جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية

إعداد

علاء ماجد حسين ندى

إشراف

د. وليد عبد الفتاح خنفر

قدمت هذه الأطروحة استكمالًا لمتطلبات درجة الماجستير في التربية الرياضية بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2014

الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية

إعداد

علاء ماجد حسين ندى

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 8 / 5 / 2014 م ، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة		التوقيع
– د. وليد خنفر	/ مشرفاً ورئيساً	.....
– د. قيس نعيرات	/ ممتحناً داخلياً	.....
– أ.د. عبد الناصر القدومي	/ ممتحناً داخلياً	.....
– د. عبد السلام حمارشة	/ ممتحنا خارجياً	.....

الإهداء

إلى الذي بذل جهد السنين سخياً... وصاغ من الأيام سلالم لأرتقي بها نحو العلا...

إلى من غرس في نفسي حُب العلم والتواضع وجعل نفسه شمعةً تنير لي الدرب...

إلى سندي وعوني في الدنيا....

إلى من تعلمت منها أولى أحرفِ الأبجدية... إلى من يناديها قلبي قبل اللسان

إلى كل دمعةٍ ترقرقت على خدها... إلى كل خفقةٍ خفقها قلبها

إلى من صلّت وبالنجاح لي دعت... إلى من أعشق عمري لأجلها

إلى من ربياني صغيراً... إلى من أدعو لهما بطول العمر والبقاء...

والديّ الحبيبين

إلى من أهدتني كل الحب والوفاء والحنان... وغمرتني بالسعادة والهناء....

زوجتي الغالية

إلى أجمل رفاق آزروني بفيض المشاعر السامية... ودوماً قدموا لي العون والمساعدة... وشاركوني كل اللحظات بلمستهم الحانية....

إلى أختي العزيزة ديانا و أخي الغالي ايهاب وزوجته وأولاده

إلى المخلصين والمخلصات من أهلي وأصدقائي وزملائي و أبناء بلدي

إلى من نازعتني إليه في الخلد نفسي

وطني الحبيب

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي

الشكر والتقدير

يطيب لي وأنا أخط أسطري الأخيرة من هذه الرسالة أن أتوجه بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم في إظهارها إلى حيز الوجود منذ أن كانت فكرة حتى أصبحت حقيقة واقعة.

إن واجب الأمانة والوفاء يدعونني أن أتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى الدكتور وليد خنفر، الذي شرفني عزاً وفخراً وتواضعاً بإشرافه على هذه الرسالة، والذي قدم لي كل مساعدة ممكنة ولتعاونه في إبداء الآراء والإرشادات، فقد كان موسوعة ومرجعاً وكرّس حياته لخدمة المسيرة التعليمية.إليه أنحني إجلالاً وإكباراً على علمه أولاً و وقوفه إلى جانبي ثانياً.

ويسعدني أن أتقدم بخالص الشكر وعميق التقدير لمن أسهموا بجهود خيرة دفعت بتقوية هذا العمل فكراً وتطبيقاً وإخراجاً، وأخص بالذكر الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الدكتور عبد السلام حمارشة من جامعة القدس، والاستاذ الدكتور عبد الناصر القدومي والدكتور قيس نعيرات من جامعة النجاح الوطنية.

الذين تفضلوا بالموافقة على مناقشة هذه الرسالة، وإبداء ملحوظاتهم وتوجيهاتهم القيمة لإثرائها.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والعرفان إلى أساتذتي أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة النجاح الوطنية كلية التربية الرياضية لما قدموه من علم ومعرفة طيلة فترة دراستي في الجامعة فلهم مني الاحترام.

إقرار

أنا الموقع/ة أدناه، مقدم/ة الرسالة التي تحمل العنوان: " **الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية**"

"

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

اسم الطالب: **Student's Name :**

التوقيع: **Signature:**

التاريخ: **Date:**

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
الإهداء	ت
الشكر والتقدير	ث
إقرار	ج
فهرس المحتويات	ح
فهرس الجداول	ر
فهرس الأشكال	س
فهرس الملاحق	ص
الملخص	ض
الفصل الأول: مقدمة الدراسة وأهميتها	1
مقدمة الدراسة	2
مشكلة الدراسة وأهميتها	4
تساؤلات الدراسة	6
أهداف الدراسة	7
حدود الدراسة	8
مصطلحات الدراسة	8

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	9
مفهوم الإصابات الرياضية	10
أسباب حدوث الإصابات الرياضية	12
الإصابات الرياضية الشائعة	16
الانتفاخ المائي(الفقاعات)	17
السحاجات(الخدوش)	17
الجروح	18
النزيف	22
الشد أو التمزق العضلي	25
الكسور	30
الكدمات أو الرضوض	39
الخلع المفصلي	43
التغذية والنشاط الرياضي	47
البروتينات	49
الدهون	50
الكربوهيدرات	52
الماء	55

الفيتامينات	57
الأملاح المعدنية	58
الإحماء	65
العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين	68
التدليك الرياضي	71
الدراسات العربية السابقة	88
الدراسات الأجنبية السابقة	98
التعليق على الدراسات السابقة	101
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	103
منهج الدراسة	104
مجتمع الدراسة	104
عينة الدراسة	104
أداتي الدراسة	106
متغيرات الدراسة	107
المعالجات الإحصائية	107
الفصل الرابع: نتائج الدراسة	108
نتائج الدراسة	109

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والاستنتاجات والتوصيات	135
أولاً: مناقشة النتائج	136
ثانياً: الاستنتاجات	147
ثالثاً: التوصيات	148
المراجع والمصادر	149
أولا: المراجع العربية	149
ثانيا: المراجع الأجنبية	154
الملاحق	157
الملخص باللغة الإنجليزية	b

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
1	توزيع عينة الدراسة تبعاً إلى متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة.	105
2	التكرارات والنسب المئوية للإصابات الرياضية الأكثر شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية.	109
3	التكرارات والنسب المئوية للإصابات الرياضية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية.	111
4	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لمستوى أسباب شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية.	113
5	التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير الجنس.	115
6	التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي.	117
7	التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير نوع اللعبة.	119
8	التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص	121

	التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير الجامعة.	
9	التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابه لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير الجنس.	123
10	التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابه لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي.	125
11	التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابه لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير نوع اللعبة.	128
12	التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابه لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير الجامعه.	130
13	المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعه.	132
14	تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية.	133
15	اختبار تيوكي للمقارنات البعدية في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً لمتغير الجامعة.	134

فهرس الأشكال

الرقم	الموضوع	رقم الصفحة
1	يمثل الخدوش	17
2	يمثل الجروح البثرية	19
3	يمثل الجروح السطحية	20
4	يمثل الجروح القطعية	20
5	يمثل الجروح الرضيه	21
6	يمثل الجروح الوخزيه	21
7	يمثل النزيف الشعيري والشرياني والوريدي	24
8	يمثل الشد والتمزق العضلي	26
9	يمثل الشد والتمزق العضلي	26
10	يمثل الليفة العضلية	27
11	يمثل الهيكل العظمي من الخلف	30
12	يمثل الهيكل العظمي من الأمام	31
13	يمثل الكسر المتفتت	33
14	يمثل كسر الغصن الأخضر	34
15	يمثل الكسر المدغم	34
16	يمثل الكسر الحلزوني	35
17	يمثل الكسر المائل	36

18	يمثل الكسر المستعرض	36
19	يمثل الكسر المضغوط	37
20	يمثل كسر الإجهاد	37
21	يمثل الكدمات	39
22	يمثل الكدمات	40
23	يمثل الخلع المفصلي(مفصل الكتف).	43
24	يمثل الخلع المفصلي الجزئي	44
25	يمثل الخلع المفصلي الكامل	45
26	يمثل الخلع المفصلي المصحوب بكسر	45
27	يمثل العلاج بالثلج وهو أحد أنواع العلاج بالتبريد	69
28	يمثل شمع البرافين وهو من وسائل العلاج بالحرارة	70
29	يمثل العلاج بالكهرباء	70
30	يمثل التدليك المسحي	75
31	يمثل التدليك الدعكي	79
32	يمثل التدليك العجني	81
33	يمثل التدليك الاهتزازي	83

فهرس الملاحق

رقم الملحق	الموضوع	رقم الصفحة
1	أسماء المحكمين وتخصصاتهم ورتبهم العلمية	158
2	تمثل استمارة جمع بيانات الإصابات الرياضية	159
3	يمثل طلب تحكيم الاستبانة من ذوي الخبرة	162
4	يمثل كتاب جامعة النجاح إلى كلية فلسطين التقنية(خضوري)	163
5	يمثل كتاب جامعة النجاح إلى جامعة القدس(أبو ديس)	164

الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية

إعداد

علاء ماجد ندى

إشراف

د. وليد عبدالفتاح خنفر

الملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية، من حيث أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً، و أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة، و درجة أسباب شيوع الإصابات، والاختلاف في شيوع الإصابات، وأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة تبعاً إلى متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة ، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (274) طالباً وطالبة من طلبة بكالوريوس التربية الرياضية في جامعة النجاح، وفلسطين التقنية، والقدس.

ولغاية ذلك تم إعداد استبانة . ومن أجل الإجابة عن تساؤلات الدراسة استخدمت المتوسطات الحسابية و التكرارات والنسب المئوية واختبار مربع كاي، وأظهرت النتائج ما يلي:

– أن أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت: (الشد العضلي، التمزقات، الإلتواء ، الخلع) حيث كانت النسبة المئوية للإجابة ب (نعم) على التوالي: (77% ، 64.6%، 56.2% ، 51.1%).

– إن أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كان مفصل الكاحل (60.2%) ،يليه الظهر (55.1%)، بينما أقل الأعضاء عرضة للإصابة أعضاء أخرى (5.1%) ، يليها مفصل المرفق (20.8%).

– إن الدرجة الكلية لأسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت متوسطة ، حيث وصلت النسبة المئوية للإستجابة إلى (69.38%). وكانت أعلى الأسباب عدم الإحماء ، وعدم مناسبة أرضية الملعب، وعدم مراعاة الفروق الفردية.

– لا يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيري الجنس، والمستوى الدراسي.

– يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات، والكدمات، والكسور بين الألعاب الجماعية والفردية، ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية.

– يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات ، والإلتواء، والكسور، والشد العضلي، والخلع، والخدوش تبعاً إلى متغير الجامعة.

– لا يوجد اختلاف في أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيري الجنس، والمستوى الدراسي.

–وجود اختلاف في أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الركبة ، و الرأس، وأصابع اليد ، والسلاميات بين الألعاب الجماعية والفردية، ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية.

– وجود اختلاف في أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الكاحل ، والظهر، والر أس ، والوجه ، ومفصل الكتف ، والرسغ ، وأعضاء أخرى تبعاً إلى متغير الجامعة.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة.

وقد أوصى الباحث بعدة توصيات من أهمها: ضرورة اهتمام أعضاء الهيئة التدريسية بالإحماء الجيد للطلبة عند تدريس المساقات العملية، والتأكد من سلامة أرضية الملاعب، ومراعاة الفروق الفردية بين الطلبة.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة وأهميتها

مقدمة الدراسة واهميتها

مشكلة الدراسة.

تساؤلات الدراسة.

أهداف الدراسة.

حدود الدراسة.

مصطلحات الدراسة

مقدمة الدراسة وأهميتها:

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان وصوره في أحسن تصوير وميزه عن كافة مخلوقاته بصفات عدة، ومن ضمن هذه الهبات الكريمة التي وهبها لعباده أن جعل الإنسان أجمل المخلوقات وأرقاها، حيث أن الله سبحانه وتعالى خلقه وسواه وعدله، قال أعز من قال :لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم(التين:4).(القرآن الكريم).

تستهدف برامج كليات التربية الرياضية تنشئة دارسيها من خلال العملية التعليمية؛ ليكونوا على كفاءة علمية عالية في مجال التربية الرياضية، والعمل في قطاعات مختلفة من الدولة. وذلك بعد انتقاء أفضل العناصر اللائقة من المتقدمين للدراسة فيها من حيث الكفاءة البدنية، والنفسية، والخبرة السابقة في مجال الممارسة الرياضية.وفي الآونة الاخيرة يتم قبول بعض الطلاب في بعض الجامعات غير اكفاء من الناحية البدنية والصحية لذلك تكثر الاصابات.

وتعد الإصابات الرياضية إحدى المعوقات التي تواجه الطلبة أثناء تطبيق البرنامج الدراسي العملي التي قد تمتد آثارها السلبية عليهم في مجال صعوبة التحصيل الدراسي، وعدم مسايرة البرنامج، وفقد الكفاءة العالية اللازمة لهم للاستمرار في الأداء المهاري بالصورة المطلوبة، حتى يصلوا في نهاية العام الدراسي إلى المستوى المرغوب فيه.(محمود،1996)

ويشير فرج، و حسين (2007) إلى أن المواد الدراسية في كليات التربية الرياضية تتضمن اتجاهين هما: الدروس النظرية، والدروس العملية، والإرتباط بين هذين الاتجاهين ضروري ومهم لتطبيق المعلومات التي يأخذها الطالب في الميدان العملي، ولكن يرافق هذا التطبيق في الدروس العملية، أو النشاطات اللامنهجية احتمالات حدوث الإصابات بسبب ما يفرضه هذا التطبيق من جهود على أجهزة الجسم المختلفة وخاصة الجهاز الحركي الذي تمثله أعضاء الجسم بعظامها، ومفاصلها، وعضلاتها، وأربطتها.

ويرى الباحث انه يجب على مدربو التربية الرياضية بالتعاون مع اختصاصي الطب الرياضي والفسيولوجيا لتطوير القدرات البدنية والوظيفية للاعب من أجل إنجاز أفضل، وبشكل لا يخل بالنظام الوظيفي الطبيعي.

لقد تطورت مناهج التدريب وطرائقه ولمختلف التخصصات الرياضية، ولازمت هذه العملية تطورات عديدة في مجال الطب الرياضي التي واكبت التدريب بدراسات علمية للجوانب الوقائية، والعلاجية، ورغم ذلك تحدث الإصابات الرياضية وبدرجات متفاوته سواء كانت في المنافسات الرياضية، أو في الدروس العملية، مما تستدعي فترة علاج تبقي الرياضي بعيداً عن نشاطه، وتؤثر سلباً على لياقته البدنية، والوظيفية، ومستوى انجازه، مسببة بعض المضاعفات التي قد تعيق سير العملية التعليمية والتدريبية وما يرتبط بذلك من تأثيرات فسيولوجية وسيكولوجية على الرياضي. (محمد،2002).

لذلك تسعى الجهات المسؤولة عن النشاط الرياضي في كل بلدان العالم إلى توفير المناخ التدريبي السليم، والمناخ الطبي العلاجي المتكامل، لأنه وجد بالتجربة أن الممارسة الرياضية مع عدم توافر المناخ الطبي الجيد تؤدي إلى الإصابة، وينتج من إهمالها أن يصبح عمر الرياضي قصير.(رياض،2002).

وتعتبر الإصابة الرياضية من المعوقات التي تمنع الرياضي من الاستمرار في ممارسة التدريب، أو المنافسه، وتقلل من تقدم مستواه، والتي يمكن تجنبها لو اتبع الأصول السليمة في الممارسة الرياضي. (توفيق،2000).

وتشير محمود، و سمير (1986) أن الإصابة تحدث في الأنشطة الرياضية خلال التعلم والتدريب لأسباب متعددة منها ذاتية نابعة من اللاعب نفسه من خلال تحركاته دون تدخل من منافس أو زميل، أو غير ذلك نتيجة العوامل والظروف المحيطة بطبيعة النشاط الممارس.

وقد تحدث الإصابة أثناء فترة المنافسات والتي تتميز بإزدياد الاحتكاك بين اللاعبين والتي تعرضهم للإصابة نظراً لتوفر عدة عوامل ترتبط بالخطة التدريبية، أو عدم انتهاء البرنامج العلاجي

للاعب المصاب، واشتراكه في المباريات قبل إتمام شفائه، وغيرها من الأسباب التي تؤدي إلى تعرض اللاعبين بشكل أكبر للإصابات. (أبو العنين، و محمد،1985).

تكتسب الدراسة أهميتها من خلال معرفة أنواع وأسباب الإصابات الرياضية في النشاطات الرياضية الممارسة في كليات التربية الرياضية في فلسطين، من أجل العمل على إرساء المقومات الأساسية، لوقاية وحماية الرياضي من الإصابة، وتوظيف الوسائل اللازمة للحد من الإصابة، وذلك من خلال كشف نقاط الخلل ومحاولة معالجتها بالأساليب العلمية الصحيحة، لأن دراسة الإصابات الرياضية تمنح الفرصة لتوقع الإصابة قبل حدوثها، وتحدد أشكال وأنواع وأنماط الإصابات التي ترتبط بالنشاط الممارس، من أجل حماية الرياضي ووقايته من الإصابة

ويرى الباحث أن الإصابات الرياضية والطب الرياضي بشكل عام من المواضيع الحديثة في فلسطين، حيث كان علاج الإصابات الرياضية في السابق يعتمد على الخبرة والتجربة ولا يتم على أسس علمية صحيحة، ولم يكن هناك مراكز متخصصة في علاج الإصابات الرياضية أو تأهيل المصابين بعد فترة العلاج وكذلك قلة مراكز العلاج الطبيعي.

كما أن الجامعات الفلسطينية حتى عام 2002 لم يكن فيها صالات رياضية متعددة الأغراض، وكانت أغلب المحاضرات العملية تتم على ملاعب إسفلتية، أو ملاعب رملية لا تتوفر فيها عوامل الأمان والسلامة. ولكن منذ عهد قريب خاصة بعد تطبيق مبدأ الاحتراف في بعض الألعاب الرياضية وخاصة كرة القدم، وكذلك عمل صالات رياضية مغلقة في أغلب الجامعات الفلسطينية، أصبح الاهتمام بموضوع الإصابات الرياضية يسير في خطى وأسس علمية صحيحة، وأصبح هناك متخصصين في هذا المجال وأيضاً مراكز خاصة بعلاج هذه الإصابات، وأصبح هناك دورات متخصصة في مجال الإصابات الرياضية والإسعافات الأولية.

مشكلة الدراسة:

تشير الإحصائيات في بعض الدول إلى إرتفاع نسبة الإصابات أثناء النشاط الرياضي. ففي الولايات المتحدة الأمريكية بلغ عدد المصابين في ملاعب الأطفال حوالي 237000 إصابة،

كما يوجد ثلاثة أرباع مليون إصابة بدنية بين المشاركين في الأنشطة الرياضية على مستوى المدارس الثانوية، والجامعات الأمريكية كل عام. (السيد،2004).

ويذكر رياض (2002) أن نوعية الإصابات تختلف باختلاف نوع الرياضة ،فإصابات الألعاب الجماعية تختلف عن الألعاب الفردية، كما أن الألعاب ذات الاحتكاك المباشر(كرة القدم،كرة اليد،كرة السلة،الملاكمة،المصارعة) تزيد فيها الإصابة عن الألعاب التي ليس بها احتكاك مباشر مثل التنس الأرضي، وكرة الطاولة وغيرها.

وعلى الرغم من التقدم العلمي الواضح في مجال علم الإصابات الرياضية وما يرتبط بها من علوم أخرى، كالطب وفسيولوجيا الإصابة، وسيكولوجية الإصابة، إلا أنه لا توجد إحصائيات دقيقة في منطقتنا العربية عن الإصابات الرياضية على مستوى ممارسي الأنشطة الرياضية، أو لاعبي الأندية، أو طلاب كليات التربية الرياضية، ويشير رياض، وحسين (1999)، إلى أن معدل إصابات الملاعب قد ازداد بالرغم من وسائل الأمان التي حسنت الموقف في أغلب الميادين إلا أنّ إصابات الملاعب ما زالت تهدد بصورة متزايدة اللاعبين. ويرجع الباحث السبب في ذلك، إلى أنه لا يتم تطبيق ذلك بالملاعب بشكل دائم وصحيح، وعدم المتابعة الدائمة من المدربين والقائمين على العملية التدريبية خاصة في فلسطين .

ويذكر النواصرة، و الشافعي(1986): أن الأنشطة الرياضية تعرض ممارسيها لدرجات متفاوتة من الإصابات وهناك علاقة بين موقع الإصابة في الجسم وشدتها، وبين نوع النشاط الممارس، وقد أصبحت الإصابة واقعاً ملموساً وملازماً للاعبين فلا يكاد يوجد من بينهم من لم يتعرض للإصابة مرات عدّة.

وقد لاحظ الباحث من خلال خبرته كمعلم للتربية الرياضية، وأحد طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة النجاح، وحكم دولي، ومدرب في لعبة كرة الطاولة، وكذلك من خلال إطلاع الباحث على العديد من الأبحاث والدراسات في هذا المجال إلى إرتفاع نسبة الإصابات الرياضية لدى طلاب كليات التربية الرياضية، خاصة في المراحل الدراسية الأولى، مما دفع الباحث لإجراء

هذه الدراسة على طلاب كليات التربية الرياضية في فلسطين (الضفه الغربية) والتي تعد الدراسة الأولى في هذا المجال على حد علم الباحث خاصة على طلاب كليات التربية الرياضية.

تساؤلات الدراسة:

في ضوء ما سبق ظهرت مشكلة الدراسة لدى الباحث يمكن إيجازها في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1.ما أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية؟

2.ما أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية ؟

3. ما أسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية ؟

4. هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير الجنس ؟

5. . هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي؟

6. هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة ؟

7. هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير الجامعة؟

8.هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير الجنس؟

9.هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابه لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي؟

10.هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة؟

11. هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تبعاً إلى متغير نوع الجامعة؟

12.هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية تعزى إلى متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة؟

أهداف الدراسة :

سعت الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية :

1- تحديد أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية.

2- تحديد أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة الرياضية، لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية .

3- تحديد الاختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية، تبعاً إلى متغيرات الجنس والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة .

4- تحديد الاختلاف في أعضاء الجسم الأكثر عرضه للإصابة الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية، تبعاً إلى متغيرات الجنس والمستوى الدراسي ونوع اللعبة .

حدود الدراسة:

1.المجال المكاني: طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية(جامعة النجاح الوطنية_نابلس) (جامعة القدس) (جامعة خضوري_طولكرم).

2.المجال البشري:تم إجراء الدراسة على عينة من طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية_فلسطين.

3.المجال الزماني: ما بين 2013/7/1 وحتى 2013/9/1.

مصطلحات الدراسة:

الإصابة:إصابة أحد أعضاء الجسم المكونة للقوام، سواء كانت الإصابة بالعظام، أو الأربطة، أو العضلات، فإنها من الممكن أن تؤدي بشكل غير مباشر إلى انحراف وظيفي في القوام. (حسانيين،1995).

الإصابات الرياضية:هي تأثير نسيج، أو مجموعة من أنسجة الجسم، نتيجة مؤثر خارجي، أو داخلي، مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج.(زاهر، 2004).

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

الأدب النظري.

الدراسات السابقة.

التعليق على الدراسات السابقة.

الأدب النظري:

مفهوم الإصابات الرياضية:

مما لا شك فيه أن إصابات الملاعب تعد من الأجزاء المهمة لموضوع الطب الرياضي وهي مكملة لباقي الأجزاء، ويرجع تاريخ الإصابات إلى الزمن القديم عند المصريين، والرومان، والبيزنطيين ، وفي القرن الحالي تطور علم الإصابات الرياضية بتطور التشخيص والعلاج السريع وأصبح من العلوم الأساسية لتطوير قدرات اللاعب الرياضية ووقايته من الإصابات، أو العلاج الطبيعي من الأساليب التي تضمن الشفاء التام. وترتبط الإصابات الرياضية إرتباطاً وثيقاً بمجموعة من العلوم الرياضية والطبية مثل علم التدريب الرياضي، وعلم النفس، والتشريح، والفسيولوجيا وغيرها.(جوكل،2007).

وأشارت محمد(2008) أنه على الرغم من التقدم العلمي في مختلف العلوم الطبية، واتباع الأساليب الحديثة في العلاج، وتوفر الأجهزة والمتخصصين في المجالات الوقائية والعلاجية ، لكن الإصابات الرياضية لا زالت في تزايد، وتشكل خطورة على مستوى أداء الرياضيين في مختلف الألعاب والنشاطات. وتحدث الإصابات الرياضية غالباً أثناء المنافسات وفي التدريب، وتزداد كلّما ازدادت حدة المنافسة الرياضية وخاصة إصابات الجهاز الحركي، وذلك بسبب الضغوط المسلطة أثناء الجهد على المفاصل، والأربطة، والعضلات و أوتارها، والفقرات، مما قد تسبب إصابة حادة، أو مزمنه.ومن الجدير بالذكر أن الإصابات قد تحدث أيضا في الرياضات الترويحية وبرامج الرياضة المدرسية، ورياضة المعاقين.

ويرى الباحث أن الإصابات الرياضية تحظى باهتمام كبير لدى الدول المتقدمة لما لها من أهمية كبيرة في التأثير على مستوى الرياضي وبالتالي يؤثر على مستوى الفرق الرياضية ككل، لذلك تنفق الدول مبالغ طائلة على مراكز تأهيل الرياضيين وعلى أخصائيين الإصابات الرياضية حتى يتمكن اللاعب من العودة بسرعة لممارسة النشاط الرياضي.

ويعرف بكري، والغمري(2005)، الإصابات الرياضية: بأنها أعطاب قد تصيب الجهاز السائد المحرك(عضلات، عظام، مفاصل، أو الأعصاب)، فتعوق معها التطور الديناميكي لمستوى الرياضي وتحول دون استمراره في أدائه لتدريباته، أو مشاركته الرسمية والودية وهي ظاهرة مرضية.

ويعرفها جوكل(2007) بأنها تأثر نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي، أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج.

بينما يعرفها النماس(1996): بأنها إصابة جزء سليم من الجسم، أو عضو منه أثناء ممارسته لأنشطة رياضية مختلفة، أو عطب النسيج، أو العضو منه نتيجة تأثير قوة كبيرة على مقاومة النسيج، أو العضو التي تحتفظ بها كل منهما. وإن القوة المؤثرة تعمل على تهتك وتمزق، وعطب، وتحلل المكونات والعناصر للعضو المصاب. ويترك آثاراً ومضاعفات بسيطة وخطيرة. مسببة تعوقاً مؤقتاً أو مستديماً.

وتعرفها العالم (1995): بأنها تعطيل لسلامة أنسجة، وأعضاء الجسم. ونادراً ما تؤدي الحركة المتكررة إلى حدوث الإصابة. والإصابة تحدث تغيرات تشريحية أو فسيولوجية لبعض الوظائف الجسمانية.

وتعرفها محمد (2008): بأنها تعرض أنسجة الجسم المختلفة لمؤثرات وعوامل داخلية وخارجية تؤدي إلى إحداث تغيرات فسيولوجية في الجزء المصاب، مما يعطل عمل أو وظيفة ذلك النسيج بشكل وقتي أو دائم وفقاً لشدة الإصابة.

وتعرفها روفائيل(1987): بأنها تغير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة، تصحبها مراحل رد فعل فسيولوجي كيميائي نفسي نتيجة قوة غالبة داخلية أو خارجية.

ويرى الباحث أن التعريف العام للإصابات الرياضية هو: اختلال التوازن بين جميع أجهزة الجسم المختلفة، الجهاز العصبي،العضلي، التنفسي، والأجهزة الأخرى نتيجة لمؤثرات داخلية، أو خارجية، وعندما تكون هذه المؤثرات عنيفة وقوية، تضعف هذه الأجهزة، وتسبب لها تهتكاً كلياً أو جزئياً،

وبالتالي ستضعف العضو المصاب، أو جزء الجسم المصاب والإصابة الرياضية لها تأثير سلبي على صحة الرياضيين، وعلى النتائج الرياضية لهم.

أسباب حدوث الإصابات الرياضية:

لا شك أن ضرورة اتخاذ الإجراءات الكفيلة بالوقاية من الإصابات تعتبر أحد الدعائم التربوية التي تدعم الدعوة لممارسة الأنشطة الرياضية على مستوياته المختلفة الرفيعة وما دونها، نظراً لما يصاحب حدوث الإصابات من استحالة تحقيق الأهداف التربوية من خلال هذه الممارسة في وجود إعاقة وهي الإصابة، ولقد ثبت أنه رغم إجراءات الأمن والسلامة التي تتخذ في كثير من المجتمعات أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية، ورغم المستويات الرفيعة من وسائل التدريب للممارسين، إلا أن احتمالية الإصابة تبقى واردة وممكن حدوثها.

ويرى الباحث أن الإصابات الرياضية في الجامعات الفلسطينية تشكل مشكلة كبيرة سواءً للاعب الممارس للنشاط الرياضي أو حتى للمدرسين القائمين على العملية التعليمية والتدريبية، لأن الإصابة تؤدي إلى إبعاد اللاعب عن ممارسة الرياضة لفترات قد تكون طويلة نسبياً حسب نوع وطبيعة الإصابة ، ومما لا شك فيه أن هذا الغياب قد يؤثر على الطالب في التحصيل الدراسي ، وكذلك الآثار النفسية التي تسببها الإصابة مثل تأخر اللاعب عن زملائه في السنوات الدراسية، لذلك لا بد من الاهتمام الكافي بأسباب الإصابات الرياضية في الجامعات الفلسطينية والعمل على علاجها قدر المستطاع.

ويرى بكري، وغمري(2005): أنه يمكن تلخيص الأسباب التى تؤدي إلى الإصابات الرياضية فيما يلي:

_ عدم استكمال الإجراءات العلاجية بعد حدوث الإصابة مما ينتج عنه عودة الإصابة لما كانت عليه، أو تتحول إلى إصابة مزمنة يصعب التخلص منها.

_ قصور في الإعداد البدني للرياضي، بحيث لا يتناسب مع المتطلبات البدنية للمرحلة الزمنية التدريبية بالموسم الرياضي، مما يعرض اللاعب للإصابة؛ لعدم مواكبة إعداده البدني لبعض الواجبات الحركية المطلوب تنفيذها.

_ سوء التغذية، وعدم توفر عنصر التوازن الغذائي لدى الفرد، إما لافتقاره إلى الثقافة الغذائية السليمة، أو لعدم توفر الغذاء المتنوع بعناصره الأساسية، فيجب أن يحدث إشباع للإحتياجات الغذائية الضرورية للرياضي، بحيث تتوفر عناصر البناء، بناء الخلية من كميات مناسبة لوزن وسن وطبيعة النشاط الرياضي، حتى تتم عمليات بناء الخلايا عوضاً عما هدم فضلاً عن استهداف البناء العضلي الجيد الذي يتناسب مع طبيعة كل نشاط رياضي على حده، بحيث تتوفر الأملاح المعدنية الضرورية التي كثيراً ما يفقدها الرياضي بكثرة، نتيجة فقدانه لسوائل الجسم في شكل عرق، مما يترتب عليه حدوث تقلصات عضلية ، فضلاً عن مصادر الطاقة سواءً كانت كربوهيدرات(نشويات وسكريات)، أو دهون، ولا شك أن سوء تغذية الفرد الرياضي من بين أسباب حدوث الإصابات الرياضية.

ويشير كماش (2011) إلى أن السعرات الحرارية التي يستهلكها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر، حيث يحتاج الشخص العادي من 1700 إلى 3000 سعر حراري، ويقل هذا المقدار كلما تقدم الإنسان بالسن. ويحتاج الرياضي إلى كمية إضافية من السعرات الحرارية، تتراوح بين 400 إلى 2000 سعر حراري، وتتوقف هذه الكمية على نوعية التمرين، والمنافسة. ويحتاج مثلاً لاعبو السرعة ومسابقات الميدان إلى كمية قليلة من السعرات الحرارية، بينما تتضاعف كمية الطاقة التي يحتاجها لاعبو جري المسافات الطويلة والسباحة.

_ عدم إجراء الفحوص الطبية الشاملة ، والذي يجب أن يخضع له اللاعب دورياً، حتى يمكن متابعة الحالة الصحية العامة، والوقوف على مواطن الشكوى والضعف الصحي لدى الرياضي، ومتابعة حالته الصحية؛ لمعالجة أي عرض أو مظهر مرضي قبل أن يستفحل ويصعب محاصرته.

ويؤكد النماس (1996): أنه يجب أن يمر الشخص الذي يزاول الرياضة بعدة اختبارات وفحوص طبية مختلفة، لتحديد ما إذا كان بإمكانه مزاولة الرياضة، وأنه من الضروري اليوم أن يتوفر الكشف

الطبي الكامل لطلبة المدارس، والجامعات، ويكون الفحص دورياً لكون تلك الفئات هي العناصر المولعة بالرياضة، ومن هذه الفحوصات:

1.فحص العيون والأذن والغدد.

2.فحص الجهاز الدوري الدموي(اختبارات خاصة للقلب والأوعية الدموية).

3.فحص الجهاز التنفسي.

4.فحص العناصر الدموية بأكملها.

5.فحص المفاصل والمجالات الحركية فيها.

6.فحص القوى العضلية.

ويرى الباحث أنه يجب أن يكون هناك عيادات متخصصة في هذا المجال يتردد عليها طلبة المعاهد، والجامعات الممارسون للرياضة، وكذلك الرياضيون المحترفون، ويجب أن يكون لهم ملفات خاصة وسجلات صحية في تلك المراكز لتتبع حالتهم الصحية، وملف الرياضي يجب أن يحتوي على شهادة تثبت صحة خلوه من الأمراض، تجنباً للمضاعفات الخطيرة التي ممكن أن تحدث في المستقبل نتيجة الممارسة الرياضية.

_ عدم تقنين الحمل البدني تقنيناً موضوعياً علمياً، يتناسب مع إمكانيات الفرد أو الأفراد وطبيعة المرحلة الزمنية من خلال العام التدريبي، مما قد يؤدي إلى أعمال بدنية للفرد الغير مهيأ لاستيعابها ومسايرتها، فيتعرض للإصابة. ويعتبر هذا نتيجة لخطأ في إدارة التدريب الرياضي. وهناك طريقة حديثة وأخرى معتادة لتقنين الأحمال البدنية، منها الطرق التربوية والمعتادة التي تشير إلى التدرج المنطقي في الواجبات الحركية، مع استخدام الملاحظة الخارجية لمتابعة الأفراد وتوجيه الأسئلة إليهم، وهناك متابعة مستوى حمل التدريب الرياضي بمتابعة مستوى نبض اللاعب، وأحدث الطرق المتبعة الآن تحديد مستوى حمل التدريب، من خلال متابعة مستوى حمض اللاكتيك في دم اللاعب أثناء التدريب، من خلال عينات دم لاتزيد في المرة الواحدة عن نقطة واحدة. ولقد ثبت أن

عدم تقنين الأحمال البدنية بصورة سليمة وبأسلوب علمي ينشأ عنه ما يسمى الحلقة الضعيفة Feeble link بالجهاز الحركي فيكون عرضة للإصابة.

ويؤكد أبو العلا (1984): أنه في غضون تعليم بعض المهارات الحركية يفرض على اللاعب ويطلب منه درجة عالية من التركيز، مما يلقي عبئاً كبيراً على الجهاز العصبي، وتكمن الصعوبات عندما تطول الفترة أو الفترات التي تستغرقها عملية التعلم الحركي المركز في غضون الوحدة أو الوحدات التدريبية مع إهمال أو تجاوز فترات الراحات الإيجابية والسلبية ، أو عندما ينتج عن محاولة تصحيح الأخطاء الدقيقة زيادة كبيرة على كاهل اللاعب لمحاولته التمييز والتركيز.

ويرى الباحث إلى ضرورة وجود مختبرات رياضية خاصة في الجامعات الفلسطينية، مع ضرورة وجود الأجهزة المتطورة والحديثة لمتابعة حالة اللاعب خلال فترات الدراسة من حيث القياسات الجسمية، وفحوصات الدم وغيرها من الفحوصات الضرورية للاعب.

