

جامعة محمد الصديق بن يحي -جيجل-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تخصص: تحضير بدني رياضي

عنوان المذكرة

الإصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد صنف اكابر

دراسة ميدانية لفريق المبيك الميلية - جيجل -

إشراف الأستاذ :

إعداد الطالب:

- أيت وازو محند أو عمر

- باخة نبيل

السنة الجامعية: 2020-2021

شكر و عرفان

الحمد لله ونشكره شكرا جزيلاً على ما منحني من قوة وصبر لإتمام هذا العمل والانتهاء من مذكرتي هذه.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان بالجميل إلى استاذي الفاضل/ أيت وازو محند واعمر لما قدمه من جهد وافر وعون صادق وتوجيهات علمية أساسية كانت النبراس الذي اضاء إلي الطريق الصحيح والسليم.

كما أتقدم بكل الشكر والامتنان والتقدير إلى كل أساتذة قسم علوم و تقنيات النشاطات البدنية والرياضية -بجامعة جيجل-

وفي الاخير اتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من كان له يد العون من قريب أو بعيد ولو بالكلمة الطيبة.

وفقنا الله دائماً لما يحبه وعلمنا ما يقربنا إليه ويرضاه.

الإهداء

إلى **الوالدين** الكريمين اللذين بدلا الجهد الجهد من أجل تربيتي وتعلمي إلى **زوجتي** العزيزة إكراما لمعاينتها بإخلاص لمسيرتي العلمية والعملية

✓ إلى ابني العزيز ياسين.

✓ إلى أخواني وأخواتي وكل أفراد عائلتي.

✓ إلى الذين رفعوا لواء العلم متحدين الصعاب.

✓ إلى كل من مهد الطريق لي وعلمني الكثير.

✓ إلى هؤلاء جميعا أهدي ثمرة جهدي.

✓ إلى كل من ذكرهم قلبي ونسيهم عقلي.

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	الشكر والعرفان
ب	الإهداء
ت	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول
د	قائمة الأشكال
ر	قائمة الملاحق
1	مقدمة
الفصل التمهيدي: مدخل عام للدراسة	
4	1- إشكالية الدراسة.
5	2- فرضيات الدراسة.
5	3- أهمية الدراسة.
6	4- أسباب اختيار موضوع الدراسة
6	5- أهداف الدراسة.
7	6- مفاهيم الدراسة.
9	7- الدراسات السابقة والمشابهة.
17	8- التعقيب على الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإصابات الرياضية وأنواعها.	
20	تمهيد
21	1-1- تعريف إصابة الرياضية.
22	1-2- تقسيمات الإصابة الرياضية.
25	1-3- التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة
27	1-4- الأعراض العامة للإصابات الرياضية
27	1-5- تشخيص الإصابات الرياضية.
29	1-6- مضاعفات الإصابات الرياضية.
29	1-7- التوزيع الموسمي للإصابات الرياضية

31	8-1- الأسباب العامة للإصابات الرياضية
34	9-1- سيكولوجية الإصابة الرياضية
38	10-1- الوقاية من الإصابات الرياضية
39	11-1- تأهيل اللاعب ما بعد الإصابة الرياضية
39	12-1- ماهية العلاج الطبيعي
40	13-1- الإصابات الشائعة في كرة اليد
55	خلاصة
الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد	
57	تمهيد
58	1-2- مراكز اللعب في كرة اليد
58	2-2- المهارات الفنية لكرة اليد حسب مناصب اللعب.
62	3-2- التنسيق الجماعي وتقسيم المهام.
66	4-2- المهارات المميزة لكل مركز.
67	5-2- أهمية مراكز اللعب.
68	خلاصة
الفصل الثالث: كرة اليد ومتطلباتها	
70	تمهيد
71	1-3- لعبة كرة اليد
72	2-3- متطلبات الأداء في كرة اليد
72	3-2-3- المتطلبات الفسيولوجية لأداء كرة اليد
73	3-2-3- المتطلبات البدنية
91	3-2-3- المتطلبات النفسية
92	3-2-4- المتطلبات مهارية للاعب كرة اليد
93	3-2-5- المتطلبات مهارية الدفاعية
94	3-2-6- المتطلبات مهارية الهجومية
96	3-2-7- المتطلبات الخطئية الضرورية لكرة اليد
96	3-2-8- المميزات الخاصة للعب الحديث في كرة اليد
99	خلاصة
الجانب التطبيقي	

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
102	تمهيد
103	1-4- الدراسة الاستطلاعية
103	2-4- منهج الدراسة
104	3-4- مجتمع وعينة الدراسة
105	4-4- تقنيات الدراسة
105	1-4-4- الاستمارة
105	2-4-4- المقابلة
106	4-5- صدق وثبات الاستبيان
106	4-6- متغيرات الدراسة
107	4-7- مجالات الدراسة
107	4-8- الأساليب الإحصائية للدراسة
108	4-9- صعوبات البحث
109	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
111	تمهيد
112	5-1- عرض وتحليل نتائج الدراسة
152	5-2- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات
152	5-2-1- مناقشة وتحليل نتائج في ضوء الفرضية الأولى.
157	5-2-2- مناقشة وتحليل نتائج في ضوء الفرضية الثانية.
161	خلاصة
162	الاستنتاج العام
164	الفرضيات المستقبلية
166	خاتمة
168	قائمة المصادر والمراجع
/	ملاحق
	ملخص الدراسة

الصفحة	العنوان	الرقم
23	تصنيف الإصابات تبعا لشدتها	1-1
24	تدرج الإصابة الأكثر حدوثا على مستوى الأنسجة	2-1
66	المهارات والوسائل المستخدمة في كل مركز	1-2
73	نتائج الأعداد التقييمية للصفات الفسيولوجية والبدنية للاعبي كرة اليد المستوى العالي حسب ال BRIKCI 1994	1-3
89	حجم اللياقة البدنية العامة والخاصة خلال موسم التدريب	2-3
90	نشاط اللاعبين في كرة اليد أثناء مباراة للقسم الأول أكابر BAYER 1993	3-3
95	مختلف الأفعال الحركية التي يقوم بها اللاعبون خلال مباراة في كرة اليد	4-3
98	نتائج الدراسة الإحصائية بين فريقين فرنسي وإسبانيا حول ثمان مقابلات من بطولة الاتحاد الأوروبي لكرة اليد 2006.	5-3
112	الفئة العمرية للاعبين.	1-5
113	العمر التدريبي للاعبين.	2-5
114	مناصب اللعب	3-5
115	نسبة اللاعبين المتعرضين للإصابة الرياضية	4-5
116	نوع الإصابة الرياضية - إصابة عضلية-	5-5
117	نوع الإصابة الرياضية - إصابة العظام-	1-5-5
118	نوع الإصابة الرياضية - إصابة المفاصل-	2-5-5
119	نوع الإصابة الرياضية - الأربطة والأوتار-	3-5-5
120	درجة الإصابة الرياضية.	6-5
121	أماكن الإصابة الرياضية	7-5
122	أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل	8-5
123	أماكن الإصابة الرياضية في العضلات	9-5
124	أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار.	10-5
125	أماكن الإصابة الرياضية في العظام.	11-5
126	الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية	12-5
127	مرحلة التعرض للإصابة الرياضية	13-5
128	الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية	14-5
129	الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية	15-5

130	توفر الوجبة الغذائية الكاملة	16-5
131	إقتصار الوجبة الغذائية الكاملة	17-5
132	نسب المتعرضين للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	18-5
133	درجة الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	19-5
134	نوع الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	20-5
135	مكان الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب	21-5
137	نوع الإصابة الرياضية - المفاصل - حسب مناصب اللعب.	22-5
138	نوع الإصابة الرياضية - العضلات - وأماكن توأجدها حسب مناصب اللعب	23-5
139	نوع الإصابة الرياضية - الأربطة والأوتار - وأماكن توأجدها حسب مناصب اللعب.	24-5
140	نوع الإصابة الرياضية - العظام - وأماكن توأجدها حسب مناصب اللعب.	25-5
143	الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية حسب مناصب اللعب.	26-5
145	التعرض للإصابة الرياضية في الموسم الرياضي حسب مناصب اللعب.	27-5
146	الشعور بالخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	28-5
147	فقدان الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	29-5
148	توفر الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.	30-5
149	اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.	31-5

الصفحة	العنوان	الرقم
26	أهم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة الرياضية	1-1
28	أهمية الاستجابة الصحيحة من طرف اللاعب فالتشخيص السليم للإصابة الرياضية.	2-1
35	أسباب الإصابة النفسية الرياضية ونتائجها.	3-1
63	مراكز اللعب في كرة اليد.	1-2
65	مراكز اللعب الأساسية في كرة اليد.	2-2
112	الفئة العمرية للاعبين.	1-5
113	العمر التدريبي للاعبين.	2-5
114	مناصب اللعب	3-5
115	نسبة اللاعبين المتعرضين للإصابة الرياضية	4-5
116	نوع الإصابة الرياضية - إصابة عضلية-	5-5
117	نوع الإصابة الرياضية -إصابة العظام-	1-5-5
118	نوع الإصابة الرياضية -إصابة المفاصل-	2-5-5
119	نوع الإصابة الرياضية - الأربطة والأوتار-	3-5-5
120	درجة الإصابة الرياضية.	6-5
121	أماكن الإصابة الرياضية	7-5
122	أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل	8-5
123	أماكن الإصابة الرياضية في العضلات	9-5
124	أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار	10-5
125	أماكن الإصابة الرياضية في العظام.	11-5
126	الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية	12-5
127	مرحلة التعرض للإصابة الرياضية	13-5
128	الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية	14-5
129	الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية	15-5
130	توفر الوجبة الغذائية الكاملة	16-5
131	اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة	17-5
132	نسب المتعرضين للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	18-5
133	درجة الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	19-5

134	نوع الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	20-5
136	مكان الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب	21-5
137	نوع الإصابة الرياضية - المفاصل - حسب مناصب اللعب.	22-5
138	نوع الإصابة الرياضية - العضلات - وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب	23-5
139	نوع الإصابة الرياضية - الأربطة والأوتار - وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.	24-5
140	نوع الإصابة الرياضية - العظام - وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.	25-5
144	الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية حسب مناصب اللعب.	26-5
145	التعرض للإصابة الرياضية في الموسم الرياضي حسب مناصب اللعب.	27-5
146	الشعور بالخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	28-5
147	فقدان الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.	29-5
148	توفر الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.	30-5
149	اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.	31-5

الرقم	عنوان الملحق
01	استمارة تحكيمية
02	الأساتذة المحكمين
03	نتائج المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج spss
04	وثيقة إدارية لتسهيل إجراء الدراسة الميدانية بفريق ألبيك الميلية -جيجل-

مقدمة

إن التقدم الحاصل بمختلف الرياضات وفي معظم دول العالم لم يكن ارتجالياً، وإنما نتيجة استخدام الوسائل العلمية الحديثة في مجال التخطيط والتدريب الرياضي الحديث وكان للتطور والتقدم العلمي أثرهما الفعال لذلك، فكرة اليد بصفتها رياضة ذات احتكاك وتلاحم كبير بين اللاعبين لما تتطلبه من لياقة بدنية عالية ومهارات تقنية وتكتيكية وصفات نفسية وذهنية ذات أهمية كبيرة، تفرض على المدرب الرياضي إعطاء أهمية كبيرة إلى جميع جوانب التحضير دون التقصير أو الاستغناء عن بعضها وبالرغم مما تتميز به لعبة كرة اليد من تشويق وإثارة والصراع من أجل تحقيق النتائج والوصول إلى المستويات العالية كل هذا مقرون بمدى الاعتناء بالجسم وصيانته من أخطاء الأداء والإصابات الرياضية.

فهناك علاقة وثيقة للطب الرياضي بالتدريب الرياضي العام، وعلى سبيل المثال نجد أن التقييم الطبي الفسيولوجي يسهل للمدرب المؤهل الاطلاع على مستوى اللياقة البدنية العامة لفرقه وبالتالي اختيار أنسب العناصر الجاهزة للمباريات، كذلك يقدم أخصائي الطب الرياضي للمدرب راية في خطط التدريب العام ومدى توقيتات تطبيقها لكل لاعب من حيث الجرعة التدريبية لكل منهم حسب مراكز لعبهم في كل تدريب، ورأيه في مواعيد الراحة والتغذية ونوعية التدريب اللازم وأثر الإصابات الحالية والسابقة على مستوى أداء كل لاعب، وذلك بالإسهام بالرأي والمشورة الطبية للمساعدة في اختيار أكفأ العناصر الجاهزة لتمثيل الفريق، ويشمل ذلك أيضاً الإرشادات الطبية الخاصة بتجنب الإرهاق البدني ودراسات تأقلم الجهاز الدوري والتنفسي والجهاز العضلي مع المجهودات التي يبذلها كل لاعب حسب منصب لعبه⁽¹⁾.

وبما أن فعالية كرة اليد تلعب بمراكز لعب أساسية وتتنوع واجبات اللاعبين في هذه المراكز وتختلف من مركز إلى آخر أدى هذا إلى الاختلاف في الجهد المبذول وهذا يتطلب من المدربين التركيز أثناء العملية التدريبية على هذه المراكز ومتطلباتها، لكي يتمكنوا من تقليل الأحمال التدريبية حسب مراكز اللعب المختلفة ومن تم حماية اللاعبين من الوقوع في الإصابات المتكررة التي تكون إحدى العوائق المسببة في تحقيق النتائج المرجوة والوصول إلى المستويات العليا .

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة الدراسة لمحاولة التعرف على أنواع الإصابات الرياضية وأماكن الجسم الأكثر عرضة لها وأسباب حدوثها بين لاعبي كرة اليد وعلاقتها بمناصب اللعب لمراعاة درجة وحدة الإصابة الرياضية للتخفيف منها وقلة التعرض إليها لدى أكابر فريق القسم الثاني للبطولة الوطنية

(1) أسامة رياض: الإسعافات الأولية للإصابات الملاعب، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط 1، 2002، ص 11-12.

الجزائرية حتى يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة على تطوير وتقدم مستوى كرة اليد على المستوى الوطني والوصول بها إلى المستوى العالي.

وقصد الخوض في هذا الموضوع تم بناء فصل تمهيدي تضمن : إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، أسباب اختيار موضوع الدراسة، مفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة، تم قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى بايين هما: الجانب النظري والذي يحتوي على ثلاثة فصول وهي:

- **الفصل الأول:** بعنوان الإصابات الرياضية حيث تطرقنا فيه إلى :تمهيد، تعريف الإصابات الرياضية حسب مختلف تعاريف العلماء وخصائصها من تقسيمات لشدة ودرجة الخطورة والتغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة، تشخيصها والأعراض الناتجة عنها ومضاعفاتها كما تم الإشارة إلى التوزيع الموسمي للإصابة حسب مراحلها والأسباب المؤدية لحدوث الإصابة الرياضية وفي الختام الوقاية وتأهيل اللاعب بعد الإصابة.

- **الفصل الثاني:** والذي خصص إلى مناصب اللعب في كرة اليد ولقد استهل هذا الفصل بالتعرف على مناصب اللعب في كرة اليد، المهارات الفنية لكرة اليد حسب مناصب اللعب والتنسيق الجماعي وتقسيم الفضاء وتوزيع المهام حسب مناصب اللعب، وأخيرا تم التطرق إلى المهارات المميزة لكل مركز، مع ذكر أهمية مراكز اللعب في كرة اليد.

- **الفصل الثالث:**خصص إلى متطلبات كرة اليد بتعريفها ومتطلبات الأداء في هذه الرياضة من الناحية الفسيولوجية، البدنية، النفسية، المهارية الدفاعية والهجومية وكذا الخططية الضرورية لكرة اليد، المميزات الخاصة للعب الحديث في كرة اليد المهارات الفنية لكرة اليد حسب مناصب اللعب.

أما الجانب التطبيقي والذي بدوره قسمناه إلى فصلين هما:

- **الفصل الرابع:** تحت عنوان الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث شملت :تمهيد، الدراسة الاستطلاعية، مجتمع وعينة الدراسة، منهج الدراسة، تقنيات الدراسة، متغيرات الدراسة، مجالات الدراسة، وأساليب التحليل الإحصائي للدراسة.

- **الفصل الخامس:** جاء بعنوان عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة: وشمل عرض وتفسير وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.

عرض وتفسير وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والمشابهة، وفي الأخير توصلنا إلى الاقتراحات والتوصيات، والفرضيات المستقبلية.

الفصل التمهيدي:
مدخل عام للدراسة

1- الإشكالية:

إن التطور الكبير الذي تشهده الرياضة العالمية وكذا المستويات والنتائج التي ما فتئ يحققها الرياضيون في كل مناسبة دولية وقارية لنتاج فعلي ومنطقي لارتباط الرياضة بجملّة العلوم المسخرة في سبيل تقدمها وبروزها.

على الرغم من التقدم في مختلف العلوم الطبية وإتباع الأساليب الحديثة في العلاج وتوفير الأجهزة والمتخصصين في المجالات الوقائية والعلاجية، لكن الإصابات الرياضية لا زالت في تزايد وتشكل خطورة على مستوى أداء الرياضيين في مختلف الألعاب والنشاطات⁽¹⁾.

فالمنافسة الرياضية الحديثة باتت مشروطة بدقة التحكم التقني والاتفاق العلمي في الوسائل والطرق التي تضمن بلوغ الأهداف بأقصى درجة ممكنة، فلعبة كرة اليد واحدة من الألعاب التي شملتها حركة النهوض والتطور العلمي وأخذت بالانتشار السريع بما تمتاز به من عناصر التشويق ومتمعة لممارسيها وتعتبر كرة اليد من الألعاب الجماعية الحديثة التي وصلت إلى مستوى متقدم نتيجة الاهتمام المتزايد بها من قبل أغلب بلدان العالم.

ونتيجة لطبيعة كرة اليد بما تتطلبه من خشونة وعنف أحياناً نتيجة للاحتكاك المستمر بين اللاعبين، أعطى ضرورة تمتع اللاعب بجسم متكامل وسليم والاهتمام بصحة اللاعبين الأمر الذي أدى إلى زيادة الاهتمام في الآونة الأخيرة بالدراسات والبحوث العلمية الطبية في المجال الرياضي عامة وكرة اليد خاصة وهذه ناتجة عن زيادة ممارسي لعبة كرة اليد في العالم، ويرى عمار قبع (1988) أن الطب الرياضي أصبح اليوم حقيقة علمية ملموسة تعتمد على العلاج والوقاية أساساً، وتهدف إلى واجبات اختيار الرياضي المناسب للرياضة المناسبة وذلك بإجراء فحوص طبية تأهيلية عامة وخاصة تلك التي لها علاقة باللعبة⁽²⁾.

رغم ذلك نلاحظ من خلال متابعة بعض المباريات لكرة اليد أنه هناك هاجس الإصابات الرياضية يتبع اللاعبين ويحرمهم من اللعب طوال الموسم بلياقة بدنية عالية تسمح لهم بالرفع من مستوى قدراتهم

(1) سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد، 2008، ص 8.

(2) عمار عبد الرحمان قبع: الطب الرياضي، دار الكتب، جامعة الموصل، العراق، 1988، ص 11.

الفصل التمهيدي:.....مدخل عام للدراسة

البدنية والتقنية والخطئية والنفسية لذلك تعتبر زيادة معدل الإصابات وتكرار حدوثها ظاهرة خطيرة تستحق الدراسة الجادة والتمعن العميق وعليه نطرح التساؤل التالي:

هل للإصابات الرياضية علاقة بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد صنف أكابر؟

ومن خلال هذا التساؤل قمنا بطرح التساؤلات الفرعية:

- هل هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد؟
- هل هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب؟

2- الفرضيات:

وقصد الإجابة عن التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

1-2 الفرضية الرئيسية:

للإصابات الرياضية علاقة بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد صنف أكابر.

2-2 الفرضيات الجزئية:

- هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.
- هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية و مناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.

3-أهمية الدراسة:

3-1 أهمية علمية: تكمن أهمية البحث كونه يبين أهم الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد على الصعيد المحلي، والتعرف على أنواع الإصابات الأكثر شيوعا وإلى أكثر المواقع تعرضا للإصابة الرياضية وكذلك إلى وقت حدوث الإصابة في التدريب أو المباريات حسب مختلف مناصب اللعب، مما يسمح للمدرب والطاقم الطبي من متابعة اللاعبين كل على حدا بما يسمى المراقبة والمتابعة الطبية الفردية التي تسمح بإعادة التأهيل الحركي بعد الإصابة الرياضية وفق مبادئ وأسس علمية.

3-2 أهمية عملية:

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

4- أسباب اختيار الموضوع:

تعتبر كرة اليد من الرياضات الجماعية التي تحتل مكانة مرموقة على الساحة الدولية أو الوطنية لما تتمتع به من مهارات فنية رائعة تزيد من الميول لممارستها كونها رياضة ذات احتكاك كبير وهذا ما يعرض اللاعبين إلى الإصابة الرياضية سواء في الحصص التدريبية أو المنافسات الودية والرسمية ومنه الأسباب التي أدت إلى اختيار هذا الموضوع هي:

4-1 أسباب ذاتية:

- تحفيز الباحثين للاهتمام أكثر بموضوع الإصابات الرياضية في كرة اليد.
- الميل الكبير إلى دراسة مثل هذه المواضيع والتعمق فيها.

4-2 أسباب موضوعية:

- تزايد نسبة الإصابات الرياضية في كرة اليد.
- تأثير الحالة البدنية والنفسية للاعبين جراء الإصابات الرياضية.
- تأثير مستوى الأداء لدى اللاعبين المصابين خاصة بعد العودة من الإصابة.
- قلة الأطباء المختصين في الطب الرياضي على الساحة المحلية والوطنية.

5- أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في الإصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد صنف أكابر، وقد اندرج عن هذا الهدف ثلاثة أهداف فرعية هي:

- معرفة أنواع الإصابات الرياضية وتحديد أكثر أجزاء وأماكن الجسم تعرضاً للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة اليد حسب مناصب اللعب.
 - التعرف على أهم الأسباب المؤدية للإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد صنف أكابر.
 - التعرف على المتابعة الصحية والعناية التي يتلقاها لاعبي كرة اليد حسب مناصب اللعب.
- 6- مفاهيم الدراسة:

6-1-1 الإصابة الرياضية:

6-1-1-1 لغة: أصاب: فعل/أصاب من يصيب 'إصابة وصوابا' فهو مصيب والمفعول مصاب للمتعدى.

6-1-2 اصطلاحاً: يعرفها عبدالرحمن عبد الحميد زاهر، بأنها تأثر نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة النسيج وتنقسم هذه المؤثرات إلى⁽¹⁾:

- مؤثر خارجي: أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كالاصطدام بزميل أو الأرض أو أداة مستخدمة.
- مؤثر ذاتي: أي إصابة اللاعب نفسه نتيجة الأداء الفني الخاطئ.
- مؤثر داخلي: تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والأملاح.

6-1-3 إجرائياً:

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

⁽¹⁾ موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، مركز الكتاب للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2004، ص12.

2-6 مناصب اللعب:

1-2-6 إصطلاحا:

هي الاماكن التي يتخذها اللاعبون في الملعب ومن خلالها يقومون بتأدية واجباتهم الخطئية سواء الدفاعية أو الهجومية.

ويعرف منصب اللعب بأنه الموقع الذي يحدد دور اللاعب في البناء المتكامل للاعبى الفريق حيث يقوم من خلاله بتنفيذ واجباته الدفاعية والهجومية في اطار الخطط الموضوعة⁽¹⁾.

2-2-6 إجرائيا:

تحدد مناصب اللعب في كرة اليد كالاتي: حارس المرمى الجناح الايمن ،الجناح الايسر الخلفي (الظهير) الايمن الخلفي (الظهير) الايسر، اللاعب الموزع، اللاعب المحوري(لاعب الدائرة).

3-6- كرة اليد:

1-3-6 لغة: كرة اليد رياضة يتبارى فيها فريقان في ملعب دو أرضية اصطناعية مزروعة على جانبيه مرميان، والفكرة في كرة اليد هي محاولة إيداع الكرة في مرمى الخصم وذلك باستخدام الأيدي حيث لا يسمح باستخدام الرجلين إلا لحارس المرمى يتكون كل فريق من 07 لاعبين، يتواجد أثناء المباريات الرسمية حكم ساحة ومساعدين رئيسيين على جوانب الملعب⁽¹⁾.

2-3-6 اصطلاحا:

يعرفها أحمد صبحي قبلان: "هي من أحدث الألعاب الجماعية، يعدها الكثير لعبة مشتقة من كرة القدم، وهي لعبة السرعة والإثارة معا، تجمع بين الجري، القفز، استلام الكرة تمريرها في أقل وقت ممكن تحتاج ممارستها إلى لياقة بدنية عالية وقوة جسمانية، تجرى مسابقتها في الصالات المغلقة أو في الملاعب المفتوحة في الهواء⁽²⁾.

(1) علي حسن أبو جاموس: المعجم العربي ، دار اسامة للنشر، الأردن، 2011، ص526.

(2) احمد صبحي قبلان ك كرة اليد (مهارة ، تجريب، تدريبات، اصابات) ، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2012، ص 15.

6-3-3 إجرائيا:

هي لعبة جماعية يحدد الفائز فيها تبعا لعدد الأهداف المسجلة في مرمى الخصم، تلعب بـ 7 لاعبين فوق الميدان لكل فريق، في ملعب مستطيل طوله 40م، عرضه 20م، بشوطين، كل شوطة مدته 30د، راحة بين الشوطين 10د.

تعتمد على المهارات الهجومية والدفاعية وتتميز بالاحتكاك القوي بين اللاعبين وهذا من شأنه توليد إصابات رياضية جديدة أو تكرار إصابة سابقة.

6-4 - صنف الأكابر:

6-4-1 اصطلاحا: "يعرفها احمد علي مذكور" هي مرحلة من مراحل عمر الإنسان وهي مرحلة النضج واكتمال الشخصية وهي ربيع العمر حيث أن الكبار لديهم خبرات طويلة كما لديهم جائزة موسعة من العلاقات والمسؤوليات والأدوار الاجتماعية⁽¹⁾.

6-4-2 إجرائيا:

هو الصنف الذي يتجاوز أعمارهم 21 سنة حتى سن الاعتزال والذي يحظى بشعبية كبيرة في كرة اليد.

7- الدراسات السابقة و المشابهة:

تعتبر لدراسات المشابهة الموجه الأساسي للبحث فمن خلالها نستطيع الوقوف على النتائج التي تفيدنا في بحثنا هذا وعليه تم الاعتماد في هذه الدراسة على الدراسات المشابهة التالية:

7-1 - دراسة ما هور باشا صبيبة: رسالة دكتورة - 2012 / 2013-

عنوان الدراسة: مؤشرات التطور المرفولوجي والبدني للاعبين كرة اليد الشباب حسب مراكز اللعب

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على مدى الاختلافات المرفولوجية والبدنية بين لاعبي كرة اليد (15-17 سنة) حسب مراكز اللعب.⁽¹⁾

إشكالية الدراسة: طرحت الباحثة الإشكالية التالية: ما هو الملمح النموذجي للتطور المرفولوجي والبدني للاعبين كرة اليد (15-17 سنة) حسب مراكز اللعب

⁽¹⁾ أحمد علي مذكور: منهج تعليم الكبار، دار الفكر العربي، مصر، 1978، ص101.

فرضية الدراسة: افترضت الباحثة إمكانية وجود خصوصية مورفولوجية وبدنية مرتبطة بمراكز اللعب

عينة الدراسة: اجرت الباحثة الدراسة على عينة مكونة من 335 لاعب كرة اليد ضمن الفئة السنية (15-17) سنة مأخوذة من مختلف مناطق الوطن.

اهم نتائج الدراسة: توصلت الباحثة الى:

- ✓ سجل لاعبو مركز الظهير الخلفي احسن النتائج على مستوى اختبارات الارتقاء العمودي، الافقي في اختبار رمي الكرة والمرونة ونتائج متوسطة الى تحت المتوسطة في اختبارات السرعة
- ✓ اللاعبون في مركز الموزع جيدون في اختبارات السرعة
- ✓ اظهر حراس المرمى احسن النتائج في اختبار المداومة و الادنى في الارتقاء العمودي والافقي ونتائج متوسطة في بقية الاختبارات.

7 - 2 - دراسة موهوبي عيسى: رسالة ماجستير 2006/2007:

- عنوان الدراسة: الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية عند تلاميذ الطور الثانوي⁽¹⁾.

- إشكالية الدراسة:

تمحورت حول عدة تساؤلات وهي:

هل توجد علاقة بين سوء التسخين و الإصابات الرياضية لدى تلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية

هل توجد علاقة بين عدم صلاحية أرضية الميدان مراكز الإجراء والإصابات الرياضية أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية

هل توجد علاقة بين عدم حضور التلاميذ حصة التربية البدنية والرياضية والإصابات الرياضية

- فرضيات الدراسة:

وتمثلت فيما يلي:

(1) موهوبي عيسى: الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة برج بوعريش، 2007-2008.

الفصل التمهيدي:.....مدخل عام للدراسة

- توجد علاقة بين سوء التسخين والإصابات الرياضية لدى التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية
- توجد علاقة بين عدم صلاحية أرضية مراكز الإجراء وإصابات التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية
- توجد علاقة بين عدم حضور التلاميذ حصة التربية البدنية والرياضية وإصابتهم أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية
- الهدف من الدراسة:
- ✓ محاولة التعرف على أنواع الإصابات التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية
- ✓ محاولة معرفة الأماكن المعرضة للإصابة عند التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية
- ✓ معرفة المنافسة الرياضية التي يتعرض من خلالها التلاميذ للإصابة أكثر من غيرها أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية.
- منهج الدراسة:
- تم استخدام المنهج الوصفي.
- عينة الدراسة:
- تكونت عينة الدراسة من 120 تلميذ.
- تقنيات الدراسة: استخدمت الدراسة عدة أدوات في قياس مدى صحة هذه الفرضيات وتتمثل في الملاحظة، المقابلة، الاستبيان
- الأساليب الإحصائية: اعتمدت الدراسة في شقها الميداني على النسب المئوية ومعامل بيرسون
- أهم نتائج الدراسة:
- توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- ✓ اغلب الإصابات التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية هي الجروح والخدوش والتشنجات والالتواء.
- ✓ الأماكن المعرضة بكثرة للإصابات عند التلاميذ هي الكاحل والركبة والخذ.

- ✓ المنافسة الرياضية التي من خلالها يتعرض التلاميذ للإصابة أكثر هي منافسة سباق النصف الطويل خاصة الإناث وكذلك منافسة الوثب الطويل
- ✓ أما عن إقبال التلاميذ على ممارسة حصة التربية البدنية والرياضية فقد بينت النتائج إلى أنها ليست بالمستوى المقبول والسبب حسب رأي الأساتذة يعود إلى أن نقطة مادة التربية البدنية والرياضية خلال الموسم الدراسي لا تحتسب مع نقطة البكالوريا الرياضية.

7-3- دراسة داود سفيان: مذكرة لنيل شهادة الماستر - 2015/2014-

- عنوان الدراسة: علاقة التحضير البدني في الوقاية من الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم - صنف أكابر - (1).

- إشكالية الدراسة:

انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي الذي مفاده:

هل التحضير البدني علاقة في الوقاية من الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف أكابر.

- فروض الدراسة:

وتمثلت فيما يلي:

- الفرضية الرئيسية:

نقص التحضير البدني يؤدي إلى إصابة لاعبي كرة القدم.

- الفرضيات الفرعية:

✓ إن الإعداد البدني الجيد يخفف من الإصابات الرياضية التي يتعرض لها لاعب كرة القدم.

✓ اغلب الإصابات الرياضية عند لاعبي كرة القدم راجعة إلى نقص الإعداد البدني.

✓ إن توفر الوسائل المادية في الأندية يقلل من إصابة اللاعبين.

✓ سوء التخطيط البرنامج التدريبي السنوي والشهري يؤدي إلى حدوث الإصابات.

(1) داود سفيان: علاقة التحضير البدني الوقاية من الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم - صنف أكابر - ، دراسة ميدانية لنادي نجم بئر اغبالو الجهوي الثاني ،دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص تدريب رياضي نخبوي، جامعة امحمد اولحاج، البويرة 2014-2015.

- الهدف من الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على ما يلي:

✓ العلاقة الموجودة بين التحضير البدني والوقاية من الإصابات الرياضية

✓ التعرف على أهم الإصابات الرياضية وأسبابها وأماكن حدوثها عند لاعبي كرة القدم

صنف أكابر وكيفية الوقاية منها.

- منهج الدراسة:

تماشياً مع طبيعة الدراسة اتبع المنهج الوصفي.

- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 24 لاعب في كرة القدم لنادي نجم بئر غبالو.

- تقنيات الدراسة :

استعمل الاستبيان الموجه للاعبين.

- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة في شقها الميداني على المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري ومعامل الارتباط لبيرسون.

- أهم نتائج الدراسة:

✓ الإعداد البدني المبني على أسس علمية يقلل من الإصابات

✓ الإعداد البدني الجيد يقلل من الإصابات

✓ الإعداد البدني مهم لتحقيق النتائج الايجابية.

7-4- دراسة قادة بن سلطان أيوب: مذكرة ماستر 2015/2016

- عنوان الدراسة: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية في كرة القدم لدى لاعبي اندية ولاية عين

الدفلة⁽¹⁾.

- إشكالية الدراسة:

انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي الذي مفاده:

(1) قادة بن سلطان أيوب: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية في كرة القدم لدى لاعبي أندية ولاية عين الدفلة، دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص تدريب رياضي تنافسي، جامعة عين الدفلة ، 2015-2016.

ماهي الإصابات الرياضية الشائعة في كرة القدم لدى لاعبي أندية ولاية عين الدفلة

- فروض الدراسة:

وتمثلت فيما يلي:

- الفرضية الرئيسية:

تعتبر إصابات الجهاز العضلي هي الأكثر شيوعا بين لاعبي كرة القدم لأندية ولاية عين الدفلة

- الفرضيات الفرعية:

✓ هناك عدة عوامل تسبب الإصابات بين لاعبي كرة القدم لولاية عين الدفلة.

✓ تختلف أنواع الإصابات بين لاعبي كرة القدم في الأندية التي كانت محور الدراسة.

✓ يعتبر مفصل الركبة من أكثر أجزاء الجسم عرضة للإصابة عند لاعبي أندية كرة القدم لولاية عين الدفلة.

- الهدف من الدراسة:

✓ يتجه هدف البحث إلى معرفة أنواع وأسباب الإصابة في كرة القدم.

✓ معرفة أكثر أجزاء الجسم عرضة للإصابة في رياضة كرة القدم.

- منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي.

- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 48 لاعب من 6 أندية مختلفة.

- تقنيات الدراسة: استخدمت في هذه الدراسة الاستبيان موجه للاعبين.

- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة في شقها الميداني على النسب المئوية ومعامل كا².

- أهم نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ هناك علاقة ارتباطيه معنوية بين أنواع الإصابات ونوع الرياضة الممارسة سواء كانت جماعية او فردية.

✓ هناك علاقة ارتباطيه معنوية بين الأماكن الأكثر عرضة للإصابات الرياضية ونوع التخصص الرياضي حيث تختلف أماكن الإصابة باختلاف التخصص الرياضي.

5- 7 - دراسة صاحبي محمد أمين: مذكرة لنيل شهادة الماستر - 2017/2016

- عنوان الدراسة: أسباب الإصابات (الركبة، التمزق، التواء، الكاحل، الكسور) ومدى تأثيرها على الأداء المهاري (التسديد، المراوغة) لدى لاعبي كرة القدم - دراسة ميدانية على لاعبي اتحاد الشاوية⁽¹⁾.

إشكالية الدراسة:

انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي الذي مفاده:

ماهي أسباب الإصابات وما مدى تأثيرها على مستوى الأداء المهاري للاعبي كرة القدم -صنف أشبال-

فروض الدراسة:

وتمثلت فيما يلي:

الفرضية الرئيسية:

تؤثر الإصابات الرياضية على مستوى الأداء المهاري للاعبي كرة القدم صنف اشبال.

الفرضيات الفرعية:

✓ البعد عن التدريب والمنافسة بسبب الإصابة يقلل من اللياقة البدنية ويؤثر سلبا على الأداء المهاري.

(1) صاحبي محمد أمين: أسباب الإصابات (الركبة، التمزق، الالتواء، الكاحل، الكسور) ومدى تأثيرها على الأداء المهاري (التسديد المراوغة) لدى لاعبي كرة القدم - دراسة ميدانية للاعبي كرة القدم نادي اتحاد الشاوية، دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية ، تخصص تحضير وتدريب بدني، جامعة العربي بن مهيدي، 2016-2017.

✓ الخوف من الإصابة أو تكرار الإصابة له تأثير في تدني مستوى الأداء لمهاري
✓ عدم الاستشفاء من الإصابة وإكمال عملية التأهيل واستعادة التوافق الحركي يؤثر سلبا على
الأداء المهاري.

✓ تنسب أسباب الإصابات الرياضية (الكسور، التمزقات، التواء الكاحل) إلى عوامل داخلية
وخارجية.

- الهدف من الدراسة:

يتجه هدف البحث غلى التعرف عن بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعب كرة القدم وتسلط الضوء
على مدى تأثيرها على أداءه ومردوده أثناء المنافسة

- منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي.

- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 25 لاعب كرة القدم لفريق إتحاد الشاوية.

- تقنيات الدراسة: استخدمت في هذه الدراسة الاستبيان

- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة في شقها الميداني على النسب المئوية ومعامل بيرسون.

- أهم نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ تؤثر الإصابات الرياضية على مستوى الأداء المهاري للاعبي كرة القدم -صنف أشبال-
✓ البعد عن التدريب والمنافسة بسبب الإصابة يقلل من اللياقة البدنية ويؤثر سلبا على الأداء
المهاري.

✓ الخوف من الإصابة وتكرار الإصابة له تأثير في تدني مستوى الأداء المهاري.

- ✓ عدم الاستشفاء من الإصابة وإكمال عملية التأهيل واستعادة التوافق الحركي يؤثر سلبا على الأداء المهاري.
- ✓ أسباب الإصابات الرياضية (الكسور، الركبة، الالتواء الكاحل) تتسبب إلى عوامل داخلية وعوامل خارجية.
- ✓ العوامل البدنية تؤثر بنسبة كبيرة مقارنة مع العوامل النفسية في حدوث الإصابات عند لاعبي كرة القدم.
- ✓ الإحماء الغير كاف والتدريب الزائد العاملين الرئيسيان في حدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف الأثبال.

8- التعقيب على الدراسات السابقة:

من البديهي والمعروف ان الدراسة العلمية والبحث العلمي على وجه الخصوص يتسم بطابعه التراكمي، فما من دراسة او بحث الا وجاءت بعده دراسات وبحوث عديدة قد تناولت هذه المواضيع بالشرح والتحليل، ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة والمثابفة لموضوعنا "الاصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد " صنف اكابر وجد ان كل الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي بأدوات مختلفة متمثلة في الاستبيان، اختبارات ومقاييس.

وقد أفادت هذه الدراسات في: ضبط الفرضيات، تحديد المنهج، تحديد أدوات البحث.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإصابات الرياضية وأنواعها

تمهيد:

لعلم الإصابات الرياضية أهمية قصوى حيث يلقي الضوء على أنواع الإصابات الرياضية التي تصيب اللاعب في كافة الأنشطة الرياضية ودرجة الإصابة والطرق والوسائل المختلفة التي تساعد على التقليل من حوادث الإصابات، وذلك بالتعرف على أسبابها وما يجب أن يتبع من وسائل إسعافية وعلاجية عند حدوث الإصابة ولا يقتصر على ذلك فقط بل يتعداه في وضع الإجراءات التي يمكن اتخاذها بعد حدوث الإصابة وتعتبر الإصابة من المعوقات الأساسية والتي تؤدي إلى هبوط مستوى الأداء البدني والمهاري، لذا وجب علينا أن نسلط الضوء في هذا الفصل على شرح وتعريف الإصابة الرياضية حسب شدتها ودرجاتها المختلفة، وأهمية التشخيص، الوقاية والعلاج ومدى أهميته لاسترجاع اللاعب إلى حالته الطبيعية والعودة إلى التدريب بعد الشفاء، كما يتم التعرف على مختلف الإصابات الرياضية الشائعة حسب مميزات وخصوصيات الرياضة سواء فردية أو جماعية ذات احتكاك مباشر أو غير مباشر.

1-1- تعريف الإصابة الرياضية:

الإصابة هي تعطيل أو إعاقة مؤثر خارجي لعمل أنسجة وأعضاء جسم الرياضي المختلفة وغالبا ما يكون هذا المؤثر مفاجئا وشديدا، مما ينتج عنه غالبا تغيرات وظيفية (فسيولوجية) مثل كدم وورم مكان الإصابة مع تغيرات لون الجلد وتغيرات تشريحية تحد من العمل الحركي للعضلة أو المفصل⁽¹⁾.

وتعرفها **سميعة خليل محمد** هي تعرض أنسجة الجسم المختلفة لمؤثرات خارجية أو داخلية تؤدي إلى إحداث تغيرات تشريحية وفسيولوجية في مكان الإصابة مما يعطل عمل أو وظيفة ذلك النسيج⁽²⁾.

كما يعرفها كذلك فراج عبد الحميد توفيق : بأنها تعطيل لسلامة أنسجة وأعضاء الجسم وأنها تعني تلف أو إعاقة سوء كان هذا التلف مصاحبا أو غير مصاحب بتهتك في الأنسجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير ميكانيكيا أو عضويا أو كيميائيا⁽³⁾ .

ويمكن تقسيم المؤثرات إلى:

مؤثر خارجي أي تعرض اللاعب إلى شدة خارجية كاصطدام اللاعب بزميله أو الأرض أو بالأدوات المستعملة في ذلك النوع من الرياضة.

مؤثر ذاتي أي إصابة اللاعب نفسه بنفسه نتيجة الأداء الفني الخاطئ أو عدم الإحماء أو أية أسباب أخرى.

مؤثر داخلي مثل تراكم حامض اللبنيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو فقدان الماء والأملاح⁽⁴⁾.

إذن فالإصابة هي تعطيل سلامة أعضاء وأنسجة الجسم المختلفة ونادرا ما تؤدي الحركة الخاطئة إلى حوادث الإصابة⁽⁵⁾.

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، دارالفكر العربي، القاهرة، 1998 ، ص22 .

(2) سميعة خليل محمد :الإصابات الرياضية، الأكاديمية العراقية الرياضية، بغداد، 2004 ، ص 5.

(3) فراج عبد الحميد توفيق:كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، ط1، 2004 ، ص18 .

(4) يراز علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، دار دجلة، عمان، الأردن، 2008، ص 85-86.

(5) إقبال رسمي محمد :الإصابات الرياضية وطرق علاجها، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2008، ص 01.

1-2- تقسيمات الإصابة الرياضية:

توجد عدة مدارس طبية تقسم الإصابات عامة وإصابات الملاعب خاصة إلى عدة مدارس تسهل شرح التشخيص وتنفيذ العلاج، ومن ذلك ما يلي:

1-2-1- تقسيمات حسب شدة الإصابة:

1-1-2-1- الإصابات البسيطة:

هي تلك الإصابات التي لاينتج عنها تهتكات كبيرة كما لا تؤدي أيضا إلى نقصان في الكفاءة العامة أو الكفاءة الرياضية للشخص وتبلغ نسبتها حوالي 90% ونذكر منها بعض الإصابات مثل النقص العضلي والسحجات والشد العضلي والملخ الخفيف (التمزق في أربطة المفاصل).

1-2-1-2- الإصابات المتوسطة:

هي التي ينتج عنها تأثيرات على الجسم كما تؤدي إلى نقصان من الكفاءة الرياضية التي يتسبب عنها نقص القدرة على مزاوله النشاط لفترة من الوقت بلغت نسبتها 9% مثل التمزق غير مصاب بكسور.

1-2-1-3- الإصابات الشديدة:

هي التي ينتج عنها تأثير حاد على الصحة العامة وتحتاج إلى إسعافها النقل إلى المستشفى وتأخذ وقتا طويلا لعلاجها وأحيانا يفقد المصاب بعدها القدرة على مزاوله النشاط الرياضي وقد ينتج عنها عجز يؤثر على النشاط العام مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو بخلع⁽¹⁾.

وبيين الجدول أدناه تصنيف الإصابات تبعا للشدة وكذلك الإجراءات اللازمة لكل منها:⁽²⁾

(1) إقبال رسمي محمد، مرجع سابق، ص 6.

(2) سميرة خليل محمد، مرجع سابق، ص 20.

جدول رقم (1-1): يبين تصنيف الإصابات تبعاً لشدتها.

تصنيف الإصابة	أعراضها	الإجراءات اللازمة إزاءها
الخفيفة	<p>1- لا يتأثر الإنجاز.</p> <p>2- ألم بعد التدريب.</p> <p>3- تصلب خفيف في منطقة الإصابة.</p> <p>4- لا يتغير لون المنطقة.</p>	<p>1- تقليل فترات التدريب.</p> <p>2- تخفيف الجهد على المنطقة المصابة.</p> <p>3- الراحة والعلاج الأولي.</p> <p>4- التمرين التدريجي للوصول إلى الأنشطة بشكل تام.</p>
المتوسطة	<p>1- تؤثر على الإنجاز.</p> <p>2- ألم قبل وبعد الفعالية.</p> <p>3- منطقة الإصابة تلين قليلاً.</p> <p>4- تورم خفيف.</p> <p>5- تغير طفيف في لون المنطقة المصابة.</p>	<p>1- إراحة المنطقة المصابة.</p> <p>2- عدم إجهاد المنطقة المصابة وتحاشي تمرينها</p> <p>3- الراحة مع العلاج الأولي</p> <p>4- الرجوع التدريجي للأنشطة بشكل تام.</p>
الشديدة	<p>1- ألم مستمر قبل وأثناء وبعد وبعده التمرين.</p> <p>2- يتأثر الإنجاز بسبب شدة الألم.</p> <p>3- تتأثر الأنشطة اليومية لشدة الألم.</p> <p>4- تورم.</p> <p>5- تغير واضح في اللون.</p> <p>6- تتأثر الحالة الطبيعية بسبب الألم.</p>	<p>1- التوقف عن مشاركة الأنشطة الرياضية بشكل تام.</p> <p>2- مراجعة الطبيب.</p>

1-2-2-1- تقسيمات حسب درجة الإصابة:

1-2-2-1 إصابة الدرجة الأولى:

يقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي تعيق اللاعب أو تمنعه من تكلمة المباراة وتشمل حوالي 80-90% من الإصابات مثل السحجات والرضوض والتقلصات العضلية.

1-2-2-2 إصابات الدرجة الثانية:

يقصد بها الإصابات متوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 8% مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

1-2-2-3 إصابات الدرجة الثالثة:

يقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها. ويبين الجدول الموالي أنواع وتقسيمات درجة الإصابة الرياضية.

جدول رقم (1 - 2) يمثل تدرج الإصابة الأكثر حدوثا على مستوى الأنسجة.

المرض النسيجي	العلامات	الأعراض	التدرج
تغيرات التهابية	ألام موضعية بسيطة	الألم بعد الجهد	1
التهاب النسيج المصاب مع شمول التراكيب قد تكون التصاقات.	ألم موضعي مع الجهد الحركي البسيط عند لاختبار	الم في البداية واختفاء الألم عند بداية الفعالية مع الإحماء وتعود للظهور بعد الفعالية	2
تغيرات التهابية واسعة، وتكوين ندبة التهابية وقد يكون تقلصا.	الم موضعي، فقدان الحركة ربما تلف العضلة.	ألام مستمرة وتتفاقم مع أي فعالية وبالتالي توقفها.	3

1-2-3- تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة):

- إصابات مفتوحة مثل الجروح والحروق.
- إصابات مغلقة مثل التمزق العضلي، والرضوض والخلع وغيرها من الإصابات غير المصحوبة بجرح أو نزيف خارجي.

1-3- التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة:

عند الإصابة تتحطم التراكيب الآتية (الألياف العضلية، الأنسجة الرابطة، الأعصاب الأوعية الدموية، وغيرها) ولذا تطرح الفضلات الخلوية نتيجة عملية الهدم، ولتعريف الجسم بحدوث إصابة ولغرض البدء بعملية رفع هذه المخلفات والتخلص منها بطرحها خارجا.

