

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



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
تخصص: تحضير بدني

تحت عنوان:

دراسة تحليلية حول أسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد
- صنف أكابر ذكور -

- دراسة ميدانية لدى فرق كرة اليد لولاية ميلة

إشراف الأستاذ:

- سي طاهر حسن

إعداد الطالبان:

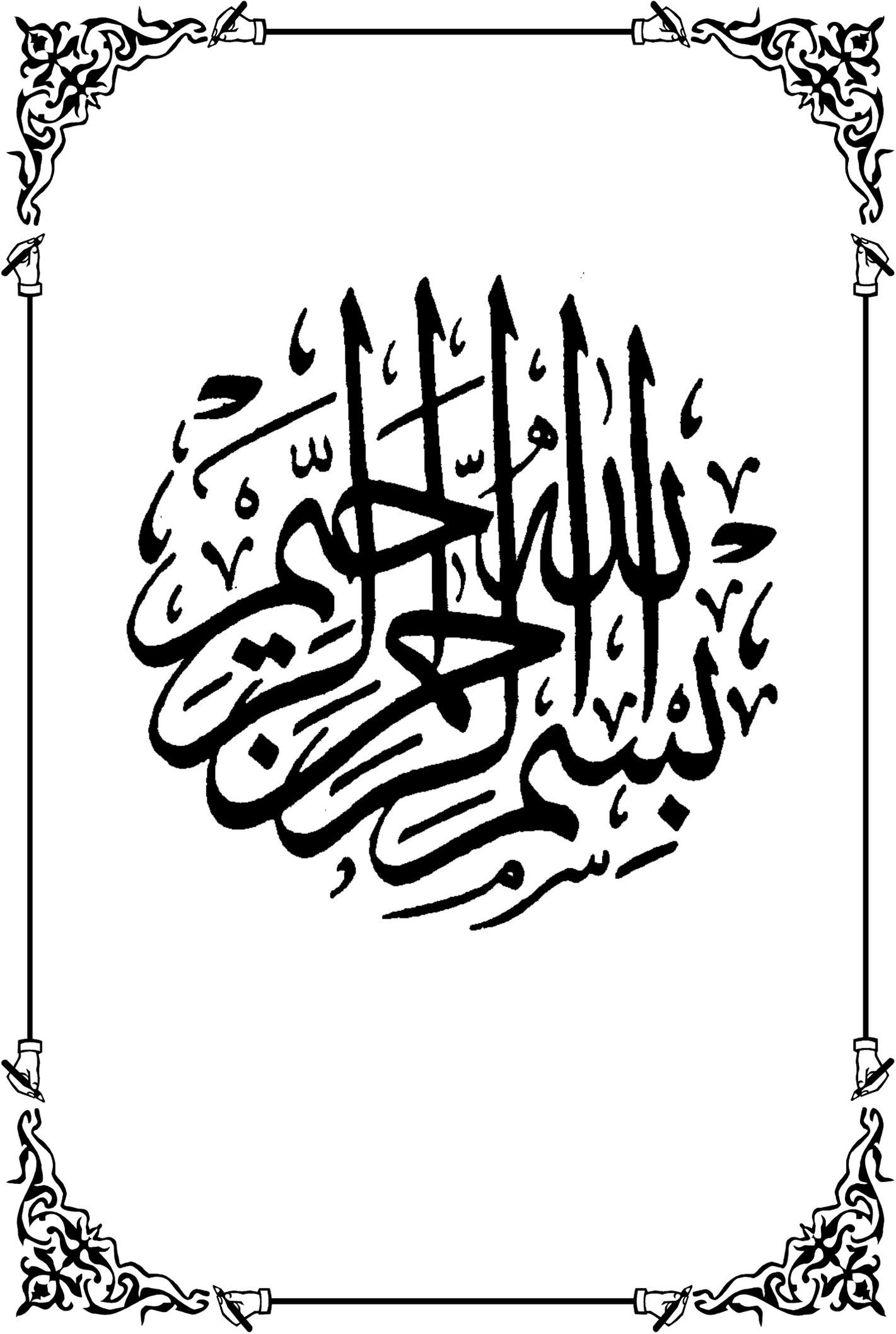
✓ فنوش وليد
✓ بوحاريش عائشة

لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
ايت وازوا محند واعمر	أستاذ مساعد	جامعة جيجل	مناقشا
قبايلي ليلي	أستاذ مساعد	جامعة جيجل	رئيسا
سي طاهر حسن	أستاذ مساعد	جامعة جيجل	مشرفا

السنة الجامعية: 2018/2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إهداء

الحمد لله رب العالمين منزل الكتاب هدى وتذكرة لأولي الألباب والصلاة

والسلام على سيدنا وقدوتنا محمد وآله وصحبه الكرام

أما بعد

أهدي ثمرة جهدي إلى من أوصى بهما الله عز وجل و جعل رضاها و أراضاه و طاعتها من طاعته ومنبع الحنان أمي "عقيلة"، وأبي "سعيد" الغاليان على قلبي أطال الله فيعمرهما الذين سهروا على ووقفوا إلى جانبي في أعمس الأيام و إخوتي الأعزاء صبرين و مفيدة وخاصة أختي الصغيرة "دعاء" وأخي الكتكوت "ع.الرحمان" و ابراهيم وأولاد أختي الكناكيت " زين الدين ""تسنيم"، "محمد زكرياء" و إلى أعمامي و أخوالي و إلى كل من يحمل لقب **فدوش و بورخيس** ورفيقة دربي ذوالعيون الساحرة أختي الغالية "أمال" و إلى أصدقائي : محمد، سفيان، أسامة، فارس، يوسف، الزبير، هاشم، سيف الدين و اولاد عمتي و كيتا، مسعود و هارون

و إلى كل من يقطن في مدينة: اوقروت، القلعة الزرقاء و تالخمك

و إلى جميع الزملاء و إلى جميع الأساتذة الذين درسوني في مشواري الدراسي و إلى كل من ساعدني من قريبو بعيد و إلى كل من يعرفني.

w@f وليد





شكر و عرفان

قال الله تعالى:

﴿وَإِذْ تَأْتِنَ رَبُّكُمْ لِنِ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾

وقال الرسول الأكرم صلى الله عليه وسلم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

نتقدم بالشكر الجزيل إلى من قدم لنا يد العون والمساعدة

قليلا أو كثيرا من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث وأولهم بعد المولى عز وجل
والدينا الكريمين أطال الله في أعمارهم إذ لم يفتروا علينا بالدعاء والثبات، وحسن التحصيل
والتوفيق وتمام التسهيل

إلى جميع أساتذتنا الأفاضل بجامعة تاسوست وعلى رأسهم الأستاذ المشرف:

"سي طاهر حسن" الذي حظينا بكرم إشرافه على مذكرتنا وتنوير درينا بنصائحه الصائبة
وتوجيهاته السديدة فكان له الفضل الكبير في متابعة مراحل هذا البحث والحرص على
تحقيقه وإخراجه إلى الوجود في أجمل حلة، فله منا بالغ الشكر والعرفان وخالص الامتنان.

إلى جميع الأساتذة، والذين

سيشرفون على مناقشة هذه المذكرة، فلهم منا تحية تقدير وتمام احترام.



قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	الشكر
ب	الإهداء
د	قائمة المحتويات
ك	قائمة الأشكال
ن	قائمة الجداول
2	مقدمة
الجانب التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
6	1- الإشكالية
8	2- الفرضيات
8	3- أسباب اختيار الموضوع
9	4- أهداف الدراسة
9	5- أهمية الدراسة
10	6- المفاهيم والمصطلحات
12	7- الدراسات السابقة والمثابفة
23	8- التعليق على الدراسات السابقة والمثابفة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الطب الرياضي	
27	تمهيد
28	1-1 تعريف الطب الرياضي
29	1-2-1 أنواع الطب الرياضي
29	1-2-1-1 الطب الرياضي التقييمي

قائمة المحتويات

29	1-2-2- الطب الرياضي التوجيهي
30	1-2-3- الطب الرياضي الوقائي
30	1-2-4- الطب الرياضي العلاجي والتأهيلي
30	1-3- الجوانب الطبية التطبيقية الرياضي الحديث
31	1-4- أهداف علم الطب الرياضي
32	1-5- مهام الطب الرياضي
32	1-5-1- فحص معقد
32	1-5-2- فحص ديناميكي
33	1-6- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي
33	1-7- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي
35	1-8- واجبات الطب الرياضي
36	1-9-1- المراقبة الطبية
36	1-9-1- مفهوم المراقبة الطبية
37	1-9-1-2- مهام المراقبة الطبية والصحية
38	1-9-2- الفحص الطبي الدوري
38	1-9-2-1- مفهوم الطب الدوري
38	1-9-2-2- أهمية الفحص الطبي الدوري
39	1-9-3- الإسعافات الأولية
39	1-9-3-1- تعريف الإسعافات الأولية
39	1-9-3-2- أهداف الإسعافات الأولية
40	1-9-3-3- الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية
40	1-9-3-4- القواعد العامة للإسعافات الأولية في الملاعب

قائمة المحتويات

41	1-9-4- التغذية
41	1-4-9-1 مفهوم التغذية
42	2-4-9-1 مصادر الغذاء
44	1-3-4-9-1 الوظائف الحيوية للغذاء
46	1-9-5- التوجيه الرياضي
46	1-5-9-1 مفهوم التوجيه
46	1-2-5-9-1 أنواع التوجيه
46	1-2-5-9-1 التوجيه النفسي
47	1-2-5-9-1 التوجيه المهني
47	1-3-2-5-9-1 التوجيه المدرسي
47	1-2-5-9-1 أهداف التوجيه
47	1-6-9-1 العلاج والتأهيل الرياضي
47	1-6-9-1 أهداف العلاج الرياضي
48	1-2-6-9-1 التأهيل الرياضي
48	1-2-6-9-1 مفهوم التأهيل الرياضي
49	1-2-2-6-9-1 متطلبات التأهيل البدني
49	1-3-2-6-9-1 أهداف التأهيل الرياضي البدني
50	1-4-2-6-9-1 أهمية التأهيل النفسي
51	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإصابات الرياضية	
53	تمهيد
54	1-2- تعريف الإصابة الرياضية

قائمة المحتويات

55	2-2- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي
55	2-2-1- العوامل الخارجية
58	2-2-2- العوامل الداخلية
59	2-3- الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية
60	2-4- المضاعفات العامة للإصابات الرياضية
61	2-5- العوامل المؤثرة في إصابات الملاعب
61	2-5-1- اللياقة البدنية
61	2-5-2- عدم ملائمة النمط الجسمي لنوع النشاط الممارس
61	2-5-3- طريقة الأداء المهاري
62	2-5-4- العوامل البيئية
62	2-5-5- السن
62	2-5-6- العامل النفسي
63	2-5-7- العادات السيئة والإدمان (التدخين، الكحول، العقاقير)
63	2-6- تدرج الإصابات الرياضية وتصنيفها
63	2-6-1- تدرج الإصابة
64	2-6-2- تصنيف الإصابات الرياضية
65	2-7- تشخيص الإصابات الرياضية
68	2-8- التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة
70	2-9- الإصابات الرياضية في المجال الرياضي وآليات حدوثها
70	2-9-1- إصابات الجلد
73	2-9-2- إصابات الجهاز العضلي
80	2-9-3- إصابات الجهاز العظمي

قائمة المحتويات

85	2-9-4- إصابات الجهاز المفصلي
88	2-9-5- إصابات الأعصاب
90	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: كرة اليد	
92	تمهيد
93	3-1- نبذة تاريخية
94	3-2- تعريف كرة اليد
94	3-3- قانون كرة اليد
100	3-4- متطلبات كرة اليد الحديثة
100	3-4-1- المتطلبات المرفولوجية
100	3-4-2- المتطلبات الفسيولوجية
105	3-4-3- المتطلبات البدنية في كرة اليد
111	3-4-5- المتطلبات المهارية في كرة اليد
111	3-4-5-1- المتطلبات المهارية الهجومية
116	3-4-5-2- المتطلبات المهارية الدفاعية للعبة كرة اليد
118	3-4-6- المتطلبات النفسية في كرة اليد
119	3-5- طرق ووسائل الاسترجاع في المجال الرياضي
124	3-6- الإصابات الشائعة في كرة اليد
126	3-7- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية
131	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: منهجية البحث والإجراءات الميدانية	
134	تمهيد

قائمة المحتويات

135	4-1-الدراسة الاستطلاعية
136	4-2-المنهج المتبع في الدراسة
136	4-3- مجتمع وعينة الدراسة
138	4-4- أدوات الدراسة
139	4-4-1- الدراسة النظرية
145	4-5- الخصائص الستيكومترية لأداة الدراسة
145	4-5-1- صدق وثبات أداة الدراسة
147	4-6-متغيرات الدراسة
147	4-7-مجالات الدراسة
148	4-8-المعالجة الإحصائية
149	4-9-صعوبات وعراقيل البحث
150	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة (تحليل)	
152	تمهيد
153	5- عرض نتائج الدراسة (تحليل)
153	5-1- عرض نتائج البيانات الشخصية
160	5-2- عرض نتائج الفرضية الثانية
179	5-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
202	5-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
220	خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
222	تمهيد

قائمة المحتويات

223	6-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
225	6-2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
227	6-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
230	الاستنتاج العام
232	الخاتمة
234	الفرضيات المستقبلية
236	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة

قائمة الأشكال والجداول

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين العلامات والتغيرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة.	63
02	يبين تصنيف الإصابات تبعاً للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها.	64
03	يبين نظم إمداد الجسم بالطاقة وفقاً لمتغيري الزمن ونوع النشاط البدني.	104
04	يبين الخصائص العامة لنظم إنتاج الطاقة في الجسم.	104
05	يوضح توزيع عينة الدراسة.	138
06	يوضح المحاور الخاصة بالاستبيان مع ذكر عدد العبارات.	140
07	معامل ثبات أداة الدراسة.	146
08	يبين توزيع اللاعبين حسب الفئة العمرية.	153
09	يبين عدد اللاعبين في كل فريق.	155
10	يبين يوضع مراكز اللاعبين في كرة اليد.	157
11	يبين مدى تعرض اللاعبين للإصابة.	158
12	يبين مدى توفر الفرق على الأطباء المختصين.	161
13	يبين امتلاك اللاعبين لاستمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي.	163
14	يبين اللاعبين الذين يقومون بالفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي.	164
15	يبين مدى لجوء الأطباء إلى التاريخ الصحي والهدف من ذلك.	166
16	يبين مدى تقديم الإسعافات للاعبين بالطريقة الصحية والسليمة.	168
17	يبين مدى قيام الطبيب بالكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول	170

	منعها.	
171	يبين مدى مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي.	18
173	يبين بين اللاعبين الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.	19
175	يبين مدى قيام الطبيب للنصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية.	20
177	يبين قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية ، وفي ماذا تشمل.	21
179	يبين مدى التشاور بين اللاعبين مع المدربين بخصوص تأثيرات التدريب على الصحة.	22
181	يبين مدى تقديم النصائح للاعبين لتجنب خطر الإصابات الرياضية.	23
183	يبين اللاعبون الذين لا يشتركون في التدريبات أو المنافسة بدون إجراء الفحص الطب الدوري الشامل.	24
184	يبين مدى قيام المدربين بإشراك اللاعبين وهو في حالة مرضية	25
186	يبين مدى تحويل المدربين لاعبيهم إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم إلى إصابة في الوقت المناسب.	26
188	يبين ما مدى إجبار المدربين للاعبين على القيام بالأداء وهم غير مستعدين نفسياً، وبدنيا ذهنياً) لذلك.	27
190	يبين مدى احتواء الأندية على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.	28
192	يبين مدى قيام المدربين بالاختبارات القبلية والبعدية لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين.	29
194	يبين الفترات التي يتعرض فيها اللاعبين للإصابات عموماً.	30

96	يبين الإصابات التي يتعرض لها اللاعبين عموماً.	31
98	يبين مراعاة المدرب للأجهزة واختبارها قبل استخدامها.	32
200	يبين مدى إعطاء المدربين أهمية لفترة الإحماء.	33
202	يبين مدى تركيز المدربين على عملية الاسترجاع الانتقاء.	34
204	يبين مدى اهتمام المدربين بالراحة بين كل تكرين وآخر في داخل الوحدة.	35
206	يبين مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب.	36
207	يبين المدة المستغرقة في النوم من طرف اللاعبين.	37
209	يبين مدى تشجيع المدربين اللاعبين بالاعتماد على نظام غذائي متوازن.	38
211	يبين وجود المدلك في الفريق أم لا.	39
212	يبين الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب الذي يستخدمها الفرق.	40
214	يبين مدى تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه.	41
216	يبين مدى تناول السؤال لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة.	42
218	يبين مدى احترام اللاعبين لمواعيد التغذية قبل المنافسات والمباريات بثلاث ساعات.	43

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
41	يمثل عمليات التغذية.	01
153	يمثل توزيع اللاعبين على حسب الفئة العمرية.	02
155	يمثل عدد اللاعبين هي كل فريق.	03
157	يمثل مراكز اللاعبين.	04
159	يمثل اللاعبين الذين تعرضوا إلى الإصابة.	05
161	يمثل مدى توفر الفرق على أطباء مختصين.	06
163	يمثل امتلاك اللاعبين لاستمارة التقييم الطبي الفسيولوجي.	07
165	يمثل اللاعبون الذين يقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي.	08
167	يمثل لجوء الأطباء إلى التاريخ الصحي وسبب ذلك.	09
167	يمثل لجوء الأطباء إلى التاريخ الصحي وسبب ذلك.	10
168	يمثل مدى تقديم الإسعافات الأولية للاعبين المصابين بالطريقة الصحية والسلبية.	11
170	يمثل مدى قيام الطبيب بفحوصات للكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول منعها.	12
172	يمثل مدى مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي.	13
174	يمثل اللاعبين الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.	14
175	يمثل مدى قيام الطبيب لنصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية.	15
177	يمثل قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية ماذا تشتمل.	16
177	يمثل قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية ماذا تشتمل.	17
179	يمثل مدى التشاور بين اللاعبين والدرسين حول تأثيرات التدريب على	18

	الصحة.	
181	يمثل مدى تقديم المدربين للنصائح لتجنب خطر الإصابات الرياضية.	19
183	يمثل اللاعبين الذين لا يشتركون في المنافسات والتدريبات بدون إجراء الفحص الطبي الدوري الشامل.	20
185	يمثل مدى قيام المدربين باشتراك اللاعبين وهو في حالة مرضية.	21
187	يمثل مدى تحويل المدربين للاعبهم إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم للإصابة في الوقت المناسب.	22
189	تمثل مدى إجبار المدربين للاعبهم على القيام بالأداء وهو غير مستعدين (نفسيا بدنيا، ذهنيا) لذلك.	23
191	يمثل مدى احتواء الأندية على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.	24
192	يمثل قيام المدربين بالاختبارات والقياسات لمعرفة مستوى اللياقة البدنية.	25
194	يمثل الفترات التي يتعرض لها اللاعبين للإصابات على العموم.	26
196	يمثل أنواع الإصابات المتعرضين لها اللاعبون عموما.	27
199	يمثل مراعاة المدرب للأجهزة واختبارها قبل استخدامها.	28
201	يمثل مدى إعطاء المدربين أهمية كبيرة لفترات الإحماء.	29
202	يمثل مدى تركيز المدربين على عملية الاسترجاع.	30
204	يمثل مدى اهتمام المدربين بالراحة بين كل تكرين وآخر في داخل الوحدة.	31
206	يمثل مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب.	32
208	يمثل المدة المستغرقة من طرف اللاعبين في النوم على العموم.	33
209	يمثل مدى تشجيع المدربين للاعبين وتقديم لهم نصائح حول اعتمادهم على نظام غذائي متوازن.	34
211	يمثل مدى اعتماد الفرق على المدلكين.	35

213	يمثل الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب.	36
215	يمثل مدة تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه.	37
216	يمثل مدى تناول السوائل لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة.	38
218	يمثل مدى احترام اللاعبين لمواعيد التغذية قبل المباريات بثلاث ساعات.	39

مقدمة

لقد مرت الممارسة الرياضية بعدة مراحل عبر العصور حتى ما بلغت ما هو عليها حالياً، حيث أصبحت موجّهة وهادفة بعدما كان الإنسان يعتمد على المجهود العضلي فقط لسد حاجياته اليومية، لكن في السنوات الأخيرة اعتبرت عاملاً أساسياً لحياة الإنسان اليومية، من جراء قيامها بلفت انتباه العديد من الأشخاص بحسب دافعيّاتهم وغاياتهم وميولاتهم، لمن يريد ممارسة الرياضة بهدف التسلية ومن الآخر لتحقيق نتائج في غاية القمّة في مختلف المسابقات سواء الفردية أو الجماعية لغرض نفسه وإعطائها هيبة لدى مجتمعه، ومن بين هذه الرياضات نجد رياضة كرة اليد، التي تعتبر حديثة مقارنة مع الرياضات الكبيرة الأخرى ككرة القدم .

حيث تطورت سريعاً وذلك بفضل التدريب الرياضي والاستعانة أيضاً بجميع العلوم الأخرى كعلم التشريح البيوميكانيك، الفزيولوجيا، وبالأخص علم الطب الرياضي الذي جعلها تتقدم وتزدهر وتتطور بأسرع ما يمكن، من أجل التخلص أو تأخير حدوث التعب أثناء القيام بالمجهود البدني من قبل اللاعبين أثناء التدريبات و المباريات. فالمبادرة الجديدة للطب الرياضي تكمن في مساعدة الرياضي سبيل تلافى الإصابات التي يمكن أن تحدث حيث اهتم الأطباء في السابق بوضع وتشخيص الإصابات الرياضية وكيفية دراسة عوامل الخطورة ووقايتها حيث يمكن تلافى الإصابات خلال دراسة عوامل الخطورة وتوفير وسائل الأمان عند ممارسة النشاط البدني وبعدها وضع الحلول المناسبة .

إن رياضة كرة اليد تعتبر من الرياضات الشبه قتالية حيث تحدث فيها العديد من الإصابات الخطرة عند ممارستها، ذلك بسبب الازدياد في حدة وشدة المنافسة، وتكون هذه الإصابات في الجهاز العضلي، المفصلي العظمي من إجراء الضغط الكبير على المفاصل والأربطة والأوتار العضلية والعظام.

خصوصية الطابع اللعبي للعبة الذي يستوجب على ممارسيها أن يكون في فورمة عالية جداً. تتطلب قوة في اختراق الدفاع والتسديد نحو المرمى وأيضاً بسرعة ومرونة خاصة في أداء الحركات المركبة والمعقدة مثل

الخداع والمراوغة فلهذا يتوجب على اللاعبين الاحتكاك المباشر لاسيما ما بين منطقة 6 أمتار و 7 أمتار، وهذا ما يسبب كثرة حدوث الإصابات لدى لاعبي كرة اليد بالتحديد .

إلا أنه في وقتنا الحالي يبقى العائق الوحيد في طريق الرياضة بصفة عامة وكرة اليد بصفة خاصة هو عدم الاهتمام بالجانب الصحي والرياضي أو علم الطب الرياضي ككل، وعدم إلمام البعض بالدور الحقيقي للمبادئ الأساسية لعلم الطب الرياضي.

انطلاقاً من المعطيات السابقة ونظراً لأهمية الموضوع المطروح سنحاول إظهار ومعرفة الأسباب الفعلية المؤدية لظهور الإصابات الرياضية.

من هذا المنظور قسمنا دراستنا إلى:

المدخل العام للدراسة التي عرضنا فيها: إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهدافها، أهميتها، أهم المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بدراستنا، وفي الأخير قمنا بعرض بعض الدراسات المرتبطة بموضوع دراستنا والتعليق عليها.

أما الجانب النظري وقد تضمن ثلاثة فصول موضحة كما يلي:

الفصل الأول: الطب الرياضي، وفيه تم التطرق إلى تعريف الطب الرياضي وأنواعه، أهدافه، مهامه أهميته واجباته، علاقة بالتدريب الرياضي، الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث، المراقبة الطبية الإسعافات الأولية، التغذية، التوجيه الرياضي، العلاج والتأهيل، التأهيل الرياضي.

الفصل الثاني: الإصابات الرياضية وفيه تم التطرق إلى تعريف الإصابات الرياضية، الأسباب العامة لحدوث الإصابات الرياضية، أعراضها، مضاعفاتها، العوامل المؤثرة فيها وتدرجها وتصنيفها وتشخيصها، التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة، الإصابات الرياضية في المجال الرياضي.

الفصل الثالث: كرة اليد وتم التطرق فيه إلى: تاريخها، تعريفها، قوانينها، متطلباتها، بعض طرق وسائل

الاسترجاع في المجال الرياضي، الإصابات الشائعة في كرة اليد، ودور المدرب في الحد ووقاية لاعبيه من الإصابات الرياضية.

يتضمن الجانب الميداني أيضا ثلاثة فصول موضحة كآتي:

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة وتم التطرق فيه إلى: الدراسة الاستطلاعية، مجتمع

وعينة الدراسة، المنهج المستخدم، المجتمع والعينة، أدوات الدراسة، مجالات الدراسة، الأساليب الإحصائية، إضافة إلى صعوبات الدراسة.

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج: وتم نفيه عرض وتحليل نتائج الدراسة.

الفصل السادس: مناقشة النتائج على ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة، وفيه تمت مناقشة نتائج

الدراسة التي تحصلنا عليها وذلك في ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة.

وفي الأخير توصلنا لاستنتاج عام، اقتراحات، وخاتمة.

الجانب التمهيدي:

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:

إن الطب الرياضي أحد العلوم الطبية التي تدرس وظائف الأعضاء والحركة وما يتأثر بها أو يؤثر فيها. ويختص الطب الرياضي كعلم حديث في بحث وعلاج التطورات والتغيرات الوظيفية والتشريحية والمرضية المختلفة في الجسم والناجمة عن نشاطه الحركي في الظروف العادية والمختلفة كالنشاط البدني الرياضي.

وتعد الإصابات الرياضية جانب مهم في موضوع الطب الرياضي وقد تطورت بتطور التشخيص ووسائل العلاج وبعد علم الإصابات الرياضية أساساً في تطوير قابلية الرياضي ووقايته من الإصابات لأن معرفة أسباب حدوث الإصابة تجعل المدرب ملم بطرق تفاديها وتوفير الأمن والسلامة أثناء النشاط البدني والوقاية الملائمة.

ويعتمد علم الإصابات الرياضية على علوم عدة وله علاقة مباشرة بعلم التشريح والفيزيولوجيا وعلم التغذية وكثير من العلوم الرياضية كعلم التدريب الرياضي، الاختبارات والمقاييس وعلم النفس وعلم الحركة والميكانيكا الحيوية¹ وارتباط هذه العلوم ببعضها البعض من شأنه إعداد اللاعب والاهتمام به من جميع النواحي سعياً للوصول إلى المستويات العالية والوقاية من الإصابات الرياضية وذلك من خلال التخطيط العلمي، ووضع البرامج المبنية على الأسس العلمية والتشخيص والتقييم ومعرفة الحالة الصحية والقدرات البدنية للاعب والاهتمام به من الناحية النفسية ودراسة سلوكه قبل وأثناء وبعد المنافسة الرياضية إضافة إلى الاهتمام بوسائل الاسترجاع والتمرينات العلاجية المختلفة حفاظاً على اللياقة البدنية للاعب وتفادياً لوقوعه في الإصابات الرياضية.

هذه الأخيرة تتنوع وتختلف نسبتها باختلاف عوامل عديدة منها نوع النشاط الممارس فكل نشاط رياضي طابعه وخصائصه التي تقررها محتوياته ومكوناته من حيث المتطلبات المهارية والخطية وكيفية الإعداد

¹ سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، الأكاديمية الرياضية العراقية، بغداد، 2004، ص5.

البدني كذلك عمر اللاعب والمستوى التدريبي إذ لا تقتصر الإصابات على مستوى معين ولا على فترة منافسات فقط بل تحدث في التدريب وممارسة النشاطات الترويحية الأخرى¹.

وتعتبر كرة اليد من بين الألعاب الجماعية التي يتعرض فيها اللاعبون للإصابات الرياضية ويعود ذلك إلى الزيادة الكبيرة لعدد الممارسين لهذه اللعبة إضافة إلى اتصافها بالقوة والسرعة في الأداء والاحتكاك الكبير بين اللاعبين، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن الاحتكاك يزيد من فرص ووقوع الإصابات الرياضية، وهذا ما أشار إليه **dimitris hatzimanouil** بأن (57.1%) من الإصابات الرياضية تكون نتيجة الاتصال العنيف مع الخصم²، وتختلف الإصابات في كرة اليد من حيث الشدة والموقع والمركز ومكان حدوث الإصابة في التدريب أو المباراة و أسبابها فمنها البسيطة والمتوسطة ومنها الشديدة، ويشير **enar Sand koren** إلى أن أكثر أجزاء الجسم عرضة للإصابات وهو الكتف والركبة كما أشار أيضا إلى أن (40%) من الإصابات تقريبا تحتاج إلى العلاج الطبي³، أما **M. karan filci** فقد أشار إلى اختلاف حدوث الإصابات من حيث وقت حدوثها في التدريب أو المباراة، حيث أن الإصابات خلال التدريب تحدث بنسبة 35% بينما خلال المنافسات بنسبة 65%⁴، كما وتختلف الإصابات الرياضية حسب مراكز اللعب بين حراس المرمى والمهاجمين والمدافعين، وهو ما أشار إليه **إسماعيل يوسف إسماعيل بغوي**.

لذا فإن معدل انتشار الإصابات في مجال كرة اليد أصبح ظاهرة تستدعي الانتباه لكل العاملين في هذا المجال، بالرغم من التقدم في مختلف العلوم الطبية والرياضية وإتباع أساليب جديدة في العلاج إلا أن الإصابات الرياضية مازالت منتشرة بشكل يهدد مستوى الأداء⁵.

¹ إسماعيل يوسف إسماعيل بغوي: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية للاعبين كرة اليد بالجمهورية اليمنية، مجلة الإبداع الرياضي، العدد 7، 2012، ص269.

² Dimitris Hatzi manouil : Injuries in Athletes of National Handball teams, jan 2008, p1.

³ Enar Sand Koran : Injuries in men's elite hand ball, University of OSLO, 2010, p3.

⁴ M. karanfilci , Banu Kabak : Analisis of sports injuries in training an comp etition far hand ball players, year 2013.

⁵ إسماعيل يوسف إسماعيل بغوي: مرجع سابق، ص269.

ومن هذا المنطلق تبلورت الفكرة في أذهاننا وجاءت دراستنا في محاولة للتعرف على الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية.

وعليه جاء التساؤل الرئيسي كما يلي:

- ما هي الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد؟

التساؤلات الجزئية:

- هل يؤدي نقص المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية؟
- هل يؤدي نقص إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية؟
- هل يؤدي نقص إعطاء المدرب أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية؟

2- الفرضيات:

2-1- الفرضية العامة:

- يوجد تنوع واختلاف الأسباب المؤدية على حدوث الإصابات الرياضية لدى اللاعبين كرة اليد.

2-2- الفرضيات الجزئية:

- يوجد نقص المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.
- يؤدي نقص إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.
- يؤدي نقص إعطاء المدرب أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.

3- أسباب اختيار الموضوع:

إن وراء كل بحث دوافع وأسباب معينة تجعل الباحث يتوجه على دراسة موضوع دون غيره من المواضيع.

واختيارنا لهذا الموضوع تحديداً "دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد" كان انطلاقاً من أسباب ذاتية وأخرى موضوعية.

3-1 الأسباب الذاتية:

- الميل الكبير إلى دراسة هذا الموضوع والتعمق فيه.
- تحفيز الباحثين لاهتمام أكثر بموضوع الإصابات الرياضية في نشاط كرة اليد.
- كوني لاعب سابق في إحدى الأندية لرياضة كرة اليد وتعرضت إلى عدة إصابات.

3-2 الأسباب الموضوعية:

- أهمية الموضوع وقابلية للدراسة والمناقشة.
- المساهمة في الرفع من مستوى رياضة كرة اليد الجزائرية.
- تزايد نسبة الإصابات الرياضية في كرة اليد.
- تأثر الحالة البدنية والنفسية للاعبين جراء الإصابات الرياضية.
- تأثر مستوى الأداء لدى اللاعبين المصابين خاصة بعد العودة من الإصابة.

4- أهداف الدراسة:

- من المؤكد أن لكل باحث أهداف يسعى إليها من خلال بحثه، وعليه فإن الهدف من بحثنا هذا هو:
- محاولة التعرف على الأسباب الفعلية المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد.
 - محاولة التعرف على الإصابات الرياضية الأكثر انتشاراً بين لاعبي كرة اليد.
 - محاولة التعرف على المواقع الأكثر عرضة للإصابات الرياضية في كرة اليد.
 - محاولة التعرف على المرحلة (الفترة) التي تزداد فيها نسبة الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد.

5- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في جانبين:

5-1- الجانب العلمي:

ويتمثل تقديم إضافة علمية جديدة يستفيد منها الطلبة والباحثين في ميدان التربية البدنية والرياضية فالكثير من الدراسات ركزت على مواضيع التدريب، التحضير البدني، طرق التدريب، اللياقة البدنية... في حين لم يلقى موضوع الإصابات الرياضية في كرة اليد اهتماما كبيرا وخاصة في البيئة الجزائرية، وعليه فقد توجهنا إلى دراسة هذا الموضوع لأهميته الكبيرة ورغبة منا في دراسة الجوانب المختلفة لهذا الموضوع لأنه كثيرا ما يتعرض الرياضي بصفة عامة ولاعب كرة اليد بصفة خاصة للإصابات الرياضية هذا ما يؤثر سلبا على مستوى الأداء لدى اللاعبين وعليه جاءت دراستنا هذه في محاولة لفهم أسباب حدوث الإصابات الرياضية في كرة اليد ومواقع حدوثها وأنواعها.

5-2- الجانب العملي:

ويتمثل في توعية المدربين والطاقم التدريبي ككل بخطورة الإصابات الرياضية، وضرورة توفير وإقامة فرص التكوين والمتابعة لهم فيها يتعلق بالتخطيط، التدريب، العملية التدريبية من جهة والإصابات الرياضية والإسعافات الأولية من جهة أخرى كذلك توعية المسؤولين بضرورة توفير الإمكانيات والأدوات الرياضية اللازمة وإنشاء الملاعب وفق معايير الأمن والسلامة وذلك في إطار الحد والوقاية من الإصابات الرياضية.

6- المفاهيم والمصطلحات:

6-1- الإصابة الرياضية:

هي تأثير نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج وتنقسم هذه المؤثرات إلى:

- مؤثر خارجي: أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كالاصطدام بزميل أو الأرض أو أداة مستخدمة.

- مؤثر ذاتي: أي إصابة اللاعب نفسه نتيجة الأداء الفني الخاطيء.

- مؤثر داخلي: تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والأملاح¹.

التعريف الإجرائي:

حدث يقع لرياضي عامة ورياضي كرة اليد بصفة خاصة، سواء كان ذلك في التدريب أو في المنافسة الرياضية تتعدد أسباب حدوثها وتفاوت درجاتها وشدتها تبعاً لنوعها وموقعها في جسم الرياضي.

6-2 تعريف كرة اليد:

هي من أحدث الألعاب الجماعية، ويعدّها الكثير لعبة مشتقة من كرة القدم وهي لعبة السرعة والإثارة معاً، تجمع بين الجري، القفز، واستلام الكرة وتميرها في أقل وقت ممكن، وتسجل الأهداف فيها عن طريق قذف الكرة في مرمى الخصم، وتحتاج ممارستها إلى لياقة بدنية عالية وقوة جسمانية. وتجري مسابقتها في الصالات المغلقة أو في الملاعب المفتوحة في الهواء الطلق².

التعريف الإجرائي:

هي لعبة جماعية يحدد الفائز فيها تبعاً لعدد الأهداف المسجلة في مرمى الخصم تلعب بسبعة لاعبين لكل فريق في ملعب مستطيل طوله 40م، وعرضه 20م لشوطين كل شوط مدته 30 د والراحة بين الشوطين 10 د، تعتمد على المهارات الهجومية والدفاعية، وتتميز بالاحتكاك القوي والمستمر بين اللاعبين وهذا من شأنه توليد إصابات رياضية جديدة أو تكرار إصابة سابقة الحدوث كما تحتاج كرة اليد إلى متطلبات بدنية عالية تأتي كنتيجة للتخطيط السليم والتدريب المبني على الأسس العلمية وهو ما يضمن للاعبين الأداء الجيد خلال التدريبات أو المنافسات من جهة ويساهم بشكل كبير في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية من جهة أخرى.

¹ عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004 ص 81.

² أحمد صبحي قبلان: كرة اليد (مهارات - تجريب - تدريبات - إصابات)، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2012 ص 9.

7- الدراسات السابقة والمثابفة:

الأبحاث العلمية تأتي في سياق البحث عن أجوبة للأسئلة التي تدور في ذهن الباحث، وعليه فإن الإطلاع على الدراسات المثابفة له أهمية كبيرة من حيث الاستفادة منها في تكوين خلفية نظرية عن موضوع الدراسة تكون دعامة يرتكز عليها عند الوصول إلى الجانب التطبيقي ومناقشة فرضيات الدراسة من حيث النفي والإثبات، فمن هذا المنطلق فقد قمنا بالإطلاع على مجموعة من الدراسات لفهم جوانب الموضوع وتحديد اتجاه ومسار البحث، واختبار المنهج والأدوات المناسبة في الدراسة وفيما يلي استعراض لهذه الدراسات.

7-1- الدراسات المحلية:

الدراسة الأولى

دراسة بعنوان: « علاقة الإصابات الرياضية بدافعية الإنجاز لحصة التربية البدنية عند تلاميذ الطور الثانوي» قام بها "بلبول فريد"، سنة 2008-2009.

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الإصابات الرياضية ودافعية الإنجاز عند تلاميذ الطور الثانوي أثناء حصة التربية البدنية والرياضية، وقد استخدم فيها المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان وقد شملت عينة الدراسة 70 تلميذ اختيروا بطريقة قصدية من أصل جميع تلاميذ الأقسام النهائية في الطور الثانوي لولاية المسيلة والذين سبق لهم وتعرضوا للإصابات رياضية وقد اعتمد الباحث على برنامج spss لمعالجة النتائج.

وكانت النتائج الدراسة كما يلي:

- تؤثر الإصابات سلبا على سلوك التلاميذ الذين سبق وتعرضوا للإصابات الرياضية وذلك أثناء قيامهم بحصة تربية البدنية والرياضية.

- تؤثر الإصابات الرياضية سلبا على مستوى التنافس عند التلاميذ الذين سبق لهم وتعرضوا للإصابات الرياضية وذلك أثناء قيامهم بالألعاب الجماعية.

- تخفض الإصابات الرياضية من مستوى أداء التلاميذ ورغبتهم في تحقيق النجاح أثناء الحصة.

الدراسة الثانية:

دراسة بعنوان: « العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية على مستوى ميادين كرة القدم بالمركبات الجوية بالجزائر»، " لبن شريف ياسين"، سنة 2009-2010.

هدفت الدراسة إلى اكتشاف عن العلاقة بين الاختلاف في مقاييس انجاز ميادين كرة القدم بالمركبات الجوية والارتفاع نسبة الإصابات الرياضية عند الممارسين في الجزائر واكتشف عن العلاقة بين غياب الرقابة الدورية لملاعب وميادين كرة القدم وبين ارتفاع نسب الإصابات لدى ممارسين بالجزائر.

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان والمقابلة. وقد شملت عينة الدراسة 45 مدير بالمركبات الرياضية الجوية المنجزة بولايات (الأغواط، الجلفة، المسيلة) اختيروا الطريقة قصدية وتم الاعتماد على برنامج SPSS لمعالجة النتائج.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- أن عدم وجود معايير مقاييس ومواصفات موحدة ومحددة تتجز وتجهز على ضوءها ملاعب كرة القدم يعد سبب مباشر في ارتفاع نسب الإصابات بهذه الملاعب، وأنه كلما أخضعت ميادين كرة القدم بالمركبات الرياضية الجوية للمراقبة الفنية الدورية كلما قلت نسب حدوث الإصابات الرياضية وأن عدم القدرة على التمييز بين طبيعة أرضيات كرة القدم ونوعية ساحة اللعب وصلاحياتها من عدمها له أثر في ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية.

الدراسة الثالثة:

دراسة بعنوان "الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا في الرياضيات الجماعية والفردية وأسباب حدوثها" لأمزيان أسامة، سنة 2009-2010.

هدفت الدراسة إلى تشخيص أنواع الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا في الرياضيات الجماعية والفردية وتحديد الأماكن الأكثر عرضة لها ومعرفة الأسباب الحقيقية المؤدية لها. وقد استخدم فيها المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان حيث شملت عينة الدراسة 67 لاعب بأندية المجمع النفطي للجزائر العاصمة أكبر ذكور في اختصاص كرة اليد ، كرة لسلة، الكاراتيه، والجيدو، اختيروا بطريقة قصدية وتم الاعتماد على برنامج SPSS لمعالجة النتائج.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- هناك علاقة إرتباطية معنوية بين أنواع الإصابات الرياضية ونوع الرياضة الممارسة سواء كانت جماعية أو فردية، حيث تختلف أنواع الإصابة باختلاف التخصص الرياضي الممارس.
- هناك علاقة إرتباطية معنوية بين الأماكن الأكثر عرضة للإصابات الرياضية ونوع التخصص الرياضي، حيث تختلف أماكن الإصابة باختلاف التخصص الرياضي الممارس.
- هناك اختلاف في الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات تقديم الإسعافات الأولية والعلاج وإعادة التأهيل الحركي أنواع الرياضات الممارسة الفردية والجماعية.

الدراسة الرابعة:

دراسة بعنوان "أنواع وأسباب الإصابات الرياضية لدى ممارسي النشاطات البدنية والرياضية في فترة المراهقة" لـ "برجم رضوان"، سنة 2012-2013.

هدفت الدراسة إلى معرفة أنواع وأسباب ومواقع حدوث الإصابات ووضع أسس وقائية يمكن أن تحتويها المناهج الدراسية من خلال كشف الخلل من أجل تنفيذ المفردات المقررة دون إعاقة قدر الإمكان

حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي المسحي، وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان، وقد شملت عينة الدراسة 95 طالب من مجموع أفواج الطلبة (السنة الثالثة والرابعة)، بمعهد التربية البدنية والرياضية جامعة دالي إبراهيم، اختيروا بطريقة عشوائية، وكأدوات إحصائية تم استخدام قانون النسبة المئوية اختبار ك²، الانحراف المعياري، معامل الارتباط، وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- هناك نسبة كبيرة من الإصابات الرياضية بين طلبة السنة الثالثة والسنة الرابعة في معهد التربية البدنية والرياضية.

- تركزت الإصابات في الأطراف السفلى وخاصة مفصلي الكاحل والركبة.

- عدم كفاية الإحماء وعدم إتقان الأداء المهاري والتكنيكي الخاص بكل لعبة هما السببان الرئيسيان للإصابات الرياضية.

- زيادة عدد الإصابات في النشاطات متعددة التكنيك والمهارات التي تتطلب سرعة الأداء مثل ألعاب القوى والجمباز.

- ظهور توافق بين ما توصلنا إليه من نتائج البيانات للطلبة المصابين وما دونه الأساتذة المشرفين على النشاطات المختلفة، هذا لا يدل على خلل في تنفيذ المقاييس التطبيقية للنشاطات البدنية والرياضية المقررة.

الدراسة الخامسة:

دراسة بعنوان: « دور المراقبة الطبية في التقليل من الإصابات الرياضية في رياضة المصارعة المشتركة » لـ"بوحدة ناصر"، سنة 2014-2015.

هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على مدى ضرورة الفحص الطبي الأولي لهدف التقليل من الإصابات.

- التعرف على مدى ضرورة إجراء الفحص الطبي التقييمي لهدف التقليل من الإصابات.

- التعرف على مدى إجراء المتابعة الطبية لهدف اجتناب تفاقم الإصابة الرياضية.

حيث اعتمد الباحث المنهج الوصفي كأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان، طبق على عينة تمثلت في التلاميذ الممارسين لرياضة المصارعة صنف أكابر التابعين للثانوية الرياضية الوطنية بدارية والبالغ عددهم 19 رياضي، اختيروا بطريقة مقصودة.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- أن إجبارية إجراء الفحص الطبي الأولي داخل المؤسسة من طرف الطبيب وممثلة بنسبة 63.15% وإجبارية تقديم شهادة طبية لممارسة رياضة المصارعة ومتمثلة بنسبة 89.47% عاملان في غاية الأهمية وساهما بدور كبير في التقليل من الإصابات عند رياضي المصارعة.

- تمثلت أهمية الكشف الطبي التقييمي في منتصف السنة الدراسية في تقييم الحالة الصحية للرياضيين ومتمثلة بنسبة 94.74% وبالتالي تم تكييفهم لبرنامج تدريبي ملائم حسب المعلومات الصحية لكل رياضي قصد حمايتهم من الإصابات.

- عدم متابعة الرياضيين الذين هم في حاجة إلى علاج ذلك قد يعرضهم لتكرار الإصابة أو تحويلها لإصابة مزمنة وممثلة بنسبة 53.85%.

- المغامرة بالحالة الصحية للرياضي يؤدي إلى أضرار ومضاعفات طبية جسيمة قد تؤدي إلى ابتعاده نهائيا واعتزاله.

- للعناية الطبية أهميتها القصوى في الرجوع بالرياضيين إلى لياقتهم البدنية والصحية السابقة.

الدراسة السادسة:

دراسة بعنوان: « الاختلافات والفروقات في أنواع وأسباب الإصابات الرياضية بين التخصصات الرياضية الفردية والجماعية » لأمزيان أسامة، سنة 2016-2017.

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الاختلافات والفروقات في أنواع ومواقع الإصابات الرياضية بين التخصصات الرياضية الفردية والجماعية (كرة اليد، كرة السلة، الكرة الطائرة، ألعاب القوى، الكارتي دو

والجيدو) والأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاستعانة باستمارة استبيان، وقد شملت عينة الدراسة 99 رياضي صنف أكابر من أندية المجمع الرياضي النفطي بالجزائر، اختيروا بطريقة قصدية، وتم الاعتماد على برنامج SPSS لمعالجة النتائج.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- اختلاف الإصابة الرياضية باختلاف التخصص الرياضي الممارس.
- هناك أسباب مشتركة في حدوث الإصابات بين مختلف الاختصاصات الفردية والجماعية وهناك أسباب ترتبط بنوع الرياضة الممارسة.
- تقديم الإسعافات الأولية والعلاج الكافي وإعادة تأهيل للاعبين أثناء تعرضهم للإصابات الرياضية بالغ الأهمية في الرياضات الجماعية مقارنة بالرياضات الفردية.

الدراسة الخامسة:

دراسة بعنوان: « الإصابات الشائعة لدى لاعبي كرة اليد » لـ "بن تركي محمد أنور" سنة 2016-

2017.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد وأسباب حدوثها، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان حيث شملت عينة الدراسة لاعبي كرة اليد بمراكز إعادة التأهيل الحركي لولاية بسكرة، وكأداة إحصائية تم فيها استخدام قانون النسبة المئوية.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في مراكز إعادة التأهيل الحركي والوظيفي خلال السنة الواحدة يتجاوز 8 رياضيين مصابين.
- أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي تكون على مستوى الركبة والسبب في ارتفاع هذه الإصابات هي العوامل البيئية "المناخ".

- الصنف الأكثر تعرضاً للإصابات الرياضية هو صنف الأكاير.
- أغلب الإصابات الرياضية تحدث أثناء المقابلات الرياضية.
- أما العلاج الأكثر استخداماً للإصابات الرياضية هو علاج عن طريق التدخل الجراحي حيث كانت مدة شفاء الرياضي من الإصابة أكثر من شهرين.
- للتحسيس والتوعية دور كبير في التقليل من نسبة الإصابة في الأواسط الرياضية.

7-2- الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

دراسة بعنوان: « دراسة تحليلية للإصابات الرياضية عند طلبة كلية التربية الرياضية » قام بها "سميعة خليل محمد"، سنة 1999.

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أسباب ومواقع حدوث الإصابات الرياضية ووضع الأسس الوقائية التي يمكن أن تحتويها المناهج الدراسية. وقد استخدمت الباحثة المنهج المسحي، وكأداة بحث تم الاعتماد على استمارتين استبيان، الأولى موجهة للطلبة المصابين والثانية خاصة بالمدرسين. حيث شملت عينة الدراسة طلبة كلية التربية الرياضية المصابين للمراحل الدراسية الأربعة إذ بلغ عددهم (204) مصاب من أصل (1245) طالب.

وكانت النتائج الدراسة كما يلي:

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

- ارتفاع نسبة إصابات الأطراف السفلى وخاصة مفصلي الركبة والكاحل.

- عدم كفاية الإحماء بنوعيه، والمفردات الخاصة لكل لعبة من النواحي التكتيكية والمهارية كانت من أهم أسباب الإصابات.

- زيادة نسبة الإصابات في النشاطات متعددة التكتيك والمهارات التي تتطلب سرعة الأداء.

الدراسة الثانية:

دراسة بعنوان: « دراسة تحليلية لأسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخب الوطني تبعا لفترات الموسم الرياضي »، قام بها "ماجد فايز مجلي"، و"ماجد سليم الصالح"، سنة 2004-2005. هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أهم الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية وأنواع الإصابات الرياضية والمناطق الأكثر عرضة للإصابات وأكثر أنواع العلاج المستخدم تبعا لفترات الموسم الرياضي وتبعا لمتغير الجنس ونوع اللعبة والعمر التدريبي، وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستمارة، أما عينة الدراسة فقد شملت 291 لاعب ولاعبة من لاعبي المنتخب الوطني. وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- أكثر الأسباب المؤدية إلى الإصابات الرياضية عند لاعبي المنتخب الوطني هي عدم القيام بالفحوصات الطبية الدورية وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور ولصالح الألعاب الفردية.
- أكثر الإصابات حدوثا كانت في فترة الإعداد أما عن أكثر أنواع العلاج المستخدم فكان العلاج الطبيعي.
- أكثر الإصابات الرياضية انتشارا هي التقلصات. وأن الكاحل هو أكثر المناطق عرضة للإصابة.

الدراسة الثالثة:

دراسة بعنوان: « دراسة تحليلية للإصابات الرياضية للاعبين كرة اليد » قام بها "إسماعيل يوسف إسماعيل بغوي"، سنة (2010).

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الإصابات الشائعة بين اللاعبين ومواقع الإصابات في كل مركز من مراكز اللعب ودرجتها وأسباب حدوثها، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاعتماد على الاستبيان لجمع البيانات وقد شملت عينة الدراسة أندية الجمهورية اليمنية والمسجلين بالإتحاد اليمني لكرة اليد (الأندية الدرجة الأولى) 21 مدريا، 21 خبيرا في كرة اليد والإصابات الرياضية.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- يتعرض لاعبي كرة اليد لإصابات شائعة هي الكدم، الالتواء، الخلع، تحدث خاصة في الكتف واليد ورسغ اليد والعضد والساعد وكذا الركبة ومفصل القدم والخذ والساق والقدم.
- توجد فروق في أجزاء الجسم الأكثر تعرضا للإصابة عند لاعبي كرة اليد حسب مراكز اللعب.
- تتنوع وتتعدد أسباب حدوث الإصابات لدى لاعبي كرة اليد، فمنها ما هو متعلق بفترة الإعداد أو المنافسة
- العوامل الداخلية والخارجية السلوك الرياضي. وأهم هذه الأسباب نجد قصر مدة الإعداد وعدم الاهتمام بها
- إخفاء اللاعبين للإصابة قصد المشاركة في المباراة، عدم الاهتمام بالتغذية، سوء الأحوال المناخية وعدم
- مناسبة أرض الملعب، الانفعال الزائد، سوء التحكيم، عدم الاهتمام بالإسعافات الأولية وعدم التزام المدرب
- والطبيب بالتعليمات.
- إمكانية تجنب الإصابات لدى لاعبي كرة اليد وذلك من خلال إتباع عوامل الأمن والسلامة (الاهتمام
- بالإحماء، الاهتمام بتدريبات القوة، المعالجة الفورية للإصابات البسيطة، العناية بالتغذية السليمة).

الدراسة للرابعة:

دراسة بعنوان: « واقع الإصابة الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية » قام بها "محمود عذب" سنة (2014).

هدف الدراسة إلى التعرف على واقع الإصابة الرياضية لدى تخصص التربية لبدنية من حيث موقع الإصابة وأسباب وطرق الحد من الإصابة الرياضية وأكثر المحاضرات العلمية التي تحدث بها الإصابة. حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي وكأداة بحث تم الاعتماد على الاستبيان لجمع البيانات، وقد شملت عينة الدراسة 100 طالب من طلبة تخصص التربية الرياضية.

وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- أكثر أنواع الإصابات شيوعا في تخصص التربية الرياضية هي الشد العضلي.

- أكثر مواقع التي تحدث بها الإصابة هي القدم.
- أكثر المحاضرات العلمية التي تحدث بها الإصابة هي الجمباز.
- أهم أسباب الإصابة الرياضية هي ضعف مستوى اللياقة البدنية وأن أهم الطرق للحد من الإصابة الرياضية هي الإحماء الجيد قبل التمرين.

الدراسة الخامسة:

دراسة بعنوان: « الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعات الفلسطينية » لـ "علاء ماجد ندى"، سنة 2014.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص تربية رياضية من حيث أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً وأكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة تبعاً إلى متغيرات الجنس ومستوى الدراسي ونوع اللعبة والجامعة وكذلك التعرف على الأسباب المؤدية إلى الإصابات الرياضية، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي كأداة بحيث تم الاستعانة بالاستبيان حيث شملت عينة الدراسة 247 طالب وطالبة تخصص تربية بدنية ورياضية بجامعات فلسطين بالضفة الغربية. وتم الاعتماد على برنامج SPSS في معالجة النتائج.

وقد كانت نتائج الدراسة كما يلي:

- تختلف الإصابات الرياضية من جامعة إلى أخرى لأسباب لها علاقة بالإمكانيات والموقع الجغرافي وغيرها من الأسباب وقد كان عدم الاهتمام بالإحماء الجيد من الأسباب الرئيسية للإصابة الرياضية.
- أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة كان مفصل الكاحل يليه الظهر.
- يوجد اختلاف في نوع الإصابات الرياضية في إصابات التمزقات والكدمات والكسور بين الألعاب الجامعية والفردية لصالح الألعاب الجماعية.

- يوجد اختلاف في أكثر أعضاء الجسم عرضة للإصابة في مفصل الركبة والرأس وأصابع اليد والسليمان بين لألعاب الجماعية والفردية لصالح الألعاب الجماعية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في الدرجة الكلية لأسباب الإصابات الرياضية تعزى إلى متغيرات الجنس والمستوى الدراسي ونوع اللعبة بينما كانت الفروق دالة إحصائياً تبعاً إلى متغير الجامعة.

- الإصابات الرياضية تحدث لأعضاء الجسم المختلفة ولكلا الجنسين ما دام هناك ممارسة رياضية وتحدث في جميع المستويات الدراسية ما دام هناك متطلبات للمهارة الأساسية في الألعاب المختلفة.

الدراسة السادسة:

دراسة بعنوان: « الإصابات الرياضية الأكثر انتشاراً لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين » لـ "أسيد كمال محمود جبالي"، سنة 2016.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإصابات الرياضية الأكثر انتشاراً لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين من حيث طبيعة الإصابة مكانها نوعها، شدتها، عدد مرات إصابة اللاعب، وفترة حدوث الإصابة، والسبب في حدوث الإصابة تبعاً لمتغير الخبرة ومركز لاعب ومشاركة اللاعب، وعمر اللاعب، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكأداة بحث تم الاستعانة بالاستبيان، وقد شملت عينة الدراسة 135 لاعب موزعين على 12 نادي. وقد تم الاعتماد على SPSS لمعالجة النتائج.