_خطأ في تنفيذ وتطبيق النواحي التعليمية والفنية خلال التدريب الرياضي والمسابقات، فالأداء الخاطئ سواء في التدريب، أو اللقاءات الرسمية، أو التنافسية يترتب عليها أحياناً بعض الإصابات.

_تعرّض الفرد لأحمال بدنية زائدة، مما ينتهي بالفرد إلى ظاهرة التعب ثم الإجهاد التي يتعرض خلالها إذا استطاع أن يستمر في الأداء إلى ارتباك في ردود أفعال الشخص الرياضي، وانخفاض مستوى أدائه وقد ينتهي الأمر إلى إصابته.

_عدم الإحماء المناسب قبل التدريب وقبل المنافسات، حيث يتأسس على الإحماء الجيد تهيئة الفرد الرياضي نفسيا ووظيفيا حيث يتم تهيئته نفسياً للنشاط الرياضي سواء تنافسياً أو تدريبياً، ويتم الإعداد والتنشيط المتدرج والمنطقي للدورة الدموية، ويتم تهيئة المفاصل والعضلات بصورة متدرجة؛ لمجابهة الأعباء الحركية المتوقعة، وتنشيط الأجهزة الحيوية ويكون الشخص مهيئا لمجابهة النشاط الرياضي من خلال الإحماء الجيد المناسب، من حيث زمنه، وطريقته، وبما يتناسب مع طبيعة النشاط والمناخ السائد في وقت النشاط الرياضي، والإخلال أو الإهمال في عملية الإحماء شأنه أن يصيب الفرد الرياضي بالإصابة.

_ مخالفة القواعد الصحية والنصائح الطبية.

_عدم توفر عوامل الأمن والسلامة أثناء ممارسة النشاط الرياضي.

_عدم مناسبة الملاعب للشروط القياسية من حيث الأبعاد والإرتفاعات، وطبيعة التجهيز.

_عدم صلاحية الأدوات والأجهزة المستخدمة من حيث نوعية المادة الخام المصنوعة منها أو طريقة صناعتها وأبعادها.

وتمثل 15-25% من حالات الإصابات الرياضية، وتشير محمد(2008) إلى أن من أهم هذه المظاهر:

-رداءة نوعية الأجهزة الرياضية والمعدات.

- عدم استخدام الأجهزة الواقية اللازمة في أنواع الرياضات.

_عدم صلاحية الملابس المستخدمة من حيث النوع، أي المادة الخام المصنوعة منها الملابس، أو عدم مناسبتها أو ملأمتها للنشاط الرياضي ، أو كونها غير واقية.

_عدم ملائمة الأحذية والتي تطورت في السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً في مجال صناعتها لتخدم الأداء الرياضي للألعاب المختلفة، حيث تطورت صناعة الأحذية الرياضية لتواكب التطور الكبير في مجال التدريب، ولتتنوع نوعاً وشكلاً وطبيعة لتناسب كل نشاط.

الإصابات الرياضية الشائعة:

ويشير زاهر(2004) إلى أن الإصابات الرياضية الشائعة هي:

أ-إصابات الجلد والأنسجة الرخوة:

وهي من الإصابات الشائعة في المدارس بين الطلاب، والتصرف معها في وقتها يقلّل من زيادة مضاعفات الإصابة ومفقامتها بها وهي كالآتي:

1-الانتفاخ الجلدي المائي (الفقاعات):Cutaneous Swelling Water :

الأعراض: ينتج عن احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن، مما يؤدي إلى انفصال طبقات الجلد العليا عن الطبقات السفلى، و ظهور سائل بينهما مع ترشيح في الأوعية الدموية.

العلاج: ينظف مكان حدوث الإصابة بسائل معقم، ثم يترك دون حركة مباشرة عليه.

2-السحاجات(الخدوش):Scratches : عبارة عن تمزق الطبقات العليا من الجلد نتيجة تعرضها للاحتكاك الشديد على سطح خشن أو قدم زميل. شكل رقم(1)

وتشير محمد(2008) إلى أن الخدوش تعني قشط الطبقة السطحية في الجلد (البشرة) وهي تمزقات تشمل طبقات الجلد و ظهور طبقة ما تحت الجلد، وتعد من الإصابات الخفيفة حيث لا يصاحبها تمزق كلي في طبقات الجلد، ولكن عندما تتضرر مساحة كبيرة من الجلد أو عند تعرض الطبقات تحت الجلد إلى التلوث ممكن أن يشكل ذلك خطورة ما.

شكل (1) يمثل السحجات (الخدوش) عن(www.sehaway.blogspot.com)

العلاج: يتم غسل مكان الإصابة بالماء البارد، ثم يوضع سائل معقم على الشاش فوق الإصابة لتطهيرها من الأوساخ، ثم توضع عليها شاشة معقمة وربطها برباط بعد ذلك.

الجروح:Wounds :

تعريف الجرح: يعرف الجرح بأنه قطع أو تهتك في الجلد، أو الطبقة التي تحت الجلد، ويسبب هذا القطع ألماً حاداً، كما يؤدي في بعض الحالات إلى حدوث نزيف دموي نتيجة تهتك الأوعية الدموية في منطقة الجرح.(زاهر،2004).

ويعرفه سلامة(2002) بأنه إصابة أنسجة الجسم لانفصال قهري في تلك الأنسجة وخاصة الجلد.

ويرى كل من العالم (1995) وبكري، وغمري(2005) أن هناك نوعان من الجروح:

أ.الجروح المفتوحة: وهي الإصابة التي تؤدي إلى تلف تشريحي لسلامة الطبقات الجلدية وتعرض طبقاته للهواء، وتشمل الجروح المتهتكة والجروح القطعية والنافذه، حيث يصاب الجلد أو الغشاء المخاطي بجرح فيتمزق، وقد يمتد أثر ذلك لما تحت الجلد من أنسجة وأعضاء، وعظام، وأوعية دموية، وخيوط عصبية.

ب. الجروح المغلقة: وتحدث من ارتطام أجسام أو مواد أو أشياء غير حادة بالجسم والجلد حيث لا يجرح ولا يقطع ولا يتمزق.

أي أنها إصابة الأنسجة بدون خلل لسلامة الطبقات السطحية للجلد.

الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح:

ينتج الجرح عن تعرض الجسم لملامسة جسم خارجي حاد، أو الاحتكاك بمواد صلبة، ومن أهم أسباب حدوث الجرح أثناء ممارسة الرياضة:

أ-الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب.

ب-الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.

ج–التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة، كالإصطدام بالقائم في كرة القدم، أو بمضرب الاسكواش.

د: اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة.(زاهر،2004).

الأعراض المصاحبة لحدوث الجرح:

يتميز الجرح بوجود قطع في الجلد يمكن ملاحظته بوضوح كما يحدث تغير في لون الجلد يميل إلى الإحمرار، ونزيف تختلف حدته تبعاً لحجم الجرح ومنطقة الإصابة و ألم في منطقة الجرح.(زاهر،2004).

أنواع الجروح:

يتفق كل من زاهر(2004)، وسلامة(2002) أن الجروح تختلف تبعاً لطبيعة الإصابة، ونوع الجسم الصلب الخارجي المسبب لهذا الجرح وعليه يمكن تقسيم الجروح إلى :

أ–جرح بثري: يحدث في أصابع ومنطقة القدم عند استخدام الأحذية لفترة طويلة. شكل رقم(2)

شكل (2) الجرح البثري ،عن(www.Sabq.org).

ب- الجرح السطحي: هو عبارة عن تسلخات بسيطة تحدث لطبقة الجلد الخارجية، وتشتمل مساحة صغيرة من الجلد. شكل رقم(3)

الشكل (3) الجرح السطحي عن(www.almrsal.com).

ج-الجرح القطعي: ويتميز هذا الجرح بوجود قطع في الجلد ذي حافتين مستقيمتين متساويتين، وينتج عن التعرض للأجسام الحادة(كمضرب الاسكواش). شكل رقم(4).

الشكل (4) الجرح القطعي عن(www.bnataliraq.net).

د-الجرح الرضي: ويتميز بوجود حافتين للجرح أو أكثر في بعض الأحيان وتكون هذه الحواف غير متساوية أو منتظمة، وينتج عن السقوط من على إرتفاع بسيط أو عند الاحتكاك بالخصم في الملعب، أو التعرض للأجسام الخارجية الحادة والبارزة. شكل رقم(5).

الشكل (5) الجرح الرضي عن(www.bnataliraq.net).

هـ–الجرح الوخزي: ويتميز بوجود فتحة صغيرة في الجلد غير منتظمة الحواف عميقة داخل الجسم، و يصاحبه في معظم الأحيان نزيف دموي وينتج هذا الجرح عن الوخز بالأجسام المدببة مثل نتوءات باطن حذاء كرة القدم أو سيف لعبة المبارزة المكسور. شكل رقم(6).

الشكل (6) الجرح الوخزي عن(www.halkholy.com).

الإسعافات الأولية للجرح:

يجب التأكد قبل بدء الإسعافات الأولية من عدم وجود إصابات أخرى كالخلع، أو الكسر وغيرهما لدى اللاعب المصاب، وفي حالة عدم وجود إصابات أخرى تجرى الإسعافات الآتية:

أ-ينظف الجرح بقطن مبلول بالماء النظيف، ثم يطهر بمنظف طبي(سافلون أو ديتول مخفف 50% بالماء، أو بالميكروكروم)، ويجب التأكد من إزالة الأتربة أو غيرها من الأجسام العالقة في الجرح، كما يجب عدم تحريك حواف الجرح بقوة تؤدي إلى زيادة الجرح.

ب-قم بإيقاف النزيف إن وجد، وذلك بوضع شاش معقم على الجرح ثم يوضع بعض القطن فوق الشاش، ويتم لف الجرح برباط ضاغط مع الضغط قليلاً، ثم إحكام الرباط لإيقاف النزيف، ويجب رفع العضو اعلى من الرأس مراعاة تغطية كل مساحة الجرح، ثم ينقل المصاب إلى أقرب مركز صحي.(زاهر،2004).

ويرى الباحث أن الخدوش و الجروح من الإصابات الشائعة خاصة في الملاعب الرملية والإسفلتية نتيجة الاحتكاك بالأرض، او الوقوع على اجسام حادة وصلبة لذلك يجب الاهتمام بتوفر الاسعافات الاولية اللازمة في كل المحاضرات العملية وتجهيزها قبل بداية المحاضرات.

4.النزيف:Bleeding :

وفيه يخرج الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة ، ويعمل الجسم على وقف النزيف القليل بالتجلط. فإذا كان النزيف بالقدر الذي لا تجدى فيه عملية التجلط ظهرت على صاحبه أعراض متعددة. (روفائيل،1987).

أنواع النزيف باعتبار مكانه ومصدره:

حيث يتفق كل من روفائيل(1987)، و سلامة(2007) أن أنواع النزيف باعتبار المكان والمصدر هي:

_خارجي: وهو النزيف العادي الذي نراه في الجروح خارج الجسم كالنزيف الذي يخرج من سطح الجسم عند الإصابة.

-نزيف داخلي: من الأوعية الدموية التي بداخل الجسم وهي لا ترى في العادة على الأقل في مراحله الأولى ويعتمد التشخيص على التلف الذي يحدثه النزيف وهو نوعان:

(أ) نزيف داخلي حقيقي حيث لا يوجد أي دم منظور كنزف المخ.

(ب) نزيف داخلي ظاهر أي أن الدم يأخذ طريقه بوسيلة أو بأخرى إلى سطح الجسم ويتم ذلك عن طريقين:

1- فتحة من الفتحات الطبيعية في الجسم كما في حالات النزف المعدي أو المعوي.

2- سير الدم بين الأنسجة المختلفة ويظهر تحت الجلد على هيئة إزرقاق أو تجمع دموي.

أنواع النزيف باعتبار مصدره:

1- شرياني

2- وريدي

3- شعيري

1- في النزيف الشرياني يخرج الدم أحمر قاني وعلى دفعات تطابق كل منها دقة من دقات القلب.

2- في النزيف الوريدي يسيل الدم ويخرج باستمرار، وحمرة الدم تكون داكنة قاتمة أو مائلة إلى السواد.

3- في النزيف الشعيري يخرج الدم كما لو كان رشحاً على سطح الجلد من فتحات دقيقة ويكون أقرب إلى الإدماء منه إلى النزيف. شكل رقم(7).

الشكل (7) النزيف الشعيري والشرياني والوريدي عن (www.avb.s-oman.net).

أعراض النزيف :

تشير روفائيل(1987) أن أعراض النزيف العامة سواء كان داخلي أو خارجي هي:

- سرعة إنهيار القوى مصحوباً بدوار وإغماء لقلة إمداد المخ والمراكز الحيوية بالدم اللازم لها وقد يفقد المصاب وعيه.

- طنين في الأذنين وإضطرابات في إبصار العينين.

- عسر في التنفس مع سرعته وذلك لعدم إمكان الجسم الحصول على كفايته من الأكسجين.

- قد يبدو عليه الضجر وعد الاستقرار للحاجة للهواء ويحاول أن يجذب ما حول عنقه من ملابس.

- ضعف النبض وسرعته وعدم القدرة على قياسه.(يوسف،1998)

- هبوط مستمر في ضغط الدم وذلك للإقلال من كمية النزيف.

- إنخفاض درجة الحرارة _ فيبرد الجسم ويبلل بالعرق.

- شحوب وبهتان في الوجه والشفتين ، وإنكماش في أوعية الجلد والأغشية المخاطية فيتسبب عن ذلك برودة هذه السطوح وبهتان لونها.

- جفاف الفم والشفتين مع الشعور بظمأ شديد.

فإذا ما شوهدت هذه الأعراض دون رؤية دم منظور وجب إعتبار الإصابة كأنها حالة نزيف دموي داخلي شديد تستدعي عناية خاصة وتنقل فوراً للمستشفى.

علاج النزيف:

يتفق كل من يوسف (1998)، وروفائيل (1987)، وسلامة (2007) أن هناك نقاط رئيسية في علاج النزيف نذكر منها:

_يوضع المصاب في وضع مريح ومحاولة فك أي أربطة أو ملابس ضاغطة على العضو المصاب.

_يتم ايقاف النزيف بواسطة الضغط المباشر على مكان النزيف وذلك بواسطة ضمادة معقمة أو بواسطة اليد مباشرة، وعند تخثر الدم على الضمادة تترك مكانها وتوضع ضمادة أخرى فوقها لكي لا تزول جلطة الدم التي تشكلت.

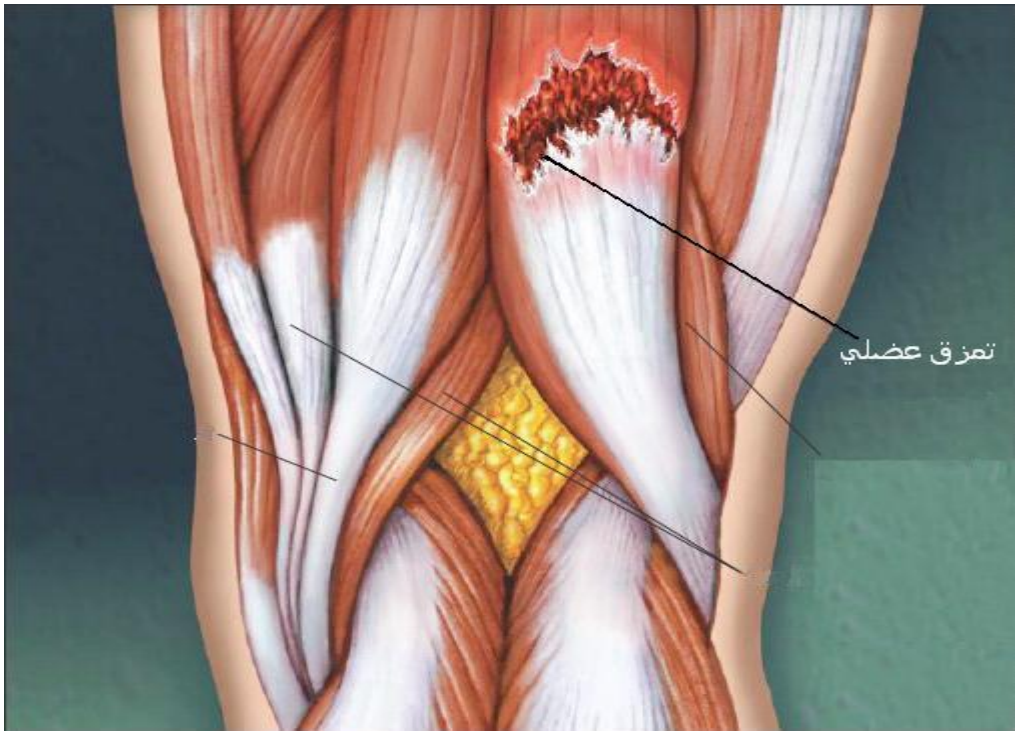
_يتم ايقاف النزيف بواسطة رفع الطرف النازف إلى مستوى القلب مما يؤدي إلى تقليل سريان الدم فيه مع الاستمرار في الضغط على الجرح.

_الضغط المركزي باستعمال رباط حبس الدم في حالة عدم وجود الشريان قريب من سطح الجسم ويوضع هذا الرباط بين القلب والجرح ويكون، ويفضل أن يربط فوق قطعة قطن أو شاش أو الملابس، كما يراعى استخدامه لمدة لا تزيد عن 15 دقيقة ويمكن فك الرباط لفترة قصيرة ثم يعاد الربط وهكذا إلى أن يصل إلى المستشفى في أسرع وقت، ولا يستعمل هذا الرباط على منطقتي الساق والساعد.لانه من الممكن ان يوقف الدورة الدموية عن الجسم ويسبب الموت للمصاب.

5-الشد أو التمزق العضلي:Cramp :

تعريف الشد العضلي: الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة للعضلة، بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية، أو تمزق في

الألياف العضلية، ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً.(زاهر،2004). شكل رقم(8+9).



الشكل (9/8) الشد والتمزق العضلي عن (www.arabscoach.com)

ما هي الليفة العضلية:

الليفة العضلية: هي الجزء العضلي القابل للإنقباض والإنبساط، مما يؤدي إلى حدوث الحركة في جسم الانسان.(زاهر،2004) شكل رقم(10).

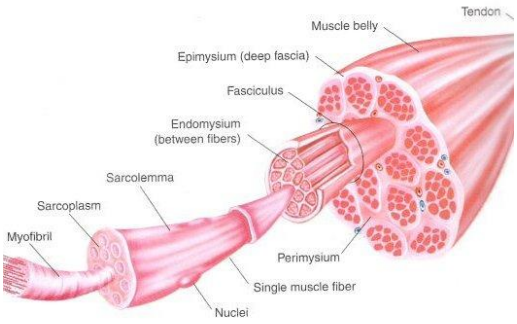


Figure 1: Muscle belly split into various component parts (from Essentials of Strength Training & Conditioning, National Strength & Conditioning Association)

الشكل (10) الليفة العضلية عن(www.aalawani.kau.edu).

الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الشد العضلي:

يحدث الشد العضلي أثناء القيام بمجهود بدني كبير، لا يتناسب مع الاستعداد البدني لدى اللاعب، ومن الأسباب المؤدية لحدوث الشد العضلي ما يلي:

أ-عدم الإحماء العضلي الكافي قبل القيام بالمجهود الرياضي.

ب-الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة حين يتم إهمال عمل الإحماء لمجموعة العضلات التي تقوم بعمل المجهود البدني الرئيس.

ج-ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعة العضلية المتقابلة.

د.استطالة سريعة ومفاجئة زائدة عن أقصى مدى لإمكانية العضلة على الإستطالة، وغالباً ما تحدث الإصابة بهذا السبب في العضلات الخلفية للفخذ، وخاصة بين لاعبي كرة القدم وذلك عند محاولة رفع الرجل إلى مستوى عالي لامتصاص الكرة.(أبو العلا،1984).

هـ.حمل ثقل أكبر من إمكانية العضلة.(روفائيل،1987).

و.اختلال تغذية العضلات والبرودة أو ارتفاع رطوبة الجو.(محمد،2008).

الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي بألم تختلف حدته تبعاً لشدة الإصابة، ودرجة التمزق في العضلة كما يزداد هذا الألم عند الضغط الخفيف على المنطقة المصابة، ويحدث في حالة الإصابة الحادة انتفاخ بسيط وصعوبة في تحريك المنطقة المصابة.

ويتفق كل من أبو العلا(1984)، وروفائيل(1987)، و العالم(1995)، وبكري، وغمري(2005) أن الأعراض العامة للشد العضلي هي:

_ألم شديد وصوت مسموع وقت حدوث الإصابة.

_صعوبة بالغة في تحريك العضو المصاب.

_ارتفاع درجة حرارة العضو المصاب وتغير لون الجلد والتهابه.

_شدة الحساسية ويكون مصحوب بتجمع دموي وورم الجزء المصاب.

أنواع الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاث درجات من حيث حدة الإصابة:

أ-شد عضلي من الدرجة الأولى:

ويحدث عندما تكون الاستطالة في الألياف العضلية بسيطة، وتؤدي إلى تمزق جزئي في الألياف العضلية بدون فقد الاتصال، والقوة العضلية ويتميز بألم في موضع الشد ، و يزداد عند الضغط الخفيف عليه، كما لا يحدث نقص ملحوظ في القوة العضلية.

ب-شد عضلي من الدرجة الثانية: ويحدث عندما تكون الإطالة العضلية الناشئة عن الإصابة متوسطة الحدة، وفيها يتم تمزق جزئي في الألياف العضلية، ونزيف دموي بين هذه الألياف وتكون

الأعراض المصاحبة كما في الشد العضلي من الدرجة الأولى، مع زيادة حدة الألم وصعوبة تحريك المصاب.

ج–الشد العضلي من الدرجة الثالثة: وفيه تكون شدة الاستطالة العضلية الناشئة عن الإصابة شديدة ويحدث تمزق كلي في الألياف العضلية مما يؤدي إلى فقد الاتصال العضلي. ويكون هذا النوع من الشد العضلي مصحوباً بألم حاد في منطقة الإصابة ونزيف دموي تحت الجلد يمكن ملاحظته في بعض الأحيان بالنظر كما يحدث فقد ملحوظ للقوة العضلية في المنطقة المصابة.(ابو العلا،1984).

الإسعافات الأولية للشد العضلي:

يعتبر إيقاف أو التقليل من النزيف الدموي داخل الألياف العضلية هو الهدف الأول من الإسعافات الأولية لحالات الشد العضلي، ويجب في هذه الحالة اتباع الخطوات الآتية:

أ–ضع اللاعب المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الإستلقاء على الظهر في حالة إصابات الأطراف السفلى، أو الجذع، أو الجلوس المعتدل في حالات إصابة الأطراف العليا.

ب–ضع كمادة باردة على الجزء المصاب من العضلة، تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام مد ة (15) دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة و المفصل القريب منها ؛ لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.

ج–في الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية، أو الثالثة، يجب استخدام عكازين للاعب المصاب؛ للانتقال إلى المستشفى، أما في حالة إصابة الأطراف العليا، فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.

د–ينقل اللاعب المصاب إلى أقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب. فيما يلزم عمله لمواصلة علاج اللاعب المصاب.(بكري، وغمري،2005).

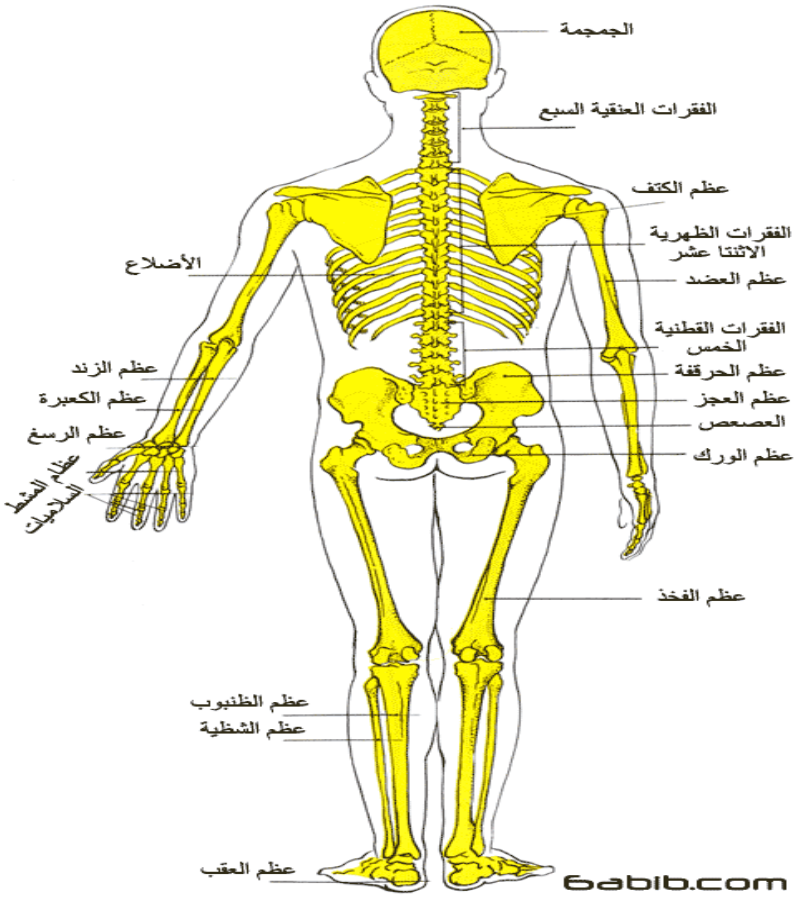
6-الكسور (Fractures):

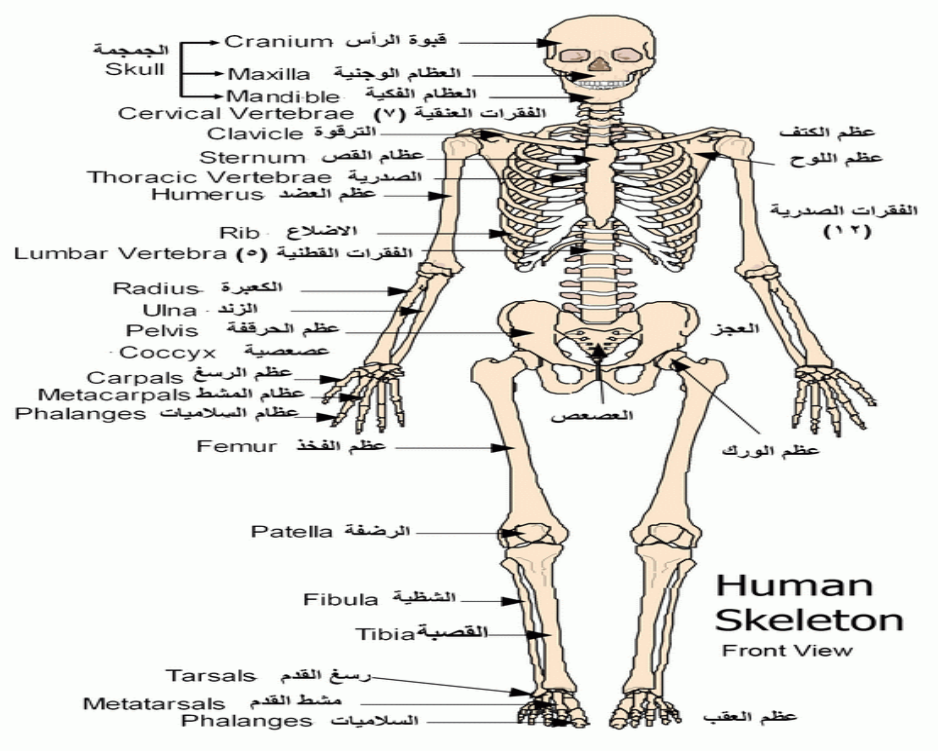
يتكون العظم من نسيج ضام ويمتاز هذا النسيج بصلابته حيث يتجمع فيه أملاح الكالسيوم في الجسم. ويوجد على سطح العظمة نسيج رقيق يعرف بنسيج السمحاق يمر من خلاله الأوردة والشرايين لنسيج العظام، كذلك الأعصاب والأوعية الدموية ويتكون الجهاز العظمي من

(206) عظمة منها (85) عظمة زوجية.(العالم،1995).

الهيكل العظمي في الإنسان:

إن الهيكل العظمي في الإنسان هو الدعامة الرئيسية للجسم، ويتكون من الجمجمة، والعمود الفقري، و القفص الصدري، والحوض، ومجموعة من العظام الطرفية التي تشكل الأطراف الأربعة للجسم،شكل رقم(11+12).





الشكل (12/11) هيكل عظمي من الامام والخلف عن(www.ar-wikipedia.org).

ومن أهم وظائف الهيكل العظمي ما يأتي:

أ-حماية الجهاز العصبي المركزي(المخ والنخاع الشوكي)، وبعض الأعضاء الأخرى في الجسم كالجهاز التنفسي.

ب-المساهمة في مناعة الجسم، وذلك بإنتاج كريات الدم البيضاء التي تعمل على الدفاع عن الجسم بالقضاء على الجراثيم المرضية.

ج-توفير الحركة لمختلف مناطق الجسم.(زاهر،2004)

تعريف الكسر:

الكسر هو عبارة عن قطع أو تهتك في الاتصال العظمي، يؤدي إلى تجزؤ العظم إلى جزأين، أو أكثر وينقسم إلى مجموعتين:

أ-كسر بسيط أو مغلق، وفيه يقتصر الكسر على العظم دون جرح خارجي.

ب–كسر مضاعف، أو مفتوح، وفيه يخرج العظم المكسور من سطح الجلد مع وجود جرح ونزيف، واحتمال التلوث بالأتربة والميكروبات من الهواء.(زاهر ،2004).

وتعرفه روفائيل(1987): بأنه انفصال العظمة إلى جز أين، أو أكثر ويكون مكان الكسر عند أضعف نقطة في العظمة المكسورة.

أسباب حدوث الكسر:

ينتج الكسر عن ضربة مباشرة فوق العظم ومن أهم الأسباب التي تؤدي لحدوث الكسر أثناء ممارسة الرياضة ، يتفق كل من زاهر(2004)، وروفائيل(1987)، وبكري، وغمري(2005) أن الأسباب العامة لحدوث الكسر كالآتي:

–الوقوع من فوق مكان مرتفع كما في حالة القفز لأعلى في ألعاب الجمباز، أو كرة السلة.

–حدوث ضربة قوية من الأداة المستخدمة أثناء الرياضة، كمضرب الاسكواش والقائم في كرة القدم.

–تصادم اللاعبين بقوة، أو وقوعهم بعضهم فوق بعض أثناء القفز العالي.

.قوة خارجية تؤدي إلى صدمة شديدة تصيب العظمة مسببة الكسر.

.نتيجة إصابة العظام ببعض الأمراض(إلتهاب العظام، ولين العظام، والكساح). (يوسف،1998)

الأعراض المصاحبة لحدوث الكسر:

يتميز حدوث الكسر بألم في منطقة حدوث الكسر، والمنطقة المحيطة بها، ويحدث تغير وتشوه في شكل الطرف والمنطقة المصابة، وانتفاخ يتناسب مع نوعية الكسر، كما يفقد اللاعب المصاب القدرة على تحريك واستخدام الطرف المصاب. وبعض الكسور تكون مصحوبة بنزيف دموي، وجروح في منطقة الكسر.(زاهر،2004).

أشكال الكسور:

يتفق زاهر (2004)، ويوسف (1998) أن الكسور تختلف تبعاً لحدة وشدة الإصابة، ومن أهم أشكال الكسور التي تحدث أثناء ممارسة الرياضة ما يأتي:

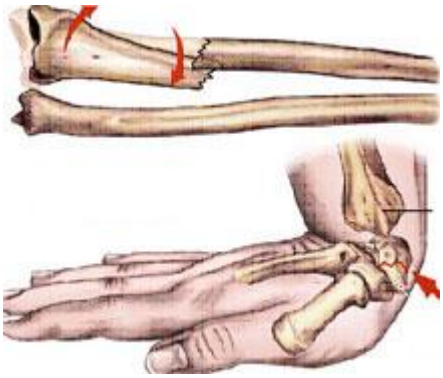
1-الكسر المفتت:

وفيه ينقسم العظم أكثر من جزأين، وتتباعد فيه أحياناً بعض الأجزاء الصغيرة من العظم بعضها عن بعض، ويحتاج في أغلب الأوقات إلى تدخل جراحي لإعادة جزئيات العظمة إلى مكانها الصحيح.شكل رقم(13).

الشكل (13) الكسر المفتت عن(www.ar-wikipedia.org).

2-كسر الغصن الأخضر:

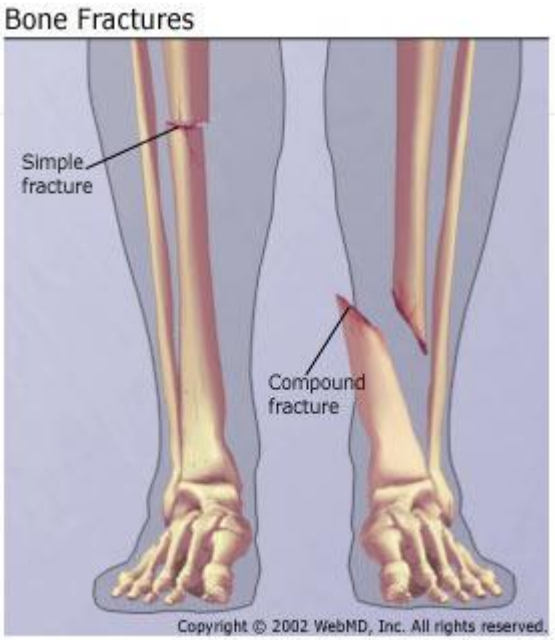
وهذا النوع لا يعد كسراً كاملاً، بل عبارة عن إلتواء أو شرخ في العظم، ويحدث للناشئين بسبب ليونة ومرونة عظامهم، ويحدث في العظام المرنة ذات السطح المحدب، والتي لم يكتمل تكلسها تماماً. ويتشابه مع كسر الغصن الأخضر من الشجرة، إذ ينكسر من الناحية المحدبة ويظل متماسكاً في الجهه المقعرة.شكل رقم(14).



الشكل (14) كسر الغصن الأخضر عن(www.shamoa.com).

3-الكسر المدغم:

وفيه يدعم أحد حرفي العظمة فوق الآخر، وينتج عن السقوط من ارتفاع عال مما يسبب استقبال العظمة الطويلة لقوة كبيرة بشكل مباشر من خلال محورها الرأسي. ويحتاج هذا الكسر إلى تعديل سريع، لضمان الاحتفاظ بطول العظمة ونحوها. شكل رقم(15).



الشكل (15) الكسر المدغم عن(www.shamoa.com)

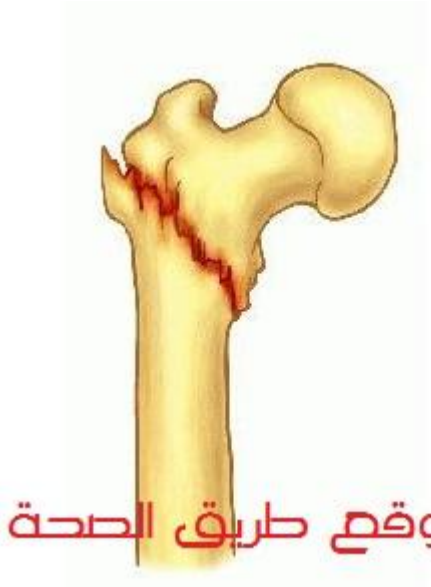
4-الكسر الحلزوني:

وفيه يكون انفصال العظم على شكل حرف S، وهو شائع بين لاعبي كرة القدم، والتزحلق على الجليد، حيث تثبت القدم على الأرض ويدور الجسم بطريقة فجائية في الاتجاه المعاكس.شكل رقم (16).

الشكل (16) الكسر الحلزوني عن (www.sehaway.blogsport.com).

5-الكسر المائل:

ويحدث عندما تسبب قوة خارجية فجائية في دوران جزء من العظمة، بينما يكون الآخر ثابتاً و يتشابه مع الكسر الحلزوني في الشكل. شكل رقم(17).



