

رقم:.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
قسم تدريب رياضي



مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر
تخصص تدريب رياضي نخبوي

العنوان

أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم فئة الأصاغر

دراسة ميدانية على بعض أندية ولاية بسكرة فئة الأصاغر

تحت إشراف:
- د.بخية عادل

من إعداد :
- بوستة احمد شوقي

السنة الجامعية : 2021 / 2022

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:

"من لو يشكر الناس لو يشكر الله"

صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم

الحمد لله على إحسانه و الشكر له على توفيقه و إمتنانه و نشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له تعظيماً لشأنه و نشهد أن سيدنا و نبينا محمد عبده و رسوله داعي إلى رضوانه صلى الله عليه و على آله و أصحابه و أتباعه و سلم.

بعد شكر الله سبحانه و تعالى على توفيقه لنا لإتمام هذا البحث المتواضع نتقدم بجزيل الشكر إلى والدينا العزيزين الذين أمانونا و شجعونا على الإستمرار في مسيرة العلم و النجاح، و إكمال الدراسة الجامعية و البحث؛

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى من شرفني بإشرافه على مذكرة بحثي الدكتور " دحية عادل" الذي لن تكفي حروف هذه المذكرة لإيفائه حقه بصبره الكبير علي؛ و الذي ساهم بشكل كبير في إتمام و إستكمال هذا العمل.

إلى كل أساتذة قسم التربية البدنية و الرياضية؛ كما نتوجه بخالص شكرنا و تقديرنا إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على إنجاز و إتمام هذا العمل .

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي و أن أعمل حالاً ترخاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين"

اهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الانبياء والمرسلين.
إلى صاحب السيرة العطرة والفكر المستنير، فلقد كان له الفضل الأول في
بلوغي التعليم العالي (والدي الحبيب) أطال الله في عمره
إلى أمي التي وهبت فلذة كبدها كل العطاء والعنان، إلى التي صبرت على
كل شيء، التي رعتني حقاً الرعاية و كانت سندي في الشدائد، و كانت
دعواها لي بالتوفيق،
إلى إخوتي و اخواتي ، من كان لهم بالغ الأثر في كثير من العقبات والصعاب
إلى أصدقائي وجميع من وقفوا بجواري وساعدوني بكل ما يملكون وفي
أصعدة كثيرة
إلى جميع أساتذتي الكرام، ممن لم يتوانوا في مد يد العون لي
أهدي لكم بحث تخرجي داعياً المولى عز وجل أن يطيل في أعماركم ويرزقكم
بالخيرات.

الفهرس	
الصفحة	الموضوع
أ	شكر وتقدير
ب	اهداء
ت	محتوى البحث
ج	قائمة الجداول
ذ	قائمة الاشكال
ر	مقدمة
الجانب التمهيدي	
02	1-الإشكالية
02	2-الفرضيات
03	3- أسباب اختيارالموضوع
03	4-أهمية البحث
03	5-اهداف البحث
04	6-الدراسات السابقة والمشابهة
07	7- تحديد المفاهيم والمصطلحات
الجانب النظري	
الفصل الأول : المراقبة الطبية	
08	تمهيد
09	1-1 علم الطب الرياضي
10	2-1 مفهوم المراقبة الطبية
10	3-1 مهام المراقبة الطبية
10	3-1 مفهوم الفحص الطبي الدوري
11	4-1 أهمية الفحص الطبي الدوري
12	5-1 الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية
12	6-1 استمارة لتقييم الطبي الفسيولوجي
12	1-6-1 قسم الفحوص الطبية العامة
13	2-6-1 الفحوصات المحلية
14	3-6-1 فحوصات تخطيط القلب
14	4-6-1 فحوصات الوظائف النفسية
14	5-6-1 فحوصات خاصة بحجم القلب
14	6-6-1 فحوصات تخطيط العضلات
14	7-1 قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية
14	8-1 قسم الفحوص البدنية الخارجية
15	9-1 قسم الفحوص المعملية
15	10-1 بيانات بدرجة اللياقة البدنية للاعب كرة القدم
15	11-1 فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقنية و المرض
15	12-1 المدرب والطب الرياضي

17	13-1 دور المدرب الرياضي و الوقاية من الاصابات الرياضية
20	الخلاصة
الفصل الثاني: كرة القدم	
21	تمهيد
22	1-2 كرة القدم
22	2-2 تاريخ كرة القدم في العالم
23	3-2 تاريخ كرة القدم في الجزائر
23	1-3-2 تلخيص لبعض الاحداث الهامة في تاريخ كرة القدم الجزائرية
24	4-2 قواعد كرة القدم
24	5-2 قوانين كرة القدم
27	6-2 متطلبات كرة القدم
28	7-2 خصائص كرة القدم
28	8-2 اللياقة البدنية في كرة القدم
28	1-8-2 تعريف اللياقة البدنية
28	2-8-2 خصائص اللياقة البدنية
29	3-8-2 مكونات اللياقة البدنية
29	4-8-2 عواقب نقص اللياقة البدنية لدى اللاعبين
30	خلاصة
الفصل الثالث: المراهقة	
31	تمهيد
32	1-3 تعريف المراهقة
32	1-1-3 التعريف التربوي
32	2-1-3 التعريف الذي اتفق عليه العلماء
32	3-1-3 تعريف علماء النفس
32	2-3 مراحل المراهقة
33	3-3 مظاهر النمو في المراهقة
34	4-3 النمو المعرفي في المراهقة
34	5-3 جوانب النمو المعرفي لدى المراهق
35	6-3 مشاكل المراهقة
37	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: منهجية البحث و اجراءاته الميدانية	
38	تمهيد
39	1-4 لدراسة الاستطلاعية
39	2-4 الدراسة الاساسية
39	1-2-4 المنهج المستخدم
39	3-4 متغيرات البحث
40	4-4 مجتمع البحث

40	5-4 عينة البحث و كيفية اختيارها
40	6-4 مجالات البحث
40	7-4 ادوات البحث
41	8-4 الاسس العلمية للأداة
41	9-4 اجراءات التطبيق الميداني
41	10-4 الوسائل الاحصائية
43	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل و مناقشة النتائج	
44	تمهيد
45	عرض و تحليل النتائج
68	مناقشة و مقابلة النتائج بالفرضيات
69	خلاصة
70	الاستنتاج العام
71	الخاتمة
72	اقتراحات و فروض مستقبلية
	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

<u>الصفحة</u>	<u>العنوان</u>	<u>رقم الجدول</u>
45	جدول يمثل توع الشهادات التي يحوزها المدربين	الجدول(01)
99	جدول يبين الأقدمية في التدريب بالنسبة لأفراد العينة.	الجدول(02)
105	جدول يمثل تبين ما إذا كانت الأندية تتوفر على عيادة طبية.	الجدول(03)
107	جدول يبين اذا كانت تقام فحوص دورية للاعبين	الجدول(04)
109	جدول يبين ما إذا كانت تتوفر معلومات صحية عن اللاعبين	الجدول(05)
111	جدول يبين ما إذا كان يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات	الجدول(06)
113	جدول يبين ما إذا كان قد تلقى تكوين في الاسعافات الأولية	الجدول(07)
115	جدول يبين ما إذا كان الطبيب أو الممرض يتلقى اجرا او متطوعا ان وجد	الجدول(08)
117	جدول يبين ما إذا كان رئيس الفريق مهتم بتوفير الوسائل و المستلزمات الطبية . عدد النسبة	الجدول(09)
119	يبين اسباب عدم التكفل بإصابات اللاعبين	الجدول(10)
121	جدول يبين منا إذا كانت هناك مشاكل صحية خاصة باللاعبين	الجدول(11)
123	جدول يبين نوع الاصابات التي تصادف الفرق	الجدول(12)
125	دائرة نسبية تمثل نوع الاصابات التي تصادف الفرق	الجدول(13)
127	جدول يبين ما إذا كان هناك عامل مشترك بين الطبيب و المدرب	الجدول(14)
129	جدول يبين ما إذا كان المدرب يتكفل بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب.	الجدول(15)
131	جدول يبين هل هناك توعية من طرف المدربين على الاصابات	الجدول(16)
133	جدول يبين هل هناك تجاوب من طرف اللاعبين للنصائح المقدمة من طرف المدربين.	الجدول(17)
135	جدول يبين هل للمراقبة الطبية دور في عملية التاهيل بعد الاصابة.	الجدول(18)

137	يبين كيفية قيام المدربين بعملية التأهيل.	الجدول(19)
139	مدى تأثير المراقبة الطبية على اللاعبين	الجدول(20)
141	جدول يبين تأثير المراقبة الطبية على النتائج التي يحققها الفريق	الجدول(21)
143	جدول يبين الإجراءات التي يقوم بها المدربين	الجدول(22)
145	جدول يبين ما إذا كانت هناك برنامج تدريبي خاص للاعب قبل ادماجه في الفريق	الجدول(23)
147	جدول يبين ما إذا كان اعادة تأهيل اللاعب تتم بالتشاور مع طبيب الفريق.	الجدول(24)
149	يبين هل يتم إدراج اللاعبين المصابين في المقابلات . عدد النسبة	الجدول(25)

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
53	دائرة تبين ما إذا كانت الأندية تتوفر على عيادة طبية	الشكل(01)
54	دائرة تبين ما إذا كانت تقام فحوص دورية للاعبين	الشكل(02)
54	دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت تتوفر معلومات صحية عن اللاعبين	الشكل(03)
55	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات	الشكل(04)
59	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدرب قد تلقى تكوين في الاسعافات الأولية.	الشكل(05)
59	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان الطبيب أو الممرض اجير او متطوعا ان وجد.	الشكل(06)
105	دائرة نسبية تبين مدى اهتمام رؤساء الفرق على توفير المستلزمات	الشكل(07)
107	دائرة نسبية تمثل اسباب عدم التكفل بإصابات اللاعبين	الشكل(08)
109	دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت هناك مشاكل صحية خاصة باللاعبين	الشكل(09)
111	دائرة نسبية تمثل نوع الاصابات التي تصادف الفرق.	الشكل(10)
113	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان هناك عامل مشترك بين الطبيب و المدرب	الشكل(11)
115	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدرب يتكفل بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب.	الشكل(12)
117	دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدربون يقومون بتوعية اللاعبين عن مخاطر الإصابات	الشكل(13)
119	دائرة نسبية تمثل مدى تجاوب اللاعبين مع النصائح المقدمة من عند المدرب.	الشكل(14)
121	دائرة نسبية تمثل دور المراقبة الطبية في عملية التأهيل بعد الإصابة	الشكل(15)
123	دائرة نسبية تمثل الطرق المنتهجة في عملية التأهيل	الشكل(16)

125	دائرة نسبية تمثل مدى تأثير المراقبة الطبية على اللاعبين	الشكل(17)
127	دائرة نسبية تمثل مدى تأثير المراقبة الطبية على النتائج التي يحققها الفريق.	الشكل(18)
129	دائرة نسبية تمثل الاجراءات التي يقوم بها المدربين.	الشكل(19)
131	دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت هناك برنامج تدريبي خاص قبل ادماجه في الفريق.	الشكل(20)
133	دائرة نسبية تمثل ما اذا كان اعادة تأهيل اللاعب تتم بالتشاور مع الطبيب.	الشكل(21)
135	دائرة نسبية تمثل هل يتم إدراج اللاعبين المصابين في المقابلات.	الشكل(22)

مقدمة:

منذ القدم أبدى العلماء أهمية كبيرة للمواضيع الصحية بشكل عام، موقنين بأن العقل السليم في الجسم

السليم، وأن الإنسان المريض

لا يستطيع أن يخدم المجتمع بشكل كاف وعليه ساهمت مؤهلات الطب والعلوم

الصحية على حد سواء بإنشاء جيل جديد قوي البنية، يقاوم ظروف الحياة، وازداد الاهتمام بالرياضة لكونها أصبحت من أهم المميزات المدنية الحديثة، فبرز الطب الرياضي الذي هو ميدان الاعتناء بصحة الرياضي، والمحافظة عليه، ومراقبته، وبما أن الأندية الرياضية

تعتبر ميدان من ميادين التي تجرى فيها أهداف النشاط

الرياضي، وبما أن اللاعب في حاجة ماسة للحفاظ عليه.

ومما لا شك فيه أن التربية الصحية تعتبر إحدى واجبات المدربين والمسيرين ورؤساء

الفرق، ولهذا على المعنيين أن يحافظوا على صحة وسلامة لاعبيهم، ووقايتهم من كل أسباب الحوادث بشتى الطرق والوسائل، ومن هذه الطرق الفحص الطبي الدوري الذي قد يعمل على الحفاظ على أمن وسلامة اللاعبين ووقايتهم من كل الحوادث والأمراض التي قد

تصبح نتائجها مزممة ذات تأثير مؤكد في هبوط مستوى أداء اللاعبين، وكذلك يسمح

للمدرب والإدارة والفوج الطبي من حماية اللاعبين من التعرض لإصابات، وكذلك حماية أنفسهم من تحمل مسؤولية الحوادث التي قد تصيب اللاعبين، لذلك من الضروري أن

يفرض الطب الرياضي نفسه في رياضة كرة القدم، وعليه نتوجه بعملنا هذا إلى كل من

تهمه صحة اللاعبين في وسط الأندية الرياضية، ونعني بذلك المدرب ورئيس الفريق من

أجل السهر على الحفاظ على سلامة اللاعبين ومما يقع من كل الأخطار التي تمس

بسيروراتها السليمة.

بتطرقنا لدراسة هذا الموضوع أردنا تسليط الضوء على أهمية المراقبة الطبية ودورها في

استمرار ونجاح العمل على مستوى الأندية، وكذا معرفة أسباب غياب المتابعة والمراقبة

الطبية الخاصة باللاعبين.

ولقد تطرقنا في دراسة هذا الموضوع من خلال خطة البحث التي بدأت بمقدمة كانت

عبارة عن تقديم وإثارة للموضوع شملت على خطة سير البحث ويتم الإطار العام للدراسة

والذي تمثل في عرض إشكالية البحث والفرضيات، أهداف الدراسة، أسباب اختيار

الموضوع وتحديد المصطلحات والدراسات السابقة والذي تم في جانبين، جانب النظري

ويشمل 3 فصول وجانب التطبيقي ويشمل فصلين.

