

مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على
المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية
للكرة الطائرة

د. عبدالناصر عبدالرحيم القدومي
قسم التربية الرياضية - جامعة النجاح الوطنية
نابلس - فلسطين

مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة

د. عبدالناصر عبدالرحيم القدومي

قسم التربية الرياضية - جامعة النجاح الوطنية

نابلس - فلسطين

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي لدى اللاعبين؛ ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (٩٠) لاعبا من المشاركين في بطولة الأندية العربية الثانية والعشرين في الأردن، وطبق عليها استبانة قياس الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية، والتي تكونت من (٥٧) فقرة لقياس الوعي الصحي، موزعة على أربعة مجالات هي: (مجال التغذية، ومجال التدريب الرياضي، والمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، ومجال العناية الصحية) إضافة إلى (٨) فقرات لقياس مصادر المعلومات الصحية، وعلجت البيانات باستخدام المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، وتحليل التباين الثنائي (Tow-Way ANOVA)، وتحليل التباين متعدد المتغيرات التابعة (MANOVA) واختبار سداك (Sidak Test) للمقارنات الثنائية بين المتوسطات.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان عالياً؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨١٪)، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجالات الوعي الصحي، حيث كان أعلى مجال المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما، كما أظهرت النتائج أن وسائل الإعلام أعلى مصدر للحصول على المعلومات الصحية عند اللاعبين. وأوصى الباحث بعدة توصيات من أهمها، توجيه اللاعبين إلى إجراء فحص طبي شامل كل سنة على الأقل.

Health Awareness Level and Sources of Health Information of Arab Clubs Players in Volleyball

Dr. Abed Naser Al-Qadomi

Dept. of Physical Education

Al Najah University

Nables – Palestine

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate health awareness level and sources of health information of Arab clubs players in Volleyball. Furthermore, its purpose was to determine the effect of players experience and qualification on health awareness level.

The sample consisted of 90 players who participated in the twenty-second Arab clubs championship held in Jordan. The questionnaire contains 57 items on health awareness which covers the domains of the study, and 8 items measure sources of health information.

The results indicate that there was a high degree of health awareness level of Arab clubs players in Volleyball, where the overall percentage of response amounted to (81%). Also, the results revealed a significant difference among health awareness domains in favor of social and psychological stress control domain. In addition, there were nonsignificant differences at ($\alpha = 0.05$) on health awareness level of Arab clubs players in Volleyball due to playing experience, qualification and interaction. The media was the first source of health information of players.

Based on the study findings, the researcher recommended guiding players in conducting comprehensive medical tests at least once a year.

مستوى الوعي الصحي، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية لكرة الطائرة

د. عبدالناصر عبدالرحيم القدومي

قسم التربية الرياضية - جامعة النجاح الوطنية

نابلس - فلسطين

مقدمة الدراسة :

يتسم العصر الحديث بالتسارع في مختلف ميادين الحياة، ومن ثم خلق لدى الأفراد نوعاً من التوتر والقلق المستمر؛ وذلك من أجل توفير سبل العيش الكريم، وكل ذلك على حساب صحة الأفراد، وقلة ممارسة الأنشطة، من هنا يطلق عليه الرملي وشحاتة (١٩٩١) عصر "اللانشاط". فالسيارات، والتلفونات، والمساعد الكهربائي، وغيرها من الاختراعات الحديثة التي اعتمد عليها الإنسان اعتماداً كلياً، فأصبح كسولاً خاملاً، فتعرض بذلك لأمراض لم تعرف من قبل، مثل: تصلبات الشرايين، والسكري، والتهاب المفاصل، والسمنة المفرطة، والانحرافات القوامية إلخ. ويؤكد ذلك ملحم (١٩٩٩)، حيث ذكر أن السمنة أخطر مرض يشهده العصر الحديث؛ نظراً لارتباطه ب (٢٦) مرضاً خطيراً من أهمها: تصلبات الشرايين، وضغط الدم، والسكري، وألم أسفل الظهر.. إلخ، والسبب الرئيس في ذلك قلة ممارسة الأنشطة الرياضية، وزيادة في تناول المأكولات الشهية بدرجة كبيرة عن حاجة الشخص اليومية، دون إدراك مخاطر ذلك على الصحة، وهي أخطر المشاكلات الصحية العالمية حالياً؛ حيث يشير كارولي ولاجرافينس (Caroli & Lagravinese, 2002) إلى أن السمنة في السنوات العشرين الأخيرة قد تضاعفت لكي تصل نسبة السمنة عند الأطفال، والمراهقين في أمريكا إلى (٥٠٪) في الوقت الحالي، ومن ثم تُعدّ من أخطر الأمراض في الوقت الحالي.

والتربية الصحية، والتربية الرياضية تربطهما علاقة وثيقة، حيث إن كليهما يهتم بتنمية شخصية الفرد تنمية شاملة مترنة؛ ويظهر ذلك من خلال تعريف كل منهما، حيث تعرف التربية الرياضية بانها: "جزء من التربية العامة، والتي تهدف إلى تنمية شخصية الفرد عقلياً،

وبدنيا، ونفسيا، واجتماعيا، بصورة متكاملة من خلال ممارسة النشاط الرياضي تحت إشراف قيادة واعية" (أبو نمرة، ٢٠٠١). وتعرف الصحة بأنها: "حالة من السلامة والكفاية البدنية، والعقلية، والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد خلو الشخص من المرض، أو العجز" (بدح، ١٩٩٢). ومن خلال عرض التعريفين يتضح أن كليهما جزء من التربية العامة، من هنا يأتي الاهتمام بالوعي الصحي منسجما مع النظرة إلى التربية على أنها أداة تنمية شاملة ومتوازنة للإنسان من النواحي الجسمية، والعقلية، والوجدانية، ويمكن من خلال التربية حل الكثير من مشكلات المجتمع الذي نعيش فيه، مثل نفسي الأمية، وانخفاض مستوى الوعي الصحي لدى الأفراد من أجل العمل على تنمية أنماط السلوك الصحية الملائمة، واكتسابها.

إن التربية الصحية - شأنها كشأن التربية من سائر نواحيها - تعنى بالمعلومات، والمهارات، والاتجاهات، أي؛ أنها تستهدف تغيير ما في الفرد نفسه من حيث آراؤه، وسلوكه، واتجاهه، ويظهر ذلك من خلال تعريف التربية الصحية بأنها " العملية التي تترجم فيها الحقائق الصحية إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على صعيد الفرد، والعائلة، والمجتمع، والبيئة المحيطة" (عليوة، ١٩٩٩).

إن رقي الأمم و نهضتها مرهون إلى درجة كبيرة بمدى رقي فكر أبنائها، وخاصة الشباب منهم، وما يتمتعون به من رحابة عقل، وأصالة فكر، وقوة عقلية، و بدنية، ونفسية، والذي جميعه يصب في بناء الشخصية المتكاملة. وحتى يتم تحقيق ذلك، كما يشير مارلي (Marley, 1982) إلى أن الشخص الذي يتناول طعام الإفطار، ووجبات الطعام باعتدال، ولا يتناول أي وجبة بين الوجبات الغذائية، ويحافظ على الوزن الطبيعي، ولا يدخن، ويتجنب شرب الكحول، ويمارس التمرينات الرياضية بانتظام، ويأخذ قسطا وافرا من النوم (٧-٨) ساعات يوميا، يتمتع بصحة جيدة، ويساهم في إطالة العمر. وقد سبق ميرلسي (Marley, 1982) في ذلك علماء المسلمين من حيث اهتمامهم بصحة الأفراد، سواء أكانوا رياضيين، أم غير رياضيين؛ وذلك من خلال ما أشار إليه الإمام السيوطي (١٩٩٠) في الطب النبوي إلى أنه من تأمل هدى الرسول صلى الله عليه وسلم وجاهه أفضل هدى يمكن حفظ الصحة به، فإن حفظها موقوف على حسن تدبير المطعم، والمشرب، والمسكن، والهواء، والنوم، واليقظة، والحركة، والسكون.

لابد للاعب أولاً وقبل كل شيء أن يتزود بالمعلومات الصحية العلمية؛ ليستعين بها على حفظ صحته، والوقاية من الأمراض، و معالجتها بقدر المستطاع، فالمستوى الصحي في المجتمع لا يمكن أن يرتفع إلا إذا نال أفراد قسطاً من الوعي الصحي؛ وحتى يتم ذلك لا بد من توافر مصادر جيدة للمعلومات الصحية، والتي تأتي من مصادر متعددة، مثل: المطالعة الذاتية، ووسائل الإعلام، والمدارس، والأقران، والأنشطة الثقافية (صباريني والخليلي والقادري، ١٩٨٩). من هنا يتضح أن للتعليم الرسمي ولوسائل الإعلام الدور الرئيس في الحصول على المعلومات الصحية، حيث إن ما يتعلمه الفرد على مستوى المدارس، والجامعات، ووسائل الإعلام من راديو، وتلفزيون، ومجلات، وكتب، وصحف يساهم في الحصول على مثل هذه المعلومات. ومثل ذلك يتباين من مجتمع إلى آخر.. ويظهر ذلك من خلال تفوق طالبات تخصص التربية الرياضية في جامعة إنديانا في الولايات المتحدة الأمريكية على مثيلاتهن الطالبات المصريات في جامعة حلوان في مستوى الوعي الصحي، والاهتمامات الصحية. وكان السبب الرئيس في ذلك اختلاف أنظمة التعليم في كل من مصر، وأمريكا من حيث توافر منهاج مستقل للتربية الصحية في أمريكا على مستوى المدارس، في المقابل لا يوجد مثيله في مصر، ويتم التطرق إلى التربية الصحية من خلال المناهج الدراسية، وعلى وجه الخصوص الأحياء، والعلوم، إضافة إلى توافر برامج الوعي الصحي بدرجة أفضل في أمريكا منها في مصر (Engs & Badr, 1983). وتأكيداً لدور وسائل الإعلام أشار كولتر (Coulter, 2001) إلى أن التلفزيون المحلي، وما يقدم من برامج صحية، يعد المساهم الأول في الحصول على المعلومات الصحية وزيادة الوعي الصحي عند الشباب في إنديانا في أمريكا.

