



جامعة محمد الصديق بن يحيى -جيجل-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تخصص: تحضير بدني رياضي

تحت عنوان:

واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى
لاعبي كرة القدم

- دراسة ميدانية لفرق بلدية الطاهير صنف أكابر -

إشراف الأستاذ:

• محند واعمر آيت وازو

إعداد الطالبة:

• هاجر لعور

السنة الجامعية: 2020/2019

تشكر و عرفان

الحمد لله حمدا كثيرا يليق بمقامه وعظيم سلطانه وصلى اللهم
على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والرسل.

اشكر الله سبحانه وتعالى فضله وتوفيقه لي والقائل في حكم

تنزيله "لئن شكرتم الله لأزيدنكم" الآية 07 سورة إبراهيم

وأقدم بالشكر إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل من
قريب أو من بعيد كما أتقدم بالشكر الجزيل الخالص إلى
الأستاذ المشرف والموجه "معمر وامحمد آيت وازو" الذي
سهل لي طريق العمل، وبين لي الخطأ ووجهني إلى الصواب
فألف شكر وتقدير له على كل شيء قدمه لي من اجل انجاز
هذا العمل المتواضع.

الإهداء

إلى مصدر الحب والحنان، إلى من ساعدتنا لنصل إلى هذه
الدرجة، إلى من احتارت لأجلنا طول عمرنا وباركتنا بدعواتها.

الأم الحبيبة

إلى رمز السعادة والرعاية والعطاء، إلى من سخر لنا كل الظروف
لأجل العلم.

الأب الغالي

إلى من عشت معهم وترعرعت بينهم أختي وإخواني.

إلى كامل أسرة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إتمام هذا البحث

هاجر

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
	شكر وعرقان
	إهداء
	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ	مقدمة
الجانب التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
4	1- إشكالية الدراسة
5	2- فرضيات الدراسة
5	3- أهداف الدراسة
5	4- أسباب اختيار الموضوع
5	5- أهمية الدراسة
6	6- المفاهيم والمصطلحات
7	7- الدراسات المشابهة
13	8- التعقيب عن الدراسات المشابهة
الجانب النظري	
الفصل الأول: التأهيل الحركي	
18	تمهيد
18	1- تعريف التأهيل الرياضي
18	2- أهمية التأهيل الرياضي
18	3- مراحل التأهيل الرياضي
19	3-1- التأهيل أثناء الإصابة
19	3-2- التأهيل بعد الإصابة
19	4- أنواع التأهيل
19	4-1- التأهيل الطبي

قائمة المحتويات

19	4-2-التأهيل النفسي
20	4-3-التأهيل الحركي
20	5-تعريف عملية إعادة التأهيل
20	6-أهداف إعادة التأهيل
20	6-1-تقليل التأثيرات الناتجة جراء التثبيت
21	6-2-الشفاء الكامل
21	6-3-الحفاظ على اللياقة البدنية
21	6-4-استعادة القدرة الرياضية
22	7-الأهداف الفسيولوجية لإعادة التأهيل
23	8-تعريف التأهيل الحركي
23	9-العلاج الحركي
23	10-مثال لإعادة التأهيل الحركي لتمزق وتر العرقوب (الكاحل)
23	10-1-إعادة التأهيل الحركي والعلاج الفيزيائي
25	خلاصة
الفصل الثاني: الإصابات الرياضية	
27	تمهيد
28	1-مفهوم الإصابة الرياضية
28	2-تعريف الإصابة الرياضية
28	3-خصائص الإصابات الرياضية
29	4-أنواع الإصابات الرياضية
29	4-1-الصدمة
30	4-2-الرضوض (الكدمات)
32	4-3-الشد أو التمزق العضلي
34	4-4-التقلص العضلي
34	4-5-الكسور
37	4-6-الالتواء

قائمة المحتويات

37	4-7-الملخ
38	4-8-الخلع
40	4-9-الانتفاخ الجلدي
40	4-10-السجحات
41	4-11-الجروح
42	5-تصنيفات الإصابات
42	5-1-تقسيمات حسب السبب
43	5-2-حسب شدة الإصابة
43	5-3-تقسيمات حسب نوع الجروح
43	5-4-تقسيمات حسب درجة الإصابة
44	6-أسباب الإصابات
44	6-1-التدريب غير العلمي
45	6-2-مخالفة الروح الرياضية
46	6-3-مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية
46	6-4-عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين
46	6-5-استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة
46	6-6-الأحذية المستخدمة وارض الملعب
47	6-7-استخدام اللاعبين للمنشطات
47	7-العوامل المؤثرة على الإصابات
47	7-1-اللياقة البدنية العامة للاعب
47	7-2-اللياقة النفسية للاعب
48	7-3-استعداد الفرد لممارسة نوع معين من الرياضة
48	7-4-الطبيعة الخارجية للممارسة الرياضية
48	7-5-العمر
48	7-6-التغذية
49	7-7-توقيت الممارسة الرياضية

قائمة المحتويات

49	7-8-النوع الفني للإصابة
49	8-أعراض وعلامات الإصابات
50	9-تشخيص الإصابات الرياضية
50	9-1-الفحوصات السريرية
50	9-2-الفحوصات الفسيولوجية
50	10-علاج وتأهيل الإصابات وطرق الوقاية منها
50	10-1-أهداف علاج الإصابات الرياضية
51	10-2-طرق علاج الإصابات الرياضية
52	10-3-التأهيل الرياضي
52	10-4-طرق الوقاية من الإصابات الرياضية
53	11-الإصابات الرياضية في كرة القدم
53	11-1-إصابات الجزء العلوي
55	11-2-إصابات الجزء السفلي
57	خلاصة
الفصل الثالث: كرة القدم	
59	تمهيد
60	1-مفهوم كرة القدم
60	2-نبذة تاريخية عن تطور كرة القدم
61	3-التسلسل التاريخي لتطور كرة القدم
62	4-تاريخ كرة القدم في العالم العربي
64	5-التطور التاريخي لكرة القدم الجزائرية
66	6-متطلبات كرة القدم الحديثة
67	7-المبادئ الأساسية لكرة القدم
67	8-قوانين كرة القدم
75	9-المهارات الأساسية
75	9-1-المهارات الأساسية في كرة القدم

قائمة المحتويات

76	9-2-المهارات الأساسية باستخدام كرة
76	9-3-مهارة السيطرة على الكرة
78	10-أهداف رياضة كرة القدم
79	11-أكثر الإصابات حدوثًا بالنسبة لكرة القدم
80	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث	
83	تمهيد
84	1-الدراسة الاستطلاعية
84	2-مجالات الدراسة
84	3-منهج الدراسة
85	4-مجتمع الدراسة
85	5-عينة الدراسة
86	6-تقنيات الدراسة
86	7-متغيرات الدراسة
86	8-الأساليب الإحصائية
87	9-الكلمات المفتاحية
88	خلاصة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
90	1-عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية
90	1-1-عرض وتحليل نتائج الدراسة الخاصة بالمحور الأول
101	1-2-عرض وتحليل نتائج الدراسة الخاصة بالمحور الثاني
114	2-مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات
114	2-1-تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى
115	2-2-تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية
116	2-3-تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الرئيسية

قائمة المحتويات

118	الخاتمة
119	فرضيات مستقبلية
121	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق
	ملخص الدراسة

قائمة الجداول

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين مجتمع الدراسة	85
02	يبين عينة الدراسة	86
03	يمثل معرفة إذا ما كان الفريق يتوفر على مركز وسائل العلاج الطبيعية.	90
04	يمثل معرفة الوسائل العلاجية المتوفرة في الفريق.	91
05	يمثل معرفة أين تعرض اللاعبين من قبل.	92
06	يمثل معرفة إذا ما كان الفريق يتكفل بلاعبيه أثناء إصابتهم.	94
07	يمثل معرفة أي جهة تتكفل باللاعب أثناء إصابته.	95
08	يمثل معرفة إذا ما يتم تأهيل اللاعبين بعد إصابتهم بإحدى وسائل العلاج الطبيعي.	96
09	يمثل معرفة إذا ما كانت الفرق تتوفر على وسائل العلاج الكافية.	97
10	يمثل معرفة إذا كانت هناك نتائج للخضوع للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية بعد التعرض للإصابة.	98
11	يمثل معرفة إذا ما كان النقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل له تأثير على عملية إعادة تأهيل إصابات اللاعبين التي تعرضوا لها.	100
12	يمثل معرفة مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في الفريق إذا كان يتوفر على أطباء مختصين أم عاديين.	101
13	يمثل معرفة إذا ما كان يتم فحص اللاعبين في بداية الموسم من طرف مختصين.	102
14	يمثل معرفة إذا ما كان النقص في المختصين هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة.	103
15	يمثل معرفة إذا ما كان نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابات اللاعبين.	104
16	يمثل معرفة إذا ما كان أثناء تعرض اللاعبين للإصابة يتم إبقاؤهم تحت المراقبة الدورية.	106
17	يمثل معرفة إذا ما كان العلاج الذي يخضع له المصاب من	108

قائمة الجداول

	طرف المختص كافي.	
109	يمثل إذا ما كان الطبيب المختص يسمح للاعب بالدخول للعب وهو في مرحلة التعافي أثناء المنافسات.	18
110	يمثل معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق يقوم بتقديم حصص نظرية يقدم فيها كامل المعلومات عن الإصابة.	19
111	يمثل معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق أثناء علاج اللاعب بإعداد برنامج تأهيلي خاص باللاعب.	20
113	يمثل معرفة إذا ما وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب أثناء إصابته من طرف المختص يكون ذو نتائج أحسن.	21
114	الدلالة الإحصائية لعبارات المحور الأول.	22

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
75	المهارات الأساسية بدون كرة	01
76	المهارات الأساسية باستخدام كرة	02
77	مهارات السيطرة على الكرة	03
90	دائرة نسبية تمثل نسبة توفر مراكز وسائل العلاج الطبيعية في الفرق	04
91	دائرة نسبية تمثل نسبة الوسائل العلاجية المتوفرة في الفريق	05
93	دائرة نسبية تمثل نسبة أماكن تعرض اللاعبين للإصابات	06
94	دائرة نسبية تمثل نسبة تكفل الفريق بلاعبيه أثناء إصابتهم	07
95	دائرة نسبية تمثل نسبة أي جهة من الفريق تتكفل بإصابة اللاعب	08
96	دائرة نسبية تمثل نسبة تأهيل اللاعبين بعد إصابتهم بإحدى وسائل العلاج الطبيعي	09
97	دائرة نسبية تمثل نسبة توفر الفرق على وسائل العلاج الكافية	10
99	دائرة نسبية تمثل نسبة نتائج الإصابة بعد خضوعها للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية	11
100	دائرة نسبية تمثل نسب تأثير نقص هياكل ومراكز إعادة التأهيل على عملية إعادة تأهيل إصابات اللاعبين التي تعرضوا لها	12
102	دائرة نسبية تمثل نسب توفر الأطباء المختصين والعاديين في مركز العلاج بالوسائل الطبيعية	13
103	دائرة نسبية تمثل نسب معرفة إذا ما كان يتم فحص اللاعبين في بداية الموسم من طرف اللاعبين	14
104	دائرة نسبية تمثل نسب معرفة إذا ما كان نقص المختصين هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة	15
105	دائرة نسبية تمثل نسب نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابات اللاعبين	16
107	دائرة نسبية تمثل نسب إذا ما كان اللاعبين يتعرضون للإصابة ويتم إبقائهم تحت المراقبة الدورية	17
108	دائرة نسبية تمثل نسب إذا ما كان العلاج الذي يخضع له المصاب من طرف المختص كافي	18

قائمة الأشكال

109	دائرة نسبية تمثل نسب إذا ما كان الطبيب المختص يسمح للاعب بالدخول للعب وهو في مرحلة التعافي أثناء المنافسات	19
110	دائرة نسبية تمثل نسب معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق يقوم بتقديم حصص نظرية يقدم فيها كامل المعلومات عن الإصابة	20
112	دائرة نسبية تمثل نسب معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق أثناء علاج اللاعب بإعداد برنامج تأهيلي خاص باللاعب	21
113	دائرة نسبية تمثل نسب معرفة إذا ما وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب أثناء إصابته من طرف المختص يكون ذو نتائج أحسن	22

المقدمة

رياضة كرة القدم تشهد رواجاً كبيراً ومتابعة من أغلبية الجماهير، هذه الرياضة التي بعد ظهورها كسبت قلوب العديد من المتابعين ولا زالت تأسرهم إلى يومنا هذا خاصة بعد التطور المستمر الذي تشهده هذه الرياضة تتطلب تحضيراً جيداً على المستويات الثلاثة التكتيكي، التقني، البدني. كما هو معروف فإنه لا يخلو أي مجال من مجالات النشاط الرياضي من احتمال حدوث الإصابات على اختلاف أنواعها ودرجة خطورتها والتي تعتبر من أخطر المعوقات التي تواجه الرياضيين إذ تتسبب في إبعادهم من الميادين لفترة طويلة وهم في قمة عطائهم الرياضي، وحتى توقف مشوارهم الرياضي، والتي تحدث نتيجة المؤثرات الخارجية والذاتية والكيميائية (الفيزيولوجية).

حيث تصيب العظام، المفاصل، الأربطة، الأوتار والعضلات ولهذه الأسباب ظهرت الحاجة إلى استخدام وسائل وتقنيات حديثة في العلاج الطبيعي بشكل واسع وتوظيف وسائل إعادة التأهيل خاصة في النوادي حتى يضمن الوقاية وعلاج اللاعبين من شح الإصابات الرياضية، ويعتبر التأهيل الحركي أحد البرامج المعتمدة من طرف المدربين والأخصائيين للعودة باللاعب المصاب إلى ميدان المنافسة وذلك بالاعتماد على الوسائل العلاجية الطبيعية مع استخدامها بشكل منظم ودقيق ويتوافق مع الخلل الوظيفي للجسم لتكون أكثر فعالية، وتعتمد نجاح هذه الوسائل العلاجية مدى التوافق النسيجي لأجهزة الجسم كافة وأيضاً على مفاهيم علم الحركة وقوانينها في بناء الأنظمة العلاجية لاستعادة وتحديد الوظائف الحركية والوصول إلى حالة ما قبل الإصابة أو المرض وتحديد مضاعفات الإصابة، ومن إيجابيات العلاج الحركي يمكن استخدامه لكافة الأعمال ولمختلف أنواع الإصابات والأمراض والتشوهات الجسمية، لذلك فإن تقوية العضلات وبلوغ المدى الحركي للمفاصل هو الأساس للعلاج الحركي ومن ثم استخدام البرامج الوقائية.

فالتأهيل الحركي إضافة إلى أنه يعمل على إعادة الوظيفة الحيوية المفقودة للجزء المصاب وللجسم ككل فهو أيضاً يساهم في رفع كفاءة الجهاز الدوري التنفسي ويعمل على زيادة قدرة الدم على حمل كمية أكبر من الأكسجين إلى الخلايا.

ومن أجل ذلك جاءت دراستنا هذه التي أردنا من خلالها أن نسلط الضوء على " واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم " صنف أكابر - بلدية الطاهير - .

وقد قمنا بتقييم البحث إلى أربعة فصول بجانبية النظري والتطبيقي وهي كما يلي:

• الجانب النظري تحتوي على ثلاث فصول:

الفصل الأول: الإصابات الرياضية

الفصل الثاني: التأهيل الحركي.

الفصل الثالث: كرة القدم.

• الجانب التطبيقي يحتوي على فصلين:

الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للبحث.

الفصل الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

الجانب التمهيدي

1- إشكالية الدراسة:

كرة القدم هي اللعبة الرياضية الشعبية الأولى المحببة للجميع في العالم، رغم أنها خشنة للغاية إلا أنها سحرت عقول أكثر من مليار متابع لها حول العالم لذا سميت بالساحرة المستديرة⁽¹⁾ وذلك بفضل التطور الكبير والملحوظ الذي شهدته في السنوات الأخيرة، حيث شيدت من أجلها المنشآت والمركبات، وأدخلت عليها طرق حديثة تتماشى مع تطورها.

والمعروف أن هذه الرياضة تتطلب تحضيراً جيداً على المستوى التكتيكي أو البدني أو التقني⁽²⁾ ولها قوانين تمارس على أساسها، لكن الجهل لهذه القوانين غالباً ما يؤدي إلى ممارستها بطريقة خاطئة ونتيجتها تكون العديد من الإصابات الرياضية الخطيرة التي تحدث للاعبين في معظم الأندية لكرة القدم، "حيث أصبحت الإصابة واقعا ملموسا ولازما للاعبين فلا يكاد يوجد بينهم من لم يتعرض للإصابة مرات عديدة، ولموضع الإصابة أهمية قصوى حيث يلقي الضوء على أنواع الإصابات التي تصيب اللاعب في كافة الأنشطة الرياضية ودرجة الإصابة والطرق والوسائل المختلفة التي تساعد على التقليل من حدوثها، ولا يقتصر على ذلك فقط بل يتعداه إلى وضع الإجراءات التي يمكن اتخاذها بعد حدوث الإصابة".⁽³⁾

لذلك من الضروري أن يتم الاهتمام باللاعبين المصابين من الناحية الطبية بجميع الجوانب حتى يضمن الوقاية والعلاج للاعبين من هاجس الإصابات الرياضية، ومن الاختصاصات الطبية التي تقدم للاعب نجد هناك التأهيل الحركي الذي يعتبر من المحاور الأساسية في علاج العديد من الإصابات لأنه "يعمل على إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة".⁽⁴⁾

وللعلاج الطبيعي دور خاص في استكمال العلاج للرياضيين بسبب مزاياه الفريدة من حيث عدم وجود مضاعفات جانبية لأي من وسائله وكذلك وضع برنامج علاجي على أسس علمية سليمة، لكن للأسف الشديد فإن التأهيل الحركي ليس بذي أهمية كبيرة عند المسؤولين وعلى الفرق الرياضية والأندية نظراً لعدة صعوبات وعوائق تصادفها لذلك يكون التأثير السلبي كبير على مستوى الرياضة والانجاز الرياضي وهذا ما يدفعنا إلى طرح التساؤل التالي:

(1) https://mawdo3.com/%D8%A8%D8%AD%D8%AB_%D8%B9%D9%86_%D9%83%D8%B1%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%AF%D9%85

(2) يوسف خوجة عبد الغفور: دور التأهيل الحركي في استرجاع بعض عناصر اللياقة بعد الإصابة (مفصل الكتف) لدى لاعبي كرة القدم (أكابر) القسم الجهوي الثاني بأم البواقي، 2017-2018، ص 1.

(3) موفق أسعد محمود: التعلم والمهارات الأساسية في كرة القدم، الدجلة للنشر والتوزيع، العراق، ط1، 2008، ص72.

(4) سميرة خليل: الإصابات الرياضية والوسائل العلاجية الطبيعية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2006، ص9.

ما واقع استخدام الوسائل العلاجية والمختصين في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على مستوى الأندية ؟

التساؤلات الجزئية:

- ما واقع استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية ؟
- ما واقع استخدام المختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية ؟

2- الفرضية الرئيسية:

يتم استخدام الوسائل العلاجية والمختصين في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على مستوى الأندية.

- الفرضيات الجزئية:

- يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.
- يتم استخدام المختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

3- أهداف الدراسة:

- التعرف على مدى استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم.
- التعرف على مدى توظيف مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.

4- أسباب اختيار الموضوع:

- تركيز انتباه المشرفين على الأندية على الجانب الصحي للاعب.
- إبراز أهمية التأهيل الحركي ودوره في علاج إصابات اللاعبين.
- توفر الكتب والمراجع التي تخدم موضوع دراستنا.
- نقص الوعي والتوعية لدى المدربين واللاعبين.

5- أهمية الدراسة:

- معرفة مدى استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات التي تصيب لاعبي كرة القدم والتقليل منها.

- بيان مدى أهمية وجود مراكز إعادة التأهيل الحركي في نوادي كرة القدم.
- مساهمة التأهيل الحركي في إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد تعرضه للإصابة.
- إثراء الرصيد العلمي وتزويده بدراسة جديدة في مجال التدريب الرياضي.

6- المفاهيم والمصطلحات:

6-1- التأهيل الحركي:

• اصطلاحاً:

"هو إعادة الوظيفة الكاملة للمصاب، ويعتمد بصورة أساسية على التعرف على أسباب الإصابة والتقييم الصحيح لها وطرق علاجها، ويتم تأهيل المصاب بحيث يستطيع القيام بالوظائف والأعباء الضرورية دون اضطراب مثل المشي وصعود السلالم وتأدية مطالب الحياة اليومية بصورة طبيعية".⁽¹⁾

• إجرائياً:

هو أحد فروع الطب الرياضي وفيه يتم علاج العضو المصاب لكي يستعيد كل قدراته المفقودة ويعود إلى القيام بكل وظائفه العادية.

6-2- الإصابات الرياضية:

• اصطلاحاً:

عبارة عن أعطاب قد تصيب الجهاز الساند المحرك (عضلات، عظام، مفاصل) أو الأعصاب فتعوق معها التطور الديناميكي لمستوى الرياضي وتحول دون استمراره في أداءه الطبيعي لتدريباته أو مشاركته الرسمية والودية وهي ظاهرة مرضية.⁽²⁾

• إجرائياً:

هي التي تصيب اللاعبين في مختلف أجزاء الجسم أثناء إجرائهم مباريات أو التدريبات نتيجة عوامل طبيعية أو خارجية مما تؤدي إلى توقف اللاعب عن ممارسة النشاط الرياضي لفترة زمنية معينة.

(1) أحمد حلمي صالح: التأهيل المبادئ والاسس، مصر، 2010، ص1.

(2) خالد يوسف عبد الرحمان الشرفاوي: الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكرة الطائرة للمعاقين "جلوس"، مؤسسة عالم الرياضة للنشر ودار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، ط1، 2014، ص60.

6-3- كرة القدم:

اصطلاحاً: هي لعبة جماعية تتم بين فريقين، كل فريق من أحد عشر لاعبا يستعملون كرة منفوخة مستديرة ذات مقياس عالمي محدد في ملعب مستطيل ذو أبعاد محددة في كل طرف من طرفيه مرمى الهدف ويحاول كل فريق إدخال الكرة فيه على حارس المرمى للحصول على الهدف⁽¹⁾.

إجراءياً: هي رياضة جماعية، تلعب بين فريقين كل فريق يتكون من 11 لاعبا، تلعب بواسطة كرة مستديرة فوق أرضية عشبية مستطيلة الشكل، وبقوانين محددة ، مدة المباراة 90 دقيقة مقسمة على شوطين بينهما مدة راحة فيها 15 دقيقة، ويشرف على إدارة المباراة حكام، الهدف منها هو إحراز الهدف في مرمى الخصم.

7 - الدراسات المشابهة:

7-1- الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: دراسة بوزيدي عنتر، واقع توظيف وسائل إعادة تأهيل الإصابات الرياضية لدى نوادي كرة القدم لولاية جيجل، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في التحضير البدني الرياضي، جامعة جيجل، 2018-2019.

وجاءت أهم تساؤلات دراسته كما يلي:

- هل نقص وسائل العلاج الطبيعي في الأندية هو عامل معيق في إعادة تأهيل الإصابات الرياضية؟
 - هل سبب إهمال علاج الإصابات الرياضية هو نقص الموارد المادية والبشرية؟
 - هل نقص كفاءة وتكوين المدربين عامل من عوامل عدم علاج الإصابات الرياضية؟
 - وارتكزت الدراسة على الفرضيات التالية:
 - نقص وسائل العلاج الطبيعي في الأندية هو عامل معيق في إعادة تأهيل الإصابات الرياضية.
 - سبب إهمال علاج الإصابات الرياضية هو نقص الموارد المادية والبشرية.
 - نقص كفاءة وتكوين المدربين عامل من عوامل عدم علاج الإصابات الرياضية.
- وقد أجريت هذه الدراسة على مستوى نوادي كرة القدم لدائرة الطاهير ولاية جيجل، واعتمد الباحث في ذلك على المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار العينة بشكل عشوائي حيث اختار 3 فرق من أصل 10 فرق باستعمال القرعة البسيطة للصدوق الأسود فاشتملت على 60 لاعبا من 20-35 سنة.

(1) مأمور بن حسن آل سلمان: كرة القدم بين المصالح والمفاسد العالمية، دار ابن حزم، لبنان، ط2، 1998، ص9.

وقد استعان الباحث في دراسته هذه على تقنية الاستبيان.

وتوصل من خلال ذلك إلى النتائج التالية:

- نقص وسائل العلاج الطبيعي في الأندية هو عامل معيق في إعادة تأهيل الإصابات الرياضية.
- سبب إهمال علاج الإصابات الرياضية هو نقص الموارد المادية والبشرية.
- نقص كفاءة وتكوين المدربين هو عامل من عوامل عدم علاج الإصابات الرياضية.

الدراسة الثانية: دراسة يوسف خوجة عبد الغفور، دور التأهيل الحركي في استرجاع بعض عناصر اللياقة البدنية بعد الإصابة (مفصل الكتف) لدى لاعبي كرة القدم (أكابر) القسم الجهوي الثاني بأم البواقي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في التحضير البدني الرياضي، جامعة أم البواقي، 2017-2018.

وجاءت أهم تساؤلات دراسته كما يلي:

- هل التأهيل الحركي لا يؤثر في استرجاع عنصر مداومة السرعة بعد الإصابة.
- هل للتأهيل الحركي دور في استرجاع عنصر الرشاقة بعد الإصابة.
- هل التأهيل الحركي ليس له دور في استرجاع عنصر القوة بعد الإصابة.
- وارتكزت الدراسة على الفرضيات التالية:
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صفة المداومة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صفة الرشاقة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صفة القوة الانفجارية بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي.
- وقد أجريت هذه الدراسة بأم البواقي، واعتمد الباحث في ذلك على المنهج التجريبي، أما عينة الدراسة فاشتملت على 6 لاعبين (لاعبين من كل فريق)، وكان اختيار العينة بصورة عمدية.
- واستعان الباحث في دراسته على تقنية الاختبارات والقياسات.
- وتم التوصل إلى النتائج التالية:
- يحسن التأهيل الحركي من مستوى القوة العضلية لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- تعمل التمارين المستخدمة في التأهيل الحركي على تحسين مستوى المرونة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- التأهيل الحركي لا يؤثر على صفة الرشاقة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية وهذا راجع إلى أن الصفة مرتبطة بعوامل لا تتأثر بالتأهيل منها السن والجنس والكتلة العضلية ونجاعة الفاصل.

- يحسن التأهيل الحركي صفة مداومة السرعة للاعبين بعد الإصابة الرياضية.
 - العطلة الرياضية طويلة المدى تؤثر سلبا على فورمة لاعب كرة القدم التي تشمل اغلب الصفات البدنية.
 - نجاعة المدرب في اختيار التمارين والشدة الملائمة للاعبين العائدين من الإصابة تؤثر إيجابا على سرعة الاستشفاء.
 - للبرنامج التأهيلي دور في الرجوع إلى الفورمة بالنسبة لبعض الصفات البدنية.
- الدراسة الثالثة: دراسة راجع اسماعيل، دور التأهيل الحركي في تحسين اللياقة البدنية بعد الإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم من وجهة نظر المدربين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في التدريب البدني والذهني، جامعة المسيلة، 2016-2017.