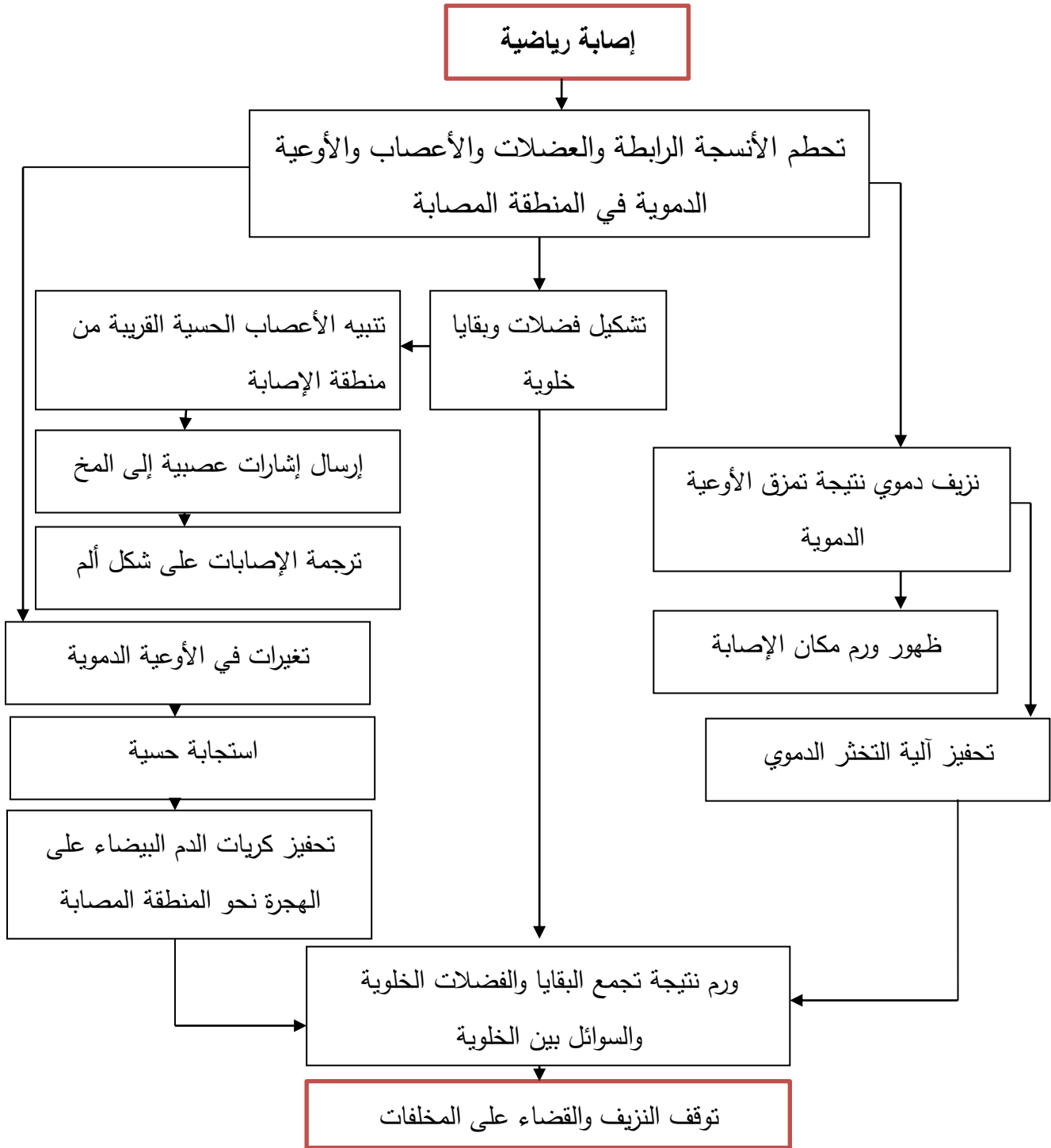
يرافق الإصابة نزف نتيجة تمزق الأوعية الدموية مما يحدث تورم المنطقة المصابة (ولكنه غالبا ما يكون قصير الأمد وذلك لأن ميكانيكية التخثر تعمل على غلق الأوعية الممزقة وتوقف النزف)، وتدعى كتلة المخلفات الدموية والخلوية (بالتورم الدموي) ويولد هذا التورم ضغطا على مساحة أكبر تتجاوز منطقة الإصابة مما قد يحدث استجابات خارجية كالخدر والغثيان ... وفي الوقت نفسه تحصل عدة تغيرات حيث تقوم الأعصاب في المنطقة المصابة بإرسال الإيعازات للدماغ ليفسر ذلك على شكل ألم (ويعد الألم حماية للمنطقة المصابة حيث عند الشعور به تتم معالجة الإصابة)، فضلا عن ذلك ترافق الإصابة تقلصات في بعض العضلات مما يسبب التشنجات فيها وفي نفس الوقت يحدث تثبيط في عمل عضلات أخرى مما يؤدي إلى انخفاض القوة العضلية وتحديد حركتها⁽¹⁾.

كما أن هناك استجابات حسية أخرى تحدث من أجل التخلص من الورم الدموي حيث تحدث عدة تغيرات في الأوعية في المنطقة المصابة والمحيطة 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 لقلّة جريان الدم في الأوعية الممزقة وبذلك يقل الأوكسجين في الخلايا القريبة من الإصابة (خارج منطقة الإصابة) إذ أن تجهيز الخلايا القريبة بالأوكسجين أقل من المطلوب، وعند استمرار

(1) سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، جامعة بغداد ، 2008، ص22.

ذلك لفترة طويلة فإن هذه الخلايا ستموت ويحدث ما يسمى (بالإصابة الثانوية) بسبب قلة الأوكسجين وهذا يتسبب في تهديم أنسجة أخرى وبذلك تزداد مساحة المنطقة المصابة⁽¹⁾.

شكل تخطيطي رقم (1-1) يوضح أهم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة الرياضية



(1) سميرة خليل محمد : الإصابات الرياضية ، جامعة بغداد، 2004، ص 17-18.

1-4- الأعراض العامة للإصابات الرياضية:

لا تخلوا أي إصابة من مجموعة من الأعراض وفيما يلي الأعراض التي يمكن أن تتضمن بعض منها معظم الإصابات الرياضية:

- فقدان الوعي، أي لا يستجيب المصاب للمؤثرات الخارجية بطريقة طبيعية، أو لا توجد استجابة على الإطلاق لمدة عشرة ثواني.
- أعراض عصبية خدر تتمثل (مظاهر إصابات الأعصاب).
- الألم في الجزء المصاب أثناء السكون والحركة ضمن المدى الطبيعي أو عند الحالتين أو الألم عند الضغط على مكان الإصابة أو عند تحرك المفصل في المدى الطبيعي إيجابيا وسلبيا.
- تورم في مكان الإصابة نتيجة النزف الدموي الداخلي أو الخارجي مع حدوث تشوه في مكان الإصابة نتيجة التورم أو إزاحة الأنسجة المصابة من مكانها الطبيعي.
- عدم القدرة على التحرك، أو تحدد حركة مكان الإصابة، أو عدم القدرة على المشي أو الحركة الطبيعية وعدم تحمل وزن الجسم (خاصة عند إصابات المفاصل).
- عدم ثبات الجزء المصاب (حركة غير طبيعية خاصة في حالة الكسور) أو سماع أصوات عند خروج العظم من مكانه كما في الخلع⁽¹⁾.

1-5- تشخيص الإصابات الرياضية:

إن عملية تشخيص الإصابات الرياضية تستمر على القمة الهرمية لأهمية الطب الرياضي ولكل من له علاقة بذلك من معالجين ومدربين وحتى الرياضيين أنفسهم، إذ بقدر تفهم طبيعة الإصابات الرياضية يمكن العمل على الحماية منها ووقايتها.

إن عملية التشخيص هي الخطوة الأولى لسلسلة من الخطوات التي يتم بواسطتها علاج الإصابات الرياضية، إن المعلومات التي تستقى من خلال عملية التشخيص تقدم الأسس الرئيسية المهمة لاتخاذ القرارات بالعلاج الطبي وما يتبعها من عمليات إعادة التأهيل، وعملية التشخيص هي حجر الزاوية بالنسبة للمعالجين الرياضيين وأخصائي الطب الرياضي⁽²⁾.

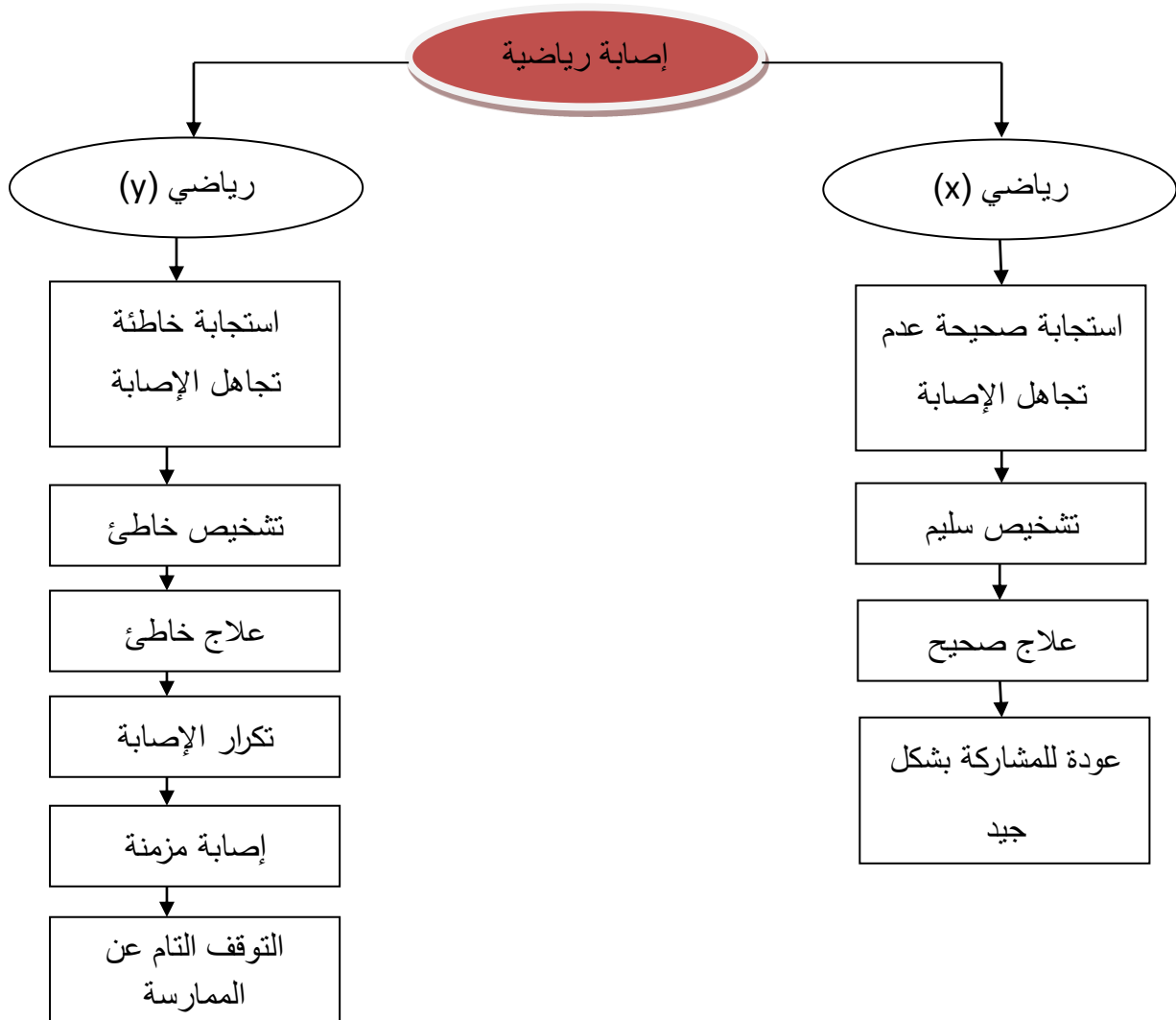
(1) سميرة خليل محمد، مرجع سابق، ص23-24.

(2) فريق كمونة : موسوعة الإصابات الرياضية وكيفية التعامل معها، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان، 1، 2002، ص21.

حيث يتميز الرياضي بسرعة الاستجابة بكل ما يتعلق بالإصابة انطلاقاً من الأعراض ثم التشخيص وصولاً إلى العلاج وإعادة التأهيل وذلك سعياً منه إلى العودة لممارسة الأنشطة البدنية، وهناك بعض الرياضيين لا يستجيبون بالشكل الصحيح فتجدهم يتجاهلون الإصابة الرياضية رغبة منهم في الاستمرار في ممارسة تلك الأنشطة وعدم الانقطاع عن التدريب مما ينتج عنه تكرار للإصابة وتحولها من الحالة الحادة إلى الحالة المزمنة.

والمخطط التالي يوضح مدى أهمية الاستجابة الصحيحة من طرف اللاعب من أجل التشخيص السليم للإصابة الرياضية.

شكل تخطيطي رقم (1 - 2) يوضح أهمية الاستجابة الصحيحة من طرف اللاعب في التشخيص السليم للإصابة الرياضية.



1-6- مضاعفات الإصابة المرضية:

نوجز بعض المضاعفات التي قد تحدث من جراء الإصابات الرياضية إن لم يتم تقديم العلاج المباشر والصحيح فيما يلي:

1-6-1- إصابات مزمنة:

قد تتحول الإصابة العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوافر لها العلاج المناسب مثل الخلع المتكرر لمفصل الكتف لدى حراس المرمى في كرة القدم.

1-6-2- العاهات المستديمة:

وذلك إذا ما حدث خطأ في توقيت أو تنفيذ العلاج الطبي.

1-6-3 - تشوهات بدنية:

وتنتج من جراء ممارسة أنواع معينة من الرياضات بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب، أو كنتيجة للممارسة غير العلمية لكل الرياضات مثل النحافة والضعف البدني للأطراف العليا لدى لاعبي كرة القدم.

1-6-4- قصر بالعمر الرياضي الافتراضي للاعب:

يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتتضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملاعب⁽¹⁾.

1-7- التوزيع الموسمي للإصابات:

تعتبر غالبية الإصابات التي تحدث في المجال الرياضي تختلف عن تلك التي تحدث في الحياة العامة وكذلك عن تلك التي تحدث في الحياة الصناعية، ولكن هناك العديد من الإصابات التي تعتبر متخصصة للعبة معينة ومن النادر حدوثها في لعبة أخرى أي أنها إصابات مرتبطة بالرياضة معينة.

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص15.

وتعتبر الإصابة كما ذكرنا هي ناتج تعرض الجسم أو جزء من الجسم إلى قوة تزيد عن قدرة تحمل الجسم، فإن إصابات الملاعب يمكن تقسيمها إلى إصابات أول الموسم إصابات أثناء الموسم الرياضي وأيضا إصابات آخر الموسم والتصنيف المتخصص يصنف حسب نوعية الإصابة وأسباب حدوثها:

1-7-1- إصابات أول الموسم:

إن فترة المنافسة التي تلي فترة الراحة الطويلة تمتلئ بالإصابات الرياضية وهو ما يسمى بإصابات أول الموسم والسبب العلمي في تلك أن الرياضيين عقب حصولهم على فترة راحة طويلة ويعودون إلى الملاعب في حالة استرخاء وضعف عضلي نسبي مع قلة مرونة المفاصل والأربطة ويترتب على ذلك هبوط كفاءة اللاعب المهارية والحركية ولياقته البدنية إلى جانب زيادة وزن اللاعب زيادة ملحوظة مما يساعد على تأخير رد الفعل عند اللاعب نتيجة لثقل وزن الجسم مما يساعد على زيادة معدل الإصابات لذلك يجب الاهتمام بالتخطيط العلمي لبرامج التدريب وأسلوب توزيع فترات التدريب ومراحله على مدار السنة ومتابعة أوزان اللاعبين وضرورة تقنين جرعات التدريب مع مراعاة الفروق الفردية بين اللاعبين وإتباع أسلوب التدرج في التدريب وملاحظة آثار التدريب على اللاعبين، و كلما زاد الاهتمام بفترات الإعداد كلما قلت الإصابات في بداية الموسم.

ويمكننا أن نوجز أسباب إصابات أول الموسم في ما يلي:

- 1- عدم الاهتمام بالكشف الطبي على اللاعبين في بداية الموسم وأثناء الموسم وقبل المباراة
- 2- عدم الاهتمام بالراحة الإيجابية في نهاية الموسم السابق، فاللاعب يتوقف نهائيا عن بذل أي جهد مما يسبب ضعفا في العضلات وعدم مرونة في المفاصل مما يقلل من مستوى الكفاءة في العمل.
- 3- زيادة وزن اللاعب نظرا لاستمراره في فترة الراحة في تناول نفس كميات ونوعيات الأغذية التي كان يتناولها أثناء التدريب العنيف مما يزيد العبء على الأجهزة المختلفة ولا سيما الجهاز العضلي والمفصلي مما يعرض اللاعب للإصابة.
- 4- عدم التدرج في بذل الجهد.

1-7-2- إصابات أثناء الموسم:

تزداد الإصابات أثناء المنافسات بصورة كبيرة حتى أن معدل حدوثها من الممكن أن يطيح بأي فريق وجعله في المؤخرة وذلك للإعداد السيئ في بداية الموسم وعدم مراعاة برامج الأمن الرياضي⁽¹⁾

1-8- الأسباب العامة للإصابات الرياضية:

تختلف نوع الإصابة باختلاف نوع الرياضة، فإصابات الألعاب الفردية تختلف عن إصابات الألعاب الجماعية كما تختلف في الرجال منها في النساء وكذلك في الألعاب ذات الاحتكاك المباشر عنها في الألعاب التي ليس فيها مثل هذا الاحتكاك، كما تختلف الإصابة باختلاف طبيعة الأداء في اللعبة فمثلا إصابات الطرف السفلي في كرة القدم أكثر من إصابات الطرف العلوي وهكذا، وكلما زاد مستوى المنافسة كلما زاد احتمال حدوث الإصابة، كما أن الإصابة تختلف تبعا لكفاءة اللاعب البدنية حيث كلما قلت زادت احتمالية إصابته وتلعب الحالة النفسية والثقافية الرياضية دورا مهما في احتمالية الإصابة⁽²⁾.

وفيما يأتي أهم أسباب الإصابات الرياضية:

1-8-1- التدريب غير علمي:

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

- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها اللياقة البدنية الخاصة واللياقة المهارية والخطية.

- 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 تدريب المجموعات العضلية تتطلبها طبيعة الأداء وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما قد يسبب إصابته.

(1) إقبال رسمي محمد، مرجع سابق، ص 27-28-29.

(2) بزاز علي كوجل، مرجع سابق، ص 88.

– 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 لاعب 100 % من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30 % من مستواه وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرّب تدريب عنيف في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة. كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحمل التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب حيث أنه من المفضل تناسب شدة وحجم الحمل تناسب عكسيا⁽¹⁾.

– عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

ويقصد بالإحماء الكافي لأداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم، وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج في التدريب على اختلاف مراحلها تجنباً لحدوث الإصابات وعملية الإحماء هي تهيئة اللاعب بدنيا ونفسيا عن طريق مجموعة من التمارينات المتغيرة في الحجم والشدة والتكرار، والمختارة اختيارا دقيقا، وتعمل على رفع درجة استعداد الجسم الفسيولوجية للعمل بكفاءة مثل بدء المنافسة مباشرة والتي تتناسب مع شدة المجهود المبذول لتحقيق أقل النتائج حيث يعمل على رفع درجة حرارة الجسم مما يزيد من كفاءة عمل العضلات كما يعمل على إعداد القلب والدورة الدموية والتنفسية المقبل دون حدوث الإصابة⁽²⁾.

1-8-2- مستوى المنافسة:

قد تمكن عوامل بعض الإصابات البدنية الرياضية في شدة وعنق المنافسة الرياضية أو طبيعة الملاعب الرياضية التي تتميز بصلابتها بالإضافة إلى شدة الاستثارة التي تنتاب بعض اللاعبين كنتيجة للدافعية المغالى فيها ومحاولة الفوز بأية وسيلة لارتباط ذلك بمزيد من الحوافز والبواعث المادية والمعنوية المتنوعة للاعبين⁽³⁾.

إذا كلما زادا مستوى التنافس كلما زاد احتمال تعرض اللاعبين للإصابة، وإصابات المنافسات النخبوية تكون أكثر وأشد مقارنة بإصابات منافسات الدرجة الأولى أو الثانية في الأقسام المحلية كما أن مستوى التنافس في المباريات الودية يختلف عنه في المباريات التصيرية التي لا مجال فيها للخسارة.

(1) أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1998، ص24-25-26.

(2) مهند حسين البشناوي، احمد إبراهيم الخوجا: مبادئ التدريب الرياضي، دار وائل للنشر، ط1، 2005، ص327.

(3) محمد حسن علاوي : سيكولوجية الإصابة الرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1998، ص14.

1-8-3- عدم التقيد بنتائج الفحوص والاختبارات الطبية:

قبل إجراء المباراة يخضع كل اللاعبين للفحوص والاختبارات الطبية وتعرض كل النتائج على المدرب المؤهل وأخصائي الطب الرياضي، بالإضافة إلى الأخصائي النفسي وذلك قصد الوقوف على مدى استعداد اللاعبين بدنيا ونفسيا للأداء الجيد ليتم بذلك تفادي مشاركة اللاعبين غير المؤهلين الذين يكونون عرضة للإصابات فيما لو تم إقحامهم.

عند تولي الطبيب الرعاية الخاصة بفريق ما تتضح مسؤولياته تجاه اللاعب المدرب والإداري والمسؤولين معه عن الفريق ومن الضروري إخطار اللاعب الموضوع تحت العلاج بحدود هذه المسؤولية مع الإقرار بعدم إفساء أي أسرار مهنية طبية ويجوز أن يكون ذلك فقط للمسؤولين عن الفريق الإداري المدرب ويهدف تحديد اللياقة البدنية للاعب لتتضح إمكانية مشاركته في المسابقات أو المباريات التنافسية وليس لأي غرض آخر وفي هذا المجال يجب على الطبيب أن يقدم رأيه الموضوعي والمحدد بوضوح قدر الإمكان عن مدى لياقة اللاعب للاشتراك في التدريب و المنافسة⁽¹⁾.

1-8-4- مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة للأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع، حيث أن الحماس والشحن النفسي المبالغ فيه من طرف المدرب أو حتى من طرف وسائل الإعلام أو الجمهور ومحالة توجيه اللاعب إلى تعمد العنف والخشونة أثناء اللعب لتخويف المنافس من الأسباب التي قد تؤدي إلى إصابة المنافس أو اللاعب نفسه.

1-8-5- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

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

1-8-6- سوء المستلزمات الرياضية ومخالفتها شروط الأمن:

يقصد بها حالة الملاعب والأماكن التي تمارس فيها الرياضة، كذلك مواصفات الملابس والأحذية الملائمة لنوع الرياضة الممارسة.

(1) أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي: الطب الرياضي الطبيعي، مركز الكتاب للنشر، ط1، 1999، ص146.

أهم مظاهر الإخلال بقوانين وشروط الأمن:

- رداءة نوعية الأجهزة الرياضية والمعدات.
- سوء إعداد الأجهزة والمعدات وميادين اللعب وغيرها للتدريبات والمسابقات
- عدم تطابق الملابس الرياضية مع خصائص اللعبة التي يمارسها الرياضي أو عدم ملائمتها للظروف المناخية المحيطة.
- الحذاء غير المناسب.
- عدم استخدام الأجهزة الدفاعية اللازمة في أنواع الرياضات.

1-8-7- عدم مراعاة العوامل والظروف الجوية البيئية:

من خلال ممارسة الألعاب الرياضية والتدريب في ظروف مناخية قاسية وفي البيئات المختلفة (شديدة البرودة، شديدة الحرارة، الرطوبة، الأمطار والثلوج، الرياح) وكذلك عدم التأقلم الكافي للأماكن المرتفعة والمنخفضة عن مستوى سطح البحر، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على طريقة أداء اللاعب، مما يشكل جهداً إضافياً على الأجهزة الجسمية ويسبب إجهاد مبكر عند الرياضي وفقدان التوافق العضلي العصبي ويزيد من احتمال حدوث الإصابة⁽¹⁾.

1-8-8- استخدام اللاعبين للمنشطات:

المنشطات هي استخدام مختلف الوسائل الصناعية لرفع الكفاءة البدنية والنفسية للفرد في مجال المنافسات أو التدريب الرياضي مما قد يؤدي إلى حدوث ضرر صحي⁽²⁾.

1-9- سيكولوجية الإصابة الرياضية:

قد يتعرض الفرد سوءاً أثناء الممارسة الرياضية أو في غضون عمليات التدريب والمنافسة الرياضية لبعض المواقف التي ينتج عنها ما يمكن أن نطلق عليه الإصابة النفسية.

(1) سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، مرجع سابق، 2008، ص 15-16.

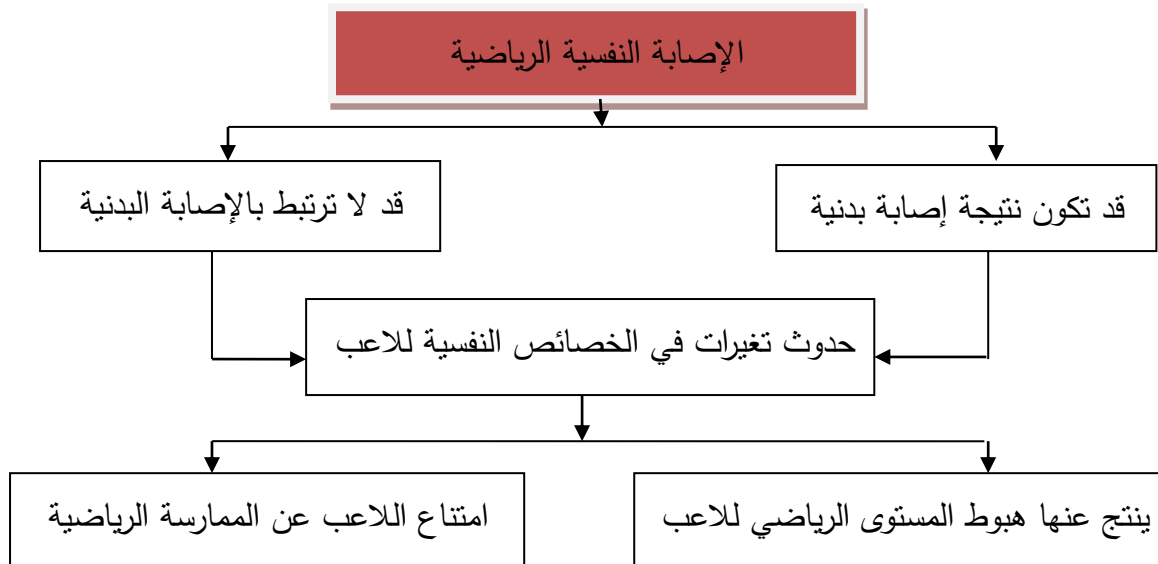
(2) أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي، مرجع سابق، ص 187.

1-9-1- مفهوم الإصابة النفسية في الرياضة:

يعرفها" محمد حسن علاوي "بأنها عبارة عن صدمة نفسية نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتبط بالمجال الرياضي والتي قد تسفر عن إصابة بدنية ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ويتضح أثرها في تغير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي وبالتالي هبوط مستواه الرياضي وفي بعض الأحيان انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية⁽¹⁾.

مما لاشك فيه أن هناك بعض اللاعبين الذين قد يتعرضون للصددمات النفسية كنتيجة لبعض المواقف التي تهددهم ببعض المخاطر والصعاب و دون ارتباطها المباشر بالإصابة البدنية. كما أن هناك بعض اللاعبين الآخرين الذين قد يتعرضون لمثل هذه الصدمات النفسية كنتيجة لبعض المواقف التي ينتج عنها الإصابات البدنية كالجروح، الكسور والتمزقات وغيرها أثناء الممارسة الرياضية. فإن الإصابة البدنية قد تكون عاملا من العوامل المساعدة على نشأة الصدمة النفسية لدى اللاعب الرياضي والتي تحتاج بالدرجة الأولى إلى الرعاية النفسية والتأهيل النفسي حتى يمكن للاعب العودة إلى سابق مستواه الرياضي بدلا من التأثير السلبي للصدمة النفسية على اللاعب وإجباره على الامتناع عن الممارسة الرياضية.

شكل تخطيط رقم (1-3) يوضح أسباب الإصابة النفسية الرياضية ونتائجها.



(1) محمد حسن علاوي، مرجع سابق، ص 17-19-20.

1-9-2- المظاهر النفسية للإصابة الرياضية:

أشار كل من "بتيتباس Petitpas" و " دانش Danis" (1995) و"شين مورف Murphy" (1995) وغيرهم إلى وجود العديد من المظاهر النفسية التي قد تؤثر على اللاعب الرياضي المصاب ومن بين هذه المظاهر النفسية المتعددة ما يلي:

- فقد الهوية:

عندما يدرك اللاعب الرياضي المصاب بأنه سوف ينقطع عن التدريب الرياضي والاشتراك في المنافسات الرياضية وما قد يرتبط بهذه العوامل من فقدته للمزايا المعنوية والمادية التي كان يحصل عليها فإنه قد يشعر بأنه فقد جزءا عزيزا وغاليا على نفسه أي قد يشعر بأنه قد فقد هويته، وهو الأمر الذي قد يؤثر بصورة واضحة على مفهومه لذاته وتقديره لنفسه⁽¹⁾.

- الخوف والقلق:

يعتبر القلق أحد الانفعالات الهامة، وينظر إليه على أساس أنه من أهم الظواهر النفسية التي تؤثر على أداء الرياضيين، وإن هذا التأثير قد يكون إيجابيا يدفعهم لبذل المزيد من الجهد، أو بصورة سلبية تعوق الأداء⁽²⁾.

فعندما يصاب اللاعب الرياضي بإصابة رياضية فإنه يشعر بمستويات من الخوف والقلق وتودر في ذهنه أفكار سلبية عن عدم إمكانية شفاؤه، وفي حالة استمرار فترة عدم اشتراكه في التدريب الرياضي والمنافسات الرياضية فإن هذه الفترة تكون بمثابة حقا خصباً للأفكار المرتبطة بالخوف والقلق سواء القلق البدني أو القلق المعرفي.

ويتضمن الخوف حالة من حالات التوتر تدفع بالفرد الرياضي إلى محاولة الهرب من المواقف التي تؤدي إلى استثارة الخوف، وبذلك تصبح هذه المواقف ذات جاذبية سلبية يسعى الفرد إلى محاولة الابتعاد عنها، أو عدم التصدي لها واختلاف المعاذير للهرب منها.

(1) محمد حسن علاوي، مرجع سابق، ص 30-32.

(2) أسامة كامل راتب، علم نفس الرياضة، مرجع سابق، 338-339.

– مظاهر سوء التكيف مع الإصابة:

- قد تظهر على اللاعب الرياضي المصاب بعض المظاهر الدالة على سوء التكيف مع الإصابة الرياضية والتي يمكن تلخيص أعراضها كما يلي:
- الشعور بالغضب والارتباك والحزن العميق وأحيانا عدم المبالاة.
- الانشغال الدائم بالسؤال عن موعد شفائه وموعد عودته لاستئناف التدريب والاشتراك في المنافسات.
- التفكير في أنه قد يصاب مرة أخرى في حالة شفائه من إصابته الحالية.
- إحساسه بالشعور بالذنب لابتعاده عن فريقه أو عن الاشتراك في المنافسات وخاصة في حالة حدوث بعض الهزائم لفريقه.
- الاعتماد التام على الفريق المعالج له دون بذل المزيد من الجهد للمساعدة أو المعاونة.

– نقص الثقة بالنفس:

- يعتبر النجاح والفشل جزءا من الرياضة، والرياضيون ذو الثقة في النفس يعرفون هذه الحقيقة، ويتعاملون معها بقدر كبير من الواقعية، ولكن الرياضيين الذين تعوزهم الثقة في النفس يخافون من الفشل بدرجة كبيرة مبالغ فيها لدرجة أنهم يسهل خوفهم، ومن ثم ينعكس ذلك في سلوكهم وأدائهم⁽¹⁾.
- ترتبط الإصابة الرياضية باستجابات نقص الثقة بالنفس ونقص في تقدير اللاعب لذاته وقدراته، و بالتالي هبوط في مستوى الدافعية.

– إدراك الألم:

- يعتبر الألم المصاحب للإصابة حقيقة واقعة تفرض نوع من التحدي للمصاب إذ يجب عليه مقاومة الألم وتجاوزه.

إن الألم الذي يشعر به الرياضي المصاب لا يرتبط بدرجة كبيرة بشدة الإصابة بقدر ما يرتبط بانعكاس لمفهوم ومعنى الألم بالنسبة له⁽²⁾.

(1) أسامة كامل راتب، مرجع سابق، ص 338 – 339.

(2) علي جلال الدين: الإصابة الرياضية "الوقاية والعلاج"، القاهرة، ط 1، 2005، ص 68.

1-10- الوقاية من الإصابات الرياضية:

تتم الوقاية من الإصابات الرياضية بالتعرف على خصائص الإصابات الرياضية ومسبباتها حتى يمكن تفادي حدوثها، علماً أن نسبة حدوث الإصابات في الألعاب مختلفة وأن لكل نوع من أنواع الرياضة الرياضة توجد احتمالات كبيرة أو ضئيلة لحدوث الإصابة، وتتوقف هذه الاحتمالات لحد كبير على تنظيم السبل الوقائية أثناء التدريبات أو في المنافسات، و للوقاية من الإصابات الرياضية لابد من إتباع بعض التعليمات لإبعاد خطر الإصابة التي يمكن تلخيصها فيما يأتي:

- عدم الإفراط في التدريب واستخدام الطرق التدريبية الملائمة لنوع النشاط و وفقاً للقابلية الفسيولوجية للمتدرب وقدراته البدنية.

- اختيار والفترات اللازمة للتدريب والراحة وتجنب الإرهاق.

- الاستمرار في التدريب وعدم الانقطاع الطويل بسبب الإصابة أو أي أسباب أخرى.

- أداء الإحماء بشكل ملائم وكافي لطبيعة المجهود البدني مما يسهم بشكل كبير في منع الإصابة.

- التقيد بقوانين اللعبة وإتباع تعليمات المدرب بدقة لأن ذلك يحمي الرياضي ويبعد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة.

- تطوير اللياقة البدنية والنفسية.

إن اللياقة البدنية تقلل من مخاطر التعرض للإصابة، وذلك عن طريق تأثيرها على العضلات والأربطة والمفاصل وكذلك زيادة التحمل العام الذي يمكن اللاعب من المشاركة طيلة فترة التدريب والمنافسة بدون تعب، كذلك اللياقة النفسية للاعب لها دور كبير في منع الإصابة لما لها من تأثير على الجهاز العصبي، واستجابة لنوع النشاط الممارس، لذلك لابد من الإعداد للمجهود الرياضي للوصول إلى المستوى الأمثل للياقة البدنية لأن مستوى اللياقة البدنية المنخفض لا يؤهل اللاعب بدنياً للمشاركة في الجهد بشكل فعال.

- إتقان المهارة: للمهارة أهمية كبيرة في توفير الأمان، لذلك فإن التدريب المهاري ليس وسيلة لتحسين

الأداء فقط وإنما لمنع الإصابة فهي تزيد من التحكم البدني والعصبي وتزيد من القدرة على تقدير

المواقف الحركية المختلفة وما يرافقها من أخطار ثم العمل على تلافيها.

- إتباع نظام غذائي متوازن مع الراحة الكافية... النظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع نوع النشاط الممارس له تأثيره في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب لاستعادة الشفاء من التدريب.
- استخدام الأدوات الآمنة والصالحة للاستعمال، وضرورة صيانة الأدوات والأجهزة المستخدمة باستمرار، ومهما كانت الأرضية يجب اختيار الأحذية المناسبة لنوع الرياضة وبذلك يمكن التقليل من أخطار الإصابات.
- إجراء فحوصا طبية شاملة ودقيقة قبل البدء بالتدريبات الرياضية والاعتناء بالصحة الشخصية والامتناع عن تناول المنشطات.

11-1- تأهيل اللاعب ما بعد الإصابة الرياضية:

- يعتبر علم التأهيل بالتمارين أحد فروع الطب الرياضي الحديث وهو النوع الذي يعمل على استعادة اللاعب ما قد يفقده من قدرة حركية مدارية نتيجة الإصابة، وبذلك تمتد فترة وجوده بالملاعب.
- ولتأهيل اللاعب بعد الإصابة تتعاون كثير من التخصصات، فعلى ضوء الفحوصات الطبية والتي تحدد نوعية التخصصات المطلوبة نجد أن أخصائي الطب في الرياضي والعلاج الطبيعي في مقدمة هذه التخصصات التي لا غنى عنها ضمن فريق التأهيل.
- ونقف برهة وجيزة لإلقاء الضوء على دور الطب الرياضي والعلاج الطبيعي لتأهيل اللاعب بعد الإصابة⁽¹⁾.

12-1- ماهية العلاج الطبيعي:

- طفرة كبيرة يشهدها مجال العلاج الطبيعي ارتبطت بالتقدم والتطور التكنولوجي في مجال الأجهزة والمعدات المتعددة والمتنوعة أسعدت العاملين في هذا المجال والهدف من وراء ذلك محاولة السيطرة والقضاء على آلام الرياضي والمساعدة في علاج الأمراض المزمنة، كذلك حمايته وتأهيله وإعادة تأهيله من الإصابات الرياضية وإعداده لبعده الجراحة⁽²⁾.

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص111.

(2) محمد عادل رشدي: العلاج الطبيعي أسس ومبادئ، منشأة المعارف، 2004، ص 7.

ولقد أظهر كثيرا من المهتمين بعلم وظائف الأعضاء والعلوم الطبية بمختلف تخصصاتها في كثير من أبحاثهم أهمية مزاوله التمرينات المقننة وأثرها على أجهزة الجسم الحيوية والتي تلعب دورا هاما في حياة اللاعب الرياضية وأدائه المهاري والمحافظة على التوافق العضلي العصبي للجهاز الحركي، الذي هو الأساس في الأداء الرياضي.

حتى نجني ثمرة فوائد التمرينات العلاجية نجد أن التطبيق العلمي لرسم البرنامج الحركي العلاجي طبقا لاحتياجات اللاعب ومتطلبات الإصابة، وكيفية تعليم المصاب وقابليته للتعليم، فهو الإحساس الذي نضمن به الوصول لهدفنا.

1-13-1- الإصابات الشائعة في كرة اليد:

تشتهر رياضة كرة اليد بنوعيات خاصة من إصابات الملاعب أهمها ما يلي:

1-13-1-1- إصابات الركبة:

إن مفصل الركبة عادة ما يوصف بأنه المفصل الأكبر والأكثر تعقيدا في الجسم البشري، وهو أيضا واحد من أكبر المناطق الجسمية تعرضا للإصابات خصوصا في المجال الرياضي وهو بهذا يكون 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 المتكرر⁽¹⁾.

1-13-1-1-1- كدم الركبة:

ينتج كدم الركبة عن السقوط المباشر على المفصل أو نتيجة صدمة مباشرة على المفصل.

أ- أعراض كدم الركبة:

تتلخص أعراض كدم الركبة في النقاط التالية:

(1) فريق كمونة: موسوعة الإصابات الرياضية وكيفية التعامل معها، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان، ط1، 2002 ، ص 235 .

- ألم شديد نتيجة تراكم السوائل بالمفصل.
- نزيف دموي في تجويف المفصل.
- يمكن أن ينشأ عن كدم الركبة التهاب الكيس الزلالي أمام الرضفي⁽¹⁾.

- ب - علاج كدم الركبة:

يتم علاج كدم الركبة وفق الخطوات التالية:

- عمل كمادات باردة على مفصل الركبة والركون إلى الراحة.
- الحد من النشاط الحركي حوالي 24 ساعة أو 48 ساعة على حسب شدة الإصابة ولا تستعمل الحرارة الموضعية أو التدليك أو التمرينات نهائياً إلى بعد 48 ساعة.
- عمل رباط ضاغط على المفصل المصاب.
- تدليك الكدم بالمراهم الطبية مثل مرهم هيمو كلار⁽²⁾.

1-13-2- التواء الركبة:

هو تمدد أو تمزق جزئي أو كامل في رباط أو أكثر من الأربطة السبعة التي تثبت مفصل الركبة والأربطة الخاصة، ويحدث التمزق في الأربطة تبعاً لميكانيكية الإصابة⁽³⁾.

أ-أسباب التواء الركبة:

التواء الركبة ناتج عن حركة غير عادية للمفصل أدت إلى زيادة العبء الواقع على الأربطة أو أن الأربطة حاولت أن تتصدى لهذا العبء الناتج عن تلك الحركة غير العادية وهنا بالطبع ونتيجة لذلك سوف تؤدي هذه الحركة إلى إصابة الأربطة التي اشتركت في تلك الحركات بدرجات مختلفة، وهذه الحركة من الممكن أن تكون من أي اتجاه التباعد، التقريب المد غير العادي للمفصل، دوران سواء ذلك للداخل أو للخارج أو للأمام أو الخلف، تترجح أو احتكاك أو معظم الحالات السابقة معاً⁽⁴⁾.

(1) علي جلال الدين، مرجع سابق، ص 206.

(2) زينب العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، ط4، 1995، ص 145.

(3) سميرة خليل محمد، مرجع سابق، 2008، ص88.

(4) محمد عادل رشدي: علم إصابة الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط 2، 1995، ص266.

ب- تصنيف التواء الركبة:

تصنف الالتواءات الركبية حسب شدتها إلى ثلاثة درجات هي:

- التواء الركبة من الدرجة الأولى: تمدد الأربطة أو تمزق في بعض الألياف و الأربطة.
- التواء الركبة من الدرجة الثانية: تمزق عدد كبير من الألياف العضلية.
- التواء الركبة من الدرجة الثالثة: تمزق كامل في الأربطة.

ج- أعراض التواء الركبة:

تختلف أعراض التواء الركبة حسب درجة الإصابة، وعموما فإن الأعراض المصاحبة لالتواء الركبة تكون كالتالي:

- الدرجة الأولى:

- تيبس بسيط مع ليونة المفصل في الداخل.
- قوة المفصل ومستواه الحركي لا تتأثر أكثر.
- تورم قليل.

- الدرجة الثانية:

- تيبس معتدل وعدم القدرة على تمطية الساق.
- عدم القدرة على وضع مقاومة عليها.
- عدم ثبات الساق.
- تورم قليل وقد يحدث ألام على طول المفصل في الداخل مع ضعف المفصل.

- الدرجة الثالثة:

- ألم موضعي وليونة داخل المفصل.
- فقدان الثبات في الجزء الداخلي للركبة (قد تتجه الركبة اتجاه ما).
- تورم معتدل إلى قليل.
- عدم القدرة على الحركة بشكل طبيعي.
- فقدان التوازن عند الحركة.

- يمكن ملاحظة فتحة داخل الركبة بين عظم الفخذ والشظية تحت الجلد (هذا بسبب فصل الأربطة للعظمتين إلى جزأين مفصولين)⁽¹⁾.

د- إسعاف التواء الركبة:

يتم إسعاف الركبة بإتباع الخطوات التالية:

- الراحة الكاملة.
 - حقن مكان الإصابة.
 - عمل ضغوط في مكان الإصابة.
 - استخدام كمادات باردة خاصة في البداية.
 - استخدام كمادات ساخنة فيما بعد.
 - لا يستخدم أي تثبيت للعضو المصاب.
- أما علاج التواء الركبة فيكون حسب درجة خطورة الإصابة⁽²⁾.

هـ- التمارين التأهيلية لمفصل الركبة:

من أهم أهداف التمارين التأهيلية لمفصل الركبة بعد الإصابة هي:

- تحسين وصول الدم إلى منطقة الإصابة، الذي يعمل على تعجيل فترة الشفاء.
- العمل على تلاقي الضمور في العضلة.
- العمل على تحسين حركة المفصل.

حيث أننا بأمس الحاجة للبقاء على قوة ولياقة اللاعب واستخدام جميع الوسائل من أجل عودة الرياضي إلى الملعب، وبأقصر وقت ممكن، ولذلك يجب علينا العمل مباشرة وبكل الطرق والوسائل والبدء بالتمارين التأهيلية وبالأخص إذا كانت الإصابة لا تستوجب العملية فبمجرد أن يزول الألم من مكان

(1) سميرة خليل محمد، مرجع سابق، ص 183.

(2) مرجع نفسه، ص 183.

الإصابة علينا المباشرة بالتمارين التأهيلية، لتأهيل الرياضي إلى الملعب ثانية وهذه الفترة على العموم لا تقل عن 48 ساعة⁽¹⁾.

1-13-2- إصابات اليد والأصابع في كرة اليد:

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

- كسر العظمة الزورقي بيد اللاعب.
- كسر سلميات اليد للاعب.
- خلع مفصل عظيمات الأصابع.
- خلع تمركي في إندغام أوتار العضلات الباسطة للأصابع⁽²⁾.

1-13-2-1- إصابات رسغ اليد:

إصابات رسغ اليد من الإصابات الشائعة في المجال الرياضي لدى الأطفال والبالغين، وتتميز إصابات الرسغ بأعراض خفيفة وغير خطيرة مما يصعب تشخيصها على نحو صحيح، لكن في المقابل نجد أن عواقبها خطيرة فيما لم تم إهمال علاجها.

1-13-2-1-1- التواء الرسغ:

التواء الرسغ إصابة شائعة الحدوث وخاصة في أنواع الرياضات التي تتطلب استعمال اليدين بكثرة ويرجع سبب هذه الإصابة غالبا إلى حركة مفصل الرسغ الزائدة عن مداه الطبيعي، كما أنها يمكن أن تحدث نتيجة لإصابة غير مباشرة مثل السقوط على راح اليد أو ظهر اليد أو نتيجة جسم ثقيل.

يصنف التواء رسغ اليد حسب شدته إلى خفيف ومتوسط وشديد:

- الالتواء الخفيف: وهو تمدد طفيف في الأربطة.
- الالتواء المتوسط: تمزق جزئي.

⁽¹⁾ إبراهيم رحمة محمد، فتحي المهشيش يوسف: إصابات الرياضيين، دار الكتب الوطنية، بنغازي، ط2، 2002.

⁽²⁾ أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999، ص 240.

– الالتواء الشديد: وهو تمزق كلي للأربطة.

ويتم علاج التواء الرسغ ب تثبيت المفصل برباط ضاغط لمدة (3-4 أسابيع) والعمل على تحريك الأصابع تفاديا لحدوث التيبس.

1-13-2-1-2- خلع رسغ اليد: وهو خروج عظام الرسغ من مكانها الطبيعي.

أ- أعراض خلع الرسغ: تتمثل أعراض خلع الرسغ في النقاط التالية:

– تشوه جانب اليد أو مفاصل الأصابع، ويبرز على شكل نتوء أو تورم.

– ألم والتهاب وليونة في منطقة الرسغ مع فقدان مجال الحركة.

ب- علاج خلع الرسغ: لعلاج خلع الرسغ يتوجب إتباع الخطوات الآتية:

– تثبيت الرسغ ورفع الذراع.

– أشعة لتأكد التشخيص.

– تمت المعالجة غير الجراحية بإعادة العظم المخلوع إلى مكانه ثم تجبير الرسغ (6-10) أسابيع.

– في حالة التمزق الشديد يبقى العظم غير مستقر مما يتطلب الجراحة.

– إعادة تأهيل الرسغ⁽¹⁾.

1-13-2-3- كسر رسغ اليد:

يعتبر الكسر من أهم إصابات رسغ اليد والكسر في مفصل رسغ اليد عادة يصيب تشخيص أعراضه حيث يمكن أن يكون الألام والورم غير واضح، ولهذا السبب في كثير من الأحيان يصعب تشخيص خاطئا ولم يعد الدواء والعلاج المطلوب.

وكذلك لا يظهر هذا في التصوير الشعاعي الكسر، كما يحدث عند كسر العظم الزورقي وهذا السبب يتطلب من الرياضيين الذين يتعرضون لمثل هذه الإصابات البحث عن طبيب اختصاصي لمعاينة ومعالجة مثل هذه الكسور.

