

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة العربي التبسي - تبسة



جامعة العربي التبسي - تبسة LARBI TEBESSI - TEBESSA UNIVERSITY

UNIVERSITE LARBI TEBESSI - TEBESSA-



معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني والرياضي التربوي

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي (ال م د)

دفعة: 2023

تخصص: النشاط البدني والرياضي المدرسي

عنوان المذكرة:

الوعي الصحي و علاقته بمؤشر كتلة الجسم

دراسة ميدانية: متوسطة حي سكانسكا الجديدة

تحت إشراف الأستاذ:

من إعداد الطالب:

د. قذيفة يحي

■ بوتواتة محمد أمين

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
قاسمي فيصل	الأستاذ الدكتور	رئيسا
قذيفة يحي	الدكتور	مشرفا ومقررا
مقي عماد الدين	الدكتور	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022 / 2023



آیتہ الکرسی سورۃ البقرہ آیتیں ۲۵۵

# شكر وعرفان

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله  
والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى صلوات ربي وسلامه عليه  
وعلى آله وصحبه ومن سار على دربه واهتدى بهداه إلى يوم الدين... أما بعد:

نتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان والمحبة والتقدير  
إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة جميع أساتذتنا الأفاضل  
وخاصة الأستاذ المشرف على هذه المذكرة. "د. قذيفة يحيى"  
الذي أغرقنا بجميع تفانيه وطول صبره ونصحه وإرشاده لنا  
نسأل الله أن يرزقه راحة ورضا يغمر قلبه وعملا يرضي ربه،  
وعفوا يغسل ذنبه، وذكرنا يشغل وقتها  
وجنة تكون هي المسكن والمأوى.  
وشكرا جزيلا للإدارة والطاقم الجامعي  
وكل من ساهم في هذا البحث من قريب أو من بعيد.

الصفحة	العنوان
03-01	شكر و عرفان قائمة المحتويات مقدمة
الجانب التمهيدي	
05	1. إشكالية البحث
07	2. فرضيات البحث
07	3. أهداف البحث
08	4. مصطلحات البحث
08	5. الدراسات السابقة و المشاهدة
17	6. تعقيب على الدراسات السابقة
الجانب النظري	
21	الفصل الأول: الوعي الصحي
22	1. مفهوم وأنواع الوعي الصحي
22	1.1 مفهوم الوعي الصحي
23	2.1 أنواع الوعي الصحي
23	2. مجالات الوعي الصحي
25	3. أهداف نشر الوعي الصحي
27	4. مكونات الوعي الصحي
27	5. أهمية الوعي الصحي:
27	6. صفات الشخص الواعي الصحي
30	الفصل الثاني: مؤشر كتلة الجسم
30	1. التكوين والتركييب الجسمي
30	1.1 تكوين الجسم (Body composition)
30	2.1 تركيب الجسم (Body Structure)

31	3.1. نماذج تركيب الجسم
34	4.1. العوامل المؤثرة على تكوين الجسم
34	1.4.1. تأثير السن على تكوين الجسم
34	2.4.1. الفروق الجنسية وتكوين الجسم
34	3.4.1. تأثير نوع الرياضة
35	5.1. أهمية تكوين الجسم
35	1.5.1. ارتباط الحالة الصحية بتكوين الجسم
35	2.5.1. ارتباط الأداء الرياضي بتكوين الجسم
36	3.5.1. تكوين الجسم والوقاية من الإصابات
36	4.5.1. تكوين الجسم وعملية النمو
36	5.5.1. الانتقاء وتكوين الجسم
37	2. الدهون في الجسم
37	1.2. تعريف الدهون
37	2.2. أهمية الدهون للجسم
38	3.2. أنواع الدهون بالجسم
38	1.3.2. الدهون الأساسية (Essential fat)
38	2.3.2. الدهون المخزون (Storage Fat)
39	4.2. معدل نسبة الدهون بالجسم تبعاً للسن والجنس
40	3. السمنة
40	1.3. تعريف السمنة

40	2.3. أسباب السمنة
42	3.3. أنواع السمنة
42	1.3.3. السمنة الوراثية
42	2.3.3. السمنة العصبية
42	3.3.3. السمنة بسبب عدم توازن الغدد الصماء
42	4.3.3. السمنة الناتجة من قلة النشاط البدني
43	4.3. عوامل زيادة الوزن والسمنة
45	5.3. العوامل المرتبطة بمؤشر كتلة الجسم
46	6.3. أشكال البدانة
47	1.6.3. أضرار وأخطار السمنة
48	2.6.3. أعراض اجتماعية
48	3.6.3. الأعراض الصحية
50	4.6.3. أعراض نفسية
50	7.3. السمنة وأمراضها
52	8.3. الطرق الشائعة في قياس السمنة
52	1.8.3. قياس سمك الجلد
52	2.8.3. مؤشر كتلة الجسم
53	3.8.3. قياس نسبة محيط الخصر الى محيط الوركين
53	4. أسباب تراكم الشحوم
53	1.4. السبب في تراكم الشحوم عادة حول الخصر

54	2.4. أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها حول أفضل طريقة لإنقاص الوزن
54	3.4. الفوائد الصحية من تقليل كمية الدهون الزائدة
الجانب التطبيقي	
58	الفصل الأول: الاجراءات المنهجية للدراسة
58	1. المنهج المتبع
58	2. الدراسة الاستطلاعية
59	3. تحديد المتغيرات
59	4. مجتمع البحث
59	5. عينة البحث
60	6. عينة الدراسة
60	7. حدود الدراسة
60	1.7. المجال الزمني
60	2.7. المجال المكاني
61	8. أدوات البحث
61	1.8. المقياس
61	1.1.8. وصف المقياس
62	2.1.8. مفتاح تصحيح المقياس
62	9. صدق وثبات أدوات البحث
62	1.9. الصدق الظاهري (المحكمين)
64	2.9. موضوعية الاختبار

65	10. أساليب التحليل و المعالجة الاحصائية
67	الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.
67	1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الذور والإناث
70	2. عرض وتحليل ومناقشة العلاقة بين أبعاد الوعي الصحي ومؤشر كتلة الجسم
71	3. الاستنتاجات والتوصيات
71	1.3. الاستنتاجات
71	2.3. التوصيات
73	الخاتمة
	قائمة المراجع الملاحق

### فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
33	الشكل رقم (01): رسم توضيحي لتقسيم البناء الجسمي (بنية الجسم).	01
47	الشكل رقم (02): يوضح الشكل الذي تأخذه الشحوم عند النساء اجاصة والرجال تفاحة	02
51	الشكل رقم (03): يوضح تصنيف زيادة الوزن والسمنة والمخاطر الصحية باستخدام كتلة الجسم	03



## فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول رقم (01) التركيب الكيميائي لإنسان بالغ وزن 65 كيلوغراما.	33
02	جدول رقم (02): يبين معايير نسبة الدهون بالجسم.	39
03	جدول رقم (03) يبين معدل نسبة الدهن بالجسم تبعاً لسن والجنس.	39
04	جدول رقم (04) الأضرار الصحية للسمنة على أجهزة وأعضاء الجسم.	49
05	جدول رقم (05): يبين تصنيف الأفراد وفقاً لمؤشر كتلة الجسم.	52
06	جدول رقم (06): يبين حالة السمنة حسب محيط الخصر.	53
07	جدول رقم (07): يوضح عينة البحث.	60
08	جدول رقم (08): يوضح أبعاد المقياس وفقراته في صورته النهائية.	63
09	جدول رقم (09): يوضح معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس والدرجة الكلية للثبات.	64
10	جدول رقم (10): يبين نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الذكور.	67
11	جدول رقم (11): يبين نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الإناث.	68
12	جدول رقم (12): العلاقة بين أبعاد الوعي الصحي ومؤشر كتلة الجسم.	70

مقدمة

الصحة نعمة كبرى يمن الله بها على عباده، ومن واجب المرء أن يحافظ على هذه النعمة، وأن يقوم بكل ما يقيها، ويعززها والصحة كما عرفتها منظمة الصحة العالمية حالة التكامل هي الجسماني والعقلي والاجتماعي للفرد وليس الخلو من الأمراض أو العجز، فحفظ الصحة والحمية عن المؤذي واستفراغ المواد الفاسدة هي ثلاثة قواعد لطب الأبدان لبن القيم الجوزية في كتابه الطب النبوي (الجوزية، 2003، صفحة 02)، أما في الطب الحديث، فهناك مقولة فقهاء الصحة والناعبة من منبر منظمة الصحة العالمية أن الطب طبان الطب الأول هو رد الصحة على المرضى بالتداوي والتأهيل والطب الآخر هو حفظ الصحة على الأصحاء". وتعقب أخصائية التغذية شريفة أبو الفتوح على هذه المقولة بأن زخم الطب الأول يغفل عنا ويكاد يعمي بصرنا عن قصد أو غيره محاسن ومزايا وامتيازات الطب الثاني (الفتوح، 2006، صفحة 05)، فعلاج الأمراض يأتي في المرتبة الثانية بعد اتخاذ سبل الحفاظ على الصحة. ويعتبر الانسان مسئولاً عن صحته وعن الوقاية من الامراض، ففي دراسة قامت بما عدة مراكز للصحة الوقائية، وجد أن 53% من الامراض يمكن تفاديها بطريقة المعيشة الصحية، وأن 21% يمكن تفاديها بالحياة في بيئة صحية، 10% فقط يمكن التعامل معه بواسطة علاج الأطباء (محمد هاني راتب، سلمى الدوارة، 2007، صفحة 03).

وهذا الجانب أي الوقاية يتركز على مبدئين متكاملين أولهما الثقافة الصحية، فقد عرفت وكالة النظم التعليمية بالولايات المتحدة الأمريكية الشخص المثقف صحياً بأنه الشخص الذي يفهم الحقائق الأساسية الخاصة بالصحة والمرض ويعمل على تقدم الصحة في المجتمع ويحافظ على صحته وصحة من يراعاهم (رشاد، 2000، صفحة 13)، وثانياً تطبيق هذه المعلومات والمعارف الصحية، وترجمتها الى سلوك ونمط حياة. وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والافتناع، ويعني الوعي الصحي أيضاً ان تتحول تلك الممارسات الى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، بمعنى اخر الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب ان نسعى اليه ونتوصل اليه لا ان تبقى المعلومات الصحية كثقافة صحية فقط (سلامة ب.، 2001، صفحة 23).

وتمكن أهمية الوعي الصحي المعتمد على أسس علمية هو أنه يؤدي الى نتائج إيجابية يمكن بواسطتها التأثير في مستوى الفرد، وتغيير اتجاهاته، وعاداته وسلوكه، وتنشئة جيل واع يتمتع بالصحة من جميع جوانبها ويعد الوعي الصحي من الخدمات الوقائية التي يمكن بواسطتها إعطاء المعلومات الكافية واللازمة لتجنب الأمراض ومكافحتها. وتتأثر الامراض المزمنة بممارسة بعض أنماط السلوك الصحي، وعدم ممارسة بعضها الآخر، ويأتي على رأسها أنماط الغذاء فعلى سبيل المثال وجد أن خفض 10% من وزن الذكور في العمر من 35 عاماً الى 55 عاماً عن طريق تعديل النظام الغذائي

وممارسة التمرينات الرياضية يقلل 20% من نسب اصابتهم بأمراض تصلب الشرايين (مصطفى، 2014، صفحة 159).

ومن العوامل المؤثرة على الصحة العامة للأفراد انتشار السلوكيات الغذائية السيئة وهذا بتناول أغذية غير متوازنة من حيث محتواها الطبيعي وتركيبها الكيميائي حيث لكل فرد في فترة من العمر احتياجات غذائية خاصة بالإضافة إلى انتشار الأغذية الجاهزة والسريعة التحضير ذات المحتوى العالي من الدهون (جمعة، 2007، صفحة 17).

حيث تشير توصيات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمستويات النشاط البدني الموصى بها من أجل الصحة إلى ضرورة ممارسة البالغين 150 دقيقة على الأقل من النشاط البدني المعتدل الشدة وتوزيعها وتوزيعها على مدار الأسبوع، 75 دقيقة على الأقل من النشاط البدني المرتفع الشدة وتوزيعها على مدار الأسبوع، أو مزيجاً من النشاط البدني المعتدل الشدة والمرتفع الشدة (منظمة الصحة العالمية، 2010، صفحة 08).

وفي هذا السياق الصحة تشير التوصيات الصحية الصادرة من الهيئات المتخصصة إلى أهمية المحافظة على نسبة مثلى من الشحوم في الجسم، نظراً لأن ارتفاع نسبة الشحوم يرتبط بالعديد من الأمراض والمشكلات الصحية. ويؤكد تقرير أناس أصحاب عام 2010 الذي صدر في الولايات المتحدة الأمريكية حديثاً على أهمية مكافحة السمنة، بل ويجعل مجاهدتها هدفاً وطنياً للأمم المتحدة الأمريكية، حيث حل هذا الهدف ثانياً بعد الهدف الأول وهو زيادة مستوى النشاط البدني لدى الشعب الأمريكي بحلول عام 2010. لذا يتضح أهمية معرفة التركيب الجسمي للإنسان بغرض المحافظة على الصحة أو رفع الأداء البدني، كما أن توافر معايير لنسب الشحوم في الجسم لدى فئات المجتمع المختلفة يعد ضرورة من أجل مراقبة مؤشرات الصحة العامة ورصدها في المجتمع.

وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن نسبة تفشي السمنة في الجزائر في الفئة العمرية من 15-100 عام، بلغ عند الذكور (6.4%) وعند الإناث (12.2%) وهذا حسب تصنيف مؤشر كتلة الجسم والذي يحدد السمنة عند البالغين (مؤشر كتلة الجسم أكبر من 30 كج/م<sup>2</sup>) (منظمة الصحة العالمية، 2010) وتعتبر فئة التلاميذ أهم الفئات السنوية في المجتمع باعتبار أن هذه الفئة مستقبل البلاد من ناحية اقتصادية وسياسية وهي الشريحة التي يرجو منها المجتمع نهضته، هذا من جهة، ومن جهة أخرى سيصبحون آباء وأمّهات لأجيال صاعدة فمستوى وعيهم الصحي سيوفر للأبناء حاضنة من السلوكيات الصحية تكون درعاً واقياً من الأمراض.

فالاهتمام الواعي الصحي للتلاميذ والكشف عنه لا بد منه لمعرفة نقاط القوة وترسيخها ونقاط الضعف لأجل تدعيمها. وعلى هذا الأساس تطرق الباحث الى هذه الدراسة الموسومة بعنوان **الوعي الصحي وعلاقته بمؤشر كتلة الجسم**.

وقد تناول الباحث هذه الدراسة، من خلال تقسيمها الى فصل تمهيدي، وجانبين: الجانب الاول احتوى الدراسة النظرية، والثاني احتوى الدراسة التطبيقية. كالآتي:

❖ **الجانب التمهيدي:** تطرقنا فيه إلى الإطار العام للدراسة: المشكلة ، الفرضيات، أهداف البحث وأهميته المفاهيم والمصطلحات، و الدراسات السابقة و المشاهدة.

❖ **الجانب النظري:** تناولنا فيه الدراسة النظرية، حيث قمنا بتقسيمه إلى فصلين:

▪ **الفصل الأول:** تطرقنا فيه إلى الوعي الصحي تعريفاته، مكوناته، مراحل، أهميته، أنواعه.

▪ **الفصل الثاني:** - سلطنا فيه الضوء على مؤشر كتلة الجسم السمنة وتكوين الجسم حيث تناولنا تركيب وتكوين الجسم، طرق قياس نسبة الدهون السمنة وأسبابها وكيفية التخلص منها.

❖ **الجانب التطبيقي:** احتوى الدراسة الميدانية، حيث تم تقسيمه إلى فصلين:

▪ **الفصل الأول:** تطرقنا فيه إلى منهجية البحث والإجراءات الميدانية حيث تمت معالجة هذا البحث وفق المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي على عينة تم اختيارها بالطريقة العشوائية من تلاميذ متوسطة حي سكنسكا الجديدة للموسم الدراسي (2022\_2023) وقد استخدم الباحث مقياس الوعي الصحي الذي قام ببنائه والمكون من اربعة مجالات هي مجال التغذية ، مجال ممارسة النشاط الرياضي، مجال الصحة الشخصية مجال القوام بمجموع عبارات (29) وكان سلم الاجابة خماسي ( اوافق، اوافق بشدة ، محايد، معارض، معارض بشدة).

**الفصل الثاني:** تطرقنا فيه إلى عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات، حيث قمنا بعرض نتائج كل فرضية، ثم تحليل هذه النتائج على حدى من خلال جداول إحصائية ، وتقديم استنتاجات ومناقشتها وربطها بما سبق التطرق إليه في الخلفية النظرية لهذه الدراسة.

الجانب التمهيدي

## 1. إشكالية البحث:

تبلورت مشكلة الدراسة من خلال التجارب الميدانية للباحث واحتكاكه بالواقع المعاش، فخلال قيام الباحث بدراسة أعدت ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر LMD تحت عنوان (الوعي الصحي و علاقته بمؤشر كتلة الجسم) حيث أصبحت السمنة وباء خطيرا في المجتمعات العربية وقد انتشر هذا الوباء في جميع الفئات العمرية بعد أن كان محصورا بين البالغين وللوقاية من السمنة ومكافحتها لابد من التعرف على العوامل المختلفة المؤدية الى الاصابة بها وتكاد تتشابه وتتعدد العوامل المؤثرة في السمنة بشكل كبير بحيث يكون من الصعب الحكم أن التغذية فقط أو النشاط البدني لوحده مسئول عن هذا المرض، فهناك عوامل ثقافية واجتماعية ونفسية وبيولوجية ووراثية وبيئية وحياتية تلعب دورا في حدوث السمنة، وتشير الدراسات أن نسبة الاصابة بالسمنة قد تجاوز لديهم 50% عند الرجال و 60% عند النساء أما المراهقين فقد تراوحت النسبة بين 15% و 45% وهذه مؤشرات تنذر بالخطر في الاصابة بالأمراض المزمنة عند هؤلاء المصابين. حيث أن هناك عدة أسباب تؤدي الى احداث ظاهرة السمنة أهمها كثرة تناول الكربوهيدرات والدهون والبروتينات عن حدود احتياجات الجسم والتقدم التكنولوجي بظهور العديد من الآلات والأجهزة التي أدت الى انخفاض وقلة النشاط والحركة لدى الافراد وبالتالي زيادة مقدار الطاقة المخزنة بالجسم بالإضافة الى بعض العادات الاجتماعية والاضطرابات النفسية (جمعة، 2007، صفحة 178).

فأصبح من الضروري تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية التي تظهر فيه، وهذا من خلال نشر الوعي الصحي في أوساط المجتمع. فمن المرجح أن يعتمد الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الوعي الصحي سلوكيات تمتعهم بصحة أوفر، وأن يتمكنوا من الحصول على المعلومات والخدمات الصحية ويتصرفوا على أساسها، بما فيها التغطية الصحية الشاملة. وبهذه الطريقة، يمكن الوعي الصحي الفرد من حماية نفسه وأسرته ومجتمعه المحلي من مختلف الصدمات (منظمة الصحة العالمية، 2016، صفحة 02).

وعليه فلا شك أن اجراء المزيد من الدراسات حول الوعي الصحي عند التلاميذ أمر في غاية الأهمية، للكشف عن  
مكامن القوة والضعف عند هذه الفئة، وعلى هذا الأساس وعلى ما سبق قام الباحث بطرح التساؤل التالي:

هل توجد علاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ متوسطة حي سكانسكا الجديدة؟

أ. الأسئلة الفرعية:

- ما مستوى مؤشر كتلة الجسم (BMI) لدى التلاميذ الذكور؟
- ما مستوى مؤشر كتلة الجسم (BMI) لدى التلاميذ الاناث؟
- هل توجد علاقة بين التغذية و مؤشر كتلة الجسم؟
- هل توجد علاقة بين الصحة الشخصية و مؤشر كتلة الجسم؟
- هل توجد علاقة بين ممارسة النشاط الرياضي و مؤشر كتلة الجسم؟
- هل توجد علاقة بين القوام مؤشر كتلة الجسم؟



## 2. فرضيات البحث:

### أ. الفرضية الرئيسية:

توجد علاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ متوسطة حي سكانسكا الجديدة.

### ب. الفرضيات الفرعية:

- مستوى مؤشر كتلة الجسم (BMI) لدى التلاميذ الذكور طبيعي.
- مستوى مؤشر كتلة الجسم (BMI) لدى التلاميذ الاناث طبيعي.
- توجد علاقة بين التغذية و مؤشر كتلة الجسم.
- توجد علاقة بين الصحة الشخصية و مؤشر كتلة الجسم .
- توجد علاقة بين ممارسة النشاط الرياضي و مؤشر كتلة الجسم .
- توجد علاقة بين القوام مؤشر كتلة الجسم.

