فتحصلنا على الجدول التالي:

طبيعة العلاقة	معامل التحديد (r^2)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r)	علاقة السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية بأسباب الإصابات الرياضية
عكسية ضعيفة	0.0361	-0.198	السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية
			الإصابات الرياضية

الجدول رقم (34): يوضح نوع العلاقة بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية للعينة الكلية لدراسة.

من خلال ملاحظتنا لنتائج الجدول رقم (31) تبين لنا أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (الإجراءات الصحية الوقائية، الإصابات الرياضية)، بلغت (-0.198) وهي أكبر من قيمة الارتباط الجدولية التي بلغت (0.19) بدرجة حرية 103 وعند مستوى دلالة 0.05، وبما أن قيمة معامل التحديد (r^2) هي 0.0361 أي بنسبة ارتباط مشتركة تقدر بـ 3.61%، مما يؤكد الدلالة الإحصائية للارتباط وحقيقته بين المتغيرين قيد البحث، ويؤكد ذلك قيمة Sig البالغة 0.046 وهي أقل من 5%. وهنا يتبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الفرضية الرابعة طبيعتها **عكسية ضعيفة** بمعنى كلما كانت السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية

والوقائية جيدة لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية كلما قلت نسبة حدوث الإصابات الرياضية لديهم.



الشكل رقم (10): يوضح معامل الارتباط بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

وبالتالي هناك علاقة ارتباطية ضعيفة في اتجاه سالب بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية لتلاميذ الثانوية الرياضية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لديهم و يمكن تفسير ذلك إلى أهمية الإجراءات الصحية والوقائية المتمثلة في (الفحوصات الدورية، قياس الضغط، إجراء فحوصات لمختلف الأجهزة الحيوية كالقلب وتحاليل السكر في الدم) والعلاقة الإيجابية لهذه الإجراءات الوقائية مع منع حدوث الإصابات الرياضية. وهذا ما يؤكد (أبو العلا عبده السيد، 1984) على أن سلامة الأجهزة الوظيفية تجعل اللاعب إنسانا قادرا على أداء جميع الحركات المطلوبة منه أثناء التدريب وتعفيه من الوقوع في إصابات يمكن أن تحدث أثناء التدريب. كما يضيف (علاوي، 1995) أن من العوامل الجسمية التي لها أثرها الواضح على المستوى الرياضي ويتأسس عليها إمكانية الوصول لأعلى المستويات الرياضية هي الأسس الوظيفية لأجهزة الجسم إذ أن النشاط الرياضي وخاصة في رياضة المستويات العالمية يتطلب سلامة النواحي الوظيفية لأجهزة الجسم المختلفة. وفي هذا الصدد يشير (فراج، 1999) أن من الواجب على المشتغلين في حقل التدريب البدني الوقوف على التغيرات

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث للرياضي والتي قد تكون عائق أمام تقدم مستواه والعمل على تلافي هذه المعوقات بالإعداد الجيد المسبق باستخدام الوسائل والأساليب العلمية الحديثة. إذ أظهرت النتائج نسبة معتبرة من أفراد العينة لا يقومون بهذه الفحوصات ويرجعها الباحث إلى عدة عوامل أهمها أن أغلب التلاميذ لا ينشطون في المنتخبات الوطنية التي تلزم لاعبيها بأجراء هذه الفحوصات، بالإضافة إلى عدم احترافية أنديتهم وقلة الوسائل المادية المتاحة لديهم من أجل القيام لجميع اللاعبين بهذه الفحوصات بالإضافة إلى عدم وعي أغلب التلاميذ بهذه الفحوصات وأهميتها، وجاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع دراسة (مازن عبد الهادي وآخرون، 2008)، ولم تتفق مع دراسة (بلبول موسى، 2015). حيث تؤكد (روفائيل، 1990) على إجراء الكشف الطبي الدقيق للاعبين قبل بداية الموسم بشهر وذلك لإجراء مزيد من الفحوص في حالة اشتباه معين أثناء الكشف الأولي وذلك لدقة الفحص الطبي، هذا بالإضافة إلى مداومة الكشف الطبي الدوري لمراعاة الحالة الصحية باستمرار خاصة قبل المباراة مع وجود بطاقة صحية والتاريخ الصحي للاعب.

كما أظهرت النتائج نسبة قليلة من أفراد العينة ممن يهتمون بمراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم، وقد أرجع الباحث عدم الاهتمام هذا لعدم إدراك خطورة ارتباط مرض الأسنان والتهابات تجويف الفم بأمراض أخرى عديدة قد تصيب جسم الإنسان من جراء ذلك. حيث يذكر الباحثون بالأهمية القصوى لسلامة الأسنان وأن أي مرض يؤدي إلى تلفها وبالتالي فقدان الوسيلة الأولى من وسائل الهضم الطبيعية للإنسان مما يؤدي إلى عدم هضم الطعام في الفم ويلحق أضرار كبيرة بالمعدة ويسبب عسر الهضم مما يؤدي إلى النقص في الطاقة التي تؤول حتما إلى انخفاض مستوى الأداء الرياضي للاعب، ناهيك عن الرائحة الكريهة للفم مما يخل باللياقة العامة في المجتمع. حيث اعتبر (مازن عبد الهادي أحمد، 2008) مراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم من الإجراءات الصحية والوقائية لتقادي الأمراض العديدة للأسنان. كما أكد كل من (أبو العلا أحمد، كمال عبد الحميد، 1984) على ضرورة العناية بالأسنان وتجويف الفم عن طريق زيارة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم.

بناء على ما تقدم ذكره يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين السلوكات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية ومنه يمكننا القول أنه تحققت صحة الفرضية الرابعة.

