

رقم : .....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -



معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر

تخصص : تدريب رياضي نخبوي

العنوان :

مدى إنعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي لدى  
لاعبي أكابر كرة اليد

( دراسة سمتي القلق والاكتئاب )

تحت اشراف :

أ/د مراد خليل

من إعداد :

حساني بن السايح

السنة الجامعية : 2018/2019

## محتوى البحث :

شكر و عرفان

اهداء

قائمة المحتويات

قائمة الجداول والأشكال

أ.....مقدمة

### الجانب التمهيدي : الإطار العام للبحث

- 1- إشكالية البحث : ..... 3
- 2- فرضيات البحث: ..... 4
- 3- أهداف البحث..... 4
- 4- أهمية البحث : ..... 4
- 5- مصطلحات البحث: ..... 5
- 5- أسباب اختيار الموضوع : ..... 6
- 6- الدراسات السابقة و المشاهدة : ..... 6

### الجانب النظري

#### الفصل الأول: القلق والاكتئاب

- تمهيد : ..... 11
- 1 - تعريف الاضطراب: ..... 12
- 2- تطور تصنيف الاضطرابات النفسية: ..... 12
- 3- أسباب الاضطرابات النفسية: ..... 15
- 4- نظريات تفسير الاضطرابات النفسية: ..... 16

- 5- القلق: ..... 17
- 6- تعريف القلق : ..... 18
- 7 - أنواع القلق : ..... 19
- 8 - مستويات القلق : ..... 24
- 10 - أعراض القلق: ..... 26
- 11- الاكتئاب : ..... 27
- 12- أعراض الاكتئاب ..... 27
- 13- أسباب الاكتئاب ..... 28
- 14- مضاعفات الاكتئاب..... 29
- 15- الوقاية من الاكتئاب ..... 30
- خلاصة : ..... 31

### الفصل الثاني : صنف الأكاير في كرة اليد

- تمهيد..... 33
- 1-تعريف كرة اليد : ..... 34
- 2-نبذة تاريخية عن كرة اليد : ..... 34
- 3-خصوصيات كرة اليد : ..... 36
- خلاصة..... 42

### الفصل الثالث : الإصابات الرياضية

- تمهيد:..... 44
- 1- تعريف الإصابة الرياضية: ..... 45
- 2- تصنيفات الإصابات المختلفة: ..... 45
- 3- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي: ..... 47
- 4- أنواع الإصابات: ..... 50
- 5- طرق ووسائل الوقاية من الإصابات الرياضية : ..... 67

- 6- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية : ..... 68  
خلاصة : ..... 70

### الجانب التطبيقي

#### الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية للبحث

- 1-الدراسة الاستطلاعية: ..... 73  
2- منهج البحث: ..... 73  
3- مجتمع و عينة البحث: ..... 74  
4- مجالات البحث : ..... 75  
5 أدوات البحث : ..... 75  
7-الأساليب الإحصائية المستعملة : ..... 77

#### الفصل الرابع : عرض وتحليل نتائج البحث

- عرض وتحليل نتائج المقابلة : ..... 79  
1-الحالة الاولى: ..... 79  
2-الحالة الثانية: ..... 82  
3-الحالة الثالثة: ..... 85  
الحالة الرابعة : ..... 88

#### الفصل الخامس: مناقشة و تفسير نتائج البحث

- 1-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات : ..... 88  
2-الاستنتاج العام : ..... 92  
خلاصة عامة..... 93  
الاقتراحات: ..... 94  
قائمة المراجع: ..... 91  
الملاحق:.....

قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
76	جدول رقم 01 يمثل نتائج الحالة الاولى	1
79	جدول رقم 02 يمثل نتائج الحالة الثانية	2
82	الجدول رقم 3 يمثل نتائج الحالة الثالثة	3
85	جدول رقم 4 يمثل نتائج الحالة الرابعة	4

قائمة الأشكال :

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
76	المنحنى رقم 01 يمثل نتائج الحالة الاولى	1
79	المنحنى رقم 02 يمثل نتائج الحالة الثانية	2
82	المنحنى رقم 3 يمثل نتائج الحالة الثالثة	3
85	المنحنى رقم 4 يمثل نتائج الحالة الرابعة	4

نظرا لانتشار ظاهرة الحشونة البدنية في ملاعبنا وخاصة في دوري كرة اليد بالبطولة الجزائرية سبب كثرة الإصابات البدنية و هذا راجع إلى أسباب عدة أهمها أن التحكيم لا يمارس مهنته بكل نزاهة و شفافية حيث لا يطبق جميع القوانين و لا يحمي اللاعبين من التعرض للإصابات ، و تكرر الاعتداءات عليهم بدون عقاب مما اثر سلبا على مستوى اللعب عموما و اللاعبين خصوصا ، حيث تسبب هذه الإصابات في بعض الأحيان إطالة مدة رجوع اللاعبين إلى الميدان او تسبب اعتزالهم للكرة نهائيا .

واهتم أخصائيو علم النفس الرياضي بالإصابة البدنية و الأثر النفسي الذي تخلفه من اضطرابات انفعالية على لاعبي كرة اليد و مدى تأثيرها على سرعة العودة للميدان بالنسبة للاعبين حيث اظهروا ان الأثر البدني للإصابة الرياضية يتمثل في التشوه الخارجي أما الأثر النفسي فيتمثل في اضطرابات انفعالية أهمها القلق و الاكتئاب .

فكان اختيارنا لموضوع انعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سميتي ('قلق، اكتئاب) . باعتباره يلعب دورا كبيرا في ظهور الاضطرابات نحو الشخصية بكل مكوناتها الجسمية و النفسية و الاجتماعية.

و من خلال هذا الموضوع فمنا بالتعرف على ماهية سميتي القلق والاكتئاب في الفصل الأول ، ليليه الفصل الثاني و الذي اختص صنف الأكابر في كرة اليد ، و في الفصل الثالث ، التعريف بالاصابات الرياضية ، و تقدم موجز مفصل عنها .

ومن خلال الفصل الرابع ، و الخامس ، والسادس تناولنا فيهما الجانب التطبيقي للدراسة ، بتقديم الجانب المنهجي للدراسة ، ثم عرض وتحليل و مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها .

# الجانب التمهيدي :

الإطار العام للبحث

## 1- إشكالية البحث :

إن الرياضة ذات المستويات العالمية ترتبط بشكل كبير بعاملين أساسيين هما عامل الشدة وعامل الدوام أو الاستمرار أو الوصول إلى القمة صعبا والبقاء عليها أصعب، ولقد شهدت الحركة الرياضية الوطنية تطورا كبيرا مما استدعى تطور بعض الاختصاصات العلمية الجديدة التي تدرس كل الجوانب المتعلقة بالرياضة أو الرياضي على وجه الخصوص بصفة المعنى الأول بتطويرها والمتضرر الأول بعواقبها، فظهرت دراسات تتعلق بالناحية النفسية ، الفيزيولوجية ، المرفولوجية والتشريحية.

والجزائر من ضمن الدول التي تعاني نقص في هذا المجال كالأخصائين أو وجود مراكز متخصصة في ذلك ووسائل وخاصة لدى النوادي الرياضية، فكثير من اللاعبين الشبان ذوي المواهب برزوا بشكل كبير في ميدان كرة اليد وكانوا في طريقهم إلى الاحتراف أو اللعب في مستويات عالمية عالية، إلا أنه وبعد إصابتهم لم يجدوا العناية الفاتكة والكافية والعلاج اللازم للرجوع والحفاظ على لياقتهم ومستوياتهم البدنية التي كانوا عليها، وكذا التوعية اللازمة من طرف المدربين أو المختصين في المجال الرياضي بصفة عامة و مجال كرة اليد بصفة خاصة ، ومن بين الآثار التي يصطدم بها التدريب الحديث ، هو الأثر النفسي التي يلحق باللاعب بعد الإصابة التي يتعرض لها .

وقد شعر الباحث في موضوع الانعكاس النفسي للإصابة البدنية الرياضية لدى لاعبي كرة اليد أنه في متاهة كبيرة و ذلك لصعوبة جمع المعلومات ، و يرجع ذلك ما آل إليه مستوى فرقنا في هذه الرياضة العريقة التي تعتبر من أكثر الرياضات شعبية في العالم و في وطننا خاصة وفي ولاية بسكرة بالخصوص باعتبارها خزان للمواهب كرة اليد ، بسبب الإهمال و اللامبالاة خاصة في مجال العناية الطبية باللاعبين المصابين من جراء الخشونة البدنية في الملاعب ، و من عدم تطبيق قوانين التي تحمي اللاعبين من التعرض للإصابات الخطيرة التي تؤدي الى توقفهم مدة طويلة إلى حد الاعتزال نهائيا من الممارسة ، فما بالك في ما يتعلق بنفسية اللاعبين و ما تخلفه هذه الإصابات ، فما زال اللاعبون المصابون يعانون من اضطرابات نفسية و ذلك راجع الى عدة أسباب نذكر منها ، ما يشيع في ملاعبنا من عدم الإهتمام اللازم بهذه الفئة من جميع النواحي خاصة من الناحية النفسية ، التي تجد أغلبية الفرق صعوبة في تواجد ضمن طاقمها مختص في التأهيل النفسي ، و نحن في بحثنا هذا نريد توضيح ما تخلفه الإصابة البدنية الرياضية في نفسية اللاعبين في نشاط كرة اليد من اضطرابات انفعالية من أهمها القلق و الاكتئاب ، و بالتالي نجد تساؤلنا يدور حول :

ما مدى انعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي (القلق والاكتئاب) لدى لاعبي أكابر كرة اليد ؟



وجاءت التساؤلات الفرعية كالآتي :

- 1- ما مدى انعكاس الإصابات الرياضية على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة القلق ؟
- 2- ما مدى انعكاس الإصابات الرياضية على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة الاكتئاب ؟

2- فرضيات البحث:

1-2. الفرضية العامة:

- للإصابات الرياضية انعكاس على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سمتي ('قلق، اكتئاب).

2-2. الفرضيات الجزئية:

- للإصابات الرياضية انعكاس على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة القلق.
- للإصابات الرياضية انعكاس على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة الاكتئاب.

3- أهداف البحث

- معرفة مدى انعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي (القلق والاكتئاب) لدى لاعبي أكابر كرة اليد .
- مدى انعكاس الإصابات الرياضية على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة القلق .
- مدى انعكاس الإصابات الرياضية على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة الاكتئاب .

4-أهمية البحث :

إن لهذا البحث أهمية كبيرة في مجال البحث الوصفي الذي بدوره يتطرق الى الكشف عن ما تخلفه الإصابات البدنية الرياضية على اللاعبين المصابين و ذلك إيجاد تفسير صحيح لبقاء مستوى اللاعبين الذين هم في مرحلة النقاهة و الذين تماثلوا للشفاء متدنيا وآداءهم في الميدان سيئ و الذين تعرضوا لإضطرابات ما و لم تعرف أسبابها ، وفي بحثنا المتواضع هذا سنتطرق الى دراسة حالات تعرضت لإصابات مختلفة و محاولة معرفة ما إذا كان هناك انعكاس على نفسياتهم .

## 5- مصطلحات البحث:

### 5-1. تعريف الأثر النفسي:

\* هو كل ما تغير في شخصية و تصرفات الأفراد بسبب حادث ما و يكون على شكلين الشكل الأول يكون على شكل مظاهر مثل التعرق القرحة المعدية إرتفاع ضغط الدم و الشكل الثاني يكون له علاقة بشخصية اللاعب و تغير مزاجه و تصرفاته من اضطرابات و انفعالات مثل القلق و الاكتئاب . (محمد قاسم عبد الله، 2001، ص100)

### 5-2. الإصابة البدنية الرياضية:

\* إن كلمة إصابة هي من اللاتينية و التي تعني تلف أو إعاقة فالإصابة هي تلف سواء كان هذا التلف مصاحباً أو غير مصاحب بتهتك بالأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير (ميكانيكي أو عضوي أو كيميائي) و عادة ما يكون هذا التأثير الخارجي مفاجئاً و شديداً . (زينب العالم، 1995، ص91)

### 5-3 تعريف كرة اليد :

كرة اليد لعبة جماعية و التي يتقابل فيها فريقين فوق ميدان اللعب ، ويتكون كل فريق من 14 لاعب 12 لاعبا منهم 02 حراس مرمى ، ويسمح ل 07 منهم على الأكثر (06 لاعبين و حارس مرمى ) بالتواجد داخل الملعب أما الآخرون فإنهم بدلاء و الهدف من هذه اللعبة هو تسجيل أكبر عدد ممكن من الأهداف في مرمى الخصم و يجري الارسال (تمريرة البداية ) من منتصف الملعب عقب إطلاق الحكم إشارة الانطلاق بصافرته و زمن المباراة يختلف حسب السن ، فالمباريات فما فوق 16 سنة تكون مدتها (2.30) دقيقة . (حسن أحمد الشافعي 1998 ، ص 34-35 )

### 5-4. القلق :

عرف القلق بأنه نوع من عدم الراحة الذهنية أو نوع من الخوف إذا كان هناك مرتقب أو أنه ظاهرة توحى بعدم الاستقرار ، كما يكون نوع من اللهو الحسي الذي يتعرض له الإنسان من حيث لآخر أو يكون نوع من الكرب ينبع عن الإضطرابات داخل حياة الإنسان (شوري الحافظ 1990 ص 134)

ويقول الدكتور محمد حسن العلوي أن القلق انفعال مركب من التوتر الداخلي والشعور بالخوف وتوقع الشر والخط (محمد حسن علاوي 1992 ص 277)

## 5-5. الاكتئاب :

الاكتئاب هو واحد من أكثر الاضطرابات شيوعاً في العالم، وهو لا يعتبر ضعفاً أو حالة يمكن الخروج منها ببساطة، بل هو حالة مرضية تستلزم التدخل الطبي.

يؤثر الاكتئاب على العقل والجسم معاً، كما ويؤثر على تفكير الشخص وتصرفاته. بالإضافة إلى ذلك، فهو قد يسبب العديد من المشاكل النفسية والجسدية الأخرى، كما وقد لا يستطيع المصاب به ممارسة نشاطاته اليومية الاعتيادية بشكل طبيعي، وقد يشعر بأن الحياة لا تستحق أن يعيشها.

## 5-أسباب اختيار الموضوع :

نستطيع أن نحدد أسباب اختيارنا لهذا الموضوع إلى أسباب ذاتية وأخرى موضوعية فيها يتعلق بالسباب الذاتية التي تتلخص في إيماننا بالدور الهام الذي تلعبه هذه الدراسة من الناحية النفسية للرياضي.

كذلك يعود سبب اختيارنا لهذا الموضوع بالدرجة الأولى إلى النظرة السلبية لبعض الأشخاص ، وتجاهلهم للانعكاسات النفسية الناتجة عن الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة اليد ومحاوله التعمق أكثر في أسباب ودوافع هذه الاضطرابات النفسية ومدى خطورتها على الرياضي المصاب.

أما فيما يخص الأسباب الموضوعية فإننا بحاجة ماسة إلى العلمية في تناول هذا الموضوع خاصة وأنه كثير الحديث عنه في الآونة الأخيرة في على أفواه غير المتخصصين الذين يرون فيه موضوعاً شيق الحديث ، يستهوي إلى الحديث عنه كل على حدى ، كل على معرفته خاصة.

## 6-الدراسات السابقة و المشابهة :

تعتبر الدراسات والبحوث السابقة من بين الركائز الأساسية التي يعتمد عليها الباحث لوضع الانطلاقة الحقيقية لموضوع بحثه ، فبقوم بإكمال ماتوصلت إليه الأبحاث السابقة كما يؤكد لنا ضرورتها ( رابح تركي) حينما قال بأنه ( من الضروري ربما المصادر الأساسية من الدراسات والنظريات السابقة حتى يتسنى لنا تضيق وتحليل معطيات البحث والربط بينها وبين الموضوع المراد البحث فيه) (رابح تركي

( 1990 ص 23 )

ومن أهم الدراسات المشابهة والتي وجدناها تتطابق مع موضوع بحثنا هي:

### 6-1. دراسة مارتنز 1979: (1)

تضمنت هذه الدراسة اختبار الفروق الفردية تبعا لنوع الجنس ، حيث قام مارتنز 1979 بدراسة على عينة قوامها 277 رياضيا بواقع (125 من الذكور و92 من الإناث) ، حيث إفترض أن الإناث يشكل عام يتميزون بخبرة ممارسة الرياضة أقل من الذكور فإن من المتوقع ارتفاع درجة حالة القلق المعرفي وحالة القلق الجسمي ، مقابل إنخفاض درجة حالة الثقة بالنفس لدى الإناث مقارنة بالذكور ، حيث قام بتطبيق إستبيان حالة قلق المنافسة في ظروف ما قبل المنافسة ، وتوصل إلى النتائج التالية:

- توجد فروقات دالة لصالح الإناث مقارنة بالذكور في حالة القلق المعرفي.
- توجد فروقات دالة لصالح الإناث مقارنة بالذكور في حالة القلق الجسمي
- توجد فروقات دالة لصالح الإناث مقارنة بالذكور في حالة الثقة بالنفس.

2- وفي دراسة عن القلق وعلاقته بتقرير الذات قامت بها (نهى يوسف) مستخدمة مقياس القلق الظاهر ، لقياس القلق لدى عينة من المراهقين من الجنسين، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس القلق لصالح الإناث ( سهير أحمد كامل 2001 ، ص 80)

### 6-2. دراسة بتزير ونرد نر 1988:

قام الباحثان بدراسة عن القلق وعلاقته بالعديد من المتغيرات كالجنس والمواد الدراسية حيث طبق مقياس « حالة - سمة القلق» على عينة مكونة من 151 من الذكور و223 من الإناث من طلبة الجامعة ، وقد أظهرت الدراسة أن الإناث أعلى من الذكور في حالة - سمة القلق.

### 6-3. دراسة محمد عبد الهادي الجبوري

قام بها ، قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى ابناء الجالية لعربية المقيمين في الدنمارك ، كجزء من متطلبات شهادة الماجستير في علم النفس ، وقد تحددت الدراسة بالجالية العربية المقيمة في مملكة الدنمارك بصورة شرعية الذين حصلوا على الإقامة بعد ثلاث سنوات من تواجدهم في الدنمارك ، اعتمدت الدراسة مقياسا خاصا للاكتئاب تم إعداده لأغراض البحث ، و توصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج منها :

توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات منها :

1. ضرورة العمل على الاكتشاف المبكر على عارض الاكتئاب النفسي وذلك لأن الإهمال في هذا الجانب قد يؤدي في الحالات المتأخرة إلى الانتحار.

2. العمل على تواجد المقيمين في أماكن تساعدهم على التقليل من عامل الغربة والإحساس بالتواصل مع البلد الأم وذلك من خلال التجمعات والمراكز الاجتماعية لهؤلاء من اجل التواصل وعدم عزلهم عن البلد الأم.

#### التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق ، وماتناولناه في الدراسات السابقة و المشاهدة ، فقد كان لنا استفادة كبيرة ، رغم قلة الدراسات التي تناولت موضوع انعكاس الإصابات الرياضية على لاعبي كرة اليد صنف الاكابر ، خاصة في دراسة متغير القلق في دراسة " مارتنز " والذي توصل الى وجود فروق في حالة القلق ، وهو ما توصلت اليه دراسة "نهي يوسف" الت وجدت أيضا وجود فروق بالنسبة الى متغير القلق ،أما في دراسة " محمد عبد الهادي الجبوري" الذي تناول قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات.

# الجانب النظري

# الفصل الأول:

القلق والاكتئاب

تمهيد :

سنتطرق في فصلنا هذا إلى ظاهرة: "القلق ، و الاكتئاب " كنوع من أنواع الاضطرابات النفسية الذي يعد بدوره ظاهرة تلازم لاعب كرة اليد بعد الاصابات الرياضية , وأثارها على نفسه وعقله وبدنه جد خطيرة فهما يتولدان عن كثير من المشكلات المتداخلة في بعضها البعض, وقد يتسبب الاضطراب النفسي في تحطيم آماله وطموحاته فيجعل منه رياضيا سلبيا يائسا محبطا لا يرى للحياة معنى أو فائدة لذلك عنى العلماء منذ القديم بدراسة هذه الظواهر والإحاطة بها من جميع الجوانب وقد ازدادت العناية بها في عصرنا الحاضر وخاصة لما تطورت العلوم المختلفة وكثرت البحوث والدراسات في مجالات على النفس الإنسانية.

ومن خلال هذا العمل الذي يلي سنحاول إبراز وإعطاء جميع المعلومات الكافية في أوساط لاعبي كرة اليد .



## 1 - تعريف الاضطراب:

### -لغة:

ويعني لغويا الفساد, الضغط أو الخلل, وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة, وهو يطلق على الاضطرابات الشخصية من ناحية التفكير, الانفعال أو السلوك, ويعني سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الموقع الاجتماعي الذي يعيش فيه, ونشير هنا إلى أنه قد يعاني التلميذ أثناء ممارسته التربية البدنية والرياضية من بعض الاضطرابات النفسية ولكن هذه الاضطرابات النفسية ولكن هذه الاضطرابات لا تصل بالضرورة على حد الأعراض المرضية في كل الحالات.

### -اصطلاحا:

هو العرض النفسي المعقد المعبر عن خلل وظيفي معين (Sumptome  
Dysfonctionnement) تبعا للمعايير الثلاثة التالية:

النظر في النضج الذي يؤدي إلى عدم القدرة على الحركة.

عدم التكيف أو التوافق مع النظام الاجتماعي مثل: الاضطرابات السلوكية كعدم الاستقرار النفسي الحركي.