## 3. أهداف البحث:

- معرفة مستوى الوعي الصحي لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة.
- معرفة العلاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة حسب متغير الجنس.
- معرفة العلاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة حسب متغير التغذية.
- معرفة العلاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة حسب متغير الصحة الشخصية.
- . معرفة العلاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة حسب متغير ممارسة النشاط الرياضي.
- معرفة العلاقة بين الوعي الصحي و مؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ حي سكانسكا الجديدة حسب متغير القوام.

## 4. مصطلحات البحث:

## ■ الوعي الصحي (التعريف النظري):

ويعرف الوعي الصحي (Health Awareness) بأنه: " ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد في حين عرفها (قنديل ع.، 1990، صفحة 170) بأنها السلوك الايجابي الذي يوتر ايجابيا على الصحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية، بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في حدود إمكاناته.

## ■ الوعي الصحي (التعريف الإجرائي):

يمثل الوعي الصحي في هذه الدراسة مجموعة من السلوكيات الصحية تتوزع على خمسة محاور هي (التغذية، ممارسة النشاط الرياضي، الصحة الشخصية، الصحة النفسية، القوام) (عبد القوي، 2019/2018، صفحة 23)

■ مؤشر كتلة الجسم: هو عبارة عن العلاقة بين وزن الجسم والطول، يستخدم لمعرفة اذا كان الشخص لديه زيادة في الوزن او مصاب بالسمنة أو نقص التغذية. وهو يعطي فكرة عن نسبة الاصابة بالسمنة في المجتمع ، وكذلك نسبة الاشخاص المعرضون للإصابة بالأمراض التي تزيد السمنة من حدوثها، ويمكن استخدامه شخصيا لمعرفة وضع جسمك.

ويحسب مؤشر كتلة الجسم ( بتقسيم الوزن بالكيلوغرام على مربع طول القامة بالمتر)

مؤشر كتلة الجسم BMI = ( وزن الجسم (كغ) / طول القامة (م) ) (مها صاحب عبد)

## 5. الدراسات السابقة و المشابهة:

قام خويلدي الهواري، وقرفوز، محمد زين سميثة العيد (2018) بدراسة بعنوان: دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين والغير ممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية. هدفت الدراسة الى التعرف الى مستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين والغير ممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية بالمركز الجامعي البيض، ومعرفة الفروق بينهما. أجريت الدراسة على بلغت عينة الدراسة (280 طالب ذكور فقط) أستخدم في الدراسة المنهج الوصفي، تم تطبيق استبيان الوعي الصحي.

وأظهرت النتائج أن الدرجة الكلية للاستبيان تشير الى أن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى عالي من الوعي الصحي. حيث بلغت النسبة المئوية للاستبيان ككل (71,60%)، وانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لصالح الطلبة الممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية.

وقد أجرى كل من بن زيدان حسين مقراني جمال، سيفي بلقاسم (2017) دراسة بعنوان "مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي"، حيث هدفت الدراسة الى التعرف الى مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (100) معاق حركيا منهم (50) ممارس للنشاط الرياضي (كرة السلة على الكراسي المتحركة) و(50) غير ممارسين للنشاط الرياضي من بعض الولايات (مستغانم سعيدة عين تموشنت غليزان بدولة الجزائر). أستخدم في الدراسة المنهج الوصفي، تم تطبيق مقياس الوعي الصحي الذي تضمن خمسة مجالات الوعي الصحي الشخصي الوعي الصحي الغذائي الوعي الصحي الوقائي، الوعي الصحي الرياضي، الوعي الصحي البيئي بمجموع عبارات (43) عبارة بمفتاح تصحيح خماسي. وقد أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي جاء عاليا، ومستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا غير الممارسين للنشاط الرياضي جاء متوسطا. وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين عينة الممارسين للنشاط الرياضي غير الممارسين للنشاط الرياضي في جميع المجالات لصالح عينة الممارسين.

أقدمت ناهدة عبد زيد الدليمي، ورائد مهوس زغير، ويحي علوان منهل (2014). على موضوع بعنوان "دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي للاعبين المستويات العليا بين بعض الألعاب الجماعية والفردية". هدفت الدراسة الى 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 الدراسة على عينة من لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية والفردية، إذ بلغ العدد الكلي لمجتمع البحث (155) لاعبا، في حين بلغت عينة البحث (105) لاعبا، وبهذا شكلت نسبة مئوية مقدارها (67.74%). أستخدم في الدراسة : المنهج الوصفي بأسلوبيه المسحي طبق في هذه الدراسة مقياس الوعي الصحي الذي تكون من (48) فقرة واحتوى سلم الاجابة على ثلاثة بدائل هي (دائما، أحيانا، نادرا). وقد أظهرت النتائج أن أغلبية لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية والفردية تمتع بمقدار جيد في مستوى الوعي الصحي. وتفوق لاعبي المستويات العليا في بعض الألعاب الجماعية في مستوى الوعي الصحي على لاعبي بعض الألعاب الفردية. وأبرزت الدراسة المقارنة الأفضلية للاعبين الكرة الطائرة في مستوى الوعي الصحي ضمن بعض الألعاب الجماعية قيد الدراسة. ولا توجد أفضلية للاعبين ضمن بعض الألعاب الفردية قيد الدراسة في مستوى الوعي الصحي.

وقد أجرى (Labban 2014) دراسة في جامعة القلمون بريف دمشق بعنوان (العلاقة بين النشاط البدني وزيادة الوزن والسمنة بين طلاب الجامعات السورية) هدفت إلى معرفة العلاقة بين النشاط البدني وزيادة الوزن والسمنة لدى طلاب الجامعات السورية حيث قام بقياس النشاط البدني للطلاب من خلال تحليل الاستبانة العالمية للنشاط البدني (IPAQ) International Physical Activity Questionnaire على عينة مختارة عشوائياً من 320 مشاركاً (165 ذكور و 155 إناث) تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 26 عاماً، وتم استبعاد المشاركين من فئة ناقصي الوزن (من يقل مؤشر كتلة الجسم لديهم عن (18.5) وأولئك الذين كانوا غير قادرين على أداء النشاط البدني من الدراسة، كما تم الاستناد بزيادة الوزن أو البدانة على مؤشر كتلة الجسم (الوزن بالكيلوغرام / مربع الطول بالمتراً)، وتصنيف المشاركين وفقاً لحالة التغذية الخاصة بهم بحسب ما أوصت به منظمة الصحة العالمية عام 2003 لمؤشر كتلة الجسم كما يلي: نقص الوزن، الوزن الطبيعي، زيادة الوزن والسمنة. وقد كشفت الدراسة عن وجود ارتباط عكسي بين النشاط البدني وزيادة الوزن / السمنة في عينة ممثلة من طلاب الجامعات السورية من الذكور والإناث على حد سواء، إلا أن العلاقة كانت أكثر وضوحاً في الإناث.

كما قام العرجان (2013) بدراسة في الأردن بعنوان (البدانة والممارسة الرياضية من أجل الصحة والتدخين والأمراض المرتبطة بقلة الحركة والعادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الأردن) هدفت إلى التعرف على نسب انتشار البدانة والوزن الزائد، والنقص في الوزن ومدى الممارسة الرياضية، إضافة إلى معرفة نسب انتشار الأمراض المرتبطة بقلة الحركة، والتعرف على طبيعة العادات الغذائية لدى معلمي التربية الرياضية في الأردن، وقد تكونت عينة الدراسة من 861 معلماً ومعلمة تم اختيارهم عشوائياً من مختلف المدارس الحكومية والخاصة ووكالة الغوث في الأردن، قيس لهم الوزن والطول ثم حساب مؤشر كتلة الجسم باستخدام معادلة (الوزن كغم / الطول<sup>2</sup>)، كما استجاب أفراد العينة إلى استبانة تقيس (مدى الممارسة الرياضية، الأمراض المرتبطة بقلة الحركة وبعض العادات الغذائية اليومية). وأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار البدانة بين المعلمين كانت (13.38%)، وبين المعلمات كانت (14.41%)، وإلى أن ما نسبته (60,21%) من المعلمين و(35,84%) من المعلمات يمارسون نشاطاً رياضياً بمعدل مرة واحدة أو أكثر خلال الأسبوع، كما أشارت النتائج إلى وجود نسب مرتفعة لانتشار بعض العادات الغذائية غير الصحية بين المعلمين والمعلمات، والتي تتمثل في عدم تناول وجبة الإفطار، والإكثار من تناول الشاي والقهوة والمشروبات الغازية، وعدم تناول الخضار والفواكه والحليب.

وقامت ذيب (2013) بدراسة في الأردن بعنوان (اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي بين الطلاب البدناء وغير البدناء) هدفت إلى التعرف على الفروق في مستوى التحصيل الدراسي بين الطلاب

البدناء وغير البدناء، وتبعاً لمتغير مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وعلى طبيعة العلاقة بين مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة والتحصيل الدراسي، وذلك على عينة عشوائية مكونة من 1139 طالباً من الذكور من الصفين السادس والسابع الأساسي من المدارس الخاصة في مدينة عمان في الفترة الممتدة ما بين 2008-2010، وقد قيست لهم متغيرات التركيب الجسمي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، إضافةً إلى تسجيل نتائجهم الدراسية في نهاية العام الدراسي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق إحصائية دالة عند مستوى (0.05) في التحصيل الدراسي بين الأطفال البدناء وغير البدناء، وفي مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة ولصالح الطلاب غير البدناء، وإلى وجود تفاعل بين نسبة الشحوم في الجسم ومستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتأثيرها على التحصيل الدراسي.

وقد أجرى العرجان، ذيب والكيلاني (2013) دراسة بعنوان (مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن) والتي هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، حيث تكونت عينة الدراسة من طلاب السنوات الدراسية الأربع بلغ عددهم 1916، وتم اختيارهم عشوائياً بالطريقة البسيطة من ضمن مجتمع الدراسة، وطبقت عليهم استبانة قياس الوعي الصحي ومصادره. وقد توصلت النتائج إلى أن مستوى الوعي الصحي العام جاء عالياً لدى عينة الدراسة، وإلى وجود أثر لكل من الجنس والمستوى الدراسي والتفاعل بينهما على مستوى الوعي الصحي.

جاء كل من عقيل مسلم، ومحمد مطر عراك، وجاسم جابر محمد (2012) بدراسة في العراق تحت عنوان "الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية - جامعة المثنى" هدفت الدراسة الى بناء مقياس الوعي الصحي وتحديد مجالاته بالإضافة الى التعرف على واقع الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية والتعرف على الفروق في الوعي الصحي وفق متغير المرحلة الدراسية ومتغير الجنس، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (161) طالب وطالبة، موزعين على المراحل الدراسية وحسب الجنس (طلاب طالبات تم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية وبما يتلاءم وغرض كل مرحلة. أستخدم في الدراسة المنهج الوصفي المسحي، طبق مقياس الوعي الصحي، الذي تكون من (57) فقرة موزعة على أربعة مجالات هي: التغذية والتدريب الرياضي، والتحكم 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. وعدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين الطلاب والطالبات كلية. وكذلك عدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين طلبة المرحلتين الدراسيتين الأولى والثانية في كلية التربية الرياضية - جامعة المثنى.

كما قام كل من (Al-Hazzaa, Abalhussain, Al-Sobayel, Qahwaji, 2012) & Musaiger بدراسة عنوانها (عوامل نمط الحياة المرتبطة بزيادة الوزن والبدانة بين المراهقين السعوديين) هدفت إلى تقييم العلاقة بين السمنة وعدة عوامل من نمط الحياة، بما في ذلك النشاط البدني والعادات الغذائية بين المراهقين السعوديين الذين تتراوح أعمارهم بين 14-19 عاماً، وأجريت هذه الدراسة في ثلاث مدن بالمملكة العربية السعودية (الخبر وجدة والرياض) وكان عدد المشاركين 2906 من مدارس الثانوي (1400 ذكور و1506 إناث) تم اختيارهم بشكل عشوائي باستخدام تقنية طبقية متعددة المراحل، حيث تم أخذ قياسات الجسم، وشملت الوزن والطول ومؤشر كتلة الجسم BMI، محيط الخصر، والخصر، ونسبة الخصر من الطول، كما تم تحديد الوقت المخصص لمشاهدة التلفزيون وألعاب الفيديو واستخدام الحاسوب والنشاط البدني والعادات الغذائية باستخدام استبيان التحقق من الصحة، وقد كشفت النتائج عن أنه من بين عدة عوامل لنمط الحياة كان النشاط البدني والعادات الغذائية الأكثر تأثيراً على نسبة الإصابة بالسمنة، حيث وجد أنه مقارنة بأفراد العينة ذوي الوزن الطبيعي وبين المصابين بزيادة الوزن أو السمنة فإن الفئة الأخيرة كانوا أقل أداء للنشاط البدني، كما أنهم أقل استهلاكاً لوجبة الإفطار والفاكهة والخضار والحليب من ناحية نظامهم الغذائي.

ودراسة (Al-Nuaim, et al, 2012) بعنوان (انتشار عادة النشاط البدني والسلوك الهاديء فيما يتعلق بالبدانة بين المراهقين من منطقة الأحساء السعودية: التغييرات الريفية مقارنة بالحضرية) والتي هدفت إلى استكشاف أسلوب حياة الشباب الذين يعيشون في محافظة الأحساء بالمملكة العربية السعودية، والتي تنقسم إلى خمس مناطق، حيث أظهرت أن عوامل مثل الجنس والعمر والموقع الجغرافي لها تأثير على مستويات النشاط البدني والإصابة بالسمنة لدى عينة من الشباب يبلغ عددهم 1270 من الذين تتراوح أعمارهم بين 15-19 عاماً، وقد طبق عليهم استبيان يحتوي على 47 من البنود المتعلقة بأنماط النشاط البدني، والأنشطة المستقرة كمشاهدة الفيديو والتلفزيون واستخدام الحاسوب، وعادات الأكل، كما تم قياس محيط الخصر لأفراد العينة وأوزانهم وأطوالهم، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم باستخدام الصيغة (الوزن كلغم / مربع الطول)، وقد أشارت النتائج إلى أن الشباب الذين يعيشون في الصحراء وفي المناطق الريفية أقل نشاطاً بدنياً من نظرائهم الذين يعيشون في بيئات المزارع الحضرية أو الريفية، وكان الشباب الذكور من ذوي الوزن الطبيعي أكثر نشاطاً من نظرائهم المصابين بزيادة الوزن والسمنة، ومستويات النشاط البدني لدى الشباب الذكور تبدأ في الانخفاض تدريجياً مع التقدم في العمر، كما كان الذكور عموماً أكثر نشاطاً من الإناث، بينما أظهرت الإناث أعلى معدلات البدانة وانخفاضاً حاداً في مستويات النشاط البدني في جميع الأعمار.

وقام نعيرات وحماشة (2011) بدراسة في فلسطين بعنوان (مؤشر كتلة الجسم لدى طلبة جامعتي النجاح الوطنية والقدس أبو ديس) هدفت إلى تحديد مؤشر كتلة الجسم لدى طلاب جامعتي النجاح الوطنية والقدس أبو ديس، إضافة إلى بناء معايير لمؤشر كتلة الجسم لطلاب الجامعات الفلسطينية، وإجراء مقارنات بينهما، ولتحقيق ذلك طبقت الدراسة على عينة قوامها 1500 طالب وطالبة من كليات جامعة النجاح الوطنية في نابلس، و 900 طالب وطالبة من كليات جامعة القدس "أبو ديس"، وتم قياس الوزن والطول لهم من أجل تحديد مؤشر كتلة الجسم باستخدام معادلة (الوزن كغم / الطول)، وقد أظهرت النتائج أن متوسط مؤشر كتلة الجسم عند الطلاب بشكل عام كان جيداً في ضوء المعايير العالمية، حيث وصل المتوسط الحسابي (23,61) كغم/م<sup>2</sup>، بينما جاء متوسط مؤشر كتلة الجسم عند الطالبات (25,15) كغم/م<sup>2</sup>، وهذا يدل على مؤشر بدين في ضوء المعايير العالمية، كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مؤشر كتلة الجسم بين طلاب جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس.

وقد قامت المرزوق (2010) بدراسة عنوانها (أثر الثقافة الغذائية على كتلة الجسم لدى طالبات كلية التربية الأساسية بدولة الكويت) هدفت إلى التعرف على أثر الثقافة الغذائية على كتلة الجسم لدى طالبات كلية التربية الأساسية بدولة الكويت باستخدام الفروق بين الأنماط الأربعة أقل من الطبيعي الطبيعي، الوزن الزائد السمنة المفرطة، وتم اختيار العينة بشكل عشوائي حيث بلغ عدد المشاركات 374 طالبة تراوحت أعمارهن ما بين 18 سنة من كلية التربية الأساسية، حيث قيس لهن الوزن والطول، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم باستخدام معادلة الوزن كغم / الطول)، كما طبقت استبانة السلوك الغذائي على أفراد العينة، ودلت نتائج هذه الدراسة أن الكثير من الطالبات المصابات بزيادة في وزن الجسم عن الوزن الطبيعي أو السمنة لديهن عادات غذائية خاطئة، وهي التي ساقتهن إلى الإصابة بهذه الأعراض، وأنهن يأكلن أكثر مما تحتاج إليه أجسادهن ويتحركن قليلاً.

كما أجرى (Daradkeh & Abu Baker, 2010) دراسة في الأردن بعنوان (انتشار زيادة الوزن والبدانة بين المراهقين في محافظة إربد) كان الغرض منها تحديد مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين طلاب المدارس المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13-16 سنة في محافظة "إربد" بالأردن، ولمقارنة نسبة الانتشار حسب الجنس والمنطقة السكنية والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وطبقت الدراسة على عينة عنقودية عشوائية بلغ عدد المشاركين فيها 1355 من طلاب المدارس، وقد تم جمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية باستخدام استبيان منظم، ثم سجلت قياسات الجسم البشري للمشاركين والمتمثلة بالوزن والطول، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم، BMI، حيث صنفت زيادة الوزن والسمنة وفقاً للسن والجنس إلى (نقص الوزن وزن طبيعي زيادة الوزن، أو السمنة). وقد أظهرت النتائج أن ما نسبته 4.3% من العينة الكلية يصنف كنقص بالوزن، بينما 71,3% يصنف من الوزن الطبيعي، و 15.7% يعانون من

زيادة الوزن و8.7% يعانون من السمنة المفرطة، وهكذا فإن الانتشار العام لزيادة الوزن والسمنة بين هؤلاء المراهقين كان 24.4%، وكان معدل زيادة الوزن والبدانة أعلى بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم 13 عاماً حيث بلغ 31.8%، وكان معدل البدانة أدنى بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم 16 عاماً حيث بلغ 23%، وهذه النتائج أعلى لدى الطالبات، ولدى الطلاب الذين يعيشون في مناطق ريفية ولدى الطلاب الذين يعمل أبواهم.

وبهدف تقييم العلاقة بين كل من زيادة الوزن والسمنة وبين النظام الغذائي ونمط الحياة لدى المراهقين في إيطاليا قام (D'addesa, et al, 2010) بدراسة عنونها (تناول الأطعمة والنشاط البدني بين المراهقين من ذوي الوزن الطبيعي والوزن الزائد / السمنة) طبقت في السنوات 2004-2006 على 756 من المراهقين (391 من الذكور و365 من الإناث) ينتمون إلى ثلاث مدارس متوسطة عامة، وتم قياس الطول والوزن وفقاً لإرشادات منظمة الصحة العالمية، ثم حساب مؤشر كتلة الجسم BMI لمناسبته في تحديد زيادة الوزن عند الأطفال والمراهقين، وقد تم جمع بيانات نمط الحياة والنظام الغذائي عن طريق الاستبيان، إضافة إلى معلومات عن الوقت المخصص لممارسة الأنشطة البدنية النظامية وغير النظامية ما بعد المدرسة، وقد أظهرت النتائج ارتفاعاً في معدلات انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى عينة الدراسة على وجه الخصوص، حيث كان متوسط معدلات زيادة الوزن والسمنة المفرطة 37% في الذكور و31% في الإناث، ووجود ارتباط موجب بين حالة زيادة الوزن لدى الطلاب ووالديهم، حيث ارتبط الوضع التغذوي والانخفاض في مستوى النشاط البدني لكلا الجنسين من الطلاب السمنة لدى الوالدين، وقد لوحظ أيضاً ارتباط مباشر بين مؤشر كتلة الجسم وإهمال وجبة مع الإفطار وانخفاض عدد الوجبات في اليوم لدى الذكور فقط.

قام عبد الناصر القدومي وكاشف زايد (2009) بدراسة بعنوان "مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس". وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الوعي الغذائي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية وجامعة السلطان قابوس، إضافة لتحديد الفروق في مستوى الوعي تبعاً لمتغير الجامعة الجنس، والمستوى الدراسي، والمعدل التراكمي لدى الطلبة، إضافة لتحديد أكثر الفقرات قدرة على التنبؤ بمستوى الوعي الكلي للوعي. وأجريت الدراسة على عينة قوامها 207 طالب وطالبة وذلك بواقع 105 من جامعة النجاح الوطنية و102 من جامعة السلطان قابوس، أستخدم في الدراسة المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي وطبق استبان لقياس الوعي الغذائي والذي تكون من 15 فقرة. وقد جاء في أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الغذائي العام لدى أفراد العينة كان منخفضاً، حيث وصلت النسبة المثوية للاستجابة إلى 59، إضافة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الغذائي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة، والجنس والمستوي الدراسي، بينما كانت هناك دلالة إحصائية فيما يخص المعدل التراكمي ولصالح المعدل الأعلى.