3.6. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تمثلت الفرضية العامة فيما يلي :

" توجد علاقة إرتباطية بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

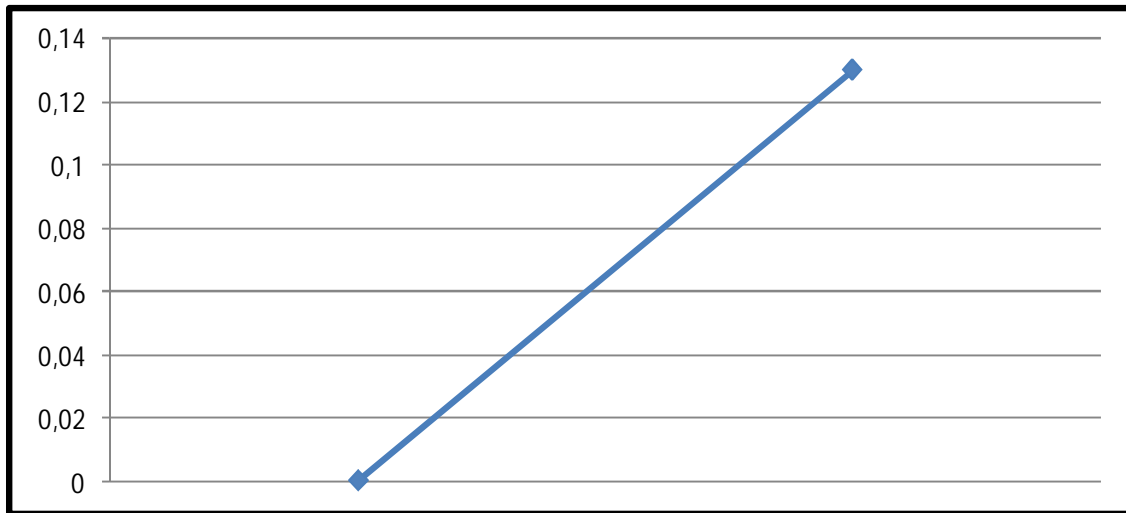
وقصد التحقق من نتائج الفرضية العامة تم الاعتماد على معامل الارتباط (بيرسون) للتأكد من وجود العلاقة الارتباطية بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية فتحصلنا على الجدول التالي:

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد العينة	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r)	القيمة الاحتمالية	طبيعة العلاقة
السلوك الغذائي والصحي	53.37	5.95	105	0.21*	0.017	طردية ضعيفة
الإصابات الرياضية	18.51	1.29				

* قيمة الارتباط الجدولية عند درجة حرية 103 ومستوى دلالة 0.05 تساوي 0.25

الجدول رقم (35): يوضح نوع العلاقة بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية للعينة الكلية لدراسة.

من خلال ملاحظتنا لنتائج الجدول رقم (32) تبين لنا أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (السلوك الغذائي الصحي، الإصابات الرياضية)، بلغت (0.21) وهي أكبر من قيمة الارتباط الجدولية التي بلغت (0.19) بدرجة حرية 103 وعند مستوى دلالة 0.05، وبما أن قيمة معامل التحديد (r^2) هي 0.0441 أي بنسبة ارتباط مشتركة تقدر بـ 4.41%، وهي قيمة ضعيفة مما يؤكد الدلالة الإحصائية للارتباط وحقيقته بين المتغيرين قيد البحث. وهنا يتبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية بين متغيري الفرضية العامة طبيعتها **طردية ضعيفة**.



الشكل رقم (11): يوضح معامل الارتباط بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية لدى أفراد عينة الدراسة.

تفسير نتائج الفرضية العامة:

الفرضية العامة تنص على " توجد علاقة إرتباطية بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية".

أظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية ضعيفة بين السلوك الغذائي والصحي لتلاميذ الثانوية الرياضية وأسباب حدوث الإصابات الرياضية لديهم و يمكن تفسير ذلك بان إجابات تلاميذ الثانوية الرياضية جاءت متباينة حسب كل بعد من أبعاد المقياس هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن العلاقة الإرتباطية كانت ضعيفة، وهذا مؤشر تم تفسيره في دالتين هما:

الدالة الأولى: تكمن في أن العلاقة الإرتباطية هي علاقة طردية ضعيفة بين السلوك الغذائي والصحي والإصابات الرياضية أي أنه كلما كان عبارات السلوك الغذائي والصحي الممارسة لدى تلاميذ الثانوية جيدة كلما كانت نسبة حدوث الإصابات الرياضية لديهم كبيرة، وحيث أن أبعاد السلوك الغذائي والصحي هي أربعة أبعاد ثلاثة منها ممارستها بشكل صحي تقلل من حدوث الإصابات وهي (السلوك الغذائي، الممارسات الصحية الإيجابية، الإجراءات الصحية والوقائية). حيث اعتبر (Johnston. D, 2004) تحديد الجوانب الاجتماعية والمعرفية من الغذاء والصحة للاعبين مع تحديد مناطق الضعف في هذه الجوانب من أهم عوامل الحماية من خطر الإصابة أثناء ممارسة النشاط البدني والرياضي إلى حد ما، علاوة على ذلك فإن

المعرفة الاجتماعية المعتمدة على السلوكيات الغذائية والصحية والتصورات والمعتقدات الشخصية لها أهمية كبيرة في الوقاية من الإصابات الرياضية. كما أكد (عبد الرحمن زاهر، 2004) بان إجراء فحوصات طبية دورية شاملة قبل وأثناء التدريبات وقبل المنافسة يساعد في تقليل من حدوث الإصابات.

كما أشارت (سميعة خليل، 2007) إلى أن النظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع النشاط الممارس له تأثيره في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب في استعادة الشفاء، كما أن تناول غذاء يحوي على قدر كاف من الطاقة وعلى شكل مواد كربوهيدراتية للمحافظة على مخزون الطاقة في العضلات يساعد في منع حدوث التعب الذي يؤدي بدوره إلى حدوث إصابات.

أما البعد الذي يتعلق باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) فممارسته يؤدي حتما إلى الزيادة في حدوث الإصابات الرياضية. حيث تؤكد كل من (سميعة خليل، 2007) و(أسامة رياض، 1999) بأن التأثير الكبير للتدخين والكحول على أنسجة الجسم وخاصة العصبية منها كذلك استخدام اللاعب العقاقير الطبية بدون وصفة طبية يؤدي به إلى الإصابة ويعرضه للخطر وأحيانا للإدمان، فان تعاطي المنشطات والمخدرات يفقد اللاعب التركيز والتوازن العصبي-العضلي ويعرضه للإصابة.

