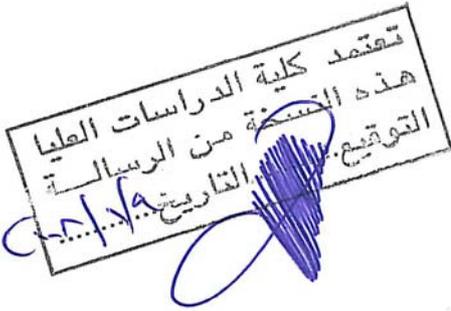


الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت  
" دراسة مقارنة "

إعداد  
فاطمة أسعد خريبط

المشرف  
الدكتور ماجد فايز مجلي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في  
التربية الرياضية



كلية الدراسات العليا  
الجامعة الأردنية

كانون الثاني، ٢٠٠٨

## قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت "دراسة مقارنة")، وأجيزت بتاريخ 2007/12/27م.

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة

  
.....

الدكتور ماجد مجلي، مشرفاً

أستاذ مشارك في الطب الرياضي والرياضة العلاجية – التربية الرياضية

  
.....

الدكتور محمد عادل الهنداوي، عضواً

أستاذ مساعد في فسيولوجيا الرياضة – التربية الرياضية

  
.....

الدكتور زياد محمد الحوامدة، عضواً

أستاذ مساعد في الطب الطبيعي والتأهيل – كلية علوم التأهيل

  
.....

الدكتور محمد خالد القضاة، عضواً

أستاذ مساعد في إعادة التأهيل البدني للأمراض المزمنة – التربية الرياضية

(جامعة مؤتة)

تعتمد كلية الدراسات العليا  
هذه القسيمة من الرسالة  
التوقيع: .....  
التاريخ: 2007/12/27

## الإهداء

إلى والدي الذي كان له الدور الكبير في مساندي لتحقيق طموحاتي ....

إلى أمي الكريمة صاحبة الدعاء المستجاب ...

إلى الأخوة والأخوات.....

إلى كل من أحسن إلي فعلنني وأحسن تربيتي ....

إلى كل إنسان وأستاذ منحني علما وأعطاني معرفة ....

وأقاربي خيرة ....

وتعلت على يديه ..

وزادني تهديبا ..

أهدي هذا الجهد ..

( )

بعد توفيق الله تعالى وتسديده وشكره لإعداد هذه الرسالة أتقدم بعظيم الشكر والامتنان والتقدير إلى مشرفي الدكتور/ ماجد مجلي الفاضل الذي لم يضمن ولم يبخل علي بعلمه ومعرفته وتوجيهاته وإرشاداته المستمرة حيث كان له الأثر الجلي في إعداد هذه الرسالة.

وكذلك أتقدم بالامتنان والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة المحترمين لتكرمهم بقبول مناقشة هذه الرسالة فلهم مني كل التقدير.

كما لا يفوتني أن أتقدم بخالص الشكر إلى السيدة/ حمدة النميشي سكرتيرة الدراسات العليا في كلية التربية الرياضية.

إلى السيد/ الدكتور الفاضل حمد الدعيح المستشار الثقافي والذي وقف مساندا لي ولي جميع طلبة الكويت في المملكة الأردنية الهاشمية ...

إلى جميع من ساهم في مساندي من المسؤولين والإداريين الرياضيين والمتخصصين في إصابات الملاعب ...

وإلى كل من ساهم وساعد في إعداد هذه الدراسة ....

كما لا يفوتني أن أشكر السيد/ رضى معرفي (أمين سر نادي القادسية لدولة الكويت) والسيد/ أحمد حيدر (مدرب منتخب في اتحاد كرة القدم لدولة الكويت) لجهدهما الكبير في هذه الرسالة، ولا أنسى أخي هاشم الذي رافقني طيلة فترة إعداد هذه الدراسة فله مني كل الشكر والتقدير.

## فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر و التقدير
هـ	فهرس المحتويات
ز	قائمة الجداول
ح	قائمة الملاحق
ط	الملخص باللغة العربية
<b>الفصل الأول</b>	
<b>التعريف بالدراسة</b>	
٢	مقدمة الدراسة
٥	مشكلة الدراسة و أهميتها
٨	أهداف الدراسة
٨	تساؤلات الدراسة
<b>الفصل الثاني</b>	
<b>الإطار النظري و الدراسات السابقة</b>	
١٠	مصطلحات الدراسة
١١	الإطار النظري
٢١	الدراسات السابقة
٣١	التعليق على الدراسات السابقة
٣٣	محددات الدراسة
<b>الفصل الثالث</b>	
<b>إجراءات الدراسة</b>	
٣٥	منهج الدراسة
٣٥	مجتمع الدراسة
٣٥	عينة الدراسة
٣٥	أداة الدراسة
٣٥	متغيرات الدراسة
٣٧	إجراءات الدراسة
٣٨	خطوات إجراءات الدراسة
٣٨	المعالجة الإحصائية

<b>الفصل الرابع</b>	
<b>عرض و مناقشة النتائج</b>	
٤٠	..... عرض النتائج
٤٠	..... مناقشة النتائج
<b>الفصل الخامس</b>	
<b>الاستنتاجات و التوصيات</b>	
٨٠	..... الاستنتاجات
٨١	..... التوصيات
٨٢	..... المصادر و المراجع باللغة العربية
٨٦	..... المصادر و المراجع باللغة الإنجليزية
٩٠	..... الملاحق
٩٤	..... الملخص باللغة الإنجليزية

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجداول	الصفحة
١.	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة	٣٦
٢.	عدد الاستمارات الموزعة وغير المسترجعة والمحللة إحصائياً	٣٧
٣.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون الدرجة الأولى والناشئون	٤٠
٤.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو كرة القدم في دولة الكويت (الدرجة الأولى والناشئون)	٤٥
٥.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت	٥١
٦.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأوقات حدوث الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت (مباراة، تدريب، راحة)	٥٥
٧.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز حارس المرمى	٥٨
٨.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الدفاع	٦٠
٩.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الوسط	٦٢
١٠.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الهجوم	٦٤
١١.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بحارس المرمى	٦٧
١٢.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الدفاع	٧٠
١٣.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الوسط	٧٣
١٤.	التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الهجوم	٧٦

## قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
١	الاستمارة الخاصة التي أعدت لإجراء هذه الدراسة	٩٠

العنوان: الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت  
" دراسة مقارنة "

إعداد  
فاطمة أسعد خريبط

المشرف  
الدكتور ماجد فايز مجلي

### الملخص

لقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين لكرة القدم في دولة الكويت، بالإضافة إلى أوقات حدوث الإصابات (المباراة، التدريب، الراحة) وأسبابها. كما هدفت إلى التعرف على الفرق بين إصابات لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين تبعاً لمركز اللاعب. وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي نظراً لمناسبته لطبيعة الدراسة.

وقد أظهرت النتائج أنّ أكثر الإصابات التي يتعرض لها لاعبو فرق الدرجة الأولى والناشئين هي تمزق الأربطة بينما كانت أكثر المناطق التي يتعرض لها لاعبو فرق الدرجة الأولى والناشئين هي الكاحل. كما أفرزت النتائج أنّ من أهم الأسباب المؤدية للإصابات هي الأرضية غير الجيدة للتدريب، وعدم السلوك الجيد للرياضيين، بالإضافة إلى تعرّض اللاعبين للإصابة في جميع الأوقات (المباراة، التدريب، الراحة).

وبالنسبة لإصابات لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين من حيث الأنواع تبعاً للمركز فكانت تمزق الأربطة (باستثناء مركز الدفاع حيث كانت الإصابة الأكثر شيوعاً هي تمزق العضلات لدى الناشئين)، كما لم تكن الفروق دالة من الناحية الإحصائية، أمّا بالنسبة لمناطق الإصابات للاعبي فرق الدرجة الأولى فكانت الكاحل (باستثناء حارس المرمى الذي كانت إصابته هي الكتف). كما كانت أكثر المناطق عرضة للإصابة لدى الناشئين هي الركبة لدى حارس المرمى، والفخذ لدى خط الدفاع، والكاحل لخطي الوسط والهجوم.

وتوصي الباحثة بإعداد اللاعبين نظرياً بإعطائهم محاضرات عن الإصابات الرياضية من حيث ميكانيكية حدوثها وأسبابها وطرق الوقاية منها، وضرورة توفير أرضيات مناسبة لكرة القدم

وابتعاد المدربين عن الأرضيات غير المناسبة للعب كرة القدم سواء في التدريب أو المباراة، والعمل على رفع مستوى اللياقة البدنية للاعبين وتقوية العضلات المرتبطة بالمناطق الأكثر عرضة للإصابة والأربطة للحد من الإصابات، وتوفير عوامل الأمن والسلامة أثناء التدريب والمنافسات، وضرورة توعية اللاعبين وتعريفهم بأهمية الإحماء ودوره في الحد من الإصابات الرياضية، وضرورة تعميم نتائج هذه الدراسة للجنة الأولمبية وللاتحادات الرياضية والمركز الوطني للطب الرياضي وخصوصاً للمدربين والجهاز التدريبي والكادر الطبي واللاعبين في دولة الكويت والدول المجاورة.

## الفصل الأول

### التعريف بالدراسة

❖ المقدمة

❖ مشكلة الدراسة وأهميتها

❖ أهداف الدراسة

❖ تساؤلات الدراسة

## المقدمة:

تعد كرة القدم من أكثر الألعاب الرياضية شهرة في العالم، فيلعبها أكثر من (٢٤٠) مليون لاعب حسب إحصاء عام (٢٠٠٠). وهي من الألعاب التي تستخدم فيها عدة مهارات حيث تتضمن: المشي، الهرولة، الركض، جري مسافات قصيرة. وتتكون من فريقين كل فريق يتكون من أحد عشر لاعبا. حيث تتكون اللعبة من شوطين مدة كل شوط (٤٥) دقيقة (Wong and Hong, 2005).

وفي عصرنا الحاضر، ومع الثورة العلمية في كل المجالات، أصبح هناك اهتمام أكبر في برامج التدريب والوقاية والعلاج، وزاد الاهتمام بشكل كبير في البحث العلمي المرتبط بمجال الإصابات الرياضية، والتعرف إلى الوسائل الكفيلة بالوقاية من الإصابات للإرتقاء بالرياضة والرياضيين. ويرى العديد من الباحثين أنه مازال هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات كفيلة لحماية الرياضيين من الإصابات كما يرى (علاوي، ١٩٩٨).

ومن الملاحظ اليوم ازدياد عدد الإصابات في كرة القدم وذلك لازدياد عدد اللاعبين في هذه اللعبة؛ ولتحقيق نتائج رياضية أصبح التدريب على درجة عالية من الشدة والصعوبة بهدف إعداد اللاعب، وهذا أدى إلى زيادة نسبة الإصابات على اختلاف أسبابها.

وتعتبر الإصابات الرياضية إحدى أهم المشاكل التي تواجه المختصين في مجال الرياضة والتربية البدنية بغض النظر عن تخصصاتهم، وهذه المشكلة لا تتعلق فقط بالفريق التدريبي والمكون من المدرب ومساعديه وأخصائيي علم النفس والفسولوجي والطب الرياضي والمعالجين، بل إداريي الفرق والأندية والجمهور والمجتمع ذلك لما لها من تأثيرات بالغة على الارتقاء بالمستوى الرياضي في تحسين الإنجاز وتحقيق الفوز (ماكاروف، ٢٠٠٤) و(جاكسون، ٢٠٠٣). وبالرغم من إجراءات الأمن والسلامة التي تتخذ أثناء الممارسة الرياضية، إلا أن احتمالية الإصابة لا تزال قائمة (بكري، ٢٠٠١).

إنّ حدوث الإصابات الرياضية وانتشارها تعمل على الحد من القدرة على تحقيق الهدف الرئيسي لممارسة الأنشطة البدنية، ألا وهو المحافظة على الصحة والارتقاء بها، حيث يمكن أن تكون الإصابة سبب في حرمان الرياضيين من الاشتراك في المنافسات، كما يمكن أن تحرمهم من ممارسة الأنشطة البدنية كوسيلة صحية أو ترفيهية (مجلي وأديب، ٢٠٠٣). كما تعتبر الإصابات الرياضية من أهم

الأسباب التي قد تؤدي إلى إنهاء مستقبل اللاعب الرياضي، حيث تحدث الإصابات الرياضية بأنواعها نتيجة ممارسة النشاط البدني سواء كان أثناء التدريب أو المنافسات أو أثناء الترويح (بكري، ١٩٨٧).

فالعديد من الإصابات تحدث أثناء ممارسة كرة القدم والتدريب، وخصوصاً أثناء المنافسات الرياضية، وإنّ (٤٩٪) من إصابات اللاعبين في كرة القدم سببها عدم الجدية في التمرين، وإن (٦٠٪) منها كانت أثناء المنافسات الرياضية خلال الموسم (Les and Barry, 2006).

ومهما اتخذت من إجراءات واحتياطات فإنه من المتوقع أن تحدث الإصابات الرياضية بصورة متكررة وبشكل أعلى (السامرائي وإبراهيم، ١٩٨٨). وتشير دراسة (بكري، ١٩٨٤) و(أمين ووفاء، ١٩٧٧) و(Hammett, 1971) إلى أنّ المشكلة تكمن بعدم معرفة أنواع الإصابات ممّا يؤدي إلى تفاقمها. وقد أشار كلا من (Steve, 1987) و(Andrea et al, 1984) و(Bame, 1979) إلى أهمية إيجاد الحلول لتقليل حدوث الإصابات الرياضية، وذلك بالكشف عن أنواعها ومسبباتها وطرق الوقاية منها.

ويرى العديد من الباحثين مثل مجلي والصالح (٢٠٠٧) و(جاكسون، ٢٠٠٣) و(مجلي وأديب، ٢٠٠٣) أن الإصابات الرياضية تعتبر أحد العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى عدم الانتظام في التدريب والمشاركة في المنافسات، وقد يكون هذا عائقاً لتقدم مستوى الرياضيين وتحسين قدراتهم، وهذا ينعكس سلباً على انجازات الفرق واحتلالها مراكز متقدمة. أيضاً إنّ الإصابات تبعد الرياضيين عن الملاعب. بسبب حاجة المصاب لوقت أطول للعلاج والتأهيل لعودته إلى الحالة التي كان عليها قبل حدوث الإصابة أو لعودته للمستوى الذي وصل إليه رفاقه في الفريق.

وفي دولة الكويت لوحظ كثرة انتشار الإصابات الرياضية بشكل عام وإصابات كرة القدم بشكل خاص، وبالرغم من توفر وسائل العلاج إلا أنه لا زالت أعداد الإصابات الرياضية في ازدياد، ففي سنة (٢٠٠٠) كان عدد الإصابات المحولة إلى المركز المتخصص في علاج الإصابات (٤٥٥)، ثمّ ازدادت عام (٢٠٠١) إلى (٥٣٤) وإلى (٦٩٢) عام (٢٠٠٢) ثم إلى (٧٢٥) سنة (٢٠٠٣). هذا عدا الحالات المحولة إلى المراكز والمستشفيات الحكومية والخاصة ومن هنا تبرز أهمية معرفة سبب ازدياد هذه

الإصابات وذلك للتقليل من حدة هذه الظاهرة (التقرير السنوي، الهيئة العامة للشباب والرياضة، ص٨٢، ٢٠٠٢-٢٠٠٣) ومن هنا برزت فكرة هذه الدراسة.

وإنّ الازدياد في عدد الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم في الكويت قد يكون أحد الأسباب المؤدية إلى تراجع مستوى اللاعبين، وبالتالي تراجع مستويات بعض الأندية أو حتى المنتخبات الوطنية، إضافة إلى أنّ هذه الإصابات تكلف الدولة والفرد أعباءً مالية كبيرة للتصدي للمشكلة وعلاج الإصابات. وكما هو معروف فإنّ الوقاية من الإصابات أفضل من علاجها، والتعرف على الأسباب المؤدية إلى حدوث مثل هذه الإصابات وأنواعها يعطينا فكرة أوضح عن أفضل الطرق والوسائل للحد والوقاية من الإصابات الرياضية.

وفي دولة الكويت تطرح الكثير من الأسئلة المتعلقة في مجال الطب الرياضي، بسبب ذلك التداخل في المسؤوليات بين اللجان صاحبة العلاقة بالطب الرياضي في المؤسسات الرياضية والصحية المختلفة، فمثلا من هو الذي يتواجد على أرض الملعب لعلاج اللاعب وتشخيص حالته، وهل هو مؤهل لهذا العمل أم لا، أيضا من هو المسؤول عن تشخيص حالة الإصابة عند اللاعب وقت حدوثها، ومن هو المتابع لكل نوع من الإصابات وعلاجها وتأهيلها، وعلى عاتق أي مؤسسة تقع المسؤولية الأولى للطب الرياضي، وإلى متى سيبقى هذا الاستنزاف المالي المتثقل في التكلفة الباهظة من إرسال اللاعبين لعمليات جراحية فاشلة في الخارج؛ لاختلاف التشخيص الطبي للحالة ما بين الكويت والجهة المعالجة للحالة في الخارج، فلقد آن الأوان لتحديد المسئول عن الإصابات الرياضية للاعبين، وأن الأوان لتأهيل كوادر للطب الرياضي لعلاج اللاعبين وتأهيلهم بعد الإصابة، والحد من ظاهرة ابتعاد اللاعبين الناشئين عن الملاعب في سن مبكرة، وأيضا تحديد الجهة المسؤولة عن اتخاذ القرارات المتعلقة بكافة الأمور الطبية في هذا المجال.

## مشكلة الدراسة وأهميتها:

إنّ انتشار الإصابات الرياضية بين الممارسين للأنشطة البدنية بجميع أشكالها، وإنّ هذه الإصابات تنتشر في مناطق مختلفة من الجسم، وأما أسبابها كثيرة ومتعددة، وتعتبر عائقاً رئيساً للتقدم والتحسين في المستوى والإنجاز، فالخطوة الأولى للحد من الإصابات وانتشارها بين الرياضيين تحديد هذه الإصابات من حيث المنطقة والسبب بهدف حصرها وعلاجها والوقاية منها (مجلي والصالح، ٢٠٠٧). خاصة إذا ما عرفنا أنّ حدوث الإصابات الرياضية ليست مقتصرة على اللاعبين الكبار والمتقدمين في مستوى الأداء، وإنما تنتشر بين الرياضيين المبتدئين والشباب، حيث يشير (رينستروم، ٢٠٠٣) إلى أنّه في الفئات العمرية (١٧-١٣) و(١٩-١٧) و(٢٧-١٩) سنة تحدث الإصابات بنسب (١٩٪)، (٣٠٪)، (٥١٪) على التوالي.

وبين مجلي والوحيدي (١٩٩٥) إنّ أكثر الإصابات الرياضية انتشاراً تكون في الألعاب الجماعية، وخاصة في لعبة كرة القدم وهي اللعبة الأكثر انتشاراً وممارسة وشعبية في العالم. ومن الملاحظ أنّ حدوث الإصابات بازدياد مستمر، مع زيادة إقبال الناس على ممارسة الأنشطة البدنية، حيث أشار (مجلي، ٢٠٠٧) إلى أنّ الإصابات الرياضية منتشرة ليس فقط بين الرياضيين، بل بين الممارسين للأنشطة البدنية في مراكز اللياقة البدنية.

وتحقق إصابات كرة القدم معدلات عالية بالمقارنة بالرياضات الأخرى، فهي بالمرتبة الأولى في دراسات كل من (فخري، ١٩٨٢) و(بكري، ١٩٨٤) بنسبة (٤٣,٦٪)، ويشير (Lindenfeld et al, 1994) إن (٥٠ – ٦٠٪) من الإصابات الرياضية في أوروبا تحدث في كرة القدم.

ونظراً لطبيعة لعبة كرة القدم وما فيها من زيادة في الألعاب التنافسية فإنّ هناك احتمال للإصابة أكثر بين اللاعبين منها في الألعاب الأخرى، ونظراً لطبيعة المهارات الحركية فإنّ هذا قد يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة. وإنّ عدم معرفة أنواع الإصابات في كرة القدم يؤدي إلى إجراء عمليات مختلفة قد تؤدي إلى توقف المصاب عن اللعب بشكل نهائي. فمعرفة أنواع الإصابات وأسبابها والمبادئ الأساسية في علاجها هي من أهم الخطوات للشفاء التام للرياضيين والعودة للعب دون حدوث مضاعفات أو شعور بالألم أو أي عوائق مزمنة (محمود، ١٩٨٩)، لذلك يرى

(Boher et al, 1985) إنه من الضروري أن يقف المدرب على أنواع الإصابات وإسعافها فوراً كي لا تزيد خطورتها، وهذا ما أكده (العالم، ١٩٨٣) حيث أشار إلى أهمية معرفة أنواع الإصابات الرياضية وأسبابها ومحاولة تلافيتها، حيث تعتبر من الطرق المثلى للإرتقاء بمستوى التدريب. ومما يجعل كرة القدم كاختلاف نوعية أرض الملعب وإعداد كل فريق وطرق أداء المهارات الحركية الأساسية والاحتكاك البدني من أكثر الرياضات التي تسبب الإصابات بين اللاعبين، وقد أشار (Watinsm and Peabody, 1996) إلى أنّ الاحتكاك البدني المباشر وأرضية الملعب والاصطدام بالأدوات وقوائم المرمى من أكثر الأسباب المؤدية لظهور الإصابات عند اللاعبين.

وكما هو الحال في دول العالم فإن لعبة كرة القدم تعتبر اللعبة الأكثر انتشاراً في دولة الكويت. ومن خلال عمل الباحثة كمدرسة تربية بدنية، وكحكم تحت التدريب في مجال كرة القدم، وكذلك من خلال الزيارات الاستطلاعية لمراكز علاج إصابات الملاعب، وحضور بعض المؤتمرات، واهتمام الباحثة في مجال الإصابات الرياضية وخصوصاً عند لاعبي كرة القدم، فقد لاحظت الباحثة زيادة في انتشار الإصابات الرياضية بين اللاعبين في لعبة كرة القدم. وبالرغم من الرعاية المتميزة التي يلقاها لاعبو كرة القدم بدولة الكويت بشكل عام إلا أنّ مجال إصابات الملاعب وأسبابها لم يطرح على مستوى البحث العلمي خاصة وأنّ عدد المصابين من اللاعبين في كرة القدم بازديادٍ مستمر.

وقد تمتعت رياضة كرة القدم في دولة الكويت بفترة ازدهار ونشاط لا بأس بها. ثمّ ما لبثت أن تراجعت بالرغم من اعتبارها إحدى الرياضات الأساسية التي تهتم بها الدولة. وانطلاقاً مما تقدم فإنّ المشكلة هي زيادة انتشار الإصابات وعدم وجود دراسات في هذا المجال بدولة الكويت، وأيضاً دراسة الواقع الذي تعيشه، وبناءً على ذلك تمّ إعداد هذه الدراسة.

لقد أشارت بعض نتائج الدراسات كما في دراسة (رينستروم، ٢٠٠٣) أنّ اللاعبين الناشئين يمكن أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة من لاعبي فرق الدرجة الأولى لكرة القدم. بينما دراسة (اكستراند، ٢٠٠٠) أشارت عكس ذلك حيث أظهرت نتائج الدراسة أنّ لاعبي فريق الدرجة الأولى هم أكثر تعرضاً للإصابة من اللاعبين الناشئين. لذلك تحاول هذه الدراسة التعرف على الإصابات الرياضية التي تحدث لكلا الفئتين ولأسبابها ونوعيتها وأي فئة تكون أكثر عرضة للإصابة وفي جميع

نوادي دولة الكويت. إن أهمية هذه الدراسة - والتي تعتبر الدراسة الأولى في مجال الإصابات الرياضية في كرة القدم بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين في دولة الكويت- تكمن في التعرف على أكثر أنواع الإصابات شيوعاً، وأكثر المناطق في الجسم عرضة للإصابات، وأكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات، وأوقات حدوث الإصابات، والفروق في الإصابات الرياضية الشائعة تبعاً لمتغير المركز (مركز اللاعب)، والعوامل المؤدية لحدوثها، ومعرفة أي فئة أكثر عرضة للإصابة، مما يعطينا فهماً أعمق لهذه الإصابات، وبالتالي التصدي لها في المستقبل في محاولة لمنع حدوثها أو التقليل من حدتها وأضرارها، وذلك ل (١٤) نادي والتي تندرج تحت رعاية الاتحاد الكويتي لكرة القدم. مما سبق فإنّ هناك مجموعة من العوامل والأسباب التي تدعو الباحثة لإجراء هذه الدراسة. فالتعرف إلى أسباب الإصابات الرياضية ومناطقها في الجسم يزودنا بمعلومات تمكننا من إطالة عمر اللاعب في الملاعب، وذلك بالحد من حدوث الإصابات ومضاعفاتها، وتقادي الأسباب والتقليل من شدتها وانتشارها، وعدم التعرّف إلى الإصابات مبكراً قد يزيد من احتمالية زيادتها في المستقبل. وأيضاً التعرف والتأكد من مدى وحجم المشكلة في دولة الكويت. وتؤكد نتائج وتوصيات بعض الدراسات التي على ضرورة عمل مثل هذه الدراسات مع اختلاف البيئات التي تمارس فيها كرة القدم (Wong and Hong, 2005).

وقد تكون نتائج هذه الدراسة عوناً في التقليل من حدة الإصابة الرياضية، ومن احتمالية حدوثها وذلك بمعرفة الأسباب والوقاية منها، كما تفيد هذه الدراسة الاتحاد الرياضي لكرة القدم والأندية الرياضية والمدربين والإداريين والمعالجين واللاعبين وذلك للارتقاء بمستوى كرة القدم في دولة الكويت والدول المجاورة.

### أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على:
- أكثر أنواع الإصابات شيوعاً بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت.
- أكثر المناطق في الجسم عرضة للإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت.
- أكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت.
- أوقات حدوث الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت (مباراة، تدريب، راحة).
- الفروق في الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت تبعاً لمتغير المركز (مركز اللاعب).

### تساؤلات الدراسة:

- ما هي أكثر أنواع الإصابات شيوعاً بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟
- ما هي أكثر المناطق في الجسم عرضة للإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟
- ما هي أكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟
- ما هي أوقات حدوث الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت (مباراة، تدريب، راحة)؟
- ما هي الفروق في الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت تبعاً لمتغير المركز (مركز اللاعب)؟

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

❖ مصطلحات الدراسة

❖ الإطار النظري

❖ الدراسات السابقة

❖ التعليق على الدراسات السابقة

❖ محددات الدراسة

## مصطلحات الدراسة:

### فريق الدرجة الأولى:

وهم اللاعبين المسجلين في سجلات الاتحاد الكويتي لكرة القدم والتي تتراوح أعمارهم (٢١ سنة وما فوق)، لجميع أندية الكويت والتي تبلغ (١٤) ناديا.