وجاءت أهم تساؤلات دراسته كما يلي:

- هل للتأهيل الحركي دور في تحسين مستوى القوة العضلية لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية؟
 - هل للتأهيل الحركي دور في تحسين مستوى السرعة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية؟
 - هل للتأهيل الحركي دور على استعادة رشاقة لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية؟
 - هل للتمارين المستخدمة في التأهيل الحركي دور في تحسين مرونة لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية؟
 - هل للتأهيل الحركي دور ايجابيا في تحسين صفة التحمل لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية؟
- وارتكزت الدراسة على الفرضيات التالية:

- للتأهيل الحركي دور في تحسين مستوى القوة العضلية لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- للتأهيل الحركي دور في تحسين مستوى السرعة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- للتأهيل الحركي دور على استعادة رشاقة لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- للتمارين المستخدمة في التأهيل الحركي دور في تحسين مرونة لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.
- للتأهيل الحركي دور ايجابيا في تحسين صفة التحمل لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية.

الإطار العام للدراسة

وقد أجريت هذه الدراسة على مدربي أندية القسم الشرفي وما قبل الشرفي لولاية المسيلة، واعتمد الباحث في ذلك على المنهج الوصفي، أما فيما يخص عينة البحث فاشتملت على 23 مدرباً تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

واستعان الباحث في دراسته على تقنية استمارة استبيان.

وتوصل من خلال ذلك إلى النتائج التالية:

- يحسن التأهيل الحركي من مستوى القوة العضلية لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية وذلك من وجهة نظر المدربين.

- تعمل التمارين المستخدمة في التأهيل الحركي على تحسين مستوى المرونة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية وذلك من وجهة نظر المدربين.

- تحسن فعالية التأهيل الحركي صفة الرشاقة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية من وجهة نظر المدربين.

- لا يكسب التأهيل الحركي صفة التحمل لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية من وجهة نظر المدربين.

- لا يحسن التأهيل الحركي من مستوى السرعة لدى لاعبي كرة القدم بعد الإصابة الرياضية من وجهة نظر المدربين.

الدراسة الرابعة: دراسة بوليل مولود، إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم-صنف أكابر-، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في التدريب الرياضي النخبوي، جامعة البويرة، 2014-2015.

وجاءت أهم تساؤلات دراسته كما يلي:

- هل للطب الرياضي دور فعال في تحسين مردود لاعبي كرة القدم؟
- هل قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم؟
- هل اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه صرف النظر عن المتابعة الطبية؟
- هل نقص الموارد المالية ومراكز الطب الرياضي في الجزائر أدى إلى عدم التكفل بجميع اللاعبين المصابين؟

وارتكزت الدراسة على الفرضيات التالية:

- للطب الرياضي دور فعال في تحسين مردود لاعبي كرة القدم.
- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم.
- اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه صرف النظر عن المتابعة الطبية.
- نقص الموارد المالية ومراكز الطب الرياضي في الجزائر أدى إلى عدم التكفل بجميع اللاعبين المصابين.

وقد أجريت هذه الدراسة على مستوى بعض أندية ولاية البويرة، واعتمد الباحث في ذلك على المنهج الوصفي، أما عينة الدراسة فتم اختيارها بطريقة عشوائية واشتملت على 6 فرق من أصل 13 فريق.

واستعان الباحث في دراسته على تقنية الاستبيان والمقابلة.

وتوصل من خلال ذلك إلى النتائج التالية:

- الإصابة الرياضية هي هاجس لكل لاعب وهي ذات تأثير سلبي على نفسيته وبالتالي على مردوده.
- المتابعة الطبية المتخصصة ليست متوفرة لصالح الرياضي.
- شدة الإصابة من حيث الخطورة تتعكس سلبا على الأداء الرياضي.
- مرحلة المنافسة هي المرحلة الأكثر عرضة للإصابة للرياضي.
- تؤثر الإصابة الرياضية على الجانب البدني بدرجة أولى.
- اغلب اللاعبين يتجاهلون الإصابة أثناء المنافسات الهامة وهو ما يؤدي إلى تفاقمها.
- يجب الاهتمام بدرجة كبيرة بالجانب الطبي خاصة إعادة التأهيل الذي لا بد أن يتماشى مع نوعية ودرجة خطورة الإصابة من اجل عودة الرياضي السريعة لمستواه.

7-2- الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: دراسة أسيد كمال محمود جبالي، الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، أطروحة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الرياضية، فلسطين، 2016.

وجاءت أهم تساؤلات دراسته كما يلي:

- ما الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين؟
 - هل توجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تعزى لمتغير خبرة اللاعب؟
 - هل توجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تعزى لمتغير مركز اللاعب؟
 - هل توجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تعزى لمتغير مشاركة اللاعب؟
 - هل توجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تعزى لمتغير عمر اللاعب؟
 - وارتكزت الدراسة على الفرضيات التالية؟
 - الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين.
 - الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تبعا لمتغير خبرة اللاعب.
 - الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تبعا لمتغير مركز اللاعب.
 - الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تبعا لمتغير مشاركة اللاعب.
 - الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تبعا لمتغير عمر اللاعب.
- وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 135 لاعبا من أندية المحترفين لكرة القدم، بحيث تمثل 51.14% من مجتمع الدراسة، وتم اختيار هذه العينة بالطريقة الطبقيّة، واعتمد الباحث على المنهج المسحي الوصفي التحليلي.

واستعان الباحث في دراسته على تقنية الاستبيان.

وتوصل من خلال ذلك إلى النتائج التالية:

- إن إصابة العضلات كانت هي الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، يليها الأربطة والأوتار، بينما كانت الأعصاب اقلها.

- كان الفخذ، والركبة، والقدم أكثر الأماكن عرضة للإصابات لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني، بينما كانت إصابة الرقبة، والعضد هي الأقل.
- كان التمزق، والشد العضلي، والكدمات أكثر الإصابات الرياضية انتشارا لدى لاعبي كرة القدم من حيث نوع الإصابة.
- أكثر الإصابات انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث شدة الإصابة كانت الشدة المتوسطة، أما الشدة الشديدة فكانت الأقل انتشارا.
- أكثر الإصابات الرياضية انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث إصابة اللاعب كانت لأول مرة ويليهما لثاني مرة.
- أكثر الإصابات الرياضية انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث حدوث الإصابة كانت في المنافسة بليها في التدريب.
- أكثر الإصابات الرياضية انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث حدوث الإصابة نصف فترة المنافسة يليها نصف فترة التدريب.
- أكثر الإصابات الرياضية انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث سبب الإصابة كانت الحركات المفاجئة يليها الضربات المباشرة والإحماء غير الكافي، بينما الحالة النفسية الأقل انتشارا.
- لا يوجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، تعزى لمتغير خبرة اللاعب، من حيث (طبيعة الإصابة، ومكانها، نوعها، شدتها، وإصابة اللاعب، وسبب حدوث الإصابة) بينما يوجد فروق في حدوث الإصابة أثناء التدريب، وفي وقت حدوث الإصابة أثناء نصف فترة التدريب.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في طبيعة الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم، تعزى لمتغير مشاركة اللاعب باستثناء إصابة المفاصل والغضاريف التي كانت أكثر انتشارا لدى لاعبي الاحتياط.

8- التعقيب عن الدراسات المشابهة:

يتضح لنا من خلال العرض المتقدم من الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- أجريت هذه الدراسات من 2014-2018.
- تنوعت أهداف الدراسات السابقة منها ما تهدف إلى التعرف على واقع توظيف وسائل إعادة تأهيل الإصابات الرياضية لدى النوادي الجزائرية، ومنها ما تهدف إلى دور التأهيل الحركي في تحسين اللياقة البدنية بعد الإصابة لدى لاعبي كرة القدم، ومنها ما تهدف إلى إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم.

الإطار العام للدراسة

- جميع الدراسات استخدمت المنهج الوصفي.
- تنوع طرق اختيار العينة وفقا لطبيعة الدراسات.

الجانب النظري

الفصل الاول : الت هيل الحركي

تمهيد:

يعتبر التأهيل الحركي احد البرامج المعتمدة من طرف المدربين والأخصائيين للعودة باللاعب المصاب إلى ميدان المنافسة وذلك بالاعتماد على الوسائل العلاجية الطبيعية مع استخدامها بشكل منظم ودقيق ويتوافق مع الخلل الوظيفي للجسم لتكون أكثر فعالية، وتعتمد مدى نجاح هذه الوسائل العلاجية مدى التوافق النسيجي لأجهزة الجسم كافة وأيضا على مفاهيم علم الحركة وقوانينها في بناء الأنظمة العلاجية لاستعادة وتحديد الوظائف الحركية والوصول إلى حالة ما قبل الإصابة أو المرض وتحديد مضاعفات الإصابة، ومن ايجابيات العلاج الحركي يمكن استخدامه لكافة الأعمال ولمختلف أنواع الإصابات والأمراض والتشوهات الجسمية، لذلك فإن تقوية العضلات وبلوغ المدى الحركي للمفاصل هو الأساس للعلاج الحركي ومن ثم استخدام البرامج الوقائية وفي هذا الفصل سنعرض كل المعلومات التي تتعلق بالتأهيل الحركي.

1- تعريف التأهيل الرياضي:

يذكر جيمس وجاري 1985 Games & Gary أن التأهيل يعني إعادة تأهيل كل من الوظيفة والشكل الطبيعي بعد الإصابة أما التأهيل الرياضي فيعني إعادة التدريب الرياضي للمصاب لأعلى مستوى وظيفي في أسرع وقت ممكن، وهو علاج وتدريب المصاب لاستعادة القدرة الوظيفية في أقل وقت ممكن وذلك باستعمال الوسائل التي تتناسب مع نوع وشدة الإصابة.

وهو عملية استخدام وسائل مختلفة في إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة.⁽¹⁾

2- أهمية التأهيل الرياضي:

في عام 1992 قامت مجموعة من الأطباء في مستشفى في ولاية كاليفورنيا بأمريكا بدراسة أهمية التأهيل الرياضي عند الإصابات الرياضية الشائعة وأوضحت الدراسة ما يلي:

- أنه عند حدوث إصابة المفصل يحدث ضعف وضمور في العضلات المحيطة بهذا المفصل ويكون هذا العامل مساعدا لتكرار الإصابة وأثبتت النتائج أن استخدام التأهيل الرياضي ينتج عنه زيادة في حجم وقوة العضلات المحيطة بالمفصل المصاب وكذلك زيادة في المدى الحركي ومن استنتاجات الدراسة أن التأهيل الرياضي يعمل على الوقاية من تكرار الإصابات في المستقبل.

- أن التأهيل يمثل أهمية كبرى خاصة حيث يرى كلا من ليدبيتر ومونجن 1988 Lead Better وMongine 1992 أنه بعد التدخل الجراحي ونجاحه في هذه الحالة يمثل 25% أما النسبة الباقية وتمثل 75% فتقع على عاتق الأهل والمصاب نفسه لذلك فإن عودة الجزء المصاب إلى وظائفه وكفاءته تتأثر بدرجة كبيرة على مستوى التأهيل ومستواه.

وتتوقف سرعة عودة الجزء المصاب إلى استعادة وظيفته وكفاءته في أقل فترة زمنية ممكنة على سرعة البدء في عملية التأهيل وذلك عقب تحديد درجة وطبيعة الإصابة.

يشير عزت الكاشف 1990 إلى أهمية التمرينات التأهيلية فإنها تساعد على سرعة استعادة العضلات والمفاصل لوظائفها، هذا إذا ما أدرك ضرورة أن تمارس تلك التمرينات التأهيلية مع التمرينات البدنية الأخرى بتنسيق كامل تحت الملاحظة مباشرة من المدرب والطبيب المعالج وأخصائي الإصابات الرياضية ويشير أيضا إلى أن علم الطب الرياضي في الأعوام العشرة الأخيرة

(1) عبد الحميد الشرف: الرياضة الحركية للأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة، مركز الكتاب للنشر، د ط، القاهرة، 2001،

له انجازات كبيرة في حل المشكلات المرتبطة بعلاج وتأهيل الرياضيين من الإصابات التي قد يتعرضوا إليها نتيجة للسعي وراء تحطيم الأرقام القياسية. (1)

3- مراحل التأهيل الرياضي:

3-1- التأهيل أثناء الإصابة: وتقوم فلسفته على ما يلي:

- إعطاء تمارين علاجية تخصصية أو علاج كهربائي أو مائي بالكم والكيف الذي يحدده الطبيب المعالج.

- إعطاء تمارين حرة للأجزاء والأعضاء الأخرى غير المصابة حتى لا تقل كفاءتها.

3-2- التأهيل بعد الإصابة:

تعد مرحلة التأهيل بعد الإصابة من أهم المراحل في علاج الإصابات الرياضية، وهي التي تحدد عودة اللاعب إلى الملعب والتنافس مثل بقية زملائه في الفريق، وهذه العملية تهدف إلى عودة اللاعب إلى الملعب في أسرع وقت ممكن مع محاولة الاحتفاظ بالمستوى البدني والمهاري للاعب الذي كان عليه قبل الإصابة، وهي عملية مستمرة تبدأ أثناء العلاج الطبي وتمتد إلى ما بعده، وفيها تستخدم كافة الوسائل والأساليب السابقة بحسب نوع الإصابة لكي يعود إلى حالته الطبيعية. (2)

4- أنواع التأهيل:

4-1- التأهيل الطبي:

هو إعادة الفرد المصاب إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية البدنية والنفسية، وذلك عن طريق استخدام المهارات الطبية، ويتضمن العمليات الجراحية، العلاج بالأدوية والعقاقير، استعمال أجهزة مساعدة.

4-2- التأهيل النفسي:

هو عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمصاب وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي، ويركز الأخصائي النفسي في عمله على مساعدة الفرد المصاب في التغلب على الإحباط وعدم الثقة.

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وألعاب القوة، المصارعة والملاكمة، مركز الكتاب للنشر، ط1، القاهرة، سنة 2003،

ص 67.

(2) زينب العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، ط2، القاهرة، 2005، ص32.

4-3- التأهيل الحركي:

هو الوسائل المشتركة والمنسقة من طبية واجتماعية وتربوية ومهنية، والتي تهدف إلى تدريب أو إعادة تدريب الشخص لمساعدته على بلوغ ارفع مستوى ممكن من الكفاءة الوظيفية والمقدرة على القيام بالأعباء اليومية، فهو عبارة عن الجهد المبذول لتحسين قدرات الشخص اثر إصابته بعلّة ما، أو بالتحديد في إحدى وظائفه الجسدية. (1)

5-تعريف عملية إعادة التأهيل:

هي عملية العودة إلى الوضع الطبيعي والأداء السليم بعد الإصابة، وإعادة تأهيل الرياضي هي سرعة تمكين الرياضي من العودة بشكل سليم معافى بأسرع وقت ممكن، هذه الخطوة تعتبر أكثر أهمية بالنسبة للرياضي عنه للشخص غير الرياضي، واعتماد على طبيعة وحالة الإصابة وكذلك الظروف المحيطة بالمصاب، فإنه يجب أن تكون خطة البرنامج التأهيلي موضوعة بشكل علمي متدرج بما يطور مدى حركة المصاب، قوة العضلات وتحملها، تناسق الحركة، التقدم في الأداء، وكل خطوة من هذه الخطوات يجب أن تتلائم مع الخطوات الأخرى لتتم حالة الشفاء وبشكل سريع، وتتم إعادة التأهيل للاعب للعودة إلى الملاعب بأقل وقت ممكن. (2)

وهي عملية استخدام الوسائل العلاجية المختلفة في إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة. (3)

6- أهداف إعادة التأهيل:

6-1- تقليل التأثيرات الناتجة جراء التثبيت:

- مع أن إطالة مدة التثبيت تتوافق مع الشفاء ولكن هناك عدة أسباب تستدعي اختصاصها:
- تفقد العضلة حوالي 20% من قوتها خلال أسبوع واحد من التثبيت.
- تصل كبسولة المفصل إلى مرحلة تحدد حركي تحتاج إلى عشرة أضعاف الجهد الاعتيادي لتأدية حركة معينة (خلال أسبوع من التثبيت).
- بعد ثمانية أسابيع، تفقد الغضاريف الزلالية وظيفتها وتفقد الأربطة حوالي 46% من قوتها (ولكي تعود إلى حالتها وعملها الطبيعي تحتاج سنة كاملة).
- وبنفس الوقت فإن التثبيت يساعد على ما يأتي:
- شفاء الأنسجة.

(1) السيد بدوي: العلاج والتأهيل الحركي النفسي والاجتماعي للمدمنين، ص 120.

(2) فريق كمونة: 2002، ص 27.

(3) أحمد حلمي صالح، 2010، ص 34.

- استمرار التناسق المتعلق بالمهارات الرياضية.
- وبفضل التثبيت المحدود للرياضيين المصابين مع استخدام الحركة المبكرة للحفاظ على المدى الحركي الطبيعي للمفصل حيث أن الحركة المبكرة تساعد على:
- تحفز السائل الزلالي في المفصل وتزيد تغذية الغضاريف.
- تزيد من قوة الأربطة والأوتار حول المفصل (وخاصة الحركة غير المباشرة).

6-2- الشفاء الكامل:

- الحركة المبكرة تقلل من التأثيرات الناتجة جراء التثبيت وتسرع بنفس الوقت الشفاء عن طريق تحفيز وإعادة بناء وربط الأنسجة الممزقة من خلال:
- تنشيط الدورة الدموية في المنطقة المصابة مما يحدث تأثيراً ميكانيكياً على صلابة ونعومة النسيج الليفي، وهذا ما يؤدي إلى إعادة المدى الحركي والقوة.⁽¹⁾

6-3- الحفاظ على اللياقة البدنية:

- بعد الإصابة يتم إعداد برنامج مكيف لغرض الحفاظ على اللياقة البدنية أو تحسينها وتتضمن:
- تنمية عناصر القوة والمرونة.
- كفاءة أداء الأوعية الدموية.
- وعند اختيار التمارين لمثل هكذا برنامج يجب مراعاة ما يأتي:
- التخفيف من التراجع الناتجة عن الإصابة وعدم إثارة الألم والورم.
- تحسين قوة ومرونة المناطق غير المصابة، بغرض العودة إلى المشاركة في الأنشطة المعتادة.

6-4- استعادة القدرة الرياضية:

- وهي المرحلة الأخيرة من برنامج التأهيل وتهدف إلى:
- استعادة القوة والمرونة الخاصة بالرياضة معينة.
- اكتساب اللياقة البدنية الكاملة.
- استعادة المهارات واللياقة البدنية وفق متطلبات نوع الرياضة الممارسة.
- يسمح للرياضي العودة للمشاركة الرياضية بعد استكمال برنامج إعادة التأهيل وهذا يعني:

(1) مجدي الحسيني عليوة: 2003، ص 71.

- استعادة كامل قدراته على الحركة بدون ألم.
 - استعادة حجم وقوة العضلة الطبيعية واستعادة القدرات البدنية (القوة، المرونة، الإمداد الدموي).
- وهذا يبني على قاعدة ال 95% والتي تنص على: (استعادة المنطقة المصابة 95% من وظيفتها وليس هناك دليل على بداية إصابة) وتقاس هذه مقارنة بالطرق المماثلة. (1)

7- الأهداف الفسيولوجية لإعادة التأهيل:

- التخفيف والقضاء على الألم:
- يعد الألم احد الأعراض الشائعة للإصابة، حيث أن المفصل يكون لديه القدرة على الحركة وقد ينشأ الألم من الاضطرابات الداخلية أو ينتج عن الاضطرابات الخارجية.
- تحسين القوة العضلية:
- الهدف الثاني التاهيلي لإعادة القوة الطبيعية للعضلات العاملة على المفصل المصاب، يجب أن يشمل التحمل والقدرة أيضا، وهنا القدرة تعني كمية القوة التي تنتج من العضلة الدقيقة والتحمل يعني تحمل العضلة على إنتاج القوة والقدرة لأطول فترة ممكنة.
- إعادة المدى الحركي للمفصل:
- نجد أن أي إصابة يتبعها نقص في المدى الحركي ويكون هذا النقص من تأثير الإصابة وذلك يؤثر في الأنسجة، وخلايا المفصل (4-6 أسابيع) حيث يحدث تغير فسيولوجي في هذه الأنسجة كما يحدث نقص في نسبة الماء والسوائل في المفصل مما يؤدي إلى قصور في الحركة أو "التيبس" بالمفصل، ومن هنا نجد أن برنامج إعادة المدى الحركي لابد وأنت يشمل على هذه التغيرات أو توضع في الحسبان، حيث انه يبدأ بحركات سلبية حتى لا يكون هناك التأثير عليها سلبيا في إعادة الإصابة. (2)
- المحافظة على لياقة جهاز الدوران والجهاز التنفسي.
- استعادة القدرة على التحمل الكافي لمعاودة النشاط.
- استعادة القدرة المهارية والعودة السريعة إلى الممارسة الرياضية. (3)

(1) سهام السيد الغامري: 2000، ص 166.

(2) محمد جاسم محمد: الطب الرياضي للمدربين والمعالجين، العالمية للنشر، ط1، بغداد، 2013، ص109.

(3) سميرة خليل محمد: 2003، ص 203.

8- تعريف التأهيل الحركي:

هو عملية الاستعادة التشريحية والفيسيولوجية الطبيعية للنسيج المصاب بعد عملية العلاج تهدف إلى إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه وحمايته المنطقة المصابة من تكرار الإصابة، وينبغي تصميم برنامج إعادة التأهيل بشكل فردي، على المدى القصير ووضع أهداف طويلة الأجل.

إذا يجب أن يكون البرنامج شاملاً ويحتوي على تمارين معدة بشكل فردي وفق نوع الإصابة وحالة المصاب والخصائص الأخرى (سير العلاج خلال مرحلة الإصابة وإدماج طرق العلاج والتمارين) كما ينبغي معرفة كيفية تقويم حالة المصاب، وتقويم البرنامج التأهيلي.⁽¹⁾

9- العلاج الحركي:

هو أحد وسائل العلاج الطبيعي ويعني الاستخدام العلمي لحركات الجسم وشتى الوسائل المختلفة المبنية على أسس علم التشريح والفيسيولوجيا والعلوم التربوية والنفسية لأغراض وقائية وعلاجية، بهدف المحافظة على العمل الوظيفي وإعادة تأهيل النسيج قبل وأثناء وبعد الإصابة، وبذلك فإن العلاج الحركي يعتمد وسيلة هي الأكثر فعالية بين وسائل القوى الطبيعية (الحركة) من أجل الوقاية والعلاج التأهيل عند الإصابة والمرض.⁽²⁾

10- مثال لإعادة التأهيل الحركي لتمزق وتر العرقوب (الكاحل):

في أغلب الأحيان تمزق وتر العرقوب يحدث على بعد بضعة سنتيمترات على الكاحل، وتحدث خاصة للبالغ (جنس ذكر نحو الأربعين) يتخللها تقلصات فجائية في العضلات.....⁽³⁾

10-1- إعادة التأهيل الحركي والعلاج الفيزيائي:

• مرحلة الجبيرة أو التثبيت (فقط للعلاج الجراحي):

- مساج للتدليك الدورة الدموية لعضلة الفخذ.
- تحريك يدوي لأصابع القدم.
- إرخاء عضلات الرجل السفلى.

(1) السيد بدوي: العلاج والتأهيل الحركي والنفسي والاجتماعي للمدمنين، ص 110.

(2) أسامة رياض: الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، مركز الكتاب للنشاط، ط2، القاهرة، 2004، ص80.

(3) Le livre: vade-mecum de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle, (technique, pathologie de traitant par le praticien).

- المشي باستعمال عكازين (بعد بضعة أيام).⁽¹⁾
- مرحلة الخروج من التشبث (بعد الجبيرة):
 - تدليك كلي لعضلات الرجل للدورة الدموية.
 - تدليك خاص للندبة أو الجرح (مكان العملية).
 - تمارين لأوتار الركبة.
 - العلاج الكهربائي (خاص).⁽²⁾
 - التنغيم التدريجي للعضلة ثلاثية الرؤوس (عضلة الساق).
 - العلاج الميكانيكي بعد 6 أسابيع.
 - تصحيح المشي: مع العكاز، بلا عكاز، المشي على رؤوس الأصابع....
 - المشي في ارض مستوية وغير مستوية.
 - التدريب على الجهد والرياضة.⁽³⁾

(1) Editeur: malouine S.A 1981 (27, rue de l'école de médecin-paris).

(2) ISBN: 2-87017054-8, chapitre 1, traumatisme, (2^{ème} partie).

(3) Ecrivain: Yves XHARDEZ

خلاصة:

من خلال هذا الفصل عرضنا لكم تعريف التأهيل الرياضي وأهميته ومراحله وأنواعه، وكذلك تعريف عملية إعادة التأهيل وأهدافه وكذلك أهدافه الفسيولوجية.

وأيضاً تعريف التأهيل الحركي والعلاج الحركي وفي الأخير أعطيت مثال عن إعادة التأهيل الحركي لتمزق وتر العرقوب (الكاحل).

الفصل الثاني: الأصابات
الرياضية

تمهيد:

مما لا شك فيه أن إصابات الملاعب تعد من الأجزاء المهمة لموضوع الطب الرياضي الحديث، وهي مكملّة لباقي الأجزاء، ويرجع تاريخ الإصابات إلى الزمن القديم عند المصريين والرومان والبيزنطيين، حيث واكبت إصابات الملاعب وازدهار الحضارات على مر العصور، وفي القرن الحالي تطور علم الإصابات الرياضية بتطور التشخيص والعلاج السريع، وأصبح من العلوم الأساسية المواكبة للحركة الرياضية عامة، وجزءاً أساسياً لتطوير قابلية اللاعب الرياضية، ووقايته من الإصابات أو العلاج بأفضل الأساليب التي تضمن الشفاء التام السريع، وعودته إلى الملعب بكامل اللياقة البدنية، ومن خلال هذا الفصل سنحاول توضيح كل ما يتعلق بالإصابات الرياضية.

1- مفهوم الإصابة الرياضية:

تعرفها زينب العالم بأنها تلف أو إعاقة وهذا التلف سواء كان مصاحب أو غير مصاحب بتهتك بالأنسجة سواء كان هذا التأثير خارجي (ميكانيكيا، عضويا أو كيميائيا) وعادة ما يكون هذا التأثير الخارجي مفاجئا وشديدا. (1)

ويعرفها محمد قدرى بكري بأنها عبارة عن أعطاب قد تصيب الجهاز الساند المحرك (عضلات، عظام، مفاصل) أو الأعصاب فتعوق معها التطور الديناميكي لمستوى الرياضي وتحول استمراره في أداءه الطبيعي لتدريباته أو مشاركته الرسمية والودية وهي ظاهرة مرضية. (2)

2- تعريف الإصابة الرياضية:

الإصابة هي تأثر نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج ويمكن تقسيم المؤثرات إلى:

- مؤثر خارجي: أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كاصطدام اللاعب بزميله أو بالأرض أو بالأدوات المستعملة في ذلك النوع من الرياضة.
- مؤثر ذاتي: أي إصابة اللاعب نفسه بنفسه نتيجة الأداء الفني الخاطئ أو عدم الإحماء أو أية أسباب أخرى.
- مؤثر داخلي: مثل تراكم حامض أليلينك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو فقدان الماء والأملاح. (3)

3 - خصائص الإصابات الرياضية:

ومن خصائصها ما يلي:

- تتوقف نسبة حدوث الإصابات إلى حد كبير على مدى كفاءة اللاعب البدنية والوظيفية والنفسية وحسن الإعداد، كما انخفضت كفاءته وازدادت نسبة الإصابات لديه والعكس صحيح.
- تحدث الإصابات الرياضية في المنافسات والتدريب وتزداد نسبة الإصابات الرياضية في المنافسات وخاصة عند المستويات المتقدمة.
- تزداد نسبة الإصابات أثناء التدريبات في حالة غياب الإشراف العلمي للمدرب المتخصص.

(1) زينب عبد الحميد العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، ط5، القاهرة، 1998، ص91.