الشكل (17) الكسر المائل عن(www.sehaway.blogsport.com)

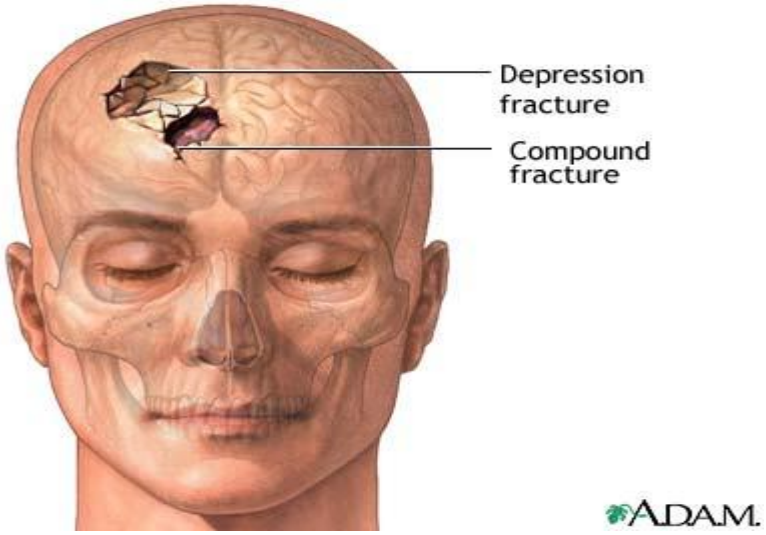
6-الكسر المستعرض:

ويحدث على شكل خط مستقيم مار بمنتصف ساق العظمة، وذلك بسبب ضربة خارجية مباشرة.شكل رقم(18).

الشكل (18) الكسر المستعرض عن(www.sehaway.blogsport.com)

7-الكسر المضغوط:

و يحدث غالباً للعظام المسطحة مثل عظام الجمجمة، وذلك نتيجة السقوط أو احتكاك الرأس بسطح جامد غير متحرك، ويعتبر هذا الشكل من الكسور المضغوطة.شكل رقم(19).



الشكل (19) الكسر المضغوط عن(www.qrcs.org.qa).

8-كسر الإجهاد:

وهو النوع الوحيد الذي يمكن حدوثه بدون إصابة أو احتكاك مباشر مع اللاعبين الآخرين ويحدث نتيجة للإجهاد، و الاستخدام المتكرر، وقلة فترات الراحة، و هو من الإصابات الشائعة في القدمين إلا أنه يمكن حدوثه في أماكن أخرى بالجسم.شكل رقم(20).

الشكل (20) كسر الإجهاد عن(www.qrcs.org.qa).

الإسعافات الأولية للكسر:

تعد الكسور من أخطر أنواع الإصابات الرياضية، ومن ثم يمكن أن يؤدي إهمال الإسعافات الأولية للكسر أو تقديمها بشكل غير صحيح، إلى حدوث مضاعفات قد تؤدي إلى ابتعاد اللاعب عن ممارسة الرياضة فترة طويلة، أو حدوث عاهات دائمة في بعض الأحيان.

ومن أهم المفاهيم التي يجب الإلمام بها قبل القيام بالإسعافات الأولية للكسر ما يلي:

أ-إن تحريك اللاعب المصاب بكسر بطريقة غير صحيحة قد تؤدي إلى تغيير في وضع طرفي الكسر من مكانهما، مما يسبب مضاعافات للكسر، أو إصابة للأوعية الدموية أو الأعصاب لذلك يجب نقله إلى خارج الملعب وعدم مطالبته بالمشي أو الحركة.

وفيما يلي الخطوات التي يجب اتباعها للإسعافات الأولية لحالة الكسر:

-لا تقم بتحريك اللاعب المصاب إلا ضمن أضيق الحدود، ويجب التخلص من الملابس التي تعوق الفحص، أو الإسعافات الأولية بوساطة قصها بمقص في حالة وجود صعوبة في خلعها بدون تحريك اللاعب كما يجب خلع الأحذية بحذر.

-عدم محاولة إعادة الطرف المكسور إلى الوضع الطبيعي فيما لو وجد هناك تغيير أو تشوه في شكل الطرف.

-في حالة وجود جرح يجب تغطيته بالشاش النظيف، ولفه بالرباط الضاغط لوقف النزيف قبل تثبيت الكسر.

-يثبت الكسر بواسطة استخدام الجبائر، والجبيرة هي لوح من اللدائن(البلاستيك) ، أو الخشب أو المعدن، معد للاستخدام كما يمكن إعدادها في وقت الإصابة. وتوضع الجبيرة على منطقة الكسر بحيث تشمل المفصل في أعلى موضع الكسر وفي أسفله، وفي حالة عدم توافر الجبيرة أو عدم التمكن من صنعها في وقت الإصابة، يستخدم جذع اللاعب المصاب لتثبيت طرفه العلوي ويستخدم الطرف السفلي السليم لتثبيت الطرف الأسفل موضع الكسر.

-يجب استخدام النقالة لحمل اللاعب المصاب إلى خارج الملعب، وفي حالة كسور الأطراف العليا يمكن للاعب المصاب النهوض من أرض الملعب والاستلقاء على النقالة بعد تثبيت الطرف المصاب، أما في حالة كسور الأطراف السفلى وبعد تثبيت الكسر فيجب نقل اللاعب المصاب بوساطة شرخصين أو ثلاثة مع مراعاة عدم تحريك الجزء المصاب، وفي حالة كسور العمود الفقري، يجب نقل اللاعب المصاب بوساطة أربعة أشخاص مع الحذر بعدم تحريك العمود الفقري.

-نقل اللاعب المصاب إلى أقرب مستشفى أو قسم للطوارئ لتلقي العلاج اللازم. (زاهر،2004).

7-الكدمات والرضوض: Bruises and contusions:

تعريف الكدمة:

تعد الكدمة أكثر أنواع الإصابات الرياضية شيوعاً، وتحدث في المناطق العضلية أو فوق مناطق البروز العظمي ، وهي عبارة عن تهتك أو تمزق في الطبقة أسفل الجلد أو العضلة ، وتعرف أحياناً(بالرضة)، وتتراوح الإصابة ما بين كدمة سطحية أو تمزق في الطبقة أسفل الجلد أو العضلة، إلى تمزق عميق ونزيف وقد تصل إلى العظمة وتحدث خدوشاً بها. شكل رقم (21+22). (زاهر،2004).

الشكل (22/21) الكدمات عن(www.5gle.com).

بينما يشير سلامة(2002) أن الكدمات تحدث نتيجة الصدمات الخارجية على أي جزء من الجسم، أو نتيجة السقوط المفاجئ والإرتطام بـأشياء ثابته واستخدام العنف الخارجي على أعضاء الجسم، وقد تحدث الكدمات على المفاصل أو العظام أو العضلات.

الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمة:

يشير زاهر(2004) أن الكدمة تحدث نتيجة لضربة قوية من جسم خارجي لجسم اللاعب، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمة ما يلي:

-الاصطدام بالأجزاء الصلبة من جسم اللاعب الآخر لمؤخرة المرفق أو الرأس.

-الضربات المباشرة من لاعب لآخر كما يحدث في رياضة الملاكمة، والكاراتيه.

-الاصطدام أو الضرب بالأدوات المستخدمة في اللعب كمضرب التنس، أو الأحذية أو الكرات الثقيلة.

-السقوط أو التعثر بجهاز أو أي مانع طبيعي.

الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمة:

يصاحب الكدمة ألم في موضع الإصابة يزداد عند الضغط الخفيف عليه، كما يحدث إحمرار في الجلد والصبغة التي تحت الجلد، ويتحول لون الكدمة إلى اللون الأحمر، ثم اللونين الأزرق والبنفسجي بعد اليوم الثاني أو الثالث؛ نتيجة لتغير لون مادة الهيموجلوبين الموجودة في الدم ويمكن للاعب تحريك الجزء المصاب من الجسم مع ألم بسيط أو بدون ألم على الإطلاق تبعاً لشدة الكدمة.

ويشير بكري، والغمري(2005)

أن هناك أربع أنواع للكدمات هي:

اولاً: كدم العضلات: عبارة عن تمزق سطحي في النسيج العضلي نتيجة تعرض الجسم لضربة قوية ناتجة من عامل خارجي يؤدي إلى إلتهاب حاد، ونزيف، وورم في المنطقة المصابة وأن أكثر عضلات الجسم تعرضاً لهذه الإصابة هي عضلات الفخذ، وسمانة الساق، والكتف، واليد ومفصل الركبة، وعموماً يتحكم الألم إلى حد كبير في تحديد العلاج وفترة الشفاء ؛ لأن الإحساس بالألم يؤدي إلى عدم استجابة العضلة المصابة، وبذلك تقل كمية الدم الواردة إليها ويحدث إلتصاقات بين الأنسجة، ولذا يخشى من حدوث إلتهاب عضلي متكلس نتيجة الإهمال، أو العلاج الخاطئ . وإذا حدثت هذه الإصابة في منطقة غنية بالعضلات الكبيرة فتقوم بالإسعافات التالية :

.تبريد المكان بإحدى الطرق السابق شرحها لمدة تتناسب وشدة الإصابة.

.الضغط على مكان الألم باستخدام كمادات الثلج لمدة 20 دقيقة لايقاف النزيف الداخلي. (يوسف،1998).

تثبيت الجزء المصاب بشريط عريض من البلاستيك، أو رباط مناسب حتى تحد من حركة المكان المصاب ونقلل من إحتمالية زيادة الإرتشاح الداخلي.

.الراحة التامة مع تنفيذ وسائل العلاج الطبيعي بعد استقرار الحالة، واختفاء الألم حيث يتركز العلاج عادة في:-التدفئة عن طريق حمامات مياه دافئة في حدود (45) بوضع الجزء المصاب في حمام المياه، أو وضع كمادات، أو دافئة على موضع الإصابة.

تمرينات علاجية متدرجة، بدءاً بانقباضات ثابتة دون تحريك الجزء المصاب إلى تمرينات هادئة متدرجة الصعوبة.

علاج حراري بالكهرباء (موجات قصيرة –وموجات فوق صوتية) يحدد الطبيب المعالج مدتها وعددها.

ثانياً: كدم العظام:

أ.حيث تحدث الإصابة في منطقة عظمية خالية من العضلات كعظم قصبة الساق، وهنا يجب تجنب احتكاك المكان المصاب بأي شيء آخر، حتى لا تتفاقم الإصابة وذلك بوضع حلقة مفرغة من المطاط من القطن حول مكان الإصابة مع إحاطتها برباط مناسب.

وإعطاء اللاعب راحة تتناسب وشدة الإصابة.(زاهر،2004).

بينما يشير جوكل(2007) أن هذا الكدم يحدث نتيجة إصابة مباشرة وبخاصة للعظام السطحية الموجودة تحت الجلد مباشرة مثل عظم الظنبوب وعظم الرضفة، ومن أهم أعراضة ألم شديد مكان الإصابة، وورم نتيجة التمزق، وتغير في لون الجلد نتيجة الشدة الخارجية، وتحديد حركة العظم نتيجة الألم.

ثالثاً: كدم المفاصل:

أ.من أصعب وأشد الكدمات حيث قد يحدث نزيف في المحفظة الزلالية فضلاً عن النزيف الدموي، ويستدل على ذلك عن طريق تحريك المفصل ضد مقاومة فيزداد الألم، وفي هذه الحالة يجب خروج اللاعب من الملعب، وعدم استمراره حتى لا تتفاقم الإصابة.

ويجب تسكين الألم عن طريق تسكين الآلام السطحية برشاش(اسبراي) إذا توفر.

وعمل كمادات باردة 10-20 دقيقة تقريباً.

ثم البدء في تطبيق الوسائل الطبية العلاجية عن طريق الأخصائي.(زاهر،2004).

رابعاً: كدم العصب:

يقصد به الكدم الذي يحدث في منطقة تمر بها بعض الأعصاب، والتي تتأثر بالكدمة مباشرة وعادة تكون منطقة مكشوفة ليس بها الكثير من العضلات، مثل الجهة القريبة(الداخلية الأنسية) من مفصل المرفق. حيث يؤدي إلى آلام شديدة قد تستمر عدة ثواني، أو تمتد لساعات وأحياناً تسبب شلل مؤقت وهذا يتوقف على شدة الإصابة.

أ.في هذه الحالة يجب تدفئة المكان المصاب.

ب.تثبيت المكان وعدم تحريكه.

ج.الراحة التامة.

د.عرض المصاب على الطبيب المختص.(زاهر،2004)

8-الخلع المفصليDislocation:

تعريف الخلع المفصلي:

هو خروج أحد العظمتين المكونين للمفصل عن وضعه الطبيعي إلى وضع آخر غير طبيعي، أو خارج التجويف المفصلي.(زاهر،2004).

أو هو إزاحة العظم عن مكانه الطبيعي في المفصل نتيجة لشدة خارجية ويؤدي عادة إلى إصابة الأربطة المحيطة بالمفصل.(جوكل،2007).

ما هو المفصل؟

المفصل: هو عبارة عن إلتقاء عظمتين حول محور يسمح بالحركة بينهما، ويساعد على تثبيت هاتين العظمتين الغشاء الزلالي، والأربطة، والعضلات المحيطة. (بكري، وغمري2005)شكل رقم(23).

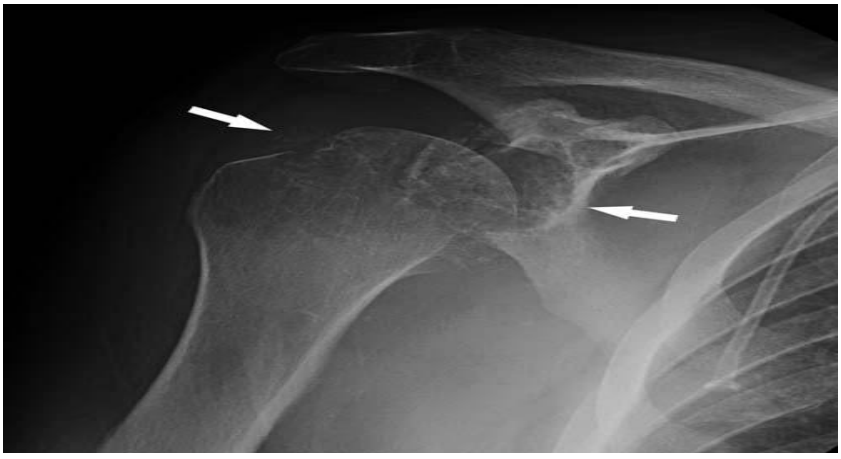
الشكل (23) خلع مفصل الكتف عن(www.m.dreamscity.net)

أنواع الخلع المفصلي:

يشير زاهر(2004) أن هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي:

أ-خلع مفصلي جزئي:

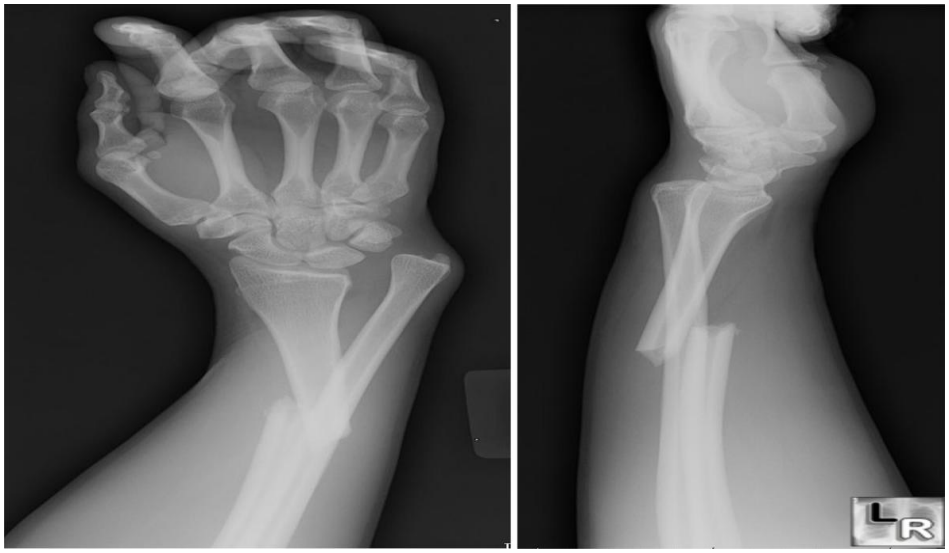
وفيه يتم خروج إحدى العظمتين من مكانهما الطبيعي ولكن ضمن التجويف المفصلي، ويتم فيه تمزق بسيط في الأربطة المثبتة والغشاء الزلالي للمفصل، وهذا النوع يسبب عجزاً جزئياً عن تحريك المفصل وقت الإصابة.شكل رقم(24).



الشكل (24) خلع مفصلي جزئي عن(www.m.dreamscity.net)

ب-خلع مفصلي كامل:

وفي هذا النوع يتم خروج إحدى العظمتين من مكانهما الطبيعي، ويحدث فيه تمزق الغشاء الزلالي والأربطة المفصلية، وقد ينتج التجويف المفصلي كما يحدث تهتك للأوعية الدموية ونزيف داخل التجويف المفصلي.شكل رقم(25).



الشكل (25) خلع مفصلي كامل عن(www.m.dreamscity.net).

ج-خلع مفصلي مصحوب بكسر:

وهو أخطر أنواع الخلع المفصلي، ويحدث عندما تكون الضربة المسببة شديدة، وفيه يكون الخلع مصحوباً بكسر في أحد العظمتين المكونين للمفصل، وقد تحدث إصابة للأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من المفصل.شكل رقم(26).

الشكل (26) خلع مفصلي مصحوب بكسر عن(www.m.dreamscity.net).

الأعراض المصاحبة لحدوث الخلع المفصلي:

إن الخلع المفصلي هو من الإصابات الرياضية الخطيرة التي يمكن أن يؤدي إهمال الإسعافات الأولية لها إلى تأخير عودة اللاعب المصاب إلى ممارسة الرياضة، أو إلى عجز في بعض الحالات ومن أهم الأعراض في حالة حدوث الخلع المفصلي: ألم حاد في منطقة الخلع والمنطقة المحيطة بها، وعجز كامل أو جزئي عن الحركة، وتغيير وانتفاخ في منطقة المفصل، كما يمكن أن يصحب حدوث الخلع المفصلي كسر في إحدى العظمتين، أو جرح فوق منطقة الإصابة.(زاهر،2004).

ويشير جوكل(2007) أنه قد يحدث فقدان الوظيفة الطبيعية للمفصل بعد شدة خارجية، وقد يحدث تشوه للمفصل نتيجة خروج العظم من موقعه الطبيعي، وأحيانا لا يكون هذا التشوه واضحاً بخاصه عند وجود عضلات قوية وكبيرة حول المفصل ولهذا فمن الأهمية تحسس المفصل والت أكد من وجود العظام في محلها الطبيعي وموازنة الجزء المصاب بالمنطقة المقابله له في الجسم.

الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي:

تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو كلتيهما، ومن أهم الأسباب:

الوقوع على الأرض من فوق إرتفاع عال، أو عندما يصطدم أحد أطراف جسم اللاعب بالأرض، والحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض، أو الإمساك الخاطئ للكرة، أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام. (زاهر،2004).

الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:

يتفق كل من جوكل(2007)، وزاهر(2004) أنه عند الاشتباه بوجود الأعراض المميزة للخلع المفصلي في اللاعب المصاب يجب على المسعف القيام بالخطوات الآتية:

-قلل من تحريك اللاعب المصاب إلا في أضيق الحدود، حيث أن الحركة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفة الخلع المفصلي، أو الكسر، أو زيادة الضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من منطقة الكسر.

-ثبت الطرف المصاب ويتم تثبيت الطرف العلوي بوساطة الجبيرة المناسبة، وفي حالة عدم وجودها يتم التثبيت بوضع الساعد بجانب الجذع ولفها برباط ضاغط، وفي حالة إصابة الطرف السفلي يتم وضع المصاب في الجبيرة المناسبة، أو تثبيت الطرف المصاب بالأطراف الأخرى السليمة.

-ضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع المفصلي وثبتها جيداً قبل تثبيت الجبيرة.

-أنقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب قسم طوارئ، أو مستشفى لمواصلة العلاج.

التغذية والنشاط الرياضي:

إن التغذية المناسبة تعتبر ركنا مهما من أركان البرامج التدريبية لأي إنجاز رياضي، وإن نقص بعض العناصر الغذائية يؤدي حتما إلى اعتلال الإنجاز، وفي المقابل فإن زيادة تناول بعض العناصر الغذائية يؤدي إلى تحسن إنجاز الرياضي، وخفض ظاهرة التعب والإرهاق الجسمي والإصابات الرياضية.(ملحم،1999).

وترى روفائيل(1987) إلى أن التغذية السليمة تؤدي إلى حفظ وزن الجسم ثابتا، فإذا حدثت زيادة لوزن الجسم فإن هذا دليل على تناول كمية من السعرات الحرارية أكثر مما يحتاجه الرياضي أثناء نشاطه وهذه علامة من علامات سوء التغذية، أما إذا حدث نقص في الوزن فتكون أيضا علامة من علامات سوء التغذية وعندئذ تظهر على الرياضي بعض الأعراض مثل ضعف العضلات وقلة مرونتها والشعور بالتعب من أقل مجهود ويعرض اللاعب للإصابات المختلفة.

ويشير كماش(2011) إلى أن الوجبة الغذائية الكاملة تحتوي على ستة عناصر هي الكربوهيدرات، والدهون، والبروتين، والفيتامينات، والأملاح المعدنية، والماء، وهذه المواد الغذائية الأولية يستخدمها الجسم لقيامه بوظائفه الحيوية المختلفة التي يمكن تقسيمها كما يلي:

- المحافظة على أنسجة الجسم وتجديدها.

-تنظيم آلاف التفاعلات الكيميائية داخل الخلايا.

-إنتاج الطاقة اللازمة للإنقباض العضلي.

-توصيل الإشارات العصبية.

-إفرازات الغدد الداخلية.

-بناء مختلف المركبات التي تصبح من مكونات الجسم.

-النمو.

-التكاثر.

هذه العمليات المختلفة التي يستفيد بها الجسم من خلال التحولات الكيميائية للمواد الغذائية بحيث تصبح مواد سهلة بسيطة هي ما يطلق عليها التمثيل الغذائي.

مقدار السعرات اللازمة للرياضي:

يشير كماش (2011) إلى أن السعر الحراري كوحدة قياس للطاقة، وهو ما يعرف باسم كالوري، وهو كمية الطاقة اللازمة لرفع درجة حرارة كيلو جرام من الماء درجة مئوية واحدة تحت ظروف معينة. وتصل كمية السعرات المستهلكة للحفاظ على وزن الجسم خلال النشاط اليومي العادي ما بين 1700_3000 سعر حراري في اليوم لشخص صغير السن، ويقل هذا المقدار بالنسبة للأشخاص الكبار، حيث إنهم يحتاجون إلى سعرات أقل بالمقارنة بالأصغر سناً والأكثر نشاطاً.

ويحتاج الرياضي إلى كمية إضافية تتراوح ما بين 400_2000 سعر حراري في اليوم للمحافظة على الوزن خلال التدريب، وتتوقف هذه الكمية على نوعية التمرين والمنافسة.

ويحتاج تدريب لاعبي السرعة ومسابقات الميدان إلى كمية قليلة من السعرات الحرارية، بينما تتضاعف كمية الطاقة التي يحتاج إليها لاعبي جري المسافات الطويلة والسباحة.

ويرى ملحم (1999) إلى أن المواد الغذائية التي يحتاجها الرياضي تتكون من:

البروتينات:

طالما كان تناول الغذاء متوازنا خاصة بما يحتويه من بروتينات متنوعة المصدر تمتد الجسور القوية للعبور إلى الصحة الجيدة عن طريق تأمين معدلات النمو وتحقيق التطور لدى الصغ ار، وكذلك تحقيق معدلات الصيانة و إعادة بناء التالف من الأنسجة لدة البالغين، فسيظل أهمية هذا العنصر الغذائي المنفرد حالة خاصة، فهو المسؤول عن تلك الوظائف الهامة المتجددة والضرورية بل تتواصل مستمرة مع التوصيات الغذائية فيما يخص تواجدها بالغذاء إلى جانب العناصر الغذائية الأخرى كأمراً حتمياً قاطعاً. (صادق،2011).

ويؤكد كماش(2011) إلى أن تركيب البروتين يشبه أيضاً تركيب الكربوهيدرات والدهون، حيث يتكون كل جزيء من ذرات الكربون والأكسجين والهيدروجين، والفارق هنا أن البروتين يحتوي بالإضافة إلى ذلك على النيتروجين الذي يشكل حوالي 16% من الجزيء. وتعتبر الأحماض الأمينية هي وحدة البناء الأساسية للبروتين، وتحتوي البروتينات على حوالي 20 نوعاً مختلفاً من الأحماض الأمينية، وهناك ثماني أنواع من الأحماض الأمينية لا يستطيع الجسم تكوينها داخله، ويجب الحصول عليها مع الغذاء وتسمى الأحماض الأمينية. وتسمى باقي الأحماض الأمينية الإثنا عشر التي يستطيع الجسم بناءها الأحماض الأمينية غير الأساسية، إلا أن هذا لا يعني عدم أهميتها، ولكن المقصود بذلك أن الجسم يستطيع تكوينها من خلال المواد الغذائية.

ويرى ملحم (1999) أن البروتين يعتبر العنصر الأساسي لبناء الخلايا العضلية والأنسجة، ويحتاج الرياضيون إلى زيادة كمية البروتين المتناولة يومياً مقارنة مع أقرانهم غير الرياضيين، وقد قدرت

الكمية المطلوبة للرياضي إلى ما يعادل 1.2 غرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم، أو تكون ما نسبته 12_15% من مجموع السعرات الحرارية المطلوبة يومياً. وقد تزيد هذه الكمية قليلاً لبعض لاعبي رفع الأثقال وبناء الأجسام بحيث لا تزيد عن 2 جرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم.

الدهون:

يتكون جزيء الدهون من عنصر الكربون، والأكسجين، والهيدروجين متحدة معاً بطريقة تختلف عن اتحاده لتكوين الكربوهيدرات، وتتكون الدهون أساساً من مجموعتين أساسيتين هما: الجلسرين، والحامض الدهني. وعندما تتحد المجموعتان معاً تكون ما يعرف بالدهون المتعادلة، أو ثلاثي الجلسرين وتبلغ نسبة الدهون المتعادلة في الجسم لأنواع الدهون الأخرى حوالي 95%، أما الأحماض الدهنية فيوجد منها نوعان: أحدهما يسمى الدهون المشبعة والآخر يسمى الدهون غير المشبعة.(كماش،2011).

ويشير ملحم(1999) إلى أن الوظيفة الأساسية للدهون خلال الأداء البدني هو تزويد الطاقة لخلايا الجسم، وتزويد الأحماض الدهنية الضرورية التي لها علاقة في امتصاص بعض الفيتامينات، ويستحسن الابتعاد عن المواد الغذائية الغنية بالمواد الدهنية خاصة قبل النشاط البدني ب 3 ساعات على الأقل، إن الكمية المطلوبة من الدهون للفرد الرياضي تكون ما نسبته 25_30% تقريباً من مجموع السعرات الحرارية اليومية، وينصح أن تكون هذه الدهنيات من النوع غير المشبع(Unsaturated fat) ذي المصدر النباتي مثل زيت الزيتون، والابتعاد عن الدهنيات المشبعة(Saturated fat) ذات المصدر الحيواني مثل الزبدة.

وتؤكد مالح، وحاتم (2013) أن الدهون تعد من أغنى مصادر الغذاء لتوفير الطاقة لجسم الإنسان وذلك لأنها تعد الأكثر تركيزاً في سعراتها الحرارية عن كل من البروتينات والكربوهيدرات، إذ أن كل غرام من الدهون يولد أكثر من ضعف عدد السعرات الحرارية التي ينتجها الغرام الواحد من البروتينات والكربوهيدرات، كما أنها مصدر مركز للطاقة المخزونة، إذ أنها ذات خاصية للبقاء مدة طويلة في القناه الهضمية باعتبارها من العناصر الغذائية صعبة الهضم، فهي تمتص بمعدل أقل من المواد الكربوهيدراتية.

الدهون والنشاط الرياضي:

يشير ابراهيم، وكماش(2010) أن الدهون تستخدم لمصدر الطاقة أثناء النشاط الرياضي المعتدل أو المتوسط مثل الجري الخفيف، وعند زيادة زمن النشاط الرياضي أكثر من ساعة يلاحظ زيادة ملموسة في استهلاك الدهون ويمكن أن تمد الدهون الجسم بحوالي 90% من الطاقة المطلوبة أثناء النشاط الرياضي، وبناء على ذلك ف إن نقص الدهون يمكن أن يؤثر على مستوى أداء الأنشطة الرياضية التي تعتمد على التحمل، وتؤدي زيادة مستويات الحامض الدهني بالدم إلى توفير جلايكوجين العضلة ، ويصاحب ذلك زيادة زمن التحمل، ويلاحظ أن محاولات زيادة الأحماض الدهنية بتناول الدهون قبل أداء النشاط الرياضي لا تنجح بل قد تؤدي إلى نتائج عكسية، ومن طرق زيادة الأحماض الدهنية في الدم قبل أداء النشاط الرياضي تناول الكافيين بمقدار 350 ملليجرام قبل أداء النشاط الرياضي بحوالي ساعة عندما يكون زمن أداء هذا النشاط الرياضي يزيد عن 40 دقيقة، وبذلك يستمر الأداء لفترة طويلة مع توفر جلايكوجين للعضلات مع ملاحظة أن هناك أشخاص عندهم حساسية للكافيين لذلك يجب عدم المغالاه في ذلك..

بينما يشير ذيابات ، والجبور (2012) بأن تكون مشاركة الدهون ب 20_30% من مجموع السعرات الحرارية التي يحتاجها الرياضي، لأن الحصول على الطاقة من الكربوهيدرات أفضل وأسهل من الدهون، كما أن تناول مقادير عالية من الأطعمة الدهنية يزيد الوزن، ويؤدي إلى صعوبة في الهضم وقد يحدث غثيان للرياضي كما أن الدهون تحتاج لفترة هضم أطول من الكربوهيدرات.

ويرى رشدي(1999) أن الأحماض الدهنية تعتبر مصدراً هاماً للطاقة أثناء ممارسة التمرينات معتدلة الشدة ، وقد تشكل في بعض المواقف الأغلبية العظمى من الطاقة المتاحة.

الكربوهيدرات:

يتفق ابراهيم ، وكماش(2010)، مالح و حاتم ، (2013) أن الكربوهيدرات تتكون من ذرات الكربون، والهيدروجين، والأكسجين ويمكن تقسيم الكربوهيدرات تبعاً لتركيبها إلى ما يأتي:

أ.آحادي السكريات ويتكون هذا النوع من سكر الدم وهو ما يسمى بالجلوكوز والفركتوز ويوجد في الفواكه، وعسل النحل ، والجالاكتوز وهو من منتجات الغدد اللبنية للحيوانات الثدية، ويمكن للجسم بسهولة تحويل سكر الفركتوز وسكر الجالاكتوز إلى سكر الجلوكوز لإنتاج الطاقة.

ب.ثنائي السكريات: وتتكون السكريات الثنائية من جزأين من السكريات البسيطة وهي مثل سكروز واللاكتوز والمالتوز.

ج.عديد السكريات: ويتكون هذا السكر من عدة جزيئات سكرية متحدة معاً وأهم أنواعه هو النشا والسليلوز والجليكوجين.

ويوجد النشا في حبوب القمح، بينما يوجد السليلوز في النباتات، حيث إنها تشكل الجزء البنائي في النبات.

أما الجليكوجين أو النشا الحيواني فهو جزيئي كبير يحتوي على عدد كبير من جزيئات الجلوكوز المتحدة معاً، ويتم تكوينه عندما يصل الجلوكوز إلى العضلات والكبد فيتحول إلى جليكوجين يتم تخزينه لحين استخدامه ويحتوي مخزون الجسم من الجليكوجين على حوالي 375–475 جرام توجد في العضلات والكبد، ويتم تحويل هذا الجليوكوجين إلى جلوكوز في الكبد عندما يحتاج الجسم إلى زيادة إنتاج الطاقة، وعندما يقل مخزون الجليوكوجين في الجسم يتم تكوين الجلوكوز من مصدر غذائي آخر وهو البروتين.

وظائف الكربوهيدرات:

يشير كماش (2011) أن وظائف الكربوهيدرات كالآتي:

1.تعتبر الوظيفة الأساسية للكربوهيدرات هي إمداد خلايا الجسم المختلفة بالطاقة.

2.يعتبر الجلوكوز العامل الرئيسي لنشاط الجهاز العصبي.

3.تقوم الخلية باستهلاك ما تحتاجه من الجلوكوز ثم تخزن الزائد عن حاجتها على شكل جليكوجين.

4.يتحول الجلوكوز الزائد عن قدرة الخلايا على تخزينه إلى دهون وتخزن في الأنسجة الدهنية.

5.تلعب دوراً أساسياً في الفعاليات الرياضية ذات الزمن القصير والشدة العالية فضلاً عن الفعاليات ذات الزمن الطويل المستمر. (مالح، وحاتم2013).

الكربوهيدرات والنشاط الرياضي:

تعتبر الكربوهيدرات المصدر الرئيسي لإنتاج الطاقة في الجسم ويزيد في أهميتها أن كمية الأكسجين اللازمة لأكسدتها تقل عن الكمية اللازمة لأكسدة الدهون، ولذلك فهي تعد مصدراً أساسياً للطاقة أثناء النشاط الرياضي. وتنتشر الكربوهيدرات في الدم على شكل جلوكوز، وتختزن في العضلات والكبد على شكل جليكوجين.

ويعتمد كثير من الرياضيين على الغذاء الغني بالكربوهيدرات لإنتاج الطاقة بصورة سريعة. وقد أثبتت الدراسات أن الوجبة الغذائية الغنية بالكربوهيدرات لا تقتصر أهميتها على سباقات التحمل فقط، إذ أن معظم الأنشطة الرياضية التي تتميز بشدة الأداء والتي يليها فترات راحة تحتاج أيضاً إلى المواد الكربوهيدراتية، ولكن يجب أيضاً ونحن نتناول هذا الجانب أن نصحح خطأً شائعاً يقع فيه الكثيرون ألا وهو تناول السكر والعسل قبل السباقات القصيرة ، فقد ثبت أن كمية السكر التي يتناولها بعض اللاعبين قبل سباقات المسافات القصيرة ليست بذات قيمة وليس لها تأثير على

الأداء في مثل هذه المسابقات، حيث أن المواد السكرية لا يتم استخدامها خلال هذه الأنشطة كمصدر للطاقة لأنه من المعروف أن نظام الطاقة لهذه الأنشطة يعتمد على التمثيل الغذائي اللاهوائي.(كماش،2011)

ويشير ذيابات، والجبور(2012) أن التناول المبكر للكربوهيدرات قبل الاشتراك في النشاط البدني بحوالي(30_120) دقيقة قد لا يفيد، بل قد يكون له تأثير ضار عند أداء أنشطة التحمل حيث يتم تناول الكربوهيدرات على شكل جلوكوز مذاب في الماء مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى سكر الجلوكوز في الدم ، في وجود مبد أ البنكرياس في زيادة إفراز هرمون الأنسولين للمحافظة على مستوى سكر الدم ثابتاً، يتحول الجلوكوز الزائد إلى جلايكوجين في العضلات والكبد من ساعة واحدة إلى ساعتين اثنتين حتى يصبح سكر الدم في المستوى العادي، فإذا كانت كمية الجلايكوجين المخزونة كافية فإن معظم الجلوكوز الزائد يتحول إلى دهون ولذا تقل فائدة تناول الكربوهيدرات قبل الاشتراك في النشاط الرياضي بفترة من ساعة إلى ساعتين إثنتين.أما إذا كان مخزون الجلايكوجين منخفضاً لأي سبب من الأسباب فإن الجلوكوز الزائد قد يخزن على شكل جلايكوجين في العضلات أو الكبد، ويفيد في الإمداد بالطاقة أثناء الأداء الرياضي.