وقد كانت نتائج الدراسة كم يلي:

- إصابة العضلات هي الأكثر انتشاراً لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين يليها الأربطة والأوتار بينما كانت الأعصاب أقلها، وأن الفخذ والركبة والقدم أكثر الأماكن عرضة للإصابات. وكان التمزق والشد العضلي والكدمات أكثر الإصابات الرياضية انتشاراً من حيث نوع الإصابة أما من حيث الشدة فقد

كانت الإصابات المتوسطة الأكثر انتشارا وقد كانت أكثرها في فترة المنافسة، وكانت الحركات المفاجئة والضربات المباشرة والإحماء الغير الكافي أكثر الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية.

- لا يوجد فروق في الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا تعزى لمتغير خبرة اللاعب من حيث (طبيعة الإصابة، مكانها، نوعها، شدتها وإصابة لاعب وسبب الإصابة).

- بينما توجد 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 تعزى لمتغير مشاركة اللاعب باستثناء إصابة المفاصل والغضاريف التي كانت أكثر انتشارا لدى لاعبي الاحتياط.

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدوث الإصابات الرياضية أثناء التدريب بين اللاعبين الأساسيين

ولاعبي الاحتياط ولصالح لاعبي الاحتياط، وكذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حدوث الإصابات

أثناء المنافسة بين اللاعبين الأساسيين والاحتياط ولصالح اللاعبين الأساسيين، بينما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية بينهم في حدوث الإصابات أثناء التدريب والمنافسة.

8- التعليق على الدراسات السابقة والمشابهة:

بالإطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة، وجد الباحثان أن هناك توافق كبير في الوسائل

والإجراءات المستخدمة في البحث والدراسات المختلفة كما أن جل هذه الدراسات تم البحث فيها حول أنواع

الإصابات الرياضية وأكثر مناطق عرضة للإصابة والأسباب المؤدية لحدوثها، وقد استفاد الباحثان من

الدراسات السابقة في كونها شكلت انطلاقة لدراسة علمية جديدة، تساهم في بناء الإطار النظري لدراستنا مع

التطلع إلى اختيار المنهج المناسب والعينة وأدوات الدراسة، حيث اتفقت جل هذه الدراسات في النهج

المستخدم وهو المنهج الوصفي وكأداة بحث نجد أن كل هذه الدراسات اعتمدت على الاستبيان كأداة لجمع

البيانات أما بالنسبة لعينة الدراسة والأدوات الإحصائية فنجد أن معظم هذه الدراسات اختيرت فيها عينة

الدراسة بطريقة قصدية أما عن الأساليب الإحصائية فنجد أن معظمها عمدت إلى استخدام برنامج SPSS لمعالجة النتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الطب الرياضي

تمهيد:

إن علم الطب الرياضي أحد العلوم المهمة جدا ولها تأتي كثيرا في الرياضة خصوصا الجماعية والفردية وهو في حد ذاته أحد العلوم متعدد الفروع وذلك الوقاية من الأمراض والإصابات الناجمة عن التدريب وعلاجها وتفاقمها فمنذ آلاف السنين استعملوا رياضة الجمناز للحفاظ على الصحة والوقاية من الإصابات خاصة العقلية منها.

1-1- تعريف الطب الرياضي:

الطب الرياضي هو أحد التخصصات الطبية الحديثة وفيه يتم تطبيق مختلف الفروع والفنون الطبية على النشاط البدني عامة وممارسة الرياضة خاصة فهو يهتم بعودة اللاعب بعد مرضه أو إصابته بطلال كما كان في نفس درجة لياقته البدنية والفنية السابقة للمرض وللإصابة.

وكما أن الطب الرياضي يهدف إلى الاختيار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين ويقوم أيضا بمراقبة التأثيرات التي تتركها الرياضة على جسم الرياضي وذلك بواسطة أجهزة حديثة كجهاز اللياقة البدنية وجهاز التصوير التحليلي والتي يمكن بواسطتها أخذ فيلم اللاعب أثناء التمرين، وتحليل حركاته بالسرعة وبالبطء وعرضها له، وتعليق المدرب والطبيب عليها حتى يشغل الحركات الإيجابية ويتجنب الحركات السلبية وإيجاد لها علاقة باللعبة¹.

ويعتبر الطب الرياضي فرع من العلوم الطبية الحديثة والذي تعددت فروعه لتخصصه لخدمة المجال الرياضي حتى اصحب مجالا قائما بذاته.

كما يقع على كاهل المختصون في مجال الطب الرياضي مسؤولية الرعاية الطبية المتكاملة للممارسين للأنشطة الرياضية والرعاية الطبية للرياضيين لا تتوقف عند حد تقديم الرعاية العلاجية للاعبين المصابين وإعادة تأهيلهم فحسب بل تتضمن أيضا اتخاذ الإجراءات الوقائية لمنع حدوث الإصابات².

ويمكننا أن نقسم الطب الرياضي الحديث إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- **بيولوجيا الطب الرياضي:** وتشمل كافة العلوم الطبية الفسيولوجية والبيولوجية والمرضية.

¹ سمير خلوة: إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود اللاعبين كرة القدم، مذكرة ليسانس المسيلة 2008/2007، ص 11.

² بوحدة ناصر: دور المراقبة الطبية في التقليل من الإصابات الرياضية المصارعة المشتركة، مذكرة ماستر، الجزائر 2014، 2015 ص 16.

ب- إصابات الملاعب والعلاج الطبيعي: وتشمل الجوانب الوقائية والتشخيصية والعلاجية (ماعدًا إجراء التدخلات الجراحية وكذلك كافة الجوانب التأهيلية فيها بعد الإصابة تمهيدا لعودة اللاعب إلى نفس مستواه كبطل وليس كفرد عادي¹.

1-2- أنوع الطب الرياضي:

1-2-1- الطب الرياضي التقييمي:

يشتمل على اختبارات وفحوصات خاصة تحدد من خلالها حالة اللاعبين من النواحي المختلفة (الصحية الوظيفية، التشريحية، النفسية) ومقارنتها بما يجب أن يكونوا عليه وفقا لمتطلبات الأنشطة الرياضية التي يمارسها وذلك لمعرفة النقص بين حالة اللاعبين وما يجب أن يحققه من أهداف للوصول للمستويات العالية.

1-2-2- الطب الرياضي التوجيهي:

يختص هذا الفرع بإجراء اختبارات سيكولوجية وقواميه ووظيفية ومن خلال هذه الاختبارات يتم توجيه اللاعبين والممارسين إلى الرياضات التي تتناسب مع إمكانياتهم بما يحقق الوصول على المستويات العالية².

انطلاقا من الاختبارات التشريحية والمورفولوجية والفيزيولوجية وعن طريق الاختبارات السيكولوجية يتم توجيه الناشئين للألعاب والرياضات التي تتناسب مع إمكانياتهم، فيكون عمل المدرب وما يبذله من جهد منصب على اللاعبين ذوي الإمكانيات والمواهب الخاصة المتفقة مع متطلبات اللعب، والأنشطة كما يحققه أصول المستويات العالية³.

¹ أسامة رياض، إمام حسن النجمي: الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط1، مركز الكتاب للنشر، 1999، ص140.

² يوحدة ناصر: مرجع سابق، ص 16.

³ أسامة رياض، إمام حسن النجمي: مرجع السابق، ص 140.

1-2-3- الطب الرياضي الوقائي:

يختص هذا النوع بالبحث في التغيرات الفيزيولوجية والوظيفية والتشريحية والنفسية التي تحدث للاعبين في مختلف الظروف الحياتية سواء في الملاعب أو خارجها سواء كانت هذه التغيرات سلبية أو إيجابية وبصدد التوجيهات الوقائية بما يجب اتخاذه للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم وما يجب الابتعاد عنه.

1-2-4- الطب الرياضي العلاجي والتأهيلي:

يختص هذا النوع بتقديم الخدمات الطبية العلاجية للاعبين المصابين وفقا لطبيعة الإصابات ومتطلباتها.

كما يختص بتحديد البرامج التأهيلية أثناء الإصابة بعد الشفاء منها وتحديد الوقت المناسب للاعب للعودة لممارسة الأنشطة الرياضية وللمنافسات أيضا¹.

1-3- الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث:

وتمثل هذه الجوانب الطبية فيما يلي:

- الخدمات الطبية في المجال الرياضي (في الملعب)
- الاختبارات الطبية الفيزيولوجية والقياسات الأنتروبومترية والنفسية للرياضي (يتعدى عددها 300 اختبار).
- الوقاية والعلاج من إصابات الملاعب.
- تقديم إرشادات التغذية اللازمة طبقا لنوع الرياضة وكمية المجهود المبذول من اللاعب (تدريب ومنافسة، بطولة).
- إجراء العلاج الطبيعي اللازم لتأهيل اللاعب ما بعد الإصابة.

¹ بوحدرة ناصر: مرجع سابق، ص 16-17.

- مقاومة استخدام الرياضيين المنشطات ويتطلب ذلك معرفتها بأنواع وطرق الكشف عنها وتاريخ وأنواع مقاومتها.

- طرق الإسعاف الأولي في الإصابات وأمراض العيون والأنف والأذن الحنجرة والتفرقة بين القلب الرياضي بين أمراض القلب المختلفة وحل المشاكل الطبية لبعض الأمراض الجلدية والصدرية وإرشاد المسؤولين عن الفرق الرياضية لطرق ومواعيد التطعيم اللازم قبل السفر إلى الخارج.

- المشاكل الطبية الخاصة بإعداد اللاعبين للمباريات في أراضي مرتفعة عن سطح أو درجات الحرارة الغي المناسبة (باردة جدا أو مرتفعة جدا أو رطبة جدا)¹.

1-4- أهداف علم الطب الرياضي:

ونلخصها في الأهداف الرئيسية التالية:²

- الوصول بالرياضيين إلى المستوى من كفاءة البتة والصحية والنفسية والعقلية والمحافظة على هذا المستوى لأطول مدة ممكنة.

- توجيه الناشئين إلى الألعاب التي تتناسب وإمكانيتهم بناء على فحوصات تشريحية قواميه ووظيفية وسيكولوجية.

- تحديد نواحي النقص وحالة اللاعبين من النواحي الصحية والتشريحية والوظيفية والنفسية ومقارنتها بما يجب أن يكون عليه الفرد وفق المتطلبات اللعبة وفي ظل المراحل النسبية المختلفة.

- توجيه اللاعبين لما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط الرياضي.

¹ أسامة رياض: الإسعافات الأولية للإصابات الملاعب، ط1، مركز الكتاب للنشر بالقاهرة، مصر الجديدة، 2002، ص 21.
² عادل علي حسن: الرياضة والصحة عرض بعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها، ط1، نشأة المعارف بالإسكندرية 1995، ص 8.

- استخدام الوسائل العلاجية المناسبة لعلاج الأمراض والإصابات الرياضية بالتعاون مع فروع الطب المختلفة كالعظام والجراحة والأعصاب والعلاج الطبيعي.

-تحديد برامج تدريب المصابين أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وحتى السماح للاعب بالعودة للمنافسات¹.

1-5- مهام الطب الرياضي:

المهام الأساسية للطب الرياضي هي:

- الاحتياطي والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين في إطار منظم.
- تحديد الحالة الصحية، التطور البدني والحالة الوظيفية لعضوية الممارسة.
- مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة عن التدريب
- تقييم الجملة البدنية أثناء المنافسة ومراقبة الرياضيين تستدعي التنسيق بين المدرب والطبيب المختص وهذا لأداء المهام المخصصة والحصول على النتائج ثم المراقبة تحت عدة أشكال.

1-5-1- فحص معقد: ويتم تجسيده بعد التحصل على معلومات بيولوجية طبية وفيزيولوجية.

1-5-2 فحص ديناميكي: ويتشكل من ثلاثة أنواع من الفحوص الطبية:

1-5-2-1 فحص طبي معمق: يجب تكراره ثلاث مرات على الأقل في كل موسم، يتم إجراء هذا الفحص

خلال المرحلة التحضيرية قبل الدخول في بداية الموسم وكذلك يعاد خلال المنافسة ويمكننا هذا الفحص من

تقييم:

- الحالة الصحية.

- التطوير البدني.

- الحالة الوظيفية والتكيف مع الجهد البدني.

1-5-2-2- الفحص الطبي على مراحل: يجري هذا الفحص أثناء التريصات التي يقوم بها الرياضيين.

¹ عادل علي حسن:مرجع سابق، ص9.

1-5-2-3- الفحص الطبي المستمر: يتم خلال مراحل التدريب، ويسمح بمراقبة الحمولات والقيام بتصحيح مخطط حمولات التدريب¹.

1-6- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي:

هناك علاقة وثيقة للطب الرياضي بالتدريب الرياضي العام، وعلى سبيل المثال نجد أن التقييم الطبي الفيزيولوجي يسهل للمدرب المؤهل الاطلاع على مستوى اللياقة البدنية العامة لفريقه وبالتالي اختيار أنسب العناصر الجاهزة للمباريات، كذلك يقدم أخصائي الطب الرياضي للمدرب رأيه في خطط التدريب العام ومدى ترقيات تطبيقها لكل لاعب من حيث الجرعة التدريبية لكل منهم في كل تدريب ورأيه في مواعيد الراحة والتغذية ونوعية التدريب اللازم وأثر الإصابات الحالية والسابقة على مستوى الأداء كل لاعب وذلك بالإسهام بالرأي والمشورة الطبية للمساعدة في اختيار أكفأ العناصر الجاهزة لتمثيل الفريق ويشمل ذلك أيضا الإرشادات الطبية الخاصة بتجنب الإرهاق البدني ودراسات تأقلم الجهاز الدوري التنفسي والجهاز العضلي مع مجهودات اللاعب².

1-7- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي:

نلاحظ أن اغلب الخبرات تؤيد أن المدرب الذي يلم بالمعلومات الأساسية في مجال الطب الرياضي يصبح قادرا على:

- فهم المشاكل المحيطة باللاعب وبعضها إن لم يكن أغلبها لها ارتباط بالناحية الطبية، هذا يجعل المدرب قادرا على اتخاذ الإجراءات الضرورية والصحيحة في الوقاية.
- في تجنب أي تدهور للحالة الصحية للاعب وعلى النقيض نجد أن المدرب غير الملم بعلوم الطب الرياضي، من المتحمل أن يدفع اللاعب إلى أكثر حدوده وقدراته، مما يؤدي إلى نتائج سلبية وعكسية.

¹ مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993، ص ص 07-09.

² أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: مرجع سابق، ص 142.

- اتخاذ قرار تحويل اللاعب الطبيب المختص في الوقت المناسب.
- تقديم المساعدات الضرورية في حالة تواجد أحد أفراد الفريق الطبي، فوقت الطبيب مكلف، ويجب استغلاله بالطريقة المثالية، وواجبه الأساسي هو الاستشارة والعلاج والتأهيل، ومن الصعب تواجده في كل فترات التدريب أو المسابقات.

وهذا ما يحدث واقعا في الدول النامية التي تعاني من نقص شديد في الخدمات الطبية وليس عندها العدد الكافي من الأطباء للعناية بالأمراض، أو حتى الدواء، فما بالك بالعناية بإصابة الرياضيين الأصحاء. ومن الملاحظ أنه يمكن التغلب على نسبة كبيرة من المشاكل التي تواجه الرياضي أثناء التدريب عن طريق شخص مؤهل ملم بالمعلومات الطبية الأساسية دون الحاجة الماسة إلى تدخل الطبيب المستمر فإذا تم إعداد المدرب في هذه الناحية فسيكون بلا شك قادرا على أداء هذا الدور بنجاح.

- مساعدة الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع وإعداد البرنامج التأهيلي المناسب للرياضي.
- تقديم الإسعافات الأولية بطريقة صحيحة وسليمة.
- فهم النواحي الميكانيكية التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بغرض المساعدة في الوقاية من حدوثها.
- اكتشاف الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى يتجنب اللاعب خطر الإصابة.
- التشاور مع اللاعب في كل الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة والأداء.

وقد تبنى هذا الاتجاه المؤتمر الطبي الذي عقده الاتجاه الدولي لألعاب القوى في مسكني في عام 1983 حيث أشار أكثر من متحدث على أهمية إعداد المدرب بالدور المناسب حتى في تشخيص وعلاج الرياضة وخاصة في الدول النامية التي تستطيع أن توفر العدد الكافي من الأطباء والمختصين مع التركيز على العمل الجماعي ما بين المدرب والطبيب والرياضي كما أشاروا في الدور البارز الذي يؤديه المدرب في المراحل المتأخرة مع العلاج بالإشراف على التدريبات التي توصف لتأهيل الإصابة والتي تحافظ على اللياقة

للاعب بالإضافة إلى مسؤوليته في اكتشاف الإصابات التي تحدث أثناء الأداء وتساعده في تقييم الإصابات المختلفة¹.

1-8- واجبات الطب الرياضي:

- تنظيم وتنفيذ الفحوصات الطبية لجميع الأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
- وضع الأسس الصحية لطرق ووسائل التربية البدنية والرياضية واستنباط طرق جديدة وتطوير طرق الفحص الطبي للرياضيين والتشخيص وعلاج الأمراض والإصابات الرياضية.
- توفير مستوى عالي من التأثيرات الصحية للممارسة التربية البدنية والرياضية لجميع الممارسين من مختلف الأعمار وكلا الجنسين.
- تحديد الظروف ذات التأثيرات السلبية على الصحة وكيفية تجنبها للاستفادة بالتأثيرات الإيجابية. ويتحقق ذلك من خلال المهام التالية:
- الفحص الطبي للأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
- العناية بصحة الرياضيين ذوي المستوى العالي.
- الاختبارات الفيزيولوجية.
- الوقاية والعلاج.
- مراعاة الظروف الصحية في أماكن ممارسة الأنشطة الرياضية سواء في التدريب أو المنافسة.
- توفير الرعاية الطبية خلال المنافسات الرياضية.
- علاج الإصابات الرياضية².

¹ عادل علي حسن، مرجع سابق، ص ص 75-77.

² أبو العلاء عبد الفتاح: فسيولوجيا التدريب الحديث، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص 50.

1-9-1- المراقبة الطبية:

1-9-1- مفهوم المراقبة الطبية:

- هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من اجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث.
- هي عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للاعبين وتختلف من حالة إلى أخرى وتشمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج¹.

1-1-9-1- استمارة التقييم الطبي للاعب:

يجب أن يكون لكل لاعب استمارة للتقييم الطبي، وإذا ما أخذنا الاستمارة المعتمدة فنيا في الاتحاد العربي السعودي للطب الرياضي نجد أنها نموذج قيم ورائد لتلك الاستمارات يمكن تطبيقه باتحادات الطب الرياضي في الوطن العربي لما تحتويه من بيانات هامة ولازمة للرعاية الطبية للرياضي، وتحمل في الخارج شعار الاتحاد واسم ورقم اللاعب واتحاد لعبته الأساسية وتقسم داخليا إلى الأقسام التالية:

- أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام والشامل.
- ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفسيولوجية.
- ج- قسم خاص بالفحوص المورفولوجية الجسدية.
- د- قسم خاص بالفحوص المعملية.
- هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة البدنية للاعب.
- و- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقييمية والمرضية.
- أ- قسم الفحوص الطبية العامة والشاملة:

وتشمل على أوراق الفحص العامة بالبيانات التالية:

- بيانات عامة.

¹ إبراهيم البصري: الطب الرياضي، دار الحرية، بغداد، 1976، ص 07.

- التاريخ الطبي.
- التاريخ الطبي العائلي.
- التاريخ الرياضي والتدريب.
- العادات.
- الفحص العام.
- الفحوصات المحلية.
- فحوصات رسم القلب.
- فحوصات الوظائف التنفسية.
- فحوصات خاصة بحجم القلب¹.

1-9-1-2- مهام المراقبة الطبية والصحية:

- الاختصاص في الطب عليه أن يؤدي المهام التالية:²
- التخطيط لكيفية علاج اللاعبين في المراحل التدريبية المختلفة.
 - التخطيط لكيفية تنظيم الخدمات الصحية بالملاعب والإشراف عليها.
 - الإشراف على البيئة في المركب الرياضي.
 - القيام بعمل الفحص الطبي الدوري الشامل للاعبين وتحليل النتائج.
 - اكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها.
 - مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة من خلال برنامج تدريبيه.

¹ أسامة رياض: مرجع سابق ص ص 18-21

² بوعدة ناصر: مرجع سابق، ص 17.

1-9-2- الفحص الطبي الدوري:

1-9-2-1- مفهوم الطب الدوري:

يعني به مراقبة وتقييم التغيرات الناجمة بعد القيام بنشاط رياضي معين ويجرى للاعبين في مرحلة تدريبية ويشمل جوانب متعددة.

ويقوم بالفحص الطبيب ويتناول الفحص الجوانب التالية:¹

- التاريخ الصحي للاعبين يقصد به دراسة الحالة الصحية الماضية فيما يتعلق بأي أمراض سابقة أو تطعيم أو حوادث سابقة.

- الكشف عن جميع أجهزة الجسم وأجزائه.

- السجلات الصحية: وهي تلك السجلات يدون الطبيب فيها كل ما يتعلق بالحالة الصحية للاعبين.

- الاختبارات النفسية لقياس مستوى ذكاء اللاعبين وسلوكهم.

1-9-2-2- أهمية الفحص الطبي الدوري:

الفحص الطبي الدوري له أهمية بالغة لاسيما في مرحلة الناشئين لأن أغليبيتهم لم تتح لهم فرصة الفحص الطبي من قبل.

ومن فوائد هذا الفحص أنه يؤدي إلى اكتشاف الكثير من الأمراض والمعوقات التي توجد عند الناشئين دون أن يشكو منها.

وكذلك من فوائد الكشف الطبي أن يشترك المدرب اشتراكا إيجابيا في تسجيل المعلومات الصحية عن اللاعبين وتتاح فرصة التعرف على الإمكانيات الصحية والاجتماعية والفروق الفردية بينهم².

¹ بهاء الدين سلامة: الجوانب الصحية في التربية الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000، ص 203.

² المرجع السابق، ص 203.

1-9-3- الإسعافات الأولية:

الإنسان في حياته يكون عرضة لمختلف الحوادث ويمكن انقراض حياته إذا ما تم إسعافه في الوقت المناسب مع مراعاة العوامل الصحية للأمان.

1-9-3-1 تعريف الإسعافات الأولية:

هي العلاج الضروري المؤقت للمصاب أو المريض والهدف منها انقراض حياة المصاب والتقليل من حدوث مضاعفات وإزالة الألم.

هي مجموعة من الإجراءات البسيطة ولكنها فعالة تهدف لانقراض حياة المصاب وتحول دون حدوث مضاعفات للإصابة¹.

هي تطبيق لمجموعة من المفاهيم المتفق عليها مسبقاً لعلاج الإصابات والأمراض المفاجئة باستخدام المواد والتجهيزات المتوفرة في المكان نفسه أثناء تلك اللحظة إلى حين وصول الطبيب المختص أو نقل المصاب إلى المستشفى.

1-9-3-2 أهداف الإسعافات الأولية:

- المحافظة على حياة المصاب أو المريض كما يحدث في حالة الإسعاف الأولي لمرض القلب أو الإصابات الخطرة بواسطة التقليل من النزيف، المحافظة على المجاري التنفسية نظيفة ومفتوحة، وأحياناً إعادة تنشيط القلب.

- منع تدهور حالة المصاب أو المريض عن طريق إعطاء العلاج الممكن في مكان الإصابة.

- نقل المصاب بالطرق الصحيحة إلى المستشفى إذا كانت حالته تستدعي ذلك.

- رفع معنويات المصاب لاسترداد حالته الطبيعية.

- الحد من الألم والتهاب الأنسجة والحد من انتشار الورم.

¹ علاء الدين محمد عليوة: مفاهيم حديثة في الصحة الرياضية، ماهية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2013، ص 27.

- الحد من المضاعفات التي قد تسببها الإصابة¹.

1-3-3-3 الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية:

وتتمثل هذه الوسائل فيما يلي:²

- التطبيقات الباردة.
- الأربطة الضاغطة.
- رفع الطرف المصاب.
- تثبيت المحكم لمكان الإصابة عند نقل المصاب.
- الراحة التامة.

1-3-3-4 القواعد العامة للإسعافات الأولية في الملاعب

- في حالة وجود نزيف من كسر مضاعف يربط برباط ضاغط على مكان الجرح لإيقاف النزيف وحماية الجرح من التلوث.
- يمكن استخدام الجبائر والعلاقات سابقة التجهيز.
- تضع الجبيرة حسب القواعد المعروفة لتثبيت العضو المصاب.
- يجب أن تثبت الجبيرة مفصل الكلي للكسر ومفصل أسفله.
- يجب مراعاة أن الجبيرة والأربطة المثبتة لها لا تسبب احتباس في الدورة الدموية أو ضغط مباشر على منطقة الكسر.
- لا يعطى للمريض أي شراب أو طعام حتى لا يؤثر على علاجه عند الوصول إلى المشفى، لأنه قد يعطى له مخدر عام.

¹ عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: مرجع سابق، ص 255.

² أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: مرجع سابق، ص 106-107.

- لابد من ملاحظة أن المصاب في حالة ألم وربما يصاب بالصدمة وفي هذه الحالة يجب معالجة الصدمة أولاً تترك العناية بالكسر إلى ما بعد زوال الصدمة¹.

1-9-4- التغذية:

1-4-9-1 مفهوم التغذية:

هي جميع العمليات المتعلقة بحصول الجسم على الغذاء والاستفادة منه وتخزينه للاستهلاك عند ظروف النقص أو الاحتياج وتنقسم عمليات التغذية في خمس مجموعات وهي:

1- عمليات الحصول على الغذاء أو التغذي Feeding

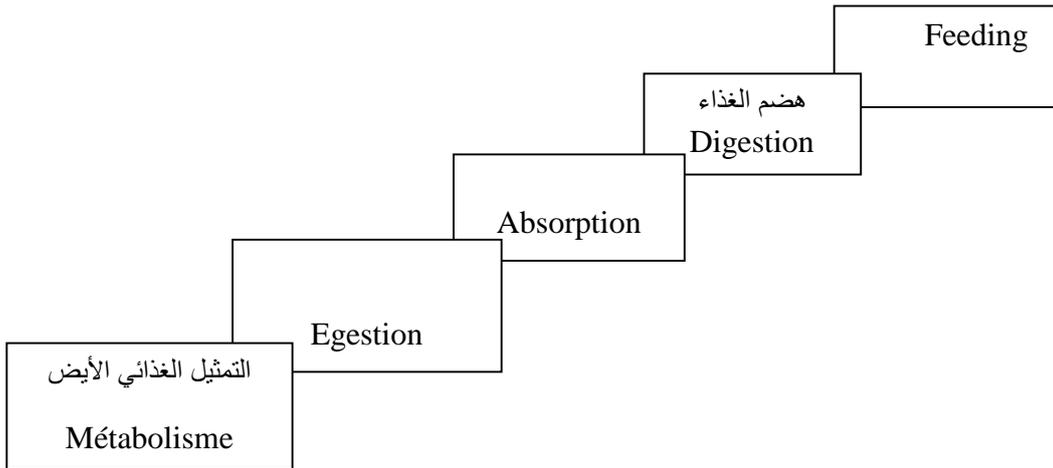
2- عمليات هضم الغذاء Digestion

3- عمليات الامتصاص الغذاء المهضوم Absorption

4- عمليات التخلص من فضلات الغذاء Egestion

5- عمليات الاستفادة من الغذاء الذي تم امتصاص أي عمليات التمثيل الغذائي (الأيض) Métabolisme

ويمكن تلخيص مجموعة العمليات الخمس السابقة من خلال الشكل التالي:²



الشكل (01): عمليات التغذية.

¹ أسامة رياض: مرجع سابق، ص 81.

² أحمد نصر الدين سيد: نظريات وتطبيقات فيزيولوجية الرياضية، ط1، دار الفكر العربي القاهرة، 2003، ص 102.

يعتبر عنصر مهم في التدريب الرياضي وخاصة عند توليد الطاقة وتأتي أهميته في كونه يمكن الرجوع إليه في كثير من الأمور ذات العلاقة بعلوم التربية الرياضية وعندما نتكلم عن الغذاء لابد أن نعرف مصدر الغذاء.

1-9-4-2 مصادر الغذاء

ثلاثة مصادر رئيسية وهي:

1- الكربوهيدرات.

2- الدهون.

3- البروتينات.

ويضاف إليها مصادر أخرى ثانوية تعتبر أقل أهمية هي:

1- السوائل.

2- الأملاح.

3- الفيتامينات.

وهذه المصادر مرتبطة ببعضها البعض من حيث التركيب، حيث أن عناصرها الكيميائية هي (الكربون، الهيدروجين، الأكسجين) يضاف إليها عناصر النيتروجين في حالة البروتينات فقط.

1-9-4-2-1 الكربوهيدرات:

تعتبر المصدر الأساسي للطاقة، وتتكون من الكربون والهيدروجين والأكسجين وأحد مركباته هو



¹ يونس لازم كماش: التغذية والنشاط الرياضي، دار حجلة، الأردن، 2013، ص 147.

1-9-4-2-2- الدهون:

هي من مصادر الطاقة تتكون من الكربون والهيدروجين والأكسجين إلا أنها تفتقر عن الكربوهيدرات إن كميات مركباتها عالية جدا فالدهون تتكون من $C_5H_{10}O_6^1$.

كما أن الدهون تحمي الجسم من الصدمات الخارجية، فتتحول الدهون بعد عمليات الهضم إلى أحماض دهنية غليسرين ويعطي الغرام الواحد منها حوالي 9.3 سعر حراري ولا يحتاج الرياضي إلى زيادة تناول الدهون إلا إذا استمر زمن الأداء الرياضي للأكثر من ساعة².

1-9-4-3- البروتينات:

يمكن استخدامها بكميات قليلة كمصدر للطاقة وقد أظهرت بعض الدراسات والأبحاث العلمية في مجال التغذية أن البروتينات يمكن أن تساهم في 2-5% من مجموع الطاقة التي يحتاجها الفرد الرياضي وتتكون البروتينات عادة من خليط من 22 حمض أميني وهي تتكون معاً بأشكال مختلفة لتشكيل البروتين الضروري للبناء، والاحتياج الأساسي للبروتينات يكون في مرحلة النمو وأثناء تدريبات القوة والتحمل³.

تتحول المواد البروتينية بعد عملية الهضم إلى أحماض أمينية صالحة للامتصاص والتمثيل الغذائي داخل الجسم وتتضمن الأحماض الأمينية عشرين نوعاً منها ثمانية تسمى الأحماض الأساسية ويعطي الغرام الواحد من المواد البروتينية مقدار من الطاقة حوالي 1 و4 سعر حراري، ويحتاج الأشخاص العاديين إلى مقدار غرام واحد من البروتينات يوميا لكل كيلوغرام من وزن الجسم بينما يحتاج الرياضيون على كمية أكبر

¹ المرجع السابق، ص 148.

² أحمد نصر الدين سيد: مرجع سابق، ص 109.

³ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص ص 118-119

تتراوح ما بين (1.5-2) غرام في كيلوغرام من وزن الجسم يوميا خاصة لاعبي رفع الأثقال حيث تزيد الحاجة إلى استخدام البروتين في بناء الأنسجة للوصول إلى التكوين العضلي¹.

ويتكون من نفس المصادر كربون هيدروجين أكسجين مضاف إليها النيتروجين... (من مخلفات التمثيل الغذائي للنيتروجين، اليوريا وحامض البوليك) وهي مواد سامة، حيث أن نسبة اليوريا عالية (أكثر من 50 مل غرام /100 مل غرام) تسبب التسمم باليود مما قد يؤدي إلى الوفاة وهذا معناه أن نصف خلايا الكلية لا تعمل، فيكون عجز الكلية... ولهذا ينصح كبار السن بعدم تناول كميات كبيرة من البروتين لاحتوائها على النيتروجين ومخلفاته السامة. ولخطورة هذا الأمر يمكن تفريق حالة هبوط الكلية، عن حالة هبوط القلب.

- حالة هبوط القلب: وهذا يعني حدوث زيادة في حجم القلب وحدوث ورم في الجسم نتيجة لعدم إمكانية دفع الدم إلى الجسم، وهي حالة مقدور على معالجتها.

- حالة هبط الكلية: وتحدث هذه الحالة عند الإنسان نتيجة لتناول كميات كبيرة من البروتينات مما يسبب زيادة في نتائجها ومخلفاتها السامة المصحوبة في عجز لعمل أكثر من نصف خلايا الكلية، وعند حدوثها لدى كبار السن تكون الحالة خطيرة، لا يمكن السيطرة عليها وقد تؤدي للوفاة².

1-9-4-3- الوظائف الحيوية للغذاء:

ومن بين أهم هذه الوظائف الحيوية:

- تنظم التفاعلات الكيميائية داخل الخلايا.

- المحافظة على أنسجة الجسم وما يتعلق ببناء وتجديد هذه الأنسجة.

- توصيل الإشارات العصبية.

- إنتاج الطاقة اللازمة للحركة والنشاط.

¹ أحمد نصر الدين سيد: مرجع سابق، ص 104.

² يونس لازم كماش: مرجع سابق، ص 148.

- عمليات النمو والتكاثر.

- بناء المركبات الغذائية التي يتكون منها الجسم.

- وجسم الإنسان يحتاج إلى أطعمة معينة وإنما يحتاج على مغذيات محددة في العديد من الأطعمة بنسب

وتركيزات مختلفة ويمكن تقسيم الغذاء إلى ثلاثة مجموعات طبقاً للوظائف التي يقوم بها الجسم وتتمثل تلك

المجموعات في:¹

1- أغذية الطاقة: وتشمل الحبوب- الدرنات- السكريات- الدهون- الزيوت، ووظيفة هذه المجموعة هي

إمداد الجسم بالطاقة اللازمة له.

2- أغذية البناء: وتشمل البروتينات- الكالسيوم- الحديد- وبعض المعادن الأخرى ووظيفة هذه

المجموعة هي بناء وتجديد خلايا الجسم وأنسجته.

3- أغذية الوقاية: وتشمل الخضروات- الفاكهة- وهي تمد الجسم بالفيتامينات والأملاح المعدنية

وتساعد على وقايته من الأمراض.

1-4-4-9-4- مقدار السرعات الحرارية اللازمة للرياضي :

يستخدم السعر الحراري كوحدة قياس للطاقة وهو ما يعرف باسم "كالوري" وهو كمية الطاقة اللازمة

لرفع درجة حرارة كيلو جرام من الماء درجة مئوية واحدة تحت ظروف معينة. وتصل كمية السرعات

المستهلكة للحفاظ على وزن الجسم خلال النشاط اليومي العادي ما بين 1700-3000 سعر حراري في اليوم

لشخص صغير السن، ويقل هذا المقدار بالنسبة للأشخاص الكبار، حيث بالنسبة للأشخاص الكبار، حيث

إنهم يحتاجون إلى استهلاك سرعات أقل بالمقارنة بالأصغر سناً والأكثر نشاطاً، ويحتاج الرياضي إلى كمية

¹ أحمد نصر الدين سيد: مرجع سابق، ص102.

إضافية تتراوح ما بين 400-2000 سعر حراري في اليوم للمحافظة على الوزن خلال التدريب، وتتوقف هذه الكمية على نوعية التمرين والمنافسة.

ويحتاج تدريب لاعبي السرعة ومسابقات الميدان إلى كمية قليلة من السعرات الحرارية، بينما تتضاعف كمية الطاقة التي يحتاج إليها لاعبو الجري مسافات طويلة والسباحة¹.

1-9-5- التوجيه الرياضي:

1-9-5-1- مفهوم التوجيه:

يرى "محمد حسن علاوي" التوجيه بأنه مجموعة الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم مشاكله وأن يستغل إمكاناته الذاتية من قدرات، مهارات وميول وأن يشغل إمكانات بيئته من ناحية أخرى نتيجة لفهمه لنفسه ولبئته ويختار الطرق المحقق لها بحكمة وتعقل فيتمكن من حل مشاكله حلولاً علمية تؤدي إلى تكيفه مع نفسه ومع مجتمعه فبلغ أقصى ما يمكن أن يبلغه من النمو والتكامل في شخصيته².

1-9-5-2- أنواع التوجيه:

من خلال ما سبق، يمكن تقسيم التوجيه إلى ثلاث أنواع هي:

1-9-5-2-1- التوجيه النفسي: يهدف هذا النوع من التوجيه، إلى مساعدة الفرد على أن يفهم مشكلاته النفسية الداخلية وتفسيرها والعمل على حلها أو التخفيف من حدتها، بوضع أهداف واضحة تساعد على التكيف معها، ويفيد التوجيه النفسي في نمو الفرد ونضجه³.

يعتبر "جونسن" بأن التوجيه يمثل تلك المساعدة التي تقدم للفرد وبشكل شخصي في أحد المجالات التربوية أو في مجال المشاكل المهنية، وتؤدي العلاقة الإرشادية القائمة إلى دراسة الحقائق والبحث عن حلول لها

¹ يوسف لازم كماش: مرجع سابق، ص ص 95-96.

² محمد حسن علاوي: سيكولوجية التدريب والمنافسات، ط1، المعارف، مصر، 1998، ص 283.

³ فيصل خير الزاد: علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، ط1، دار الملايين، بيروت، 1984، ص 7.

بمساعدة الأخصائيين وغيرهم من المصادر المتوفرة بالمدرسة أو البيئة المحلية المحيطة بها، وتتضمن تلك العملية المقابلة الشخصية، التي تساعد العميل على اتخاذ قراراته¹.

1-9-5-2- التوجيه المهني:

غرضه مساعدة الفرد على اختيار مهنته المستقبلية والإعداد لها بكل ما يملك من قدرات ومهارات وإمكانيات مادية ومعنوية للدخول إلى عالم الشغل والعمل والنجاح فيه.

1-9-5-3- التوجيه المدرسي:

يعني الكشف عن قدرات التلميذ ومهاراته وإمكاناته من أجل الاستفادة من ذلك في اختيار التخصصات المناسبة والمناهج الدراسية، يؤدي إلى نجاح التلميذ في حياته الدراسية وكذلك التربوية².

1-9-5-2 أهداف التوجيه:

إن التوجيه يهدف على مساعدة الفرد ليحقق عدة أهداف منها:

- تبصيره بحالته ليكشف قدراته ومهاراته واستعداداته وميوله.
- استغلال إمكانياته، وإمكانيات بيئته.
- تحديد أهدافه في الحياة على أن تكون واقعية يمكن تحقيقها.
- التكيف مع نفسه ومجتمعه والتعامل معه بشكل فعلي وسليم.
- تنمية شخصيته عن طريق الخدمات التي تدخل في برنامج التوجيه من أجل تحقيق الأهداف.
- رسم الخطط السليمة التي تؤدي به إلى تحقيق أهدافه³.

¹ محمد رمضان القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، المكتب الجامعي الحديث، 1992، ص29.

² فيصل خير الزاد: مرجع سابق، ص8.

³ سعد جلال: التوجيه لتربوي النفسي والمهني، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1992، ص 505-504.

1-9-6- العلاج والتأهيل الرياضي:

1-6-9-1- أهداف العلاج الرياضي:

ومن أهداف العلاج الرياضي ويعتبر من أهمها:

- إعادة بناء الأنسجة المتضررة والتي أصابها التلف.

- استعادة الوظائف الحيوية للأنسجة المصابة.

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

يستغرق العلاج فترة زمنية تتحدد على حسب شدة الإصابة وطبيعة العضو المصاب ونوع العلاج المستخدم

حيث يجب أن تستكمل مدة العلاج من أجل ضمان تحقيق العودة لمواصلة النشاط الرياضي بمستوى جيد.

وقد تحتاج بعض الإصابات إلى مدة أطول لتحقيق أهداف العلاج وذلك في حالات إهمال الإسعاف

الأولي الالتزام ببرامج العلاج والتأهيل، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه يجب علاج اللاعب بشكل كامل حتى لا

تكرر الإصابة مرة أخرى¹.

1-6-9-2- التأهيل الرياضي:

1-2-6-9-1 مفهوم التأهيل والرياضي:

ينتج عن الإصابة الرياضي عدم قدرة اللاعب على الاشتراك في أي أداء رياضي لفترة من الزمن في

ضوء شدة وطبيعة ومكان الإصابة وهي تحتاج إلى رعاية طبية فورية.

وفي نفس الوقت تحتاج إلى التأهيل النفسي بجانب التأهيل الطبي حتى يمكن للاعب المصاب

العودة للممارسة الرياضية في أحسن صحة بدنية ونفسية ومن خلال ما سبق يمكن القول أن التأهيل

الرياضي ينقسم إلى قسمين تأهيل بدني يهدف على عودة اللاعب على ممارسة النشاط البدني في أسرع وقت

¹ بومعيزة محي الدين، تومي موسى: الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم وعلاقتها بالتحضير البدني أثناء المنافسة

الرياضية، مذكرة ماستر، خميس مليانة، 2014/2015، ص 59.

ممكّن وبمستوى أداء العّالي وتأهيل نفسي الذي متزامنا مع الأول ويهدف إلى القضاء على الآثار النفسية السلبية للإصابات الرياضية.

وتعدّ 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 ويحتاج الرياضي المصاب إلى التأهيل وخاصة التأهيل الرياضي بعد الإصابة بدرجة أكبر من احتياج المصاب العادي إلى التأهيل لأن المصاب العادي يحتاج فقط لأن تعود أعضاؤه المصابة إلى أدائها الوظيفي الطبيعي فقط بينما يحتاج المصاب الرياضي علاوة على ذلك أنه يعود إلى كفاءته البدنية ومستواه الرياضي العّالي الذي كان عليه قبل الإصابة¹.

1-9-2-2 متطلبات التأهيل البدني:

يجب تحقيق جملة من المتطلبات قبل الدخول في مرحلة التأهيل الرياضي وأهم هذه المتطلبات ما

يلي:

- اختفاء الألم.
- عودة القوة كاملة في الجزء المصاب.
- المرونة الكاملة
- الاستعداد النفسي.

1-9-2-3 أهداف التأهيل الرياضي البدني:

يؤدي التأهيل الرياضي البدني على تحقيق جملة من الأهداف أهمها:

- عودة اللاعب إلى ممارسة النشاط البدني بأسرع وقت ممكن.

¹ بلبول فريد: علاقة الإصابات الرياضية بدافعية الإنجاز لحصة التربية البدنية والرياضية عند تلاميذ الطور الثانوي، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2009/2008، ص ص 29-30.

- الاحتفاظ بالمستوى البدني والمهاري للاعب الذي كان عليه قبل الإصابة أو التقليل من المفقود منه قدر الإمكان.

- عودة العضو إلى القيام بوظائفه التي كان يقوم بها قبل الإجابة¹.

1-9-6-2-4- أهمية التأهيل النفسي:

يمكن ملاحظة أن الرياضيين الذين تعرضوا لإصابات رياضية حدثت لهم تغيرات في حالتهم البدنية والنفسية وكثير ما يتم الاهتمام بالتأهيل البدني على حساب التأهيل النفسي الذي ينظر إليه على أنه من الجوانب الهامشية والتي لا تشكل أولوية عند الكثيرين.

ومن خلال ما سبق يظهر أن الرياضي المصاب لا يحتاج فقط إلى التأهيل البدني لكنه بجانب ذلك

يحتاج إلى التأهيل النفسي الذي يساعده على:

- اكتساب الثقة بالنفس.

- المفهوم الإجمالي للذات.

- تنمية قوة الإرادة.

- الرفع من القدرة على مواجهة القلق والخوف.

- الرفع من القدرة على مواجهة الاستثارة ومختلف الضغوط.

إن خضوع الرياضي لبرنامج التأهيل النفسي سيمكنه من تحقيق الأهداف السابق ذكرها والتي تجعله

يواجه المواقف التدريبية والتنافسية دون خوف أو قلق².

¹ المرجع السابق، ص30.

² بلبول فريد: مرجع سابق، ص30.

خلاصة الفصل:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم الطب الرياضي أنواعه والأهداف الذي يحققها ودور المدرب المختص والملم بالجانب الطبي وفوائد ذلك على صحة اللاعبين والدور الذي تلعبه الإسعافات الأولية عند حدوث ذلك من خلال تحديدها وجميع الوسائل المستخدمة للتخلص منها، دور كل العلاج والتأهيل الرياضي وعامل التغذية للرجوع بالرياضي إلى المستوى الأول قبل الإصابة أو أفضل من مما سبق، مما يؤكد أيضا بوجود علاقة وطيدة بين الطب الرياضي والتدريب.

الفصل الثاني:

الإصابات الرياضية

تمهيد:

لقد تطورت مناهج التدريب وطرائقه ولمختلف التخصصات الرياضية ولازمة هذه العملية تطورات عديدة في مجال الطب الرياضي والتي واكبت التدريب بدراسات علمية للجوانب الوقائية والعلاجية، وقد أثبتت هذه الملازمة ثمارها بالوصول إلى انجازات رياضية عالية وقياسية، ورغم ذلك تحدث إصابات رياضية وبدرجات متفاوتة سواء كانت في التدريب أو المنافسات الرياضية أو في الدروس العلمية، مما تستدعي فترة علاج تبقي الرياضي بعيدا عن نشاطاته وتؤثر سلبا على لياقته البدنية والوظيفية ومستوى انجازه ومسببة بعض المضاعفات التي قد تعيق العملية التعليمية والتدريبية وما يرتبط بذلك من تأثيرات فيسيولوجية وسيكولوجية على الرياض.

ومن هذا المنطلق سنقوم في هذا الفصل بتسليط الضوء على إصابات الرياضية التي يتعرض لها الجلد، الجهاز العضلي، الجهاز العظمي وكذلك المفصلي، والأسباب التي تقف وراء حدوثها، أعراضها مضاعفاتها، تشخيصها وكذلك إسعافها وعلاجها.

2-1- تعريف الإصابة الرياضية:

هي تآثر نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة لمؤثر خارجي أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج، وتنقسم هذه المؤثرات إلى:

مؤثر خارجي: أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كالاصطدام بزميل أو الأرض أو الأداة المستخدمة.

مؤثر ذاتي: أي إصابة اللاعب نفسه نتيجة الأداء الفني الخاطئ أو الإرهاق العضلي، أو قلة الماء أو الأملاح¹.

هي عبارة عن خبرة سلبية نتيجة احتكاك أو اصطدام لاعب بآخر سواء زميل أثناء التدريبات أو منافس أثناء المباريات وقد تكون ناتجة عن اصطدام اللاعب بأداة أو أي شيء من أدوات اللعب الثابتة أو غير ذلك، وتؤدي إلى منع اللاعب من ممارسة الرياضة حتى يتم الشفاء².

هي تغيير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة تصحبها مراحل رد فسيولوجي كيميائي نفسي نتيجة قوة داخلية أو خارجية.

الإصابة تعطيل وإعاقة لسلامة أنسجة الجسم وأعضائه المختلفة نتيجة مؤثرات خارجية ميكانيكية، جسمانية، كيميائية، وعادة ما يكون هذا المؤثر خارجي شديداً أو مفاجئاً³.

¹ عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: مرجع سابق، ص 26.

² مصطفى حسين وآخرون: الصحة النفسية في المجال الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2002، ص 142.

³ حيايد حيايد روفائيل: الإصابات الرياضية، وقاية، إسعاف، علاج طبيعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، ص 53.

2-2- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

2-2-1- العوامل الخارجية :

2-2-1-1- التدريب غير العلمي:

إذا ما تم التدريب بأسلوب غير علمي ساهم في حدوث الإصابة لما يلي:

2-2-1-1-1- عدم التكامل في تدريبات تنمية اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات، ففي كرة اليد مثلا: إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهم المرونة أو القوة فإنه يتعرض اللاعب للإصابة، كذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبني عليها اللياقة المهارية للاعب.

2-2-1-1-2- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي الرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريبات المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما قد يسبب إصابتها مثل: الاهتمام بتدريب عضلات معينة وإهمال تدريبات عضلات أخرى¹.

2-2-1-1-3- 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 للاعب 100% من مستواه والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30% من مستواه وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، فإذا تدرب اللاعب تدريبا

¹ أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص193.

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.

2-2-1-1-4- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي:

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

2-2-1-1-5- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين وتجنب إشراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، وينصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب، وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب في إصابة اللاعب¹.

2-2-1-1-7- 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 موسم الشتاء.

2-2-1-2- 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 من الإعلام أو المدرب خاصة، حيث يواجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المعتمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسة المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.

¹ المرجع السابق: ص194.

الحماس والشحن النفسي الذي لا لزوم له والمبالغ فيه قد يسبب إصابة اللاعب أو إصابة منافسه.

2-2-1-3 - استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات¹.

2-2-1-4 - عدم الأخذ بنتائج الفحوصات الطبية والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة بنتائج الفحوصات والاختبارات الخاصة بتقييم اللاعبين والتي تجري في مراكز الطب الرياضي، على أن تعرض نتائج على المدرب المؤهل ليتعامل مع أخصائي الطب الرياضي في اختيار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق من حيث المهارة واللياقة البدنية وهناك العديد من الإصابات والحوادث التي تكون نتيجة اختيار اللاعب الغير لائق فسيولوجيا وطبياً للاشتراك في المباريات، كما لا يجب إشراك اللاعب في فريق رياضي قبل التأكد من تمام السلامة الطبية له وموافقة الجهات الرسمية المسؤولة عن الطب الرياضي².

2-2-1-5 - مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هو حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته ومخالفة تلك القوانين تؤدي لحدوث الإصابات.

2-2-1-6 - عدم ملائمة أرضية الملعب:

عدم ملائمة أرضية الملعب لممارسة كرة اليد مثل: وجود عوائق في الأرض أو عدم استوائها ووجود أجسام صلبة بها أو رشها بالمياه بطريقة خاطئة تعرض اللاعبين للإصابات.

¹ أسامة رياض: مرجع سابق، ص ص26-27.

² أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي: مرجع سابق، ص146.

2-2-1-7 - استخدام اللاعبين للمنشطات:

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

- مكان حدوث الإصابة (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 والمتابعة¹.

2-2-2 - العوامل الداخلية:

2-2-2-1 - حالات الإرهاق والإعياء الشديد:

يمثل كل من اختلال التنسيق، سوء حالة ردود الفعل في حالتي الإرهاق والإعياء الشديد السبب المؤدي إلى خلل، والذي يؤدي بدوره إلى تناقص عمل النسق لمجموعات العضلات المختلفة، كما أنه يقلل مدى اتساع حركة بعض المفاصل ويصاحبه أيضاً فقدان السرعة والمهارة في تأدية الحركات وبالتالي يؤدي إلى حدوث الإصابات، ونتيجة لعمليات الإرهاق والإعياء يمكن أن تحدث تغيرات من شأنها إثارة وذبذبة الجهاز العصبي للعضلات وخاصة مع الأشخاص غير المدربين جيداً مما يؤدي إلى حدوث الإصابات.

¹ أسامة رياض: مرجع سابق، ص 198.

2-2-2-2- التغيرات في الحالة الوظيفية لبعض أجهزة الجسم:

تنشأ عند الرياضي بعد الانقطاع عن التدريب لفترة طويلة بسبب المرض أو غيره من الأسباب حيث أن الابتعاد لفترة عن التدريب يؤدي إلى انخفاض قوة العضلات، وبالتالي قوة تحملها كما يؤدي أيضا إلى انخفاض سرعة ارتخاء وتقلص العضلات، كل هذا يعرقل ويعوق تنفيذ التمارين التي تتطلب مجهودات عالية، وحركات متناسقة ومعقدة، وينتهي بحدوث الإصابة.

2-2-2-3- الخصائص الميكانيكية البيولوجية:

عدم مراعاة البناء الميكانيكي للحركة وزيادة الجهد الناتج عند عدم التنفيذ المنطقي للتدريبات على العضلات وعدم مراعاة اتجاه الحركة بسبب عدم توافر الخبرة في القوة الدافعة بسبب التغيير الطارئ فيها كل ذلك بسبب حدوث الإصابة¹.

2-3- الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية:

- الألم في الجزء المصاب أثناء السكون والحركة ضمن المدى الطبيعي.
- الألم عند الضغط على مكان الإصابة.
- ورم في مكان الإصابة نتيجة النزيف الدموي.
- حدوث تشوه في مكان الإصابة.
- عدم ثبات الجزء المصاب (حركة غير طبيعية عند إصابة المفاصل).
- تيبس المفاصل المصابة والمفاصل القريبة من مكان الإصابة.
- عدم قدرة اللاعب على المشي أو الحركة الطبيعية.
- تغير لون الجلد في المنطقة المصابة.
- ضعف أو ضمور العضلات.

¹ زينب العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، ط5، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، ص ص86-87.

- سماع أصوات عند الحركة في الجزء المصاب (خاصة في حالة كسر)¹.
- فقدان الوعي أي عدم القابلية للاستجابة للمؤثرات الحسية ولمدة عشرة ثوان فما فوق، وفي هذه الحالة يجب التأكد من السبب تأكدا قاطعا قبل رجوع اللاعب إلى اللعب مرة أخرى.
- التغيرات العصبية مثل: التتمل، الوخزات، الشعور بالضعف.
- النزيف الدموي وعادة تظهر الإصابات التي يرفقها نزيف دموي أكبر مما عليه في الحقيقة حيث قد يكون النزيف من جرح بسيط في الجلد ولكن في كل الأحوال يجب التأكد من منطقة النزيف أولا قبل رجوع اللاعب إلى الملعب².

2-4- المضاعفات العامة للإصابات الرياضية:

- قد تحدث إحدى المضاعفات الآتية للرياضي المصاب إذ لم يتم العلاج بسرعة وبصورة صحيحة:
- إصابات مزمنة: مثل الخلع المتكرر لمفصل الكتف لدى حراس المرمى.
 - العاهات المستديمة: خاصة إذا حدث خطأ في توقيت أو تنفيذ العلاج الطبي.
 - التشوهات التي تنتج عن ممارسة أنواع معينة من الرياضة بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو نتيجة الممارسة غير العلمية لتلك الرياضة.
 - قصر العمر الرياضي للاعب: حيث يؤدي تكرار الإصابة إلى اختصار زمن وجوده بوصفه بطل في الملاعب وتوضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاج من الإصابات في إطالة زمن وجود اللاعب بالملعب³.

2-5- العوامل المؤثرة في إصابات الملاعب:

تتشترك عدة عوامل في حدوث إصابات الملاعب ويمكن إرجاعها إلى ما يلي:

¹ سمعية خليل محمد: مرجع سابق، ص7.

² بزار علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، ط2، دار دجلة، عمان، 2009، ص ص91-92.

³ المرجع السابق، ص ص102-103.

2-5-1- اللياقة البدنية:

تعد من العوامل المهمة لحماية اللاعب من الإصابة، فإن العضلات القوية تسند جسم اللاعب وتحمي مفاصل وعظام الجسم العاملة عليها من الإجهادات المسلطة عليها عند أداء التمرينات العنيفة وتعطي لأربطة المفاصل القابلية في العمل ضمن المدى الطبيعي وبدون معوقات.

2-5-2- عدم ملائمة النمط الجسمي لنوع النشاط الممارس:

لكل نشاط رياضي مواصفات جسمية (مورفولوجية) تتفق ونوع المهارات والحركات المطلوبة لكل لعبة والتي يجب أن تكون ضمن الشروط اللازمة في اختيار اللاعب لنشاط معين فمثلاً: عند اختيار لاعب نحيف طويل القامة في الجمباز، فإن ذلك سيعرضه للإصابات وخاصة في الظهر وذلك ليعد مركز ثقله عن الأرض والاجتهادات التي يتعرض لها العمود الفقري.

2-5-3- طريقة الأداء المهاري:

إن أداء المهارات بطريقة صحيحة واتخاذ الأوضاع والتكنيك المناسب في تنفيذها يحمي اللاعب من الإصابة وبالعكس فإن بعض الحركات تكون خطيرة ومن الضروري الابتعاد عنها لأنها تحمل أعضاء الجسم للضغط أثناء تأديتها، كما في حركة الرفع في الأثقال والتي تسبب ألام وإصابة المنطقة القطنية العجزية في أسفل الظهر.

2-5-4- العوامل البيئية:

وتشمل ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها والرطوبة وكل ذلك يؤثر على طريقة أداء اللاعب ويضيف جهداً على أجهزة الجسم مما يسبب إجهاد مبكر وفقدان التوافق العضلي العصبي ويزيد من احتمال حدوث الإصابة.

