

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

الموسومة:

فاعلية تطبيق هاتفي مقترح لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام

إشراف الأستاذ:

- أ.د. مصطفى بعلي

- أ.د. سعيد قارة

إعداد الطالب:

بشير فلاحي

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د. اسماعيلي يامنة	رئيسا	جامعة محمد بوضياف - المسيلة
أ.د. بعلي مصطفى	مشرفا ومقررا	جامعة محمد بوضياف - المسيلة
د. سفاري لبنى	عضوا مناقشا	جامعة محمد بوضياف - المسيلة
د. مرزوقي سمير	عضوا مناقشا	جامعة محمد بوضياف - المسيلة
د. معوش عبد الحميد	عضوا مناقشا	جامعة محمد البشير الإبراهيمي/برج بوعرييج
د. ياحي جمال	عضوا مناقشا	جامعة قسنطينة 2/ عبد الحميد مهري

السنة الجامعية: 2024 / 2023

الإهداء

”

أهدي هذا العمل المتواضع إلى...

والذي الغالي، رحمك الله وأسكنك فسيح جناته،
ستبقى ذكراك حية في قلبي وأفكاري، أعدك أنني
سأعيش حياتي بمثل القوة والصدق والكرم الذي كنت
تمثله ... غادرتني وتركت في قلبي أثراً لا يمحي، كل
إنجاز ونجاح أحققهما سيكونان تكريماً لك ولروحك.

والدتي... تاج راسي

أسرتي التي شجعتني وألهمتني زوجتي قرة عيني...

بناتي سيرين وإلين

أصدقائي...

شهداء غزة...

“

بكل حب وامتنان.

فلاح بن بشير

شكر وتقدير



الحمد لله حمدا كثيرا كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه.
الحمد لله مستحق الحمد بلا انقطاع ومستوجب الشكر بأقصى ما يستطيع وأشهد
أن لا اله الا الله وحده لا شريك له علم الغيب مفرج الكرب، له الحمد على توفيقه
وفضله في اتمام هذا العمل المتواضع، وأشهد أن سيدنا محمدا عبده ورسوله
صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وتابعيه صلاة تشرق اشراق البدور.
يسعدني ويشرفني ان تقدم للأستاذة الدكتورة سما عيلي يامن (رئيسة المشروع)
والتي أكن لها أسمى معاني التقدير واحترام على رشاداتها وتوجيهاتها
المتميّزة التي ثرت هذا العمل فلسيا، لها خالص الشكر ووافر التحية والاحترام
اتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذة بعلي مصطفى وقارة السعيد حفظهما
الله، واللذان فضلا بقبول اشراف على هذه الرسالة
كما لا يسعني إلا ان تقدم بجزيل الشكر وعظيم امتنان للأستاذ قشوش صابر
ستاذ بجامعة الشلف على سعته صدره وعلى كل ما قدمه من توجيهات وآراء
ساهمت في ظهار هذا العمل بهذه الصورة فكان دعمه نفسيا قبل أن يكون
علميا

كما تقدم بخالص الشكر والتقدير للدكتور تيز بورنان سامية وعزوق جميلة على
كل الجهود التي بذلها من أجل نجاح هذه الدراسة سائلا المولى عز وجل ان
رفع قدرهما ويعلي منزلتهما في الدنيا والآخرة.

كما تقدم بخالص الشكر والتقدير للسادة الساتذة المناقشين الذين وافقوا على
مناقشة هذه أطروحة وأثروها بأرائهم السديدة وملاحظاتهم القيمة.

كما لا أنسى ان تقدم بخالص الشكر والتقدير للأساتذة الذين ساهموا في
تحكيمهم

وكذا عينة الدراسة والطاقم اداري لقاعة سمير جيم بالمسيلة على تعاونهم في
جراء الدراسة الميدانية.

كما شكر كل من ساعدني في تمام هذا البحث من قريب أو بعيد.

فلاح يحي بشير



ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج تطبيق هاتفي مقترح لزيادة مستوى الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، وقد شملت عينة الدراسة 80 رياضياً قسموا على مجموعتين ضابطة (40) ممارس رياضي وتجريبية (40) ممارس رياضي اختبروا بطريقة عشوائية من إحدى قاعات التدريب بولاية المسيلة. تم الاعتماد على المنهج الشبه تجريبي المناسب للدراسة بتصميم العينتين (المجموعتين المتكافئتين) وقد تم تصميم تطبيق هاتفي من طرف الطالب الباحث بالاعتماد على المنهج العلمي والأطر البرمجية المناسبة، إضافة إلى تصميم أداتين (مقياسين) لقياس مستوى الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى الممارسين لرياضة كمال الأجسام وتم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياسين، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن التطبيق الهاتفي المقترح له فعالية في زيادة الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى الممارسين لرياضة كمال الأجسام، كما تم الكشف عن حجم الأثر على مستوى الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) الذي يرجع بالأساس للتطبيق الهاتفي المقترح.

الكلمات المفتاحية: تطبيق هاتفي، الوعي الصحي، سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة، رياضة كمال الأجسام.

Résumé

Cette étude visait à vérifier l'efficacité d'un programme d'application téléphonique proposé pour augmenter le niveau de sensibilisation à la santé et réduire les comportements à risque liés à la santé chez les pratiquants de musculation (Culturistes). L'échantillon de l'étude comprenait 80 culturistes divisés en deux groupes : contrôle (40) et expérimental (40).) Qui ont été choisis au hasard dans l'une des salles d'entraînement à M'Sila. L'approche quasi-expérimentale a été utilisée en concevant deux échantillons (deux groupes égaux). Une application téléphonique a été conçue par l'étudiant chercheur basée sur les méthodes scientifiques et les cadres de programmation appropriés, en plus le chercheur a élaboré deux outils (deux questionnaires) pour mesurer le niveau de sensibilisation à la santé et le niveau des comportements à risque liés à la santé chez les pratiquants de musculation. Les caractéristiques psychométriques ont été confirmées Pour les deux questionnaires, les résultats de l'étude ont montré que l'application téléphonique proposée est efficace pour accroître la sensibilisation à la santé et réduire les comportements à risque liés à la santé chez les culturistes. L'ampleur de l'impact sur le niveau de sensibilisation à la santé et les comportements à risque liés à la santé a également été révélée, ce qui est principalement dû à l'application téléphonique de sensibilisation proposée.

Mots clés : Application téléphonique, Sensibilisation à la santé, Comportements à risque liés à la santé, Musculation (Culturisme)

Abstract

This study aimed to verify the effectiveness of a telephone application program proposed to increase the level of health awareness and reduce health-related risk behaviors among bodybuilding practitioners. The study sample included 80 bodybuilders divided into two groups: control (40) and experimental (40).) who were chosen at random in one of the training rooms in M'Sila. The quasi-experimental approach was used by designing two samples (two equal groups). The student researcher based on scientific methods and appropriate programming frameworks designed a telephone application, in addition, the researcher developed two tools (two questionnaires) to measure the level of health awareness and the level of health-related risk behaviors among bodybuilding practitioners. The psychometric characteristics were confirmed for both questionnaires, the results of the study showed that the proposed telephone application is effective in increasing health awareness and reducing health-related risk behaviors among bodybuilders. The effect size on the level of health awareness and health-related risk behaviors was also revealed, which is mainly due to the proposed awareness phone application

Keywords: Telephone application, Health awareness, health-related risk behaviors, Bodybuilding

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
I	الإهداء
II	شكر وتقدير
III	ملخص
IV	فهرس المحتويات
VII	قائمة الجداول
VIII	قائمة الأشكال
VIII	قائمة الملاحق
أ	مقدمة
الجانب النظري:	
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
06	1- اشكالية الدراسة
13	2- أهمية الدراسة
14	3- أهداف الدراسة
15	4- أسباب اختيار الموضوع للدراسة
17	5- الدراسات السابقة
30	6- فرضيات الدراسة
31	7- تحديد مصطلحات الدراسة
الفصل الأول: التطبيق الهاتفي	
36	تمهيد.
36	1. مفهوم التطبيق الهاتفي.
39	2. كرونولوجيا تطور الهاتف النقال.
41	3. مكونات الهواتف وشبكات الاتصال
49	4. خصائص وخدمات الهاتف النقال.
51	5. مجالات استخدام الهاتف النقال.
53	6. لغة برمجة الهاتف النقال.
55	7. سلبيات وإيجابيات الهاتف النقال.

56	8. تطبيقات الهاتف النقال.
60	9. الأساس الفلسفي لتطبيقات الهاتف النقال.
62	10. تصميم وبناء تطبيق هاتفي.
66	11. معايير تصميم وبناء تطبيق هاتفي.
72	12. مراحل تصميم وبناء التطبيق هاتفي.
75	خلاصة.
الفصل الثاني: الوعي الصحي	
77	تمهيد.
77	1. مفهوم الوعي الصحي.
88	2. أهمية نشر الوعي الصحي.
90	3. أهداف الوعي الصحي.
91	4. النظريات المفسرة للوعي الصحي.
98	5. جوانب وعناصر الوعي الصحي وطرق نشره.
100	6. مجالات الوعي الصحي.
105	7. مستويات الوعي الصحي.
106	8. صفات الشخص الواعي صحيا.
107	9. دور المؤسسات الاجتماعية المسؤولة عن نشر الوعي الصحي.
117	خلاصة.
الفصل الثالث: سلوكيات المخاطرة	
119	تمهيد.
119	1. مفهوم سلوكيات المخاطرة.
126	2. النظريات المفسرة لسلوكيات المخاطرة.
129	3. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.
151	4. السلوكيات المخاطرة المتعلقة بممارسة النشاط الرياضي.
153	5. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالحمل الزائد.
155	6. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بفرط التدريب أو التدريب المفرط.
158	7. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالإحماء.
160	8. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالمكملات الغذائية.
161	9. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالغذاء والتغذية بصفة عامة
165	خلاصة.
الفصل الرابع: رياضة كمال الأجسام	
167	تمهيد.

167	1. مفهوم رياضة كمال الأجسام.
171	2. تاريخ رياضة كمال الأجسام.
174	3. صورة الجسم ورياضة كمال الأجسام من المنظور النفسي.
175	4. الفرق بين رياضة كمال الأجسام والرياضات المشابهة.
177	5. شروط وقواعد ممارسة رياضة كمال الأجسام.
178	6. القواعد الأساسية التي تبنى عليها رياضة كمال الأجسام.
189	7. المكملات الغذائية لرياضي كمال الأجسام.
197	8. النظام الغذائي لرياضي كمال الأجسام.
197	التدريب لرياضي كمال الأجسام.
204	10. الراحة والاستشفاء في المجال الرياضي.
206	11. المنافسة في رياضة كمال الأجسام.
214	12. فوائد واضرار ممارسة رياضة كمال الأجسام.
218	خلاصة.
الجانب التطبيقي:	
الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة والإجراءات الميدانية	
220	تمهيد.
220	1. منهج الدراسة.
220	2. الدراسة الاستطلاعية.
221	3. مجتمع وعينة الدراسة.
222	4. التصميم التجريبي للدراسة.
224	5. أدوات الدراسة.
250	6. حدود الدراسة.
251	7. الضبط الاجرائي لمتغيرات الدراسة.
255	8. إجراءات الدراسة.
255	9. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
256	خلاصة.
الفصل السادس: عرض ومناقشة البيانات في ضوء فرضيات الدراسة	
258	تمهيد.
258	1. عرض النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.
263	2. تحليل ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.
267	3. النتيجة العامة.
269	خاتمة.

270	الماقتراحات.
273	قائمة المراجع.
290	قائمة الملاحق.

قائمة الجداول

الرقم	المحتويات	الصفحة
01	أنواع المخدرات وآثارها.	138
02	مختلف أسماء أنواع المكملات الغذائية	161
03	الفرق بين رياضة كمال الأجسام والرياضات المشابهة.	176
04	مقدار الاستفادة من البروتينات الغذائية	182
05	تقسيم الكربوهيدرات ومصادرها الغذائية ووظائفها	184
06	اهم الأملاح المعدنية ومصادرها بالإضافة الى وظائفها في الجسم	185
07	أنواع الفيتامينات دورها وأماكن تواجدها	187
08	الاحتياج اليومي للماء في مختلف الأعمار الحركة	189
09	مختلف أسماء أنواع المكملات الغذائية	190
10	الفرق بين المكملات الغذائية والمنشطات.	196
11	كيفية توزيع أفراد العينة مع نسبة كل عينة	222
12	المجموعتين التجريبية والضابطة.	223
13	ج مستويات الوعي الصحي بحسب الدرجات	226
14	بنود مقياس الوعي الصحي حسب كل محور .	227
15	معاملات ارتباط الدرجات الكلية لمحاور مقياس الوعي الصحي مع الدرجة الكلية له	228
16	صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوعي الصحي	228
17	ثبات مقياس الوعي الصحي عن طريق ألفا كرونباخ	229
18	درجات مستوى سلوك المخاطرة.	231
19	توزيع محاور مقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة.	232
20	مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لمحاور مقياس سلوكيات الخطر مع الدرجة الكلية له.	233
21	صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة	233
22	ثبات مقياس سلوكيات المخاطرة عن طريق ألفا كرونباخ	234
23	الاهداف الاجرائية (الجزئية) والاهداف الفرعية	236

252	نتائج اختبار "ت" (T.test)، بين المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني.	24
252	اختبار "ت" (T.test)، بين الرياضيين المجموعة التجريبية والضابطة في مدة التدريب.	25
253	اختبار "ت" (T.test)، بين تلاميذ المجموعة التجريبية والضابطة في المستوى التعليمي.	26
253	نتائج اختبار "ت" (T.test) للعينتين المستقلتين، بين ممارسي رياضة كمال الأجسام المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة للقياس القبلي	27
258	نتائج اختبار (ت) (T.test) للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.	28
259	نتائج اختبار (ت) (T.test) للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. اضافة درجة الحرية	29
260	نتائج اختبار (ت) (T.test) ومربع ايتا (η^2)، للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.	30
262	المعيار المرجعي لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لكل مقياس من مقاييس حجم التأثير	31
262	قيمة(ت) و(η^2) وحجم التأثير.	32

قائمة الأشكال

الرقم	المحتويات	الصفحة
01	نموذج الانتاج والتطوير لفيلاميل ومولينا	62
02	نموذج مراحل تصميم البرنامج المعلوماتي	63
03	تصميم برامج الوسائط المتعددة التفاعلية ونتاجها انموذج علي محمد عبد المنعم	64
04	مراحل التجريب والتطوير (التقويم) .	74
05	نظرية السلوك المخطط	96
06	مراحل نموذج التغيير	97
07	توزيع افراد المجموعتين التجريبية والضابطة	222
08	اجراءات التطبيق التجريبي على العينة التجريبية والضابطة.	223
09	الفروق في متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	259
10	الفروق في متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.	260
11	الفروق في متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.	261

قائمة الصور

الرقم	المحتويات	الصفحة
01	نموذج الهاتف القديم .	41
02	تمثل مكونات الهاتف الحديث	42
03	مكمل الواي بروتين	190
04	مكمل الأمينو 2222	191

191	صورة تمثل مكمل سيربوس ماس	05
192	مكمل لبيو 6 بلاك الترا كونسنتريت	06
192	مكمل بروتين الكازين	07
193	مكمل ترو ماس	08
193	المكمل الغذائي Hydroxycut Hardcore Elite	09
194	مكمل ليبودرين	10
242	محتوى الشاشة رقم 1 للتطبيق الهاتفي المقترح.	11
243	محتوى الشاشة رقم 2 للتطبيق الهاتفي المقترح.	12
243	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور التغذية للتطبيق الهاتفي المقترح .	13
244	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور التغذية خاص بالبرنامج الغذائي للتطبيق الهاتفي المقترح .	14
245	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الرياضة للتطبيق الهاتفي المقترح.	15
245	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الرياضة فرع البرنامج التدريبي للتطبيق الهاتفي المقترح.	16
146	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الصحة للتطبيق الهاتفي المقترح.	17
246	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور المكملات للتطبيق الهاتفي المقترح	18
247	محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة للتطبيق الهاتفي المقترح.	19

الصحة بالمفهوم العام هي حالة عامة للجسم والعقل تتميز بالعافية والسلام، والحفاظ عليها يعد أمراً أساسياً لجودة الحياة والقدرة على الاستمتاع بالأنشطة اليومية، وتشمل على عناصر نظامية ومتوازنة للتغذية، وممارسة النشاط البدني، والنوم الجيد، وتوازن العقل والعواطف. والحفاظ عليها يتطلب جهداً شاملاً يربط بين الجوانب الجسدية والعقلية والاجتماعية مع الالتزام بعادات صحية وتوجيهها لتحقيق نمط حياة صحي، تراعى فيه كل العوامل البيئية والاجتماعية التي قد تؤثر عليه بما في ذلك الوقاية من الأمراض والتطعيمات والرعاية الصحية الوقائية، والامتناع عن ممارسة العادات والسلوكيات التي تمثل خطراً على صحة الجسم والعقل. وهذا ما جعل كثيراً من الأمم والدول تولي اهتماماً كبيراً للحفاظ عليها وتشخيصها وعلاج العلل منها حتى انه بات لا يخلو مجال أو تخصص علمي إلا وأهتموا بتطويره و الرقي به، ومنها التكنولوجيا الرقمية من خلال حجم الابتكارات والاختراعات التي تهتم بهذا المجال (الصحة) ، وهو ما جعل منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للاتصالات عام 2012 يطلقان مبادرة استخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول في مجال الصحة التي أطلقها بهدف مساعدة الحكومات للوقاية من الأمراض غير السارية وعوامل الخطر المرتبطة بها ومعالجتها وتعزيز الصحة النفسية والعافية، من خلال تقديم الدعم التقني لمقدمي الخدمات الصحية، وذلك باستخدام الرسائل النصية وتطبيقات الهواتف المحمولة. والتي تعرف باسم (mHealth) . (منظمة الصحة العالمية)

وقد لعب التطور التكنولوجي في مجال الصحة والرعاية الصحية وخصوصاً تطبيقات الصحة المحمولة دوراً رئيساً في الكثير من التسهيلات حيث أنها ساعدت في تحسين عمليات تشخيص الأمراض وتوفير أساليب علاج أفضل ، مثل تطوير الأشعة المقطعية والجراحة بالمنظار، كما أتاحت للأفراد القدرة على مراقبة صحتهم بشكل أفضل وتوفير بيانات دقيقة عن اللياقة البدنية ومستويات النشاط وضغط الدم ومستويات السكر فيه، إضافة إلى أنها مكنت الأطباء والمرضى على حد سواء من الحصول على الاستشارة وتقديم الرعاية عن بعد من خلال الاتصال عبر الإنترنت والتطبيقات، الشيء الذي أدى إلى تحسين إدارة المعلومات الطبية وبالتالي توفير الوقت وتقليل الأخطاء الطبية، كما أن هذه التكنولوجيا من خلال التطبيقات الهاتفية ساعدت المرضى للوصول إلى معلومات طبية موثوقة والبحث عن خيارات العلاج، وعليه فقد أدت هذه التكنولوجيا إلى إحداث تغييرات هائلة في مجال الصحة، مما ساهم في تحسين جودة الرعاية وزيادة الكفاءة، والرفع من فعالية وتحسين جودة حياة الأفراد، وللوصول إلى الصحة المستدامة لا ينبغي فقط توفير الخدمات الصحية العلاجية كبناء المؤسسات الاستشفائية، وتوفير الأدوية وآلات التشخيص الرقمية، بل لابد من زرع الثقافة الصحية من خلال إبراز دور الوقاية والوعي الصحي

والترشيد بأهمية الصحة وكيفية العناية بها، من خلال مساعدة الأفراد على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن نمط حياتهم واختيار الأطعمة والنشاطات البدنية التي تعزز صحتهم، وتمكينهم من اتخاذ إجراءات وقائية مثل التطعيم والفحوصات الروتينية للتأكد من بقاءهم بصحة جيدة، ومساعدتهم على التعامل مع التحديات وإدارة ضغوط الحياة بشكل صحيح، مع تشجيعهم على العناية بالعلاقات الاجتماعية والانفتاح على الدعم والتفاهم، وأن يكونوا أكثر انضباطاً في إتباع العلاجات الطبية الموصوفة لهم، وتبني سلوكيات إيجابية لتعزيز الصحة النفسية والمساعدة في تنمية وتطوير المهارات الخاصة للحفاظ على التوازن النفسي والجسمي وتجنب السلوكيات الضارة، بهدف تحسين الجودة العامة للحياة من خلال تحقيق التوازن بين الأبعاد المختلفة للصحة، بما في ذلك الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية وحتى البيئية، وهذا الرفع من المستوى الصحي العام للأفراد بصفة عامة ينعكس بالضرورة على زيادة الإنتاج والاقتصاد في الإنفاق العلاجي، حيث تظهر العلاقة وثيقة بين تناول الغذاء الجيد والنشاط الرياضي للتمتع بالصحة، وإرشاد الأفراد إلى الطرق التي يستطيعون بواسطتها تقييم حالتهم الصحية. (حداد، 2000 : 65).

وتماشياً مع توصيات الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA للباحثين والداعية إلى ضرورة إجراء أبحاث تهدف إلى حماية صحة الفرد النفسية، ولأنه من أهم أهداف البحث في علم النفس الصحي هو حماية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض، وتحديد العوامل النفسية والسلوكية المساهمة في الإصابة بها، (شويخ، 2012 : 43) اعتماداً على نشر الوعي الصحي فقد اتسعت مؤخرًا رقعة البحث في كثير من مجالات الحياة ومنها الرياضة، والتي لفتت إليها الأنظار في سبيل تطويرها خصوصاً وأنها لم تعد للترفيه فقط بل أصبحت مصدر اقتصادياً ورمزاً للقوة والتقدم، ومن بين هذه الرياضات رياضة كمال الأجسام والتي تركز في الأساس على تطوير وتقوية العضلات وتحسين شكل الجسم، كما تتطلب القيام بالتمارين المكثفة مستهدفة المجموعات العضلية المختلفة، مع توفير التغذية المتوازنة والتخطيط التدريبي المتخصص، والتقيد بتقنيات التدريب الصحيحة، إضافة إلى ضرورة استشارة مدرب مؤهل، واحترام تقنيات التمرين الآمنة لتحقيق أقصى فوائد وتجنب الإصابات.

ولكي يصل الممارس لرياضة كمال الأجسام باعتبارها رياضة تشمل جميع العمليات التي تتكون في تطوير أو في الحفاظ على كتلة العضلات وأدائها بحسب سنير (Seners P, 2003, P7) إلى هذا المستوى من الوعي لتعزيز صحته، وللمنع الأسباب الجذرية لاعتلالها لابد من اكتساب درجة معينة من الثقافة الصحية التي تمكنه من إدراك وفهم ما قدم له من نصائح وإرشادات ولا يكتفي فقط بمعرفتها بل بتطبيق تلك المعارف وجعلها نمط حياة من خلال الدفع به للاهتمام بصحته البدنية والنفسية والعقلية وحتى البيئية والابتعاد أو تعديل عاداته وسلوكياته الخاطئة سواء في مجال التغذية، الرياضة، الصحة العامة

والمنشطات والمكملات والتي قد تكون سببا مباشرا أو غير مباشر في تعرضه للأمراض المزمنة والإصابات، مع العلم أن الكثير من الرياضيين وبغض النظر عن مستواهم العلمي والاجتماعي والعمرى ومدة سنوات التدريب نجدهم ينخرطون في سلوكيات تنطوي على مخاطر على صحتهم إلا أنهم يضحون بذلك مقابل الإحساس اللحظي بالراحة وإشباع رغباتهم، وينسون إنهم قد يتسببون في عواقب ضارة لأنفسهم وللآخرين. من خلال التدخين، تعاطي المخدرات، أو الكحوليات، أو تناول أغذية غير صحية، أو اتباع أنماط حياة تهورية، أو التدريب من دون إتباع المنهج العلمي أو ممارسة سلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر. ونتيجة لذلك، فإنهم يعرضون صحتهم للخطر، ويضاعفون من درجة هذا الخطر ومن شدته، وبما أن الكثير من هذه السلوكيات الخطرة تحدث نتيجة لقرارات فردية، وأن آثارها قد تكون آنية أو على المدى الطويل غير أن نتائجها تنعكس في الغالب على الجميع فبالإضافة إلى التكلفة المادية من خلال الأعباء المالية الإضافية فقد يخسر الرياضي حياته ويحطم طموحاته وأهدافه، لذلك تأتي أهمية التكنولوجيا الرقمية من خلال التطبيقات التي تهتم بنشر الوعي لتكون من بين الحلول التي تلجأ إليها غالبية الدول لتخفيف من النفقات الكبيرة على الصحة العامة وبالتالي الرفع وتحسين مستوى الرفاهية للجميع من خلال توعية الأفراد والرياضيين بالخصوص ومنهم الممارسين لكمال الأجسام بعدم الانخراط في السلوكيات الخطرة ومنها تلك المتعلقة بالصحة.

ومن هنا سعت الدراسة إلى التعرف على فعالية التطبيق الهاتفي المقترح لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى رياضي كمال الأجسام وعليه فإن هذه الدراسة قد احتوت على عديد الخطوات، حيث تم التطرق في بادئ الأمر إلى المدخل العام للدراسة التي تم التعرض فيه إلى: إشكالية الدراسة، أهدافها، فرضياتها، أهميتها وأهدافها، أسباب دراستها وتحديد مفاهيمها ومصطلحاتها، وفي الأخير تم تقديم بعض الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة الحالية مع التعليق عليها، كما تم تقسيم الجانب النظري إلى أربعة فصول والجانب التطبيقي إلى فصلين كما يلي:

الفصل الأول: التطبيق الهاتفي تناولنا فيه كرونولوجيا تطور الهاتف النقال، مكوناته، نظام الاتصال فيه، أنظمة تشغيله، خصائصه، خدماته، مجالات استخدامه، أجياله، لغة برمجته، سلبياته وإيجابياته، تطبيقات الهاتف النقال، مكوناتها، أهميتها، أنواعها، معاييرها، معوقاتنا، مجالاتها، الفرق بينها وبين البرامج، الأساس الفلسفي الذي تستند عليه، تصميم وبناء التطبيق، معايير ومراحله.

الفصل الثاني: الوعي الصحي تحدثنا فيه عن مفهوم الوعي، أنواعه، مفهوم الصحة، درجاتها، علاماتها ومظاهرها، بعض المفاهيم ذات الصلة بالوعي الصحي، أهمية نشره، أهدافه، النظريات المفسرة

له، جوانبه، عناصره، مجالاته، مستوياته، طرق نشره، صفات الشخص الواعي صحيا، دور المؤسسات الاجتماعية المسؤولة عن نشره.

الفصل الثالث: سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة وتطرقنا فيه إلى مفهوم السلوك، مبادئه، أبعاده، أنواعه، تصنيفه، خصائصه، خطوات ومراحل تبنيه أو ممارسته، مفهوم المخاطرة (الخطر)، مفهوم سلوك المخاطرة (الخطر)، النظريات المفسرة، سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة: المنشطات، المخدرات، التدخين، الخمر، النوم، العادة السرية، الأنترنت، ممارسة النشاط الرياضي، الطقس والبيئة (المكان)، الحمل الزائد، فرط التدريب أو التدريب المفرط، الإحماء، المكملات الغذائية، الغذاء والتغذية بصفة عامة.

الفصل الرابع: رياضة كمال الأجسام وتم فيه تعريف هذه الرياضة وكذا تاريخها ومبادئها، الفرق بينها وبين الرياضات المشابهة، أنماط وهياكل الجسم، صورة الجسم من المنظور النفسي، شروط وقواعد ممارستها، القواعد الأساسية التي تبنى عليها، النظام الغذائي لرياضي كمال الأجسام، المكملات الغذائية لرياضي كمال الأجسام، مفهوم التدريب لرياضي، الراحة والاستشفاء، المنافسة فيها، فوائدها وأضرار ممارستها يتضمن الجانب التطبيقي أيضا ثلاثة فصول نوجزها فيما يلي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية وفيه قمنا بعرض الدراسة الاستطلاعية، المنهج العلمي المتبع، مجالات ومتغيرات الدراسة وبيننا مجتمع وعينة البحث، أدوات جمع البيانات والوسائل الإحصائية المستعملة.

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج، ثم مناقشة النتائج في ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة، وفي الختام الخروج باستنتاج عام ثم مجموعة من الاقتراحات والخاتمة.

الفصل التمهيدي:

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. أهمية الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أسباب اختيار الموضوع.
5. الدراسات السابقة.
6. فرضيات الدراسة.
7. تحديد مصطلحات الدراسة.

1. إشكالية الدراسة:

يشهد عصرنا الحالي طفرة علمية وتكنولوجية هائلة، والتي تتمظهر من خلال الابتكارات والاختراعات التي مست جميع مظاهر الحياة، حيث لم تعد استخداماتها قاصرة على المحترفين في مجالات معينة بل أصبحت في أيدي جميع الأفراد وبأشكال مختلفة أبرزها الهاتف النقال؛ هذا الجهاز الذي انتشر استعماله في الألفية الثالثة عبر كامل المعمورة وأصبح من ضروريات الحياة كونه يتميز بخصائص تجعله ينفرد عما سواه بالتطبيقات المتعددة والمتنوعة والتي تسهل للمستخدمين الولوج للعالم بسهولة ويسر مع الاقتصاد في الوقت والجهد، ولم تعد الهواتف النقالة مقتصرة فقط على تسهيل التواصل مع الآخر وتقديم الأخبار الدقيقة والحقائق التي تساعده على معرفة ما يجري حوله بل أصبحت جزءاً أساسياً في حياته اليومية، من خلال الكثير من التطبيقات الخدماتية سواء ذات الأهداف التجارية، الاجتماعية، السياسية، الثقافية، الصحية.

ومن بين الاهتمامات المتزايدة في الفترة الأخيرة في مجال تطبيقات الهواتف النقالة إضافة إلى الخدمات في المجال الاقتصادي والسياسي والاجتماعي..، برز الاهتمام بمجال الصحة، خاصة ونحن نعلم "بأن رقي وتقدم الأمم ونهضتها، يعتمد إلى حد كبير على مستوى الصحة العامة لأفراد هذا المجتمع ، بهدف إعداد جيل سليم الجسم والعقل" (حمزة، 2004: 65) والذي يسعى إلى تحقيقه من خلال وضع استراتيجيات محكمة استباقية للحد من انتشار الأوبئة والأمراض التي تضر بالأفراد والدول اقتصادياً ومادياً ، وذلك من خلال توجيه الحس المشترك والتعبئة العامة للجميع بدءاً بالرفع من مستوى الوعي الصحي للأسرة مروراً بالمؤسسات التربوية والمجتمع وصولاً إلى القيادات السياسية والإعلامية وصناع القرار. وهذا ما جعل أكثرية الدول تعمل على تشجيع مثل هذه التطبيقات وخصوصاً التطبيقات الهاتفية التوعوية، والتي لعبت دوراً واضحاً في الوصول إلى هذا المبتغى الإيجابي ليس فقط في جانبه الصحي العلاجي فقط بل شمل أيضاً الجانب الصحي الوقائي، هذه التطبيقات التي ساهمت في وضع وتجسيد برامج سياسة صحية وقائية هدفها القضاء على مجموعة من الأمراض والأوبئة التي غالباً ما يكون السبب فيها، أحد سلوكيات الخطر التي تسرع من حدوث هذه المشاكل الصحية وهذا بتوعية الأفراد لتحسين سلوكياتهم الصحية بصفة عامة. وهذا ما أكده (Gordon et al.2020:43) في حديثهم عن دور هذه التطبيقات المتخصصة في المجال الصحي وبالخصوص تطبيقات الصحة المتنقل (MHAs) والتطبيقات الطبية (Mas) التي أعطت دفعا كبيرا في تطوير الخدمات والرعاية الصحية للأفراد مما كان له انعكاس إيجابي ليس فقط على الصحة بل على الاقتصاد بصفة عامة .

وبما أن خدمات الهاتف النقال هذه أصبحت واحدة من أسرع التقنيات انتشارا من حيث مساهمتها وبقدر عال في تسهيل الحصول على المعلومات المتعلقة بالتعليم والرعاية الصحية، ووسيلة آمنة وفعالة في نشر الوعي الصحي سواء بين أفراد المجتمع عموما أو في أوساط فئات بعينها كالمتمدرسين أو الرياضيين مثلا.

"وهذا ما أوجب توظيف كل الجهود الوقائية للاستفادة من استعمال التكنولوجيات الإعلام والاتصال الحديثة بمختلف أنواعها من أجل التوعية ونشر ثقافة صحية سليمة في الوسط الاجتماعي والرياضي منه بصورة خاصة، ويكون ذلك بإشراك المدارس والاتحاديات والجمعيات والنادي الرياضية الهاوية منها والمحترفة في برامج التوعية والتثقيف المتكاملة والمبنية على أسس علمية صحيحة. (المؤتمر الدولي الأول حول قضايا المنشطات والإدمان، 2018)

ويُعد الوعي الصحي أحد تلك الإجراءات الاحترازية المهمة التي ينبغي تتميتها لدى الفرد من أجل المحافظة على صحته وصحة الآخرين ووقايتهم من الأمراض المختلفة وتحقيق النمو الصحي المتكامل، فالوعي الصحي وسيلة فعالة وهامة تقوم على أسس علمية وعملية، لما لها من دور هام فيتحسن مستوى الصحة العامة لدى أفراد المجتمع عن طريق إكسابهم المعلومات التي تتناسب ومستوى تفكيرهم، وبذلك يصبحون قادرين على إدراك طبيعة الظروف الصحية المفيدة لهم، ومتعاونين مع ما يجري حولهم من أمور صحية. (بدح، ومزاهرة، وبدران، 2009: 14)

كما يعتبر مستوى الوعي الصحي من بين أهم المؤشرات الرئيسية التي يعتمد عليها الباحثون والدارسون في تصنيف المجتمعات متقدمة وأخرى متخلفة، حيث يدل على إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية، وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال تحويل الحقائق الصحية السليمة إلى عادات سلوكية تمارس بتلقائية دون أدنى تفكير". (أبو العيون، 2013: 23)

ولكي يكون الفرد واعيا لابد أن يكون مدركا لطبيعة أفعاله وسلوكياته فالإدراك هو طريقة ينظم من خلالها الشخص مدخلاته الحسية ويفسرها من أجل إعطاء معنى لبيئته فيما يتعلق بوعيه بـ " الأشياء " أو الأحداث " بدلا من مجرد الخصائص أو الصفات، فعملية الإدراك تتضمن البحث عن أفضل تفسير للمعلومات الحسية التي يمكن للفرد الوصول إليها بناء على معرفة الشخص وخبراته السابقة في مرحلة ما من خلال هذه العملية الإدراكية ، قد يختل نظام المعالجة لسبب أو لآخر فيمكن أن تكون تصورات الفرد ومعتقداته أمثلة كافية عن سوء فهم الفرد للمعلومات ومعالجتها بشكل غير صحيح.

(Gregory.2001:151)

فالوعي صحيا هو ذلك الشخص الذي يتمتع بدرجات عالية من التكامل الصحي، البدني والعقلي والنفسي والاجتماعي، والذي يكون على دراية بأهمية تجنب الأخطار والوسائل التي تهدد صحته وصحة غيره، وتقيه من كافة الأمراض التي قد تصيبه، فالوعي الصحي يعطي الفرد الحقائق الصحية التي تؤثر على عاداته، ويكون لديه معرفة حقيقة الأشياء التي تضر صحته. (ملحم، 1999: 205)

ومن بين ما جاء في إبراز أهمية الوعي الصحي: " أنه لو صرف 2.5% من ميزانية أي مجتمع على برامج تعزيز الصحة بأسلوب علمي صحيح لأدى ذلك إلى انخفاض 25% من معدلات الأمراض وتكاليف الرعاية الصحية (ملتقى منسوبي وزارة الصحة السعودية 18-6-2017)

ولعله من بين أهم السلوكيات الصحية التي تدعو إلى ممارستها كل المؤسسات والهيئات التي تضطلع بمهمة نشر الوعي الصحي هي ممارسة الرياضات المختلفة، فالممارسة المنتظمة للنشاط البدني معتدل الشدة (على الأقل) وارتفاع اللياقة البدنية للفرد تحملان في طياتها تأثيرات إيجابية على وظائف الجسم المختلفة، وتعودان بفوائد صحية كثيرة على الإنسان. وعلى العكس من ذلك فإن الخمول البدني والركون للراحة يقودان إلى جملة من الآثار السلبية على صحة الفرد والمجتمع على السواء، وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية مثلا إلى أن 35% من وفيات أمراض القلب التاجية، و35% من وفيات داء السكري، 32% من وفيات سرطان القولون سنويا تعزى للخمول البدني (منظمة الصحة العالمية، 2010:10)

مما جعل الطلب عليها يتزايد سواء لإدراك أهميتها أو بدافع المسايرة. وهنا تبرز أهمية إدراك الممارس لأي نوع من الرياضات لكل السلوكيات الصحية التي تتعلق بما يمارسه، فالرياضي الذي يتدرب بطريقة تتماشى وقدرات وإمكانات جسمه ويتبع الخطط العلمية والمنهجية الخاصة بمتطلبات كل رياضة فإن ذلك يعد أفضل وسيلة لوقاية نفسه من أمراض (أمراض القلب، الضغط، السكري) وغيرها كما يساعده على حرق السعرات الحرارية الزائدة عن الجسم ومنع تحولها إلى دهون متراكمة تسبب السمنة، أي أن الجسم البشري يحتاج إلى النشاط البدني الحركي للمحافظة على فعالية وظائفه وقدرة أجهزته الحيوية على العمل بالشكل الصحيح، فمما لاشك فيه أن من يمارس النشاط البدني الحركي يمتاز بصحة جيدة تمكنه من القيام بمتطلبات الحياة سواء في عمله أو حياته اليومية بسهولة كما تجنبه الإصابة بالكثير من الأمراض (أبو العلاء، 1998: 6)

كما أن الرياضي الذي يملك وعيا غذائيا سيمك لا محال جسما قويا يمكنه من تحقيق إنجازاته من خلال الأداء الرياضي العالي في المسابقات فالغذاء هو مصدر الطاقة ومحرك اللياقة والقدرة البدنية، وهذا ما جعل من نشر الوعي الصحي في الوسط الرياضي احد أهم أهداف وأولويات التطبيقات ذات المحتوى

الصحي وذلك بسبب ما يتعرض له الرياضي من مخاطر صحية والتي زادت وتيرتها بازدياد حاجيات الرياضي الناتجة أساسا عن التطور الحياتي فمتطلبات رياضة كمال الأجسام مثلا لم تعد رياضة فقط وإنما أصبحت علما قائما بذاته له مناهجه وأسس، ويخضع لقوانين علمية بحتة، ومن شأن هذه التطبيقات المصممة لهذا الغرض أن تسهم ليس فقط في تمكين الرياضيين في مجالات الرياضة فحسب، بل قد تثري أيضا أنماط حياتهم اليومية خاصة وأن الرياضي باعتباره فردا من المجتمع يواجه يوميا ضغوط الحياة وهو بحاجة إلى التكيف مع هذه التحديات والمشكلات إما على المستوى الصحي أو المادي أو

التنافسي وهذا من خلال إتباع الإرشادات والنصائح والفهم الجيد لحالته النفسية ومتطلباته الجسدية بغرض المساعدة الذاتية وتعزيز القدرات الشخصية للحيلولة دون تثبيت أي سلوك خطر.

ومن الرياضات التي زاد الإقبال عليها بطريقة ملفتة باختلاف الدوافع والأهداف، حتى أنها أصبحت مصدر إلهام الكثير من الناس باختلاف فئاتهم العمرية؛ رياضة كمال الأجسام فهي رياضة تطوير الجسد والروح والجسم لما لها من فوائد على الصعيد الصحي والنفسي والجمالي وحتى المادي حيث تضيف لممارسيها لمسة وشكلا مميزا للمظهر الخارجي من خلال العضلات المنحوتة والمرنة والحيوية.

فهي رياضة غايتها زيادة قوة ونمو وتناسق عضلات الجسم، وممارستها تساعد على تحسين أعضاء الجسم وأجهزته الداخلية، كما تساعد على التخلص من آلام الظهر بسبب القدرة على حمل الأوزان المختلفة بسهولة، وتعمل على الحفاظ على البشرة ومحاربة آثار الشيخوخة المبكرة وعلامات التقدم في السن، وتفيد في تحسين المزاج والتخلص من القلق. وممارستها كسلوك إيجابي هي ليست فقط حركات تؤديها أو برامج خاصة للمنافسة، بل هي ثقافة ولغة ورسالة، فهي رمز الصحة وتحدي الذات والآخر، من خلالها تظهر الشعوب قوتها وتقدمها على الآخرين وما الألعاب الاولمبية والقارية والدولية، وما تصرفه هذه الدول من مبالغ طائلة وأحيانا تكون خرافية إلا لتثبت للآخرين أن القوة ليست في الأسلحة أو الاقتصاد فقط بل في صحة أبنائها، وما الانتصار وصعود منصة التتويج ورفع العلم والنشيد الوطني إلا دليل على هذه القوة، وممارسو رياضة كمال الأجسام لا يحتاجون إلى التعريف بأنفسهم ولا بنوعية المجال الرياضي الذي يمارسونه فبنية أجسامهم الرياضية والصحية دليل على أنهم أشخاص واعون بأهمية تطبيق البرامج والإرشادات والنصائح من خلال تبني سلوكيات صحية وجعلها نمطا حياتيا يوميا (ممارسة التدريبات الرياضية، تناول الغذاء الصحي، النوم والرعاية الذاتية، تجنب الإصابات، الامتناع عن التدخين، المخدرات والكحول).

غير أن هناك حالات منهم ناتجة إما عن جهل أو بسبب التهور من أجل تسريع النتائج أو لنقص الوعي بآثار ومخاطر تلك التصرفات والأفعال على صحتهم أو لأسباب أخرى نجدهم يلجئون إلى بعض

السلوكيات الخطرة كتناول المنشطات والمكملات بطريقة خاطئة أو إجهاد الجسم بتمارين التحمل بدون إعطائه وقتا للراحة أو تناول الأغذية غير الصحية وغيرها. الأمر الذي ينعكس سلبا على صحتهم الجسدية من جهة ويثقل كاهلهم المادي من خلال المصاريف الإضافية التي تنفق على نتائج سلوكياتهم الخاطئة إن لم نقل الخطرة. (الأطباء، الأدوية، والوقت).

وتشير بعض الأبحاث والدراسات حول سلوكيات الخطر أنها مقترنة بمجموعة من الأسباب والعوامل الفردية والاجتماعية، فهناك من ينظرها إليها على أساس بيولوجي، والتي تستند في تفسيراتها على الوراثة والهرمونات والنضج غير المتزامن مع آليات الدماغ والجهاز العصبي، في حين استندت النظريات النفسية على النموذج السيكودينامي ودور كل من الإدراك والشخصية، أما النظريات الاجتماعية فقد استندت إلى دور الأسرة والأقران والبيئة وكذلك الثقافة في تفسير السلوك الخطر. وتجدر الإشارة إلى أن سلوكيات الخطر يمكن أن تكون لها وظيفة بناءة، غير أن الكثير منها تكون نتائجها مدمرة على صحة الرياضيين، فقد يكون سلوك الخطر نافعا في مظهره ولكنه ضار في نتائجه، فالرياضي الذي يستعد لمنافسة فإنه يخطط برامج خاصة ومكثفة تتعلق بالتدريب والغذاء غير أن التركيز المبالغ فيه كثيرا ما يؤدي إلى الإجهاد وبالتالي الفشل في تحقيق النتائج مما يدخله في حالة اكتئاب.

ولعل من أهم السلوكيات المخاطرة وخاصة تلك المتعلقة بالصحة والتي تقتضي الحاجة إلى الوقوف عندها وتبسيط الضوء عليها لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام والتي زاد انتشارها بين شبابنا على العموم والرياضيين على الخصوص نذكر: سلوك التدخين، تناول الكحوليات، السلوكيات الغذائية الخاطئة والغير صحية، سلوك الإجهاد البدني (الحمل الزائد، التدريب المفرط. والذي قد يصل إلى تعرض بعض الرياضيين إلى الإصابات بأنواعها تمزقات العضلية، الانفجار العضلي، وقد تصل إلى الشلل والموت)، تناول المفرط للبروتينات والمنشطات والمكملات، السلوكيات الجنسية المفرطة... الخ، حيث أن نتائج هذه السلوكيات أصبحت مصدر كم هائل من الأمراض والإعاقات التي تنجم عنها سواء على المدى القريب أو البعيد وبالطبع نتائجها الوخيمة لا تتوقف عند مستوى الفرد فحسب بل تلحق بالمجتمع أضرارا اقتصادية واجتماعية.

فالتدريب الرياضي الخاطئ الذي لا يعتمد على منهج علمي أو تخطيط عادة ما يؤدي إلى تعرض الرياضي إلى الكثير من الاضطرابات الوظيفية والأمراض العضوية والتي بدورها قد تؤدي إلى تعرض الرياضي إلى تعطل الأداء الرياضي أو انقطاع التدريب الرياضي تماما أو إلى التذبذب في مستوى الأداء في المنافسات الرياضية وحتى في الحصص التدريبية.

كما أن لجوء الكثير من ممارسي رياضة كمال الأجسام إلى المبالغة في الحمل الزائد مما يؤدي إلى هبوط في المستوى البدني والخططي والمهاري، كما يعد عاملاً أساسياً في التعرض للإصابات الرياضية والتي تؤثر بدورها في الكفاءة الوظيفية لأجهزة وأعضاء الجسم المختلفة، وكذلك على الناحية البدنية وبالتالي على مستوى الإنجاز في الفعاليات الرياضية المختلفة.

وبخصوص المنشطات مثلاً يرى الباحثون أن مواجهة هذه المشكلة لا تكون بمجرد العقاب أو العلاج فقط، وإنما لابد من الوقاية فهي خير من العلاج. (زريقات وآخرون، 2017: 231)

كما أن قلة النوم بالإضافة إلى زيادة الجهد سيولدان أعراضاً نفسية وتغيرات في مزاج وتدني في القدرة على التركيز وإلى النرفزة، ونجد أيضاً أن سلوكيات التغذية الخاطئة من بين أسباب الإخفاق الرياضي في المنافسات وحتى في تحقيق أهداف شخصية، حيث أن سوء الاختيار أو نقص المعلومات والمعارف عن المادة الغذائية سواء في كيفية تناولها أو المقادير المطلوبة للجسم أو نوع عناصر الغذاء الذي يتلاءم مع نوع الجهد العضلي والذي يتسبب في عجز الرياضيين على الأداء الرياضي وهو ما يتوافق ودراسة (العلي وآخرون، 2011: 23) فممارسو رياضة كمال الأجسام يحتاجون إلى تشكيلة ونظام غذائي مختلف تماماً عن ممارسي كرة الطائرة مثلاً فهم يحتاجون إلى نظم خاصة وكميات غذائية بكيفيات مختلفة فغذاء التخسيس وغذاء التضخيم مختلفان وغذاء الراحة وغذاء الفترات التدريبية مختلفان لأن الوزن هو الذي يحدد طبيعة وكم الغذاء ونوعه، فالتغذية إذن هي عامل أساسي في النمو وحفظ الحياة حيث لها تأثير مباشر على حيوية الفرد واستقراره النفسي وسلامة تفكيره وقدرته على العمل والإنتاج ذلك أن انتشار الكثير من الأمراض لا يرجع إلى نقص أو زيادة الموارد المالية فقط وإنما يرجع أيضاً إلى انخفاض مستوى الوعي الغذائي والمعلومات الغذائية لدى الأفراد بالإضافة إلى ممارسات غذائية غير صحية مثل الجهل بأساسيات الغذاء المناسب والاعتقادات الخاطئة. (المهيزع ، 1998: 3)

ومن هنا تقتضي الضرورة توعية هؤلاء الرياضيين بالاعتماد على أنفسهم من خلال البحث عن التطبيقات التي تحدد احتياجاتهم ومتطلباتهم النفسية والمادية والتي تمكنهم من إيجاد الحلول المناسبة لها، وتنظيم شؤونهم والالتزام بالأنماط السلوكية الصحيحة وبالمعلومات والنصائح المسداة لهم من أجل تفادي المشكلات الصحية والسلوكية ومكافحتها واختيار السلوكيات السليمة اختياراً واعياً بغية التمتع بالصحة الجيدة والقدرة البدنية والذهنية، والابتعاد إلى أقصى حد عن كل ما يمثل خطراً على حياتهم وحياتهم، لأن أعز ما يمتلكه الرياضي بالدرجة الأولى هي صحته، فهي رأسماله الحقيقي والحفاظ عليها لا يتأتى ما لم تتوفر الحاجات الأساسية لها من مأكلاً ومشرباً وملبساً ونظافة ونشاط وأمن وغيرها.

ولأن مفهوم الصحة في علم النفس الصحة لا يقتصر على الجانب السلبي فقط (المرض والعلاج) بل يتعدى ذلك إلى خلق آليات جديدة لتحقيقها وتميئها والمحافظة عليها من خلال تعليم الناس وتوعيتهم بكيفية الاستغلال الأمثل لإمكاناتهم الجسدية والنفسية ، وكذلك تبنينهم لسلوكيات صحية تنعكس إيجابا على حياتهم وحياء غيرهم، كالحفاظ على الوزن المثالي، تناول المواد الغذائية الصحية، إتباع الإرشادات الصحية في النظافة الشخصية، النوم، الامتناع عن التدخين والمخدرات وغيرها من السلوكيات التي إن لم يحرص الرياضيون على تثبيتها كنمط حياة ستصبح مصدر خطر على صحتهم وسلامة المجتمع الذي يعيشون فيه وهذا ما أشار إليه ميثاق أوتاوا(1986Ottawa) إلى أن "الصحة هي القياس الذي يمكن المجموعة أو الفرد، من تحقيق طموحاته و إشباع حاجياته ومن جهة ، والعيش في وسطه أو التأقلم معه من جهة أخرى . إذ تعتبر الصحة مصدرا للحياة اليومية وليس هدفا لها، فهي مصطلح إيجابي يضع في الحسبان الجوانب الاجتماعية والفردية للشخص والقدرات البدنية. (Chart d 'Ottawa 1986.OMS)

هذا وانطلاقا من معاشتنا لحالة وفاة أحد الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام بولاية المسيلة نتيجة التعاطي المفرط للمنشطات بطريقة غير علمية ومن دون متابعة طبية بالإضافة إلى الأخبار العالمية التي تطلعننا في كل موسم بوفاة الرياضيين (لاعب كمال الأجسام الأميركي جورج بيترسون الذي توفي عن عمر يناهز 37 عاما، والفائز ببطولة "أرنولد كلاسيك 2017 الأميركي سيدريك ماكميلانو الذي توفي عن عمر ناهز 44 عاما، والبطل دالاس ماكارفر الذي توفي عام 2017 عن عمر 26 سنة، دانيل ألكساندر الذي توفي عن عمر 31 سنة في 2015، إضافة إلى سكوت كلاين وروبرت بينافينتي وتريفور سميث ولوك وود وأليكس أزاريان، أو الذين تم إخراجهم من عالم المنافسة إما بسبب الإصابة أو الأمراض نتيجة الإفراط في التدريب أو عدم التسخين وغيرها من الأسباب الرئيسة أو الثانوية التي تقف حائلا أمام متابعة المسار الرياضي، حيث برزت الحاجة إلى نشر الوعي الصحي بين الرياضيين الممارسين لسلوكيات الغير صحية والخطرة وخصوصا لدى فئة رياضيي كمال الأجسام، ولذلك نرى أن من بين أهم الوسائل التي يمكن من خلالها تقديم محتوى يهدف إلى زيادة مستوى الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي كمال الأجسام هو بناء وتصميم تطبيق هاتفي توعوي، وهو الهدف الذي تسعى إليه دراستنا . ومن كل ما سبق يمكن طرح التساؤل العام التالي:

1-1-التساؤل العام:

- ما فاعلية التطبيق الهاتفي المقترح لزيادة مستوى الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

وقد انبثقت من التساؤل العام عدة تساؤلات فرعية وهي كالتالي:

1-2-التساؤلات الفرعية:

- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للعينة الضابطة في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة في القياس القبلي؟

2. أهمية الدراسة:

- تتبع الأهمية والقيمة العلمية لموضوع الدراسة من كونها تتناول متغيرات هامة ألا وهي: التطبيقات الهاتفية في المجال الصحي والرياضي، هذه المواضيع التي تتلخص أهميتها في النقاط التالية:
- إن موضوع الدراسة المختار يدخل ضمن البحوث في علم النفس الصحي الذي يهتم بالتشخيص والبحث عن اضطرابات الصحة بغية الوقاية من تعقيدات المرض وتشجيع الأفراد على إتباع السلوكيات الصحية والبحث عن مصادر تنمية الصحة وتحقيق السعادة للأفراد والمجتمعات.
 - تكتسب الدراسة أهميتها من أنها من الدراسات القليلة جدا في الجزائر التي اهتمت بفئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام ليس فقط في الجانب التدريبي أو الغذائي، بل في مختلفه مناحي حياتهم النفسية والبدنية وكيفية الحفاظ عليها من خلال نشر الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة باستعمال التكنولوجيا الحديثة المتمثلة في التطبيق الهاتفي.
 - كما تكمن أهمية هذه الدراسة في توظيف التكنولوجيا الحديثة من خلال التطبيقات الهاتفية بغرض الاستفادة من هذه الأجهزة - الهواتف الذكية - في إيصال الرسائل التوعوية والمعلومات الصحية لفئة الرياضيين وعدم اقتصار استخدامها على إرسال المكالمات الهاتفية واستقبالها، مما يعطيه صبغة مشروع مؤسسة فكرة مبتكرة.
 - تساعد هذه الدراسة على التعرف بأهمية الوعي الصحي من خلال توعية الرياضي وبالخصوص ممارس رياضة كمال الأجسام للحفاظ على صحته، سواء النفسية أو البدنية وهذا بإثراء رصيده

المعرفي وتشجيعه على تبني سلوكيات صحية سواء في مجال التغذية من خلال إظهار أهمية تناول الغذاء الصحي مع ضرورة خضوع الرياضي إلى نظام غذائي يتماشى والنشاط الممارس، أو في مجال الرياضة من خلال تجنب كل السلوكيات الخطرة التي قد تكون نتائجها وخيمة على صحته بالدرجة الأولى وعلى مساره الرياضي، أو في مجال الصحة العامة والتي تظهر في إعطاء نماذج تساعد على خلق نمط حياة صحي، أو في مجال الاستعمال الأمثل للمنشطات والمكملات، إضافة إلى أهميتها في لفت انتباه المدربين وأصحاب قاعات التدريب بضرورة التقيد ببرامج التدريب القائم على أسس علمية.

- كما تعتبر هذه الدراسة بمثابة دليل عملي موجه للرياضيين خصوصا الممارسين لرياضة كمال الأجسام من خلال محتويات التطبيق لتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة خصوصا ما تعلق ببرامج التدريب وطرقه والنمط الغذائي سواء في مرحلة التضخيم أو التخسيس.
- إضافة إلى أنها تسلط الضوء على بعض سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة التي يمارسها الكثير من الرياضيين سواء في مجال التغذية، تناول الغذاء الغير صحي، أو التدريب الرياضي (الحمل الزائد التدريب المفرط... الخ) النوم الغير كاف، الممارسات الجنسية المفرطة، التدخين، تناول الكحول، تعاطي المخدرات وسوء استعمال المنشطات والمكملات، مع إكسابهم المعارف والقيم والمهارات التي تنمي وعيهم بهذه المخاطر من خلال محتوى هذا التطبيق.
- كما تتجلى أهمية هذه الدراسة بصفة عامة في أنها جمعت متغيرات قل ما تم الجمع بينها في مجال علم النفس وهي التطبيق الهاتفي، الوعي الصحي، سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، بالإضافة إلى الأهمية التطبيقية لها من خلال بناء وتصميم تطبيق هاتفي ومقياسا الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة.

3. أهداف الدراسة:

من المؤكد أن قيمة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ترتبط ارتباطا وثيقا بقيمة الأهداف والنتائج التي تسعى إلى تحقيقها، والوصول إليها، -إما بتأكيدا أو نفيها -وعلى اعتبار أن لكل عمل هدف أو عدة أهداف يسعى الطالب إلى تحقيقها فإننا سنحاول تلخيص أهم أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

- ✓ الكشف عن فاعلية تطبيق هاتفي مقترح لزيادة مستوى الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

- ✓ الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة في القياس القبلي.
- ✓ الكشف عن الفروق بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة.
- ✓ معرفة الفروق بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لصالح القياس البعدي.
- ✓ معرفة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة في القياس القبلي لصالح العينة التجريبية.

4. أسباب اختيار الموضوع:

إنه لمن الصعوبة بمكان أن نضطلع على كل المواضيع لنختار منها الأهم خاصة في ظل تشعب التخصصات وتداخلها، واختيار موضوع عن غيره فهو ضرب من المخاطرة خاصة وأن عوامل الوقت والجهد والمال والذاتية قد لا تكون في صالحنا، كما أن اختيار الموضوع يخضع لمعايير الحداثة والعمق وقابلية التطبيق على أرض الواقع ومدى فاعليته والأهداف المرجوة منه والفوائد الممكن الحصول عليها للرياضي والمجتمع ومن بين الأسباب التي كانت سببا في اختيارنا لهذا الموضوع ما يلي:

4-1- الأسباب الذاتية:

- ☒ الرغبة في الاستفادة من هذا الموضوع لتحصيل أكبر قدر ممكن من المفاهيم والمعلومات حول بناء وتصميم التطبيقات لتوظيفها في مجالات العلوم الإنسانية التي هي في حاجة ماسة لمثل هذه التقنيات.
- ☒ الاهتمام الشخصي بموضوع المضاعفات السلبية التي تخلفها المكملات والمنشطات على الرياضيين وبالخصوص ممارسي كمال الأجسام، والتي كانت سببا رئيسا في وفاة شباب في مقتبل العمر مثل الشاب (ز.خ.خ) من المسيلة وغيره.

4-2- الأسباب الموضوعية:

- ❑ وقع اختيارنا على موضوع سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام كونه أصبح موضوع الساعة خاصة بعد الارتفاع الملفت للوفيات التي لاقت العديد من أبطال هذه الرياضة والرياضات الأخرى بسبب تناول المنشطات، وأيضاً النتائج الغير معقولة التي يحققها بعض الرياضيين والتي تخل بمصداقية العدالة والروح الرياضية.
- ❑ تزايد عدد الإصابات بسبب جهل أو تهور بعض الرياضيين خاصة أثناء المنافسات الكبرى مما يؤدي إلى خسائر مادية للدول وتقويت الفرص عليهم.
- ❑ الإصابة بكثير من الأمراض المزمنة والسرطانات بسبب تناول الغير علمي للمكملات الغذائية، إما بالمبالغة في تناولها أو بسبب عدم التوزيع الغذائي للحاجيات الجسم أو لانتهاج صلاحيتها.
- ❑ الجهل بأخطار هذه الرياضة مع غياب وجود مؤطرين متخصصين في معظم قاعات التدريب.
- ❑ تقدم هذه الدراسة إطاراً نظرياً ومقياساً للوعي الصحي ومقياساً لسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة للاستفادة منهما.
- ❑ تمهد هذه الدراسة لإجراء دراسات لاحقة وتطبيقات وبرامج إرشادية ووقائية حول زيادة مستوى الوعي والتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى الرياضيين وبالخصوص ممارسي رياضة كمال الأجسام.

5. الدراسات السابقة:

تكمن أهمية الدراسات السابقة والمشابهة في المساهمة في معالجة مشكلة البحث ومعرفة الأبعاد التي تحيط به مع الاستفادة منها في توجيه وضبط المتغيرات، وكذا في مناقشة النتائج. وقد اعتمدنا في هذا الإطار على جمع أكبر قدر ممكن من الدراسات السابقة ذات العلاقة الكلية أو الجزئية بموضوع الدراسة الحال، حيث قمنا بمسح علمي - في حدود المتوفر - لمختلف للدراسات والبحوث السابقة المرتبطة بالموضوع والتي تناولت التطبيق الهاتفي ومتغيرا الوعي الصحي وسلوكيات الخطر بغية الاسترشاد بها والتعرف على المناهج المستخدمة، العينات وكيفية اختيارها، الأدوات المستخدمة وآلياتها وغيرها من الفوائد التي يستفاد بها من هذه الدراسات السابقة.

وبما أن تخصص علم النفس الصحة حديث النشأة فمن المنطقي أن تكون هناك ندرة في الحصول على دراسات تجمع كل هذه المتغيرات بشكل كلي، غير أن الدراسات التي وجدت مست بدرجات مختلفة جانب من جوانب الموضوع أو جزئية منه. وعلى العموم فقد أسفرت نتائج البحث الحصول على بعض من الدراسات المشابهة أو التي تطرقت الى بعض الجوانب منها، وقد رأينا أن نقسمها إلى:

5-1-1- الدراسات السابقة التي تناولت تصميم وبناء التطبيق الهاتفي:

هناك الكثير من الدراسات التي أثبتت مدى فعالية التطبيقات الهاتف المحمولة في مواضيع شتى ذات الصلة بموضوع الدراسة الحال ومتغيراتها، فهناك من اشتملت على متغير واحد أو جزئية صغيرة، كالدراسات التي تناولت تأثير التطبيقات الهاتفية في مجال التغذية، من خلال توجيه ممارسي كمال الأجسام لاتخاذ قرارات صحية بشأن التغذية. وبالتالي الرفع من وعي المستخدمين لهذه التطبيقات بقيمة التغذية وقواعد النظام الغذائي الصحي.

دراسات حول تطبيقات مراقبة التمارين الرياضية بغرض تعزيز اللياقة البدنية والرفع من درجة الانضباط في تنفيذ البرامج خاصة بالرياضيين. إضافة إلى الكثير من الدراسات التي تناولت هذا المتغير أو أحد جزئياته، وسوف نتطرق بإيجاز عما أمكن رصده في هذا المجال من دراسات أهمها:

5-1-1-1- دراسة أحمد صادق عبد المجيد (2016) العربية السعودية:

تصميم بيئة تعلم إلكترونية قائمة على الويب التشاركي لتنمية مهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية وإدراك القيمة الرقمية المضافة لدى طلاب كلية التربية، هدفت الدراسة الحالية إلى تنمية مهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية وإدراك القيمة الرقمية المضافة لدى طلاب كلية التربية وذلك من خلال تصميم بيئة تعلم إلكترونية قائمة على الويب التشاركي بيئة.Pbworks ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة عشوائية من طلاب الدبلوم بكلية التربية جامعة الملك خالد، وتمثلت في مجموعتين تجريبيتين الأولى

بلغ عددها 18 طالبا تم تدريبها من خلال بيئة التعلم الإلكترونية القائمة على الويب التشاركي، والثانية بلغ عددها 21 طالبا تم تدريبها من خلال نظام إدارة التعلم البلاكورد Blackboard وقد تم إعداد بطاقة ملاحظة لمهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية، ومقياس للقيمة الرقمية المضافة؛ كما استخدم معامل الارتباط، وتحليل التباين المصاحب ANCOVA وتحليل الانحدار الخطى لتحليل نتائج الدراسة وقد أشارت النتائج إلى فعالية، تصميم بيئة التعلم الإلكتروني القائمة على الويب التشاركي في تنمية مهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية، وإدراك القيمة الرقمية المضافة كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن التنبؤ بمهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية من خلال المهارات الخاصة بتصميم المحتوى الرقمي.

5-1-2- دراسة دعاء أبو المجد أحمد علي (2021) مصر:

فاعلية استخدام بعض تطبيقات الهاتف النقال في تنمية المفاهيم المرتبطة بتصميم وإنتاج صفحات الويب لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي، هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية استخدام بعض تطبيقات الهاتف النقال في تنمية المفاهيم المرتبطة بتصميم وإنتاج صفحات الويب لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية المتمثلة في الصف الثاني الإعدادي التي بلغ عددهم 30 تلميذاً بمدرسة الشهيد محمود عبد الفتاح الإعدادية، واعتمدت الدراسة على التطبيق التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وتم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في (اختبار تحصيلي)، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فرق ذي دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية قبلياً وبعدياً في درجات القياس البعدي لكل من الاختبار التحصيلي، لذلك أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أثر إيجابي لتطبيقات الهاتف النقال في تنمية المفاهيم المرتبطة بتصميم وإنتاج صفحات الويب لدى أفراد عينة الدراسة.

5-1-3- دراسة ميساء صالح أبو زيد، نايل محمد سليمان الحجايا (2022) الأردن:

فاعلية برنامج تعليمي قائم على تطبيقات الهواتف الذكية في تنمية المفاهيم النحوية لدى طلبة الصف التاسع الأساسي. استهدفت هذه الدراسة معرفة فعالية برنامج تعليمي قائم على تطبيقات الهواتف الذكية في تنمية المفاهيم النحوية لدى طلبة الصف التاسع الأساسي، ولتحقيق هدف الدراسة تم إعداد برنامج تعليمي قائم على تطبيقات الهواتف الذكية وتحققت من صدق محتواه، وأعدت اختبار القياس مهارات المفاهيم النحوية، كما تم التحقق من صدق الاختبار وثباته، واتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي حيث اختارت مدرسة عبد الله الثاني للتميز من مديرية التربية والتعليم في لواء سحاب بطريقة قصدية، ثم اختارت أربع شعب من المدرسة، شعبتان للذكور: إحداهما تجريبية وضمت (18) طالباً ومجموعة ضابطة ضمت (18) طالباً وشعبتان للإناث: إحداهما تجريبية ضمت (19) طالبة، والثانية ضابطة ضمت (16) طالبة بطريقة عشوائية، وقامت الدراسة بتطبيق الاختبار القبلي على المجموعتين الضابطة والتجريبية، ثم

دُرست المجموعة الضابطة وفقاً لبرنامج الاعتيادي و دُرست المجموعة التجريبية وفق البرنامج القائم على تطبيقات الهواتف الذكية Nearpod-Make it- Tiny tap واستمرت التجربة مدة شهر، ثم طبقت الدراسة الاختبار البعدي، وحُللت النتائج، حيث أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي أداء طلبة الصف التاسع الأساسي في اختبار مهارات المفاهيم النحوية يُعزى إلى البرنامج التعليمي لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية يُعزى إلى الجنس، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية يعزى إلى التفاعل بين البرنامج التعليمي والجنس.

5-2-الدراسات السابقة التي تناولت متغير الوعي الصحي:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت متغير الوعي الصحي وأثره على السلوك الصحي والقرارات الصحية للأفراد سواء بطريقة مباشرة أو من خلال جزئية منه مثل الدراسات التي تناولت الوعي بالغذاء والقيم الغذائية للأطعمة، التوعية بمخاطر التدخين وتأثيره السلبي على الصحة، الوعي بدور الممارسة الرياضة والنشاط البدني على الصحة، الوعي بالصحة النفسية والفهم الجيد لها، الوعي بدور السلوك الجنسي الآمن، وغيرها من الدراسات التي تبرز أهمية الوعي الصحي كأداة لتعزيز السلوك الصحي والحفاظ على الصحة. ومن هذه الدراسات نجد:

5-2-1-دراسة عبد الناصر عبد الرحيم القدومي (2005) البحرين:

مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة، وتحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي. أجريت الدراسة على عينة قوامها (90)، لاعباً من المشاركين في بطولة الأندية العربية الثانية والعشرون في الأردن، وقد أستعمل الباحث مقياس الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية كوسيلة أساسية لجمع المعلومات، تكون المقياس من (57)، فقرة لقياس الوعي الصحي موزعة على أربعة مجالات هي: (التغذية، والتدريب الرياضي، والاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، والعناية الصحية)، بالإضافة إلى (8)، فقرات لقياس مصادر المعلومات الصحية، وبعد سلسلة الإجراءات واستعمال الوسائل الإحصائية المناسبة، خرجت الدراسة بالاستنتاجات الآتية:

- إن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد عينة البحث كان عالياً.
- وجود فروق دالة إحصائية بين مجالات الوعي الصحي لصالح المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية.

▪ عدم وجود فروق في مستوى الوعي الصحي لعينة البحث على وفق متغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي.

▪ أن أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى عينة البحث هي وسائل الإعلام.

5-2-2-دراسة العلي محمد محمود سليمان وآخرون(2011) الأردن:

دراسة مدى الوعي الصحي والغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك، إربد، الأردن. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي الصحي والغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك، والتعرف على الواقع الرياضي لدى اللاعبين الذكور في منتخبات (ألعاب القوى، كرة القدم، كرة اليد، الكرة الطائرة، ألعاب المضرب) في جامعة اليرموك. وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (120) لاعبا تم اختيارهم بطريقة عشوائية باستعمال الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي حيث أسفرت نتائجها إلى أن معظم لاعبي المنتخبات الرياضية في الجامعة يمارسون النشاط الرياضي لمدة ساعة واحدة في اليوم ضمن منتخب الجامعة، وأن غالبيتهم يتناولون ثلاث وجبات فأكثر يوميا، ويتناولون المشروبات الغازية بدرجة كبيرة.

5-2-3-دراسة عقيل مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد(2012) العراق:

الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية - جامعة المثنى. هدفت الدراسة إلى بناء مقياس الوعي الصحي وتحديد مجالاته بالإضافة إلى التعرف على واقع الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية، والتعرف على الفروق في الوعي الصحي وفق متغير المرحلة الدراسية ومتغير الجنس. لدى عينة قوامها (161) طالب وطالبة، موزعين على المراحل الدراسية وحسب الجنس (طلاب، طالبات)، وقد تم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية. اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، باستعمال مقياس الوعي الصحي، الذي تكون من 57 فقرة موزعة على أربعة مجالات هي التغذية، التدريب الرياضي، التحكم في الضغوط النفسية والاجتماعية، والعناية الصحية، بالإضافة إلى (8) فقرات لقياس مصادر المعلومات الصحية. أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة المثنى مرتفع نسبياً، إضافة إلى عدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين طلاب وطالبات كلية. وبين طلبة المرحلتين الدراسيتين الأولى والثانية في كلية التربية الرياضية- جامعة المثنى.

5-2-4-دراسة ناهدة عبد زيد الدليمي، ورائد مهوس زغير، ويحي علوان منهل(2014) العراق:

دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي للاعبي المستويات العليا بين بعض الألعاب الجماعية والفردية" هدفت هذه الدراسة إلى إعداد مقياس لمستوى الوعي الصحي، فضلاً عن التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية والفردية، كذلك إيجاد الفروق

في مستوى الوعي الصحي لدى اللاعبين بين بعض الألعاب الجماعية والفردية. أجريت هذه الدراسة على عينة من لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية والفردية، إذ بلغ العدد الكلي لمجتمع البحث (135) لاعبا، في حين بلغت عينة البحث (105) لاعبا، وبهذا شكلت نسبة مئوية مقدارها (67,74 %). أُستخدم فيها المنهج الوصفي بأسلوبيه المسحي، كما طبق في هذه الدراسة مقياس الوعي الصحي الذي تكون من (48) فقرة. وأظهرت النتائج أن أغلبية لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية والفردية يتمتعون بمقدار جيد في مستوى الوعي الصحي، مع تفوق لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية في مستوى الوعي الصحي على لاعبي بعض الألعاب الفردية، وأفرزت الدراسة المقارنة الأفضلية للاعبي الكرة الطائرة في مستوى الوعي الصحي ضمن بعض الألعاب الجماعية قيد الدراسة، وأنه لا توجد أفضلية للاعبين ضمن بعض الألعاب الفردية قيد الدراسة في مستوى الوعي الصحي.

5-2-5-دراسة د بن زيدان حسين، مقراني جمال، سيفي بلقاسم.دراسة (2017) الجزائر:

"مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة المعاقين حركيا الممارسين والغير ممارسين للنشاط الرياضي قصد توضيح أهمية الممارسة الرياضية في المحافظة على الصحة. تم استخدام المنهج الوصفي على عينة قوامها 100 معاق حركيا منهم 50 ممارس للنشاط الرياضي من بعض الولايات (مستغانم- سعيدة- عين تيموشنت-غليزان) بالجزائر ومن الأدوات المستخدمة في البحث مقياس الوعي الصحي وبعد المعالجة الإحصائية ، توصلت النتائج إلي أن المعاقون حركيا الممارسين للنشاط الرياضي(كرة السلة على الكراسي المتحركة) لديهم وعي صحي مقارنة بالمعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط الرياضي، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي بين المعاقين حركيا الممارسين والغير ممارسين لصالح عينة الممارسين للنشاط الرياضي.

5-2-6-دراسة العربي محمد وحرיתי حكيم(2018) الجزائر:

"الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ". هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الوعي الصحي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، والفروق بين طلبة السنة الأولى والثالثة في الوعي الصحي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة. أجريت الدراسة على عينة قوامها (67 طالبا، 20 طالب سنة أولى و 47 طالب السنة الثالثة) اختيرت بطريقة عشوائية، حيث استخدمت في الدراسة المنهج الوصفي، تم تطبيق استبيان الوعي الصحي، واختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين الوعي الصحي ومكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة بما فيها التركيب الجسمي والمتمثل

في اختبار مؤشر كتلة الجسم، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي بين طلبة السنة أولى ليسانس والثالثة ليسانس.

5-2-7-دراسة خويلدي الهواري وقزقوز محمد وبن سميثة العيد (2018) الجزائر:

دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية - دراسة ميدانية على طلبة الإقامة الجامعية للمركز الجامعي بالبيض -هدفت هذه الدراسة للتعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية بالمركز الجامعي بالبيض. كما هدفت إلى معرفة الفروق في مستوى الوعي الصحي لدى الإقامة الجامعية الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي بالدراسة المسحية، حيث بلغت عينة الدراسة (280 طالبا الذكور فقط) ، وتم تطبيق استبيان خاص بمجالات الوعي الصحي وأشارت النتائج عند أفراد عينة الدراسة أن جميع مجالات الوعي الصحي جاءت بمستوى عالي بما فيهم الدرجة الكلية لمجالات الوعي الصحي ماعدا مجال القوام جاء بمستوى متوسط وجاءت النسبة المئوية للاستبيان ككل 71,60% أما مستوى مجالات الوعي الصحي عند طلبة الإقامة الجامعية بالمركز الجامعي البيض ذكور غير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية جاءت بمستوى متوسط بما فيهم الدرجة الكلية لمجالات الوعي الصحي ، وجاءت النسبة المئوية للاستبيان ككل 63,60 % وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية ذكور الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية لصالح طلبة الإقامة الجامعية الممارسين الأنشطة الترويحية الرياضية ذكور.

5-2-8-دراسة أحمد سمير سعد زغول (2020) مصر:

تأثير برنامج إرشادي علي مستوي الوعي الصحي لدي الممارسين للنشاط الرياضي أثناء جائحة كورونا (كوفيد 19).هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج إرشادي صحي ومعرفة أثره على تحسين درجة الوعي الصحي من خلال تصميم مقياس للوعي الصحي للممارسين للنشاط الرياضي من الجنسين أثناء جائحة كورونا كوفيد 19، وقد أستخدم فيها المنهج التجريبي باستخدام القياسين (القبلي - البعدي) على مجموعة تجريبية واحدة، وقد طبق المقياس المصمم خصيصا لقياس الوعي الصحي على عينة قوامها 120 ممارسا للنشاط الرياضي من أجل الصحة من الجنسين، والذين تتراوح أعمارهم من 30-40 سنة وقد تم اختيارهم بالطريقة العمدية، وقد أظهرت النتائج:

- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في عبارات بعد التثقيف الغذائي لصالح القياس البعدي مما يدل على تأثير الإرشادات الصحية المقترحة في تحسين الوعي الصحي لدى المشاركين بالبرنامج.
- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في عبارات بعد الصحة البدنية والنشاط لصالح القياس البعدي مما يدل على تأثير الإرشادات الصحية المقترحة في تحسين الوعي الصحي لدى المشاركين بالبرنامج.
- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في عبارات بعد السلوكيات العامة لصالح القياس البعدي مما يدل على تأثير الإرشادات الصحية المقترحة في تحسين الوعي الصحي لدى المشاركين بالبرنامج.
- ساعد البرنامج الإرشادي المقترح قيد الدراسة الذي يحتوي على مواد مصورة ومرئية على تحسين الوعي الصحي لدى ممارسي النشاط الرياضي أثناء جائحة كورونا كوفيد 19.

5-3- الدراسات التي تناولت متغير سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة:

تعتبر الدراسات التي تناولت متغير سلوكيات الخطر لدى ممارسي كمال الأجسام جد قليلة، حيث تستهدف في معظمها موضوع تعاطي المكملات الغذائية والمواد المنشطة وتقييم تأثيرهما على صحة ممارسي كمال الأجسام وتسهيل الضوء على المخاطر المحتملة لهذه السلوكيات. إلى جانب موضوع سلوكيات الأكل الخاطئة والممارسات السلوكية التي تمس بالصحة العامة والرياضة، وسوف نتطرق إلى ما تيسر مما تمكنا الحصول عليه:

5-3-1-دراسة اسمهان عزوز، بالعالم حورية رانيا (2020) الجزائر:

علاقة الرضا عن الحياة بسلوكيات الخطر (التغذية غير الصحية وقلة النشاط البدني) لدى الطالب الجامعي. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى سلوكيات الخطر لدى الطالب الجامعي والكشف عن العلاقة بين الرضا عن الحياة وسلوكيات الخطر (التغذية غير الصحية وقلة النشاط البدني)، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 96 طالب وطالبة من قسم علم النفس بجامعة سطيف2، طبق عليهم مقياس الرضا عن الحياة لمحمد الدسوقي استبيان سلوكيات الخطر من إعداد الباحثين، حيث تم التحقق من خصائصه السيكومترية وبعد جمع، البيانات ومعالجتها باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 17، أسفرت الدراسة إلى النتائج التالية :

- *مستوى سلوكيات الخطر لدى الطالب الجامعي مرتفع.
- *وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الرضا عن الحياة وسلوك التغذية غير الصحية.

▪ عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الرضا عن الحياة وسلوك قلة النشاط البدني.

4-5 الدراسات التي تناولت متغيرا الوعي الصحي وسلوكيات الخطر:

1-4-5 دراسة القص صليحة (2016) الجزائر:

فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة - باتنة). هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج في التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، وقد تم بناء برنامج في التربية الصحية من طرف الباحثة محتويا على وحدتين وهما: وحدة صحتك في غذائك ووحدة في وهي الحركة بركة، واعتمدت الباحثة على مجموعة من الأدوات: مقياس سلوكيات الخطر من إعداد الباحثة. مقياس الوعي الصحي من إعداد الباحثة. برنامج التربية الصحية. تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر ومتوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام وحسب معدل التحصيل الدراسي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبعي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- وأوصت الدراسة بضرورة إعادة النظر بمحتوى مناهج المرحلة المتوسطة من التعليم في الجزائر وذلك من خلال تضمينه الموضوعات التربوية الصحية، أو استحداث منهاج خاص بالتربية الصحية.

2-4-5 دراسة فلاح بشير، قارة السعيد (2021) الجزائر:

"علاقة الوعي الصحي بالتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي كمال الأجسام". هدفت الدراسة للكشف عن علاقة الوعي الصحي بالتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام

تكونت عينة الدراسة من 35 رياضيًا من نفس الجنس (ذكور) وقد استخدم في هذه الدراسة أداتين: هما مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات الخطر وهما من إعداد الباحثان وقد كشفت النتائج عن: وجود علاقة عكسية بين الوعي الصحي وسلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، كما بينت أيضا تمتع الرياضيين بمستوى مرتفع من الوعي الصحي ومستوى منخفض من سلوكيات الخطر.

5-5-الدراسات التي تناولت أحد جزئيات متغيرات الدراسة:

5-5-1دراسة عبد الناصر القدومي وكاشف زايد (2009) عمان - فلسطين (بحث مشترك):

مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي تبعًا لمتغير الجامعة، الجنس، والمستوى الدراسي، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، مع تحديد أكثر الفقرات قدرة على التنبؤ بمستوى الوعي. وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 207 طالب وطالبة وذلك بواقع 105 من جامعة النجاح الوطنية و102 من جامعة السلطان قابوس. وقد أُستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي. وطبق استبان لقياس الوعي الغذائي والذي تكون من 15 فقرة، حيث أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الغذائي العام لدى أفراد العينة كان منخفضًا، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى 59%، إضافة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الغذائي لدى الطلبة تبعًا لمتغيرات الجامعة، والجنس، والمستوي الدراسي، بينما كانت هناك دلالة إحصائية فيما يخص المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى.

5-5-2دراسة سويدي موسى، بخاري محمد (2016) الجزائر:

واقع الوعي الصحي بمخاطر وأضرار المنشطات لدى لاعبي كرة القدم.هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي كرة القدم القسم المحترف الأول والثاني من البطولة الجزائرية اتجاه مخاطر وأضرار المنشطات، ومدى إدراكهم لأهمية الوعي الصحي في مسيرتهم الرياضية. وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 62 لاعب محترف في كرة القدم بإتباع المنهج الوصفي التحليلي، واستعمال الاستبيان كأداة لجمع البيانات، ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي أن لدى لاعبي كرة القدم مستوى مقبول في الوعي الصحي اتجاه مخاطر وأضرار المنشطات.

5-5-3 دراسة وليد شاهين، إياد يوسف، زياد ارميلي (2020) فلسطين:

مستوى الوعي بمخاطر تعاطي المنشطات لدى المشاركين في مراكز اللياقة البدنية بمحافظة القدس. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي بمخاطر تعاطي المنشطات لدى المشاركين في مراكز اللياقة البدنية بمحافظة القدس، وتحديد علاقة العمر وسنوات الممارسة والهدف من الممارسة بمستوى الوعي. وتمثلت عينتها التي أجريت الدراسة عليها من 118 مشترك من المنخرطين في مراكز اللياقة البدنية بمحافظة القدس، واستخدمت أداة القياس التي أعدها (Petroczi, & Aidman, 2009)، وعولجت البيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي التحليلي. وكان من أبرز نتائجها أن الدرجة الكلية لمستوى الوعي بمخاطر تعاطي المنشطات لدى المنخرطين بمراكز اللياقة البدنية بمحافظة القدس كانت متوسطة، كما بينت وجود مستوى من الوعي لدى المشاركين الذين أعمارهم من 21-40 و فوق 40 سنة) (وسنوات مشاركتهم في النشاطات الرياضية فوق 10 سنوات اتجاه تعاطي المنشطات، وأن اللاعبين الرياضيين لديهم وعي بمخاطر تعاطي المنشطات أعلى من المشاركين بهدف المحافظة على الصحة وبناء جسم مثالي.

5-5-4- دراسة محمد شرفي مهدي، وعرفة محمد، ونقاز محمد (2021): "واقع التغذية الصحية السليمة في النمو العضلي لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام". هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع التغذية الصحية في النمو العضلي لممارسي رياضة كمال الأجسام، وقد استخدمت الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات متبينة المنهج الوصفي على عينة مكونة من 100 طالب ممارس تم اختيارهم من مختلف أندية كمال الأجسام بطريقة مقصودة، وكان من بين النتائج أن:

- ممارسي كمال الأجسام ليس لديهم وعي كامل بالاستهلاك الرشيد في وجباتهم الغذائية التي يتناولونها يوميا من أجل تنمية العضلات.
- ممارسي رياضة كمال الأجسام لا يعرفون أساسيات توزيع الحمل التدريبي في البرنامج الرياضي الذي يتبعونه خلال الجلسات التدريبية للتنمية العضلية.
- وكخلاصة أن واقع التغذية الصحية في التنمية العضلية لممارسي رياضة كمال الأجسام لا يزال بعيدا عن الواقع الممارسة الصحيحة.

5-5-5 دراسة Bruno Coraucci-Neto, Rodrigo FennerBertani, Giulliard

Oliveira Campos, José Maria Thiago Bonardi, NereidaKilza da Costa Lima,

2021" الجوانب الصحية للاعبين كمال الأجسام النشطين: مراقبة من قبل فريق متعدد التخصصات"

انطلقت الدراسة من مبدأ أنه لا يعرف إلا القليل عن المخاطر الصحية وهي دراسة على عينة مكونة من

510 رياضي ممارس لرياضة كمال الأجسام هواة يتنافسون وفقاً لمعايير الاتحاد الدولي لكمال الأجسام واللياقة البدنية (IFBB)، الناشط والمنتسب إلى الاتحاد البرازيلي لكمال الأجسام واللياقة البدنية (IFBB - CBMFF البرازيل). الغالبية ذكور بنسبة 59.8%. تطرقت الدراسة إلى المعرفة الشخصية للرياضيين بالجوانب الصحية لديهم حيث كان من بين نتائجها أن:

- نسبة 6,6% يعانون من أمراض مزمنة لكن 88,9% منها لم يتم علاجها.
 - 1.9% كان لديهم ارتفاع في ضغط الدم (غير مشخص)، و15.7% مصابون بمرض ارتفاع ضغط الدم.
 - 52.5% نسبة تعاطي المخدرات لدى الرياضيين خلال الستة أشهر الماضية.
 - نسبة المراقبة الجسدية للرجال أقل منها لدى النساء.
- والخلاصة أنه يتعرض الرياضيون من ممارسي كمال الأجسام لعوامل المخاطر الصحية مثل نقص المعرفة بالأمراض، وارتفاع استخدام المواد المحظورة، وقلة مراقبة صحية لدى الممارسين الرجال.

5-6-التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات المرتبطة بموضوع دراساتنا سواء بصفة كلية أو بأحد متغيراتها نلاحظ وجود شح في الدراسات السابقة الخاصة بمتغير التطبيق الهاتفي التوعوي، ونفس الملاحظة حول متغير سلوكيات الخطر لدى الرياضيين وخاصة ممارسي رياضة كمال الأجسام ، وقد اشتملت على (19) دراسة بواقع (03) دراسات خاصة بالتطبيق الهاتفي و (08) دراسات خاصة بمتغير الوعي الصحي، و(01) دراسة خاصة بسلوكيات الخطر و(02) دراستين جمعت متغيري الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و (05) دراسات تطرقت إلى جزئية من متغير كما اشتملت على (10) دراسة عربية و(2) دراسات أجنبية و(7) دراسات محلية. وفي ضوء ما سبق فقد تنوعت الأهداف التي سعت كل دراسة إلى تحقيقها بتنوع أماكن إجرائها، والمنهج المستخدم، وعينة الدراسة، وتنوع أدوات جمع المعلومات والأساليب الإحصائية المستخدمة، وبالتالي ظهور النتائج وتفسيرها وصياغة التوصيات والمقترحات بناءً عليها، وفي هذا السياق تم الاستفادة منها في بناء هيكلية الدراسة الحالية من خلال ما يلي:

- ✓ المساعدة في اختيار الموضوع وتحديد مشكلته.
- ✓ تحديد متغيرات الدراسة.
- ✓ تحديد أهداف وفرضيات الدراسة الحالية بدقة.
- ✓ تحديد المنهج المناسب للدراسة. (المنهج شبه التجريبي القائم على المجموعتين).
- ✓ اختيار المجتمع والفئة المستهدفة للدراسة.

- ✓ تصميم وبناء أداة الدراسة المناسبة وهي تصميم تطبيق هاتفي توعوي، مقياس الوعي الصحي وسلوكيات الخطر.
- ✓ مساهمتها في إعداد الإطار النظري للدراسة من خلال المعلومات التي احتوتها.
- ✓ الاستفادة من نتائجها لتفسير ومناقشة نتائج الدراسة الحالية.
- ✓ الاستفادة من قائمة المراجع التي اعتمدت عليها والتي ساعدت على توجيه الطالب نحو المعلومات المطلوبة.
- ✓ ساعدت في الاختيار الأنسب للأساليب الإحصائية اللازمة لمعالجة بيانات الدراسة.
- ✓ اعتمدت غالبية الدراسات السابقة المنهج الوصفي بأنواعه المسحي التحليلي والارتباطي ماعدا دراسة أحمد سمير سعد زغول (2020) التي اعتمدت على المنهج التجريبي ودراسة ميساء صالح أبو زيد، نايل محمد سليمان الحجايا(2022) على المنهج شبه التجريبي وهو ما يتشابه مع المنهج المتبع في الدراسة الحالية.
- ✓ اختلفت عينات الدراسة السابقة تبعا لاختلاف أهدافها ومدى توافرها حيث كانت بين(62-491) فرادا من الممارسين وغير الممارسين للرياضة، أغلبهم من الذكور ماعدا عينة دراسة عقيل مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد(2012)، ودراسة ميساء صالح أبوزيد، نايل محمد سليمان الحجايا (2022). التي شملت كلا الجنسين، كما أن اختيار هذه العينات تم بالطريقة العشوائية (الطبقية، العمدية، العشوائية المنتظمة).
- ✓ اعتمدت غالبية الدراسات من حيث الأدوات المستخدمة على أداة الاستبيان إلا في دراسة أحمد صادق عبد المجيد(2016) ودراسة دعاء أبو المجد أحمد علي(2021)، ودراسة ميساء صالح أبوزيد، نايل محمد سليمان الحجايا (2022) حيث اعتمدوا على التطبيق الهاتفي، وهو ما يتشابه مع دراستنا مع إضافة أداتي مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة.
- ✓ على الرغم من وجود الدراسات السابقة التي تناولت موضوع سلوكيات الخطر عند الرياضيين إلا أنها تتناول مجموعة محددة من السلوكيات الخطرة ولم تشمل عينة واسعة من السلوكيات وهذا ما حاولنا الاهتمام به من خلال تناول لمجموعة واسعة منها والتي تشكل خطرا عليهم.
- ✓ لا توجد أي دراسة منها تناولت متغيرات دراستنا بصورة كاملة، في حين هناك من تطرقت إلى متغير واحد، إما متغير التطبيق الهاتفي كدراسة أحمد صادق عبد المجيد (2016) ودراسة دعاء أبو المجد أحمد علي (2021) ودراسة ميساء صالح أبو زيد، نايل محمد سليمان الحجايا (2022) أو متغير الوعي الصحي كدراسة عبدالناصر عبدالرحيم القدومي (2004) ودراسة عقيل مسلم، ومحمد مطر

عراك، وجاسم جابر محمد(2012) و دراسة ناهدة عبد زيد الدليمي، ورائد مهوس زغير، ويحي علوان منهل(2014) ودراسة دبن زيدان حسين، مقرانى جمال، سيفي بلقاسم (2016) ودراسة العربي محمد وحرיתי حكيم(2018)، ودراسة خويلدي الهواري وقزقوز محمد وبن سميشة العيد (2018) ودراسة أحمد سمير سعد زغلول (2020) أو متغير سلوكيات الخطر مثل دراسة اسمهان عزوز، بلعالم حورية رانيا، أو جزئية من متغير مثل دراسة سويدي موسى، بخاري محمد (2016) ودراسة وليد شاهين، إياد يوسف، زياد ارميلي(2020). أو إلى متغيرين اثنين مثل دراسة القص صليحة(2016) ودراسة فلاح بشير، قارة السعيد (2021).

✓ أما من حيث الأساليب الإحصائية فنجد أن غالبيتها قد استخدمت: اختبار"ت"، وتحليل التباين أحادي الاتجاه، وبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية" SPSS"، التكرارات، المتوسطات الحسابية الانحرافات المعيارية، وكذا معاملات الارتباط وهذا تماشياً مع أهداف، طبيعة العينات، وكذا متغيرات كل دراسة.

✓ معظم الدراسات لم تتفق على دراسة هدف مشترك - موضوع واحد - بل متغيرات منفردة.

✓ هناك دراسات اختلفت في النتائج التي تم التوصل إليها مقارنة بنتائج الدراسة الحالية.

✓ الدراسات كانت متنوعة بين المجال الرياضي والتغذية والصحة العامة والمنشطات أو المكملات للرياضيين.

✓ أظهرت نتائج الدراسات السابقة عن وجود فاعلية واثراً إيجابياً للبرامج على التطبيقات الهاتف المحمول ومنها دراسة دعاء أبو المجد أحمد علي (2021) دراسة ميساء صالح أبوزيد، نايل محمد سليمان الحجايا (2022)، كما أن الدراسات التي تناولت متغيري الوعي الصحي وسلوكيات الخطر أعطت جملة من النتائج منها وجود مستوى الوعي الصحي مرتفع كما في دراسة عبد الناصر عبد الرحيم القدومي (2004)، دراسة عقيل مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد (2012)، دراسة ناهدة عبد زيد الدليمي، ورائد مهوس زغير، ويحي علوان منهل(2014)، دراسة دبن زيدان حسين، مقرانى جمال، سيفي بلقاسم (2015-2016) ودراسة خويلدي الهواري و قزقوز محمد و بن سميشة العيد (2018). مستوى الوعي الصحي متوسط في دراسة سويدي موسى، بخاري محمد (2016) ودراسة وليد شاهين، إياد يوسف، زياد ارميلي (2020) دراسة فلاح بشير، قارة السعيد (2021).

✓ مستوى الوعي الصحي منخفض: دراسة وليد الرحاحلة (2008). سلوكيات الخطر مرتفع اسمهان عزوز، بلعالم حورية رانيا، دراسة القص صليحة (2016) مجموعة من النتائج أهمها: لا توجد

فروق دالة إحصائية بين درجات متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسي البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي وسلوك خطر منخفض دراسة **فلاحي** بشير، قارة السعيد (2021).

أما أوجه التميز عن الدراسات السابقة نجد ما يلي:

- ✓ تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بحدثة الموضوع حيث ربطت بين ثلاثة متغيرات هي (التطبيق الهاتفي، الوعي الصحي، سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام) بحيث لم يسبق حسب علمنا أن تم الجمع بينهم في دراسة واحدة.
- ✓ كما لم يتم الحصول على دراسة محلية أو دولية جمعت متغيرات الدراسة الحالية وهذا في حدود ما تم الاطلاع عليه.

6. فرضيات الدراسة:

إن قيمة أي بحث أو دراسة علمية يقاس بأهدافها ولا تتحقق هذه الأهداف إلا انطلاقاً من فروضها فالفرضية هي حجر أساس البحث العلمي من خلالها يقترح تفسيراً لحالات أو أحداث لم تتأكد، والغاية منها ليس من أجل تأكيدها فقد تأتي بنتائج تنفيها فتعوض بفرضيات أخرى للاختبار أيضاً إذن الفرضية هي عبارة عن: تخمين أو استنتاج ذكي يتوصل إليه الباحث ويتمسك به بشكل مؤقت أو تفسير مؤقت أو محتمل يوضح العوامل أو الأحداث أو الظروف التي يحاول الباحث أن يفهمها. (المحمودي، 2019:

(97

6-1- الفرضية الرئيسية:

للتطبيق الهاتفي التوعوي المقترح فعالية في زيادة مستوى الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

6-2- الفرضيات الجزئية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام لصالح القياس البعدي.

▪ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية.

7. ضبط المفاهيم الأساسية للدراسة:

تعتبر عملية تحديد وضبط المفاهيم والمصطلحات من بين أهم الخطوات في أي بحث لأنها تساعد على توضيح المعطيات الأساسية له بغية تأسيس الفرضيات وحصر المعاني وتحديد التعريفات التي يقصدها الباحث ويعتمد عليها في بحثه، حتى يقربه من الموضوعية العلمية، وتتضمن الدراسة الحالية جملة من المفاهيم الأمر الذي يحتم علينا توضيحها وتحديد مفاهيمها الإجرائية وتتمثل أهم مفاهيم هذه الدراسة في:

7-1- الفاعلية (Effectiveness):

يعبر مصطلح الفاعلية في الدراسات التجريبية عن مدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية باعتبارها متغيراً مستقلاً في أحد المتغيرات التابعة، كما يعرف بأنه مدى أثر عامل أو بعض العوامل المستقلة على عامل أو بعض العوامل التابعة، ويتم تحديد هذا الأثر إحصائياً. (شحاتة، والنجار، 2003: 236)

ويعرفها اللقاني (1999) بأنها القدرة على التأثير وبلوغ الأهداف وتحقيق النتائج المرجوة. (اللقاني والجمال، 1999: 73)

7-2- التعريف الإجرائي للفاعلية:

ويمكن تعريف الفاعلية في دراستنا هذه بحجم الأثر الذي يمكن أن يحدث نتيجة استخدام التطبيق الهاتفي التوعوي لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام. أو هي الأثر الإيجابي الناتج عن استخدام التطبيق الهاتفي التوعوي للزيادة مستوى الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

7-3- التطبيق الهاتفي (Application):

هو برنامج أو مجموعة برامج والتي تعمل وتشتغل على الهاتف الذكي وصممت للمستخدمين لتمكينهم من استخدام أو توظيف الهاتف في أداء وظائف العمل اليومية. (التميمي، 2006: 159)

7-4- التعريف الإجرائي للتطبيق الهاتفي:

التطبيق هو مجموعة من الخطوات تم بناؤها وتصميمها لرياضي كمال الأجسام وغيرهم لتمكينهم من التعرف على مجموعة من المفاهيم والحقائق والمعارف والمبادئ العلمية والتي تخص الرياضة

والصحة العامة والغذاء، والتي ينبغي عليهم تبنيها سلوكيا، ووعيها ومعايشتها بطريقة تنمي قدراتهم على الأداء الرياضي بشكل صحيح، وتساعدهم على تكوين السلوكيات والعادات والاتجاهات الحسنة، وتعمل على تنمية ميولهم وإشباع حاجاتهم بشكل إيجابي لتحقيق الشخصية المتكاملة.

7-5- الوعي الصحي (Health awareness):

يقصد به إمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية، وإحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال تحويل الحقائق الصحية السليمة إلى عادات سلوكية تمارس بتلقائية دون أدنى تفكير. (أبو العيون، 2013: 23)

وهو عملية تزويد الأفراد والمجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكهم فيما يتعلق بأمور الصحة تأثيرا إيجابيا نحو الأفضل. (المشاقبة، 2012: 44)

في حين تعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه يشير إلى قدرة الفرد نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي، على الوصول إلى المعلومات الخاصة بالجوانب الصحية الشخصية والغذائية والبيئة الوقائية وفهمها والاستفادة منها بطرائق تعزز التمتع بصحة جيدة وتصونها". (منظمة الصحة العالمية، 2010: 1)

7-6- التعريف الإجرائي للوعي الصحي:

الوعي الصحي هو قدرة الشخص على تبني مجموعة من الممارسات والأنماط السلوكية الصحية التي استمدها من خلال المعلومات والحقائق الصحية التي تحصل عليها من مختلف الوسائل والطرق وتجسيد ذلك في حياته اليومية وجعلها نمطا سلوكيا وحياتيا بغية الوصول إلى الرفاهية والعيش الرغد. " وهو: الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام جراء الإجابة على فقرات مقياس الوعي الصحي الذي تم إعداده وتبنيه.

7-7- سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة (Health_Related Risk behaviors):

تسمى الأدبيات العلمية الأجنبية مصطلح سلوكيات المخاطرة (الخطر) بمسميين:

- سلوكيات الخطر Comportements a risque

- السلوكيات المحفوفة بالمخاطر Conduites à risque

ويشير هذان المصطلحان إلى نفس المفهوم، وقد اعتمدنا في هذه الدراسة مصطلح سلوكيات الخطر بدل سلوكيات المخاطرة لأنه مصطلح يشاع تداوله في العلوم الاقتصادية.

تعرف المنظمة العالمية للصحة 1999 سلوك الخطر بأنه: " ذلك السلوك الموجود فعلا والذي يكون مرتبطا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية (Demeulemesteer René Bantuelleet2003: 37.