أجرت (Mansour & Haddad, Owies 2009) دراسة في الأردن بعنوان (تقييم الصحة الجيدة بين المراهقين في الأردن : نموذج من دولة نامية مسح بموجب استبيان لمختلف القطاعات المقارنة) كان الغرض منها تقييم مستوى السلوك الصحي لدى المراهقين الأردنيين في بعض مدارس "إربد"، حيث تكونت عينة الدراسة من 530 طالباً وطالبة، وبمدى عمر 12-17 سنة، وطبقت عليهم استبانة السلوك الصحي والتي تتضمن سلوكياتهم الصحية حول التغذية وممارسة النشاط البدني، ونوعية الحياة واتجاهها الصحي. وكشفت الدراسة عن مشاكل صحية لدى الطلاب متعلقة بالنشاط البدني والعادات الغذائية ونوعية الحياة، حيث وجد انخفاض في تناول الفواكه والخضروات والحليب واللحوم بنسبة أقل من الموصى به عالمياً، في حين أن تناول الوجبات السريعة والمشروبات الغازية والحلويات كانت أعلى من الموصى بها، إضافةً إلى وجود انخفاض حاد في مستوى النشاط البدني الممارس المعزز للصحة من قبل الطلاب.

وبهدف تقدير معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى أطفال مدارس بيرجانند بشرق إيران في الفترة 2005-2006 قام (Kazemi & Taheri, 2009) بدراسة عنوانها (انتشار زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال في سن 7-18 عاماً في بيرجانند / إيران) طبقت على عينة عشوائية طبقية متعددة المراحل مكونة من 6093 طالباً (2995 ذكور و3098 إناث) تتراوح أعمارهم بين 7-18 عاماً، وتم قياس ارتفاع الجسم والوزن للمشاركين، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم BMI (نسبة وزن الجسم على مربع طول الجسم، وقد تم تعريف السمنة على أساس النسب المئوية 85 و95 من مؤشر كتلة الجسم مع الأخذ بعين الاعتبار نوع الجنس والفئة العمرية، وكانت معدلات الانتشار الكلية من زيادة الوزن والسمنة 4.8% و1.8% على التوالي، وانتشار زيادة الوزن تختلف حسب العمر من 1.6% إلى 9.1% في الإناث و0.5% إلى 7.8% في الذكور، مع معدل سمنة من 0.8% إلى 2.5% في الإناث و0.5% إلى 3.7% في الذكور، وكان أعلى مستوى لانتشار زيادة الوزن عند 15 عاماً من العمر بين الذكور والإناث 7.8%-9.1% على التوالي، بينما كان انتشار السمنة أعلى عند 18 عاماً من العمر بين الذكور 3.7% وعند 15 عاماً بين الإناث 2.5%، كما توصل الباحثان إلى أنه وبشكل عام فإن معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى أطفال بيرجانند أقل من المعدلات المنتشرة في أجزاء أخرى كثيرة من إيران وبعض الدول المجاورة.

وأجريت دراسة (Salameh & Tayyem Bawadi, 2008) في الأردن بعنوان (النظام الغذائي وملامح النشاط البدني لدى عينة من طلاب الجامعة في الأردن) والتي هدفت إلى التحقيق في استهلاك الوجبات السريعة والنمط الغذائي، ومعدل النشاط البدني بين عينة من الطلاب والطالبات في الجامعة الهاشمية في الأردن، تكونت من 512 طالباً وطالبة تم اختيارهم بشكل عشوائي، قيس لهم الطول والوزن ونسبة الشحوم في الجسم، وتم حساب

مؤشر كتلة الجسم BMI لديهم، إضافة إلى استجابتهم على استبانة تقيس معدل النشاط البدني لديهم والعادات الغذائية وتكرار أنواع الطعام المتناول. وقد أظهرت النتائج أن حوالي 30% من الذكور و 19% من الإناث يعانون من زيادة الوزن في حين أن 6.6% من الذكور و 5.3% من الإناث يعانون من السمنة المفرطة، وتم الكشف عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الذكور والإناث فيما يتعلق بالسمنة أو زيادة الوزن، كما أن ما نسبته 30% من الذكور و 28% من الإناث يهملون وجبة الإفطار اليومية، وأشارت إلى ارتفاع معدل النشاط البدني لدى الذكور قياساً مع الإناث، كذلك أشارت إلى وجود نسبة عالية 40% من الطلاب لا يتناولون الحليب كامل الدسم، في حين أن 54 يستهلكون المشروبات الغازية بشكل يومي.

ودراسة (Pickett & Janssen, Katzmarzyk, Boyce, King, 2004) والتي أجريت في كندا بعنوان (زيادة الوزن والسمنة لدى المراهقين الكنديين وعلاقتها بالعادات الغذائية وأنماط النشاط البدني) وهدفت إلى عرض معدلات انتشار زيادة الوزن والسمنة للشباب الكندي البالغ من العمر 11-16 عاماً، وكذلك فحص الارتباط بين زيادة الوزن والسمنة لديهم مع العادات الغذائية والنشاط البدني في وقت الفراغ، وطبقت على عينة ممثلة على الصعيد الوطني من المراهقين وصل عددهم إلى 5890، واستخدم المسح لتحديد الطول والوزن والعادات الغذائية والأنشطة البدنية في وقت الفراغ، والتي تم الإبلاغ عنها ذاتياً عن طريق أفراد العينة)، وتم حساب معدلات انتشار زيادة الوزن والسمنة على أساس مؤشر كتلة الجسم (الوزن) كغم / الطول. وقد أشارت النتائج إلى أن 15% من الشباب الكندي البالغ من العمر 11-16 عاماً يعانون من زيادة في الوزن، بينما 5% تقريباً يعانون من السمنة المفرطة في عام 2002، وكانت معدلات الانتشار هذه أعلى لدى الذكور منها لدى الإناث، ولكنها لا تختلف وفقاً للعمر، كما لا يوجد ارتباط واضح بين العادات الغذائية وقياسات زيادة الوزن والسمنة، ومع ذلك كانت مستويات النشاط البدني أقل لدى من يعانون من زيادة الوزن والسمنة من ذوي الوزن الطبيعي.

دراسة مصيقر، الجيب والمرزوق (2003) بعنوان (الإصابة بالسمنة وممارسة النشاط البدني عند مدرسي ومدرسات التربية الرياضية في مملكة البحرين) والتي هدفت إلى التعرف على الحالة الصحية والتغذوية لمعلمي ومعلمات التربية الرياضية في المدارس الابتدائية في مملكة البحرين، حيث شملت الدراسة على (233) معلماً ومعلمة، وقد تم إعداد استبانة خاصة احتوت على معلومات صحية وغذائية وكذلك معلومات متعلقة بالنشاط الرياضي، كما تم أخذ أوزان وأطوال المعلمين، وذلك لاحتساب السمنة باستخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI) حيث اعتبر المعلم زائد الوزن عندما يكون BMI 29.9 وسمينا عندما يكون BMI 30 فأكثر، وأوضحت النتائج أن 1.7% من المعلمين ناقصو الوزن و 54.5% سليمون و 35.2 زائدو الوزن و 8.66%. سمينون وتبين أن نسبة الإصابة بزيادة الوزن والسمنة أعلى عند

الرجال مقارنة بالنساء، كما وجد أن حوالي 23% من المعلمين، وحوالي 41% من المعلمات لا يمارسون أي نوع من التمارين الرياضية على الإطلاق.

## 6. تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة يمكن ملاحظة النقاط التالية:

- معظم الدراسات التي تم استعراضها هي دراسات عربية وبعضها منشور بمجلات أجنبية قامت على أيدي متخصصين في التغذية وفي التربية البدنية.
- تم استخدام نفس المنهج الوصفي، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية، والتي تركزت حول فئة المراهقين والجامعيين.
- إن التوجه العام أو السمة البارزة في هذه الدراسات هو دراسة الارتباط بين انتشار زيادة الوزن والسمنة وبين السلوكيات الغذائية والرياضية لأفراد العينة، إلا أن البعض منها عالج جانب الوعي الغذائي أو الصحي وليس جميعها.
- اتفقت أغلب الدراسات وبدرجة كبيرة على وجود ارتباط عكسي بين النشاط البدني وزيادة الوزن والسمنة، وكان أكثر وضوحاً لدى الإناث، كما كشفت أن هناك ارتباطاً بين زيادة الوزن والسمنة وبعض العادات الغذائية الخاطئة مثل (إهمال وجبة الإفطار - زيادة استهلاك المشروبات الغازية والوجبات السريعة والحلويات - انخفاض في تناول الفواكه والخضار والحليب)، كذلك اتفقت على وجود ارتفاع في معدل النشاط البدني لدى الذكور قياساً مع الإناث.
- تعارضت نتائج بعض الدراسات من حيث نسبة انتشار زيادة الوزن والسمنة حسب نوع الجنس، فتارة تكون أعلى لدى الذكور وتارة لدى الإناث، وكذلك اختلفت في إمكانية وجود ارتباط واضح بين العادات الغذائية وقياسات زيادة الوزن والسمنة أو عدمه.
- كانت نوعية الأداة المستخدمة هي قياس الطول والوزن لحساب مؤشر كتلة الجسم BMI، واستبانة لقياس كل من (النمط السلوك الغذائي والنشاط الرياضي، وفي بعضها نوعية الحياة والأنشطة المستقرة).
- تنوعت الدراسات من حيث تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على انتشار زيادة الوزن والسمنة، وتمثلت هذه العوامل في كل من (نوع الجنس الفئة العمرية الموقع الجغرافي، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، والسمنة لدى الوالدين).

- نجد أن هناك نقصاً في الأبحاث التي أجريت على طلاب المرحلة الثانوية في دولة الكويت على وجه الخصوص، بما يخص كل من مؤشر كتلة الجسم، والعادات الغذائية، والوعي الغذائي، والنشاط البدني. وتعمل الدراسة الحالية على تغطية هذا النقص، كما تقوم على معالجة جميع المحاور السابقة، إضافة إلى البحث في تأثير الصف الدراسي عليهم في محاولة للبحث عن العلاقة بين الصحة والتعليم.

الجانب النظري

# الفصل الأول

## الفصل الأول: الوعي الصحي.

### تمهيد:

يعد الوعي الصحي إمام المواطن بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يغير الوعي الصحي الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقناع ويعني الوعي الصحي أيضاً وان تتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بدون شعور أو تفكير بمعنى آخر الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن تسعى للتوصل إليه لا آن تبقى المعلومات الصحية كثقافة فقط.

## 1. مفهوم وأنواع الوعي الصحي:

## 1.1. مفهوم الوعي الصحي:

يرى سلامة أن الوعي هو أن يدرك الإنسان ما حوله في هذا العالم باستخدام الحواس ليفهم الأشياء والأحداث، وتمثل حواس الإنسان أدوات الإدراك التي تسبق عملية الاتصال الذي يؤدي بدوره إلى التعليم (سلامة ب.، 1985، صفحة 189).

عرف قنديل الوعي: المعرفة والفهم والإدراك والتقدير والشعور بمجال معي مما قد يؤثر على توجيه سلوك الفرد نحو العناية بهذا المجال.

وكما عرف كل من قنديل و الحصين الوعي الغذائي انه معرفة و فهم المعلومات الخاصة بالغذاء و التغذية الصحية، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة يكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد لتحديد واجباته المتزنة المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته هـ، وذلك في حدود إمكانياته.

عرفه احمد اكتساب المعلومات وإدراك معنى المعرفة واكتساب اتجاه ايجابي نحو المعرفة والوعي المعرفي يتمثل في توفر المعلومات عن ظاهرة أو موضوع معي، أما الوعي الوجداني فيتمثل في تكوين الميول والاتجاهات (رشاوي، 1995، صفحة 22).

ويرى الباحث أن كلمة الوعي تتضمن بعدين:

■ الأول : البعد المعرفي وهو ما قصد في التعريفات السابقة بالمعرفة والفهم والإدراك.

■ الثاني: البعد الوجداني والمتمثل في الشعور والتقدير والذي يكون أساس وموجه للسلوك وبناء على ذلك

فإن الباحث يعرف الوعي الصحي: بأنه المعرفة الفهم وتكوين الميول والاتجاهات لبعض القضايا الصحية المناسبة للمرحلة العمرية بما ينعكس ايجابيا على السلوك الصحي اليومي.

ومن هنا نستخلص من التعاريف السابقة للوعي الصحي:

على أن الوعي الصحي هو عبارة عن وعي معرفي بالحقائق و المفاهيم الصحية ينتج عنه تكوين ميولات واتجاهات صحية ايجابية ما يؤدي ذلك إلى تطبيق ممارسات صحية ايجابية.



## 2.1. أنواع الوعي الصحي:

ينبغي أن نميز أيضا أن الوعي الاجتماعي والوعي الطبقي كالتالي:

✓ **الوعي الاجتماعي:** فالوعي الاجتماعي لوعي عام يشتمل علي إحاطة أفراد المجتمع بمجمل القضايا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية وحتى العلمية التي لها دخل في حياتهم، ومن ثم يندرج تحت الوعي الاجتماعي أنواع من الوعي، الوعي السياسي والوعي الأخلاقي، الوعي الديني والوعي الصحي ..... والوعي بالطبيعة.

✓ **الوعي الطبقي:** أما الوعي الطبقي فهو إدراك أفراد جماعة ما لموقعهم الطبقي، ولموقع جماعتهم الطبقي، بمختلف الجماعات الاجتماعية الأخرى، وإدراكهم لمصالحهم الطبقي ومصالح جماعتهم الطبقي ولسبل تحقيق تلك المصالح وضماتها.

✓ **الوعي السياسي:** وعندما ينضم أفراد المجتمع أنفسهم في أحزاب او تنظيمات معينة يمارسون نشاطا سياسيا لتحقيق أهداف جماعتهم ضمن تلك التنظيمات فهذا العمل يتطلب وعيا سياسيا.

ويعتبر "بير فون غير ولاس" أن الوعي السياسي "برز كمعرفة للفرد، للخطر المهدد للبناء الاجتماعي الذي هو عضو فيه، وهذا الخطر قد يكون داخليا أو خارجيا، إلى انه في الغالب يكون داخليا وخارجيا في آن واحد".

وقد يكون الوعي السياسي أحيانا على أشكال ودرجات متنوعة: وعي حزبي مشارك في الصراعات الداخلية، والوعي بالوحدة الإجمالية للبناء الاجتماعي في مواجهة البنى الاجتماعية الأخرى وهو ما يعرف بالوعي الوطني، فالوعي الوطني والوعي الحزبي وجهان للوعي السياسي (بوجلال، 1991، الصفحات 44-45).

## 2. مجالات الوعي الصحي:

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

أ. **الصحة الشخصية:** تشمل البيئة المنزلية الصحية، والنظافة الشخصية، والتغذية الصحية، ويشمل هذا المجال النظافة والمشاكل الناتجة عن قلة النظافة، النظافة الشخصية، نظافة المنزل، نظافة الطعام والشراب ونظافة الشارع (حيدر، 2004، صفحة 02).

ب. التغذية: ويهدف إلى الوعي الغذائي للأفراد علي جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية بما يحقق عادات صحية سليمة، ولا يشمل هذا المجال فقط الأغذية وأنواعها، وإنما هو: علم يبحث في العلاقة بين الغذاء والجسم الحي، ويشمل ذلك تناول الغذاء وهضمه وامتصاصه وتمثيله في الجسم وما ينتج عن ذلك من تحرير الطاقة وعمليات النمو والتكاثر وصيانة الأنسجة والإنتاج كفي العلاقة بين الغذاء والجسم الحي، ويشمل ذلك تناول الغذاء وهضمه وامتصاصه وتمثيله في الجسم وما ينتج عن ذلك من تحرير الطاقة وعمليات النمو والتكاثر وصيانة الأنسجة والإنتاج كإنتاج الحليب والبيض، وكذلك التخلص من الفضلات (قطاس رشدي، 2004، صفحة 12).

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

د. صحة البيئة: وتتم بغرس المفاهيم البيئية بشأن المحافظة علي صلاحية البيئة التي يعيش في ها الأفراد وباقي الكائنات الحية، وصحة البيئة هو العلم الذي يبحث في البيئة من الناحية الصحية ومدى صلاحيتها لمعيشة الفرد والكائنات الحية (فضة، 2004، صفحة 49).

- الماء ووقايته من التلوث وتنقيته.
- لهواء والتهوية والتدفئة والإضاءة.
- تصريف الفضلات، وسائل التطهير المختلفة.
- الحشرات والقوارض.
- المساكن الصحية النظيفة.
- الضوضاء وتأثيرها علي الصحة.
- الإشعاعات المؤينة (الأيونات الكهربائية).
- صحة الأغذية.
- وحدات الخدمات الصحية في البيئة.

هـ. الصحة العقلية والنفسية: وتهدف إلى تحقيق الكفاءة النفسية والعقلية لدى الأفراد بغية التحكم في انفعالهم الداخلية والتقليل من المؤثرات الخارجية علي وجدانه، وحمايته من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.

### 3. أهداف نشر الوعي الصحي:

الوعي الصحي كما ذكرناه سابقا هو أحد الأهداف التي تسعى التربية الصحية إلى تحقيقها من خلال برمجتها وأنشطتها المتنوعة وهو الهدف الذي تسعى المجتمعات في الوصول إليه وتحقيقه بي أفرادها. وهناك عدد من أهداف يراد تحقيقها والوصول إليها من خلال نشر الوعي الصحي بي أفراد المجتمع من المجتمعات تمثلت في مايلي:

- إيجاد مجتمع يكون أفراداه قد ألموا بالمعلومات الصحية عن مجتمعهم وألموا بالمشكلات الصحية والأمراض المعدية المنتشرة في مجتمعهم ومعدل الإصابة بها وأسبابها وطرق انتقالها وأعراضها وطرق الوقاية منها ووسائل مكافحتها.
- إيجاد مجتمع يكون أفراداه قد فهموا وأيقنوا أن حل مشكلاتهم الصحية والمحافظة علي صحتهم وصحة مجتمعهم هي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية.
- إيجاد مجتمع يكون أفراداه قد تعرفوا علي الخدمات والمنشآت الصحية في مجتمعهم وتفهم والغرض من إنشائها وكيفية الانتفاع بها بطريقة منظمة ومجدية
- إيجاد مجتمع يتبع أفراداه الإرشادات والعادات الصحية السليمة في كل تصرفاتهم بدافع من شعورهم ورغبتهم ويشتركون إيجابيا في حل مشكلاتهم الصحية و يبذلون المال والجهد في هذا السبيل (سلامة ب.، الجوانب الصحية في التربية الرياضية، 1985، صفحة 41).

وتكمن أهمية هذا المجال في الأخطار التي يسببها التدخين، وانتشار الظاهرة علي مستوي العالم، وتشير الإحصائيات إلي أن هناك تزايدا مطردا في أعداد المدخنين سواء في الدول المتقدمة (مثل الولايات المتحدة) أو دول العالم الثالث مثل مصر، كما يلاحظ أن الزيادة هي أكثر بالنسبة للمراهقي والفتيان الذين هم في مقتبل العمر أو دون العشرين عاما، سواء كان هؤلاء الفتيان في دول نامية أو دول متقدمة، والفارق العالمي، هو تزايد نسبة المدخنات في العالم المتقدم بدرجة تقترب من نسبة المدخني فيه أ و بنسبة المدخنات في العالم المتقدم أو الغربي (شحات، 1991، صفحة 20).

**الأمراض والوقاية منها:** وتهدف إلي الوعي بالأمراض وكيفية انتقالها، ومنعها أو الحد من انتشارها، والتعرف علي الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية.

كان العلماء يظنون أن الميكروبات هي وحدها المسؤولة عن حدوث المرض، غير أنه تم التعرف علي العوامل الأخرى المسببة أو المساعدة علي المرض وقد عدد (المحاسنة) مسببات المرض: (المحاسنة، 1991، صفحة 72)

أ. **المسببات الحيوية:** مثل الفيروسات، البكتيريا، الطفيليات (الدقيقة والمرئية) والفطريات.

ب. **المسببات الغذائية:** والتي تؤدي قتلها أو زيادتها إلى أمراض مثل: (عبد المجيد وآخرون، 2001، صفحة 16)

■ زيادة الدهون يؤدي إلى السمنة وتصلب الشرايين

■ نقص البروتينات يؤدي إلى الهزال عند الأطفال.

■ نقص فيتاميني يؤدي إلى الكساح، ونقص فيتامين ب 12 يؤدي إلى الأنيميا الخبيثة، ونقص فيتامين سي يؤدي إلى الإسقربوط.