(1) زينب العالم، مرجع سابق، ص 139-140 .

- التمارين التأهيلية بعد إصابة رسغ اليد:

إن من أهم التمارين التأهيلية بعد إصابة رسغ اليد، تلك التمارين التي تمتاز بقوة الأداء فيها، وكذلك محاولة تحريك العضو المصاب لأبعد مدى للحركة، وذلك يتطلب تطوير قوة ومرونة العضو المصاب، وينصح أن نبدأ بالتمارين التأهيلية بعد خمسة أيام من إجراء العملية، حيث لا بد من إجراء تمارين للرسغ والأصابع والساعد، وهذه التمارين هي:

- تمرين للمدى الحركي لمفصل الرسغ.

- القيام بالتقوية العضلية بشرط دون أن يكون هناك آلام⁽¹⁾.

1-13-3- إصابات مفصل الكتف:

إن إصابات مفصل الكتف ممكن أن تحصل نتيجة التدريبات المستمرة وحركة الكتف المستمرة كما فعاليات الرمي والقذف، وهي من الإصابات المتعارف عليها في المجال الرياضي، وتعد إصابات مفصل الكتف ولا سيما إصابات الاستخدام المفرط الناتجة عن الحركات المتكررة، وكذلك يمكن اعتبار الكتف من الإصابات الحادة، وذلك نتيجة تشخيص مثل هذه الإصابات في بعض الأحيان للصعوبة التشريحية في بناء وتكوين مفصل الكتف وللوظائف المتعددة التي يقوم بها مفصل 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 المفصل كل هذه العوامل مجتمعة تجعل تأهيل إصابة المفصل ليست سهلة ويمكن أن تطول فترة التأهيل إلى وقت ليس بالقصير.

وفيما يلي أهم الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الكتف:

1-13-3-1- خلع مفصل الكتف:

إن من أهم الإصابات الحادة في مفصل هو الخلع الذي يتم في مفصل الكتف وكذلك خلع رأس عظم الترقوة سواء الرأس الأنسي أو الوحشي، ويعتبر من الإصابات الشائعة⁽²⁾.

(1) إبراهيم رحمة محمد، فتحي المهشيش يوسف، مرجع سابق، ص 111-112-116.

(2) إبراهيم رحمة محمد، محمد فتحي المهشيش، مرجع سابق، ص 71.

1-13-3-2- كسور عظام مفصل الكتف:

إن من أهم العظام المكونة لفصل الكتف هي عظم العضد، عظم الترقوة، عظم لوح الكتف، هذه العظام مجتمعة تكون مفصل الكتف.

وتنقسم إصابات الكتف إلى ثلاثة أنواع من الإصابات طبقاً لدرجة شدة كل منها:

إصابات مفصل الكتف البسيطة: في هذا النوع البسيط من الإصابات تحدث تمزقات بسيطة بالأربطة التي تربط الترقوة بعظام الكتف، وهو شائع الحدوث في كرة اليد.

إصابات الكتف المتوسطة الشدة : في هذا النوع من الإصابات تحدث تمزقات كاملة في أربطة الكتف التي تربط الترقوة برأس عظمة الساعد وعظمة لوح الظهر، وتحدث أيضاً بصورة شائعة في كرة اليد.

إصابات الكتف الشديدة: هو النوع الخطر من الإصابات التي تحدث بصورة متكررة وشائعة في كرة اليد⁽¹⁾.

1-13-3-3- تمزق مفصل الكتف:

وهو أيضاً من الإصابات الشائعة لمفصل الكتف، حيث يكون التمزق للعضلة فقط وأحياناً للعضلة وأوتارها، وهناك إصابات تصيب الأنسجة الرقيقة لمفصل الكتف وهي إصابات تحمل في طياتها الألم الشديد، والنزف الداخلي في داخل محفظة المفصل.

1-13-3-4 - كدم مفصل الكتف :

وهو أحد أنواع الإصابات الكتفية الشائعة، ويكون الكدم على السطح الخارجي للمفصل ولا تشترك في هذه الكدمات الأربطة العضلية إلا قليلاً، ويمكن تطور الكدم إلى كدم مزمن مع استمرار الإصابة به مضاعفات تكرر الكدم هي الضرر الذي يصيب أربطة عضلة لوح الكتف واتصالها بعظم العضد والذي يسبب ألماً بالغاً.

(1) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص 23-25-27.

وبعد تقييم الإصابة، وبسبب تعقيد هذه المنطقة من الجسم ولأهمية الرعاية الصحية المبكرة، فإن هناك الكثير من إصابات الكتف يجب أن تقيم بواسطة طبيب مختص، والنتائج التي تحصل عليها من التقييم تقرر طريقة ومستوى واحد للعلاج اللازم⁽¹⁾.

1- 13 - 4- إصابات مفصل المرفق (الكوع):

يمكن أن يتعرض مفصل المرفق إلى الإصابات، وذلك في خلال التكرارات المتعددة للحركات وهو التهاب الإندغامات العضلية في عظم المرفق، ويعتبر شائعاً جداً في كرة اليد وسببه تكرار التمزقات الدقيقة في نهايات العضلات للاعبين صغار السن، يضاف إليه التأكد بفعل العمر في اللاعبين كبار السن.

1- 13 - 4- 1 - خلع مفصل المرفق:

الخلع من الإصابات الشائعة في الوسط الرياضي، وهو يحدث عندما يفصل رأس عظم الزند من منطقة الكعبرة، وكذلك عظم الكعبرة من القمة الموجودة في عظم العضد ونتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة، مثل السقوط على اليد والمرفق في حالة انثناء، حيث تسهل هذه الوضعية انزلاق عظمتا الساعد خلف عظم العضد⁽²⁾.

1- 13-4-2- التهاب مفصل المرفق:

وهو التهاب الإندغامات العضلية في عظم مفصل المرفق، ومن أهم أسباب الإصابة أنها تحدث نتيجة الاستخدام الخاطئ للمفصل، كما يحدث نتيجة القيام بالحركات المفاجئة العنيفة دون أي تجهيز أو إعداد مسبق للعضلة ودون أي إحماء.

ومن بين أعراضه ألم بالمرفق عند مد اليد ولفها للخارج، ألم ينتشر في العضلات المحيطة بمفصل المرفق، زيادة للألم عند الفحص والمس والضغط على عضلات لمرفق.

العلاج: تجنب الأخطاء الفنية مع تجهيز مسبق للعضلة (الإحماء) راحة من خمسة عشر إلى تسعة عشر يوماً، ويجب التدخل الجراحي إذا ما استمر الألم بدون شفاء.

(1) فريق كمونة، مرجع سابق، ص 265-266.

(2) إبراهيم رحمة محمد، محمد فتحي المشهش يوسف، مرجع سابق، ص 103.

1- 13-4-3- تمزق مفصل المرفق:

وهو تمزق اللقمة الوحشية أو الأنسجة لعظم العضد، ويحدث هذا التمزق عند لاعبي الرمي والدفع، مما يؤدي ذلك إلى حدوث أضرار لألياف العضلات المشتركة في الحركة خاصة في نقطة اتصالهم بالعظم ومن أعراضها: ألم عند لمس المنطقة المصابة، وكذلك وجود ورم.

العلاج: حقن موضوعية مخدرة ذات مفعول طويل راحة وعدم استخدام الجزء المصاب⁽¹⁾.

1- 13-5- إصابات القدم والكاحل والساق:

إن القدم والساق تؤلف الأساس الذي يقف عليه جسم الإنسان، ومثله مثل البناية العالية تستند في وقوفها على أساسها القوي المتين، كذلك يعتمد على أساسه المتين عندما تكون هذه الأجزاء متكاملة التكوين والصحة.

1- 13-5-1- إصابات القدم والكاحل:

إن الإصابات الرياضية التي تصيب القدم والكاحل شائعة جدا في الوسط الرياضي ويعاني الرياضيون من كثرة الإصابات بهذه المنطقة من الأطراف السفلية وتختلف هذه الإصابات من حيث ميكانيكية الإصابة والضرر الذي تسببه⁽²⁾.

1- 13-5-1-1- إصابات القدم:

تتعرض القدم إلى إصابات عديدة بسبب امتصاصها للعديد من الصدمات الناتجة من الاجهادات التي تسببها حركات الركض والقفز⁽³⁾.

والقدم يستلم ويوزع وزن الجسم أثناء الانتقال الديناميكي، وتتطور إصابات القدم بسبب القوى المتكررة، وللقدم أهمية كبيرة في التقليل من إصابات الكاحل والحوض وخاصة في فعاليات المشي والركض والقفز.

(1) محمد عادل رشدي، مرجع سابق، ص 221.

(2) فريق كمونة، مرجع سابق، ص 217-223.

(3) سميرة محمد خليل، مرجع سابق، 2004، ص 232.

- تصنيف إصابات القدم:

- إصابات القدم الحادة: وتشمل كسور العظام، الإجهاد العضلي، جهاذ الأربطة، وتغيير موقع المفصل عندما تتهدد الأنسجة أكثر الحدود الفلجية الطبيعية أم عند التعرض لصدمة شديدة عند نزول الرياضي بشدة وبتقل جسمه على القدم أو عند الاصطدام بلاعب آخر.

- إصابات القدم المزمنة: وهي أكثر شيوعا من الإصابات الحادة، وغالبا ما تكون أسباب هذه الإصابات مرتبطة بعوامل داخلية وخارجية، وتشمل العوامل الداخلية نقص في القوة والمرونة) وخاصة عند التشوهات التشريحية، كذلك الأسباب المتعلقة بجنس الرياضي حيث تتعرض النساء لكسور الإجهاد بنسبة أكبر وخاصة اللواتي يتدربن بشدة ولديهن سوء التغذية مع عدم انتظام الحيض (فالحيض غير منتظم قد يسبب قلة كثافة العظام ويتسبب في كسرها) وخاصة عند التعرض إلى إجهاد أو تمارين متكررة.

أما العوامل الخارجية فتشمل أمراض القدم والمتسببة عن أحذية الرياضي رديئة الصنع، كذلك الأسطح الصلبة التي يتدرب عليها الرياضي، فهم معرضون لكسور خطيرة في أقدامهم وسيقانهم⁽¹⁾.

وتتقسم إصابات القدم في رياضة كرة اليد من حيث الشدة إلى ثلاثة أنواع هي:

- إصابات القدم البسيطة : ويسببها تمزقات ميكروسكوبية بسيطة بالأربطة والأوتار العضلية المحيطة بالقدم، وقد لا يتذكر الرياضي الحادث المصاحب للإصابة، ويتابع تدريبه أو مبارياته، حيث تظهر أعراضها من خلال الألم الذي تكون مدته قصيرة، وعجز بسيط جدا عن المشي، القدم باللمس نجد لها طبيعية مع وجود الألم متوسط الشدة خاصة نفي الجانب المصاب منها وحركة الكاحل العكسية مع القصبية والشظية طبيعية عند الفحص.

وتتم عملية علاج الإصابة بالثلج أو رش كلور عند وقوعها، وكذلك بلاستر طبي يحيط بالقدم والساق من الجانبين حتى ما قبل الركبة لمدة ثلاثة إلى ثمانية أيام، بعدها يمارس الرياضي رياضته، مع استعمال الأدوية ضد الالتهاب ومراهم لزيادة الدورة الدموية من اليوم التالي للإصابة وبعدها القيام بالعلاج الطبيعي.

- إصابات القدم متوسطة الشدة: يسببها قطع جزئي في الأربطة خاصة الرباط الجاني الوحشي بخارج القدم أو قطع في الرباط الدالي لباطن القدم الداخلي (الرباط الداخلي الانسي) ومن

⁽¹⁾ سميرة محمد خليل، مرجع سابق، 2004، ص235.

إعراضها ألم حاد مباشر ولمدة طويلة وعدم القدرة على الوقوف، حرية الحركة متوسطة للكاحل عكسية مع القصبية والشظية عند الفحص.

ويجب علاجها عن طريق عمل جبس للقدم والساق لمدة 20 يوما على أن تكون القدم بزواوية قدرها 90 درجة مع استعمال مضادات الالتهاب والعلاج الطبيعي بعد الخروج من الجبس والعودة إلى المشي الخفيف بعد ثمانية أيام من خلع الجبس.

- إصابات القدم الشديدة: يسببها قطع كامل بالأرطبة، ومن أعراضها يظهر ألم حاد ومباشر وقوي وعجز كامل عن تكلمة المباراة وإستحالة الوقوف على القدم المصابة، تورم ونزيف داخلي كبير، عند الفحص واللمس ينتج ألم حاد جدا وقد يصاحب الإصابة بعض الكسور بالعظام، ويجب علاجها بالتدخل الجراحي خلال ثمانية أيام من الإصابة، ثم وضع قدم المصاب في جبس لمدة أربعين يوما في المتوسط وبعدها يعود للمشي الخفيف في الشهر الرابع⁽¹⁾.

1-13-5-2-1- إصابات الكاحل: يحمل مفصل الكاحل في اتجاهين من خلال وصله لأسفل الساق مع القدم، فهو أولا مفصل معلق يسمح بحركة بسيطة للأعلى وللأسفل، وثانيا فهو يسمح بحركات الانثناء والدوران، ويتكون الكاحل من نهاية عظمة القصبية أسفلها نهاية عظمة الشظية، ويتصلا ببعضهما بواسطة الرباط العقبى الشظي⁽²⁾.

وإصابات الكاحل من الإصابات الشائعة في كرة اليد والشديدة والتي تعوق اللاعب من الممارسة ولمدة طويلة، ومن بين إصابة مفصل الكاحل نذكر ما يلي:

1-13-5-2-1- التواء الكاحل:

يعد التواء الكاحل من أشنع الإصابات الرياضية من مفصل الكاحل، ويشكل مشكلة كبيرة للاعب المصاب والمدرب، لأن يجب أن يكون المصاب مكسب الشفاء التام قبل النزول إلى الملعب مرة أخرى، وإلا حدثت الإصابة المزمنة وهي ليست كغيرها من الإصابات، وهناك ثلاث درجات من التواء الكاحل:

- **الدرجة البسيطة:** وتتميز بوجود ألم بسيط وتورم بسيط مع ألم الضغط على المنطقة.

(1) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، ص285-287-289.

(2) عبد العظيم العواد لي : الجديد في العلاجات والإصابات الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ط2، 2004، ص293.

- **الدرجة الثانية:** إذ يتمزق جزء من الأربطة مع تورم شديد يشمل جميع الكاحل مع ألم شديد عند الضغط على المنطقة المصابة، وفي بعض الأحيان يحدث تلون المنطقة (3-4) أيام بعد الإصابة.

الدرجة الثالثة: تمزق جميع الأربطة وتورم جميع القدم، مما يؤدي إلى عدم استقرار المفصل يصاحب الكسور.

- العلاج والوقاية من التواء الكاحل:

العلاج قد يختلف حسب نوع الإصابة، فهنا الالتواء الخفيف أو المزمن والتمزق الجزئي أو التام، فالعلاج الناقص لهذه الإصابة يؤدي إلى عدم ثبات القدم، ويضعف مقدراتها العضلية، مما يؤدي إلى عجز القدم على أداء الأنشطة اليومية ومن أبسطها المشي، وتكون الوقاية من التواء الكاحلي بـ:

- استخدام تمارين التمطية لوتر الأخيليس.
- استخدام تمارين التقوية لعضلات القدم، الكاحل والساق.
- ارتداء الأحذية المناسبة للعبة المناسبة.
- استخدام الرباط بمنع حدوث أو لمنع تكرار الإصابة⁽¹⁾.

1-13-5-1-2-2- كسور مفصل الكاحل:

من أهم الكسور التي تحدث في مفصل الكاحل هي الكسور الصغيرة (التصدعات في الكسور) وإن كسور مفصل الكاحل عادة تقع في أطراف العظام التي تربط مفصل الكاحل بعظام الساق وهي عظام القصبية والشظية، وتقع الكسور عادة في الجانب التشريحي لعظم الشظية، ونلاحظ في معظم إصابات مفصل الكاحل وجود ارتباط بين عدة إصابات بعضها بالبعض الآخر، وعليه يجب إعطاء الوقت الكافي للعلاج ويجب القيام بإجراء التمارين التأهيلية⁽²⁾.

(1) بزاز علي جوكل، مرجع سابق، ص 146-148.

(2) إبراهيم رحمة محمد، محمد فتحي المشهش يوسف، مرجع سابق، ص 155-156.

1-13-5-2- إصابات الساق:

يتعرض الجزء الأسفل من الطرف السفلي إلى إجهادات عالية مما يحدث الإصابة، وتشارك العضلات والأنسجة في توليد القوة لأداء الحركة في الأنشطة الرياضية، وإصابات الساق متنوعة ونذكر البعض منها:

1- 13-5-2-1- تمزق عضلات الساق:

هي تمدد أو تمزق جزئي أو كلي في العضلة ويشمل درجات، حيث تتمزق بنسبة (25%-75%) مع ألم شديد وتغير لون المنطقة المصابة خلال 24 ساعة، صعوبة استعمال العضلة وعدم المقدرة على الوقوف على رؤوس الأصابع.

الدرجة الثالثة: التمزق التام مع ألم شديد مع تشوه وورم، عدم إمكانية استخدام العضلة في أي حركة ومن الأسباب المؤدية إلى الإصابة، نقص الإحماء، التوقف السريع وتثبيت القدم على الأرض والإصابة القديمة.

• الإسعاف والعلاج:

- التبريد والضغط والرفع.
- استخدام الأدوية لتخفيف الألم والالتهاب.
- في حالة إصابة الدرجة الثانية إضافة إلى التبريد نستخدم تمارين المرونة ثم القوة بعد الأسبوع الأول من الإصابة.
- في حالة الإصابة من الدرجة الثالثة العملية الجراحية ضرورية، وبعدها استعمال تمارين إعادة التأهيل الرياضي⁽¹⁾.

1- 13-5-2-2- كدم الساق:

أي ضرب على الوجه الأمامي للساق، مما يؤدي إلى هرس الجلد والسحق وهو غشاء العظم، وتكون الإصابة مؤلمة جدا ولا تحتاج للعلاج أكثر من العلاج العام، ومن مضاعفتها استمرار الألم لفترة طويلة خاصة عند الضغط على المنطقة، وكذلك يؤدي إلى التهاب العظم.

(1) سميرة محمد خليل، مرجع سابق، ص 205-207-208.

1-13-5-2-3- تشنج الساق:

إصابة شائعة جدا، وتحدث عند الحركات المفاجئة ويكون تقلص قوي وغير إرادي، وقد يكون مستمرا أو متقطعا بحيث تحدث تقلصات مؤلمة مع وجود ألم، وتحدث هذه الحالة خاصة في لعبة كرة اليد والألعاب التي تحتاج إلى توافق سريع وانطلاق سريع وأن سبب هذه التشنجات يعزى إلى:

- سوء انتظام التدريب.
- قلة الماء والأملاح.
- حركات مفاجئة وغير اعتيادية.
- عدم التوافق بين التقلص والانبساط.
- ولعلاج الإصابة يجب القيام ب:
- تدفئة منطقة الإصابة.
- السحب التدريجي لعضلة الساق عكس اتجاه التقلص وببطء ومن ثم ربطها وذلك لعدم رجوع العضلة إلى حالة التقلص.

1-13-5-2-4- كسور الساق:

تحدث نتيجة شدة خارجية مباشرة أو غير مباشرة، ويكون الكسر على عدة أشكال، ويوجد نوعين من الكسور هما:

- الكسر البسيط: وهو الكسر الذي لا يخرج العظم إلى خارج الجلد.
- الكسر المضاعف أو المركب: وهو الكسر الذي يخرج العظم إلى خارج الجلد.

علامات الكسور: حدوث ألم مفاجئ في المنطقة المصابة، تورم المنطقة، تلون المنطقة وتشوه المنطقة مع سماع صوت غريب عند الحركة، اختلاف عند الضغط خارج منطقة الكسر في منطقة الكسر (وهذا ما يفرق بين الكدم العظمي والكسر).

بالإضافة إلى إسعافات أولية نقوم بما يلي:

- تثبيت المنطقة المصابة لحين وصول المصاب إلى المستشفى.
- أخذ فحص شعاعي .
- رد الكسر ويكون تحت تخدير عام، وهناك نوعين من الرد (الرد المغلق والرد المفتوح).

– الرد المغلق: أي إرجاع الكسر إلى وضعه الاعتيادي بواسطة جهاز الأشعة التلفزيونية وبواسطة اليدين.

خلاصة:

من خلال التطرق إلى الفصل السابق ذكره لوحظ أن الإصابة الرياضية أصبحت شبح يهدد اللاعبين سواء في التدريب أو المنافسات، وعليه يجب معرفة الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة الرياضية للحد والتقليل من حدوثها وهذا بدراسة كافة النواحي الطبية الخاصة بالرياضي من وقاية وتشخيص وعلاج وتأهيل حتى العودة للملاعب، وبالتالي يمكن للرياضي مزاولة تدرجاته البدنية والخطية دون خوف أو تردد، كما تم التعرف على أنواع الإصابات الرياضية الشائعة في مختلف الرياضات والتخصصات وفي رياضة كرة اليد خاصة.

الفصل الثاني:

مناصب اللعب في كرة اليد

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

تمهيد:

بالرغم من ان كرة اليد الحديثة تتطلب ان يشارك جميع اللاعبين في الهجوم والدفاع خلال المباراة الا انه يجب ان يكون هناك تنظيم وتنسيق بين مهام كل لاعب خلال الأداء وبهذا يتم توزيع اللاعبين الى مراكز معينة تبعا للمتطلبات البدنية والمهارية لكل لاعب لتحقيق اهداف اللعبة وجماليتها من حيث عدد اللاعبين وعليه يبنى فريق كرة اليد من ثلاثة خطوط لا يمكن اهمال أي واحد منها، فكل واحد يخدم الاخر ويكون حلقة مترابطة من (دفاع- وسط - هجوم).

2-1- مراكز اللعب في كرة اليد:

لكل مركز لعب في كرة اليد واجبات محددة يؤديها اللاعب خلال المباراة انطلاقاً من طريقة اللعب والخطط المستخدمة وتساعد عملية تحديد المراكز اللعب في تحديد المهام والواجبات الملقاة على عاتق كل لاعب في الفريق فمهما زادت واتسعت هذه المهام والواجبات فإن تحديد المراكز يضمن إلى حد كبير عدم التعارض في أداء المهام وتنفيذ الخطط المختلفة من الملعب، وبالإضافة إلى ذلك فغن تحديد مراكز اللعب يضمن من جهة أخرى التنسيق والتنظيم في تغطية جوانب الملعب المختلفة وان توزيع المهام والأداء في صورة مراكز لها متطلبات الأداء الخاصة بها امرا مازال حيويًا ومهما لتكامل الأداء وتوفير الجهد في كرة اليد⁽¹⁾.

2-2- المهارات الفنية لكرة اليد حسب مناصب اللعب:

هناك أربعة مناطق لعب مقسمة إلى عدة مراكز لعب⁽²⁾:

2-2-1 المهارات الأساسية للمدافع:

تتطلب إجادة ممارسة رياضة كرة اليد مهارات أساسية فالمدافع الجيد هو الذي يمكن أن يتصدى للمهاجم بما في ذلك الاستعداد البدني للتصادم معه لإيقافه ثم يبدأ بسرعة في تكوين هجمة جديدة ويتعرض في ذلك لإصابات عضلية ومفصلية متنوعة حيث أن المدافع في دائمة للأمام والخلف والتحرك وبالميل وفي دفاع رجل لرجل عند العودة من الهجوم، وفي الحركة بالجانب وغير ذلك من الحركات يلزم أن يتقنها.

كما يقوم المدافع بتشتيت الكرة من المنافس سواء تم ذلك بقطع الكرة بالحركة السريعة أو بضرب الكرة باليد مما يحتاج إلى قوة عضلية وسرعة التوافق العضلي العصبي، كما أن اللاعب المدافع عن مرماه في كرة اليد من واجبه إقامة حائط للصد وذلك لتوقيف الكرة ويعني هذا أن الدفاع يستخدم يديه لإغلاق الزاوية وهذا ما يعرض لاحتمالات اصطدام الكرة به بقوة وسرعة قد تحدث بعض الإصابات.

(1) مفتي إبراهيم حماد، التدريب الرياضي الحديث، دار الفكر العربي، القاهرة، 2006، ص35.

(2) عادل خير الله: لرياضة خطوة خطوة ، دار المؤلف للنشر و الطباعة والتوزيع ، القاهرة ، ط1، 2006، ص40.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

حيث أن المدافع يتعرض بدرجة كبيرة لإصابات اليدين والأصابع والعضلات والمفاصل، وكسور الأنف والأسنان وإصابات الركبة المتنوعة⁽¹⁾.

2-2-2 المهارات الأساسية لحارس المرمى:

تنقسم المهارات الأساسية لحارس المرمى إلى المهارات الأساسية للدفاع ثم المهارات الأساسية للهجوم.

تشمل المهارات الأساسية لحارس المرمى في الدفاع ضد الكرة، وتحركات حارس المرمى داخل مرماه إلى مراقبة تحركات المهاجمين ومعرفة تصوراتهم الخطئية وخاصة المهاجم الحائز على الكرة بالإضافة إلى تحركات زملائه المدافعين حتى يتمكن من التوقع الصحيح لتوقيت ومكان اتجاه التصويبات، مما يسهم في سرعة استجابته باحتلال المكان المناسب واتخاذ وضع الاستعداد الصحيح مبكرا للتصدي للكرات المصوبة على المرمى، ولذلك يجب على حارس المرمى ضرورة التركيز على التحرك في اتجاه خط سير الكرة⁽²⁾.

الدفاع ضد الكرة يشمل الدفاع ضد الكرات العالية ويتعرض فيه لإصابات في اليدين والقدمين، ومفصل الركبة، حيث يقفز عاليا ليحاول صد الكرة وفيه يتعرض حارس المرمى لاحتمالات إصابة الفخذ الداخلية، وكذلك عند السقوط على الركبة تكثر إصاباتها المتنوعة، وأغلب تمريرات حارس المرمى من الكتف تزداد نسبة الإصابات بكتف حارس المرمى بأنواعها المختلفة⁽³⁾.

2-2-3 المهارات الأساسية للمهاجم:

تعتمد المهارات الأساسية للمهاجم في كرة اليد على الطاقة الحيوية الهوائية في أغلب الأداء الذي يتخلل التدريب والمباريات ولذلك يلزم اختيارهم على أسس الاختبارات الفسيولوجية المعروفة عالميا بقياس أقصى استهلاك أكسجين وكلما زاد الاستهلاك أثناء المجهود كلما كان مهاجم أفضل من حيث كفاءة الجهاز الدوري التنفسي وبالتالي من حيث لياقته البدنية في الملعب.

(1) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص 65-66.

(2) كمال درويش، عماد الدين عباس أبو زيد وآخرون، حارس المرمى في كرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999، ص49.

(3) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص66-67.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

وتعتمد مهارات المهاجم على الحرس وتغيير الاتجاه، والتوقف المفاجئ، والخداع لتحريك الخصم في المكان الخاطئ سواء خداع بدون كرة أو بالكرة وسواء كان الخداع بسيط أو مركب، كما تشمل المهارات الأساسية للمهاجم الاستحواذ على الكرة، تنطيطها وتمريرها وإهمال التدريب المهاري يؤدي إلى تعرض المهاجم لحدوث إصابات متنوعة.

2-2-4 المهارات الأساسية للاعب البناء الخلفي:

يعتبر لاعب البناء الخلفي (يقصد به اللاعب الذي يبني الهجمات) أبعد لاعب عن مرمى الفريق المنافس وعمل هذا اللعب الأساسي هو التصويب على المرمى لتسجيل أهداف أو إجراء فرصة مناسبة لزملائه ويغلب تحركه إلى الجانب ولأمام تزداد فيه نسبة إصابات الكتف والأصابع والكوع (المرفق).

ويتم تدريب لاعب البناء الخلفي على التصويب من أعلى أو من تحت الحوض أو مع الجهات المختلفة، أو من الوقوف أو بعد عمل خطوات.

زيادة نسبة إصابات الكتف للاعب البناء الخلفي تأتي من أن معظم تصويبه للمرمى يكون من أعلى (فوق الكتف) وباستخدام الأصابع، اليد، العضد، عضلات، أربطة ومفصل الرسغ، الكوع والكتف حيث تزداد فيهم نسبة الإصابة.

كما أن التصويب بالقفز لأعلى يترتب عليه تحميل زائد على مفصل الركبة والقدم وزيادة نسبة الإصابات بهم⁽¹⁾.

2-2-5 المهارات الأساسية للاعب الدائرة:

لفهم طبيعة إصابات الملاعب الخاصة بلاعب الدائرة ينبغي أن نفهم دوره الأساسي في الملعب والذي يشتمل بصفة رئيسية على ما يلي:

- ✓ حجز الخصم، التميرير، تغيير الاتجاه، الحركة بخطوات سريعة.
- ✓ التصويب.

(1) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص 70.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

علما بأن تحركات لاعب الدائرة تكون بين المدافعين قرب الستة أمتار وظهره للمرمى ليجد مكانا خاليا بين المدافعين للتصويب متعرضا للخشونة المتعمدة ولذلك تزداد في لاعبي الدائرة نسبة الإصابات العضلية والمفصلية بأنواعها المختلفة، كما تزداد فيه نسبة إصابات الوجه حيث يقوم اللاعب بعمل بلف سريع لمواجهة المرمى محتفظا بالكرة بعيدا عن المدافع والقفز منثبيا لأسفل للتصويب سواء بالذراع أو الرسغ الذي تزداد احتمالات إصابتهم إذا ما جوبهت التصويبة بصد مباشر من مدافع ملاصق ويتم التصويب بسرعة من القفز للداخل، أو من السقوط للداخل، أو من الطيران واستخدام الدرجة عند النزول وتعرض اللاعب للإصابات المتنوعة، والتصويب عكس اتجاهها ليد الرامية سواء كان القفز من للداخل أو من اللف للخلف أو مع اللف والسقوط للداخل أو التصويب من الطيران بالرجل اليمنى باللف ما يعرضه لإصابات كرة اليد المتنوعة.

وتؤدي تدريبات اكتساب لاعب الدائرة لتلك المهارات إلى تعرضه للمزيد من الإصابات الشائعة في ملاعب كرة اليد والتي يلزمها وقائيا أن يكون التدريب علمي وعلى مستوى عالي وقاية للاعب من الإصابات⁽¹⁾.

2-2-6 المهارات الأساسية للاعب الخلفي:

اللاعب الخلفي يمتاز بمردود بدني عالي وعادة يخلق الخطر عن طريق اللعب من بعيد مهما تكن تنقلاته خاصة عند التقاطع وهذا جراء الاندفاع في لحظة نحو المرمى وباستقباله للكرة مستغلا المسافة والزمن الكافية للقفز سواء بالارتكاز أو الارتقاء يمينا أو يسارا وبين المدافعين وهو كذلك قادرا على استغلال قدراته وقوة خطورته أمام المرمى للقفز أو التمرير للاعب الدائرة أو للاعب القريب منه مما يسمح له من فتح فراغ للقفز والتهديف⁽²⁾.

2-2-7 المهارات الأساسية للاعب الجناح:

يتحرك لاعب الجناح موازيا غالبا للستة أمتار، ويعتمد على لجرس وتغيير الاتجاه والخداع، عادة ما يستلم الكرة بالهواء وأثناء تغيير الاتجاه مما يستدعي توفر توافق عضلي عصب عالي لديه مع سرعة ومرونة وقوة عضلية نسبية.

(1) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص 71-72.

(2) Jean -Paul martinet, handball, p 397.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

يتطلب في الجناح أداء التصويب بدرجة عالية سواء كان من القفز للداخل أو من الطيران أو عكس الجهة لاتجاه اليد الرامية مما يعرض مفاصل الركبة والحوض والكتف والرسغ والمرفق لمزيد من الإصابات.

كما أن تعرض الجناح للدرجة ما بعد التصويب تزيد من نسبة الإصابات العضلية لديه، ويلزم أيضا التدريب على التصويب بخط منحنى وتصويب الكرة المسقطة خلف حارس المرمى، والتدريب السليم على تدريج الجسم بعد التصويب وقاية له من الإصابات.

ومما سبق من مهارات يعكسها الأداء السليم لرياضة كرة اليد نرى أن اكتساب هذه المهارات وأدائها في الملعب في المباريات يعطي إصابات الملاعب الخاصة بكرة اليد الطابع المميز لها من زيادة نسبة إصابات الوجه وكسر الأنف والأسنان، وإصابات مفاصل المرفق والرسغ، والركبة والقدم وإصابات اليدين وكسر الترقوة والإصابات العضلية المتنوعة⁽¹⁾.

2-3 التنسيق الجماعي وتقسيم المهام:

إذا كان اللاعبون مطالبون باحترام مبادئ الدفاع والهجوم، كل المهام الضرورية لقلب موازين القوى لا يتم تنفيذها من طرف لاعب واحد.

الفريق ليس مجرد مجموعة أشخاص موجّهين نحو نفس الهدف وبالتالي يقومون بنفس العمل بل الفريق يعرف بتنظيمه الخاص لأدوار اللعب وهناك تقسيم للمهام يطبق على مستوى الفريق وبالتالي إذا كانت المهام (الواجبات) الفردية يجب ان تتوافق مع مبادئ اللعب الجماعي.

فان مهام كل لاعب يمكن ان تكون مختلفة ضمن العمل الجماعي.

2-3-1 تقسيم الفضاء:

لريح المعركة يجب احتلال الميدان التقسيم الجيد لفضاء اللعب يسمح باحتلال اكبر مساحة ممكنة واحتلال الفضاء من اهم معايير مستوى اللعب.

(1) Jean –Paul martinet, handball, p 397.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

✓ مراكز اللعب:

لنقاسم المهام المختلفة في فضاء اللعب ،اللاعبون يحتلون مراكز ،هذه المراكز ترتبط بوظائف خاصة يمكن تعريف مركز اللعب بالموقع الذي يحتله اللاعب داخل الميدان والشكل الاتي يوضح مراكز اللعب في الهجوم (لأنه في الدفاع لها تسمية أخرى).

في الهجوم الخاطف	في الهجوم المنظم
• خلفي . جناح ايمن	• جناح ايمن
• موزع . محوري	• خلفي ايمن
• خلفي ايسر . جناح ايسر	• موزع . محوري
	• خلفي ايسر
	• جناح ايسر

الشكل رقم (2-1): يوضح مراكز اللعب في كرة اليد⁽¹⁾.

يمكن تمييز مراكز امامية وأخرى خلفية، ادن يوجد تقسيم للفضاء في العمق فهناك 3 لاعبين خلفيين و 3 لاعبين اماميين ،يمكن أيضا تمييز مراكز اللعب وفق موقع اللاعب جانبيا مما يؤدي الى ظهور التقنيات الخاصة لكل مركز (التسديد مثلا)، لذلك غالبا مما يتخصص اللاعبون بمركز لعب محدد.

عموما نجد من اليسار الى اليمين على المرمى:

- الجناح الايسر.
- الخلفي اليسر (الى الخلف و قليلا الى الوسط).
- اللاعب المحوري (يتحرك على طول المنطقة).
- الموزع او صانع الألعاب (في الوسط والأكثر تأخرا).
- الخلفي الأيمن.
- الجناح الأيمن.

⁽¹⁾ Dubert rand, l'evaluation physiologique des athlètes, comite olympique, algérienne, 2006, p35.

✓ قطاعات اللعب:

منصب اللعب يحدد قطاعا معيناً للعب وبالتالي فإن الملعب مقسم جانبيا الى أروقة (ممرات) لكل لاعب رواق يتدخل فيه بشكل مميز لكن هذا لا يمنع اللاعبين من تغيير القطاعات اثناء اللعب (تقاطع ، دخول الجناح الى المنطقة الوسطى مثلا). لكن بتغيير المنصب يحصل اللاعب على مهام جديدة⁽¹⁾.

✓ التشكيلات :

هي حلول محددة مسبقا لتنظيم الفريق جماعيا في الفضاء، يتم اختيارها على أساس إمكانيات وخصائص الفريق وأيضا على أساس إمكانيات الفريق المنافس، فمثلا لاعب نشيط يقطع غالبا الكرات يمكن ان يلعب بشكل متقدم عن بقية الدفاع لتعطيل تحريك الكرة لكن ان كان الفريق يملك لاعبين جيّدان التسديد من بعيد يجبران الفريق المدافع على اتخاذ وضعية بلاعبين متقدمين قصد التدخل بشكل سريع واعاقة هدين اللاعبين لمنعهما من التسديد.

التشكيل هو التوزيع الجغرافي لوضعيات اللاعبين في الفضاء في مراحل الهجوم والدفاع المنظمين، يسمى التشكيل على أساس ترتيب اللاعبين من منتصف الملعب الى المرمى (0-6) (5-1) ، (4-2) ، (3-3) ، (3-2-1)، وتسمى (3-2-3) لان اليوغسلافيين اللذين استحدثوها سموها كذلك، لكن التسميات تغيرت مؤخرا فاصبح العديد من المؤلفين يتحدثون عن (6-0) (1-5)...

يمكن للتشكيل الدفاعي ان يوجه اكثر اما نحو استرجاع الكرة او حماية المرمى، فمثلا وضع عدد كبير من اللاعبين المتقدمين مثل التشكيل (3-3) يضعف الخط الدفاعي الخلفي ويوفر ادنى حماية للمرمى لكن يوفر فرصة اكبر لاسترجاع الكرة.

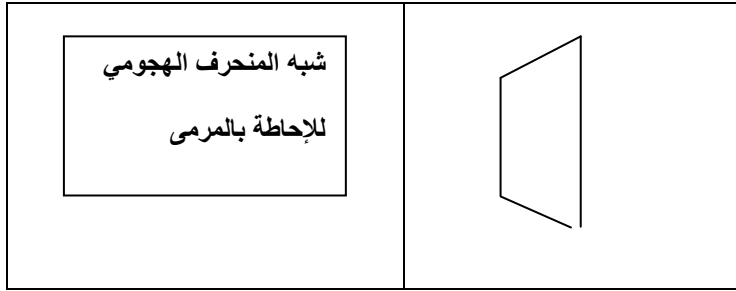
بالمقابل بقاء عدد اكبر من اللاعبين على خط واحد مثل (0-6) يعطي اكبر حماية للمرمى لكن يوفر فرصا اقل لاسترجاع الكرة. فاختيار التشكيل يعتمد ادن على التوجه التكتيكي المطلوب (هل اللاعبين المهاجمين متفوقين او منهزمين في النتيجة، هل هم في حلة تفوق او نقص عددي، هل اللعب في بدايته أو نهايته...).

⁽¹⁾ Marsault Christelle, ufrSTPS, Strasbourg cours de deu GHB, 2006, p14.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

نفس الشيء في الهجوم الاولوية في الهجوم المنظم هي الإحاطة بالدفاع وفتح اللعب جانبا وفي العمق⁽¹⁾.

وهناك أربع (4) مراكز لعب لا يمكن الاستغناء عنها لتحقيق هذا المبدأ مهما كانت التغيرات في قطاع اللعب، هذه المراكز لابد ان تكون مشغولة (اللاعبين الخلفين والجناحين)



الشكل رقم (2-2): يوضح مراكز اللعب الأساسية في كرة اليد

2-3-2 توزيع المهام:

لاعب واحد لا يمكنه منفردا تنفيذ مجموع المهام المطلوبة لذلك يوجد تقسيم للأدوار، نظام اللعب هو الذي يحدد العلاقة الموجودة بين لاعبي الفريق الواحد وهو الذي يحدد مسؤولية كل لاعب تجاه الفريق.

- في الدفاع يتوزع اللاعبون اما على لاعبي الفريق المنافس (دفاع رجل لرجل) أو على مساحة يجب تغطيتها (دفاع المنطقة)،حاليا الأنظمة الدفاعية صارت مختلطة على المدافعين مراقبة خصم مباشر وتغطية قطاع معين.
- في الهجوم يمكن تحديد نظامين للعب: الحركة السريعة للكرة وحركة اللاعبين هنا أيضا نادرة هي الحالات التي لا يجمع فيها بين النظامين.

هناك علاقة وثيقة بين نظام اللعب الدفاعي والهجومي:

- دفاع رجل لرجل يجب ان يقابله تحريك سريع للاعبين.
- دفاع المنطقة يجب ان يقابله التحريك السريع للكرة.

⁽¹⁾ MARSAULT, 2006, p15.

الفصل الثاني: مناصب اللعب في كرة اليد

يمكن أن نلاحظ ان التشكيلات ونظام اللعب مفهومان مختلفان ويكاملان بعضهما. كل فريق يجب ان يكون له تشكيل ونظام لعب في الدفاع والهجوم. وكل تشكيل وكل نظام لعب يشكل معوقات مختلفة والقدرة على التغيير بسرعة تجبر الخصم على التأقلم.

2-4 المهارات المميزة لكل مركز:

يمكن القول ان لكل مركز مميزات مهارية خاصة تجعل منه يحتل منصب ما في خط من خطوط الملعب بكرة او بدونها والجدول التالي يوضح بعض منها⁽¹⁾:

المنطقة	الصفة الغالبة	التدخلات	الوسائل الفنية	الاتجاهات الخطئية
مدافع	- الدفاع	- منع التصويب. - استرجاع الكرات. - ابعاد الكرات.	- مهارات الدفاع - التمريرات الطولية - (المراوغة والهجومات المعاكسة).	التوضع في الأماكن المناسبة.
لاعب الوسط	- التحضير	- توجيه - المساعدة والمساندة - احباط	- تمرير - اخماد - المراوغة	توجيه الكرات الحاسمة والفاصلة.
مهاجم	- الختام	- التصويب عن قرب وعن بعد. - التحضير للمناولة الاخيرة.	- المراوغة، الفتح، واحد اثنين، - التمريرة الأخيرة + التصويب.	الاتجاه نحو الهدف.

الجدول (2-1): المهارات والوسائل المستخدمة في كل مركز.

(1) عبد القادر بومسجر: تحديد السمات الشخصية لدى لاعبي كرة القدم حسب مراكزهم ،مذكرة ماجستير المدرسة العليا لأساتذة التربية البدنية والرياضية ، مستغانم ،الجزائر ، 1996، ص 63 .

2-5 أهمية مراكز اللعب:

- يعتمد تكامل أداء فريق كرة اليد وظهوره كوحدة واحدة خلال المباراة على مدى اجادة اللاعبين تنفيذ واجبات المراكز التي يشغلونها.
- ان لكل مركز من مراكز اللعب واجبات محددة يؤديها اللاعب خلال المباراة انطلاقا من طريقة اللعب والخطط المستخدمة.
- يضمن وجود واجبات لكل مركز من مراكز اللعب عدم التعارض في أداء المهام وتنفيذ خطط اللعب.
- ان اجادة لاعبي الفريق لمراكز اللعب يضمن تغطيتهم لمساحات الملعب بتنسيق وتنظيم دون اهمال مساحة أو أخرى قد تكون ذات أهمية في بناء وتطور وانهاء الهجوم او في القيام بالواجبات الدفاعية عند الدفاع.
- نظرا لكون الفريق يتكون من 7 لاعبين فيظل توزيع المهام والأداء بين لاعبي الفريق امرا هاما وحيويا لضمان الإنتاجية الجماعية لهذا العدد من اللاعبين وتوفير الجهد.
- لقد أدى تطور خطط اللعب الهجومية والدفاعية وكذلك طرق الإعداد البدني والمهاري إلى زيادة مدى الأداء الحركي المطلوب تنفيذه من جانب اللاعبين في كل مركز من مراكز اللعب المختلفة.
- لقد اثبتت نتائج العديد من الدراسات على مدى العشرين سنة الأخيرة ان المدى والأداء الحركي لمراكز اللعب قد ازداد ومازال في ازدياد.

خلاصة:

أصبحت كرة اليد الحديثة مختلفة بكل الاختلاف عن سابقتها من حيث مستوى طريقة وخطط اللعب لذلك أصبح تسمية المراكز له أهمية خاصة في المستوى العالي حيث اللاعب الجيد المميز والمفضل عند المدربين هو منة يستطيع ان يشغل عدة مراكز لكن تبقى كل منطقة لعب لها خصائصها والطرق التي تمارس فيها اللعبة نتيجة التدريب والمنافسة المتكررة حسب متطلبات مركزها.

الفصل الثالث:

كرة اليد ومتطلباتها

تمهيد:

كرة اليد رياضة سريعة ومثيرة يلعبها الرجال والنساء، وهي واحدة من الألعاب الجماعية التي حافظت مكانتها وشعبيتها بين مختلف الألعاب الأخرى الفردية كانت أو الجماعية، لما تتميز به هذه اللعبة من مستوى رفيع سواء على الصعيد المهاري أو البدني ودرجة إثارة عالية كفيلة أن تجذب اهتمام الملايين من الممارسين والمشاهدين.

في هذا الفصل نلقي نظرة شاملة على مختلف متطلبات الأداء في رياضة كرة اليد من جميع الجوانب، الفسيولوجية، البدنية والمهارية سواء من الناحية الدفاعية أو الهجومية حسب مختلف مناصب اللعب والمميزات الخاصة للعب الحديث في كرة اليد وكذا الجانب النفسي لما له من أهمية كبيرة خصوصا كون لعبة كرة اليد رياضة تتميز بخشونة واحتكاك مباشر مما يولد عدة تصادمات تخلف انفعالات.

3-1 لعبة كرة اليد:

تعتبر لعبة كرة اليد من الألعاب الجماعية التي توجهت إليها الأنظار والاهتمام بها حديثاً، من حيث عملية تعليم مهاراتها وتذليل العقبات التي تواجهها في عملية التعليم و مساعدة من هو قائم بعملية التعليم على الارتقاء بنفسه والمتعلم معا، وكرة اليد هي ثاني أسرع لعبة جماعية في العالم، وأن الغرض من المباراة هو تسجيل الأهداف، وأغلب فترات المباراة يكون اللعب حول منطقة المرمى ويقل في وسط الملعب، والفريق الفائز هو الفريق الذي يسجل أكبر عدد من الأهداف في الزمن المحدد للمباراة.

كما يشير "محمد حسن علاوي"، كمال عبد الحميد 1997" أن رياضة كرة اليد تتسم بالملاحظة المستمرة والتركيز والاستعداد الدائم للتصرف في كل المواقف التي تتطلب التغيير المستمر للأحداث الفردية والجماعية واللعب الحر والمقيد بالإضافة إلى الاشتراك في المواقف المتغيرة دائماً، والطموح من أجل تحقيق الفوز، والعمل على رفع مستوى الأداء، بمثابة مجال حيوي للغاية⁽¹⁾.

ممتازة تساعد على تربية اللاعبين على الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية واتخاذ القرارات السريعة أثناء المباريات، كما تعمل على اكتساب اللاعبين السمات الخلقية والإرادية كما تعتبر كرة اليد وسيلة ناجحة لتربية الأفراد على التفكير والتصرف الجماعي فكل فرد من أفراد الفريق يعمل من أجل الجماعة⁽²⁾.

ويشير "Thierry N) 1988" هي رياضة جماعية تتميز بإجراء حركات مثل الجري السريع القفز التصويب... الخ، وتعتبر من الرياضات التي يدخل في نطاقها تعاقب فترات ذات شدة عالية، تمارس بسنة 6 لاعبين زائد حارس المرمى داخل ملعب محدد المقاييس، حيث يهاجم اللاعبون في منطقة الخصم بواسطة الكرة من أجل تسجيل الهدف كما يقوم المدافعون بصد تصعيد الكرة بغية محاولة استرجاع الكرة أو الدفاع عن المرمى حيث تمارس هذه اللعبة بالأيدي في إطار احترام القانون العام، يعتبر الفريق المسجل لأكثر عدد من الأهداف هو الرابح في المباراة، كما أن اللعبة تسير من طرف حكمين، حيث يكون توضع كل منهما في اتجاه معاكس⁽³⁾.

(1) محمد حسن علاوي، كمال عبد الحميد: الممارسة التطبيقية في كرة اليد، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997، ص36.

(2) زكي محمد، محمد حسن، عماد ابو القاسم: مركز التحكم في الالعاب الجماعية، المكتبة المصرية، الإسكندرية، 2004، ص78.

(3) Thierry N, Les Fondements pédagogique et Techniques du hand-ball, Ed Amphora, Paris, 1988, p.16.