(2) محمد قدرى بكري: التأهيل الرياضي والإصابات الرياضية والإسعافات، القاهرة، 2000، ص 55.

(3) بثار علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، دار دجلة، ط2، الأردن، 2012، ص 80.

- تزداد احتمالات حدوث الإصابات بنسبة كبيرة عند القيام بحركات تكتيكية عنيفة ومركبة.
- تكثر الإصابات عند الرياضيين الشباب، وتحدث الإصابات في جميع الأعمار ولكن هناك إصابات شائعة في أعمار معينة دون الأخرى.
- تزداد نسبة الإصابات الرياضية في الألعاب الجماعية والتي تحتاج إلى مجهود حركي عنيف وتتطلب الاحتكاك بالخصم مثل: كرة القدم عنها في الألعاب الفردية مثل: السباحة والتنس، وكذلك تزداد في الألعاب التي تحتاج إلى مجهود حركي عنيف وتتطلب الاحتكاك بالخصم كما في الملاكمة والمصارعة.⁽¹⁾
- الإصابة لدى السيدات تكون اقل نسبيا عنها لدى الرجال وأكثر الإصابات تكون لدى الرياضيين الشباب.⁽²⁾

4- أنواع الإصابات الرياضية:

4-1- الصدمة:

4-1-1- تعريف الصدمة:

- هي حالة هبوط في الأجهزة الحيوية الدوري والتنفسي تصحب جميع الإصابات المفاجئة ومنها:
- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها الم كالكسور.
 - صدمة نسيجية نتيجة فقد كميات كبيرة من الدم كما في حالات النزيف الشديد سواء كان داخليا أو خارجيا.
 - نتيجة فقدان سوائل كثيرة من الجسم كما في الحالات الآتية: حالات الحروق، النزلات المعاوية الشديدة.

4-1-2- أعراض الصدمة:

- رقدة المصاب في خمول.
- هبوط درجة حرارة الجسم.
- لون المصاب يكون شاحبا وجلده يكون باردا ومنديا.
- النبض سريع وضعيف.

(1) سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بغداد، 2008، ص13.

(2) خالد يوسف عبد الرحمان الشراوي: الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكرة الطائرة للمعاقين جلوس، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2014، ص72.

- التنفس سطحي وغير منتظم. (1)

4-1-3- علاج الصدمة:

- يوضع المصاب برفق في متجدد الهواء، وذلك لوضعه مستلقيا على ظهره مع خفض الرأس عن مستوى الجسم والرجلين أعلى من مستوى الرأس ليتمكن الدم من الوصول للمخ.
- سند الجزء المصاب بوضعه وضعا مريحا.
- تخفيف الملابس أو الأربطة الضاغطة حول الرقبة أو الصدر.
- استنشاق الأكسجين أو عمل تنفس اصطناعي إذا لزم الأمر.
- نظرا لهبوط درجة حرارة الجسم يلزم تدفئة المصاب لتنشيط الدورة الدموية.
- عند التأكد من عدم وجود نزيف داخلي أو جروح في المعدة وزوال الإغماء يعطى المصاب المشروبات الساخنة كالشاي.

4-2- الرضوض (الكدمات):

4-2-1: تعريف الكدمة (الرض):

الرض (الكدم) هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام والمفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي. (2)

وغالبا ما يصاحب الكدم ألم وورم ونزيف داخلي وارتشاح لسائل بلازما الدم مكان الإصابة، والكدم إصابة تكثر في الرياضات التي فيها احتكاكات تنافسية مباشرة أو التي تستعمل فيها أدوات صلبة، وتزداد خطورة الكدم في الحالات الآتية:

- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.
- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

4-2-2- درجة الكدمات:

- كدم بسيط: وفيه يستمر اللاعب في الأداء وقد لا يشعر به لحظة حدوثه وإنما قد يشعر به اللاعب بعد المباراة.

(1) حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعى إسعاف، منشأة المعارف، الإسكندرية، ص 65.

(2) حياة عياد روفائيل: مرجع سابق، ص 87.

- **كدم شديد:** لدرجة أن اللاعب لا يستمر في الأداء، ويشعر بأعراضه لحظة حدوثه مثل الورم والألم وارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب.

4-2-3- أنواع الكدمات:

- **كدم الجلد:** إن كدم الجلد عموماً لا يعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي، وهناك نوعان: كدم الجلد البسيط وكدم الجلد الشديد.⁽¹⁾
- **كدم العضلات:** يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لزيادة انتشاره بين الرياضيين، ولأنه قد يمنع اللاعب من الاستمرار في مزاولته رياضته من ناحية أخرى.
- وكدم العضلات من الإصابات المباشرة، وتحدث فيه العديد من التغيرات الفسيولوجية مكان الإصابة مثل: الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد وغيرها.
- **كدم العظام:** يحدث نتيجة إصابة مباشرة، وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة "المكشوفة" غير المكسوة بالعضلات مثل عظمة القصبية وعظام الساعد وخاصة عظمة الكعبرة والزند وعظام الأصابع ورسغ اليد ووجه القدم وعظمة الرضفة بالركبة.⁽²⁾
- **كدم المفاصل:** كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة إصابة مباشرة، ومن أكثر المفاصل التي يحدث بها الكدم مفصل القدم ومفصل الركبة وخاصة للاعبين كرة القدم.

4-2-4- الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمات:

- الاصطدام بالأجزاء الصلبة من جسم اللاعب الآخر لمؤخرة الكوع أو الرأس.
- الضربات المباشرة من لاعب لآخر كما يحدث في رياضة الملاكمة والكراتيه.
- الاصطدام أو الضرب بالأدوات المستخدمة في اللعبة كمضرب التنس أو الأحذية أو الكرات الثقيلة.
- السقوط أو التعثر بجهاز أو أي مانع طبيعي.

4-2-5- الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات:

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

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004، ص 41.

(2) حياة عياد روفائيل: مرجع سابق، ص 88.

4-2-6- الإسعافات الأولية للكدمة:

- في حالة وجود جرح مصاحب للكدمة الشديدة يجب القيام بالإسعافات الأولية كما في حالات الجروح لوقف النزيف الدموي ثم تكمل الإسعافات الأولية للكدمة.
- ضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط ويثبتها فترة 15 دقيقة ثم توضع بعدها رباطا خفيفا فوق موضع الكدمة. (1)

4-3- الشد أو التمزق العضلي:

4-3-1- تعرف 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 من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا. (2)

4-3-2- الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الشد العضلي:

- عدم الإحماء العضلي الكافي قبل القيام بالمجهود الرياضي.
- الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة حين يتم إهمال الإحماء لمجموعة الأعضاء التي تقوم بعمل المجهود البدني الرئيسي.
- ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعة العضلية المتقابلة.

4-3-3- الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي:

يتسم الشد العضلي بألم تختلف حدته تبعا 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.

4-3-4- أنواع الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاث درجات من حيث حدة الإصابة:

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 41.

(2) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: فسيولوجيا التدليك والاستشفاء الرياضي، مركز الكتاب للنشر، مصر، 2006، ص 91.

• شد عضلي من الدرجة الأولى:

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

• شد عضلي من الدرجة الثانية:

ويحدث عندما تكون الإطالة العضلية الناشئة عن الإصابة متوسطة الحدة وفيها تم 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 الجزء المصاب.⁽¹⁾

• شد العضلي من الدرجة الثالثة:

وتكون فيه الاستطالة العضلية الناشئة عن الإصابة شديدة وتحدث تمزق كلي في الألياف العضلية مما يؤدي إلى فقد الاتصال العضلي، ويكون هذا النوع من الشد العضلي مصحوبا بألم حاد في منطقة الإصابة ونزيف دموي تحت الجلد يمكن ملاحظته في بعض الأحيان بالنظر كما يحدث فقد ملحوظ للقوة العضلية في المنطقة المصابة.

4-3-5- الإسعافات الأولية للشد العضلي:

- ضع المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابة الأطراف السفلى أو الجذع أو الجلوس المعتدل في حالة إصابة الأطراف العليا.
- ضع كمادات باردة على الجزء المصاب من العضلة، تثبت العضلة برباط ضاغط بإحكام لمدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.
- في حالة 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.

(1) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 93.

- ينتقل اللاعب المصاب إلى اقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب في ما يلزم عمله بمواصلة علاج اللاعب المصاب. (1)

4-4- التقلص العضلي:

قد يتعرض الرياضيون أو غير الرياضيون الذين يقومون بأعمال عضلية عنيفة إلى الإحساس بتقلصات مؤلمة في عضلة أو بعض العضلات تستمر لوقت قد يقتصر لبعض ثواني أو يطول بعض دقائق وقد يحدث التقلص العضلي أثناء التدريب في الجو الحار، ومن أسباب التقلص العضلي طول مدة تعرض العضلة لنقص الأكسجين، كما يحدث عند القيام بمجهود عضلي لمدة طويلة أو بسبب بعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة كبقاء كميات من عنصر الصوديوم داخل الليفية العضلية أو فقد كميات من الماء المحمل بالأملاح نتيجة العرق فينخفض مستوى السوائل بالخلية ويزداد الضغط الاسموزي نتيجة الزيادة في فقد الماء من الخلية إلى خارجها، ويكون الماء المحمل بالأملاح الذي يتسبب نقصها في حدوث التقلص في عضلة سمانة الرجل، باطن القدم، العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية، عضلات السمانة الخلفية، عضلات البطن، ويتعرض إلى هذه الإصابة لاعبي المسافات المتوسطة والطويلة. (2)

4-4-1- الإسعاف والعلاج:

يجب العمل على إطالة العضلة المتقلصة وفرد ارتخائها ويتبع مع باقي العلاج لتخفيف الألم من التقلص Fluori mothane العلاج الفوري بطريقة "الرش والفرد" بواسطة فلورمي ثان العضلي.

- بعد فترة من حدوثه يعمل تدليك للعضو.

- التدرج بعمل حركات حرة لغرض إطالة العضلة المتقلصة. (3)

4-5- الكسور:

4-5-1- تعريف الكسر:

الكسر هو انفصال العظمة عن بعضها إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة (عنف خارجي) أو الاصطدام بجسم صلب مثل الضرب بعصا غليظة بقوة على الساعد، أو اصطدام القصبعة

(1) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 95

(2) خراج عبد الحميد توفيق: كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين، ط2، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الاسكندرية، 2006، ص 113.

(3) حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص 95.

بقدم لاعب آخر أو بأداة تقليدية وبقوة وبسرعة أو اصطدام لاعب كرة القدم بعارضة المرمى أو بالأرض أو بقدم الخصم.

وهناك تعريف آخر للكسر بأنه انفصال في استمرارية العظمة.⁽¹⁾

4-5-2- أنواع الكسور:

تتقسم الكسور إلى أربعة أشكال:

- **الكسر البسيط:** وهو الكسر الذي لا يزيد عدد أجزاء العظمة المكسورة عن اثنتين، وغير مصاحب بجرح في الجلد.
- **الكسر المركب:** وهو الكسر الذي تزيد فيه عدد قطع العظام المكسورة عن اثنتين وغير مصاحب بجرح في الجلد.
- **الكسر المضاعف:** وهو أي كسر مصحوب بجرح في الجلد، ولذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث والتهاب في مكان الكسر.
- **الكسر المعقد:** وهو الكسر الذي يسبب تمزق أو ضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب المجاورة أو يكون مصحوبا بخلع في المفاصل خاصة في مناطق الإبط، المرفق والركبة، وهذه الحالات استعجاله يجب استشارة الطبيب في أسرع وقت ممكن.

4-5-3- طرق تشخيص الكسور في الملاعب:

- وجود ألم بالمنطقة المصابة.
- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.
- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.
- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.
- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.
- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في الجزء السفلي من العضو المصاب.

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 55.

- إذا تحرك طرفي الكسر يحس المسعف بوجود احتكاك سطحين خشنين وفي بعض الأحيان يسمع طقطقة ولكن يجب أن لا يلجأ المسعف إلى هذا الكشف إذ قد يسبب تمزقا في الأنسجة أو يقضي إلى الإغماء من شدة الألم. (1)

4-5-4- أسباب حدوث الكسور:

ينتج الكسر عند ضربة مباشرة فوق العظم ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكسر أثناء ممارسة الرياضة ما يأتي:

- الوقوع من فوق مكان مرتفع كما في حالة القفز للأعلى 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. (2)

4-5-5- إسعاف الكسور:

يجب مراعاة النقاط العامة الآتية عند القيام بإسعاف الكسور وهي:

- من حيث المبدأ يجب التزام الحذر في معاملة المصاب بالكسر ويجب تجنب استخدام العنف او القوة عند إسعاف الكسر بل يتم برفق وعناية كبيرة.
- المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها وعلى المسعف تجنب إصلاح الكسر ويترك ذلك للطبيب المختص.
- البدء في علاج الصدمة العصبية والجراحية في مكان الإصابة حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.
- إيقاف النزيف إن وجد وذلك بالضغط على مكان أعلى الإصابة، حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.
- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فوراً راقداً على ظهره او بطنه على نقالة صلبة إلى اقرب مستشفى.
- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة.
- تدفئة المصاب وإعطائه سوائل دافئة مثل الشاي بالإضافة إلى مسكنات الألم، ويمكن إعطاؤه محلول ملح وجلوكوز.

(1) أسامة رياض: الإسعافات الأولية للإصابات اللاعب: ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص 81.

(2) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 98.

- نقل المصاب إلى المستشفى بأسرع وقت ممكن. (1)

4-6-4 - الالتواء :

4-6-4-1 - تعريف الالتواء :

هو خروج الأوجه المفصالية عن حدودها الطبيعية للحركة والعودة السريعة بما يسبب شد شديد في الأربطة المفصالية ينتج عنه التقطع الجزئي أو الكلي في الأربطة.

إن أكثر المفاصل تعرضا لهذه الإصابة هي الكاحل والرسغ حيث يكون التورم واضحا والألم شديد لأقل حركة.

4-6-4-2 - الإسعاف :

توضع قطعة من القماش المبلل بالماء البارد حول المفصل المصاب، يربط المفصل برباط ضاغط حتى يقلل التورم يرفع المفصل إلى الأعلى وينقل المصاب إلى المستشفى. (2)

4-7-4 - الملخ :

من أكثر إصابات الملاعب شيوعا أو من النادر أن لاعبا لم يحدث له ملخ مرة على الأقل، والملخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث اثر سقوط على احد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو انثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضا للملخ هي مفصل القدم ورسغ اليد. (3)

ومن أكثر الأربطة عرضة للملخ ما يلي:

- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل الفخذ.
- الرباط القصي الشضي الأمامي بمفصل القدم.
- الرباط الجانبي الانسي بمفصل الركبة.
- الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد.

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 70.

(2) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 99.

(3) حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص 95.

- الرباط الترقوي الآخر بمفصل الكتف. (1)

4-7-1- علامات الملح:

- ألم حاد نتيجة لتمزق الأربطة والأنسجة حول المفصل.
- ألم شديد عند عمل حركة تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملح مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حرة، كما يزول الألم عندما تحركه حركة مضادة.
- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.
- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة. (2)

4-7-2- الإسعاف:

- إبعاد اللاعب عن الملعب وإراحة المفصل المصاب.
- عمل كمادات باردة لمدة ثلث أو نصف ساعة حسب شدة الإصابة.
- تثبيت المفصل برباط ضاغط حول قطعة قطن مع مراعاة ألا تمنع الدورة الدموية، ويلاحظ أن يكون المفصل في وضع منحرف قليلا عكس اتجاه الملح.
- راحة المفصل من الثقل الواقع عليه مدة 24 ساعة وفي حالة الملح الشديد تصل إلى 48 ساعة.
- إعطاء المصاب مسكنا حسب درجة الألم.

4-8- الخلع:

4-8-1- تعريف الخلع:

هو خروج أو انتقال إحدى العظام المكونة للمفصل بعيدة عن مكانها الطبيعي وبقائها في هذا الوضع، أي تغير العلاقة التشريحية بين عظام المفصل، وذلك نتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة ويسبب ذلك تمزق المحفظة الليفية وتلف الأنسجة المحيطة بالمفصل من عضلات وأوتار وأعصاب وشرابين، وأكثر المفاصل تعرضا للخلع: الكتف، المرفق، الإبهام.

4-8-2- علامات وأعراض الخلع:

- ألم شديد من ألم الكسر.

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 44.

(2) حياة عياد روفائيل: المرجع نفسه، ص 96.

- فقد القدرة تماما على تحريك المفصل.
- تشوه وتغير في شكل المفصل.
- ورم شديد بسرعة وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع.
- صور الأشعة تبين الخلع بوضوح.⁽¹⁾

4-8-3- أنواع الخلع:

هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي:

• خلع مفصلي جزئي:

وفيه يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ولكن ضمن التجويف المفصلي ويتم فيه تمزق بسيط في الأربطة المثبتة والغشاء الزلالي للمفصل، وهذا النوع يسبب عجزا جزئيا عن تحريك المفصل وقت الإصابة.

• خلع مفصلي كامل:

وفي هذا النوع يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ويحدث فيه تمزق الغشاء الزلالي والأربطة المفصالية وقد ينتج التجويف المفصلي كما يحدث تهتك للأوعية الدموية ونزيف داخل التجويف المفصلي.⁽²⁾

• خلع مفصلي مصحوب بكسر:

وهو اخطر أنواع الخلع المفصلي ويحدث عندما تكون الضربة المسببة شديدة وفيه يكون الخلع مصحوبا بكسر في إحدى العظمتين المكونتين للمفصل وقد تحدث إصابة للأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة في المفصل.

4-8-4- الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي:

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

- الوقوع على الأرض من فوق ارتفاع عالي أو عندما يصطدم احد أطراف جسم اللاعب بالأرض.

(1) حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص 96.

(2) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 106.

- الحركات 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.

4-8-5- الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:

- قلل من تحريك اللاعب المصاب إلى أضييق الحدود وحيث أنت 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 بواسطة الجبيرة المناسبة وفي حالة عدم وجودها يوضع 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 جيدا قبل تثبيت الجبيرة.

- انقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى اقرب قسم طوارئ أو مستشفى مواصلة العلاج.⁽¹⁾

4-9- الانتفاخ الجلدي:

4-9-1- أعراض الانتفاخ:

ينتج عن احتكاك الجلد باستمرار سطح خشن مما يؤدي إلى انفصال طبقات الجلد العليا من الطبقات السفلى وظهور سائل بينهما مع ترشيع في الأوعية الدموية.

4-9-2- العلاج:

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

4-10- السجحات:

4-10-1- أعراض السجحات:

عبارة عن تمزق العضلات العليا من الجلد نتيجة تعرضها لاحتكاك شديد على سطح خشن أو قدم زميل.

(1) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 109.

4-10-2- العلاج:

يتم غسل مكان الإصابة بالماء البارد ثم يوضع سائل معقم على الشاش فوق الإصابة لتطهيرها من الأوساخ ثم يوضع عليها شاش معقم وربطها برباط بعد ذلك.

4-11- الجروح:

4-11-1- تعريف الجروح:

الجروح هو انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة وخاصة الجلد، فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء، أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيفاً⁽¹⁾.

4-11-2- أنواع الجروح:

تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

- **السجحات:** وهي تسلخات جلدية سطحية بسيطة.
- **جرح سطحي:** يحدث في طبقات الجلد الخارجية.
- **جرح قطعي:** وفيه يشق الجلد ويتميز بوجود حافتين متساويتين للجلد.
- **جرح رضوي:** وينشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع، ويتميز هذا النوع بعدم انتظام حافته وقلّة النزيف الناتج منه وكثرة تعرضه للالتهابات.
- **جرح وخزي:** يحدث من الآلات المدببة مثل سلاح المبارزة المكسور ويتميز الجرح بضيق الفتحة وعمقها وخطورته كبيرة إذا ما وصل للأحشاء الداخلية أو إذا تعرض إلى الالتهاب.
- **جرح ناري:** في رياضة الرماية وتختلف طبيعتها باختلاف نوع المقذوف وسرعته واتجاهه والمسافة بينه وبين الجسم.
- **جرح نافذ:** وهو ما يخترق الجلد إلى تجويف الجسم وهو شديد الخطورة على الحياة لما يسببه من تهتك بالأحشاء الداخلية.

ويساعد في تشخيص نوع الجرح معرفة كيفية حدوث الإصابة وتاريخها.⁽²⁾

(1) حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص 68.

(2) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 66.

4-11-3- الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح:

- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب.
- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو ضرب الكرة في الاسكواش.
- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.
- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة. (1)

4-11-4- الإسعافات الأولية للجروح في الملاعب:

- إيقاف النزيف الدموي إن وجد مع الجرح بوضع شاش معقم على الجرح والضغط عليه ثم ربطه برباط ضاغط فوق قطعة قطن.
- في حالة عدم وجود نزيف مصاحب يوضع على الجرح مطهر مثل (ستافلون أو ميكروكروم) ثم شاش معقم ثم قطن ثم رباط وشاش.
- في حالات الجروح البسيطة والسجحات يوضع على الجرح مطهر وعبارة ورباط.
- يفضل إعطاء المصاب حقنة ضد مرض التيسانوس إذا أمكن في الملعب أو في اقرب مستوصف ينقل إليه المصاب.
- يستشار الطبيب في كيفية استكمال علاج المصاب. (2)

5- تصنيفات الإصابات:

لقد تم تقسيم الإصابات وفق أربعة أسس وهي:

5-1- تقسيمات حسب السبب:

5-1-1- إصابات أولية أو مباشرة:

تحدث نتيجة ممارسة نشاط رياضي عنيف أو التعرض لحادث غير متوقع وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات وتقسم إلى ما يلي:

- إصابة ذاتية (شخصية) يسببها اللاعب لنفسه.
- إصابة خارجية (اللاعب المنافس، الأجزاء والأدوات).

(1) اسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 67.

(2) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 85.

- إصابة داخلية (تغيرات داخل أنسجة الجسم).⁽¹⁾

5-1-2- إصابات ثانوية:

تحدث نتيجة إصابة أولية (سابقة) أو بسبب علاج خاطئ لإصابة أولية أو نتيجة عدم اكتمال العلاج للإصابة الأولى ويحدث في مكان آخر غير مكان الإصابة.⁽²⁾

5-2- حسب شدة الإصابة:

5-1-2- إصابات بسيطة:

مثل التقلص العضلي والسجحات والشد العضلي والملح الخفيف (التمزق في أربطة المفاصل).

5-2-2- إصابات متوسطة الشدة:

مثل التمزق الغير مصاحب بكسور.

5-2-3- إصابات شديدة:

مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو بخلع.⁽³⁾

5-3- تقسيمات حسب نوع الجروح:

5-3-1- إصابات مفتوحة: مثل الجروح والحروق.

5-3-2- إصابات مغلقة: مثل التمزق العضلي، الرضوض والخلع وغيرها من الإصابات غير المصحوبة بجرح أو نزيف خارجي.

5-4- تقسيمات حسب درجة الإصابة:

5-4-1- إصابات الدرجة الأولى: ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة، وتشمل حوالي 80-90 % من الإصابات مثل: السجحات، الرضوض والتقلصات العضلية.

(1) سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، ط1، 2004، ص13، بغذاذ.

(2) سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 41.

(3) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، 2013، ص 22، دار الفكر العربي، القاهرة.

5-4-2- إصابات الدرجة الثانية: ويقصد بها الإصابات متوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 80 % من الإصابات مثل: التمزق العضلي.

5-4-3- إصابات الدرجة الثالثة: ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما من الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر، وهي وان كانت قليلة الحدوث من 1-2 % إلا أنها خطيرة مثل: الكسور والخلع.⁽¹⁾

6- أسباب الإصابات:

6-1- التدريب غير العلمي: إذا ما تم التدريب بأسلوب غير علمي ساهم في حدوث الإصابة بما يلي:

• عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية.

• عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة الباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الانسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية.⁽²⁾

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، ص 23.

(2) أسامة رياض: مرجع سابق، ص 25.

• سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

سواء كان برنامجا سنويا أو شهريا أو أسبوعيا أو حتى داخل الوحدة التدريبية في الأسبوع التدريبي يوم المباراة، فإن أقصى حمل اللاعب 100 % من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30 % من مستواه، وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرّب اللاعب تدريبا عنيفا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب.

• عدم الاهتمام بالإحماء الكافي:

ويقصد بالإحماء الكافي أداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج على اختلاف مراحلها تجنباً لحدوث إصابات.

• عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، ونصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب.⁽¹⁾

• سوء اختيار مواعيد التدريب:

قد يسبب ذلك إصابة اللاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح مما يسبب حدوث تقلصات عضلية، ولذلك يفضل تدريب اللاعبين في الصباح الباكر أو في المساء صيفا وعكس ذلك في مواسم الشتاء.

6-2- مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك:

- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان ذلك من الإعلام عامة أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2005، ص 194.

- الحماس والشحن النفسي الذي لا لزوم له والمبالغ فيه مما قد يسبب إصابته أو إصابة منافسيه.

6-3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث إصابة كمهاجمة لاعب مباراة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتف قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم.

6-4- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات خاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجرى بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات التي نتجت من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات.

6-5- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

تقصد هنا بالأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المبارزة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات.⁽¹⁾

6-6- الأحذية المستخدمة وارض الملعب:

ونشير هنا إلى معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية، والتشوهات الاستاتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة بما يناسب كل قدم، فالأحذية المناسبة وارض الملعب تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب، ونشير هنا إلى أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرب.⁽²⁾

(1) أسامة رياض: مرجع سابق، ص 28.

(2) أسامة رياض: مرجع سابق، ص 194.

6-7- استخدام اللاعبين للمنشطات:

يؤدي استخدام اللاعبين للمنشطات المحرمة قانونياً إلى إجهاد فسيولوجي "وظيفي" يعرضهم للعديد من الإصابات، حيث أنهم سيبدلون جهد غير طبيعي "صناعي" غير ملائم لقدراتهم الفسيولوجية، كذلك يجب على أخصائي الطب الرياضي والمدرّب عمل دفتر تدون به إصابات كل لاعب من حيث:

- مكان حدوث الإصابات (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).
- لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).
- حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).
- مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).
- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة.⁽¹⁾

7- العوامل المؤثرة على الإصابات: يذكر أسامة رياض إلى انه يتوقف مدى شدة وطبيعة

الإصابة الرياضية على عدة عوامل هامة وهي:

7-1- اللياقة البدنية العامة للاعب:

فكلما ارتفعت اللياقة البدنية العامة للاعب كلما قلت احتمالات إصابته نسبياً فارتفاع مكونات اللياقة البدنية العامة للاعب من مهارة وقدرة عضلية ومرونة وجلد دوري تنفسي أي كفاءة الجهاز الدوري التنفسي وسرعة وتوافق عضلي عصبي، كل ذلك يساعد إلى حد كبير إلى الإقلال من تعرضه للإصابة.

حيث تساهم اختبارات الطب الرياضي الفسيولوجية في المعرفة الدقيقة للياقة البدنية للاعب وعدم إشراك اللاعب الغير جاهز بدنياً وفنياً.

وبالتالي الإقلال من نسبة الإصابات الرياضية المحتملة.

7-2- اللياقة النفسية للاعب:

حيث أن إشراك اللاعب الغير مستعد نفسياً يساعد على احتمال إصابته في الملاعب حيث أن اللياقة النفسية بها العديد من الاختبارات والمعلومات التي يجب أن يلم بها أخصائي الطب الرياضي والمدرّب والأطباء المرافقون للفرق الرياضية المختلفة ليساهم ذلك في تقليل نسبة احتمال الإصابة.

(1) أسامة رياض: مرجع سابق، ص 198.