عدم التوافق مع النظام العادي أو السوي للوضعية أو الهيئة المورفولوجية لجسم الفرد أو التعبير الحركي (عطوف محمود ياسين

ص 213)

## 2- تطور تصنيف الاضطرابات النفسية:

لم تخل البشرية من الأمراض الجسمية منذ بدأت, ولم تخل أيضا من الاضطرابات النفسية وكل ما في الأمر أن الأصحاء الذين عاشوا آلاف السنين قبلنا كانوا يدركون غرابة سلوك من نسميهم اليوم "مضطربين نفسيين". ففي كل العصور الفرعونية مثلا, وجدت إشارات في البرديات التي أمكن ترجمتها, أن الفراعنة تواصلوا إلى التفريق الأصحاء ومرض الجسم وفاقد العقل (Ghaliongy.1963) ووجدت ثقب

جراحية بعدد من الجماجم الفرعونية، أشارت إلى محاولات لطرد الأرواح الشريرة من أدمغة المصابين بالجنون أو لعلاج ما يعرف اليوم بالصرع، ووصفة أعراض تشابه تماما تلك التي تبرت تحت المستيريا. بل وزاول لحتب، كبير أطباء زومر، علاج فاقدى العقل في معبد النوم بسقارة (Ibid). (ألفت حقي 2000 ص 17،

ووصف الإغريق أيضا أنواعا من المرض العقلي إضافة إلى تصنيفاتهم للأمراض الجسمية. فنبغ هيبوقراط (400ق.م) ثم جالينوس (200ق.م) في تقسيم الأمزجة والانفعالات وأقترح أنواع العلاج للمعتلين نفسيا. وينزول الأديان السماوية واحد تلو الآخر، أضيف إلى أنواع العلاج الكلاسيكية لفاقدى العقل أو المكتئبين علاج روحي يقرهم من الله فيصلح من روحهم. بل نجد بعض الثقافات إلى يومنا هذا تحرم المساس بالجنون أو بالمتخلف "لأنهم أخصاء الله".

وظهر في الشرق أطباء من بينهم ابن سينا الفارسي (980-1037) الذي توفى في أصفهان بينما الغرب يترجم كتاباته التي جمعت بين الطب والتدين والفلسفة. وأصبحت كتبه تدرس كأساسيات لدراسة الطب في أوروبا، ومنها أجزاء بأمراض العقل

ثم أظلمت المعاملات الإنسانية أثناء العصور الوسطى (حتى نهاية القرن الثالث عشر بعد الميلاد). وأصبح المريض العقلي موضع سخرية الآخرين. وعنب المعزولون، وقيدوا وعودوا كالحيوانات وأسوأ. وأصبح علاجهم (إن صحت تسميته) يتسم بالقسوة والشراسة، ويتسبب عاجلا في موت معظمهم أو استفحال حالتهم، في المصححات العقلية. وأصبح الحكم على غريم سياسي بأنه مجنون من أسهل الطرق للتخلص منه إلى الأبد. ووجد الناس متعة خاصة في شراء تذاكر الدخول أيام العطلات ليشاهدوا ما يفعله المرضى العقلين.

وانبثقت بادرة تحقيق في معاملة المرضى العقلين على يد الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (1745-1862). فكان أول داعية لتحسين معاملاتهم. وساعدته الثورة الفرنسية (آخر القرن 18) على نشر آرائه وتطبيق أساليبه التقدمية في نظم الإدخال بالمستشفى، وتدوين المعلومات الخاصة بكل نزيل وما يرف له من دواء واسم من صاحبه ومن يعالجه. ويعد بينيل أول من بدأ علم تصنيف الأمراض العقلية. وفي نفس الوقت، أثار فضول أوروبا طبيب باسم فرانز أنطون مسمر في ألمانيا (1734-1815) بنظريته حول

الجاذبية الحيوانية. ثم تتالى الأطباء المهتمون بالعلاج النفسي أمثال جان شاركو في فرنسا(1825-1893), الذي تتلمذ على يديه سيجموند فرويد النمساوي الأصل(1875-1939) ليتعلم منه علاج المستيريا. وأنضم إليه كارل يونج من سويسرا (1875-1961) ثم الطبيب النمساوي ألفريد أدلر (1870-1937). ثم افترق الفريق ليكون كل منهم مدرسته الخاصة التي تدين بأصولها الأولى إلى مدرسة التحليل النفسي Psychoanalysis التي بدأها فرويد . وفي هذه الأثناء اهتم اميل كرابلين (1855-1926) بتصنيف الأمراض العقلية من واقع آلاف الحالات التي باشرها. ومهد بذلك لاتجاه الأوساط العلمية فيما بعد إلى تبويب الاضطرابات النفسية. ( ألفت حقي 2000 ص 18 )

واتخذ علم الأمراض النفسية مطهرا جديدا. دعت إليه الضرورة التي أحدثتها الحرب العالمية الثانية (1939-1940).

ومع أن الحرب العالم الأولى ( 1914-1919) كانت شاملة هي الأخرى, إلى أن عدد ضحايا الحرب العالمية الثانية كان أعظم . وتطلبت الإصابات الدائمة للأعداد الهائلة من المحاربين العائدين إنشاء مراكز خاصة لرعايتهم مدى الحياة في بعض الأحيان . واعتمدت الرعاية على العلاج والتأهيل الجسمي والنفسي لمواجهة الحياة الجديدة المألمة خلفته الحرب من معوقات لدى من خاضها, سواء بسبب البتر أو الإعاقة الجسمية والنفسية.

ومع أن العالم كان مهتما في أواخر القرن التاسع عشر بتصنيف الأمراض المهلكة, إلا أن الاهتمام العالمي تطور في أوائل القرن العشرين بإضافة أعراض هذه الأمراض أيضا. وبهذا ظهرت في أوروبا ثم في الولايات المتحدة البوادر الأولى لقوائم الأمراض وأعراضها, بما فيها الأمراض العقلية. وتولى نشر هذه القوائم بعد المراجعة والتنقيح كل عشر سنوات.

واختصت أوروبا بما يسمى (ICD) أو التصنيف الدولي للأمراض, وتبع اليوم التصنيف العاشر(الصادر في 1992), بينما اختصت الولايات المتحدة بما يسمى(DSM) أو الدليل التشخيصي الإحصائي, وأخره الرابع الذي أصدرت له مسودة في 1993. ( ألفت حقي 2000 ص 19 )

ولم تعد للمدارس الفردية نفس الأهمية, لان العالم وجد ضرورة في الإجماع على تحديد أعراض ومسميات الأمراض الجسمية والنفسية, خاصة بعدما أنشئت منظمة الصحة العالمية(1948) التي ضمت أعضاء متخصصين من كل دول العالم للقيام بمهمة التبويب .

### 3- أسباب الاضطرابات النفسية:

تتعدد أسباب الاضطراب النفسي, حيث يمكن حصر أهمها في النقاط التالية:

**1-3 الأسباب الوراثية:** حيث نجد أن هناك استعداد وراثي في بعض الحالات, وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

**2-3 العوامل العصبية:** حيث تلعب دورا مهما في الاضطرابات الذهنية بينما ليس لها دور في الاضطرابات العصبية.

**3-3 العوامل النفسية:** الاستعداد النفسي(الضغط النفسي العام) والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه, التوتر النفسي الشديد, الأزمات أو الخسائر المفاجئة, الصدمات النفسية, الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه, المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة والشعور بالعجز والنقص.

- مشكلات الطفولة والمراهقة والعصر الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال كالقسوة والتسليط والحماية الزائدة والحرمان...الخ.

- الاضطراب ينشأ كذلك من الخوف من الفشل في مباراة أو منافسة معينة.

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة اقتصاديا, وعاطفيا أو تربويا, الإرهاق الجسدي والتعب أو المرض.

- مواقف الحياة الضاغطة, الضغط الحضاري والثقافي, البيئة الحديثة, المطالب والمطامح المدنية المتغيرة, وعدم تقبل مد الحياة وجزرها والبيئة القلقة المتبعة بعوامل الخوف مواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفككه . (أسامه كامل راتب 1997 ص 189)

- فقدان السيطرة : عندما يفقد الرياضي السيطرة على الأحداث التي تميز المنافسة ويدرك بأن الأمور تسير وفقا للسيطرة الخارجية يتوقع زيادة الاضطراب لديه, والواقع أن هناك عاملين يؤثران في حالته الانفعالية ومن ثمة حالة الاضطراب لدي الرياضي قبل المنافسة.

يتضمن العامل الأول البيئة الخارجية المحيطة بظروف المنافسة والعامل الثاني يرتبط بمجموعة من الأفكار والمشاعر والانفعالات التي تحدث داخل الرياضي نفسه, ويتوقع زيادة الاضطراب عندما تقل مقدرة الرياضي على السيطرة على أحد العاملين. (حامد عبد السلام زهران ص 442)

#### 4- نظريات تفسير الاضطرابات النفسية:

##### 4-1 نظريات تفسير الأعصاب:

هناك كثير من النظريات التي وضعت لتفسير العصاب, ومن أشهر هذه النظريات وأكثرها شيوعا, النظرية الفرويدية والفرويدية الجديدة.

فلقد كان فرويد يرى أن العصاب ينتج من الصراع بين الدوافع البدائية للذات الدنيا وكف المجتمع الذي يتمثل في وظيفة الذات العليا وتتولى الذات الوسطى مسؤولية حل هذا الصراع بين هاتين القوتين المتعارضتين وتظهر الأعراض العصبية وفقا للمفهوم الفرويدية, عندما تقمع بعض القوى في الذات الدنيا, ولقد اجري فرويد نفسه قبل مماته كثيرا من التعديلات على نظرياته, وبعده ظهر بعض علماء النفس الذين يطلق عليهم أصحاب الفرويدية الجديدة التي تختلف مبادئها عن الفرويدية الأولى في كثيرا من النواحي .  
(عبد الرحمان العيسوي ص 173)

##### 4-2 نظرية مفهوم الذات في تسيير العصاب :

ترجع هذه النظرية إلى عالم النفس الأمريكي "كارل روجرز Roger" حيث يعتقد أن الاضطرابات النفسية تحدث في الفرد عندما يعجز عن التوافق بين خبراته الراهنة مع مفهومه عن ذاته أو فكرته عن ذاته أو صورة عن نفسه.

#### 3-4 نظرية الخطيئة في تفسير العصاب:

ترجع هذه النظرية إلى عالم النفس "هابرت مورر Herbert Mourer" وتختلف هذه النظرية اختلافا جوهريا مع الفرويدية والجديدة إذ يرى صاحبها إن العصاب ينتج في الفرد من الذنب والخطيئة التي تتعارض مع ضميره.

#### 4-4 نظرية "دولار-ميلر" في العصاب (The Doullar-Miller Theory):

لقد رأينا نظريات "فرويد" و"هورني" و"سوليفان" صدرت عن النظرة الإكلينيكية للمشاكل الإنسانية ومن فحص العديد من الحالات الحقيقية ولكن هناك نظريات أخرى لتفسير العصاب نتجت عن الفحص والتنقيب في التقاليد الخاصة بالعلم التجريبي وتناولت حالات حقيقية, وهذه النظرية التي نحن بصدها جذور عميقة في علم النفس التجريبي.

#### 5- القلق:

شهدت السنوات العشرين الأخيرة تزايدا ملحوظا في دراسات القلق نتيجة ازدياد شيوع هذه الظاهرة وتتضمن السمة الأساسية للقلق والخوف المزمن من مواقف مختلفة يشعر فيها الشخص بأنه محط الأنظار والخوف من القيام بشيء ما مخجل أو فاضح, ومن أعراض القلق الخوف من الحديث أمام الجمهور ومن مراقبة الناس للشخص أثناء ممارسة بعض النشاطات. (سامر جميل رضوان مذكرة القلق الاجتماعي)

ويعتبر القلق أحد المشاعر الأساسية في تكوين النفس الإنسانية وهو يعني الإحساس بالخطر وعدم الاطمئنان ويرافق هذا الإحساس الداخلية أعراض وعلامات جسمية متعددة ترتبط بتكوين الجسم من الناحية الكيميائية العضوية, وتعكس ارتباط الجهاز العصبي بأجهزة الجسم جميعا فالدافع هو القائد لأجهزة الجسم ويتأثر بها ويؤثر فيها, وفي لغتنا العربية نجد أن كلمة القلق حديثة نسبيا, ونجد عدد من التعبيرات التي تصف هذا الشعور بشكل تقريبي...مثل الخوف والوجل وعدم الاطمئنان والتقرب والحذر, وغير ذلك من التعبيرات الشائعة مثل: العصبية (والنرفزة) وقلة الصبر والتوتر وانشغال البال...

ويمكننا أن نقول أن درجة من القلق هي صحية وإيجابية لأنها تدفع الإنسان نحو العمل لدفع الأخطار الممكنة أو المحتملة والتي يتعرض لها الإنسان في صراعه مع الحياة : فالقلق باعث إيجابي يساعد في الحفاظ

على الذات والنجاح في مسيرة الحياة... والمشكلة تكمن في ازدياد شدة درجة القلق وفي استمراره دون سبب واضح أو معقول. وصراع الإنسان مع الواقع صراع تاريخي طويل لتخويف وطأته وهناك تراث كبير من الأسباب الشخصية والاجتماعية و الكيميائية عند مختلف الشعوب والتي تهدف إلى تحصيل الشعور بالأمان والطمأنينة والسعي نحوها.

والقلق يرتبط بجميع الاضطرابات النفسية وأنواعها المختلفة وأيضاً بعدد من الأمراض والاضطرابات العضوية.

## 6- تعريف القلق :

لقد اختلف علماء النفس فيما بينهم في تعريف القلق, وتنوعت تفسيراتهم له, كما تباينت آرائهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها لتخلص منه, وعلى الرغم من اختلاف علماء النفس حول هذه النقاط, إلا أنهم قد اتفقوا على أن القلق هو نقطة البداية بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية. (محمد عبد الظاهر 1994 ص 281)

يعتبر فرويد (1894) أول من استخدم مفهوم القلق (Anesciety) على نحو منهجي حيث ميز بين نوعين من القلق الموضوعي والعصبي .

ويرى فرويد أن: "القلق هو القاعدة الأساسية والمشكلة المحورية لكافة الأعصاب النفسية". (سيجمون فرويد 1986 ص : 14).

ويؤكد ماي في (1950) : " القلق هو القاسم المشترك في جميع الاضطرابات النفسو جسمية والاضطرابات النفسية والاختلالات العقلية والانحرافات السلوكية"

ويرى الأزرق بن علو (1968) : " القلق هو المحرك الأساسي لكل سلوك سوى وغير سوى لدى الإنسان". (الأزرق بن علو 2003 ص : 81)

ويقول الدكتور محمد حسن العلوي أن القلق انفعال مركب من التوتر والشعور بالخوف وتوقع الشر والخطر. (محمد حسن علاوي 1992 ص 277)

ويرى الدكتور محمد عبد الظاهر الطيب أن القلق هو ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر وشعور بانعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة, ويمكن أن يتصاعد القلق إلى حد زعر. (محمد عبد الظاهر الطيب ص398)

كما يراه أسامه كامل راتب : بأن أحد الانفعالات الهامة وأكثرها ارتباطا بالأداء الرياضي وكثيرا ما يحدث هذا الشعور استجابة للمخاوف والصراعات والهموم. التي تنجم عن الإحباط الفعلي أو المتوقع للجهود المبذولة من أجل إرضاء الحاجات, وما يتصل بها من دوافع وحوافز وإذا لم يتحسن الحال فإن القلق سيتحكم, ويأخذ ذلك أنه حالة نفسية تتصف بالتوتر والحزن إليهم وذلك بصورة معقدة وغامضة, وعندما نقول أن القلق ينجم عن الإحباط المعين أو الفشل المحدد لا يعني أن سببه معلوم دوما, وهكذا يبدو القلق أحيانا من غير سبب والواقع إن سببه بعيدا ومعقدا. (أسامه كامل راتب 1997 ص : 160).

ومن خلال كل هذه التعارف للقلق نستنتج نحن الباحثين أن القلق يرتفع أو ينخفض حسب المعطيات الموجودة في المحيط والقلق ناتج عن عدم معرفة ما يمكن أن يكون في المستقبل القريب أو البعيد.

## 7 - أنواع القلق :

لقد اختلف الباحثون في تصنيف القلق فهناك من صنف القلق على أساس حالة وجدانية مؤلمة والبعض الآخر اعتبرها نظرة اجتماعية التي تأسس على وجود العلاقة بين الفرد والمجتمع فالأولى تستدعي إلى ظهور استجابات القلق أما الثانية فتؤدي إلى حدوث استجابات القلق أما البعض الآخر فقد جمع بين الاثنين.

أما البعض الآخر من العلماء في تصنيف أنواع القلق على استمراره فأحداها مؤقتة تمثل حالة القلق والثانية ثابتة تدعى سمة القلق. (أسامه كامل راتب 1997 ص : 161).

### 7-1- الأنواع القائمة على أساس وجداني:

حسب "حسن علاوي" أن "فرويد" يميز بين نوعين من القلق الموضوعي, والقلق العصائبي ويرى أن الموضوعي هو رد فعل لخطر خارجي معروف, أي أن الخطر في هذا النوع من القلق يكمن في العالم الخارجي, وهو خطر محدد مثل قلق الطلب عند الاختبار لأخر السنة أو قلق الرياضي قبيل المنافسات



الرياضية، وقد استخدم "فرويد" في كتاباته بعض المصطلحات الأخرى التي تشير إلى القلق الموضوعي مثل "القلق العادي" أو "القلق الحقيقي".

أما القلق العصبي حسب "فرويد" فيعرفه بأنه خوف غامض غير مفهوم، لا يستطيع الفرد أن يعرف أسبابه، إذ أنه رد فعل لخطر غريزي داخلي أي أن القلق العصبي يكون داخل الفرد في الجانب الغريزي في الشخصية، وحسب "حسن علاوي" فإن "فرويد" يفرق بين ثلاثة أنواع من القلق العصبي . . (محمد حسن علاوي 1992 ص 278)

#### أ- قلق الهائم (الطلق):

وهو الذي يرتبط بالأفكار والأشياء الخارجية والشخص هنا يفسر كل ما يحدث له بالسوء ويتوقع دائما النتائج السلبية.

#### ب- قلق المخاوف الشاذة (المريضة):

ويقصد به المخاوف الشاذة غير المعقولة، التي لا يستطيع الفرد أن يجد لها تفسيراً واضحاً وهذا النوع من القلق يرتبط بشيء خارجي معين، وعادة لا يوجد ما يبرر حدوث هذا النوع من القلق .

#### ج- قلق الهستيريا:

وهذا النوع من القلق قد يبدو واضحاً في بعض الأحيان وغير واضح في أحيان أخرى، أو غالباً ما يرتبط ببعض الأعراض الهستيرية مثل الإغماء وصعوبة التنفس والرعدة.

يرى "ماي" إن القلق هو ترجس بصحته تنفيذ لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ويعتقد أنها أساسية لوجوده، كما يرى أن استجابة القلق تكون سوية أو مقبولة إذ تناسب مع موجه الخطر، أما إذ لم تكن مع الخطر الموضوعي فتعتبر في عداد امتحانات القلق العصبي.

أما "حسن علاوي" (1979) فيذكر أن "يونج" عرف القلق بأنه رد فعل يقوم به الشخص، حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي بالرغم من أن "يونج" يعتقد أن الإنسان يهتم بتنظيم حياته على أسس معدلة منظمة، إلى أن الخوف من السيطرة اللاشعور الجمعي، من الأسباب الهامة التي يعتبرها مهمة لحياته وبالتالي تؤدي إلى استجابات القلق .

وعليه يستنتج الباحثان أن أنواع القلق القائمة على أساس وجداني اثنان القلق الموضوعي والقلق العصبي الذي ينقسم إلى القلق الهائل المرتبط بالأفكار والأشياء الخارجية، قلق المخاوف الشاذة المرتبطة بالشئ الخارجي معين والقلق المستيريا المرتبطة ببعض الأعراض المستيرية.

### 7-2- الأنواع القائمة على أساس تفسير اجتماعي:

حسب "حسن علاوي" وعلى أعمال "سوليفان" أن القلق حالة نوعية للغاية تنشأ كنتيجة لعدم قبول أو الامتحانات في العلاقات الاجتماعية، وهذا المفهوم يشير إلى أن نشأة القلق هي النتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمجتمع ويتفق مع وجهة "أدلر".

ويضيف نفس المؤلف أن "أدلر" يرى أن الإنسان السري يتغلب على الشعور بالقلق عن طريق تدعيم أو تغذية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالأفراد الآخرين الذين يرتبط معهم بعلاقات مختلفة، وأن الفرد يستطيع أن يتجنب الشعور بالقلق عند نجاحه في تقوية منه الروابط الاجتماعية وعند نجاحه في تحقيق درجة معينة من الانتماء الذي يعيش فيه.

وعليه يستنتج الباحثان أن القلق ينشأ نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمجتمع حيث يستطيع الفرد تجنب الشعور بالقلق عند نجاحه في تقوية الروابط الاجتماعية.

### 7-3- الأنواع القائمة على أساس وجداني اجتماعي:

يذكر "حسن علاوي" (1979) أن "كارين هورني" تشير إلى أن القلق استجابة موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، ويرجع القلق إلى مشاعر الفرد السلبية المعلقة التي لا يستطيع حسمها، ومن أهمها الشعور بالعداوة والشعور بالعزلة أو النقص أو العجز في فهم النفس والناس وعدم القدرة على التوقف بين المتناقضات الاجتماعية مثل بعض المتناقضات في تعاليم الدين والأخلاق أو من بعض المتناقضات الأخرى الموجودة في البيئة. (أسامة كامل راتب 1979 ص15)

ومنه يستنتج الباحثان أن القلق يرجع إلى مشاعر الفرد السلبية المعلقة كعدم التوفيق بين المتناقضات الاجتماعية.

#### 7-4-4- تصنيف القلق على أساس الاضطرابات جسمية ومعرفية:

حيث يرى "كامل راتب" أن هناك نوعان من القلق:

#### 7-4-1- القلق الجسمي:

من مظاهره المميزة التشنج العضلي, برودة اليدين, زيادة التنفس, وقد تزداد هذه الأعراض حدة وتنعكس في الصداع, التوتر الزائد, اضطرابات في الدورة الدموية ووظيفية الهضم وإفرازات الغدد مشيراً إلى أن زيادة وكبت الأسباب المثيرة للقلق تؤدي إلى تراكم الاضطرابات والتوترات مما يؤدي إلى اضطرابات عويصة أكثر خطورة.

#### 7-4-2- القلق المعرفي:

يحدث داخل العملية العقلية للفرد وقد يكون له أعراض خارجية أو ليس له أعراض خارجية, كذلك ضعف القدرة على التركيز والانتباه وكذلك عدم قدرة الفرد على إيقاف الأفكار السلبية التي تدور في ذهنه عن مواقف سبق حدوثها أو سوف تحدث.