ويؤكد ابراهيم، وكماش(2010) أن الدراسات تؤكد على أهمية الغذاء الغني بالكربوهيدرات لسباقات المسافات الطويلة مثل المارثون ، واختراق الضاحية، والمشي، والدراجات، والسباحة، حيث وجد أن تناول الغذاء الغني بالكربوهيدرات لعدة أيام قبل المنافسة في سباقات التحمل له تأثير إيجابي على الأداء، ويؤثر هذا النظام الغذائي إذا ما صاحبه اتباع نظام معين للتدريب يتضمن أداء اللاعب تدريبياً عالياً قبل المنافسة بأسبوع، ولكي يستفيد من جليوكوجين العضلة ، ثم يعمل اللاعب على بقاء نسبة مخزون الكربوهيدرات منخفضة ، وذلك بتناول وجبات منخفضة في كمية الكربوهيدرات لمدة 3 أيام، ثم يلي ذلك تغيير في نظام اللاعب لكي يزيد من كمية الكربوهيدرات في الغذاء حتى يوم المسابقة. ونتيجة لاتباع هذا النظام تتضاعف نسبة تركيز الجليوكوجين من مرتين إلى ثلاثة أضعاف المعدل العادي. ويظهر أثر استخدام نظام الكربوهيدرات هذا خلال النصف الثاني أو الربع الأخير من سباق الماراثون، بينما لا يظهر له تأثير خلال النصف الأول(حوالي60-75دقيقة). وقد

أصبح هذا النظام شائعاً بالنسبة للاعبي جري الماراثون. ويجب التحذير من استخدام هذا النظام في المسابقات التي تقل مدتها عن ساعة. ولا يصلح بالنسبة لألعاب الكرة أو سباقات المضمار..

الماء:

مما لا شك فيه أن هناك أهمية كبيرة للماء عند الإنسان فقد قال تعالى، في كتابه المحفوظ بسم الله الرحمن الرحيم :**(وَجَعَلْنَا مِنَ الْمَاء كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ)** صدق الله العظيم(الأنبياء، آية 30)، ومن صور هذا التأكيد الالهي، على أهمية الماء، ما جاء عن عمر رضي الله عنه حاثاً المسلمين على السباحة(علمو أولادكم الرماية، والسباحة، وركوب الخيل) وهذا يعدّ دليلاً على أهمية الماء لصقل الأجسام وتقويتها وتهذيبها لتكون قادرة على مواجهة معترك الحياة وصعوبة متطلباتها.

كل حياة تبدأ بالماء، لهذا فإن جميع أساطير الخليقة، لدى الشعوب تذكر أن الماء كان مهد الحياة، وقد أقر العلم ذلك بأن الكواكب الخالية من الماء لا يمكن أن توجد فيها أي حياة.

إذاً فالصحة التي تعني طاقة الحياة، يمكن أن تأتي مع الماء، والعجيب أن تكوين الكيميائي للماء بسيط جداً.فتكوينه الذري يتألف من ذرتي هيدروجين وذرة واحدة أوكسجين، يندمجان معاً فيكونان ماء! (حلمي، ورياض،1987).

يشير ذيابات، والجبور(2012) أن الماء يلعب دوراً هاماً في الصحة العامة والإنجاز الرياضي، حيث وجد أنه عندما يفقد الرياضي أكثر من 2% من وزنه نتيجة الجفاف(فقدان السوائل عن طريق العرق) فإن إنجازه يتأثر بشكل كبير ، ولقد وضعت جمعية التغذية العلاجية الأمريكية بعض التوصيات المتعلقة بشرب الماء للرياضيين أوجزت فيما يلي:

_أن يتناول الرياضي كوبين من الماء قبل ساعتين من التمرين أو المباراه.

_أن يتناول الرياضي كوبين آخرين من الماء قبل 15_20 دقيقة من التمرين أو المباراه.

_يفضل أن يتناول الرياضي ربع أو ثلث كوب من الماء كل 20 دقيقة أثناء التمرين أو المباراه.

_يجب على الرياضي أن يعود نفسه على تناول هذه الكمية باستمرار مع العلم أن تناول السوائل يختلف حسب الأجواء المناخية ونوعية الرياضة الممارسة.

بينما يؤكد كماش (2011)، وابراهيم، وكماش(2010) أن جسم الإنسان البالغ يحتوي على نسبة تتراوح ما بين 50–60% من الماء كما تبلغ نسبة الماء الجسم 92%، وهذا يمثل الماء حوالي 70% من وزن العضلات الهيكلية، و22% من النسيج العظمي.

ويعتبر الماء أحد المكونات الأساسية لأنسجة الجسم، فهو يعتبر المحلول الذي يشتمل على كثير من المواد الكيميائية اللازمة للجسم وإذا منع عن الجسم تحدث الوفاة، هذا ويمكن للإنسان تحمل الجوع الكامل مع تناول الماء فقط لمدة تتراوح ما بين 40–45 يوماً ويمكن في هذه الحالة أن يفقد الجسم 40% من وزنه، بينما إذا فقد الإنسان 10% من وزنه نتيجة فقد الماء فإنه يصبح في حالة صعبة، بينما يؤدي فقد 20–22% إلى الوفاة.(حلمي، ورياض 1987)

الماء والتدريب الرياضي:

للماء أهمية كبيرة أثناء التمرين أو الجهد البدني، إذ تعتمد كمية الماء المفقودة على مدة التمرين والظروف البيئية، إذ يجب تلبية حاجة الرياضي من الماء لأهميته في تنظيم درجة حرارة الجسم، لأن نقص الماء والسوائل من الجسم يؤدي إلى نقص حجم البلازما مما يؤدي إلى نقص أو تقليل في (حجم الضربة، الدفع القلبي، إنخفاض ضغط الدم)،ورياضة التحمل من أكثر الرياضات التي تحتاج إلى الماء خاصة عدائي المسافات الطويلة والماراثون، كما ينصح بشرب الماء البارد وذلك لسرعة امتصاصه في المعدة مما يقلل من امتلائها ومن عدم حصول مضاعفات، وتشير التجارب أنه كلما زاد تناول الماء بالمقدار الموصى به أثناء التمرين قل استه لاك الجلايكوجين التي تحتاج إليه العضلات ليعطيها الطاقة، فتناول السوائل أثناء ممارسة النشاط البدني تستهلك تلك السوائل بدل الجلايكوجين وبذلك لن يحصل إجهاد سريع للعضلة ويؤخر ظهور التعب. (مالح وحاتم 2013).

الفيتامينات:

يشير ذيابات، والجبور (2012) أن كلمة"vita" تعني الحياة، فالفيتامينات ضرورية لحياه الإنسان وصحته، وهو يحصل عليها من الأطعمة التي يتناولها، أو على هيئة مستحضرات طبية إذا كان الجسم في حاجة إلى البعض منها بصورة كبيرة. وحتى آخر القرن التاسع عشر، ظل مرض"الإسقربوط" وهو تخلل الأسنان يفتك بالبحارة الذين يعملون لفترات طويلة في البحر، وظل العلماء يبحثون عن أسباب هذا المرض لمدة مائة عام، حتى اكتشفوا أن السبب في الإصابه به، هو افتقار طعام هؤلاء البحارة لفيتامينات معينة، فقد كان البحارة يتغذون طوال فترة عملهم بالبحر على الأغذية المحفوظة، ولم يكونوا يتناولون الخضروات أو الفاكهة الطازجة المليئة بالفيتامينات التي تقيهم من الإصابة بهذا المرض ونظراً لأن العلماء لم يعرفوا الطبيعة الكيماوية لهذه الفيتامينات فلم يطلقوا عليها أسماء بل دعوها فيتامينات أ، أو ب، أو ج.

ويؤكد ابراهيم، وكماش(2010) أن الجسم يحتاج إلى الفيتامينات لأداء وظائفه العادية، ويحصل الإنسان على معظم احتياجاته من الفيتامينات خلال الغذاء، وتقوم الفيتامينات بدور نشط في كثير من العمليات الحيوية مثل التمثيل الغذائي وتركيب الأنزيمات ونشاط الغدد الصماء كما أنها تزيد من كفاءة الجسم ومقاومته الأمراض، وتزيد الحاجة إلى الفيتامينات عند تغير الضغط الجوي ودرجة الحرارة والنشاط الرياضي وفي حالة بعض الأمراض، كما تزداد حاجة الصغار إلى الفيتامينات.

ويرى مالح، وحاتم(2013) أن الفيتامينات توجد بكميات قليلة جداً في المواد الغذائية وهي عبارة عن مواد كيميائية أو مركبات عضوية يحتاج إليها الجسم بكميات من الميكروغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم، وهي تعمل كمنظم أو مساعد أنزيمات، وعلى الرغم من عدم تشابه الفيتامينات كيميائيا إلا أنها تتشابه وظيفياً، ويحصل الجسم البشري على الفيتامينات من مصادر حيوانية ومصادر نباتية إذ تكون داخل الجسم في حالات نادرة ولا تتراكم داخله، وقد أمكن تخليق كثير من الفيتامينات كيميائياً.

الأملاح المعدنية:

تشير صادق(2011) أن جميع الكائنات الحية تحتاج إلى عناصر غير عضوية تعرف بالعناصر المعدنية تستخدمها في العمليات الحيوية التي تتم داخل الخلايا، وهي مغذيات هامة عديدة لكل منها دور وظيفي لا غنى عنه يؤديه منفرداً أو مشتركاً مع غيره من العناصر المعدنية الأخرى، كما تحتوي أنسجة الكائنات الحية النباتية أو الحيوانية على العديد من العناصر المعدنية بكميات متباينة، فالبعض يحتوي على كميات كبيرة منها أو كميات قليلة أو غير محسوسه لكنها لها نفس الأهمية، فهي المسؤولة عن التركيب البنائي للأنسجة وتأمين سلامتها.

ويؤكد ذيابات، والجبور(2012) أن للمعادن شأن كبير في دوام حيا ة الإنسان علماً بأن جسم الإنسان يتركب من عناصر مختلفة من معادن واشباه معادن، لذلك فهو بحاجة مستمرة إلى تلك العناصر الضرورية، ولا سبيل إلى تدارك احتياجاته إلا من الهواء والماء والغذاء وما يمكن أن يصنعه بنفسه..

ويشير كماش(2011) أن الجسم يحتوي على ما لا يقل عن 31 عنصر كيميائي معروف منهم 24 عنصراً أساسياً لاستمرار حياة الإنسان هذه العناصر الأساسية تتحد مع بعضها بطرق مختلفة لتشكل تكوينات مختلفة داخل الجسم، ومن هذه العناصر ما هو عضوي أي عناصر غير معدنية يعتبر أكثرها وفرة في الجسم الأكسجين حيث تبلغ كميته حوالي 65% من وزن الجسم، أما باقي العناصر غير المعدنية فهي تشكل 31% من كتلة الجسم وهي الكربون(18.5%) والهيدروجين(10%) والنتروجين(3%).

وبالإضافة إلى العناصر العضوية الأكسجين والكربون والهيدروجين والنتروجين يتبقى نسبة 4% وهذه النسبة تحتوي على 22 عنصر معدني تسمى الأملاح المعدنية وهي تبدو في الجسم بكمية ضئيلة وكل منها يقوم بوظائف هامة وحيوية للخلية، وعلى سبيل المثال فإنها تدخل في تكوين الأنزيمات والهرمونات والفيتامينات وهي أيضاً توجد في العضلات والأنسجة الضامة في مختلف سوائل الجسم. ويشكل الكالسيوم والفسفور في الأسنان والعظام نسبة تبلغ 58%–85% من الحجم

الكلي للأملاح المعدنية بالجسم، بينما يكون كل من الصوديوم والبوتاسيوم والكلورين والكبريت والمغنيسيوم حوالي 24%.

أما الجزء الباقي من الأملاح المعدنية تشمل العناصر الإشعاعية وهي الحديد والزنك والسلينوم والمنجنيز واليود والنحاس والفلورين والكروم، كما يحتوي الجسم على كميات ضئيلة من الألمنيوم والفضة والقصدير والرصاص والباريوم والذهب.(كماش،2011)

ويؤكد مالح، وحاتم(2013) أن الأملاح المعدنية تعد جزءاً أساسيا وهاماً من مكونات الجسم ويحتاجها الجسم بكميات قليلة للحفاظ على الصحة و إدامة الحيا ة، وهي تختلف عن العناصر الأخرى بأنها عناصر (غير عضوية)، فالكثير من الأملاح المعدنية يقوم بعمليات حيوية ذات أهمية كبيرة للجسم، لذا فهي من الضروري أن تكون ضمن الوجبة الغذائية، ويقدر عدد العناصر المعدنية المعروفة والفعالة ب (21) عنصراً، كما ويوجد قسم آخر ولكن لم يكشف أو لم يفهم بعد دوره الوظيفي وفائدته للجسم، وتعد مواد فعالة كيميائياً بس ب امتلاكها شحنات سالبة وموجبة تؤثر في سلوكها البيولوجي ولا سيما امتصاصها من قبل الجهاز الهضمي وانتقالها إلى الجسم في الدم والسوائل، ويؤدي نقص هذه الأملاح لفترة طويلة إلى حدوث اختلال في عمليات البناء والوظائف للجسم، وتشكل الأملاح المعدنية حوالي 5% من وزن الجسم.

مصادر الأملاح المعدنية:

توجد الأملاح المعدنية في مياه الأنهار والبحيرات والمحيطات وعلى سطح التربة الأرضية وتحتها وتمتص جذور الأشجار والنبات بعضاً منها. حيث يتناولها بعد ذلك مع باقي المواد الغذائية وكذلك تصبح جزءاً من بناء الحيوانات، ويقتصر حصول الإنسان على الأملاح المعدنية من خلال الماء والطعام الذي يتناوله، ولذا فإن الوجبة الغذائية تحتوي على ما يحتاج إليه الإنسان من المواد المعدنية اللازمة لصحته و وظائفه الفسيولوجية(.كماش،2011).

فوائد الأملاح المعدنية:

يشير مالح، وحاتم(2013) أن للأملاح المعدنية فوائد نذكر منها:

_تدخل في تركيب خلايا الجسم من حيث(بناء الهيكل العظمي، والأسنان، والكالسيوم، وفسفور بناء كريات الدم الحمراء، والحديد، والهيموجلوبين).

_يقوم الصوديوم بتنظيم وتوازن السوائل في الجسم.

_تستخدم كعناصر منظمة لمستوى الحموضة والسوائل.

_إكساب السوائل خاصية الانتشار في الجسم والحفاظ على ضغطها.(ذيابات، والجبور،2012).

_التحكم في انقباض العضلات(صوديوم وبوتاسيوم).

_تساعد على عدم التجلط (كالسيوم).

_تدخل في تركيب الهرمونات(اليود، وهرمون الغدة الدرقية).

_إكساب المرونة للأنسجة.(ذيابات، والجبور،2012).

_تهيمن على عمليات التاكسد وتوليد الطاقة.

الأملاح المعدنية والنشاط الرياضي:

لا يؤدي تناول الأملاح المعدنية إلى تحسين مستوى الأداء الرياضي فحسب لكنه يفيد الرياضي في تعويض ما يفقده الجسم خلال عمليات التمثيل الغذائي، حيث إن نقص هذه الأملاح يمكن أن يؤثر على مستوى الأداء، وفيما يلي أهم هذه الأملاح المعدنية و وظائفها في الجسم.(كماش،2011).

وتشير مالح، وحاتم(2013) أن تناول الأملاح المعدنية لا يؤدي إلى تحسين مستوى الأداء الرياضي لكنه يفيد في تعويض ما يفقده الجسم خلال عمليات التمثيل الغذائي، إذ أن نقصها يمكن أن يؤثر على مستوى الأداء الرياضي. ونظراً إلى إرتفاع درجة حرارة الجسم كنتيجة لأداء النشاط

البدني في الأجواء الحارة وذلك يؤدي إلى إعاقة أنزيم(k+NA+,ATPase) والذي يكون مسؤول عن أحداث فرق الجهد ما بين داخل الخلية وخارجها لتمرير الإشارة العصبية وبالتالي انخفاض الانقباض العضلي وحدوث التعب والإرهاق، ولتخلص الجسم من الحرارة العالية الناتجة عن التدريب بالأجواء الحارة تحدث عملية التعرق التي تعتبر من أكفأ الآليات الفسيولوجية في الجسم، وذلك عن طريق إستثارة الغدد العرقية البالغة(2_3) مليوم غدة منتشرة على سطح الجلد بواسطة العصب السمبثاوي.

ويرى الباحث إلى ضرورة الاهتمام بعنصر التغذية في الجامعات الفلسطينية وكليات التربية الرياضية، وذلك عن طريق توجيه الطلاب نحو الأغذية الصحية والمتوازنة والتي تناسب طبيعة النشاط الممارس، وكذلك إعطاء برامج غذائية للطلاب سواء لزيادة أو نقصان الوزن، حسب وزن اللاعب ومدى ملائمته لطبيعة اللعبة التي يمارسها، وتوجه الطلاب أن هناك أنواع من الأغذية يجب أن نتاولها بكثرة عن المواد الأخرى في بعض الرياضات مثل كمال الأجسام مثلاً. وكذلك الاهتمام بوجبة قبل المباراه أو التدريب مرتفع الشدة . وكما يشير سلامة(2002) أن تتضمن هذه الوجبة مستوى طبيعي من جلوكوز الدم ولا بد أن تسعى إلى إحداث زيادة طفيفة في جلايكوجين العضلات ولا بد أن تحقق منع الشعور بالجوع أو العطش.

وأن تحتوي بشكل أساسي على الكربوهيدرات نظراً لسهولة هضمها، وذلك مثل البطاطس ، والحبوب، والخبز ، والأرز، بالإضافة أن تناول مثل هذه الأنواع لا يعطي شعور بالعطش، و أن نتناول هذه الوجبة قبل 3 ساعات من المباراه أو التدريب.

الكالسيوم:

إنه أكثر العناصر المعدنية تواجداً في جسم الإنسان فهو يشكل ما يقارب من (1,5–2%) من وزن الجسم تقريباً، إذ يوجد ما يقارب(99%) منه مترسباً في العظام والأسنان، بينما (1%) منه يوجد في بلازما الدم وسوائل الجسم الأخرى.(عبد مالح، وحاتم،2013).

ويتفق كل من ذيابات، والجبور(2012)، ومالح، وحاتم(2013)، أن الكالسيوم عنصر هام جداً ويعتمد على هذا العنصر في بناء الأسنان والعظام لذلك فالصغار هم بأمس الحاجة إليه لبناء عظامهم ويظهر التشوه في النمو حال افتقارهم لهذا العنصر. كما أن الأم الحامل بحاجة ماسة إلى كمية إضافية من هذا العنصر لأن الجنين يستمد غذاءه من الأم وخاصة في أواخر شهر الحمل وأيضاً الرضع. وإن افتقار الجسم لهذا العنصر العنصر يسبب نخر الأسنان وتقوس العظام والكساح وانحطاط في قوة العضلات وتشنجها وآلام عصبية وغير ذلك مما يؤثر على الصغار والكبار ومن جهة اخرى فإن وجود مادة الكالسيوم في الدم ضروري لعملية التخثر في حالة النزف، لأن الكالسيوم ينشط الخميرة الخاصة التي تعرف باسم(ترومبين) وهي خميرة التخثر إضافة إلى ضرورة الكلس لخلايا الجسم لمساعدته على أداء وظائفه على الوجه الأكمل وبخاصة الجهاز الهضمي والجهاز الدوري إن تأثيره واضح على انقباض عضلات القلب.

الصوديوم:

إن عنصر الصوديوم موجود في الطبيعة كمركبات عديدة منها كلور الصوديوم(ملح طعام) إن هذا الملح ضرورة من ضروريات الحياة فهو يشكل جزاءاً من مادة البروتبلازما الحيوية في خلايا الكائنات الحية كما أن وجوده لازم بكمية معينة في جميع السوائل الداخلية الحيوية لاستمرار الحياة حتى إذا انخفضت الكمية اللازمة للجسم أو أوشكت جاء الإنذار ينادي بتدارك هذا الخطر لتزويد الجسم بهذا العنصر.ولما كان الإنسان يفقد قسماً منه عن طريق الإفرازات المطروحة من الجسم صار لازماً تعويض ما فقد عن طريق الطعام المحتوي عل الملح أو بتناول الملح ذاته على أن يلتزم باستهلاك هذه المادة بالمقدار اللازم.(ذيابات، والجبور،2012).

ويرى مالح، وحاتم(2013) أن الصوديوم من الأملاح الضرورية الموجبه الموجودة بنسب كبيرة خارج الخلية في الدم. أو هو المعدن الأكثر تأثراً بالتدريب الرياضي وإن أي نقص فيه يمكن أن يضعف الأداء عند الجهد البدني.إذ تبلغ نسبته في الجسم 64 غم ويحتاج الشخص الذي يتراوح عمره ما بين (15–90) عاماً إلى ما يقارب (1100–3200) ملي غرام يومياً فهو ضروري لنقل الإشارات في الأنسجة العضلية والعصبية فيشكل بحركته دوراً مهماً في توازن السوائل و الأملاح

ويحدث فقدان الصوديوم من الجسم من جراء التعرق المفرد والإدرار والحروق. ويوجد الصوديوم مرتبطاً مع الكلوريد والكربونات الحامضية في تنظيم توازن حامض قاعدة، إن الوظيفة المهمة للصوديوم هي المحافظة على الضغط التنافذي لسائل الجسم وعليه حماية الجسم من فقدان السائل بكمية كبيرة.

البوتاسيوم:

عنصر البوتاسيوم ضروري لل؟أعصاب والقلب والشرايين والعضلات كما أن له شأناً كبيراً في تعديل الأحماض الضارة بالجسم لكن الإفراط فيه قد يؤدي إلى مضايقات ومضار للإنسان، وإن الإفراط في تناول عنصري البوتاسيوم والصوديوم قد يؤدي إلى نقص أملاح معدنية أخرى مما يفتقر إليها الجسم.فإن عنصر البوتاسيوم له أهمية عنصر الصوديوم فكما أن ملح الطعام موجود في السوائل الطبيعية المختلفة في الجسم كذلك فإن عنصر البوتاسيوم موجود في خلايا العضلات وكريات الدم وغيرها.(ذيابات، والجبور،2012).

علاقة الصوديوم والبوتاسيوم والكلور:

يرتبط الصوديوم والبوتاسيوم والكلور بعضها ببعض بعلاقة قوية لترابط وظائفها بالجسم ، إذ يعتمد كل منهما على الآخر لتصبح الوظائف متكاملة في غاية الأهمية بصفة عامة وللرياضيين بصفة خاصة، ليصبح كل منهما كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم. ويحتاج جسم الإنسان يومياً إلى(8-15)غم كلوريد الصوديوم،(3-4) غم كلوريد البوتاسيوم، وتزيد هذه الكمية عند ممارسة التدريب. كما أن المصادر الغذائية للصوديوم والبوتاسيوم هي: (البرتقال، وباقي الموالح على شكل عصير من أغنى المصادر الطبيعية، الخضراوات الطازجة،المانجا، الطماطم، الفراولة، الموز)، (مالح،وحاتم،2013).

الفسفور:

الفسفور عنصر هام لبناء ثلاثي أدينوزين الفوسفات والفسفوكرياتين وهي المركبات المسئولة عن انتاج الطاقة بالجسم، حيث إن التحول الفسفوري للجلوكوز هو الخطوة الأولى للتمثيل الغذائي له

كما يقوم الفسفور بمعادلة زيادة حامض اللاكتيك كمنظم حيوي في الدم، وتقوم كثير من الفيتامينات من مجموعة B المركب بوظائفها متعاونة مع الفسفور، ولذا فإن نقص الفسفور يؤثر على أداء اللاعب ويجب أن يتناول اللاعب مقدار 400–800 ملليجرام يومياً من الفسفور.ويوجد الفسفور في اللحوم والأسماك والبيض واللبن والجبن والبقول والبندق.(إبراهيم، وكماش،2010).

ويرى ذيابات، والجبور(2012) أن للفسفور أهمية قصوى إلى جانب أهميته في تكوين العظام والأسنان، كما أنه يلعب دوراً هاماً في النمو وفي العمليات التي تستخلص الطاقة من العناصر الغذائية، وأنه ضروري لتثبيت تركيب سوائل الجسم الضرورية للحياة ويدخل في تركيب الأنسجة المختلفة ويساعد على ترسب مادة الكالسيوم في العظام وهو المغذي للمخ كما أنه عنصر هام أساسي في تركيب بلازما الدم فهو المقوي للذاكرة والمنشط للأعصاب.

الحديد:

يؤدي نقص الحديد إلى حدوث فقر الدم(الأنيميا) حيث يقل مستوى هيموجلوبين الدم وهو المسئول عن نقل الأكسجين إلى العضلات، وبذلك يقل مستوى تحمل اللاعب، وقد لاحظ بعض الباحثين نقص الحديد لدى اللاعبات أثناء فترات التدريب مرتفعة الشدة، وقد اتضح أن حوالي 30% من اللاعبات بالولايات المتحدة الأمريكية يعانين من نقص الحديد. ويوجد الحديد بكمية كافية لدى البنات في سن الثامنة حتى مرحلة البلوغ، حيث تؤثر كمية الدم التي يفقدها الجسم أثناء العادة الشهرية على محتوى الحديد في الجسم، وتحتاج الإناث يومياً إلى 18 ملليجرام، بينما يحتاج الرجل إلى 12 ملليجرام، وتحتوي الوجبة الغذائية على حوالي 6 ملليجرام لكل 1000سعر حراري يوجد ، ويوجد الحديد في الكبد واللحم الأحمر والخضراوات والبيض.(إبراهيم، وكماش،2010).

الإحماء:

تشير روفائيل (1987) أن الإحماء هو وسيلة لتهيئة وإعداد جميع أجهزة الجسم مختلفة النشاط الذي سيقوم به الفرد فهو يعتبر عاملاً أساسياً لرفع مستوى الأداء، كما أن للإحماء أهميته القصوى في تحقيق النتائج والأرقام العالمية في المباريات والمسابقات، كما أنه وسيلة هامة للوقاية من الإصابات. ذلك لأن الإحماء يحدث تكيفاً لأجهزة الجسم المختلفة لمتطلبات العمل وذلك بتنشيط الدورة الدموية والتنفسية ليزيد من سرعة ورود الدم للعضلة ورفع درجة حرارة الجسم ليسهل حدوث التفاعلات الكيميائية وتهيئة العضلات والمفاصل ومرونتها والإرتفاع بالمستوى الذي يؤهله للقيام بالنشاط الرياضي بكفاءة أعلى دون إجهاد كما أنه أيضاً وسيلة لتهيئة وإعداد اللاعب نفسياً للأداء الرياضي.

ويبدأ بالإحماء العام ثم الإحماء التخصصي، فعندما يصل اللاعب إلى درجة مناسبة من تهيئة جميع أجهزة الجسم عامة يؤدي الإحماء الخاص ذات طابع مميز لما يحدث في النشاط الرياضي أو المنافسة وذلك للإحساس بالعمل العضلي اللازم لمتطلبات التدريب أو المباراة وذلك لرفع مستوى كفاءة اللاعب.

وعند تأدية الإحماء يراعى السن ، والجنس ، وحجم الجسم ، والنشاط المبذول ، مع مراعاة الفروق الفردية ومستوى لياقة اللاعب ، ودرجة حرارة الجو ، وكمية الطعام المتناول ، والانفعالات النفسية والحالة العاطفية، بحيث لا تزيد مدة الإحماء أطول من اللازم حتى لا يؤدي إلى استهلاك جزء كبير من مركبات الطاقة العالية المخزونة في العضلات وبالتالي تلقي عبأً على الجهازين الدوري والتنفسي مما يقلل من الكفاءة أثناء ممارسة التدريب كما يؤدي إلى سرعة الشعور بالتعب وهبوط مستوى الأداء الذي من الممكن أن يؤدي للتعرض للإصابة.(روفائيل،1987)

ويتفق كل من زاهر(2004)، والقدومي (2003) أن الإحماء يعمل على استعداد الأجهزة الفسيولوجية والنفسية لاستقبال النشاط الحركي والوصول إلى حالة الإعداد النفسي لنوع النشاط المقبل، وذلك عن طريق تحقيق قدر كافٍ من الإحساس الحركي الذي يؤثر على الأداء العضلي العصبي ويحقق درجة الاستعداد المطلوبة.

والإحماء بتمرينات الإطالة أو التدليك يساعد على زيادة المرونة العامة للجسم ويقلل من الإصابات. وعن طريق الإحماء أيضاً ترتفع درجة حرارة الجسم مما يرفع من درجة حرارة الخلية فتزداد أيضاً و بالتالي سرعة التمثيل الغذائي مما يساعد على تحسين إمداد الجسم بالأكسجين وبالتالي تحسين الأداء بنسبة كبيرة.

يجب أن تتراوح فترة الإحماء ما بين 15–30 دقيقة، وهذا يتوقف على درجة حرارة الجو والملابس التي يرتديها اللاعب ونوع النشاط المقبل وسن اللاعب(يزداد وقت الإحماء بازدياد السن) وقد ثبت من دراسات سابقة أن 15دقيقة لها نتائج أكثر إيجابية على المستوى الأداء بالمقارنة ب 5ق إحماء.(زاهر، 2004)

وهناك نوعان من الإحماء، إحماء عام أو غير مرتبط وهو يشتمل على الأنشطة التي تعمل على التدفئة العامة للجسم من دون التعرض لمهارات النشاط المقبل مثل الجري الخفيف وتمرينات الإطالة المتدرجة وتمرينات الإعداد البدني العام، وهذه التمرينات يجب أن تكون على درجة من الشدة والوقت الكافي لرفع درجة الحرارة في الألياف العضلية من دون الوصول إلى درجة حرارة الجسم.

وإحماء خاص أو مرتبط وهو يشتمل على الحركات المتشابهة لمهارات النشاط المقبل وتأتي بعد التدفئة العامة ويجب أن تكون متدرجة حتى تصل في النهاية إلى درجة الأداء الحقيقي.

ونظرا لأهمية الإحماء في التدريب والمنافسات ظهرت أساليب متعددة للإحماء، منها ما هو إيجابي نشط (Active) ويتضمن تمارين الإطالة والهرولة والجري، ومنها ما هو سلبي (passive) دون القيام بأي حركة، والاعتماد على عوامل خارجية مثل: الحمام الساخن (Hot shwers) والكمادات الساخنة.(قدومي، 2003)

ويؤكد أبو العلا (1984) إلى ضرورة توعية اللاعبين بالامتناع عن استخدام المراهم الخاصة بتخفيف الآلام وغيرها من الدهانات والكريمات الشائعة للاستخدام في عمليات الإحماء.

إنطلاقة تفسيرية تقول بأن تلك الدهانات والكريمات إنما تؤدي إلى تدفئة الطبقات السطحية من الجلد والأنسجة السطحية، نتيجة تمدد الأوعية الدموية وتدفق واندفاع الدم الشرياني إلى السطح بتأثير المسح وبتأثير ما تحتويه تلك الدهانات من مواد كيماوية، يتأتى ذلك على حساب كمية الدم في العضلات الإرادية التي تقل كميتها نسبياً مما قد يؤدي ولو بنسبة ضئيلة جداً إلى احتمال حدوث التمزقات العضلية وبصفة خاصة في بداية المباريات، وتزيد نسبة احتمال الإصابة إذا ما أهمل اللاعبون في عملية الإحماء البدنية والفنية.

على النقيض مما هو شائع يوصى بأن يتعرض اللاعبون لمياه الدش الباردة وخاصة في فصل الشتاء وذلك مدة لا تتجاوز 5 دقائق. يتأتى تفسير ذلك من واقع نتائج البحوث الفسيولوجية التجريبية التي أثبتت أن تعرض اللاعبون لرذاذ الماء البارد المتساقط بقوة وشدة إنما يؤدي إلى إحداث ما يشبه عملية النقر ذات التأثير التنبيهي لكل من الجهازين العصبي والعضلي وهو الأمر المطلوب حدوثه قبيل المباريات ، و من جانب آخر تؤثر البرودة التي يتعرض لها الجلد على الأعصاب الحسية المارة به والتي تعمل بدورها على تنبيه الجهاز العصبي السمبتاوي ويتأتى تأثير ذلك على أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة.

ويشير جلال الدين(2005) أن الإحماء يؤدي إلى:

-زيادة المدى الحركي.

-تنامي فاعلية الحركة.

-انحسار احتمالات الخطورة.

-انحسار احتمالات الإصابة الناتجة عن الاستخدام الزائد.

-تحسن مستوى الإعداد النفسي.

-تحسن الأداء الحركي.

-انحسار احتمالات خطورة التعرض لحدوث مشكلات بجهاز القلب الوعائي أثناء التدريب.

ويرى الباحث أنه من الضروري القيام بعملية الإحماء قبل ممارسة النشاط الرياضي والتركيز على الإحماء بحضور وتوجيه من المشرف على النشاط الرياضي، وأن لا يترك الطلاب يقوموا بالإحماء وحدهم، وأن يكون الإحماء شامل لجميع عضلات الجسم حتى يهيئ الطلبة للدخول في جو الدرس أو التدريب.

العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين:

العلاج الطبيعي هو العلاج بقوة الطبيعة، ويعني استخدام وسائل وتقنيات متعددة من م آخذ الطبيعة طورت بما يتناسب والخلل التركيبي الوظيفي الحاصل بعد الإصابة أو المرض أو الإعاقة، حيث يتم استخدام الوسائل الطبيعية من حرارة وماء وكهرباء وحركة بعد تقنينها لتتلائم مع الإصابة الحاصلة.

لقد شهدت السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً وتنوعاً في الوسائل والتقنيات المستخدمة في العلاج الطبيعي، وذلك لكون هذا العلاج لا يترتب من جراء استخدامه أي أعراض جانبية ويمكن استخدامه لكافة الأعمار والمراحل ولمختلف أنواع الإصابات والأمراض والإعاقات ولكافة أنحاء الجسم، ويشمل العلاج الطبيعي وسائل عديدة ومختلفة ويهدف إلى بلوغ أقصى مستوى في إعادة تأهيل المصابين والرجوع لممارسة الأنشطة الرياضية أو لإعادة تأهيل غير الرياضيين من المصابين. (محمد،2008).

ويتفق كل من النماس(1996)، ومحمد(2008) أنه من المصادر الهامة في العلاج الطبيعي ما يلي:

-العلاج بالتبريد وهو استخدام الحرارة المنخفضة في علاج الإصابات لتخفيف الألم والتورم والشد، ومن أهم هذه العلاجات الثلج، والماء البارد، والمساج باستخدام الثلج وغيرها.

ويستخدم العلاج بالثلج من 24_72 ساعة بعد الإصابة لأنها تخفف الألم والإلتهاب والتخلص من الورم وتحفيز الحركة والقضاء على الشد العضلي، ويجب أن لا تزيد مدة وضع الثلج عن 12 دقيقة في الإصابات الحادة ويمكن تكرارها بعد فترة راحة مناسبة ولمدة زمنية أقل. شكل(27).

الشكل (27) العلاج بالثلج هو إحدى أنواع العلاج بالتبريدwww.forum.uaewomen.net).

_العلاج بالحرارة ومصادرها كثيرة مثل الماء الساخن، شمع البرافين،الطين الساخن،الأشعة تحت الحمراء، والأشعة فوق الصوتية ، والأشعة فوق البنفسجية وغيرها، وتعم ل هذه الوسائل على زيادة نشاط الدورة الدموية وزيادة عمليات التمثيل الغذائي، والعلاج بالحرارة من أكثر الوسائل المستخدمة في العلاج الطبيعي لتخفيف الألم وخاصة في حالات الشد العضلي، وتحدث تغيرات وظيفية متعددة نتيجة استخدام التسخين السطحي أو العميق لأنسجة الجسم المختلفة، ومن أجل الوصول إلى أقصى تأثير علاجي للحرارة، فالحرارة العلاجية للأنسجة يجب أن تكون بين 40_45 درجة مئوية.إذ تعمل على تدفق الدم في المنطقة المراد علاجها، ويجب الحذر من زيادة الحرارة عن هذا المعدل لأن ذلك يؤدي إلى الحرق. فالموجات فوق الصوتية تعطي أثراً ميكانيكيا عن طريق الذبذبات المرسلة الدقيقة التي تعمل على تحطيم الندب والتجمعات الكلسية النسيجية، وتحرر هذه المناطق من جميع الشوائب العالقة والمعوقة للدورة الدموية. شكل رقم (28).