الإشكالية :

يعتبر النشاط الرياضي عامل تروحي وهذا الهدف يرمي إلى اكتساب الأفراد المهارات الحركية الرياضية مدى الحياة فضلا عن المعلومات والمعارف المتصلة بها، هذا الترويج له تأثيراته الإيجابية على المراهق خاصة على مستوى الصحة النفسية والبهجة والسعادة والاستقرار الانفعالي، وينتج فرص الاسترخاء وإزالة التوتر المؤلم له وبالتالي تشغل وقت فراغه والعمل على تحسين أدائه وذلك بالتخلص من الملل والضجر بالإضافة إلى ذلك يعمل النشاط الرياضي على دمج المراهق اجتماعيا وإتاحة فرصة ربط العلاقات الاجتماعية مع زملائه وبالتالي تحقيق التعاون والمشاركة والتكيف الاجتماعي.

كما أن النشاط الرياضي يضمن للمراهق القيام بواجباته على أحسن حال، ويضمن له كذلك تحقيق عدة أهداف تتعلق بالجانب البدني والصحي الذي من خلاله يستطيع المراهق القيام بواجباته على أحسن حال ويضمن له لياقة بدنية شاملة، وامتلاك مهارات حركية عالية، وهذا الجانب النشاط الرياضي يعطي جسم المراهق قوة وحيوية وتعمل على تنشيط الدورة الدموية، وجميع الأجهزة الحيوية لديه النشاط الرياضي في الجوانب العقلية والعرضية والخلقية والجمالية كلها، عوامل تجعلها جوانب بالغة الأهمية في حياة المراهق وضرورية له والنشاط الرياضي له أهمية للمراهق وذلك من خلال شعار العقل السليم في الجسم السليم.

وتبرز أهمية المراقبة الطبية خاصة الفئة الصغرى الذين لم يسبق لهم إجراء فحوصات طبية من قبل الخصوصية هذه الفئة من الناحية التكوينية ولقد نصت القوانين واللوائح التي تنظم كرة القدم في بلادنا على إجبارية إجراء الفحوصات، حيث تنص المادة رقم 70 من القوانين المنظمة للاتحادية الجزائرية لكرة القدم

على إلزامية إجراء كل لاعب لفحوص صدرية وقلبية من أجل السماح له بالانخراط في النادي ودخول المنافسة لكن الملاحظ أن هذه الفحوصات تبقى غير كافية كونها تقام في بداية الموسم، وهذا جعلنا نطرح التساؤل العام التالي: هل للمراقبة الطبية أهمية لدى لاعبي كرة القدم الأصاغر؟

و من خلال التساؤل العام نطرح الأسئلة التالية :

- ❖ ما هي أسباب إهمال المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم فئة الأصاغر؟
- ❖ هل للمراقبة الطبية دور في التقليل من الإصابات الرياضية؟
- ❖ هل للمراقبة الطبية دور في الوصول باللاعب إلى المستوى المطلوب؟

2. فرضيات الدراسة :

الفرضية الرئيسية : المراقبة الطبية تلعب دور في تقليل من الإصابات و رفع مستوى الرياضي.

الفرضية الجزئية الأولى : نقص الموارد البشرية يؤدي إلى إهمال المراقبة الطبية .

الفرضية الجزئية الثانية : للمراقبة الطبية دور إيجابي في التقليل من الإصابات.
الفرضية الجزئية الثالثة : للمراقبة الطبية دور في رفع المستوى الرياضي لدى فئة الأصغر.

3. أسباب اختيار البحث: تتلخص أسباب اختيارنا لهذا الموضوع في النقاط التالية:

- ❖ لا مبالاة المشرفين على الأندية بالجانب الصحي للاعب.
- ❖ الوفيات المفاجئة للاعبين ذوي المستوى العالي أثناء التدريبات والمنافسات.
- ❖ توعية اللاعبين والمشرفين على الأندية أهمية المراقبة الطبية.
- ❖ تأكيد بعض المفاهيم الصحية المرتبطة بالنشاط الرياضي.

4. أهمية البحث:

- ❖ إثراء الرصيد العلمي وزيادة معارف الطلبة والأساتذة المشرفين.
- ❖ تسليط الضوء على إلزامية وجود المراقبة الطبية في الأندية.
- ❖ إبراز أهمية المراقبة الطبية في تطوير النشاط الرياضي.
- ❖ إبراز أسباب إهمال المراقبة داخل الأندية.
- ❖ التعرف على أخطار إهمال المراقبة الطبية لدى اللاعب والنادي.

5. أهداف البحث:

- ❖ نهدف من خلال هذا البحث إلى ما يلي:
- ❖ معرفة أسباب إهمال المراقبة الطبية.
- ❖ إبراز أهمية المراقبة الطبية في التقليل من الإصابات.
- ❖ توعية المدربين بدور المراقبة الطبية للوصول إلى المستوى العالي.
- ❖ إكساب الرياضي (اللاعب) ثقافة صحية.

6. الدراسات المرتبطة بالبحث:**6-1- الدراسات السابقة :**

إن بحثنا هذا يخص الجانب الطبي والصحي والوقائي للاعبين في الأندية الرياضية، وذلك لاجتباب المخاطر وعدم الوقوع في الحوادث والإصابات.

➤ مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس للطلبة سموم فوزي بورغرور عبد الغني تحت عنوان الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف الأشبال ودور الطب الرياضي في الوقاية والعلاج السنة الجامعية 2008 2009 في معهد التربية البدنية و الرياضية سيدي عبد الله الجزائر.

إشكالية البحث:

جاء تساؤل الطلبة الباحثين في إشكالية البحث على النحو التالي :

ماهي أسباب الإصابات الرياضية عند لاعبي كرة القدم صنف الأشبال ومدى تأثير الطب الرياضي في الوقاية والعلاج.

الفرضيات:

الفرضية العامة: نقص التحضير النفسي والبدني وغياب الرقابة الطبية عند لاعبي كرة القدم صنف الأشبال هي من مسببات الإصابات الرياضية.

الفرضية الجزئية :

- تعود الإصابات الرياضية عند لاعبي كرة القدم صنف الأشبال إلى نقص التحضير البدني العام والخاص. . تتعدد الإصابات الرياضية التي يتعرض لها الشبل الرياضي خلال التدريب والمنافسة وتختلف هذه الأخيرة من حيث طبيعتها باختلاف طرق التدريب والمنافسة.
- نقص التحضير النفسي لدى لاعبي كرة القدم صنف الأشبال يؤدي إلى حدوث إصابات رياضية.
- غياب الرقابة الطبية عند لاعبي كرة القدم صنف الأشبال يؤدي حدوث الإصابات.

منهج البحث:

استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يتناسب ودراستهما والذي يهدف إلى اكتشاف وقائع ووصف الظواهر

أهم النتائج :

- التحضير البدني يعتبر كحاجز دفاعي للوقاية من الإصابات.
- عدم إعطاء أهمية المراقبة الطبية يؤدي باللاعبين إلى تعرض للإصابات.
- لاعبي كرة القدم يكون دائما معرض لخطر الإصابات نظرا لطبيعة هذه الرياضة التي تعتمد على الخشونة.
- ارتفاع نسبة الإصابات خاصة الأطراف السفلية.
- عدم توفر نوادي كرة القدم صنف الأشبال على طبيب مختص.
- عدم الاهتمام بالفئة الشبابية عكس الاهتمام بالأكابر.

➤ مذكرة تخرج لنيل شهادة الليسانس في التربية البدنية والرياضية للطلبة بن جلولي حمزة مدون نسيمية تحت عنوان أهمية الطب الرياضي كعلاج الإصابات لدى لاعبي كرة اليد صنف السنة الجامعية 2011 - 2012 في معهد ت ب ر لسيدي عبد الله الجزائر.

إشكالية البحث: تناول الباحثين في إشكالياتهم ما يلي :

- ماهي أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية.
- ماهي الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابات عند لاعبي كرة اليد.

الفرضيات:

الفرضية العامة : قلة التوعية وكذلك اهتمام المدربين بالنتائج ونقص الوسائل أدى إلى زيادة الإصابات عند لاعبي كرة اليد.

الفرضيات الجزئية :

- للطب الرياضي دور فعال لتحسين مردود لاعبي كرة اليد.
- قلة التوعية من طرف المدربين أدى الى تضاعف الإصابات في كرة اليد.
- اهتمام المدربين بالنتائج وصرف النظر عن المتابعة الطبية.
- نقص الموارد المالية والمراكز المتخصصة للطب الرياضي أدى إلى عدم التكفل باللاعبين المصابين منهج البحث استخدم الباحثين في بحثهم المنهج الوصفي وهو الذي ساعدهم على تقديم ومعرفة ووضع الحلول المناسبة للمشكلة المطروحة.

النتائج المتوصل إليها:

- تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة اليد راجع إلى قلة التوعية من طرف المدربين.
- اهتمام المدربين على النتائج عكس المتابعة الطبية.
- وجود المراقبة الطبية له دور في تحسين مردود اللاعبين.
- نقص الموارد المالية والمراكز المتخصصة للطب الرياضي أدى إلى عدم التكفل بالرياضي وإصاباتهم.

2-6- التعليق على الدراسات:

من البديهي والمعروف أن الدراسة العلمية والبحث العلمي على وجه الخصوص يتسم بطابعه التراكمي فما من دراسة أو بحث إلا وجاءت بعده دراسات وبحوث عديدة قد تناولت هذه المواضيع بالشرح والتحليل، أو تشترك في بعض المعاني أو الجوانب وبذلك تتشكل هذه الدراسات.

ويعرف "رابح تركي" الدراسات السابقة والمشابهة بأنها: «كلما أقيمت دراسة علمية لحقتها دراسات أخرى تكملها وتعتمد عليها وتعتبر بمثابة ركيزة أو قاعدة للبحوث المستقبلية، إذ أنه من الضروري ربط المصادر الأساسية من الدراسات السابقة بعضها ببعض حتى يتسنى لنا تصنيف وتحليل معطيات البحث والربط بينهما وبين الموضوع الوارد والبحث فيه». (تركي، 1999)

ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة والمشابهة الموضوع المراقبة الطبية اعتمدت كلتا الدراسات المنهج الوصفي بأداة متمثلة في استمارة الاستبيان، وتبين النتائج المتحصل عليها أن للمراقبة الطبية دور هام في النوادي الرياضية كما أن لها أهمية في النشاط الرياضي، ولها دور في تحقيق عدة أهداف ومن خلال دراستنا الموضوع المراقبة الطبية ركزنا على أهميتها في تحسين المردود الرياضي بصفة خاصة وذلك من خلال اعتمادنا على المنهج الوصفي، بأداة جمع معلومات تتمثل في استمارة الاستبيان لمعرفة مدى دور المراقبة الطبية التدريب في تحسين المردود الرياضي وتطوير النتائج.

7- تحديد المصطلحات و المفاهيم :**أ- المراقبة الطبية:**

اصطلاحا : هي إجراء علاج مسبق دون اللجوء إلى الوسائل والأدوية، ويتم عن طريق التوجيه والإرشادات من طرف الطبيب والمدرّب لاجتناب الوقوع في الحوادث والإصابات. **إجرائيا:** هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات وهي عبارة عن علاج الحالات المرض.

ب- كرة القدم :

لغويا: كرة القدم « foot Ball » هي كلمة لاتينية وتعني ركل الكرة بالقدم، فالأمريكيون يعتبرونها بما يسمى « rugby » أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها تسمى « soccer »

اصطلاحا : كرة القدم هي رياضة جماعية تمارس من طرف جميع الناس، كما أشار إليها "رومي جميل" "كرة القدم قبل كل شيء رياضة جماعية يتكيف معها كل أصناف المجتمع". **إجرائيا :** هي رياضة جماعية يلعبها فريقان يتنافسان لتسجيل الأهداف، ويضم فريق كرة القدم إحدى عشر لاعبا بالإضافة إلى سبعة لاعبين للاحتياط ويمكن تبديل ثلاث لاعبين على الأكثر أثناء المباراة، وتعتبر أكثر الرياضيات شعبية في العالم.

د-الاصاغر: هي الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم من 12-16 وتخص الأطفال الذين هم في مرحلة نمو نشط.

تمهيد:

إن المستوى الذي وصلت إليه النتائج المحصلة في مختلف البطولات الدولية والعالمية ما هو إلا دليل قاطع على التطور الملحوظ في برامج التدريب، وكذا التطور الكبير في الأجهزة القياسية والتقييمية للحالة البدنية والصحية، والتقييم الحقيقي للمستوى الرياضي كل هذا تحقق وما زال في طريق التقدم من خلال الاعتناء و الاهتمام بجميع العلوم التي لها علاقة بالرياضة ومحيطه وبذلك نجد أن كل الأبحاث الجديدة في جميع العلوم التي لها علاقة بالرياضة تشارك بدورها في تحسين النتائج ومن بين هذه العلوم نجد الطب الرياضي وهو الاختصاص الذي يغطي العلاج، المراقبة، الوقاية، وتوجيه الرياضي، للحفاظ على اللياقة البدنية والصحية.