(Martine,

وتعرف سلوكيات المخاطرة (الخطر) أيضا بأنها "السلوكيات التي يمارسها الأفراد والمضرة بصحتهم وتسبب الأذى لمستقبلهم الصحي". (تايلور، 2008: 275)

كما أنها تشير " سلوك الخطر " إلى أي سلوكيات أو أفعال يمكن أن تعرض الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية للخطر ويضم هذا المصطلح مجموعة من السلوكيات الضارة في سياق تلك السلوكيات، منها على سبيل المثال التدخين، شرب الخمر، استخدام وتعاطي المواد المخدرة، السلوك الغذائي غير الصحي الخ. (عكسة، 2022: 42)

سلوك الخطر أيضا هو وضع الذات في خطر، خطر فسيولوجي للجسم أو للصحة (جروح، مرض أو موت) وأيضا خطر نفسي، وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها، ويمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا. (القص، 2016: 122)

7-8-التعريف الإجرائي لسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة:

هي مجموع درجات استجابات أفراد عينة الدراسة (الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام) على فقرات مقياس سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة الذي تم إعداده وتبنيه من طرف الطالب.

7-9-رياضة كمال الأجسام:

رياضة كمال الأجسام هي: مجموعة الطرق والوسائل التي تسمح بتطوير صفة القوة العضلية والتي

تكون مرتبطة بصفات بدنية أخرى مثل (السرعة، المداومة، المرونة ...). (Lambert .1985:9)

وهي رياضة تطوير الجسد البشري عن طريق التدريبات والتمارين لتوازن المحتوى الجسدي (البطن، الظهر، الصدر، اليد، الرجل) وباقي الأعضاء لتحسين الشكل المظهري وزيادة العضلات المفتولة والنامية للجسد. (أحمد، 2011: 16-17)

7-10-التعريف الإجرائي لرياضة كمال الأجسام:

رياضة كمال الأجسام هي رياضة استعراضية تنافسية قديمة حديثة، تهدف إلى تقوية وزيادة حجم وتضخيم العضلات، من أجل إكساب الجسم التناسق والقوام المشقوق والشكل والضخامة وهي رياضة تتطلب الإرادة والصبر والإصرار من خلال بذل مجهود جسدي كبير ومتواصل، بالإضافة إلى إتباع منهج تدريبي ونظام غذائي مدروس.

7-11-رياضي كمال الأجسام:

لاعب كمال الأجسام هو الرياضي الذي يسعى للوصول إلى حالة من الكمال والجمال الجسمي من خلال تطوير وتنمية حجم وقوة عضلات جسمه.

7-12- التعريف الإجرائي لرياضي كمال الأجسام:

هم الرياضيون الذكور والذين تتراوح أعمارهم بين (17-41 سنة)، في الفترة الزمنية من مارس 2022 إلى غاية مارس 2023 بما فيها الدراسة الاستطلاعية، المتواجدون بقاعة سمير جيم بولاية المسيلة الممارسون لرياضة كمال الأجسام.

الفصل الأول :

التطبيق الهاتفي

تمهيد.

1. مفهوم التطبيق الهاتفي.
 2. كرونولوجيا تطور الهاتف النقال.
 3. مكونات الهواتف وشبكات الاتصال:
 4. خصائص وخدمات الهاتف النقال.
 5. مجالات استخدام الهاتف النقال.
 6. لغة برمجة الهاتف النقال.
 7. سلبيات وإيجابيات الهاتف النقال.
 8. تطبيقات الهاتف النقال.
 9. الأساس الفلسفي لتطبيقات الهاتف النقال.
 10. تصميم وبناء تطبيق هاتفي.
 11. معايير تصميم وبناء تطبيق هاتفي.
 12. مراحل تصميم وبناء التطبيق هاتفي.
- خلاصة.

تمهيد:

منذ إعلان ثورة الهاتف بنوعيه الثابت والنقال تغيرت المفاهيم والقيم وتغير معها مفهوم الزمن فقد أحدثت هذه التكنولوجيا طفرة ليس فقط في حياة الإنسان، بل حتى في تفكيره ونمط حياته فلم يعد الهاتف حكراً على أشخاص معينين أو على هيئات معينة، بل أصبح ظاهرة اجتماعية وواقعا اجتماعيا لها شأنها في الحياة الاجتماعية إيجابا وسلبا (الدهشان، 2015 : 126)، فقد ألغيت الحدود ولم يعد هناك حاجز يمنع إيصال المعلومة أو حيازتها، وأصبحت الكرة الأرضية كرة إلكترونية تسع للجميع والغلبة لمن يحسن استغلالها، ففي الماضي كانت الشعوب تقاس بثرواتها الطبيعية، أما اليوم وبفضل التكنولوجيا والتي سرعتها الهاتف بمختلف برامجها وتطبيقاته فإن الدول المالكة لها هي من تحكم وتسير الآخر، فاليابان مثلا بلد فقير، وصغير المساحة لكن صيته وقوته جعلاه في مصاف الدول العظمى، حيث أصبح يتحكم في مفاتيح النمو الاقتصادي العالمي، بل وحتى في توجيه اقتصاديات الدول. والهاتف بتطبيقاته لم يترك أي مجال لم يلجه حتى العلوم الإنسانية والاجتماعية والرياضة والفلسفة والفنون والصحة والتعليم أخذت نصيبها منه فلا يكاد يمر يوما بل ساعة حتى نرى آلاف من هذه التطبيقات تغزو سوق المعلومات حتى أنه لم يعد استخدامها مجرد خيار بل أصبح ضرورة حياة تستوجب التأقلم معها وتعلمها كمهارة تدخل في إطار الوعي المعلوماتي.

1. مفهوم التطبيق الهاتفي:

1-1-1-تعريف التطبيق:

1-1-1-1-لغة:

معنى التطبيق لغة هو تطبيق الشيء على الشيء، جعله مطابقاً له، بحيث يصدق عليه. " (الكفوي، 1419هـ:105)

1-1-1-2-اصطلاحا:

التطبيق Application هو برنامج أو مجموعة برامج والتي تعمل وتشغل على الهاتف الذكي وصممت للمستخدمين لتمكينهم من استخدام أو توظيف الهاتف في أداء وظائف العمل اليومية. (التميمي، 2006: 159)

التطبيقات (Applications): هي استخدام التكنولوجيا والنظم واستثمار إمكاناتها في وظائف محددة، ومن أمثلة البرامج التطبيقية برمجيات معالجة النصوص (Word processors programs)، وبرامج قواعد البيانات (Database programs) في مجالات التطبيق الموضوعية المختلفة، وبرنامج تصفح

الشبكة العنكبوتية (Web.browsers)، وبرامج الرسومات وتحرير الصور، وبرامج الاتصال (Communication.programs). (قديلي، 2003: 45)

التطبيق حسب الطالب هو برنامج حاسوبي صمم للرياضي كمال الأجسام وغيرهم لتمكينهم من التعرف على مجموعة من المفاهيم والحقائق والمعارف والمبادئ العلمية، والتي تخص الرياضة، الصحة العامة والغذاء والتي ينبغي عليهم تطبيقها تطبيقاً عملياً، ووعياً ومعايشتها بطريقة تنمي قدراتهم على الأداء بشكل صحيح، وتساعدهم على تكوين السلوكيات والعادات والاتجاهات الحسنة، وتعمل على تنمية ميولهم وإشباع حاجاتهم بشكل إيجابي لتحقيق الشخصية المتكاملة.

1-2-2- تعريف الهاتف:

1-2-1- لغة: هتف من الهتف والهتاف: الصوت الجافي العالي، وقيل: الصوت الشديد. هتف به: صاح به. هتفت بفلان: دعوته، وقيل مدحته. سمعت هاتفا يهتف: إذا كنت تسمع الصوت ولا تبصر أحدا. (ابن منظور، 2005: 375).

الهاتف أو التليفون Telephone كلمة أجنبية أصلها يوناني وهي مركبة من مقطعين يعني أولها "Télé" عن بعد" وثانيها Phone "صوت" وهو عبارة عن جهاز للاتصالات السلكية ولاسلكية مصمم لنقل الإشارات الصوتية من خلال إشارات كهربائية وعبر مسافات طويلة. (دليو، 2014: 253)

1-2-2- مفهوم الهاتف القار أو الثابت:

الهاتف القار أو الهاتف الثابت هو طريقة اتصال باستخدام شبكة موصلات سلكية نحاسية أو ألياف بصرية أو كابل محوري أو باستخدام تقنية لاسلكية (حلقة ثابتة) ويعتمد على تركيز الجزء الأخير من خط مشترك في مكان ثابت، ويتمثل الجزء الأخير من الخط في جزء شبكة الاتصالات الموجود بين مقبس الهاتف ومقسم مشغل الاتصالات. (الهيئة الوطنية للاتصالات تونس، 2017: 3)

1-2-3- الهاتف النقال:

الهاتف النقال هو امتداد للهاتف التقليدي الثابت الذي تحكمه الأسلاك، ولغرض إضافة عنصر الحركة للهاتف تم اختراع وتطوير أنظمة خلوية تستخدم موجات الراديو، وتسمح بالاتصال بين المستخدم ومحطة التحويل. (Musso, 2008: 13)

وهو أيضا أحد وسائل الإعلام الجديد ووسائل الاتصال، اللاسلكي عن طريق شبكة أبراج موزعة في منطقة معينة، وبدء استعماله عام 1947 " (شقرة، 2014: 84)

1-2-4- مسميات الهاتف النقال:

- **الهاتف النقال لغة:** هو مصطلح مركب من كلمتين :هاتف ونقال، ويطلق عليه عدة تسميات : الهاتف النقال، المحمول والخلوي، الجوال، الذكي أو الهاتف المتحرك إلا أنها تشترك في الوظيفة والهدف.
- **الهاتف النقال:** نقال نظرا للقدرة على التنقل به، ونقله من مكان إلى آخر، كلمة Mobile كصفة أو Le mobile كإسم في قواميس اللغة الفرنسية تعني (متحرك أي قابل للحركة أو للتحرك أو الجسم المتحرك) (صديق، ب س: 4)
- **الهاتف المحمول:** المحمول فهو من الحمل، وحمل الشيء يحمله حملا وحملانا فهو محمول اسم محمول، لأنه يحمل من طرف الشخص وينتقل معه.
- **الهاتف الخلوي:** لأن المنطقة الجغرافية التي يتلقى فيها المرسل إليه الرسالة تسمى الخلية.
- **الهاتف النقال الذكي (Smart Phone):** هي هواتف محمولة - نقالة تحتوي على خواص متقدمة مقارنة بمثيلاتها من الهواتف الخلوية الأخرى، كما يوجد بها ميزة تصفح الإنترنت ومزامنة البريد الإلكتروني، وفتح ملفات الاوفيس وتشغيل الوسائط المتعددة وتحتوي على لوحة مفاتيح كاملة. (القحطاني وآخرون، 2012: 125)

وحسب رأينا فإن الهاتف المحمول وهو عبارة عن جهاز كمبيوتر محمول مدمج داخل جهاز الهاتف المحمول، يعمل بواسطة شبكة من الأبراج الخاصة بالبيث، متصلة لاسلكيا من خلال موجات الراديو يتم ربطها عبر الأقمار الصناعية أو الخطوط الارضية الثابتة الموزعة داخل مساحات محددة، وهذه الموجات تأخذ شكل إشارات ذبذبية قوية جدا قد تصل الى MZ 20 إرسالا واستقبالا في الثانية، يحتوي هذا الجهاز على شاشة عرض بمواصفات الـ LCD تعمل باللمس وتشغل بأنظمة تشغيل متعددة مثل الأندرويد ونظام الآيفون، ويمكنه القيام بأكثر من عملية أو وظيفة في نفس الوقت ، لتصفح الإنترنت واستقبال البريد الصوتي وحتى بالصورة المباشرة والإلكتروني، بالإضافة للكاميرات التي من خلالها يُمكن التصوير بجودة عالية تنافس جودة الكاميرات الرقمية، كما يمكن السماع للموسيقي أو أخبار الراديو إضافة إلى تمكين المستخدم من اختيار الألعاب والكثير من التطبيقات الأخرى المختلفة. وقد كان أول استصدار لهاتف ذكي عام 1993م من قبل شركة AT&T للاتصالات، ويعتبر من أهم أدوات الاتصال والتواصل الحديثة بتكلفة مادية قليلة وفي متناول فئات المجتمع بهدف التسهيل على المستخدم الكثير من أمور الحياة من خلال تعزيز الروابط بين الأفراد حول العالم.

2. كرونولوجيا تطور الهاتف النقال :

- 1791: قدم كل من كلود ويرينيه شاب أول عرض توضيحي لنظام التلغراف البصري والذي سمي آنذاك بالتلغراف أو الكاتب البعيد.
- 1794 تم بناء أول خط تلغراف في فرنسا من باريس إلى مدينة ليل.
- 1837: حصل كوك وويتستون على براءة الاختراع للتلغراف الكهربائي الإبري Needle في إنكلترا.
- 1840: تحصل مورس على براءة الاختراع في الولايات المتحدة الامريكية.
- 1844: إرسال أول رسالة رسمية عبر التلغراف من طرف مورس من بالتيمور إلى واشنطن.
- 1851: إنشاء أول كابل تلغرافي تحت البحر بين بريطانيا وفرنسا.
- 1861 عرض أول عرض إيضاحي لجهاز شبيه بالهاتف من طرف جوان فيليب ريس.
- 1876: ألكسندر غراهام يتقدم بطلب براءة الاختراع لتلغراف الناطق (الهاتف).
- 1877 ويستيرن يونو تصمم أول هاتف ناطق.
- 1878: تركيب أول هاتف في البيت الابيض للرئيس رذرفورد بي- هابس.
- 1879 أول شركة الهاتف في المملكة المتحدة.
- 1899: منح براءة اختراع لنظام تحويل هاتفي أوتوماتيكي من طرف ألمون ستروجر.
- 1906 لي دي فورست يخترع الصمام الترميوني " الاوديون Audion " .
- 1915 افتتاح أول خط هاتفي عبر القارات.
- 1910 بدأ الإعلانات والإشهارات الرسمية للهواتف للتجار والمؤسسات.
- 1930: بدأ الإعلانات والإشهارات للهواتف الشخصية.
- 1937 شركة بل للهواتف تطرح هاتف بل "300" المصمم من طرف هنري دريفوس.
- 1945 بدأت الولايات المتحدة الامريكية بالسماح لمواطنيها بالاتصال الشخصي لاسلكيا من خلال استخدام حزم الترددات الراديوية في استخدامات شتى منها الاتصالات الأسرية والأعمال التجارية الفردية بواسطة الخدمة الاذاعية CB.
- 1947: أول خدمة هاتف لاسلكي نقال في أمريكا في الطرق السريعة.
- 1948: وليام شوكلي، جون باردين ووالتر براتين يعلنون اختراع الترانزيستور.
- 1958 تم افتتاح الأصناف الخدمية CB بتردد 27 ميغاهرتز لمجموعة من القنوات. (الكناني، 2012: 218-219)

- 1970 استطاع عاموس جول في مختبرات بيل اختراع فكرة ما يسمى " المكالمة المتنقلة " وهي الميزة التي تسمح لمستخدم الهاتف الجوال للتنقل بين العديد من الخلايا خلال نفس المحادثة.
- 1973 (03 أبريل) استطاع العالم كوبر إطلاق أول مكالمة بواسطة الهاتف النقال تحت إشراف شركة موتورولا.
- 1962 إطلاق القمر الصناعي تليستار المصمم من قبل مختبرات بل.
- 1965 بدء الاستعمال التجاري لنظام التحويل الهاتفي مخزن البرنامج.
- 1976 إطلاق القمر الصناعي كومستار الذي ينقل 30000 مكالمة في نفس الوقت.
- 1978 إنشاء أول نظام للهاتف النقال في أمريكا بسعة 2000 مستخدم.
- 1980 تم طرح أول هاتف محمول تلقائي كليا (الجيل الأول للهاتف الجوال G1). (الكناني 2012: 223)
- 1982: ولادة الجيل الثاني من الهواتف النقالة G2.
- 1984 شركة موتورولا تطرح هاتفها النقال التجاري الأول.
- 1993 اليابان تطلق أول نظام هاتف خلوي رقمي.
- 2000 بداية الجيل الثالث G3.
- 2002 إعترف الكونغرس الأميركي رسميا بأن ميوتشي هو المخترع الحقيقي للتليفون وذلك بعد مرور 133 عاما على موته سنة 1889.
- 2007 (كانون الثاني): صدور أول جهاز الايفون من طرف شركة أبل.
- 2007 (تشرين الثاني): إعلان شركة جوجل بتصدير نظام الأندرويد التشغيلي للهواتف الذكية بالمجان.
- 2008 (تشرين الثاني): تشغيل أول جهاز بنظام الأندرويد.(G1)
- 2008: قرار شركة مايكروسوفت بإلغاء هاتف الـ (Windows Mobile) لعدم قدرته على منافسة الأجهزة الذكية التي تعمل بأنظمة الأندرويد والآيفون.
- 2010 (كانون الثاني): إصدار أول جهاز آيباد وأول جهاز تابلت بحجم 10 بوصات من طرف شركة أبل.
- 2010 (تشرين أول): بدأ شركة مايكروسوفت بإنتاج أول جهاز يعمل بنظام الـ (Windows Phone)..

3. مكونات الهواتف وشبكات الاتصال:

3-1-1- مكونات الهواتف:

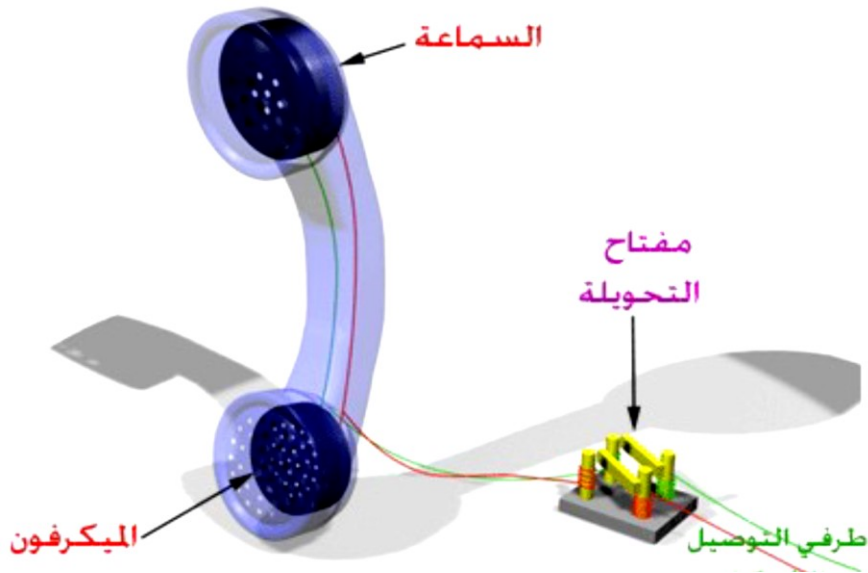
3-1-1-1- مكونات الهاتف البسيط: يتكون الهاتف البسيط من ثلاثة أجزاء هي:

- **المفتاح الكهربائي: Switch** يعمل على توصيل التلفون بالشبكة الخارجية عند إجراء المكالمة أو فصله عنها، والذي يعرف أحيانا باسم التحويلة والتي تكون في حالة اتصال بمجرد أن ترفع سماعة التلفون.
- **السماعة: Speaker** وهي عبارة عن سماعة صغيرة تعمل على تحويل التيار الكهربائي إلى موجات صوتية.



صورة رقم (1) تمثل نموذج الهاتف القديم.

الميكروفون: Microphone وهو الجزء من السماعة الذي نتحدث منه، وكان في أجهزة التليفون القديمة بسيط التركيب يتكون من حبيبات كربون مضغوطة بين لوحين معدنيين يمر من خلالهما تيار كهربائي، وعندما نتحدث تحدث الموجات الصوتية تضاعفات وتخلخلات في حبيبات الكربون مما يغير من قيمة مقاومتها لمرور التيار وبالتالي تتغير شدة التيار الناتج ارتفاعا وانخفاضا تبعا للموجة الصوتية. (عمر. ب س: 2-3)



صور رقم (2): تمثل مكونات الهاتف الحديث (عمر، ب س : 1-2)

3-1-2- مكونات التليفون الحديث:

هي نفس مكونات الهاتف القديم مع إدخال Duplex coil الذي يحجب صوت المتحدث عن أذنه كون من سلبيات الهاتف القديم هو أن المستمع يسمع ترددات صوته من خلال سماعة الهاتف مما يسبب الكثير من الإزعاج. كما تم تزويد الهواتف الحديثة بلوحة مفاتيح تعمل بمجرد الضغط عليها بدل الضرب على مفتاح التحويل، إضافة إلى استبدال الميكروفونات القديمة بأخرى إلكترونية تحتوي على مكبرات مزودة بدوائر لتوليد أصوات لطيفة بدل الجرس التقليدي (عمر. ب س : 2-3).

3-1-3- مكونات الهاتف الجوال:

تتكون الهواتف الذكية مثلها مثل الحواسيب المحمولة من جزئين Hardware أي الفيزيائي (المعدات المادية) و Software وهو الجزء البرمجي المشغل للجهاز (البرمجيات). وهي المكونات الأساسية، التي تشكل الهاتف النقال والتي تختلف بالزيادة أو النقصان أو الاختلاف من شركة إلى أخرى حيث نجد:

- ✓ .الشاشة liquid Crystal Display CDL.
- ✓ .السماعة ear phone – speaker – Pico speaker.
- ✓ .الميكروفون microphone – mic.
- ✓ .الجرس buzzer – ringer – ihf speaker.
- ✓ .الرجاج أو الهزاز vibrator.
- ✓ .قاعدة أو سوكت الشحن charging socket.
- ✓ .كونكتور أو ريش البطارية battery connector.
- ✓ .الكاميرا camera.

- ✓ .السويتش الخاص بالهوائي الخارجي antenna switch.
- ✓ .لوحة المفاتيح الداخلية internal keypad.
- ✓ .بيت الكارت. simcard reader.
- ✓ .البيورد الأم mother board.
- ✓ .جسم الموبايل الامامي والخلفي.
- ✓ .لوحة الدائرة الالكترونية والمتكونة من عدة طبقات يربط بينهما رابط Multi Layers.
- ✓ .الهوائي ant.
- ✓ .البطارية Battery. (عمارة، 2011: 27)

3-1-4- المكونات الاضافية:

- وهي تختلف بحسب نوع الهاتف (عادي، متعدد الوسائل Multi Media) وبحسب جيله والمنتج:
- ✓ الكاميرا.
 - ✓ .Bluetooth.
 - ✓ .المُستشعرات. (Sensors)
 - ✓ وحدة معالجة الرسومات. (Graphics Processing Unit).
 - ✓ بطاقة التخزين، مثل بطاقة مايكرو أس دي. (microSD cards).
 - ✓ .(Sim-Carte).

3-2- انظمة تشغيل الهاتف النقال:

نظام التشغيل: وهي تمثل الواجهة التي تمكن من تفعيل كل ما يحتويه الهاتف. و أكثرها شيوعاً للأجهزة الذكية، بما في ذلك الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية والساعات الذكية وأجهزة الكمبيوتر المحمولة والتلفزيونات الذكية وأجهزة الإنترنت من الأشياء والأجهزة الطبية الذكية وغيرها، هي: Apple OS - Tizen - Windows Phone - iOS - Android- IBM iOS - Android TV - لينكسLinux - Car OS - Smart Home OS - Paper OS. ومن أبرزها:

3-2-1- الأندرويد: Androide هو نظام محايد مبني على نواة لينكس تم تطويره من قبل التحالف المفتوح للهواتف النقالة. ويعتمد هذا نظام على بيئة مفتوحة المصدرين أي مزود خدمة خلوي الحصول عليه مجاناً، مزود بباقة من خدمات جوجل المتميزة كخرائط جوجل والبريد الإلكتروني جي ميل Gmail والتقويم مع متصفح أنترنت كامل، وإضافة إلى تطبيقات من مطوري خدمات آخرين عبر سوق أندرويد (أحمد، 2012: 72)، وهو من إنتاج شركة جوجل (Google) عام 2008 وتعني كلمة أندرويد

الروبوت على هيئة إنسان، ويخضع لتحديثات مستمرة بحيث يطلق على كل تحديث اسم مختلف مثل Lollipop ، Marshmello ، Gelly Bean ، أما المتجر الخاص بالتطبيقات فيسمى بلاي ستور Play store كما تعتمد Androide على التطبيقات وبالخصوص تطبيقات الألعاب كمكون أساسي لدخلها من خلال إتاحة إنزالها من طرف المستخدمين من متجر Google Play، إضافة إلى أن هذا النظام يطلق في كل مرة العديد من التحديثات وبطريقة منتظمة خاصة بتحسين الأمان والأداء كما أنه يمتاز بكونه مفتوح المصدر مما يسمح باستخدامه من طرف مختلف الشركات المصنعة للهواتف.

3-2-2- نظام التشغيل: Ios هو نظام مصمم ومحدث من قبل شركة أبل Apple الأمريكية، لمالكها Steve Jobs ويعتبر من أقوى الأنظمة المنافسة، تقوم بتصنيع وتصميم برامج الكمبيوتر بالإضافة إلى الإلكترونيات الأخرى مثل Ipad، Iphone، Apple TV، وتتميز بأنها قابلة للتحديث والتطوير وتعمل بخاصية اللمس، والمتجر الخاص بالتطبيقات يسمى أبل ستور Apple Store. ومن أشهر الهواتف التي تعمل بنظام أو إس ios وهي هاتف آيفون iPhone

3-2-3- آيفون: Apple Iphone OS تم إصدار هذا النظام عام 2007 من طرف شركة أبل وهو متوفر على أجهزتها فقط مثل (الآيفون، الآيبود، الآيباد)

3-2-4- ويندوز فون ويندوز موبايل:

النظام تملكه شركة مايكروسفت، يعد أحد أقدم أنظمة التشغيل للهواتف الذكية وكان مسيطرا على سوق الجوال المتقدمة، ولكن حصة النظام بدأت في التراجع حتى وصلت لأقل درجاتها في 2011، ولهذا السبب أطلقت مايكروسوفت الإصدار المتطور وهي ويندوز فون 2 وقامت بتطوير كامل وجذري للنظام، من أهم مميزاته الاستفادة من خدمات مايكروسوفت كالماسنجر والأوفيس.

3-3- أجيال الهاتف النقال:

لقد مر تطور شبكات النقال عبر عدة أجيال وهي كالتالي:

3-3-1- الجيل GO :

ظهر الجيل GO في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، لكن وبسبب محدودية مدى موجات الراديو وبقيائها محصورة في مناطق محدودة وضيقة فلم يتم تصنيف الهواتف آنذاك كهواتف نقالة.

3-3-2- الجيل الأول: G1

اعتمدت فكرة عمل الهواتف النقالة في الجيل الأول على ترددات راديوية متغيرة باستمرار لنقل أصوات المستخدمين، حيث يتيح ذلك الاتصال المتعدد لأكثر من هاتف خلوي بمحطة الإرسال، ويستخدم كل نقال تردد مختلف، وإن استخدام تلك القنوات لا يكون بشكل دائم. يفصل ترددات الإرسال عن ترددات

الاستقبال لكل قناة صوتية مجال ترددي مقداره 45 ميغاهرتز لكيلا تحدث تداخلات بين الموجات المرسله والمستقبلة. (الكناني، 2012: 228)

وتعتبر شركة Nippon اليابانية أول من أطلق نظام خلوي تماثلي سنة 1979 وهذا تحت اسم NNT لتعرف فيما بعد نظام JTACS و NTACS وفي عام 1983 ظهرت بالنظام التناظري Analogue وسميت بـ: AMPS أي الأنظمة المتطورة والتي بدأت باستخدام ترددات الراديو بين 824 ميغا هرتز و 894 ميغا هرتز بطريقة مستمرة.

وقد تميزت شبكات G1 بمحدودية نقل البيانات وارتباطها ببرتوكولات خاصة وترددات معينة إضافة إلى سوء النوعية وانخفاض القدرة وإمكانات التشغيل وغياب الموثوقية، ومشاكل فنية أخرى أهمها تشوش على مستوى الصوت. (Tony Wakefield et al, 2007, 54).

ومع التطور التكنولوجي في مجال الرقمنة وكثرة طلبات واحتياجات المستخدمين إلى خدمات أوسع وأدق ونظرا لكثرة المشاكل التقنية وخصوصا في نوعية الصوت وجودته أدى إلى ظهور الجيل الثاني من شبكات النقال.

3-3-3-الجيل الثاني: G2

قد تم تطوير تكنولوجيات هذا الجيل الثاني في بداية التسعينات عن طريق رقمنة الإشارات التناظرية حيث يتم تشفير وضغط البيانات ليسهل إرسالها بكفاءة عالية وفي فترة زمنية قصيرة ، حيث يمكن إجراء من 3 إلى 10 اتصالات مرة واحدة، كما أنها تمكن من استخدام قناة واحدة لأكثر من مستخدم في نفس الوقت، حيث تقسم الإشارة اللاسلكية إلى شرائح من البيانات تحمل كود بعنوان المستخدم للنقال، وأثناء انتقالها إلى المستقبل تتوزع الشرائح على نطاق الترددات ثم يعاد تجميعها عند الاستقبال، ويسمى هذا النظام بالنظام العالمي للاتصالات اللاسلكية واختصاره GSM. (الغامدي، 2011: 56)

وقد صاحب شبكات G2 و G2.5 تطور أجهزة الهواتف النقالة التي أصبحت أكثر تعقيدا خاصة من ناحية المعالجة الرقمية للبيانات، حيث ظهر أول جهاز سنة 1990 م يبلغ وزنه 200 غ. (Pei 31: 32 Zheng, Lionel Ni, 2006) الذي يحتوي على شاشة LCD صغيرة تظهر أرقام المتصلين، مركز الاتصال، إشارة الشبكة بالإضافة إلى بعض المعلومات تتعلق بالتطبيقات المتاحة.

وكان الهدف من G2 هو زيادة قدرات النظام من خلال قوة الإرسال العالية نسبيا، الموثوقية، زيادة قدرة وكفاءة الطيف، سهولة تقديم الخدمات الصوتية المتطورة والرسائل النصية، الفاكس وامكانيات الوصول إلى شبكات البيانات الأساسية، تحسين الحماية ومنع الاحتيال. (Gordon L. Stuber,) (2002: 32).

دعم خدمة البريد الالكتروني وتصفح الواب، وهذا بسبب توفير معدل بيانات واقعي يقدر بين 40 و50 كيلوبايت في الثانية، مع معدل نظري يصل إلى 171,2 كيلوبايت في الثانية. (الهاشمي، 2011: 277)

G3: الجيل الثالث: 3-3-4

توصلت شبكات G3 إلى إتاحة خدمات الوسائط المتعددة التي تسمح بمزج الصوت والصور والرسوم... إلخ وتأمين الوصول السريع للإنترنت والبث الصوتي والفيلمي في الوقت الحقيقي، إضافة إلى خدمات البث التلفزيوني الحي والقنوات الفضائية بكفاءة وجودة عالية، والوصول إلى تحقيق اتصالات شخصية متحركة عالمية مع استخدام الاتصال الشخصي والشبكات الذكية التي تحدد مكان الشخص الطالب وهو ما يمنح المستخدم الحرية في التواجد في أي مكان في العالم. (Gordon L. Stuber,) (2002: 08)

وبفضل خدمات نظام UMTS التي وصل فيها معدل البيانات إلى 2 ميغابايت في الثانية، بدأت بعض الشركات إنتاج مجموعة من الهواتف أطلق عليه الهواتف الذكية Smart phones وهي مزيج من الهواتف النقالة والمساعدات الرقمية، وبدأت تأخذ دورها في أسواق الأجهزة المحمولة بشكل منافس خاصة مع الخدمات التي تقدمها من استعراض الإنترنت ودعم لبرامج متنوعة خاصة بها. (الدهشان، 2015: 45).

G4: الجيل الرابع: 3-3-5

الجيل الرابع وهو عبارة عن شبكة مكونة من عدة شبكات تقدم خدمات اتصالات مختلفة تتميز بسرعة نقل البيانات أكبر وبتكلفة أقل، كما يمكن التنقل بين الأنظمة المختلفة بجهاز واحد، يوفر عديد الخدمات وبمعدلات بيانات أعلى بكثير مقارنة بالأجيال السابقة منها خدمة رسائل الوسائط المتعددة، درشة الفيديو، التلفزيون المتنقل بمحتوى عالي الدقة، بث الفيديو الرقمي (DVB). (حسين، 2011: 193) وهو يحتاج في ذلك إلى تكنولوجيا WiMAX اللاسلكية التي تسمح بتحويل البيانات بسرعة عالية باستخدام ترددات الراديو المحلية وهي تقوم على أساس بروتوكولات الإنترنت IP/TCP وتوفر معدل بيانات نظري يصل إلى 15 ميغابايت في الثانية خلال مسافة 5 كلم، ويمثل سوق WiMax حوالي 3 % من سوق الاتصالات عالية السرعة (Pierre Albert , Christine Leteinturier, 1999:) (68).

3-3-6- الجيل الخامس G5 :

هناك أفكار لتغطية المساحات الواسعة مثل محطات المنصات العالية.(HAPS) هذه المنصات يتوقع أن تكون في الغلاف الجوي وعلى ارتفاع 20 كم، وباستخدام أشعة ضوئية يمكن الربط بين هذه المنصات بشبكة متتالية في الهواء، حيث تدعم هذه الشبكات خدمات الطرقيات الثابتة والمتنقلة . ونظرًا لأن المحطات تستخدم نطاق الموجات المليمترية فإن هوائيات صغيرة ستكون كافية لنقل 144 Kb/s نحتاج إلى وضع هوائي للسيارات باستخدام لاقط هوائي ذي قطر 5 سم. ويعتقد أن تطوير هذه المحطات واستخدامها سيتحقق في الجيل التالي أي في الجيل الخامس لأنظمة الاتصالات اللاسلكية (الغامدي، 2011 : 61).

3-4- نظام الاتصال في الهاتف:

تبدأ العملية بفكرة تقسيم المدينة إلى خلايا، كل خلية بمساحة 26 كيلومتر مربع وتأخذ شكل سداسي الأضلاع وكل خلية منها تحتوي على محطة تقوية، والتي تحتوي على برج يحمل معدات إرسال راديو. الهاتف النقال يمتلك شفرات خاصة مرتبطة به ويعمل من خلالها وتستخدم هذه الشفرات للتعريف بالجهاز ومالكه ومزود الخدمة أو الشركة التابع لها.

الخطوة الأولى يبدأ بتشغيله وتستغرق من 25 إلى 40 ثانية لكي يكون النقال جاهزا للاستخدام وخلال هذه المرحلة يستقبل إشارة تسمى بشفرة نظام التعريف (SID (System Identification Code) وهنا يتم التعريف بينه ومحطة الإرسال وذلك باستخدام قناة تحكم، وهي عبارة عن تردد محدد ليتمكن من النقاط إشارة الخدمة من محطة الإرسال في الخلية القريبة منه وتحديد محطة الإرسال التي في منطقة تواجد المستقبل، وإذا لم يجد قناة التحكم هذه فيعطي إشارة أنه خارج منطقة الخدمة.

ثم تبدأ الخطوة الثانية بعد استقبال إشارة التعريف يقوم النقال بمقارنة شفرة نظام التعريف الخاصة التي استقبلها ومقارنتها بتلك المخزنة بالجهاز، فإذا تمت مقارنتها وتبين أنها نفس الشفرة المتعارف عليها بين الجوال والمحطة فإن النقال يتعرف على الخلية التي سيتعامل معها. (عمارة، 2011: 407-408)

يقوم الجوال في الخطوة الثالثة بإرسال طلب تسجيل إلى مكتب التحويلات التي تمكن محطة الإرسال من تعقب مكان تواجده وتخزين بيانات الموقع في قاعدة بيانات لاستخدامها في اللحظة التي يأتي فيها الاتصال وذلك لأنها تراقب دوماً مكان تواجده والخلية التي تغطي الخدمة لتلك المنطقة المتواجد فيها الجوال. (عمارة، 2011: 409).

3-5- شبكات الاتصال:

تمر عملية الاتصال عبر مجموعة من الشبكات أهمها:

3-4-1- الكيبل المحوري: هو كيبل مكون من أربعة مواسير محورية مقاس $19,5 \times 2,6$ مم وخمسة أسلاك رباعية قطر $0,9$ مم مغلفة بالورق، وثمانية أسلاك قطر $0,9$ ممغلفة بالبوليثين ويغطي الكيبل بالورق المغطى بغلاف من الرصاص والبوليثين الأسود من الخارج، ومن مميزات الاتصال بهذه الكوابل - سرية الاتصالات - الكفاءة والجودة العالية لعدم تأثرها بالعوامل الطبيعية.

3-4-2- شبكات الميكروويف: وهي الشبكات ذات الموجات اللاسلكية المتناهية في القصر والتي تؤمن قنوات الاتصال الخاصة بالهاتف والبرق والتلكس وبرامج الإذاعة.

3-4-3- الاتصالات الفضائية عبر الأقمار الصناعية.

3-4-4- الشبكات المحلية. (السرياني، 1984: 14-15-16)

3-4-5- أبراج الهواتف الخلوية (القواعد): تستخدم القواعد موجات الراديو لتوصيل الهاتف الخليوي بالشبكة الهاتفية لكي يتمكن المستخدم من إرسال واستقبال المكالمات والرسائل القصيرة والوسائط المتعددة وغيرها من تطبيقات الهواتف الخلوية من العمل.

وتتكون القواعد من ثلاثة عناصر أساسية:

- الهوائيات Antenne: لإرسال واستقبال إشارات الراديو، وهي نوعان أحدهما في شكل قضيب يستخدم لاتصال الجوالات بالقاعدة (البرج) ويتراوح طوله ما بين $0,5$ و $2,5$ مترا، أما النوع الثاني فيكون على شكل أطباق ويعمل على اتصال القواعد ببعضها البعض.
- المساند: وتكون على شكل سارية أو بناية عالية تثبت عليها الهوائيات لكي تكون معلقة في الهواء بعيدا عن أي عائق يمكن أن يجعل الموجات تحيد عن سيرها في خط مستقيم.
- أجهزة إمداد القاعدة: وهي الأجهزة الإذاعية التي تعمل بالطاقة الكهربائية اللازمة لتشغيلها وتكون محفوظة في خزانات محمية. (مجلة النيك، 2011: 26)

4. خصائص وخدمات الهاتف الذكي:

4-1- خصائص الهاتف الذكي:

كغيره من الأجهزة التكنولوجية الأخرى فقد مر الهاتف النقال بعدة تغييرات وتحديثات سواء في جانبه الفيزيائي التقني أو في الجانب الخدماتي البرامجي، وكل جهاز له خصائص ومميزات ينفرد بها عن غيره من ومنها:

- يحتوي على ذاكرة تخزين كبيرة، لحفظ العديد من أنواع الملفات.
- إمكانية التواصل من خلال الصوت والصورة أو من خلال إرسال واستقبال الرسائل النصية القصيرة في أي مكان من العالم.
- احتوائه على العديد من الألعاب التي تتناسب جميع الفئات والأعمار، بالإضافة إلى ألعاب الجافا.
- يتيح استخدام تقنيات تتبع حركة العين لتصفح الأنترنت.
- يدعم العديد من قدرات الاتصال اللاسلكي مثل واي فاي، والبلوتوث.
- يسهل عملية التواصل مع الآخرين ومشاركتهم عبر خدمات التواصل الاجتماعي.
- يتيح الوصول للإنترنت بطريقة ذاتية عبر تشغيل خدمة الوصول للإنترنت.
- تتميز بقدرتها على مشاركة شاشته مع شاشات أكبر مثل أجهزة التلفاز عالية الوضوح وتبادل الملفات بينه وبين الحواسيب الشخصية وعمل مزامنة بينهما.
- يتيح الاتصال بالآخرين ورؤيتهم من خلال الأجهزة DCT 4 المزودة بكاميرات دقيقة.
- يعتمد على شاشات بشكل رئيسي مع توفير أقلام خاصة للكتابة على الشاشات التي تستطيع التعرف خط يد المستخدم وتحويله إلى نص يمكن تعديله .
- الاستماع إلى ملفات صوتية وكذلك الاستماع إلى الراديو ومسجل الصوتيات وغيرها من الألعاب المشتركة بين الأجهزة وعبر خطوط الأنترنت. (البياتي، 2014: 140)

4-2- خدمات الهاتف الذكي:

4-2-1- خدمة الرسائل القصيرة (Short Message Service) SMS:

وهي رسالة مكتوبة، تكتب عن طريق لوحة المفاتيح الموجودة في الجهاز المتنقل وترسل عبر شبكات الاتصال، وهي تسمح لمستخدمين بتبادل رسائل نصية قصيرة فيما بينهم بحيث لا تتجاوز حروف الرسالة الواحدة 160 حرفاً، الرسائل النصية القصيرة لم تعد مقتصرة على شركات الاتصال، بل تعدت ذلك إلى

تطبيقات ومواقع توفر هذه الخدمة إما مجاناً أو برسوم بسيطة مثل Skype. (عبد السلام، 2020: 14).

4-2-2-4 خدمة الواب WAP (بروتوكول التطبيقات اللاسلكية):

يتم تزويد أجهزة النقل بالإنترنت عن طريق خدمة WAP (Wireless Application Protocol) وهي عبارة عن مجموعة معايير تصف عملية الحصول على المعلومات من شبكة الإنترنت باستخدام الهاتف، حيث يحول صفحات الإنترنت المصممة للكمبيوتر إلى شكل يناسب شاشات الهواتف النقالة، وبالتالي سمحت هذه التقنية بإمكانية بث البيانات ودخول المستخدمين إلى مواقع المعلومات والتطبيقات بسهولة. (الهاشمي، 2011: 276).

4-2-3-4 خدمة التراسل بالحزم العامة للراديو (GPRS):

وهي تقنية مبتكرة جديدة تسمح بالدخول إلى الإنترنت بسرعة فائقة وإمكانية استقبال البيانات والملفات وتخزينها واسترجاعها وتبادلها لاسلكياً بسرعة في حدود 171.2 كيلوبايت في الثانية، وغالبية هذه الهواتف مجهزة بهذه التقنية حيث يستطيع المستخدم الدخول إلى الإنترنت في أي وقت ومن أي مكان لتصفح وقرءة البريد الإلكتروني والرد عليه وإرسال واستقبال رسائل الوسائط المتعددة. MMS (الدهشان، 2015: 46)

4-2-4-4 خدمة الوسائط المتعددة MMS:

وهي تتيح للمستخدم إرسال واستقبال الرسائل المتعددة الوسائط حيث يمكن تبادل الرسائل النصية ولقطات الفيديو والرسوم المتحركة والصور الملونة. (الراوي، 2016: 7)

4-2-5-4 النظام العالمي للاتصال المتحرك GSM:

وهو نظام يمكن من خلاله إرسال رسائل الوسائط المتعددة إلى الأجهزة المعدة لهذا الغرض أو عن طريق عناوين البريد الإلكتروني وبإمكان مستخدمي الهواتف النقالة غير المزودة بهذه الخاصية تسلم هذه الرسائل عن طريق الإنترنت. (صديق، ب س: 6-7)

4-2-6-4 خدمات نقل البيانات:

أصبحت الهواتف النقالة مجهزة بالعديد من التقنيات التي تسمح بتبادل المعلومات والبيانات بين الأجهزة ومعظم هذه التقنيات لاسلكية، يمكن إيجاز أهمها في الآتي:

- (Universal Serial Bus) U.S.B
- (Infra-Red Data Association) IrDA
- البلوتوث Bluetooth
- اليوم الصور الرقمية. Digital Photo Album.

4-2-7- تطبيقات التسلية:

تتيح أجهزة الهاتف النقال العديد من خدمات التسلية متمثلة أساسا في: تطبيقات الألعاب، تطبيقات الموسيقى (MP3، MPL)، الراديو (FM)، خدمات الترجمة الفورية، مشاهدة الأفلام السينمائية، حفظ المذكرات، التلفزيون النقال، الرنات...الخ.

5. مجالات استخدام الهاتف النقال:

إن التطور الحاصل اليوم في عالم البرمجيات والأجهزة الهاتفية لم يكن وليد الصدفة بل هو نتاج تراكمات معرفية وتقنية استغلت في نواحي ومجالات كثيرة من حياتنا ومن أهمها:

5-1-المجال التجاري: أصبحت التجارة بواسطة الهاتف النقال متيسرة وذلك في سياق ما يعرف بالتجارة الالكترونية، حيث حل محل الكمبيوتر كوسيلة اتصال بالأسواق العالمية وإنجاز العمليات التجارية دون التقيد بالمكان، والاستفادة من الخدمات البنكية المصرفية، كما تستخدمه الشركات الدولية للطيران في تسجيل الحجوزات وتقديم خدمة الاستعلام عن الرحلات ومواعيدها وكذا في العمليات الاشهارية. (شعبان، وصبتي، 2012: 153)

5-2-مجال الخدمات المصرفية:

من بين الخدمات التي تقدمها هذه الأجهزة في مجال الخدمة الصيرفة والمال والأعمال هي:

❖ تسهيل إجراء العمليات المالية عبر فروع البنك من دفع الفواتير وتحويل الأموال وشراء المنتجات وغيرها، دون الحاجة للذهاب الى البنك.

❖ سرية المعاملات المالية.

❖ السماح للمستخدم بإدارة حساباته على مدار 24/24 وفي أي مكان.

❖ ميزة الدفع الالكتروني والتي تمكن المستخدم من إتمام عمليات البيع والشراء للبضائع والخدمات من أي مكان وفي أي زمان دون حواجز أو قيود. (العقاد، 2013: 36)

5-3-في مجال الزراعة:

❖ تستخدم للوصول إلى الأسواق الرقمية لغرض تفادي الوسطاء.

❖ ترفع من نسب الفائدة بسبب تسهيل التعامل المباشر مع المصدرين.

❖ تسهل من الوصول إلى المعلومات الطبية (الأمراض الخاصة بالحيوانات والمزروعات)، التربة، انواع الزراعات....

❖ معرفة الاحوال الجوية.

❖ تسهل عملية تبادل المعرفة والمعلومات الزراعية مما يحسن من مدخول المزارعين ويزيد في الانتاج الزراعي.

5-4- في المجال الصحي:

❖ تسهيل عملية العلاج عن بعد (العلاج العضوي والنفسي) خصوصا في المناطق النائية أو الحالات الطارئة.

❖ إمكانية الاتصال بأفراد الطواقم الطبية، بصورة فورية وعاجلة وقت الحاجة.

❖ تعميم المعلومات الطبية بطريقة سهلة وعملية من خلال نشر هذه المعارف عبر الهاتف.

❖ إمكانية تشخيص المرض عن بعد، ومراقبة تطوره وإدارة بيانات المريض من دون حضوره الشخصي.

❖ تساعد المريض على فحص علاماته الحيوية دون التوجه إلى المستشفى.

❖ التذكير بأنواع الأدوية ومواعيد تناولها.

❖ دعم حملات التوعية بمخاطر بعض الأمراض التي يمكن تفاديها مثل مرض السيدا والتدخين وغيرها.

❖ تسهيل خدمات الرعاية في حالات الطوارئ.

5-5- في المجال التعليمي:

❖ استعماله في مجال الدراسة، يوفر على التلميذ والطالب الكثير من الوقت، من خلال التطبيقات التي تحتوي على العديد من الدروس والبحوث والكتب.

❖ انفتاح الشباب أكثر على الوقائع التي تحيط بهم واستيعابهم للكثير من المظاهر اللامنتظية التي تحيط بهم.

❖ تقريب خريجي الجامعات أكثر من عالم التوظيف.

❖ التواصل خارج وقت الحصّة الدراسية فيما يخص المادة التعليمية بين المعلم والطلاب والطلاب وزملائهم.

❖ نشر موارد متنوعة - كالصور والفيديو والأصوات - الداعمة للمنهج التعليمي والأكاديمي.

❖ إرسال الواجبات والتمارين الإثرائية للمواد الدراسية.

❖ نشر التعليمات والتنبيهات المتعلقة بالمدرسة والمواد الدراسية.

❖ نشر الاختبارات الإلكترونية.

❖ متابعة المختصين في شبكات التواصل الاجتماعي للاستفادة من خبراتهم الإثرائية للمواد الدراسية

❖ الاستفادة من المجموعات المتخصصة في المواد الدراسية وذلك بالاستفادة من خبرات الآخرين.

(الحارثي، 2020: 27)

5-6- مجال الدين والعبادة:

انتشرت تطبيقات كثيرة ومتنوعة في الجانب الديني والهدف منها هو التعريف بالدين وأصوله ولتحفيز القرآن وأحكامه، والأحاديث الدينية وغيرها من أمور الفقه بطرق تفاعلية.

5-7- مجال الترفيه/اللعب:

تحتوي العديد من الهواتف على مجموعة من التطبيقات الخاصة بالتسلية والترفيه من خلال الألعاب الاستراتيجية التي تركز على ذكاء اللاعب ومهاراته وكيفية تخطيطه للانتصار والأكشن والمغامرات وألعاب التحدي، وهي تتماشى مع كل الفئات العمرية ومستويات الذكاء.

5-8- في المجال الرياضي:

- ❖ تسمح للرياضي بأداء أغلب التمارين الرياضية بدون الحاجة الى مدرب مختص.
- ❖ تسمح للرياضي بممارسة أغلب التمارين الرياضية بطريقة احترافية في المنزل أو في المكتب وبدون الذهاب الى قاعات الجيم.
- ❖ تسمح للرياضي بالولوج الى كل خدمات التطبيقات خصوصا ذات العلاقة بالرياضة منها بالمجان أو بتكاليف اقل.
- ❖ تسمح للرياضي بالتحكم بالوقت (وقت التمارين، وقت الراحة، وقت الأكل، وقت النوم ... الخ).
- ❖ تتيح للرياضي الحصول على شروحات كل التمارين بطريقة سهلة وممتعة واحترافية عالية.
- ❖ تساعد مشاهد الفيديو الخاصة بالتمارين الرياضية على الفهم والاستيعاب الجيد لوجود خاصية التحكم في اعادة المشاهد.
- ❖ تساعد الرياضي على تحديد واختيار الطرق والتمارين والمستويات التدريبية التي تناسبه.
- ❖ تمكين الرياضي من الوصول إلى المعلومات سواء باللغة المسموعة أو المكتوبة أو بالفيديو.
- ❖ تسمح للرياضي بمتابعة مدى ما حققه من إنجازات في مجال تخصصه.
- ❖ تتيح للرياضي معرفة كل النصائح الخاصة بالوجبات والعناصر الغذائية والوزن.
- ❖ يساعد على تعلم تقنيات وفنيات الاسترخاء من خلال مجموعة من الفيديوهات التوضيحية.

6. لغة البرمجة الهاتف النقال:

لغة البرمجة هي وسيلة التخاطب بين الانسان والآلة، وهي أداة تحكم بيد المبرمج يستخدمها لكتابة وتصميم وتنفيذ البرنامج. (إبراهيم، 2007: 39)

11-1- لغة ++C: هذه اللغة تعمل على أغلب أنظمة متعددة Multiplatform أي التي يمكن برمجتها على أي برنامج يعمل على نظام Windows أو Linux أو Macintosh، وهي لغة صعبة

التعلم وتأخذ فترة طويلة للتحكم فيها وإتقانها، وهي لغة وسطية المستوى، لا يوجد بها جامع قمامة، وهي لغة مترجمة وتستخدم في العديد من البرامج منها برنامج "مايا" وبرنامج أوتوكاد.

11-2-لغة Python: هي لغة مجانية ومفتوحة المصدر وتعمل على العديد من الأنظمة وهي سهلة التعلم عكس C++، وهي مبنية ومستوحاة من لغة مفسرة تدعى ABC، من خصائصها أنها لغة مفسرة، تفاعلية، كائنية، ووظيفية. برامجها تعمل على جميع أنظمة التشغيل، غنية بالإضافات والمكتبات، مفتوحة المصدر، من أهم مجالات تطبيقها واستعمالها برامج لينكس، برامج الويب. (آل ياسين، 2014: 77)

11-3-لغة Visual Basic: تم تصميمها من طرف شركة Microsoft هي أحد أكثر اللغات شعبية وذلك راجع أساسا لسهولة فهمها والتعامل معها وتصحيح (تتقيح) الأخطاء منها، وكلمة Basic هي اختصار للعبارة الانجليزية Beginner's All-Purposes Symbolic Instruction Code. أي شفرة تعليمات رمزية لجميع أغراض المبتدئين. من سلبياتها وجود أخطاء في المجمع Compiler كما أن بها ما يصطلح عليه بالقصور، أي أنها عاجزة عن تنفيذ بعض الأوامر المتقدمة.

وعلى خلاف باقي اللغات، فهذه اللغة لا يتم تحويلها كليا إلى لغة الآلة، عوضا عن ذلك، فتعملها يتطلب اتصالا بملف مكتبة تشغيل Runtime library وهذا الملف هو MSVBM60.dll مما يعني أنه لعمل أي برنامج يجب أن يكون هذا الملف متواجدا على الكمبيوتر وتحديدًا في مجلد النظام.

11-4-لغة Pascal: صممت خصيصا للاستخدام في الكليات لتعليم البرمجة ومفاهيمها، من مميزاتا أنها تحتوي على Data types وهي أنواع البيانات الموجودة سلفا في اللغة مثل: الأعداد الصحيحة والمنطقية والحروف... إلخ. وأيضا احتواؤها على مجموعة جيدة من قوالب البيانات المهيكلة مثل: القوائم والريكوردز Sets، كما تستخدم في البرامج الضمنية أو ما يعرف Procedures and Functions من خصائصها أنها تعتبر لغة مترجمة ذات نموذج أمري، هيكلي وإجرائي. (آل ياسين، 2014: 97-98)

11-5-لغة Delphi: الدلفي ليست لغة برمجة بقدر ما هي تطوير للغة باسكال Pascal، سهلة التعلم، يتم تدريسها لطلبة الجامعات إلى جانب لغة Java، توجد مجمعات لهذه اللغة تعمل على نظامي Windows وLinux.

11-6-لغة Java: تم إنشاء لغة جافا بهدف تصميم برامج تعمل على كل الأنظمة بواسطة أجهزة افتراضية، في حين تحاكي اللغة قوة لغة C++ هذه اللغة قوية وتحتاج بعض الوقت لتعلمها. (بنبري، 2013: 11) وهي امتداد للغة Oak، ومن خصائصها أنها لا تعتمد على نظام معين ولغة برمجة كائنية، وتحتوي على جامع قمامة. Garbage collection، أهم التطبيقات التي تستعمل هذه اللغة هي برامج الشبكات وتطبيقات الويب و تطوير الالعاب.

إضافة الى لغات اخرى لا تقل أهمية واستعمالا منها: Lisp، Smalltalk، Perl، Self، Scala، Fortran، Algol، COBOL، PHP ... إلخ.

7- سلبيات وإيجابيات الهاتف النقال:

7-1- إيجابيات الهاتف:

- ✓ يجعل حياة الأفراد أكثر بساطة وسهولة
- ✓ تحطيم حواجز المكان والزمان وسمح للفرد بالاتصال بالآخرين بشكل سريع وفوري.
- ✓ يستخدم للاتصال والتواصل: مثل إجراء مكالمات صوتية أو مرئية وإرسال رسائل نصية أو صوتية والبريد الإلكتروني.
- ✓ يستخدم كأداة بحث: من خلال محركات البحث المتوفرة على شبكة الأنترنت للوصول إلى المعلومات والمواقع المختلفة في شتى المجالات
- ✓ تشغيل التطبيقات المختلفة مثل تلك المتعلقة بالتعليم والترفيه والتطبيقات المتعلقة بصحة الفرد وغيرها.
- ✓ الخرائط خاصة بالوصول لتحديد المواقع عبر خرائط رسومية مرتبطة بنظام GPS.
- ✓ القدرة على الاقتران والتوصيل بالأجهزة الأخرى مثل ارتباطها عن طريق الشبكات اللاسلكية Wi-Fi والبلوتوث لتتمكن من التفاعل مع بعضها البعض.
- ✓ استخدامها كبديل للكتب من خلال تحميل الكتب والموارد الإلكترونية المختلفة واستخدامها كأداة تعليمية بدلا من الكتب الورقية.
- ✓ استخدام الكاميرا ولاقط الصوت مثل استخدامها في تسجيل ملفات الصوت والفيديو (الحارثي،

(2020: 9)

7-2- سلبيات الهاتف النقال:

- ☒ إضعاف العلاقات الاجتماعية وإفراغها من محتواها الإنساني.
- ☒ التشجيع على الخيانة، وبالتالي فقد كان سببا في الكثير من حالات الطلاق.
- ☒ التشجع على تبني نمط استهلاكي جديد وتمجيد الخصوصية.
- ☒ خلق تصنيف اقتصادي جديد لأفراد المجتمع قائم على أساس نوع الهاتف المملوك وقيمتة المادية وخدماته وعدد الخطوط. (الأخرس، 2008: 187)
- ☒ إضعاف الروابط ووحدة المعتقد والعادات ولتقاليد والضوابط في المجتمع.

- ☒ يكون سببا في إستدخال وتبني عادات اجتماعية غريبة على المجتمعات المحافظة (اللباس، المعاملات، التفكير، الأكل، الأنشطة الاجتماعية العامة ... الخ).
- ☒ زيادة درجة الاغتراب الأسري والاجتماعي.
- ☒ استخدامه في ظاهرة الغش أثناء الامتحانات.
- ☒ استنزاف الدخل الفردي والأسري بسبب كثرة الإنفاق على النقل (تعبئة، إكسسوارات، تصليح، تجديد... الخ).
- ☒ يتسبب في تدني نسب الادخار ومن ثم الاستثمار المحلي. (الآخرس، 2008: 292)
- ☒ الاستعمال الغير أخلاقي للموبايل (جرائم الشرف، التشهير، نشر الفضائح، الصور الخليعة، الترويج للأفكار الهابطة والقيم الرديئة). (صديق، د س : 12)
- ☒ استخدامه كوسيلة (أداة) تفجير.
- ☒ استخدامه أثناء قيادة السيارة يؤدي إلى القتل الغير عمدي (حوادث المرور). (شقرة، 2014: 87-88)

- ☒ يؤدي إلى الاصابة ببعض الأمراض والاضطرابات منها الزهايمر وبعض السرطانات.
- ☒ يؤثر على الذكورة والعقم (انخفاض عدد الحيوانات المنوية بنسبة 30%)، (دليو، 2003: 132)

8- تطبيقات الهاتف النقال:

8-1- تعريف تطبيقات الهاتف النقال:

تعرف تطبيقات الهاتف بأنها "واحدة من الخدمات التي تقدمها الهواتف الذكية، وهي برامج تصممها الشركات المصنعة للهواتف أو الشركات المقدمة لخدمة الهاتف أو شركات أخرى متخصصة في صناعة التطبيقات، ويقوم المشترك بتنزيلها على هاتفه من متاجر شركات الهواتف العالمية على حسب نوع نظام تشغيل، وتقدم هذه التطبيقات خدماتها للمشارك، والتي تفيد في حياته اليومية وفي شتى المجالات كالتطبيقات الرياضية، الإخبارية، أو للتواصل عبر شبكات التواصل الاجتماعي، أو تطبيقات ترفيهية، دينية، علمية، تعليمية، سياحية، وغيرها الكثير. (العضاني، 2015: 43).

كما يمكن أن تعرف بأنها "التكنولوجيا الداعمة للهواتف المحمولة، كالمعايير وأنظمة التشغيل ومنصات العمل والمتصفحات وبرمجيات تهيئة الملفات، المخصصة لعرضها اعتمادا على الهاتف المحمول". (الخطيبي، 2014: 10)

وتعرف بأنها "برامج تعمل على الهواتف الذكية ويتم تحميلها عن طريق المتاجر الإلكترونية، كمتجر جوجل "Google Play Store" لأجهزة الأندرويد، أو "Apple Store" لأجهزة الآيفون، أو غيرها من

المتاجر بحسب طبيعة وأهداف والفئة المستهدفة، والتي يمكن تحميلها مباشرة. ولكل شركة متاجر خاصة ذات أنظمة تشغيل خاصة مثل متجر أبل، به يتفاعل المستخدم مع هذه البرامج عبر الواجهة التصميمية التي تتميز بأن لها منظومة تصميمية خاصة بها، وتقدم هذه التطبيقات خدماتها للمستخدمين مجاناً أو عن طريق الدفع.

8-2- مكونات تطبيقات الهاتف النقال:

- **الفعاليات:** تستخدم الفعاليات لعمل الواجهات التفاعلية، وهي أول المكونات، توفر للمستخدم واجهة تفاعلية تمكنه من تنفيذ أمر ما مثل تصفح الأخبار، البحث عن المعلومة، الاتصال الهاتفي، التقاط الصور، عرض خريطة أو أي مهمة أخرى.
- **الخدمات:** وهي مكون يعمل في الخلفية لتنفيذ عمليات يحتاج تشغيلها لفترة طويلة، حيث يجب أن تعمل في الخلفية بدون تدخل من المستخدم حتى لا تتداخل المعطيات.
- **مزودات المحتوى:** وهي التي تتحكم في مشاركة قواعد بيانات أو ملفات، يمكن من تخزين البيانات في نظام الملفات أو في قاعدة البيانات.
- **مستقبلات النشر:** هو المكون الذي يستجيب للرسائل المرسلة من النظام أو التطبيقات الأخرى. على سبيل المثال عند انخفاض مستوى شحن البطارية أو إعادة تشغيل الجهاز يقوم النظام ببث رسائل الإبلاغ عن هذا الحدث. (الأغا، 2015: 3-12)

8-3- أهمية تطبيقات الهاتف النقال:

- ✓ الوصول.
- ✓ السرعة.
- ✓ الإشعارات.
- ✓ استخدام التطبيق دون الوصول بالإنترنت.
- ✓ الوصول إلى الكاميرا.
- ✓ حرية اختيار التصميم.

8-4- أنواع تطبيقات الهاتف النقال:

هنالك أنواع مختلفة من التطبيقات، وأكثر ثلاثة أنواع معروفة وبسيطة للتطبيقات هي: التطبيق الأصلي Native Apps ، وتطبيق الويب Web Apps ، والتطبيق الهجين Hybrid Apps، ومن المهم معرفة أنواع تطبيقات الهواتف الذكية قبل البدء بعملية تصميم التطبيق، فهناك اختلافات بين هذه الأنواع ومن المهم الوقوف على كيفية عملها معرفتها ولمعرفة أفضل ممارسة لتصميم الواجهة وهي:

8-4-1- التطبيقات الأصلية: Native Apps

وهي التي تتطلب من المستخدم تنزيلها وتثبيتها على هاتفه الذكي، وقد صممت لتلائم أنظمة التشغيل جميعها وتتميز بعدة الصفات وهي: السرعة في الأداء تجربة الاستخدام، المرونة والوصول لكل الواجهات البرمجية. الأداء والانسائية، التحكم أكثر بالواجهة. غير أن لها بعض النقص التي تجعل غالبية المصممين المبتدئين لا يلجؤون إلى استعمالها نظرا لكونها تحتاج الى مهارات احترافية في اللغات البرمجية إضافة إلى تكلفتها العالية.

8-4-2- التطبيقات الهجينة: HybridApps

هي مزيج من التطبيق الأصلي وتطبيق الويب، لتلائم كافة الأجهزة المحمولة ومن مميزات: تطوير أسرع، سهولة الوصول إليها، تطوير أقل تكلفة، صيانة فعالة، وواجهة ملائمة لمتصفح Google. بينما تظهر عدة سلبيات لها مثل: صعوبة عملها بدون انترنت درجة صيانتها ضعيفة، درجة أمان أقل. (عطية، والفايدي، 2021: 425-426)

8-4-3- تطبيق الويب Web Apps :

يعرفه (Wesley 2014) بأنه :عبارة عن برنامج يعمل بشكل كامل داخل متصفح الويب Web browser، وقد صممت واجهاته عن طريق لغة البرمجة HTML or CSS ومدعومة بأكثر لغات برمجة متنوعة ومعروفة مثل Ruby on Rails ، JavaScript ، PHP ، Python ، وتعمل هذه تلقائيا على أي هاتف ذكي أو جهاز لوحي، أو جهاز محمول، أو جهاز الحاسوب، متوافقة مع معايير متصفح الويب (Wesley, 2014:46) .

8-5- معايير نجاح التطبيق: يعتمد نجاح أي تطبيق على:

- عدد التنزيلات.
- حجم التنزيلات والتقييمات التي يكتبها المستخدمون في المتجر.
- نسبة ترشيح التطبيق من جانب المستخدمين لأصدقائهم.

8-6- أسباب إخفاق التطبيق:

- المظهر العام (التصميم)
- السعر: يجب أن يكون السعر ملائما للبرنامج واختيار السعر يعتمد على شعبية البرنامج ومميزات البرنامج والبرامج المنافسة.
- غياب الدعم الفني.
- التقليد.

▪ الدعاية السيئة المزعجة.

8-7- معوقات التطبيقات الذكية:

- ضعف مستوى الموثوقية للتطبيقات الذكية.
- عدم تصنيفها كقناة رسمية للتواصل.
- تصنف متاجر التطبيقات الذكية بأنها مفتوحة المصدر.
- ضعف مستوى التطبيقات الذكية التي تنفذ بمجهود فردي شخصي.
- صعوبة استعراض الملفات المستخرجة من تطبيقات الرعاية الصحية مثل ملفات الأشعة D3 .
- عدم توافق التطبيقات الذكية مع بعض إصدارات أنظمة تشغيل الأجهزة الذكية.
- معوقات إدارية
- استمرارية التعاملات الورقية في ظل أتمته الخدمات الإدارية والصحية.
- استمرار وجود البيروقراطية في الإجراءات الإدارية في ظل التحول الإلكتروني.
- ارتفاع مستوى الخصوصية المعلوماتية للبيانات الصحية بين المريض والطبيب، لذا قد يؤدي الإدخال الخاطئ إلى ظهور قرارات خاطئة. (عطية، والفايدي، 2021: 427).

8-8- ميادين تطبيقات الهاتف النقال:

- التطبيقات المتخصصة في المجال التكنولوجي والعلمي.
- التطبيقات ذات المحتوى الأدبي والفني من الروايات والكتب في مختلف المجالات.
- تطبيقات طبية، تساعد المرضى والأطعم الطبية على التواصل التفاعلي بينهما كما تساعد على تحديد المواعيد والتزود بالمعلومات والنصائح الطبية. وتشمل كل ما له علاقة بالطب من الصيدلة وطب الأسنان والجراحة الخ مثل AppSanté.
- التطبيقات الإسلامية.
- تطبيقات تهتم بالمرأة وموضوعات الجمال والمطبخ والصحة. مثل تطبيق MyFitnessPal: وهو تطبيق يوفر للمستخدم قاعدة بيانات خاصة بالطعام الصحي، وتطبيق Withings Health Mate والذي يساعد المستخدم على تتبع الحالة الصحية اليومية من السعرات الحرارية المحروقة، وعدد ساعات النوم، ومستوى ضغط الدم. تتبع الوزن، وتطبيق Fifstar Yoga الذي يساعد على تعلم تقنيات وفنيات الاسترخاء من خلال مجموعة من الفيديوهات التوضيحية لمجموعة من تمارين اليوغا. تطبيقات تنمية المهارات.
- تطبيقات الهواتف الذكية في مجال التعليم: تطبيقات تعليم اللغات الأجنبية.

- تطبيقات المتاجر الإلكترونية: حيث يتم عن طريقه عرض جميع أنواع المنتجات، ومتابعة أحدث الصيحات. التعرف الأسعار، مثل تطبيق OLX، Amazon.
- تطبيقات التواصل الاجتماعي: مثل YouTube، Facebook، WhatsApp، Snapchat، Instagram، Twitter.

8-9- الفرق بين التطبيقات وبين البرامج:

بالرغم من الانتشار الواسع للمعلومة إلا أن الغالبية العظمى من مستخدمي التكنولوجيا الرقمية لا يعرفون أن هناك فرقا بين البرامج والتطبيقات، والحقيقة أن هذا الفرق يتمثل في أن التطبيقات قد تم تصميمها من أجل خدمة المستخدم فلا يتم تشغيلها إلا من خلاله وتقوم بأداء العديد من المهام في إطار الحاجة إليها كما يمكن التفاعل معها. كذلك قد تكون قائمة من البرامج بحد ذاتها، مثل معالج النصوص ومشغل الوسائط، إضافة إلى أنها قد تكون مجمعة؛ كما أنها تقوم بمهام متشابهة بين مجموعة تعرف باسم مجموعة التطبيقات مثل ERP و CRM و Microsoft Office

أما برامج النظم فقد تم تصميمها من أجل أجهزة الحاسب الآلي إذ تهدف لتشغيله، ولكن تم إصدار النسخ المطابقة لها لاستخدامها عبر الهواتف الذكية مؤخرًا، فضلاً عن عملها على التنسيق فيما بين النظام ومكونات الحاسوب، فهي تعمل بمجرد التشغيل ومن تلقاء نفسها في جهاز الحاسوب. حيث تبقى مستمرة طيلة فترة تشغيل النظام، ومن بينها؛ نظام التشغيل مثل Windows و OS و Linux، ومن جهة أخرى لا يمكن لأي من أنواع التطبيقات العمل بشكل صحيح بدون الحاجة إلى برامج، ومنها خادم التطبيقات أو JVM.

9- الأساس الفلسفي لتطبيقات الهاتف النقال:

9-1- النظرية السلوكية: والتي أسسها ثورنديك (1913) وبافلوف (1937) وسكنر (1974) والتي تركز على أن التعلم هو تغير في السلوك الملحوظ والناتج عن الاستجابات للمثيرات الخارجية في البيئة (سكنر 1974) والسلوكية تجعل من المتعلم كالصندوق الأسود وترى أن العمليات الداخلية العقلية لدى المتعلم غير مهمة، حيث يرى سكنر أنه من المستحيل إثبات العمليات الداخلية بأي إجراءات علمية متاحة ويجب أن يتم التأكيد في الأبحاث على العلاقة بين السبب والنتيجة والتي يمكن تأسيسها بالملاحظة. (مرزوق، 2013: 175) كما ترى هذه النظرية أن معظم سلوكيات الإنسان وليدة التعلم وأن لكل سلوك مثير، وكلما كان المثير سليماً وكانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سويًا، ولا يمكن تغير أي سلوك إلا بعد تعلم سلوك جديد وانطفاء الأول ثم تكرار تلك السلوكيات الجديدة وتعميمها، وتغير أي سلوك لا بد أن يوجه الى غاية أو غرض ما. فزيادة الوعي لدى ممارسي رياضة

كمال الأجسام يبدأ بتحديد السلوكيات المراد تعديها أو تغييرها ثم تعين شدة كل منها وبعد ذلك توضيح علاقتها بالسلوكيات المراد تعويضها بها والهدف من هذا التعويض وبالتالي كلما تعلم الرياضي الممارس لكمال الأجسام معلومة جديدة الا وتعلم مخاطر السلوكيات التي كان يتبناها فيعدلها أو يغيرها.

21-2- المدرسة المعرفية: تركز هذه المدرسة على دراسة العمليات الإدراكية الداخلية في دماغ المتعلم (العقلية) بهدف استدعائها ونقلها الى المواقف الجديدة، أي أن المتعلم وفق ذلك يستطيع أن يجعل التعليم ذا معنى إذا ما قام بالانتباه للخبرات الجديدة وربطها بالخبرات القديمة لديه بهدف جعلها ذات معنى وتخزينها في ذاكرته واستدعائها من أجل استعمال معينات التذكر، ونقلها إلى مواقف جديدة. (زاير، وجري، 2020: 41-42)

21-3- المدرسة البنائية: يرى بياجيه أن الإنسان يستعمل التراكيب العقلية والمعرفية عند ما يتكيف بيولوجيا مع البيئة التي تنشأ أصلا من تراكيب فطرية يسيرة مولود بها الفرد (صور ومخططات عامة أو إجمالية) تخضع لعملية تغيير مستمرة فتؤدي إلى تكوين تراكيب عقلية جديدة أو منظومات معرفية.

ويفترض بياجيه وجود عمليتين أساسيتين تحدثان أثناء عملية التنظيم الذاتي هما التمثيل والمواءمة فهما عنصرا عملية التنظيم الذاتي وعرف التمثيل بأنه عملية عقلية مسؤولة عن استقبال المعلومات عن البيئة ووضعها في تراكيب معرفية جديدة في حين عرف المواءمة بأنها عملية عقلية مسؤولة عن تعديل هذه الأبنية لتتناسب ما يستجد من مثيرات، فالتمثيل والمواءمة عمليتان متكاملتان ينتج عنهما تصحيح الأبنية المعرفية وإثرائها وجعلها أكثر قدرة على التعميم وتكوين المفاهيم (زاير، وجري، 2020: 91-92)

21-4- نظرية أوزوبل: تعدد نظرية أوزوبل في التعلم المعرفي على أن الانسان له تركيب عقلي من نوع ما للخبرات التعليمية وعندما يمر في خبرة جديدة فإن ذلك يساعده على إدخال معلومات جديدة إلى التركيب السابق، ولذلك فإن هذا التركيب يعاد تشكيله من جديد لدمج المعلومات الجديدة بحيث تصبح جزءا لا يتجزأ منه وهكذا يكون التعلم سلسلة من إعادة التركيب العقلي يتغير مع كل تعلم جديد (زاير، وجري، 2020: 94) ، وعليه ومن هذا المنظور فإن للإنسان مكتسبات قبلية سلوكية عقلية ولإدخال سلوكيات جديدة لأبد وان تدمج في سابقتها لتصاغ من جديد على شكل سلوكيات جديدة.

21-5- المدرسة الإدراكية: التعلم عند هذه النظرية هو عملية عقلية من خلال استخدام الذاكرة والدافعية والتفكير وهم عمليات داخلية، وأن محتواه يكون بقدر سعة وعمق المعالجة لدى المتعلم وعلى بنية المعلومات لديه. (مرزوق، 2013: 178)

10- تصميم وبناء تطبيق هاتفي:

هو تلك العملية الكاملة لتخطيط شكل شيء ما وإنشائه بطريقة مرضية من الناحية الوظيفية وتجلب السرور والفرحة إلى النفس أيضا وهذا إشباع إلى حالة الإنسان وظيفيا وجماليا في وقت واحد. (شوقي، 2001: 43)، كما يعرف بأنه: "عملية تخطيطية ينتج عنها مخطط أو خطة منظمة تعمل على تحقيق أهداف معينة". (الخفاجي، وآخرون، 202: 182).

10-1- نماذج التصميم:

10-1-1- نموذج فيلاميل ومولينا (Villamil & Molina, 1996): ويسمى هذا النموذج بنموذج

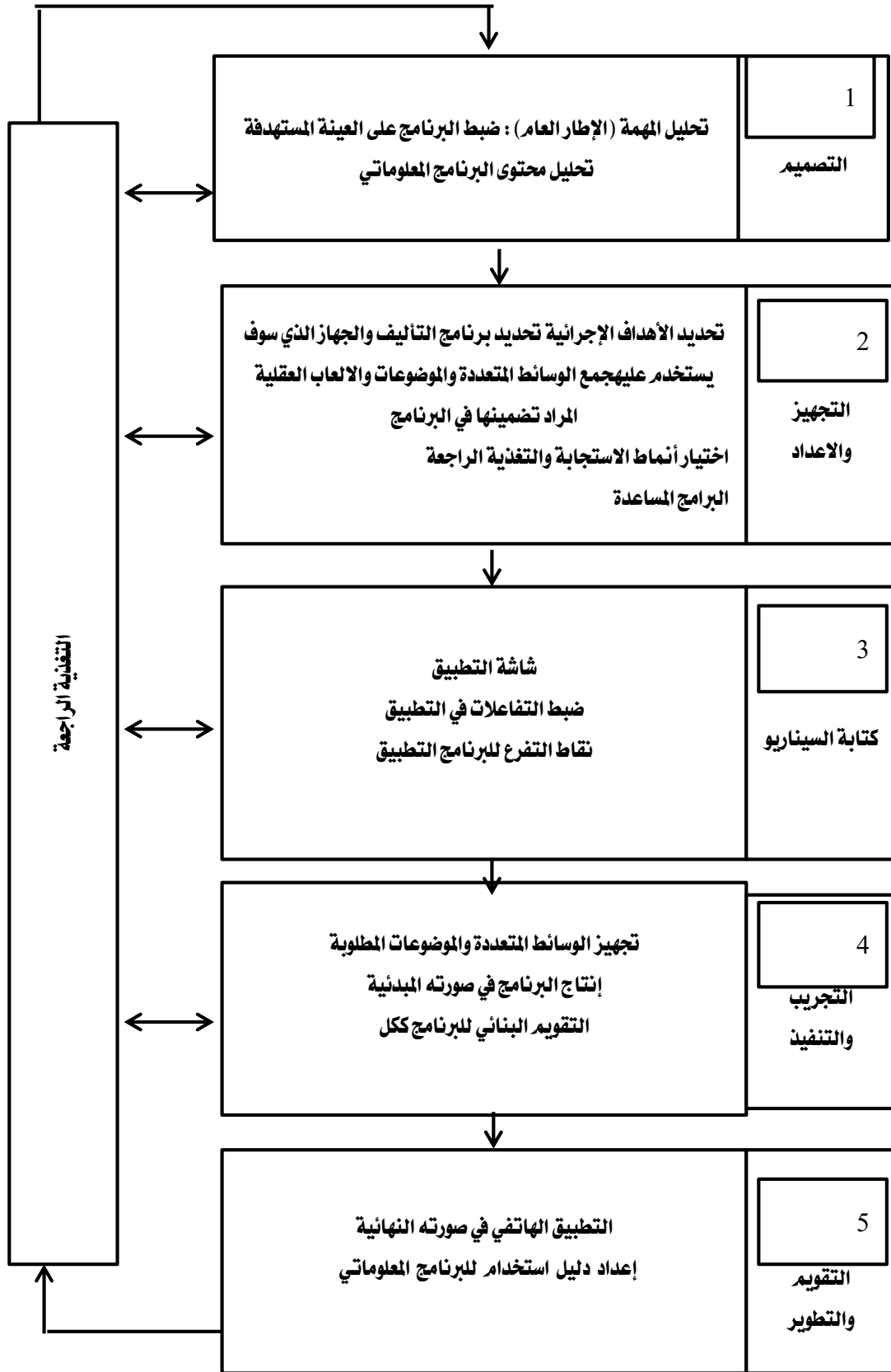
الإنتاج والتطوير ويوضحه بالشكل التالي:



شكل رقم (1) يمثل نموذج الانتاج والتطوير لفيلاميل ومولينا

يتضح من هذا الشكل ان النموذج يتكون من جزأين أحدهما للإنتاج والآخر للتطوير، ويضم كل جزء ستة مراحل فرعية كما هو موضح.

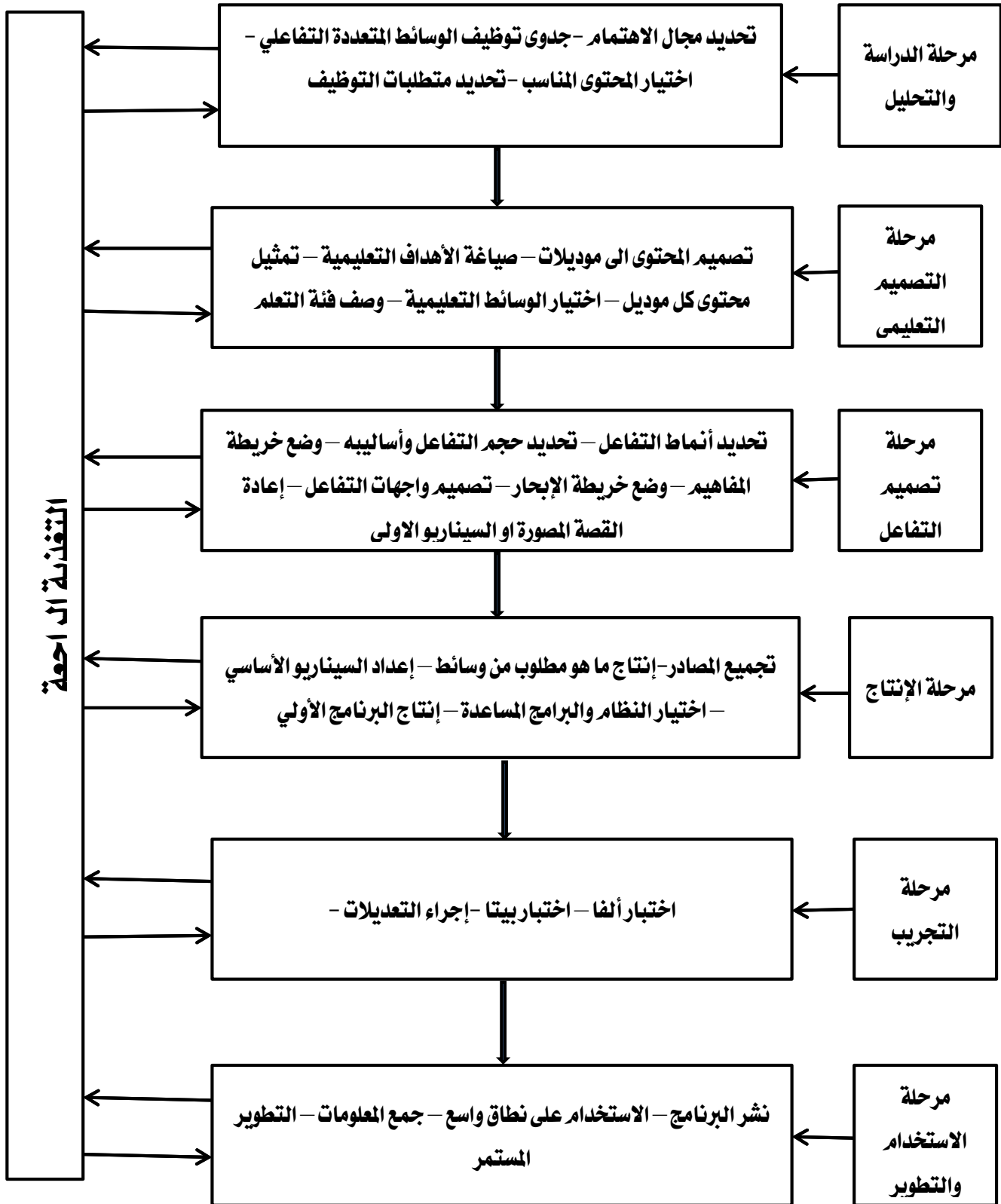
10-1-2- أنموذج هاميروس Hamerous



شكل رقم: (02) يوضح نموذج مراحل تصميم البرنامج المعلوماتي (الفار، 2002: 122)، (محمد 2005: 56)، (خميس، 2003: 91)

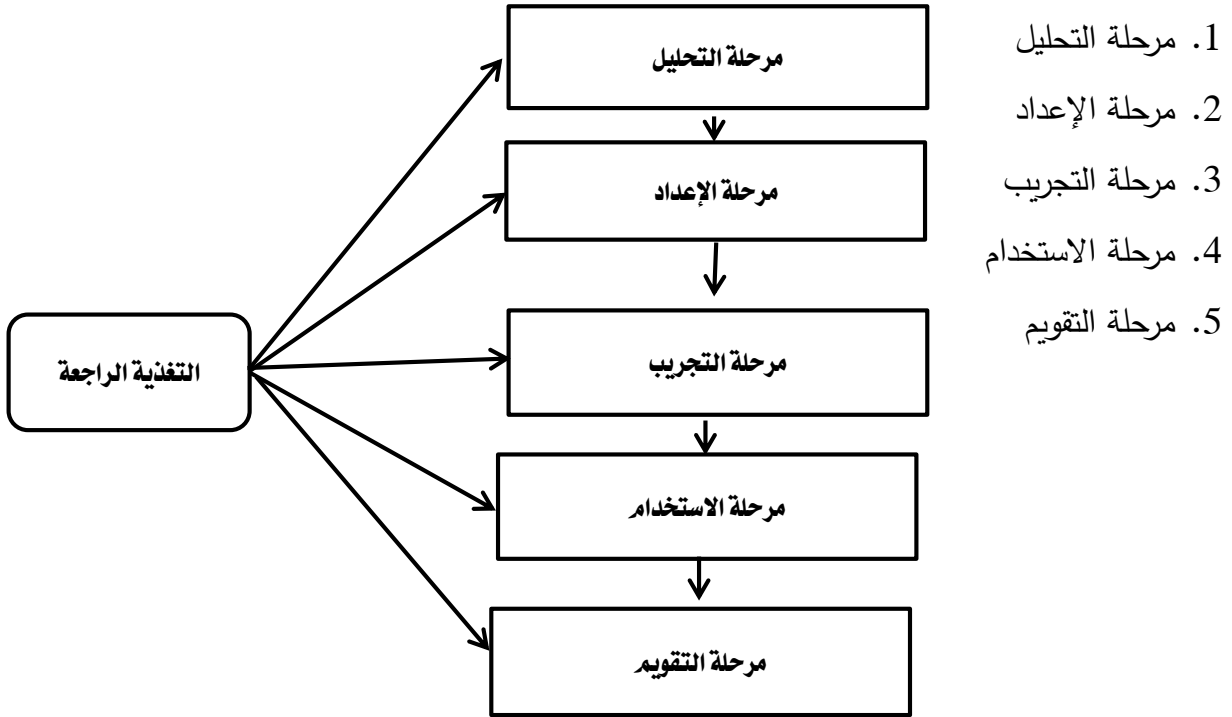
10-1-3- نموذج عبد المنعم:

يتكون نموذج علي محمد عبد المنعم من ست مراحل يوضح فيها تصميم برامج الوسائط المتعددة التفاعلية وإنتاجها وهي على الشكل التالي:



شكل رقم (03) يوضح تصميم برامج الوسائط المتعددة التفاعلية وإنتاجها نموذج علي محمد عبد المنعم

10-1-4 نماذج مكبرة، وتتضمن مجموعة خطوات هي:



10-2- أهمية مرحلة التصميم:

تمثل مرحلة التصميم أهمية كبيرة لما تمثله من أثر في جودة المحتوى التعليمي في هيئته النهائية ومما يبرز مرحلة التصميم عدد من النقاط منها ما يلي:

- يقدم رموزاً بصرية تجمع الأفكار والصور وبقية المواد المتوقع ظهورها على شاشة الهاتف في شكل يمكن تصوره لتقديمه وتعديله في الورق قبل الخوض في عملية التطوير (الانتاج).
- يجزأ تصميم المشاريع الكبيرة إلى عناصر بسيطة.
- يقدم رموزاً بصرية للروابط بين الشاشات. (عسيري والمحيا، 201: 53).

10-3- عناصر مرحلة التصميم:

تشمل مرحلة التصميم على عدد من العناصر منها ما يلي:

- المخطط التمهيدي للمحتوى.
- تصميم المادة الخاصة بالتطبيق.
- تصميم الشاشة. (عسيري، والمحيا، 2011: 53).

11- معايير تصميم وبناء تطبيق هاتفي :

عند تصميم أو بناء أي تطبيق هناك عدة معايير مهمة يؤدي الالتزام بها إلى زيادة فاعلية التطبيق وجودته، ومن أهمها:

11-1-معايير خاصة بالتصميم بصفة عامة:

لرفع من فاعلية وجودة أي منتج لابد من الالتزام بعدة معايير عند البدء في عملية التصميم ومن أهمها:

- سهولة الاستخدام وتشمل: وضوح دلالة العناصر (الأيقونات) في التطبيق، مع توزيع عناصرها بشكل منطقي.
- التركيز على مهام الأساسية فقط في تصميم الواجهة.
- السرعة في تنفيذ المهام.
- الوضوح والابتعاد عن التعقيد أو المبالغة.
- استخدام العناصر المألوفة في التصميم.
- إتباع قواعد التصميم الخاصة بنظام الهاتف المختار.
- أن يدل اسم التطبيق على محتواه.
- أن تكون التعليمات والإرشادات واضحة.
- توفر التطبيق على لغة المستخدم.
- عرض المحتوى بشكل متناسب مع شاشة الهاتف المحمول.
- خلو التطبيق من الأخطاء البرمجية.
- قابلية الاستعمال دون شرط الاتصال بالشبكة الدولية.
- توفر التطبيق على عناصر التحكم بالوسائط المتعددة.
- يعمل على أنظمة مختلفة مثل نظام تشغيل أندرويد، ونظام تشغيل (iOS) .
- يجب التأكد من عمله على أجهزة الهاتف.
- تحديد الجهاز المناسب (الهاتف الذكي) .
- التأكد من توافر الهاتف (الذكي)، شبكات الهاتف، التغطية .
- التأكد من صلاحية الهاتف، وتجريبه قبل استخدامه من حيث الوضوح الصورة والصوت.
- تهيئة مكان استخدامه .(وجود التغطية داخل القاعة أو مكان التدريب المنزل). (صبري، 2009:

(376).

11-2- معايير خاصة بالجمهور المستهدف:

للوصول الى تحقيق أهداف أي تطبيق وقبل البدء في تصميمه لابد من تحديد وضبط حاجات الجمهور المستهدف وتوقعاته بدقة مع التركيز على تركيبته الثقافية والاجتماعية والجنسية (السن، المستوى الدراسي مدة المعارف والمهارات السابقة والاتجاهات).

11-3- معايير خاصة بالأهداف:

المقصود بالأهداف هو ما يراد من المستخدم الوصول إليه وتحقيقه، وتشمل: في طياتها الخصوصية والعمومية والمعرفة، الوجدان، المهارة، السلوك. وعليه ومن اجل الوصول الى تحقيق هذه الاهداف لابد من:

- أن تكون أهداف محتويات التطبيق واضحة ومحددة.
- التركيز على عدد محدد من الأهداف في موضوع محدد وضيق وفي حال الموضوعات الكبيرة، تجزأ الى أجزاء أصغر ليتم التعامل مع كل جزء بعدد محدود من الأهداف.
- أن تصاغ الأهداف بلغة بسيطة مفهومة للمستخدم.
- اختيار أهداف ذات أهمية وقيمة للمستخدم بحيث لا يشعر بتواضعها وعدم أهميتها.
- تصميم البرنامج بشكل مناسب لتحقيق الاهداف

11-4- معايير خاصة بالمحتوى:

- خلو المحتوى من الأخطاء (اللغوية، البيانات الاحصائية والتواريخ ... الخ)
- الإحاطة بجميع جوانب الموضوع.
- الابتعاد عن إغراق المحتوى بالمعلومات والوسائل المساعدة (الفيديو، الصور، الالوان، الخطوط).
- استعمال الأسهم والاشارات لزيادة التركيز والفهم لدى المستخدم.
- تنظيم العناوين الرئيسية لكل محتوى.
- استخدام العناوين بخط واضح.
- الاستدلال ببعض النصائح والارشادات.
- ملائمة المحتوى العلمي مع أهداف التطبيق.
- أن يتلاءم المحتوى مع المرحلة العمرية والعلمية للمستخدم.
- التنوع في تقديم المحتوى العلمي بأكثر من طريقة.
- عرض بناء المحتوى وخطوطه العريضة بطريقة جذابة وواضحة.
- تقادي التبسيط الشديد أو المغالاة في عرض المفاهيم والمعلومات.

11-5- معايير خاصة بالوسائط المتعددة:

تقوم هذه الوسائط بتقديم محتوى موحد الهدف في أشكال مختلفة، وتشمل المفردات اللفظية (النصوص)، والصورة بألوانها (الثابتة والمتحركة) الصوت والمؤثرات الصوتية والرسوم بأنواعها (الثابتة والمتحركة) التي يمكن أن تسهم كلها أو بعضها في تقديم المعنى والشرح والتفسير في تصميم يعتمد على النظم الرقمية في العرض والتقديم والإتاحة والتوصيل والتخزين مما يتفق وحاجات المتلقين (عبد الحميد، 2008: 98-99)

وللوسائط المتعددة أربع مكونات أساسية هي:

- ✓ أولاً: ضرورة وجود هاتف ذكي شخصي لكي يعمل على توحيد ما نراه ونسمعه ونتفاعل معه.
- ✓ ثانياً: لابد من وجود وصلات أو روابط Links توصل المعلومات وتتمثل في النصوص والرسوم والصور والصوت ولقطات الفيديو.
- ✓ ثالثاً: يتمثل في أدوات الإبحار Navigation Tools التي تجعل المستخدم يبحر في الشبكة ليصل للمعلومات التي يريد.
- ✓ رابعاً: يتمثل في ضرورة توافر طرق تمكن من جمع ومعالجة وتوصيل المعلومات والأفكار. (الزعبي،

2020: 11)

11-6- معايير خاصة بلغة برمجة تطبيقات الهاتف الذكي:

تختلف لغة برمجة تطبيقات الهاتف الجوال بحسب حاجة المبرمج أو نظام التشغيل المختار أو المنهجية المتبعة في موضوع وهدف التطبيق وهي نوعان:

- لغات برمجة تطبيقات الهاتف الذكي الأصلية وتتمثل في:
 - لغة سويفت Swift لتطوير تطبيقات منصة Ios وهي اللغة الرسمية في آبل.
 - لغة كوتلن Kotlin لتطوير تطبيقات منصة أندرويد.
- لغات برمجة التطبيقات متعددة المنصات وتشمل:
 - ريباكت نيف React Native: يستعمل لغة JavaScript ومكتبة React.js، يمكن تشغيله على أجهزة الأندرويد، ونظام iOS، وغيره.
 - فل اتر Flutter: طور من طرف شركة غوغل عام 2017 وهو من اللغات برمجية للتطبيقات متعددة المنصات، يستعمل إطار فلاتر لغة دار Dart، ويمكن تشغيل تطبيقاته على نظام iOS، ونظام الأندرويد، وغيرهما.

- أيونيك Ionic: طور في عام 2013 ويستخدم في تطوير الواجهات الأمامية أنجولر Angular، أو رياكت React.js، أو فيو Vue.js

11-7- معايير خاصة بتصميم الشاشة:

للتصميم أي تطبيق هاتفي يجب توافر معايير محددة في تصميم رسالة الشاشة ومنها ما يلي:

■ معايير خاصة بالواجهة أو شاشة العرض:

- أثناء تصميم واجهة المستخدم يجب الاهتمام بحجم الخط والأزرار والمسافة بين السطور.
- القدرة على إيصال الرسالة بطريقة هادفة وذات معنى.
- تعطي المستخدم انطباعا بالرضا والقبول مما ينعكس إيجابا على نفسيته وقناعته.
- يجب خلق تباين بين لون النص ولون الخلفية، وألا يكون لون الخلفية من الألوان المكمل للون النص.
- يجب مراعاة موضع اليدين على شاشة العرض.
- يجب الابتعاد عن الواجهات المكتظة.
- يجب استخدام العناصر المألوفة للمستخدم.
- السهولة في التنقل بين الواجهات بسرعة وسلاسة.
- المعلومات المكتوبة على الواجهة يجب أن تكون سهلة القراءة.
- ضرورة التركيز على عناصر اللون والإضاءة والتباين والملمس لجذب انتباه المستخدم.
- يجب استخدام الخطوط الصحيحة من حيث نوع الخط، حجمه، توزيع وتنظيم الفقرات والنصوص.
- من المهم استخدام الألوان للتفريق بين النصوص أو المحاور.
- قدرة المستخدم في التحكم بنفسه في سرعة العرض وفي تقديمه أو إرجاعه حسب رغبته.

(مرزوق، 2013: 199)

■ معايير خاصة بالأيقونات: الأيقونة هي رمز مرئي صغير.

- يجب أن تكون متناسقة من حيث: الحجم، اللون، الاستمالة.
- أن تكون مجتمعة وليست منفردة.
- أن تكون واضحة المعالم بسيطة التركيب وعملية.
- أن تكون مألوفة.
- أن يتوافق شكلها مع المعنى الوظيفي لها.

○ أن تراعي شكل النظام التصميمي لنوع الجهاز (الهاتف).

▪ **معايير خاصة بالشعار Logo:**

○ يعد الشعار من أهم خطوات بناء التطبيق فهو البوابة البصرية للتعرف عليه وهو الهوية أو الرمز أو العلامة المميزة للتطبيق ولا يمكن التعرف على التطبيق إلا إذا كان له شعار مميز لذلك يجب أن يكون معبراً، جذاباً ومصمم بلمسات جمالية وفنية.

○ أنواع الشعارات:

○ شعار تصويري: شعار يمثل صورة المنتج.

○ شعار هندسي: شعارات مصممة بواسطة أشكال هندسية.

○ شعار اسمي: شعار مصمم بواسطة استخدام أسماء الشركات أو الأشخاص.

○ شعارات مدمجة: شعارات تكون مزيج من الأنواع السابقة. (الزعيبي، 2020: 80)

▪ **معايير خاصة بالخط:**

○ يجب أن يكون الخط متناسق من حيث النمط، اللون والحجم والنوع والتوزيع من دون زوائد sans-serif typeface وواضح وغير مزخرف ذو مقاس عادي من حيث توزيع وتنظيم الفقرات والنصوص.

▪ **معايير خاصة بالصور:** تلعب الصور في أي تطبيق دوراً هاماً في إيصال الرسالة للمستخدم بطريقة

أسرع ولذلك يجب عند إدراج الصور ما يلي:

○ يجب التركيز على الصورة من حيث البعد والحجم ومراعاة التقنية التي جعلها واضحة ومعبرة

○ يجب أن تكون الصورة على علاقة واضحة بالمحتوى النصي (بوسنان، 2012: 403)

○ يجب استخدام الصور البسيطة.

○ اختصار البيانات في الصور.

○ وضع بطاقة تعريق على الصورة. (عسيري، والمحيا، 2011: 57)

وهي تتألف من مكونين يمثلان محتواها التقني والموضوعي:

أولاً: عناصر الصورة وهي السمات المرئية في الصورة مثل: الشكل، اللون، الملمس، والمساحة وغيرها.

ثانياً: هو ما يشعر به المستخدم دون أن يكون ملموساً مثل: الاتزان، البعد والنظام والايقاع. (الزعيبي،

2020: 35)

▪ **معايير خاصة باللون:** من أجل أن يكون النص مقروءا ويسهل إدراك محتواه يجب:

- عدم تغيير ألوان الرموز (عند الانتقال من شاشة إلى أخرى).
- استخدام اللون في مواقع المعروفة مثل اللون الأحمر للخطر الخ.
- استخدام الألوان بطريقة واضحة جذابة وغير مبالغ فيها.
- استخدام الألوان المناسبة والمعبرة والمؤثرة.
- توظيف الألوان بطريقة تخدم موضوع العرض، وليست للإبهار البصري فقط .
- يجب تقادي استخدام الألوان التكميلية المشبعة.
- الاعتدال في إشباع الدرجات اللونية.

23-8-معايير خاصة بالصوت:

- استخدام المؤثرات الصوتية التي يتم توظيفها.
- تجنب الإكثار من المؤثرات الصوتية بقدر المستطاع.
- مناسبة المؤثرات الصوتية لفئة العمر لدى المتعلم الذي يستهدفه التطبيق. (عسيري، والمحيا،

(2011: 58)

- - ينبغي أن يسمح التطبيق بالتحكم في الصوت من قبل المستخدم عن طريق مفتاح الصوت بالجهاز حيث أن هناك أصواتا تكون مرتفعة ومزعجة أو غير مفضلة من قبل المستخدم يجعله قلقا عند تعلمه من التطبيق. (مرزوق، 2013: 200)

23-9-معايير خاصة بالنص:

يجب أن يكون النص المكتوب واضح ومتسلسل، تحترم فيه المسافة بين الأسطر، عدد كلمات النص مناسبة لحيز الكتابة على الشريحة، دقيق إملائيا ونحويا، بسيط ومفهوم لغويا. (صبري، 2009، 49) كما يجب أن يكون نوع خط النص مقروء وملفت للانتباه، ودرجة التباين فيه تكون عالية بين النص والخلفية، وألا يكون لون الخلفية من الألوان المكملة للون النص، كما يجب أن يكون التعبير بطريقة واضحة ومدروسة وبأقل عدد من الكلمات حتى يساعد من رفع درجة الفهم والتقبل لدى المستخدم.