الشكل (28) شمع البرافين من وسائل العلاج بالحرارة من(www.forum.uaewomen.net).

_العلاج باالكهرباء ويهدف العلاج بالكهرباء إلى تسخين المنطقة ، وتقليل الألم، وتحفيز شفاء الجروح، وإعادة التأهيل الحركي للعضلة، وفيه تستخدم أنواع كثيرة من التيارات الكهربائية المختلفة (تيار فرداي،تيار قلفان، وتيار برنارد) في علاج الحالات والإصابات وخصوصاً العضلات والأعصاب. ويستخدم هذا العلاج ما بعد جراحة العظام والمفاصل. شكل رقم (29).

الشكل (29) العلاج بالكهرباء من(www.aldawadmi.net).

التدليك الرياضي:

التطور التاريخي للتدليك:

ارتبط التدليك بالفطرة الإنسانيه، فطبيعة الأمومة تجعل الأم تحنو بتدليك جسد وليدها كنوع من التهدئة والراحة وبث الطمأنينه والأسترخاء لديه ، ونفس الدافع يجعل أم الحيوان تلعق جسد صغيرها لتحقق نفس الغرض.

فالشعوب الإنسانية من قديم الأزل كانت تستخدم التدليك كوسيلة استرخائية وتطورت لتكون إستشفائية وعلاجية، وقد ظهرت الآثار المصرية القديمة من عهد الأسر الملكية، أي قبل 9000 سنه قبل الميلاد أن التدليك بـأنواعه استخدم في الأغراض العلاجية، وعلى مدار العصور انتقلت هذه المهارة إلى اليونان منذ القرن التاسع عشر قبل الميلاد واستطاع كهنة اليونان التعرف على فنون التدليك وقاموا بتطويره. (رضوان ، وعبد الحميد،2009).

ويشير العالم، ونور الدين(2005) أن الصين تفوقت في فن التدليك والتمرينات العلاجية، ويعتبر الكتاب الصيني (كونج فو) الذي صدر في عام (2698) قبل الميلاد من أقدم الأعمال العلمية المتطورة في فن التدليك، وكان الأطباء الصينيون يستخدمون التدليك في زيادة النشاط لدى المرضى ولتحسين الدورة الدموية والهضم، وفي التأثير على الجهاز العصبي والتنفسي وما شابه ذلك، غير أنه مع انتشار المسيحية في أوروبا بدأوا في التقليل من الاهتمام بالطب والرياضة، وبدأ الكثير مما توصلت إليه مصر، والصين، واليونان، وبلدان الشرق الأقصى في مجال التدليك يدخل في عالم النسيان.

بينما تشير روفائيل، والخربوطلي (1995) أنه في القرن التاسع عشر ظهر تطور كبير في العلوم والطب وبالتالي في التدليك، فقد اهتم أطباء جيش نابليون بالحمامات البخارية التركية في مصر وبعدها انتشر التدليك في إنجلترا لعلاج الروماتزيم وقد ظهرت مدارس كثيرة منها مدرسة لنج بالسويد،ثم ظهر التدليك الرياضي في بداية القرن العشرين، فكانوا يقومون بدهان وتدليك أجسام اللاعبين قبل المباراه وكان يقوم بتلك العملية نوع معين من أطباء الرياضة.

ويؤكد رضوان ، وعبد الحميد(2009) والعالم ، ونور الدين(2005) أن التدليك في أوائل القرن العشرين أخذ اتجاهين مستقلين: التدليك الرياضي والتدليك العلاجي الذي انتشر بصورة واسعة في وقتنا الحاضر وأصبح جزءاً مكملاً للعلاج، وفي أولمبياد باريس عام 1900 استطاع خبراء التدليك تقديم خبراتهم الفنية والعلمية في مجال التدليك الرياضي وإحلال في إعداد اللاعبين بدلاً من الراحة السلبية خلال المنافسات وحققوا نتائج باهرة في القضاء على التعب والإسهام في زيادة ورفع مستوى الكفاءة البدنية، كما تم في أولمبياد الدورة الخامسة في السويد باستخدام التدليك بنجاح في القضاء على الإرهاق وزيادة كفاءة أداء الحركات الرياضية وبالتدريج مع تطور الرياضة في الدول المختلفة بدأ الاهتداء للتدليك في النشاط الرياضي، ومع تطور وتقدم علم التدليك في جميع أنحاء العالم، أنشئت أقسام خاصة به في جميع معاهد إعداد الرياضيين في الدول المتقدمة و أصبح له مكانه كبيرة وأهمية عظيمة، وأصبح جزءاً لا يتجزأ من خطة التدريب الرياضي و إعداد الرياضيين بين جميع الأنشطة الرياضية المختلفة.

القواعد العامة للتدليك:

يتفق كل من روفائيل، والخربوطي (1995)، ورضوان، وعبد الحميد(2009) أن القواعد العامة للتدليك كالآتي:

_أن تكون في مكان هادئ وبعيداً عن الضوضاء.

_يجب أن يتم التدليك في حرارة الجسم الطبيعية وهي 37 درجة، وفي حالة إرتفاعها بدءاً من 37.5 درجة يجب التوقف عن التدليك.

_أن تحتوي الحجرة على مناضد خاصة للتدليك إرتفاعها 90 سم وعرضها 75 سم.

_يستحسن وجود ساعة حائط لمعرفة المدة الزمنية لعمل التدليك، وأن تكون مواجه للمدلك.

_يكون تدليك الظهر في وضع الإنبطاح على الصدر.

_ يتم تدليك منطقه الصدر والبطن من وضع الرقود على الظهر، مع ضمان الإرتخاء الكامل للعضلات مع ثني الركبتين نصفاً، وذلك بوضع وسائد خاصة بذلك.

_أن يتم التدليك والمدلك في وضع الوقوف كلما أمكن ذلك.

_تدليك الرقبة يكون من وضع الجلوس للفرد.

_القدرة على الانتقال من حركة إلى أخرى ومن مكان إلى آخر على جسم الفرد دون توقف محققاً الإنسيابية في الأداء.

_تغطية أجزاء الجسم التي تم الإنتهاء من تدليكها.

الحالات التي يمنع فيها استخدام التدليك:

هناك حالات يجب فيها التوقف عن عملية التدليك لما قد تسببه من أعراض خطيرة للشخص الذي يتم تدليكه ومن هذه الحالات إلتهاب الأوردة والجلطة الدموية و أمراض الدم، وكذلك حالات الأمراض الجلدية وحالات الحمى و إرتفاع درجات الحرارة وكذلك الأورام الخبيثة وحالات التعب الشديد بعد مجهود رياضي عنيف ، وحالات النزيف ، والأمراض العصبية. العالم، ونور الدين(2005)، وكذلك يبين روفائيل والخربوطلي(1995) أن من الحالات التي يمنع فيها التدليك أن يكون هناك حصوات في المثانه والتمزق القطعي الذي يحدث في ألياف العضلة وكذلك حالات الكسور الحديثة التي لم تلتئم بعد والجروح المفتوحة وحالات نزيف المخ أو البطن أو الرئتين.

بينما يؤكد رضوان ، وعبد الحميد(2009) أن من أهم أسباب عدم التدليك عدم توفر المدلك المؤهل بالخبرة العلمية والعملية، وبعد العمليات الجراحية وعدم توفر الرغبة أو الاستعداد لدى الشخص الذي يحتاج عملية التدليك وكذلك حالات الفتق وحصى المرارة ، والشعر الكثيف على الجسم او اذا كانت البشرة سريعة التهيج والهيجان.

فوائد التدليك:

يشير رضوان، وعبد الحميد (2009) أن فوائد التدليك هي:

_تحسين الدورة الدموية والتمثيل الغذائي.

_تنمية مرونة العضلات والمفاصل وتقليل التصلبات بها.

_مساعدة العمليات الإيجابية في مساعدة المرضى والمصابين.

_التهيئه البدنية لبذل المجهود البدني خلال المنافسة.

_استعادة العضلات لنغمتها وقوتها وسرعة العودة لحالة الشفاء.

_التأثيرات الإيجابية على الجهاز الدوري والعصبي.

أنواع التدليك:

يعرف التدليك بـأنه مجموعة من الأساليب تستخدم بهدف الت أثير الميكانيكي المقنن بالضغط أو الاهتزتز المباشر على سطح الجسم بواسطه اليدين أو الأجهزة سواء في الهواء أو الماء موضعياً أو كلياً.رضوان، وعبد الحميد(2009)، بينما تعرفة روفائيل، والخربوطلي (1995) بأنه الإتصال الذي يحدث بين يدي المدلك فوق الطبقة الجلدية لجسم الرياضي، وذلك بواسطة الحركات المختلفة التي تؤدي بدرجة من السرعة تختلف إحداها عن الأخرى.

بينما يعرفة الباحث بانه التاثير الفعال على اعضاء واجهزة الجسم المختلفة ورفع قدرة هذه الاعضاء على مقاومة التعب،كما انه وسيلة علاجية ووسيلة لاستعادة القوة.

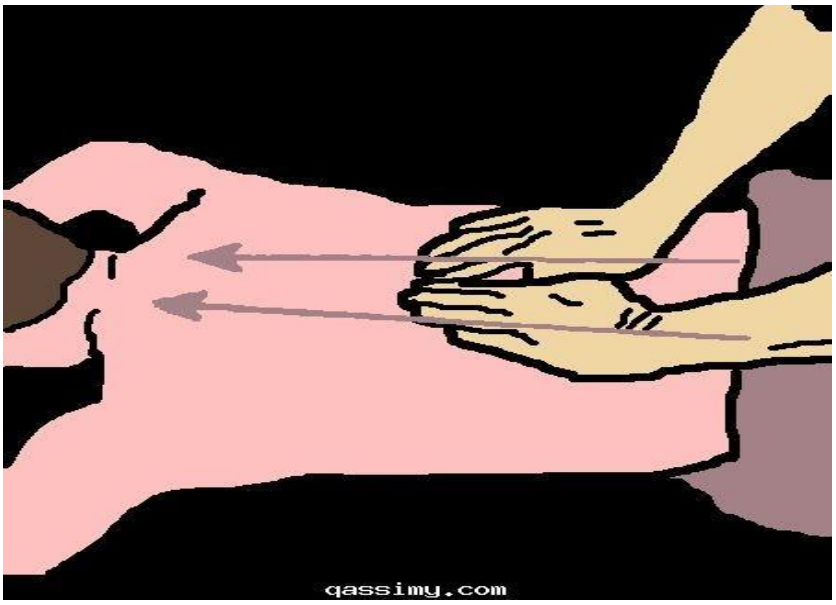
التدليك المسحي:

التدليك المسحي أكثر انتشاراً بالنسبة لجميع أنواع التدليك الرياضي والعلاجي والصحي، وهو عبارة عن حركة خفيفة سطحية تؤد ى بباطن اليد المرتخية و يكون الإبهام معها منفصلة عن باقي

الأصابع بزاوية كبيرة، والأصابع الأربعة الأخرى ملتصقة ببعض، ويجب أن تضم اليد أكبر مساحة ممكنه من الجسم، وتؤد ى حركة التدليك المسحي في هدوء و إيقاع وخفة بحيث تنزلق اليد (أو اليدان) فوق الجسم بسهولة مع مراعاه تجنب وجود ثنية في الجلد أمام اليد المدلكه.

وتكمن أهمية التدليك المسحي في إزالة التوتر العصبي ومع استمرار التدليك المسحي لفترة زمنية طويله فإنها ستؤدي إلى إزالة الإحساس بالألم ولذلك يستخدم في التدليك العلاجي، وعلى مناطق المنعكسات كالرقبة وأعلى الصدر والبطن حيث يكون لها تـأثير انعكاسي علاجي على الأعضاء الداخلية والأنسجة المختلفة. (رضوان،وعبد الحميد،2009).

بينما يشير العالم، و نور الدين(2005) أن التدليك المسحي له تـأثيرات فسيولوجيه كثيرة ومتعددة وله تـأثير مباشر على الجلد فيرفع درجة الحرارة الموضعية للجزء المدلك، وهذا يسبب إحساساً مريحاً بالدفء، كما أنه أثناء التدليك يحدث اتساع للأوعية الدموية فيسبب تدفق الدم الشرياني للجزء المدلك وهذا بدورهيساعد في توزيع الدم إلى الجسم، كما يعمل التدليك المسحي على تهدئة الجهاز العصبي وارتخاء العضلات ويخفف الألم في منطقة الإصابة، كما يعمل على تجديد الطبقات السطحية من الجلد وكذلك يحسن وظائف الغدد الدهنية، كما يساعد التدليك المسحي على تدفق الدم الوريدي واليمفاوي مما يساعد على إزالة ظهور أي إحساس بالخمول وينشط حيوية الجلد والألياف العضلية ويحسن مرونة ومطاطية الجلد. شكل رقم(30)



الشكل (30) التدليك المسحي عن(www.forum.mn66.com).

أنواع التدليك المسحي:

يتفق كل من العالم، ونور الدين(2005)، ورضوان ، وعبد الحميد(2009) بـأن أنواع التدليك المسحي هي:

_التدليك المسحي الطولي بيد واحدة:

هذا النوع من التدليك يقف فيه المدلك في وضع خلفي قليلاً بالنسبة للجزء المدلك، وخاصة عند تدليك الطرف السفلي توضع اليد على العضلة المراد تدليكها في وضع عرضي مع ملاحظة أن يكون الإصبع الكبير متجهاً قليلاً للجنب ومنفرجاً عن باقي الأصابع وتلتصق اليد بالعضلة المدلكة ويحيطها بخفة متجهاً أماماً ولأعلى في اتجاه المركز الرئيسي للدورة الدموية. يلاحظ أن تكون الحركة سليمة انسيابية حتى تنتهي قرب التجمع الليمفاوي الأقرب، ثم تتجه ثانياً للوضع الابتدائي وتكرر الحركة عدة مرات؛ فمثلاً تدليك العضلة الساقية تبدأ بوتر العرقوب ومتجهاً لأعلى حتى مفصل الركبة وتكرر الحركة ثانياً.

- التدليك المسحي الطولي باليدين:

يبدأ التدليك بإحدى اليدين وتتبعها اليد الأخرى بدون توقف حيث تعمل هذه الأنواع من التدليك المسحي أساساً على العضلات الطولية(عضلات الساق الخلفية-عضلات الفخذ الأمامية والخلفية- عضلات الساعد- عضلات الظهر- عضلات اليد)، ويتخذ المدلك الوضع السابق بالنسبة للجزء المدلَّك.

- التدليك المسحي الاهتزازي بيد واحدة:

يتطلب هذا النوع من التدليك خبرة ومرانا جيداً من المدلك لعمل حركة اهتزازية تمويجية في الاتجاه الطولي للعضلة متجهاً لأعلى، ويجب أن تظل الحركة توقيتية منتظمة بدون حدوث أية حركات مفاجئة للعضلة ويجب أن تكون يد المدلك حرة الحركة في مفصل الرسغ ويتخذ المدلك الوضع السابق بالنسبة للجزء المدلك.

- التدليك المسحي باليدين بالتناوب:

يقف المدلك في وضع مستعرض بالنسبة للجزء المدلَّك عند التدليك المسحي، وتتم الحركة بدون توقف، وعندما تنتهي إحدى يدى المدلك من حركة المسح تبدأ اليد الأخرى بالتناوب واستمرارية الحركة التي يقع عليها أهمية التأثير لهذه الأنواع.

يلاحظ في التدليك المسحي بالتناوب أن إحدى اليدين تتجه للاتجاه الأمامي واليد الأخرى في اتجاه العكسي، وعندما تنتهي اليد الأولى من حركة المسح تنتقل اليد الثانية بالتوالي فوقها وتعاد الحركة المسحية ثانية.

- التدليك المسحي المركب:

يستعمل هذا النوع من التدليك كثيراً في التدليك الرياضي، ويعتبر كنوع من التدليك المسحي بالتناوب عندما تؤدي اليد اليمنى حركة اهتزازية وتؤدي اليد اليسرى مسحاً طولياً، ويلاحظ في هذا النوع أن تؤدى الحركة الاهتزازية دائماً باليد اليمنى سواء في اتجاه أمامي أو خلفي كما في التدليك المسحي المركب، وتتبع اليد وراء الأخرى بدون توقف ويؤدى هذا النوع على جميع العضلات الطولية كما في الأنواع السابقة.

- التدليك المسحي الدائري:

يؤدى هذا النوع على المفاصل الكبيرة في الجسم مثل مفصل الركبة- مفصل القدم- مفصل الكتف- مفصل المرفق- بحيث يضع المدلك كلتا اليدين على المفصل المراد تدليكه بقدر الإمكان متقاربين ثم يقوم المدلك بحركة المسح للمفاصل على شكل رقم 8. يؤدى التدليك المسحي في أوضاع التدليك الأساسية إما في وضع النوم على الظهر أو البطن وعند تدليك مفصل الكتف فيمكن أن يؤدَّى والمدلك في وضع الجلوس.

بجانب هذه الأنواع الأساسية من التدليك المسحي توجد أنواع أخرى تكميلية من المسح وتعمل غالباً هذه الأنواع على العضلات الرفيعة وكذا العريضة وبيد واحدة أو باليدين كما يمكن أداء حركة المسح بواسطة الإصبع الكبير.

التدليك الدعكي:

يتفق كل من العالم، ونور الدين(2005)، ورضوان، وعبد الحميد(2009)، بأن التدليك الدعكي يعتبر الطريقة الثانية لأنواع التدليك اليدوي وهو منتشر في الت ديك العلاجي والرياضي ويستعمل خاصة في المفاصل والأوتار والأربطة، كما يستعمل في التدليك العلاجي في حالات الالتصاق والالتئام وليس مقتصراً على ذلك فقط بل يستعمل كذلك في تدليك بعض عضلات الجسم وخاصة العضلات العميقة والسطحية الرفيعة مثل العضلات بين الاضلاع، عضلات المنطقة القطنية والعجزية، وعضلات اللوح، وعضلات القدم.وكذلك يؤدي على البشرة(حالات الإلتهابات العصبية، والحروق، وأمراض الجلد الأخرى وكذلك التدليك التجميلي)، وبعد العمليات الجراحية وذلك منعاً لالتحام البشرة بالأنسجة السفلية أو توسيع الندبات.

ويشير رضوان، وعبد الحميد(2009)، إلى أن التدليك الدعكي يؤدي بقوة وبضغط شديد على الأنسجة المدلكة. ومن مفعول التأثير العميق لذلك في المنطقة المدلكة إرتفاع الحرارة لدرجة مئوية واحدة او درجتين ، وإذا تم أداء التدليك الدعكي فوق مساحة واحدة لتسخينها(مثلاً في جلسة تدليك تمهيدي للوقاية من الإصابات أو رفع القدرة على العمل أو في المرونة)، قد ترتفع الحرارة لاربع او خمس درجات.

ويقوم التدليك الدعكي بإزاحة وتوسيع الأنسجة في مختلف الاتجاهات ويثير المستقبلات الواقعة فيها بما في ذلك مستقبلات الأوعية الدموية، مما ينشط الدورة الدموية على حساب توسيع الأوعية وفتح الأوعية المسدودة وتسريع تدفق الدم فيها، ومثل هذه الأنسجة تأخذ كميات إضافية من الأوكسجين والمواد الغذائية.

وفي حالات الإصابة يساهم التدليك الدعكي في تحلل التورم والترسبات المرضية ورواسب السوائل في الأنسجة وخصوصاً في المفاصل.

ويفيد التدليك الدعكي في العمل على زيادة مرونة المفاصل وشدتها وقوة تحملها وتكتسب حركات التدليك الدعكي أهمية خاصة في المجال الرياضي.

ويؤكد العالم، ونور الدين(2005)،أن التدليك الدعكي مع الحركات العاملة والقصرية له تأثير إيجابي على مرونة الجهاز المفصلي، كما يعتبر التدليك الدعكي وسيلة وقائية جيدة تحول دون تكوين أي ارتشاحات أو مضاعفات بعد الإصابة.

وللتدليك الدعكي أهمية كبيرة في التدليك العلاجي، حيث يعتبر من الطرق الأساسية لعلاج الإصابات الرياضية كما في حالات الجروح والكدمات والتجمع الدموي، وكل الحالات التي تتطلب أن تلين أي تجمد بالأنسجة وخاصة بعد الالتئام، وعادة ما يستعمل هذا النوع من التدليك للرياضيين بعد الحمامات الساخنة أو حمامات البخار، وخاصة لاعبي(الملاكمة–المصارعة–كرة القدم–ألعاب القوى).شكل رقم(31)

الشكل (31) التدليك الدعكي عن(www.egycoach.com).

أنواع التدليك الدعكي:

ويرى العالم، ونور الدين(2005)، أن أنواع التدليك الدعكي تنتشر بكثرة في التدليك الرياضي والعلاجي، وتستخدم أساساً بهدف تنشيط الدورة الدموية، ويؤدى على الأربطة والمفاصل والعضلات الغائرة بين الضلوع.والأنواع الآتية شائعة في التدليك الدعكي:

1- التدليك الدعكي الطولي بنهايات الأصابع.

2- التدليك الدعكي الدائري بنهايات الأصابع.

3- التدليك الدعكي الاهتزازي بمقدم رسغ اليد.

4- التدليك الدعكي الطولي بحدبة الأصبع الكبير.

5- التدليك الدعكي الدائري بسلاميات الأصابع واليد في وضع القبضة.

6- التدليك الدعكي بالحافة الخارجية للرسغ بالتناوب.

كما يؤدى التدليك الدعكي بيد واحدة أو باليدين ولزيادة فاعلية تأثير الطرق السابقة يؤدى وأصابع اليدين فوق بعضهما البعض.

ويؤكد رضوان، وعبد الحميد(2009)،أن أكثر أنواع التدليك الدعكي انتشاراً التدليك الدعكي "كماشة" والتدليك الدعكي بأطراف الأصابع، وبأصبع واحدة، وبأصبعين، والتدليك الدعكي بحدبة الإبهامين، والتدليك الدعكي بمقدم القبضة(أي بأطراف الأصابع).

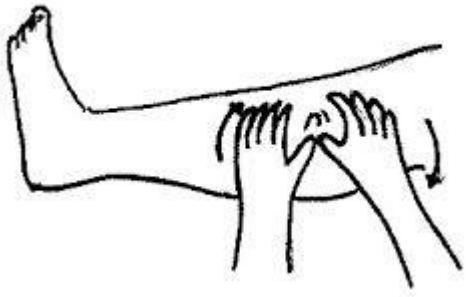
واتجاهاته: بخط مستقيم وتكون الحركة عجناً وحلوزنياً ودائرياً وبخطوط متقطعة.. ويؤد ى التدليك الدعكي بيد واحدة وباليدين وبالثقل.

التدليك العجني:

يعتبر التدليك العجني من الطرق الأساسية للتدليك، وفي نفس الوقت يعبر أصعب الطرق من حيث الأداء وله تـأثير مباشر على الجهاز العضلي، ولذا ف إن له أهمية كبيرة في التدليك الرياضي، ويساعد التدليك العجني على تقوية الدورة الدموية واليمفاوية ويحسن تجدد الخلايا، وله تـأثير عميق على الأنسجة ويساعد على إثارة عدد كبير من الإشارات العصبية الواردة، وهذا يؤثر تـأثيراً إيجابياً على الجسم ككل.(العالم، ونور الدين،2005).

بينما يشير رضوان، وعبد الحميد(2009) أن التدليك العجني يعتبر من أهم الحركات المستعملة في جميع أنواع التدليك، ويؤكد أهميتها في التطبيق أنها تستعمل أساساً لتدليك الجهاز العضلي مما يزيد من قابليته على الانقباض وتحريك مرونة الأربطة، و أهمية التدليك العجني تكمن في أنه يحسن الحالة الوظيفية لأعضاء الحركة، ويجب الاستفادة الصحية من حركات التدليك العجني واختيارها السليم كونها تعمل على الزيادة في مرو نة المفاصل وقوة العضلات لدى الأشخاص، ولذلك يستعمل على نطاق واسع لدى الرياضيين لتنمية الصفات البدنية مثل المرونة ، والقوة، وقوة التحمل، والسرعة.

ويؤكد روفائيل، والخربوطلي(1995) أن التدليك العجني يؤدى على العضلات التي يمكن سحبها والقبض عليها وعجنها بضغطات متنوعة ، كما يراعى الضغط على العضلة بدون إيلامها ويلاحظ أن تكون العضلات المدلكة ويد المدلك في حالة إرتخاء تام، و يستعمل المدلك ثقل جسمه في إعطاء القوة والتوقيت الصحيح للحركة، كما تتحرك اليدان بتوقيت منتظم على العضو. شكل رقم (32).



الشكل (32) التدليك العجني عن(www.egycoach.com).

أنواع التدليك العجني:

يعتبر التدليك العجني أحد الطرق الأساسية في التدليك الرياضي والعلاجي، إذ له تأثير مباشر على الجهاز العصبي، ولذا يخصص لهذا النوع حوالي 50% من وقت الجلسة التدليكية.

عند تدليك المجموعة العضلية(الألياف العضلية) ترفع وتسحب العضلة من فوق موضعها (العظام التي تحتها) وفي هذا الوضع تدلك بين أصابع المدلك، وتوجد أنواع كثيرة متعددة في هذا النوع من التدليك مثل التدليك العجني الطولي بيد واحدة، وباليدين، والتدليك الطولي الدائري باليدين، والطولي باليدين بعضهما فوق بعض، والطولي الدائري ب أطراف الأصابع، والطولي الدائري بنهايات الأصابع.(العالم، ونور الدين،2005).

بينما يشير رضوان، وعبد الحميد(2009) أن أنواع التدليك العجني هي:

_التدليك العجني الطولي.

_التدليك العجني بيد واحدة.

_ التدليك العجني باليدين والتدليك العجني كماشة.

_التدليك العجني بمقدمة رسغ اليد.

ويرى روفائيل، والخربوطلي(1995) أن أنواع التدليك العجني هي التدليك العجني بيد واحدة، والتدليك العجني باليدين بالتبادل، والتدليك بالضغط باليدين مسطحة على الظهر على التوالي ، أو في وقت واحد، والتدليك العجني بالضغط بيد فوق الأخرى مسطحة على الظهر، أو التدليك بالعجن بإصبعين، والتدليك بالعصر باليد أو باليدين.

التدليك الاهتزازي:

يمكن أن يؤدى التدليك الاهتزازي بيد المدلك أو بواسطة الأجهزة الخاصة به وهي متعددة، و بواسطتها يمكن أن تؤدى حركات اهتزازية صغيرة بدرجات مختلفة القوى وأكثرها ما يؤدى بواسطة

الأجهزة الاهتزازية التي تعطي ذبذبات سريعة، علماً بأن التدليك اليدوي الاهتزازي مجهد جداً ليد المدلك؛ لذلك فإن استعماله في التدليك الرياضي محدود جداً إلا في بعض الأحيان، وفي حالة عدم توفر الأجهزة الخاصة بذلك.

تحت تأثير التدليك الاهتزازي تزيد عمليات البناء والتجدد ويزيد تدفق الدم الشرياني للجزء المدلَّك وعلى ذلك تتحسن تغذية الأنسجة، كما أن أداء هذا النوع يعمل على سرعة تكوين النخاع العظمي في حالات الكسور.

ويساعد التدليك الاهتزازي في تقوية الانعكاسات العصبية الضعيفة وقد يؤدي إلى إعادة الانعكاسات المختفية ويزيل الإحساس بالألم، وله أثر منعش على التقلصات العضلية وذلك بشرط اختيار الجرعة المناسبة لكل حالة على حدة، ويساعد على الامتصاص وإزالة الظواهر التشنجية والإحساس بالألم ويرفع توتر الأعصاب غير الإرادية.

ويستعمل للتأثير على الأجهزة الداخلية وعلى هذا الأساس يعتبر من أنواع التدليك غير المباشر (الخارجي).

وبفعل هز الأعضاء الواقعة داخل التجويف البطني والقفص الصدري تزيد الدورة الدموية في الدورتين الكبرى والصغرى ويتنشط الدورة الليمفاوي، وتحسن وظائف الكبد والمعدة والأمعاء والغدد العرقية واللعابية كما يؤثر في نشاط القلب حيث تقل ضربات القلب إذا كان خفقان القلب متسرعاً، وتزيد طاقة كل انقباض من انقباضات القلب. ومن المضل استخدام الأجهزة في هذا النوع من التدليك لحدوث إجهاد شديد لدى القائم بالتدليك الاهتزازي اليدوي. (العالم،ونور الدين ،2005) (رضوان،وعبد الحميد،2009).شكل رقم(33).

الشكل (33) التدليك الاهتزازي

أنواع التدليك الاهتزازي:

يتفق كل من العالم، ونور الدين(2005)، وروفائيل، والخربوطلي(1995) إلى أن أنواع التدليك الاهتزازي هي:

الطرق المباشرة: تؤدى بسطح أحد الأصابع أو بنهايات الأربعة أصابع مكونة مع الجسم زاوية حادة، يضع المدلك يده(كإحدى الطرق السابقة) على الجزء المراد تدليكه ويبدأ بتأدية حركة اهتزازية توقيتية حتى تصبح هزات متزامنة لأنسجة الجزء المدلك وذلك على مسار العصب نفسه، كما أن التدليك الاهتزازي في جميع حالاته لا يجب أن يسبب الشعور بالألم.

الطرق غير المباشرة: يدخل تحت هذه الأنواع من التدليك الاهتزازي التدليك(النطرى–الرجى)، ويستعمل بكثرة في التدليك الرياضي ويؤدى على العضلات الكبيرة بهدف زيادة خاصية الانقباض، ويؤدى التدليك الاهتزازي دائماً بعد التدليك العجني ويستعمل بكثرة في التدليك الانعاشي.

التدليك الرياضي:

أحد الأشكال الرئيسية لإعداد الرياضيين لتنمية كفائتهم البدنية وتقليل الفترة الزمنية لوصولهم إلى الفورمة الرياضية والاحتفاظ بمستوى هذه الكفاءة لأطول فترة ممكنه.كما يعمل التدليك الرياضي على زيادة فاعلية وكفاءة الفرد والوصول بها إلى أعلى المستويات الممكنه، وكذلك زيادة قدرة الرياضي على مقاومة التعب.(رضوان، وعبد الحميد،2009).

ويشير العالم، ونور الدين(2005) أن التدليك الرياضي يعتبر جزءاً لا يتجزأ من نظام التدريبات الرياضية، ويستخدم لأهداف متعددة منها الوصول السريع للكفاءة الرياضية وزيادة القدرة على الأداء والمحافظة عليه لأطول فترة ممكنة، والإعداد الفعال للاشتراك في المسابقات. ويرتبط التدليك الرياضي بالأفراد الأصحاء الممارسين للرياضة، ولكن ليس كل الممارسين للرياضة أفراد أصحاء وأقوياء كما يظهرون لنا، فالأداء ذو الشدة العالية والإجهاد الدائم يترك المجال مفتوحاً للإصابة الرياضية بالإضافة إلى أن ممارسة الرياضة للمسنين تترك أيضا مجالاً لوجود الإصابة الرياضية، وأن التدليك الرياضي يلعب دوراً هاماً في الإعداد النفسي للاعب في مرحلة الاستعداد للمنافسات

من خلال توضيح الدور الهام للتدليك كوسيلة هامة ومباشرة لمساعدة اللاعب للوصول لهدفه ، وأن له قيمة مضاعفة لزيادة وتطوير القدرة البدنية العامة والخاصة، بالإضافة إلى الاقتناع بأن الإحساس الناتج عن التدليك يعطي المزيد من الثقة بالنفس.

أنواع التدليك الرياضي:

يتفق كل من رضوان، وعبد الحميد(2009)، والعالم، ونور الدين(2005)، و روفائيل، والخربوطلي(1995) أن أنواع التدليك الرياضي هي:

التدليك التدريبي:

إن عمليات إعداد المستوى العالي للرياضيين التي تتصف بفترة طويلة وحمل تدريبي عالي على مرات متعددة في الدورة ا لأسبوعية يمكن أن تؤدي بدرجة محسوسة إلى إجهاد زائد نتيجة التدريب المفرط، من هنا اتجه بعض علماء الرياضة بالبحث عن أقصر الوسائل التي تعمل على إعادة وبناء القدرة على العمل البدني في أقصر وقت ممكن. ويستخدم التدريب الرياضي خلال فترة التدريب بهدف تحسين اللياقة البدنية والاحتفاظ بالكفاءة أو رفع مستواها ، وتحسين الحالة التدريبية للاعب وهذا النوع من التدليك يعمل على تنمية ا لإمكانات الوظيفية لجسم اللاعب وتنظيم وتنمية الجهاز العصبي المركزي والأجهزة الحيوية الداخلية، ويدخل ضمن الخطة العامة للتدريب ونظام التغذية والراحة ويعتبر من وسائل التدريب التكميلية ويهدف إلى رفع القدرة على ممارسة النشاط الرياضي وبالدرجة الأولى المجموعات العضلية التي تتحمل أكبر نصيب من المجهود البدني، ويتميز التدليك الرياضي بأنه هاماً أن يكون تدليك كلي في فترة تتراوح بين 40_50 دقيقة ولها تأثير عام على الجسم ككل، و إما تدليك جزئي وفترته تتراوح بين 25_30 دقيقة وتوزع على العضلات التي تعمل مجهود رياضي كبير ، ويؤدى التدليك التدريبي يوماً قبل التدريب أو قبل التدريب بحوالي 5_6 ساعات بمجموعة من القبضات المتدرجة في الشدة بالعجن القوي ثم الإرتعاش والاهتزاز وفي خلال تلك القبضات وفي النهاية يعمل تدليك مسحي هادئ. وقد يستفاد من التدليك الرياضي في فترة الانتقال(ما بين انتهاء المباريات وموعد إستئناف التدريبات) للحفاظ على الحالة المطلوبة للجهاز العصبي العضلي، ويمكن أن يؤدى طوال تلك الفترة يومياً، ويستفاد منه في فترة

المباريات للحفاظ على اللياقة البدنية عند عدم تمكن الرياضي من التدريب بسبب الإصابة أو لسوء الأحوال الجوية.

التدليك التمهيدي:

يعتبر التدليك التمهيدي أحد أنواع التدليك الرياضي الذي يؤدى مباشرة قبل القيام بالوحدة التدريبية وغالبا قبل بدء المباريات والمسابقات لرفع الإمكانات الوظيفية للجسم، ويمكن أن يعالج التدليك التمهيدي مهام كثيرة ومختلفة أثناء الخطة التدريبية لذلك تتوقف طرق أدائه على أهداف الاستخدام لكل حالة ويمكن تحديد أهداف مثل التدليك بهدف الإحماء، وبهدف ضبط حالة ما قبل البداية، وبهدف التدفئة.

التدليك الشفائي:

يستخدم التدليك الاستشفائي بعد المجهود البدني وذلك بهدف تقصير مرحلة التجديد والبناء، وسرعة استعادة الاستشفاء للوظائف المختلفة في الجسم، وتتميز عملية إعداد الرياضيين ذوي المستويات العليا بوجود أحمال تدريبية ذات شدة وكثافة عالية ، وعدد من التكرارات خلال الأسبوع التدريبي، بجانب الأعباء النفسية الشديدة على اللاعبين. ولتطبيق التدليك الاستشفائي بصورة مناسبة لكل لاعب يجب أن تراعى بعض الإرشادات مثل مدة الجلسة، وعمق الأداء، وتحديد نوعية التدليك من خلال الإلمام بنوعية اللعبة الممارسة، وتحديد الحمل والحالة الانفعالية للاعب ، ودرجة التعب، ووقت الراحة ومقدار مسطح الجسم، إن التدليك الاستشفائي يهتم في المقام الأول بعناصر الأحمال التدريبية من حيث الشدة والكثافة وفترات الراحة.