ومن الممكن حدوثها معاً من "القلق الجسمي والمعرفي" أو شيوع أحدهما على الآخر, ومع ذلك فمن المتوقع أن القلق الجسمي سوف يؤثر أكثر على الأداء بينما القلق المعرفي يكون تأثيره واضحاً من تشتت الانتباه والأنشطة العقلية الأخرى. والأسلوب الناجح للتعامل مع كل من القلق

الجسمي يفضل المشاركة الإيجابية لأعضاء الجسم في عمل معين, وخاصة أعضاء الجسم الأكثر توتراً ومن أمثلة ذلك مزاوله بعض الأنشطة البدنية الخفيفة, واستعمال التدليك... الخ.

أما فيما يخص القلق المعرفي أفضل طريقة للتعامل معه إتاحتها الفرصة للاعب لممارسة بعض الأنشطة العقلية, ومحاولة شغل تفكيره بأشياء غير مصدرة للقلق, مثال ذلك مشاهدة التلفاز, سماع الموسيقى... الخ.

(أسامة كامل راتب 1979 ص 15)

وعليه يستنتج الباحثان أن القلق القائم على أساس اضطرابات جسمية ومعرفية ينقسم إلى نوعين, القلق الجسمي الذي يؤثر على أعضاء الجسم مما يؤدي إلى اضطرابات عويصة, أما القلق المعرفي يكون تأثيره على الأنشطة العقلية للفرد.

### 7-5-5- تصنيف القلق كحالة والقلق كسمة:

يعتبر هذا التصنيف الأكثر تداولاً حالياً فهو الذي يصنف القلق إلى نوعين هما:

#### 7-5-1- القلق كسمة:

يعتبر "كاظم النقيب" (1990) أن سمة القلق ثابتة وتشارك في تشكيل الفرد حيث أن الأفراد الذين يتسمون بسمة القلق يدركون عدد أكبر من المواقف على أن فيها تهديداً لهم ويميلون إلى الاستجابة لمثل تلك المواقف بدرجات عالية من الشدة الفيزيولوجية . (أسامه كامل راتب 1997 ص : 161).

ويضيف "كامل راتب" (1997) أن سمة القلق هي استعداد للفرد لإدراك مواقف معينة له كمهدد والاستجابة لهذه المواقف لمستويات مختلفة من حالة القلق, كما يضيف بأنه الميل إدراك مواقف المنافسة كمهدد والاستجابة لهذه المواقف لحالة القلق.

هذا فمن المتوقع أن يدركوا الأفراد المتصفون بالمستوى العالي في سمة القلق أعلى المواقف على أنها مهددة لها, ومن المتوقع أن يستجيبوا وبمستويات عالية الشدة من قلق الحالة أكثر من الأفراد الذين يميزون بمستويات منخفضة من سمة القلق.

وعليه يستنتج الباحثان أن القلق كسمة هو استعداد الفرد لإدراك مواقف معينة كمهدد له.

#### 7-5-2- القلق كحالة:

يؤكد "كاظم النقيب" أن حالة القلق صفة مؤقتة تتغير من وقت إلى آخر وهي تعبر عن درجة القلق التي يشعر بها الفرد في وقت معين و يضيف نفس المؤلف أنها استجابة القلق التي تظهر نتيجة لموقف تنافسي معين, وتشابه أعراضها حالة القلق العامة إلى أنها تنشأ كاستجابة لمثيرات موقف رياضي محدد . (يحيى كاظم النقيب 1990, ص 185)

ويرى "كامل راتب" بأنه حالة انفعالية ذاتية يشعر فيها الفرد بالخوف والتوتر ويمكن أن تتغير هذه الحالة في شدتها من وقت لآخر . (أسامه كامل راتب 1997 ص : 162).

ويؤكد هذا الأخير أنها " صفة مؤقتة تعبر عن درجة القلق الذي يعر به الفرد في وقت معين وفي ظرف خاص " ويتكون هذا النوع من القلق من ثلاثة عناصر أساسية هي القلق الجسدي والقلق في النفس حيث أشار إليه عمل كل من "موريس ودلبيرت" (1987) و "كامل راتب" (1977) أنه بناء متعدد الأبعاد. وعليه يستنتج الباحثان أن قلق الحالة بأنه حالة انفعالية ذاتية يشعر فيها الفرد بالخوف والتوتر, ويمكن أن تتغير هذه الحالة من شدتها من وقت لآخر.

### 8 - مستويات القلق :

حسب "حسن علاوي" (1979) إن أداء سلوك الإنسان وخاصة في المواقف التي لها علاقة بمستقبلها يتأثر لحد كبير بمستوى بالقلق الذي يتميز به الفرد, وهناك ثلاثة مستويات للقلق الذي يتميز به الفرد هي:

#### 8-1- المستوى المنخفض للقلق:

في هذا المستوى من القلق يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية, كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمحاربة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها, ويشار على هذا المستوى من القلق بأنه علاقة الإنذار لخطر وشيك الوقوع.

#### 8-2- المستوى المتوسط للقلق :

في المستوي المتوسط للقلق يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته ويستولى الجهود لا بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة ويحتاج الفرد إلى المزيد, في بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

#### 8-3- المستوى العالي للقلق:

يؤثر المستوى العالي على التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية, أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات أو المنبهات الضارة وغير الضارة ويرتبط ذلك بعدم القدرة والتركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (محمد حسن علاوي ص 279).

## 9- أسباب القلق :

مما لا شك فيه أن أحد مصادر القلق الهامة هو كون الإنسان كائناً مفكراً واعياً لوجوده وفنائه، فوجود الإنسان في الحياة يعتبر مصدر القلق فلا أحد يسلم منه، وإنما الفرق بين الناس في درجة المعاناة منه، والأسباب التي جعلتهم يصابون به ولعلّ هذا هو السر في تعدد النظريات التي تفسر كل حالة من حالات المرض النفسي، ونذكر بعض هذه الأسباب فيما يلي :

### 9-1- الأسباب الوراثية :

تؤكد بعض الأبحاث العلمية على دور الوراثة في تكوين الفرد للقلق وانتقال هذا الأخير عبر الأجيال مثل الأبحاث التي أجريت على التوأم (Tuins) حيث تبين التشابه في الجهاز العصبي الإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية بصورة متشابهة يؤدي على ظهور أعراض لدى التوأمين وأن نسبة 15% أو 17% من أقارب مرضى القلق المصابون بالقلق أيضاً.

كما أثبتت سبتار **Spater** (1962) وشلدار **Shilder** (1996) أن نسبة القلق في التوأم المتطابقة تصل إلى 65% ونسبة القلق لديهم ظهرت بـ 14% من الحالات وهذا قد يبين الدور الهام الذي تلعبه الوراثة في ظهور القلق . (فيصل محمد خير الزاد , 1984 , ص73)

### 9-2- الأسباب النفسية :

يذكر فرويد أن أسباب حدوث القلق تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة عقد ومخاوف يتعرض لها الطفل كما يذكر بعض علماء التحليل النفسي إثر صدمة الميلاد عند خروج الطفل إلى الحياة وطبيعة العلاقة بين الأم و الطفل في زرع بذور القلق .

وتصرفات الأب وسلوكه في التنشئة قد يساهم في خلق الاستعداد لدى الأبناء للإصابة به وذلك سكون الأب يتصرف في حد ذاته بسلوك متأثر أو الضبط الشديد وتخويف الطفل وذلك في بعض المواقف الاجتماعية (عبد العزيز الشريني , 1985 , ص25) . هذا من جهة ومن جهة أخرى الإحباط الفعلي أو المتوقع في الجهود المبذولة من أجل تحقيق الحاجات بمعنى أن دفاعية الطفل تصنعها توقعات الوالدين هذا ما يجعله يعيش في الصراعات ومخاوف وهموم وبذلك يتحكم في القلق. (فاخم عاقل , ص506)

### 9-3- الحرمان الجنسي :

لاحظ " فرويد " وجود علاقة وثيقة بين القلق والحرمان الجنسي, فقد شاهد أن جميع مرضاه الذين يشكون أيضا من الإحباط الجنسي, وذلك لوجود عوائق معينة تمنعهم من تفرغ تهيجهم الجنسي أو اتساعه إشباعا كاملا ولذلك نشاهد القلق بكثرة عند الرجال عند خطوبتهم, حيث يتعرضون للتهيج الجنسي دون أن يتمكنوا من تفرغ هذا التهيج.

ويبين أيضا "فرويد" أن القلق يظهر عند الإناث في حالات القلق على البكرة في فترة المراهقة, ولدى الزوجات المصاب أزواجهن بالقذف المبكر (**Ejaculation**) أو توهم العجز الجنسي والذين يمارسون الإجماع بخوف أو تحفظ وعند توقف الحيض في سن اليأس ازدياد الحاجة للجنس (سيموند فرويد , ص19)

وعليه يستنتج الباحثان أن للقلق عدة أسباب منها الأسباب الوراثية الراجعة إلى التوأم المتطابقة, و الأسباب النفسية التي تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة, والحرمان الجنسي حيث لاحظ وجود علاقة وثيقة بين القلق والحرمان الجنسي .

### 10 - أعراض القلق:

يمكن التعرف على أعراض اللقلق, وذلك لكونها واضحة ومتميزة عن بقية أعراض الاضطرابات الأخرى الأمر الذي يمكننا من فهم القلق عند الأطفال كظاهرة تتضمن مظاهر وأبعاد سياسية.

### 10-1- المظاهر الفيزيولوجية :

وتظهر في عدد من العمليات الفيزيولوجية كالألم المعدة واحمرار الوجه, والإحساس بالصداع وسرعة ضربات القلب, وصعوبة التنفس والإحساس بالتعب والانتهاك وصعوبات ابتلاع الطعام والشراب (1) بحيث عند الشخص المصاب صعوبة في البلع أو الشعور بغصة في الحلق ( **Boule Oeusop** ) و **Hagienne**) وتشنج معدي أو معوي, وكذلك الشعور بالضيق في الصدر, وتؤدي في بعض الأحيان سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتغيير درجة حموضة الدم وبرودة في الأطراف, وتقلص العضلات وأحيانا الإغماء .

هذه المظاهر الفيزيولوجية قد تندرج تحت ما يعرف بالأعراض (السيكوسوماتية) وهي أعراض جسمية المظهر نفسية المنشأ.

## 10-2- المظاهر الانفعالية:

هذه المظاهر ذات مضمون انفعالي كالأحلام المرعجة وسرعة الغضب، والعصبية والإحساس بالضيق والتبرم والحساسية الانفعالية، كما تظهر المخاوف المرضية في هذا المظهر كمكون أساسي من مكونات القلق عند الأطفال.

## 11- الاكتئاب :

الاكتئاب هو واحد من أكثر الاضطرابات شيوعاً في العالم، وهو لا يعتبر ضعفاً أو حالة يمكن الخروج منها ببساطة، بل هو حالة مرضية تستلزم التدخل الطبي.

يؤثر الاكتئاب على العقل والجسم معاً، كما ويؤثر على تفكير الشخص وتصرفاته. بالإضافة إلى ذلك، فهو قد يسبب العديد من المشاكل النفسية والجسمية الأخرى، كما وقد لا يستطيع المصاب به ممارسة نشاطاته اليومية الاعتيادية بشكل طبيعي، وقد يشعر بأن الحياة لا تستحق أن يعيشها. (مصطفى فهمي 1967- ص 203).

ومن الجدير بالذكر أن معظم الأخصائيين حالياً ينظرون إلى الاكتئاب على أنه مرض مزمن يحتاج لعلاج طويل الأمد، مثل أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم وغيرها من أمراض أخرى. وبالرغم من أن بعض الأشخاص يصابون بالاكتئاب لمرة واحدة في حياتهم، إلا أن معظمهم يعاني من تكرار أعراض الاكتئاب. يساعد التشخيص والعلاج الفعال في التخفيف من أو إزالة أعراض الاكتئاب حتى الشديدة منها، حيث أن معظم المصابين عادة ما يبدؤون بالشعور بالتحسن ويستطيعون العودة لممارسة نشاطاتهم اليومية السابقة خلال أسابيع قليلة من بدء العلاج.

## 12- أعراض الاكتئاب

تشمل أعراض الاكتئاب ما يلي:



- فقدان الرغبة في ممارسة النشاطات اليومية الاعتيادية.
- الشعور بالحزن أو التراجع.
- الشعور بفقدان بالأمل.
- نوبات بكاء بدون سبب واضح.
- الاضطراب في النوم.
- الصعوبة في التركيز.
- الصعوبة في اتخاذ القرارات.
- زيادة الوزن أو نقصانه دون محاولة.
- سرعة التهيج.
- نفاذ الصبر.
- سهولة الانزعاج.
- الشعور بالتعب أو الإعياء.
- فقدان الشعور بقيمة الذات.
- فقدان الرغبة الجنسية.
- الأفكار الانتحارية أو ممارسة السلوكيات الانتحارية.
- الإصابة بمشاكل جسمية دون سبب واضح، مثل ألم الظهر أو الصداع. (مصطفى فهمي 1967- ص 204).

### 13- أسباب الاكتئاب

إن أسباب الاكتئاب غير معروفة بالضبط، ولكن كما هو الحال مع العديد من الأمراض النفسية الأخرى فإنه يعتقد بأن هناك العديد من العوامل الكيماوية الحيوية والجينية والبيئية التي قد تسببه كما هو موضح تالياً:

#### ● العوامل الكيماوية الحيوية:

هناك بعض الأدلة على أن بعض الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يحصل لديهم تغيرات مادية في الدماغ. وعلى الرغم من أن أهمية هذه التغيرات لم تحدد بعد، إلا أنها تساعد في تحديد أسباب الإصابة

به. كما وتلعب النواقل العصبية--وهي مواد كيميائية تتواجد بشكل طبيعي في الدماغ وترتبط بالمزاج-- دوراً في ذلك أيضاً. إضافة إلى ذلك، فقد يسبب الخلل في الهرمونات الإصابة بهذا الاضطراب.

#### ● العوامل الجينية:

أظهرت بعض الدراسات أن الاكتئاب هو أكثر شيوعاً عند الأشخاص الذين أصيب أفراد عائلاتهم به، الأمر الذي شجع الباحثين على السعي للكشف عن الجينات المسببة له.

#### ● العوامل البيئية:

يعتقد أن البيئة تلعب دوراً في الاكتئاب بطريقة ما. وتعرف العوامل البيئية التي تساعد على الإصابة بالاكتئاب بأنها ظروف حياتية يصعب التعايش معها. وتتضمن هذه العوامل المشاكل المالية والضغطات النفسية العالية وفقدان شخص عزيز.

### 14- مضاعفات الاكتئاب

إن الاكتئاب مرض خطير ذو ضريبة فادحة على الفرد والعائلة. وتتضمن المضاعفات التي يسببها أو يرتبط بها ما يلي:

- الانتحار.
- الإدمان على الكحول.
- تعاطي المخدرات.
- التوتر.
- أمراض القلب والأمراض الأخرى.
- المشاكل في العمل أو الدراسة.
- المشاكل العائلية.
- الصعوبات في العلاقات.

الانعزال الاجتماعي. (مصطفى فهمي 1967- ص 205-206).

## 15- الوقاية من الاكتئاب

على الرغم من عدم وجود طريقة للوقاية من الاكتئاب، إلا أن هناك خطوات يمكن اتباعها للسيطرة على الضغوطات، الأمر الذي يزيد من مرونة الجسم ويحفز من احترام الذات. وهذه الأمور تساعد على الصمود في الأوقات الصعبة. كما وتساعد الصداقة والدعم الاجتماعي—و خاصة في أوقات الأزمات—على ذلك الصمود.

بالإضافة إلى ذلك كله، فإن العلاج حال ظهور أول أعراض المشكلة يعد أهم الأمور التي تمنع الحالة أن تزداد سوء. كما وتساعد العلاجات طويلة الأمد على منع انتكاس أعراض الاكتئاب. (مصطفى فهمي 1967- ص 206).

خلاصة :

بعد تعريفنا للإضطراب النفسي من جميع نواحيه تطرقنا و تعرضنا لأهم أقسام الإضطراب النفسي (القلق ، و الاكتئاب ) ، يمكننا القول بأنه يوجد عدم توازن واضح بين ما يدركه الرياضي أنه مطلوب منه في البيئة وما يدركه بالنسبة للإستعداداته وقدراته ، حيث نرى أن معظم الرياضيين يشعرون بدرجات مختلفة من الإضطرابات تؤثر عادة على مستوى أدائهم

فقد نجد البعض يخفق في تحقيق ذلك ، ومن ثم يتأثر الأداء سلبيا خاصة على لاعبي كرة اليد ، لذا يجب الأخذ بعين الإعتبار أسباب الإضطراب النفسي (القلق و الاكتئاب ) لكي نستطيع التدخل في الوقت المناسب لمساعدة اللاعبين بعد الإصابات الرياضية .

**الفصل الثاني :**

**صنف الأكاير في كرة**

**اليد**

### تمهيد

تعتبر رياضة كرة اليد واحدة من الأنشطة الرياضية التي لاقت استحسانا وإقبالا شديدين من الأطفال والشباب من كلا الجنسين فرغم عمرها القصير نسبيا إذا ما قورنت بعمر بعض الألعاب الأخرى فقد استطاعت هذه الرياضة أن تففز إلى مكان الصدارة في عدد ليس بقليل من الدول في بعض السنين ، هذا بالإضافة إلى انتشارها كنشاط رياضي وترويحي في معظم دول العالم .

كما أن كرة اليد بما تتضمنه من مهارات حركية متنوعة تتطلب من ممارستها امتلاك العديد من القدرات الحركية العامة والخاصة وبشكل خاص التوافق العضلي العصبي والرشاقة والقوة المميزة بالسرعة كما أنها تتطلب امتلاك قدرات عقلية ونفسية مضافة إلى مهارات وفنون اللعبة الفردية والجماعية .

وفي هذا الفصل سنتطرق الى صنف الإكابر في رياضة كرة اليد ، و ما تحمله هذه الفئة العمرية من صفات تتميز عن باقي الرياضات .

## 1-تعريف كرة اليد :

تعتبر كرة اليد من الألعاب الرياضية القديمة تجري بين فريقين يتألف كل منهما من سبعة لاعبين وخمسة احتياطيين ، تتصف بسرعة الأداء والتنفيذ ويشارك فيها عدد كبير من الرياضيين لها قواعد وقوانين ثابتة . (جميل نصيف، 1993 ، ص 371 )

## 2-نبذة تاريخية عن كرة اليد :

### 1-2- في العالم :

لقد أكد المؤرخون أن الألعاب بالكرة ظهرت في نحو القرون الوسطي أي خلال القرن الثالث عشر والرابع عشر للميلاد ويعد الدنماركي ( هولجر نيلسون ) ( H.NIELSON ) مؤسس كرة اليد الحديثة حيث أدخل اللعبة في مدرسة خاصة للإناث سنة 1898 ، بينما كان عنصر الرجال مشغول بكرة القدم وحسب لعبة ( نيلسون ) في المشاركة تكون بفريقين كل فريق يضم سبعة لاعبين وفي سنة 1906 تمكن نيلسون من جدولة قوانين لهذه اللعبة ومن أن حلت

سنة 1911 حتى بدا تنظيم منافسات للذكور في هذه الرياضة (مجلة الوحدة الرياضية ، العدد 559 1992 ، ص 35 )

وقد كان للمجهودات التي بذلتها الدول الإسكندنافية الدور الكبير في تطوير هذه الرياضة داخل القاعة لكون الظروف المناخية كانت تحكم تأقلم قوانين هذه الرياضة داخل القاعة .

وفي سنة 1926 مؤتمر الفدرالية الدولية لألعاب القوى يجتمع بلاهاي ويعلن عن إنشاء لجنة تتكفل بسن قوانين لعب دولية لكرة اليد ، وما إن حلت سنة 1928 تم ميلاد الفدرالية الدولية لكرة اليد هواة ( FIHA ) بأمر استرداد بمناسبة الألعاب الأولمبية (1986 P19 Brochure)

وفي سنة 1934 يقضي في إدخال كرة اليد ضمن برامج الألعاب الأولمبية سنة 1936

وفي سنة 1938 أجريت لأول مرة بطولة عالمية تجمع شباب في كرة اليد وفازت بها ألمانيا

وفي سنة 1945 بعد نهاية الحرب العالمية الثانية ، أجريت أول مباريات دولية بين السويد والدنمارك وفازت بها السويد ب8 مقابل 3 أهداف .

أما في سنة 1952-1955 أقيمت الدورة العالمية الثالثة لكرة اليد وعادت لألمانيا ، كما أقيمت البطولة العالمية للشباب وفي العام الموالي 1956 البطولة العالمية الثانية للفتيات .

وفي سنتي 1970 – 1972 انعقد على الترتيب مؤتمر 13 في مدريد إسباني وفي 14 لكسمبورغ وهناك طرأت بعض التعديلات على قانون لعبة كرة اليد . ( كمال عبد الحميد 1997 ، ص 35 )

## 2-2- ميلاد وتطور كرة اليد في الجزائر :

لقد كانت البداية الأولى لكرة اليد الجزائرية سنة 1942 وذلك بمراكز المنشطين أما اللعب بصفة رسمية فكان سنة 1946 وذلك بإحدى عشر لاعب أما نسبة اللعب بسبعة لاعبين فكان ضمن الدورات الأولى سنة 1953 وما إن حلت سنة 1956 حتى تم تنظيم أول بطولة جزائرية .

ونشير هنا إلى أن هذه المرحلة بين 1930 – 1962 كان العدد قليل من الممارسين لهذا النوع من الرياضة وذلك بسبب حالة التميز التي شهدتها البلاد خلال الفترة الاستعمارية .

وقد ظهرت الحركة الرياضية في الجزائر تحت تأثير الصراع من أجل الحرية التي رافقت الشعب قبل الفترة الاستعمارية والتي لعبت دورا معتبرا في التنظيم والتربية البدنية وتحضير الجماهير خاصة الشباب الذي يكون القوة الحية في الوطن .

ومباشرة بعد الاستقلال وبالضبط سنة 1963 كانت الانطلاقة الثانية لكرة اليد حيث تم تعيين ( حمند عبد الرحمان وإسماعيل مداوي ) بهدف إنشاء أول فدرالية جزائرية لكرة اليد .