2-5-5- السن:

تحدث الإصابة في جميع الأعمار ولكن هناك إصابات شائعة في أعمار معينة دون الأخرى فمثلا تكثر في سن المراهقة إصابات (الكسور، العضلات والمفاصل، مراكز النمو في نهاية العظام الطويلة).

وفي سن النضوج يمارس اللاعب تدريبات شديدة بسبب طموحه العالي في المنافسة مما قد يسبب إصابة عضلاته، أما في سن ما فوق الثلاثين وعندما يكون اللاعب مستمر في ممارسة نشاطه ولصعوبة الوصول إلى مستوى التنافس في مثل هذا السن، فإن اللاعب يبذل جهدا شديدا قد يؤدي به للإصابة وخاصة في أوتار العضلات وأربطة المفاصل ففي هذا السن تظهر الخبرة والمهارة ولكن تقل تدريجيا اللياقة البدنية.

2-5-6- العامل النفسي:

علم النفس من أهم العلوم الإنسانية التي يستمد منها علم التدريب الكثير من المعلومات التي توصل المدرب إلى الأهداف والواجبات التي تسعى عملية التدريب الرياض إلى تحقيقها من أجل الوصول باللاعب إلى المستويات العالمية في نوع النشاط الممارس وذلك يتم عن طريق تحقيق الحالة النفسية المتوازنة للاعب والمستقرة بحيث يستطيع الرياضي من خلالها استنفاد أعلى طاقاته المهارية في الأداء السليم لأن إثارة اللاعب أو خموله كلاهما قد ينسب في حدوث الإصابة.

2-5-7- العادات السيئة والإدمان (التدخين، الكحول، العقاقير):

إن للتدخين والكحول تأثيرا كبيرا على أنسجة الجسم وخاصة العصبية منها كذلك استخدام اللاعب العقاقير الطبية بدون وصفة طبية يؤدي به إلى الإصابة ويعرضه للخطر وأحيانا للإدمان، فإن تعاطي المنشطات والمخدرات يفقد اللاعب التركيز والتوازن العصبي العضلي ويعرضه للإصابة¹.

¹ سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص10.

2-6- تدرج الإصابات الرياضية وتصنيفها:

2-6-1- تدرج الإصابة:

تدرج الإصابة يساعد في التقييم والمعالجة والتأشير على درجة الإصابة والتأثيرات المرتبطة بذلك. إن المصطلحات (جزئي، كلي، بسيط، شديد) تطلعوننا على التغييرات الحاصلة في الأنسجة المتضررة جراء الإصابة.

ففي عام (1973) ابتكر تدرجا للإصابة والذي طبق على إصابات كثيرة الحدوث في الأنسجة الرخوة بصورة خاصة وحسب الدرجة (الضفر إلى 4) وقد حصل تعديل في هذا المقياس وأصبح (1-3). إن استخدام مثل هذا المقياس في الإصابات الحادة والمزمنة يمكن الرياضي والمدرب والمعالج من ربط الإصابة بنسبة عجز الإنجاز، حيث حددت العلامات والتغيرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة كما يلي:

الجدول رقم (01): العلامات والتغيرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة.

التدرج	الأعراض	العلامات	المرض النسيجي
1	- ألم بعد الجهد	آلام بسيطة وموضعية	- تغيرات التهابية
2	- ألم في البداية واختفاء الألم عند ابتداء الفعالية مع الإحماء وتعود للظهور بعد الفعالية	- ألم موضعي مع بعض التحدد الحركي البسيط عند الاختبار	- التهاب النسيج المصاب مع شمول التراكيب المجاورة قد تكون التصاقات
3	- الآلام مستمرة وتتفاقم مع أي فعالية وبالتالية تؤدي إلى إيقافها	- ألم موضعي، فقدان الحركة، الضعف، وربما	- تغيرات التهابية واسعة، تكوين ندبة

التهابية والتساقات	تلف العضلة		
وقد يكون تكلسا أو			
تغيرا إندثاريا.			

إن نظام التدرج الموضح أعلاه هو مجرد دليل بحيث يمكن أن تكون هناك تغيرات نوعية مرتبطة مع تراكيب معينة، إن التدرج يصف القابلية على الإنجاز ويمكن استخدامه لتقييم الشفاء من الإصابة مهما كان التشخيص¹.

2-6-2- تصنيف الإصابات الرياضية:

تصنف الإصابات الرياضية إلى (خفيفة، متوسطة، شديدة، وخطيرة) ويبين الجدول أدناه تصنيف الإصابات تبعا للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها:

الجدول رقم (02): تصنيف الإصابات تبعا للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة ومدة الشفاء لكل منها².

الإصابة	أعراضها	الإجراءات اللازمة	مدة الشفاء
الخفيفة	- لا يتأثر - ألم بعد التدريب - تصلب خفيف في منطقة الإصابة - لا يتغير لون المنطقة.	- تقليل فترات التدريب - تخفيف الجهد على المنطقة المصابة. - الراحة والعلاج الأولي.	- لا تعوق اللاعب عن الاستمرار في التدريب أو المباراة.
المتوسطة	- تؤثر على الإنجاز. - ألم قبل وبعد الفعالية. - منطقة الإصابة تلين قليلا. - تورم خفيف.	- إراحة المنطقة المصابة - عدم إجهاد المنطقة المصابة وتحاشي تمرينها - الراحة مع العلاج الأولي	- يستغرق الشفاء الوظيفي حوالي عشرة أيام، بينما يتم الشفاء التشريحي بعد حوالي خمسة عشر يوما.
الشديدة	- ألم مستمر قبل وأثناء وبعد	- التوقف عن ممارسة الأنشطة	- تقرر وفقا لتقدير الطبيب

¹ المرجع السابق، ص19.

² نفس المرجع ، ص20.

التمرين.	الرياضية بشكل تام.	ولكنها غالبا ما تستغرق ما بين ثلاثة وأربعة أسابيع وهي مدة متضمنة في الشفاء الوظيفي والتشريحي.
- يتأثر الإنجاز بسبب شدة الألم - تتأثر الأنشطة اليومية لشدة الألم - تتأثر الحالة الطبيعية بسبب الألم.	- التوقف عن ممارسة الأنشطة الرياضية بشكل تام. - مراجعة الطبيب.	- غالبا ما تستغرق أكثر من شهر.
الخطيرة	- ألم غير محتمل في غالب الأحيان. - ورم شديد يظهر فور وقوع الإصابة.	- التوقف عن ممارسة الأنشطة الرياضية بشكل تام. - مراجعة الطبيب.

7-2- تشخيص الإصابات الرياضية:

إن عملية تشخيص الإصابات الرياضية تستقر في القمة الهرمية لأهمية الطب الرياضي ولكل من له علاقة بذلك من معالجين ومدربين وحتى الرياضيين أنفسهم، إذ بقر تفهم طبيعة الإصابات يمكن العمل على الحماية منها ووقايتها، إن عملية التشخيص هي الخطوة الأولى لسلسلة من الخطوات التي يتم بواسطتها علاج الإصابات الرياضية، إن المعلومات التي تستقر من خلال عملية التشخيص تقدم الأسس الرئيسية المهمة لاتخاذ القرارات للعلاج الطبي وما يتبعها من عمليات إعادة التأهيل، إن عملية التشخيص هي حجر الزاوي للمعالجين الرياضيين وأخصائي الطب الرياضي.

يتعرض الرياضيون لمختلف أنواع الإصابات أثناء تأديتهم للنشاطات الرياضية، حيث يصاب حوالي (60-70%) من العائدين و(40-50%) من السباحين وتزداد نسب الإصابة في المنافسات في مستويات الإنجاز العالي.

ويتميز الرياضيون بسرعة الاستجابة بكل ما يتعلق بإصابتهم من التشخيص والمعالجة الفعالة وذلك من أجل سرعة الشفاء والعودة إلى الممارسة الرياضية، لأن الابتعاد عن النشاط الرياضي وفقدان اللياقة البدنية والمعاناة من المضاعفات المصاحبة للإصابة تسبب القلق والألم لدى الرياضي.

وفي نفس الوقت نجد بعض الرياضيين لا يستجيب بشكل ملائم لإصابته، قد يتجاهلها رغبة منه في الاستمرار في نشاطه وعدم الانقطاع عن التمرين، مما يسبب تكرار الإصابة وتحولها إلى الحالة الحادة إلى الحالة المزمنة.

فمن المعروف أن الإصابات أو بالأحرى إصابات التحميل الزائد تتطور أعراضها بالتدريج ولا يشعر الرياضي إلا بعد جهد وقد تتطور الحالة، حيث يشعر بالألم أثناء وبعد الجهد، ولكن قد لا تكون الآلام شديدة بالحد الذي يوقف الأداء الرياضي، وهذا يجعل الرياضي يعتقد أن إصابته ليست الإصابة الجدية التي تتطلب علاجاً ولكن نجد من الضروري تشخيص الإصابة في مراحلها الأولى وحالة الشعور بالأعراض سواء كانت حادة أو مزمنة ومعالجتها بجدية.

وفي ظروف معينة يتمكن الرياضي من تشخيص إصابته بشكل ذاتي ويمكنه أيضاً إجراء المعالجة الأولية في الحالات الخفيفة والمتوسطة من الإصابات والرجوع إلى الاستشارة الطبية في حالة عدم التحسن خلال أيام من العلاج.

وعادة ما يتم التشخيص وفق الفحوصات السريرية والعلامات الفسيولوجية والتي تعد من المتطلبات الأساسية في تحديد نوع العلاج.

وتشمل الفحوصات السريرية ما يلي¹:

- تفصيل وقوع الإصابة.
- معاينة الإصابة (بالمقارنة بين الجزء المصاب وما يناظره في الجسم).
- لمس وحبس الإصابة.

¹ رضوان برجم: أنواع وأسباب الإصابات الرياضية لدى ممارسي النشاطات البدنية والرياضية في فترة المراهقة، مذكرة ماجستير، معهد سديدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2012-2013، ص34.

- الفحوصات المختبرية (فحوصات الدورة الدموية والقلب، تخطيط القلب، ضغط الدم، فحوصات الجهاز التنفسي، فحص الإدراج، الأشعة السينية، الأمواج فوق الصوتية، التخطيط العضلي والعصبي وتخطيط الدماغ، وفحوصات أخرى).

أما العلامات الفيسيولوجية فتشمل ما يلي¹:

- قياس النبض: علما أن معدل النبض الطبيعي (80- 90 ضربة في الدقيقة) ويقل لدى رياضي المطاولة والرياضيين حيث يصل إلى أقل من 50 (ضربة في الدقيقة)

- عدد مرات التنفس: المعدل الطبيعي (12) مرة في الدقيقة للبالغين والأطفال (20- 25) مرة في الدقيقة.

- قياس الضغط: معدل الضغط الانقباضي الطبيعي يتراوح بين (120- 140 ملم) زئبق وبين (60- 90 ملم) زئبق انبساطي.

- درجة الحرارة: درجة الحرارة الطبيعية تقارب (37.2) درجة مئوية.

- لون الجلد: تميز ثلاث ألوان للجلد في حالة الإصابات الرياضية الأحمر والأبيض والأزرق فالأحمر يدل على قلة الأوكسجين أو الضغط العالي أو الضربة الحرارية والأبيض الشاحب وجود صدمة وأمراض القلب والدوران والأزرق يدل على وجود CO₂ عالية في الدم.

- حجم حدقة العين: تكون حساسة جدا للإصابات حيث تتأثر في إصابة الجهاز العصبي والجمجمة وبعض إصابات القلب.

- قابلية الحركة: تتحدد القابلية الحركية أو عدم القدرة على الحركة في جزء من الجسم والإحساس به يدل على إصابة عصبية.

- الألم: وجود الألم ومكانة يقرر وجود الإصابة.

¹ المرجع السابق، ص 35.

2-8- التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة:

عند حدوث الإصابة تتحطم التراكيب الآتية (العضلة، الأنسجة، الرابطة، الأعصاب، الأوعية الدموية) ولهذا سوف تطرح الفضلات الخلوية نتيجة عملية الهدم هذه ولتعريف الجسم بحدوث الإصابة. ولغرض البدء بعملية رفع هذه المخلفات والتخلص منها بطرحها خارجا وفي الوقت نفسه تقوم الأعصاب بإرسال الإيعازات للدفاع ليفسر ذلك على شكل ألم، وكذلك يرافق الإصابة نزف نتيجة تمزق الأوعية الدموية مما حدث تورم المنطقة المصابة ولكنه غالبا ما يكون قصير الأمد وذلك لأن ميكانيكية التخثر تعمل على غلق الأوعية الدموية الممزقة.

وتدعى كتلة المخلفات الدموية والخلوية (بالورم الدموي) ويولد هذا الورم ضغطا على ساحة أكبر من منطقة الإصابة مما قد يحدث استجابات خارجية كالخدر والغثيان...

ويعد الألم حماية للمنطقة المصابة حيث عند الشعور به تتم معالجة الإصابة، فضلا عن ذلك ترافق الإصابة في بعض العضلات مما يسبب التشنجات فيها وفي نفس الوقت يحدث تنشيط في عمل عضلات أخرى مما يؤدي إلى انخفاض القوة العضلية وتحديد الحركة فيها¹.

كما أن هناك استجابات حسية أخرى تحدث من أجل التخلص من الورم الدموي حيث تحدث عدة تغيرات في الأوعية الدموية في المنطقة المصابة والمحيط بها مما يسمح هذا للخلايا الدموية البيضاء بالتحرك إلى المنطقة المصابة لالتهام المخلفات وهذا ضروري من أجل اكتساب الشفاء، هذه التغيرات في الأوعية الدموية لا تعد إيجابية بالنسبة إلى أجهزة الجسم الأخرى وخاصة الداخلية لأنها تقلل من جريان الدم في المناطق الطرفية تبعا لقلة جريان الدم في الأوعية الممزقة وبذلك يقل الأكسجين في الخلايا القريبة من الإصابة (خارج منطقة الإصابة) إذ أن تجهيز الخلايا القريبة بالأكسجين يكون أقل من المطلوب وعند استمرار ذلك لفترة طويلة فإن هذه الخلايا ستموت ويحدث ما يسمى (بالإصابة الثانوية)

¹ سميرة خليل محمد: مرجع سابق، ص 17.

بسبب قلة الأكسجين وهذا يتسبب في تهديم أنسجة أخرى وبذلك تزداد مساحة المنطقة المصابة ويزداد معها كمية المخلفات التي تضاف إلى الورم الدموي ويسبب الورم الدموي خلل في توازن القوى التي تنظم عملية تبادل (السائل البروتيني الدموي) من وإلى الجهاز الوعائي حيث تتجمع في الأنسجة وبذلك يزداد الورم¹.

أما الالتهابات الموضوعية التي تحدث في مكان الإصابة فتكون نتيجة لزيادة تمدد الأوعية والشعيرات الدموية السليمة وفي المناطق المحيطة أو المجاورة للإصابة حتى تسمح بمرور أكبر كمية ممكنة من الدم لتساعد في عمليات التئام للأنسجة المصابة وسرعتها في البناء ولهذا نشاهد تورم واحمرار في منطقة الإصابة نتيجة لتوافر كمية كبيرة من البلازما وعدد هائل من كرات الدم الحمراء والبيضاء ويزداد هذا العدد وتلك الكمية من وسائل البلازما في حالة إصابات جوهريّة بغرض مقاومتها والقضاء عليها².

2-9- الإصابات الرياضية في المجال الرياضي وآليات حدوثها:

2-9-1- إصابات الجلد:

إن إصابات الجلد تختلف عن أية إصابة أخرى لأجزاء الجسم المختلفة لأن الجلد هو أحد الدعائم القوية في الجسم لمنع دخول البكتيريا وحدوث الالتهابات وعند تمزق الجلد فإنه يصبح في تماس مباشر مع المحيط الملوث ولهذا يجب إتباع الأسس الصحيحة في علاج الإصابات الجلدية ويمكن تقسيم إصابات الجلد إلى الأنواع الآتية:

¹ المرجع السابق، ص17.

² إقبال رسمي محمد: الإصابات الرياضية وطرق علاجها، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص26.

- النفطات أو الفقاعات:

وتنتج من احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن مما يؤدي إلى انفصال الطبقات العليا عن الطبقات السفلى وظهور سائل بين هذه الطبقات يترشح من الأوعية الدموية والأوعية اللمفاوية.

العلاج:

يجب المحافظة على هذا الانتفاخ الجلدي المائي كما هو إن أمكن حيث نلاحظ بعد فترة قصيرة امتصاص السائل مرة أخرى ورجوع الجلد إلى حالته الطبيعية، أما إذا أراد اللاعب التخلص منه بسرعة يجب تعقيم المنطقة بسائل معقم ومن ثم فتح المنطقة بمشرط معقم مع وضع مادة حافظة فوق منطقة النفطة لمنع حدوث الالتهاب.

- السحجات:

وهي عبارة عن تمزق الطبقات العليا من الجلد، نتيجة تعرضها للاحتكاك الشديد بسطح خشن.

العلاج:

- إزالة أي جسم متعلق في المنطقة المصابة لمنع الالتهاب.
- غسل المنطقة بالماء ثم يوضع سائل معقم.
- وضع قطعة من الشاش مع قليل من المضادات الحيوية¹.

الجروح:

يعرف الجرح بأنه قطع أو تهتك في الجلد أو الطبقة تحت الجلد، ويسبب هذا القطع ألماً حاداً كما يؤدي في بعض الحالات إلى حدوث نزيف دموي نتيجة لتتهتك الأوعية الدموية في منطقة الجرح، كما

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص103، 104.

يعتبر الجرح انفصال غير طبيعي في أنسجة الجسم مع حدوث قطع في الجلد، هو فقدان استمرارية الجلد لتعرضه لشدة خارجية¹.

وهناك عدة أنواع من الجروح هي:

- **الجرح القطعي:** ويحدث نتيجة التعرض لآلة حادة كالسكين أو قطع الزجاج ويتميز بكون حافتي الجرح منتزعتين مع وجود نزيف شديد في المنطقة لقطع عدد كبير من الأوعية الدموية.

- **الجرح النافذ:** ويحدث نتيجة اختراق الجلد بآلة حادة مثل الرمح وسلاح المبارزة أو أي جسم رفيع مدبب، ويتميز بقلّة الدم المصاحب للإصابة إلا إذا أصاب عضوا داخليا أو أوعية دموية يتحول إلى جرح خطير جدا قد يتسبب في وفاة المصاب خاصة إذا ثقب أحد الأحشاء الهامة مثل القلب والكبد والطحال كما يساعد عمق الجرح على سهولة تلوّثه بالميكروبات.

- **الجرح الرضي:** وينتج عن ارتطام اللاعب بجسم غير حاد كالحجارة حيث يحدث تمزق في الجلد وتكون حافتي هذا الجرح غي منتظمة مع حدوث نزف أقل من النزف المصاحب للجرح القطعي².

- **الجرح المتهتك:** وينتج عن هرس العضو أو النسيج بجسم صلب وثقيل ويحدث تلف كبير للجيد والأنسجة التي تليه، وهذا النوع من الجروح هو الأكثر عرضة للمضاعفات مثل النزيف والتقيح والتلوث وغيرها.

- **الجرح الناري:** وينتج عن جرح الجلد بجسم نافذ منطلق مثل الرصاصة أو الشظية.

علاج الجروح:

يتم علاج الجروح وفق الخطوات التالية:

- تطهير مكان الجرح بأحد المطهرات مع إزالة الجلطة الدموية.

¹ أسامة أمزيان: الاختلافات والفروقات في أنواع وأسباب الإصابات الرياضية بين التخصصات الرياضية الفردية والجماعية، أطروحة دكتوراه، معهد سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2016-2017، ص37.

² نفس المرجع، ص38.

- وقف النزيف الحادث برفق مع وضع الثلج أو رش ايثر مكان الإصابة.
- وضع غيار على العضو المصاب برباط ضاغط أو بمشمع لاصق.
- في حالة الصدمة العصبية يستلقي المصاب على ظهره على ظهره بحيث يكون رأسه منخفضا عن الجسم، ويتم تدفئته ببطانية أو وضع زجاجات ماء دافئ على الأطراف وترفع الأطراف السفلى أعلى من مستوى الجسم، ويعطى المصاب حقنة كوارمين لتنشيط التنفس، وينصح بإعطائه شراب ساخنا ومنبها كالشاي أو القهوة.
- في حالة ضعف التنفس أو توقفه يتم استخدام التنفس الاصطناعي.
- إعطاء المصاب بأي جرح المصل المضاد لمرض التيتانوس.
- نقل المصاب إلى المستشفى¹.

- الكدمات:

- تعد الكدمة من بين أكثر أنواع الإصابات الرياضية شيوعا وهي عبارة عن ازرقاق في الجلد مع سرعة ظهر الورم.
- وتحدث الكدمات نتيجة الاصطدام بجزء صلب غير حاد ويلاحظ في حالة حدوث الإصابة بالكدمات تحول الجلد المصاب تدريجيا من اللون الأزرق إلى الأخضر ثم اللون الطبيعي.

العلاج:

- وضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط لفترة 15 دقيقة ثم يوضع بعدها رباط خفيف فوق موضع الكدمة².

¹ أسامة رياض: مرجع سابق، ص ص149-150.

² عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: مرجع سابق، ص105.

2-9-2- إصابات الجهاز العضلي:

تعد إصابات العضلات بأنواعها المختلفة من بين أكثر الإصابات حدوثاً وانتشاراً في الوسط الرياضي إذ قد تصل معدلات حدوثها إلى ما يقارب 90% من المجموع الكلي للإصابات الرياضية ويرجع ذلك إلى كون أن الجهاز العضلي هو الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات النشاط البدني كما أنه يعتبر مكون رئيسي في الجهاز الحركي للإنسان، وفيما يلي أهم الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز العضلي¹:

2-9-2-1 الكدمات أو الرضوض:

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

وتتميز الكدمات بالظهور الفوري للارتشاح الدموي مع ألم شديد في المنطقة المصابة والذي يزداد باللمس وقد تكون الكدمة عميقة نسبياً فيصعب تحديد حجمها بالفحص الإكلينيكي وقد يصاحب ذلك إصابات بالأعصاب أو الأعضاء الداخلية وبذلك يزداد الأمر خطورة².

يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لكثرة انتشارها، وهو من الإصابات المباشرة وتتميز

بالأعراض والعلامات الآتية:

- ألم شديد في مكان الإصابة.

- يزداد الألم إذا حاول المصاب تحريك العضلة المصابة سواء بسحبها أو انقباضها.

- حدوث ورم في مكان الإصابة يزداد طردياً مع شدتها نتيجة النزف الداخلي في تمزق الأوعية وارتشاح

مصل الدم.

¹ رضوان برجم: مرجع سابق، ص 55-56.

² أسامة رياض: الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، مرجع سابق، ص 113.

- نلاحظ زيادة التورم تدريجيا في أثناء الـ24 ساعة الأولى من الإصابة مع ارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب.

- يتغير لون الجلد من الأزرق إلى الأخضر ثم الأصفر ويعود إلى اللون الطبيعي عند الشفاء التام.

ومن أكثر العضلات إصابة بالرضوض هي عضلات الطرف السفلي خاصة في الألعاب

الجماعية أو في قسم من الألعاب الفردية التي يستخدم فيها اللاعب عددا من الأجهزة وارتطامه بها بقوة¹.

2-9-2-1-1- علاج كدم العضلات:

ينقسم علاج كدم العضلات إلى قسمين أساسيين هما:

إسعاف الكدم العضلي طبيا وذلك عن طريق:

- العمل على إيقاف النزيف الداخلي عن طريق موقف النزيف مثل الماء البارد أو الثلج وذلك لمدة يوم أو

يومين بعد الإصابة كما يمكن استعمال المواد القابضة للأوعية الدموية والمخدرة.

- العمل على ربط مكان الإصابة بواسطة رباط ضاغط.

- إعطاء مسكنات الألم إذا استدعى الأمر ذلك وتبعا لوصفة طبية.

- لا يسمح للعضو المصاب بالقيام بنشاطه وحركاته وذلك خلال 24 إلى 36 ساعة وتبعا لشدة الإصابة.

2-9-2-1-2- العلاج التأهيلي للكدم العضلي:

يراعي في العلاج التأهيلي للكدم العضلي ظروف اللاعب والوسائل المتوفرة ومن بين وسائل

العلاج التأهيلي نجد ما يلي:

2-9-2-1-2-1- الانقباضات العضلية الإرادية:

وتعمل على تنشيط الدورة الدموية مكان الإصابة، كما أنها تساعد على استعادة القوة العضلية

ويمكن تمييز نوعين من الانقباضات العضلية الإرادية هما:

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص108.

- انقباضات عضلية إرادية ثابتة والتي يقوم بها اللاعب والعضلة في نفس طولها.
- انقباضات عضلية إرادية متحركة والتي يقوم بها اللاعب مع تحريك المفصل الذي ترتبط بها العضلات المصابة.

- وينبغي مراعاة مبدأ التدرج في الانقباضات العضلية وتتراوح مدة أداؤها من أسبوع إلى 10 أيام تبعاً لشدة الإصابة.

2-9-2-1-2-2-2-التدليك: يفضل عدم التدليك في حالة الكدم، لكن في حالة القيام به فإنه يجب أن يتم بواسطة طبيب مختص.

2-9-2-1-2-3-الدهانات: يفضل استخدام بعض الدهانات وذلك لتنشيط لدورة الدموية في مكان الإصابة وبين هذه الدهانات نجد المراهم وصيغة اليود المخففة 2%.

2-9-2-1-2-4-حمامات الماس الساخن: تستعمل بعد يومين أو ثلاثة من حدوث الإصابة وبدرجة يتحملها المصاب.

- الأشعة الحمراء.

- الأدوية الطبية المزيلة للآلام والمضادة للالتهاب والمزيلة للورم¹.

2-9-2-2-الشد والتمزق العضلي:

هو شد وتمزق لعضلات أو أوتار عضلية أو الكيس المغلق للعضلات نتيجة لعدم قدرة انقباض العضلة للقدر المناسب لمقاومة خارجية لحظة وقوعها أو بسبب القيام بحركة مفاجئة أو القيام بمجهود كبير والعضلة غير مستعدة لذلك². وللتمزق والعضلي أنواع ودرجات وهي:

- **تمزق درجة أولى:** هو تمدد ألياف العضلة ولا يوجد سيلان للدم.

¹ رضوان برجم: مرجع سابق، ص ص57-58.

² زينب العالم: مرجع سابق، ص122.

تمزق درجة ثانية: وهو تمزق بعض الألياف العضلية فتكون دفقا دمويا وبعد مرور ساعات يظهر كدم صغير¹.

- تمزق درجة ثالثة: أو ما يعرف بالتمزق غير الكامل (الجزئي) للعضلات، في هذا النوع لا تتمزق العضلات بالكامل ولكن وتتمزق بعض أجزائها أي العديد من الألياف وقد تكون هذا التمزق في وسط العضلة وداخلا في مركز العضلة أو خارجا جهة المحيط الخارجي لها ولهذا يزهر ورم ويولد كدما مبكرا على ناحية التمزق.

- تمزق العضلة جهة مركزها: يكون عبارة مصحوبا بألم أكبر مع فقدان في وظيفته العضو المصاب، ولا تبدوا إصابة ظاهرية في العضلة نظرا لعمق الإصابة.

- تمزق العضلة جهة محيطها الخارجي: أن تمزق العضلة جهة محيطها الخارجي يكون مصحوبا بوجود تجمع دموي وهو يتجمع طبقياً لقوانين الجاذبية خلال المستويات الفراغية لين الأنسجة المحيطة وفيه يبدو عادة تلون وتجمع دموي يمكن مشاهدته على بعد عدة سنتيمترات من مكان الإصابة.

- تمزق درجة رابعة: التمزق الكامل للعضلات: يعتبر أخطر ضرر عضلي قد يحدث للرياضي، ويبدأ بآلام شديدة وشلل تام، ويشاهد بوضوح في حالة تمزق العضلة ذات الرأسين الموجودة بالعضد حيث تنفصل إحدى رأسها وهي الرأس الطويلة، عندئذ فإن انقباض الكوع يكون مصحوبا بظهور وبروز هذا الجزء من العضلة في وسط العضد كبروز غريب، وهناك إصابة مماثلة أخرى عندما يتمزق الجزء الوسط من عضلة رابعة الرؤوس بفعل إصابة مباشرة أسفل الفخذ من جهة الأمام، وهناك

¹ ياسين بن شريف: العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية على مستوى ميادين كرة القدم بالمركبات الرياضية الجوارية بالجزائر، مذكرة ماجستير، معهد سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2009-2010، ص61.

إصابة مشابهة للإصابتين السابقتين تحدث للعضلة الخلفية للفخذ التي غالبا ما تتمزق في بعض الحركات العنيفة للعدائين¹.

2-9-2 -1-2 - الإسعافات الأولية للشد أو التمزق العضلي:

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

- ضع كمادة باردة على الجزء المصاب من العضلة تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام مدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة ويكرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.

- في حالة الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية أو الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال للمستشفى أما في حالة إصابة الأطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط .

- ينقل اللاعب المصاب إلى أقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب².

علاج الشد أو التمزق العضلي:

- يجب الاهتمام بالراحة خلال 48 ساعة من حدوث الإصابة وجعل العضلة المصابة في وضع ارتخاء لتقليل التوتر العضلي.

- عدم المشي أو الوقوف لفترات طويلة مع كمادات الماء البارد أو الثلج لمدة عشرين دقيقة.

بعد 48 ساعة من لحظة الإصابة يمكن عمل الآتي:

- استخدام كمادات متضادة باردة ساخنة باردة مرتين أو ثلاث مرات في اليوم لتنشيط الدورة الدموية.

¹ عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاج والإصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004، ص43.

² عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: مرجع سابق، ص95.

- يجب رفع الطرف المصاب للأعلى لتقليل الورم.

- البدء بالتمارين المسكنة للعضلات تدريجياً بعد ثالث يوم من الإصابة.

2-9-2-3- العلاج الكهربائي:

- أشعة تحت الحمراء.

- أشعة الموجات فوق الصوتية.

- أشعة الليزر.

- العلاج المائي

- التدليك الطبي: سطحي في أول الأمر ثم يتدرج في العمق.

وتمتد فترة العلاج ما بين أسبوع إلى ثلاث أسابيع في حالات الإصابة فيما بين التمزق الكامل أو

الإصابة في مركز العضلة والتي يكون شفاؤها بدرجة أبطأ من الحالات الأولى¹.

2-9-2-3- التشنج العضلي:

هو عبارة عن تقلص العضلة تقلصاً قوياً جداً وأكبر من المعتاد نتيجة لرد فعل عصبي وقد يستمر

ثوان إلى دقائق محدودة خاصة بعد الإجهاد العضلي وهو مؤلم جداً².

هو زيادة موضعية في الإشارات العصبية الواردة إلى العضلات المصابة، وما يحدث تغيراً

فسيولوجياً في الأيونات والشحنات خارج جدران الخلية العضلية، وبالتالي يؤدي إلى تقلص أو انقباض

مؤلم ومفاجئ.

هو عبارة عن انقباض تشنجي لإرادي مستمر وقوي، يصيب عضلة أو مجموعة، وقد يكون

التقلص العضلي أثناء أداء المجهود البدني العضلي، أو أثناء الراحة أو حتى أثناء النوم، ومن أكثر

¹ أسامة أمزيان: مرجع سابق، ص42.

² براز علي جوكل: مرجع سابق، ص110.

العضلات عرضة لها التقلص عضلات خلف الفخذ وخلف الساق وعضلات البطن وبعض العضلات القابضة لأصابع اليد والقدم¹.

- بسط العضلات المنقبضة.

- وضع الثلج أو كمادات تليجية مكان الإصابة.

- تحريك العضلات المنقبضة ضد مقاومة يدوية.

2-9-2-3-1- علاج التشنج العضلي:

- في حالة إصابة العضلة بالتشنج داخل الملعب، يكف اللاعب - وبشكل مفاجئ- عن الحركة، ويشعر بألم شديد في العضلة المتشنجة، وعد فحصها نلاحظ أن العضلة قد توترت بشدة لذا على المعالج أن يزيد من تقلص العضلة، وبهذا يطمئن العضلة أو يخدعها، ثم فجأة يرخي العضلة أو يحاول أن يوجه الانتباه الحسي من عضلة إلى أخرى (وخز عضلة مجاورة) وهنا تعود العضلة على حالتها الطبيعية.

- إيصال حرارة إلى العضلة المتشنجة (هواء حار، بخار، كمادات حارة، أشعة قصيرة إلى)

- عدم تدليك العضلة بعد التشنج مباشرة لأن هذا يزيد من تقلصها، وقد يؤدي إلى التمزق العضلي لكن يمكن تدليك العضلة بعد ارتخائها.

- عدم فتح المفصل التي تشارك العضلة في حركته بقوة لأنه قد يؤدي إلى تمزق العضلة أيضا.

- يفضل أخذ حمام حار والأفضل مساج تحت مار حار².

2-9-3- إصابات الجهاز العظمي:

يعد الجهاز العظمي جهازا أساسيا حيويا وتعتمد عليه جميع الأجهزة الجسم حيث يعطي الشكل

الطبيعي للإنسان وتستند عليه العضلات فضلا عن كونه مخزنا مهما للأملاح من الجسم ومصرا مهما

¹ أسيد كمال محمود جبالي: الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين مذكرة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، 2016، ص16.

² المرجع السابق، ص18، 19.

من مصادر تكوين الدم، ويعمل الجهاز العظمي على حماية معظم الأجهزة الحيوية في الجسم كالدماع والقلب ويمكن تقسمي إصابات العظام إلى قسمين:

2-9-3-1-الكسور:

هي عبارة عن قطع أو تهتك في الاتصال العظمي يؤدي إلى تجزؤ العظم إلى جزئية أو أكثر تحدث الكسور عادة نتيجة قوى مباشرة كالضرب بأداة ثقيلة أو من المنافس، أو ارتطام العظمة بجسم صلب، أو قوى غير مباشر كالالتواء العظمة أو انحنائها كما في حالة السقوط من مكان مرتفع¹. هو انفصال للعظمة بعضها بعضا عن بعض إلى جزئين أو أكثر بسبب قوة خارجية عنيفة وينقسم إلى قسمين:

- كسر بسيط أو مغلق: وفيه يقتصر الكسر على العظم دون جرح خارجي.
- كسر مضاعف أو مفتوح: وفيه يخرج العظم المكسور من سطح الجلد مع وجود جرح ونزيف، واحتمال التلوث بالأتربة والميكروبات من الهواء². وهناك عدة أشكال للكسور وتشمل ما يأتي:
- الكسر المفتوح: وفيه ينقسم العظم إلى أكثر من جزئين، وتتباعده فيه أحيانا بعض الأجزاء الصغيرة من العظم بعضها عن بعض، ويحتاج في أغلب الأحيان إلى تدخل جراحي لإعادة جزيئات العظمة إلى مكانها الصحيح.

¹ أسامة رياض: مرجع سابق، ص78.

² علاء ماجد حسين ندى: الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية الفلسطينية، مذكرة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، فلسطينية، 2014، ص ص31-32.

- **كسر الغصن الأخضر:** وهذا النوع لا يعد كسرا كاملا، بل عبارة عن التواء أو شرخ في العظم ويحدث للناشئين بسبب ليونة ومرونة عظامهم، ويحدث في العظام المرنة ذات السطح المحدب والتي لم يكتمل تكلسها تماما.
- **الكسر المدغم:** وفيه يدغم أحد طرفي العظمة فوق الآخر، وينتج عن السقوط من ارتفاع عال مما يسبب استقبال العظمة الطويلة لقوة كبيرة بشكل مباشر من خلال محورها الرأسي، يحتاج هذا الكسر إلى تعديل سريع لضمان الاحتفاظ بطول العظمة ونحوها.
- **الكسر الحلزوني:** وفيه يكون انفصال العظم على شكل حرف S، وهو شائع بين لاعبي كرة القدم والتزلج، حيث تثبت القدم على الأرض ويدور الجسم بطريقة فجائية في الاتجاه المعاكس.
- **الكسر المائل:** ويحدث عندما تسبب قوة خارجية فجائية في دوران جزء من العظمة بينما يكون الآخر ثابتا.
- **الكسر المستعرض:** ويحدث على شكل خط مستقيم مار بمنتصف ساق العظمة وذلك بسبب ضربة خارجية مباشرة.
- **الكسر المضغوط:** ويحدث غالبا للعظام المسطحة مثل عظام الجمجمة، وذلك نتيجة السقوط أو احتكاك الرأس بسطح جامد غير متحرك.
- **كسر الإجهاد:** وهو النوع الوحيد الذي يمكن أن يحدث بدون إصابة أو احتكاك مباشر مع اللاعبين الآخرين ويحدث نتيجة للإجهاد، والاستخدام المتكرر، وقلة فترات الراحة.
- **الكسر الطولي:** حيث يحدث في العظم شق طولي موازي للمحور الطولي للعظم¹.

¹ المرجع السابق، ص ص33-37.

- الكسر المنشاري: حيث تأخذ فيه قطعنا العظم المكسور شكل أسنان المنشار ويؤدي هذا النوع عادة إلى حدوث تمزق في الأنسجة المحيطة¹.

2-9-3-2- إسعاف الكسور:

يجب مراعاة النقاط الآتية عند الإسعاف الأولي:

- 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 إذا كان النزف شريانيا وتحتيا إذا كان النزف وريديا لتجنب حدوث الصدمة.

- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فورا على نقالة صلبة إلى المستشفى.

- تدفئة المصاب وإعطاءه سوائل دافئة بالإضافة إلى مسكنات الألم.

- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة ويجب مراعاة ما يأتي:

- أن تكون الجبيرة صلبة نوعا ما مثل الخشب أو الحديد.

- يمكن استخدام أعضاء الجسم بوصفها جبائر مثل ربط الساق المصاب مع الساق السليمة، أو تثبيت الذراع على الجذع والأصابع مع بعضها.

- تلف الجبيرة بالشاش أو القطن قبل استخدامها.

- يجب أن تكون الجبيرة طويلة لتشمل المفصل أعلى أو أسفل الكسر.

- يمكن استخدام الجبيرة فوق الملابس العادية.

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص ص 120-121.

- نقل المصاب إلى المستشفى فوراً¹.

2-9-3-3- علاج الكسور:

إن الهدف النهائي لعلاج الكسور العمل على تجنب حدوث المضاعفات وإعادة العظام المصابة إلى ما كانت عليه قبل الكسر وكذلك العمل على عودة الأنسجة المحيطة بالكسر والحالة العامة للمصاب الرياضي بالكسر إلى كفاءة الرياضية قبل حدوث الكسر.

فبعد تشخيص الكسر ومعرفة منطقته بدقة يبدأ العلاج الذي يكون من ثلاثة أجزاء رئيسية:

- **رد الكسر:** لإرجاع إلى وضعه الطبيعي وطوله الطبيعي واستقامته للتخلص من أية تشوه مستقبلاً، ويتم رد الكسر بطريقتين هما:

- **الرد المغلق:** ويتم بواسطة اليدين وتحت التخدير الموضعي أو التام وأحياناً تحت جهاز الأشعة التلفزيوني لإرجاع العظم إلى وضعه الطبيعي بواسطة السحب.

- **الرد المفتوح:** ويستعمل عند فشل الطريقة السابقة وخاصة وجود قسم من الأنسجة المحشورة بين منطقة الكسر أو في الكسور المضاعفة والكسور المتفتحة، ويتم هنا إرجاع العظم بواسطة العملية الجراحية تحت التخدير التام.

- **التثبيت:** وهو مهم جداً في عملية الشفاء وكذلك منع تحريك العظم المكسور الذي قد يؤدي إلى حدوث التشوه، وهناك طريقتان للتثبيت هما:

- **التثبيت الخارجي:** لغرض الحصول على تثبيت كامل فإنه من الأهمية بمكان تثبيت المفصلين فوق وتحت مكان الإصابة، ويتم التثبيت عادة بواسطة الجبس الذي يجب المراعاة فيه بأن لا يشكل ضغطاً على الأنسجة التي تحته لمنع حدوث التورم، وقد يتم التثبيت الخارجي بواسطة الجبائر إذا كان الكسر بسيطاً وغير معقد.

¹ رضوان برجم: مرجع سابق، ص ص 62-63.

- **التثبيت الخارجي:** ويستخدم فقط عند القيام برد العظم إلى وضعه الطبيعي بالطريقة المفتوحة أي بواسطة العملية الجراحية، ويستخدم هذا التثبيت المعدني بواسطة البراغي أو الصفائح أو القضبان المصنوعة من المعادن التي تتفاعل مع أنسجة الجسم مثل البلاتين وسائل الكروم والكوبالت.
- التأهيل والعلاج الطبيعي:** حيث يجب التأكد من صحة الالتئام بعد فك الجبس أو التثبيت الداخلي بأخذ الانقباضات العضلية الثابتة والمتحركة وتنشيط الدورة الدموية بالتدليك والماء الدافئ والتمرينات العلاجية المتدرجة حتى يعود الجزء المصاب إلى حالته الطبيعية¹.

2-3-9-2- كدم العظام:

- وهي أكثر الإصابات التي يتعرض لها معظم اللاعبين وتحدث غالبا في العظام السطحية وغير المكسورة بعضلات سميكة مثل عظم القصبة والساعد، وتتميز هذه الكدمات بالآتي:
- ألم شديد.
- ورم بالعظام
- تغير اللون إذا كانت الكدمات مماثلة في الجلد
- عدم القدرة على الحركة².

2-3-9-2-1- العلاج:

- يجب التأكد من عدم وجود كسر في العظم يأخذ صورة إشعاعية للمنطقة المصابة كما يجب إبعاد اللاعب من اللعب والراحة منعا لحدوث المضاعفات فيما إذا أصيب في المنطقة نفسها مرة أخرى ويمنع التدليك منعا باتا للمنطقة المصابة ويوضع كيس من الثلج للتبريد لإزالة التورم وتخفيف الألم مع ربط

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص ص124، 125.

² أسامة أمزيان: مرجع سابق، ص51.

العظم بلفاف مطاطي وقد يعطي قسم من الأدوية المسكنة للألم، وفي عدد من الحالات تستخدم جلسات إشعاعية علاجية إذا كان الكدم شديدا وكبيراً¹.

2-9-4- إصابات الجهاز المفصلي:

تعد إصابات الجهاز المفصلي من الإصابات الهامة والكثيرة في الوسط الرياضي نظرا لأن حركة الإنسان بشكل عام وحركة الرياضي بشكل خاص تعتمد على الحركات الأساسية يقوم بها المفصل لذلك فإن الإصابة لهذه المفاصل تؤثر على الأداء الحركي للأنشطة البدنية والرياضية.

وفيما يلي أهم الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز المفصلي:

2-9-4-1- كدم المفاصل:

يحدث نتيجة الإصابة مباشرة وينتج عنه غالبا نزيف في المحفظة الزلالية ويعتبر كل من مفصلا الركبة والمرفق الأكثر عرضة للكدمات.

العلاج:

- العمل على إيقاف النزيف.
- وضع رباط ضاغط أو جبيرة للمفصل المصاب لتثبيته ولمنع توسع الورم.
- إراحة العضو المصاب.
- التأكد من سلامة العظام المكونة للمفصل المصاب عن طريق صور الأشعة.
- التدليك حول المفصل.
- العلاج التأهيلي².

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص 118.

² رضوان برجم: مرجع سابق، ص 63.

2-9-4-2- الجزع المفصلي:

هو خروج الأوجه المفصالية عن حدودها الطبيعية للحركة والعودة سريعاً، مما يسبب شد شديداً في الأربطة المفصالية ينتج عنه تقطع جزئي أو كلي في الأربطة، نتيجة أداء حركي متجاوز لحدود مدى المفصل كحركات الثني أو المد الزائد والإلتواءات التي تتجاوز في مداها الطبيعي لحركة المفصل¹.
هو عبارة عن مط أربطة المفصل جزئياً أو كلياً نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث أثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو أثناء مفاجئ وأكثر المفاصل تعرضاً للملح هي مفصل القدم ورسخ اليد.

2-9-4-1- إسعاف وعلاج الجزع المفصلي:

يتم إسعاف وعلاج الجزع بإتباع الخطوات التالية:

- إبعاد اللاعب من 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 يمنع الدورة الدموية، ويلاحظ أن يكون المفصل في وضع منحرف قليلاً عكس اتجاه الملخ.
 - إراحة المفصل من النقل الواقع عليه مدة 24 ساعة وفي حالة الملخ الشديد تصل إلى 48 سا.
 - إعطاء المصاب مسكناً حسب درجة الألم.
- عند انتهاء الراحة يتم عمل الآتي:
- تدليك سطحي خفيف أعلى وأسفل مكان الإصابة لتحسين الدورة الدموية ثم على مكان الإصابة.
 - وضع كمادات ساخنة للمساعدة في امتصاص الورم.

¹ عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب واللاعب في الإصابات الرياضية، الوقاية والعلاج، مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر، الإسكندرية، 1986، ص244.

- التدرج في التمرينات الإدارية للعضلات التي وتعمل على المفصل ثم تمرينات بمقاومة لتقوية العضلات.

- التأكد من سلامة المفصل قبل إشراك اللاعب في التمرين العادي مرة أخرى مع ملاحظة اللاعب عند معاودة اللعب¹.

2-9-4-2-2- الخلع:

هو خروج وانتقال لإحدى العظام المكونة للمفصل بعيدا عن مكانها الطبيعي².

وهو خروج أو انتقال إحدى العظام المكونة للمفصل بعيدا عن مكانها الطبيعي وبقائها في هذا الموضوع، ويكون ذلك إثر إصابة مباشرة أو غير مباشرة وأكثر المفاصل عرضة للخلع هي: الكتف، المرفق، الإبهام، الأصابع³.

الإسعاف الأولي للخلع:

عند الاشتباه بوجود الأعراض المميزة للخلع المفصلي عند اللاعب المصاب فإنه يجب على المسعف القيام بالخطوات التالية:

- التقليل من تحريك اللاعب المصاب إلا في أضيق الحدود حيث أن الحركة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفة الخلع.

- تثبيت الطرف المصاب بواسطة الجبيرة المناسبة.

- وضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع وتثبيتها جيدا قبل تثبيت الجبيرة.

- نقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب مستشفى أو مركز صحي.

¹ حياة عياد روفائيل: مرجع سابق، ص96.

² زينب العالم: مرجع سابق، ص148.

³ صبحي أحمد قبالن، نايف مفضي الجبور: مرجع سابق، ص199.

العلاج:

- من أجل التشخيص السليم لابد من الفحص بالأشعة وذلك للتأكد من عدم وجود كسر في عنق العظم، والتثبيت من عدم وجود إصابة عصبية أو وعائية دموية.
- يجب رد الخلع في أقصر مدة ممكنة بواسطة أخصائي العظام.
- تثبيت المنطقة المصابة في حالة وجود كسر¹.

2-9-5- إصابات الأعصاب:

أن الأعصاب الناشئة من الجهاز المركزي العصبي المتمثل في الدماغ والنخاع الشوكي، هي الوسيلة الوحيدة لنقل الإيعازات إلى العضلات ويتألف العصب الواحد من مجموعة من الألياف العصبية مخلقة بنسيج رابط ويزود العصب الواحد عضلة واحدة أو مجموعة من العضلات، وقد يكون العصب سطحياً أي تحت الجلد أو بين العضلات أو ملتصقاً بالعظام حسب طريق مساره، وتحدث الإصابات العصبية بأنواع أربعة:

2-9-5-1- التمزق الكلي للعصب: ويحدث بواسطة الحافات الحادة للعظام المكسورة ويؤدي إلى شلل كلي للعضلات التي يزودها وفي هذه الحالة تجرى عملية جراحية لربط العصب المقطوع ولكن لا ترجع وظيفة العصب في الأحوال كلها مثلما كانت عليه قبل الإصابة.

2-9-5-2- النزف داخل العصب: نتيجة شدة خارجية حيث أن تراكم الدم يعطل وصول الإيعازات العصبية ويحدث الشفاء عادة عند زوال مخلفات الإصابة.

2-9-5-3- كدم العصب: ويحدث نتيجة إصابة مباشرة على العصب خاصة القريبة من الجلد مثل العصب الزندي، ومن أهم الأعراض هنا حدوث شلل مؤقت في المنطقة التي يزودها العصب ويجب هنا

¹ أسامة أمزيان: مرجع سابق، ص55.

تجنب تبريد المنطقة بتاتا أو تدليك العصب المصاب لأن ذلك يسبب مضاعفات خطيرة قد تؤدي إلى الشلل.

2-9-5-4- سحب العصب: ويحدث عادة عند وجود شدة خارجية تؤدي ثني الرأس بقوة في أحد الجانبين مما يؤدي إلى سحب العصب في منطقة الرقبة ويشعر المصاب بحرقة شديدة تمتد من الرقبة إلى نهاية الطرف العلوي وقد يحدث التهاب العصب مع ضمور العضلات التي يزودها¹.

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص ص 137، 138.

خلاصة الفصل :

من خلال ما سبق يمكن القول بأن الإصابات الرياضية هي جزء من مجموع إصابات الحياة اليومية للفرد والتي يمكن أن يتعرض لها، حيث تتعدد أنواعها وأسبابها، أعراضها ودرجاتها، فمنها الخفيفة والمتوسطة التي لا تؤثر على مستوى الأداء ومنها الشديدة التي تتطلب ابتعاد اللاعب عن التدريبات والمنافسات الأمر الذي يؤثر سلبا على مستواه ولياقته البدنية.

كما وتختلف الإصابات الرياضية تبعا لنوع النشاط الممارس وطبيعة الأداء ومستوى المنافسة، فضلا عن الجانب النفسي، الاستعداد المهاري، اللياقة البدنية ووعي الرياضي وإدراكه لخطورة الحركة المؤداة وإمكانية التسبب في الإصابة، واختلاف الإصابات الرياضية يقتضي اختلاف وتنوع طرق إسعافها وعلاجها وتأهيلها.

الفصل الثالث:

كرة اليد

تمهيد

تعتبر كرة اليد من الألعاب الجماعية التي يغلب عليها طابع الاحتكاك والاندفاع البدني، كما أنها تتطلب تركيز جيد في الهجوم والدفاع وهي رياضة متكاملة تتطلب جهداً طاقوياً كبيراً، حيث تعتمد في هجماتها على السرعة في التنفيذ والقوة في القذف والتصويب.

تستغرق مباراة كرة اليد 60 دقيقة أو أكثر في ملعب حدوده 20×40 تقتضي تناوب بين العمل الهجومي والعمل الدفاعي، وهذا ما يتطلب من اللاعب التمتع بلياقة بدنية عالية، والاستمرار في بذل الجهد البدني طوال هذه الفترة ودون هبوط في مستوى الأداء بين بداية المباراة ونهايتها، الأمر الذي يتطلب إعداد اللاعب والاهتمام به من كافة النواحي البدنية النفسية، التقنية التكتيكية وفق متطلبات اللعبة، سعياً إلى التقدم في المستوى وتجنب الوقوع في الإصابات الرياضية.

ومن هذا المنطلق سنحاول التطرق في هذا الفصل إلى تعريف: كرة اليد، قوانينها، الإصابات الشائعة في كرة اليد، بعض طرق الاسترجاع في المجال الرياضي، دور المدرب في وقاية لاعبيه من الإصابات الرياضية.

3-1- نبذة تاريخية:

ترجع فكرة لعب الكرة باليد إلى الإغريق، وهذا ما أشارت إليه النقوش الأثرية التي ترجع إلى 3000 عام قبل الميلاد.

أما كرة اليد بشكلها الحديث، فقد تطورت في القرن التاسع عشر وفي عدة دول، هي الدانمارك ألمانيا وتشيكو سلوفاكيا والسويد.

ففي الدانمارك ابتكرها مدرس جمباز اسمه **هولجر نيلسين "HOLLerger Nielsen"** وقدمها من خلال برنامج تدريبي لتلاميذ مدارس بلده **أردروب "Ardrob"** عام 1848.

وفي السويد اقترح معلم تربية بدنية **فالون "fallon"**، عام 1910 مجموعة قوانين تحكم لعبة كرة اليد.

أما الذين طوروا لعبة كرة اليد في صورتها الحديثة فهم الألمان، إذ سمحوا للاعبين أن يركضوا بالكرة بعد أن كانوا يتناولونها وقوفاً، وكان رائد هذا التطور أستاذ الجمباز الألماني، **ماكس هايستر "Max Hezer"** الذي استخدمها كوسيلة لإحماء تلميذاته من لاعبات الجمباز، داخل الصالات، والارتقاء بمستوى لياقتهم وسرعان ما انتقلت هذه اللعبة الجديدة إلى لاعبي كرة القدم وممارسي ألعاب القوى، لما وجوده فيها من إفادة بعد ممارستهم لها كوسيلة للإحماء وللتسلية بين فترات التدريب.

وقد تعاون **ماكس هايستر** مع مدرس التربية البدنية **شلنز "sheelnz"** لوضع القوانين المنظمة للعبة. وسرعان ما انتشرت لعبة كرة اليد في ألمانيا ثم الدول الأوروبية المجاورة، وأقيمت المباريات المحلية والعالمية التي كان أولها عام 1915 بين فريقي النمسا وألمانيا وكان عدد لاعبي كل فريق أحد عشر لاعبا وأقيمت المباريات في ملاعب مفتوحة، وفي عام 1927 أسس الاتحاد الدولي لكرة اليد ومقره أمستردام بهولندا، الذي وضع لوائح كرة اليد وطرق ممارستها في العالم.

وفي عام 1928 عقد أول مؤتمر للإتحاد الدولي للهواة وأقر قواعد اللعبة دولياً، وفي الدورة الأولمبية ببرلين عام 1936، أدرجت كرة اليد ضمن برنامج الألعاب الأولمبية لكن اللجنة الأولمبية ألفتها، إلا أنها عادة وأدرجت كلعبة أولمبية عام 1972، فتنافست الدول عليها مرة أخرى في دورة ميونيخ الأولمبية في ألمانيا بعد أن أصبح عدد لاعبي الفريق سبعة فقط¹.

3-2- تعريف كرة اليد:

هي أحدث الألعاب الجماعية التي مارسها العالم، ويعدّها كثير من الناس لعبة مشتقة من كرة القدم وهي لعبة السرعة والإثارة معا في وقت واحد تجمع بين الجري، القفز، واستلام الكرة وتميرها في أقل وقت ممكن. وتسجل الأهداف فيها عن طريق قذف الكرة في مرمى الخصم، وتحتاج ممارستها إلى لياقة بدنية عالية وقوة جسمانية².

هي لعبة جماعية تلعب بين فريقين يتكون كل منهما من سبعة لاعبين وغرض كل فريق من هذان الفريقان إحراز هدف في مرمى الفريق الآخر ومنعه من إحراز هدف، وتلعب هذه الرياضة باليدين ويجب إحراز الهدف ضمن قواعد وقوانين اللعبة³.

3-3- قانون كرة اليد:

الميدان: شكله مستطيل يضم مساحة تقدر ب40م طول و20 م عرض، الخطوط الكبرى على الجانب تسمى بخطوط التماس والخطوط الصغرى هي خطوط المرمى، ويجب ترك منطقة أمان حول الملعب بعرض متر على الأقل بطول خطي الجانب ويعرض مترين خلف خطي المرمى.

¹ www.hollanduniversity.org

² صبحي أحمد قبلان، مرجع سابق، ص9.

³ صبحي أحمد قبلان: نايف مفضي الجبور، مرجع سابق، ص250.

يوضع المرمى في منتصف كل من خطي المرمى تثبيت المرمى جيدا في الأرضية ويكونا من الداخل بارتفاع مترين وباتساع ثلاثة أمتار يتصل القائمان بعارضة أفقية، يجب أن يكون الحد الخلفي للقائمين منطقيا على الحد الخلفي لخط المرمى، كما يجب أن يكون القائمان كمقطع مربع 8 سم من مادة متماثلة ويجب أن تطلّى على جميع جوانبها بلونين مختلفين عن لون الأرضية الخلفية. القائمان والعارضة الأفقية يجب طلائهم بنفس اللون عند اتصالهم معا، هذا اللون يكون بامتداد 28 سم عند كل جهة، أما المستطيلات الملونة الأخرى فتكون بطول 20 سم، يجب أن يكون للمرمى شبكة مثبتة به بطريقة لا تسمح للكرة بالارتداد بعد التصويب.