الدالة الثانية: تكمن في إجابات التلاميذ حول عبارات المقياس السلوك والغذائي الصحي، حيث فيما يخص عبارات الأبعاد الثلاثة (السلوك الغذائي، الممارسات الصحية الإيجابية، الإجراءات الصحية والوقائية) فقد كانت إجابات التلاميذ عنها غير ايجابية وخاصة فيما يخص الممارسات الصحية الإيجابية والإجراءات الصحية والوقائية وهذا راجع إلى عدة عوامل أهمها عدم اهتمام أفراد العينة بهذه الممارسات بالرغم من إدراك أهميتها، بالإضافة إلى عدم إلزامية بعض من هذه الإجراءات من قبل المدرسة أو النوادي التي ينشط لها هؤلاء التلاميذ. ويذكر في هذا الصدد كل من (ميركن وهوفمان، 1997) إن من الإصابات الرياضية عدم اتخاذ السلوكات الصحية والوقائية وتؤدي في النهاية إلى تقليل العمليات في الأجزاء الداخلية للجسم وتصبح هذه الأخيرة عاجزة عن أداء وظائفها. كما أكد (أسامة رياض، 1999) على إلزامية إخضاع كل اللاعبين للفحوص والاختبارات الطبية ليتم بذلك تفادي مشاركة اللاعب أو اللاعبين الغير مؤهلين الذين يكونون عرضة للإصابات فيما لو تم إقحامهم.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أما فيما يخص عبارات البعد المتعلق باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) فقد كانت إجابات أفراد العينة عنها ايجابية للغاية وهذا ما يؤكد وعي أفراد العينة بالتأثيرات التي تسببها هذه المواد على صحتهم واحتمال تعرضهم لإصابات، واكتسابهم لهذا الوعي راجع لعدة عوامل أهمها تربية الأسرة، الوسط التربوي والوازع الديني بالإضافة إلى أن هذه المواد محظورة في الوسط الرياضي ومنبوذة من قبل المجتمع الجزائري.

استنتاج عام:

حاولنا من خلال هذه الدراسة الكشف عن العلاقة التي تربط بين السلوك الغذائي والصحي لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية والإصابات الرياضية لديهم، وكذلك معرفة الأسباب الحقيقية وراء حدوث الإصابات الرياضية للتلميذ المراهق وربطها مع سلوكه الغذائي والصحي. ولقد أظهرت نتائج الدراسة تحقق كل من الفرضية الأولى التي نصت على وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الغذائي والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسون بالنسبة للفرضية الأولى فطبيعة العلاقة كانت عكسية ضعيفة.

أما الفرضية الثانية نصت على وجود علاقة ارتباطية بين السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية، فطبيعة العلاقة كانت طردية ضعيفة.

كما تحققت نتائج الفرضية الثالثة التي نصت على وجود علاقة ارتباطية في اتجاه سالب بين الممارسات الصحية الإيجابية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية، فطبيعة العلاقة كانت عكسية ضعيفة.

في حين تحققت الفرضية الرابعة التي نصت على وجود علاقة ارتباطية في اتجاه سالب بين السلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية والإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية بالدرارية، فطبيعة العلاقة كانت عكسية ضعيفة.

وفي هذا السياق نذكر بأن الأبعاد الثلاث والمتمثلة في السلوك الغذائي والممارسات الصحية الإيجابية والسلوكيات المتعلقة باتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية كلها تدعم وتزيد من احتمال تجنب الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الطور الثانوي وهذا ما تؤكد العلاقة الارتباطية في الاتجاه السالب بحيث أن درجة أسباب الإصابات الرياضية تنقص كلما ارتفعت درجات الأبعاد الثلاثة ولكن ليس بنفس المقدار و يرجع هذا الارتباط إلى التأثير المباشر لهاته السلوكيات على صحة التلميذ من خلال الإسهام في تنمية شخصيته وتنمية الجوانب الصحية والتربوية والبدنية، ومن خلال هذه التنمية يقوم بالعمل على تجنب الوقوع في حدوث الإصابات الرياضية انطلاقاً من الأبعاد الثلاثة.

الفصل السادس :..... عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أما فيما يخص بعد السلوكيات المتعلقة باستعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) فان فهي تزيد من احتمال الوقوع في الإصابات الرياضية لدى التلاميذ وهذا ما يؤكد العلاقة الإرتباطية في الاتجاه الموجب بحيث أن درجة أسباب الإصابات الرياضية تزداد كلما ارتفعت درجات هذا البعد، ويرجع هذا الارتباط إلى التأثير المباشر لاستعمال هذه المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات) على صحة الفرد بشكل عام بحيث تعمل التقليل من عمل الأجهزة الحيوية الوظيفية للجسم مما يؤدي بهذه الأخيرة إلى أن تصبح عاجزة عن أداء وظائفها مما يعرض الجسم للوقوع في الإصابات الرياضية.

أما النتائج التي جاءت على هامش الدراسة أو ما يعرف بالاستنتاجات النظرية فكانت كالآتي:

1. وجود نسبة كبيرة من أفراد العينة لا تتناولون المنبهات مثل القهوة والشاي.
2. أغلب أفراد العينة لا يدخنون ولا يتناولون المواد المخدرة والمنشطات.
3. العادات الغذائية لأفراد العينة مقبولة وتحتاج إلى رعاية أكثر.
4. أغلب أفراد العينة لا يعطون أهمية للممارسات الصحية الإيجابية.
5. أغلب أفراد العينة لا يقومون بإجراء الفحوصات الطبية الدورية.
6. أغلب أفراد العينة لا يدركون أهمية السلوكيات الصحية والغذائية في الوقاية من الإصابات الرياضية.

اقتراحات مستقبلية:

بما أن الهدف الأسمى من ممارسة الرياضة هو رفع الكفاءات البدنية والنفسية في آن واحد وهذا من اجل الحفاظ على صحة الفرد وتميبتها، وبما أن مرحلة المراهقة تمتاز بالحساسية المفرطة وهذا ما يؤدي باختلال السلوكات الغذائية والصحية للمراهقين مما قد يضر بصحتهم وتعرضهم إلى حدوث العديد من الإصابات الدنية والوظيفية، وبما أن الهدف من الممارسة الرياضي هو الحفاظ على الصحة العامة للأفراد والعمال على تميبتها، لذا وجب الاهتمام بالسلوك الغذائي والصحي للرياضيين لكي يستطيع المدربون مراعاة المستوى الغذائي والحالة الصحية للاعب قبل الشروع في جو التدريبات أو المنافسات. وقصد الرفع والتحسين من السلوك الغذائي والصحي للتلاميذ نقترح ما يلي:

1. إقامة دورات توعية لتلاميذ الثانوية الرياضية بالدرامية بأهمية السلوك الغذائي والصحي في الحفاظ على الصحة العامة.
 2. تكليف اختصاصي غذائي وطبي في متابعة الجوانب الغذائية والصحية للتلاميذ.
 3. ضرورة إجراء التلاميذ لفحوصات طبية دورية للتعرف على حالتهم الصحية بدقة.
 4. ضرورة توعية التلاميذ بأهمية التغذية السليمة والفوائد المرجوة من الغذاء من خلال التعريف بمكونات الغذاء ودرها الحيوي في مختلف الأجهزة الوظيفية للجسم.
 5. تقديم مجلات ومنشورات وبرامج إرشادية لتوعية التلاميذ بأهمية الوقاية الصحية.
 6. توعية التلاميذ بالأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية والعمل على الوقاية منها.
 7. توعية التلاميذ بالمخاطر الناجمة عن السلوكات الغير الصحية ومختلف الأمراض التي تنشأ من خلال التغذية غير السليمة.
 8. العمل على توضيح التأثير السلوك الغذائي والصحي في تقليل أو الزيادة من حدوث الإصابات الرياضية.
 9. ضرورة إجراء بحوث ودراسات من اجل الوصف الدقيق لتأثير السلوكات الغذائية والصحية للرياضيين في حدوث الإصابات الرياضية.
- كما يوصي الباحث بإجراء بحوث مستقبلية تحدد العلاقة ببعض الممارسات الغذائية والصحية والإصابات الرياضية مثلا كاستهلاك المنشطات والتدخين والمكملات الغذائية والمشروبات الطاقة...