12- مراحل تصميم وبناء تطبيق هاتفي توعوي:

تتطلب عملية اعداد برنامج تطبيق هاتفي توعوي الكثير من المهارات سواء في المجال المعرفة التكنولوجية أو الخصائص النفسية للفئة المستهدفة، وتمر هذه العملية بخمس مراحل وهي ما تعرف بدورة إنتاج البرمجية إلى: مرحلة التصميم فالإعداد، فكتابة السيناريو، فالتنفيذ – فمرحلة التجريب والتطوير وهي مفصلة كالتالي: (الفار، 2002: 362).

12-1-مرحلة التصميم:

تُمَرّ عملية تصميم تطبيقات الهاتف النقال بعدة خطوات بهدف وصول المستخدم الى الشكل النهائي للمنتج الذي يسعى للوصول الى تحقيقه حيث يضع فيها المصمم الخطوط العريضة التي ينبغي أن تحتويه البرمجية من أهداف ومادة علمية وأنشطة وتدريبات. وتكون بدايتها بالبحث والاطلاع على التطبيقات المشابهة من حيث الموضوع أو الهدف أو النمط المشترك والوقوف على المزايا ونقاط ضعف وثغرات هذه التطبيقات وتحليل متطلبات المستخدم واحتياجاته من أجل التركيز عليها أو تفاديها ثم تحديد ميزات التطبيق ومتطلباته الوظيفية والأدائية، ومنه ينشأ المصمم تصور عام لما سيكون عليه التطبيق قبل الدخول في تفاصيله وجزئياته.

12-2-مرحلة الإعداد:

وهي المرحلة التي يتم فيها تجهيز متطلبات التصميم من صياغة الأهداف وإعداد المادة العلمية، والأنشطة ومفردات الاختبار، وما يلزم العرض من أصوات وصور ثابتة ومتحركة ولقطات فيديو وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

- تحديد الأهداف الإجرائية.
- تحديد برنامج التأليف والجهاز الذي سوف يستخدم عليه.
- جمع الوسائط المتعددة والموضوعات المراد تضمينها في البرنامج.
- اختيار أنماط الاستجابة والتغذية الراجعة.
- اختيار البرامج المساعدة.

12-3-مرحلة كتابة السيناريو:

السيناريو هو عبارة عن وصف تفصيلي شامل للشاشات التي سيتم إنتاجها وتصميمها، وما تتضمنه من نصوص ورسومات ولقطات فيلمية، وكذلك الصوت والمؤثرات الصوتية والموسيقى المصاحبة وغيرها من البرمجيات الأخرى على الورق، وهو مفتاح العمل، أو خريطة التنفيذ التي تتيح للفكرة المطروحة في

برنامج (التطبيق)، والتي تنفذ بالصوت والصورة واللون. ومن الخصائص التي يجب أن يتصف بها هي المرونة من حيث إمكانية التعديل، أو الحذف، أو الإضافة.

ويقوم معد السيناريو بتوظيف عناصر الوسائط داخل محتوى (التطبيق) ولذلك فإن عليه مراعاة الآتي:

- تحديد النصوص المكتوبة ومواقعها على الشاشة.
- تحديد أدوات التفاعل.
- تحديد المؤثرات لجذب انتباه المستخدم.
- تحديد كيفية الانتقال من شاشة إلى أخرى.
- تحديد عدد الشاشات وتسلسلها (كابلي وآخرون، 2012: 80)

12-4-مرحلة التنفيذ:

قبل بدء تنفيذ السيناريو وتطبيقه في صورة برمجية وسائط متعددة تفاعلية. يجب على المصمم معرفة إمكانات الهاتف المستخدم ومدى قدرته على قراءة وتنفيذ خطوات البرنامج. إضافة إلى تأكده من الدقة التقنية للتطبيق والتي تشمل نقاوة الصوت، وضوح الصورة، ولقطات الفيديو ومدى تناسقها مع برمجية الوسائط المتعددة لإخراج المنتج في صورته المطلوبة. كذلك يجب التأكد من تسلسل الشاشات حسب التقييم ومدى ملاءمتها مع محتواه وأهدافه. وهي المرحلة التي يتم فيها عملية استخدام محتوى التطبيق في الواقع الفعلي على عينة من الجمهور المستهدف بقصد تحسين المنتج وتشمل مخرجاتها على التقويم التكويني للمنتج. (عسيري، والمحيا، 2011: 58)

12-5-مرحلة التجريب والتطوير (التقويم):

خلال هذه المرحلة يجب أولاً اختبار التطبيق قبل إطلاقه وتوزيعه للتأكد من جودته وخلوه من الأخطاء والعيوب التقنية والفنية ومدى تحقيقه للأهداف المسطرة، ومن الناحية الأخرى فإن تجربته قبل نشره تقيّد المنتج في تغيير أو إضافة أو حذف الاجزاء التي لا تتماشى مع الهدف العام أو أحد محاوره (زاهر، 1998: 76) وخلال هذه المرحلة يتم تحويل مواصفات التصميم إلى صيغة مادية تنشر على الأنترنت وبدايتها في الغالب تكون بإنتاج نسخة أولية من المنتج (PROTOTYPE) وهي عبارة عن نسخة حقيقية للمنتج وليست تصميماً على الورق. يتم تشغيلها على جهاز الهاتف لتحقيق منها ومن مدى مطابقتها للشروط ومواصفات التصميم وأيضاً قابليتها للتعديل.

ويتم اختبار هذه المنتج إما بعرضه على مجموعة من المحكمين من الخبراء والمتخصصين للوقوف على آرائهم واقتراحاتهم (تحسين، تعديل، تغيير) ويسمى باختبار ألفا Alpha Test، أو بتجربة البرنامج (النسخة التجريبية) على عينة استطلاعية من الجمهور المستهدف ويسمى باختبار بيتا. Beta Test وبعد

الحصول على النتائج بعد تطويره يتم نشره على متاجر تطبيقات الجوال المستهدفة للمنصة مثل متجر Google Play على منصة أندرويد ومتجر App Store على منصة iOS.

وينقسم التقييم الى قسمين:

- ✓ **التقويم البنائي:** هو تقويم المنتج أثناء مراحل التحليل والتصميم والتطوير وهو عملية جمع معلومات حول التطبيق، بقصد تحسين وتطوير المنتج.
- ✓ **التقويم الختامي:** وهو جمع بيانات حول كفاية المنتج بعد إخرجه في صيغته النهائية، بقصد اتخاذ قرار لاستخدام التطبيق أو إيقافه. (عسيري، والمحيا، 2011: 59)



شكل رقم (04) يمثل مراحل بناء وتصميم وتقييم برنامج تطبيق

خلاصة:

تعتبر التطبيقات بمختلف أنواعها ومواضيعها وأهدافها من أبرز الطرق لتقديم المعلومات والحقائق في العصر الحديث، وبما أن شباب اليوم يختلف في مفاهيمه عن شباب القرن الماضي باعتباره شباب يعيش في عالم رقمي افتراضي أكثر منه واقعي حتى وصل الأمر إلى إلغاء الكثير من المفاهيم الحياتية التي كانت سائدة في القرون الماضية، فلم تعد هناك حدود للمعرفة ولا للتخصص ولا الحدود الجغرافية بل حتى المفاهيم الروحية والعقائدية للإنسان تدخلت فيها التكنولوجيا، فأصبحت كل العلوم والمعارف التي كانت في السابق متواجدة في الكتب وعلى رفوف المكتبات محجوزة في جهاز صغير أقل وأدنى من قبضة يد وبزر واحد يمكن أن يجول حول العالم وهو قابع في مكانه لا يحتاج إلى السفر والتنقل كل ما يريد معرفته يأتي إليه بكل لغات العالم.

وقد أدى التقدم المذهل في مجال إنتاج التطبيقات بالخصوص وفي مختلف المجالات إلى فتح آفاق ورؤى جديدة غير محدودة المعالم حيث أدى إلى تشابك التخصصات ومجالات المعرفة فمزج الصحة بالتعليم والرياضة وسلوك الإنسان والرياضيات والهندسة بالفن والمال والزراعة، فلم يبقى مجال إلا وتغلغت فيه التكنولوجيا الرقمية إلى درجة أن الإنسان في ذاته مهدد في كيانه ووجوده.

والتطبيقات وبخاصة التطبيقات الهاتفية التوعوية لم تعد محصورة في مجال معين بل تعدت إلى كل مجالات الحياة فهي تخدم الفرد وتختصر له مسافات الزمن وعناء البحث عن المعلومة فالرياضي مثلا لم يعد بحاجة إلى الطبيب المختص ولا إلى المدرب ولا إلى البرامج التدريبية فقط عليه إنزال التطبيقات الخاصة بذلك ليحصل على مبتغاه مهما كان مستواه الفكري والاجتماعي وحتى المكاني (البيت ، قاعات التدريب) لذلك نجد أن هناك منافسة شرسة في هذا المجال للتقديم الأفضل ولتجسيد مبدأ الاستفادة للجميع وهذا ما يسعى إليه موضوع الرسالة من خلال جعل هذه التطبيق وسيلة لنشر الوعي الصحي وللتقليل من سلوكيات الخطر لدى فئة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام.

الفصل الثاني :

الوعي الصحي

تمهيد.

1. مفهوم الوعي الصحي.
 2. أهمية نشر الوعي الصحي.
 3. أهداف الوعي الصحي.
 4. النظريات المفسرة للوعي الصحي.
 5. جوانب وعناصر الوعي الصحي وطرق نشره.
 6. مجالات الوعي الصحي.
 7. مستويات الوعي الصحي.
 8. صفات الشخص الواعي صحيا.
 9. دور المؤسسات الاجتماعية المسؤولة عن نشر الوعي الصحي.
- خلاصة.

تمهيد:

يعد موضوع الوعي الصحي من الموضوعات الأساسية التي أثارت اهتمام الكثير من الباحثين كل في مجال اختصاصه فحياة الأفراد تبدأ من صحتهم لأن خلو مجتمع ما من الأمراض والسلوكيات الصحية الخاطئة معناه ازدهار وتطور في سيرورته ونموه، وبالمقابل فإن نقشي الأمراض والأوبئة في مجتمع ما معناه تعطل وانكماش النمو وبالتالي المردود العام أقل والثمن أكبر مع تعطل لمسارات الحياة بصفة عامة، لذلك فتوعية الأفراد وتثقيفهم والتخطيط لمنظومة صحية سليمة يكون أساسها الوعي والإرشاد من خلال غرس عادات وتقاليد وسلوكيات صحية سليمة من شأنها أن تقلل من التكاليف المادية الباهظة وتنتج أفراداً سالمين جسدياً ونفسياً ومجتمع قوي ومعافى، ولا تقتصر هذه الاستراتيجيات الاستباقية في مفهومي المرض والعلاج ولكن لتشمل كل ما من شأنه الرفع من مستوى الصحة بصفة عامة كالتغذية الصحية، وممارسة النشاطات البدنية وتطبيق السلوكيات الصحية الإيجابية في الحياة العامة بشكل يومي ودائم وهذا ما سنحاول التطرق إليه في هذا الفصل.

1. مفهوم الوعي الصحي:

إن الوعي الصحي هو السلوك الإيجابي والذي يؤثر إيجاباً على الصحة، والقدرة على تطبيق المعلومات الصحية في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكانياته (خلفي، 2013: 273) وهو مفهوم واسع وشامل للصحة الشخصية والمجتمعية ويشمل معرفة الأنماط الغذائية الصحية، وأهمية ممارسة النشاط البدني والوقاية من الأمراض وفهم مدى الأثر للجانب النفسي والاجتماعي على الصحة، ولا يمكن فهم المصطلح المركب إلا إذا تم تجزئتهما وشرحهما بالتفصيل قبل تركيبهما في مفهوم واحد، لذلك ونظراً لأهمية كل منهما لا بد من إعطائهما حقهما في التفسير والضبط.

1-1-1-تعريف الوعي:

1-1-1-التعريف اللغوي: (الوعاء) واحد (الأوعية)، ووعي الحديث يعنيه (وعياً) حفظه (الرازي، 1999: 342)، أما الوعي كما ورد في لسان العرب "من وعى الشيء، والحديث يعنيه وعياً، وأوعاه أي حفظه وفهمه وقبله فهو واع". وفلان أوعى من فلان أي أحفظ وأفهم. ووعي هو شعور، يقظة، تمييز أو إدراك عن طريق الحواس أو عبر الملكة العقلية. (ابن منظور، 2000، 342)

أما المنجد في اللغة والإعلام، فقد جاء مفهوم الوعي فيه كما يلي: "وعي يعي وعياً: الشيء : جمعه وحواه، وفي الحديث: قبله وتدبره وحفظه. (المنجد في اللغة والإعلام، 2002: 908)

1-1-2-ومن القرآن الكريم نجد:

- قوله تعالى: «وَاللَّهُ أَعْلَمُ بِمَا يُوعُونَ» سورة الانشقاق الآية 23
- قوله تعالى: «لِنَجْعَلَهَا لَكُمْ تَذْكِرَةً وَتَعِيهَا أَدْنَىٰ وَاعِيَةً:» سورة الحاقة الآية: 12
- قوله تعالى: «وَجَمَعَ فَأَوْعَى:» سورة المعارج الآية 18
- قوله تعالى: «فَبَدَأَ بِأَوْعِيَّتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ» سورة يوسف الآية 76

1-1-3-ومن الحديث الشريف:

- عن عبد الله بن رستم قال: "سمعت بريدة يقول سمعت رسول الله (ص) يقول لعلي رضي الله عنه: يا علي، أن الله أمرني أن أدنيك ولا أقصيك، وأن أعلمك وأن تعي، وحق على الله أن تعي".
- قال الرسول الله (ص) ليبلغ الشاهد الغائب فإن الشاهد عسى أن يبلغ من هو أوعى له منه " صحيح البخاري: كتاب العلم، باب قول النبي (ص): "رب مبلغ أوعى من سامع". و(أوعى) أي: أحفظ، من الوعي وهو: الحفظ والفهم.
- عن محمد بن جبير بن مطعم عن أبيه: قال رسول الله (ص): "نضر الله امرأ سمع مقالتي فوعاها، ثم أداها إلى من لم يسمعها فرب حامل فقه لا فقه له ورب حامل فقه إلى من هو أفقه منه ... " مسند أحمد بن حنبل.
- في حديث عبد الله بن مسعود رضي الله عنه قال: قال رسول الله (ص): "استحيوا من الله حق الحياء قال: قلنا: إنا لنستحي يا رسول الله (ص) قال: ليس ذلك ولكن من استحي من الله حق الحياء، فليحفظ الرأس وما حوى، وليحفظ البطن وما وعى، وليذكر الموت والبلى، ومن أراد الآخرة ترك زينة الدنيا، فمن فعل ذلك فقد استحيا من الله حق الحياء". مسند أحمد بن حنبل وفي رواية (والجوف وما وعى)، أي ما جمع من الطعام والشراب حتى يكونا من حلهما.
- وفي حديث الإسراء: ذكر في كل سماء أنبياء قد سماهم "فأوعيت منهم إدريس في الثانية". صحيح البخاري: كتاب التوحيد، باب قوله تعالى: "وكلم موسى تكليماً" بلفظ (فوعيت).
- وفي الحديث قوله (ص): "لا توعي فيوعي عليك". صحيح البخاري: كتاب الزكاة، باب الصدقة.

1-1-4-وفي الاثر:

- حديث أبي أمامة: "أن الله لا يعذب قلبا وعى القرآن". قال ابن الأثير: أي عقله إيمانا به وعملا، فأما من حفظ ألفاظه وضع حدوده فإنه غير واع له. (بن الاثير، 2000: 206)
- قال علي بن طالب رضي الله عنه: "يا كميل بن زياد، القلوب أوعية فخيرها أوعاها" (الخطيب،

1996: 182)

1-1-5- في الشريعة:

- الوعي فهو ضم المعاني والقيم والمفاهيم إلى وعاء القلب ليستوعبها ويحفظها ويعمل بها.

1-1-6- التعريف الفلسفي:

- منذ ظهور الفلسفة والاختلاف قائم في تحديد المفاهيم وهذا ما يعطيها القوة والديمومة، فمن "هرقليطس" إلى يومنا هذا لم يجتمع الفلاسفة على رأي إلا وفتحت المناقشة على فروعه. وموضوع مفهوم الوعي لم يخرج عن هذا الإطار ولم يتم حسم القضية محل النقاش من تأييد تارة ونقد تارة أخرى فكل فيلسوف يحدد موقفه وفقا لما يقدمه من تفسيرات وتبريرات، انطلاقا من قناعاته وتوجه المدرسة التي ينتمي اليها.

- **ديكارت:** يرى أن الشك هو السبيل الوحيد إلى اليقين، فهو الذي يجعلنا نحيط بذواتنا.

- **كانط:** يميز بين الوعي بالذات والوعي بالمعرفة. فهو يرى أن وعي الذات لنفسها كوجود أخلاقي لا يعني بالضرورة وعينا المطلق للأشياء، لأننا نجهل النومينات (الأشياء في ذاتها)، ومن ثمة يظل وعينا بالأشياء وعيا نسبيا. (فيرست، 1987 : 96)

- **هيجل:** الإنسان هو الموجود الوحيد الذي يعي ذاته باعتباره يوجد كما توجد أشياء الطبيعة، وباعتباره موجودا لذاته أما الأشياء الأخرى فإنها لا توجد إلا بكيفية واحدة. (فيرست، 1987 : 99)

- **هسرل E Husserl:** يرى أن الوعي دائما قصدي (وعي بشيء ما) فقد يكون الوعي تخيلا، أو تنكرا أو تفكيراً منطقياً، إلا أنه يتجه دائما صوب الشيء المفكر فيه، ومن ثمة فإن الوعي بالذات هو انفتاح الذات من خلال قصدية معينة، والوعي بالعالم هو وعي قصدي للعالم. (فيرست، 1987 : 122)

- **ميرلوبونتي MERLEAU-PONTY:** يرى بأن الوعي الإنساني يدخل في علاقة مشاركة مع العالم الخارجي، فيه تتحقق الإدراكات الحسية التي يمكن اعتبارها شرط أساسي لقيام الوعي بهذا العالم ويقول بأن الوعي هو الذي يمنح للعالم معانيه التي يتجلى بها. (قاسم، ب س : 5)

- **سارتر Jean-Paul Sarter:** إن الآخر هو الذي يجعلني أعني ذاتي، فأنا حين أكون لوحدي أعني ذاتي ولا أفكر فيها لكن بمجرد أن أرفع بصري فأرى الآخر ينظر إلي أخجل من نفسي، لأنني أصبحت أنظر إلى نفسي بنظرة الآخر إلي، فنظرة الآخر إذن هي التي تجعلني أعني ذاتي كشيء خارج عني. فالآخر هو الوسيط الذي يجعلني أوضاع ذاتي، هكذا يكون الآخر الوجود الأساسي الذي يجعلني أجعل من ذاتي موضوعا للوعي، بعد أن تعرفنا عن العلاقة الواعية التي يمكن أن تكون بين الذات والعالم والآخرين.

1-1-7-تعريف الوعي في علم الاجتماع:

اختلف علماء الاجتماع في تحديد مفهوم الوعي وهذا بسبب الاختلاف في الأطر النظرية والفكرية التي يتبناها كل باحث:

• **كارل ماركس Karl.Marx**: يعتبر الوعي هو ذلك البناء الفوقي الذي تتجلى فيه جميع الأنشطة الإنسانية ولا يمكن بأي حال عزل الوعي عن الأوضاع الاجتماعية وبالتالي علاقات الإنتاج. ويقول إنه ليس وعي الناس هو الذي يحدد وجودهم، وإنما وجودهم الاجتماعي هو الذي يحدد وعيهم. (فيرست، 1987: 133)

• **نيتشة Nietzsche**: يرى أنه بالإمكان أن يعيش الإنسان حياته في استقلال عن الوعي تماما لما كانت الحياة البشرية معرضة للهلاك بوصفها حياة يُوْطَرها الصراع من أجل البقاء أضطر الإنسان أن يعبر عن نفسه في كلمات، ومن ثمة يكون نمو اللغة ونمو الوعي متلازمين. (قاسم، ب س: 7)

• **آفانا سييف**: الوعي هو الحصيلة الكلية للأفكار والنظريات والآراء والمشاعر الاجتماعية وعادات وتقاليد الناس التي تعكس الواقع الموضوعي للمجتمع الإنساني والطبيعة. (آفانا، 1975: 321)

• **"جورج ميد" (G.Mead)**: يذهب إلى أن عمليات الاتصال تساعد الفرد على النظر إلى نفسه، والقيام بدور الآخرين، وتعتبر عملية الاستدماج بالآخرين، أو تمثل الظروف المحيطة وهي شرط أساسي لظهور الوعي. (الجوهري وآخرون، 1992: 289-290)

• **الاتجاه الفينومينولوجي**: فيرى أن "الوعي أو الشعور" هما وسيلتين لفهم العالم، فأى فهم لشيء موضوعي لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال وعينا بذلك الشيء، ولا وجود للواقع مستقلا عن وعينا أو شعورنا، وجوهر الإنسان هو ما يفهمه العقل الإنساني من خلال الوعي عن طريق خبرته بالعالم والموضوعية تتحقق عن طريق الذاتية أو عن طريق وعينا. (بن يحيى، 2005: 70)

1-1-8-تعريف الوعي في علم النفس:

حسب منظور علماء النفس حول مفهوم الوعي، وهو الذي ارتكزت عليه نظرية التحليل النفسي أن الوعي هو عبارة عن جملة من الاستجابات الناتجة عن العمليات الإدراكية لذات الفرد نفسه (الإحساس بالذات، والإدراك الذاتي، والحالة الشعورية، والحكمة أو العقلانية وللعالم الخارجي)، ويغيب بغياب وعيه (في حالة الإغماء أو النوم). ويقابل الوعي اللاوعي أو اللاشعور.

والوعي في علم النفس هو شعور الكائن الحي بما في نفسه وما يحيط به. (معجم المعاني الجامع

(2010)

• راسل: William RUSSELL: يربط راسل الوعي بالمدرجات الحسية أو الخبرات الحسية حيث أكد على ضرورة عدم فصله (أي الوعي) عن مثيرات العالم الخارجي، فهو عبارة عن ردود أفعال اتجاه وسطه، وهذا يعني أن الوعي طاقة تميز الإنسان عن الجمادات. ومن ثم فإن راسل أكد على تلازم الوعي مع حالة اليقظة، وليس مع حالة النوم أي أنه غير مستمر في الزمن. (فيرست، 1987: 137)

• برجيسون: الوعي عنده ذو طبيعة مجردة وهو مرتبط بالدرجة الأولى بالذاكرة التي تحفظ ماضي الإنسان في الحاضر، وللوعي القدرة على تجاوز الحاضر عقليا وتمثل صورة المستقبل، فالإنسان الذي لا ذاكرة لديه فلا وعي له. (قاسم، ب س: 39)

• ديماسيو Antonio Damasio: يعتبر أن الوعي هو تنظيم لمضامين العقل المركزة على الأنا أو الذات التي تنتج تلك المضامين العقلية و تحفزها وهو حالة عقلية تحتوي على معرفة الأنا بوجودها وبمن هي وبما يوجد في محيطها. (Antonio Damasion, 2010:10)

1-1-9-تعريف الوعي عند علماء الفسيولوجيا:

أما علماء الفسيولوجيا فإنهم يرون في الوعي، وظيفة لخلايا المخ سواء كانت خاصة به أو مجموعة من الخلايا المخية أو للدفعات العصبية البسيطة. (عوفي، 1993:41)

1-1-10-الفرق بين مفهومي الوعي والتوعية:

إن مفهومي الوعي والتوعية وإن كانا يلتقيان في نفس الأهداف إلا أنهما مختلفان في المعنى، وهذا ما يجعل الكثير من الباحثين يخطوا بين هذين المصطلحين، فالتوعية فهي أوسع وأشمل من مصطلح الوعي كونها هي التي تقوم " بإيجاد الوعي وإكسابه للأفراد والجماعات، لحملهم على الاقتناع بفكرة معينة أو رأي معين، واتخاذ منهج سلوكي معين بقصد تحقيق نتائج يهدف إليها القائم بالتوعية. " (بوجلال، 1991: 44)

1-2-أنواع الوعي:

ككل المفاهيم الإنسانية فإن الوعي يتضمن المحاور الثلاث التي يتمحور عليها وجود الإنسان وهي العقل والجسم والبيئة أو العالم الخارجي، مما جعل كل باحث ينظر إليه من زاوية تخصصه وهذا ما تمخض عنه وجود عدة أنواع من الوعي والتي منها:

- الوعي الجماعي: ويتسم به مجموعة من الأفراد تربطهم صلة معينة.
- الوعي الحدسي: وهو الوعي المباشر والفجائي الذي يجعلنا ندرك أشياء، أو علاقات، أو معرفة، دون أن نكون قادرين على الإتيان بأي استدلال.

- **الوعي الغريزي:** هو ما يتكون لدى الفرد نتيجة لممارسات، وخبرات يكتسبها الفرد خلال حياته اليومية، مدفوعا بدوافع غريزية في الغالب.
- **الوعي العقلي:** فهو الوعي القائم على أعمال العقل، والفهم، والإقناع، والتمييز بين البدائل، ولا يستطيع الإنسان الوصول إلى هذا النوع إلا عن طريق جهد مخطط، ومقصود من أجل تكوين قدر من الثقافة العامة لدى الفرد، وذلك يرتبط بعمليات عقلية، يمارسها الفرد لكي يصل إلى مستوى الفهم أولاً، ثم مستوى الاهتمام والتبني، والدفاع عن فكره، أو مبدأ ما".
- **الوعي الزائف:** وذلك عندما تكون أفكار الإنسان ووجهات نظره ومفاهيمه غير متطابقة مع الواقع من حوله، أو غير واقعية.
- **الوعي الحقيقي الواقعي:** تتمثل في الفهم الصحيح للأشياء ولأصولها.
- **الوعي التأملي:** وهو وعي يتطلب حضوراً ذهنياً قوياً، ويرتكز على قدرات عقلية عليا، كالذكاء، والإدراك، والذاكرة....
- **الوعي الجزئي:** وذلك عندما تكون الأفكار والمفاهيم مقتصرة على جانب أو ناحية معينة وغير شاملة لكل النواحي والجوانب والمستويات المترابطة والتي تؤثر وتتأثر في بعضها البعض في عملية تطور الحياة.
- **الوعي الاجتماعي:** بالرغم من اختلاف مسميات الوعي الاجتماعي لرأي العام، الروح القومية والروح الشعبية) إلا أن مصطلح الوعي الاجتماعي بمفهومه الدقيق "مجموعة المفاهيم والتصورات والآراء والمعتقدات الشائعة لدى الأفراد في بيئة اجتماعية معينة، والتي تظهر في البداية بصورة واضحة لدى مجموعة منهم ثم يتبناها الآخرون لاقتناعاتهم بأنها تعبر عن موقفهم". (بوجلال، 1991: 42 - 43)
- كما يعرفه أوليدوف بأنه: " إعادة إنتاج البشر للواقع الاجتماعي في شكل أفكار وتصورات ورؤى في مرحلة معينة من التطور التاريخي، فالوعي الاجتماعي هو إذن الإحاطة بالواقع من قبل طبقة محددة أو فئة اجتماعية أو المجتمع بأسره". (أوليدوف، 1982: 31) ويندرج تحت الوعي الاجتماعي أنواع من الوعي، الوعي السياسي، والوعي القانوني الوعي الأخلاقي، الوعي الديني، الوعي الصحي... والوعي بالطبيعة.
- **الوعي القومي:** هو التحسس بالهوية القومية والانتماء لشعب أو أمة بفعل روابط الجنس والثقافة والتاريخ واللغة والمصالح والمصير المشترك، أي بفعل الإدراك والتفهم لكيثونة الانتماء إلى قومية واحدة، وقبول هذا الانتماء. (الكبالي وآخرون، 1994: 296)

- **الوعي الطبقي:** أما الوعي الطبقي فهو إدراك أفراد جماعة ما لموقعهم الطبقي، ولموقع جماعتهم الطبقي، بين مختلف الجماعات الاجتماعية الأخرى، وإدراكهم لمصالحهم الطبقيّة ومصالح جماعتهم الطبقيّة ولسبل تحقيق تلك المصالح وضمّانها.
- **الوعي السياسي:** مجموعة من القيم والاتجاهات والمبادئ السياسية التي تتيح للفرد أن يشارك مشاركة فعالة في أوضاع مجتمعه ومشكلاته: يحللها ويحكم عليها ويحدد موقفه منها ويدفعه إلى التحرك من أجل تطويرها وتغييرها. (اللقاني، والجمل، 1996: 204).
- **الوعي الوقائي:** وهو سمة ذاتية شخصية مرتبطة بإدراك الفرد بالمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها والتي قد تهدد سلامته النفسية أو الجسدية، ويكون هذا الإدراك مكتسب من خلال الحصيلة المعرفية والمعلومات والخبرات التي اكتسبها طيلة حياته، ويتضمن جانبين الأول هو وجود فكرة الوقاية والجانب الثاني هو التنفيذ أي تطبيق هذه الفكرة الوقائية.
- **الوعي الفني:** يعد الفن نوعا مخصوصا من الوعي يتصل بفهم وإدراك الظواهر الجمالية أو الاستجابية الجمالية لظواهر الكون، بكل ما تعنيه هذه الاستجابة من أبعاد وجدانية ومعرفية وحسية وانفعالية واجتماعية، حيث يخلق هذا الوعي ويتشكل من خلال طبيعة العلاقة بين هذه الأبعاد. وينعكس الوعي الفني على سلوك الفرد والمجتمع إذ يتجلى في مشاعرهم وأحاسيسهم نحو الفن والجمال، كما يتجلى في أساليب تعبيرهم عن هذا الجمال. ويصبح الوعي الفني مكونا أساسيا من مكونات البناء الروحي والقيمي للثقافة، خاصة إذا نظرنا إلى الثقافة على أنها تشمل طرائق الحياة وأساليب العيش معا ونظم القيم والتقاليد والمعتقدات. (زكريا، 1976: 21)
- **الوعي البيئي:** يشير الوعي البيئي إلى درجة الإدراك على المستويين الفردي والمجتمعي لأهمية المحافظة على البيئة وحمايتها والتعامل معها دون الجور عليها لتطويعها من أجل تحقيق غايات فردية سريعة للإنسان على المدى القصير تلحق بالبيئة أضرارا على المدى الطويل. (عفيفي، 1996: 217) وعلى الرياضي أن يحافظ على بيئته سواء في داخل بيته أو الحي الذي يقطن أو في مكان عمله أو القاعة التي يتدرب فيها، وإن يلم بكل المعلومات والحقائق التي تساعده على تطوير علاقته بالمحيط الذي يعيش فيه وينتمي إليه ويتعامل معه، وأن يكتسب العديد من المهارات التي تجعل منه عنصرا مولدا للإيجابية لا عنصرا هداما لها فالبيئة التي يعيش فيها الرياضي يجب أن تكون نظيفة نقيه لتقيه وتقي غيره من الوقوع في الإصابات أو نقل الجراثيم أو تلويث الجو والطعام أو الماء.

▪ **الوعي الديني:** الوعي الديني قادر على منح الإنسان القوة الدافعة لتوجيه سلوكه بحيوية ونشاط نحو الأهداف السامية، ويرتبط مستوى الوعي الديني بصورة مباشرة بطهارة القلب ونزاهته من الأدران والأمور الشائبة ولهذا يتحتم على الطامع في رفع مستوى وعيه الديني أن يجاهد في سبيل تحقيق ما يعينه على تطهير قلبه من جميع الشوائب. (الحسون، 2003: 138)

ومن هذا المنطلق يمكن تعريف الوعي بأنه إدراك الفرد وقدرته على استيعاب الأشياء والقضايا والأحداث المرتبطة بحياته وبالوسط الاجتماعي المحيط به والتي تتحدد بمجموعة من التفاعلات والدلالات للأفكار والحقائق والمفاهيم لتكون إطارا ترسم فيه صورة متمتج فيها الأنماط والقيم والتي تظهر على شكل ردود أفعال في مواقف مختلفة.

وفي النهائية وبحسب ما استخلصناه فإن للوعي أبعاد ومفاهيم متنوعة تختلف باختلاف التشعب الفكري وتوجه الإيديولوجي الذي يتبناه كل اختصاص ولكننا نتطابق في كونه إدراك الإنسان لذاته ولما يحيط به استنادا الى تراكمات إدراكية ترتبط بمصالح وتصورات وطموحات خاصة بالفرد في علاقته مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه.

1-3-1 مفهوم الصحة:

1-3-1-1 **التعريف اللغوي:** صح وصحا وصحة وصحاحا :ذهب مرضه والشيء برئ وسلم من كل

عيب. (المنجد في اللغة والإعلام، 2002: 908)

1-3-1-2 **التعريف الاصطلاحي:** نظرا لنسبية مفهوم الصحة بسبب تعدد المشارب النظرية للأخصائيين

والعلماء كونها من القيم الاجتماعية للإنسان، حيث عجزوا عن توحيد مفهوم محدد لها، فمنهم من يرى أنها الصحة التي تهدف للوصول إلى مستوى معين من الوزن والطول واللياقة، ومنهم من قال إنها خلو الفرد من الأمراض، ومنهم من يرى أنها حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم التي تنتج من تكيف وتأزر أعضاء الجسم مع بعضها البعض لمواجهة المسببات المرضية التي يتعرض لها الجسم.

1-3-1-3 **تعريف منظمة الصحة العالمية OMS:** الصحة لا تعني فقط خلو الفرد من الأمراض وإنما

هي حالة من التوازن الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي تمكن الفرد من العيش حياة منتجة اقتصاديا واجتماعيا.

هذا التعريف يعتبر هدفا يسعى إلى تحقيقه كل المسؤولين والعاملين في المجالات الصحية المختلفة

في كل بقاع العالم، وعلى ضوء ذلك نجد أن لصحة بصفة عامة ثلاثة جوانب هي:

▪ الصحة البدنية.

▪ الصحة النفسية والعقلية.

▪ الصحة الاجتماعية. (أبو العيون، 2013: 19)

3-1-4-تعريف الموسوعة العربية العالمية: حيث عرفت الصحة بأنها: "حالة الإنسان الخالية من الأمراض، كما تعني الراحة النفسية والعقلية والاجتماعية، والإنسان الصحيح هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وذو نظرة واقعية للحياة، ويتعامل مع غيره من الناس بصورة جيدة، وتساعد الصحة الجيدة الناس على الاستمتاع بالحياة، وتهيئ لهم الفرص للوصول إلى أهدافهم في الحياة بصورة كاملة. (الموسوعة العربية العالمية، 1999: 53).

في حين فإن فوزي جاد الله يعرف الصحة على الوجه التالي: الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس، أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة. (مخلف، 1991: 48)

وعليه فإنه ومن خلال التعاريف السابقة يمكن الخروج بتعريف الصحة "بأنها لا تعني خلو الانسان من المرض والعاهات الجسدية فقط لكنها تشمل أيضا الحالة النفسية والذهنية والروحية والعقائدية والاجتماعية أي كل ما يمكنه أن يعيق الممارسة الطبيعية للحياة اليومية للفرد.

1-4-درجات الصحة:

من بين الباحثين الذين حاولوا تقسيم الصحة إلى مستويات الذين قسموا الصحة إلى عدة مستويات هي: (الشاعر وآخرون 2005: 13-14)

- الصحة المثالية: هي درجة التكامل والمثالية من حيث المكونات الأساسية للصحة وهو مستوى نادرا ما يتوفر.
- الصحة الايجابية: وفيه تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أمراض، أو علامات مرضية.
- سلامة متوسطة: وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة ولذلك فإنه عند التعرض لأي مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.
- المرض الغير ظاهر: وهنا لا يشكو الفرد من أعراض واضحة ولكن يمكن اكتشاف المرض بواسطة الفحوصات والاختبارات السريرية والمخبرية.
- المرض الظاهر: في هذا المستوى يشكو المريض من أعراض يحس بها أو من علامات مرضية ظاهرة عليه.
- مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية للمريض إلى درجة يصعب معه أن يسترد المريض صحته ويكون مصيره الحتمي الموت.

1-5- علامات ومظاهر الصحة:

- وهي مجموعة المظاهر التي تبدو على الجسم لتعبر عن تمتعه بمستوى صحي معين وتشمل ما يلي:
- **الطاقة:** وتعني وجود طاقة كافية في الجسم تمكنه من مزاوله نشاطه اليومي.
 - **المقاومة:** وتعني قدرة الجسم على مقاومة الأمراض المعدية المختلفة.
 - **التكيف:** وتعني قدرة الإنسان على التكيف مع الضغوط الحياتية المحتملة بدون توتر زائد.
 - **التفاؤل:** وتعني تمتع الشخص بفطرة التفاؤل للحياة والتمتع بها.
 - **تحمل المسؤولية:** وتعني تحلي الشخص بالقدرة على تحمل المسؤولية مع الشعور بالرضا والقناع.
 - **الواقعية:** وتعني أن يكون الشخص واقعيا عند التخطيط للحياة في صورة خطط قصيرة أو طويلة حتى لا يصاب بالإحباط.
 - **الحيوية:** وتعني تمتع الإنسان بمظاهر الحيوية مثل نضارة الجلد وبريقه وخلوه من أي آثار لبقع مرضية، وصحة الأسنان وغيرها.
 - **النوم:** ونعني بها قدرة الشخص على الراحة والنوم الهادئ دون الحاجة إلى وسائل خارجية كالمهدئات مثلا. (أبو العيون، 2013: 20)

1-6- تعريف الوعي الصحي:

يقصد بالوعي الصحي هو الحصول الفرد على كل المعلومات، والحقائق المتعلقة بالجانب الصحي وإدراك مدى أهمية هذه الصحة له وللمن يحيط به ، وممارسة السلوكيات الصحية السليمة بطريقة مثلى تعود بالفائدة عليه وعلى مجتمعه ككل من خلال تحويل تلك الممارسات الصحية إلى طقوس يومية، فهو مفهوم يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأيضا إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاختناع، ويعني الوعي الصحي أيضا أن تتحول تلك الممارسات إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، بمعنى آخر الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه لا أن تبقى المعلومات الصحية كثافة صحية فقط. (سلامة، 2001: 23)

وقد ركز (عليوة، 1999: 49) على الفرد كوحدة أساسية في الهرم الصحي فإن كان واعيا ومتعايش إيجابيا مع نفسه ثم مع الآخر من خلال تطبيق أنماط سلوكية صحية بصفة دائمة والابتعاد عن الأنماط المعيشية الخاطئة بالوصول إلى مجتمع راق ومتعافي ونستشف ذلك من قوله إن المقصود بالوعي الصحي هو ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد.

في حين يعرف يوسف لازم كماش الوعي الصحي أنه: "كمية المعلومات التي يمتلكها الأفراد الخاصة بالوقاية من الأمراض وإتباع الإرشادات الصحية بالابتعاد عن كل من شأنه أن يؤثر سلبيا على الصحة" (كماش ، 2015 : 21)

الوعي الصحي هو: "عملية إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الحية المحيطة وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع". (الجوهري وآخرون، 1992: 290)
كما يعرف كذلك بأنه: "جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية". (مخولف، 1991: 192)

ومن خلال قراءتنا لجملة هذه التعريفات، نستخلص أنها اتفقت على أن الوعي الصحي هو الكم والمحصلة التراكمية المعرفية للمعلومات والحقائق العلمية المتعلقة بالصحة بصفة عامة وتجسيدها في مجموعة من السلوكيات الصحية السليمة لتغيير المكتسبات والمفاهيم الخاطئة وتحويلها إلى أنماط وعادات وممارسات صحية سليمة بهدف تحسين المستوى الصحي العام للفرد والمجتمع الذي يعيش فيه.
ومن هنا يمكن وضع تعريف للوعي الصحي وهو: "إلمام الفرد بصفة خاصة ومن ثم المجتمع ككل لمجموعة من المعلومات والحقائق والمفاهيم الأساسية المتعلقة بالصحة وتجسيدها على شكل ممارسات وأنماط سلوكيات صحية إيجابية بهدف الحفاظ على السلامة النفسية والعقلية والجسدية، وكذا للرفع من مستوى المكاسب المعرفية في الميدان الصحي والوقائي ولخفض مستوى الخطر الذي قد يتعرض الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه.

1-7-1- بعض المفاهيم ذات الصلة:

1-7-1- التربية الصحية:

عرف العلماء التربية الصحية بالعديد من التعريفات نذكر منها ما يأتي:

- **تعريف توماس وود:** التربية الصحية بأنها محصلة الخبرات التعليمية للفرد التي تؤثر تأثيرا إيجابيا في معلوماته وعاداته واتجاهاته التي ترتبط بصحة الفرد وصحة المجتمع وصحة السلالة.
- **تعريف جروت:** التربية الصحية بأنها ترجمة كل ما عرف عن الصحة من حقائق الى نماذج سلوكية مرغوبة من الفرد والمجتمع بواسطة الوسائل التعليمية. (رشاد، 2000: 14)

1-7-2- التوعية الصحية:

هي مجموع الأنشطة التواصلية والإعلامية التحسيسية والتربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي، باطلاع الناس على واقع الصحة وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية والوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع وثقافته، كما أنها السلاح

الأقوى للصحة العامة وتمثل مجالا صحيا هاما يعمل على تحقيق مفهوم الصحة العامة من خلال نشر الوعي والثقافة كما تسعى إلى تزويد الأفراد بمعلومات صحية صحيحة وتحثهم على تبني سلوكيات صحية إيجابية كما أنها تزود الاطفال بمهارات اتخاذ القرار في المواقف الحياتية والصحية المختلفة .

(يخلف، 2001: 10-11)

7-3-الثقافة الصحية:

تعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة المواطنين والهدف الأساسي منها هو الإرشاد والتوجيه بمعنى الوصول إلى الوضع الذي يصبح فيه كل فرد على استعداد نفسي وعاطفي للتجاوب مع الإرشادات الصحية. (القمش وآخرون، 2000)

2. أهمية نشر الوعي الصحي:

إن التطور التكنولوجي الذي نعيشه اليوم في شتى مناحي الحياة خلف ورائه جملة من التحولات سواء على المستوى الفردي من خلال تغيير العلاقات والسلوكيات أو على المستوى الجماعي من حيث المفاهيم أو القيم فأصبح لزاما على الفرد أن يتأقلم مع هذه التحولات وعلى المجتمع خلق الآليات التي تساعده على الحماية من ذلك وهذا لم يشمل فقط الإنسان بل تعداه إلى البيئة والمحيط.

ولا يكون الفرد سليما إلا إذا توفرت لديه مقومات الحياة وهي الأمن والغذاء والصحة، هذه الأخيرة التي تشمل صحة البدن والعاطفة والعقل، ومن ثمة صحة المحيط والبيئة التي يعيش فيها. وعلى المجتمع أن يمدّه بالوسائل المادية والمعرفية للحفاظ عليها من خلال تقديم برامج وخطط توعوية لتقليل من السلوكيات والعادات السيئة التي تضر به. وفي مجال الصحة بالخصوص فعلى المجتمع أن يوفر لمواطنيه المعلومات والحقائق الصحية وتحسيسهم وتوعيتهم بها من أجل توظيفها في حياتهم وتبنيها كعادات صحية إيجابية. وهو نفس الاتجاه الذي ذهب إليه (الدليمي، 2005: 225) حيث يرى أن توعية الأفراد تمكنهم من التمتع بنظرة صحية تساعدهم في تفسير الظواهر الصحية وتجعلهم قادرين على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنهم من تجنبها والوقاية منها.

وتزداد أهمية الوعي الصحي في هذا العصر بالذات نظرا للانتشار المتسارع للمعلومة والحقائق العلمية الجديدة والمتجددة في كل ظرف وحين وما يترتب عنها من اختراعات مادية (أغذية، أدوية، آلات) مما يجعل الأفراد والمجتمعات تتسارع في إيجاد الحلول القبلية لكل ما يمكن أن يكون سببا في ظهور مشاكل أو مخلفات سلبية كالأمراض المستجدة، لذلك يتعين أن يلعب الوعي الصحي دورا كبيرا في الوقاية والعلاج وحماية الناس من الإصابة بهذه الأمراض.

وتكمن أهمية نشر الوعي الصحي فيما يلي:

- تمكين الفرد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعده في تفسير الظواهر الصحية، وتجعله قادرا على البحث عن أسباب الأمراض وعللها مما يمكنه من تجنبها والوقاية منها.
- إنه رصيد معرفي يستفيد منه الإنسان من خلال توظيفه وقت الحاجة له في اتخاذ قرارات صحية صائبة إزاء ما يعترضه ويواجهه من مشكلات صحية.
- إنه يولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع ويغرس فيه حب اكتشاف المزيد منه كونه نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع. (الشلهوب 2014: 3-4)
- وعليه فإن الرياضيين كغيرهم من أفراد المجتمع معرضون لهذا النوع من التهديد الذي قد يؤدي إلى المساس بصحتهم العقلية والجسمية وبالأخص ممارسي رياضة كمال الأجسام باعتبارها أم الرياضات فهي تجمع بين القوة والمقاومة والجمال والمنافسة، ومن هنا تكمن الأهمية البالغة في نشر الوعي بين الرياضيين من خلال نشر المعلومات الصحية التي ترتبط بالخصوص مع الأنماط السلوكية الصحيحة التي يجب أن يتبناها كل رياضي لتعزيز صحته بالدرجة الأولى وصحة المجتمع الذي يعيش فيه من أجل القضاء أو على الأقل التقليل من السلوكيات الخاطئة التي تضر به.
- ونعتقد أن من ضمن المؤشرات الدالة على تطور الدول في الميدان الرياضي والتي لها تاريخ حافل بالإنجازات الرياضية الدولية والاولمبية والتي استطاعت أن تحافظ على الريادة لعقود من الزمن هي من يملك رياضيوها مستوى عالي من الوعي الصحي أهلتهم ليرتقوا بأنفسهم وبلدهم إلى هذه الدرجة فليس من الصعب أن تفوز ولكن الأصعب هو أن تحافظ عليه.
- وعليه فإنه لزاما على كل فرد من المجتمع بصفته العنصر الفعال فيه وعلى أصحاب القرار أن يخرجوا من الفكر الضيق لمفهوم الوعي الصحي بحصره بين الصحة والمرض، بل يجب جعله كنمط حياة مع إدماج الأسرة والمجتمع من خلال تحفيزهم على المشاركة الفعالة والايجابية للخلق مجتمع صحيح نفسيا وعقليا وجسديا.
- ونرى أن رصد المعلومات الصحية للاستفادة النظرية وحدها ليست كفيلا لتحقيق الرفاه وتجنب المشكلات الصحية وإنما يجب ترجمتها في شكل عادات وسلوكيات صحية وطقوس يومية للاستفادة الشخصية للفرد ولمن هم حوله فتجعله عنصرا إيجابيا قادرا على حل أي مشكلة صحية يمكن أن تعترضه أو تواجهه. كما تمكنه من تطوير قدرته المناعية والنفسية لصد أي طارئ صحي أو وبائي والرياضي كفرد من المجتمع عليه أن يلم بقدر كاف بكل المعارف والمعلومات الصحية التي تمكنه من الرفع من مستواه الإدراكي بأهمية الصحة على جسمه وعلى نتائجه وحتى علاقاته بالآخرين.

3. أهداف الوعي الصحي :

إن الهدف الأساسي الذي تسعى إليه المجتمعات هو الوصول بأفرادها إلى تبني سلوكيات صحية سليمة وجعلها نمطا حياتيا ينقل من جيلا إلى جيل، ولا يكون ذلك إلا من خلال الوعي التام بالمسؤولية الأخلاقية الملقاة على عاتق أفراد المجتمع، فهم وإن تعلموا مبادئ الصحة وطرق الحماية من الأمراض والابتعاد عن السلوكيات الخطرة المتعلقة بكل جوانب الصحة فإن ذلك غير كاف ما لم يتبعوا وسائل الوقاية منها من خلال وعيهم بالأخطار المحدقة بهم وذلك بنشر هذا الوعي فيما بينهم والعمل على تبنيه كسلوك استباقي. ويضيف بهاء الدين سلامة بعض الأهداف والتي من بينها:

✓ — أن يكون أفراد هذا المجتمع قد ألموا بالمعلومات المتصلة بالمستوى الصحي في مجتمعهم وألموا بالمشكلات الصحية، الأمراض المعدية المنتشرة في مجتمعهم، معدل الإصابة بها، أسبابها، طرق انتقالها، أعراضها، طرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها.

✓ — أن يكون أفراد هذا المجتمع قد فهموا وأيقنوا أن حل مشكلاتهم الصحية، والمحافظة على صحتهم وصحة مجتمعهم هي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية والمجتمع الذي نريد الوصول إليه بنشر الوعي الصحي بين مواطنيه هو مجتمع يتبع أفراده الإرشادات، والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم، بدافع من شعورهم، ورغبتهم، ويشتركون إيجابيا في حل مشكلاتهم الصحية.

✓ أن يكون أفراد هذا المجتمع قد تعرفوا على الخدمات والمنشآت الصحية في مجتمعهم، وتقهّموا الغرض من إنشائها، وكيفية الانتفاع بها بطريقة منظمة ومجدية. (سلامة، 2001: 24)
أما صلاح، 1995 فقد لخص بعض الأهداف منها:

✓ توجيه المعلومة الصحية المستهدفة لحماية المجتمع من الأمراض والمشاكل الصحية.

✓ تعديل الأنماط السلوكية غير الصحيحة.

✓ تشجيع أفراد المجتمع باتجاه السلوك الصحي.

✓ القضاء على العادات الصحية السيئة.

✓ الوصول إلى قاعدة الفرد السليم يؤدي إلى مجتمع سليم. (صلاح، 1995: 53-54)

في حين أضاف عثمان يخلف ما يلي:

✓ تغيير اتجاهات الناس الصحية، فمحور اهتمامها ليس بنشر المعلومات والحقائق الصحية فقط

بل محاولة إحداث التغيير الإيجابي للسلوك الصحي، إذ يجب أن تتحول المعلومة إلى سلوك.

✓ جعل الصحة العامة هدفا عاما لدى الناس.

- ✓ تعزيز صحة الأفراد بالمجتمع من خلال تغيير العادات الصحية وتعديلها خاصة ما يتعلق بصحة الأم والأغذية والبيئة وطرق الإسعافات الأولية وتغيير بعض العادات السيئة.
 - ✓ ربط برامج للتوعية الصحية بواقع الحياة والممارسة العملية.
 - ✓ تحديد الحاجات والمشكلات الصحية للمجتمع.
 - ✓ وضع برامج التثقيف الصحي المرتبطة بمشاكل المرضى الاجتماعية، القيام بحملات دائمة للتثقيف الصحي في جميع القطاعات ورسم الطرق التنفيذية لهذه الحملات. (يخلف، 2001)
- (11:

إضافة إلى ذلك نرى أن من أهداف نشر الوعي الصحي بين ممارسي رياضة كمال الأجسام في قاعات التدريب تتمثل في توفرها على كل المستلزمات التدريبية كوجود الإضاءة والتهوية والمدرّب المتخصص والبرنامج التدريبي وغيرها من الضروريات الأخرى التي بوجودها تقل نسب الإصابات والمخاطر الصحية، كما أن نشر الوعي الصحي بين الممارسين المبتدئين، الذين لا يملكون المعلومات الكافية في مجال التغذية، التدريب والراحة، والذين قد يكتسبون مفاهيم وحقائق صحية مغلوطة وخاطئة قد ترجع عليهم وعلى صحتهم بالسلب.

4. النظريات المفسرة للوعي الصحي:

إن الوعي الصحي يعد أحد أهم موضوعات علم النفس الصحة من حيث كونه، يؤسس لسلوكيات صحية صحيحة مبنية على إطلاع ودراية ووعي، وليست مجرد سلوكيات عشوائية تتوافق أحيانا مع ما هو مناسب، ومن هذا الأساس نجد هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الوعي الصحي، للإسهام في ترسيخه، وتضمينه ضمن السلوكيات الفردية، لعموم أفراد المجتمع، وليس فقط ممن يمتلكون مستوى تعليميا عاليا، ونجد من بين هذه النظريات ما يلي:

4-1- نموذج المعتقد الصحي:

تم وضع هذا النموذج من قبل روزنستوك Rosenstock في عام 1966 ثم عبر أعمال بيكر وآخرين (1984; 1975; 1974) (Becker)، ويعد أول نموذج في مجال تفسير السلوك المرتبط بالصحة، وهو في مجمله نموذج يهدف نحو تغيير السلوكيات الصحية والنفسية، وذلك لدراسة وبحث ما يمكن أن يشجع الإقبال نحو الخدمات الصحية، كما يهتم بالتنبؤ بالسلوكيات الصحية والوقائية، والاستجابة السلوكية للعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة. (شفيق، 2019: 225)

يقوم هذا النموذج على مسلمة أساسية تقول إن التزام الفرد بالقيام وممارسة السلوك الوقائي مرتبط ويتحدد بمدى ما يجنيه الفرد من إيجابيات وفوائد، يتوقع أن تكون ذات أثر إيجابي على صحته، وعليه

فالقيام بسلوكيات صحية معينة، يأتي بعد تحديد ما هو سلبي وإيجابي من هذه السلوكيات، ليقوم بعدها بتقدير احتمالات الوقوع في مشكلات صحية، وعلى هذا الأساس ينتقي الفرد القيام بهذه السلوكيات أو الامتناع عنها. وبالتالي فالسلوك الوقائي تزداد احتمالية تنفيذه كلما زادت شدة المرض وخطورته. (علي تودرت، 2020: 14)

وفي نفس السياق يمكن القول أن ما تُبنى عليه نظرية المعتقد الصحي هو أن الإنسان يبني سلوكه بناء على:

- إدراكه للخطر، وإمكانية إصابته بالمرض.
- درجة خطورة المرض ونتائجه الوخيمة.
- المنافع التي يجنيها من سلوكه في مقابل المعوقات. (زعطوط، 2005: 25)

فأي سلوك غير صحي، مادام في الوقت الحالي لا يشكل خطورة يمكن أن يدركها الفرد، هو سلوك قد لا يتم تغييره، وقد لا يتم إدراجه ضمن الوعي الصحي للفرد، فالشخص الذي يأكل كميات كبيرة من الأكل غير الصحي ولا يعاني السمنة، من الصعب أن يشكل وعيا صحيا تجاه نوعية الأكل الذي يتناوله، في غياب احتمالات الخطر، وكذلك الأمر بالنسبة للمدخن الذي لا يعاني من مشاكل تنفسية، فهو لا يدرك إمكانية إصابته بأزمة قلبية، وبالتالي فمؤشرات الخطر مهمة لبناء الوعي الصحي، وتغيير السلوك.

ويتضمن هذا النموذج مبادئ أساسية، يمكن اعتبارها من ناحية أخرى، شروطا يمكن من خلالها بناء وعي صحي لدى الأفراد، ينجم عنه معتقدات صحية تقود نحو سلوكيات ونشاطات صحية، نجد منها:

- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه وآثاره.
- تقييم الفرد لنتائج السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.
- وجود مثير للسلوك يدفع الفرد للبحث عن السلوك الصحي المناسب وقد يكون هذا المثير داخليا

(الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام). (نوار، 2014: 197)

وقد تم تعزيز وتطوير هذا النموذج من قبل بيكر و جانز (Janz & Becker) في الثمانينات، ويشير هذان الباحثان إلى أن هناك خمسة متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي وهي:

- الخطر العام المدرك على الصحة.
- شدة خطورة بعض الأمراض كالسرطان مثلا.
- الاعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

- الاعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي (كظهور بعض الأعراض المرضية)، وأخرى خارجية كالإرشادات الطبية العامة المتناولة في وسائل الإعلام.
- يركز هذا النموذج على العلاقة بين الاعتقادات الخاصة للفرد حول إدراكه لخطر، استعداده للمرض وبين السلوك الوقائي. (علي تودرت، 2020: 14)، كما يتضمن هذا النموذج في فحواه، مجموعة من أنماط المعتقدات، التي تزيد أو تعيق احتمالية قيام الفرد بفعل معين، وهي كالتالي:
 - القابلية المدركة للمرض، فعلم الفرد بكونه معرضاً للإصابة بمرض ما سواء نتيجة عوامل وراثية، أو عوامل سلوكية، يزيد من احتمالية انتهاجه لسلوكيات صحية أكثر.
 - الخطورة المدركة للمرض، فمعرفة الفرد بمدى جدية المرض وخطورته، وصعوبة الشفاء منه، يزيد من دفعه نحو السلوك الصحي.
 - الفوائد المدركة للسلوك الصحي، وما يتضمنه من وعي للفرد بالنتائج الفعالة للسلوك الصحي الذي ينوي انتهاجه، والقيام به.
 - السبل للفعل، أو لنتائج الفعل، ويشمل كل ما يمكن أن يدفع الفرد نحو السلوك الصحي، سواء كان داخلياً مثل خوفه من الإصابة بالمرض، أو خارجياً مثل نصائح الطبيب، أو تشجيع المحيطين به.
 - المعوقات المدركة للفعل، وتتضمن كل المعوقات المالية، أو النفسية الاجتماعية، أو المكانية الفيزيائية مثل السكن في مناطق نائية. (عرعار، 2021: 51)

4-2- نظرية الدافع إلى الحماية:

- من رواد هذه النظرية (Rogers) الذي قدم هذه النظرية بعد دراسة قام بها لمعرفة أثر استعمال عنصر الخوف في مواضيع الإشهار على تغيير الاتجاه.
- تركز هذه النظرية مثل نظرية (HBM) على فكرة أن ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية تعتمد على الاعتقاد بتوقع فوائد لتنفيذ تلك الممارسات. غير أنها تضيف إلى الاعتقادات مفهوماً آخر، وهو الدافع إلى الحماية، وترى أن الدافع إلى الحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية:
 - تقدير الخطر.
 - تقدير مواجهة ذلك الخطر.

أي أن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الاستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد والقدرة المدركة على ممارسة السلوك الوقائي (بناء على توقع مستوى من الفعالية الذاتية)، حيث تتوقف عملية الدخول في السلوك الوقائي أو مواصلته أو التخلي عنه على نتيجة العمليتين المعرفيتين السابقة.

يمكن القول ان نظرية الدافع إلى الحماية تشرح العلاقة بين الاعتقادات، والسلوك الوقائي بوجود عامل وسطي بينهما، وهو الدافع إلى الحماية والرغبة في ممارسة السلوك، والتي تغذيها الفاعلية الذاتية المدركة. وعند وضع روجرز (1975) Rogers ، لنظرية دافع الحماية، أشار إليه بأنه دافع لحماية السلوكيات المرتبطة بالصحة، ويقوم هذا النموذج على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين أربع مركبات للسلوك هي كما يلي:

-الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة، وفي هذه الدرجة يكون الفرد على بينة من نوع وطبيعة المخاطر التي ستواجهه في المستقبل وتهدد صحته.

- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.
- الفاعلية المدركة لإجراء ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.
- توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتسهم هذه المركبات مجتمعة في تشكيل طلائع ممارسة سلوك صحي معين. واستنادا لنموذج الفعل المعقول يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل والممكن للسلوك الفعلي. (بن غذفة، 2007: 41)

إن الدافع للحماية هو نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فتقييم التهديد هو تقدير لفرصة الإصابة بالمرض (الضعف) والتقدير لخطورة المرض (الشدة). وتقييم التعامل يتكون من فعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية، فعالية الاستجابة المتوقعة للفرد أن تنفذ التوصيات التي يمكن إزالة هذا التهديد. والكفاءة الذاتية هي الاعتقاد في قدرة المرء على تنفيذ توصيات الجلسات العلاجية، والدافع إلى الحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي. (عرعار، 2021: 75)

4-3- نظرية السلوك المخطط:

جاءت هذه النظرية على يد كل من أزن و فيشبين (Fishbein & Azjen) لتفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات، وهي بذلك تضيف البعد المعياري إلى التفسير الذي قدمته كل من نظريتي المعتقد الصحي (HBM) والدافع إلى الحماية (PMT) حيث ترى أن ممارسة الفرد للسلوك الوقائي هي عملية

تمر بتخطيط مسبق، وفق العديد من العمليات الاستدلالية التي تجمع بين المكونات المعرفية والاجتماعية التي تبدأ:

- بتقييم مدى أهمية النتائج المترتبة عن ممارسة السلوك (معتقدات سلوكية) .
- تقييم مدى الواقع أو الأثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص ذوي الأهمية المرجعية ممن يهتم الفرد بنيل رضاهم كالأصدقاء (المعتقدات المعيارية) .
- مدى تناسب نتائج تنفيذ السلوك الوقائي مع الاتجاهات الذاتية (القناعات الذاتية حول الخطأ والصواب، المقبول والمرفوض)، وعندها إما ترتفع الدافعية، والرغبة في القيام بالسلوك الوقائي أو تتخفض (معتقدات الضبط والرقابة).

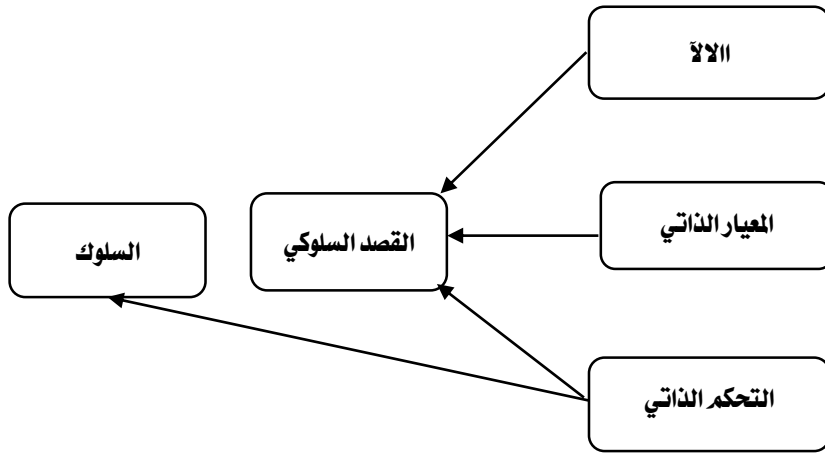
وفي ذات السياق يشير العديد من الباحثين إلى أن نظرية السلوك المخطط TPA والتي وضعها Ajzen (1985) بعد نشر مقالته تحت عنوان "من النوايا إلى الأفعال: نظرية السلوك المخطط" هي امتداد لنظرية الفعل المبرر أو المعقول التي اقترحها أيضا (1975) Fishbien, Ajzen التي استندت بدورها على عدة نظريات: نظرية التعلم، نظرية توقع القيمة، نظرية الاتساق ونظرية العزو حيث افترضت هذه النظرية أنه إذا قيم الفرد السلوك تقييما إيجابيا (الموقف)، وكان يعتقد أن الأشخاص المهمين بالنسبة إليه يريدونه أن يقوم بالسلوك (المعايير الذاتية) سوف يكون نية عالية ومرتفعة (دافعية) ويكون أكثر قابلية للقيام بسلوك معين. (حربوش، 2019: 367)

وبالتالي نلاحظ هنا وجود ارتباط قوي بين الموقف، المعايير الذاتية، ونية القيام بالسلوك (النية السلوكية) وكذلك السلوك الصادر أو المطلوب في حد ذاته والذي أكدته العديد من الدراسات. ولكن بعدها جاءت أدلة عكسية تنفي العلاقة القوية بين نية القيام بالسلوك والسلوك الفعلي الصادر عن الفرد، حيث توصلت بعض الدراسات أنه بسبب القيود الظرفية فإن النية السلوكية لا تؤدي إلى السلوك الفعلي (المطلوب) وفسرت ذلك بأنه لا يمكن لنية القيام بالسلوك أن تكون محدد حصري ووحيد، بمعنى رقابة الفرد للسلوك تكون غير كاملة. من أجل ذلك عدل (Ajzen) نظرية الفعل المبرر بإضافة عنصر جديد وهو "الرقابة السلوكية"، مستخلصا بذلك نظرية جديدة سميت "نظرية السلوك المخطط" والتي جاءت لتلم بالسلوكيات اللاإرادية وللتنبؤ بالنية السلوكية والسلوكيات الفعلية. (عرعار، 2021: 55)

وعلى العموم يمكن القول، أن هذا النموذج قائم على افتراض مفاده أن مساعي السلوك هي التي توجه الفرد وتدفعه، نحو سلوكيات معينة دون غيرها، وبالتالي فوظيفة السلوك تعتمد على ثلاثة مؤشرات كما يلي:

- **الاتجاهات:** وهي المشاعر الإيجابية والسلبية الناتجة عن الانخراط في سلوك محدد.

- **المعايير الذاتية:** وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أم لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد ومثال ذلك معتقدات الأسرة، مفاهيم الإعلام والنماذج المجتمعية.
- **الضبط السلوكي المدرك:** ويتكون من اعتقاد الفرد أنه بإمكانه تنفيذ أسلوب أو سلوك معين استناداً إلى وجهة نظر عوامل الضبط الداخلية (المهارات، القدرات، المعلومات) وعوامل الضبط الخارجية (مثل الصعوبات، الفرص) وكلاهما يتصلان بالسلوك الماضي، كذلك يتضمن هذا البعد الأخذ في الاعتبار درجة المعارف التي يمتلكها الشخص ومؤهلاته الخاصة ومصادره، وفرصه الضرورية اللازمة لتحقيق السلوك المرغوب. (عبد الخالق، والنيال، 2019: 25)



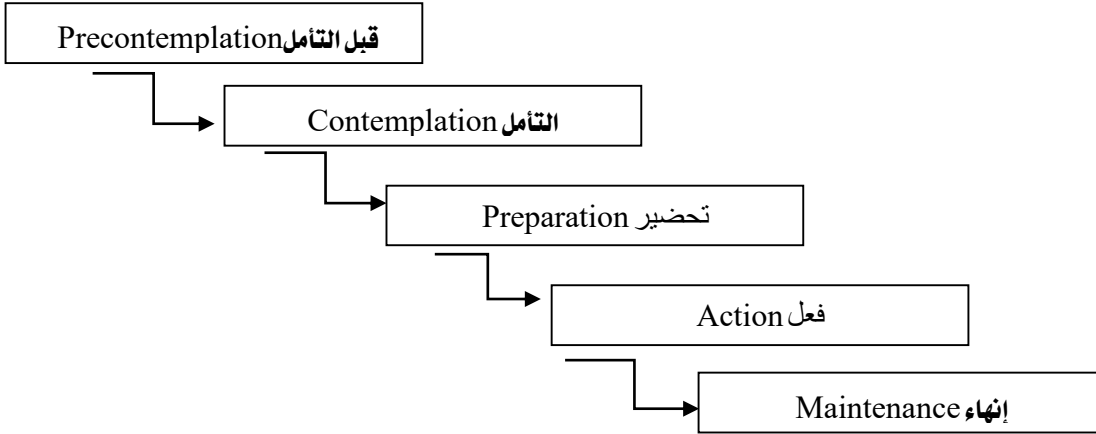
الشكل رقم (05) يوضح نظرية السلوك المخطط (شويخ، د.س، ص 67)

4-4- نموذج تغيير السلوك عبر مراحل:

يعرف أيضاً بنموذج مراحل التغيير، أو بنموذج عبر النظري لتغيير السلوك، وقد طوره كل من بروشاشكا وديكلمنت (Prochaska & Diclement)، باعتباره وسيلة لتوليف 18 معالجة معا لتصف العمليات المشاركة في توليد التغيير والحفاض عليه، حيث يدرك هذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة، وأن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي، فهو نموذج يوضح كيف أن الفرد يقرر الدخول في الفعل عبر سيرورة من خمس مراحل، تتأثر كل مرحلة فيها بسلوكيات الفرد السابقة، وأهدافه الراهنة، والمراحل الخمس هي كما يلي:

- **مرحلة ما قبل الوعي الصحي: Stage Precontemplation** حيث يكون الفرد في هذه المرحلة غير واع أو غير مهتم بنتائج سلوكياته التي تشكل خطراً على صحته. ولهذا لا يظهر أي رغبة في تغييرها، كما هو الحال بالنسبة للمدمن على المخدرات.

- **مرحلة الوعي الصحي Stage Contemplation** وهي المرحلة التي يكون فيها الفرد مدركا لمخاطر سلوكياته ويصرح برغبة في تعديلها، ويفكر في ذلك جديا، ولكنه لا يقدم فعليا على التغيير، ويبقى في حالة صراع بين شعوره بالخطر وبين عدم قدرته على التخلي عن سلوكياته اللاصحية.
- **مرحلة الاستعداد للتنفيذ: Stage Preparation** وهي مرحلة تسبق مباشرة مرحلة التنفيذ، تزداد فيها بشكل ملح رغبة الفرد وقناعته في التخلي عن سلوكياته التي يعتقد، ويدرك بقوة مدى خطورتها على صحته، فيساعده ذلك على اتخاذ القرار على التغيير.
- **مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل: Stage Action** وهي مرحلة التغيير الفعلي والتخلي عن السلوك غير الصحي، وفيها نرى نتائج التغيير في السلوك، ونرى تخلي الفرد عن السلوكيات غير الصحية.
- **مرحلة الاحتفاظ أو الإبقاء على السلوك: Stage Maintenance** ويقصد بها أن الفرد عندما يلمس الفوائد التي انبثقت عن تعديله لسلوكه، على صحته، يحاول الاحتفاظ أو الإبقاء عليها، ويساعده على ذلك الدعم الإيجابي للآخرين وذلك من خلال تهمين الجهود التي بذلها من أجل التغيير. (قارة، ولعربي، 2021: 42)



شكل رقم (06) يوضح مراحل نموذج التغيير

5. جوانب وعناصر الوعي الصحي وطرق نشره:

5-1- جوانب الوعي الصحي:

لا ينبغي أن يقتصر الوعي الصحي على جانب معين دون غيره بل لابد أن تشتمل جميع مجالات الحياة، على اعتبار أن الإنسان لا يعيش في حيز معين ولا في إطار حياتي محدد فهو كائن متغير متجدد مرتبط بأشخاص آخرين بالجنس والثقافة والمعتقد وفي جغرافيا محددة لذلك فإن الوعي الصحي ولكي يكون مكتملا ومؤسسا يجب توفر الجوانب التالية:

- **الجانب المعرفي:** ويقصد به توافر المعلومات العلمية عن الصحة، ودور الفرد ومسئوليته الشخصية عن صحته.
- **الجانب الوجداني:** ويتمثل في تكوين الاتجاهات نحو الحفاظ على صحة الفرد.
- **الجانب السلوكي (التطبيقي):** ويتمثل في كيفية التصرف في المواقف الحياتية المتعلقة بالصحة التي تواجه الفرد.

وإذا اكتملت جوانب الوعي المعرفي والوجدانية والسلوكية لدى الفرد وصف بأن لديه وعيا صحيا متكاملًا، بحيث تتحول ممارساته الصحية الى عادات سلوكية تتم بصورة دائمة. (جابر، وآخرون، 2017: 156).

هذا ويمكن إضافة بعض الجوانب المهمة في الوعي الصحي، والتي تمكن من تحسين الصحة العامة والتي تتضمن فهم وممارسة هذه الجوانب بشكل جيد، ومنها: الوعي بالغذاء وهذا من باستيعاب الفرد لأهمية التغذية الصحية عن طريق اختيار الأطعمة الغنية بالعناصر الغذائية الضرورية. الوعي باللياقة البدنية من أجل المحافظة على الصحة وذلك بممارسة الأنشطة الرياضية والبدنية. معرفة والوعي بأهمية النوم الكاف (على الأقل 7 ساعات في اليوم)، والاهتمام بالصحة العامة والتي تكون في الأساس مصدرها النظافة الجسدية ونظافة المحيط، والوقاية الطبية عن طريق التقيد بالإرشادات والنصائح الطبية، إضافة إلى الوعي النفسي والعاطفي بالابتعاد عن الأفكار السلبية والإجهاد والتوتر، وفي المقابل المشاركة الفعالة والإيجابية مع المحيط وهذا ذلك بربط علاقات اجتماعية متينة وحقيقية وليست افتراضية.

5-2- طرق نشر الوعي الصحي:

وهي الطرق التي تستخدمها الهيئات، والمؤسسات، والأفراد، وكل المعنيين المسؤولين عن نشر الوعي الصحي نحو الفئات المستهدفة بعملية الوعي من أجل إيصال المعلومات والخبرات الصحية التي تسطرها كل دولة حسب البرامج والتوقعات والإمكانات المادية والبشرية لها، وقد تكون هذه الطرق إما مباشرة وتعني المقابلة المباشرة التي تتم بين المثقف الصحي وبين من يقدم لهم التوعية الصحية، وقد تكون هذه المواجهة

فردية أو جماعية بمعنى أن يلتقي المثقف بفرد واحد ويقدم له المعلومات الصحية السليمة وعندها يسمى بالاتصال المباشر الفردي، أو يلتقي المثقف بمجموعة من الأفراد ويلقي عليهم محاضرة أو يدور حول موضوع كإجراء مناقشة حول أسس الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض، وتسمى بالاتصال المباشر الجماعي. (أبو العيون، 2013: 24)

أو قد تكون بطرق غير مباشرة من خلال ما تقدمه المؤسسات المختصة سواء الإعلامية أو الصحية المدارس والتي عادة ما يكون لها الدور الكبير في توجيه الوعي الصحي عبر البرامج التعليمية والتوعية بمختلف المواضيع الصحية. أيضا وسائل الإعلام والتي تشمل التلفزيون والإذاعة والإنترنت والصحف والمجلات. حيث توفر هذه وسائل معلومات حول الصحة والتوعية بالمشكلات الصحية الحالية كالإعلانات الصحية في الجرائد والإذاعات والتلفزيون وذلك من خلال إنشاء حملات إعلانية تسلط الضوء على مشاكل صحية معينة، إضافة إلى الحصص والبرامج التلفزيونية والأشرطة والندوات العلمية والمسرحيات والملصقات والأنشطة التثقيفية وهذا بتنظيم محاضرات، ورش عمل، ندوات وفعاليات توعية للمجتمع حول مواضيع صحية محددة. المؤسسات الصحية كالمستشفيات والعيادات الطبية ومقدمي الرعاية الصحية والذين يمكنهم تقديم توجيهات صحيًا مباشرة لما يملكونه من كوادر المتخصصة وموارد توعية كبيرة وغيرها من الطرق، والتي تهدف جميعها إلى إيصال رسالتها التوعوية لأكبر عدد ممكن من الأشخاص وكذا الفئات المستهدفة بهذه الرسالة. غير أن هذه الطرق الفردية منها أو الجماعية لن تكون هادفة إلا إذا توفرت الإمكانيات والرغبة الشخصية للتغيير سواء بالنسبة للفرد أو المسؤول عن نشر الوعي الصحي.

5-3-عناصر الوعي الصحي:

لقد اختلف الكثير من العلماء والمختصين في تحديد عناصر الوعي الصحي نظرا للمشارب العلمية المنتهله منها، ولكنهم اجتمعوا في الأساس على أن الفرد أثناء ممارسته لأي سلوك صحي عليه أن يكون ملما بالقدر الكافي من المفاهيم والمعلومات، وأن يمتلك جملة من المهارات سواء الجسمية أو النفسية أو العقلية التي تؤهله للوصول إلى المستوى المطلوب، ويمكن تحديد عناصر الوعي الصحي إلى ما يأتي:

- ❖ الصحة الشخصية وأجهزة الجسم.
- ❖ التغذية.
- ❖ الوقاية من الأمراض.
- ❖ صحة الفم والأسنان.
- ❖ التدخين والعقاقير.

❖ اللياقة البدنية.

❖ تنمية الحواس.

وأضافت إليها (القادوم، 2000 :161) عناصر أخرى:

❖ مجال رعاية الطفل وغذائه.

❖ الإسعافات الأولية.

❖ البيئة والصحة.

❖ الصحة الإيجابية.

في حين أضاف (عبد الله، 2000 :88) عنصر:

❖ الصحة الجنسية.

أما الباحث (مصالحة 2004) فقد أضاف العناصر التالية:

❖ الصحة الشخصية واللياقة البدنية.

❖ النمو والارتقاء.

❖ عوامل الأمن والسلامة والإسعافات الأولية.

❖ التدخين وسوء استخدام العقاقير.

❖ الصحة العقلية والنفسية.

❖ صحة المستهلك

❖ تنمية الحواس. (مصالحة، 2004 :86) .

وعلى ضوء استعراضنا لجملة من عناصر الوعي الصحي استخلصنا ضرورة عدم الأخذ بعنصر واحد أو مجموعة معينة من العناصر وإنما يجب الأخذ بمجملها، فالوصول إلى الصحة الجيدة يحتاج إلى كل هذه العناصر معا للوصول بها إلى العافية.

6. مجالات الوعي الصحي:

إن المخاطر التي يتعرض لها الإنسان المعاصر لم تعد محصورة في البيئة التي يعيش فيها أو الحيز الجغرافي، بل في كل مناحي الحياة نظرا للتطور المتسارع العلمي منه والتكنولوجي وانعكاساتها على الفكر والمعتقد، ولم يعد الاقتصاد والغذاء والأمن لوحدهم ما يشغل بال الأمم بل الصحة أيضا باعتبارها من ركائز استقرار الشعوب وتقدمها وهذا ما حتم على المختصين إعطائها الأولوية في برامجهم السنوية من حيث التوعية والعلاج والوقاية عن طريق إعداد خطط وأهداف استباقية وبعديّة للقضاء على الكثير من الأمراض والأوبئة وإكساب الأفراد الوعي والمعرفة في جميع المجالات المرتبطة بالصحة والتي من بينها :

6-1- الوعي الصحي في المجال الشخصي:

تعني الصحة الشخصية كل العادات والطقوس والإجراءات العملية والسلوكيات التي تعود الفرد القيام بها للحفاظ على كيانه الجسدي والنفسي من الأمراض والاعتلالات، وحتى يستطيع الوصول إلى الصحة الكاملة عليه أن يتقيد بها يوميا ولا يكون ذلك إلا بالوعي بمدى أهمية ذلك عليه فالصحة الشخصية ميدان يعتمد على وقاية أو حماية الصحة والحفاظ عليها. وذلك من خلال إجراءات وقائية كالتغذية الصحية والنظافة وممارسة الأنشطة لتقوية الجسم ورفع مستوى اللياقة البدنية، وكذلك إجراء التحاليل الطبية الدورية والاستفادة من الخدمات الطبية المتوفرة في المجتمع، وتجنب أو الابتعاد عن المخاطر والعادات السلوكية غير الصحية مثل التدخين والمخدرات والعقاقير، والابتعاد عن البدانة، وإتباع برامج لتخفيف الوزن بالأساليب العلمية. (مفتاح، 2010: 51) وهي لا تشمل الفرد بنفسه ولكن تشمل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه.

فبالنسبة للفرد فإن الوعي الصحي يتعلق بالتغذية والنوم والعمل والراحة ومزاولة النشاط الرياضي وممارسة أوجه من النشاط الترويحي في أوقات الفراغ، والعناية بنظافة الفم والأنف والأسنان والاهتمام بتناول الخضروات الطازجة. (سلامة، 2001: 131)

أما بالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه هذا الفرد فإن نشر الوعي الصحي الشخصي لا يقتصر على الصحة الجسدية - الصحة والمرض - بل تشمل العديد من المجالات منها: (عبد الشافي، 2002: 21) البيئة المنزلية الصحية، النظافة والمشاكل الناتجة عن قلة النظافة، نظافة المنزل، نظافة الطعام، والشراب ونظافة الشارع، والتغذية الصحية.

إضافة إلى ذلك نرى أن المواضيع التي تتعلق بالصحة الشخصية، تشتمل على ما يلي:
التغذية الصحية-النظافة الشخصية (الاعتناء بالجسم) - نظافة البيئة والمحيط - الوقاية من الحوادث والإصابات والأمراض والأوبئة -الرياضة -الصحة النفسية والعقلية.

6-2- الوعي الصحي في المجال الغذائي:

يعتبر الغذاء العنصر الأساسي في بقاء الإنسان على قيد الحياة، فهو أولى الأساسيات في مد الجسم بالطاقة فهو مركب حيوي هام لكل أعضائه، لا يمكن النمو ولا العيش بدونه، يقي الجسم من الأمراض ويعطيه المقاومة، القوة، الفعالية، الحركة ويحافظ على نظارته. ولكل فرد سلوك غذائي خاص يحافظ به على حياته يتمشى والبيئة الموجود فيها ويخضع لنمط الحياة التي تعود عليها والحالة الاقتصادية والصحية ومدى توفر المادة الغذائية. والسلوك الغذائي السليم هو أحد أهم روافد البناء الصحي المحكم،

والغذاء الصحي طريق آمن للصحة السليمة، كما أن السلوك الغذائي غير الصحي ذو أثر كبير على الصحة حاضرا ومستقبلا.

فمن المتعارف عليه أن التغذية غير الصحية من مسببات ارتفاع ضغط الدم وظهور مرض السكري والبدانة وهشاشة العظام، وزيادة نسبة الدهون في الدم وأمراض الأسنان والعديد من الأمراض الطارئة والمزمنة، كما أن لبعض الأغذية دور في ظهور بعض أنواع السرطانات (الركبان، 2009: 79) وثبت أن بعض الأفراد الذين يعانون من نوبات القلق والتوتر قد تحسنت صحتهم النفسية والمزاجية من خلال تعديل نوع الغذاء الذي يتناولونه، وعلى الرغم من أن ذلك قد يكون بسبب الكثير من العوامل الأخرى غير الغذاء إلا أنه قد تبين أن نوع الغذاء هو أحد هذه العوامل. (سلامة، 2009: 205-206).

ولهذا السبب نرى انه من الضروري إعداد برامج لتنمية العادات الصحية السليمة وتوعية أفراد المجتمع بمعرفة الأهمية وفهم المعلومات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحيحة، ومدى أهمية تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، وبصورة مستمرة للحفاظ على الصحة. كما أنه يتعين على المشرفين على هذه العملية تسطير برامج خاصة تهتم بكل ما له صلة بالغذاء والتغذية سواء من حيث القيمة الغذائية والكم الغذائي لكل جسم ومدى حاجة الجسم وتأقلمه معه (الهضم، الامتصاص، التمثيل) والاستفادة منه. وهذا من أجل المزيد من التوعية سواء للفرد أو للمجتمع بغض النظر عن الفئة العمرية أو المستوى الاجتماعي أو الثقافي أو الاقتصادي.

6-3- الوعي الصحي في مجال الرياضي:

يعبر الوعي عن إدراك الفرد لذاته والمحيط الموجود فيه بأبعاده المختلفة فهو لا يقتصر على جانب الصحة والمرض أو السلوك الصحيح والخاطئ أو الممنوع والمسموح فقط، وإنما هو كل متكامل فالفرد هو وحدة نفسية جسدية تعيش في بيئة اجتماعية تتحكم فيها عادات وتقاليده وتخضع لقوانين ونظم تحدد حقوق وواجبات كل فرد من المجتمع.

والوعي الصحي كوسيلة تغيير وبناء لا يقتصر على موضوع مخصص أو مجال بعينه أو لفترة زمنية محددة، أو في بيئة معينة، وليس بمسؤولة مؤسسة محددة، بل هو عملية شاملة ومستمرة لغاية واحدة هي بناء أفراد سليمين جسديا ونفسيا وعقليا وقادرين على الاندماج اجتماعيا.

وفي هذا الصدد أعطى (التركي، 2000: 5) بعدا أكثر شمولية لمصطلح الوعي الصحي حيث أسماه بالتطور الصحي Health Literacy وهو يحسبه القدرة على قراءة وفهم المستلزمات الصحية وتنفيذها، ومستوى قدرة الأفراد على تحصيل ومعالجة وفهم المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ قرارات صحية مناسبة. والرياضي كفرد أكيد أنه يشترك مع الآخرين لكنه بالمقابل يملك خصوصيات وحيز

نفسى فضائى اجتماعى يميزه عنهم. فأهدافه وطموحاته واختياراته لأن يكون مميزا فى مجال معين تفرض عليه سن قواعد وقوانين صحية مميزة إضافة لكونه فردا طبيعيا. فزيادة على تطبيقه للقواعد الصحية العامة فهو ملزم بمعرفة أكثر لكل ما يرتبط بنوع الرياضة التى يمارسها، وأن يكون أكثر نضجا وتقبلا لكل النصائح والإرشادات والمعارف الصحية بالأخطار المصاحبة لهذا التخصص الرياضى (الغذاء الصحى، النظافة، النوم، خطر المنشطات، كيفية أداء التدريب الرياضى (الإحماء، الحمل، ...) تسير المنافسات والمسابقات... إلخ) وهذا ما أكده كل من **صبرى أسامة (2007)** بأن الوعى يمكن أن يؤسس على ثلاثة جوانب هي: الجانب المعرفى، والجانب الوجدانى، والجانب التطبيقى، ويتمثل الوعى المعرفى فى توفير المعلومات العلمية عن موضوع معين، فإذا اكتملت جوانب الوعى المعرفية والوجدانية والتطبيقية لدى الفرد وصف هذا الفرد بأن لديه وعى متكامل، فهو يعرف ويفكر ويتخذ موقفا وينفذ. (**صبرى وأسامة، 2007: 138**) ويذكر هولوى ودون فرانكز (Howley and Don Franks) 1992 أن النشاط البدنى يقلل من التوتر الناتج عن الإرهاق فى العمل، ويحقق التوازن النفسى للفرد، ويعمل على الارتقاء بوظائف الجسم الحيوية، كما يقلل من احتمالية التعرض للمشكلات المرضية المتعلقة بصحة الشخص. (**الخاجة، 2001: 138**)

ومن خلال هذه التعريفات توصلنا إلى أن الوعى الصحى فى مجال الرياضة هو إمام الرياضى بجملة من المعارف والمعلومات الصحية المتخصصة التى تسمح له بالممارسة من دون خطر، وإحساسه بالمسؤولية نحو صحته بهدف الوصول إلى جسم سليم جسديا، نفسيا وعقليا من حيث الاهتمام بالنظافة والتغذية وساعات النوم والراحة ومزاولة التدريبات الرياضية وإقناعه بضرورة المداومة عليها.

6-4- الوعى الصحى فى مجال البيئة:

إن التقدم التكنولوجى والمادى وانحصار البشر فى مناطق ضيقة مع كثرة الاستهلاك للطعام والماء وحاجة الإنسان إلى التنقل ونقص مصادر العيش وكثرة الطلبات للطاقة بنوعها سواء التى فوق الارض أو تحتها (البتروى) كل ذلك جعل البيئة تتن من وطأ ما أستنزف منها، فقل الأكسجين وتلوث الجو وزادت طبقة الأوزون توسعا فارتفعت درجة حرارة الأرض، وشحت الأمطار، وذابت ثلوج القطبين و غضبت الطبيعة (التسونامى) فكثرت معها الأمراض، وزادت الأوبئة انتشارا (كوفيد 19) كل ذلك وغيره حتم على الأمم خلق استراتيجيات للدفاع والحفاظ على البيئة سواء كان ذلك على المستوى الفرد أو الأسرة أو المجتمع، من خلال غرس المفاهيم البيئية ونشر الوعى الصحى المتعلق بالصحة البيئية والمحيط الذى يعيش فيه وتشمل هذه المفاهيم الموضوعات التالية:

❖ الماء ووقايته من التلوث وتنقيته.

- ❖ الهواء والتهوية والتدفئة والإضاءة.
 - ❖ تصريف الفضلات، ووسائل التطهير المختلفة.
 - ❖ الحشرات والقوارض.
 - ❖ المساكن الصحية النظيفة.
 - ❖ الضوضاء وتأثيرها على الصحة.
 - ❖ الإشعاعات المؤينة (الأيونات الكهربائية). (الشمري، 1991: 49)
- 6-5- الوعي الصحي في مجال الصحة والوقاية:**

من خلال ملاحظتنا لمستوى الشعوب والأمم نلاحظ أن الفرق بين ممن هم في العالم الثالث أو النامي ومن هم في الريادة يكمن في مدى تقدير الفرد كوحدة منتجة سليمة صحيا، وبدنيا، وغذائيا، واجتماعيا من خلال توفير الأمن والسلامة الشخصية وتجنبه المخاطر المحدقة الداخلية والخارجية وتوعيته بهذه المخاطر وعواقبها عليه وعلى أفراد عائلته وكيفية اتخاذ القرارات السليمة والمناسبة، كما تزوده بالمعلومات الصحية للحد من انتشار الأمراض (خصوصا المزمنة منها والتي يمكن تجنب أسبابها أو الأمراض السارية التي يمكن السيطرة عليها) والأوبئة وكيفية الوقاية منها وإبعاده عن ضغوطات الحياة الطبيعية، الجسدية والنفسية والمهنية والاجتماعية الحديثة الخاصة بالفرد ذاته أو بالمحيط الذي يعيش فيه. إضافة إلى توعيتهم وتنويرهم، وتشكل الإجراءات الوقائية ثلاث استراتيجيات مختلفة هي:

- **الوقاية الأولية:** تعمل على منع حدوث المرض والاضطرابات الصحية الأخرى، وذلك من خلال إجراءات التربية الصحية وتعديل السلوك الصحي والإجراءات الوقائية الأخرى.
- **الوقاية الثانوية:** وهي إستراتيجية وقائية تعمل على منع انتشار الأمراض والاضطرابات الصحية الأخرى من خلال التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة التي غالبا ما تستهدف المجموعات الهشة.
- **الوقاية من الدرجة الثالثة:** وهي تعمل على تقليل المضاعفات الصحية أو العجز الناجم عن الأمراض والإعاقات التي قد تصيب الفرد وذلك من خلال التأهيل الفعال والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية المناسبة. (يخلف، 2001: 15)

ونرى أنه من الواجب على الدول الحفاظ على صحة مواطنيها وتوعيتهم وإبعادهم عن كل المخاطر الصحية من أوبئة وأمراض، وهذا من خلال وضع هيئات إدارية صحية مختصة في متابعة الأمراض والأوبئة من خلال التعرف على أسبابها وطرق انتقالها، ومحاولة علاجها، ثم توعية المواطنين بطرق الوقاية منها.

6-6- الوعي الصحي في مجال صحة المستهلك:

إن الدول التي تحترم مواطنيها هي من تحافظ على صحتهم الجسدية من خلال سن القوانين والمراسيم التي بموجبها يمكن مراقبة المواد الاستهلاكية ومدى مطابقتها للشروط الصحية كما تقوم بإنشاء هيئات تنظيمية مختصة في تقديم الحملات الدعائية والتوعية الخاصة بالصحة العامة لهم، كما تقوم بتأمين المستهلك صحياً إذا كان هناك خرقاً ما.

6-7- في مجال الصحة الجنسية:

الهدف منها هو تعريف الناشئة بكل ما يتعلق بالجهاز التناسلي للإنسان من الناحية التكوينية والتشريحية والوظيفية من أجل توعيتهم بأهمية كل مرحلة من مراحل نمو الإنسان وما تحتاجه والتغيرات الخاصة بكل فئة (إناث، ذكور) (المرحلة الجنينية، طفولة، مراهقة، شباب، كهولة، شيخوخة) في الصحة والمرض... الخ، إلى جانب الوقاية من الأمراض المتعلقة بالجنس سواء الفردية أو الجماعية (السيدا مثلاً)، كما تهدف إلى توعية الأفراد ليس فقط في جانبه العضوي والوظيفي وطرق الوقاية منها، بل يتعداه إلى الجوانب الأخرى كالمشاعر والعواطف والأفكار التي قد لا تبعد عن الجنس أو الدافع الجنسي. (أسعد، 1995: 5)

7. مستويات الوعي الصحي:

يقسم الوعي الصحي إلى ثلاث مستويات هي حسب (الكردي، 2007):

7-1- مستوى الخاصة: وهم الأشخاص الذين يملكون وعياً معرفياً اكتسبوه من خلال الدروس والمطالعات والأبحاث والندوات التي قاموا بها للإثراء معارفهم في مجال الصحة والمرض والتشخيص.

7-2- مستوى العامة: وهو الموروث الثقافي في مجال الصحة الذي توارثه الفرد من خلال تجارب الآخرين وخبراتهم الشخصية، حيث يلجأ الغالبية من أفراد المجتمع إلى هذا الموروث للتفسير أو تشخيص أو علاج بعض الأمراض التي يصابوا بها من أجل الشفاء مستندين إلى النتائج الشخصية والكم المعرفي لما عايشوه أو سمعوه من الأجداد وهو ما يعرف بالطب التقليدي.

7-3- المستوى السلبي: وهو الذي يستند فيه على التفسيرات السحرية للأحداث ولا يعطون للعلم والمنطق العلمي أي مجال فكل الأمراض والاضطرابات مصدرها السحر والجن أو المخلوقات الخارقة وهي ليست صفة الفئة الجاهلة والأمية في المجتمع، بل قد نجد من هم في الدرجات العلى من المحصول العلمي والمعرفي من يصدق ويؤمن إيماناً قاطعاً بهذه الترهات والخرافات خصوصاً في مجتمعاتنا العربية أين يقم الدين ويفسر حسب أهواء من يجهلونه. (الكردي، خضر، 2007: 30)

8. صفات الشخص الواعي صحياً:

ليكون الشخص واعياً صحياً لابد أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات والمهارات لخصها صالح (2002) في مجموعة من النقاط أهمها:

8-1- التفكير الناقد وحل المشكلة: فالفرد الواعي صحياً هو شخص يفكر تفكيراً ناقداً، ويحل المشكلة التي يحددها ويواجهها بشكل ابتكاري في مستويات متعددة بدءاً من المستوى الشخصي وإنهاء إلى المستوى العالمي.

8-1- المسؤولية والإنتاج: فالفرد الواعي صحياً هو مواطن مسؤول ومنتج، ومدرك لواجباته لضمان وصولها إلى مجتمعه المحلي حتى يجعله أكثر صحة وأماناً، وعلى ذلك فهو شخص يتجنب السلوكيات التي تقف أمام تهديد الصحة والأمان لنفسه والآخرين، ويطبق المبادئ التنظيمية والديمقراطية في إندماجه مع الآخرين للحفاظ على الصحة الشخصية والأسرية والمجتمعية والعمل على تحسينها.

8-2- التعليم الموجّه ذاتياً: فالفرد الواعي صحياً هو شخص متعلم بطريقة ذاتية، ولديه القدرة على القيادة في تعزيز الصحة، ولديه الأساس المعرفي للوقاية من الأمراض، وهو شخص لديه قدرة عالية على القراءة والكتابة والمهارات العديدة، والقدرة على تطبيق المعلومات الصحية كأولوية في حياته الشخصية.

8-3- الاتصال بفاعلية: فالفرد الواعي صحياً هو شخص له القدرة على الاتصال بفاعلية، فهو ينظم وينقل معتقداته وأفكاره، ويوفر مناخاً مناسباً لفهم الآخرين والاعتناء بهم، والاستماع إليهم، وتقدير سلوكيات معززة ومشجعة لهم للتعبير عن أنفسهم. (صالح، 2002: 62-63)

وعليه نرى أن الشخص الواعي صحياً هو الشخص الملم بقدر كاف من المعلومات والحقائق الصحية ذات الأبعاد العلمية الصحيحة البعيدة عن الخزعبلات والتجارب الشخصية ولديه القدرة على تغيير نمطه وسلوكه الصحي وقوته في التأثير على محيطه من خلال تبني السلوكيات الصحية السليمة وجعلها نموذجاً له ولمن هم في بيئته، وهو من يتبع هذه الأسس، ويورثها لغيره من خلال استغلاله لكل الوسائل والطرق التي توصل إلى ذلك.

والرياضي الواعي صحياً هو ذلك الممارس الذي يملك المؤهلات والمهارات الجسدية والمعرفية والنفسية للقيام بما تقتضيه طبيعة الرياضة الممارسة، والمضي قدماً نحو تحقيق أهدافه من دون إخفاق ولا روح انهزامية ولا إصابات ولا آثار أخرى تتعلق به أو بغيره (مثل تناول المنشطات في المحافل الرياضية الكبرى).

9. دور المؤسسات الاجتماعية المسؤولة عن نشر الوعي الصحي :

9-1- دور الأسرة في نشر الوعي الصحي:

تعتبر الأسرة المصدر الأول في عملية التوعية الصحية للطفل، حيث أنها أول بيئة يحتك فيها مع المجتمع وينهل منها شتى المعارف من ثقافة ولغة وعادات وتقاليدهم والتي من خلالها يتعلم ما يجب تعلمه من عادات صحية سليمة وما يجب تجنبه منها، وأن يعرف قيمة البيئة المحيطة به، وفوائد المحافظة عليها ودور الصحة الجسدية والنفسية والعقلية وكيفية الوقاية من الأمراض (الأسرة (سلامة، 1997: 132). هي البيئة التي تتعهد بتربية الطفل ، وعليها يقع العبء الأكبر في عملية التنشئة، فهي تكسبه العادات والاتجاهات الصحية في مرحلة الطفولة، وفي المنزل تنتهي الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل ممارسة ومزاولة العادات الصحية المختلفة، نتيجة لما يراه من الوالدين والكبار وعليه فإننا نرى أن الأسرة هي المسؤولة بالدرجة الأولى عن نجاح أو فشل الأبناء، فالوصول بالفرد إلى التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي لا يكون إلا بالمرور على نمط تربوي سلوكي معرفي لأسرة أحسنت توظيف المعارف الصحيحة والسليمة من خلال قدرتها على التأثير في مدركات الطفل لمفاهيم الصحة والسلامة الجسدية والقدرة على التكيف وفهم المواقف الحياتية والتأقلم معها والقدرة على مقاومتها.

9-2- دور المدرسة في نشر الوعي الصحي:

تعتبر المدرسة كمؤسسة تعليمية من بين أهم مؤسسات المجتمع المسؤولة عن الرعاية الصحية وتمييزها وتعزيزها من خلال تزويد التلاميذ بالمهارات الصحية والوقائية وتطوير سلوكياتهم ومعارفهم حول كيفية حماية أنفسهم والمجتمع الذي يعيشون فيه من الأمراض والأوبئة وكل الأخطار، والتي من شأنها أن تمثل خطراً عليهم حالياً ومستقبلاً خصوصاً ونحن نشهد تزايد فظيماً ومذهلاً للأمراض المزمنة والمستعصية وأنواع جديدة من الأوبئة الفتاكة.