\* قد يكون هناك حالات استثنائية لأعمار فريق الدرجة الأولى حيث يقل عن (٢١ سنة).

### فريق الناشئين:

وهم اللاعبين المسجلين في سجلات الاتحاد الكويتي لكرة القدم والتي تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨ سنة فقط)، لجميع أندية الكويت والتي تبلغ (١٤) ناديا.

\* تم صياغة هذه المصطلحات من قبل الباحثة كتعريف إجرائي.

### ويعرف مجلي (٢٠٠٤) الإصابات (INJURIES):

هو الخلل أو الضرر الذي يصيب الأنسجة، ويعتبر سببه عدم اكتمال الأنسجة أو لم يسببه، والنتج عن مؤثر فيزيائي أو كيميائي أو ميكانيكي.

### ويعرف مجلي (٢٠٠٤) الإصابات الرياضية (SPORTS INJURES):

هو الخلل أو الضرر الذي يصيب الأنسجة، ويعتبر سببه عدم اكتمال الأنسجة أو لم يسببه، والنتج عن ممارسة الأنشطة الرياضية.

## الإطار النظري:

### نبذة تاريخية عن الإصابات الرياضية:

اهتمّ العديد من العلماء عبر التاريخ من أمثال الفيلسوف اليوناني المشهور أرسطو (٣٨٤-٣٢٢ ق.م)، والطبيب الروماني (Galen) (١٣١-٢٠١م)، والرسام الكبير ليوناردو دافنشي (١٤٥٢-١٥١٩م)، والعالم الإيطالي (Giovanni Borelli) (١٦٠٨-١٦٧٩م)، في وصف وفهم الحركة البشرية، وقاموا بالتزويد بوصفات وشروحات مفصلة وحكيمة عن حركة الإنسان والتشريح الوظيفي. وبالرغم من أن هذه الوصفات كانت نوعية تماما، إلا أنّ الملاحظات الذكية والانتباه للتفاصيل كانت مشابهة بعدة طرق للميكانيكا الحيوية الحديثة، وتكمن نقاط التشابه في حقيقة أنّ وصفهم كان جوهره الرغبة في فهم الجسم البشري ككل بشكل أفضل (Shamus and Shamus, 2001).

وسمحت الميكانيك الحيوية الحديثة مع تطور أدوات القياس بالتحليل ليصبح كميًا. وبمساعدة كاميرات التصوير الحركية في اختبار تفاصيل حركة الإنسان، والتقنيات الإبداعية لتسجيل قوى رد فعل الأرض والإزاحات، وقياسات الوقت الأكثر دقة، قد سهّلت بعضا من الدراسات الأولى التي يمكن أن تصنف كميكانيكا حيوية أو علم التمرين (Shamus and Shamus, 2001).

وقد دمج الفيسيولوجي الحائز على جائزة نوبل (A.V. Hill)، والذي يعتبره الكثيرون أبا لعلم التدريب الحديث، مقاييس فيسيولوجية وميكانيكية ليزوّد بنظرة قيمة على ميكانيكات استهلاك الطاقة وكفاءة أو فاعلية ركض المسافات، وإيجاد الوصف أو الشرح الأول لمنحنى السرعة في الجري (Springing) (Shamus and Shamus, 2001).

واستخدم (Wallace Fenn)، أحد طلاب (Hill)، في الفسيولوجيا، نفس الأدوات ليكتشف حساب العمل المنجز من قبل الجسم مقابل الجاذبية، وكذلك تقدير العمل المنجز من قبل أجزاء جسم الفرد. وأجرى (Herbert Elftman)، أول دراسة بيوميكانيكية حقيقية باستخدام المبادئ الميكانيكية لتقدير مساهمة العضلات خلال تتابع الحركة المسجلة من قبل (Fenn). وتشير الأعمال السابقة أيضا إلى أنّ الميكانيكا الحيوية يمكن أن توصف بأنها أداة توضيحية من قبل الفيسيولوجيين، الأحيائيين والفنانين (Shamus and Shamus, 2001).

وقد سهّل التقدم والانتشار الواسع لاستخدام الأفلام عالية السرعة في الستينات وأوائل السبعينيات في نشر الدراسات البيوميكانيكية البحثية المرتبطة بالرياضة، وأدت التحسينات في التقنيات الأدوات باستخدام أدوات مايكرو إلكترونية متوفرة حديثاً إلى وجود مقاييس محسنة للقوة والتسارع ونشاط العضلة والمقاييس الفسيولوجية (Shamus and Shamus, 2001).

وللمرة الأولى أصبح هناك شرح مفصل للحركات والقوى والخصائص الأيضية للرياضيين خلال أنشطة مختلفة متوفرة للأطباء السريريين والباحثين. وهكذا بدأت مجالات الطب الرياضي والعلوم الرياضية تنمو وتشكل كتلة من الدراسات والمجتمعات المتخصصة المرتبطة بها. وبدأت مناهج الكليات والجامعات للطلاب في العلاج الطبيعي والتدريب والطب والفسيولوجيا وعلم التدريب تشمل مواداً في الميكانيكا الحيوية وعلم الحركة. وأصبحت دراسة حركة الإنسان جزءاً لا يتجزأ من تحضير مختصين في مختلف المجالات (Shamus and Shamus, 2001).

وخلال الـ ٢٥ إلى ٣٠ سنة الماضية، أصبح تكاثر واستمرار الطب الرياضي والعلم الرياضي المرتبط بحركة الإنسان غير اعتيادي / استثنائي. فبالنسبة لأخصائيي الطب الرياضي يمكن أن تكون أبحاث الميكانيكا الحيوية الحديثة بشكل خاص مفيدة ومساعدة في فهم ميكانيكيات الإصابة، ووصف ووضع برامج إعادة التأهيل، وتعزيز الأداء والمعدات الرياضية المحسنة والمطورة. وعلى أية حال فإن مستوى التفاصيل في العديد من الدراسات البحثية البيوميكانيكية ربما تكون ما وراء حاجة الطبيب السريري، وبالتالي فإنّ على الطبيب السريري مهمة التصنيف والفرز من خلال الكمية الكبيرة من الدراسات المنقذة كل سنة، وأن يقرر ما هو مرتبط بالموضوع لتحسين مستوى العناية المقدمة للمريض أو الرياضي مباشرة بعد الإصابة (Shamus and Shamus, 2001).

وفي القرن الحالي تطوّر حقل الإصابات الرياضية بتطور التشخيص والعلاج السريع، وأصبح من العلوم الأساسية المواظبة على الحركة الرياضية بعامّة، وجزءاً أساسياً لتطوير قابلية اللاعب الرياضية، ووقايته من الإصابات أو لعلاجه بأفضل الأساليب التي تضمن الشفاء التام السريع وعودته إلى الملعب بكامل لياقته البدنية، فالإصابات الرياضية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمجموعة من العلوم الرياضية والطبية مثل علوم التدريب الرياضي، وعلم الاختبارات والمقاييس وعلم النفس والميكانيكا والتمرينات، وكذلك علم التشريح وعلم وظائف الأعضاء (جوكل، ٢٠٠٧).

ولمّا كان الإنسان وحدة متكاملة متوازنة بين العقل والجسم والنفس معا كان من الضروري تفهّم طبيعة هذا الإنسان والمحافظة على سلامته، ولذلك أصبحت ممارسة الرياضة علما له أصوله وقواعده وفلسفته وأهدافه المتطورة. ولم تظهر العناية بصحة وسلامة اللاعبين من جميع النواحي في عصرنا الحاضر وإنما كانت العناية بسلامة المتنافسين في الألعاب الرياضية المختلفة موجودة منذ الدورات الأولمبية القديمة قبل الميلاد (سالم، ١٩٧٨).

فقد جاء في القسم الأولمبي (عام ٧٧٦ ق.م) وحتى (عام ٣٩٤ ميلادية) نصٌ صريحٌ بأن يتنافس اللاعبون بشرف وأمانة بعيدين عن الأضرار بأجسام اللاعبين المنافسين لهم. وعن اليونان نقل الرومان فكرة رعاية وسلامة اللاعبين، وعندهم نقلت الدول المتقدمة هذه الفكرة لدرجة أنّ جميع النظم والقواعد والقوانين والتقاليد الرياضية تدعو إلى تنظيم جهود الفريق وعدم اللعب الخشن أو اتباع الخطط غير المشروعة من أجل المحافظة على سلامة اللاعبين، ثمّ ازداد الاهتمام بدراسة أسلوب وقاية وعلاج اللاعبين من الإصابات الرياضية، وخاصة بعد أن تضامن كل من علم التدريب الرياضي الحديث مع الطب الرياضي والعلاج الطبيعي؛ من أجل رعاية اللاعبين وسرعة علاج المصابين منهم، والعمل على استعادة قدراتهم الحركية بعد الشفاء؛ للعودة إلى الملاعب في كفاءة ونجومية ليتألّفوا من جديد ويقدموا للجماهير من عشاق الرياضة أرقى أنواع الأداء الحركي وفنون الألعاب المختلفة (سالم، ١٩٧٨).

ومما يدل على اهتمام الدول المتقدمة رياضيا بمشكلة الإصابات الرياضية وجود أعظم معهد في مدينة ستوكهولم -عاصمة السويد- لدراسة تأثير التدريبات الرياضية على الأجهزة الحيوية للجسم البشري، وإجراء الأبحاث الخاصة بتنمية وتطوير القدرة الحركية. كما توجد أيضاً في جامعة كاليفورنيا بأمريكا وحدة أبحاث خاصة لمعرفة مدى التأثيرات الفسيولوجية للتدريبات الرياضية. كما أنّ جامعة هارفارد الأمريكية تمنع أي لاعب من مزاوله أي نوع من أنواع النشاط الرياضي في غير وجود أخصائي الطب الرياضي أو خبير علاج الإصابات الرياضية، وفيها وحدة ضخمة للطب الرياضي وجراحة العظام والأشعة التشخيصية والعلاج الطبيعي والتغذية والتأهيل الحركي واللياقة البدنية الشاملة والمتخصصة، بالإضافة إلى عدد كبير من المساعدين والفنيين. وقد جاء في أحد تقارير وحدة الطب الرياضي بجامعة هارفارد أنه خلال عام واحد تم علاج (٤١٨) حالة إصابة، وبلغت الجلسات العلاجية (١٣٨٦٥)

جلسة، ومثل هذا الاهتمام الموجود في السويد وأمريكا موجود في ألمانيا وفرنسا وإنجلترا وروسيا وغيرها من دول العالم المهتمة بصحة وسلامة اللاعبين (سالم، ١٩٧٨).

## درجات الإصابات:

تختلف درجات الإصابة تبعاً لنوع النشاط الرياضي فدرجات الإصابة في المنافسة تختلف عنها في التدريب، وكذلك تختلف الإصابة تبعاً لاختلاف مركز اللاعب. وأكدت أيضاً دراسة (Ekstrand et al, 2004) أن احتمال حدوث الإصابة خلال التدريب (٦,٥٪) لكل (١٠٠٠) ساعة بينما خلال المنافسات (٣٠,٣٪) لكل (١٠٠٠) ساعة. وأكدت دراسة (درويش، ٢٠٠٣) أن الإصابات تزداد في فترة المنافسات. حيث بينت دراسة (Kohn, 1997) أن هناك اختلافاً بين إصابات التدريب وإصابات المنافسة بمعدل (٥,٨٪) لكل (١٠٠٠) ساعة من التدريب و(١٣,٥٪) لكل (١٠٠٠) ساعة من المنافسة، فيما أظهرت نتائج دراسة (مجلي والوحيد، ١٩٩٥) أن الإصابات أثناء المباريات أكثر حدوثاً من فترة التدريب في كرة السلة.

إنّ أخطاء التدريب قد تسبب زيادة في نسبة الإصابات الرياضية، وقد تلعب دوراً هاماً "مباشراً أو غير مباشر" في زيادة هذه النسبة، ويرى (أبو العلا وشعلان، ٢٠٠١) ثلاث إصابات من أصل أربع قد تكون ناتجة عن أخطاء التدريب.

أمّا من ناحية خطوط مركز اللاعب لكرة القدم فقد بين (سعادة، ١٩٩١) أنّ أكثر الخطوط تعرضاً للإصابة هو خط الدفاع، (٣٢,٩٪)، ثمّ خط الوسط (٣٠,٨٪)، ومن ثمّ الهجوم (٢٣,٣٪)، وأخيراً حارس المرمى حيث بلغت النسبة (١٣٪). وأكدت دراسة (جابر وحيات، ١٩٩٨) أنّ مركز الدفاع أكثر تعرضاً للإصابة (٣٣,٣٪)، ومن ثمّ حارس المرمى (٢٧,٣٪)، بينما دراسة (المفتي والدوري، ١٩٩١) كانت الإصابة الأعلى خط الوسط (٢٦,٨٪)، ثمّ الهجوم (٢٥,٣٪)، ثمّ حارس المرمى (١٨,٥٪)، وأخيراً الدفاع (١٥,٨٪).

## تقسيمات الإصابات المختلفة (Classification of Injuries):

ويمكن تقسيم الإصابات بصورة عامة وإصابات الملاعب بصورة خاصة حسب درجة الإصابة على النحو الآتي:

١- إصابة الدرجة الأولى: ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة، والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة، وتشمل حوالي (٨٠-٩٠٪) من الإصابات مثل السحجات والرضوض والتقلصات العضلية.

٢- إصابات الدرجة الثانية: ويقصد بها الإصابات متوسطة الشدة، والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة تتراوح من أسبوع لأربعين، وتمثل غالباً حوالي (٨٪) مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

٣- إصابات الدرجة الثالثة: ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة، والتي تعيق اللاعب تماماً عن الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من (١-٢٪) إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها، الخلع، إصابات غضروف الركبة، الانزلاق الغضروفي بأنواعه (رياض، ١٩٩٨).

وصنف كلا من رشدي (١٩٩١) و(سارة والربضي، ١٩٨٧) الإصابات إلى:

### أولاً: الإصابة الأولية (Primary Injury):

هذا النوع من الإصابات يحدث نتيجة لممارسة النشاط الرياضي المختار مما يتطلب ذلك معرفة تاريخ حدوث الإصابة وميكانيكية وقوعها والعوامل التي أدت إليها خاصة بالنسبة للإصابات الحادة. وهذا النوع من الإصابات يقسمها زاهر (٢٠٠٤)، و(Andrea, 2003) و(سارة والربضي، ١٩٨٧) إلى نوعين أساسيين:

١. الإصابة الداخلية (Intrinsic Injuries): تحدث نتيجة قوى داخلية من جسم المصاب نفسه، وذلك نتيجة لخطأ ما في التكنيك (Technique) نظراً لوقوع اللاعب تحت أنواع متعددة من الضغوط النفسية والفسولوجية، خاصة عند محاولة اللاعب الارتفاع بمستوى العبء البدني، والذي يرتبط

باستخدام الحركات الفجائية الحادة (Sharp Movement)، حيث تحدث الإصابة لوجود خلل في التوافق أثناء تلك الحركات. وهي إما أن تكون إصابات داخلية حادة (Acute Intrinsic Injuries) مثل تمزق الأربطة، أو إصابة داخلية مزمنة (Chronic Intrinsic Injuries)، والتي تشمل تكرار أو إعادة الإصابة مثل تمزق العضلات أو الأربطة.

٢. **الإصابة الخارجية (Extrinsic Injuries):** تحدث نتيجة لقوى خارجية، أي من خارج جسم المصاب نفسه، ويرتبط هذا النوع ارتباطاً كبيراً بمعظم الإصابات الناجمة عن الحوادث والتي لا تعرف وقتاً معيناً لحدوثها، وتكون إصابة مزمنة (Chronic) ومؤلمة في نفس الوقت، ذلك لأنّ القوة التي أدت لوقوع الإصابة تكون أكبر من قدرة اللاعب على تحملها.

#### ثانياً: الإصابة الثانوية (Secondary Injury):

هذه الإصابات تحدث كنتيجة للإصابات السابقة ولكنها تؤثر على أماكن أخرى (زاهر، ٢٠٠٤) و (رشدي، ١٩٩١).

وقسم الإصابات الرياضية كلاً من جوكل (٢٠٠٧)، و(قبع، ١٩٨٩)، و(سارة والريضي، ١٩٧٨) إلى خمسة أنواع رئيسية وهي:

#### أولاً: إصابات الجلد والأنسجة الرخوة (soft-tissue injuries):

إن إصابات الجلد تختلف عن أية إصابة أخرى لأجزاء الجسم المختلفة؛ لأنّ الجلد هو أحد الدعائم القوية في الجسم لمنع دخول البكتيريا وحدوث الالتهابات، ويمكن تقسيم إصابات الجلد إلى الأنواع الآتية:

١- **الفقاعات (Blisters):** وتنتج من احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن مما يؤدي إلى انفصال الطبقات العليا من الجلد عن الطبقات السفلى.

٢- **السحجات (Abrasions):** وهي عبارة عن تمزق الطبقات العليا من الجلد فقط نتيجة تعرضها للاحتكاك الشديد بسطح خشن.

٣- الجروح (Wound): هي فقدان استمرارية الجلد لتعرضه لشدة خارجية، وهناك عدة أنواع من الجروح وهي الجرح القطعي، الجرح النافذ، الجرح الرضي.

### ثانياً: إصابات العضلات (Muscles Injuries):

وهي من الإصابات كثيرة الانتشار والحدوث بين الرياضيين، ويمكن تقسيم الإصابات العضلية على النحو الآتي:

١- كدمة العضلات أو الرضوض: يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لكثرة انتشارها، وهي من الإصابات المباشرة.

٢- إصابات السحب والتمزق (Strains): هي شد أو تمزق الألياف أو الأوتار نتيجة جهد عضلي عنيف أكبر من تحمل العضلة، وهو ثلاث درجات من التمزق العضلي حسب شدتها، البسيطة، والمتوسطة، والشديدة.

### ثالثاً: إصابات العظام (Bones Injuries):

وتقسم إصابات العظام إلى قسمين:

- (أ) كدم العظام: ويحدث نتيجة إصابة مباشرة، وبخاصة للعظام السطحية الموجودة تحت الجلد مباشرة.  
(ب) الكسور (Fractures): هي انفصال في النسيج العظمي الكامل أو الجزئي.

### رابعاً: الإصابات المفصالية (Joint Injuries):

إن إصابات المفاصل عند الرياضيين تأتي في الدرجة الثانية بعد الإصابات في الألعاب الرياضية ككل، وهي ثلاث أنواع:

١. اللوي (Sprains): هو إصابة أربطة المفصل نتيجة شدة خارجية مما يؤدي إلى تمطي أو تمزق جزئي أو كلي لرباط أو أكثر، والسبب هنا التواء المفصل الخارجي أو حركة عنيفة في اتجاه معين.

٢. الإرتخاء أو الملمخ (Subluxation): هو الزيادة غير الطبيعية في مرونة الأربطة والأوتار (Kent, 2003).

٣. الخلع (Dislocation): هو إزاحة العظم عن مكانه الطبيعي في المفصل نتيجة لشدة خارجية، ويؤدي عادة إلى إصابة الأربطة المحيطة بالمفصل.

### خامساً: إصابات الأعصاب (Nerves Injuries):

وهي من أشد الإصابات التي تحدث للرياضيين، وقد قسّمها (Kent, 2003) إلى ثلاثة أنواع:

١. إصابة الجزء الخارجي للعصب (Neurapraxia): هو فقدان مؤقت لوظائف العصب، وينتج عنه إحساس بوخز خفيف وخدران وضعف، ويحدث بسبب الضغط على العصب، وهو عادةً يشفى سريعاً بشكل كامل.

٢. إصابة الجزء الداخلي للعصب (Axonotmesis): هو عبارة عن تمزق أو قطع جزئي للليف العصبي (المحور العصبي)، وينتج عن انحلال نهاية المحور العصبي، وهو يتجدد تلقائياً.

٣. القطع الكامل للعصب (Neurotmesis): هو عبارة عن تمزق كلي للعصب، وينتج عادةً بصورة مستمرة، وهنا يحتاج إلى عملية جراحية.

### أسباب حدوث الإصابة (Injury Etiology):

تختلف نوع الإصابة باختلاف نوع الرياضة، فإصابات الألعاب الفردية تختلف عن إصابات الألعاب الجماعية، كما تختلف في الألعاب ذات الاحتكاك المباشر عنها في الألعاب التي ليس فيها مثل هذا الاحتكاك، كما تختلف الإصابة باختلاف طبيعة الأداء في اللعبة فمثلاً إصابات الطرف السفلي في كرة القدم أكثر من إصابات الطرف العلوي، وكلما زاد مستوى المنافسة زاد احتمال حدوث الإصابة، فإصابات البطولة الدولية أشد من إصابات الناشئين، كما أنّ الإصابة تختلف تبعاً لكفاءة اللاعب البدنية فكلما قلت زادت احتمالية إصابته (رياض، ١٩٩٨) و(قبع، ١٩٨٩).

إنّ ممارسة الأنشطة الرياضية بأنواعها المختلفة يمكن أن تعرض اللاعبين لحدوث إصابات مختلفة، وهناك عدة عوامل تختلف بسببها نوع الإصابة فمثلاً نجد أنّ عدم التحكم في ثقل الجسم يشكل ضغطاً على الأربطة فيعرضها للإصابة، وكذلك إذا زادت على بعض أجزاء الجسم ضغوط كتحمل جهد حركي زائد عن قدراته فسوف يعرضها للإصابة (حسن وصبري، ٢٠٠٤).

فالمهارات الأساسية في كرة القدم كالجري واللف والوثب وضرب الكرة وإيقاف الكرة وضرب الكرة بالرأس، وكأي نوع من الرياضات الاحتكاك البدني تحدث الإصابة نتيجة للاحتكاك المباشر أو غير المباشر، وهذا يتوقف على ميكانيكية الحركة الحادثة، وكرة القدم لا تسمح للاعبين بلمس الكرة

بالذراعين، لذلك كانت معظم الإصابات مرتبطة بالجزء السفلي من الجسم، ولا ينطبق هذا بالطبع على حارس المرمى، فقد تأخذ إصابته شكلا عاما وشاملا لاختلاف طبيعة الحركة وأسلوب الأداء بالنسبة له، ومساحة ملعب كرة القدم الكبيرة واللعب في مختلف الظروف والأحوال الجوية يساعدان أيضاً في وقوع الإصابة في كرة القدم (رشدي، ١٩٩١).

وتصل الإصابة إلى درجة الحدة أو الشدة عند تغيير البرنامج التدريبي من حيث نظام التدريب والتقدم والارتفاع بالحمل بطريقة فجائية خاصة في بداية البرنامج التدريبي أي في فترة أو مرحلة الإعداد، حيث أنّ البرنامج التدريبي في بدايته يشكل حملاً، وذلك لأنّ اللاعب لم يصل بعد إلى اللياقة البدنية والحركية (رشدي، ١٩٩١).

وقد اتفقت وأجمعت أغلب الدراسات والمراجع لكل من (جوكل، ٢٠٠٧) و(مجلي وأديب، ٢٠٠٤) و(مجلي وعطيات، ٢٠٠٦) و(حسن وصبري، ٢٠٠٤) و(رياض، ١٩٩٨) و(مجلي والوحيد، ١٩٩٥) و(مجلي وأبو حليلة، ١٩٩٥) و(قبع، ١٩٨٩) و(أبو العلا، ١٩٨٤) وآخرون على أنّ أسباب الإصابات الرياضية بكرة القدم يمكن إجمالها بحوالي (٢٨) سبباً موضحة في الملحق رقم (١).

### الدراسات السابقة:

- قام مجلي والصالح (٢٠٠٧) بدراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخب الوطني تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن، وهدفت الدراسة إلى التعرف على أهم الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية ونسبتها، وأكثر المناطق عرضة للإصابة وأنواع الإصابات الرياضية، وكذلك التعرف إلى أكثر أنواع العلاج المستخدم عند لاعبي ولاعبات المنتخب الوطني الأولى تبعاً للموسم الرياضي في الأردن، وتبعاً لمتغير الجنس ونوع اللعبة والعمر التدريبي. استخدم الباحثان المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي، وتكون مجتمع الدراسة من (٢٩١) لاعبا ولاعبة للموسم الرياضي (٢٠٠٤/٢٠٠٥م)، حيث مثلت العينة ما نسبته (٧٧,٧٪) من مجتمع الدراسة. وبعد تحليل البيانات تبين أن أكثر الأسباب المؤدية إلى الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخب الوطني هو عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية بنسبة (٨,٢٦٪)، وأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور ولصالح الألعاب الفردية. أما أكثر الإصابات الرياضية انتشارا فكانت التقلصات بنسبة (١٩,٤٠٪) من المجموع العام. وتبين أن الكاحل أكثر المناطق عرضة للإصابة وبنسبة (١٠,٦٠٪). كما تبين أن أكثر الإصابات حدوثا كانت في فترة الإعداد بنسبة (٥٤,٨٩٪)، وأن أكثر العلاج استخداما هو العلاج الطبيعي بنسبة (٥٦,١٠٪). وفي ضوء النتائج أوصى الباحثان بضرورة إلزام الاتحادات الرياضية بإجراء الفحوصات الطبية الدورية للاعبين، وكذلك القيام بعمل سجل وجواز سفر طبي خاص لكل لاعب من لاعبي المنتخب الوطني، وضرورة توفير طبيب ومعالج متخصص لكل منتخب وطني، وتعميم نتائج هذه الدراسة على اللجنة الأولمبية والاتحادات الرياضية.

- قام Nikolaos et al, (2007) بدراسة عن إصابات إلتواء الكاحل وعوامل الخطورة للاعبين كرة القدم المحترفين، وهدفت الدراسة إلى التعرف على إصابات إلتواء الكاحل وأكثرها تكرارا، والمرتبطة بالوقت الضائع للمشاركة خلال موسمين، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٣٦) لاعبا ولاعبة منهم (٣١٢) لاعبة كرة قدم محترفة، وتبين أن من أهم نتائج الدراسة أن (٢٠٨) من الإصابات الرياضية كانت في الكاحل، و(١٣٩) في إلتواء الكاحل، وكان معدل الإصابات متساويا أثناء المباراة والتدريب، وأن (٦١,١٪) من الإصابات الرياضية تحدث في نهاية آخر نصف ساعة من المباراة، أما أهم أسباب الإصابات فكان بسبب الاحتكاك للمدافعين وبنسبة وصلت إلى (٨٠,٦٪).