خاتمة:

دراسة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وربطها بمتغيرات أخرى تؤثر وتتأثر بها، كانت ولا زالت من بين أهم الميادين الخصبة التي تحتاج إلى المثابرة والإطلاع أكثر من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من أي دراسة.

وفي هذا الإطار جاءت دراستنا هاته التي حاولنا فيها التطرق إلى السلوك الغذائي والصحي للتلاميذ الذين يمارسون عدة رياضات مع نواديهم وعلاقته بالأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية، حيث تم ربط هذا السلوك بعدة سلوكيات تتمثل في الممارسات الغذائية والصحية اليومية للتلميذ مثل العادات الغذائية، استعمال المنشطات، التدخين، الإجراءات الوقائية الصحية، والفحوص الطبية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى العلاقة بين هذه السلوكيات بالأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية.

ومن خلال الدراسة التي قمنا بها والنتائج المتوصل إليها يمكننا القول بأن هناك علاقة واضحة بين السلوك الغذائي والصحي والأسباب المباشرة لحدوث الإصابات الرياضية أثناء ممارسة النشاطات البدنية والرياضية لدى تلاميذ الثانوية الرياضية الوطنية بالدرارية، وهذا راجع إلى عدة عوامل أهمها عدم اهتمام أفراد العينة بهذه السلوكيات بالرغم من إدراك أهميتها، بالإضافة إلى عدم إلزامية بعض من هذه الإجراءات مثل الفحص الطبي الدوري من قبل الثانوية أو النوادي التي ينشط لها هؤلاء التلاميذ، ولعل الملاحظ في هذه المرحلة أن هناك كثيرا من التلاميذ لا يعطون أهمية كبيرة لهذه السلوكيات ولا يدركون علاقتها في حدوث الإصابة ولا حتى من حيث العلاج ولا من حيث المدة اللازمة للشفاء وهذا ما يؤدي بهم في أغلب الحالات إلى تكرار الإصابة من جديد مما يستدعي الانقطاع عن الدراسة لفترة معتبرة قد تؤثر على التحصيل الدراسي والرياضي للتلميذ.

وبناء على ما تقدم خلص الباحث إلى ضرورة إعطاء اهتمام للسلوك الغذائي والصحي للتلاميذ وإعطائه رعاية أكبر من حيث توفير الإمكانيات اللازمة لذلك والعمل على تكوين متخصصين مؤهلين من أجل الرعاية الصحية والطبية لهؤلاء التلاميذ .

وأخيرا نذكر أن هذه الدراسة تبقى مفتوح للبحث فيه والتعمق في دراستها من جوانب أخرى لم نتطرق إليها وكانطلاقة لدراسات أخرى من زوايا أخرى.

قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية:

أ - المصادر:

1- القرآن الكريم.

2- الأحاديث النبوية الشريفة.

المعاجم والقواميس:

3- إبراهيم مذكور، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1975.

4- أبو البقاء الكفوي، عدنان درويش محمد المصري، معجم في المصطلحات والفروق اللغوية، ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1993.

5- أحمد زكي بدوي، معجم العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، 1977.

ب - المراجع (الكتب):

6- أبو العلا عبده السيد، دور المدرب واللاعب في إصابات الرياضية، الوقاية والعلاج، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1984.

7- إبراهيم رحمة، تأثير الجوانب الصحية في النشاط البدني الرياضي، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998،

8- أحمد نصر الدين السيد، فسيولوجيا الرياضية، نظريات وتطبيقات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.

9- أحمد زكي صالح، علم النفس التربوي، ط4، مكتبة النهضة المصرية، مصر، 1992.

10- أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات، الكويت، 1979.

11- أسامة كامل راتب، النمو الحركي مدخل للنمو الكامل للطفل والمراهق، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.

12- أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.

13- أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، 1998.

14- السيد عبد الرحمن محمد، الإدمان وإساءة استخدام العقاقير، دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، مصر، 2002.

15- السباعي زهير وآخرون، التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه، دار السباعي للنشر، الرياض، 1997.

16- الراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، ط1، دار المعرفة، بيروت، 1998.

17- العيسوي عبد الرحمان، مناهج البحث العلمي، المكتب العربي الحديث، مصر، 1996.

18- العربي بختي، التربية العالمية في الإسلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991.

19- المدني خالد بن علي، التغذية خلال مراحل الحياة، دار المدني جدة، ط1، السعودية، 2005.

- 20- إميل خليل بيدس، أمراضنا وكيفية معالجتها، ط2، دار الجيل، بيروت، 1998.
- 21- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهي، طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي، مركز الكتاب للنشر، مصر، 2000.
- 22- بهاء الدين سلامة، فسيولوجية الرياضة والأداء البدني لاكتات الدم ، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000.
- 23- بشير صالح الرشدي، مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث، 2000.
- 24- بول وليند زاي، علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2000.
- 25- تركي رابح، أصول التربية والتعليم، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.
- 26- حياة عباد وصفاء الدين الخربوطي، اللياقة القوامية والتدليك الرياضي، منشأة المعارف المصرية، القاهرة، 1991.
- 27- حسن محمد أحمد عثمان، مفهوم وأساسيات التغذية عند الرياضي، دار جامعة السودان للنشر والطباعة والتوزيع، السودان، 2011.
- 28- حامد عبد السلام زهران، علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة، عالم الكتاب، القاهرة، 1972.
- 29- حامد عبد السلام زهران، الطفولة والمراهقة، ط5، عالم الكتاب، 2001.
- 30- جاب ميركن، مارشال هوفمان، ترجمة محمد قدري بكر، ثريا نافع، دليلك إلى الطب الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، 1998.
- 31- جبرين محمود المناصرة، الأسباب الحقيقية للإصابات الرياضية، المكتبة الوطنية، الأردن، 2009.
- 32- جمال الدين محمد بن منظور، تهذيب لسان العرب، ج1، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1993.
- 33- ذوقان عبيدات، عبد الرحمان عدس، كايد عبد الحق، البحث العلمي - مفهومه أدواته أساليبه، دار الفكر عمان، الأردن، 2004.
- 34- رزيق معروف، خفايا المراهقة، ط2، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر، بيروت، 1986.
- 35- روفائيل حياة عياد، إصابات الملاعب، منشأة دار المعارف، الإسكندرية، 1990.
- 36- ريسان خريبط مجيد، التحليل البيوكيميائي والفلسفي في التدريب الرياضي، البصرة، مطبعة دار الحكمة، 1991.
- 37- رشاد عبد اللطيف أحمد، الآثار الاجتماعية لتعطي المخدرات، المركز للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1992.
- 38- زغلول عماد، نظريات التعلم، ط1، دار الشرق، الأردن، 2003.
- 39- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- 40- سلامة رياض، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997.