وقام العلي (٢٠٠١) بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، إضافة إلى تحديد أثر متغيرات الجنس، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الأب، والأم عند الطالب، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم على مستوى الثقافة الصحية لديه، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الثقافة الصحية كان جيداً عند أفراد عينة الدراسة حيث وصل متوسط الإجابة عن الاختبار إلى (٧٨,٨١٪). كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيرات الجنس، ومكان الإقامة، ومستوى تعليم الأب، والأم

عند الطالب، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم على مستوى الثقافة الصحية عند الطلبة. وأوصت الدراسة بضرورة وجود منهاج مستقل للتربية الصحية في المدارس كباقي المواضيع الدراسية.

وفي دراسة قامت بها حمام (١٩٩٦) بهدف التعرف على مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول الثانوي في محافظة عمان، وأثره في اتجاهاتهن الصحية، إضافة إلى تحديد الفروق في الثقافة الصحية تبعا لمتغيري التخصص، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي للطالبات. أظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته (٣,٨٠٪) كانت اتجاهاتهن الصحية إيجابية، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الثقافة الصحية واتجاهات الطالبات الصحية، حيث وصل معامل الارتباط إلى (٠,٣٩) وهو دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠٠١)، وأوصت الباحثة بضرورة وجود منهاج مستقل للتربية الصحية في المدارس.

وفي دراسة قام بها لوتس (Lottes,1996) بهدف تحليل فائدة مساق صحي في كلية جتزيبرج، حيث ركزت الدراسة على السؤالين :

*ما الذي يؤدي إلى زيادة معرفة الطلبة بإحداث تغير في سلوكهم في نهاية المساق الصحي؟

*بعد مدة من الوقت ماذا يقول الطلبة عن تأثيرات المساق الصحي من حيث زيادة المعرفة، والتغير في سلوكهم؟

تم مسح الطلبة في نهاية المساق، و بعد أربع سنوات من دراستهم المساق ، ملاحظة ما إذا كان له أثر في نمط حياتهم الصحي، وقد بينت الدراسة أن التغيرات السلوكية التي حدثت في نهاية المساق، وبعده أربع سنوات من دراسة المساق كانت إدارة الوقت، والتغذية، والتغلب على التوتر .

وفي دراسة قام بها صباريني وآخرون (١٩٨٩) حول المعلومات الصحية، ومصادرها لدى طلبة الصحافة والإعلام بجامعة اليرموك، أظهرت نتائج الدراسة أن أداء الطلبة على اختبار الوعي الصحي كان متدنيا بدلالة مرتفعة، وأظهرت النتائج فروقا دالة إحصائيا بين المعلومات الصحية للطلبة يعود لمتغير الجنس وخاصة البعد الخاص بصحة الطفل. كما بينت الدراسة انحدار مستوى المعلومات الصحية للطلبة بارتفاع مستوياتهم في الجامعة باستثناء البعد الخاص بالصحة الشخصية الذي جاء الأداء عليه مرتفعا في السنوات الدراسية العليا.

وبالنسبة لمصادر المعلومات الصحية فقد احتلت المطالعة الذاتية مكان الصدارة، وجميع أفراد العينة، وبمختلف مستوياتهم الجامعية، وتلا ذلك وسائل الإعلام، ثم الموضوعات المدرسية قبل الجامعة، وجاءت المسابقات الجامعية، والأقران، والأنشطة الثقافية في الجامعة في ذيل القائمة.

وفي دراسة قام بها الخليلي والشيخ سالم وأبو دهيس (١٩٨٧) بهدف الكشف عن مستوى الوعي الصحي بين الطلبة الأردنيين في مشارف انتهاء التعليم المدرسي الرسمي بمختلف فروع (العلمي، والأدبي، والمهني) في ثلاث مناطق جغرافية في الأردن، وهي: المفرق، وإربد، والأغوار الشمالية، حيث جرى تطبيق اختبار الوعي الصحي على عينة قوامها (١٩٠٢) طالب وطالبة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة متدن، إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغيرات الجنس، ونوع الدراسة، والمنطقة الجغرافية، حيث كانت الفروق لصالح الإناث تبعاً للجنس، ولصالح الفرع العلمي تبعاً للفرع الدراسي، ولصالح طلبة المفرق تبعاً للمنطقة الجغرافية، وأوصى الباحثون بعدة توصيات، من أهمها: استحداث مناهج منفصلة للصحة في المدارس الأردنية.

ومن خلال ما سبق، وفي ضوء عمل الباحث الأكاديمي لتدريس مساق التربية الصحية، والتدريب في لعبة الكرة الطائرة لاحظ أن غالبية الطلبة واللاعبين مثقفون صحياً، وغير واعين صحياً، على سبيل المثال وعلى الرغم من إدراك اللاعبين، والطلبة للتأثير السلبي للتدخين في الصحة، والأداء الرياضي نجد أنهم يقومون بالتدخين. كذلك الحال بالنسبة للإحماء، وعلى الرغم من معرفتهم بأهميته من ناحية فسيولوجية، ونفسية، والوقاية من الإصابات الرياضية، نجد أنهم أحياناً يقومون باللعب بدون إحماء كافٍ ومن ثم تحدث الإصابات الرياضية. ومثل ذلك يؤكد أهمية إجراء مثل هذه الدراسة بالنسبة للاعبين والباحثين، ومخططى المناهج الدراسية، ولكافة العاملين في المجال الرياضي.

أهمية الدراسة :

يمكن إيجاز أهمية الدراسة بما يلي:

- ١ - يتوقع من خلال نتائج الدراسة معرفة مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي، ومن ثم التعرف على جوانب القوة، وتعزيزها، وجوانب الضعف، والعمل على علاجها.
- ٢ - يتوقع من خلال نتائج الدراسة الحالية التعرف على أثر كل من متغيري (المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب) في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي.
- ٣ - تشجيع الباحثين على إجراء بحوث جديدة في مجال الوعي الصحي في المجال الرياضي، وذلك من خلال شق آفاق جديدة للبحث العلمي في هذا المجال.

أهداف الدراسة :

سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- ١ - التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي، إضافة إلى تحديد الفروق بين مجالات الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة.
- ٢ - التعرف على الفروق في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب عند اللاعبين.
- ٣ - التعرف على أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

لقد حظيت دراسة الوعي الصحي على مستوى المدارس، والجامعات بدرجة كبيرة من الاهتمام من قبل الباحثين، مثل: دراسات كل من العلي (٢٠٠١)، والطنطاوي (١٩٩٧)، والمقابلة (١٩٩٦)، وحماد (١٩٩٦)، وصباريني وآخرين (١٩٨٩)، والخليلي وآخرين (١٩٨٧)؛ وذلك باستخدام أدوات بحثية تركز على الوعي الصحي العام، والمتمثل في مجالات الوقاية من الأمراض، وصحة البيئة، وصحة المرأة، وصحة الطفل، وصحة الغذاء،

والصحة الشخصية (صباريني وآخرون، ١٩٨٩). بينما لم تحظ دراسة الوعي الصحي الخاص بالرياضيين والمتعلق بتغذية الرياضيين، والتدريب الرياضي، والعلاقات الاجتماعية، ومواجهة الضغوط النفسية، والعناية الصحية بدرجة كافية. ويظهر ذلك من خلال قلة الدراسات التي اهتمت بالموضوع مثل دراسة (Engs & Badr, 1983). وتعد البطولات الرياضية منبعا جيدا لتطوير العلاقات الاجتماعية بين الفرق الرياضية، وتنمية روح المنافسة، وفي الوقت نفسه تشكل فرصة جيدة لجمع البيانات والمعلومات البحثية في مختلف المجالات الرياضية، وعلى وجه الخصوص البطولات العربية، والتي تمثل شريحة واسعة من اللاعبين، وفي ضوء ما سبق ظهرت مشكلة الدراسة لدى الباحث، وبالتحديد يمكن تحديدها بالإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ١- ما مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجالات الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة؟
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة تعزى إلي متغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، والتفاعل بينهما؟
- ٣- ما أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة؟

حدود الدراسة :

*المحدد البشري، والزمني : عينة من لاعبي الأندية العربية في لعبة الكرة الطائرة المشاركين في البطولة المقامة في الأردن بتاريخ ٢٠٠٣/١٢/٥ ولغاية ٢٠٠٣/١٢/١٣ م حيث تم الإعداد للبحث من حيث إعداد الاستبانة، وكتابة الإطار النظري من تاريخ ٢٠٠٣/٩/١٥ م، وتم التنفيذ الميداني لجمع البيانات بتاريخ ٢٠٠٣/١٢/٥ ولغاية ٢٠٠٣/١٢/١٣ م.

*المحدد المكاني: قصر الشباب والرياضة -الأردن.

مصطلحات الدراسة :

الوعي الصحي : ترجمة المعارف، والمعلومات، والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد (علوية، ١٩٩٩). أما التعريف الإجرائي: يقصد به الدرجة التي يحصل عليها اللاعب على استبانة قياس الوعي الصحي المعدة من قبل الباحث.

الطريقة والإجراءات :

- منهج الدراسة :

المنهج الوصفي المسحي، وذلك نظرا لملاءمته لأغراض الدراسة .

- عينة الدراسة :

أجريت الدراسة على عينة من لاعبي الكرة الطائرة المشاركين في البطولة العربية الثانية والعشرين للأندية في الأردن في المدّة الزمنية الواقعة ما بين ٢٠٠٣/١٢/٥م ولغاية ٢٠٠٣/١٢/١٣م ، والبالغ عددهم (١٦٨) لاعب من مختلف الدول العربية، موزعين على (١٤) ناديا، وتم استثناء اللاعبين الأجانب، إضافة إلى اللاعبين الذين لم يبدوا الرغبة في تعبئة الاستبانة، وبعض الأندية التي لم يتم التمكّن من توزيع الاستبانات عليها وهي : العربي القطري، وشباب الحسين الأردني، والنجمة البحريني. وقد بلغ عدد الاستبانات التي جمعت (٩٠) استبانة ، أي تمثل ما نسبته (٥٣,٥٧ %) من اللاعبين المشاركين في البطولة، والجدول رقم (١) يبين اسم النادي، والدولة، وعدد اللاعبين الذين قاموا بتعبئة الاستبانة.