وفي تلك الفترة كانت بداية مشوار الفدرالية الجزائرية لكرة اليد برئاسة السيد إسماعيل مداوي الذي كان في نفس الوقت رئيس رابطة الجزائر العاصمة لكرة اليد أما أول الفرق التي انخرطت في الفدرالية فهم كالتالي :

- فريق ( SAINT – EVGENE ) بولوغين L' OMSE .

- فريق الراسينغ لجامعة الجزائر ( R.U.A )

- فريق المجموعة اللائكية لطلبة الجزائر العاصمة ( G.L.E.A )

- فريق نادي الجزائر لكرة اليد ( HBCA )

- فريق غالية رياضة الجزائر ( G.S.A )

- فريق من عين الطاية .

- فريق سبارتو وهران

أما في سنة 1963 انخرطت الفدرالية الجزائرية في الفدرالية العالمية والتي كانت تتكون من ثلاثة رابطات فقط ( الجزائر ، وهران ، قسنطينة ) .



أما أول بطولة جزائرية فكانت من نصيب فريق L OMSE في سنة 1963 كما تحصل نفس الفريق على نفس اللقب سنة 1984 .

وفي سنة 1968 تم إنشاء الرابطة الرابعة والتي تمثل الجنوب وفي سبتمبر من نفس السنة المكتب الفدرالي يعلن تنظيم بطولة شبه وطنية ، حيث يتم فيها توزيع نوادي الجزائر العاصمة إلى مجموعتين واحدة في الشرق والأخرى في الغرب بينما البطولة الوطنية تظم الشرق والغرب والوسط أما الجنوب فكان غائبا لحداثة رياضة كرة اليد لهذه المنطقة .

وفي سنة 1975 تم حل كل الجمعيات التي أنشأت إثرى قانون 1901 وفي سنة 1977 أدخلت تعديلات رياضية إذ بدأت بطولات الجمعيات النخبوية ( ASP ) والتي تظم سبع جمعيات .

وتعد سنة 1984 سنة غنية بالأحداث كونها عرفت ظهور ثلاث بطولات جهوية الوسط والشرق والغرب بينما نسجل هنا ظهور الرابطة الجهوية لورقلة سنة 1989 وكانت عدد بطاقات اللاعبين آنذاك يصل إلى 15000 موزعة على ثلاثين رابطة أما اليوم فعدد بطاقات اللاعبين يفوق 20000 بطاقة .

ولقد احتضنت الجزائر الدورة الثامنة سنة 1989 على شكل بطولة إفريقية ثم جددت العهد مع هذه الرياضة بعد إحدى عشر سنة لتستضيف الدورة الرابعة عشر بطولة إفريقيا للأمم في كرة اليد ، وذلك بقاعة حرشة إبتداء من 19 أفريل إلى 8 ماي 2000 وذلك بحضور مالا يقل على 18 منتخباً في الصنفين ذكور وإناث . ( Alger .P 6. Planification )

### 3- خصائص كرة اليد :

لم تتوقف كرة اليد عن التطور من حيث اللعب وكفرع معترف به دوليا بل عرف هذا التخصص قفزة كبيرة إلى الأمام بالنظر إلى عدد ممارسيه المرتفع بنسبة قليلة الشيء الذي عزز مكانتها كرياضة مدرسية أو كتخصص رياضي على المستوى الوطني .

هذا اللعب الرياضي يمارس فوق ميدان كبير أضحى بتقاليد عريقة في السنوات الأخيرة إلى أن كرة اليد الممارسة على ميدان صغير أو داخل القاعة فرضت نفسها تدريجيا ، فقد أصبحت بسرعة كبيرة إحدى الألعاب الرياضية الأكثر ممارسة من بين الرياضات الأخرى .

فالتنقل الذي عرفته كرة اليد بمروها من الميادين الكبيرة إلى الميادين الصغيرة كان له أثر إيجابي في الأوساط المدرسية باحتلالها مكانة أكثر أهمية من التربية البدنية .

إن لعبة كرة اليد هي لعبة أنيقة وتقنية مع التناوب في الهجوم والدفاع هذا التخصص المرتكز على حركات فورية ومتعددة . تتطلب تركيزا جيدا ودقيقا .

حسن التحكم التقني والتكتيكي يعد أيضا ضرورة لتحقيق أحسن النتائج ويسمح للشباب باللهو جماعيا وتغيرات عديدة في الرتم .

كذلك من خصوصيات كرة اليد :

- السرعة في الهجمات المضادة
- التحمل العام الضروري للحفاظ على ارتفاع مستوى القدرات لمدة 60 دقيقة من زمن المقابلة .
- القوة والسرعة للرمي والقذف .
- الانتباه العام والخاص لحسن دقة الرميات و التمريرات .
- تعدد كرة اليد رياضة متكاملة تتطلب جهدا طاقوي كبير .

### 3- أهمية رياضة كرة اليد :

تعتبر رياضة كرة اليد من الرياضات الجماعية والتي لها أهمية كبيرة في تكوين الفرد من جوانب عديدة كتكوينه بدنيا وتحسين الصفات البدنية كالمداومة والسرعة والقوة والمرونة..... الخ ، كما أنها تسعى إلى تربية الممارس الرياضي لها سلوكيات وذلك ببث روح التعاون داخل المجموعة الواحدة وكذلك المشاورة والكفاح واحترام القانون وتقبل الفوز أو الهزيمة .

كما أن رياضة كرة اليد لها دور كبير في تكوين الشخصية حيث تنمي في لاعبيها قوة الإرادة والشجاعة والعزيمة والتصميم والأمانة بوجه خاص .

وتعد رياضة كرة اليد وسيلة مفضلة كرياضة تعويضية لأنواع الرياضات الأخرى ، فإن الكثير من لاعبي ألعاب القوى ، فمثلا يجرون نجاحا مرموقا في كرة اليد .

كما أن لاعبي كرة اليد يصلون إلى مستويات عالية بشكل ملحوظ في ألعاب القوى . (جيرد لانجريفوف ، د. تيواندرت 1978 ، ص 20)

وتعتبر رياضة كرة اليد مجالا خصبا لتنمية القدرات العقلية وذلك لما تتطلبه في ممارستها من قدرة على الإمام بقواعد اللعبة وخططها وطرق اللعب وهذه الأبعاد تتطلب قدرات عقلية متعددة مثل الانتباه الإدراك والفهم والتركيز والذكاء والتحصيل . (كمال عبد الحميد ، محمد صبحي حسنين 1980 ، ص 21)

كل هذه الإيجابيات تجعل من هذه الرياضة ذات أهمية كبيرة كغيرها من الرياضات الأخرى وعليه لا بد أن تحظى باهتمام المدربين . (منير جرسى إبراهيم 1994 ، ص 103)

#### 4- خصائص لاعب كرة اليد صنف الأكاير :

ككل نوع من أنواع الرياضة يتميز لاعب كرة اليد صنف الأكاير بالعديد من الخصائص التي تتناسب مع طبيعة اللاعب وتساهم في إعطاء فعالية أكبر لأداء حركي مميز ومن هذه الخصائص:

##### 5-1- الخصائص المورفولوجية :

إن أي لعبة سواء كانت لعبة فردية أو جماعية تلعب فيها الخصائص المورفولوجية دورا هاما في تحقيق النتائج أو العكس وتتوقف عليها الكثير من النتائج أو العكس وتتوقف عليها الكثير من النتائج الفرق خاصة إذا تعلق الأمر بالمستوى العالي بحيث أصبح التركيز أكثر فأكثر على الرياضيين ذوي القامات الطويلة وكرة اليد مثلها مثل أي لعبة أخرى تخضع لنفس التوجه فالطول والوزن وطول الذراعين وحتى بعض المؤشرات الأخرى لها من الاهتمام والأهمية فلاعب كرة اليد يتميز ببنية قوية وطول قامة معتبرة ، كما يتميز كذلك بطول الأطراف وخاصة الذراعين وكذا كتف يد واسعة وسلاميات أصابع طويلة نسبيا والتي تتناسب وطبيعة لعبة كرة اليد .

##### 5-1-أ- النمط الجسماني :

إن النمط الجسماني أو الجسماني للاعب كرة اليد وهو النمط العضلي الذي يتميز بطول الأطراف خاصة الذراعين مع كبر كف اليد وطول سلاميات الأصابع مما يساعد على السيطرة على الكرة وقوة العضلات تساهم في إنتاج قوة التصويب وسرعة التميرير ولأن كرة اليد تعتمد على نسبة معتبرة من القوة التي توفرها العضلات فإن النمط العضلي هو أنسب لمثل هذا النوع من الرياضة . ( كمال عبد الحميد ، زينب فهي ، 1978 ، ص 25 )

##### 5-1-أ- أولا : الطول :

يعتبر عامل أساسي ومهم وخاصة في الهجوم وتسجيل الأهداف له أثر كبير على الارتقاء وفي الدفاع كذلك (( الصد واسترجاع الكرات )) ونقصد هنا نماذج للاعبين الفرق المستوى العالي " النخبة " التي يتضح

فيها هذه المميزات بصفة كبيرة وبما أن اللاعب يمتاز بالقامة العالية بلا شك أنه يملك ذراعين طويلتين تساعده على تنفيذ تمريرات سريعة ومحكمة والدقة في الأماكن المناسبة .

### 5-1-أ- ثانيا : الوزن :

إن الوزن عامل مهم جدا في كرة اليد ويظهر ذلك في العلاقة بين وزن الجسم والطول من خلال هذا المؤشر (( INDIC )) .

وزن الجسم  $\times 1000 \div$  الطول = INDICE DE ROBUSTESSE وكلما كان هذا المؤشر مرتفع كلما كان مستوى اللاعبين كذلك .

ولكي تحسب الوزن المناسب للاعب عادة أن نطرح 100 من طول اللاعب ونحصل على الوزن وبالتالي نجد أن متوسط الوزن للاعب بالدول الإحدى عشر مناسب بل تميل نوعا ما إلى خفة اللاعب لصالح سرعة الانطلاق والانتقال خلال التحرك الهجومى والدفاعى .

بمقارنة فترة السبعينات والثمنينات مع التسعينيات نجد التوجه نحو الاهتمام بعامل الطول حيث نلاحظ تصاعده وتتبعه مناسبة الوزن تساعد في الالتحام والقوة وسرعة الإنجاز . ( كمال عبد الحميد ، زينب فهدى ، 1978 ، ص 25 )

### 5-2- المرونة :

إن سعة ومدى الحركة لدى لاعبي كرة اليد تكون كبيرة ، وخاصة على مستوى الكتف والتي تلعب أهمية كبيرة في جميع أشكال وأنواع التمير ، حيث يكون ارتفاع في إمكانية الأداء الحركي وكذا قوة وسرعة التمير .

### 5-3- الخصائص الرياضية والفيزيولوجية :

اللاعب ذو المستوى العالى ( رياضة النخبة ) من الجانب الرياضى والفيزيولوجي يتميز بأنه :

- سريع : سرعة تنفيذ كبيرة جدا .
- قدرة امتلاك لاعب كرة اليد لسرعة وقوة تمكنه من أداء تقنية التمير بفاعلية كبيرة
- قادر على إيجاد مصادر الطاقة تسمح له بالمحافظة على قدرته خلال المقابلة وذلك بتأخر ظهور أعراض التعب .
- ممارسة كرة اليد تتطلب من اللاعب قدرات هوائية جيدة .
- بما أن مراحل اللعب في كرة اليد تتميز بالتناوب بين التمير والراحة ( تمارين لا تتعدى عشر ثواني ) هذا ما يتطلب قدرة لا هوائية لا حمضية للاعب .

- لعبة كرة اليد تتطلب قدرات لا هوائية بوجود حمض اللبن ويظهر هذا جليا في بعض مراحل اللعب في مقابلة ما ( حيث تكون التمارين بشدة عالية في وقت زمني طويل نسبيا ووقت الراحة قصير جدا ) .

#### 4-5- الصفات الحركية :

إن الصفات الحركية الضرورية لأي لاعب بما فيها كرة اليد حيث تلعب دورا فعالا في الأداء الحركي السليم والصحيح .

- ✓ التوازن : ضروري للاعب في كل التحركات والقفزات التي يقوم بها .
- ✓ الرشاقة : هي ضرورية في التحكم والتعامل الجيد في الكرة .
- ✓ التنسيق : مهم لكل الحركات المركبة والمعقدة .
- ✓ التفريق والتمييز بين مختلف الأعضاء : تسمح بأداء حركات دقيقة ومحكمة ومعنى أن يفرق ويميز لاعب كرة اليد بين ما سيفعله بذراعيه .

#### 5-5- الخصائص النفسية :

- يتميز لاعب المستوى العالي بثلاث صفات نفسية هامة هي :
- المواجهة والمثابرة للانتصار .
- يتميز لاعب كرة اليد بحب المواجهة وأخذ المسؤولية وإعطاء كل ما يملك من إمكانيات لتحقيق الانتصار والفوز على المنافس .
- التحكم في كل انفعالاته .
- نظرا لخاصية كرة اليد التي تتميز بالاحتكاك بين اللاعبين فإن ذلك يفرض على اللاعب التحكم في انفعالاته لأن ذلك يجعله أكثر حضور ذهني وبدني في المقابلة وكذلك التركيز لتحقيق الهدف الجماعي وهو الفوز .

#### 5-5- الدافعية :

حب الانتصار والفوز يجعل من لاعب كرة اليد أكثر دافعية وتحفز . ( منير جرجس إبراهيم، ص

336)

ولقد أثبتت الشواهد والبحوث أن اللاعبين الذين يفتقدون إلى السمات الخلقية والإرادية يظهرون بمستوى يقل عن مستوى قدراتهم الحقيقية كما يسجلون نتائج أقل من المستوى في النواحي البدنية والمهارية وكذلك الخطئية .

5-6- الذكاء :

يقال عادة أن المنافسة الرياضية عبارة عن كفاح بين ذكاء اللاعب وذكاء منافسه ويظهر هذا جليا خلال الألعاب الجماعية ، التي تعتمد مواقفها في معظم أوقات المباراة والنجاح فيها يكمل في حسن تصرف اللاعب مع ذاته وزملائه .

جملة هذه الخصائص التي تتميز بها كرة اليد وخصائص اللاعب سواء كانت بدنية أو مرفولوجية أو نفسية تحتم على المدربين الاهتمام بها فيما يخص اختيار اللاعبين التي تتوافق قدراتهم المهارية معا .

## خلاصة

يمكن القول أن كرة اليد التي مرت بتحويلات عدة من نشأتها إلى الآن وهذا من اجل تحسينها وتطويرها كلعبة رياضية مقننة، فكل المراحل التي مرت بها ساعدتها على فرض مكانتها ضمن حظيرة الرياضات وأخذت مكانة مرموقة بينها.

كما أن شعبيتها تجعلها محل دراسة للعديد من الباحثين ومحل اهتمام العديد من البلدان لتبنيها ضمن مجالاتها الرياضية، وفي قوانينها وخصوصية لعبها المعروف بالجري وسرعة التنقل حيث أصبحت منتشرة في أغلبية بلدان العالم، ولاقت إقبالا جماهيريا كثيرا عليها، كما أنها أخذت مكانا أوليا من حيث التتويجات والاهتمام.

# الفصل الثالث :

## الإصابات الرياضية



تمهيد:

تعتبر الإصابات الرياضية كثيرة في ميدان الممارسة الرياضية عامة وفي كرة اليد خاصة، فكل منطقة أو جزء من أجزاء الجسم معرضة للإصابات، فمن خلال هذا الفصل سنحاول توضيح كل ما يتعلق بالإصابات الرياضية من خلال تعريفها وأنواعها وأسبابها وطرق تشخيصها وأعراضها وعلاجها والوقاية منها وكيفية منع حدوث مضاعفاتها، بالإضافة إلى توضيح دور كل من المدرب واللاعب نفسه في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية، وتوضيح كذلك مفهوم الإسعافات الأولية والقواعد الخاصة بالإسعاف لكل الإصابات الرياضية والتطرق إلى ماهية كرة اليد و مهاراتها .

## 1- تعريف الإصابة الرياضية:

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

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

ب- مؤثر ذاتي: أي إصابة اللاعب مع نفسه نتيجة للأداء الفني الخاطئ أو عدم الإحماء.

ج- مؤثر داخلي : مثل تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والملاح. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر ، 2004 ، ص81).

وينبغي علينا مراعاة أن الإصابات الرياضية قد تكون إصابة بدنية، أو إصابة نفسية.

### الإصابة البدنية:

قد تحدث نتيجة حادث عارض أو غير مقصود مثل اصطدام لاعب بأخر منافس، أو ارتطام أداة اللعب كعصا الهوكي مثلاً بجسم لاعب منافس، أو سقوط اللاعب فجأة أثناء الأداء كما في الجمباز مثلاً، أو أثناء أداء مهارة حركية في كرة القدم أو كرة اليد وفقد اللاعب لتوازنه وقد تحدث نتيجة لعمليات العدوان الرياضي والعنف أثناء المنافسات الرياضية.

### الإصابة النفسية:

الإصابة النفسية هي عبارة عن صدمة Trauma نفسية نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتب بالمجال الرياضي والتي قد تسفر أو قد لا تسفر عن إصابة بدنية ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ويتضح أثرها في تغيير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي وبالتالي هبوط مستواه الرياضي وفي بعض الأحيان انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية. (محمد حسن العلاوي ، 1998 ، ص14-17).

## 2- تصنيفات الإصابات المختلفة:

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

## 2-1- تقسيمات حسب شدة الإصابة:

أ- تقسيمات بسيطة: مثل التقلص العضلي والسحجات والشد العضلي والملخ الخفيف (التمزق في أربطة المفاصل).

ب- إصابات متوسطة الشدة: مثل التمزق الغير مصاحب بكسور.

ج- إصابات شديدة: مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو بخلع.

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

أ- إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

ب- إصابات مغلقة مثل التمزق العضلي والرضوض، والخلع وغيرها من الإصابات المصحوبة بجرح أو نزيف خارجي.

## 2-3- تقسيمات حسب درجة الإصابة:

### أ- إصابة الدرجة الأولى:

ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة وتشمل حوالي 70-90% من الإصابات مثل السحجات والرضوض والتقلصات العضلية.

### ب- إصابات الدرجة الثانية:

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

### ج- إصابات الدرجة الثالثة:

ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها - الخلع- إصابات غضروف الرقبة - الانزلاق الغضروفي بأنواعه (أسامة رياض ، 1998، ص22-

## 2-4- تقسيمات حسب السبب:

أ- إصابة أولية أو مباشرة في الملعب نتيجة القيام بمجهود عنيف أو نتيجة حادثة غير متوقعة وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات.

ب- إصابة تابعة وتسبب نتيجة إصابة أولية أو أثناء العلاج الخاطئ للإصابة الأولية. (أسامة رياض، 1999، ص 11).

## 3- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

### 1- التدريب غير العلمي:

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

#### أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه

قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية .

#### ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية. (أسامة رياض ، 1998 ، ص 24-25)

ج- 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 اللاعب تدريبا عنيقا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب.

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

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

هـ- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، ونصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب. (أسامة رياض 1999، ص193)

و- سوء اختيار مواعيد التدريب:

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

2- مخالفة الروح الرياضية:

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

1- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهارياً وفنياً.

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

### 3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

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

### 5- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

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

### 6- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المباراة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات. (أسامة رياض ، 1998 ، ص 26-27)

### 7- الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

ونشير هنا إلى معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية، والتشوهات الأستاتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة بما يناسب كل قدم،

فالأحذية المناسبة وأرض الملعب تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب، ونشير هنا إلى أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرّب. (أسامة رياض 1999، ص 194)

#### 8- استخدام اللاعبين للمنشطات:

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

- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).

- لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).

- حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).

- مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).

- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة. (أسامة رياض 1999، ص 198)

#### 4- أنواع الإصابات:

##### 4-1 الصدمة:

##### 4-1-1 تعريف:

الصدمة هي حالة هبوط في الأجهزة الحيوية الدوري والتنفسي تصحب جميع الإصابات المفاجئة

ومنها:

أ- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها ألم كالكسور.

ب- صدمة نتيجة فقد كميات كبيرة من الدم كما في حالات النزيف الشديد سواء كان داخلياً أو خارجياً.

ج- نتيجة فقدان سوائل كثيرة من الجسم كما في الحالات الآتية: حالات الحروق، النزلات المعوية الشديدة.

#### 4-1-2 أعراض الصدمة:

- رقدة المصاب في محمول وسكون.
- هبوط درجة حرارة الجسم.
- لون المصاب يكون شاحبا وجلده باردا ومنديا.
- النبض سريع وضعيف.
- التنفس سطحي وغير منتظم.

#### 4-1-3 علاج الصدمة:

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

#### 4-2 إصابات الجهاز العضلي:

#### 4-2-1 الرضوض (الكدمات):

- الرض (الكدم) هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام والمفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي. (حياة عياد روفائيل، ص 64)



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

أ- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.

ب- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

#### 4-2-2 درجات الكدمات:

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

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

#### 4-2-3 أنواع الكدمات:

أ) - كدم الجلد:

إن كدم الجلد عموما لا يعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي، وهناك نوعان ، كدم الجلد البسيط وكدم الجلد الشديد. . (أسامة رياض ، 1998 ، ص34-35)

ب)-كدم العضلات:

يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لزيادة انتشاره بين الرياضيين، ولأنه قد يمنع اللاعب من الاستمرار في مزاوله رياضته من ناحية أخرى.

وكدم العضلات من الإصابات المباشرة، ويحدث فيه العديد من التغيرات الفسيولوجية مكان الإصابة مثل الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد وغيرها.

### ج)- كدم العظام:

يحدث نتيجة إصابة مباشرة، وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة "المكشوفة" غير المكسوة بالعضلات مثل عظمة القصبة، وعظام الساعد وخاصة عظمة الكعبرة والزند وعظام الأصابع ورسغ اليد ووجه القدم وعظمة الرضفة بالركبة. ( حياة عياد روفائيل، ص 87)

### د)- كدم المفاصل:

كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة لإصابة مباشرة، ومن أكثر المفاصل التي يحدث بها الكدم مفصل القدم، ومفصل الركبة وخاصة للاعبي كرة القدم.