1-1 - علم الطب الرياضي :

و يعتبر الطب الرياضي فرع من العلوم الطبية الحديثة والذي تعددت فروع تخصصية لخدمة المجال الرياضي حتى أصبح مجالاً قائماً بذاته، كما يقع على كاهل المتخصصين في مجال الطب الرياضي مسؤولية الرعاية الطبية المتكاملة للممارسين للأنشطة الرياضية، والرعاية الطبية للرياضيين لا تتوقف عند حد تقديم الرعاية العلاجية للاعبين المصابين وإعادة تأهيلهم فحسب بل تتضمن أيضاً اتخاذ الإجراءات الوقائية من حدوث الإصابات. من هذا المنطق نجد أن مجال الطب الرياضي يشتمل على اهتمامات متعددة منها:

1-1-1- الطب الرياضي التقييمي:

يشتمل على اختبارات وفحوصات خاصة تحدد من خلالها حالة اللاعبين من النواحي المختلفة (الصحية، الوظيفية، التشريحية، النفسية) ومقارنتها بما يجب أن يكونوا عليه وفقاً لمتطلبات الأنشطة الرياضية التي يمارسها وذلك لمعرفة أوجه النقص بين حالة اللاعبين وما يجب أن يحققه من أهداف للوصول للمستويات العالية. (مرقت، 1991)

1-1-2- الطب الرياضي التوجيهي:

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

1-1-3- الطب الرياضي الوقائي:

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

1-1-4- الطب الرياضي العلاجي التأهيلي:

يختص هذا النوع بتقديم الخدمات الطبية العلاجية للاعبين المصابين وفقاً لطبيعة الإصابات ومتطلباتها. كما يختص بتحديد البرامج التأهيلية أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وتحديد الوقت المناسب للاعب للعودة الممارسة الأنشطة الرياضية وللتنافسات أيضاً. (مرقت، 1991)

1-2- مفهوم المراقبة الطبية:

هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث. (البصري، 1976)

هي عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للاعبين وتختلف من حالة لأخرى وتشتمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج. (سلامة، 1991)

1-2-1- مهام المراقبة الطبية:

- الاختصاصي في الطب عليه أن يؤدي المهام التالية:
- التخطيط لكيفية علاج اللاعبين في المراحل التدريبية المختلفة.
- التخطيط لكيفية تنظيم الخدمات الصحية بالملاعب والأشراف عليها .
- الإشراف على البيئة في المركب الرياضي. - القيام بعمل الفحص الطبي الدوري الشامل للاعبين وتحليل النتائج.
- اكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها.
- مراقبة وتقييد التغيرات الناتجة من خلال برنامج تدريبي. (سلامة، 1991)

1-3- مفهوم الفحص الطبي الدوري:

- نعني به مراقبة وتقييم التغيرات الناجمة بعد القيام بنشاط رياضي معين ويجرى للاعبين في مرحلة تدريبية ويشمل جوانب متعددة.
- ويقوم بالفحص الطبيب ويتناول الفحص الجوانب التالية :
- التاريخ الصحي للاعبين ويقصد به دراسة الحالة الصحية الماضية فيما يتعلق بأي أمراض سابقة أو تطعيم أو حوادث سابقة.
- الكشف عن جميع أجهزة الجسم وأجزائه.
- السجلات الصحية: وهي تلك السجلات يكون الطبيب فيها كل ما يتعلق بالحالة الصحية للاعبين.
- الاختبارات النفسية، يقاس مستوى ذكاء اللاعب وسلوكهم.
- أهمية الفحص الطبي الدوري:
- الفحص الطبي الدوري له أهمية بالغة لاسيما في مرحلة الناشئين لأن غالبيتهم لم تتح لهم فرصة الفحص الطبي من قبل.
- ومن فوائد هذا الفحص أنه يؤدي إلى اكتشاف الكثير من الأمراض والمعوقات التي توجد عند الناشئين دون أن يشكو بها.
- وكذلك من فوائد الكشف الطبي أن يشترك المدرب اشتراكا ايجابيا في تسجيل المعلومات الصحية عن اللاعبين وأرهم، وتتاح فرصة التعرف على الإمكانيات الصحية والاجتماعية والفروق الفردية بينهم. (سلامة، 1991)

5-1- الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية:

- إن الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية هام وذلك للأسباب التالية :
- 1- بعض الأفراد لا يمارسون أي نوع من التمرينات المحددة لخوفهم من خطر التعرض للمخاطر.
 - 2- بعض الأفراد لا يمارسون أي نوع من التمرينات لعدم إجراء أي فحوص طبية.
 - 3- الكشف الطبي يساعد على تحديد الحالة الصحية الراهنة للأفراد.
 - 4- البيانات والمعلومات الطبية الناتجة من الفحص تستخدم في تحديد نوع التمرين.
 - 5- القيام الخاصة ببعض التحاليل مثل ضغط الدم وبنية الدهن ونسبة السكر والكليسترول وغيرها نستخدم لحث الأفراد على الالتزام بالبرنامج التدريبي.
 - 6- التقويم الصحي لكل الأفراد الأصحاء والمرضى يمثل القاعدة التي يمكن مقارنتها بأي تغيير جديد قد يطرأ على الصحة.
 - 7- الأطفال والبالغون في أشد الحاجة لإجراء تلك الفحوص وذلك بسبب ازدياد معدلات النمو والنضج في هذه المرحلة من العمر.
 - 8- الكبار أيضا في أشد الحاجة على تكرار تلك الفحوص وذلك للاكتشاف المبكر لبعض الأمراض الخطيرة مثل السرطان وأمراض القلب وغيرها.
 - 9- التشخيص المبكر لأي مرض يساعد على ازدياد فرص الشفاء منه. إن التقويم الطبي في غاية الأهمية لكل الأفراد في الأحوال العادية وقبل تنفيذ أي برنامج رياضي، إلا أن الواقع أنه لا يستطيع كل الأفراد إجراءه وهم أيضا لا يستطيعون تحمل نفقاته نظرا لعوامل عديدة أهمها مستوى معيشة الأفراد والمغالاة في أسعاره، كما أن النظام الحكومي بالدولة غير مستعد لإجرائه ولتنفيذ هذه الخدمة لتعطي تعداد السكان أو حتى الغالبية العظمى منهم.
- والحقيقة العلمية تؤكد أنه إذا أردنا الأخذ بالمبادئ السليمة واتباع الأسلوب العلمي في ممارسة الرياضة يجب على الأفراد الفحص الطبي بواسطة المتخصصين وذلك للحالات التالية على وجه الخصوص.

- 1- الأطفال والناشئين
- 2- الرجال فوق سن الأربعين
- 3- السيدات فوق سن الخمسين. (سلامة، 1991)
- 4- جميع الأفراد أو الذين يعانون من مخاطرة محددة.
- 5- جميع الأفراد الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الانقباضي أكبر من 160 مم أو ضغط الدم الانبساطي أكبر من 50 مم زئبقي

- 6- جميع الأفراد الذين يزيد كوليسترول الدم لديهم 240 ملغرام .
- 7- جميع الأفراد المدخنين.
- 8- جميع الأفراد الذي يعانون من مرض البول السكري. و جميع الأفراد الذين يعانون من انسداد الشريان التاجي وبعض أو كل الحالات السابقة قد يشكون من الأعراض التالية:
- 1- الام في الصدر وحول البطن.
 - 2- شحوب الوجه وزرقة في الشفتين.
 - 3- ضيق في التنفس او التنفس القصير.
 - 4- الغثيان أو الكسل الشديد.
 - 5- السعال المصحوب بضيق التنفس .
 - 6- الام في الطرف السفلي خاصة في الكاحل.
 - 7- زيادة معدل ضربات القلب.
- وعلينا أن نلاحظ أن الأعراض السابقة يجب تفسيرها في الإطار الطبي ومن خلال الفحوص العملية لأنها قد تكون عرضية أو مرضية وهي قد تعني الإصابة بأمراض بسيطة أو خطيرة. (سلامة، 1991)

8-6-1- استمارة التقييم الطبي الفسيولوجي:

- يجب أن يكون لكل لاعب كرة قدم استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي والتي يجب أن تحتوي على الأقسام التالية:
- أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام.
 - ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفسيولوجية
 - ج- قسم خاص بالفحوص الجسدية الخارجية المورفولوجيا.
 - د- قسم خاص بالفحوص العملية.
 - هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة الطبية والبدنية للاعب. (رياض، 2005)

1-6-1- قسم الفحوص الطبية العامة:

وتشتمل على البيانات التالية:

بيانات عامة:

الاسم العمر، تاريخ الميلاد، العنوان، الوظيفة، وزن اللاعب، رقم الهاتف، الشكوى المرضية الرئيسية وأعراض أخرى

التاريخ الطبي:

التاريخ الطبي السابق من أمراض وعمليات جراحية واصابات وحوادث وحساسية لعقاقير طبية معينة وأمراض استمرت أكثر من أسبوع وأمراض سابقة تكون قد أثرت على المستوى الرياضي. (رياض، 2005)

التاريخ الطبي العائلي:

ويشمل السؤال عن أمراض عائلية مثل الروماتيزم بأنواعه والسكر والضغط والصرع والزهري الخ.

التاريخ الطبي والتدريب:

ويشمل معلومات عن تاريخ بدء ممارسة رياضة كرة القدم والرياضات الأخرى التي يمارسها اللاعب وتاريخ بدء ممارستها درجة النجاح الرياضي "بطولات" إصابات رياضية، عدد سنوات التدريب، التدريب في العام الأخير، كمية وحدة التدريب في الأسبوع، نوع التدريب أي شكوى طبية أثناء التدريب أو بعد المباريات

العادات:

وتشمل الأدوية التي يستخدمها اللاعب بانتظام ساعات العمل، التدخين، ساعات النوم، الأدوية، المنشطة..... إلخ.

الفحص الطبي العام:

مساحة سطح الجسم، الوزن، الطول، النمو، نمط الجسم، السن البيولوجي بالإضافة إلى:

فحوصات العيون:

وتشتمل على قوة البصر، الملتحمة، جحوظ العينين، أخطاء الأبصار، طويو قصير النظر

فحوصات الجلد:

وتشمل لون الجلد، بقع ملونة، جروح سطحية، بقع جلدية، أمراض.

فحوصات الفم والأسنان:

تتم بواسطة طبيب متخصص. " فحوصات قياس وضغط الحسم الشرياني الانبساطي والانبساطي.

2-6-1- الفحوصات المحلية:

وتشمل على فحوصات تفصيلية للقلب والصدر والبطن والجهاز الحركي العظام والمفاصل والعمود الفقري والغضاريف وتشوهات القوام وفحوصات لجهاز العصبي بوظائفه الحسية وانعكاساته وقياس القوة العضلية.

3-6-1- فحوصات تخطيط القلب:

وتشمل تخطيط القلب ونتائجه في الراحة أثناء المجهود بموجباته المختلفة، وكذلك تفاصيل تخطيط للاعب كرة القدم مع راحة عشر دقائق بعد المجهود . (رياض، 2005)

4-6-1- فحوصات الوظائف التنفسية:

وتشتمل قياسات أقصى سعة تنفسية للاعب والسعة الحيوية المقاسة والمتوقعة ونسبتها لمساحة الجسم وقياس كمية أقصى زفير.

5-6-1- فحوصات خاصة بحجم القلب:

وتشتمل قياس حجم القلب هي صور الأشعة، ونسبته لمساحة الجسم ونسبته أيضا لأقصى نبض أكسجين.

5-6-1- فحوصات تخطيط العضلات:

وتشتمل تخطيط للعضلات الخلفية لعظم لوح الكتف وهي هامة في اللاعبين لاكتشاف أعراض مبكرة الخاصة بتلك العضلات .

5-7-1- قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية:

وتتم فيه الفحوص التي ذكرناها سابقا لتقييم كفاءة الجهاز الدوري التنفسي للاعب هوائيا ويتم تكرار الفحوص الطبية الفسيولوجية كل ثلاثة شهور للاعبين . (رياض، 2005)

8-5-1- قسم الفحوص البدنية الخارجية (المورفولوجي):

وتشتمل الطول والوزن وطول الأطراف السفلي والعليا، درجة تقوية المفاصل وكمية الحقون تحت الجلد وأي قياسات إضافية أخرى.

5-9-1- قسم الفحوص المعملية:

وتشتمل الفحوص المخبرية العامة مثل:

1-9-1- فحوص الدم:

- صورة عامة للدم "هيموجلوبين".
- عدد كرات الدم البيضاء والحمراء والتفصيل الطبي والنوعي.
- نسبة هيموجلوبين الدم.
- ملاحظات أخرى.

2-9-1- فحوص البول :

- نسبة الزلال إذا ما وجد - الفحص المجري للبول .
- نسبة السكر إذا ما وجد
- ملاحظات أخرى.

1-9-3- فحوص البراز :

الاستبعاد وجود طفيليات الجهاز الهضمي.

1-9-4- فحوص معملية طبية أخرى :

مثل الفحوص النسيجية والتي تؤخذ فيها عينة من عضلات لممارسة رياضة كرة القدم، والنبوغ فيها من عدمه وتوفير لوقت الدولة والمدرّب والاتحاد وذلك من نوعية الآليات الغالية على تكوينه العضلي.

كما تجري أيضا فحوص معملية أخرى للاعب أهمها:

- قياس نسبة حامض البنيكخي الدم.

- قياس نسبة الحقون وكولسترول الدم.

1-10- بيانات بدرجة اللياقة البدنية للاعب كرة القدم: وتشمل مايلي:

بناءا على ما تقدم من فحوص إكلينيكية ومعملية فإن اللاعب:

1 -لائق للممارسة رياضة كرة القدم.

2 -لائق لممارسة أنواع أخرى من الرياضة .

3 -تحفظ على اللياقة الطبية للاعب.

4 -عدم اللياقة الطبية لممارسة كرة القدم وقتيا أو نهائيا" وتحدد بالضبط درجة لياقة اللاعب البدنية "جيدة، متوسطة، ضعيفة"، بإمضاء طبيب الاتحاد واعتماد أمين عام اتحاد الطب الرياضي "نظام متبع في الاتحاد العربي السعودي للطب الرياضي".

1-11- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقنية والمرض:

وتشمل ملاحظات المتابعة بيانات عن الجسم والوزن والكشف العام وحالة الصدر والبطن والقلب والجهاز الحركي وحجم القلب وتخطيط القلب والأبحاث العامة والخاصة وقياسات الوظائف التنفسية ودرجة لياقة اللاعب وشكواه الطبية في آخر فحص له وكذلك تشخيصه وعلاجه . (رياض، 2005)

1-12- المدرب والطب الرياضي :

من أجل الوصول إلى أعلى مستوى تسمح به قدرات اللاعب من الناحية المهارية والبدنية وبأقل إصابات ممكنة، يجب على المدربين الإلمام الكافي بأسس ومبادئ الطب الرياضي، هذا الاحتياج أصبح ملحا في الدول النامية أكثر منه في الدول المتقدمة، وذلك بسبب قلة وجود الأطباء المتخصصين في هذا المجال.

في هذا المقال سوف نتناول فيه بالشرح الجوانب المختلفة لعلوم الطب الرياضي الذي يجب أن تتوافر في أي برنامج تعليمي لإعداد المدربين مع التركيز مع أهمية العمل الجماعي ما بين الأطباء، وأخصائي العلاج الطبيعي والمدربين لصالح رفع مستوى كفاءة اللاعب.

وفي هذه الأيام التي تزداد فيها درجة التخصص بشكل سريع، يفترض على المدرب أن لا يكتفي فقط بالخبرات والمعلومات التي تدور حول العملية التدريبية ترك كل الخبرات الأخرى لأفراد متخصص، هذا النوع في الواقع أمر غير حقيقي و غير واقعي بالنسبة لمجال الطب الرياضي، خاصة في الدول النامية التي تفتقر إلى العدد الكافي من الأطباء والمتخصصين، كما أنه غير ممكن، وفي بعض الأحيان يستحيل تنفيذه حتى في الدول المتقدمة، فدور المدرب الآن مكمل للأدوار عليه الإلمام بالمعلومات الأساسية في كل علوم الطب الرياضي.

والسؤال الآن: لماذا يجب على المدرب أن يلم بعلم الطب الرياضي؟ الإجابة على هذا السؤال نلاحظ أن أغلب الخبرات تؤيد أن المدرب الذي يلم بالمعلومات الأساسية في مجال الطب الرياضي يصبح قادرا على:

1- فهم المشاكل المحيطة باللاعب، بعضها أن لم يكن أغلبها لها ارتباط بالناحية الطبية هذا يجعل المدرب قادرا على اتخاذ الإجراءات الضرورية والصحية في الوقاية.