تحدد منطقة المرمى بخط منطقة المرمى الذي يرسم كالاتي:

- خط طوله 3 أمتار أمام المرمى على بعد 6 أمتار من خط المرمى وموازيا له.
يوصل طرفا هذا الخط بخط المرمى بربعي دائرة نصف قطرها 6 متر مقاسه من الزاوية الداخلية الخلفية لقائمي المرمى.

-خط الرمية الحرة (خط ال 9 أمتار) هو خط متقطع، حيث يكون كل جزء منه والمسافات الموجودة بينهما بطول 15 سم، يرسم الخط على بعد 3 أمتار من خط منطقة المرمى موازيا له.

-خط ال 7 متر بطول متر واحد على بعد 7 أمتار من الحد الخلفي لخط المرمى وموازيا له أمام المرمى.

- يكون خط حارس المرمى بطول 15 سم على بعد 4 أمتار من الحد الخلفي لخط المرمى وموازيا له أمام المرمى.

- يوصل خط المنتصف بين نقطتي منتصف خطي الجانب، ويتحدد كلا من خطي منطقة التبديل على بعد 4.5 متر من خط المنتصف بخط موازيا له وممتد داخل الملعب 15 سم، ويمتدان أيضا خارج الملعب بـ: 15 سم.

- جميع خطوط الملعب هي جزء من المنطقة التي تحددها وتكون بعرض 5 سم ما عدا خط المرمى بعرض 8 سم بين القاضمين بنفس سمك القائمين وتكون هذه الخطوط دائما مرئية بوضوح¹.

زمن المباراة: تتكون مباراة كرة اليد للكبار من شوطين مدة كل منهما 30 دقيقة، أما فرق الشباب فعلى شوطين مدة كل منهما 25 د من سن 12-16 سنة، ومن سن 8-12 سنة على شوطين أيضا مدة كل منهما 20 دقيقة، وفي كرة اليد للصغار تحت 8 سنوات يكون زمن اللعب 10 أو 15 دقيقة في كل شوط وفي كل الفئات هناك راحة بين الشوطين لمدة 10 د.

- إذا تعادل الفريقين في الأوقات الأصلية هناك وقت إضافي على شوطين مدة كل منهما 5 د وبدون راحة بين الوقتين الإضافيين.

وإذا انتهى الوقت الإضافي الأول بالتعادل وقت إضافي ثاني بعد فترة راحة مدتها 5 دقائق وبعد إجراء قرعة جديدة، ويكون هذا الوقت الإضافي أيضا على شوطين كل منهما 5 د، وإذا انتهت بالتعادل يحدد الفائز وفقا للقواعد².

الكرة: تصنع بغلاف من الجلد أو من مادة بلاستيكية أحادية اللون ومستديرة الشكل بالنسبة للرجال يبلغ قياس محيطها 58 إلى 60 سم، الوزن 425 إلى 475 غ أما بالنسبة للسيدات يبلغ قياسها 54 إلى 56 سم، الوزن 326 إلى 400 غ، مع وجوب توفير كرّتين قانونيتين لكل مباراة³.

3-3-1- الفريق: يتكون الفريق من 14 لاعبا ويجب تواجد 5 لاعبين لكل فريق على الأقل في الملعب عند بدء المباراة، ويمكن أن تستمر المباراة حتى وأن نقص عدد الفريق عن 5 لاعبين في الملعب أثناء سير المباراة.

¹ Fédération Internationale de hand ball, Règles de jeu, Edition, 1 Juiellet 2010, p4- 5

² صبحي أحمد قبلاّن: مرجع سابق، ص ص24-25.

³ منير جرجس إبراهيم: كرة اليد للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 1990، ص17.

3-3-2- حارس المرمى: يمكن للاعب الذي يلعب كحارس مرمى أن يصيب لاعبا للملعب في أي وقت بعد تبديل ملابسه، كما يمكن للاعب الملعب أن يصبح حارسا للمرمى، لا يسمح بتبديل حارس المرمى عندما يكون الرامي مستعدا لرمية الجزاء والكرة بيده¹، وأن يتم تبديل حارس المرمى من منطقة التبديل.

3-3-3- لعب الكرة: يسمح للاعب:

- إيقاف ومسك وضرب ورمي الكرة باستخدام اليدين أو الذراعين أو الرأس أو الجذع أو الفخذين أو الركبتين.

- الاحتفاظ بالكرة لمدة أقصاها 3 ثوان في اليد أو عندما تكون الكرة مستقرة على الأرض.

- التحرك والكرة في اليد بما لا يتجاوز 3 خطوات.

3-3-4- الدخول على المنافس: يسمح للاعب:

- استخدام اليدين أو الذراعين للاستحواذ على الكرة.

- لعب الكرة بعيدا عن حوزة المنافس بيد واحد مفتوحة ومن أي اتجاه.

- حجز المنافس بالجدع حتى إذا لم تكن الكرة بحوزته ولا يسمح للاعب بغير ذلك.

3-3-5- تسجيل الأهداف: يحتسب الهدف إذا عبرت الكرة بكامل محيطها خط المرمى الداخلي ولم يرتكب

الرامي أو زملائه أثناء ذلك أية مخالفة².

3-3-6- رمية الإرسال: يؤدي رمية الإرسال الفريق الراجح للقرعة واختيار أن يبدأ ومعه الكرة، فيختار

المنافسون نصف الملعب، وإذا اختار الفريق الراجح للقرعة جهة اللعب فإن المنافسين يؤدون رمية الإرسال.

- رمية الإرسال في الشوط الثاني يؤديها الفريق الذي يؤدي رمية إرسال بداية اللعب، تجرى قرعة جديدة قبل كل وقت إضافي.

¹ صبحي أحمد قبلان: مرجع سابق، ص ص 87- 88.

² رؤوف بن عيسى: أثر برنامج تدريبي مقترح بطريقة التدريب الدائري على تحسين أداء بعض المهارات الأساسية في كرة اليد، مذكرة ماستر، قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة بسكرة، 2011- 2012، ص 33.

- بعد تسجيل هدف يستأنف اللعب برمية إرسال يؤديها الفريق الذي احتسب عليه الهدف.
- تؤدي رمية الإرسال من منتصف الملعب في أي اتجاه تسبقها صفارة لأدائها خلال 3 ثوان، ويجب على جميع اللاعبين أن يكونوا في نصف ملعبهم عند أداء رمية الإرسال ويكون المنافسون على بعد لا يقل عن 3 أمتار من الرامي¹.

3-3-7- الرمية الجانبية: تحتسب الرمية الجانبية إذا عبرت الكرة بكاملها خط الجانب والآخر من لمسها لاعب من الفريق المدافع قبل أن تعبر خط المرمى الخارجي لفريقه.

3-3-8- رمية المرمى: تمنح رمية المرمى إذا عبرت الكرة بكاملها خط المرمى الخارجي.

3-3-9- الرمية الحرة: تحتسب الرمية الحرة في الحالات التالية:

- التبديل الخاطئ أو الدخول للملعب مخالفا للقوانين أو القواعد، مخالفات حارس المرمى، مخالفات لاعب لقواعد منطقة المرمى، المخالفات المتعلقة بقواعد لاعب الكرة، تعمد لاعب الكرة عبر مرمى أو خطأ الجانب، اللعب السلبي، مخالفات قواعد اللعب التي تخص الدخول على المنافس، الأداء الخاطئ للرميات السلوك غير الرياضي والتهجم.

3-3-10- الرمية الجزائية: تحسب الرمية الجزاء:

- عند إضاعة فرصة محققة لتسجيل هدف في أي جزء من الملعب.
- عندما يحمل أو يأخذ حارس المرمى الكرة من خارج منطقة مرماه إلى داخلها.
- عند دخول اللاعب منطقة مرماه وأثر ذلك على هجوم المنافس الذي بحوزته الكرة.
- تعمد اللاعب إرجاع الكرة إلى منطقة مرماه وقام بلمسها حارس المرمى.
- إطلاق صفارة بدون مبرر في نفس وجود فرصة واضحة للتسجيل.
- إهدار فرصة واضحة للتسجيل عندما يتداخل أحد غير مصرح به بالتواجد بالملعب.

¹ Fédération internationale de hand ball, Règles de jeu, Edition, 1 Jui ellet 2010, p8.

3-3-11- رمية الحكم: يستأنف اللعب برمية الحكم إذا:

- توقف اللعب بسبب ارتكاب كلا الفريقين مخالفة لقواعد اللعب في نفس الوقت.
- إذا لمست الكرة السقف أو أي عائق مثبت فوق الأرض.
- إذا أوقف اللعب دون وجود مخالفة للقواعد ولم يكن من الفريقين مستحوذ على الكرة.
- يجب دائماً "إيقاف الوقت" عند احتساب رمية الحكم.
- تؤدي رمية الحكم من منتصف الملعب، يرمي الحكم الكرة عمودياً لأعلى مصحوبة بصفارة، ويجب على جميع اللاعبين أن يبتعدوا 3 متر على الأقل من الحكم باستثناء لاعب واحد من كل فريق، يجب أن يقفا بجانب الحكم.

3-3-12- أداء الرميات: قبل أداء الرميات يجب أن تكون الكرة مستقرة في يد الرامي ويكون مكان كل

اللاعبين طبقاً لقواعد اللعب قبل أداء الرمية¹.

- يجب تصحيح الوضع الخاطئ.

3-3-13- العقوبات: يعطى الإنذار في الحالات التالية:

- المخالفات المتعلقة بالدخول على المنافس سابقاً.
 - المخالفات التي ترتكب عندما ينفذ المنافس الرمية.
 - السلوك غير الرياضي من اللاعب أو الإداري².
- 3-3-14- الحكام:** يدير كل مباراة حكمان متساويان في الحقوق يساعدهما مسجل وميقاتي.

¹ منير جرجس إبراهيم: مرجع سابق، ص ص 26-27.

² صبحي أحمد قبلان: مرجع سابق، ص 89.

3-3-15- المسجل والميقاتي:

يراجع المسجل قائمة الفريقين فقط اللاعبين المسجلين الذين لهم حق الاشتراك، وبالاشتراك مع الميقاتي في مراقبة اللاعبين الموقوفين أو اللاعبين الذين انضموا عبد بداية المباراة، المسجل مسؤول عن ورقة التسجيل ويسجل أحداث المباراة والملاحظات والأهداف والإيقاف والابتعاد والطرْد¹.

3-4-4- متطلبات كرة اليد الحديثة:

3-4-1- المتطلبات المرفولوجية:

تعتبر كرة اليد من الرياضات التي تهتم بطول اللاعب ووزنه، حيث يتميز لاعب كرة اليد ببنية قوية وطول قامة معتبرة، كما يتميز كذلك بطول الأطراف وخاصة الذراعين وكذا الكتف واليد الواسعة وسلميات أصابع طويلة نسبياً، والتي تتناسب وطبيعة لعبة كرة اليد².

3-4-2- المتطلبات الفسيولوجية:

تعتمد ممارسة كرة اليد على نظامين أساسيين لإنتاج الطاقة هما: النظام اللاهوائي بنوعية الحمضي واللا حمضي والنظام الهوائي.

3-4-2-1- النظام اللا هوائي:

هو أحد أنواع أنظمة إنتاج الطاقة إذ يتم خلاله إعادة بنا (ATP) من دون الاستعانة بالأكسجين الخارجي ويعتمد على الأكسجين المخزون في الميوغلوبين العضلي إذ أن كمية (ATP) التي يتم بناءها بهذه الطريقة محدودة مقارنة مع النظام الأوكسجيني وينقسم النظام الأوكسجين إلى نظامين هما:

- النظام الفوسفاجيني (ATP- PC).

¹ رؤوف بن عيسى، مرجع سابق، ص35.

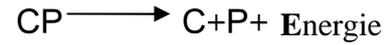
² بن عبد الرحمان عقبة: تأثير الممارس الرياضية على البنية المورفولوجية، مذكرة ماستر، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، 2016-2017، ص34.

- نظام حامض اللاكتيك¹.

3-4-2-1-1- النظام الفوسفاجيني: (ATP- PC):

يعتمد هذا النظام في إعادة تكوين ATP على تحلل مركب فوسفات الكرياتين CP الذي يكون مخزوناً

أيضاً في الخلية العضلية حيث يتحلل إلى كرياتين C وفسفور P1.



أي: أن الطاقة المتحررة من تحليل فوسفات الكرياتين لا تستخدم في الانقباض العضلي وإنما تستخدم لإعادة

تصنيع ثلاثي فوسفات الأدينوزين ولكن بشكل محدد إذ أن تحلل كل جزيئة من cp يمكن أن يحرر طاقة

كافية لإعادة جزيئتين من ATP.

ويمكن أن يجهز هذا النظام الجسم بالطاقة لمدة (8- 10) ثواني وأقل من 7 ثوان لذلك يعد هذا

النظام مصدر الطاقة الرئيسي لأداء الألعاب والفعاليات الرياضية التي تتميز بالسرعة القصوى والقوة

الانفجارية.

ويتميز هذا النظام بالانفجارية في الاستهلاك وتحرير الطاقة، وهو يتصف بالسرعة في التعويض

والاستشفاء².

وفي كرة اليد فإن جميع حركات المناولة والتصويب أو الدفاع فضلا عن الركض السريع في أثناء

الهجوم الخاطف أو العودة للدفاع بسرعة تتم على هذا النظام فضلا عن أن هناك بعض الصفات البدنية

تندرج أيضا تحت هذا النظام مثل القوة القصوى (المتحركة- الثابتة) والسرعة القصوى، والقوة المميزة

بالسرعة، وعند تكرار أداء العمل (السرعة- القوة) بنظام إنتاج الطاقة الفوسفاجيني لعدة مرات مع وجود مدة

راحة غير كاملة يمكن تنمية مطاولة السرعة، ومطاولة القوة (التحمل الأكسجيني)³.

3-4-2-1-2- نظام حامض اللاكتيك:

¹ بزار علي جوكل: فسلجة التدريب في كرة اليد، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن، 2014، ص ص42- 43.

² احمد يوسف متعب الحسناوي، كريم حمزة: مهارات التدريب الرياضي، ط1، دار صفاء، عمان، 2014، ص ص71- 72.

³ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص45.

يطلق على هذا النظام بالجلوكزة اللاهوائية، أي تحليل السكر في غياب الأوكسجين، وهذا النظام يعتمد على إعادة بناء ATP لاهوائيا، ويختلف مصدر الطاقة في هذا النظام حيث يعتمد على مصدر غذائي هو الكربوهيدرات التي تتحول إلى صورة بسيطة في شكل سكر الجلوكوز الذي يمكن استخدامه مباشرة لإنتاج الطاقة اللازمة لإعادة بناء ATP أو يمكن أن تخزن في الكبد أو العضلات على هيئة جلايكوجين في حالة الزيادة لاستخدامه فيما بعد¹.

وفي كرة اليد فإن جميع الحركات التي يقوم بها اللاعب بسرعة أثناء التحركات الهجومية أو الدفاعية فضلا عن الركض السريع أثناء الهجوم السريع الخاطف والعودة للدفاع بسرعة تتم على هذا النظام فضلا عن النظام الفوسفاجيني، إذ تتدرج بعض الصفات البدنية تحت هذا النظام مثل (مطاوله السرعة، مطاوله القوة)، ويطلق عليها السعة اللاأوكسيجينية أو المطاوله اللاأوكسيجينية وهي القدرة على الاحتفاظ أو تكرار انقباضات عضلية قصوى اعتمادا على إنتاج الطاقة اللاأوكسيجينية بنظام حامض اللاكتيك².

3-4-2-2- النظام الهوائي:

يتميز هذا النظام عن النظامين السابقين لإنتاج الطاقة بوجود الأوكسجين كعامل فعال خلال التفاعلات الكيميائية لإعادة بناء ATP ويتفق هذا النظام مع نظام حامض اللاكتيك من حيث مصدر الطاقة فهو مصدر غذائي ← كربوهيدرات + دهون فإثناء النشاط البدني يكون المصدر الكربوهيدرات والدهون لبناء ATP، ويمكن القول أن النظام الهوائي يناسب تكوين ATP خلال أنشطة التحمل الطويلة مثل الماراثون (42.2 كيلو متر) حيث يحتاج اللاعب إلى حوالي 150 جزئ ATP لفترة السباق التي تستغرق ما يزيد عن 2.5 ساعة³.

وتعتمد قابلية النظام الأوكسيجيني على النقاط الآتية:

¹ صبحي أحمد قبلان، نايف مفضي الجبور، مرجع سابق، ص108.

² بزار علي جوكل: فلسفة التدريب في كرة اليد، مرجع سابق، ص48.

³ صبحي أحمد قبلان، نايف مفضي الجبور، مرجع سابق، ص108.

- الجهاز التنفسي (لأخذ الأوكسجين).

- حجم القلب (لنقل الأوكسجين).

- الألياف العضلية وبيوت الطاقة (لاستخدام الأوكسجين).

تعتمد مدة استعادة الشفاء على العوامل الثلاثة السابقة وهي نقطة مهمة للفعاليات الرياضية كافة سواء أوكسجينية أو لا أوكسجينية، أما كرة اليد فإنها تعتمد على العمل الأوكسجيني في الحصول على الطاقة اللازمة التي تساعد اللاعب على مقاومة التعب أثناء التدريب أو المباراة التي تستغرق (60) دقيقة أو أكثر كما تساعد على توفير الأوكسجين اللازم لسرعة استعادة الشفاء خلال اللعب وتقليل التعب الناتج عن نقص الأوكسجين O_2^1 .

3-4-2-1- التفاعل بين نظم إنتاج الطاقة:

تتفاعل أنظمة إنتاج الطاقة في جسم الإنسان فيما بينها بحيث لا يبدو فيها أي نظام من النظم مستقلا عن النظم الأخرى، ويتوقف التفاعل بين تلك النظم على التغيرات التي تحدث في قوة وسرعة الأداء والمسافة والزمن.

الجدول رقم (03): يبين نظم إمداد الجسم بالطاقة وفقا لمتغيري الزمن ونوع النشاط البدني.²

النشاط البدنية	زمن الأداء	نظم إنتاج الطاقة
دفع الجلة- 100 م عدو- الإرسال في أنشطة الكرة- التصويت في كرة القدم.	أقل من 20 ث	- نظام الـ ATP و pc

¹ بزار علي جوكل: مرجع سابق، ص50.

² محمد نصر الدين رضوان، خالد بن حمدان آل مسعود: القياسات الفيسيولوجية في المجال الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2013، ص57.

200، 400 متر جري- 100م مساحة- 800 متر جري- مسابقات الجمباز. الملاكمة 3 ق في الجولة- المصارعة 2ق. مباريات كرة القدم- اختراق الضاحية- المارثون- المشي- الجري- الانزلاق.	من 30 إلى 90 ث من 90 ث إلى عدد من الدقائق أكثر من عدد من الدقائق	- نظام الـ ATP pc والجلكرة اللاهوائية (حامض اللاكتيك) - الجلكرة اللاهوائية (حامض اللاكتيك) والنظام الهوائي. - النظام الهوائي.
--	--	---

الجدول رقم (04): يبين الخصائص العامة لنظم إنتاج الطاقة في الجسم.¹

النظام الأوكسجيني	نظام حامض اللاكتيك	النظام الفوسفاتي اللاهوائي
Oxygen system	(Lactic Acid)	ATP - Pc
هوائي بطيء طاقة غذائية: الجليكوجين، الدهون، البروتي إنتاج غير محدود من ATP لا يحدث تعب مصاحب لإنتاج الطاقة. يستخدم في أنشطة التحمل وفي الأنشطة التي تستغرق فترات زمنية طويلة	لا هوائي سريع طاقة غذائية: الجليكوجين إنتاج محدود من ATP عن طريق إنتاج حامض اللاكتيك الذي يسبب التعب العضلي يستخدم في الأنشطة التي تستغرق فترات زمنية من 1- 3 دقائق	1- لا هوائي 2- سريع جدا 3- طاقة كيميائية: pc 4- إنتاج محدود جدا من ATP 5- المخزون العضلي محدود 6- يستخدم في أنشطة العدو وفي الأداء على الشدة الذي يستغرق فترات زمنية قصيرة

3-4-3- المتطلبات البدنية في كرة اليد:

تعتمد كرة اليد في عملية الإعداد البدني على تنمية الصفات البدنية العامة التي يمكن على أساسها بناء وتطوير الصفات البدنية الخاصة ويتم ذلك من خلال التمرينات البدنية سواء بأدوات أو بدون أدوات أو باستخدام الأجهزة وتتمثل في هذه الصفات في القوة المميزة بالسرعة، تحمل القوة تحمل السرعة وهناك صفات بدنية أخرى ترتبط ارتباط وثيق بالأداء البدني والمهاري والخططي وهي مختلطة بأكثر من صفة منها تحمل

¹ نفس المرجع، ص58.

الآراء، التوافق، التوازن الدقة ويستطيع المدرب تتميتها من خلال تدريبات الدفاع والهجوم أو تكرار الأداء والتحركات المختلفة أثناء القيام بأداء الجوانب المهارية أو الخطئية بالكرة أو بدونها¹.

وتشمل مكونات اللياقة البدنية في كرة اليد:

3-4-3-1- القوة العضلية:

يعرفها "بسطويسي أحمد" (1999): نقلا عن "Stailor" بأنها "إمكانية العضلات أو مجموعة من العضلات في التغلب على المقاومة أو عدة مقاومات خارجية"².

يعرفها "ماتيف" بأنها "قدرة العضلة في التغلب على مقاومات مختلفة مثل: الثقل الخارجي- ووزن الجسم والمنافس، وقوة الاحتكاك وغيرها".

ويعرفها "هارا" بأنها: "قدرة الجهاز العضلي العصبي في التغلب على مقاومة عالية نسبيا أو مواجهتها من خلال استخدام عضلات الجسم"³.

ويذكر ماتويوس "Mathews" 1978: أن الإنجاز الحركي الشامل يعتمد بدرجة كبيرة على مستوى القوة العضلية.

وينفق كل من "لاروسن وماتويوس": أن مستوى الأداء الرياضي يتوقف على ما يملكه اللاعب من صفات بدنية ومنها القوة العضلية ويؤكدون على أهمية هذا العنصر للأداء الجيد للرياضيين مهما اختلفت أنشطتهم وسباقاتهم.

¹ محمد درويش: دراسة مقارنة في ديناميكية الجهد البدني وبعض الخصائص البدنية والفيزيولوجية لدى لاعبي كرة اليد مذكرة ماجستير، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، دامعة الجزائر، 2008-2009، ص ص41-42.

² أحمد بسطويسي: أسس ونظريات التدريب الرياضي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1991، ص113.

³ أحمد يوسف متعب الحساوي، كريم حمزة: المرجع السابق، ص113.

وتعتبر القوة العضلية من أهم الصفات البدنية لما لها من فاعلية في الحياة العامة وفي مجال التربية البدنية والرياضية خاصة، الأمر الذي دعا كثير من الباحثين في هذا المجال جعلها موضوعا لدراساتهم وأبحاثهم¹.

كما تعد عملية تدريب القوة من أهم عناصر اللياقة البدنية التي يجب على اللاعب في كرة اليد أن يكون على قدر كافي بهذه الصفة نظرا للأهمية التالية:

- تسهم في إنجاز أي نوع من أنواع الجهد البدني في كافة الرياضات وتفاوت نسبة مساهمتها طبق لنوع الأداء.

- تعتبر محددًا هامًا في تحقيق التفوق الرياضي.

- تكسب اللاعب الثقة في النفس والقدرة على مقاومة المنافس بطريقة قانونية خلال المواقف التي تصادفه أثناء اللعب وكذلك تجنب الإصابة وخاصة الخطيرة، كما نفي حالة السقوط على الأرض أو الاحتكاك المستمر بالمنافس.

- تسهم في تقدير العناصر البدنية الأخرى مثل السرعة والتحمل والرشاقة لهذا فهي تشغل حيزًا كبيرًا في برامج التدريب الرياضي².

وهذا ما أشار إليه "محمد حسن علاوي": بأن القوة العضلية تؤثر بدرجة كبيرة على تنمية بعض الصفات البدنية كالسرعة والتحمل والرشاقة وخاصة بالنسبة لأنواع الأنشطة الرياضية التي يرتبط فيها استخدام القوة العضلية بجانب الصفات السابقة³.

3-4-2- السرعة:

¹ مصطفى أحمد عبد الوهاب: التدريبات البدنية في كرة اليد للناشئين (النظرية، التطبيق)، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية 2015، ص 62-63.

² محمد درويش: مرجع سابق، ص29.

³ محمد حسن علاوي: علم التدريب الرياضي، ط12، دار المعارف، القاهرة، 1992، ص91.

يعرف "فرانك ديك" 1980 السرعة بأنها: « المقدرة على تحريك أطراف الجسم أو أجزاء من روافع الجسم أو الجسم ككل في أقل زمن ممكن »¹.

تعد السرعة من العوامل الحاسمة التي تؤثر بشكل مباشر على نتيجة المباراة بل أن أي تطور نسمع عنه في اللعب غالبا ما يكون عامل السرعة وراءه، كما أن الكثير من المواقف الدفاعية والهجومية طوال المباراة يكون لعامل السرعة الحد الفاصل في ترجيح أحد اللاعبين على غيره.

إن توافر عنصر السرعة في كرة اليد يمكن اللاعب من أداء المهارات الأساسية بسرعة مناسبة، كما يمكن من التحرك السريع داخل حدود الملعب سواء أثناء العمليات الهجومية أو الدفاعية².

3-4-3- التحمل:

يعرف التحمل بأنه: « مقدرة الفرد الرياضي على الاستمرار في الأداء بفاعلية دون هبوط في كفاءته ».

يعرف كذلك بأنه: « مقدرة الرياضي على مقاومة التعب »³.

ولا شك أن لعبة كرة اليد من الألعاب التي تتطلب من اللاعب مجهودا كبيرا وعملا متواصلًا طول فترة وجوده بالملعب سواء في الهجوم أو الدفاع بدون توقف، ولا بد للاعب من أن يستمر في بذل الجهد دون فترات راحة وأن يزيد من كفاحه وكفاءته ويرتفع بمستواه طالما كان مستمرا في اللعب بحيث يختم المباراة وهو في حالة لا تقل بأي حال من الأحوال عن بدايتها ولذلك تعتبر قوة التحمل من العوامل التي لا غنى عنها مهما بلغ مستواه في مهارات اللعب⁴.

3-4-3- المرونة:

¹ مفتي إبراهيم حماد: التدريب الرياضي الحديث، تخطيط وتطبيق وقيادة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001، ص 203.

² مصطفى أحمد عبد الوهاب: مرجع سابق، ص 53-54.

³ مفتي إبراهيم حماد: مرجع سابق، ص 147.

⁴ منير جرجس إبراهيم: كرة اليد للجميع، ط4، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994، ص 56.

تعني المرونة في مفهومها العام القدرة على أداء الحركات إلى أقصى مدى لها، ومصطلح المرونة مرتبط بالمفاصل، فالمفصل هو الذي يحدد اتجاه الحركة ومداها.

وتعرف بأنها: « مقدرة مفاصل الجسم على العمل على مدى واسع ».

وتعرف أيضا: « كفاءة الفرد على أداء حركة لأوسع مدى »¹.

تعتبر المرونة من العناصر الأساسية في الصفات البدنية التي تسمح بإنجاز الحركات الرياضية بصفة جيدة ومتحكم فيها من حيث الكم والكيف²، حيث تلعب المرونة دورا كبيرا في تقليل الإصابات التي تحدث خلال التنافس الرياضي كما تساعد على أداء الحركة أو المهارة بطريقة سهلة مما يسبب تأخير ظهور التعب، وأنها عامل أساسي في سرعة تعلم المهارات الحركية وتعمل مع بقية الصفات البدنية الأخرى (القوة- السرعة- التحمل- الرشاقة) على إعداد اللاعب إعدادا متكاملًا³.

حيث يؤكد "هارا": أن مدى الحركة في المفاصل يصبح محدودا في حالة عدم كفاية المرونة وأن ذلك يؤدي إلى بدل جهد أكبر لأداء الحركة الأمر الذي لا يتفق وقانون الاقتصاد في الجهد مما يسبب التعب السريع، فاللاعب الذي لديه المرونة الفائقة سيكون قادرا على أداء التمرين بأكثر سرعة وقوة⁴.

3-4-3-5- الرشاقة:

تعرف بأنها قدرة الفرد على تغيير أوضاعه في الهواء أو هي المقدرة على تغيير أوضاع الجسم أو سرعته أو اتجاهاته على الأرض أو في الهواء بدقة وانسيابية وتوقيت سليم⁵.

¹ مفتي إبراهيم حماد: مرجع سابق، ص194.

² محمد درويش: مرجع سابق، ص39.

³ أحمد عربي عودة: الإعداد في كرة اليد، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2014، ص150.

⁴ محمد إبراهيم شحاتة: برامج اللياقة الدولية، للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2014، ص163.

⁵ خالد حمودة، أشرف كمال: تعليم المبتدئين وتدريب الناشئين في كرة اليد، ماهي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2014 ص61.

وتعتبر الرشاقة من أكثر المكونات البدنية أهمية بالنسبة للأنشطة الرياضية التي تتطلب تغيير اتجاهات الجسم أو أوضاعه في الهواء أو على الأرض، أو الانطلاق السريع ثم التوقف المباغت أو اندماج عدة مهارات في إطار واحد أو الأداء الحركي السريع الذي يتسم بالتباين في ظروف مكثفة التعقيد والتغيير ويقدر كبير من السرعة والدقة والتوافق¹.

3-4-3-6- التوافق:

إن التوافق بمعناه العام يعني القدرة على إدماج أكثر من حركة في إطار واحد يتسم بالانسيابية وحسن الأداء.

وهو مكون يتطلب تعاوناً وتنسيقاً كاملياً بين الجهازين العضلي والعصبي في الجسم وذلك لإخراج الحركات المختلفة في النوع أو الاتجاه في شكل موحد متناسق مرتب يتميز بالانسيابية والتآزر بين اليدين والعينين والزميل "أو الهدف" يعد مكوناً له أهميته الخاصة في ممارسة كرة اليد، ففي مهارة التتطيط يلزم توافق العين واليد والكرة، وفي التمرير يلزم توافق العين واليد والكرة والزميل وكل هذه متغيرات مختلفة النوع والاتجاه والمطلوب إدماجها معاً في صورة تتسم بالتناسق والتكامل والانسيابية والسرعة أيضاً، وهذا كله يوفره مكون التوافق.

ويعرف التوافق بكونها: « قدرة الفرد على إدماج حركات من أنواع مختلفة داخل إطار واحد »².

3-4-3-4- التوازن:

ويعني "القدرة على الاحتفاظ بوضع الجسم في الثبات أو الحركة وهذا يتطلب تآزر بين الجهازين العضلي والعصبي كما يتطلب القدرة على الإحساس بالمكان والأبعاد سواء كان ذلك باستخدام حاسة البصر

¹ مفتي إبراهيم حماد: مرجع سابق، ص 200.

² أسامة أمزيان: مرجع سابق، ص 102.

أو بدونها فاحتفاظ الجسم بوضعه أثناء المشي أو الجري أو أداء الحركات المختلفة سواء على الأرض أو في الهواء، كل هذه مهارات تتطلب توفر مكون التوازن لضمان أدائها بصورة جيدة.

يعرف التوازن بصفة عامة بكونه: « إمكانية الفرد التحكم في القدرات الفسيولوجية والتشريحية التي تنظم التأثير على التوازن مع القدرة على الإحساس بالمكان سواء باستخدام البعد أو بدونه وذلك عصبيا. وتوجد عدة مناطق في الجسم يتوقف عليها مسؤولية الاحتفاظ بتوازن الفرد هي:

- القدمان.

- حاسة النظر.

- النهايات العصبية.

- الأذن الداخلية.

3-4-3-7- الدقة:

تعرف الدقة بكونها "التحكم في الجهاز الحركي تجاه هدف معين" تعني الدقة القدرة على توجيه الحركات الإرادية نحو هدف معين.

وتتطلب الدقة توافقا عضليا عصبيا وتحكما كاملا في الجهاز العضلي والجهاز العصبي للفرد، وتعد من المكونات الهامة والضرورية في كرة اليد، وقد لا نكون مبالغين إذا قلنا أن هذا المكون يرتبط ارتباطا قويا بإحراز النصر متمثلا في إحراز الأهداف، فالتصويب مهارة تعتمد على هذا المكون بدرجة عالية¹.

3-4-5- المتطلبات المهارية في كرة اليد:

المتطلبات المهارية في كرة اليد تتضمن جميع المهارات الأساسية للعبة سواء كانت بالكرة أو بدونها وتعني كل التحركات الضرورية والهادفة التي يقوم بها اللاعب وتؤدي في إطار قانون لعبة اليد بهدف

¹ أسامة أمزيان: الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا في الرياضيات الجماعية والفردية وأسباب حدوثها، مرجع سابق، ص 102، 103.

الوصول إلى أفضل النتائج أثناء التدريب أو المباراة، ويمكن تنمية وتطوير هذه المتطلبات المهارية من خلال التخطيط الجيد لبرامج الإعداد المهاري الذي يهدف إلى وصول اللاعب إلى الدقة والإتقان والتكامل في أداء جميع المهارات الأساسية للعبة كرة اليد بحيث يمكن أن يؤديها اللاعب بصورة آلية متقنة تحت أي ظرف من ظروف المباراة¹.

3-4-5-1- المتطلبات المهارية الهجومية:

3-4-5-1-1- المهارات الهجومية بدون كرة:

وتعني مجمل حركات اللاعب التي يؤديها في الملعب والتي تتطلب منه لياقة بدنية عالية ومهارة حركية جيدة، ومن أهم المهارات التي تتم بدون كرة والتي تساهم بدرجة كبيرة في تخطي المدافع بدون كرة هي:

- **البداء:** والمقصود به سرعة الانطلاق التي تعتبر مؤثرة جدا في الهروب من المدافع ويدخل هنا سرعة رد الفعل كعنصر حاسم لهذه المهارة المهمة في الهروب من الملازمة الدفاعية.
- **التوقف:** هو قدرة اللاعب المهاجم على أداء حركة مفاجئة بعد الاندفاع أو الوصول لحالة السكون اللحظي من الركض وذلك بهدف الهروب من المدافع².
- **التحرك للجانب والخلف:** وهي عبارة عن تحركات يقوم بها اللاعب لتعديل مكانه الهجومي ليتمكن من استلام الكرة أو فتح رؤيته أو الارتداد للوقوف في مركزه أو احتلال مركزه بغرض احتفاظ مراكز اللعب باتزانها وخصوصا أثناء تنفيذ أعمال خطية جماعية أو بعد تنفيذ العمل الخطي مباشرة بغرض إعادة بناء وتنفيذ العمل الخطي مرة ثانية وهذا يتطلب من اللاعبين التحرك للخلف أو للجانب لاحتلال مراكزهم مرة أخرى.

¹ جمال محمد أحمد أحمد: المهارات الاحترافية للاعب كرة اليد، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة، الإسكندرية، 2015، ص16.

² رائد عبد الأمير المشهري، نبيل كاظم الجبوري: سيكولوجية كرة اليد، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن، 2014، ص162-163.

- الركن مع تغير الاتجاه والسرعة: وهي محاولة اللاعب المهاجم للهروب من الملازمة الدفاعية بتغيير اتجاهه سواء بزيادة سرعته أو ببطئها.
- الخداع بالجسم: وهو استخدام الجسم للهروب من المجال الدفاعي للمنافس واحتلال أماكن مؤثرة هجومياً ويقسم إلى خدام بسيط، خداع مركب.
- الحجز: وهو عبارة عن إعاقة قانونية يقوم بها المهاجم لوقف حركة المدافع لاكتساب ميزة أو لكسب الزميل ميزة سواء كانت تصويب أو اختراق أو طبطبة أو الهروب ويمكن أن يتم الحجز بأشكال مختلفة حجز أمامي، حجز جانبي، حجز خلفي.

3-4-5-1-2- المهارات الهجومية بالكرة:

وهي المهارات الهجومية التي يؤديها اللاعب عندما يكون مستحوذاً على الكرة أو في لحظة استلامه لها، والمهارات الهجومية بالكرة وبدون كرة هي وسيلة تنفيذ العمل الخططي الجماعي ولن ينجح العمل الخططي بدون نجاح وإتقان المهارات الخاصة لذلك يجب الاهتمام بالجانبين معا وهم الارتقاء بمستوى إتقان الأداء المهاري وكذلك تطوير وتنمية العمل الخططي الجماعي ولا يأتي ذلك إلا من صياغة التدريبات المهارية صياغة خطية جماعية، والمهارات الهجومية بالكرة تشمل على¹:

3-4-5-1-2-1- مسك الكرة:

¹ المرجع السابق، ص 163.

مسك الكرة محدد بفترة قصيرة يجب ألا تتعدى ثلاث ثوان يتعين على اللاعب أثناءها أداء التكنيك المطلوب ثم التصرف في الكرة، ويتوقف حسن أداء جميع مهارات اللاعب المهاجم بالكرة إلى حد بعيد على قدرة اللاعب على مسك الكرة¹.

3-4-5-1-2-2- الاستقبال والتمرير:

الاستقبال والتمرير مهارتان متلازمتان ولا يمكن الفصل بينهما إلا لتوضيح الناحية التعليمية لكل منهما فكلتاهما تؤثر في الأخرى وتتأثر بها وتعتبر هذين المهارتين القاعدة الأساسية التي تبنى عليها باقي المهارات الأخرى، فليس هناك تنطيط للكرة أو خداع أو التصويب إلا إذا سبقه تمرير الفريق مهاجم إلى مدافع.

3-4-5-1-2-2- استقبال الكرة:

هو قدرة اللاعب على استلام الكرة في جميع الحالات سواء سهلة أو صعبة من الثبات والحركة كما أنها عامل هام في الحفاظ على عامل السرعة سواء أثناء تحرك اللاعبين ودون ارتباك كما يجب على اللاعب الذي يقوم باستلام الكرة أن يتخذ وضعية ومكانة بصورة تسمح بسرعة تأمين الكرة وتمنح اللعب المنافس من قطعها وتنقسم مهارة الاستقبال إلى:

Ñ **لقف الكرة:** وهو استلام الكرة في الهواء مباشرة باليدين أو بيد واحدة لسد قوتها.

Ñ **إيقاف الكرة:** يكون بإيقافها أولاً ثم الاستحواذ عليها أثناء ارتدادها من الأرض².

Ñ **التقاط الكرة:** وتستعمل عند استقبال كرة تتدرج على الأرض أو عند سقوط الكرة على الأرض عند

استلامها، وهي تحتاج إلى مهارة وإتقان وخاصة عند التقاط الكرة أثناء الركض، ويمكن التقاط الكرة

وهي ثابتة أو متحركة باتجاه معاكس لاتجاه ركض اللاعب أو تحركه من الجانب³.

3-4-5-1-2-2- تمرير الكرة:

¹ خالد حمودة: الهجوم والدفاع في كرة اليد، ماهي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2014، ص86.

² محمد فزقوز: محاضرات كرة اليد، قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، سنة ثالثة ليسانس، تخصص كرة اليد المركز الجامعي نور البشير، البيض، 2017-2018، ص17.

³ رائد عبد الأمير المشهري، نبيل كاظم: مرجع سابق، ص165-166.

وهو نقل الكرة من حيازة اللاعب المستحوز عليها إلى حيازة لاعب آخر طبقا لطبيعة اللعب والظروف التي يفرضها الموقف المتشكل مستخدما في ذلك أيا من أنواع التميريات التي تحقق الهدف من استخدام التميرير خلال استمرار سير اللعب دون مخالفة لقواعد اللعبة دائما.

ويختلف تمرير الكرة من حيث القوة، المسافة، الاتجاه، الارتفاع وكذلك التوقيت، وهناك عدة أنواع من التميريات منها: التميريرة من فوق الرأس، التميريرة المرتدة، التميريرة من الوثب.

3-4-5-1-2-3- تنطيط الكرة:

التنطيط هو نقل الكرة من اللاعب إلى الأرض وارتدادها إليه سواء كان اللاعب على الأرض أو في الهواء مع سيطرته على الكرة خلال مرحلة ارتدادها لمرة واحدة أو أكثر وتستخدم مهارة تنطيط الكرة لكسب مسافة في حالة إنفراد المهاجم بحارس المرمى حيث يراعي السرعة القصوى في تنطيط الكرة في حالة عدم القدرة على التميرير لزميل نراقب وذلك لتحديد فترة ثلاث ثوانٍ والثلاث خطوات، ويفضل عدم استخدام هذه المهارات في غير ما ذكر حيث أن تنطيط الكرة يسهم في إبطاء عملية الهجوم ويعطي الفرصة لفريق المنافس لأخذ المكان الصحيح للدفاع¹.

3-4-5-1-2-4- التصويب:

تنتهي جميع خطط الهجوم بالتصويب على المرمى حيث يكون هو التتويج النهائي لجميع عمليات الهجوم، فهو الوسيلة الوحيدة لإحراز الأهداف وبالتالي تحديد نتيجة المباراة سواء بالفوز أو الخسارة، لذلك تعتبر نتيجة التصويب على المرمى الحد الفاصل بين الهزيمة والنصر، حيث أن جميع المهارات الخاصة للعبة تصبح عديمة الجدوى إذا لم تنتهي بالتصويب الناجح على المرمى، وتهدف هذه المهارات الهجومية إلى فتح ثغرة في الحائط الدفاعي بحيث تمكن المصوب من التصويب خلالها ويجب أن يكون التصويب بأقصى

¹ خالد حمودة: مرجع سابق، ص104.

قوة ودقة لتأكيد نجاحه، كما يجب على المصوب أن يستعد ويدرك ويتوقع حدوث الثغرة في أي وقت وأن يكون قادرا على استغلالها بصورة سريعة وآلية، وهناك العديد من أنواع التصويب نذكر منها:

- التصويب من الكتف.

- التصويب من الوثب.

- التصويب من السقوط.

- التصويب من الطيران.

3-4-5-1-2-5- الخداع:

عبارة على الحركة أو الحركات التي يؤديه اللاعب بجسمه أو بجزء منه بالكرة أو بدونها للحصول على رد فعل معين بالاتجاه المعاكس للحركة الأصلية للمهاجم مما يسمح له بالتخلص من الرقابة الدفاعية¹. عبارة عن حركة لإجبار الخصم على التحرك (التصرف) ليسمح للمهاجم بالحصول على أسبقية² وهناك نوعان:

3-4-5-1-2-5- الخداع بدون كرة:

وهو قليل الاستخدام ضد دفاع المنطقة ولكن يكثر استخدامه ضد دفاع رجل لرجل، ويهدف إلى تخطي المهاجم للمدافع الذي أمامه ثم تسليم الكرة من الزميل والتصويب أو المناولة³

3-4-5-1-2-5- الخداع بالكرة:

وهو من أهم أنواع الخداع المستخدم في كرة اليد ويهدف إلى تحرير ذراع الرامي بعيدا عن متناول المدافع⁴.

¹ رائد عبد الأمير المشهري، نبيل كاظم الجبوري: مرجع سابق، ص172.

² محمود أبو نعيم: الألعاب الرياضية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2013، ص39.

³ رائد عبد الأمير المشهري، نبيل كاظم الجبوري: مرجع سابق، ص173.

⁴ منير جرجس إبراهيم: كرة اليد للجميع، ط4، مرجع سابق، ص144.

3-4-5-2- المتطلبات المهارية الدفاعية للعبة كرة اليد:

لم يعد هدف الدفاع الفردي مقصوراً على قيام اللاعب المدافع بتوظيف مهاراته الدفاعية لمنع اللاعب المهاجم من تسجيل هدف في مرماه، بل أصبح الآن هدف الدفاع الفردي هو قيام اللاعب المدافع بتوظيف مهاراته الدفاعية ضد اللاعب المهاجم قبل استلامه للكرة أو لحظة استلامه لها أو عند استحوازه عليها بغية إفساد التصور الخططي للمهاجم أو دفعه إلى ارتكاب الأخطاء الفنية أو القانونية للاستحواذ على الكرة وتحولها بسرعة إلى هجوم مضاد، إن وجود مدافع متميز بالمهارات الدفاعية يعتبر عصب الأداء الدفاعي، ومن المتطلبات المهارية الدفاعية ما يلي:

3-4-5-2-1- وضع الاستعداد الدفاعي:

هو الوضع الدفاعي يبدأ منه اللاعب التحرك لأداء أي مهارة من المهارات الدفاعية هدف الاستحواذ على الكرة أو منع لاعبي الفريق المهاجم من تنفيذ التصور الهجومي وتسجيل الهدف.

3-4-5-2-2- المهارات الدفاعية ضد مهاجم غير مستحوذ على الكرة:

3-4-5-2-1- التحركات الدفاعية:

هي تحركات دفاعية آلية هادفة يؤديها المدافع بخطوات سريعة وقصيرة ومتلاحقة وفي كل الاتجاهات، والتحركات الدفاعية التي يقوم بها اللاعب هي التي من شأنها أن تخلق في نفسية اللاعب شغف اللعبة أو الكفاح الذي بدوره يؤدي إلى إعادة وتجديد بذل الجهد.

3-4-5-2-2- التوقف:

إذا كانت الوسيلة الفعالة لتحركات المدافع من الخطوات الآلية السريعة والقصيرة المتلاحقة، فيجب أن يعقب هذه التحركات عملية وتوقف مقترنة تسمح للاعب الدافع بوضع دفاعي مناسب يستطيع من خلاله

إيقاف تحركات اللاعب المهاجم فيجب على المدافع أن يدافع على فريقه ببذل كل جهوده، وهذا ما ينشئ لدى الرياضي الإحساس بالشرف الرياضي¹.

3-4-5-2-3- حجز المهاجم:

ويقصد به قيام بمنح المهاجم من التحرك أو سد طريق الجري (حجز المهاجم) لمنعه من القطع أو على الأقل تأخيرته من الوصول إلى المكان الذي يستطيع من خلاله تنفيذ العملية الهجومية وتتلخص طريقة الأداء في وضع المدافع لجذعه بمرونة وخفة أمام جسم المهاجم في حركة اعتراض بطرية قانونية².

3-4-5-2-3- المهارات الدفاعية ضد مهاجم مستحوذ على الكرة:

3-4-5-2-3- إعاقاة التمريرات:

عند قيام اللاعب بالدفاع لإعاقاة التمريرات يجب أن يكون محاولاته الدفاعية عملية ملحة ومزعجة للممرر وبصورة آلية.

3-4-5-2-3- إعاقاة التصويبات:

لا يستطيع اللاعب المدافع عما إذا كان اللاعب المهاجم الحائز على الكرة ينوي التمرير أو التصويب أو تخطي الدفاع لتنفيذه جملة أو جمل حركية خطية معينة ولذلك يجب على المدافع الاندفاع بسرعة والقيام بحركات دفاعية تهدف إلى إعاقاة التصويب وهذا يتطلب من المدافع درجة عالية من صدق التوقع لحركات المهاجم³.

¹ جمال خيري: تأثير ظاهرة القلق على مستوى الإنجاز لدى لاعبي كرة اليد الجزائري، مذكرة ماجستير، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2007، 2008، ص40.

² أمزيان أسامة: الإصابات الرياضية الأكثر شيوعا في الرياضات الجماعية والفردية وأسباب حدوثها، مرجع سابق ص120.

³ جمال خيري: مرجع سابق، ص ص40-41.

3-4-5-2-3-3- التصدى للمراوغة (الخداع):

ويتمثل في التركيز على الدفاع ضد جسر المهاجم والكرة معاً، أنه من السهل تخطي المدافع الذي يتبع الأسلوب الهجومي النشط في الدفاع، وتتوقف أداة مهارة التصدي للمراوغة على بعد المهاجم من خط منطقة المرمى ففي المنطقة القريبة من خط منطقة المرمى يتم التركيز على جسم المهاجم أثناء اندفاعه للتخطي، كما يقوم المدافع بتشتيت الكرة من المنافس سواء تم ذلك بقطع الكرة أو بضرب الكرة باليد مما يحتاج إلى قوة عضلية وسرعة فضلاً عن التوافق العضلي العصبي.

3-4-5-2-3- الدفاع ضد تنطيط الكرة:

هي محاولة المدافع تشتيت الكرة لحظة ارتدادها من الأرض وهي اللحظة التي تكون فيها الكرة معلقة في الهواء وتعتبر مشتركة ما بين المدافع والمهاجم وهي اللحظة التي يفقد فيها المهاجم السيطرة عليها¹.

3-4-6- المتطلبات النفسية في كرة اليد:

يؤكد العلماء في مجال علم النفس الرياضي أن الوصول إلى المستويات العالية تتحقق في إعداد الرياضي للوصول إلى الهدف المطلوب، وأن اللاعب يحتاج إلى فترة زمنية من التدريب قبل المشاركة في المسابقات الرياضية لا بد من الناحية النفسية والتربوية والبدنية فعندما يكون اللاعب قد استكمل العملية التدريبية وقد توصل إلى مستوى مهاري وبدني عالي كان مستعداً لخوض المباراة، وأن الإعداد النفس يهدف إلى خلق الدوافع والاتجاهات وقوة الإرادة²، ولا يمكن إهمال العامل النفسي لكونها يلعب دوراً أساسياً في تحضير الفرق، وتحقيق الفوز في المنافسات الرياضي، حيث أن لاعب كرة اليد ذو المستوى العالي يجب أن يكون متميزاً بالصفقات التالية:

¹ أمزيان أسامة: الاختلافات والفروقات في أنواع وأسباب الإصابات الرياضية بين التخصصات الرياضية الفردية والجماعية مرجع سابق، ص 121.

² محمد سلمان الخزاعلة وآخرون: الرياضة وعلم النفس، ط2، دار صفاء، عمان، 2015، ص 216.

3-4-6-1- المواجهة والمثابرة للانتصار:

يتميز لاعب كرة اليد بحب المواجهة وأخذ المسؤولية وإعطاء كل ما يملك من إمكانيات لتحقيق الانتصار والفوز على المنافس.

3-4-6-2- التحكم في كل انفعالاته:

نظرا لخاصية كرة اليد تتميز بالاحتكاك بين اللاعبين، فإن ذلك يفرض على اللاعب التحكم في انفعالاته لأن ذلك يجعله أكثر حضورا ذهني وبدني في المقابلة، وكذلك التركيز لتحقيق الهدف الجماعي وهو الفوز.

3-4-6-3- الفاعلية:

حب الانتصار والفوز يجعل من لاعب كرة اليد أكثر دافعية وتحفز¹.

3-5 طرق ووسائل الاسترجاع في المجال الرياضي:

تهدف وسائل الاسترجاع إلى إعادة اللاعب إلى حالته الطبيعية في أقل فترة زمنية ممكنة، حيث نجد تصنيفات مختلفة لوسائل الاسترجاع ومنها:

3-5-1- تدريبية:

وذلك من خلال التنوع في شدة وحجم الأعمال التدريبية وهذا بتقنين العلاقة بين العمل والراحة علما بأن الراحة النشطة (الاجابية) وسيلة جيدة لتنشيط الدورة الدموية على أن يراعى أن تكون في اتجاه مغاير لاتجاه العمل العضلي السابق.

3-5-2- نفسية:

الاسترخاء والإيحاء الذاتي.

¹ بن عبد الرحمان عقبة: مرجع سابق، ص37.

3-5-3- طبية بيولوجية:

العقائير، التدليك، النوم، السونا، التغذية،، التنبيه الكهربائي، المشروبات، حمام الأعشاب، الحجرة الحرارية، استنشاق الأكسجين، التعرض الظاهري لطيف للأشعة السينية، الأشعة فوق البنفسجية¹، وسنقوم بعرض وشرح بعض هذه الوسائل:

3-5-4- التغذية:

يجب أن يشمل الغذاء على نسبة عالية من الكربوهيدرات الركبة التي يجب تناولها بعد المنافسة أو التدريب مباشرة حتى تضمن تعويض الجلايكوجين الذي فقدته العضلات كذلك الأغذية الغنية بالأملاح (صوديوم، بوتاسيوم، حديد... الخ).

3-5-5- تعويض السائل:

يجب تناول السوائل وخاصة الماء قبل وأثناء وبعد التدريب.

3-5-6- النوم:

يجب تعويد الرياضي النوم في توقيتات معينة وتجنب السهر بحيث لا تقل عن ثمانية ساعات²، كما يؤكد "مروش علي" على أن: "الجسم يحتاج على راحة بعد تعب أو جهد، لهذا ينصح للرياضي المداوم على النشاط الرياضي القوي النوم لمدة 8 إلى 9 ساعات في اليوم، وكل الاضطرابات قد تؤثر سلبا على النتائج والمردود، ولهذا لا بد من تحضير كل الظروف المناسبة لجعل النوم هادئا من:

- درجة الحرارة معتدلة.

- مراقبة التهوية.

- السكون والهدوء.

¹ أحمد نصر الدين سيد: مرجع سابق، ص16.

² شمس الدين عادلي: أثر استخدام فترات الراحة الإيجابية على عملية الاسترجاع بعد الجرعة التدريبية للاعب كرة القدم مذكرة ماستر، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة أكلي محند ولحاج البويرة، 2014- 2015، ص23.

- مراقبة الأضواء والتقليل منها¹.

3-5-7- التديك:

التديك هو الطريقة الأكثر شيوعا والأكثر استعمالا في الاسترجاع، فهي عبارة عن حركات دقيقة باليدين يقوم بها المدلك على جسم الرياضي مباشرة أو باستعمال أدوات تعمل على تشييط المنطقة المدلكة وهذا ما يزيد من تدفق الدم لتسهيل الفضلات الموجودة في العضلة، وهناك أنواع مختلفة من التديك حسب الهدف منها، وتؤدي هذه الأنواع بطرق مختلفة منها من يجري قبل المنافسة أو التدريب لتحضير الرياضي لأداء الجيد وأخرى بعد جهد التدريبات أو المنافسة من أجل تحقيق سرعة في عملية استرجاع الجسم واستعادة الكفاءة البدنية والوظيفية².

3-5-8- حمام الأعشاب:

يستخدم في الحمام أعشاب تساعد على التخلص من الدهون والعرق الزائد ويقع تأثيرها على نهاية الأعصاب، ويستخدم بعد المجهود العنيف.

3-5-9- الكمادات:

3-5-9-1- الكمادات الدافئة:

تساعد على تدفق الدم خلال الاستخدام نتيجة تمدد الأوعية الدموية مما يساعد على نقل المواد الغذائية التي يحتاج إليها الجسم، كما تساعد على التخلص من عمليات الهد عن طريق حملها الكلي، كما تساعد أيضا على إزالة تقلصات العضلات، بالإضافة إلى تأثيرها النفسي الإيجابي على اللاعبين.

¹ جمال علي سكارنة: أثر التدريب الزائد عن الرياضيين الجزائريين، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية سيدي عبد الله زرالدة، جامعة الجزائر 3، 2012-2013، ص ص 104-105.

² 114.

3-5-9-2- الكمادات الباردة:

تساعد على توقيف نزيف الدم وتخدر النهايات العصبية لتقليل الآلام وتنشيط الدورة الدموية في الأنسجة العميقة، ففي حالة تبريد جزء من الجسم لمدة طويلة يحدث انخفاض في تدفق الدم في هذا الجزء وبناءا عليه فإن المخ يرسل إشارات إلى القلب لمد المنطقة بكمية دم أكبر لتعويض النقص.

3-5-10- السونا:

تعتبر وسيلة فعالة للإسراع بعمليات استعادة الشفاء خاصة في المراحل التي يتلقى فيها الرياضي أحمالا ذات شدة عالية¹.
وللسونا نوعان:

3-5-10-1- السونا العادية:

والتي تتكون من غرفة الخشب الغير مطلي، بها أحجار تسخين، ترش بالماء لاسترجاع البخار، وتتميز بارتفاع الحرارة أكثر من نسبة الرطوبة.

3-5-10-2- السونا البخارية:

هي غرفة تتميز بارتفاع نسبة الرطوبة، وانخفاض درجة الحرارة².
وللسونا خصائص تتمثل في:

- إحداث تغيرات إيجابية في المراكز العصبية العليا.
- إحداث تغيرات بيوكيميائية في العضلات.
- تحسن سريان الدم بالأنسجة الطرفية.
- فاعلية كبيرة بالنسبة لارتخاء العضلات.
- سرعة التفاعلات الخاصة باستعادة الشفاء.