- 41-سميعة خليل محمد، الإصابات الرياضية، الأكاديمية الرياضية العراقية، بغداد، 2007.
- 42-سميعة خليل محمد، نجله رؤوف، دراسة تحليلية في تقويم التشوهات القوامية والوسائل الوقائية والصحية، بغداد، كلية التربية الرياضية، 2000.
- 43-صالح سعد، الوقاية من المخدرات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان المملكة الهاشمية الأردنية، 1999.
- 44-صموئيل مغاريوس، الصحة النفسية والعمل المدرسي، ط2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1974.
- 45-علي جلال الدين، الإصابات الرياضية (الوقاية والعلاج)، ط 02 ، القاهرة ، 2005.
- 46-عباس عبد الفتاح الرملي، تربية القوام، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1981.
- 47-عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، ط01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004.
- 48-عبد الرحمان مصيقر، تغذية الرياضي "التغذية السليمة لتحقيق أفضل إنجاز رياضي"، ط 1، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين، 1989.
- 49-عبد الرحمن مصيقر، محمد زين علي، الغذاء والإنسان، مبادئ علوم الغذاء والتغذية، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة، 1999.
- 50-عبد العالي الجسماني، سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية، الدار العربية للعلوم، لبنان، 1994.
- 51-علي زيغود، حول علم النفس، دار الطبيعة، بيروت، 1986.
- 52-عبد المنعم حنفي، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط2، دار العودة، بيروت، 1998.
- 53-عيسوي عبد الرحمان، سيكولوجية النمو، دراسة في نمو الطفل والمراهق، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1987.
- 54-عيسوي عبد الرحمان ، علم نفس النمو، دار النهضة العربية، بيروت، 1955.
- 55-عائل فاخر، علم النفس التربوي، دار القلم، لبنان، 1972.
- 56-عمار بخوش، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.
- 57-عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، الجزائر، 1985.
- 58-عمر محمد الشباني، الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب، دار الثقافة، بيروت، 1977.
- 59-غالب مصطفى، سيكولوجية الطفولة المراهقة، مكتبة الهلال، بيروت، 1987.
- 60-فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1974.
- 61-فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو، دار الفكر العربي، القاهرة، 1975.
- 62-فؤاد البهي السيد، علم النفس الاجتماعي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979.

- 63-فتحي حسن ملكاوي وجماعة من الأساتذة، بحوث المؤتمر التربوي، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان، 1990.
- 64-كمال عبد الحميد إسماعيل، أبو العلا عبد الفتاح، الثقافة الصحية للرياضيين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001.
- 65-كمال السيد دسوقي، النمو التربوي للطفل، دار النهضة العربية، لبنان، 1979.
- 66-كمال الدسوقي، النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية، بيروت، 1979.
- 67-كورت مانيل، عبد العلي صيف، التعليم الحركي، ط1، مطبعة العراق، 1980.
- 68-ليلي يوسف، سيكولوجية اللعب والتربية الرياضية، ط2، المكتبة الأنجلو مصرية، مصر 1962.
- 69-مفتي إبراهيم حماد، التدريب الرياضي الحديث، تخطيط وتدريب وقيادة، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي، 1998.
- 70-مازن عبد الهادي أحمد، وآخرون، السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين، مجلة علوم التربية الرياضية، العدد 7، 2008.
- 71-ميرفت السيد يوسف، دراسات حول مشكلات الطب الرياضي، مطبعة الإشعاع الفنية المعمورة، 1991.
- 72-ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة، ط2، دار الجيل، بيروت، 1998.
- 73-ميخائيل إبراهيم أسعد، مشكلات الطفولة والمراهقة، ط2، دار الآفاق الجديدة، بيروت، 1991.
- 74-محي الدين مختار، محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجماعية، الجزائر، 1982.
- 75-محمود أحمد شوقي، الاتجاهات الحديثة في تخطيط المناهج الدراسية، ط1، دار الفكر العربي، مصر، 1998.
- 76-مالك سليمان مخول، علم نفس الطفولة والمراهقة، مطابع مؤسسة الوحدة، القاهرة، 1981.
- 77-مالك سليمان مخول، علم النفس النمو والمراهق، المطبعة الجديدة، دمشق 1984.
- 78-مصطفى زيدان، النمو النفسي للطفل والمراهق، ط3، دار الشروق، جدة، 1990.
- 79-مصطفى زيان، دراسة سيكولوجية التعليم العام، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون، الجزائر، 1975.
- 80-مصطفى زيدان محمد، السلوك الاجتماعي للفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1965.
- 81-مصطفى غالب، في سبيل موسوعة نفسية سيكولوجية، منشورات الهلال، بيروت، 1986.
- 82-محمد خليفة بركات، علم النفس التعليمي، ط2، دار القلم، الكويت، 1984.
- 83-محمد حسن علاوي، علم النفس الرياضي، ط7، دار المعارف، القاهرة، 1991.
- 84-محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة والرياضة، مركز الكتاب للنشر، ط1، القاهرة، مصر، 2000.
- 85-محمد السيد محمد الزعبلوي، المراهق المسلم، ط1، مؤسسة الكتب الثقافية، مكتبة التوبة المملكة العربية، السعودية، 1998.