7-3- استعداد الفرد لممارسة نوع معين من الرياضة:

فنجد أن هناك العديد من الإصابات الرياضية تكون ناتجة عن ممارسة الفرد لرياضة لا توافق استعداداته الفسيولوجي أو الشخصي أو النفسي حيث أن الدفع بالأفراد أو الناشئين لممارسة أنواع معينة من الرياضة مثل: برامج الرياضة للجميع وغيرها دون إرشاد فني أو طبي له خطورته في زيادة نسبة الإصابات الرياضية.

7-4- الطبيعة الخارجية للممارسة الرياضية:

فممارسة الرياضة البدنية في المرتفعات وفي طقس بارد جدا أو حر شديد الحرارة أو تحت الأمطار الغزيرة بدون استعداد طبي وفني كاف يعرض الفرد لاحتمال حدوث الإصابة بنسبة عالية حيث يلعب الطب الرياضي دوره الوقائي في تلك الظروف الخارجية لتقليل نسبة الإصابة بصورة كبيرة.⁽¹⁾

7-5- العمر:

فهناك أنواع معينة من الإصابات الرياضية التي ترتبط بعمر المصاب مثل أمراض وإصابات العظام المرتبطة بالنمو وتشاهد فقط بين الناشئين مثل مرض (اوسجود) وهو تكلس بروز رأس عظم القصبة بالساق عند اندغام العضلة الفخذية الرباعية الأمامية به.

كما أن هناك إصابات رياضية مميزة لكبار السن الممارسين للرياضة البدنية مثل: التغيرات المرضية في عظام أو فقرات الرقبة والتي غالبا ما تشاهد في الرياضيين المعتزلين وكبار العمر منهم.

7-6- التغذية:

حيث أن لكل نوع من أنواع الرياضة البدنية احتياجات مقننة عالميا من السرعات الحرارية والتي يلزم إمداد الرياضي بها في تغذية علمية متوازنة تشمل عناصر الغذاء الأولي والقصور في إمداد الرياضي بهذه العناصر يقلل من الطاقة الحيوية الناتجة في الجسم وبالتالي تتخفف اللياقة البدنية العامة والخاصة ويتعرض بنسبة اكبر لاحتمال حدوث الإصابة إما لإجهاد أو لاحتمال لجوء اللاعب إلى الخشونة المتعمدة ليغطي القصور والنقص الواضح في لياقته البدنية وبالتالي يتعرض ويعرض غيره للإصابة.

(1) خالد عبد الرحمن الشرقاوي: مرجع سابق، ص 69.

7-7- توقيت الممارسة الرياضية:

حيث وجد إحصائياً انه في رياضة الألعاب (كرة القدم، اليد، السلة...) تحدث معظم الإصابات الشديدة والمتوسطة الشدة في خلال الخمسة عشر دقيقة الأولى من الممارسة ويرجع ذلك إلى عامل الدافعية النفسية خاصة عند انخفاض خبرات اللاعب، كما وجد انه في الربع ساعة الأخيرة من المجهود الرياضي تكون اغلب الإصابات من النوع البسيط نسبياً والذي يرجع لوصول اللاعب إلى مرحلة الإجهاد النسبي فسيولوجياً. (1)

7-8- النوع الفني للإصابة:

حيث تحدث الإصابة الناتجة من قوة خارجية عن الجسم اثر كبير على الأنسجة في الإصابات الرياضية الداخلية نظراً لان معظم القوى الخارجية المسببة للإصابات (كالاصطدام بجهاز رياضي) تكون اكبر نسبياً في القوة الداخلية وتحدث معظم الإصابات الداخلية بسبب الافتقار إلى الأسلوب العلمي السليم في الأداء الرياضي تحت ضغط مباشر أو غير مباشر مما يؤدي إلى الإصابات المستديمة أو استمرار الضغط الناتج من الممارسة الرياضية لمدة طويلة مما يؤدي إلى الإصابات الناتجة من الإفراط في الممارسة الرياضية. (2)

8- أعراض وعلامات الإصابات:

نحمل هنا الأعراض والعلامات التي تستنتج من مختلف الإصابات الرياضية بعامه:

- فقدان الوعي أي عدم القابلية للاستجابة للمؤشرات الحسية ولمدة 10 ثواني فما فوق، وفي هذه الحالة يجب التأكد من السبب تأكداً قاطعاً قبل رجوع اللاعب إلى اللعب مرة أخرى.
- التغيرات العصبية غير الطبيعية مثل الخدر، التتمل، الوخزات، الشعور بالضعف.
- التورم الذي ينتج عادة من النزف الدموي.
- الألم بدون حركة الجزء المصاب أو في أثناء المدى الطبيعي للحركة.
- فقدان الحركة الطبيعية للجزء المصاب بدون وجود الألم.
- النزف الدموي وعادة تظهر الإصابات التي يرفقها نزف دموي أكبر مما هي عليه في الحقيقة حيث قد يكون النزف من جرح بسيط في الجلد ولكن في كل الأحوال يجب التأكد من منطقة النزف أولاً قبل رجوع اللاعب إلى الملعب.

(1) خالد يوسف عبد الرحمان الشراوي، مرجع سابق، ص 70.

(2) خالد يوسف عبد الرحمان الشراوي: مرجع سابق، ص 71.

- التشوه ويمكن معرفته بوازنته بالجزء المناظر له في الجسم.
- عدم ثبات المفصل بالرغم من عدم وجود الألم.
- سماع عدد من الأصوات في أثناء الحركة ويمكن الاستفادة من اللاعب هنا لوصف ما يحدث بالضبط. (1)

9- تشخيص الإصابات الرياضية:

من الضروري تشخيص الإصابات في مراحلها الأولى وحال الشعور بالأعراض سواء كانت حادة أو مزمنة ومعالجتها بالشكل المطلوب، وعادة ما يتم التشخيص باستعمال الفحوصات السريرية والفحوصات الفسيولوجية والتي تعد من المتطلبات الأساسية في تحديد نوع العلاج. (2)

9-1- الفحوصات السريرية: وتشمل:

- تفاصيل وقوع الإصابة.
- معاينة الإصابة بالمقارنة بين الجزء المصاب وما يناظره في الجسم.
- لمس وجس الإصابة.
- الفحوصات المختبرية (فحوصات الدورة الدموية والقلب، تخطيط القلب، ضغط الدم، فحوصات الجهاز التنفسي، الأشعة السينية، الأمواج فوق الصوتية، التخطيط العضلي والعصبي وتخطيط الدماغ).

9-2- الفحوصات الفسيولوجية:

وتشمل: قياس النبض، عدد مرات التنفس، قياس درجة الحرارة، لون الجلد، حجم حدقة العين، قابلية الحركة، الألم ومكانه. (3)

10- علاج وتأهيل الإصابات وطرق الوقاية منها:

10-1- أهداف علاج الإصابات الرياضية:

- إعادة بناء الأنسجة المتضررة والتي أصابها التلف.
- استعادة الوظائف الحيوية للأنسجة المصابة.

(1) بنار علي جوكل: مرجع سابق، ص 92.

(2) سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 15.

(3) سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 21.

- استعادة عناصر الانجاز الرياضي (السرعة، المداومة، المرونة ...)

10-2- طرق علاج الإصابات الرياضية:

تمر عملية علاج الإصابات الرياضية بمرحلتين متتاليتين:

• **المرحلة الأولى:** وتمثل المرحلة الحادة من الإصابة ويستعمل فيها العلاج الأولي والتي تشمل (الراحة، الثلج، الضغط، الرفع) لمدة 72 ساعة من الإصابة.

من المبادئ الهامة التي يجب على المدرب العمل بها للتدخل الأولي عند حدوث الإصابة ما يلي:

- العمل على تخفيف التعب والألم.

- السيطرة على الإصابة ومنع حدوث المضاعفات.

- إعطاء الفرصة للتشخيص السليم.

وهذه المبادئ يستعملها المدرب مع اللاعب لحين نقله إلى الطبيب المختص وبعد أن يقوم المدرب بمعرفة طريقة حدوث الإصابة يجب إتباع الخطوات التالية:

- وضع الثلج أو الماء البارد على مكان الإصابة من 20-30 دقيقة من 5-6 مرات في الأربعة والعشرين ساعة الأولى من حدوث الإصابة ولا ننصح بوضع الثلج على الجلد بدون كيس حتى لا يتعرض للحروق فيجب وضع قطعة شاش أو قماش أولاً ثم وضع الثلج فوقها.⁽¹⁾

- الضغط على مكان الإصابة بواسطة رباط ضاغط مع وضع كيس الثلج أسفلها، ويجب عدم الربط بقوة فيؤثر بذلك على حركة الدم في الجزء المصاب ويؤدي إلى تورمه.

- رفع العضو المصاب إلى أعلى من مستوى القلب وذلك لتسهيل رجوع الدم والسوائل من المنطقة المصابة لتجنب حدوث التورم تستخدم في هذه المرحلة بعض الأدوية الطبية التي تعمل على التخلص من الألم والالتهابات المصاحبة للإصابة الرياضية وتدعم في الأساس عملية العلاج الأولي.

- في بعض الحالات التي تكون فيها الإصابات الرياضية حادة فإنه يلزم التدخل الجراحي.

• **المرحلة الثانية:** بعد اختفاء الألم والورم فإنه يتم استخدام العلاجات الحرارية السطحية والعميقة بأنواعها وذلك حسب نوع الإصابة وشدتها وموقعها في الجسم وما يلائمها من العلاجات الحرارية

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

وتشمل العلاجات الحرارية السطحية ما يأتي: الحمامات الساخنة، الوسائد الساخنة أي استخدام الكمادات الساخنة ثم الباردة، العلاج الحراري المقارن، الأشعة تحت الحمراء.

أما العلاجات الحرارية العميقة فتشمل: الأمواج القصيرة، الأمواج المجهريّة، الأمواج فوق الصوتية.⁽¹⁾

10-3- التأهيل الرياضي:

ينتج عن الإصابة الرياضية عدم قدرة اللاعب على الاشتراك في أي أداء رياضي لفترة من الزمن في ضوء شدة وطبيعة ومكان الإصابة وهي تحتاج إلى رعاية طبية فورية.

في نفس الوقت تحتاج إلى تأهيل نفسي بجانب التأهيل الطبي حتى يتمكن اللاعب المصاب من العودة للممارسة الرياضية في أحسن صحة بدنية ونفسية.⁽²⁾

من خلال ما سبق يمكن القول أن التأهيل الرياضي ينقسم إلى قسمين تأهيل بدني يهدف إلى عودة اللاعب لممارسة النشاط البدني في أسرع وقت ممكن وبمستوى أداء عالي وتأهيل نفسي الذي يكون متزامنا مع الأول ويهدف إلى القضاء على الآثار النفسية السلبية للإصابات الرياضية.

وتعد مرحلة التأهيل بعد الإصابة من أهم المراحل في علاج الإصابات الرياضية وهي التي تحدد عودة اللاعب إلى الملعب والتنافس مثل بقية أقرانه الرياضيين في الفريق.⁽³⁾

10-4- طرق الوقاية من الإصابات الرياضية:

للوقاية من الإصابات الرياضية لابد من إتباع بعض التعليمات ويمكن تلخيصها فيما يأتي:

- التقيد بقوانين اللعبة وإتباع تعليمات المدرب بدقة.
- تطوير اللياقة البدنية والنفسية.
- الاستمرار في التدريب وعدم الانقطاع الطويل.
- الوقاية من خلال إتقان المهارة الرياضية.
- إتباع نظام غذائي متوازن مع الراحة الكافية.
- الإحماء الكافي.

(1) سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 23.

(2) محمد حسن علاوي: 1998، ص 16، يوجد مرجعين * مذكرة بخمة+حنانس.

(3) أسامة رياض: مرجع سابق، ص 162.

- اختبار الشدة والفترات اللازمة للتدريب وتجنب الإرهاق.
- إعداد اللاعبين قبل الممارسة بإثارتهم ذهنيا وبدنيا.
- مراعاة الظروف البيئية.
- إجراء فحوصات طبية شاملة ودقيقة قبل البدء بالتدريبات الرياضية والاعتناء بالصحة الشخصية والامتناع عن تناول المنشطات والتدخين والعادات السيئة.
- عدم الإفراط في التدريب واستخدام الطرق التدريبية الملائمة لنوع النشاط ووفقا لقابلية المتدرب وقدرته البدنية.⁽¹⁾

11- الإصابات الرياضية في كرة القدم:

تشكل إصابات كرة القدم ما نسبته 3.2 % من مجمل الإصابات الرياضية والإصابات موزعة على النحو التالي: الرأس 10 %، الذراع 7 %، الإضلاع 7 %، القفص الصدري 7 %، الفخذ 18 %، الركبة 25 %، الساق 9 %، الكاحل 17 %.

وكأي نوع من رياضات الاحتكاك البدني تحدث الإصابة نتيجة للاحتكاك المباشر أو الغير مباشر، وباعتبار أن كرة القدم لا تسمح للاعبين بلمس الكرة باليدين كانت معظم الإصابات مرتبطة بالجزء السفلي من الجسم، وهذا لا ينطبق على حارس المرمى فإصابته تأخذ شكلا عاما لاختلاف أسلوب الأداء والحركة وسنتطرق لأكثر الإصابات حدوثا بالنسبة لكرة القدم.

11-1- إصابات الجزء العلوي:

11-1-1- إصابة الرأس:

لاعب كرة القدم عرضة لإصابات الرأس والوجه من اللاعبين الآخرين المنافسين ومن الكرة أيضا وتشمل إصابات الرأس ما يلي:

- إصابة فروة الرأس ويشمل جروح مقفلة كالكدمة والتجمع الدموي أو جروح مفتوحة كالجرح الوخزي أو القطعي.
- إصابة الجمجمة وتشمل كسر القبة، أو كسر القاع وغالبا ما تكون بإصابة المخ والأوعية والأنسجة المحيطة بها وينتج عنها نزيف من الأنف والأذن.

⁽¹⁾ سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 11.

- إصابات المخ وتشمل الارتجاج الذي يكون عقب اصطدام الرأس بشدة ينتج عنه توقف لمعظم وظائف المخ لمدة لحظات. (1)

11-1-2- إصابة العمود الفقري:

يتكون العمود الفقري من 33 فقرة، 7 فقرات عنقية، 12 فقرة قطنية، 5 فقرات عجزية، 4 فقرات عصبية وتوجد أقراص غضروفية بين الفقرات وأربطة خارجية.

• إصابة الرقبة:

لا تحدث إصابة العمود الفقري والظهر إلا نادرا، وقد تصاب الفقرات العنقية وذلك عندما يفقد اللاعب اتزانه ويسقط على الرأس، أو نتيجة للانشاء المفاجئ الشديد.

وقد تحدث لحارس المرمى نتيجة لارتداء على قدم المنافس، مما قد يؤدي إلى تمزق بالأربطة الخلفية للفقرات أو كسر في جسم الفقرة أو كسور بالتنوعات الشوكية للفقرات، وبمجرد حدوث الإصابة ينقل المصاب بكل عناية وحذر ويجري له العلاج اللازم.

• إصابات العمود الفقري الأخرى:

تعد إصابات الفقرات الصدرية والقطنية من الإصابات التي تحدث بشكل نادر في كرة القدم وتؤدي معظم هذه الإصابات إلى حدوث كدمات شديدة للظهر نتيجة لضربة مباشرة.

• إصابة الأنسجة الرخوة:

يحدث شد وتمزق الأربطة الخلفية للفقرات نتيجة قوة خارجية ضد مقاومة، تحدث كثيرا لدى لاعبي كرة القدم فطبيعة لعبة كرة القدم من لف ودوران وتغيير السرعة المفاجئ والاحتكاك المستمر بالخصم يساعد في ذلك وحدثها يؤدي إلى إبعاد اللاعب لمدة طويلة. (2)

11-1-3- إصابة الحوض:

يصاب لاعبو كرة القدم بتمزق أو تقطع الوصلات العليا لعضلات الجزء السفلي من الجسم فتحدث التمزق الاربي، إضافة إلى إصابة symphyse pubienne يصاب فيها العضو التناسلي

(1) محمد عادل رشدي: موسوعة الطب الرياضي - علم إصابات الرياضيين-، ط2، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1995، ص 58.

(2) محمد عادل رشدي: مرجع سابق، ص 59.

للاعب وقد تمتد هذه الآلام إلى الخصيتين، مما يفرض إيقاف النشاط الرياضي لبعض الوقت، وهذه الأعراض تحدث عادة بعد ضربة مباشرة أو بعد مباراة كرة القدم أو القيام بمجموعة من التمرينات التي تتطلب اللف.

11-2- إصابات الجزء السفلي:

ويعتبر الجزء الأكثر تعرضاً للإصابة في رياضة كرة القدم، كما تتنوع وتتعدد الإصابات التي تحدث على مستوى الطرف السفلي، وهذا راجع إلى طبيعة الحركة في هذه الرياضة.

11-2-1- إصابة الركبة:

تعتبر إصابة مفصل الركبة من أكثر الإصابات شيوعاً وأكثرها خطورة على اللاعب لما يترتب عنها من تأثيرات على مستوى اللياقة البدنية والفنية للاعب وعموماً على صحته العامة حيث يمكن أن تحدث إصابة الركبة عندما يتم تثبيت رجل اللاعب على الأرض ثم الترتك المفاجئ بدوران الجسم دون التحكم أثناء مهارة تمرير الكرة، أو أثناء الجري أو الاصطدام بلاعب آخر وتعتبر إصابة الركبة في كرة القدم من الإصابات الخطيرة حيث تمثل نسبتها خمس مجمل الإصابات.⁽¹⁾

11-2-2- كدمات الركبة:

ينتج الكدم بمفصل الركبة من السقوط المباشر على مفصل الركبة.

11-2-3- ورم مفصل الركبة:

هي ظاهرة تحدث كرد فعل طبيعي للإصابة في المفصل مثلاً: كدم الركبة، شد في الأربطة، شد في العضلات، تمزق أربطة أو كسر احد العظام داخل المفصل.

11-2-4- إصابة الغضاريف الهلالية:

السبب الرئيسي لإصابة الغضروف هي أن يحدث اللاعب حملاً على الطرف السفلي مع ثني خفيف لمفصل الركبة ثم يحدث لف ودوران للدخل أو الخارج، وبهذه الحركة ينزلق الغضروف إلى داخل المفصل، ومع حركة فرد للمفصل كبدائية للجري أو السير فينحصر الغضروف بين عظمتي الفخذ والقصبة فيحدث تمزق الغضروف.

(1) عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاج الطبيعي والإصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004، ص

11-2-5- إصابة عظم الردفة:

غالبا ما تتكسر على اثر صدمة قوية ومباشرة، انقباض شديد في العضلة الرباعية مع الركبة المنحنية، فيشكو اللاعب من الألم في الركبة نتيجة استمرار التدريب والأثقال المكثفة وخاصة آلام الجزء السفلي منها.

11-2-6- إصابة أربطة مفصل الركبة:

قد تكون إصابات من الدرجة الأولى والثانية وتكون نتيجة شد أو تمزق بالأربطة بسبب التواء يحدث شديد للمفصل أو نتيجة خبطة مباشرة على جانب المفصل ويمكن أن يحدث شد وتمزق لجزء من الرباط أما في الحالات الشديدة والدرجة الثالثة فيحدث تمزق كامل للرباط، وفي هذه الحالة تجرى عملية جراحية ووضع الركبة في جبس وبلاستر لمدة ستة إلى ثمانية أسابيع.⁽¹⁾

(1) عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاج الطبيعي والإصابات الرياضية، مرجع سابق، 266.

خلاصة:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الإصابة، خصائصها، أنواعها، تصنيفاتها وأسبابها، وكذلك العوامل المؤثرة عليها وأعراضها وعلاماتها.

وأيضاً كيفية تشخيصها وعلاجها وتأهيلها وطرق الوقاية منها وتطرقنا إلى كل الإصابات الرياضية التي تحدث في كرة القدم.

الفصل الثالث:

كرة القدم

تمهيد:

تعتبر كرة القدم أكثر الألعاب الشعبية انتشارا في العالم من حيث عدد اللاعبين والمشاهدين وهذا دلالة على أن رياضة كرة القدم بلغت من الشهرة ما لم تبلغه الألعاب والرياضات الأخرى، كما اكتسبت شعبية كبيرة ظهرت في شدة الإقبال على ممارستها والتسابق على المشاركة في منافساتها بالرغم من انه في السنوات الأخيرة ظهرت عدة ألعاب نالت الكثير من الإعجاب والتشجيع ولقد بقيت لعبة كرة القدم أكثر الألعاب جماهيرية بالنسبة للألعاب الرياضية الأخرى بل تزداد شعبيتها حيث لم يتأثر مركزها بالنسبة للألعاب الرياضية الأخرى بل ازدادت شعبية أكثر وفي هذا الفصل سوف نعرض معلومات أكثر عن كرة القدم.

1- مفهوم كرة القدم:

كرة القدم هي واحدة من الرياضات الأكثر شعبية بين الأطفال والشباب في جميع أنحاء العالم⁽¹⁾ كرة القدم هي على الأرجح الرياضة الأكثر شعبية في العالم،⁽²⁾ وقد زاد الإقبال عليها كثيرا وهذا ما يشير إلى تقدمها وازدهارها ورفع المستوى الفني والتدريبي لمزاويلها عن طريق العمل الهادف المبني على أسس صحيحة وتخطيط مدروس.⁽³⁾

2- نبذة تاريخية عن تطور كرة القدم:

تعتبر كرة القدم اللعبة الأكثر شيوعا في العالم، وهي الأعظم في نظر اللاعبين والمتفرجين، حيث نشأت كرة القدم في بريطانيا وأول من لعب الكرة كان عام 1175م من قبل طلبة المدارس الانجليزية، وفي سنة 1334م قام الملك ادوارد الثاني بتحريم لعب الكرة في المدينة نظرا للإزعاج الكبير، كما استمرت هذه النظرة من طرف ادوارد الثالث ورد شارد وهنري الخامس (1373-1453م) خطر للانعكاس السلبي لتدريب القوات الخاصة.

لعبت أول مباراة في مدينة لندن بعشرين لاعب لكل فريق وذلك عن طريق طويل مفتوح من الأمام ومغلق من الخلف، حيث حرمت الضربات الطويلة والمناولات الأمامية، كما لعبت مباراة أخرى في أتون بنفس العدد من اللاعبين في ساحة طولها 110م وعرضها 5.5م وسجل هدفين في تلك الفترة.

بدأ وضع القوانين سنة 1830م بحيث تم على اتفاق ضربات الهدف والرميات الجانبية، وأسس نظام التسلسل قانون (هاور) كما اخرج القانون المعروف بقوانين كامبريدج عام 1848م والتي تعتبر الخطوة الأولى لوضع قوانين الكرة، وفي عام 1862م أنشأت القوانين العشرة تحت عنوان "اللعبة الأسهل" حيث جاءت فيه تحرم ضرب الكرة بكعب القدم وإعادة اللاعب للكرة إلى داخل الملعب بضربة اتجاه خط الوسط حيث خروجها، وفي عام 1863م أسس اتحاد الكرة على أساس نفس القواعد وأول بطولة أجريت في العالم كانت عام 1888م (كأس اتحاد الكرة) أين بدأ الحكام باستقدام الصافرة، وفي عام 1889م تأسس الاتحاد الدانمركي لكرة القدم وأقيمت كأس البطولة ب 15 فريق دنمركي كانت رمية التماس بكلى اليدين.

(1) Gunnar elling mathisen et al: the effect of speed training on sprint and agility performance in 15-year- old female soccer players, lase journal of sport science, 2015/6/2, page 63.

(2) Marco aguiar et al: A review on the effects of soccer small-sided games, journal of human kinetics volume 33/2012, page 103.

(3) حازم علوان منصور، اري انور زوبير: التحمل النفسي للاعبين في كرة القدم، ط1، مؤسسة عالم الرياضة للنشر، الإسكندرية، 2016، ص 13.

وفي عام 1904م تشكل الاتحاد الدولي لكرة القدم FIFA وذلك بمشاركة كل من: فرنسا، هولندا، بلجيكا، سويسرا، الدانمرك وكانت أول بطولة كأس العالم أقيمت في الأوروغواي عام 1930م وفازت بها. (1)

3- التسلسل التاريخي لتطور كرة القدم:

إن تطور كرة القدم في العالم موضوع ليس له حدود، والتطور أصبح كمنافسة بين القارات الخمس، واشتد صراع التطور بين القارة الأمريكية والأوروبية السائد في جميع المنافسات، وأصبح مقياس التطور في كرة القدم هو منافسة كأس العالم، وبدأ تطور كرة القدم منذ أن بدأت منافسة الكأس العالمية 1930م.

وفيما يلي التسلسل التاريخي لتطور كرة القدم: (2)

1845: وضعت جامعة كامبريدج القواعد الثلاث عشر للعبة.

1855: أسس أول نادي لكرة القدم البريطانية (نادي سنقلد).

1883: أسس الاتحاد البريطاني لكرة القدم (أول اتجاه في العالم).

1873: أول مقابلة دولية بين إنجلترا واسكتلندا.

1882: عقد بلندن مؤتمر دولي لمندوبي اتحادات بريطانيا، اسكتلندا، إيرلندا وتقرر إنشاء هيئة دولية مهمتها الإشراف على تنفيذ القانون وتعديله، وقد اعترف الاتحاد الدولي بهذه الهيئة.

1904: تأسيس الاتحاد الدولي لكرة القدم.

1925: وضعت مادة جديدة في القانون حددت حالات التسلسل.

1930: أول كأس عالمية فازت بها الأوروغواي.

1935: محاولة تعيين حكمين في المباراة.

1939: تقرر وضع أرقام على الجانب الخلفي لقمصان اللاعبين.

(1) موقف مجيد: الإعداد الوظيفي لكرة القدم، دار الفكر، لبنان، 1999، ص 10.

(2) حسين عبد الجواد: كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الإعدادية والقانون الدولي، ط4، دار العلم للملايين، لبنان،

1977، ص 16.

1949: أقيمت أول دورة كروية لكرة القدم بين دول البحر الأبيض المتوسط.

1950: تقرر إنشاء دورات عسكرية دولية لكرة القدم.

1963: أول دورة باسم كأس العرب.

1967: دورة المتوسط في تونس من ضمن ألعابها كرة القدم.

1970: دورة كأس العالم في المكسيك وفاز بها البرازيل.

1974: دورة كأس العالم في ميونيخ وفاز بها منتخب ألمانيا.

1975: دورة البحر المتوسط في الجزائر.

1976: الدورة الاولمبية مونتريال.

1978: دورة كأس العالم في الأرجنتين وفاز بها البلد المنظم.

1980: الدورة الاولمبية في المكسيك.

1986: دورة كأس العالم في المكسيك وفاز بها الأرجنتين.

1990: دورة كأس العالم في ايطاليا وفاز بها منتخب ألمانيا.

1994: دورة كأس العالم في الولايات المتحدة الأمريكية وفاز بها منتخب البرازيل.

1998: دورة كأس العالم في فرنسا وفاز بها منتخب فرنسا، ولأول مرة نظمت ب 32 منتخبا من بينها خمسة فرق من إفريقيا.

2002: دورة كأس العالم وفازت بها البرازيل، ولأول مرة تنظيم مزدوج للدورة بين اليابان وكوريا الجنوبية⁽¹⁾.

4- تاريخ كرة القدم في العالم العربي:

- **السعودية:** تأسس الاتحاد العربي السعودي عام 1956م، وانظم إلى الاتحاد الدولي (الفيفا) في نفس العام، وبدأ الدوري عام 1960م، وأشهر الأندية (الهلال، النصر، الأهلي، الاتحاد..).

⁽¹⁾ Alain mishel M foot-ball: les systèmes de jeu, 2^{ème} édition, chironm paris, 1998, p 14.