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

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

### 4-2-5 الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات:

يصاحب الكدمة ألم في موضع الإصابة يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما يحدث احمرار في الجلد والصبغة التي تحت الجلد، ويتحول لون الكدمة إلى اللون الأحمر ثم إلى اللونين الأزرق والبنفسجي بعد اليوم الثاني أو الثالث نتيجة لتغير لون مادة الهيموجلوبين الموجودة في الدم، ويمكن للاعب تحريك الجزء المصاب من الجسم مع ألم بسيط أو بدون ألم على الإطلاق تبعاً لشدة الكدمة. (أسامة رياض ، 1998، ص41)

### 4-2-6 الإسعافات الأولية للكدمة:

أ- في حالة وجود جرح مصاحب للكدمة الشديدة يجب القيام بالإسعافات الأولية كما في حالات الجروح لوقف النزيف الدموي ثم تكمل الإسعافات الأولية للكدمة.

ب- ضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط ويثبتها فترة 15 دقيقة ثم ضع بعدها رباطا خفيفا فوق موضع الكدمة.

#### 3-4 الشد أو التمزق العضلي:

#### 1-3-4 تعريف الشد العضلي:

الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة للعضلة المرنة المكونة للعضلة بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية أو تمزق في الألياف العضلية، ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا. ( حياة عياد روفائيل، ص 90)

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

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

3-3-4 الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي: يتسم الشد العضلي بألم تختلف حدته تبعا لشدة الإصابة ودرجة التمزق في العضلة، كما يزداد هذا الألم عند الضغط الخفيف على المنطقة المصابة ويحدث في حالة الإصابة الحادة انتفاخ بسيط وصعوبة في تحريك المنطقة المصابة.

#### 4-3-4 أنواع الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاثة درجات من حيث حدة الإصابة .

#### أ- شد عضلي على الدرجة الأولى:

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

### ب- شد عضلي من الدرجة الثانية:

ويحدث عندما تكون الإطالة العضلية الناشئة عن الإصابة متوسطة الحدة وفيها تم تمزق جزئي في الألياف العضلية ونزيف دموي بين هذه الألياف وتكون الأعراض المصاحبة كما في الشد العضلي من الدرجة الأولى مع زيادة حدة الألم وصعوبة تحريك الجزء المصاب.

### ج- الشد العضلي من الدرجة الثالثة:

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

### 4-3-5 الإسعافات الأولية للشد العضلي:

- ضع المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابة الأطراف السفلى أو الجذع، أو الجلوس المعتدل في حالة إصابة الأطراف العليا.
- ضع كمادات باردة على الجزء المصاب من العضلة، ثبتت الكمادة برباط ضاغط بإحكام لمدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.
- في حالة الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية أو الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال إلى المستشفى، أما في حالة إصابة الأطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.
- ينقل اللاعب المصاب إلى أقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب في ما يلزم عمله بمواصلة علاج اللاعب المصاب. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ص 92)

### 4-4 التقلص (المعص) العضلي Muscle cramp :

قد يتعرض الرياضيون أو غير الرياضيين الذين يقومون بأعمال عضلية عنيفة إلى الإحساس بتقلصات مؤلمة في عضلة أو بعض العضلات تستمر لوقت قد يقتصر لبضع ثواني أو يطول بعض دقائق،

وقد يحدث التقلص العضلي أثناء التدريب في الجو الحار، ومن أسباب التقلص العضلي طول مدة تعرض العضلة لنقص الأوكسجين، كما يحدث عند القيام بمجهود عضلي لمدة طويلة أو بسبب بعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة كبقاء كميات من عنصر الصوديوم داخل الليفة العضلية أو فقد كميات من الماء المحمل بالأملاح نتيجة العرق فينخفض مستوى السوائل بالخلية ويزداد الضغط الإسموزي نتيجة الزيادة في فقد الماء من الخلية إلى خارجها، ويكون الماء المحمل بالأملاح الذي يتسبب نقصها في حدوث التقلص ويحدث التقلص في عضلات سمانة الرجل، باطن القدم، العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية، عضلات السمانة الخلفية، عضلات البطن، ويتعرض إلى هذه الإصابة لاعبي المسافات المتوسطة والطويلة. (فراج عبد الحميد توفيق ، ص 112- 113).

#### 1-4-4 الإسعاف والعلاج:

يجب العمل على إطالة العضلة المتقلصة وفرد ارتخائها ويتبع مع باقي العلاج:

- العلاج الفوري بطريقة "الرش والفرد" بواسطة فلور ميثان Fluori mothane لتخفيف الألم من التقلص العضلي.

- بعد فترة من حدوثه يعمل تدليك للعضو.

- التدرج بعمل حركات حرة لغرض إطالة العضلة المتقلصة.

#### 5-4 الكسور:

#### 1-5-4 تعريف الكسر:

الكسر هو "انفصال العظمة عن بعضها إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة (عنف خارجي) أو الاصطدام بجسم صلب مثل الضرب بعصا غليظة بقوة على الساعد، أو اصطدام القصبه بقدم لاعب آخر أو بأداة تقليدية وبقوة وبسرعة أو اصطدام لاعب كرة القدم بعارضة المرمى أو بالأرض أو بقدم الخصم"، وهناك تعريف آخر للكسر بأنه "انفصال في استمرارية العظمة" ( حياة عياد روفائيل، ص 95)

#### 2-5-4 أنواع الكسور:

تنقسم الكسور إلى أنواع ثلاثة:

أ- كسر الغصن الأخضر:

يحدث عادة عند الرياضيين الناشئين صغار العمر نظرا لليونة عظمتهم وهو كسر غير كامل (شعر أو شرخ).

ب- الكسر البسيط:

وهو الكسر الذي لا يزيد عدد أجزاء العظمة المكسورة عن اثنتين، وغير مصاحب بجرح في الجلد.

ج- الكسر المركب:

وهو الكسر الذي تزيد فيه قطع العظام المكسورة عن اثنتين وغير مصاحب بجرح في الجلد.

د- الكسر المضاعف:

وهو أي كسر مصحوب بجرح في الجلد، ولذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث والتهاب في مكان الكسر.

و- الكسر المعقد:

وهو الكسر الذي يسبب تمزق أو ضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب المجاورة أو يكون مصحوبا بخلع في المفاصل خاصة في مناطق الإبط، المرفق والركبة، وهذه الحالات استعجاله يجب استشارة الطبيب في أسرع وقت ممكن.

4-5-3 طرق تشخيص الكسور في الملاعب:

- 1- وجود ألم بالمنطقة المصابة.
- 2- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.
- 3- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.
- 4- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.
- 5- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.

6- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في الجزء السفلي من العضو المصاب.

7- إذا تحرك طرفي الكسر يحس المسعف بوجود احتكاك سطحين خشنين وفي بعض الأحيان يسمع طقطقة ولكن يجب أن لا يلجأ المسعف إلى هذا الكشف إذ قد يسبب تمزقا في الأنسجة أو يقضي إلى الإغماء من شدة الألم. (أسامة رياض ، 2002 ، ص81).

#### 4-5-4 أسباب حدوث الكسور:

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

أ- الوقوع من فوق مكان مرتفع كما في حالة القفز الأعلى في ألعاب الجمباز أو كرة السلة.

ب- حدوث ضربة قوية من الأداة المستخدمة أثناء الرياضة كمضرب الاسكواش والقائم في كرة القدم.

ج- تصادم اللاعبين بقوة أو وقوعهم بعضهم فوق البعض أثناء القفز العالي (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ص98).

#### 4-5-5 إسعاف الكسور:

يجب مراعاة النقاط العامة الآتية عند القيام بإسعاف الكسور وهي :

1- من حيث المبدأ يجب التزام الحذر في معاملة المصاب بالكسر ويجب تجنب استخدام العنف أو القوة عند إسعاف الكسر بل يتم برفق وعناية كبيرة.

2- المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها وعلى المسعف تجنب إصلاح الكسر ويترك ذلك للطبيب المختص.

3- البدء في علاج الصدمة العصبية والجراحية في مكان الإصابة حتى يعود الضغط و النبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

4- إيقاف النزيف إن وجد، وذلك بالضغط على مكان أعلى الإصابة، حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

5- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فورا راقدا على ظهره أو بطنه على نقالة صلبة إلى أقرب مستشفى.

6- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة.

7- تدفئة المصاب وإعطاؤه سوائل دافئة مثل الشاي بالإضافة إلى مسكنات الألم، ويمكن إعطائه محلول ملح وجلوكوز.

8- نقل المصاب إلى المستشفى بأسرع ما يمكن

#### 6-4 الالتواء:

#### 1-6-4 تعريفه:

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

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

#### 2-6-4 الإسعاف:

توضع قطعة من القماش المبلل بالماء البارد حول المفصل المصاب، يربط المفصل برباط ضاغط حتى يقلل التورم يرفع المفصل إلى الأعلى وينقل المصاب إلى المستشفى. (أسامة رياض ، 2002 ، ص90).

#### 7-4 الملخ (الجزع) Sprain :

من أكثر إصابات الملاعب شيوعا أو من النادر أن لاعبا لم يحدث له ملخ مرة على الأقل، والملخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث إثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو اثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضا للملخ هي مفصل القدم ورسغ اليد. (حياة عياد روفائيل ص95).

ومن أكثر الأربطة عرضة للملخ ما يلي:



- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم.
- الرباط القصي الشظي الأمامي بمفصل القدم.
- الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة.
- الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد.
- الرباط الترقوي الأخر وومي بمفصل الكتف (أسامة رياض، 1998، ص 44).

#### 4-7-1 علامات الملخ:

- ألم حاد نتيجة لتمزق الأربطة والأنسجة حول المفصل.
- ألم شديد عند عمل حركة تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملخ مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حرة، كما يزول الألم عندما تحركه حركة مضادة.
- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.
- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة (حياة عياد روفائيل ص 95).

#### 4-7-2 الإسعاف:

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

#### 8-4 الخلع Dislocation:

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

#### 1-8-4 علامات وأعراض الخلع:

- ألم شديد من ألم الكسر.
- فقد القدرة تماما على تحريك المفصل.
- تشوه وتغير في شكل المفصل.
- ورم شديد بسرعة، وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع.
- صور الأشعة تبين الخلع بوضوح (حياة عياد روفائيل ص 96).

#### 2-8-4 أنواع الخلع:

هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي

#### أ- خلع مفصلي جزئي Subluscation:

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

#### ب- خلع مفصلي كامل Duslocation:

وفي هذا النوع يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ويحدث فيه تمزق الغشاء الزلالي والأربطة المفصالية وقد ينتج التجويف المفصلي كما يحدث لتمتلك للأوعية الدموية ونزيف داخل التجويف المفصلي (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، ص 106).

### ج- خلع مفصلي مصحوب بكسر Dislocation Fracture:

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

#### 3-8-4 الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي:

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

- الوقوع على الأرض من فوق ارتفاع عالي أو عندما يصطدم أحد أطراف جسم اللاعب بالأرض.
- الحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض أو الإمساك الخاطئ للكرة أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام.

#### 4-8-4 الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:

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

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

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

د- أنقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب قسم طوارئ أو مستشفى لمواصلة العلاج. (عبد الرحمان

عبد الحميد زاهر ، ص 108).

#### 4-9 الانتفاخ الجلدي المائي:

##### 4-9-1 الأعراض:

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

4-9-2 العلاج : ينظف مكان حدوث الإصابة بسائل معقم ثم يترك دون حركة مباشرة عليه.

##### 4-10 السجحات:

##### 4-10-1 الأعراض:

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

4-10-2 العلاج: يتم غسل مكان الإصابة بالماء البارد ثم يوضع، سائل معقم على الشاش فوق الإصابة لتطهيرها من الأوساخ ثم توضع عليها شاشة معقمة وربطها برباط بعد ذلك.

##### 4-11 الجروح:

##### 4-11-1 تعريف:

الجروح هو انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة وخاصة الجلد، فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء، أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفع الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيفا (حياة عياد روفائيل

ص68).

##### 4-11-2 أنواع الجروح:

تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

1- السجحات: وهي تسلخات جلدية سطحية بسيطة.

2- جرح سطحي: يحدث في طبقات الجلد الخارجية.

- 3- جرح قطعي: وفيه يشق الجلد ويتميز بوجود حافتين متساويتين للجلد .
- 4- جرح رضوي: وينشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع، ويتميز هذا النوع بعدم انتظام حافته وقلة النزيف الناتج منه وكثرة تعرضه للالتهابات.
- 5- جرح وخزي: يحدث من الآلات المدببة مثل سلاح المبارزة المكسور ويتميز الجرح بضيق الفتحة وعمقها وخطورته كبيرة إذا ما وصل للأحشاء الداخلية أو إذا تعرض إلى الالتهاب.
- 6- الجرح الناري: في رياضة الرماية وتختلف طبيعتها باختلاف نوع المقذوف وسرعته واتجاهه والمسافة بينه وبين الجسم.
- 7- جرح نافذ: وهو ما يخترق الجلد إلى تجويف الجسم وهو شديد الخطورة على الحياة لما يسببه من تهتك بالأحشاء الداخلية.
- ويساعد في تشخيص نوع الجرح معرفة كيفية حدوث الإصابة وتاريخها (أسامة رياض 2002، ص66)

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

- أ- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب .
- ب- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو ضرب الكرة في الأسكواش.
- ج- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.
- د- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، ص112).

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

- 1- إيقاف النزيف الدموي إن وجد مع الجرح بوضع شاش معقم على الجرح والضغط عليه ثم ربطه برباط ضاغط فوق قطعة قطن.

2- في حالة عدم وجود نزييف مصاحب يوضع على الجرح مطهر مثل (ستافلون أو ميكروكروم) ثم شاش معقم ثم قطن ورباط شاش.

3- في حالات الجروح البسيطة والسحجات يوضع على الجرح مطهر وغيار ورباط.

4- يفضل إعطاء المصاب حقنة ضد مرض التيتانوس إذا أمكن في الملعب أو في أقر مستوصف ينقل إليه المصاب.

5- يستشار الطبيب في كيفية استكمال علاج المصاب (أسامة رياض، 1998، ص 67)

### 5- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

5-1- إصابات مزمنة: قد تتحول الإصابة العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوافر لها العلاج المناسب.

5-2- العاهات المستديمة: وذلك إذا ما حدث خطأ في توقيت أو تنفيذ العلاج الطبي.

5-3- تشوهات بدنية: تنتج من جراء ممارسة كرة اليد بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو كنتيجة للممارسة الغير علمية لتلك الرياضة.

5-4- قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتوضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب (أسامة رياض، 1999، ص 192).

### 6- كيفية منع حدوث المضاعفات:

يمكن منع حدوث مضاعفات إصابات الملاعب باتخاذ الإجراءات التالية:

أ- اتخاذ الاحتياطات الكافية أثناء نقل اللاعب المصاب بإصابة شديدة من الملعب إلى المستشفى حتى لا يتسبب نقله الخاطئ في حدوث مضاعفات.

ب- منع استخدام التطبيقات الساخنة أو التدليك في إسعاف الإصابات المصحوبة بتلف في الأنسجة حيث يؤدي ذلك إلى زيادة النزيف الداخلي في مكان الإصابة مما له مردوده السيئ في تأخر عودة اللاعب لممارسة نشاطه الرياضي.

ج- يجب توخي الحرص والحذر عند استخدام الرباط الضاغط، فعندما يستخدم الرباط في الضغط بشدة على الأنسجة فإن ذلك يؤدي بالرباط إلى التأثير السيئ على الجلد وعلى الدورة الدموية بالجزء الوحشي من الطرف المصاب فيحدث ازرقاق بالجلد وإحساس بالتنميل أو التخدير، وعند حدوث ذلك يجب نزع الرباط الضاغط فوراً وإعادة ربطه بطريقة صحيحة بعد اختفاء جميع الأعراض.

د- منع اللاعب ويجزم من العودة إلى الملعب إلا بعد التأكد من تمام شفائه.

و- منع استخدام التطبيقات الحرارية الساخنة لمدة خمسة أيام من وقت حدوث الإصابة وذلك عندما تختفي مظاهر الالتهاب وتبدأ الأنسجة المصابة بالالتئام.

هـ- أثناء تطبيق الإسعافات الأولية على الطرف المصاب يجب تغطية بقية أجزاء جسم اللاعب حتى لا يفقد الجسم حرارته ويجب توخي الحرص في المحافظة على أجزاء الجسم عامة والجزء المصاب خاصة في وضعه ارتخائي مريح.

ي- عند الإصابة بالأطراف السفلى يمنع اللاعب من المشي بطريقة خاطئة وتحميل وزن جسمه على مكان الإصابة إذا كانت شديدة، بل تستخدم العكازات للمحافظة على طريقة المشي الصحيحة (أسامة رياض، أمام حسن محمد النجمي ، ص 105)

#### 7- أعراض ومظاهر الإصابة:

أ- فقدان الوعي Unconsciousness: عندما يستجيب اللاعب المصاب بطريقة غير سوية (غير طبيعية) أو عندما لا توجد أي استجابة على الإطلاق لمدة أكثر من عشر ثوان يجب الإجابة على الثلاثة أسئلة السابقة لتحديد إمكانية عودة اللاعب إلى الملعب.

ب- وجود أعراض إصابة عصبية مثل التخدير أو التنميل أو الإحساس بحرقان أو عدم القدرة على التحرك وغيرها من مظاهر إصابة الأعصاب.

ج- حدوث الورم الشديد الواضح ينبه عادة على وجود إصابة خطيرة .

د- وجود ألم شديد عند تحريك المفصل في مدى الحركة الطبيعي ايجابيا أو سلبيا.

هـ- وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي.

## 5- طرق ووسائل الوقاية من الإصابات الرياضية :

### 5-1 الطيب :

طبيب الميدان يجب أن يكون لديه فعالية في الميدان تفرضها عليه الاستعدادات التي يصادفها في أرض الواقع كما يجب أن يضمن التتبع الدقيق للتدريبات وللرياضي في أكمل أعلى مستوى ، ويفر للمدرب مصادر الثقافة الطبية التي يواجه بها المشاكل التي تصادفه يوميا أثناء التدريبات الرياضية ، ولتحقيق عمل مكامل ذو مستوى عالي يجب حضور الطبيب بفاعلية فوق أرض الميدان .

## 5-2 الاحتياطات الواجب إتخاذها أثناء التدريب أو المنافسة : إن الكثير من الحوادث نستطيع

تجنبها إذا اتبعنا بعض الاحتياطات الضرورية :

### (أ) - المتعلقة بالعضلات والأوتار :

- التسخين الضروري والكامل قبل كل حصة في الصيف .
- لبس البدلة الرياضية أثناء التسخين في وقت البرد.
- التمييه الصحيح والكامل (1.5 إلى 2 لتر في اليوم).
- استعمال التمديدات بصفة مستمرة أثناء التدريب .
- التغذية البروتينية الجيدة .

### (ب) - المتعلقة بالمراقبة الصحية :

- استعمال الحاميات والواقيات .
- المراقبة الدائمة للأسنان .
- التلقيح الدائم ضد التيتانوس (التطعيم كل 5 سنوات).

### (ج) - المتعلقة بالنظافة :

- الاسترجاع الصحيح للقوى (تدريب أو منافسة ) بالنوم لمدة كافية.
- تجنب التدخين وتعاطي جميع أنواع الكحول.



(د) - بعد العمل : - أخذ حمام ساخن.

- استعمال الصابون marseille للبدن.

- تغيير كلي للباس (الداخلي والخارجي).

(هـ) المتعلقة باختيار وصيانة الملابس :

- غسل الملابس الداخلية ، الجوارب وتجهيفها بالحديد الساخن .

- تفادي لبس الملابس الداخلية والجوارب المصنوعة من النيون والسنتيتيك.

(و) - المتعلقة بالأرجل :

- منع المشي بأرجل حافية في أماكن التغيير لتفادي نقل الجراثيم والأوساخ.

- تقليم أظافر الأرجل .

- حمل جوارب الرياضة وجوارب للمشي العادي اليومي في حالة جديدة ونظيفة.

(ي) - على مستوى القدم : - استعمال اللفافات أثناء المنافسة .

- المراقبة الدائمة للعضلات والثبات التمهيلي للتقليل من الإلتواءات ( Jean Genety

/1991.p345)

## 6- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية :

يمكن تلخيص دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية في ما يلي :

6-1 معرفة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها : إذ أن ذلك يضمن له الاستفادة

الكاملة من قدرات اللاعب وكفاءته من بداية الموسم الرياضي وحتى نهايته بفعالية عالية في الأداء .

6-2 عدم إشراك اللاعب في التدريب أو اللعب بدون إجراء الكشف الطبي الدوري الشامل

الرياضي : وخاصة قبل بداية الموسم ويجب أن يتأكد المدرب من أن الكشف الطبي الدوري قد شمل

أعضاء وأجهزة جسم اللاعب ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.

**3-6** عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسيا وبدنيا وذهنيا لهذا الأداء : أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته على التركيز العقلي والعصي ضعيفة وبالتالي يجعله عرضة للإصابة.

**4-6** عدم إشراك اللاعب وهو مريض لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضا يجب عدم إشراكه وهو مصاب : بإصابة لم يتأكد شفاؤه منها نهائيا لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.

**5-6** توفير الغذاء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة : كالبروتينات والمواد التي تمد الجسم بالطاقة ، كالنشويات (الكربوهيدرات) والسكريات والدهون والمواد التي تمد الجسم بالحيوية المتمثلة في الأملاح والفيتامينات كالفواكه الطازجة والخضروات .

**6-6** مراعاة تجانس الفريق (في الألعاب الجماعية) من حيث العمر والجنس والمستوى المهاري ، لأن وجود بعض الأفراد غير المتجانسين في أي من هذه العوامل قد يكون مثيرا لهم لمحاولة بذل جهد أكبر من طاقتهم لمجاعة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى إصابتهم .