- 86- محمد عماد الدين إسماعيل، النمو في فترة المراهقة، دار القلم، الكويت، 1986.
- 87- محمد عادل رشدي، علم إصابة الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1995.
- 88- محمد حسن علاوي، سيكولوجية الإصابة الرياضية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة 1998.
- 89- محمد السيد شطا، حياة عياد، تشوهات القوام والتدليك الرياضي، الهيئة المعربة العامة للكتاب، الإسكندرية، 1984.
- 90- محمد صبحي حسنين، محمد عبد السلام راغب، القوام السليم للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 91- محمد مصطفى زيدان، السلوك الاجتماعي للفرد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1965.
- 92- محمد التومي الشيباني، الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب، الدار العربية، ليبيا، 1973.
- 93- محمد الأفندي، علم النفس الرياضي والأسس النفسية للتربية الرياضية، عالم الكتب، القاهرة، 1965.
- 94- محمد صبحي حسنين، التقويم والقياس في التربية البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979.
- 95- محمد عبد الرحيم عدس، تربية المراهقين، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.
- 96- محمد علاوي صالح، علم النفس الرياضي، دار المعارف، القاهرة، 1987.
- 97- محمد شفيق زكي، البحث العلمي الخطوات والمنهج لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي، مصر، 1985.
- 98- محمد زيان عمر، البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1996.
- 99- محمد على محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعارف الجامعية الإسكندرية، مصر، 1986.
- 100- محمد حسن علاوي، أسامة كامل راتب، البحث العلمي في المجال الرياضي، ط1، القاهرة، 1987.
- 101- محمد نصر الدين رضوان، المدخل إلى القياس في التربية البدنية والرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 2006.
- 102- محمد السيد، الإحصاء البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، ط2، دار النهضة العربية، مصر، 1970.
- 103- نوليس هيلين، أضواء كاشفة على المخدرات، مركز النشاط والإعلام للتنمية والتفاهم الدولي، بيروت، لبنان، 1988.
- 104- ناصر ثابت، أضواء على الدراسة الميدانية، ط1، مكتبة الفلاح الكويتية، 1984.
- 105- هزاع بن محمد الهزاع، فسيولوجيا الجهد البدني، ج2، الرياض، 2009.
- 106- وجيه محجوب، طرائق البحث العلمي ومناهجه، دار الكتاب للطباعة والنشر، العراق، 1991.
- 107- يخلف عثمان، علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، 2000.

108- يوسف لازم كماش، التغذية والنشاط الرياضي، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن، 2011.

ج - الأطروحات والرسائل:

109- القدومي عبد الناصر، مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس، 2009.

110- إيناس أحمد هتيرة، السلوك الصحي لدى السباحين المشاركين بالدورة العربية الرياضية التاسعة "كلية الرياضة، الجامعة الأردنية، مذكرة ماجستير، الأردن، 1999.

111- بطاط نور الدين، اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر3، 2014.

112- بهي الدين إبراهيم محمد سلامة، علاقة بعض المتغيرات المورفولوجية والبدنية والنمط الجسمي بالإصابات الرياضية الشائعة للطلاب الرياضيين، 1997.

113- بلبول موسى السلوك الصحي وعلاقته بالاتجاهات نحو الصحة لدى لاعبي كرة القدم، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر3، 2015.

114- تلافيرو أ. ليندسي، العلاقة بين المشاركة الرياضية وسلوكات الخطر الصحي المختارة بين 1999 إلى 2007.

115- خالد يوسف يعقوب النجم، الإصابات الرياضية وعلاقتها بالاتجاهات الصحية والسلوك الصحي للرياضيين من ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة الكويت، مذكرة ماجستير غير منشورة، 2007.

116- ديني ودان، مقارنة الثقافة التغذوية بالاتجاهات والسلوكيات الغذائية لطلبة كلية التربية الرياضية، 2007.

117- سكاماكي وآخرون، تحديد الصحة والمعرفة التغذوية والسلوك الغذائي للطلبة الجامعيين في الصين، 2005.

118- شريط عبد الحكيم عبد القادر الإصابات الرياضية ومدى تأثيرها على السلوك النفسي للرياضي، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر3، 2013.

119- لعلي محمد وقاسم خويلة، مدى الوعي الصحي الغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك الأردن، 2007.

120- مارجوري ماجوندر، السلوك الصحي والفعالية الرياضية لدى المراهقين، أطروحة دكتوراه، فرنسا، 2008.

121- ميناى سميى مشعل وآخرون، الحصيلة المعرفية للثقافة التغذوية ومستوى اللياقة الهوائية لدى طلبة كلية التربية الرياضية في الجامعة الأردنية، 2002.

122- محمد علي محمد سالم، اتجاهات الرياضيين الأردنيين نحو المنشطات، كلية الرياضة، الجامعة الأردنية، 2000.

د - المجلات العلمية والمنشورات والدوريات:

123- المطيلي أحمد، لماذا يكره المراهق جسده ، مجلة العربي، تصدر عن وزارة الإعلام الكويت، العدد 757، ديسمبر 1996.

124- الركبان محمد عثمان، السلوكيات الغذائية والعوامل المؤثرة فيها لدى المراهقين في مدينة الرياض، المجلة العربية الغذاء والتغذية، العدد 11، السعودية، 2003.

125- الحصين عبد الرحمن، الوعي الغذائي لدى طالبات كلية البنات بمدينة الرياض، مجلة دراسات، العدد 19، كلية البنات، السعودية، 1993.

126- سمعية خليل محمد، المكملات الغذائية كبديل للمنشطات، كلية التربية البدنية للبنات، الأكاديمية الرياضية العراقية بغداد، 2006، www.iraqacad.org

127- سامر جميل رضوان، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، منشور في مجلة الشؤون الاجتماعية، العدد 25، الشارقة، 1997.

128- خطابية عبد الله محمد، مستوى الوعي الصحي لدى الطالبات كلية المجتمع، مجلة كلية التربية، مجلد 14، عدد 1، جامعة سلطان قابوس، عمان 2002.

129- عبد الرحمان مصيقر، ظاهرة تعاطي الخمر والمخدرات في البحرين، جمعية الاجتماعيين البحرينية، 1981.

130- عبد المجيد نهال محمد، أحمد رشا صبحي، سالم إبراهيم سعيد، تأثير السمنة على الحالة الصحية للمراهقين، المجلة العربية للغذاء، عدد 14، 2002.

131- عبد الرحمن مصقيير، نسرين زقزوق، استهلاك واتجاهات المراهقين نحو مشروبات الطاقة في مدينة جدة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 13، السعودية، 2005.

132- عادل شحاتة، المشروبات الرياضية ومشروبات الطاقة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد 13، البحرين، 2005.

133- عبد الرحمن مصقيير، المشروبات الغازية وعلاقتها بالصحة، جمعية القلب السعودية، العدد 16، 2006، <http://www.sha.org.sa/arabi>

134- عبد الرحمن مصقيير، الوجبات السريعة مالها وما عليها، جمعية القلب السعودية، العدد 20، 2006، <http://www.sha.org.sa/arabi>

135- مأمون مبيض، السلوك والصحة، مجلة الرائد، العدد 247، 2004، <http://www.alraid.net> .