¹ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص ص75-77.

² أبو العلاء أحمد عبد الفتاح: الاستشفاء في المجال الرياضي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999، ص199.

- فاعلية إخراج نواتج التفاعلات والسموم مع العرق الغزير .
- درجة الحرارة المثلى داخل حجرة السونا بشكل عام هي 90 عند نسبة رطوبة من 15- 5%.
- التعرض للسونا يجب أن يكون من مرتين إلى ثلاث فقط بفترة زمنية من 8- 10 قفي كل مرة.
- يجب ألا تتعدى حدود ضربات القلب 140 ن/د وتستخدم للرياضيين الأصحاء فقط.
- تنهي إجراءات السونا براحة تصل من 30 إلى 40 دقيقة حتى يمكن إرجاع ما فقد من سائل وكذلك الشعور بالحيوية البيولوجية عن طريق تناول المياه المعدنية.

3-5-11- الاسترخاء:

وهي طريقة للتخلص من التوتر والضغط الواقعة على العضلات والهدف هو جعل الأجهزة الوظيفية تستجيب لعمليات الاسترخاء من خلال المؤثرات مثل ضغط الدم- التنفس- استهلاك الأكسجين¹.

3-5-12- استخدام الموسيقى:

هي إحدى الوسائل الطبيعية لتوجيه الانفعالات أثناء الراحة حيث تنظم الحالة الانفعالية مما ينعكس على فاعلية الأداء، كما يتم استخدامها أثناء الجرعات التدريبية نحو تطوير التحمل حيث ترفع من مستوى الحالة المزاجية مما يجعل الرياضيين يقاومون التعب².

3-5-13- الجلسات المائية: وهي أنواع:

3-5-13-1- الدش:

يعتبر هذا العامل من وسائل الاسترجاع السهلة، والتي يمكن للراضي أن يستخدمها بنفسه بعد كل حصة تدريبية، ويعتمد تأثيرها أساس على درجة الماء، وقوة ضغطها وتختلف أنواع الدش من حيث طبيعة تركيبها من ناحية، ومن حيث درجة حرارتها وقوة ضغطها، فعلى سبيل الذكر منها: منصة الدش، الدش الممطر، الدش الإبري، الدش الصاعد، الدش الدائري.

¹ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص ص78- 81.

² نفس المرجع: ص87.

3-5-13-2- المغاطس المائية:

تعتبر من وسائل العلاج المائي المنتشرة التي تستخدم لأغراض علاجية وصحية، وتختلف أنواع المغاطس، إذ منها المغطس الكلي للجسم المغطس الجزئي، كما تختلف من حيث درجة حرارة الماء، مكونات الماء، وكذلك استخدام المغطس¹.

3-6- الإصابات الشائعة في كرة اليد:

3-6-1- إصابات الركبة:

إن مفصل الركبة عادة ما يوصف بأنه المفصل الأكبر والأكثر تعقيدا في الجسم، وهو أيضا واحد من أكبر المناطق الجسمية تعرضا للإصابات خصوصا في المجال الرياضي، وهو بذلك واحد من المراكز الصعبة التقييم والتشخيص للإصابات، ومفصل الركبة يفصل بين أطول العظام ولهذا يكون معرضا لقوى ضغطية كبيرة وحمل بدني شديد خلال الأداء الرياضي، وبهذا يحتل مكانا بارزا في الحصول على الإصابات الشديدة أو البسيطة أو المتوسطة².

3-6-2- إصابات اليد والأصابع:

تحدث العديد من إصابات اليدين عند ممارسة اللاعب كرة اليد، حيث يتخللها مسك الكرة باستعمال اليدين. كما تتعرض للسقوط على الأرض ولتحمل ضغط وثقل أجزاء جسم اللاعب نفسه أو خصمه، وما يلي هو أهم وأشهر إصابات كرة اليد:

- كسر العظمة الزروقية بيد اللاعب.

- كسر سلميات اليد للاعب

- خلع في تمفصل عظيماات اليد.

¹ أبو العلاء أحمد عبد الفتاح: مرجع سابق، ص 216.

² عبد الحكيم عبد القادر شريط: الإصابات الرياضية ومدى تأثيرها على السلوك النفسي للرياضي، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2012-2013، ص 36.

- خلع تمزقي في انعدام أوتار العضلات الباسطة للأصابع¹.

3-6-3- إصابات مفصل الكتف:

إن إصابات مفصل الكتف ممكن أن يحصل نتيجة التدريبات المستمرة وحركة الكتف المستمرة كما في فعاليات الرمي والقذف، وهي من الإصابات المتعارف عليها في المجال الرياضي، ويمكن اعتبار إصابات الكتف من الإصابات الحادة، وذلك نتيجة صعوبة التشخيص في مثل هذه الإصابات في بعض الأحيان للصعوبة التشريحية في بناء وتكوين مفصل الكتف وللوظائف المتعددة التي يقوم بها الكتف وحتى بوجود الطرق التشخيصية الحديثة في مجال الطب الرياضي، ويعتبر مفصل الكتف من أصعب المفاصل وبالأخص بالنسبة لعملية التأهيل بعد الإصابة، وذلك من حيث اشتراك مجموعة من العضلات والأوتار والأربطة في بناء هذا المفصل². ومن بين الإصابات التي يتعرض لها مفصل الكتف في كرة اليد:

- خلع الكتف بأنواعه الأمامي والخلفي.

- كسر عظم الترقوة.

3-6-4- إصابات مفصل المرفق:

يمكن أن يتعرض المرفق إلى إصابات، وذلك من خلال التكرارات المتعددة للحركات. ومن بين الإصابات التي يتعرض لها المرفق: الخلع، الكدم، الكسر.

3-6-5- إصابات القدم:

تعتبر إصابات القدم من الإصابات الشائعة جدا في المجال الرياضي وخاصة عند لاعبي كرة القدم ومن بين الإصابات التي يتعرض لها القدم:

- الملح، كدم المشط.

¹ أسامة رياض: الطب وكرة اليد، مرجع سابق، ص 240.

² عباس لونيس: انعكاس الإصابات الرياضية على دافعية الإنجاز لدى لاعبي كرة اليد، مذكرة ماستر، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة، ص ص 14-15.

- التهاب وتر أخيلي وتمزقه¹.

3-7- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية:

لقد أصبحت الوقاية من الإصابات الرياضية أمرا لازما وضروريا ومحور اهتمام سواء من طرف اللاعب نفسه أو المدرب أو حتى الجهات التي يهتما المحافظة على مستوى أداء اللاعب وحمايته من الإصابة الرياضية فمن الأفضل أن يتم التركيز على أساليب الوقاية بدلا من الانتظار حتى يصاب اللاعب لتقدم له أفضل طرق العلاج ففي ذلك توفير للجهد والمال².

فإذا كان المدرب الرياضي على علم ودراية بالأسباب العامة للإصابات الرياضية عامة وفي كرة اليد خاصة فإن دوره في الحد والوقاية من الإصابات يكون أمرا ميسورا لان معرفة سبب الإصابة تجعله يتخذ الإجراءات لمنع حدوثها، ويمكن تلخيص دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابة فيما يلي³.

3-7-1- معرفة الأسباب العامة للإصابة والحد منها:

يجب تحديد الأسباب العامة التي أدت إلى حدوث الإصابة الرياضية بين اللاعبين ومحاولة الحد منها ويتم ذلك عن طريق المتابعة الميدانية من طرف المدرب أو المدرس، بحيث يعمل المدرب على إعداد تقرير عام عن الإصابة الرياضية الذي يظهر فيه اسم اللاعب المصاب، نوع الإصابة، ميكانيكية الإصابة العضو المصاب، طبيعة الإسعاف الأولي الذي تلقاه اللاعب كما يعمل المدرب على الكشف عن الأسباب التي أدت إلى حدوث الإصابة والحد منها، فمثلا إذا كانت أرضية الميدان الرديئة هي السبب في تكرار الإصابات الرياضية فإن إعادة تهيئتها تكون من الأمور الضرورية للوقاية من الإصابات الرياضية.

¹ رضوان ميهوبي: الانعكاسات النفسية للإصابة البدنية الرياضية عند الرياضي الجزائري، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر 2003-2002، ص 48.

² رضوان برجم: مرجع سابق، ص 28.

³ أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، ص ص 199-200.

3-7-2- عدم إشراك اللاعب بدون إجراء الكشف الطبي الدوري الشامل:

عن طريق إجراء فحوصات طبية شاملة قبل وأثناء التدريبات وقبل المنافسات من أجل تفادي مشاركة اللاعبين غير المؤهلين¹.

ويجب أن يتأكد المدرب من أن الكشف الطبي الدوري قد شمل كل أعضاء الجسم للاعب بداية من سلامة النظر والكشف الدقيق على العينين، وأجهزته الحيوية كالجهاز الدوري (القلب والأوعية) والجهاز التنفسي (الرئتين)، والكشف على الجهاز العصبي وسلامة الأعصاب وسلامة الجهاز العضلي والتوافق العضلي العصبي ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.

3-7-3- عدم إشراك اللاعب وهو مريض:

لأن ذلك يعرضه للإصابة، وأيضاً يجب عدم اشتراكه وهو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاؤه منها نهائياً لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.

3-7-4- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسياً وبدنياً ونهائياً لهذا الأداء:

إذ أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته على التركيز العقلي والعصبي ضعيفة وبالتالي يجعله عرضة للإصابة².

3-7-5- توفير الغذاء المناسب للرياضي:

مراعاة نظم التغذية السليمة للاعبين وتدعيم ثقافتهم الغذائية والحرص على توفير التغذية المتكاملة عن طريق استشارة أخصائي التغذية الرياضية لتحديد النسب الملائمة لأفراد الفريق مع مراعاة الفروق الفردية ووضع نظم كمية مناسبة لكل فرد، فالنظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع النشاط الممارس له تأثيره في منح

¹ رضوان برجم: مرجع سابق، ص 29.

² أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص 200-201.

حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب في استعادة الشفاء كما أن تناول غذاء يحتوي على قدر كاف من الطاقة وعلى شكل مواد كربوهيدراتية للمحافظة على مخزون الطاقة في العضلات يساعد في منع حدوث التعب¹.

3-7-6- الاهتمام بالإحماء قبل الأداء لتجنب الإصابة:

يعمل الإحماء على الرفع من الاستعداد للأجهزة الفسيولوجية والنفسية للقيام بالنشاط الحركي، كما أن الإحماء الذي يكون على شكل تمرينات الإطالة والتدليك يزيد من المرونة العامة للجسم ويقلل من إمكانية حدوث الإصابة.

يزيد الإحماء أيضا من درجة حرارة الجسم الشيء الذي يساعد على الرفع من مردود التمثيل الغذائي مما ينعكس إيجابا على تحسين الأداء الحركي للخلية وبالتالي تحسين الأداء الحركي بشكل عام.

3-7-7- تطبيق التدريب العلمي الحديث:

يبين البرنامج التدريبي وفق أسس علمية تراعي الخصائص الفسيولوجية والنفسية للجسم، ويتم التخطيط له مسبقا، ويكون محدد زمنيا وترصد ميزانية خاصة من أجل توفير كافة الوسائل التي يحتاجها ويكون متسلسلا ومتكاملا ويهدف إلى تطوير الأداء.

إن إتباع القواعد العلمية في إعداد البرامج التدريبية من شأنه أن ينقص من احتمال تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.

3-7-8- التأكد من سلامة الأدوات الرياضية المستعملة:

يقصد بالأدوات الرياضية جميع الأدوات التي يستعملها الرياضي أثناء أدائه كالكرة وغيرها بحيث تكون هذه الأدوات سهلة الاستخدام ومطابقة للشروط الفنية القانونية الرياضية، فالأدوات الغير مصنعة بشكل جيد من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية.

¹ سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، مرجع سابق، ص 11.

3-7-9- مراعاة تجانس الفريق:

يقصد به التجانس بين اللاعبين من حيث العمر والوزن والأداء المهاري من أجل تحقيق أهداف البرنامج التدريبي، وتفادي وقوع الإصابات الرياضية لأن وجود بعض الأفراد الغير متجانسين في أي هذه العوامل قد يكون مثيرا لهم لمحاولة بذل جهد أكبر من طاقتهم لمجاراة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى وإصابتهم¹.

3-7-10- إعطاء الراحة الكافية للاعبين:

والتي تتمثل في النوم لفترة تتراوح بين 7-8 ساعات يوميا، بالإضافة إلى الاسترخاء والراحة الإيجابية بين كل تمرني وآخر داخل الوحدة التدريبية وعلى المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الدقيقة للاعب.

3-7-11- على المدرب التأكد من أن اللاعب لا يستعمل المنشطات:

المنشطات تجعل اللاعب يبذل جهدا اكبر من حدود قدراته الطبيعية مما يضر بصحته وجهازه العصبي والعضلي، وبالتالي يكون أكثر عرضة للإصابة.

3-7-12- الإلمام بالإصابات الرياضية والتصرف السليم حيال الإصابات المختلفة:

يؤدي الإلمام بأنواع الإصابات الرياضية في لحظة حدوثها والإلمام بقواعد الأمن والسلامة في الرياضة إلى تقليل إحصائي أكيد في نسبة الإصابات ويتضح مما سبق وجود الطب الرياضي في دورات صقل المدربين². كما يشير "محمد فتحي الكردي" إلى أن اللاعب يتعرض أثناء التدريب أو المنافسة إلى تقلصات عضلية وإصابات مختلفة بين الكدمات والجروح والملخ والكسور... إلخ، وهنا يظهر دور المدرب وواجبه والمتمثل في:

- أن يلم بمعرفة نوع الإصابة ومدى خطورتها.

¹ أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، المرجع السابق، ص32.

² أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد: المرجع السابق، ص202-203.

- تعقيم الجروح وإيقاف النزيف.

- إتقان عملية التنفس الصناعي.

- تثبيت الأجزاء المصابة.

- تأمين نقل المصاب¹.

¹ محمد فتحي الكردي: المدرب الرياضي - الألعاب الجماعية والفردية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2015، ص95.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق يمكن القول بأن كرة اليد لعبة جماعية تتميز بالاحتكاك القوي والمستمر بين اللاعبين، تحكمها قوانين وقواعد ضابطة، تعتمد في ممارستها على إمداد الجسم بالطاقة من خلال نظامين أساسيين إنتاج الطاقة، كما تعد من بين الرياضات التي يتعرض بها اللاعبون للإصابات المختلفة وبدرجات متفاوتة، الأمر الذي يتطلب من المدربين والطاقم التدريبي ككل تخطيط ووضع برامج تدريبية وفق الأسس العلمية مع مراعاة الحالة البدنية والنفسية لللاعب، والمراقبة المستمرة للاعبين وتوفير عوامل الاسترجاع، لضمان الارتقاء بالمستوى وعدم تعريض اللاعب للتعب والإرهاق.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

منهجية البحث والإجراءات

الميدانية

تمهيد:

بعد تطرقنا للجانب النظري والذي تضمن ثلاثة فصول مقسمة كالآتي:

الفصل الأول: الطب الرياضي.

الفصل الثاني: الإصابات الرياضية.

لفصل الثالث: كرة اليد.

سنترك في الجانب التطبيقي إلى إخضاع الظاهرة المدروسة للقياس وذلك اعتمادا على الأساليب

الإحصائية سعيا للوصول إلى قدر كبير من الدقة في النتائج .

إن طبيعة المشكلة هي التي تحدد لنا المنهجية التي تساعدنا في معالجتها الأمر الذي يتطلب الدقة

والوضوح في عملية تنظيم وإعداد الخطوات الإجرائية الميدانية بتوظيف التقنيات الإحصائية في التحليل

والتفسير لتأكد من صحة الفرضيات أو عدمها.

سنحاول في هذا الفصل أن نوضح أهم الإجراءات الميدانية التي قمنا بإتباعها.

4-1- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي عملية يقوم بها الباحث قصد تجربة البحث لمعرفة صلاحيتها وكذا صدقها لضمان دقة وموضوعية النتائج المتحصل عليها في النهاية.

كما اعتبرها "عمار بخوش" بمثابة الأسس الجوهرية لبناء البحث كله وهي نظرة أساسية وهمة في الدراسات العلمية إذ من خلالها يمكن للباحث تجربة وسائل بحثه لتأكد من سلامتها ودقة ووضوحها. وهذه الدراسة الاستطلاعية تسبق العمل الميداني والمتمثلة في إجراء زيارات ميدانية لعدد من فرق كرة اليد لولاية ميلة حيث تم إجراء مقابلات مباشرة مع مدربين ولاعبين هذه الفرق وذلك حول مدى إصابة اللاعبين على مدار الموسم الرياضي بمختلف مراحلها.

وقد أوضحت نتائج الدراسة الاستطلاعية بأن هناك إصابات رياضية مختلفة يتعرض لها اللاعبون في كرة اليد وفي أجزاء مختلفة من الجسم، كما لاحظنا تفاعل واستجابة من طرف المدربين واللاعبين حول هذا الموضوع، وهو الأمر الذي دفعنا إلى مواصلة دراسة الموضوع، متأكدين من الحصول على المعلومات المفيدة والضرورية حول دراستنا.

وقد ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية في:

- ضبط فرضيات الدراسة.

- تحديد مجتمع وعينة الدراسة.

- اختيار المنهج المناسب.

- اختيار أداة جمع البيانات.

4-2- المنهج المتبع في الدراسة:

ترجمة كلمة منهج باللغة الفرنسية methode وترجع هذه الكلمة إلى أصل يوناني يعني البحث أو النظر أو المعرفة والمعنى الاشتقاقي لها يدل على الطريقة أو المنهج الذي يؤدي إلى الغرض المطلوب¹. ومنهج البحث يختلف باختلاف المواضيع وهنا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية، وعلى هذا الأساس ولتحقيق أهداف بحثنا هذا استخدم الباحثان المنهج الوصفي لملائمته لطبيعة مشكلة البحث. يعرف المنهج الوصفي بأنه وصف منظم ودقيق للحقائق في ميدان من ميادين المعرفة المختلفة بطريقة موضوعية وصحيحة².

يعرفه بشير صالح الرشدي بأنه: مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلًا كافيًا ودقيقًا لاستخلاص دلالاتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات على الظاهرة أو الموضوع محل البحث³.

4-3- مجتمع وعينة الدراسة:

4-3-1-مجتمع الدراسة:

يعرف بأنه: تلك المجموعة الأصلية التي تؤخذ منها العينة وقد تكون هذه المجموعة: مدارس، فرق تلاميذ، سكان، أو أي وحدات أخرى⁴.

وقد قام الباحثان بتحديد مجتمع الدراسة والمتمثل في فرق كرة اليد لولاية ميلة الموضحة أدناه- صنف أكابر- ذكور، حيث حدد عدد أفراد مجتمع الدراسة ب(205) لاعبا لكرة اليد.

¹ عبد اليمين بوداد، مناهج البحث العلمي في علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي، ديوان المطبوعات الجامعية، 2010 ص 26.

² نفس المرجع، ص 88.

³ بشير صالح الرشدي: مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث، مصر، 2000، ص 59.

⁴ محمد نصر الدين: الإحصاء الاستدلالي في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة، دار الفكر العربي، القاهرة 2003، ص14.

- أكابر فريق C.R.B. Mila ← الشباب الرياضي لبلدية ميلة.
- أكابر فريق C.Chelghoum. Laid ← نادي شلغوم العيد.
- أكابر فريق M.B. Tajenonet ← مستقبل بلدية تاجنانت.
- أكابر فريق E.S. Ferdjioua ← الآمال الرياضي فرجيوة.
- أكابر فريق U.J.C. Ferdjioua ← اتحاد شبيبة فرجيوة.
- أكابر فريق A.S. Mila ← الجمعية الرياضية ميلية.
- أكابر فريق W. Oued. Athmania ← وفاق واد العثمانية.
- أكابر فريق U.J. Zghaia ← اتحاد شبيبة زغاية.
- أكابر فريق A.R. Télégma ← الأمل الرياضي تلاغمة.
- أكابر فريق M.B. Tadjenonet ← مستقبل بلدية تاجنانت.
- أكابر فريق C.R.B. Télégma ← الشباب الرياضي لبلدية تلاغمة.

4-3-2- عينة الدراسة:

تعرف بأنها: مجموعة جزئية من المجتمع الأصلي، يجري اختبارها بطريقة معينة وتضم عددا من عناصر المجتمع، ومن هنا ينبغي أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي يتم تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها على المجتمع كاملاً¹.

ويعرفها "الحسن عبد الله باشيوة" بأنها: جزء من مجتمع البحث تمثله تمثيلاً مناسباً وهي جزئية من وحدات المجتمع لها نفس خواص المجتمع الأصلي وعليه فإن اختيار العينة وقياس متغيرات موضوع البحث

¹ أحمد إسماعيل المعاني وآخرون: أساليب البحث العلمي والإحصاء، ط1، إثراء للنشر والتوزيع، عمان 2012، ص 86.

تكون ممثلة لوحدات المجتمع الأصلي، وعندما يفرغ الباحث من تغطية العينة بالدراسة فإن هدفه الأساسي يتركز على تعميم النتائج المحصل عليها من دراسة العينة وإسقاطه على محيط المجتمع ومفرداته¹.

وقد قام الباحثان باختيار عينة البحث بطريقة عشوائية، وذلك كونها من أبسط الطرق لاختيار العينة حيث أنها تعطي فرص متكافئة لمعظم أفراد العينة.

وفي دراستنا تم توزيع 69 استبيان على أربع فرق لكرة اليد بولاية ميلة تضمنت 69 لاعب. وتم استعادة 68 استبيان وبتالي تصبح عينة الدراسة 68 لاعب موزعين على أربع فرق لكرة اليد.

جدول رقم (05): يوضح توزيع عينة الدراسة.

عدد اللاعبين	فرق كرة اليد (ولاية ميلة)
15	- نادي شلغوم العيد (C.C.L)
20	- الجمعية الرياضية ميلة (A.S.M)
18	- الشباب الرياضي لبلدية ميلة (C.R.B.M)
16	- الأمل الرياضي تلاغمة (A.R.T)
69	المجموع

4-4- أدوات الدراسة:

تتم عملية جمع المادة العلمية من الميدان مجال الدراسة، عن طريق أدوات عديدة ومتنوعة أشهرها:

الاستبيان، الملاحظة، الوثائق والسجلات الإدارية، الإحصاءات والتقارير الرسمية، الاختبارات والمقاييس².

¹ لحسن عبد الله باشوية وآخرون: البحث العلمي، مفاهيم، أساليب، تطبيقات، ط1، الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2010 ص258.

² رشيد زرواتي: مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2007، ص 218.

ويؤكد علماء المنهجية على أنه بقدر ما يمكن للباحث الاستعانة بمجموعة من الأدوات والمنهج بقدر ما يتم التوصل إلى النتائج موضوعية ودقيقة، وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث نوع المنهج وتبعاً لذلك تفرض عليه نوع الأدوات الواجب استخدامها لجمع الحقائق والمعطيات من الميدان¹. ومن أجل تحقيق أهداف البحث استخدم الباحثان الأدوات التالية:

4-4-1- الدراسة النظرية:

وذلك من خلال الاستعانة بالمصادر والمراجع من كتب، مذكرات، مجلات، جرائد رسمية ومواقع الكترونية والتي يدور محتواها حول موضوع الدراسة، سواء كانت مصادر عربية أو أجنبية ذات الصلة بموضوع دراستنا.

4-4-2- الاستبيان:

يعد الاستبيان الأداة الأكثر استخداماً في البحوث العلمية، وهو وسيلة فعالة لجمع المعلومات عن ظاهرة أو موقف معين أو مشكلة معينة، ويشكل نموذجاً جاهزاً يحتوي على مجموعة من الأسئلة المحددة باتفاق، ويلعب دوراً مهماً في تزويد الباحث بمعلومات واضحة وواقعية وكذلك في مرحلة التحليل واستخلاص النتائج.

يعرفه حسين محمد جواد الجبوري بأنه: أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث عن طريق استمارة يجري تعبئتها من المستجيب².

¹ محمد حسن علاوي: موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين، ط1، مركز الكتاب، القاهرة، 1998، ص 120.

² حسين محمد جواد الجبوري: منهجية البحث العلمي مدخل لبناء المهارات البحثية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع 2013، ص ص 146-147.

ومن هذا المنطلق تم تصميم وإنجاز استمارة الاستبيان المتعلقة بموضوع دراستنا بناء على الخلفية النظرية للدراسة، حيث ضم الاستبيان مجموعة من الأسئلة موجهة إلى لاعبي كرة اليد لولاية ميله- صنف أكابر ذكور - متعلقة بأسباب حدود الإصابات الرياضية، وقد تضمن الاستبيان 38 سؤال موزعا على ثلاث محاور رئيسية تخدم في محتواها فرضيات وموضوع الدراسة، سيتم توضيحها في الجدول الآتي:

الجدول رقم (06): يوضح المحاور الخاصة بالاستبيان مع ذكر عدد العبارات.

المحور	عنوان المحور	العبارات
الأول	معلومات شخصية	5،4،3،2،1
الثاني	المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية	15،14،13.....9،8،7،6
الثالث	إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية	.28،27،26.....18،17،16
الرابع	الاستشفاء والاسترجاع وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية	.38،37،26،.....،31،30،29

4-4-3- الملاحظة:

تعد الملاحظة من أهم وسائل جمع البيانات وأقدمها وتعني الملاحظة الاهتمام أو الانتباه إلى شيء أو حدث أو ظاهرة بشكل منظم عن طريق الحواس، حيث يضع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه

والملاحظة العلمية تعني الانتباه إلى الظواهر والحوادث بقصد تفسيرها واكتشاف أسباب الوصول إلى القوانين التي تحكمها¹.

وتعرف الملاحظة على أنها عملية مراقبة أو مشاهدة السلوك الظاهر، والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهات وعلاقتها بأسلوب علمي منظم وهاذف بقصد تفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض البحث².

وعليه فقد اعتمدنا على الملاحظة البسيطة لجمع البيانات والمعلومات التي تخدم موضوع الدراسة وذلك عن طريق الزيارات التي قمنا بها في نوادي كرة اليد لولاية ميله، ومن بين هذه الملاحظات:

- قيام ثلاث لاعبين من فريق شلغوم العيد بالتدريب بالرغم من أنهم مصابين حيث: لاعب مصاب على مستوى الركبة (تمزق على مستوى الأربطة الصليبية) ولاعب مصاب بكسر على مستوى الأنف، وآخر مصاب على مستوى رسغ اليد.

- عدم التدريب لمدة شهر كامل ولعب مباراة مصيرية أمام نادي الرياض الميلية (N.R.C.E.M).

- انعدام الأطباء أو الممرضين في التدريبات ماعدا فريق شلغوم العيد (C.C.L).

- تعرض لاعب الأمل الرياضي تلاغمة (A.R.T) إلى إصابة على مستوى الوجه عند ارتطامه بالحائط عند قيام زميل له بدفعه في حين لم تقدم له الإسعافات الأولية الضرورية.

- عدم الاعتماد الفرق الرياضية على مدرب واحد في الموسم الرياضي أو غيابه تماما عن الفريق في فترة المنافسات على سبيل المثال: نادي اتحاد شبيبة زغاية.

¹ زكي مصطفى عليان: طرق جمع البيانات والمعلومات لأغراض البحث العلمي، ط1، دار صفاء للنشر ولتوزيع، عمان 2009 ص77.

² أحمد عارف العساف، محمد الوادي: منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية المفاهيم والأدوات، ط1، دار صفاء للنشر عمان، 2011، ص296.

- عدم تقديم الإسعافات للاعب اتحاد شبيبة زغاية ع. يونس عند مقابلة فريقه مع النادي الرياضي الميلية
.N.R.C.E.M

4-4-4- المقابلة:

إن المقابلة كأداة من أدوات جمع البيانات في البحث العلمي لها أهمية كبيرة، ذلك من خلال أنها تمكن الباحث من استعمال قدراته العقلية وعلاقته الاجتماعية في عملية جمع البيانات اللازمة من مجتمع وموضوع الدراسة، حيث ينظر للمقابلة على أنها عملية اجتماعية صرفة لأنها تحدث بين الباحث الذي يجمع المعلومات ويصنفها الذي يدلي بهذه المعلومات وهي يجيب على الأسئلة الموجهة إليها، كما يمكن تعريف المقابلة على أنها تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف واجهه يحاول الشخص القائم بالمقابلة أن يستنبط معلومات وآراء ومعتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض المعلومات الموضوعية¹.

حيث تمت المقابلة مع بعض اللاعبين والمدربين لفرق ولاية ميله وتعتبر هذه المقابلة غير مقننة حيث تم التوصل إلى:

✓ المدربين، ممرض، رئيس نادي :

- ف/ محمد لمين: مدرب جمعية الرياضة ميله (A.S.M): كثرة الإصابات الرياضية ولا يمكن تحديدها والسبب يرجع إلى نقص التحضير البدني، الاحتكاك الكثير، الساعة 11:30.

- م/ لطفي: مساعد مدرب شلغوم العيد (C.C.L): الإصابات أربطة والأوتار لكل من الكتف والمرفق ورسغ اليد، والرجل (الركبة والكاحل) وهذا راجع إلى ارتفاع شدة المباريات (Choc de match) على الساعة 14:20.

¹ كراز كريمة، عكاش ليلي: الاتصال التنظيمي ودوره في إدارة الأزمات بالمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، شهادة ماستر جامعة جيجل، 2015-2016، ص102.

ل/ عبد الغاني: مساعد مدرب نجم الرياضي لبلدية تلاغمة (C.R.R.T): أن الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية هي الاحتكاك، عدم التسخين الجيد، أما هذه الإصابات تكون على مستوى كل من الركبة، الكتف، رسغ اليد والكاحل. على الساعة 20:30.

ب/ محمد: مساعد مدرب الأمل الرياضي تلاغمة (A.R.T): وتعد أسباب هذه الإصابات الرياضية نقص التحضير والاحتكاك، ومن بين الإصابات الشائعة في كرة اليد تكون على مستوى الركبة، الأصابع، المرفق، الكتف. على الساعة: 20:15

ع/ عبد المالك: مدرب فريق الشباب الرياضي لبلدية ميله (C.R.B.M) السابق: من أسباب الإصابات سوء النوم، سوء التغذية، ومن بين الإصابات الشائعة: الأربطة الصليبية في كل من مفصل الكتف والركبة، على الساعة 16:30، يوم 2018/02/07.

ب/ع. الحكيم: رئيس نادي اتحاد شبيبة زغاية (U.J.Z): أن أسباب هذه الإصابات هي الاحتكاك، ومن بين الإصابات التي يتعرض لها كثيرا، تكون على مستوى الركبة والرجل والمرفق والكتف واليد. ساعة: 11:00. 2 مارس 2018.

ز/بويكر: ممرض فريق شلغوم العيد الإصابات الشائعة: الركبة، اليد، الكتف، أصابع وتكون في مرحلة المنافسات ومرحلة التحضير البدني لنقصه.

✓ اللاعبين:

ن.ب: إصابة على مستوى (الكتف) العضلة اليسرى: في فترة المنافسات حيث قام بالعلاج، الإسعاف الأولي وهذه الإصابة تعتبر جديدة، حيث تعرض إلى إصابة من قبل في الركبة.

ح.ب: الأربطة الصليبية الجهة الركبة اليمنى: أول مرة تحدث لهذه الإصابة وذلك في مرحلة التحضيرات أثناء التدريبات حيث قام بالعلاج عند مختص في المنطقة السكن.

-ع/ش: إصابة على مستوى الركبة اليسرى تمزق في الأربطة خلال المنافسات في مباراة رسمية، لم يقوم بالإسعاف وهذه الإصابة تعاود الألم، إنه لم يقوم بالتأهيل الرياضي، الإصابات السابقة: الكتف الكاحل.

-ن/ر: إصابة بالتواء على مستوى الكاحل الأيسر، حيث قام بالعلاج والتأهيل الرياضي فترة تعرض هذه الإصابة خلال المنافسات، السبب الراجع إلى ذلك هو الاحتكاك، أما الإصابات السابقة الذي تعرض لها: الأنف، الركبة، رسغ اليد...، حيث قام بعلاج هذه الإصابة .

-خ/إ: نزيف خارجي فوق العين اليمنى تشقق على مستوى الأنف يرجع ذلك إلى الاحتكاك والخشونة في اللعب ، فترة الإصابة في مرحلة المنافسات حيث قام بالعلاج.

- ب/إ: تمزق على مستوى العضلة الخلفية للفخذ اليمنى: حيث قام بالإسعافات الأولية والعلاج حدثت هذه الإصابة في مرحلة المنافسات في مقابلة والإصابات السابقة التي تعرض إليها: الأنف، تمزق في عضلة البطن والفخذ والأصابع.

- ع/أ: إصابة على مستوى الركبة اليسرى تمزق في الغضروف الهلالي، أثناء فترة المنافسات بسبب الاحتكاك، حيث قام بعلاج وإعادة التأهيل هذه الإصابة تعرض لي عدة إصابات من قبل الأربطة الصليبية للركبة اليسرى.

- ب/ز: تمزق على مستوى أربطة الركبة اليسرى، في مرحلة التحضير البدني حيث قام بالعلاج ولم يقوم بالإسعافات الأولية والإصابات السابقة من قبل: الكاحل، المرفق، رسغ اليد.

- ب/ع: إصابة على مستوى الركبة اليمنى لم يقم بالإسعاف، والسبب هو الاحتكاك وعدم التدريب لمدة شهر.

-ف/أ: إصابة على مستوى الأربطة المتعاكسة للركبة اليسرى في مرحلة المنافسات لم يقوم بالإسعاف الأولي: قام بالعلاج، السبب هو السقوط الغير الصحيح ناجم عند التسجيل.

- ق/م.م: الإصابة على مستوى القفص الصدري، (تشقق). أثناء مباراة فريقه ضد فريق ورقلة، بحيث لم يتم بالإسعافات الأولية،، في حين تم قيامه بعلاج الإصابة، وبدون التأهيل، أما الإصابات السابقة الذي تعرض لها كانت على مستوى الركبة اليسرى والرأس.

4-5- الخصاص السيكومترية لأداة الدراسة:

4-5-1- صدق وثبات أداة الدراسة :

يقصد بصدق أداة الدراسة: « شمول الاستبيان لكل العناصر التي يجب أن تدخل في

التحليل من ناحية، ووضوح أسئلتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها ». وقد تم التأكد من صدق أداة الدراسة من خلال الصدق الظاهري والبنائي.

4-5-1-1- الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين):

اعتمدنا في دراستنا على صدق المحكمين حيث عرضنا الاستبيان في صورته الأولية على الأستاذ المشرف أولاً، ثم على ثلاثة أساتذة محكمين ذوي الخبرة في التخصص لإبداء ملاحظاتهم وأرائهم حول وضوح الصياغة اللغوية للاستبيان، ومدى ارتباط العبارات بالمحاور التي تدرج تحتها، من أجل صلاحيتها للتطبيق وبعد الأخذ بأرائهم تم تعديل وحذف في أسئلة الاستبيان بما يخدم فرضيات الدراسة.

4-5-2- ثبات الاستبيان:

يقصد بالثبات أو الاعتمادية مقدرة المقياس المستخدم على توليد نتائج متطابقة أو متقاربة نسبياً في كل مرة يتم استخدامه¹، أو بتعبير آخر هي الدرجة التي تتمتع بها الاستمارة المستخدمة في توفير نتائج

¹ بدر الدين هلال: الكامل في بحوث التسويق، دار زهران، الاردن، 2002، ص 147.

متسقة في ظل ظروف متنوعة لأسئلة متعددة، ولكن لقياس نفس الخاصية أو الموضوع محل الدراسة وباستخدام نفس مجموعة المستقصى منهم.

ومن أكثر المقاييس شيوعاً لتحديد درجة الاتساق بين محتويات الاستبيان المستخدمة طريقة معامل الارتباط ألفا α التي تنسب إلى كرونباخ (CRONBACH)، والتي تتسم بدرجة عالية من الدقة في تحديد درجة ثبات الاستمارة من خلال اعتمادها على حساب المعامل الكلي للارتباط بين جميع بنود الاستمارة المستخدمة، والقاعدة هنا أن معامل الارتباط المنخفض يشير إلى أن السؤال أو العبارة المستخدمة في الاستمارة يعتبر ضعيفاً من حيث قدرته على قياس الخاصية موضوع البحث والعكس صحيح.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس هو أنسب الأدوات استخداماً في حالة المقاييس المتصلة أي التي تقبل قيماً أكبر من مجرد الصفر والواحد. وهناك شبه اتفاق بين الباحثين على أن معامل ألفا كرونباخ لتقييم الثقة والثبات الذي تكون قيمته أكبر من 0.60 يعتبر كافياً ومقبولاً، وأن معامل ألفا الذي تصل أو تفوق قيمته 0.898 يعتبر ذو مستوى ممتاز من الثقة والثبات.

والجدول الموالي يوضح معامل ثبات أداة الدراسة:

الجدول رقم (07): معامل ثبات أداة الدراسة.

معامل ثبات الدراسة : ألفا كرونباخ
0.898

تم حسابه بالاعتماد على برنامج : SPSS .

ويلاحظ مما سبق أن قيمة ألفا للاستبيان ككل وجدناه يساوي 0.898، مما يدل على أنه

في حال إعادة تطبيق هذه الاستبيان وتوزيعها من جديد في ظروف مماثلة، فإننا سنتحصل

على نفس النتائج والاستنتاجات بنسبة 89.9 %، وهذا يدل على مدى اتساق الاستبيان ومصدقية النتائج المحصل عليها.

4-6- متغيرات الدراسة:

- المتغير المستقل: هو المتغير التجريبي، وهو المتغير المراد معرفة تأثيره على الظاهرة¹. والمتغير المستقل في دراستنا هو: الإصابات الرياضية.

- المتغير التابع: هو المتغير الناتج من تأثير المتغير التجريبي. هو المتغير التابع في دراستنا هو ممارسة النشاط الرياضي.

4-7- مجالات الدراسة:

-المجال الزمني:

بعد أن تمت الموافقة على موضوع البحث شرعنا في الدراسة النظرية التي امتدت من أواخر شهر ديسمبر 2017 إلى غاية شهر مارس 2018 أما الدراسة الميدانية فقد امتدت من شهر أبريل إلى غاية شهر جوان.

-المجال المكاني:

أجري البحث الميداني في كل من:

- القاعة متعددة الرياضات بميلة القديمة.

- القاعة متعددة الرياضات بتلاغمة.

- القاعة متعددة الرياضات بشلغوم العيد.

¹ محمد زيان عمر: البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1996، ص54.

- القاعة متعددة الرياضات بوسط مدينة ميله.

- المجال البشري:

أجريت الدراسة الميدانية على عينة قوامها 68 لاعب، موزعين على أربع فرق كرة اليد بولاية ميله.

4-8- المعالجة الإحصائية:

إن الأساليب الإحصائية التي تستخدم في البحث متنوعة بين أساليب إحصاء وصفي وبين إحصاء استدلالوي ويمكن اختيار هذه الطرق أو إحداها حسب نوعية البحث وفرضياته¹، ومن هذا المنطلق تم الاعتماد على الوسائل الإحصائية التالية:

$$\text{النسبة المئوية (\%)} = \frac{\text{التكرار} \times 100}{\text{مجموع التكرارات}}$$

لجأ الباحثان إلى استعمال قانون كاف تربيع (ك²) حيث يسمح لنا هذا القانون بمعرفة مدى وجود

فروق معنوية في إجابات لاعبين كرة اليد على أسئلة الاستبيان الموجه إليهم:

$$ك^2 = \frac{\sum (t_m - t_n)^2}{t_n}$$

ت م: التكرارات المشاهدة

ت ن: التكرارات النظرية

x: درجة الخطأ المعياري 0.05

ه: يمثل عدد الفئات

ت: درجة الحرية (عدد الفئات - 1).

¹ محمد عبد العال النعيمي وآخرون: طرق ومناهج البحث العلمي، الوراق للنشر والتوزيع، 2015، ص 70.

4-9- صعوبات وعراقيل البحث:

- أثناء القيام ببحثنا واجهتنا العديد من الصعوبات والعراقيل نذكر منها:
- نقص المراجع خاصة فيما يتعلق بالطب الرياضي والإصابات الرياضية.
- بعد المسافة، كوننا أجرينا الدراسة الميدانية بولاية أخرى.
- تأخر ساعات التدريب في بعض هذه الفرق (بداية التدريبات على الساعة 19:00 ونهايتها على الساعة 20:30) ليس بالأمر السهل كون الدراسة منجزة بولاية أخرى.
- ضيق الوقت المخصص للبحث.
- عدم استرجاع كل الاستثمارات جعلنا في وضعية ذهاب وإياب.
- عدم التقيد بوقت محدد للتدريبات في بعض الفرق جعل من الصعوبة الاتصال بهذه الفرق من بينها نادي شلغوم العيد.

خلاصة الفصل:

يمكن اعتبار هذا الفصل الذي تطرقنا إلى المنهجية وطرق البحث المتبعة من بين أهم الفصول في هذه الدراسة، فقد كان بمثابة الدليل الذي ساعدنا على تخطي الصعوبات التي تعيق السير الحسن للدراسة وصولاً إلى تحقيق أهداف البحث بسهولة وقد قمنا في هذا الفصل بتحديد المنهج المتبع، متغيرات البحث الدراسة الاستطلاعية، مجتمع الدراسة أداة الدراسة، وأخيراً الطرق والأساليب الإحصائية المناسبة.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في الفصل السابق إلى مختلف الإجراءات المنهجية المتبعة في الجانب الميداني للدراسة، وبعد جمع البيانات باستخدام تقنية الاستبيان سنتناول في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج التي كشفت عنها الدراسة.

5- عرض وتحليل النتائج:

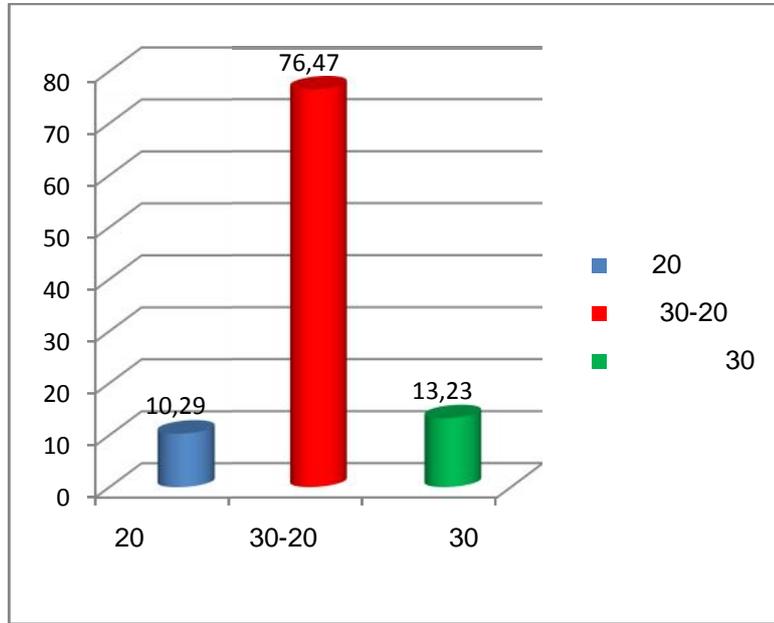
5-1- عرض نتائج البيانات الشخصية.

- السؤال رقم (01): الفئة العمرية؟

- الهدف من السؤال: معرفة الفئة العمرية للاعبين.

الجدول رقم (08): توزيع اللاعبين حسب الفئة العمرية.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
أقل من 20 سنة	7	10.29	57.04	5.99	0.05	2	دالة
من (20-30) سنة	52	76.47					
30 سنة فما فوق	9	13.23					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (02): يمثل توزيع اللاعبين على حسب الفئة العمرية.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (08) الذي يمثل فئة اللاعبين العمرية، تم التوصل

إلى ما أن نسبته 76.47% من اللاعبين الذين أجابوا بأن الفئة العمرية الذين ينتمون فيها ما بين (20-30)

سنة في حين إجابة ما نسبته 13.23% من اللاعبين أن فئتهم العمرية أكبر من 30 سنة، ما نسبة 10.29% من اللاعبين فئتهم العمرية أقل من 20 سنة.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 57.04 أكبر من ك² الجدولة المقدرة ب: 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (01) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بأن فئة العمرية الذين ينتمون إليها هي من (20-30) سنة.

ويتم تفسير ذلك كون اللاعبين يلعبون في صف الأكاير والعينة مأخوذة من صنف الأكاير وبالتالي النسبة الكبيرة هي الفئة الشبانية المنحصرة (20-30) سنة وهذه المرحلة من السن هي الفترة التي يكون فيها اللاعبون في حالة نشاط وفي فترة العطاء النفسي والبدني وفي فورمة عالية، أما اللاعبين الذين تراوح أعمارهم من 30 سنة فما فوق فأغلبية اللاعبين يتجهون نحو الاعتزال مباشرة ينتهي مشوارهم الرياضي بسبب كثرة الإصابات ونقص المردود وتراجع حالته البدنية.

وهذا ما أكدته لنا أيضا لاعب شباب شلغوم العيد عند إجرائنا لمقابلة معه حول استفسارنا عن سنه الذي يفوق 30 سنة مقارنة مع زملائه في الفريق بقوله لنا: بأنه لا يمكنه اللعب باستمرار وكثرة الإصابات الذي يتعرض لها كل موسم وهذا راجع إلى تقدمه في العمر وأن العمر المناسب للقيام بإنجازات مع الفريق يكون في الفترة الشبابية أي من (20-30) سنة، بحيث يستعين بنا في المباريات التي تحتاج إلى الخبرة وتستلزم الحنكة في اللعب مثل النهائيات والمباريات المصيرية.

وتفسر نسبة 10.27% من اللاعبين كونهم تحت 20 سنة فهذه الفئة يتم ترقيتها من صنف الأواسط إلى الأكاير ذلك لتطور مستواهم واحتياج الفريق للاعبين.

الاستنتاج:

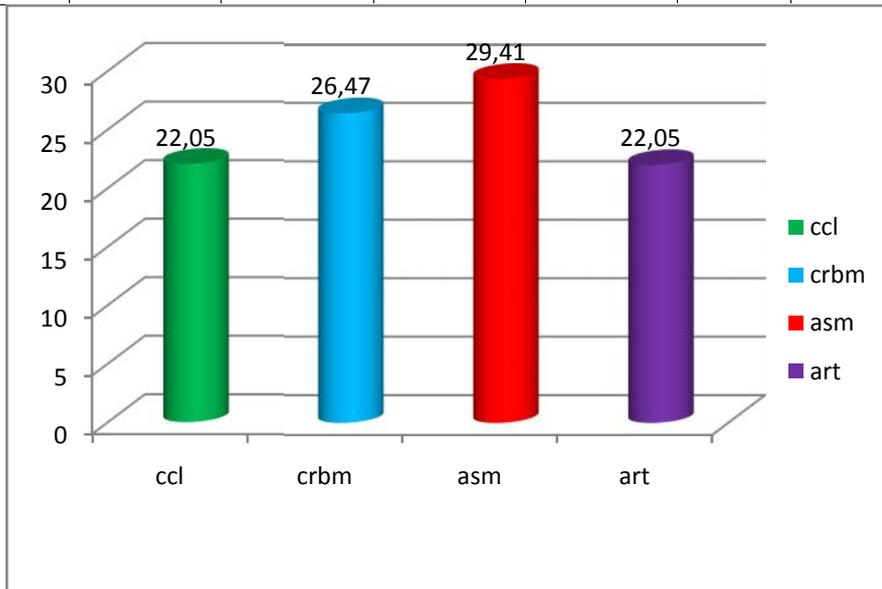
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن السن الأمثل والمناسب لتقديم إنجازات هو سن الشباب من (20-30) سنة.

- السؤال رقم (02): ما هو اسم النادي الذي تلعب فيه؟.

- الهدف من السؤال: تحديد عدد اللاعبين في كل فريق.

الجدول رقم (09): يبين عدد اللاعبين في كل فريق.

الدالة	درجة الحرية	مستوى الدالة	ك ² الجدولة	ك ² المحسوبة	النسبة المئوية %	التكرار	الاقتراحات
غير دالة	3	0.05	7.81	1.058	22.05	15	شلغوم العيد CCL
					26.47	18	الشباب الرياضي ميله CRBM
					29.41	20	الجمعية الرياضية ميله ASM
					22.05	15	الأمل الرياضي تلاغمة ART
					100	68	المجموع



الشكل رقم (03): يمثل عدد اللاعبين في كل فريق.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (09) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول الفرق الذين يلعبون فيها، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 29.40% من اللاعبين أجابوا بانتماهم لنادي A.S.M ميله، في حين إجابة ما نسبته 22.05% بأن هناك فريقين لديهم نفس عدد اللاعبين في كل من فريق نادي الأمل الرياضي تلاغمة A.R.T ونادي شباب شلغوم العيد c.c.l.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 1.058 أقل من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 7.81 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (3). وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (02) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: A.S.M.

ويتم تفسير ذلك بأن فرق كرة اليد تحتوي على قليل من اللاعبين على عكس كرة القدم الذي يتغلب أكثر من 20 لاعب وغن كرة اليد يعتمدون على 7 لاعبين في الميدان فقط وعلى الأقل 8 لاعبين في الاحتياط، وهذا ما أكدته أيضا بأن كرة اليد ذات 7 لاعبين واصلت تطورها حيث أصبحت بذلك الرياضة أولمبية سنة 1972 في ميونخ بالنسبة للرجال وسنة 1978 في موريال بالنسبة للإناث¹.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدول نستنتج أن فرق كرة اليد يحتون على عدد محدد من اللاعبين مقارنة مع كرة القدم مما يساهم ويساعد المدرب في التحكم في الفريق وتطوير مردود جميع اللاعبين.

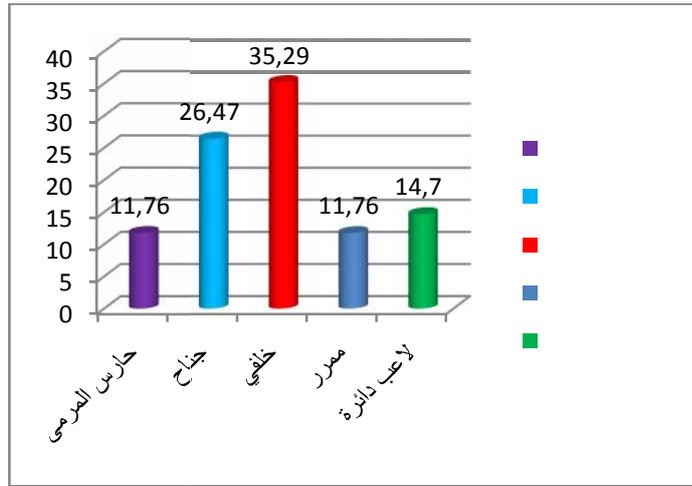
- السؤال رقم (03): ما هو المركز الذي تلعب فيه؟

- الهدف من السؤال: معرفة مراكز اللاعبين.

¹امزيان أسامة، مرجع سابق، ص 88.

الجدول رقم (10): يوضع مراكز اللاعبين في كرة اليد.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة
حارس المرمى (GB)	8	11.76	14.94	9.49	0.05	4	دالة
جناح (IL)	18	26.47					
خلفي (AR)	24	35.29					
لاعب دائرة (PV)	10	14.70					
ممر (موزع) (PS)	8	11.76					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (04): يمثل مراكز اللاعبين.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (10) الذي يمثل مراكز اللاعبين في فرق كرة اليد تم التوصل إلى ما أن نسبته 35.29% من اللاعبين أجابوا بأن مركزهم هو خلفي، في حين إجابة ما نسبته 26.47% من اللاعبين أجابوا بأن مركز لعبهم هو الجناح، في حين إجابة ما نسبته 14.70% من اللاعبين أن مركزهم هو لاعب دائرة، أما نسبة 11.76% من اللاعبين أجابوا بأن مركزهم هو حارس المرمى وهي نفس نسبة لاعبين الذين يلعبون في مركز لاعب الموزع.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 14.94 أكبر من نسبة ك² الجدولة والمقدرة ب: 9.49 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (4)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (03) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: خلفي.

ويتم تفسير ذلك بأن كل من مركز الخلفي والجناح نجد أن هناك جناح خلفي في كل من الجهة اليمنى واليسرى وأن فرق كرة اليد تحتوي في أغلب الأحيان على لاعبين في كل منصب وكل من اللاعبين يستطيعون اللعب في جميع المراكز وهذه هي خاصية يتميز بها لاعب كرة اليد وذلك لطول قاماتهم خاصة لاعب الجناح والخلفي، وأيضا لوجوب اللعب في جميع المركز لتغطية المنطقة ككل خاصة في الدفاع إذا ما تعرض لاعب في الفريق لعقوبة 2 دقائق .

الاستنتاج

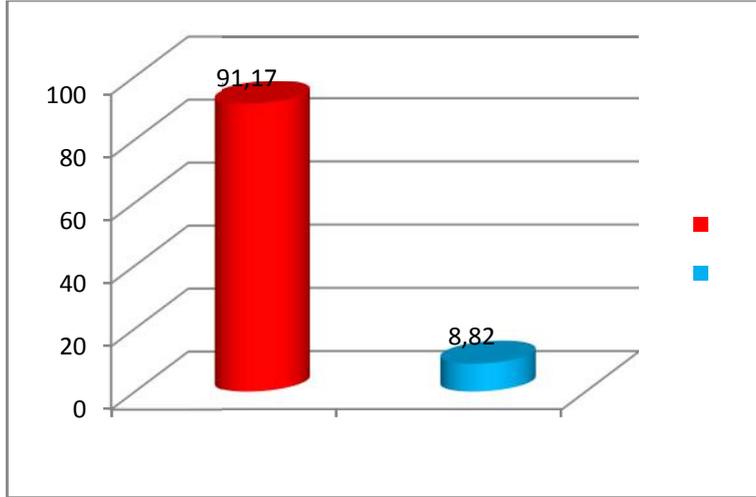
من خلال التحليل الجدول نستنتج أن لعبة كرة اليد تعتمد كثيرا على لاعبي الجناح والخلفيين في طريقة اللعب والتسجيل.

- السؤال رقم (04): هل تعرضت إلى الإصابة؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا تعرض اللاعبون إلى الإصابة أم لا.

الجدول رقم (11): مدى تعرض اللاعبين للإصابة.

الإقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	62	91.17	46.11	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	6	8.82					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (05): يمثل اللاعبين الذين تعرضوا إلى الإصابة.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (11) الذي يمثل إجابات اللاعبين الذين تعرضوا إلى الإصابة، ثم التوصل إلى ما نسبته 91.17% من اللاعبين الذين أجابوا بأنهم تعرضوا إلى الإصابة في حين إجابة ما نسبته 8.82% بأنهم لم يتعرضوا إلى الإصابة.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 46.11 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (04) لمصالح اللاعبين الذين أجابوا ب نعم.

ويتم تفسير بأن لاعبين يتعرضون للإصابة وذلك جراء الطابع اللعبي الخاص بكرة اليد الذي تنجم عنه الإصابة وذلك لوجود الاحتكاك المستمر خلال المنافسة وكذلك نقص التحضير البدني والتدريب الزائد جراء كثرة المنافسات خلال الأسبوع الواحد وذلك من خلال ما لحضناه في دراستنا الاستطلاعية التي أجريناها، وكذلك سوء تنظم المباريات من قبل الاتحادية للعبة، وكذلك تعتبر لعبة كرة اليد من الرياضيات القتالية بعد فنون القتال فهي مثل: رياضة الروغبي.

وأيضاً نفسر ذلك بأنها رياضة يكثر فيها الاحتكاك وهو مسموح وهذا قانون كرة اليد وهذا القانون وضعه karls chllenzi 1919 ومن النادر ما نجد لاعب كرة اليد لم يتعرض إلى الإصابة.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجداول تستنتج إن أغلبية كبيرة من لاعبي كرة اليد يتعرضون إلى الإصابات مما يبرهن أن رياضة كرة اليد من الرياضات القاسية وتتطلب من اللاعبين القيام بجهد بدني أكبر وتعد من الرياضات الشبه القتالية.

- السؤال رقم (05): نوع الإصابة؟

- الهدف من السؤال: معرفة الإصابات الشائعة في كرة اليد.