وفي تجنب أي تدهور الحالة الصحية للاعب، مما سوف يساعد حتما على زيادة وتدعيم العلاقة ما بين المدرب واللاعب، وعلى هذا النقيض نجد أن المدرب غير الملم بعلم الطب الرياضي من المحتمل أن يدفع اللاعب إلى أكثر من حدوده وقدراته، مما يؤدي إلى نتائج سلبية وعكسية . (حسن، 1995)

2- اتخاذ قرار تحويل اللاعب إلى الطبيب المتخصص في الوقت المناسب.

3- تقديم المساعدة الضرورية في حالة عدم تواجد أحد أفراد الفريق الطبي فوقت الطبيب مكلف ويجب استغلاله بالطريقة المثالية، وواجبه الأساسي هو الاستشارة، العلاج، والتأهيل، ومن الصعب تواجده في كل فترات التدريب أو المسابقات، هذا ما يحدث واقعا في الدول النامية التي تعاني نقص شديد في الخدمات الطبية وليس عندها العدد الإضافي من الأطباء للعناية بالأمراض أو حتى الوقاية، فيما ذلك بالعناية بالحسابات الرياضيين الأصحاء.

ومن الملاحظ أنه يمكن التغلب على نسبة كبيرة من المشاكل من المشاكل التي تواجه الرياضي أثناء التدريب عن طريق شخص مؤهل ملما بالمعلومات الطبية الأساسية دون الحاجة الماسة إلى تدخل الطبيب المستمر فإذا تم إعداد المدرب في هذه الناحية فسيكون بلا شك قادرا على أداء هذا الدور بنجاح.

4- مساعدة الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع واعداد البرنامج التأهيلي المناسب للرياضي.

5- تقديم الإسعافات الأولية بطريقة صحيحة وسليمة.

6- فهم النواحي الميكانيكية التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بغرض المساعدة في الوقاية من حدوثها.

7- اكتشاف الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى يتجنب اللاعب خطر الإصابة .

8- التشاور مع اللاعب في كل الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة والأداء .
وقد تبنى هذا الاتجاه المؤتمر الطبي الذي عقده الاتحاد الدولي لألعاب القوى في مسكني في عام 1983 حيث أشار كثر من متحدث على أهمية إعداد المدرب الدور المناسب حتى في التشخيص وعلاج الإصابات الرياضية، وخاصة في الدول النامية التي تستطيع أن توفر العدد الكافي من الأطباء والمتخصصين، مع التركيز على العمل الجماعي ما بين المدرب، والطبيب، والرياضي، كما أشاروا إلى الدور البلوز الذي يؤديه المدرب في المراحل المتأخرة من العلاج بالإشراف على التدريبات التي توصف لتأهيل الإصابة والتي تحافظ على اللياقة اللاعب، بالإضافة إلى مسؤوليته في اكتشاف التي تحدث أثناء الأداء وتساعده وبالتالي في تقويم الإصابات المخنفة (حسن، 1995)

1-13- دور المدرب الرياضي والوقاية من الإصابات الرياضية:

إذا كان المدرب على علم ودراية بالأسباب العامة للإصابات الرياضية والتي سبق الإشارة إليها، فإن دوره الحد والوقاية من الإصابات يكون أمرا ميسورا، لأن معرفة سبب الإصابة تجعله يأخذ الإجراءات لمنع حدوثها، وفي هذا التطبيق للمبدأ القائل بأن "الوقاية خير من العلاج".

ويمكن تلخيص دور المدرب في الدور والوقاية من الإصابات الرياضية فيما يلي:

- 1- معرفة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها:
إذ أن ذلك يضمن له الاستفادة الكلية الكاملة من قدرات اللاعب وكفائته من بداية الموسم الرياضي وحتى نهايته بفاعلية عالية في الأداء.
- 2- عدم اشتراك اللاعب في التدريب أو اللعب بدون إجراء الطب الدوري الشامل الرياضي:
وخاصة قبل بداية كل موسم، ويجب أن يتأكد المدرب من أن الكشف الطبي الدوري قد شمل أعضاء وأجهزة جسم اللاعب بدءا من سلامة النظر والكشف الحقيقي على العينين وأجهزته الحيوية كالجهاز الدوري والقلب والجهاز التنفسي والرئتين وغيرهما، ومنتهيا بالكشف على الجهاز العصبي وسلامة الأعصاب وسلامة الجهاز العضلي والتوافق العضلي العصبي، ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.
- 3- عدم إشراك اللاعب وهو مريض:
لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضا عدم إشراكه وهو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاؤه ومنها نهائيا، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.
- 4- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسيا وبدنيا وذهنيا لهذا الأداء:
إذ أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته نهائيا، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحويلها لإصابة. (حسن، 1995)

5- توفير الغذاء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة: كالبروتينات، والمواد التي تمد الجسم بالطاقة، كالنشويات (الكربوهيدرات والسكريات والدهون، والمواد التي تمد الجسم بالحوية متمثلة في الأملاح والفيتامينات كالفواكه الطازجة والخضروات. وعلى المدرب مراعاة ملائمة الغذاء وتكامله ومناسبته للعوامل الآتية:

أ - نوع وطبيعة الرياضة التي يمارسها اللاعب.

ب- الجنس والمرحلة النسبية وحالة اللاعب الصحية.

ج- حالة الجو ومراعاة تعويض الجسم لما يفقده من سوائل بكمية كبيرة في بعض الرياضات.

د- مراعاة مناسبة مواعيد التغذية لممارسة النشاط حيث يجب أن يكون تناول الطعام قبل المهارة أو التدريب بحوالي ساعتين أو ثلاث ساعات، حيث تزداد الدورة الدموية إلى المعدة والجهاز الهضمي بعد الأكل مباشرة لإتمام عملية الهضم وبالتالي يقل الحجم نسبيا في العضلات التي تقوم بالدور الأساسي في الأداء الرياضي مما قد يعرض اللاعب للإصابة.

6- الاهتمام بالإحماء لتجنب الإصابات:

حيث يساعد على تجهيز وتحضير أجهزة الجسم وظيفيا كما يزيد سرعة وصول الإشارات العصبية إليها ويزيد من سرعة تلبيتها واستجابتها ويحسن النغمة العضلية فيها، وهذا يؤدي إلى زيادة كفاءة المفاصل لتؤدي الحركة بصورة أفضل وبالتالي تقل الإصابات، وعلى المدرب أن يراعي ملائمة الإحماء وطبيعة تمارينه في الحرارة عنه في البرودة الشديدة حيث يزيد زمنه ويختلف أيضا طبيعة تمارينه.

7- تطبيق التدريب العلمي الحديث:

تجنب الإفراط الغير متقن في التدريب الذي يسبب التعب البدني والذي يسبب الإصابات للاعبين، ومن أعراض الإفراط غير المتقن في التدريب، والتي يجب على المدرب إعادة النظر في برنامجه التدريبي إذا ما لاحظنا على لاعبيه، نقص الوزن وفقدان الشهية والأرق وقلة النوم وسهولة الاستثارة العصبية والتهييج وكثرة الأخطاء في الأداء وسرعة النبض في الراحة.

8- مراعاة تجانس الفريق:

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 لمجاراة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى إصابتهم. (حسن، 1995)

9- الراحة الكافية للاعبين:

والتي تمثل في النوم لفترة تتراوح ما بين 8-9 ساعات يوميا بالإضافة إلى الاسترخاء والراحة الايجابية بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية وعلى المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الحقيقية للاعب.

الخلاصة:

إن تطرقنا لهذا الفصل من بحثنا ما هو إلا إشارة للأهمية التي تسكن في المراقبة الطبية، وقد سبق وأن ذكرناها، وكذلك للتعريف بها أكثر، لأنها لم تصل بعد إلى جميع الأوساط الرياضية في بلادنا والعمل بمبادئها وأسسها العلمية، في الحفاظ وتوجيه أجيالنا الرياضية، وفي بعث الحركة الرياضية ووضعها على سكة التقدم الحقيقي، وذلك بتوفير المنشآت والوسائل والأجهزة كي تبلغ ما بلغت إليه الدول الأخرى، من نجاح في الميدان الرياضي واشتراكها في مجتمع التعاون لرفع مستوى الدولة اقتصاديا ثم اجتماعيا.

تمهيد:

إن من بين الرياضات الجماعية لعبة كرة القدم والتي تعتبر اللعبة الأكثر شعبية في العالم وذلك للدور الفعال الذي تلعبه من خلال الترفيه والترويح عن النفس في أوقات الفراغ والحد من الاضطرابات النفسية اليومية، وقد مرت بعدة مراحل تطورت فيها من ناحية القوانين وطريقة اللعب وكذا من ناحية المفهوم والنظرة الشعبية لها وفوائدها فهي تتميز بخصائص نفسية وفنية وتكتيكية تتطلب مساحات وأدوات لممارستها، كما أنها تتميز بصفات بدنية خاصة ومؤهلات هامة يتميز بها لاعبوها الذين تتطلب منهم مواصفات خاصة ومهارات فنية، ولياقة بدنية عالية. ورياضة كرة القدم كغيرها من الرياضات لا تخلو من الإصابات والتي يعود سببها إلى الاحتكاك مع الخصم بالإضافة إلى نقص اللياقة البدنية وأيضا إلى نقص التحضير، وبما أن بحثنا يدور حول الطب الرياضي والوقاية من الإصابات الرياضية سنتعرض إلى لمحة عامة عن كرة القدم وتطورها.

2-1-1- كرة القدم:

2-1-1-1- التعريف اللغوي:

كرة القدم « Foot. Ball » هي كلمة لاتينية وتعني ركل الكرة بالقدم ، فالأمريكيون يعتبرونها بما يسمى عندهم بالـ "Rugby" أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها تسمى Soccer

التعريف الاصطلاحي :

كرة القدم هي رياضة جماعية، تمارس من طرف جميع الناس، كما أشار إليها رومي جميل: " كرة القدم قبل كل شيء رياضة جماعية يتكيف معها كل أصناف المجتمع (جميل، 1986)

2-2- تاريخ كرة القدم في العالم:

لقد اختلفت آراء المؤرخين وكثرت الأقاويل حول تحديد تاريخ كرة القدم فهي لعبة قديمة التاريخ، ظهرت منذ حوالي خمسة آلاف سنة في الصين للتدريب العسكري و بالتحديد ما بين 206 ق.م وسنة 25م وكانت تسمى في الصين " تشوسو " وكانت تتألف من قائمين يبلغ ارتفاعهما إلى ثلاثين قدم مكسوة بالحريز وبينهما شبكة من الخطوط الحريرية يتوسطها ثقب مستدير قطره حوالي قدم واحدة ، ويوضع هذا الثقب أمام الإمبراطور في الحفلات العامة ويتبارى الجنود بضرب الكرة المصنوعة من الجلد المغطى بالشعر لإدخالها داخل الثقب وكما يقال إن تاريخ كرة القدم يعود إلى سنة 1175م ويعتبر طلبة المدارس الانجليزية أول من لاعبوا كرة القدم واستمرت هذه اللعبة بالانتشار عام 1956م من خلال السياسة الاستعمارية التي انتهجتها بريطانيا آنذاك . (المولي، 1999)

كما ظهرت هذه اللعبة قديما في اليونان فكانوا يسمونها باسم " بيسكيروس " أما في هذا الزمان فعرفت باسم آخر وهو " هاربارستوم وبعد كل هذه الخلافات تم الاتفاق سنة 1830 على أن تكون هذه اللعبة لعبتين الأولى « Soccer » والثانية « Rugby » ، وبعدها في عام 1845 ثم وضع القواعد الثلاث عشر لكرة القدم بجامعة كمبريدج. (علام، 1988)

أما في سنة 1862 أنشأت عشر قواعد جديدة تحت عنوان " اللعبة السهلة" وجاء منع ضرب الكرة بكعب القدم. وفي 26 أكتوبر 1863 أسس أول اتحاد انجليزي على أساس القواعد والقوانين الجديدة لكرة القدم وبمرور كل هذه السنوات أدى ذلك إلى ظهور أول بطولة رسمية عام 1888 وسميت باتحاد الكرة ، وبدأ الدور بـ 12 فريقا وسنة بعدها أسست الدانمارك اتحادية وطنية لكرة القدم ويتنافس على بطولتها 15 فريقا (المولي، 1999)

فيمكن القول إن رياضة كرة القدم مرت بعدة تطورات حتى سنة 1904 أين تم تأسيس الاتحاد الدولي لكرة القدم (FIFA) وأصبح معترف كهيئة تشريعية عالمية تشرف على شؤون اللعبة، ويتلقى الاتحاد الاقتراحات و التعديلات ويعقد اجتماعات سنوية للنظر فيما يصله من اقتراحات، ويبلغ الاتحاديات الوطنية على هذه الاقتراحات التي يتفق على إدخالها للقانون من أجل حماية اللاعبين و الهيئات ، هذه بعض التطورات أتينا بها على سبيل المثال لا للحصر

وهي جد كافية لإثبات أن لعبة كرة القدم قد تطورت من الخشونة و الهمجية إلى الفن ، وكانت نتيجة التعاون ما بين الدول المحبة للرياضة والسلام وما بذلته هذه الأخيرة من تضحيات لرفاهية شعبها أن ظهرت كرة القدم بصورتها المشرفة التي تطالعنا حالياً، وتزيد من تعلقنا بهذه اللعبة ولاعبها. (عبد الجواد، 1986)

2-3- تاريخ كرة القدم في الجزائر:

تعد كرة القدم من بين أول الرياضات التي ظهرت، والتي اكتسبت شعبية كبيرة، وهذا بفضل الشيخ "عمر بن محمود" "علي رايس" الذي أسس سنة 1895م أول فريق رياضي جزائري تحت اسم (طليعة الحياة في الهواء الكبير (lakant garde vie grandin) وظهر فرع كرة القدم في هذه الجمعية عام 1917م ، وفي 07 أوت 1921 م تأسس أول فريق رسمي لكرة القدم يتمثل في عميد الأندية الجزائرية " مولودية الجزائر" غير ان هناك من يقول إن النادي الرياضي لقسنطينة هو أول نادي تأسس قبل سنة 1921م بعد تأسيس المولودية، تأسست عدة فرق أخرى من غالي معسكر، الاتحاد الإسلامي لوهران، الاتحاد الرياضي الإسلامي للبلدية، والاتحاد الإسلامي الرياضي للجزائر.