- البحرين: تأسس الاتحاد البحريني عام 1951م وانظم إلى الاتحاد الدولي (الفيفا) سنة 1966م، وبدأ الدوري سنة 1957م، ومن اشهر الأندية (المحرق، الرفاع، البحرين).
- الإمارات: تأسس عام 1951م وانظم للفيفا عام 1972م وبدأ الدوري عام 1972م، ومن أشهر الأندية (النصر، الوصل، العين، الشارقة).
- الكويت: تأسس الاتحاد الكويتي عام 1952م وانظم للاتحاد الدولي (الفيفا) سنة 1962م، ومن أشهر أندية (القادسية، كاظمة، اليرموك، الكويت).
- قطر: تأسس الاتحاد عام 1963م وانظم للفيفا عام 1970م، وأشهر أندية (السد، الريان، الغرافة، العربي، الوكرة).
- تونس: تأسس الاتحاد التونسي عام 1956م وانظم للاتحاد الدولي سنة 1962م، وبدأ الدوري في المرحلة الأولى والثانية سنة 1957م واشهر الأندية (الترجي، النادي الإفريقي).
- السودان: تأسس الاتحاد عام 1955م، وانظم للفيفا بعد عام وبدأ الدوري وكأس العرش سنة 1957م ومن أشهر الأندية (الرجاء، الوداد، الجيش الملكي).
- الجزائر: تأسس الاتحاد الجزائري سنة 1962م، وانظم للفيفا عام 1963م وبدأ الدوري الجزائري وكأس الجزائر عام 1963م ومن أشهر الأندية (مولودية الجزائر، اتحاد العاصمة، شبيبة القبائل، وفاق سطيف).

نظمت الجزائر المستقلة أول دورة لكرة القدم في 31 أكتوبر 1962م، وهذا بمناسبة تأسيس مجلس الرياضة تحت إشراف الدكتور "محمد معوش"، وقد شاركت في هذه الدورة أندية الوداد البيضاوي من المغرب، الترجي الرياضي من تونس واتحاد طرابلس الليبي.

وكانت أول مقابلة للفريق الوطني سنة 1963م ضد المنتخب البلغاري، وانتهت لصالح المنتخب الوطني بنتيجة (2-1)، ولعب المنتخب الوطني أول لقاء رسمي له سنة 1964م ضد المنتخب التونسي، كما تحصل على أول ميدالية ذهبية سنة 1975م في إطار ألعاب البحر الأبيض المتوسط المنظمة بالجزائر آنذاك، إثر فوزه على المنتخب الفرنسي بنتيجة (3-2)، وفيما يتعلق بالأندية فقد تم تسجيل أول فوز لمولودية العاصمة بكأس الأندية الإفريقية البطة سنة 1975م.

أما أول بطولة وطنية فقد أقيمت في الموسم 1962-1963م، وكانت في أول الأمر عبارة عن منافسة ترتيب وإقصاء للمتنافسين، وقد نال فيها كل من "الاتحاد الجزائري" على البطولة و"فاق سطيف" على الكأس الأولى في عهد الجزائر المستقلة، وقد عرف هذان الفريقان نجاحا كبيرا في السنوات الأولى من عمر كرة القدم الجزائرية عملت هذه الفرق وغيرها على تطوير كرة القدم الجزائرية، من خلال تبنيها

تنظيماً جديداً لم يكن له مثيل في الماضي وهذا بفضل الإصلاح الرياضي الذي ظهر في سنة 1977م⁽¹⁾.

والذي ميز فترة السبعينات من "1976-1985"، وهي الفترة التي شهدت قفزة نوعية في تاريخ ظهور وتطور كرة القدم الجزائرية، وهذا بفضل ما توفر لها من إمكانيات مادية كالتجهيزات الضرورية، وتشديد الملاعب في مختلف أنحاء الوطن، كملعب 5 جويلية الذي دشن سنة 1972م، وهو أحدث الملاعب ليس في الجزائر فحسب بل حتى في إفريقيا، حيث تم بناؤه بطريقة حديثة، كما جهز بتجهيزات عصرية تضاهي إذا لم نقل تفوق التجهيزات التي تتوفر عليها بعض ملاعب العالم.

5- التطور التاريخي لكرة القدم الجزائرية:

تمتد الجذور التاريخية لكرة القدم الجزائرية منذ الاحتلال الفرنسي ويقسم المختصون مراحل تطورها إلى ثلاث فترات رئيسية تبدأ من 1895م إلى يومنا هذا.

• المرحلة الأولى (1895-1962):

لقد كانت أول انطلاقة مع تأسيس أول فريق سنة 1895م تحت اسم "طليلة الحياة في الهواء الكبير" وبعده تم ظهور الفرق الرسمية كمولودية الجزائر والنادي الرياضي لقسنطينة ونادي معسكر... وظهرت الفرق لجمع الجزائريين لخلق كتلة لمواجهة الاستعمار وكانت كرة القدم وسيلة لزرع روح النضال والتضحية لرفض الاستعمار وكان خير دليل على ذلك المقابلة التي جمعت مولودية الجزائر بفريق أورالي (سانت أوجين) والتي على إثرها تم اعتقال الكثير من الجزائريين بسبب الاشتباكات العنيفة التي وقعت آنذاك في سنة 1956م، وفي هذه الحالة أمر القادة الثوريون بإعلان تجريد هذا النشاط الرياضي في 11 مارس 1956م تجنباً للخسائر البشرية في 11 أبريل 1958م تم تأسيس فريق جبهة التحرير الوطني.

• المرحلة الثانية (1962-1976):

لقد عرفت هذه المرحلة أي بعد الاستقلال وفي 31 أكتوبر 1962 تنظيم أول دورة كروية وهذا بمناسبة تأسيس مجلس الرياضة ولقد شاركت في هذه الدورة الأندية المغربية وهي: الوداد البيضاوي من المغرب، الترجي الرياضي من تونس، واتحاد طرابلس من ليبيا.

وبعد ذلك نظمت أول بطولة جمهورية لكرة القدم خلال الموسم (1962-1963) وكذلك نظمت أول كأس جمهورية في سنة 1963م أول مقابلة للفريق الوطني سنة 1963م كانت ضد الفريق البلغاري، وكانت أو انطلاقة للبطولة الوطنية وهذا في سبتمبر 1964م وأول تتويج للفريق الوطني وكان بميدالية

(1) <http://Klash8.yoo7.com/t121.topic>

ألعب البحر المتوسط سنة 1975م، وكان أول فوز للأندية لفريق مولودية الجزائر بكأس إفريقيا للأندية البطة سنة 1976م.

• المرحلة الثالثة (1976-1990):

تتميز هذه المرحلة بنوع من التنظيم وهذا بإصدار أمر 79-81 المؤرخ في 10 أكتوبر 1976م الخاص بالإصلاح الرياضي والاهتمام بإنشاء المنشآت الرياضية والمعاهد التكنولوجية، ففي هذه المرحلة عرفت الأندية الانضمام إلى المؤسسات العمومية الاقتصادية الكبرى وكذلك دمج الأندية الرياضية بالمجالس الشعبية وهذا لفرض التمويل المالي للأندية.⁽¹⁾

ولقد عرفت كرة القدم الجزائرية في هذه المرحلة الكثير من الانتصارات والانجازات وهذا بحصول المنتخب الوطني على الميدالية الذهبية في الألعاب الإفريقية عام 1978م، والتي أقيمت بالجزائر، حيث فاز المنتخب على نظيره النيجيري بنتيجة (1-0).

وبعد ذلك وفي عام 1979م حاز المنتخب الوطني على الميدالية البرونزية في ألعاب البحر الأبيض المتوسط بيوغوسلافيا، كما وصل المنتخب إلى الدور النهائي في كأس إفريقيا بنيجيريا سنة 1980م ولعب الدور الربع نهائي في الألعاب الأولمبية في موسكو، ثم تأهل الفريق الوطني إلى مونديال اسبانيا سنة 1982م حيث فاز على المنتخب الألماني بنتيجة (2-1) في مقابلة تاريخية.

وكذلك تأهل المنتخب الوطني مكسيكو سنة 1986م، كما كان للأندية بصمات في هذه المرحلة كتتويج مولودية الجزائر بكأس إفريقيا للأندية سنة 1976م، وفوز شبيبة القبائل بالكأسين الإفريقيتين للأندية وهذا خلال سنتي 1981-1990م.

وكذلك بالكأس الممتازة سنة 1983م وأحرز وفاق سطيف كأس الأندية الإفريقية البطة سنة 1988م وحاز على الكأس الإفرواسيوية عام 1989م لكن الوقوف عند هذا التقسيم لتطور كرة القدم الجزائرية يبقى ناقصا، لذا وجب التحدث عن مرحلة صعبة من تاريخ كرة القدم الجزائرية والتي تمتد من التسعينات إلى يومنا هذا.

(1) بلقاسم تلي، مزهود لوصيف، الجابري عيساني: دور الصحافة الرياضية المرئية في تطوير كرة القدم الجزائرية، معهد التربية الرياضية، دالي إبراهيم، مذكرة ليسانس، جوان 1997، ص 47.

• المرحلة الرابعة: (1990- إلى يومنا هذا):

وفي هذه المرحلة عرفت حصول الفريق الوطني على كأس إفريقيا للأمم والتي نظمت بالجزائر سنة 1990م ودار النهائي بين نيجيريا والجزائر وفازت الجزائر 0-1 من إمضاء اللاعب الوجاني، بعد هذا التتويج عرفت كرة القدم الجزائرية تدهورا كبيرا بسلسلة متتالية من الالتزامات في الدورات التصفاوية ككأس إفريقيا للأمم وكأس العالم، وهذا بانهزام المنتخب الوطني في الدورة الثامنة عشر لكأس إفريقيا أمام كوت ديفوار، تم إقصاؤه من تصفيات الدورة التاسعة عشر لكأس إفريقيا للأمم بتونس سنة 1994م، تم غياب الفريق الوطني في كأس إفريقيا بمصر سنة 2006م وفي غانا سنة 2008م، كما تميزت هذه المرحلة بغياب الفريق الوطني في مونديال 1990-1994-1998-2002-2006 على التوالي.

وبالرغم بما تميزت به كرة القدم الجزائرية منذ سنة 1990م من تدني في المستوى إلا انه على مستوى الأندية تحصلت بين فترة وأخرى على تتويجات عربية وإفريقية كتتويج شبيبة القبائل سنة 1995م بكأس الكؤوس الإفريقية، وكؤوس الاتحاد الإفريقية لسنة (2000، 2001، 2002) على التوالي، كما كانت التتويجات بالكؤوس العربية لكل من مولودية وهران، واد تلمسان ووافق سطيف للكأس العربية للأندية البطة سنة 2007-2008 بصيغتها الجديدة، وشهدت نتائج المنتخب الوطني لسنة 2009م عودة قوية بالتأهل إلى كأس إفريقيا بأنغولا 2010م وكأس العالم بجنوب إفريقيا في جوان 2010م لأول مرة بعد 24 سنة وبعد غياب على الساحة الإفريقية والعالمية، وهذا خلال التصفيات المزدوجة المؤهلة لكأس إفريقيا والمونديال في المجموعة الثانية بعد الفوز على المنتخب المصري في مقابلة تاريخية بملعب أم درمان في السودان في مقابلة فاصلة سجل فيها عنتر يحي الهدف الوحيد في هذه المقابلة، وينبغي أن يكون هذا التأهل بداية وعودة حقيقية لكرة القدم الجزائرية.

6- متطلبات كرة القدم الحديثة:

لقد اختلف أسلوب كرة القدم منذ عشرين عاما عن أسلوب اللعب حاليا فمنذ سنة 1972م تدرج أسلوب اللعب الهجومي حتى صار يتميز أفراد الفريق الجيد خطيا بالقوة والفهم الصحيح على الأداء القوي والمتوالي على مرمى الفريق المنافس مع الابتعاد عن اللعب للخلف أو اللعب لعرض الملعب أو البطء في تحضير الهجمات أو المراوغات غير المجدية، وهذا محاولة للتغلب على التكتل الدفاعي للفريق المنافس ولقد ترتب على قرار الاتحاد بجعل الفريق الفائز يتحصل على ثلاث (03) نقاط والفريق المتعادل على نقطة واحدة (01)، فمنذ ذلك الوقت أصبح كل فريق يبحث عن الفوز بسرعة إلى مرتبة عالية كما أن الحضارة تجعله في مرتبة أدنى كثيرا وأثناء المقابلة يكون اللاعبون على اتصال مباشر مع الخصم، حالات اللعب تتغير بصورة سريعة وفي كل حالة يجب على اللاعب إيجاد الحل المناسب والفعل وبأسرع

وقت ممكن عن لاعب كرة القدم ذو طابع تكراري متغير، العمليات الحركية متغيرة تختلف الواحدة عن الأخرى فالجري متنوع بالعمل بالكرة أو المشي أو التوقف أو القفز. (1)

7- المبادئ الأساسية لكرة القدم:

كرة القدم كأي لعبة من الألعاب لها مبادئ كلها أساسية وتعتمد على إتقانها على إتباع أسلوب سليم في طرق التدريب.

يتوقف نجاح أي فريق وتقدمه إلى حد كبير على مدى إتقاننا فراده المبادئ الأساسية، فإن فريق كرة القدم الناجح هو الذي يستطيع كل فرد من أفرادها أن يؤدي ضربات كرة على اختلاف أنواعها بخفة ورشاقة ويقوم بتمرير بدقة وبتوقيت سليم بمختلف الطرق، ويركل الكرة بسهولة وتستخدم ضربات الكرة بالرأس في المكان المناسب ويحاور عند اللزوم ويتعاون تعاوناً تاماً مع بقية أعضاء الفريق في عمل جماعي منسق.

فالمبادئ الأساسية لكرة القدم متعددة ومتنوعة لذلك يجب عدم محاولة تعليمها في مدة قصيرة، كما يجب الاهتمام بها دائماً عن طريق تدريب اللاعبين على ناحيتين أو أكثر في كل تمرين وقبل البدء باللعب وتقسيم المبادئ الأساسية لكرة القدم إلى ما يلي: (2)

- استقبال الكرة.
- المحاورة بالكرة.
- المهاجمة.
- رمية التماس.
- ضرب الكرة.
- لعبة الكرة بالرأس.
- حراسة المرمى.

8- قوانين كرة القدم:

هناك 17 مادة تدير اللعبة وهي كالتالي:

(1) حنفي محمود مختار: المدير الفني في كرة القدم، دار النشر، ص 188.

(2) حسن عبد الجواد: كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الإعدادية والقانون الدولي، ط4، دار العلم للملايين، لبنان، 1977م، ص 27.

• المادة 1: أرضية الملعب:

يكون مستطيل الشكل لا يتعدى طوله 120م ولا يقل عن 90م، ولا يزيد عرضه عن 90م ولا يقل عن 45م.

تخطيط ميدان اللعب: يتم تحديد ميدان اللعب بخطوط، وتتدخل هذه الخطوط ضمن مساحة المناطق التي تحددها ويسمى الخطان الطويلان بخطي التماس والقصيران بخطي المرمى ولا يزيد عرض كافة الخطوط عن 12سم.

يقسم ميدان اللعب إلى نصفين بواسطة خط المنتصف وتحدد علامة المنتصف منتصف الخط ويتم رسم دائرة نصف قطرها 19.15م حول علامة منتصف الملعب.

منطقة المرمى: يتم تحديد منطقتي المرمى عند نهايتي ميدان اللعب على النحو التالي:

يرسم خطان عموديان بزاوية قائمة على خط المرمى على مسافة 5.5م من الحافة الداخلية لقائمي المرمى ويمتد هذان الخطان داخل ميدان اللعب على مسافة 5.5م ثم يوصلان بخط مواز لخط المرمى. إن المساحة المحدودة بهذه الخطوط وخط المرمى هي منطقة المرمى.

منطقة الجزاء: يتم تحديد منطقة الجزاء عند كل من نهايتي ميدان اللعب على النحو التالي:

يرسم خطان عموديان بزاوية قائمة على خط المرمى على مسافة 5.16م من الحافة الداخلية لقائمي المرمى وتمتد هذان الخطان داخل ميدان اللعب على مسافة 5.16م ثم يوصلان بخط مواز لخط المرمى. إن المنطقة المحدودة بهذه الخطوط وخط المرمى هي منطقة الجزاء.

وفي داخل كل من منطقتي الجزاء، توضع علامة الجزاء على مسافة 11م من نقطة منتصف المرمى وذلك ما بين قائمتي المرمى وعلى بعد متساو عنهما.

ويتم رسم قوس من دائرة نصف قطرها 15.9م من كل علامة ركلة جزاء وذلك خارج منطقة الجزاء.

قوائم الراية الركنية: يوضع قائم الراية الركنية بارتفاع لا يقل عن 1.5م بحيث تحمل راية ولا يكون له رأس مدبب وذلك عند كل منطقة ركنية.⁽¹⁾

قوس منطقة السلامة: ترسم ربع دائرة نصف قطرها 1م من قائم كل من راية ركنية داخل ميدان اللعب.

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 39.

المرميان: يجب وضع المرمى على مركز (منتصف) كل من خطي المرمى.

ويجب أن يتكونا من قائمين رئيسيين مثبتين على مسافتين متساويتين من قوائم الراية ويتصلان من أعلى بواسطة عارضة أفقية.

تكون المسافة ما بين القائمين 7.32م ويكون الارتفاع ما بين الحافة السفلية للعارضة والأرض 2.44م.

يكون عرض وسمك قائمي المرمى والعارضة متماثلا والذي لا يزيد عن 12سم وتكون خطوط المرمى من نفس عرض وسمك قائمي المرمى والعارضة.

يمكن تثبيت شباك بالمرميين والأرض خلف المرمى بشرط أن تكون الشباك مثبتة بأحكام وبشكل لا يعيق حارس المرمى.

• المادة 2: الكرة:

مستديرة الشكل، مضغوطة من الجلد أو أي مادة مناسبة أخرى، لا يزيد محيطها عن 70سم ولا يقل عن 68سم، أما وزنها لا يتعدى 450غ ولا يقل عن 410غ.

أن يكون الضغط الجوي مساويا إلى (0.6-1.1) ضغط جوي.⁽¹⁾

• المادة 3: عدد اللاعبين:

تلعب المباراة بين فريقين، يتكون كل منهما من 11 لاعبا أحدهما يكون حارس مرمى، وسبعة لاعبين احتياطيين.

يمكن استخدام ثلاثة بدلاء كحد أقصى في أي مباراة رسمية تنظم برعاية الاتحاد الدولي لكرة القدم أو الاتحادات القارية أو الاتحادات الوطنية.

• المادة 4: معدات اللاعبين:

إن المعدات الأساسية الإجبارية للاعب هي: قميص، سروال، جوارب، واقيات الساقين، حذاء.

يجب على اللاعب أن لا يستخدم أي معدات أو يرتدي أي شيء فيه خطورة على نفسه أو على لاعب آخر يعتبر صاحب السلطة المزاولة لقوانين اللعبة لتنظيم القانون وتطبيقه.⁽²⁾

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 42.

(2) مشعل عدي النمري: مرجع نفسه، ص 48.

• المادة 5: الحكام:

تدار كل مباراة بواسطة حكم له السلطة المطلقة في تطبيق مواد قانون اللعبة وذلك فيما يتعلق بالمباراة التي يتم تعيينه فيها، ومن مهامه:

- ينفذ مواد قانون اللعبة.
- يقود المباراة بالتعاون مع الحكّمين المساعدين والحكم الرابع.
- يعمل كمياتي ويسجل أحداث المباراة.
- يوقف اللعب، يعلق أو ينهي المباراة وذلك حسب قناعته بسبب أي مخالفة لمواد القانون.
- التأكد من أي لاعب مصاب بنزيف من جراء احد الجروح قد غادر ميدان اللعب ويجوز للاعب العودة فقط لدى تلقيه إشارة من الحكم الذي يجب عليه الاقتناع بتوقف النزيف.⁽¹⁾

• المادة 6: الحكام المساعدون:

يقوم الحكام المساعدون بمساعدة الحكم في قيادة المباراة طبقا لما ينص عليه قانون اللعبة.

يعين حكمان مساعداً مهمتهما أن يبيننا:

- متى تكون الكرة بكاملها قد تجاوزت ميدان اللعب.
- أي فريق له الحق في الركلة الركنية أو ركلة المرمى أو رمية التماس.
- متى يعاقب اللاعب عندما يكون في موقف تسلل.

• المادة 7: مدة المباراة:

- مدة المباراة شوطان متساويان كل منهما 45 دقيقة، ما لم يتفق الفريقان المشاركان والحكم على خلاف ذلك.
- فترة الراحة بين الشوطين لا تزيد عن 15 دقيقة.
- يتم تعويض الوقت بدل الضائع في أي شوط من شوطي المباراة، ويكون زمن التعويض حسب تقدير الحكم.⁽²⁾

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 50.

(2) مشعل عدي النمري: مرجع نفسه، ص 54.

• المادة 8: ابتداء واستئناف اللعب:

الإجراءات الأولية: يتم إجراء قرعة بقطعة نقود معدنية والفريق الذي يفوز بالقرعة يختار المرمى الذي سيقوم بمهاجمته في الشوط الأول من المباراة ويأخذ الفريق الآخر ركلة البداية لبدء المباراة.

-يقوم الفريق الذي فاز بالقرعة بتنفيذ ركلة البداية لبدء الشوط الثاني من المباراة.

-في الشوط الثاني للمباراة يقوم الفريقان بتغيير الاتجاهات ويهاجمان المرميين المعاكسين.

ركلة البداية: تعتبر ركلة البداية طريقة لابتداء اللعب أو استئنافه:

- عند بدء المباراة.
- بعد تسجيل هدف.
- عند بدء الشوط الثاني من المباراة.
- عند بدء كل شوط من شوطي الوقت الإضافي عند تطبيقه.
- يمكن تسجيل هدف مباشرة من ركلة البداية.⁽¹⁾

المخالفات والعقوبات: إذا لمس منفذ الركلة الكرة مرة ثانية قبل أن تلمس لاعبا آخر تمنح الفريق الخصم ركلة حرة غير مباشرة ويتم تنفيذها من المكان الذي وقعت فيه المخالفة.

بالنسبة لأي مخالفات أخرى تتعلق بأسلوب تنفيذ ركلة البداية يتم إعادة تنفيذ الكرة.

إسقاط الكرة: يعتبر إسقاط الكرة طريقة لإعادة بدء اللعب بعد إيقاف مؤقت والذي يصبح ضروريا حيث تكون الكرة في اللعب لأي سبب لم يرد ذكره في أي مكان آخر في مواد قانون اللعبة.

• المادة 9: الكرة في اللعب وخارج اللعب:

خارج اللعب :

- تجتاز الكرة بكاملها خط المرمى أو خط التماس سواء على الأرض أو في الهواء.
- عندما يوقف الحكم اللعب.⁽²⁾

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 55.

(2) مشعل عدي النمري: مرجع نفسه، ص 57.

الكرة في اللعب:

- إذا ارتدت من الحكم أو من الحكم المساعد عندما يكونان داخل ميدان اللعب.

• المادة 10: طريقة تسجيل الهدف:

يحتسب الهدف عندما تجتاز الكرة بكاملها فوق خط المرمى بين القائمين وتحت العارضة بشرط أن لا يكون الفريق الذي سجل الهدف قد ارتكب مخالفة لمواد قانون اللعبة قبل ذلك.

الفريق الذي يسجل عددا أكبر من الأهداف أثناء المباراة هو الفريق الفائز.

إذا سجل كلا الفريقين عددا متساويا من الأهداف أو إذا لم يتم تسجيل أي أهداف نتيجة المباراة تكون التعادل.

بالنسبة للمباريات التي تنتهي بالتعادل، يجوز أن تنص القواعد الخاصة بالمسابقة على فقرات تجيز إعطاء وقت إضافي أو أي إجراءات أخرى معتمدة من المجلس الدولي التشريعي من اجل تحديد الفائز في المباراة.

• المادة 11: التسلل:

لا تعتبر مخالفة بحد ذاتها التواجد في موقف تسلل إذا:

- كان اقرب إلى خط مرمى خصمه من كل من الكرة وثاني آخر لاعب من الفريق الخصم.
- لا يكون اللاعب في موقف تسلل إذا:
- كان في نصف ميدان اللعب الخاص به.
- كان في مستوى واحد مع آخر ثاني لاعب من الفريق الخصم.
- كان في مستوى واحد مع آخر لاعبين اثنين من الفريق الخصم.⁽¹⁾

• المادة 12: الأخطاء وسوء السلوك:

تتم معاقبة الأخطاء وسوء السلوك على النحو التالي:

الركلة الحرة المباشرة: تحتسب ركلة حرة مباشرة للفريق الخصم إذا ارتكب احد اللاعبين أيا من الأخطاء الستة التالية بشكل يعتبره الحكم إهمالا أو توترا أو يتضمن إفراطا في استعمال القوة: ركل الخصم، عرقلة

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 59.

أو محاولة عرقلة الخصم، القفز على الخصم، مكاتفة الخصم، ضرب أو محاولة ضرب الخصم، دفع الخصم.

ركلة الجزاء: تحتسب ركلة جزاء في حالة ارتكاب أي من الأخطاء السابقة (الأخطاء الحرة المباشرة) من قبل احد اللاعبين داخل منطقة الجزاء الخاصة به بصرف النظر عن مكان الكرة بشرط أو تكون الكرة في اللعب.

الركلة الحرة غير المباشرة: تحتسب ركلة حرة غير مباشرة للفريق الخصم إذا ارتكب حارس المرمى ضمن منطقة جزائه أيًا من الأخطاء التالية:

- استغراق أكثر من ستة ثواني وهو المسيطر على الكرة بيديه قبل أن يطلقها من حوزته.
- لمس الكرة مرة أخرى بيديه بعد أن تم إطلاقها من حوزته دون أن تلمس أي لاعب آخر.
- لمس الكرة بيديه بعد أن ركلها إليه من عمد من قبل احد زملائه. (1)

● **المادة 13: الركلات الحرة**

- تكون الركلات الحرة إما مباشرة أو غير مباشرة.
- يجب أن تكون الكرة ثابتة عند لعب الركلات الحرة المباشرة وغير المباشرة ولا يجوز للاعب الذي نفذ الركلة أن يلمس الكرة مرة ثانية حتى تلمس لاعبا آخر.
- يحتسب الهدف إذا تم لعب الركلة الحرة المباشرة إلى مرمى الخصم مباشرة.
- في حالة ركلة حرة مباشرة يقوم الحكم برفع ذراعه فوق رأسه ويبقى ذراعه في ذلك الوضع حتى يتم تنفيذ الركلة ويستمر بتلك الإشارة حتى تلعب الركلة وتلمس الكرة لاعبا آخر أو تصبح خارج اللعب. (2)

● **المادة 14: ركلة الجزاء:**

- تمنح ركلة الجزاء ضد الفريق الذي يرتكب احد الأخطاء المباشرة التي يعاقب عليها بركلة حرة مباشرة ضمن منطقة جزائه حيث تكون الكرة في اللعب.
- يمكن تسجيل هدف مباشر من ركلة الجزاء.
- يضاف الوقت للسماح بتنفيذ ركلة الجزاء في نهاية كل شوط أو عند نهاية كل فترة من فترتي الوقت الإضافي.

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 61.

(2) مشعل عدي النمري: مرجع نفسه، ص 65.

- يتم وضع الكرة فوق نقطة الجزاء .
- يتم تحديد اللاعب الذي ينفذها .
- يجب أن يبقى حارس المرمى على خط مرماه في مواجهة اللاعب الذي ينفذ الركلة بين القائمين إلى أن يتم ركل الكرة .
- يكون بقية اللاعبين خارج منطقة الجزاء على بعد لا يقل عن 9.15م .
- اللاعب الذي يركل الكرة يجب أن يركلها للأمام .⁽¹⁾

● **المادة 15: رمية التماس:**

هي طريقة لاستئناف اللعب .