3-2 متطلبات الأداء في كرة اليد:

3-2-1 المتطلبات الفسيولوجية لأداء كرة اليد:

يعد الوصول باللاعبين للمستويات الرياضية العالية من أهم أهداف التدريب المخطط طبقاً للأسس والمبادئ العلمية، إذ يتوقف مستوى الأداء في كرة اليد بجوانبه المختلفة على التخطيط الدقيق لعملية التدريب الرياضي لتطوير الأداء والارتقاء به لأعلى المستويات، إذ يتأثر مستوى الأداء في كرة اليد بمجموعة من العوامل البيولوجية بما تتضمنه من عوامل فسيولوجية ومرفولوجية⁽¹⁾.

يحتاج اللاعب عند ممارسته لرياضة كرة اليد إلى طاقة كيميائية حيوية تظهر في الملعب على هيئة مجهود بدني، وللطاقة المميزة لمجهود اللاعب في كرة اليد صورتين أساسيتين هما الطاقة الحيوية اللاهوائية (في غياب الأكسجين)، وهي الطاقة الناتجة عند بداية المجهود في التدريب أو المباريات ولفترة وجيزة زمنياً ثم يليها مباشرة الطاقة الهوائية وتستمر باقي التدريب والمباريات، وتعتمد على وجود الأكسجين لاستكمال خطواتها الكيميائية في الجسم⁽²⁾.

حسب (Bayer, c (1993) يجب على اللاعب ان يكون قادراً على إنتاج الطاقة من أجل مواصلة الحمولة المرتفعة للمنافسة في كرة اليد، والتقليل من التأثيرات السلبية الناتجة من فقدان التوازن الفسيولوجي عند بذل الجهد، تتطلب المنافسة في كرة اليد قدرات هوائية جيدة نظراً لأن مختلف فترات اللعب تتميز بمراحل منقطعة تتخللها مراحل راحة في غالب الأحيان تكون أقل من 10 ثا، حيث يتعين على فريق كرة اليد أن يتكون من لاعبين يتمتعون بلياقة بدنية جيدة للقدرات اللاهوائية⁽³⁾.

كما تعتبر كفاءة الجهاز الدوري التنفسي والقوة العضلية العصبية للاعب والسرعة، والتوافق العضلي العصبي هي من أهم المتطلبات الفسيولوجية في لاعب كرة اليد حيث يحتاج اللعب إلى كفاءة في الطاقة الحيوية الهوائية وبدرجة كبيرة نسبياً باعتبار أن كرة اليد من رياضات الجلد الدوري التنفسي وتأتي هنا

(1) كمال درويش واخرون: الاسس الفسيولوجية لتدريب كرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص17.

(2) اسامة رياض، الطب الرياضي في كرة اليد، مرجع سابق، ص89.

(3) Bayer, C, Formation du joueur, Ed Vigot, Paris, 1993, p 314.

أهمية الاختبارات الفسيولوجية خاصة اختبار تحديد أقصى استهلاك أكسوجيني للاعب لتوضح لنا اللاعب المناسب لرياضة كرة اليد بصورة نسبية⁽¹⁾.

فيجب على المدرب إعطاء أهمية كبيرة إلى هذا الجانب حتى يتسنى له التدريب وفق أسس علمية.

جدول رقم (3-1) يوضح نتائج الأعداد التقييمية للصفات الفسيولوجية والبدنية للاعبين كرة اليد أكابر المستوى العالي حسب (Brikci، 1994)⁽²⁾.

المستوى الإختبار	تحت المتوسط	متوسط	كافي	حسن	حسن جدا
كوبر COOPER	>2806	2806 - 2929	2930 - 3170	3171 - 3294	<3294
VO2max)	>49	49 - 52	53 - 56	57 - 62	<62
30 متر (ثا)	<4.5	4.4 - 4.5	4.21 - 4.39	4.1 - 4.2	>41
200×2 متر (ثا)	<37.8	37.8 - 36.9	36.8 - 35.1	35.0 - 34	>34
القفز العمودي	>49.6	49.6 - 52.9	53.0 - 59.03	59.4 - 62	<62.6
القفز الثلاثي (Décasaut)m	>24.7	24.7 - 25.7	25.8 - 27.5	27.6 - 28.6	<28.6
قذف الكرة من الثبات	>31.0	31.0 - 33.6	33.7 - 38.8	38.8 - 41.4	<41.4
قذف الكرة بالانطلاق (م)	>33.8	33.8 - 36.4	36.5 - 41.4	41.5 - 44.0	<44
Triangle	<11.2	11.2 - 10.6	10.5 - 9.4	9.3 - 8.7	>8.7

3-2-2 المتطلبات البدنية:

كما كانت كرة اليد الحديثة تتطلب أن يكون اللاعب متمتعا بلياقة بدنية عالية، فقد أصبحت الصفات البدنية الضرورية للاعب كرة اليد أحد الجوانب الهامة في خطة التدريب اليومية، الأسبوعية، الشهرية

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص 80.

(2) Brikci A. E, Aspect physiologique de Handball, FAHB, Alger, 1994, p 21.

والسنوية، فكرة اليد الحديثة تتصف بالسرعة في اللعب والمهارة في الأداء الفني والخططي، والقاعدة الأساسية في ذلك هو تنمية وتطوير الصفات البدنية، حيث يرجع لها الأثر المباشر على مستوى الأداء المهاري والخططي للاعب خاصة أثناء المباريات، لذلك فإن التدريب لتنمية وتطوير الصفات البدنية يكون أيضا من خلال التدريب على المهارات الأساسية والتدريبات الخططية وبذلك ترتبط اللياقة البدنية للاعب كرة اليد بالأداء المهاري والخططي للعبة.

وتتضمن المتطلبات البدنية لأداء اللاعب في كرة اليد صفات بدنية للإعداد البدني العام وصفات بدنية للإعداد البدني الخاص. حيث يهدف الإعداد البدني العام إلى تنمية الصفات البدنية العامة التي يمكن على أساسها بناء وتطوير الصفات البدنية الخاصة بلعبة كرة اليد، بينما يهدف للإعداد البدني الخاص، إلى تنمية الصفات البدنية الخاصة الضرورية للأداء في لعبة كرة اليد، وتزيد اللاعب القدرات المهارية والخططية، على أن يكون مرتبط بالإعداد البدني العام ارتباطا وثيقا في جميع فترات التدريب⁽¹⁾.

ويقصد بالإعداد البدني كل الإجراءات والتمرينات المخططة التي يضعها المدرب ويتدرب عليها اللاعب، لينمي ويطور الصفات البدنية الضرورية للارتقاء بمستوى الأداء المهاري والخططي، وبدونها لا يستطيع لاعب كرة اليد أن يقوم بالأداء المهاري والخططي بالكرة أو بدونها، المطلوب منه وفقا لمتطلبات اللعبة، ويمكن حصر المتطلبات البدنية الضرورية لكرة اليد فيما يلي:

التحمل - القوة - السرعة - المرونة - الرشاقة⁽²⁾.

حيث يتم توضيح الصفات البدنية كل حدا:

3-2-2-1 القوة:

- تعريف القوة العضلية:

تعرف القوة العضلية بأنها "المقدرة أو التوتر التي تستطيع عضلة أو مجموعة عضلية ان تنتجها ضد مقاومة في أقصى انقباض إرادي واحد لها"⁽³⁾.

⁽¹⁾ محمد حسن علاوي ، كمال عبد الحميد، مرجع سابق، ص 29-30.

⁽²⁾ عماد الدين عباس أبو زيد، سامي محمد علي: الاسس الفسيولوجية لتدريب كرة اليد، - نظريات، تطبيقات- مركز الكتاب للنشر القاهرة، ط1، 1998، ص 22.

⁽³⁾ مفتي إبراهيم حماد: التدريب الرياضي الحديث، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001، ص 167.

ويعرف نولان تاكستون القوة العضلية بأنها قدرة العضلة او المجموعة العضلية على إنتاج أقصى قوة ممكنة ضد مقاومة⁽¹⁾ .

ويشير بسطويسي أحمد 1999 أن القوة العضلية أهم صفة بدنية وقدرة فسيولوجية وعنصر حركي بين الصفات البدنية ولذلك ينظر إليها المدربون كمفتاح للتقدم لكل الفعاليات الرياضية على حد سواء⁽²⁾

- أهمية القوة العضلية:

تعتبر 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⁽³⁾ :

- ✓ تسهم في إنجاز أي نوع من أنواع الجهد البدني في كافة الرياضات و تتفاوت نسبة مساهمتها طبق لنوع الأداء.
- ✓ تسهم في تقدير العناصر(الصفات) البدنية الأخرى مثل السرعة والتحمل والرشاقة، لهذا فهي تشغل حيزا كبيرا في برامج التدريب الرياضي.
- ✓ 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 في حالة السقوط على الأرض أو الاحتكاك المستمر بالمنافس.

- الأنواع المختلفة لتطبيق القوة:

من خلال الأنواع المختلفة لتطبيق القوة يمكن أن نلاحظ الأشكال التالية⁽⁴⁾ :

- عندما تطبق القوة بجزء من العضلة أو مجموعة من العضلات نجد:

✓ القوة الموضوعية

✓ القوة العامة

⁽¹⁾ ابو علاء عبد الفتاح، أحمد نصر الدين: فسيولوجيا اللياقة البدنية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص83.

⁽²⁾ بسطويسي أحمد: أسس ونظريات التدريب الرياضي، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1999، ص19.

⁽³⁾ منير جرجس: كرة اليد للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004، ص57.

⁽⁴⁾ Weineck J. manuel d'entraînement, Ed Vigot, Paris, 1997, p 223.

- بالنظر إلى التخصص الرياضي الممارس:

✓ القوة العامة.

✓ القوة الخاصة.

- على حسب نوع العمل العضلي:

✓ القوة الحركية.

✓ القوة الثابتة.

- بالنظر إلى الأشكال الرئيسية للأفعال الحركية:

✓ القوة القصوى.

✓ قوة السرعة.

✓ تحمل القوة.

- على حسب وزن الجسم:

✓ القوة النسبية.

✓ القوة المطلقة.

- العوامل البيولوجية المحددة لمستوى تطور صفة القوة:

إن تطور صفة القوة أثناء عملية النقل العضلي الإرادي يرتكز على العوامل التالية⁽¹⁾:

✓ عدد الألياف العضلية المستعملة.

✓ القدرة التناسقية للجسم.

✓ عدد الوحدات الحركية العاملة في وقت واحد.

✓ مقطع وحجم العضلة المطبقة للعمل.

✓ حجم التناسق البيئي في العضلات.

⁽¹⁾ Thomas R et Autre, Les Aptitudes motrices, Ed Vigot, Paris, 1989, p 99-101.

- الأنواع الرئيسية للقوة العضلية:

يمكن تقسيم القوة العضلية إلى الأنواع الثلاثة التالية:

أ- القوة العضلية العظمى (القوى):

وهي أقصى قوة يمكن للعضلة إنتاجها من خلال الانقباض الإرادي⁽¹⁾.

- خصائصها:

- ✓ يكون الانقباض العضلي الحاد خلالها ناتجا عن أكبر عدد ممكن من الألياف العضلية المستتارة في العضلة أو المجموعة العضلية.
- ✓ سرعة الانقباض العضلي تتسم بالبطء الشديد أو الثبات.
- ✓ زمن استمرار الانقباض العضلي يتراوح بين: 01 ثا - 10 ثانية.

ب- القوم المميزة بالسرعة (القدرة العضلية):

وهي المظهر السريع للقوة العضلية والذي يدمج كلا من السرعة والقوة في حركة⁽²⁾.

- خصائصها:

- ✓ الانقباض العضلي الحاد خلالها يكون ناتجا عن عدد كبير جدا من الألياف العضلية، ويقل عن العدد الذي ينقبض عادة في القوة العضلية القصوى.
- ✓ سرعة الانقباض العضلي تتسم بالزيادة المفرطة، إذ تنقبض العضلة أو المجموعة العضلية بأقصى سرعة لها.
- ✓ يتراوح زمن الانقباض العضلي ما بين جزء من الثانية إلى ثانية واحدة.

ج- تحمل القوة (القوة المستمرة):

هي المقدرة على الاستمرار في إخراج القوة أمام مقاومات لفترة طويلة⁽³⁾.

(1) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، 2001، ص 169.

(2) نفس المرجع، ص 169.

(3) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، 2000، ص 170.

- خصائصها:

- ✓ الانقباض العضلي الحادث يكون ناتجا عن عدد قليل من الألياف العضلية، ويقل عن ذلك العدد المنقبض عادة في حالة القوة المميزة بالسرعة.
- ✓ سرعة الانقباض العضلي تتسم بالتوسط.
- ✓ الانقباض العضلي يكون مستمرا ولزمن يتراوح ما بين 40 ثانية إلى عدد كبير من الدقائق.

3-2-2-2 السرعة:

- تعريف السرعة:

وهي القدرة على تنفيذ الأفعال الحركية في أقل وقت ممكن بالاعتماد على وظيفة الجهاز الحركي وقدرة العضلات على تطوير القوة⁽¹⁾.

يعرف فرانك ديك (1980) السرعة بأنها "القدرة على تحريك أطراف الجسم أو أجزاء من روافع الجسم أو الجسم ككل في أقل زمن ممكن"⁽²⁾.

- أهمية السرعة في كرة اليد:

تعتبر السرعة من العوامل الحاسمة التي تؤثر بشكل مباشر ومستمر على نتيجة المباراة، بل إن أي تطور نسمع عنه في اللعب غالبا ما يكون عامل السرعة ويرجع إلى⁽³⁾:

- ✓ كون السرعة مكون هام للعديد من جوانب الأداء البدني في الرياضات المختلفة.
- ✓ تعتبر السرعة أحد عوامل نجاح العديد من المهارات الحركية.
- ✓ كل المواقف الهجومية والدفاعية طوال المباراة يكون لعامل السرعة والحد الفاصل في ترجيح احد اللاعبين على غيره.
- ✓ عمليات التمرير وقطع الكرة في اللحظة المناسبة وسرعة اتخاذ الموقف المناسب وتلبية المدافع مع تصويبة المهاجم وخاصة بالنسبة لحارس المرمى يتطلب قدرا كبيرا من سرعة رد الفعل وقدرة الجهاز العصبي في الاستجابة.

⁽¹⁾ Weineck J, OP, CT, 1997, P 260.

⁽²⁾ ابو علا عبد الفتاح، أحمد نصر الدين، مرجع سابق، ص164.

⁽³⁾ منير جرجس، مرجع سابق، 2004 ، ص58.

- الأشكال المختلفة للسرعة:

يمكن تقسيم الأشكال المختلفة للسرعة إلى قسمين:

أ- الأشكال البسيطة للسرعة:

- ✓ سرعة رد الفعل: وهي تتكون من ثلاث مستويات.
- ✓ سرعة رد الفعل البسيطة: وهي استجابة مباشرة لإشارة أو وضعية محددة سواء في البداية أو أثناء التنافس ويعبر عنها الزمن المحصور ما بين لحظة ظهور المثير وحد معروف من قبل وبين لحظة الاستجابة (إشارة انطلاق في السباحة أو صفارة حكم...).
- ✓ سرعة رد الفعل المركب: وهي متداولة أكثر في الرياضيات المتميزة بالتغيرات المتكررة والفجائية في وضعيات المنافسة وأثناء أداء الحركات، ويعبر عنها الزمن المحصور بين ظهور مثير للتمييز بينهما والاستجابة لأحدهما فقط (الألعاب الجماعية، الرياضات القتالية، التزلج...الخ).
- ✓ سرعة الفعل المنعكس: ويعبر الزمان المحصور بين ظهور مثير الاستجابة له من خلال عزل التفكير واتخاذ القرار في الفعل المطلوب القيام به⁽¹⁾.
- سرعة الحركة الوحيدة: تعرف بأنها إنجاز حركة أو مهارة واحدة بسرعة قصوى في أقل زمن ممكن (دفع الجلة، التصويب والوثب)⁽²⁾.
- ✓ سرعة الحركة المركبة: تعرف بأنها إنجاز أكثر من مهارة حركية لمرة واحدة في أقل زمن ممكن (القفز، الاستلام والتمرير في كرة القدم والسلة واليد)⁽³⁾.
- ✓ سرعة تكرار الحركات المتشابهة (سرعة النبض): هي عبارة عن تكرار حركات متجانسة ومتماثلة في أقصى سرعة ممكنة ضد مقاومة ضعيفة (العدو، التجديف، الدراجات، السباحة)⁽⁴⁾.

ب- الأشكال المركبة للسرعة:

تتمثل الأشكال المركبة للسرعة في النقاط التالية:

- ✓ قوة السرعة: وهي القدرة على دفع مقاومة مع سرعة قصوى في مدة زمنية محددة.

⁽¹⁾.Weineck J, OP, CIT, 1997, p 294.

⁽²⁾ مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص 204.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 204.

⁽⁴⁾ مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص 204.

- ✓ سرعة التحمل: وهي القدرة على مداومة السرعة الناتجة من التعب من خلال تقلص أقصى في إنجاز الحركات المنقطعة مع مقاومة مدعمة.
- ✓ سرعة التحمل القصوى: وهي القدرة على مداومة السرعة الناتجة من التعب خلال سرعة التقلص الأقصى في إنجاز الحركات المتواصلة⁽¹⁾.
- التوجيهات المنهجية من أجل تدريب السرعة⁽²⁾:
 - ✓ تدريب وتطوير صفة السرعة يجب أن ينطلق في المراحل العمرية الأولى.
 - ✓ اكتساب سرعة رد الفعل المعقد بأخذ مكانة كبيرة في التدريب التقني والتكتيكي.
 - ✓ تدريب السرعة يجب أن يتم في أجواء تحفيزية وفي بداية الحصة التدريبية وحالة الراحة.
 - ✓ الأخذ بعين الاعتبار إلى حدوث التعب أثناء تدريب السرعة.
 - ✓ تدريب السرعة أو قوة السرعة يجب أن يكون متناسب مع الحمولة والراحة.
 - ✓ من أجل تفادي أخطار الإصابات يجب أن ينطلق تدريب السرعة بعملية إحماء جيدة متناسبة وطويلة.
 - ✓ تنويع التمرينات وتغييرها قبل أن يمل اللاعب.
 - ✓ فترات الراحة يجب أن تتم من خلال الاسترخاء العضلي والحركات الخفيفة.

3-2-2-3 التحمل:

- تعريف التحمل:

- يعرف "ثاكستون" (1988) التحمل العضلي بأنه قدرة العضلة أو المجموعة العضلية على أداء انقباضات ضد مقاومة لفترة من الوقت، أو المحافظة على الانقباض الأيزو متري لأطول فترة زمنية⁽³⁾.
- هو الصعوبة في الحفاظ لأطول مدة ممكنة ولنسبة معينة للعمل المنجز⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Weineck J, OP, CIT, 1997, p 294.

⁽²⁾IDEM, p 344.

⁽³⁾ أبو علا عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 141.

⁽⁴⁾ Marini F.J et Autre, Les épreuves d'effort en physiologie. Epreuves et mesures du potentiel anaérobie, Travaux et recherches en EPS N° 7.INSEP, Paris, 1984, p 95.

كما يعرف التحمل بأنه "مقدرة الفرد الرياضي على الاستمرار في الأداء بفاعلية دون هبوط في كفاءته"⁽¹⁾ .

- أهمية التحمل في كرة اليد:

لا شك أن لعبة كرة اليد من الألعاب التي تتطلب من اللاعب مجهودا كبيرا وعملا متواصلًا طوال فترة وجوده بالملاعب سواء في الهجوم أو الدفاع بدون توقف، ولا بد للاعب ان يستمر في بذل الجهد دون فترات راحة وأن يزيد من كفاحه وكفاءته ويرتفع بمستواه مادام مستمرا في اللعب بحيث يختم المباراة وهو في حالة لا تقل بأي حال من الأحوال عن بدايتها، كما يسهم التحمل في إكساب عناصر اللياقة البدنية الأخرى⁽²⁾ .

كما أن تطوير قدرة التحمل تلعب دورا هاما في أغلب الرياضات، فممارسة أي نشاط تنافسي أو تدريبي لا يكون إلا بامتلاك قدر كافيا من صفة التحمل وهذا من أجل مواصلة ومتابعة النشاط الممارس في ظرف عادي، فالتوجه نحو تدريب صفة التحمل يعمل على:⁽³⁾

- ✓ تحسين قدرات التفوق البدنية وهذا ما ينعكس على تأدية المنافسة في وضع يسمح بتفادي التعب ومواصلة بذل الجهد في أوضاع جيدة.
- ✓ تطوير قدرة الاسترجاع، مما يسمح بإزالة المواد السامة الناتجة من التعب والاسترجاع السريع للمركبات الطاقوية.
- ✓ انخفاض مستوى الإصابات، مما يجعل الرياضيين الأكثر تدريبا عن أخطار الإصابات بزيادة مرونة العضلات والأوتار.
- ✓ تحسين قدرة الجسم على مقاومة الحمولة البدنية، فبالنسبة للاعبين الذين يتدربون على التحمل يمتلكون مقاومة كبيرة للمجهودات البدنية، ذات حمولة بدنية كبيرة ومرتفعة الشدة وهذا ما يمكنهم من الناحية النفسية على زيادة التحفيز ومواصلة العمل.
- ✓ التقليل من الأخطاء التكتيكية الناتجة من التعب، فتدريب التحمل يعمل على إزالة المواد المسببة للتعب، وهذا ما يسهل سير العمل التكتيكي واتخاذ القرارات الصائبة في المنافسة.

(1) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، 2001، ص 147.

(2) منير جرجس، مرجع سابق، 2004، ص 61.

(3) Weineck J, OP, CIT, 1997, p 110.

- ✓ التقليل من الأخطاء التقنية مما يجعل الرياضي أكثر يقظة وسرعة في الأداء أثناء المنافسة.
- ✓ ضمان صحة جيدة ومتوازنة بتفادي الأمراض (التسمم، الزكام، السعال...الخ)، و تقوية مناعة الجسم، مما يؤدي إلى التقليل من الغيابات التدريبية والتنافسية، وانخفاض مستوى اللياقة البدنية.

- تصنيف مختلف أشكال التحمل حسب (Weineck.J.1992)⁽¹⁾ :

- بمراعاة عمل العضلات:
 - ✓ التحمل الموضعي.
 - ✓ التحمل العام.
- على حسب التخصص الرياضي:
 - ✓ التحمل الخاص.
 - ✓ التحمل العام.
- بالنظر إلى المركبات الطاقوية:
 - ✓ التحمل الهوائي.
 - ✓ التحمل اللاهوائي.
- بالنظر إلى مدة الجهد المبذول:
 - ✓ التحمل القصير المدى.
 - ✓ التحمل المتوسط المدى.
 - ✓ التحمل الطويل المدى.
- على حسب الأشكال الرئيسية الحركية:
 - ✓ تحمل القوة.
 - ✓ تحمل السرعة.
- على حسب نوعية العمل:
 - ✓ عمل التحمل الثابت.
 - ✓ عمل التحمل المتحرك.

⁽¹⁾Weineck J, OP, CIT, 1997, p 250.

- أنواع التحمل:

يقسم التحمل كما يلي:

✓ التحمل العام:

وهو مقدرة الرياضي على الاستمرار في الأداء البدني بفاعلية، والذي له علاقة بالأداء الخاص في الرياضة التخصصية⁽¹⁾.

✓ التحمل الخاص:

وهو مقدرة اللاعب على الاستمرار في أداء الأحمال البدنية التخصصية بفاعلية ودون ظهور هبوط في مستوى الأداء⁽²⁾.

ينقسم التحمل الخاص إلى أنواع طبقاً لمتطلبات الجهد البدني والحركي في كل رياضة من الرياضات والتي تختلف من رياضة لأخرى إلى⁽³⁾:

أ- تحمل الأداء: هو المقدرة على استمرار تكرارات المهارات الحركية بكفاءة وفاعلية لفترات طويلة دون هبوط مستوى كفاءة الأداء.

ب- تحمل السرعة: وهو المقدرة على أداء الحركات المتماثلة أو غير المتماثلة وتكرارها بكفاءة وفاعلية لفترات طويلة بسرعات عالية دونما هبوط مستوى كفاءة الأداء.

يمكن تقسيم تحمل السرعة إلى تحمل السرعة القصوى وتحمل السرعة الأقل من القصوى وتحمل السرعة المتوسطة.

(1) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص 148.

(2) نفس المرجع، ص 148.

(3) نفس المرجع، ص 149.

- تحمل نظم إنتاج الطاقة: وينقسم إلى:

✓ التحمل الهوائي:

يعرف بأنه "المقدرة على الاستمرار في الأداء بفاعلية دونما هبوط مستوى الأداء في الرياضة التخصصية باستخدام الأكسجين"⁽¹⁾.

✓ التحمل اللاهوائي:

يعرف بأنه "المقدرة على الاستمرار في الأداء بفاعلية دونما هبوط مستوى الأداء في الرياضة التخصصية بدون استخدام الأكسجين"⁽²⁾.

3-2-2-4 المرونة:

- تعريف المرونة:

هي القدرة والخاصية التي ينفذها الرياضي بنفسه، أو عن طريق قوة خارجية، بحركات ذات زاوية تمددية أين تتدخل مجموعة من المفاصل⁽³⁾.

✓ وكذلك تعرف بأنها "كفاءة الفرد على أداء حركة لأوسع مدى"⁽⁴⁾.

✓ وتعرف بقدرة الحركة الفسيولوجية للمفصل أو لمجموعة من المفاصل⁽⁵⁾.

- أهمية المرونة:

تعتبر المرونة من العناصر الأساسية في الصفات البدنية التي تسمح بإنجاز الحركات الرياضية بصفة جيدة ومتحكم فيها من حيث الكم والكيف وتتمثل أهمية المرونة في العناصر التالية⁽⁶⁾ :

✓ الزيادة الكمية والنوعية في تأدية الحركات الرياضية.

⁽¹⁾McArdele W.D et Autre, Physiologie de l'activité physique Energie, Nutrition et performance, Ed Vigot, Paris, 1989, p 137.

⁽²⁾ IDEM.p 137.

⁽³⁾ Weineck J, OP, CIT, 1997, p 363.

⁽⁴⁾ مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص194.

⁽⁵⁾ أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص119.

⁽⁶⁾ OP, CIT, 1997, p 365.

✓ الزيادة الواضحة والعقلانية في عوامل التفوق التقني والتناسق الحركي وكذلك في آليات التعلم الحركي.

✓ التحسين المهم والملاحظ في الصفات البدنية الأخرى كالقوة والسرعة والمداومة.

✓ الوقاية من الإصابات وهذا من خلال زيادة مرونة العضلات وقدرات التمديد والاسترخاء العضلي.

✓ تطوير وتحسين عمليات الاسترجاع بعد تطبيق تمارين بدنية ذات شدة عالية كالقوة والسرعة.

✓ تسهم في الاقتصاد المهم في الطاقة والتقليل من زمن العمل.

✓ تعمل على التقليل من العمل العضلي.

- أنواع المرونة:

تتمثل أنواع المرونة في التقسيمات التالية⁽¹⁾ :

- المرونة العامة والخاصة:

أ- المرونة العامة: تتمثل في مرونة المفاصل الأساسية (مفصل الكتف، مفصل الفخذ؛ مفاصل العمود)

ب- المرونة الخاصة: هي المدى الذي تصل إليه المفاصل المشاركة في الحركة.

- المرونة الإيجابية والسلبية⁽²⁾ :

أ- المرونة الإيجابية: هي أقصى ما يمكن وصوله في المفصل عن طريق تقلص العضلات القابضة وتمديد العضلات الباسطة.

ب- المرونة السلبية: وهي درجة التمدد المتوصل عليه في المفصل والتي ينفذها الرياضي من خلال قوة خارجية (مع شخص آخر، أوزان...) ويرتبط هذا بتمديد واسترخاء العضلات الباسطة.

- المرونة الثابتة والديناميكية: وتنقسم إلى⁽³⁾ :

أ- المرونة الثابتة: المدى الذي يصل فيه المفصل في الحركة تم الثبات فيه.

(1) Weineck J, OP, CIT, 1997, p 363.

(2) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص 195.

(3) مفتي إبراهيم حماد، مرجع سابق، ص 195.

ب- المرونة المتحركة: المدى الذي يصل إليه المفصل أثناء تنفيذ حركة تتصف بالسرعة القصوى.

- العوامل التشريحية والفيولوجية المؤثرة على المرونة: تتمثل هذه العوامل في النقاط التالية⁽¹⁾ :

- ✓ نوعية المفاصل: حيث تحدد حركة المفصل وراثيا من حيث شكل العظام والمساحة المفصالية.
- ✓ الكتلة العضلية: تؤثر الكتلة العضلية على صفة المرونة في المفاصل حيث كلما حجم العضلات كبير كانت صفة المرونة محدودة مثل: رياضة رفع الأثقال.
- ✓ مرونة الأحزمة والأربطة: ويظهر ذلك في المحافظة على بقاء عظام المفاصل متماسكة في مكانها وهذا عند القيام بعمليات التمديد والشد العضلي.
- ✓ العمر والجنس: يؤثر كل من العمر والجنس على صفة المرونة حيث يتمتع الأطفال بمرونة عالية عن البالغين وتزداد نسبة انخفاضها لدى البالغين كلما تقدم السن، كما يتمتع الإناث بمرونة ومطاطية أكثر من الذكور بشكل عام.
- ✓ الإحماء: تتأثر المرونة من عوامل الحرارة الداخلية والخارجية حيث يجب أن تكون العضلات على قدر كافي من عملية الإحماء.
- ✓ التعب العضلي: وهذا عند ممارسة تمارين القوة حيث يدخل الماء في الخلايا العضلية مما يؤدي إلى زيادة حجم العضلة وتيبسها، مما يؤثر على المرونة المفصالية العضلية.

3-2-2-1 الإعداد البدني في كرة اليد:

الإعداد البدني هو أحد الأركان المهمة في عملية تهيئة اللاعب للمشاركة في المباريات ومن خلاله يمكن تحقيق كثير من الأهداف التربوية التي يمكن غرسها في نفوس وسلوك اللاعب ويعرف بأنه "النشاط الحركي الذي يعمل على إكساب اللاعب عناصر اللياقة البدنية الشاملة التي تمكنه من الأداء الحركي للنشاط الرياضي بصورة متكاملة والتي تظهر في كمية الحركة المتغيرة التي تعتمد على الأجهزة الحيوية والعضلية والعوامل النفسية المختلفة"⁽²⁾.

كما يعتبر الإعداد البدني من أهم مقومات النجاح في إظهار النشاط الحركي في صورة متكاملة لما له من تأثير فعال على تنمية الصفات والعناصر البدنية اللازمة لأي رياضي للقيام بأي نوع من أنواع

⁽¹⁾Weineck J, OP, CIT, 1997, p 365-368.

⁽²⁾ أحمد عربي عودة: كرة اليد والعناصر الأساسية، جامعة القاهرة، دار المطبوعات والنشر، 1998، ص 208-209.

النشاط الحركي، كما يعد الإعداد البدني من أهم أركان التدريب التي نعتمد عليها في تنمية اللاعب سواء كان مبتدئاً أم متقدماً (1).

ويؤكد منير جرجس 1990 أن اللاعب غير المعد بدنياً بأعلى مستوى يظهر عليه التعب ويتسبب عن ذلك فقد الكرة بكثرة بالإضافة إلى ضعف التفكير الخططي أو انعدامه على العكس اللاعب المعد بدنياً فإنه ينهي المباراة كما بدأها مع السيطرة على الكرة والتفكير السليم خلال مختلف الأداء المهاري والخططي (2).

فيشير عصام عبد الحق 2003 إلى أنه يمكن إيجاز أهمية الإعداد البدني في أنه يعمل على تطوير اللياقة الوظيفية للفرد ويرفع من كفاءة الجسم للقيام بوظائفه، رفع اللياقة الحركية بزيادة مستوى الأداء في الأنشطة المختلفة، تطوير القدرات العقلية بتنمية الإدراك السليم والتفكير المنطقي، تطوير سمات الفرد الشخصية والإرادية، والمحافظة على حالة الفرد التدريبية وخاصة البدنية عند انقطاع التدريب.

ويرتبط الإعداد البدني بنوع النشاط الرياضي الممارس والذي يقرر درجة الحاجة إلى هذه التهيئة البدنية ولذا يقسم الإعداد البدني إلى:

3-2-1-1 الإعداد البدني العام:

هو العمل على رفع مستوى الفرد بدنياً وحركياً بصورة عامة متكاملة بالتنمية الشاملة المتزنة لجميع قدرات الفرد البدنية والحركية (3).

لما كانت لعبة كرة اليد الحديثة تتطلب أن يكون اللاعب متمتعاً بلياقة بدنية، فقد أصبحت أيضاً اللياقة البدنية ضرورية للاعب كرة اليد إذ تمثل جانبا مهما من إعداد البرامج التدريبية، كما تتصف كرة اليد الحديثة بالسرعة في اللعب والمهارة في الأداء الفني والخططي لذا فإن من الضروري تنمية الصفات

(1) صلاح السيد، حسين قادوس: الأسس العلمية الحديثة في الأداء الحركي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 1993، ص 33.

(2) منير جرجس: كرة اليد للجميع، القاهرة، دار الفكر العربي، 1990، ص 43.

(3) عصام عبد الخالق، مرجع سابق، ص 152.

البدنية للاعب وتطويرها، إذ يرجع لها الأثر المباشر في تحسين مستوى الأداء المهاري والخططي لاسيما أثناء المباريات⁽¹⁾ .

في دراسة ألمانية وجد أن متوسط المسافة التي يقطعها لاعب كرة اليد في المباراة 3300 متر ويقطع اللعب البناء للهجمات (مدافع أيسر) 3208 متر في المتوسط، في حين يقطع المدافع الأيمن البناء 3920 متر، ومتوسط المسافة التي يقطعها لاعب الدائرة تبلغ 2775 متر⁽²⁾ .

ويهدف الإعداد البدني العام إلى إكساب اللاعب اللياقة البدنية التي هي القوة السرعة، التحمل المرونة والرشاقة، وبصورة متزنة وشاملة وبحجم مناسب للاعب وقدراته البدنية والهدف الأساسي من عملية التدريب.

3-2-2-1-2 الإعداد البدني الخاص:

ويهدف الإعداد البدني الخاص للاعبي كرة اليد إلى تنمية الصفات البدنية الخاصة والضروري للأداء في لعبة كرة اليد وتزويد اللاعب بالقدرات المهارية والخططية على أن يكون مرتبطا بالإعداد البدني العام ارتباطا وثيقا في مدة التدريب كلها ويرتبط التدريب في هذا الإعداد على المهارات والخطط بالتدريب لتنمية الصفات البدنية وتطويرها، والغرض العام مما سبق هو زيادة كفاءة الجهازين الدوري والتنفسي والجهاز العضلي العصبي للاعب ليحسن مستوى أدائه العام فيما يسمى ب (البناء البدني) وهو أساس ومهم ولاسيما للناشئين منهم⁽³⁾ .

إن الصراع حول السيادة في نوعي اللياقة البدنية "العامة والخاصة" يكون دائما ومستمرًا، وله معدلات تتسم بالتغير من فترة إلى أخرى، ففي بداية الموسم يكون للياقة البدنية العامة السيادة شبه الكاملة، غير أن هذه السيادة تأخذ في النقصان التدريجي عندما تقترب من فترة المنافسات، حيث يكون للياقة البدنية الخاصة السيادة والجدول الآتي يوضح ذلك:

⁽¹⁾ كمال درويش، عماد الدين ابو زيد وآخرون: الاسس الفسيولوجية لتدريب كرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص21.

⁽²⁾ أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، ص 84.

⁽³⁾ كمال درويش ، عماد الدين ابو زيد وآخرون، مرجع سابق، ص23.

جدول رقم (3-2) يوضح حجم اللياقة البدنية العامة والخاصة خلال موسم التدريب.

النسبة المئوية للإعداد البدني		الفترة التدريبية
العام	الخاص	
70-67%	24-30%	• الفترة الإعدادية ✓ المرحلة الأولى
20-40%	60-70%	✓ المرحلة الثانية
20-30%	70-80%	• فترة المنافسات
60-70%	30-40%	• الفترة الإنتقالية

وبرغم هذا الصراع بين نوعي اللياقة ، فإن هناك مسلمات أساسية تحكم علاقتهما مع من خلال الإعداد العام والخاص أثناء موسم التدريب، فاللياقة البدنية العامة هي الأساس الذي تبنى عليه اللياقة البدنية الخاصة، كما أن يمثل الدعامة الأساسية لحسن أداء المهارات الأساسية لرياضة كرة اليد وكذلك الخطط وطرق اللعب.

وارتباط اللياقة البدنية بالمهارات الحركية الرياضية لكرة اليد يعتبر أمراً أقرته الدراسات العلمية والبحوث الميدانية، فأداء المهارات يتطلب قدرات بدنية لإنجازها، فالواقع العملي يشير إلى أنه لا تخلو مهارة من مكون بدني أو أكثر⁽¹⁾. وفي دراسة أجريت أثناء مباراة لكرة اليد للقسم الأول في فرنسا، وجد أن معدل اللعب بلغ 48 دقيقة ويمتوسط فترات اللعب مقدرة بـ 12 ثانية، ومن خلالها تم استخراج الخصائص التالية والمدونة في الجدول الموالي⁽²⁾:

(1) عبد الحميد إسماعيل ، محمد صبحي حسنين : رباعية كرة اليد الحديثة، مركز الكتاب للنشر، 2001، ص56-57.

(2) Bayer C, Formation du joueur, Ed Vigot, Paris, 1993, p 313.

جدول رقم (3-3): نشاط اللاعبين في كرة اليد أثناء مباراة للقسم الأول أكابر حسب (Bayer 1993)

حركات المباراة	المسافة والعدد
التنقل بالجري بدون و بالكرة	4151 متر
التنقل مع الجري بالكرة	4114 متر
التنقل بسرعة	383 متر
التنقل بجري متوسط	3127 متر
التنقل بجري ضعيف	604 متر
التنقل بالجري بالكرة	37 متر
التنقل بالجري بالكرة و بسرعة	11 متر
التنقل بالجري بالكرة بوتيرة متوسطة	26 متر
الانطلاق	44
تغيير الريتم	190
تغيير الاتجاه	279
القفز	16
الاستقبال	90
مراحل التنطيط	19
القذف في المرمى	8,8

اللاعب في كرة اليد يجب أن يتكيف مع ظروف ومواقف اللعب المختلفة من الناحية الحركية بمعنى الحصول على إنجاز حركي هادف وبطريقة اقتصادية، مع عدم إهمال الجانب النفسي، وتحليل مواقف اللعب وخطته لكل لاعب ولكل مباراة والتفوق في كرة اليد يستلزم من اللاعب توقع الأداء والإنجاز الحركي للمنافس، والتي قد تحتاج أيضا لخبرة سابقة للسيطرة على السريان الحركي للمهارة أو الأداء المركب، ويستخدم اللاعب فيما سبق مناورات الخداع لتغيير القدرات الحركية طبقا لإحساسه وخبراته الذاتية مع شدة حمل تتناسب وقدراته البدنية⁽¹⁾.

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص71.

3-2-3 المتطلبات النفسية في كرة اليد:

يعتمد الوصول باللاعبين للمستويات الرياضية العالية وتحقيق الإنجازات في كرة اليد على عدة عوامل من الإعداد أولها الإعداد البدني والذي يشتمل على واجبات عامة وخاصة لتنمية الصفات البدنية الضرورية، وثانيها الإعداد المهاري الذي يشتمل على المهارات الأساسية في كرة اليد سواء بالكرة أو بدونها، سواء الدفاعية أو الهجومية، ثم الإعداد الخططي يتضمن فعالية وتحسين استخدام هذه القدرات بما يتناسب وقانون لعبة كرة اليد الجديد، ومع الزيادة المستمرة في التنافس والتقدم الهائل للتطبيقات الخططية، اتضح أن هذه الأنواع الثلاثة من الإعداد لا تكفي لضمان وصول اللاعبين للمستويات الرياضية العالية وتحقيق الفوز في المباريات وخاصة في ظل التقدم الهائل والحديث للجوانب المهارية والخططية لكرة اليد، إذ يتطلب من اللاعبين استنفار قدر عظيم من الطاقة البدنية والفسيولوجية، وزيادة التحمل النفسي والانفعالي، ولقد تبين أن اللاعب الذي لا يمتلك قدرا كافيا من السمات الشخصية مثل الشجاعة والمثابرة والثقة بالنفس...إلخ، وكذلك القدرة على استخدام العمليات العقلية العليا مثل التفكير والتذكر والتخيل والإدراك تحت ظروف التنافس الصعبة والصراع لا يمكنه الوصول إلى الإنجاز الرياضي المتوقع، وكل ذلك أظهر نوعا جديدا من الإعداد أصبح يأخذ حيزا عند التخطيط للمباريات ألا وهو الإعداد النفسي.

هذا النوع من الإعداد يؤدي دورا هاما وحيويا في التعجيل بنمو الصفات النفسية ذات الأهمية بالنسبة للاعب كرة اليد، حيث يمكنهم من تنظيم حالتهم النفسية في الظروف الحرجة من المباراة ويساعد اللاعبين على التكيف للأحمال التدريبية مرتفعة الشدة⁽¹⁾.

الإعداد النفسي عملية موضوعية ذات مردود تطبيقي في الرياضات المختلفة لأي من المستويات وتحديد المدرب أو الأخصائي النفسي لهذا المستوى هو الذي يقرر مهام الإعداد النفسي ولأي درجة وعلى هذا تنحصر واجبات الإعداد النفسي للاعب و فرق كرة اليد فيما يلي:

✓ إمكانية حدوث احتكاك حاد بالخصم نتيجة الانفعالات العصبية، ولتجنب ذلك من اللاعبين على الفرد أن يستخدم الأساليب النفسية الهادفة لتهدئة وامتلاك زمام الأمور.

(1) محمد حسن علاوي، كمال الدين عبد الرحمان درويش، الإعداد النفسي في كرة اليد، - نظريات، تطبيقات-، مركز الكتاب للنشر

- ✓ تعارض اهتمامات أو رغبات اللاعبين في الفريق الواحد الذي يقتضي من المدرب والأخصائي النفسي توجيه أساليبهم التربوية لكيفية كبح جناح هذه الرغبات وتوجيهها في اتجاه واحد لصالح الفريق.
- ✓ صعوبة أو تعذر اتخاذ قرار في مواقف اللعب المتعددة الاختيارات والبدائل، ولتحديد هذه الخاصية فإن الأخصائي النفسي عليه أن ينمي صفة الحسم في اللاعبين باستخدام الوسيلة المناسبة والمعتمدة على تكرار بعض العبارات أو الكلمات والمؤثرات النفسية واقتناعه بما يقول.
- ✓ التدريب على السرعة الخاطفة في التصرف نحو مجموعة من الأهداف المتحركة (كلها أو بعضها) مثل (الكرة-المنافسين-الزملاء في الفريق).
- ✓ سرعة رد الفعل العالية تجاه مواقف اللعب المختلفة، إذ يجب أن يدرّب اللاعب في نفسه كيفية تنمية سرعة رد الفعل.
- ✓ ضرورة تدريب اللاعب على عدم التصويب إذا احتاج الواجب التكتيكي ذلك⁽¹⁾.
- ✓ تحسين القدرة على تنظيم الحالة النفسية في الظروف الصعبة من التنافس.
- ✓ تكوين وبناء حالة انفعالية مثالية أثناء التدريب والمباريات.
- ✓ تكوين مناخ نفسي إيجابي في الفريق بين اللاعبين⁽²⁾.

3-2-4 المتطلبات المهارية للاعب كرة اليد:

تتضمن المتطلبات المهارية في كرة اليد المهارات الأساسية للعبة جميعها سواء كانت الكرة أو من دونها، وتعني كل التحركات الضرورية والهادفة التي يقوم بها اللاعب وتؤدي في إطار قانوني لعبة كرة اليد للوصول إلى أفضل النتائج في أثناء التدريب أو المباراة، ويمكن تنمية هذه المتطلبات المهارية وتطويرها من خلال التخطيط الجيد لبرامج الإعداد المهاري الذي يهدف إلى وصول اللاعب إلى الدقة والإتقان والتكامل في أداء المهارات الأساسية للعبة كرة اليد جميعها بحيث يكون أداء اللاعب بصورة آلية متقنة تحت أي ظرف من الظروف⁽³⁾.

(1) عزة محمود كاشف: الإعداد النفسي للرياضيين، القاهرة، دار الفكر العربي، 1991، ص 184-185.

(2) محمد حسن علاوي، كمال الدين عبد الرحمان درويش، مرجع سابق، ص 103.

(3) بزاز علي جوكل: فلسفة التدريب الرياضي في كرة اليد، دار دجلة، العراق، ط1، 2007، ص 35.

3-2-5 المتطلبات المهارية الدفاعية:

الدفاع في كرة اليد هو الجناح الثاني المكمل لنجاح الفريق ولا يقل أهمية عن الهجوم، وتبدأ مرحلة الدفاع منذ اللحظة التي يفقد فيها الفريق الكرة فينقلب الفريق المهاجم مدافعا وبالتالي يصبح الفريق المدافع مهاجما.

فالتفاعل الديناميكي المستمر والدائم طوال شوطي المباراة يجعل من الصعب في بعض لحظات المباراة تحديد أي مهاجما وأيها مدافعا، إذا كان الدفاع لا يرتبط بمكان التواجد في الملعب وإنما يرتبط بلحظة فقدان الكرة، ولا شك أن الخطأ في الدفاع يعني تسجيل إصابة في مرمى الفريق، لذا يجب أن تولى المهارات والعمليات الدفاعية قدرا كبيرا من الاهتمام وفسحة طويلة من زمن التدريبات. وقد يحتاج الدفاع وعلى وقت قريب يركز واجباته نحو الاهتمام بالكرة وحدها، ثم تطور فاهتم بجسم اللاعب مع الكرة⁽¹⁾.

وتتطلب إجابة ممارسة رياضة كرة اليد مهارات فنية أساسية، فالمدافع الجيد هو الذي يمكن أن يتصدى للمهاجم بما في ذلك الاستعداد البدني للتصادم معه لإيقافه ثم يبدأ بسرعة في تكوين هجمة جديدة، ويمتاز المدافع بالحركة الدائمة للأمام والخلف والحركة بالميل وفي دفاع رجل لرجل عند العودة من الهجوم وفي الحركة الجانبية وغير ذلك من الحركات التي يجب أن يتقنها المدافع ويشمل ذلك أيضا أن يجيد التصادم البدني وعادة ما يكون التصادم مع المهاجم بالجسم واليدين⁽²⁾.

3-2-6 المتطلبات المهارية الهجومية:

تختلف كرة اليد في طبيعتها كلعبة جماعية عن العديد من الألعاب الجماعية الأخرى من حيث سرعة إيقاعها والتتابع الديناميكي المتبادل بين عمليات الدفاع والهجوم المتواصل دون توقف طوال زمن شوطي المباراة يكون اللعب فيه حول منطقة المرمى ويندر في وسط الملعب⁽³⁾.

لذا فإن طبيعة الأداء في كرة اليد تعتمد على درجة كفاءة اللاعب لأداء المهارات الأساسية الهجومية بالكرة أو بدونها، وتوظيف تلك المهارات أثناء القيام بالعمل الخططي وتختلف طبيعة الأداء في

(1) خالد حمودة ، جلال كمال سالم: الهجوم والدفاع في كرة اليد، ط1، 2008، ص307.

(2) شاكر فرهود: المهارات الفنية في كرة اليد، (د.م)، القاهرة، 1981، ص71.

(3) خالد حمودة ، جلال كمال سالم، مرجع سابق، ص21.

كرة اليد وتتنوع ما بين العدو السريع بالكرة أو بدونها إلى الجري والتوقف، وترجع عمليات التغيير في الأداء الخططي إلى طبيعة سير المباراة حيث تخضع رياضة كرة اليد للمواقف الحركية المختلفة بحيث لا توجد ظروف ثابتة للأداء المهاري والأداء الخططي تبعاً لإمكانيات الفريق المنافس وقدراته مهارية والبدنية والخططية.

تتضمن المهارات الأساسية للمهاجم في كرة اليد إجادة استقبال الكرة من الأسفل ومن الأعلى والتصويب على المرمى من الزوايا جميعها بما في ذلك طرائف الدخول العالية. مع التدريب على التصويب مع الخداع، وتشكل المهارات اللازمة للمهاجم تدريب على طريقة لف الذراع للخلف ومن ثم التصويب، وإجراء الحجز القانوني للخصم بطريقة الحجز الأمامي أو الأمامي المتحرك وتسقيط الكرة للاعب الحاجز، وما إلى ذلك من المهارات الأخرى⁽¹⁾.