- قام مجلي وعطيات (٢٠٠٦) بدراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المبارزة بالأردن، وهدفت الدراسة للتعرف على أنواع الإصابات الرياضية الأكثر شيوعاً، وأكثر المناطق عرضة للإصابة والفروق ما بينها تبعاً لمتغير الجنس والعمر ونوع السلاح لدى لاعبي المبارزة، ومعرفة أسباب الإصابات الرياضية ووقت حدوثها في التدريب أو في المباراة، حيث تكونت عينة الدراسة من (٥٠) لاعبا (٢٨) ذكور و(٢٢) إناث مسجلين رسمياً في اتحاد المبارزة، أعمارهم ما بين (٩-٣٣ سنة)، وتبين من نتائج الدراسة أنّ أكثر الإصابات حدوثاً لدى المبارزين الذكور تمزق الأربطة، أمّا الإناث فالتقلصات، وأنّ الإصابات لدى المبارزين تزداد بازدياد العمر، وأنّ أكثر المناطق عرضة للإصابة الفخذ يليه الكاحل، وأمّا أهم الأسباب المؤدية للإصابة هو عدم الإحماء الجيد يليه التدريب، وأوصت الدراسة الاهتمام بالإحماء الجيد، وبناء الخطط التي تتناسب مع قدرات اللاعبين البدنية والفسيوولوجية.

- وقام Wong and Hony (2005) بدراسة إصابات الأطراف السفلية في كرة القدم، وكان الهدف من هذه الدراسة هو مراجعة الدراسات السابقة حول إصابات كرة القدم الواقعة في الأطراف السفلية، وذلك لتحسين برامج الوقاية والتأهيل بعد الإصابة، وأنّ نسبة الإصابة في كرة القدم أعلى من غيرها من الرياضات، وأنّ معظم الإصابات في كرة القدم تحدث في الأطراف السفلية وخاصة الكاحل، وتشمل أيضاً إصابات الفخذ، أعلى الرجل، الركبة، أسفل الرجل والقدم، وثمّ في هذا البحث أيضاً تليخيص تعريفات الإصابة ومعدل الإصابة، ونسبتها ومناطقها التشريحية، ونوعها وشدتها، واقتراحات لتحسين البحث في إصابات كرة القدم، وأوصت الدراسة إلى أنّ المعلومات التي تمّ التوصل إليها يجب أن تزود بدلائل وخطوط عريضة فيما يتعلق بتصميم وتطبيق برامج التأهيل والوقاية من الإصابة مثل التدريب الذاتي والتثقيف والتعليم وإشراف المدربين والعلاج المناسب لتجنب تكرار الإصابة.

- وقام Faude et al, (2005) بدراسة الإصابات لدى لاعبات كرة القدم على الدوري الألماني لكرة القدم وكانت دراسة استطلاعية، وكان هدف الدراسة تحليل احتمال حدوث الإصابة لدى نخبة لاعبات كرة القدم، وأجريت الدراسات على عينة مكوّنة من (١٦٥) لاعبة تتراوح أعمارهم بين (٤، ٢٢ + ٥ سنوات) من تسع فرق تتنافس في الدوري الألماني لكرة القدم، وتمت مراقبتهم وتسجيل بياناتهم لموسم كامل. وقد وثق مدربوهم كل نشاطاتهم وسجّل المعالجون كل الإصابات فيما يتعلق بموضع الإصابة ونوعها وظروف حدوثها، وتبين من نتائج الدراسة أنّ (٢٤١) إصابة حدثت لدى

(١١٥) لاعبة، وأنّ (١٦٪) من الإصابات كانت بسبب التدريب الزائد في التدريب أو المنافسة، و(٤٨٪) من الإصابات كانت جروح، وأنّ (٤٢٪) من إصابات الجروح حدثت خلال التدريب و(٥٨٪) خلال المباريات، و(١٠٢) من إصابات الجروح والبالغ عددها (٢٠٢) حدثت بسبب الإحتكاك، بينما (٩٥) منها حدثت بدون أي إحتكاك، و(٨٠٪) من الإصابات كانت في الأطراف السفلية وخاصة في الفخذ والركبة والكاحل.

- وأجرى (2005) Agel et al, دراسة على إصابة الرباط الصليبي لدى الرياضيين في كليات كرة السلة وكرة القدم، وهدفت الدراسة إلى معرفة الذين عانوا من إصابة الرباط الصليبي، أمّا عينة البحث فهي مكونة من كل اللاعبين في الكليات في كرة السلة وكرة القدم من العام (١٩٩٠ - ٢٠٠٢). وتبين من نتائج الدراسة أنّه لم يكن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في كرة السلة بمقارنة الإصابات في الاحتكاك وبدون احتكاك بين الرجال (٧٠,١٪) والنساء (٧٥,٧٪)، ولكن في كرة القدم كان هناك فرقٌ دالٌّ في تكرار الإصابة للرجال (٤٩,٦٪) والنساء (٥٨,٣٪) عند مقارنة إصابات الاحتكاك وعدم الاحتكاك، وكان الفرق في معدل الإصابات بين الرجال والنساء في كرة القدم قد ازداد، وكانت إصابات الرباط الصليبي لدى لاعبي كرة القدم بشكل عام أعلى من كرة السلة.

- وقام (2005) Delaney and Al-Kashmiri بدراسة حول إصابات الركبة للحالات التي وصلت إلى أقسام الطوارئ في الولايات المتحدة في الفترة (١٩٩٠ إلى ١٩٩٩) والمتعلقة بهوكي الجليد وكرة القدم وكرة القدم الأمريكية، وكان الهدف من الدراسة هو معرفة عدد ومعدل إصابات الركبة في مجتمع الدراسة للرياضات الثلاث، وتمّ استخدام البيانات المتوافقة مع لجنة سلامة المنتج للمستهلك الأمريكي؛ لتقدير العدد الكلي لإصابات الركبة والتشخيص الأكثر خصوصية لكسور الركبة والخلع والإلتواءات والإجهاد والإصابات الأخرى لأفراد العينة المصابين في الفترة (١٩٩٠ إلى ١٩٩٩)، وتبين من الدراسة أنّه كان هناك (٥٠٣٨) إصابة في هوكي الجليد، و(١٩٣٤١) إصابة في كرة القدم، و(١١٤٦٠٧) إصابة في كرة القدم الأمريكية. تخلص الدراسة إلى أنّ معدل إصابات الركبة كان أعلى في كرة القدم في أنواع معينة من الإصابة مثل الإلتواءات والإجهادات، ولكن بشكل عام كان معدل إصابات الركبة أعلى في كرة القدم الأمريكية من كرة القدم.

- وأجرى (Ekstrand et al, 2004) دراسة هدفت إلى التعرف إلى خطر حدوث الإصابة في فريق كرة القدم الوطني السويدي للرجال خلال الأعوام (١٩٩١ وحتى ١٩٩٧). فخلال هذه الدراسة لعب الفريق (٧٣) مباراة رسمية وكان لديه (٣) مخيمات تدريبية، وكان من أهم نتائج الدراسة أنّ هناك (٧١) إصابة (٤٠) وقت التدريب و ٣١ وقت المباريات)، واحتمال حدوث الإصابات خلال التدريب (٦,٥) لكل (١٠٠٠) ساعة، بينما كان خطر الإصابات خلال لعب المباريات (٣,٣) لكل (١٠٠٠) ساعة، وأنّ هناك احتمال أكبر بشكل ملحوظ لحدوث الإصابة للمباريات الخاسرة مقارنة بالمباريات التي يفوزون بها، ولم يكن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في الإصابات بين المباريات التنافسية والودية.

- قام (Kakavelakis et al, 2003) بدراسة حول إصابات كرة القدم لدى الأطفال في اليونان، وكان الهدف من هذه الدراسة معرفة أكثر الإصابات شيوعاً لدى الأطفال ومكان حدوثها وأسباب حدوثها، وتم إجراء الدراسة على عينة قوامها (٢٨٧) لاعباً تتراوح أعمارهم بين (١٢ إلى ١٥ سنة) من نوادي كرة القدم اليونانية خلال موسم واحد، وتبين من الدراسة أن (١٩٣) لاعباً لديهم (٢٠٩) إصابات رياضية، وكانت احتمالية الإصابة (٤) إصابات لكل (١٠٠٠) ساعة لكل لاعب في كرة القدم، بينما أكثر أنواع الإصابات شيوعاً هي الإلتواءات، وكانت معظم الإصابات في الأطراف السفلية حيث بلغت (٨٠٪)، أمّا أكثر أسباب الإصابة شيوعاً فكان الاشتراك مع لاعبين آخرين حيث بلغت (٤٠٪)، وأنّ هناك احتمال حدوث الإصابة أثناء التدريب

- ودرس كل من (Hugglund et al, 2003) خطورة الإصابة والتعرّض لها لدى نخبة لاعبي كرة القدم في السويد والدنمارك، لقد أجريت دراسة استطلاعية للتعرف على أفضل تقسيمات كرة القدم السويدية والدنماركية من يناير إلى يونيو (٢٠٠١). وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة حدوث الإصابة وشدّتها وتوزيعها بين الدولتين. أمّا أهمّ نتائج الدراسة فتتمثلت بأنّ هناك خطر أكبر للإصابة خلال التدريب في الدنمارك من السويد (١١,٨ مقابل ٦,٠ لكل ١٠٠٠ ساعة) وخطر التعرض لإصابة خطيرة (الغياب عن الملاعب لأكثر من أربعة أسابيع كان أكثر في الدنمارك (١,٨ مقابل ٠,٧ لكل ١٠٠٠ ساعة)، وكان توزيع الإصابات وفقاً لنوع ومكان الإصابة متشابهاً في الدولتين، وأمّا أسباب الإصابات الرياضية فكان التدريب الزائد (٣٩٪) للدنمارك و(٣٨٪) للسويد وكان تكرار الإصابة

حوالي (٣٠٪) و(٢٤٪) على التوالي، وفسّر التدريب الأطول في السويد وفترة ما قبل الموسم الأطول بعضاً من الفروق المسجلة بين الدولتين.

- كما درس كلٌّ من Hugglund et al, (2003) خطورة الإصابة والتعرّض لها لدى نخبة لاعبي كرة القدم في السويد، وهدفت الدراسة إلى التعرف على التطوّر طويل الأمد لخطر الإصابة لدى لاعبي السويد الرجال في كرة القدم، وتمّت مقارنة دراستين استطلاعتين من المواسم (١٩٨٢ إلى ٢٠٠١) فيما يتعلق بتعرض اللاعبين للإصابة في كرة القدم، واحتمال الإصابة وشدة الإصابة، وقد ازداد العدد المتوسط للحصص التدريبية خلال الموسم بنسبة (٦٨٪)، وأمّا أهمّ نتائج الدراسة فتبيّن أنّ التعرّض الكلي للإصابة في كرة القدم قد ازداد بنسبة (٢٧٪)، وتعرّض (٣) من كل (٤) لاعبين للإصابة في كلا الموسمين، وقد عانى اللاعبون عام (٢٠٠١) من المزيد من إصابات التدريب بسبب كثرة التدريب، وأمّا فيما يتعلق بخطر حدوث الإصابة، لم يكن هناك فرق في احتمال حدوث الإصابة أو شدتها بين الموسمين.

- ومن خلال الدراسة التي أجراها الشطنوي (٢٠٠٣) بدراسةٍ حول الإصابات الرياضية لدى لاعبي الألعاب الجماعية في جامعة مؤتة، والتي هدفت للتعرف إلى أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً، وأكثر المناطق التشريحية تعرضاً للإصابة وأهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي الألعاب الجماعية (كرة السلة، الطائرة، اليد) في جامعة مؤتة، حيث تمثّلت عينة الدراسة من (٦٤) لاعباً، وقد أشارت النتائج إلى أنّ أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي كرة السلة هي الرضوض، ولدى لاعبي كرة الطائرة واليد، كانت أكثر الإصابات تكراراً هي الالتواءات المفصليّة، وأكثر المناطق عرضة للإصابة لدى لاعبي كرة السلة هو مفصل الركبة، وكان الكتف هو المنطقة الأكثر عرضة للإصابة عند لاعبي الكرة الطائرة، ورسغ اليدين هي الأكثر عند لاعبي كرة اليد، أمّا عن أهمّ الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة في كرة السلة وكرة اليد هو السلوك والتصرّف غير التربوي من قبل الرياضيين، وأمّا في كرة الطائرة فكان أهمّ الأسباب المؤدية للإصابة هو عدم إجراء الإحماء الكافي، وعلى ضوء هذه النتائج أوصى الباحث بدراسته على ضرورة التركيز على تمارين المرونة والإحماء الخاص للاعبين.

- فقد قام Murphy et al, (2002) في دراسة نظرية هدفت إلى التعرف على عوامل الخطورة لإصابات الطرف السفلي، وإلى التكلفة الطبية الباهظة حول العالم، وقدّرت تكلفة إصابات الألعاب الرياضية ب(١ \$) بليون دولار سنوياً. وتبين أنّ أهم نتائج الدراسة أنّ (3-5) مليون إصابة تحدث سنوياً بين الرياضيين التنافسيين والترفيهيين في الولايات المتحدة وحدها، إنّ أكثر مناطق حدوث الإصابات كانت الكاحل والركبة والجزء السفلي للساق بين لاعبي كرة القدم، الهوكي، كرة السلة، وكانت أكثر أنواع الإصابات شيوعاً الإجهاد العضلي، إلتواءات الأربطة، والكدمات. أمّا أسباب الإصابة فترجع إلى عاملين وهما العامل الخارجي ويتضمن: مستوى المنافسة، مستوى المهارة، نوع الحذاء، استعمال الشريط أو شبال الكاحل، وسطح الملعب. وأمّا العامل الداخلي فيتضمن: العمر، الجنس، الإصابات السابقة، عدم إكمال إعادة تأهيل، اللياقة الهوائية، حجم الجسم، المرونة، وقوة العضلات، التوازن ورد الفعل اللفظي، ثبات القوام، تشريح الأربطة، وتشريح القدم.

- وأجرى كلاً من Sderman et al, (2002) دراسة حول إصابات الرباط الصليبي لدى النساء الشابات اللواتي يمارسن كرة القدم بمستوى متقدم في السويد، وكان الهدف من هذه الدراسة هو دراسة عواقب إصابات الرباط الصليبي السابقة لدى لاعبات كرة القدم، وتمّ التركيز بشكل كبير على اللاعبات الشابات (أكبر من ١٦ سنة) اللواتي لديهنّ إصابات رباط صليبي سابقة عندما يلعبن في مستوى متقدم. وكانت عينة الدراسة مكونة من (٣٩٨) لاعبة ممّن يعانين إصابة رباط صليبي (قبل سن ١٩ سنة). أمّا أهم نتائج الدراسة فتبين أنّ (٨٤٪) من اللاعبات كنّ قد أصبن (قبل سن السادسة عشرة)، وكان (٣٩٪) منهنّ قد أصبن عندما لعبن في فرق متقدمة، و(٥٩٪) من اللاعبات (أقل من ١٦ سنة)، و(٤٤٪) من اللاعبات (١٦ سنة أو أكثر) كان لديهن إصابة في الرباط الصليبي خلال مواقف الإحتكاك مع لاعبات أخريات، وخلال وقت هذه الدراسة (٢ - ٧ سنوات بعد إصابة الرباط الصليبي السابقة) فإنّ (٧٨٪) قد توقفن عن اللعب.

- وأجرى Ostenberg and Roos (2000) دراسة حول عوامل خطورة الإصابة لدى النساء الأوروبيات في كرة القدم، وكان الهدف من هذه الدراسة هو تسجيل الإصابات لدى النساء في كرة القدم ودراسة ارتباط هذه الإصابات بعوامل الخطورة، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (١٢٣) لاعبة من ثمانية فرق بمستويات مختلفة خلال موسم واحد، حيث كانت الدراسة استطلاعية، وقد تم تسجيل كل الإصابات الناتجة عن الغياب من التدريب أو المباريات، أمّا أهم نتائج الدراسة فكانت

(٦٥) إصابة لـ (٤٧) من أفراد العينة، وكانت الركبة هي أكثر المناطق عرضةً وشيوعاً للإصابة يليها القدم، ثم الكاحل ثم الفخذ ثم الظهر، أهم أسباب الإصابات فكانت الليونة الزائدة في المفاصل والأداء العالي في الاختبار الوظيفي للوثب العالي، وزيادة العمر عن (٢٥ سنة).

- وقام جابر وحيات (١٩٩٨) بدراسة عن الإصابات لدى لاعبي المنتخب الكويتي لكرة القدم أثناء التصفيات النهائية لكأس العالم في فرنسا، وهدفت الدراسة إلى معرفة أهم الإصابات الرياضية لدى لاعبي المنتخب وأكثر الخطوط تعرضاً للإصابة، وأجريت الدراسة على عينة تكوّنت من (٢٢) لاعبا، وتبيّن من نتائج الدراسة أن الكدمات أكثر أنواع الإصابات حيث بلغت (٥١,٥٪) من مجموع الإصابات التي تعرض لها المنتخب الكويتي، وجاء الالتواء مفصلي الركبة والقدم (٢٧,٣٪)، والشد العضلي (٤٪)، وكان لاعبي مركز الدفاع أكثر تعرضاً للإصابات (٣٣,٣٪)، ثم مركز حارس المرمى (٢٧,٣٪)، وقد جاء مفصل الركبة من أكثر الأماكن إصابةً ونسبة (٢٧,٣٪)، وكانت أكثر الأسباب التي أدت إلى الإصابات الرياضية المختلفة هي الاحتكاك البدني المباشر بين اللاعبين وحارس المرمى ونسبة (٦٠,٦٪) من مجموع الإصابات.

- وقام (Kohn 1997) بدراسة مقارنة بين إصابات التدريب وإصابات المنافسة، و كان الهدف من الدراسة هو معرفة طبيعة الفرق بين إصابات التدريب وإصابات المنافسة، وقد استخدم الباحث المنهج المسحي على عينة تكوّنت من (١٨٩) لاعبا من (١٦) فريقا، وكانت من أهم نتائج الدراسة أن هناك اختلاف بين إصابات التدريب وإصابات المنافسة بمعدل (٠,٨) لكل (١٠٠٠) ساعة من التدريب، و(١٣,٥) لكل (١٠٠٠) ساعة من المنافسة، وأن إصابات حارس المرمى تكون في الكوع.

- قام كلٌّ من مجلي والوحيد (١٩٩٥) بدراسة عن الإصابات الرياضية في الألعاب الجماعية، وهدفت إلى التعرف إلى أكثر الإصابات انتشاراً لدى لاعبي الألعاب الجماعية في كل من لعبة (كرة السلة، كرة الطائرة، كرة اليد)، وأكثر المناطق عرضةً للإصابة، وإلى معرفة أهم أسباب وأوقات حدوث تلك الإصابات في الأنشطة الثلاث، واشتملت عينة الدراسة (٣٣٠) لاعبا من فرق الدرجة الأولى في كرة السلة، كرة اليد، كرة الطائرة. وقد أشارت النتائج إلى أنّ أكثر الإصابات شيوعاً في كرة السلة هي تمزقات الأربطة، وأكثر المناطق عرضةً للإصابة هي السلاّميات ثم الرسغ ثم الأمشاط. وتبيّن أن أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة في كرة السلة عدم التقيد ببرنامج تدريبي واضح، وأنّ الإصابات أثناء

المباريات أكثر حدوثاً من فترة التدريب، وفي كرة اليد كانت أكثر الإصابات شيوعاً هي الالتواء، وأكثر المناطق عرضة للإصابة هي الفخذ، وأن أكثر الأسباب المؤدية للإصابات في كرة اليد هي عدم الإحماء الجيد، أما في كرة الطائرة فإن أكثر الإصابات شيوعاً هي التمزقات العضلية، وكانت أكثر المناطق عرضة للإصابة هي مفصل الكتف، وأما الأسباب المؤدية للإصابة فقد كانت العودة إلى التمرين قبل الانتهاء من مرحلة الشفاء. وأوصت الدراسة بضرورة الالتزام الكامل بمرحلتى التأهيل الطبي والرياضي عند التعرض للإصابات الرياضية.

- وقام سعادة (١٩٩١) بدراسة عن الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم في الخطوط المختلفة في الأردن، وهدفت إلى التعرف على أنواع الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في الخطوط المختلفة، وإلى معرفة الأسباب الكامنة وراء إصابات اللاعبين، تكونت عينة الدراسة من (١٨٠) لاعبا تعرضوا للإصابة في الموسم الرياضي (١٩٩٠)، واستخدم الباحث المنهج الوصفي. وكانت أهم نتائج الدراسة أن الإصابات الأكثر تكراراً ونسبتها المئوية أعلى بوجه عام هي الجروح ورضوض الفخذ (٤٩,٢٪)، وتمزق الرباط الخارجي للقدم (٤٥,٢٪)، وجروح ورضوض الساق (٣٤,٩٪). وأن أكثر أجزاء الجسم الرئيسية تعرضاً للإصابة بوجه عام هي الفخذ والذراع والقدم والركبة والساق وذلك حسب أولوية الترتيب، وفيما يتعلق بأسباب الإصابات فقد أشارت النتائج إلى أن أرضية الملعب كانت أكثر العوامل المؤدية لإصابات اللاعبين في خط الوسط، في حين احتلت الخشونة المرتبة الأولى في خط الدفاع، وأخطاء الأداء من أكثر العوامل لإصابات اللاعبين في خط الوسط، والإحماء جاء في المرتبة الأولى في خط الوسط، وسوء التخطيط للتدريب أكثرها تكراراً لدى خط الوسط، وانخفاض اللياقة البدنية من أكثر العوامل لإصابات اللاعبين في خط الوسط، وكذلك عدم كفاية الأعداد كان أكثرها تكراراً لدى خط الوسط، في حين جاء عدم استخدام مستلزمات الوقاية من الإصابات في المرتبة الأولى بالنسبة لإصابة اللاعبين في خط حارس المرمى، وأوصى الباحث بتقنين البرامج التدريبية، والعمل على تغيير أرضية الملاعب وتوفير مستلزمات الوقاية، وإجراء المزيد من الدراسات.

- وأجرى كلا من المفتي والدوري (١٩٩١) دراسة حول الإصابات الشائعة بين لاعبي كرة القدم في المراكز المختلفة، وهدفت دراستهم إلى معرفة أكثر إصابات لاعبي كرة القدم شيوعاً وأكثرها في كل مركز حدوثاً، واستخدم الباحثان المنهج المسحي على عينة تكوّنت من (١٠٠) لاعب (تحت سن ٢١ سنة)، وتبيّن من الدراسة أن أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي كرة القدم هي الشدّ

العضليّ ثمّ الكدمات ثمّ التمزّقات، وأنّ هناك اختلافاً في الإصابة لدى اللاعبين في المراكز المختلفة، فقد كانت أعلى لدى لاعبي خط الوسط (٢٦,٨٪) ثمّ الهجوم (٢٥,٣٪) ثمّ حارس المرمى (١٨,٥٪) وأخيراً الدفاع (١٥,٨٪).

- وقام المواني وسليمان (١٩٩٠) بدراسة تحليلية للإصابات في إعداد الفرق الوطنية، وكان الهدف من الدراسة هو معرفة أكثر الإصابات حدوثاً في بعض الرياضات مثل كرة القدم واليد والطائرة والسلة والجمباز والسباحة والأثقال والمصارعة والملاكمة والمبارزة والفنون القتالية والساحة والميدان والفروسية وألعاب المضرب والدراجات. وأجريت الدراسة على عينة من (١٣٥) لاعبا من الألعاب السابقة، وتوصّلت الدراسة إلى أن أكثر الإصابات حدوثاً هي الكدمات والجروح يليها التواء المفصل ثمّ تمزق العضلات والتقلص وإجهاد العضلات، أمّا أكثر مناطق الجسم تعرضاً للإصابة هي مفصل القدم ثمّ مفصل الركبة.

- قام محمود (١٩٨٩) بدراسة ميدانية عن إصابات الملاعب في كرة القدم بدولة قطر، وكان الهدف من الدراسة التعرف على أكثر أنواع الإصابات شيوعاً لدى لاعبي كرة القدم بدولة قطر وأسبابها المباشرة، والفترات التي يكثر فيها حدوث تلك الإصابات، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١٣٤) فرداً، واستخدم الباحث المنهج المسحي الوصفي. أمّا أهمّ نتائج البحث فتبيّن أنّ لاعبي كرة القدم يتعرضون لجميع أنواع الإصابات ولكن بدرجاتٍ مختلفةٍ طبقاً لدرجة شيوعها على التوالي: إصابات الجروح والشدّ والتمزق والتقلص العضليّ والكدمات والملح والخلع في المفاصل ثم الكسور وهي أقلّ أنواع الإصابات شيوعاً، أمّا أسباب تلك الإصابات فكان أهمها مظاهر العنف والعدوانية، وعدم الإحماء الجيد أو غير الكافي، وعدم انتظام اللاعبين واستمرارهم في حضور التدريب وعدم العناية بالتغذية السليمة، وعدم الاهتمام بإجراء الكشف الطبي على اللاعبين، وعدم إعطاء اللاعبين فترة كافية للاستجمام والراحة. واتضح من نتائج الدراسة أنّ الإصابات قد تحدث في أي فترة أثناء الموسم الرياضي أو خلال أي فترة من فترات التدريب اليومية، وأوصى الباحث بضرورة إجراء الكشف الطبي على اللاعبين قبل بدء فترة الإعداد للموسم الرياضي، والإحماء المناسب واستخدام واقي للساقين ومفاصل القدمين، والابتعاد عن العنف والعدوانية عند التنافس.

- وأجرى أبو العينين وإبراهيم (١٩٨٥) دراسة حول العوامل المؤدية للإصابات في كرة القدم، وكان الهدف من الدراسة هو معرفة بعض العوامل التي تؤدي إلى تعرض لاعبي كرة القدم للإصابة ومدى تكرارها، وتم إجراء الدراسة على عينة قوامها (١٠٠) لاعبا من لاعبي المستوى الأول في كرة القدم بجمهورية مصر العربية. وتبين من الدراسة أنّ من أهمّ عوامل حدوث الإصابة و تكرارها هو عدم الاهتمام بإجراء القياسات الرياضية باستخدام الاختبارات والمقاييس البدنية و المهارية في كرة القدم، وعدم التأكد من شفاء اللاعب شفاءً تاماً وعدم وجود برنامج فردي لكل لاعب.

- أجرى بكري (١٩٨٢) دراسة حول ترتيب إصابات في الكاراتيه في جمهورية مصر العربية، وهدفت الدراسة إلى تصنيف الإصابات الرياضية من أجل معرفة أكثر الأنشطة الرياضية تسببا في الإصابات الرياضية، وقد وجد بكري أنّ أعلى نسبة من الإصابات تحدث في كرة القدم وبلغت (٤٤,٠٨٪)، ثم ألعاب القوى وكرة اليد والجودو والكاراتيه، ويلاحظ بكري أيضاً من خلال الدراسات السابقة أنّ لكرة القدم مستوى مرتفعاً من الإصابة عن الألعاب الأخرى، ويرى أنّ ارتفاع معدل الإصابة في كرة القدم يعود إلى الاحتكاك واللعب تحت ضغط خصم وبأقصى أداء بدني لفترة أطول (زمن المباراة) عن باقي الأنشطة الرياضية.