الجدول رقم (١)

توزيع عينة الدراسة تبعاً للأندية والدولة

الرقم	اسم النادي	الدولة	التكرار	النسبة المئوية (%)
١	المحرق	البحرين	٩	١٠
٢	سيون	اليمن	١٢	١٣,٣
٣	المولودية	الجزائر	٣	٣,٣
٤	الأولمبي	تونس	١	١,١
٥	القادسية	الكويت	١١	١٢,٢
٦	الوحدات	الأردن	٨	٨,٩
٧	الأهلي السعودي	السعودية	١٠	١١,١
٨	القدس	فلسطين	١٠	١١,١
٩	الجمعية الإسلامية	فلسطين	٨	٨,٩
١٠	دريم حمد	السودان	١٠	١١,١
١١	قطر الرياضي	قطر	٨	٨,٩
المجموع			٩٠	١٠٠%

وفيما يتعلق بتوزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، فإن الجدول رقم (٢) يبين ذلك.

الجدول رقم (٢)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب

المجموع	الخبرة / المؤهل			
	أكثر من ١٥ سنة	١١-١٥ سنة	٦-١٠ سنوات	٥ سنوات فأقل
٤٤	١٢	٧	١٦	٩
١٧	٥	٥	٥	٢
٢٩	٢	١٣	١٢	٢
٩٠	١٩	٢٥	٣٣	١٣

- أداة الدراسة :

لأغراض الدراسة قام الباحث بتطوير استبانة لقياس الوعي الصحي؛ وذلك بعد مسح الأدوات البحثية، مثل: مقياس الصليب الأحمر الأمريكي (Red Crosse, 1992)، والمراجع المتخصصة في التربية الصحية، والطب الرياضي، والفسولوجي، والتغذية (انظر على سبيل المثال: سلامة، ١٩٩٦؛ ملحم، ١٩٩٩؛ عبدالوهاب، ١٩٨٩؛ عليوة، ١٩٩٩؛ Williams, 1995 ; Wilmore & Costill, 1994)؛ وإضافة إلى الخبرة الشخصية للباحث في المجال، وذلك بما يتلاءم مع الأهداف المتوخاة من الدراسة، وإجراء التعديلات المناسبة، حيث بلغ عدد فقرات الاستبانة قبل استخراج صدق المحكمين (٦٤) فقرة، وبعد تحكيمها من قبل خمسة من حملة مؤهل الدكتوراه في التربية الرياضية، واعتماد الفقرات التي أجمع عليها (٣) محكمين فأكثر، أصبح عدد فقرات الاستبانة (٥٧)، موزعة على أربعة مجالات. تكون سلم الاستجابة من ثلاث استجابات، هي: دائما (٣) درجات، أحيانا درجتان، نادراً درجة واحدة، وتم صياغة جميع الفقرات بصيغة تعبر عن معنى إيجابي؛ لأنها تعبر عن مستوى الوعي الصحي. والجدول رقم (٣) يبين مجالات الاستبانة، وفقرات كل مجال.

أما فيما يتعلق بمصادر الحصول على المعلومات الصحية، فقد اعتمد الباحث على دراسة الصباريني وآخرين (١٩٨٩) مع إجراء تعديل طفيف، لكي تلائم الواقع الرياضي، وكانت المصادر ثمانية هي: المطالعة الذاتية، ووسائل الإعلام، والموضوعات التي درستها في المدارس، والأصدقاء، والأنشطة الثقافية، والمدرّب، والدورات التدريبية، والزيارات المستمرة للمراكز الصحية. تكون سلم الاستجابة من خمس استجابات أعدت بطريقة ليكرت للسلم الخماسي على النحو الآتي: بدرجة كبيرة جداً (٥) درجات، بدرجة كبيرة (٤) درجات، بدرجة متوسطة (٣) درجات، بدرجة قليلة درجتان، بدرجة قليلة جداً درجة واحدة.

الجدول رقم (٣)

مجالات الاستبانة، وفقرات كل مجال

المجالات	عدد الفقرات	الفقرات
مجال التغذية	١٥	١٥-١
مجال التدريب الرياضي	١٢	٢٧-١٦
المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية	١٥	٤٢-٢٨
مجال العناية الصحية	١٥	٥٧-٤٣
المجموع	٥٧	٥٧-١

وفيما يتعلق بثبات الاستبانة تم استخراجها لعينة مكونة من (٢٤) لاعبا لكرة الطائرة من ناديي جوس، وعزون من أندية الدرجة الممتازة في فلسطين، باستخدام معادلة كرونباخ ألفا؛ والجدول رقم(٤) يبين ذلك.

الجدول رقم (٤)

معادلة كرونباخ ألفا ثبات الاستبانة

المجالات	الثبات (ن=٢٤)	الثبات لعينة الدراسة ككل (ن=٩٠)
مجال التغذية	٠,٨٨	٠,٩١
مجال التدريب الرياضي	٠,٩٢	٠,٩٣
المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية	٠,٨٦	٠,٨٥
مجال العناية الصحية	٠,٩٠	٠,٩٢
الثبات الكلي	٠,٩٢	٠,٩٥

يتضح من الجدول رقم (٤) أن معاملات الثبات لمجالات الاستبانة في الدراسة الاستطلاعية تراوحت ما بين (٠,٨٦ - ٠,٩٠)، وفيما يتعلق بالثبات الكلي للاستبانة

وصل إلى (٠,٩٢)، وجميعها معاملات ثبات عالية وتفي بأغراض الدراسة. أما بالنسبة لعينة الدراسة الأصلية، فقد وصل معامل الثبات الكلي إلى (٠,٩٥) وهو عال، ويفي بأغراض الدراسة.

وبالنسبة للقسم الخاص بمصادر الحصول على المعلومات الصحية وصل معامل الثبات في الدراسة الاستطلاعية إلى (٠,٨٨) وعلى العينة الأصلية (٠,٩٢) وكلاهما يفي بأغراض الدراسة؛ ونظرًا لأن فقرات الاستبانة موجودة في نتائج الدراسة، لم يتم وضع ملحق خاص للاستبانة تجنبًا للتكرار.

- متغيرات الدراسة :

- المتغيرات التصنيفية: وتشتمل على :

- المؤهل العلمي، وله ثلاثة مستويات هي : * ثانوية عامة فأقل * دبلوم سنتان * بكالوريوس فأعلى.

- الخبرة في اللعب، ولها أربعة مستويات هي : * ٥ سنوات فأقل * ٦-١٠ سنوات * ١١-١٥ سنة * أكثر من ١٥ سنة.

- التفاعل بين متغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب.

- المتغير التابع :

ويتمثل في استجابة أفراد عينة الدراسة على استبانة قياس مستوى الوعي الصحي ، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية.

المعالجات الإحصائية :

من أجل الإجابة عن تساؤلات الدراسة استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)؛ وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

١ - إيجاد المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لأداء أفراد العينة على استبانة الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية.

٢ - تحليل التباين متعدد المتغيرات التابعة (MANOVA) باستخدام اختبار هوتلينج تريس

(Hotelling's Trace)، واختبار سداك (Sidak Test)؛ لتحديد الفروق بين مجالات استبانة قياس الوعي الصحي.
 ٣ - تحليل التباين الثنائي (Tow Way ANOVA) بأحد صوره العاملة 4×3 واختبار سداك (Sidak Test) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية عند اللزوم.

نتائج الدراسة:

أولاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول:

ما مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجالات الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة؟ للإجابة عن الشق الأول من التساؤل استخدمت المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لكل فقرة، ولكل مجال، وللدرجة الكلية للوعي الصحي، ونتائج الجداول أرقام (٥)، (٦)، (٧)، (٨) تبين ذلك، بينما يبين الجدول رقم (٩) خلاصة النتائج، والدرجة الكلية للوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة.
 ومن أجل تفسير النتائج؛ ونظراً لأن سلم الاستجابة ثلاثي، اعتمدت النسب المئوية الآتية:

٧٥٪ فأكثر مستوى صحي عالٍ.

٥٠-٧٤,٩٪ مستوى صحي متوسط.

أقل من ٥٠٪ مستوى صحي منخفض.

١- مجال التغذية :

يتضح من الجدول رقم (٥) أن مستوى الوعي الصحي عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة لفقرات مجال التغذية كان عالياً على الفقرات ذوات الأرقام (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٧٥٪) .

الجدول رقم (٥)

المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمستوى الوعي الصحي لمجال التغذية عند أفراد

عينة الدراسة (ن=٩٠)

الرقم	الفقرات	المتوسط	النسبة المئوية (%)	مستوى الوعي الصحي
١	أتناول الفواكه والخضراوات الطازجة أكثر من المعلبة.	٢,٦٠	٨٦,٦٦	عال
٢	أحافظ على وزن مناسب لي.	٢,٥١	٨٣,٦٦	عال
٣	أنوع في المواد الغذائية المتناولة.	٢,٥١	٨٣,٦٦	عال
٤	أتناول الطعام قبل التدريب، أو المنافسة بثلاث ساعات على الأقل.	٢,٤١	٨٠,٣٣	عال
٥	أتجنب تناول الطعام في المطبخ.	٢,٢٨	٧٦	متوسط
٦	أشرب الماء البارد بكميات محدودة أثناء التدريب في الجو الحار.	٢,٢٣	٧٤,٣٣	متوسط
٧	أتناول الوجبات الغذائية في أوقاتها المحددة.	٢,٢١	٧٣,٦٦	متوسط
٨	أفضل الطعام المطهو على الطعام المقلّي.	٢,٢٠	٧٣,٣٣	متوسط
٩	أتناول وجبات غذائية متوازنة تشمل على الكربوهيدرات، والدهون، والبروتينات، والأملاح، والمعادن، والفيتامينات، والماء.	٢,١٧	٧٢,٣٣	متوسط
١٠	أتناول المخللات والتوابل والمحرشات بكميات قليلة.	٢,١٦	٧٢	متوسط
١١	أتجنب تناول اللحوم قبل التدريب، أو المنافسة.	٢,١٠	٧٠	متوسط
١٢	أتجنب تناول الطعام مع سماع الموسيقى، أو مشاهدة التلفاز.	٢,٠٢	٦٧,٣٣	متوسط
١٣	أتجنب شرب الشاي، والقهوة بدرجة كبيرة.	١,٩١	٦٣,٦٦	متوسط
١٤	أتناول الدهون المشبعة (الحيوانية) بكميات محدودة.	١,٨١	٦٠,٣٣	متوسط
١٥	أقرأ التعليمات (النشرة) المتعلقة بالسرعات الحرارية عند شراء المواد الغذائية.	١,٥٦	٥٢	متوسط
	الدرجة الكلية لمجال التغذية	٢,١٧	٧٢,٣٣	متوسط

*أقصى درجة للاستجابة (٣) درجات.