- حصر المتطلبات المهارية الهجومية والدفاعية لكرة اليد:

حيث نذكر منها مايلي:

- التمرير والاستقبال: أساس العمل الهجومي بكرة اليد في بناء الهجمات الخاصة في كرة اليد.
- طبطبة (تطيط) الكرة: فهي مهارة ضرورية في بعض الحالات والمواقف الخاصة في كرة اليد.
- التصويب: فيحوي على أنواع وأساليب مختلفة سواء من الثبات أو الحركة وتكون التحركات الهجومية: أمامية أو مائلة، أو عرضية، أو طويلة.
- الخداع: بالكرة أو بدونها فيكون بسيطاً أو مركباً.
- الحجز والمتابعة: سواء حجز المهاجم أو حجز المدافع والتدرج في المتابعة.
- دفاع فردي: هو الأساس الذي يبني عليه أي شكل من أشكال الدفاع على خط واحد أو أكثر من خط.
- التحركات الدفاعية: هي أساس التناسق والتناغم في العمل الجماعي أو عمل الفريق ككل.
- الحالات الخاصة: تشمل رميات الجزاء، والرميات الحرة وهي مهارات لا بد من التدريب عليها وإتقانها.

⁽¹⁾ طارق محمد رحاب: الاداء الخططي الهجومي قبل وبعد الوقت المستقطع وعلاقته بنتائج مباريات كرة اليد، ط1، 2008، ص22.

- الهجوم الخاطف: لما يحتويه هذا الهدف-الهجوم الخاطف-من محاولة جادة لإظهار الفردية لاستلام الكرة والتصويب على المرمى بعد التمير من الحارس واللاعب المستحوذ على الكرة فضلا عن اختلاف كل مركز من مراكز اللعب في أسلوب بدء الهجوم الخاطف وتنفيذه⁽¹⁾.

مختلف الأفعال الحركية التي يقوم بها اللاعبون خلال مباراة في كرة اليد⁽²⁾.

جدول رقم (3-4) يبين مختلف الأفعال الحركية التي يقوم بها اللاعبون خلال مباراة في كرة اليد.

الباحثين الحركات	Gallet (2001) الشوط الاول	Georges (1990) مباراة كاملة	Gross (1981) مباراة كاملة	Hamouda
الاندفاع القوي	14			
التجاوز مع التنطيط	4			
التجاوز بدون تنطيط	16			
الانطلاق		44		
تغيير الوتيرة		190		
تغيير الاتجاه		272		
القفز		79	26-24	
استقبال الكرة		90		
التمرير	43	177	102	
القذف	12	8.8	12	

⁽¹⁾ يزاز علي جوكل، مرجع سابق، ص 37-38.

⁽²⁾Gros Georges B, observation et entraînement en sport collectifs, INSEP Publications, Paris, 1990, p20.

3-2-7 المتطلبات الخططية الضرورية لكرة اليد:

عندما نتكلم عن خطط اللعب في كرة اليد، فإننا نعني التحركات والمناورات الهادفة والاقتصادية التي يقوم بها لاعبي الفريق أثناء الهجوم، بغرض تحقيق التفوق والفوز على الفريق المنافس، ويمكن حصر المتطلبات الخططية فيما يلي:

1- المتطلبات الخططية الهجومية وتتضمن:

- ✓ خطط هجومية فردية.
- ✓ خطط هجومية جماعية.
- ✓ خطط هجومية للفريق.
- ✓ خطط هجومية للحالات الخاصة.

2- المتطلبات الخططية الدفاعية وتتضمن:

- خطط دفاعية فردية.
- خطط دفاعية جماعية.
- خطط دفاعية للفريق.
- خطط دفاعية للحالات الخاصة⁽¹⁾.

وعليه فعلى المدرب ضرورة الاهتمام بكل المتطلبات الخططية الدفاعية والهجومية سواء فردية أو جماعية حتى يتسنى للاعب التمتع بالنضج التكتيكي للتأقلم مع مختلف أنظمة اللعب حسب متطلبات لعبة كرة اليد وظروف المنافسات.

3-2-8 المميزات الخاصة للعب الحديث في كرة اليد:

هو لعب هجومي سريع، ونشيط وعنيف، في الهجوم وفي الدفاع وطريقة التدريب في تحضير اللعب نولى أهمية كبر قصد تنمية وتطوير القاعدة البدنية كشرط أساسي، ولذلك يجب الاهتمام بها بشدة عالية لاستعمال الحركات التقنية والتكتيكية الفردية منها والجماعية للاعبين بشكل جيد.

⁽¹⁾ عماد الدين عباس أبو زيد، سامي محمد علي، مرجع سابق، ص26.

إن مميزات اللعب الحديث تتسم بكونها رياضة بحته وذلك باستعمال الجسم في اللعب (رجل، لرجل) وهناك ميل في تفضيل بعض اللاعبين ذو البنية الصلبة والقامة الطويلة بكونهم يمتازون بتحضير بدني جيد ولهم مستوى تكتيكي ثمين يؤهلهم لنيل مناصب هامة في الفريق.

3-2-8-1 المميزات الرياضية للمستويات العالية عند لاعبي كرة اليد:

إن من أهم المميزات التي يجب أن تتوفر في لاعب كرة اليد وهي كما يلي:

- بنية عضلية جيدة، أكتاف عريضة.
- جاهزية في الساعدين والذراعين معا تربطهم علاقة ممتازة في قوة الخطف.
- إمكانية وجود قيمة متوسطة من حيث القامة والوزن تتحصر بين 190 سم، 90كلغ.
- نسبة 10% هي القيمة التي تمثل العلاقة بين الكتلة العضلية والشحم.
- كقاعدة عامة يجب أن يكون اللاعبين الخلفيين ذو انفراج واسع للذراعين.
- إن سهولة فهم اللعب بسرعة وبمرونة جماعيا في الدفاع، والهجوم، تسمح باستغلال أكبر للقدرات الفردية للاعبين.
- التركيز الكبير للاعبين أثناء كل الأحداث التي تدور في المباراة في الهجوم وفي الدفاع وكذا أثناء الهجمات المعاكسة⁽¹⁾.

3-2-8-2 المنافسات والبطولات في كرة اليد:

إن المنافسة الرياضية ما هي إلا نشاط يحاول فيه الرياضي إحراز الفوز، ولا يتأسس ذلك على الدوافع الذاتية للرياضي فحسب، بل أيضا على الدوافع الاجتماعية مثل رفع شأن الفريق، سمعة النادي، الوطن، إذ أن ذلك يعد من أهم القوى التي تحفز الرياضي للوصول إلى أعلى المستويات الرياضية⁽²⁾.

غالبا ما يتم اختيار اللاعبين لمنافسة ما على ضوء ما يملك المدرب من محكمات يمكنه من خلالها الحكم على مستوى أداء لاعبيه، وإمكانهم القيام بتنفيذ الواجبات الملقاة عليهم، وقد يكون محك الاختبار هو مستوى أداء اللاعب لمباراة سابقة أو خلال أدائه في الفترات التدريبية التي تسبق المنافسة وخاصة التدريب الأخير، واستخدام الاختبارات البدنية والمهارية المناسبة إذا ما توفرت لديه ونظرا لأن الهدف الرئيسي من التدريب الرياضي هو الوصول باللاعب إلى أعلى مستوى أداء ممكن في نوع النشاط

⁽¹⁾ Manfred muller, de la spécialisation en handball, office des publications universitaires, alger, 1978, p9.

⁽²⁾ ابو العلاء احمد عبد الفتاح، التدريب الرياضي والاسس الفسيولوجية، القاهرة، دار الفكر العربي، ط1، 1997، ص15.

الذي يمارسه بما يؤهله للاشتراك في المنافسات، فقد أصبح لزاما على المدرب استمرار متابعة مدى التقدم الذي يحرزه اللاعب وذلك بغرض التعرف على النواحي الإيجابية والسلبية لاستمرار أو إدخال تعديلات على البرنامج بما يتلاءم ومستوى اللاعبين⁽¹⁾.

✓ دراسة مقارنة بين الفريق الفرنسي والإسباني من بطولة الإتحاد الأوروبي 2006 حسب ثمان مباريات حيث تميزت هذه البطولة بالسرعة في اللعب والخشونة من حين لآخر. فكانت السيطرة إلى الفريق الفرنسي المتوج بهذه البطولة وكانت هذه السيطرة فرضت من طرف الدفاع بالضغط على اللاعبين الخلفيين فكانت الفعالية في الهجوم في غالب الأحيان إلى الفريق الفرنسي الموضح حسب الجدول الآتي⁽²⁾ :

جدول رقم (3-5) يوضح نتائج دراسة إحصائية بين فريق فرنسا وإسبانيا حول ثمان مباريات من بطولة الإتحاد الأوروبي لكرة اليد 2006.

فرنسا	إسبانيا
عدد الأهداف/ عدد الهجمات: 459/243	عدد الأهداف/ عدد الهجمات: 481/255
المعدل/ المقابلات 57/30 أو 100/53	المعدل/ المقابلات 60/31.8 أو 100/53
عدد الأهداف/ عدد القذافات: 426/243	عدد الأهداف/ عدد القذافات: 426/243
المعدل/ المقابلات: 53/30 أو 100/57	المعدل/ المقابلات 60/31.8 أو 100/62
أهداف الخلفيين في هجوم مهيكل: 106	أهداف الخلفيين في هجوم مهيكل: 97
أهداف الأجنحة في هجوم مهيكل: 37	أهداف الأجنحة في هجوم مهيكل: 35
أهداف اللاعب المحوري في هجوم مهيكل: 23	أهداف اللاعب المحوري في هجوم مهيكل: 43
أهداف على خط 6 أمتار للخلفيين في هجوم مهيكل: 10	أهداف على خط 6 أمتار للخلفيين في هجوم مهيكل: 8
أهداف على خط 6 أمتار للأجنحة في هجوم مهيكل: 7	أهداف على خط 6 أمتار للأجنحة في هجوم مهيكل: 5
معدل الأهداف المتلقاة 24	معدل الأهداف المتلقاة 28.8

(1) عماد الدين، عباس ابو زيد، مرجع سابق، ص 356.

(2) Jean-Paul Martinet, Jean-luc pagés, Handball, éditions vigot, Paris, 2007, p401-403.

خلاصة:

في هذا الفصل تم التطرق إلى مختلف المتطلبات البدنية، الفسيولوجية والمهارية والنفسية اللازمة لرياضة كرة اليد ومدى ترابطها ببعضها البعض، دون التقصير في احد من متطلباتها الأساسية وهذا من أجل تطوير هذه الرياضة والوصول بها للمستوى العالي وهذا عن طريق ملاحظة المدرب لمردود اللاعبين خلال التدريبات والمنافسات، حتى يتم التخطيط المنهجي وفق أسس علمية مع متابعة كل لاعب على حدا خصوصا من الناحية الصحية وعند تعرضه للإصابة الرياضية يجب تشخيصها ومعالجتها الفورية وإتباع نصائح الطبيب حتى تتم العودة للتدريب والمنافسات.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

يعد الجانب التطبيقي أحد الجوانب التي تبنى عليها الدراسة، إذ أن التطرق للجانب النظري وحده ليس كافياً بل يجب إخضاع كل من متغيرات الدراسة للإصابات الرياضية، مراكز اللعب للدراسة الميدانية.

في هذا الفصل سيتم التطرق لمختلف المراحل والجوانب العلمية والمنهجية المتبعة في الدراسة من وصف للدراسة الاستطلاعية، التعريف بالمنهج، المجتمع وعينة الدراسة، الأدوات، المجالات الزمانية والمكانية، وانتهاء بالأساليب المستخدمة لمعالجة البيانات.

4-1- الدراسة الاستطلاعية:

هي عبارة عن دراسة أولية يقوم بها الباحث على عينة قبل قيامه ببحثه بهدف اختيار أساليب البحث وأدواته⁽¹⁾، ويعرفها (ناصر ثابت) بأنها تلك البحوث التي تتناول موضوعات جديدة لم يتطرق إليها أي باحث من قبل ولا تتوفر عنها بيانات أو معلومات أو حتى يجهل الباحث كثيرا من أبعادها وجوانبها⁽²⁾.

حيث يقوم الباحث قبل الدراسة الميدانية بدراسة استطلاعية الهدف منها التقرب من أفراد العينة والطاقتم الفني والإداري والمتمثل في بحثنا هذا في لاعبي أكابر فريق المبيك الميلية لكرة اليد والمدرّب والطاقتم الفني والإداري المشكل لهذا الفريق قصد الحصول على التسهيلات اللازمة لإجراء الدراسة الميدانية وتوزيع استمارات الاستبيان على اللاعبين.

4-2- منهج الدراسة:

إن الحاجة إلى الدراسات والبحوث هي اليوم أشد منها في أي وقت مضى، وأن موضوع البحث العلمي يقوم أساسا على طلب المعرفة والوصول إليها بالاستناد على مجموعة من الأساليب والمناهج. إن المنهج في البحث العلمي يعني مجموعة من القواعد والأسس التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقيقة يقول "عمار بوحوش" و"محمد محمود ذنبيات": إنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، ومنهج الدراسة يختلف باختلاف المواضيع والهدف الذي يود الباحث التوصل إليه⁽³⁾.

وعلى هذا الأساس ولتحقيق أهداف هذه الدراسة أستخدم المنهج الوصفي ويعرف بأنه استقصاء عن ظاهرة من الظواهر قصد تشخيص وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها وضبطها كميًا قصد جمع المعلومات وتصنيفها ثم تحليلها وبالتالي إخضاعها إلى دراسة علمية دقيقة⁽⁴⁾.

(1) معجم علم النفس والتربية، مجمع اللغة العربي، الهيئة العامة للطابع، الأميرية، القاهرة، ط1، 1984، ص 79.

(2) ناصر ثابت، أضواء على الدراسة الميدانية، مكتبة الفلاح الكويتية، ط1، 1984، ص 74.

(3) عمار بوحوش، محمود ذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق البحث، 1955، ص 79.

(4) عمار بوحوش: البحث العلمي والخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998،

4-3- مجتمعة وعينة الدراسة:

4-3-1- مجتمعة الدراسة:

مجتمعة البحث هو جميع المفردات التي تتوافر عليها الخصائص المطلوب دراستها وقد يتكون مجتمعة البحث من أفراد أو جماعات أو منظمات وفي كل الأحوال ينبغي ألا يكون مجتمعة البحث مبهمًا (1).

وبتمثل في هذه الدراسة في عدد لاعبي كرة اليد لفريق أولمبيك الميلية صنف أكابر حيث قدر بـ 20 لاعب (حسب إحصائيات 2018 / 2019).

4-3-2- عينة الدراسة:

هي مجتمعة الدراسة التي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ بمجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة، فالعينة إذن هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصل، ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله، ووحدات العينة قد تكون أشخاصا كما قد تكون شوارع أو مدنا أو غير ذلك (2)، وعينة الدراسة الحالية هي عينة غير احتمالية قصدية عن طريق المسح الشامل حيث تشمل 20 لاعب لفريق أولمبيك الميلية لكرة اليد الذي ينشط في القسم الثاني والذين يتدربون على مستوى بلدية الميلية في القاعة المتعددة الرياضات.

4-3-2-1- مبررات اختيار العينة:

بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية وجد أنه يوجد فريق واحد في كرة اليد صنف أكابر على مستوى الولاية، وبحكم معرفة الطاقم الفني والاداري المكون لهذا الفريق وسهولة التواصل معهم، قام الباحث بإجراء دراسته على لاعبي هذا الفريق.

(1) مبروكة عمر محيرق: الدليل الشامل في البحث العلمي، مجموعة النيل العربية، مصر، ط1، 2008، ص 153.

(2) رشيد زرواتي: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، مصر، 2004، ص 81.

4-4- تقنيات الدراسة:

في هذه الدراسة تم استخدام تقنيتين إحداهما رئيسية والأخرى مساعدة لها وهما الاستمارة والمقابلة

4-4-1- الاستمارة : هي نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى أفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبحوثين عن طريق البريد (1) ، حيث تشتمل استمارة الدراسة الحالية على 19 سؤال موزعة على 3 محاور.

المحور الأول:

وكان بعنوان : محور البيانات الشخصية، وتضمن ثلاثة أسئلة(من السؤال رقم 1 الى السؤال رقم 3).

المحور الثاني:

كان بعنوان علاقة الإصابات الرياضية بمناصب اللعب وشمل على 08 أسئلة (من السؤال 4 الى السؤال 11).

المحور الثالث:

كان بعنوان علاقة بين الأسباب المؤدية الى حدوث الإصابات ومناصب اللعب وشمل على 08 أسئلة (من السؤال 12 الى السؤال 19).

4-4-2- المقابلة :

هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الفرد القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية. (2)

(1) رشيد زرواتي: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ص 108.

(2) نفس المرجع السابق، ص 108.

5-4 - صدق وثبات الاستبيان:

- صدق المحكمين:

قمنا بتحديد أسئلة الاستبيان اعتمادا على المراجع العلمية كالكتب والمقالات وعلى ما أوضحتها الدراسات السابقة ، ومن خلال كل ذلك تم وضع 19 عبارة سؤال في استبيان موجهة الى لاعبي كرة اليد لفريق المبيك الميلية الناشط في القسم الثاني - مجموعة شرق/وسط - .

تم عرض الاستبيان في صورته الأولية في استمارة تحكيمية على محكمين لهم الخبرة والتخصص في مجال التدريب الرياضي التنافسي والتحضير البني، كما لهم تجارب في مجال البحث العلمي، وفي الأخير تم القيام ببعض التعديلات التي اقترحتها المحكمين مع الإبقاء على جميع الأسئلة حيث وصلت نسبة الموافقة على أسئلة الاستبيان حوالي 90%، وبالتالي يمكننا القول ان أداة البحث تتسم بالصدق.

- الثبات: يعتبر الثبات بمثابة العامل الثاني بعد الصدق في عملية تقنين الاختبارات وهو يعني ان يكون الاختبار على درجة عالية من الدقة والاتقان فيما وضع لقياسه، للتحقق من ثبات الاستبيان استخدمنا برنامج الحزم الإحصائية (SPSS)، حيث قسمت أسئلة الاستبيان الى أسئلة ذات ارقام فردية وأخرى ذات ارقام زوجية تم بعد ذلك تم حساب معامل الفا كرو نباخ حيث بلغ 0.89 وهو معامل ثبات قوي الامر الذي يسمح باستعمال هذا الاستبيان كأداة لجمع البيانات بدرجة عالية ومقبولة من الثبات.

6-4- متغيرات الدراسة:

6-4-1- المتغير المستقل:

وتمثل في هذه الدراسة في: الإصابات الرياضية

6-4-2- المتغير التابع:

وتمثل في هذه الدراسة في: مناصب اللعب في كرة اليد.

4-7- مجالات الدراسة: حيث يتم تقسيمها إلى مجالين:

4-7-1- المجال المكاني: وقد تمثل في هذه الدراسة في فريق أمبيك الميلية لكرة اليد الذي ينشط

في حظيرة القسم الوطني الثاني مجموعة شرق/ وسط، والذي يتدرب في القاعة المتعددة الرياضات

- بريحة الطاهر.-

4-7-2- المجال الزمني:

حيث تم الانطلاق في الدراسة الحالية في شقها النظري: بعد الاتفاق مع الاستاد المشرف

حول عنوان المذكرة: الإصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب حوالي شهر جانفي، حيث

تم جمع المراجع والمؤلفات التي لها علاقة بموضوع الدراسة لبناء الفصول النظرية.

اما الشق الميداني: فقد تم اعداد الاستمارة كتقنية رئيسية في حوالي شهر مارس وتم جمع

البيانات من الميدان بعد تحكيمها ، اما الاخراج النهائي للمذكرة فكان في حوالي أواخر شهر

جوان.

4-8- اساليب التحليل الإحصائية للدراسة:

لقد تم إخضاع النتائج المتحصل عليها في شكلها الكمي، إلى المعالجة الإحصائية باستعمال

حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، قصد تحليلها وهذا عن طريق تشفير

العبارات في برنامج اكسل بمجموع 19 متغير من مجموع أسئلة الاستبيان ، وإخضاعها إلى :

✓ النسب المئوية: وهذا لمعرفة لتحليل البيانات الشخصية لمجتمع الدراسة.

✓ معامل الفا كرو نباخ: الهدف منه حساب ثبات الاستبيان.

✓ معاملا الارتباط بيرسون: لاختبار صدق الاتساق الداخلي بين كل فقرة من الفقرات

والمحور الي تنتمي اليه.

✓ المتوسطات الحسابية: توضح مدى تقارب الدرجات من بعضها واقتربها من المتوسط

الحسابي.

4-9 - صعوبات البحث:

لقد واجه الباحث في انجاز بحثه العديد من الصعوبات التي لا يخلو منها أي عمل جاد

وقد لخصها الباحث فيما يلي:

✓ الصعوبات المتعلقة بالمادة العلمية:

- قلة المراجع التي تدرس الظاهرة في المجال الرياضي وخاصة كرة اليد

- فقر المكتبة وقلة الدراسات الجزائرية لهد النوع من الدراسات

✓ الصعوبات المتعلقة بالأفراد:

- عدم التعاون من طرف بعض افراد المجتمع.

- المبالغة في سرية المعلومات من طرف بعض أعضاء إدارة الفريق.

✓ الصعوبات المتعلقة بالوقت:

- قصر الوقت المخصص لا نجاز الدراسة.

- قصر مدة إعاره الكتب وتحديد عددها.

خلاصة:

تضمن هذا الفصل عرضاً مفصلاً للإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة بدءاً بالدراسة الاستطلاعية التي تعد أول خطوة منهجية ، يليها التعريف بالمنهج، ومجتمع الدراسة كما تم فيه تحديد أدوات الدراسة وخصائصها وكذا متغيرات الدراسة ومجالات الدراسة، إضافة إلى الأساليب الإحصائية المستعملة لتحليل البيانات والتي من خلالها سيتم عرض وتفسير النتائج لتحقيق أهداف الدراسة.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

إنه من المعروف أن البحوث العلمية تفرض ضرورة عرض وتحليل النتائج المتوصل إليها، وهذا من أجل توضيح الاختلافات والتشابهات التي قد يصل إليها أي بحث علمي وذلك لإزالة الإبهام والغموض عن النتائج المسجلة خلال هذه الدراسة كي لا تبقى مجرد أرقام، بل تحويلها إلى بيانات تسهل قراءتها، ولهذا نقوم في هذا الفصل بدراسة تحليلية لهذه النتائج في جداول ورسومات بيانية لتوضيح التغيرات الواقعة نتيجة هذه الدراسة.

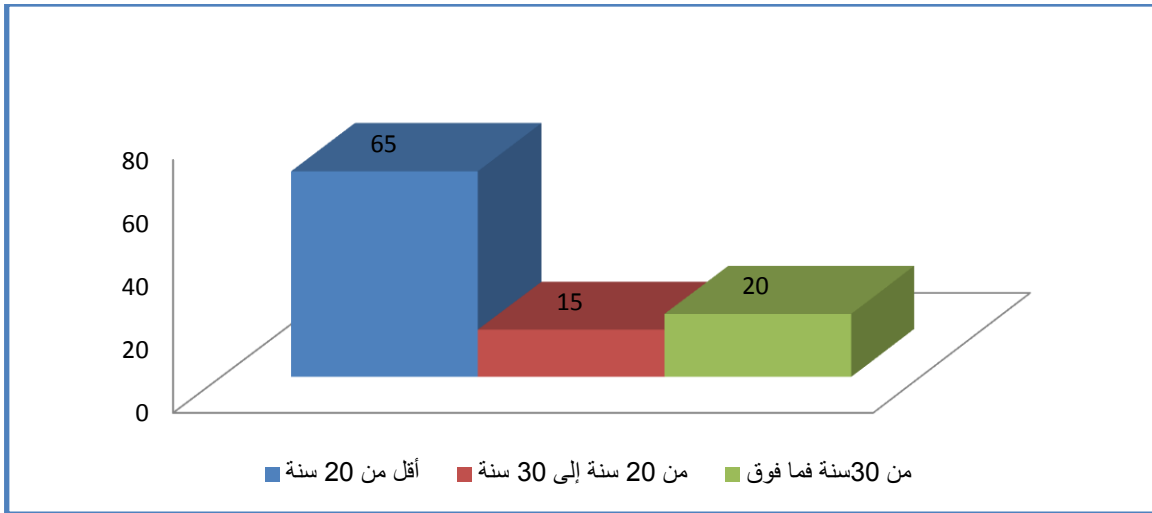
5-1- عرض وتحليل النتائج:

جدول رقم 5-1: يمثل الفئة العمرية للاعبين.

النسبة %	التكرار	السن
65	13	أقل من 20 سنة
15	3	من 20 سنة إلى 30 سنة
20	4	من 30 سنة فما فوق
100	20	المجموع

من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين لنا أن غالبية سن اللاعبين المشكلين لفريق أكابر ألبنيك الميلية لكرة اليد أقل من 20 سنة وذلك بنسبة 65% في حين بلغت نسبة الذين يتراوح سنهم بين (20-30) سنة 15%.

الشكل رقم 5-1: يمثل الفئة العمرية للاعبين.



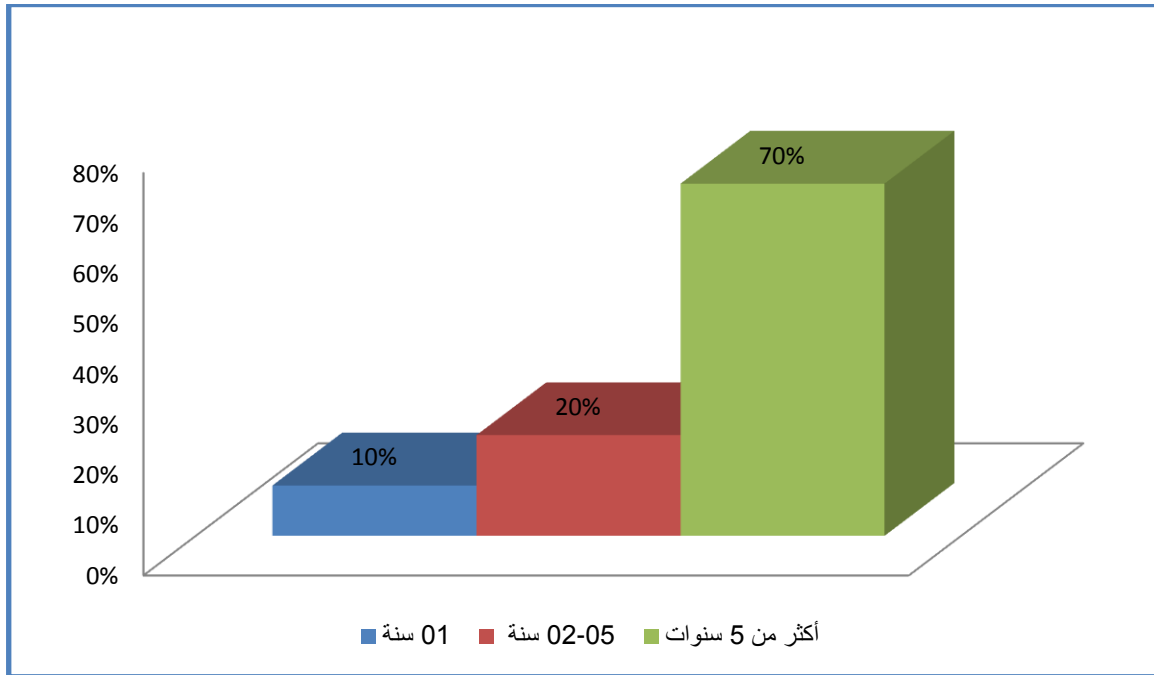
جدول رقم 5-2: يمثل العمر التدريبي للاعبين.

النسبة %	التكرار	العمر التدريبي
10	02	01 سنة
20	4	05-02 سنوات
70	14	أكثر من 5 سنوات
100	20	المجموع

من خلال مناقشة نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن غالبية اللاعبين المشكلين للفريق لديهم عمر تدريبي أكثر من 5 سنوات وذلك بنسبة قدرها 70% في حين كانت نسبة الذين لديهم عمر تدريبي سنة واحدة هي 10%.

وعليه نستنتج من خلال النتائج أن معظم اللاعبين لديهم خبرة في المجال الرياضي أكثر من 5 سنوات.

شكل رقم 5-2: يمثل العمر التدريبي للاعبين.

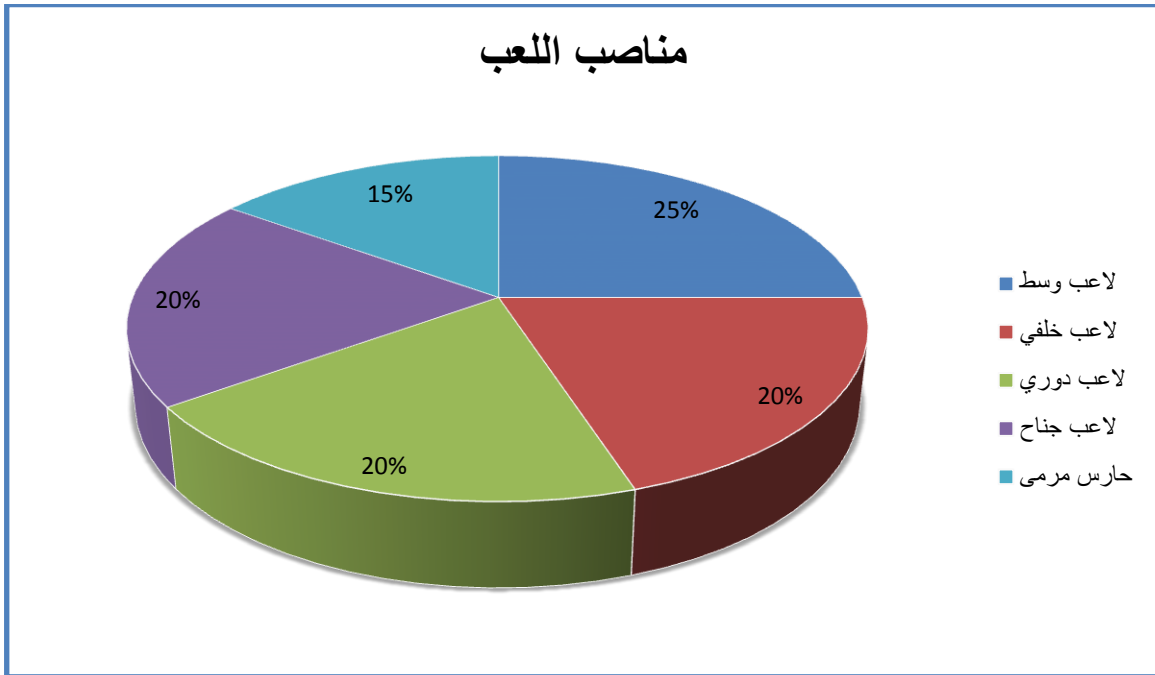


جدول رقم 5-3: يمثل مناصب اللعب.

النسبة %	التكرار	المنصب
25	5	لاعب وسط
20	4	لاعب خلفي
20	4	لاعب محوري
20	4	لاعب جناح
15	3	حارس مرمى
100	20	المجموع

ما يلاحظ من الجدول أعلاه أن الفريق يضم عدد من اللاعبين بشكل متساوي تقريبا في جميع المناصب، ما عدا خط الوسط حيث الفريق يضم 05 لاعبين، وقد قدرت النسبة بـ 25% وذلك لحساسية هذا المنصب وكثرة الإصابات، بالمقابل نجد الفريق يتكون من 03 حراس مرمى بنسبة 15% وهو الحد الأقصى لعدد الحراس في فريق كرة اليد.

شكل رقم 5-3: يمثل مناصب اللعب.

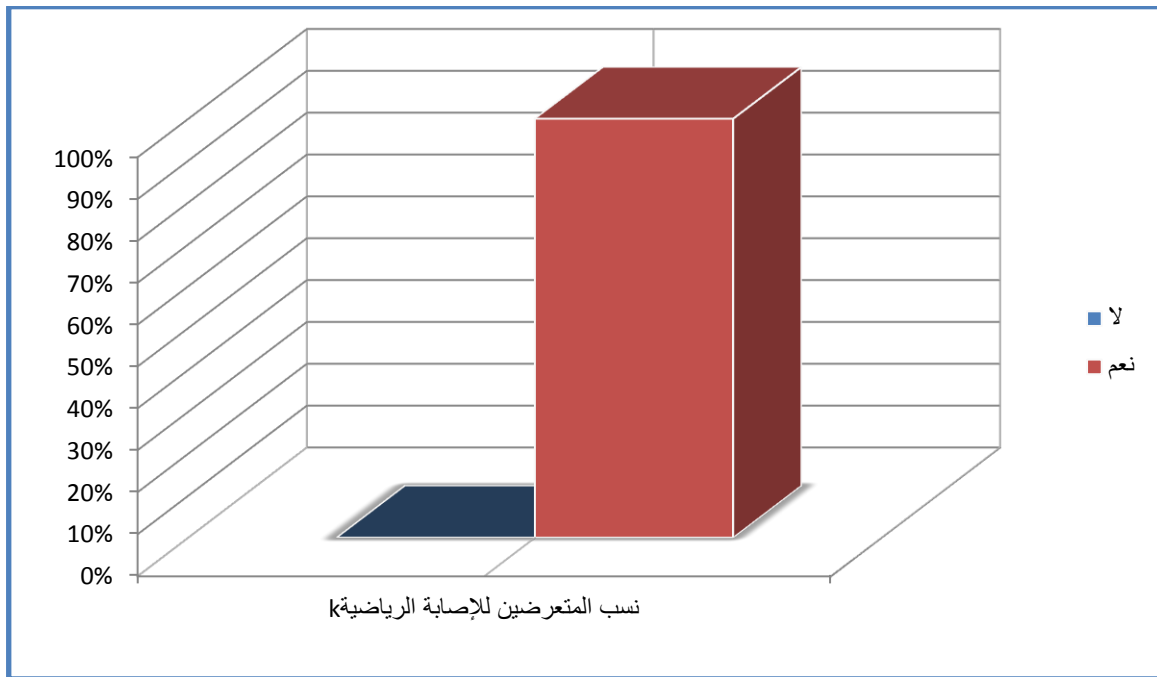


جدول رقم 4-5 : يمثل نسب المتعرضين للإصابة الرياضية.

النسبة %	التكرار	الإصابة الرياضية
100	20	نعم
00	00	لا
100	20	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن لاعبو كرة اليد قد تعرضوا إلى إصابة رياضية بنسبة 100% وهذا من طبيعة كرة اليد التي تتميز بالخشونة والاحتكاك سواء في الدفاع أو الهجوم مما يؤدي إلى التعرض للإصابة.

شكل رقم 4-5: يمثل نسب المتعرضين للإصابة الرياضية.

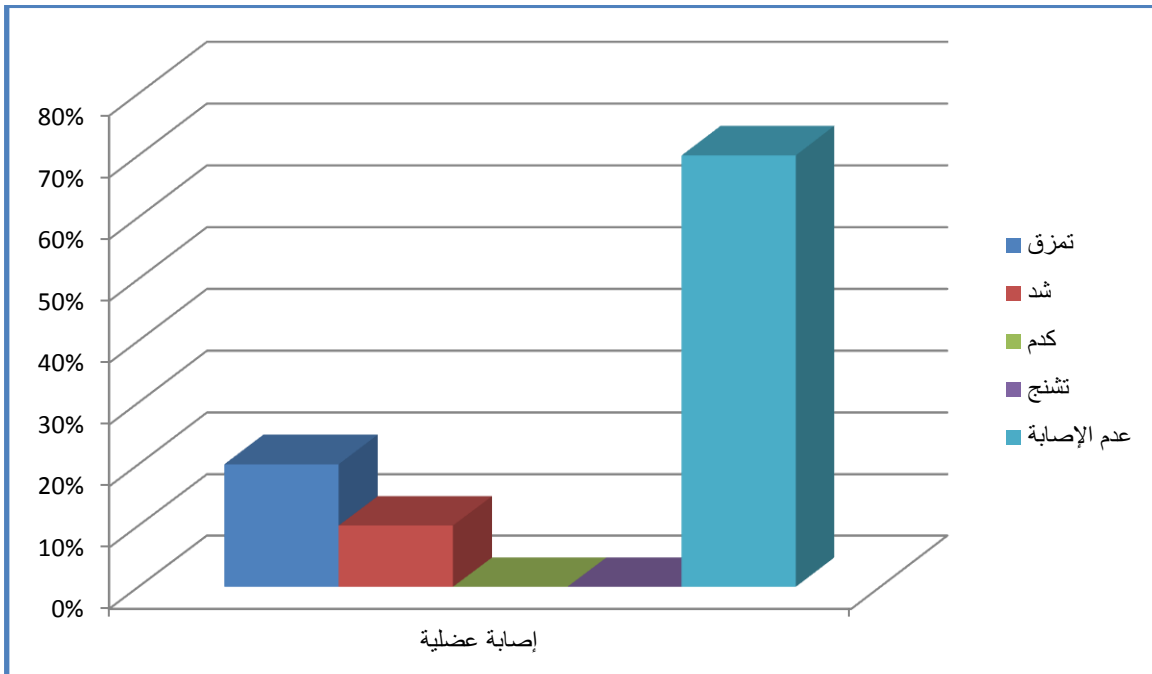


جدول رقم 5-5: يمثل نوع الإصابة الرياضية -إصابة عضلية-

النسبة %	التكرار	إصابة عضلية
20	4	تمزق
10	2	شد
0	0	كدم
0	0	تشنج
70	16	عدم الإصابة
100	20	المجموع

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أن غالبية اللاعبين لم يتعرضوا إلى إصابة عضلية وذلك بنسبة 70%، في حين 20% تعرضوا إلى إصابة ملخ، و10% تعرضوا للكسر، أما نسبة الذين تعرضوا إلى إصابة عضلية من نوع كدم أو تشنج فقدت بـ 00%.

شكل رقم 5-5: يمثل نوع الإصابة الرياضية -إصابة عضلية - .

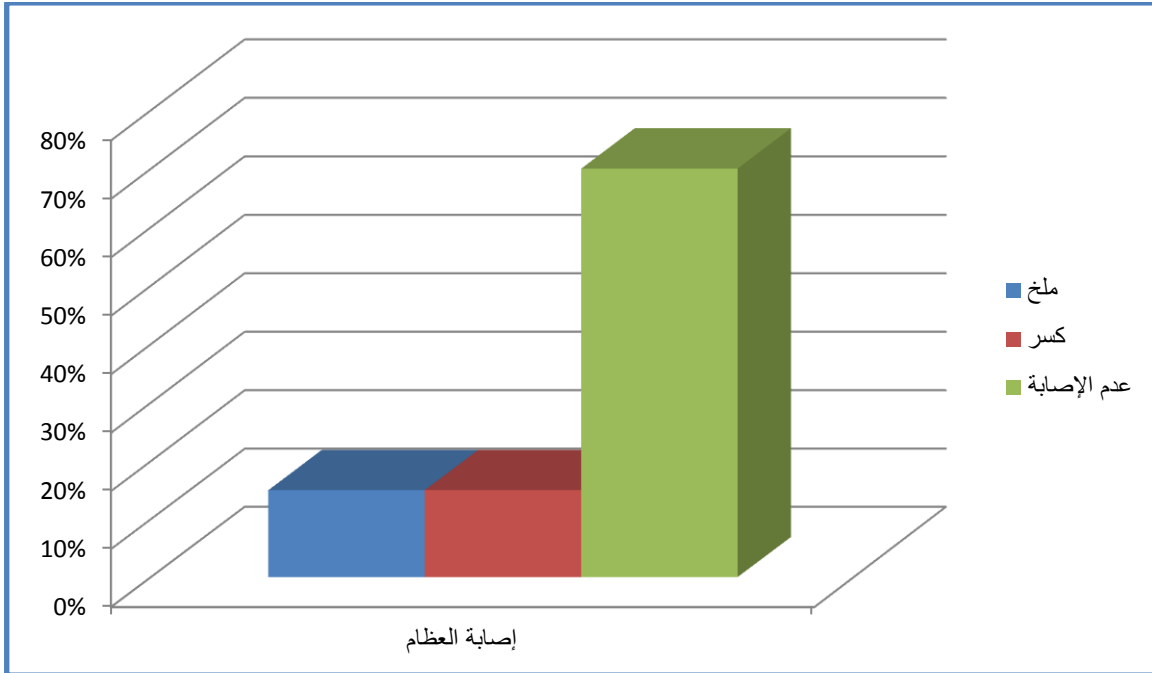


الجدول 5-5-1: يمثل نوع الإصابة الرياضية -العظام-.

النسبة %	التكرار	إصابة العظام
15	3	ملخ
15	3	كسر
70	14	عدم الإصابة
100	20	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية اللاعبين لم يتعرضوا إلى إصابات العظام وذلك بنسبة 70%، في حين قدرت نسبة اللاعبين الذين تعرضوا لإصابة العظام من نوع (ملخ) بـ 15% وهي متساوية مع نسبة اللاعبين الذين تعرضوا لإصابة العظام من نوع كسر.

شكل رقم 5-5-1: يمثل نوع الإصابة الرياضية -العظام-.

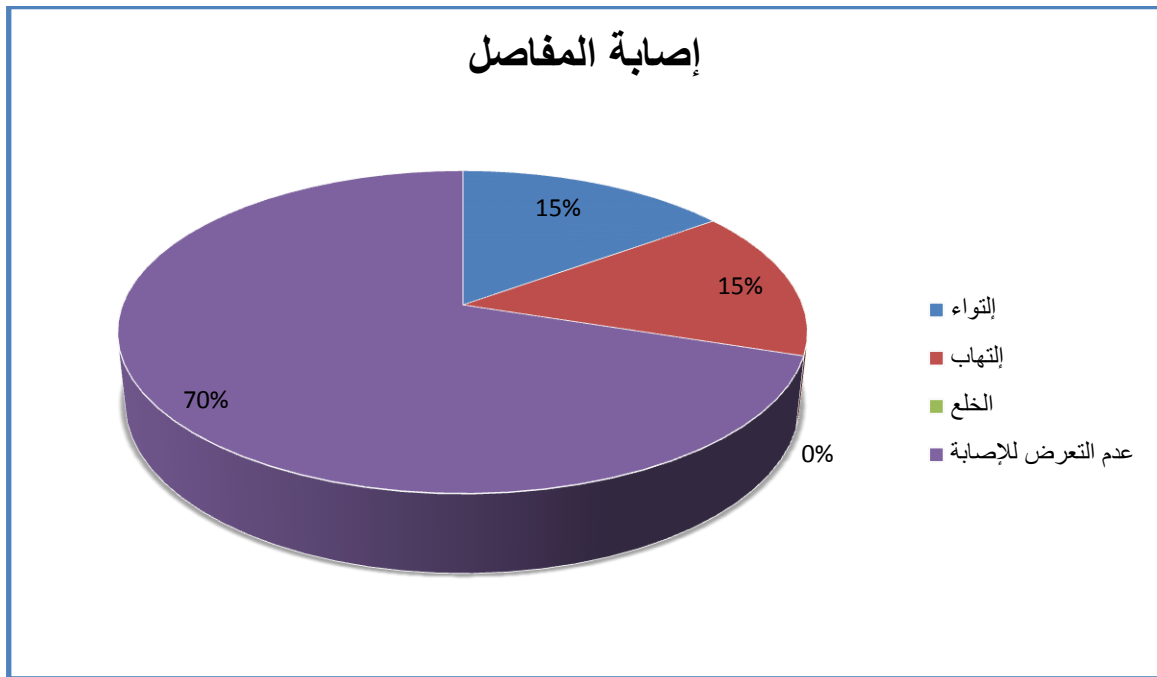


جدول رقم 5-5-2: يمثل نوع الإصابة الرياضية - المفاصل -.

النسبة %	التكرار	إصابة المفاصل
15	3	التواء
15	3	التهاب
0	0	الخلع
70	14	عدم التعرض للإصابة
100	20	المجموع

نلاحظ من نتائج الجدول أنه غالبية اللاعبين لم يتعرضوا إلى إصابة المفاصل وذلك بنسبة 70%، في حين بلغت نسبة اللاعبين الذين تعرضوا لالتهاب المفاصل بـ 15% وهي نفس النسبة مع التواء المفاصل، أما إصابة الخلع فكانت نسبتها معدومة.

الشكل 5-5-2: يمثل نوع الإصابة الرياضية - المفاصل -.

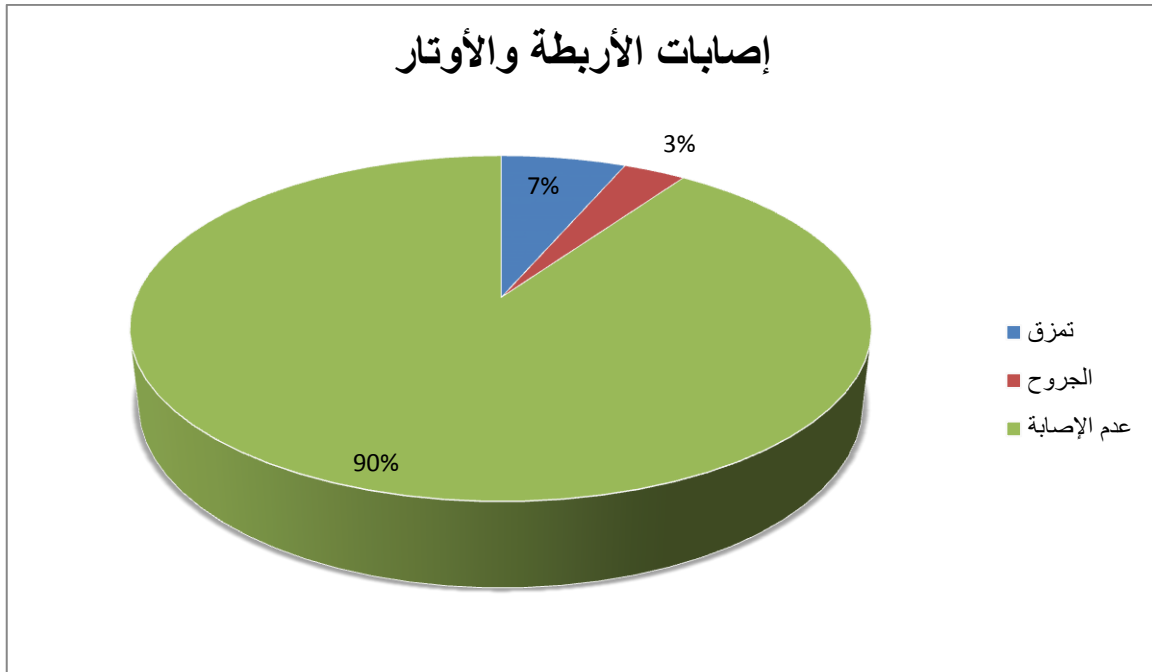


الجدول 5-5-3: يمثل نوع الإصابة الرياضية -الأربطة والأوتار-.

النسبة %	التكرار	إصابات الأربطة والأوتار
10	2	تمزق
5	1	الجروح
85	17	عدم الإصابة
100	20	المجموع

نلاحظ من نتائج الجدول أن أغلبية اللاعبين لم يتعرضوا لإصابة الأربطة والأوتار وذلك بنسبة 85%، في حين بلغت نسبة الذين تعرضوا لتمزق في الأربطة والأوتار بـ 10%، أما نسبة الذين تعرضوا للجروح فقدت بـ 5%.

الشكل رقم 5-5-3: يمثل نوع الإصابة الرياضية -الأربطة والأوتار-.