و بانضمام عدة فرق للمجموعة تكونت جمعيات رياضية وطنية في لعبة كرة القدم متخذة أبعاد سياسية لم ترضي قوات الاستعمار ،جاء بعد هذه الأندية فريق جبهة التحرير الوطني الذي ولد في خضم الثورة المسلحة الإسماع صوت المكافحة عبر العالم من خلال كرة القدم ، في ظرف أربع سنوات تحول الفريق إلى مجموعة ثورية مستعدة للتضحيات وإسماع صوت الجزائر في أبعد نقطة من العالم وبدأت مسيرة جبهة التحرير الوطنية من تونس عبر العالم في تحفيظ النشيد الوطني . بعد الاستقلال جاءت فترة الستينات و السبعينات والتي تغلب عليها الترويجي و الإستعراضي ، حيث أن المستوى الفني للمقابلات كان عاليا تلتها مرحلة الإصلاحات الرياضية من 1978م-1985م التي شهدت قفزة نوعية في مجال تطور كرة القدم بفضل توفر الإمكانيات المادية الشيء الذي سمح للفريق الوطني لنيل الميدالية الذهبية في الألعاب الإفريقية الثالثة بالجزائر ثم المرتبة الثانية في كأس أمم إفريقيا سنة 1980م ، وفي المنافسات الأولمبية تأهل الفريق الوطني إلى الدور الثاني من الألعاب موسكو سنة 1980 وكذلك الميدالية البرونزية سنة 1979 في ألعاب البحر المتوسط ووصلت إلى قمته في مونديال ألمانيا سنة 1982 أين فاز الفريق الوطني على أحد عمالقة كرة القدم في العالم ، ألا وهو الفريق الألماني الغربي وانهزم بصعوبة سنة 1986 في المونديال المكسيكي أمام البرازيل: (0-1) وتحصلت على أول كأس إفريقية للأمم سنة 1990 بالجزائر. (مجلة الوحدة الرياضي، الجزائر)

2-3-1- تلخيص لبعض الأحداث الهامة في تاريخ كرة القدم الجزائرية :

1963: نظمت أول بطولة وكأس فاز بها اتحاد العاصمة ، والثانية وفاق سطيف

1968: أول تأهل الفريق الوطنية إلى نهايات كأس إفريقيا للأمم بأثيوبيا .

1976: أول كأس إفريقي للأندية البطة فاز بها مولودية وهران .

- 1980: أول نهائي في كأس إفريقيا للأمم للفريق الوطني ضد نيجيريا .
 1990: الفريق الوطني يفوز بأول كأس إفريقية من تنظيمه .
 1982: أول تأهل للفريق الوطني إلى نهائيات كأس العالم بإسبانيا .
 1986: ثاني تأهل للفريق الوطني إلى نهائيات العالم في المكسيك
 أكبر ملعب هو ملعب الأولمبي الجزائري ويسع 80 ألف متفرج وأشهر الأندية :مولودية الجزائر ، مولودية وهران ، وفاق سطيف ، (الجواد، 1984)

2-4- قواعد كرة القدم :

أن الجاذبية التي تتمتع بها كرة القدم خاصة في الإطار الحر (المباريات غير الرسمية ما بين الأحياء) ، ترجع أساسا إلى سهولتها الفائقة، فليس ثمة تعقيدات في هذه اللعبة ومع ذلك فهناك سبعة عشر (17) قاعدة لسير هذه القواعد سارت بعدة تعديلات ولكن لازالت باقية إلى الآن .
 حيث أول سياق للثبات للأول قوانين كرة القدم أسندوا إلى ثلاث مبادئ رئيسية جعلت من اللعبة مجالا واسعا للممارسة من قبل الجميع دون استثناء، وهذه المبادئ حسب سامي الصفار 1982م كما يلي :

2-4-1 المساواة : إن قانون اللعبة يمنح لممارسي كرة القدم فرصة متساوية لكي يقوم بعرض مهاراته الفردية، دون أن يتعرض للضرب أو الدفع أو المسك وهي مخالفات يعاقب عليها القانون .

2-4-2 السلامة : وهي تعتبر روحا للعبة يمنح ، بخلاف الخطورة التي كانت عليها في العهود العبرة، فقد وضع القانون حدودا للحفاظ على صحة وسلامة اللاعبين أثناء اللعب مثل تحديد مساحة اللعب، وأرضيتها وتجهيزهم من ملابس وأحذية للتقليل من الإصابات وترك المجال واسعا لإظهار مهارتهم بكفاءة عالية (الصفار، 1982)

2-4-3 التسلية : وهي إفساح المجال للحد الأقصى من التسلية والمتعة التي يجدها اللاعب لممارسة اللعبة، فقد منع المشرعون القانون كرة القدم بعض الحالات والتي تصدر من اللاعبين تجاه بعضهم البعض

2-5- قوانين كرة القدم :

2-5-1 القانون الأول: ملعب كرة القدم.

الأبعاد: يجب أن يكون ملعب كرة القدم مستطيلا ويجب أن يكون خط التماس أطول من خط المرمى ويكون أبعاد المباريات الدولية.

الطول:

الحد الأدنى 100 م

الحد الأقصى 110م

العرض:

الحد الأدنى 64 م

الحد الأقصى 75 م ويبلغ ارتفاع المرمى 2.44 متر وطوله 7.32

2-5-2- القانون الثاني : الكرة.

كروية الشكل، غطاءها من الجلد لا يزيد محيطها عن 71 سم ولا يقل عن 68 سم اما وزنها لا يتعدى 453 غ ولا يقل عن 359 غ.

2-5-3- القانون الثالث: مهمات اللاعبين

لا يسمح لأي لاعب إن يلبس أي شيء يكون فيه خطورة على لاعب آخر.

2-5-4- القانون الرابع: عدد اللاعبين.

تلعب بين فريقين يتكون كل منهما من 11 لاعب داخل الميدان و 07 لاعبين احتياطيين.

2-5-5- القانون الخامس: الحكام

. يغير صاحب السلطة لمزاولة قوانين اللعبة بتنظيم القانون وتطبيقه.

2-5-6- القانون السادس: مراقبوا الخطوط.

يعين للمباراة مراقبا للخطوط وواجبهما إن يبيننا خروج الكرة من الملعب، ويجهزان برايات من المؤسسة التي تلعب على أرضها المباراة (علي، 1987)

2-5-7- القانون السابع: التخطيط

يجب إن يخطط الملعب بخطوط واضحة لا يزيد عرضها عن 12 سم يبين وسط الميدان بعلامة مناسبة وترسم حولها دائرة قطرها 9.10 م

2-5-8- القانون الثامن: منطقة المرمى.

عند كل نهايتي الملعب يرسم خطان عموديان على مسافة 05.50 م من كل قائم ويوصلان بخط موازي وتسمى بمنطقة المرمى.

2-5-9- القانون التاسع: منطقة الجزاء.

عند كل من نهايتي الملعب يرسم خطان عموديان على مسافة 16.50 م ، توضع علامة مناسبة على بعد 11 متر تسمى علامة ركل الجزاء ومن كل علامة ركلة جزاء يرسم خارج منطقة الجزاء قوس دائري قطره 9.15متر.

2-5-10- القانون العاشر: منطقة الركنية

من قائم كل راية ركنية يرسم داخل الملعب ربع دائرة نصف قطرها 50سم.

11-5-2- القانون الحادي عشر: المرمى يوضع المرمى في المنتصف على مسافتين متساويتين من قائمين راتب الركنية وعلى مسافة 7.32 من بعضها ويوصلان بعارضة أفقية على ارتفاع 2.44 مترا. (ابراهيم، 1999)

12-5-2- القانون الثاني عشر: التسلل

يعتبر اللاعب متسلل إذا كان اقرب من خط مرمى خصمه من الكرة في اللحظة التي تلعب فيها الكرة.

13-5-2- القانون الثالث عشر: الأخطاء وسوء السلوك

يعتبر اللاعب مخطئا إذا تعمد ارتكاب مخالفة من المخالفات التالية:

ركل أو محاولة ركل الخصم

عرقلة الخصم مثل محاولة إيقاع باستعمال الساقين أو الانحناء أمامه أو خلفه.

- دفع الخصم بعنف أو بحالة خطيرة.

- الوثب على الخصم. - ضرب أو محاولة ضرب الخصم باليد.

- مسك الخصم باليد بأي جزء من الذراع.

- يمنع لعب الكرة باليد إلا حارس المرمى.

- دفع الخصم بالكتف من الخلف إلا إذا اعترض طريقه (علي، 1987)

14-5-2- القانون الرابع عشر: الضربة الحرة.

حيث تنقسم إلى قسمين :

مباشرة: وهي التي يجوز فيها إصابة مرمى الفريق المخطئ مباشرة

غير مباشرة: وهي التي لا يمكن إحراز هدف بواسطتها إلا إذا لعب الكرة أو لمسها لاعب آخر

15-5-2- القانون الخامس عشر: ضربة الجزاء.

تضرب الكرة من علامات الجزاء وعند ضربها يجب إن يكون جميع اللاعبين خارج منطقة الجزاء.

16-5-2- القانون السادس عشر: رمية التماس.

عندما تخرج الكرة بكاملها من خط التماس

17-5-2- القانون السابع عشر: ضربة المرمى.

عندما تجتاز الكرة بكاملها خط المرمى فيما عدا الجزاء الواقع بين القائمين ويكون آخر من لعبها من الفريق الخصم.

18-5-2 - القانون الثامن عشر: التهديف.

يحتسب الهدف عندما تجتاز الكرة بأكملها فوق خط المرمى بين القائمين وتحت العارضة، الفريق الذي يسجل أكبر عدد من الأهداف أثناء المباراة يعتبر فائزاً.

19-5-2 - القانون التاسع عشر: الركلة الركنية.

عندما تجتاز الكرة بأكملها خط المرمى في الجزء الواقع بين القائمين ويكون آخر من لعبها لاعب في الفريق المدافع فإنه يقوم أحد لاعبي الفريق المهاجم بلعب الركلة الركنية، أي يضع الكرة داخل ربع دائرة منطقة الركنية ثم تركل من هذا الموضع، يجوز تسجيل هدف مباشرة من هذه الركلة، يجب على لاعبي الفريق المضاد عدم الاقتراب من موضع الكرة في ركلة الركنية أقل من مسافة 9.15 متر

6-2 - متطلبات كرة القدم:

من أجل تحديد دقيق لقدرات لاعبي كرة القدم تجب الإشارة إلى أهم العوامل المحددة لمتطلبات كرة القدم الحديثة بالنسبة للاعبين.

أثناء المقابلة يكون اللاعبون على اتصال مباشر مع الخصم ، وحالات اللعب تتغير بصورة سريعة ، ففي كل حالة يجب على اللاعب إيجاد الحل المناسب والفعال بأسرع وقت ممكن عن عمل لاعب كرة القدم ذو طابع تكراري متغير، والعمليات الحركية متغيرة وتختلف الواحدة عن الأخرى فالجري متنوع بالعمل بالكرة، أو المشي، أو التوقف، أو القفز .

يشير الاختصاصيون إلى إن جزء كبير من العمليات الحركية للاعب كرة القدم يشغله الجري الذي يتطور من البطء إلى السرعة، إضافة إلى إن الانطلاق الذي يتحول إلى توقف مفاجئ أو تغيير خاطف للسرعة أو الاتجاه .

7-2 - خصائص كرة القدم:

تتميز كرة القدم بخصائص أهمها

1-7-2 - الضمير الاجتماعي: وهي من أهم خاصية في الرياضات الجماعية، إذ تكتسي طابعاً جماعياً بحيث يشترك فيها عدة أشخاص في علاقات وأدوار متكاملة و مترابطة، وتحقيق أهداف مشتركة في إطار جماعي.

2-7-2 - النظام:

تحدد طبيعة القوانين في رياضة كرة القدم وصفة الاتصال المسموح بها مع الزملاء و الاحتكاك مع الخصم، وهذا ما يكسبها طابعاً مهماً في تنظيم اللعب، يتجنب كل ما يتعارض مع تلك القوانين.

3-7-2- العلاقات المتبادلة:

تتميز رياضة كرة القدم بتلك العلاقات المتواصلة بين الزملاء في جميع خطوط الفريق، إذ تشكل كلا متكاملًا بمجهود كالأعضاء، وهذا بدوره ناتج عن التنظيمات والتنسيق خلال معظم فترات المنافسة.

4-7-2- الترفس :

بالنظر إلى لوسائل كرة القدم من كرة وميدان ودفاع وهجوم ومرمى و كل هذه الجوانب تعتبر حوافز مهمة في إعطائها صيغة تنافسية بحتة إذا بقي اللعب خلال فترة اللعب في حركة مستمرة متغيرة لمراقبة تحركات الخصم ، وهذا ما يزيد من حدة الاحتكاك بالخصم ، لكن في إطار مسموح به تحدد قوانين اللعبة.

5-7-2- التغيير:

تمتاز كرة القدم بالتغيير الكبير والتنوع في خطط اللعب، وبنائها وهذا مرتبطًا بالحالة التي تواجه الفريق خلال المنافسة أي حسب طبيعة الخصم والمنافسة.

6-7-2- استمرار : مما يزيد الاهتمام برياضة كرة القدم هو طبيعة البطولة فيها، إذ يكون برنامج البطولة مطولاً (سنويًا ومستمر) كل سبع تقريبًا مقارنة مع الرياضات الفردية التي تجري منافساتها في شكل متباعد.

7-7-2- الحرية: اللاعب في كرة القدم رغم ارتباطه بزملائه وبالهدف الجماعي إلا أنه يملك حرية كبيرة في اللعب الفردي و الإبداعي في أداء المهارات وهذا مرتبط بإمكانيات وقرارات كل لاعب (الفردية) .

إذ أنه ليس مقيدًا بأداء تقني ثابت كما هو الحال، في أغلب الرياضات الفردية، بل لديه الحرية في التفاعل والتعرف حسب الوضعية، التي يكون فيها أمام الخصم وهذا ما يكسب رياضة كرة القدم طابعًا تشويقيًا ممتعًا (ابراهيم، 1999)

8-2- اللياقة البدنية في كرة القدم:

1-8-2- تعريف اللياقة البدنية: من أكثر التعريفات في انتشارها في الوقت الراهن ذلك التعريف الذي نشره " هارسون كلارك Harsisonclarke" من جامعة " اوريجون" وأقره الرئيس الأمريكي للياقة البدنية والرياضة وكذلك اعتمده الأكاديمية الأمريكية للتربية البدنية وينص التعريف على إن " اللياقة البدنية هي المقدرة على تنفيذ الواجبات اليومية وبقظة وبدون تعب مفرط، مع توافر قدرة من الطاقة يسمح بمواصلة العمل و الإدلاء خلال الوقت الحر، ومواجهة الضغوط البدنية، في الحالات الطارئة.