ويستعمل التدليك الاستشفائي بعد التدريب وبعد المباراه أي بعد المجهود الرياضي والغرض منه إعادة العضلات لحالتها الطبيعية بعد بذل المجهود لتخفيف حدة التعب الذي يصاحب الجسم بعد مجهود عضلي، ويتميز بأنه يتم بصفة كلية لفترة تتراوح ما بين 25_30 دقيقة ولا يعمل مباشرة بعد المسابقات أو التدريب العنيف بل يؤدى بعدها بحوالي ساعة او ساعتين أما إذا كان اللاعب شديد الإعياء فيستحسن في هذا اليوم عدم التدليك ولكن ننصح بعمل حمام ساخن وفي اليوم الثاني يعمل

التدليك وتكون القبضات قوية بحيث لا تسبب ألم، وتبدأ الأنواع كلها سطحية وتتدرج في العمق فيستعمل تدليك مسحي وعجني ثم حركات اهتزاز كما يراعى أثناء التدليك المناطق المجهدة ويعقب هذا التدليك راحة.

ويرى الباحث أن بعض الجامعات الفلسطينية يوجد في منهاجها مادة التدليك ولا توجد في جامعات أخرى، وحتى الجامعات التي توجد بها مادة التدليك تكون بشكل اختياري وليس إجباري ولا يكون الاهتمام بها مثل المواد الأخرى، ولذلك يجب الاهتمام بالتدليك في جميع الجامعات التي تدرس تخصص التربية الرياضية لما لها من أهمية كبيرة في الوقت الحالي، وأن يكون هناك أشخاص مؤهلون بشكل كامل لإعطاء هذه المادة وأن يتم تجهيز مكان مخصص للتدليك به كل الاحتياجات الضرورية مثل السرير الخاص بالتدليك، والزيوت المستعملة وأي تجهيزات أخرى.

الدراسات السابقة:

الدراسات العربية السابقة:

* **أجرى الزغيلات، ومجلي(2012)** دراسة هدفت إلى التعرف إلى أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي الكارتيه في الأردن في فئتي الكوميتية والكاتا ومواقعها وأسبابها بالإضافة إلى أهم الإرشادات الوقائية من الإصابات الرياضية. كما وهدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في حدوث الإصابات تبعاً لوقت حدوث الإصابة(التدريب،المنافسة) وتبعاً لأجزاء الجسم (الجزء العلوي،الجزء السفلي). ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي لمناسبته وطبيعة الدراسة، وتكون مجتمع الدراسة من(3200) لاعب ولاعبة مسجلين رسمياً في سجلات الاتحاد الأردني للكاراتيه للموسم (2007_2008)، وتكونت عينة الدراسة من (309) لاعبا ولاعبة مثلوا ما نسبته (9%) من مجتمع الدراسة.. وبعد تحليل البيانات تبين أن أكثر الإصابات شيوعاً تبعاً لمتغيرات الدراسة كانت رضوض العضلات، والجروح، والسحجات لفئة الكوميتية، بينما كانت في فئة الكاتا التقلصات العضلية، ورضوض العظام. أما أكثر المواقع عرضة للإصابة لفئة الكوميتية كانت مناطق الأنف، والحاجب والشفتين، أما بالنسبة لفئة الكاتا فكانت الفخذ والظهر. أما بالنسبة لأهم الأسباب المؤدية للإصابات لفئة الكوميتية كانت عدم السلوك الجيد للرياضيين أما بالنسبة لفئة الكاتا كانت عدم الإحماء الجيد. ، وكانت أكثر فترة تحدث فيها الإصابات لدى لاعبي الكاراتيه لفئتي الكوميتية والكاتا في فترة التدريب وكانت أكثر الأجزاء معرضة للإصابة تبعاً لأجزاء الجسم كانت الجزء العلوي من الجسم..

***دراسة الزغيلات وآخرون (2012)** بعنوان الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكاتا في رياضة الكاراتية في الأردن.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي الكاتا في رياضة الكاراتية في الأردن ومواقعها وأسبابها تبعاً لحالة الهجوم والدفاع، شدة الإصابة، بالإضافة إلى أهم الإرشادات الوقائية من الإصابات الرياضية، كما وهدفت الدراسة التعرف إلى الفروق في

حدوث الإصابات تبعاً لوقت حدوث الإصابة (التدريب، المنافسة) وتبعاً لأجزاء الجسم(الجزء العلوي، الجزء السفلي). ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي لمناسبته وطبيعة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من(147) لاعباً مثلو ما نسبته(9%) من مجتمع الدراسة. وبعد توزيع الاستمارة على اللاعبين وإجراء المقابلات الشخصية معهم، استخدم الباحثون المعالجات الإحصائية التالية(التكرارات والنسب المئوية). وبعد تحليل البيانات تبين أن أكثر الإصابات شيوعًا تبعاً لمتغيرات الدراسة الدراسة لفئة الكاتا كانت التقلصات العضلية ورضوض العظام. أما أكثر المواقع عرضة للإصابات فكانت الفخذ والظهر أما بالنسبة لأهم الأسباب المؤدية للإصابات كان عدم الإحماء الجيد. وكانت أكثر فترة تحدث فيها الإصابات في فترة التدريب وأما أكثر الأجزاء معرضة للإصابة تبعاً لأجزاء الجسم كان الجزء السفلي من الجسم. في ضوء النتائج أوصى الباحثون بضرورة اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لتلافي تعرض اللاعبن للإصابات، وإعطائهم دورات خاصة للوقاية من الإصابات وكيفية التعامل معها كذلك ضرورة الاهتمام بالإحماء الجيد من قبل اللاعبين والمدربين، كما أوصى الباحثون بإجراء دراسات مشابهه على باقي العاب المنازلات الأخرى وتعميم نتائج هذه الدراسة على اللجنة الاولمبية واتحاد الكاراتية والمراكز التابعة له.

***في حين أجرى مجلي وآخرون (2010)** دراسة هدفت إلى التعرف إلى أكثر أنواع الإصابات انتشاراً لدى حراس المرمى في كرة القدم وأكثر المناطق عرضة للإصابة وأماكن حدوثها (التدريب، المباراة) وأكثر الأرضيات التي تحدث بها الإصابات (عشب طبيعي،صناعي،ترابي) والأسباب المؤدية لها. وبينت نتائج الدراسة أن أكثر أنواع الإصابات انتشارا هي التمزقات بنسبة (28.88%) يليها الرضوض بنسبة (21.28%) وكانت أكثر المناطق عرضة للإصابة هي الرأس بنسبة(29.39%) يليها الرسغ والأصابع وبنسبة (8.45%) أما أكثر الإصابات شيوعاً تبعاً لمتغير الخبرة فكانت في الفئة أكثر من (10) سنوات وبنسبة (49.32%). كما أظهرت نتائج الدراسة أن الإصابات الأكثر حدوثاً كانت في التدريب منها في المباريات وكانت نسبة حدوثها(52.36%) في التدريب و (47.64%) في المباريات. أما بالنسبة لحدوث الإصابات تبعاً لأرضية الملعب فكانت أكثر على العشب الطبيعي بنسبة (44.43%) يليها

الصناعي بنسبة (43.92%) ثم الترابي بنسبة (11.66%). وبينت نتائج الدراسة أن أكثر الأسباب المؤدية للإصابات هي عدم القيام بالفحوصات الدورية الشاملة بنسبة(13.8%) يليها عدم استخدام وسائل التأهيل الرياضي بنسبة(11.82%). أوصى الباحثون بضرورة الاهتمام بالفحوصات الطبية الدورية والشاملة وتوفير عوامل الأمن والسلامة في التدريب والمباريات وعمل صيانة دورية للملاعب .

* **دراسة الراوي، وفتحي (2008)** بعنوان دراسة تشخيصية لتحديد أهم إصابات أربطة مفصلي الركبة والكاحل لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة الموصل هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم الإصابات الرياضية في أربطة مفصلي الركبة والكاحل لدى طلبة كلية التربية الرياضية، تكونت عينة البحث من طلاب السنة الدراسية الرابعة تتراوح أعمارهم بين(21–24) سنة.

استخدم الباحثان استمارة لجمع المعلومات عن حالات ونوع الإصابة من خلال الفحص السريري والفحوصات المختبرية التصويرية للكشف عن نوع الإصابة ومن ثم معالجتها.

وقام الباحثان بتسجيل الإصابات ونوعها وطريقة معالجتها وتعد بيانات البحث، توصل الباحثان إلى الاستنتاجات الآتية:

–أن نسبة مجموع الإصابات لمفصل الركبة أقل من نسبتها لمفصل الكاحل.

–ظهر مجموع الإصابات في الألعاب الجماعية أكبر من الألعاب الفردية.

–ظهور نسبة إصابات أربطة الكاحل أكبر من نسبة إصابات مفصل الركبة.

***أجرى مجلي (2007)** دراسة هدفت إلى التعرف على أنواع الإصابات الرياضية الأكثر انتشاراً لدى الممارسين للأنشطة البدنية في مراكز اللياقة البدنية في الأردن والتعرف إلى الجنس والفئة العمرية، والأسباب المؤدية لحدوث الإصابات وانتشارها.

وقد استخدم الباحث استمارة أعدت لتحقيق أهداف الدراسة وحكمت من قبل العديد من المختصين وقد اجمعو على صلاحيتها بنسبة 100%.

اشتملت عينة الدراسة على عدد من المشاركين في مراكز اللياقة البدنية وبلغ عددهم 189 مشارك تم اختيارهم عشوائيا من 5 مراكز في مدينة عمان .

وبعد تحليل البيانات تبين أن أكثر أنواع الإصابات حدوثاً هي تمزقات العضلات لدى الذكور بتكرار (81) إصابة وبنسبة (14056%) ، والتقلصات العضلية لدى الإناث بتكرار (38) إصابة وبنسبة (6.83%) ، وظهر أن تمزقات العضلات هي الأكثر انشاراً لجميع أفراد عينة الدراسة بتكرار (116) وبنسبة (20.86%) وأن الرجال أكثر عرضة للإصابة من النساء. وأكثر الفئات العمرية عرضة للإصابة هي فئة (21_30) سنة بتكرار (310) إصابات وبنسبة (55.75%) . كما بينت نتائج الدراسة أن أكثر أجزاء الجسم عرضة للإصابة الكتف والكاحل بتكرار (50) إصابة لكل منهما وبنسبة (8.99%) يليها مفصل الركبة بتكرار (29) وبنسبة (5.21%). أما بالنسبة لأسباب الإصابات، فقد تبين أن عدم الإحماء الجيد هو الأكثر تكراراً (166) وبنسبة (29.85%) يليه التدريب الزائد بتكرار (58) وبنسبة (10.43%). وقد أوصى الباحث بإعادة النظر في البرامج الموضوعة في مراكز اللياقة البدنية والاهتمام بالإحماء الجيد وعمل دراسات تكشف عن التغيرات البنوية والفسيولوجية التي تنتج عن التدريب في مراكز اللياقة البدنية.

* **دراسة مجلي، والصالح (2007)** بعنوان دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أهم الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية ونسبتها، وأكثر المناطق عرضة للإصابة وأنواع الإصابات الرياضية، كذلك التعرف إلى أكثر أنواع العلاج المستخدم عند لاعبي ولاعبات المنتخبات الوطنية الأولى تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن، وتبعاً لمتغير الجنس ونوع اللعبة والعمر التدريبي.

استخدم الباحثان المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي، وتكون مجتمع الدراسة من(291) لاعباً ولاعبة للموسم الرياضي 2005/2004م؛ حيث مثلت العينة ما نسبته 77.8% من مجتمع الدراسة.

وبعد تحليل البيانات تبين أن أكثر الأسباب المؤدية إلى الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية هو عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية بنسبة 8.26%، وأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور ولصالح الألعاب الفردية.

أما أكثر الإصابات الرياضية انتشاراً فكانت التقلصات بنسبة 19.40% من المجموع العام. وتبين أن الكاحل أكثر المناطق عرضة للإصابة، وبنسبة 10.60% كما تبين أن أكثر الإصابات حدوثاً كانت في فترة الإعداد بنسبة 54.89%، وأن أكثر أنواع العلاج استخداماً هو العلاج الطبيعي بنسبة 56.10%.

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 المنتخبات الوطنية، وضرورة توفير طبيب معالج متخصص لكل منتخب وطني، وتعميم نتائج هذه الدراسة على اللجنة الأولمبية والاتحادات الرياضية.

* **دراسة المعايطة (2007)** بعنوان الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي التايكواندو في الأردن وقد هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أكثر مناطق الجسم عرضة للإصابة لدى لاعبي التايكواندو في الأردن وأكثر أنواع الإصابات شيوعاً تبعاً لمتغير الوزن والعمر التدريبي والطول والعمر وأهم الأسباب المؤدية للإصابة ، وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر مناطق الجسم عرضة للإصابة لدى لاعبي التايكواندو الجزء السفلي من الجسم وخاصة الساق ثم أمشاط القدم وإن أكثر أنواع الإصابات شيوعاً هي رضوض العظم، كما أن أهم أسباب الإصابات هو عدم الإحماء الجيد والتدريب الزائد وعد صلاحية الأجهزة الرياضية المستخدمة والاحتكاك المباشر وقد أوصى الباحث بضرورة اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لتلافي تعرض اللاعبين للإصابات وضرورة الاهتمام بالإحماء وارتداء الواقيات الخاصة باللعبة.

* **دراسة الصالح (2005)** بعنوان دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية والفروق في أسباب هذه الإصابات وكذلك أكثر مناطق الجسم تعرضاً للإصابات وإلى أكثر أنواع العلاج المستخدم عند لاعبي المنتخبات الوطنية وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي لمناسبته لطبيعة الدراسة وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية بشكل عام هو عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية أما عن أهم أنواع الإصابات الرياضية بالنسبة للذكور فكانت رضوض العظام أما الإناث فكانت التقلصات وعند الألعاب الفردية فكانت التقلصات هي الإصابة الأكثر شيوعاً بينما الألعاب الجماعية فكانت الإلتواءات وأما بالنسبة للعمر التدريبي فكانت رضوض العظام هي الأكثر حدوثاً، أما أكثر المواقع تعرضاً للإصابات فكان الكاحل أكثر المناطق تعرضاً للإصابة وكانت النسبة الكبرى من الإصابات تحدث لدى لاعبي المنتخبات الوطنية في فترة الإعداد أما أكثر أنواع العلاج المستخدم من قبل لاعبي المنتخبات الوطنية فكان العلاج الطبيعي وقد أوصى الباحث بضرورة إجراء الفحوصات الطبية الدورية للاعبين.

* **دراسة عويد (2005)** بعنوان الإصابات الشائعة للطرف العلوي لدى رياضيي أندية محافظة نينوى وعلاقتها بالمتغيرات الأنثروبومترية(الطول،الوزن،العمر التدريبي) هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الأكثر شيوعاً التي تصيب الطرف العلوي في الألعاب الرياضية المختلفة وفقا ل (أنواعها،مناطق حدوثها،أسبابها،شدتها) وكذلك التعرف على نسبة بعض الإصابات للاعبين وفقا لمتغيرات (الطول، الوزن، العمر التدريبي) وكذلك التعرف على نسب الإصابات وأنواعها في ألعاب رياضية مختلفة وحسب خصوصية كل لعبة.

أجري البحث على عينة تم اختيارها بالطريقة العمدية والمتمثلة بلاعبي أندية محافظة نينوى وباستخدام المنهج الوصفي وتكونت عينة البحث من المصابين في الأطراف العليا (485) مصاباً بأعمار (13_32 سنة)، استخدمت في جمع البيانات استمارة معلومات عن الإصابات

الرياضية وتم خلالها مقابلة اللاعبين المصابين، وشريط قياس الطول وميزان طبي لقياس الوزن وتم استخدام النسبة المئوية ومربع كاي كوسائل احصائية وفي ضوء النتائج تم التوصل إلى:

1.أظهرت نتائج البحث أن إصابة التمزق العضلي هي من أكثر الإصابات شيوعاً في الطرف العلوي لدى لاعبي محافظة نينوى، بينما كانت إصابة النفطات من الإصابات الأقل ظهوراً عند مقارنتها مع الإصابات الرياضية الأخرى.

2.إن أكثر الألعاب التي تحدث فيها الإصابات هي لعبة كرة القدم تليها كرة اليد ثم كرة السلة.

3.تميزت ألعاب كرة القدم،وكرة اليد، وكرة السلة، عن غيرها من الألعاب الرياضية بحدوث الإصابات الرياضية وخاصة التمزق والكدمات والكسور.

4.ظهور نسبة عالية من الإصابات الرياضية في منطقة الكتف استناداً إلى تصنيف نوع الإصابات حسب مناطقها، وفيما ظهرت إصابة مفصل الكتف أكثر شيوعاً بين الإصابات الأخرى حسب المفاصل وأعقبتها إصابة مفصل الرسغ والسلاميات.

5.يعد الإحماء أحد أهم أسباب الإصابات الرياضية لدى اللاعبين في حين كان السبب الأقل تأثيراً هو سوء الحالة النفسية عند اللاعبين.

6.إن الإصابات متوسطة الشدة هي الأكثر حدوثاً عند اللاعبين مقارنة مع الإصابات الشديدة والخفيفة.

7.عدم وجود علاقة واضحة بين نوع الإصابة وأسباب حدوثها مع طول اللاعب ووزنه.

8.إن الإصابات الأكثر شيوعاً ظهرت لدى اللاعبين الناشئين.

* **دراسة مجلي، وعطيات (2004)** بعنوان دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المبارزة في الأردن، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف إلى أنواع الإصابات الأكثر شيوعاً وأكثر المناطق عرضة للإصابة والفروق فيما بينهما تبعاً لمتغير الجنس والعمر ونوع السلاح، كما هدفت الدراسة للتعرف على أسباب الإصابات الرياضية ووقت حدوثها في التدريب أو المباراة، وأشارت النتائج إلى أن أكثر الإصابات حدوثاً لدى المبارزين تزيد بازدياد العمر وأن الإصابات في سلاح الفلورية الأكثر انتشاراً وتبين أن أكثر المناطق عرضة للإصابة هو الفخذ يليه الكاحل وأن أكثر الأسباب المؤدية للإصابة هو عدم الإحماء الجيد وأن أكثر الإصابات كانت في وقت التدريب وفي ضوء النتائج أوصى الباحثان بضرورة الاهتمام بالإحماء الجيد والذي يتناسب مع نوع السلاح وبناء الخطط التدريبية التي تتناسب مع قدرات اللاعبين البدنية.

***أجرت محمد (2002)** دراسة تحليلية للإصابات الرياضية عند طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة بغداد، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة أنواع الإصابات الرياضية وأسبابها ومواقعها، والنشاطات التي حدثت فيها لطلبة كلية التربية الرياضية في جامعة بغداد وخلال المراحل الدراسية الأربعة، كما وهدفت الدراسة إلى وضع أسس وقائية يمكن أن تحتويها المناهج الدراسية من خلال كشف نقاط الخلل من أجل تغيير المفردات دون إعاقة قدر الإمكان.

وقد استخدمت الباحثة المنهج المسحي وقد اشتملت عينة الدراسة (204) مصاباً من أصل (1245) طالباً وهو المجتمع الكلي للدراسة وقد استنتج الباحث ما يلي:

-هناك نسبة عالية من الإصابات في كلية التربية الرياضية وخاصة في المراحل الدراسية المبكرة(الأولى، والثانية).

- إرتفاع نسبة إصابة الأطراف السفلى وخاصة مفصلي الركبة والكاحل.

- عدم كفاية الإحماء بنوعيه(والمفردات الخاصة لكل لعبة من النواحي التكتيكية والمهارية) كانت من أبرز الأسباب.

– زيادة نسبة الإصابات في النشاطات متعددة التكنيك والمهارات التي تتطلب سرعة في الأداء(ساحة وميدان،جمناستك.).

– ظهور توافق بين ما توصلت إليه من نتائج استبانات الطلاب المصابين والأساتذه المشرفين على النشاطات وهذا يدل على خلل في المفردات التدريبية.

* **دراسة عبد الباسط، وحسين (2001)** بعنوان تحديد الإصابات البدنية الأكثر حدوثاً للاعبي الهوكي في ملعبي النجيل الطبيعي والصناعي وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أكثر الإصابات البدنية حدوثاً بين لاعبي الهوكي في نوعي الملاعب النجيل الطبيعي والصناعي. وقد أسفرت النتائج إلى أن الإصابات الأكثر شيوعاً في رياضة الهوكي هي التمزقات العضلية والرضوض والجروح وكانت نسبة الإصابات أكثر لممارسين رياضة الهوكي على النجيل الصناعي.

* **دراسة ممدوح (2001)** بعنوان دراسة مقارنة للإصابات الشائعة لدى لاعبي بعض الأنشطة الفردية ضمن رياضات الكاراتيه والجمباز وتنس الطاولة وقد أظهرت النتائج إلى أن إصابات الكاراتيه كانت إصابة الفخذين وأصابع الكفين والقدمين أما إصابات رياضة الجمباز فكانت إصابة مفصل الركبة والمرفق أما إصابات رياضة التنس فكانت إصابة مفصل الركبة وأوصى الباحث بضرورة توفر عوامل الأمان والسلامة.

* **دراسة مجلي، و أبو خويلة (1997)** بعنوان دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي القوى في الأردن، حيث هدفت الدراسة التعرف على أكثر الإصابات شيوعاً والتعرف على أكثر المناطق تعرضا للإصابة وما هي أهم الأسباب هذه الإصابات شيوعاً وقد وتوصل الباحثان إلى أن التقلص العضلي كان أكثر الإصابات شيوعاً كما إن الحوض والأطراف السفلية كانت أكثر المناطق تعرضا للإصابة وكان الإحماء الغير كافي أهم أسباب حدوث الإصابات.

***دراسة مجلي، وأبو حليمة (1995)** دراسة تحليلية بعنوان الإصابات الرياضية لدى لاعبي المنازلات في الأردن وقد هدفت هذه الدراسة التعرف على أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي التايكواندو، والجودو، والملاكمة وقد أوضحت الدراسة أن أكثر إصابات لاعبي التايكواندو شيوعاً كانت رضوض العظام وتقلص العضلات أما لاعبي الجودو فكانت تمزقات الأوتار ورضوض العظام أما أكثر إصابات لاعبي الملاكمة فكانت الجروح ورضوض العظام.

* **دراسة مجلي ، والوحيدي (1995)** دراسة بعنوان الإصابات الرياضية في الألعاب الجماعية وقد هدفت هذه الدراسة للتعرف على أكثر الأصابات شيوعاً وأكثر المناطق عرضة للإصابة لدى لاعبي كرة السلة والطائرة وقد توصل الباحثان إلى أن الإصابات الأكثر شيوعاً في كرة السلة هي التمزقات في أربطة السلاميات أما إصابات كرة اليد فكانت التواء المفاصل وأكثر المناطق عرضة للإصابة كان الفخذ أما كرة الطائرة فكانت التمزقات العضلية أكثر الإصابات شيوعاً وأكثر المناطق عرضة للإصابة هو مفصل الكتف.

* **دراسة حامد (1995)** بعنوان تحديد الإصابات البدنية وأسبابها للاعبي التايكواندو وهدفت الدراسة إلى التعرف إلى أنواع ومناطق الإصابات وأسبابها للاعبي التايكواندو وقد أظهرت النتائج إلى أن الكدم والجروح السطحية والتقلصات هي أكثر الإصابات شيوعاً وكانت عظام القصبة(الظنبوب) ووجه القدم أكثر المناطق تعرضاً للإصابة أما أهم أسباب حدوث الإصابات هو عدم ارتداء اللاعب الملابس الواقية.

* **دراسة سعادة (1991)** بعنوان دراسة مقارنة لأنواع الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في الخطوط المختلفة والتعرف على أنواع تلك الإصابات وقد أظهرت النتائج إن خط الدفاع هو أكثرها عرضة للإصابة وأكثر الإصابات انتشار كانت التمزقات والجروح والرضوض وكانت أهم أسباب الإصابات هي الخشونة وعدم الإحماء الجيد.

الدراسات السابقة الأجنبية:

1. دراسة تشامبرز (RB Chambers) (1979) بعنوان "مقارنة أضرار الإصابات في ستة رياضات " وهدفت الدراسة إلى معرفة ومقارنة الإصابات والأضرار الناتجة عنها في ستة ألعاب هي كرة القدم، الرجبي، وكرة السلة، البيسبول، السباحة، الجمباز، اشتملت العينة على لاعبين من عمر 17 عام، جمعت البيانات بواسطة المشرفين على الألعاب الرياضية، وأشارت النتائج إلى أن معدل الإصابات كان، كرة القدم 1.77% ، كرة السلة 0.88%، الجمباز 0.85%، الرجبي 0.79%، البيسبول 0.14%، السباحة 0.8%، إصابات الأطراف العليا كانت أكثر في الألعاب الفردية، إصابات الرجبي والجمباز كانت أخطر، وأوصت الدارسة بالاهتمام بتخفيض خطر الإصابات في الألعاب الستة.

2.دراسة أندرو بيب وآخرون (Andrew Pipe, et al,) (2006)بعنوان "إصابات الألعاب الجماعية في دورة الألعاب الأولمبيه 2004 " وهدفت الدراسة إلى تحليل حالات وظروف وخصائص الإصابات في مختلف الألعاب الرياضية الجماعية خلال دورة الألعاب الأولمبية لعام 2004، الإصابات كانت في فرق البطولات الرياضية للرجال والنساء لكرة القدم، لكرة اليد، كرة السلة، كرة الطائرة، الهوكي، البيسبول، السوفتبول، كرة الماء، تحليل الإصابة كان يتم بواسطة طبيب الفريق وقد رفع 93% من الأطباء تقارير بالإصابات، إجمالي الإصابات كان 377 من 456 مباراة بمعدل 0.8 إصابة في المباراة، وكانت أهم النتائج أن جميع الإصابات أثرت على خفض الحد الأقصى لمشاركة المصاب بنسبة 24% تقريباً، التشخيص الأكثر شيوعاً كان الكدمات والتواء الكاحل حيث شكلت في المتوسط 78% من الإصابات الناجمة عن الاحتكاك مع لاعب آخر، الإصابات الناتجة عن الكرة أو عدم الاحتكاك كانت 57% مقابل الإصابات الناتجة عن الاحتكاك كانت 37%، أكثر الإصابات كانت في الاعبين الذكور 46% مقابل الإناث 35%، غالباً ما أدت الإصابات إلى غياب اللاعب عن المباراة أو التدريب، تختلف الإصابة باختلاف اللعبة الجماعية ، و أوصت الدارسة بضرورة الوقاية من

الإصابات، تعزيز النزاهة (السلوك الحميد) مواضيع ذات أهمية بالنسبة لجميع الرياضات الجماعية.

3.دراسة جي يودي ونيلسون (J Yde and AB Nielsen) (2005) بعنوان "الإصابات الرياضية في ألعاب الكرة للمراهقين –كرة القدم وكرة اليد وكرة السلة– " وهدفت الدراسة إلى تحليل حوادث كرة القدم وكرة اليد وكرة السلة في مركز مقاطعة مستشفى ارهوس بالدانمرك واشتملت الدراسة على 302 مراهقين في ثلاثة ألعاب هي كرة العاب (كرة القدم وكرة اليد وكرة السلة)، وأظهرت نتائج الدراسة وجود 119 إصابة، (5.6 في كرة القدم، 4.1 في كرة اليد، 3.0 في كرة السلة)، التواءات الكاحل تمثل 25% من الإصابات، التواءات الأصابع 32%، إجهاد في الفخذ والساق 10%، أخطر الإصابات كانت، أربع إصابات الكسور، إصابة واحدة قطع الرباط الصليبي، إصابتين بجروح خطيرة ، الإصابات التي تحتاج إلى فترة طويلة لإعادة التأهيل حدث في كرة القدم ، غالبية الإصابات في كرة القدم حدثت نتيجة احتكاك وتداخل بين الاعبين ، بينما الإصابات في كرة اليد وكرة السلة تسببت به الكرة اولاً ثم الاحتكاك بين الاعبين ثانياً.

4. دراسة جريجوري وآخرون (P L Gregory) (2004) بعنوان " مقارنة الإصابات في رياضتي كرة القدم (جماعية) والكريكيت (فردية) " وهدفت الدراسة إلى مقارنة إصابات العمود الفقري بين لاعبي كرة القدم ولاعبي الكريكيت ، أقيمت الدراسة بمركز الطب الرياضي نوتنجهام بريطانيا ، اشتملت العينة على 47 من لاعبي الكريكيت ، 78 من لاعبي كرة القدم، أظهرت النتائج الإصابة في 23 نقطة بالعمود الفقري للاعبي الكريكيت ، 17 نقطة بالعمود الفقري للاعبي كرة القدم ، هناك اختلاف في موقع الإصابات بين لاعبي الكريكيت وكرة القدم ، كانت هناك كسور غير مكتملة في 14 لاعب كريكيت و 10 لاعب كرة قدم، كسور الإجهاد تحدث بنسبة كبيرة للاعبي الكريكيت، الإجهاد موزع على العظام للاعبي كرة القدم مقارنة بلاعبي الكريكيت.

5. دراسة فيريرو وآخرون (Forero, et al) (2004) بعنوان " سياسات الأمان في الرياضة أثناء التدريب والمنافسة بالأندية شمال سيدني باستراليا " وهدفت الدراسة إلى مقارنة سلامة السياسات والممارسات التي تم اعتمادها خلال التدريب والمنافسة في الأندية الرياضية في مجتمع ولاثيرن بسيدني، أجريت الدراسة خلال فصل الشتاء واشتملت العينة على 163 من لاعبي كرة القدم، الرجبي، وأشارت النتائج إلى وجود إصابات بنسبة 14.9% في لاعبي الرجبي، 8.4% في لاعبي كرة القدم، سياسة الأمان المتبعة أقل من المعتمدة (لا يوجد التزام جدي بتطبيق معايير الأمان)، تقع الإصابات متنوعة أثناء التدريب والمنافسة، الهيئات الرياضية يجب أن تعيد النظر في مدى ملائمة سياسات الأمان المتبعة للواقع الفعلي.

6.دراسة ماكجريجور (Macgregor)(2003) بعنوان " لا تحتفظ بالكرة " وهدفت الدراسة إلى التعرف على نوعية وشدة الإصابات الحادثة خلال عام كنتيجة لممارسة الألعاب الرياضية، واشتملت العينة على 187 طفلاً مصابون في ألعاب الكرة، وأشارت النتائج إلى أن كرة القدم هي الرياضة الرئيسية في حدوث الإصابات، 69% من الإصابات للذكور، 4% من حالات الإصابات هي للكسور، أكثر الإصابات كانت في الرسغ والأصابع، الأسباب الرئيسية للإصابات كانت احتفاظ الاعب بالكرة فترة طويلة، قواعد الممارسة الخاطئة، المعدات المستخدمة، أساليب التدريب، بعض الإصابات أصبح آثار ضارة طويلة المدى.

7.دراسة(Yde and Nielsen)(1990) دراسة هدفت إلى التعلاف على الإصابات الرياضية لدى البالغين وأسبابها في الألعاب الجماعية(كرة قدم، كرة سلة، كرة يد) وكانت أهم الإصابات إصابة الكاحل والفخذ أما عن أهم الأسباب المؤدية للإصابات فكانت نتيجة التصادم مع الخصم وتلامس الكرة والجري السريع.

8. وبدراسة قام بها Kugola (1991) بعنوان الإصابة الرياضية في كرة القدم والطائرة والسلة والهوكي والجودو وقد هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الإصابات في الرياضات السابقة وقد كانت الكسور هي الإصابة الأكثر انتشاراً بين جميع هذه الألعاب.

9.دراسة (Larry –Ellison) (1997) والتي أجريت ضمن برنامج المستشفى الكندي للوقاية من الإصابات وقد هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي كرة السلة واهم المناطق التي تعرضت للإصابة. وقد أظهرت النتائج إلى أن الالتواءات والشد حققت أعلى نسبة إصابة وكانت السلاميات ومفصل الكاحل أكثر المناطق عرضة للإصابة.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة شاملة متفحصة للدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الاطلاع عليها فإن هناك بعض النقاط التي وجب الوقوف عندها ويمكن إيجازها فيما يلي:

تضمنت هذه الدراسة 26 بحثا مرتبطاً ومتشابهاً بالإصابات الرياضية، بعضها تناول الإصابات الرياضية بشكل عام من حيث أسبابها وانتشارها والفئة العمرية المستهدفة.

مثل دراسة محمد (2002)، ودراسة مجلي (2007).

وهناك بعض الدراسات استهدفت إصابات المنتخبات الوطنية بشكل عام من حيث أسبابها وأكثر المناطق عرضه للإصابات والعلاج المستخد م لهذه الإصابات ، مثل دراسة مجلي،والصالح (2007) ، ودراسةالصالح (2005) .

وهناك بعض الدراسات تناولت الألعاب الجماعية المختلفة(قدم، وسلة، وطائرة،) وغيرها من حيث أماكن حدوثها، أسبابها ، وعلاجها مثل دراسة مجلي وآخرون، 2010 ودراسة أندرو بيب وآخرون (Andrew pipe ect all) (2006) ودراسة جي يودي ونلسون (j yde and Nielsen)(2005) ودراسة سعادة (1995) ودراسة مجلي، والوحيد (1995) ودراسة لاري اليسون (larry Ellison) (1997) .

وهناك دراسات تناولت الألعاب الفردية (تايكوندو وكرة طاولة و كراتيه وجمباز وغيرها) من حيث معدل الإصابات، أسبابها،أكثر الإصابات شيوعاً وغيرها مثل دراسة مجلي، والزغيلات (2012) ودراسة مجلي، وأبو حليمة (1995) ودراسة حامد، وعبد الرحمن (1995) ودراسة

مجلي، و أبو خويلة (1997) ودراسة عبد الباسط، ومرعي (2001) ودراسة مجلي والعطيات (2004) ودراسة حسين (2001) ودراسة المعايطة (2007).

وقد اختلفت هذه الدراسات من حيث عدد عينة الدراسة حيث كان أكثرها من حيث عدد أفراد العينة دراسة مجلي، والزغيلات (2012) حيث كان عدد أفراد العينة (309) ، بينما كان أقلها دراسة جريجيوري وآخرون(Gregory ect all)(2004) حيث كان عدد أفراد العينة (47).

كما كان هناك اختلاف في هذه الدراسات من حيث العمر والجنس.

وباطلاع الباحث على هذه البحوث المرتبطة والمشابهة بمجالات البحث استطاع الباحث الاستفادة منها في تحديد الإجراءات من حيث المنهجية واختيار العينات والتعامل معها وكذلك استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة للدراسة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

منهجية الدراسة

مجتمع الدراسة

عينة الدراسة

أداة الدراسة

متغيرات الدراسة

المعالجات الاحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصف للطريقة والإجراءات التي اتبعها الباحث في تحديد مجتمع الدراسة وعينتها وأداتها ، والخطوات التي اتبعت في التحقق من الصدق والثبات والمعالجات الإحصائية في استخراج النتائج وتحليلها.

منهجية الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي بصورته المسحية وذلك لملائمته وطبيعة الدراسة.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلاب تخصص التربية الرياضية في جامعات فلسطين(الضفة الغربية) التي بها برنامج البكالوريس في التربية الرياضية وعددها 3 جامعات وهي جامعة النجاح الوطنية(نابلس)، وكلية فلسطين التقنية(خضوري)–طولكرم، وجامعة القدس(أبو ديس) والبالغ عددهم (913) طالباً وطالبة.

عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة 30% من مجتمع الدراسة الأصلي وبلغ عدد العينة (274) طالباً وطالبة، والجدول رقم (1) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة

الجدول رقم(1)

توزيع عينة الدراسة تبعاً إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة (ن=274)

المتغيرات	مستويات المتغير	العدد	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكر	192	70.1
	أنثى	82	29.9
المستوى الدراسي	أولى	64	23.4
	ثانية	83	30.3
	ثالثة	81	29.6
	رابعة	46	16.8
نوع اللعبة	جماعية	180	65.7
	فردية	94	34.3
الجامعة	النجاح	109	39.8
	فلسطين التقنية	75	27.4
	القدس	90	32.8

أداة الدراسة:

قام الباحث بإعداد استبانة خاصة بالإصابات الرياضية تتكون من 3 أسئلة (ملحق 1) ،عرضت على مجموعة من الخبراء وذوي الاختصاص من الحاصلين على شهادة الدكتوراه ولهم خبرات علمية وعمليه في هذا المجال ، وبعد أن حصلت الاستبانة على موافقتهم بعد إجراء التعديلات اللازمة واستخرجت الأسس العلمية لها تم توزيعها على الطلبة.