مستوى الوعي الصحي، لدى لاعبي الأندية العربية

د.عبدالناصر القدومي

وكان مستوى الوعي الصحي متوسطا على الفقرات المتبقية ذوات الأرقام (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥)؛ حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة عليها ما بين (٥٢٪-٣٣،٧٤٪). وفيما يتعلق بالمستوى الكلي للوعي الصحي لمجال التغذية كان متوسطا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٢،٣٣٪).

٢- مجال التدريب الرياضي:

يتضح من الجدول رقم (٦) أن مستوى الوعي الصحي عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة لمجال التدريب الرياضي كان عاليا على الفقرات ذوات الأرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٧٥٪).

الجدول رقم (٦)

المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمستوى الوعي الصحي لمجال التدريب الرياضي عند

أفراد عينة الدراسة (ن = ٩٠)

الرقم	الفقرات	المتوسط	النسبة المئوية (%)	مستوى الوعي الصحي
١	أقوم بالإحماء لمدة لا تقل عن (١٥) دقيقة قبل البدء في التدريب أو المنافسة.	٢,٩١	٩٧	عالٍ
٢	أرتدي الملابس الرياضية المناسبة للحالة الجوية أثناء التدريب.	٢,٧٨	٩٢,٦٦	عالٍ
٣	انتقل الحذاء الرياضي المناسب للعبة الكرة الطائرة.	٢,٧٧	٩٢,٣٣	عالٍ
٤	أدرج عند أداء التمرينات من السهل إلى الصعب.	٢,٧٧	٩٢,٣٣	عالٍ
٥	أهتم بأداء تمرينات الإطالة قبل التدريب، والتهدئة في نهايته.	٢,٧٣	٩١	عالٍ
٦	أتجنب ليس الحلي (خاتم، عقد) أثناء التدريب.	٢,٧٣	٩١	عالٍ
٧	أعرف حدود قدراتي ومن ثم لا أبالغ في أداء التدريبات تجنباً للإصابات الرياضية.	٢,٦٨	٨٩,٣٣	عالٍ
٨	أحافظ على الأدوات التي استخدمها في التدريب.	٢,٦٢	٨٧,٣٣	عالٍ
٩	أتقيد بتعليمات المدرب عند أداء التدريبات دون زيادة، أو نقصان.	٢,٥٦	٨٥,٣٣	عالٍ
١٠	أتأكد من سلامة الأجهزة والأدوات قبل استخدامها.	٢,٥٤	٨٤,٦٦	عالٍ
١١	أضع الكسرات (واقى الركبتين) أثناء التدريب والمنافسة.	١,٨٢	٦١	متوسط
١٢	أستخدم الرباط الضاغط لمفصل الكاحل أثناء التدريب والمنافسة.	١,٧٩	٥٩,٦٦	متوسط
	الدرجة الكلية لمجال التدريب الرياضي	٢,٥٥	٨٥	عالٍ

*أقصى درجة لاستجابة (٣) درجات.

وكان مستوى الوعي الصحي متوسطا على الفئتين (١١ ، ١٢)؛ حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليهما على التوالي: (٦١٪، ٥٩،٦٦٪). وفيما يتعلق بالمستوى الكلي للوعي الصحي لمجال التدريب الرياضي كان عاليا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨٥٪).

٣- المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية:

يتضح من الجدول رقم (٧) أن مستوى الوعي الصحي عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة للمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية كان عاليا على الفئات ذوات الأرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٧٥٪).

الجدول رقم (٧)

المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمستوى الوعي الصحي للمجال الاجتماعي والتحكم

في الضغوط النفسية عند أفراد عينة الدراسة (ن = ٩٠)

الرقم	الفقرات	المتوسط	النسبة المئوية (%)	مستوى الوعي الصحي
١	أتعاون مع زملائي في تحقيق الفوز.	٢,٩٠	٩٦,٦٦	عال
٢	أحترم قوانين وأنظمة اللعبة.	٢,٨٩	٩٦,٣٣	عال
٣	لدي إلتزام عال لفريقي.	٢,٨١	٩٣,٦٦	عال
٤	أفضل المصلحة العامة للفريق على المصالح الشخصية.	٢,٨١	٩٣,٦٦	عال
٥	أتحمل مسئوليتي عن أخطائي في التدريب والمنافسة.	٢,٧٨	٩٢,٦٦	عال
٦	أقبل الفوز والهزيمة بروح رياضية.	٢,٧٨	٩٢,٦٦	عال
٧	أشارك زملائي في أفراسهم وأحزانهم.	٢,٧٦	٩٢	عال
٨	أنفذ تعليمات وتوجيهات رئيس الفريق (الكابتن).	٢,٧٦	٩٢	عال
٩	أتعامل مع زملائي في الملعب دون أي عصبية.	٢,٦٧	٨٩	عال
١٠	أضبط انفعالاتي بحيث لا تؤثر سلبيا في أداء الفريق.	٢,٥٨	٨٦	عال
١١	أطور إستراتيجيات (أساليب) مناسبة لحل المشكلات التي تواجهني.	٢,٥٨	٨٦	عال
١٢	أناقش المشكلات التي تواجهني مع زملائي للاعبين ومدربي.	٢,٥٤	٨٤,٦٦	عال
١٣	أأخذ القرار بأقل قدر من القلق النفسي.	٢,٥١	٨٣,٦٦	عال
١٤	أقبل قرارات الحكم بدون عصبية حتى لو كانت خاطئة.	٢,٥٠	٨٣,٣٣	عال
١٥	أعبر عن الغضب والقلق بشكل واضح وصريح.	٢,٣٤	٧٤,٦٦	متوسط
	الدرجة الكلية للمجال الاجتماعي والتحكم بالضغوط النفسية	٢,٦٨	٨٩,٣٣	عال

*أقصى درجة لاستجابة (٣) درجات.

مستوى الوعي الصحي، لدى لاعبي الأندية العربية

د.عبدالناصر القدومي

وكان مستوى الوعي الصحي متوسطا على الفقرة (١٥)؛ حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها (٧٤,٦٦٪). وفيما يتعلق بالمستوى الكلي للوعي الصحي للمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية كان عاليا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨٩,٣٣٪).

٤- مجال العناية الصحية :

يتضح من الجدول رقم (٨) أن مستوى الوعي الصحي عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة لمجال العناية الصحية كان عاليا على الفقرات ذوات الأرقام (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٧٥٪).

الجدول رقم (٨)

المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمستوى الوعي الصحي لمجال العناية الصحية عند

أفراد عينة الدراسة (ن=٩٠)

الرقم	الفقرات	المتوسط	النسبة المئوية (%)	مستوى الوعي الصحي
١	أراجع الطبيب في حالة ظهور أي أعراض مرضية.	٢,٩١	٩٧	عال
٢	أقوم بتقليم أظفاري باستمرار ولا أسمح بزيادة نموها فوق العادة.	٢,٨٢	٩٤	عال
٣	أهتم بنظافة الجسم، وأستحم يوميا.	٢,٧٩	٩٣	عال
٤	ألتزم بتعليمات الطبيب بعد العودة للتدريب من إصابة رياضية.	٢,٦٦	٨٨,٦٦	عال
٥	أتجنب تعاطي المنشطات الرياضية.	٢,٦٣	٨٧,٦٦	عال
٦	أبتعد عن أماكن الضوضاء والإزعاج.	٢,٤٩	٨٣	عال
٧	أناقش أصحاب الاختصاص بالجوانب المتعلقة بالصحة العامة.	٢,٤٤	٨١,٣٣	عال
٨	أتجنب السهر المستمر لمدة طويلة.	٢,٢٩	٧٦,٣٣	عال
٩	أحصل على مدة نوم كافية لا تقل عن (٨) ساعات يوميا.	٢,٢٨	٧٦	عال
١٠	أتابع النشرات الصحية.	٢,٢٢	٧٤	متوسط
١١	أستخدم النظارات الشمسية عند إمضاء وقت كبير تحت الشمس.	٢,١٨	٧٢,٦٦	متوسط
١٢	ألتزم بفحص الأسنان بانتظام.	١,٩٩	٦٦,٣٣	متوسط
١٣	أحتفظ بتاريخ صحي شخصي دقيق.	١,٧٨	٥٩,٣٣	متوسط
١٤	ألتزم بفحص دهنيات الدم (الكوليسترول) كل ستة أشهر على الأقل.	١,٧٣	٥٧,٦٦	متوسط
١٥	أقوم بإجراء فحص طبي شامل كل سنة على الأقل.	١,٦٢	٥٤	متوسط
	الدرجة الكلية لمجال العناية الصحية	٢,٣٢	٧٧,٣٣	عال

*أقصى درجة لاستجابة (٣) درجات.

وكان مستوى الوعي الصحي متوسطا على الفقرات (١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥)؛ حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة عليها ما بين (٥٤-٧٢٪)، وفيما يتعلق بالمستوى الكلي للوعي الصحي لمجال العناية الصحية كان عاليا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٧،٣٣٪).

٥- ترتيب المجالات، والدرجة الكلية لمستوى الوعي الصحي:

يتضح من الجدول رقم (٩) أن مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة كان عاليا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة على الدرجة الكلية إلى (٨١٪)، وفيما يتعلق بترتيب المجالات كان في المرتبة الأولى المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية (٨٩،٣٣٪)، يليه مجال التدريب (٨٥٪)، يليه مجال العناية الصحية (٧٧،٣٣٪)، وأخيرا مجال التغذية (٧٢،٣٣٪) ومن أجل الإجابة عن الشق الثاني من التساؤل المتعلق بتحديد الفروق بين مجالات الوعي الصحي.