يتضح من إجابات اللاعبين حول نوع الإصابات التي تعرضوا لها خلال الموسم الحالي بأن أغليبتهم تعرضوا إلى الكثير من الإصابات على مستوى القدم واليد تحديداً على مستوى الركبة والكاحل ورسغ اليد، وذلك بتمزق في الأربطة والغضاريف الهلالية بنسبة أكبر، في حين الإصابة بكسور على مستوى العظام في كل من (رسغ اليد، المرفق، الأصابع، الرجل)، في حين قلة من اللاعبين أجابوا بأنهم تعرضوا إلى إصابات على مستوى الجهاز العضلي (تمزق على مستوى عضلة البطن، العضلة الخلفية) في حين نسبة قليلة جداً من اللاعبين تعرضوا إلى كدمات وكسور على مستوى الأنف.

ويتم تفسير ذلك بأن أغلبية الكبيرة من اللاعبين أصيبوا على مستوى المفاصل وذلك لنقص التحضير البدني والطابع اللعبي القاسي للعبة التي تتطلب القوة والاحتكاك المسبب للسقوط غير الصحيح خصوصاً عند الارتقاء في التسجيل، عدم التركيز على الإحماء من طرف المدربين خصوصاً الإحماء الخاص (للأطراف العلوية ومفاصل الركبة).

الاستنتاج:

من خلال النتائج نستنتج بأن الإصابات الشائعة في كرة اليد وهي الإصابات التي تكون على مستوى المفاصل والعظام من كسور وتمزقات.

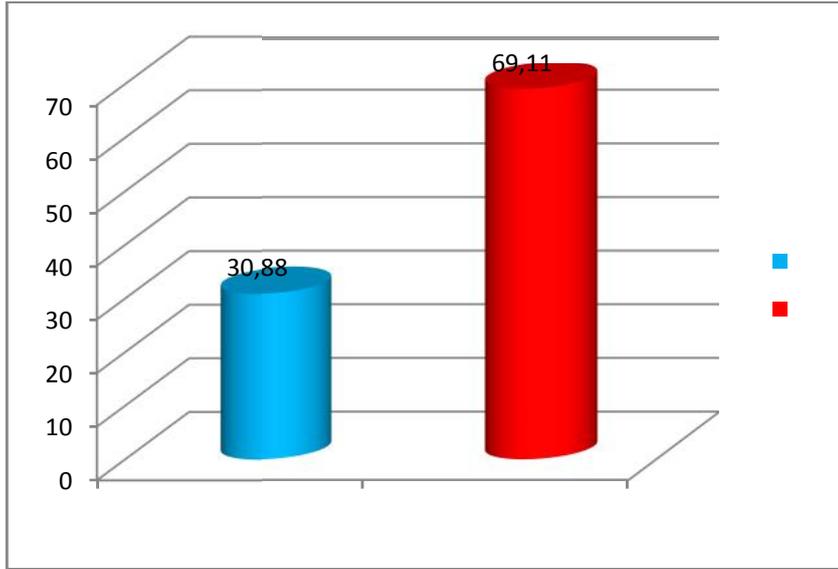
5-2- عرض نتائج الفرضية الأولى :

- السؤال رقم (06): هل لديكم طبيب خاص بالنادي؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان في النوادي طبيب خاص أم لا.

الجدول رقم (12): مدى توفر الفرق على الأطباء المختصين.

الافتراحتات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	21	30.88	9.941	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	47	69.11					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (06): يمثل مدى توفر الفرق على أطباء مختصين.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (12) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى توفر

الفرق على أطباء مختصين، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 69.11% من اللاعبين أجابوا بأن فريقهم لا يحتوي على طبيب مختص في حين إجابة ما نسبته 30.88% بأن فريقهم تحتوي على طبيب مختص في فريقهم.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 9.941 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (06) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا .

ويتم تفسير ذلك بأن الفرق الرياضية لكرة اليد أغلبيتهم لا يمتلكون أطباء مختصين في الفريق، وذلك لندرة الأطباء في مجال الطب الرياضي ونقص الدعم المادي المقدم من طرف الدولة وعدم اهتمام الشركات بتمويل لفرق مادية، اعتمادهم على الممرضين الذين لا يشترطون مبالغ مالية ضخمة وهذا ما جعل فرق كرة اليد يعتمدون عليهم، و نفس ذلك أيضا الصعوبة الذي يتلقاها الفريق وهي في عدم تنقل الطبيب مع الفريق خارج القواعد.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة أمزيان أسامة أن الشخص المكلف بالإسعافات الأولية هو الممرض بنسبة أكبر في الرياضات الجماعية (كرة اليد، كرة السلة) مقارنة باللعب الفردية¹.
وأيضاً ما أكدته دراسة سمير خلوة، عبد السلام بوخلوة والسعيد لعبيدي: إن معظم الفرق لا تحتوي على الطبيب لنقص الجانب المادي أو عدم الاعتماد بصحة اللاعبين².

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدال نستنتج ان نسبة كبيرة من الفرق لا يمتلكن أطباء مختصين في مجال الطب الرياضي بحيث يعتمدون على الممرضين مما يؤثر بالسلب على صحة اللاعبين فيؤدي إلى تفاقم إصاباتهم.

- السؤال رقم (07): هل كل اللاعبين لديهم استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي؟.

- الهدف من السؤال : ما إذا كان اللاعبون يمتلكون استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي

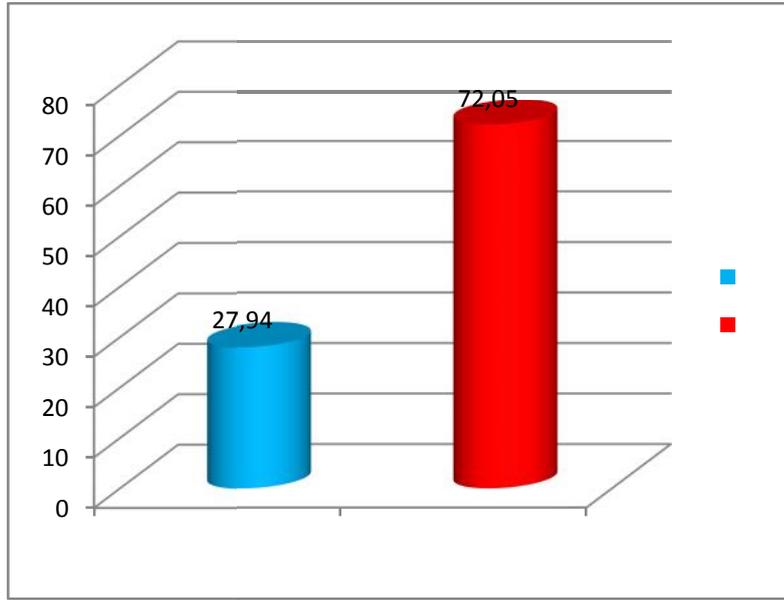
أم لا.

¹أمزيان أسامة ، مرجع سابق، ص 255.

² سمير خلوة عبد السلام بوخلوة والسعيد لعبيدي، مرجع سابق، ص 89.

الجدول رقم (13): امتلاك اللاعبين لاستمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي.

الافتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	19	27.94	13.23	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	49	72.05					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (07) : يمثل امتلاك اللاعبين لاستمارة التقييم الطبي الفسيولوجي.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (13) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول امتلاكهم لاستمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي، حيث تم التوصل إلى أن ما نسبته 72.05% من اللاعبين أجابوا بان ليس لديهم استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي، في حين إجابة ما نسبته 27.94% من اللاعبين بامتلاكهم لاستمارة خاصة بالتقييم طبي الفسيولوجي.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدره بـ: 13.23 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدره بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (07) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا.

ويتم تفسير ذلك بأن اغلب الفرق الرياضية لا يمتلكون طبيب مختص في الطب الرياضي بذلك لا توجد متابعة طبية خاصة بكل لاعب على مدار الموسم الرياضي، بالتالي عدم امتلاكهم على سجلات خاصة باللاعبين ككل والمصابين على الخصوص لمعرفة حالتهم الصحية وهذا ما تم ملاحظته في الدراسة الاستطلاعية عند قيامنا بمقابلة مع الطاقم الفني للفرق (المدربين ومساعدون) ورئيس فريق اتحاد شبيبة زغاية لعدم وجود المدرب لتقديمه استقالة.

الاستنتاج:

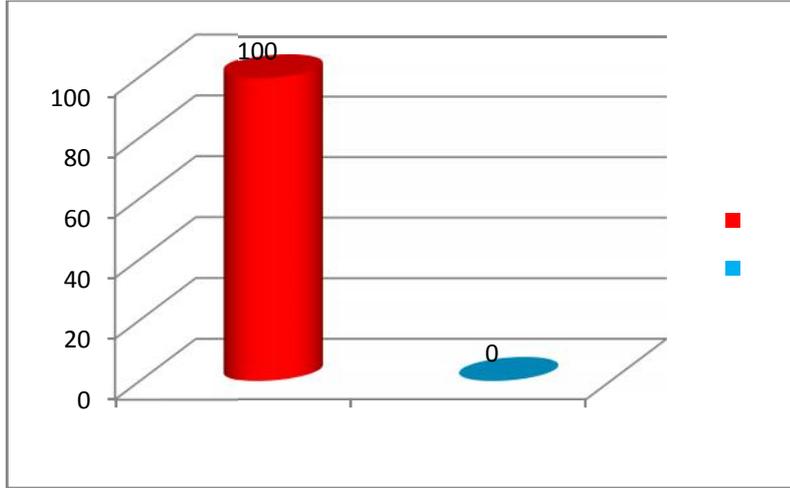
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن أغلبية الفرق الرياضية يفتقدون إلى الأطباء المختصين في الطب الرياضي وبذلك الغياب التام لتوعية الصحية وهذا ما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للاعبين ويجعلهم عرضت إلى لإصابات أي وقت وعدم إدراكهم لأهمية استمارة التقييم الطبي الفسيولوجي .

- السؤال رقم (08): هل تقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي للتأكد من سلامة جميع؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان اللاعبون يقومون بالفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي .

الجدول رقم (14): اللاعبون الذين يقومون بالفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي .

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	68	100	68	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	0	0.00					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (08): يمثل اللاعبين الذين يقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي. يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (14) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى قيامهم بالفحص الطبي الشامل لتأكد من سلامتهم، حيث يتم التوصل إلى أن ما نسبته 100% مثل اللاعبين أجابوا بأنهم يقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بداية موسم التأكد من سلامتهم.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 68 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، بالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (08) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بنعم .

يتم تفسير ذلك بأن جميع فرق كرة اليد يقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بدء موسم الرياضي لتأكد من سلامة جميع اللاعبين وذلك ضروري جدا وواجب على كل نادي القيام بذلك قبل الانخراط في المسابقات وهذا بفضل صرامة الرابطة الولائية لكرة اليد وذلك، بوجود وضع نتائج هذا الفحص في كل ملف لكل لاعب وذلك لتأهيله للمسابقة للتأكد من سلامة الأجهزة الداخلية وخلوها من أمراض المزمنة قد تؤدي به إلى الوفاة، فيمكن القول على أن هذه النتائج الخاصة بالفحص الشامل مفروضة على الفرق طبقا للقوانين فقط وأنها لا تعكس اهتمام المدربين والرؤساء بإجراء الفحص الشامل.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدول نستنتج أن جميع الفرق الرياضية يقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بداية الموسم وذلك لتأكد من سلامة الأجهزة الوظيفية (الجهاز الوعائي القلبي الدوراني) خاصة وهذا مما يؤثر بالإيجاب على حالة الرياضي الصحية ولا تعكس اهتمام المدربين بصحة اللاعبين بل القوانين المفروضة على الفرق من قبل الرابطة والاتحادية للعبة فقط.

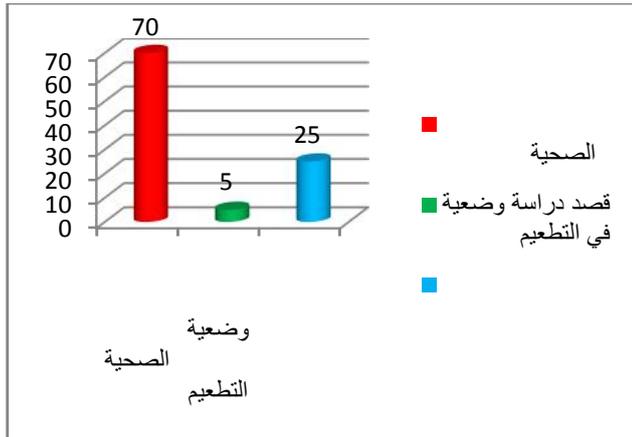
- السؤال رقم (09): هل يلجأ الطبيب إلى التاريخ الصحي للاعبين؟ إلى ماذا يعود ذلك؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان الطبيب يلجأ إلى التاريخ الصحي للاعبين وإلى ماذا يعود؟

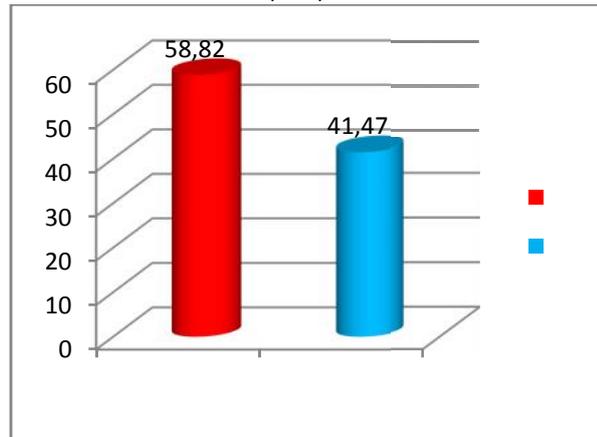
الجدول رقم (15): مدى لجوء الأطباء إلى التاريخ الصحي والهدف من ذلك.

الدلالة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	ك ² الجدولة	ك ² المحسوبة	إذا كانت بنعم إلى ماذا يعود ذلك			النسبة %	التكرار	الاقتراحات
					نسبة %	تكرار	الاقتراحات			
غير دلالة	1	0.05	3.84	2.11	70	28	قصد دراسة الحالة الصحية	58.82	40	نعم
					25	2	قصد دراسة وضعية في التطعيم			
					25	10	قصد دراسة أمراض سابقة			
					100	40	المجموع			
					14.47	28	لا			
					100	68	المجموع			

شكل (10)



شكل (09)



الشكلان رقم (09) و (10): يمثلان لجوء الأطباء إلى التاريخ الصحي وسبب ذلك.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (15) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى لجوء المدربين إلى التاريخ الصحي وإلا ماذا يعود ذلك أيضاً، حيث تم التوصل إلى أن ما نسبته 58.82% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين يلجئون إلى التاريخ الصحي، فمعظم إجابات اللاعبين حول المقصود من هذا التاريخ هو دراسة الحالة الصحية لهم بنسبة بـ: 70% في حين أن نسبة 25% من اللاعبين أجابوا لقصد دراسة وضعية في التطعيم من خلال هذا التاريخ، أما نسبة 5% من اللاعبين أجابوا بأنه يتم اللجوء إلى التاريخ الصحي لقصد دراسة أمراض سابقة في حين نسبة 41.47% من اللاعبين أجابوا بأنه لا يتم اللجوء إلى التاريخ الصحي للاعبين.

كما يتضح من خلال نسبة ك² المحسوبة مقدرة بـ: 2.11 أقل من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 عند درجة الدلالة (1). وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين الذين أجابوا بـ: نعم وذلك قصد دراسة الحالة الصحية.

ويتم تفسير ذلك بأغلبية كبيرة من الفرق تلجأ إلى التاريخ الصحي للاعبين وذلك لدراسة الحالة الصحية أو لمعرفة ما إذا كان اللاعبون عندهم أمراضاً سابقة أو إصابات من قبل ذلك لمنع تفاقمها وهذا يعود بواجب الأطباء الذين يعملون عملهم وذلك بمعرفة حالة الرياضي كلها وذلك لوصف العلاج المناسب لذلك وبذلك نجد الرياضي يعتمد على معرفة الأطباء الغير التابعين للفريق لتحديد حالته الصحية.

الاستنتاج:

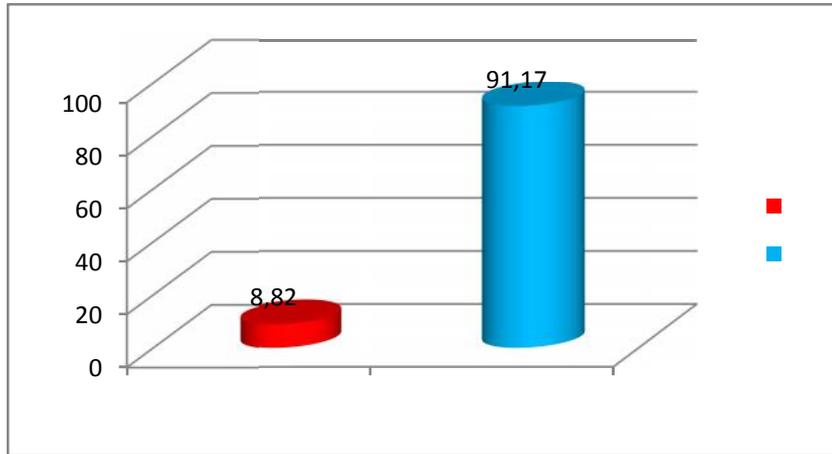
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن الأطباء يركزون على التاريخ الصحي للاعبين وذلك لمعرفة حالته الصحية ووصف له العلاج الملائم له لتجنب المضاعفات الناجمة عن العلاج.

- السؤال رقم (10): هل عند تعرضك للإصابة تقدم لك الإسعافات الأولية بطريقة صحية وسليمة؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان اللاعبون المصابين يتلقون الإسعافات الأولية.

الجدول رقم (16): مدى تقديم الإسعافات للاعبين بالطريقة الصحية والسليمة.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	6	8.82	46.11	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	62	91.17					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (11): يمثل مدى تقديم الإسعافات الأولية للاعبين المصابين بالطريقة الصحية والسليمة.

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (16) الذي يمثل 30 إذا كان للاعبين المصابين

يتلقون الإسعافات الأولية بالطريقة السليمة والصحية، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 91.17% من اللاعبين

الذين أجابوا بأنهم لا يتلقون الإسعافات الأولية عن إصاباتهم بالطريقة السليمة والصحية في حين إجابة ما

نسبته 8.82% بأنهم يتلقون الإسعافات الأولية بالطريقة السليمة والصحية.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 46.11 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية يبين إجابات اللاعبين على السؤال 10 لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب لا .

ويتم تفسير ذلك بان الفرق الرياضية لا تعتمد على الأطباء المختصين في المجال الرياضي أو عدم اعتمادهم أيضا على المختصين في مجال الإسعافات الأولية واعتمادهم على الممرضين في بعض الأحيان أو أشخاص يمتلكون شهادة الإسعاف الجماهيري وذلك لعدم معرفتهم طريقة الإسعاف واجبات كل مسعف وأيضا عدد إمام المدربين بطرق الإسعاف الأولية الصحيحة.

وهذا ما أكدته أيضا من خلال نتائج دراسة أمزيان أسامة بأن: تلقي الإسعافات الأولية للاعبين أثناء تعرضهم للإصابات الرياضية له أهمية بالغة في الرياضات الجماعية (كرة اليد، كرة السلة) مقارنة بالرياضات الفردية (الجيدو، الكاراتي دو) والشخص المكلف بالإسعافات الأولية لاعبين هو الممرض بأكبر نسبة في الرياضات الجماعية (كرة اليد، كرة السلة) مقارنة مع الرياضات الفردية (الجيدون الكاراتي دو)

ونفسر أيضا من خلال ما تم ملاحظته في دراسي الاستطلاعية حيث تم إصابة لاعبي اتحاد شبيبة زغاوية بإصابة على مستوى الركب اليمنى في مقابلة فريقه بفريق النادي الرياضي الميلية على الساعة 11:30 بتاريخ 2 مارس 2018 حيث لم يتم بالإسعافات الأولية وتم نقله على جناح السرعة إلى المستشفى من طرف أعوان الحماية المدنية وان أغلبية الفرق تعتمد فقط على الثلج في الإسعاف الأولي لجميع الإصابات مهما كانت نوعها ودرجة خطورتها.

الاستنتاج:

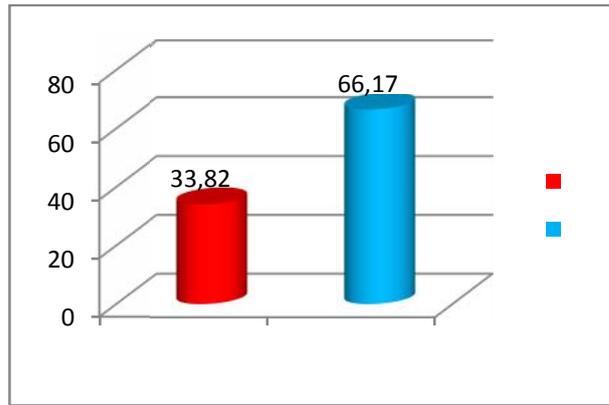
نستنتج من خلال تحليل الجداول أن نسبة كبيرة من اللاعبين لا يتحصلون على الإسعاف الأولي عند تعرضهم إلى الإصابة وهذا ما يؤدي إلى تضاعف الإصابة وتدهور حالته الحية وعدم إمام المدربين بجوانب.

- السؤال رقم (11): هل يقوم الطبيب بفحوصات لاكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة حول منعها.

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان صنعها الطبيب يكتشف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول منعها.

الجدول رقم (17): مدى قيام الطبيب بالكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول منعها.

الاقتراحات	التكرار	النسبة%	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	23	33.82	7.11	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	45	66.17					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (12): يمثل مدى قيام الطبيب بفحوصات للكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول

منعها.

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (17) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى

قيام الطبيب بالفحوصات لاكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات حول منعها، تم التوصل إلى ما نسبته

66.17% من اللاعبين الذين أجابوا بأن الطبيب لا يقوم بالكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات

اللازمة حول منعها في حين 33.82% أجابوا بأن الطبيب يقوم بالكشف عن الأمراض المعدية واتخاذ

الإجراءات اللازمة لمنعها.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 7.11 اكبر من ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (11) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: لا.

ويتم تفسير ذلك بأن أغلبية الفرق لا يوجد عندهم أطباء ولذلك لا يقومون باكتشاف عن الأمراض المعدية وذلك للغياب التام للإمكانيات البشرية والمادية في الجانب الطبي وعدم الاعتماد بالجانب الصحي للاعبين واهتماماتهم فقط على نتائج الفريق المحصلة.

الاستنتاج

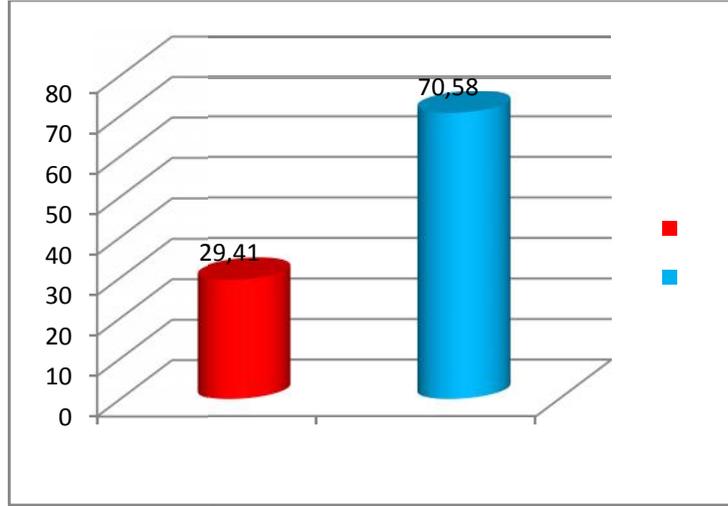
نستنتج من خلال تحليل الجدول أن فرق كرة اليد لا يهتمون بالجانب الصحي للاعبين من حيث انعدام الإمكانيات المادية والبشرية للحد من الأمراض المعدية.

- السؤال رقم (12): هل هناك مساعدة من طرف الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع وإعداد البرنامج.

- الهدف من السؤال: ما مدى مساعدة من طرف الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي لوضع برنامج التأهيلي المناسب.

الجدول رقم (18): مدى مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	20	29.41	11.52	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	48	70.58					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (13): يمثل مدى مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (18) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مساعدة كل من الطبيب وأخصائي العلاج لوضع البرنامج التأهيلي المناسب، تم التوصل إلى أن ما نسبته 70.58% من اللاعبين أجابوا بأنه لا توجد مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي لوضع البرنامج التأهيلي المناسب، في حين أن ما نسبته 29.41% أجابوا بأنه توجد مساعدة بين الطبيب وأخصائي العلاج حول البرنامج التأهيلي المناسب.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 11.52 أكبر من ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (12) لعلاج اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا.

ويتم تفسير ذلك بنقص الأطباء في العلاج الطبيعي وغياب التوعية حول أهمية لعلاج والتأهيل الرياضي من قبل الممرض الموجود في الفرق واهتمام فقط بالجانب المادي فقط وتعاون اللاعبين خصوصا عند إعادة التأهيل، وعودتهم على التدريبات بدون تماثلهم إلى الشفاء 100% مما يجعل الإصابة تتفاقم وتتضاعف من بسيطة إلى درجة شديدة وغياب الأطباء في فرق وعدم وجود ارتباط بين الأطباء والمختصين

في العلاج الطبيعي فيما بينهم وهذا لنقص التوعية المطلوبة من المدرب على اللاعب لإجباره على تطبيق جميع طرق العلاج.

ويفسر ذلك بغياب التوعية من طرف المدربين وذلك بعدم إلمامهم بالدور الحقيقي لأخصائي العلاج الطبيعي حيث يعتبرونه مدلكا فقط، لكنه هو المختص في وضع البرنامج التأهيلي للرياضي.

الاستنتاج:

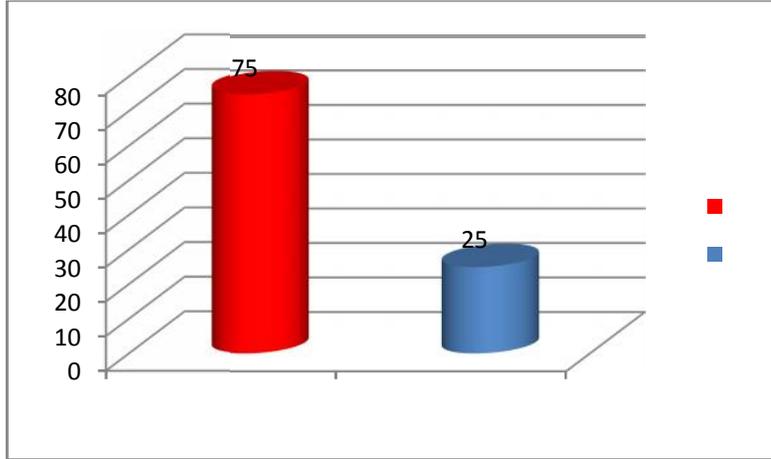
نستنتج من خلال تحليل الجدول أنه لا توجد مساعدة بين أطباء الفرق وأخصائي العلاج الطبيعي لانعدام وجود الأطباء والمختصين في الطب الرياضي وعدم إلمام اللاعبين بأهمية العلاج والتأهيل الرياضي وهذا لنقص التوعية من طرف المدرب.

- السؤال رقم (13): هل تعتقد بان بعض اللاعبين في الفريق لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة؟.

- الهدف من السؤال: ما إذا كان اللاعبون الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.

الجدول رقم (19): يبين اللاعبين الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.

الافتراحات	التكرار	النسبة%	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	51	75	17	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	17	25					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (14): يمثل اللاعبين الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (19) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول اللاعبين الذين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة ثم التوصل إلى أن ما نسبته 75% من اللاعبين الذين أجابوا بأن هناك لاعبون لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة في حين إجابة ما نسبته 25% بأن لاعبون يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 17 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (13) لصانع اللاعبين الذين أجابوا بـ نعم.

ويتم تفسير ذلك بغياب المراقبة الطبية وغياب الأطباء المختصين في الفريق واعتمادهم في المباريات على أعوان الحماية المدنية في نقل المصابين إلى المستشفيات، ما تم ملاحظته في دراسة الاستطلاعية حيث تمت إصابة لاعب اتحاد شبيبة زغاية بإصابة على مستوى الركبة اليمنى في مقابلة فريقه مع النادي الرياضي الميلية على الساعة 11:30 بتاريخ 2 مارس 2018، وهذا ما تم التوصل إليه أيضا في دراسة أمزيان أسامة حيث أن اللاعبين لا يتلقون الفحوصات الطبية وأن الأسباب العامة للإصابات الرياضية في

كرة اليد راجعة على عدم التكامل بين عناصر اللياقة وعدم الإحماء الكافي وعدم الأخذ بنتائج الفحوصات الطبية والاختبارات الفزيولوجية للاعبين¹.

الاستنتاج:

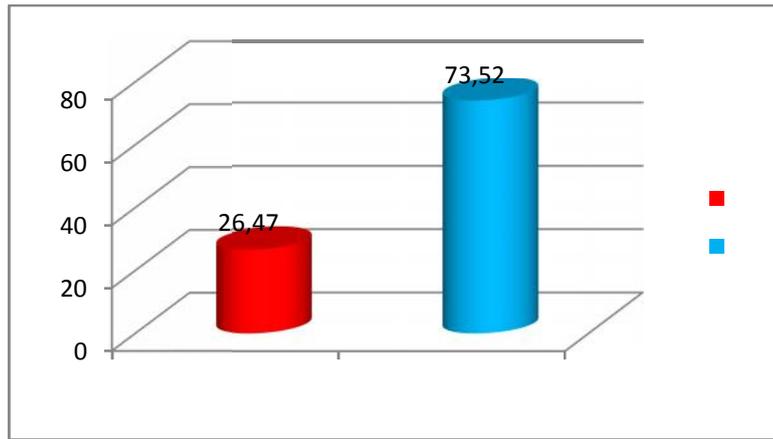
من خلال تحليل الجداول نستنتج بالغياب لتام للمراقبة الطبية في الفرق والنوادي وانعدام الاهتمام بصحة اللاعبين وحياتهم وتعد من الأسباب الرئيسية في حدوث وتفاقم الإصابات.

- السؤال رقم (14): هل يقدم الطبيب بعض النصائح والتوجيهات لفائدة اللاعبين لتفادي الإصابات.

- الهدف من السؤال: مدى تقديم الطبيب لنصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية.

الجدول رقم (20): مدى قيام الطبيب للنصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية.

الافتراحات	التكرار	النسبة%	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	18	26.47	15.05	3.84	0.05	1	الدلالة
لا	50	73.52					
المجموع	68	100					



الشكل قم (15): يمثل مدى قيام الطبيب لنصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية.

¹ أمزيان أسامة، مرجع سابق، ص140.

يتضح لنا من خلال نتائج المبينة في الجدول رقم (20) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى قيام الطبيب بتقديم النصائح والتوجيهات للاعبين لتفادي الإصابات الرياضية، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 73.52% من اللاعبين أجابوا بأنه لا تقدم لهم النصائح والتوجيهات من طرف الطبيب لتفادي إصابات الرياضية في حين إجابته ما نسبته 26.47% لهم النصائح والتوجيهات من طرف الطبيب لتفادي الإصابات الرياضية.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 15.05 أكبر من ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (14) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا.

ويتم تفسير ذلك بعدم وجود أطباء الفرق الرياضية لكرة اليد وأن أغليبيتهم يمتلكون ممرضين أولاً يحقون على ذلك لنقص العوائد المادية للفرق وعدم اهتمام الفرق بصحة اللاعبين، فقط يعتمدون على النتائج المتحصلة وليست بصحة اللاعبين وعدم إلمام الأطباء جيداً بطب الرياضي.

الاستنتاج:

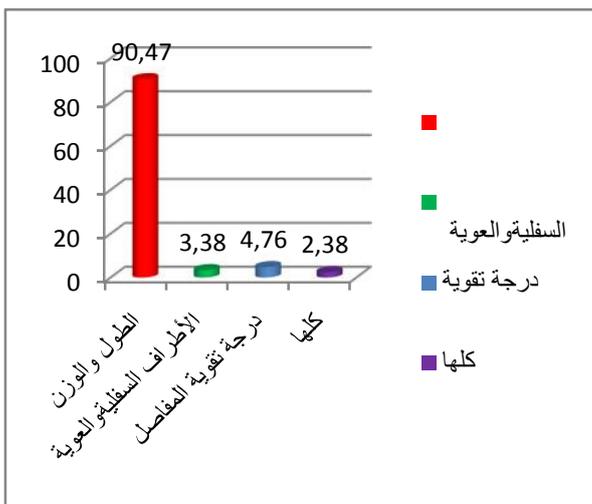
نستنتج من خلال تحليل الجداول بالغياب التام للنوعية من طرف الأطباء للاعبين وهذا بسبب غيابهم عن الميدان الرياضي وهذا ما يجعل حالتهم الصحية متدهورة لهم الإصابات في أي وقت.

- السؤال رقم (15): هل يقوم الطبيب بالفحوصات البدنية الخارجية (المورفولوجية)؟ وماذا تشمل؟.
- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان الطبيب يقوم بالفحوصات البدنية المورفولوجية وماذا تشمل.

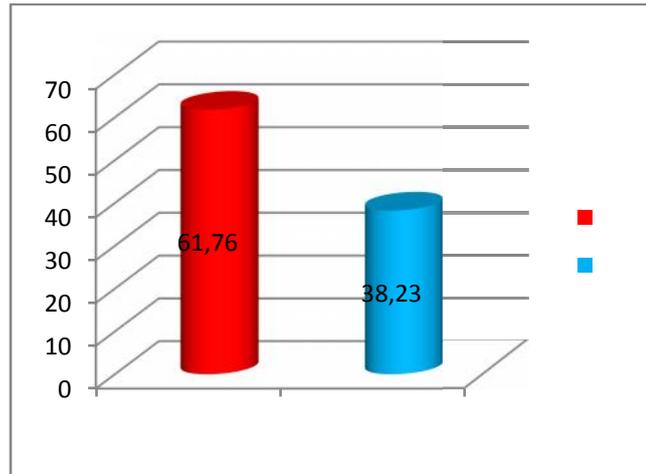
الجدول رقم (21): قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية ، وفي ماذا تشمل.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	في ما تشمل إذا كانت الإجابة بنعم			ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
			اقتراحات	تكرار	نسبة %					
نعم	42	61.76	اقتراحات	38	90.47	3.76	3.84	0.05	1	غير دالة
			الطول والوزن							
			الأطراف السفلية والعلوية	1	2.38					
			درجة تقوية المفاصل	2	4.76					
			كلها	1	2.38					
			المجموع	42	100					
لا	26	38.23				3.76	3.84	0.05	1	غير دالة
المجموع	68	100								

شكل 17



شكل 16



الشكلان (16) و(17): يمثلان قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية ماذا تشتمل.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول (21) الذي تمثل إجابات اللاعبين حول مدى قيام الطبيب بالفحوصات البدنية المورفولوجية وفي ما تتمثل هذه الفحوصات تم التوصل إلى أن ما نسبته 61.76% من اللاعبين أجابوا بقيام الطبيب بالفحوصات المورفولوجية البدنية، أما ما نسبته 90.47% تمثل إجابات اللاعبين حول هذه الفحوصات فتمثل في الطول والوزن في حين إجابة ما نسبته 4.76% تصل هذه الفحوصات درجة تقوية المفاصل، في حين ما نسبته 2.38% تمثل إجابات اللاعبين الذين أجابوا بتمثل هذه الفحوصات بالأطراف السفلية والعلوية وهي نفسها نسبة اللاعبين الذين أجابوا بأن جميع هذه الفحوصات البدنية يقوم بها الطبيب، في حين ما نسبته 38.23% إجابة للاعبين الذين أجابوا بأن الطبيب لا يقوم بهذه الفحوصات المورفولوجية البدنية.

كما يتضح من خلال نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 3.76 أقل من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب 3.84 هذه مستوى الدلالة 0.05، ودرجة الحرية (1) وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات لاعبين على السؤال 15 لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ نعم وتمثل هذه الفحوصات الطول والوزن. ويتم تفسير ذلك بانعدام الإمكانيات المادية والبشرية خاصة الوسائل المستخدمة في القياسات المورفولوجية، الأنتروبومترية وعدم معرفة أغلبية الأطباء لدورها في التقليل من الإصابات وأيضاً في عملية الانتقاء الرياضي.

الاستنتاج

نستنتج من خلال تحليل الجدول بأن أغلبية الفرق تفتقر للوسائل المادية والبشرية ولا يقومون بالفحوصات الطبية المورفولوجية ويعتمدون فقط على قياس الطول والوزن وذلك للغياب التام لدورها في تفادي الإصابات الرياضية وانعدام روح المسؤولية حول صحة اللاعبين.

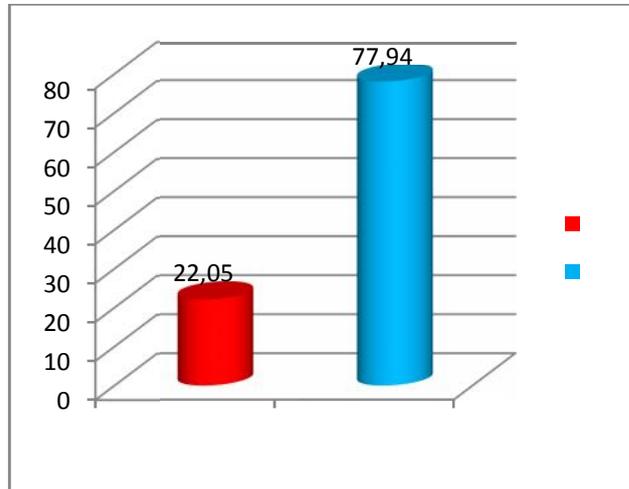
3-5- عرض نتائج الفرضية الثانية:

- السؤال رقم (16): هل يوجد هناك تشاور بينك وبين مر بك في بعض الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة .

- الهدف من السؤال: مدى تشاور بين اللاعبين والمدرب في بعض الأحيان بخصوص تأثيرات التدريب على الصحة.

الجدول رقم (22): مدى التشاور بين اللاعبين مع المدربين بخصوص تأثيرات التدريب على الصحة.

الافتراحتات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	15	22.05	21.23	3.84	0.05	1	دالة
لا	53	77.94					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (18): يمثل مدى التشاور بين اللاعبين والمدربين حول تأثيرات التدريب على الصحة.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (22) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى

التشاور بين اللاعبين والمدربين بفحوص تأثيرات التدريب على الصحة، ثم التوصل ما نسبته 77.94% من

اللاعبين أجابوا بأنه لا يوجد تشاور بينهم وبين المدربين حول تأثيرات التدريب على الصحة في حين إجابة

ما نسبته 22.05% بأنه يوجد تشاور بينهم وبين المدربين بخصوص تأثيرات التدريب على الصحة.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 21.23 أكثر من نسبة ك²المجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (16) لصالح اللاعبين أجابوا ب لا.

ويتم تفسير ذلك بالغياب التام للتواصل بين المدرب اللاعبين وفي غالب الأحيان نجد نوادي كرة اليد لا يعتمدون على مدرب واحد الفريق خلال الموسم الرياضي بل يتغير لأسباب كثيرة وهذه العلاقة تربط اللاعبين والمدربين من خلال طول مدة العمل مع بعض.

ونفسر ذلك استعمال أغلبية المدربين الطريقة التسلطية في التعامل مع اللاعبين لكونها الطريقة المثلى في التحكم في المجموعة ككل وهذا أيضا ما أكدته دراسة رضوان بوبكر، جمال الدين، بومنجل عزيل مراد: عدم إلمام المدربين بان طريقة عملهم تتطلب منه التواصل اللفظي والغير اللفظي مع أنواع مختلفة من الأشخاص أو الهيئات من اللاعبين كأفراد والفريق الرياضي ككل والمدربون المساعدون وإداريو الفريق¹.

افتقار المدرب لمتطلبات النفسية والملاح النفسية الرياضية يؤدي به إلى عدم تحقق أهدافه الخاصة وأهداف الفريق بصفة عامة بما فيها العلاقات الجيدة بين أعضاء الفريق وأيضاً نتائج وأداء الفريق ويتم تفسير ذلك أيضا: أن أغلبية المدربين واللاعبين لا يهتمون ولا يطبقون الأساليب الاتصالية التي تتماشى والاتصال الرياضي الفعال والتي تلعب دورا هاما في استقرار ونجاح الفريق.

الاستنتاج

من خلال تحليل نتائج الجدول نستنتج بأنه لا توجد هناك تشاور بين المدربين واللاعبين مما يؤثر سلبا على صحة اللاعبين ونتائج الفريق.

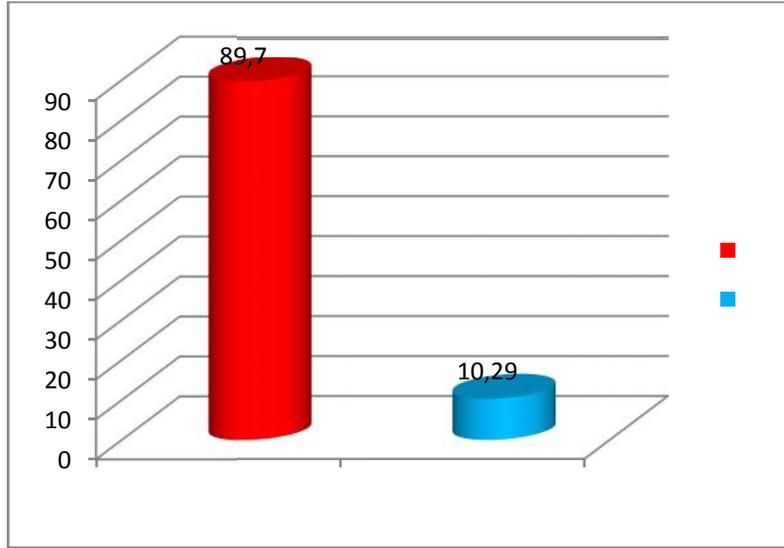
¹ رضوان بوبكر، جمال الدين بومنجل: طبيعة العلاقة الاتصالية بين المدرب واللاعبين في كرة القدم الجزائرية قسم الأول جامعة الجزائر، 2009/2008، ص66.

- السؤال (17): هل يلجأ المدرب للتركيز على الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى تتجنب خطر الإصابة الرياضية؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان المدربون يقدمون النصائح لتجنب خطر وقوع الإصابات.

الجدول رقم (23): يبين مدى تقديم النصائح للاعبين لتجنب خطر الإصابات الرياضية.

الافتراحتات	التكرار	النسبة %	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	61	89.70	42.88	3.84	0.05	01	دالة
لا	7	10.29					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (19): يمثل مدى تقديم المدربين للنصائح لتجنب خطر الإصابات الرياضية.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (23) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى تقديم المدربين النصائح للاعبين لتجنب خطر الإصابات الرياضية تم التوصل إلى أن نسبة 89.70% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين يقدمون النصائح لتفادي خطر الإصابة والتركيز على الأخطاء الفنية، أما إجابة ما نسبته 10.29% بأن المدربين لا يركزون على الأخطاء الفنية بسهولة ولا يقدمون النصائح لتجنب الإصابات الرياضية.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب 42.88 أكبر من ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (17) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: نعم.

ويتم تفسير ذلك كون المدربين يقومون بتقديم التوجيهات للاعبين وذلك لتفادي الإصابة والحفاظ على سلامة اللاعبين وخاصة اللاعبين الأساسيين في الفريق لتحقيق نتائج جيدة وذلك من خلال التركيز على الإحماء الجيد قبل المباريات أو عند الخطأ في اللعب أو في مهارة حركية خاصة باللعبه خصوصا الحركات المهارية المركبة التي تتطلب الدقة والسرعة والمرونة، خصوصا على طريقة السقوط عند التسجيل من طرف لاعب الجناح وذلك لتفادي كسر على مستوى الرسغ أو مرفق اليد. وهذا ما تؤكد عليه دراسة سمير خلوة وعبد السلام بوخلوة والسعيد العبيدي¹: التي توصلت لحالة أن إرشادات المدرب تقتصر على تجنب الاحتكاك مع الخصم وكذلك الإحماء الجيد قبل لعب المباراة.

- الاستنتاج:

من خلال تحليل الجداول نستنتج أن أغلبية المدربين يلمون بالجانب الصحي للاعبين ويركزون على الأخطاء الفنية خلال المنافسات وهذا ما يؤثر إيجابيا على صحة اللاعبين، وأن المدربين يقومون بدورهم على أكمل وجه من خلال توعيتهم على تحسين مردودهم وتجنب الأخطاء المكلفة لحدوث إصابة خطيرة قد تكون سبب في فشلهم في رياضة كرة اليد.

- السؤال رقم (18): هل يقوم المدرب بعدم اشراكك في التدريبات أو المنافسة بدون إجراء فحص

الطب الدوري الشامل

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان اللاعبون لا يشتركون في التدريبات أو المنافسة بدون إجراء

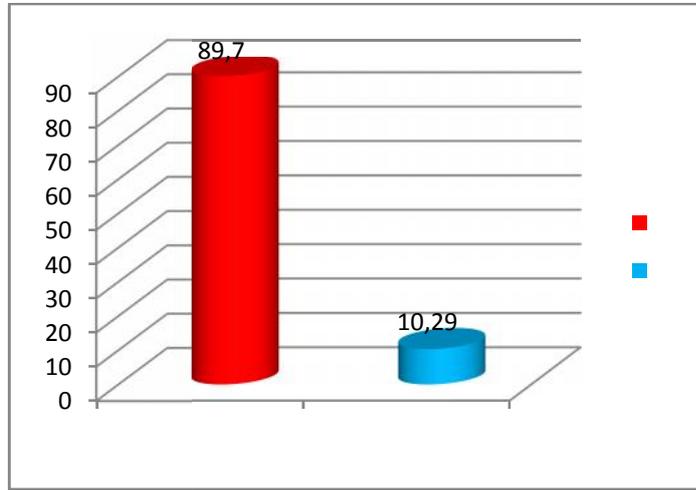
الفحص الطب الدوري الشامل.

¹ سمير خلوة، عبد السلام بوخلوة، السعيد لعبيدي: مرجع سابق، ص 79.

الجدول رقم (24): اللاعبين الذين لا يشتركون في التدريبات أو المنافسة بدون إجراء الفحص الطب

الدوري الشامل.

الإقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	61	89.70	42.88	3.84	0.05	01	دالة
لا	7	10.29					
المجموع	68	100					



الشكل (20): يمثل اللاعبين الذين لا يشتركون في المنافسات والتدريبات بدون إجراء الفحص الطبي الدوري الشامل.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (24) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول عدم اشتراكهم في التدريبات أو المنافسات بدون إجرائهم فحص الطب الدوري الشامل، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 89.70% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يقومون بإشراكهم في التدريبات أو المنافسة بدون إجرائهم لفحص الطب الدوري الشامل، في حين إجابة ما نسبته 10.29% بأن المدربين يشركونهم في التدريبات والمنافسات بدون إجرائهم لفحص الطب الدوري الشامل.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 42.88% أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (18) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: نعم.

نفسر ذلك بإمام المدربين بدور الفحص الطبي الشامل الذي يعتبر ركيزة أساسية لمعرفة حالة اللاعب الصحية وعدم المغامرة به.

ونفسر ذلك أيضا بأن الفحص الطبي مفروض على كل الأندية للاعبينها وبذلك لا يمكن للمدربين أن يشركوا اللاعبين وهذا مخالف للقانون بحيث لا يتم تأهيل اللاعبين من طرف الرابطة أو الاتحادية للعبة.

- الاستنتاج:

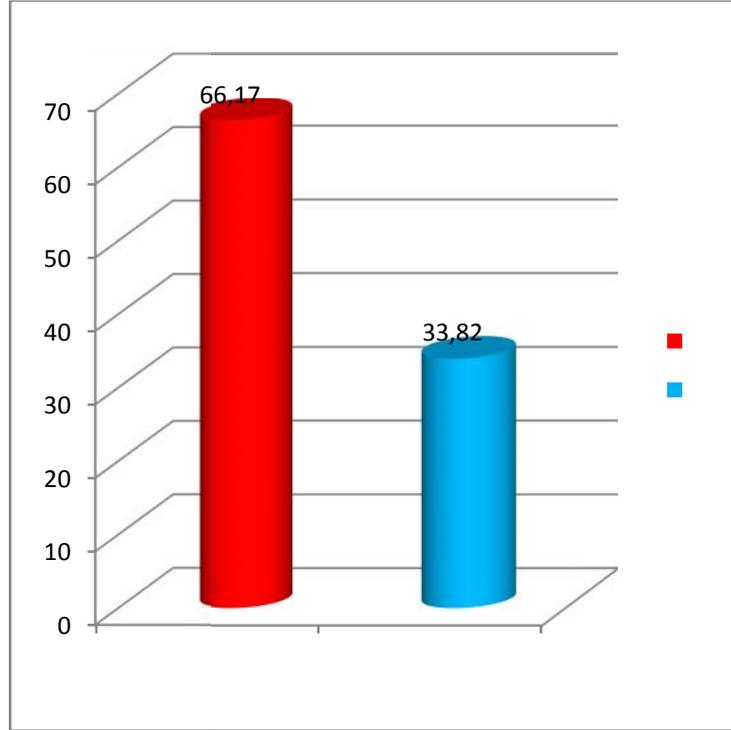
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن المدربين لا يغامرون بصحة اللاعبين الذين لم يقوموا بإجراء الفحص الطبي الشامل وذلك باعتبار اشراكهم مخالف للقوانين.

- السؤال (19): هل يقوم المدرب بإشراكك وأنت في حالة مرضية؟

- الهدف من السؤال: ما مدى قيام المدربين بإشراك اللاعبين وهو في حالة مرضية.

الجدول رقم (25): مدى قيام المدربين بإشراك اللاعبين وهو في حالة مرضية.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	45	66.17	7.11	3.84	0.05	1	دالة
لا	23	33.82					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (21): يمثل مدى قيام المدربين باشتراك اللاعبين وهو في حالة مرضية.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (25) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول قيام المدربين باشتراكهم وهم في حالة مرضية، تم التوصل إلى أن ما نسبته 66.17% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين يقومون باشتراكهم وهو في حالة مرضية في حين ما نسبته 33.82% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يقومون باشتراكهم وهو في حالة مرضية.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدره ب: 7.11 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدره ب: 3.84

عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (19) لصالح اللاعبين الذي أجابوا ب: نعم.

فنفس ذلك بأن أغلبية المدربين لا يهتمون بصحة اللاعبين واهتمامهم منصب فقط على النتائج

المحصلة وهذا ما تم ملاحظته من خلال الدراسة الاستطلاعية مع لاعبين من فريق شلغوم العيد CCL أثناء قيامهم بالتدريبات وهم في حالة مرضية فهناك لاعب مصاب على مستوى الأنف وآخر على مستوى الركبة

وللاعب مصاب على مستوى رسغ اليد باعتبارهم أساسيين في الفريق ولا يمكن الاستغناء عنهم كون المباراة مصيرية.

نفسر ذلك بضغط الإدارة الفريق على المدرب لتحقيق النتائج بكل الوسائل حتى لو كان ذلك على حساب صحة اللاعبين.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجداول نستنتج أن المدربين لا يهتمون بصحة اللاعبين وذلك لجعلهم يحققون النتائج على حساب صحة اللاعبين.

- السؤال رقم (20): هل يقوم المدرب باتخاذ القرار بتحويلك إلى الطبيب المختص عند تعرضك

للإصابة في الوقت المناسب؟

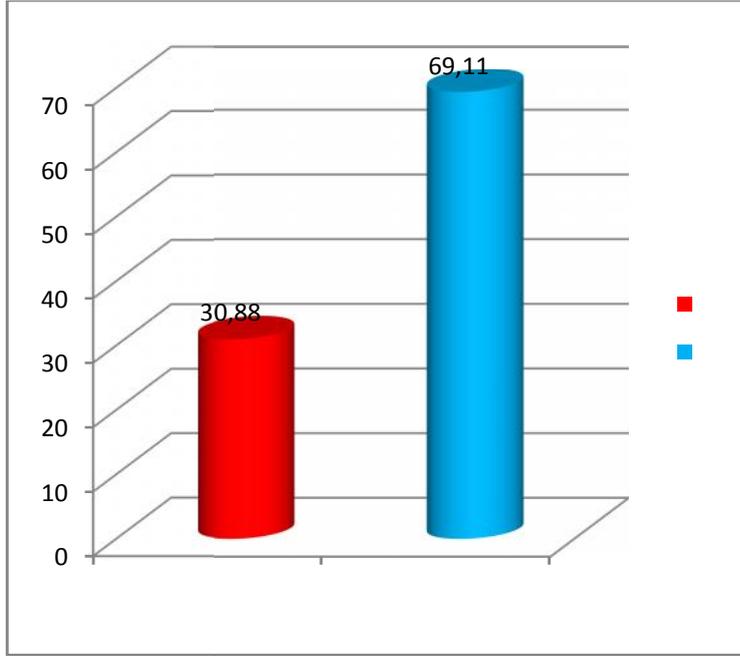
- الهدف من السؤال: ما مدى تحويل المدربين للاعبين إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم إلى

للإصابة في الوقت المناسب.

الجدول رقم (26): مدى تحويل المدربين لاعبيهم إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم إلى إصابة

في الوقت المناسب.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	21	30.88	9.941	3.84	0.05	1	دالة
لا	47	69.11					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (22): تمثل مدى تحويل المدربين للاعبهم إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم للإصابة في الوقت المناسب.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (26) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول ما مدة تحويل المدربين لاعبيهم إلى الأطباء المختصين عند تعرضهم إلى الإصابة في الوقت المناسب، ثم التوصل إلى أن ما نسبته 69.11% من اللاعبين أجابوا بأنهم لا يتم تحويلهم من قبل مدربيهم إلى الأطباء المختصين في الوقت المناسب، في حين إجابة ما نسبته 30.88% أن مدربيهم يقومون بتحويلهم إلى الأطباء المختصين في الوقت المناسب.

كما يتضح أن نسبته ك² المحسوبة المقدره ب: 9.941 أكبر من ك² الجدولة المقدره ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (20) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: لا.

يتم تفسير ذلك بعدم اهتمام المدربين بصحة اللاعبين وعدم معرفتهم بالطب الرياضي ويركزون فقط على التدريب فقط وعدم توفر الإمكانيات لوجود أطباء مختصين في الطب الرياضي وإهمال اللاعبين عن

تعرضهم إلى الإصابة واللاعبين هم المسؤولين على صحتهم وليس النادي وذلك من خلال قيامهم بالعلاج وذلك بشديد جميع معارضهم بأنفسهم، وأن المدربين يهتمون فقط بالتدريبات فقط.

ويتم تفسير ذلك أيضا بأن المدربين مقيدين بمهام محدودة من طرف الإدارة وهذا ما يعتبره المدربون ليس من مهامهم، بل هو مهمة الإدارة والمسؤولين والأطباء في النادي.

الاستنتاج:

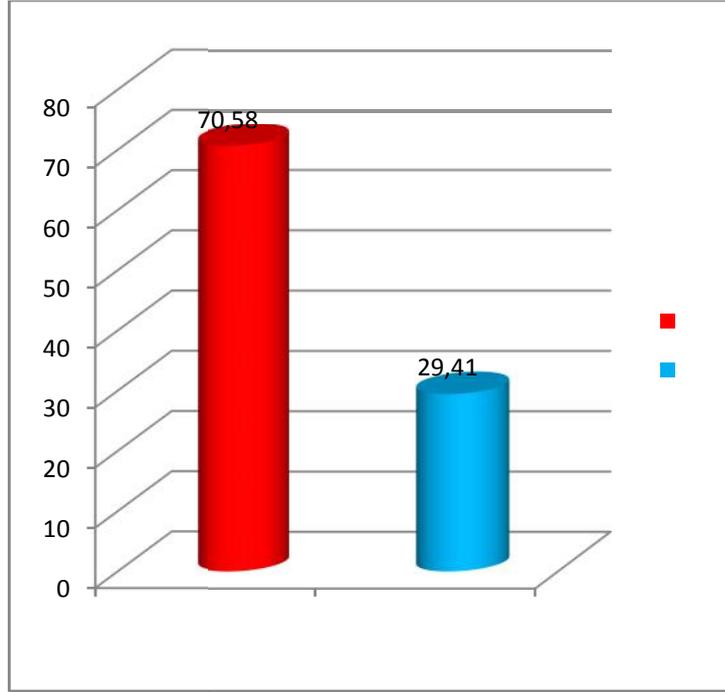
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن المدربين لا يقومون بتحويل اللاعبين إلى الأطباء المختصين وهذا ما يجعل اللاعبين عرضت إلى الإصابات الرياضية وزيادة تفاقمها.