- لا يمكن تسجيل هدف مباشرة من رمية التماس .
- يتم منح رمية التماس عندما تتجاوز الكرة بكاملها خط التماس سواء على الأرض أو في الهواء .
- يجب على الرامي لحظة رمي الكرة أن يواجه ميدان اللعب، وان يكون جزء من كلتا قدميه إما على خط التماس أو على الأرض خارج خط التماس، كما يجب عليه استخدام كلتا يديه ويرمي الكرة من فوق رأسه، بحيث لا يحق له أن يلمس الكرة مرة ثانية حتى تلمس لاعبا آخر .⁽²⁾

● **المادة 16: رمية المرمى:**

تحتسب ركلة المرمى عندما تتجاوز الكرة بالكامل خط المرمى سواء على الأرض أو في الهواء بعد أن يكون آخر من لمستته هو لاعب من الفريق المهاجم دون تسجيل هدف .

● **المادة 17: الركلة الركنية:**

هي طريقة لاستئناف اللعب، بحيث يمكن تسجيل هدف مباشرة من الركلة الركنية ولكن فقط ضد الفريق الخصم .

تحتسب الركلة الركنية عندما تتجاوز بكاملها خط المرمى إما على الأرض أو في الهواء عندما يكون آخر من لمسها لاعب من الفريق المدافع ولم يتم تسجيل هدف استنادا للمادة 10 .

(1) مشعل عدي النمري: مرجع سابق، ص 68 .

(2) مشعل عدي النمري: مرجع نفسه، ص 72 .

توضع الكرة داخل قوس الزاوية لأقرب قائم راية ركنية، بحيث يجب على لاعبي الخصم عدم الاقتراب لأقل من 9.15م من الكرة حتى تصبح الكرة في اللعب. (1)

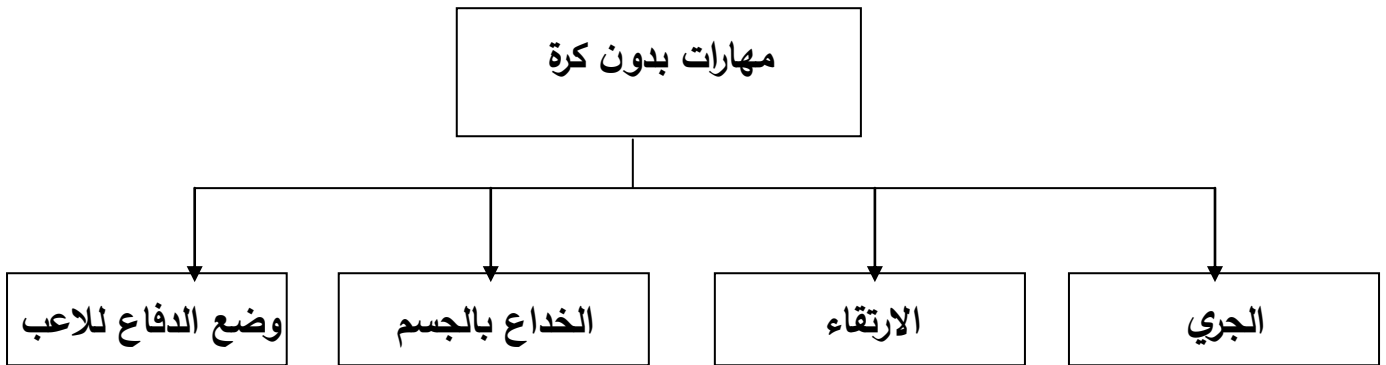
9- المهارات الأساسية:

9-1- المهارات الأساسية في كرة القدم:

هي كل الحركات الهادفة التي تؤدي بغرض معين في إطار قانون كرة القدم سواء كانت هذه الحركات بالكرة أو بدون كرة وتقسم إلى ما يلي:

يمكن توضيحها في الشكل الموالي:

الشكل 1: المهارات الأساسية بدون كرة: (2)

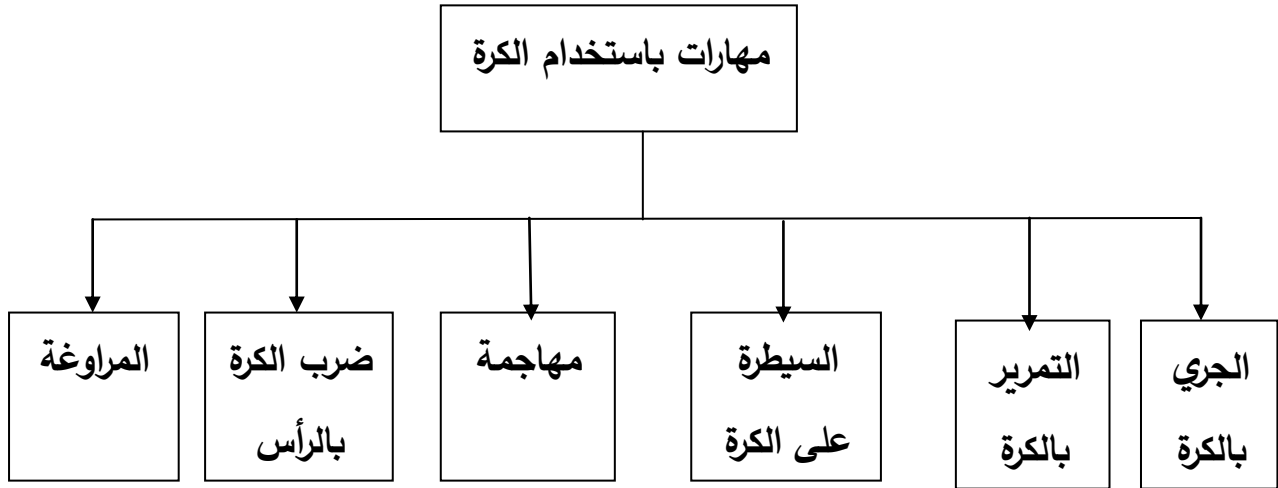


(1) مشعل عدي النمري: المرجع السابق، ص 76.

(2) قاسم حسن حسين: أسس التدريب الرياضي، دار الفكر، 1999، ص 111.

9-2- المهارات الأساسية باستخدام كرة:

الشكل 2: المهارات الأساسية باستخدام كرة: (1)



9-3- مهارة السيطرة على الكرة:

ونعني امتلاك الكرة والسيطرة عليها بالطريقة المناسبة حسب ما يقتضي الموقف وتتطلب السيطرة على الكرة توقيت دقيق وحساسية بالغة من أجزاء الجسم التي تقوم بالأداء.

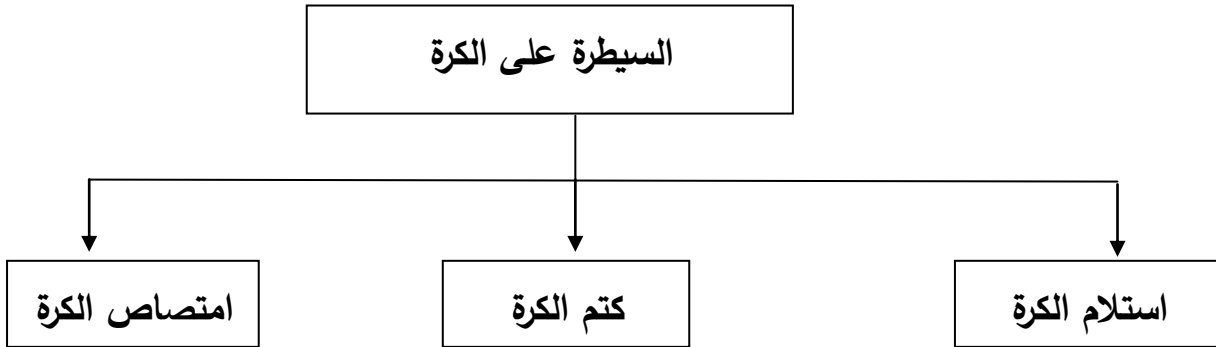
ويمكن تقسيم مهارة السيطرة إلى ثلاثة أقسام: (2)

- استلام الكرة: إخضاع كل كرة للاعب من مستوى الأرض حتى مستوى الركبة.
- كتم الكرة: هي إيقاف الكرة والسيطرة على الكرة المتدحرجة على الأرض أو التي تكون بالهواء.
- امتصاص الكرة: عند التحكم في الكرة عن طريق الإيقاف أو كتم الكرة فإن اللاعب يستخدم الأرض بحيث تكون الكرة محصورة بين الأرض والقدم.

(1) قاسم حسن حسين: نفس المرجع السابق، ص 18.

(2) الوحش محمد عبده، مفتي ابراهيم: ص 31.

الشكل رقم 3: مهارات السيطرة على الكرة (1)



- مهارة التصويب على المرمى:

يعد التصويب من أكثر المهارات إثارة وممتعة وهو المهارة التي تحسم من خلالها نتيجة المباراة عن طريق الجسم عدا اليدين، فحارس المرمى يأخذ وضعا خاصا.

فللتصويت أهمية قصوى في التأثير على نتيجة المباراة على انجاز المهارات وله أهمية قصوى كذلك على نجاح المهارات الهجومية الفردية منها والجماعية. (2)

- مهارة التمرير:

باعتبار كرة القدم رياضة جماعية يشير مفتي إبراهيم حمادة إلى أن التمرير من أهم فنون رياضة كرة القدم نظرا لأنه أكثر استخداما طوال اللعب، فأكثر من 31% من الحالات يحصل فيها المنافس، أو قطع الكرة يكون التصرف فيها بالتمرير.

- مهارة مهاجمة الكرة:

هي مهاجمة دفاعية تهدف إبعاد الكرة من المنافس أو الاستحواذ عليها بعض الأحيان تستخدم في تشتيت من أقدام المهاجم المنافس أو قطع الكرة قبل أن تصل إليه.

(1) الحوري عكة سليمان: علاقة تركيز الانتباه بدقة التصويب لدى لاعبي المنتخب الوطني للناشئين، مجلة علوم الرياضة، العدد 17، جامعة ديالي، العراق، 2010، ص 13.

(2)

- مهارة ضرب الكرة:

كثيرا من المواقف تكون ضرب الكرة بالرأس هي المهارة الوحيدة التي تتلاءم مع التصرف المطلوب ويمكن أداء هذه المهارة في ثبات بضرب الكرة بقوة الوثب عاليا حتى يتمكن اللاعب أن يصل إلى الكرة دون خصمه. (1)

- مهارة المراوغة بالكرة:

الخداع والمراوغة من المهارات الأساسية نتيجة التطور المتلاحق في طرق اللعب والواجبات الخطئية والمتنوعة بها، فقد أصبح لزاما على جميع اللاعبين خاصة في المستويات العالية ومن بين عوامل نجاح المراوغة هو خداع النظر وخداع الجسم وخداع الكرة.

- مهارة الجري بالكرة:

كما أشار الوقاد فالجري بالكرة وهي عبارة عن خليط من الجري وركل الكرة بأحد أجزاء القدم المعروفة ويتوقف تحديد سرعة الجري بالكرة وكذلك الجزء المستخدم في ضربها وقوة الضربة أثناء الجري بها على المسافة التي يتحرك فيها اللاعب وبعد الخصم عنه وأيضا الهدف من الجري بالكرة. (2)

10- أهداف رياضة كرة القدم:

يجب على مدرب رياضة كرة القدم أن يقترح أهداف أساسية هامة من أجل تطوير نفس الصفات الخاصة في رياضة كرة القدم ذات الطابع الجماعي وتلخص هاته الأهداف الأساسية فيما يلي:

- فهم واستيعاب مختلف الحالات الرياضية الجماعية والتكيف معها.
- التنظيم الجماعي مثل: الهجوم أو الدفاع ومختلف أنواع ومراحل اللعب في كرة القدم.
- الوعي بالعناصر والمكونات الجماعية والفردية في رياضة كرة القدم.
- تحسين الوضع والمهارات الأساسية سواء الجماعية أو الفردية في مستوى اللعب.
- إعطاء رؤية واضحة ولو مصغرة عن عناصر اللعب التكتيكي واستيعاب الوضعيات المختلفة.
- إدماج وإدراك العلاقات الدفاعية اللازمة التي تستحق الاستيعاب الجيد ثم التنفيذ. (3)

(1) غزي محمود صالح محمود: كرة القدم المفاهيم التدريب، مكتبة المجمع العربي، عمان، 1994، ص 54.

(2) محمد كشم، أمر الله الباسطي: أسس الإعداد المهاري الخطئي في كرة القدم ناشئين - كبار -، القاهرة، 1997، ص 11.

(3) مأمور بن حسن السلطان: كرة القدم بين المصالح والمفاسد الشرعية، دار بن حزم، بدون طبعة، لبنان، بيروت، 1998،

11- أكثر الإصابات حدوثًا بالنسبة لكرة القدم:

- الجزء العلوي:

إصابة الرأس، إصابة العمود الفقري، إصابة الصدر، البطن، الحوض، الضلع، الكسر، الخلع الجزئي.

- الجزء السفلي:

الجزء السفلي يعد الجزء الأكثر تعرضًا للإصابة في كرة القدم وتتعدد وتتنوع الإصابات ونذكر منها الآتي: الكسور، إصابة الفخذ، إصابة الركبة، إصابة العضلة التوأمية، إصابة مفصل الكعب، إصابة القدم، المحيط وإصابات كرة القدم.

نود أن نوضح أن نوعية الملعب تلعب دورًا هامًا في طبيعة الإصابات في كرة القدم فإصابة الأوتار والالتهابات وكذا الملاعب المبللة تجعل اللاعب عرضة للإصابة بتمزق عضلي كذلك الكرات المبللة.⁽¹⁾

(1) عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: الإصابات الرياضية والإسعافات الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ص 124.

خلاصة:

في هذا الفصل تطرقنا إلى مفهوم كرة القدم وذكرنا نبذة تاريخية عن تطورها وكذلك التسلسل التاريخي لتطورها وأيضا تاريخ كرة القدم في العالم العربي بشكل عام وفي الجزائر بشكل خاص وتطرقنا كذلك إلى متطلبات كرة القدم الحديثة ومبادئها الأساسية وقوانينها ومهاراتها الأساسية وأهداف رياضة كرة القدم وأكثر الإصابات حدوثا بالنسبة لكرة القدم.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الاجراءات
المنهجية للبحث

تمهيد:

بعد انتهائنا من الجانب النظري للبحث، والذي حاولنا من خلاله تسليط الضوء حول واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم، سننتقل في هذا الجزء إلى الإحاطة بالموضوع من الجانب التطبيقي، والقيام بالدراسة الميدانية للتأكد من صحة أو عدم صحة الفرضيات التي قدمناها في بداية دراستنا.

وكما هو معروف بأنه كل بحث من البحوث العلمية يعتمد على دراسة تحليلية وفقا لمنهج معين وباستخدام الطرق المناسبة لجمع البيانات ولذلك من خلال طبيعة بحثنا فقد استخدمنا المنهج الوصفي واستعملنا الاستبيان وذلك من اجل الوصول إلى نتائج وحلول للإشكالية المطروحة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

هي دراسة مبدئية يقوم بها الباحث للتعرف على أهم عناصر خطة البحث⁽¹⁾، ونظرا لأهميتها في أي دراسة أو بحث فبعد تحديد موضوع دراستنا وتوجيه المشرف توجهنا إلى النوادي التي سوف تجرى عليهم الدراسة الميدانية، وقمنا بإجراء مقابلة مع بعض اللاعبين والقائمين على هاته الأندية وطرحنا عليهم بعض الأسئلة عن التأهيل الحركي وعن الوسائل العلاجية للإصابات الرياضية لكرة القدم، ومن خلال هاته الأسئلة توصلنا إلى تحديد عينة الدراسة وكذلك صياغة أسئلة الاستمارة.

2- مجالات الدراسة:

- **المجال الزمني:** بعد أن تمت الموافقة على موضوع دراستنا شرعنا في دراستنا هذه في الفترة المتراوحة ما بين نوفمبر 2019 إلى غاية ماي 2020.
- **المرحلة الأولى** من أواخر نوفمبر 2019 إلى أواخر جانفي 2020: قمنا فيها بالدراسة الاستطلاعية وإحضار المراجع وإتمام الجزء النظري.
- **المرحلة الثانية** من أوائل شهر فيفري 2020 إلى شهر ماي 2020: قمنا فيها بتوزيع الاستمارات واسترجاعها وتحليلها وإتمام الجزء التطبيقي.
- **المجال المكاني:** أجريت هذه الدراسة على 4 أندية لكرة القدم ببلدية الطاهير وهي:
 - فريق شباب الطاهير FCT.
 - النادي الرياضي الهاوي مولودية الطاهير MCT.
 - النادي الرياضي الهاوي للاتحاد الرياضي بوشركة الطاهير USBT.
 - النادي الرياضي للهواة الشباب الرياضي لبلدية الطاهير CRBT.

3- منهج الدراسة:

في مجال البحث العلمي يعتمد اختيار المنهج المناسب لحل مشكلة البحث بالأساس على طبيعة المشكلة نفسها، وتختلف المناهج المتبعة تبعا لاختلاف الهدف الذي يود الباحث التوصل إليه، وباعتبار

(1) محمد محمد إبراهيم: دليل الباحث في إعداد ومناقشة البحوث العلمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2014، ص43.

راستنا هذه تتطلب الوصف والتفسير والتحليل فقد قمنا باستخدام المنهج الوصفي الذي يعتبر أسلوب من أساليب التحليل المرتكزة على معلومات كافية ودقيقة.⁽¹⁾

4-مجتمع الدراسة:

هو تلك المجموعة الأصلية التي تؤخذ منها العينة وقد تكون هذه المجموعة: مدارس، فرق، تلاميذ، سكان، أو أي وحدات أخرى.⁽²⁾

وفي دراستنا هذه قمنا بتحديد مجتمع الدراسة المتمثل في لاعبين في أندية بلدية الطاهير لولاية جيجل لكرة القدم صنف أكابر الذين يبلغ عددهم 80 لاعبا موزعين على 4 أندية.

الجدول 01: يبين مجتمع الدراسة:

عدد اللاعبين	اسم النادي
20	فريق شباب الطاهير FCT
20	النادي الرياضي الهاوي مولودية الطاهير MCT
20	النادي الرياضي الهاوي للاتحاد الرياضي بوشركة الطاهير USBT
20	النادي الرياضي للهواة الشباب الرياضي لبلدية الطاهير CRBT

5-عينة الدراسة:

هي مجموعة جزئية من المجتمع الأصلي، يجرى اختيارها بطريقة معينة وتضم عددا من عناصر المجتمع، ومن هنا ينبغي أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي حتى يتم تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها على المجتمع كاملا.⁽³⁾

وفي بحثنا كانت العينة قصدية حيث تم اختيار اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة والذين قدر عددهم ب24.

(1) محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي، القواعد المراحل والتطبيقات، دار وائل، عمان، ط2، 1999، ص 46.

(2) محمد نصر الدين: الإحصاء الاستدلالي في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص14.

(3) احمد إسماعيل المعاني وآخرون: أساليب البحث العلمي والإحصاء: إثراء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012، ص

الجدول 02: يبين عينة الدراسة:

عدد اللاعبين	اسم النادي
6	فريق شباب الطاهير FCT
5	النادي الرياضي الهاوي مولودية الطاهير MCT
7	النادي الرياضي الهاوي للاتحاد الرياضي بوشركة الطاهير USBT
6	النادي الرياضي للهواة الشباب الرياضي لبلدية الطاهير CRBT

6- تقنيات الدراسة:

* الاستبيان:

يقوم الباحث باختيار وسيلة (أو أكثر) تمكنه من جمع أكبر قدر من المعلومات الدقيقة حول الموضوع المراد دراسته وحسب موضوع دراستنا فقد قمنا بالاستعانة بالاستبيان حيث يعرفه حسين محمد جواد الجبوري بأنه: أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث عن طريق استمارة يجرى تعبئتها من المستجيب⁽¹⁾

7- متغيرات الدراسة:

- المتغير المستقل لهذه الدراسة هو: التأهيل الحركي.
- المتغير التابع لهذه الدراسة هو: الإصابات الرياضية.

8- الأساليب الإحصائية:

* النسبة المئوية:

$$- \text{النسبة المئوية} = \frac{\text{عدد التكرارات}}{\text{المجموع الكلي}} \times 100$$

* اختبار كا².

(1) حسين محمد جواد الجبوري: منهجية البحث العلمي مدخل لبناء المهارات البحثية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2013، ص ص 146-147.

9- الكلمات المفتاحية:

- التأهيل الحركي.
- الإصابات الرياضية.
- كرة القدم.

خلاصة:

شمل هذا الفصل منهجية البحث وإجراءاته الميدانية حيث وضع الباحث مشكلة دراسة بشكل مباشر وذلك بفضل الدراسات الاستطلاعية التي على أساسها تم التأكد من أن الظاهرة موجودة. ونستنتج مما سبق انه كل دراسة علمية يجب أن تحتوي على منهج وكذلك يكون الباحث مختار بدقة كل من العينة والمتغيرات والأدوات المناسبة للدراسة والأدوات الإحصائية وكل العناصر اللازمة لإجراء جانب تطبيقي ناجح.

الفصل الخامس : عرض
ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية:

1-1- عرض وتحليل نتائج الدراسة الخاصة بالمحور الأول:

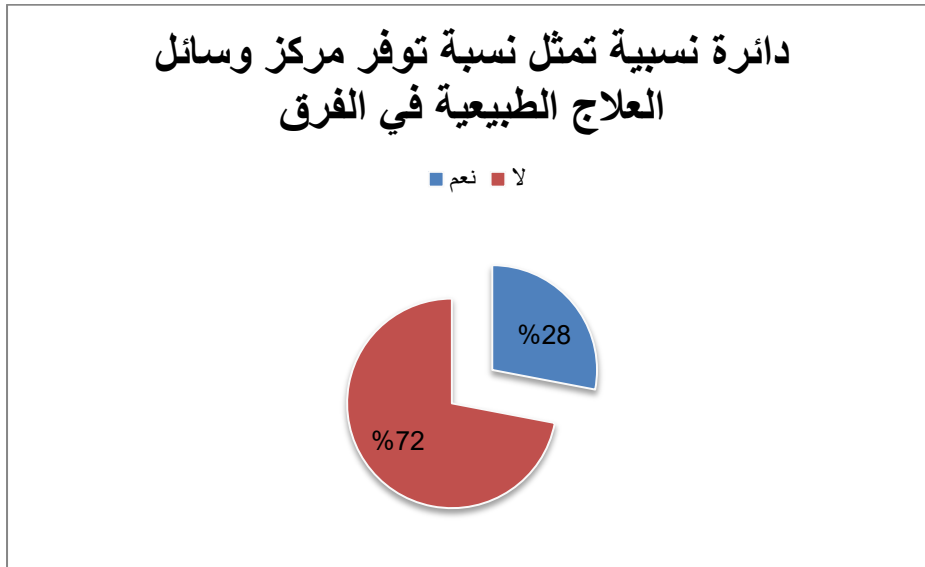
نقص الوسائل العلاجية في الأندية هو عامل معيق في علاج الإصابات الرياضية.

السؤال رقم 01: هل يوجد في فريقكم مركز لوسائل العلاج الطبيعية؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان الفريق يتوفر على وسائل العلاج الطبيعية.

الجدول رقم 03: يمثل معرفة إذا ما كان الفريق يتوفر على مركز وسائل العلاج الطبيعية.

الاقتراحات	التكرارات	النسب المئوية	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	07	%28	4.84	3.841	0.05	1	دال
لا	18	%72					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم: 04

من خلال الجدول رقم 01 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة ك² المحسوبة 4.84 وهي أكبر من قيمة ك² الجدولة والتي بلغت 3.841.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

ومعنى ذلك أن نسبة 72% من اللاعبين لا يتوفر فريقهم على مركز لوسائل العلاج الطبيعي، بينما نسبة 28% منهم يتوفر فريقهم على مراكز العلاج.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن معظم عينة البحث لا يتوفر في فريقها مراكز لوسائل العلاج الطبيعي.

السؤال رقم 02: ما هي الوسائل العلاجية المتوفرة في فريقكم؟

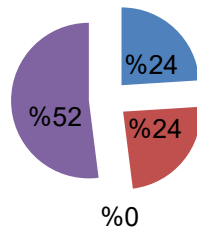
الغرض منه: معرفة الوسائل العلاجية المتوفرة في الفريق.

الجدول رقم 04: يمثل معرفة الوسائل العلاجية المتوفرة في الفريق.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
المعالجة الفيزيائية	06	24%	13.56	7.815	0.05	3	دال
المعالجة الوظيفية	06	24%					
المعالجة بالبدائل الصناعية	00	00%					
لا يوجد	13	52%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسبة الوسائل العلاجية المتوفرة في الفريق

■ لا يوجد ■ المعالجة بالبدائل الصناعية ■ المعالجة الوظيفية ■ المعالجة الفيزيائية



الشكل رقم: 05

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول رقم 02 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 3 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 13.56 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 7.815.

ومعنى ذلك أن نسبة 52% من اللاعبين لا يتوفر فريقهم على وسائل العلاج الطبيعية في حين أن نسبة 24% من اللاعبين يتوفر فريقهم على المعالجة الوظيفية وكذلك نفس الشيء بالنسبة للمعالجة الفيزيائية إما فيما يخص المعالجة بالبدائل الصناعية فإنها لا تتوفر في أي فريق.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن وسائل العلاج الطبيعية مفنقر وجودها في الفرق.

السؤال رقم 03: أين تعرضت للإصابة من قبل؟

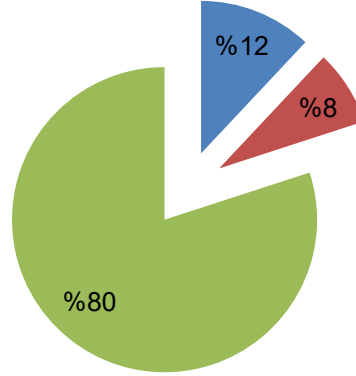
الغرض منه: معرفة أين تعرض اللاعبين للإصابة من قبل.

الجدول رقم 05: يمثل معرفة أين تعرض اللاعبين من قبل.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
في الحصص التدريبية	03	12%	24.54	5.991	0.05	2	دال
في المنافسات	02	8%					
في الحصص التدريبية والمنافسات	20	80%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسبة اماكن تعرض اللاعبين للإصابات

■ في الحصص التدريبية ■ في المنافسات ■ في الحصص التدريبية والمنافسات



الشكل رقم: 06

من خلال الجدول رقم 03 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 2 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 24.54 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 80% من اللاعبين قد تعرضوا للإصابة في الحصص التدريبية والمنافسات معا في حين أن نسبة 12% من اللاعبين قد تعرضوا للإصابة في الحصص التدريبية أما نسبة 8% من اللاعبين قد تعرضوا للإصابة في المنافسات.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج اللاعبين أكثر عرضة للإصابة في الحصص التدريبية والمنافسات معا.