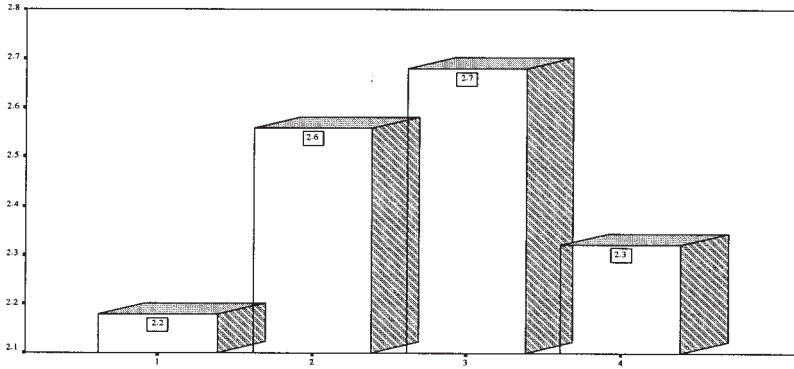
الجدول رقم (٩)

الترتيب والمتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمجالات الوعي الصحي، والدرجة الكلية لمستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة (ن=٩٠)

الترتيب	المجالات	المتوسط	النسبة المئوية (%)	مستوى الوعي الصحي
١	المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية.	٢,٦٨	٨٩,٣٣	عالٍ
٢	مجال التدريب الرياضي.	٢,٥٥	٨٥	عالٍ
٣	مجال العناية الصحية.	٢,٣٢	٧٧,٣٣	عالٍ
٤	مجال التغذية.	٢,١٧	٧٢,٣٣	متوسط
	الدرجة الكلية لمستوى الوعي الصحي	٢,٤٣	٨١	عالٍ

*أقصى درجة لاستجابة (٣) درجات.

يتضح من الجدول رقم (١١) أن جميع المقارنات الثنائية بين المتوسطات الحسابية للمجالات كانت دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$)، وكان أعلى متوسط على المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، والذي وصل إلى (٢,٦٨) درجة، يليه المتوسط على مجال التدريب الرياضي؛ حيث وصل المتوسط إلى (٢,٥٥) درجة، يليه المتوسط على مجال العناية الصحية؛ حيث وصل المتوسط إلى (٢,٢٣) درجة، وأخيراً مجال التغذية؛ حيث وصل المتوسط إلى (٢,١٧) درجة، وتبدو هذه النتيجة بوضوح في الشكل البياني رقم (١).



الشكل رقم (١)

المتوسطات الحسابية لمجالات الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة

١ = مجال التغذية ٢ = مجال التدريب الرياضي ٣ = المجال الاجتماعي والتحكم في

الضغوط النفسية ٤ = مجال العناية الصحية

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة تعزى إلى متغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، والتفاعل بينهما؟

للإجابة عن التساؤل استخدم تحليل التباين الثنائي بأحد صورته العاملية (4×3) حيث تبين نتائج الجدولين رقمي (١٢)، (١٣) المتوسطات الحسابية، ونتائج تحليل التباين الثنائي لمجالات الوعي الصحي، والدرجة الكلية تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب.

الجدول رقم (١٢)

المتوسطات الحسابية لمجالات الوعي الصحي، وللدرجة الكلية عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب.

المتوسط الموزون	بكالوريوس فاعلي	دبلوم سنتان	ثانوية عامة فأقل	المؤهل العلمي / الخبرة	
				الخبرة	المؤهل العلمي
٢,٢٤	٢,١٣	٢,٤٣	٢,١٥	٥ سنوات فأقل	مجال التغذية
	٢,١٦	٢,٠٨	٢,١٨	٦-١٠ سنوات	
	٢,١٣	٢,١٧	٢,٠٥	١١-١٥ سنة	
	٢,١٢	٢,٠٩	٢,٣١	أكثر من ١٥ سنة	
٢,١٦	٢,١٢	٢,١٩	٢,١٧	المتوسط الموزون	
٢,٤٩	٢,٤٥	٢,٤١	٢,٦٢	٥ سنوات فأقل	مجال التدريب الرياضي
	٢,٥٢	٢,٥٨	٢,٤٦	٦-١٠ سنوات	
	٢,٥٧	٢,٦٣	٢,٥٤	١١-١٥ سنة	
	٢,٦٠	٢,٦١	٢,٦٨	أكثر من ١٥ سنة	
٢,٥٤	٢,٥٠	٢,٥٦	٢,٥٨	المتوسط الموزون	
٢,٦٥	٢,٥٦	٢,٧٣	٢,٦٥	٥ سنوات فأقل	المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية
	٢,٦٥	٢,٦٥	٢,٦٥	٦-١٠ سنوات	
	٢,٦٤	٢,٦١	٢,٦١	١١-١٥ سنة	
	٢,٧١	٢,٧٤	٢,٧٧	أكثر من ١٥ سنة	
٢,٦٦	٢,٦٤	٢,٦٨	٢,٦٧	المتوسط الموزون	
٢,١٢	١,٩٦	٢,١٣	٢,٢٧	٥ سنوات فأقل	مجال العناية الصحية
	٢,٢٦	٢,٣٦	٢,٢٠	٦-١٠ سنوات	
	٢,٣٩	٢,٣٨	٢,٤٤	١١-١٥ سنة	
	٢,٤١	٢,٤٤	٢,٤٦	أكثر من ١٥ سنة	
٢,٢٩	٢,٢١	٢,٣٣	٢,٣٤	المتوسط الموزون	
٢,٣٧	٢,٢٨	٢,٤٢	٢,٤٢	٥ سنوات فأقل	مستوى الوعي الكلي
	٢,٤٠	٢,٤١	٢,٣٧	٦-١٠ سنوات	
	٢,٤٤	٢,٤٥	٢,٤١	١١-١٥ سنة	
	٢,٤٥	٢,٤٧	٢,٥٦	أكثر من ١٥ سنة	
٢,٤١	٢,٣٧	٢,٤٤	٢,٤٤	المتوسط الموزون	

الجدول رقم (١٣)

نتائج تحليل التباين الثنائي لدلالة الفروق في الوعي الصحي، وللدرجة الكلية عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، والتفاعل بينهما

مستوى الدلالة *	(ف) المصوبة	متوسط الانحراف	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	مصدر التباين	مجالات الوعي الصحي
٠,٧٢	٠,٣٢	٠,٢١٦	٠,٠٤٣٣	٢	المؤهل العلمي	مجال التغذية
٠,٧٤	٠,٤٠	٠,٢٧١	٠,٠٨١٦	٣	الخبرة	
٠,٢٢	١,٤٠	٠,٠٩٣	٠,٥٥	٦	المؤهل العلمي × الخبرة	
		٠,٠٦٦٤	٥,١٨	٧٨	الخطأ	
			٨,٨٣	٨٩	المجموع	
٠,٥٦	٠,٥٨	٠,٠٣١٤	٠,٠٦٢٨	٢	المؤهل العلمي	مجال التدريب الرياضي
٠,٦٩	٠,٤٨	٠,٠٢٦	٠,٠٧٨	٣	الخبرة	
٠,٦٤	٠,٧١	٠,٠٣٨	٠,٢٢	٦	المؤهل العلمي × الخبرة	
		٠,٠٥٣	٤,١٩	٧٨	الخطأ	
			٤,٧٠	٨٩	المجموع	
٠,٧٨	٠,١٣	٠,٠٦٨	٠,٠١٣٦	٢	المؤهل العلمي	المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية
٠,٨٣	٠,٢٩	٠,٠١٤	٠,٠٤٤٥	٣	الخبرة	
٠,٨٧	٠,٤٠	٠,٠٢	٠,١٢	٦	المؤهل العلمي × الخبرة	
		٠,٠٥١	٣,٩٧	٧٨	الخطأ	
			٤,٢٤٢	٨٩	المجموع	
٠,٣٠	١,٢١	٠,٠٩	٠,١٨	٢	المؤهل العلمي	مجال العناية الصحية
٠,٠٤	٢,٨٢	٠,٢١	٠,٦٣	٣	الخبرة	
٠,٧٠	٠,٦٣	٠,٠٤٧	٠,٢٨	٦	المؤهل العلمي × الخبرة	
		٠,٠٧٤	٥,٨٢	٧٨	الخطأ	
			٧,٠٦٠	٨٩	المجموع	
٠,٤٢	٠,٨٥	٠,٠٢٩	٠,٠٥٩	٢	المؤهل العلمي	الدرجة الكلية
٠,٧٠	٠,٤٦	٠,٠١٦	٠,٠٤٨	٣	الخبرة	
٠,٦٦	٠,٦٨	٠,٠٢٣٦	٠,١٤	٦	المؤهل العلمي × الخبرة	
		٠,٠٣٤	٢,٧٠	٧٨	الخطأ	
			٣,٠٣	٨٩	المجموع	

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$).

مستوى الوعي الصحي، لدى لاعبي الأندية العربية

د.عبدالناصر القدومي

يتضح من الجدول رقم (١٢) تقارب المتوسطات الحسابية في مجالات التغذية، والتدريب الرياضي، والمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، والدرجة الكلية للوعي الصحي تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة، أما بالنسبة لمجال العناية الصحية فكان هناك تقارب بين المتوسطات تبعاً للمؤهل العلمي، أما بالنسبة للخبرة فكان هناك فارق واضح بين المتوسطات، وللتحقق من ذلك أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة في مجالات التغذية، والتدريب الرياضي، والعلاقات الاجتماعية والتحكم في الضغوط النفسية، والدرجة الكلية للوعي الصحي تعزى إلى متغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، والتفاعل بينهما. كذلك لم تكن الفروق دالة إحصائياً في مجال العناية الصحية تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والتفاعل بين متغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الخبرة في اللعب.

ولتحديد الفروق في مجال العناية الصحية تبعاً لمتغير الخبرة في اللعب، تم استخدام اختبار سداك (Sidak Test) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية، ونتائج الجدول رقم (١٤) تبين ذلك.