- السؤال رقم (21): هل يجبرك المدرب على القيام بالأداء وأنت غير مستعد (نفسيا وبدنيا وذهنيا) لذلك؟

- الهدف من السؤال: ما مدى إجبار المدربين لاعبيهم على القيام وهم غير مستعدين (بدنيا، ونفسيا وذهنيا) لذلك.

الجدول رقم (27): ما مدى إجبار المدربين للاعبين على القيام بالأداء وهم غير مستعدين نفسيا، وبدنيا ذهنيا) لذلك.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	48	70.58	11.52	3.84	0.05	1	دالة
لا	20	29.41					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (23): تمثل مدى إجبار المدربين للاعبين على القيام بالأداء وهو غير مستعدين (نفسياً بدنياً، ذهنياً) لذلك.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (27) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى إجبار المدربين للاعبين على القيام بالأداء وهو غير مستعدين (نفسياً، بدنياً، ذهنياً) لذلك تم التوصل إلى أن ما نسبته 70.58% من اللاعبين أجابوا بأنهم يجبرون على القيام بالأداء مهم غير مستعدين (نفسياً بدنياً، ذهنياً) في حين إجابة ما نسبته 29.41% أنهم لا يجبرون على القيام بالأداء وهو غير مستعدين (نفسياً، بدنياً، ذهنياً).

كما يتضح أن نسبة ك² المقدره ب: 11.52 اكبر من نسبة ك² المجدولة المقدره ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (21) لصاح اللاعبين الذين أجابوا ب: نعم.

يتم تفسير ذلك بأن المدربين يمارسون عليهم ضغوطات كثيرة من قبل الإدارة وذلك من أجل تحقيق نتائج جيدة وذلك على سبيل صحة اللاعبين وخصوصاً اللاعبين المتفوقين في الفريق (الأساسيين).

ويتم تفسير ذلك أيضا بعدم اهتمام المدربين بصحة اللاعبين وذلك بغياب التواصل بين اللاعبين والمدربين، ويفسر أيضا الاهتمام الكبير للمدربين بالفوز فقط بكل الطرق والوسائل وذلك لغياب الروح الرياضية وروح المسؤولية، وعدم معرفتهم بالانعكاس السلبي على صحة اللاعبين من خلال إجبارهم على الأداء.

الاستنتاج:

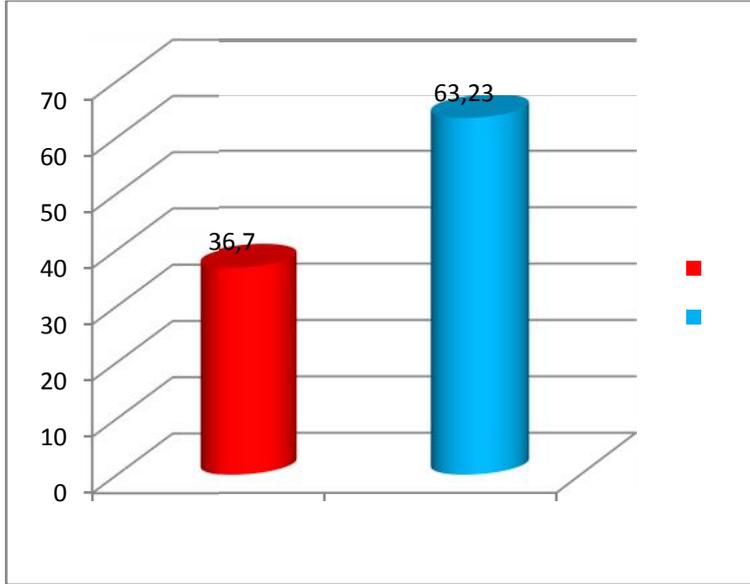
من خلال تحليل الجدول نستنتج بأن المدربين يشركون اللاعبين الغير مستعدين وذلك لتحقيق النتائج على حساب صحة اللاعبين مما يؤثر على صحتهم وتدهور مستواهم.

- السؤال رقم (22): هل يحتوي النادي على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح لك بالتحضير الجيد؟

- الهدف السؤال: ما مدى احتواء الأندية على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.

الجدول رقم (28): مدى احتواء الأندية على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	25	36.7	4.76	3.84	0.05	1	دالة
لا	43	63.23					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (24): يمثل مدى احتواء الأندية على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.

يتضح خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (28) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى توفر فرقهم على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد، تم التوصل إلى أن ما نسبته 63.23% من اللاعبين أجابوا بأن فرقهم لا تحتوي على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح للتحضير الجيد، في حين إجابة ما نسبته 36.7% أن فريقهم يحتوي على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 4.76 اكبر من ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة، 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (22) لصالح اللاعبين الذي أجابوا ب: لا.

نفس ذلك بغياب الدعم المادية للفرق الرياضية من قبل الدولة واهتماما فقط لكرة القدم التي تعتبر أكثر شعبية في العالم أو في الجزائر بالخصوص.

ويفسر أيضا نقص الكفاءات العالية في مجال التدريب على سبيل المثال لاعبين سابقين ، يتحصلون على شهادة التدريب في مدة 15 يوما فقط.

الاستنتاج:

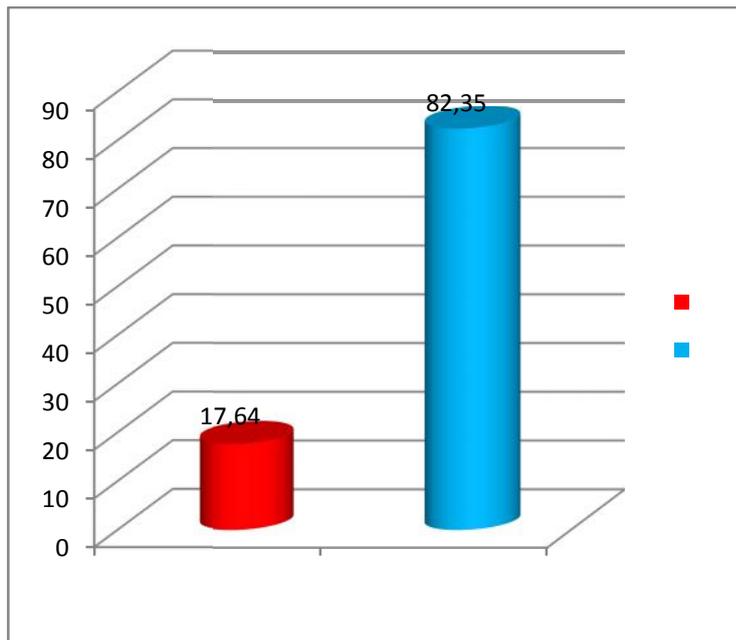
من خلال تحليل الجدول نستنتج بالغياب التام للإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير وهذا ما يجعل صحة اللاعب في خطر.

- السؤال رقم (23): هل يقوم المدرب بالاختبارات والقياسات القبلية والبعديّة لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين؟

- الهدف من السؤال: ما مدى قيام المدربين بالاختبارات القبلية والبعديّة لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين.

الجدول رقم (29): مدى قيام المدربين بالاختبارات القبلية والبعديّة لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	12	17.64	28.47	3.84	0.05	1	دالة
لا	56	82.35					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (25): يمثل قيام المدربين بالاختبارات والقياسات لمعرفة مستوى اللياقة البدنية.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (29) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى قيام المدربين بالاختبارات والقياسات البعدية والقبلية لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين، تم التوصل إلى أن ما نسبته 82.35% من اللاعبين أجابوا ب قيام المدربين بالاختبارات والقياسات القبلية والبعدية في حين إجابة ما نسبته 17.64% أن المدربين لا يقومون بالاختبارات والقياسات البعدية والقبلية لمعرفة اللياقة البدنية كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ 28.74 أكبر من ك² الجدولة المقدرة بـ 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (23) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بنعم.

ويتم تغيير اهتمام المدربين بدور الاختبارات البدنية التي يتم بفضلها تحديد البرنامج التدريبي وطرق التدريب وتحديد النقائص التي توجد في فريقه ومحاولته تداركها ومحاولة تحسين وتطوير هذه الصفات البدنية.

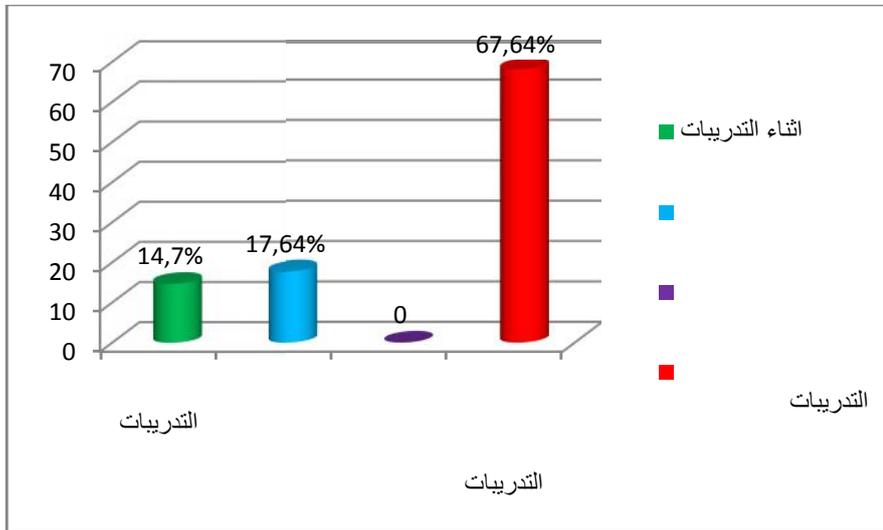
الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدول نستنتج قيام المدربين بالاختبارات البدنية وذلك لضرورة عمله وذلك لتحديد النقائص الموجودة في الفريق ولضبط برنامجه السنوي أو الأسبوعي أو الشهري فقط ليس لاهتمامه بصحة لاعبيه.

- السؤال رقم (24): ما هي الفترات التي يتعرض فيها اللاعبين للإصابات عموماً؟
- الغرض من السؤال: هو معرفة الفترات التي يتعرض لها اللاعبين للإصابات على لعموم.

الجدول رقم (30): الفترات التي يتعرض فيها اللاعبين للإصابات عموماً.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
أثناء التدريبات	10	14.7	70.82	7.81	0.05	03	دالة
خلال منافسات	12	17.64					
بعد المنافسات	0	0					
التدريبات والمنافسات	46	67.64					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (26): يمثل الفترات التي يتعرض لها اللاعبون للإصابات على العموم.

كما يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (30) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول القدرات

التي يتعرضون فيها للإصابات عموماً: تم التوصل إلى أن ما نسبته 67.64% من اللاعبين أجابوا بأن

القدرة التي يتعرضون فيها للإصابات هي خلال وأثناء التدريبات والمنافسات، في حين إجابة ما نسبته

17.64% بأنهم يتعرضون للإصابة على العموم في فترة المنافسات، أما نسبة 14.7% من اللاعبين أجابوا

بأن فترة التي يتعرضون فيها للإصابات هي أثناء التدريبات، في حين تتعدم الإصابات بعد المنافسات.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 70.82 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ 7.81 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (3)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (24) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: خلال وأثناء التدريبات والمنافسات. ويتم تفسير ذلك بأن عند كثرة التمارين يحدث العديد من الإصابات وذلك من جراء وجود الاحتكاك في المباريات والخشونة في اللعب، وأيضاً من خلال كثرة التدريبات ونقص وسائل الاسترجاع وفي هذه المرحلة من المنافسات تكون فيها شدة الحمولة مرتفعة، لذلك يتطلب على اللاعب بذل مجهود أكبر لذلك يتعرض للإصابات.

ويفسر أيضاً:

- الاختيار الغير مناسب لوقت التمرين (مراعاة أوقات التدريب حسب الفصول السنوية).
- عدم أخذ الراحة الكافية بين التدريبات والمباريات وبسبب الإرهاق للاعبين.
- عدم تجانس بين اللاعبين مما يؤدي إلى الإجهاد الوظيفي، مما يؤدي إلى بعض اللاعبين ببذل جهد أكبر.
- عدم استقرار الحالة النفسية للاعبين من خلال نتائج الفريق خصوصاً الخسارة.

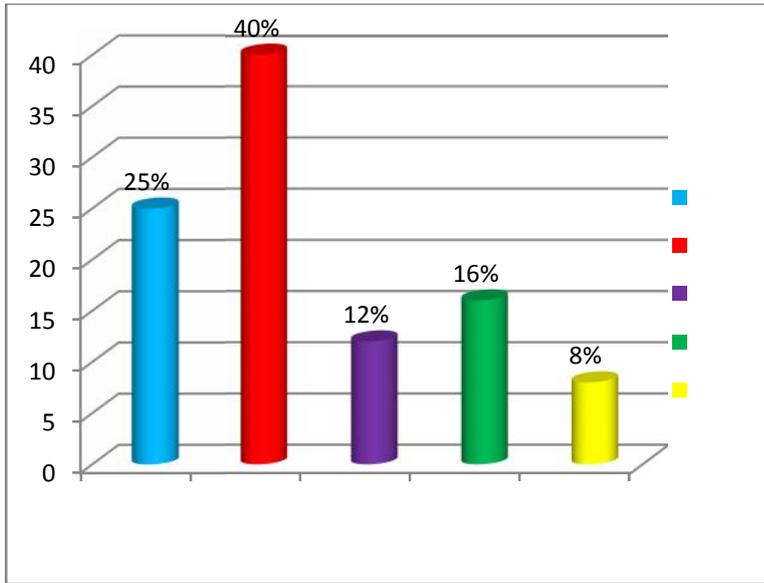
الاستنتاج:

- من خلال تحليل الجدول نستنتج أن المدة التي يتعرض فيها اللاعبين للإصابات هي خلال التدريبات وأثناء المنافسات وهي المرحلة التي يكون فيها النسق عالي مما يجعل اللاعبين عرضة للإصابة.
- السؤال رقم (25): ما هي أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبين في الفريق عموماً؟
 - الهدف من السؤال: أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبين عموماً.

الجدول رقم (31): الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون عموماً.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
كسور	30	25	36	9.49	0.05	4	دالة
تمزق	50	40					
كدمات	15	12					
التواء	20	16					
خلع	10	8					
مجموع	125	100					

ملاحظة: تم اختيار أكثر من اختيار للإجابة من قبل اللاعبين.



الشكل رقم (27): يمثل أنواع الإصابات المتعرضين لها اللاعبون عموماً.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (31) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول أنواع الإصابات التي يتعرضون لها على العموم، تم التوصل إلى أن ما نسبته 40% من اللاعبين أجابوا بأنهم يتعرضون إلى تمزقات، في حين إجابة ما نسبته 24% أن الإصابات التي يتعرضون لها عموماً هو الكسور في حين إجابة ما نسبته 16% أن الإصابات التي تعرضون لها عموماً هي الالتواء في حين إجابة ما نسبته

12% أنهم يتعرضون إلى الكدمات وفي الأخير نسبة 8% من اللاعبين أجابوا بأنهم يتعرضون إلى الإصابة بالخلع.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 36 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 9.49 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (4)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (25) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: تمزق.

ونفسر ذلك بأن لعبة كرة اليد من الرياضات التي يتعرض لاعبيها إلى التمزقات على مستوى كل من الأربطة والغضاريف والمفاصل والعضلات وذلك بسبب الخشونة في الأداء وكثرة الارتقاء والسقوط الكثير على أرضية الميدان بالطريقة الغير سليمة.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدول نستنتج أن للإصابات التي يتعرض لها اللاعبون في كرة اليد هي الإصابات على مستوى المفاصل والعظام بصفة كبيرة.

- السؤال رقم (26): ما هي الأسباب المؤدية لتعرض اللاعبين للإصابات في الفريق؟

- الهدف من السؤال: معرفة الأسباب المؤدية إلى الإصابات في الفريق.

من خلال الإجابات المقترحة من قبل اللاعبين أن الأسباب الرئيسية هي نقص الإحماء، ونقص

التحضير البدني، ونقص وسائل الاسترجاع ونقص التغذية الصحية والإرهاق الشديد، الاحتكاك بنسبة كبيرة

جدا، حيث إجابات بعض اللاعبين أن السبب يعود لعدم اخذ الراحة قبل التدريبات والمنافسات للاسترجاع

الجيد، مما يؤدي إلى الإرهاق، نقص فترات النوم. عند اللعب في مركز (الممرر) وذلك بسبب الضغط

العالي وارتفاع نسق المباريات، والمبرمجة الغير الصحيحة للمباريات من طرف الاتحادية الجزائرية لكرة اليد.

ونفس ذلك بعدم الاهتمام بصحة اللاعبين من قبل المدربين ورؤساء النوادي واهتمامهم فقط بالنتائج المحققة، عدم الوعي بدور الحقيقي لوسائل الاسترجاع من قبل المسؤولين وانعكاسه على صحة اللاعبين و نقص العوائد المادية المقدمة من طرف الدولة.

الاستنتاج:

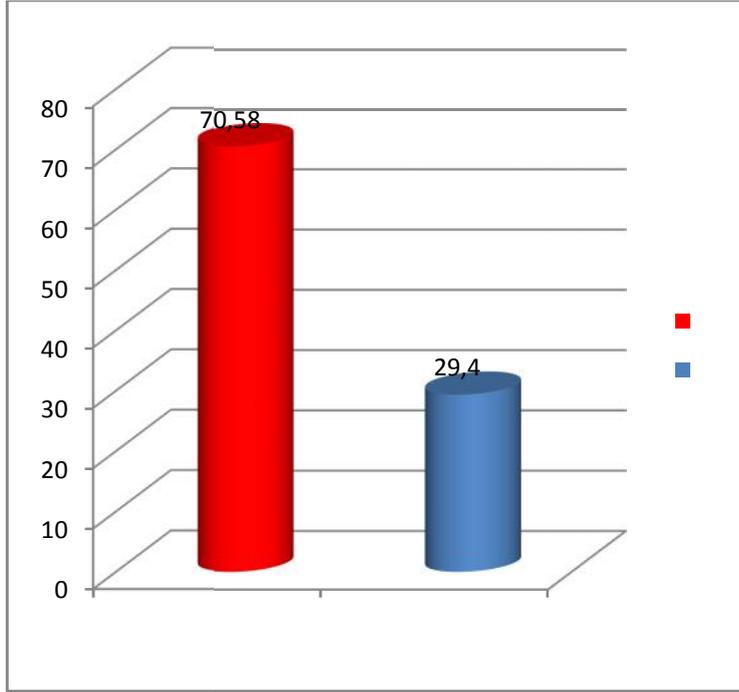
نستنتج من خلال أن أسباب الإصابات الرياضية في لعبة كرة اليد هو النقص في التحضير والاحتكاك وعدم المعرفة بالدور الحقيقي لوسائل الاسترجاع وطريقة اللعب (الاحتكاك).

- السؤال رقم (27): هل يقوم المدرب بإجراء اختبار للأجهزة والمعدات للتأكد من سلامتها قبل استخدامها؟

- الهدف من السؤال: مدى مراعات المدرب للأجهزة والمعدات قبل استخدامها.

الجدول رقم (32): مراعاة المدرب للأجهزة واختبارها قبل استخدامها.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	إذا كانت بنعم إلى ماذا يعود ذلك هل يستبعد الأجهزة غير صالحة			ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة
			الاقتراحات	تكرار	النسبة %					
نعم	48	70.58	الاقتراحات	تكرار	النسبة %	11.52	3.84	0.05	1	دالة
			نعم	45	93.75					
			لا	3	6.25					
			المجموع	48	100					
لا	20		29.4							
مجموع	68		100							



الشكل رقم (28): مراعاة المدرب للأجهزة واختبارها قبل استخدامها.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (32) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول قيام الديون باختبار للأجهزة والمعدات للتأكد من سلامتها قبل استخدامها واستبعاد الأجهزة الغير الصالحة، تم التوصل إلى أن ما نسبته 70.58% من اللاعبين أجابوا بأن المدربون يقومون بإجراء اختبار للأجهزة والمعدات للتأكد من سلامتها قبل الاستخدام في حين أجابوا ما نسبته 93.75% من اللاعبين أجابوا بان يقضون باستبعاد الأجهزة الغير صالحة، أما نسبة 6.25% من اللاعبين أجابوا بان المدربون لا يقومون بالاستبعاد للأجهزة الغير الصالحة، في حين إجابة ما نسبته 29.4% بأن المدربون لا يقومون بإجراء الاختبار للأجهزة والمعدات للتأكد من سلامتها قبل الاستخدام.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 11.52 أكبر من ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (27) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: نعم.

ويتم تفسير ذلك باهتمام المذربين بوسائل التدريب تعد هذه الوسائل ضرورية للتدريب مثل الكرات فلا يمكن للاعبين بالتدريب بكارث غير صالحة فأغلب الفرق لا تحتوي على إمكانيات مادية متطورة، فلا يمكن العمل بمجموعة من الكرات التالفة وبذلك يتم استبعادها.

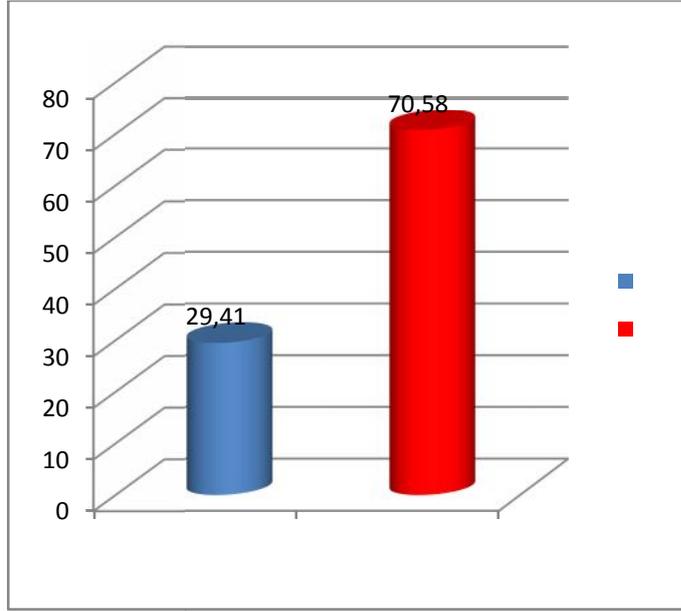
الاستنتاج:

انعدام وجود الوسائل الضرورية للتدريب الجيد فجميع الفرق تحتوي على أقمار وكرات وبذلك لا يمكن الاعتماد على كرات تالفة لذلك يستوجب على المدرب استبعاد الكرات ليس لفائدة صحة الرياضي بل لأنها غير صالحة للتدريب.

- السؤال رقم (28): هل يعطي المدرب أهمية كبيرة لفترة الإحماء؟
- الهدف من السؤال: ما مدى إعطاء المدربين أهمية كبيرة لفترة الإحماء.

الجدول رقم (33): مدى إعطاء المدربين أهمية لفترة الإحماء.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	20	29.41	11.52	3.84	0.05	1	دالة
لا	48	70.58					
المجموع	68	100					



الشكل (29): يمثل مدى إعطاء المدربين أهمية كبيرة لفترات الإحماء.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (33) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى إعطاء

المدربين أهمية لفترة الإحماء، تم التوصل من أن ما نسبته 70.58% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يعطون أهمية لفترة الإحماء، في حين ما نسبته 29.41% أن المدربين يعطون أهمية لفترة الإحماء.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب 11.52 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84

عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (28) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب لا.

ويتم تفسير ذلك بنقص الوقت في الحصة التدريبية وعدم التدريبات في الوقت المحدد، قيام اللاعبين

في الفريق على الإحماء العام والخاص، بدون اشتراك المدرب على الإحماء، وقصر مدة الإحماء في أثناء

المباريات وذلك للوصول المتأخر للفرق الرياضية عند موعد المباراة بعدة دقائق، مما يجعل الفريق في اغلب

الأحيان الدخول لمباريات بدون إحماء كاف.

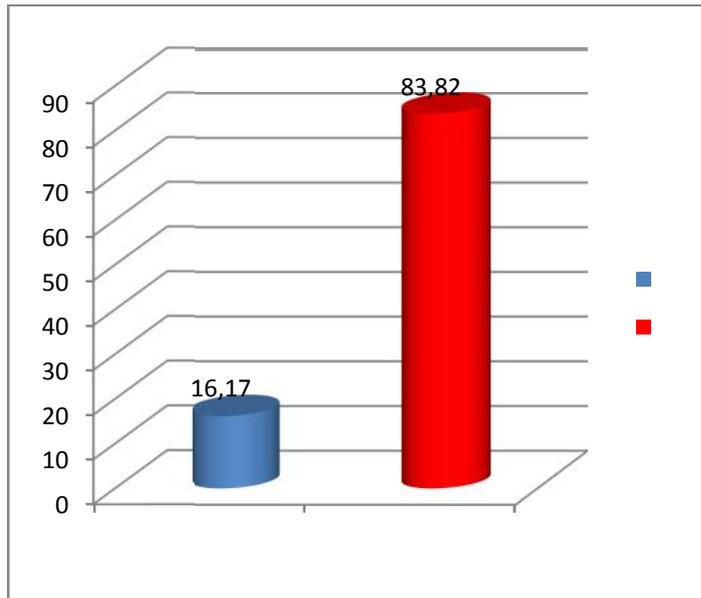
الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول نستنتج بأن المدربين لا يركزون على عملية الإحماء لضيق وقت التدريب وعدم إشرافهم بأنفسهم على هذه العملية مما يؤثر سلباً على اللاعبين ويؤدي إلى إصابتهم، بإصابات خطيرة.

5-4- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

- السؤال رقم (29): هل يركز المدرب على عملية الاسترجاع والاستشفاء؟
- الهدف من السؤال: ما مدى تركيز المدربين على عملية الاسترجاع والاستشفاء.
- الجدول رقم (34): مدى تركيز المدربين على عملية الاسترجاع والاستشفاء.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	11	16.17	31.11	3.84	0.05	1	دالة
لا	57	83.83					
المجموع	68	100					



الشكل (30): يمثل مدى تركيز المدربين على عملية الاسترجاع.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (34) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى تركيز المدربين على عملية على عملية الاسترجاع والاستشفاء، تم التوصل إلى أن ما نسبته 83.83% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يركزون على عملية الاسترجاع والاستشفاء، في حين إجابة ما نسبته 16.17% بأن المدربين يركزون على عملية الاسترجاع والاستشفاء.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 31.11% أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (29) لصالح اللاعبين الذي أجابوا ب: لا.

ويتم تفسير ذلك بعدم إدراك المدربين لأهمية عملية الاسترجاع والاستشفاء وذلك بعدم إلمامهم بالجانب الطبي والفيزيولوجي وعمليات الاسترجاع ويفهمون أن التدريب الرياضي يهدف فقط للتدريب وليس الاسترجاع. وللوصول إلى أعلى مستويات يكون عن طريق التدريب الجيد والعلمي المبني على الأسس العلمية وتليه عملية الاسترجاع والاستشفاء بكل طرقها للتخلص من حوض اللبن (اللكتيك) المتراكم في العضلات وإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية، ويفسر هذا من خلال ما تم ملاحظته في الدراسة الاستطلاعية بأن اغلب الفرق الرياضية لا يعطون أهمية الرجوع إلى الحالة الطبيعية عند انتهاء من التدريب مباشرة .

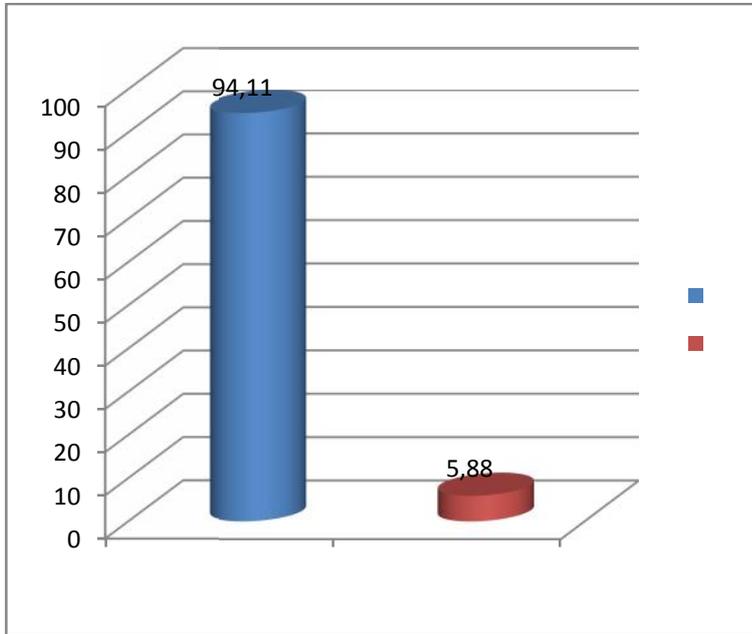
الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول يبين أن المدربين لا يهتمون بالجانب الاستشفاء والاسترجاع ويركزون على التدريب فقط.

- السؤال رقم (30): هل يلجأ المدرب بإعطاء الراحة الكافية بين كل تمرين وآخر والوحدة التدريبية؟
- الهدف من السؤال: ما مدى اهتمام المدرسين بالراحة بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية.

الجدول رقم (35): مدى اهتمام المدربين بالراحة بين كل تكرين وآخر في داخل الوحدة.

الإقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	64	94.11	52.94	3.84	0.05	1	دالة
لا	4	5.88					
المجموع	68	100					



الشكل (31): مدى اهتمام المدربين بالراحة بين كل تكرين وآخر في داخل الوحدة.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (35) الذي يمثل إجابة اللاعبين حول مدى اهتمام المدربين بالراحة بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة، تم التوصل إلى أن ما نسبته 94.11% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين يهتمون بالراحة بين التمارين داخل الوحدة التدريبية في حين إجابة ما نسبته 5.88% بأن المدربين لا يهتمون بالراحة البينية بين التمارين داخل الوحدة التدريبية.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 52.94 أكبر من ك² الجدولة والمقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (30) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: نعم.

ويتم تفسير ذلك بأن المدربين يلمون بمبادئ التدريب حول التناوب بين العمل والراحة من خلال اعتمادهم في غالب الأحيان على طريقة التدريب الفترية والتكراري الذي يحدده نوع الراحة في كل صفة بدنية بحيث تكمن أهمية زمن فترات الراحة وطبيعتها في إمكانيات اللاعب على تكرار (المشي، اجري المنخفض، مرجعية الرجلين والذراعين...) المجموعات التدريبية قبل حلول التعب، واستخدام التمرينات البسيطة (الجري الخفيف) يساعد على التخلص من حمض اللبن المتجمع في العضلات وتقليل من الإحساس بالتعب وكذا استعادة لكوين مصادر الطاقة المستهلكة أثناء الأداء ومن ثم القدرة على التكرار بمعدل عالي من الشدة لفترات قصيرة نسبياً¹.

الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول نستنتج أن المدربين يهتمون بالراحة البنية بين التمارين خلال الوحدة التدريبية وهذا ما يجعل اللاعب في حالة بدنية جيدة لتفادي الإصابات والإرهاق في الحصة.

- السؤال رقم (31): هل يقوم المدرب بالاهتمام بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترتا التدريب لكي

تسمح لعودة أجهزة الجسم إلى المستوى الوظيفي؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات

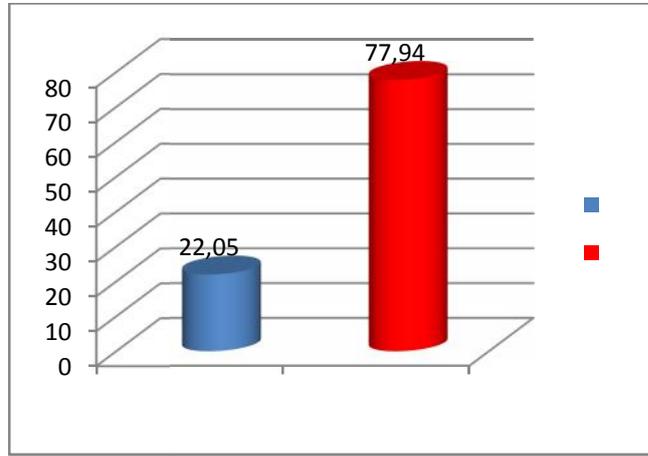
التدريب لكي تسمح لعودة أجهزة الجسم إلى المستوى الوظيفي.

¹ منصور عبد الله: أثر التدريب المتقطع قصي قصير على السرعة الهوائية القصوى والقوة الانفجارية للأطراف السفلى

للاعب كرة القدم أقل من 20 سنة، ماجستير، جزائر 03، 2014/2015 ص86.

الجدول رقم (36): مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	15	22.5	21.23	3.84	0.05	1	دالة
لا	53	77.94					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (32): يمثل مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (36) الذي يمثل إجابة اللاعبين حول مدى اهتمام المدربين بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب، تم التوصل إلى أن ما نسبته 77.94% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يركزون على عملية الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب، في حين إجابة ما نسبته 22.05% بأن المدربين يهتمون بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدره بـ: 21.23 أكبر من ك² الجدولة المقدره بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). بالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على

السؤال رقم (31) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا.

ويتم تفسير ذلك بأن المدربين لا يدركون أهمية عملية الاستشفاء، ويفهمون أن التدريب كمجموعة من المثيرات أفضل من تفهمهم لعمليات استعادة الشفاء.

ولا يلمون بأن التبادل الحادث بين التدريب واستفادة الشفاء هو العامل الحاسم والهام الذي يسمح بالوصول إلى الأداء العالي¹.

ويفسر أيضا: بعدم تكوين المدربين تكوين علمي لأن أغلبية المدربين غير متحصلين على كفاءات

علمية

الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول نستنتج أن أغلبية المدربين لا يركزون على عملية الاستشفاء بعد المجهود بين فترات التدريب، ويركزون فقط على طريقة التدريب وهذا مما يؤثر على صحة الرياضي وأدائه من خلال تعرضه للتعب الكثير في الجهاز العضلي.

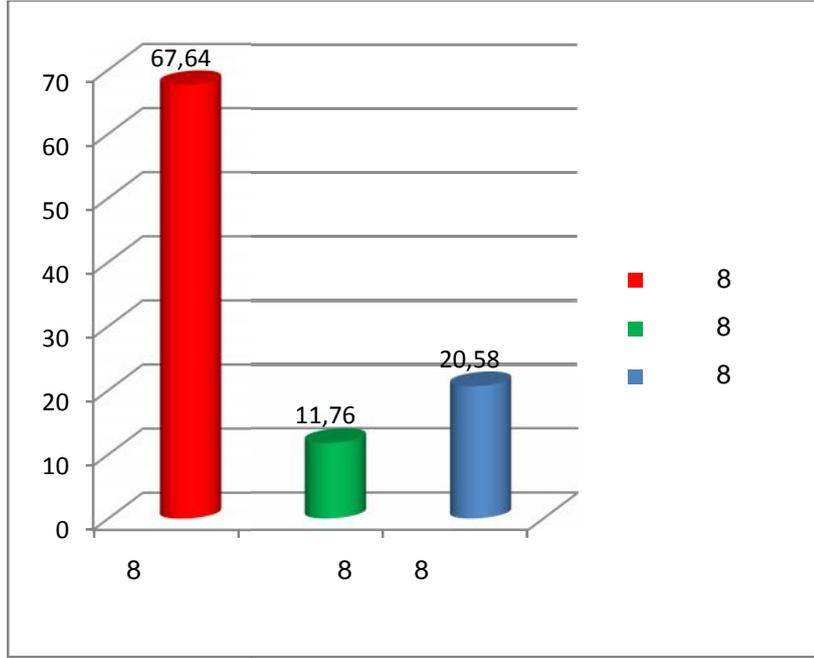
- السؤال رقم (32): ما هي المدة التي تستغرقها في النوم عموما؟

- الهدف من السؤال: المعرفة المدة التي يستغرقها اللاعب في النوم على العموم.

الجدول رقم (37): المدة المستغرقة في النوم من طرف اللاعبين.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
أقل من 8 ساعات	46	67.64	36.83	5.99	0.05	2	دالة
8 ساعات	8	11.76					
أكثر من 8 ساعات	14	20.58					
المجموع	68	100					

¹ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص 67.



الشكل (33): يمثل المدة المستغرقة من طرف اللاعبين في النوم على العموم.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (37) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول المدة المستغرقة في النوم على العموم، تم التوصل إلى أن ما نسبته 67.64 من اللاعبين أجابوا بأن المدة الذي يستغرقونها في النوم هي أقل من 8 ساعات، في حين إجابة ما نسبته 20.58% بأنهم يستغرقون أكثر من 8 ساعات في النوم عموماً، أما إجابة ما نسبته 11.76% بأنهم يستغرقون 8 ساعات في النوم وهي أقل نسبة. كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 36.83 أكبر من ك² الجدولة المقدرة بـ: 5.99 عمد مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (2). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية من إجابات اللاعبين على السؤال (32) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بأنهم يستغرقون أقل من 8 ساعات.

ونفس ذلك بإعمال اللاعبين الدور الحقيقي للنوم، عدم إعطائه أهمية كبيرة وهذا ما يؤثر على صحته وذلك من خلال السهر باستعمالهم في غالب الأحيان مواقع التواصل الاجتماعي كالفيسبوك وعدم معرفتهم بأن النوم يمثل أحد الوسائل من وسائل عملية الاستشفاء وعدم إعطاء المدربين النصائح للاعبين حول أهمية النمو، طرق النوم السليم: مثل عدم النوم بعد الأكل الثقيل بل بعد الأكل من 2-3 ساعات ويفضل عمل جولة حركية بسيطة.

ونفس ذلك أيضا بأن اللاعبين يقومون بشرب القهوة والشاي في الليل.

الاستنتاج:

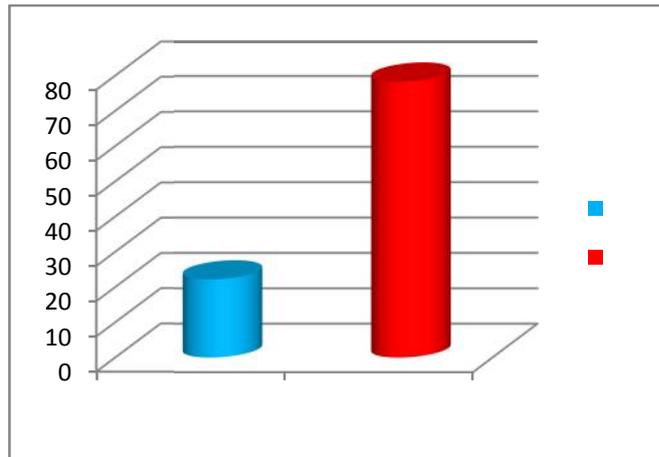
من خلال نتائج الجدول نستنتج أن أغلبية اللاعبين يسهرون ولا يعطون أهمية للنوم.

- السؤال رقم (33): هل يشجعك مدربك على الاعتماد على نظام غذائي متوازن على مدار الموسم الرياضي؟

- الهدف من السؤال: ما مدى تشجيع المدربين للاعبين على تقديم لهم نصائح حول اعتمادهم على نظام غذائي متوازن.

الجدول رقم (38): مدى تشجيع المدربين للاعبين بالاعتماد على نظام غذائي متوازن.

الافتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	15	22.05	21.23	3.84	0.05	1	دالة
لا	53	77.94					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (34): يمثل مدى تشجيع المدربين للاعبين وتقديم لهم نصائح حول اعتمادهم على نظام غذائي متوازن.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (38) الذي يمثل إجابة اللاعبين حول مدى تشجيع المدربين للاعبين للاعتماد على نظام غذائي متوازن، تم التوصل إلى أن ما نسبته 77.94% من اللاعبين أجابوا بأن المدربين لا يشجعونهم على الاعتماد على نظام غذائي متوازن، في حين إجابة ما نسبته 22.05% بأن المدربين يشجعونهم للاعتماد على نظام غذائي متوازن.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 21.23 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال رقم (33) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: لا.

نفسر ذلك بغياب الثقافة الغذائية للمدربين وإهمالهم لها والتركيز على التدريب فقط إلا إذا اقتضى الأمر ينصح المدرب اللاعب الذي ازداد وزنه بشكل مفاجئ بإتباع حمية غذائية فقط، وعدم معرفتهم بأنواع الأكل التي يتوجب على اللاعب اعتمادها من حيث مصادر الإنتاج الطاقة أي مصادر الغذاء. ونفسر ذلك أيضا: بأن معظم اللاعبين يعتبرون المدرب هو المصدر الرئيسي للعادات الغذائية الخاصة باللاعبين وللأسف فمعظم المدربين يفتقدون للثقافة الصحية اللازمة لوضع البرامج الغذائية السليمة وتختلف التغذية باختلاف فترات الموسم التدريبي سواء في الإعداد البدني أو المنافسات¹.

الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول نستنتج أن المدربين لا يقدمون النصائح والتوجيهات ولا يشجعون لاعبيهم على اعتماد نظام غذائي متوازن للحفاظ على لياقتهم البدنية.

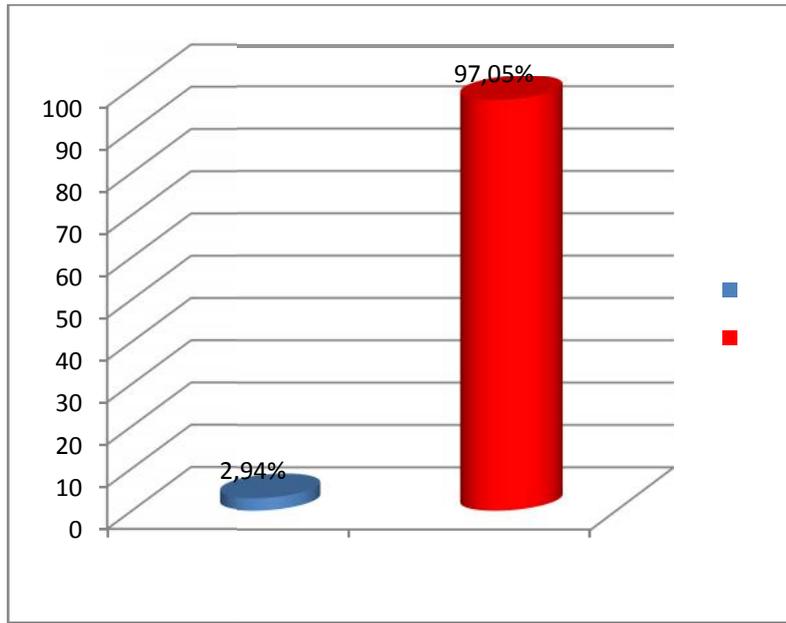
- السؤال رقم (34): هل يوجد مدلك خاص في الفريق؟

- الهدف من السؤال: معرفة ما إذا يوجد المدلك في الفرق أم لا.

¹علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص136.

الجدول رقم (39): يبين وجود المدلك في الفريق أم لا.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة
نعم	2	2.94	60.23	3.84	0.05	1	دالة
لا	66	97.05					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (35): تمثل مدى اعتماد الفرق على المدلكين.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (39) الذي يمثل إجابة اللاعبين حول وجود المدلك

في الفريق، تم التوصل إلى أن ما نسبته 97.05% من اللاعبين أجابوا بأنه لا يوجد مدلك في الفريق في حين نسبة 2.94% أجابوا أنه يوجد مدلك في الفريق.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدره بـ: 60.23 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدره بـ: 3.84

عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات

اللاعبين على السؤال (34) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا.

نفسر ذلك بإهمال أهمية دور المدلك في الفرق الذي يعمل على تحسين مردود اللاعبين لتفادي تعرضهم للإصابات وشعورهم بالتعب، وعدم إمام المدربين بأن التدليك يستخدم في سرعة استعادة الاستشفاء حيث يعمل على¹:

- التحسين من الحالة التي عليها الجهاز العصبي المركزي، ويحسن أيضا من عمل الجهاز الحركي والجلد والدورة الدموية مما يساعد على التخلص من حمض اللاكتيك المتراكم في العضلات.

ونفسر ذلك أيضا بغياب مراكز التدليك ونقص العائد المادي المخصص للفرق من قبل الاتحادية.

الاستنتاج:

من خلال نتائج الجدول نستنتج أن الفرق الرياضية لكرة اليد لا تعتمد أبدا على المدلكين لعدم إهمالهم بدوره على صحة اللاعبين وذلك مما يؤثر سلبا على صحة الرياضي وبالتالي تعرضهم إلى الإصابات وتذبذب في مستواهم بسبب الإرهاق البدني.

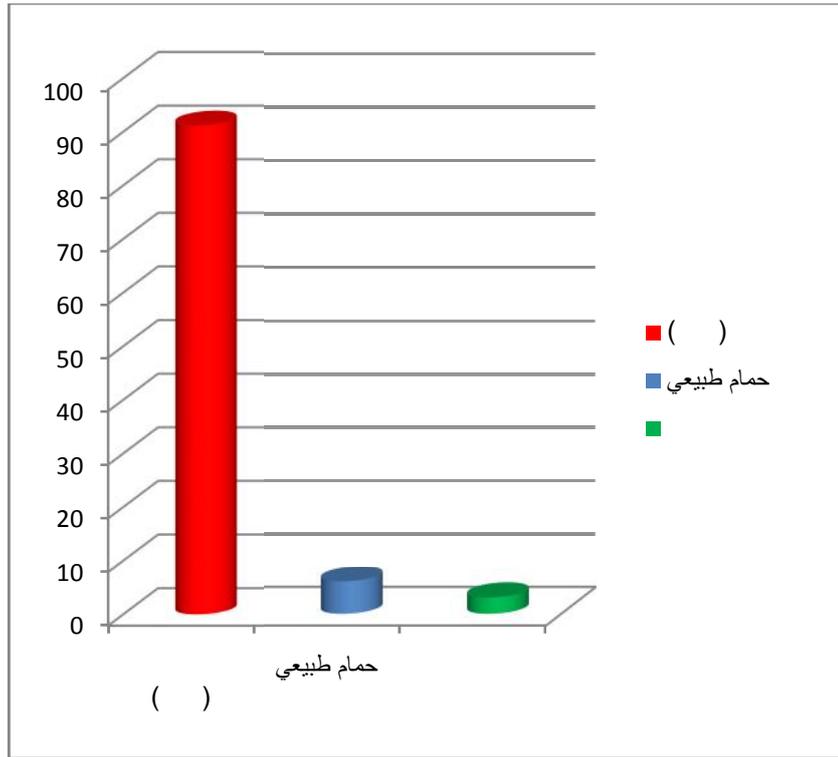
- السؤال رقم (35): ما هي الأماكن المخصصة للاسترخاء التي يستخدمها الفريق بعد التدريب؟

- الهدف من السؤال: الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب المستخدمة من طرف الفريق.

الجدول رقم (40): الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب الذي يستخدمها الفرق.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
حمام عادي (دش)	62	91.17	102.5	5.99	0.05	2	دالة
حمام طبيعي	4	5.88					
السونا	2	2.94					
المجموع	68	100					

¹ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص 72-73.



الشكل رقم (36): يمثل الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (40) الذي يمثل إجابات اللاعبين حول الأماكن المخصصة للاسترخاء بعد التدريب المستخدمة من طرف الفرق، تم التوصل إلى أن ما نسبته 91.17% من اللاعبين أجابوا بأن الأماكن المستخدمة للاسترخاء من طرف الفرق هي حمام عادي، في حين إجابات ما نسبته 5.88% بأن الأماكن المستخدمة للاسترخاء هو الحمام الطبيعي، في حين إجابة ما نسبته 2.94% بأن الأماكن المستخدمة للاسترخاء هي السونا.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 102.5 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (2). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال 35 لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ: حمام عادي.

نفسر ذلك بغياب الأماكن المخصصة للاسترخاء في المنطقة خاصة السونا وغياب الجانب المادي وعدم تقديم النصائح من طرف المدرب للاعبين حول أهمية كل من السونا والحمام الطبيعي والاعتماد فقط

على الحمام العادي الذي يعتبر أسهل وسيلة وأقل تكلفة وتوجد في أغلبية الصالات المتاحة للتدريب لكل الفرق.

ونفسر ذلك أيضا أن الحمام العادي له تأثير على الناحية الحيوية، يعتمد على قوة التأثير الميكانيكي والانحراف الحراري للماء بحيث تكون درجة الحرارة 24-36 درجة¹.

الاستنتاج:

نستنتج من خلال نتائج الجدول بأن أغلبية الفرق تعتمد على الحمامات العادية في عملية الاسترخاء بعد التدريبات أو المنافسات الرياضية وذلك لسهولة استعمالها، ونقص العوائد المادية للفرق.

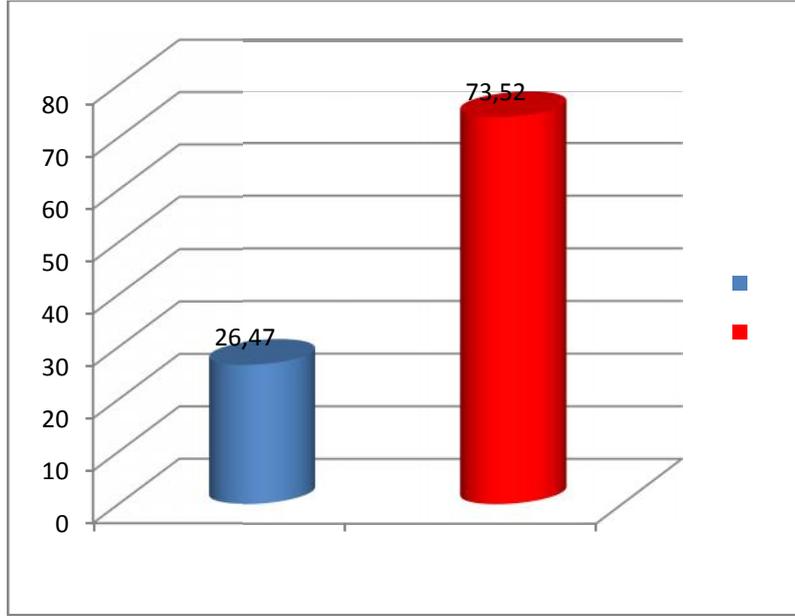
- السؤال رقم (36): هل يقوم مدربك بتخصيص أيام للاستراحة والترفيه؟

- الهدف من السؤال: ما مدى تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه.

الجدول رقم (41): مدى تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه.

الافتراحتات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	18	26.47	15.05	3.84	0.05	1	دالة
لا	50	73.52					
المجموع	68	100					

¹ علاء الدين محمد عليوة: مرجع سابق، ص76.



الشكل (37): يمثل مدة تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه والذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى تخصيص المدربين لأيام الراحة والترفيه، تم التوصل إلى أن ما نسبته 73.52% من اللاعبين أجابوا بأن المدرب لا يقوم بتخصيص أيام للراحة والترفيه، في حين إجابة ما نسبته 26.47% أن المدربين يقومون بتخصيص أيام للراحة والترفيه.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة بـ: 15.05 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة بـ: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (36) لصالح اللاعبين الذي أجابوا بـ: لا.

ونفس ذلك بأن المدربين يهتمون فقط بالتدريب ويهملون جانب الراحة وتركيزهم فقط على الجانب المهاري والخططي والبدني وإهمالهم الجانب النفسي وعدم إلمامهم بمبادئ و طرق التدريب الصحيحة، وكثرة المنافسات وفترات التدريب (5- 2) 5 أيام تدريب ويومين راحة لأن كرة اليد تتطلب الاستمرارية في التدريب. ونفس ذلك أيضا من خلال ما تم ملاحظته في الدراسة الاستطلاعية حول فريق شباب شلغوم العيد الذي أجرى ثلاث مباريات في أسبوع واحد، حيث يتدربون في كل الأيام عدا يوم المباراة.

الاستنتاج:

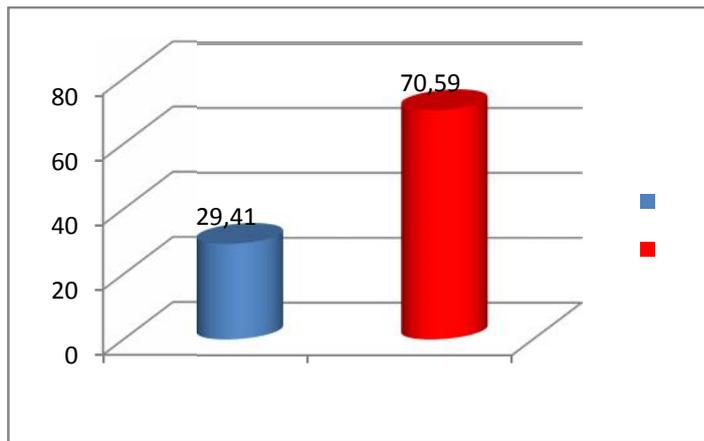
من خلال تحليل الجدول نستنتج أن المدربين لا يخصصون أيام للراحة والترفيه وتركيزهم المنصب على التدريبات فقط ونسيان طرق الاسترجاع وكيفية التخفيف على اللاعبين وإخراجهم من ضغوطات المنافسة والتركيز على الجانب البدني وإهمال الجانب النفسي مما يؤدي إلى الإرهاق.

- السؤال رقم (37): هل تلجؤون إلى تناول كمية مناسبة من السوائل لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة؟

- الهدف من السؤال: مدى تناول السوائل لتعويض ما فقده الجسم عند ارتفاع درجة الحرارة .

الجدول رقم (42): مدى تناول السؤال لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة.

الافتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	20	29.41	11.52	3.84	0.05	1	دالة
لا	48	70.59					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (38): يمثل مدى تناول السوائل لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة

والرطوبة.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه الذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى تناول السوائل لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة، تم التوصل إلى أن ما نسبته 70.59% من اللاعبين أجابوا بأنهم لا يلجئون إلى تناول كمية مناسبة من السوائل لتعويض ما فقده الجسم وخاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة في حين إجابة ما نسبته 29.41% أنهم يلجئون إلى تناول كمية كبيرة ومناسبة من السوائل لتعويض ما فقده الجسم خاصة عند ارتفاع درجة الحرارة.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 11.52 أكبر من نسبة ك² المجدولة المقدر ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (37) لصالح اللاعبين الذين أجابوا بـ لا.

ونفسر ذلك بالغياب التام للإمكانيات المادية وعدم اهتمام المدربين بضرورة شرب السوائل خاصة عند ارتفاع درجات الحرارة لتعويض ما فقده الجسم من ماء، وعدم معرفة كل من الرياضيين والمدربين بأن 60% من جسم الإنسان ماء، وأن نقصانه في الجسم يؤدي إلى نقص في حجم البلازما وبالتالي نقص في حجم الضربة، الدفع القلبي وانخفاض ضغط الدم.

عدم إلمام المدربين بعلم الفزيولوجيا وبأن السوائل تأخر ظهور التعب، لأن كمية الماء في الكبد تقدر ب75% والعضلات 80%¹.

نفسر أيضا هذا من خلال ما لاحظناه في دراستنا الاستطلاعية بغياب قارورات المياه في التدريبات وذلك لضعف الجانب المادي للفرق.

¹ يوسف لازم كماش: مرجع سابق، دار الخليج، ص ص 168-169.