قائمة المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

- 136- AL Brown and benck mark , **The mechanism of sweat secretion perspective in exereise and spart medieine**, Dubuque , 1993.
- 137- Amy Mackey power, perssimism 8 prevention ;**the impact of locus of control on physical health**. www.units.p24.
- 138- Bantuelle, M. et Demeulemeestre, R, **Comportements a risque et santé**, agire en milieu scolaire-programmere et strategie efficacities, Paris, Edition Inpes,2008.
- 139- Bruchon-Schweitzer,M, **Psychologie de la sante**, Modèles, conceptisme thodes. Paris, Donod, 2002.
- 140- Christine Chauveau-de Vallat. **Le tabagisme**, Mémoire, Paris, formation à l'AFTCC, 2003.
- 141- Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Hassle Christine, **Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée**, paris, 2000.
- 142- Charles B. Corbin et all, traduire par Paul Godbout, Marielle Tousignant: **ACTIF & EN SANTE**, 5eme édi, éditions Reynald Goulet inc, 2004.
- 143- Caviglioli Bemard, **psycho Pedagegie du sport**, C.A Librairie Jvrin, paris, 1976.
- 144- Daniel Gessas, **L`echec scalaire**, 2eme ed, E.S.P.Paris, 1982.
- 145- Darren Mays and other : **Sport-specific factors, perceived peer drinking and alcohol-related behaviors among adolesents participating in school-based sports in southwest Georgia**, Addictive Behaviors v35, 2010.
- 146- Deborah A. Cohenand other, **Structural Model of Health Behavior ? A Pragmatic approach toexplain and influence Health Behavior at the population level**, American Health Foundation and Academic Press, Preventive Medicine 30 ,2000.
- 147- Eric Joussellin, **La médecine du sport sur le terrain**, Masson, paris, 2005.
- 148- Encyclopédie canadienne. (n d). **Alcoolisme**, Retire Janvier 02, 2008, from://www.thecanadianencyclopedia.com /index.cfm, PgNm =TCE& Params=F1ART f000012627. Entreprise
- 149- Elaine M. Murphy, **Promoting Healthy Behavior**, Health Bulletin 2 (Washington, DC: Population Reference de://www.consultations-psychologue.com /articles/addiction-alcool-psy.html.
- 150- Egger. P, Duggleby. S, Hobbs. R, Fall.C, and Cooper. C, **Cigarette smoking and bone miniral density in the elderly**, Epidemiol Community Health, 1996.
- 151- Elaine M. Muphy, Promotig Healthy Behavior, Health Bulletin 2 Washington, DC : Population Referene Bureau, 2005.
- 152- François Vabret. (n d). **Alcoolisme**, retiré janvier 26, 2009, extrait du site : www.33docavenue.com , France, CHU de Caen.
- 153- Fischer, G.F. **Traite de psychologie de la santé**, Paris : Dunod . 2002.
- 154- Graviglioli Bernard, **sport et Adolescent** ,Librairie philosophique, J.vrin.France.,1976.

- 155- George B. Cunningham, Hyungil Kwon, **the Theory of Planned Behaviour and intention to Attend a Sport Event**, Sport Management Review, 2003, vol 06.
- 156- Glanz K and others: **health behavior and health education, theory, research and practice**, 4ed, Jossey-Bass, San Francisco, 2008.
- 157- Hocine Rouibi, **les facteurs determinants de la performance motrice chez les lycéens adolescents**, Institut d'E.P.S Université d'Alger, 1995.
- 158- Harris, A.S. et al. **Spirituality and religiously oriented health interventions**. Of Health Psychology 4.(3). 1999.
- 159- Humphries, D., & Krummel, D. A. **Perceived susceptibility to cardiovascular disease and dietary intake in women**. American Journal of Health Behavior, 1999.
- 160- J. Monthuy-Blanc, **Troubles du Comportement alimentaire: quand le sport n'est plus synonyme de bien-être...**,
- 161- Jean SEIGNALET: **L'ALIMENTATION ou la troisième médecine**, 5eme ed, Office d'Édition Impression Librairie (O.E.I.L.) François-Xavier de Guibert, France, 2004.
- 162- Jehova. **L'alcool -Un danger qui vous guette ?**, Watch New York, Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, retired February 03, 2008, From: [//www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm](http://www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm)
- 163- Johnston, D. W., Johnston, M. , Pollard, B., Kinmonth, A. , & Mant, D. . **Motivation Is Not Enough: Prédiction of Risk Behavior Following Diagnosis of Coronary Heart Disease From the Theory of Planned Behavior**. Health Psychology, 2004.
- 164- **L'alimentation du joueur de football**, Guide pratique de l'alimentation pour un corps sain et une performance optimale, Conférence Internationale, siège de la FIFA à Zurich, 2005.
- 165- Lemue W. Taylor IV, **NUTRITIONAL GUIDELINES FOR ATHLETIC PERFORMANCE**, CRC Press et Francis Group, 2012.
- 166- Melinda M. Manore, **Nutrition and Physical Activity: Fueling the Active Individual**, Research Digest, serie 05, N01, 2004.
- 167- Maes, S, Leventhal, H, & De Ridder coping with chronic disease, **Handbook of coping. Theory research, application**, In ,M, Zeidner & N.S. ENDLER (Eds), New York, 1996.
- 168- Martine Bantuelle et René Demeu Lemeester. **Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire** , Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, Saint-Denis cedex, 2003.
- 169- Martens, R.. **Sport competition anxiety test**. Champaign : Human Kin Publishers ,1977.
- 170- Martine Bantuelle et René Demeu Lemeester. **Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire** , Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, Saint-Denis cedex, 2003.
- 171- Noeldner, W **Gesundheitspsychologie- Grundlagen und forschungskonzepte**. Regensburg ; rederer verlag, 1989.
- 172- Olivier Desrichard. (n d). **Conduites à risque et perception des risques à l'adolescence**, France, Laboratoire de Psychologie Sociale EA 600, uv grenoble.