الجدول رقم (١٤)

نتائج اختبار سداك (Sidak Test) لدلالة الفروق في مستوى الوعي الصحي في مجال

العناية الصحية تبعاً لمتغير الخبرة في اللعب

الخبرة في اللعب	المتوسط الحسابي	٥ سنوات فأقل	٦-١٠ سنوات	١١-١٥ سنة	أكثر من ١٥ سنة
٥ سنوات فأقل	٢,١٢	-	٠,١٤-	*٠,٢٧-	*٠,٢٩-
٦-١٠ سنوات	٢,٢٦			٠,١٢-	٠,١٤-
١١-١٥ سنة	٢,٣٩				٠,٠٢-
أكثر من ١٥ سنة	٢,٤١				

*دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$.

يتضح من الجدول رقم (١٤) أن الفروق كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في مجال العناية الصحية بين اللاعبين أصحاب الخبرة (٥ سنوات فأقل)، وأصحاب الخبرة (١١-١٥ سنة)، و(١٥ سنة فأكثر)، ولصالح أصحاب الخبرة (١١-١٥ سنة)، و(١٥ سنة فأكثر)، بينما لم تكن المقارنات الأخرى دالة إحصائياً. وتعني مثل هذه النتيجة أن مستوى الوعي الصحي في مجال العناية الصحية أفضل عند أصحاب الخبرة الطويلة مقارنة بأصحاب الخبرة القصيرة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث:

ما أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي؟

وللإجابة عن التساؤل استخدمت المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لكل مصدر من هذه المصادر، ونتائج الجدول رقم (١٥) تبين ذلك. ومن أجل تفسير النتائج؛ ونظراً لأن سلم الاستجابة خماسي اعتمدت النسب المئوية الآتية في تفسير النتائج:

٨٠٪ فأكثر درجة كبيرة جداً.

٧٠-٧٩٪ درجة كبيرة.

٦٠-٦٩٪ درجة متوسطة.

٥٠-٥٩٪ درجة قليلة.

أقل من ٥٠٪ درجة قليلة جداً.

الجدول رقم (١٥)

الترتيب والمتوسطات الحسابية، والنسب المئوية لمصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي (ن=٩٠)

الترتيب	المصدر	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية (%)	الدرجة
١	وسائل الإعلام	٣,٧٢	٧٤,٤	كبيرة
٢	الأصدقاء	٣,٧١	٧٤,٢	كبيرة
٣	المدرّب	٣,٦٨	٧٣,٦	كبيرة
٤	الموضوعات التي درست في المدارس	٣,٥٤	٧٠,٨	كبيرة
٥	المطالعة الذاتية	٣,٤٦	٦٩,٢	متوسطة
٦	الدورات التدريبية	٣,٣٤	٦٦,٨	متوسطة
٧	الأنشطة الثقافية	٣,١٣	٦٢,٦	متوسطة
٨	الزيارات المستمرة للمراكز الصحية	٣,٠٣	٦٠,٦	متوسطة
	الدرجة الكلية	٣,٤٣	٦٨,٦	متوسطة

*أقصى درجة لاستجابة (٥) درجات.

يتضح من الجدول رقم (١٥) أن وسائل الإعلام، والموضوعات التي درست في المدارس، والأصدقاء، والمدرّب كانت من المصادر التي تساهم بدرجة كبيرة في الحصول على المعلومات الصحية عند عينة من لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة؛ حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة ما بين (٧٠,٨-٧٤,٤٪)، بينما كانت مساهمة المطالعة الذاتية، والأنشطة الثقافية، والدورات التدريبية، والزيارات المستمرة للمراكز الصحية في الحصول على المعلومات الصحية بدرجة متوسطة؛ حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة عليها ما بين (٦٠,٦-٦٩,٢٪). وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لمساهمة هذه المصادر كانت بدرجة متوسطة؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٨,٦٪).

مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الوطن العربي تبعاً لمتغيري المؤهل العلمي، والخبرة في اللعب عند اللاعب، و التعرف على أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية عند أفراد عينة الدراسة؛ لتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة من لاعبي الكرة الطائرة المشاركين في البطولة العربية الثانية والعشرين للأندية التي أقيمت في الأردن في المدة الزمنية الواقعة ما بين ٢٠٠٣/١٢/٥م ولغاية ٢٠٠٣/١٢/١٣م، حيث بلغ عدد من قاموا بتعبئة الاستبانة (٩٠) لاعبا من أصل (١٦٨) لاعب، أي يمثلون ما نسبته (٥٣,٥٧%) من اللاعبين المشاركين في البطولة، وبعد جمع المعلومات عولجت إحصائيا باستخدام برنامج الرزم الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وفيما يتعلق بنتائج الدراسة أظهرت النتائج مستوى الوعي الصحي العام عند أفراد عينة الدراسة كان عاليا؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨١%)؛ والسبب في ذلك يعود إلى أن غالبية الممارسات التي اشتملت عليها الاستبانة يتعامل معها اللاعب في التدريب، والمنافسات ومن ثم يكون للتدريب دور أساس في اكتسابها، وهذا يتفق مع ما يعرف بقانون أثر التدريب الذي وضعه ثورندايك في مجال علم النفس؛ حيث إن تكرار حدوث الشيء يساعد على التعلم (برنامج التعليم المفتوح، ١٩٩٢).

ولأغراض المناقشة سوف يتم مناقشة النتائج تبعا لمجالات الاستبانة؛ وذلك على النحو الآتي:

فيما يتعلق بمجال التغذية أظهرت نتائج الجدول رقم (٥) أن مستوى الوعي الصحي كان متوسطا في المجال حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٢,٣٣%) وكان في المرتبة الأخيرة بالنسبة لمجالات الاستبانة، إضافة إلى أن نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات التابعة (MANOVA) في الجدول رقم (١٠) واختبار سداك في الجدول رقم (١١) والشكل البياني رقم (١) أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجال التغذية، والمجالات الأخرى من الاستبانة، ولصالح المجالات الأخرى، وكان أفضل مستوى للوعي الصحي على الفقرات المتضمنة، تناول الفواكه والخضراوات الطازجة أكثر من المعلبة،

وتناول الطعام قبل المنافسة والتدريب بثلاث ساعات على الأقل، وهذا يتفق مع ما أشار إليه عبدالوهاب (١٩٨٩) بضرورة تناول وجبة ما قبل المباراة بثلاث ساعات على الأقل. وفيما يتعلق بأقل نسبة من الوعي الصحي كانت حول قراءة اللاعبين للتعليمات المتعلقة بالسعرات الحرارية عند شراء المواد الغذائية، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة عليها إلى (٥٢٪)، كذلك الفقرة المتضمنة تناول الدهون المشبعة بكميات محدودة حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٠,٣٣٪)، والفقرة المتضمنة تجنب شرب الشاي، والقهوة بدرجة كبيرة، حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها (٦٦,٦٣٪)، ومن خلال النظر إلى مثل هذه الممارسات يتضح أنها مرتبطة بعادات وتقاليد المجتمع العربي الشرقي، والمتعلقة بطبيعة التغذية والضيافة، حيث إن الطعام الغني بالدهن (مرتفع نسبة الدهون المشبعة) يعبر عن التقدير والاحترام للضيف، كما أن شرب الشاي والقهوة يعدان من أكثر المشروبات استخداما للضيافة في المجتمع العربي، ولاعبو الكرة الطائرة جزء من هذا المجتمع؛ لذلك يتكيفون مع العادات والتقاليد الاجتماعية السائدة في المجتمع. ويؤكد ذلك ملحم (١٩٩٩) في إشارته إلى أن العادات والتقاليد الاجتماعية السائدة تساهم في زيادة السمنة عند الأفراد، لأن الشخص بسبب المجاملة للآخرين، سواء أكان ذلك في تناول الطعام والحلويات أم الشراب، حيث يتناول الشخص سعرات حرارية إضافية أكثر من حاجته، ومن ثم تخزن في الجسم على شكل دهون ومع مرور الزمن يصبح الشخص سميئا، ويعاني من الكثير من أمراض العصر، وتأكيدا لذلك يشير ماكاردل وكاتش وكاتش (McArdle, Katch & Katch, 1986, p543) إلى أن تناول (١٠٠) سعر حراري يوميا فوق حاجة الشخص كفيلا بزيادة وزن الشخص (١٠) كغم تقريبا في السنة. وهناك من الأمثلة والمقولات الشائعة في المجتمع العربي التي تؤكد الممارسات الصحية الخاطئة المتعلقة بالتغذية، منها: "لقمة الشبعان أربعين لقمة"، "الذي يترك شايه خاله لي جيدا" إن مثل هذه المقولات والمجاملة على حساب الصحة ترسخ المفاهيم الخاطئة عند الأفراد. بالإضافة إلى ذلك يُعدّ افتقار المناهج الدراسية العربية لمنهاج مستقل للتربية الصحية من العوامل المساهمة في الحصول على مستوى متوسط من الوعي الصحي في مجال التغذية، حيث أشارت دراسات كل من الخليلي وآخرين (١٩٨٧)، وصباريني وآخرين (١٩٨٩)، والعلي (٢٠٠١)، والطنطاوي (١٩٩٧) وحمام (١٩٩٦) إلى أنه لا يوجد منهاج مستقل لتدريس

التربية الصحية في المدارس، ويتم تدريسها من خلال مادة العلوم والأحياء، وأوصت غالبية هذه الدراسات بضرورة إيجاد منهاج مستقل في المدارس من أجل إكساب النشء المعلومات والممارسات الصحية في سن مبكرة، ومن ثم تبنيها وممارستها لاحقا؛ وذلك لأنها تصبح قيمة في داخله وتوجه سلوكه.

وحول الفروق في مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب والمؤهل العلمي للاعبين، والتفاعل بينهما أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي في مجال التغذية تعزى إلى متغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما.