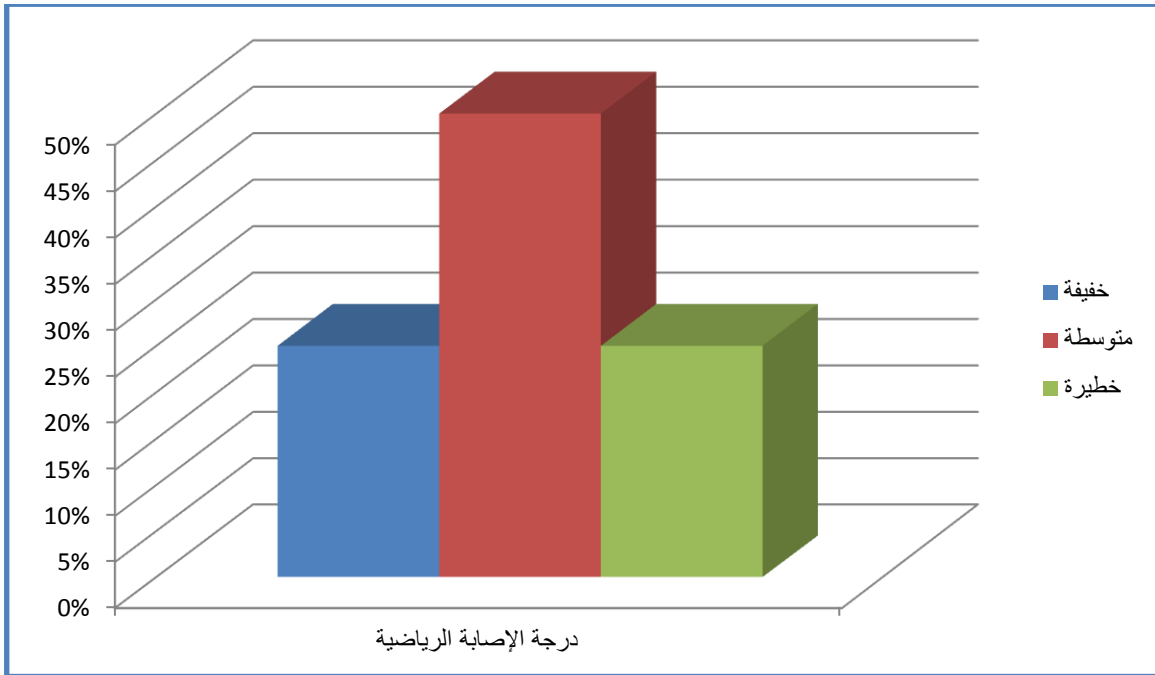


الجدول رقم 5-6: يمثل درجة الإصابة الرياضية.

النسبة %	التكرار	درجة الإصابة الرياضية
25	5	خفيفة
50	10	متوسطة
25	5	خطيرة

من نتائج الجدول نلاحظ أن نسبة اللاعبين الذين تعرضوا لإصابة متوسطة بلغت 50%، في حين كانت نسبة الذين تعرضوا لإصابة خطيرة 25%، كما بلغت نفس النسبة 25 % في حالة الإصابة الخفيفة.

شكل رقم 5-6: يمثل درجة الإصابة الرياضية.

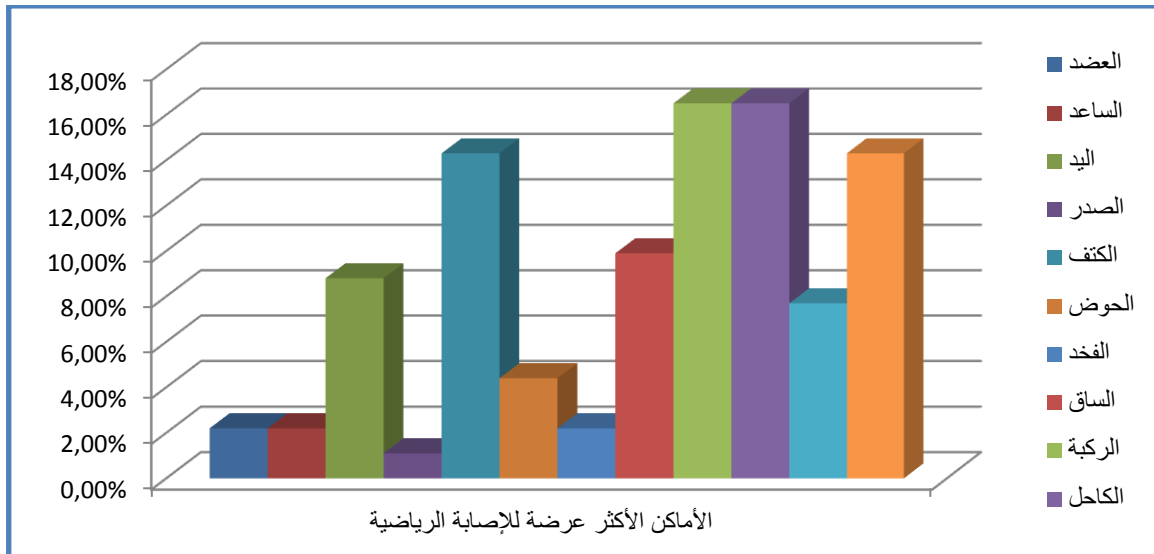


جدول رقم 5-7: يمثل الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية.

النسبة %	التكرار	الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية
2.2	2	العضد
2.2	2	الساعد
8.8	8	اليدين
1.1	1	الصدر
14.3	13	الكتف
4.4	4	الحوض
2.2	2	الفخذ
9.9	9	الساق
16.5	15	الركبة
16.5	15	الكاحل
7.7	7	القدم
14.3	13	المرفق
100	91	المجموع

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أن الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية في كرة اليد هي الركبة والكاحل وذلك بنسبة 16,5%، يليها إصابة الكتف والمرفق بنسبة 14,3%، في حين كانت إصابة العضد والساعد والفخذ أقل الإصابات حدوثاً وذلك بنسبة 2,2%.

الشكل رقم 5-7: يمثل الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية.

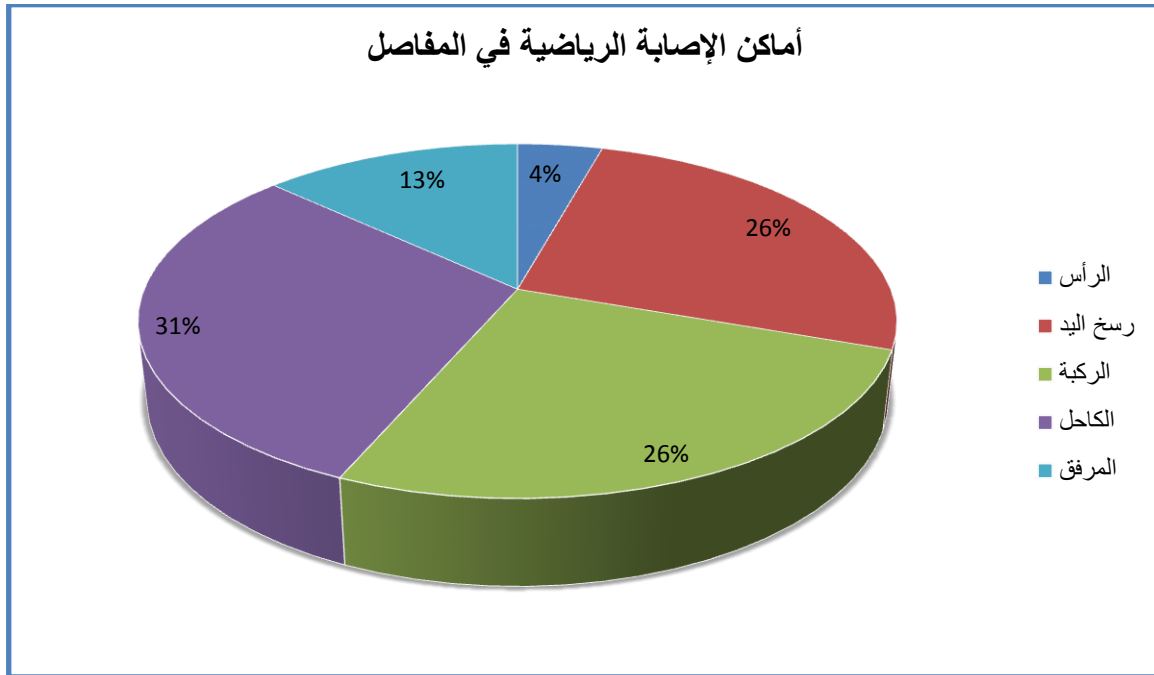


الجدول رقم 5-8 : يمثل أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل.

النسبة %	التكرار	أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل
4.3	1	الرأس
26.1	6	رسخ اليد
26.1	6	الركبة
30.4	7	الكاحل
13.1	3	المرفق
100	23	المجموع

من خلال نتائج الجدول يلاحظ أن الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية في المفاصل هي الكاحل وذلك بنسبة تقدر بـ 30,4 % في حين بلغت نسبة إصابة الرسخ والركبة بـ 26,1 % ، وقد بلغت إصابة المرفق 13 % ، أما إصابة الرأس فقد كانت الحصاد الأضعف بنسبة 4,3 % وذلك لطبيعة نشاط كرة اليد .

الشكل رقم 5-8: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل.

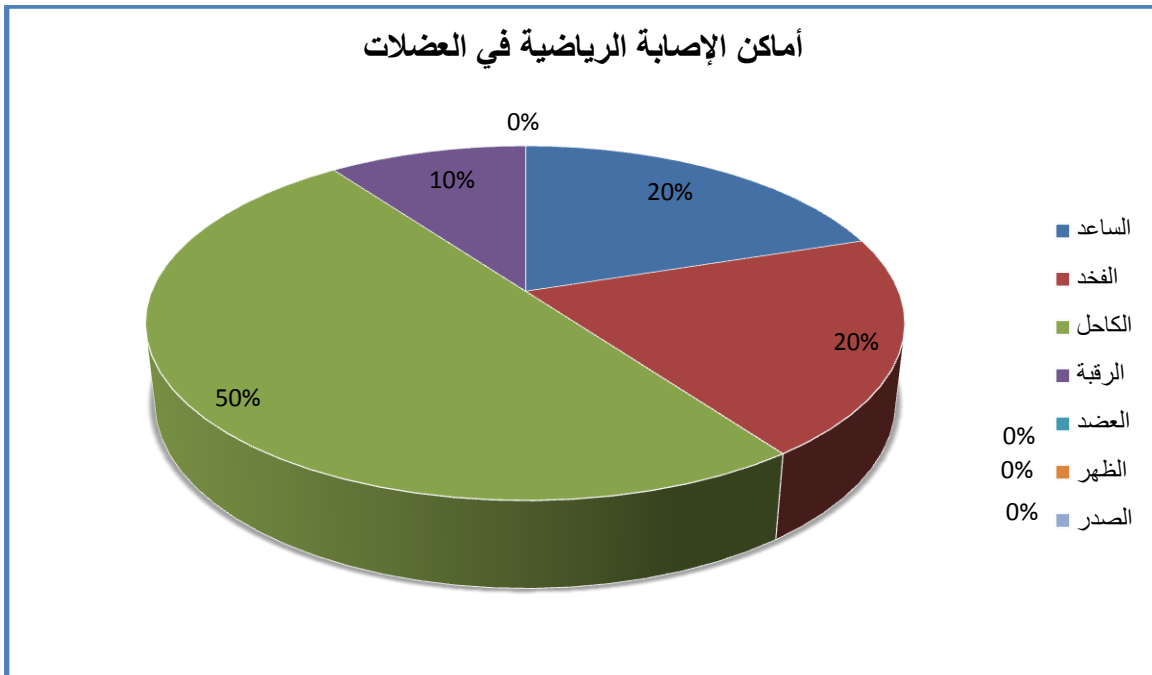


الجدول رقم 5-9: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في العضلات.

النسبة %	التكرار	أماكن الإصابة الرياضية في العضلات
20	4	الساعد
20	4	الفخذ
50	10	الكاحل
10	2	الرقبة
0	0	الععضد
0	0	الظهر
0	0	الصدر
100	20	المجموع

يلاحظ من الجدول أن أماكن الإصابة الرياضية في العضلات هي الكاحل بنسبة 50%، في حين بلغت نسبة كل من إصابة الفخذ والساعد 20%، أما إصابة الرقبة فقد بلغت 10%، باق الإصابات الععضد، الظهر، والصدر كانت نسبتها معدومة.

الشكل رقم 5-9: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في العضلات.

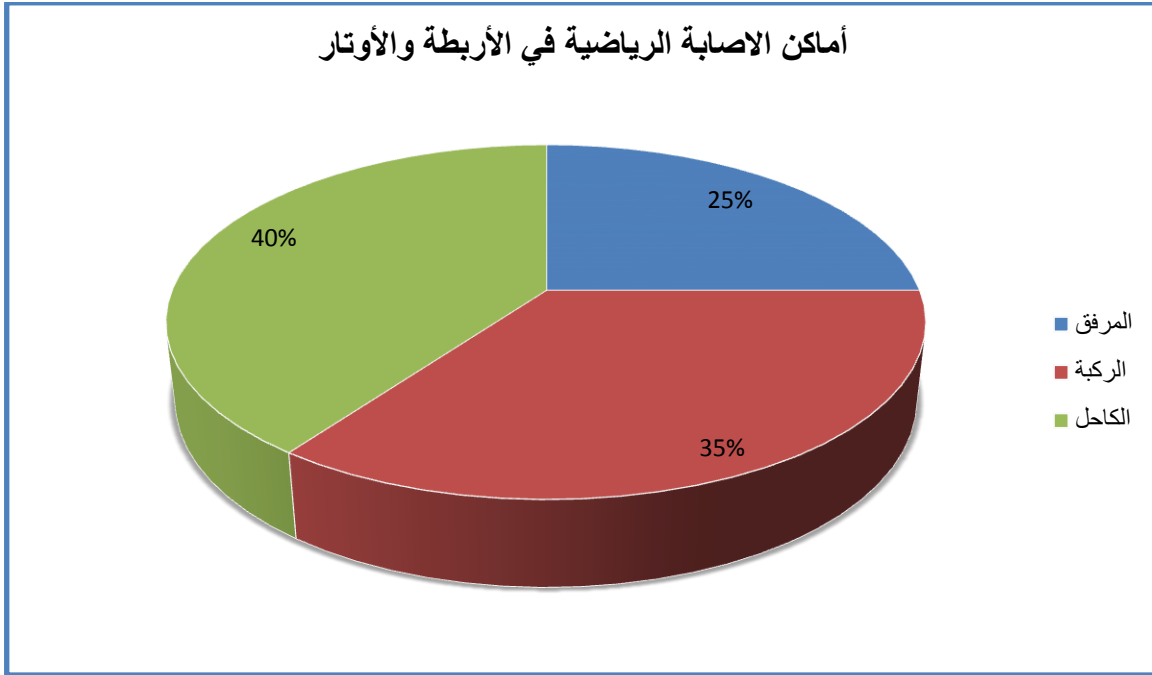


الجدول رقم 5-10: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار.

النسبة %	التكرار	أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار
25	5	المرفق
35	7	الركبة
40	8	الكاحل
100	23	المجموع

ما يلاحظ من خلال الجدول أن أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار هي الكاحل بنسبة 40%، تليها إصابة الركبة بنسبة 35%، في حين بلغت نسبة المرفق 25%.

الشكل رقم 5-10: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار.

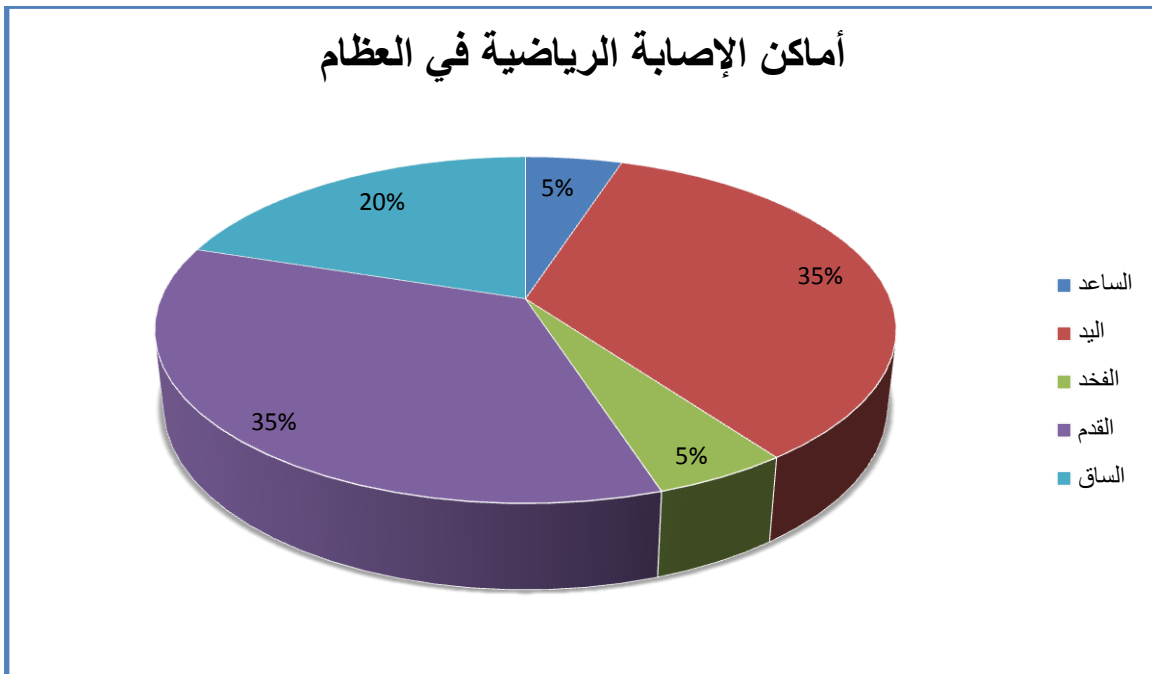


الجدول رقم 5-11: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في العظام:

النسبة %	التكرار	أماكن الإصابة الرياضية في العظام
5	1	الساعد
35	7	اليد
5	1	الفخذ
35	7	القدم
20	4	الساق

من خلال نتائج الجدول يلاحظ أن أماكن الإصابة في العظام تخص كل من الفخذ والقدم بنسبة 35%، في حين قدرت إصابة الساعد والفخذ بنسبة 5%، أما إصابة الساق فقدرت بـ 20% وهذا راجع لطبيعة نشاط كرة اليد والأعضاء الأكثر استخداما.

الشكل 5-11: يمثل أماكن الإصابة الرياضية في العظام.

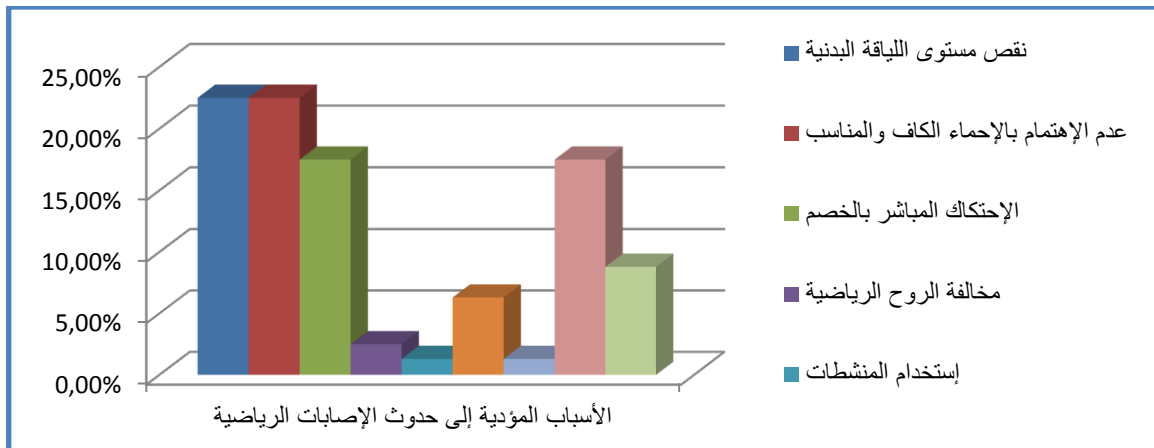


الجدول رقم 5-12: يمثل الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية.

النسبة %	التكرار	الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية
22.5	18	نقص مستوى اللياقة البدنية
22.5	18	عدم الاهتمام بالإحماء الكاف والمناسب
17.5	14	الاحتكاك المباشر بالخصم
2.5	2	مخالفة الروح الرياضية
1.3	1	استخدام المنشطات
6.3	5	عدم ملائمة مكان التدريب
1.3	1	نظام المنافسة
17.5	14	العودة إلى التدريب قبل التأهيل المناسب من إصابة سابقة
8.8	7	نوعية المنصب
100	80	المجموع

من خلال الاطلاع على نتائج الجدول يلاحظ أن الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية في كرة اليد تتمثل في نقص مستوى اللياقة البدنية، وعدم الاهتمام بالإحماء الكاف والمناسب وذلك بنسبة 22,5% ، بدرجة أقل نجد من بين الأسباب كذلك العودة إلى التدريب قبل التأهيل المناسب من إصابة سابقة، والاحتكاك المباشر بالخصم بنسبة 17,5%، أما عامل استخدام المنشطات فكان من بين الأسباب التي يؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية بدرجة ضعيفة جدا أي بنسبة ضئيلة تساوي 1,3% وهي نفس النسبة المسجلة في نظام المنافسة.

الشكل 5-12: يمثل الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية.

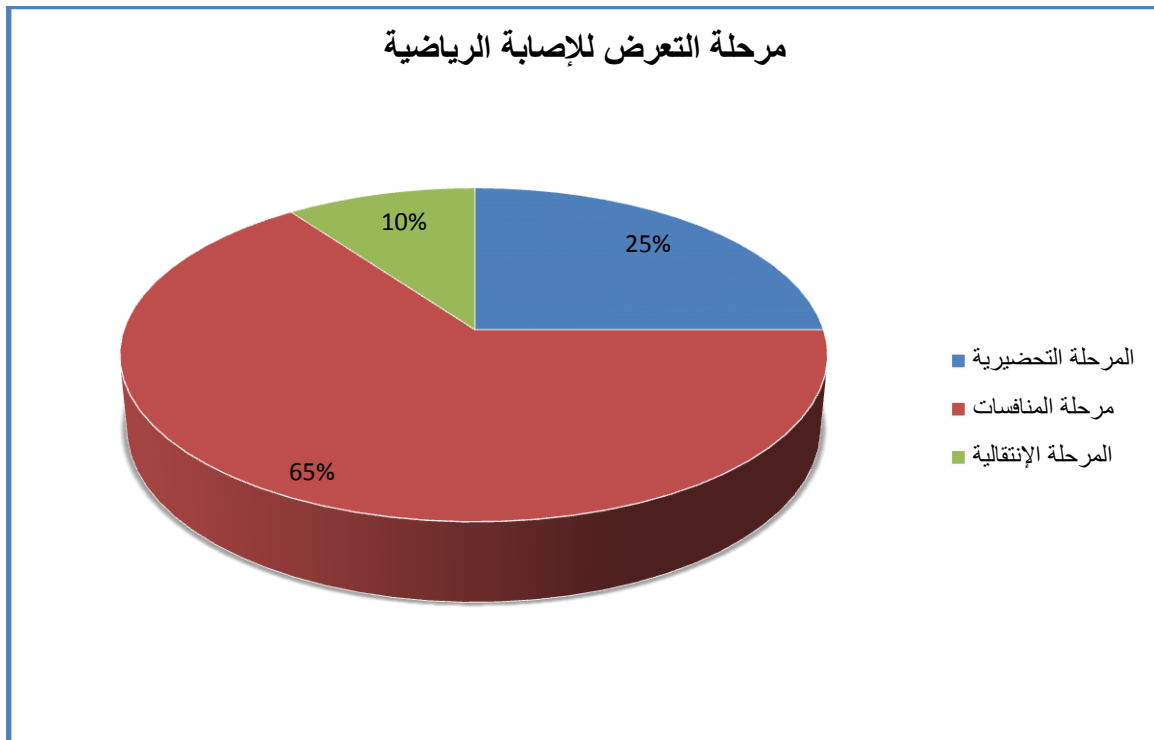


الجدول رقم 5-13: يمثل مرحلة التعرض للإصابة الرياضية.

مرحلة التعرض للإصابة الرياضية	التكرار	النسبة %
المرحلة التحضيرية	5	25
مرحلة المنافسات	13	65
المرحلة الانتقالية	2	10
المجموع	23	100

نلاحظ من خلال الجدول أن المرحلة التي يتعرض فيها اللاعبون بكثرة للإصابة هي مرحلة المنافسات وذلك بنسبة 65%، في حين بلغت نسبة المرحلة التحضيرية 25%، أما المرحلة الانتقالية فقد قدرت نسبة الإصابات فيها بـ 10%.

الشكل رقم 5-13: يمثل مرحلة التعرض للإصابة الرياضية.

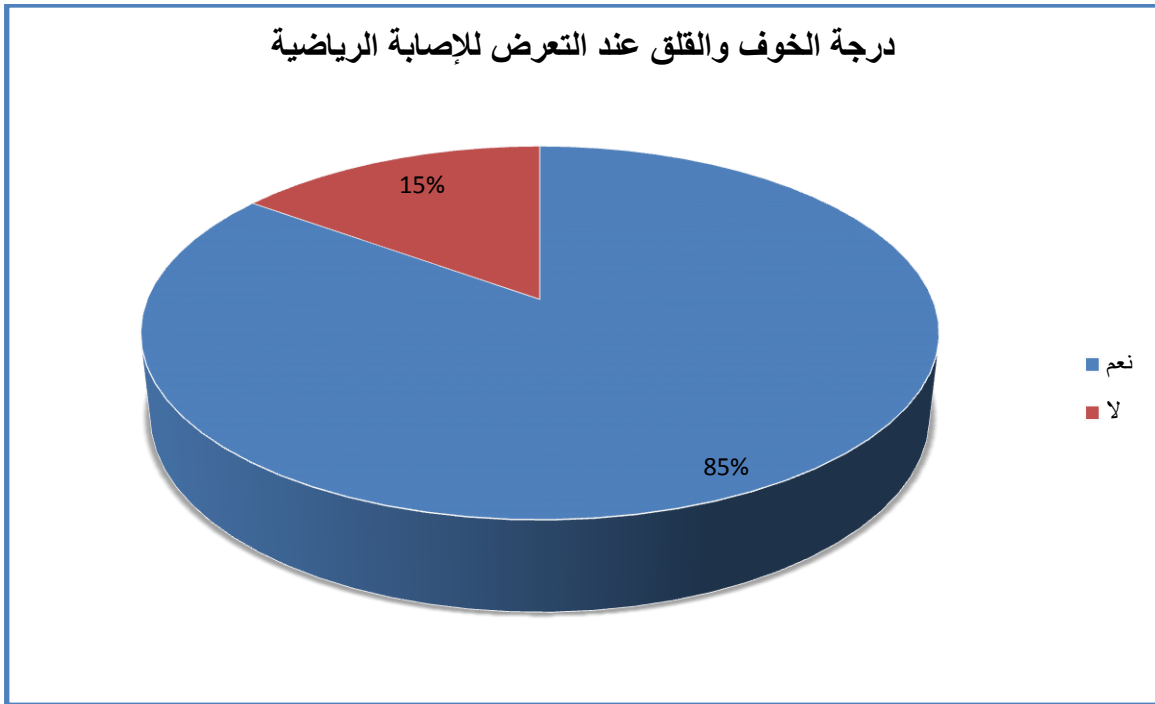


الجدول رقم 5-14: يمثل درجة الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية.

النسبة %	التكرار	درجة الخوف والقلق عند التعرض للإصابة
85	17	نعم
15	3	لا
100	20	المجموع

من نتائج الجدول يلاحظ أن غالبية اللاعبين ينتابهم الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية وذلك بنسبة 85%، في حين بلغت نسبة اللذين لا ينتابهم الخوف والقلق 15%.

الشكل رقم 5-14: يمثل درجة الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية.

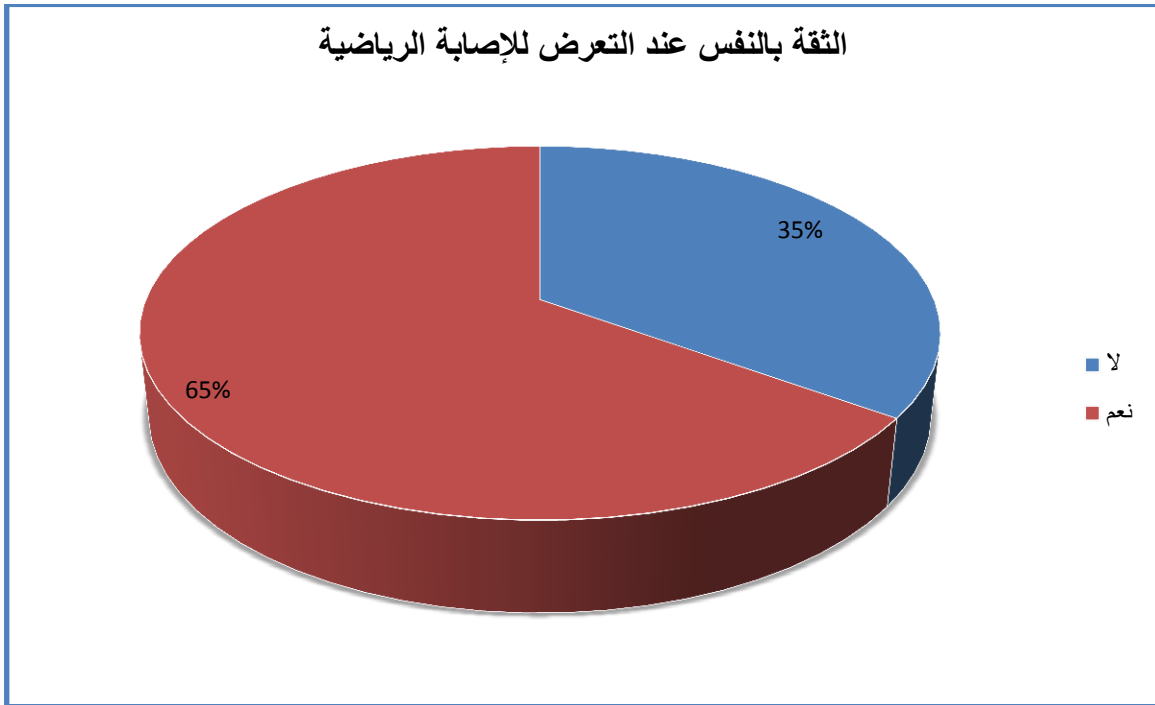


الجدول رقم 5-15: يمثل الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية.

النسبة %	التكرار	الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة
35	7	نعم
65	13	لا
100	20	المجموع

من خلال نتائج الجدول أعلاه يلاحظ أن غالبية اللاعبين لا يفقدون الثقة بالنفس عند تعرضهم للإصابة الرياضية حيث قدرت نسبهم بـ65%، أما الذين يفقدون الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية بلغت النسبة 35%.

الشكل رقم 5-15: يمثل الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية.

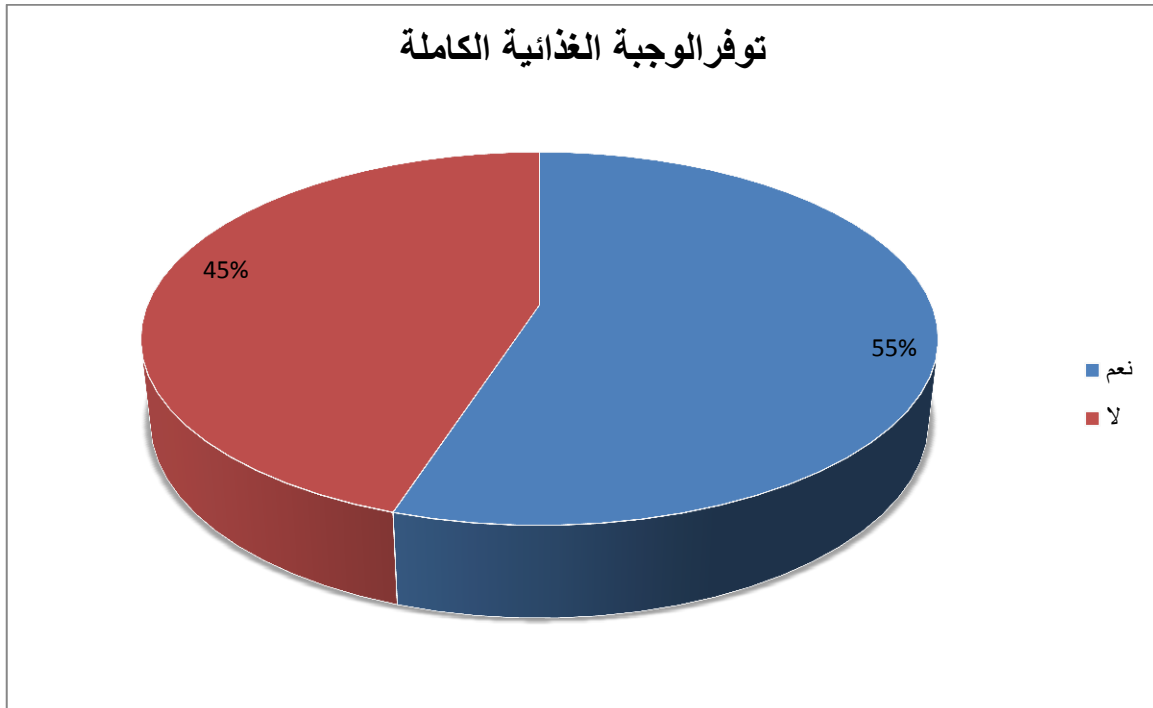


الجدول رقم 5-16: يمثل توفر الوجبة الغذائية الكاملة.

النسبة %	التكرار	الوجبة الغذائية
55	11	نعم
45	9	لا
100	20	المجموع

من نتائج الجدول يلاحظ أن توفر الوجبة الغذائية الكاملة كانت بنسبة 55% في حين قدرت نسبة عدم توفر وجبة غذائية كاملة بـ45%.

الشكل رقم 5-16: يمثل توفر الوجبة الغذائية الكاملة .

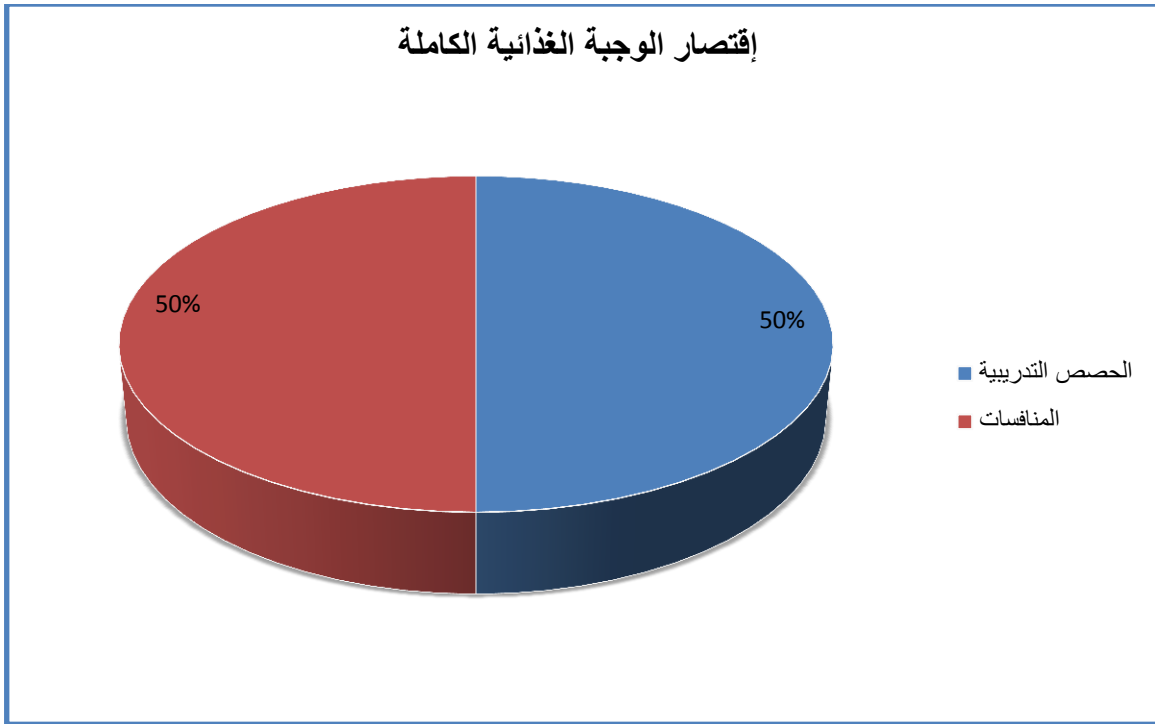


الجدول رقم 5-17: يبين اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة .

النسبة %	التكرار	الوجبة الغذائية الكاملة تقتصر
50	10	الحصص التدريبية
50	10	المنافسات
100	20	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الوجبة الغذائية الكاملة تقتصر على الحصص التدريبية بنسبة 50% كما أنها تقتصر على المنافسات بنفس النسبة أي 50%.

الشكل رقم 5-17: يبين اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة.

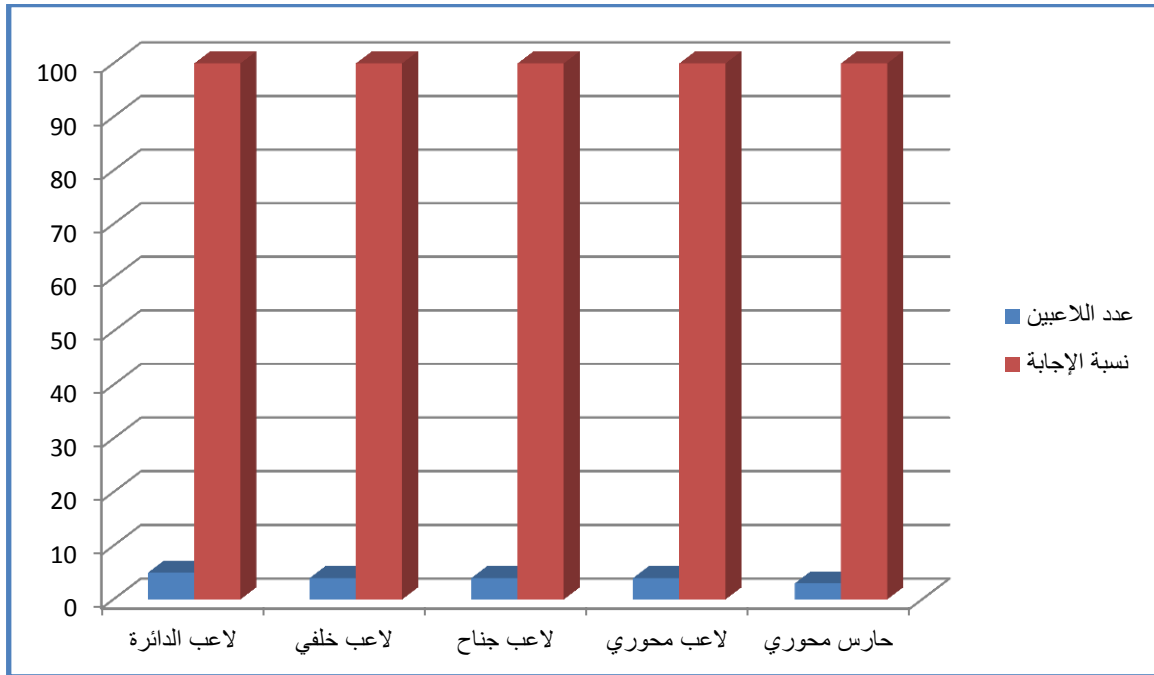


الجدول رقم 5-18: يبين النسب المئوية للمتعرضين للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

المجموع	مناصب اللعب					الإصابة الرياضية
	حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
20	3	4	4	4	5	عدد اللاعبين
100	100	100	100	100	100	نسبة الإجابة

من خلال الجدول رقم (5-18) نلاحظ أن لاعبو كرة اليد قد تعرضوا كلهم إلى إصابة رياضية بنسبة 100%، وهذا من طبيعة كرة اليد التي تتميز بالخشونة والاحتكاك سواء في الدفاع أو الهجوم مما يؤدي إلى التعرض للإصابة.

الشكل رقم 5-18: يبين النسب المئوية للمتعرضين للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

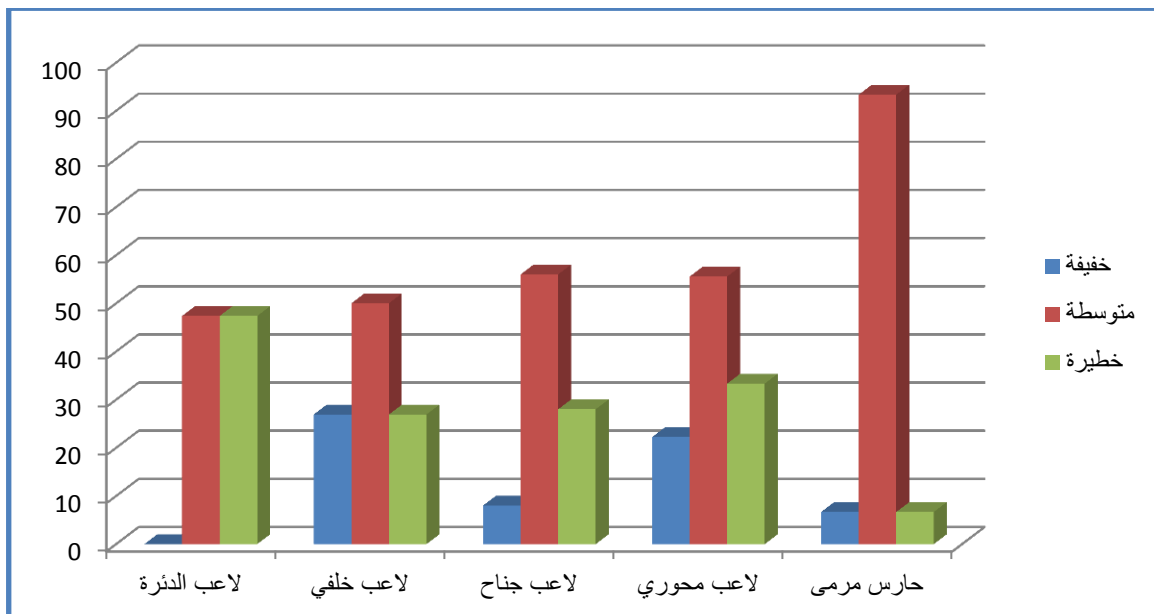


الجدول رقم 5-19: يبين درجة الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					درجة الإصابة الرياضية
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
6.67	22.22	8.00	26.92	0	خفيفة
93.33	55.56	56.00	50	47.37	متوسطة
6.67	33.33	28.00	26.92	47.37	خطيرة

يتضح من خلال الجدول رقم (5-19) أن لاعبو كرة اليد يتعرضوا إلى درجات متنوعة من الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب، تأتي في المرتبة الأولى الإصابة المتوسطة عند حراس المرمى بنسبة 93,33 % يليها لاعبو الجناح بنسبة 56,56 %، ولاعبو المحور بنسبة 55,37 %، ثم لاعبو الخلف بنسبة 50 %، ولاعبو الدائرة بنسبة 47,37 % مع تسجيل فروق ذات دلالة إحصائية، في المرتبة الثانية الإصابة الخطيرة بنسب تتراوح ما بين 6,67 % و 47,37 % دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية، ثم تليها الإصابة الخفيفة بنسبة 26,92 % للاعبين الخلفيين ولاعبو المحور بنسبة 22,22 % ولاعبو الجناح بنسبة 8 %، تم حراس المرمى بنسبة 6,67 % وتتعدم عند لاعبو الدائرة بتسجيل فروق ذات دلالة إحصائية.

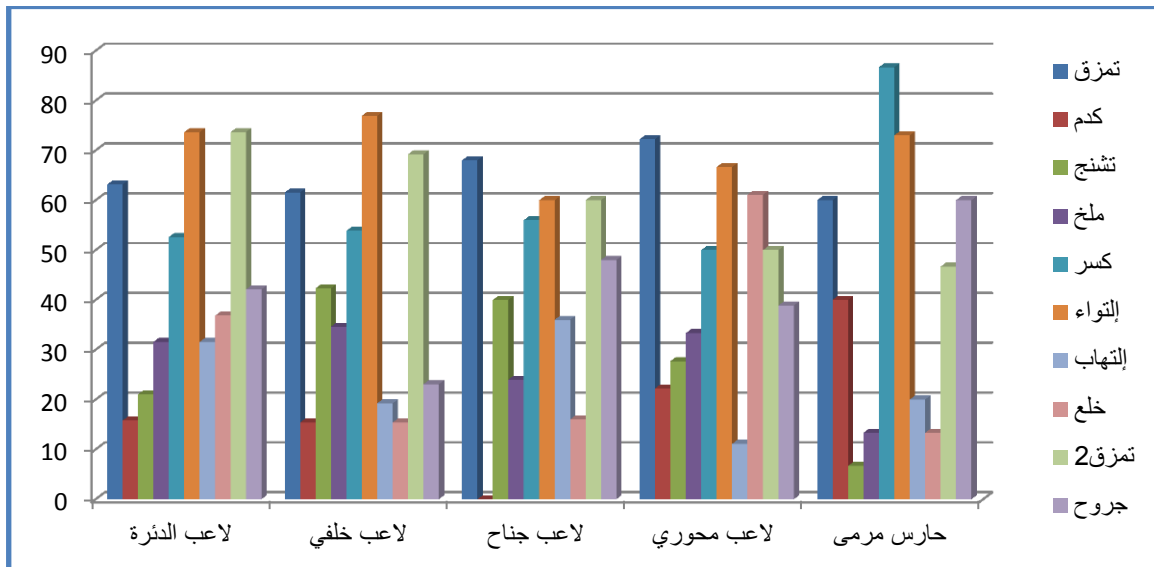
الشكل رقم 5-19: يبين درجة الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.



الجدول رقم 5-20: يبين نوع الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					نوع الإصابة الرياضية	
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %		
60.00	72.22	68.00	61.54	63.16	تمزق	إصابات عضلية
40.00	22.22	0	15.38	15.79	كدم	
6.67	27.78	40	42.31	21.05	تشنج	
13.33	33.33	24.00	34.62	31.58	ملخ	إصابات العظام
86.67	50.00	56.00	53.85	52.63	كسر	
73.00	66.67	60.00	76.92	73.68	التواء	التهاب المفاصل
20.00	11.11	36.00	19.23	31.58	التهاب	
13.33	61.11	16.00	15.38	36.84	خلع	إصابات الأربطة والأوتار
46.67	50.00	60.00	69.23	73.68	تمزق	
60.00	38.89	48	23.08	42.11	جروح	

يوضح الجدول رقم (5-20) نوع الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب عند لاعبو كرة اليد، الإصابات العضلية تتمثل في التمزق بنسب ما بين (60% - 72, 22%) ثم التشنج بـ (6,67%-42,31%) بدون وجود فروق ذات دلالة إحصائية. أما إصابة العظام جاء الكسر بنسب (50%-86,67%) والملخ بـ 13,33% - 34,62%. في حين إصابة المفاصل يأتي الالتواء بنسب ما بين (66,67%-76,92%) دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية، إصابة الأربطة والأوتار تمثلت في التمزق بنسب (46,67%-73,68%) والجروح بنسب تتراوح ما بين (23,08%-60%) دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية. شكل رقم (5-20): يبين نوع الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.