**7-6** الاهتمام بالإحماء لتجنب الإصابة : حيث يساعد على تجهيز وتحضير أجهزة الجسم وظيفيا كما يزيد من سرعة وصول الإشارات العصبية إليها ويزيد من سرعة تلبيتها واستجابتها ويحسن النعمة العضلية فيها وهذا يؤدي إلى زيادة كفاءة المفاصل لتؤدي الحركة بصورة أفضل وبالتالي تقل الإصابات .

**8-6** تطبيق التدريب العلمي الحديث : تجنب الإفراط غير المقنن في التدريب الذي يسبب الإعياء البدني والذي يسبب الإصابات للاعبين .

**9-6** الراحة الكافية للاعبين : والتي تتمثل في النوم لفترة تتراوح بين ثمانية وتسع ساعات يوميا بالإضافة ألي الاسترخاء والراحة الإيجابية بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية ، وعللا المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الدقيقة للاعب .

**10-6** على المدرب التأكد من عدم استعمال اللاعب للمنشطات المحرمة دوليا : لأنها تجعل اللاعب يبذل جهدا أكبر من حدود قدراته الطبيعية مما يضر بصحته ، وخاصة بجهازه العصبي و العضلي ، وبالتالي يكون أكثر عرضة للإصابة.

**11-6** الإلمام بالإصابات الرياضية : والتصرف السليم حيال الإصابات المختلفة لحظة حدوثها والإلمام بقواعد الأمن والسلامة في الرياضة التي يدرها ويشرف عليها

خلاصة :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الإصابات الرياضية وأنواعها وأعراضها وطرق العلاج بالإضافة إلى أهم القواعد الأساسية التي يمكن استعمالها في علاج الإصابات الرياضي التي يتعرض إليها معظم اللاعبين سواء كانت في التدريبات أو المنافسات الرياضية كما تطرقنا إلى أهم طرق ووسائل التي يمكن أن تستعمل قبل التدريبات ، وذلك لتجنب الإصابات الرياضية حتى لا تؤثر على الجانب الصحي والمستوى الرياضي للاعبين .

**الجانب التطبيقي**

# الفصل الثالث :

## الإجراءات المنهجية للبحث

## 1- الدراسة الاستطلاعية:

\*إن الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الهامة المتبعة في البحث العلمي حيث يهدف الباحث من خلالها إلى استكشاف الظاهرة الراد دراستها في الواقع بغية التعمق و التقرب أكثر من الموضوع كما تسمح بجمع معلومات أكثر عن حالات البحث و عن الموضوع ، وبناءا على هذا وبعد إلمانا بالجوانب المتعلقة بالجانب النظري ، بدأنا البحث عن الحالات المناسبة لموضوعنا ألا وهو الأثر النفسي للإصابة الرياضية على لاعبي كرة اليد (أكابر رجال) ومن خلال الزيارات المتكررة تارة في الملعب و تارة في المنزل السكني و قد تم اختيارنا أربع ، حالات حالتين تم توجيهنا إليهم من طرف الدكتور ( حشاني رابح ) أستاذ بمعهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية و والحالتين الباقيتين تعرفنا إليهما عن طريق البحث والتحري عن اللاعبين المصابين في كرة اليد للموسم الرياضي 2019/2018 .

## 2- منهج البحث:

**المنهج الوصفي :** يهدف هذا المنهج إلى جمع البيانات و أوصاف دقيقة علمية للظواهر الاجتماعية في وضعها الراهن، و إلى دراسة العلاقات التي توجد بين الظواهر الاجتماعية و من أهم طرق المنهج الوصفي الملاحظات العلمية التي تعتبر موردا خصبا للحصول على معلومات و بيانات دقيقة .

في هذا المنهج يهتم الباحث بدراسة الوضع الحالي للظاهرة التي لا بد أن توفر للباحث أوصاف دقيقة للظاهرة التي يدرسها قبل أن يشرع في الدراسة الفعلية التي تتطلب تطبيق وسائل دقيقة لتسجيل و تحديد الملاحظات.

والبحث الوصفي لا يقف عند حد تجميع البيانات و تبويبها و جدولتها، أي مجرد التوصل إلى الحقائق و الحصول عليها، لكنه يتضمن قدرا من التفسير لهذه البيانات، أي محاولة ربط الوصف بالمقارنة و التفسير، وبذلك يمكن القول أن الدراسة الوصفية تسعى إلى صياغة مبادئ هامة و التوصل إلى حل المشاكل.

وتتم الدراسة الوصفية بتحديد الظروف و العلاقات التي توجد بين الوقائع و المظاهر كما تهتم بتحديد الممارسات الشائعة و التعرف على الاتجاهات و الميول و الآراء و المعتقدات عند الأفراد و الجماعات و

طريقة نموها وتطورها، كم تهتم أيضا بدراسة الظروف الاجتماعية و السياسية و الاقتصادية و الرياضية وغيرها في جماعة معينة أو في مجتمع معين (محمد حسن علاوي، اسامة كامل راتب، 1999، ص 217)

### 3- مجتمع و عينة البحث:

#### 3-1. مجتمع البحث :

من الناحية الاصطلاحية " هو تلك المجموعة الأصلية التي تؤخذ من العينة و قد تكون هذه المجموعة: مدارس فرق، تلاميذ، سكان، أو أي وحدات أخرى". (محمد نصر الدين رضوان 2003، ص14) وهي كذلك " مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجري عليها البحث أو التقصي ".  
ويطلق على المجتمع الإحصائي اسم العلم و يمكن تحديده على أنه كل الأشياء التي تمتلك الخصائص أو سمات قابلة للملاحظة و القياس و التحليل الإحصائي. (موريس آنجرس ، 2004، ص67 . )  
ومجتمع بحثنا هنا يتمثل في لاعبي مجموعة الأندية بولاية بسكرة و التي تلعب كرة اليد المنخرطة في الرابطة الوطنية لكرة اليد، صنف الأكاير .

#### 3-2. عينة البحث :

باعتبار العينة هي جزء مهم في أي دراسة ميدانية نجد أن مفهومها " هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية ، وهي تعتبر جزء مهم من الكل ، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجري عليها الدراسة" (رشيد زرواتي 2002، ص191)  
و تعرف أيضا على: " أنها جزء من كل أو بعض من المجتمع" (رشيد زرواتي 2007، ص334).  
و"العينة هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزءا من الكل بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على إن تكون ممثلة لمجتمع البحث". (محمد حسن علاوي ، اسامة كامل راتب 1999، ص 143 )

أما عينة الدراسة فتمثلت في 4 لاعبين كرة اليد يلعبون في نوادي كرة اليد ولاية بسكرة ، سبق و أن اصيبوا خلال المقابلات التي تجرى في الرابطة الوطنية لكرة اليد . حيث كانت أول خطوة هي التحدث

إلى مع المفحوصين و إفهامهم ما نهدف إليه من بحثنا ، وبعدها قمنا معهم بالمقابلة و تطبيق اختبار " هاملتون".

و هذه بعض خصائص الحالات المدروسة :

1. الحالات الأربع من ولاية بسكرة.

2. يتراوح سن الحالات الأربعة ما بين 23 / 33 سنة.

3. ثلاث حالات يحملون شهادة جامعية و الآخر له مستوى ثانوي.

4- مجالات البحث :

4-1. المجال المكاني :

اجريت المقابلة بولاية بسكرة ، وبالضبط تم الاتصال بهؤلاء اللاعبين في منازلهم لسهولة التواصل معهم ، و أخذ الاجابات بطريقة سلسلة و موضوعية .

4-2. المجال الزمني :

لقد تم صياغة اسئلة المقابلة خلال المدة الزمنية من 15 فيفري الى غاية 1 مارس 2019

أما الجانب التطبيقي للمقابلة فتم بتاريخ 20 أبريل الى غاية 03 ماي أي قبل شهر رمضان الكريم لتجنب مشاق هذا الشهر الفضيل ، وتزامن توقيت المقابلة مع انتهاء الموسم الرياضي لكرة اليد حيث يعرف هذا التوقيت ، مجموعة من الاصابات نظرا لكثرة اللقاءات و النقص البدني .

5. أدوات البحث :

5-1. المقابلة النصف موجهة:

هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيها المختص النفسي جمع أكبر قدر من المعلومات أو البيانات الموضوعية عن شخص آخر هو المفحوص حيث تكون الأسئلة المغلقة و المفتوحة لتعطي الحرية



للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى و الطلب من المستجيب المزيد من التوضيح . (حسن مصطفى عبد المعطي ، بدون سنة ، ص 141 )

5-2. تعريف سلم هاملتون :

يعرف على أنه إجراء منظم لقياس سمة ما من خلال عينة من السلوك ، وقد قمنا باستخدام سلم هاملتون بما أنه أحد المقاييس المستخدمة لتقييم الشخصية لقياس القلق لدى الأفراد بمختلف الدرجات و قد وضعه ماكس هاملتون سنة 1959 و هو عبارة عن مقياس يتكون من 90 (سؤال) تقيس 09 محاور هي :

1. محور الإهتمام بالجسم 1 ، 12 ، 4 ، 27 ، 40 ، 42 ، 48 ، 52 ، 53 ، 56 ، 58.

2 محور الاستحواذ القهري: 3، 9 ، 10، 28، 38 ، 45 ، 46 ، 51 ، 55 ، 65.

3 محورا لحساسية الذاتية: 6 ، 21 ، 34 ، 36 ، 41 ، 61 ، 69 ، 73.

4 محور الاكتئاب: 5، 14 ، 15 ، 20 ، 22 ، 26 ، 29 ، 30 ، 31، 32 ، 54 ، 71 ، 79.

5 محورا لقلق: 2، 17 ، 23 ، 23 ، 33 ، 39 ، 57 ، 72 ، 78 ، 80 ، 86.

6 محور العدوانية: 11 ، 24 ، 63 ، 74 ، 8.

7 محور قلق الفوبيا: 13، 2 ، 47 ، 50 ، 70 ، 75 ، 82.

8 محور الأفكار الهذائية ، 8 ، 18 ، 43 ، 68 ، 76 ، 83.

9 محور العلامات الذهانية : 7، 16، 35 ، 62 ، 77 ، 84 ، 85 ، 87 ، 88 ، 90

وللعميل حرية اختيار خمس إجابات أو احتمالات و هي :

(1) ليس على الإطلاق: 0.

(2) قليلا نوعا ما: 1.

(3) متوسط: 2.

4) كثير نوعا ما: 3.

5) بكثرة: 4.

بعد تطبيق السلم نقوم بحساب معدل كل محور ثم تظهر النتائج التي تسمح لنا بوضع منحنى بياني لذلك المفحوص نستطيع من خلاله معرفة معدل كل محور و بهذا فإن السلم هذا سوف يسمح لنا باكتشاف عدة خصائص و جوانب من شخصية المريض و انفعالاته ، و ردود أفعاله ، لقد تم تطبيق السلم بطرح الأسئلة من طرفنا و قد تم إعطاء المفحوصين السلم على شكل استبيان .

#### 7- الأساليب الإحصائية المستعملة :

تم استخدام برنامج SPSS في نسخته الأخيرة .

# **الفصل الرابع :**

**عرض وتحليل نتائج**

**البحث**

عرض وتحليل نتائج المقابلة :

### 1-الحالة الاولى:

أ. تقديم الحالة:

.الإسم و اللقب: ح. الطاهر . المستوى الدراسي: حامل شهادة الليسانس في الحقوق

.الجنس: ذكر . الرتبة في العائلة:الثاني

.السن: 29 سنة . المستوى الاقتصادي:متوسط

. نوع الإصابة التي حدثت لك: كسر في ساعد اليد

### ب- ملخص المقابلة:

عندما قصدنا الملعب البلدي لاتحاد بسكرة وجدنا السيد (ح) جالسا في مقعد الاحتياط ينظر إلى زملائه في الفريق وهم يتدربون في الملعب وعندما قدمنا أنفسنا فرح كثيرا ورحب بنا بكل حفاوة وقمنا بطرح بعض الأسئلة فحدثنا أولا عن فريقه وإنجازاته التي أنجزها مع هذا الفريق وعبر لما عن حبه الكبير لهذه اللعبة و تعلقه بها، وعند معرفته السبب الرئيسي لقدمنا قال لنا "جابكم ربي..جيتوني في الوقت المناسب" عبر عن توتره الشديد وإحساسه بالقلق الدائم ويبحث عن حل و قال لنا " لما أصبت لم يهتم أحدا لحالي وبقيت جالسا في مقعد الاحتياط" ، ولديه الرغبة في العودة مجددا إلى الميدان من اجل تحقيق المزيد من الانجازات مع فريقه ،فقد تحدث عن أسباب إصابته ونسب ذلك إلى عدم التحضير الجيد ، وبين لنا كيف أن القوانين لا تحمي اللاعبين من الإصابات الخطيرة وان التدريب في الآونة الأخيرة اثر على حالته مما ساعد على إصابته في ساعد اليد ، و أخبرنا عن علاقته بمدربه وكيف هي طباعه القاسية و الجافة في التعامل خاصة مع أمثاله من المصابين ، ولقد بين لنا كيف أصيب في مقابلة من المقابلات الساخنة حيث تعثر و أصيب اصابة مباشرة بكسر في ساعد اليد ولما سالناه عن دور مدربه أثناء حدوث هذه الاصابة قال لنا "كان دور مدربي إسعاف إصابتي في وقتها فقط" ، و دخل إلى المستشفى لعلاج إصابته والى حد ألان وهو يداوم على ذلك لمعاينة إصابته ومدى شفائها .

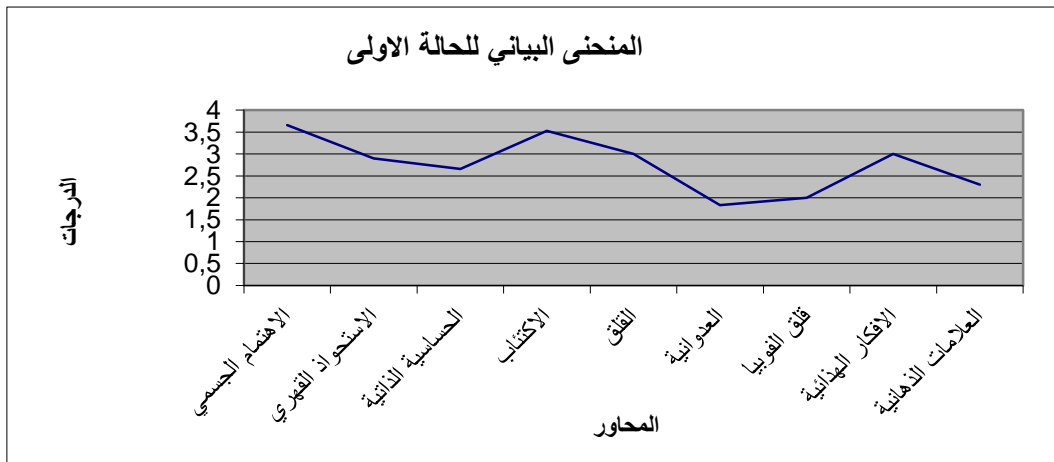
ج- تحليل المقابلة:

من خلال معطيات المقابلة مع المفحوص تتوضح لنا الرؤية أن حياته الرياضية مليئة بأجواء الروتين الغير مريح بالنسبة لحالته، وما يعانيه من جراء الإصابة ، جراء الإهمال وعدم الاكتراث لحالته وهذا استنادا لقوله " لما أصبت لم يهتم أحدا لحالي وبقيت جالسا في مقعد الاحتياط" وفي مجال التفريغ الانفعالي أصبح لا يذهب إلى المقهى الرياضي كعادته بعذر إصابته التي لم تتركه يتنقل بكل راحة ، كما انه يعاني من وجود أعراض نفسية ناتجة عن الإصابة

د- نتائج وتحليل الاختبار:

المحاور	الأهتمام بالجسم	الإستحواذ القهري	الحساسية الذاتية	الإكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	الأفكار الهذائية	العلامات الذهانية
درجات	3.66	2.9	2.66	2.53	3	1.83	2	3	2.3

جدول رقم 01 يمثل نتائج الحالة الاولى



هـ - تحليل الاختبار:

من خلال سلم هاميلتون يتضح أن الحالة يعاني من عدم استقرار نفسي يتجلى في ارتفاع درجات بعض المحاور وهي الاهتمام الجسمي والقلق، الأفكار الهذائية، الحساسية الذاتية حيث إن محور الاهتمام الجسمي سجل أعلى درجاته 3.66 وذلك مما يخشاه على مستوى قوامه وما آل إليه وتليها نسبة 3 سجلت على مستوى محوري الأفكار الهذائية والقلق وهو ما يدل على وجود أفكار سلبية مع ذاتها بشحنة قلق مرتفعة تترجم من العلاقة الموجودة بينه وبين أفراد فريقه المتدهورة وارتفاع درجة الاستحواذ القهري 2.9 مما يدل على أفكار استحواذية في ذهن المفحوص سيطرت على تفكيره وأثرت على حالته النفسية من بينها العجز عن متابعة التدريبات مما يعكس نظرة الآخرين إليه بأنه يصبح عالة ومشكلة عليهم وعلى الفريق.

## 2- الحالة الثانية:

### 1- تقديم الحالة:

. الاسم و اللقب : ح. عبد الناصر . المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي

. الجنس: ذكر . الرتبة في العائلة: الثالث

. السن: 23 . المستوى الاقتصادي: ميسور الحال

. نوع الإصابة التي حدثت لك: كسر عظم الساعد الأيمن

### ب- ملخص المقابلة:

فتح لنا أبوه الباب استقبلنا بكل حفاوة لما عرف سبب مجيئنا ثم قابلنا صابر وهو مندهش قليلا و مستغرب ، عرفناه بأنفسنا وذكرنا له السبب لقدومنا إليه وكان سعيدا بذلك وفي نفس الوقت حزين بعض الشيء لعدم زيارة أفراد فريقه له سوى واحد أو اثنان حيث قال لنا "هذي ثاني مرة زارني فيها واحد بعد إصابتي " ولكن لم يمنع كل هذا من الكلام عن مشاكله حيث قال "اول مرة يقصدني شخص ويطلب مني هذا و كل ماعليا نعاونكم بيه ونخدمكم في كاش حاجة " وتحدث بعدها لنا عن أسباب إصابته وكيفية حدوثها وعن عدم تكفل إدارة فريقه ماديا أو معنويا وخاصة ماديا لان مستواه الاقتصادي متوسط وميسور الحال وتعامل بعض أفراد فريقه بجفاء وسخرية على انه هو سبب إصابته كما قال "ماهمش مراعين ليا خلاص" وانه لايحتمل المكوث في البيت فيخرج الى الشارع ويقول "نتفس شوبا هوى ونخرج من هذه الحبسة " كل هذا أدى إلى حالة من الاكتئاب والقلق والتوتر على حاله حتى في نومه ويراوده نفس الحلم على حد قوله "لنحس روحي مشلول ومانقدرش نتحرك ولا نمشي " كما إن هناك عدم تفاهم مع مدرسه لمعاملته القاسية له ولزملائه والصرامة في معاملتهم "

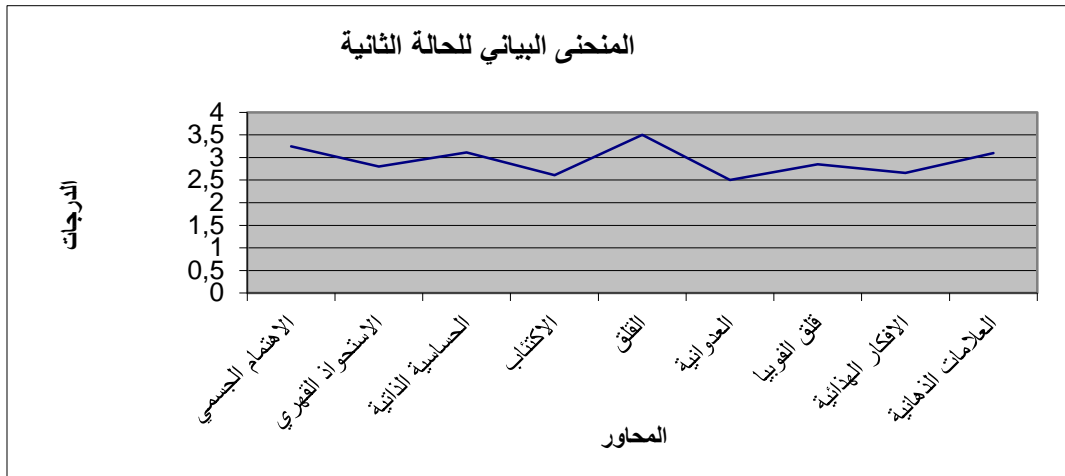
ج-تحليل محتوى المقابلة:

من خلال معطيات المقابلة مع المفحوص نجد أن حياته الرياضية مليئة بالضغط والتوتر والخرج من إصابته خاصة مع افرء فريقه وإدارته الغير مبالية بحالته، وهذا الإهمال جعله يشعر بالتقصير و التقزيم لذاته أمام الفريق، وحتى في مجال التفرغ الانفعالي ، نجده كتوما بدافع الوحدة والانعزال عن فريقه وأصدقائه، وفي إطار علاقته مع ناديه وبحكم تسلط مدربه ومعاملته السيئة تجاهه وزملائه، أصبح لا يفيدهم في تحقيق نتائج جيدة.

د-نتائج وتحليل الاختبار:

المحاور	الإهتمام بالجسم	الإستحواذ القهري	الحساسية الذاتية	الإكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفويا	الأفكار الهدائية	العلامات الذهانية
درجات	3.25	2.8	3.11	2.61	3.5	2.5	2.85	2.66	3.1

جدول رقم 02 يمثل نتائج الحالة الثانية





هـ- تحليل الاختبار: من خلال نتائج سلم هاملتون يتضح إن الحالة يعاني من عدم استقرار نفسي واضح من خلال ارتفاع درجات بعض المحاور إن لم نقل معظمها مثل: الاهتمام الجسمي، الحساسية الذاتية، قلق، علامات ذهانية ، قلق الفوبيا .