■ نقص الماء يسبب الجفاف في حالات النزلات المعوية أو الكوليرا.

ج. **المسببات البيوكيميائية والوظيفية:** وهي التغيرات التركيبية للأنسجة أو الوظيفية (الإختلالات الهرمونية) التي تؤدي إلى ظهور إختلالات مرضية.

د. **المسببات الطبيعية والميكانيكية:** وتشمل التغيرات في العوامل الطبيعية (الحرارة، الضوء والرطوبة، الضوضاء والإشعاعات)، الميكانيكية (الحرائق وسقوط الأشياء والأشخاص، الباكي، الفيضانات).

هـ. **المسببات النفسية والاجتماعية:** مثل ضغط الحياة الحديثة، والإحساس بالمس و و لية، وعدم الأمان في العمل، والإدمان (عبد المجيد وآخرون، 2001، صفحة 17).

و. **مسببات كيميائية:** وتكون خارجية من البيئة مثل التسمم بالرصاص في مصانع البطاريات أو الزرنيخ، أو داخلية مثل التسمم البولي في حالات مرض الكلى، أو التسمم الكبدي.

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

ح. **التربية الجنسية:** والتي تهدف إلى توعية الأفراد بالتكوين التشريحي والوظيفي للجهاز التناسلي في الإنسان والزواج والأمومة، الأبوة، ومراحل تكوين الجنين، والمشكلات الجنسية الصحية.

وعند استخدام لفظ الجنس فإننا لا نكون قاصرين المفهوم علي ذلك، بل ينسحب المعنى إلى نطاقات أخرى لا تتصل بالجنس الجسمية مباشرة، وذلك كالعواطف والأفكار والبواعث التي قد لا تبين عن الجنس أو الدافع الجنسي. (ميخائيل، 1995، صفحة 05)

#### 4. مكونات الوعي الصحي:

من أهم مكونات الوعي الصحي هي مجموعة المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض كوما في المشكلات الصحية المزمنة كالتدخين والإدمان والإصابة بالأمراض الجنسية أو السمنة فإن مكافحة ذلك تعتمد على تغيير أنماط الحياة وعادات الأفراد السلوكية في مجالات محددة وحجر الأساس في هذا التغيير هو المعرفة والتي نعنيها هنا مجموعة المعلومات والخبرات والمدرجات التراكمية التي يحصل عليها الإنسان من المصادر الموثوق حول الحقائق والآراء الصحية والتي تشكل عاملا مهما في الوقاية من المرض ورافدا من روافد الصحة وترقيتها. (محمد الزكري، 2007، صفحة 54)

#### 5. أهمية الوعي الصحي:

تمكن الأفراد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعد في تفسير الظواهر الصحية وتجعله قادرا على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنه من تجنبها والوقاية منها.

■ أنها رصيد معرفي يستفيد منه الإنسان من خلال توظيفه لها وقت الحاجة له في اتخاذ القرارات الصحيحة

الصائبة إزاء ما يعترضه ويواجهه من مشكلات صحية.

■ خلق روح الاعتزاز والتقدير والثقة بالعلم كوسيلة من وسائل الخير وبالعلماء المتخصصي في الصحة.

■ أنه تولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع وتغرس فيه حب اكتشاف المزيد منها كونها نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع.

#### 6. صفات الشخص الواعي الصحي:

يرى " صالح، " أن الشخص الواعي صحيا هو الشخص الذي لديه القدرة على:

أ. التفكير الناقد و حل المشكلة:

فالفرد الواعي صحيا هو شخص يفكر تفكيرا ناقدا و يحل المشكلة التي يحددها و يوجهها بشكل ابتكاري في

مستويات متعددة بدء من المستوى الشخصي انتهاء إلى المستوى العالمي.

## ب. المسؤولية والإنتاج:

فالفرد الواعي صحيا هو :مواطن مسؤول ومنتج، ومدرك لواجباته لضمان وصولها إلى مجتمعه المحلي حتى يجعله أكثر صحة وأمن، وعلى ذلك فهو شخص يتجنب السلوكيات التي تقف أمام تهديد الصحة والأمان لنفسه والآخرين، ويطبق المبادئ التنظيمية والديمقراطية اندماجهم مع الآخرين للحفاظ على الصحة الشخصية والأسرية والمجتمعية والعمل على تحسينها.

## ج. التعليم الموجه ذاتيا:

فالفرد الواعي صحيا 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.

## د. الاتصال بفاعلية:

فالفرد الواعي صحيا هو شخص له القدرة على الاتصال بفاعلية، فهو ينظم و ينقل معتقداته وأفكاره، ويوفر مناخا مناسباً لفهم الآخرين و الاعتناء بهم، والاستماع إليهم، وتقدير سلوكيات معززة ومشجعة لهم للتعبير عن أنفسهم.

## خلاصة الفصل الأول:

من اجل نشر الوعي الصحي في المجتمع يجب الإحاطة بكل الظروف التي تشكل البيئة التي يعيش فيها الفرد، فالأسرة باعتبارها المدرسة الأولى للفرد أو المنهج الأول له تقع على عاتقها مسؤولية كبيرة اتجاه الجانب الصحي، فالعادات السائدة في البيت تنتقل الى افراد الأسرة بشكل عفوي.

وتقوم المؤسسات التربوية كذلك بتنشئة الأفراد، وهذا من خلال الأوقات التي يقضونها فيها، ومحتوى المناهج التي يدرسونها، بالإضافة الى التعلم بالقدوة حيث أنه كلما كان الأساتذة يتبنون بعض هذه السلوكيات الى تلاميذهم. انتقل نمط حياة صحي ولا ننسى بالتأكيد دور مكان العمل وأهمية توفير المرافق والخدمات الصحية للأفراد، وهذا بالتأكيد يقع على كاهل مؤسسات الدولة. ومنه نقول أن نشر الوعي الصحي هدف غاية في الأهمية لصحة الأفراد بحيث يتحقق من خلال تأدية الأفراد لواجباتهم ومسؤولياتهم اتجاه أنفسهم وغيرهم.

# الفصل الثاني

## الفصل الثاني: مؤشر كتلة الجسم.

### تمهيد:

لتركيب وتكوين الجسم أهمية كبيرة، وهذا بسبب ارتباط تركيب الجسم بالصحة العامة، والعديد من الأمراض فزيادة الوزن أو نقصه عن حده الطبيعي يترتب عنه المزيد من المشكلات الصحية للفرد مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسكري والتأثير على مفاصل الجسم بالإضافة إلى الحالة النفسية السيئة للفرد المين أو النحيف على حدا حيث تطرق الباحث في هذا الفصل إلى تركيب وتكوين الجسم والعوامل التي تتحكم فيها، بالإضافة إلى السمنة وأسبابها وطرق قياسها.

### 1. التكوين والتركيب الجسمي:

#### 1.1. تكوين الجسم (Body composition):

هو دراسة المقومات الأساسية التي يتكون منها جسم الانسان (عظام، عضلات، شحوم، معادن ، سوائل) وتأثير المتغيرات البيئية على هذا التكوين ( الجهد البدني، التغذية، الخ...).

ويتمثل التكوين الجسماني في نسبة الدهون والعظام والعضلات الموجودة في جسم الانسان وتعطينا هذه النسب نظرة اجمالية عن صحة الانسان ولياقته فيما يتصل بوزنه وعمره وحالته الصحية، وغالبا ما يتلازم الوزن مع نسبة الدهون ولكنه لا يحل أحدهما محل الآخر، ولا تعني الزيادة في الوزن السمنة لان كثير من الأشخاص يتمتعون بلياقة عالية أوزانهم زائدة عن الحد المسموح به وذلك نتيجة للعضلات التي يكتسبونها عند ممارستها لأي نشاط رياضي، ولكن اذا كنت تعاني من نسبة دهون عالية يعني ذلك التعرض لمخاطر صحية تبدأ بأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم ومرض السكر (حسنات، 2008، صفحة 27).

#### 1.2. تركيب الجسم (Body Structure):

هو مصطلح يشير إلى مجموعة الأجزاء أو العناصر التي تشكل الكل عندما تترابط مع بعضها البعض. وهذا يعني أن تركيب الجسم يهتم بتحديد الأجزاء والعناصر التي يتكون منها الكل، والطريقة التي تترابط بها تلك الأجزاء وكذا التنظيم الذي يتكون منه هذا الكل (السيد رجب، 2001، صفحة 75).

ويعرف التركيب الجسمي على أنه "نسبة وزن الشحوم في الجسم إلى الوزن الكلي للجسم". ويمكن تقسيم جسم الانسان إلى قسمين يشكلا مع الزون الكلي للجسم وهما وزن الكتلة الأساسية (العضلات والعظام والأعضاء



الداخلية)، ووزن الشحوم وللوصول الى الصحة البدنية، فانه ينبغي الحفاظ على المعدلات الصحيحة لوزن كل من الكتلة الأساسية والشحوم (عياد، 2015، الصفحات 65-66).

ويتطلب فهم تركيب الجسم أن نأخذ في الاعتبار مكونين أساسياً هما:

▪ وزن الأنسجة الدهنية: Fat tissues weight.

▪ وزن الأنسجة غير الدهنية: Lean body weight.

فوزن الأنسجة الغير دهنية يشير إلى وزن العضلات العظام والأجهزة العضوية الداخلية وكذا الأنسجة الضامة في

الجسم، بينما يعبر وزن الأنسجة الدهنية عادة على الكمية الكلية للدهون منسوبة إلى الوزن الكلي ( Total body weight) للجسم ويتم التعبير عن هذه النسبة كالتالي:

$$\text{نسبة الدهون في الجسم \% F} = (\text{وزن الدهون FW} / \text{وزن الجسم BW}) \times 100$$

حيث (BW): Body Weight الكميات المطلقة كل من العضلات والعظام والأجهزة الحيوية والأنسجة

الدهنية في الجسم.

1. 3. نماذج تركيب الجسم:

لقد وضع الخبراء والأطباء العديد من النماذج الخاصة بتركيب الجسم ومنا ما يأتي (زامل، 2006، الصفحات 201-202):

أ. النموذج الأول (النموذج الكيميائي):

▪ الدهن (FAT).

▪ الماء (WATER).

▪ البروتين (PROTEN).

▪ أملاح معدنية.

▪ كربوهيدرات.

ب. النموذج الثنائي (التشريحي):

- نسيج دهني (FAT TISSUE).
- عظام (BONES).
- عضلات (MUSCLES).
- أعضاء (ORGANS).
- مكونات أخرى (OTHERS).

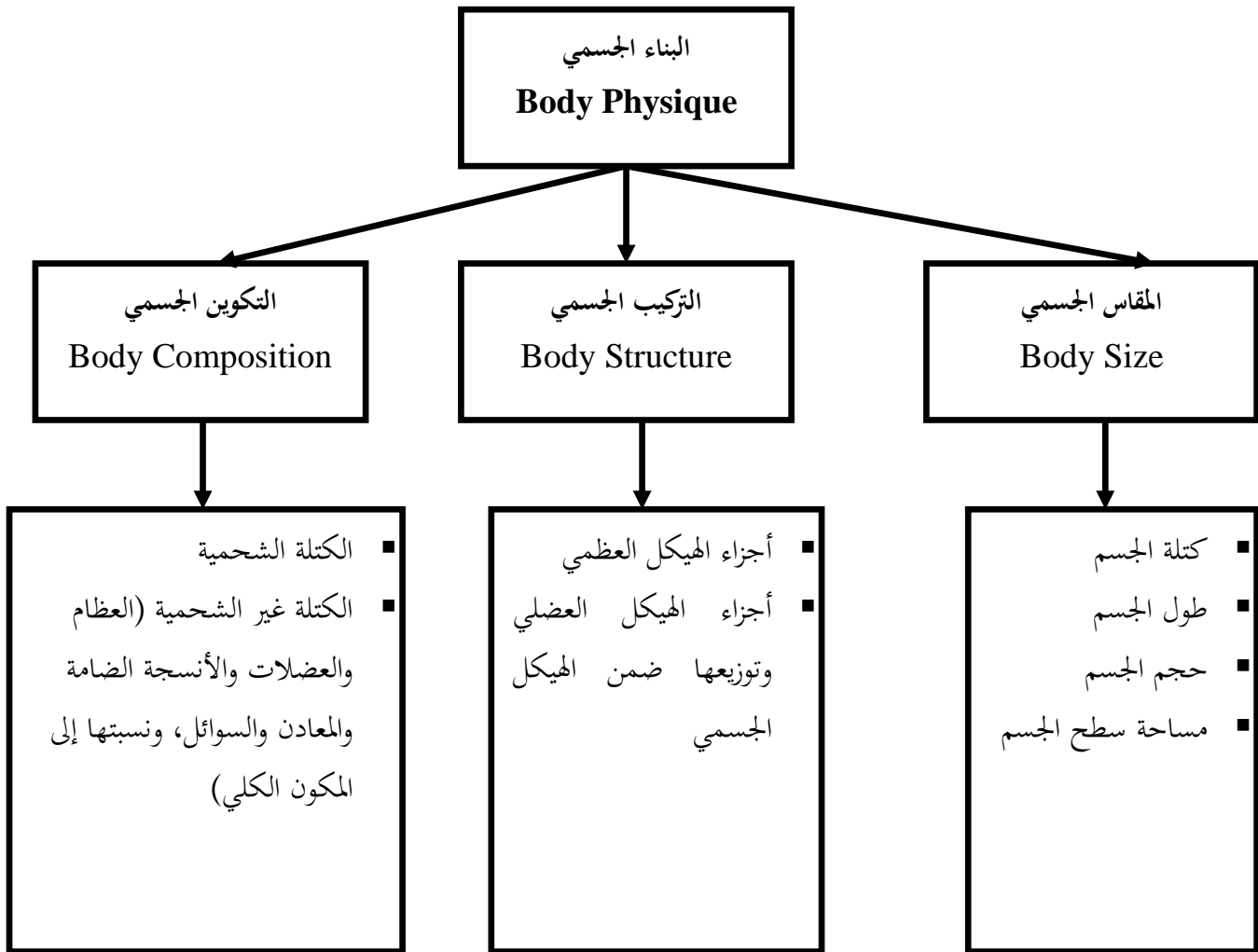
ج. النموذج الثالث نموذج بيهنك ثنائي التكوين):

- دهن (FAT).
- كتلة الجسم بدون دهن (LEAN BODY MASS).

د. النموذج الرابع (نموذج ثنائي التكوين):

- كتلة الدهن (FAT MASS).
- كتلة الجسم بدون دهن (FAT FREE MASS).

الشكل رقم (01): رسم توضيحي لتقسيم البناء الجسمي (بنية الجسم).



(الهزاع، القياسات الجسمية (الأنثروبومترية) للإنسان، 2006، صفحة 03)

جدول رقم (01) التركيب الكيميائي لإنسان بالغ يزن 65 كيلوغراما (نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي، 2005، صفحة 13).

النسبة المئوية %	كيلوغرام	العناصر الغذائية
61.60%	40	الماء
17%	11	البروتين
13.80%	9	الدهون
1.5%	1	كربوهيدرات
6.1%	4	أملاح معدنية

## 1. 4. العوامل المؤثرة على تكوين الجسم:

## 1.4.1. تأثير السن على تكوين الجسم:

تحدث عدة تغيرات على نسب تركيب الجسم خلال مراحل العمر المختلفة، فبينما تكون نسبة الدهون صغيرة لدى الأطفال لتتراوح ما بين 15.10% للبنين وتزيد عن ذلك قليلا لدى البنات، ومع نقص نشاط الأولاد خلال فترة البلوغ تزداد نسبة الدهون لتصل الى حوالي 20.15% من وزن الجسم فتتعدل في ذلك نسبة الدهون لدى البالغين في عمر مع 25 سنة 30.20 سنة، وبعد عمر تفقد خلايا الجسم كل 10 سنوات حوالي 4% من قدرتها على التمثيل الغذائي، وبذلك اذا استمر الانسان يتناول كمية الغذاء نفسها فان ذلك يتسبب عادة في زيادة الدهون مع التقدم في السن، وتصل هذه الزيادة في مقدارها ما بين 10.5 كيلو جرامات خلال المرحلة المتوسطة من العمر (50.40 سنة) ومع نهاية المرحلة السنية (60.55 سنة) يبدأ وزن الجسم في التناقص نتيجة نقص المكونات الأساسية للعظام والعضلات، أي أن ذلك يكون على حساب وزن الجسم بدون الدهون أكثر من انخفاض وزن الدهون في حين ترجع الزيادة في وزن الجسم مع التقدم في العمر للأفراد غير الرياضيين إلى زيادة كتلة الدهون أكثر من زيادة النسيج العضلي، غير أن انخفاض وزن أصلا إلى نقص كلا المكونين: الدهون وغير الدهون (العضلات والعظام) (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 77).

## 2.4.1. الفروق الجنسية وتكوين الجسم:

من الواضح أن هناك فروقا في تركيب الجسم بين الرجل والمرأة، ويبدأ ظهور تلك الفروق بشكل ظاهر منذ بداية فترة المراهقة وسن البلوغ، ويبدو جليا وجود زيادة في نسبة الدهون لدى البنات، وبعد سن البلوغ يبدو الفتيان أطول قامة وأثقل وزنا وخاصة بالنسبة للهيكل العظمي والعضلات، وتتميز الفتيات بان زيادة نسبة الدهون الكلي لديهن تكون على حساب الدهون المخزون المتراكم بمنطقة الأرداف والصدر.

وفي المرحلة السنية من 25.16 سنة تبلغ نسبة الدهون لدى الإناث عموما حوالي 25% بينما تكون نسبة الدهون لدى الذكور في حدود 15.13% ثم تزداد نسبة الدهون تدريجيا بعد ذلك، ويمكن تقدير النسبة النموذجية لكلا الجنسين في عمر 40 سنة بحوالي 30% لدى السيدات و 20% لدى الرجال (أحمد عبد الفتاح، 2003، الصفحات 77-78).

## 3.4.1. تأثير نوع الرياضة:

أجريت عدة بحوث بهدف تحديد خصائص الجسم لدى الرياضيين في مختلف التخصصات الرياضية، وعلى الرغم من قلة الدلائل التي تشير الى ارتباط تلك الخصائص بمستوى الأداء الرياضي، الا أنهم يمكنهم اعتبارها كمؤشرات يمكن

الاسترشاد بها عنه لتعرف على المقادير المناسبة لتحقيق النجاح في نوع معين من الرياضات التخصصية ومن النظرة الأولى فان الفرق يبدو واضحا بين طبيعة تركيب الجسم لدى متسابقى جري المسافات الطويلة ومتسابقى دفع الجلة ورمي القرص، حيث تكون نسبة الدهون في الحالة الأولى في أدنى مستوى لها متسابقات الماراثون، بينما تصل نسبة الدهون الى أعلى مستوى لها في الحالة الثانية لدى متسابقى دفع الجلة ورمي القرص، أما بنسبة انتشار الكتلة العضلية فإنها تبدو أكثر وضوحا لدى لاعبي الجمباز، وبصفة عامة فان نسبة الدهون لدى الرياضيين تكون عادة اقل منها لدى غير الرياضيين في التخصصات المختلفة (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 78).

### 1.5. أهمية تكوين الجسم:

لا تقل أهمية تركيب وتكوين الجسم عن باقي مكونات اللياقة البدنية من أجل الصحة، أو اللياقة البدنية من أجل تطوير مستوى الأداء الرياضي، ومن خلال تناول كلا المجالين يتضح مدى أهمية تكوين الجسم كمكون حيوي من مكونات اللياقة البدنية ويتضح ذلك من خلال الجوانب التالية (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 70):

#### 1.5.1. ارتباط الحالة الصحية بتكوين الجسم:

يرتبط تركيب الجسم بالصحة العامة لجميع الأفراد، فزيادة السمنة أو زيادة النحافة تعني المزيد من المشكلات الصحية للفرد، والانخفاض الواضح في مستوى لياقته البدنية، والسمنة وحدها تعتبر مصدرا أساسيا لكثير من الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسكر وأمراض الكلى، كما أنها تسبب حملا زائدا على مفاصل الجسم والنحافة الزائدة أيضا لها أضرارها صحية والبدنية والنفسية، فهي دائما تصاحب بضعف الجسم عامة وضعف العضلات بما لا يسمح للفرد بإمكانية أداء الأعمال والواجبات اليومية التي تتطلب منه قدرا من القوة أو التحمل العضلي.

ومن الناحية النفسية فكما هو معروف أن زيادة السمنة أو زيادة النحافة تمثل عبئا نفسيا يتحمله الفرد ويجعله غير راض عن ذاته ولذلك يسعى الجميع الى تحقيق تركيب الجسم اللائق من خلال برامج التدريب الرياضي بهدف التخلص من السمنة الزائدة أو لزيادة النسيج العضلي.