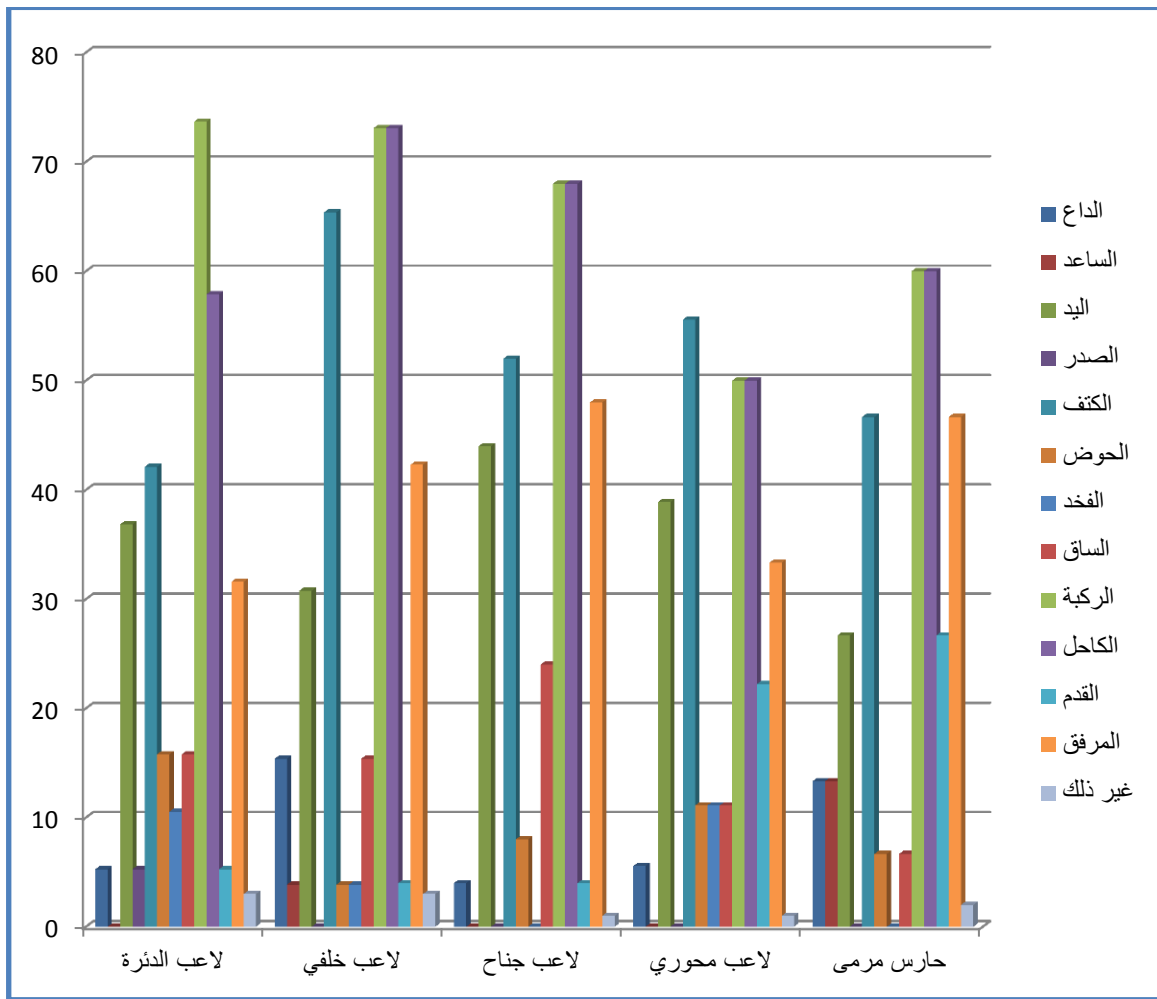
الجدول رقم 5-21: يبين أماكن الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					مكان الإصابة الرياضية
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
13.33	5.56	4	15.38	5.26	الذراع
13.33	0	0	3.85	0	الساعد
26.67	38.89	44.00	30.77	36.84	اليدين
0	0	0	0	5.26	الصدر
46.67	55.56	52.00	65.38	42.11	الكتف
6.67	11.11	8	3.85	15.79	الحوض
0	11.11	0	3.85	10.53	الفخذ
6.67	11.11	24	15.38	15.79	الساق
60	50	68	73.08	73.68	الركبة
60	50	68	73.08	57.89	الكاحل
26.67	22.22	4	4	5.26	القدم
46.67	33.33	48	42.31	31.58	المرفق
2	1	1	3	3	غير ذلك

يتضح من الجدول رقم (5-21) الخاص بأماكن إصابة اللاعبين حسب مختلف مناصب اللعب، أن إصابة الركبة قد جاءت بالترتيب الأول بنسب تتراوح ما بين (61,54% و 77,78%)، تليها إصابة الكاحل بـ 50% و 73,08%، تليها بعد ذلك إصابة الكتف بنسب تتراوح ما بين 42.11% - 65,32% ثم تليها إصابة المرفق بـ (31.58% - 46.67%) وتليها إصابة اليد بنسب تتراوح ما بين (26.67% - 44%) وكذلك تليها إصابة الساق بـ (6.67% - 24%) ثم إصابة القدم بنسب تتراوح بين (4% - 26,67%) و 26,67% تليها إصابة الحوض بـ (3,85% و 15,76%)، ثم تأتي إصابة الفخذ بنسب تتراوح ما بين (3,85% و 11,11%) بالنسبة للإصابات المذكورة أعلاه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بينما جاءت إصابة الصدر بنسبة 5,26% عند لاعبو الدائرة ونسبة 0% عند باقي مناصب اللعب الأخرى إصابة الساعد بنسبة 6,67% عند حراس المرمى و 3,85% لدى اللاعبين الخلفيين وتتنوع لدى مختلف

مناصب اللعب الأخرى فهناك وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أما إصابة الذراع جاء اللاعب الخلفي بالترتيب الأول بنسبة 15,38% يليه حارس المرمى بنسبة 13,33% يليه اللاعب المحور بنسبة 5,56%، ثم لاعب الدائرة بنسبة 5,26%، وأخير لاعب الجناح بنسبة 4% إذ هناك فروق ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم 5-21: يبين أماكن الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

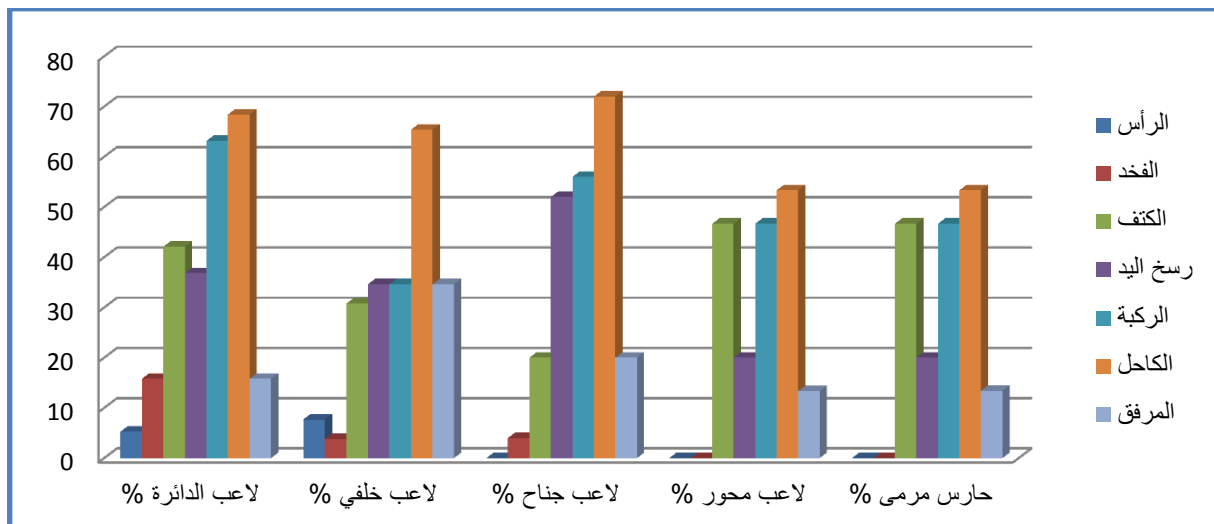


الجدول رقم 5-22: يبين نوع الإصابة (المفاصل) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					الإصابة الرياضية	
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %		
0	0	0	7.69	5.26	الرأس	إصابات المفاصل
0	0	4	3.85	15.79	الفخذ	
46.67	46.67	20	30.77	42.11	الكتف	
20	20	52	34.62	36.84	رسخ اليد	
46.67	46.67	56	34.62	63.16	الركبة	
53.33	53.33	72	65.38	68.42	الكاحل	
13.42	13.33	20	34.62	15.79	المرفق	

يتضح من الجدول رقم (5-22) الخاص بنوع الإصابة الرياضية والأماكن الأكثر تعرضاً للإصابة، بالنسبة لإصابة المفاصل كانت أكثر الأماكن تعرضاً لها هي مفصل الكاحل بنسبة تتراوح ما بين (53.33% و 72%) يلها إصابة الركبة بـ (34.62% و 63.16%) وإصابة الكتف بنسبة تتراوح ما بين (20% و 46.67%) كذلك تليها إصابة رسخ اليد بـ (20% و 52%) ثم تليها إصابة المرفق بنسب تتراوح ما بين (13.33% و 34.62%) وكذلك إصابة الرأس بـ (5.26% و 16.67%) وأخيراً إصابة الفخذ بنسب ما بين (3.85% و 15.79%) بين مختلف مناصب اللعب مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم 5-22: نوع الإصابة الرياضية (المفاصل) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

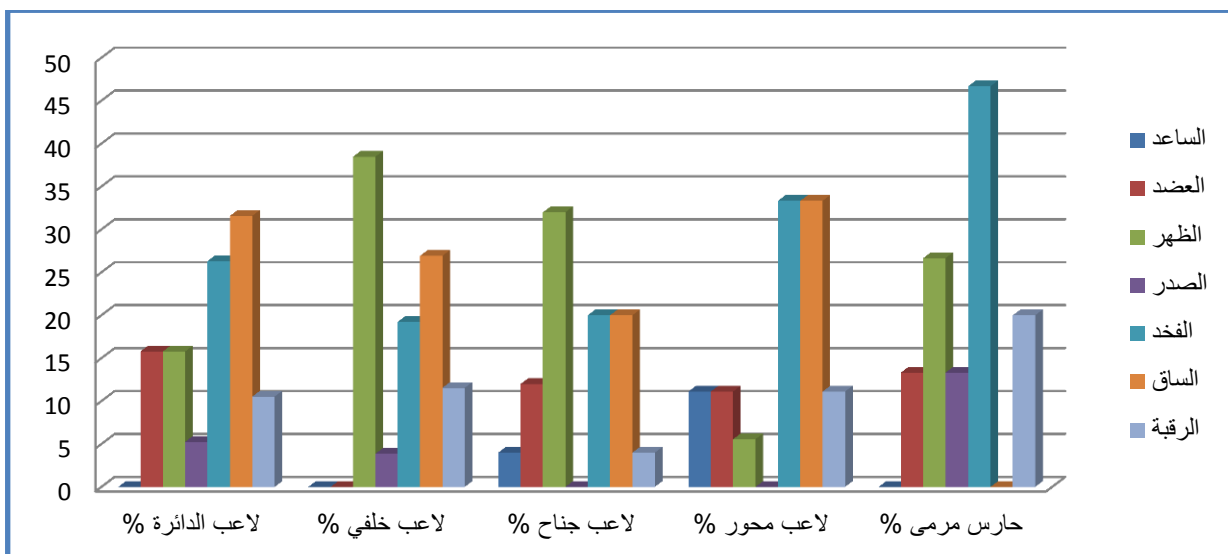


الجدول رقم 5-23: يبين نوع الإصابة الرياضية (العضلات) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					نوع الإصابة الرياضية
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
0	11.11	4	0	0	الساعد
13.33	11.11	12	0	15.79	العضد
26.67	5.56	32	38.46	15.79	الظهر
13.33	0	0	3.85	5.26	الصدر
46.67	33.33	20	19.23	26.32	الفخذ
0	33.33	20	26.92	31.58	الساق
20	11.11	4.00	11.54	10.53	الرقبة

يتضح من خلال هذا الجدول وعند الإصابات العضلية فأكثر الأماكن تعرضا للإصابة الرياضية هي إصابة الفخذ بنسب تتراوح ما بين 19.23% و 46.67% وتليها إصابة الساق بنسب تتراوح ما بين 20% و 33.33%، تليها إصابة الكتف بنسب تتراوح ما بين 5.56% و 38.46%، ثم إصابة الرقبة بنسب ما بين 4% و 20% تليها إصابة العضد بنسب 11.11% و 15.79%، ثم كذلك إصابة الصدر بنسب ما بين 3.85% و 13.33%، وفي الأخير إصابة الساعد بنسب قدرت بـ 4% إلى 11.11%، فسجل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف مناصب اللعب.

الشكل 5-23: يمثل نوع الإصابة الرياضية (العضلات) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

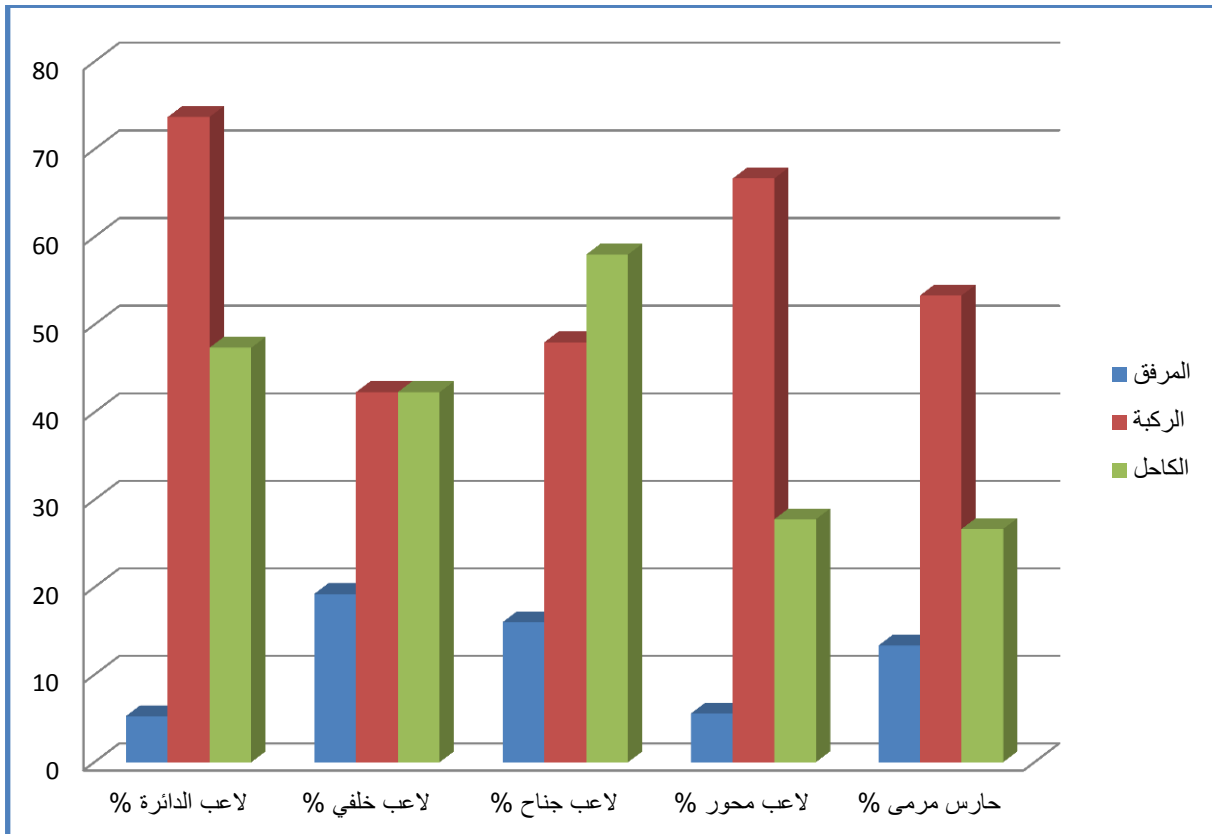


الجدول رقم 5-24: يبين نوع الإصابة الرياضية (الأربطة والأوتار) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب

مناصب اللعب					نوع الإصابة الرياضية	
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %		
13.33	5.56	16	19.23	5.26	المرفق	إصابات الأربعة والأوتار
53.33	66.67	48	42.31	73.68	الركبة	
26.67	27.78	58	42.3	47.37	الكاحل	

يتضح من الجدول رقم (5-24) في إصابات الأربطة والأوتار فاحتلت الرتبة الأولى إصابة الركبة بنسب تتراوح ما بين (48% إلى 73.68%) تليها إصابة الكاحل بـ (26.67% و 47.37%)، وفي الأخير إصابة المرفق بنسب ما بين (5.26% إلى 19.23%)، مع تسجيل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف مناصب اللعب في كرة اليد.

الشكل رقم 5-24: يمثل نوع الإصابة الرياضية (الأربطة والأوتار) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

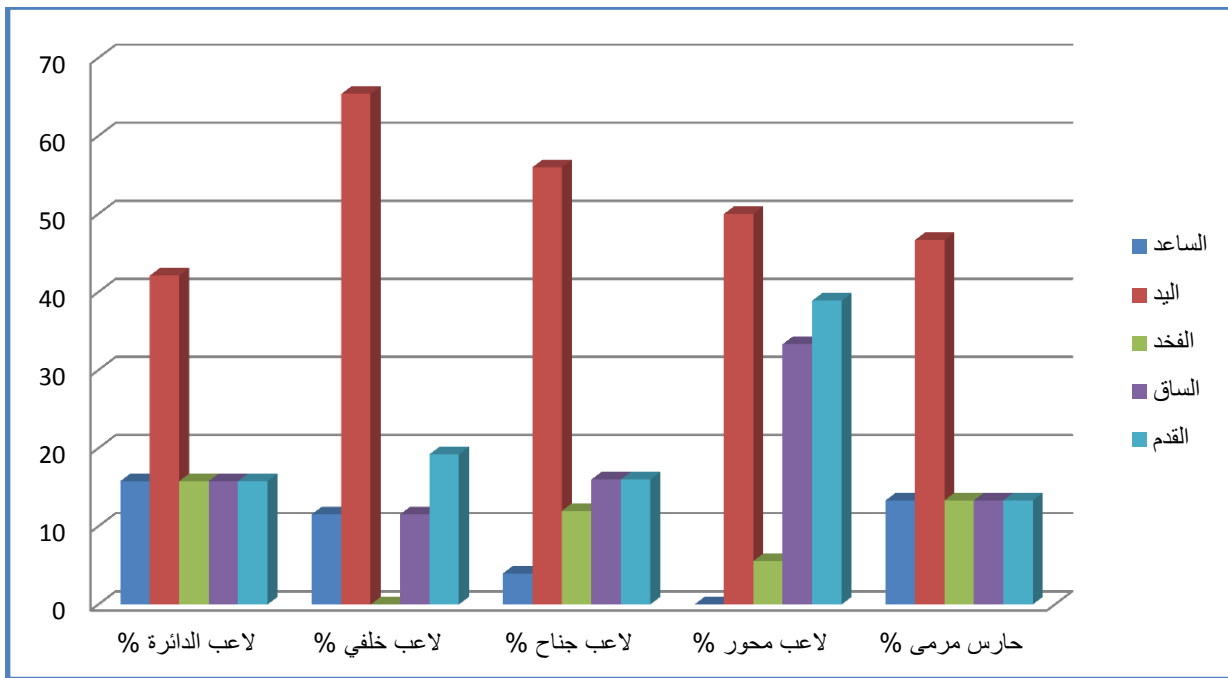


الجدول رقم 5-25: يبين نوع الإصابة الرياضية (العظام) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					نوع الإصابة الرياضية	
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %		
13.33	0	4	11.54	15.79	الساعد	إصابات العظام
46.67	50	56.00	65.38	42.11	اليد	
13.33	5.56	12	0	15.79	الفخذ	
13.33	33.33	16	11.54	15.79	الساق	
13.33	38.89	16	19.23	15.79	القدم	

يتبين من الجدول رقم (5-25) في إصابة العظام جاءت في المرتبة الأولى إصابة اليد بنسب تتراوح ما بين 42.11-65.38%، تليها إصابة القدم بـ 13.33% و 38.89%، ثم تليها إصابة الساق بنسب ما بين (11.54 و 33.33%) وتتبعها إصابة الفخذ بـ 5.56% و 15.79%، وأخيرا إصابة الساعد بنسب تتراوح ما بين (4% - 15.79%) مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف مناصب اللعب عند لاعبو كرة اليد.

الشكل رقم 5-25: يبين نوع الإصابة الرياضية (العظام) وأماكن تواجدها حسب مناصب اللعب.



❖ نص الفرضية الأولى: هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب.

		هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية حسب مناصب اللعب
هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية حسب مناصب اللعب	Correlation de person	1
	sig	+
	N	20
التعرض للإصابة الرياضية	Correlation de person	0.728 ⁺⁺
	sig	0.00
	N	20
إصابة عضلية	Correlation de person	0.976 ⁺⁺
	sig	0.001
	N	6
إصابة العظام	Correlation de person	0.474
	sig	0.420
	N	5
إصابة المفاصل	Correlation de person	0.454
	sig	0.390
	N	6
إصابة الأربطة والأوتار	Correlation de person	0.999
	sig	0.032
	N	3
درجة الإصابة الرياضية	Correlation de person	0.400
	sig	0.251
	N	12
الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية	Correlation de person	0.400
	sig	0.199
	N	20
أماكن الإصابة في المفاصل	Correlation de person	0.832 ⁺⁺
	sig	0.000

	N	19
أماكن الإصابة الرياضية في العضلات	Correlation de person	0.866 ⁺⁺
	sig	0.000
	N	19
أماكن الإصابة الرياضية في الربطة والأوتار	Correlation de person	0.556 ⁺⁺
	sig	0.135
	N	19
أماكن الإصابة الرياضية في العظام	Correlation de person	0.551 ⁺⁺
	sig	0.053
	N	19

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أنه هناك علاقة ارتباطية قوية بين الإصابة العضلية ومناصب اللعب حيث قدر معامل الارتباط بـ 0.976^{++} ، كما سجل وجود علاقة قوية بين إصابة الأربطة والأوتار ومناصب اللعب حيث قدر معامل الارتباط لبيرسون بـ 0.999^{+} و هو قريب من "1".

كما سجل وجود علاقة ارتباطية بين التعرض للإصابة الرياضية ومناصب اللعب حيث قدر معامل الارتباط لبيرسون بـ 0.728^{++} في حين قدر معامل إرتباط إصابة العظام حسب مناصب اللعب بـ 0.474 أما إصابة المفاصل فقدر معامل الارتباط بـ 0.454 وهي قيمة متوسطة.

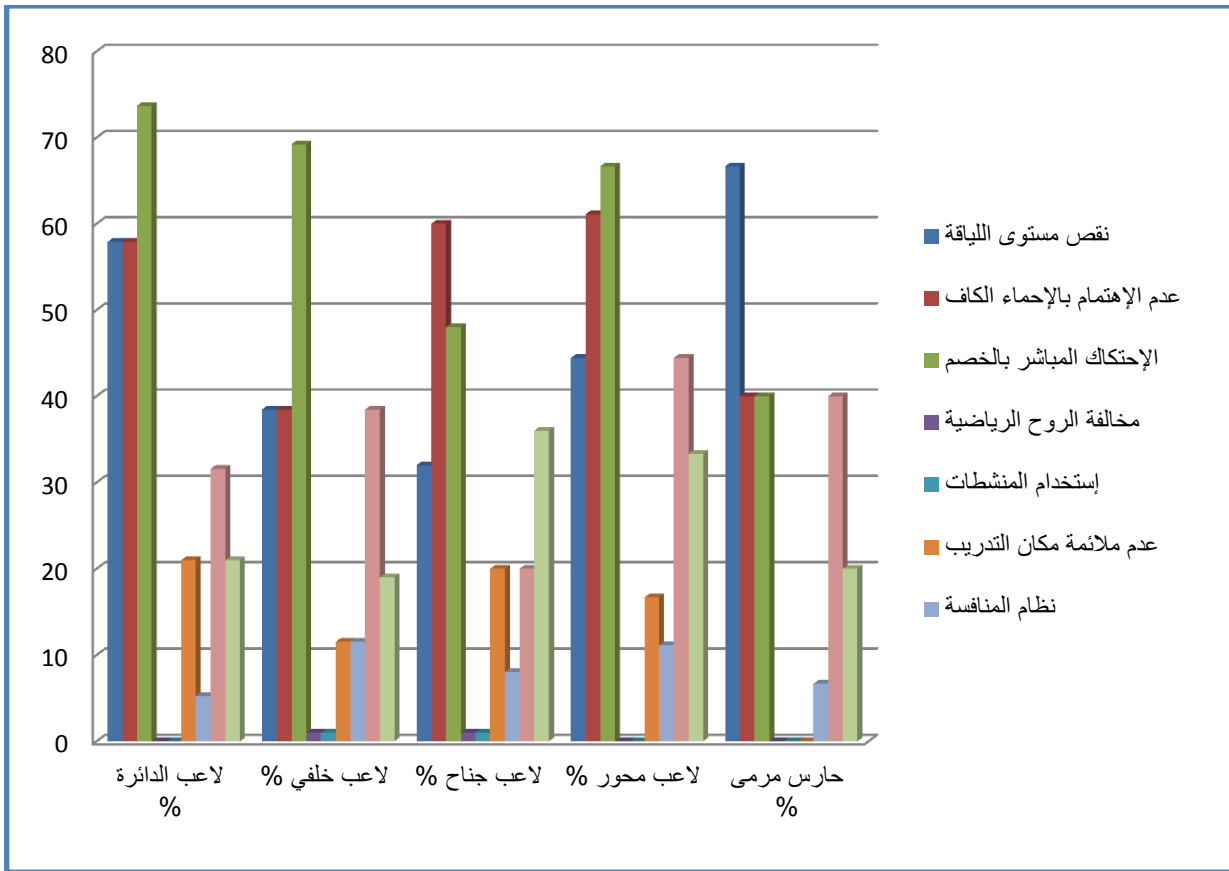
فيما يخص أماكن الإصابة الرياضية سجل معامل ارتباط قوي بين أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل، والعضلات حسب مناصب اللعب المختلفة بقيم قدرت على الترتيب بـ 0.832^{++} و 0.866 ، في حين كانت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بين أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار، وكذلك العظام متوسطة حيث قدت على التوالي بـ 0.556^{++} و 0.551^{++} .

الجدول رقم 5-26: يبين الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					أسباب التعرض للإصابة الرياضية
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
66.67	44.44	32	38.46	57.89	نقص مستوى اللياقة البدنية
40	61.11	60.00	38.46	57.89	عدم الاهتمام بالإحماء الكاف والمناسب
40	66.67	48.00	69.23	73.68	الاحتكاك المباشر بالخصم
0	0	1	1	0	مخالفة الروح الرياضية
0	0	1	1	0	استخدام المنشطات
0	16.67	20.00	11.54	21	عدم ملائمة مكان التدريب
6.67	11.11	8.00	11.54	5.26	نظام المنافسة
40	44.44	20.00	38.46	31.58	العودة إلى التدريب قبل التأهيل المناسب من إصابة سابقة
20	33.33	36.00	19	21	نوعية المنصب

يتضح من الجدول أعلاه أنّ الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة الرياضية لدى لاعبو كرة اليد حسب مناصب اللعب تمثلت في الاحتكاك المباشر بالخصم بالمرتبة الأولى بنسب تتراوح ما بين (40%-) البدنية بنسب بين (20%-44.44%)، والعودة إلى التدريب من إصابة سابقة قبل التأهيل المناسب بنسب بين (20%-44.44%) وبعدها نوعية المنصب بنسب تتراوح ما بين (19.00%-36%) يتبعها عدم ملائمة مكان التدريب بنسب ما بين (11.54%-20%) ثم يليها نظام المنافسة بـ (5.26%-) 11.54% ثم مخالفة الروح الرياضية واستخدام المنشطات بنسبة (1%) وبعدهم تسجيل فروق ذات دلالة إحصائية حسب مختلف مناصب اللعب.

الشكل رقم 5-26: يبين الأسباب المؤدية لحدوث الإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

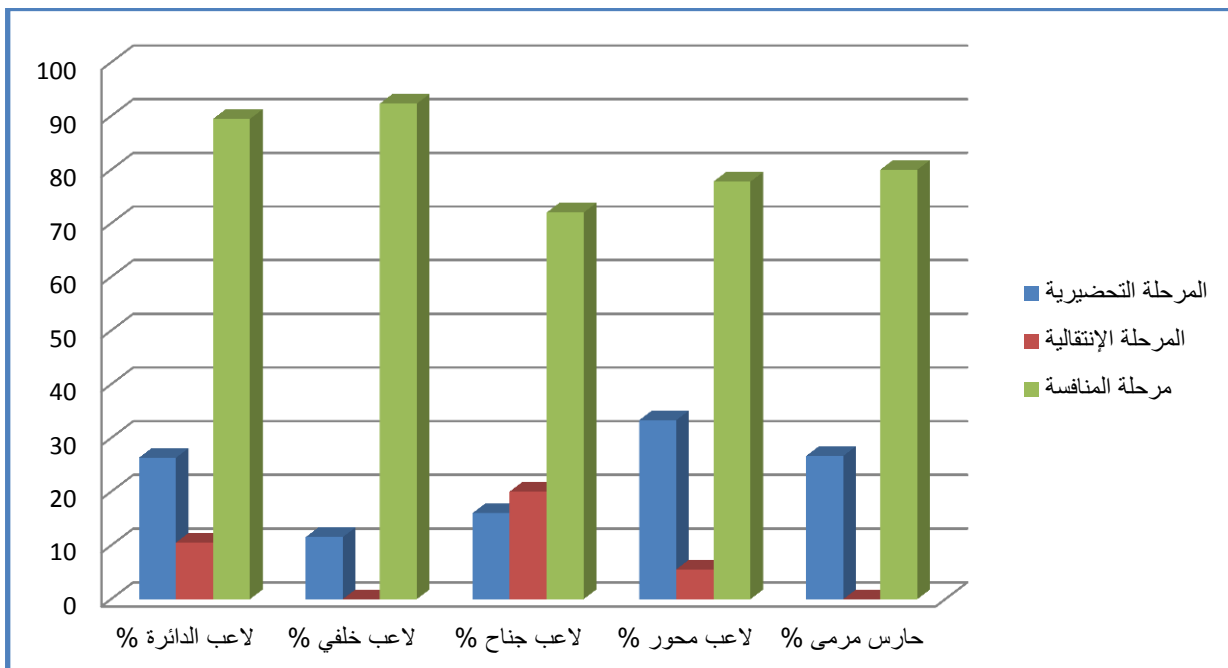


الجدول رقم 5-27: يبين التعرض للإصابة الرياضية في الموسم الرياضي حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					مراحل التعرض للإصابة الرياضية
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
26.67	33.33	16	11.54	26.32	المرحلة التحضيرية
00	5.56	20	00	10.53	المرحلة الانتقالية
80	77.78	72	92.31	89.47	مرحلة المنافسة

يتضح من الجدول أعلاه الخاص بإصابات لاعبو كرة اليد في الموسم الرياضي أنّ إصابات المنافسات احتلت المرتبة الأولى بنسبة مئوية محصورة بين (72%-92.31%)، تليها المرحلة التحضيرية بنسب (11.54%-33.33%) وفي الأخير المرحلة الانتقالية، حيث جاءت في الترتيب الأول إصابة لاعبو الجناح بنسبة 20% بعدها لاعبو الدائرة بنسبة 10.53% وللاعبو المحور بنسبة 5.56% أمّا اللاعبين الخلفيين وحراس المرمى فانعدمت عندهم الإصابات مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم 5-27: النسب المئوية للتعرض للإصابة الرياضية في الموسم الرياضي حسب مناصب اللعب.

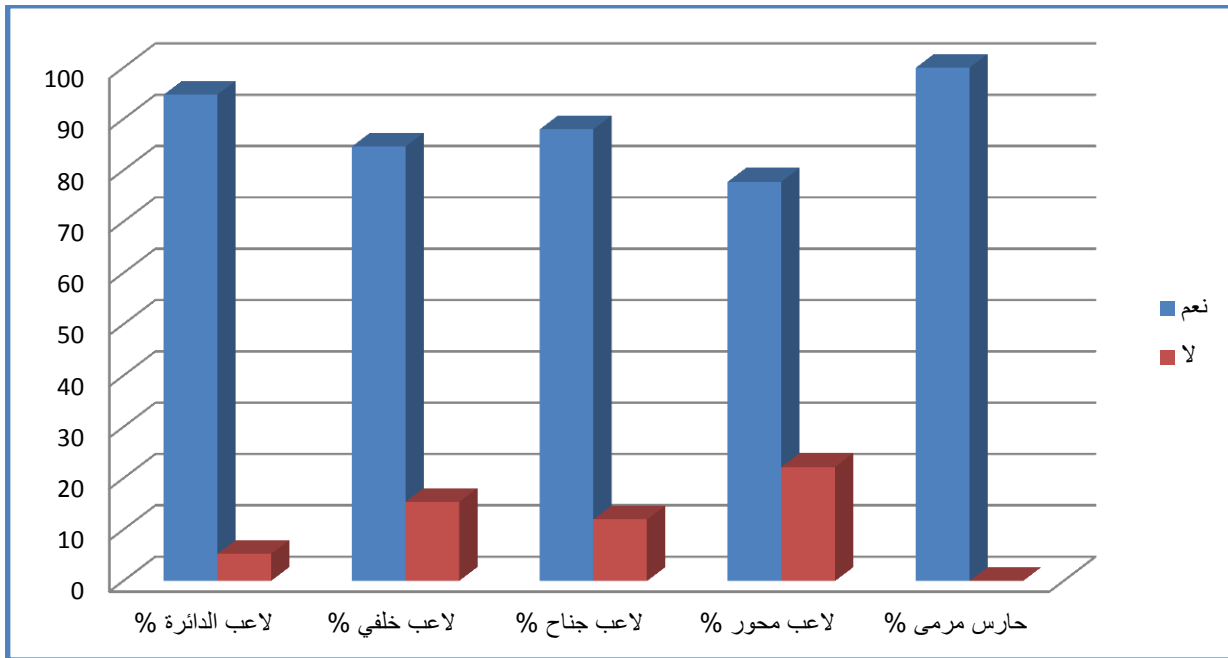


الجدول رقم 5-28: يوضح الشعور بالخوف والقلق بعد التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					الشعور بالخوف والقلق
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
100	77.78	88	84.62	94.74	نعم
00	22.22	12	15.38	5.26	لا

يتضح من خلال الجدول أنّ الشعور بالخوف والقلق بعد التعرض للإصابة الرياضية له نسب تتراوح ما بين (77.78%-100%) دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مناصب اللعب.

الشكل رقم 5-28: يمثل الشعور بالخوف والقلق بعد التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

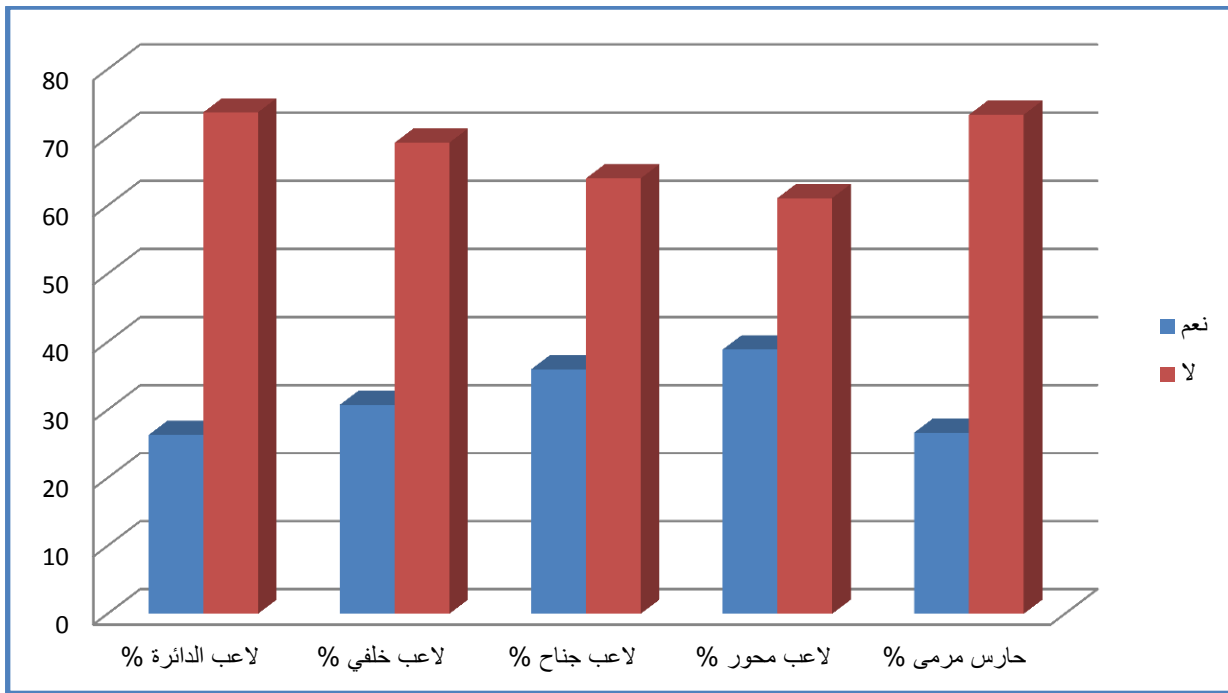


الجدول رقم 5-29: يوضح فقدان الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					فقدان الثقة بالنفس
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
26.67	38.89	36	30.77	26.32	نعم
73.33	61.11	64	69.23	73.68	لا

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنّ لاعبو كرة اليد حسب مناصب اللعب لا يفقدن الثقة بالنفس بنسب تتراوح ما بين (61.11%-73.68%) عكس نظائرهم فيفقدوا الثقة بالنفس بنسب تتراوح ما بين (26.32%-38.89%) مع عدم تسجيل فروق ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم 5-29: يمثل فقدان الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب.

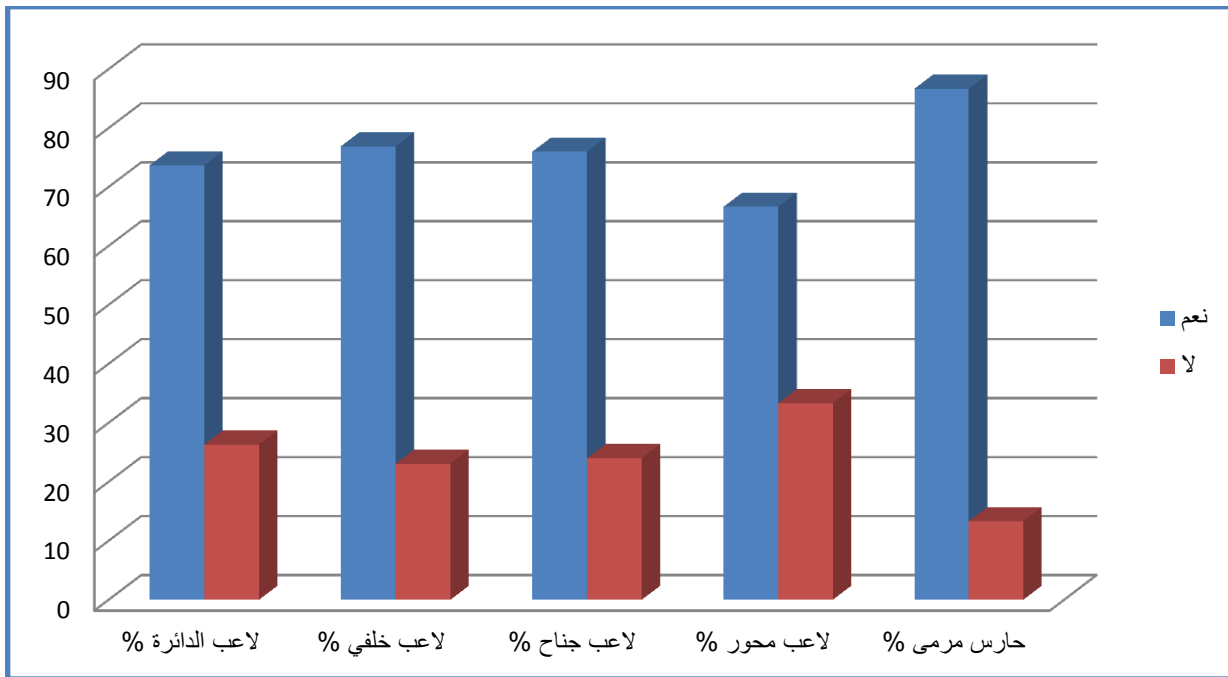


الجدول رقم 5-30: يبين توفر الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					توفر الوجبة الغذائية الكاملة
حارس مرمى %	لاعب محوري %	لاعب جناح %	لاعب خلفي %	لاعب الدائرة %	
86.67	66.67	76	76.92	73.68	نعم
13.33	33.33	24	23.08	26.32	لا

يتضح من خلال الجدول أنّ الوجبة الغذائية الكاملة تتوفر عند لاعبو كرة اليد حسب مختلف مناصب اللعب بنسب قدرت بـ (66.67% - 86.67%) دون تسجيل فروق ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم 5-30: يبين توفر الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.

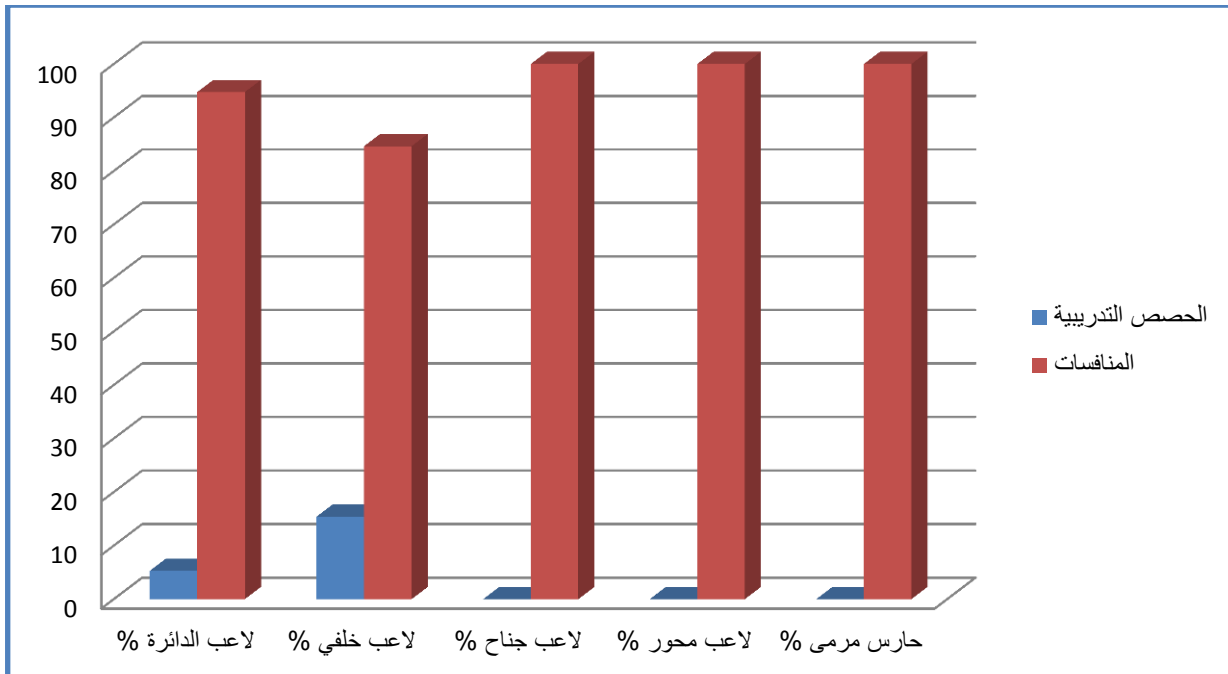


الجدول رقم 5-31: يبين إقتصار الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب.

مناصب اللعب					الوجبة الغذائية تقتصر
حارس مرمى	لاعب محوري	لاعب جناح	لاعب خلفي	لاعب الدائرة	
%	%	%	%	%	
0	0	0	15.38	5.26	الحصص التدريبية
100	100	100	84.62	94.74	المنافسات

من خلال الجدول أعلاه يلاحظ أنّ الوجبة الغذائية الكاملة عند لاعبو كرة اليد حسب مختلف مناصب اللعب تقتصر على المنافسات فقط بنسب تتراوح ما بين (84.62% و 100%) والحصص التدريبية عند لاعبي الدائرة بنسبة 5.26% واللاعبين الخلفيين بنسبة 15.38% وانعدمت النسبة أي 0% عند لاعبي الجناح ولاعبي المحور وكذا حراس المرمى.

الشكل رقم 5-31: يبين إقتصار الوجبة الغذائية الكاملة حسب مختلف مناصب اللعب.



❖ نصّ الفرضية الثانية: هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب.

هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات حسب مناصب اللعب		هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات حسب مناصب اللعب
مرحلة التعرض للإصابة الرياضية	Correlation de person	0.757 ⁺⁺
	sig	0.05
	N	12
الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية	Correlation de person	0.716 ⁺⁺
	sig	0.001
	N	19
فقدان الثقة بالنفس	Correlation de person	0.554 ⁺
	sig	0.011
	N	20
توفر الوجبة الغذائية الكاملة	Correlation de person	0.988
	sig	0.428
	N	20
توفر الوجبة الغذائية وإقتصارها على المنافسات أو الحصص التدريبية	Correlation de person	0.855 ⁺⁺
	sig	0.002
	N	16
الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية	Correlation de person	0.385
	sig	0.094
	N	20

من خلال الجدول يتضح لنا وجود علاقة ارتباطية قوية بين مراحل التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ 0.755⁺⁺.

- وجود علاقة ارتباطية قوية بين الخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية حسب مناصب اللعب حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ 0.716⁺⁺.

- وجود علاقة ارتباطيه قوية بين توفر الوجبة الغذائية الكاملة حسب مناصب اللعب حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ 0.988.

• حساب الدرجة الكلية لمعامل الارتباط لبيرسون:

	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	نوع الإصابات ومناصب اللعب
الدرجة الكلية	Correlation de person	1	0.896⁺⁺
	sig	0	0.000
	N	20	20
هناك علاقة بين نوع إصابات ومناصب اللعب	Correlation de person	0.896⁺⁺	1
	sig	0.000	0.000
	N	20	20
هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	Correlation de person	0.794⁺⁺	0.449⁺
	sig	0.000	0.047
	N	20	20

من خلال جدول الدرجة الكلية لمعامل الارتباط لبيرسون يتضح وجود علاقة ارتباطية موجبة بين نوع الإصابات ومناصب اللعب حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ **0.896⁺⁺**. من جهة أخرى نلاحظ وجود علاقة ارتباطية بين الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ **0.794⁺⁺**، كما نسجل وجود علاقة ارتباطية بين الأسباب المؤدية لحدوث الإصابات ونوع الإصابات الرياضية حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بـ **0.449⁺**.

5-2 - مناقشة وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

5-2-1- في ضوء الفرضية الأولى: والتي مفادها هناك علاقة بين الإصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.

يتضح من الجداول رقم (4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11) الخاصة بأنواع الإصابات الرياضية والأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية التي اظهرتها النتائج ، حيث ان اكثر الأماكن عرضة للإصابة الرياضية هي إصابة الركبة، الكاحل، الكتف، اليد، المرفق، الحوض، الفخذ تليها إصابة الساق والقدم مع عدم وجود اختلاف في مكان الإصابة بين مختلف مناصب اللعب، اما عند إصابات الذراع، الساعد الصدر فجاءت بنسب قليلة مع اختلاف نسب تعرض أماكن الجسم للإصابة الرياضية باختلاف مناصب اللعب.

وعليه فارتفاع إصابات الركبة راجع لطبيعة كرة اليد التي تتسم بالاحتكاك المباشر والتنقل والانتقال بسرعة، حيث يقوم مفصل الركبة بوظيفتين متعاكستين تقريبا هما الحركة الواسعة من جري ولف، والأخرى هي حمل وزن الجسم ، ورغم مئاة تركيب مفصل الركبة الا ان تعرضه للحركات الرياضية القوية المتنوعة في رياضة كرة اليد قد تؤدي الى حدوث العديد من الإصابات به (1).

أما إصابات الطرف السفلي (الكاحل، الساق ، الفخذ والحوض) فهي تحدث نتيجة العبء المتزايد على هذه المفاصل بسبب الحركات القوية المستمرة والمفاجئة التي يقوم بها اللاعب نتيجة لطبيعة كرة اليد الامر الذي يؤدي الى حدوث الإصابات فيها.

ويرى الباحثون بان ارتفاع إصابات اليد بالنسبة للاعبي كرة اليد عن بقية الإصابات الأخرى يعود إلى طبيعة اللعبة في استخدام اليد طيلة فترة الأداء سواء في التدريب أو المنافسات الأمر الذي يجعلها أكثر عرضة للإصابة ، يشير "محمد عادل رشدي" (1992) إلى أن اليد تتعرض إلى أنواع متعددة من الإصابات، وهد وضع طبيعي لاشتراك اليد بشكل مباشر في معظم الأنشطة الرياضية ، كما أن الاحتكاك بالمنافس يعرض اليد للإصابة وتدل الإحصائيات على أن اليد والأصابع تشترك في الأنشطة الرياضية بنسبة 99.99 % (2).

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص 208-209.

(2) محمد عادل رشدي: علم إصابات الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 1992، ص16.