- قام بشكروف (١٩٨١) بدراسة هدفت للتعرف على الإصابات الشائعة لدى لاعبي كرة القدم، ودلت النتائج إلى أكثر أنّ المناطق عرضة للإصابة مفصل الركبة بنسبة (٤٠,٧٪)، يليها مفصل الكاحل بنسبة (٦,٨٦٪)، يليها الساق بنسبة (٤,٦٣٪)، وكانت أكثر أنواع الإصابات حدوثاً هي تمزقات الغضاريف بنسبة (٤٩,٩٢٪)، يليها إصابات الأربطة بنسبة (٧,٠٢٪)، يليها الخدوش بنسبة (٥,٦١٪)، وأمّا أكثر الأمراض شيوعاً لدى لاعبي كرة القدم كانت أمراض المفاصل.

### التعليق على الدراسات السابقة :

تبيّن للباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة على الصعيدين العالمي والمحلي والتي تمّت مابين سنة (١٩٨١ - ٢٠٠٧)، قد تناولت جميعها الإصابات الرياضية للألعاب المختلفة سواء في كرة القدم أو غيرها من الألعاب، حيث تمّ التعرف على نسبة الإصابات الرياضية وأنواعها وأكثرها شيوعاً في بعض الألعاب الرياضية، وخاصة في كرة القدم، ومقارنتها ببعض الألعاب الأخرى، وتمّ استخدام المنهج الوصفي والمسحي في تلك الدراسات وهي على النحو الآتي:

ثلاث دراسات تناولت الإصابات الرياضية للألعاب المختلفة وأنواعها وأسبابها من إصابات غير كرة القدم، بينما كانت (٥) دراسات تناولت الإصابات الرياضية المختلفة وأنواعها وأسبابها مقارنة مع كرة القدم، بينما (١٧) دراسة ركزت فقط على الإصابات في كرة القدم وأنواعها، ونسبة الإصابات وأغلبها انتشاراً، وأماكن حدوثها في جسم اللاعب وفي الخطوط المختلفة للاعب وفي المنافسة وأثناء التدريب.

وقد اتضح من تلك الدراسات أنّ أكثر أنواع الإصابات بصفة عامّة هي في كرة القدم بالنسبة للألعاب الأخرى، وأنّ الكدمات والجروح، والتواء المفاصل، وتمزّق العضلات هي أكثر أنواع الإصابات في كرة القدم، أمّا أكثر أجزاء الجسم تعرضاً للإصابة فهي القدم والكاحل والركبة ثمّ الفخذ، وأنّ معظم الإصابات كانت في الأطراف السفلية.

ومن نتائج تلك الدراسات أنّ الإصابات في المنافسات أكثر منها في التدريب، وأنّ من أبرز أسباب هذه الإصابات عدم الإحماء، وعدم التدريب الكافي، والسلوك غير الجيد للاعب، والاحتكاك البدني، أو الاشتراك مع الآخرين، وأرضية الملاعب غير الجيدة، ومركز اللاعب.

ولوحظ أنّه لم تكن هناك دراسة عن الإصابات الرياضية وأسبابها في نوادي الكويت لكرة القدم، فضلاً عن أنّ هذه الدراسة قارنت بين لاعبي فريق الدرجة الأولى والناشئين في الإصابات الرياضية، وأكثر أنواع الإصابات شيوعاً، وأكثر المناطق في الجسم عرضة للإصابات، وأكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات، وأوقات حدوثها (مباراة، تدريب، راحة)، ودور مراكز اللاعبين (حارس مرمى، دفاع، وسط، هجوم)، ومن ذلك نجد الباحثة قد استفادت من الدراسات والأبحاث العلمية السابقة، حيث أعانتها

في وضع مقدمة البحث ومشكلته وأهميته، ووضع أهداف الدراسة، وتحديد منهج البحث العلمي وعينة الدراسة ومناقشة النتائج.

احتوى هذا الجدول على (١٧) دراسة في موضوع الإصابة الرياضية في كرة القدم فقط + (٥) دراسات مقارنة الإصابات الرياضية في كرة القدم مع الألعاب الأخرى + (٣) دراسات بالإصابات الرياضية للألعاب الأخرى باستثناء كرة قدم.				
Faude et al, 2005	Wong And Hony 2005	مجلي و عطيات ٢٠٠٦	Nikolaos et al, 2007	مجلي والصالح ٢٠٠٧
Hugglund et al, 2003	Kakavelakis et al, 2003	Ekstrand et al, 2004	Delaney and Al-Kashmiri 2005	Agel et al, 2005
Ostenberg and Roos 2000	Sderman et al, 2002	Murphy et al, 2002	الشطناوي ٢٠٠٣	Hugglund et al, 2003
المفتي و الدوري ١٩٩١	سعادة ١٩٩١	مجلي و الوحيد ١٩٩٥	Kohn 1997	جابر و حيات ١٩٩٨
بشكروف ١٩٨١	بكري ١٩٨٢	أبو العينين و إبراهيم ١٩٨٥	محمود ١٩٨٩	المواني و سليمان ١٩٩٠

#### مميزات الدراسة

وقد تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأنها أول دراسة في دولة الكويت تُعنى بالإصابات الرياضية عند لاعبي كرة القدم. واشتمالها أيضاً على عينة من جميع فئات اللاعبين في (١٤) نادي، كما واهتمت بدراسة لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، ومقارنتها بين الإصابات عند لاعبي الدرجة الأولى والناشئين.

## محددات الدراسة:

التزمت الباحثة في إجراء الدراسة بالمحددات الآتية:

### المجال الزمني:

تمّ جمع البيانات الخاصة بالدراسة الحالية في الفترة الواقعة ما بين (٢٠٠٧/٦/١٥) إلى (٢٠٠٧/٨/٢٥)، وتوزيع الاستمارة على أفراد العينة لجميع نوادي الكويت الرياضية.

### المجال المكاني:

بمقابلة اللاعبين وتعريفهم بالاستمارة وتوزيعها على كل فرد من أفراد العينة في كل نادي رياضي في مختلف الأماكن كالملاعب وصالات التدريب وأماكن علاج المصابين في كل محافظات الكويت.

### المجال البشري:

تمّ إجراء دراسة على لاعبي فرق الدرجة الأولى وعددهم (٤٦٠ لاعبا) وفرق الناشئين وعددهم (٣٦٠ لاعبا) والمسجلين رسميا في الاتحاد الرياضي لكرة القدم، حيث بلغ عددهم (١٤) نادياً رياضياً في دولة الكويت، وبلغ عدد اللاعبين المسجلين لدى هذه الأندية (٣٤١) لاعبا من عينة الدراسة.

## الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

❖ منهج الدراسة

❖ مجتمع الدراسة

❖ عينة الدراسة

❖ أداة الدراسة

❖ متغيرات الدراسة

❖ المعالجة الإحصائية

### إجراءات الدراسة:

#### - منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي.

#### - مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع لاعبي كرة القدم لفرق الدرجة الأولى (٤٦٠ لاعبا)، وفرق الناشئين (٣٦٠ لاعبا) والمسجلين رسميا في الاتحاد الكويتي لكرة القدم في جميع محافظات الكويت للعام (١٤٢٨هـجري) الموافق (٢٠٠٧م) والبالغ عددهم (٨٢٠) ثمانمائة وعشرون لاعبا موزعين على (١٤) أربعة عشر ناديا.

#### - عينة الدراسة:

تمّ اختبار عيّنة الدراسة بالطريقة العشوائية حيث تكوّنت من (٣٨١) لاعبا، وبلغ عدد لاعبي فرق الدرجة الأولى (٢٠٦) لاعبا، وبلغت أعمارهم (من ٢١ سنة فما فوق)، و(١٧٥) لاعبا من فرق الناشئين، وتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨ سنة) والتي تمثل ما نسبته (٤٤,٨٢٪) من مجتمع الدراسة الأصلي. الذي يشمل جميع أندية كرة القدم لفرق الدرجة الأولى وفرق الناشئين في دولة الكويت وعددها (١٤) ناديا المسجلين في الاتحاد الكويتي لكرة القدم. والجدول رقم (١) يوضح وصفا لأفراد عينة الدراسة.

#### - أداة الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام استمارة خاصة بالإصابات الرياضية استخدمت في العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧)، وهي استمارة مقننة مرفقة بملحق رقم (١).

#### - متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على التغيرات الديمغرافية والمستقلة الآتية:

- (البيانات الشخصية كلها).

- مراكز اللاعبين.

- أسباب الإصابات- كذلك متغير فترة وقوع الإصابة.

تمثلت متغيرات الدراسة التابعة بما يلي:

١. أنواع الإصابات.

٢. مناطق الإصابات.

### جدول ٢. توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة

المجموع	المركز				اللاعب	النادي
	هجوم	وسط	دفاع	حارس المرمى		
٣٠	٨	١١	٦	٥	الدرجة الأولى	الكويت
١٧	٥	٥	٦	١	الناشئون	
٢٤	٧	٦	٩	٢	الدرجة الأولى	القادسية
١٧	٦	٥	٤	٢	الناشئون	
١٢	٤	٤	٣	١	الدرجة الأولى	كاظمة
١٥	١	٨	٥	١	الناشئون	
٥	١	٢	٢		الدرجة الأولى	الفحيحيل
٦	٢	١	٣		الناشئون	
٧		٤	٣		الدرجة الأولى	الشباب
٤	١	١	١	١	الناشئون	
١٩	٦	٥	٥	٣	الدرجة الأولى	الساحل
٦	١	٢	٣		الناشئون	
٩	٢	٤	٢	١	الدرجة الأولى	خيطن
١٣	٢	٤	٢	٥	الناشئون	
١٤	٣	٥	٦		الدرجة الأولى	الصليبيخات
١١	٣	٦	١	١	الناشئون	
٩	٣	٣	٢	١	الدرجة الأولى	العربي
١٥	٥	٣	٥	٢	الناشئون	
٢٨	٩	٣	١٤	٢	الدرجة الأولى	الجهراء
١٧	٥	٣	٨	١	الناشئون	
١٢	٢	٧	٢	١	الدرجة الأولى	النصر
٢١	٥	٨	٧	١	الناشئون	
١٤	٦	٣	٣	٢	الدرجة الأولى	السالمية
١				١	الناشئون	
١٠	١	٤	٢	٣	الدرجة الأولى	التضامن
١٨	٣	٨	٥	٢	الناشئون	
١٣	٢	٧	٣	١	الدرجة الأولى	اليرموك
١٤	٣	٤	٥	٢	الناشئون	

## - إجراءات الدراسة:

- ١- قامت الباحثة بإجراء الاتصالات مع مدير اتحاد كرة القدم وترتيب المواعيد؛ بهدف طلب مساعدته لإبلاغ الأندية بنية الباحثة إجراء دراستها.
- ٢- بعد ذلك قامت الباحثة بالتنسيق مع رئيس كل نادي من أندية كرة القدم في الكويت؛ بهدف تحديد مواعيد لمقابلة اللاعبين لتوزيع الاستمارة عليهم.
- ٣- استعانت الباحثة ببعض الزملاء/ الزميلات لتوزيع الاستمارات.
- ٤- تمّ توزيع الاستمارات على مرحلتين:
  - المرحلة الأولى: استغرقت لمدة (٦ أيام) وبدأت بتاريخ (١٥/٦/٢٠٠٧).
  - المرحلة الثانية: استغرقت لمدة (٥٠ يوماً) وبدأت بتاريخ (١٠/٧/٢٠٠٧).
- ٥- طلبت الباحثة من اللاعبين أن يقوموا بتعبئة استمارة الإصابات التي تعرضوا لها خلال العام (٢٠٠٦-٢٠٠٧).
- ٦- بعد ذلك وعند مقابلة اللاعبين قامت الباحثة بشرح محتويات الاستمارة للاعبين.
- ٧- قامت الباحثة بعد ذلك بتدقيق الإجابات في الاستمارات المعبأة بهدف استبعاد الاستمارات غير المستوفية للشروط، حيث تمّ توزيع (٥٠٠) استمارة لم يتم استرجاعها بشكل كامل، ويوضح الجدول (٢) عدد الاستمارات الموزعة وغير المسترجعة والمحللة إحصائياً.

### جدول ٢. عدد الاستمارات الموزعة وغير المسترجعة والمحللة إحصائياً

الاستمارات المحللة إحصائياً	الاستمارات المستبعدة	الاستمارات غير المسترجعة	الاستمارات الموزعة
٣٨١	٣٦	٨٣	٥٠٠

- ٨- بعد ذلك تم تحليل الاستمارات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS).

### خطوات إجراءات الدراسة:

١. قامت الباحثة ببعض الإجراءات التنظيمية الخاصة بإعداد الدراسة، مثل مقابلة المسؤولين لتسهيل مهمة الباحثة لدى الجهات الخاصة بالدراسة المعنية.
٢. قامت الباحثة بأخذ أعداد لاعبي فرق الدرجة الأولى وفرق الناشئين لكرة القدم، والمسجلين رسمياً في الاتحاد الكويتي لكرة القدم من أجل حصر مجتمع الدراسة.

### المعالجة الإحصائية:

- وبعد جمع البيانات تم تحليلها باستخدام برنامج (SPSS) لعمل التحليل الإحصائي المناسب، حيث تم استخدام المعالجات الآتية:
١. التكرارات.
  ٢. النسب المئوية.
  ٣. اختبار مربع " كاي".

## الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

❖ عرض النتائج

❖ مناقشة النتائج

## الفصل الرابع

### عرض ومناقشة النتائج:

لقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أنواع ومناطق الإصابات الرياضية التي يتعرض لها لاعبو كرة القدم ضمن فرق الدرجة الأولى والناشئين في دولة الكويت، ومن خلال هذه الدراسة فقد تمّ وضع خمسة تساؤلات ستقوم الباحثة بعرضها ومناقشتها تباعاً، وفيما يلي عرض ومناقشة تساؤلات الدراسة.

### أولاً: عرض ومناقشة التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على " ما هي أكثر أنواع الإصابات شيوعاً بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟". وللإجابة على هذا التساؤل فقد استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لاحتساب تكرار ونسبة وقوع كل نوع من أنواع الإصابات التي قد يتعرض لها لاعبو كرة القدم في دولة الكويت (لاعبو فرق الدرجة الأولى والناشئون) كما هو موضح في الجدول رقم (٣).

### جدول ٣. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون

مربع كاي	المجموع (ن = ٣٨١)		الناشئون (ن = ١٧٥)		الدرجة الأولى (ن = ٢٠٦)		الأنواع
	%	ت	%	ت	%	ت	
٢,٤٣	١١,٠	٩٥	٣,٥	٣٠	٧,٥	٦٥	الكسور
٢,٧١	١١,٥	٩٩	٣,٦	٣١	٧,٩	٦٨	تمزق أوتار
١,٩٩	١٦,٧	١٤٤	٧,٥	٦٥	٩,٢	٧٩	تمزق عضلات
٠,٤٤	٢٣,٤	٢٠٢	٨,٧	٧٥	١٤,٧	١٢٧	تمزق أربطة
٠,٣٧	٢,٨	٢٤	٠,٩	٨	١,٩	١٦	خلع
٠,٩٦	٨,٢	٧١	٣,٧	٣٢	٤,٥	٣٩	رضوض عظم
٣,٨٣	٥,٧	٤٩	٣,٠	٢٦	٢,٧	٢٣	رضوض عضلات
١,٨٥	٠,٨	٧	٠,١	١	٠,٧	٦	رضوض أعصاب
٠,٠٠	٥,٧	٤٩	٢,٤	٢١	٣,٢	٢٨	جروح وسحجات
٢,٤٤	٣,٥	٣٠	١,٩	١٦	١,٦	١٤	تقلصات
٠,٠٤	٨,٠	٦٩	٣,٢	٢٨	٤,٨	٤١	التواءات
١,٠٥	٢,٨	٢٤	٠,٨	٧	٢,٠	١٧	إصابات أخرى
	١٠٠,٠	٨٦٣	٣٩,٤	٣٤٠	٦٠,٦	٥٢٣	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى  $\alpha = ٠,٠٥ = ٣,٨٤$

يبين الجدول (٣) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في كرة القدم بدولة الكويت، وباستعراض القيم الواردة في الجدول نجد أن تمزق الأربطة لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار (١٢٧) وبنسبة (١٤,٧٪)، تلاها تمزق العضلات بتكرار (٧٩) وبنسبة (٩,٢٪)، ثم تمزق الأوتار بتكرار (٦٨) وبنسبة (٧,٩٪)، كذلك فقد كانت إصابة تمزق الأربطة للناشئين أعلى الإصابات إذ تحققت بتكرار (٧٥) وبنسبة (٨,٧٪)، تلاها تمزق العضلات بتكرار (٦٥) وبنسبة (٧,٥٪)، ثم تمزق الأوتار بتكرار (٣١) وبنسبة (٣,٦٪)، أما بالنسبة لأقل أنواع الإصابات حدوثاً فقد كانت رضوض الأعصاب واللفنتين حيث كانت عند لاعبي الدرجة الأولى بتكرار (٦) وبنسبة (٠,٧٪)، وللاعبي الناشئين بتكرار (١) وبنسبة (٠,١٪).

وبشكل عام فقد كانت إصابة تمزق الأربطة أكثر الإصابات حدوثاً (٢٣,٤٪)، بينما كانت أقل الإصابات رضوض الأعصاب التي بلغت نسبة حدوثها (٠,٨٪).

كما بلغ مجموع إصابات لاعبي الدرجة الأولى (٥٢٣) إصابة مثلت ما نسبته (٦٠,٦٪) من مجموع الإصابات، بينما بلغت إصابات اللاعبين الناشئين (٣٤٠) إصابة وبنسبة (٣٩,٤٪).

كما تشير قيمة مربع كاي المبيّنة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من أنواع الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، حيث كانت جميعها أقل من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥).

وقد يعود السبب في زيادة نسبة التمزقات (الأربطة والأوتار والعضلات) عند لاعبي الدرجة الأولى إلى عدم التزام الرياضيين بالسلوك الجيد وإلى أرضية التدريب غير الجيدة، كما يتضح من نتائج هذه الدراسة في الجدول رقم (٥)، حيث تؤدي الأرضية غير الجيدة إلى زيادة الاحتكاك بين قدم اللاعب والأرض، مما يزيد ثبات القدم على الأرض مع حركة الأجزاء الأخرى للجسم وفقدان التوازن، وإنّ زيادة ثبات القدم على الأرض مع حركة أجزاء الجسم يعني اندفاع الجسم إلى الأمام (قوة الحركة) مع ثبات القدم على الأرض مما يزيد القوى المؤثرة على مفصل الكاحل والركبة بشكل كبير لما تتحمّله الأوتار والأربطة، وهذا يزيد من احتمالية حدوث إصابة تمزق الأوتار أو الأربطة أو حتى العضلات

(Bartlett, 2003)، فإذا كان هذا مقترناً باللعب الخشن أي السلوك غير الجيد للرياضيين فإنه يزيد من حدوث الإصابة. كما قد يعزى ذلك إلى ارتفاع شدة المنافسة والخشونة الزائدة مما يؤدي إلى السقوط أو الارتطام أو التوقف المفاجئ، وهذا يتفق مع نتائج دراسة كل من (سعادة، ١٩٩١) و(محمود، ١٩٨٩) و(بشكروف، ١٩٨١).

وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) التي وجدت أن أكثر أنواع الإصابات شيوعاً هي رضوض العظم، ودراسة كل من (Kakavelakis et al, 2003) و(درويش، ٢٠٠٣) وجدنا أيضاً أن أكثر أنواع الإصابات شيوعاً هي الالتواءات والإجهاد. وتشير نتائج دراسة (سعادة، ١٩٩١) إلى أن الجروح ورضوض الفخذ تحتل المرتبة الأولى بين الإصابات.

وقد تُعزى الزيادة في نسبة التمزقات (الأربطة والأوتار والعضلات) إلى جدية المنافسة وحدتها، وهذا قد يدفع الرياضيين إلى زيادة الحمل على الأربطة والأوتار والعضلات أكثر من طاقتها، وبالتالي تعرضها للإصابة.

كما إن أحد أكثر الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالتمزقات عدم الإحماء الجيد، حيث تظهر نتائج هذه الدراسة ثالث أكثر الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية عند لاعبي الدرجة الأولى (جدول رقم (٥)) وبلغت نسبتها (١٤,٥٪).

وبمقارنة نتائج لاعبي الدرجة الأولى مع اللاعبين الناشئين نجد أن تمزقات الأربطة عند لاعبي الدرجة الأولى كانت أعلى على الرغم من أن أرضية التدريب غير الجيدة احتلت المرتبة الأولى في أسباب الإصابات الرياضية عند فرق الدرجة الأولى بنسبة (١٤,٥٪) مقارنة مع الناشئين بنسبة (١٠,٣٪)، إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة إحصائياً كما تظهر النتائج قيمة مربع كاي، والتي كانت أقل من القيمة الجدولية كما يظهر في الجدول رقم (٣).

وقد يعود السبب في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلى تشابه الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية إلى حد كبير عند لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، والمتمثلة بأرضية التدريب غير الجيدة، وعدم السلوك الجيد للرياضيين، وعدم الإحماء الجيد.

وبالعودة إلى الجدول رقم (٣) نجد أنّ أقلّ الإصابات كانت رضوض الأعصاب لكل من لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، ولم توجد هناك أية فروق دالة إحصائية، وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة تشريح جسم الإنسان حيث إنّ الأعصاب غالباً ما تكون محمية أو مغطاة بشكل جيد في معظم مناطق الجسم، إمّا بالعظام أو بالأوتار أو الأربطة الأمر الذي يجعل احتمالية حدوث الإصابة فيها أقلّ، وإن حدثت فغالباً ما تكون مرتبطة بإصابات أخرى مثل الكسور والتمزقات، فمثلاً عندما تحدث إصابة في العصب فإنّ هذا في معظم الأحيان يستدعي إصابات أخرى مثل التمزق أو الكسر أو حتى أكثر من إصابة معاً (Marieb, 2004).

### ثانياً: عرض ومناقشة التساؤل الثاني:

ينص التساؤل الثاني على " ما هي أكثر المناطق في الجسم عرضة للإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟". وللإجابة على هذا التساؤل فقد استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لاحتساب تكرار ونسبة وقوع الإصابات في كل منطقة من المناطق المعرضة للإصابات، كما هو موضح في الجدول رقم (٤).

جدول ٤. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو كرة القدم في دولة الكويت (الدرجة الأولى والناشئون)

مربع كاي	المجموع (ن = ٣٨١)		الناشئون (ن = ١٧٥)		الدرجة الأولى (ن = ٢٠٦)		المناطق
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,١٢	٢,٩	٢٥	١,٠	٩	١,٩	١٦	الرأس
٠,٤٤	١,٩	١٦	٠,٦	٥	١,٣	١١	الرقبة
٠,٥٦	٥,٤	٤٧	١,٩	١٦	٣,٦	٣١	مفصل الكتف
٥,٤٧	١,٥	١٣	٠,١	١	١,٤	١٢	الترقوة
٠,٠٥	٠,٣	٣	٠,١	١	٠,٢	٢	العضد
٠,٧١	٢,٠	١٧	٠,٦	٥	١,٤	١٢	مفصل الكوع
٠,٠١	٣,٠	٢٦	١,٢	١٠	١,٩	١٦	الساعد
٠,٠٨	١,٦	١٤	٠,٦	٥	١,٠	٩	مفصل الرسغ
٢,٢١	٤,٣	٣٧	٢,٢	١٩	٢,١	١٨	الأمشاط
٠,٠٠	٠,١	١	٠,٠	٠	٠,١	١	السلاميات
٠,٠٠	٠,٢	٢	٠,٠	٠	٠,٢	٢	عظمة القص
٠,٠٠	٠,٥	٤	٠,١	١	٠,٣	٣	الأضلاع
٠,٠٠	٢,٨	٢٤	٠,٧	٦	٢,١	١٨	البطن
١,٩٥	٠,٣	٣	٠,٠	٠	٠,٣	٣	الفقرات الصدرية
٠,٣٣	١,٧	١٥	٠,٨	٧	٠,٩	٨	الفقرات القطنية
٠,٠٠	٠,٥	٤	٠,٢	٢	٠,٢	٢	الفقرات العجزية
٠,٣٧	١,٢	١٠	٠,٣	٣	٠,٨	٧	الحوض
٠,١٣	١,٩	١٦	٠,٨	٧	١,٠	٩	مفصل الورك
٣,٢٨	١٢,١	١٠٤	٥,٨	٥٠	٦,٣	٥٤	الفخذ
٠,٠٠	٦,١	٥٣	٣,١	٢٧	٣,٠	٢٦	مفصل الركبة
٢,٧٤	٤,١	٣٥	١,٠	٩	٣,٠	٢٦	رباط صليبي أمامي
١,٠٢	١,٧	١٥	٠,٥	٤	١,٣	١١	رباط صليبي خلفي
٠,٠٠	١,٣	١١	٠,٢	٢	١,٠	٩	رباط جانبي انسي
٠,٠٠	١,٢	١٠	٠,٥	٤	٠,٧	٦	رباط جانبي وحشي
٤,٥١	٦,٠	٥٢	١,٥	١٣	٤,٥	٣٩	الغضروف
٠,٠٠	٥,٨	٥٠	٢,٤	٢١	٣,٤	٢٩	الساق
٤,٠٦	٢١,٩	١٨٩	١٠,٢	٨٨	١١,٧	١٠١	الكاحل
٣,٦٢	١,٢	١٠	٠,١	١	١,٠	٩	رباط جانبي انسي
١,٤٥	١,٥	١٣	٠,٣	٣	١,٢	١٠	رباط جانبي وحشي
٠,٠٠	٣,٩	٣٤	٢,١	١٨	١,٩	١٦	أمشاط قدم
٠,٣٧	١,٢	١٠	٠,٣	٣	٠,٨	٧	سلاميات قدم
	١٠٠,٠	٨٦٣	٣٩,٤	٣٤٠	٦٠,٦	٥٢٣	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٤) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في كرة القدم بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد أن الكاحل كان أكثر المناطق عرضة للإصابة، إذ بلغت نسبة الإصابة لدى فرق الدرجة

الأولى بتكرار (١٠١) وبنسبة (١١,٧٪)، تلاها الفخذ بتكرار (٥٤) وبنسبة (٦,٣٪)، ثم غضروف الركبة بتكرار (٣٩) وبنسبة (٤,٥٪)، بينما كانت إصابة الكاحل لفئة الناشئين بتكرار (٨٨) وبنسبة (١٠,٢٪)، تلاها الفخذ بتكرار (٥٠) وبنسبة (٥,٨٪)، ثم مفصل الركبة بتكرار (٢٧) وبنسبة (٣,١٪)، أما بالنسبة لأقل مناطق الإصابات حدوثاً، فقد كانت سلاميات الرسغ لدى فرق الدرجة الأولى بتكرار (١) وبنسبة (٠,١٪)، بينما كانت أقل المناطق إصابة لدى الناشئين هي الترقوة والعضد والأضلاع والرباط الجانبي الأنسي في مفصل الكاحل بتكرار (١) وبنسبة (٠,١٪).