#### 1.5.1.2. ارتباط الأداء الرياضي بتكوين الجسم:

يرتبط الأداء الرياضي في مختلف الأنشطة الرياضية بدرجة كبيرة بنوعية تركيب الجسم، حيث تختلف طبيعة الأجسام ونسب الدهون والعضلات بما تبعها لنوعية النشاط الرياضي التخصصي، فقد تتطلب طبيعة الأداء في بعض الأنشطة الرياضية زيادة في كتلة الجسم بما في ذلك النسيج العضلي والدهني، ويلاحظ ذلك في رياضات المصارعة للأوزان الثقيلة ورمي القرص والمطرقة ودفع الجلة، وتتطلب بعض الأنشطة الرياضية زيادة واضحة في النسيج العضلي كرفع الأثقال

والجمباز، وقد تقل نسبة الدهن بدرجة واضحة في بعض الأنشطة الأخرى مثل جري المسافات الطويلة (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 70).

### 3.5.1 تكوين الجسم والوقاية من الإصابات:

لقد بدا واضحا لتكوين الجسم دورا أساسيا في الوقاية من الإصابات، وعلى سبيل المثال فان زيادة السمنة تعني صعوبة في الحركة وفقدان لصفة الرشاقة والمرونة لصعوبة تحريك أطراف الجسم على المدى الكامل للمفصل، وكل هذه العوامل تساعد على حدوث الإصابات، ويتعرض الأشخاص المصابون بالنحافة أيضا للإصابات نظرا لنقص الكبر في نسبة الدهون بأجسامهم حيث تعمل الدهون على حماية الجسم وتخفيف الصدمات الخارجية على أجزائه المختلفة مما يقلل من فرص الإصابة، كما أن الدهون الداخلية تعمل كوسائد لوقاية أعضاء أجهزة الجسم الداخلية، ونقصها بشكل واضح يعرض هذه الأعضاء الى خطورة الارتجاج، وأحيانا قد تتحرك هذه الأعضاء عن مواضعها نتيجة نقص الدهون أو نتيجة الإفراط عمليات انقاص الوزن بطريقة غير مقننة (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 71).

### 4.5.1. تكوين الجسم وعملية النمو:

يظهر استعداد الفرد للسمنة خلال مراحل نموه الأولى، فحتى عمر 16 عاما تكون سمنة الفرد على حساب زيادة عدد الخلايا الدهنية من جهة وزيادة حجم كل خلية من جهة أخرى، ثم بعد ذلك الطفل تكون السمنة على حساب حجم الخلايا فقط دون عددها، ولذا فان المحافظة على جسم خلال مراحل نموه الأولى تعتبر عاملا مهما لوقايته من السمنة، نظرا لتأثير ذلك على نسبة زيادة في عدد الخلايا الدهنية وخاصة قبل سن 16 سنة مما يقلل من احتمالات السمنة خلال سنوات العمر التالية.

والمحافظة على شكل وتركيب جسم الطفل يتم من خلال العناية بتوجيهه لممارسة الرياضة بشكل منتظم منذ مراحل نموه الأولى، ومساعدته على أن تتكون لديه عادة الاهتمام بتركيب الجسم لتكوين اتجاه سليم لديه نحو الوقاية من السمنة (أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 71).

### 5.5.1. الانتقاء وتكوين الجسم:

عندما نصل الى تحديد دقيق لتركيب الجسم، فان ذلك يمكن أن يسهم بشكل جيد في عملية انتقاء الأفراد لممارسة الرياضة المناسبة، كما يمكن أن يسهم أيضا في الانتقاء للمهن المختلفة التي تتطلب مواصفات بدنية معينة، واستخدام معيار تركيب الجسم في تلك الحالات يكون أفضل بكثير من الاعتماد على قوائم الطول والوزن اذ ان تركيب الجسم

يساعد على متابعة التغيرات الجسمية لهؤلاء الأفراد والتعرف على مدى تأثير ممارسة التدريب الرياضي عليهم بشكل دقيق وموضوعي (أحمد عبد الفتاح، 2003، الصفحات 71-72).

## 2. الدهون في الجسم:

### 1.2. تعريف الدهون:

ان نسبة الدهون الطبيعية في سن المرحلة الجامعية مثلا تتراوح بين 15.12% للطلاب وبين 22% 25% للطالبات من وزن الجسم وإذا زادت هذه النسبة فان مرض السمنة قد حل بهذا الشخص أو ذاك ومن المعروف انه كلما تقدم الفرد بالعمر كلما زادت نسبة الدهون على جسمه، وهذا يعود الى قلة الحركة وضعف الحالة الصحية والبدنية (الربضي، 2008، صفحة 156).

### 2.2. أهمية الدهون للجسم:

فالدهون ضرورية جدا لجسم الانسان وتكمن أهميتها في تزود الجسم بـ 60% من احتياجات الطاقة اللازمة للإنسان خلال فترات الراحة ( مصدر الطاقة المخزون). وضرورية لتكوين أملاح العصارة الصفراوية والهرمونات الجنسية وفيتامين (د). وضرورية في نقل وامتصاص الفيتامينات الذائبة في الدهن (أ، د، هـ، ك). وتعتبر المصدر الوحيد للتزود بالحمض الأميني الأساسي لينوليك (أوميغا 3) الضروري لصحة وتجديد خلايا الجلد والنسبة الموصي بها من الدهون الكلية ألا تتعدى 30% من مجموع الطاقة في اليوم بحيث ألا يزيد مجموع الدهون المشبعة فيها عن 15% والباقي 20% من الدهون الغير مشبعة. بالإضافة الى حماية الأعضاء الحيوية في الجسم كالقلب والرئتين والكلى وحماية ووقاية الجسم من التأثيرات الخارجية كما أنها مادة عازلة للاحتفاظ بدرجة الحرارة وبرودة الجسم (الربضي، 2008، صفحة 157).

يمكن تقليل مخزون الشحوم في الجسم حتى 50 بالمائة دون تعريض الجسم لأي خطر فالسباحين على سبيل المثال يمتلكون نسبة شحوم في الجسم قدرها حوالي 10.87% للرجال و18.85% للمائة للنساء، أما بعض الرياضيين يحققون اخفاض في نسبة الشحوم تصل الى 5 بالمئة من وزن الجسم، لكن لا نجد هذه الخاصية في كتلة البروتينات المكونة للجسم فتقليل البروتينات في الجسم يزيد بصورة معتبرة من مخاطر التعرض للموت إضافة الى تدهور الجهاز المناعي.

### 3.2. أنواع الدهون بالجسم:

يعتبر النسيج الدهني للجسم أحد مكونات الجسم الأساسية التي تشكل نسبة من وزن الجسم تختلف تبعاً للسن والجنس ومدى النشاط. ينقسم دهن الجسم إلى (زامل، 2006، صفحة 51):

#### 1.3.2. الدهون الأساسية (Essential fat):

وهو الدهن الموجود في نخاع العظم والأنسجة العصبية وأعضاء الجسم المختلفة وتزداد نسبته عند الإناث لوجود الصدر والأرداف وتزيد هذه النسبة عند النساء قياساً بالرجال بنسبة أربعة أضعاف، حيث تبلغ هذه الكمية لدى الرجال 2-4% من وزن جسمه بينما لدى النساء تصل إلى 10-12% وإذا قلت هذه النسبة دل ذلك على وجود بعض المشكلات الصحية. وقد تم تسجيل نسب أقل من الطبيعية لدى بعض الحالات من لاعبي المسابقة الماراتون حيث سجلت نسبة 1% للرجال و6% للنساء وهذا يعود إلى طبيعة النشاط الممارس.

#### 2.3.2. الدهون المخزون (Storage Fat):

يمثل مخزون الجسم من الطاقة ويوجد في الأنسجة الدهنية وبصفة خاصة أسفل الجلد وحول الأعضاء الرئيسية في الجسم كالقلب والكليتين ويستخدم كمصدر للطاقة وكعامل وقائي ضد البرد والحماية من الصدمات البدنية وتتقارب كميته نسبياً لدى الجنسين (12% للرجال، 15% للسيدات) وذكرت مصادر أخرى نسب تزيد عن ذلك (16-20% للرجال، 21-25% للسيدات).

وتوضح بعض الدراسات أن الكتلة الدهنية المتواجدة على مستوى صدر المرأة لا تمثل إلا 4 بالمائة من النسبة الكلية للكتلة الدهنية لديها، وهذا يعني أن المناطق الأخرى في الجسم تخزن كميات كبيرة من الدهون خاصة الجزء السفلي أي الحوض والساقين.



## 4.2. معدل نسبة الدهون بالجسم تبعاً للسن والجنس:

جدول رقم (02): يبين معايير نسبة الدهون بالجسم (سيد، 2003، صفحة 250).

إناث	ذكور	تقدير درجة السمنة
أقل من 17%	أقل من 10%	نسبة منخفضة جداً من الدهون
17-20%	10-13%	نسبة الدهون منخفضة
21-24%	14-17%	نسبة الدهون متوسطة
25-27%	18-20%	نسبة الدهون فوق المتوسط
28-30%	21-25%	نسبة الدهون عالية
أكبر من 30%	أكبر من 25%	السمنة

جدول رقم (03) يبين معدل نسبة الدهون بالجسم تبعاً لسن والجنس (سيد، 2003، صفحة 248)

متوسط الدهون		العمر بالسنوات
اناث	ذكور	
21.2%	12%	15
25.7%	12.5%	21-18
29%	14%	29-23
30%	16.5%	40-30
32%	21%	50-41

## 3. السمنة:

## 1.3. تعريف السمنة:

مرض السمنة هي زيادة وزن الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم الدهون فيه وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام والطاقة المستهلكة في الجسم، وتعتبر السمنة من الأمراض المزمنة والمعقدة مثل: مرض السكري وضغط الدم المرتفع والسمنة بكل ما تحمله من هوم ومتاعب لضحاياها ابتداء من المشاكل الاجتماعية والنفسية وانتهاء بمسلسل الأمراض الذي لا ينقطع مثل أمراض القلب والمفاصل والدوالي والسكري (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 227).

فالسمنة هي عبارة عن زيادة نسبة الدهون في أماكن متفرقة من الجسم تزداد عن المعدلات الطبيعية للفرد، مما تؤدي الى بطء الحركة وقلة النشاط وضعف القوة وزيادة نسبة الاصابة بأمراض القلب والسكر وضغط الدم (مدحت قاسم وأحمد عبد الفتاح، 2004، صفحة 193).

## 2.3. أسباب السمنة:

للسمنة أسباب كثيرة ويتفق الاطباء على مجموعة منها وهي (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 228):

- **النمط الغذائي:** حيث انه من المؤكد أن تناول الغذاء الغني بالسعرات الحرارية العالية مع عدم صرف هذه السعرات يؤدي الى تراكم الدهون في الجسم الانسان علما بأن الدهون لها قدرة أعلى من الكربوهيدرات والبروتينات في التكتل في أنسجة الجسم الدهنية.
- **قلة النشاط والحركة:** من المعروف أن السمنة نادرة الحدوث في الاشخاص الدائبي الحركة او الذين تتطلب أعمالهم النشاط المستمر ولكن يجب ايضا ان نعرف أن قلة حجم بمفرده ليس بالسبب الكافي لحدوث السمنة فلا شك ان النشاط والحركة لها فائدة كبيرة في تحسين صحة الانسان فقد اشارت الدراسات ان للرياضة دورا في تخفيض نسبة الدهون النشاط والجلوكوز في الدم كما أن لها دور في نشاط الأنسولين واستقبال أنسجة الجسم له.
- **العوامل النفسية:** هذه الحالة منتشرة في السيدات أكثر منها في الرجال فحين يتعرض لمشاكل نفسية قاسية ينعكس ذلك في صورة التهام الكثير من الطعام.
- **الأسباب الوراثية:** تؤكد الابحاث الحديثة أن الوراثة تحتل بين 80,6% من أسباب الإصابة بمرض السمنة والمسئول عنها الجينات الوراثية في الجسم وقد تم اكتشاف أكثر من 200 جين مسؤولا عن السمنة في حيوانات المعمل إلا أن معظمها مازال تحت مجال البحث بالنسبة للإنسان والأسباب الوراثية تشمل طريقة توزيع الدهون في

الجسم، معدل الحرق للجسم وكيفية تحويل الدهون الى طاقة كما ان نشاط بعض الانزيمات يعتمد على بعض الجينات الوراثية.

■ **الجنس:** هناك بعض الأجناس الأكثر عرضة للسمنة مثل سكان منطقة حوض البحر الابيض المتوسط والأمريكان من أصل مكسيكي والزنوج الامريكان، بينما تقل بين أجناس الشرق الأقصى مثل اليابان والصين والأجناس البيضاء في أوروبا وأمريكا (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 231).

■ **السن:** وتزيد معدلات السمنة مع السن فكلما تقدم السن زاد الوزن ومن المقبول أن يزداد الوزن بمعدل (42 كغم) كل 10 سنوات وهذه زيادة الطبيعية مع تقدم السن لها فوائد خاصة بين الاناث فهي تحمي من الاصابة بمرض هشاشة العظام حيث تقوم الدهون بإفراز هرمون الأستروجين، كما انها تقلل من ظهور التجاعيد في الوجه والرقبة والكفين ومن المعروف ان الاطفال المصابون بالسمنة معرضون للإصابة بالسمنة مدى الحياة.

■ **الهرمونات والغدد:** وهناك فترات حرجة للإصابة بمرض السمنة وأهمها فترة البلوغ والحمل والإرضاع وفترة انقطاع الطمث ومن المعروف ان هذه الفترات يصاحبها الاضطرابات في هرمونات الجسم وخاصة هرمونات الأنوثة ولذلك فالإصابة بالسمنة بالنسبة للإناث هي ضعف الرجال.

وهناك بعض الأسباب التي يمكن التحكم فيها وعلاجها وهي (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 232):

✓ السلوكيات والعادات الصحية المرتبطة بالتغذية والرياضة.

✓ بعض الأدوية التي تؤدي الي فتح الشهية والإقلال من معدل حرق الجسم وتخزين الدهون وأهمها الكورتيزون ومضادات الحساسية والمهستامين ومضادات الاكتئاب.

✓ الضغوط النفسية اليومية والقلق والتوتر الدائم والاكتئاب (وهي من أهم الأسباب الخارجية) وقدت الأبحاث أن 70% من المصابين بمرض السمنة هو نتيجة للتوتر والقلق والضغوط النفسية.

وساهم أسلوب حياة المدن وعوامة أسواق الطعام في زيادة انتشار السمنة في العالم مما أسفر عن وجود أكثر من مليار شخص من سكان العالم البالغين وأكثر من 155 مليون طفل يعانون من زيادة الوزن عالميا. وربما تساهم البطالة في زيادة السمنة وخاصة إذا كان لديه مصادر مالية من الوالدين أو الأصدقاء (الريضي، 2008، صفحة 162).

### 3.3. أنواع السمنة:

#### 1.3.3. السمنة الوراثية:

ويعتقد ان السبب في هذا النوع من السمنة هو اضطراب في عملية تنظيم الشهية والجوع، وقد تكون بسبب عوامل وراثية نفسية تزيد الشهية وزيادة الاكل لدى الشخص.

#### 2.3.3. السمنة العصبية:

وقد يكون السبب في ذلك اصابات بالجهاز العصبي، حيث اثبتت التجارب على الحيوان زيادة نسبة السمنة، بعد اصابة اجزاء من الجهاز العصبي، ويتميز هذا النوع بالجوع الشديد للشخص مما يسبب الزيادة المفرطة في تناول الطعام.

#### 3.3.3. السمنة بسبب عدم توازن الغدد الصماء:

- نقص افراز الغدة الدرقية: تسبب زيادة الوزن نتيجة تجمع كميات من الماء تحت الجلد وزيادة نسبة الدهون لنقص التمثيل الدهني.
- اضطراب افراز الغدة الدرقية: تسبب السمنة وخاصة في منطقة الوجه والعنق والأطراف الامامية بسبب تجمع السوائل بها (زيادة الكورتيزول).
- إصابة الغدة النخامية: وبها يزيد تجمع السوائل في منطقة الوجه والعنق فقط، وليس بالأطراف
- نقص افراز الغدة الجنسية: تسبب زيادة في الوزن خاصة للسيدات في سن اليأس، أو عند الاضطراب لنزع المبيض أو الخصية جراحيا.
- زيادة افراز الأنسولين: وهنا تزيد الدهون لزيادة استخدام الجلوكوز بواسطة الخلايا، نظرا لزيادة افراز الانسولين والذي بدوره يزيد من تناول الطعام الذي يتحول الى دهون.

#### 4.3.3. السمنة الناتجة من قلة النشاط البدني:

وهي أكثر أنواع السمنة شيوعا، وذلك بسبب الخمول وقلة التدريب الرياضي، مما يسبب زيادة الوزن حتى مع تناول كمية غذاء معتدلة، لان عدم النشاط يقلل من استهلاك الجلوكوز مما يقلل من الاحساس بالجوع، ومع ذلك يعاني الشخص زيادة في الوزن خاصة النساء (حشمت ومحمد صلاح الدين، 2009، الصفحات 115-116).

## 4.3. عوامل زيادة الوزن والسمنة:

تعرف منظمة الصحة العالمية زيادة الوزن والسمنة بأحما تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون قد يلحق الضرر بالصحة. كما تعرّف فرط الوزن على أنه الحالة التي يبلغ فيها منسب الجسم (25) أو يتجاوز تلك النسبة، والسمنة على أنها الحالة التي يبلغ فيها ذلك المنسب (30) أو يتجاوز تلك النسبة. (منظمة الصحة العالمية 2015 وتُعدّ هاتان النسبتان الحديتان مرجعاً مهماً لتقييم فرط الوزن والسمنة لدى الأفراد.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن السبب الأساسي الكامن وراء السمنة وفرط الوزن هو اختلال توازن الطاقة بين السعرات الحرارية التي تستهلك من جهة وبين السعرات التي ينفقها الجسم من جهة أخرى، وتعزى زيادة حالات فرط الوزن والسمنة على الصعيد العالمي إلى عدد من العوامل منها ما يلي:

- تحوّل عالمي في النظام الغذائي يتسم بالنزوع إلى تناول المزيد من الأغذية الغنية بالطاقة التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون والسكريات ونسبة قليلة من الفيتامينات والعناصر المعدنية.
- نزوع نحو تقليل النشاط البدني بسبب طبيعة العديد من الوظائف التي باتت تتسم بقلّة الحركة، وتغير وسائل النقل والتوسع العمراني (منظمة الصحة العالمية، 2015).

إن الأسباب المؤدية للبدانة تعدد وتنوع، على أن آلية حدوث البدانة لدى الشخص هي في الواقع نتاجاً لتداخل الكثير من العوامل البيولوجية والبيئية، ومن المعلوم أن المحافظة على الوزن الطبيعي للجسم يتطلب الموازنة بين الطاقة الحرارية المستهلكة، والطاقة الحرارية المصروفة (الهزاع، القياسات الجسمية (الأنثروبومترية) للإنسان، 2006، صفحة 04).

## أ. مخاطر زيادة الوزن والسمنة:

تعد السمنة في العصر الحالي من أخطر الأمراض التي تؤرّق العالم، كما أشار لذلك كل من (2005 Wilborn, et al.) بأن ما يقارب 1.2 مليار شخص في العالم يعانون من الوزن الزائد، منهم 300 مليون من أصحاب السمنة، وتقريباً 300 ألف أمريكي يموتون سنوياً بسبب السمنة، وترتبط السمنة بأمراض خطيرة مثل ارتفاع ضغط الدم، السكري، ارتفاع الكولسترول، وأمراض الكبد.

وترتبط مستويات مؤشر كتلة الجسم مع الدهون في الجسم ومع المخاطر الصحية والوفيات في المستقبل. لذا فإن حساب مؤشر كتلة الجسم هو التدبير المناسب لفحص السمنة والمخاطر الصحية.

كما أنه وبحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية تؤدي حالات فرط الوزن والسمنة إلى آثار صحية وخيمة، وتهدر الإشارة إلى أن المخاطر تزيد تدريجياً مع تزايد مؤشر كتلة الجسم، وارتفاع ذلك المؤشر من عوامل الأخطار الرئيسية المؤدية إلى الإصابة بأمراض مزمنة من قبيل:

- الأمراض القلبية الوعائية (أمراض القلب والسكتة بالدرجة الأولى)، وتمثل هذه فعلاً أولى مسببات الوفاة على الصعيد العالمي؛ إذ تفتك بنحو 17 مليون شخص في كل عام.
  - السكري والذي سرعان ما أصبح وباءً عالمياً، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن وفيات السكري ستسجل في السنوات العشر القادمة ارتفاعاً تفوق نسبته 50% في جميع أرجاء العالم.
  - الاضطرابات العضلية الهيكلية وبخاصة الفصال العظمي.
  - بعض أنواع السرطان سرطان بطانة الرحم، وسرطان الثدي وسرطان القولون (منظمة الصحة العالمية، 2015).
- وقد تبين أيضاً أن ثمة علاقة بين سمنة الطفولة وزيادة احتمال الوفاة المبكرة واحتمال الإصابة بمجالات العجز في مرحلة الكهولة، كما توصلت لذلك دراسة (Bjorge, et al., 2008) أنه من ضمن عدة أسباب مهمة، فإن السمنة في مرحلة المراهقة ترتبط بزيادة نسبة الوفيات في متوسط العمر.