وقام الباحث بالتعرف على إعداد الطلبة من السجلات الرسمية للجامعات.

الأسس العلمية للاستبانة:

الصدق:

يقصد بصدق الاختبار أن (يقيس ما وضع لأجل قياسه ولا يقيس شيئاً آخر) ولأجل ذلك قام الباحث بعرض الاستبيان بصورته الأولية على مجموعة من ذوي الخبرة والاختصاص وذلك للتأكد من صلاحية اللغة ووضوحها وسهولة فهمها ومطابقتها لما يريد البحث أن يقيسه، وبذلك حقق الاستبيان صدق المحتوى بعد أن حصل الاستبيان على موافقة الخبراء بعد إجراء التعديلات اللازمة عليه.

الثبات:

فيما يتعلق في القسم الثاني من الأداة والمتعلق في اللعبة ، و أجزاء الجسم التي تعرضت للإصابة، وأكثر الإصابات شيوعاً فلأنها تقيس معلومات حقيقية ، وبالتالي لا داعي للثبات ، بينما في الجزء الخاص حول الاعتقاد حول أكثر أسباب الإصابات شيوعاً، استخدمت معادلة كرونباخ ألفا وطبقت على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة وذلك بواقع (15) طالباً، و (15) طالبة، ولم يتم تضمينهم في العينة الأصلية للدراسة، ووصل معامل الثبات إلى (0.85) وهو جيد ويفي بأغراض الدراسة.

متغيرات الدراسة:

1.المتغيرات المستقلة:

*الجنس وله مستويين، ذكر وأنثى.

*المستوى الدراسي وله أربع مستويات.سنة أولى وثانية وثالثة ورابعة.

*نوع اللعبة وله مستويين، فردي وجماعي.

2.المتغيرات التابعة:

*أكثر الإصابات شيوعاً.

*منطقة الإصابة.

المعالجات الإحصائية:

للاجابة عن تساؤلات الدراسة استخدم الباحث برنامج الرزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) وذلك باستخدام المعالجات الاحصائية الآتية:

1.التكرارات والنسب المئوية.

2.مربع كاي

3.المتوسطات الحسابية

4.تحليل التباين الأحادي

5.الانحرافات المعيارية

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة وفقاً لترتيب تساؤلاتها، وفيما يلي عرض لذلك:

أولاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول والذي نصه:

ما الإصابات الرياضية الأكثر شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

للإجابة عن هذا التساؤل استخدمت التكرارات والنسب المئوية ونتائج الجدول رقم (2) تبين ذلك.

الجدول رقم (2)

التكرارات والنسب المئوية للإصابات الرياضية الأكثر شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية (ن=274)

الرقم	الإصابات	نعم		لا	
		التكرار	النسبة المئوية (%)	التكرار	النسبة المئوية (%)
1	تمزقات	177	64.6	97	35.4
2	كدمات أو رضوض	127	46.4	147	53.6
3	التواء أو ملخ	154	56.2	120	43.8
4	كسور	112	40.9	162	59.1
5	الشد العضلي	211	77	63	23
6	جروح	89	32.5	185	67.5
7	خلع	140	51.1	134	48.9
8	إصابات عين	7	2.6	267	97.4
9	الخدوش	9	3.3	265	96.7

يتضح من الجدول رقم (2) أن أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت: (الشد العضلي، والتمزقات، واللالتواء ، والخلع) حيث كانت النسبة المئوية للاجابة ب (نعم) على التوالي: (77% ، 64.6%، 56.2% ، 51.1%)، أما أقل الإصابات شيوعاً كانت (إصابات العين ، والخدوش ، والجروح ، والكسور ، والكدمات والرضوض) ، حيث كانت النسبة المئوية للإجابة ب (لا) على التوالي: (97.4%، 96.7%، 67.5%، 59.1%، 53.6%).

ومن خلال النتائج تبين أن أكثر إصابة شيوعاً كانت الشد العضلي ، وأقلها شيوعاً إصابات العين.

ثانياً: النتائج المتعلة بالتساؤل الثاني والذي نصه:

ما أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

للإجابة عن التساؤل استخدمت التكرارات والنسب المئوية ونتائج الجدول رقم (3) تبين ذلك.

الجدول رقم (3)

التكرارات والنسب المئوية لإصابات الرياضية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية (ن=274)

الرقم	أعضاء الجسم	نعم		لا	
		التكرار	النسبة المئوية (%)	التكرار	النسبة المئوية (%)
1	مفصل الكاحل	165	60.2	109	39.8
2	مفصل الركبه	80	29.2	194	70.8
3	الظهر	151	55.1	123	44.9
4	الساق	67	24.5	207	75.5
5	الفخذ	105	38.3	169	61.7
6	الرأس	107	39.1	167	60.9
7	الوجه	118	43.1	156	56.1
8	مفصل الكتف	117	42.7	157	57.3
9	الرسغ	108	39.4	166	60.6
10	أصابع اليد والسلاميات	110	40.1	164	59.9
11	مفصل المرفق	57	20.8	217	79.2
12	أعضاء اخرى	14	5.1	260	94.9

يتضح من الجدول رقم (3) أن أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كان مفصل الكاحل (60.2%) ،يليه الظهر (55.1%)، بينما أقل الأعضاء عرضة للإصابة أعضاء أخرى (5.1%) ، يليها مفصل المرفق (20.8%).

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث والذي نصه:

ما درجة أسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

للإجابة عن التساؤل استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لكل سبب ، والدرجة الكلية للأسباب كما في الجدول رقم (4) ، ومن أجل تفسير النتائج استخدمت النسب المئوية (70%) فأكثر للتعبير عن درجة كبيرة جدا، و (50–69.9%) درجة كتوسطة ، و أقل من (50%) للتعبير عن درجة قليلة .

الجدول رقم (4)

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لمستوى أسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية (ن= 274)

رقم الفقرة	الأسباب	المتوسط الحسابي*	النسبة المئوية %	الدرجة
1	عدم الإحماء الجيد	2.77	92.34	كبيرة
2	الحمل التدريبي الزائد	2.05	68.49	متوسطة
3	المشاركة في أكثر من فعالية	1.59	53.04	متوسطة
4	عدم ملائمة الأرضية للممارسة	2.40	79.93	كبيرة
5	تدني مستوى الإعداد المهاري	2.08	69.46	متوسطة
6	العودة للملاعب قبل الشفاء التام	1.82	60.58	متوسطة
7	الألبسة الرياضية غير الملائمة	2.33	77.74	كبيرة
8	عدم توفر عوامل الأمان والسلامة	2.15	71.53	كبيرة
9	عدم اتباع الأسس العلمية في التدريب	1.76	58.76	متوسطة
10	عدم المتابعة الحثيثة من المدرب للاعبين	2.27	75.55	كبيرة
11	عدم التقيد في فترات الراحة الكافية خلال البرنامج التدريبي المعد	2.04	68.00	متوسطة
12	عدم إجراء الفحوصات الطبية المنتظمة(الدورية)	1.86	61.92	متوسطة
13	عدم التقيد ببرنامج غذائي سليم	2.29	76.40	كبيرة
14	الحماس الزائد في التدريب أو المنافسات	1.99	66.30	متوسطة
15	عدم التقيد بتعليمات المدرب وارشاداته	1.72	57.30	متوسطة
16	إهمال الفروق الفردية بين اللاعبين	2.38	79.20	كبيرة
17	عدم الاهتمام بالتأهيل بعد انتهاء العلاج من الإصابة	2.14	71.41	كبيرة
18	الحركات العنيفة والمفاجئة	1.83	60.95	متوسطة
الدرجة الكلية للأسباب		2.08	69.38	متوسطة

* أقصى درجة للإستجابة (3) درجات.

يتضح من الجدول رقم (4) أن درجة أسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت كبيرة على الأسباب التالية (عدم الاحماء الجيد، عدم ملائمة الارضية للممارسة، الالبسة الرياضية غير الملائمة، عدم توفر عوامل الامن والسلامة، عدم المتابعة الحثيثة من المدرب للاعبين، عدم التقيد ببرنامج غذائي سليم، اهمال الفروق الفردية بين اللاعبين، عدم الاهتمام بالتاهيل بعد انتهاء العلاج من الاصابة) ، حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (70%)، وكانت متوسطة على الأسباب التالية(الحمل التدريبي الزائد، المشاركة في اكثر من فعالية، تدني مستوى الاعداد المهاري، العودة للملاعب قبل الشفاء التام، عدم اتباع الاسس العلمية في التدريب، عدم التقيد في فترات الراحة الكافية خلال البرنامج التدريبي المعد، عدم اجراء الفحوصات الطبية الدورية(المنتظمة)، الحماس الزائد في التدريب او المنافسات، عدم التقيد بتعليمات المدرب وارشاداته، الحركات العنيفة والمفاجئة) ، حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة عليها بين (53.4%-69.46%).

وفيما يتعلق في الدرجة الكلية لأسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت متوسطة ، حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (69.38%).

رابعاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (5) تبين ذلك.

الجدول رقم (5)

التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس (ن=274)

الرقم	الجنس	ذكر				انثى				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		نعم		لا		نعم		لا			
	الإصابات	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	تمزقات	129	67.2	63	32.8	48	58.5	34	41.5	1.88	0.17
2	كدمات أو رضوض	94	49	98	51	34	40.2	49	59.8	1.75	0.18
3	التواء أو ملخ	108	56.3	84	43.8	46	56.1	36	43.9	0.001	0.98
4	كسور	85	44.3	107	55.7	27	32.9	55	67.1	3.06	0.08
5	الشد العضلي	146	76	46	24	65	79.3	17	20.7	0.33	0.56
6	جروح	63	32.8	129	67.2	26	31.7	56	68.3	0.03	0.85
7	خلع	98	51	94	49	42	51.2	40	48.8	0.001	0.97
8	إصابات عين	5	2.6	187	97.4	2	2.4	80	97.6	0.006	0.93
9	الخدوش	6	3.1	186	96.9	3	3.7	79	96.3	0.05	0.83

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (5) أنه لا يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس.

خامساً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الخامس والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (6) تبين ذلك.

الجدول رقم (6)

التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي (ن=274)

الرقم	المستوى الدراسي	أولى				ثانية				ثالثة				رابعة				مربع كاي	مستوى الدلالة *
		نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا			
	الإصابات	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	تمزقات	35	54.7	29	26.6	47	56.6	36	43.4	50	61.7	31	38.3	33	71.7	13	28.3	3.89	0.27
2	كدمات أو رضوض	32	50	32	50	39	47	44	53	42	51.9	39	48.1	14	30.4	32	69.6	6.02	0.11
3	التواء أو ملخ	34	53.1	30	46.9	42	50.6	41	49.4	49	60.5	32	39.5	29	63	17	37	2.78	0.42
4	كسور	34	53.1	30	46.9	33	39.8	50	60.2	31	38.3	50	61.7	14	30.4	32	69.6	6.31	0.09
5	الشد العضلي	48	75	16	25	65	78.3	18	21.7	63	77.8	18	22.2	35	76.1	11	23.9	0.27	0.96
6	جروح	18	28.1	46	71.9	29	34.9	54	65.1	33	40.7	48	59.3	9	19.6	37	80.4	6.80	0.07
7	خلع	36	56.3	28	43.8	39	47	44	53	34	42	47	58	31	**67.4**	15	32.6	8.82	**0.03***
8	إصابات عين	–	–	64	100	1	1.2	82	98.8	4	4.9	77	95.1	2	4.3	44	95.7	4.72	0.198
9	الخدوش	–	–	64	100	3	3.6	80	96.4	5	6.2	76	93.8	1	2.2	45	97.8	4.50	0.21

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) .

يتضح من الجدول رقم (6) أنه يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابة الخلع تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي ولصالح السنة الرابعة، أي أن نسبة حدوثها أعلى لدى السنة الرابعة، بينما لم يكون هناك اختلاف في الإصابات الرياصية المتبقية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي.

سادساً: النتائج المتعلقة بالتساؤل السادس والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (7) تبين ذلك.

الجدول رقم (7)

التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة (ن=274)

الرقم	نوع اللعبة	جماعية				فردية				مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم		لا		نعم		لا			
	الإصابات	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	تمزقات	124	**64**	56	31.1	53	56.4	41	43.6	4.22	**0.04***
2	كدمات أو رضوض	91	**50.6**	89	49.4	36	38.3	58	61.7	3.75	**0.05***
3	التواء أو ملخ	98	54.4	82	45.6	56	59.6	38	40.4	0.66	0.41
4	كسور	86	**47.8**	94	52.2	26	27.7	68	72.3	10.34	**0.001***
5	الشد العضلي	140	77.8	40	22.2	71	75.5	23	24.5	0.17	0.67
6	جروح	62	34.4	118	65.6	27	28.7	67	71.3	0.92	0.33
7	خلع	85	47.2	95	52.8	55	58.5	39	41.5	3.14	0.07
8	إصابات عين	6	3.3	174	96.7	1	1.1	93	98.9	1.27	0.25
9	الخدوش	6	3.3	174	96.7	3	3.2	91	96.8	0.004	0.95

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (7) أنه يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات والكدمات والكسور بين الألعاب الجماعية والفردية ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية، أي أن الإصابات الرياضية لهذه الإصابات أعلى لدى ممارسي الألعاب الجماعية من ممارسي الألعاب الفردية، بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية المتبقية بين لاعبي الألعاب الجماعية والفردية.

سابعاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل السابع والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (8) تبين ذلك.

الجدول رقم (8)

التكرارات والنسب المئوية لشيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة (ن=274)

الرقم	الجامعة	النجاح				فلسطين التقنية				القدس				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا			
	الإصابات	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	تمزقات	76	69.7	33	30.3	54	**72**	21	28	47	52.2	43	47.8	9.07	***0.01**
2	كدمات أو رضوض	48	44	61	56	31	41.3	44	58.7	48	53.3	42	46.7	2.75	0.25
3	التواء أو ملخ	71	**65.1**	38	34.9	44	58.7	31	41.3	39	43.3	51	56.7	9.77	***0.008**
4	كسور	52	47.7	57	52.3	38	**50.7**	37	49.3	22	24.4	68	75.6	15.13	***0.001**
5	الشد العضلي	9	82.6	19	17.4	63	**84**	12	16	58	64.4	32	35.6	11.99	***0.002**
6	جروح	35	32.1	74	67.9	20	26.7	55	73.3	34	37.8	56	62.2	2.31	0.31
7	خلع	72	**66.1**	37	33.9	45	60	30	40	23	25.6	67	74.4	35.63	***0.0001**
8	إصابات عين	3	2.8	106	97.2	–	–	75	100	4	4.4	86	95.6	3.27	0.19
9	الخدوش	1	0.9	108	99.1	1	1.3	74	98.7	7	**7.8**	83	92.2	8.54	***0.01**

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (8) أنه يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات ،والإلتواء، والكسور، والشد العضلي، والخلع، والخدوش تبعاً إلى متغير الجامعة ، حيث كانت الفروق أعلى لدى الطلبة في جامعة النجاح في (الإلتواء و الخلع) ، أعلى لدى الطلبة في جامعة فلسطين التقنية في إصابات (التمزقات والكسور والشد العضلي) ، وكانت الفروق أعلى لدى الطلبة في جامعة القدس في إصابة الخدوش . بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية المتبقية تبعاً إلى متغير الجامعة.

ثامناً: النتائج المتعلقة بالتساؤل الثامن والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (9) تبين ذلك.

الجدول رقم (9)

التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس (ن=274)

الرقم	الجنس	ذكر				أنثى				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		نعم		لا		نعم		لا			
	أعضاء الجسم	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	مفصل الكاحل	116	60.4	76	39.6	49	59.8	33	40.2	0.01	0.91
2	مفصل الركبه	59	30.7	133	69.3	21	25.6	61	74.4	0.72	0.39
3	الظهر	107	55.7	55	44.3	44	53.7	38	46.3	0.10	0.75
4	الساق	50	26	142	74	17	20.7	65	79.3	0.87	0.34
5	الفخذ	72	37.5	120	62.5	33	40.2	49	59.8	0.18	0.66
6	الرأس	79	41.1	113	58.9	28	34.1	54	65.9	1.18	0.27
7	الوجه	86	44.8	106	55.2	32	39	50	61	0.77	0.37
8	مفصل الكتف	89	46.4	103	53.6	28	34.1	54	65.9	3.5	0.06
9	الرسغ	81	42.2	111	57.8	27	32.9	55	67.1	2.06	0.15
10	أصابع اليد والسلاميات	84	43.8	108	56.3	26	31.7	56	68.3	3.46	0.06
11	مفصل المرفق	42	21.9	150	69.1	15	18.3	67	81.7	0.44	0.50
12	أعضاء أخرى	11	5.7	181	94.3	3	3.7	79	96.3	0.50	0.47

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (9) أنه لا تختلف أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس.

تاسعاً: النتائج المتعلقة بالتساؤل التاسع والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (10) تبين ذلك.

الجدول رقم (10)

التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي (ن=274)

الرقم	المستوى الدراسي	أولى				ثانية				ثالثة				رابعة				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		لا		نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا		نعم			
	أعضاء الجسم	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
1	مفصل الكاحل	45.3	29	54.7	35	43.3	36	56.6	47	38.3	31	61.7	50	28.3	13	71.7	33	3.89	0.27
2	مفصل الركبه	73.4	47	26.6	17	75.9	63	24.1	20	63	51	37	30	71.7	33	28.3	13	3.68	0.28
3	الظهر	39.1	25	60.9	39	44.6	37	55.4	46	51.9	42	48.1	39	41.3	19	58.7	27	2.70	0.43
4	الساق	75	48	25	16	75.9	63	24.1	20	75.3	61	24.7	20	76.1	35	23.9	11	0.02	0.99
5	الفخذ	64.1	41	35.9	23	65.5	56	32.5	27	59.3	48	40.7	33	52.2	24	47.8	22	3.29	0.34
6	الرأس	56.3	36	43.8	28	54.2	45	45.8	38	69.1	56	30.9	25	65.2	30	34.8	16	4.80	0.18
7	الوجه	59.4	38	40.6	26	61.4	51	38.6	32	55.6	45	44.4	36	47.8	22	52.2	24	2.46	0.48
8	مفصل الكتف	59.4	38	40.6	26	45.8	38	54.2	45	64.2	52	35.8	29	63	29	37	17	6.80	0.07
9	الرسغ	64.1	41	35.9	23	65.1	54	34.9	29	55.6	45	44.4	36	56.5	26	43.5	20	2.19	0.53

0.33	3.37	65.2	30	34.8	16	54.3	44	45.7	37	56.6	47	43.4	36	67.2	43	32.8	21	أصابع اليد والسلاميات	10
0.78	1.06	80.4	37	19.6	9	75.3	61	24.7	20	80.7	67	19.3	16	81.3	52	18.8	12	مفصل المرفق	11
0.07	6.91	100	64	–	–	92.6	75	7.4	6	91.6	76	8.4	7	98.4	63	1.6	1	أعضاء أخرى	12

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) .

يتضح من الجدول رقم (10) أنه لا تختلف أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي.

عاشراً: النتائج المتعلقة بالتساؤل العاشر والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (11) تبين ذلك.

الجدول رقم (11)

التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة (ن=274)

الرقم	نوع اللعبة	جماعية				فردية				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		نعم		لا		نعم		لا			
	أعضاء الجسم	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	مفصل الكاحل	109	60.6	71	39.4	56	59.6	38	40.4	0.02	0.87
2	مفصل الركبه	61	**33.9**	119	66.1	19	20.2	75	79.8	5.58	**0.01***
3	الظهر	96	53.3	84	46.7	55	58.5	39	41.5	0.66	0.41
4	الساق	51	**28.3**	129	71.7	16	17	78	83	4.27	**0.03***
5	الفخذ	63	35	117	65	42	44.7	52	55.3	2.44	11
6	الرأس	79	**43.9**	101	56.1	28	29.8	66	70.2	5.15	**0.02***
7	الوجه	82	45.6	98	54.4	36	38.3	58	61.7	1.32	0.24
8	مفصل الكتف	82	45.6	98	54.4	35	37.2	59	62.6	1.74	0.18
9	الرسغ	75	41.7	105	58.3	33	35.1	61	64.9	1.11	0.29
10	أصابع اليد والسلاميات	88	**48.9**	92	51.1	22	23.4	72	76.6	16.69	0.0001*
11	مفصل المرفق	43	23.9	137	76.1	14	14.9	80	85.1	3.06	0.08
12	أعضاء أخرى	8	4.4	172	95.6	6	6.4	88	93.6	0.47	0.48

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (11) أنه يوجد اختلاف في أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الركبة ، والرأس ، وأصابع اليد والسلاميات بين الأ لعاب الجماعية والفردية ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية، أي أن

الإصابات الرياضية لهذه الأعضاء أعلى لدى ممارسي الألعاب الجماعية من ممارسي الألعاب الفردية، بينما لم تكن هناك اختلافات في الإصابات الرياضية للأعضاء المتبقية بين لاعبي الألعاب الجماعية والفردية.

حادي عشر: النتائج المتعلقة بالتساؤل الحادي عشر والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة ؟

للإجابة عن التساؤل استخدم اختبار مربع كاي ونتائج الجدول رقم (12) تبين ذلك.

الجدول رقم (12)

التكرارات والنسب المئوية لأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة (ن=274)

الرقم	الجامعة	النجاح				فلسطين التقنية				القدس				مربع كاي	مستوى الدلالة*
		نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا			
	أعضاء الجسم	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
1	مفصل الكاحل	73	**67**	36	33	50	66.7	25	33.3	42	46.7	48	53.3	10.27	**0.006***
2	مفصل الركبه	25	22.9	84	77.1	23	30.7	52	69.3	32	35.6	58	64.4	3.90	0.14
3	الظهر	75	**68.8**	34	31.2	43	57.3	32	42.7	33	36.7	57	63.3	20.79	**0.0001***
4	الساق	29	26.6	80	73.4	22	29.3	53	70.7	16	17.8	74	82.2	3.41	0.18
5	الفخذ	50	45.9	59	54.1	28	37.3	47	62.7	27	30	63	70	5.29	0.07
6	الرأس	56	**51.4**	53	48.6	37	49.3	38	50.7	14	15.6	76	84.4	31.16	**0.0001***
7	الوجه	55	50.5	54	49.5	40	**53.3**	35	46.7	23	25.6	67	74.4	16.90	**0.0001***
8	مفصل الكتف	48	44	61	66	41	**54.7**	34	45.3	28	31.1	62	68.9	9.40	**0.009***
9	الرسغ	47	43.1	62	56.9	36	**48**	39	52	25	27.8	65	72.2	8.04	**0.01***
10	أصابع اليد والسلاميات	41	37.6	68	62.4	34	45.3	41	54.7	35	38.9	55	61.1	1.19	0.55
11	مفصل المرفق	22	20.2	87	79.8	17	22.7	58	77.3	18	20	72	80	0.21	0.89
12	أعضاء أخرى	-	-	109	100	3	4	72	96	11	**12.2**	79	87.8	15.45	**0.0001***

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (12) أنه يوجد اختلاف في أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الكاحل ، والظهر، والرأس ، والوجه ، ومفصل الكتف ، والرسغ ، وأعضاء أخرى تبعاً إلى متغير الجامعة ، حيث كانت الفروق أعلى لدى طلبة جامعة النجاح في مفصل الكاحل ، والظهر، والر أس، ، وكانت الفروق أعلى طلبة جامعة فلسطين التقنية في الوجه ومفصل الكتف والرسغ ، وكانت الفروق أعلى لدى طلبة جامعة القدس في أعضاء أخرى. بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية للأعضاء المتبقية تبعاً إلى متغير الجامعة.

ثاني عشر: النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني عشر والذي نصه:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تعزى إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة ؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية للاسباب لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة وفيما يلي عرض لنتائج التساؤل .

الجدول رقم(13)

المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة

المتغيرات	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الجنس	ذكر	2.07	0.20
	أنثى	2.09	0.26
المستوى الدراسي	أولى	2.02	0.12
	ثانية	2.07	0.22
	ثالثة	2.11	0.24
	رابعة	2.09	0.26
نوع	جماعية	2.08	0.22
	فردية	2.07	0.22
الجامعة	النجاح	1.99	0.068
	فلسطين التقنية	2.02	0.13
	القدس	2.25	0.34

الجدول رقم(14)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة

المتغير المستقل	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط مربعات الانحراف	(ف) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية*
الجنس	بين المجموعات	0.033	1	0.033	0.66	0.41
	داخل المجموعات	13.381	272	0.049		
	المجموع	13.414	273			
المستوى الدراسي	بين المجموعات	0.325	3	0.108	2.23	0.08
	داخل المجموعات	13.089	270	0.048		
	المجموع	13.414	273			
نوع اللعبة	بين المجموعات	0.001	1	0.001	0.024	0.87
	داخل المجموعات	13.413	272	0.049		
	المجموع	13.414	273			
الجامعة	بين المجموعات	3.794	2	1.897	40.73	*0.0001
	داخل المجموعات	12.618	271	0.047		
	المجموع	16.412	273			

- دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

يتضح من الجدول رقم (14) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تعزى إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، بينما كانت الفروق دالة إحصائيا تبعاً إلى متغير الجامعة.

ولتحديد الفروق استخدم اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية ، ونتائج الجدول رقم (15) تبين ذلك.

الجدول رقم (15)

نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة

الجامعة	المتوسط	النجاح	فلسطين التقنية	القدس
النجاح	1.99		0.03-	*0.26-
فلسطين التقنية	2.02			*0.23-
القدس	2.25			

*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05).

يتضح من الجدول رقم (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية بين جامعة القدس وجامعتي (النجاح وفلسطين التقنية) ولصالح جامعة القدس ، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائيا بين جامعة النجاح وجامعة فلسطين التقنية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الاستنتاجات

التوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج، والاستنتاجات، والتوصيات

يشتمل هذا الفصل على مناقشة النتائج تبعا لتسلسل تساؤلات الدراسة، إضافة إلى الاستنتاجات والتوصيات، وفيما يلي عرض لذلك:

اولا: مناقشة النتائج:

فيما يلي عرض لمناقشة النتائج المتعلقة بتساؤلات الدراسة:

1 مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الأول والذي نصه:

ما هي الإصابات الرياضية الأكثر شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

اظهرت نتائج الجدول رقم (2) أن أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت: (الشد العضلي، والتمزقات، واللإلتواء ، والخلع) حيث كانت النسبة المئوية للإجابة ب (نعم) على التوالي: (77% ، 64.6%، 56.2% ، 51.1%)

ويرى الباحث أن تصدر إصابات الشد والتمزق العضلي لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية يرجع إلى المجهود الكبير الواقع على هذه العضلات وكما هو معروف فإن الشد والتمزق العضلي يحدث نتيجة القيام بمجهود بدني كبير لا يتناسب مع الاستعداد البدني لدى اللاعب، أو جهد عضلي مفاجئ بدرجة شدة أكبر من قدرة العضلة على تحمل هذا الجهد. وكذلك بسبب الارضيات غير المناسبة والاحذية.

وكما يشير أبو العلا(1984) أن التمزق استطالة سريعة ومفاجئة زائدة عن أقصى مدى لإمكانية العضلة على الاستطالة، وغالباً ما تحدث هذه الإصابة في العضلات الخلفية للفخذ، وخاصة بين لاعبي كرة القدم وذلك عند محاولة رفع الرجل إلى مستوى عالي لامتصاص الكرة.

ومن أهم هذه الأسباب هو عدم الإحماء العام أو الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة حيث يتم إهمال عمل مجموعة العضلات التي تقوم بالمجهود البدني الرئيسي، أو اشتراك اللاعب في منافسة قبل شفائه من إصابة سابقة وكذلك النقص الشديد في الماء والأملاح ممكن أن يؤدي إلى الشد والتمزق العضلي، وضعف العضلات، وعدم التوازن بين المجموعات العضلية المتقابلة. وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة مجلي(2007) التي أظهرت أن تمزقات العضلات هي الأكثر انتشارا لجميع أفراد عينة الدراسة بتكرار (116) وبنسبة (20.86%) . وكذلك دراسة مجلي، وآخرون(2010) أن أكثر الإصابات انتشارا كانت التمزقات بنسبة (28.88%) ودراسة سعادة(1991) أن أكثر الإصابات انتشارا كانت التمزقات .

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني والذي نصه:

ما هي أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (3) أن أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كان مفصل الكاحل (60.2%) ،يليه الظهر (55.1%)، بينما أقل الأعضاء عرضة للإصابة أعضاء أخرى (5.1%) ، يليها مفصل المرفق (20.8%).

ويرى الباحث منطقيه في تصدر إصابات مفصل الكاحل لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية لأن أفراد عينة الدراسة كان أغلبهم يلعبون الألعاب الجماعية أكثر من الفردية وفي أغلب الألعاب الجماعية في الجامعات الفلسطينية يتم التركيز على كرة القدم لأنها اللعبة الشعبية الأولى في فلسطين وكرة السلة والطائره وغيرها، فحركات التحكم والجري بالكرة والمراوغة تتم من خلال مشط القدم ويتحكم بحركة واتجاه مشط القدم مفصل الكاحل، وتنصب معظم محاولات قطع الكرة، أو منع التصويب، أو إبعاد الكرة، أو اللحاق باللاعب المستحوذ على الكرة على منطقة مشط القدم والكاحل و الساقين مما يؤدي إلى تكرار إصابتها بسبب عدم وجود كسارات وواقيات للقدم، وكذلك ارتكاز اللاعب في كرة السلة والطائره تتركز على مشط القدم، وكذلك تباين

تحمل بعض مناطق الجسم وزناً أكثر من الآخر مثل الكاحل والركبة والعمود الفقري، وإن الأداء الخاطئ(التكنيك الخاطئ) وكذلك عدم كفاية الإحماء يجعل مركز الثقل غير مستقر مما يسبب جهداً غير متوازناً على أعضاء الجسم المختلفة. وتعتبر إصابات الكاحل هي الأكثر شيوعاً بين إصابات المفاصل وتصل إلى 85% وذلك لكون الكاحل من أكثر مفاصل الجسم تعقيداً ، وغالباً ما تكون الإصابة تمزق أو تمدد في الأربطة التي تربط عظام الكاحل، وتحدث الإصابة نتيجة لحركات أسفل الجسم المختلفة التي لا تتناسب مع كمية الضغط السلط على هذه المنطقة وحجم الكاحل محمد (2008). واتفقت هذه النتائج مع دراسة محمد (2002) في إرتفاع نسبة إصابة الأطراف السفلى وخاصة مفصلي الركبة والكاحل . وكذلك دراسة مجلي (2007) أن أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة الكاحل والكتف بتكرار (50) لكل منهما وبنسبة (8.99%). دراسة أندرو بيب وآخرون(Andrew Pipe, et al,2006) أن التشخيص الأكثر شيوعاً كان الكدمات والتواء الكاحل حيث شكلت في المتوسط (78%) من الإصابات الناجمة عن الاحتكاك مع لاعب آخر. دراسة مجلي، والصالح (2007) تبين أن الكاحل أكثر المناطق عرضة للإصابة وبنسبة (10.60%). دراسة يدي ونلسون(yde,&Nielsen,1990) أن أهم الإصابات كانت إصابة الكاحل والفخذ. دراسة لاري إيلسون (Ellison,larry,1997) أن مفصل الكاحل أكثر المناطق عرضة للإصابة.

دراسة الصالح (2005) فإن الكاحل كان أكثر المناطق تعرضاً للإصابة.دراسة الراوي ،وفتحي(2007) كانت النتائج أن إصابات مفصل الكاحل أكثر من إصابات مفصل الركبة ، وأن إصابات مفصل الركبة والكاحل في الألعاب الجماعية أكثر منها في الألعاب الفردية.

3- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث والذي نصه:

ما درجة أسباب شيوع الإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (4) أن الدرجة الكلية لأسباب شيوع ا لإصابات لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية كانت متوسطة ، حيث وصلت النسبة المئوية

للإستجابة الى (69.38%). وكانت أعلى الأسباب عدم الإحماء ، وعدم مناسبة أرضية الملعب، وعدم مراعاة الفروق الفردية.

من هنا يرى الباحث أن الإحماء (warming_up) يعد متطلباً أساسياً في كل من التدريب، والمنافسات الرياضية ونظراً لذلك ينظر إليه بعض علماء فسيولوجيا التدريب الرياضي أمثال بروس (bruce,1986)، وفوكس وبورز (fox& bowers1992) ، وفشر وبترسون (fisher& Peterson, 1990) على أنه مبدأ من مبادئ التدريب الرياضي مثله مثل المبادئ الأخرى المعروفة والمألوفة في التدريب الرياضي مثل : مبدأ الفروق الفردية، والتموج في التدريب، والخصوصية في التدريب ، والتدرج في التدريب ..... الخ.

وبما أن الإحماء هدفه تهيئه الأجهزة الداخلية والعضلات الهيكليه للعمل بكفائة فإن هذا يحميها من الإصابة، والقيام بوظائفها على أكمل وجه. ويرى الباحث أن طلاب كليات التربية الرياضية في فلسطين بوجه عام يذهبون إلى المحاضرات العملية دون القيام بعملية الإحماء بالشكل الصحيح وبالوقت الكافي وبذلك لا تكون عضلات الجسم مهيئة بشكل سليم للقيام بالنشاط الرياضي المطلوب مما يسبب لهم الإصابات.

ويشير فوكس وبورز (fox&bowers, 1992) أنه لا بد من قيام الرياضيين بالإحماء قبل التريب الرياضي، والمنافسات الرياضية للأسباب الآتية:

-.زيادة الدفع القلبي(cardiac output) وبالتالي زيادة الدم المدفوع للعضلات العاملة لتزويدها بالأكسجين والغذاء.

- رفع درجة حرارة الجسم بشكل عام، والعضلات بشكل خاص مما يسهل عمل الأنزيمات وزيادة فاعلية التمثيل الغذائي (metabolism) في العضلات الهيكلية (skeletal muscles) وذلك من خلال توفير الأكسجين، والمواد الغذائية اللازمة لعمل العضلات.

–الوقاية من الإصابات الرياضية، وعلى وجه الخصوص في الفعاليات مرتفعة الشدة والتي يتم أداؤها لمرة واحدة مثل: فعاليات الرمي، والوثب، وعدو المسافات القصيرة (الأنشطة الا أوكسجينية)(anaerobic activities).

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة القدومي (2003) بأن أفضل أسلوب للإحماء كان (10 دقائق هرولة+ 5 دقائق إطالة) وإن استخدام أي أسلوب من أساليب الإحماء يؤثر إيجابياً في زيادة مسافة الوثب العمودي لدى لاعبي الكرة الطائرة مقارنة بعدم القيام بالإحماء.

وكذلك دراسة محمد (2002) بأن عدم كفاية الإحماء بنوعيه والمفردات الخاصة لكل لعبة من النواحي التكتيكية والمهارية كانت من أبرز أسباب الإصابات. وكذلك دراسة مجلي (2007) أن من أكثر أسباب الإصابات كان عدم الإحماء الجيد بتكرار (166) وبنسبة (29.85%).

دراسة الزغيلات، ومجلي (2012) بأن أسباب الإصابات لفئة الكاتا كانت عدم الإحماء الجيد.

دراسة سعادة (1991) بأن أهم أسباب الإصابات كانت عدم الإحماء الجيد والخشونة.

دراسة مجلي، وأبو خويلة (1997) بأن الإحماء الغير كافي كان من أهم أسباب الإصابات.