وبشكل عام فقد كانت إصابة الكاحل أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (١٨٩) وبنسبة (٢١,٩٪)، بينما كانت أقل الإصابات سلاميات الرسغ التي بلغت بتكرار (١) وبنسبة (٠,١٪).

كما وبلغ مجموع إصابات لاعبي الدرجة الأولى (٥٢٣) إصابة مثلت ما نسبته (٦٠,٦٪) من مجموع الإصابات، بينما بلغت إصابات اللاعبين الناشئين (٣٤٠) إصابة بنسبة (٣٩,٤٪).

كما تشير قيمة مربع كاي المبينة إلى وجود فروق دالة إحصائية لأنها أعلى من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥) على كل من الترقوة وغضروف الركبة والكاحل بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، حيث كانت دالة لصالح لاعبي الدرجة الأولى.

وترى الباحثة أنّ أكثر الأجزاء في جسم الإنسان استخداماً في كرة القدم هي القدم، وتعمل على مفصل الكاحل الذي ينقل الحركة من القدم إلى باقي الجسم أو بالعكس، وبالتالي فإنّ مفصل الكاحل يعتبر من أكثر المفاصل التي تتعرض لأحمال مختلفة أثناء الحركة وخصوصاً للعب، وعلى وجه التحديد في كرة القدم، حيث يزيد الاحتكاك بين اللاعبين لذلك فهي من أكثر المناطق عرضة للإصابة. وترى الباحثة أنّ انتشار الإصابة بنسبة أعلى في الطرف السفلي عند لاعبي كرة القدم سواء لاعبي الدرجة الأولى أو اللاعبين الناشئين حسب طبيعة اللعبة هو أمر طبيعي من خلال الاستخدام الكثير للطرف السفلي، ومن أمثلة ذلك: إصابة الكاحل والفخذ وغضروف الركبة عند لاعبي الدرجة الأولى مقارنة مع إصابة الكاحل والفخذ ثم الركبة عند اللاعبين الناشئين على التوالي كما يتضح من نتائج هذه الدراسة (Hamill and Knutzen, 2003).

ومفصل الكاحل له دور أساسي وكبير في الحركات والمهارات التي يؤديها لاعب كرة القدم، فمثلاً يقوم اللاعب بالمحاورة، وهي مهارة مركبة وصعبة تتطلب قوة وتركيزاً لتوجيه مفصل الكاحل، بالإضافة إلى قيام اللاعب بالجري السريع أو الوثب لاستقبال أو ضرب الكرة، كذلك يكون دور الكاحل أساسياً في القوة التي يبذلها اللاعب من عضلات جسمه، بحيث يضرب الكرة بالقوة المناسبة ويوجهها بالزاوية المناسبة أيضاً، سواء باتجاه الزميل أو المرمى، وبصورة أخرى فإن دور الكاحل جوهري وأساسي في معظم الحركات والمهارات، مما يزيد العبء على مفصل الكاحل، وهذا بالتالي يساهم في زيادة فرصة تعرضه للإصابات سواء لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى بنسبة (١١,٧٪) أو اللاعبين الناشئين بنسبة (١٠,٢٪)، ويلاحظ هنا أن قيمة مربع كاي البالغة (٤,٠٦٪) هي قيمة دالة إحصائياً مما يعني وجود فروق بين لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين ولصالح لاعبي فرق الدرجة الأولى على إصابة الكاحل. وقد يعزى ذلك إلى ضعف في العضلات والأربطة عند لاعبي فرق الدرجة الأولى بسبب إصابات سابقة، حيث إن الإصابات السابقة تضعف العضلات خصوصاً إذا لم يكن هناك تأهيل جيد، أو بسبب عدم الإحماء الجيد، أو أنّ لاعبي فرق الدرجة الأولى يقومون بأداء حركات أكثر بسبب متطلبات منافساتهم، وبالتالي فهم يبذلون جهوداً وقوة أكبر مقارنة بالناشئين، مما يعني زيادة فرصة تعرضهم لإصابة الكاحل بصورة أكبر.

وقد يعزى ازدياد إصابة الكاحل والفتق وغضروف الركبة عند لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين أيضاً إلى أرضية التدريب غير الجيدة، وعدم السلوك الجيد للرياضيين، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة الضغط على الطرف السفلي، مما يزيد احتمالية حدوث الإصابة. بالإضافة إلى أنّ الخلل في مستوى الثبات الرئيسي ومستوى التوافق العصبي العضلي يرتبط بالخطر المتزايد لحدوث الإصابات وانخفاض الأداء الرياضي. إنّ الثبات والقوة العضلية ضروريان للسيطرة على الجذع والحوض والأطراف السفلية والكاحل، بينما التوافق العصبي العضلي هو عامل حاسم في ثبات المفاصل في الأطراف السفلية. والسرعة هي من العوامل الرئيسية التي تحدد سرعة الاستجابة للمتطلبات المهارية لكرة القدم مع الأخذ بعين الاعتبار أنّ عدداً كبيراً من الإصابات سببه الأخطاء، حيث أنّ لكل حركة مستوى ثبات معين يتم السيطرة عليه بالتوافق العصبي العضلي وقوة عضلية مناسبة، حتى تتم الحركة في مستوى من الثبات أو السيطرة وأنّ أي خلل في هذا الثبات يزيد من احتمالية الإصابة (Bizini et al, 2004).

وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه كل من (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) و (Wong & Hong, 2005) و (Faude et al, 2005) و (الحشوش، ٢٠٠٣) و (Morerra et al, 2003) و (Makay et al, 2001) و (Ostenberg and Ross, 2000) و (العودالي، ١٩٩٩) و (Ellison and Larry, 1995) و (Williams, 1990) و (المواني وسليمان، ١٩٩٠) ومن حيث أنّ إصابة الكاحل كانت أكثر الإصابات الرياضية حدوثاً. وكذلك فقد اتفقت هذه النتيجة أيضاً مع ما توصل إليه (مجلي وعطيّات، ٢٠٠٦) و (بشكيروف، ١٩٨١)، وكذلك مع ما توصل إليه (Kakavelakis et al, 2003) حيث وجدوا أنّ أكثر الإصابات تقع في الأطراف السفلى، واتفقت مع ما توصل إليه (Murphy et al, 2002) حيث أنّ أكثر المناطق عرضة للإصابة هي الركبة والكاحل.

بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (Agel et al, 2005) التي وجدت أنّ الرباط الصليبي هو من أكثر المناطق التي تتعرض للإصابة. كما اختلفت النتيجة مع دراسة كل من (Sderman et al, 2002)، حيث وجد أنّ الرباط الصليبي هو أكثر المناطق التي تصاب في كرة القدم سواء للناشئات أو المتقدمات.

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من (الشطناوي، ٢٠٠٣) التي توصلت إلى أنّ مفصل الركبة من أكثر المفاصل التي تصاب في الألعاب الجماعية. وكذلك تختلف عن دراسة (Delaney and Al-Kashmiri, 2002) ودراسة (جابر وحيات، ١٩٩٨) حيث وجدت أنّ إصابة الركبة هي أكثر الإصابات الرياضية.

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Ostenberg and Roos, 2000)، حيث وجد أنّ أكثر الإصابات كانت إصابات الركبة ثمّ القدم. وتختلف نتائج هذه الدراسة أيضاً مع نتائج دراسة (سعادة، ١٩٩١) التي وجدت أنّ أكثر أجزاء الجسم تعرضاً للإصابة كانت الفخذ والذراع والقدم والركبة.

وتظهر نتائج هذه الدراسة أنّ إصابة الفخذ احتلت المرتبة الثانية عند لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، وهذا قد يعزى إلى عدم الإحماء الجيد وعدم السلوك الجيد للرياضيين، أمّا أقل نسبة إصابات

فقد كانت في سلاميات الرسغ وبلغت نسبتها (٠,٠١٪)، وهي نسبة منخفضة، وقد يعزى ذلك إلى طبيعة اللعبة حيث يقلّ تعرض أصابع اليد للاحتكاك المباشر أثناء اللعب في كرة القدم.

ويظهر الجدول رقم (٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) لصالح لاعبي فرق الدرجة الأولى في كل من إصابات الترقوة و غضروف الركبة والكاحل بين لاعبي الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين، حيث بلغت النسبة (١١,٧٪) مقارنة مع مانسبته (١٠,٢٪) و(١,٤٪) مقارنة مع (٠,١٪) و(٤,٥٪) مقارنة مع (١,٥٪) لإصابات الكاحل والترقوة و غضروف الركبة على التوالي.

بينما لم توجد أية فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في مناطق الإصابات الرياضية الأخرى عند لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة اللاعبين الناشئين.

### ثالثاً: عرض ومناقشة التساؤل الثالث:

ينص التساؤل الثالث على " ما هي أكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت؟". وللإجابة على هذا التساؤل فقد استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لاحتساب تكرار ونسبة كل سبب من الأسباب المؤدية للإصابات لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت (لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين) كما هو موضح في الجدول رقم (٥).

جدول ٥. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأكثر الأسباب المرتبطة بالإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت

مربع كاي	المجموع (ن = ٣٨١)		الناشئون (ن = ١٧٥)		الدرجة الأولى (ن = ٢٠٦)		السبب
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٦٣	١٤,٦	١٢٦	٦,٣	٥٤	٨,٣	٧٢	عدم الإحماء الجيد
٤,٠٧	٨,٣	٧٢	٢,٣	٢٠	٦,٠	٥٢	الإفراط في التدريب
٠,٦٧	١٥,٤	١٣٣	٦,٦	٥٧	٨,٨	٧٦	عدم السلوك الجيد للرياضيين
٠,٤٣	٢٤,٨	٢١٤	١٠,٣	٨٩	١٤,٥	١٢٥	أرضية التدريب غير جيدة
٢,٤٤	٣,٥	٣٠	١,٩	١٦	١,٦	١٤	سوء التدريب المهاري
٠,٣٢	٤,٦	٤٠	١,٦	١٤	٣,٠	٢٦	الاستمرارية في التدريب عند حدوث الإصابة
٠,٩٢	٠,٨	٧	٠,٥	٤	٠,٣	٣	عدم صلاحية الألبسة الرياضية
٢,٠٣	٣,٨	٣٣	١,٠	٩	٢,٨	٢٤	عدم التقيد ببرنامج تدريبي واضح
٣,٧٠	١,٦	١٤	٠,٢	٢	١,٤	١٢	عدم صلاحية الأجهزة الرياضية المستخدمة
٢,٤٢	٠,٩	٨	٠,١	١	٠,٨	٧	غياب توجيه المدرب للاعب وتوعيته
١,٦٩	٣	٢٦	٠,٨	٧	٢,٢	١٩	عدم التقيد بقواعد الأمن والسلامة
٣,٩٢	١,١	١٠	٠,٨	٧	٠,٣	٣	سوء الأحوال الجوية
٣,٩٠	٢	١٨	٠,٣	٣	١,٧	١٥	سوء اختيار التمارين للمجموعات العضلية
٠,٩٣	٠,٣	٣	٠,٢	٢	٠,١	١	عدم ملاحظة المدرب للاعب ومتابعته أثناء التدريب
٠,٠١	٠,٩	٨	٠,٣	٣	٠,٦	٥	عدم إعطاء الراحة الكافية بين التمارين وبعدها
٠,٠٠	٢,١	١٨	٠,٨	٧	١,٣	١١	السماح للاعب بالعودة للتدريب قبل الشفاء
٧,٢٤	١,٨	١٥	١,٣	١١	٠,٥	٤	عدم الاسترخاء الجيد بعد التمرين
٠,٠٠	٠	٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	عدم التزويد الكافي بالأدوات والمعدات للتدريب والمباريات
٠,٣٥	٠,٤	٤	٠,١	١	٠,٣	٣	عدم استخدام وسائل التأهيل الرياضي
٠,٠٤	١,٣	١١	٠,٥	٤	٠,٨	٧	التوقف غير الصحيح للمباريات
٠,٩٣	٠,٣	٣	٠,٢	٢	٠,١	١	عدم القيام بالفحوصات الدورية الشاملة
١,٩٥	٠,٣	٣	٠,٠	٠	٠,٣	٣	عدم التقيد ببرنامج غذائي
٠,٠٠	٠,٥	٥	٠,٢	٢	٠,٣	٣	عدم مراعاة الفروق بين اللاعبين
١,٣٠	٠,٢	٢	٠,٠	٠	٠,٢	٢	سوء التدريب النفسي
٠,٤٤	١,٩	١٦	٠,٦	٥	١,٣	١١	عدم الاطلاع والمعرفة بعلم الإصابات الرياضية وأسبابها
٠,٠٠	٠	٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	عدم الدقة والتفصيل في نوع الرياضة المناسبة
١,٣١	١,٩	١٧	١,٠	٩	٠,٩	٨	عدم التدرج في زيادة حمل التمرين
٠,٠٢	٣,٢	٢٧	١,٣	١١	١,٩	١٦	أسباب أخرى
	١٠٠	٨٦٣	٣٩,٤	٣٤٠	٦٠,٦	٥٢٣	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٥) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأسباب حدوث الإصابات لدى لاعبي الدرجة الأولى والناشئين في كرة القدم بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد أن أكثر سبب مؤدٍ للإصابات لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى هو أرضية التدريب غير الجيدة إذ بلغت بتكرار (١٢٥) وبنسبته (١٤,٥٪)، تلاه عدم السلوك الجيد للرياضيين بتكرار (٧٦) وبنسبة (٨,٨٪) ثم

عدم الإحماء الجيد بتكرار (٧٢) وبنسبة (٨,٣٪)، أمّا بالنسبة لفئة الناشئين فقد كان أكثر سبب هو أرضية التدريب غير الجيدة إذ بلغت تكرر (٨٩) بنسبة (١٠,٣٪)، تلاه عدم السلوك الجيد للرياضيين بتكرار (٥٧) وبنسبة (٦,٦٪) ثمّ عدم الإحماء الجيد بتكرار (٥٤) وبنسبة (٦,٣٪)، بينما كان سوء التدريب النفسي هو أقل الأسباب المؤدية للإصابة حيث بلغت نسبته (٠,٢٪)، كما لم يتسبب كل من عدم الدقة والتفصيل في اختيار نوع الرياضة المناسبة وعدم التزود الكافي بالأدوات والمعدات للتدريب والمباريات بأيّة إصابة لفئة لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين.

وبشكل عام فقد مثلت الأرضية غير المناسبة للتدريب أكثر الأسباب، المؤدية للإصابات بين اللاعبين إذ مثلت ما نسبته (٢٤,٨٪) من مجموع الأسباب بينما كان سوء الإعداد النفسي هو أقل الأسباب المؤدية للإصابات، حيث مثل ما نسبته (٠,٢٪) من مجموع الأسباب، كما لم يتسبب كل من عدم الدقة والتفصيل في نوع اختيار الرياضة المناسبة وعدم التزود الكافي بالأدوات والمعدات للتدريب والمباريات بأيّة إصابات لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت. وتشير قيمة مربع كاي المحسوبة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية على سبب الإفراط في التدريب إذ بلغت (٤,٠٧)، وكذلك على سبب سوء الأحوال الجوية إذ بلغت قيمة مربع كاي (٣,٩٢) وكذلك سوء اختيار التمارين للمجموعات العضلية إذ بلغت قيمة مربع كاي (٣,٩٠)، وكذلك عدم الاسترخاء الجيد بعد التمرين، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٧,٢٤)، بينما لم تكن باقي قيم مربع كاي على باقي الأسباب ذات دلالة إحصائية.

ونجد بمقارنة النتائج أنّ النسبة أعلى للاعبي الدرجة الأولى منها عند اللاعبين الناشئين في كل من أرضية التدريب غير الجيدة، وعدم السلوك الجيد للرياضيين، وعدم الإحماء الجيد، ومن خلال خبرة الباحثة فإنّ عدم صلاحية الأرضية يعود لعدة أمور منها نقص واضح في عدد الملاعب بالإضافة لعدم وجود ملاعب يتبناها القطاع الخاص، وعدم متابعة المسؤولين من حيث الاهتمام بأرضيات الملاعب، إضافة إلى دور المناخ الحار في التأثير على أرضيات الملاعب، وتأثرها بشكل واضح بحرارة الجو، كذلك فإنّ استخدام الملاعب لأهداف غير رياضية يساعد في إتلاف الأرضية وجعلها غير مناسبة.

وكذلك فإنّ زيادة الأحمال التدريبية وعدد وحدات التدريب عند لاعبي الدرجة الأولى وزيادة تعرّضهم إلى الأرضية غير الجيدة أمر قد يزيد من احتمالية حدوث الإصابات، بالإضافة إلى مستويات المنافسة، حيث تزداد حدة المنافسة عند لاعبي الدرجة الأولى، كما ترى الباحثة مقارنة مع اللاعبين الناشئين، وهذا قد يؤدي إلى التعب وسوء الانتباه وعدم التركيز، بالإضافة إلى مخالفة القوانين.

إنّ عدم الإحماء الجيد أيضاً عامل حاسم في الإصابات الرياضية (Michell et al, 2001)، وقد احتلّ المرتبة الثالثة، وإنّ عدم الإحماء الجيد يعني عدم جاهزية العضلات لتحملّ الجهد القادم، و يعتبر سببا رئيسا في حدوث الإصابات، وقد يُعزى هذا إلى عدم جدية اللاعبين، وعدم اهتمامهم بالإحماء لعدم معرفتهم بأهمية الإحماء وفوائده.

وهذه النتائج تتفق مع نتائج دراسة (سعادة، ١٩٩١) حيث وجد أنّ أرضية الملعب كانت أكثر الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) التي وجدت أنّ عدم السلوك الجيد للرياضيين يحتلّ المرتبة الثانية في ترتيب الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية.

وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) حيث وجد أنّ عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية الشاملة احتلّ المرتبة الأولى في أسباب الإصابات الرياضية تبعاً لمتغير الجنس، وتختلف مع نتائج دراسة (Hugglund et al, 2005)، ونتائج دراسة (Faude et al, 2005) حيث وجدوا أنّ زيادة الأحمال التدريبية كانت أكثر الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة، ويختلف مع دراسة (مجلي وخويلة، ١٩٩٧) التي وجدت أنّ أرضية الملعب كانت ثالث أكثر الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة، وقد يُعزى ذلك إلى طبيعة اللعبة (ألعاب القوى)، وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (جابر وحيات، ١٩٩٨) التي وجدت أنّ الاشتراك البدني المباشر احتلّ أعلى نسبة، كما أنّها تختلف مع نتائج دراسة (Yde and Nielsen, 1990)، حيث وجدت أنّ أكثر الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة هي التصادم مع الخصم، وتختلف هذه الدراسة مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) حيث وجد أنّ عدم السلوك الجيد للرياضيين احتلّ المرتبة الأولى بين الأسباب المؤدية للإصابات عند لاعبي المنتخبات الوطنية للألعاب الجماعية في الأردن بنسبة وصلت إلى (٢٠،٣٥٪).

وكان سوء الإعداد النفسي هو أقل الأسباب المؤدية للإصابة حيث بلغت نسبته (٠،٢٪) لكل من اللاعبين الناشئين ولاعبي فرق الدرجة الأولى، كما لم يتسبب كل من عدم الدقة والتفصيل في نوع اختيار الرياضة المناسبة، وعدم التزود الكافي بالأدوات والمعدات للتدريب والمباريات بأيّة إصابة لفئة لاعبي فرق الدرجة الأولى، وهذا يختلف مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) التي وجدت أنّ أقل الأسباب كانت عدم الدقة والتفصيل في اختيار نوع الرياضة المناسبة.

وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) فقد وجدنا أنّ عدم الدقة في اختيار برنامج غذائي، وعدم الدقة في اختيار نوع الرياضة المناسبة كانت أقل الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة.

وتشير قيم النسب المئوية إلى أن لاعبي فرق الدرجة الأولى يتأثرون بنسبة أكبر بسبب أراضيات التدريب غير الجيدة، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى زيادة حجم التدريب لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى وزيادة عدد بطولاتهم ومنافساتهم مقارنة بالناشئين.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه (مجلي والصالح، ٢٠٠٧) و(مجلي وعطيات، ٢٠٠٦) و(الشطناوي، ٢٠٠٣) من حيث إنّ أكثر أسباب الإصابة هي عدم السلوك الجيد للرياضيين، وعدم الإحماء الجيد. وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه (مجلي والوحيد، ١٩٩٥) من حيث تناولها للأسباب المؤدية للإصابات، كما اتفقت مع نتيجة دراسة (سعادة، ١٩٩١) من حيث إنّ أكثر الأسباب المؤدية للإصابات كانت الأرضية غير الجيدة للتدريب. وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه (محمود، ١٩٨٩) والتمثلة في أنّ أكثر الأسباب المؤدية للإصابات هو الإحماء غير الكافي أو الجيد.

وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Nikolaos et al, 2007) من حيث إنّ أكثر الأسباب المؤدية للإصابات كانت بسبب احتكاك المدافعين، وكذلك مع نتيجة دراسة (Faude et al, 2005) والتي رأت أنّ من أكثر الأسباب المؤدية للإصابات هي التدريب الزائد في التدريب أو المنافسة. كما تختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Hugglund et al, 2003) من حيث أهمية الأسباب المؤدية للإصابة وهي فرط الاستعمال. وكذلك تختلف مع نتيجة دراسة (Ostenbery and Roos, 2000) من حيث إنّ السبب هو زيادة الليونة في المفاصل، وأيضاً تختلف مع نتيجة دراسة (جابر وحيات، ١٩٩٨) حيث وجدنا أنّ أكثر الأسباب هو الاحتكاك البدني المباشر بين اللاعبين وحارس المرمى.

كما تختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (أبو العنين وإبراهيم، ١٩٨٥) من حيث الأسباب المؤدية للإصابات، ومن أهمها عدم الاهتمام بإجراء القياسات الرياضية باستخدام الاختبارات والمقاييس البدنية والمهارية في كرة القدم.

### رابعاً: عرض ومناقشة التساؤل الرابع:

ينص التساؤل الرابع على " ما هي أوقات حدوث الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت (مباراة، تدريب، راحة)؟". وللإجابة على هذا التساؤل فقد استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لاحتساب تكرار ونسبة أوقات حدوث الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت (لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين) كما هو موضح في الجدول رقم (٦).

**جدول ٦. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأوقات حدوث الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت (مباراة، تدريب، راحة)**

مربع كاي	المجموع (ن = ٣٨١)		الناشئون (ن = ١٧٥)		الدرجة الأولى (ن = ٢٠٦)		وقت الإصابة
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,١٣	٤٠,٢	٣٤٧	١٦,٢	١٤٠	٢٤,٠	٢٠٧	التدريب
٠,٤٠	٥٧,٠	٤٩٢	٢١,٧	١٨٧	٣٥,٣	٣٠٥	المنافسات
٢,١٩	٢,٨	٢٤	١,٥	١٣	١,٣	١١	الراحة
	١٠٠,٠	٨٦٣	٣٩,٤	٣٤٠	٦٠,٦	٥٢٣	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٦) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي للإصابات الرياضية موزعة حسب وقت حدوثها (التدريب أو المباراة أو الراحة)، وتشير القيم المبينة إلى أنّ الإصابات التي تحدث خلال المنافسات الرياضية هي أكثر الأوقات التي تحدث فيها الإصابات، حيث بلغت لفرق الدرجة الأولى بتكرار (٣٠٥) وبنسبة (٣٥,٣٪)، تلاها في فترة التدريب بتكرار (٢٠٧) وبنسبة (٢٤,٠٪)، ثمّ في فترة الراحة إذ بلغت بتكرار (١١) وبنسبة (١,٣٪)، أمّا بالنسبة لأوقات حدوث الإصابات للناشئين فقد كانت في فترة المنافسات بتكرار (١٨٧) وبنسبة (٢١,٧٪)، ثمّ في فترة التدريب بتكرار (١٤٠) وبنسبة (١٦,٢٪)، ثمّ في فترة الراحة بتكرار (١٣) وبنسبة (١,٥٪)، وتشير قيمة مربع كاي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على فترات وقوع الإصابة.

وترى الباحثة أنّ هذا أمر طبيعي حيث إنّ شدة المنافسة والجدية في الأداء تزيد من الضغط على اللاعبين سواء أكانوا من اللاعبين الناشئين أم من لاعبي فرق الدرجة الأولى، وزيادة الضغط تؤدي إلى زيادة التوتر وضعف المهارة وسوء التركيز وعدم الانتباه ومخالفة القوانين وعدم السلوك الجيد من

قبل الرياضيين. إن رفع متطلبات التوافق الحركي في أداء المنافسات يتطلب أساسياً، وإن المنافسة بطبيعتها تتطلب تغييراً في السرعة حسب المواقف المختلفة للعب، وربط حركات مختلفة مع بعضها بعضاً، وكل هذه العوامل تؤثر في زيادة حدوث الإصابات الرياضية، مما يؤدي إلى زيادة نسبة حدوث الإصابات أثناء فترة المنافسات مقارنة مع فترة التدريب وفترة الراحة.

وقد تُعزى الزيادة في نسبة الإصابات أثناء المنافسة إلى عدم أداء اللاعبين للمهارات بتكنيك جيد (ضعف في التكنيك أو بسبب التعب)، ومن الناحية التدريبية يرى كل من (Hamill and Knutzen, 2003) و(Bartlett, 2003) و(Kamen, 2001) أن زيادة قوة العضلة بعد التدريب لا يقلل خطر الإصابة إذا لم يستطع اللاعب أن يؤدي ذلك بتكنيك صحيح عند التعب، وإن الحاجة لتدريبات القوة مقترنة بالتدريب على التكنيك في ظروف التعب مطلوبة للحد من الإصابات.

ويشير قبع (١٩٨٩) و(العالم، ١٩٨٣) إلى أن نسبة الإصابات في المسابقات أعلى منها في التدريب كما أن نسبتها في غياب المدرس أو المدرب تكون أربعة أضعاف، ونسبة الإصابات في الألعاب الجماعية أكثر منها في الألعاب الفردية، كما أن هناك بعض العوامل منفردة أو مجتمعة تعمل على زيادة نسبة الإصابات أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية ومنها: ضعف اللياقة البدنية، وعدم الاهتمام بتعليمات المدرب، والخروج على القوانين ولوائح اللعبة، وتعمد الخشونة في اللعب، وعدم ارتداء الملابس والمعدات الخاصة بالوقاية من الإصابات، وقلة توافر عوامل الأمن والسلامة في الملاعب الرياضية، وقلة الاهتمام بالفحص الطبي المسبق، وقلة مراعاة تجانس اللاعبين من حيث العمر والجنس ومستوى اللياقة البدنية والمستوى المهاري، ومن هنا تبرز أهمية توفير عوامل الأمن والسلامة للوقاية من الإصابات والحوادث الرياضية.