1-8-2- خصائص اللياقة البدنية:

- إن اللياقة البدنية عبارة عن مقدرة بدنية تتأسس على عمليات فسيولوجية مختلفة وتتأثر بالنواحي النفسية.

- أنها مستوى معين من العمل الوظيفي لأجهزة الجسم يمكن قياسه وكذلك يمكن تنميته
- إن الهدف الأساسي من اللياقة البدنية هو تحسين قدرة الجسم على مواجهة المتطلبات البدنية العادية التي تستلزمها ظروف الحياة اليومية، بالإضافة إلى إمكانية مواجهة تحديات بدنية أكثر صعوبة في المواقف الطارئة أو من خلال أداء جهد بدني كالتدريب أو المنافسة الرياضية، و اللياقة البدنية لها شق آخر وهو تنمية القدرة البدنية التي تعتمد على مجموعة العمليات الفسيولوجية وتأثرها بالنواحي النفسية للفرد، وفي سبيل ذلك تحاول اللياقة البدنية تحقيق التكافؤ بين هذين العاملين و إن أحدا الأهداف المهمة للياقة البدنية هو تحقيق الوقاية الصحية وتوفير أفضل حياة الفرد (ابو العلا احمد، 2004)

2-8-2- مكونات اللياقة البدنية:

القوة العضلية:

هي قدرة العضلة على مواجهة مقومات خارجية تتميز بارتفاع شدتها.

المرونة: هي قدرة الفرد على أداء الحركات الرياضية إلى أوسع مدى تسمح به المفاصل العاملة في الحركة.

الرشاقة:

هي قدرة الفرد على تغيير أوضاع جسمه أو سرعة تغيير الاتجاه، سواء كان ذلك بالجسم كله أو أجزاء منه، سواء كان ذلك على الأرض أم في الهواء. (كمال عبد الحميد، 1999)

السرعة: وهي القدرة على تحقيق الحركة في اقل وقت ممكن ، ويرى البعض إن مصطلح السرعة في المجال الرياضي يستخدم للدلالة على تلك الاستجابات العضلية الناتجة من التبادل السريع مابين حالة الانقباض العضلي وحالة الاسترخاء العضلي (علوي ح.، 1973)

التحمل:

هو قدرة الفرد على مواصلة العمل ومقاومة التعب وكذلك الظروف غير الملائمة طيلة العمل وكذلك الاسترخاء بعد الجهد هو واحد من أوجه التحمل. فالتحمل هو قدرة الفرد على العمل لفترة طويلة ، دون هبوط مستوى الفعالية أو قدرة أجهزة الجسم على مقاومة التعب نظرا لارتباط قدرة التحمل للتعب، والتعب هو عبارة عن الهبوط الوقتي المستوى فعالية الفرد، وذلك نتيجة لبذل جهد، وهو أنواع، عقلي، حسي، انفعالي وبدني وهو نتيجة العمل ونشاط عضلي وهو النوع المعروف في الرياضة (علوي، 1979)

2-9- عواقب نقص اللياقة البدنية لدى اللاعبين :

إن اللاعب غير اللائق بدنيا لا يستطيع متابعة أحداث المباراة مما يجعله بعيدا عن اللعب ويصعب عليه رؤيته بصورة جيدة.

نتيجة لبعده على اللعب يكون اللاعب غير واثق من قدراته وهذا يتسبب في ارتبائه خلال المباراة.

الخلاصة :

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نلاحظ إن كرة القدم والإصابات المتعلقة بتأهلي كثيرة، لكن وبفضل ما وصل إليه الطب الرياضي من تطور أضحت هذه الإصابات تكاد تكون منعدمة وذلك بفضل الوسائل المستخدمة في العلاج والوقاية، ونجد كذلك إن اللياقة البدنية العالية والتحضير الجيد للاعب خلال التدريبات يساهم كذلك في سلامة ووقاية اللاعب من الإصابات الرياضية، ولعلنا أوضحنا بعض طرق العلاج والوقاية من بعض الإصابات الرياضية.

تمهيد:

تعتبر المراهقة من المراحل الأساسية في حياة الإنسان وأصعبها لكونها تشمل عدة تغيرات على كل المستويات وخاصة في الجانب الفيزيولوجي نتيجة لإفرازات الهرمونات مما يؤدي إلى النمو السريع الغير منتظم، وقلت التوافق العضلي العصبي، بالإضافة إلى النمو الإنفعالي والتخيل والحلم، وتنصف كذلك هذا المرحلة بصفة الإندفاع والتقلبات العاطفية التي تجعل المراهق سريع التأثر و قليل الصبر والإحتمال والتي تؤدي إلى القلق وهذا الأخير يوصل إلى الذكر ويفتح الطريق نحو الآفات الإجتماعية . لهذا أولى علماء النفس والتربية أهمية كبيرة لهذه المرحلة من مراحل الإنسان من أجل التفاعل مع هذه الشريحة بطريقة جيدة لتكوين جيل صاعد وفعال في مجتمعه.

3-1- تعريف المراهقة:

كلمة أصلها لاتيني و تعني الاقتراب المتدرج من النضج الجنسي الانفعالي .
أصلها العربي : رهق فلان سفه وجهل وركب الشر والظلم وغشي المآثم .
و المراهقة هي فترة من بلوغ الحلم إلى الرشد.

3-1-1- التعريف التربوي :

هي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد، فالبلوغ مرحلة تبدأ به المراهقة. ولا تنتهي عندها ولكن ينتهي بالبلوغ، فالبلوغ هو النمو الفسيولوجي والجنسي للأعضاء والغدة التناسلية وهو أول القذف بالنسبة للذكر وأول طمث بالنسبة للأنثى وما يصاحبها من علامات للأنثى وبروز النهدين والشعر، وللذكر نمو الخصيتين والشعر أيضا.

3-2-2- التعريف الذي أتفق عليه العلماء :

المراهقة هي حالة من النمو تقع بين الطفولة والرجولة والأنوثة ولا يمكن تحديد فترة المراهقة بدقة، لأنها تعتمد على السرعة الضرورية في النمو الجسمي فهي متفاوتة، وبما أن عملية النمو السيكولوجي غامضة من غير السهل أن تقرر هذه المرحلة من حياة الإنسان حتى يصبح النظام الغددي ناميا بصورة كلية. مما لا ريب فيه أن هذا الاحتمال يجب أن ينتهي في بداية العشرينيات من العمر. فالمراهقة تشمل الأفراد الذين هم بالعقد الثاني من الحياة، وتعد أول دراسة جاءت على يد الحافظ 1981

3-2-3- يعرفها علماء النفس:

بأنها المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بدخول المراهقين مرحلة الرشد وفق المحكمات التي يحددها المجتمع. فالمراهقة لا تعني اكتمال النضج. لكن تعني الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي بطريقة تدريجية. (غباري ثائر، 2008)

3-2- مراحل المراهقة:

يلاحظ عموما عدم إتفاق الباحثين والعلماء المختصين بدراسة التطور الإنساني على فترة زمنية محددة لفترة المراهقة. كما أنهم لم يتفقوا على المراحل الفرعية التي تتضمنها هذه المرحلة.

3-2-1- مرحلة ما قبل المراهقة:

قام "ويليام و تنبوغ " نهاية مرحلة الطفولة تتحدد غالبا بفترة من النمو المتسارع في الجسم والتصرفات غريبة الأطوار والرغبة في البقاء مع مجموعة من نفس الجنس، و أول علامة نفسية تظهر في سن التاسعة إلى عشر سنوات " وتنتهي المرحلة عندما يصل الذكر أو الأنثى إلى مرحلة النمو الجسدي مهتما فيها بالبقاء مع الجنس الآخر .

3-2-2- المراهقة المبكرة:

ويصل فيها المراهق لاستقرار نوعي من التغيرات البيولوجية وكذلك يستقل متخلصا من القيود المحيطة بذاته .

3-2-3- المرحلة المتأخرة :

مرحلة الاستقرار والتكيف مع المجتمع وضبط النفس للدخول في المجتمعات وتحديد الاتجاهات في السياسة و العمل. و تذكر " لوزا بيرك 1999" أن مرحلة المراهقة طويلة جدا وقد جاءت العادة بين الباحثين على تقسيمها إلى ثلاث مراحل فرعية هي:

- المراهقة المبكرة من 11/12 إلى 14 سنة : وهي فترة من التغيرات السريعة نحو البلوغ - المراهقة المتوسطة من 14 إلى 18 سنة : حيث تكون التغيرات ذات العلاقة بالبلوغ قد اكتملت تقريبا.

- المراهقة المتأخرة من 18 إلى 21 سنة : و عموما فإن هذا التقسيم ينسجم مع تسلسل المراحل في الكثير من دول العالم حيث تلتقي بعد المدرسة الابتدائية التي فيها يتم تكوين فئة الطفولة المتوسطة والمتأخرة مرحلة المدرسة الثانوية. وأخيرا ينتقل الفرد إلى الدراسة في الكليات والجامعات (غباري ثائر، 2008)

3-3- مظاهر النمو في المراهقة:

3-3-1- الجانب الجسمي : قال تعالى : " ثم لتبلغوا أشدكم" وهو في مظهرين أساسيين :

3-3-2- النمو الفسيولوجي : ونقصد به الأجهزة الداخلية الغير الظاهرة التي يتعرض لها المراهق في البلوغ وما بعده ويشمل بوجه خاص الغدد الجنسية.

3-3-3- النمو العضوي : ويشمل نمو الأبعاد الخارجية للمراهق (الطول، الوزن، العرض) * مرحلة المراهقة هي مرحلة نمو جسمي وطفرة لا يفوقها في النمو إلا مرحلة ما قبل الولادة ويتميز النمو الجسمي بعدم الانتظام.

* يزداد الطول ويتسع المنكبين وطول الجذع والذراعين والساقين ويتأخر نمو الأطراف السفلية عن العلوية، يزداد الوزن لزيادة نمو العضلات والعظام وزيادة الشحم عند الفتيات .
* يتغير شكل الوجه في كل جزء (داخلي ، خارجي) فيبدو غير متناسق في المراهقة المبكرة و الوسطى و ينمو الشعر في أجزاء محددة بصورة واضحة.

3-3-4- الفروق بين الجنسين في النمو الجسمي لمراهق:

قال تعالى: " في أي صورة ما تشاء ركبك " (القران الكريم)

أ/ الذكور: أقوى جسميا وعضلاتهم تنمو بسرعة وازدياد في الطول وتمايز في اتساع الكتفين وإهتمام بالمظهر الجسمي وصوت خشن.

ب/ الإناث: تراكم الشحم في مناطق معينة كالصدر والردفين وازدياد في الطول والوزن أسرع وقتاً وأقل كما من الذكور، نمو عظام الحوض مميزة لنمو الإناث كما تهتم الإناث بالوزن والطول وتناسق الوجه وصفات البشرة. (غباري ثائر، 2008)

3-3-5- النمو الحركي: هو نمو تابع للجانب الجسمي في بداية فترة المراهقة حيث تؤدي إلى نمو سريع يتبعه عدم توازن حركي مما يجعل المراهق كسولاً وساكناً ويؤدي عدم توافق بالحركات فتسقط من يده الأشياء، ويرتطم بما يواجهه من أثاث.

3-4- النمو المعرفي في المراهقة:

3-4-1- خصائص التفكير لدى المراهق:

لا يوجد حد فاصل بين النمو العقلي للفرد وبمرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة وبل النمو العقلي بمرحلة المراهق هو إمتداد للمرحلة السابقة، وعملية الفصل والتحديد هو لغرض الدراسة فقط، وبطبيعة الحال فإننا لا نستطيع أن نفصل النمو العقلي عن سائر جوانب النمو الأخرى، على اعتبار أن كل منهما يؤثر ويتأثر بالجانب الآخر. فلعل أبرز ما يميز تفكير المراهق بهذه المرحلة هو وصوله إلى مرحلة التفكير الشكلي (العمليات المجردة) أي قدرة الفرد على التعامل مع الرموز والمفاهيم غير المحسوسة ولعل أهم ما يطرأ على سلوك المراهق العقلي من تغيير هو تحرره من التمرکز حول الذات ولذا يكتسب المراهق نتيجة لذلك المرونة والحركة والحرية بالتفكير .

3-4-2- مظاهر النمو العقلي في فترة المراهقة:

تصبح القدرات العقلية أكثر تعبير ودقة من ذي قبل، وتبدأ قدرات المراهق بالتمايز حيث تزداد القدرة على التحصيل وإكتساب المهارات والمعلومات وما يميز التعليم بهذه الفترة بأنه يبني على أساس منطقته على عكس المرحلة السابقة التي كان التعليم فيها يتم بشكل آلي، وكذلك تتضح قدرة المراهق على نقد ما يقرأ وتزداد قدرته على الإنتباه لفترات أطول مما يمكنه من إستيعاب مشكلات كبيرة وهو كذلك يصبح قادراً على التعامل مع مفاهيم إجتماعية مثل الخير والفضيلة والعدالة الديمقراطية والحرية....إلخ

وتظهر ما يسمى بالقدرات الخاصة. ويصل نكاء المراهق في نهاية هذه الفترة إلى أعلى قمم النضج. وكذلك يستطيع المراهق أن يطور مفاهيم المواطنة الصالحة والمفاهيم الأخلاقية المختلفة و يكون قد بدأ بوضع تصور عن المهنة المستقبلية.؟ (غباري ثائر، 2008)

جوانب النمو المعرفي لدى المراهق :

3-5-1- الإدراك :

للمراهق إدراك يمتد من الأشياء الملموسة إلى آثار هذا الشيء الملموس وجوانب الزيادة والنقصان للأثر التابع له.

2-5-3- التذكر:

له أيضا أوجه مختلفة عن الطفولة، فالمراهق تنمو قدراته على الاستدعاء والحفظ ويبلغ تذكر المراهق قمته في السنة الخامسة عشر ويتأثر المراهق بدرجة ميل المراهق لهذا الموضوع.

3-5-3- التفكير:

يتميز تفكير المراهق في مرحلته الأولى يحل المشاكل بالصيغة الإستقرائية (من الأجزاء إلى القاعدة) ثم ينتقل في وسط المراهقة إلى الصيغة الإستنباطية (من القاعدة إلى الأجزاء) وينتهي في مرحلة المراهقة بالصيغتين معا. فأى طريقة تحل له المشكلة يأخذ بها : يتميز ويتأثر المراهق في عمقه وإرتفاع مستواه إلى البيئة المحيطة بالمراهق فيبدأ بالتعميم الرمزي لمستويات مثل الفضيلة و العدالة.