وفيما يتعلق بمجال التدريب الرياضي أظهرت نتائج الجدول رقم (٦) أن مستوى الوعي الصحي كان عاليا في المجال حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨٥٪) وكان ترتيبه الثاني بالنسبة لمجالات الاستبانة، وكان أفضل مستوى للوعي الصحي على الفقرات المتضمنة "قيام اللاعب بالإحماء لمدة لا تقل عن ١٥ دقيقة قبل البدء في التدريب، أو المنافسة"، و "ارتداء الملابس المناسبة للحالة الجوية"، و "انتعال الحذاء الرياضي المناسب للعبة الكرة الطائرة"، و "الاهتمام بتمرينات الإطالة قبل التدريب والتهديئة في نهايته". ومن خلال النظر إلى مثل هذه الفقرات يلاحظ أنها من المتطلبات الأساسية لحسن الأداء الرياضي والوقاية من حدوث الإصابات الرياضية، حيث أثبتت الدراسات على لاعبي الكرة الطائرة بتحسين أداء الوثب العمودي عند اللاعبين (القدومي، ٢٠٠٣)، أضف إلى ذلك يتفق كل من بروس (Bruce, 1986)، وفوكس وبورز (Fox & Bowers, 1992)، وفشر وبترسون (Fisher & Peterson, 1990) على أنه مبدأ من مبادئ التدريب الرياضي مثله مثل المبادئ الأخرى المعروفة والمألوفة في التدريب الرياضي، مثل مبدأ الفروق الفردية، والتموج في التدريب، والخصوصية في التدريب، والتدرج في التدريب، إلخ (Meloslav & et al., 1983). إضافة إلى أهميته في تهيئة العضلات والمفاصل وأجهزة الجسم المختلفة للقيام بأدوارها دون حدوث إصابات رياضية، إضافة إلى التهيئة النفسية للاعبين.

وفيما يتعلق بالملابس المناسبة لطبيعة النشاط يشير عليوة (١٩٩٩)، أن الملابس تعمل على حماية الجسم من البرد والحر الشديد، وتساعد على حفظ التوازن الحراري، كما تحافظ على

وقاية الجسم من الإصابات الرياضية؛ لذا يجب توافر الملابس الرياضية المناسبة لوظائف الجسم المختلفة تحت تأثير التدريبات البدنية مرتفعة الشدة في مختلف الظروف المناخية. وقد كان أقل مستوى من الوعي الصحي على الفئتين المتضمنتين " استخدام الرباط الضاغط لمفصل الكاحل" و " استخدام الكسارات لوقاية الركبتين أثناء التدريب والمنافسة". ومثل ذلك يعني قلة إدراك اللاعبين لأهميتهما في الوقاية من الإصابات الرياضية، حيث أشار ثورندايك عام ١٩٥٤ إلى أن استخدام الرباط الضاغط لمفصل الكاحل أثناء التدريب، أو المنافسة عند لاعبي الكرة الطائرة يساهم في الوقاية من حدوث الإصابات الرياضية بنسبة (٥٠٪) (Watkins &Green,1992). وحول الفروق في مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي للاعبين، والتفاعل بينهما، أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي في مجال التدريب الرياضي تعزى إلى متغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما.

وفيما يتعلق بالمجال الاجتماعي ومواجهة الضغوط النفسية، أظهرت نتائج الجدول رقم (٧) أن مستوى الوعي الصحي كان عاليا على المجال حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٨٩,٣٣٪) وكان ترتيبه الأول بالنسبة لمجالات الاستبانة، وأظهرت نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات التابعة (MANOVA) في الجدول رقم (١٠) واختبار سداك في الجدول رقم (١١) والشكل البياني رقم (١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجال الاجتماعي ومواجهة الضغوط النفسية والمجالات الأخرى من الاستبانة، ولصالح المجال الاجتماعي ومواجهة الضغوط النفسية. وكان مستوى الوعي الصحي عاليا على جميع الفقرات باستثناء الفقرة المتضمنة " التعبير عن الغضب والقلق بشكل صريح وواضح"، وكان أفضل مستوى للوعي الصحي على الفقرات المتضمنة " أتعاون مع زملائي في تحقيق الفوز"، " احترام القوانين والأنظمة"، " الانتماء العالي للفريق"، " مشاركة الزملاء في الأفراح والأحزان"، والسبب الرئيس يعود إلى أن طبيعة لعبة الكرة تتطلب وجود تعاون عال بين أفراد الفريق لتحقيق الفوز، إضافة إلى حسن الإعداد النفسي؛ لأنها تتطلب من اللاعب القيام بمسؤولية عالية في مساحة صغيرة.

ونظرا لأن غالبية المشاركين في البطولة يمثلون نخبة من لاعبي الأندية في كل دولة، فإن خبرات النجاح والأداء والثقة بالنفس لديهم عالية، حيث يشير راتب (١٩٩٥) إلى أنه يوجد في مجال الممارسة الرياضية بعض الرياضيين يكونون غير واثقين بأنفسهم، أي يعوزهم الثقة بالنفس (Lack of Confidence) بينما بعضهم الآخر يتميزون بدرجة مبالغ فيها من الثقة بالنفس (Over Confidene) والثقة الزائفة (False Confidence) وفريق ثالث من الرياضيين لديهم مقدار من الثقة بالنفس، وهذا هو المستوى المرغوب فيه من الثقة، ويكون عند لاعبي المستويات الرياضية العالية كما هو الحال عند أفراد عينة الدراسة الحالية، الذين يمثلون النخبة للأندية العربية في لعبة الكرة الطائرة، وهذا ما أكدته دراسة ميليزا (Melissa, 1998) في أن التطور في القدرات يعمل على زيادة فاعلية الذات عند الممارسين للألعاب الرياضية، وتقليل التوتر والضغوط النفسية، وتؤكد ذلك نظرية فيالي (Vealey, 1986) والتي تقوم على أساس أن درجة تيقن اللاعب بقدرته على التفوق الرياضي والنجاح في المجال الرياضي تساهم في زيادة الثقة بالنفس لديه، وحسن التكيف، ومواجهة الضغوط النفسية.

وحول الفروق في مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي للاعبين، والتفاعل بينهما، أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي في المجال الاجتماعي ومواجهة الضغوط النفسية تعزى إلى متغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما.

وفيما يتعلق بمجال العناية الصحية، أظهرت نتائج الجدول رقم (٨) أن مستوى الوعي الصحي كان عاليا في المجال؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٧,٣٣٪) وكان ترتيبه الثالث بالنسبة لمجالات الاستبانة، وأظهرت نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات التابعة (MANOVA) في الجدول رقم (١٠) واختبار سداك في الجدول رقم (١١) والشكل البياني رقم (١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجال العناية الصحية والمجالات الأخرى من الاستبانة، حيث كانت الفروق بين مجال التغذية ومجال العناية الصحية، ولصالح مجال العناية الصحية. بينما كانت المقارنات الأخرى بين مجال العناية الصحية، ومجالي التدريب الرياضي، والمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية كانت لصالح مجالي

التدريب الرياضي، والمجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية، وكان أعلى مستوى للوعي الصحي على الفقرات المتضمنة "أراجع الطبيب في حالة ظهور أي أعراض مرضية" "التزم بتعليمات الطبيب بعد العودة للتدريب من إصابة رياضية"، "أتجنب تعاطي المنشطات الرياضية"؛ ولعل السبب في ذلك يعود إلى زيادة الوعي الصحي لدى اللاعبين في المجال؛ وذلك نتيجة لتركيز وسائل الإعلام على هذه الجوانب، فعند أخذ المنشطات على سبيل المثال لوحظ كيفية التركيز على أخذ المنشطات من قبل اللاعبين المشهورين عالمياً، مثل: مارادونا، وبن جونسون.. إلخ من اللاعبين، إضافة إلى المخاطر الصحية والاجتماعية الناجمة عن تعاطي المنشطات، وأكدت دراسة كولتر (Coulter, 2001) أهمية التلفزيون في نشر الوعي الصحي كوسيلة إعلام مسموعة ومرئية في آن واحد؛ لذلك كان مستوى الوعي عالياً على مثل هذه الفقرات.

أما فيما يتعلق بأقل مستوى من الوعي كان على الفقرتين المتضمنتين "أقوم بفحص طبي شامل كل سنة"، "ألتزم بفحص دهنيات الدم (الكوليسترول) كل ستة أشهر على الأقل"؛ ولعل السبب في ذلك يعود لأسباب اقتصادية عند غالبية اللاعبين، والتخوف من ظهور بعض الأمراض الكامنة، مثل: السكري، والأنيميا الرياضية، والسرطان عند بعض اللاعبين، ومثل هذه النتيجة لا تتفق مع ما أشار إليه سلامة (١٩٩٦) حول ضرورة إجراء الكشف الطبي الدوري للاعبين قبل ممارسة النشاط الرياضي، للتعرف على حالة وسلامة أجهزة الجسم المختلفة، إضافة إلى إجراء فحوصات البصر، والبول، وتحليل الدم، وحدة السمع.

وحول الفروق في مستوى الوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي للاعبين، والتفاعل بينهما أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي في مجال العناية الصحية تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، والتفاعل بين الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً في المجال تبعاً لمتغير الخبرة في اللعب، حيث أظهرت نتائج اختبار سداك للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية على المجال في الجدول رقم (١٤) أن غالبية الفروق كانت لصالح اللاعبين من أصحاب الخبرة (أكثر من ١٥ سنة)، ويرى الباحث أن السبب في ذلك قد يعود إلى أن اللاعبين من أصحاب الخبرة

الطويلة لا بد وأن تعرضوا خلال خبرتهم الطويلة في اللعب إلى الإصابات الرياضية والتي منعتهم من الاستمرار في اللعب ، وقد تكون حرمت بعضهم التغيب عن موسم رياضي كامل، ومن ثم يدركون أهمية العناية الصحية، ومراجعة الطبيب في حالة ظهور أي أعراض مرضية؛ وذلك مقارنة باللاعبين من أصحاب الخبرة القصيرة، ومن تعرضوا لمثل هذه المواقف بدرجة أقل؛ لذلك كانت الفروق في مجال العناية الصحية لصالح اللاعبين أصحاب الخبرة الطويلة.

وحول الفروق في مستوى الوعي الصحي العام (المجالات مجتمعة) عند أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي للاعبين، والتفاعل بينهما، أظهرت نتائج تحليل التباين الثنائي في الجدول رقم (١٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي العام تعزى إلى متغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما.