وباعتبارها مؤسسة اجتماعية فقد أنشأت المدرسة لكي تلعب دوراً مكملاً لعمل الأسرة في ترسيخ العادات الصحية السليمة في النشء من خلال برامج تعليمية تغطي مختلف المواضيع ذات الصلة بالصحة، التغذية، المياه، السكن، الجسد... الخ وكشريك في الخدمات الصحية من خلال الهياكل الصحية المتواجدها والتي تساهم في الاكتشاف المبكر لبعض الأمراض. المساهمة في تطبيق البرامج الصحية المعتمدة من طرف الدولة والمتمثلة في رزمة التلقيح والتطعيم ضد الأمراض وهذا ما تؤكد الأحمدي (1999) بأن المدرسة هي واحدة من المؤسسات المسؤولة عن التوجيه الصحي، فهي تكمل عمل الأسرة وتؤكد العادات الصحية المكتسبة، فالمدرسة يمكنها العمل على تحقيق التربية الصحية السليمة للتلاميذ لوجود بعض العوامل مثل:

- تستقبل المدرسة تلاميذها في سن التنشئة مما يمكنها من غرس العادات الصحية لديهم.
- يقضي التلاميذ معظم وقتهم في المدرسة لذا تعد عاملاً مؤثراً في اتجاهاتهم وسلوكياتهم. (الأحمدي،

(1999: 23-25)

هذا ما حاول (متولي وآخرون، 1415 هـ: 215) تبيانه عن الدور الذي تلعبه المدرسة في نشر الوعي الصحي من خلال جمعه في عدة نقاط أهمها:

- ✓ تزويد التلاميذ بالمعرفة الصحية الفردية عن الأمراض المختلفة التي تصيب جسم الإنسان.
 - ✓ تزويد التلاميذ بالقواعد الصحية الضرورية للوقاية من الأخطار، والأمراض.
 - ✓ إكساب التلاميذ بعض الاتجاهات الصحية السليمة، التي تمكنهم من التعامل بنجاح مع المشكلات الصحية، التي يتعرضون لها أو يتعرض لها، أحد أفراد أسرهم.
 - ✓ المساهمة في تكوين بعض العادات الصحية السليمة في المجالات المختلفة، كالغذاء الصحي، والنظافة، وتناول الطعام، واللعب، والاستذكار وغيرها.
 - ✓ توفير الرعاية الصحية الممكنة للتلاميذ، من خلال الكشف الدوري، وعزل الحالات المرضية.
 - ✓ إلقاء المحاضرات، ونشر الكتيبات، والقيام بمسرحيات تساعد في نشر الوعي الصحي بين التلاميذ، وأولياء أمورهم.
 - ✓ رعاية الصحة النفسية للتلاميذ، وتحريرهم من الخوف والقلق، ومناقشتهم في مشكلاتهم الانفعالية، والوجدانية، لوقايتهم من الأمراض النفسية.
- ولا يمكن لأي مدرسة أو مؤسسة تعليمية أن تنجح في مهامها برفع درجة مستوى الوعي لدى طلابها إلا بوجود المعلم أو الأستاذ، هذا الأخير له دور مهم في عملية التربية ورعاية النمو النفسي وتحقيق الصحة النفسية للتلميذ، فهو دائم التأثير فيه منذ دخوله المدرسة حتى خروجه منها، وهو نموذج سلوكي حي يحتذى به التلميذ ويتمص شخصيته ويقلد سلوكه وهو موجه سلوكه يصحح سلوك التلميذ إلى الأفضل عن طريق وضعه في خبرات سلوكية سليمة. (زهرا، 1997: 20) والأستاذ الكفاء هو الذي يكون بمقدوره إيصال الرسالة التوعوية بنجاح إما بواسطة المعلومات المعرفية أو من خلال سلوكياته الإيجابية. وهذا ما حاول محمود احمد (1997) أن يلخصه في مجموعة من العناصر التي تظهر دور المعلم في رفع مستوى الوعي الصحي وهي:

- تزويد الطلبة بالمعلومات الصحية وتوجيههم داخل الفصل وخارجه لممارسة العادات الصحية السليمة.

- الاكتشاف المبكر لأي تغيرات صحية تظهر على الطلاب أو الأعراض الأولية للأمراض مثل ارتفاع درجة الحرارة.
- الإشراف الصحي على الطلبة داخل الفصول لمراقبة نظافتهم الشخصية.
- ملاحظة نظافة حجرة الفصل وتهويتها، وحسن إضاءتها مع شرح أهمية هذه الملاحظات بالنسبة لصحة الإنسان.
- تشجيع الطلاب على الاطلاع في الكتب والكتيبات الخاصة بموضوع التربية الصحية.
- تشجيع الزيارات والرحلات العلمية للمؤسسات والمرافق الصحية ومصاحبة الطلبة في هذه الزيارات

(محمود، 1997: 157-158)

وبحسبنا فإن المدرسة وإضافة إلى ما تقدمه من برامج تعليمية وتربوية فهي ترفع وبدرجة كبيرة مستوى الوعي الصحي لدى التلاميذ والطلاب، سواء فيما تعلق بصحة الجسد، المكان، البيئة أو بالصحة النفسية، هذه الفئة من المجتمع التي سوف تنقل هذه المعارف والمعلومات الصحية السليمة إلى الأجيال الآتية وربما ستكلف الدولة والهيئات المسؤولة عن الصحة تكاليف أقل وبفاعلية أكبر من لو تصرف على العلاجات والأدوية.

فالمناهج الدراسي المعاصر لا يعتمد فقط على كل ما هو ذهني فقط بل يتعدى ذلك إلى الجسد فالوعي بأهمية الرياضة ودورها في الرقي بصحة الأفراد أصبح من الأهداف المسطرة في كل المناهج الحديثة، فمادة التربية البدنية مثلا سواء في المدارس وحتى الجامعات أصبحت مادة أساسية تربوية لها برامج مسطرة وأساتذة متخصصين، وليست مادة ترفيهية لملء الفراغ، وأصبح الطالب يتخصص فيها كغيرها من التخصصات الأدبية والعلمية والتقنية، وأصبحت مناهجها متداخلة مع المناهج الأخرى مما أعطى للرياضة البعد العلمي.

9-3- دور الراديو في نشر الوعي الصحي:

يعتبر الراديو من بين أهم وسائل الاتصال الجماهيري والتي لاقت رواجاً عالمياً نظراً لما يقدمه من خدمات سواء على المستوى المحلي أو الجهوي أو الوطني وحتى الإقليمي، حيث تعدت الكثير من البرامج الحصر الجغرافي ودخلت العالمية، وهو لا يتقيد بأي حاجز سواء العرق أو اللغة أو الطبقة أو المستوى العلمي أو السن أو الجنس. وقد استمد قوته وصيته في مجال الاتصال بسبب سهولة استخدامه، ورخص ثمنه و هذا ما أكده (عدلي سيد محمد رضا) حيث أشار بأن الراديو هو أكثر أجهزة الإعلام انتشاراً، حيث يعتبر من وسائل الإعلام القومية التي يمكن أن تصل إلى جميع السكان بسهولة، متخطية حاجز الأمية والحواجر الجغرافية، فبإمكانه الوصول إلى مختلف الجماعات والفئات مثل: الأفراد كبار السن والشباب

والأطفال والأقل تعليماً والمتعلمين، وغير ذلك من الجماعات التي قد يصعب الوصول إليها بوسائل الإعلام الأخرى، وهو لا يحتاج إلى أي مجهود من جانب المستمعين، حيث أن الغالبية منهم أصبحوا مشغولين، وليس لديهم وقت للتفرغ للقراءة، فأصبح هو الوسيلة السهلة التي تجعلهم على علم بالأحداث والمجريات (عدلي، د.ت: 25-26) ، كما كان له دوراً كبيراً في الرفع من الوعي الصحي لدى الساكنة من خلال الحصص الخاصة بالصحة والوقاية والومضات الاشهارية الصحية والإعلانات الإذاعية التي تبث وبصفة مستمرة ومتكررة للتأثير على السلوكيات، وتغيير آراء الأفراد، وحثهم على المشاركة في رفع مستواهم الصحي. (بوخبزة، 1995: 23)

إضافة إلى الحصص التثقيفية التي تعالج فيها مواضيع صحية مختلفة عن الأمراض أو الاكتشافات أو الأدوات الطبية وغيرها، إضافة إلى النصائح الصحية في شكل إعلانات أو برامج أو حتى أفلام أو مسلسلات وتوضح مدى خطورة تناول بعض المواد كالمخدرات أو التدخين أو الكحول أو العلاقات الجنسية وعلاقتها بالأمراض الخطيرة كالسيدا والسرطان. (سيدهم، 2005 : 76-77)

وتزداد أهمية دور الإذاعة في وقتنا الحاضر خاصة مع ازدياد نسبة انتشار الآفات الاجتماعية والأوبئة والمشاكل الاقتصادية والبيئية التي تؤدي إلى هبوط مستوى الوعي الصحي وانخفاض مستوى النظافة وانتشار الأمراض وضعف الضبط الاجتماعي الأولي، واضطراب أنماط الاستهلاك، وغيرها من مظاهر الإهمال، (جابر، 1994: 338) وبالمقابل الزيادة المطردة لعدد السكان واختلاف توزيع الثروة الاقتصادية، مما يضع هذه الوسيلة في المراتب الأولى في عملية رفع مستوى التثقيف والتوعية الصحية من خلال قدرتها على التأثير على المستمعين.

9-4- دور مواقع التواصل الاجتماعي في نشر الوعي الصحي:

لم تعد البشرية اليوم بحاجة إلى حساب الوقت والتكلفة والمسافة لإيصال رسالة أو خبر ما، فبمجرد الضغط على زر بسيط على أي جهاز قد تصل هذه الرسالة أو ذلك الخبر إلى ملايين من الناس في بقاع العالم وبكل اللغات وبالصوت والصورة وكأن العالم أختزل وجوده إلى فضاء ليس فيه الحق لأيا كان أن يحتكر، أو يخفي، أو ينزل فيه. فالمعلومة قد تصل إلى أقصى الأرض في لحظات تحسب بسرعة الضوء حتى أنها غيرت كل أنماط الاتصال المعروفة وجعلت من العالم بقعة صغيرة في محيط ألغيت فيه الحدود ومزجت الثقافات.

هذه التكنولوجيا الاتصالية تسمى بمواقع التواصل الاجتماعي سواء على حساب الفايسبوك أو تويتر أو الانستغرام وغيرها من المواقع والتي لخص تعريفها العالونة (2012) على أنها إحدى وسائل الاتصال

الجديدة من خلال شبكة الإنترنت التي تتيح للمشارك أو المستخدم التواصل مع الآخرين وتقديم خدمات متنوعة في العديد من المجالات. (العلاونة، 2012: 12)

إن المميزات التكنولوجية لمواقع التواصل الاجتماعي، جعلت منها منصة مثالية للوصول إلى أكبر عدد ممكن من الناس لطرح الأفكار ونشر المعلومات والمعارف، حيث أنه بإمكانها التأثير على التفكير والتعليم ونمط التفاعل بينهم، وحتى الاقتصاد من خلال ما تتيحه من تسهيلات في تبادل المعلومات الاقتصادية ونشرها. إلى جانب تسهيل التفاعل بين المؤسسات الصحية والشركات التجارية المختصة في صناعة الآلات والمعدات الطبية واللوجستية في الميدان الطبي والرياضي، من جهة وبينها بين الأشخاص المهتمين بهذا النوع من التجارة والتي تهدف في النهاية إلى إيصال أحسن المنتجات وتسويقها للمستهلك بضمان الجودة.

وقد سمحت هذه الوسائط والتطبيقات سواء المقروءة، المسموعة أو المرئية بالتواصل ونقل ومشاركة المعلومات والأنشطة بين الأفراد بسرعة، وسهلت لمستخدميها التواصل مع أكبر عدد ممكن من الناس على اختلاف مستوياتهم وتوجهاتهم العقائدية أو الفكرية حتى من دون معرفة مسبقة وهذا نظرا لسهولة استخدامها كون المستخدم لا يحتاج إلا القدر البسيط من المعرفة في ميدان التكنولوجيا من أجل نشر المعلومة أو البحث عنها، وهذا ما أشار إليه اللبان (2001) أن الانترنت عموما ومواقع التواصل الاجتماعي خصوصا هي من الأدوات التي جعلت من الفرد قادرا على البحث عن أي مضمون (أغنية، برنامج تلفزيوني، فيلم سينمائي، معلومات صحفية وعلمية) في الوقت الذي يريده. (اللبان، 2001: 73)

ومن بين المجالات التي استفادت كثيرا من هذه التكنولوجيا نجد مجال الصحة حيث لعبت هذه المواقع دورا كبيرا في المساهمة في نشر الوعي الصحي والرفع من مستواه بين أفراد المجتمع خصوصا ما تعلق بالشق الصحي. وهذا من خلال استغلال الأطباء والمتخصصين والمسؤولين عن الصحة، هذا الفضاء من خلال نشر المعلومات والحقائق الصحية وتغيير المفاهيم والتقليل من السلوكيات الخطرة من أجل تجنب الوقوع في الأمراض للوصول إلى أعلى درجات المعرفة الخاصة بالصحة.

وبحسبنا فإن هذه الشبكات قد أحدثت قفزة عملاقة في مجال الرياضة، حيث غيرت جملة من المفاهيم والمعتقدات بين الرياضيين خصوصا في ميدان الطب والتغذية والوعي الصحي الرياضي من خلال نشر المعلومات الصحية الصحيحة، وحددت المخاطر السلوكيات الخاطئة المتعلقة بصحة الرياضي المحتملة من خلال مجموعة من الخدمات المفتوحة والمتاحة للجميع والتي تسمح بمشاركتها والاستفادة منها.

9-5- دور وسائل الإعلام المكتوبة:

إن أهم ما يميز عصرنا الحالي هو التعدد والتنوع الهائل في وسائل الإعلام والاتصال بمختلف أنواعها السمعية، البصرية والمكتوبة، والتي ساهمت وتساهم في تنوير المواطنين وتوعيتهم في مختلف المجالات ومن أهمها الصحة حيث تزودهم بمستجدات مختلف المعارف والمعلومات الطبية والوقائية باختلاف مستوياتهم التعليمية وتوجهاتهم السياسية، ومن بين هذه الوسائل الصحافة المكتوبة التي تكون إما على شكل كتب أو جرائد جهوية ووطنية، مجلات، نشرات صحية أو ملصقات، تهدف كلها إلى إمداد القراء بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات السوية وبالتالي رفع مستوى الوعي الصحي والوقاية من الأمراض إلى أعلى درجة ممكنة. وجاءت هذه الوسائل لغرض إعلام الناس ومدّهم بالأخبار وكل ما هو جديد عن الاكتشافات الطبية.

وبالنظر إلى الأهمية القصوى لهذه الوسائل فعلى الدول إعطائها القدر الكاف من الاهتمام نظير خدماتها البالغة وقدرتها على الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الناس، وإدخالها ضمن برامجها وخططها المستقبلية في ميدان الوعي الصحي من خلال تخصيص مبالغ مالية كافية لتغطية المصاريف وتحسين نوعية الخدمات المقدمة خاصة وأن هذه الوسائل لا تقتصر فقط على إيصال المعلومات والأخبار وما توصل إليه العلماء من اكتشافات طبية، بل تشارك وبطريقة فعالة في دعم البرامج الوطنية والإقليمية وحتى الدولية للرعاية الصحية وتنميتها (وباء كوفيد 19) حيث لعبت الصحف والمجلات والدوريات الطبية والملصقات التوعوية دورا كبيرا في نشر الوعي الصحي لمخاطر وطرق الوقاية من مثل هذه الأوبئة والأمراض.

إذن فدور وسائل الإعلام في شقه الكتابي هو إرساء مبدأ نشر الوعي والثقافة الصحية بين الجمهور القارئ وإرشاده إلى ضرورة الوصول إلى الصحة بدل البحث عن علاج المرض، من خلال تبني سلوكيات وقائية قبلية.

ومن أهم وسائل الإعلام المساهمة والتي تأخذ على عاتقها نشر الوعي الصحي اخترنا على سبيل المثال لا على سبيل الحصر الجرائد (الصحافة المكتوبة) والتي لا تزال في الريادة من حيث درجة تأثيرها على الأفراد وقدرتها على التعبئة العامة للقراء من خلال المقالات المتخصصة بالرغم من وجود وسائل أخرى أكثر عصرية وسرعة ودقة في نشر الخبر، ومن بين أهم ما تقوم به الصحافة في مجال التوعية الصحية ما يلي:

- تقديم إحصائيات ومعلومات والتدريب على السلوك الوقائي والتحذير من الأوبئة والسلوكيات المنحرفة والمدمرة للصحة.

- كما نجد أن المؤسسات الصحية توظف الصحافة للتعريف ببرامجها الإعلامية الصحية والوقائية، كما يجب ان يخضع المنتج الإعلامي للقيم الصحية والأخلاقية والدينية.
- تصحح السلوك الصحي والوقائي بأخذ العبرة وتجنب السلوكيات المعرضة للإصابة.
- القيام بواجب النصيحة وتتبي قضايا التوعية الصحية بعيادة المريض، وتقديم المساعدات والمساهمة في نشر الثقافة الصحية.
- المشاركة الإيجابية في الأنشطة الصحية التحسيسية بالمشاركة في إحياء الأيام الصحية العالمية بالحضور والمساعدة.
- تحليل المعرفة الصحية وإخضاعها للتحخيص بالاهتمام بالإحصائيات، دراسة وتحليل واستقراء واستنتاجا وحكما .(يخلف،2001: 13)
- قيام الصحافة المكتوبة بتقديم رسائل إعلامية صحية بشكل مستمر عبر الزمن يمكن أن يكون له تأثير تراكميا في تغيير القيم المرتبطة بالممارسات الصحية.
- المساعدة على تقديم رسائل إعلامية إرشادية للجمهور بدرجة عالية من المصداقية. (ميرزا، 2006: 20)

9-6- المساجد والمؤسسات الدينية

من بين أهم الدعائم التي يركز عليها المجتمع الإسلامي في ترسيخ أسس وجوده هو المسجد، فهو لم يعد ذلك المكان المخصص للعبادة وأداء الفرائض، وإنما أصبح شريك اجتماعي مثله مثل بقية المؤسسات الاجتماعية الأخرى في تناوله لجملة من القضايا المجتمعية التي تهم الفرد والمجتمع والتنوير بالمخاطر والأفكار الدخيلة والسلوكيات الخاطئة التي قد تمس استقراره وأمنه.

فقد كان مصدرا خصبا للمعرفة الدينية وغرس القيم، تتم فيه الأخلاق الرفيعة، ليكون فردا صالحا في مجتمع صالح، فهو يعد بحق أول مدرسة مفتوحة عرفها العرب، وتربت فيها الأجيال تربية موجهة،(السباعي،1999: 7-9) حيث ساهم ولا يزال في ترقية الأفكار وتصحيحها والسمو بها إلى الفضائل من خلال ترسيخ القيم الإسلامية السمحة من سنن وشعائر وسلوكيات السلف الصالح ، فدوره كمؤسسة دينية، تربية، اجتماعية، نفسية، اقتصادية، معرفية، روحية هو أن يكون مكملا للمؤسسات الأخرى متميزا في أداء رسالته التوعوية والإرشادية والفقهية، محافظا على مناهج والسير، مرشدا لما فيه فائدة الفرد والمجتمع، وهذا لما له من قداسة كبيرة لدى المسلمين، فهو لم يعد ذلك الفضاء الخاص بالعبادة والشعائر الدينية وجامع للفرائض والسنن فقط، بل أصبح مدرسة للتوعية والتقويم والتربية ينهل من خلاله

المسلم القيم النبيلة السامية ويأخذ الأصول ومبادئ الدين الحنيف ويغرس فيه روح التسامح وحب العمل ومآثر أخرى.

فالمسجد يغرس قيما وسلوكيات إيجابية في نفوس الأفراد، يوجه تعاملاتهم ويرشدهم، مما يساعد على تأمين المجتمع من الأفكار والأفعال المنحرفة (رشاد وآخرون، 1996: 425). إلى جانب قيامه بحل النزاعات والخصومات والجمع والتآخي بين الأسر والعائلات، يعيل المحتاجين و الفقراء (الزكاة) و ينمي توطيد العلاقات الاجتماعية ويغرس مبدأ التكافل والتآزر الاجتماعي، ويوطد العلاقات ويؤصلها بين الأفراد فيما بينهم وبين المجتمع ومؤسساته، يساهم في عملية التنشئة الاجتماعية ويعلمهم أصول العلاقات والروابط بين الإنسان وأخيه، وبين الإنسان والبيئة، وبين الإنسان والحيوان والجماد، يقوم بتوعية الشباب والمراهقين من أخطار المخدرات والكحول ويحث الجيش ويرفع من الروح المعنوية له و يقوم ينشر الوعي السياسي وترشيد الاستهلاك والقضاء على التبذير والوعي الإداري من خلال توعية الناس وتحذيرهم من نتائج المحسوبة والرشوة، والبيروقراطية، والدعوة إلى نشر العدل بين الناس، ونشر السلم ونبذ العنف والكراهية بين أفراد المجتمع، وصيانة الحريات الخاصة للأفراد والحث على حب العمل من خلال أسلوب الإقناع بالحكمة والموعظة الحسنة والدليل والبرهان العلمي.

كما تقام فيه المناظرات والمحاضرات والدروس الوعظية والعلمية وحتى السياسية، وطرق المبادلات والمعاملات الاقتصادية. ولا تعتبر الرسالة المسجدية ناجحة إلا بقدره ووعي ممن هم مسؤولون عن ذلك من الأئمة والمرشدين وعلماء الدين من خلال الخطاب المسجدي الذي هو مطالب بأن يكون مستجدا متماشيا والتطورات والمستجدات والأحداث والتغيرات التي تحدث في المجتمع، لا أن يكون بوقا لفئة أو مذهبا أو يبقى مجرد تدوير لفضائل الماضي البعيد.

وبما أن المسجد يحمل رسالة شاملة والتي مصدرها القرآن الكريم والسنة النبوية فإنه مليء بتعاليم توعوية لا تختص بالروحانيات فقط بل كل ما يهم الإنسان في جسده، ونفسه، وعقله، وعاداته، ومعتقده. فالإسلام دين متكامل لم يترك صغيرة ولا كبيرة إلا أحصاها، فهو قاعدة لإرساء برامج شاملة للوعي الصحي، فأظهر اعتناؤه بالصحة والقوة الجسدية من خلال التشجيع والدعوة إلى ممارسة الرياضة البدنية وذلك في قول رسول الله (صل الله عليه وسلم): "المؤمنُ القويُّ خيرٌ وأحبُّ إلى اللَّهِ من المؤمنِ الضَّعيفِ، وفي كلِّ خيرٍ"، كما حثَّ على تعلُّم الرماية، وركوب الخيل، والتنافس فيهما، والسباق بالأقدام، والمصارعة، والسباحة، لأنه يتحقق فيها ترويض البدن، وتمارين أعضاء الجسم.

عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله (صل الله عليه وسلم): "لا سبق إلا في خف أو حافر أو نصل". سنن أبي داود، (الارناؤوط، بللي، 2009: 221). وقد أولي الإسلام اهتمامه بالصحة

الجسدية للإنسان من خلال تحريمه للكثير من الأمور منها الخمر (الذي يعتبر أم الخبائث فهو مذهبة للعقل والمال ومفسدة للنفس) والتدخين والميسر لأن فيهما أذى قال الله تعالى عز وجل " يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير، ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما« سورة البقرة الآية 219. وركز في أكثر من مقام على الوعي العلاجي والدعوة إلى العلاج والوقاية من الأمراض وأسبابها، والابتعاد عن التفاسير السحرية والشعوذة فعن أسامة بن شريك عن النبي (صل الله عليه وسلم) أنه قال: " تداووا عباد الله فإن الله سبحانه لم يضع داء إلا وضع معه شفاء، إلا الهرم". سنن ابن ماجة (الارناؤوط، 2009: 497)

وحرس على سلامة العباد من الأضرار والمخاطر التي يمكن أن تصيبهم في هذه الحياة ومن بينها مضار الأطعمة والأشربة، لذلك نقرأ في العديد من الآيات والسنن كيفية الاستفادة من الأغذية وطرق الوقاية من مضارها، وهذا في قالب توعوي تنبيهي إرشادي قال الله عز وجل « إنما حرم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير» سورة البقرة الآية 173. والحديث الذي رواه الترمذي في قوله " ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإذا كان ولا محالة، فثلث لطعامه، وثلث لشرابه، وثلث لنفسه" سنن الترمذي (عوض، 1975: 216). كما حدد العلاقات والروابط بين بني البشر في معاشهم ومعيشتهم وأطلق ما يعرف بالوعي الجنسي ويظهر ذلك من خلال تحريمه للزنا، واللواط، إضافة إلى مجموعة من النواهي والتنبيهات التي احتوتها العديد من الآيات والأحاديث، لما لهما من مخاطر وأضرار نفسية اقتصادية، واجتماعية على بنية وهيكل المجتمع ومنها قوله تعالى: « ولا تقربوا الزنا انه كان فاحشة وساء سبيلا «الإسراء 32.

ولم يغفل الإسلام البيئة فبالرغم من أن فترة نزول القرآن وحياة الرسول لم تكن بها الملوثات خصوصاً الصلبة منها ولا الكثافة السكانية العالية بما تحمله من ضوضاء وتلوث جوي، إلا أن الإسلام أظهر اهتمامه الكبير بالوعي البيئي، فقد ورد في الحديث قوله (صل الله عليه وسلم) "اتقوا الملاعن الثلاث : البراز في الموارد، وقارعة الطريق، والظل" سنن أبي داود (الارناؤوط، بلي، 2009: 27).

9-7- دور الحكومات في نشر الوعي الصحي:

كثيرة هي الدول والحكومات التي أنشأت مؤسسات وهيئات خاصة أوكلت لها مهمة نشر الوعي وهذا لمعرفتها بالدور الفعال للوعي من تقليص الفاتورة الصحية، وهذا من خلال وضع استراتيجيات خاصة في هذا المجال ومن بين أهم هذه الإجراءات والتي تبنتها منظمة الصحة العالمية 2016 هي:

- توفير المعلومات والتواصل الفعال والتعليم المُنهج .

- وضع السياسات المتعلقة بإذكاء الوعي الصحي وتنفيذها من خلال توفير التمويل المستدام وإقامة المشاريع الخاصة وتنسيق العمل عبر مختلف القطاعات والانتظام في الاضطلاع بأنشطة ترصد الوعي الصحي .
 - انخراط السكان في اتخاذ إجراءات تحسين الصحة في وقت مبكر وبشكل مُستدام، سواء في مجال الوقاية من الإصابة بالحالات المرضية الحادة والمزمنة أم في مجال تحسين العلاجات الناجعة والشفافية .
 - تعزيز عملية صنع القرار على نحو تشاركي وتمثيلي بشأن إذكاء الوعي الصحي وتحقيق الإنصاف على جميع المستويات إلى تدعيم عمل الأفراد والمجتمعات المحلية بشأن الصحة .
 - تمكين صنّاع القرار في مختلف القطاعات الحكومية من تحسين فهمهم لأهمية الوعي الصحي، بالنسبة إلى مجال الصحة والى الأغراض الأساسية لقطاعهم على حد سواء .
 - دمج الصحة في المجالات المتعلقة بالمناهج الدراسية.
 - توفير الإمكانيات اللازمة لإقامة شراكات بين القطاعين العام والخاص.
- إضافة إلى العديد من الوسائل الأخرى والتي من بينها:
- المنظمات الحكومية.
 - المنظمات غير الحكومية.
 - الفنّانون والمرفّهون.
 - العروض المسرحية.
 - العرائس المتحركة بالخيوط.
 - الأساطير الخيالية والقصص.
 - الملصقات.

الخلاصة:

من المؤكد أن ممارسة الأنشطة الرياضية بكل أنواعها تقي الجسم من أمراض شتى، الظاهرة منها والباطنية، فالشخص الذي يجعل من ممارسة الرياضة نمط حياة فإنه ولا بد يكون أكثر صحة وعافية من الشخص الخامل الذي كثيرا ما نجده يعاني من أمراض واضطرابات جسدية وحتى نفسية كالسمنة والسكري وأمراض القلب والتشوهات القوامية، كما أن الاهتمام بتغذية الجسم بالغذاء الصحي المحتوي على كل العناصر التي تعطيه الطاقة وتزيده مناعة وتجعله أكثر حيوية ونشاط وأدوم صحة، كذلك الراحة الايجابية بعد الجهد فهي عنصر قويم لإحياء الجسم وبث القدرة فيه على المزاولة والاستمرارية، فاجتماع هذه العناصر معا ينتج عنه القوة والصحة والنشاط للجسد، ويعطينا جسما كاملا نفسيا وعقليا. ولا يتأتى ذلك إلا في بيئة واعية متشبعة بالثقافة الصحية تقدر العلم وتحث على إتباعه، فغرس عادات ما في أي مجال يحتاج إلى أساليب لتبنيها وإتباعها وجعلها نمطا حياتيا وأكثر من ذلك الاستمرار فيه، والوعي هو أوثقها وأيسرها طرقا ومنها الوعي الصحي، والذي يتجسد في الحكمة، "درهم وقاية خير من قنطار علاج" ولجعل هذا الوعي الصحي هدفا للوصول بالفرد بصفته أحد ركائز المجتمع ولبنته الأساسية إلى التمتع بمستويات ودرجات عالية من الصحة البدنية منها والعقلية والنفسية لابد من تضافر جهود كل الأفراد والمؤسسات والهيئات.

الفصل الثالث :

سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة

تمهيد.

1. مفهوم سلوكيات المخاطرة.
2. النظريات المفسرة لسلوكيات المخاطرة.
3. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.
4. السلوكيات المخاطرة المتعلقة بممارسة النشاط الرياضي.
5. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالحمل الزائد.
6. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بفرط التدريب أو التدريب المفرط.
7. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالإحماء.
8. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالمكملات الغذائية.
9. سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالغذاء والتغذية بصفة عامة.

خلاصة.

تمهيد:

إنَّ عملية حصر السلوك الإنساني من بين أصعب المهام، فهو حصيلة تفاعل العديد من العوامل الداخلية والخارجية المحيطة بالفرد وتتغير بتغير الزمان والمكان ومن شخص لآخر، وقد تكون حتى للشخص نفسه، فقد يسلك الإنسان سلوكا ما قد لا يسلكه في ظروف أخرى، فالإنسان الهادئ المتزن قد يرتكب أبشع جرائم القتل وهو سلوك إحصائيا من غير الممكن التنبؤ بحدوثه، وهذا نظرا لكون سلوكيات الإنسان هي نتيجة تراكمات معرفية ونفسية وتعلمية، إضافة إلى الظرف المكاني والزمني الذي صدر فيه هذا السلوك. ومن الخطأ التنبؤ أو الحكم على الشخص بأن يسلك سلوكا معيناً بنمط معين حتى وإن كان في نفس الظروف، وسلوك الخطر بوصفه نوعا من السلوك الإنساني فقد يظهر بسبب ما يواجهه الإنسان من موقف يتطلب منه أن يختار بديلا من بين بدائل متفاوتة ومتباينة في نسبة حدوثها، وهي تختلف من شخص لآخر، ومن موقف لآخر ويتحدد الميل لسلوك المخاطرة بقيمة الأهداف وجاذبيتها. McCall & (Gregory, 1975: 66) ولا يمكن شرح مصطلح سلوكيات الخطر الا انطلاقا من تجزئته لنتمكن من فهمه بشكل مفصل وشامل كما يلي.

1. مفهوم سلوكيات المخاطرة (الخطر):

وهي مصطلح يشمل كل الأفعال والعادات التي يمكن أن تؤدي إلى تعريض الفرد أو الآخرين لمشكلات صحية أو اجتماعية خطيرة أو لأذى نفسي والتي من بينها التدخين، المخدرات، الكحول، تجاهل إجراءات السلامة العامة، السلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر، السلوكيات الغير صحية في مجال التغذية والرياضة وغيرها، وهو مركب من كلمتين سلوك وخطر ومن الأهمية لمعرفة كل جزء منهما لابد من تناول كل عنصر على حدا ثم الجمع بينهما.

1-1- مفهوم السلوك:

1-1-1- السلوك لغة:

مأخوذ من مادة :سلك، والسلك مصدر سلك طريقا وسلك المكان يسلكه مسلكا، وسلكه عبره ومنه وأسلكه إياه ومنه وعليه وسلك بالفتح مصدر سلكت الشيء في الشيء فانسلك أي أدخلته فيه. وجاء في المعجم الوسيط :سلك :سار في طريق سلكه والسلوك سيرة الإنسان وفلان حسن أو سيء السلوك. (أنيس وآخرون، 1972:455)

1-1-2- السلوك اصطلاحا: يعرف السلوك بأنه كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد سواء كانت ظاهرة أو غير ظاهرة، وهو ليس شيئا ثابتا ولكنه يتغير، ولا يحدث في فراغ وإنما في بيئة ما، وقد

يحدث بصورة لا إرادية وعلى نحو آلي مثل التنفس أو الحركة، أو يحدث بصورة إرادية وعندها يكون بشكل مقصود وواعي، يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد. (أخرس، وناصر، 2015: 6)

يعرف سيلامي N. Sillamy السلوك على أنه: "تصرف الفرد داخل وسط ووحدة زمنية معينة لمهيج أو لمجموعة من المثيرات). " (N. Sillamy, 1983, 139)

يعرف عصام الصفدي السلوك على أنه: "النشاط الموجه نحو هدف ما من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما خبرها في المجال الظاهري الذي يدركه". (الصفدي، وآخرون 2001: 16)

أما جمال مختار حمزة فيرى أن السلوك: يتضمن جميع الأنشطة التي يقوم بها الفرد، فهي كلمة بمعناها العام تتضمن كل نشاط يقوم به الكائن الحي وكل حركة تصدر عنه، فبحث الحيوان عن الطعام نوع من السلوك، وانشغال الطفل في اللعب نوع آخر من السلوك، أي أنه كل ما يقوم به الشخص من أعمال ونشاط يكون صادر عن بواعث أو دوافع، وهو نتاج العلاقات الديناميكية الصادرة عن ميوله ونزعاته وحوافزه واتجاهاته مع إمكانيات البيئة التي تؤثر بدورها فيه (حمزة، 2002: 301) أما جونستون وبنبيكر فيعرف السلوك بأنه: "ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، والذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغيير للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة". (فاروق، 2011: 36)

ويمكن تعريفه بأنه: "كل نشاط يقوم به الشخص لتحقيق أو للوصول إلى غاية أو هدف معين، ولا يعزى تصنيفه أو قياسه عند الإنسان فقط بل عند الحيوان أيضاً، وهو مصطلح شامل لكل الاستجابات سواء الواعية أو اللاواعية.

1-2- أبعاد للسلوك:

يرى كل من نائل ومحمود أن للسلوك الإنساني عدة أبعاد يلخصانها في:

- **البعد البشري:** إن السلوك الإنساني سلوك بشري صادر عن قوة عاقلة ناشطة وفاعلة في معظم الأحيان وهو صادر عن جهاز عصبي.
- **البعد المكاني:** إن السلوك البشري يحدث في مكان معين، فقد يحدث في غرفة الصف مثلاً.
- **البعد الزمني:** إن السلوك البشري يحدث في وقت معين قد يكون صباحاً أو يستغرق وقتاً طويلاً أو ثواني معدودة.
- **البعد الأخلاقي:** أن يعتمد المرشد/المعلم القيم الأخلاقية في تعديل السلوك ولا يلجأ إلى استخدام العقاب النفسي أو الجسدي أو الجرح أو الإيذاء للطالب الذي يتعامل معه.

▪ **البعد الاجتماعي:** أن السلوك يتأثر بالقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المعمول بها في المجتمع وهو الذي يحكم على السلوك على أنه مناسب أو غير مناسب، شاذ أو غير شاذ، فالسلوكيات قد تكون مقبولة في مجتمع ومرفوضة في مجتمع آخر. (أخرس، وناصر، 2015:

(11-10)

1-3- أنواع السلوك:

▪ **السلوك السوي:** هو السلوك الذي تحكمه القوانين والمعايير التي يحيا فيها الشخص في البيئة المحيطة به، بحيث تكون استجابات الفرد تجاه المجتمع مقبولة اجتماعيا وطبقا لمعايير.

▪ **السلوك الشاذ:** هو ذلك السلوك الذي لا يتلاءم مع معايير المجتمع وقوانينه وأحكامه وعاداته وتقاليد. وهذا الشذوذ قد يكون نتيجة لعوامل جينية، فيزيولوجية، كروموزومية أو اضطرابات بيوكيميائية مختلفة، تلف الدماغ أو نتيجة لعوامل عضوية.

▪ **السلوك المشكل:** عرف Corsini (1999) السلوك المشكل على أنه السلوك الذي يمثل مشكلة للفرد نفسه، سواء أن كانت المشكلة ظاهرة أم كامنة (مثل الحساسية الزائدة، الخجل، الجبن، الخوف) أو السلوك الذي يمثل مشكلة للآخرين (مثل العنف، العدوان، التبلد الاجتماعي، الجريمة). (فاروق، 2011: 39-40).

▪ **السلوك الاستجابي:** وهو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك. يتميز هذا النوع من السلوك بالثبات فهو لا يتغير وأن الذي يتغير هو المثيرات التي تضبطه.

▪ **السلوك الإجرائي:** هو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والدينية والجغرافية وغيرها، كما أن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فالمثيرات البعدية قد تضعف السلوك الإجرائي وقد تقويه وقد لا يكون لها أي تأثير يذكر، ونستطيع القول أن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك الإرادي. (أخرس، وناصر،

2015: 9)

1-4- تصنيف السلوك:

كغيره من المفاهيم وجد هذا المصطلح اختلافا كبيرا بين الباحثين والمختصين بحسب توجهاتهم وتخصصاتهم بغرض تحديد مفهومه وأشكاله وأنواعه وفي أي فئة يصنف، ومن أبرز هذه التصنيفات ما عرضها بعض علماء النفس ومنها:

- سلوكيات تكيفية، وسلوكيات لا تكيفية.
- سلوكيات سوية، وأخرى غير سوية.
- سلوكيات فطرية أو ولادية، وسلوكيات متعلمة أو مكتسبة.
- سلوكيات قابلة للملاحظة المباشرة، وسلوكيات قابلة للملاحظة غير المباشرة، والسلوكيات الاستجابية والإجرائية والمعرفية.
- سلوكيات جزئية أو فسيولوجية.
- سلوكيات كلية أو مركبة أو سيكولوجية.
- السلوكيات المتسلسلة.
- سلوكيات بيئية، طبيعية، مادية، فسيولوجية، اجتماعية، أو ما تسمى سلوكيات موضوعية، وأخرى سلوكيات داخلية، سيكولوجية، ذاتية. (بني يونس، محمود، 2007: 31)

1-5- خصائص السلوك:

- القابلية للتنبؤ: إن السلوك الإنساني ليس ظاهرة عفوية ولا يحدث نتيجة للصدفة وإنما يخضع لنظام معين، وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فإنه يصبح بالإمكان التنبؤ به، ولكن بشكل غير كامل.
- القابلية للضبط: إن الضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده، كما أن الضبط الذاتي في مجال تعديل السلوك يعني ضبط الشخص لذاته باستخدام المبادئ والقوانين التي يستخدمها لضبط الأشخاص الآخرين.
- القابلية للقياس: السلوك الإنساني معقد لأن جزء منه ظاهر وقابل للملاحظة والقياس، والجزء الآخر غير ظاهر ولا يمكن قياسه، لذلك لجأ علماء النفس إلى تطوير أساليب مباشرة لقياس السلوك كالملاحظة وقوائم التقدير والشطب، وأساليب غير مباشرة كاختبارات الذكاء واختبارات الشخصية، أو من خلال الاستدلال بمظاهره المختلفة. (أخرس، وناصر، 2015: 9-10)

1-6- خطوات ومراحل تبني أو ممارسة السلوك الجديد:

- لتبني أي سلوك لابد من المرور بالمراحل التالية:
- الوعي: في هذه المرحلة يتعرف الفرد على الفكرة أو الممارسة الجديدة وتكون له لديه معلومات عامة جدا عنها ولكنه لا يعرف إلا القليل من فائدتها وحدودها وإمكانية تطبيقها عليه.

الاهتمام: وفي هذه المرحلة يبحث الفرد عن معلومات أكثر تفصيلاً عن الممارسة المعنية، وكيف تعمل وما يمكن أن تؤدي إليه، وتكون لديه رغبة في أن يسمع أو يقرأ أو يعرف المزيد عنها.

■ **التقييم:** خلال هذه الفترة يوازن الفرد بين فوائد ومضار الممارسة المعنية بناءً على المعلومات التي تحصل عليها حتى ذلك الوقت ويقيم فائدتها بالنسبة له ولأسرته، وهذا التقييم هو عملية ذهنية تؤدي إلى اتخاذ قرار بأن يجرب الممارسة أو يرفضها.

■ **التجربة:** وفي هذه المرحلة يوضع القرار موضع التطبيق العملي ويحتاج الفرد عند هذه المرحلة إلى المزيد من المعلومات والمساعدة ليتغلب على المشاكل التي تواجهه في تنفيذ الفكرة. **التبني:** وفي هذه المرحلة يقرر الفرد أن الممارسة الجديدة صالحة أو غير صالحة له ويستمر في استعمالها أو يرفضها ويجب حل الصعوبات التي تحدث أثناء الاستعمال المستمر. (**مصيفر،**

2000: 6)

1-7- مفهوم الخطر:

● **تعريف الخطر لغة:** الخطر: الرهن بعينه. الخطر: ما يخاطر عليه. المخطر: الذي يجعل نفسه خطراً لقرينه فيبارزه ويقاقله. الخطر: الإشراف على هلكة. وخاطر نفسه يخاطر أشفى بها على خطر هلك أو نيل ملك. المخاطر: المراقبي. (**ابن منظور، 1993: 439**)

● خطر، مخاطرة، مجازفة : RISK

- احتمال معروف.
- احتمال وقوع حدث لمفردة من مجتمع البحث.
- احتمال الخسارة.
- وجود عدة نتائج ممكنة يمكن أن تترتب على القرار.
- والمهم إمكانية حساب النتائج المختلفة التي يمكن أن تترتب على اتخاذ القرار.
- احتمال التعرض لخطر الأمراض Risk Morbidity: احتمال تعرض الفرد للمرض خلال حياته

إذا عاش مدة طويلة كافية لاجتياز فترة الخطر. (**مصلح، 1999: 461**)

والأخطار /المخاطر: ظاهرة، أو مادة، أو نشاط بشري، أو ظروف، خطيرة يمكن أن تؤدي إلى خسارة في الأرواح، أو إصابات، أو آثار صحية أخرى، أو ضرر بالامتلاكات، أو خسارة في سبل المعيشة والخدمات، أو خلل اقتصادي واجتماعي، أو ضرر بيئي. (**الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب**

الأحمر والهلال الأحمر، 2011: 7)

1-8- الفرق بين سلوكيات المخاطرة وسلوكيات لخطر :

قبل التطرق إلى موضوع الفرق بين سلوكيات لخطر وسلوكيات المخاطرة لابد من الإشارة إلى أن هذان المصطلحان كثيرا ما يستعملان في نفس السياق وبشكل متبادل للحديث عن نفس الأفعال أو العادات التي تعرض الفرد للمخاطر أو لخطر والأذى، وإذا كان هناك فرقا بينهما فهو بسيط ويرجع في الأساس إلى الاستعمال المتخصص ففي علم الاقتصاد والمالية والجغرافيا يستعمل أكثر مصطلح المخاطرة، وفي علم النفس الصحة يشار إلى كلاهما.

يرى جمال حمزة أن مفهوم المخاطرة بشكل عام مفهوم دارج يستخدمه الناس حتى في محادثاتهم العادية، فهو مفهوم يعبر عن عدم التيقن بحدوث النتائج المطلوبة واحتمال أن يكون المآل هو إلى أمر غير محبب إلى النفس، فالمخاطرة تشير إلى الوضع الذي نواجه فيه احتمالان كلاهما قابل للوقوع، ومن الجلي أن الحالات التي نواجه فيها احتمالا واحدا هي حالات انعدام لخطر (حمزة، 2002: 289).

أما محمد عبد الحميد أن المخاطرة ليست ضربة حظ، أو حدث غير منظم، ولكنها تعتمد على التحليل والرصد ودراسة الموقف ودراسة قدرات الإنسان، ثم الإقدام على التنفيذ من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن المخاطرة تتضمن هجمات متوالية ومحاولات مستمرة، وأثناء ذلك يحاول الإنسان الاستفادة من أخطاء المحاولات السابقة لتصحيح المسار وتحقيق الأهداف، وكلمة المخاطرة تجعل الإنسان متحفزا ومتحفزا في نفس الوقت، وربما يكون السبب في ذلك أن الإنسان يقاوم الجديد بالفطرة، أو يخاف ويتوجس مما يجله ولا يعرفه. (عبد الحميد 2002: 121).

وعليه ومن خلال هذه التعريفات يمكن استخلاص ما يلي: أن مفهوم المخاطرة مفهوم غير محدد ولا يمكن بأي حال تحديده تحديدا دقيقا لأنه لا يمكن ضبطه أو قياسه أو تحديد درجات شدته فهو مفهوم واسع يمكن ملاحظة نتائجه من زاوية مختلفة فمنهم من يقيس المفهوم من خلال النتائج (إيجابي - سلبي) ومن خلال الشدة (بالغ - خفيف) أو من مفهوم الشخص للموقف المخاطر من أجل تحقيقه (عقلاني - غير عقلاني).

1-9- علاقة المخاطرة ببعض المصطلحات المرادفة:

وللمخاطرة أو لخطر لهما علاقة مع بعض المصطلحات المرادفة والتي قد تتداخل معهما مثل المجازفة والمقامرة والمغامرة وغيرها إلا أنها قد تتقاطع فيما بينها وبين هذه المصطلحات في بعض الخصائص أو الجزئيات.

▪ المجازفة: هي حالة قد تخلق أو تزيد من فرصة نشوء خسارة من خطر ما. (حماد، 2007:

- **المغامرة:** هي ميل أو استعداد الفرد للمجازفة وتعريض حياته للخطر، رغم أنه يكون مدركاً لتلك المخاطر التي يجب الابتعاد عنها، حيث تتمثل في الأحداث المثيرة " (رمضان، 1999: 328)
- **المقامرة:** هي نوع من المخاطرة بدون ضرورة لها، والذي قد يكون مدفوعاً لها الشخص عادة على المستوى اللاشعوري بحاجات مازوشية، ويتضمن أخذ المخاطرة أحياناً اتجاهات خرافية في حالة المقامر الذي يقامر بكل نصيبه مقامرة قائمة على الحدس أو التخمين. (جابر، وكفاي، 1995: 310)

▪ **التهور:** التهور هو الوقوع في الشيء بقلة مبالاة.

10-1- مفهوم سلوك الخطر:

1-10-1- تعريف سلوك الخطر:

حسب شيلي تاييلور: سلوك الخطر هو السلوك المضر بالصحة أو هو السلوك الذي يسبب الأذى للمستقبل الصحي (تاييلور، 2008: 8)

تعريف Matarazzo 1984 هي سلوكيات ممرضة تزيد احتمال الإصابة بالمرض، وتتمثل في سلوك التدخين، شرب الكحول، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... الخ (Marilou Bruchon et

Schrveitzer, 2002, . 221

1-10-2- مفهوم الخطر في مجال الصحة: هو الخطر الذي يمكن توقعه من نتائج الأمراض المزمنة والتي تشكل نسبة وفياتها مشكلة حقيقية في ميدان الصحة، كما تشكل مشكلاً اقتصادياً من خلال الأموال الضخمة التي تصرفها الدول من جهة من خلال بناء المستشفيات وتوفير الأطباء والمرضى من خلال التكفل بتكاليف العلاج والأدوية.

1-10-3- العامل المنشئ للخطر:

هو أي سلوك أو ظرف يعتقد -بناءً على حقائق علمية أو نظرية ما- بأنه يؤثر في قابلية الإصابة بمشكلة صحية معينة.

1-10-4- معدل الخطر / الخطر النسبي: معدل الخطر هو نسبة حدوث خطر أو احتمالية حدوث نتائج أو أحداث صحية معينة في مجموعة مقارنة بمجموعة أخرى. وتوفر نسب الخطر مقياس للاختلاف النسبي فيه بين مجموعتين، والخطر النسبي هو مثال على معدل خطر يتم فيه قسم ومعدل حدوث المرض في مجموعة معرضة لخطر ما على معدل حدوث المرض في مجموعة غير معرضة لذلك الخطر. (تيرنك، 2004: 531).

2. النظريات المفسرة لسلوكيات المخاطرة (الخطر):

إن محاولة تفسير وفهم السلوك الخطر لدى الأفراد، يأخذ مجاله الواسع في علم النفس الصحة، وذلك لكون هذا السلوك، يعد مهددا ومناقضا للسلوك الصحي، وحتى للحياة الصحية السليمة للأفراد، وقد حاولت العديد من النظريات في علم النفس الصحة، وحتى نظريات في علم النفس عموما وتهدف على العموم هذه إلى فهم لماذا يقوم الأفراد باتخاذ سلوكيات خطيرة أو غير صحية. ومن بين النظريات التي تفسر السلوكيات المخاطرة (الخطر):

2-1-نظرية الاقتصاد السلوكي: تستند هذه النظرية إلى فكرة أن الأفراد يقومون بتقييم الفوائد والتكاليف المرتبطة بسلوك معين. عندما تكون الفوائد الفورية أكبر من التكاليف المستقبلية المحتملة، فإن الفرد قد يتخذ سلوكًا خطرًا. على سبيل المثال، إذا شعر الشخص بمتعة فورية بالتدخين ولم يكن ينظر إلى المخاطر المحتملة للصحة على المدى البعيد.

9-2-نظرية الدافع للإنجاز Atkinson: يعتبر **أتكنسون** أحد تلاميذ **ماكلياند** الذين سايروا أعماله وساعده على تطوير البحث في مجال الدافعية للإنجاز خاصة، إذ ارتبط اسم أتكنسون بالمدرسة الثانية، بعد مدرسة **ماكلياند**، التي اهتمت بدراسة هذا الدافع. لكنهما اختلفا في اتجاه أبحاثهما، فبينما واصل **ماكلياند** أبحاثه في الدافعية للإنجاز ضمن متغيرات اجتماعية مركبة، اهتم **أتكنسون** بالمعالجة التجريبية لهذه المتغيرات، و في كتابيه: مدخل للدافعية عام 1964، نظرية دافعية الإنجاز عام 1966، حاول أتكنسون تقديم نظرية أو نموذج للسلوك المدفوع، متأثرا بمبادئ نظرية الشخصية، وعلم النفس التجريبي، وخاصة إسهامات كل من **تولمان وكيرت ليفن Levin Kirt & Tolman**، حيث افترض دور الصراع بين الدافعية للإنجاز والخوف من الفشل (**قشقوش و طلعت، 1979:39**)

نظرية **أتكنسون** في الإنجاز، والتي تسمى نظرية التوقع القيمة وأساسها أن النجاح يتبعه الشعور بالفخر، والفشل يتبعه الشعور بالخيبة، وإزاء ذلك يتحدد دافع الإنجاز على أنه استعداد الفرد للاقتراب من النجاح، ويتحدد التوقع في احتمالية أو إمكانية حدوث هذا النجاح، بينما يصبح الباعث هو قيمة النجاح ذاته، أما دافع الإنجاز فهو ذلك المركب الثلاثي من قوة الدفع ومدى احتمالية نجاح الفرد والباعث ذاته بما يمثله من قيمة لدى الفرد. (**صرداوي، 2011: 309**).

ويرى **أتكنسون** أن النشاط الإنجازي يستهدف إرضاء حاجتين متعارضتين عند الفرد هما الحاجة إلى النجاح والحاجة إلى تجنب الفشل، وصاغ **أتكنسون**، وما **كلياند**، وزملاؤهما سنة 1953 نظرية على أسس جديدة هي بالنسبة لهم تكوين افتراضي يعني الشعور أو الوجدان المرتبط بالأداء التقيمي، ويعكس

هذا الشعور مكونين رئيسيين هما الأمل في النجاح والخوف من الفشل، خلال سعي الفرد لبذل أقصى جهده وكفاحه من أجل النجاح. (الأحمد، 1991: 48)

إن نظرية **اتكنسون** في تفسيرها للدافعية نحو الإنجاز، على أن هذه الأخيرة دالة على متغيرات ثلاثة وهي قوة الدافع، وتوقع تحقيق الهدف، والقيمة الحافزة المدركة، وأن الدافعية للإنجاز يتم اكتسابها من مرحلة الطفولة، كما أكدت النظرية على أن الإنسان يتمتع بقدر هائل من الطاقة الكامنة التي يختلف الأفراد فيها من حيث القوة النسبية للدوافع لديهم، وأن كل دافع يؤدي إلى نموذج مختلف من السلوك، وأنه إذا ما اختلفت الخصائص الموقفية، أو المثيرات، فإن الدوافع المختلفة ينتج عنها نماذج مختلفة من السلوك. (خليفة، 2000: 94).

3-2- نظرية التقييم والتصميم: تقترح أن الأفراد يقومون بتقدير المخاطر والمكاسب المحتملة للسلوك. إذا كانت المكاسب تتفوق على المخاطر، فإن الفرد قد يتجه نحو السلوك الخطر. على سبيل المثال، إذا رأى شخص أن تناول الأغذية العالية في الدهون يجلب له متعة كبيرة دون أن يلحظ مخاطر السمنة.

4-2- نظرية المخاطرة من منظور التحليل النفسي: إن نظرية التحليل النفسي تُعد في مجملها نظرية حاولت الإلمام بكل ما يتعلق بالسلوك الإنساني في مناه السوي والمرضي، وبالتالي قدمت تفسيرات وافية نظرياً، ومتوافقة مع المحتوى العام للنظرية، ونظراً لكون نظرية التحليل النفسي، من أعرق نظريات علم النفس، فإننا نجد اختلافاً ما بين المنظرين المنتمين للنظرية في حد ذاتها، وعليه فإننا نورد تفسيرات أهم رواد النظرية كما يلي:

رأي فرويد: ذكر فرويد في نظريته وجود نوعين أساسيين للغرائز وهما غريزة الحياة وغريزة الموت وبين أن الإنسان يفضل ويسعى لغريزة الحياة بينما الشخص المخاطر يختار غريزة الموت من أجل جعل الحياة مفعمة بالحيوية والنشاط، أما الشخص المحافظ الذي يعتقد أن إثراء الحياة يأتي مع التعلق بغرائز الحياة والبعد عن غرائز الموت لم يدرك في النهاية إلا صورة باهتة من الحياة نفسها ويشغل حيز محدود منها. (القريطي، 2002: 259)

رأي إريك فروم: يرى إريك فروم أن الشخصية المخاطرة هي نمط من أنماط الشخصية المبدعة المبتكرة والمخاطرة صادرة من حاجتها إلى الإحساس بالهوية والتسامي على الذات التي تعتبر من الحاجات الأساسية المنبثقة عن وجود الإنسان، فحينما يقدم الإنسان على اتخاذ المخاطرة إنما يقدم عليها بناء على صورة كونها الفرد عن نفسه وعن الآخرين فاتخاذ المخاطرة ترجمة لموقف المخاطر من نفسه ومن خلال الآخرين من خلال العلاقات الشخصية المتبادلة معهم. (الشاعر، 2005: 64)

رأي إدلر: ويرى أدلر أن الهدف الذي يندرج تحته كل أنماط السلوك الإنساني هو حماية الذات وأن الإنسان يختار وهو المسؤول عن اختياره ولبلوغ النجاح وتحقيق الأهداف لابد و أن يكافح ويصارع لتحقيق ذلك ويركز في نظريته على الشعور بالنقص الذي يرى أنه حالة طبيعية للناس وممكن أن يؤدي الشعور بالنقص إلى حالة من الإبداع فالإنسان يخاطر من أجل بلوغ غايته ساعيا إلى تحقيق ذاته والتغلب على مشاعر النقص ويرى أن هدف الحياة الذي يضعه كل إنسان هو المحرك من أجل التغلب على نقصه ويرى بأن جميع السلوك يحدث في إطار اجتماعي فالإنسان يولد في بيئته وعليه أن يرتبط فيها بعلاقات متبادلة (أبو أسعد، 2012 : 170-171)

رأي يونغ: يرى يونغ أن الشخصية تأخذ اتجاهين أساسيين هما الانبساط والانطواء وأن الشخصية المنبسطة هي الأقرب إلى المخاطرة عكس الشخصية المنطوية التي تميل أكثر إلى الهدوء والانطواء.

9-5- المخاطرة من منظور الجشنت:

انطلاقا من فلسفة المدرسة الجشنتية والتي تركز على أن الكل اكبر من مجموع أجزائه المكونة له ولذلك فالأفراد يتصرفون بطريقة كلية، وترى هذه النظرية أن الإنسان ابن لحظته، أي أنه يعيش لحظته الآنية ويخبر نفسه في الوقت الحاضر كما أنه قادر على تذكر الماضي وتوقع المستقبل ويعد الإنسان حياديا فهو لا سيئ ولا شرير، فالشخصية هي نتاج تفاعل الفرد مع بيئته كما يدركها ومن تفاعله هذا يحدث النمو والتطور، فالفرد يخاطر ويجازف ويكافح لإشباع الحاجة الموجودة لديه وذلك عن طريق تكوين مفاهيم كلية عن البيئة والشخصية (الحريري والإمامي، 201 : 97)

2-6- النموذج النفسي:

يستكشف النموذج السيكولوجي سمات الشخصية الثابتة والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر التي تشترك في النهج الفردي. تعتبر نظرية زوكيرمان (1994) التي تبحث عن النقاط المهمة في تقييم العوامل المسببة لبعض سلوكيات البحث عن المخاطر. العديد من سلوكيات البحث عن المخاطر تبرر حاجة البشر إلى البحث عن الإحساس. بعض هذه السلوكيات تتمثل بالرياضات المغامرة، وتعاطي المخدرات، والجنس المختلط، وريادة الأعمال، والمقامرة، والقيادة الخطرة على سبيل المثال لا الحصر، البحث عن الأحاسيس، وكذلك البحث عن المخاطر. وقد ارتبط الاندفاع بالسعي نحو المخاطرة حيث يمكن وصفه بالرغبة في الانغماس في المواقف ذات المكافأة المحتملة، وقليل من التخطيط أو عدم التخطيط للعقوبات المحتملة للفقد أو المكافأة. كما تم ربط الاندفاع مع البحث عن الإحساس في النظريات الحديثة، حيث أنه قد تم دمجها لتشكيل سمة ترتيب أعلى تسمى "البحث عن الإحساس الاندفاعي". (65: 1993 Zuckerman, Kuhlman, Joireman).

2-7- نظرية الرفع المناعي: تشير إلى أن الأفراد قد يتعودون على المخاطر والسلوكيات الخطرة مع مرور الوقت. يعني ذلك أنهم قد يصبحون أقل حذرًا ويتجاوزون المخاطر التي يمكن أن تكون مزعجة بالنسبة للآخرين قد يتجاوزون الخوف من الخسارة ويعتبرون السلوك الخطر جزءًا من روتينهم.

2-8- المخاطرة وسمات الشخصية

يعد كاتل من علماء النفس الذين توصلوا إلى أن من عوامل الشخصية هي المخاطرة والإقدام مقابل الخجل والحرص والدرجة المرتفعة على هذا القياس تعني المخاطرة والإقدام والاندفاع فاتخاذ الشخص قرار بالمخاطرة فإن ذلك يتضمن جانبين أحدهما شخصي والآخر عقلي. فالمخاطرة هي عملية إدراكية لأنها عملية تقدير الاحتمالات فالشخص يتخذ قراراته بحسب إدراكه للموقف أو الوضعية كما أن هناك عوامل ذاتية تتدخل في الإدراك فالشخص لديه حصيلة خاصة من القيم والمعتقدات والاتجاهات بالإضافة إلى أنه نتاج تنشئة اجتماعية وخبرات سابقة ويمتلك خصائص شخصية متميزة عن غيره وبنية نفسية منفردة (عبد الحميد، 1995: 42)

3. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام:

3-1- السلوك الإدماني:

3-1-1- الإدمان: هو عدم قدرة الإنسان على الاستغناء عن شيء ما بصرف النظر عن هذا الشيء طالما استوفى بقية شروط الإدمان من حاجة إلى المزيد من هذا الشيء بشكل مستمر حتى يشبع حاجاته حين يحرم منه. (درويش، 2016: 46-47)

3-1-2- خصائص وصفات شخصية المدمن:

- الضعف الجنسي: إذ يعاني المتعاطي الضعف الجنسي والخجل الشديد من الجنس الآخر، أو قد يكون مصابا بالشذوذ الجنسي.
- عدم النضج: إذ تضعف قدرة الشخص، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن غيره ويفقد تكوين علاقات ثابتة وهادفة.
- عدم الاستقرار: إذ يكون المدمن قلقا ومتوترا بصورة زائدة، وعدم القدرة على السيطرة على أقواله وأفعاله، اختلال الإدراك والتفكير، والسلوك، وكثرة النسيان.
- التمرکز حول الذات: إذ يكون سلوكه قائما على إشباع رغبتها في الحال كما أنه غير مستقر وغير صبور ومتردد، وهو بحاجة دائمة إلى من يلجأ إليه. (الهورنة، 2018: 20)

- الشخصية الانطوائية: حيث يكون الشخص خجولاً، شديد الحساسية، محبا للفرق، يهرب من الناس ومن التجمعات لأنه لا يقدر على مواجهتهم، ويحاول اللجوء إلى مادة تزيد الحواجز بينه وبينهم فيقع في دائرة تعاطي المخدرات.
- الشخصية السيكوباتية: التي تأتي أفعالا، لا اجتماعية ولا أخلاقية مثل السرقة، القتل، الاغتصاب وغيرها.
- الشخصية القلقة أو التي تتسم بعدم الصبر، التعجل للأمر، الاستثارة السريعة، وهذه الصفات تعرض صاحبها للوقوع في الخطأ وارتكاب السلوك المنحرف من خلال التعاطي أو إدمان المخدرات. (رشاد، 1992: 71)

ويمكن تعريف الشخصية الإدمانية بأنها تلك الشخصية الشغوفة التي تتعلق وترتبط بمادة ما أو سلوك معين إلى درجة الهوس، وتتميز هذه الشخصية بالسطحية وضعف المقاومة وعدم القدرة على التحكم في النفس وضبط أهوائها وقلة الدافعية مما يزيد ويدعم احتمالية التعلق والإدمان لديها، وعادة ما تكون هذه الشخصية عرضة إلى الضغوط النفسية مثل: القلق، والاكتئاب، والضعف النفسي.

3-1-3- من أهم صفات الشخصية المعرضة للإدمان:

- الوراثة (الجينات، التقليد ...).
- طبيعة صفات الشخص نفسه (اللامبالاة، الكذب ...).
- احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية (الاكتئاب، انفصام الشخصية ...)
- التعود على تكرار الفعل.
- ممارسة الأنشطة الخطرة (قيادة السيارة بسرعة، أو تجربة المخدرات ...).
- ضعف العلاقات والروابط الاجتماعية (شخصية مؤثرة، أنانية، متلاعب واستغلالية ...).

3-1-4- أنواع الإدمان: هناك نوعان من الإدمان:

- إدمان فيسيولوجي: أو مادي حيث تعتاد الخلايا على تناول العقار وتتوقف عن وظائفها ما لم تزود بجرعات منه. مثل إدمان الكحول، الكافيين، التدخين، المهدئات والمنومات.
- إدمان نفسي: أو سيكولوجي أو معنوي، وهو مجرد عادة قوية جدا لا يجد الفرد مفرا من إشباعها مثل إدمان التسوق، الانترنت، الألعاب، الجنس، الطعام. (شاهين، 2000: 12)

3-1-5- أشكال الإدمان الخاصة برياضي كمال الأجسام:

- إدمان المنشطات
- إدمان المخدرات

- إدمان الكحول.
- إدمان العادة السرية.
- إدمان التدخين.
- الإدمان السلوكي ويشمل: إدمان الانترنت -إدمان التسوق -إدمان ألعاب الفيديو - إدمان العمليات التجميلية -إدمان الطعام - إدمان سلوكيات المخاطرة (المقامرة والمجازفة) -

3-2- سلوك إدمان المنشطات: تعتبر ظاهرة تعاطي المنشطات من الظواهر التي زاد صيتها ليس فقط بين الرياضيين من أجل تحقيق الفوز والصعود على منصة التتويج بل انتقلت عدواها حتى بين صفوف طلبة المدارس والفنانين، حيث لا يمر يوماً إلا ونسمع عن رياضيين تحصلوا على نتائج باهرة لكن سرعان ما تتضح أنها مغشوشة بفعل تناول المنشطات، هذه الأخيرة لا تهدد صحة الرياضي ومستقبله وحسب ولكنها تنتافي والقيم والأخلاق والتنافس الشريف التي تتادي بها المؤسسات الرياضية العالمية.

وتعد معرفة مستوى الوعي لدى الرياضيين وخاصة ممارسي كمال الأجسام بأضرار المنشطات من الموضوعات الهامة والملحة، وذلك لضعف الوعي لدى الغالبية منهم بخطورة هذه المشكلة، ومن هذا المنطلق لابد من العمل على نشر الوعي وتنمية ثقافة التوعية بشتى الطرق لإيصال حقيقة مخاطرها والإجراءات الممكنة لحماية الرياضيين خاصة المبتدئين منهم والذين يحملون ويمثلون رايات بلادهم في المحافل الدولية والمنافسات العالمية من استخدامها، لتحسين قدرتهم والرفع من مستوى وعيهم وطرق مواجهة العوامل الاجتماعية والنفسية والتعليمية والضغط المؤثرة والتي يمكن أن تؤدي إلى استخدام المنشطات.

3-2-1-تعريف المنشطات في المجال الرياضي:

عرفها الاتحاد الرياضي الألماني " بأنها المواد الصناعية التي يتم استخدامها بهدف محاولة الارتقاء بالمستوى البدني والرياضي من خلال الاستعانة بوسائل غير طبيعية، ويتم الاستخدام عن طريق الحقن أو عن طريق الفم قبل مواعيد المسابقات أو خلالها بهدف الكسب غير المشروع. (الأحمد، وحمو، 2002: 63) .

وعند استقراء الكثير من التعريفات بخصوص هذا السلوك نجد أنها تشترك في بعدين أساسين هما بعد الخطر وبعد الأخلاق، فتناول المنشطات باختلاف أنواعها وأشكالها نهايتها ضرر صحي على المستويين القريب أو البعيد وقد يصل حد الموت، والبعد الثاني هو أنها تخل بموازين العدل، فالرياضي الحقيقي هو من يبذل كل جهده وطاقته ووقته في التدريب والتحضير للوصول إلى الفوز، في حين الرياضي الغشاش

هو من يحصل على الانتصار بطريقة غير أخلاقية من خلال كسبه قوة إضافية من دون جهد، بل ويسرق جهد الآخرين.

وبعيدا عن أضرارها الصحية فإن المنشطات في المجال الرياضي هي جميع المواد سواء كانت طبيعية أو صناعية والتي تدخل الجسم وبكميات غير اعتيادية لغرض الرفع من الكفاءة البدنية في إطار المنافسة الرياضية الرسمية والتي عند ثبوت تعاطيها من قبل الرياضي فإنه يعاقب عليها بحسب قوانين اللجنة الأولمبية الدولية وتكون إما بالفصل أو الإبعاد الجزئي أو النهائي.

3-2-2-أنواع المنشطات المحظورة في رياضة كمال الأجسام:

تتعدد أنواع المنشطات التي أحصتها رسميا اللجنة الأولمبية الدولية وهي كالاتي:

- **منبهات الجهاز العصبي** وتشمل: الامفيتامين، اثيل فيتامين، كلورفيتامين، فينكامين، داي ميثيل امفيتامين، البنز فيتامين، فنديمترازين، ميلكو فينو كسان، فنتزمين. واستعمالها في خارج إطارها الطبي تسبب العديد من المشاكل، وكثيرا ما تنتهي بالوفاة.
- **العقاقير المثبطة للألم، المخدرة للجهاز العصبي:** وتشمل: الكوكايين، فينازوكين، دكستر موراميد، تريمبر بدين، ميثادون، بيموندين، موروفين، بيثرين، هيدروك ودوف، خيدرو موروفون، ليفورفانول، ثنائي الهيدراكوداينين، أوكسيد كودون، ثنائي البيبانون.
- **المنشطات الهرمونية البناءة:** مثل التستوستيرون، الاندروستيرويدون، الغونداتروبين، الارثروبوتين، الكرياتين، ومشروبات الطاقة.
- **البيتابلوكرز:** وهي العقاقير المستخدمة طبيا في السيطرة على ارتفاع ضغط الدم، واضطراب في ضربات القلب وعلاج الذبحة الصدرية. تستخدم في المجال الرياضي كمنشطات للرياضات القصيرة المدى، ولها آثار جانبية خطيرة قد تؤدي للوفاة، وتشمل: ريمترول، ستالور، اتينولول. (شحاتة، 2004: 27)
- **مدرات البول:** وتشمل: كروتاميد، كافين، دو كسابرام، بيمجريد، ليتنازول، امفينازول، ايثاميفام، بروتوكسين...
- **هرمونات الغدة النخامية:** (أضيفت عام 1989) وتشمل الهرمونات المنشطة للغدد التناسلية والغدة فوق الكلى وهرمون النمو (رياض، 1998: 47)

3-2-3- أسباب تعاطي المنشطات:

- الأسباب النفسية: فدافع الشعور باللذة الناتجة عن استخدام المنشطات، والرغبة في تقدير الذات، ومواجهة الضغوط، وعدم الرغبة في الفشل، والخوف من الصدمات النفسية، قد تدفع الرياضي تلقائياً أو فطرياً نحو بعض المواد المنشطة التي تعينه على تحقيق المطلوب منه.
- الأسباب الاجتماعية: التفكك الأسري، والمشاكل العائلية تؤدي دوراً جوهرياً في تعاطي المنشطات وبخاصة في مرحلة المراهقة التي تتميز بالتغيرات المفاجئة والحاجة إلى الإحساس بالقوة، فالارتباط الأسري الضعيف، وقلة التقارب بين العائلة الواحدة، وقلة الدفء والطلاق والانفصال هي عوامل تهيئ الرياضي إلى استخدام المنشطات. كما أن الأصدقاء في الحي والمدرسة والنادي يؤدون دوراً كبيراً في التعاطي لها، ولكي يكون الشخص مقبولاً بينهم يجب أن يسايرهم في عاداتهم واتجاهاتهم فنجدته يبدأ بتناولها في حالة تعاطي أحد أو جميع أصدقائه للمنشطات.
- التغيرات الاجتماعية الاقتصادية: إن الإيقاع السريع لمعدلات التغير الاجتماعي الاقتصادي تحتاج إلى أقصى درجات اللياقة النفسية والاجتماعية لمواجهتها والتصدي لها، وهذا عبء لا يسهل على الشباب من الرياضيين اكتسابه بسهولة ويسر وفي فترة وجيزة (الجلعود، 2019: 85-86)

3-2-4- مخاطر وأضرار المنشطات:

أثبتت الأبحاث الطبية والنتائج الميدانية مع الرياضيين أن استخدام الوسائل المنشطة المحظورة تؤدي إلى العديد من الأضرار الصحية النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى توقيع العقاب على الرياضيين تحت طائلة القانون الجنائي.

▪ أولاً: الأضرار الصحية:

- ❖ الصداع والدوخة وألم المعدة.
- ❖ تناول الرياضيين الستيرويدات البنائية بجرعات عالية تؤدي إلى زيادة خطورة التهاب الأوتار وتمزق الأربطة.
- ❖ تناول مدرات البول يغيّر من التوازن الطبيعي للسوائل والأملاح (الكهارل) بالجسم ويمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالجفاف.
- ❖ تناول الكرياتين لفترات طويلة، يؤدي إلى زيادة الوزن نتيجة احتباس الماء وليس زيادة حجم العضلات.

- ❖ كثرة الإصابة بالنزيف الدموي أثناء تعرض الرياضي للإصابة.
- ❖ الاحتياج إلى جرعات التخدير إضافية في حالة الخضوع إلى عملية جراحية. (مصيقر، 2000: 54)
- ❖ احتمال ضمور الخصيتين للذكور وقلة في حجمها وإفرازاتها.
- ❖ الخلل الهرموني نتيجة اضطراب التكوين العام للجسم وأورام البروستات.
- ❖ نقل المكروبات والأمراض المختلفة، واحتمال حدوث جروح أو تهتكات نسيجية مرضية بالمثانة والقنوات البولية وتأثيرات سلبية على العضلات القابضة والمتحكمة في البول نتيجة استخدام القسطرة لنقل البول.
- ❖ التأثير على بعض الوظائف الفيزيولوجية للقلب والجهاز الدوري والتنفسي والغدد الصماء. (الشعالي، والعزاوي، 2005: 119)
- ❖ تأثيرات سلبية على وظائف الكبد كالتهاب الكبدى واللوكيميا.
- ❖ توقف النمو عند النهايات العظمية بالأطراف.
- ❖ إصابات جلدية وارتخاء في العضلات.
- ❖ الشلل.
- ❖ العقاقير المنشطة ترفع اللياقة البدنية لفترة ثم يحدث بعدها هبوط سريع ومفاجئ في الكفاءة البدنية للرياضي.
- ❖ زيادة إفرازات الدموع والأنف والطفح الجلدي.
- ❖ استخدام هرمون التستستيرون (هرمون الذكورة) ويؤدي إلى العنة أو العقم. (الحشوش، 2010: 159-160)
- ❖ الوفاة المفاجئة. في حالة الرفع من الجرعات المعمول بها. (الخضير، 1994: 93)
- ❖ سقوط الشعر
- ❖ يساعد في حدوث بعض الإصابات (التمزقات، كسور العظام).
- ❖ بالنسبة للنساء يمكن ظهور أعراض الرجولة لديهم فيتغير الصوت، ويظهر الشعر بالوجه ويتغير النمط الجسماني .
- ❖ الانتهاء المبكر لعمليات النضج. (بيوتشر، 1971: 96)

ثانيا: الأضرار النفسية:

- ❖ الشعور بالكآبة.
- ❖ الإدمان والاعتماد النفسي نتيجة تعود جسم الرياضي على المنشطات.
- ❖ تشتت الذهن والانفعال العصبي والشعور بالإحباط النفسي.
- ❖ سرعة التهيج وفقدان الذاكرة المؤقت.
- ❖ زيادة العدوانية بسبب الاستخدام المفرط المنشطات الأندروجينية. (الهزاع، :2001 202)

▪ ثالثا: الأضرار الاجتماعية:

- ❖ ظهور بعض المظاهر الخلقية والاجتماعية السيئة على الرياضي عندما يقع تحت تأثير المنشطات.
- ❖ امتداد التأثيرات السلبية والضارة من الرياضي المتعاطي للعقار إلى المجتمع المحيط به (انحراف اجتماعي)
- ❖ انتشار الظاهرة في مجالات أخرى فقد يستخدم الأمفيتامين بين الطلاب لزيادة النشاط والسهر أو اللهو والعبث تقليدا للرياضيين.

3-3- سلوك تعاطي المخدرات:

إن انتشار تعاطي المخدرات بين أوساط الرياضيين ليست وليدة العصر ولا تطور وانتشار المادة الادمانية، فاستقراء التاريخ يظهر أن بداية إدمان المخدرات كانت مع بداية اكتشاف الإنسان لهذه المواد وكان الرياضيون مع مرور الزمن وكغيرهم من الناس يتعاطونها لكن بحسب الحاجة والمفهوم والمعتقد والبيئة التي يعيشون فيها، فمنهم من يرى فيها العلاج ومنهم أنها تعطي الشجاعة ومنهم من يرى أنها تساعد على التحمل و...الخ، غير أنه في الوقت الحاضر أصبحت تمثل أزمة حقيقية للرياضيين على وجه الخصوص سواء على المستوى الصحي، الاقتصادي، الاجتماعي، النفسي وحتى الأسري حيث أدخلت الكثير منهم في دوامة العجز وحولتهم إلى أناس غير قادرين على التوافق السليم مع مجريات الحياة اليومية. ويشير الإدمان على المخدرات إلى التبعية النفسية والجسمية للمخدر، ويتميز بالرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي والحصول عليه بأية وسيلة وهناك زيادة مستمرة للجرعات يتعود الجسم عليها فهو لا يبحث عن المخدر للاستمتاع بل لتجنب الألم، كما تعود آثاره الضارة على الفرد والمجتمع.

(بلميهوبي، 2014: 188)

أما حامد عبد السلام زهران فيعرفه بأنه: "اعتماد فسيولوجي نفسي ولهفة واعتياد واستخدام قهري وتعاطي متكرر لعقار طبيعي أو صناعي (مركب) يؤثر على الجهاز العصبي (تنشيط أو تثبيط، تهدئة أو

تسكين أو تخدير أو تغييب أو تنويم) وإذا منع أدى إلى أعراض منع (نفسية وجسمية: مثل التوتر والقلق والاكنتاب والتهيح العصبي وفقد الشهية والأرق والعدوان) (زهرا، 1997: 439).

3-3-1- التعريف القانوني: المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك. وتشمل الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات، ولكن لا تصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان. (ملوحي، 2019: 14)

3-3-2- التعريف الطبي: فيقصد به في أغلب الأحيان المواد الخام أو المستحضرة التي تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة والتي من شأنها إذا ما استعملت بشكل متكرر في غير الأغراض الطبية الموجهة أن تؤدي إلى الإدمان، وتسبب أضراراً بدنية وعقلية وتغير في سلوك الإنسان ومزاجه وانفعالاته وعواطفه وأحاسيسه وحتى في أسلوب تفكيره. (الشريفات، 1996: 11)

3-3-3- تعريف المخدرات علمياً: بأنها عبارة عن منتجات كيميائية لها آثار بيولوجية مختلفة على البشر والكائنات الحية، ولها استخدامات مختلفة في مجال الطب كعلاج فتستخدم كمواد للعلاج، والوقاية من الأمراض، أو تشخيص المرض كما أنها تقلل النشاط البدني والعقلي ولكن ذلك باستخدامها لفترات محدودة. (ملوحي، 2019: 128)

3-3-4- تصنيف الإدمان على المخدرات:

- إدمان عقار واحد أو إدمان متعدد العقاقير.
- إدمان أولي، أو إدمان عرضي.
- إدمان فردي أو إدمان وبائي. (زهرا، 1997: 439).
- إدمان المنشطات أو إدمان المهدئات.

3-3-5- مراحل إدمان المخدرات:

المدمن أو من يتعاطى المخدر بصورة دورية، عادة ما يمر بثلاثة مراحل هي:

- **مرحلة الاعتياد:** هي مرحلة يتعود فيها المرء على التعاطي دون أن يعتمد عليه نفسياً أو عضوياً وهي مرحلة مبكرة، غير أنها قد تمر قصيرة للغاية أو غير ملحوظة عند تعاطي بعض المخدرات مثل الهيروين والمورفين والكراك.
- **مرحلة التحمل:** هي مرحلة يضطر خلالها المدمن إلى زيادة الجرعة تدريجياً وتضاعفياً حتى يحصل على الآثار نفسها من النشوة وتمثل اعتياداً نفسياً وربما عضوياً في آن واحد.

▪ مرحلة الاعتماد، الاستبعاد والتبعية: هي مرحلة يدعن فيها المدمن إلى سيطرة المخدر ويصبح

اعتماده النفسي والعضوي لا إرادي. (عياد، 2015: 247-248)

3-3-6-العوامل المؤدية إلى الإدمان المخدرات:

▪ **العوامل الذاتية:** نجد من بينها

- الفضول الشخصي والرغبة في تجريب المخدرات والجهل بخطورتها.
- الاعتقادات الخاطئة عن المخدر (رمز للقوة والرجولة، مقوي جنسي، مهرب إلى الحلم الوردية، يساعد على التركيز الخ).
- ضعف الوازع الديني.
- المعاناة من بعض الأمراض المؤلمة والتي قد تضطر المريض إلى استخدام العقاقير المخدرة.

(شاهين، 2000: 28)

▪ **العوامل البيئية:**

- جماعة الرفاق
- الحرية الزائدة للأطفال (دخول أماكن اللهو بدون مراقب، السهر خارج المنزل).
- القدرة على الحصول على المادة الإدمانية نتيجة توفر المال بكثرة.
- تدني المستوى التعليمي بسبب (التسرب المدرسي، ضعف المنظومة التربوية ... الخ).
- القدوة السيئة من قبل الوالدين.
- انعدام أو ضعف الرقابة الأبوية بسبب انشغال الوالدين عن الأبناء (العمل أو السفر للخارج).
- لعب الأدوار وعدم التكافؤ (العمرى، الثقافي، الاقتصادي) بين الزوجين.
- القسوة والتشدد (الضرب، التوبيخ، الازدراء) الزائد على الأبناء.
- ضغط الأسرة على الأبناء من أجل التفوق (الامتحان، العمل، المسؤوليات الأخرى)

▪ **العوامل الاقتصادية:**

- ارتفاع مستوى المعيشة.
- البطالة.
- ازدياد النزعة الاستهلاكية لدى الفرد.
- الضغوط المادية.

3-3-7- آثار وأعراض الإدمان على المخدرات:

جدول رقم (01) يوضح أنواع المخدرات وآثارها

المادة	آثارها
الأفيون	_الشعور المؤقت بالنشوة والارتياح الزائف ، زيادة الخمول والقلق وضيق التنفس والدوار، وانخفاض حرارة الجسم، ظهور الهزال بمعدلات سريعة.
الحشيش	اضطراب في الإدراك، والذاكرة، والانتباه البصري والسمعي، وانعدام الإحساس بالزمن، والضعف الجنسي.
الكوكايين	تهيج شديد، طلاقة اللسان، قلة الشعور بالتعب، الشعور بالسرور، تصرفات عدائية، انهيار الحالة العقلية بسبب الإدمان، قروح على أغشية الأنف، أرق، تشنجات في العضلات.
القات	تأثير مزدوج على الجهاز العصبي، منشط في البداية تعقبه حالة من الهبوط في وظائف الجهاز العصبي.

3-3-8- أضرار إدمان المخدرات على ممارسي كمال الأجسام:

- التأثير السيء في الدماغ فهي تسبب تحويلات وتلفا في أنسجة الدماغ.
- تسبب التهابا في المعدة والقرحة المعدية وتزيد خطورتها في أنها تسبب النزيف الداخلي في المعدة والامعاء.
- اضطرابات في الجهاز الدوري والتنفسي.
- الإمساك والغثيان والقيء والحكة وارتفاع في ضغط الدم وبعضها يؤدي إلى تشنج العضلات وهذا يؤدي في نهاية الأمر إلى الشلل.
- الموت المفاجئ أثناء تناول جرعات زائدة من المخدر " (غنيم، 1991: 47)
- تدني مستوى تقدير الذات لدى المدمن.
- الشعور بالاضطهاد والكآبة والتوتر العصبي النفسي وحدوث هلاوس سمعية وبصرية قد تؤدي إلى الخوف فالجنون أو الانتحار. (الغريب، 2006: 46)
- المخدرات تُقلل من النشاط الجسمي مما يؤكد نقصان الهرمون الذكري، ومن ثمة تسبب إعاقة في تخفيف الحيوانات المنوية.
- تزيد المخدرات من الانفعال والقلق وتجعل المدمن متهورا (مندفعا).
- تعاطي المخدرات بجرعات زائدة عادة ما يسبب نقص أو انعدام الأكسجين المطلوب لأنسجة الجسم مما قد يؤدي إلى الوفاة. (الغول، 2011: 263)

- على المستوى العاطفي: حيث نرى أحاسيس سلبية تسود حياة الانسان كالغضب والخوف والقلق والذنب والوحدة والبؤس وغيرها من المشاعر السلبية الناجمة من العلاقة الإدمانية.
- حيث نرى علاقات الانسان الروحية بالخالق والالتزامات الدينية السمة تلاشت تحت ضغوط علاقات إدمانية كالإيمان بقوة الادمان والحب له والثقة به بل يتطرف المدمن إلى أن يستبدل بعلاقته بالخالق علاقة ويصبح الادمان وكأنه دين جديد يدخل حياة المدمن.
- حيث نرى المدمن يعزل عن أسرته، وكل علاقاته الطبية والمهنية ويستبدل بها علاقات وتفاعلات مع أناس غرباء منحرفين مجهولين، ويدافع عن هذه العلاقات المشبوهة بشدة على حساب أفضل رصيد اجتماعي عنده. (فطائر، ب س: 24)

3-4- سلوك التدخين:

التدخين هو عملية استنشاق الدخان الصادر عن حرق مادة التبغ والتي تحتوي على الكثير من المواد القلوية أو المركبات الحامضية الخالية من الأكسجين، والتي في غالبها تؤدي إلى أمراض مزمنة أو سرطانية قاتلة، وهي عادة مرضية لها تأثير المخدر على مخ الإنسان حيث تولد لدى المدخن إحساسا لذيق ولكنه زائف مما يساعد على التعود ويصعب الانسحاب منه. ويكون هذا الاستنشاق إما فموي أو رئوي يعود عليه الإنسان نفسيا من خلال طقوس خاصة (وضع السيجارة في الفم، طريقة إشعالها، طريقة النفخ، نوع السيجارة ومصدرها ...). أو عضويا نتيجة تواجد النيكوتين بنسب معينة في الدم. والتدخين هو ظاهرة عالمية منتشرة بين مختلف الفئات والمستويات الاجتماعية والعمرية، وهي أكثر انتشارا بين الرجال منها عند النساء لاعتبارات ثقافية ونفسية. يعتبر التدخين البداية الحقيقية لرحلة الضياع عند الكثير من الشباب لأنه يفتح أبواب التعاطي الأخرى كالمخدرات والكحول والزنا واللواط والآفات الاجتماعية الخطيرة الأخرى (السرقه والقتل) والتي تنتهي في البعض منها تقييد حرية الشخص (السجن).

يحتوي دخان التبغ المعد للتدخين على ثلاث مواد كيميائية خطيرة هي القطران، النيكوتين وأول أكسيد الكربون. القطران ومزيج من عدة مواد تتكثف لتكون مادة لزجة تشبه المشروب المركز في الرئتين. بالنسبة للنيكوتين فهو مخدر يولد الإدمان ويتم امتصاصه من الرئتين ويؤثر بصورة رئيسة على الجهاز العصبي في الانسان. في حين أن أول أكسيد الكربون يخفض من قدرة الكريات الحمراء في الدم على نقل الأوكسجين الى أقسام الجسم كافة. (سميث، 2008: 41).

3-4-1- أنواع التدخين:

ينقسم التدخين إلى نوعين رئيسيين:

- **تدخين غير الفارماكولوجي (أي غير مرتبط بمستوى النيكوتين في الدم)** ويشمل الفئات التالية:
 - التدخين النفسي الاجتماعي: ويلجأ المدخن هنا إلى التدخين لأنه يعتبره رمزاً للمركز الاجتماعي واحترام الذات والعصرية.
 - التدخين النفسي الحركي: تلعب هنا طقوس التدخين الدور الأساسي في إرضاء المدخن مثل تداول السجائر أو الغليون ووضعها في الفم وإشعالها وتحريكها... الخ.
- **تدخين الفارماكولوجي (مرتبط بنسبة النيكوتين في الدم):** ويشمل الفئات التالية
 - التدخين الإنغماسي أو الإشباعي: في هذا النمط من التدخين الهدف فإن الهدف منه هو الوصول إلى مرحلة النشوة أو التكيف.
 - التدخين التسكيني: والغرض من التدخين في هذا النوع هو تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه.
 - التدخين المنبه: الكثير من المدخنين يلجؤون إلى هذه العادة اعتقاداً منهم أن التدخين يساعد على التركيز وتحسين أداءهم في وظائفهم كما أنه مثير ومحفز لمواصلة العمل.
 - التدخين الإدماني: عند هبوط نسبة أو تركيز النيكوتين في الدم فإن المدخن يلجأ إلى إشعال السجارة (التدخين) لتجنب الآثار المزعجة التي تحدث لديه بعد طول مدة الامتناع. (الدمرداش،

(1982: 177)

3-4-2- سلوك التدخين:

سلوك التدخين هو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر منذ بدأ تدخين أول سيجارة، يتعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية Neuropharmacologique للنيكوتين الذي يلعب دور محفز سلبي أو ايجابي لهذا السلوك، وعليه فإن التبعية للتدخين La Dépendance tabagique تمتاز بثلاث خصائص كما أشار إليها **جلبار لاجري، Gilbert Lagrue** :

- **تبعية سلوكية:** الحركة Geste طرق التدخين، ذوق السجائر (والتي تعمل وفق المنعكس الشرطي) كل حسب الخاصية التي يمتاز بها.
- **تبعية نفسية:** الإحساس باللذة، الاسترخاء، راحة، عدم الشعور بالألم، مضاد للإجهاد stress، مضاد للقلق Anxiolytique، و التي تعبر عن المحفزات الإيجابية لهذا السلوك، حيث أن المدخن يبحث من تجديد عن تلك الأحاسيس والذكريات الإيجابية التي تكون قد خزنت في الدماغ.

▪ **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 Sevrage (بهلول، 2009: 33)

3-4-3- التدخين كعامل خطر:

تتأثر حياة المدخن على جميع الأصعدة وهذا ما يجعل نوعية حياته متردية مقارنة بغير المدخن الذي يعيش بنفس الظروف الاقتصادية والاجتماعية والمهنية. فالتدخين هو عامل خطر في أكثر من 25 مرضا وبالتالي يصاب معظم المدخنين بمرض مزمن أو أكثر خاصة عندما يتجاوز استهلاك التبغ 20 علبة / السنة حيث يتضاعف خطر الإصابة بسرطان الرئة عشر مرات، وخطر الإصابة بأمراض الرئة المزمنة خمسة عشرة مرة، وأمراض القلب ثلاث مرات. يصرف المدخن 10 في المائة من دخله الشهري على التدخين، ويكون ذلك على حساب نوعية غذائه وصحته ودرجة تعلمه وكسائه، نسبة استشفاء المدخنين هي ضعف نسبة استشفاء غير المدخنين. (أبو حامد، 2009: 29)

3-4-4- أسباب التدخين:

يبدأ الناس بالتدخين لأسباب عدة منها:

- التدخين بدافع التقليد وبدافع الفضول
- العيش في أجواء المدخنين من أصدقاء وآباء.
- سهولة الحصول على السجارة.
- الاعتقاد بأنه لا يوجد خطر من تجريب التدخين.
- التعرض لظروف الحياة الصعبة وللشدة.
- — الدور السلبي لدعايات شركات التدخين وللبعض الأفلام السينمائية والتي تقدم التدخين على أنه ممتع ومثير. (أبو حامد، 2009: 31-32)

3-4-5- أضرار التدخين على الرياضيين:

- يسبب التدخين آلام العمود الفقري.
- تؤدي الممارسة الرياضية ذات الحمل الشديد إلى رفع مستوى كوليستيرول البروتين الشحمي العالي الكثافة الجيد HDL-C في حين يؤدي التدخين بصورة مباشرة إلى خفيض مستواه.
- يؤثر التدخين على وصول المغذيات للعضلات.
- يتسبب التدخين في ضعف الشفاء والبناء العضلي والشعور بألم متلازم في الجسم.

- التدخين يعرض الرياضي إلى هشاشة العظام.
- إذا تم التدخين قبل ممارسة الرياضة فإنه يخفض في مقدرة الرئتين على العمل بكفاءة ويسبب انقباض الأوعية الدموية بما فيها الشرايين الإكليلية، ويزيد عدد ضربات القلب ويرفع ضغط الدم ويمكن أن يسبب عدم انتظام في دقات القلب، كما قد يحد من قدرة حمل الأكسجين الكافي وإيصاله إلى عضلة القلب والعضلات الأخرى التي تكون بأمس الحاجة إليها فينتج عن ذلك ألم في الصدر وإرهاق شديد. (المصري، 2001: 114-115)
- التدخين يسبب التهاب الأوتار والمفاصل مما يؤدي إلى ضعف الأداء التدريبي.
- يفقد الرياضي المدخن مميزاته الأساسية كالسرعة والصلابة والمهارة كما تقل لياقته البدنية كثيرا.
- يؤثر التدخين على كمية الأكسجين التي يحتاج إليها جسم الرياضي لتقوم بعملية الاحتراق والتمثيل حتى تتناسب مع المجهود العضلي الذي يقوم به مما يحد من قدراته وكفاءته.
- يؤثر النيكوتين بشكل سيئ على بصر الرياضي وعلى سمعه وعلى بقية الحواس لديه.
- ينتج عن التدخين ارتفاع مستوى أول أكسيد الكربون في الدم مما يقلل من قدرة الدم على حمل الأكسجين ولذا تزداد سرعة القلب ويشعر الشخص بالإجهاد مع أقل مجهود.
- يزيد من عدد ضربات القلب وزيادة ضغط الدم ومع زيادة العبء على القلب فإن ذلك قد يؤدي إلى تصلب الشرايين وما قد يترتب على ذلك من جلطات للشرايين التي تؤدي إلى الوفاة. (أبو العيون، 2013: 117)
- التدخين يحبط تدفق العصارات الهضمية في المعدة وذلك يؤخر إحساس الفرد بآلام الجوع وبالتالي يؤثر على تغذية الرياضي اللازمة.
- ابتلاع دخان السجائر يسبب ارتفاع المقاومة في الممرات الهوائية والتي تؤدي إلى انخفاض المقدرة على التنفس الرئوي ودخول كميات بسيطة من الأكسجين إلى الحويصلات الهوائية وإلى نقص المقدرة على تبادل الغازات وهي نتيجة قد تؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء الرياضي للفرد. (حسين، 1985: 188)
- وفي النهاية فإن للتدخين آثار سلبية على كل الرياضيين بمختلف مستوياتهم ونوعية الرياضة الممارسة فهو يضعف الإنجاز في عالم الرياضة حيث يفقد الرياضي المدخن مميزاته الأساسية كالسرعة والصلابة والمهارة كما تقل لياقته البدنية كثيرا.

3-5-إدمان الخمر:

3-5-1-تعريف الإدمان على الخمر في اللغة والاصطلاح:

يُعرّف الإدمانُ على الكحول اصطلاحاً بامتلاك عادات شرب غير صحيّة وخطرة، وقد حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة شروط رئيسية لتصنيف المريض النفسي الكحولي تحت هذا التشخيص هي: تدهور عقلي واضح يعمم على معظم الوظائف العقلية بحيث يعوق قدرة الشخص على أداء مهامه الاجتماعية والمهنية. واستمرار هذا التدهور قائماً رغم انقضاء ثلاثة أسابيع أو أكثر على توقف الشخص عن الشرب، وعدم وجود أي عوامل أخرى (غير الإفراط في شرب الكحوليات) من مسببات العته. (سوف، 1996: 88)

3-5-2-الأسباب التي تفضي إلى الشرب الكحول منها:

- الخجل الشديد والشعور بالنقص وفقد الذات والشعور باليأس.
- التقليد.
- الهروب من الواقع بسبب العجز عن حل المشاكل التي تواجه الإنسان.
- الأسباب الاجتماعية والأسرية: الأسرة المفككة، الرفقة السيئة، الفراغ، البطالة، الإعلام الهابط الغزو الخارجي، التقليد للحضارة الغربية. (شاهين، 2000: 27)

3-5-3-مراحل تكون عادة الإدمان على الكحول:

افترض العلماء أربع مراحل ينتقل فيها الشخص إلى درجة الإدمان وهذه المراحل هي:

- **مرحلة الإعراض:** وفيها يبدأ الفرد الشرب في المناسبات الاجتماعية، وبعد مضي قليل من الوقت يبدأ في البحث عن المناسبات التي تسمح له بالشراب، حتى يصبح من الهواة لأنه يكون قد اكتشف أن توتراته تخف حدها عندما يكون تحت تأثير المشروبات الكحولية.
- **مرحلة الإنذار:** حيث تبدأ فيها تغييرات في سلوك الفرد، فمثلاً ما إن ينتهي الضيوف من شرب أول كأس حتى يكون قد انتهى من شرب اثنين أو ثلاث كؤوس ومع نهاية الحفلة ينزوي في مكان هادئ ويستمر في الشرب ويبدأ القلق إزاء الحفلات التي يدعى إليها وعما إذا كانت هناك مشروبات كافية أو لا، كذلك فإنه يبدأ في تخزين كميات كافية من المشروبات في منزله ويتجنب الحديث عن إدمان الخمر ويصبح قادراً على مقاومة تأثير الخمر فيظل واعياً رغم شرب كميات كبيرة.

- المرحلة الحرجة: يبدأ فيها المدمن بفقدان السيطرة على نفسه وإذا بدأ في الشرب لا يستطيع أن يتوقف وعندها يبدأ المدمن في الشرب دون مراعاة للتقاليد الاجتماعية، فيشرب في غير الأوقات المألوفة للشرب، كما يفضل الشرب بمفرده ويصبح ميال أكثر إلى تقديم المعاذير عن سلوكه.
- المرحلة الكحولية: وفيها يشعر المدمن بأنه في حاجة إلى الشرب يوميا وأن عادة الشرب أصبحت مزمنة وأن عليه أن يواجه الحقيقة، وهي أنه سكير مدمن وفي خلال هذه المرحلة يقاسي المدمن من سوء التغذية ومن الخلل في الوظائف العقلية. (شاهين، 2000: 10-11)

3-5-4- سلوك شرب الكحول:

إن السلوك هو نشاط يقوم به الشخص عن قصد أو غير قصد لتحقيق هدف معين قد يكون نافعا أو ضارا بحسب الحالة والوضعية، وشرب الكحول كسلوك يخضع إلى معايير أخلاقية وصحية واجتماعية ودينية عقائدية وهو سلوك غير متحكم به ولا يمكن ضبطه أو تقدير كمية استهلاك الشخص لهذه المشروبات الكحولية بمختلف أنواعها ومدى تأثيرها عليه ومدى الضرر الذي سيلحق بصحته أو بوظائفه (الدور والصورة الاجتماعية).

3-5-5- تأثير المشروبات الكحولية على ممارسي رياضة كمال الأجسام:

هناك الكثير من الرياضيين من يتناولون الكحول ناسين أو متناسين مخلفات وآثار هذه المواد على جسمهم ونفسياتهم وسلوكياتهم ومن بين هذه الآثار:

- أن تناول الكحول تؤدي إلى حصول التجفاف واستقلاب غير طبيعي للكربوهيدرات وهي عوائق كبيرة لأي رياضي.
- الكحول من المواد المدرة للبول لأنه يثبط تحرير الهرمون المضاد للإدرار ADH من الغدة النخامية، ومن مميزاته أنه يسحب من الجسم الحديد والزنك والبوتاسيوم وفيتامين ب والمغنيزيوم ويتداخل في امتصاص الكالسيوم من الأمعاء مما يعيق تمثله في العظام.
- يمكن أن تؤدي ممارسة الرياضة بعد شرب الكحول إلى تسريع حدوث اضطراب في القلب.

(المصري، 2001: 113)

- يسبب هبوط في مستوى السكر في الدم.
- تؤثر على الجهاز العصبي والمخ حيث تؤدي إلى إفقاد الرياضي التوازن العضلي.
- يعطل عملية حرق الدهون في الجسم مما يقلل فوائد التدريب والوصول إلى الهدف الأول وهو الجسم الممشوق.
- تؤخر مدة الاستشفاء والتعافي من الإصابات والجروح.

- تؤثر على وظائف الأعضاء الحيوية للرياضي فتعطل النمو العضلي وتقلل من القدرة والقوة الجسدية العامة.
- تؤثر على القلب والجهاز الدوري مما يضعف عاملي الجهد والتحمل.
- إضاعة للمال والوقت.
- اضطرابات نفسية (تغير المزاج، العصبية والنفرة).
- تسبب الأنيميا بسبب تعطيل الكحول لهضم العناصر الغذائية في المعدة.
- ضعف الانقباضات وزيادة في الآلام العضلية بعد التدريب.
- زيادة نسبة تخزين الماء في الجسم مما يزيد في بذل مجهودات أكبر في التدريب لرياضي كمال الأجسام بالخصوص.
- يؤدي إلى إضعاف قدرة الرجل على الاحتفاظ بالانتصاب نظرا لأن الكحول تخدر الأعصاب التي تتحكم بجالتي الانتصاب والقذف. (سميث، 2008: 38)

3-6-النوم:

3-6-1-النوم: هو حالة منتظمة متكررة من الخلود إلى هدوء يتميز بانخفاض الاستجابة للمؤثرات الخارجية ويكون مصحوبا بكثير من التغييرات الحيوية في وظائف الجسم مثل التنفس والقلب والدورة الدموية وضغط الدم ودرجة حرارة الجسم وإفراز المواد الحيوية بالجسم مثل الهرمونات. (الشربيني، 2000: 9-10)، وهو نوعان: النوم العميق أو الهادئ ويسمى NREM، والنوم الخفيف أو النشط أو المتناقض Paradoxical sleep ويسمى أيضا بالنوم المصاحب لحركة العين السريعة REM (شتيوي، 2005: 44)

3-6-2 أنماطه:

- **النمط الصباحي:** نوع من الناس يستيقظون صباحا وهم في حالة نشاط ويبدأون يومهم بحيوية ويكون بوسعهم العمل بأكبر كفاءة في ساعات الصباح التي تسبق انتصاف النهار وتتناقص حيويتهم بعد ذلك فيقل نشاطهم عصرا ويشعرون بالتعب في آخر النهار وعادة ما ينامون مبكرا.
- **نمط المساء:** يصعب عليهم الاستيقاظ مبكرا في الصباح وتكون حالتهم المزاجية وطاقتهم في أدنى مستوياتها في الفترة الصباحية، ويظهر ذلك من فقدان الشهية للطعام وشعور الخمول والكسل في الصباح ثم تبدأ حالتهم الجسدية والمزاجية في التحسن بعد الظهر تدريجيا وهؤلاء يستطيعون بذل أقصى جهد في المساء ولديهم القدرة على السهر والاحتفاظ بالنشاط حتى ساعات الصباح الأولى. (الشربيني، 2000: 28-29)

3-6-3- أسباب اضطرابات النوم:

تتلخص أهم أسباب اضطرابات النوم فيما يلي:

- الأسباب الحيوية.
- الأسباب النفسية.
- الأسباب البيئية.