الاستنتاج:

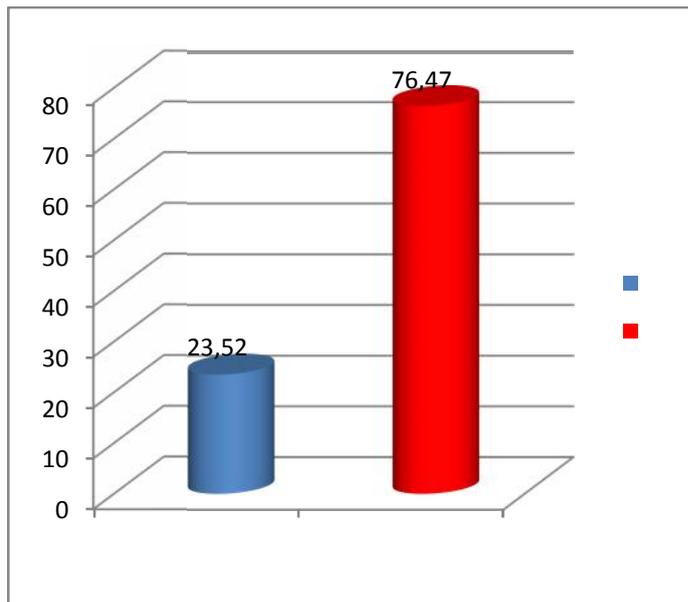
من خلال تحليل الجدول نستنتج بأن أغلبية اللاعبين لا يستهلكون كميات مناسبة من السوائل وذلك لغياب الإعانات المادية وعدم إمام المدربين بضرورة شرب المياه والسوائل لتأخير التعب.

- السؤال رقم (38): هل تحترمون مواعيد التغذية وعدم تناول الطعان قبل المباريات أو التدريبات بثلاث ساعات؟

- الهدف من السؤال: ما مدى احترام اللاعبين لمواعيد التغذية قبل المنافسات والمباريات بثلاث ساعات.

الجدول رقم (43): مدى احترام اللاعبين لمواعيد التغذية قبل المنافسات والمباريات بثلاث ساعات.

الاقتراحات	التكرار	النسبة %	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
نعم	16	23.52	19.05	3.84	0.05	1	دالة
لا	52	76.47					
المجموع	68	100					



الشكل رقم (39): يمثل مدى احترام اللاعبين لمواعيد التغذية قبل المباريات بثلاث ساعات.

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه والذي يمثل إجابات اللاعبين حول مدى احترام مواعيد التغذية وعدم تناول الطعام قبل المباريات أو التدريبات بثلاث ساعات، تم التوصل إلى أن ما نسبته 76.47% من اللاعبين أجابوا بأنهم لا يحترمون مواعيد التغذية قبل المباريات أو التدريبات بثلاث ساعات في حين ما نسبته 23.52% من اللاعبين أجابوا أنهم يحترمون مواعيد التغذية قبل المباريات أو التدريبات بثلاث ساعات.

كما يتضح أن نسبة ك² المحسوبة المقدرة ب: 19.05 أكبر من نسبة ك² الجدولة المقدرة ب: 3.84 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية (1). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات اللاعبين على السؤال (38) لصالح اللاعبين الذين أجابوا ب: لا.

ويتم تفسير ذلك بأن أغلب المدربين لا يركزون على أهمية تناول الغذاء قبل التدريبات أو المباريات ب: 2- 3 ساعات، وهذا لغياب الثقافة الصحية لتناول الغذاء من قبل المدربين واللاعبين وعدم معرفتهم بأن الأكل قبل المباراة مباشرة يؤدي إلى حدوث ثقل في المعدة مما يسبب لهم التخممة والشعور بالدوار لهبوط الدم إلى المعدة (أكسدة الأغذية)، أي نقص وصول الأوكسجين O₂ إلى الجهاز المركزي (الدماغ)، مما يفقدهم التركيز في الأداء.

الاستنتاج:

من خلال تحليل الجدول نستنتج أن أغلبية اللاعبين لا يحترمون مواعيد التغذية قبل المباريات لعدم وجود ثقافة غذائية لدى كل من المدربين واللاعبين على حد سواء، مما يؤثر سلباً على صحة اللاعبين ومنه على أدائهم.

خلاصة الفصل:

بعد جمع البيانات المتحصل عليها، قمنا في هذا الفصل بعرض وتحليل النتائج، بالاعتماد على المعالجة الإحصائية الوصفية وذلك من خلال حساب التكرارات وكذلك النسب المئوية الموافقة لها، أما المعالجة الإحصائية التحليلية فقد كانت من خلال استخدام قانون كاف تربيع، وقمنا بوضعها في جداول ومثلناها بيانيا مع عرض الاستنتاج الخاص بكل جدول.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج

الدراسة

تمهيد:

بعدها تطرقنا في الفصل السابق إلى عرض وتحليل نتائج الاستبيان المقدم إلى لاعبي كرة اليد بولاية ميلة والبالغ عددهم 68 لاعب موزعين على أربع فرق، سنحاول في هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والخلفية النظرية من أجل الوصول إلى الحكم على فرضيات الدراسة من حيث الإثبات أو النفي من جهة، والخروج باستنتاجات واقتراحات للدراسات من جهة أخرى.

6- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

6-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنتقل الفرضية الجزئية الأولى من اعتقاد مفاده أن: « يؤدي نقص المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد التي تعرض للاعبين للإصابات الرياضية »، وللتأكد من صحة أو نفي هذه الفرضية قمنا بدراسة وتحليل نتائج الجدول المتعلقة بالمحور الثاني .

حسب تحليل أجوبة الاستبيان المتعلق بلاعبي كرة اليد.

من خلال جداول المحور الثاني والمرقمة من 12 إلى 21، توصلنا إلى أن أغلبية اللاعبين كانت إجاباتهم تصب في اتجاه الفرضية، حسب الجدول رقم (12) نجد أن معظم إجابات اللاعبين المتحصل عليها بنسبة 69.11% تؤكد على عدم وجود أطباء متخصصين على مستوى نواديهم، كما يتضح أيضا من خلال الجدول رقم (13) أن هناك من اللاعبين من ليس لديهم استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفيزيولوجي وذلك نسبة 72.05%، أما بالنسبة للجدول رقم (16) فقد تبين أن 91.17% من إجابات اللاعبين تؤكد على عدم الاستفادة من الإسعافات الأولية بطريقة صحيحة وسليمة أثناء تعرضهم للإصابة، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى طول فترة الشفاء أو عدم الشفاء التام، وبالتالي تكرر حدوث الإصابة، باعتبار أن تقديم الإسعافات الأولية بالطريقة الصحيحة وفي الوقت المناسب يعتبر القاعدة الأولى والأساسية التي يبني عليها العلاج والتأهيل، أما بالنسبة للجدول رقم (18) فقد تبين أن نسبة 70.58% من اللاعبين يؤكدون على عدم وجود مساعدة من طرف الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع برنامج تأهيلي مناسب للاعبين، وهذا ما يمكن تفسيره بأن أغلبية الفرق الرياضية لا تحتوي على أطباء متخصصين في المجال الرياضي ففي غالب الأحيان يعتمدون على الممرضين فقط، وبهذا نجد عدم إلمام الممرضين بالدور الحقيقي لأخصائي العلاج الطبيعي حيث يعتبرون أن دوره ينحصر كمدلك فقط، لكن في الحقيقة أن أخصائي العلاج يعتبر الخبير في علاج الاختلال الوظيفي الناتج عن الإصابة وهو المسؤول عن وضع البرنامج التأهيلي المناسب

لكل مصاب، حيث أن عدم متابعة اللاعب وعدم استفادته من البرنامج التأهيلي المناسب يعني عدم عودة الجزء المصاب إلى حالته ووظيفته الطبيعية، ومنه عودة اللاعب إلى التدريب دون التأكد من الشفاء التام مما يكون سببا في تكرار الإصابة الرياضية.

كما يتبين من خلال الجدول (19) أن نسبة 75% من إجابات اللاعبين تؤكد بأن هناك بعض اللاعبين لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة، أما بالنسبة للجدول رقم (20) فقد تبين أن 73.52% من اللاعبين يؤكدون على عدم تلقيهم النصائح والتوجيهات المتعلقة بتفادي الإصابات.

وفي ضوء هذا التحليل الخاص بالمحور للاستبيان المقدم للاعبين توصلنا إلى النقاط التالية:

- عدم توفر النوادي على طبيب متخصص.

- عدم تلقي الإسعافات الأولية في الوقت المناسب وبالشكل الصحيح.

- غياب التوعية والتحسيس من طرف الأطباء والمتعلقة بتفادي الإصابات الرياضية.

- عدم استفادة كل اللاعبين من الفحوصات الطبية.

- عدم تلقي البرنامج التأهيلي المناسب بعد التعرض للإصابة.

وفي هذا الإطار تتفق دراسة "بوحدّة ناصر" مع دراستنا، حيث توصلت إلى أنه فعلا للمراقبة الطبية دور في التقليل من الإصابات الرياضية، حيث أن عدم متابعة الرياضيين الذين هم في حاجة إلى علاج ذلك قد يعرضهم لتكرار الإصابة أو تحولها إلى إصابة مزمنة، وأن المغامرة بالحالة الصحية للرياضيين يؤدي إلى أضرار ومضاعفات تؤدي إلى ابتعاد اللاعب عن التدريب واعتزاله، وأن العناية الطبية أهميتها القصوى في الرجوع بالرياضيين إلى لياقتهم البدنية والصحية السابقة.

كما نجد أيضا دراسة "بومعيزة محي الدين" و "تومي موسى" التي توصلت إلى أن القيام بالإسعافات

الأولية لها دور مباشر في الحد من خطورة وتفاقم الإصابة، حيث أن التدخل السريع والسليم أثناء الإصابة يحد من خطورتها، وإن وجود طبيب مختص في الفريق أمر ضروري.

من خلال هذه النقاط المتوصل إليها وعلى ضوء المؤشرات السابقة الذكر يتبين لنا مدى صدق وحقيقة هذه الفرضية التي مفادها: «يؤدي نقص المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية».

6-2- عرض وتحليل مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تتعلق الفرضية الجزئية الثانية من اعتقاد مفاده أن: « يؤدي عدم إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية»، وللتأكد من صحة أو نفي هذه الفرضية قمنا بدراسة وتحليل نتائج الجداول المتعلقة بالمشور الثالث .

حسب تحليل أجوية الاستبيان المشورق بلاعبى كرة اليد:

فمن خلال جداول المشور الثالث والمرقمة من (22) إلى (34) توصلنا إلى أن أغلبية اللاعبين كانت إجاباتهم تصب في اتجاه الفرضية، فحسب الجدول (22) يتبين أن مجمل المؤشرات المشورق المتحصل عليها بنسبة 77.94% تؤكد على انعدام المشاور بين المشورقين واللاعبين بخصوص تأثير المشورق على المشورق والأداء، أما بالنسبة للجدول (25) والذي يوضح بأن نسبة 66.17% من اللاعبين يؤكدون على إشراكهم في المشورق أو المباريات وهم في حالة مرضية، وهذا ما أكدته نتائج الجدول (27) الذي يوضح أن نسبة 70.58% من اللاعبين مشورق على القيام بالأداء وهم غير مشورقين نفسياً، بدنياً وذهنياً، وهذا من شأنه تعريض اللاعبين للإصابات الرياضية حيث يشير "أسامة رياض" إلى أن إشراك اللاعب وهو مشورق أو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاءها بعد يؤدي إلى تعريضه للإصابة أو تكرارها، كما أشار إلى أن إجبار اللاعب وهو غير مشورق نفسياً وبدنياً وذهنياً يقلل من قدرته على المشورق المشورق والعصبي وضعفه، وهذا يجعله عرضة للإصابة.

كما أظهرت نتائج الجدول (26) بأن المشورقون لا يتخذون القرار بشورق اللاعبين المشورق إلى أطباء مشورقين للعلاج في المشورق المشورق، وهذا ما يمكن تفسيره بعدم وعي وإلمام المشورقين بالإصابات

الرياضية وخطورتها على اللاعبين، وهذا ما يترتب عنه تدهور الحالة الصحية للاعب، وتفاقم الإصابة وتحولها من بسيطة يمكن معالجتها إلى إصابة مزمنة يصعب التكفل بها، وفي هذا الصدد يشير "أسامة رياض" إلى أن إمام المدرب بأنواع الإصابات لحظة حدوثها وإمامه بقواعد الأمن والسلامة، له أهمية كبيرة في التقليل من نسبة حدوث الإصابات وكذلك الحد من خطورتها، كما يشير "محمد فتحي الكردي" إلى أن اللاعب أثناء ممارسته للتدريب يتعرض للإصابة وهنا يظهر دور المدرب سواء بتقديم الإسعافات الأولية أو بتحويل اللعب المصاب إلى الطبيب المختص في الوقت المناسب تفاديا لمضاعفات الإصابة الرياضية. أما بالنسبة للجدول رقم (29) يبين أن نسبة 63.23% من اللاعبين أجابوا بعدم توفر الإمكانيات المادية والبشرية بنواديهم والتي تسمح لهم بالتحضير الجيد، كما يتضح من خلال الجدول (34) أن نسبة 70.58% من اللاعبين يؤكدون على عدم إعطاء المدربين أهمية كبيرة لفترة الإحماء وهذا ما يلاحظ بأن معظم المدربين يقومون بتسليم وإسناد مهام القيام بالإحماء إلى لاعب الفريق أو قائده هذا ما يفسر عدم الاهتمام بهذه المرحلة، كما يلاحظ أيضا عدم احترام الوقت الكافي للتسخين وعدم الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الجو. في ضوء هذا التحليل الخاص بالمحور الثالث للاستبيان المقدم للاعبين توصلنا إلى النقاط التالية:

- انعدام التشاور والاتصال بين المدربين واللاعبين.
- إشراك اللاعبين في التدريب والمباريات وهم في حالة مرضية أو غير مستعدين للقيام بالأداء.
- عدم التكفل باللاعب عند تعرضه للإصابة، وعدم تحويله إلى الطبيب المختص في الوقت المناسب.
- عدم احتواء النوادي على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتحضير الجيد.
- عدم اهتمام المدربين بعملية الإحماء.
- أكثر المواقع في الجسم تعرضا للإصابة: رصغ اليد، مفصل الكتف، مفصل الركبة، الكاحل.
- أكثر أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبين هي: التمزق بنسبة كبيرة تليها الكسور والالتواء ثم الكدمات وأخيرا الخلع.

من خلال هذه النقاط المتوصل إليها، وعلى ضوء المؤشرات السابقة الذكر يتبين لنا مدى صدق وحقيق هذه الفرضية التي مفادها « يؤدي إلى عدم إمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية».

6-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تتعلق الفرضية الجزئية الثالثة من اعتقاد مفاده أن: « يؤدي عدم إعطاء المدربين أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية».

حسب تحليل أجوبة المحور الرابع من الاستبيان المتعلق بلاعبي كرة اليد.

ومن خلال جداول المحور الثالث والمرقمة من 35 إلى 44، توصلنا إلى أن أغلبية اللاعبين كانت إجاباتهم تصب في اتجاه هذه الفرضية، فحسب الجدول (35) يتبين أن مجمل المؤشرات المتحصل عليها بنسبة 57% تؤكد على عدم تركيز واهتمام المدرب بعملية الاسترجاع والاستشفاء وهذا ما تبين أيضا من خلال الجدول (37) والذي يوضح أن نسبة 53% من اللاعبين يؤكدون على عدم اهتمام المدرب بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب والتي تسمح بعودة أجهزة الجسم إلى المستوى الوظيفي، وهذا ما يفسر بتركيز المدربين على العملية التدريبية دون الاهتمام بالراحة واستعادة الاستشفاء، وعدم إمامهم بمبادئ التدريب والتي من بينها مبدأ العمل والراحة من جهة وأساليب ووسائل الاسترجاع والاستشفاء في المجال الرياضي من جهة أخرى والتي تختلف من وسائل تدريبية إلى نفسية، وأخرى طبية بيولوجية، وهذا ما يتسبب في تعب وإرهاق اللاعبين ومن تم تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية. حيث يشير "أحمد نصر الدين سيد" بأن من وسائل الاسترجاع في المجال الرياضي الوسائل التدريبية وذلك من خلال التنوع في شدة وحجم الأحمال التدريبية ويكون ذلك بتقنين العلاقة بين العمل والراحة كما أشار إلى أن الراحة النشطة (الإيجابية) وسيلة جيدة لتنشيط الدورة الدموية مع مراعاة أن تكون في اتجاه مغاير لاتجاه العمل العضلي السابق.

أما بالنسبة للجدول رقم (38) فقد تبين بأن معظم اللاعبين بنسبة 67.64% تستغرق مدة نومهم أقل من 8 ساعات وهذا ما يفسر بعدم توعية اللاعبين بأن فترات النوم الكافية تسمح بعودة الجسم وأجهزته الوظيفية إلى حالتها الطبيعية، في حين أن إهمال فترات النوم تبقي اللاعب في حالة تعب وإرهاق. حيث يشير " بهاء الدين إبراهيم سلامة" بأن السهر والنوم فترات قليلة يبقي الجسم في حالة صرف للطاقة ويبقي الجهاز العصبي العضلي يعمل باستمرار وبالتالي يحدث تراكم التعب البدني والعصبي والنفسي ويحدث هبوط لمستوى الأداء الرياضي.

يتضح أيضا من خلال الجدول (39) بأن نسبة 77.94% من اللاعبين لا يتلقون التشجيع من طرف المدرب لاعتماد نظام غذائي متوازن على مدار الموسم الرياضي، وهذا ما يفسر بعدم الاهتمام بالتغذية العلمية والمتوازنة وتجاهل دورها كوسيلة من وسائل الاسترجاع الطبية البيولوجية، إذ أن التغذية الغير متوازنة تؤدي إلى نقص في إمداد الجسم بالطاقة اللازمة للقيام بالأداء، وعدم تعويض هذه المصادر الطاقوية يؤدي إلى هبوط في مستوى اللياقة البدنية وكفاءة الأجهزة الوظيفية وبالتالي حدوث الإصابة الرياضية، وهذا ما أشار إليه "خالد يوسف عبد الرحمان" بأن القصور في إمداد الرياضي بالعناصر الغذائية اللازمة والضرورية يقلل من الطاقة الحيوية الناتجة في الجسم وبالتالي تتخفض اللياقة البدنية العامة والخاصة ويتعرض للإصابة بنسبة أكبر. كما وأشارت "سميحة خليل محمد" إلى أن النظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع نوع النشاط الممارس له تأثير في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد على استعادة الشفاء من التدريب. وكننتيجة لعدم التوعية والتشجيع من طرف المدربين للاعبين لاعتماد نظام غذائي جاءت نتائج الجدول (44) لتأكيد نتائج الجدول (39)، حيث يتضح بأن نسبة 76.47% من اللاعبين لا يحترمون مواعيد التغذية قبل وبعد التدريبات.

أما بالنسبة للجدول (40) فقد تبين أن نسبة 97.05% ليس لديهم مدلك خاص في الفريق، كما يتضح أيضا من خلال الجدول (41) أن معظم اللاعبين بنسبة 91.17% يلجئون إلى الدش كوسيلة وحيدة

للاسترجاع، وهذا ما يمكن تفسيره بعدم توفير الإمكانيات ووسائل الاسترجاع الضرورية بالنادي لاستعادة الاستشفاء والوصول بالرياضي إلى أعلى المستويات مع تفادي وقوعه في الإصابات الرياضية.

في ضوء هذا التحليل الخاص بالمحور الرابع للاستبيان المقدم للاعبين توصلنا إلى النقاط التالية:

- اهتمام المدربين بالحصّة التدريبية فحسب، وإهمال عملية الاسترجاع والاستشفاء للاعبين.
 - إهمال عوامل الاسترجاع بعد الحصّة التدريبية يؤدي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.
 - عدم استفادة اللاعبين من الراحة الكافية بعد التدريبات.
 - إهمال عوامل الاسترجاع بعد الحصّة التدريبية يؤدي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.
 - عدم الوعي بأهمية التغذية لاستعادة الاستشفاء.
 - عدم توفر النوادي على الإمكانيات ووسائل الاسترجاع.
 - غياب التوعية من طرف المدربين للاعبين بضرورة الاهتمام بفترات النوم الكافية والتغذية السليمة.
- في هذا الإطار تتفق دراسة "جمال علي سكارنة" مع دراستنا، حيث توصلت إلى قول أن هناك متابعة للرياضيين من جانب الاسترجاع ولكنها غير كافية، حيث أن إعطاء النصائح والإرشادات في الاسترجاع غير كاف. ولا بد من الاهتمام بعملية الاسترجاع من جانب التغذية أو توفير مدلك خاص لكل فريق.
- من خلال النقاط المتوصل إليها، وعلى ضوء المؤشرات السابقة الذكر لنا مدى صدق وحقيقة هذه الفرضية التي مفادها أن: « يؤدي عدم إعطاء المدرب أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية ».

توصلنا من خلال ما سبق إلى إثبات الفرضيات الجزئية للدراسة، ومنه نتوصل إلى إصدار الحكم

بإثبات وصحة الفرضية العامة.

الاستنتاج العام للدراسة:

- على ضوء الفرضيات المطروحة، وبناء على نتائج الدراسة يمكننا أن نستنتج النقاط التالية:
- أن نقص المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد هو سبب تعرض اللاعبين للإصابة ب: تمزقات علي مستوى أربطة الركبة الرياضية .
 - أن عدم إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي هو تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية.
 - أن عدم إعطاء المدرب أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع هو السبب في تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية والإرهاق الشديد إصابة على مستوى الجهاز العضلي.
 - اهتمام المدربين بالحصص التدريبية وإهمالهم لطرق ووسائل الاسترجاع.
 - عدم توفر النوادي على الإمكانيات ووسائل الاسترجاع الضرورية تفاديا للوقوع في الإصابات الرياضية.
 - عدم احترام المدربين لمبدأ التناوب بين العمل والراحة عند تخطيط وتنفيذ الوحدات التدريبية.
 - أكثر المواقع في الجسم تعرضا للإصابة: رسغ اليد، مفصل الكتف، مفصل الركبة، الكاحل.
 - أكثر أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبين هي: التمزق بنسبة كبيرة 40%، تليها الكسور بنسبة 25% والالتواء بنسبة مقدرة 16% ثم الكدمات بـ12% وأخيرا الخلع بـ: 8%

خاتمة

من خلال ما سبق يمكن القول أن الإصابات الرياضية تتنوع وتختلف نسبتها باختلاف عوامل عديدة منها نوع النشاط الممارس، فمن المعروف أن الإصابات الرياضية تتوافق دوماً مع نوع النشاط الرياضي سواء كان فردياً أو جماعياً.

تعد كرة اليد من الألعاب الجماعية التي تتطلب التمتع بلياقة بدنية عالية إضافة إلى إتقان المهارات المختلفة، كما تعد أيضاً من الألعاب التي يتعرض لاعبيها لإصابات رياضية مختلفة، وهذا يعود إلى الزيادة الكبيرة لعدد ممارسيها بالإضافة إلى الاحتكاك القوي والمستمر بين اللاعبين، والذي يعتبر من بين العوامل المؤثرة في حدوث الإصابات الرياضية. لذا فإن معدل انتشار هذه الأخيرة في مجال كرة اليد أصبح ظاهرة تستدعي الانتباه لكل العاملين في هذا المجال.

ومن هذا المنطلق جاءت دراستنا للتعرف على أسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد. وبعد تطبيق أداة الدراسة ومعالجة البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة توصلنا إلى أن عدم الإلمام بأسس ومبادئ الطب الرياضي في نوادي كرة اليد من حيث نقص المراقبة والمتابعة الطبية، وعدم إخضاع المدربين للدورات التكوينية فيما يتعلق بالطب الرياضي والإسعافات الأولية انجر عنه عدم إلمامهم بأسس ومبادئ الطب الرياضي، كذلك عدم إعطاء أهمية لعملية الاسترجاع خلال الموسم الرياضي، كلها أسباب تؤدي إلى وقوع اللاعبين في الإصابات الرياضية، وعليه فإنه من الضرورة اهتمام المسؤولين بتوفير كل مستلزمات التدريب، وهذا مشكل عويص وتوفير الإمكانيات والإعانات المادية، والتركيز على توفر وسائل الاسترجاع بالنوادي.

حيث يستوجب توفير أطباء متخصصين على مستوى النوادي الرياضية بهدف مراقبة ومتابعة اللاعبين على مدار الموسم الرياضي و توعية اللاعبين بإتباع برامج غذائية صحية في مختلف فترات الموسم التدريبية، ويجب تركيز المدربين على الراحة بين الحصص التدريبية ذات الحمولة القصوى، وارشاد

اللاعبين بضرورة النوم الجيد ومدى تأثيره على وظائف أجهزة الجسم، وذلك لأجل الوصول إلى المستويات العالية ولتفادي التعرض للإصابات الرياضية.

الفرضيات المستقبلية:

- القيام بدراسات تكميلية حول بحث أسباب أخرى المؤدية للإصابات لدى لاعبي كرة اليد.
- القيام بدراسات أخرى حول حدوث الإصابات الرياضية ، في مختلف الرياضات الفردية والجماعية.
- القيام بدراسات حول الوسائل، الأجهزة المستعملة في المراقبة الطبية في النوادي.
- القيام بدراسات حول دور وسائل الاسترجاع في التقليل من حدوث الإصابات الرياضية.
- القيام بدراسات حول مظاهر الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد.

قائمة المراجع

- قائمة المصادر والمراجع:

القرآن الكريم .

أولاً: الكتب

- 1- إبراهيم البصري: **الطب الرياضي**، دار الحرية، بغداد، 1976.
- 2- أبو العلاء أحمد عبد الفتاح: **الاستشفاء في المجال الرياضي**، ط1، دار الفكر العربي القاهرة، 1999.
- 3- أبو العلاء عبد الفتاح: **فسيولوجيا التدريب الحديث**، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 4- أحمد إسماعيل المعاني وآخرون: **أساليب البحث العلمي والإحصاء**، ط1، إثراء للنشر والتوزيع، عمان 2012.
- 5- أحمد صبحي قبلان: **كرة اليد (مهارات - تدريب - تدريبات - إصابات)**، ط1، مكتبة المجتمع العربي عمان، 2012.
- 6- أحمد عارف العساف، محمد الوادي: **منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية المفاهيم والأدوات**، ط1، دار صفاء للنشر عمان، 2011.
- 7- أحمد عربي عودة: **الإعداد البدني في كرة اليد**، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2014.
- 8- أحمد نصر الدين سيد: **فسيولوجية الرياضة، نظريات وتطبيقات**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 9- أحمد نصر الدين سير: **نظريات وتطبيقات فزيولوجية الرياضية**، ط1، دار الفكر العربي القاهرة، 2003.
- 10- أحمد يوسف متعب الحسناوي، كريم حمزة: **مهارات التدريب الرياضي**، ط1، دار صفاء، عمان 2014.

- 11- أسامة رياض: الإسعافات الأولية للإصابات الملاعب، ط1، مركز الكتاب للنشر القاهرة، مصر الجديدة، 2002.
- 12- أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
- 13- أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.
- 14- أسامة رياض: العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
- 15- أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي: الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط1، مركز الكتاب للنشر القاهرة، 1999.
- 16- إقبال رسمي محمد: الإصابات الرياضية وطرق علاجها، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة 2008.
- 17- بدر الدين هلال: الكامل في بحوث التسويق، دار زهران، الأردن، 2002.
- 18- بزار علي جوكل: فلسجة التدريب نفي كرة اليد، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن، 2014.
- 19- بزار علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، ط2، دار دجلة، عمان، 2009.
- 20- بسطويسي أحمد: أسس ونظريات التدريب الرياضي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
- 21- بشير صالح الرشدي: مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث، مصر، 2000.
- 22- بهاء الدين سلامة: الجوانب الصحية في التربية الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000.
- 23- جمال محمد أحمد أحمد: المهارات الاحترافية للاعبين كرة اليد، ط1، دار الوفاء لندنيا الطباعة الإسكندرية، 2015.

- 24- حسين محمد جواد الجبوري: منهجية البحث العلمي، مدخل لبناء المهارات البحثية، دار صفاء للنشر والتوزيع، 2013.
- 25- حسين محمد جواد الجبوري: منهجية البحث العلمي مدخل لبناء المهارات البحثية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع 2013.
- 26- حمودة خالد: الهجوم والدفاع في كرة اليد، ماهي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2014.
- 27- حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب، وقاية، إسعاف، علاج طبيعي، منشأة المعارف، الاسكندرية.
- 28- خالد حمدوة، اشرف كمال: تعليم المبتدئين وتدريب الناشئين في كرة اليد، ماهي للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2014.
- 29- رائد عبد الأمير المشهري، نبيل كاظم الجبوري: سيكولوجية كرة اليد، ط1، دار دجلة، عمان، الأردن 2014.
- 30- رشيد زرواتي: مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2007.
- 31- زكي مصطفى عليان: طرق جمع البيانات والمعلومات لأغراض البحث العلمي، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان 2009.
- 32- زينب العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، ط5، دار الفكر العربي، 1998.
- 33- سعد جلال: التوجيه لتربوي النفسي والمهني، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1992.
- 34- سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، الأكاديمية الرياضية العراقية، بغداد، 2004.

- 35- صبحي أحمد قبلان، نايف مفضي الجبور: التربية الرياضية، الرياضة للجماعية، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2014.
- 36- عادل علي حسن: الرياضة والصحة عرض بعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها، ط1، نشأة المعارف بالإسكندرية، 1995.
- 37- عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2009.
- 38- عبد الرحمان عبد المجيد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، مراكز الكتاب للنشر القاهرة، 2004.
- 39- عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب واللاعب في الإصابات الرياضية والوقاية والعلاج، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1986.
- 40- عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاج والإصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة 2004.
- 41- عبد اليمين بوداد: مناهج البحث العلمي في علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي، ديوان المطبوعات الجامعية، 2010.
- 42- عبد اليمين بوداد: مناهج البحث العلمي في علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي، ديوان المطبوعات الجامعية، 2010.
- 43- علاء الدين محمد عليوة: مفاهيم حديثة في الصحة الرياضية، ماهية للنشر والتوزيع، الإسكندرية 2013.
- 44- علاوي محمد حسن: موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين، ط1، مركز الكتاب، القاهرة، 1998.

- 45- فيصل خير الزاد: علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، ط1، دار الملايين، بيروت 1984.
- 46- لحسن عبد الله باشيوة وآخرون: البحث العلمي، مفاهيم، أساليب، تطبيقات، ط1، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
- 47- محمد حسن علاوي: موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين، ط1، مركز الكتاب، القاهرة، 1998.
- 48- محمد إبراهيم شحاتة: برامج اللياقة الدولية، ماهي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2014.
- 49- محمد حسن علاوي: سيكولوجية التدريب والمنافسات، ط1، المعارف، مصر، 1998.
- 50- محمد حسن علاوي: علم التدريب الرياضي، ط12، دار المعارف، القاهرة، 1992.
- 51- محمد رمضان القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، المكتب الجامعي الحديث، 1992.
- 52- محمد زيان عمر: البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1996.
- 53- محمد سلمان الخزاولة وآخرون: الرياضية وعلم النفس، ط2، دار صفاء، عمان، 2015.
- 54- محمد عبد العال النعيمي وآخرون: طرق ومناهج البحث العلمي، الوراق للنشر والتوزيع، 2015.
- 55- محمد فتحي الكرداني: المدرب الرياضي، الألعاب الجماعية والفردية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2015.
- 56- محمد نصر الدين رضوان: الإحصاء الاستدلالي في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 57- محمد نصر الدين رضوان، خالد بن حمدان آل مسعود: القياسات الفيسيولوجية نفي المجال الرياضي ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2013.

58- محمد نصر الدين: الإحصاء الاستدلالي في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.

59- مصطفى أحمد عبد الوهاب: التدريبات البدنية في كرة اليد للناشئين النظرية التطبيق، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، 2015.

60- مفتي إبراهيم حماد: التدريب الرياضي الحديث، تخطيط وتطبيق وقيادة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001.

61- منير جرجس إبراهيم: كرة اليد للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 1990.

62- منير جرجس إبراهيم: كرة اليد للجميع، ط4، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994.

63- مصطفى حسين وآخرون، الصحة النفسية في المجال الرياضي، ط1، مركز الكتاب للنشر القاهرة، 2002 .

64- يونس لازم كماش: التغذية والنشاط الرياضي، دار حجلة، الأردن، 2013.

ثانيا: المذكرات باللغة العربية

65- أسامة أمزيان: الاختلافات والفروقات في أنواع وأسباب الإصابات الرياضية بين التخصصات الرياضية الفردية والجماعية، أطروحة دكتوراه، معهد سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2016-2017.

66- بلبول فريد: علاقة الإصابات الرياضية بدافعية الإنجاز لحصة التربية البدنية والرياضية عند تلاميذ الطور الثانوي، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2008/2009.

- 67- بن عبد الرحمان عقبة: تأثير الممارسة الرياضية على البنية المورفولوجية، مذكرة ماستر، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، 2016-2017.
- 68- بن عيسى رؤوف: أثر برنامج تدريب مقترح بطريقة التدريب الدائري على تحسين المهارات الأساسية في كرة اليد، مذكرة ماستر، قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة بسكرة، 2011، 2012.
- 69- بوحدة ناصر: دور المراقبة الطبية في التقليل من الإصابات الرياضية المصارعة المشتركة، مذكرة ماستر، الجزائر، 2014/2015.
- 70- بومعيزة محي الدين، تومي موسى: الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم وعلاقتها بالتحضير البدني أثناء المنافسة الرياضية، مذكرة ماستر، خميس مليانة، 2014/2015.
- 71- خيربي جمال: تأثير ظاهرة القلق على مستوى الإنجاز لدى لاعبي كرة اليد الجزائرية، مذكرة ماجستير معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2007-2008.
- 72- رضوان برج: أنواع وأسباب الإصابات الرياضية لدى ممارسي النشاطات البدنية والرياضية في فترة المراهقة، مذكرة ماجستير، معهد سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2012، 2013.
- 73- رضوان بوبكر، جمال الدين بومنجل: طبيعة العلاقة الاتصالية بين المدرب واللاعبين في كرة القدم الجزائرية، القسم الأول، جامعة الجزائر، 2009/2009.
- 74- سكارنة جمال علي: اثر التدريب الزائد عند الرياضيين الجزائريين، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، زرالدة، جامعة الجزائر، 2012-2013.
- 75- سمير خلوة: إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود اللاعبين كرة القدم مذكرة ليسانس المسيلة 2007.

- 76- سيد كمال محمد جبالي: الإصابات الرياضية الأكثر انتشار لدى لاعبي كرة القدم في الدوري الفلسطيني للمحترفين، مذكرة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، 2016.
- 77- علاء ماجد حسين ندى: الإصابات الرياضية لدى طلبة تخصص التربية الرياضية في الجامعة الفلسطينية مذكرة ماجستير، جامعة النجاح، فلسطين، 2014.
- 78- عوادلي شمس الدين: أثر استخدام الراحة الإيجابية على عملية الاسترجاع بعد الجرعة التدريبية للاعبين كرة القدم، مذكرة ماستر، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة أكلي محند ولحاج، البويرة 2014-2015.
- 79- كراز كريمة، عكاش ليلي: الاتصال التنظيمي ودوره في إدارة الأزمات بالمؤسسة الاقتصادية الجزائرية شهادة ماستر، جامعة جيجل، 2015-2016.
- 80- محمود درويش: دراسة مقارنة في ديناميكية الجهد البدني وبعض الخصائص البدنية والفيزيولوجية لدى لاعبي كرة اليد، مذكرة ماجستير، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، جامعة الجزائر 2008-2009.
- 81- منصور عبد الله: أثر التدريب المتقطع قصي قصير على السرعة الهوائية القصوى والقوة الانفجارية للأطراف السفلى للاعب كرة القدم أقل من 20 سنة، ماجستير، جزائر 03، 2014/2015.
- 82- ياسين بن شريف: العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية على مستوى ميادين كرة القدم بالمركبات الرياضية الجوارية بالجزائر، مذكرة ماجستير، معهد سيدي عبد الله، جامعة الجزائر، 2009-2010.

ثالثا: المذكرات باللغة الأجنبية

- 83- Dimitris Hatzi manouil : Injuries in Athletes of National Handball teams, jan 2008.
84- Enar Sand Koran : Injuries in men's elite hand ball, University of OSLO, 2010.
85- Fédération internationale de hand ball, Règles de jeu, Edition, 1 Jui ellet 2010.
86- M. karanfilci , Banu Kabak : Analisis of sports injuries in training an comp etition far hand ball players, year 2013.

رابعاً: المجلات

- 87- إسماعيل يوسف إسماعيل بغوي: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية للاعبين كرة اليد بالجمهورية اليمنية مجلة الإبداع الرياضي، العدد 7، 2012.

خامساً: المطبوعات

- 88- مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993.

المواقع الإلكترونية:

- 89- www.hollanduniversity.org

الملاحق

قائمة الملاحق

العنوان	رقم الملحق
استمارة استبيان المعتمدة في الدراسة	01
أسئلة المقابلة	02
الأساتذة المحكمين لأداة الاستبيان	03
بعض الوثائق الإدارية لتسهيل مهمة إجراء الدراسة الميدانية	04
أسماء اللاعبين الذين أجريت عليهم الدراسة	05
برنامج spss لحساب الفا كرومباخ	06

جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

استمارة الاستبيان

ماستر في علوم في إطار إجراء الدراسة الميدانية لأجل إعداد مذكرة تخرج مكتملة ضمن متطلبات نيل شهادة
وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

دراسة تحليلية حول أسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى

لاعبي كرة اليد.

- صنف أكابر ذكور -

-دراسة ميدانية لدى فرق كرة اليد - ولاية ميله-

نرجو منكم قراءة الأسئلة بموضوعية ووضع العلامة (X) في مكان الإجابة المقترحة التي تختارها للسؤال المطروح. علما أن ما ستدلي به من معلومات لن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وأن صحة نتائج الدراسة متوقفة على دقة إجاباتكم.

وفي الاخير تقبلو منا جزيل الشكر والتقدير لحسن تعاونكم معنا.

تحت إشراف الأستاذ:

- سي الطاهر حسان

من إعداد الطلبة:

✓ فنوش وليد

✓ بوحاريش عائشة

المحور الأول: معلومات شخصية.

1- الشريحة العمرية: -أقل من 20 سنة - من 20 سنة إلى 30 سنة

- من 30 سنة فما فوق

2- اسم النادي الذي تلعب فيه:

3- المركز الذي تلعب فيه:

- حارس مرمى - جناح - خلفي - لاعب دائرة - ممرر

4- هل تعرضت للإصابة: - نعم - لا

5- نوع الإصابة:

المحور الثاني: المراقبة والمتابعة الطبية في نوادي كرة اليد وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية.

6 - هل لديك طبيب خاص بالنادي:

- نعم - لا

7- هل كل اللاعبين لديهم استمارة خاصة بالتقييم الطبي والفسولوجي؟

- نعم - لا

8- هل تقومون بإجراء الفحص الطبي الشامل قبل بدء الموسم الرياضي للتأكد من سلامة جميع اللاعبين؟

- نعم - لا

9- هل يلجأ الطبيب إلى التاريخ الصحي للاعبين؟

- نعم - لا

- إذا كانت إجابتك بنعم، لماذا؟

- قصد دراسة الحالة الصحية - قصد دراسة وضعية في التطعيم - قصد دراسة أمراض سابقة

10- هل عند تعرضك للإصابة تقدم لك الإسعافات الأولية بطريقة صحية وسليمة؟

- نعم - لا

11- هل يقوم الطبيب بفحوصات للاكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها؟

- نعم - لا

12- هل توجد هناك مساعدة من طرف الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع وإعداد البرنامج التأهيلي المناسب للرياضي؟

- نعم - لا

13- هل تعتقد بأن بعض اللاعبين في الفريق لا يتلقون الفحوصات الطبية اللازمة؟

- نعم - لا

14- هل يقدم الطبيب بعض النصائح والتوجيهات لفائدة اللاعبين لتفادي الإصابات؟

- نعم - لا

15- هل يقوم الطبيب بالفحوصات البدنية الخارجية (المورفولوجيا)؟

- نعم - لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، ماذا تشمل؟

- الطول و الوزن - الأطراف السفلية والعلوية

- درجة تقوية المفاصل - كلها

المحور الثالث: إمام المدربين بأسس و مبادئ الطب الرياضي وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية.

16- هل يوجد هناك تشاور بينك وبين مدربك في بعض الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة والأداء؟

- نعم - لا

17- هل يلجأ المدرب بالتركيز على الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى تتجنب خطر الإصابة؟

- نعم - لا

18- هل يقوم المدرب بعدم إشراكك في التدريب أو المنافسة بدون إجراء الطب الدوري الشامل لرياضي؟

- نعم - لا

19- هل يقوم المدرب بإشراكك وأنت في حالة مرضية؟

- نعم - لا

20- هل يقوم المدرب باتخاذ القرار بتحويلك إلى الطبيب المختص في الوقت المناسب؟

- نعم - لا

21- هل يجبرك المدرب على القيام بالأداء وأنت غير مستعد (نفسيا وبدنيا وذهنيا) لذلك؟

- نعم - لا

22- هل يحتوي النادي على الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح لك بالتحضير الجيد؟

- نعم - لا

23- هل يقوم المدرب بالاختبارات وقياسات قبلية وبعديّة لمعرفة مستوى اللياقة البدنية للاعبين؟

- نعم - لا

24- ماهي الفترات التي يتعرض فيها اللاعبين للإصابات عموما؟

- أثناء التدريبات
- خلال المنافسات
- بعد المنافسات

25- ماهي أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون في الفريق عموما؟

- كسور - تمزق - كدمات - التواء - خلع

26 - في رأيك ماهي أسباب المؤدية لتعرض اللاعبين للإصابات في الفريق؟

.....
.....

27- هل يقوم المدرب بإجراء اختبار للأجهزة والمعدات للتأكد من سلامتها قبل استخدامها؟

- نعم - لا

- إذا كنت إجابتك بنعم، هل يقوم باستبعاد الأجهزة والوسائل الغير صالحة؟

- نعم - لا

28- هل يعطي المدرب أهمية كبيرة لفترة الإحماء؟

- نعم - لا

المحور الرابع: الاستشفاء والاسترجاع وتعرض اللاعبين إلى الإصابات الرياضية.

29- هل يركز المدرب على عملية الاسترجاع والاستشفاء؟

- نعم - لا

30- هل يلجأ المدرب بإعطاء الراحة الكافية بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية؟

- نعم - لا

31- هل يقوم المدرب بالاهتمام بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب لكي تسمح لعودة أجهزة

الجسم إلى المستوى الوظيفي؟

- نعم - لا

32- ما هي المدة التي تستغرقها في النوم عموماً؟

- اقل من 8 ساعات - 8 ساعات - أكثر من 8 ساعات

33- هل يشجعك مدربك للاعتماد على نظام غذائي متوازن على مدار الموسم الرياضي سواء خلال (الراحة أو

التدريب التنافسي أو في يوم من أيام المنافسات)؟

- نعم - لا

34- هل يوجد مدلك خاص في الفريق؟

- نعم - لا

35- ماهي الأماكن المخصصة للاسترخاء التي يستخدمها الفريق بعد التدريب؟

- حمام عادي - حمام طبيعي - سونا

36- هل يقوم مدربك بتخصيص أيام للاستراحة والترفيه.

- نعم - لا

37- هل تلجؤون إلى تناول كمية مناسبة من السوائل لتعويض ما فقده الجسم وخاصة عند ارتفاع درجة الحرارة

والرطوبة؟

- نعم - لا

38- هل تحترمون مواعيد التغذية وعدم تناول الطعام قبل المباراة أو التدريبات بثلاث ساعات؟

- نعم - لا

الملحق رقم (02):

أسئلة المقابلة: دراسة استطلاعية

أولاً: الأسئلة الموجهة للاعبين:

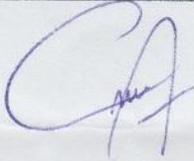
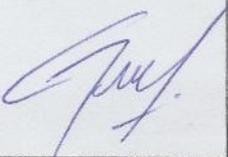
- 1- الاسم واللقب ؟
- 2- تاريخ ومكان الميلاد؟
- 3- نوع الإصابة الذي تعرضت إليها ؟
- 4- مكان الإصابة؟
- 5- ماهي فترة تعرضك للإصابة ؟
- 6- هل اجزية لك الإسعافات الأولية المناسبة ؟
- 7- هل قمت العلاج؟ التأهيل؟
- 8- ماهو عمرك التدريبي؟
- 9- كيف تعرضت لهذه الإصابة؟
- 10- ماهي الإصابات التي تعرضت لها من قبل؟

ثانياً: الأسئلة الموجهة للمدربين:

- 11- الاسم واللقب ؟
- 12- تاريخ ومكان الميلاد؟
- 13- اسم النادي ؟
- 14- أسباب وأنواع الإصابات في رياضة كرة اليد؟
- 15- هل يحتوي النادي عل الطبيب؟

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحي - جيجل
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تحكيم الاستمارة الاستبانة

الإمضاء	الجامعة	الاختصاص	الرتبة	قائمة الأساتذة المحكمين
	جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي	النشاط البدني الرياضي الوقائي الصحي	أستاذ مساعد قسم - أ -	العزوطي علاء الدين
	جامعة محمد الشريف مساعدي سوق أهراس	النشاط البدني الرياضي الوقائي الصحي	أستاذ مساعد قسم - أ -	لقريدي خير
	جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل	النشاط البدني الرياضي الوقائي الصحي	أستاذ مساعد قسم - ب -	ن. الهاجر حسن

أستاذ مساعد قسم "ب" - ت. ب. ي. ه. - جامعة جيجل
أ. ب. ز. ح. د. - د. ع. ف. - د. ح. ز. ع. ر.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضة

جيجل في: 06/05/2018

إلى السيد(ة): رئيس الرابطة الولائية

لكرة اليد ملة
L.H.B.W.M

الموضوع: طلب تسهيلات

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء دراسة ميدانية في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر LMD

في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص:
أسماء الطلبة:

01/.....

02/.....

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف (ة):
إمضاء الأستاذ (ة):

موافقة المؤسسة المستقبلة.

رئيس القسم

رئيس قسم علوم وتقنيات

النشاطات البدنية والرياضية

د. شيهوب عادل



Président de la Ligue

DEHIA Med Fawzi

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضة

جيجل في: 05/02/2018..18

إلى السيدة(ة): نادية الأصل الرياضي
للاعبة ART

الموضوع: طلب تسهيلات

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء دراسة ميدانية في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر LMD
في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص: تدريب بدني.....
أسماء الطلبة:

- 01/.....غيتو دتي.....علي
02/.....بوجمار نسي.....علي.....نعمسة.....

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف(ة): بسيح.....طاهر حسبان.....
إمضاء الأستاذ(ة):

موافقة المؤسسة المستقبلية.

رئيس القسم



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضة

جيجل في: 20/02/2018..18

إلى السيد(ة): رئيس نادي تشيان
شلفوم العبداني

الموضوع: طلب تسهيلات

بشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء دراسة ميدانية في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر LMD
في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص: ... بجمهورية الجزائر ...
أسماء الطلبة:

01/.....

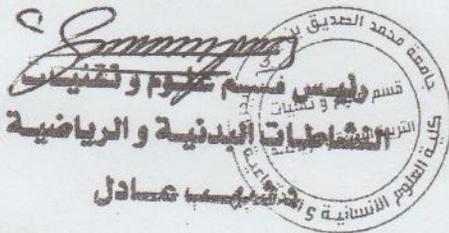
02/.....

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف(ة):
.....

إمضاء الأستاذ(ة):

رئيس القسم



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضة

جيجل في: 05/02/2018. ل. 18.

الجمعية الرياضية ميلان

إلى السيد(ة):
A.S.M.I.L.A.
Section handball.

الموضوع: طلب تسهيلات

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء دراسة ميدانية في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر LMD
في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص: ... بجمهورية... يد...
أسماء الطلبة:

- 01/.....
02/.....

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف(ة):.....
إمضاء الأستاذ(ة):.....

موافقة المؤسسة المستقبلية.

رئيس القسم



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضة

جيجل في: 20/02/2018. ل.أ. 8.

إلى السيد(ة): رئيس نادي الرياض
بلدية صلالة لكرة اليد
CRBM

الموضوع: طلب تسهيلات

يشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء دراسة ميدانية في إطار إعداد مذكرة التخرج ماستر LMD
في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية تخصص: ... بـ جـ صـ مـ لـ يـ دـ نـ هـ ...
أسماء الطلبة:

01/.....

02/.....

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف(ة):
.....

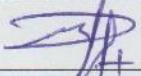
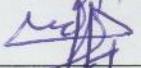
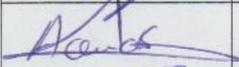
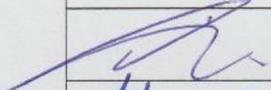
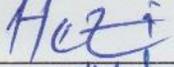
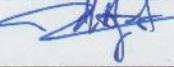
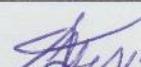
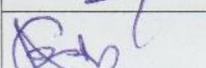
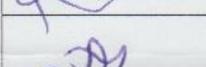
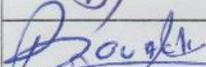
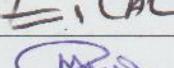
إمضاء الأستاذ(ة):

موافقة المؤسسة المستقبلية.

رئيس القسم



قائمة اللاعبين

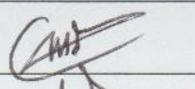
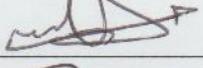
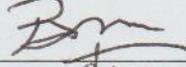
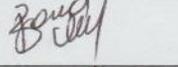
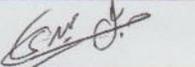
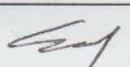
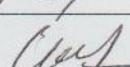
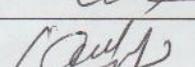
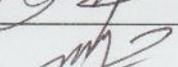
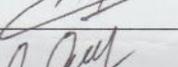
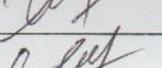
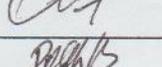
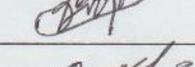
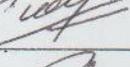
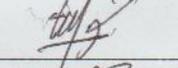
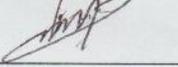
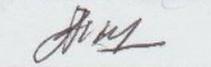
الإمضاء	مركز اللاعب	الاسم واللقب
	جناح أيسر	بدل عثمانى
	جناح أيسر	دريدي محمد
	خلفي أيسر	فتححي عوار
	خلفي أيسر	عيسى عوار
	ممر	حفاف بدر الدين
	لاعب دائرة	هزيبي فرحات
	محوري	أمير خبارة
	خلفي أيمن	محمد جلال
	خلفي أيمن	بوعزير سيف الدين
	خلفي أيمن	فثايري زين الدين
	جناح أيمن	جارلسي يوسف
	حارس	بوعشيشة عبد المالك
	حارس	بولحية فواز
	خلفي أيسر	زيلال مهدي
	جناح أيمن	كريم عكال
	جناح أيسر	سمايال عبد الحكيم

ختم النادي

رئيس الجمعية
عبدان تولى



قائمة اللاعبين

الإمضاء	مركز اللاعب	الاسم والنقبة
	لاعب دائرة	شليغم عبد الباسم
	لاعب دائرة	دمبري فارس
	حارس مرمر	هو الزيت يوسف
	حارس مرمر	بودودة حسام
	حارس مرمر	الحادي سيف الدين
	لاعب وسط	بوخيلا حسام
	لاعب خلفي آيسر	لكحل آسامه
	لاعب خلفي آيمين	لكحل مهدي
	مؤنزع	معاش كمال
	جناح آيسر	بو الشعر لمسلم
	لاعب دائرة	لعويبة آيوب
	خلفي آيمين	تيرير يعقوب
	خلفي آيسر	بركليو عمار
	موزع	بو عناق مهدي
	موزع	صير لمبراهيم
	خلفي آيسر	شاهوم لمسلم
	خلفي آيمين	بو الهه شعيب
	جناح آيسر	بر هبوع الربيع
	جناح آيمين	بو قط آسامه
	لاعب دائرة	زواني حسام



ع. بوقرش
ختم النادي

شياء معلوم لديه

C.C.L

قائمة اللاعبين

الإمضاء	مركز اللاعب	الاسم واللقب
	تنسيق خلفي	1/ اسلام خليل
	خلفي، صرد أيسر	2/ خليل امين
	لامية دائرة	3/ سعدة نسيب
	خلفي	4/ لكووع جهان
	جيتاج	5/ ندي امين
	جيتاج	6/ صلاح علي الرحمان
	خلفي	7/ قطامي وليد
	لاعب الدائرة	8/ مذكور ايوب
	حارس مرص	9/ حمادي نبيل
	مسدد	10/ عمرو ساسا مة
	جيتاج	11/ يوفور الياس
	خلفي جيتاج	12/ عيا دي مسعود
	حارس مرص	13/ دياش عبد الرحمان
	خلفي	14/ فوناس رشدي
	مسدد خلفي جيتاج	15/ عوام رفيف



رئيس الجمعية:
جويحي تمازي

قائمة اللاعبين

الإمضاء	مركز اللاعب	الاسم واللقب
	حنا 2 آيسر	زكريا بوطحجة
	لاعب دائرة	سمير بومعاد
	خلفي آيسر	فؤاد حواري
	ممد	باسيم مجدوب
	خلفي آيسر	لكحطر برباج
	حنا 2 آيسر	لزهر عيساوي
	ممد	موني قارة ماضي
	خلفي آيسر	امير قبانى
	حنا 2 آيسر	اتور قارة ماضي
	خلفي آيسر	رنا بن داس
	لاعب دائرة	بيلال ححوولا
	لاعب دائرة	شهاب دميري
	ممد	محمد برباج
	حارس	بيلال بوزينا
	حارس	محمد حوراني
	حارس	عبدالمطعم حمينة
	حنا 2 آيسر	امين حبور
	ممد	الحرابي سويد

ختم النادي



الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أسباب حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد. ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (68) لاعب كرة اليد موزعين على أربع فرق لولاية ميله استخدم المنهج الوصفي لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، وكأداة بحث تم استخدام استمارة استبيان موجهة للاعبين. وبعد جمع البيانات تم استخدام قانون النسب المئوية وقانون كاف تربيع لتحليل النتائج، وقد توصلت الدراسة إلى أن نقص المراقبة والمتابعة الطبية يؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية. وأن عدم إلمام المدربين بأسس ومبادئ الطب الرياضي يؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية. وأن عدم إعطاء المدرب أهمية لعملية الاستشفاء والاسترجاع يؤدي إلى تعرض اللاعبين للإصابات الرياضية. وعدم توفر النوادي على الإمكانيات ووسائل الاسترجاع الضرورية تقاديا للوقوع في الإصابة الرياضية. إهمال المدربين لمبدأ التناوب بين العمل والراحة عند تخطيط وتنفيذ الوحدات التدريبية. انتشار الأماكن في الجسم عرضة للإصابات هي مفصل الركبة، الكاحل، رصغ اليد، مفصل الكتف، أكثر أنواع الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون هي: التمزق بنسبة كبيرة تليها الكسور والالتواء ثم الكدمات وأخيرا الخلع.

- الكلمات المفتاحية: الرياضة، الطب الرياضي، المراقبة الطبية، كرة اليد.

Résumé

Le but de cette étude était d'identifier les causes des blessures sportives chez les joueurs de handball. Pour réaliser cette étude, un échantillon de (68) joueurs de handball a été distribué à quatre équipes dans la wilaya de Mila, l'approche descriptive étant adaptée à la nature de cette étude. Pour les joueurs Après la collecte des données, le pourcentage de loi et une loi quadratique ont été utilisés pour analyser les résultats

Le manque de suivi médical et de suivi conduit à des blessures sportives.

Le manque de connaissances des entraîneurs sur les bases et les principes de la médecine sportive conduit à la survenue de blessures sportives.

Ne pas donner à l'entraîneur l'importance du processus de récupération et de récupération conduit à l'exposition des joueurs à des blessures sportives.

Manque de clubs sur les possibilités et les moyens de récupération nécessaires pour éviter de tomber dans les sports de blessure.

Manque de respect pour les formateurs du principe de rotation entre travail et repos dans la planification et la mise en place des unités de formation.

La plupart des endroits dans le corps sont sujets aux blessures sont l'articulation du genou, la cheville, le poignet, l'articulation de l'épaule.

Les types de blessures les plus courantes chez les joueurs sont: une grande déchirure suivie de fractures et d'entorses, puis de contusions et enfin de luxation.

Mots-clés: les Blessure sportive, médecine sportive, surveillance médicale, handball.