وفيما يتعلق بمصادر الحصول على المعلومات الصحية أظهرت نتائج الجدول رقم (١٥) أن وسائل الإعلام ، والموضوعات التي درست في المدارس، والأصدقاء، والمدرّب كانت من أعلى المصادر في الحصول على مثل هذه المعلومات ، وجاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج دراسة كولتر (Coulter,2001) التي أظهرت أن التلفزيون المحلي، وما يقدم من برامج صحية يعد المساهم الأول في الحصول على المعلومات الصحية، وزيادة الوعي الصحي عند الشباب في انديانا في أمريكا، كما جاءت النتائج متفقة مع نتائج دراسة صباريني وآخرين (١٩٨٩) التي أظهرت أن وسائل الإعلام احتلت المرتبة الثانية في الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة الصحافة والإعلام في جامعة اليرموك، وفيما يتعلق بالمدرّب فهو بمثابة معلم للاعبين ، ويظهر ذلك من خلال تعريف التدريب الرياضي بأنه عملية تربوية تهدف إلى إعداد الرياضيين للوصول إلى المستويات الرياضية العالية، والواجبات التعليمية، سواء أكانت للمهارات أم إكساب المعلومات المتصلة بعملية التدريب من الواجبات الأساسية التي تقع على كاهل المدرّب (Harre,1982) ؛ لذلك أيضا جاء المدرّب من أعلى المصادر في الحصول على المعلومات الصحية للاعبين. أيضا أظهرت نتائج الجدول رقم (١٥) أن أقل مصادر الحصول على المعلومات الصحية كانت : مصادر الزيارات المستمرة للمراكز الصحية ، والأنشطة الثقافية ، والدورات التدريبية؛ ومثل هذه النتيجة تؤكد أهمية عقد

دورات ثقافية وتعليمية ، وتدريبية في المجال الصحي؛ وذلك بهدف رفع مستوى الوعي الصحي لدى اللاعبين.

الاستنتاجات :

- في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها يستنتج الباحث ما يلي:
- ١- وجود مستوى وعي صحي عالٍ عند لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة على الاستبانة ككل إلى (٨١٪).
 - ٢- إن أعلى مستوى للوعي الصحي عند أفراد عينة الدراسة كان في المجال الاجتماعي والتحكم في الضغوط النفسية (٨٩,٣٣٪)، وكان أقل مستوى من الوعي الصحي في مجال التغذية (٧٢,٣٣٪).
 - ٣- لا يوجد تأثير لمتغيري الخبرة في اللعب، والمؤهل العلمي، والتفاعل بينهما عند اللاعبين على مستوى الوعي الصحي، وكان هناك تأثير جزئي للخبرة في مجال العناية الصحية، ولصالح أصحاب الخبرة الطويلة.
 - ٤- إن أعلى مستوى من الوعي الصحي تمثل في الفقرة التي نصها "ألتزم بتعليمات الطبيب بعد العودة للتدريب من إصابة رياضية" حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة عليها إلى (٨٨,٦٦٪)، وكان أقل مستوى من الوعي الصحي متمثلاً في الفقرة التي نصها "اقرأ التعليمات (النشرة) المتعلقة بالسعرات الحرارية عند شراء المواد الغذائية"؛ حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة عليها إلى (٥٢٪).
 - ٥- إن أعلى مصدر للحصول على المعلومات الصحية عند أفراد عينة الدراسة كان وسائل الإعلام، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٤,٤٪)، بينما كان أقل مصدر للحصول على المعلومات الصحية الزيارة المستمرة للمراكز الصحية، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٠,٦٪).

التوصيات :

- في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها يوصي الباحث بالتوصيات الآتية:
- ١- زيادة اهتمام المدرسين بتغذية اللاعبين، وتوجيههم إلى ضرورة قراءة التعليمات

(النشرة) المتعلقة بالسعرات الحرارية عند شراء المواد الغذائية ، إضافة إلى قلة تناول الدهون المشبعة لما لزيادة تناولها من دور سلبي في زيادة التعرض لأمراض القلب، وتصلبات الشرايين.

٢- ضرورة التزام اللاعبين بوضع الكسارات لوقاية الركبتين ، والرباط الضاغط لمفصل الكاحل، سواء أكان ذلك في التدريب أم المنافسة؛ وذلك بهدف التقليل من الإصابات الرياضية.

٣- توجيه اللاعبين إلى إجراء فحص طبي شامل كل سنة على الأقل ؛ لأن هناك أمراضاً كامنة لا تظهر إلا بعد استفحالها، وبالصدفة، مثل: السكري، والسرطان، وإجراء مثل هذا الفحص يساهم في الكشف عنها مبكراً، إضافة إلى ضرورة إلزام اللاعبين بإجراء فحص للكولسترول كل ستة أشهر على الأقل ، والعمل بالاحتفاظ بتاريخ صحي شخصي لكل لاعب.

٤- إخضاع اللاعبين في بداية الموسم التدريبي للاختبارات الطبية، والبدنية، وعلى وجه الخصوص الحد الأقصى لاستهلاك الأكسجين؛ نظراً لاعتباره أفضل مؤشر على كفاءة القلب، والرئتين.

٥- العمل على إجراء دراسة مقارنة في مستوى الوعي الصحي بين لاعبي الألعاب الجماعية والفردية.

٦- ضرورة عقد دورات تعليمية تثقيفية للاعبين؛ وذلك بهدف رفع مستوى الوعي الصحي لديهم.

المراجع

أبو نمرة ، محمد خميس. (٢٠٠١). الرياضة والصحة، (من منشورات جامعة القدس المفتوحة). نابلس ، فلسطين: مطبعة الحجاوي.

بدح ، أحمد. (١٩٩٢). تقويم فاعلية برامج الخدمات الصحية في المدارس الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

برنامج التعليم المفتوح. (١٩٩٢). علم النفس التطوري، (الجزء الثاني)، من منشورات جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

حمام ، فريال. (١٩٩٦). مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك، إربد الأردن.

الخليلي، خليل يوسف والشيخ سالم، معتز عبدالوهاب وأبو دهيس، برهان . (١٩٨٧). درجة الوعي الصحي عند طلبة الصف الثاني الثانوي العلمي والأدبي والمهني في ثلاث مناطق جغرافية مختلفة في الأردن. مجلة أبحاث اليرموك سلسلة العلوم الإنسانية، ٣ (١)، ٩١-١١٠.

راتب، أسامة كامل. (١٩٩٥). علم النفس الرياضي ، القاهرة، مصر : دار الفكر العربي.

الرملي ، عباس وشحاتة، محمد إبراهيم. (١٩٩١). اللياقة والصحة. عمان ، الأردن : دار الفكر.

سلامة ، بهاء الدين .(١٩٩٦). الصحة والتربية الصحية. القاهرة ، مصر: دار الفكر العربي.

السيوطي، جلال الدين .(١٩٩٠). الطب النبوي. الرياض ، المملكة العربية السعودية.

صبارني ، محمد والخليلي ، خليل والقادري، صالح .(١٩٨٩). المعلومات الصحية ومصادرها لدى طلبة الصحافة و الإعلام بجامعة اليرموك . المجلة التربوية، (جامعة الكويت)، ٦ (٢٠)، ٢٥٥-٢٧٠.

الطنطاوي ، رمضان .(١٩٩٧). دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب . مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، (٣)، ١٨١-٢٢٤.

عبد الوهاب، فاروق السيد .(١٩٨٩). التغذية والرياضة، في : موضوعات معاصرة في الطب الرياضي وعلوم الحركة، الاتحاد العربي السعودي للطب الرياضي، السعودية، ص ٨٩-١٢٦.

عليوة ، علاء الدين .(١٩٩٩). الصحة في المجال الرياضي . الإسكندرية، مصر: منشأة المعارف.

العلي ، فخري شريف .(٢٠٠١). مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

القدومي، عبدالناصر عبدالرحيم .(٢٠٠٣). تأثير أساليب مختلفة للإحماء في مسافة الوثب العمودي لدى لاعبي الكرة الطائرة ، مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية ، جامعة البحرين) ٤ (٣)، ٧٥-١٠٠.

مقابلة ، نصر .(١٩٩٦). العادات غير الصحية لدى الأطفال الأردنيين من وجهة نظر أمهاتهم وعلاقتها ببعض المتغيرات. *المجلة العربية للتربية*، ١٦، (٢)، ١٣٤-١٦٤.

ملحم ،عايد فضل.(١٩٩٩). *الطب الرياضي والفسيسيولوجي، قضايا ومشكلات معاصرة*. إربد، الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع.

American Red Crosse. (1992). **First aid, responding to emergencies**. Philadelphia: Mosby.

Caroli, M., & Lagraviness ,D. (2002). Prevention of obesity. **Obesity Research**, 1,133-147.

Counter, E. (2001). A study of public access television as a means to increase the health awareness of adults. **Dissertation Abstracts International**, A, 62/02, P.422.

Engs, R., & Badr.L.H. (1983). The health concerns of young American and Egyptian women: A cross- cultural study. **International Quarterly of Community Health Education**, 4 (1), 77-83.

Fisher, G. & Petersen, R. (1990). **Scientific basis of athletic conditioning**. Philadelphia: Lea & Febiger.

Fox, E., & Bowers, R. (1992). **Sports Physiology**, (3rd edition), Dubuque, Iowa: Wm.c. Brown Publishers.

Harre, D. (1982). **Principles of sports training**, Berlin: Sportverlag.

Lottes, C. R. (1996). **Health knowledge & behavior for years later**. Pennsylvania University (ERIC, ED 399229).

Melissa, A. G. (1998). Sources of self – efficacy in physical education and sport. **Journal of Teaching in Physical Education**, 18, 76 – 89.

Marley. W. (1982). **Health and physical fitness**, Philadelphia: Sounders College Publishers.

McArdle, W. Katch, F., & Katch, V. (1986). **Exercise physiology: energy, nutrition, and human performance**. Philadelphia: Lea & Febiger Publishers.

Meloslav , E., Jaroslav. B., & Karen, J. (1983). **Contemporary volleyball**. Czechoslovakia :Prague .

Vealey, R. (1986). Conceptualization of sport-confidence and competitive orientation : Preliminary investigation and instrument development. **Journal of Sport Psychology**, **8**, 221-246.

Watkins, J., & Green, N. (1992). Survey of Volleyball injuries. **British Journal of Sport Medicine**, **26** (2), 135-137.

Williams, M, H. (1995). **Nutrition for fitness and sport** Dubuque: Wm. Brown Publishers.

Wilmore, J., & Costill, D. (1994). **Physiology of sport and exercise** Champaign. IL: Human Kinetics.