3-6-4- فوائد وأضرار النوم بالنسبة للرياضي كمال الأجسام:

▪ فوائد النوم بالنسبة للرياضيين:

- أثناء النوم يسمح انخفاض مستويات الادرينالين والستيرويد القشري في الجسد باستفادة هذا الأخير من ارتفاع مستويات هرمون النمو المفرزة بواسطة الغدة النخامية في الليل.
- إن ضمان فترة نوم دورية في الليل يسمح لتوقيت الجسد بضبط إفرازات الهرمونات لتعمل هذه الأخيرة بكل انسجام ولتبقى متيقظين أثناء النهار قبل التمتع بنوم هنيئ في الليل. (كولينز، 2003:

(29)

- يعتبره بعض أطباء النفس مرحلة يعالج فيها المرء مشاكله النفسية المكبوتة عبر الأحلام ويستطيع تخطي بعض الأفكار السطحية الفوضوية لمعالجة مشاعر الغضب والإحباط والحزن والغيرة.
- النوم يساعد على مكافحة الالتهاب والشفاء العاجل أثناء الإصابة.
- يلعب النوم الوافي دورا كبيرا في مقاومة الالتهابات حيث يخفض ولو بمعدلات بسيطة قد تخفض مستويات خلايا الدم البيضاء مما يحد من فعالية أنظمة الدفاع في الجسم. (كولينز، 2003: 21)
- النوم لتجديد الطاقة: يتم خلال النوم استعادة وتجديد طاقة الجسم ونشاطه عن طريق إفراز بعض المركبات الحيوية مثل هرمون النمو الذي يساعد على تكوين البروتين لبناء الأنسجة في مرحلة النوم العميق وفي مرحلة نوم حركات العين السريعة تحدث عمليات تعويض محددة لإعادة الطاقة والبناء في وظائف الجهاز العصبي كما يتم خلال تنشيط وترتيب المعلومات خلال المخ.

(الشربيني، 2000: 25)

▪ أضرار قلة النوم والراحة على لاعبي كمال الأجسام:

- قلة النوم تؤدي إلى انخفاض مستويات الطاقة خلال أوقات التمرين.
- قلة النوم تؤدي إلى إنقاص كمية وجودة هرمون النمو مما يضعف دور العضلات على امتصاص الأحماض الأمينية.
- قلة النوم والسهر تقلل من فرصة الاستعادة من النظام الغذائي بشكل كبير.

- قلة النوم تقلل من إنتاج هرمون النمو في الجسم.
- عدم الحصول على القدر الكاف من النوم يؤدي إلى الإقلال من كمية الجليكوجين المخزنة في الجسم مما يؤدي إلى نفاذ الطاقة خلال نصف جلسة التدريبية.
- قلة النوم تؤدي إلى الرفع من كمية الكورتيزول في الجسم مما يعيق الأهداف المرجوة من اللاعب.
- عدم الحصول على القدر الكافي من النوم يؤدي إلى نقص الفعالية والأداء المرتفع مع الشعور بالتعب والإرهاق.

3-6-5-سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالنوم لدى رياضي كمال الأجسام:

- السهر قبل المنافسات الكبيرة.
- تناول كميات كبيرة من الطعام في وجبة العشاء ثم النوم مباشرة قبل النوم.
- شرب المنبهات (القهوة، الشاي، كوكاكولا...) قبل النوم.
- الإجهاد العقلي من خلال استعادة الرياضي في ذهنه أحداث المنافسة فيصاب بالأرق.
- تغيير نمط الحياة اليومي الصحي.
- عدم إمداد الجسم بالراحة والغذاء المتوازن.
- الإجهاد البدني.
- الضغط النفسي.
- عدم الحصول على القسط الكافي من النوم (8 ساعات).
- ممارسة التدريبات الرياضية قبل النوم.
- تناول السكريات والحلويات. (المصري، 2001: 214)
- عدم ملائمة غرفة النوم.
- التعود على تناول العقاقير المنومة.
- الاضطراب الانفعالي والتوتر، وعدم الاستقرار، والقصور المخيفة والتخويف، وكثرة الهموم والاكنتاب عدم الشعور بالأمن.
- مشكلات الحياة اليومية.
- عدم إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية.
- النوم مدة اقل أو أكثر من اللازم.
- ضيق السكن الضجيج التهوية. (زهران، 1997: 428)

3-7- سلوك إدمان العادة السرية وكمال الأجسام:

العادة السرية - الإثارة الذاتية - الاستمنااء والتبظر عند الإناث وهو عبارة عن حالة من الاستثارة الجنسية التي يتعرض لها الشخص عند لمس أعضائه التناسلية. (النداوي، 2020: 4) من الناحية الشرعية فحكها مختلف فيه فمنهم من أجازها ومنهم من جعله مكروها ومنهم من حرمه. من الناحية الطبية هو سلوك طبيعي بشرط عدم الاستغراق والتماذي فيها، وعدم إحاطتها بمشاعر الذنب والتحذير بعقوبات قاسية.

ويمكن تعريفها بأنها وسيلة من وسائل الإشباع الجنسي الذاتي للبلوغ النشوة الجنسية بطريقة سرية تتبع في الغالب بشعور الندم والأسى، تمارس من كلا الجنسين وتمارس بأشكال وطرق مختلفة.

3-7-1-أسباب إدمان العادة السرية:

- الجهل ونقص المعلومات والخرافات المرتبطة.
- إحاطتها بالسرية والكتمان.
- نقص الوعي الصحي العام.
- نقص الوعي الجنسي.
- انعدام أو نقص المعلومات الطبية الجنسية الصحيحة. (النداوي، 2020: 8)

3-7-2-أنماط الاستمنااء:

- **الاستمنااء الاستكشافي:** ويحدث لدى الأطفال والمراهقين كنوع من حب الاستطلاع، وقد يتوقف بعد فترة أو يستمر ويأخذ أحد الأنماط الأخرى.
- **الاستمنااء الإستمنااعي (الترفيهي):** ويمارسه الشخص بهدف الاستمتاع والشعور باللذة.
- **الاستمنااء التفرغي:** ويقوم به الشخص حين يشعر بالرغبة الجنسية تضغط عليه وتسبب له حالة من التوتر فيشعر بعد الاستمنااء أن الشحنة التي كانت مخزونة في داخله قد تم تفرغها.
- **الاستمنااء القهري:** وفيه يشعر الشخص بحالة من التوتر الشديد مع رغبة لا تقاوم في الاستمنااء للتخلص من هذا التوتر، واكتماله على المستوى النفسي هو الذي يعطي الإشباع الكامل، والممارسة القهرية للاستمنااء أشبه ما تكون بمدمن المخدرات الذي لا يشبع ولا يكتفي ولا يرضى، وإنما يظل دائما تحت تأثير الحاجة إلى المخدر.
- **استمنااء الخجول المنطوي:** الشخص الذي يهرب من الواقع، ويجد صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية صحية مع الآخرين. هذا الشخص يميل إلى الاستمتاع الذاتي بعيداً عن الآخرين، والاستمنااء هنا يغنيه عن الشريك الذي لا يقوى على الاقتراب منه أو مواجهته.

- **استمناء المحبب:** الشخص المحبب يميل إلى الاستمناء كوسيلة للخروج من إحباطه، ولدينا نوعان المحبب العدوانى والمحبب المكتئب.
- **الاستمناء النرجسي:** الشخص النرجسي المعجب بذاته والمنشغل بها قد يجد تلك الذات أفضل موضوع للاستمتاع، فيمارس الاستمتاع الذاتي من خلال مداعبة أعضائه، وقد يكون هذا بديلاً عن العلاقة بأخر أو بأخرى.
- **الاستمناء الفصامي:** الفصامي منكمئ على نفسه ومنعزل عن العالم، وليست لديه القدرة على التواصل الإنساني الطبيعي؛ ولهذا تنتشر العادة السرية بين الفصاميين، خاصة أن أكثرهم لا يتزوجون. (النداوي ، 2020 : 29-30-31)

3-7-3- تأثير العادة السرية على الرياضيين:

- ممارسة العادة السرية تؤدي لخسارة العضلات وليس بنائها.
- تخفض ممارسة العادة السرية مستويات هرمون التستوستيرون.
- ممارسة العادة السرية تستنزف الهرمونات من جسم الرياضي، وبالتالي خسارة في عضلاته.
- لا تعتبر ممارسة العادة السرية خطرة من الناحية الطبية إلا إذا بالغ الرياضي في ممارستها مع نوم وغذاء غير كافين.
- زيادة مشاعر النقص مما يؤثر على أدائه الرياضي خصوصا في المنافسات الرسمية والكبرى.
- ممارسة العادة السرية تدخل الجسم في حالة صدمة نتيجة لخسارة الطاقة التي تحصل بعد ممارسة التمارين عالية الشدة والتي يرافقها نقصان في مستويات التستوستيرون.
- الإخلال بتناسق أعضاء الجسم المستعملة أثناء العادة السرية من خلال التكرار بنفس العضو (اليد، الكف، الذراع) مما ينتج عدم التناظر مع العضو المقابل للاعب كمال الأجسام.
- إدمان العادة السرية يؤدي إلى استهلاك مفرط لمادة الغليكوجين التي تستخدمها العضلات كمصدر للطاقة مما ينجر عنه فشل وإرهاق عضلي ونقص في النشاط.
- تأخذ العادة السرية من ممارستها الوقت الكثير مما يعطل فترة التدريب أو يلغيها.
- تكرار الممارسة للعادة السرية تؤدي إلى خسارة طاقة الجسم وتبطل من قدرة الرياضي على استعادة نشاطه.

3-7-4- بعض المعتقدات الخاطئة: إن الكثير من الرياضيين يعتقدون أن الجنس أو المعاشرة الزوجية

له تأثير سلبي للحصول على نتائج مرضية ولهذا، باعتقادهم إذا ما قاموا بتجنب أو تقليل المعاشرة الزوجية ستزداد الكتلة العضلية ويتحصلون على مردود أفضل، ولكن الحقيقة بعيدة كل البعد عن هذا

الاعتقاد والكثير من الرياضيين من يعتقد أن الجنس له تأثير سيء على الأداء الرياضي أثناء التدريب وهذا خطأ فالجنس يحفز إفراز هرمون التستوستيرون الذي يساهم في بناء الكتلة العضلية مما يزيد حيوية ونشاط الرياضي. ويخطئ الكثير من الرياضيين باعتقادهم أن فقدان السائل المنوي يعني فقدان مصدر ثمين للطاقة. العادة السرية تؤدي إلى النسيان ونقص التركيز وضعف الجسم والهزال.

3-8-إدمان الإنترنت: بدخول الإنترنت والوسائل التكنولوجية بأنواعها ظهرت أنواع جديدة من السلوكيات والتي مع تكرارها والمداومة عليها تصبح عادات لا يمكن التملص منها إلى درجة الإدمان عليها ومن بينها الإنترنت، حيث أصبح من الوسائل التي يكثر الإقبال على تصفح محتوياته، فأصبح متاحا في كل مكان وفي أي وقت ولكونه لا يخضع لأي قانون أو رقابة فقد أستغل في كثير من الأمور للأخلاقية منها الجرائم الإلكترونية والاعتصاب الإلكتروني والبعاء وغيرها. حتى أصبحت أخطار الإدمان على مشاهدة الأفلام الإباحية عبر الانترنت على الدماغ أخطر بكثير من مخاطر الإدمان على الكحول والمخدرات، خاصة وأن ما يحدث أثناء المشاهدة هو الإفراز الفائض لمادة التستوستيرون ومادة الدوبامين والاكستوسين مما ينتج عنه تلف لأجزاء من الدماغ بسبب الإرهاق والتشويش على عمليات التذكر والتعلم.

3-8-1-مظاهر إدمان الانترنت: من أبرز مظاهر إدمان الانترنت ما يلي:

- إدمان العلاقات الفضائية: من خلال إقامة صداقات وعلاقات عبر الفضاء الاتصالي وبمرور الوقت يصبح الأفراد الذين أقيمت معهم علاقات عبر الإنترنت أكثر أهمية من العلاقات الاجتماعية الحقيقية.
- إدمان البحث في قواعد المعلومات: ويرجع خطورة ذلك إلى أن زيادة المعلومات عبر الإنترنت يمكن أن يؤدي إلى ما يسمى بالإرهاق المعلوماتي، والذي يؤدي جانب منه إلى تقليل الإنتاجية.
- إدمان ألعاب الإنترنت وقضاء الأوقات الطويلة في الحصول على التسلية والمنافسة الوهمية.
- إدمان التفاعل مع الآخرين عبر الفضاء الاجتماعي الذي تخلقه الإنترنت سواء من خلال حجرات المحادثة Chat-rooms أو ما يسمى Online casino وهي الكازينوهات المنتشرة عبره.
- التصفح المستمر للبريد الإلكتروني فمدمن الإنترنت لديه دائما إحساس أنه ستصله رسالة مهمة وهو الأمر الذي يدفعه إلى تصفح بريده الإلكتروني عدة مرات خلال اليوم الواحد بحثا عن هذه الرسالة المهمة المزعومة.
- إدمان الجنس الفضائي: أمكن خلال حجرات المناقشة والمواد الإباحية Cyber sexual والتي تدفع بالأفراد إلى الاستمرار في مشاهدة والاحتفاظ وتسويق المشاهد الجنسية وخاصة بالنسبة للمراهقين،

وما يقترن بذلك أحيانا من سيطرة الأوهام على الحقيقة من خلال الواقع المتخيل لدرجة ممارسة الجنس عن بعد.

3-8-2- المشكلات المترتبة على استخدام الإنترنت:

- الشعور بالوحدة وعدم الإحساس بالانتماء للمجتمع.
- انطواء الأفراد وانسحابهم من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- إقامة علاقات اجتماعية غير شرعية تؤثر على العلاقات الزوجية.
- اضطرابات الحياة الأسرية وإهمال الواجبات الأسرية والمنزلية نتيجة قضاء الشخص أوقات طويلة يتصفح الإنترنت.
- هروب الأشخاص من عالم الواقع الفعلي إلى عالم افتراضي.
- الانطواء والاعتراب النفسي الذي يتعرض له الشباب.
- اهتزاز الثقة بالنفس وترسيخ قيم السلبية والقلق والرفض.
- الإجهاد والتوتر النفسي من جراء متابعة شاشة الكمبيوتر.
- ضعف الإبصار.
- آلام الظهر والصداع والتهال واضطراب النوم.
- تدمير القيم الأخلاقية وإمكانية انتشار جرائم الاغتصاب. (درويش، 2016: 55-56)

4. السلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بممارسة النشاط الرياضي:

- عدم التنظيم بين عناصر الوحدة التدريبية والارتقاء التصاعدي للشدة والحجم.
- تعاطي المفرط للمنشطات والمخدرات والكحول والتدخين والمنبهات قبل أو أثناء التدريب
- عدم كفاءة الدورة الدموية لتغطية احتياجات العضلات من الدم يهدم العمل العضلي كله مما قد يؤدي إلى زيادة فرص تعرض اللاعب للإصابة.
- عدم الاهتمام بالإعداد البدني الكافي والمناسب عن طريق تقوية عضلات الجسم وزيادة مقاومته للتعب
- عدم توافق عمل المجموعات العضلية العامة العاملة كتدريب مجموعات عضلية معينة وإهمال تدريب مجموعات أخرى — عدم توفير عناصر اللياقة تبعا لنوع النشاط الممارس. (يوسف، 1991: 17)
- عدم تنظيم وقت التدريب (وقت معين ومناسب للتدريب).

- تشكيل حمل التدريب العشوائي بما يتناسب مع طريقة التدريب المستخدمة كالتدريب الفتري أو التدريب الدائري مثلاً.
- البدء بالتمارين والحركات الصعبة والأوزان الثقيلة بدل التدرج في فيها.
- التدريب الغير علمي.
- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب.
- سوء تخطيط البرنامج التدريبي.
- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي.
- سوء اختيار مواعيد التدريب.
- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة.
- . عدم إمداد الجسم بالطاقة (سوء التغذية) التي تساعده في عملية التدريب.
- زيادة حجم التدريب مع زيادة شدة الحمل خصوصاً بعد الفترات الطويلة من الراحة
- زيادة حجم التدريب وشدة الحمل أثناء المرض أو بعد الشفاء منه مباشرة.
- التعرض لضغوطات الحياة قبل أو أثناء التدريب (الأسرية والمهنية والصحية والمادية).
- البدء في تنفيذ تمارين بدنية عنيفة قبل تنفيذ الإحماء (التسخين) مما يؤدي إلى ظهور استجابات غير طبيعية خلال قياس دقات القلب.
- تأدية بعض التمارين دون مراعاة لأساس التحميل الزائد بدرجة كافية خلال تنفيذ برنامج اللياقة البدنية (مع المدرب أو شخص).
- استخدام تمارين المقاومة والأثقال وإتباع نظام غذائي طبي يقلل من السرعات الحرارية المطلوبة مما يتسبب في تخطي أساس التحميل الزائد بدرجة كبيرة وبالتالي يكون له تأثيرات سلبية. (مفتي، 2004: 75)
- زيادة في الحمل إلى أقصى الدرجات التي تستطيع أعضاء الجسم (الجهاز العضلي) تحملها
- الارتقاء بحمل التدريب إلى الحد الأقصى حد.
- الارتقاء الفجائي بدرجة حمل التدريب خصوصاً بعد فترة طويلة من الراحة.
- سوء تشكيل درجة حمل التدريب.
- الخطأ في تشكيل حمل التدريب بما يناسب مع طريقة التدريب المستخدمة كالتدريب الفتري أو التدريب الدائري مثلاً.
- الخطأ في تحديد الفترات الصحيحة للراحة أو سوء تشكيلها. (علاوي، 1990: 70-71)

5. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالحمل الزائد:

هو حالة من عدم التوازن ما بين التدريب والراحة إذ يكون الحمل أو العبء الملقى على أجهزة اللاعب الحيوية أكبر من قدرة هذه الأجهزة على تحمله وبالتالي حدوث هبوط في مستوى اللاعب وانخفاض في أدائه بدلا من تحسن مستواه، إذ تحدث عمليات هدم وليس بناء (ملحم، 1999: 68)

5-1- أسباب الحمل الزائد:

- سوء تشكيل الحمل التدريب (الارتفاع بحمل التدريب إلى الحد الأقصى، الارتفاع الفجائي، الخطأ في التشكيل، المشاركات التنافسية المكثفة).
- العوامل الخارجية (أسلوب حياة الفرد، السهر، النوم الغير كاف، تعاطي المشروبات الكحولية أو المخدرات المختلفة، زيادة تعاطي المواد المنبهة مثل الكافيين، الحياة الجنسية غير المنظمة، سوء التغذية).
- الاشتراطات البيئية (الضوضاء، التدفئة، التهوية، زيادة الحمل العائلي، الضغوط النفسية في العمل أو البيت).

5-2- تأثير الحمل الزائد على ممارسي كمال الأجسام:

- تؤدي ظاهرة الحمل الزائد إلى تقليل فاعلية مناهج التدريب وتذبذب مستوى اللاعبين نظرا لما يعيشه من هبوط في المستوى.
- يتأثر الجهاز العصبي تأثيرا سلبيا بظاهرة الحمل الزائد مثله مثل باقي الأجهزة الحيوية الأخرى ويؤدي مردود سلبي على المقدره الحركية.
- يحدث الحمل الزائد في نهاية فترة المنافسات أكثر من فترة تدريبية.
- تزداد نسبة احتمال الإصابة لدى اللاعبين أعلى من غيرهم. (عبد صالح، 2016: 12)

5-3- أعراض الحمل الزائد:

يمكن معرفة الحمل الزائد عن طريق مجموعة من الأعراض من أهمها:

- حساسية زائدة لدى اللاعب.
- ارتفاع درجة توتر اللاعب وعدم استقراره.
- انخفاض وهبوط الروح المعنوية وقوة الإرادة.
- ضعف الرابطة والصلة بين المدرب والرياضي أو بين الرياضي وبقية زملاء.
- سهولة استثارة اللاعب.
- ضعف الدافعية وهبوط الحماس.

- انخفاض درجة التركيز خلال الأداء.
- ضعف الأداء الانسيابي للمهارة الحركية مع الأداء الذي يتميز بالتوقيت الخاطئ.
- انخفاض درجة القدرة على اكتشاف الأخطاء وإصلاحها (علاوي، 1990: 73)
- انخفاض في معدل السرعة.
- هبوط في مستوى القوة.
- هبوط في درجة الاستعداد للكفاح والخوف من الاشتراك في المباراة.
- عدم القدرة على التنفيذ الصحيح لخطط اللعب الموضوعية.
- الأرق والسهاد وارتباط النوم بالأحلام المزعجة.
- فقد الشهية للطعام. (علاوي، 1990: 74)
- هبوط في مستوى القوة العضلية للاعب.
- انخفاض في هرمون التيستوستيرون.
- زيادة في هرمون الكورتيزون.
- انخفاض إفراز الغدة الدرقية لليتروكسين. (ملحم، 1999: 73-74)

4-5- سلوكيات الخطر المتعلقة الحمل الزائد: بعد قراءات عديدة استخلصنا ما يلي:

- عدم إمداد الجسم بالطاقة (سوء التغذية) التي تساعده في عملية التدريب.
- زيادة حجم التدريب مع زيادة شدة الحمل خصوصا بعد الفترات الطويلة من الراحة.
- زيادة حجم التدريب وشدة الحمل أثناء المرض أو بعد الشفاء منه مباشرة.
- التعرض لضغوطات الحياة قبل أو أثناء التدريب (الأسرية والمهنية والصحية والمادية).
- التدريب في الأماكن الملوثة والضاغطة وحسب الفصول.
- التعاطي المفرط للمنشطات والمخدرات والكحول والتدخين والمنبهات قبل أو أثناء التدريب.
- نقص الراحة وقلة النوم.
- عدم تنظيم وقت التدريب (وقت معين ومناسب للتدريب).
- تشكيل حمل التدريب العشوائي بما يتناسب مع طريقة التدريب المستخدمة كالتدريب الفتري أو التدريب الدائري مثلا.
- البدء بالتمارين والحركات الصعبة والأوزان الثقيلة بدل التدرج فيها.
- عدم التنظيم بين عناصر الوحدة التدريبية والارتقاء التصاعدي للشدة والحجم.

6. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بفرط التدريب أو التدريب المفرط :

هو عبارة عن عمليات من التدريب المفرط التي تقود إلى متلازمة الحمل الزائد والتي يمكن أن تعرف على أنها حالة من التعب لفترة طويلة تحدث نتيجة التدريب الشاق والمنافسة من دون راحة كافية (عبد الله، 2004: 23)

6-1- الفرق بين التدريب الزائد والتدريب المفرط:

التدريب الزائد Over reaching for short term هو تعريض الرياضي إلى أحمال تدريبية وبدرجة فوق القصوى من حيث الحجم، الشدة، وعدد تكرار هذه الوحدة التدريبية خلال الدائرة التدريبية الصغيرة والمتوسطة، يعمل خلالها المدرب على تحفيز الأجهزة الوظيفية للرياضي للعمل بالحدود العليا لها ودون الإضرار بها، والوصول بالرياضي إلى حالة الإجهاد يهدف المدرب منها إلى كسر حالة رتابة التدريب وثباته والتي تؤدي إلى ثبات المستوى وحتى تراجع في أكثر الأحيان وتعد بذلك حالة صحية في التدريب الرياضي (عبد صالح، 2016: 3)

أما التدريب المفرط (Over Training for Long Term) أو الإفراط في التدريب فيعني تكرار التدريب الزائد خلال الدوائر التدريبية المختلفة، وتعرض الرياضي إلى أحمال تدريبية فوق القصوى وبشكل متتالي ولفترة طويلة نسبياً مما يؤدي إلى تراكم آثار التعب، وإن عدم إعطاء الرياضي فترة الاستشفاء الكافية يؤدي إلى ظهور حالة الإجهاد، فتظهر علامات انخفاض المستوى وعدم الثبات في الأداء وكثرة الإصابات والتراجع في القدرة على المنافسة، واتخاذ القرار السليم وغيرها من الصفات الوظيفية والنفسية، وهو بذلك يعد حالة غير صحية في التدريب الرياضي وبالعكس من التدريب الزائد. (حسن، وإسماعيل، 2008: 64)

6-2- أنواع التدريب المفرط:

- التدريب المفرط التثبيطي Inhibitory over training
- التدريب المفرط الإثباتي Excitatory over training

6-3- أسباب حدوث ظاهرة التدريب المفرط Over training:

- زيادة حادة في حجم الأحمال التدريبية.
- استخدام نوع معين من التدريب وتكراره بكثرة.
- قد يكون تراكم تأثيرات كثيرة في ظل تغذية غير كافية.
- عدم وجود وقت كاف للاستشفاء.
- المناخ الانفعالي الذي يعيش فيه الرياضي.

- الزيادة المفاجئة في الحمل التدريبي.
- المشاركة بالعديد من المباريات المتتالية.
- زيادة الضغوط البدنية والنفسية والمهنية والعاطفية وغيرها.
- الحماس المفرط.
- سمات الشخصية مثل الإفراط في الضرورة والكمال.
- الإدمان على ممارسة الرياضة البدنية.
- تعويض بعض أوجه القصور.
- القلق المصاحب للتدريب أو المنافسة.
- المناخ الانفعالي الذي يعيش فيه الرياضي.

6-4- أعراض الإفراط في التدريب:

▪ الأعراض الجسدية

- مشاكل في الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي.
- انخفاض ضغط الدم.
- التعب الجسدي.
- زيادة الحساسية بالمرض والإصابة بالبرد.
- شفاء بطيء للخدوش البسيطة.
- بطء استرداد ضربات القلب بعد الجهد البدني.
- انخفاض مستوى حمض اللبنيك الأقصى.
- انخفاض العبء الجهدى الأقصى لدى اللاعب.
- زيادة في العرق عند أداء الجهد البدني. (عبد مالح، 2016: 3)
- زيادة معدل ضربات القلب أثناء الراحة أو عند أداء تدريبات خفيفة.
- ارتفاع الضغط الانقباضي وقت الراحة وبتيء عودته إلى الحالة الطبيعية بعد التدريبات.
- انخفاض نسبة الجلوكوز في الدم أثناء التدريبات الرياضية.
- خلل في إفراز بعض الهرمونات مثل التستوستيرون، الكورتيزون، الأدرنالين والثيروكسين.
- ارتفاع نسبة حامض اللاكتيك أثناء التدريبات البدنية ذات الشدة المتوسطة.
- زيادة في مستوى استهلاك الأوكسجين.
- فقدان الشهية للأكل مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم مع ارتفاع درجة الأيض.

- الرغبة في الخلود إلى النوم بشكل غير طبيعي.
- انخفاض في القدرة العامة للاعب وظهور التعب بشكل مبكر مصحوباً بانخفاض بمستوى الأداء البدني.
- الشعور بألم في العضلات والمفاصل حتى بعد التدريبات الخفيفة.
- زيادة تركيز البولينا اليوريا في الدم (Urea).

■ الأعراض النفسية

- الاكتئاب.
- الشعور باللامبالاة. (عبد مالح، 2016: 3)
- عدم استقرار الحالة الانفعالية.
- صعوبة التركيز بالعمل والتدريب.
- حساسية مفرطة باتجاه المحيط والضغط العاطفي.
- الخوف من المنافسة.
- التشتت بالانتباه الداخلي والخارجي.
- انخفاض قابلية التعامل مع كمية كبيرة من المعلومات.
- الاستسلام السريع عندما يصبح الأمر صعب بعض الشيء.
- عدم القدرة على النوم الأرق والكوابيس.
- الشعور بالملل والسام. (عبد مالح، 2016: 4)
- فقدان الرغبة في التدريب والمشاركة في المباريات في بعض الأحيان وعدم الرغبة في استخراج أقصى طاقة أثناء التدريب.
- الشعور بالملل والضجر من روتين التدريب وعدم الاهتمام بالمباريات وانخفاض مستوى الدافعية والحماس للفوز.
- الشعور بالكآبة والقلق والأرق الليلي وعدم القدرة على النوم.
- اضطراب الحالة النفسية وعدم الاستقرار العاطفي واتخاذ قرارات خاطئة في بعض الأحيان والاعتراض على التعليمات وشعور دائم بالرفض وانخفاض مستوى العلاقات الاجتماعية مع زملائه والإداريين والمدرّب.
- تثبيط الرغبة الجنسية.

7. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالإحماء:

إن للإحماء مسميات متعددة منها التسخين، تهيئة العضلات، تمارين الإطالة وهذه المسميات هي عبارة عن مجموعة من التمارين البدنية العامة والخاصة لتهيئة عضو أو أعضاء جسم الرياضي إلى أقصى مدى حركي لها حتى تتلافى حدوث الإصابات أثناء التدريب أو المنافسات. ان الإحماء من وجهة نظر التدريب الرياضي هو عملية تهيئة للجسم عن طريق تمارين تمهيدية تسبق الاشتراك في التدريب أو المنافسة، ومن الناحية الفسيولوجية هو جهد يقوم به اللاعب لزيادة نشاط الجهاز الدوري التنفسي وسرعة عملية التمثيل الغذائية وتهيئة الجهاز العصبي والعضلي (أشرف، 2016: 119).

7-1- أقسام الإحماء:

قسم كار (Carr1991) وغيره من الباحثين الإحماء إلى:

- إحماء عام: ويهدف إلى رفع درجة حرارة الجسم وتهيئة أجهزته الحيوية بشكل عام. (درويش، 1994: 31)
 - إحماء خاص: يقوم بربط العلاقة بين الأجزاء التي تقوم بالعمل (الجهاز الحركي)، وبين الجهاز العصبي المركزي من خلال تطبيق التمارين والمهارات ذات الصلة الوثيقة بنوعية النشاط الرياضي قبل التدريب أو المنافسة بغرض الوصول إلى رفع مستوى الكفاءة البدنية والقدرة والأداء الصحيح إلى أقصى درجة ممكنة في المسابقة. (درويش، 1994: 35)
- 7-2- أشكال الإحماء: ويمكن تقسيم الإحماء إلى ثلاثة أشكال هي:

- تمارين عامة.
- تمارين إطالة.
- تمارين خاصة بالمسابقة (أشرف، 2016: 124).

7-3- أهمية الإحماء:

- تنبيه أجهزة الجسم المختلفة.
- يساعد على وقاية الجسم من الإصابات والشعور بالألام العضلية.
- الوصول لأقصى قدرة على الاستجابة لردة الفعل.
- الاستثارة الانفعالية الايجابية لممارسة التدريب أو الاشتراك في المنافسة.
- استنفار أقصى استعداد نفسي للتدريب أو المنافسة.

- تحسين التحضيرات النفسية وإزالة التوتر، والإعداد الذهني والتركيز والتحفز للكفاح وبذل الجهد المستطاع.
- تحسين عمل الجهاز العصبي وسرعة الاستجابة ورفع مستوى التنظيم والتفوق الحركي.
- تحسين عمليات التمثيل الغذائي.
- الوقاية من الإصابات الرياضية. (الحاج، 2017: 95)

4-7-العوامل التي يجب مراعاتها لدى ممارسة كمال الأجسام في الإحماء:

- أن يتماشى الإحماء مع نوعية وطبيعة النشاط الممارس، وأن يتناسب مع الفروق الفردية بين الأفراد وأن يراعي المرحلة السنوية.
 - التنوع في استخدام بعض الوسائل المساعدة مثل بعض أنواع التدليك أو الدهانات وإذا أستدعي الأمر بحيث يكون الإحماء مختلفاً من حيث الشكل والوتيرة لضمان التشويق والترغيب وجذب الانتباه.
 - تسلسل تمارينه وذلك باستخدام تمارين سهلة ثم أكثر صعوبة ومن التمارين البطيئة إلى السريعة.
 - تخصيص زمن الإحماء الفردي إذا ما بدء الإحماء جماعياً وأن يتناسب الزمن مع حالة الطقس وكذلك بالنسبة للملابس مع مراعاة فترات الراحة بين التمرينات.
 - يجب اختيار تمرينات الإحماء بحيث تتناسب مع الهدف الرئيسي من الوحدة.
 - يجب ألا يؤدي الإحماء إلى إجهاد اللاعبين ويشعرهم بالتعب وبذلك لا يحقق الهدف منه.
 - يجب أن يتناسب محتوى الإحماء وزمنه مع فترات الموسم المختلفة في الصيف أو في الشتاء.
- (أشرف، 2016: 129).

5-7-سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالإحماء:

- عدم الإحماء بشكل كافٍ: قد يكون التحضير البدني غير كافٍ قبل بدء التمرين، مما يزيد من احتمالية الإصابة.
- تمارين إحماء غير مناسبة: يجب على ممارسي كمال الأجسام اختيار تمارين إحماء مناسبة للعضلات التي سيعملون عليها في التمرين الرئيسي.
- إهمال تمدد العضلات: عدم القيام بتمارين تمدد للعضلات بشكل صحيح يمكن أن يزيد من خطر الإصابات.

- عدم التركيز على تمارين الوقوف والتوازن: تعتمد رياضة كمال الأجسام على القوة والتوازن، لذا عدم التركيز على تمارين الوقوف والتوازن يمكن أن يزيد من خطر الإصابات.
- عدم تسخين المفاصل: تجاهل تسخين المفاصل بشكل جيد يمكن أن يؤدي إلى إصابات مشتركة.
- عدم الالتزام بتقنيات صحيحة: استخدام تقنيات غير صحيحة في التمرين يمكن أن يسبب إصابات.
- الإفراط في الوزن: رفع أو تحمل أثقال زائدة بدون تقنيات صحيحة يمكن أن يضر بالعضلات والمفاصل.

8. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالمكملات الغذائية :

المكملات الغذائية: هي تركيبة مستخلصة من مكونات غذائية طبيعية (حيوانية، نباتية، وغيرها من المواد المكونة لوجبة غذائية طبيعية)، وهي منتجات جاهزة توجد بمختلف الأشكال والأحجام (أقراص، كبسولات، سوائل، سوائيل، مساحيق)، تحتوي على المادة الغذائية أو المركب الغذائي الذي يهدف من خلاله الرياضي إلى زيادة نسبته في الجسم أو الخلايا العضلية للحصول على الطاقة اللازمة أو لزيادة مساحة الخلية العضلية وذلك حسب الفعالية التخصصية بغية الوصول لأعلى إنجاز رياضي. وتتناول كل نوع من المكملات يتم وفق جرعات مقننة ويكون حسب حاجة الرياضي ونوع المكمل الذي تحتاجه فعاليته وما يبذله من جهد عضلي. (الالوسي، 2012: 22)

8-1- أهمية المكملات الغذائية: تكمن أهمية المكملات الغذائية فيما يلي:

- إمداد الجسم بالطاقة اللازمة للنشاط الممارس .
- إعادة بناء الخلايا التالفة وصيانة الألياف العضلية بعد التمارين الرياضية.
- زيادة مساحة المقطع الفيزيولوجي للألياف العضلية.
- كسب القوة العضلية.
- زيادة التحمل والقدرة على العمل البدني لفترة طويلة وزيادة مطاولة الجهاز الدوري- التنفسي.
- استعادة الحالة الطبيعية وسرعة الاستشفاء بعد الجهد البدني الشديد.
- تزيد التمثيل الغذائي وتزيد قوة المناعة عند تناولها بشكل مقنن . (عبد مالح، 153: 2013)

8-2- أنواع المكملات الغذائية: يمثل الجدول التالي مختلف أنواع المكملات الغذائية

الجدول رقم (02) يبين مختلف أسماء أنواع المكملات الغذائية (الالوسي، 27: 2012)

الكرياتين، مصل الحليب، اكتبايوماكس، كارنيتين، الكافيين، الاوميغا 3، الجلوتامين، الكروميوم، كولين .	المكملات البروتينية
:الجنسغ، الجيرانيوم، يوهيمي، الكركم، الهندباء البرية الدانديلون غورانا، نبات الفشاغ الياح	المكملات العشبية
عشبة تريبولوس تريستريس، عشبة الداميانا، يوريكوما، ZMA، لونجيفوليا، مكمل فورسكولين، ستيرولين مليت، بيكنوجينول	المكملات المساعدة علي زيادة هرمون التستوستيرون
الكافيين، كابيسيسن، الشاي الأخضر، حامض دوكوسيهكسانيك، فيتامين د، جلوكونان، افوديامين، سينيفرين	المكملات الحارقة للدهون

8-3- الأضرار الناجمة عن الإفراط في استخدام المكملات الغذائية:

- الحساسية.
- تلف الكبد.
- تقلصات عضلية لا إرادية.
- اضطرابات المعدة والجهاز الهضمي.
- عدم التأقلم الحراري ... إلخ. (محمد، 2011: 134)
- فقدان الشعر وزيادة الشعر لدى المرأة .
- العجز الجنسي.
- ظهور الحساسية بشكل دائم .
- حدوث عجز الكلوي (خاصة للذين يعانون من الأمراض الكلوية).
- الإسهال.

9. سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالغذاء والتغذية بصفة عامة :

9-1- مبادئ التغذية لدى الرياضيين:

- إتباع نظام غذائي متكامل ومتوازن مع مراعاة كم ونوع الغذاء الذي يتم تناوله فيما يرتبط باحتياجات التدريب أو المنافسات .
- مراعاة عدم زيادة كمية الغذاء المرتبطة بالبروتين أو الكربوهيدرات أو الدهون.
- مراعاة عدم تناول جرعات إضافية من الفيتامينات أو المعادن تفوق احتياجات الجسم.

- مراعاة عدم إنقاص كمية العناصر الغذائية عن احتياجات التدريب والمنافسات. (أشرف، 2016: 172)

- الاهتمام بمبدأ التوازن الغذائي ومبدأ التذوق للحفاظ على صحة الرياضيين وعل حالتهم النفسية
- يجب ان تحتوي الوجبة قدر الإمكان على أطعمة مختلفة، أي أن تحتوي على صنف من كل مجموعة من مجاميع الغذاء الرئيسية (مجاميع الهرم الغذائي) التي تتضمن مجموعة الحبوب والخبز، مجموعة الحليب ومشتقاته، مجموعة اللحوم والبقول، وأخيرا مجموعة الخضار والفواكه.
- يجب أن يكون الطعام شهيا وجذابا ومستساغا، وأن يكون سعره مناسباً وأن يسهل الحصول عليه.
- أن يتناسب محتواه مع العادات والتقاليد السائدة في المجتمع.
- أن يكون خاليا من المواد السامة والضارة ومن التلوث الميكروبي والكيميائي والإشعاعي.
- الالتزام بالواجبات الرئيسية مع الالتزام بموعد معين لكل وجبة. (أبو العيون، 2013: 137-138)

9-2- أهم المتغيرات التي ترتبط بتغذية الرياضيين:

- السن ونوع الجنس .
- الحالة البدنية والحالة الصحية والحالة النفسية.
- العادات الغذائية وطبيعة النشاط.
- شدة التدريب البدني ومستواه ومدته.
- الدور أو مركز اللعب، ونوع الأداء ونظم وقوانين اللعب.
- الإلمام بالتربية الغذائية.
- نمط الحياة.
- الطقس. (أشرف، 2016: 180-181)

9-3- بعض المفاهيم الغذائية الخاطئة لدى الرياضيين:

- إن التمارين الرياضية تؤدي إلى رفع الشهية وزيادة الوزن.
- إن تناول البروتين يساعد على نمو العضلات والصحيح أن التمارين الرياضية هي التي تؤدي إلى نموها.
- إن التعرق الكثير يعني ذوبان الشحم من الجسم.
- استخدام الأعشاب لتقليل الوزن.
- تناول الهرمونات يؤدي إلى تضخيم العضلة وتقويتها.

▪ ممارسة الرياضة بعد الوجبة مباشرة. (الحوري، 2022: 39)

9-4- السلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالتغذية والتي تضر بالصحة لدى رياضي كمال الأجسام:

- الإفراط في تناول الوجبات السريعة أو الجاهزة.
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على الخضروات والبقوليات.
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على الفواكه وخاصة الفواكه الكاملة.
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على الحبوب، شرط أن يكون نصفها على الأقل من الحبوب الكاملة.
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على منتجات الألبان.
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على المنتجات البروتينية (المأكولات البحرية، واللحوم الخالية من الدهون، والدواجن، والبيض، والبقوليات، والمكسرات).
- عدم احتواء النمط الغذائي للرياضي على الزيوت.
- الإفراط في تناول الطعام.
- تناول الطعام بسرعة كبيرة.
- الإفراط في تناول الحلويات.
- الاستغناء عن تناول بعض الوجبات خصوصاً وجبة الإفطار.
- الإكثار من تناول الأطعمة والمواد الغذائية الضارة.
- تناول الوجبات الثقيلة والغنية بالدهون وخصوصاً المشبعة بالكوليسترول. (راتب، دواره، 2007: 54)
- تناول الفاكهة أو الحلويات في نهاية الوجبات.
- عدم تنظيم عدد الوجبات الغذائية في اليوم.
- عدم تحديد طريقة الأكل من حيث السرعة (المضغ).
- تناول الطعام من دون الشعور بالجوع أو إثارة الرغبة لتناول الطعام.
- اعتماد برنامج غذائي واحد للجميع.
- تناول اللاعب لكميات كبيرة من التوابل والملح في الطعام.
- تناول الأطعمة السكرية وإضافة السكر الأبيض إلى المشروبات.
- عدم شرب كميات كبيرة من الماء قبل أو أثناء التمرين لتجنب الشعور بالغثيان لأن كمية الماء المطلوب شربها يومياً فهي ثلاثة لترات تقريباً بالإضافة إلى العصائر والفواكه والخضروات.

- عدم تناول لاعب كمال الأجسام لحاجته اليومية من البروتين.
- إفراط اللاعب في تناول البروتين (الصناعي وغير الصناعي).
- تناول كميات عالية من البروتين الصناعي مع عدم شرب كميات كافية من الماء.
- الاقتصار فقط على تناول الحاجة اليومية من البروتين عن طريق المكملات الغذائية.
- زيادة استهلاك الدهون المشبعة عن 10% من مجموع السعرات الحرارية اليومية.
- زيادة استهلاك الصوديوم عن 2300مغ/يوم.
- نقص السكريات البطيئة.
- إهمال أكل الخبز والحبوب.
- الإكثار من استهلاك اللحوم (الحمراء خاصة) أو العكس.
- الاستهلاك الفوضوي وغير منظم للمنتوجات الغذائية الخاصة بالأنشطة الرياضية في محاولة للتصحيح أخطاء تغذية غير متوازنة.
- تناول الفيتامينات بكثرة.

خلاصة:

من خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن الإنسان بصفة عامة والرياضي الممارس لرياضة كمال الأجسام بصفة خاصة معرض في غالب الأحيان أن يقوم أو يتصرف بطرق قد تضعه في خانة الخطر وليس بالضرورة أن يكون هذا الخطر ماديا، أي على جسمه أو صحته، بل قد يكون معنويا حيث قد يمس صحته النفسية والعقلية. وسلوكيات الخطر كثيرة قد تمس الحياة باختلاف جوانبها وتختلف في كيفية قيام الشخص بها، وفي شدتها، ومدى تأثيرها، ونتائجها عليه. ولعل من بين هذه السلوكيات الأكثر انتشارا بين الرياضيين وخاصة ممارسي كمال الأجسام تلك المتعلقة بجوانب التغذية، الرياضة، الصحة العامة، المنشطات والمكملات، وهي المحاور ذات الأولوية التي تمس أكثر الحياة اليومية للرياضي.

الفصل الرابع :

رياضة كمال الأجسام

تمهيد.

1. مفهوم رياضة كمال الأجسام.
2. تاريخ رياضة كمال الأجسام.
3. صورة الجسم ورياضة كمال الأجسام من المنظور النفسي.
4. الفرق بين رياضة كمال الأجسام والرياضات المشابهة.
5. شروط وقواعد ممارسة رياضة كمال الأجسام.
6. القواعد الأساسية التي تبني عليها رياضة كمال الأجسام.
7. النظام الغذائي لرياضي كمال الأجسام.
8. المكملات الغذائية لرياضي كمال الأجسام.
9. مفهوم التدريب لرياضي كمال الأجسام.
10. الراحة والاستشفاء في المجال الرياضي.
11. المنافسة في رياضة كمال الأجسام.
12. فوائد واضرار ممارسة رياضة كمال الأجسام.

خلاصة.

تمهيد:

لم تعد رياضة كمال الأجسام رياضة القوة والجمال والصحة فقط، بل أصبحت علم بذاته له مناهجه ونظرياته تدرس ليس فقط في صالات التدريب بل داخل أروقة الجامعات ومراكز البحث، رياضة لم تعد حكرا للرجال فقط بل يمارسها الأطفال، الشباب، الكهول، المسنين والنساء وحتى الحوامل، لم تعد تابعة لفرع رفع الأثقال أو ألعاب القوى بل أصبحت لها اتحاديات عالمية معترف بها تمثل رياضتها في المحافل الدولية، رياضة مستقلة بقوانينها وقواعدها لها أجهزتها ومسابقاتها ومدربين مختصين بها، هي رياضة لا تقتصر على شعب أو دول أو عرق معين فهي للجميع، وما زاد في انتشار ممارستها هو أنها متاحة لكل في أي مكان (المدن والأرياف) وفي أي وقت (في النهار كما الليل) ، لا تحتاج إلى ملاعب عملاقة ولا إلى تجهيزات كبيرة، فقد تمارس في المنزل، في الشارع، في قاعات الرياضات الأخرى، رياضة تحتاجها كل الرياضات، مطمح كل إنسان لأنها تهدف إلى الكمال إلى الجسد القوى الرشيق القوام، هي نموذج الصحة الكاملة المجسمة والنفس مطمئنة والتي تؤدي إلى الشعور بالأمن والسعادة والثقة وتقدير الذات.

هي رياضة استعراضية تنافسية تعتمد على إبراز عضلات الجسم وإظهارها في أبهى صورة من حيث الكثافة، التحديد، الوضوح ولون الجلد في جو نغمي، الأكثر أناقة وقوة وجمال ينال اللقب، وهي المعبر إلى النجومية، (اللاعب النمساوي شورازينجر)، هي رياضة تعتمد على مجموعة من القواعد الأساسية منها التدريب، التغذية والراحة، هدفها تنمية وتعزيز بناء الكتلة العضلية وزيادة حجمها وتحفيزها من خلال إتباع برنامج تدريبي خاص للوصول به إلى الشكل المثالي أو إلى منصة التتويج.

وفي هذا الفصل سنحاول التطرق وبشكل من التفصيل إلى بعض المفاهيم المتعلقة بهذه الرياضة تاريخها شروط ممارستها، أهدافها، مستلزماتها، وطرق تحكيمها، وأحكامها، غير أنه يجب الإشارة إلى أنه لا يمكننا تحديد مفهوم "رياضة كمال الأجسام"، إلا انطلاقا من تحديد كل مصطلح على حدي حيث نبدأ أولا بما يلي:

1. مفهوم رياضة كمال الأجسام:

1-1- تعريف الرياضة:

إن كلمة سبور Sport مشتقة في الأصل من اللغة القديمة Desport أو Disport ومعناها اللهو كما تعني أيضا: لعب، تسلية، هزل، سخرية، وقد جاء في (إعلان الرياضة) الصادر عن المجلس الدولي للرياضة والتربية البدنية بالتعاون مع منظمة اليونسكو: "إن كل نشاط بدني له صفة اللعب، ويتضمن صراعا مع الذات أو مع الغير أو في مواجهة العناصر الطبيعية فهو رياضة".

والرياضة في الواقع هي نشاط اجتماعي، وغالبا نشاط تنافسي، وتحتاج بعض الألعاب الرياضية إلى القوة الجسدية، وبعضها يتطلب الفطنة والمهارة في اللعب. (روحي، ب س : 11)

كما أنها عبارة عن مجهود جسدي عادي أو مهارة تمارس بموجب قواعد متفق عليها بهدف الترفيه، المنافسة، المتعة، التميز أو تطوير المهارات، واختلاف الأهداف.

هناك العديد من الرياضات، وهي تشغل جزءا من وقت الناس، يصرفون عليها بعض أموالهم، وتثير اهتمامهم، سواء كانوا لاعبين أو متفرجين ومتابعين. (أبو جاموس، 2012 : 271)

1-2-2- تعريف الكمال:

1-2-1- مفهوم الكمال في مجال الرياضة:

يقصد بالكمال في مجال الرياضة هو حصول الجسم على التناسق التام والتناغم الكلي بين جميع أعضائه، ويتم ذلك بقياس أجزائه المختلفة ومقارنتها ببعضها البعض، ومعرفة مدى تناسقها وقدر نموها ... ويشمل ذلك قياس طول العنق ومحيطه ومحيط الصدر وطول الفخذ ومحيطه، وطول الساق ومحيطها وطول الساعد والعضد والرسغ ومحيط كل منهما، وهذا ما يعبر عنه بالتناسق بين أجزاء الجسم المختلفة.

(حنا وحناء، ب س : 4)

1-2-2- شروط كمال الجسم:

ان الجسم الكامل يجب ان تتوفر فيه عناصر مميزة حتى يصل إلى مرتبة الكمال ومنها تناسب بين العضلات المختلفة، خلوه من التشوهات والعيوب، وكذلك خلوه من الأمراض الداخلية التي تعوق عمل أجهزته المختلفة. (حنا، وحناء، ب س : 3)

1-3-1- تعريف الجسم:

1-3-1- تعريف الجسم: جوهر ممتد قابل للأبعاد الثلاثة وهو ذو شكل ووضع، وله مكان إذا شغله منع غيره من التداخل فيه. فالامتداد وعدم التداخل هما إذن المعنيان المقومان للجسم، ويضاف إليهما الكتلة. (موسوعة المفاهيم الإسلامية العامة، ب س : 185)

1-3-2- جسم الإنسان:

هو البنية الداخلية العضلية للإنسان، يتكون من مجموعة من الأعضاء هي الرأس، العنق، الجذع، الذراعين والقدمين. ويتكون من عدة أجهزة ولكل منه وظيفة محددة تتكامل مع بعضها بطريقة غاية في الدقة والتنظيم وأي خلل به يصيبه بالمرض، وعلى الممارس للرياضة كمال الأجسام أن يكون على دراية تامة ووافية بهذه الأجهزة ووظائفها من أجل الحفاظ على نفسه وللوصول إلى

○ أصحاب النمط الرياضي يتميزون بقوة الأداء المرتبط بقدر من البطء مع الميل لاستخدام الاحتكاك الجسماني، وعادة ما يميلون إلى تغليب القوة العضلية على الرشاقة، ويجدون صعوبة في التكيف مع ظروف اللعب المختلفة.

○ أصحاب النمط النحيف يتميزون في الغالب بالدقة في الأداء الحركي والسرعة في إيجاد حركات الخداع. (حسانين، 1998، 34)

إن الجسم الكامل هو الجسم القوي المرن، المتناسق، المتزن والرشيق بشرط خلوه من العيوب القوامية. (حنا، وحنا، ب س :14)

1-4-تعريف رياضة كمال الأجسام:

حسب "جورج لومبار" هي مجموعة الطرق والوسائل التي تسمح بتطوير صفة القوة العضلية والتي تكون مرتبطة بصفات بدنية أخرى مثل (السرعة، المداومة، المرونة).

(George Lambert: 1985, 9)

أما "جيلبار أندرو: "هي رياضة مشتقة من الثقافة البدنية، تتضمن مختلف الصفات بطريقة تجعل الرياضي متكامل، سليم، قوي، جميل وقادر على تحمل جميع متاعب الحياة "

(Gilbert Andrieu, 1992 56)

في حين يعرفها سعيد عثمان هي: "إعداد بدني على أسس علمية سليمة للوصول إلى الحجم العضلي والقوة العضلية والتناسق، التحمل والمرونة".

أما أحمد سعد فيعرفها بأنها: "رياضة تطوير الجسد البشري عن طريق التدريبات والتمارين لتوازن المحتوى الجسدي (البطن، الظهر، الصدر، اليد، الرجل) وباقي الأعضاء لتحسين الشكل المظهري

وزيادة العضلات المفتولة والنامية للجسد والمنتشرة والموزعة بالجسم." (أحمد، 2011: 16-17)

وعليه فإن رياضة كمال الأجسام هي رياضة استعراضية تنافسية قديمة حديثة، تهدف إلى تقوية وزيادة حجم وتضخيم العضلات، من أجل إكساب الجسم التناسق والقوام الممشوق والشكل والضخامة وهي رياضة تتطلب الإرادة والصبر والإصرار من خلال بذل مجهود جسدي كبير ومتواصل، بالإضافة إلى اتباع منهج تدريبي ونظام غذائي مدروس.

1-4-1: تسمية رياضة كمال الأجسام:

بالرغم من أن رياضة كمال الأجسام هي رياضة عالمية معروفة لدى كل الناس إلا أن تسميتها تختلف من دولة إلى أخرى ففي إسبانيا، إيطاليا، فرنسا، بلغاريا، وروسيا تسمى بالثقافة البدنية، أما في تونس والبحرين فيطلق عليها اسم التربية البدنية، في حين مصر، الجزائر، السعودية، المغرب، الكويت، قطر، فلسطين ولبنان تسمى برياضة كمال الأجسام.

2. تاريخ رياضة كمال الأجسام:

تعتبر رياضة كمال الأجسام من بين الرياضات التي لاقت رواجاً كبيراً بين الناس، وخاصة الشباب منهم على اختلاف أعمارهم وجنسهم، وعرقهم ومعتقدهم، إلا أن الاعتراف بها دولياً في المحافل الرسمية الأولمبية لم يتم بعد، بالرغم من كونها الرياضة الأقدم تاريخاً. فبالرجوع إلى الأزمنة الغابرة نجد أن صورة الجسم المثالي كانت ولا تزال مطلب كل شخص للوصول إلى الكمال، لأن الجسم القوي هو رمز الجمال والعظمة والسيطرة، وهذا ما نستقرأه من خلال الشواهد التاريخية من مجسمات وتمائيل التي تظهر الجسد بأسمى صورته من رشاقة، حسن وقوة، حيث كان المصريون القدامى أي أكثر من 3000 سنة قبل الميلاد— يقصدون الجمال الجسدي للرجل كما للمرأة فقد وضعوا مقاييس له تعتمد في غالبيتها على صورة الجسد لذلك كانت ممارسة الرياضة عندهم وهذا قبل قدوم الفراعنة للحكم تهدف إلى اكتساب القوة والمهارة في الدفاع عن النفس (21, 1984, Massicotte.J.P et autres). فكانت عنايتهم بالتربية البدنية جزءاً من عنايتهم بالجيش نظراً للصراعات والحروب آنذاك. وما الرسوم والنقوش الموجودة في المعابد والمقابر إلا دليل على اهتمامهم بصحتهم وبأجسامهم فكل الأجساد المصورة لم تكن ممثلة بل كانت رشيفة عضلية وقوية.

أما عند الفرس فقد كان الاهتمام بالرياضة مقتصرًا على جانبه الدفاعي، فقد اقتضت ظروف الحروب الكثيرة والمتكررة إلى التركيز على إعداد الجند، وكان تدريبهم يتسم بالعنف والقسوة لضمان اكتسابهم صفات القوة والسرعة والتحمل والمهارة والدقة (علاوي، 1990 : 20)، في حين أن الإغريق كانوا من أكثر الشعوب اهتماماً بممارسة النشاطات الرياضية بمختلف أشكالها لأغراض عسكرية ودفاعية بسبب شساعة الأراضي المستعمرة، وكثرة المحميات والرغبة في التوسع فكان لزاماً على الحكام آنذاك إعطاء الأولوية للتدريبات الحربية التي تعتمد أساساً على إكساب المحاربين القوة الجسدية والمرونة والتحمل والسرعة والرشاقة، وأصبح للجندى الحق في المشاركة في الألعاب الأولمبية والمهرجانات الرياضية من أجل كسب المال والشهرة، مما أدى إلى الإسراف والمبالغة في التدريبات، وأصبح الاهتمام منصب فقط على ضخامة الجسم وقوة العضلات والمكسب المالي.

أما في العهد الروماني فقد تهاو المنظور التنافسي للرياضة ليصبح أكثر عنفاً وشدة خاصة بعد أن أصبح الفوز باللقب هو مفتاح التحرر من العبودية لفئة العبيد الذين يقومون بالتدريبات البدنية العنيفة لمحاولة الفوز في سبيل البقاء والحياة (علاوي، 1990: 28) غير أن الملفت في هذه الفترة هو خروج التدريبات البدنية من طابعها التنافسي التقليدي إلى التدريب بطرق علمية من خلال نظم وقواعد جديدة (آلات التدريب، الغذاء والصحة العامة).

أما اليونانيون القدماء فقد أعطوا للفوز مقاييس وأبعاد أخلاقية، وجعلوا من كل المنافسات الرياضية وسيلة للسمو بالفكر الانساني فالجسد بدون أخلاق يشبه الحيوان، لذلك فإن احترام المنافس والالتزام بالقواعد الصحيحة للرياضة هي الفوز الحقيقي. لذلك أوجدوا القسم الرياضي وكل متباري عليه أن أداء هذا القسم، وبهذا تحددت المعالم الأولى للقوانين الأولى لميثاق الشرف الرياضي، وأصبح لكل رياضة قيم وقوانين تعطي لكل رياضي الحق في الفوز إن اجتهد في ذلك. (هيكل، 2004: 8) وبظهور الإسلام وانتشار أحكامه ومبادئه تهذبت الكثير من الأفكار والرؤى للحياة الاجتماعية، فأصبحت الرياضة عنصراً مهماً من الحياة اليومية للمسلم، وبدأ التخلص من نرجسية الحكام في تقديس الجسد والقوة إلى تحكيم العقل والمنطق مع توافر عنصر الاقتدار. فقد حث الإسلام على ممارسة الرياضة والتدريب عليها، حيث كان الرسول (ص) مثالا يحتذى به في ممارسة مختلف فنون الرياضة الشائعة آنذاك من ركوب الخيل، العدو، الرماية والمصارعة. (علاوي، 1990: 31)

أما في العصور الوسطى ومع هيمنة تعاليم الكنيسة الكاثوليكية فقد تراجع الاهتمام بكل أنواع الرياضة ويتحجبون أن ذلك من لهو الدنيا ومتاعها، حيث تم إلغاء كل المنافسات والأنشطة الرياضية إلى غاية العصر الحديث أين تطورت فيه المعارف وانتشر الوعي الثقافي والعلمي، مما انعكس إيجاباً على الرياضة حيث أصبح لكل نوع منها هيئة دولية تحرص على تطويرها، وإقامة منافسات عالمية تشجع أبطالها ومن بينها رياضة كمال الأجسام والتي أخذت معالمها الأولى في التشكيل خلال الفترة الزمنية ما بين القرن التاسع عشر الميلادي ومطلع القرن العشرين، وبالضبط في 1901، وهي سنة ميلاد أول مسابقة عرض العضلات ثم تلتها مسابقات أخرى في نيويورك 1904 ويعتبر الأمريكيون أول من مهد لظهور هذه الرياضة ونشرها إلى أوروبا ثم بقية أنحاء العالم وهذا من خلال العروض الفنية والبهلوانية التي تعتمد على القوة الجسدية والتي كان يقوم بها الممثلون والذين هم في الأصل رياضيون ومن أشهرهم بيرنار ماكفادن (Bernarr Macfadden) و تشارلز اطلس (Charles Atlas).

وفي سنة 1925 ازداد لمعان وانتشار هذه الرياضة على يد الألماني **يوجين ساندو** والذي يعتبر رائد هذه الرياضة بمفهومها الحالي من خلال عرض جسده وعضلاته أمام الجمهور البريطاني، وهذا ما ساعده على صناعة الأدوات الرياضية الخاصة بكمال الأجسام والتي تحمل اسمه، غير أن الأخوين **جو وبن ويدر** هما أول من سنا قوانين وقواعد ونظم هذه الرياضة كما نعرفها لأن من خلال تأسيس الاتحاد الدولي لبناء الأجسام (International Federation of Body-Builders (I.F.B.B) وذلك في عام 1946 حيث ترأسه **بنيامين ويدر** حتى 1990.

في عام 1970 انفصلت رياضة وبطولات بناء الأجسام عن الاتحاد الدولي لرفع الاثقال والتي ضمها إليه عام 1950 وكان اسمه الاتحاد الدولي لرفع الاثقال والتربية البدنية، حيث كانت تقام بطولات بناء الأجسام العالمية ضمن الاتحاد الدولي لرفع الاثقال شبه رسمية منذ عام 1947. (**آل عبد الله، 1992: 409**)

وبعد الحرب العالمية الثانية ذاع صيتها حيث أصبحت تنافس الرياضات الأكثر شهرة، وازداد عدد المنخرطين فيها وخرجت منها أسماء احتلت الصفحات الأولى من الأخبار، وبدأت الدول تتنافس في تنظيم الدورات المحلية والدولية المتخصصة، ومنها بطولة العالم لكمال الأجسام للهواة وبطولات مستر أوليمبيا... إلخ، وأصبح لها تقنين ومختصين فنيين وقاعات ومعدات تدريبية خاصة وإعلام متخصص (مجلات، حصص تلفزيونية، اشهار... إلخ) وأبطال خارقين يذكركم التاريخ الرياضي مثل جون كريمك وأرنولد شوايزنقر وغيرهم من أساطير هذه الرياضة الاستعراضية كما أن الكثير من الدول استغلت أبطالها لأغراض سياسية وايدولوجية.

أما في الجزائر فقد ظهرت كرياضة بعد الاستقلال مباشرة على يد بعض المهاجرين القادمين من أوروبا وهذا تزامنا وترسيم الاتحادية الجزائرية لرفع الاثقال في نوفمبر 1962، أين أدمجت فيه رياضة بناء الأجسام باعتبار أنهما يشتركان في الكثير من المبادئ وقواعد التدريب وحتى الأجهزة، ثم ولاعتبارات سياسية تم توقيف هذه الاتحادية 1972 إلى غاية 1990 أين تم تجديدها وتغيير اسمها للاتحادية الجزائرية فرع كمال الأجسام، وكانت أول مشاركة دولية رسمية للرياضي كمال الأجسام الجزائريين في بطولة العالم لهذه الرياضة في بريطانيا جوان 1963 ثم توالى المشاركات وظهر العديد من الابطال المحليين والدوليين ونظمت الكثير من الدورات التنافسية في الجزائر وأصبح هناك مؤطرين ومدربين وحكام منهم الدوليين. (**سحاحي، 2011: 101 - 102**).

3. صورة الجسم ورياضة كمال الأجسام من المنظور النفسي :

أصبحت رياضة كمال الأجسام من الرياضات الملهمة للجميع وبدون استثناء متعدية عامل العمر، الجنس، المكان والزمن. فلا نجد أحدا عارض فكرة نشرها أو تطويرها، أو من انتقدها ونهى عنها، هي رياضة الجمال، الأناقة، القوة، ورمز الكمال الذكوري، الجسد فيها هو المقياس والحكم، لها أسس وقوانين خاصة بها تميزها عن بقية الرياضات، هي رياضة التحدي من دون منافس ولا احتكاك مع الآخر، الخاسر فيها رابح، هي رياضة تلم في طياتها كل عناصر النجاح والتفوق على الذات قبل الآخر. هي رياضة جهازها هي صورة الجسد فهو معيار التميز عن الرياضات الأخرى، فلماذا تختار هذه الرياضة كأكثر الرياضات تأثيرا في العالم وعبر كل الأزمنة ولماذا الشباب والمراهقين بالخصوص يفضلون ممارستها؟

تعتبر صورة الجسد من بين العناصر المهمة والمؤثرة في سلوك الفرد فكما كانت هذه الصورة قريبة أو متطابقة مع معايير الجسد المثالي المتفق عليه في المجتمع كلما زاد الشعور بالرضا وزاد التقدير بالذات والعكس كلما باعدت هذه الصورة المدركة عن الصورة المثالية السائدة كلما انخفض مقدار تقدير الذات. فهي جزء حيوي من إحساسنا بالذات، وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، وهي قد تؤثر على رغبتنا في الانتماء إلى المجتمع، وأن نكون مقبولين اجتماعيا.

وهذا ما أكده شيلدر Schilder في تعريفه لصورة الجسد على أنها: صورة جسدنا الذي نشكله في أذهاننا، أي الطريقة التي يظهر بها الجسم في أنفسنا (بالنسبة لنا) ولا تقف عند البناء الإدراكي بل انعكاس للمواقف والتفاعل مع الآخرين. (3: Grogan, 2017).

فإن كانت هذه الصورة موجبة فإنها تترجم من خلال جسد جيد الإدماج، إين يتمركز الأنا في حدود ثابتة مما يجعله في علاقة جيدة مع العالم الخارجي، فيكسب الفرد بذلك تقديره وثقته بنفسه. فممارس لها وفي استعراضه لجسده أمام الجمهور بطرق فنية مدروسة يظهر فيها جماليات وتفاصيل جسدته ويعطيه جماليات فنية منحوتة تجعل منه المميز، وكلما أحس بوصول صورته في شكل رسالة كلما ازدادت شدة القبول والرضا عن الذات.

وصورة الجسد الإيجابية في الأساس هي السند النفسي للممارسين لها باعتبارها النواة التي تحيط بها كل المشاعر والافكار والأحاسيس الجميلة، فالجسد الجذاب والمثالي والمتناسق لا يتوقف مداه عند الفرد نفسه ورضاه بها بل يتعدى ذلك إلى المحيطين به من خلال الإعجاب والافتاء به.

وغالبية الممارسين لها يؤكدون أنها ترفع تقديرهم لذاتهم وتعزز ثقتهم بأنفسهم من خلال رفع قيمتهم بين أقرانهم خاصة عندما يدركون قيمة الشكل الجذاب الذي نحتوه وشكلوه ليجعلوا منه المثال للجمال والصحة.

وقد أكد الكثير منهم أنها ساعدتهم على الخروج من الصراعات الداخلية التي يعانون منها، فهي بالنسبة لهم المتتنفس الأنسب لاحتوائهم من المحيط الخارجي لما يمثله من إجراءات (المخدرات) من خلال استغلالهم للوقت في ممارستها بدل التسكع في الشوارع، إضافة إلى تحسين صورة أجسامهم وريح صحتهم دون الاحتكاك بالآخرين فهي رياضة لا يوجد فيها فائز ومنهزم كما في الرياضات الأخرى.

أما إذا كانت صورة الجسد هشة فهذا يعني أن الحدود بين داخل الجسم وخارجه قد تم خرقها وأن هناك نزيف لبيبيدي، فالرياضي الممارس لرياضة كمال الأجسام قد يعيش خطأ وغموضا بين ذاته والواقع الذي يعيش فيه، ويلاحظ ذلك من خلال بعض العلامات والاشارات التي تدل على ضعف أو عدم الرضا عن الذات والتي منها مقارنة جسده بأجساد الآخرين مع التركيز على نقاط ضعفه أو عيوبه ويرى بأن المقارنة هنا هي السبيل الوحيد لمعرفة إن كان طبيعيا أم لا إلى جانب الانشغال حد الوسواس القهري لفحص جسده أو جزءا منه ولم يعد الهدف من ممارسة الرياضة كمال الأجسام هو تحسين القدرة البدنية فقط التي تعطي الفرد القوة، الرشاقة والصحة وتزيد في كفاءة أجهزة الجسم الداخلية ليكسب الجسم المناعة ضد العديد من الأمراض، بل أيضا هو البحث عن تغيير الصورة النمطية للجسم ومن جهة الابتعاد عن أحاسيس التكاسل والخمول.

وقد لعبت وسائل الإعلام بمختلف أنواعها (التلفزة، المجالات ... الخ) دورا جوهريا في تحديد صورة الجسد المثالي والذي يسعى الكثير من الشباب التماهي به والوصول إليه حتى أنها أصبحت (صورة الجسم) ذات أهمية بالغة لتوازنهم النفسي والانفعالي وحتى الاجتماعي.

إن ممارسة هذه الرياضة من أجل تحسين صورة الجسم هي ليست كفاءة وظيفية فقط، فالقوة والقدرة وبالرغم من كونها مطالب أساسية لكن رمزيتها أضعف أمام الصورة الاجتماعية والجمالية للجسم فالمداومة على ممارستها والتي قد تصل عند البعض إلى حد الإدمان وما يتبعه من تضحيات وارهاق جسدي ومادي، لم يكن وليد الصدفة ولا حب الجنون لها بل هي بناء تراكمي نفسي شعوري وآخر لا شعوري.

4. الفرق بين رياضة كمال الأجسام والرياضات المشابهة :

الكثير من الناس يخلطون بين رياضة كمال الأجسام وبعض الرياضات الأخرى المشابهة مثل رياضة رفع الأثقال ورياضة Fitness modeling و lifting Power لكونهم يشتركون في التدريب في قاعة واحدة وبنفس النظام الغذائي ويتدربون على نفس الأجهزة والنظام التدريبي المشترك تقريبا والجدول التالي بين أوجه التشابه والاختلاف بينهم كما يلي:

جدول رقم (03) يمثل أوجه التشابه والاختلاف بين رياضة كمال الأجسام والرياضات المشابهة

نوع الرياضة	أوجه التشابه	أوجه الاختلاف
رفع الأثقال	<p>. رياضة تنافسية عضلية ويقيسان القوة العضلية، محاربة الدهون ومكافحة السمنة . إلزامية وجود برنامج خاص بالاستعانة بأخصائي لياقة بدنية.</p>	<p>. تعتمد على رفع الاوزان والترتيب التنافسي يكون حسب الوزن الذي رفع في حركة معينة، بينما في كمال الأجسام تكون المنافسة من خلال مقارنة أجسام المنافسين من حيث ضخامة العضلات وتفصيلها. الترتيب فيها من محكم من طرف لجنة تقييم التطور العضلي والجمالي لهذا الرياضي. رياضة كمال الأجسام هدفها الرئيسيّ تضخيم عضلات الجسم، حيث تعتمد على التمارين العضليّة والغذاء الغنيّ بالبروتين بشكلٍ أساسيّ.</p>
Fitness modeling	<p>شبيهة برياضة كمال الأجسام، يتمّ فيها تضخيم وتفصيل وتشكيل العضلات، يتشابهان في كونهما يبحثان عن امتلاك كتلة عضلية جيدة.</p>	<p>تمارينها لا تعتمد على حمل الأوزان الثقيلة بشكلٍ رئيس، تضخيم العضلات يكون بشكل أقلّ يُرَكِّزُ مُمارسوها على تفصيل العضلة وتشكيلها بدلاً من تضخيمها، الغرض من هذه الرياضة هو الوصول إلى عضلة منحوتة بحيث يظهر الجسم أكثر جاذبية وليس إلى زيادة الكتلة العضلية. لاعب تمارين الفتنس يستهلك سعرات حرارية أقلّ مع كمية محدودة من البروتين، عكس لاعب كمال الأجسام الذي يهدف إلى بناء كتل عضلية ضخمة. لاعب الفتنس يتمرّن بأوزان وتكرارات معينة حتى يحصل على التشكيل العضلي المطلوب أما لاعب كمال الأجسام عدم الإفراط في تمارين الكارديو لأنه لا يريد خفض الوزن، فهو يركز على بناء العضلات الضخمة والكبيرة، في حين لاعب الفتنس فيكون جسمه</p>

أصغر حجماً مع عضلات منحوتة بدقة مع تشريح دقيق.		
تتعلم بشكلٍ أساسيٍّ على حمل الأوزان الثقيلة، وليس على شكل العضلة وتفصيلها. المنافسة فيها تعتمد على مقدار الوزن المحمول بتكرار واحد من التمارين الثلاثة: تمرين القرفصاء، وتمارين الرفع المميتة، وتمارين ضغط الصدر.	تتشابه مع رياضة كمال الأجسام في أنهما يعتمدان جميع التمارين التي تُساعد في زيادة الوزن المرفوع. يشتركان في حمل الأوزان الثقيلة.	Power lifting

5. شروط وقواعد ممارسة رياضة كمال الأجسام:

ككل الرياضات فإن لرياضة كمال الأجسام مجموعة من الشروط تتوجب على الممارس لها بالتقيد والالتزام بها حتى يصل الى الهدف المرجو من دون أضرار ولا تعقيدات خاصة وأنها رياضة تقنية تحتاج إلى الصبر والمعرفة ومن بينها:

- وضع أهداف واقعية وخطط وبرنامج مدروسة بالاستعانة بمدرّب متخصص في رياضة كمال الأجسام
- وجود أشخاص إيجابيين أثناء التدريب للتشجيع والاستمرارية.
- الاهتمام بشرب المياه بشكل منتظم.
- الابتعاد عن تناول الحلويات الغنية بالسكريات.
- زيادة عدد التمارين
- أداء التمارين الخفيفة دائماً قبل التمرين لإحماء العضلة وحمايتها من الإصابة.
- الاسترخاء من وقت إلى آخر.
- التغذية الصحية والمتخصصة (كل عناصر الغذاء، المكملات).
- تدريبات المتخصصة وتمارين القوة من خلال الأوزان وتمارين المقاومة.
- الراحة الكافية (النوم، الاستحمام المائي والشمسي والراحة بين التدريبات). (هيكل، 2004)

(13:

- تناول وجبات متوازنة تحتوي على البروتينات والكربوهيدرات والدهون الصحية.
- تنفيذ برنامج التدريب المناسب مع التركيز على تقوية العضلات وزيادة اللياقة البدنية.

- أداء تمارين الاطالة والتمديد قبل وبعد التمرين لتجنب الإصابات.
- شرب الكميات الكافية من السوائل وخصوصا الماء للحفاظ على الترطيب.
- استخدام أي مكملات غذائية لا يتم إلا باستشارة طبيب أو محترف.
- ضرورة الالتزام والصبر لتحقيق النتائج المرجوة.
- تنوع تمارين العضلات لضمان تطوير متوازن للجسم وتغادي التعب المفرط لمجموعات عضلية معينة.
- التأكد من الحصول على كمية كافية من النوم للتعافي وتجديد الطاقة.
- تناول وجبة خفيفة قبل وبعد التمرين لتلبية احتياجات الجسم الغذائية.
- تجنب تعاطي المواد الضارة مثل التدخين والكحول، والتي قد تؤثر سلبيًا على الاداء.
- تخصيص يوم في الاسبوع للاستراحة لغرض التعافي.
- اختيار مدرب محترف للمساعدة في وضع برنامج مخصص.
- القيام بتمارين التحمية قبل بدء التمارين لزيادة تدفق الدم وتجهيز العضلات للعمل الشاق.
- تحديد وتنظيم الأوقات المناسبة للتدريب والالتزام بها.
- استخدم ملابس وأحذية مناسبة للتمرين وتجنب المخاطر من أجل الحفاظ على السلامة الشخصية.
- الاستراحة بين الجلسات: من خلال تحديد وقت كافي للاستراحة بين التمارين والمجموعات للحفاظ على الأداء الجيد.
- متابعة الأداء: القيام بتسجيل مدى التقدم في أداءك بعد كل جلسة تدريب لتعديل البرنامج حسب الحاجة.
- ممارستها مع مجموعات من أجل الحفاظ على التحفيز والاستمرارية.
- العمل على تجنب الزيادة السريعة والمفرطة للأوزان.
- التنوع في البرنامج التدريبية لاستهداف مجموعات العضلات المختلفة.
- الاستراحة والتعافي بعد تمارين شديدة الحمل.

6. القواعد الاساسية التي تبنى عليها رياضة كمال الأجسام:

لكل رياضية قواعد ومبادئ أساسية تقوم عليها، وأن أهم القواعد التي تبنى عليها رياضة بناء الأجسام هي: (التغذية، التدريب، الراحة)، وسوف نستعرض تفاصيل كل عنصر وعلاقته بها كما يلي:

6-1-التغذية:

المعروف أن الغذاء هو الذي يمد الجسم بالطاقة الحرارية اللازمة للقيام بالأعمال اليومية وبالتالي لاستمرار الحياة، فبقدر ما نقوم به من أعمال بقدر ما نحتاج إلى الطاقة، فالغذاء يمدنا بالمادة الخام من أجل تغطية النقص الحاصل في أنسجة الجسم المختلفة من جراء الأعمال التي نقوم بها.

6-1-1- ما هو الغذاء: الغذاء هو المادة التي يحصل منها الجسم على الطاقة وعلى العناصر التي

يحتاج إليها، ويضيف حسين حيدر 1994 بأن أجهزة الجسم تقوم بعمل كيميائي لتحويل الأغذية التي نتناولها إلى مواد أخرى تساعد على نمو الجسم والمحافظة عليه وتنقسم المواد الغذائية إلى:

- مواد نشوية (الكربوهيدراتية): وهي تشمل مثلاً: النشأ، السكر، السيليلوز، البطاطس.
- مواد دهنية: وهي تشمل مثلاً الزبدة، دهن اللحوم، الزيت النباتي.
- مواد بروتينية: وهي تشمل اللحم، الأسماك، البيض، الجبن. (رحمه، وكماش، 2000: 13)

6-1-2- خصائص الغذاء الكامل:

- يجب أن تحتوي الوجبة قدر الإمكان على أطعمة مختلفة، أي أن تحتوي على صنف من كل مجموعة من مجاميع الغذاء الرئيسية (مجاميع الهرم الغذائي) التي تتضمن مجموعة الحبوب والخبز، مجموعة الحليب ومشتقاته، مجموعة اللحوم والبقول، وأخيراً مجموعة الخضار والفواكه.
- يجب أن يكون الطعام شهياً وجذاباً ومستساغاً وأن يكون سعره مناسباً وأن يسهل الحصول عليه.

(أبو العيون، 2013: 137)

- أن يتناسب محتواه مع العادات والتقاليد السائدة في المجتمع.
- أن يكون خالياً من المواد السامة والضارة ومن التلوث الميكروبي والكيميائي والاشعاعي.
- الالتزام بالواجبات الرئيسية مع الالتزام بموعد معين لكل وجبة. (أبو العيون، 2013: 138)

6-1-3- شروط الغذاء الصحي المتوازن:

- أن يكون منخفض الدهون.
- أن يكون الغذاء على المحتوى من الألياف.
- أن يتكون الغذاء بشكل رئيسي من الكربوهيدرات المركبة.
- أن تشكل 60 - 70% من السعرات الحرارية الإجمالية.
- أن يشكل البروتين 10 - 15 % من مجمل السعرات الحرارية. (المصري، 2001: 83).

6-1-4- المتطلبات الغذائية للرياضي:

يحتاج الرياضي أثناء فترة التدريب إلى غذاء كاف لمدته بالطاقة الضرورية وهذا الغذاء يجب أن يحتوي على كمية كافية من البروتين واللحم والسّمك والبيض مثلاً ليعوض الخسارة التي يفقدها الجسم في أنسجة العضلات، كما دلت التجارب على أن الرياضي الذي يقوم بتدريب عنيف ولمدة طويلة يفقد كمية لا بأس بها من الحديد الموجود في جسمه لذا فإنّ الغذاء يجب أن يحتوي كذلك على اغذية غنية بالحديد كالبقول. (محمد علي، ب س: 17)

6-1-5- المبادئ الأساسية لتغذية الرياضيين: من أهم مبادئ تغذية الرياضي هي:

- تزويد الجسم بالطاقة اللازمة التي تؤهله للقيام بواجباته الأساسية وبالأخص عند إجراء التدريبات اليومية الضرورية.
- إعطاء أهمية كبيرة للتوازن الغذائي ومدى ملائمته للنشاط المعني أي ممارسة اللعبة المعينة أو حتى وقت التدريبات سواء عادية أو مباراة.
- اختيار المواد الغذائية الملائمة للفرقات التدريبية أو المباريات وحتى أثناء فترة الراحة، وما بعد التدريب. (رحمه، وكماش، 2000: 75-76)

6-1-6- أهمية الغذاء للرياضيين: يؤمن الغذاء للرياضي جميع احتياجاته من العناصر الغذائية الضرورية وهي الفيتامينات والدهون والكاربوهيدرات والمعادن والفيتامينات. وتختلف كمية الغذاء التي يحتاجها تبعاً لكمية المجهود الذي سوف يبذله أثناء ممارسة النشاط الرياضي، أي تزداد كمية الغذاء التي يحتاجها بزيادة المجهود المبذول، والعكس. ويزود الغذاء الرياضي بالطاقة اللازمة للحركة والنشاط العضلي والذهني، حيث أن تناول جرام واحد من البروتين يعطي حوالي 4 سعرات، وجرام واحد من الدهن حوالي 9 سعرات، وجرام واحد من الكاربوهيدرات حوالي 4 سعرات، ويوصى أن تزود البروتينات الرياضي بحوالي 10-15% من الإجمالي احتياجات الطاقة اليومي والدهون بحوالي 25% والكاربوهيدرات حوالي 60% ولقد وجد أن الإفراط في تناول البروتينات عن الكمية الموصى بها تفيد الجسم وتشكل عبئاً وإجهاداً على الكليتين، كما أن الإفراط في تناول الدهون والكاربوهيدرات يخزن في الجسم (أشرف، 2016: 166) على هيئة أنسجة دهنية مما يثقل حركة الجسم. ويعد الغذاء المتوازن هو الأداة الأساسية لتحسين لياقة اللاعب البدنية وزيادة معدل تحمله وليست المقويات أو العقاقير أو المنشطات كما يعتقد البعض.

6-1-7- تأثير التغذية على اللياقة البدنية: يبحث الرياضيين دائماً عن المواد الغذائية التي يعتقدون بأنها تؤدي الى تحسين مستوى لياقتهم البدنية وأدائهم الرياضي، ويتأثر الكثير منهم بنجاح الآخرين الذين

كان برنامجهم التدريبي يتضمن تناول بعض المواد الغذائية الخاصة. ولكن الحقيقة أن المتطلبات الغذائية للرياضي لا تختلف كثيرا عن تلك التي يتطلبها جسم أي شخص آخر، ولا يوجد هناك دليل على أن اللياقة البدنية والأداء الرياضي للفرد يمكن أن يرتفع إذا اتبع الفرد برنامج غذائي غير كامل التوازن. وعلى العكس من ذلك فإن اللياقة البدنية والأداء الرياضي يمكن أن يتأثر سلبيا وتخفض إذا كانت تغذيته أقل، ولا تشمل جميع العناصر الغذائية التي يتطلبها الغذاء الكامل. وبهذا فالتغذية الكاملة هامة جدا لاكتساب اللياقة البدنية وللتنافس الرياضي. (حسين، 1985: 166)

وغذاء الرياضي يجب أن يكون غذاء متكاملًا متوازنًا فيه جميع عناصر المواد الغذائية (المواد النشوية والسكرية، المواد البروتينية، المواد الدهنية، الفيتامينات، الأملاح المعدنية والماء) وبكميات كافية حتى يحافظ الرياضي على وزن الجسم المناسب لممارسة الرياضة التي يحبها، وأن يحتوي على الأطعمة المقبولة المذاق بالنسبة له. وبهذا النوع من الغذاء المتكامل لا يحتاج إلى الاستعانة بمعينات غذائية أخرى مثل الفيتامينات فهي بلا فائدة في هذه الحالة، أما إذا لم يكن الغذاء متوازنًا متكامل المحتوى فلا بد من الاستعانة بالمعينات الغذائية التي تفيده.

6-2- عناصر الوجبة الغذائية: الوجبة الغذائية هي مجموعة الأطعمة التي يتناولها الإنسان معاً في مرة واحدة والتي تحتوي على كميات كافية من ست مجموعات من المواد هي البروتينات والكاربوهيدرات والمواد الدهنية، وجميعها تنتج وحدات حرارية، أما الألياف (الأطعمة الخشنة) والفيتامينات والمواد المعدنية فهي وإن كانت أساسية لا تنتج بحد ذاتها وحدات حرارية إلى جانب ذلك نحتاج بالطبع إلى الماء الذي لا يمكن بدونه الاستمرار على قيد الحياة. (سميث، 2008: 25)

6-3- المكونات الأساسية للغذاء:

- البروتينات
- الدهون.
- الكربوهيدرات (النشويات)
- الفيتامينات والمعادن (المكملات). (ابو الفتوح، 2006: 8)
- الماء.

أولاً: البروتينات:

تعتبر البروتينات العنصر الغذائي الرئيسي لبناء الجسم وتطوره فهي تقوم بتزويده بالطاقة فهي ضرورية لإنتاج الهرمونات والأجسام المضادة والإنزيمات والأنسجة، وهي مركبات نتروجينية (أزوتية) معقدة موجودة على نحو واسع في النبات والحيوان، ولها وظائف عديدة في الجسم وتتكون من العناصر التالية:

الكبريت، الكربون، الهيدروجين والأوكسجين الأزوت (النتروجين). كما تعتبر أيضا من أهم العناصر الغذائية في جسم الإنسان من خلال كونها المادة التي تجدد منها بنية الجسم حيث تشكل منها الهرمونات مضادات الجسم الى جانب انها تساهم في بناء خلايا الجسم والأنسجة من عضلات، الأعصاب، العظام، الأوعية الدموية، والأظافر والدم. (نعمة، 2003: 83)

وتتركب البروتينات من عشرين نوعا من الحموض الأمينية تسعة منها أساسية وهي التي لا يستطيع الجسم تخليقها لذلك يجب الحصول عليها من الغذاء. والبقية غير أساسية: وهي التي يمكن تركيبها أو تخليقها في الجسم من احماض امينية أخرى.

أ- أهمية البروتين أثناء النشاط البدني: يوصى بزيادة تناول البروتين خلال التدريب الرياضي وذلك لعدة أسباب أهمها:

- منع الحالة التي تعرف باسم أنيميا الرياضة.
- زيادة حجم العضلات الكلية للجسم.
- تعويض الفقدان الذي يحدث للبروتين والذي قد يحدثه خلال الأداء البدني المعتدل لفترات طويلة من الزمن. (رحمه، وكماش، 2000: 25)

ب- حاجة الرياضيين إلى البروتين: إن الرياضة لا تتطلب أخذ مقادير ضخمة من البروتين، تزداد الحاجة له عند الرياضيين الذين يمارسون الرياضة التي تتطلب التحمل ... وتقدر بغرام ونصف لكل كيلوغرام من وزن الجسم في اليوم ويحتاج الرياضيون الذين يمارسون تمارين القوة كرفع الاثقال والتمارين على أجهزة المقاومة والقوة إلى غرامين من البروتين لكل كيلوغرام من وزن الجسم في اليوم. (المصري، 2001: 159) وممارسو كمال الأجسام وأثناء قيامهم بالتمرين فعليهم بتناول كميات أكبر من البروتين من أجل إعادة بناء العضلات المهذومة بعد الجهد الذي قاموا به.

جدول رقم: (04) مقدار الاستفادة من البروتينات الغذائية (رحمه وكماش، 2000: 25)

المجاميع الغذائية	نسبة الألياف	مقدار الاستفادة %
الأغذية الحيوانية	مرتفعة	97 %
الحبوب	مرتفعة	85 %
الفواكه	مرتفعة	85 %
الخضراوات	مرتفعة	83 %
البروتينات الجافة	متوسطة	73 %

ثانياً: الدهون: وتعرف كذلك باسم الليبيدات وهي كلمة مشتقة من اللفظ Lipos ومعناها الدهن، وهي مركبات عضوية تحتوي على عناصر الكربون والهيدروجين والأكسجين، وهي أيضاً مركبات عضوية غير قطبية عديمة الذوبان في الماء ولكنها تذوب في المذيبات العضوية (لا قطبية) كالكحول والإيثر والبنزين والكلوروفورم. الوحدة البنائية للدهون هي الأحماض الدهنية المتحدة مع الكحول (الجليسرول) ومع مواد أخرى متوفرة في الطبيعة، وتشمل: الشحوم الشموع والفيتامينات الذائبة في الدهون تمتاز بلمسها الناعم. (ابو العيون، 2013: 4)

ويمكن دورها في تزويد الجسم بالطاقة الحرارية التي تبلغ ضعف الطاقة المأخوذة من السكريات كما تكمن أهميتها في احتوائها على الأحماض الدهنية التي يحتاجها الجسم، ولا يستطيع تصنيفها والتي تدخل في بناء الخلايا وتركيبها، وتحتوي الدهون أيضاً على الفيتامينات الذائبة فيها والتي تقوم بدور عامل في بناء أنسجة الجسم مثل شبكة العين والعظام وفي المحافظة على نضارة الجلد وتماسكه.

أ- مصادر الدهون: للدهون مصدران

- **دهون الحيوانية:** اللحوم والحليب والزبدة وصفار البيض.
- **دهون نباتية:** مثل الزيوت التي تستخرج من النباتات كزيت الزيتون وزيت بذرة الذرة، القطن، الفستق السوداني والسمن فول الصويا دوار الشمس الجوز اللوز... الخ (محمد السيد، 2007: 41-42).

والمركب الأساسي للدهون هو الحامض الدهني. وهي توفر طاقة عالية جداً حيث يوفر الكيلوجرام الواحد 9 كيلو سعر حراري، إما من حيث تركيبها الكيميائي فإن لها ثلاثة أنواع هي:

- دهون بسيطة
- دهون مركبة
- دهون مشتقة من البسيطة المركبة.

ب- أنواع الأحماض الدهنية: هناك 3 أنواع من الأحماض الدهنية وهي:

- **أحماض دهنية مشبعة:** وهي التي تتضمن القشدة والزبدة والسمن الحيواني وزيت النخيل والزيوت المهدرجة مثل السمن النباتي، وهي أسوأ أنواع الدهون حيث أن الإفراط فيها سيؤدي بجانب السمنة إلى المشاكل الصحية المتعددة مثل ارتفاع الكوليستيرول الضار LDL في الدم.
- **أحماض دهنية عديمة التشبع:** وتوجد في زيت الذرة وفول الصويا وعباد الشمس وهي بعكس الدهون المشبعة فقد تخفض مستوى الكوليستيرول الإجمالي في الدم مع مراعاة أن تناول كميات كبيرة منها يمكن أن يخفض الكوليستيرول النافع HDL.

▪ **أحماض دهنية أحادية عدم التشبع:** توجد في زيوت المكسرات وزيت الزيتون وزيت السمسم وهي من أجود أنواع الدهون، حيث أنها تخفض مستويات الكوليسترول الضار LDL دون التأثير على الكوليسترول النافع HDL، والشخص يستطيع تناولها كما يريد إذا كان لا يعاني من السمنة مثل زيت الزيتون وزيت السمسم وزيت بذر الكتان. (ابو الفتوح، 2006: 13)

ثالثاً: الكربوهيدرات (النشويات): وهي القاعدة العريضة من الهرم الغذائي وتشكل المصدر الرئيسي لجلوكوز الدم الذي يعتبر الوقود الرئيسي لخلايا الجسم كلها ومصدر الطاقة الوحيد للمخ وخلايا الدم الحمراء، وتتكون من الكربون والهيدروجين والاكسجين. وتعتبر مصدراً رئيسياً للغذاء في كافة أنحاء العالم وتتميز بارتفاع محتواها من الطاقة بالإضافة إلى رخص ثمنها، حيث يوفر الكيلوجرام الواحد من الكربوهيدرات 4,5 كيلو سعر حراري، (عبد الوهاب، 1995: 306). وتوجد في الطعام في صورة نشاء أو سكر أو جليكوجين، وتصل نسبه الطاقة التي يكون مصدرها الكربوهيدرات حوالي % 90 من الطاقة الكلية التي يحتاجها الجسم. (مروان، 2010: 25)

الاحتياجات اليومية لجسم الإنسان من الكربوهيدرات:

تختلف كمية الكربوهيدرات التي يحتاجها الجسم من شخص إلى آخر تبعاً للحالة الصحية له والنشاط العضلي الذي يبذله لأداء عمله اليومي وعدد السعرات الحرارية التي يحتاجها الجسم، وبصفة عامة تتراوح كمية الكربوهيدرات بين 200 . 350 غرام يومياً. (أبو العيون، 2013: 141)

الجدول رقم (05) يبين تقييم الكربوهيدرات ومصادرها الغذائية ووظائفها (مروان، 2010: 27)

الوظائف	المصادر الغذائية	أقسام الكربوهيدرات
مصدر الطاقة (4 سعرات حرارية لكل غرام)	سكر القصب، العسل، الفواكه والحلويات	السكريات الأحادية: جلوكوز، فركتوز، اللاكتوز
توفير البروتينات لوظائفه الخاصة له دور مهم في أبيض الدهون	البنجر، الأناناس، الفواكه، فول الصويا	السكريات الثنائية سكروز، لاکتوز، مالتوز
تنشيط حركة الطعام في الأمعاء مما يساعد على تجنب الإمساك	الحبوب، البقوليات، البطاطا، الفواكه، الخضروات	سكريات العديدة: النشاء، السليلوز، الجليكوجين

رابعاً: الفيتامينات والمعادن:

تعتبر الفيتامينات والمعادن جزءاً أساسياً من النظام الغذائي المتوازن إذ يحتاج الجسم إلى كميات قليلة للقيام بعدد من العمليات الكيميائية الحيوية، كإستخراج الطاقة من الطعام. (غاندي، 2013: 60)

أ- الأملاح المعدنية: هي عبارة عن عناصر غير عضوية يحتاج إليها الجسم بكميات قليلة للحفاظ على صحته. ولا تنتج الطاقة. وتشكل 4% من وزن الجسم، ويقدر عدد العناصر المعدنية في جسم الإنسان بحوالي 33 عنصر وتوجد معظمها على شكل أيونات حرة أو متحدة مع المواد العضوية أو الغير العضوية. (التكروري، والمصري، 1990: 108)

جدول رقم (06) يوضح اهم الاملاح المعدنية ومصادرها بالإضافة الى وظائفها في الجسم (سميث 2008: 511)

المادة المعدنية	مصادرها	أهميتها	اعراض نقص وجودها
البوتاسيوم	الحليب، الموز، البرتقال، الخضر واللحوم	وظائف الاعصاب والنشاط العضلي	ضعف في العضلات وغثيان ومشاكل في القلب
الصوديوم	الملح، الاجبان، الحليب، الخبز الحبوب والتوابل	وظائف الاعصاب، انقباض العضلات، المحافظة على التوازن السائلي في الجسم	نادرا ما تلاحظ تشنجات العضلات، غثيان ووهن شديد
الكالسيوم	الحليب ومشتقاته، سمك سليمان السردين، منتجات فول الصويا، الفاصوليا، القنبيط والخضر الطازجة	تكوين العظام والاسنان، تخثر الدم، وظائف الاعصاب وانقباض العضلات	قد يرتبط بفقدان العظام مع التقدم في السن (هشاشة العظام)
المغنيزيوم	الخضار الطازجة، البندق، الحبوب الكاملة الغذاء والمحار	وظائف الاعصاب، انقباض العضلات وخرن وتصريف الطاقة	إرتجاجات عضلية وعصبية، فقدان الشهية وعجز في النمو
الفوسفور	الحليب، الاجبان، اللحوم، الاسماك، الدجاج البيض والفول السوداني	تكوين العظام والاسنان ونتاج الطاقة	غير مألوفة وتحصل بصورة رئيسية في الحالات المرضية المختلفة
الحديد	الكبد اللحوم البيض الحبوب الكاملة الغذاء والحبوب المصنعة	صحة خلايا الدم الحمراء (انتاج اليحمور) تزويد انسجة الجسم بالأوكسجين لتأمين الطاقة لها	تعب، شحوب البشرة، التهابات وفقر الدم
الزنك	الاسماك والمحار، اللحوم، البندق والبيض	النمو، الجلد السليم، التئام الجروح	فقدان الشهية للطعام، تأخر التئام الجروح
المغنيز	الخضار الطازجة، الحبوب الكاملة الغذاء، الشاي	بناء العظام	لا اعراض تذكر

تلف الاسنان	تكوين العظام والاسنان	الشاي، القهوة، فول الصويا، فلوريد الصوديوم (المضاف الى ماء الشرب)	الفلورين
غير مألوفة، فقر الدم، هشاشة العظام	انتاج اليعمور في خلايا الدم الحمراء، بناء العظام	الكبد، المحار، البنسق والحبوب كاملة الغذاء	النحاس
زيادة السكر في الدم	المساعدة في استخدام الجسم للكربوهيدرات	اللحوم، الاجبان، الحبوب الكاملة الغذاء، الخبز الاسود	الكروم
لا اعراض تذكر	صيانة الخلايا من التلف	الاسماك، المحار، اللحوم، الحبوب الكاملة الغذاء	السييلينيوم
تضخم الغدة الدرقية	صحة الغدة الدرقية (انتاج الهرمونات)	الالبان، الاجبان، الاسماك والمحار	اليود

خامسا: الفيتامينات: الفيتامينات هي عبارة عن مواد عضوية توجد في الغذاء بكميات صغيرة وهي ضرورية للنمو وبقاء الجسم في حالة صحية جيدة وجميع الفيتامينات متشابهة حيث تحتوي على الكربون والأكسجين والهيدروجين، وفي بعض الأحيان الكوبالت والنتروجين وهي ضرورية لتمثيل المواد الغذائية حيث تساعد على بقاء حالة الجسم الفيسيولوجية ثابتة. (مرعي، ب س: 18)

أنواعها: الفيتامينات نوعان نوع يذوب في الماء مثل مجموعة فيتامينات ب المركبة وفيتامينات ج، لذا يجب الحصول على كميات ولو ضئيلة منها كل يوم تقريبا حيث يأخذ الجسم ما يحتاجه منها ويخرج الباقي ذاتيا في الماء مع البول أو العرق، ويتوفر هذا النوع في الخضراوات والفواكه. أما النوع الثاني فإنه يذوب في الدهون وليس في الماء، لذا يظل باقيا في النسيج الدهني ومن ثم لا داعي من الإكثار منه أو تناوله يوميا بل ويفضل أن يكون على فترات متباعدة مثل فيتامينات (أ، د، هـ، ك) وهي توجد في الدهون والخضراوات . (عبد الوهاب، 1995: 307) تتواجد الفيتامينات في العديد من المواد الغذائية مثل اللحوم ومنتجاتها، الألبان ومنتجاتها، البيض والأسماك، الخضراوات ذات الأوراق الخضراء كما تتواجد وبكميات كبيرة في الجزر. (أبو العيون، 2013: 149).