4-5-3- التخيل:

هو إبن التفكير ويزداد إرتباطهما "التفكير و التخيل" كلما إقترب المراهق من الرشد . والفروق بين تخيل الأطفال وتخيل المراهقين. إن تخيل المراهق فيه وصف للمشاعر والإنفعالات وزيادة التفكير بالجو العاطفي. وتخيل فني جمالي للإرشاد "وخيال الفتاة المراهقة يفوق خيال الشاب المراهق".

5-5-3- الميل:

يميل المراهق المواضيع توازي خياله ميلا مهنيا والأصدقاء، وطريقة الحياة الخاصة أنها ميول فكرية, وأسلوب الكلام له ميل إدراكي للموضوع (و قد يختلف الميل مع الزمن)

6-3- مشاكل المراهقة:

يعاني المراهق الكثير من المشاكل والتي تنتج عن خصائص ومميزات هذه وفيما يلي سرد لأهم المشكلات التي تتأثر بتفكير المراهق.

1-6-3- مشكلات خاصة بالشخصية:

أبرزها الشعور بمركب النقص وعدم القدرة على تحمل المسؤولية وكذا نقص الثقة بالنفس والشعور بكراهية للآخرين له. وأحلام اليقظة وكثرة المحاولة.

2-6-3- مشكلات تتصل بالصحة والنمو:

أبرزها الأرق، الشعور بالتعب وعدم الإستقرار النفسي وعدم تناسق أعضاء الجسم وقبح المظهر.

3-6-3- مشكلات تتصل بالمكانة الاجتماعية :

القلق الخاص بالمظهر الخارجي والشعور بعدم محبة الآخرين له والخوف من الإنطلاق في الحياة الإجتماعية خشية الوقوع في الأخطاء, وكذا صعوبة تكوين الأصدقاء. (غباري نائر،

(2008)

4-6-3- المشكلات الجنسية:

النشاط الجنسي الذاتي المفرط ومن أهم تصرفات المراهق التسكع في الطرقات والتلفظ بالعبارات الساقطة والاستسلام بسهولة للإغراءات.

5-6-3- مشكلات المراهق داخل أسرته:

- عدم توفر مكان خاص به في المنزل.
- وجود حواجز بينه وبين والديه تجعله يحتفظ بمشكلاته الشخصية والنفسية لذاته.
- إلزامه بالتواجد في البيت في ساعة محددة.
- خلافات الوالدين فيما بينهما وكذا تدخلهما في إختيار الأصدقاء.
- الشعور بالحرمان من أشياء كثيرة وعدم وصله على أشياء خاصة به. (غباري نائر، 2008)

6-6-3- مشكلات تعود و ترجع إلى المدرسة:

- ضعف التركيز عند التفكير وعدم القدرة على تخطيط وتنظيم الوقت.
- نقص الرغبة في برنامج التربية البدنية والرياضية نتيجة الخجل.
- شك المراهق بقدراته، وهذا راجع لعدم توفر النصائح والتوجيهات لأحسن الأساليب الدراسية. (حامد عبد السلام، 2008)

7-6-3- مشكلات تمس المعايير الأخلاقية:

- الحاجة للإرشاد والتوجيه بشأن ما عليه من تقاليد ينبغي الحفاظ عليها.
- الاضطراب الناشئ عن عدم التميز بين الخير والشر.
- الخلط بين الحق والباطل وعدم إدراك مغزى الحياة.
- القلق بمسائل التسامح والإصلاح.

خلاصة:

إن مرحلة المراهقة مرحلة حساسة و صعبة يمر بها الفرد ، وبحكم التغيرات الجسمية و الفيزيولوجية ، بحيث لا يجد المراهق سبيلا للتخلص منها أو على الأقل التخفيف من حدتها إلا بممارسة النشاطات الرياضية، فهي التي تنمي و تقوي بدنه و يعينه على اكتساب السمات الشخصية السليمة و المقبولة بين أفراد المجتمع .

كما أن للصحافة الرياضية و ما تعرضه من برامج رياضية لها تأثير على سلوكيات المراهقين نظرا لتمتعها بقدرة الإقناع و التشويق. كل الجوانب التي تطرقنا إليها تدخل في تكوين شخصية هذه الفئة من المراهقين كما لا حظنا أن مرحلة المراهقة المبكرة هي فكرة من أصعب الفترات التي يمر بها الإنسان وذلك لما تتميز به من التغيرات الفيزيولوجية كانت و مرفولوجية أو انفعالية أو اجتماعية.

كما أن فترة المراهقة المبكرة ما هي إلا مرحلة انتقال ولهذا يجب علينا أن نعطيها في دراستنا هذه، كما لا نستطيع في أي حال من الأحوال أن نولي أهمية الجانب ونستغني عن جوانب أخرى، لأنها كلها تتعامل مع بعضها البعض في تحديد شخصية المراهق ولذلك وجب على المربي أو المدرب أن يولي أهمية كبيرة على هذه التغيرات التي تساعد على معرفة وتفهم الوضع أو كل ماله علاقة بالمعرفة وكيفية التعامل، وليس معنى التوجيه الضغط والتغيير كما يفهمه الكثير، وإنما يراعي حاجيات ومتطلبات المراهق الضرورية والتي بواسطتها يستطيع تحقيق النمو المتوازن.

تمهيد:

يمكن وصف البحث العلمي على أنه مغامرة شاقة مليئة بالنشاط والمجازفات التي تجري وقائعها بين أحضان العلم، هذه المغامرة تستدعي الصبر، الموضوعية، الجهد المتواصل، التنظيم، التخيل الخصب، الفطنة الحادة، قابلية التحكم الجيد في الظروف الجديدة ... إلى غير ذلك من هذه العناصر الضرورية لنجاح البحث.

وفي هذا الفصل سنحاول أن نوضح أهم الإجراءات الميدانية التي اتبعناها في هذه الدراسة من أجل الحصول على نتائج يمكن الوثوق بها واعتبارها نتائج موضوعية قابلة للتجريب مرة أخرى، وبالتالي الحصول على نفس النتائج الأولى، كما هو معروف فإن ما يميز أي بحث علمي هو مدى قابليته الموضوعية العلمية، هذا لا يمكن أن يتحقق إلا إذا اتبع صاحب الدراسة منهجية علمية دقيقة وموضوعية.

4-1- الدراسة الاستطلاعية:

الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التأكد من ملائمة مكان دراسة البحث ومدى صلاحية الأداة المستعملة حول موضوع البحث، وقبل شروعا في الدراسة الميدانية والتي تتمثل في توزيع الاستمارة على المدربين لفئة الناشئين، أردنا أن يقوم بدراسة استطلاعية حتى يتسنى لنا معرفة بعض الجوانب المحيطة بموضوعنا، ومن خلال هذه الدراسة تمكنا من وضع الاستبيان والذي وجهناه إلى المدربين .

4-2- الدراسة الأساسية: و تتكون مما يلي:**4-2-1- المنهج المستخدم:**

يعتبر اختيار منهج الدراسة مرحلة هامة في عملية البحث العلمي، اذ يحدد كيفية جمع البيانات والمعلومات حول الموضوع المدروس، لذلك فان المنهج له علاقة مباشرة بموضوع الدراسة وبإشكالية البحث، إذ أن طبيعة الموضوع هي التي تحدد نوع المنهج الذي يجب استعماله، فالباحث يجد نفسه مجبراً على اتباع منهج معين حسب طبيعة الإشكالية، التي طرحها، والتي تفرض المنهج الضروري والملائم لدراسته، وعليه فإننا نجد البحوث العلمية قد تستعمل منهج واحداً كما أن هناك من يلجأ إلى استعمال أكثر من منهج حسب ظاهرة موضوع الدراسة.

وانطلاقاً من مجموع دراستنا المتمثلة في الوقوف على أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم، فقد اعتمدنا المنهج الوصفي الذي يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميًا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة. ومن مميزات هذا المنهج أن الدراسة تكون عن طريق العينة وتكشف عن العلاقة السببية بين متغيرين أو أكثر.

وسوف نستعين في هذا البحث بالاستمارة كأداة ضرورية وهامة لوصف موضوع بحثنا وجمع المعلومات المتعلقة به.

3-4 متغيرات البحث: هناك متغيران :**3-4-1- المتغير المستقل :**

عن تبيان هذا الأثر باختلاف قسم وهو الذي يتم بحث أثره في متغير آخر، ويمكن للباحث التحكم للكشف ذلك التغير، ويتمثل في بحثنا هذا في المراقبة الطبية.

3-4-1- المتغير التابع :

هو ذلك المتغير الذي يرغب في الكشف عن تأثير المتغير المستقل عليه والمتغير التابع في بحثنا هذا هو: لاعبي كرة القدم فئة أصاغر

4-4- مجتمع البحث:

مجتمع البحث في لغة العلوم الإنسانية هو: "مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجري عليها البحث. إن المجتمع يعتبر شمول كافة وحدات الظاهرة التي نحن بصدد دراستها ومجتمع بحثنا هذا يشمل مدربي فرق الرابطة الولائية لكرة القدم لولاية بسكرة (100 مدرب)

عينة البحث وكيفية اختيارها:

هي عبارة عن مجتمع الدراسة الذي نجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، فالعينة أن تأخذ جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي. (فريد كامل ابو زينة، 2006)

ونظرا لطبيعة بحثنا وتطلعنا للموضوعية في النتائج، تم اختيار عينة عشوائية والتي شملت 20% من المجتمع الأصلي أي ما يمثل 20 مدرب.

4-6- مجالات البحث :

4-6-1- مجال بشري : اعتمدنا في بحثنا هذا على 20 مدرب في اختصاص كرة القدم.

4-6-2- مجال مكاني : وقع اختيارنا على 20 مدرب في كرة القدم لفرق مدينة بسكرة

4-6-3- مجال زماني : من المعروف منهجيا أن الباحث يحدد الفترة الزمنية التي ينزل بها إلى الميدان وفي الدراسة الحالية قمنا بتوزيع الاستمارات إلى المدربين ابتداء من 24 افريل 2022

4-7- أدوات البحث :

4-7-1- الاستبيان :

اعتمدنا في إجراء البحث على الاستمارة الاستبائية التي تحتوي على كل ما يتعلق بعناصر الموضوع فالاستبيان يعرف بأنه مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل إلى الأشخاص المعنيين تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها والأسلوب المثالي أن يملا الاستبيان في حضور الباحث لان المجيب قد يفيد الباحث أكثر مما يتوقع فيلقت نظره إلى جل الثغرات لينتدركها في الحال و يحتوي على مختلف الأسئلة.

4-7-2- الأسئلة المغلقة أو محدودة الإجابات:

وفي هذا النوع من الأسئلة يحدد الباحث الإجابات الممكنة أو المحتملة لكل سؤال ويطلب من المستجيب اختيار أحدها أو أكثر.

4-7-3- الأسئلة المفتوحة أو الحرة:

في هذا النوع من الأسئلة يترك للمبحوث حرية الإجابة عن السؤال المطروح بطريقته ولغته وأسلوبه الخاص الذي يراه مناسباً.

4-7-4- الأسئلة المغلقة مفتوحة:

في مثل هذا النوع من الأسئلة يطرح الباحث في البداية سؤالاً مغلقاً أي يحدد فيه الإجابة المطلوبة ويقيد الباحث باختيار الإجابة.

4-8- الأسس العلمية للأداة :

4-8-1- صدق الأداة:

صدق الاستبيان يعني التأكد من أنه سوف يقيس ما أعد لقياسه كما يقصد بالصدق شمول الاستبيان لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمه. (فاطمة عوض، 2002)

4-9- إجراءات التطبيق الميداني:

بعد ضبط الجانب النظري لموضوع الدراسة توجهنا للجانب التطبيقي الذي قمنا فيه بضبط الاستبيان الخاص بمدربي فرق ولاية بسكرة لرابطة الولائية، حيث وزعنا 20 استمارة لأخذ ومعرفة آرائهم حول أهمية المراقبة الطبية للاعبين. بعد جمع الاستبيان الخاص بالمدربين قمنا بجمع البيانات ووضعها في جداول مع التمثيل البياني لها، ثم حللنا النتائج المحصل عليها.

4-10- الوسائل الإحصائية :

الغرض الخروج بنتائج موثوق بها علمياً استخدمنا وسائل وطرق حقيقية التي تعالج بها النتائج على أساس فعلي نستند عليها في البحث والاستقصاء وعلى ضوء ذلك استخدمنا ما يلي:
* طريقة النسب المئوية:

$$\frac{ت \times 100}{ع} = س \quad \leftarrow 100\% \quad ع$$

$$ت \leftarrow س$$

حيث أن:

ع: عدد العينة. ت: عدد التكرارات. س: النسبة المئوية

* اختبار كاي تربيع: يسمح لنا هذا الاختبار بإجراء مقارنة بين مختلف النتائج المحصل عليها، من خلال الاستبيان وهي كما يلي: (عبد علين، 1997)

$$\chi^2 = \frac{\text{مج (ت ح - ت ن)}^2}{\text{ت ن}}$$

درجة الخطأ المعياري ($\alpha = 0.05$)

درجة الحرية ($r-1$) حيث (r) تمثل عدد الفئات

إذا كانت عدد التكرارات أقل من 05 نستعمل تصحيح "ياتس":

$$\chi^2 = \frac{\text{مج (ت ح - ت ن - 0.5)}^2}{\text{ت ن}}$$

يمثل χ^2 : القيمة المحسوبة من خلال الاختبار

ت ح: عدد التكرارات الحقيقية (المتوقعة)

ت ن: عدد التكرارات النظرية (المتوقعة)

يتم عدد التكرارات النظرية (ت ن) من خلال المعادلة التالية:

$$\text{ت ن} = \frac{\text{ن}}{\text{و}}$$

ن: العدد الكلي لأفراد العينة

و: يمثل عدد الاختبارات الموضوعية للأسئلة

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن كل دراسة علمية ناجحة ومفيدة لا بد لها وأن تتوفر لدى الباحث الذي يقوم بها، منهجية علمية معينة ومناسبة تتماشى مع موضوع ومتطلبات البحث، ولا بد أن تتوفر لديه أدوات البحث المختارة بدقة من عينة ومتغيرات واستبيان..... الخ.

لنتماشى مع متطلبات البحث وتخدمه بصفة تسمح له بالوصول إلى حقائق علمية صحيحة ومفيدة للباحث والمجتمع.

ومنه فإن العمل بالمنهجية يعد أمراً ضرورياً في البحوث العلمية الحديثة قصد ربح الوقت والوصول إلى النتائج المؤكدة إضافة إلى وجوب أن تكون المنهجية والأدوات المستخدمة في البحث واضحة وخالية من الغموض والتناقضات.