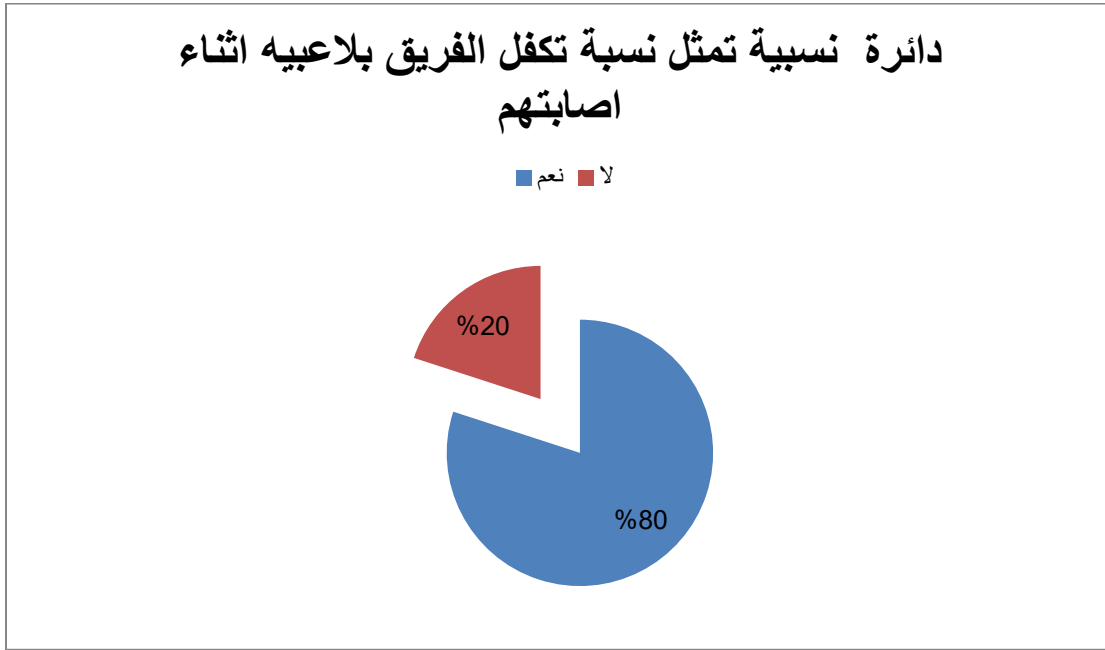
عرض ومناقشة نتائج الدراسة

السؤال رقم 04: أثناء إصابتك هل يتكفل بك الفريق؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان الفريق يتكفل بلاعبيه أثناء إصابتهم.

الجدول رقم 06: يمثل معرفة إذا ما كان الفريق يتكفل بلاعبيه أثناء إصابتهم.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	20	%80	9	3.841	0.05	1	دال
لا	05	%20					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم: 07

من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة كا² المحسوبة 9 وهي أكبر من قيمة كا² المجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 80% من اللاعبين قد تكفل بهم الفريق أثناء تعرضهم للإصابة في حين أن نسبة 20% من اللاعبين لم يتكفل بهم الفريق أثناء تعرضهم للإصابة.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن معظم الفرق تتكفل بلاعبيه أثناء تعرضهم للإصابة.

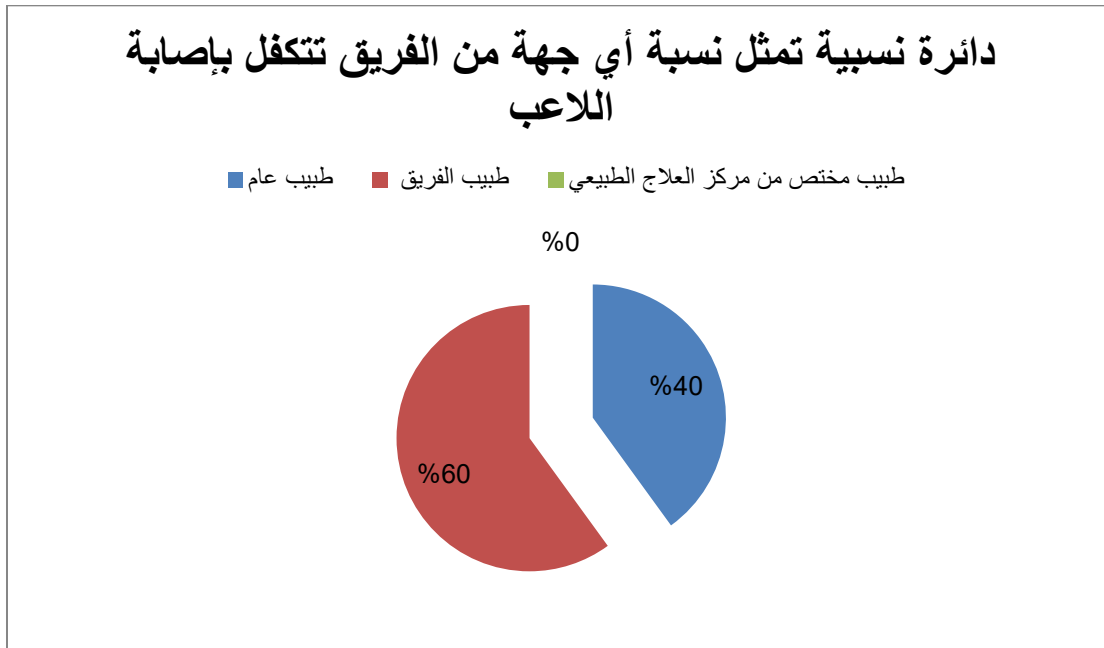
عرض ومناقشة نتائج الدراسة

السؤال رقم 05: أثناء إصابتك، أي جهة من الفريق تتكفل بك؟

الغرض منه: معرفة أي جهة تتكفل باللاعب أثناء إصابته.

الجدول رقم 07: يمثل معرفة أي جهة تتكفل باللاعب أثناء إصابته.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
طبيب عام	10	40%	13.98	5.991	0.05	2	دال
طبيب الفريق	15	60%					
طبيب مختص من مركز العلاج الطبيعي	00	00%					
المجموع	25	100%					



الشكل رقم: 08

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول رقم 05 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 13.98 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 60% من اللاعبين يتكفل بهم طبيب الفريق أثناء تعرضهم للإصابة في حين أن نسبة 40% من اللاعبين يتكفل بهم طبيب عام أثناء إصابتهم.

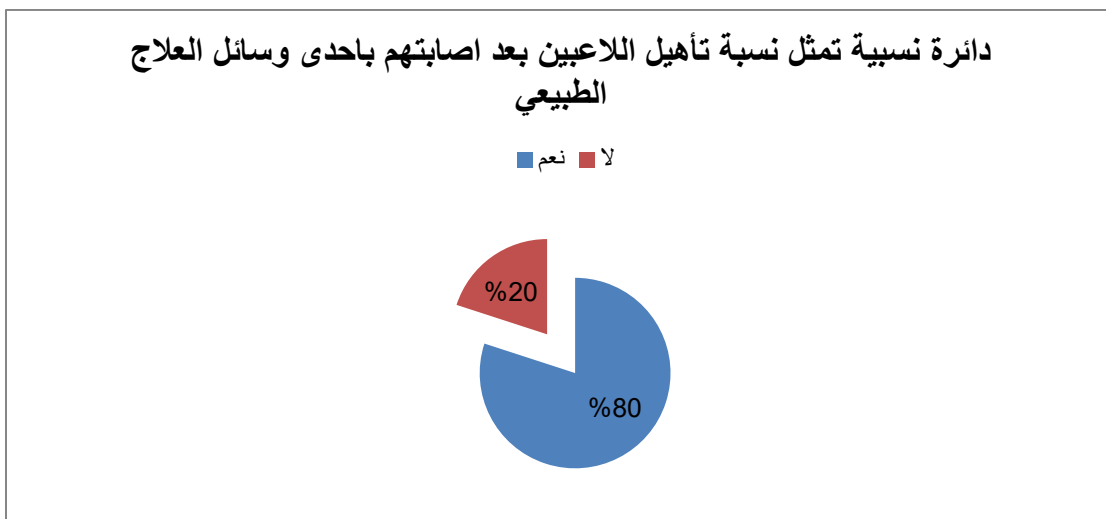
من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن أغلبية الفرق يتكفل فيها طبيب الفريق بإصابة لاعبيه.

السؤال رقم 06: بعد إصابتك هل يتم تأهيلك بإحدى وسائل العلاج الطبيعي؟

الغرض منه: معرفة إذا ما يتم تأهيل اللاعبين بعد إصابتهم بإحدى وسائل العلاج الطبيعي.

الجدول رقم 08: يمثل معرفة إذا ما يتم تأهيل اللاعبين بعد إصابتهم بإحدى وسائل العلاج الطبيعي.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	20	80%	9	3.841	0.05	1	دال
لا	5	20%					
المجموع	25	100%					



الشكل رقم: 09

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول رقم 06 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 9 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 80% من اللاعبين يتم تأهيلهم بإحدى وسائل العلاج الطبيعي في حين أن نسبة 20% من اللاعبين لا يتم تأهيلهم.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أغلبية الفرق تهتم بتأهيل لاعبيها بإحدى وسائل العلاج الطبيعي بعد تعرضهم للإصابة.

السؤال رقم 07: هل تتوفر في مركزكم وسائل العلاج الكافي؟

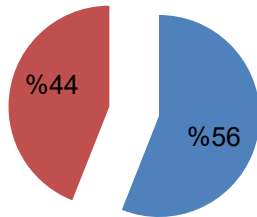
الغرض منه: معرفة إذا ما كانت تتوفر الفرق على وسائل العلاج الكافية.

الجدول رقم 09: يمثل معرفة إذا ما كانت تتوفر الفرق على وسائل العلاج الكافية.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	14	56%	0.36	3.841	0.05	1	غير دال
لا	11	44%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسب توفر الفرق على وسائل العلاج الكافية،

■ نعم ■ لا



الشكل رقم: 10

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول رقم 07 نلاحظ انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 0.36 وهي اصغر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 56% من اللاعبين تتوفر في مركزهم وسائل العلاج الكافي في حين أن نسبة 44% من اللاعبين لا تتوفر مركزهم على وسائل علاج كافية.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن بعض الفرق تحتوي على وسائل العلاج الكافي وبعضها لا تحتوي عليها.

السؤال رقم 08: بعد خضوعك للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية، كيف رأيت إصابتك؟

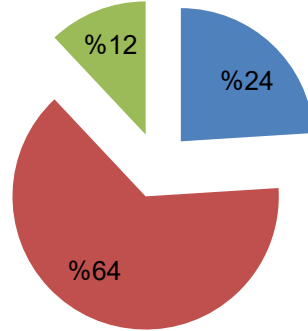
الغرض منه: معرفة إذا كانت هناك نتائج للخضوع للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية بعد التعرض للإصابة.

الجدول رقم 10: يمثل: معرفة إذا كانت هناك نتائج للخضوع للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية بعد التعرض للإصابة.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نفس الحالة	06	24%	11.12	5.991	0.05	2	دال
تحسن ملحوظ	16	64%					
تحسن جيد	03	12%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسبة نتائج الإصابة بعد خضوعها
للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية

تحسن جيد ■ تحسن ملحوظ ■ نفس الحالة ■



الشكل رقم 11.

من خلال الجدول رقم 08 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 2 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 11.12 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 64% من اللاعبين قد لاحظوا تحسنا ملحوظا في درجة إصابتهم بعد خضوعهم للعلاج بوسائل طبيعية في حين أن نسبة 24% من اللاعبين بقوا على نفس الحالة أما 12% من اللاعبين تحسنا تحسنا جيدا.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن وسائل العلاج الطبيعية تحسن من مستوى الإصابة بحد جيد.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

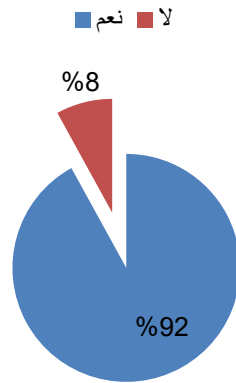
السؤال رقم 09: هل سبق وأن أثر النقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل على عملية إعادة تأهيل الإصابات التي تعرضت إليها؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان النقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل له تأثير على عملية إعادة تأهيل إصابات اللاعبين التي تعرضوا لها.

الجدول رقم 11: يمثل معرفة إذا ما كان النقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل له تأثير على عملية إعادة تأهيل إصابات اللاعبين التي تعرضوا لها.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	23	%92	17.64	3.841	0.05	1	دال
لا	02	%08					
المجموع	25	%100					

دائرة نسبية تمثل نسب تأثير نقص هياكل ومراكز إعادة التأهيل على عملية إعادة تأهيل إصابات اللاعبين التي تعرضوا لها



الشكل رقم: 12

من خلال الجدول رقم 09 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة كا² المحسوبة 17.64 وهي أكبر من قيمة كا² الجدولة والتي بلغت 3.841.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من اللاعبين قد أثر فيهم نقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل على عملية خضوعهم لتأهيل إصاباتهم في حين أن نسبة 08% من اللاعبين لم يتأثروا بهذا النقص.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن لهياكل ومراكز إعادة التأهيل دور كبير على تأهيل الإصابات التي يتعرض إليها اللاعبين.

1-2- عرض وتحليل نتائج الدراسة الخاصة بالمحور الثاني:

وجود مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.

السؤال رقم 01: هل يتوفر مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في فريقكم على أطباء مختصين أم عاديين؟

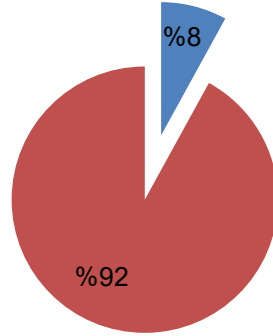
الهدف منه: معرفة مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في الفريق إذا كان يتوفر على أطباء مختصين أم عاديين.

الجدول رقم 12: يمثل معرفة مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في الفريق إذا كان يتوفر على أطباء مختصين أم عاديين.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
مختصين	02	08%	17.64	3.841	0.05	1	دال
عاديين	23	92%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسب توفر الاطباء المختصين
والعاديين في مركز العلاج بالوسائل الطبيعية

■ مختصين ■ عاديين



الشكل رقم 13

من خلال الجدول رقم 10 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 17.64 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من الأطباء الذين يتوفر عليهم مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في الفريق هم عاديين في حين أن نسبة 08% من الأطباء الباقين هم مختصين.

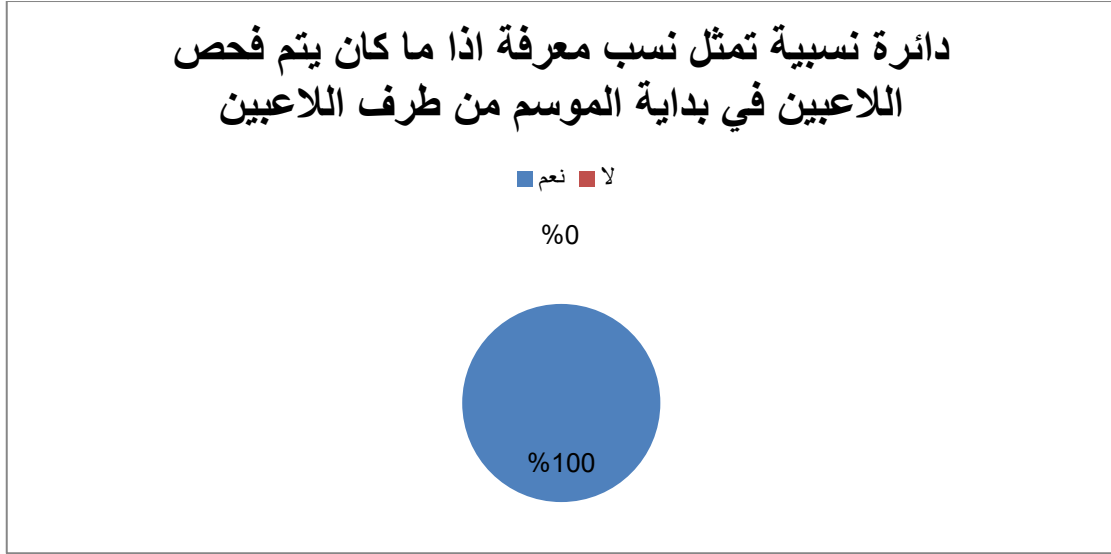
من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن مراكز العلاج بالوسائل الطبيعية في هاته الفرق تتوفر على أطباء عاديين بنسبة كبيرة.

السؤال رقم 02: هل يتم فحصكم في بداية الموسم من طرف مختصين؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان يتم فحص اللاعبين في بداية الموسم من طرف مختصين.

الجدول رقم 13: يمثل معرفة إذا ما كان يتم فحص اللاعبين في بداية الموسم من طرف مختصين.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	25	100%	25	3.841	0.05	1	دال
لا	00	00%					
المجموع	25	100%					



الشكل رقم 14

من خلال الجدول رقم 11 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 25 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 100% من اللاعبين يتم فحصهم قبل بداية الموسم من طرف مختصين.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن جميع الفرق تفحص لاعبيها قبل بداية الموسم.

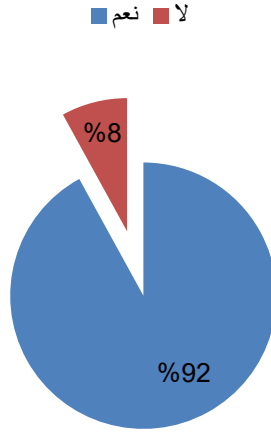
السؤال رقم 12: هل تعتقد أن النقص في المختصين هو سبب تعرضك للإصابة؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان النقص في المختصين هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة.

الجدول رقم 14: يمثل معرفة إذا ما كان النقص في المختصين هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	23	%92	17.64	3.841	0.05	1	دال
لا	02	%08					
المجموع	25	%100					

دائرة نسبية تمثل نسب معرفة اذا كان نقص المختصين
هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة



الشكل رقم 15

من خلال الجدول رقم 12 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 17.64 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من اللاعبين سبب إصابتهم هو نقص المختصين فريقهم في حين أن 8% لا يعتبر نقص المختصين من أسباب تعرضهم للإصابة.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن نقص المختصين في الفرق سبب من أسباب تعرض اللاعبين للإصابة.

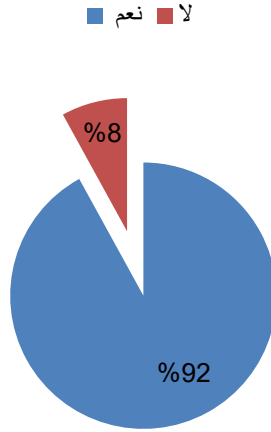
السؤال رقم 13: هل نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابتكم؟

الهدف منه: معرفة إذا ما كان نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابتكم.

الجدول رقم 15: يمثل معرفة إذا ما كان نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابات اللاعبين.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	23	92%	17.64	3.841	0.05	1	دال
لا	02	8%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسب نقص المختصين من اسباب
اهمال علاج اصابات اللاعبين



الشكل رقم 16

من خلال الجدول رقم 13 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 17.64 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من اللاعبين يعتبرون أن نقص المختصين هو سبب من أسباب إهمال علاج إصابتهم في حين أن 8% لا يعتبرون نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابتكم. من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن نقص المختصين في الفرق سبب من أسباب إهمال علاج إصابات اللاعبين.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

السؤال رقم 14: بعد إصابتك هل يتم إبقاؤك تحت المراقبة الدورية للإصابة؟

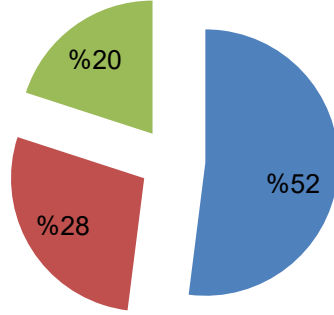
الغرض منه: معرفة إذا ما كان أثناء تعرض اللاعبين للإصابة يتم إبقاؤهم تحت المراقبة الدورية.

الجدول رقم 16: يمثل معرفة إذا ما كان أثناء تعرض اللاعبين للإصابة يتم إبقاؤهم تحت المراقبة الدورية.

الدالة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	ك ² الجدولة	ك ² المحسوبة	%	ت	الاقتراحات				
غير دال	2	0.05	5.991	4.15	24	06	مراقبة الإصابة	13	نعم		
							معرفة تطور الإصابة				
							العودة إلى المنافسة				
							العودة إلى التدريب				
							16	04	لا توجد مراقبة	07	لا
							08	02	حسب نوع الإصابة		
							04	01	أتمت العلاج		
							04	01	باختلاف الإصابة	05	أحيانا
							12	03	حسب نوع الإصابة		
							04	01	ليس هناك إصابة		
100	25	المجموع									

دائرة نسبية تمثل سبب اذا ما كان اللاعبين يتعرضون
للإصابة ويتم ابقائهم تحت المراقبة الدورية

■ نعم ■ لا ■ أحيانا



الشكل رقم 17.

من خلال الجدول رقم 14 نلاحظ انه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 2 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 4.15 وهي اصغر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 52% من اللاعبين يبقون تحت المراقبة الدورية للإصابة في حين أن 28% من اللاعبين لا يبقون تحت المراقبة و20% يبقون أحيانا تحت المراقبة.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن نصف العينة تقريبا لها مراقبة دورية للإصابة في حين النصف الآخر ليس لديه أي مراقبة.

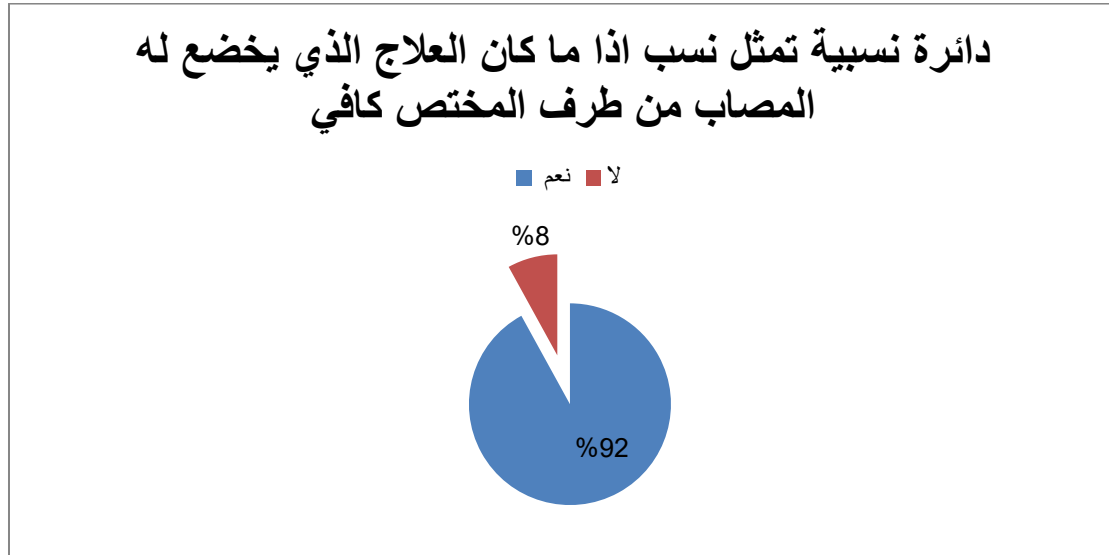
عرض ومناقشة نتائج الدراسة

السؤال رقم 15: حسب رأيك العلاج الذي خضعت له من طرف المختص كافي؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان العلاج الذي يخضع له المصاب من طرف المختص كافي.

الجدول رقم 17: يمثل معرفة إذا ما كان العلاج الذي يخضع له المصاب من طرف المختص كافي.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	23	%92	17.64	3.841	0.05	1	دال
لا	02	%08					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم 18

من خلال الجدول رقم 15 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة كا² المحسوبة 17.64 وهي أكبر من قيمة كا² الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من اللاعبين يعتبرون العلاج الذين خضعوا له من طرف المختص كافي في حين أن 8% يعتبرونه غير كافي.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن علاج المختصين في الفرق لإصابات اللاعبين كافي.

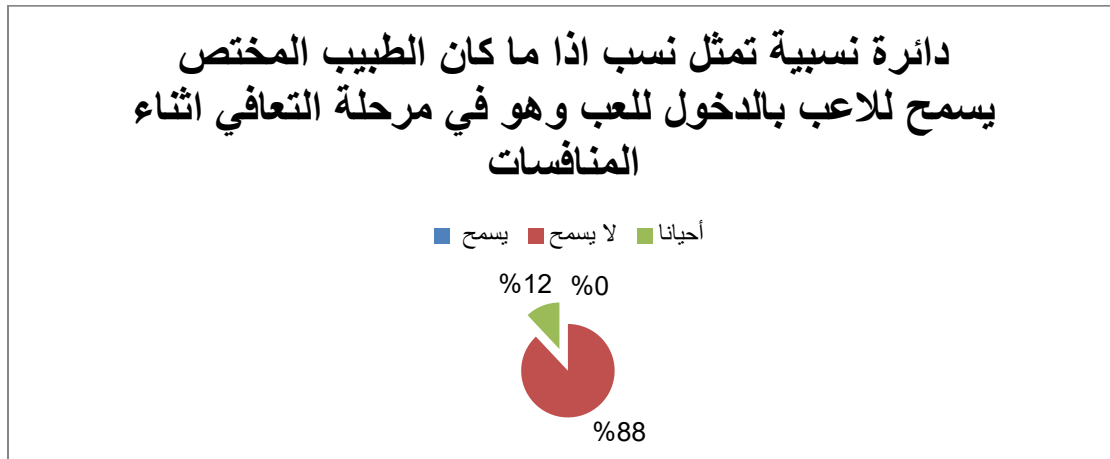
عرض ومناقشة نتائج الدراسة

السؤال رقم 16: في حالة منافسة وعدم وجود بديل لك وأنت في مرحلة التعافي من الإصابة، هل يسمح لك الطبيب المختص بالدخول للعب؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان الطبيب المختص يسمح للاعب بالدخول للعب وهو في مرحلة التعافي أثناء المنافسات.

الجدول رقم 18: يمثل إذا ما كان الطبيب المختص يسمح للاعب بالدخول للعب وهو في مرحلة التعافي أثناء المنافسات.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
يسمح	00	%00	34.13	5.991	0.05	2	دال
لا يسمح	22	%88					
أحيانا	03	%12					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم 19

من خلال الجدول رقم 16 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 2 حيث بلغت قيمة كا² المحسوبة 34.13 وهي أكبر من قيمة كا² الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 88% من اللاعبين لا يسمح لهم الطبيب المختص بالدخول للعب وهم في مرحلة التعافي في حين أن 12% من اللاعبين يسمح لهم أحيانا.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

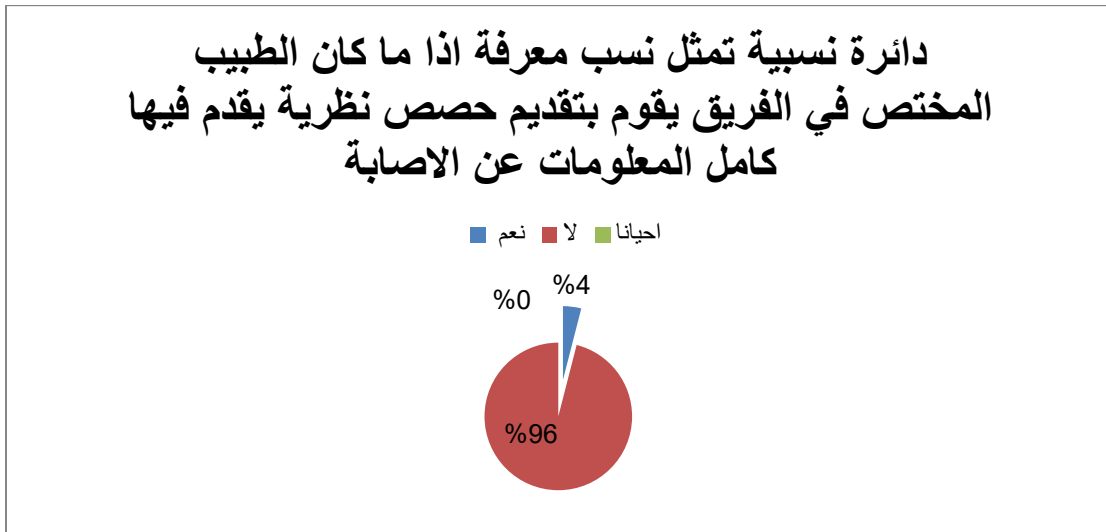
من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الطبيب المختص في غالب الأحيان لا يسمح للاعبين في مرحلة التعافي بالدخول للعب.