أما بالنسبة لعدم ملائمة أرضية الملاعب في الجامعات كان من أسباب حدوث الإصابات فيرى الباحث أن هناك بعض الجامعات لا تزال تستخدم الأرضيات الأسفلتية أو الأرضيات الخشنة في إعطاء المحاضرات العملية مما قد يسبب إصابات كثيرة للاعبين؛ نتيجة السقوط أو الاحتكاك المباشر بالأرض. وهذا ما أكدت عليه روفائيل(1986) بأنه يجب العناية بأرضية الملاعب ومناسبتها لمختلف الألعاب وأن تكون مسطحة ومستوية وخالية من أي عائق كالحفر والطوب. كما يجب أن يراعى اختيار الأدوات والمعدات اللائقة ومناسبتها ومتانتها وطريقة حفظها والأداء السليم عليها كي لا تسبب خطورة على اللاعبين، كما يراعى خلو المكان عند استعمال أدوات الرمي في ألعاب القوى.

أما بالنسبة لمبدأ الفروق الفردية فيرى الباحث أن بعض طلاب كليات التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية يلعبون ضمن المنتخبات الوطنية في مختلف الألعاب الرياضية وتكون اللياقة البدنية عندهم جيدة وطريقة تطبيق المهارة تكون بشكل جيد بعكس بعض الطلاب الذين تكون صفاتهم البدنية أقل من غيرهم فيحاولون مجاراة الطلاب الآخرين فيكون هناك حمل عليهم مما قد يعرضهم إلى إصابات مختلفة، وكذلك ان تكون شدة التمرين ونوع اللعبة مناسبة للطلبة. وهذا ما أكد عليه علماء التدريب الرياضي بأنه يجب مراعاة الفروق الفردية عند إعطاء المهارات المختلفة وأن تكون هذه المهارات مناسبة لمستوى الطلاب.

4- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الرابع والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (5) أنه لا يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس.

ويرى الباحث أن السبب في ذلك يعود إلى تشابه الظروف بين الطلبة بغض النظر عن الجنس من حيث الإمكانات ، والبرنامج الدراسي ، والمساقات الدراسية. وظروف إعطاء المحاضرات، حيث تعتمد المواد العملية في كليات التربية الرياضية على خطط معينة ومهارات يجب إعطائها للطلاب من كلا الجنسين خلال الفصل الدراسي الواحد، وبناءاً على ذلك لا يكون هناك اختلاف في هذه الإصابات تبعاً لمتغير الجنس.

5- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الخامس والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (6) وجود اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابة الخلع تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي

ولصالح السنة الرابعة، أي أن نسبة حدوثها أعلى لدى السنة الرابعة، بينما لم يكون هناك اختلاف في الإصابات الرياضية المتبقية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي.

ويرى الباحث أن إرتفاع إصابات الخلع لدى طلبه السنة الرابعة هو أن هؤلاء الطلبه يكونوا قد وصلو إلى مستوى جيد من إتقان المهارات واللياقة البدنية الجيدة لذلك من الممكن لهم أن يشتركوا في منافسات ذات مستوى عالي وتتطلب لياقة بدنية عالية ومهارات ممتازة مثل المنافسات مع الجامعات الأخرى، ونتيجة لاشتراك اللاعب في هذه المنافسات والتقدم في مستوى المحاضرات العملية من الممكن أن يتعرض اللاعب لمثل هذه الإصابة، لأن الخلع يحدث نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو لكلتيهما مما يسبب هذه الإصابة، مثل الوقوع على الأرض من إرتفاع عالي أو عند اصطدام أحد أطراف جسم اللاعب بالأرض .

6- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل السادس والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (7) أنه يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات والكدمات والكسور بين الألعاب الجماعية والفردية ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية، أي أن الإصابات الرياضية لهذه الإصابات أعلى لدى ممارسي الألعاب الجماعية من ممارسي الألعاب الفردية، ويرى الباحث أن السبب الرئيس في ذلك هوالمنافسة والاحتكاك بين اللاعبين ، وزيادة متطلبات الأداء ، وسوء أرضية الملاعب، وكذلك احتفاظ اللاعب بالكرة لفترة طويلة خاصة في كرة القدم، وكذلك المعدات المستخدمة مثل الكرات والأحذية والقوائم وغيرها.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة ماكجريجور(d m Macgregor, 2003) أن كرة القدم هي الرياضة الرئيسية في حدوث الإصابات و (4%) من حالات الإصابة كانت الكسور.

وكذلك دراسة مجلي، والوحيدي (1995) أن أكثر الإصابات في كرة السلة والطائرة كانت التمزقات، ففي كرة السلة كانت تمزقات في أربطة السلاميات أما في كرة الطائرة فكانت التمزقات العضلية.

ودراسة مجلي، وآخرون (2010) أن أكثر الإصابات انتشاراً لدى حراس المرمى في كرة القدم كانت التمزقات بنسبة (28.88%).

ودراسة أندرو بيب، وآخرون(Andrew pipe, et all, 2006) حيث أن التشخيص الأكثر شيوعاً لإصابات الألعاب الجماعية كانت الكدمات بنسبة 78%.

بينما لم يكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية المتبقية بين لاعبي الألعاب الجماعية والفردية.

7-مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل السابع والذي نصه:

هل يختلف شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (8) أنه يوجد اختلاف في شيوع الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في إصابات التمزقات ،والإلتواء، و والكسور، والشد العضلي، والخلع، والخدوش تبعا إلى متغير الجامعة ، حيث كانتت الفروق أعلى لدى الطلبة في جامعة النجاح في (الإلتواء و الخلع) ، أعلى لدى الطلبة في جامعة فلسطين التقنية في إصابات (التمزقات، والكسور، والشد العضلي) ، وكانت الفروق أعلى لدى الطلبة في جامعة القدس في الخدوش . بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية المتبقية تبعاً إلى متغير الجامعة.

ويرى الباحث أن إرتفاع إصابات (التمزقات، والكسور، والشد العضلي) لدى طلاب كلية التربية الرياضية في جامعة فلسطين التقنية (خضوري) يرجع إلى قلة الإمكانيات المتوفرة بالجامعة مقارنة مع جامعة النجاح، وجامعة القدس من حيث الملاعب والقاعات المغلقة والأجهزة والأدوات. أما بالنسبة لإصابة الخدوش في جامعة القدس فيرى الباحث أن الخدوش سببها الرئيسي الاحتكاك

المباشر بالأرض، أو بجسم خشن خاصة في لعبة كرة القدم وذلك لعدم توفر ملاعب عشبية كي تعطى بها المحاضرات خاصة كرة القدم.

8- النتائج المتعلقة بالتساؤل الثامن والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (9) أنه لا تختلف أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجنس.

ويعزي الباحث السبب في ذلك إلى أن الذكور والإناث على حد سواء يمارسون نفس الألعاب ، وأن الحركات والمهارات التي تتميز بها هذه الألعاب تسبب الإصابات سواء كانوا ذكور أو إناث.

9- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل التاسع والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (10) أنه لا تختلف أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير المستوى الدراسي.

ويرى الباحث أن السبب في ذلك يعود إلى أن الطلبة يدرسون المواد العملية المختلفة سواء جماعية أو فردية وسواء كانت متطلب إجباري أو اختياري في جميع الفصول تقريباً، لذلك لا يتأثر المستوى الدراسي في حدوث الإصابة.

10- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل العاشر والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير نوع اللعبة ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (11) أنه يوجد اختلاف في أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الركبة ، والر أس ، وأصابع اليد والسلاميات بين الألعاب الجماعية والفردية ولصالح لاعبي الألعاب الجماعية، أي أن الإصابات الرياضية لهذه الأعضاء أعلى لدى ممارسي الأ لعاب الجماعية من ممارسي الألعاب الفردية، بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية للأعضاء المتبقية بين لاعبي الألعاب الجماعية والفردية.

ويرجع الباحث السبب في الاحتكاك المباشر مع الخصم. لأن الألعاب الجماعية بشكل عام خاصة كرة القدم والسلة واليد تتطلب احتكاك مباشر مع الخصم وهذا الاحتكاك يكون في معظم أعضاء الجسم سواء الطرف العلوي أو السفلي من الجسم مما يسبب الكثير من الإصابات.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة محمد (2002) بارتفاع إصابات الطرف السفلي خاصة الركبة والكاحل، وكذلك دراسة مجلي ، وآخرون(2010) بأن أكثر المناطق عرضه للإصابة كان الرأس بنسبة (28.88%) يليها الرسغ واليد وبنسبة (8.45%)، ودراسة مجلي، والوحيدي (1995) بأن أكثر الإصابات شيوعاً لدى لاعبي كرة السلة كانت التمزق في أربطة السلاميات.

11- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الحادي عشر والذي نصه:

هل تختلف أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تبعاً إلى متغير الجامعة ؟

أظهرت نتائج الجدول رقم (12) أنه يوجد اختلاف في أعضاء الجسم الأكثر عرضة للإصابة لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية في مفصل الكاحل ، والظهر، والرأس ، والوجه ، ومفصل الكتف ، والرسغ ، وأعضاء أخرى تبعاً إلى متغير الجامعة ، حيث كانت الفروق أعلى لدى طلبة جامعة النجاح في مفصل الكاحل ، والظهر، والر أس، وكانت الفروق أعلى لدى طلبة جامعة فلسطين التقنية في الوجه ومفصل الكتف والرسغ ، وكانت الفروق أعلى لدى طلبة

جامعة القدس في أعضاء أخرى. بينما لم تكن هناك اختلاف في الإصابات الرياضية للأعضاء المتبقية تبعاً إلى متغير الجامعة.

ويرى الباحث أن الاختلاف في بعض الإصابات الرياضية بين جامعة وأخرى قد يعزى إلى أسباب لها علاقة بالإمكانيات كالملاعب والصالات، وكذلك القائمين عن أعطاء الدروس العملية للمواد المختلفة، وكذلك طبيعة الطلبة أنفسهم من جامعة إلى أخرى أو من موقع جغرافي إلى آخر.

12- مناقشة النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني عشر والذي نصه:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تعزى إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، والجامعة ؟

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول رقم (14) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية تعزى إلى متغيرات الجنس ، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً تبعاً إلى متغير الجامعة، حيث أظهرت نتائج اختبار تيوكي في الجدول رقم (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في جامعات الضفة الغربية بين جامعة القدس وجامعتي (النجاح وفلسطين التقنية) ولصالح جامعة القدس ، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً بين جامعة النجاح وجامعة فلسطين التقنية.

ويرجع الباحث السبب في ذلك الى فروق الامكانيات بين الجامعات الفلسطينية لانه يوجد جامعات خاصة واخرى حكومية، وايضا موقع الجامعة الجغرافي من حيث طبيعة الطلبة الدارسيين فيها.

ثانياً: الاستنتاجات

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها يستنتج الباحث ما يلي:

1.أن عدم الإحماء الجيد بجميع متطلباته كان من الأسباب الرئيسية في الإصابات الرياضية.

2. ان اكثر اعضاء الجسم عرضة للاصابة كان مفصل الكاحل يليه الظهر، بينما اقل الاعضار عرضة للاصابة كان اعضاء اخرى يليها مفصل المرفق.

3.كان هناك توازن بين إصابات الطرف العلوي والسفلي من الجسم مع زيادة بنسبة قليلة لإصابات الطرف السفلي.

4. يوجد اختلاف في شيوع الاصابات الرياضة في اصابات التمزقات والكدمات والكسور بين الالعاب الجماعية والفردية ولصالح الالعاب الجماعية.

5.يوجد اختلاف في اكثر اعضاء الجسم عرضة للاصابة في مفصل الركبة، والراس، واصابع اليد والسلاميات بين الالعاب الجماعية والفردية ولصالح الالعاب الجماعية.

6. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (&=0.5) في الدرجة الكلية لاسباب الاصابات الرياضية تعزى الى متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، ونوع اللعبة، بينما كانت الفروق دالة احصائيا تبعا الى متغير الجامعة.

7.تختلف الإصابات الرياضية من جامعة إلى أخرى لأسباب لها علاقة بالإمكانيات والموقع الجغرافي وغيرها من الأسباب.

8. أن الإصابات الرياضية تحدث لأعضاء الجسم المختلفة ولكلا الجنسين ما دام هناك ممارسة رياضية.

9. أن الإصابات الرياضية تحدث في جميع مستويات الدراسة ما دام هناك متطلبات للمهارة الأساسية في الألعاب المختلفة .

ثالثاً: التوصيات

في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها أوصى الباحث في التوصيات الآتية:

1.الاهتمام بالإحماء الجيد بجميع مفرداته وكذلك الأجهزة المستخدمة ومراعاه عوامل الأمان والسلامة في هذه الأجهزة والاهتمام بتأهيل اللاعبين بعد الإصابة قبل عودتهم لممارسة الرياضة.

2.الاهتمام بالساحات والصالات المغلقة للدروس وإعادة صيانتها وتوسعتها مع توفير ساحات وقاعات إضافية تتناسب مع أعداد الطلبة.

3.متابعة الطلبة أثناء الدروس العملية من قبل المدرس وتوجيههم وذلك لتجنب حدوث الإصابة.

4.ضرورة الاهتمام بعنصر التغذية لأنه من العناصر الهامة للاعب وضع برامج غذائية مناسبة.

5.الاهتمام بإجراء المزيد من الدراسات على ألعاب فردية وجماعية لمعرفة الإصابات الشائعة في كل لعبة والعمل على التقليل من هذه الإصابات قدر الإمكان.

6. إجراء اختبارات عملية في بداية كل سنة للوقوف على مستوى اللياقة البدنية للطلبة وتكون نتائجها جزء من عملية التقييم للطالب خلال السنة الدراسية، لما لها من أهمية كبيرة في التقليل من الإصابات الرياضية.

7. ضرورة وجود مواد الإسعاف الأولي الضرورية في المحاضرات العملية.

قائمة المصادر والمراجع

اولاً:المراجع العربية:

*** القرآن الكريم**

إبراهيم، مروان عبد المجيد، و يوسف لازم كماش.(2010). **التغذية للرياضيين**. عمان :مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، الاردن الطبعة الأولى

بكري، محمد، و سهام الغمري. (2005). **الإصابات الرياضية والتأهيل البدني**.القاهرة.

توفيق،فراج عبد الحميد. (2000). الإصابات الرياضية الشائعة بين متسابقي العاب القوى بجامعة أم القرى بمكة المكرمة:**مجلة نظريات وتطبيقات**. ع38. الإسكندرية.

جلال الدين، علي. (2005) . **الإصابات الرياضية الوقاية والعلاج**.الطبعة الثانية.

جوكل، بثار علي. (2007). **مبادئ وأساسيات الطب الرياضي** . عمان:دار دجلة للنشر،الطبعة الأولى.

حامد، عبد الرحمن.(1995). **تحديد الإصابات البدنية وأسبابها للاعبي التايكواندو** . موسوعة بحوث التربية الرياضية والبدنية.

حسانيين،محمد صبحي.(1995) **القوام السليم للجميع**. القاهرة: دار الفكر العربي.

حسين، ممدوح.(2001). **دراسة مقارنة للإصابات الشائعة لدى لاعبي بعض الأنشطة الفردية بالمملكة السعودية**. موسوعة بحوث التربية البدنية والرياضية.الجزء الأول.

حلمي، عصام، وأسامة رياض.(1987) **الطب الرياضي والتمرينات العلاجية في الماء** . القاهرة:الدار الفنية للطباعة والنشر.

ذيابات، ناجح محمد، ونايف مفضي الجبور.(2012). **تغذية الرياضيين** ،عمان:مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

الراوي، يونس إبراهيم، منيب عبد الله فتحي.(2008). دراسة تشخيصية لتحديد أهم إصابات أربطة مفصلي الركبة والكاحل لدى طلبة كلية التربية الرياضية في جامعة الموصل. **مجلة الرافدين للعوم الرياضية**،ع14/47.

رشدي، محمد عادل.(1999).**التغذية في المجال الرياضي** . الإسكندرية:مؤسسة شباب الجامعة للنشر.

رضوان، محمد نصر الدين، و محمد صبحي عبد الحميد.(2009).**التدليك الرياضي والتأهيلي** . القاهرة: مركز الكتاب للنشر. الطبعة الأولى

روفائيل، حياة عياد.(1987). **إصابات الملاعب**.الإسكندرية: منشأه دار المعارف.

روفائيل، حياة عياد، وصفاء صفاء الدين الخربوطلي.(1995). **اللياقة القوامية والتدليك الرياضي**.الإسكندرية: منشأة المعارف.

رياض،أسامة، و إمام حسين.(1999). **الطب الرياضي والعلاج الطبيعي** . القاهرة.مركز الكتاب للنشر.

رياض، أسامة.(2002). **الطب الرياضي وإصابات الملاعب**. القاهرة: دار الفكر العربي.

زاهر،عبد الرحمن عبد الحميد.(2004). **موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية**. القاهرة. مركز الكتاب للنشر.

الزغيلات، مهند، وآخرون.(2012). الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكاتا في رياضة الكاراتيه في الأردن.**مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم**، ع26/2.

سعادة ،نايف.(1991). **دراسة مقارنة لأنواع الإصابات لدى لاعبي كرة القدم في الخطوط المختلفة.** الجامعة الأردنية: رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الأردن.

سلامة، بهاء الدين.(2002). **الصحة الرياضية والمحددات الفسيولوجية للنشاط الرياضي** . القاهرة: دار الفكر العربي. الطبعة الاولى.

سلامة، بهاء الدين.(2007). **الصحة والتربية الصحية**.القاهرة: دار الفكر العربي.

السيد،إبراهيم البرعي.(2004). وحدة مقترحة عن الأمان في الأنشطة الرياضية لتلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي. **مجلة اسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية،** ع3/18.

صادق، منى أحمد.(2011). **تغذية الإنسان.** عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

الصالح، ماجد .(2005). **دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن** .الجامعة الاردنية: رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن.

العالم، زينب عبد الحميد.(1995) **التدليك الرياضي وإصابات الملاعب.** دار الفكر العربي. الطبعة الرابعة.

العالم، زينب عبد الحميد، و ياسر علي نور الدين.(2005).**التدليك للرياضيين وغير الرياضيين** . القاهرة:دار الفكر العربي، الطبعة الأولى .

عبد الباسط، عبد الجواد ، ومرعي حسين.(2001). **تحديد الإصابات الأكثر حدوثاً للاعبي الهوكي في ملعبي النجيل الطبيعي والصناعي.** موسوعة بحوث التربية البدنية والرياضية.

أبو العلا، عبده السيد.(1984). **دور المدرب واللاعب في إصابات الرياضة الوقاية والعلاج**.الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة. أسكندريه.

عويد، فاطمة حسين.(2005).**الإصابات الشائعة للطرف العلوي لدى رياضيي أندية محافظة نينوى وعلاقتها بالمتغيرات الانثروبومتيرية الطول الوزن العمر التدريبي** . جامعة الموصل، كلية التربية الرياضية.

أبو العينين،محمد، و منتهى إبراهيم محمد.(1985). العوامل المرتبطة بإصابات اللاعبين في كرة القدم. **مجلة الرياضة للجميع في الدول النامية**،مج3، جامعة حلوان.

فرج،جمال صبري،و عباس حسين.(2007). **الإصابات الرياضية لدى طلبة كلية التربية الرياضية** المؤتمر العالي السادس عشر لكليات وأقسام التربية الرياضية في العراق:جامعة بابل.

القدومي،عبد الناصر.(2003). تأثير أساليب مختلفة لإحماء في مسافة الوثب العمودي لدى لاعبي كرة الطائرة. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**،ع.4/3، جامعة البحرين.

كماش، يوسف لازم.(2011). **التغذية والنشاط الرياضي**. عمان: دار دجلة للنشر.

مالح، فاطمة عبد، و عبير داخل حاتم.(2013).**التغذية والنشاط الرياضي** . عمان:مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى.

مجلي، ماجد، وعبد الحميد الوحيدي.(1995).دراسة تحليلية للإصابات الرياضية في الألعاب الجماعية كرة السلة وكرة اليد وكرة الطائرة..**مجلة التربية البدنية**،القاهرة.

مجلي، ماجد، وفائق أبو حليمة.(1995). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المنازلات في الأردن. **مجلة الدراسات**، الجامعة الأردنية.

مجلي،ماجد، وقاسم أبوحويلة.(1997).دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية الشائعة لدى ألعاب القوى في الأردن.**مجلة الدراسات والعلوم التربوية**،ع24.

مجلي، ماجد ، وخالد عطيات.(2004). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المبارزة في الأردن. **مجلة بحوث المؤتمر العلمي**،الجامعة الأردنية: كلية التربية الرياضية.

مجلي،ماجد، وماجد الصالح.(2007).أسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخبات الوطنية تبعاً لفترات الموسم الرياضي في الأردن. **دراسات العلوم التربوية،** ع34/2.

مجلي،ماجد.(2007). الإصابات الرياضية لدى الممارسين للأنشطة الرياضية في مراكز اللياقة البدنية في الأردن. **مجلة دراسات العلوم التربوية،**ع34/2 .

مجلي،ماجد،وآخرون. دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى حراس المرمى بكرة القدم في الأردن. **مجلة النجاح للأبحاث الإنسانية،** ع24/4.

مجلي،ماجد، ومهند زغيلات.(2012). الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكاراتية في الأردن في فئتي الكرمتية والكاتا. **مؤتة للبحوث والدراسات،** ع27/7.

محمد،سميعة خليل.(2002). دراسة تحليلية للإصابات الرياضية عند طلبة كلية التربية الرياضية. **مجلة التربية الرياضية،** ع11/1 ،جامعة بغداد.

محمد، سميعة خليل.(2008). **إصابات الرياضيين ووسائل العلاج و التأهيل**. القاهرة: شركة ناس للطباعة.

محمود، آمال زكي.(1996). الإصابات الرياضية لطالبات كلية التربية الرياضية للبنات بالقاهرة بين نظام الفصل الدراسي الواحد والفصلين الدراسيين. **المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة** ، ع28 . جامعة حلوان.

محمود، أميرة سعد، ومديحة محمد سمير.(1986). **إصابات الطرف السفلي لمتسابقي الوثب بمحافظة الاسكندرية**.الإسكندرية: المؤتمر العلمي للتربية الرياضية والرياضة.

المعايطة، خالد.(2007). **الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي التايكواندو في الأردن** .الجامعة الأردنية: رسالة_ماجستير غير منشورة، الأردن.

ملحم ،عائد فضل.(1999). **الطب الرياضي والفسيولوجي قضايا ومشكلات معاصرة** .دار الكندي للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى.

النماس، أحمد فايز .(1996). **الإصابات الرياضية وعلاجها**. القاهرة: عصمي للنشر والتوزيع.

النواصرة،حسن،و حسن الشافعي.(1986). **التأمين ضد الإصابة في التربية الرياضية** .جامعة حلوان: المؤتمر العلمي الأول و دور التربية في المجتمع المصري المعاصر.

يوسف، مرفت السيد.(1998). **دراسات حول مشكلات الطب الرياضي** .القاهرة: مكتبة الإشعاع للطباعة والنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

. Andrew Pip et al**.(2006). Injuries in non Team Sport Tournaments During the2004 Olympic Games**, the American Journal of Sports Medicine.

Bruce.(1986). **Physiology of exercise and sport**.new York.

D M Macgregor.(2003). **Don't Save the ball** ,A&E Department, Royal Aberdeen Children' S Hospital , Aberdeen , Scotland , UK.

Ellison,Larry.(1997). **"Basketball injuries in the data base of the Canadian hospitals jury re poling and prevention program** (chirp)".public health agency of Canada(phac).16(3).

Fisher , g & Peterson , R.(1990). **Scientific basis of athletic conditioning**. Philadelphia.

Fox,& Bowers.(1992). **Sport physiology**.

J Yde and AB Nielsen.(2005). Sports injuries in adolescents ' **ball games , soccer , handball and basketball** , British Journal of Sports Medicine , Vol 24.

Kugola, Urho.Simo, taimela,& likk, antti.(1991)."acute injuries in soccer" Lce Hockey. Vollyball**. Basketball.judo. British Journal of sport Medicine volume poik** .And myll ynen.

P L Gegory et al.(2004). **Comparing spondylolysis in cricketers and soccer players** , University of Nottingham , Centre for Sports Medicine , Nottingham , UK .

RB Chambers.(1979). **Othopaedic injuries in athletes. Comparison of injuries occurring in six sports Am.** J . Sports Med , May.

R Forero et al .(2004). **A comparison of the sports safety policies and practices of community sports clubs during training and competition in northern Sydney , Australia** , University of New South Wales , Sydney , Australie , NSW Injury Risk Management Research Centre.

Yde,I.&AB,Nielsen**.(1990). sport injuries in adolescents ballgames. Soccer. Handball and Basketball**. British Journal of Spoort Medicine.

ثالثا: المواقع الالكترونية:

*www.sabq.org

*www.almrsal.com

*www.bnataliraq.net

*www.halkholy.com

*www.avb.s-oman.net

*www.arabscoach.com

*www.ar-wikipedia.org

*www.shamoa.com

*www.sehaway.blogsport.com

*www.qrcs.org.qa

*www.5gle.com

*www.m.dreamscity.net

*www.forum.uaewomen.net

*www.aldawadmi.net

*www.egycoach.com

*www.forum.mn66.com

*www.aalawani.kau.edu.sa

الملاحق

أسماء المحكمين حسب رتبهم العلمية

ملحق الاستبانة المعدة للدراسة

ملحق طلب تحكيم الاستبانة

ملحق كتاب جامعة النجاح إلى جامعة القدس

ملحق كتاب جامعة النجاح إلى جامعة فلسطين التقنية

الملحق رقم (1)

أسماء المحكمين وتخصصاتهم ورتبهم العلمية

الرقم	اسم المحكم	الرتبة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	أ.د عبد الناصر القدومي	أستاذ	فسيولوجيا الرياضة	جامعة النجاح الوطنية_نابلس
2	أ.د عماد عبد الحق	أستاذ	التدريب الرياضي والجمناستيك	جامعة النجاح الوطنية_نابلس
3	د.بدر رفعت دويكات	استاذ مساعد	التدريب الرياضي_كرة قدم	جامعة النجاح الوطنية_نابلس
4	د.بهجت ابو طامع	أستاذ مشارك	التعلم الحركي والسباحة	جامعة فلسطين التقنية(خضوري)_طولكرم
5	د.عبد السلام حمارشة	أستاذ مساعد	الإصابات الرياضية	جامعة القدس_أبو ديس

الملحق (2)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة النجاح الوطنيه
كلية الدراسات العليا
ماجستير التربيه الرياضيه

استبانه

تحيه طيبه وبعد:،،،
يقوم الباحث بدراسة حول (الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية_الضفة الغربية) وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الرياضية، إن تعبئة هذه الاستبانة سوف يساهم في إثراء البحث العلمي وهو محل تقديرنا وامتناننا،وإن المعلومات التي سوف تقدمها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

مع وافر الاحترام والتقدير

الباحث
علاء ندى

القسم الأول:
يرجى وضع إشارة (×) في المربع الذي ينطبق عليك .
الجامعة :جامعة النجاح الوطنية ( ) جامعة فلسطين التقنية _خضوري ( ) جامعة القدس ( )
الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )
السنة الدراسية:أولى( ) ثانية( ) ثالثة( ) رابعة( ).
نوع اللعبة: جماعية ( ) فردية ( ).

القسم الثاني :
يرجى وضع إشارة (×) في المربع الذي يناسبك، وذلك أمام كل فقره من الفقرات التاليه .

هل تعرض أحد أجزاء الجسم التالية للإصابة في الرياضة التي تمارسها:

العضو المصاب	نعم	لا
1.مفصل الكاحل		
2.مفصل الركبه		
3.الظهر		
4.الساق		
5.الفخذ		
6. الرأس		
7. الوجه		
8.مفصل الكتف		
9.الرسغ		
10.أصابع اليد والسلاميات		
11.مفصل المرفق		
12.إصابات أخرى(أذكرها)		

*ما أكثر الإصابات التي تعرضت لها شيوعا!

الاصابة	نعم	لا
1.تمزقات		
2.كدمات أو رضوض		
3.إلتواء أو ملخ		
4.كسور		
5.الشد العضلي		
6.جروح		
7.خلع		
8.إصابات عين		
9.آلام ظهر		
10.الخدوش		

في اعتقادك ما أكثر أسباب الإصابات شيوعا؟

السبب	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة
1.عدم الإحماء الجيد			
2.الحمل التدريبي الزائد			
3.المشاركة في أكثر من فعالية			
4.عدم ملائمة الأرضية للممارسة			
5.تدني مستوى الإعداد المهاري			
6.العودة للملاعب قبل الشفاء التام			
7.الألبسة الرياضية غير الملائمة			
8.عدم توفر عوامل الأمن والسلامة			
9.عدم اتباع الأسس العلمية في التدريب في التدريب			
10.عدم المتابعة الحثيثة من المدرب للاعبين			
11.عدم التقيد في فترات الراحة الكافية خلال البرنامج التدريبي المعد			
12.عدم إجراء الفحوصات الطبية المنتظمة(الدورية)			
13.عدم التقيد ببرنامج غذائي سليم			
14.الحماس الزائد في التدريب او المنافسات			
15.عدم التقيد بتعليمات المدرب وإرشاداته			

16.إهمال الفروق الفردية بين اللاعبين			
17.عدم الاهتمام بالتأهيل بعد انتهاء العلاج من الإصابة			
18.الحركات العنيفة والمفاجئة			

الملحق (3)

طلب تحكيم استبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة النجاح الوطنية

كلية التربية الرياضية

حضرة المحكم الكريم:

الموضوع:طلب تحكيم الاستبيان

تحية طيبة وبعد:

يقوم الطالب علاء ماجد ندى أحد طلاب كلية التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية ورقمه الجامعي(11054307) بإعداد رسالة ماجستير في التربية الرياضية وعنوانها:

"الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية_الضفة الغربية"

يوصي الطالب لحضرتكم استبيان مقسم إلى ثلاث مجالات، أرجو من سيادتكم وبما تتمتعون به من خبرة ودراسة علمية سديدة في هذا المجال ما يأتي:

1.الإشارة إلى صلاحية أو عدم صلاحية العبارات المستخدمة.

2.إضافة ما ترونه مناسباً من ملاحظات وإضافات.

مع فائق الاحترام والتقدير

الملحق (4)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة
النجاح الوطنية
كلية التربيه الرياضيه

An-Najah
National University
Faculty of Physical Education

الرقـــم: 231ك ر/آب/2013
التاريخ: 2013/8/28

حضرة الأستاذ الدكتور رئيس جامعة القدس / أبو ديس المحترم

تحية طيبة وبعد،

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب علاء ماجد حسين ندى

تهديكم عمادة كلية التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية أطيب تحياتها ونتمنى لحضرتكم موفور الصحة والسعادة، وانطلاقاً من التعاون بين الكلية والجامعات الفلسطينية في الوطن والعاملين فيها، يرجى تسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه، علماً بأنه من طلبة الماجستير ويقوم بإجراء دراسة بعنوان" الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية.
تحت إشراف الدكتور وليد خنفر، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير.
علماً بأن البيانات التي سوف يتم جمعها لغاية البحث العلمي، وسوف تساهم في تطوير الحركة الرياضية الفلسطينية .

مع وافر ا لاحترام

عميد كلية التربية الرياضية

د. وليد خـــــنفر

نابلس – ص.ب ٧٠٧٠٧ – هاتف ٢٣٤٥١١٣/٥/٦/٧، ٢٣٤٤١١٤، ٢٣٤١٠٠٣ (٠٩)(٩٧٠)، فاكس٢٣٤٥٩٨٢ (٠٩)(٩٧٠)
Nablus - P.O.Box 7or 707 - Tel. (970)(09)2341003 - 2344114 - 2345113/5/6/7 - Fax (970)(09)2345982
Web Sit: www.najah.edu

الملحق (5)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة
النجاح الوطنية
كلية التربيه الرياضيه

An-Najah
National University
Faculty of Physical Education

الرقـم: 230ك ر/آب/2013
التاريخ: 2013/8/28

حضرة الأستاذ الدكتور رئيس جامعة فلسطين التقنية / طولكرم المحترم

تحية طيبة وبعد،

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب علاء ماجد حسين ندى

تهديكم عمادة كلية التربية الرياضية في جامعة النجاح الوطنية أطيب تحياتها ونتمنى لحضرتكم موفور الصحة والسعادة، وانطلاقاً من التعاون بين الكلية والجامعات الفلسطينية في الوطن والعاملين فيها، يرجى تسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه، علماً بأنه من طلبة الماجستير ويقوم بإجراء دراسة بعنوان" الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية.
تحت إشراف الدكتور وليد خنفر، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير.
علماً بأن البيانات التي سوف يتم جمعها لغاية البحث العلمي، وسوف تساهم في تطوير الحركة الرياضية الفلسطينية .

مع وافر / لاحترام

عميد كلية التربية الرياضية

وليد خنفر

Faculty of Physical Education
كلية التربية الرياضية

نابلس – ص.ب ٧٠٧٠٧ – هاتف ٢٣٤٥١١٣/٥/٦/٧، ٢٣٤٤١١٤، ٢٣٤١٠٠٣ (٠٩)(٩٧٠)، فاكس٢٣٤٥٩٨٢ (٠٩)(٩٧٠)
Nablus - P.O.Box 7or 707 - Tel. (970)(09)2341003 - 2344114 - 2345113/5/6/7 - Fax (970)(09)2345982
Web Sit: www.najah.edu

An- Najah National University
Faculty of Graduate Studies

Sports Injuries Amongest Physical Education Students in Palestinian Universities

By

Ala'a Majid Nada

Supervised by
Dr . Waleed Abdulfatah Khanfar

This thesis has provided an update to the requirements of master's degree in Physical Education, Faculty of Graduate Studies at An-Najah National University in Nablus, Palestine.

2014

Sports Injuries Amongest Physical Education Students in Palestinian Universities

By
Ala'a Majid Nada
Supervised by
Dr. Waleed Abdulfatah Khanfar

Abstract

This study aims at recognizing sports injuries in Physical Education (Hereinafter referred to as SE) specialization students in the Palestinian universities in terms of their prevalence, the most commonly injured body part and the degree of the prevalence of the injury. The previously mentioned criteria were studied according to many factors, namely: gender, educational level, kind of game and the university in which students attended.

In order to achieve this goal, the population of the study was 274 students (males and females), who joined the bachelor degree in SE at An.Najah National University, Palestine Technical University – Kadoorie and Al.Quds University. In order to conduct the study, a questionnaire was prepared using recurrences, percentages and Pearson's Chi *Square Test* (Hereinafter referred to as CST). The results were as follows:

- The most common sports injuries in the students of SE specialization in the West Bank are distensions, torn muscles, sprains and dislocations to the extent that the percentages of "yes" as an answer are 77%, 64.6%, 56.2% and 51.1%.

- The most commonly injured body parts are ankle joints (60.2%), then the back (55.1%) while the least commonly injured body parts are other parts (5.1%) and then elbows joints (20.8%).
- The overall degree of the causes of SE students at the universities of the West Bank is medium that the percentage of the responses is (69.38%), and the main reasons behind that is mainly not warming up, the playground is not up to the standards and the absence of appreciation of individual differences.
- There are differences in the prevalence of injuries in the SE students at the West Bank universities according to gender and educational level.
- Based on team sports, there are differences in the prevalence of injuries in the SE students at the West Bank universities, which include torn muscles, broken bones, sprains, dislocations, bruises and distensions.
- Based on the attended university, there are differences in the prevalence of injuries in the SE students at the West Bank universities, which include distensions, broken bones, sprains ,torn muscles , dislocations and scratches.
- There are no differences in the prevalence of injuries in the SE students at the West Bank universities according to gender and educational level.
- Based on the attended university, there are differences in the most commonly injured body parts in the SE students at the West Bank universities. They include the injuries of ankles joints, back, head, face, wrest, shoulders' joints or other parts.

- There are statistically significant variations in the overall degree of injuries' causes in the SE students at the West Bank according to the attended university.

The researcher recommended a number of recommendations as the following:

- Lecturers should pay more attention to students' warming up when they teach practical courses.
- They should make sure that they have a good and safe play grounds' floor.
- They should pay more attention to the individual differences of the students.