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Faude et al, 2005) ودراسة (Ekstrand et al, 2004)، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من (Kakavelakis et al, 2003) و(Hugglund et al, 2005) و(مجلي والصالح، ٢٠٠٧) و(مجلي والوحيد، ١٩٩٥) و(مجلي وأبو حليلة، ١٩٩٥) و(سعادة، ١٩٩٠) و(محمود، ١٩٨٩) التي وجدت أن أكثر الإصابات حدثت أثناء فترة التدريب.

إن ارتفاع نسبة الإصابات نسبياً في فترة التدريب قد يعزى إلى التدريب على أرضية غير جيدة أو قلة توافر عوامل الأمن والسلامة في الملاعب الرياضية، أو قلة الاهتمام بالفحص الطبي المسبق، أو الاستمرار في التدريب أثناء حدوث الإصابة، أو إلى عدم التقيد ببرنامج تدريبي واضح أو التدريب الزائد. ففي التدريب قد لايهتم المدربون أو اللاعبون ببعض عوامل الامن والسلامة مثل عدم ارتداء الواقيات أو الإحماء الجيد، أو قد يتدرب اللاعبون أحياناً دون عمل الفحص الدوري، وفي أحيان أخرى قد يكون هناك تدريب زائد نتيجة عدم الدقة والوضوح في البرامج التدريبية كنتيجة عدم إعداد مسبق للتدريب بصورة علمية ومدروسة، وكل هذه العوامل قد تلعب دوراً في زيادة احتمالية حدوث الإصابة أثناء التدريب.

### خامساً: عرض ومناقشة التساؤل الخامس:

ينص التساؤل الخامس على "ما هي الفروق في الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت تبعاً لمتغير المركز (مركز اللاعب)؟". وللإجابة على هذا التساؤل فقد استُخدمت التكرارات والنسب المئوية لاحتساب تكرار ونسبة نوع ومنطقة حدوث الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت (لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين) موزعة حسب كل مركز من مراكز اللعب كما هو موضح في الجدول رقم (٧).

**جدول ٧. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز حارس المرمى**

مربع كاي	المجموع (ن=٤٢)		الناشئون (ن=٢٠)		الدرجة الأولى (ن=٢٢)		الانواع
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٣٠	١٥,١	٨	٥,٧	٣	٩,٤٠	٥	الكسور
٠,٠١	٧,٥	٤	٣,٨	٢	٣,٨٠	٢	تمزق أوتار
٠,٠٣	١٥,١	٨	٧,٥	٤	٧,٥٠	٤	تمزق عضلات
٠,٢٣	٢٨,٣	١٥	١٥,١	٨	١٣,٢٠	٧	تمزق أربطة
١,٧٩	٣,٨	٢	٠,٠	٠	٣,٨٠	٢	خلع
٢,٢٤	٣,٨	٢	٣,٨	٢	٠,٠٠	٠	رضوض عظم
٠,٠١	٧,٥	٤	٣,٨	٢	٣,٨٠	٢	رضوض عضلات
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠,٠٠	٠	رضوض أعصاب
٠,٠٠	٣,٨	٢	١,٩	١	١,٩٠	١	جروح وسحجات
٢,٢٤	٣,٨	٢	٣,٨	٢	٠,٠٠	٠	تقلصات
٢,٢٤	١١,٣	٦	١,٩	١	٩,٤٠	٥	الالتواءات
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠,٠٠	٠	إصابات أخرى
	١٠٠,٠	٥٣	٤٧,٢	٢٥	٥٢,٨٠	٢٨	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٧) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون وفي مركز حارس المرمى بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد أنّ تمزق الأربطة لدى فرق الدرجة الأولى كان من أكثر الإصابات بتكرار (٧) وبنسبة (١٣,٢٪)، تلاه الكسور والالتواءات بتكرار (٥) وبنسبة (٩,٤٠٪) ثمّ تمزق العضلات بتكرار (٤) وبنسبة (٧,٥٪) من مجموع إصابات حراس المرمى، بينما كانت أكثر أنواع الإصابات حدوثاً للناشئين تمزق الأربطة بتكرار (٨) وبنسبة (١٥,١٪)، تلاها تمزق العضلات بتكرار (٤) وبنسبة (٧,٥٪) ثمّ الكسور بتكرار (٣) وبنسبة (٥,٧٪)، أما بالنسبة لأقلّ أنواع الإصابات حدوثاً فقد كانت

الجروح والسحجات وللفتنتين، حيث بلغت النسبة للاعبى الدرجة الأولى بتكرار (١) ونسبة (١,٩٪) وللاعبين الناشئين بلغت بتكرار (١) ونسبة (١,٩٪)، وكذلك الأمر أيضاً عند الناشئين بالنسبة لإصابات الالتواءات إذ بلغت نفس التكرار وذات النسبة.

وبشكل عام فقد كانت إصابة تمزق الأربطة أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (١٥) ونسبة (٣,٢٨٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي الخلع ورضوض العظم والجروح والسحجات ثمّ التقلصات التي بلغت نسبة حدوث كل منها بتكرار (٢) ونسبة (٣,٨٪). كما وبلغ مجموع إصابات مركز حارس المرمى (٥٣) إصابة مثلت نسبة لاعبي فرق الدرجة الأولى منها (٨,٥٢٪)، بينما بلغت نسبة إصابات اللاعبين الناشئين (٢,٤٧٪) من مجموع إصابات حراس المرمى في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

و تشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من أنواع الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين بمركز حارس المرمى، حيث كانت جميعها أقل من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥)، كما يبيّن الجدول رقم (٧)، وهذا يدل على أنّ لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين في مركز حارس المرمى يتعرضون لنفس أنواع الإصابات.

وترى الباحثة أنّ إصابات تمزق الأربطة لدى كل من لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين هي أكثر الإصابات حدوثاً، وذلك لأنّ حارس المرمى بطبيعة مركزه يقوم بأداء حركات مفاجئة تتناسب مع سرعة وزاوية حركة الكرة الموجهة نحو المرمى، بالإضافة إلى المواجهة الفردية مع اللاعب المهاجم في بعض الأحيان، والذي قد يكون على مستوى عالٍ في المحاورة، مما يعني ضرورة متابعة الحارس لهذا المهاجم بحيث يتمكن من التصدي له وإبعاده. وكما ترى الباحثة إنّ مهارة المحاورة لدى اللاعب المهاجم تعتمد على المدى الحركي الواسع للمفاصل، وبالتالي تتطلب أكبر من الحارس وبالتالي زيادة الحمل على الأربطة حيث أنّ الحارس يقوم بالكثير من الحركات المفاجئة والسريعة وفي مدى حركي واسع كردّ فعل للكرات التي تأتي إلى مرماه، وهذا يزيد من السقوط والارتطام للحارس الأمر الذي يزيد من احتمالية حدوث الإصابة.

فحارس المرمى يقوم بالعديد من الحركات الصعبة والمفاجئة، التي تتطلب قوة عضلية في المفاصل بشكل عام، وتحتاج إلى مدى حركي واسع، وهذا يعرض الأربطة والأوتار والعضلات إلى قوة شد عالية مما يزيد من فرصة الإصابة بالتمزقات (Hamill and Knutzen, 2003).

وقد يعود ذلك أيضاً إلى طبيعة تشريح الجسم، فمثلاً العضلة المستقيمة الفخذية تعمل على مفصلين هما الركبة والحوض، حيث تعمل المستقيمة الفخذية على مد الحوض وثني الركبة، وفي حالة زيادة المد مع ثني الركبة فإن هذا يزيد القوة التوتيرية التي تزيد من احتمالية تمزق العضلات أو الأربطة (Hamill and Knutzen, 2003).

ومن الملاحظ أن لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين متقاربون في إصابة تمزق الأربطة، حيث ترى الباحثة أن طبيعة مركز حارس المرمى في الفئتين هي إبعاد الكرة عن المرمى والتصدي للمهاجم، وبالتالي فإن فرص التعرض للإصابة هي نفسها في الفئتين.

### جدول (٨) التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الدفاع

مربع كاي	المجموع (ن=١١٧)		الناشئون (ن=٥٥)		الدرجة الأولى (ن=٦٢)		الأنواع
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٢٨	١١,٧	٢٧	٣,٩	٩	٧,٨	١٨	الكسور
١,٣٩	١٣,٩	٣٢	٣,٩	٩	١٠,٠	٢٣	تمزق أوتار
٣,٥٤	١٨,٣	٤٢	٩,٦	٢٢	٨,٧	٢٠	تمزق عضلات
١,٤٦	٢٣,٠	٥٣	٧,٠	١٦	١٦,١	٣٧	تمزق أربطة
١,٠٠	٢,٢	٥	١,٣	٣	٠,٩	٢	خلع
٠,٠٠	٧,٨	١٨	٣,٠	٧	٤,٨	١١	رضوض عظم
٥,٥٣	٤,٨	١١	٣,٥	٨	١,٣	٣	رضوض عضلات
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	رضوض أعصاب
٢,١٢	٦,٥	١٥	١,٣	٣	٥,٢	١٢	جروح وسحجات
٢,٢٩	١,٧	٤	١,٣	٣	٠,٤	١	تقلصات
٠,٠٠	٩,١	٢١	٣,٥	٨	٥,٧	١٣	الالتواءات
١,٢٤	٠,٩	٢	٠,٠	٠	٠,٩	٢	إصابات أخرى
	١٠٠,٠	٢٣٠	٣٨,٣	٨٨	٦١,٧	١٤٢	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٨) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الدفاع بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد

أنّ تمزق الأربطة لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار (٣٧) وبنسبة (١٦,١٪)، تلاها تمزق الأوتار بتكرار (٢٣) وبنسبة (١٠,٠٪) ثمّ تمزق العضلات بتكرار (٢٠) وبنسبة (٨,٧٪) من مجموع إصابات مركز الدفاع، بينما كانت إصابة تمزق العضلات للناشئين هي أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٢٢) وبنسبة (٩,٦٪) تلاها تمزق الأربطة بتكرار (١٦) وبنسبة (٧,٠٪) ثمّ إصابة الكسور وتمزق الأوتار بتكرار (٩) وبنسبة (٣,٩٪)، أمّا بالنسبة لأقل أنواع الإصابات حدوثاً لدى لاعبي الدرجة الأولى فقد كانت التقلصات، حيث بلغت بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪)، أمّا بالنسبة للاعبين الناشئين فقد كان الخلع والجروح والسحجات والتقلصات بتكرار (٣) وبنسبة (١,٣٪).

وبشكل عام فقد كانت إصابة تمزق الأربطة أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٥٣) وبنسبة (٢٣,٠٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي الإصابات الأخرى التي بلغ تكرار ونسبة حدوثها (٢) و(٠,٩٪) على الترتيب. كما وبلغ مجموع إصابات مركز الدفاع (٢٣٠) إصابة مثل منها لاعبو فرق الدرجة الأولى ما نسبته (٦١,٧٪)، بينما مثلت نسبة إصابات اللاعبين الناشئين (٣٨,٣٪) من مجموع إصابات مركز الدفاع في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من أنواع الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين في مركز الدفاع، باستثناء إصابة رضوض العضلات حيث بلغت قيمة مربع كاي (٥,٥٣) وهي أعلى من القيمة الحرجة البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥)، ممّا يدلّ على وجود فروق دالة إحصائية بين لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين في مركز الدفاع حيث كانت هذه الدلالة لصالح الناشئين.

وترى الباحثة أنّ لاعبي فرق الدرجة الأولى في مركز الدفاع يواجهون مهاجمين بمستويات مهارية عالية، حيث توجد مهارات هجومية مثل المراوغة (المحاورة) والضربات العالية والجري السريع، وكل ذلك يتطلب من المدافع قدرة على مواجهة مهاجم الخصم بالمثل. فالمحاورة - مثلاً - تعتمد على فترات توقف لحظية تستخدم فيها العضلات قوة كبيرة؛ لتقليل السرعة ممّا يحدث نوعاً من الإرباك في التوافق العصبي العضلي، وكل ذلك يحمل الأربطة جهداً كبيراً؛ لتنفيذ قوة الكبح في حال مجاراة المهاجم أو في حال الجري نحو كرة عالية لإبعادها، والقفز باتجاهها، وغيرها من الحركات المفاجئة أو القوية أو السريعة التي تتطلب تغييراً في الاتجاه، مما قد يؤدي إلى احتمال ازدياد الإصابة في تمزق

أربطة العضلات، وفي حال زيادة هذه القوة؛ فإنّ ذلك سيؤدّي إلى تمزق العضلات نفسها. وكما أشارت الباحثة لما وضّحه (Bizini et al, 2004) عن سبب ازدياد إصابة الكاحل وخصوصاً تمزق الأربطة.

إنّ أحد أسباب الإصابات في الركبة هو التأثير عليها بقوة للأمام، كما في حالة الجري إلى الأمام مع التوقف المفاجئ، ممّا يشكل قوى متعاكسة على الركبة مع ثبات القدم على الأرض (Hamill and Knutzen, 2003). هذا بالإضافة إلى أنّ اللاعب المدافع معرض للسقوط أو للاحتكاك المباشر مع الخصم ممّا يزيد من احتمالية حدوث الإصابة.

### جدول ٩. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الوسط

مربع كاي	المجموع (ن=١٢٦)		الناشئون (ن=٥٨)		الدرجة الأولى (ن=٦٨)		الأنواع
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٠٢	١٢,١	٤١	٤,٤	١٥	٧,٦	٢٦	الكسور
٠,٩٨	٩,١	٣١	٢,٦	٩	٦,٥	٢٢	تمزق أوتار
٠,٢٢	١٥,٩	٥٤	٦,٥	٢٢	٩,٤	٣٢	تمزق عضلات
٠,٢٦	٢٤,٤	٨٣	٨,٥	٢٩	١٥,٩	٥٤	تمزق أربطة
٠,٥٠	٣,٢	١١	٠,٩	٣	٢,٤	٨	خلع
٠,٣٢	٩,٧	٣٣	٤,١	١٤	٥,٦	١٩	رضوض عظم
٠,٣٥	٥,٣	١٨	٢,٤	٨	٢,٩	١٠	رضوض عضلات
٠,٠٠	٠,٩	٣	٠,٠	٠	٠,٩	٣	رضوض أعصاب
٠,٩١	٤,١	١٤	٢,١	٧	٢,١	٧	جروح وسحجات
٠,٠٨	٣,٥	١٢	١,٥	٥	٢,١	٧	تقلصات
٠,٠٦	٧,٤	٢٥	٢,٩	١٠	٤,٤	١٥	الالتواءات
٠,٠٤	٤,٤	١٥	١,٨	٦	٢,٦	٩	إصابات أخرى
	١٠٠,٠	٣٤٠	٣٧,٦	١٢٨	٦٢,٤	٢١٢	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (٩) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الوسط بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد أنّ تمزق الأربطة لدى فرق الدرجة الأولى كان من أكثر الإصابات بتكرار (٥٤) وبنسبة (١٥,٩٪)، تلاه تمزق العضلات بتكرار (٣٢) وبنسبة (٩,٤٪) ثمّ الكسور بتكرار (٢٦) وبنسبة (٧,٦٪) من مجموع إصابات مركز الوسط، بينما كانت إصابة تمزق الأربطة للناشئين هي أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٢٩) وبنسبة (٨,٥٪)، تلاها تمزق العضلات بتكرار (٢٢) وبنسبة (٦,٥٪) ثمّ الكسور بتكرار

(١٥) وبنسبة (٤,٤٪)، أمّا بالنسبة لأقل أنواع الإصابات حدوثاً لدى لاعبي الدرجة الأولى فقد بلغت رضوض الأعصاب بتكرار (٣) وبنسبة (٠,٩٪)، أمّا بالنسبة للاعبين الناشئين فقد جاءت إصابة الخلع بتكرار (٣) وبنسبة (٠,٩٪).

وبشكل عام فقد كانت إصابة تمزق الأربطة أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٨٣) وبنسبة (٤,٢٤٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي رضوض الأعصاب التي بلغ تكرار حدوثها (٣) ونسبة حدوثها (٠,٩٪). كما وبلغ مجموع إصابات مركز الوسط (٣٤٠) إصابة مثل منها لاعبو فرق الدرجة الأولى ما نسبته (٤,٦٢٪)، بينما مثلت نسبة إصابات اللاعبين الناشئين (٦,٣٧٪) من مجموع إصابات مركز الوسط في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من أنواع الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين في مركز الوسط عند مستوى (٠,٠٥)، إذ كانت جميع القيم المحسوبة أقل من القيمة الجدولية البالغة (٣,٨٤).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أنّ مركز الوسط في كرة القدم هو مركز حيوي ومهم، فلاعب الوسط يؤدي مهمات هجومية ومهمات دفاعية، وبالتالي فهو الرابط بين الخطين الهجومي والدفاعي للفريق. ومن هنا ترى الباحثة أنّ جهداً وحركة لاعبي الوسط كبيران، فالحركات الهجومية والدفاعية التي يؤديها لاعب الوسط - خاصة لاعب الدرجة الأولى- لها أهمية بالغة، حيث يقوم بعميلة الدفاع أولاً في حال تعرض فريقه للهجوم، وإذا نجح بالاستحواذ على الكرة فإنه يقوم بالهجوم، وبالتالي فإنّ هذه الحركات القوية والمتعددة تتطلب جهداً كبيراً من عضلات لاعبي الوسط خاصة لاعبي الدرجة الأولى الذين يستمررون في فقدان الكرة والاستحواذ عليها، وهذا يعني زيادة الاحتكاك مع اللاعبين الخصوم ممّا يزيد تعرضهم للسقوط أو الاحتكاك المباشر.

أنّ الأربطة لها وظيفة محدودة وهي تثبيت المفصل ضمن المدى الحركي الطبيعي، وبما أنّ لاعب الوسط (في الدرجة الأولى أو في الناشئين) يؤدي حركات مركبة وقوية ومتعددة ويعرض مفاصله وعضلاته لقوى كبح وتوقف مفاجئ، فإنّ أول ما يتأثر بالمفصل هو الأربطة بسبب الحركات القوية

والمفاجئة التي تتضمن تغيير الاتجاه (Bartlett, 2003)، وتشير قيمة مربع كاي إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين من حيث إصابات تمزق الأربطة.

جدول ١٠. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الهجوم

مربع كاي	المجموع (ن=٩٦)		الناشئون (ن=٤٢)		الدرجة الأولى (ن=٥٤)		الانواع
	%	ت	%	ت	%	ت	
٥,٠٨	٨,٠	١٩	١,٣	٣	٦,٧	١٦	الكسور
٠,٦٢	١٣,٤	٣٢	٤,٦	١١	٨,٨	٢١	تمزق أوتار
٠,٠٣	١٦,٧	٤٠	٧,١	١٧	٩,٦	٢٣	تمزق عضلات
٠,٠٧	٢١,٣	٥١	٩,٢	٢٢	١٢,١	٢٩	تمزق أربطة
٠,١٦	٢,٥	٦	٠,٨	٢	١,٧	٤	خلع
٠,٥٧	٧,٦	١٨	٣,٨	٩	٣,٨	٩	رضوض عظم
٠,٥١	٦,٦	١٦	٣,٣	٨	٣,٣	٨	رضوض عضلات
٠,٠٠	١,٧	٤	٠,٤	١	١,٣	٣	رضوض أعصاب
١,٥٢	٧,٥	١٨	٤,٢	١٠	٣,٣	٨	جروح وسحجات
٠,٣٨	٥,٠	١٢	٢,٥	٦	٢,٥	٦	تقلصات
٠,٩٦	٧,١	١٧	٣,٨	٩	٣,٣	٨	الالتواءات
٢,١٠	٢,٩	٧	٠,٤	١	٢,٥	٦	إصابات أخرى
	١٠٠,٠	٢٤٠	٤١,٣	٩٩	٥٨,٨	١٤١	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (١٠) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لأنواع الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الهجوم بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد أنّ تمزق الأربطة لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار (٢٩) وبنسبة (١٢,١٪)، تلاها تمزق العضلات بتكرار (٢٣) وبنسبة (٩,٦٪) ثم تمزق الأوتار بتكرار (٢١) وبنسبة (٨,٨٪) من مجموع إصابات مركز الهجوم، بينما كانت إصابة تمزق الأربطة للناشئين هي أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٢٢) وبنسبة (٩,٢٪) تلاه تمزق العضلات بتكرار (١٧) وبنسبة (٧,١٪) ثم تمزق الأوتار (١١) وبنسبة (٤,٦٪)، أما بالنسبة لأقل أنواع الإصابات حدوثاً لدى لاعبي الدرجة الأولى فقد كانت رضوض الأعصاب حيث بلغت بتكرار (٣) ونسبة (١,٣٪)، وبالنسبة للاعبين الناشئين فقد كانت رضوض الأعصاب والإصابات الأخرى بتكرار (١) ونسبة (٠,٤٪).

وبشكل عام فقد كانت إصابة تمزق الأربطة أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٥١) وبنسبة (٢١,٣٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي رضوض الأعصاب التي بلغ تكرار و نسبة حدوثها (٤) و(١,٧٪) على التوالي. كما وبلغ مجموع إصابات مركز الهجوم (٢٤٠) إصابة مثل منها لاعبو فرق الدرجة الأولى ما نسبته (٥٨,٨٪)، بينما مثلت نسبة إصابات اللاعبين الناشئين (٤١,٣٪) من مجموع إصابات مركز الهجوم في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من أنواع الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين بمركز الهجوم عند مستوى (٠,٠٥)، باستثناء إصابة الكسور حيث بلغت قيمة مربع كاي (٥,٠٨)، وهي قيمة دالة إحصائية. وقد يُعزى ذلك إلى أن لاعبي فرق الدرجة الأولى يسعون إلى تحقيق مراكز ونتائج متقدمة، فهم يقومون بأداء جهد كبير في المنافسات، مما قد يفقد اللاعبين توازنهم بسبب قيام بعضهم بحركات مفاجئة وسريعة في مدى حركي أوسع لمفاصل جسمه مما قد يؤدي إلى الإصابة.

ويمكن أن تُعزى هذه النتائج أيضاً إلى أن لاعب الهجوم هو لاعب سريع يقوم بمهارات فردية عالية المستوى لتجاوز لاعب الدفاع سواء بمحاورته أو بتخطيه، وبالتالي فهو يقوم بأداء حركات قوية وسريعة ومفاجئة تتطلب من العضلات والأربطة ببذل مجهود كبير في تنفيذها من خلال المحافظة على المدى الحركي للمفاصل التي تؤدي تلك الحركات. وبالتالي فإن ذلك يعني زيادة فرصة إصابة الأربطة، حيث تشير قيمة مربع كاي المحسوبة بين الفئتين إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية.

وفي التصويب - خصوصاً التصويب من الجري السريع- يحدث أكثر أو شدة للعضلة المأبضية خلال مرحلة المرجحة، وإن أقصى عزم على المفصل يحدث خلال صدم الأرض، وتشير الأبحاث أن المستقيمة الفخذية عند المرجحة للخلف والمأبضية عند المرجحة للأمام تتشكل عليها احتمالات خطيرة عالية للإصابة عندما تنقبض تطويلياً خلال مرحلة المرجحة، والشدة يزيد من الإصابة وخصوصاً في حالة انقباض العضلة، وهذا يشير إلى أن الشد هو أحد أهم العوامل المؤثرة في زيادة الخطورة بالإصابة (Orchard, 2003).

ومن هنا ترى الباحثة أيضاً أن تمزق الأربطة لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى كانت أكثر تكراراً بسبب زيادة عدد منافساتهم و بطولاتهم وتدريباتهم مقارنة بالناشئين، كما أن الاحتكاك الشخصي الفردي قد

يُجبرُ المهاجمُ على الهروب من المدافع وذلك بتغيير اتجاهه (أي اتجاه المهاجم)، وبالتالي يقوم بأداء الحركات السريعة وتغيير الاتجاه الذي يضمن له تجاوز المدافع أو الحارس أيضاً، أمّا بالنسبة للناشئين فتري الباحثة أنّ لديهم فردية في الأداء، بحيث أنّ اللاعب الناشئ يحاول الوصول إلى مرمى الخصم بأسرع وقت وأقصر مسافة بمعنى أنّه في الغالب يبتعد عن المحاورة.

هذا بالإضافة إلى أنّ التعب قد يؤدي إلى حدوث تغييرات ميكانيكية ولأسباب عصبية عضلية، وهذا يؤثر على ميكانيكية الأداء. وتكرار التصويب والركل من الجري يعد من العوامل الخطيرة التي قد تؤدي إلى إصابة رياضية للعضلة رباعية الرؤوس الفخذية، أي أنّ زيادة تمزق الأربطة فقد يعود إلى اختلافات في حمل التدريب، عدد المباريات والبرامج التدريبية (Killes et al, 2005).

جدول ١١. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بحارس المرمى

مربع كاي	المجموع (ن=٤٢)		الناشئون (ن=٢٠)		الدرجة الأولى (ن=٢٢)		المناطق
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الرأس
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الرقبة
٣,٨٢	١٥,١	٨	١,٩	١	١٣,٢	٧	مفصل الكتف
٠,٨٩	١,٩	١	٠,٠	٠	١,٩	١	الترقوة
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	العضد
٠,٠١	٣,٨	٢	١,٩	١	١,٩	١	مفصل الكوع
٣,٥٧	٧,٥	٤	٠,٠	٠	٧,٥	٤	الساعد
٠,٤٦	٥,٧	٣	٣,٨	٢	١,٩	١	مفصل الرسغ
١,١٢	١,٩	١	١,٩	١	٠	٠	الأمشاط
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	السلاميات
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	عظمة القص
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الأضلاع
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	البطن
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الفقرات الصدرية
١,١٢	١,٩	١	١,٩	١	٠	٠	الفقرات القطنية
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الفقرات العجزية
٠,٨٩	١,٩	١	٠,٠	٠	١,٩	١	الحوض
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	مفصل الورك
٠,٠١	٣,٨	٢	١,٩	١	١,٩	١	الفخذ
٤,١٧	١٣,٢	٧	١١,٣	٦	١,٩	١	مفصل الركبة
٠,٠١	٣,٨	٢	١,٩	١	١,٩	١	رباط صليبي أمامي
٠,٨٩	١,٩	١	٠,٠	٠	١,٩	١	رباط صليبي خلفي
٠,٠١	٣,٨	٢	١,٩	١	١,٩	١	رباط جانبي أنسي
١,١٢	١,٩	١	١,٩	١	٠	٠	رباط جانبي وحشي
٠,٨٩	١,٩	١	٠,٠	٠	١,٩	١	الغضروف
٣,٣٦	٥,٧	٣	٥,٧	٣	٠	٠	الساق
٠,٢٨	١٣,٢	٧	٧,٥	٤	٥,٧	٣	الكاحل
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	رباط جانبي أنسي
١,١٢	١,٩	١	١,٩	١	٠	٠	رباط جانبي وحشي
٠,٧٩	٧,٥	٤	١,٩	١	٥,٧	٣	أمشاط قدم
٠,٨٩	١,٩	١	٠,٠	٠	١,٩	١	سلاميات قدم
	١٠٠,٠	٥٣	٤٧,٢	٢٥	٥٢,٨	٢٨	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (١١) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز حارس المرمى بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب

المئوية نجد أنّ مفصل الكتف لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار بلغ (٧) وبنسبة (١٣,٢٪)، تلاه الساعد بتكرار (٤) وبنسبة (٧,٥٪) ثمّ الكاحل وأمشاط القدم بتكرار (٣) وبنسبة (٥,٧٪) من مجموع إصابات حراس المرمى، بينما بلغت إصابة مفصل الركبة للناشئين بتكرار (٦) وبنسبة (١١,٣٪)، تلاها الكاحل بتكرار (٤) وبنسبة (٧,٥٪) ثمّ الساق بتكرار (٣) وبنسبة (٥,٧٪)، أمّا بالنسبة لأقلّ مناطق الإصابات حدوثاً فقد كانت الترقوة ومفصل الكوع ومفصل الرسغ والحوض والخذ ومفصل الركبة وأربطة الركبة الصليبية والرباط الجانبي الأنسي وغضروف الركبة وسلاميات القدم حيث بلغت للاعبين الدرجة الأولى بتكرار (١) وبنسبة (١,٩٪)، أمّا بالنسبة لأقلّ المناطق التي يتعرض لها اللاعبون الناشئون فقد كانت مفصل الكتف ومفصل الكوع والأمشاط والفقرات القطنية والخذ والرباط الصليبي الأمامي وأربطة الركبة الجانبية والرباط الجانبي الوحشي للكاحل وأمشاط القدم بتكرار (١) وبنسبة (١,٩٪) أيضاً.