جدول رقم (07) يمثل أنواع الفيتامينات، دورها وأماكن تواجدها. (سميث، 2008: 512 - 513)

الاشخاص المعرضون للنقص فيه	نتائج نقص وجوده	دوره في الايض	الاطعمة الغنية به	اسم الفيتامين
الاشخاص المصابون بالتليف الكبيسي او بمرض شديد في الكبد	جلد جاف خشن، رؤية ضبابية (لكن الكميات الزائدة منه تسبب الصداع والتقيؤ وتضخم الكبد والطحال)	ضروري لرؤية جيدة وبالأخص خلال الليل، النمو بوجه عام	الأسماك الزيتية، زيت كبد القد، الحليب، الزبدة . البيض، السيانخ الجزر	أ رتينول (Retinol) A
الكحول وكل من لا يتناول كميات كافية من الخضار الطازجة والفاكهة	اعتلال عضلة القلب، خدر في اليدين والقدمين، تشوش الذهن	يساعد في وظائف الدماغ والاعصاب والعضلات	الكبد، الحبوب الكاملة الغذاء، الخضار الطازجة	ب 1 ثيامين B1 (Thiamine)
كل من يعتمد في طعامه على الاطعمة المعدة مسبقا (غلي الطعام بصورة زائدة يزيله منه)	شفتان مشققتان، لسان متقرح، مسام جلدية مسدودة.	يساعد في تحلل الطعام لتوليد الطاقة	الكبد، الكلى، الحليب، الاجبان، البيض، الخضار الطازجة	ب 2 ريبوفلافين B2 (Riboflavine)
المدمنون على شرب الكحول والمتشردون	جلد متقرح احمر ومتشقق (يعرف بمرض الحصاص في شكله الحاد) لسان منتفخ، اضطرابات هضمية عامة، اسهال، قلق وربما خبل	يمثل عمل الفيتامين B2 والمختصر ب يعني مضاد للحصاص	الاسماك، اللحوم، الحبوب كاملة الغذاء	ب ب نياسين او حمض النيكوتينيك PP (Niacin or Nicotinic acid)
الاطفال الذين يغذون على الحليب المجفف، النساء اللواتي يتناولن اقراص منع الحمل	تهيج الجلد، شفتان جافتان، تشنجات طفيفة عند الاطفال	يمثل عمل فيتامين ب 2	معظم انواع الاطعمة	ب 6 بيرودوكسين B6 (Pyrodoxine)
الاشخاص المصابون بمرض كروهن، والاشخاص الذين يتبعون حمية غذائية نباتية	فقر الدم الخبيث	يساعد في انتاج خلايا الدم الحمراء، ضروري لصحة الاعصاب	المنتجات الحيوانية فقط والكبد بوجه خاص	ب 12 كوبالامين B12 (Cobalamine)

النساء الحوامل	كما بالنسبة لفيتامين ب 12	يساعد في إنتاج خلايا الدم الحمراء	الكبد والخضار الطازجة	ب سي حامض الفوليك B C (Folic Acid)
الكهول الذين لا يتناولون حمية متنوعة الاشكال والمدمنون على شرب الكحول	جلد خشن، نزف داخلي أطراف متصلة، لثة نازفة	ادوار كثيرة متعددة في التنفس والنمو ومحاربة الالتهابات والاجهادات	الخضار والفواكه الطازجة وبالأخص الحمضيات	ج حامض الاسكوربيك C (Ascorbic acid)
	كساح الاطفال وليونة العظام عند الكبار، احتمال كسر العظم عند الكهول، زيادة الجرعة منه قد تؤدي الى اضطرابات هضمية وضعف عمل الكليتين وحالات الاكتئاب العقلي	ضروري للبنية الجيدة للعظام	الاسماك الزيتية وزيت الاسماك الزيدة البيض (ينتج الجسم ايضا هذا الفيتامين من اشعة الشمس)	د كلسيفيرول D (Calciferol)
لا أحد	من المستبعد حصول نقص فيه	قد يساعد في وقاية الخلايا من التلف والتحلل	معظم انواع الاطعمة بالأخص الدقيق الكامل والخضار الورقية الداكنة الاخضرار	ه توكوفيرول E (Tocopherol)
الاشخاص المصابون باليرقان الحاد او بتليف الكبد، حديثو الولادة من امهات يعانين نقصا منه	نزف داخلي وخارجي	ضروري لتخثر الجيد للدم	الخضار الورقية الخضراء اللون	ك فيتوميتاديون K (Phytomenadione)

سادسا: الماء: يشكل الماء نسبة 60-65 % من وزن الجسم السليم البالغ، وتتغير هذه النسبة حسب السن والجنس والبنية، كما يشكل الماء نسبة 90 % من حجم الدم، وهو عنصر ضروري وأساسي لجميع الوظائف الهضمية والامتصاصية والدورية (الدم) والإخراجية (من الكلى)، كما أنه ضروري للاستفادة من الفيتامينات القابلة للذوبان فيه، وضروري للمحافظة على درجة حرارة الجسم الطبيعية. (أبو الفتوح، 2006: 9)

ويوجد في الماء الصافي أو السوائل الأخرى التي نشربها، كما يوجد في الخضراوات والفاكهة. وهو هام لكل خلايا الجسم وللدم، وأي نقص فيه يحدث ما يعرف بالجفاف حيث يعرض الجسم لأخطار كبيرة حيث يتلف الخلايا ويحدث من الإفراز الغزير للعرق أو الإسهال أو كثرة التبول. (عبد الوهاب، 1995: 307).

ولكن وللأسف الكثير من رياضيي كمال الأجسام يتجاهلون قيمته وفائدته، وللماء العديد من الوظائف أهمها أنه منظم لحرارة الجسم، ومكون أساسي في التفاعلات البيوكيميائية في عملية إنتاج الطاقة، كما أنه يسهل حركة المفاصل، ويحسن وظيفة العضلات ويطري الجلد ويحافظ على نضارته ويرطب جهاز التنفس، إضافة إلى القيام بنقل المواد المغذية في الجسم ويغسل البدن من النفايات والسموم ويحول دون تشكل الحصيات في المسالك البولية. (المصري، 2001: 208)

وتزداد أهميته أثناء النشاط البدني الشديد حيث يفقد الجسم نسبة كبيرة منه عن طريق التعرق، ولذلك ولتعويض الجسم وللحفاظ على حرارته الطبيعية يجب شرب الماء بنسب معينة قبل وأثناء وبعد الإنتهاء من التمارين، وتعويض المفقود منه يكون ضروري حتى قبل الشعور بالعطش، وعلى الرياضيين البالغين شرب نصف لتر من الماء خلال الساعتين الآخريتين من بدء التمرين ونصف لتر آخر خلال 10-15 دقيقة من بدء المنافسة.

الجدول رقم(08) يمثل الاحتياج اليومي للماء في مختلف الأعمار والحركة (مروان، 2010: 96)

الأطفال (من سنة وما فوق)	0.8 - 1.4ل في اليوم
المراهقون	1.6ل في اليوم على الأقل، وتزيد الكمية حسب الحركة البدنية.
البالغون	1.5 - 2ل في اليوم أي ما يعادل 8 أكواب ماء
عند ممارسة التمارين الرياضية	0.4 - 2ل لتعويض الماء المطروح أثناء النشاط

7. المكملات الغذائية والمنشطات :

1-7-تعريفها: طبقا لتعريف قانون صدر في الولايات المتحدة الامريكية عام 1994 (قانون الصحة والمستحضرات الغذائية) والمعروف اختصارا DSHEA فإن المكملات الغذائية بحسب هيئة الغذاء والدواء الامريكية FDA تعرف كما يلي: فيتامينات، أملاح معدنية، أعشاب، أو أي مواد نباتية أخرى (ماعد التبخ)، حوامض أمينية واي (مواد أولية غذائية) تستخدم من قبل الانسان لزيادة جرعتة الغذائية الشاملة، و (تركيز، توليف، أو خلاصة، ومزيج من أي من العناصر المذكورة أعلاه). (الالوسي، 2012: 22)

وهي تركيبة مستخلصة من مكونات غذائية (طبيعية، حيوانية، نباتية) وتشمل الفيتامينات والمعادن والأحماض الأمينية والعناصر النادرة، وتستعمل من قبل الأشخاص وخصوصا الرياضيين في حالة نقص أو عدم توازن الوجبة الغذائية مع الجهد الممارس. وتوجد على شكل أقراص أو كبسولات، أو تكون في شكل سائل أو مسحوق وتباع في الصيدليات كما يمكن تصنيعها في البيت. ويهدف الرياضي بتناوله لها إلى إمداد جسمه بالطاقة اللازمة للنشاط الممارس، كما أنها تزيد من سرعة الاستشفاء بعد الجهد البدني

الشديد وتزيد أيضا في قوة المناعة عند تناولها بشكل مقنن. (رياض، 1998: 42) إلى جانب توسيع مساحة الخلية العضلية وذلك حسب الفعالية التخصصية بغية الوصول لأعلى إنجاز رياضي. (رزوي، 2005 : 31-32)

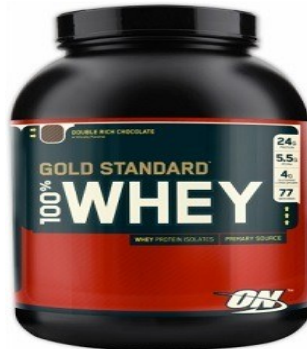
7-2- أنواع المكملات الغذائية :

الجدول رقم (09) يبين مختلف أسماء أنواع المكملات الغذائية . (الالوسي،:2012 27)

الكرياتين ، مصّل الحليب ،اكتبايوماكس،كارنيتين ، الكافيين ،الاوميغا3 ،الجلوتامين ،الكروميوم ، كولين ،	المكملات البروتينية
الجنسنغ، الجيرانيوم، يوهيمي، الكركم،الهندباء البرية الدانديلون غورانا ،نبات الفشاغ اليام .	المكملات العشبية
عشبة تريبولوس تريستريس، عشبة الداميانا، يوريكوما، ZMA لونجيفوليا،مكمل فورسكولين،ستيرولين مليت ،بيكنوجينول	المكملات المساعدة علي زيادة هرمون التستوستيرون
الكافيين، كابيسيسن،الشاي الأخضر ،حامض دوكوسيهكسانيك، فتامين د،جلوكونان ،افوديامين ،سينيفرين	المكملات الحارقة للدهون

7-3- نماذج من أنواع المكملات الغذائية المتوفرة في الاسواق:

- **بروتين مصّل الحليب Whey protein :** الواي بروتين، هو مكمل غذائي طبيعي مستخرج من الحليب البقر، يحتوي على بروتينات ذات جودة وقيمة غذائية عالية وهو مفيد جدا لما بعد التمرين حيث تكون العضلات في حاجة ماسة له ويمتصه الجسم في فترة زمنية ما بين 30 - 45 دقيقة، وهو مكمل مثالي للاعبين كمال الأجسام الذين يتبعون حمية غذائية أو يريدون زيادة في الوزن بدون اكتساب كميات كبيرة من الدهون.
- بروتين مصّل الحليب يساعد في تعزيز نظام المناعة في الجسم الذي يتعرض للضغط بسبب تمارين الحديد المجهدة. (الالوسي،2012: 41) يباع بنكهات مختلفة مثل الشكولاتة والفانيليا والفراولة. الخ.



صورة رقم 03 تمثل مكمل الواي بروتين

- مكملات الأَمِينُو: هي مكملات خالية من الأحماض الأمينية وهي عبارة عن مزيج مركب من بودرة الواي والصويا والأرز والبيض، تباع في صورة كبسولات أو بودرة أو شراب بجرعات مختلفة 2222 6000-10000ملغ، تستخلص من مصادر حيوانية ونباتية، لها الكثير من الفوائد خاصة المتعلقة منها تحسين العضلات وزيادة قوتها ومن شروط استعمالها أنها تؤخذ قرصين قبل كل وجبة، وقرصين قبل التمرين، وقرصين بعد التمرين.



صورة رقم 04 تمثل مكمل الأَمِينُو 2222

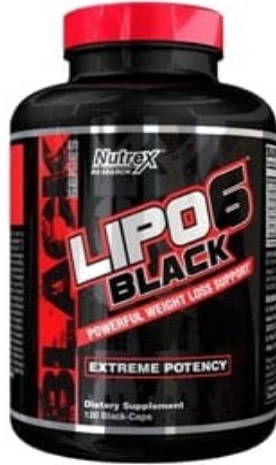
- مكمل سيربيوس ماس: سيرياس ماس هو مكمل غذائي غني جدا بالسعرات الحرارية والكربوهيدرات والفيتامينات والأملاح المعدنية لذلك يفضله الكثير من رياضي كمال الأجسام خاصة في مرحلة التضخيم حيث انه يساعد في زيادة الوزن واكتساب الكتلة العضلية، ويزود الجسم بكل احتياجاته للوصول إلى الوزن والحجم المثالي. يمزج مسحوق سيربيوس ماس مع الماء أو الحليب أو أي مشروب آخر يشرب بين الوجبات، و بعد التمرين بحوالي 30-45 دقيقة، قبل النوم: حوالي 45-60 دقيقة .



صورة رقم 05 تمثل مكمل سيربيوس ماس

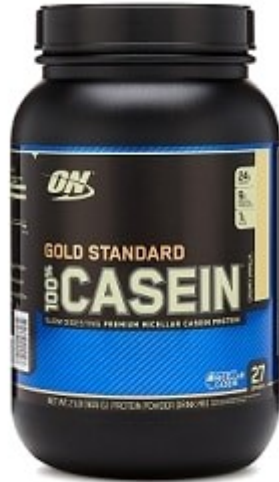
- ليبو 6 بلاك الترا كونسنتريت أقوى علاجٍ للسمنة لأنه يحرق الدّهون بشكلٍ فعّال وبأقصى سرعة ممكنة، يحتوي على سائل شديد التركيز. كبسولة واحدة من ليبو 6 فقط لا غير، يومياً، يزيد من

النشاط واليقظة الذهنية. يقلل الشهية ويُسرّع عملية حرق السعرات الحرارية بفضل الطاقة الحرارية التي تحفز عملية تفتيت الدهون. يزيد في خسارة الوزن، لأنه حارق للدهون، سهل الامتصاص في الجسم، يقلل الشهية للأكل يقضي على الشعور بالتعب والإرهاق. الجرعات: كبسولة واحدة فقط لا أكثر للجرعة الواحدة ويجب الحرص على عدم تناول أكثر من كبسولتين في اليوم الواحد. والذين يتناولون الأسبرين أو العقاقير المضادة للاكتئاب، عليهم استشارة الطبيب المعالج قبل استعمال المنتج .



صورة رقم 06 تمثل مكمل ليبو 6 بلاك الترا كونسنتريت

مكمل بروتين الكازين: Casein Protein : بروتين الكازين هو مكمل غذائي لبناء الأجسام عالي البروتين مشتق من حليب البقر، حيث يشكل حوالي 80% من البروتينات المتواجدة فيه، ويتكون من مجموعة متنوعة من الأحماض الامينية بما فيها الأساسية مما يجعله مسئولاً عن مساهمته في عملية صنع البروتينات في العضلات، يعطي الرياضي الإحساس بالشبع لمدة اطول ويحسن من معدل الايض ويحافظ على البنية العضلية ويسرع في عملية الاستشفاء، يمتاز ببطء عملية هضمه، يمكن تناوله في الليل، أو قبل ممارسة التمارين، كما يساعد على اطلاق الأحماض , الأمينية بشكل مستمر إلى العضلات.



صورة رقم 07: تمثل مكمل بروتين الكازين

- **مكمل ترو ماس:** ترو ماس هو مكمل غذائي عبارة عن مسحوق بروتين بودرة ذو جودة عالية غني بالبروتينات والكربوهيدرات والدهون والسعرات الحرارية يستخدم بغرض زيادة الوزن ونمو العضلات وتسريعها وقوة تحملها. له مذاق لذيذ مع نكهات مختلفة، يباع في الأسواق بأحجام وجرعات مختلفة، يؤخذ في الصباح وبعد التدريب مع كمية من الماء أو الحليب خالي الدسم.



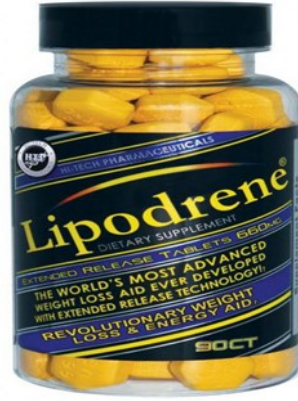
صورة رقم 08 تمثل مكمل ترو ماس

المكمل الغذائي Hydroxycut Hardcore Elite يعتبر المكمل الغذائي Hydroxycut من بين أفضل حارقا للدهون، حيث يخلص الجسم من الدهون المتراكمة فيه، ويمده بالطاقة اللازمة لأداء النشاط البدني، كما انه يعطي الإحساس بالشبع، ويقلل الشهية لاحتوائه على مستخلص مجموعة من النباتات منها اليوهيميبي و الكوليوس، كما أنه غني بالأحماض الامينية كالثيانين، يستهلك بطريقة متدرجة من كبسولة واحدة صباحا إلى 2 كبسولات، مرتين في اليوم قبل الوجبات وبحوالي نصف ساعة أو أكثر و قبل الخلود إلى النوم بحوالي 5 ساعات، مع تناول كميات كبيرة من الماء، ويتوفر على أحجام مختلفة إما في شكل كبسولات ذات 12-100-180 أو في شكل مسحوق من 5-12-30 حصة كما يحتوي على مجموعة من النكهات و المذاق، يمنع تناوله من الأشخاص الذين يقل أعمارهم عن 18 سنة.



صورة رقم 09 تمثل المكمل الغذائي Hydroxycut Hardcore Elite

- مكمل ليبودرين: وهو مكمل غذائي يساعد على إنقاص الوزن لكونه مثبط للشهية ويزيد من معدلات التمثيل الغذائي ويحسن قدرة الجسم على حرق الدهون، يتواجد في السوق على شكل حبوب.



صورة رقم 10 تمثل مكمل ليبودرين

- مكملات BCAA تشكل الأحماض الامينية BCAA حوالي 14-18 % من الأحماض الامينية المشكلة لبروتينات العضلات الهيكلية وتتكون BCAA من (ليوسين - ايزوليوسين - فالين) تستهلك أثناء الراحة وأيام التمارين، تزيد من تشكل البروتين في العضلات الهيكلية، تقلل من تفكك بروتين العضلات، كما أن تناولها بين الوجبات يمكن أن تفيد من حيث إبقاء مستوى تخليق البروتين مرتفعاً. (ص 25 مينا أكرم أسرار التضخيم والتنشيف موقع اكاديمية يلا فيتنس)
- مكملات الكافيين Caffeine: يعتبر الكافيين من المحفزات النشاط الأكثر شيوعاً قبل البدء بالتمارين الرياضية عند لاعبي كمال الأجسام، الحد الأقصى المسموح به للإستهلاكه هو 6 ملغ لكل كغ .
- كازين بروتين: وهو ابطاً بروتين من ناحية الامتصاص حيث يستغرق امتصاصه من 7 - 9 ساعة وهو مفيد أيضاً لجسم الرياضي.
- 4-7- إيجابيات وسلبيات المكملات الغذائية :
- أولاً: ايجابيات المكمل الغذائي:
 - إمداد الجسم بالطاقة .
 - إعادة بناء الخلايا التالفة وصيانة الألياف العضلية بعد التمارين الرياضية. (أحمد، 2012
- (34):
 - كسب القوة العضلية .
 - زيادة التحمل والقدرة على العمل البدني لفترة طويلة .
 - استعادة الحالة الطبيعية وسرعة الاستشفاء بعد الجهد الرياضي الشديد .

- تزيد التمثيل الغذائي وتزيد قوة المناعة عند تناولها بشكل مقنن وجرعات مناسبة .

ثانياً: سلبيات المكملات الغذائية:

- ظهور حساسية بشكل نادر .
- اضطرابات في المعدة .
- الإسهال .
- تقلص العضلات وحدوث عجز كلوي وخاصة لمن يعانون من الأمراض الكلوية.

(الطويل، 2015: 152-159)

- ارتفاع ضغط الدم (التوتر الشرياني).
- اختلال نسبة السكر في الدم .
- زيادة احتمال الإصابة بالالتهابات الجرثومية لانخفاض المناعة .
- الإصابة بهشاشة العظام .
- الاضطرابات النفسية والعدوانية .
- النمو غير الطبيعي للثدي عند الرجل مع ضمور البروستاتا .
- اختلال الدورة عند المرأة ونمو الشعر غير الطبيعي .
- تضخم عضلة القلب مع هبوط القلب .
- زيادة إمكانية التمزق العضلي.

6-7- أهم المنشطات الرياضية المستعملة: يلجأ الكثير من الرياضيين إلى استعمال المنشطات لأنها حسب رأيهم الطريق الأفضل للوصول إلى المجد. والمنشطات أنواع فمنها من يزيد الكتلة العضلية ويرفع قدرات الجسم على تحمل الألم، ومنها ما يزيد القدرة البدنية ويؤخر التعب ويزيد من سرعة الرياضي في المسابقات ومن أهم المنشطات:

- **مكملات البروتين (Protein supplements):** لبناء العضلات ونموها وترميم النسيج العضلي الذي يتهدم خلال التمرين ولكن يمكن ان تؤدي المقادير العالية من هذه المكملات إلى إتلاف الكبد والكلية خاصة إذا تم استعمالها لمدة طويلة.
- **حارقات الشحوم (Fat burners):** مثل الافدرين (Ephedrine) الذي يستعمل لدعم الطاقة وزيادة القدرة وتحسين الكفاءة، من تأثيرات الافدرين أنه منبه قوي للجهاز العصبي المركزي. يمكن أن يرفع ضغط الدم وأن يسبب خفقان القلب. (المصري، 2001: 219)

- **هرمونات النمو:** وهي صناعية المنشأ تشابه في تأثيرها هرمون النمو البشري (HGH) الذي تنتجه الغدة النخامية من حيث نمو العضلات ولحرق الدهون، فهي تبني الكتلة اللحمية وتزيد القوة العضلية كما تزيد من سرعة استعادة العضلات لعافيتها، تخفض شحوم الجسم. لها تأثيرات جانبية عديدة منها إرتفاع ضغط الدم، قصور القلب، الداء السكر، التهاب المفاصل وغيرها.
- **التربتوفان (Tryptophane):** هو حمض أميني ترفع الجرعات الكبيرة منه مستوى هرمون النمو في الجسم.
- **الستيرويدات البناءة (ANABOLIC STEROIDS):** وهي مشتقات صناعية للهرمون الذكري التستوستيرون (Testosterone) الموجود طبيعيا في الجسم ولكنها تختلف في مفعولها ويستعملها الرياضيون من أجل بناء ونمو الكتلة العضلية وزيادة كثافة العظم ونموه، زيادة القوة العضلية وتحسين الأداء الرياضي. (المصري، 2001: 220)
- **الكرياتين creatine:** وهو حمض أميني إذا تناوله الإنسان يوميا فإنه يعمل على زيادة كتلة الجسم، أما إذا أخذ بجرعات كبيرة فإنه يزيد الوزن. يساعد الكرياتين في ترميم النسيج العضلي بسرعة من تأثير الرياضة العنيفة وفي تعويض الطاقة للعضلات، يقلل من حصول الإرهاق العضلي المبكر، ويعد الاتجاه الجديد في عالم الرياضة ويقال بأنه يشعر الإنسان بقوة لا تصدق، يستعمله الرياضيون حاليا كبديل للعقاقير الستيرويدية. إلا أنه يمكن أن يكون قاتلا ويفضي إلى الموت وهو قادر أيضا على إتلاف الكبد والكلية.

7-7- الفرق بين المكملات الغذائية والمنشطات:

جدول رقم (10) يبين الفرق بين المكملات الغذائية والمنشطات.

المنشطات	المكملات الغذائية
مستخلصة من مواد غير طبيعية إما هرمونات أو مواد منشطة خطيرة جدا وتسبب العديد من المشاكل الصحية مصدرها الرئيسي هو الهرمونات الحيوانية المُستخرجة من الحيوان أن معظم المنشطات غير قانونية	مستخلصة من المواد الطبيعية وليس لها أضرار إذا ما استخدمت وفق الإرشادات والجرعات السليمة مصدرها المواد الغذائية بأنواعها المرخص بيعها بشكل علني

8. النظام الغذائي لرياضي كمال الأجسام:

للوصول إلى القوام المطلوب فإنه على لاعب كمال الأجسام أن يتبع نظام غذائي محدد وصارم وأن يلتزم بكل خطوات البرنامج المعد له من كمية الغذاء ونوعه، وعدد سعراته، وحاجياته اليومية للمرحلة التي يريد بلوغها. فالرياضي الذي يريد تضخيم جسمه يحتاج إلى كميات أكبر من الكربوهيدرات والدهون من تلك التي يحتاجها من يريد التنشيف، مع التركيز طبعاً على رفع الأثقال وممارسة التمارين باستمرار ويضم نظامه الغذائي مرحلتين وهما:

▪ **المرحلة الأولى:** وتسمى مرحلة التضخيم، وتهدف إلى الزيادة ضخامة الجسم والعضلات، حيث يحتاج لاعب كمال الأجسام إلى كمية تتراوح بين 15-20% من البروتين، و20-30% من الدهون، و50-60% من الكربوهيدرات مع التركيز على تناول الأغذية العالية بالسعرات الحرارية والغنية بالبروتين، مع رفع الأثقال لزيادة كثافة العضلات، وقد تستمر هذه المرحلة لأشهر أو لسنوات.

▪ **المرحلة الثانية:** وتسمى مرحلة القطع، حيث يجب على الرياضي لبلوغ هذه المرحلة فقدان أكبر كمية من الدهون تتراوح بين 15-20%، وبين 20-25% من البروتين، و55-60% من الكربوهيدرات بالجسم يشترط الحفاظ على الكتلة العضلية وكثافتها؛ وذلك بتغيير النظام الغذائي مع ممارسة التمارين الرياضية، وتستمر هذه المرحلة من 12-26 أسبوعاً متواصلًا.

9. التدريب الرياضي:

يعرف التدريب الرياضي بأنه عبارة عن عملية منظمة يهدف إلى تحسين ورفع كفاءة عمل أجهزة الجسم من خلال توظيف البرامج والأنشطة البدنية والرياضية. (الحاج، 2017: 9)

9-1- أهمية التدريب الرياضي:

غاية التدريب الرياضي بصورة عامة هو الوصول إلى المستوى العالي للرياضي وتحقيق أعلى درجات الإنجاز، وهو الأمر الذي يتأتى من خلال رفع القدرات البدنية والوظيفية والنفسية له، ومن خلالها ينعكس ذلك على الأداء المهاري والخططي بالإضافة إلى القوام والشكل العام وتطور الأجهزة الوظيفية الداخلية مثل زيادة حجم القلب، وزيادة في حجم الدم المدفوع في الضربة القلبية الواحدة، وزيادة نسبة الهيموجلوبين وتغيرات في الجهاز العضلي وغيرها. (أشرف، 2016: 20)

9-2- أهداف التدريب الرياضي: يهدف إلى تنمية وتطوير كل من:

- القوى البدنية (كالقوة العضلية، السرعة والتحمل).
- القوى الفنية (كالمهارات الحركية الرياضية والقدرات الخطئية).
- القوى النفسية للفرد الرياضي ومحاولة استخدامها وتوجيهها نحو أعلى مستوى ممكن في نوع معين من أنواع الأنشطة الرياضية (علاوي، 1990: 36)

9-3- مبادئ التدريب الرياضي:

- مبدأ زيادة الحمل.
 - مبدأ الخصوصية.
 - مبدأ الفردية.
 - مبدأ الانعكاسية (استمرارية التدريب). (الحاج، 2017: 10-11)
- 9-4- الشروط اللازمة قبل ممارسة التدريبات: حيث يحددها خالد هيكل فيما يلي:

- الاستعداد الذهني قبل التدريب مباشرة.
- التركيز الذهني.
- الحافز.
- الإرادة.
- الحماس.
- التفكير الإيجابي.
- الصبر.
- التفاؤل.
- تغيير البرنامج التدريبي كل شهر أو شهر ونصف.
- المواظبة على التدريب.
- التمسك والالتزام بأداء التدريبات الأساسية.
- عدم استخدام العقاقير المنشطة. (هيكل، 2004: 15-16)

9-5- مراحل التدريب:

- مرحلة التحضير (الإعداد).
- مرحلة العمل (الجهد).
- مرحلة ما بعد الجهد (الراحة والاستشفاء) (سميعه، 2008: 285)

9-6- أنواع التدريب في رياضة كمال الأجسام:

- التدريب من أجل اكتساب (الحجم، القوة، المرونة، التحمل والتناسق) وهي 3 أنواع.
- التدريب من أجل تحسين شكل الجسم والمحافظة على الصحة.
- التدريب من أجل اكتساب الشكل والوزن المناسب من أجل المنافسة في البطولات.
- التدريب من أجل الارتقاء بمستوى اللاعب في الرياضات المختلفة. (هيكل، 2004: 10-11)

9-7- البرنامج التدريبي:

البرنامج التدريبي هو أحد العناصر الأساسية للخطة وبدونه يكون التخطيط ناقصا، فالبرنامج هو الخطوات التنفيذية في صورة أنشطة، ولكي تتحقق أهداف أي برنامج تدريبي لابد من توفر مجموعة من النقاط التي من خلالها يستطيع الرياضي أو المدرب الوصول إلى مبتغاه والتي لخصها أشرف محمود فيما يلي:

- تحديد هدف البرنامج وأهداف كل مرحلة من مراحل تنفيذه.
- مراعاة الفروق الفردية والاستجابات الفردية للاعبين (صفات وخصائص اللاعب الفردية) وذلك بتحديد المستوى.
- تحديد أهم واجبات التدريب وترتيب أسبقيتها وتدرجها.
- ملائمة البرنامج التدريبي للمرحلة السنوية وخصائص النمو للاعبين.
- تنظيم وتنويع واستمرارية التدريب.
- الموازنة بين عمومية التدريب وخصوصيته.
- مرونة البرنامج التدريبي وصلاحيته للتطبيق العملي.
- تناسب درجة الحمل في التدريب من حيث الشدة والحجم والكثافة.
- التدرج في زيادة الحمل والتقدم المناسب والشكل التموجي والتوجيه للأحمال التدريبية المحددة وديناميكية الأحمال التدريبية. (أشرف، 2016: 26-27)

9-7- أنواع التصميمات في المجموعات التدريبية الخاصة برياضة كمال الأجسام:

يقصد بالمجموعات التدريبية هي عدد التكرارات التي يقوم بها اللاعب أثناء تأدية تمرين معين، وعند تصميم أي برنامج تدريبي فمن الضروري تحديد عدد المجموعات والتكرارات ونوعية الوزن الذي سوف يحمله اللاعب وهناك العديد من المجموعات التدريبية التي يمكن تصميم برنامج تربي أهمها:

- المجموعات المستقيمة (Straight sets) : في هذا التصميم يقوم اللاعب بتغيير عدد المجموعات والتكرارات فقط مع الحفاظ على ثبات الأوزان التي يرفعها، مع ضرورة خلق فترات راحة بين كل مجموعة وأخرى.
- المجموعات المركبة (Compound sets) : يتم تصميم المجموعات المركبة من خلال القيام بتمرينين على نفس المجموعة العضلية.
- مجموعات السوبر سيت (Supersets) : في هذا التصميم يقوم اللاعب بتمرينين يستهدفان مجموعتين عضليتين متقابلتين من دون فترات راحة بين التمرينين.
- المجموعة الثلاثية (Tri sets) : يكمن تصميم المجموعة التدريبية في اختيار مجموعة من ثلاثة تمارين تستهدف كل مجموعة عضلية محددة وتقوم بعمل الثلاث تمارين دون أخذ راحة أو فاصل.
- الدروب سيت (Drop sets) : في هذا التصميم يختار اللاعب تمرين محدد مع البدء بأثقل وزن في المجموعة التدريبية مع عدد تكرار منخفض ، ثم تأتي المرحلة الثانية من المجموعة التي يقوم فيها اللاعب بخفض الوزن مع زيادة عدد التكرارات وهكذا في كل مجموعة يخفض فيها الوزن ويزداد عدد التكرارات إلى غاية الانتهاء من التمرين وبدون فاصل أو راحة بين كل مجموعة وأخرى.
- جاينت سيت (Giant Sets) : ينطلق هذا التصميم من عمل مجموعة تدريبية على عضلتين متقابلتين أو على عضلة واحدة كبيرة، وتحتوي كل مجموعة من 4-6 تمارين بدون راحة أو مع راحة صغيرة جداً وبعد الانتهاء من التمارين تؤخذ راحة من 2-3 دقائق.
- المجموعات الهرمية (Pyramid set) : عكس تصميم الدروب سيت فإن هذه المجموعة تكون البداية فيها بالوزن الخفيف مع عدد كبير من التكرارات، وبعد ذلك يقوم اللاعب بزيادة الوزن بشكل تدريجي مع التقليل من عدد التكرارات، وتستهدف هذه المجموعة تمرين واحد فقط.
- مجموعات الهرم المعكوس (Reverse pyramid sets) : في هذه المجموعة يقوم اللاعب بعكس تصميم المجموعات الهرمية العادية حيث تكون بداية المجموعة بالوزن الثقيل ثم تقليل الوزن في كل مجموعة جديدة مع زيادة عدد التكرارات.

9-8- مراحل التدريبات والإعداد في رياضة كمال الأجسام:

إن دخول عالم المنافسة أمراً ليس بالهين لا على اللاعب ولا على المدرب لأنه سيضع كل الأحلام والأهداف وحتى المجهودات المبذولة والخطط والبرامج المعدة على المحك، ولكي يصل اللاعب والمدرب على حد سواء إلى تحقيق النتائج والظفر باللقب أو بالمرتبة المشرفة عليهما تحديد الأهداف وتسطير برامج تتوافق وقدرات ومستوى وقيمة المنافسة ونوعية المنافسين، ويأخذ المدرب بعين الاعتبار حدود القدرة

الجسدية والنفسية وطموحات اللاعب، وتكون على شكل خطة منهجية تدوم في الغالب حوالي 09 أشهر مقسمة إلى ثلاثة مراحل هي:

▪ المرحلة الأولى (مرحلة اكتساب القوة العضلية): مدة التحضير لها تكون بين (6-13) أسبوعا، ويكون التدريب ما بين (3 إلى 5) حصص في الأسبوع، كما يمكن التدريب مرتين في اليوم ويهدف الرياضي فيها للوصول إلى:

- رفع مستوى القوة العضلية لجسم اللاعب بصورة عامة.
- رفع مستوى التمثيل الغذائي لجسم اللاعب (تحسين المقدرة التعويضية للعضلات).
- رفع مستوى أداء الجهازين (الدوري + التنفسي) من أجل تحسين الكفاءة فيهما. (أحمد، 2011:

(81)

▪ المرحلة الثانية (مرحلة البناء العضلي): مدة التحضير يجب ألا تقل عن 24 أسبوعا والهدف المراد الوصول إليه هو:

- الوصول إلى الحجم العضلي الكبير.
- معالجة جميع نقاط الضعف العضلي (الوصول إلى حالة التناسق والتماثل بين أجزاء الجسم المختلفة وفي جميع المجموعات العضلية الكبيرة والصغيرة). (أحمد، 2011: 90).

▪ المرحلة الثالثة (مرحلة الجاهزية القصوى): تتراوح مدة التحضير فيها من (8-13) أسبوع وتكون بحوالي ثلاث أشهر قبل المنافسة وتهدف إلى:

- الحفاظ على الكتلة العضلية والبناء العضلي المتناسق.
- الوصول إلى التحديد والعزل العضلي العاميين.
- التخلص من الدهون الزائدة الموجودة في جسم اللاعب. (أحمد، 2011: 100)

9-9- مكونات الفترة الواحدة للتدريب في رياضة كمال الأجسام:

كل مرة تدريب يجب أن تتضمن الأجزاء أو المراحل التالية:

▪ الإحماء: وهو تعبير يقصد به تسخين أو تحمية الجسم، والواقع أن هذا الجزء يعني تهيئة أجهزة الجسم وأهمها الجهاز الدوري التنفسي والعضلات لتستعد تدريجيا للقيام بالمجهود البدني الشاق وهذا الجزء يبدأ أولا ببعض تمرينات الإطالة العضلية ثم المشي أو الهرولة ويستمر عادة لمدة 5-10 دقيقة، وهو جزء مهم لا يجب أن يبدأ التدريب بدونه وغالبا ما يتم والشخص مرتد بذلة التدريب خاصة في فصل الشتاء بهدف اكتساب الدفء وفك العضلات وتهيئة أجهزة الجسم للعبء الذي سيقع عليها أثناء التدريب.

■ **التدريب:** وهو الجزء الرئيسي للفترة التدريبية حيث يجب أن يتم الجهد البدني خلاله بشدة يتم تقنينها بمعدل دقات القلب المناسب لكل عمر، ولكل حالة، والتي تحدد الحد الأدنى والأعلى لدقات القلب والهدف الرئيسي لهذا الجزء من التدريب هو رفع معدل دقات القلب من خلال الحركة والنشاط البدني لفترة من الوقت، وهذا الجزء يجب أن يستمر من 15-20 دقيقة متصلة كلما أمكن من الأنشطة الهوائية (المشي، الهرولة، الدراجة السباحة... إلخ). أما تدريبات القوة والتحمل العضلي فيجب ألا تكون مرهقة، أو أن تشكل عبئا على القلب والدورة الدموية سواء من حيث شدتها أو عدد مرات تكرارها.

■ **التهدئة:** في نهاية الفترة التدريبية يفضل دائما أن ينتهي التدريب بشكل متدرج لتخفيض معدل دقات القلب ونشاط الأجهزة الحيوية وخاصة التنفس، والدورة الدموية ويتم ذلك من خلال الانتقال من الجري إلى الهرولة إلى المشي مثلا أو بأداء بعض المرححات وتحريك الأطراف سواء بالمشي أو الاسترخاء (عبد الوهاب، 1995: 148-149).

9-10- طرق التدريب في رياضة كمال الأجسام:

كغيرها من الرياضات فإن لممارسة رياضة كمال الأجسام العديد من الطرق والتقنيات في التدريب قد تتشابه مع الرياضات الأخرى، وقد تختلف عنها، فهدفها الأول والأخير هو الوصول إلى أكبر حجم للعضلات من أجل غايتين إما صحة الجسد، أو الفوز باللقب ومن بين الطرق التي غالبا ما يتبناها ممارس كمال الأجسام كنموذج تدريبي سواء بمفرده أو بمساعدة المدرب نجد:

■ **التدريب التكراري:** وتسمى بطريقة الإعادات وهي طريقة تهدف عادة إلى تطوير القوى القصوى والسرعة القصوى والقوة السريعة والطاقة اللاهوائية، (عثمان 1990: 61) هذه الطريقة تؤثر على جميع أجهزة الجسم وخاصة الجهاز العصبي المركزي، وتتميز بأنها تربط بين الشدة ومدة المثير.

■ **التدريب المستمر:** ويطلق عليه التدريب الدائم حيث يتم التدريب على الحمل الدائم لفترات تتراوح بين 30 دقيقة إلى ساعتين أو أكثر دون انقطاع أو تغيير في توقيت الأداء، ويراعى ضرورة الإلتزام بتوقيت معين يتناسب مع حالة الرياضي ونوع التمارين المختارة (حسين، 1998: 196) وأكثر ما يهدف إليه هذا النوع من التدريبات هو تطوير خاصية المداومة. مع الإشارة إلى أن نتائج هذا النوع من التدريب تظهر بجلاء في زيادة من قطر العضلة ووزنها.

■ **التدريب الدائري:** هو نظام تدريبي ترتب فيه التمرينات المختلفة بعضها مع بعض في نظام دائري ينتقل فيها اللعب من تمرين إلى آخر بعدد محدد يقدره المدرب وفقا لاحتياجات اللاعب من لياقة بدنية مع موسم التدريب. وغالبا ما يستخدم هذا الشكل من التدريب في الموسم الإعدادي وهي طريقة

شائعة في تعليم المبادئ الأساسية في العملية التدريبية ، (الربضي، 2005 :72) في هذه الطريقة تكون التمرينات مقسمة إلى تمارين تخدم الأطراف العلوية، السفلية أو الجذع حسب متطلبات نوع الرياضة والهدف من الحصة التدريبية وبتحديد الشدة لكل تمرين، والتدرج في رفع الحمل حيث عند تصميم برنامج تدريب دائري يجب التحكم في الحمل التدريبي بحيث يقول كمال درويش " أن تكون جرعات التدريب متدرجة بصورة منتظمة ومقننة ، وتعتبر الجرعات المتغيرة للمجموعات العضلية الرئيسية أحد أبعاد عملية التدرج في التمرين، كما أن أداء التدريب الدائري بصورة منتظمة يعتبر أساس نجاح متطلبات التدرج في التمرين، أيضا يجب أن تراعى عدم الاستمرار في استخدام الحد الأقصى من الجهد، كما يجب أن يراعى صحيا عند استخدام جرعات عالية أن يعقبها فترة راحة كافية لاستعادة الشفاء بحيث من الضروري تنظيم الحمل وذلك لتجنب ظاهرة الحمل الزائد عن طريق تحديد الزمن بدقة لإنجاز اختبار الحد الأقصى (درويش وحسنين، 1999: 95-101-103) بحيث أن هذه الفترات من الراحة إما أن تكون إيجابية أو سلبية تسمح باسترجاع الرياضي لأهم قدراته البدنية خاصة ولاستبعاد الملل من الحصة ذات الشدة عالية .

9-11-الأجهزة وأدوات التدريب:

إن التطور الحاصل في وقتنا الحالي وفي شتى مجالات الحياة لم يستثني رياضة كمال الأجسام حيث لوحظ في الآونة الأخيرة كثرة الابتكارات، والإشهارات الخاصة بالأجهزة والمعدات المخصصة لهذا النوع من الرياضة والتي تظهر في تصاميم وأحجام وأوزان مختلفة، كما تم إدماج التكنولوجيا الرقمية لضبط المقاومة والزمن والنبض وهذا للوصول إلى أقصى درجات الأمن والفعالية والدقة. وتتفرع أجهزة التدريب الخاصة برياضة كمال الأجسام إلى نوعين:

- أجهزة شاملة والتي تؤدي إلى تدريب أكثر من عضلة وتقوم بعدة مهام.
- أجهزة مختصة والتي تساعد في أداء حركة واحدة لجزء معين من العضلة.
- كما توجد أجهزة ثابتة وأخرى منقولة أو متحركة.

هذه الأدوات قد تشترك فيها رياضة كمال الأجسام مع رياضات أخرى كرياضة حمل الأثقال وألعاب القوى... الخ.

10. الراحة والاستشفاء في المجال الرياضي:

هي حالة الانخفاض في الجهد الجسماني والعقلي، والذي يؤدي إلى الشعور بالانتعاش والنشاط فإن الراحة بعد القيام بجهد معين تساعد على تخفيف التوازن، حيث تعمل على الإقلال من الإثارة الحسية والحركية المرافقة للنشاط والغرض منها هو التقليل من التوتر والتخلص من التعب، ويجب أن تتناسب فترة الراحة مع فترة المجهود أو التعب. وأفضل الأوقات التي يحتاج فيها الفرد للراحة هي الفترة السابقة أو اللاحقة لتناول وجبة الغذاء أو العشاء. (بسام، 2006: 65)

10-1-الراحة:

- تقوم بإصلاح ما تم هدمه في الخلايا إضافة إلى تعبيد الطريق إلى الخلايا الجديدة.
- تنمي وتقوي عملية البناء والاستشفاء.
- تساعد على تطوير العضلات.
- تساعد الجسم على تخزين الطاقة لاستعمالها في التدريب.

10-2-التدليك: يعرف التدليك على أنه مصطلح علمي يستخدم لوصف مجموعة من الحركات اليدوية على أنسجة الجسم بهدف التأثير على أجهزته المختلفة وخاصة الجهاز الدوري والعضلي والعصبي، وكلمة مساج استخلصت من كلمة ماسين وتعني اليدين. (رياض، 1999: 22). والتدليك هو الضغط المناسب على خلايا الجسم في اتجاه الدورة الدموية ويستخدم علاجاً لحالات مرضية معينة وإما لتنشيط الدورة الدموية والمفاوية ومن أنواع التدليك ما يلي:

- التدليك المسحي ويشمل التدليك المسحي السطحي والتدليك السطحي العميق.
- التدليك العجني.
- التدليك النقري.
- التدليك الاحتكاكي.
- التدليك الاهتزازي.
- التدليك الارتعاشي.
- التدليك المائي في المجال الرياضي.
- التدليك البارومتري.
- التدليك بتفريغ الهواء.

يؤدي التدليك إما بالزيت أو بالبودرة والغرض منه هو تسهيل الحركة لليد على الجسم بعد تديكته حتى يحتفظ بدرجة حرارته ولا يجوز عمل التدليك العام قبل مرور ساعتين على وجبة الطعام، ولا يجوز أن

تطول مدة التدليك عن نصف ساعة في أول الأمر على أن تزيد المدة في الجلسات التالية إلى أن تصل إلى ساعة كاملة، مع أخذ بعض تمرينات التنفس العميق قبل عملية التدليك والمقصود هو زيادة الشعور بالاسترخاء التام.

10-3-الحمام اليومي: إن الهدف من أخذ الحمام اليومي خاصة بالنسبة للرياضيين الذين يمارسون نشاطات تعتمد على الحمل والأثقال والقوة هو تنظيف الجسم من الأوساخ والجراثيم التي تلتصق بأجسادهم، وقد تحمل معها الكثير من الجراثيم المجهريّة والتي تنتقل إلى داخل الجسم لتصيبه بالعدوى والمرض عن طريق مسامات الجلد والعرق الى جانب أن الحمام بعد الجهد العضلي ينشط الدورة الدموية وينعش العضلات ويعطيها قابلية التمدد والاسترخاء.

10-4-حمام الصونا: هي إحدى الوسائل الفعالة للإسراع بعلميات استعادة الشفاء خاصة في المراحل التي يتلقى فيها الرياضي أحمالا ذات شدة عالية، حيث يؤدي استخدامها إلى تغيرات إيجابية في المراكز العصبية العليا، وكذلك تعمل على تحسين سريان الدم بالأنسجة الطرفية، كما تعمل على إخراج نواتج التفاعلات والسموم مع العرق الغزير خلال الصونا (مكي، مناتي، 2016: 72) والصونا أنواع أهمها الصونا الجافة والصونا البخارية .

10-5-الحمام الشمسي:

إن لون الجلد يلعب دورا كبيرا في شكل الجسم وفي تحكيم مسابقات كمال الأجسام، فاللون البرونزي الفاتح الناتج من التعرض لأشعة الشمس يدل على الحيوية والقوة. ويجب أن يعرف اللاعب الطريق السليم للاستفادة منه، ويتلخص ذلك فيما يلي: يجب الحصول على اللون المطلوب بالتدرج خاصة لدى الأجسام البيضاء التي تأخذ وقتا أطول للتلون حتى لا تتعرض للمضاعفات الجلدية المكان: أن أحسن الأماكن لحمام الشمس هي المناطق الساحلية بجوار البحر او الحدائق أو القمم المرتفعة حيث يقل التراب الذي يقلل من وصول الأشعة فوق البنفسجية إلى الجسم، ويجب تغطية الرأس وتغميض العينان أو توضع عليها نظارات سوداء أو خضراء. (حنا وحنا، ب س: 128-129)

10-6-النوم:

يعتبر النوم الطبيعي أهم وسيلة للتخلص من الإرهاق والتعب، وتحسين من مقدرة الرياضي على التدريب بكفاءة فيؤدي ذلك إلى رفاهية تامة له وللمجتمع، فأتثناء النوم تنخفض جميع الوظائف اليومية للجسم ويعاد بناء خلاياه، ويخف معدل التمثيل الغذائي وتخزن الطاقة وعند الحصول على النوم الضروري لراحة الجسم فإنه يستيقظ بصورة طبيعية، دون استعمال جرس منبه، وهنا يعرف بأنه قد اخذ كفايته من النوم.

ومن شروط النوم الصحي: لضمان نوم صحي لأبد من توفر ثلاثة شروط هي:

○ الراحة الجسدية.

○ الاستقرار العاطفي.

○ الهدوء الفكري .

وللحصول على نوم صحي متوازن يجب:

○ تجنب السهر.

○ الابتعاد عن التدخين والمخدرات في الليل.

○ تجنب الادوية المنشطة والقهوة والشاي مساء.

○ النوم باكرا والاستيقاظ مبكرا.

○ أن تكون غرفة النوم نظيفة، مظلمة بعيدة عن الضوضاء وبها قدر كاف من التهوية.

○ تجنب الدخول إلى الفراش قبل الإحساس بالنعاس.

○ عدم القيام بالتدريبات المجهدة أو الحمل العضلي الزائد قبل النوم مباشرة.

○ اجتناب التفكير في حل المشكلات أو المواضيع المثيرة للقلق قبل النوم.

○ قراءة بعض القرآن أو صفحات من أي كتاب قبيل النوم.

○ استخدام غرفة النوم للنوم فقط.

○ تجنب النوم بعد تناول الطعام مباشرة.

○ تجنب تناول الأطعمة الدسمة أو كثيرة التوابل قبل النوم.

○ النوم على الجانب الأيمن لمنع ضغط المعدة على القلب.

على الرياضي وخصوصا ممارس كمال الأجسام أن يحرص على أخذ القدر الكافي من النوم بعد ممارسة

أي نشاط أو تمارين رياضية في حالة التدريب أو المنافسة، لأن العضلات تحتاج بين 24-72 ساعة

راحة حتى تستطيع الانطلاق في فترة تدريبية جديدة.

11. المنافسة في رياضة كمال الأجسام:

إن رياضة كمال الأجسام هي رياضة استعراضية تنافسية بالدرجة الأولى لها قوانينها وشروطها

وحركاتها وتقنياتها الخاصة بها تميزها عن غيرها من الرياضات، التنافس فيها لا يعتمد على الاحتكاك

الجسدي أو الفكري وإنما على قدرة اللاعب على إظهار واستعراض عضلات جسمه بالطريقة المثلى على

شكل وضعيات حركية في فترات زمنية محددة لا تتعدى بعض الدقائق فوق المنصة أمام لجنة التحكيم

والجمهور للتقييم وتحديد الأفضل، وعلى المشارك أن يكون في أقصى حالاته البدنية والنفسية. وتمر هذه المنافسة على مرحلتين، الأولى في الفترة الصباحية وهي مرحلة تصفوية أين يتم فيها تصفية واختيار الأفضل بين المتنافسين. أما الفترة المسائية وتسمى بالدور الثاني وفيها يجبر المتنافسين على ارتداء زي خاص (Maillot de bain) ورقم خاص به، ويتم الاستعراض عبر ثلاث جولات كل جولة استعراضية لها خصائصها وطرق حسابها الأولى وضعية الارتخاء (Pose relâchée) الهدف منها هو إبراز مدى تناظر الجسم، وتمائل وتناسق عضلاته، والثانية فتسمى بوضعية الشد (Pose imposée) وتأخذ سبع وضعيات، أما الثالثة وتسمى بالوضعية الحرة (Pose libre) ثم تأتي المرحلة الرابعة وهي مرحلة اختيار البطل الفائز بالدورة ومن ثم إعلان الاختتام ونهاية المسابقة.

ولمزيد من التفصيل سوف نتطرق الى أهم الجولات وبالتفصيل لكن قبل ذلك يجب معرفة الفئات التي تتنافس على اللقب وخطواته وكذا التحكيم وخصائصه ومنها:

11-1- مختلف الفئات في رياضة كمال الأجسام:

- أقل من 65 كلغ.
- أقل من 70 كلغ.
- أقل من 75 كلغ.
- أقل من 80 كلغ.
- أقل من 90 كلغ.
- أكثر من 90 كلغ. (Magazine Muscle and fitness, 1989, P23)

11-2- نسب أجزاء الجسم الكامل:

- أن يكون مقياس الذراع والرقبة والسمانة (الساق) متساويا.
- أن يكون الوزن = الطول - 100 سم تقريبا.
- محيط الذراع أكبر من محيط الرسغ حوالي 2,28 مرة.
- محيط الصدر = محيط الرسغ × 6.
- محيط الوسط = 70 % من محيط الصدر.
- محيط الفخذ = محيط الركبة × 1,53.
- محيط السمانة = مفصل القدم × 1,72 (حنا، وحنا، ب س: 18)

11-3- إجراءات التحكيم التمهيدي:

عادة ما يلجأ منظمي المسابقات لرياضة كمال الأجسام سواء على مستوى الاتحاد الدولي أو الاتحادات الإقليمية أو المحلية إلى استدعاء هيئة الحكام للاستعانة بهم في تحكيم المنافسة وهم:

- رئيس الحكام (رئيس لجنة التحكيم).
- سكرتير لجنة التحكيم.
- (07) حكام من (07) دول مختلفة وقد تصل إلى 9 حكام.
- اثنين (02) من الخبراء الاخصائيين لحساب الدرجات.
- مراقب الوقت.
- رئيس المرشدين وعدد مناسب من المرشدين الذين يقومون بمهام الدليل للمتسابقين.
- مدير المراسيم والاحتفالات أو المعلق.

ملاحظة: في البطولات العالمية والقارية تتم عملية التحكيم التمهيدي في اليوم السابق على العرض النهائي.

11-4- معايير التحكيم في رياضة كمال الأجسام:

يبنى الحكام في رياضة كمال الأجسام أحكامهم على عدة معايير أساسية هي:

- حجم العضلات (لا يبحث الحكام على الضخامة فقط بل على التوازن والشكل).
- التقسيم.
- التناسق.
- التناسب.
- الظهور العام على المسرح.

11-5- القانون الدولي لكمال الأجسام وطريقة التحكيم:

فيما يخص الأطوال أو القامة فإن القانون الخاص بالمسابقة النهائية يصنفهم كما يلي:

- أقل من 168 سم فئة الطول القصير.
- أقل من 172 سم فئة الطول المتوسط.
- فوق 172 سم فئة الطول الطويل.

11-6- كيفية تنقيط العروض من قبل الحكام:

عرض فردي لكل متسابق: الوضع الأمامي والخلفي والجانبى وتقدر الدرجات للأوضاع الثلاثة من صفر إلى 20 وأن تكون الأوضاع طبيعية مع مراعاة أنه ممنوع منعاً باتاً أي شد للعضلات أو أي وضع

آخر، ويستبعد من المسابقة المخالف لهذا الشرط. يقوم كل متسابق بعرض أوضاع اختيارية لمدة أقصاها دقيقة واحدة بحيث لا تزيد مدة الوضع الواحد عن 10 ثواني ويقدر لجميع الأوضاع من صفر إلى 20. تتساوى في هذه المسابقة جميع الأطوال مهما اختلفت.

11-7- نظام التحكيم في منافسة رياضة كمال الأجسام:

تقوم بالتحكيم هيئة مكونة من خمسة محلفين (طبيب وأخصائي تربية بدنية وحكيم لرفع الأثقال).

- يقدر كل محكم حسبما يرى " درجة للمتسابقين من صفر الى 20 درجة.
- تجمع الدرجات المقدرة للمتسابق بعد استبعاد أقصى وأعلى درجة.
- يفوز بالبطولة المتسابق الذي يحصل على أكبر مجموعة من الدرجات في الدوريتين ويمنح لقب - أكمل جسم رياضي - سواء كان هذا البطل من الطول الطويل أو المتوسط أو القصير ويصبح بطل العالم في جميع الفئات. (آل عبد الله، 1992: 72)

11-8- مقاييس توزيع درجات التحكيم: توزيع درجات التحكيم كالاتي:

- التناسق العضلي = 10 نقاط.
- التكتل العضلي = 10 نقاط.
- اللياقة البدنية = 20 نقطة.
- الأوضاع = 6 نقاط.
- الوجه، الجلد، الاسنان، المشية = 4 نقاط.
- مجموع الدرجات = 50 نقطة. (حنا وحنا، ب س: 28)

ملاحظة: في مسابقات الهواة هناك تحديد للأطوال والأوزان بحيث يتنافس ذوا الأطوال المتقاربة والأوزان المحددة في هذه المسابقات الخاصة بالهواة وهي 70،80،90 وفوق 90 كلغ. أما المحترفون فليس هناك تحديد في فئة الطول أو الوزن، ولكن في بعض الأحيان يوضعون في تصنيف واحد على اعتبار أن ما تحت 200 رطل وما فوق 200 رطل فئات منفصلة من حيث التحكيم. (حسنيين، ب س: 183).

11-9- جولات وعروض المنافسات الرسمية:

▪ **الجولة الأولى:** وهي جولة إجبارية حيث يدخل كل المتنافسين بإيعاز من الحكام، ثم يطلب من كل لاعب الوقوف في اتجاه الحكام مع القيام بنفخ الإبطين وإظهار عضلاته مع الحفاظ على باقي العضلات الأخرى في حالة استرخاء، وتسمى هذه الوضعية بالوقفة الطبيعية. وبعدها يطلب منهم الاستدارة أولاً باتجاه اليمين بهدف إظهار الجانب الأيسر من الجسم ثم الاستدارة باتجاه الخلف، ثم باتجاه

اليسار ليتسنى للحكام رؤية جسم اللاعب من اتجاهات مختلفة (أمامي، أيسر، أيمن، خلفي) من أجل مقارنة أجساد المتنافسين من حيث الحجم والشكل والتناسق بين المجموعات العضلية المختلفة. (هيكل، 2004: 126)

▪ **الجولة الثانية:** وفيها ينتقل المتنافسون إلى أسلوب العرض بالأوضاع الإيجابية السبع، وهو الأسلوب الوحيد المعتمد عالميا في البطولات بالنسبة لجولات التحكيم التمهيدية أو ما يعرف بجولات التحكيم الصباحية حيث يجب على المتنافس أن يؤدي فيه سبع وقفات إجبارية وفق تسلسل معين. (أحمد، 2011: 137)

▪ **الوضع الإيجابي الأول Double biceps de face:** (الوقفة الأمامية للعضلات ثنائية الرؤوس العضدية) وتكون من خلال:

- تثبيت قدمي اللاعب على الأرض مشكلا حرف (V) مع ترك مسافة كبيرة بين القدمين.
- ثني الركبتين قليلا مع شد عضلة الفخذ الأمامية (العضلة رباعية الرؤوس).
- سحب عضلات البطن إلى الداخل وإخراج الهواء (الزفير) مع تثبيت الوضعية لفترة.
- العمل على إبقاء عضلات الصدر والكتفين مرتفعة.
- رفع عظم (العضد) لكلتا الذراعين بحيث يكون متوازيا مع الأرض مع إبقاء المرفقين مرتفعين قليلا ثم الضغط بشدة على عضلتي البيسبس والبقاء دون تحرك وبتركيز أكبر
- المحافظة على الرقبة منتصبة والرأس مرفوع. (أحمد، 2011: 128)
- **الوضع الإيجابي الثاني Dorsaux de face:** (الوقفة الأمامية للعضلات الظهرية العريضة) تثبيت قدمي اللاعب على الأرض مشكلا حرف (V) أو على شكل الرقم (11) على ألا يترك مسافة كبيرة بين القدمين.

- ثني الركبتين بمسافة قليلة ثم القيام بشد عضلة الفخذ الأمامية (العضلة رباعية الرؤوس الفخذية).
- سحب منطقة البطن إلى الداخل والقيام بالزفير مع تثبيت الوضعية.
- تثبيت قبضتي اليدين والإبهام عند العضلة البطنية المائلة من منطقة الخصر.
- القيام برفع الكتفين إلى أقصى حد من العلو حتى يمكن القيام بسحب ومد عضلة الظهر العريضة.
- القيام بشد عضلات الصدر والثبات على الوضع. (أحمد، 2011: 130)
- مع الإشارة إلى أن تنفيذ هذا الوضع يكون من الأسفل إلى الأعلى وليس العكس.

▪ **الوضع الإيجابي الثالث Biceps cage:** (الوقفة الجانبية لعضلة الصدر)

- إذا أراد اللاعب عرض الجانب الأيمن من الصدر فعليه بالالتفاف إلى جهة اليسار بمقدار ربع لفة ثم القيام بالاستناد على القدم الأيسر وتثبيتها جيدا على الارض.
- سحب الرجل اليمنى والضغط على الفخذ الأيسر عن طريق التقريب بينهما، ثم ثني مفصل الكاحل الأيمن وشد عضلة البطة للساق الأيمن.
- القيام بسحب عضلات البطن إلى الداخل والقيام بالزفير مع تثبيت الوضعية.
- العمل على مرونة الكتف الأيمن عن طريق رفعه والقيام بسحبه للخلف وبهذا يتم سحب الجهة اليمنى من عضلة الصدر وابرار الزاوية الهلالية منه.
- القيام بسحب الساعد الأيمن إلى الأعلى بقبضة اليد اليسرى على معصم اليد اليمنى باتجاه الأسفل ثم الضغط بالذراع الشمال على جهة الشمال من عضلات الصدر ثم دفعها باتجاه ناحية اليمين قليلا.
- بعد التأكد من ضغط قبضة اليد اليسرى على معصم اليد اليمنى، يجب القيام بشد عضلة البيسبس للذراع الأيمن بدقة حتى تكتمل جمالية هذه الوقفة ثم الثبات عليها.
- المحافظة على انتصاب عضلات الرقبة وإبقاء الرأس مرفوعا. (أحمد، 2011: 132)
- **ملاحظة:** هذا الوضع يتكون من جزأين الجزء الأول. يجب على المتنافس أن يبدأ بتنفيذه من الأسفل إلى الأعلى، أما الجزء الثاني فإن المتنافس يبدأ بتنفيذه من الأعلى نحو الأسفل.
- **الوضع الإجباري الرابع Double biceps de dos:** (الوقفة الخلفية للعضلات ثنائية الرؤوس العضلية)
- يجب على اللاعب أن يقف في الاتجاه العكسي أي أن يقف وظهره في اتجاه الحكام ويقوم بتثبيت قدمه اليمنى على الأرض مع ثني الركبة قليلا إلى اليمين، وبعدها على اللاعب إرجاع القدم والساق الأيسر مسافة (50) سم تقريبا وفي النهاية القيام بشد عضلة البطة للساق الأيسر مع الثبات على هذا الوضع.
- بعد الانتهاء من القيام بالحركات الأولى والثبات على الوضع يقوم اللاعب بشد عضلات الإليتين ودفعهما الى الأمام مع الشد في نفس الوقت لعضلات أسفل الظهر.
- رفع كلتا الذراعين إلى الأعلى ثم إنزالهما بتقريب لوح الكتفين إلى أقصر مسافة فاصلة بينهما.
- بعد ذلك على اللاعب دفع لوح الكتفين إلى الخارج ومد العضلات الظهرية العريضة إلى أقصى اتساع ممكن.

○ رفع عظم (العضد) لكنتا الذراعين مع ابقاء المرفقين مرتفعين قليلا ثم القيام بشد عضلة البيسبس بأقصى قوة. (أحمد، 2011: 134)

▪ **الوضع الإجباري الخامس** Triceps meilleur profil: (الوقفة الخلفية للعضلات الظهرية العريضة)

○ على اللاعب أن يقف وظهره في اتجاه الحكام ويقوم بتثبيت قدمه اليسرى على الأرض مع ثني الركبة قليلا إلى اليسار وبعدها على اللاعب إرجاع القدم والساق الأيمن مسافة (50) سم تقريبا وفي النهاية القيام بشد عضلة البطة للساق الأيمن مع الثبات على هذا الوضع.

○ بعد الانتهاء من القيام بالحركات الأولى والثبات على الوضع يقوم اللاعب بشد عضلات الإليتين ودفعهما إلى الأمام مع الشد في نفس الوقت لعضلات أسفل الظهر.

○ ثم القيام بتثبيت قبضة اليدين والإبهامان عند العضلة البطنية المائلة من منطقة الخصر.

○ بعد ذلك على اللاعب رفع الكتفين إلى الأعلى حتى يمكنه سحب ومد عضلة الظهر العريضة لأقصى مد ممكن. (أحمد، 2011: 136)

▪ **الوضع الإجباري السادس** Dorsaux de dos: (الوقفة الجانبية للعضلة ثلاثية الرؤوس العضدية).

○ القيام بالالتفاف إلى جهة اليسار بمقدار ربع لفة لإظهار عرض عضلة التريسبس للذراع الأيمن.

○ القيام بتثبيت القدم اليمنى مع ثني بسيط في مفصل الركبة اليمنى.

○ القيام بإرجاع القدم والساق الأيسر لمسافة (50) سم مع الاستناد على مشط القدم الأيسر عن طريق ثني مفصل الكاحل مع انثناء بسيط في مفصل الركبة اليسرى أيضا.

○ القيام بسحب عضلات منطقة البطن إلى الداخل مع الزفير.

○ القيام برفع الكتف الأيمن إلى الأعلى ثم إرجاعه نحو الخلف.

○ القيام بإنزال الذراع الأيمن باتجاه عمودي نحو الأرض مع سحب قليل لعضلات الذراع الأيمن نحو الجسم باتجاه العضلة الظهرية العريضة عن طريق تشبيك أصابع اليد اليمنى مع أصابع اليد اليسرى التي تقوم بعملية السحب، ثم القيام بشد العضلة ثلاثية الرؤوس العضلية (التريسبس) والثبات على هذه الوضعية.

ملاحظة: في هذا الوضع يجب على المتنافس أن يبدأ بتنفيذه من الأسفل إلى الأعلى وليس العكس.

(أحمد، 2011: 138-139)

▪ **الوضع الإيجابي السابع** Cuise et abdominaux: (وقفة عضلات البطن والأفخاذ)

- القيام بتثبيت إحدى القدمين على شكل زاوية منفرجة مع انثناء بسيط في مفصل الركبة.
- القيام برفع الذراعين إلى أعلى مدى مع ثني المرفقين ثم القيام بإنزال الكتفين خلف عظام القحف مع شد عضلي البيسبس والثبات على هذا الوضع، كل هذا الوضع يتم في مواجهة الحكام.
- القيام بإخراج الزفير من الرئتين وشد العضلات البطنية المستقيمة والعضلات المنشارية مع الثبات على هذه الوضعية.

- القيام بتثبيت أمشاط القدم اليسرى مع شد العضلة رباعية الرؤوس الفخذية.

ملاحظة هذا الوضع يتكون من جزأين الجزء الأول على المتناسق أن يبدأ حركاته من الأسفل إلى الأعلى، والعكس في الجزء الثاني يكون من الأعلى نحو الأسفل. وبعد الانتهاء من أداء الوقفات الإيجابية السبع على المتناسق الوقوف بوضعية الوقفة الطبيعية، كما أنه تجدر الإشارة إلى أن الوقت المسموح به في استعراض كل وضعية من الوضعيات السبع بين 6-10 ثواني وبعد الانتهاء من العرض لكل المتنافسين يطلب منهم الوقوف ثم الالتفات 4 لفات إلى جهة اليمين لتمكين الحكام من مقارنتهم من مختلف الزوايا. وبذلك تنتهي الفترة الصباحية. (أحمد، 2011: 141-142)

▪ **الجولة الثالثة:** بعد الانتهاء من المرحلة الثانية بوضعياتها السبع ينتقل المتنافسون إلى العرض

الأخير ويسمى بالعرض الحر وهو عبارة عن عرض لمجموعة من الحركات والوضعيات يختارها اللاعب بنفسه ولا تخضع لأي شرط، وتكون مصحوبة بخلفية موسيقية من اختيار اللاعب، وتعتمد هذه الجولة أساساً على التركيز الجسدي والذهني وقوة التأثير على الحكام من خلال تناغم الحركات ولغة الجسد (التعبير بالحركات من خلال إبراز العضلات) والموسيقى. (هيكل، 2004: 145)

مدة الاستعراض لكل متسابق دقيقة واحدة للهواة وبزمن أكبر للمحترفين في حدود دقائق. وفي نهاية الجولة يقيم كل لاعب في الجولات الثلاث وباعتبار قاعدة الحذف لأعلى وأقل تقدير يحصل عليه في نهاية كل جولة عند تقييم من مائة باعتبار أننا حذفنا رأي حكمين من سبعة حكام كل منهم 20 درجة يصبح الحد الأقصى الذي يقيم فيه اللاعب 5 حكام \times 20 درجة لكل حكم أي مائة درجة وبالجولات الثلاثة تصبح درجته الكلية مقيمة من 300 درجة كنهاية عظمى. (حسنين، ب س : 185) ومن الأمور التي يجب على اللاعب أخذها بعين الاعتبار أثناء العرض الإيجابي والحر هو النظر إلى عيون الحكام والابتسام مع تجنب الحركات المتقطعة وغير المتكاملة وتقادي الأوضاع الارتجالية وغير المدروسة مع اختيار لون الدهن المناسب للبشرة والابتعاد عن ارتداء كل ما يمكنه لفت وجلب الانتباه والتشويش على الأداء من اكسسوارات أو لون الشعر أو تسريحته مع إتقان وترابط الحركات التي من

المفضل أن تكون قليلة وبسيطة، مع الابتعاد عن التسوية والمبالغة والتهرج إلى جانب التركيز الجيد من خلال أخذ الوقت الكافي لأداء الحركات وعدم التعجل والتسرع. (أحمد، 2011: 146)

▪ **الجولة الرابعة:** تعتبر هذه الجولة أهم مرحلة حيث يتم فيها اختيار المتنافسين الأكثر بروزا والذين سيأهلون للتباري على المرتبة الأولى والفوز باللقب، وتكون بطريقة مختلفة عن الجولات الأخرى بحيث يقف المتنافسون في تشكيل واحد، ثم يقومون باستعراض جماعي والأكثر تميزا يختار من طرف الحكام كفائز باللقب والألقاب هنا تختلف قيمتها المادية من مرحلة إلى أخرى ومن مستوى إلى آخر.

12. فوائد وأضرار ممارسة رياضة كمال الأجسام:

تعتبر رياضة كمال الأجسام من الرياضات التي تلقي رواجاً بين جميع الأعمار والفئات خاصة وأنها تحقق هدفي الصحة والجمال من خلال إكساب الجسد القوام المشقوق وتخليصه من الدهون وتحفز بناء العضلات وزيادة حجمها، إضافة إلى العديد من الفوائد والتي من أبرزها:

12-1- الفوائد الجسدية لرياضة كمال الأجسام:

- تعمل على بناء جسد مرن قادر على حمل أشياء ثقيلة.
- تساعد في ضبط ضغط الدم لمن يعانون من الضغط العالي.
- تؤخر ظهور أعراض الشيخوخة عند كبار السن.
- تقوي عضلة القلب كما تزيد من النشاط الذهني.
- تساعد على زيادة إفراز الهرمون الذكوري وبالتالي تسهم في زيادة القدرة الجنسية.
- — تسهم في علاج التشوهات التي تصيب الهيكل العظمي من خلال زيادة كثافة العظام وقوتها وصلابتها.
- تحسين عمل المفاصل ومقاومة الأمراض التي قد تتعرض لها مع تقدم العمر.
- تساعد مقاومة الكسل والإرهاق وزيادة النشاط البدني.
- تساعد في التخلص من جميع آلام الظهر.
- تحافظ على نضارة البشرة وشبابها وتأخر الشيخوخة للجسم والبشرة.
- تساعد على التحكم في الوزن.
- تساعد في علاج البدانة والنحافة (الغير مرضية).
- تؤدي إلى رفع سرعة التمثيل الغذائي.
- تؤخر من احتلال الدهون مكان العضلات.
- تعطي للجسم قدرة أكثر على تحمل الصدمات والحوادث.

- . تقلل من احتمالات الإصابة بمرض السكر .
- تقي من هشاشة العظام . (مفتي، 2004: 23)
- . تزيد في الكتلة العضلية للجسم مما يؤدي إلى تحسين شكل العضلات.
- . تدخل في الاعداد البدني للعديد من الرياضات الأخرى.
- . تساعد على حرق المزيد من السعرات الحرارية مما يؤدي الى حرق المزيد من الدهون.

12-2-الفوائد النفسية لكمال الأجسام:

- . تمنح الإحساس والشعور بالانتعاش والحيوية.
- . تعمل على تحسين الحالة المزاجية للممارس.
- . تساعد على التخلص من جميع أنواع الاكتئاب والتوتر والقلق.
- - تقلل من الضغط العصبي والتوتر .
- - ترفع من مهارات التفكير والتذكر والتخطيط في العمل.
- - تقوي الثقة بالنفس وتزيد من احترام الذات.
- - تساعد على تطوير صورة الذات الايجابية.
- - تحسن من مستوى الطاقة الذهنية (التركيز والانتباه).
- . مقاومة الحالات الانفعالية الشديدة.
- . تقليل المشكلات الناجمة عن سلبيات مفهوم الذات المرتبطة بالسمنة أو النحافة.
- . تحسن عادات النوم.
- . التمتع بدرجة أكبر بوقت الفراغ.
- . تحسن كفاءة نمط الحياة.
- . تزيد من فرص التفاعل الاجتماعي.
- . تحقق زيادة فرص النجاح في المواقف الاجتماعية.
- . تسهم في الارتقاء بالمستوى الصحي للشخص واقتراه من الصحة النموذجية.
- . تسهم في إعطاء الشخص نظرة تفاؤلية للحياة. (مفتي، 2004: 23، 40، 41، 42)

12-3-أضرار رياضة كمال الأجسام الجسدية:

تعتبر رياضة كمال الأجسام من الرياضات التي تلاقي إقبالا عالميا لممارستها فهي تقوي الجسم وتعطيه المظهر المثالي لذلك يسعى الأشخاص إلى ممارستها على اختلاف أعمارهم ونوع جنسهم غير أن لها مضار وسلبيات من شأنها أن تكون خطرا عليهم وعلى حياتهم ومنها:

- حدوث ألم في الرأس، نتيجة للضغط الشديد.
- زيادة احتمال الإصابة بالأزمات الدماغية الوعائية.
- حالات نزيف الأنف.
- الصداع المزمن.
- الصلع بسبب تساقط الشعر المستمر.
- الإضرار بالنظر والعيون.
- أمراض القلب وخصوصاً تضخم عضلة القلب.
- زيادة نسبة الكوليسترول في الدم.
- ارتفاع ضغط الدم بشكل أكبر من المستوى الطبيعي.
- ظهور بقع حمراء على الجلد، وحب الشباب، نتيجة لتناول المنشطات المختلفة.
- انتشار وتكاثر وظهور الحبوب على مختلف مناطق البشرة وخصوصاً الوجه.
- آلام المعدة المستمرة والشديدة.
- تناول بعض اللاعبين أنواع من الحبوب التي من شأنها إحداث اضطرابات في الكبد والكليتين.
- ضمور في الخصيتين.
- تضخم في البروستاتا.
- حدوث تضخم في الثديين.
- انخفاض مناعة الجسم وإضعافها.
- الإصابة بالالتهابات المختلفة بسهولة.
- تلف الأعصاب والعضلات والعظام.
- زيادة احتمالات الإصابة بهشاشة العظام على المدى البعيد.
- التشنجات العضلية: كثرة الاصابات بتمزق في الأوتار أو أربطة العضلات.
- التأثير على النمو: خاصة في حالة بدأ الشخص بممارسة هذه التمارين في سن الطفولة أو المراهقة الأولى.
- النمو غير الطبيعي في بعض مناطق الجسم.
- تحويل العضلات إلى دهون في حالة التوقف عن ممارسة هذه التمارين.

12-4-أضرار رياضة كمال الأجسام النفسية:

- الاكتئاب والاضطرابات النفسية.
- التصرفات العدوانية والقلق والتوتر.
- نسيان الحياة الشخصية: تكريس الحياة لتكبير العضلات وبنائها، دون الاهتمام لأيّ أمر آخر في الحياة.
- التوتر، والعصبية، والغضب والعدوانية.
- الإصابة بالإحباط خصوصا عند المبتدئين.
- فقدان الثقة بالنفس.
- الإدمان على المنشطات بسبب الاعتماد عليها لزيادة القدرة على التحمل.
- العجز الجنسي وآثاره على نفسية الرياضي.

خلاصة:

يسعى ممارسو رياضة كمال الأجسام إلى تحفيز عضلات أجسادهم من أجل تضخيمها وذلك للوصول إلى الجسم المثالي. هذا من خلال نمط معيشي خاص يعتمد على التدريبات العضلية الشاقة والنظام الغذائي المعتمد على كل عناصر الغذاء بالإضافة إلى المكملات والمنشطات، هي رياضة يتنافس فيها الرياضيين ليس من أجل الحصول فقط على اللقب والفوز بمستتر أولمبياد ولكن للوصول إلى الكمال الجسدي والقوام المثالي والشهرة. هي رياضة تحتاج إلى تسطير أهداف قريبة وبعيدة المدى بتوجيه ومتابعة من مدرب متخصص ونظام تدريبي و غذائي ومعاشي مخطط ليس فيه مجال للخطأ، هي رياضة الجميع الصغار مثل الكبار، النساء مثل الرجال، الأصحاء مثل المعوقين، الأغنياء مثل الفقراء ... إلخ. هي رياضة تمارس في كل الفصول وتحت كل الظروف في القاعات والبيوت وحتى في الشارع. هي رياضة لها مرجعيتها وقوانين تحكيمية خاصة تخضع لها، يشارك ممارستها ككل الرياضات في أكبر المحافل الدولية، لها متتبعيها ومشاهيرها إنها ببساطة رياضة الصحة والجمال والكمال.

الفصل الخامس :

الإطار المنهجي للدراسة والإجراءات الميدانية

تمهيد:

1. منهج الدراسة الأساسية:
2. الدراسة الاستطلاعية:
3. مجتمع وعينة الدراسة:
4. التصميم التجريبي للدراسة:
5. أدوات الدراسة:
6. حدود الدراسة:
7. الضبط الإجرائي لمتغيرات الدراسة:
8. إجراءات الدراسة:
9. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

خلاصة:

تمهيد:

تناولنا في هذا الفصل منهج الدراسة والإجراءات التي قمنا بها بغرض تحقيق أهدافها والإجابة على أسئلتها وكذا التحقق من فرضياتها، وتمثلت الإجراءات في اختيار المنهج المناسب لها، اختيار عينتها وكذلك أهم الخطوات التي قمنا بها لتحقيق أهدافها وملخص لأهم الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها في استخراج النتائج.

1. منهج الدراسة الأساسية:

إن اختيار المنهج المناسب لأي بحث علمي يتحدد بطبيعة الموضوع ونوعه وهو لا يخضع لمبدأ الذاتية أو الصدفة، بل هو اختيار دقيق ومحدد، يتبناه الباحث ويتبعه في كل مراحل دراسته، بغية الوصول إلى نتائج علمية موضوعية، يمكن تعميمها والاستعانة بها مستقبلاً وهذا ما أشار إليه محمد سرحان بأن المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة موضوع من بداية بحثه إلى نهايته للوصول إلى الحقائق (المحمودي، 2019: 14) وبما أن الأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة هي الكشف عن مدى فاعلية التطبيق الهاتفي التوعوي في زيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، فإن المنهج المناسب هو المنهج شبه التجريبي، وهو منهج يتم فيه التحكم النسبي بالمتغيرات التي تؤثر في ظاهرة ما باستثناء متغير واحد نقوم بتطويعه وتغييره بهدف تحديد وقياس أثره على الظاهرة موضع الدراسة، وعليه فإننا نرى بأن هذا المنهج أي المنهج شبه التجريبي هو الأنسب والأكثر ملائمة لموضوع الدراسة الحال.

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه، كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف والإمكانات المتوفرة في الميدان، ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث (العيسوي، 1989: 118).

وقد تم القيام بالدراسة الاستطلاعية في شهر مارس 2022، للوقوف على الظروف التي سيتم فيها إجراء موضوع الدراسة الحالية، والتعرف على مدى استعداد المسؤولين عن أفراد العينة للتعاون معنا، ومن أجل ذلك تم إجراء عدة لقاءات مع مسئول القاعة ومساعديه من المدربين بعد أن تم اخذ الموافقة، كما تم توضيح كل تفاصيل وإجراءات البحث الميداني.

وقد ضم مجتمع الدراسة (120) ممارسا لرياضة كمال الأجسام المنخرطين في قاعة سمير جيم بالمسيلة وكان اختيارهم بطريقة قصدية، ثم تم اخذ (60) رياضيا من العينة الأساسية المقدره عددها ب

(80) رياضيا مع ملاحظة ان العينة الاستطلاعية (60) رياضيا تم الاعتماد عليها في عينة الدراسة الأساسية والمقدرة ب (80) ممارسا لرياضة كمال الاجسام تم إجراء مقابلات شفوية معهم لشرح أهداف الدراسة.

▪ أهداف الدراسة الاستطلاعية:

لقد سعينا من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق الأهداف البحثية التالية:

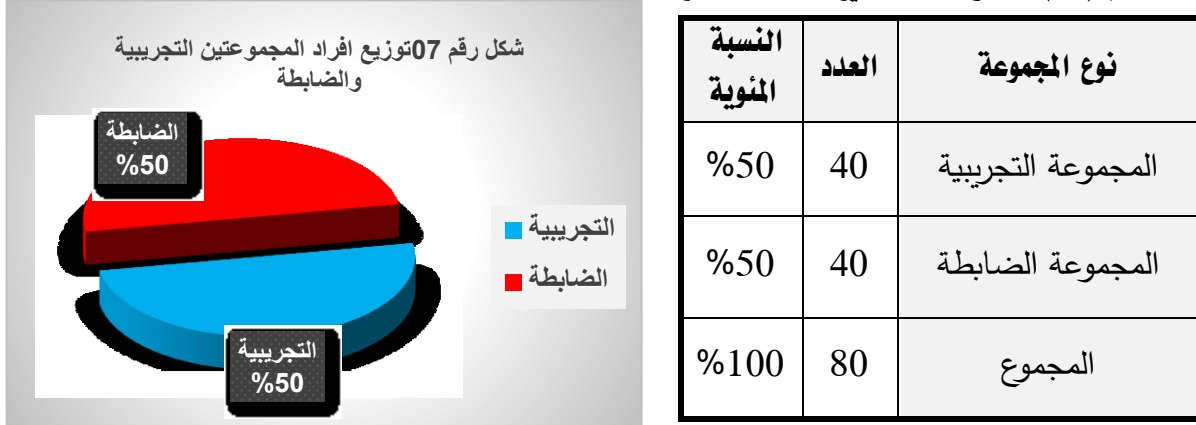
- ✓ التعرف والاطلاع أكثر على مجتمع الدراسة.
- ✓ تحديد عينة الدراسة والتقرب منها أكثر ومعرفة الصعوبات التي يمكن مواجهتها خاصة التقنية منها توفر الأجهزة (الهاتف الذكي، الإشارة...).
- ✓ معرفة مدى موثوقية وعلمية (الخصائص السيكومترية) لأدوات الدراسة (مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة).
- ✓ جمع المعلومات والبيانات لبناء وتصميم تطبيق هاتفي توعوي، بما يتوافق مع العينة المستهدفة والظروف البيئية والإمكانات المادية المتاحة في قاعات التدريب.
- ✓ معرفة مدى ملائمة وفهم أدوات الدراسة بالنسبة للرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام.
- ✓ استكشاف ميدان الدراسة الأساسية
- ✓ التعرف على مدى ملائمة البنود لعينة البحث المتمثلة في شريحة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام
- ✓ ضبط أهم السلوكيات المحفوفة بالمخاطر لدى رياضي كمال الأجسام.

3. مجتمع وعينة الدراسة :

المجتمع الأصلي ويتكون من مجموعة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام المنخرطين بقاعة التدريب سمير جيم بالمسيلة وعددهم 140 رياضي، تم اختيار عينة منهم 120 رياضي بطريقة قصدية، حيث تم سحب 40 منهم لعدم توفر بعض الشروط، في حين أن عينة الدراسة الأساسية تكونت من (80) رياضيا كلهم من جنس الذكور وتم تقسيمها إلى مجموعتين كل منها تحوي (40) رياضيا ممارسا لرياضة كمال الأجسام وقد تم توزيعهم توزيعا عشوائيا، إحداهما تسمى التجريبية والأخرى الضابطة، وقد روعي في اختيارها عدة اعتبارات هي كالتالي:

- أن يكون أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من نفس قاعة التدريب ومن مختلف الأصناف، وذلك قصد عزل المتغير " الظروف المحيطة بالرياضيين، ونوعية المؤطرين والمدربين وتكوينهم والإمكانات المتاحة.

- أن يطبق التطبيق الهاتفي التوعوي على المجموعة التجريبية فقط دون المجموعة الضابطة.
 - تكافؤ المجموعتين في المتغيرات مثل السن، مدة التدريب، والمستوى التعليمي.
- وقد اشتملت العينة الكلية على (80) ممارسا لرياضة كمال الأجسام وزعوا على مجموعتين (ضابطة، تجريبية) كما هو موضح في الجدول التالي:
- جدول رقم (11) يوضح كيفية توزيع أفراد العينة مع نسبة كل عينة.



نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن المجموعتين التجريبية والضابطة بنفس التقسيم لدواعي التصميم التجريبي حيث تم اختيارهم عشوائيا وإعطاء الحظوظ لكل فرد من أفراد مجتمع الدراسة البالغ عددهم (80).

4. التصميم التجريبي للدراسة :

إنَّ الطريقة المستخدمة لتحديد آثار التجربة تكون باستخدام مجموعة من الأفراد يعرضون إلى منبه أو يوضعون في موقف جديد، بحيث تؤخذ القياسات عن سلوك هؤلاء قبل وبعد التغيير في الموقف، وتسمى هذه المجموعة بالمجموعة التجريبية، غير أن التصاميم التجريبية لا تتحدد بهذه المجموعة فقط بل يلجأ الطالب إلى جمع البيانات من مجموعة أخرى من الأفراد لم يعرضوا للمنبه الجديد ولم يعيشوا أي تغيير في محيطهم، وتسمى هذه المجموعة الثانية بالمجموعة الضابطة.

وتستخدم المجموعة الضابطة لمراقبة ظروف التجربة نفسها، والتأكد من المتغير التابع هو نفسه في كلا المجموعتين، فإذا كان التغيير الملاحظ على المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي هو نفسه التغيير الملاحظ على المجموعة الضابطة، فإن هذا التغيير مرده إلى التجربة ذاتها كموقف أو إلى بعض العوامل الخارجية وليس المنبه التجريبي، أما إذا كان التغيير في المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة ففي هذه الحالة يمكن تفسير ذلك بتأثير المتغير المستقل (بوخص، 2016: 252).

ولمعالجة مشكلة الدراسة الحالية " فعالية تطبيق هاتفي مقترح لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، وفي ضوء المنهج الشبه

التجريبي فقد اعتمدنا التصميم الشبه تجريبي لعينتين متماثلتين أي التصميم مجموعتين المتكافئتين التجريبية والضابطة على النحو التالي:

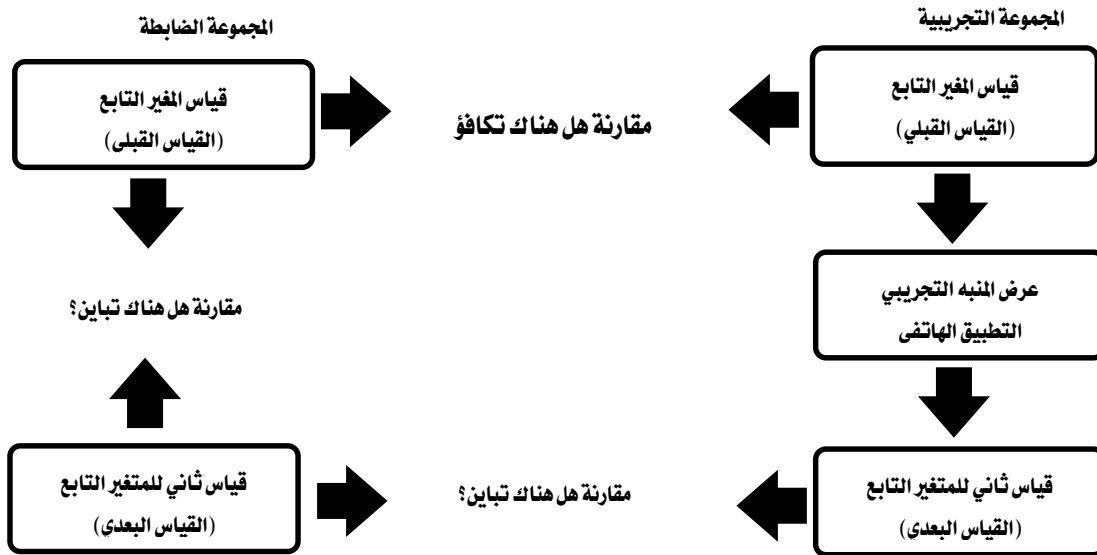
جدول رقم(12) يوضح المجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة التجريبية	1خ	استخدام تطبيق التطبيق الهاتفي المقترح	2خ
المجموعة الضابطة	1خ	عدم استخدام تطبيق التطبيق الهاتفي المقترح	2خ

حيث أن:

1خ= مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة القياس القبلي.

2خ= مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة القياس البعدي.



شكل رقم: (08) يمثل إجراءات التطبيق التجريبي على العينة التجريبية والضابطة. (بوحفص، 2016: 253

حيث قمنا بتقسيم عينة الدراسة لمجموعتين ضابطة وتجريبية (40 ممارس ضابطة و40 ممارس تجريبية)، ثم تطبيق مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة (قياس قبلي)، على المجموعتين ورصد النتائج بعد التأكد من تكافؤ المجموعتين.

وبعد ذلك قمنا باستخدام التطبيق الهاتفي للمجموعة التجريبية فقط بينما لم يطبق على المجموعة الضابطة ثم يطبق مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة (قياس بعدي)، على كلا العينتين، ورصد النتائج وتحليلها إحصائي.

وقد اتبع في هذه الدراسة التصميم التجريبي التالي:

G1: O 1 X O 2

G2: 0 1 _ 0 2

حيث أن:

G1: المجموعة التجريبية.

G2: المجموعة الضابطة.

O1 القياس القبلي لمقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة.

O2 القياس البعدي لمقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة.

X: المعالجة التجريبية وهي (استخدام التطبيق الهاتفي المقترح).

__ عدم استخدام التطبيق الهاتفي المقترح.

5. أدوات الدراسة:

بغرض تحقيق أهداف الدراسة قمنا بإعداد مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات الخطر وبناء وتصميم تطبيق هاتفي لدى فئة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام:

5-1- مقياس الوعي الصحي:

5-1-1- طرق تصميم وبناء مقياس الوعي الصحي:

بغرض تحقيق أهداف الدراسة قمنا بإعداد مقياس الوعي الصحي لدى فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام، وذلك لكون المقاييس المتوفرة غير ملمة بكل نواحي الوعي الصحي، إضافة إلى أن هذه المقاييس اهتمت بفئات معينة من التلاميذ، الطلبة، غير أنها لم تركز على فئة ممارسي رياضة كمال الأجسام بالمستوى المطلوب.

وبعد الاطلاع على الأطر الفكرية والمصادر والبحوث والدراسات السابقة التي تطرقت لهذا المجال والتي من بينها:

- مقياس الوعي الصحي علي رحيم محمد (2007): وقد بلغت فقرات المقياس (60) فقرة توزعت على أربعة مجالات ولكل منها (15) فقرة وهي: مجال التربية الغذائية، مجال العناية الصحية، مجال التربية الإيجابية، ومجال الوقاية من الأمراض.
- مقياس الوعي الصحي إعداد دريد، سوزان وزنكنة أحمد (2009): وهو مقياس يتكون م (89) فقرة إضافة إلى (6) فقرات لقياس مصادر المعلومات الصحية موزعة على خمسة مجالات الصحة والغذاء (21) فقرة، الأمراض المعدية (6) فقرات، صحة البيئة (13) فقرة، صحة الفرد (29) فقرة، المخدرات والتدخين (9) فقرات. ليكثرت ثلاثي أوافق، لا أوافق، لا أدري، مع إعطاء درجات (0،1،2) على التوالي للفقرات الإيجابية و (2،1،0) على التوالي للفقرات السالبة.

- مقياس الوعي الصحي إعداد عبد الحليم خلفي (2013): اشتمل مقياس الوعي الصحي على 32 فقرة تمثل ممارسات سلوكية مرتبطة بالوعي الصحي، ويتكون سلم الاستجابة من خمسة استجابات هي: درجة عالية جدا "05"، درجة عالية "04" درجات، درجة متوسطة "03" درجات ودرجة منخفضة "02" درجة، ودرجة منخفضة جدا "01"، 80% فأكثر مستوى وعي عال جدا 70-79,9% مستوى وعي صحي عالي، 60-69,9% 50-59,9%، اقل من 50% مستوى وعي منخفض جدا
 - مقياس الوعي الصحي لصليحة القص (2017): يتكون هذا المقياس من محورين محور الوعي الصحي الغذائي (18 بنداً)، ومحور الوعي الصحي (17 بنداً)، بمجموع 35 بنداً تتم الإجابة عليه وفق طريقة ليكرت الخماسية المتمثلة في: (أوافق بشدة، أوافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة) ويتم التصحيح بمنح الدرجات (1،2،3،4،5) مع حساب (35) كأدنى درجة و(175) كأعلى واعتبار مستوى الوعي الصحي بين 15-81 كمستوى منخفض وبين 82-128 كوعي صحي متوسط وبين 129-175 وعي صحي بمستوى مرتفع.
 - مقياس الثقافة الصحية للرياضيين لسليمان حماد (2020): يتكون المقياس من أربع محاور هي المحور الأول: الثقافة الصحية المرتبطة باستخدام المنشطات وتضمن 12 عبارة، المحور الثاني: الأخطار الصحية والآثار السلبية للمنشطات وتتضمن 16 عبارة. المحور الثالث: الثقافة الصحية المرتبطة باستخدام المكملات الغذائية وتتضمن 15 عبارة والمحور الرابع: الغذاء المتوازن كبديل لاستخدام المنشطات وتتضمن 17 عبارة وبذلك بلغ إجمالي عدد عبارات المقياس 60 عبارة.
- 5-1-2- وقد تم بناء هذا المقياس وفق الخطوات التالية:
- ❖ تحديد الهدف من المقياس هو التعرف إلى على مستوى الوعي الصحي لدى الممارسين لرياضة كمال الأجسام.
 - ❖ تقسيم محاور المقياس على 4 محاور -محور التغذية- محور الرياضة -محور الصحة العامة - محور المنشطات والمكملات.
 - ❖ صياغة عبارات المقياس: لقد تمت صياغة عبارات المقياس بحيث تكون مراعية لما يلي:
 - الدقة العلمية واللغوية.
 - محددة وواضحة وخالية من الغموض.
 - ممثلة للمحتوى والأهداف المنشودة.
 - ❖ وقد اعتمدنا عند صياغة عبارات المقياس إلى التنوع في البنود وذلك لقياس جميع المحاور كما تم توزيع الدرجات على الفقرات بحيث تكون الدرجة الكلية (207) درجة.

5-1-3- تصحيح المقياس:

يتكون مقياس الوعي الصحي في صورته النهائية من 04 محاور: محور التغذية ويتكون من 18 عبارة، محور الرياضة 17 عبارة، محور الصحة العامة 25 عبارة، ومحور المنشطات والمكملات 9 عبارات. وبذلك يشتمل المقياس ككل على 69 عبارة يتم تصحيحها بإعطاء (3) درجات في حالة الإجابة ب "دائماً"، ودرجتين في حالة الإجابة ب "أحياناً" ودرجة واحدة في حالة الإجابة ب "أبداً". مع الإشارة إلى أن كل العبارات موجبة. وعليه فإن أدنى درجة نظرية للمقياس هي (69) وأعلى درجة هي (207) وهذا يعني أنه كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك أن الفرد (الرياضي) لديه وعي صحي وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على أن الفرد ليس لديه وعي صحي كاف.

وقد تم تصنيف هذه الدرجات إلى ثلاث مستويات حسب الجدول التالي:

جدول رقم (13) يمثل مستويات الوعي الصحي بحسب الدرجات

الدرجات	مستوى الوعي الصحي
69	مستوى وعي صحي ضعيف
70 الى 139	مستوى وعي صحي متوسط
140 الى 207	مستوى وعي صحي مرتفع

5-1-4- الخصائص السيكومترية لمقياس الوعي الصحي:

أولاً: الصدق: ويقصد به أن يقيس ما وضع لقياسه فعلاً فالاختبار الصادق هو الذي يصلح لقياس صفة محددة دون غيرها وبالتالي فالدرجة المتحصل عليها تعد انعكاساً فعلياً لهذه الصفة.

أ- الصدق الظاهري: وقد تم التحقق من الصدق الأداة وذلك بعرضها على السادة المحكمين (الملحق

رقم (08) قائمة بأسماء الخبراء المحكمين للمقاييس ودرجاتهم العلمية وطلب منهم الإشارة إلى:

- إذا ما كانت العبارة تقيس ما قد وضعت له.
- تقديم ملاحظات من حيث وضوح العبارات ومناسبتها للسلوك المراد قياسه.
- مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.
- مدى انتماء كل عبارة لمحورها.

وفي ضوء الملاحظات التي أبدتها السادة المحكمين، قمنا بإجراء التعديلات في صياغة بعض العبارات حتى تزداد أداة الدراسة وضوحاً وملائمة لقياس ما وضعت لأجله، وقد تم الاتفاق بحسب آراء السادة الخبراء على الحفاظ على كل العبارات وعدم استبعاد أي عبارة منها مع تصحيح بعض الأخطاء اللغوية

أو تعديل في صياغة بعض المصطلحات أو تبسيطها. وبهذا أصبح المقياس في صورته النهائية يحتوي على (67) بندا موزعة على 4 محاور:

■ **محور التغذية:** والذي يشتمل على 18 عبارة (من 1 إلى 18). ويقصد به الجانب المرتبط بالتغذية والغذاء والذي يحتوي مخطط هيكلي به مجموعة من العناصر والتي تخص مصادر الغذاء (الخضر والفواكه، الألبان والأجبان، الأسماك واللحوم البيضاء والحمراء، الحبوب والبقوليات، المشروبات والعصائر والزيوت)، برامج التغذية (البرامج الخاصة بالتغذية في مرحلة التضخيم ومرحلة التنشيف، والبرامج الخاصة بالتغذية قبل، أثناء وبعد التدريب) وعناصر الغذاء والمتمثلة في (الألياف، البروتينات، الدهون، الكربوهيدرات، الفيتامينات، المعادن والماء).

■ **محور الرياضة:** والذي يتكون من 17 عبارة (من 19 إلى 35) والمقصود به الجانب المرتبط بالرياضة والتدريب ويشمل القواعد العامة لهذه الرياضة، برامج التدريب (برنامج تدريبي خاص بالتضخيم، وبرنامج تدريبي خاص بالتنشيف)

دليل التمارين وشمل (تمارين الإحماء، الإطالة، تمارين خاص بكل عضلة ...)

■ **محور الصحة العامة:** والذي يتكون من 25 عبارة (من 36 إلى 60) والمقصود به الجانب المرتبط بالصحة العامة والتي منها الصحة البدنية والجسدية والصحة النفسية والعقلية والصحة البيئية.

■ **محور المنشطات والمكملات** والذي يشتمل على 9 عبارات (من 61 إلى 69) والمقصود به كل ما يرتبط بالمنشطات الرياضية والمكملات من خلال التعرض لأنواعها ومقادير تناولها وفوائدها وأضرارها.

جدول رقم (14) بنود مقياس الوعي الصحي حسب كل محور

عبارات كل محور	محاور مقياس الوعي الصحي
01-02-03-04-05-06-07-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18	محور التغذية
19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35	محور الرياضة
36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60	محور الصحة العامة
61-62-63-64-65-66-67-68-69	محور المنشطات والمكملات

ب-صدق الاتساق الداخلي:

ويقصد به " قوة الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات الاختبار والدرجة الكلية للاختبار وذلك لحساب معامل بيرسون ". (الأغا، والأستاذ، 2004 : 110) وقد قمنا بتطبيق مقياس الوعي الصحي على 60 رياضيا ممارسا لرياضة كمال الأجسام .

• الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور والدرجة الكلية لمقياس الوعي الصحي ككل:

الجدول رقم (15) يوضح معاملات ارتباط الدرجات الكلية لمحاور مقياس الوعي الصحي مع الدرجة الكلية له

الدرجة الكلية للمقياس	المحور	الدرجة الكلية للمقياس □	المحور
0.942**	المحور الصحة العامة	0.821**	المحور التغذية
0.930**	المحور المكملات والمنشطات	0.895**	المحور الرياضة
** الارتباط دال عند (0.01)			

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمحور التغذية والدرجة الكلية للمقياس ككل (0.82)، وبالنسبة لارتباط محور الرياضة بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.89)، وبالنسبة لارتباط محور الصحة العامة بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.94)، وبالنسبة لارتباط محور المكملات والمنشطات بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.93)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق.