- 173- Olivier jeannerat, Felix Gutzwit, **concept et définition de base**, paris, France, **1997**.
- 174- Pehier, Luise, **Psychologique parles unt PUF**, Paris, **1973**.
- 175- Plusieurs. (2007). **Alcool et Santé** - Les effets De La consommation abusive D'alcool, Canada, Bibliothèque nationale du Québec.
- 176- Robert M. Hackman, Jane E. Katra, Susan M. Geertsen: **The Athletic Trainer's Role in Modifying Nutritional Behaviors of Adolescent Athletes: Putting Theory into Practice**, Journal of Athletic Training, Volume 27, NO 3, **1992**.
- 177- Sylviane Lliberge. **Alcool et alcoolisme Dupoint de vue psy. 2009**.
- 178- Sally A. Shumaker, Judith K. Ockene, Kristin A. Riekert :**The Handbook of Health Behavior Change**, 3ed, Bureau, **2005**.
- 179- Springer Publishing Company, New York, **2009**.
- 180- Taylor, S.E. **health psychology**. 5em ed. Now York ; McGraw-Hill, **2003**.
- 181- Wyne, a.h ; Chohan, a.n ; al-monef, m.m and al-saad, a.s ; **attitudes of general dentists about smoking cessation and prevention in child and adolescent patients** , the journal of contemporary dental practice, **2006**.
- 182- William j.h. and abennathy, r, **health education in school** , New York, the Roland press company. **1959**.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 3

معهد التربية البدنية والرياضية

المدينة الجديدة - سيدي عبد الله

الجزائر في:

مقياس السلوك الغذائي والصحي

أختي التلميذة / أخي التلميذ:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،، وبعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى

فئة المراهقين (15-18) سنة"، لذا يرجى منك التكرم بالإجابة على جميع العبارات

بموضوعية ، وذلك بوضع إشارة (X) بما يتفق مع إجابتك بالنسبة إلى كل سؤال.

علما بأن كافة المعلومات ستعامل بسرية تامة، كما إنها لن تستخدم إلا لأغراض البحث

والدراسة.

لك مني جزيل الشكر على تعاونك.

الباحث

بيانات عامة:

العمر: () سنة الجنس: ذكر أنثى

المرحلة الدراسية: السنة الأولى ثانوي () ، الثانية () ، الثالثة ()

الطول: () الوزن: ()

الاختصاص (نوع النشاط الرياضي الممارس):

المجال الأول: السلوك الغذائي.

الرقم	العبارة	موافق	غير متأكد	غير موافق
01	أتناول اللحوم بأنواعها ثلاث مرات على الأقل أسبوعياً.			
02	أحب تناول الفواكه والخضر وخاصة الطازجة منها لتقوية العظام والعضلات واكتساب اللياقة البدنية الجيدة.			
03	أفضل إضافة نسبة عالية من الملح إلى الطعام.			
04	أراعي في غذائي تناول المواد الغذائية الغنية بالألياف.			
05	أتجنب المواد الغذائية الغنية بالدهون والكوليسترول.			
06	من المهم تناول أربع وجبات رئيسية في اليوم.			
07	أفضل تناول بعض المواد الغذائية بين الوجبات الرئيسية.			
08	من الضروري تناول الإفطار يومياً.			
09	إذا شعرت بزيادة في وزني أتبع حمية (رجيم) معين.			

المجال الثاني: استعمال المواد (المنبهات، التدخين، المنشطات)

الرقم	العبارة	موافق	غير متأكد	غير موافق
01	أرى من الضروري شرب القهوة أو الشاي.			
02	قد تتطلب بعض الحصص الرياضية تناول بعض المنشطات.			
03	لا بأس بتناول أحد المواد المخدرة.			
04	أدخن أحيانا بعض السجائر.			

المجال الثالث: الممارسات الصحية الإيجابية.

الرقم	العبارة	موافق	غير متأكد	غير موافق
01	أجري بعض اختبارات تشوهات القوام.			
02	أحب النوم بين 7 و 8 ساعات يوميا على الأقل.			
03	استخدام أدوات الوقاية من الشمس ضروري في الصيف.			
04	من الضروري تنظيف الأسنان مرتين على الأقل في اليوم.			

المجال الرابع: اتخاذ الإجراءات الصحية والوقائية.

الرقم	العبارة	موافق	غير متأكد	غير موافق
01	أهتم بمراجعة المستشفى لإجراء فحوصات دورية للجسم.			
02	من الضروري مراجعة طبيب الأسنان دون الشعور بالألم.			
03	أجري فحوصات دورية لقياس ضغط الدم.			
04	من الضروري إجراء فحوصات القلب في الراحة أو بعد الجهد.			
05	أرى من الأهمية إجراء تحاليل فقر الدم ونسبة السكر.			

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دالي إبراهيم

معهد التربية البدنية والرياضية

المدينة الجديدة - سيدي عبد الله

الجزائر في:

استبانة الإصابات الرياضية

أختي التلميذة / أخي التلميذ:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،، وبعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان " علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى

فئة المراهقين (15-18) سنة"، لذا يرجى منك التكرم بالإجابة على جميع العبارات

بموضوعية ، وذلك بوضع إشارة (X) بما يتفق مع إجابتك بالنسبة إلى كل سؤال.

علما بأن كافة المعلومات ستعامل بسرية تامة، كما إنها لن تستخدم إلا لأغراض البحث

والدراسة.

لك مني جزيل الشكر على تعاونك.

الباحث

استبانة الإصابات الرياضية

الرقم	العبارة	موافق	غير متأكد	غير موافق
01	أعتقد أن للحالة النفسية للاعب علاقة بحدوث الإصابات الرياضية.			
02	أعتقد أن الظروف المناخية السيئة تؤدي إلى حدوث إصابات.			
03	أرى عدم غسل الخضروات والفواكه قبل أكلها يساعد في إصابتنا بالأمراض.			
04	أرى بأن للتدخين علاقة وثيقة بأمراض القلب.			
05	أعتقد أن التغذية السليمة لها دور في الوقاية من الإصابات.			
06	لا أرى علاقة بين تعاطي المنشطات والإصابات الرياضية.			
07	أرى أن لسلكنا الغذائي الخاطئ دور في إصابتنا الرياضية.			
08	الإفراط في اللهو والسهر يساعد في حدوث الإصابات.			
09	نقص اللياقة البدنية يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات.			
10	أعتقد أن عدم ملائمة الأحذية والملابس أثناء اللعب يجعل اللاعب عرضة للإصابات.			
11	أعتقد أن الإحماء غير الكافي يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات.			
12	أرى من الضروري إجراء اختبارات من أجل تفادي الإصابات.			
13	من الضروري تدريب اللاعب على كيفية تجنبه للإصابة.			
14	عدم الاهتمام بالنواحي الطبية للاعب يؤدي حتماً إلى إصابات.			
15	تلقي دروس عن أسباب الإصابات الرياضية يقلل من حدوثها.			
16	عدم توافر عوامل الأمن والسلامة يزيد من احتمال الوقوع في الإصابات.			