وبشكل عام فقد كانت إصابة مفصل الكتف أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٨) وبنسبة (١٥,١٪)، بينما كانت أقلّ الإصابات حدوثاً هي الترقوة وأمشاط الرسغ والفقرات القطنية والحوض والرباط الصليبي الخلفي للركبة والرباط الجانبي الأنسي للركبة والرباط الجانبي الوحشي للركبة وغضروف الركبة والرباط الجانبي الوحشي للكاحل وسلاميات القدم التي بلغت تكرار ونسبة حدوث كل منها (١) و (١,٩٪) على الترتيب. كما وبلغ مجموع إصابات مركز حارس المرمى (٥٣) إصابة مثلت نسبة لاعبي فرق الدرجة الأولى منها (٥٢,٨٪)، بينما بلغت نسبة إصابات اللاعبين الناشئين (٤٧,٢٪) من مجموع إصابات حراس المرمى في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

و تشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من مناطق الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين في مركز حارس المرمى، باستثناء مفصل الركبة، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٤,١٧)، وهي أعلى من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥)، ممّا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الفئتين على منطقة مفصل الركبة ولصالح الناشئين.

وترى الباحثة أنّ إصابة مفصل الكتف لدى فئة لاعبي فرق الدرجة الأولى لمركز حراس المرمى تُعبّر عن مدى اعتمادهم على أيديهم بشكل كبير لإبعاد الكرة أو التقاطها من فوق رأس المهاجم، كما أنّ

مهاجمي فرق الدرجة الأولى لديهم مهارات عالية وقدرة على التسديد في الزوايا البعيدة عن حارس المرمى الذي يقف متوسطاً مرماه، وبالتالي فإنّ هذا الحارس سيفقز للأعلى باتجاه الكرات العالية يميناً أو يساراً، وكذلك سينزلق أيضاً باتجاه الكرات الأرضية، وفي مثل هذه الحالات يتكرر سقوط الحارس على كتفه في عملية هبوطه بعد إبعاد الكرة أو التقاطها، علماً أنّ السقوط المباشر على الكتف يعتبر أحد أكثر الأسباب المؤدية إلى إصابة الكتف. ومن الأمثلة على ذلك مباريات فرق الدرجة الأولى التي تتسم بالقوة، ففي بعض الأحيان يقوم الفريق الخصم بتشديد هجومه على الفريق الآخر، فتزداد الضربات الركنية والضربات الحرة والضربات الجانبية وغيرها من التسديدات الهجومية التي تتطلب جهداً كبيراً من حارس المرمى، بحيث يبقى متيقظاً دائماً ومتوقفاً للكرة. فنجد في بعض الحالات أنّ الحارس يقفزُ عالياً خارجَ منطقة مرماه لالتقاط كرة قبل وصولها للاعب المهاجم، وفي مثل هذه الحالات يزيد الاحتكاك مع اللاعبين المهاجمين، ممّا قد يزيد من تعرض الحارس للإصابة بسبب ضربة مباشرة أو السقوط.

أمّا بالنسبة للاعبين الناشئين فإنّ مفصل الركبة هو أكثر المناطق عرضة للإصابة، وترى الباحثة أيضاً أنّ حارس المرمى الناشئ ليس لديه خبرة كافية لتحديد وجهة الكرة، ومن الناحية الأخرى فالمهاجم الناشئ أيضاً يهتّم بالتسديد بشكل عشوائي وسريع على المرمى لتحقيق هدف، وهذا بدوره يُسهّل على الحارس التقاط الكرات السهلة، وبالتالي فإنّ المفصل الذي يعمل في هذه الحالة هو الركبة، حيث يتأهب الحارس بثني مفصل ركبته ويقفز عن طريق فرد الركبة بمساعدة كاحله، مما يجعل الفرصة متاحة لإصابة مفصل الركبة، كما أنّ الاحتكاك مع اللاعبين المهاجمين يزيد من تعرّض الحارس للإصابة بسبب ضربة مباشرة أو السقوط على الركبة أو الطرف السفلي.

جدول ١٢. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الدفاع

مربع كاي	المجموع (ن=١١٧)		الناشئون (ن=٥٥)		الدرجة الأولى (ن=٦٢)		المناطق
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٢٩	٤,٣	١٠	١,٣	٣	٣	٧	الرأس
٠,٧١	٢,٢	٥	٠,٤	١	١,٧	٤	الرقبة
٠,٠٩	٣,٩	٩	١,٣	٣	٢,٦	٦	مفصل الكتف
٠,٧١	٢,٢	٥	٠,٤	١	١,٧	٤	الترقوة
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	العضد
١,١٨	٢,٦	٦	٠,٤	١	٢,٢	٥	مفصل الكوع
٠,٠٩	٣,٩	٩	١,٣	٣	٢,٦	٦	الساعد
٠,٦٢	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	مفصل الرسغ
١,٢٣	٤,٨	١١	٢,٦	٦	٢,٢	٥	الأمشاط
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	السلاميات
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	عظمة القص
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الأضلاع
١,١٤	٣,٩	٩	٢,٢	٥	١,٧	٤	البطن
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الفقرات الصدرية
٠,٦٢	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	الفقرات القطنية
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الفقرات العجزية
١,٦١	٠,٤	١	٠,٤	١	٠	٠	الحوض
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	مفصل الورك
٤,٤٧	١٤,٨	٣٤	٨,٣	١٩	٦,٥	١٥	الفخذ
٠,٥٦	٧,٤	١٧	٣,٥	٨	٣,٩	٩	مفصل الركبة
٢,٨١	٣,٩	٩	٠,٤	١	٣,٥	٨	رباط صليبي أمامي
٣,٢٣	٠,٩	٢	٠,٩	٢	٠	٠	رباط صليبي خلفي
١,٢٤	٠,٩	٢	٠,٠	٠	٠,٩	٢	رباط صليبي أنسي
٠,٦٢	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	رباط جانبي وحشي
٠,٥٦	٧,٤	١٧	٢,٢	٥	٥,٢	١٢	الغضروف
٠,٠٢	٨,٣	١٩	٣,٠	٧	٥,٢	١٢	الساق
٠,٢٩	٢٢,٦	٥٢	٧,٨	١٨	١٤,٨	٣٤	الكاحل
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	رباط جانبي أنسي
٠,١٢	٠,٩	٢	٠,٤	١	٠,٤	١	رباط جانبي وحشي
٠,٣٥	٢,٦	٦	١,٣	٣	١,٣	٣	أمشاط قدم
١,٢٤	٠,٩	٢	٠,٠	٠	٠,٩	٢	سلاميات قدم
	١٠٠,٠	٢٣٠	٣٨,٣	٨٨	٦١,٧	١٤٢	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (١٢) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الدفاع بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد

أن مفصل الكاحل لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات إذ بلغت (٣٤) إصابة وبنسبة (١٤,٨٪)، تلاها الفخذ بتكرار (١٥) وبنسبة (٦,٥٪) ثم كل من غضروف الركبة والساق بتكرار (١٢) وبنسبة (٥,٢٪) من مجموع إصابات الدفاع، بينما بلغت إصابة الفخذ للناشئين بتكرار (١٩) وبنسبة (٨,٣٪)، تلاها الكاحل بتكرار (١٨) وبنسبة (٧,٨٪) ثم مفصل الركبة بتكرار (٨) وبنسبة (٣,٥٪)، أما بالنسبة لأقلّ مناطق الإصابات حدوثاً فقد كان مفصل الرسغ والفقرات القطنية والرباط الجانبي الوحشي للركبة والرباط الجانبي الوحشي للكاحل حيث بلغت النسبة للاعبين الدرجة الأولى بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪)، أما بالنسبة لأقلّ المناطق التي يتعرض لها اللاعبون الناشئون فقد كانت الرقبة والترقوة ومفصل الكوع والحوض والرباط الصليبي الأمامي للركبة والرباط الجانبي الوحشي للكاحل بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪) أيضاً.

وبشكل عام فقد كانت إصابة مفصل الكاحل أكثر الإصابات حدوثاً فقد بلغت (٥٢) وبنسبة (٢٢,٦٪)، بينما كانت أقلّ الإصابات حدوثاً هي مفصل الرسغ والفقرات القطنية والحوض والرباط الجانبي الوحشي للركبة التي بلغت نسبة حدوث كل منها (١) إصابة وبنسبة (٠,٤٪). كما وبلغ مجموع إصابات مركز الدفاع (٢٣٠) إصابة مثلت نسبة لاعبي فرق الدرجة الأولى منها (٦١,٧٪)، بينما بلغت نسبة الدفاع للاعبين الناشئين (٣٨,٣٪) من مجموع إصابات الدفاع في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي المبيّنة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين بمركز الدفاع، باستثناء الفخذ حيث بلغت قيمة مربع كاي (٤,٤٧) وهي أعلى من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥)، ممّا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الفئتين على منطقة الفخذ ولصالح الناشئين.

ويرى Andersen et al, (2003) إنّ إصابة الطرف السفلي عند اللاعب (الكاحل والركبة والفخذ وغضروف الركبة) في كرة القدم تحدث عندما يتم اتصال بين لاعب ولاعب آخر على وسط الساق مباشرة قبل أو لحظة ضرب الكرة، ممّا يؤدي إلى توجيه قوة بشكل جانبي تجعل اللاعب يسقط وتجعل كاحله في وضع معكوس ضعيف، أو إذا أجبر اللاعب على ثني القدم أثناء ضرب الكرة أو ضرب قدم اللاعب الآخر في محاولة ضرب الكرة أو إبعادها.

إنّ المرجحة في الرجل عند ضرب الكرة تزيد العزم الدوراني، وهذا يؤثر في زيادة السرعة للرجل الضاربة، وهذا أيضاً قد يزيد من العزم الدوراني الحاصل على الركبة لرجل الارتكاز، فكلما زادت سرعة الحركة في الرجل الضاربة أثرت على زيادة العزوم الدورانية على ركبة قدم الارتكاز والكاحل أيضاً، وهذا يؤثر في احتمالية حدوث الإصابة (Bartlett, 2003).

ومن وجهة نظر الباحثة فإنّ إصابات مفصل الكاحل لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى بمركز الدفاع يعدُّ أمراً هاماً، حيث إنّ مفصل الكاحل يلعب دوراً مهماً ورئيساً في حركات لاعب الدفاع الذي يبقى متأهباً ومستعداً لمواجهة خصمه المهاجم، والذي قد يكون على مستوى عالٍ من المهارة، حيث يمتلك سرعة عالية، فيتطلب من لاعب الدفاع مجاراة لاعب الهجوم في جميع حركاته، وبذل جهد إضافي للهجوم على الكرة والاستحواذ عليها من المهاجم، كذلك يتطلب من لاعب الدفاع الارتقاء للكرات العالية لإبعادها برأسه، وبالتالي فهو يقفز عالياً ليتمكن من تجاوز قفزة المهاجم لإبعاد الكرة، كذلك يركض المدافع بصورة سريعة لقطع كرة ممررة لمهاجم آخر، وبذلك فإنّ لاعب الدفاع يستخدم مفصل الكاحل بصورة رئيسية في جميع حركاته، حيث أنّ الوضع التشريحي للكاحل يؤهل للعمل بعدة مستويات وأداء حركات مركبة تمكّنه من ترجمة الكفاءة المفصلية المناسبة وتحديد الزاوية المناسبة أيضاً لقطع الكرة أو إبعادها، وكذلك استخدام مفصل الكاحل في الوثب له دورٌ كبيرٌ أيضاً، فعملية الارتقاء تعتمد على الارتكاز على الأمشاط ومدّ الكاحل، ومن هنا فإنّ لاعبي فرق الدرجة الأولى عادة ما يتعرّضون لإصابات الكاحل بصورة أكبر، وقد يعود ذلك لعدم اعتماد تمارينات وتدريبات خاصة تهتم بمرونة الكاحل وتقوية العضلات العاملة على هذا المفصل، ممّا يزيد فرصة إصابته لدى لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة بالناشئين الذي قد تكون مرونة مفصلهم بشكل عام بما فيها الكاحل أفضل بسبب حداثة أعمارهم، كما وترى الباحثة إنّ إصابة الفخذ هي الأكثر شيوعاً لدى الناشئين الذين يغلب على أدائهم الفردية والابتعاد عن اللعب الجماعي، وبالتالي التعرض للخشونة والاصطدام بالخصم.

جدول ١٣. التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الوسط

مربع كاي	المجموع (ن=١٢٦)		الناشئون (ن=٥٨)		الدرجة الأولى (ن=٦٨)		المناطق
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٦٦	١,٥	٥	٠,٣	١	١,٢	٤	الرأس
٠,٢٥	٢,١	٧	٠,٦	٢	١,٥	٥	الرقبة
١,٤٤	٥,٠	١٧	١,٢	٤	٣,٨	١٣	مفصل الكتف
٢,٤٢	١,٢	٤	٠,٠	٠	١,٢	٤	الترقوة
٠,٦٠	٠,٣	١	٠,٠	٠	٠,٣	١	العضد
١,٠٦	١,٥	٥	٠,٩	٣	٠,٦	٢	مفصل الكوع
٣,٤٠	٢,١	٧	١,٥	٥	٠,٦	٢	الساعد
٠,٠٠	٢,٤	٨	٠,٩	٣	١,٥	٥	مفصل الرسغ
٠,٢٨	٤,٧	١٦	١,٥	٥	٣,٢	١١	الأمشاط
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	السلاميات
٠,٦٠	٠,٣	١	٠,٠	٠	٠,٣	١	عظمة القص
٠,٢٧	١,٢	٤	٠,٣	١	٠,٩	٣	الأضلاع
٥,٤٣	٢,٦	٩	٠,٠	٠	٢,٦	٩	البطن
١,٢١	٠,٦	٢	٠,٠	٠	٠,٦	٢	الفقرات الصدرية
٢,١١	٢,٤	٨	١,٥	٥	٠,٩	٣	الفقرات القطنية
١,٠٨	٠,٩	٣	٠,٦	٢	٠,٣	١	الفقرات العجزية
١,٢١	٠,٦	٢	٠,٠	٠	٠,٦	٢	الحوض
٠,٠٧	٢,٦	٩	٠,٩	٣	١,٨	٦	مفصل الورك
٠,٠٥	١١,٢	٣٨	٤,٤	١٥	٦,٨	٢٣	الفخذ
٤,٢٣	٤,١	١٤	٢,٦	٩	١,٥	٥	مفصل الركبة
٠,١٤	٥,٣	١٨	١,٨	٦	٣,٥	١٢	رباط صليبي أمامي
٣,٦٢	١,٨	٦	٠,٠	٠	١,٨	٦	رباط صليبي خلفي
١,٨١	٠,٩	٣	٠,٠	٠	٠,٩	٣	رباط صليبي أنسي
٠,٠١	١,٥	٥	٠,٦	٢	٠,٩	٣	رباط جانبي وحشي
٠,٠١	٥,٦	١٩	٢,١	٧	٣,٥	١٢	الغضروف
٠,٠٠	٤,٧	١٦	١,٨	٦	٢,٩	١٠	الساق
٠,٤٩	٢٢,٦	٧٧	١١,٢	٣٨	١١,٥	٣٩	الكاحل
٣,٦٢	١,٨	٦	٠,٠	٠	١,٨	٦	رباط جانبي أنسي
٤,٨٣	٢,٤	٨	٠,٠	٠	٢,٤	٨	رباط جانبي وحشي
١,٦٩	٥,٠	١٧	٢,٦	٩	٢,٤	٨	أمشاط قدم
٠,٠١	١,٥	٥	٠,٦	٢	٠,٩	٣	سلاميات قدم
	١٠٠,٠	٣٤٠	٣٧,٦	١٢٨	٦٢,٤	٢١٢	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (١٣) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الوسط بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد

أن مفصل الكاحل لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار (٣٩) وبنسبة (١١,٥٪)، تلاها الفخذ بتكرار (٢٣) وبنسبة (٦,٨٪) ثم كل من الرباط الصليبي الأمامي للركبة و غضروف الركبة بتكرار (١٢) وبنسبة (٣,٥٪) من مجموع إصابات الوسط، بينما بلغت إصابة الكاحل للناشئين بتكرار (٣٨) وبنسبة (١١,٢٪)، تلاها الفخذ بتكرار (١٥) وبنسبة (٤,٤٪) ثم كل من مفصل الركبة وأمشاط القدم بتكرار (٩) وبنسبة (٢,٦٪)، أما بالنسبة لأقل الإصابات حدوثاً فقد كان العضد وعظمة القص والفقرات العجزية حيث بلغت النسبة للاعبين الدرجة الأولى بتكرار (١) وبنسبة (٠,٣٪)، أما بالنسبة لأقل المناطق التي يتعرض لها اللاعبون الناشئون فقد كانت الرأس والأضلاع بتكرار (١) وبنسبة (٠,٣٪) أيضاً.

وبشكل عام فقد كانت إصابة مفصل الكاحل أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٧٧) وبنسبة (٢٢,٦٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي العضد وعظمة القص بتكرار (١) وبنسبة (٠,٣٪). كما وبلغ مجموع إصابات مركز الوسط (٣٤٠) إصابة مثلت نسبة لاعبي فرق الدرجة الأولى منها (٦٢,٤٪)، بينما بلغت نسبة الوسط للاعبين الناشئين (٣٧,٦٪) من مجموع إصابات الوسط في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من مناطق الإصابات، باستثناء منطقة البطن حيث بلغت قيمة مربع كاي (٥,٤٣)، ومنطقة الرباط الجانبي الوحشي للكاحل حيث بلغت قيمة مربع كاي (٤,٨٣)، وقد كانت الدلالة لصالح فرق الدرجة الأولى كذلك فقد بلغت قيمة مربع كاي لمفصل الركبة (٤,٢٣)، وهي قيمة دالة لصالح الناشئين.

ويظهر الجدول (١٣) مدى تقارب إصابات الكاحل لدى كل من لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين، حيث تشير قيمة مربع كاي إلى عدم وجود فرق بين نسبة الإصابات على مفصل الكاحل في هذه الدراسة وبين ما هو متوقع لكل فئة من لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين. ويمكن تفسير هذه النتيجة بما تمّت الإشارة إليه من أنّ لاعب الوسط ذو مركز حيوي في موقعه يقوم بأداء مهمات دفاعية وهجومية، وأنّ العبء والجهد على مفصل الكاحل كبيرين ممّا يزيد من احتمالية وفرصة إصابته، كما أنّ الاحتكاك مع لاعبي الخصم غالباً ما يكون أكثر في مركز الوسط حيث أنّ هنالك حركات انزلاق؛

لأبعاد وتشتيت الكرة مما يساعد في زيادة إصابة الكاحل. وكما أشارت الباحثة سابقا لما ذكره (Andersen et al, 2003) عن إصابة الطرف السفلي وخاصة إصابة الكاحل عند لاعبي كرة القدم.

ويعتبر انخفاض مستوى قوة العضلات في الطرف السفلي بعد الإصابة تزيد من احتمالية تكرار الإصابة، فقد وجد (Kamen, 2001) في دراسة على لاعبي كرة القدم الذكور أنّ أولئك الذين عانوا من إصابات الركبة انخفضت عندهم قوة عضلات الفخذ الأمامية بشكل ملحوظ في الساق المصابة مقارنة بالساق غير المصابة.

جدول ١٤ . التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات الرياضية الشائعة بين لاعبي فرق الدرجة الأولى مقارنة مع اللاعبين الناشئين لكرة القدم في دولة الكويت والمتعلقة بمركز الهجوم

مربع كاي	المجموع (ن=٩٦)		الناشئون (ن=٤٢)		الدرجة الأولى (ن=٥٤)		المناطق
	%	ت	%	ت	%	ت	
٠,٣٢	٤,٢	١٠	٢,١	٥	٢,١	٥	الرأس
٠,١٣	١,٧	٤	٠,٨	٢	٠,٨	٢	الرقبة
٢,٢١	٥,٤	١٣	٣,٣	٨	٢,١	٥	مفصل الكتف
٢,١١	١,٣	٣	٠,٠	٠	١,٣	٣	الترقوة
٠,٠٦	٠,٨	٢	٠,٤	١	٠,٤	١	العضد
٢,٨١	١,٧	٤	٠,٠	٠	١,٧	٤	مفصل الكوع
٠,١٦	٢,٥	٦	٠,٨	٢	١,٧	٤	الساعد
١,٤٠	٠,٨	٢	٠,٠	٠	٠,٨	٢	مفصل الرسغ
٤,٩٦	٣,٨	٩	٢,٩	٧	٠,٨	٢	الأمشاط
٠,٧٠	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	السلاميات
٠,٧٠	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	عظمة القص
٠,٠٠	٠,٠	٠	٠,٠	٠	٠	٠	الأضلاع
١,٥٠	٢,٥	٦	٠,٤	١	٢,١	٥	البطن
٠,٧٠	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	الفقرات الصدرية
٠,٩٣	٢,١	٥	٠,٤	١	١,٧	٤	الفقرات القطنية
٠,٧٠	٠,٤	١	٠,٠	٠	٠,٤	١	الفقرات العجزية
٠,١٦	٢,٥	٦	٠,٨	٢	١,٧	٤	الحوض
٠,٧٣	٢,٩	٧	١,٧	٤	١,٣	٣	مفصل الورك
٠,٩٥	١٢,٥	٣٠	٦,٣	١٥	٦,٣	١٥	الفخذ
١,٣٢	٦,٣	١٥	١,٧	٤	٤,٦	١١	مفصل الركبة
١,٥٠	٢,٥	٦	٠,٤	١	٢,١	٥	رباط صليبي أمامي
٠,١٦	٢,٥	٦	٠,٨	٢	١,٧	٤	رباط صليبي خلفي
٠,٤٤	١,٧	٤	٠,٤	١	١,٣	٣	رباط جانبي انسي
٠,٠٨	١,٣	٣	٠,٤	١	٠,٨	٢	رباط جانبي وحشي
٧,٤٠	٦,٣	١٥	٠,٤	١	٥,٨	١٤	الغضروف
٠,٠٠	٥,٠	١٢	٢,١	٥	٢,٩	٧	الساق
٢,٩٣	٢٢,١	٥٣	١١,٧	٢٨	١٠,٤	٢٥	الكاحل
٠,٤٤	١,٧	٤	٠,٤	١	١,٣	٣	رباط جانبي انسي
٠,٠٦	٠,٨	٢	٠,٤	١	٠,٤	١	رباط جانبي وحشي
٢,٦٣	٢,٩	٧	٢,١	٥	٠,٨	٢	أمشاط قدم
٠,٠٦	٠,٨	٢	٠,٤	١	٠,٤	١	سلاميات قدم
	١٠٠,٠	٢٤٠	٤١,٢	٩٩	٥٨,٨	١٤١	المجموع

قيمة مربع كاي الجدولية عند مستوى ٠,٠٥ = ٣,٨٤

يبين الجدول (١٤) قيم التكرارات والنسب المئوية وقيمة مربع كاي لمناطق الإصابات التي يتعرض لها لاعبو الدرجة الأولى والناشئون في مركز الهجوم بدولة الكويت، وباستعراض قيم النسب المئوية نجد

أن مفصل الكاحل لدى فرق الدرجة الأولى كانت أكثر الإصابات بتكرار (٢٥) وبنسبة (١٠,٤٪)، تلاها الفخذ بتكرار (١٥) وبنسبة (٦,٣٪) ثمّ غضروف الركبة بتكرار (١٤) وبنسبة (٥,٨٪) من مجموع إصابات الهجوم، بينما كانت إصابة الكاحل للناشئين من أكثر المناطق المصابة بتكرار (٢٨) وبنسبة (١١,٧٪)، تلاها الفخذ بتكرار (١٥) وبنسبة (٦,٣٪) ثمّ مفصل الكتف بتكرار (٨) وبنسبة (٣,٣٪)، أمّا بالنسبة لأقل مناطق الإصابات حدوثاً فقد كان العضد والسلاميات في الرسغ وعظمة القص والفقرات الصدرية والفقرات العجزية والرباط الجانبي الوحشي للكاحل وسلاميات القدم، حيث بلغت النسبة للاعبين الدرجة الأولى بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪)، أمّا بالنسبة لأقل المناطق التي يتعرض لها اللاعبون الناشئون فقد كانت العضد والبطن والفقرات القطنية والرباط الصليبي الأمامي للركبة والرباط الجانبي الأنسي للركبة والرباط الجانبي الوحشي للركبة وغضروف الركبة والرباط الجانبي الأنسي للكاحل والرباط الجانبي الوحشي للكاحل وسلاميات القدم إذ بلغت بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪) أيضاً.

وبشكل عام فقد كانت إصابة مفصل الكاحل أكثر الإصابات حدوثاً بتكرار (٥٣) وبنسبة (٢٢,١٪)، بينما كانت أقل الإصابات حدوثاً هي سلاميات الرسغ وعظمة القص والفقرات الصدرية والفقرات العجزية التي بلغت نسبة حدوث كل منها بتكرار (١) وبنسبة (٠,٤٪). كما وبلغ مجموع إصابات مركز الهجوم (٢٤٠) إصابة مثلت نسبة لاعبي فرق الدرجة الأولى منها (٥٨,٨٪)، بينما بلغت نسبة الهجوم للاعبين الناشئين (٤١,٢٪) من مجموع إصابات الهجوم في رياضة كرة القدم بدولة الكويت.