السؤال رقم 17: هل يتم إجراء حصص نظرية تحت تأطير الطبيب المختص في فريقك يقدم لكم فيها معلومات كاملة حول الإصابة وأضرارها وكيفية علاجها وإعادة تأهيلها؟

الغرض منه: معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق يقوم بتقديم حصص نظرية يقدم فيها كامل المعلومات عن الإصابة.

الجدول رقم 19: يمثل معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق يقوم بتقديم حصص نظرية يقدم فيها كامل المعلومات عن الإصابة.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	01	%04	44.20	5.991	0.05	2	دال
لا	24	%96					
أحيانا	00	%00					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم 20

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول رقم 17 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 2 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 44.20 وهي أكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 5.991.

ومعنى ذلك أن نسبة 96% من اللاعبين لا يقوم الطبيب المختص في فريقهم بإجراء حصص نظرية لتقديم جميع المعلومات عن الإصابات في حين أن 4% من اللاعبين يقوم الطبيب المختص في فريقهم بإجراء هاته الحصص النظرية.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الطبيب المختص في غالب الفرق لا يقوم بإجراء حصص نظرية لتقديم معلومات عن الإصابات الرياضية.

السؤال رقم 18: هل يلجأ المختص بعلاجك إلى وضع وإعداد برنامج تأهيلي خاص بك؟

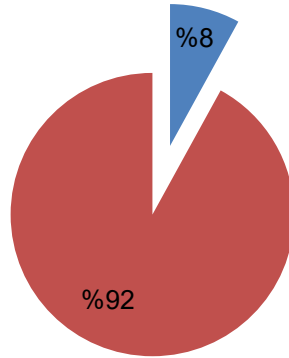
الغرض منه: معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق أثناء علاج اللاعب بإعداد برنامج تأهيلي خاص باللاعب.

الجدول رقم 20: يمثل معرفة إذا ما كان الطبيب المختص في الفريق أثناء علاج اللاعب بإعداد برنامج تأهيلي خاص باللاعب.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	χ^2 المحسوبة	χ^2 الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	02	8%	17.64	5.991	0.05	1	دال
لا	23	92%					
المجموع	25	100%					

دائرة نسبية تمثل نسب معرفة اذا ما كان الطبيب المختص في الفريق
اثناء علاج اللاعب باعداد برنامج تأهيلي خاص باللاعب

■ لا ■ نعم



الشكل رقم 21

من خلال الجدول رقم 18 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة χ^2 المحسوبة 17.64 وهي اكبر من قيمة χ^2 الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 92% من اللاعبين لا يقوم المختص أثناء علاجهم بوضع برنامج تأهيلي خاص بهم في حين أن 8% من اللاعبين يقوم المختص بوضع برنامج تأهيلي خاص بهم في مرحلة علاجهم.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الطبيب المختص في معظم الفرق لا يقوم بوضع برنامج علاجي خاص بكل لاعب أثناء إصابته.

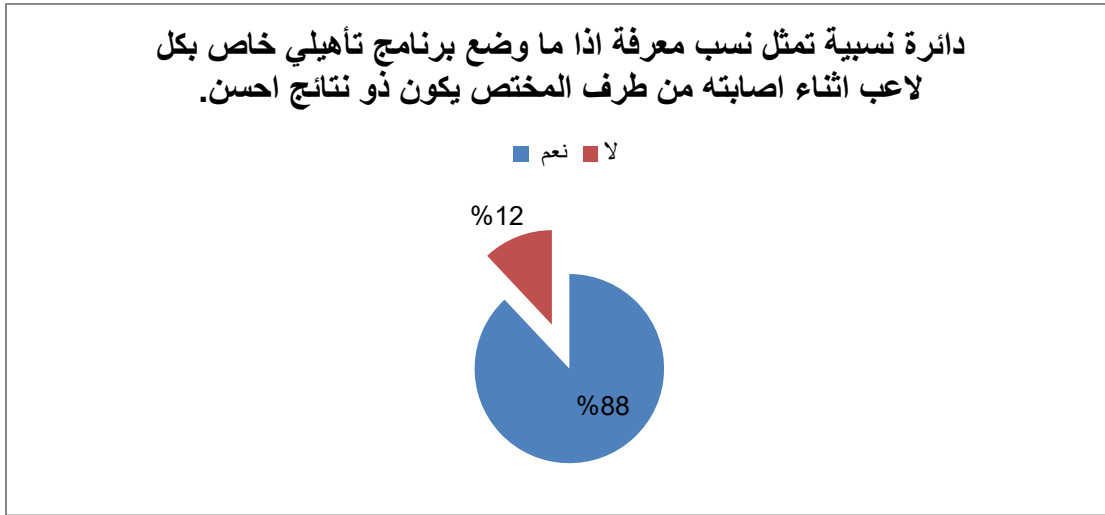
السؤال رقم 19: هل تعتقد انه إذا وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب من طرف المختص يكون مناسب لدرجة إصابته تكون هناك نتائج أحسن؟

الغرض منه: معرفة إذا ما وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب أثناء إصابته من طرف المختص يكون ذو نتائج أحسن.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

الجدول رقم 21: يمثل معرفة إذا ما وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب أثناء إصابته من طرف المختص يكون ذو نتائج أحسن.

الاقتراحات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	22	%88	14.44	3.841	0.05	1	دال
لا	03	%12					
المجموع	25	%100					



الشكل رقم 22

من خلال الجدول رقم 19 نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القيمة الكبرى عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبدرجة حرية 1 حيث بلغت قيمة كا² المحسوبة 14.14 وهي اكبر من قيمة كا² الجدولة والتي بلغت 3.841.

ومعنى ذلك أن نسبة 88% من اللاعبين يقولون انه إذا وضع برنامج تأهيلي خاص بكل لاعب لمعالجته تكون نتائجه أحسن في حين أن 12% من اللاعبين لا يؤيدون ذلك.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن من الأحسن وضع برنامج تأهيل خاص بكل لاعب وذلك للحصول على نتائج أحسن.

2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

2-1- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

نتائج المحور الأول			
العبارات / كا ²	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	الدلالة الإحصائية
العبارة رقم 01	4.84	3.841	دال
العبارة رقم 02	13.56	7.815	دال
العبارة رقم 03	24.54	5.991	دال
العبارة رقم 04	9	3.841	دال
العبارة رقم 05	13.98	5.991	دال
العبارة رقم 06	9	3.841	دال
العبارة رقم 07	0.36	3.841	غير دال
العبارة رقم 08	11.12	5.991	دال
العبارة رقم 09	17.64	3.841	دال

الجدول رقم 22: الدلالة الإحصائية لعبارات المحور الأول.

من خلال ملاحظتنا لنتائج الاستبيان الموجه للاعبين في الجداول التالية (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) نلاحظ أن معظم الفرق لا تتوفر على مراكز العلاج الطبيعي والموجودة تتوفر فقط على بعضها مثل المعالجة الفيزيائية والوظيفية، وأثناء إصابات اللاعبين في الحصص التدريبية والمنافسات يتكفل بهم طبيب الفريق ولا يتم تشخيصهم من طرف طبيب مختص وذلك لعدم توفر وسائل العلاج الكافي، وهناك نسبة من اللاعبين يتم تأهيلهم بإحدى وسائل العلاج ويتحسنون تحسن ملحوظ من الإصابات ومن هنا نستنتج أن للنقص في وسائل وهياكل ومراكز إعادة التأهيل تأثير سلبي كبير على عملية إعادة تأهيل الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون ومن خلال هذا التحليل لنتائج كل سؤال في الاستبيان، تم التأكد من أن الفرضية الأولى غير محققة أي انه لا يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: يتم استخدام المختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

نتائج المحور الثاني			
العبارات / كا ²	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	الدلالة الإحصائية
العبارة رقم 10	17.64	3.841	دال
العبارة رقم 11	25	3.841	دال
العبارة رقم 12	17.64	3.841	دال
العبارة رقم 13	17.64	3.841	دال
العبارة رقم 14	4.15	5.991	غير دال
العبارة رقم 15	17.64	3.841	دال
العبارة رقم 16	34.13	5.991	دال
العبارة رقم 17	44.20	5.991	دال
العبارة رقم 18	17.64	5.991	دال
العبارة رقم 19	14.44	3.841	دال

الجدول رقم 23: الدلالة الإحصائية لعبارات المحور الثاني.

من خلال ملاحظتنا لنتائج الاستبيان الموجه للاعبين في الجداول التالية (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) نلاحظ أن أغلبية الأطباء الموجودين في النوادي هم ليسوا مختصين ومع أن كل اللاعبين في بداية الموسم يتم فحصهم من طرف مختصين إلا أنه طيلة الموسم الكروي أثناء تعرضهم للإصابة فإن نسبة منهم فقط يتم إبقائهم تحت المراقبة الدورية ويكون العلاج الذين خضعوا له كاف وكذلك أثناء مرحلة استشفائهم أغليبيتهم لا يسمح لهم بالدخول للعب لكن يبقى هناك نقص في المختصين حيث لا يقومون بإجراء حصص نظرية لتوعية اللاعبين بالإصابات وأخطارها وكذلك أثناء إصابتهم لا يضع المختص لكل مصاب برنامج تأهيلي خاص به والذي يعتبره اللاعب لو وضع لكانت النتائج أفضل ومعظمهم يعتبرون أن نقص المختصين من أسباب تعرضهم للإصابة وإهمال علاج إصابتهم.

ومن هذا التحليل لنتائج كل سؤال في الاستبيان تم التأكد من أن الفرضية الثانية محققة أي أنه يتم استخدام المختصين في علاج إصابات اللاعبين.

2-3- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الرئيسية:

بما أن الفرضية الأولى غير محققة أي لا يتم استخدام الوسائل العلاجية على مستوى الأندية والفرضية الثانية محققة بمعنى انه يتم استخدام مختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية فإن الفرضية الرئيسية تكون غير محققة.

الخاتمة

الخاتمة:

من خلال البحث النظري والدراسة الميدانية التي قمت بها على مستوى 4 أندية كرة القدم صنف أكابر وذلك باستعمال استبيان موجه للاعبين، اتضح لي للأسف الافتقار لوسائل العلاج الطبيعي بشكل عام وذلك راجع ربما لنقص ميزانية الفريق وعواقب ذلك تعرض اللاعبين لإصابات جسمية خاصة وان كرة القدم هي رياضة تتطلب قوة بدنية عالية واحتكاك بدني كبير مع الفريق المنافس.

وإهمال جانب التأهيل الحركي في نوادي كرة القدم سببه عدم معرفة الدور الكبير والأهمية التي تلعبها وسائل العلاج الطبيعي والمختصين على صحة اللاعبين وكذلك الاهتمام بالمصاب من طرف الفريق له دور في تباطأ عملية شفاء إصابة اللاعب ويتدهور مشواره الرياضي خاصة عند تعرضه لنفس الإصابة في نفس المكان وعدم علاجها بشكل تام.

وفي الأخير نتمنى أن يحظى اللاعبين بالاهتمام الكافي من طرف الفريق ومعالجته بالشكل المطلوب وبذلك الفوز ببطولات للفريق.

فرضيات مستقبلية:

- ✓ إنشاء مراكز للتأهيل على مستوى الأندية.
- ✓ وجود مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.
- ✓ وجود سيارات الإسعاف للعلاج الفوري.
- ✓ الاهتمام بهذا المجال ومحاولة توفيره في جميع الأندية بمختلف المستويات.
- ✓ تكوين وإعداد أطباء مختصين في هذا المجال.
- ✓ توفير مراكز خاصة بالتأهيل الحركي.
- ✓ توفير طاقم متخصص لدى كل فريق للتدخل في اي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة.
- ✓ حتمية تواجد الطبيب داخل الفريق وخاصة في التدريبات والمنافسات.
- ✓ إعطاء ميزانية للفريق لأجل الاهتمام بالجانب الطبي للاعبين.
- ✓ الاهتمام بالبرامج التأهيلية للاعبين كرة القدم.
- ✓ القيام بعدة دراسات لأجل خدمة هذا الجانب.

قائمة المراجع

1- باللغة العربية:

1-1- الكتب:

- 1) أحمد إسماعيل المعاني وآخرون: أساليب البحث العلمي والإحصاء: إثراء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012.
- 2) أحمد حلمي صالح: التأهيل المبادئ والأسس، مصر، 2010.
- 3) أسامة رياض: الإسعافات الأولية للإصابات اللاعب: ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.
- 4) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، 2013، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 5) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004.
- 6) أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2005.
- 7) بثار علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، دار دجلة، ط2، الأردن، 2012.
- 8) حازم علوان منصور، اروى انور زوبير: التحمل النفسي للاعبين في كرة القدم، ط1، مؤسسة عالم الرياضة للنشر، الإسكندرية، 2016.
- 9) حسن عبد الجواد: كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الإعدادية والقانون الدولي، ط4، دار العلم للملايين، لبنان، 1977م.
- 10) حسين محمد جواد الجبوري: منهجية البحث العلمي مدخل لبناء المهارات البحثية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2013.
- 11) حنفي محمود مختار: المدير الفني في كرة القدم، دار النشر.
- 12) حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعى إسعاف، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- 13) خالد يوسف عبد الرحمان الشرقاوي: الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكرة الطائرة للمعاقين "جلوس"، مؤسسة عالم الرياضة للنشر ودار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2014.
- 14) خالد يوسف عبد الرحمان الشرقاوي: الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي الكرة الطائرة للمعاقين جلوس، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2014.
- 15) خراج عبد الحميد توفيق: كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين، ط2، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2006.
- 16) زينب عبد الحميد العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، ط5، القاهرة، 1998.
- 17) سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بغداد، 2008.
- 18) سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، ط1، 2004، بغداد.

قائمة المراجع

- (19) سميرة خليل: الإصابات الرياضية والوسائل العلاجية الطبيعية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2006.
- (20) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: الإصابات الرياضية والإسعافات الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
- (21) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: فسيولوجيا التدليك والاستشفاء الرياضي، مركز الكتاب للنشر، مصر، 2006.
- (22) عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004.
- (23) عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاج الطبيعي والإصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004.
- (24) غزي محمود صالح محمود: كرة القدم المفاهيم التدريب، مكتبة المجمع العربي، عمان، 1994.
- (25) قاسم حسن حسين: أسس التدريب الرياضي، دار الفكر، 1999.
- (26) مأمور بن حسن آل سلمان: كرة القدم بين المصالح والمفاسد العالمية، دار ابن حزم، لبنان، ط2، 1998.
- (27) مأمور بن حسن السلمان: كرة القدم بين المصالح والمفاسد الشرعية، دار ابن حزم، بدون طبعة، لبنان، بيروت، 1998.
- (28) محمد عادل رشدي: موسوعة الطب الرياضي - علم إصابات الرياضيين-، ط2، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1995.
- (29) محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي، القواعد المراحل والتطبيقات، دار وائل، عمان، ط2، 1999.
- (30) محمد قدري بكري: التأهيل الرياضي والإصابات الرياضية والإسعافات، القاهرة، 2000.
- (31) محمد كشم، أمر الله الباسطي: أسس الإعداد المهاري الخططي في كرة القدم ناشئين -كبار-، القاهرة، 1997.
- (32) محمد محمد إبراهيم: دليل الباحث في إعداد ومناقشة البحوث العلمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2014.
- (33) محمد نصر الدين: الإحصاء الاستدلالي في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- (34) موفق أسعد محمود: التعلم والمهارات الأساسية في كرة القدم، الدجلة للنشر والتوزيع، العراق، ط1، 2008.
- (35) موفق مجيد: الإعداد الوظيفي لكرة القدم، دار الفكر، لبنان، 1999.

2-1- المذكرات:

- 1) بلقاسم تلي، مزهود لوصيف، الجابري عيساني: دور الصحافة الرياضية المرئية في تطوير كرة القدم الجزائرية، معهد التربية الرياضية، دالي إبراهيم، مذكرة ليسانس، جوان 1997.
- 2) محمد حسن علاوي: 1998، ص 16، يوجد مرجعين، مذكرة بخمة+حنانس.
- 3) يوسف خوجة عبد الغفور: دور التأهيل الحركي في استرجاع بعض عناصر اللياقة بعد الإصابة(مفصل الكتف) لدى لاعبي كرة القدم (أكابر) القسم الجهوي الثاني بأم البواقي، 2017-2018.

3-1- المقالات:

- 1) الحوري عكة سليمان: علاقة تركيز الانتباه بدقة التصويب لدى لاعبي المنتخب الوطني للناشئين، مجلة علوم الرياضة، العدد 17، جامعة ديالي، العراق، 2010.

4-1- المواقع الالكترونية:

- 1) https://mawdoo3.com/%D8%A8%D8%AD%D8%AB_%D8%B9%D9%86_%D9%83%D8%B1%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%AF%D9%85
- 2) https://mawdoo3.com/%D8%A8%D8%AD%D8%AB_%D8%B9%D9%86_%D9%83%D8%B1%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%AF%D9%85
- 3) <http://Klash8.yoo7.com/t121.topic>.

2- باللغة الاجنبية:

- 1) Alain mishel M foot-ball: les systèmes de jeu, 2^{eme} édition, chironm paris, 1998.
- 2) Gunnar elling mathisen et al: the effect of speed training on sprint and agility performance in 15-year- old female soccer players, lase journal of sport science, 2015/6/2.
- 3) Marco aguiar et al: A review on the effects of soccer small-sided games, journal of human kinetics volume 33/2012.

قائمة الملاحق

جامعة محمد الصديق بن يحي -جيجل-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تخصص تدريب رياضي تنافسي

استمارة استبيان موجه للاعبين

في إطار انجاز مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تحت عنوان:

واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم

دراسة ميدانية لفرق بلدية الطاهير - صنف أكابر -

نرجو منكم ملئ هذه الاستمارة بالإجابة عن هذه الأسئلة بمنحنا رأي صريح لان صدقكم في الإجابة سيزيد البحث قيمة ومصداقية لإنجاح هذه الدراسة وذلك بوضع علامة (x) في المكان الملائم للإجابة من وجهة نظركم، نعدكم بأن المعلومات التي تقدمونها إلينا لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

ولكم منا جزيل الشكر وأسمى عبارات الامتنان.

إشراف الأستاذ:

محمّد واعمر آيت وازو

إعداد الطالبة:

هاجر لعور

السنة الجامعية: 2019 - 2020

البيانات الشخصية:

1- السن:

2- الخبرة:

3- ما نوع الإصابات التي تعرضت لها خلال مشوارك الرياضي:

تمزق كسور

خلع كدمات

4- هل سبق لك وأن قمت بالخضوع للتأهيل الحركي:

لا نعم

المحور الأول: استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية:

1- هل يوجد في فريقكم مركز لوسائل العلاج الطبيعية؟

نعم لا

2- ما هي الوسائل العلاجية المتوفرة في ناديكم؟

المعالجة الفيزيائية المعالجة الوظيفية

المعالجة بالبدائل الصناعية لا يوجد

3- أين تعرضت للإصابة من قبل؟

في الحصص التدريبية في المنافسات

في الحصص التدريبية والمنافسات

4- أثناء إصابتك هل يتكفل بك الفريق؟

نعم لا

5- أثناء إصابتك، أي جهة من الفريق تتكفل بك؟

طبيب عام طبيب الفريق

طبيب مختص من مركز العلاج الطبيعي

6- بعد إصابتك هل يتم تأهيلك بإحدى وسائل العلاج الطبيعي؟

نعم لا

7- هل تتوفر في مركزكم وسائل العلاج الكافي؟

نعم لا

8- بعد خضوعك للمعالجة بوسائل العلاج الطبيعية، كيف رأيت إصابتك؟

نفس الحالة تحسن ملحوظ تحسن جيد

9- هل سبق وان أثر النقص في هياكل ومراكز إعادة التأهيل على عملية إعادة

تأهيل الإصابات التي تعرضت إليها ؟

نعم لا

المحور الثاني: وجود مختصين لعلاج الإصابات الرياضية:

1- هل يتوفر مركز العلاج بالوسائل الطبيعية في فريقكم على أطباء مختصين أم

عاديين ؟

مختصين عاديين

2- هل يتم فحصكم في بداية الموسم من طرف مختصين؟

نعم لا

3- هل تعتقد أن النقص في المختصين هو سبب تعرضك للإصابة؟

نعم لا

4- هل نقص المختصين من أسباب إهمال علاج إصابتكم؟

نعم لا

5- بعد إصابتك هل يتم إبقاؤك تحت المراقبة الدورية للإصابة؟

نعم لا أحيانا

لماذا؟

6- حسب رأيك العلاج الذي خضعت له من طرف المختص كافي؟

لا

نعم

7- في حالة منافسة وعدم وجود بديل لك وأنت في مرحلة التعافي من الإصابة، هل يسمح لك الطبيب المختص بالدخول للعب؟

أحيانا

لا يسمح

يسمح

8- هل يتم إجراء حصص نظرية تحت تأطير الطبيب المختص في فريقك يقدم لكم فيها معلومات كاملة حول الإصابة وأضرارها وكيفية علاجها وإعادة تأهيلها؟

أحيانا

لا

نعم

9- هل يلجأ المختص بعلاجك إلى وضع وإعداد برنامج تأهيلي خاص بك؟

لا

نعم

10- هل تعتقد أن البرنامج التأهيلي المقترح من طرف المختص مناسب لدرجة


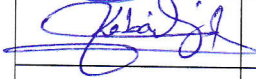
إصابتك؟

..... لماذا؟ نعم

..... لماذا؟ لا

قائمة المحكمين

أسماء الخبراء الذين تم استطلاع رأيهم حول الاستمارة المتعلقة بموضوع
"واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم"
- صنف أكابر -

الرقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	الإمضاء
01	ياسين بلعزيم	سنة 4 دكتوراه	دكتور رياض بدي	أم البواقي	
02	فبايح ليلية	أستاذة مساعدة قسم (٦)	تدريب رياضي فني	جيجل	
03					
04					

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف أكابر - دراسة ميدانية لفرق بلدية الطاهير -.

أهداف الدراسة:

- التعرف على مدى استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم.
- التعرف على مدى توظيف مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.

الفرضية العامة:

يتم استخدام الوسائل العلاجية والمختصين في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على مستوى الأندية.

فرضيات الدراسة:

- يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.
- يتم استخدام المختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

عينة البحث:

في بحثي كانت العينة قصدية حيث تم اختيار اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة والذين قدر عددهم بـ 24، موزعين على أربعة اندية:

فريق شباب الطاهير FCT

النادي الرياضي الهاوي مولودية الطاهير MCT

النادي الرياضي الهاوي للاتحاد الرياضي بوشركة الطاهير USBT

النادي الرياضي للهواة الشباب الرياضي لبلدية الطاهير CRBT

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي

ادوات الدراسة: الاستبيان

النتائج المتوصل اليها:

- ✓ لا يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.
- ✓ يتم استخدام المختصين في علاج إصابات اللاعبين.

فرضيات:

- ✓ إنشاء مراكز للتأهيل على مستوى الأندية.
- ✓ وجود مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.
- ✓ وجود سيارات الإسعاف للعلاج الفوري.
- ✓ الاهتمام بهذا المجال ومحاولة توفيره في جميع الأندية بمختلف المستويات.
- ✓ تكوين وإعداد أطباء مختصين في هذا المجال.
- ✓ توفير مراكز خاصة بالتأهيل الحركي.
- ✓ توفير طاقم متخصص لدى كل فريق للتدخل في اي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة.
- ✓ حتمية تواجد الطبيب داخل الفريق وخاصة في التدريبات والمنافسات.
- ✓ إعطاء ميزانية للفريق لأجل الاهتمام بالجانب الطبي للاعبين.
- ✓ الاهتمام بالبرامج التأهيلية للاعبين كرة القدم.
- ✓ القيام بعدة دراسات لأجل خدمة هذا الجانب.

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: واقع استخدام التأهيل الحركي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف أكابر - دراسة ميدانية لفرق بلدية الطاهير -.

أهداف الدراسة:

- التعرف على مدى استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم.
- التعرف على مدى توظيف مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.

الفرضية العامة:

يتم استخدام الوسائل العلاجية والمختصين في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم على مستوى الأندية.

فرضيات الدراسة:

- يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.
- يتم استخدام المختصين في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.

عينة البحث:

في بحثي كانت العينة قصدية حيث تم اختيار اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة والذين قدر عددهم بـ 24، موزعين على أربعة اندية:

فريق شباب الطاهير FCT

النادي الرياضي الهاوي مولودية الطاهير MCT

النادي الرياضي الهاوي للاتحاد الرياضي بوشركة الطاهير USBT

النادي الرياضي للهواة الشباب الرياضي لبلدية الطاهير CRBT

المنهج المستخدم: المنهج الوصفي

ادوات الدراسة: الاستبيان

النتائج المتوصل إليها:

- ✓ لا يتم استخدام الوسائل العلاجية في علاج الإصابات الرياضية على مستوى الأندية.
- ✓ يتم استخدام المختصين في علاج إصابات اللاعبين.

فرضيات:

- ✓ إنشاء مراكز للتأهيل على مستوى الأندية.
- ✓ وجود مختصين لعلاج الإصابات الرياضية.
- ✓ وجود سيارات الإسعاف للعلاج الفوري.
- ✓ الاهتمام بهذا المجال ومحاولة توفيره في جميع الأندية بمختلف المستويات.
- ✓ تكوين وإعداد أطباء مختصين في هذا المجال.
- ✓ توفير مراكز خاصة بالتأهيل الحركي.
- ✓ توفير طاقم متخصص لدى كل فريق للتدخل في اي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة.
- ✓ حتمية تواجد الطبيب داخل الفريق وخاصة في التدريبات والمنافسات.
- ✓ إعطاء ميزانية للفريق لأجل الاهتمام بالجانب الطبي للاعبين.
- ✓ الاهتمام بالبرامج التأهيلية للاعبين كرة القدم.
- ✓ القيام بعدة دراسات لأجل خدمة هذا الجانب.

Study summary:

Study title: The reality of the use of kinetic rehabilitation in the treatment of sports injuries among footballers, class Akaber - a field study of Al-Taher municipality teams.

Objectives of the study:

- To know the extent of the use of therapeutic methods in the treatment of sports injuries among football players.
- To know the extent of employing specialists to treat sports injuries.

General hypothesis:

Therapeutic methods and specialists are used in the treatment of sports injuries among football players at club level.

Study hypotheses:

- Therapeutic methods are used in the treatment of sports injuries at the club level.

Specialists are used in the treatment of sports injuries at club level.

The research sample:

In my research, the sample was intended as the players who were injured, who were estimated at 24, were selected and distributed into four clubs:

FCT Taher Youth Team

Athletic club MC Tahir hobbyist MCT

USBT amateur sports club for the Sports Federation in Sharqia El Taher

Al-Tahir Municipal Sports Club for Youth Athletics CRBT

The curriculum used: the descriptive approach

Study tools: Questionnaire

results:

- No treatment methods are used in the treatment of sports injuries at the club level.

- Specialists are used to treat players' injuries.

hypotheses:

Establishing rehabilitation centers at club level.

The presence of specialists to treat sports injuries.

The presence of ambulances for immediate treatment.

Interest in this field and try to provide it in all clubs at various levels.

Training and preparing specialist doctors in this field.

Provide special centers for physical rehabilitation.

Provide a specialized staff for each team to intervene in any type of injury, whether during training or competition.

Giving a budget to the team in order to take care of the medical side of the players.

Paying attention to qualifying programs for soccer players.

Carrying out several studies to serve this aspect.