أعلى درجة كانت لمحور القلق 3.5، وهي متجهة نحو صورته الجسمية الذي هو غير متقبل لها ويمكن أن يكون العامل الرئيسي في ارتفاع درجته هو حدة التوتر الدائم على وضعه الراهن أما صورة الجسم فتقدر ب3.25 مرتفعة وهو أمرا غير طبيعي لصغر سن الحالة وطول مدة الشفاء وهو يخشى أن يكون وضعه هذا هو موضع شفقة أمام أفراد فريقه وعائلته وأصدقائه وتليها درجة العلامات الذهانية التي تقدر ب3.11 وذلك لعدم ثقته في نفسه وقدراته المكبوتة في داخله مما يدفعه إلى تفادي الآخرين وعدم الاحتكاك بهم ، أي اللجوء إلى العزلة والانطواء وتقوقعه على نفسه ، مما أدى بالحالة إلى وقوعه في صراع حاد وقلق دائم على وضعه أدى بدوره إلى ارتفاع درجات العلامات الذهانية والاكتئاب قلق الفوبيا

### 3- الحالة الثالثة:

1. تقديم الحالة :

. الاسم و اللقب : ب. بو ذراع . المستوى الدراسي: حامل شهادة الليسانس  
في ( ت ، ب ، ر) و أستاذ في اكاديمية

. الجنس: ذكر . الرتبة في العائلة: الثالث

. السن: 33 سنة . المستوى الاقتصادي: ميسور الحال

. نوع الإصابة التي حدثت لك: تمزق عضلة الفخذ الامامية

ب- ملخص المقابلة:

تعرفنا على حاله من خلال أحد لاعبي كرة اليد القدماء بنادي اتحاد بسكرة لكرة اليد ، وعندما ذهبنا اليه وجدناه في منزله وكان ترحيبه كبيرا وعرفناه بأنفسنا وقال لنا "إنشاء الله تنجحوا في قرايتكم دائما" وكان في كلامه بالمزاح الذي لا ينقطع وكلما طرحنا عليه سؤال أجابنا بكل صراحة وبدون تحفظ وقال "لو كان إذا متكلمتس هكذا ونضحك ونمزح يمر علي النهار ثقيل "وعندما سألناه عن فترة ممارسته لكرة اليد قال لنا "مارست كرة اليد منذ كنت في المرحلة المتوسطة في السنة السابعة تحديدا وكان عمري آنذاك 13 سنة وانضمت إلى فريقي هذا وأصبحت لاعبا أساسيا فيه والعب كل المباريات وقد تعرضت إلى عدة إصابات أخرى وكان آخرها هذه الإصابة التي تعرضت لها خلال تنزلت على رجل واحدة وبشكل خاطئ فتمزقت عضلة الفخذ الأمامية وكان الألم لا يحتمل ومن بين أحاديثه عن إصابته وكيفية حدوثها لاحظنا أن هناك علامات توحى لنا بأنه متفائل من عودته القريبة إلى الميدان وفي نفس الوقت خوفه من عدم مزاوله كرة اليد مرة أخرى لصعوبتها وخطورتها وقال لنا "أن تدخل طبيب الفريق كان طبييا بحتا لم يتعامل معي أو يحاول تهدئي أو التقليل من روعي بسبب ما سببته الإصابة وقتها.

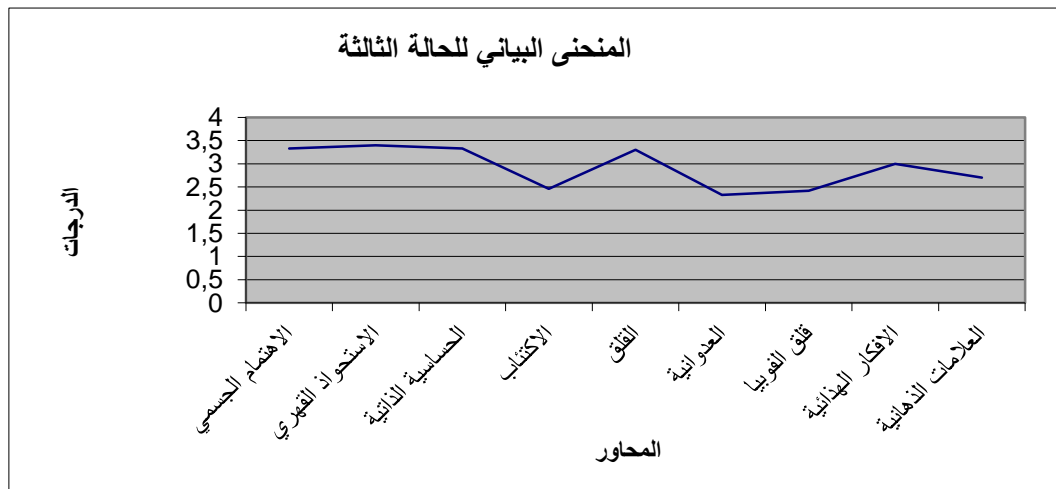
ج- تحليل المقابلة:

من خلال مقابلتنا للحالة لاحظنا روح التحدي والمثابرة من اجل العودة السريعة إلى ساحة اللعب واثبات قدراته المهارية رغم ما تعرض له من مشاكل في مهنته بسبب الانقطاع المستمر والطويل عن مزاولته لها بسبب الإصابة ورغم صموده إلا انه يعاني في الوقت الراهن من ظروف صعبة تتمثل في عدم قدرته على المشي خاصة كثرة الوقوف لصعوبة الإصابة ومكانها المهم كما انه اخبرنا أن زملاءه لا يزورونه دائما وخاصة المدرب لأنه متسلط على حسب قوله ولا يتسامح مع الغيابات وفي الإصابة و يستهزئ بهم كما يقول "يظن المدرب أن الاستهزاء يولد شحنة ايجابية تساعد على شفاء المصابين نفسيا "وأكد لنا أن نقص اهتمام الفريق له ساعد في زيادة الضغوط النفسية عليه وأصبح يفكر على انه غير مهم في الفريق فكان أحيانا يجب العزلة والبقاء وحيدا مما جعل القلق لديه يتفاقم احيانا.

د- نتائج وتحليل الاختبار:

المحاور	الأهتمام بالجسم	الإستحواذ القهري	الحساسية الذاتية	الإكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفوبيا	الأفكار الهذائية	العلامات الذهانية
درجات	3.33	3.4	3.33	2.46	3.3	2.33	2.42	3	2.7

الجدول رقم 3 يمثل نتائج الحالة الثالثة



هـ- تحليل الاختبار:

من خلال سلم هاملتون لتقدير القلق يتضح ان الحالة يعاني من عدم استقرار نفسي واضح لارتفاع اغلب درجات محاور السلم : الاهتمام بالجسم، الاستحواذ القهري، الحساسية الذاتية، القلق، الافكارالهذائية . وذلك بتسجيل اعلى درجاته على محاور الاستحواذ القهري 3.4 وجود افكار في ذهن المفحوص سيطرت على تفكيره بانه اصبح عاجزا ولم يعد له قيمة بسبب الاصابة وتدهور حالته وهبوط لياقته البدنية لتوقفه عن التدريب كما سجلنا درجة 3.33 على محاور الاهتمام بالجسم والحساسية الذاتية وهو امر طبيعي نظرا لوضعه نتيجة لانعدام الثقة في المحيطين به وما يتعرض له على مستوى فريقه ولياقته البدنية من هبوط وركود ليؤدي بدوره إلى ارتفاع درجة القلق 3.33 نتيجة لانعدام الراحة والخوف من نتيجة علاجه وشفائه وارتفاع قلق الفوبيا لوجود مخاوف من فصله من مهنته بسبب طول الغياب عن حصص التدريس في الاكاديمية كما سجلنا ارتفاع محور الاكتئاب 2.46 والعدوانية 2.33 لحزنه الشديد على تباطؤ علاجه كما ان ارتفاع الافكار الذهانية 3 علامة على وجود افكار سلبية تعكس علاقته مع العالم الخارجي.

الحالة الرابعة :

ا. تقديم الحالة:

.الإسم و اللقب: ن.عبد المالك . المستوى الدراسي: ليسانس في الأدب العربي الجنس:

ذكر . الرتبة في العائلة: الأول.

. السن: 27 سنة . المستوى الاقتصادي: متوسط.

. نوع الإصابة التي حدثت له: تمزق العضلة الخلفية للفخذ .

ب- ملخص المقابلة مع الحالة :

توجهنا إلى منزل الحالة وكان جالسا قرب منزله على كرسي وعندما اقتربنا منه تفاجأ قليلا لما رأنا ثم طلب منا الجلوس ورحب بنا وكانت علامات الارتياح بادية على وجهه لما عرف لما أتينا لأجله أحب الموضوع كثيرا رغم زيارتنا المفاجئة وسرد لنا قصته مع الكرة وعن مدى حبه لها أي لعبة كرة اليد ووضح لنا لماذا اختار هذه اللعبة الجميلة والصعبة في نفس الوقت وبدأ يروي إنجازاته مع فريقه ومدى تفوقه وخاصة انه من ابرز اللاعبين البارزين في الفريق وصرح لنا انه عندما أصيب أنحدر مستوى فريقه لأنه ترك فراغا كبيرا في الفريق كما استبدلوه بلاعب صغير السن وليس له خبرة وقال لنا "كرة اليد هي كل حياتي في هذي الدنيا " وبين لنا علاقته مع زملائه في الفريق كيف كانت حسنة ورائعة لولا الإصابة فأصبح بسببها كثير التذمر وصعب المزاج أحيانا ولا يرتاح لهم عند زيارتهم له بسبب نظرات السخرية والحسد كما قال: "من بعض الحساد من فريقي" ومن خلال حديثه توضح لنا كيف أن علاقته مع مدربه ليست على ما يرام بسبب تسلط مدربه وعدم اكتراثه له ولفريقه ، وأما بالنسبة لطبيب الفريق فإنه على حساب تعبيره قليل الحضور وإذا حضر لا ينفعهم حتى بالنصائح وفي المباريات تتكفل الحماية بإسعافهم ونقلهم إلى المستشفى ،وما أصابه من جراء الإصابة يفرغ انفعالاته في التلفاز كل يوم ولفترات طويلة.

ج-تحليل المقابلة :

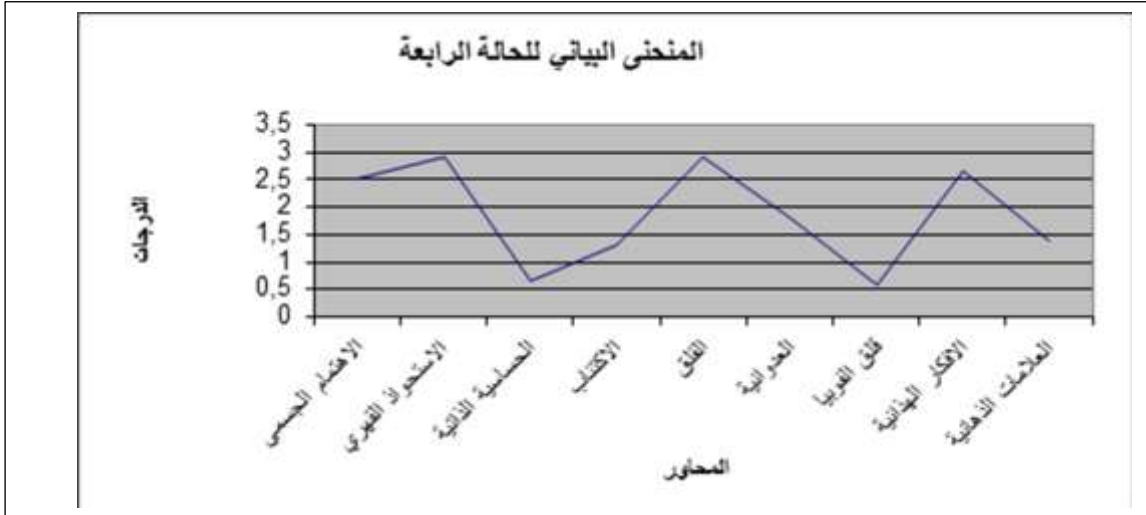
من خلال مقابلتنا للحالة لاحظنا روح التحدي والمثابرة من أجل الرجوع إلى الميدان وإلى ممارسة اللعبة التي يعشقها وإلى مكانته كلاعب أساسي في فريقه وإثبات وجوده، ورغم صموده إلا أنه يعاني في هذا الوقت من ظروف صحية تتمثل في إصابته الصعبة ومن الوحدة وعدم المبالاة والاهتمام من طرف فريقه له، الذي ساهم بقسط كبير في إنجازات فريقه، حيث عبر على أنه لاعب مهم في فريقه وعلى حساب قوله "عندما أصبت انحدر مستوى فريقي كوني وبخصوص علاقته بزملائه في الفريق بها نوع من التشاحن و الحسد من بعضهم البعض حيث قال " من بعض الحساد من فريقي " و هذا يدل على سوء العلاقة بينه وبين زملائه و يكون قلقا و عصبيا نوعا ما عند زيارتهم له وتكون نظراتهم التي فيها بعض السخرية .

و نجد علاقته بمدربه ليست على ما يرام بسبب تسلطه و عدم مبالاته بإصابته و مما لاحظناه من مقابلتنا هذه أن الطبيب لا يلعب دوره أحيانا و غير مبالي و لا يمارس عمله بكل مهنية و هذا يؤثر على حالة اللاعبين المصابين جسديا و نفسيا و هذا ما زاد توتره من حالته الصحية وشعوره بالعجز و قلقه على حالته مما يفقده توازنه و تماسكه و هذا ما جعل القلق لديه يتفاقم.

د . نتائج وتحليل الاختبار

المحاور	الإهتمام بالجسم	الإستحواذ القهري	الحساسية الذاتية	الإكتئاب	القلق	العدوانية	قلق الفويا	الأفكار الهدائية	العلامات الذهانية
درجات	2.5	2.9	0.66	1.30	2.9	1.83	0.57	2.66	1.4

جدول رقم 4 يمثل نتائج الحالة الرابعة



#### هـ . تحليل الاختبار :

يظهر من خلال سلم هاميلتون أن الحالة يعاني من عدم استقرار نفسي نسبي من خلال ارتفاع درجات بعض المحاور منها الاستحواذ القهري ، و الاهتمام بالجسم ، القلق ، الافكار الذهانية ، حيث سجلت أعلى درجة بمحور الافكار الهذائية 2.66 و ذلك جراء انعدام الثقة في الآخرين و خاصة في أفراد الفريق و ذلك لإبتعاده عنهم و عن التدريب و الميدان ، مما أدى الى ارتفاع درجة الاستحواذ القهري 2.9 لوجود أفكار خاصة سيطرت على ذهن المفحوص ، كما سجلنا درجة 2.5 على محور الاهتمام بالجسم و ذلك دليل على عدم الشعور بالامان نظرا للإهمال و الامبالاة من طرف زملائه و طاقم فريقه، مما دفعه الى تجنب الآخرين و التركيز على المكوث في البيت لساعات طويلة و مشاهدة التلفاز.

**الفصل الخامس:**  
**مناقشة وتفسير نتائج**  
**البحث**



## 1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

### 1-1. مناقشة وتفسير نتائج الحالة الأولى :

من خلال المقابلة والاختبار نجد أن الحالة كانت له ممارسة عادية للعبة كرة اليد يتخللها بعض الإصابات الخفيفة مع فريقه ولكنه أصبح يعاني من مشاكل عدة ويظهر لديه قلق حسب ما سجلناه من معطيات المقابلة النصف موجهة والملاحظة المباشرة من طريقة كلامه خاصة عند تعرضه لهذه الإصابة و تواجد الدائم في مقعد الاحتياط على حد قوله ، وتلك الأفكار الغير مريحة عن وضعيته الصحية وهذا الشعور بالنقص يترجم حسب تعويضه كما يلي (القصور العضوي)؛ ويكون هذا القصور إما ناتج عن عدم استكمال العضو أو توقفه عن النمو أو عدم الكفاية الوظيفية والتشريحية لهذا العضو أي: قصور لأي عضو لدى الإنسان إنما يؤثر بالنتيجة على حالته النفسية ويشعره بالدونية والتحقير والشعور بالنقص ). (فوزي محمد جبل 2000.ص64)

ولهذا سجلت أعلى نسبة لمحور الاهتمام الجسمي ، كما تبين أن الحالة لديه عدم القدرة على التفريغ الانفعالي والكبت المستمر لكل ما يؤثره وما يسمعه من إساءة ، وهذا ما أثبتته نتائج سلم هاميلتون من خلال ارتفاع محوري القلق و الأفكار الهدائية مما يفسر تعرض المفحوص للضغط من طرف فريقه و عتاب مستمر و الذي كان سبب مؤثر حسب هيلجار" إن القلق يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر و الاهتمام الزائد و عدم الراحة أو الاستقرار و عدم سهولة الحياة الداخلية ". ( جودت بني جابر، 2002،ص325)

كما أن الحالة يعاني من تأنيب الضمير وعدم الرضي وإلقاء اللوم نتيجة لعدم قدرته على متابعة التدريب كلاعب أساسي في فريقه وبين متابعة العلاج الصحيح لإصابته، كما أن الحالة تولدت لديه أفكار غير منطقية نوعا ما في تأقلمه مستقبلا مما أدى إلى ارتفاع محور الاستحواذ القهري ويفسر خوفه من فقدان دوره ومركزه داخل الفريق مما اثر سلبا على حياته وطريقة تفكيره حيث يعرف الخوف انه "هو ذلك الشعور المتوحش من موضوع ما أو شخص والذي لايمكن ضبطه أو السيطرة عليه ومن ابرز الأعراض المشاهدة فيه القلق والعصبية . (حامد عبد السلام زهران 1995.ص29).

من المقابلة والملاحظة المباشرة للحالة ونتائج سلم هاملتون لتقدير القلق اتضح أن الحالة يعاني من قلق أثناء مكوثه في الاحتياط ونظرات العتاب واللوم مع إدارته والضغوطات النفسية نتيجة عدم قدرته على البوح بما يختلجه ويشتكى منه وعدم التكفل اللازم سواء ماديا أو معنويا و هذا مما أدى الى وجود انعكاس للإصابة التي تعرض لها و المتمثلة في الاضطراب العصبي (القلق) و هذا ما يثبت صحة المفروض.

### 1-2. مناقشة وتفسير نتائج الحالة الثانية :

من خلال مقابلتنا وملاحظتنا للحالة تبين أنها تعاني من قلق وفقدان الأمان والاستقرار والشعور الدائم بالخطر، وما أثبتته نتائج سلم هاملتون بارتفاع القلق الى 3.5 ، وماظهر على الحالة من أعراض كالتوتر والخجل وخوف نظرا لصغر سنه، فحسب ماسرمان "القلق من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات ودوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف "وحسب هيلجارد "القلق هو حالة من توقع الشر والخطر وعدم الراحة والاستقرار". (جودة بن جابر سعيد عبد العزيز2002.ص324.325). وهذا ما يؤكد ارتفاع محور الاهتمام الجسمي ب3.25 مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الحساسية 3.11 ليجعل الحالة يعاني من نقص خبرة في معاملة الناس وثبت هذا من خلال ارتفاع محور الافكار الهذائية 3.1 ويظهر عدم ثقته في الآخرين، نجد محور قلق الفوبيا في ارتفاع بنسبة 2.85 كما لوحظ ارتفاع محور الاستحواذ القهري بنسبة 2.8 وهذا ما يظهر بوضوح انشغال المفحوص بالتفكير وإعادة كذا كلما أراد انجاز عمل أو مراجعة دروسه أو إبداء رأيه وهذا ما ساهم في زيادة حدة قلق المفحوص وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها من المقابلة والملاحظات العامة ونتائج سلم هاملتون لتقدير القلق تبين أن مكوثه بالبيت وانقطاعه عن التدريب وممارسة كرة اليد التي تعد الهواية المحبوبة للمفحوص، دون اكتراث إدارة فريقه لوضعيته وما تعرض له، حيث نشأ لديه نوع من الاضطراب الانفعالي وهو القلق بنسبة كبيرة وهذا ما أثبتته الفروض.

### 1-3. مناقشة وتفسير نتائج الحالة الثالثة :

من خلال ما نتج عن تطبيق اختبار سلم هاملتون ومن خلال ما ورد عن الحالة تبين لنا انه عاش مشوارا كرويا عادي ولكن ينقصه الاهتمام والرعاية لانه ذكر كيف ان فريقه لم يعتني به حتى ولو بالكلام وتشجيعه، مما نتج لديه قلق زائد مرتبط باهتمام كبير للغير وما يجول بأذهانهم وما سيقولون عن إصابته ومدى قدرته على العودة السريعة للميدان الرياضي او عمله.

ونجد المفحوص يعاني من مزاج متقلب حيث ان محور الافكار الهذائية سجل 3 مما لاشك فيه فقدانه للثقة التامة في معاملاته مع اقرب الناس اليه كما أكد ، كما ان الحالة يعاني من عدم الراحة في نومه من كوابيس غامضة وهذا ادى الى ارتفاع القلق لديه 3.3 وهذا مايعانيه لاسباب عديدة تمدد طموحاته بالعودة الى الميدان والتدريبات والتعليم ، كما ذكر دافيد شيهان "القلق رد فعل للضغط النفسي او الخطر اى عندما يستطيع الفرد ان يميز بوضوح شيء يهدد امنه وسلامته. (حسن فايد 2001،ص49)

وقد أثبتت النتائج نتيجة متساوية بين الاهتمام بالجسم والحساسية الذاتية 3.33 مما أدى الى نتيجة الاستحواذ القهري بنسبة 3.4 مما يدل على أفكار تراوده مزعجة وغير حقيقية في واقعها وقد لمسنا ذلك في قوله "لا احب الجلوس معهم ومشاطرتهم الأحاديث خاصة عن اللعب والمباريات"، هذا ما يشير لديه خوف من المستقبل المجهول من ان لايعود مرة اخرى لممارسة كرة اليد وعمله ونجد المفحوص قد سُجل قلق الفوبيا لديه 2.42 وارتفاع محور الاكتئاب لقوله "أحب الجلوس وحدي لفترات طويلة" كما سجل محور الانفعالات الذهانية 2.7 من فراغ تام وتفكيره الدائم في حالته الصحية وشكوكه المستمر عن العجز والفشل الناتج عن الإصابة حيث يزيد ذلك من الضغوطات النفسية عليه بالإضافة لعدم أكثرات إدارته وفريقه له والظروف المادية لمعالجة إصابته على نفقته الخاصة كما أثبتته الفروض.