#### ب. الوقاية من زيادة الوزن والسمنة:

كما أشارت منظمة الصحة العالمية إلى إمكانية الوقاية من حالات فرط الوزن والسمنة إلى حدٍ كبير، وكذلك الأمراض المزمنة ذات الصلة بالقيام بما يلي:

- الحد من تناول الأغذية الدهنية الغنية بالطاقة بالتحول من استهلاك المواد الدهنية المشبعة إلى استهلاك مواد دهنية غير مشبعة.
  - تناول المزيد من الخضار والفواكه والبقول والحبوب غير منزوعة النخالة والجوز والبندق.
  - زيادة النشاط البدني، أي ممارسة النشاط البدني بانتظام، وبذل جهد متوسط لمدة لا تقل عن 30 دقيقة في معظم أيام الأسبوع، وقد يتعين ممارسة المزيد من النشاط للتحكم في وزن الجسم.
- ويقتضي تنفيذ تلك التوصيات التزاماً مستمراً وتعاوناً بين العديد من أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص وعلى الحكومات والجهات الشريكة الدولية وهيئات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات القطاع

الخاص الاضطلاع بدور حيوي من أجل تهيئة بيئات صحية وجعل خيارات النظم الغذائية الصحية ميسورة التكلفة ومتاحة للجميع بسهولة (منظمة الصحة العالمية، 2015).

لذا تستعرض الباحثة في هذه الدراسة مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت، وارتباطه بكل من عاداتهم الغذائية، وعيهم الغذائي، ونشاطهم البدني.

### 5.3. العوامل المرتبطة بمؤشر كتلة الجسم:

#### أولاً: العادات الغذائية:

يزوّدنا الطعام بالعناصر الغذائية الأساسية التي لا بد من تناول الحد الأدنى من كل منها لتحقيق التغذية الصحية المتوازنة، وتختلف هذه الاحتياجات من فرد إلى آخر وفقاً للجنس والنشاط البدني الذي يقوم به الفرد، ومرحلة النمو التي يمر فيها، والحالة الصحية له. ولكل مجتمع عاداته الغذائية التي تنسجم مع قيمه ومبادئه من ناحية الخير والشر والحلال والحرام والصح والخطأ، وترجع أهمية العادات الغذائية من الناحية الصحية إلى أنّها من العوامل المهمة التي تساعد على تلافي انتشار سوء التغذية خاصة في المجتمعات النامية كما أن ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات يؤثر تأثيراً كبيراً على الوعي الغذائي لهنّ، وبالتالي على نمط الاستهلاك الغذائي والعادات الغذائية للأسرة.

وقد أثبتت الدراسات أن العمر ومستوى التعليم أكثر تأثيراً على العادات الغذائية واستهلاك الغذاء من العوامل الأخرى، كما ظهر في دراسة الشاوي (1992) والتي طبقتها على الأميين في دولة الكويت من أن متغيرات العمر، ونوع الجنس، والحالة الاجتماعية لم يكن لها أثر في نوعية العادات الغذائية المنتشرة لديهم، حيث ارتبطت إحصائياً بمستوى التعليم بين أفراد العينة.

#### ثانياً: الوعي الغذائي:

أثبتت البحوث أن المعلومات الغذائية والصحية السليمة غير معروفة لدى الكثيرين من أفراد المجتمع حتى بين طبقات المثقفين، الأمر الذي يجعل التثقيف الغذائي والصحي أمراً ضرورياً تهتم به المؤسسات الصحية والتربوية والاجتماعية.

#### ثالثاً: النشاط البدني:

إن زيادة الطاقة المستهلكة (الطعام المتناول) أو انخفاض النشاط البدني (أو كلاهما) يقودان إلى البدانة، كما أن انخفاض النشاط البدني يؤدي بدوره إلى انخفاض اللياقة البدنية، وكذلك فإن زيادة البدانة تقود بدوره إلى انخفاض اللياقة البدنية، وعليه فإن النشاط البدني يؤثر على البدانة ويتأثر بها، كما أن زيادة الوزن وحدوث السمنة يمكنها أن تؤدي إلى

جعل الفرد أقل نشاطاً وأكثر ميلاً للحمول البدني (الهزاع، القياسات الجسمية (الأنثروبومترية) للإنسان، 2006، صفحة 54).

كذلك يساعد النشاط البدني على بقاء الطالب هادئاً خلال فترة الاختبارات، كما يشعر بمزيد ما من النشاط والراحة، الأمر الذي سوف يساعده على المزيد من الإنجاز في دراسته، وذلك بحسب خلصت إليه دراسة (Donnelly, et al,2009) من أن زيادة مدة الاشتراك في الأنشطة البدنية داخل المدرسة لها تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية على زيادة مستوى الإنجاز الأكاديمي للطلاب، إضافة إلى مساهمته في تحسين مؤشر كتلة الجسم لدى الطالب، وقد اشتملت توصيات منظمة الصحة العالمية على الآتي:

- تخصيص الأطفال والشباب من سن 5 إلى 17 عاماً 60 دقيقة على الأقل يومياً للنشاط البدني المعتدل الشدة إلى المرتفع الشدة، موزعة على مدار اليوم (مثلاً نوبتان تدريبيتان مدة كل منهما 30 دقيقة).
- إدراك أن ممارسة النشاط البدني لمدة تزيد على 60 دقيقة يومياً سيعود بفوائد صحية إضافية.
- أن تكون معظم الأنشطة البدنية اليومية أنشطة هوائية، وممارسة الأنشطة البدنية المرتفعة الشدة مثل أنشطة تقوية العضلات والعظام ثلاث مرات على الأقل كل أسبوع (منظمة الصحة العالمية، 2016).

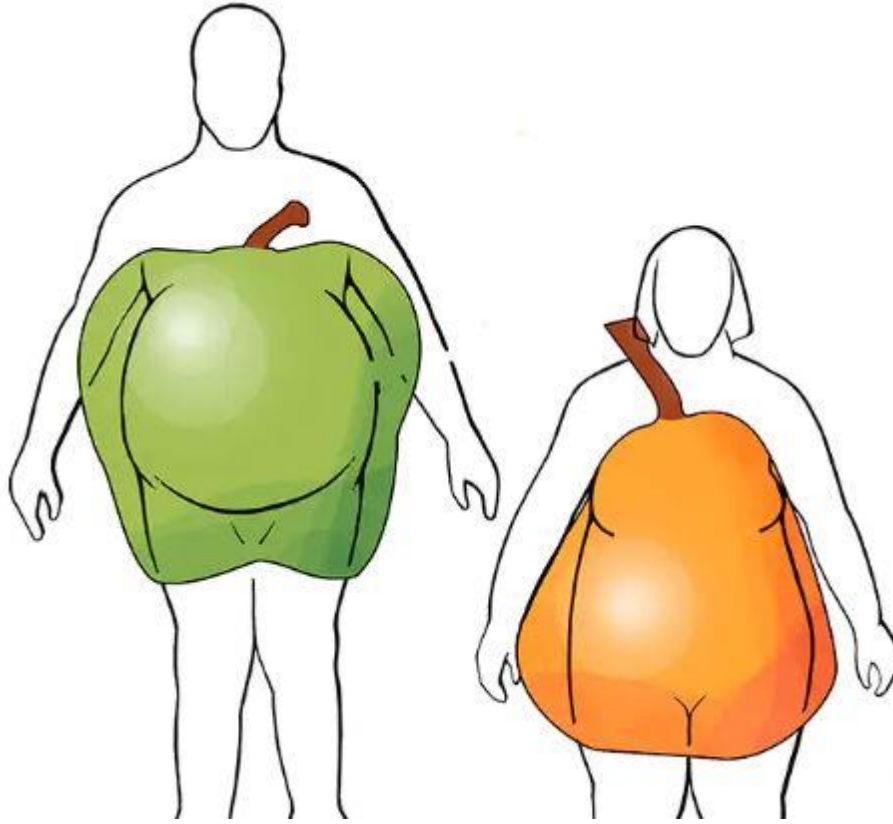
### 6.3. أشكال البدانة:

إن تمركز المخزون الشحمي في الجسم يختلف من الرجل الى المرأة فعند الرجل يتوضع على مستوى البطن أي فوق الفقرة L4، وهذا النوع من البدانة مرتبط بأمراض بالسكري من نوع 2 وارتفاع الضغط الدموي والأمراض القلبية، أما عند المرأة فهو يتوضع على تحت الفقرة L4-L5 أي على مستوى الحوض والورك والفخذين.



الشكل رقم (02): يوضح الشكل الذي تأخذه الشحوم عند النساء (اجاصة) والرجال تفاحة

(Jennifer Le fils, 2010، صفحة 42).



### 1.6.3. أضرار وأخطار السمنة:

تؤدي حالات فرط الوزن والسمنة الى اثار صحية وخيمة. وتجدر الإشارة الى أن المخاطر تزيد تدريجيا مع تزايد منسب كتلة الجسم . وارتفاع ذلك المنسب من عوامل الاختطار الرئيسية المؤدية الى الإصابة بأمراض مزمنة من قبيل:

- الأمراض القلبية الوعائية امراض القلب والسكتة بالدرجة الأولى) - وتمثل هذه فعلا أولى مسببات الوفاة على الصعيد العالمي، غدت تفتك بنحو 17 مليون شخص في كل عام السكري - الذي سرعان ما أصبح وباء عالميا. وتشير اسقاطات منظمة الصحة العالمية الى أن وفيات السكري ستسجل في السنوات العشر القادمة ارتفاعا تفوق الـ 50% في جميع أرجاء العالم. (Dok C.M, etal, 2006).

- الاضطرابات العضلية الهيكلية وبخاصة التهاب المفاصل.
- بعض أنواع السرطان (سرطان، بطانة الرحم، وسرطان الثدي، وسرطان القولون).

وقد تبين أيضا أن ثمة علاقة بين سمنة الطفولة وزيادة احتمال الوفاة المبكرة واحتمال الإصابة بحالات العجز في مرحلة الكهولة.

### 2.6.3. أعراض اجتماعية:

تؤثر السمنة على النواحي الاجتماعية لصاحبها مثل (قصاص، 2009، صفحة 79):

عدم ظهور والاشترك في المحافل الاجتماعية وتفضيل العزلة والراحة والنوم وقلة الحركة والكسل.

- السمنة تقلل من مظاهر أناقة الشخص ومظهره لبعدهم مقاييس جسمه عن المعدل الطبيعي للإنسان، فالقوام المملوف والشكل المرغوب من العوامل المؤثرة في أناقة ومظهر الانسان.
- تؤثر السمنة على انتاج الانسان لأعماله وواجباته اليومية فالسمنة وزيادة الوزن لا تساعده على أداء أعماله بسرعة واللجوء الى أخذ فترات الراحة الطويلة والشعور بالتعب لأقل جهد بدني أو حركي.
- يتعرض الانسان السمين لبعض المضايقات والانتقادات الاجتماعية والتي تعرضه للسخرية والأضحوكه بين عامة الناس لضخامة جسمه وعدم تناسقه، علاوة على شهيته المفتوحة لالتهام الاغذية خاصة في المحافل الاجتماعية.

### 3.6.3. الأعراض الصحية:

تعتبر السمنة بداية لعدة أمراض ومؤشر تحذيري للإنسان بوجود ما يهدد صحته وحياته، حيث أنها تؤدي الى

العديد من المضاعفات الاخطار والأمثلة على ذلك كثيرة نستعرض بعضها في الجدول الآتي:

## جدول رقم (04) الأضرار الصحية للسمنة على أجهزة وأعضاء الجسم

(قصاص، 2009، الصفحات 78-79).

أضرار	الأعراض الصحية
القلب	إن زيادة 1 كغ على الوزن الطبيعي للجسم يعني ثلثي كيلومتر وهذا عمل اضافي طاقة الجسم وبالتالي يؤدي إلى إرهاق وإجهاد عضلة القلب في ضخ كميات دم اضافية من خلال الأوعية الدموية لتغذية الوزن الزائد
الأوعية الدموية والدهون	للسمنة علاقة مباشرة في زيادة كمية الدهون (الكولسترول) في الدم فإن للدهون أيضا القدرة على الترسب على الجدار الداخلية للأوعية الدموية ولذلك فإن احتمال تصلب الشرايين أو ارتفاع ضغط الدم أو الذبحة الصدرية أمر وارد في الانسان البدين
البنكرياس والسكري	يظهر في افراز اضافي لهرمون الانسولين لمتابعة الكميات الكبيرة من الغلوكوز في الدم وبالتالي يسبب قصور وعجز وفشل للبنكرياس في افراز هرمون الانسولين لاحتياج الوزن الطبيعي للجسم وينتج عن ذلك مرض السكري.
اعتلال الكبد	من آثار السمنة ترسب وتراكم الدهون حول أعضاء الجسم الداخلية وخاصة الكبد مما ينتج عن ذلك اعتلال الكبد وعدم قدرته على وظيفته بدقة وانتظام
الجهاز الهضمي	الافراط الغذائي وإتباع عادات وأساليب غذائية غير صحيحة من عوامل اجهاد المعدة مما ينتج عنه قصور في نشاط المعدة لإفراز العصارات الهضمية ونشاطها في الحركة ويسبب بعد ذلك عسر الهضم والحرقان وانتفاخ في البطن وتولد الغازات لبقاء الأغذية في المعدة فترة طويلة وكذا عدم القدرة على تصريف الفضلات.
الجهاز التناسلي	تؤثر السمنة على مراكز الافرازات الهرمونية الجنسية، وينتج عنها ضعف القدرات الجنسية للإنسان فيصاب الرجل بالعنة وتصاب المرأة بعدم الانجاب أو العقم المؤقت والاضطرابات وعدم ظهور الحيض بانتظام
آلام الظهر القطنية	ان زيادة 1 كغ على الوزن الطبيعي للجسم يزيد بالتالي من العبء الواقع على العمود الفقري، ومفاصل القدمين والركبتين لحمل مقدار الزيادة وبالتالي ظهور أمراض أخرى مثل الروماتيزم والانزلاق الغضروفي وآلام الظهر والركبتين والقدمين.

## 4.6.3. أعراض نفسية:

تؤثر السمنة على النواحي النفسية لصاحبها مثل (قصاص، 2009، صفحة 79):

أ. الشعور بالتوتر والقلق والاضطرابات النفسية نتيجة لارتفاع ضغط الدم واختلال التوازن بين افراز الهرمونات وعمل الأجهزة الداخلية وقلة كفاءتها.

ب. يميل الانسان السمين الى فقدان الثقة بالنفس والشعور بالسخرية أمام الناس لمظهره الغير المتناسق فيلجأ الى العزلة والانطواء وعدم مشاركة الآخرين.

## 7.3. السمنة وأمراضها:

ترتبط السمنة بالعديد من الأمراض مثل (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 232):

■ **السمنة وأمراض القلب والموت المفاجئ:** هل تعلم انه من النادر ما تجد معمر بدينا، قد تكون هذه النظرية فيها شيء من المغالطة ولكنها مؤشرا عاما للبدنين بدانة مفرطة بأهمية تخفيض وزهم، فالوزن الزائد هو حمل زائد على القلب والرئتين فيحتاج كل منها الى مجهود مضاعف. ورغم عدم معرفة العلاقة بين السمنة وأمراض القلب وتصلب الشرايين إلا أنها علاقة موجودة وان كانت هذه العلاقة تتعلق ايضا بطبيعة ونوع الغذاء الذي يتناوله البدن حيث انه يميل الى تناول الأغذية الغنية بالدهون او المقلية أكثر من ميله لتناول البروتينات أو الكربوهيدرات وتناول مثل هذه الاصناف يرفع نسبة الكوليسترول في الدم وهذا هو عامل الخطورة الأول لأمراض القلب. أما علاقة السمنة بأمراض القلب والموت المفاجئ فهي علاقة تعتمد على مدة البدانة أو عمرها عند الشخص وجدت بعض الدراسات ان استمرار السمنة لمدة تزيد عن 10 سنوات تزيد نسبة التعرض للأمراض القلب والموت المفاجئ، بالذات عند الاصابة بالسمنة في مرحلة الطفولة او في مرحلة الشباب الأولى.

■ **السمنة ومرض السكري:** مما لا شك فيه أن هناك علاقة قوية بين السمنة ومرض السكري (الغير المعتمد على الانسولين غير اننا يجب أن لا نغفل عن انه توجد اسباب اخرى مثل الوراثة والجنس والأماكن الجغرافية وغيرها، ولكن ما علاقة السمنة بمرض السكري؟ ان كل خلية عليها مواد تستقبل هرمون الانسولين الذي يحرق الجلوكوز لإنتاج الطاقة هذه المواد تسمى مستقبلات الانسولين وإذا لم توجد هذه المستقبلات أو قل عددها فان الأنسولين لن يعمل على هذه الخلية وبالتالي لن يستفيد من الجلوكوز فترتفع نسبته في الدم، وهذه المستقبلات نسبتها ثابتة على الخلية الدهنية العادية فان زاد حجم الخلية كما هو الحال عند البدن فان عدد المستقبلات تكون قليلة

بالنسبة لمساحة الخلية الكبيرة الحجم ولهذا ينصح الاشخاص البدينين بتخفيض وزنه حيث أنه العلاج الأمثل لمرضى السكري اذا أن تخفيف الوزن يؤدي الى حالة افراز الأنسولين واستقباله عند المرضى.

■ **السمنة وارتفاع ضغط الدم:** يكفينا القول إن نسبة ارتفاع ضغط الدم بين البدينين تصل الى ثلاث أضعاف نسبتة بين العاديين وأن تخفيف الوزن مع التقليل من تناول ملح الطعام عند مرتفعي ضغط الدم يحسن حالة ضغطهم في حدود تصل الى 50%.

■ **السمنة والمفاصل والأربطة:** السمنة حمل زائد ايضا على مفاصل الجسم واربطته ويظهر ذلك في الام متعددة بالمفاصل.

■ **السمنة والجلد:** السمنة تزيد كمية الانشاءات في الجلد ولذلك يكون الجلد عرضة للالتهابات والإصابات الفطرية والبكتيرية الى جانب عدم تحمل الطقس الحار.

الشكل رقم (03): يوضح تصنيف زيادة الوزن والسمنة والمخاطر الصحية باستخدام كتلة الجسم (راتب، 2004، صفحة 47).

المخاطر الصحية	دليل كتلة الجسم	مستوى الوزن
—	أقل من 18.5	أقل من الوزن
قليلة	24.9-18.5	العادي
متوسطة	29.9-25	الزائد
مرتفعة	30-24.9	السمنة (1)
مرتفعة جدا	39.9-35	السمنة (2)
شديدة الخطورة	أكثر من 40	السمنة المفرطة

## 8.3. الطرق الشائعة في قياس السمنة:

## 1.8.3. قياس سمك الجلد:

وذلك بقياس سمك طية الجلد من عدة مناطق اهمها مناطق بالذراعين والظهر والبطن وتفرغ بمداول خاصة ويمكن من خلالها حساب نسبة الدهون في الجسم وكذلك توجد موازين واجهزة يمكن ان تعطي نسبة الدهون وتقارن هذه النسب بالنسبة الطبيعية.

## 2.8.3 مؤشر كتلة الجسم:

إن من أفضل الطرق التي يمكن ان تحدد إذا ما كان وزنك طبيعي ام لا هي ما تسمى بطريقة دليل مؤشر كتلة الجسم (BMI) وذلك حسب المعادلة التالية:

$$BMI = \frac{\text{الوزن (بالكيلوغرام)}}{\text{الطول (بالمتر المربع)}}$$

جدول رقم (05): يبين تصنيف الأفراد وفقا لمؤشر كتلة الجسم.

مؤشر كتلة الجسم	التصنيف
أكثر من 40	بدانة مفرطة
39,9-35,0	بدين جدا
34,9-30,0	بدين
29,9-25,0	الزائد عن الطبيعي
24,9-18,5	طبيعي
أقل من 18,5	دون الطبيعي

غير أن هناك بعض الاستثناءات لاستعمال دليل كتلة الجسم منها على سبيل المثال لا الحصر (الأطفال في طور النمو ومع الكبار ، النساء الحوامل الاشخاص ذوي العضلات القوية كالرياضيين).

## 3.8.3 قياس نسبة محيط الخصر الى محيط الوركين:

يعتبر شريط القياس من التقنيات المستخدمة في قياس الوزن وذلك بقياس محيط الخصر وتعتبر الدهون المتراكمة حول الخصر أشد خطرا من الدهون الموجودة في محيط الوركين أو في أي جزء آخر من الجسم، فتراجع قياس الخصر يعني تراجع أو انخفاض كمية الدهون في الجسم، والجدول ادناه دليل مهم في هذا الصدد (النهار وزملاؤه، 2010، صفحة 230).