ج-صدق المقارنة الطرفية: تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوعي الصحي

القرار	مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الطرفين	
دال عند 0,05	0.018	2.811	30	4.320	79.33	16	الأعلى	الوعي
				18.829	57.16	16	الأدنى	الصحي

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك فرق واضح بين الطرفين حيث قدر المتوسط الحسابي للطرف الأعلى (79.33) في حين بلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى (57.16)، وهذا ما أكدته قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T test) التي بلغت (2.81) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى

الدلالة ألفا (0.05)، أي أن الفرق لصالح الطرف الأعلى، وبالتالي يمكن القول بأن مقياس الوعي الصحي صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

ثانيا: ثبات المقياس:

يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة أو الاتساق أو استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين (مقدم، 1993: 146) وللتأكد من ثبات مقياس الوعي الصحي قمنا باستعمال الطريقة التالية:

التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها وللمقياس ككل (0.57) وهي قيمة تدل على أن هذا المقياس ثابت، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (17) يوضح ثبات مقياس الوعي الصحي عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المحاور
69	0.573	المقياس ككل

5-2- مقياس سلوكيات الخطر:

5-2-1- طرق تصميم وبناء مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة:

بغرض تحقيق أهداف الدراسة قمنا بإعداد مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة بغية معرفة مستوى سلوكيات المخاطرة (الخطر) لدى فئة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام وبناء على ما تيسر للاطلاع عليه من الدراسات السابقة والمقاييس المتاحة والبحوث التي تناولت سلوكيات المخاطرة (الخطر)، الصحة والسلوك الصحي وحتى الاتجاهات نحو الصحة ومن بين أهم هذه المقاييس:

- مقياس سلوكيات الخطر لبهلول سارة أشواق (2009) الجزائر: تطرق مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة إلى ثلاث محاور رئيسية مستقلة، حيث كل محور يدرس سلوك معين: سلوك التدخين (7) فقرات، سلوك شرب الكحول (6) فقرات، وسلوك قلة النشاط البدني (6) فقرات، بمجموع 19 فقرة.

- مقياس السلوك الصحي الصمادي، احمد عبد المجيد والصمادي، محمد عبد الغفور. (2011) الاردن: يتكون هذا المقياس من 52 فقرة تقيس أربعة أبعاد رئيسية هي:

○ بعد الصحة العامة وتقيسه الفقرات: 1-11.

○ بعد العناية بالجسد وتقيسه الفقرات: 12-23.

○ بعد استخدام العقاقير وقيسه الفقرات: 24 - 32 .

○ البعد النفسي والاجتماعي وقيسه الفقرات: 33 - 52.

كبتت جميع فقرات المقياس بالصيغة الإيجابية ووضع أمام كل فقرة تدرج خماسي نوع ليكرت حيث أن دائما = 5 درجات، غالبا = 4 درجات، أحيانا = 3 درجات، نادرا = درجتان، مطلقاً = درجة واحدة. ويمكن لدرجة المفحوص أن تتراوح ما بين 52 - 260 درجة، وكلما ارتفعت درجة المفحوص يعني أنه يمارس سلوكيات صحيحة تساعده على أن يحي حياة طبيعية؛ بمعنى أن لديه أسلوب حياة إيجابي وصحي.

- مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة عزوز إسمهان (2020) الجزائر: تم بناء المقياس من 36 بند مقسم إلى محورين: محور التغذية غير الصحية، ويضم 19 بندا، ومحور خاص بقلة النشاط البدني ويضم 17 بندا، وتم وضع البدائل التالية: تنطبق تماما، تنطبق نادرا، لا تنطبق وإعطاء التقييم 1، 2، 3 للبدائل على الترتيب، في حين البنود السالبة تعكس القيم.
- مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة القص صليحة (2017).

يتكون مقياس سلوكيات الخطر من محورين: محور السلوك الصحي الغذائي (22) بندا ومحور السلوك الصحي الرياضي (20) بندا بمجموع (42) بندا يتم تصحيحها بإعطاء (5) درجات في حالة الإجابة ب "دائما"، (4) درجات في حالة الإجابة ب "غالبا"، (3) درجات في حالة الإجابة ب "أحيانا" ودرجتين في حالة الإجابة ب "نادرا" ودرجة واحدة في حالة الإجابة ب "أبدا" هذا بالنسبة للعبارات الموجبة، والعكس بالنسبة للعبارات السالبة، وبذلك تكون أدنى درجة نظرية للمقياس هي (58) وأعلى درجة هي (194) وهذا يعني أنه كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك أن للفرد لديه سلوك صحي، وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على أن الفرد لديه سلوك مخاطرة (خطر) .

وانطلاقا من تحديدنا للمحاور الرئيسية لمحتوى المقياس فقد توصلنا إلى وضع (69) عبارة موزعين على أربع محاور خاصة يمثل كل محور منها سلوكا من سلوكيات الخطر، وتشمل تلك السلوكيات المندرجة في المقياس ما يلي: التدخين، الكحول، المنشطات، التدريب الخاطئ، السلوكيات الجنسية الخاطئة ومن بينها العادة السرية، السلوكيات الخاطئة في مجال التغذية والغذاء الصحي.

5-2-2- طريقة تصحيح مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة:

لقد تم الاعتماد في عملية تصحيح المقياس على طريقة ليكرت ثلاثي الإجابة والمتمثلة في البدائل التالية (دائما، أحيانا، أبدا) وهذا حتى يتسنى للرياضي الاختيار بينهم وتحديد الإجابة المناسبة بالنسبة لديه، وقد أعطى معد الأداة (3) درجات على الفقرة المجاب عنها ب "دائما"، ودرجتين على الفقرة

المجاب عنها ب " أحيانا " ، ودرجة واحدة على الفقرة المجاب عنها ب " أبدا " ، وعليه فإن أدنى درجة نظرية للمقياس هي (69) وأعلى درجة هي (207) درجة وهذا يعني أنه كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك أن الفرد (الرياضي) لديه وعي صحي، وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على أن الفرد ليس لديه سلوك خطر، وقد تم تصنيف هذه الدرجات إلى ثلاث مستويات حسب الجدول التالي:

جدول رقم (18) يمثل درجات مستوى سلوك الخطر

الدرجات	مستوي سلوكيات المخاطرة
69	مستوى الخطر مرتفع
70 إلى 139	مستوى الخطر متوسط
140 إلى 207	مستوى الخاطر ضعيف

5-2-3- الخصائص السيكومترية لمقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر):

أولاً: الصدق:

تكون الأداة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه (مقدم، 1993: 148)

أ-الصدق الظاهري: وقد تم التحقق من الصدق الأداة وذلك بعرضها على السادة الخبراء في علم النفس والتربية البدنية والرياضية (الملحق رقم (08) قائمة بأسماء الخبراء المحكمين للمقاييس ودرجاتهم العلمية) وطلب منهم الإشارة إلى:

- إذا ما كانت العبارة تقيس ما وضعت له.
- تقديم ملاحظات من حيث وضوح العبارات ومناسبتها للسلوك المراد قياسه.
- مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.
- مدى انتماء كل عبارة لمحورها.

وفي ضوء الملاحظات التي أبدتها السادة المحكمين قمنا بإجراء التعديلات التي اتفق عليها معظم الخبراء في بعض العبارات حتى تزداد أداة الدراسة وضوحاً وملائمة لقياس ما وضعت لأجله. وبهذا أصبح المقياس في صورته النهائية يحتوي على (69) عبارة موزعة كالتالي:

❖ محور السلوك الغذائي 18 عبارة من (1 إلى 18). ويشمل السلوكيات التي تشكل خطراً على صحة الرياضي في مجال الغذاء والتغذية مثل طريقة الأكل (المضغ)، نوع الطعام، كميته، وقت تناوله وقت التدريب، مصادره.

- ❖ محور النشاط البدني 22 عبارة من (19 إلى 40) ويشمل السلوكيات التي قد تشكل خطرا على صحة الرياضي في مجال الرياضة التدريب الرياضي مثل الحمل الزائد، التدريب المفرط، الإحماء، تمارين الإطالة.
- ❖ محور السلوك العام 19 عبارة، من (41 إلى 59) ويشمل السلوكيات التي قد تشكل خطرا على صحة الرياضي في مجال معاشه بصفة عامة من معاملات، وسلوكيات خاصة بيومياته وصحته مثل النظافة والاستحمام، السلوكيات المحفوفة بالمخاطر المتعلقة بالجنس، تنظيم الوقت الخاص بالنوم، بالأكل، بالتدريب، أوقات الفراغ، السلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة العامة مثل التدخين، شرب الكحوليات، إدمان الانترنت.
- ❖ محور تناول المنشطات والمكملات 9 عبارات من (60 إلى 69) وتشمل سلوكيات التي تشكل خطرا على صحة الرياضي الممارس لرياضة كمال الأجسام في مجال المنشطات الرياضية والمكملات الغذائية من حيث الأخطار الناجمة عن الإفراط في تناولها، الاعتماد الكلي على المكملات في تدعيم النظام الغذائي للرياضي، تناول المنشطات والمكملات من دون وصفة أو مراقبة، أو استشارة طبية.

جدول رقم (19) يوضح توزيع محاور مقياس سلوكيات الخطر.

الرقم	محاور مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر)	عبارات كل محور
1	محور السلوك الغذائي	01-02-03-04-05-06-07-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18
2	محور النشاط البدني	19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40
3	محور السلوك العام	41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59
4	محور تناول المنشطات والمكملات	60-61-62-63-64-65-66-67-68-69

ب-صدق الاتساق الداخلي:

• الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور والدرجة الكلية لمقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) ككل:

الجدول رقم (20) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لمحاور مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة مع الدرجة الكلية له

الدرجة الكلية	المحور	الدرجة الكلية	المحور
0.815**	محور السلوك العام	0.839**	محور السلوك الغذائي
0.610**	محور المكملات والمنشطات	0.760**	محور النشاط البدني
**الارتباط دال عند (0.01)			

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائياً فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمحور الاول السلوك الغذائي والدرجة الكلية للمقياس ككل (0.83)، وبالنسبة لارتباط محور النشاط البدني بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.76)، وبالنسبة لارتباط محور السلوك العام بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.81)، وبالنسبة لارتباط محور المكملات والمنشطات بالدرجة الكلية للمقياس ككل (0.61)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق.

ج-صدق المقارنة الطرفية:

تقوم هذه الطريقة على مقارنة نتائج الرياضيين على الثلث الأعلى من الاختبار المطبق عليهم بنتائج الثلث الأدنى من نفس الاختبار الذي أجابوا عليه، وباستخدام الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار "ت" وفي حالة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين (متوسطي الثلث الأعلى والثلث الأدنى للاختبار) نستنتج أن الاختبار يتمتع بالصدق. وقد قمنا بتطبيق مقياس سلوكيات الخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة على (60) رياضياً، وقد تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس سلوكيات المخاطر (الخطر)

القرار	مستوى الدلالة	t _□	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الطرفين
دال عند 0,01	0,000	6.072	30	7,305	109,16	16	الأعلى
				4,676	87,66	16	الأدنى

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك فرق واضح بين الطرفين حيث قدر المتوسط الحسابي للطرف الأعلى (109.16) في حين بلغ المتوسط الحسابي للطرف الأدنى (87.66)، وهذا ما أكدته قيمة

اختبار الدلالة الإحصائية (T test) التي بلغت (6.07) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، أي أن الفرق لصالح الطرف الأعلى، وبالتالي يمكن القول بأن مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين، وبالتالي فالمقياس صادق فيما يقيسه.

ثانياً: ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات مقياس سلوكيات الخطر قمنا باستعمال الطريقة التالية:

• التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

يعتبر معامل الفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة ومعامل الفا كرونباخ، ويربط ثبات الاختبار بثبات بنوده وقد تم حساب ثبات مقياس سلوكيات الخطر بهذه الطريقة (معامل الفا كرونباخ) والتي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها وللمقياس ككل (0.58) وهي قيمة تدل على أن هذا المقياس ثابت، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (22) يوضح ثبات مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المعاور
69	0.583	المقياس ككل

ونستنتج من كل ما سبق ومن خلال ما سبق من حساب لمعاملات الصدق والثبات لمقياس سلوكيات الخطر نجد أنها تتمتع بدرجة مقبولة وبالتالي فالمقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تمكننا من تطبيقه والاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

3-5-التطبيق الهاتفي (من إعداد وتصميم الطالب الباحث):

5-3-1- تمهيد:

بعد الاطلاع على الإطار الفكري والنظري الخاص بتصميم تطبيقات الهواتف وعديد التطبيقات (Gym Workout Planner. FitNotes. Home Workout) وعلى الدراسات السابقة والتي تضمنت تطبيقات مشابهة نوعاً ما وإن كانت نادرة - بحسبنا - مثل:

- دراسة حميض شهد طارق (2017)
- كتاب سعد علي زاير وخضير عباس جري تصميم التعليم وتطبيقاته في العلوم الإنسانية (2020)
- كتاب رحمة الإمام -الاندرويد أستوديو بالعربي خطوة بخطوة (د س).

وبعد تفحص العديد من الدراسات الخاصة بالوعي الصحي والدراسات الخاصة بسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة وذلك من أجل إعداد تطبيق هاتفي لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات

المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، وبعد الاطلاع على الدراسات التطبيقية والتي اهتمت بالجانب العملي لموضوع الدراسة والتي تختص بجانب التصميم وآليات عمل هذه التطبيقات وطرق، وأساليب العرض والتصميم الخطي المعتمد على نموذج العالم النفسي سكرن Frederic Skinner)، وبعد الاعتماد على التصميم المتفرع أو المتشعب، حسب نموذج (Norman Crowder) والذي يربط بين الموضوعات والعروض في شكل خطوات متسلسلة ومجزأة في عدد من الأطر (الشاشات) والتي يرتبط اللاحق منها بالسابق. (قشوش، 2018: 193) فقد قمنا بإتباع الخطوات التالية في بناء تطبيق هاتفي توعوي مقترح:

5-3-2- المنطلقات الفكرية تطبيق الهاتف المقترح:

- مراعاة مبدأ التنظيم السيكولوجي والمنطقي في التتابع في التطبيق.
- التنوع في الأنشطة والاستراتيجيات المتبعة في محتوى التطبيق.
- مراعاة خصائص الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام.

5-3-3- أهمية التطبيق الهاتف المقترح:

تكمن أهمية هذا التطبيق في النقاط التالية:

- مساعدة عينة البحث على تغيير سلوكيات المخاطر (الخطر) المتعلقة بالصحة إلى سلوكيات صحية، من خلال نشر وتنمية الوعي الصحي كأسلوب وقائية.
- طبيعة العينة المتتالية بالدراسة وهي فئة الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام كونها من بين الفئات المعرضة للحوادث والإصابات والأمراض المزمنة، ومن هنا كانت الوقاية من السلوكيات الخطرة وتعزيز الخيارات الصحية بينهم ليس فقط في الجانب الجسدي بل وحتى النفسي والعقلي والمهاري.
- محتوى هذا التطبيق يتيح فرصة أكثر للرياضيين من التعرف على الغذاء الصحي، التدريبات الصحيحة والمناسبة لكل فئة من حيث الوزن والسن...، أخطار المنشطات والمكملات على الصحة العامة، كما أنها تسمح لكل للمؤثرين والمدربين للاستفادة كل حسب قدراته وإمكانياته وأسلوبه في تطوير البرامج الخاصة بالتدريبات والتغذية وغيرها من الأمور بغرض جعلها أكثر فاعلية.

5-3-4- أهداف التطبيق الهاتف المقترح:

إن بناء أو تصميم أي تطبيق هاتفي يتطلب تحديد قائمة بكل من الأهداف العامة والأهداف السلوكية التي يسعى التطبيق إلى تحقيقها من خلال دراسة موضوعاته المختلفة، وهذا للوصول إلى المبتغى منه.

أ- الهدف العام:

الهدف الرئيس من هذه الدراسة هو الكشف عن فاعلية تطبيق هاتفي مقترح لزيادة الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام، لذا يعتبر هو المتغير المستقل الذي يراد منه معرفة تأثيره على المتغيرات التابعة والمتمثلة في الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

ب- الأهداف الجزئية (الإجرائية):

جدول رقم (23) يمثل الأهداف الإجرائية (الجزئية) والأهداف الفرعية

المجالات	الأهداف الإجرائية (الجزئية)	الأهداف الفرعية
في مجال التغذية:	- التعرف على عناصر الغذاء	- التعرف على البروتينات. - التعرف الكربوهيدرات. - التعرف الدهون. - التعرف الفيتامينات والمعادن. - التعرف على الماء.
	- التعرف على مصادر الغذاء.	- التعرف على اللحوم والأسماك. - التعرف الألبان والأجبان والبيض. - التعرف على الحبوب والبقوليات. - التعرف على الخضار. - التعرف على الفواكه. - التعرف على المكسرات. - التعرف على العصائر.
	- التعرف على برامج التغذية المقترحة	- اقتراح برنامج غذائي للتضخيم. - اقتراح برنامج غذائي للتشيف. - اقتراح برنامج غذائي قبل التمرين. - اقتراح برنامج غذائي أثناء التمرين. - اقتراح برنامج غذائي بعد التمرين.
	التعرف على بعض المفاهيم الغذائية الخاطئة لدى الرياضيين	تحديد السلوكيات الخطر المتعلقة بالتغذية والتي تضر بالصحة لدى ممارسي كمال الأجسام

<p>التعرف على البرنامج التدريبي الخاص بالتضخيم. التعرف على البرنامج التدريبي الخاص بالتنشيف.</p>	<p>التعرف على برنامج التدريب المقترح.</p>	<p>في مجال الرياضة</p>
<p>- تمارين الصدر. - تمارين المعدة. - تمارين الأكتاف. - تمارين الظهر. - تمارين الأرجل. - تمارين السواعد. - تمارين الباسيس. - تمارين الترايسيس.</p>	<p>التعرف على دليل التمارين.</p>	
<p>الحمل الزائد. التدريب المفرط. الإجماء. التدريب في الأماكن الملوثة والضاغطة الضوضاء وحسب الفصول. عدم تنظيم وقت التدريب (وقت معين ومناسب للتدريب). تشكيل حمل التدريب العشوائي عدم التنظيم بين عناصر الوحدة التدريبية والارتقاء التصاعدي للشدة والحجم.</p>	<p>التعرف على بعض سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالرياضة</p>	
<p>النوم: التعرف على أضرار قلة النوم والراحة على لاعبي كمال الأجسام. المشروبات الغازية ومشروبات الطاقة. النظافة. الاستشارات والتطبيب.</p>	<p>- الصحة العامة.</p>	
<p>تنظيف الجسم. الكارديو. فطور الصباح. الأدوية والعلاج.</p>	<p>- الصحة البدنية.</p>	<p>مجال الصحة العامة</p>

القلق والنرفزة المشاكل والضغوط الحياة العمل العائلة....	- الصحة النفسية والعقلية.	
التعرف على أنواع المنشطات المحظورة، أسباب تعاطيها، مخاطرها وأضرارها على رياضي كمال الأجسام.	- المنشطات:	مجال
التعرف على المكملات الغذائية، أنواعها، أهميتها، مقادير تناولها، مخاطرها والأضرار الناجمة عن الإفراط في استخدامها وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بها لدى ممارسي كمال الأجسام.	المكملات الغذائية	المنشطات والمكملات الغذائية
سلوك تعاطي المخدرات: أعراضها، مراحلها، العوامل المؤدية إليها، أنواعها، أثارها، أضرارها على ممارسي رياضة كمال الأجسام سلوك التدخين: أنواعه، مرحله، أسبابه، أضراره على ممارسي رياضة كمال الأجسام. سلوك شرب الكحول: أسبابه، أنماطه، مراحله، تأثير المشروبات الكحولية على ممارسي رياضة كمال الأجسام. سلوك إدمان العادة السرية: أسبابها، أنماطها، تأثيرها على ممارسي رياضة كمال الأجسام. سلوك إدمان الإنترنت: مظهره، أنواعه، أضراره على ممارسي رياضة كمال الأجسام.		

5-3-5- معايير تصميم تطبيق هاتفي:

أولاً: المعايير الخاصة بالأهداف المعرفية: عند صياغة الأهداف الإجرائية للتطبيق الهاتفي أخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- أن يكون الهدف محددًا تحديدًا دقيقًا.
- صياغة الأهداف بمصطلحات سهلة قابلة للقياس والملاحظة.

▪ معايير خاصة بالهاتف الذكي نفسه:

قبل استخدام الأجهزة يجب:

- تحديد الجهاز المناسب الهاتف الذكي.
- التأكد من توافر الهاتف الذكي، شبكات الهاتف، التغطية....
- التأكد من صلاحية الهاتف، تجربته قبل استخدامه من حيث الوضوح الصورة الصوت.
- تهيئة مكان استخدامه .(وجود التغطية داخل القاعة أو مكان التدريب، المنزل...).

(2009: 376)

▪ معايير خاصة بالجمهور المستهدف:

للوصول إلى تحقيق أهداف أي تطبيق وقبل البدء في تصميمه لابد من تحديد وضبط حاجات الجمهور المستهدف وتوقعاته بدقة مع التركيز على تركيبته الثقافية والاجتماعية والجنسية (السن، المستوى الدراسي، مدة التدريب، المعارف والمهارات السابقة والاتجاهات ...)

ثانيا: المعايير الخاصة بالمحتوى: عند تصميم تطبيق هاتفي تم مراعاة ما يلي:

- يشمل المحتوى على أمثلة وأنشطة متنوعة.
- يراعي المحتوى.
- لغة وأسلوب المحتوى، سهلة وواضحة.
- ربط المحتوى بالمواقف.

ثالثا: المعايير الخاصة بالتقويم:

- وهي تتدرج في إطار القياس القبلي والبعدي للدراسة.
- التغذية الراجعة للرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام من خلال تفاعلهم مع إشعارات وموضوعات التطبيق الهاتفي.

5-3-6-أساليب التقويم في البرنامج:

تهدف عملية التقويم إلى الوقوف على مدى تحقق أهداف التطبيق الهاتفي التوعوي ككل، وينقسم

التقويم إلى:

▪ أولاً: التقويم القبلي:

- ثانيا: التقويم التكويني (البنائي) : أثناء استخدام التطبيق الهاتفي والتغذية الراجعة من قبل الرياضيين، ثم عرضه على مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال تصميم تطبيقات الهاتف، وبناء على آرائهم من خلالها يتم التعديل والتطوير.

▪ **ثالثاً: التقويم البعدي (القياس البعدي):** والذي تم إجراؤه في نهاية التطبيق، وتم ذلك من خلال إعادة تطبيق مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة لمعرفة ما إذا كان هناك اختلاف في النتائج بين القبلي والبعدي لعينة الدراسة التجريبية.

5-3-7- ضبط التطبيق:

تم عرض التطبيق على السادة المحكمين المختصين في مجال علم النفس، ومختصين في تصميم وبناء تطبيقات الهواتف لإبداء رأيهم وملاحظاتهم حوله من ناحية ملائمة أهدافه مع المحتوى العلمي والأنشطة والأدوات والموضوعات والعروض، والأساليب المستخدمة في تحقيق تلك الأهداف، حيث قمنا بإدراج التعديلات اللازمة عليه إلى أن أصبح في صورته النهائية جاهزا للاستخدام.

5-3-8- مراحل تصميم التطبيق الهاتفي:

قمنا بتصميم تطبيق هاتفي لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام حيث اقترحنا نموذج معدل لمراحل تصميم تطبيق هاتفي من خلال الاعتماد على المراحل الخمسة الأساسية والتي تعرف بدورة إنتاج البرمجية والتي أكد عليها كل من: الفار إبراهيم عبد الوكيل(2002: 122)، السيد على محمد(2005: 56)، ونموذج علي عطية خميس(2003: 91)، لإنتاج البرمجيات، وهي متمثلة في: مرحلة التصميم، مرحلة التجهيز والإعداد، ومرحلة كتابة السيناريو ، ثم بعدها مرحلة التجريب والتنفيذ (الإنتاج) ، وأخيرا مرحلة التطوير والتقييم. وقد تم بناء وتصميم التطبيق باستخدام الهواتف الذكية بصفة عامة عن طريق خمسة مراحل أساسية مع بعض التعديلات من طرفنا بحسب أهداف الدراسة وهي على النحو التالي:

أولاً: التحليل: تضمنت مرحلة التحليل على النقاط التالية:

▪ تحليل المشكلة وتقدير الحاجات :

قامت الدراسة الحالية بهدف التقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة من خلال زيادة الوعي الصحي لدى الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام عن طريق استعمال تطبيق هاتفي كوسيلة من وسائل نشر الوعي، وفي إطار تقدير الحاجات فإن تنفيذ الدراسة يتطلب:

أ) تحديد المجتمع المستهدف (هويته، متطلباته، ماذا يريد من هذا التطبيق؟ وكيف يريده أن يكون؟ ولمعرفة وتحديد ذلك كان لزاما علينا الرجوع إلى ما تم الحصول عليه من معلومات ومعارف خلال الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها، حيث وبعد عدة لقاءات وزيارات إلى قاعة التدريب، وكذا بعد الاطلاع على التراث الأدبي المتعلق بهذه الرياضة، إلى جانب الملاحظات العينية والتي من خلالها تمكنا من الوصول إلى وضع تصور كامل عن مضمون المحتوى الذي يعكس شخصية

الجمهور المستهدف ويلبي حاجاته وقد تم تحديده بحيث شمل فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام.

(ب) وجود أجهزة نقالة ذكية تتوفر فيها شروط محددة (شاشة عرض عالية الجودة، القدرة على قراءة لغة التطبيق....) وهو ما وقفنا عليه شخصيا. حيث تم التأكد من توفر هذه الأجهزة وتوفر شبكة الانترنت بطريقة مستمرة وجودة عالية سواء في قاعة التدريب أو في هواتف الرياضيين إضافة إلى وجود حساب وبريد إلكتروني لكل أفراد المجموعة التجريبية.

■ **تحديد المحتوى العلمي لتطبيق الهاتف:** اعتمدنا في تحديد المحتوى العلمي لتطبيق هاتفي المقترح على مجموعة من الكتب والمراجع والتطبيقات ذات الصلة: الوعي الصحي، سلوكيات المخاطرة (الخطر)، رياضة كمال الأجسام، التطبيق الهاتفي. حيث قمنا بتحديد مجموعة من التطبيقات ذات العلاقة أو الصلة بمحتواه ومضمونه ثم قمنا بتحليل خصائص وأهداف ومميزات ونقائص ونقاط قوة وضعف كل تطبيق بغرض الاستفادة من استراتيجياتها في عملية التصميم وتجنب سلبياتها. (Gym Workout Planner. FitNotes. Home Workout)

ثم عملنا على جمع البيانات والمعلومات الرئيسة والمحددة، والتي يتم تقديمها بواسطة الوسائط المتعددة والمساعدة للمتلقي، حيث أخذنا أثناء إعدادنا لمحتواه بعين الاعتبار مجموعة من المعايير حتى يكون وافيا وشاملا من كل الجوانب التي ممن الممكن أن تسهم في إيصال الرسالة التوعوية بطريقة سهلة وممتعة، ومن بينها الحرص على خلوه من الأخطاء الكتابية وهذا بالمراجعة اللغوية والإملائية والدقة العلمية (البيانات، الإحصائيات، التواريخ، النسب...) من خلال تحيين المعلومات وتنوعها بما يتماشى والهدف العام له، كما حرصنا أيضا على استغلال كل إمكانيات الهاتف لعرض المحتوى بطريقة تتماشى والقدرة الاستيعابية لأفراد العينة (المستوى التعليمي، السن، والخبرة...) إضافة إلى جمع الأهم من الوسائل المساعدة من صور توضيحية وفيديوهات، نصوص، ونصائح وإرشادات للإحاطة بجميع جوانب الموضوع الذي شمله المحتوى، إضافة إلى الحرص على ملائمة محتواه للأهداف الموضوعية والقدرة على تحقيقها لديهم، مع كتابة الأهداف في شكل سلوك إجرائي حتى يتسنى الحكم على مدى تحقيقها وتقويم الأهداف التي لم تتحقق.

■ **كتابة السيناريو:** السيناريو هو تحويل المادة العلمية التي تم جمعها للمصمم إلى مادة مرئية (على الورق) ، وهو عبارة عن خريطة تنفيذية ترسم فيها كل الخطوات والإجراءات والأحداث وتحدد فيها مجالات وأدوار كل الأدوات والوسائط والوسائل المساعدة، وهي خريطة طريق لتجسيد الفكرة إلى واقع. فيها نقوم بكتابة السيناريو وذلك بتحول النص المكتوب إلى لقطات على الورق والتي توضع

عمليا في مجموعة من الإطارات أو الشاشات بمقدار معين، حسب طبيعة ونوع المعلومة أو التعليمه ثم ربط هذه الشاشات في عملية تفاعلية مع بعض الوسائل المساعدة كالأزرار والرسومات والصور والفيديوهات والموسيقى وغيرها. وقد عمدنا إلى توزيع محاور التطبيق (محور التغذية - الرياضة - الصحة العامة، محور المنشطات والمكملات) إلى وحدات، كل وحدة فيها مجموعة من الإطارات بطريقة تشعبية. والمقصود بالإطار هنا هو مقدار المعلومات الذي تظهر للرياضي في شاشة واحدة، ولكي يتصفح المستخدم (الرياضي) يجب عليه الانتقال عبر سلسلة من الشاشات التي تقدم المعلومات التي تخدم أي غرض فيه ، وقد قمنا أثناء إعداد سيناريو بتوظيف مجموعة من الوسائط لتعزيز محتواه وقد راعينا في ذلك بعض المعايير منها:

- تحديد النصوص المكتوبة ومواقعها على الشاشة.
- تحديد أدوات التفاعل.
- تحديد المؤثرات لجذب انتباه الرياضي.
- تحديد كيفية الانتقال من شاشة إلى أخرى.
- تحديد عدد الشاشات وتسلسلها. (كابلي، وآخرون، 2012: 80)
- البساطة مع عدم الإكثار من التفاصيل الزائدة.
- شكل الشاشة المريح للعين.
- توافر عنصر الجذب والبعد عن التشويش على المادة العلمية.

5-3-9- نموذج التطبيق الهاتفي المقترح من إعداد الطالب:



صورة رقم (11) تبين محتوى الشاشة رقم 1 للتطبيق الهاتفي المقترح

الشاشة رقم 1: ويظهر فيها اسم التطبيق SaFeFitAware وهو اسم مركب من 3 كلمات (1 Safe تعني السلامة أو الأمان 2 Fit تعني اللياقة أو التمرين البدني 3 Awere تشير إلى الوعي والتوعية هذه الشاشة تحتوي على 3 أزرار (A.B.C).

- الزر A: وهو زر الدخول ويفتح الشاشة 2
- الزر B: يفتح شاشة دليل المستخدم ويحتوي في طياته الإرشادات والأهداف العامة والخاصة بكيفية عمل هذا التطبيق. الملحق رقم
- الزر C Info: ويفتح الشاشة Info ويحتوي على كل المعلومات الخاصة بالتطبيق الهاتفي



صورة رقم (12) تبين محتوى الشاشة رقم 2 للتطبيق الهاتفي المقترح

الشاشة رقم 2 والتي تحتوي على 5 أزرار (زر خاص بمجال التغذية، زر خاص بمجال الرياضة، زر خاص بمجال الصحة، زر خاص بمجال المكلمات، زر خاص سلوكيات الخطر)



صورة رقم (13) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور التغذية للتطبيق الهاتفي المقترح

- الزر الأول: وهي خاصة بمجال التغذية المتفرع منه شاشة تحتوي على 3 أزرار ABC
الزر A: خاص ببرنامآ التغذية والذي يتفرع منه شاشة تحتوي على 5 أزرار، الزر الأول خاص بالبرنامآ
الغذائي الخاص بالتضخيم، الزر الثاني خاص بالبرنامآ الغذائي الخاص بالتنشيف، الزر الثالث خاص
بالبرنامآ الغذائي قبل التمرين، الزر الرابع خاص بالبرنامآ الغذائي أثناء التمرين، الزر الخامس خاص
بالبرنامآ الغذائي بعد التمرين.



صورة رقم (14) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور التغذية خاص بالبرنامآ الغذائي للتطبيق
الهاتفي المقترح

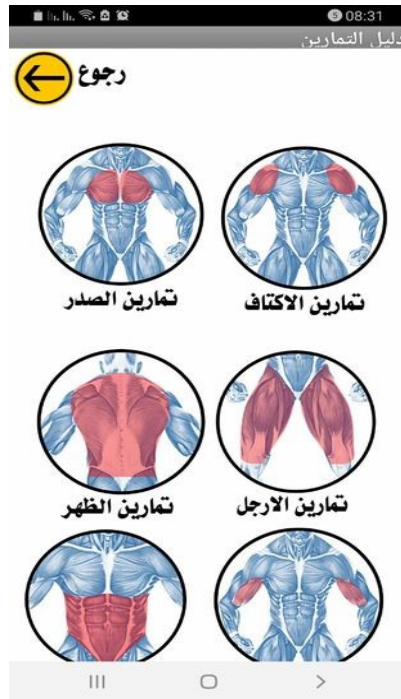
الزر B: وهو خاص بعناصر الغذاء المتفرع من شاشة تحتوي على 7 أزرار الزر الأول خاص بالألياف،
الزر الثاني خاص بالفيتامينات، الزر الثالث خاص بالدهون، الزر الرابع خاص بالبروتينات، الزر الخامس
خاص بالسكريات أو الهيدروكربونات، الزر السادس خاص بالمعادن وأخيرا الزر السابع خاص بالماء.
الزر C: وهو خاص بمصادر الغذاء، يحتوي على 6 أزرار الزر الأول خاص بالبيض الألبان والاجبان،
الزر الثاني خاص بالحبوب والبقوليات، الزر الثالث خاص بالخضر والفواكه، الزر الرابع خاص بالزيوت،
الزر الخامس خاص باللحوم والأسماك، الزر السادس خاص بالمشروبات والعصائر.

الشاشة رقم 2 - الزر الثاني خاص بمجال الرياضة و تحتوي على 2 أزرار A1B1 :

الزر A1 وهو خاص ببرنامآ التدريب ويحتوي على 2 أزرار (الزر الأول خاص ببرنامآ التدريب والذي
يتفرع إلى زرين، زر خاص ببرنامآ التدريب الخاص بالتنشيف، والزر الثاني خاص ببرنامآ التدريب
الخاص بالتضخيم).

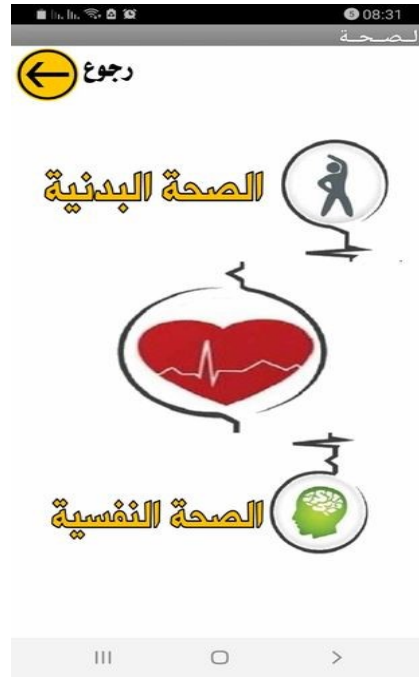


صورة رقم (15) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الرياضة للتطبيق الهاتفي المقترح
الزر B1 وهو خاص بدليل التمارين ويحتوي على 08 أزرار (زر خاص بتمارين الأكتاف، زر خاص
بتمارين الصدر، زر خاص بتمارين الأرجل، زر خاص بتمارين الظهر، زر خاص بتمارين الباسبيس، زر
خاص بتمارين المعدة، زر خاص بتمارين السواعد، زر خاص بتمارين الترايسبس)



صورة رقم (16) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الرياضة فرع البرنامج التدريبي للتطبيق
الهاتفي المقترح

الشاشة رقم 2 - الزر الثالث: خاص بمجال الصحة ويحتوي على 2 أزرار A2B2
الزر A2 وهو خاص بالصحة البدنية والجسدية.
الزر B2 وهو خاص بالصحة النفسية.



صورة رقم (17) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور الصحة للتطبيق الهاتفي المقترح
الشاشة رقم 2 - الزر الرابع: خاص بالمكملات ويحتوي على (02) زر: زر خاص بأنواع المكملات:
مكمل الامينيو AMINO، الواي بروتين WHEY، مكمل سييرياس ماس MASS، مكمل أوميغا3
Omega3، مكمل الكرياتين CREATINE، مكمل الكازيين CASEIN، مكمل ترو ماس TRUE
MASS، مكملات المغنيزيوم.



صورة رقم (18) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور المكملات للتطبيق الهاتفي المقترح

الشاشة رقم 2 - الزر الخامس: خاص بسلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة ويحتوي على:

الزر 1: خاص التدخين.

الزر 2: خاص الكحول.

الزر 3: خاص المنشطات.

الزر 4: العادة السرية.

الزر 5: خاص الحمل الزائد.



صورة رقم (19) تبين محتوى الشاشة رقم 2 والخاص بمحور سلوكيات الخطر للتطبيق الهاتفي

المقترح.

- **مرحلة الإنتاج:** وهي المرحلة التي يسعى فيها المصمم لتنفيذ ما وضعه في السيناريو في صورة برمجية متعددة تفاعلية، حيث تم تقسيم المحتوى إلى مجموعة من الإطارات والشاشات، والتي يختلف عددها تبعاً لطبيعة الموضوع وحجمه، ثم يتم ربط الشاشات البرمجية وكيفية عرضها بطريقة خطية أو متفرعة (شتوية، عليان، 2003: 63). تعتبر هذه المرحلة مهمة ودقيقة، ففيها يظهر مدى الإلمام والاستيعاب للموضوع والنظرة البعدية له، تليها عملية جمع الوسائط التي تشمل النصوص والصور الثابتة والفيديو الرقمي. حيث بدأنا بتجميع المادة العلمية من خلال مطالعتنا لعدد من الكتب والمراجع، وبعدها يتم اختيار ما يخدم فكرة وهدف التطبيق، ثم يتم جمعهم في شكل قصاصات كل قصاصة تمثل شريحة ورقية، حيث يراعى فيها عدة معايير منها الوضوح والبساطة في المعنى وتسلسل الأفكار، وبأقل عدد من الكلمات مع الدقة الإملائية والنحوية، مكتوب بخط مقروء وبمقاسات محددة مع درجة تباين عالية بين النص والخلفية، ثم دعم بمجموعة من الصور وهي من إنتاجنا،

حيث تم التواصل مع أحد الرياضيين وهو ممارس محترف في كمال الأجسام حيث، وبعد تعرفه على أهداف التطبيق و نظرتنا، قام باقتراح مجموعة من الحركات التدريبية كل حركة والجهاز الخاص بها، ثم مثلها وصورها، وقد تم دمج هذه الصور لتلاءم تصميم التطبيق كما تم تدعيم المحتوى بمجموعة من الفيديوهات والتي تم اختيارها من الإنترنت (اليوتوب) بحيث تؤدي إلى خدمة كل محور. ويطلق على هذه المرحلة مرحلة رسم المخطط الهيكلي للتصميم Wireframes والذي هو نموذج أولي للتطبيق.

بعد اكتمال جمع المادة العلمية والوسائط المتعددة تأتي مرحلة إسقاط هذا المخطط إلى مخطط مرئي بنمط رقمي، تم عرضه على أخصائي برمجة وإعطائه التصور العام للتطبيق وأهدافه والخطوط العريضة لمحتوياته ، قام هذا الأخير بالمعالجة التقنية والمعملية كما كان عليه اختيار واحدة من أساليب البرمجة في كتابته وهي إما أن يستخدم واحدة من لغات البرمجة أو أن يختار برامج تطبيقية جاهزة ومعدة سلفا من موقع الويب، وهو ما تم الاتفاق عليه، إضافة إلى القيام بالمونتاج للصور والفيديوهات والنصوص المكتوبة، وإضافة الصوت والموسيقى والمؤثرات الصوتية. إلى جانب المقدمة والنهاية له (شارة البداية وشارة النهاية) مع إعداد دليل التطبيق.

▪ مرحلة التجريب -التطوير والتقييم:

للتحقق من نجاعة أي تطبيق هاتفي لابد من التأكد من مدى مطابقته للشروط التي بني من أجلها والأهداف المسطرة له، ومردوديته، ومدى الاستفادة منه، وليس شكله أو موضوعه فقط. فبعد الانتهاء من تصميم التطبيق في صورته الأولية وتحديد مكونات كل محور، ومحتوى المادة العلمية الخاصة به، وإعداد البرنامج اليومي للعيينة التجريبية من خلال التوجيهات اليومية والتي تصلهم على شكل إشعارات، وبعد التأكد من سلامة كل الأجهزة الهاتفية ومدى توفر التغطية (شبكة الانترنت)، ووصول هذه الإشعارات بصفة دورية إليهم قمنا بإعداد تجربة استطلاعية والتي تسمى اختبار بيتا Beta Test حيث تم تجريبه على عينة استطلاعية وعددها (60) من الممارسين لرياضة كمال الأجسام المنخرطين في قاعة سميير جيم بالمسيلة، بهدف ملاحظتهم أثناء عملهم مع التطبيق وتسجيل ما لاحظوه ولمسوه من سلبيات وعراقيل، وبالمقابل ما استحسوه، وهذا بغرض الخروج برؤية واضحة عنه.حيث تأكد و بالإجماع على مدى قبول وتفاعل الجميع مع محتواه، وأن كل الأهداف الإجرائية التي تم ضبطها من قبلنا لم تخرج عن السياق العام له بحسب التقارير التي أعدها أفراد العينة كتغذية راجعة لمعالجة جوانب قصور التطبيق مع تقديم بعض الاقتراحات أهمها التوسيع في المعلومات الخاصة بالمنشطات ومخاطرها والمكملات من حيث مواقع البيع المضمونة.

وبعد ذلك قمنا بعرض التطبيق على السادة المحكمين من الخبراء المتخصصين في مجال البرمجيات وكذا المدربين والمختصين في المجال الرياضي، وتسمى هذه الخطوة باختبار ألفا Alpha Test وذلك بغرض:

- التحقق من صحة المادة العلمية.
- التحقق من مدى كفاية المحتوى لتحقيق أهداف التطبيق.
- معرفة مدى ارتباط الوحدات بالأهداف العامة للتطبيق.
- الوقوف على مدى صحة الأهداف الإجرائية.
- مدى ملائمة الصور، والفيديوهات، وغيرها من عناصر الوسائط واتساقها مع المحتوى.
- التناسق بين لون، وحجم الخط، والخلفية الخاصة بالشاشات.
- مدى صلاحية التطبيق للاستخدام.
- التحقق من سلامة التعامل مع التطبيق، وتقويمه.

وبعد إبداء السادة الخبراء لرأيهم حول التطبيق، قمنا بتجميع هذه الآراء ووجهات النظر، أجرينا مقابلات شخصية مع البعض منهم بغرض مناقشتهم فيما أبدوه من ملاحظات وآراء، وبعدها قمنا بتعديل ما يجب تعديله وفق آرائهم واقتراحاتهم وملاحظاتهم وإصلاح مختلف الأخطاء التي ظهرت أثناء ذلك بغية الوصول بالتطبيق إلى أعلى درجات الفاعلية والكفاءة.

■ **مرحلة تنفيذ التطبيق:** بعد أن تم وضع التطبيق في صورته النهائية وأصبح جاهزا وقابلا للتجريب الفعلي، قمنا بتجربته مرة ثانية على العديد من أجهزة الهواتف المحمولة للتأكد نهائيا من جودته، وكفاءته، وجاهزيته وسلامة مسارات الشرائح بطريقة صحيحة، وهذا لضمان توفير تجربة مثالية وسليمة للمستخدم.

■ **مرحلة نشر التطبيق** بعد التأكد من جاهزيته وسلامته من الناحية التقنية ومن حيث المحتوى وبعد إجماع السادة المحكمين والمستخدمين بكفاءته وقابليته للتنفيذ. قمنا بإنزاله للعينة التجريبية المستهدفة. وبعد وقوفنا على تثبيت كل أفراد العينة له على أجهزتهم الهاتفية وبعد تأكدنا من فهم أفراد العينة لمحتواه وأهدافه ووصول الإشعارات سواء في البيت أو في قاعة التدريب وحتى في الأماكن العامة، قمنا بوضع خطة زمنية لبدأ تنفيذ التطبيق ابتداءً من يوم 12 إلى غاية 22 من شهر مارس 2023 أي مدة 10 أيام وهي الفترة الزمنية التي تتماشى ومحتوى الإشعارات التي تصل كل فرد من أفراد العينة التجريبية.

6. اءوء الءراسة :

يأءء مسار البءء وخطواته المنهية بأءءء مءالاته والتي أءقسم عاءة إلى المءال الجءرافي أو المءاني، البشري والزمني.

6-1- الءوء الزمنية:

يمأل المءال الزمني الفءرة التي اسءغرقءها الءراسة، خاصة ما أءلق منها بالءانب المياني، وهي مرءلة في ءاية الأهمية سواء الءانب اللوءسءيكي أو المنهية للباءء فضبءه معناه القءرة على الأءكم في آيوخ البءء بءاية من الفءرة إلى ءاية النءية النهاءية.

وفي ءراسءنا هءه قمنا بءمع المءلوماء المءلقة بمءغيرات الءراسة على عءة فءراء وهءا أماشيا مع الإءراءاء الوقاءية المءلقة بءائءة كورونا. كما قمنا بأءصميم وبناء الأءببيق الهاءفي ومءياس الوءي الصءي وسلوكياء المءاطرة (الآظر) المءلقة بالصءة وإءراء الآطواء العملية للأءببيق الهاءفي على عينة الءراسة في صورءها النهاءية كل ءلك أم ءلال سنة 2019 إلى ءاية 2023.

6-2- الءوء البشرية:

يأءلق المءال البشري أو مءمع الءراسة بشرية مءمعية بءأء بالأميز والأءفرء بأصائص أءعل منها مءاءة للباءءين للأءشف عنها، وهي فءة الممارسین لرياضة كمال الأجسام. آيء وبءء الأءرف عليهم وءصرهم وأءءءهم والذي يءكون من (80) رياضيا قسما إلى مءموءءین مءموءة ضابطة (40) ومءموءة آءريبية (40) المنآرطين بقاعة سمیر ءیم بمءينة المسيلة.

6-3- الءوء المءانية:

أم إءراء الءراسة في شقها المياني بقاعة الأءرب المءصصة في رياضة كمال الأجسام - سمیر ءیم - والتي يقع مقرها بءي أعاونية آرشي شارع مءيرية النقل بمءينة المسيلة، آيء ءاء الإآءيار قصءي لمكان الءراسة ويعوء سبب الإآءيارنا لهءه القاعة قصد إءراء الءراسة الآريبية إلى العوامل الآالية:

- سهولة أوفر عينة الءراسة.
- أوفر القاعة على كل الأجهزة ولوازم الأءرب.
- الأسهيلات الإدارية والأءظيمية من طرف مسیر القاعة بأءباره رياضي ومءرب مءصص في رياضة كمال الأجسام وءاصل على شهادة ءامعية في المءال الرياضة.

7. الضبط الإجمالي لمتغيرات الدراسة:

يقصد بالضبط الإجمالي حسب العساف 2006، أنه: " حصر المتغيرات الخارجية ذات الأثر على التجربة عدا المتغير المستقل وذلك بهدف عزلها أو تثبيتها حتى يتم التأكد من توافرها لدى مجموعات الدراسة على حد سواء"، وقد أضاف أيضا على انه: " يمكن ضبط متغيرات الدراسة بواسطة الضبط الإحصائي في حالة عجز الضبط التجريبي وذلك بتطبيق بعض المعالجات الإحصائية التي نستطيع بواسطتها أن يضبط المتغيرات ذات الأثر على المتغير التابع" (العساف، 2006: 307).

ويمكن تحديد متغيرات الدراسة على النحو التالي:

- **المتغير المستقل (Independent variable)** هو المتغير التجريبي: **التطبيق الهاتفي المقترح**. أي المتغير الذي يمكن التحكم فيه عن طريق تثبيت جميع المتغيرات ما عدا متغير واحد.
 - **المتغير التابع (Dependent variable):** والذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم متغيرات أخرى، حيث أنه كلما أحدث تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر النتائج على قيم المتغير التابع، وفي الدراسة هما متغيرا الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة أي المتغير الناتج من تأثير المتغير التجريبي أي من التطبيق الهاتفي المقترح المنفذ في هذه الدراسة.
 - **المتغيرات المضبوطة** " لقد تم الحرص على الحصول على تكافؤ مجموعتي الدراسة من خلال ضبط بعض المتغيرات من أجل سلامة الدراسة ليس فقط ضبطا إجرائيا والمتمثل في النقاط التالية:
 - إن كلا من أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية يتدربون في نفس القاعة وتحت إشراف طاقم تدريبي واحد.
 - أفراد المجموعتين يتدربون تحت نفس الظروف الفيزيائية.
 - يتقارب كلاهما في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والعمرى.
- بل وأيضا ضبطا إحصائيا من خلال استخدام اختبار (T. teste)، لكون مجموعتي الدراسة (الضابطة والتجريبية) مستقلتين والذي يشمل العناصر التالية:
- ✓ السن.
 - ✓ مدة التدريب.
 - ✓ المستوى التعليمي.
 - ✓ القياس القبلي في مقياس الوعي الصحي.
 - ✓ القياس القبلي في مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة.

7-1- السن:

في البداية تم الرجوع إلى السجلات الخاصة بالممارسين لرياضة كمال الأجسام من سجل الحضور لدى صاحب القاعة وأخذ البيانات الخاصة بالسن لهم قبل التجريب، وباعتبار أن العمر الزمني واحد من المتغيرات الهامة المؤثرة على متغيرات الدراسة ولتثبيت متغير العمر الزمني قمنا باستخدام اختبار "ت" (T.test)، للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي العمر الزمني للمجموعتين الضابطة والتجريبية ومعرفة مدى التكافؤ فيما بينهما، أصبح متوسط العمر الزمني للرياضي المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك: جدول رقم: (24) يوضح نتائج اختبار "ت" (T.test)، بين المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
التجريبية	40	29.30	6.005	-1.036	غير دالة
الضابطة	40	30.68	5.863		

يتضح من الجدول السابق رقم (24) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير العمر الزمني، حيث أن قيمة "ت" تقدر ب 1.036- وبالتالي يمكن الحكم بأن المجموعتين متكافئتان في متغير العمر الزمني.

7-2- مدة التدريب:

للتأكد من تكافؤ المجموعتين فيما يتعلق بمدة التدريب، من 1 إلى 5 ومن 6 إلى 17 سنة قبل بدء التجريب، وبالتالي حساب متوسط درجات الرياضيين الممارسين لرياضة كمال الأجسام في هذا الاختبار باستخدام اختبار "ت" (T.test)، وهذا للتعرف عما إذا كان هناك فرق جوهري بين المجموعتين الضابطة والتجريبية وكانت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول رقم: (25) يوضح اختبار "ت" (T.test)، بين الرياضيين المجموعة التجريبية والضابطة في مدة التدريب.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
التجريبية	40	4.68	4.221	0.376	غير دالة
الضابطة	40	4.40	1.892		

يتضح من الجدول رقم: (25) أن قيمة "ت" المقدره ب: 0,376 وهي غير دالة إحصائياً مما يشير إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية وبالتالي نستنتج أن مجموعتي البحث متكافئة في مدة التدريب.

7-3-المستوى التعليمي:

الجدول رقم 26 يبين حساب النتائج باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه: ANOVA

الدلالة الإحصائية	درجة F	مربع المتوسط	مجموع المربعات	المجموعات
0.181	1.82	669.35	1338.71	بين المجموعات
		367.15	9913.15	داخل المجموعات
		/	11251.86	المجموع

من خلال تحليل الجدول رقم 08 بلغت قيمة 82, F=1 لمستوى دلالة 18.0 حيث $0.18 < 0,05$

وبالرجوع الى قانون الفروق فان $(F) \text{ Sig} > 0,05$ اي لا توجد فروق في المستوى التعليمي.

7-4-الضبط التجريبي (القياس القبلي) في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر):

تم التحقق من الضبط التجريبي (تجانس وتكافؤ العينتين) في الخصائص محل الدراسة (الوعي

الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) من خلال التأكد من هاتين الفرضيتين قبل الدراسة أصلاً وهما:

✓ لا توجد فروق في الوعي الصحي بين المجموعة الضابطة والتجريبية في الاختبار القبلي.

✓ لا توجد فروق في سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة بين المجموعة الضابطة والتجريبية

في الاختبار القبلي.

حيث تم استخراج التكافؤ بين مجموعتي الدراسة (التجريبية، الضابطة)، من خلال استخدام اختبار

"ت" (T.test) للعينتين المستقلتين، للتعرف عما إذا كان هناك فرق جوهري بين المجموعتين الضابطة

والتجريبية وهذا الضبط يمثل القياس القبلي للدراسة، وكانت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول رقم: (27) يوضح نتائج اختبار "ت" (T.test) للعينتين المستقلتين، بين ممارسي رياضة كمال الأجسام

المجموعة التجريبية والضابطة في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) للقياس القبلي

المتغيرات	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
الوعي الصحي	التجريبية	40	95.63	4.271	1.105	غير دالة
	الضابطة	40	94.63	3.807		
سلوكيات المخاطرة (الخطر)	التجريبية	40	176.05	4.157	1.178	غير دالة
	الضابطة	40	174.68	6.103		

يظهر من الجدول رقم: (27) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد مقياسي الوعي الصحي

وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة بين المجموعة الضابطة والتجريبية حيث كانت جميع

دلالات (ت) أكبر من 0,05 وهي غير دالة إحصائياً، وهذا يشير إلى تكافؤ مجموعتي الدراسة في هذين مقياسين.

إجراءات الدراسة:

في ضوء تحقيق أهداف البحث قمنا بإتباع الخطوات التالية:

- الاطلاع على الكتابات والبحوث والدراسات والمشروعات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة للتعرف على أنواع البرامج والتطبيقات الهاتفية التوعوية الحالية المطبقة في مجالات الرياضة والصحة وتطويرها وتقنياتها وهذا بغرض وضع الإطار النظري.
- إجراء لقاءات مع المختصين والخبراء في مجال تصميم تطبيقات الهاتف وكذا المختصين في رياضة كمال الأجسام والمختصين في التربية والعلوم الاجتماعية (علم النفس).
- تحديد الأهداف العامة والفرعية لتصميم تطبيق هاتفي توعوي.
- تصميم مقياس خاص بالوعي الصحي ومقياس خاص بسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة وفق مراحل علمية ومنهجية ثم عرض المقياسين على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص.
- إعداد الصورة الأولية لأدوات الدراسة، ثم صياغتها على الصورتين المفتوحة والمقيدة لإتاحة الفرصة لعينة تقنين أدوات البحث لإضافة ما يروونه مناسباً في نهاية كل مقياس.
- إجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكمين على التطبيق الهاتفي وذلك بغرض الوصول إلى الصورة النهائية له.
- حساب أدوات البحث بمعادلة الفا كرونباخ.
- صياغة أدوات البحث (مقياس الوعي الصحي ومقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة والتطبيق الهاتفي التوعوي) في صورتها النهائية.
- اختيار العينة بطريقة عشوائية.
- إجراء التجربة الاستطلاعية لأداة القياس بغية التأكد من الدقة العلمية.
- بعد التأكد من الخصائص السيكمترية لأداة القياس تمّ الشروع في إجراء التجربة (الدراسة الأساسية)، الأساسية للبحث وفق الخطوات التالية:
- التحقق من تكافؤ المجموعتين من حيث السن، والمستوى الدراسي، ومدة التدريب بين أفراد المجموعتين ثم بعد ذلك تطبيق الأداة قبلها على كل من رياضيي المجموعتين الضابطة والتجريبية.

- تطبيق التطبيق الهاتفي التوعي على المجموعة التجريبية، في حين لم يتم تطبيقه على المجموعة الضابطة.
- التطبيق البعدي للمقياس على الرياضيين المجموعتين الضابطة والتجريبية.
- رصد النتائج ومعالجتها إحصائيا عن طريق برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS)

8. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي جمعت تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة التي تمكننا من وصف المتغيرات ودراسة العلاقة ودلالة الفروق بين المتغيرات حسب ما تشير إليه فرضيات الدراسة الحالية، حيث وبعد استرجاع أداة جمع البيانات تم تفرغ البيانات وترميزها، تمهيداً لإدخالها في الكمبيوتر، لتصبح متغيرات رقمية يمكن قياسها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS) (الزغبى، والطلايحة، 2004: 54).

خلاصة:

إن التعرض لمنهجية الدراسة الميدانية تتيح لنا التعرف على مجتمعها، العينة، المنهج المستخدم، الأدوات والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة بياناتها، وطرق تصميم المقاييس الخاصة بموضوعها وخاصة المراحل التي تمت في عملية تصميم وإنشاء التطبيق الهاتفي وكل هذا ساعدنا في الوصول إلى النتائج وتحليل البيانات بهدف أن تتضح الدراسة من جانبها الميداني.

الفصل السادس :

عرض ومناقشة البيانات في

ضوء فرضيات الدراسة

تمهيد

1. عرض النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.
2. تحليل ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.
3. النتيجة العامة.

تهييد:

سوف نخصص هذا الفصل لعرض النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة، مما سيمكننا من إصدار الحكم على صحة أو بطلان هذه الفرضيات، والتي سيكون لها الدور الهام في تحديد معالم الدراسة وتوجيهها، قصد الخروج بالاستنتاجات والاقتراحات التي تهم موضوع الدراسة.

1. عرض النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.

سنقوم بعرض نتائج الفرضيات الأولى والثانية والثالثة، ثم في الأخير سنعرض الفرضية العامة، لأن نتائج هذه الفرضية متعلقة بنتائج الفرضيات الأخرى على عكس العرض المنهجي للفرضيات في الفصل الأول.

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى مماسي كمال الأجسام".

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار

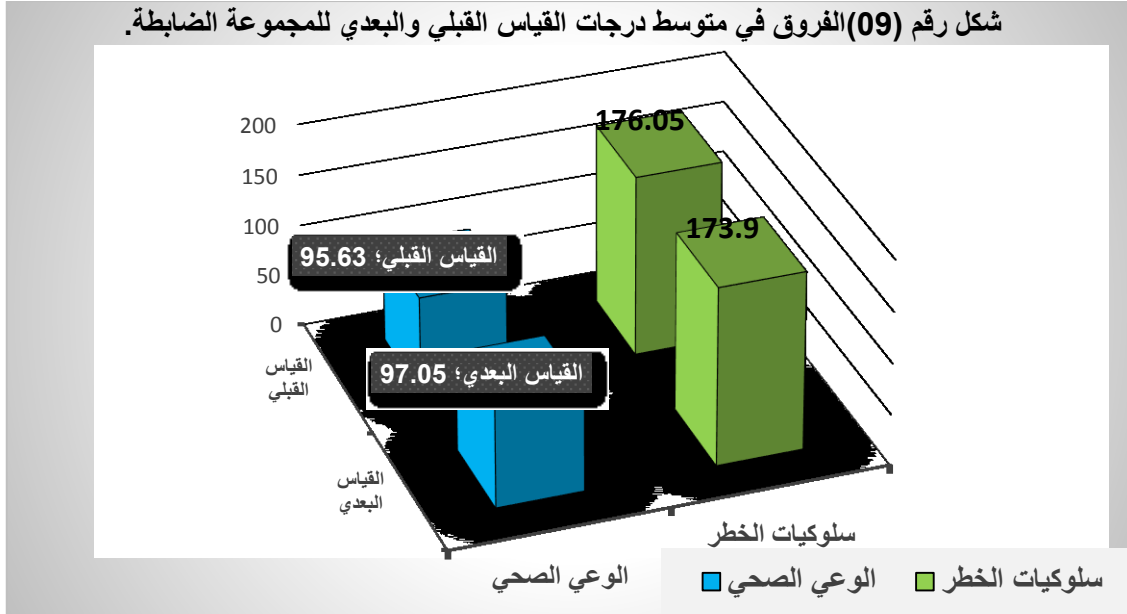
(ت) (T. test Paired sample)، لعينتين مترابطتين، ويبين الجدول التالي النتائج:

جدول (28) يمثل نتائج اختبار (ت) (T.test) للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

المتغيرات	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	دلالة ت
الوعي الصحي	قبلي	40	95.63	4.271	39	-1.634	0.781
	بعدي	40	97.05	6.202			
سلوكيات المخاطرة (الخطر)	قبلي	40	176.05	4.157	39	1.647	0.792
	بعدي	40	173.90	9.193			

الجدول رقم (28) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي كمال الأجسام بين القياسين (القبلي والبعدي)، للمجموعة الضابطة، حيث كانت قيمتا اختبار (ت) لهما على التوالي -1.634 و 1.647 بمستوى دلالة 0.0781 و 0.792 أكبر من 0.05، أي لا توجد فروق.

شكل رقم (09) الفروق في متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.



1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

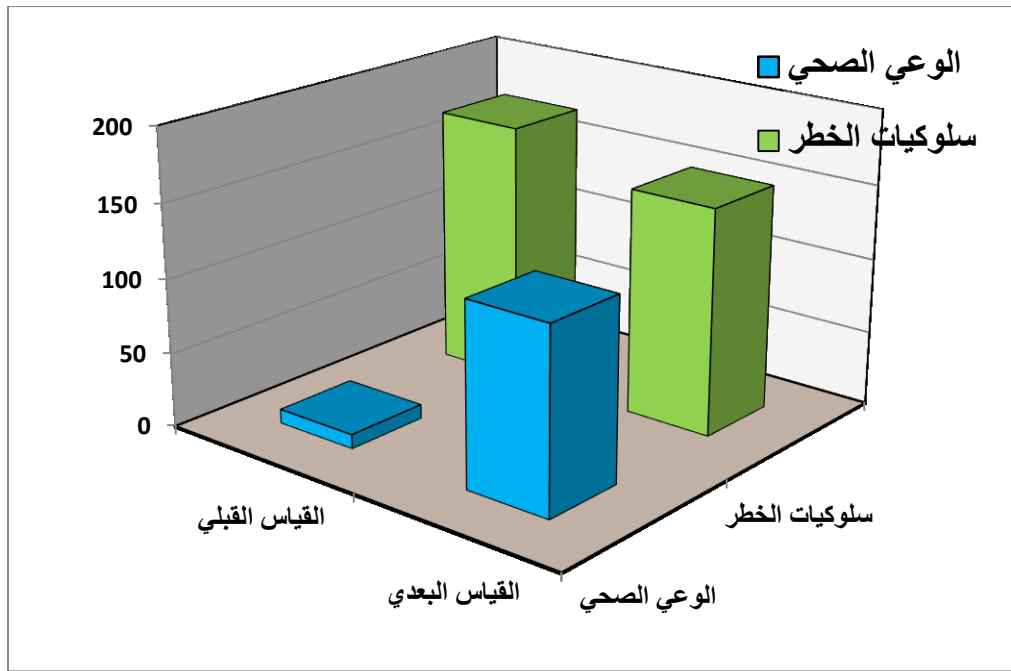
والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام".

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم تعريض المجموعة التجريبية للتطبيق الهاتفي المقترح وذلك ثم القيام باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) (T. test Paired sample)، لعينتين مترابطتين، ويبين الجدول التالي النتائج:

جدول (29) يمثل نتائج اختبار (ت) (T. test) للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

المتغيرات	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	دلالة ت
الوعي الصحي	قبلي	40	94.63	3.807	39	-6.167	0.004
	بعدي	40	122.70	29.328			
سلوكيات المخاطرة (الخطر)	قبلي	40	174.25	3.470	39	12.383	0.0012
	بعدي	40	154.75	10.285			

يظهر من الجدول السابق رقم (29) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس الوعي الصحي وسلوكيات الخطر بين القياسين (القبلي والبعدي)، للمجموعة التجريبية، حيث كانت قيم اختبار (ت) لهما على التوالي -6.16 و 12.383 أي توجد فروق لصالح القياس البعدي. وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى 0,01.



شكل رقم: (10) يمثل الفروق في متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام لصالح العينة التجريبية.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) (T. test independent sample)، لعينتين مستقلتين (المجموعة التجريبية والضابطة)، ولبيان

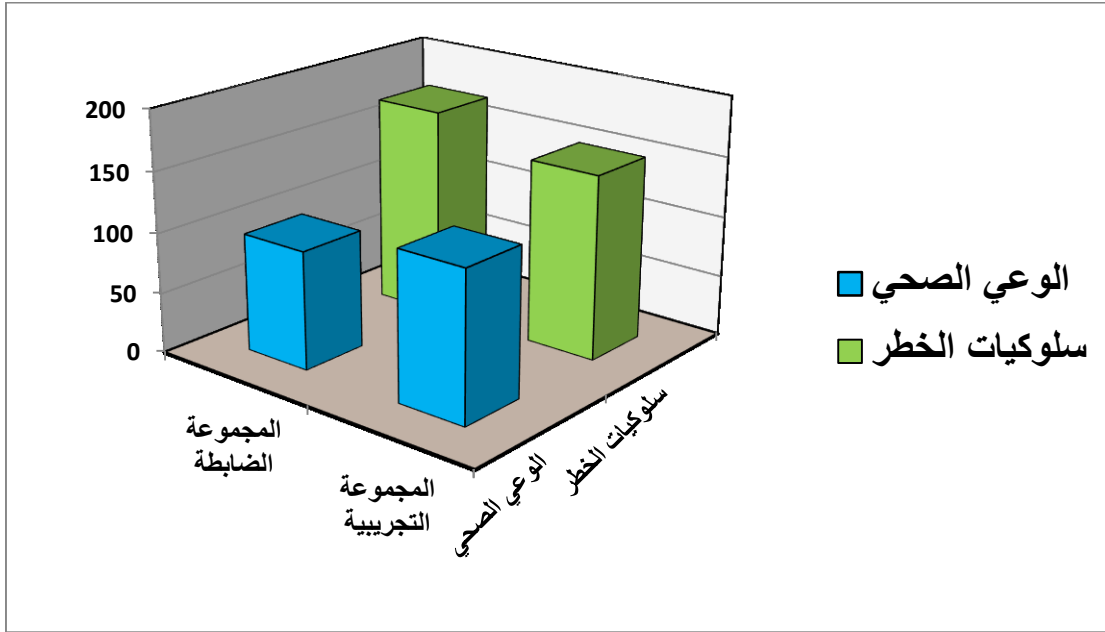
حجم التأثير تم حساب مربع ايتا (η^2)، ويبين الجدول التالي أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (30) يمثل نتائج اختبار (ت) (T.test) ومربع ايتا (η^2)، للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

المتغيرات	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	دلالة ت	مربع ايتا (η^2) حجم التأثير
الوعي الصحي	الضابطة	40	97.68	6.310	39	-5.276	0.002	0.422
	التجريبية	40	122.70	29.328				
سلوكيات المخاطرة (الخطر)	الضابطة	40	173.10	10.519	39	9.178	0.003	0.689
	التجريبية	40	151.75	10.285				

يظهر من الجدول السابق رقم (30) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس

البعدي، حيث كانت قيم اختبار(ت) لهما على التوالي -5.276 و 9.178، بمستوى دلالة على الترتيب 0.002 و 0.003 وهما اقل تماما من 0.05 أي توجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية.



شكل رقم: (11) يمثل الفروق في متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

بعد الحصول على النتائج السابقة من خلال الجدول رقم: (30) وتفسيرها فإنه يجب التأكد من صدق هذه النتائج والتعرف إلى قوة تأثير المعالجات الإحصائية التي تم التوصل إليها (الدلالة العملية)، ومعرفة إذا ما كان للمتغير المستقل، على المتغير التابع، تأثير حقيقي وأنه لم يكن نتيجة الصدفة أو نتيجة لمتغيرات أخرى لم تأخذ في الحسبان، ولمعرفة حجم تأثير التطبيق الهاتفي التوعوي (المتغير المستقل) في إحداث الفرق في الوعي الصحي وسلوكيات الخطر (المتغيرين التابعين)، استخدمنا مربع ايتا (η^2)، من قيمة اختبار (ت)، وتقدم مقياساً وصفيًا للترابط بين العينات موضوع الدراسة، ويدل مربع ايتا (η^2)، على نسبة من تباين المتغيرين التابعين (الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة)، ترجع إلى المتغير المستقل (التطبيق الهاتفي المقترح)، أما حجم التأثير فيدل على نسبة الفرق بين متوسطي المجموعتين في وحدات معيارية (أنظر الجدول رقم 31 ص 244).

إذن فحجم الأثر هو الذي يؤكد لنا الأثر بصورة أكثر وضوحاً، إذ يعد الوجه المكمل للدلالة الإحصائية ولا يحل محلها، ولهذا قمنا بحساب مربع ايتا (η^2) وكما أشار فام (1997)، إلى أن حجم التأثير المرتبط بقيمة مربع ايتا (η^2)، يأخذ ثلاث مستويات هي (فام، 1997: 256):

- يكون حجم التأثير صغير إذا كان $0.06 > \eta^2 > 0.01$
- يكون حجم التأثير متوسط إذا كان $0.14 > \eta^2 > 0.06$
- يكون حجم التأثير كبير إذا كان $\eta^2 > 0.14$

جدول رقم (31) يمثل المعيار المرجعي لتحديد مستويات حجم التأثير بالنسبة لكل مقياس من مقاييس حجم التأثير

حجم التأثير			الاداة المستخدمة
كبير	متوسط	صغير	
0.14	0.06	0.01	(η^2)
0.8	0.5	0.2	B

وقد قمنا بحساب حجم التأثير بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، في القياس البعدي والجدول

التالي يوضح حجم التأثير بواسطة كلٍ من (η^2):

جدول رقم (32) يبين قيمة (ت) و (η^2) وحجم التأثير.

حجم التأثير	قيمة d	قيمة (η^2)	قيمة (ت)	المجموعة	النمط
كبير	1.711	0.422	-5.276	التجريبية	الوعي
				الضابطة	الصحي
كبير	2.977	0.689	9.178	التجريبية	سلوكيات
				الضابطة	المخاطرة (الخطر)

ويظهر من خلال الجدول أن: قيمة (η^2) المحسوبة للمقياس الوعي الصحي هي (0,422) وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة هي (0,689) مما يشير أن حجم المتغير المستقل (التطبيق الهاتفي المقترح) تقع في نطاق حجم التأثير الكبير للمعيار المرجعي المحدد للمستويات حجم التأثير (0,14). ومنه يمكن التأكد من أن المتغير المستقل (التطبيق الهاتفي المقترح) أثر على المتغيرين التابعين (الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة) وله تأثير حقيقي ولم يكن نتيجة الصدفة أو نتيجة متغيرات اخرى مشوشة.

2. تحليل ومناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة

2-1- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الإجرائية الأولى:

والتي تنص: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

من خلال الجدول رقم (28) توصلنا الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياسي الوعي الصحي وسلوكيات الخطر لدى ممارسي كمال الأجسام بين القياسين (القبلي والبعدي)، للمجموعة الضابطة، حيث كانت قيمتا اختبار (ت)، غير دالة إحصائياً.

يعود عدم وجود فروق في المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة إلى أن رياضي المجموعة الضابطة لم تتأثر أفكارهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم بأي متغير آخر قد يؤثر على مدركاتهم حيث أن درجات المتوسط الحسابي لمقياس الوعي الصحي في القياس القبلي والبعدي كانت جد متقاربة (95.63-97.05) ونفس النتيجة بالنسبة لمقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة (173.90-176.05) وهذه النتائج تدل على أن مستوى الوعي الصحي منخفض على العموم وأن مستوى سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة مرتفع.

وتعتبر هذه النتيجة مقبولة لدى هذه الفئة لأن معظم الممارسين لهذه الرياضة هم من فئة الشباب وفي هذه المرحلة يعتقد الغالبية منهم بقدرتهم على التحدي، مع حب المغامرة المصحوبة بالخيال الواسع، كما أن الإعلام والأشهار يلعبان دورا كبيرا في زيادة مستوى الانخراط في سلوكيات الخطر، خاصة وأن التدريب في القاعات يكون في جو حماسي حيث وجود صور لأبطال هذه الرياضة، مفتولي العضلات في مظهر جد جذاب، مع موسيقى حماسية، إضافة إلى المرايا التي من خلالها يرى الرياضي نفسه لتظهر له نتائج جهده فتعكس هذه الصورة مع جاذبية الجو العام الموجود في القاعة والأضواء المدروسة على سلوكياته وأفكاره، لذلك و من باب السعي إلى تسريع النتائج يلجأ البعض منهم إلى تناول البروتينات المصطنعة بطريقة قد تكون نتائجها وخيمة على صحتهم، زد على ذلك الجهل بالطرق التدريبية الصحيحة والتي كثيرا ما يؤدي إلى التعرض للإصابات ومن أهمها التمزق العضلي وهذا الأخير قد يجبر الرياضيين للركون للراحة وللإستشفاء، و الأكثرية من هؤلاء لا يلتزمون بإرشادات ونصائح الأطباء بل بالعكس من ذلك ومن باب إيمانهم بقوتهم وجهلهم بأخطار تلك السلوكيات والتصرفات الاندفاعية فإنهم يواصلون التدريبات بقوة ويحاولون تجاوز تلك الآلام بدافع أنها ستزول بمرور الوقت والتدريب، كما أن

البعض منهم من يحاول الوصول إلى الجسم المثالي بأسرع وقت، فيزيد من الأثقال ويفرط في التدريب وهي كلها من نتائج قلة الوعي والجهل بأصول التدريب أو بالتجاهل بها وهذا ما يتوافق مع دراسة (Mohammed cherif Mahdi, Arafa Mohamed, Negaz Mohamed, (December 2021) والتي توصلت نتائجها إلى أن بعض ممارسي كمال الأجسام ليس لديهم وعي كامل بالاستهلاك الرشيد في وجباتهم الغذائية التي يتناولونها يوميا من أجل تنمية العضلات، كما أنهم يجهلون أساسيات توزيع الحمل التدريبي في البرنامج الرياضي الذي يتبعونه خلال الجلسات التدريبية للتنمية العضلية.

وقد ترجع هذه النتيجة أيضا لدى بعض أفراد العينة لنقص المدركات الصحية الغذائية والتي تخص كميات الطعام المتناول في حالة التدريب، عدم الانتظام في الوجبات الغذائية بمواعيد محددة وتناول المشروبات الغازية (دراسة العلي محمد محمود سليمان وآخرون(2011) والتي أسفرت نتائجها إلى أن معظم لاعبي المنتخبات الرياضية في الجامعة يمارسون النشاط الرياضي لمدة ساعة واحدة في اليوم ضمن منتخب الجامعة، وأن غالبيتهم يتناولون ثلاث وجبات فأكثر يوميا، ويتناولون المشروبات الغازية بدرجة كبيرة) والصحة العامة من خلال السهر إلى ساعات الفجر، استهلاك البعض للكحول أو المخدرات ممارسة العادة السرية ومشاهدة الأفلام الإباحية، عدم الاهتمام بالنظافة والصحة العامة، انتشار بعض الاعتقادات الخاطئة كتناول الطعام بكميات كبيرة قبل ممارسة النشاط الرياضي بأنها تساعد على الاستمرار في الأداء لفترات طويلة دون الشعور بالتعب، تعاطي المنشطات من دون تسريح طبي وعن جهل بأخطارها وآثارها الجانبية ولا حتى تاريخ نهاية صلاحيتها، الاعتقاد بأن تناول المكملات بكثرة تساعد على الاستشفاء وزيادة حرق الدهون، عدم العناية بالصحة العامة وعدم اتباع الأنظمة الغذائية الغنية بالبروتين، عدم تناول الفيتامينات والمركبات العضوية التي يحتاجها الجسم للحفاظ على وظائفه الفسيولوجية ونموه الطبيعي.

2-2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الإجمالية الثانية:

والتي تنص على انه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية".

نرى ومن خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (29) أن الفرضية قد تحققت وأته توجد فروق ذات دلالة احصائية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، ويظهر ذلك في المتوسطات الحسابية لكلا المقياسين في القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حيث نلاحظ تطور وتحسن كبير من خلال ارتفاع مستوى الوعي الصحي (94.63 - 122.70) ويقابله انخفاض ملحوظ في مستوى سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة

بالصحة (154.75-174.25) كما أن قيمة اختبار (ت) لهما كانت على التوالي-6.16 و 12.383 والتي تؤكد الفروق لصالح القياس القبلي للمجموعة التجريبية، ويفسر عدم وجود فارق شاسع بينهما ربما إلى مدة برنامج التطبيق المقدره بـ: 10 أيام، غير أن ذلك لا يقلل من حجم التأثير الملاحظ في النتائج بصفة عامة . فإدخال متغير جديد على المجموعة التجريبية والمتمثل في استخدام التطبيق الهاتفي المقترح أدى إلى إحداث تغير لصالح القياس القبلي ومرد ذلك إلى: أولاً أن المجموعة التجريبية لم تخضع إلى أي متغير آخر غير التطبيق الهاتفي، إضافة إلى وضوح أهدافه للممارسين لرياضة كمال الأجسام (أفراد المجموعة التجريبية) ومناسبة محتواه لخصائصهم النمائية من حيث مراعاة الفروق الفردية، مع سهولة استخدامه، وتوفره على الوسائط المتعددة من صور وفيديوهات والتي ساهمت في الإقبال عليه وتبني محتواه.

كما قد يعود تفسير هذا التغير أيضاً إلى استخدام التكنولوجيا الرقمية في تقديم المعلومات والمعارف بالشكل الجذاب والصحيح الذي ربما كان من أسباب إخراج أفراد المجموعة التجريبية (الممارسين لرياضة كمال الأجسام) من الأساليب التقليدية في كيفية التدريب من خلال البرامج المقدمة سواء لمن يريد التضخيم أو التنشيف أو البرامج الخاصة سواء للمحترفين أو المبتدئين وطرق لعناية بالصحة العامة والحصول على البرامج الغذائية من خلال البرامج الغذائية التي تعتمد الأسلوب العلمي والابتعاد عن الأساليب والطرق في الحصول على التغذية السليمة والتي كانت قبل استخدام التطبيق تعتمد في غالبيتها على تجارب شخصية قد تصلح للبعض ولا تصلح للبعض الآخر، الأمر الذي قد ساهم في زيادة دافعيتهم نحو تغيير أنماطهم السلوكية عن طريق تطبيق الإرشادات والنصائح والطرق المقدمة في المحتوى سواء ما تعلق بالرياضة أو التغذية أو الصحة العامة أو المنشطات والمكملات، إضافة إلى أنهم وربما وجدوا أنّ التعلم باستخدام التطبيقات الذكية أسهل وأكثر متعة وتشويق من الطرق المعتادة.

هذا بالإضافة إلى أنّ الممارسين لرياضة كمال الأجسام والذين خضعوا لبرنامج التطبيق الهاتفي التوعوي (أفراد المجموعة التجريبية) والذي اعتمد على أحدث الطرق في إيصال المعلومات والحقائق العلمية والمناهج الجديدة الخاصة بالتدريب أو التغذية والصحة العامة أو المنشطات والمكملات قد وجدوا في محتواه مصدر ثري وغني سواء من حيث الكم والكيف كما أستطاع هذا التطبيق تلبية احتياجاتهم في الجانب العملي وسهل عليهم الحصول على تلك المعلومات الوفيرة والدقيقة بسهولة ويسر .

وربما يعود تفسير هذه النتيجة أيضاً إلى أنّ استخدام التطبيق الهاتفي قد وفر لأفراد المجموعة التجريبية فرصة التعلم الذاتي بأشكال مختلفة سواء بالصوت والصورة من خلال الفيديوهات التي تبين

وتوضح الطرق الصحيحة للتدريب والتغذية من خلال الشرح، والتفسير من مدربين معتمدين مع إمكانية تخزينها ليتمكنوا من الاستفادة منها في أي وقت يناسبهم.

علاوة على احتواء التطبيق الهاتفي المقترح على كافة أنواع التحفيز من خلال المواضيع المطروحة والتي تعتمد على إثارة الدافعية والتنوع في تنمية المهارات وصقلها لدى الممارسين للرياضة كمال الأجسام مقارنة بالطرق التقليدية.

هذا التغير في النتائج لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية بعد استخدام (متغير) التطبيق الهاتفي المقترح من خلال ملاحظتنا وأيضاً من خلال نتائج المقياسين والتي تؤكد ارتفاع في مستوى الوعي الصحي وبالمقابل انخفاض ملموس في سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة وهذا ما يؤكد مدى فاعليته إذ تم ملاحظة (ملاحظة إحصائية، شخصية، وآراء وانطباعات كل من المؤطرين والرياضيين) أن بعض سلوكيات أفراد المجموعة التجريبية) قد تغيرت بعد استخدام التطبيق حيث تغيرت بعض العادات الصحية وثبتت بعضها (كالمحافظة على الصلاة، النظافة الجسدية، تناول الوجبات الغذائية في أوقاتها، احترام أوقات تناول الأدوية، التقيد ببرامج التدريبية، النوم (8 ساعات على الأقل)، التقليل من الممارسات الجنسية الخاطئة، التدخين...إلخ.

2-3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الإجرائية الثالثة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة للقياس البعدي بين متوسطي درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية".

إن نتائج الفرضية الأولية والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام ونتائج الفرضية الثانية والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياسي الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية". تؤكد على أن للتطبيق الهاتفي فعالية كبيرة في الرفع من مستوى الوعي الصحي وفي المقابل انخفاض في سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة و قيم اختبارات ت تؤكد ذلك (الوعي الصحي = 5.276-، وسلوكيات المخاطرة (الخطر) = 9.178) حيث لوحظ على المجموعة التجريبية وبعد استخدام التطبيق تغير في نتائج القياس القبلي والبعدي إذ التمسنا ارتفاع في مستوى الوعي الصحي لدى فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام، مع انخفاض في مستوى سلوكيات المخاطرة (الخطر) وهي تتماشى ونتائج ودراسة فلاحى بشير وقارة السعيد (2021) ودراسة القص صليحة (2016) في حين بقيت نتائج المجموعة الضابطة للقياسين

القبلي والبعدي متقاربة وهذا ما يدل على أن لاستخدام التطبيق الهاتفي في نشر الوعي الصحي للرفع من مستواه وبالمقابل التقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة فاعلية كبيرة وأثر واضح.

3-النتيجة العامة:

إن النتائج المتحصل عليها تؤكد فاعلية التطبيق الهاتفي المقترح لزيادة الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تم اخضاعهم لبرنامج التطبيق حيث لوحظ انخفاض في مستوى سلوكيات المخاطرة (الخطر) مع زيادة في الوعي الصحي ويمكن إرجاع هذه المحصلة إلى عدة أسباب بدايتها في الملاحظات التي استخلصناها حول المعلومات والمعارف التي يمتلكها أفراد المجموعة التجريبية حول ماهية السلوكيات الصحية الإيجابية سواء في ما يتعلق بالتغذية أو الرياضة أو الصحة العامة أو المكملات والمنشطات حيث أنه وخلال الحصص التدريبية لاحظنا أنه قبل بداية التطبيق كان هناك قصورا كبيرا بل وخطير حول مدى ممارسة الرياضيين للسلوكيات الصحية الصحيحة التي أهمها الأكل المتوازن، نوعية الألبسة الرياضية ومدى ملائمتها للتدريب، أوقات تناول شرب الماء، فترات التدريب، الحمل الزائد، تمارين التسخين والإطالة والتهدئة، النوم....إلخ، أيضا لعبت الأساليب وطرق التدريب الخاطئة والتي لم تبنى على منهج علمي إما بسبب انعدام وجود مدرب محترف، أو بسبب انعدام برنامج تدريبي خاص، لكن بعد التطبيق توصلنا إلى أن برنامج التطبيق قد أتاح الفرصة للمجموعة التجريبية من خلال محتواه إلى الخروج من فوضوية التدفق المعرفي والمعلوماتي المبني على المكتسبات والتجارب الخاصة أو ما اتفق عليه، إلى مناهج وطرق مبنية على أطر علمية دقيقة تدخلت فيها الفيزياء والعلوم والرياضيات وعلم النفس وغيرها.

ترجع فاعلية هذا التطبيق أيضا إلى عامل أسلوب العرض والذي حاولنا فيه الجمع بين التكنولوجيا والفن والتشويق إضافة إلى المعلومات الدقيقة والنصائح القيمة والتي ساعدت رياضي كمال الأجسام في المجموعة التجريبية على تصحيح أخطائهم وتعزيز المفاهيم والمعلومات حول السلوكيات الصحية التي يجب عليهم اتباعها- لتفادي أو التقليل من نتائج السلوكيات الخطرة المتبناة سابقا كنمط معيشي وسلوكي- كتناول الغذاء الصحي والحرص على تناول الفيتامينات والكربوهيدرات والبروتينات والألياف بطريقة صحيحة، استشارة الطبيب أثناء التعرض للإصابة أو أثناء تناول الأدوية وكيفية ممارسة التمارين الرياضية الصحيحة وهذا ما جعل أفراد العينة التجريبية أكثر إقبالا على محتوى برامج التطبيق وجعله نمطا جديدا في حياتهم، كما أن غياب المناهج أو المواضيع ذات العلاقة بالصحة والسلوكيات المخاطرة (الخطر) والمعارف ذات الصلة بهما في البرامج التدريبية سواء على مستوى قاعات التدريب أو في الكتب أو المراجع، حيث وبعد الاطلاع على الكتب والمجلات المتخصصة حول هذه الرياضة فإننا لاحظنا أنها

تركز في جانبها التدريبي على فئة المحترفين بالدرجة الأولى من خلال إعطائهم برامج غذائية وتدريبية خاصة بالمنافسة وليس للمبتدئين العاديين، كما أن نوعية الأكل والتي تخضع إلى مقاييس علمية من غير الممكن تطبيقها على أرض الواقع خاصة وأن المستوى المادي والاجتماعي لا يسمح بتعميم هذه البرامج، كما لوحظ أيضا عدم احتواء غالبية البرامج المتوفرة على المواضيع التي تنطرق إلى الصحة العامة التي تمس حياة الأفراد الممارسين لهذه الرياضة وهذا ما يفسر انخفاض درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية قبل التطبيق وبقاء درجات المجموعة الضابطة كما هي ودون أي تغيير ذو دلالة بعد التطبيق.

خاتمة:

وختاماً لدراستنا التي انطلقت حول البحث عن فاعلية التطبيق الهاتفي المقترح لزيادة مستوى الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة والتي شملت فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام باعتبار أن هذه الرياضة تهدف إلى تنمية الحجم والتنسيق العضلي وذلك عن طريق بناء وتصميم تطبيق هاتفي بمحتوى ثري بالمعلومات والنصائح ومقدم بطريقة شيقة بواسطة الوسائط المتعددة من صور وفيديوهات ونصوص من أجل تصحيح بعض المفاهيم والمعلومات والمعتقدات الخاطئة المتعلقة اما بمجال الرياضة أو التغذية أو الصحة العامة أو المنشطات والمكملات.

وما استخلصناه أن رياضيي كمال الأجسام يمارسون الكثير من السلوكيات الخطرة سواء ما تعلق بالجانب الرياضي من خلال التدريب المفرط، الجمل الزائد، عدم اتباع البرامج التدريبية العلمية وغيرها الأمر الذي يمنع من تحقيق الوصول إلى البناء العضلي والزيادة في قيمة الأداء البدني، أو في مجال التغذية من حيث عدم الحصول على العناصر الغذائية الكاملة مع الأفراد في الجهد العضلي، الاعتماد على نمط غذائي واحد، المعتقدات الخاطئة بخصوص كمية الغذاء المتناولة والتي يعتقد فيها الكثير من الرياضيين بأن الاكثار من تناول الطعام قبل المنافسة يزيد من القدرة على الأداء لفترات طويلة، والاقبال من شرب الماء أو شربه بكميات قليلة وغيره، أو في مجال الصحة العامة كتناول الادوية من دون استشارة الطبيب، السهر والنوم المتأخر، الجلوس أمام الكمبيوتر لفترات طويلة سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، سلوك الممارسة الجنسية الضارة وغيرها، أو في مجال المنشطات والمكملات من حيث مدى صلاحيتها ونوعيتها، كما حاولنا إبراز أهمية الوعي الصحي ودوره في التقليل من هذه سلوكيات الخطرة. وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن التكنولوجيا الرقمية ومن خلال التطبيقات ومنها التطبيقات الهاتفية التوعية في مجال الصحة كان لها الأثر والفاعلية الكبيرة والواضحة في المساعدة على الرفع من مستوى درجات الوعي الصحي والتقليل من مستوى درجات سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى أفراد المجتمع وبالخصوص فئة الممارسين لرياضة كمال الأجسام من خلال تبنيهم للعادات الصحية السليمة وتجنبهم للأنماط السلوكية المضرة بالصحة بهدف الحفاظ على سلامتهم الجسدية والنفسية والعقلية والتي تنعكس بدورها إيجابيا على الاقتصاد العام للمجتمع.

الاقتراحات:

نستعرض في نهاية هذا الفصل إلى أهم الاستنتاجات التي أمكن التوصل إليها، وذلك من خلال مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وفي النهاية سوف نحاول تقديم مجموعة من الاقتراحات التي نأمل أن تساهم في تفعيل تطبيقات الهاتف النقال في زيادة الوعي الصحي والتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى الممارسين لرياضة كمال الأجسام كما يلي:

1. العمل على تعزيز استخدام تطبيقات الهواتف النقال في الحصول على المعلومات في مجالات الصحة والرياضة.
2. ضرورة زيادة الوعي لدى كل الرياضيين بأهمية أخذ المعلومات الصحية الصحيحة والمفيدة من خلال التطبيقات المتخصصة ومنها تطبيقات الهواتف النقال.
3. القيام بدراسات حول سبل تفعيل استخدام تطبيقات الهواتف النقال في كل المجالات وبخاصة ميدان الصحة نظراً لتوفر هذه الأجهزة في كل مكان.
4. العمل على إعداد تطبيقات مخصصة لنشر المعلومات والحقائق المتعلقة بكل مجالات حياة الرياضيين وخاصة ما تعلق منها بالجانب الصحي.
5. عمل دورات تدريبية من طرف المؤسسات الصحية لدعم الطواقم التدريبية والرياضيين ومسؤولو الفاعات التدريبية من أجل توحيد المعلومات ومواجهة الأخطار والسلوكيات الخطرة ونشر الوعي الصحي باستعمال التكنولوجيا الحديثة والتي من بينها التطبيقات الهاتفية.
6. تشجيع الرياضيين على استخدام التقنيات الحديثة في مجال الطب والرياضة والتغذية عن بعد.
7. إجراء دراسات حول أهمية استخدام تطبيقات الهاتف النقال.
8. عمل تطبيقات متفرعة لبعض الموضوعات خاصة بكل محور (التغذية - الرياضة - الصحة العامة - المكملات والمنشطات) لتعمق أكثر ولفائدة أكبر.
9. توفير منتدى أو مجتمع افتراضي داخل مثل هذه التطبيقات بغرض زيادة التفاعلية بين المستخدمين بغرض مشاركة الخبرات والنصائح.
10. اعتماد تقنيات الواقع الافتراضي لإنشاء تجارب تفاعلية تساعد على تحفيز المستخدمين خلال التدريبات.
11. العمل على تطوير تكامل مع أجهزة مراقبة اللياقة والصحة مثل أجهزة تعقب النوم وأجهزة قياس معدل ضربات القلب.

12. توفير دورات تعليمية أو أكاديمية داخل التطبيق لتعليم ممارسي كمال الأجسام حول الأسس العلمية والتقنيات المتقدمة.
13. تقديم جلسات توجيه نفسي عبر التطبيق للمساعدة في التعامل مع الضغوط النفسية وتحسين الصحة النفسية.
14. توفير تكامل مع أجهزة تتبع الأداء مثل أجهزة قياس القوة والتحليل الحيوي لتوفير مزيد من المعلومات والتحفيز.
15. تقديم مرشدين ومدربين افتراضيين يمكنهم تقديم دعم مباشر وتوجيه شخصي.

قائمة المراجع:

- المراجع باللغة العربية.
- المراجع باللغة الاجنبية.

القرآن الكريم

المراجع باللغة العربية:

1. ابراهيم، عبد الرحمن عباس. (2007) . أساسيات البرمجة. جامعة النيل الازرق. الجزء الأول.
2. ابن منظور. (2005) . معجم لسان العرب. بيروت: دار صادر. مج 15. ط4 .
3. ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم. (1993). لسان اللسان تهذيب لسان العرب. بيروت. لبنان: دار الكتب العلمية الجزء الأول. ط1.
4. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
5. أبو الرب، صلاح. (1995) . مقدمة في الصحة والمجتمع. عمان: دار الفلاح.
6. أبو العلاء، عبد الفتاح. (1998). بيولوجيا الرياضة وصحة الرياضي. القاهرة: دار الفكر العربي.
7. أبو العيون، سمير أحمد. (2013). الثقافة الصحية. عمان. الاردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. ط1
8. أبو الفتوح، شريفة. (2006). التغذية الصحية والجسم السليم — اسئلة هامة عن كيف وماذا نأكل؟ الحيزة: دار أطلس للنشر والتوزيع. ط1.
9. أبو جاموس، علي حسن. (2012). المعجم الرياضي. عمان. الاردن: دار أسامة للنشر والتوزيع. ط1.
10. أبو حامد، سمير. (2009). التدخين آفة العصر من الألف إلى الياء. دمشق: خطوات للنشر والتوزيع. ط1.
11. أبو زيد، ميساء صالح، والحجابيا، نايل محمد سليمان (2022): فاعلية برنامج تعليمي قائم على تطبيقات الهواتف الذكية في تنمية المفاهيم النحوية لدى طلبة الصف التاسع الأساسي. الاردن: مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث. مج8. ع1. جامعة الحسين بن طلال.
12. الأحمد، سليمان وحمو، نضال. (2002) . المنشطات الرياضية. عمان، الأردن: جهينة للنشر والتوزيع. ط1.
13. أحمد سعد، أحمد. (2011) . بناء الأجسام تقنيات التدريب واطار المنشطات. عمان. الاردن: دار دجلة. الطبعة الاولى.
14. الأحمد، أمل. (1991). الأسس النفسية للتعلم الذاتي وفق المدخلين السلوكي والمعرفي. رسالة دكتوراه. جامعة دمشق. كلية التربية.
15. الأحمد، حنان عبد الرحيم. (1999) . دور المعلمين في التنقيف الصحي والصحة المدرسية. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية، مؤتمر تنمية الوعي الصحي والبيئة المدرسية في البلاد العربية.
16. أخرس، نائل محمد عبد الرحمن وناصر، محمود أمين محمود. (2015) . تعديل السلوك. مكتبة الرشد ناشرون. ط1
17. الأخرس، إبراهيم. (2008) . الآثار الاقتصادية والاجتماعية لثورة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات على الدول العربية. مصر: ايتراك للطباعة والنشر. ط1.
18. أسامة فاروق، مصطفى. (2011) . مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان، الاردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1.
19. أسعد، يوسف ميخائيل. (1995) أسس التربية الجنسية. القاهرة، مصر: دار النهضة للطباعة والنشر.

20. اشتوه، فوزي فايز وعليان، ربحي مصطفى. (2010). تكنولوجيا التعليم (النظرية والممارسة) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
21. أشرف، محمود. (2016). الإصابات الرياضية/الأأنواع - العلاج والتأهيل. عمان: دار من المحيط الى الخليج. ط1.
22. الأغا، إياد محمد القاسم. (2015). أساسيات برمجة تطبيقات الهواتف الذكية باستخدام نظام أندرويد: الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية
23. الاغا، احسان خليل، والاستاذ، محمود حسن. (2004). مقدمة في تصميم البحث التربوي. غزة (فلسطين): مطبعة الرنتيسي للطباعة والنشر. ط3.
24. آفانا، سيف. (1975). أصول الفلسفة الماركسية. ترجمة: حمدي عبد الجواد. القاهرة: دار الثقافة الجديدة.
25. آل عبد الله، الشريف مشهور بن ساعد. (1992). الموسوعة العربية الدولية في رفع الانتقال وبناء الأجسام.
26. آل ياسين، علي. (2014). مختصر لغات البرمجة. الإحساء، العراق.
27. الالوسي، سؤدد فؤاد. (2012). المنشطات الرياضية والمكملات الغذائية. عمان. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع. ط1.
28. Yمام، رحمة. (2019). الاندرويد ستوديو بالعربي خطوة بخطوة <https://www.noor-book.com/login>
29. أنيس، ابراهيم وآخرون. (1972). المعجم الوسيط. مصر: دار المعارف. ج 1. ط2 .
30. أوليدوف. (1982). الوعي الاجتماعي. ترجمة ميشيل كيلو. بيروت: دار ابن خلدون.
31. بدح، أحمد محمد، مزاهرة، أيمن سليمان، وبدران، زين حسن. (2009). الثقافة الصحية. عمّان: دار المسيرة لمنشر والتوزيع والطباعة.
32. بسام، رشا. (2006). الصحة والسلامة العامة. عمان. الاردن: دار البداية ناشرون وموزعون. ط1.
33. بلميهوبي، كلثوم. (2014). تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية .الجزائر : المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية.
34. بن الاثير، المبارك بن مجمل الجزري مجد الدين ابو السعادات. (2000). النهاية في غريب الحديث والاثر 5/392- دار ابن الجوزي الطبعة الاولى. المجلد الخامس.
35. بن غذفة، شريفة. (2007). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة. رسالة ماجستير. جامعة محمد خيضر. بسكرة: كلية الآداب والعلوم الاجتماعية.
36. بن يحيى، سهام. (2005). الصحافة المكتوبة وتنمية الوعي البيئي في الجزائر، رسالة ماجستير في علم اجتماع التنمية، جامعة قسنطينة.
37. بني يونس، محمد محمود. (2007). الاسس الفسيولوجية للسلوك. عمان الأردن: دار الشروق. ط1.
38. بهلول، سارة أشواق. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. رسالة الماجستير علم النفس الصحة. جامعة الحاج لخضر. باتنة

39. بوجلال، عبد الله. (1991). الإعلام وقضايا الوعي الاجتماعي في الوطن العربي المستقبل العربي. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية. العدد 147.
40. بوحفص، عبد الكريم (2016). أسس ومناهج البحث في علم النفس. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. ط2.
41. بوخبزة، نبيلة. (1995). الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. معهد علوم الإعلام والاتصال.
42. بوسنان، رقية. (2012). اسهامات تطبيقات الهواتف الذكية في خدمة القرآن الكريم. الجزائر: مجلة جامعة الامير عبد القادر للعلوم الاسلامية قسنطينة. المجلد 33. العدد3.
43. البياتي، رعد حميد توفيق صالح. 2014. دور الإعلام الجديد في إعادة بناء الرأي العام العربي. مجلة الجامعة العراقية، مج. 2014، ع. 32 / 2. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-807294>
44. بيوتشر، تشارلز. (1971). أسس التربية البدنية. (ترجمة حسن عوض). مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.
45. تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة داود. عمان. الأردن: دار الحامد. ط1.
46. التركي، يوسف. (2000). السلوك الصحي في الاسلام. الرياض: دار الوطن للنشر
47. التكروري، حامد، والمصري خضر. (1990). علم التغذية العامة، أساسيات التغذية. الدار العربية للنشر والتوزيع.
48. التميمي، أسد الدين. (2006). معجم مصطلحات الانترنت والحاسوب: دار اسامة للنشر والتوزيع. ط 1.
49. تيرنك، بيرنارد. (2004). الصحة العامة ماهي وكيف تعمل. (ترجمة فهد بن عتيق العتيق)، مركز البحوث معهد الادارة العامة السعودية.
50. جابر، سامية محمد. (1994). الاتصال الجماهيري والمجتمع الحديث، النظرية والتطبيق. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
51. جابر، عبد الحميد جابر، وكفافي، علاء الدين. (1995). معجم علم النفس والطب النفسي. القاهرة: دار النهضة العربية.
52. جابر، عبد التواب، واحمد محمد مكي. (2017). المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة اسيوط. مصر: مجلة اسيوط للدراسات البيئية. العدد 46.
53. الجلود، سليمان. (2019). المنشطات والأداء الرياضي: دار جامعة الملك سعود للنشر.
54. الجوهري محمد وآخرون. (1992). علم الاجتماع ودراسة الاعلام والاتصال. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
55. الحاج، خالد تميم. (2017). اساسيات التدريب الرياضي. عمان. الاردن: الجنادرية للنشر والتوزيع. الطبعة الاولى.
56. الحارثي، يحيى بن خميس. (2020). دليل استخدام الاجهزة الذكية وتطبيقاتها — أفق أرحب في عالم الاجهزة الذكية. سلطنة عمان: وزارة التربية والتعليم- المديرية العامة لتطوير المناهج.