وإصابة المفاصل لدى لاعبي كرة اليد حسب أماكن تواجدها ومن خلال النتائج اتضح أن جل اللاعبين وباختلاف مناصب اللعب قد تعرضوا إلى نفس الإصابات الرياضية إلا أنه هناك بعض التفاوت البسيط في الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية حيث لوحظ أن إصابة مفصل الكاحل قد جاءت بالترتيب الأول يليه مفصل الركبة ومفصل الكتف وكذلك مفصل رسخ اليد والمرفق ، بنسب قليلة جدا جاءت إصابة مفصل الرأس (الرقبة) والفخذ كل هذه الأماكن في كرة اليد تعتبر من أكثر الأماكن تعرضا لإصابة المفاصل.

ويرى الباحثون أن إصابة الطرف العلوي والطرف السفلي قد لقيت نفس النصيب وهذا راجع لطبيعة الأداء في كرة اليد.

أما إصابة العضلات عند لاعبي كرة اليد فإصابة عضلات الفخذ قد جاءت في الترتيب الأول بينما عضلات الساق بالمرتبة الثانية واحتلت عضلات الكتف المرتبة الرابعة ، حيث هذه الإصابات تعتبر شائعة في لعبة كرة اليد ، وتليها إصابات الرقبة ، العضد ، الصدر ، والساعد بدرجة أقل دون تسجيل فروق.

يذكر **عمار عبدالرحمان قبيع (1998)** تعتبر إصابة العضلات من الإصابات الكثيرة الانتشار والحدوث بين الرياضيين ويرجع ذلك إلى أن العضلات هي الأداة الأساسية في حركة جسم الإنسان⁽¹⁾.

حسب النتائج يتبين أن ارتفاع إصابات عضلات الفخذ لدى لاعبي كرة اليد شائعة الحدوث كما يشير **محمد عادل رشدي (1992)** تكثر وتنتشر إصابة العضلات في الفخذ وذلك ينتج من الاحتكاك أو الاصطدام المباشر، والبعض ناتج من السقوط وفي حالات أخرى تنتج الإصابات في العضلات من العبء أو الضغط الناتج من ممارسة النشاط الرياضي⁽²⁾.

وارتفاع إصابات الساق بين لاعبي كرة اليد يعود إلى الضغط الواقع على تلك العضلات نتيجة الجري والوثب للأعلى والهبوط وإلى الجهد المبذول الأمر الذي يزيد العبء الواقع على عضلات الساق نتيجة لضربة ويؤكد محمد عادل رشدي قد تصاب الساق مما يؤدي إلى الضغط المستمر عليها ويلاحظ ظهور ورم في مكان الإصابة مما يؤدي إلى حدوث ضغط على الأوردة والعصب⁽³⁾.

(1) عمار عبد الرحمان قبيع: الطب الرياضي، دار الكتاب للنشر، جامعة الموصل، بغداد، 1998، ص 198.

(2) محمد عادل رشدي: علم إصابات الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 1992، ص 236

(3) محمد عادل رشدي، مرجع سابق، ص 88.

أما إصابة الكتف يرى أسامة رياض (1999) فهي راجعة لعمل مفصل الكتف لحالات حركية واسعة وضغط عضلي عنيف عند تصويب وقذف الكرة⁽¹⁾. أما بالنسبة لإصابة الصدر فيرجع ذلك إلى طبيعة النشاط الممارس الذي يتطلب استخدام الذراعين والكتفين والذي يؤثر بشكل كبير على المنطقة الصدرية للاعب نتيجة لميكانيكية الشد، تشير حياة عياد وصفاء الدين (1991) أن التغيرات التشريحية المصاحبة لاستدار الظهر هي ضعف وامتداد بالعضلات الناصبة للعمود الفقري مصحوبا بقصر وانقباض بعضلات الصدر⁽²⁾.

فيما ظهرت إصابات في الرقبة والعضد والساعد وذلك نتيجة طبيعة ممارسة كرة اليد التي تعتمد على استخدام الطرف العلوي والتي يحدث فيها احتكاك مستمر بين اللاعبين وكذلك فهي تحتاج إلى مجهود كبير مما قد يعرضها للإصابة ، يوضح مختار سالم(1987) إن ميكانيكية الإصابة الرياضية تتوقف على طبيعة أسباب حدوثها وفقا لما يقوم به اللاعب من حركات حسب نوع اللعبة التي يمارسها وحسب المنصب وشكل الحركة التي يقوم بها⁽³⁾.

قد تبين انه هناك اختلاف في نوع ومكان الإصابة حسب مناصب اللعب في كرة اليد.

أما إصابة الأربطة والأوتار لدى لاعبي كرة اليد، فإصابة أربطة وأوتار الركبة جاءت في المرتبة الأولى تلتها إصابة الكاحل والساق.

ويرى الباحثون أن ارتفاع إصابات الأربطة والأوتار للكاحل عند لاعبي كرة اليد يعود إلى أن القدم تعتبر القاعدة الأساسية التي يرتكز عليها الجسم، يشير محمد هندي(1991) إلى أن مفصل الكاحل تحفظه أربطة ليفية وأوتار تحيط به من كل جانب لتثبيتته⁽⁴⁾، ومن جهة أخرى إلى طبيعة المجهودات التي يتطلبها كل منصب على اختلاف مناصب اللعب .

وبذلك فإن الحركات الشديدة والمفاجئة تسبب هذه الأربطة والأوتار ، يذكر أسامة رياض (1998) يعد مفصل الكاحل من أكثر المفاصل التي تتعرض للملح والتي تؤدي إلى تمزق الأربطة المحيطة

(1) أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1998، ص261.

(2) حياة عياد روفائيل وصفاء الدين الخريوطي: اللياقة القوامية والتدليك الرياضي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر 1991، ص84.

(3) مختار سالم: إصابات الملاعب ، دار المريخ للنشر ،الرياض المملكة، العربية السعودية ، 1987، ص139.

(4) محمد فتحي هندي: علم التشريح الرياضي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 1992، ص139.

بالمفصل نتيجة التواء مفاجئ للمفصل او نتيجة لحركة عنيفة في اتجاه معين بسبب قوة خارجية اكبر من قدرة المفصل على تحملها⁽¹⁾.

كذلك فان ارتفاع إصابات أربطة وأوتار الركبة يعود إلى مفصل الركبة الذي يقوم بوظيفتين متعاكستين هما الحركة الواسعة ، وحمل وزن الجسم ، يؤكد أسامة رياض (1999) أن الإصابة الغضروفية تعد من أهم الإصابات في مفصل الركبة وأكثرها شيوعا عند لاعبي كرة اليد وهذا راجع إلى تعرض مفصل الركبة إلى حركات رياضية قوية متنوعة مما تعرضه للإصابة⁽²⁾.

بالنسبة لإصابات المرفق فيعود إلى طبيعة المرفق كونه من المفاصل المعقدة التي تعمل كوحدة واحدة والذي يسمح بحركات متعددة ، وان التعرض لقوى خارجية مباشرة تؤدي إلى الإصابة ، ويذكر جاب ميركن ومارشال هوفمان (1999) اللاعبون الذين يحاولون ضرب الكرة باستخدام حركة الرسخ أكثر من استخدام كامل الجزء العلوي من اليد أكثر عرضة للإصابة المرفق⁽³⁾.

كما أن إصابة العظام لدى لاعبي كرة اليد اتضح انه كل اللاعبين تعرضوا لهذه الإصابة ، لكن هناك تفاوت طفيف في مكان الإصابة حيث أن إصابة عظام اليد شائعة جدا، فيذكر أسامة رياض (1999) تحدث العديد من إصابات اليدين عند ممارسة اللاعب لرياضة كرة اليد حيث يتخللها مسك الكرة باستعمال اليدين كما تتعرض للسقوط على الأرض ولتحمل ضغط وثقل أجزاء جسم اللاعب نفسه أو خصمه، مما يؤدي إلى كسر سلميات اليد ورسخ اليد، ويلاحظ شيوع هذا النوع من الإصابات اذا ما كان اللاعب يعاني أصلا من تشوهات قواميه بالقدمين أو اذا كانت الأرض أو الحذاء غير مناسبين، كذلك عند انخفاض مستوى اللياقة البدنية للاعب ، فيؤدي حركات اكبر من المستوى الأدائي له فيصاب⁽⁴⁾. أما إصابات الفخذ، الساق والساعد فهي راجعة طبيعة الأداء في رياضة كرة اليد.

أما أنواع الإصابات الرياضية حسب مختلف مناصب اللعب ، فان الإصابة العضلية راجعة إلى التمزق العضلي بالدرجة الأولى الذي كثيرا ما يحدث للاعبين نظرا للمجهود العضلي العنيف الذي يقومون

(1) أسامة رياض :الطب الرياضي واصابات الملاعب، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1998، ص78.

(2) أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999، ص209.

(3) جاب ميركن ومارشال هوفمان: دليلك إلى الطب الرياضي، ترجمة محمد قنري بكري وثريا نافع ، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص 133.

(4) أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مرجع سابق، ص240-285.

به وترجع أسباب التمزقات إلى الاستعمال الخاطئ أو التدريب الرياضي الغير علمي للعضلات كالقيام بمجهود اكبر من طاقة العضلات⁽¹⁾.

والتشنج العضلي راجع إلى الإجهاد العضلي القوي وعدم الإحماء الكاف وهو مؤلم جدا ، وكدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لكثرة انتشارها ، وهو من الإصابات المباشرة وهذا راجع إلى الاحتكاك والاصطدام بين اللاعبين أو على الأرض مما يؤدي لحدوث الإصابة⁽²⁾. وهو يختلف باختلاف مناصب اللعب.

حيث أن إصابات العضلات كثيرة الانتشار والحدوث بين الرياضيين ويرجع ذلك إلى أن العضلات هي الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات الأداء الرياضي.

ومن إصابة العظام يتضح أن ملح (كدم) العظام كان بالدرجة الأولى وهو يحدث في كرة اليد عادة بسبب الصدمة المباشرة أو اصطدام جزء معين من الجسم بشيء خارجي ، والكسر يعرف بأنه فقدان استمرارية العظم الطبيعية نتيجة لشدة خارجية كالضغط أو السحق أو السحب الشديد أو نتيجة المرض وقد يكون الكسر نتيجة إصابة مباشرة على العظم.

أما إصابات المفاصل فهي من الإصابات الشائعة في كرة اليد وهي تعيق حركة الرياضي عن انجاز مهامه الحركية بنجاح ، واللوي أو الملح هو إصابة أربطة المفصل نتيجة شدة خارجية مما يؤدي إلى تمطي أو تمزق جزئي أو كلي لرباط أو أكثر والسبب هنا التواء المفصل الخارجي أو حركة عنيفة في اتجاه معين بسبب قوة خارجية اكبر من قدرة المفصل على تحملها وهذا على حسب مناصب اللعب⁽³⁾.

وإصابة المفصل بالخلع يتضح أن نسبتها تختلف باختلاف مناصب اللعب والخلع هو تغيير مكان رأس العظم في منطقة المفصل. وهو ينتج قوة كبيرة وعادة تكون خارجية تجبر المفصل إلى الاندفاع إلى خارج مكانه الطبيعي المحدد⁽⁴⁾. أما الأربطة والأوتار فتتميز بإصابة التمزق وهو نتيجة جهد عضلي عنيف اكبر من تحمل العضلة.

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص 25-26.

(2) بزاز علي جوكل، مرجع سابق ، ص 107-110.

(3) نفس المرجع، ص 119-132.

(4) فريق كمونة، مرجع سابق، ص 138.

بالنسبة لدرجة الإصابة الرياضية وتصنيفها حيث يتبين أن المرتبة الأولى عادت إلى الإصابات المتوسطة تلتها الإصابة الشديدة وفي الأخير الإصابة الخفيفة.

يذكر إقبال رسمي محمد(2008) أن الإصابة المتوسطة، هي التي ينتج عنها تأثيرات على الجسم كما تؤدي إلى نقصان من الكفاءة الرياضية التي يتسبب عنها نقص القدرة على مزاوله النشاط لفترة من الوقت⁽¹⁾.

وتحدث الإصابة لطبيعة الأداء في كرة اليد والاحتكاك المباشر سواء في الدفاع أو الهجوم.

أما الإصابة الشديدة ترجع إلى كون كرة اليد تتميز بالاحتكاك والالتحام الجسدي بدرجة كبيرة جدا⁽²⁾ مما ينتج عنها تأثير حاد على الصحة العامة وتحتاج إلى إسعافها النقل إلى المستشفى. والإصابة الخفيفة يتعرض لها لاعبي كرة اليد ولا تنتج عنها تهتكات كبيرة تعيق اللاعب على الأداء الرياضي وتختلف درجات الإصابة الرياضية باختلاف مناصب اللعب في كرة اليد.

يتضح من خلال نتائج الدراسة أن الفرضية الأولى تحققت.

2-2-5 في ضوء الفرضية الثانية:

فيما يخص الفرضية الثانية التي مفادها «هناك علاقة بين الأسباب المؤدية الى حدوث الإصابات الرياضية حسب مناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد».

يتضح من الجداول الآتية (12، 14، 15، 16، 17، 18) الخاصة بالأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية، فإصابات لاعبو كرة اليد في مختلف المراحل قد اتضح أن إصابات مرحلة المنافسات قد احتلت المرتبة الأولى تلتها المرحلة التحضيرية وفي الأخير المرحلة الانتقالية.

يرى الباحثون أن كثرة الإصابات في مرحلة المنافسات تعود إلى عدة أسباب أهمها التدريب بشكل غير علمي، وسوء التخطيط للبرنامج التدريبي والاستمرار بالتدريب في شدة عالية أكثر من قابلية اللاعبين الأمر الذي يؤدي إلى الحمل الزائد مما يعرض اللاعب للإصابة ، كما أن طبيعة كرة اليد وما تتطلبه من احتكاك وعنف مع اللاعب الخصم، يشير كمال درويش وآخرون (1998) تكون فترة المنافسات أطول

(1) إقبال رسمي محمد، مرجع سابق، ص6.

(2) خالد حمودة وجمال كمال سالم ، مرجع سابق، ص176.

فترات الموسم، حيث يكون فيها المجهود والحمل مرتفع بالإضافة إلى الضغط العصبي والنفسي الذي يصاحبهما دائما⁽¹⁾، وتختلف درجة التأثير باختلاف مناصب اللعب.

أما إصابات اللاعبين في الفترة التحضيرية فيرجع إلى عدم التخطيط بشكل علمي لهذه المرحلة والتي تعتبر من المراحل المهمة في التدريب وتهيئة اللاعبين، والتي تتطلب التدريب وفق برنامج علمي سليم أخصائين بنظر الاعتبار التدرج بالشدة في إعداد اللاعبين، يذكر كمال درويش وآخرون (1998) تعتبر الفترة الإعدادية واحدة من أهم فترات الموسم والتي يتم فيها بناء الحالة التدريبية للاعب، والعمل على تطوير أجهزته الحيوية وعضلاته استعدادا للمباريات⁽²⁾.

الاختلاف كان في المرحلة الانتقالية بين مختلف مناصب اللعب.

والأسباب العامة الكامنة وراء حدوث الإصابة الرياضية حيث أن كل اللاعبين أثرت عليهم كل الأسباب مما أدى إلى بهم إلى التعرض للإصابة الرياضية بحيث لوحظ أن الاحتكاك المباشر بالخصم له اثر كبير على اللاعبين.

ويرى الباحثون أن الأسباب ناتجة عن اللعب الخشن والاحتكاك لدى لاعبي كرة اليد يرجع الى طبيعة لعبة كرة اليد حيث تعتبر من الألعاب الجماعية التنافسية التي تمتاز بالاحتكاك المستمر والضرب والعنف بين اللاعبين.

يذكر عبد الكافي الحمروني (1996) كرة اليد من الألعاب الجماعية التنافسية التي تتميز بالاحتكاك المستمر بين المتنافسين ونتيجة الاحتكاك المستمر والمتبادل للحصول على الكرة ظهرت الكثير من الإصابات المرتبطة بهذه اللعبة⁽³⁾.

كذلك ارتفاع نسبة إصابات لاعبي كرة اليد نتيجة الإحماء الغير كاف، كثيرا من اللاعبين لا يعيرون أهمية لعملية الإحماء ولكن ليس بالشكل المطلوب من الإحماء.

(1) كمال درويش وآخرون، مرجع سابق، ص369.

(2) نفس المرجع، ص365.

(3) عبد الكافي الحمروني، علاقة بعض الانحرافات القوامية والقياسات الجسمية، رسالة ماجستير، كلية التربية البدنية،

جامعة الفتح، 1996.

فحسب آراء الباحثون فإن عملية الإحماء تهيئة اللاعب بدنيا ونفسيا عن طريق مجموعة من التمرينات المتغيرة في الحجم والشدة والتكرار والمختارة اختيارا دقيقا وتعمل على رفع درجة استعداد الجسم الفسيولوجية للعمل بكفاءة⁽¹⁾. ويشير أسامة رياض (2003) أن الإحماء العلمي الجيد يؤدي إلى الوقاية من إصابات الملاعب والوصول بالرياضي إلى قمة الاستعداد واللياقة البدنية في التدريب والمنافسات⁽²⁾.

كذلك فنقص مستوى اللياقة البدنية له اثر كبير مما يسبب التعرض للإصابة الرياضية بحيث يجب أن يتم التخطيط بشكل علمي بتكامل كل القدرات المختلفة ، ويذكر كمال عبد الحفيظ إسماعيل ومحمد صبحي حسنين (2001) اللياقة البدنية في كرة اليد تعني في مفهومها العام كفاءة البدن في أداء متطلبات اللعبة وممارستها ،سواء كانت هذه بدنية أو مهارية أو خطئية أو نفسية ،كما تعني تكامل مكونات الصفات البدنية⁽³⁾ . وكذلك يجب التكامل في تدريب عناصر اللياقة البدنية ويجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الأخرى حتى لا يتسبب ذلك في حدوث الإصابات.

ويرى الباحثون أن ارتفاع الإصابات عند لاعبي كرة اليد من جراء العودة للتدريب من إصابة سابقة قبل التأهيل المناسب، يرجع إلى جهل المدربين بالأسباب العامة للإصابات الرياضية وفي كرة اليد بصفة خاصة، لان اشتراك اللاعب مع عدم التأكد من شفاؤه سوف يؤدي إلى تكرار الإصابة ويمكن أن تتحول إلى إصابة مزمنة ، ويؤكد أسامة رياض(1999) عدم إشراك اللاعب وهو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاؤه منها نهائيا ، لان ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحويلها لإصابة مزمنة⁽⁴⁾.

أما بالنسبة لعدم ملائمة أرضية الملعب لممارسة كرة اليد يجب أن لا تكون هناك عوائق في الأرضية أو عدم استوائها مما يعرض اللاعبين للإصابة ، وتعتبر مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات وهي مخالفة أهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة ، وعلى الرياضيين خاصة وفق قوانين اللعبة ، كما أن استخدام الاحدية الغير مناسبة يؤدي إلى

(1) مهند حسين البشتاوي، أحمد ابراهيم الخواجا: مبادئ التدريب الرياضي، دار وائل للنشر ، جامعة القدس، ط1، 2005 ، ص367.

(2) أسامة رياض: الطب الرياضي والعب القوي، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 2003، ص335.

(3) كمال عبد الحميد اسماعيل ومحمد صبحي حسنين، مرجع سابق، ص56.

(4) أسامة رياض، مرجع سابق، ص201.

تشوهات غير خلقية تصيب القدم ، فالأحذية يرجع اختيارها إلى أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرب⁽¹⁾ .

وقد تبين أن معظم اللاعبين تتوفر لديهم وجبة غذائية كاملة غير أنها مقتصرة على المنافسات، حيث يجب الاعتناء باللاعبين من الناحية الغذائية وتوفير وجبات غذائية كاملة وفق أسس علمية سواء في المنافسات أو الحصص التدريبية، ويذكر محمود حمدي احمد(2008) أن تغذية الرياضيين تلعب دورا أساسيا في ارتفاع أو هبوط مستوى الأداء الرياضي واستعادة الحالة الطبيعية للجسم. لقد اثبتت الدراسات والأبحاث العلمية أن التدريبات العنيفة المكثفة لمدة يومين أو ثلاثة أيام تستهلك المخزون من جليكوجين العضلات فادا لم تعوض هذه الكمية يحدث نقص في كمية المخزون من الجليكوجين في العضلات ، ويؤدي إلى ظهور حالات التعب العضلي أثناء المباريات وهذا بالتالي يؤدي إلى ارتفاع نسبة حدوث الإصابات الرياضية⁽²⁾ .

وقد يتعرض اللاعب سواء أثناء الممارسة الرياضية أو في غضون عمليات التدريب والمنافسة الرياضية لبعض المواقف التي ينتج عنها ما يمكن أن نطلق عليه الإصابة النفسية، فعندما يصاب اللاعب الرياضي بإصابة رياضية فانه يشعر بمستويات من الخوف والقلق وتدور في ذهنه أفكار سيئة عن عدم إمكانية شفاؤه.

اعتبر القلق احد الانفعالات الهامة ، وينظر إليه على أساس انه من أهم الظواهر النفسية التي تؤثر على أداء الرياضيين ، وان هذا التأثير قد يكون إيجابيا يدفعهم لبذل المزيد من الجهد ،أو بصورة سلبية تعوق الأداء⁽³⁾ .

يعتبر النجاح والفشل جزءا من الرياضة، والرياضيون ذوي الثقة في النفس يعرفون هذه الحقيقة ويتعاملون معها بقدر كبير من الواقعية، ولكن الرياضيين الذين تعوزهم الثقة في النفس يخافون من الفشل بدرجة كبيرة مبالغ فيها لدرجة أنهم يسهل خوفهم ومن تم ينعكس ذلك على سلوكهم وادائهم⁽⁴⁾ . مما يؤدي للشعور بالإحباط النفسي .

(1) أسامة رياض، مرجع سابق، ص 194-197.

(2) محمود حمدي احمد، مرجع سابق، ص 355.

(3) محمد حسن علاوي ، مرجع سابق ، ص 30-31.

(4) أسامة كامل راتب: علم نفس الرياضة، مرجع سابق، ص 338-339.

خلاصة:

من خلال النتائج المتوصل إليها يمكن التأكيد على ضرورة الاهتمام بمراكز اللعب في كرة اليد وبخصوصيات كل مركز مع مراعاة هذه الخصوصيات أثناء التخطيط للتدريب.

وفي الأخير تجدر الإشارة إلى أن النتائج المتحصل عليها ليست بالنهائية ولا يمكن تعميمها على جميع فرق كرة اليد نظراً لاعتماد الباحث على عينة قصديه، لذا فمجال البحث في هذا الموضوع يبقى مفتوح على احتمالات أخرى جديدة في نفس النشاط الرياضي -كرة اليد - أو في رياضات أخرى من زاوية طرح جديدة وعلى عينة وفئة عمرية جديدة وعلى اختلاف الصنف والجنس.

لكن يؤمل أن يتم العمل بالنتائج المتوصل إليها من خلال الاهتمام بمراكز اللعب وبخصوصيات كل مركز ومتطلباته البدنية والمهارية والدفاعية والهجومية ... أثناء التخطيط للتدريب.

الاستنتاج العام:

من خلال عرض النتائج وتحليلها باستخدام الاساليب الاحصائية وبعد مناقشتها تم التوصل الى النتائج التالية:

- ✓ وجود علاقة بين التعرض للإصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.728^{++}
- ✓ وجود علاقة بين الإصابة العضلية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.976^{++}
- ✓ وجود علاقة بين اصابة العظام ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.474
- ✓ وجود علاقة بين اصابة المفاصل ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.434
- ✓ وجود علاقة بين اصابة الاربطة والاورتار ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.999
- ✓ وجود علاقة بين درجة الاصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.359
- ✓ وجود علاقة بين الاماكن الاكثر عرضة للإصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.350
- ✓ وجود علاقة في اماكن الاصابة الرياضية - المفاصل-ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.732^{++}
- ✓ وجود علاقة في اماكن الاصابة الرياضية - العضلات-ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.806^{++}
- ✓ وجود علاقة في اماكن الاصابة الرياضية - الاربطة والاورتار-ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.356
- ✓ وجود علاقة في اماكن الاصابة الرياضية - العظام-ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.451

✓ وجود علاقة بين الاسباب المؤدية الى حدوث الاصابات الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.385.

✓ وجود علاقة بين مرحلة التعرض للإصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.747⁺⁺.

✓ وجود علاقة بين الشعور بالخوف والقلق عند التعرض للإصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.716⁺⁺.

✓ وجود علاقة بين فقدان الثقة بالنفس عند التعرض للإصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.554⁺.

✓ وجود علاقة بين توفر الوجبة الغذائية الكاملة ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.428.

✓ وجود علاقة بين اقتصار الوجبة الغذائية الكاملة ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بل 0.705⁺⁺.

✓ وجود علاقة بين نوع الاصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.896⁺⁺.

✓ وجود علاقة بين الاسباب المؤدية الى حدوث الاصابة الرياضية ومناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.794⁺⁺.

✓ وجود علاقة بين نوع الاصابة الرياضية والاسباب المؤدية الى حدوثها حسب مناصب اللعب بمعامل ارتباط بلغ 0.449⁺.

من خلال تفسير ومناقشة نتائج الدراسة التي تخص الاصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب عند لاعبي كرة اليد، ومن اجل النهوض برياضة كرة اليد على المستوى الوطني من الناحية العلمية يلجا الباحث الى تقديم بعض الفرضيات المستقبلية والمتمثلة كالاتي:

- ✓ الاهتمام بالفحص الطبي الشامل والدوري للحفاظ على صحة اللاعبين.
- ✓ عدم اشراك اللاعب في التدريب والمنافسات دون الشفاء التام من الاصابة الرياضية حتى لا تصبح مزمنة.
- ✓ الاهتمام بتنمية عناصر اللياقة البدنية كافة حسب طبيعة اللعبة ومناصب اللعب.
- ✓ توفير وجبة غذائية رياضية كاملة وفق اسس علمية اثناء التدريب والمنافسات
- ✓ ضرورة اجراء دورات وملتقيات حول الطب الرياضي للمدربين للاطلاع ومواكبة التقدم العلمي في مجال علم الاصابات من اجل وقاية اللاعبين من الاصابة الرياضية.
- ✓ ضرورة تشخيص الاصابة الرياضية تشخيصا دقيقا.
- ✓ على مدربي كرة اليد كافة الاهتمام بمراكز اللعب المختلفة كل حسب طبيعة أدائه وبخصوصية هذه المراكز اثناء التخطيط للتدريب.
- ✓ على الاندية الرياضية والمدربين الاستفادة من البحوث التي تجرى على لاعبي كرة اليد والرياضات كافة.
- ✓ العلاقة المتوصل اليها في الدراسة بين مختلف مراكز اللعب وانواع الاصابات الرياضية واسباب حدوثها تستدعي الاهتمام بهذه العلاقة ومعرفة خصوصيات كل مركز من هذه المراكز.
- ✓ التوسع في اجراء دراسات مشابهة على عينات اكبر مستقبلا تستهدف متغيرات اكثر.
- ✓ إقامة الدورات التكوينية والاستفادة من خبرات الدول المتطورة في جانب المجال التدريبي والصحي.
- ✓ التعود على التشخيص والتحليل العلمي للمواقف والظروف والأجواء المختلفة للمنافسات وما يرتبط بها.
- ✓ توفير الوسائل والمرافق الاساسية للعمل في احسن الظروف من جهة وتوفير مبادى الامن والسلامة من جهة اخرى.

خاتمة

تعتبر كرة اليد من الألعاب الجماعية الحديثة والتي وصلت الى مستوى متقدم نتيجة للاهتمام المتزايد بها من قبل اغلب بلدان العالم، كما انها حظيت بنصيب وافر من الدراسة والبحث العلمي والتي كان هدفها الارتقاء بمستوى اللاعبين من كافة جميع النواحي البدنية، الحركية، الصحية، النفسية والدهنية وأصبح تخطيط عملية التدريب والعمل على تشخيص حالة اللاعبين والحفاظ على سلامتهم هو القاعدة الأساسية التي تعمل على الوصول باللاعبين لتحقيق النتائج المطلوبة.

ولقد أصبح للإصابة الرياضية واهمية اكتشافها المبكر والمعلومات الأولية التي تفيد في التنبؤ بحدوثها من الأهمية بمكان لبعض العاملين في المجال الرياضي، فيمكنهم ذلك من الاستمرار في تنفيذ برامجهم التدريبية دون حدوث ما يعيق تنفيذها، وعلى هذا فقد قام الباحث بدراسة لتسليط الضوء على كرة اليد لمعرفة أنواع الإصابات الرياضية الشائعة والأماكن الأكثر عرضة لها وماهي الأسباب الكامنة وراء حدوث الإصابة الرياضية بين مختلف مناصب اللعب.

واتضح من خلال تحليل ومناقشة وتفسير النتائج ان أنواع الإصابات الرياضية الشائعة في كرة اليد والأماكن الأكثر تعرضا للإصابة تختلف باختلاف مناصب اللعب، باستثناء إصابة اليد التي هي مشترك بين جميع اللاعبين ولاتتعلق بمناصب اللعب، والأسباب المؤدية لحدوث الإصابات الرياضية تختلف باختلاف مناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

01- المعاجم:

- 1- علي حسن أبو جاموس: المعجم العربي، دار اسامة للنشر الأردن، 2011.
- 2- معجم علم النفس والتربية، مجمع اللغة العربي، الهيئة العامة للمطابع، الأميرية، القاهرة، ط1، 1984.

02: الكتب:

- 3- إبراهيم رحمة محمد، فتحي المهشيش بوسف: إصابات الرياضيين، دار الكتب الوطنية بنغازي، ط2، 2002.
- 4- أبو العلاء احمد عبد الفتاح، التدريب الرياضي والاسس الفسيولوجية، القاهرة، دار الفكر العربي، ط1، 1999.
- 5- أبو علا عبد الفتاح، أحمد نصر الدين: فسيولوجيا اللياقة البدنية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 6- أحمد صبحي قبلان كرة اليد (مهارة، تجريب، تدريبات، اصابات)، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2012.
- 7- أحمد عربي عودة: كرة اليد والعناصر الأساسية، جامعة القاهرة، إدارة المطبوعات والنشر، 1998.
- 8- أحمد علي مذكور: منهج تعليم الكبار، دار الفكر العربي، مصر، 1978.
- 9- أسامة رياض: الطب الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1998.
- 10- أسامة رياض: الطب الرياضي والعب القوي، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 2003.
- 11- أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999.
- 12- أسامة رياض: الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1998.
- 13- أسامة رياض، إمام محمد حسن النجمي: الطب الرياضي الطبيعي، مركز الكتاب للنشر، ط1، 1999.

- 14- إقبال رسمي محمد: الإصابات الرياضية وطرق علاجها، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2008.
- 15- بزاز علي جوكل: فلسفة التدريب في كرة اليد، دار دجلة، العراق، ط1، 2007.
- 16- بزاز علي جوكل: مبادئ وأساسيات الطب الرياضي، دار دجلة، عمان، الأردن، 2008.
- 17- بسطويسي أحمد: أسس ونظريات التدريب الرياضي، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1999.
- 18- جاب ميركن ومارشال هوفمان: دليلك الى الطب الرياضي، ترجمة محمد قدرى بكري وثريا نافع، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.
- 19- حياة عباد روفائيل وصفاء الدين الخربوطلي: اللياقة القوامية والتدليك الرياضي، منشأة المعارف، الاسكندرية، مصر، 1991.
- 20- خالد حمودة، جلال كمال سالم: الهجوم والدفاع في كرة اليد، ط1، 2008.
- 21- رشيد زرواتي: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، مصر 2004.
- 22- زكي محمد، محمد حسن، عماد أبو القاسم: مركز التحكم في الألعاب الجماعية، المكتبة المصرية، الإسكندرية، 2004.
- 23- زينب العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، ط4، 1995.
- 24- سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد، 2008.
- 25- سميرة خليل محمد: الإصابات الرياضية، الأكاديمية العراقية الرياضية، بغداد، 2004.
- 26- شاكر فرهود: المهارات الفنية في كرة اليد، (دم)، القاهرة 1981.
- 27- صلاح السيد، حسين قادوس: الأسس العلمية الحديثة في الأداء الحركي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 1993.
- 28- طارق مجمد رحاب: الأداء الخططي الهجومي قبل وبعد الوقت المستقطع وعلاقته بنتائج مباريات كرة اليد، ط1، 2008.

- 29- عادل خير الله: الرياضة خطوة خطوة، دار المؤلف للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، ط1 2006.
- 30- عبد الحميد إسماعيل، محمد صبحي حسانين: رباعية كرة اليد الحديثة، مركز الكتاب للنشر، ط1، 2001.
- 31- عبد العظيم العوادلي: الجديد في العلاجات والإصابات الرياضية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ط2، 2004.
- 32- عزة محمود كاشف: الإعداد النفسي للرياضيين، القاهرة، دار الفكر العربي، 1991.
- 33- علي جلال الدين: الإصابة الرياضية "الوقاية والعلاج"، القاهرة، ط1، 2005.
- 34- عماد الدين عباس أبو زيد، سامي محمد علي: الاسس الفسيولوجية لتدريب كرة اليد، -نظريات، تطبيقات- مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1998.
- 35- عمار بوحوش: البحث العلمي والخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 36- عمار بوحوش، محمود ذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق البحث، 1955.
- 37- عمار عبد الرحمان قبع: الطب الرياضي، دار الكتاب للنشر، جامعة الموصل، بغداد، 1998.
- 38- فراج عبد الحميد توفيق: كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين، دار الوفاء لدننا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، ط1، 2004.
- 39- فريق كمونة: موسوعة الإصابات الرياضية وكيفية التعامل معها، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2002.
- 40- كمال درويش، عماد الدين أبو زيد واخرون الأسس الفسيولوجية لتدريب كرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.
- 41- كمال درويش، عماد الدين عباس ابو زيد، واخرون، حارس المرمى في كرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999.

- 42-مبروكة عمر محيرق: الدليل الشامل في البحث العلمي، مجموعة النيل العربية، مصر، ط1
2008.
- 43-محمد حسن علاوي: سيكولوجية الإصابة الرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1
1998.
- 44-محمد حسن علاوي، كمال الدين عبد الرحمان درويش، الإعداد النفسي في كرة اليد، -نظريات
تطبيقات-، مركز الكتاب للنشر، 2006.
- 45-محمد حسن علاوي، كمال عبد الحميد: الممارسة تطبيقية في كرة اليد، دار الفكر العربي
القاهرة، 1997.
- 46-محمد عادل رشدي: العلاج الطبيعي أسس ومبادئ، منشأة المعارف، 2004.
- 47-محمد عادل رشدي: علم إصابات الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر
1992.
- 48-محمد عادل رشدي: علم إصابة الرياضيين، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط، 1995.
- 49-محمد فتحي هندي: علم التشريح الرياضي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر 1992.
- 50-مختار سالم: اصابات الملاعب، دار المريخ للنشر، الرياض المملكة، العربية السعودية
1987.
- 51-مفتي إبراهيم حماد: التدريب الرياضي الحديث، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001.
- 52-مفتي إبراهيم حماد، التدريب الرياضي الحديث، دار الفكر العربي، القاهرة، 2006.
- 53-منير جرجس: كرة اليد للجميع، القاهرة، دار الفكر العربي، 1990.
- 54-منير جرجس، كرة اليد للجميع، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004.
- 55-مهند حسين البشتاوي، أحمد ابراهيم الخواجا: مبادئ التدريب الرياضي، دار وائل للنشر، جامعة
القدس، ط1، 2005.
- 56-ناصر ثابت، أضواء على الدراسة الميدانية، مكتبة الفلاح الكويتية، ط1، 1984.

03- المذكرات ورسائل الماجستير:

- 57-داود سفيان : علاقة التحضير البدني الوقاية من الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم - صنف أكابر-، دراسة ميدانية لنادي نجم بئر أغبالو الجهوي الثاني، دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص تدريب رياضي نخبوي، جامعة محند اولحاج، البويرة 2014-2015.
- 58-صاحبي محمد أمين : أسباب الإصابات (الركبة، التمزق، الالتواء، الكاحل، الكسور) ومدى تأثيرها على الأداء المهاري (التسديد المروغة) لدى لاعبي كرة القدم - دراسة ميدانية للاعبين كرة القدم نادي اتحاد الشاوية، دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية ، تخصص تحضير وتدريب بدني، جامعة العربي بن مهيدي، 2016-2017.
- 59-عبد الكاف عبد العزيز الحمروني : علاقة بعض الانحرافات القوامية والقياسات الجسمية، رسالة ماجستير، كلية التربية البدنية، جامعة الفتح، 1996.
- 60-عبد القادر بومسجر : تحديد السمات الشخصية لدى لاعبي كرة القدم حسب مراكزهم، مذكرة ماجستير المدرسة العليا لأساتذة التربية البدنية والرياضية، مستغانم، الجزائر، 1996.
- 61 -قادة بن سلطان أيوب: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية في كرة القدم لدى لاعبي أندية ولاية عين الدفلة، دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص تدريب رياضي تنافسي، جامعة عين الدفلة، 2015-2016.
- 62-ما هور باشا صبيبة : مؤشرات التطور المرفولوجي والبدني للاعبين كرة اليد الشباب حسب مراكز اللعب ، رسالة دكتوراة، الجزائر، 2012-2013.
- 63-موهوبي عيسى : الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة برج بوعريريج، 2007-2008.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

64-Dubert rand، l'évaluation physiologique des athlètes، comité olympique، algérienne، 2006.

65-Bayer C، Formation du joueur، Ed Vigot، Paris، 1993.

66-Brikci A. E، Aspect physiologique de Handball، FAHB، Alger، 1994.

- 67-Gallet B, bilan des championnats du monde 2001, Approche du hand, 2001.
- 68-Gros Georges B, observation et entraînement en sport collectifs, INSEP Publications, Paris, 1990.
- 69-Jean-Paul Martinet, Jean-Luc pages, Handball, éditions vigot, Paris 2007.
- 70-Manfred Muller, de la spécialisation en handball, office des publications universitaires, **Alger, 1978.**
- 71-Marini F.J et Autre, Les épreuves d'effort en physiologie. Epreuves et mesures du potentiel anaérobie, Travaux et recherches en EPS N° 7.INSEP, Paris, 1984.
- 72-Marsault Christelle, UFR TPS, Strasbourg cours de deu GHB, 2006.
- 73-Mc Ardele W.D et Autre, Physiologie de l'activité physique Energie, Nutrition et performance, Ed Vigot, Paris, 1989.
- 74-Thierry N, Les Fondements pédagogique et Techniques du hand-ball, Ed Amphora, Paris, 1988.
- 75-Thomas R et Autre, Les Aptitudes motrices, Ed Vigot, Paris, 1989.
- 76-Wei neck J. manuel d'entraînement, Ed Vigot, Paris, 1997.

ملاحق

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



استمارة تحكيمية :

(مقدمة الى المحكمين ، أساتذة وخبراء في قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية)

إشراف الاستاد:

إعداد الطالب :

- ايت وازو محند واعمر

- باخة نبيل

في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية ، تخصص تحضير

بدني بعنوان :الإصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد - صنف اكابر -

ويأمل الطالب الباحث الاستفادة من خبراتكم العلمية والتكرم في ابداء الراي في :

- مدى مناسبة محاور الاستبيان لتحقيق اهداف البحث.

- العبارات المدرجة تحت كل محور.

- طريقة صياغة العبارات (هل هي مفهومة ام بحاجة الى تعديل).

- اقتراحات أخرى.

نشكر سيادتكم على حسن تعاونكم بإثراء هذا البحث بأرائكم البناءة لكم منا فائق الاحترام والتقدير

المحور الأول: البيانات الشخصية:

- 1- الفئة العمرية: - اقل من 20 سنة - من 20 الى 30 سنة - اكثر من 30 سنة
- 2- العمر التدريبي: - 01 سنة - من 2 الى 5 سنوات - اكثر من 05 سنوات
- 3- ماهو المنصب الذي تلعب فيه:

لاعب وسط لاعب خلفي لاعب محوري لاعب جناح حارس مرمى

المحور الثاني: هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد

4- هل تعرضت إلى إصابة رياضية؟

نعم لا

5- هل الإصابة الرياضية التي تعرضت لها عبارة عن:

إصابة عضلية: تمزق كدم شد تشنج

إصابة العظام: ملخ كسر

إصابة المفاصل: التواء التهاب خلع

إصابة الأربطة والأوتار: تمزق جروح

6- ماهي درجة الإصابة الرياضية؟

خفيفة متوسطة خطيرة

7- ماهي الأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية؟

العضد الساعد اليد الصدر

الكتف الحوض الفخذ الساق

الركبة الكاحل القدم المرفق

8- ماهي أماكن الإصابة الرياضية في المفاصل التي تعرضت لها؟

- الرأس الفخذ رسخ اليد
 الركبة الكاحل المرفق

9- ماهي أماكن الإصابة الرياضية في العضلات التي تعرضت لها؟

- الساعد العضد الظهر الصدر
 الفخذ الكاحل الرقبة

10- ماهي أماكن الإصابة الرياضية في الأربطة والأوتار التي تعرضت لها؟

- المرفق الركبة الكاحل

11- ماهي أماكن الإصابة الرياضية في العظام التي تعرضت لها؟

- الساعد اليد الفخذ الساق القدم

المحور الثالث: هناك علاقة بين الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد

12 - ماهي الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات الرياضية؟

- نقص مستوى اللياقة البدنية
 عدم الاهتمام بالإحماء الكاف والمناسب لأداء التدريب أو المباراة
 الاحتكاك المباشر بالخصم
 مخالفة الروح الرياضية
 استخدام المنشطات
 عدم ملائمة مكان التدريب
 نظام المنافسة
 العودة إلى التدريب قبل التأهيل المناسب من إصابة سابقة
 نوعية المنصب الذي تلعب فيه

13- كيف تعرضت للإصابة الرياضية؟

14- في أي مرحلة تعرضت للإصابة الرياضية؟

المرحلة التحضيرية

مرحلة المنافسات

المرحلة الانتقالية

15- عند تعرضك للإصابة الرياضية هل ينتابك الخوف والقلق؟

نعم لا

16- عند الإصابة هل تفقد الثقة بالنفس؟

نعم لا

17- هل لديك وجبة غذائية كاملة؟

نعم لا

18- الوجبة الغذائية الكاملة تقتصر على:

الحصص التدريبية المنافسات

19- حسب رأيك هل هناك أسباب أخرى لحدوث الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد؟

قائمة الأساتذة المحكمين

الامضاء	مكان العمل	التخصص	الدرجة العلمية	الاسم واللقب	الرقم
	جيجل	تربوي	استاد محاضر "ب"	قهلوز مراد	01
	جيجل	تربوي	استاد محاضر "أ"	بولحليب مبروك	02
	جيجل	تدريب رياضي	استادة محاضرة "أ"	قبايلي ليليا	03
	جيجل	تدريب رياضي	دكتورة (LMD)	بلفريطس ياسين	04
	جيجل	تدريب رياضي	استاد محاضر "أ"	عيسات كمال	05

السنة الجامعية 2021/2020

نتائج معامل الارتباط للفرضية الأولى :

هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب		
هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	20
A_04	Corrélation de Pearson	,728**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	20
إصابة عضلية	Corrélation de Pearson	,976**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	6
إصابة العظام	Corrélation de Pearson	,474
	Sig. (bilatérale)	,420
	N	5
إصابة المفاصل	Corrélation de Pearson	,434
	Sig. (bilatérale)	,390
	N	6
إصابة الأوتار والاربطة والأوتار	Corrélation de Pearson	,999*
	Sig. (bilatérale)	,032
	N	3
درجة الإصابة الرياضية	Corrélation de Pearson	,359
	Sig. (bilatérale)	,251
	N	12
Q_07	Corrélation de Pearson	,300
	Sig. (bilatérale)	,199
	N	20
Q_08	Corrélation de Pearson	,732**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	19
Q_09	Corrélation de Pearson	,806**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	19
Q_10	Corrélation de Pearson	,356
	Sig. (bilatérale)	,135
	N	19
Q_11	Corrélation de Pearson	,451
	Sig. (bilatérale)	,053
	N	19

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

c. Calcul impossible, car au moins une des variables est une constante.

نتائج معامل الارتباط للفرضية الثانية :

هناك علاقة بين الاسباب المؤدية الى حدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب		
هناك علاقة بين ن الاسباب المؤدية الى حدوث الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	20
A_14	Corrélation de Pearson	,747**
	Sig. (bilatérale)	,005
	N	12
A_15	Corrélation de Pearson	,716**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	19
A_16	Corrélation de Pearson	,554*
	Sig. (bilatérale)	,011
	N	20
A_17	Corrélation de Pearson	,188
	Sig. (bilatérale)	,428
	N	20
A_18	Corrélation de Pearson	,705**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	16
Q_12	Corrélation de Pearson	,385
	Sig. (bilatérale)	,094
	N	20

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

c. Calcul impossible, car au moins une des variables est une constante.

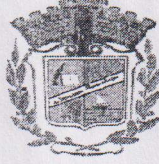
نتائج معامل الارتباط الكلي :

		الدرجة الكلية	هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	1	,896**	,794**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	20	20	20
هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	Corrélation de Pearson	,896**	1	,449*
	Sig. (bilatérale)	,000		,047
	N	20	20	20
هناك علاقة بين نوع الإصابات الرياضية ومناصب اللعب	Corrélation de Pearson	,794**	,449*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,047	
	N	20	20	20

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

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 مارس 2023

إلى السيد رئيس النادي:

NRCFIT

الموضوع: طلب تسهيل إجراء الدراسة الميدانية

بشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تقديم ما أمكن من تسهيلات و عون للطالبة

الآتية أسماؤهم ، وهذا قصد إجراء الدراسة الميدانية في إطار متطلبات نيل شهادة ماستر LMD

تخصص: تحضير بدني

التخصص الرياضي المختار:

أسماء الطلبة:

01/..... ياخه نيل

02/..... ياخه نيل

تقبلوا منا سيادتكم فائق التقدير والاحترام

اسم ولقب الأستاذ(ة) المسؤول على المقياس:..... محمد واعمر أديوارو.....

إمضاء المدرب (ة):.....

موافقة رئيس النادي

رئيس النادي الرياضي
شباب الميليشية
فيل هاشم

رئيس القسم
نائب رئيس قسم علوم وتقنيات النشاطات
البدنية والرياضية مكلف بالتدريس
العلوم الإنسانية والاجتماعية
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل

هدفت الدراسة الى التعرف على الاصابات الرياضية وعلاقتها بمناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد وبغرض الاجابة على السؤال المطروح المتمثل في : هل هناك علاقة بين الاصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد - صنف اكابر - ، وقد افترضنا انه توجد علاقة بين الاصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد واعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الملائم لطبيعة الموضوع على عينة تكونت من 20 لاعب يمثلون فريق- المبيك الميلية- المنتمي الى حضيرة القسم الوطني الثاني المجموعة الشرقية، اختيرت بالطريقة المقصودة، واستخدمنا الاستبيان كأداة للبحث بعد التأكد من صلاحيتها وملائمتها للدراسة.

وبعد المعالجة الاحصائية توصلنا الى:

- توجد علاقة بين الاصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.
- توجد علاقة بين الاسباب المؤدية الى حدوث الاصابات الرياضية ومناصب اللعب لدى لاعبي كرة اليد.

أوصى الباحث في نهاية الدراسة بمايلي:

- على مدربي كرة اليد الاهتمام بمراكز اللعب المختلفة كل حسب طبيعة ادائه وبخصوصية هذه المراكز اثناء التخطيط للتدريب.
- على الاندية الرياضية والمدربين الاستفادة من البحوث التي تجرى على لاعبي كرة اليد والرياضة كافة.

This study attempts to identify sports injuries and their relationship with playing positions of handball players.

The main question to be asked here is: **Is there a relationship between sports injuries and playing positions of handball players (senior category)?** In order to answer this question, we have assumed that there is a relationship between sports injuries and positions playing with handball players.

In fact, we relied in our study on the descriptive approach appropriate to the nature of the topic on a sample of twenty players representing the Olympic El-Milia team - who are active in the second national division of the Eastern group. They were chosen in the intended way, we used the questionnaire as a tool for research after verifying its validity and suitability for study. After statistical processing, we arrived at:

- There is a relationship between sports injuries and playing positions for handball players.
- There is a relationship between the causes of sports injuries and the playing positions of handball players.

At the end of the study, the researcher recommended:

- Handball coaches should pay attention to the different playing centers, each according to the nature of his performance and the specificity of these centers while planning training.
- Sports clubs and coaches should benefit from the research conducted on handball players and sports in general.