## جدول رقم (06): يبين حالة السمنة حسب محيط الخصر.

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

## 4. أسباب تراكم الشحوم:

## 1.4. السبب في تراكم الشحوم عادة حول الخصر:

يوجد هناك استعداد لدى بعض الأفراد لتكديس نسبة عالية من الخلايا الدهنية في المناطق مختلفة من الجسم وهذه هي لحالة صفة وراثية لا يمكن تغييرها، فالبعض من الأفراد تتراكم لديهم الشحوم بنسبة أكبر في الظهر والرقبة، لكن بشكل عام فان معظم الأشخاص (خاصة بعد سن 30) يكون لديهم استعداد لحزن الشحوم حول منطقة الخصر وخاصة النساء. ولقد أكدت بعض الدراسات إن مناطق تجمع الدهون تختلف باختلاف المراحل العمرية واختلاف الجنس وعليه فان أكثر المناطق تجمع الدهون في المرحلة السنوية (21-25) سنة هي غير مناطق تجمع الدهون للمراحل السنوية (25-30) سنة وان هذا الاختلاف للذكور هو غيره في الإناث.

ان المعدل العام لما تشكله نسبة الشحوم من وزن الجسم لدى الذكور هي ( 18% 20% ) من وزن الجسم، إذ أن نصف هذه النسبة لدى كلا الجنسين تكون على شكل نسيج شحمي تحت الجلد مباشرة ونسبة كبيرة من النصف الثاني تكون حول الأعضاء الداخلية في الجسم، وعليه فان الدهون بشكل عام تقسم إلى قسمين: القسم الأول وتسمى الدهون المخزونة (St orages Fat) وهو النوع المشار إليه سابقا. أما النوع الثاني فهو الدهون الأساسية (Essential Fat) وهو الذي يحيط بالأجهزة الحيوية (القلب الرئتين والأعضاء التناسلية لدى المرأة) وتكون نسبة هذا

النوع من الدهون لدى الرجال أكثر منه لدى النساء (وديع ياسين التكريتي، ياسين طه حجار، 2012، صفحة 534).

#### 2.4. أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها حول أفضل طريقة لإنقاص الوزن:

- أ. يؤدي برنامج إنقاص الوزن باتباع أسلوب: النظم الغذائية والنشاط البدني الى فاعلية أكثر من استخدام أحد الأسلوبين منفصلا عن الآخر.
  - ب. في الأيام الأولى لإنقاص الوزن يلاحظ نقص سريع في وزن الجسم ويرجع ذلك استهلاك مخزون الكربوهيدرات بالجسم وما يقابلها من فقد للماء وبعد ذلك مع استمرار البرنامج يبدأ تدريجيا فقط الجسم الدهون.
  - ج. حتى تتحقق فوائد إيجابية سريعة لا بد أن يرتبط استخدام أسلوب النظم الغذائية والنشاط البدني بضرورة تعديل أسلوب حياة الفرد من الحركة والنشاط والراحة.
  - د. الاعتماد على إنقاص الوزن عن طريق النظم الغذائية وحدها يؤدي الى نقص واضح في كتلة الجسم من العضلات والنشاط البدني يزيد من فقد الدهون وفي نفس الوقت يعمل على وقاية الأنسجة غير الدهنية فلا ينخفض كتلة الجسم.
  - هـ. يراعى أن استمرار إنقاص السعرات الحرارية الغذائية بما يقل من المستوى الأدنى للطاقة المطلوبة يوميا يمكن أن يؤدي الى حدوث مشكلات نفسية وصحية (أعضاء هيئة التدريس بالكلية، 2015، صفحة 47).
- ومن المؤكد حاليا أن النشاط البدني يعد وسيلة مهمة من وسائل مكافحة السمنة لدى الصغار والكبار على سواء، حيث ان المحافظة على وزن صحي خلال فترة الطفولة والمراهقة يقلل من خطر زيادة الوزن أو السمنة في مرحلة البلوغ.

#### 3.4. الفوائد الصحية من تقليل كمية الدهون الزائدة:

يحقق انقاص وزن جسم الشخص الممارس لتمارين اللياقة البدنية، وتقليل كمية الدهون الزائدة مايلي (حماد، 2010، الصفحات 51-52):

- زيادة حجم الأعمال اليومية التي يمكن أن يقوم بها الشخص في حياته وزيادة كفاءتها.
- نقص فرص الإصابة بالأمراض.
- تحسين المظهر الشخصي و زيادة فرص التفاعل الاجتماعي.
- تقليل المشكلات الناتجة عن سلبيات مفهوم الذات المرتبطة بالسمنة.



## خلاصة الفصل الثاني:

معرفة تكوين الجسم معلومة جد مهمة يتوجب على كل فرد الاحاطة بها، خاصة نسبة الشحوم في الجسم، لان زيادة نسبتها عن المعدل الطبيعي تسبب السمنة، وهذه الأخيرة لها تأثيرات خطيرة على الأجهزة الحيوية في الجسم مثل القلب والجهاز التنفسي والأوعية الدموية وكذا مفاصل الجسم، بالإضافة الى تأثيراتها السلبية على الجوانب النفسية والاجتماعية للشخص المصاب بها، فيتغير بذلك أسلوب حياته نحو الخمول البدني والانعزال، ومما لا شك فيه أن هذه التأثيرات تكون أخطر إذا صاحبها الأطفال والمراهقين.

الجانب التطبيقي

# الفصل الأول

## الفصل الأول: الاجراءات المنهجية للدراسة.

### تمهيد:

إن إجراءات الدراسة المتبعة في البحث تعني الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة للمشكلة المطروحة والهدف من البحوث العلمية بشكل عام هو الكشف عن الحقائق الكامنة وراء المواضيع التي تعالجها، وتكمن قيمة هذه البحوث وأهميتها في التحكم في المنهجية المتبعة فيها، ذلك أن الموضوع مهما كانت طبيعته لا يخضع إلى الدراسة العلمية إلا بعد أن يتمكن البحث من الضبط الدقيق للإطار المنهجي، ولهذا الغرض سنتطرق في هذا الفصل إلى منهجية البحث للمجتمع وعينة الدراسة، أداة الدراسة والخصائص السيكومترية للأداة والإجراءات التطبيقية المتبعة في الدراسة الحالية.

### 1. المنهج المتبع:

كلمة منهج مشتقة من نهج، أي سلك طريق معيناً وبالتالي كلمة نهج تعني طريق، كما تعني باللغة الإنجليزية Method، التي ترجع إلى أصل يوناني، يعني البحث أو النظر أو المعرفة، التي تؤدي إلى الغرض المطلوب (عمر، 1996، صفحة 48).

لكل دراسة أو بحث علمي أسسها يبنى عليها الباحث قاعدته الأساسية في الانطلاق في عملية البحث والدراسة، وتكون هذه الأسس المنهجية بمثابة المرشد الذي يتبناه الباحث حتى تتسم دراسته بالدقة العلمية، والمنهج هو الوسيلة الفعلية التي يستعين بها الباحث في حل مشكلة بحثه.

ويختلف المنهج باختلاف مشكلة البحث، والأهداف العامة والنوعية التي يستهدف البحث تحقيقها، ومنهج البحث هو النتيجة التي ينتهي إليها الباحث وهذا بطبيعة الحال انطلاقاً من البناء النظري للبحث إلى غاية النتائج التي سوف يتحصل عليها تجسيدا لكافة الخطوات التي تصاغ خلال هذا البحث.

ومن المنهج الوصفي هو الأكثر ملائمة للإجابة على التساؤلات المطروحة حول موضوع "الوعي الصحي و علاقته بمؤشر كتلة الجسم لدى تلاميذ متوسطة حي سكانسكا الجديدة".

### 2. الدراسة الاستطلاعية:

لا يخفى على أي باحث أن ضبط سؤال الإشكالية وصياغة الفرضيات، هو أساس انطلاق الدراسة وأما أدوات البحث المناسبة فهي أساس انجاز الجانب الميداني، الذي يعطي مصداقية للإشكالية ولما كان المقياس هو أحد الأدوات المعتمد عليها لإنجاز هذا البحث، فقمنا بدراسة استطلاعية من خلال زيارة مقر إدارة جامعة تبسة معهد علوم وتقنيات

النشاطات البدنية و الرياضية، أين قمنا بتوزيع المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين من أجل الوقوف على نقائص وثغرات المقياس قبل التوزيع النهائي له.

من خلال زيارتنا لمتوسطة حي سكانسكا الجديدة قامت الإدارة بتزويدنا بمعلومات حول التلاميذ من كلا الجنسين قمنا باختيار عينة عشوائية بسيطة بلغ قوامها حوالي (25) طالبا وطالبة، حيث قام الباحث بتطبيق المقياس، وذلك بهدف التحقق من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على أفراد العينة الأصلية، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

### 3. تحديد المتغيرات:

- المتغير المستقل: الوعي الصحي.
- المتغير التابع: مؤشر كتلة الجسم.

### 4. مجتمع البحث:

هو جميع الأفراد و الأشياء و الأشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث.

لكي يكون البحث مقبولا وقابلا للإنجاز لا بد من تحديد مجتمع البحث الذي نريد فحصه، وأن توضح المقاييس المستعملة من أجل حصر هذا المجتمع.

يتكون مجتمع دراستنا من 102 تلميذ و تلميذة مسجل في متوسطة حي سكانسكا.

لقد حدد عدد أفراد مجتمع هذا البحث، حسب إحصائيات 2023/2022 والمقدمة من طرف مدير المتوسطة.

### 5. عينة البحث:

يقول محمود قاسم في كتابه المنطق الحديث ومناهج البحث: "ينظر إلى العينة على أنها جزء من الكل أو البعض من الجميع (قاسم، 1976، صفحة 151).

وإبراهيم بسيوني عميرة "فإن عدد الحالات التي يشملها الكل الذي ننتمي إليه أو يتضمنها الجميع الذي

يحتويها كبيرا أصبح من الصعوبة بمكان بل من المستحيل دراسة جميع هذه الحالات، ولهذا يلجأ الباحث إلى اختيار عدد محدود من هذا الكل" (عميرة، 1974، صفحة 67).

ومنه شملت عينة بحثنا تلاميذ متوسطة حي سكانسكا الجديدة، البالغ عددهم 523 تلميذ من كلا الجنسين.

**6. عينة الدراسة:**

لقد حاول الباحث أن يحدد عينة لهذه الدراسة تكون أكثر تمثيلاً للمجتمع الأصلي، والتي هدفت إلى التحقق من فروض الدراسة والإجابة عن أسئلتها، هذا ما يحول لنا الحصول على نتائج يمكن تعميمها ولو بصورة نسبية، ومن ثم الخروج بنتائج تلازم الحقيقة وتعطي صورة واقعية للميدان المدروس.

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية لأنها أبسط الطرق لاختيار العينة، ولأنها تعطي فرص متكافئة لجميع أفراد المجتمع، حيث تكونت عينة البحث من (102) تلميذ وتلميذة موزعين كما هو موضح في الجدول التالي:

**جدول (07): يوضح عينة البحث.**

إناث	ذكور	الجنس
47	55	
102		المجموع

**7. حدود الدراسة:****1.7. المجال الزمني:**

بعد تلقي الموافقة على موضوع البحث من طرف الأستاذ المشرف في شهر فيفري 2023 تم اختيار عينة البحث خلال نفس الشهر.

تم توزيع المقياس على تلاميذ بمتوسطة حي سكانسا الجديدة في شهر ماي 2023.

**2.7. المجال المكاني:**

تم توزيع المقياس على تلاميذ بمتوسطة حي سكانسا الجديدة.

## 8. أدوات البحث:

تعتبر أداة البحث الوسيلة الوحيدة التي يتمكن بواسطتها الباحث من حل المشكلة المطروحة في الدراسة، والتأكد أن الفرضيات المصاغة على شكل مشروع للبحث ومساعدته في جمع المعلومات والمعطيات والحقائق من الميدان عن موضوع الدراسة (حسن، 1982، صفحة 65).

إن عملية اختيار أدوات القياس المناسبة تعتبر أهم الخطوات لأي بحث علمي، ولا بد أن تتفق هذه الأدوات وهدف البحث، ولقد استخدم الباحث لدراسته الأدوات التالية:

### 1.8. المقياس:

#### 1.1.8. وصف المقياس:

وهو عبارة عن وسيلة من الوسائل الشائعة في مجال البحث حيث تطرح فيه مجموعة من الأسئلة المرنة بطريقة منهجية تهدف إلى جمع معلومات لها علاقة بالموضوع المدروس.

وهو سلسلة من الاقتراحات التي لها شكل أو ترتيب معين والتي من خلالها يطلب رأي أو حكم، ويضمن هذا المقياس مجموعة من الأسئلة وتقسّم إلى بيانات تختلف باختلاف الموضوعات، ويتعلق بنوع من أنواع البيانات بمقياس إحدى متغيرات البحث ومن الشروط الأساسية للسؤال الجيد هو ارتباطه الوثيق بإشكالية البحث وفرضيته ويهدف إلى الحصول إلى الإجابات الوافية والدقيقة عنها.

وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة المرتبطة بطريقة منهجية حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل للأشخاص المعنيين بالبريد أو تسلم مباشرة وهذا قصد الحصول على الأجوبة للأسئلة الواردة فيها لكن في نظرنا يجب أن تتم الأجوبة بحضور الباحث بحيث يقوم بتسجيل الإجابات ومراقبة المبحوث أو المجهب.

واعتمدنا في هذا المقياس طريقة لكرت للإجابة على الأسئلة وفي بعض الأحيان تفيد هذه الطريقة في إثراء المقياس وتدارك بعض المتغيرات في حينها.

يتشكل المقياس من 21 سؤال تم طرحها على الطلبة الممارسين للنشاط الرياضي في كرة السلة، وتم تحديد محاور البحث على النحو التالي:

- المحور الأول: الوعي الصحي الغذائي.
- المحور الثاني: الوعي الصحي الشخصي.

▪ المحور الثالث: الوعي الصحي الرياضي.

▪ المحور الرابع: القوام .

### 2.1.8. مفتاح تصحيح المقياس:

لقد تم تصحيح المقياس باستعمال طريقة ليكرت وهو خماسي التدرج (موافق، موافق بشدة محايد معارض معارض بشدة)، فالإجابة عليه تكون على سلم تصحيح من (01) إلى (05) بالنسبة للبنود الموجبة، والعكس بالنسبة للبنود السالبة من (05) إلى (01)، وتجمع درجات الفرد بعد الإجابة على كل البنود لتشكيل في النهاية علامة الفرد في المقياس.

### الخصائص السيكومترية للمقياس:

يقيم البحث العلمي أساسا بنوعية الأداة التي استخدمها قبل دراسة نتائجها في الواقع لا تكون هذه النتائج مقبولة أو صحيحة إلا إذا كانت الأداة المهيأة ملائمة (موريس أنجرس، 2006، صفحة 286).

حتى يكون المقياس الذي وضع لقياس متغيرات الدراسة ذات مصداقية ويقاس ما وضع لأجله ينبغي أن يتوفر فيه شروط الاختبارات الجيدة والمتمثلة في الصدق والثبات والموضوعية.

### 9. صدق وثبات أدوات البحث:

#### 1.9. الصدق الظاهري (المحكمين):

بعد أن تم إعداد أداة الدراسة بصورتها الأولية، حيث احتوى المقياس على (36) فقرة ممثلة في أربعة محاور، إذ تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علوم التربية البدنية والرياضية، وطرق التدريس، وذلك لغرض التعرف على صدق الفقرات من حيث الصياغة والملائمة، ومن حيث البدائل، إذ قام الباحث برصد ملاحظاتهم واقتراحاتهم حول مدى مناسبة الفقرات وانتمائها للمجال (البعد)، ومدى وضوحها، وسلامة صياغتها اللغوية، وبعد تفريغ ملاحظاتهم تم الأخذ بآراء المحكمين ومقترحاتهم، إذ قام الباحث بحذف بعض الفقرات التي لا يتلاءم مضمونها مع البعد، وتعديل بعض العبارات، وتحويل بعضها إلى بعد آخر ضمن محاور المقياس المحددة كمؤشرات لقياس الوعي الصحي، ليتشكل المقياس في صورته النهائية من (29) فقرة موزعة على أربعة محاور كما هو موضح في الجدول التالي:



جدول (08): يوضح أبعاد المقياس و فقراته في صورته النهائية.

أبعاد القياس	عدد الفقرات
الوعي الصحي الغذائي	8
الوعي الصحي الشخصي	5
الوعي الصحي الرياضي	6
محور القوام	10
المجموع	29

يعتبر الثبات من الشروط العلمية في عملية تقنين الاختبارات، ويقصد بثبات المقياس أن يعطي نفس النتائج إذ ما استخدم أكثر مرة تحت نفس الظروف وعلى نفس الأفراد، ويقول مروان عبد المجيد إبراهيم أن الثبات هو محافظة المقياس على نتائجه إذ ما أعيد على نفس العينة (ابراهيم، 2012، صفحة 75).

وقد تم حساب معامل ثبات المقياس في الدراسة الحالية بطريقة إعادة الاختبار (Test-retest) حيث وزعنا المقياس على عينة من التلاميذ بمتوسطة حي سكانسا الجديدة الممارسين، ولمعالجة النتائج إحصائياً استخدمنا معامل الارتباط البسيط الذي يعرف باسم ارتباط بيرسون وهذا بعد إيجاد القيمة الجدولية لمعامل الارتباط البسيط عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (ن-1).

وقد قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس بالطريقة التالية:

#### ▪ طريقة إعادة الاختبار (Test-retest):

كما استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، حيث قمنا بتوزيع المقياس على عينة من مجتمع البحث، وخارج عينة الدراسة الأساسية، وتتكون من (20) تلميذ و تلميذة بمتوسطة حي سكانسا الجديدة، وبعد مرور أسبوعين أي (15) يوماً من توزيع المقياس الأول وفي نفس التوقيت أعيد تطبيق نفس المقياس على نفس العينة وفي نفس الظروف، وبعد إفرازنا للنتائج قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون " للتأكد من ثبات المقياس، والجدول الموالي يوضح لنا النتائج كالتالي:

جدول (09): يوضح معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس والدرجة الكلية للثبات.

أبعاد القياس	عدد الفقرات
الوعي الصحي الغذائي	0.83
الوعي الصحي الشخصي	0.82
الوعي الصحي الرياضي	0.77
القوام	0.79
الدرجة الكلية للمقياس	0.80

مستوى الدلالة 0.05

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لبيرسون تتراوح ما بين (0.77) و(0.83) للأبعاد الثلاثة للمقياس، بينما بلغت الدرجة الكلية للمقياس (0.80)، وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يؤكد بأن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية بمختلف الأبعاد، والدرجة الكلية.

## 2.9. موضوعية الاختبار:

تعتبر الموضوعية احد أشكال الثبات، فهي من العوامل المؤثرة على ثبات المقياس، خاصة في الاختبارات التي تعتمد على تقدير المحكمين.

فقد أشارت "ليلي السيد فرحات" ففي المجال الرياضي لا بد من إيضاح التعليمات الخاصة بتطبيق المقياس من حيث إجراءاته وإدارته وتسجيل النتائج، ونجد ذلك عند قيام مجموعة من المحكمين بقياس الأداء لمجموعة من الأفراد وتم تسجيل نفس النتائج، وبمعنى آخر الموضوعية هي اتفاق بين حكمين عند قياس فرد في النتائج، وذلك باستخدام معامل الارتباط بين النتائج (فرحات، 2001، صفحة 169).

ويتفق معها محمد صبحي حسانين اذ يقول "أي أن الفرد يحصل على نفس الدرجة على المقياس ولو اختلف المحكمين" (حسانين، 1995، صفحة 195).

أما "محمد حسن علاوي وأسامة كمال راتب" يقصد بالموضوعية حسبهما "الموضوعية تعني تحرر الباحث من التحيز، وان يتصف الباحث بصفات العالم الموفق للحقائق، المتحمس لمعرفة الأسباب الفعلية للنتائج" (علاوي، 1986، صفحة 218).

ومن خلال هذه الدراسة الاستطلاعية يمكن استنتاج ان المقياس الذي هو قيد التطبيق في هذه الدراسة تتوفر فيه جميع الشروط العلمية للاختبار الجيد من حيث الصدق والثبات والموضوعية مما يجعله مناسب وصالح القياس ما وضع لقياسه.

### 10. أساليب التحليل و المعالجة الاحصائية:

من أجل تحليل وترجمة النتائج المحصل عليها بعد الإجابة على الأسئلة من طرف العينات اعتمدنا الإحصاء بالنسبة المفوية وهذا على النحو التالي:

تمت المعالجة الإحصائية بواسطة استخدام الحزمة الإحصائية "spss.v17".