57. حداد شفيق .(2000). الدليل الغذائي للصحة الجيدة، ط 3. بيروت، لبنان :نوفل للنشر والتوزيع،
58. الحريري، رافدة والمامي، سمير. (2011). الارشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
59. حسانين، محمد صبحي. (1998) . أطلس تصنيف وتوصيف انماط الأجسام. القاهرة: مركز الكتاب للنشر. ط1
60. حسن، طارق، واسماعيل، ساطح. (2008) . توازن التدريب. بغداد: مطبعة الكرار .
61. حسنين، محمد. (ب س). كل شيء عن بناء وكمال الأجسام. مصر: مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير .
62. الحسون، علاء. (2003). تنمية الوعي. قم. إيران: دار الغدير. ط1.
63. حسين، قاسم حسن. (1998). تعلم قواعد اللياقة البدنية. عمان: دار الفكر لطباعة والنشر والتوزيع. ط1
64. حسين، أسامة سمير. (2011) . ثورة الحاسوب والاتصالات. عمان: الجنادرية للنشر والتوزيع. ط 1.
65. حسين، حلمي. (1985). اللياقة البدنية مكوناتها – العوامل المؤثرة فيها – اختبارات. قطر: دار المتنبى.
66. الحشوش، خالد محمد. (2010). عالم الرياضة والصحة. عمان: دار الاعصار العلمي. الطبعة الأولى.
67. حماد، طارق عبد العال. (2007) . إدارة المخاطر. الاسكندرية. مصر: الدار الجامعية.
68. حماد، السيد سليمان. (2020). مقياس الثقافة الصحية للرياضيين بالأندية الصحية والصالات الرياضية وعلاقتها باستخدام المنشطات والمكملات الغذائية.
69. حمزة، جمال مختار. (2002). المخاطرة لدى الاحداث الجانحين وعلاقتها بالنكاء. مصر: مجلة كلية الآداب. جامعة حلوان. العدد 11 و12.
70. حمزة، جمال مختار. (2004). مظاهر الاساءة الى الطفل دراسة ميدانية. مصر: مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية 2(15).
71. حميض، شهد طارق. (2017) . واقع تصميم المستخدم في تطبيقات الهواتف الذكية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التصميم الجرافيكي. كلية العمارة والتصميم. قسم التصميم الجرافيكي. جامعة الشرق الأوسط.
72. حنا، جميل وحنا، سمير. (ب س). الجسم الكامل مجموعة التربية البدنية. بيروت. لبنان: دار الكتب العلمية. عدد 5.
73. الحوري، عكلة سليمان. (2022). العادات الضارة للرياضيين. عمان: شركة الأكاديميون للنشر والتوزيع. ط1.
74. الخاجة، هدى. (2001). اتجاه طالبات جامعة البحرين نحو النشاط البدني دراسة مقارنة. مجلة العلوم التربوية والنفسية 2 (1).
75. الخضير، فوزي. (1994). الطب الرياضي. بيروت: دار العلوم العربية.
76. الخطيب البغدادي، احمد بن علي بن ثابت الخطيب البغدادي ابو بكر. (1996). الفقيه والمتفقه. المجلد الاول
77. الخطيبي، مطلق طلق. (2014). استخدامات الشباب للهواتف الذكية. دراسة اثنوجرافية بمكة المكرمة. السعودية: مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية. العدد 1.
78. الخفاجي، رائد ادريس محمود، عاصي عبد الستار صالح ومحمد، سارة كريم. (2021). التكنولوجيا الحديثة واستراتيجيات التدريس مداخل علاجية وتواصل تعليمي. بغداد: مكتب نور الحسين للطباعة والنشر. ط 1.

79. خلفي، عبد الحليم. (2013). أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست – مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 13/ ديسمبر.
80. خليفة، عبد اللطيف محمد. (2000). الدافعية للإنجاز. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
81. خميس، علي عطية (2003). عمليات تكنولوجيا التعليم. القاهرة، مصر: مكتبة دار الحكمة. ط1.
82. خويلدي ، الهواري وقزقوز، محمد وبن سميثة ،العيد (2018) : دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين وغير الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية – دراسة ميدانية على طلبة الإقامة الجامعية للمركز الجامعي بالبيض – جامعة زيان عاشور الجلفة الجزائر المجلد 1. العدد 1 (31 يناير/كانون الثاني 2018)،
83. دين زيدان حسين، مقراني جمال، سيفي بلقاسم.دراسة (2017) "مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي". الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية مج 9 عدد 1
84. درويش، زكي محمد. (1994). الاحماء والاداء الرياضي. مصر: دار الفكر العربي. الطبعة الاولى.
85. درويش، نور علي سعد. (2016). قيم وخصائص مدمني الانترنت. الاسكندرية. مصر: دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر. الطبعة الاولى.
86. درويش، كمال محمد صبحي حسنين. (1999) . الجديد في التدريب الدائري. القاهرة: مركز الكتاب للنشر. ط1
87. دريد، سوزان و زنكنة أحمد. (2009). الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية ابن الهيثم. بغداد، العراق: مجلة ديالي. عدد 41.
88. دعاء أبو المجد أحمد علي. (2021) . فاعلية استخدام بعض تطبيقات الهاتف النقال في تنمية المفاهيم المرتبطة بتصميم وإنتاج صفحات الويب لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي. مجلة جامعة جنوب الوادي الدولية للعلوم التربوية، الاصدار السادس.
89. دفاتر المخبر. مج. 16. ع. 2. ص ص. 387-398. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-1342838>
90. الدليمي، ناهدة عبد زيد بعيوي وزغير، رائد مهوس ومنهل، يحيى علوان. (2014). دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي للاعبين المستويات العليا بين بعض الألعاب الجماعية والفردية . مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، مج. 14، ع. 2. ج. 1. ص ص. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-688424>
91. دليو، فضيل. (2003) . مدخل الاتصال الجماهيري. قسنطينة: مخبر علم اجتماع الاتصال، جامعة منتوري.
92. دليو، فضيل. (2014) . تكنولوجيا الإعلام والاتصال الجديدة. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع. ط1.
92. الدمرداش، عادل.(1982). الإدمان مظاهره وعلاجه. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. ع 56 .
93. الدهشان، جمال علي خليل. (2015). التعليم والتعلم في ظل الاجهزة المحمولة. هوانا للنشر والتوزيع
94. الدليمي، عبد الرزاق. (2005). الاعلام المتخصص. عمان، الأردن: اليازوري للطبع والتوزيع.
95. راتب، محمد هاني، ودوارة، سلمى. (2007). ارشادات الصحة العامة من أجل حياة صحية .القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث كلية الهندسة جامعة القاهرة.

96. الرازي، مختار الصحاح، زين الدين ابو عبد الله محمد بن ابي بكر بن عبد القادر الحنفي الرازي - المكتبة العصرية الدار النموذجية بيروت صيدا ط 5 -1999
97. الراوي، ضمياء سالم داود. (2016). أثر استخدام بعض تقنيات الهاتف النقال في تحصيل مادة الكيمياء لدى طلبة كلية التربية للعلوم الصرفة ابن الهيثم واستبقاهم للمعلومات. جامعة بغداد، العراق: اعمال المؤتمر الحادي عشر: التعلم في عصر التكنولوجيا الرقمية طرابلس
98. رحمة محمد، ابراهيم ولازم كماش، يوسف. (2000). تغذية الرياضيين. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. ط1.
99. رزوي، غازي عمران. (2005). المنشطات الرياضية. عمان: دار المجد للنشر والتوزيع. ط1.
100. رشاد، احمد عبد اللطيف. (1992). الاثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية. الرياض: دار النشر بالمركز العربي للدراسات الامنية والتدريب.
101. رشاد، علي عبد العزيز وآخرون. (1996). علم النفس الديني. القاهرة، مصر: مؤسسة مختار للنشر. الاصدار 1.
102. رشاد، نادية محمد. (2000). التربية الصحية والأمان. الاسكندرية: منشأة المعارف. ط2.
103. الركبان، محمد. (2009). البدانة الداء والدواء. السعودية: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية kacst
104. حربوش، سميرة. (2019). محددات الصحة ومظاهر السلوك الصحي. أطروحة دكتوراه. الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد لمين دباغين -سطيف-2.
105. روجي، جميل. (ب س). الموسوعة الرياضية. الرياض، المملكة العربية السعودية: دار العلوم.
106. رياض، اسامة، محمد امام حسن. (1999). الطب الرياضي والعلاج الطبيعي. القاهرة: مركز الكتاب والنشر
107. رياض، أسامة. (1998). المنشطات والرياضة (أنواعها-أخطارها-الرقابة عليها). القاهرة: دار الفكر العربي.
108. لزاهر، أحمد. (1998). تكنولوجيا التعليم تصميم وانتاج الوسائل التعليمية. الجزء الثاني: المكتبة الاكاديمية. ط1.
109. زاير، سعد علي وجري، خضير عباس (2020). تصميم التعليم وتطبيقاته في العلوم الانسانية. عمان: دار المنهجية للنشر والتوزيع. ط1.
110. زريقات، عايد، مجلي، ماجد، وعبد الفتاح أسامة. (2017). أثر استخدام بعض الوسائل التعليمية على تحسين المستوى المعرفي لمستخدمي الستيرويدات البنائية في مراكز اللياقة البدنية. مجلة العلوم التربوية. المجلد 44. العدد 4.
111. الزعبي، لؤي. (2020). الوسائط المتعددة. سوريا: منشورات الجامعة الافتراضية السورية.
112. زعطوط، رمضان. (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمينين بورقلة. مذكرة ماجستير. كلية الآداب والعلوم النفسية. قسم علم النفس. تخصص علم النفس الاجتماعي.
113. الزعبي، محمد بلال، والطلايحة عباس. (2004). النظام الاحصائي (SPSS)، فهم وتحليل البيانات الإحصائية. عمان، الاردن: دار وائل للنشر. ط1.
114. زغلول، أحمد سمير سعد. (2020). تأثير برنامج إرشادي على مستوى الوعي الصحي لدى الممارسين للنشاط الرياضي أثناء جائحة كورونا (كوفيد 19). مصر: المجلد 90، جزء 3.

115. زغلول، أحمد سمير سعد. (2020). تأثير برنامج إرشادي على مستوى الوعي الصحي لدى الممارسين (لنشاط الرياضي أثناء جائحة كورونا (كوفيد 19). جامعة حلوان. مصر: المجلة العلمية لكلية التربية الرياضية للبنين بالهرم جامعة حلوان. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة. العدد 90. الجزء 3.
116. زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. مصر: عالم الكتب. ط3.
117. زيدان، عبد الباقي. (1978). حول دوافع وبواعث السلوك الإنساني. الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية. السنة 6. العدد 2.
118. السباعي، مصطفى. (1999). أخلاقنا الاجتماعية. الرياض السعودية: دار الورق. الاصدار 1.
119. سحساحي، مهدي. (2011). رياضة كمال الأجسام ومدى انعكاسها على ممارسة النشاط الترويحي عند المراهقين (15-21 سنة) دراسة ميدانية على مستوى ولاية باتنة. جامعة الجزائر 3. رسالة ماجستير.
120. السرياني، محمد محمود. (1984). الخدمات الهاتفية في إمارة منطقة مكة المكرمة دراسة في جغرافية الخدمات. مكة. السعودية: سلسلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. ج 3. ط1.
121. سلامة، بهاء الدين ابراهيم (2001). الصحة والتربية الصحية. القاهرة: دار الفكر العربي.
122. سلامة، بهاء الدين إبراهيم. (1997). الصحة والتربية الصحية. القاهرة. مصر: دار الفكر العربي.
123. سلامة، بهاء الدين ابراهيم. (2009). فيسيولوجيا الجهد البدني. القاهرة: دار الفكر العربي.
124. سميث، طوني. (2008). موسوعة صحة العائلة. بيروت: دار العلم للملايين. ط 4.
125. سميحه، خليل محمد امين. (2008). مبادئ الفيزيولوجيا الرياضية: 2008 www.iraqacad.org
126. سنن ابن ماجة تحقيق: الارناؤوط. ابن ماجة ابو عبد الله محمد بن يزيد القزويني الناشرة: دار الرسالة العالمية، ط 2009 ج 4. باب ما انزل الله داء الا انزل له شفاء رقم الحديث 3436
127. سنن ابي داود، سليمان بن الاشعث بن اسحاق بن بشير بن شداد بن عمرو الازدني السجستاني، تحقيق شعيب الارناؤوط، محمد كامل قره بللي، الناشر دار الرسالة العالمية، ط 2009 ج 4 ص 221 باب في السبق، رقم الحديث 2574
128. سنن الترمذي - محمد بن عيسى بن سورة بن موسى بن الضحاك الترمذي ابو عيسى. تحقيق وتعليق ابراهيم عطوة عوض (1975). مصر: الناشر شركة مكتبة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي، ج 5 ص 216 رقم الحديث 2980 ط 2.
129. سنن الترمذي - محمد بن عيسى بن سورة بن موسى بن الضحاك الترمذي ابو عيسى - الناشر شركة مكتبة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي، مصر ط 2 1975 ج 2 ص 489 باب ما ذكر في تطيب المساجد رقم 594
130. سنن الترمذي - محمد بن عيسى بن سورة بن موسى بن الضحاك الترمذي ابو عيسى. تحقيق وتعليق ابراهيم عطوة عوض - الناشر شركة مكتبة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي، مصر ط 2 1975 ج 5 ص 216 رقم الحديث 2980
131. سوييف، مصطفى. (1996). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة. العدد 205. الشريقات، محمود. (1996). المخدرات-الخطر وفساد العقل. عمان: دار أفاق للنشر والتوزيع. ط 1.

132. سيدهم، ذهبية. (2005) . الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة، دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر. جامعة قسنطينة .قسم علم الاجتماع والديمغرافيا. رسالة ماجستير في علم اجتماع التنمية.
133. الشاعر، عبد المجيد وآخرون. (2005). الصحة والسلامة العامة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. ط1.
134. شاهين، احمد عبد الهادي. (2000) . مشكلة الادمان والتدخين - عند الشباب وكيف عالجها الاسلام؟: دار الكتب المصرية. سلسلة مشكلات الشباب (الكتاب الثاني). ط1.
135. شاهين، وليد، يوسف، إباد، وارميلي، زياد. (2020) . مستوى الوعي بمخاطر تعاطي المنشطات لدى المشاركين في مراكز اللياقة البدنية بمحافظة القدس. مجلة العلوم التربوية. المجلد 47. العدد 4 .
136. شتيوي، مسعد. (2005) . النوم وأهميته لصحة الانسان وحياته. جامعة قناة السويس. مصر: مجلة أسيوط للدراسات البيئية. العدد 28.
137. شحاتة، إبراهيم. (2004). الوقاية من المنشطات في المجال الرياضي. الاسكندرية. مصر: المكتبة المصرية للطباعة والتوزيع والنشر.
138. الشربيني، لطفى. (2000) . اضطرابات النوم كيف تحدث... وما هو العلاج. القاهرة: دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر. العدد الثالث والعشرون.
139. شحاتة، والنجار. (2003). معجم المصطلحات التربوية والنفسية. القاهرة مصر: الدار المصرية اللبنانية.
140. الشعالي، خليفة راشد، والعزاوي، أحمد ولي. (2005). نظرية القانون الرياضي. ط1.
141. شعبان، فؤاد، وصبطي، عبيدة. (2012). تاريخ وسائل الاتصال والتكنولوجيا الحديثة. القبة، الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع. ط1.
142. شفيق، ساعد. (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية. بسكرة: جامعة محمد خيضر . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. أطروحة دكتوراه.
143. شقرة، علي خليل. (2014). الإعلام الجديد التواصل الاجتماعي. الاردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
144. الشلهوب، عبد الملك. (2014) . دور الإعلام في تحقيق الوعي الصحي. تم الاسترجاع في 20 -06 - 2023 من <http://skinandallergy.org/wp-content/uploads/2012/11/12808538211.pdf>
145. الشمري، عبد الله(1991) . المسح الطبي لصحة الفم والأسنان بالمملكة العربية السعودية: المرحلة الأولى، المنطقة الوسطى. الرياض: مطابع جامعة الملك سعود.
146. شوقي، إسماعيل (. 2001.) الفن والتصميم. القاهرة: دار زهراء للنشر والتوزيع.
147. شويخ، هناء أحمد محمد (2012) . عمم النفس الصحي، ط1 ، مصر دار النفس :مكتبة الأنجلو المصرية.
148. صالح، محمد صالح:"(2002) فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي "الجمعية المصرية. جامعة عين شمس القاهرة: مجلة التربية العلمية. المجلد الخامس. العدد الرابع.
149. صالح، محمد صالح:"(2002) فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي. جامعة عين شمس. القاهرة: لجمعية المصرية. مجلة التربية العلمية. المجلد الخامس. العدد الرابع.

150. صبري، ماهر إسماعيل. (2009). من الوسائل التعليمية إلى تكنولوجيا التعليم. الجزأين الاول والثاني. مصر: سلسلة الكتاب الجامعي العربي 7.
151. صبري، ماهر وأسامة، محمد. (2007). الوعي الوقائي لدى طلاب المدارس الثانوية الصناعية وعلاقته بممارستهم لبعض السلوكيات الخطرة. سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس. العدد 3. الجزء الاول. الطويل،
152. صحيح البخاري - الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله (ص) وسننه وإيامه - محمد اسماعيل ابو عبد الله البخاري الجعفي - دار طوق النجاة ط 1، 1422هـ، ج3.
153. صديق، محمد خليفة. (ب س). الشباب والجوال. دراسة في الابعاد التفاعلية والسلوكية. جامعة افريقيا العالمية: مجلة الآداب. العدد 5.
154. سرداوي، نزيح. (2011). دافع الإنجاز وتقدير الذات وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ التعليم الثانوي. مجلة دراسات نفسية وتربوية. عدد 6.
155. الصفدي، عصام، أبو حويج، مروان، والعماد، عادل (2001) .. العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. ط1.
156. الصمادي، احمد عبد المجيد والصمادي، محمد عبد الغفور. (2011) . مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الاردنية . المجلة العربية للطب النفسي الاردن: دار المنظومة. المجلد 22. ع 1
157. عباس حمزة. (2015). المنشطات الرياضية وآثارها المدمرة على الرياضيين. عمان: دار الدجلة للنشر والتوزيع. ط1.
158. عبد الحميد، محمد. (2008). الاتصال والاعلام على شبكة الانترنت. القاهرة: عالم الكتب. ط1.
159. عبد الحميد، محمد نبيل. (2002) . علاقة المخاطرة بكل من السرعة الادراكية ومرونة الغلق لدى عينة من طلاب الجامعة. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. مجلة دراسات عربية في علم النفس. مج 1. ع 4. اكتوبر
160. عبد الخالق، أحمد، والنيال، مایسة. (2019). التفاوض والفاعلية الذاتية والهناء الشخصي بوصفها منبئة للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة. حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية. الحولية 40.
161. عبد السلام، محمد. (2020) . التعلم المتقل بين النظرية والتطبيق. مكتبة نور.
162. عبد الشافي حيدر (2002) . إرشادات صحية. غزة: جمعية الهلال الأحمر لقطاع غزة.
163. عبد الله، النعمي نشوان ابراهيم. (2004) . أثر ظاهرة الحمل الزائد ودرجاتي الحرارة المرتفعة والطبيعية في بعض متغيرات الجهاز المناعي. أطروحة دكتوراه غير منشورة جامعة الموصل كلية التربية الرياضية.
164. عبد المجيد، أحمد صادق. (2016) . دراسة تصميم بيئة تعلم إلكترونية قائمة على الويب التشاركي لتنمية مهارات تصميم تطبيقات الهواتف الذكية وإدراك القيمة الرقمية المضافة لدى طلاب كلية التربية المجلة العربية للمعلومات العدد 26 المجلد 26 ديسمبر 2016 العينة من جامعة الملك خالد
165. عبد الوهاب، فاروق. (1995) . الرياضة صحة ولياقة بدنية. بيروت. لبنان: دار الشروق. - الطبعة الاولى.
166. عبد مالح، فاطمة. (2013). التغذية والنشاط الرياضي. عمان. الأردن: مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

167. عثمان، محمد. (1990). موسوعة العاب القوى. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
168. عدلي سيد محمد رضا. (د.س). البناء الدرامي في الراديو والتلفزيون. القاهرة: دار الفكر العربي.
169. العربي، محمد وحريتي، حكيم. (2018). الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: دراسة أجريت على طلبة قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بالبيضا. مجلة علوم و ممارسات الأنشطة البدنية الرياضية و الفنية، مج. 2018، ع. 14، <https://search.emarefa.net/detail/BIM-1325550>
170. عرار، غنية (2021). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين. جامعة محمد بوضياف. المسيلة: أطروحة دكتوراه. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس.
171. عزوز، اسمهان، وبلعالم حورية رانيا (2020). علاقة الرضا عن الحياة بسلوكيات الخطر (التغذية غير الصحية وقلة النشاط البدني لدى الطالب الجامعي. الجزائر: مجلة افاق علمية. المجلد الثاني عشر. العدد 05
172. العساف، صالح محمد (2006). المدخل إلى البحث العلوم السلوكية. الرياض، السعودية: مكتبة العبيكان.
173. عسيري، ابراهيم بن محمد والمحيا، عبد الله بن يحي. (2011). التعليم الالكتروني (المفهوم والتطبيق) للإدارة المدرسية والمعلمين والطلاب. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج.
174. عطية، أحمد، والفايدي، ربيع. (2021). "أثر التطبيقات الذكية على الرعاية الصحية." العدد الثاني والثلاثون تاريخ الإصدار - 2: حزيران 2021 - المجلة العربية للنشر العلمي
175. عفيفي، السيد عبد الفتاح. (1996). بحوث في علم الاجتماع المعاصر. مدينة نصر. مصر: دار الفكر العربي. ب ط.
176. العقاد، وسام كامل ياسين. (2013). مدى إمكانية استخدام تطبيقات الهاتف النقال في تطوير العمل (دراسة حالة عيادات وكالة الغوث في قطاع غزة). غزة: كلية التجارة. قسم إدارة الأعمال. رسالة الماجستير الجامعة الإسلامية.
177. عقيل، مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد (2012). الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية -جامعة المثنى. العراق: جامعة المثنى. كلية التربية الرياضية. العدد 8. مجلة كلية التربية الأساسية جامعة بابل.
178. عكسة، حليلة. (2021-2022). سلوكيات الخطر لدى المراهق في الوسط المدرسي وعلاقتها بكل من المفارقة القيمية والشعور بالانتماء لديه -دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ ببعض ثانويات ولاية باتنة - أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس تخصص: علم النفس المدرسي. جامعة محمد خيضر - بسكرة: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعي.
179. العلوانة، حاتم سليم. (2012). دور مواقع التواصل الاجتماعي في تحفيز المواطنين الاردنيين في الحراك الجماهيري. ورقة مقدمة للمؤتمر العلمي السابع عشر بعنوان ثقافة التغيير. جامعة فيلاديلفيا.
180. علاوي، محمد حسن. (1990). علم التدريب الرياضي. مصر: دار المعارف. ط 11.
181. على، محمد علي: (ب س). بناء الأجسام طريق الصحة والقوة والبطولة. مصر: مطبعة النصر. ب ط عبد صالح، فاطمة: (2016). المحاضرة رقم 14 دكتوراه. محاضرات منشورة.
182. على تودرت، نسيم. (2020). محاضرات في علم النفس الصحة. محاضرات منشورة.

183. علي رحيم، محمد. (2007) . مستوى الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية في جامعة القادسية. العراق: مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية. مجلد 6. العددان 1-2.
184. العلي، محمد محمود سليمان وخويلة، قاسم محمد علي. (2011) . مدى الوعي الصحي والغذائي لدى لاعبي المنتخبات الرياضية في جامعة اليرموك. إربد. الأردن: مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية. مجلد 8. عدد 13.
185. عليوة، علاء الدين. (1999). الصحة في المجال الرياضي. الاسكندرية، مصر: دار المعارف.
186. عمارة، عبد الزهرة. (2011). الجديد في صيانة الموبايل . العراق: دار امارجي للطباعة والنشر.
187. عمر، محمد عبد القادر محمد - مقدمة في اساسيات الهاتف - Email: EngMK83@Yahoo.com
188. عوفي، مصطفى. (1993). الأوضاع الاجتماعية وانعكاساتها على وعي المرأة العاملة في الجزائر، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة قسنطينة.
189. عياد، عماد الدين احسان. (2015). الصحة العامة واللياقة البدنية. عمان الأردن :دار أمجد للنشر والتوزيع. ط 2.
190. العيسوي، عبد الرحمن. (1989). الاحصاء السيكولوجي التطبيقي. دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع
191. العيضاني، محمد بن ذعار. (2015) . أثر استخدام بعض تطبيقات الأجهزة الذكية في تنمية مهارات التحدث باللغة الإنجليزية لدى طلاب الصف الثالث الثانوي. المملكة العربية السعودية: (رسالة ماجستير منشورة) جامعة أم القرى.
192. الغامدى، فايق بن سعيد على الضرمان. (2011). استخدام التعلم المتنقل في تنمية المهارات العملية والتحصيلى لدى طلاب جامعة الباحة. السعودية: رسالة ماجستير. جامعة الباحة.
193. غاندي، جوان ويبستر ترجمة منعم، زينب. (2013). الغذاء والتغذية. الرياض: كتب طبيب العائلة العربية رقم 95. الطبعة الاولى.
194. الغريب، عبد العزيز بن علي. (2006). ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الامنية. ط 1.
195. غنيم، خالد اسماعيل. (1991). اضرار تعاطي المخدرات. الرياض: مكتبة التوبة.
196. الغول، حسين علي. (2011) . الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. القاهرة: دار الفكر العربي. ط 1 .
197. موسوعة المفاهيم الاسلامية العامة الجزء الاول <https://al-maktaba.org/book/31586/195>
198. فام، رشدي. (1997). حجم التأثير - الوجه المكمل للدلالة الإحصائية-المجلة المصرية للدراسات النفسية. العدد(16).
199. الفار، إبراهيم عبد الوكيل (2002). استخدام الحاسوب في التعليم. عمان الاردن: دار النشر. ط 1.
200. فطاير، جواد. (ب س). الادمان أنواعه، مراحل علاجه: دار الشروق.
201. فلاحى، بشير وقارة، سعيد. (2021). علاقة الوعي الصحي بالتقليل من سلوكيات الخطر لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام.

202. فيرست، تشارلز. (1987). الدماغ والفكر، ترجمة: محمد سيد رصاص. دمشق. سوريا: دار المعرفة. ط1
203. القادوم، عفاف. (2000). بناء برنامج لتنمية الثقافة الصحية لدى المرأة الريفية في ضوء احتياجاتها. جامعة عين شمس. القاهرة: كلية التربية.
204. قارة، سعيد، ولعربي، سمير. (2021). النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي وتطبيقاتها العلاجية في مجال علم النفس الصحة (نموذج المعتقدات الصحية - نظرية السلوك المخطط - نموذج مراحل التغيير). مجلة دراسات في علم النفس الصحة. مجلد 6. عدد3.
205. قاسم، محمد محمد. (ب س). علاقة نماذج الادراك المعرفي بالتمثيلات الذهنية.ب. ط.
206. القحطاني، أحمد بن يحيى والعبد الرازق، عبد الرازق بن يوسف. (2012). مقدمة تعريفية بالوحدة المعرفية، الكمبيوتر اللوحى والهواتف الذكية في التعليم.
207. القدومي، عبد الناصر وكاشف، زايد. (2009). مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس. المؤتمر الفلسطيني الرياضي الاول. [/https://repository.najah.edu](https://repository.najah.edu)
208. القدومي، عبد الناصر عبد الرحيم. (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة. (كلية التربية) جامعة البحرين: مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد (6). العدد (1).
209. قشقوش، ابراهيم ومنصور، طلعت. (1979). دافعية الانجاز وقياسها. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
210. قشوش، صابر. (2018). أثر برنامج معلوماتي مبني على الانظمة التمثيلية (السمعي، البصري، الحسي) في تنمية أنماط السيطرة الدماغية (A.B.C.D). أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس العيادي. جامعة عبد الحميد مهري: قسنطينة 2.
211. القص، صليحة (2015-2016): فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة -باتنة-. أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر - بسكرة - كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعي.
212. القمش، مصطفى وآخرون. (2000). مبادئ الصحة العامة. تقديم آدم العبلات. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
213. قنديلجي، عامر ابراهيم. (2003). المعجم الموسوعي لتكنولوجيا المعلومات والانترنت. عمان. الاردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع. ط1.
214. كابللي، طلال بن حسن، الهنداوي، اسامة سعيد علي، مرسي، محمد عبد الرحمن ومحمود، ابراهيم يوسف محمد. (2012). التعليم الالكتروني - التقنية المعاصرة. ومعاصرة التقنية. المدينة المنورة: دار الايمان للنشر والتوزيع. ط 1.
215. الكبالي، عبد الوهاب وآخرون. (1994). موسوعة السياسة. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر. الجزء السابع

216. الكردي، مجدي خضر: (2007) برنامج مقترح في علوم الصحة والبيئة لإكساب الوعي الدوائي لطلبة الصف التاسع بغزة. غزة: كلية التربية الجامعة الإسلامية. رسالة ماجستير.
217. الكفوي، أيوب بن موسى الحسيني. (1419هـ). الكليات. تحقيق: عدنان درويش ومحمد المصري. بيروت: مؤسسة الرسالة.
218. الكناني، عذاب طاهر. (2012). التأثيرات الصحية للهاتف الجوال وأبراجه وبعض الأجهزة الالكترونية. القاهرة. مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.
219. كمال جميل. (2005). الجديد في ألعاب القوى. الاردن: دار وائل للنشر. ط3.
220. كولنيز، أندى. (2003). النوم شفاء ودواء. لبنان: الدار العربية للعلوم. ط1.
221. لازم كماش، يوسف. (2015) الصحة والتربية الصحية. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع. ط2.
222. اللبان، شريف. (2001). مداخلات في الاعلام البديل، والنشر الالكتروني. القاهرة: دار العالم العربي. ط1.
223. اللقاني، أحمد والجمل، علي. (1999). معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج طرق التدريس. القاهرة، مصر: عالم الكتب.
224. ليلي عبد الله، حسام الدين: (2000). وحدة مقترحة عن الأمراض المستوطنة في الريف المصري وأثرها في تنمية الوعي الصحي لدى السيدات الريفيات". الجمعية المصرية للتربية العلمية مجلة التربية العلمية. المجلد الثالث. العدد الأول.
225. يوسف، مرفت سيد: (1991). دراسات حول مشكلات الطب الرياضي: مطبعة الاشعاع الفنية المعمورة.
226. متولي، مصطفى وآخرون. (1415 هـ). المدرسة والمجتمع. الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع. ط2.
227. زكريا، ابراهيم. (1976). مشكلة الفن. القاهرة: دار مصر للطباعة.
228. مجلة النيترك. (2011). أثر محطات بث الاجهزة الخلوية على صحة الطلائع في فلسطين. الطبعة الاولى. رقم 23.
229. محمد، مؤيد حديد. (2011). ضوابط مقترحة للسيطرة على استخدام المكملات الغذائية مجلة كلية التربية الرياضية جامعة بغداد. المجلد 23. العدد 1.
230. محمود، أحمد. (1997) محاضرات في التربية الصحية. القاهرة، مصر: كلية التربية. جامعة عين شمس. رمضان، رشيدة عبد الرؤوف. (1999). الصحة النفسية للأبناء. القاهرة: عالم الكتب. ط1.
231. المحمودي، محمد سرحان علي. (2019). مناهج البحث العلمي. مركز الخليج للأبحاث. ط3.
232. مخلوف، إقبال إبراهيم. (1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات نظرية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
233. مرزوق، سماح عبد الفتاح. (2013). برامج الاطفال المحوسبة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. ط1.
234. مرعي، عبد الكريم. (ب س). أساسيات علم التغذية. الاردن: دار جليس الزمان.
235. مروان، عبد المجد إبراهيم. (2010). التغذية للرياضيين. عمان: الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

236. المشاقبة، بسام عبد الرحمن. (2012). الاعلام الصحي. دار اسامة للنشر والتوزيع. ط1.
237. مصالحة، عبد الهادي. (2004). برنامج مقترح في التربية الصحية للمعاقين بصرياً في المرحلة الأساسية في ضوء احتياجاتهم "رسالة دكتوراه. غزة: كلية التربية. جامعة الأقصى.
238. المصري، نديم. (2001). الرياضة قبل الطبيب والدواء. دمشق: دار الفكر. ط 1.
239. مصلح، أحمد الصالح. (1999). الشامل قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية. الرياض. السعودية: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع. ط1.
240. مصيقر، عبد الرحمن عبيد (2000). دراسات في التنقيف الصحي والغذائي. مركز البحرين للدراسات والبحوث. ط1.
241. معجم المعاني الجامع. (2010) . معجم عربي.
242. مفتاح، عبد العزيز. (2010). مقدمة في علم نفس الصحة. عمان :دار وائل للنشر. ط1 .
243. مفتي، ابراهيم. (2004). اللياقة البدنية - الطريق الى الصحة والبطولة الرياضية — سلسلة معالم رياضية. ط1 مقدم، عبد الحفيظ. (1993). الإحصاء النفسي والتربوي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
244. مكي، حسين ومناتي، حسين. (2016). الاستشفاء في المجال الرياضي. كلية التربية وعلوم الرياضة جامعة كربلاء: صص 66-74 <http://phlsl.uokerbala.edu.iq/wp/wp>
245. مكي، عبد التواب جابر أحمد محمد. (2017). المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري. دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة أسيوط . مصر: مجلة أسيوط للدراسات البيئية. مج. ع. 46 .
<https://search.emarefa.net/detail/BIM-831480>
246. ملح، عائد فضل. (1999) . الطب الرياضي والفيسيولوجي. الاردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.
247. ملوحي، ناصر محي الدين. (2019) . الإدمان . مخاطره وعلاجه: دار الغسق للنشر. الطبعة الثانية المعدلة.
248. المنجد في اللغة والإعلام. (2002) . بيروت: دار المشرق. ط3 .
249. منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرق المتوسط -استخدام التكنولوجيا في مجال الصحة السبب
2023/09/02 الساعة 22,46 <https://www.emro.who.int/ar/noncommunicable-diseases/digital-22,46>
health/index.html
250. منظمة الصحة العالمية. (2010). التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة. جنيف- سويسرا: إدارة التسويق والتوزيع.
251. منظمة الصحة العالمية. (2010). التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة. جنيف .سويسرا: إدارة التسويق والتوزيع.
252. المهيزع، إبراهيم. (1998) . التربية الغذائية في مناهج التعليم العام في دول مجلس التعاون الخليجي. مجلة الندوة التربوية الصحية والغذائية البيئية في التعليم بدول الخليج العربية.
253. المؤتمر الدولي الاول حول قضايا المنشطات والإدمان. (2018 / 11 / 22 - 21) . آفة المنشطات، سبل الوقاية والعلاج. جمهورية مصر العربية: جامعة القاهرة.

254. ميرزا، جاسم خليل. (2006). الاعلام الامني بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مركز الكتاب للنشر. ط1 .
255. الندوي، ياسين طه مهدي. (2020). العادة السرية بين الطب والشرع. الاعظمية، بغداد: الاندلس للطباعة الرقمية والتصميم والنشر.
256. نعمة، حسن. (2003). التغذية والوقاية من الامراض. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
257. الهزاع، محمد هزاع. (2001). التدريب الزائد. جامعة الملك سعود: ب ط.
258. الهوارنة، معمر نواف. (2018). عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب. الهاشمي، مجد هاشم. (2011). الإعلام الكوني وتكنولوجيا المستقبل. عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع. ط1.
259. هيكل، خالد. (2004). الطريق الصحيح لصحة وبناء الأجسام. مصر: مكتبة الفيروز الثقافية. الطبعة الثانية.
260. الهيئة الوطنية للاتصالات تونس. (2017) -الدليل العلمي للمستهلك -دليل القواعد السليمة لاستخدام وسائل الاتصال الالكترونية.
261. يخلف، عثمان : (2001) . علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع. ط1.

• المراجع باللغة الاجنبية.

1. Antonio Damasion: Self Comes to Mind, 2010. Pantheon Books
2. Bruno Coraucci-Neto, Rodrigo Fenner Bertani, Giulliard Oliveira Campos, José Maria Thiago Bonardi, Nereida Kilza da Costa Lima, (2021). Health aspects of active bodybuilders: monitoring by multidisciplinary team. Rev. Bras. Ciênc. Esporte 43. <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e007321>
3. Chart d'Ottawa. (1986). OMS 1er conférence mondiale pour promotion de la santé.
4. et santé, agir en milieu scolaire, institut national de prévention et éducation
5. George Lambert. (1985) : la musculation « le guide de l'entraîneur », Paris : ED, Vigot,.
6. Gilbert Andrieu. (1992) : Force et Beauté, presse universitaires de Bordeaux,
7. Gordon L. Stüber, (2002) Principles of Mobile Communication Second Edition, U.S.A; Kluwer Academic Publishers.
8. Gordon, W. J., Landman, A., Zhang, H., & Bates, D. W. (2020). Beyond validation: Getting health apps into clinical practice. NPJ Digital Medicine, 3(1), 1–6. PMID: 32047860. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0212-z>.
9. Gregore. Havarneanu. M., & Havarneanu C.E. (2015). When norms turn perverse: Contextual irrationality vs. rational traffic violations. Transportation Research Part F, 15, 144–151.
10. Gregore. Havarneanu. M., & Havarneanu C.E. (2015). When norms turn perverse: Contextual irrationality vs. rational traffic violations. Transportation Research Part F, 15, 144–151. and Sensation Seeking Tendencies among N.C.C cadets. IOSR
11. Grogan, S. (2017). Body image, understanding body dissatisfaction in men, women and children. New York: Routledge. Web : jsbsh.journals.ekb.eg E-mail : sjournalpess@gmail.com
12. Journal of Humanities and Social Science, 18, 01-06
13. Magazine Muscle and fitness, (1989) Paris. éd. Vigot.

14. Marilou bruchon et schwerzer (2002) : psychologie de la santé, modeles, concepts et méthodes, dudon, paris.
15. Marilou bruchon et schwerzer (2002) : psychologie de la santé, modeles, concepts et méthodes, dudon, paris.
16. Martine Bantuelle et René Demeu Lemeeter(2003) : comportement à risque
17. Mohammed cherif Mahdi, Arafa Mohamed, Negaz Mohamed, (December 2021). Journal of Sport Science Technology and Physical Activities. Vol 18. N° 2. P. 77-88
18. Norbert SILLAMY : Dictionnaire usuel de psychologie, (1983). Paris: Bordas ed. abrégée.
19. Pei Zheng, Lionel Ni, (2006). Smart Phone and Next Generation Mobile Computing, San Francisco: Elsevier.
20. Pierre Albert, Christine Leteinturier, (1999) Les Medias Dans Le Monde, Paris ; Ellipses.
21. Pierre Musso,(2008). les télécommunications, Paris : edition La Découverte.pour la santé, France.
22. SENERS P., (2003) « Musculation », tome 5 de « Education Physique Scolaire », VIGOT,
23. Tony Wakefield et al, (2007) Introduction to Mobile Communication: technology, services, markets, (New York.: Auerbach Publications.
24. Wesley. A, (2014). Essential mobile interaction design , United States of America : Addison-Wesley Professional
25. Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., 8c Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five and the alternative five. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 757-768

الملاحق :

ملحق رقم 01 يمثل الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

ملحق رقم 02 يمثل الضبط التجريبي لعينة الدراسة

ملحق رقم 03 يمثل تحليل البيانات في ضوء فرضيات الدراسة الأساسية

ملحق رقم 04 استمارة استطلاع رأي المحكمين حول محاور وعبارات مقياس الوعي الصحي وسلوكيات الخطر.

ملحق رقم 05 أدوات جمع البيانات في الدراسة الأساسية

ملحق رقم 06 يمثل دول اشعارات التطبيق الهاتفي اليومية

ملحق رقم 07 يمثل مختلف شاشات التطبيق الهاتفي للدراسة

ملحق رقم 08 يمثل قائمة بأسماء السادة المحكمين

الملاحق

ملحق رقم 01 يمثل الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

أولاً/ ثبات وصدق مقياس الوعي الصحي

أ/ الثبات:

Reliability

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.573	69

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي

Correlations

Correlations					
		دك2			دك2
د1	Pearson Correlation	0.821**	د3	Pearson Correlation	0.942**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
د2	Pearson Correlation	0.895**	د4	Pearson Correlation	0.930**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ج/ الصدق: المقارنة الطرفية

T-Test

Group Statistics					
الطرفين		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	الأعلى	16	79.3333	4.32049	1.76383
	الأدنى	16	57.1667	18.82994	7.68729

Independent Samples Test								
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Significance	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	variances assumed	2.783	.126	2.811	30	.018	22.16667	7.88705
	variances not assumed			2.811	5.525	.034	22.16667	7.88705

ثانياً/ ثبات وصدق مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة

أ/ الثبات:

Reliability

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.583	69

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي

Correlations

Correlations					
		دك2			دك2
د1	Pearson Correlation	0.839**	د3	Pearson Correlation	0.815**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60
د2	Pearson Correlation	0.760**	د4	Pearson Correlation	0.610**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	60		N	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ج/ الصدق: المقارنة الطرفية

T-Test

Group Statistics					
الطرفين		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	الأعلى	16	106,1667	7,30525	2,98236
	الأدنى	16	87,6667	4,67618	1,90904

الملاحق

Independent Samples Test								
		Levene's Test		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
الدرجات	variances assumed	1.771	0.213	6.072	30	0.000	21,50000	3,54103
	variances not assumed			6.072	8.508	0.000	21,50000	3,54103

ملحق رقم 02 يمثل الضبط التجريبي لعينة الدراسة

الفروق في مدة التدريب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	VAR00031
.667	4.221	4.68	40	مدة_التدريب من 1 إلى 5
.299	1.892	4.40	40	من 6 إلى 17

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means							Levene's Test for Equality of Variances		
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	
1.731	-1.181	.731	.275	.708	78	.376	.001	11.831	Equal variances assumed مدة_التدريب
1.741	-1.191	.731	.275	.708	54.064	.376			Equal variances not assumed

الفروق في المستوى التعليمي للمجموعتين الضابطة والتجريبية

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	VAR00031
.158	1.001	3.15	40	المستوى_التعليمي ضابطة
.135	.853	2.88	40	تجريبية

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means							Levene's Test for Equality of Variances		
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	
.689	-.139	.208	.275	.190	78	1.322	.262	1.278	Equal variances assumed المستوى_التعليمي
.689	-.139	.208	.275	.190	76.078	1.322			Equal variances not assumed

الملاحق

الفروق في مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) بين العينتين التجريبية والضابطة

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الفروق بين المجموعتين لضابطة والتجريبية
.675	4.271	95.63	40	الوعي الصحي قبلي_ضابطة
.602	3.807	94.63	40	ضابطة تجريبية
.657	4.157	176.05	40	سلوكيات الخطر قبلي_ضابطة
.965	6.103	174.68	40	ضابطة وتجريبية

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means						Levene's Test for Equality of Variances			
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	
2.801	-.801	.905	1.000	.272	78	1.105	.498	.464	الوعي الصحي قبلي_ضابطة تجريبية Equal variances assumed
2.801	-.801	.905	1.000	.272	76.993	1.105			Equal variances not assumed
3.699	-.949	1.168	1.375	.243	78	1.178	.349	.887	سلوكيات الخطر قبلي_ضابطة وتجريبية Equal variances assumed
3.704	-.954	1.168	1.375	.243	68.775	1.178			Equal variances not assumed

ملحق رقم 03 يمثل تحليل البيانات في ضوء فرضيات الدراسة الأساسية

الفرضية الأولى:

Paired Samples Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	N	Mean	
.675	4.271	40	95.63	Pair 1 المجموعة الضابطة قبلي_الوعي الصحي
.981	6.202	40	97.05	المجموعة الضابطة بعدي_الوعي الصحي
.657	4.157	40	176.05	Pair 2 المجموعة الضابطة قبلي_سلوكيات المخاطرة الخطر
1.453	9.193	40	173.90	المجموعة الضابطة بعدي_سلوكيات المخاطرة الخطر

الملاحق

Paired Samples Correlations

Sig.	Correlation	N	
.001	.496	40	Pair 1 المجموعة_الضابطة_قبلي_8الوعي_الصحي & المجموعة_الضابطة_بعدي_الوعي_الصحي
.005	.440	40	Pair 2 المجموعة_الضابطة_قبلي_سلوكات_الخطر & المجموعة_الضابطة_بعدي_سلوكات_الخطر

Paired Samples Test

Sig. (2-tailed)	df	t	Paired Differences					
			Std. Error Mean	95% Confidence Interval	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
.110	39	-1.634	.338	-3.188	.872	5.514	-1.425	الوعي_الصحي المجموعة_الضابطة_قبلي_8الوعي_الصحي - المجموعة_الضابطة_بعدي_الوعي_الصحي
.108	39	1.647	4.791	-.491	1.306	8.257	2.150	سلوكيات_الخطر المجموعة_الضابطة_قبلي_سلوكات_الخطر - المجموعة_الضابطة_بعدي_سلوكات_الخطر

الفرضية الثانية:

Paired Samples Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	N	Mean	
.602	3.807	40	94.63	المجموعة_التجريبية_قبلي_الوعي_الصحي
4.637	29.328	40	122.70	المجموعة_التجريبية_بعدي_الوعي_الصحي
.549	3.470	40	174.25	المجموعة_التجريبية_قبلي_سلوكات_الخطر
1.626	10.285	40	151.75	المجموعة_التجريبية_بعدي_سلوكات_الخطر

Paired Samples Correlations

Sig.	Correlation	N	
.207	.204	40	Pair 1 المجموعة_التجريبية_قبلي_الوعي_الصحي & المجموعة_التجريبية_بعدي_الوعي_الصحي
.217	-.199	40	Pair 2 المجموعة_التجريبية_قبلي_سلوكات_الخطر & المجموعة_التجريبية_بعدي_سلوكات_الخطر

الملاحق

Paired Samples Test

Sig. (2-tailed)	df	t	Paired Differences						
			Std. Error Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Mean		Std. Deviation
					Upper	Lower			
.000	39	-6.167	-18.866	-37.284	4.553	28.794	-28.075	المجموعة_التجريبية_قبلي_الوعي_الصحي - المجموعة_التجريبية_بعدي_الوعي_الصحي	Pair 1
.000	39	12.383	26.175	18.825	1.817	11.491	22.500	المجموعة_التجريبية_قبلي_سلوكيات_الخطر - المجموعة_التجريبية_بعدي_سلوكيات_الخطر	Pair 2

الفرضية الثالثة:

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الفروق_بين_المجموعتين_ا لضابطة_والتجريبية
.998	6.310	97.68	40	الوعي_الصحي_بعدي_ضابطة
4.637	29.328	122.70	40	ضابطة_وتجريبية
1.663	10.519	173.10	40	سلوكيات_الخطر_بعدي_ضابطة
1.626	10.285	151.75	40	ضابطة_وتجريبية

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means							Levene's Test for Equality of Variances		
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	
-15.582	-34.468	4.743	-25.025	.000	78	-5.276	.000	64.628	الوعي_الصحي_بعدي_ضابطة_وتجريبية Equal variances assumed
-15.457	-34.593	4.743	-25.025	.000	42.603	-5.276			Equal variances not assumed
25.981	16.719	2.326	21.350	.000	78	9.178	.883	.022	سلوكيات_الخطَر_بعدي_ضابطَة_وتجريبية Equal variances assumed
25.981	16.719	2.326	21.350	.000	77.960	9.178			Equal variances not assumed

ملحق رقم 04 استمارة استطلاع رأي المحكمين حول محاور وعبارات مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة

(الخطر) المتعلقة بالصحة .
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

استمارة استطلاع رأي المحكمين حول محاور وعبارات
مقياس الوعي الصحي وسلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة (الصورة الأولى) :

السيد الدكتور/المحكم:

تحية طيبة وبعد...

في إطار الإعداد لرسالة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس الصحة بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة بعنوان: " فعالية تطبيق هاتفي مقترح لزيادة الوعي الصحي للتقليل من سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام " قمنا بتصميم استبيانين لاستخدامهما في الدراسة الميدانية المقياس الأول: المقياس الوعي الصحي ويتكون من 73 بندا
المقياس الثاني: المقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلق بالصحة ويتكون من 80 بندا
تم اعتماد هاته المحاور لكلا المقياسين وتتحصر فيما يلي:
محور الغذاء ويشمل: عناصر الغذاء وأهميته ومقداره والسلوكيات الغذائية للفرد.
محور الرياضة ويشمل: طرق التدريب، شروطه، متطلباته والسلوكيات الخاصة بالرياضة.
محور الصحة الشخصية وتشمل: النوم، النظافة، الادمان، البيئة.
محور المكملات والمنشطات وتشمل: الأنواع، المقادير الاثار والسلوكيات.

فالرجاء استاذي التكرم بمراجعة عبارات كل مقياس وإعطاء رأيكم في مدى صلاحية وملاءمة العبارة مع اهداف الموضوع وهل هذه العبارات جديدة بأن توضع في الاستبيان وتنتمي إليه أم لا مع تعديل أي عبارة ترونها تحتاج إلى تعديل، علما أن سلم الاستجابة ثلاثي (دائما، أحيانا، نادرا).
-لكم منا جزيل الشكر والعرفان

الباحث/ فلاح بشير

الملاحق

ملحق رقم (08) يمثل جدول بأسماء المحكمين للتطبيق الهاتفي

الاسم	الجامعة
د-القص صليحة	جامعة باتنة
د-عزور اسمهان	جامعة باتنة
أ.د-قارة السعيد	جامعة المسيلة
أ.د- بورنان سامية	جامعة المسيلة
د-قشوش صابر	جامعة الشلف
أ.د-بعلي مصطفى	جامعة المسيلة
أ - شيكوش حمينة سمير	أستاذ تربية بدنية مدرب مختص

ملحق رقم 05 يمثل أدوات جمع البيانات في الدراسة الاساسية

أخي المشارك:

-تجد في الصفحات التالية مجموعة من العبارات حاول أن تجيب عنها بصراحة، حاول أن لا تترك أي عبارة دون الإجابة
عنها، أجب عن السؤال على الفور وبسرعة دون تأمل، ومن المهم أن تعلم بأنه ليست هناك إجابة تنطبق أو لا تنطبق، بل المهم أن تعبر الإجابة بصدق عما تشعر به وتحسه وأن تضع إشارة (+) في الخانة التي تتناسبك والتي تعبر بصدق عن وجهة نظرك لعلمك كل اجابتك تبقى سرية والهدف منها علمي يدخل في إطار دراسة علمية تحضيرا للرسالة الدكتوراه وشكرا.

المستوى الدراسي :

الاسم:

عدد سنوات التدريب :

الوظيفة:

السن :

رقم الهاتف:

مقياس الوعي الصحي

الرقم	محور الوعي الصحي حول التغذية	دائما	أحيانا	أبدا
01	من اجل تغذية صحية معرفة مكونات الاغذية وفوائد كل منها			
02	التنوع الغذائي ضروري في الحياة اليومية			
03	أتأكد من تاريخ صلاحية المنتجات قبل تناولها.			
04	أحاول معرفة عدد السعرات الحرارية لأي غذاء أتأوله			
05	شرب كميات مناسبة من الماء أمر ضروري كل يوم			
06	لا أتناول الحلويات بشكل يومي			
07	أفضل الحصول على الفيتامينات من مصادرها الطبيعية			
08	حسب رأي الاكثار من تناول الكربوهيدرات من سلوكيات الخطر			
09	أحرص على تناول الخضروات والفواكه الطازجة			
10	أحرص على تناول فطور الصباح يوميا			
11	أتناول المواد الغذائية الغنية بالألياف			
12	أتناول الحليب ومشتقاته لأنه مصدر للكالسيوم			
13	اتناول وجباتي الغذائية في أوقاتها المحددة			
14	أتناول اللحوم بشكل كاف			
15	اقلل من تناول الأغذية الغنية بالزيوت والدهون المشبعة			

الملاحق

			التأكد من نظافة الطعام قبل تناوله أمر ضروري	16
			أحرص على تناول الأسماك و omg3 بشكل دوري	17
			أقوم باستشارة الطبيب أو أخصائي تغذية حول حاجاتي الغذائية الصحية	18
أبدا	أحيانا	دائماً	محور الوعي الصحي حول الرياضة	
			ممارسة الرياضة جزء كبير من سلامتي الصحية	19
			أرتدي الحذاء الرياضي ذو النعل الرفيع أثناء التدريب	20
			أحرص على عدم حمل الأوزان الثقيلة لأنها تعرضني للإصابة	21
			أمارس رياضة كمال الأجسام بمساعدة مختص	22
			داخل القاعة أتجنب استخدام أدوات وأغراض الآخرين الشخصية	23
			الحصول على فترات راحة بين التمارين أمر ضروري	24
			الانتباه لموضع مسك البارات يجب تجنب الاصابات	25
			قبل زيادة وزن الأثقال يجب البدء بالمستوى السهل	26
			يجب القيام بالتسخين بدون أثقال وبتدرج	27
			يجب الحرص على الإحماء الكلي للجسم	28
			التسخين قبل بداية أي تمرين يقي من الإصابات	29
			من الخطأ رفع الأوزان الثقيلة بشكل مفاجئ خلال التمرين	30
			من الضروري ممارسة تمارين الإطالة بعد الانتهاء من التدريب	31
			أحرص على تنظيم عملية الشهيق والزفير أثناء رفع وترك الأوزان	32
			أتجنب ممارسة النشاط الرياضي بعد تناول الطعام مباشرة	33
			في حال تعرضي للإصابة أراعي بدقة تعليمات الطبيب	34
			أرتدي ملابس مناسبة ومريحة أثناء التدريب	35
أبدا	أحيانا	دائماً	محور الوعي الصحي حول الصحة العامة	
			أراقب وزني باستمرار	36
			أقوم بتقليم أظفاري باستمرار	37
			أقوم بغسل يدي قبل الأكل وبعده	38
			إذا شعرت بزيادة في وزني أحاول إتباع حمية (رجيم) معين	39
			النظافة الشخصية مهمة للحفاظ على الصحة	40
			من الواجب الاستحمام بعد ممارسة النشاط الرياضي	41
			أنام ساعات كافية	42
			أحاول قدر المستطاع التقليل من استخدام الهاتف الخليوي	43

الملاحق

			أحاول قدر المستطاع التقليل من مشاهدة التلفاز	44
			أثناء الإصابة أحرص على احترام مدة العلاج	45
			ليس لدي مانع من مراجعة الطبيب النفسي عند الحاجة	46
			أقوم بفحص طبي مرة في السنة على الأقل	47
			أحاول بقدر المستطاع أن أحافظ على العبادات المختلفة	48
			أعبر عن مشاعري بسهولة	49
			أحرص على أن أكون صبورا لرؤية النتائج	50
			الكحول والمخدرات مضرّة بالصحة	51
			من الأفضل التدرّب في الأماكن الهادئة والبعيدة عن الضوضاء	52
			التدخين مضر بالصحة	53
			أحرص على أحمل سجادتي في المسجد	54
			أهتم بأن يكون مكان التدريب نظيفاً	55
			أحرص على ارتداء الكمامة في أماكن التجمعات	56
			أستعمل المعقم باستمرار	57
			الممارسة الجنسية غير الشرعية مضرّة بالصحة	58
			أحرص على مسافة الأمان في أماكن التجمعات	59
			أسعى لأن ألقح ضد كورونا	60
			محور الوعي الصحي حول المكملات والمنشطات	
أبداً	أحياناً	دائماً	أستخدم المكملات الغذائية لتعويض العناصر الطبيعية في جسمي	61
			أختار المكملات الغذائية الموثوق فيها والمعتمدة	62
			قبل شراء أو استخدام أي مكمل غذائي يجب استشارة طبيب مختص	63
			تناول الجرعات الكبيرة من المنشطات تسبب أمراض خطيرة	64
			أتناول البروتينات بجرعات محددة لتعويض الجهد البدني	65
			المكملات الغذائية مفيدة لجسم الرياضي	66
			المكملات الغذائية مفيدة للتخلص من الضغط والقلق	67
			أستخدم المكملات الغذائية للوقاية من نقص بعض المعادن	68
			المكملات الغذائية مفيدة للنشاط الفكري	69
			المكملات الغذائية مفيدة لاستعادة نشاط الجسم	70

الملاحق

مقياس سلوكيات المخاطرة (الخطر) المتعلقة بالصحة

الرقم	محور سلوكيات المخاطرة (الخطر) حول التغذية	دائماً	أحياناً	أبداً
01	لا أتبع نظام غذائي خاص			
02	لا أتناول الوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية			
03	أضيف نسبة عالية من الملح إلى طعامي			
04	لا أحرص على شرب الماء عند ممارسة النشاط الرياضي			
05	أفرط في شرب المشروبات الغازية			
06	أتناول الوجبات السريعة بشكل يومي .			
07	أتناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض			
08	لا أهتم بنظافة الطعام قبل تناوله			
09	لا أتناول الخضروات والفواكه بشكل يومي.			
10	أفضل تناول الوجبات السريعة.			
11	لا أتناول وجبة الافطار الصباحي			
12	لا أحرص على تناول المواد الغذائية الغنية بالألياف.			
13	أفرط في استهلاك الكربوهيدرات بدلاً من الدهون الصحية			
14	لا أتأكد من تاريخ صلاحية المنتجات التي أتناولها.			
15	أعتمد على العجائن في وجباتي اليومية بكثرة.			
16	لا أحرص على اتباع نظام غذائي متوازن.			
17	لا أهتم على أن يكون غذائي اليومي متكاملًا			
18	أفرط في تناول الوجبات المليئة بالتوابل، الفلفل الحار			
	محور سلوكيات المخاطرة (الخطر) حول الرياضة	دائماً	أحياناً	أبداً
19	لا أنتبه لنسبة المجموعات والتكرارات في المجموعة التدريبية الواحدة			
20	أركز على تمارين عضلات معينة فقط مثل (الصدر أو الأرجل ...)			
21	لا أمارس تمارين الإطالة بعد الانتهاء من التدريب			
22	أركز في تمريني على عضلة معينة			
23	كثيراً ما أبدأ التمارين الرياضية بدون عملية التسخين			
24	أتجنب أداء تمارين الإحماء والإطالة			
25	أدرب كل عضلات جسمي في جلسة تدريبية واحدة			
26	من أجل زيادة حجم العضلة أحاول حمل الأوزان الثقلة			
27	لا أحرص على القيام بتمارين الإطالة لمدة تدريبية كاملة			

الملاحق

			لا ألبس حزام الظهر الشداد أثناء حمل المجموعات الثقيلة	28
			لا أحرص على شرب كميات من الماء قبل وأثناء وبعد التمرين.	29
			لا أهتم بنوعية المعدات الرياضية التي أتدرب عليها	30
			أبدأ التمارين الرياضية بدون عملية التسخين	31
			أتجنب اداء تمارين الإحماء والإطالة	32
			لا ألتزم بتعليمات الطبيب بعد التعافي من الإصابة الرياضية	33
			من أجل زيادة حجم العضلة أزيد من حمل الأوزان الثقلة	34
			أستخدم الهاتف أثناء التمرين.	35
			أثناء التمرين أتجنب القيام بتمارين الشد والاسترخاء.	36
			لا أمارس رياضة كمال الأجسام بطريقة مستمرة.	37
			أتدرب أكثر من 4 حصص في الأسبوع	38
			لا أحرص على أخذ راحة لمدة 24 الى 72 ساعة بين كل تدريب عضلي وآخر.	39
			لا أهتم بنوعية الأحذية الرياضية التي أتمرن بها	40
			محور سلوكيات المخاطرة (الخطر) حول الصحة العامة	
ابدأ	أحيانا	دائما		
			أنا أدخن	41
			لا أنتبه لمدة نهاية تاريخ صلاحية المنتجات قبل تناولها.	42
			أتعاطى العقاقير المنومة	43
			أتعاطى العقاقير المهدئة	44
			أشرب الكحول في أغلب المناسبات	45
			اتعاطى المخدرات (الزطلة)	46
			انتناول الخمر بإفراط	47
			لا أهتم بمسافة الأمان أثناء التدريب في القاعة	48
			أتناول المنبهات (قهوة وشاي) بكثرة	49
			لا أهتم بأن يكون منزلي نظيفا وصحيا	50
			لا أحرص على تنظيف محيط منزلنا من النفايات	51
			لا أهتم بمعرفة نسبة الدسم في جسمي.	52
			لا أستخدم الكمامة في مكان التجمعات	53
			لا أحمل معي أدوات التعقيم	54
			لا أراجع الطبيب بسرعة عند ظهور أعراض مرضية.	55

الملاحق

			لا أهتم بالنصائح والإرشادات الموجودة في النشرات الصحية للأدوية	56
			لا أحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب	57
			لا أهتم بالأعراض الجانبية لأي دواء أتأكله	58
أبدا	أحيانا	دائما	محور سلوكيات المخاطرة (الخطر) حول المكملات والمنشطات	
			أكثر من تناول المكملات الغذائية المصنعة	60
			لا أحرص على وضع علبة المكمل الغذائي في الثلاجة بعد فتحها	61
			أتعاطى المنشطات الرياضية بكثرة	62
			أستعمل هرمون النمو لأنه يحسن من أدائي الرياضي	63
			أستعمل الهرمونات الطبية من دون استشارة الطبيب	64
			مشروبات الطاقة تجعلني أكثر تركيز ووعي	65
			لا أراعي صلاحية المنتج بعد فتحه	66
			أتناول مشروب الطاقة بكثرة	67
			الأدوية المقوية التي اشتريها تكون من دون استشارة الطبيب.	68
			أتناول المواد المنشطة بكثرة	69

الملاحق

ملحق رقم 06 يمثل جدول إشارات التطبيق الهاتفي اليومية جدول إشارات التطبيق الهاتفي اليومية

الوقت	الموضوع	الإشارات	الايام
7	اليوم الأول: تحية وشكر السلام عليكم نشكركم التعريف بالبرنامج: هو تطبيق توعوي، يُعنى بمجموعة من الأنشطة الحياتية اليومية للرياضي الممارس لرياضة كمال الأجسام، والهدف منه هو رفع الوعي الصحي لدى الرياضي والتقليل من السلوكيات الخاطئة من خلال الارتقاء بالمعارف الصحية، وبناء الاتجاهات، وغرس السلوكيات الصحية سليمة لدى الرياضي. ويتكون محتوى هذا التطبيق من مجموعة من النصائح والبرامج في مجال الرياضة والتغذية والصحة العامة والمنشطات والمكملات والتي ترسل اليكم على شكل اشعارات مدة البرنامج هو 10 ايام	1-الترحيب بالمستخدمين + التعريف بالتطبيق:	اليوم الاول
7	ادعية وورد الصباح (اللهم إني أسألك العافية في الدنيا والآخرة، اللهم إني أسألك العفو والعافية في ديني ودنياي وأهلي ومالي، اللهم استر عوراتي وأمن روعاتي، اللهم احفظني من بين يدي ومن خلفي وعن يميني وعن شمالي ومن فوقي وأعوذ بعظمتك أن أغتال من تحتي).	2دعاء:	
7.30	قم بخلط 6 بيضات مع علبة تونة وقم بقليلها + عصير موز بحليب كامل الدسم أو يمكن تناول البيض الأومليت مع الخبز، أو البيض المسلوق مع الخبز المحمص.	3وصفة الفطور:	
10	— احرص على شرب 3-4 لتر ماء يوميا لأنه يُساعد الجسم على التخلص من السموم والفضلات. ولأن الإهمال في شرب الماء يسبب الصداع والارهاق الشديد، ويضعف القدرات العقلية كذلك.	4معلومة:	
10.30	خذ سكوب واحد من مسحوق البروتين الخاص بك مع الماء. + تناول حفنة الفواكه المجففة اللوز أو الفول السوداني + قطعة صغيرة من صدر الدجاج وسلطة طماطم وبصل	5وجبة السناك	
11	قبل شراء أي منتج ينصح بقراءة محتوياته وتاريخ انتهاء مدة صلاحيته ومصدر إنتاجه.	معلومة	
13	علبة تونة مع الارز وحبوب الكينوا والبطاطس مسلوقة + سلطة وخليط خضار فلفل اخضر وطماطم وجزر + صدر دجاج مشوي	الغذاء	
15.30	عصير موز والتمر مع كوب من الحليب + فنانج قهوة	سناك قبل التمرين	

الملاحق

16	<p>الاحماء لمدة 10 دقائق الارجل الفخذ والسمانة الجزء المستهدف: الفخذ الامامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Front Squat</p> <p>الجزء المستهدف: عضلات الفخذ الرباعية، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Deadlift</p> <p>الجزء المستهدف: الفخذ الامامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Leg Exention</p> <p>الجزء المستهدف: الفخذ الخلفي، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Calf raises on leg presse</p> <p>الجزء المستهدف: عضلات السمانة، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Standing Caif</p> <p>الجزء المستهدف: عضلات السمانة، عدد التكرارات 3 مجموعات و6 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Incline db presse</p>	جدول تدريب	
17.30	عصير تفاح + سكوب 30 غ من مسحوق البروتين مع الماء + وجبة الارز الاسمر مع علبة تونة	سناك بعد التمرين	
18,30	أعرف نفسك ولا تحاول التشبه بغيرك، ولا تحسد أحداً من الناس	معلومة	
20.30	سلطة بطاطا مسلوقة مع البصل وزيت الزيتون وحبوب الكينوا + شريحة سمك مع رز ابيض و2 بيضات مسلوقة + علبة تونا ومعكرونة	وجبة العشاء	
21.30	. تجنت الهاتف واللوحات الالكترونية بعد التاسعة ليلا.	معلومة	
22	(أَمْسَيْنَا وَأَمْسَى الْمَلِكُ لَهِ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ، لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَحْدَهُ لَا شَرِيكَ لَهُ، لَهُ الْمُلْكُ وَلَهُ الْحَمْدُ وَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ، رَبِّ أَسْأَلُكَ خَيْرَ مَا فِي هَذِهِ اللَّيْلَةِ وَخَيْرَ مَا بَعْدَهَا وَأَعُوذُ بِكَ مِنْ شَرِّ مَا فِي هَذِهِ اللَّيْلَةِ وَشَرِّ مَا بَعْدَهَا، رَبِّ أَعُوذُ بِكَ مِنَ الْكَسَلِ وَسَوْءِ الْكِبَرِ، رَبِّ أَعُوذُ بِكَ مِنْ عَذَابِ فِي النَّارِ وَعَذَابِ فِي الْقَبْرِ).	دعاء النوم	

الملاحق

الساعة (الوقت تقريبي)

مدة البرنامج: 4-8 أسابيع

مدة التمرين: 45-60 دقيقة.

الوقت	الموضوع	الاشعارات	الايام
			اليوم الثاني
	اليوم الثاني		
7	(اللَّهُمَّ إِنِّي أَصْبَحْتُ أَيُّ أَشْهُدُكَ، وَأُشْهِدُ حَمَلَةَ عَرْشِكَ، وَمَلَائِكَتَكَ، وَجَمِيعَ خَلْقِكَ: بِأَنَّكَ أَنْتَ اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ، وَحَدَّكَ لَا شَرِيكَ لَكَ، وَأَنَّ مُحَمَّدًا عَبْدُكَ وَرَسُولُكَ) أربع مرات.	2.دعاء:	
7.30	خذ كوب من الحليب خالي الدسم ما يساوي 250 ملغ مع اضافة الكمية التي تتاسبك من الشوفان + 2بيضات مسلوقة كاملة مع خبز اسود وزيت الزيتون + قلي 4 بيضات بدون صفار أي بياض البيض فقط	3.وصفة الفطور:	
10	- يجب التقليل من استهلاك المشروبات المنبهة مثل القهوة والشاي وكذلك المشروبات الغازية، سواء ايام التمارين او ايام الراحة	4.معلومة:	
10.30	خذ ما يعادل قبضة اليد من اللوز أو الفول السوداني (الكاوكاو) أو الحمص ويمكنك تناول حبة فاكهة واحدة (تفاحة برتقالة موزة)	5.وجبة السناك	
11	– اثناء التدريب يجب ألا تطول فترة استراحتك أكثر من 60 ثانية بين التمرين والآخر، وذلك لأن العضلات يجب أن تحافظ على مستوى أدنى من التوتر أو المقاومة للجهد.	معلومة	
13	250غ من صدر الدجاج أو لحم عجل صافي أو سمك ومن المفضل شويهم أو سلقهم، صحن سلطة خضراء بطاطا مسلوقة متوسطة ارز اسمر	الغداء	
15.30	كوب صغير من القهوة + موزة + ملعقة كبيرة من زبدة الفول السوداني قليلة الدسم	سناك قبل التدريب	

الملاحق

16	<p>الاحماء لمدة 12 دقيقة الصدر والبطن الجزء المستهدف: الصدر العلوي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Machine presse chest الجزء المستهدف: الصدر الوسط والسفلي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Dunbbell fly الجزء المستهدف: الصدر العلوي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق High cable chesty fly الجزء المستهدف: الصدر السفلي، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Bench presses الجزء المستهدف: الصدر الوسط، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Wheel rollout الجزء المستهدف: عضلات البطن، عدد التكرارات 4 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Db side bend الجزء المستهدف: عضلات البطن الجانبية، عدد التكرارات 4مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable kneeling crunch الجزء المستهدف: سيكس باك، عدد التكرارات 4 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable kneeling crunch الجزء المستهدف: عضلات البطن الجانبية، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Leg-lift الجزء المستهدف: عضلات البطن السفلية، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Bb shrugs</p>	جدول التمرين	
17.30	موزة أو تفاحة + 30 غ من واي بوتين مع الماء + صحن من 150 غ من الارز وعلبة تونة	سناك بعد التمرين	
18.30	— عدم ممارسة الجنس بأي طريقة لحظات قبل القيام بالتمارين الرياضية حتى لا يدخل الرياضي في حالة الاجهاد.	معلومة	
20.30	صحن سلطة صغير + سكوب من واي بروتين مع الحليب خالى الدسم	العشاء	
21.30	يجب تنظيف الأسنان يوميا في الصباح والمساء وبعد تناول كل وجبة طعام للتخلص من البقايا التي تسبب التسوس. ومراجعة طبيب الأسنان عند الشعور بأي ألم حتى لو كان بسيطاً. وعدم كسر أو سحب أي شيء صلب باستخدام الأسنان.	معلومة	
22	(اللَّهُمَّ بِكَ أَمْسِينَا وَبِكَ أَصْبَحْنَا وَبِكَ نَحْيَا وَبِكَ نَمُوتُ وَإِلَيْكَ الْمُصِيرُ).	دعاء النوم	

الملاحق

الايام	الاشعارات	الموضوع	الوقت
اليوم الثالث		اليوم الثالث راحة	
	2دعاء:	(اللهم عافني في بدني، اللهم عافني في سمعي، اللهم عافني في بصري، لا إله إلا أنت).	7
	3.وصفة الفطور:	2 شرائح خبز كامل 4 غ من البروتين + كوب حليب كامل الدسم + زبادي يوناني بالفواكه 8 غ من البروتينات	7.30
	4.معلومة:	— يعمل الإحماء فسيولوجيا على زيادة سرعة عمليات النقل والانقباض العضلي نتيجة لرفع درجة حرارة العضلات، وبالتالي تزيد من قدرة الهيموجلوبين على حمل كمية أكبر من الأوكسجين إلى العضلات فتتحسن قدرة الأجهزة الوظيفية على العمل.	10
	5.وجبة السناك	خذ سكوب واحد من مسحوق البروتين الخاص بك مع الماء. + تناول حفنة الفواكه المجففة اللوز أو الفول السوداني + قطعة صغيرة من صدر الدجاج وسلطة طماطم وبصل	10.30
	معلومة	عدم فرك العينين إذا دخل فيهما غبار أو أي جسم غريب، بل يجب غسلهما جيدا بالماء النظيف.	11
	الغداء	2 شرائح خبز كامل 4 غ من البروتين + علبة تونة 15 غ بروتين + 200 غ مصدر الدجاج 62 غ من البروتين + صحن سلطة خضار مع علبة تونة + حفنة من اللوز والكاكاو + تقاحة	13
	معلومة	— عليك بتناول نظام غذائي متوازن يجمع بين البروتين والكاربوهيدرات والدهون والالياف والماء والفيتامينات والمعادن. فكل عنصر له دوره في بناء العضلات.	18.30
	العشاء	100 غ دجاج 31 غ بروتين + صحن شوربة خضار + سلطة بروكلي وطماطم	20.30
	معلومة	. فكَرْ دوما في السعادة، واصطنعها لنفسك تجد السعادة بين يديك.	21.30
دعاء النوم	(اللهم أنت ربِّي لا إله إلا أنت، خلقتني وأنا عبدك وأنا على عهدك ووعدك ما استطعت، أعوذ بك من شرِّ ما صنعت، أبوء لك بنعمتك عليَّ وأبوء بذنبي فأغفر لي فإنه لا يغفر الذنوب إلا أنت).	22	

الملاحق

الايام	الاشعارات	الموضوع	الوقت
اليوم الرابع		اليوم الرابع	
	2دعاء:	(حَسْبِيَ اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَهُوَ رَبُّ الْعَرْشِ الْعَظِيمِ) سبع مرات.	7
	3وصفة الفطور:	قم بخلط 6 بيضات مع علبة تونة وقم بقليلها + عصير موز بحليب كامل الدسم	7.30
	4معلومة:	. تجنب الخروج المفاجئ من جو دافئ إلى آخر بارد جدا.	10
	5وجبة السناك	خذ ما يعادل قبضة اليد من اللوز أو الفول السوداني (الكاكاو) أو الحمص ويمكنك تناول حبة فاكهة واحدة (تفاحة برتقالة موزة)	10.30
	معلومة	— لا ينصح باستعمال قطن الأذنين يوميا، لأنه يدفع مادة الصمغ إلى داخل الأذن وبالتالي إلى انسدادها.	11
	الغداء	وجبة علبة تونة مع الارز وحبوب الكينوا والبطاطس مسلوق + سلطة وخليط خضار فلفل اخضر وطماطم وجزر + صدر دجاج مشوي	13
	سناك قبل التدريب	كوب صغير من القهوة + موزة + ملعقة كبيرة من زبدة الفول السوداني قليلة الدسم	15,30

الملاحق

16	<p>الاحماء لمدة 14 دقيقة</p> <p>عضلات الظهر</p> <p>الجزء المستهدف: عضلة الترايبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Bb upright rows</p> <p>الجزء المستهدف: عضلة الترايبس والظهر العلوي، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Single arm db row</p> <p>الجزء المستهدف: عضلة اللاس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable rows back</p> <p>الجزء المستهدف: عضلة الظهر بالكامل ماعدا الجزء السفلي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Lat Pulldown</p> <p>الجزء المستهدف: عضلة اللاس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Deadlift</p> <p>الجزء المستهدف: تقوية العمود الفقري والظهر السفلي، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable face pull</p>		
17,30	موزة أو تفاحة + 30 غ من واي بوتين مع الماء + صحن من 150 غ من الارز وعلبة تونة		
18,30	. عدم الجلوس لمشاهدة التلفاز أو الكمبيوتر لمدة طويلة.		
20.30	سلطة بطاطا مسلوقة مع البصل وزيت الزيتون وحبوب الكينوا + شريحة سمك مع رز ابيض و2 بيضات مسلوقة + علبة تونا ومعكرونة		
21.30	. لا تحمّل نفسك ما لا تطيق.		
22	(أَمْسَيْنَا عَلَى فِطْرَةِ الْإِسْلَامِ وَعَلَى كَلِمَةِ الْإِخْلَاصِ وَعَلَى دِينِ نَبِيِّنَا مُحَمَّدٍ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ وَعَلَى مِلَّةِ أَبِينَا إِبْرَاهِيمَ حَنِيفًا مُسْلِمًا وَمَا كَانَ مِنَ الْمُشْرِكِينَ).		

الملاحق

الايام	الإشعارات	الموضوع	الوقت
اليوم الخامس		اليوم الخامس	
	2دعاء:	(لا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَحْدَهُ لَا شَرِيكَ لَهُ، لَهُ الْمُلْكُ وَلَهُ الْحَمْدُ يُحْيِي وَيُمِيتُ وَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ) عشر مرات.	7
	3وصفة الفطور:	خذ كوب من الحليب خالي الدسم ما يساوي 250 ملغ مع اضافة الكمية التي تتاسبك من الشوفان + 2بيضات مسلوقة كاملة مع خبز اسود وزيت الزيتون + قلي 4 بيضات بدون صفار أي بياض البيض فقط	7,30
	4معلومة:	. إذا أصابتك لحظات من القلق والخوف، فلا تجزع ولا تيأس، فقد تكون ابتلاء من الله تعالى، فعليك بالصبر والاستعانة بذكر الله تعالى.	10
	5وجبة السناك	خذ سكوب واحد من مسحوق البروتين الخاص بك مع الماء . + تناول حفنة الفواكه المجففة اللوز أو الفول السوداني + قطعة صغيرة من صدر الدجاج وسلطة طماطم وبصل	10.30
	معلومة	— عدم المبالغة في استعمال مجفف الشعر السيشوار والدهانات والزيوت التي قد تؤثر على صحة الشعر وسلامته، وقد تصيبه بالضعف والتساقط.	11
	الغداء	250غ من صدر الدجاج أو لحم عجل صافي أو سمك ومن المفضل شويهم أو سلقهم، صحن سلطة خضراء بطاطا مسلوقة متوسطة ارز اسمر	13
	سناك قبل التدريب	عصير موز والتمر مع كوب من الحليب + فنجان قهوة	15.30

الملاحق

16	<p>الاحماء لمدة 16 دقيقة عضلات الكتف</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الخلفي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Seated db lateral raise</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الجانبي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Dumbbell front Raise</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الأمامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Db bent over materal raise</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الخلفي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable one arm lateral raise</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الجانبي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق bb military press</p> <p>الجزء المستهدف: الكتف الأمامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Crunches</p>	برنامج التدريب	
17.30	عصير تفاح + سكوب 30 غ من مسحوق البروتين مع الماء + وجبة الارز الاسمر مع علبة تونة	سناك بعد التدريب	
18.30	اعرف نفسك ولا تحاول التشبه بغيرك، ولا تحسد أحداً من الناس	معلومة	
20.30	صحن سلطة صغير + سكوب من واي بروتين مع الحليب خالي الدسم	العشاء	
21.30	- لا تشعر بالخجل إن فشلت في الإقلاع عن التدخين لأول مرة، بل حاول التوقف من جديد.	معلومة	
22	(أَمْسِينَا وَأَمْسَى الْمَلِكُ لِلهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ، اللَّهُمَّ إِنِّي أَسْأَلُكَ خَيْرَ هَذِهِ اللَّيْلَةِ فَتَحُهَا وَنَوْرَهَا وَبَرَكَتَهَا وَهُدَاهَا وَأَعُوذُ بِكَ مِنْ شَرِّ مَا فِيهَا وَشَرِّ مَا بَعْدَهَا).	دعاء النوم	

الملاحق

الايام	الإشارات	الموضوع	الوقت
اليوم السادس		اليوم السادس راحة	
	2دعاء:	(بسم الله الذي لا يضرّ مع اسمه شيء في الأرض ولا في السماء وهو السميع العليم).	7
	3وصفة الفطور:	2 شرائح خبز كامل 4غ من البروتين + كوب حليب كامل الدسم + زبادي يوناني بالفواكه 8غ من البروتينات	7.30
	4معلومة:	— يجب الحصول على قدر كافٍ ومنتظم من النوم فسبع ساعات متواصلة كل ليلة تمثل مدة النوم المثالية، لأن النوم الجيد يساعد على تحسين الصحة الجسدية والعقلية، كما أنّه يُقلل من خطر حدوث مشاكل صحية مختلفة.	10
	5وجبة السناك	خذ ما يعادل قبضة اليد من اللوز أو الفول السوداني (الكاكاو) أو الحمص ويمكنك تناول حبة فاكهة واحدة (تفاحة برتقالة موزة)	10.30
	معلومة	— حاول تجنّب الطعام السريع والمصنّع، لأنه يحتوي على كميات قليلة من الألياف والبروتينات، ويُعدّ السبب الرئيسي لحالات البدانة المتزايدة، والأمراض المتعددة.	11
	الغداء	2 شرائح خبز كامل 4غ من البروتين + علبة تونة 15غ بروتين + 200غ مصدر الدجاج 62غ من البروتين + صحن سلطة خضار مع علبة تونة + حفنة من اللوز والكاكاو + تفاحة	13
	معلومة	— تناول الأكل الطازج قدر الإمكان، الخالي من أيّة إضافاتٍ لمواد حافظة، أو هرمونات.	18.30
	العشاء	100 غ دجاج 31 غ بروتين + صحن شوربة خضار + سلطة بروكلي وطماطم	20.30
	معلومة	— لا تعط الأمور أكثر مما تستحق، قدر قيمة الشيء، وأعط كل شيء حقه من الاهتمام.	21.30
	دعاء النوم	(اللَّهُمَّ عَالِمَ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ، فَاطِرَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ رَبِّ كُلِّ شَيْءٍ وَمَلِيكِهِ، أَشْهَدُ أَنْ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ أَعُوذُ بِكَ مِنْ شَرِّ نَفْسِي وَمِنْ شَرِّ الشَّيْطَانِ وَشَرِّكَهْ وَأَنْ أَقْتَرِفَ عَلَى نَفْسِي سُوءًا أَوْ أُجْرَهُ إِلَى مُسْلِمٍ).	22

الملاحق

الايام	الإشعارات	الموضوع	الوقت
اليوم السابع		اليوم السابع	
	2.دعاء:	(اللهم أنت ربي، لا إله إلا أنت، خلقتني وأنا عبدك، وأنا على عهدك ووعدك ما استطعت، أعوذ بك من شر ما صنعت. أبوء لك بنعمتك علي وأبوء بذنبي فاغفر لي، فإنه لا يغفر الذنوب إلا أنت).	7
	3.وصفة الفطور:	قم بخلط 6 بيضات مع علبة تونة وقم بقليها + عصير موز بحليب كامل الدسم	7.30
	4.معلومة:	. لا تمارس برامج المحترفين وأنت ما زلت مبتدأ.	10
	5.وجبة السناك	خذ سكوب واحد من مسحوق البروتين الخاص بك مع الماء. + تناول حفنة الفواكه المجففة اللوز أو الفول السوداني + قطعة صغيرة من صدر الدجاج وسلطة طماطم وبصل	10.30
	معلومة	— استخدام الهرمونات والمنشطات لتحفيز النمو العضلي وعدم الاكتفاء بالتدريب ومن الممكن أن يؤدي هذا الى خلل في الوظائف الحيوية للجسم.	11
	الغداء	علبة تونة مع الارز وحبوب الكينوا والبطاطس مسلوقة + سلطة وخليط خضار فلفل اخضر وطماطم وجزر + صدر دجاج مشوي	13
	سناك قبل التدريب	كوب صغير من القهوة + موزة + ملعقة كبيرة من زبدة الفول السوداني قليلة الدسم	15.30
	جدول التمرين	الاحماء لمدة 10 دقائق عضلات البطن الجزء المستهدف: عضلات البطن العليا، عدد التكرارات 4 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق الجزء المستهدف: عضلات البطن السفلى، عدد التكرارات مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Lying leg raise الجزء المستهدف: سيكس باك، عدد التكرارات 3 مجموعات 50 ثانية وحتى الفشل مدة الراحة 2 دقائق Plank	16
	سناك بعد التدريب	عصير تفاح + سكوب 30 غ من مسحوق البروتين مع الماء + وجبة الارز الاسمر مع علبة تونة	17.30

الملاحق

18.30	— عش في حدود يومك ولا تقلق على المستقبل، ولا تخش قلة الرزق، فالرزق بيد الله تعالى	معلومة
20.30	سلطة بطاطا مسلوقة مع البصل وزيت الزيتون وحبوب الكينوا + شريحة سمك مع رز ابيض و2 بيضات مسلوقة + علبة تونا ومعكرونة	العشاء
21.30	— استخدام المنشطات يسبب عدم مقدرة الجسم للوصول الا بتلك المنشطات الكيميائية.	معلومة
22	(اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لا إِلَهَ إِلا أَنْتَ، اللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُكَ مِنَ الْكُفْرِ وَالْفَقْرِ وَأَعُوذُ بِكَ مِنْ عَذَابِ الْقَبْرِ، لا إِلَهَ إِلا أَنْتَ)، (ثلاث مرات).	دعاء النوم

الايام	الأشعارات	الموضوع	الوقت
اليوم الثامن		اليوم الثامن	
	2دعاء:	ادعية وورد الصباح (أصبحنا وأصبح الملك لله والحمد لله، لا إله إلا الله وحده لا شريك له، له الملك وله الحمد وهو على كل شيء قدير ربّ أسألك خير ما في هذا اليوم وخير ما بعده، وأعوذ بك من شرّ ما في هذا اليوم وشرّ ما بعده، ربّ أعوذ بك من الكسل وسوء الكبر، ربّ أعوذ بك من عذاب في النار وعذاب في القبر).	7
	3وصفة الفطور:	خذ كوب من الحليب خالي الدسم ما يساوي 250 ملغ مع اضافة الكمية التي تتاسبك من الشوفان + 2بيضات مسلوقة كاملة مع خبز اسود وزيت الزيتون + قلي 4 بيضات بدون صفار أي بياض البيض فقط	7.30
	4.معلومة:	— يعتبر الاستحمام اليومي أفضل طريقة للتخلص من كافة الأوساخ، العرق أو الجراثيم التي يمكن أن تتراكم في جسمك خلال النهار، وذلك لمنع الطفيليات وغيرها من الأمراض المرتبطة بسوء النظافة. أيضا فإن الاستحمام كل يوم يساعدك على الاحساس الجيد والشعور أفضل طوال اليوم. أيضا لا يجب مشاركة المناشف وعليك غسلها بانتظام.	10
	5وجبة السناك	سناك على 10,30 خذ ما يعادل قبضة اليد من اللوز أو الفول السوداني (الكاكاو) أو الحمص ويمكنك تناول حبة فاكهة واحدة (تفاحة برتقالة موزة)	10.30
	معلومة	— ابتعد عن المشروبات الغازية وخذ بدلا منها العصائر الطازجة والحليب أو الماء.	11

الملاحق

13	250غ من صدر الدجاج أو لحم عجل صافي أو سمك ومن المفضل شويهم أو سلقهم، صحن سلطة خضراء بطاطا مسلوقة متوسطة ارز اسمر	الغداء
15.30	كوب صغير من القهوة + موزة + ملعقة كبيرة من زبدة الفول السوداني قليلة الدسم	سناك قبل التدريب
16	<p>الاحماء لمدة 10 دقائق</p> <p>عضلات الذراع</p> <p>الجزء المستهدف: الترايسبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Close-Grip barbell bench press</p> <p>الجزء المستهدف: الترايسبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Cable Rope Overhead Triceps Extention</p> <p>الجزء المستهدف: الترايسبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Triceps Pushdown</p> <p>الجزء المستهدف: البايسبس والساعد، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Barbell Curl</p> <p>الجزء المستهدف: البايسبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Aktrenating Dumbbell Curl</p> <p>الجزء المستهدف: البايسبس، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Standing Biceps Cabke Curl</p> <p>الجزء المستهدف: الساعد، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Palms-Down Wrist Curl overA Bench</p>	برنامج التدريب
17.30	120غ من الجبن المنزلية 15غ من البروتين + 4 بيضات مخفوضة مع البقدونس 54 غ بروتين	سناك بعد التدريب
18,30	الامتناع عن التدخين والكحول لا يكون فقط في مرحلة التدريب فقط بل في جميع مراحل الحياة.	معلومة
20,30	صحن سلطة صغير + سكوب من واي بروتين مع الحليب خالي الدسم	العشاء
21.30	- ركز جهودك في العمل الذي تشعر من أعماقك أنه صواب، ولا تستمع للوم اللاتمين، وإذا ما وجدت نفسك على خطأ، فالتراجع عنه فضيلة.	معلومة
22	ناقص دعاء	دعاء النوم

الملاحق

الوقت	الموضوع	الإشارات	الايام
	اليوم التاسع راحة		اليوم التاسع
7	ادعية وورد الصباح (اللهم ما أصبح بي من نعمة أو بأحد من خلقك، فمنك وحدك لا شريك لك، فلك الحمد ولك الشكر).	2.دعاء:	
7.30	2 شرائح خبز كامل 4 غ من البروتين + كوب حليب كامل الدسم + زبادي بالفواكه + 8 غ من البروتينات	3.وصفة الفطور:	
10	ينصح بالإكثار من تناول الخضروات والفواكه والتقليل تناول اللحوم قدر الإمكان، وتجنب الإكثار من الأطعمة المصنعة التي تحتوي الكثير من السكريات مثل المشروبات الغازية، وتجنب الأطعمة التي تحتوي على الكوليسترول والدهون.	4.معلومة:	
10.30	– خذ سكوب واحد من مسحوق البروتين الخاص بك مع الماء. + تناول حفنة الفواكه المجففة اللوز أو الفول السوداني + قطعة صغيرة من صدر الدجاج وسلطة طماطم وبصل.	5.وجبة السناك	
11	– ينصح بغسل اليدين بالماء الدافئ والصابون لمدة عشرين ثانية، والحرص على الفرك خلال الأصابع، واليدين من الجهتين، وتحت الأظافر.	معلومة	
13	2 شرائح خبز كامل 4 غ من البروتين + علبة تونة 15 غ بروتين + 200 غ مصدر الدجاج 62 غ من البروتين + صحن سلطة خضار مع علبة تونة + حفنة من اللوز والكاكاو + تفاحة	الغذاء	
18.30	يُنصح بتناول المأكولات البحرية مثل: السمك أو غيرها من أنواع المأكولات البحرية، بدلاً من اللحوم الحمراء على الأقل مرة واحدة في الأسبوع، لما لها من تأثير جيد في القلب، والدماغ	معلومة	
20.30	100 غ دجاج 31 غ بروتين + صحن شوربة خضار + سلطة بروكلي وطماطم	العشاء	
21.30	— يجب الالتزام بتعليمات الطبيب بدقة عند تناول الأدوية، كما ينصح بالتحدث مع طبيبك في حال كانت هذه الأدوية تسبب لك أعراضاً جانبية غير مرغوب بها.	معلومة	
22	(اللَّهُمَّ مَا أَمْسَى بِي مِنْ نِعْمَةٍ أَوْ بِأَحَدٍ مِنْ خَلْقِكَ، فَمِنْكَ وَحْدَكَ لَا شَرِيكَ لَكَ، فَالْحَمْدُ لَكَ الشُّكْرُ).	دعاء النوم	

الملاحق

الوقت	الموضوع	الإشعارات	الايام
	اليوم العاشر		اليوم العاشر
7	محتوى الدعاء ادعية وورد الصباح (أصَبَحْنَا عَلَى فِطْرَةِ الْإِسْلَامِ وَعَلَى وَكَلِمَةِ الْإِخْلَاصِ وَعَلَى دِينِ دِينِ نَبِيِّنَا مُحَمَّدٍ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ وَعَلَى مِلَّةِ أَبِينَا إِبْرَاهِيمَ حَنِيفًا مُسْلِمًا وَمَا كَانَ مِنْ الْمُشْرِكِينَ).	2.دعاء:	
7.30	محتوى وصفة الفطور وجبة الفطور قم بخلط 6 بيضات مع علبة تونة وقم بقلبها + عصير موز بحليب كامل الدسم	3.وصفة الفطور:	
10	- التمرينات الرياضية لا تُساعد فقط على تحسين المظهر، بل أنّها تُحسّن عمل الهرمونات في الجسم، وتساعد على تقليل الاكتئاب، وتقلّل من خطر الإصابة بأمراض مختلفة، مثل: السمنة، ومرض السكري من النوع الثاني، وأمراض القلب، ومرض ألزهايمر، بالإضافة إلى أنّها تُقلّل من مستويات السكر ومستويات الإنسولين في الدم، وتحسّن نسبة الكوليسترول، وتُخفّض الدهون الثلاثية.	4.معلومة:	
10.30	سناك على 10,30 خذ ما يعادل قبضة اليد من اللوز أو الفول السوداني (الكاوكاو) أو الحمص ويمكنك تناول حبة فاكهة واحدة (تفاحة برتقالة موزة)	5.وجبة السناك	
11	— أحرص على عدم تخطّي الوجبات وتناولها في أوقات مُنظمة، وعدم تجاهل الشّعور بالجوع؛ لأن ذلك يُؤدّي إلى الإفراط في تناول الطّعام لاحقاً.	معلومة	
13	وجبة علبة تونة مع الارز وحبوب الكينوا والبطاطس مسلوقة + سلطة وخليط خضار فلفل اخضر وطماطم وجزر صدر دجاج مشوي		
15.30	عصير موز والتمر مع كوب من الحليب + فنجان قهوة	سناك قبل التدريب	

الملاحق

16.	<p>الاحماء لمدة 10 دقائق الارجل الفخذ والسمانة الجزء المستهدف: الفخذ الامامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Front Squat الجزء المستهدف: عضلات الفخذ الرباعية، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Deadlift الجزء المستهدف: الفخذ الامامي، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Leg Exention الجزء المستهدف: الفخذ الخلفي، عدد التكرارات 3 مجموعات و8 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Calf raises on leg presse الجزء المستهدف: عضلات السمانة، عدد التكرارات 3 مجموعات و12 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Standing Caif الجزء المستهدف: عضلات السمانة، عدد التكرارات 3 مجموعات و6 تكرارا مدة الراحة 2 دقائق Incline db presse</p>	برنامج التدريب	
17.30	عصير تفاح + سكوب 30 غ من مسحوق البروتين مع الماء + وجبة الارز الاسمر مع علبة تونة	سناك بعد التدريب	
18.30	. احرص على مضغ الاكل جيدا لتفادي عسر الهضم	معلومة	
20.30	سلطة بطاطا مسلوقة مع البصل وزيت الزيتون وحبوب الكينوا + شريحة سمك مع رز ابيض و2 بيضات مسلوقة + علبة تونا ومعكرونة	العشاء	
21.30	. دع التفكير في الماضي، فإنه لن يعود مهما حاولت.	معلومة	
22	(اللَّهُمَّ إِنِّي أَسْأَلُكَ وَأَشْهَدُ حَمَلَةَ عَرْشِكَ وَمَلَائِكَتِكَ وَجَمِيعَ خَلْقِكَ، أَنْتَ اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ وَحْدَكَ لَا شَرِيكَ لَكَ وَأَنْ مُحَمَّدًا عَبْدُكَ وَرَسُولُكَ)، (أربع مرات).	دعاء النوم	

ملحق رقم 07 يمثل مختلف شاشات التطبيق الهاتفي للدراسة

99% 15:39
الصفحة الرئيسية



||| ○ >

99% 15:39
الواجهة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
قسم علم النفس



من اعداد الطالب: فلاح بشير
تطبيق صحي لمتابعة الصحة الشخصية في مختلف
الحياة اليومية وخلال التمارين الرياضية



السنة الجامعية 2023/2024

عن التطبيق
دليل التطبيق



99% 15:40
مصادر الغذاء



البيض الألبان والأجبان

الحبوب والبقوليات

الخضر والفواكه

الزيوت

اللحوم والاسماء

المشروبات والعصائر

99% 15:40
عناصر الغذاء



الألياف

الفيتامينات

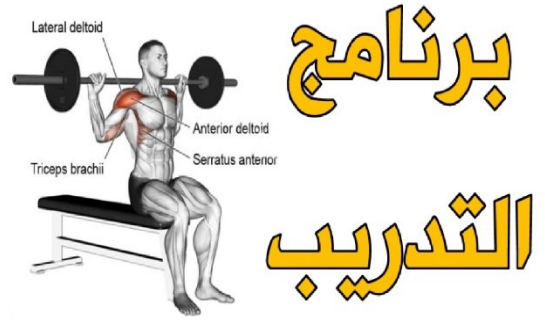
الدهون

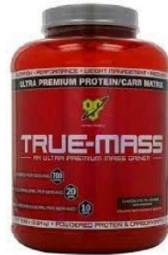
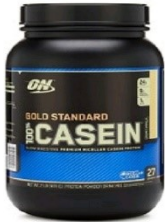
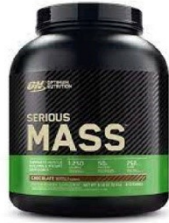
البروتينات

السكريات

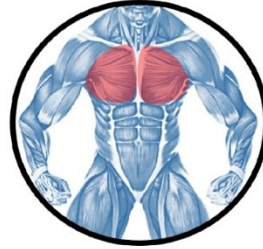
المعادن

الماء





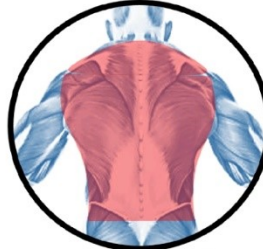
معلومات ونصائح



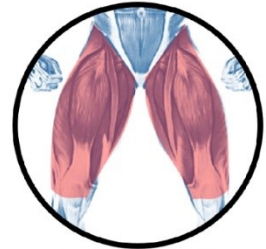
تمارين الصدر



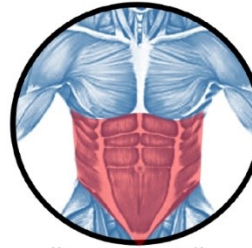
تمارين الاكتاف



تمارين الظهر



تمارين الارجل



تمارين المعدة



تمارين البايسبس



تمارين الترايسبس



تمارين السواعد



الصحة البدنية



الصحة النفسية





الصحة البدنية لدى رياضي كمال
الأجسام تعتمد على عدة عوامل
وتطورات، وتشمل:

1. القوة والعضلات:

رياضيو كمال الأجسام يسعون إلى زيادة
حجم وقوة عضلاتهم، وهذا يمكن أن يؤدي إلى
تحسين القدرة على رفع الأوزان وأداء التمارين
الشاقة.

2. اللياقة البدنية:

بالرغم من أنهم يركزون بشكل أساسي على
القوة والحجم، إلا أن الرياضيين في هذا
المجال يسعون أيضًا للحفاظ على مستوى جيد
من اللياقة البدنية.

3. التغذية:

التغذية تلعب دورًا حاسمًا في صحة رياضي
كمال الأجسام. يحتاجون إلى نظام غذائي
غني بالبروتين والسعرات الحرارية لدعم نمو



تنقسم عضلات الكتفين إلى أمامية،
وجانبية، وخلفية.

تمرين السحب:

يؤدي هذا التمرين بواسطة دمبلز بأوزان
مناسبة، ويفضل أن تكون أقصى ما يمكن
تحمله؛ حيث يقف المتدرب مستقيمًا ممسكًا
الدمبلز إلى جانبه ومن ثم يرفع الذراعين إلى
الخارج حتى الوصول إلى مستوى الكتفين، ثم
ينزلهما ببطء، ويكرر الحركة ثماني مرّات لكل
مجموعة من الأربع مجموعات.

تمرين الرفع:

يقوي هذا التمرين كلاً من العضلات الأمامية
والجانبية للكتفين، ويستخدم بواسطة الأوزان
الحرّة كالتمرين السابق ولكن يختلف عنه في
وضع ظاهر اليدين إلى الأمام ورفع الأوزان
بالتبادل بين الذراعين إلى الاتجاه حتى
الوصول إلى مستوى الكتفين، وتكرر الأعداد
والمجموعات كالتمرين السابق أيضاً.