وتشير قيمة مربع كاي المبينة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية على أي من مناطق الإصابات بين لاعبي فرق الدرجة الأولى واللاعبين الناشئين بمركز الهجوم، باستثناء إصابة الأمشاط، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٤,٩٦) وإصابة غضروف الركبة (٧,٤٠)، وهي قيم أعلى من القيمة الحرجة (الجدولية) البالغة (٣,٨٤) عند مستوى (٠,٠٥)، ممّا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الفئتين على المناطق المصابة ولصالح اللاعبين الناشئين لإصابة الأمشاط ولصالح لاعبي فرق الدرجة الأولى في إصابة غضروف الركبة.

إنّ المجهود الذي يقوم به لاعب الهجوم يتطلب عملاً عضلياً كبيراً، وبالتالي فإنّ زيادة الحمل على المفاصل وخصوصاً مفاصل الطرف السفلي (الكاحل والركبة والحوض)، واللعب الخشن والتعب

وأرضية الملعب غير الجيدة تجعل الطرف السفلي أكثر عرضة للإصابة لدى فئة المهاجمين وكذلك الدفاع والوسط.

وتختلف هذه النتائج مع نتائج دراسة (سعادة، ١٩٩١) التي وجدت أنه لا توجد فروق في متوسطات الإصابات بين لاعبي الخطوط المختلفة.

فيما تشير قيمة مربع كاي إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين نسب حدوث إصابات مفصل الكاحل لدى المهاجمين من لاعبي فرق الدرجة الأولى والناشئين، وهذا قد يُعزى إلى أن الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية هي نفسها للاعبين الناشئين ولاعبي الدرجة الأولى.

## الفصل الخامس

### الاستنتاجات والتوصيات

❖ الاستنتاجات

❖ التوصيات

❖ المراجع

❖ الملاحق

❖ الملخص باللغة الانجليزية

## الاستنتاجات:

في ضوء نتائج الدراسة التي تم عرضها استنتجت الباحثة ما يلي:

١. انتشار الإصابات الرياضية بين لاعبي كرة القدم في فرق الدرجة الأولى والناشئين في دولة الكويت.
٢. إنّ لاعبي خط الوسط هم أكثر اللاعبين عرضة للإصابات.
٣. عدم وجود فروق في الإصابات بين لاعبي كرة القدم في فرق الدرجة الأولى والناشئين في دولة الكويت.
٤. عدم صلاحية الأرضيات المستخدمة في التدريب والمباريات في ملاعب كرة القدم في دولة الكويت.
٥. عدم التزام لاعبي كرة القدم بالأنظمة والقوانين، ولجؤهم للخشونة أحياناً.
٦. عدم اهتمام لاعبي كرة القدم لفرق الدرجة الأولى والناشئين بالإحماء الجيد.

## التوصيات:

في ضوء الاستنتاجات السابقة توصي الباحثة بما يلي:

١. إعداد اللاعبين نظرياً بإعطائهم محاضرات عن الإصابات الرياضية من حيث ميكانيكية حدوثها وأسبابها وطرق الوقاية منها.
٢. ضرورة توفير أرضيات مناسبة لكرة القدم وابتعاد المدربين عن الأرضيات غير المناسبة سواء في التدريب أو المباراة، وعمل الصيانة الدورية لها.
٣. العمل على رفع مستوى اللياقة البدنية للاعبين، وتقوية العضلات والأربطة المرتبطة بالمناطق الأكثر عرضة للإصابة؛ وذلك من أجل الحد من الإصابات.
٤. توفير عوامل الأمن والسلامة أثناء التدريب والمنافسات.
٥. ضرورة توعية اللاعبين وتعريفهم بأهمية الإحماء ودوره في الحد من الإصابات الرياضية.
٦. ضرورة تعميم نتائج هذه الدراسة للجنة الأولمبية وللاتحادات الرياضية والمركز الوطني للطب الرياضي، وخصوصاً للمدربين والجهاز التدريبي والكادر الطبي واللاعبين في دولة الكويت والدول المجاورة.

## المراجع

### المراجع باللغة العربية:

أبو العلا، أحمد عبد الفتاح وإبراهيم حنفي شعلان، (٢٠٠١). دور المعلم في وقاية التلاميذ من الإصابات الرياضية خلال درس وأنشطة التربية الرياضية. **بحوث المؤتمر الأول للأنشطة التربوية، جودة وإبداع، وزارة التربية والتعليم والشباب والأنشطة والرعاية الطلابية، دبي، الإمارات العربية المتحدة، الجزء ١.**

أبو العلا، عبده السيد، (١٩٨٤). **دور المدرب واللاعب في إصابات الرياضة - الوقاية والعلاج.** مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

أبو العينين، محمود أحمد، وإبراهيم محمد مفتي، (١٩٨٥). **العوامل المرتبطة بإصابات اللاعبين في كرة القدم. بحوث المؤتمر الدولي، والرياضة للجميع في الدول النامية، مجلد (٣١)، مصر.**

اكستراند، (٢٠٠٠). **الإصابات الرياضية.** (ترجمة). دار النشر، موسكو، روسيا.

أمين، وفاء، (١٩٧٧). **الإصابات وأسبابها في مسابقات الميدان والمضمار لطالبات كلية التربية الرياضية للبنات.** رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، مصر.

بشكروف، ف، ف، (١٩٨١). **ظهور الإصابات وعلاجها لدى الرياضيين.** (ترجمة). موسكو، روسيا.

بكري، محمد قدرى، (١٩٨٧). **دراسة تحليلية عن الأسباب الرئيسية للإصابات الرياضية. مجلة بحوث التربية الشاملة، جامعة الزقازيق، الزقازيق، مصر.**

بكري، محمد قدرى، (٢٠٠١). **التدليك التقليدي والشرقي في الطب البديل.** (ط٢)، القاهرة، مصر.

**التقرير السنوي، الهيئة العامة للشباب والرياضة.** (٢٠٠٢-٢٠٠٣). الكويت، الكويت، ص ٨٢.

جابر، كاظم، ومصطفى جوهر حيات، (١٩٩٨). **دراسة تحليلية للإصابات الرياضية بين لاعبي المنتخب الكويتي لكرة القدم في التصفيات النهائية لكأس العالم بفرنسا.** مسابقة البحث العلمي، الهيئة العامة للشباب والرياضة، **المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية، الكويت، الكويت، المجلد ٧، العدد ١٢، ص ٥٨-٧٦.**

جاكسون، ب، (٢٠٠٣). **الطب الرياضي، كيبف.** (ترجمة). الأولمبية للنشر، موسكو، روسيا.

جوكل، بزار علي، (٢٠٠٧). **مبادئ وأساسيات الطب الرياضي.** (ط١)، دار دجلة، بغداد، العراق.

حسن، زكي محمد محمد، ومحمد صلاح الدين صبري، (٢٠٠٤). **إصابات وأمراض الملاعب.** (ط٢)، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

العودالي، عبد العظيم، (١٩٩٩). **الجديد في العلاج الطبيعي والإصابات الرياضية**. (ط١)، دار الفكر العربي للنشر، القاهرة، مصر.

الحشوش، خالد محمد، (٢٠٠٣). **الرياضة وإصابات الملاعب**. (ط٣)، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص ٥-١٥٢/٩.

درويش، حسام أحمد، (٢٠٠٣). **تصنيف الإصابات في الأنشطة الرياضية المختلفة لجندي المشاة في القوات المسلحة وأسباب حدوثها**. رسالة ماجستير منشورة، قسم علوم الصحة الرياضية، القاهرة، مصر.

رشدي، محمد عادل، (١٩٩١). **موسوعة الطب الرياضي - علم إصابات الرياضيين**. (ط١)، دار المعارف، الإسكندرية، مصر.

رياض، الدكتور أسامة، (١٩٩٨). **الطب الرياضي وإصابات الملاعب**. (ط٣)، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

رينستروم، (٢٠٠٣). **الإصابات الرياضية**. (ترجمة). الطبعة الأولمبية، كييف، موسكو، روسيا، ص ٢٢٩.

زاهر، عبد الرحمن عبد الحميد، (٢٠٠٤). **موسوعة الإصابات الرياضية: وإسعافاتها الأولية**. (ط١)، القاهرة، مصر.

سارة، سمير عادل، وكمال جميل الربضي، (١٩٨٧). **الإصابات الرياضية وعلاجها**. (ط١)، عمان، الأردن.

سالم، مختار، (١٩٨٧). **إصابات الملاعب**. (ط١)، مؤسسة المريخ للنشر، الرياض، السعودية.

السامرائي، فؤاد، وإبراهيم هاشم، (١٩٨٨). **الإصابات الرياضية والعلاج الطبيعي**. (ط١)، عمان، الأردن.

سعادة، نايف عبد الرحمن، (١٩٩١). **دراسة مقارنة لأنواع الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في الخطوط المختلفة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الشطناوي، معتصم، (٢٠٠٣). **دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي الألعاب الجماعية في جامعة مؤتة**. مجلة أسبوط، الكرك، الأردن.

العالم، زينب عبد الحميد، (١٩٨٣). **التدليك الرياضي وإصابات الملاعب**. (ط١)، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

علاوي، محمد حسن، (١٩٩٨). **سيكولوجية الإصابة**. (ط١)، مركز الكتاب للنشر القاهرة، مصر.

فخري، سميحة خليل، (١٩٨٢). إصابات الأنشطة الرياضية. دراسات وبحوث، مؤتمر ترشيد التربية البدنية، جامعة حلوان، الإسكندرية، مصر.

فخري، سميحة خليل، (١٩٨٢). الإصابات في بعض الأنشطة الرياضية للاعبين الدرجة الأولى والناشئين. بحث منشور، مجلة الدراسات، مجلة التربية الرياضية، بحوث جامعة حلوان، الإسكندرية، مصر، المجلد ٥، العدد ٣.

قبع، عمار عبد الرحمن، (١٩٨٩). **الطب الرياضي**. (ط٢)، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة الموصل، الموصل، العراق.

ماكاروف: ج، (٢٠٠٤). **الطب الرياضي**. موسكو، روسيا.

مجلي، ماجد، (٢٠٠٧). الإصابات الرياضية لدى الممارسين للأنشطة البدنية في مراكز اللياقة البدنية في الأردن. مجلة الدراسات، العلوم التربوية، عمان، الأردن، المجلد ٣٤، العدد ٢، أيلول ٢٠٠٧.

مجلي، ماجد، وسهى أديب، (٢٠٠٣). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى السباحين والسباحات في الأردن. مجلة دراسات، مؤتمر التربية الرياضية نموذج للحياة المعاصرة، عمان، الأردن، عدد خاص ٢٠٠٤.

مجلي، ماجد، وخالد عطيات، (٢٠٠٦). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المبارزة في الأردن. وقائع المؤتمر العلمي الدولي الخامس ((علوم الرياضة في عالم متغير))، مجلة بحوث التربية الرياضية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، المجلد ١، ١١/١٠ أيار/ ٢٠٠٦.

مجلي، ماجد، وفائق أبو حليلة، (١٩٩٥). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المنازلات في الأردن. مجلة دراسات، وقائع المؤتمر الرياضي العلمي الثالث، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، الجزء ١، تشرين الأول.

مجلي، ماجد، وقاسم خويلة، (١٩٩٧). دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي ألعاب القوى في الأردن. مجلة دراسات، العلوم التربوية، عمان، الأردن، المجلد ٢٤، العدد ٢.

مجلي، ماجد، وماجد الصالح، (٢٠٠٧). دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية تبعاً لفتريات الموسم الرياضي في الأردن. مجلة دراسات، العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير منشورة، عمان، الأردن، المجلد ٣٤، العدد ٢، أيلول ٢٠٠٧.

مجلي، ماجد، وعبد الحميد الوحيدي، (١٩٩٥). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية في الألعاب الجماعية والفردية (كرة السلة، كرة اليد، كرة الطائرة). مجلة دراسات، العلوم التربوية، عمان، الأردن.

محمود، حلمي حسين، (١٩٨٩). دراسة ميدانية عن إصابات الملاعب في كرة القدم بدولة قطر. جامعة قطر، الدوحة، قطر.

المفتي إبراهيم، ومحسن الدروي، (١٩٩١). تحديد الإصابات الشائعة وأسبابها بين لاعبي كرة القدم في المراكز المختلفة. *المجلة العلمية للتربية الرياضية، القاهرة، عمان.*

المواني، افتخار أحمد وسليمان حنان، (١٩٩٠). دور التربية الرياضية في حل المشكلات المعاصرة. *دراسات وبحوث المؤتمر العلمي الأول، المجلد ١، جامعة الزقازيق، الزقايق، مصر، ص ١٤٠.*

## المراجع باللغة الأجنبية:

Agel Julie, Arendt Elizabeth A. & Bershady Boris (2005): Anterior Cruciate Ligament Injury in National Collegiate Athletic Association Basketball and Soccer, **The American Journal of Sports Medicine**, 33: 524-531.

Andersen, T. E., Floerenes, T. W., Arnason, A., & Bahr, R. (2003): **Video Analysis of The Mechanisms for Ankle Injuries in Football**. Oslo Sports Trauma Research Center, University of Sports and Physical Education.

Andrea, Ferretti & others (1984): Jumper's Knee One epidemiological study of volleyball players, **The physical and Sports Medicine**, 12: 5.

Andrew, Pallas (2003): **Beating Sport Injuries**, Mitchell Beazley.

Bame las, L. Clark (1979): **The Clinical Approach to Exercise Testing**, New York, 87.

Bartlett, Roger (2003): **Introduction to Sports Biomechanics**. 5<sup>th</sup>.ed, Spon Press. London, United Kingdom.

Bizzini, M., Junge A., & Dvorak J. (2004): **The F-MARC Injury Prevention Programme For Amateur Football Players FIFA**, Medical Assessment Research Center (F-MARC), Zurich, Switzerland.

Boher & others (1985): **Athletic injury assessment**.

Delaney, J. S., & Al-Kashmiri, A. (2005): Neck Injuries Presenting to Emergency Departments in The United States from 1990 to 1999 for ice hockey, soccer, and American Football. **British Journal of Sports Medicine**, 39 (21).

Ekstrand, J., Walden, M., & Hgglund, M. (2004): Risk for Injury when Playing in a National Football Team, **Scandinavian Journal of Medicine & Science In Sports**, 14 (1): 34-8.

Ellison & Larry (1995): **Basketball Injuries in the Data Base of the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (chirp)**, Public Health Agency of Canada (Phac), 16 (3): 1995.

Faude, Oliver., Junge, Astrid., Kindermann, Wilfried., & Dvorak, Jiri (2005): Injuries in Female Soccer Players , A Prospective Study in the German National League, **The American Journal of Sports Medicine**, 33: 1694-1700.

Hamill, Josep., & Knutzen, M., Kathleen (2003): **Biomechanical Basis of Human Movement**. 2<sup>nd</sup>.ed, Lippinott Williams & Wilkins, United States of America.

Hammett, L. J. (1971): **In cadence of Injury among Women Participating in National Basketball and Track and Field and Tennis Completion During 1969**, Abstracts of Research Papers.

Hgglund, M., Walden, M., & Ekstrand, J. (2003): Exposure and Injury Risk in Swedish Elite Football; A Comparison Between Seasons 1982 and 2001, **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, 13 (6): 364-70.

Hgglund, M., Walden, M., & Ekstrand, J. (2005): Injury Incidence and Distribution in Elite Football; A Prospective Study of the Danish and the Swedish Top Divisions, **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, 15 (1): 21-8.

Kakavelakis, K. N., Vlazakis, S., Vlahakis, I., & Charissis, G. (2003): Soccer injuries in childhood, **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**.

Kamen, Gary (2001): **Foundations of Exercise Science**, 1<sup>st</sup>.ed, Lippinott Williams & Wilkins, United States of America.

Kellis, E., Katis, A., & Vrabas, I. S. (2005): **Effects of An Intermittent Exercise Fatigue Protocol on Biomechanics of Soccer Kick Performance**.

Kent, Michael (2003): **Oxford Dictionary of sports Science & Medicine**. 2<sup>nd</sup>.ed, Oxford University. United Kingdom.

Kohn, D. (1997): **Injuries during Handball; A Comparative Retrospective Study between Regional and Upper League Teams, Germany.**

Les, Parry., & Barry, Drust (2006): Is Injury the Major Cause of Elite, (Soccer) Players being Unavailable to Train and Play during the Competitive Season?, **Physical Therapy in Sport**, 7 (2): 58-64.

Lindenfeld, T. N., Schmitt, D. J., & Hendy, M. P. (1994): Incidence of Injury in Indoor Soccer, **The American Journal of Sports Medicine**, 22: 364-371.

Makay, G. D., Pagoldie, Wrpayne, & Bwoakes (2001): Ankle Injuries in Basketball Injury Rate and Risk Factors, **British Journal of Sport Medicine**, 35 (2): 14-79.

Marieb, N., Elaine (2004): **Human Anatomy & Physiology.** 6<sup>th</sup>.ed, Pearson Benjamin Cummings. United States of America.

Micheli, Lyle., Smith, Angela., Bachl, Norbert., Rolf, Christer., & Chan, Kai-Ming (2001): **F.I.M.S. ;International Federation of Sports Medicine; Team physician Manual.** 1<sup>st</sup>.ed, Lippinott Williams & Wilkins Asia Ltd, Hong Kong.

Morerra, Paulo., Danical, gentil., & Cesar, deolivera (2003): Prevalence of Sport Injuries of Pasketball National Team during (2002) Season, **rev bas med sport**, (5).

Murphy, D. F., Connolly, D. A. J., & Beynnon, B. D. (2002): Risk Factors for Lower Extremity Injury: A Review of the Literature, **British Journal of Sports Medicine**, 37: 13-29.

Nikolaos, D., Kofotolis, Eleftherios, Kellis, & Symeon, P., Vlachopoulos (2007): Ankle Sprain Injuries and Risk Factors in Amateur Soccer Players during a 2-Year Period, **The American Journal of Sports Medicine**, 35: 458-466.

Orchard, J. W. (2003): Intrinsic and Extrinsic Risk Factors for Muscle Strains in Australian Football. **The American Journal of Sports Medicine.**

Ostenberg, A., & Roos, H. (2000): Injury Risk Factors in Female European football; Prospective Study of 123 Players during one Season, **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, 10 (5): 279-85.

Sderman, K., Pietil, T., Alfredson, H., & Werner, S. (2002): Anterior Cruciate Ligament Injuries in Young Females Playing Soccer at Senior Levels, **Scandinavian Journal of Medicine & Science In Sports**, 12 (2): 8-65.

Shamus, Eric., & Shamus, Jennifer (2001): **Sports Injury Prevention & Rehabilitation**, 1<sup>st</sup>.ed, McGraw-hill Companies, United States of America.

Steve Ovetim B. E. (1987): **Runner's Guide**, London, New Revised Edition, Willor books, Collins.

Watinsm J., & Peabody, P. (1996): Sport Injures in Children and Adolescents Treated at a Sports Injury Clinic, **Sports Medicine Physical Fitness**, 36 (1): 43-48.

Williams, J. G. P. (1990): **Color Atlas of Injury in Sport**, 2<sup>nd</sup>.ed, MD, MSc, FRCS, FRCP.

Wong, P., & Hong, Y. (2005): Soccer Injury **in the Lower Extremities**. **British Journal of Sports Medicine**, 39: 473-482.

Yde, I., & Nielsen, A. B. (1990): Sport injuries in Adolescents' Ballgames, Soccer, Handball and Basketball, **British journal of sport medicine**, 24: 51-54.

## الملاحق

ملحق ١. الاستثمار الخاصة التي أعدت لإجراء هذه الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي اللاعب .....

السلام عليك ورحمة الله وبركاته ،،،،،

تقوم الباحثة فاطمة أسعد خريبط من الجامعة الأردنية كلية الدراسات العليا بإجراء  
دراسة بعنوان:

**الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت  
" دراسة مقارنة "**

للحصول على درجة الماجستير في التربية الرياضية /إصابات ملاعب.

تعتبر الإصابات الرياضية من أكثر الأسباب التي تساهم في إجبار اللاعب على  
الابتعاد عن المنافسات ولذلك فمعرفة أنواع الإصابات وأوقات حدوثها والأسباب والعوامل  
التي قد تؤدي لحدوث الإصابات يساعد في الحد من انتشارها والمحافظة على قدرات  
اللاعبين واستمرارهم في التدريب والمنافسات.

الرجاء بالتكرم بالإجابة على الاستثمار بكل بصدق مع العلم أن جميع المعلومات  
سوف تتم معاملتها بسرية تامة.

مع خالص الشكر والتقدير،،،،،

الباحثة،،،،،

## تابع ملحق ١.

## أسئلة الإستبيان

البيانات الشخصية :

إسم النادي : .....

الإسم (إختياري): .....

الجنس : ..... اللعبة : .....

العمر : .....

المؤهل العلمي : .....

الطول : .....

الوزن : .....

العمر التدريبي : .....

عدد ساعات الوحدة التدريبية : .....

عدد مرات التدريب في الأسبوع : .....

عدد الوحدات التدريبية في اليوم الواحد : .....

١. هل تعرضت للإصابة ؟

لا

نعم

\*ملاحظة: إذا كانت إجابة السؤال (١) "نعم" أجب عن الأسئلة الآتية:

٢. مركزك في اللعب:

دفاع

حارس مرمى

هجوم

وسط

## تابع ملحق ١.

الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم في دولة الكويت " دراسة مقارنة " يرجى وضع عدد مرات تكرار الإصابة بالأرقام

أسباب الإصابة	فترة وقوع الإصابة			نوع العلاج المستخدم			إصابات أخرى التهابات	التواءات	تقلصات	جروح و سحجات	رضوض			خلع	تمزقات			كسور	موقع الإصابة المشخصة
	فترة الراحة	فترة المنافسات	فترة الإعداد	علاج جراحي	علاج بالأدوية	علاج طبيعي					أعصاب	عضلات	عظم		أربطة	عضلات	أوتار		
																			الرأس
																			الرقبة
																			مفصل الكتف
																			الترقوه
																			الععضد
																			مفصل الكوع
																			الساعد
																			مفصل الرسغ
																			الأمشاط
																			السلاميات
																			عظمة القص
																			الأضلاع
																			البطن
																			الفقرات الصدرية
																			الفقرات القطنية
																			الفقرات العجزية
																			الحوض
																			مفصل الورك
																			الفخذ
																			مفصل الركبة
																			رباط صليبي أمامي
																			رباط صليبي خافي
																			رباط جانبي أنسي
																			رباط جانبي وحشي
																			الغضروف
																			الساق
																			الكاحل
																			رباط جانبي أنسي
																			رباط جانبي وحشي
																			أمشاط القدم
																			سلاميات القدم
																			((المجموع))

## تابع ملحق ١ .

رقم السبب	سبب الإصابة
١ .	عدم الإحماء الجيد
٢ .	الإفراط في التدريب (التدريب الزائد)
٣ .	عدم السلوك الجيد للرياضيين (عدم الانتباه، التسرع، مخالفة قوانين اللعبة)
٤ .	أرضية التدريب غير جيدة
٥ .	سوء الإعداد المهاري (التكنيك)
٦ .	الاستمرارية في التدريب عند حدوث إصابة
٧ .	عدم صلاحية الألبسة الرياضية
٨ .	عدم التقيد ببرنامج تدريبي واضح
٩ .	عدم صلاحية الأجهزة الرياضية المستخدمة
١٠ .	غياب توجيه المدرب للاعب وتوعيته
١١ .	عدم التقيد بقواعد الأمن والسلامة
١٢ .	سوء الأحوال الجوية
١٣ .	سوء اختيار التمارين للمجموعات العضلية
١٤ .	عدم ملاحظة المدرب للاعب ومتابعته أثناء التدريب (المظاهر الفسيولوجية العامة)
١٥ .	عدم إعطاء الراحة الكافية بين التمارين وبعدها
١٦ .	السماح للاعب بالعودة للتدريب قبل الشفاء
١٧ .	عدم الإسترخاء الجيد بعد التمرين
١٨ .	عدم التزويد الكافي بالأدوات والمعدات للتدريب والمباريات
١٩ .	عدم استخدام وسائل التأهيل الرياضي (تدليك، ساونا ..... إلخ)
٢٠ .	التوقف غير الصحيح للتدريب والمباريات
٢١ .	عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية الشاملة
٢٢ .	عدم التقيد ببرنامج غذائي
٢٣ .	عدم مراعاة الفروق الفردية بين اللاعبين، وتدريب اللاعب ضمن إمكاناته الجسمية
٢٤ .	سوء الإعداد النفسي
٢٥ .	عدم الإطلاع والمعرفة بعلم الإصابات الرياضية وأسباب حدوثها، وسبل الوقاية منها
٢٦ .	عدم الدقة والتفصيل في اختيار نوع الرياضة المناسبة
٢٧ .	عدم التدرج في زيادة حمل التمرين
٢٨ .	أسباب أخرى أذكرها .....

**COMMON SPORT INJURIES OF SOCCER PLAYERS IN  
KUWAIT  
" COMPARATIVE STUDY"**

**By  
Fatemeh Khuraibet**

**Supervisor  
Dr. Majed F. Mjalli**

**ABSTRACT**

The purpose of this study is to investigate the most common injuries and its causes among the first division and youth soccer players in Kuwait, in addition to the time of occurs (training, competition and rest). The study also aims to recognize the difference between the injuries of the first division and youth soccer players according to the players position. The descriptive approach was used in this study.

The results revealed that the most common injury among the first division and youth players was the ligaments tear, while the most common places to be injured among the first division and youth players was ankle. Improper training ground, improper sports behavior; and continues exposure to injuries, were the most frequent causes of injuries. The injuries related to the player position were also analyzed.

As for the striker position, for youth players and first division players, common place of injury is the ankle in a frequency of (28) representing (11.2%). This data is not significant.

As for the type of injury in relation to the player position, ligament tear was found to be the most common, with exception of the youth defense players, where the most common injury was the muscles tear. The difference was not significant.

The most common place of injury among the first division players was the ankle with exception of goalkeepers, where the most common place of injury was the shoulder. As for the youth players most common place of injury was the knee for goalkeepers, the thighs for the defense players and ankle for the strikers and mid field players.

The researcher recommends to give the players academic training through lectures about sports injuries, their mechanisms, causes and ways of prevention. It is also recommended to facilitate suitable soccer playgrounds and avoid the unsuitable ones during training or competitions. It is also important to elevate physical fitness of players, to strengthen the muscle groups and ligaments in the place apt to injury to prevent injuries and to make the factors of safety available during training and competition. The researcher also recommends to educate players about the important of warm-up and its role in preventing sports injuries. It is important to circulate the results of the study to the Olympic committee, sports associations and the National center for sports Medical, as well as to the training staff, coach, Medical staff and players in Kuwait and nearby countries.