# الفصل الثاني

## الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

## 1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الذكور والإناث:

جدول رقم (10) يبين نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الذكور:

سنة رابعة		سنة ثالثة		سنة أولى		الدرجات المعيارية
$\bar{x}= 18.956$ ; $SD= 3.376$		$\bar{x}= 21.456$ ; $SD= 7.299$		$\bar{x}= 21.754$ ; $SD= 2.397$		
النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	
%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	بدانة مفرطة (أكثر من 40)
%0.00	0	%11.11	2	%0.00	0	بدنين جدا (35,0-39,9)
%0.00	0	%0.00	0	%0.00	0	بدنين (30,0-34,9)
%6.67	1	%22.22	4	%9.09	2	الزائد عن الطبيعي (25,0-29,9)
%46.67	7	%11.11	2	%81.82	18	طبيعي (18,5-24,9)
%46.67	7	%55.56	10	%9.09	2	دون الطبيعي (أقل من 18,5)
%100	15	%100	18	%100	22	المجموع

جدول رقم (11) يبين نتائج مؤشر كتلة الجسم لدى الإناث:

سنة رابعة		سنة ثالثة		سنة أولى		الدرجات المعيارية
$\bar{x}= 19.008$ ; $SD= 3.020$		$\bar{x}= 22.198$ ; $SD= 5.990$		$\bar{x}= 21.704$ ; $SD= 4.303$		
النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	النسبة المئوية	عدد التلاميذ لكل مستوى	
% 0.00	0	% 0.00	0	% 0.00	0	بدانة مفرطة (أكثر من 40)
% 0.00	0	% 0.00	0	% 0.00	0	بدين جدا (39,9-35,0)
% 0.00	0	% 7.69	1	% 5.88	1	بدين (34,9-30,0)
% 0.00	0	% 23.08	3	% 11.76	2	الزائد عن الطبيعي (-25,0-29,9)
% 64.71	11	% 30.77	4	% 64.71	11	طبيعي (24,9-18,5)
% 35.29	6	% 38.46	5	% 17.65	3	دون الطبيعي (أقل من 18,5)
%100	17	%100	13	%100	17	المجموع

بعد تفرغ بيانات الجدولين (10) و(11) وفي ضوء النتائج المتحصل عليها بالنسبة للذكور سنة أولى متوسط فقد كان المتوسط الحسابي (21.754) والانحراف المعياري (2.397)، وأعلى مؤشر كان في المستوى الطبيعي بنسبة %81.82% يليه المستوى دون الطبيعي بنسبة %9.09. أما بالنسبة للسنة الثالثة فقد كان المتوسط الحسابي (21.456) والانحراف المعياري (7.299)، وأعلى مؤشر كان في المستوى دون طبيعي بنسبة %55.56 يليه المستوى الطبيعي والبدين جدا بنسبة %11.11. أما السنة الرابعة فقد كان المتوسط الحسابي (18.956) والانحراف المعياري

(3.376)، وأعلى مؤشر كان في المستوى طبيعي ودون الطبيعي بنفس النسبة %46.67. ومنه فإن الملاحظ أن المستوى الطبيعي هو الأكثر انتشار عند الإناث في المرحلة المتوسطة يليه المستوى دون الطبيعي. أما بالنسبة للإناث سنة أولى متوسط فقد كان المتوسط الحسابي (21.704) والانحراف المعياري (4.303)، وأعلى مؤشر كان في المستوى الطبيعي بنسبة %64.71 يليه المستوى دون الطبيعي بنسبة %17.65. أما بالنسبة للسنة الثالثة فقد كان المتوسط الحسابي (22.198) والانحراف المعياري (4.303)، وأعلى مؤشر كان في المستوى دون طبيعي بنسبة %38.46 يليه المستوى الطبيعي بنسبة %30.77. أما السنة الرابعة فقد كان المتوسط الحسابي (19.008) والانحراف المعياري (3.020)، وأعلى مؤشر كان في المستوى طبيعي بنسبة %64.71 يليه المستوى دون الطبيعي بنسبة %35.29. ومنه فإن الملاحظ أن المستوى الطبيعي هو الأكثر انتشار عند الإناث في المرحلة المتوسطة يليه المستوى دون الطبيعي.

هذه النتائج تتوافق مع دراسة (صافي & شرفي, 2021) حيث وجدوا أن مؤشر كتلة الجسم محصور بين وزن طبيعي ونحيف كما تتفق مع دراسة (المرضي & محمد, 2005) ودراسة (شافع, محمد الشريف, & كريداش 2020)، بينما تختلف مع دراسة (Örjan, Alasmari, Al-Shehri, Aljuaid, Alzaidi, & Alswat, 2017; Kristjan, & Björn, 2005; Ostojic et al., 2011; Taleb, Oulamara, & Agli, 2010) والتي وجدت أن هناك معدلات مرتفعة من السمنة في العينات التي أجريت عليها هذه الدراسات، والملاحظ من النتائج المتحصل عليها أن مؤشر كتلة الجسم دون الطبيعي أي النحافة كانت بنسبة كبيرة والتي تعتبر من المشكلات النمائية التي تواجه الأطفال في سن الطفولة والمراهقة.

## 2. عرض وتحليل نتائج ومناقشة العلاقة بين أبعاد الوعي الصحي ومؤشر كتلة الجسم:

جدول رقم (12) يبين العلاقة بين أبعاد الوعي الصحي ومؤشر كتلة الجسم

مؤشر كتلة الجسم			الجنس	الارتباط
الدلالة	قيمة الاحتمال المعنوية (sig)	معامل الارتباط		
غير دال	0.175	0.185	ذكور	التغذية
غير دال	0.533	0.093	إناث	
غير دال	0.470	0.100	ذكور	الصحة الشخصية
غير دال	0.698	0.058	إناث	
غير دال	0.961	0.007	ذكور	ممارسة النشاط الرياضي
غير دال	0.711	0.055	إناث	
غير دال	0.350	0.128	ذكور	القوام
غير دال	0.158	0.209	إناث	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة الاحتمال المعنوية (sig) بين مؤشر كتلة الجسم موكل من محور التغذية، الصحة الشخصية، ممارسة النشاط الرياضي والقوام على التوالي عند الذكور هي 0.175، 0.470، 0.961، 0.350، وعند الإناث 0.533، 0.698، 0.711، 0.158 وهي كلها أكبر من 0.05 هذا معناه أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل محاور الوعي الصحي ومؤشر كتلة الجسم عند الجنسين.

يرجع ذلك ربما لعدم وجود فروق كبيرة في مؤشر كتلة الجسم لدى التلاميذ، حيث أن مؤشر كتلة الجسم لعينة الدراسة كان يتوزع بين الوزن الطبيعي ودون الطبيعي. تختلف هذه النتائج مع دراسة (Jaradat, 2022)؛ جرادات, 2022) حيث أظهرت وجود علاقة سلبية ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي ومؤشر كتلة الجسم لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة اليرموك كما تختلف مع دراسة (المتولي & أحمد, 2016) التي أشارت إلى وجود علاقة عكسية مع محور النشاط البدني. حيث أنه عندما يدرك الأفراد أهمية الصحة ويفهمون العوامل التي تؤثر عليها، يتخذون القرارات الصحيحة فيما يتعلق بنمط حياتهم وسلوكياتهم الصحية، لاسيما التغذية وممارسة النشاط البدني. حيث



يمكن أن يساعد الوعي الصحي الأفراد على فهم أهمية الحفاظ على وزن صحي والعمل على تحقيق تركيبة الجسم المثالية، عن طريق إتباع نظام غذائي متوازن وممارسة النشاط البدني بانتظام. ولهذا لا بد من إجراء المزيد من البحوث للتأكد من العلاقة بين هذين المتغيرين.

### 3. الاستنتاجات والتوصيات:

#### 1.3. الاستنتاجات:

- أن مستوى الوعي الصحي العام للتلاميذ الطور المتوسط منخفض نسبيا.
- لا توجد أفضلية بين تلاميذ السنة الاولى والسنة الثانية و السنة الثالثة حسب متغير الجنس وحسب متغير التغذية و متغير الصحة الشخصية و ممارسة النشاط الرياضي و القوام المستوى.
- التلاميذ الذين لديهم وزن طبيعي يتمتعون بمستوى وعي صحي أفضل من الطلبة ذوي الوزن النحيف والوزن الزائد والسمين.
- معظم طلبة السنة الاولى و السنة الثالثة والرابعة متوسط لديهم وزن طبيعي حسب تصنيف مؤشر كتلة الجسم.

#### 2.3. التوصيات:

- ✓ العمل على إجراء بحوث ودراسات من نفس النوع على بقية مناطق الولاية.
- ✓ نشر الوعي الغذائي والثقافة الصحية مسؤولية وطنية يتحملها الجميع وعلى رأسهم وسائل الإعلام.
- ✓ ضرورة توفير جميع الإمكانيات والدعم لتشجيع طلاب المدارس على أداء نشاط بدني بشكل يومي منتظم.
- ✓ استثمار الوعي الصحي للتلاميذ في نشر الوعي الصحي في المجتمع والأسرة.
- ✓ ضرورة وجود منهج مستقل للتربية الصحية يدرس في المتوسطات والثانويات.

من خلال الدراسة التي قمنا بها حاولنا إبراز دور الوعي الصحي و علاقته بمؤشر كتلة الجسم وأن هذا الموضوع شديد الأهمية له علاقة بحياة الإنسان، حيث يلعب دورا كبيرا في الحفاظ على الصحة، ومنه فإن نشر الوعي الصحي له دور كبير الجدل في إخراج النتاجات التعليمية القادرة على تنمية وتطوير المجتمع ومن ضمن ذلك نشر مفاهيم الصحة العامة والسلوك اليومي المعزز للصحة وتعتبر المتوسطة بمثابة الفرصة التي يمكن من خلالها المحافظة على الصحة وزيادة مستوى التثقيف الصحي الغذائي لعدد كبير من التلاميذ.

الوعي الصحي هو أحد الأهداف التي تسعى التربية الصحية إلى تحقيقها من خلال برمجتها وأنشطتها المتنوعة وهو الهدف الذي تسعى المجتمعات في الوصول إليه وتحقيقه بين أفرادها، وتبرز قضية الوعي الصحي واكتسابه ونشره كأحد الأولويات الأهداف الرئيسية الصحية في زمن توحى الكثير من المؤشرات بتدني الصحة العامة وانتشار الأمراض التي يعرفها المجتمع المعاصر ، الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن تسعى للتوصل إليه.

وفي الأخير يمكن القول أن الوعي الصحي الشخصي، الغذائي، الرياضي، و القوام يلعب دورا مهما في تحسين مؤشر كتلة الجسم.

# قائمة المراجع

## أولاً: المراجع باللغة العربية.

1. ابراهيم بسيوني عميرة. (1974). المنهج وعناصره. غزة: دار المعارف.
2. ابن القيم الجوزية. (2003). طب الأبدان.
3. أبو العلا و نصر الدين أحمد أحمد عبد الفتاح. (2003). فسيولوجيا اللياقة البدنية. القاهرة: دار الفكر العربي.
4. إحسان محمد حسن. (1982). الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي. بغداد: دار الطليعة للطباعة .
5. أحمد ابراهيم قنديل. (2001). تأثير التدريس بالوسائل المتعددة على التحصيل الدراسي للعلوم.
6. أحمد نصر الدين سيد. (2003). فسيولوجيا الرياضة. القاهرة: دار الفكر العربي ط1.
7. أحمد يوسف رشاوي. (1995). دور التربية البدنية والرياضية في تنمية القدرة على تركيز الانتباه وعلاقته بالميل والدافع. مستغانم، رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة مستغانم.
8. أسامة كامل راتب. (2004). النشاط البدني والاسترخاء. القاهرة: دار الفكر العربي.
9. أسعد يوسف ميخائيل. (1995). أسس التربية الصحية. القاهرة: مصر للتوزيع والنشر.
10. أعضاء هيئة التدريس بالكلية. (2015). الرياضة وصحة المجتمع. الإسكندرية: مؤسسة عالم الرياضة للنشر ودار الوفاء لدنيا للطباعة.
11. بهاء الدين سلامة. (1985). الجوانب الصحية في التربية الرياضية. مكة المكرمة: مكتبة الفيصلية.
12. بهاء الدين سلامة. (1985). الجوانب الصحية في التربية الرياضية. مكة المكرمة: المكتبة الفيصلية ط1.
13. جرادات، ع. ع. ا. (2022). علاقة السلوك الصحي بمؤشر كتلة الجسم وتأثيرهما على التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة اليرموك. دراسات، العلوم التربوية، 49(2)، 342-330 .
14. حازم النهار وزملاؤه. (2010). الرياضة والصحة في حياتنا. عمان: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
15. حسان علي المحاسنة. (1991). التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي. الكويت: دار الفرح.
16. حشمت ومحمد صلاح الدين. (2009). بيولوجيا الرياضة والصحة. القاهرة: مكر الكتاب للنشر.
17. خويلدي الهواري، وقزقوز، محمد زين سميشة العيد، دراسة بعنوان: "دراسة مقارنة لمستوى الوعي الصحي لدى طلبة الإقامة الجامعية الممارسين والغير ممارسين للأنشطة الترويحية الرياضية، 2018.
18. رشيد عبد القوي. (2019/2018). مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة. مستغانم، معهد التربية البدنية والرياضة، الجزائر: جامعة عبد الحميد بن باديس.
19. الشاعر عبد المجيد وآخرون. (2001). الصحة والسلامة العامة. عمان الأردن: البازوري العلمية للنشر والتوزيع ط1.

20. شافع, ع., محمد الشريف, م., & كريداش, م. ل. (2020). دراسة مستوى مؤشر الكتلة الجسمية لدى المراهقين (12-15) سنة. مجلة النشاط البدني الرياضي المجتمع التربوية و الصحة, 3, 37-47.
21. شريفة أبو الفتوح. (2006).
22. صافي, ع. ا., & شرفي, ع. (2021). مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى تلاميذ الطور المتوسط (11-15 سنة). In: (مذكرة ماستر غير منشورة في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي في تبسة).
23. عبد الشافي حيدر. (2004). إرشادات صحية. غزة: جمعية الهلال الأحمر.
24. عبد الله بوجلال. (1991). الإعلام وقضايا الوعي الاجتماعي في الوطن العربي. بيروت، العدد 142، لبنان : مركز دراسات الوحدة العربية.
25. عبد المجيد قطاس رشدي. (2004). التغذية الصحية. عمان: البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
26. عصام حسنات. (2008). علم الصحة الراضية. الأردن: دار أسامة للنشر ولتوزيع.
27. عماد الدين احسان عياد. (2015). الصحة العامة واللياقة البدنية. الأردن: دار أمجد للنشر والتوزيع ط1.
28. كمال جميل الربضي. (2008). الرياضة لغير الرياضيين. الأردن: الجامعة الأردنية.
29. ليلي السيد فرحات. (2001). القياس والاختبار في التربية الرياضية. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
30. المتولي, م. ا., & أحمد, م. ن. م. (2016). علاقة مؤشر كتلة الجسم بالسلوك الصحي لدى العاملين بكلية التربية الرياضية، جامعة المنصورة. المجلة العلمية للتربية البدنية و علوم الرياضة, 2016(76), 121-142.
31. محمد حسن علاوي. (1986). علم النفس الرياضي. القاهرة: دار المعرفة.
32. محمد زيان عمر. (1996). البحث العلمي منهجه وتقنياته. الرياض: مطبعة خالد حسين الطرابيشي.
33. محمد صبحي حسنين. (1995). القياس والتقويم في التربية البدنية. القاهرة: دار الفكر العربي ط3.
34. محمد محمد الزكري. (2007). جهود الصحافة في نشر المعرفة الصحية. السعودية: رسالة ماجستير منشورة بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
35. محمد هاني ، سلمى الدوارة، راتب. (2007).
36. محمود عبد المنعم شحات. (1991). التدخين والمخدرات. القاهرة: مكتبة الزهراء.
37. محمود قاسم. (1976). المنطق الحديث ومناهج البحث. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
38. مدحت قاسم وأحمد عبد الفتاح. (2004). الأندية الصحية. القاهرة.
39. المرضي, & محمد, ن. ا. (2005). تقويم اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة واللياقة الحركية لدى طلاب المرحلة الثانوية بولاية الخرطوم. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ,
40. مروان عبد المجيد ابراهيم. (2012). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ط1.

41. مفتي حماد. (2010). *اللياقة البدنية للصحة والرياضة*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
42. منظمة الصحة العالمية. (2016).
43. منظمة الصحة العالمية. (2010).
44. منظمة الصحة العالمية. (2015).
45. منظمة الصحة العالمية. (2016). *الصحة في أهداف التنمية المستدامة*. موجز السياسة 4: الوعي الصحي.
46. مها صاحب عبد. (بلا تاريخ). *مؤشر كتلة الجسم*. تكريت، قسم الاقتصاد المنزلي، العراق.
47. موريس أنجرس. (2006). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. تدريبات علمية.
48. نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي. (2005).
49. نشوى سعيد السيد رجب. (2001). *دراسة الأنماط الجسمية وعلاقتها بمستوى الأداء المهاري للمتقدمين لمدرسة الموهوبين رياضياً*. القاهرة: رسالة ماجستير.
50. الهزاع بن محمد الهزاع. (2006). *القياسات الجسمية (الأنثروبومترية) للإنسان*. الرياض.
51. وديع ياسين التكريتي، ياسين طه حجار. (2012). *الموسوعة الكاملة في الإعداد البدني للنساء*. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة.
52. وفاء منذر فضة. (2004). *التثقيف الصحي في مجالات التمريرض*. الأردن: مكتبة النشر والتوزيع.
53. وليد قصاص. (2009). *الطب الرياضي الوقاية والعلاج والتأهيل*. بيروت لبنان: دار الضياء للطباعة والتصميم.
54. يوسف محمد زامل. (2006). *الثقافة الرياضية*. الأردن: ط1
- ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية.

1. Alasmari, H. D., Al-Shehri, A. D., Aljuaid, T. A., Alzaidi, B. A., & Alswat, K. A. (2017). Relationship Between Body Mass Index and Obesity Awareness in School Students. *J Clin Med Res*, 9(6), 520-524. doi:10.14740/jocmr2987w
2. Örjan, E., Kristjan, O., & Björn, E. (2005). Physical performance and body mass index in Swedish children and adolescents. *J Scandinavian Journal of Nutrition*, 49(4), 172-179.
3. Ostojic, S. M., Stojanovic, M. D., Stojanovic, V., Maric, J., & Njaradi, N. (2011). Correlation between fitness and fatness in 6-14-year old Serbian school children. *J Journal of health, population, nutrition*, 29(1), 53-60.
4. Taleb, S., Oulamara, H., & Agli, A. (2010). Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés à Tébessa (Algérie) entre 1998 et 2005. *J Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(7), 746-751.

الملاحق

الملحق رقم (01)

استبيان الوعي الصحي:

معارض بشدة	معارض	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	الرقم
<b>محور التغذية</b>						
					أهتم أن يكون الغذاء اليومي متكاملًا وشاملاً	01
					يتعذر على تناول وجبة الإفطار لضيق الوقت	02
					أكثر من تناول المشروبات الباردة أو الساخنة بين الوجبات الأساسية	03
					شرب القهوة والشاي يساعدي على التركيز	04
					اهتم بمعرفة عناصر الغذاء التي تمدني بالطاقة	05
					أحافظ على وزني بالشكل المناسب	06
					أكثر من تناول الخضراوات والفاكهة الطازجة	07
					أحاول الابتعاد عن الطعام المقلي وأفضل الطهي	08
<b>محور الصحة الشخصية</b>						
					أهتم بالنوم والراحة لساعات كافية	01
					أهتم بالاستحمام وخاصة بعد المنافسة الرياضية والتمارين	02
					أراعي عند اختياري ملابس مناسبة لدرجة حرارة الجو	03
					أهتم بالسكن في منزل نظيف وصحي من حيث التهوية الجيدة والشمس	04
					أهتم بتقليم اظافر طويلة بغرض تنشيط الدورة الدموية	05
<b>محور ممارسة النشاط الرياضي</b>						
					أمشي لمسافات طويلة بغرض تنشيط الدورة الدموية	01
					أحب الاشتراك في الأنشطة الرياضية والترويحية	02
					أهتم بتخصيص وقت لممارسة بعض التمارين الرياضية	03
					أتوقف عن ممارسة النشاط الرياضي التي قد تؤدي إلى إصابتي	04
					أبتعد عن ممارسة النشاط الرياضي إذا شعرت بالتعب	05
					أشترك في الأنشطة الرياضية بهدف الشعور بالسعادة والرضا	06
<b>محور القوام</b>						



					أهتم بمعرفة الشروط الصحية لوضعية الجلوس عند الدراسة	<b>01</b>
					أهتم بمعرفة شروط المشي الصحيح في الشارع	<b>02</b>
					لا أبالغ في قدرتي على حمل الأشياء	<b>03</b>
					أهتم بمعرفة طريقة حمل الكتب الصحيحة	<b>04</b>
					أعرف تأثير ممارسة الرياضة على القوام غير المعتدل	<b>05</b>
					أهتم بمعرفة كيفية التقاط الأشياء وحملها من الأرض	<b>06</b>
					أهتم بمعرفة كيفية حماية الجسم والمحافظة عليه	<b>07</b>
					أهتم بمعرفة عمل الأجهزة الحيوية في جسمي	<b>08</b>
					أتجنب وسائل الاجهاد والتعب البدني	<b>09</b>
					ممارسة الأنشطة الرياضية تساعد الجسم على أداء وظائفه	<b>10</b>