#### 1-4. مناقشة وتفسير نتائج الحالة الرابعة :

من خلال ما تقدم ذكره من معطيات على الحالة الرابعة ، تبين لنا أن المفحوص يهتم بمتابعة أخبار لعبته خاصة في التلفاز بكل إقبال وشغف كبيرين طيلة ساعات كبيرة ، ومن خلال ملاحظتنا لهو من طريقة كلامه تبين لنا أنه يعاني من قلق و فقدان الاستقرار بسبب انعزاله في بيته و شعوره بالتوتر أثناء التفكير الطويل على مستقبله مع فريقه مما أدى إلى ارتفاع درجة الاستحواذ القهري 2.9 و درجة القلق 2.9 و كما يعرف مأمون مبيض "القلق ردود أفعال مزاجية طبيعية عند الإنسان ، و الذي غالبا ما يحدث كردة فعل في مواجهة حال) مأمون مبيض 1995، ص 98)

ومن بين أسباب ارتفاع القلق لديه تحمله مسؤولية نفسه من حيث العلاج و مصاريف ، ونجد أيضا من بين العوامل التي أدت إلى ذلك هي قلقه المستمر على إصابته و على هبوط لياقته بعدها بشكل كبير وهذا سبب ارتفاع محور الاهتمام بالجسم إلى 2.5.

و كما لاحظنا ارتفاع درجة محور الأفكار الهدائية 2.66 وهذا ما أدى إلى نشوء نوع من المزاجية للمفحوص من نوبة اكتئابية و أخرى عدوانية في المعيشة كما ذكر زهران " أن الشعور الذاتي بعدم الراحة و الاضطراب و الملل و عدم الرضي و الحيرة و عدم القدرة على التركيز عندما لاستقرار و سرعة التحركات يشاهد في القلق و الاكتئاب أعراض تناذري مصدرها القلق". ( حامد زهران . بدون سنة ، ص 297)

ولهذا نجد ارتفاعا نسبيا في المحاور التالية، العدوانية 1.89، محور العلامات الذهانية 1.4 ، محور الاكتئاب 1.3 ، فكل هذا يساهم في ارتفاع القلق لدى المفحوص ، و تقييما للحالة و انطلاقا من نتائج سلم هاميلتون المتحصل عليها و المقابلة النصف موجهة و ملاحظتنا اتضح أن المفحوص يعاني من قلق في حالته النفسية الغير مستقرة بين إصابته من جهة و لياقته من جهة أخرى مما اثر على نفسيته ونشأ لديه اضطراب عصابي متمثل في القلق، وهذا ما أثبتته الفرضيات .

## 2- الاستنتاج العام :

من خلال ما سبق من نتائج تطبيق الاختبار من الضروري أن نصل إلى نتيجة عامة و شاملة مرتكزين على نتائج المقابلات مع الحالات الأربعة ، و بعد تحليلها مدعمة بذلك باختبار سلم هاميلتون لتقدير القلق، بالإضافة إلى مقارنة نتائج كل حالة ، و لقد حاولنا من خلال الفرضيات التي قمنا بطرحها و الكشف عن الانعكاس الذي تخلفه الإصابة البدنية الرياضية على لاعبي كرة اليد ، و بعد انتهائنا من دراستنا ثبت أن الحالات الأربعة المدروسة تشترك في التشخيص الإكلينيكي و هذا يثبت وجود انعكاس للإصابة البدنية الرياضية على لاعبي كرة اليد على سمتين أهمهما (القلق) و الشكل الثاني استنتاجا من سلم هاميلتون و تحليل المقابلات النصف موجهة و هو الاكتئاب ، وقد أثبتت المقابلات و اختبار سلم هاميلتون صحة الفرضيات و ذلك بارتفاع معدل القلق إلى حد ما لدى اللاعبين المصابين بدنيا و الذي يظهر من خلال نتائج سلم هاميلتون لتقدير القلق للحالات الأربعة ، ففي الحالة الأولى درجة القلق في اختبار (3)، في الحالة الثانية (3.5)، في الحالة الثالثة (3.3)، و في الحالة الرابعة (2.9)، فحسب الفرضية الأولى القائلة (للإصابات الرياضية انعكاس على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة القلق) و هذا ما تثبته النتائج.

واستنتاجا من سلم هاميلتون و تحليل المقابلات مع الحالات الأربعة نستنتج أن الفرضية القائلة (للإصابات الرياضية انعكاس على لاعبي أكابر كرة اليد من ناحية سمة الاكتئاب) قد ثبتت صحتها من خلال هذه النتائج .

وبهذا تم إثبات كل من الفرضيات الجزئية ، و بالتالي تحقق الفرضية العامة القائلة (للإصابات الرياضية انعكاس على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سمتي (قلق، اكتئاب) )

وهنا نؤكد أن ما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة نسبي لا يمكن أخذه على وجه الإطلاق و لا على وجه التعميم لاعتبارات منها ما يتعلق بسن اللاعبين العمري و أيضا ما يتعلق بسن الممارسة للاعب ( أي عدد سنوات ممارسة كرة اليد ).

### خلاصة عامة:

من خلال دراستنا لموضوع للإصابات الرياضية انعكاس على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سميتي (قلق، اكتئاب ) ، توصلنا الى أن سميتي القلق و الإكتئاب من مخلفات الإصابة البدنية و أن من بين العوامل التي تساهم في ظهور هذه الاضطرابات هي طول مدة شفاء هذه الإصابة و كيفية التعامل مع اللاعبين المصابين من طرف كل المحيطين به خاصة من طاقم الفريق المنتمين إليه اللاعبين المصابين و ذلك لأهمية الإهتمام سواء كان جسميا أو نفسيا في التخفيف من حدة هذه الإضطرابات أو عدم ظهورها أصلا.

و أخيرا يظهر جليا أهمية وجود أخصائي نفسي على مستوى كل الفرق و في كل الأقسام و الدرجات نظرا للدور المهم الذي يلعبه بجانب طبيب الفريق في تحسين الحالة الجسمية و النفسية للاعبين المصابين بدنيا من جراء أخطاء اللعب في المباريات أو التدريبات .

و هذه الدراسة ما هي إلا مساهمة بسيطة و يبقى هذا الموضوع محل دراسة و بحث ، وهنا نفتح المجال لدراسة جوانب أخرى لهذا الموضوع .

### الاقتراحات:

لعل من بين الأسباب التي أدت إلى ظهور انعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سميتي (أفلق، اكتئاب) عدم وجود اهتمام حقيقي بالحالات التي تعاني إصابات بدنية وبما أننا وجدنا انعكاس يأتي على شكل اضطرابات انفعالية تتمثل في اضطراب القلق بدرجة كبيرة، وعليه نفتح المجال لدراسات أخرى خاصة التي تهتم بالناحية النفسية للاعبين المصابين، و نوصي بأن يتطرقوا إلى دراسات أخرى تكشف من خلالها على اضطرابات أخرى، و كذلك يمكن أن يدرسوا دور الأخصائي النفسي داخل الفرق الكروية و أيضا التطرق إلى موضوع علاج الآثار النفسية لدى لاعبي نشاط كرة اليد.

# قائمة المراجع:



المراجع العربية :

- 1- الأزرق بن علو : القلق - ب ط - دار قباء للطباعة والنشر - توزيع القاهرة-2003
- 2- أسامة رياض: "الطب الرياضي وإصابات الملاعب"، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998
- 3- أسامة رياض: "الطب الرياضي وكرة اليد"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999
- 4- أسامة رياض: "الإسعافات الأولية للإصابات اللاعب"، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002
- 5- أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: "الطب الرياضي والعلاج الطبيعي"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة، 1999
- 6- أسامة كامل راتب : قلق المنافسة. ضغوط التدريب - احتراق الرياضي، ط 2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1979
- 7- أسامة كامل راتب : علم النفس الرياضي - ط 2- دار الفكر العربي - القاهرة - 1997
- 8- ألفت حقي : الاضطراب النفسي - ب ط - مركز الإسكندرية للكتاب - 2000
- 9- حياة عياد روفائيل: "إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعى إسعاف"، منشأة المعارف، الإسكندرية
- 10- خطايبية، أكرم زكي: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1996
- 11- الدكتور أسامة كامل راتب: علم النفس الرياضي- ط 2- دار الفكر العربي- القاهرة -1997
- 12- الدكتور حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية - ط 2 عالم الكتب - القاهرة
- 13- الدكتور سامر جميل رضوان: أستاذ مساعد في قسم الصحة النفسية- مذكرة القلق الاجتماعي - دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية- جامعة دمشق- كلية التربية
- 14- الدكتور: عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي- ط 2 - دار العلم للملايين- بيروت
- 15- رابع تركي : أصول التربية والتعليم - ط 2- ديوان المطبوعات الجامعة- الجزائر - 1990
- 16- زكي محمد محمد حسن: الكرة الطائرة (بناء المهارات الفنية و الخططية)، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1998
- 17- ساهرة حنا بولص :الاتصال الرياضي في لعب الكرة اليد ، دار مجدلاوي للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2006
- 18- سيجمون فرويد : الكف العرض والقلق - ط 2- دار الشروق بيروت -1986
- 19- شوري الحافظ : المراهق - الطبعة 2- المؤسسة العربية للدراسات والنشر- 1990
- 20- عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: "موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004
- 21- عبد العزيز الشربيني : كيف تتغلب عن القلق، دار النهضة والنشاط، بيروت، 1985

- 22- علي مصطفى طه : كرة الطائرة (تاريخ-تعليم-تدريب-تحليل-قانون) , دار الفكر العربي , القاهرة.مصر , 1999 فراج عبد الحميد توفيق: "كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين" , ط1, دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر, الإسكندرية, 2004
- 23- فيصل محمد خير الزاد : الأمراض العصبية والاضطرابات السلوكية, دار النهضة , بيروت, 1984
- 24- للدكتور عبد الرحمان العيسوي- موسوعة علم النفس الحديث كلية الآداب -جامعة الإسكندرية- مصر
- 25- محمد حسن العلاوي:"سيكولوجية الإصابة الرياضية", ط1, مركز الكتاب للنشر, القاهرة, 1998
- 26- محمد حسن علاوي : علم النفس الرياضي - الطبعة 8- دار المعارف -- القاهرة - 1992
- 27- محمد حسن علاوي : علم النفس الرياضي - ط3 - دار المعارف - القاهرة- 1992
- 28- محمد عبد الظاهر الطيب:مبادئ الصحة النفسية- دار المعارف الجامعية الإسكندرية-1994
- 29- مصطفى فهمي : علم نفس الإكلينيكي - ب ط -مكتبة مصر — 1967
- 30- جميل نصيف، موسوعة الألعاب الرياضية المفضلة ، ط 1 ، دار الكتب العلمية ، 1993
- 31- مجلة الوحدة الرياضية ، العدد 559 ، 18 مارس 1992 ، الجزائر
- 32- كمال عبد الحميد : الممارسة التطبيقية لكرة اليد ، دار الفكر العربي ، 1997 ،
- 33- جيرد لانجريف ، د. تيواندرت : كرة اليد للناشئين وتلاميذة المدارس ، ط 2 ، دار الفكر العربي ، 1978
- 34- منير جرسى إبراهيم : كرة اليد للجميع ، ط 4 ، دار الفكر العربي ، 1994
- 35- كمال عبد الحميد ، زينب فهمي : كرة اليد للناشئين وتلاميذة المدارس ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1978 ،

المراجع الأجنبية :

- 36- Jean Genety / elisabet brunet .guedj .traumathologie du sport en pratique medicale courant .edition vigot.1991
- 37- e volley ball chez les enfants .f.f.v.b.1986 petit Larousse illustre

**الملاحق:**

أسئلة المقابلة النصف موجهة:

1. معطيات شخصية:

- . الاسم و اللقب: المستوى الدراسي:  
. الجنس: الرتبة في العائلة:  
. السن: المستوى الاقتصادي:

. نوع الإصابة التي حدثت لك؟

2. ممارسة لعبة كرة اليد :

1. متى مارست لعبة كرة اليد ؟ و هل لك وظيفة أخرى؟

2. ما هدف اختيارك لهذه الرياضة؟

3. ماذا تمثل لك رياضة كرة اليد ؟

4. هل أنت لاعب أساسي في فريقك أم احتياطي؟

### 3. المعاملات:

#### 1.3. مع نفس اللاعبين في نفس الفريق:

1. كيف هي علاقتك مع أفراد فريقك؟
2. هل ترى انك عصبي مع أفراد فريقك؟
3. كيف هي علاقتك مع مدريك؟
4. هل يقلقك عندما تجدهم حائرين في أمرك؟

#### 2.3. مع طبيب الفريق:

1. هل هو موجود دائما عند إصابتك مباشرة؟
2. ماذا يفعل لكي يهدئ من روعك أثناء حدوث الإصابة؟
3. هل هو متمكن من مهنته كطبيب؟ و هل تثق فيه؟

### 4. محور الإصابة :

1. ما نوع الإصابة التي تعرضت لها؟ كيف كان تعرضك لها؟
2. متى تعرضت لهذه الإصابة؟ و أين كان ذلك؟
3. ما كان تأثيرها الجسمي عليك؟
4. ما هو تأثيرها النفسي عليك ما بعد الإصابة؟

### 4. في الصحة:

1. كيف تجد صحتك الآن؟
2. هل حدثت لك هذه الإصابة سابقا؟
3. هل أنت مستعد للعودة إلى اللعب بأكبر عزيمة من ذي قبل؟

4. هل دخلت إلى المستشفى في الآونة الأخيرة ؟ ولماذا؟

5. هل تجري فحوصات دورية لدى الأطباء ؟

6. هل استعملت أدوية أو حبوب لاضطراب ما؟

### 5. محور الاكثاب:

1. بعد الإصابة هل ترى العالم اسودا؟

2. هل ترى أن هناك تهميش تجاهك من طرف المجتمع؟

3. هل تميل للجلوس بمفردك؟

4. هل يتكرر لك القلق بدون وجودك للسبب؟

## الملحق(2):

تقديم سلم هاملتون لتقدير القلق:

إلى أي مدى يضايقك مايلي :

- 1- الصداع .
- 2- العصبية الزائدة .
- 3- أفكار غير مرغوب فيها أو أفكار لم تترك ذهنك .
- 4- ضعف أو دوخة .
- 5- فقدان الاهتمام الجنسي .
- 6- الشعور أنك موضع نقد من طرف الآخرين .
- 7-الشعور أن شخص يسير أفكارك .
- 8- الشعور أن الآخرين مسؤولين عن معظم متاعبك .
- 9- الأشجان الصادرة عن تذكر الأشياء .
- 10- أن تكون مشغولا بعدم العناية أو الإهمال .
- 11- الشعور أنك تتضايق بسهولة وتنزعج .
- 12- ألام في القلب أو في الصدر .
- 13- الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة أو من الشارع .
- 14- الشعور بتباطؤ أو انخفاض طاقتك .
- 15- فكرة إنهاء حياتك .
- 16- سماع أصوات لا يسمعها الآخريين .

- 17- الارتعاشات .
- 18- الشعور أن معظم الناس ليسو أهل للثقة .
- 19- ضعف الشهية .
- 20- البكاء بسهولة .
- 21- الشعور بانحراف المزاج أو الخجل من الجنس الآخر .
- 22- الشعور بأنك مقبوض أو داخل مصيدة .
- 23- الخوف فجأة من دون سبب .
- 24- الانفجاريات من الغضب وعدم التحكم فيها .
- 25- الشعور بالخوف عند الخروج من منزلك وحدك .
- 26- لوم نفسك على بعض الأشياء .
- 27- ألام في مؤخرة الظهر .
- 28- الشعور بتوقف في انجاز أعمالك .
- 29- الشعور بالوحدة .
- 30- الشعور بالشذوذ .
- 31- الذعر بخصوص أشياء ما .
- 32- الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء .
- 33- الشعور بالهلع .
- 34- الشعور بأنك تخرج بسهولة .
- 35- الأشخاص الذين يعتمدون أفكارك الداخلية .



- 36- الشعور انك غير مفهوم وينفر منك .
- 37- الشعور أن الآخرين اقل حفاوة منك ولا يحبونك .
- 38- العمل ببطء شديد لتكون أعمالك مضبوطة .
- 39- ضربات قلبك قوية وسريعة .
- 40- غثيان أو تقيء .
- 41- الشعور أنك أقل من الآخرين .
- 42- تألم في عضلاتك .
- 43- الشعور أن الآخرين ينظرون إليك أو يتكلمون عليك .
- 44- صعوبة النوم .
- 45- التحقيق وإعادة التحقيق مما تقوم به .
- 46- الصعوبة في اتخاذ القرارات .
- 47- الرعب في السفر بالحافلات أو القطارات أو الميترات .
- 48- الصعوبة في التنفس .
- 49- نوبات البرد أو الحر .
- 50- تجنب بعض الأشياء أو الأماكن أو الأنشطة لأنها تخيفك .
- 51- أن يصبح عقلك فارغا .
- 52- الإحساس بالوخز أو التخدير في بعض أجزاء جسمك .
- 53- الشعور بانقباض في حنجرتك .
- 54- الشعور بفقدان الأمل في المستقبل .

- 55- الشعور باضطرابات في التركيز .
- 56- الشعور بعدم القدرة في أجزاء جسمك .
- 57- الشعور بالتوتر والانسغاط .
- 58- الشعور بثقل ذراعيك أو رجلك .
- 59- التفكير في الموت .
- 60- الإفراط في الأكل .
- 61- الشعور بالضيق عندما ينظر إليك الناس أو يتحدثون عنك .
- 62- أن تكون لديك أفكار غير أفكارك .
- 63- أن تكون لديك اندفاعات لتضرب أو تجرح أو تصيب الآخرين .
- 64- الاستيقاظ في الصباح الباكر .
- 65- تكرار أفعال مثل: اللمس، العد، الغسل .
- 66- النوم غير المريح أو المضطرب .
- 67- اندفاع للكسر أو رمي الأشياء .
- 68- تكون لديك أفكار أو معتقدات لا يقاسمك فيها الآخرين .
- 69- الشعور بضيق كبير مع الآخرين .
- 70- انحراف المزاج في الزحام مثل الأسواق والسينما .
- 71- بذل مجهود للأداء أي عمل .
- 72- نوبات الرعب أو الفزع .
- 73- الانزعاج من الأكل والشرب في الأماكن العامة .

- 74- الدخول في شجار متكرر .
- 75- أن تكون عصبيا عندما تترك لوحده .
- 76- أن الآخرين لا يثقون في تكاملك .
- 77- الشعور انك وحيد حتى ولو كنت مع الآخرين .
- 78- الشعور أنك ناثر حتى لا تستطيع الثبوت .
- 79- الشعور أنه ليس ل كالا قيمة ضئيلة .
- 80- الشعور أن الأشياء العادية غريبة أو غير حقيقية .
- 81- الخوف من الإغماء وسط عامة من الناس .
- 82- أن تهتف إلى الأشياء ثم تتركها فجأة .
- 83- الشعور أن الآخرين يصفقون عليك إذا سمحت لهم بذلك .
- 84- وجود أفكار عن الجنس تضايقك كثيرا .
- 85- فكرة أنك ستعاقب على خطاياك .
- 86- أن تدفع للقيام بأعمالك .
- 87- فكرة أن هناك شيء خطير أو خاطئ في جسده .
- 88- الإحساس انك لم تكن قريبا لأي شخص .
- 89- الشعور بالتأنيب .
- 90- فكرة أن هناك شيء خاطئ في عقلك .

## ملخص الدراسة :

**عنوان الدراسة :** مدى إنعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد، دراسة سميتي القلق والاكتئاب

**تهدف الدراسة الى :** معرفة مدى انعكاس الإصابات الرياضية على الجانب النفسي (القلق والاكتئاب) لدى لاعبي أكابر كرة اليد

**الفرض من الدراسة :** للإصابات الرياضية انعكاس على الجانب النفسي لدى لاعبي أكابر كرة اليد في سميتي ('قلق، اكتئاب').

**العينة :** عينة الدراسة تمثلت في 4 لاعبين كرة اليد يلعبون في نوادي كرة اليد ولاية بسكرة

**الأداة المستخدمة :** تم استخدام أداة المقابلة .

**أهم الاستنتاجات :** توصلنا الى أن سميتي القلق و الاكتئاب من مخلفات الإصابة البدنية و أن من بين العوامل التي تساهم في ظهور هذه

الاضطرابات هي طول مدة شفاء هذه الإصابة و كيفية التعامل مع اللاعبين المصابين من طرف كل المحيطين به خاصة من طاقم الفريق

المنتتمين إليه اللاعبين المصابين

**أهم الاقتراحات :** نوصي بالتطرق إلى دراسات أخرى تكشف من خلالها على اضطرابات أخرى، و كذلك يمكن أن يدرسوا دور

الأخصائي النفسي داخل الفرق الكروية و أيضا التطرق إلى موضوع علاج الآثار النفسية لدى لاعبي نشاط كرة اليد

**الكلمات المفتاحية :** الإصابات الرياضية، أكابر كرة اليد

### **Abstract :**

**Titre de l'étude: l'ampleur** de la réflexion des blessures sportives sur le côté psychologique des joueurs de handball, étudier les symptômes d'anxiété et de dépression

**Le but de cette étude est d'examiner** dans quelle mesure les blessures sportives se répercutent sur le côté psychologique (anxiété et dépression) des joueurs de handball.

**Hypothèse de l'étude:** pour les blessures sportives, réflexion sur le côté psychologique des joueurs des maîtres du handball à Smiti ('anxiété, dépression).

**Échantillon:** L'échantillon de l'étude était composé de 4 joueurs de handball jouant dans des clubs de handball d'État Biskra

**Outil utilisé:** L'outil correspondant a été utilisé.

**Les conclusions les plus importantes:** Nous avons constaté que les noms d'anxiété et de dépression provenant des restes de blessure physique et qu'un des facteurs contribuant à l'apparition de ces troubles étaient la durée de récupération de cette blessure et la manière de traiter les joueurs infectés par tous ceux qui l'entouraient, en particulier l'équipe de son équipe.

**Les suggestions les plus importantes:** Nous recommandons d'aborder d'autres études révélant d'autres troubles, d'étudier également le rôle du psychologue au sein des équipes de football et de traiter le sujet du traitement des effets psychologiques de l'activité de handball des joueurs.

**Mots-clés:** blessures sportives, magnificence du handball