تمهيد:

يعتبر الجانب الميداني الأكثر أهمية في موضوع الدراسة فهو يدعم ما جاء في الجانب النظري، ويثبت صحة أو خطأه، فعلى كل باحث القيام بجمع البيانات المتعلقة بموضوع دراسته، ثم يقوم بتبويبها في جداول بيانية وتحليلها وتفسيرها على ضوء ما جاء في الفرضيات وسنحاول في هذا الفصل المزج بين النظري وما يطابقه ويخدمه في الجانب الميداني، بناء على ذلك، وبعد الانتهاء من تحليل الإجراءات المنهجية، الفرضيات المنهج، عينة الدراسة وأدوات جمع البيانات، ثم القيام بتفريغ البيانات التي تم الحصول عليها عن طريق استمارات الاستبيان في جداول بيانية ثم التعليق عليها وتحليلها، وتقديم اقتراحات وحلول مستقبلية لها، عرضها على أساس الفرضيات المطروحة للدراسة ونخرج في الأخير بنتائج عامة.

الفصل الخامس : عرض و تحليل و مناقشة النتائج
التخصص كل أفراد العينة مدربين في اختصاص كرة القدم.

الشهادات: جدول يمثل توع الشهادات التي يحوزها المدربين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الاحصائية
شهادة تدريب	17	85	9.8	3.84	0.05	1	دالة
شهادة ليسانس في الرياضة	3	15					
المجموع	20	100					

الأقدمية في التدريب: جدول يبين الأقدمية في التدريب بالنسبة لأفراد العينة.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الاحصائية
اقل من 5 سنوات	7	35	3.6	7.8	0.05	3	غير دالة
من 6 الى 10 سنوات	7	35					
من 11 الى 15 سنوات	2	10					
اكثر من 16	4	20					
المجموع	20	100					

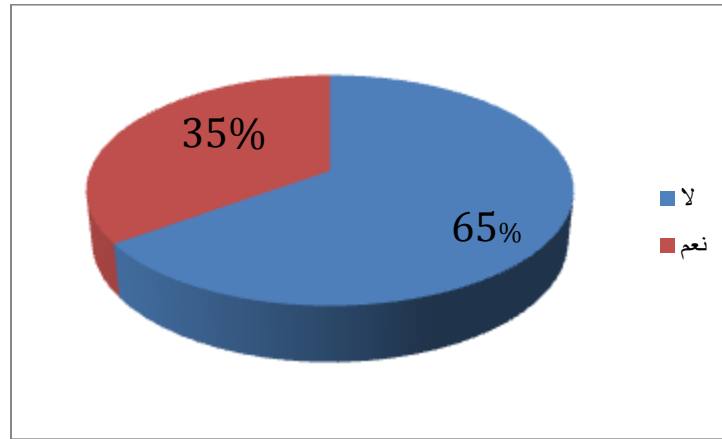
❖ المحور الأول: نقص الموارد البشرية سبب الإهمال المراقبة الطبية :

السؤال الأول هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟

الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كانت الأندية تتوفر على عيادة طبية.

الجدول رقم 01 : جدول يمثل تبين ما إذا كانت الأندية تتوفر على عيادة طبية.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
نعم	7	35	1.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	13	65					
المجموع	20	100					



نموذج رقم 01 دائرة تبين ما إذا كانت الأندية تتوفر على عيادة طبية

التحليل:

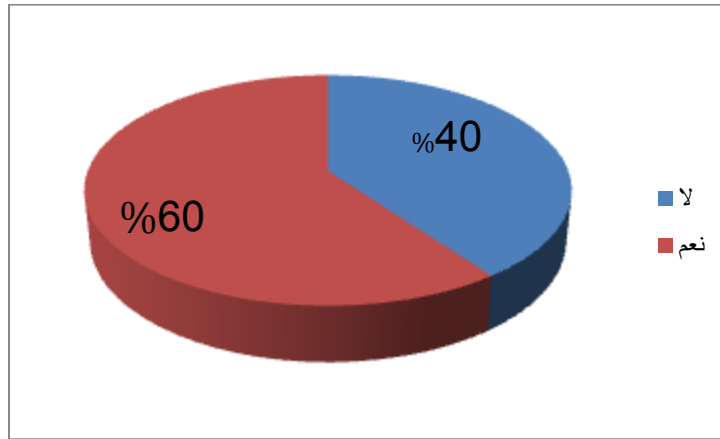
من خلال نتائج الجدول رقم (01) نلاحظ أن نسبة 65% أجابوا بعدم وجود عيادة طبية في نواديهم، ونسبة 35% أجابوا بوجود عيادة طبية في فريقهم. وهذا ما يمثل 7 من أفراد العينة حيث نلاحظ اغلبية العيادات يشرف عليها الطبيب وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

الاستنتاج: ما نستنتجه من خلال هذه النتائج أن أغلبية النوادي لا تتوفر على عيادة طبية.

السؤال الثاني: هل تقام فحوص دورية للاعبين؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كانت تقام فحوص دورية للاعبين؟

الجدول رقم 02: جدول يبين إذا كانت تقام فحوص دورية للاعبين

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
نعم	12	60	0.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	8	40					
المجموع	20	100					



نموذج رقم 02: دائرة تبين ما إذا كانت تقام فحوص دورية للاعبين.

تحليل النتائج:

من خلال الجدول رقم (02) نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة يؤكدون على انه تقام الفحوص للاعبين في الفريق، واغلبها تقام في بداية الموسم الطبيب وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: من خلال هذه النتائج نستنتج أن أغلبية اللاعبين يقومون بالفحوص الدورية تحديدا في بداية الموسم.

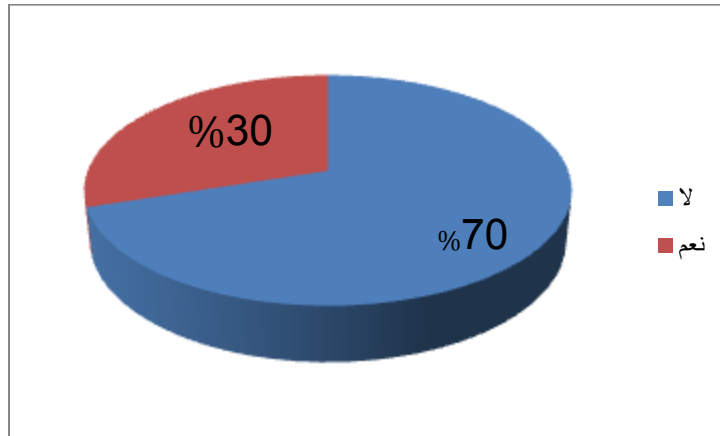
السؤال الثالث: هل تتوفر معلومات صحية عن لاعبيكم؟

الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كانت هناك معلومات صحية كافية عن اللاعبين.

جدول رقم 03: جدول يبين ما إذا كانت تتوفر معلومات صحية عن اللاعبين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
نعم	6	30	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	14	70					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 03: دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت تتوفر معلومات صحية عن اللاعبين.



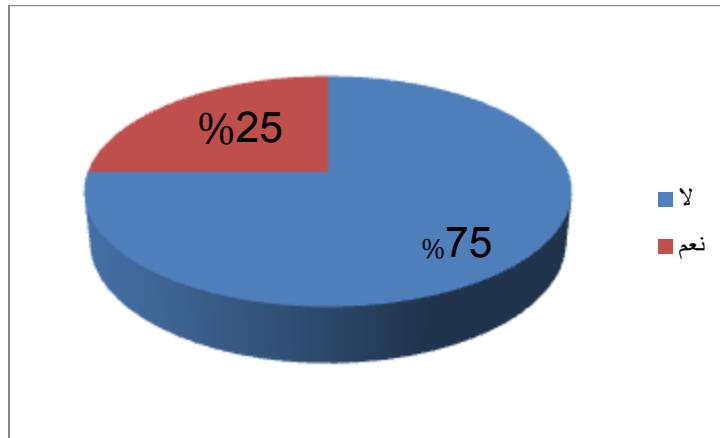
تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 03 أن نسبة 30% من المدربين يؤكدون على توفر معلومات صحية على اللاعبين حيث أغلب هذه المعلومات مدونة في دفتر صحي في حين أن نسبة 70% من أفراد العينة يقرون على عدم توفر المعلومات الصحية للاعبين. وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 03 أنه هناك إهمال كبير لمتابعة ومراقبة اللاعبين.

السؤال الرابع: هل يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات؟
الغرض: قمنا بطرح التساؤل لمعرفة ما إذا ما كان يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات؟
الجدول رقم 04: جدول يبين ما إذا كان يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الاحصائية
نعم	5	25	5	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	15	75					
المجموع	20	100					



نموذج رقم 04: دائرة نسبية تمثل ما إذا كان يتواجد الطبيب أو الممرض في التدريبات.

تحليل النتائج:

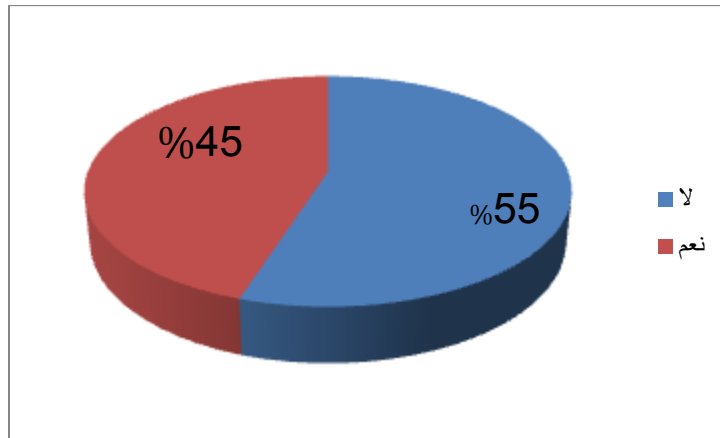
من خلال الجدول 04 نلاحظ أن معظم أفراد العينة أي نسبة 75% يقرون بانعدام الطبيب في الحصص التدريبية حيث المدرب هو الذي يتكفل بهذه المهام وباستخدام اختبارات في تربيعة نلاحظ أن أي المحسوبة أكبر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج:

نستنتج من خلال الجدول رقم 04 انعدام و اهمال الطبيب للفريق في الحصص التدريبية

السؤال الخامس: هل تلقيتم تكوين في الاسعافات الأولية؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كان قد تلقيتم تكوين في الاسعافات الأولية.
الجدول رقم 05: جدول يبين ما إذا كان قد تلقى تكوين في الاسعافات الأولية

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الاحصائية
نعم	9	45	0.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	11	55					
المجموع	20	100					



النموذج رقم 05: دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدرب قد تلقى تكوين في الاسعافات الأولية.
تحليل النتائج:

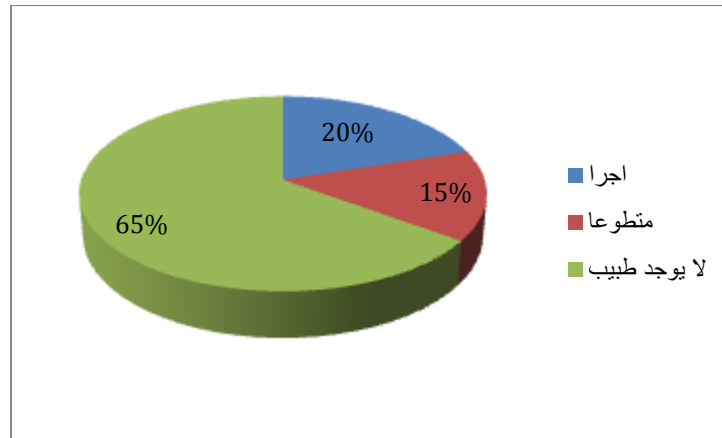
نلاحظ من خلال الجدول رقم 05 أن نسبة 45% يؤكدون على اجراء تكوين في الاسعافات في حين نلاحظ نسبة 55% من افراد العينة يقرون على عدم قيامهم على دورات تكوينية في الاسعافات الطبيب وباستخدام اختبارات ك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من المجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 05 على عدم اعطاء اهمية للإسعافات الأولية من طرف المدربين .

السؤال السادس : هل الطبيب أو الممرض يتلقى اجر او متطوع ؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما اذا كان الطبيب أو الممرض يتلقى اجر او متطوع؟

الجدول رقم 6 : جدول يبين ما اذا كان الطبيب أو الممرض يتلقى اجرا او متطوعا ان وجد

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية
اجرا	4	20	8.01	5.99	0.05	2	دالة
متطوع	3	15					
لا يوجد طبيب	13	15					
المجموع	20	100					



نموذج رقم 06: دائرة نسبية تمثل ما اذا كان الطبيب أو الممرض اجير او متطوعا ان وجد.
تحليل النتائج:

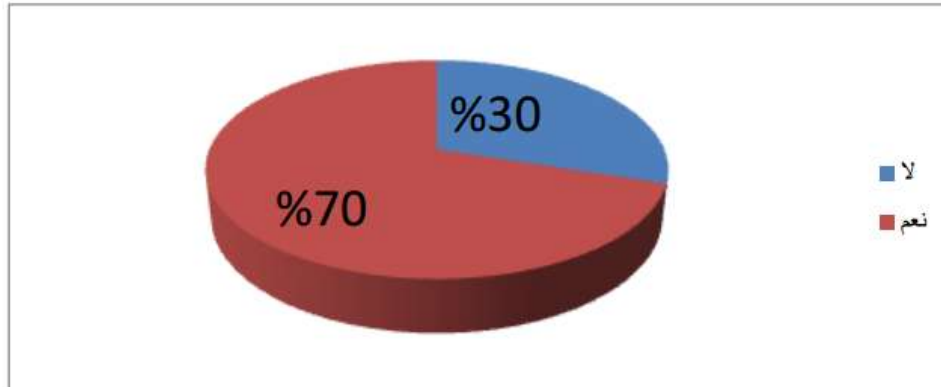
من خلال الجدول رقم 6 نلاحظ أن معظم الاطبة المتواجدين في الفرق يتقاضون الأجر الطبيب وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اكبر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.
الاستنتاج: نستنتج أن معظم الأندية لا يوجد لديها طبيب و ان وجد فيتلقى اجرا .

السؤال السابع : هل رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل و مستلزمات المراقبة الطبية ؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كان رؤساء الفرق مهتمين بتوفير الوسائل و المستلزمات الطبية؟

الجدول رقم 07: جدول يبين ما إذا كان رئيس الفريق مهتم بتوفير الوسائل و المستلزمات الطبية. عدد النسبة

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	14	70	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	06	30					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 07: دائرة نسبية تبين مدى اهتمام رؤساء الفرق على توفير المستلزمات.



تحليل النتائج:

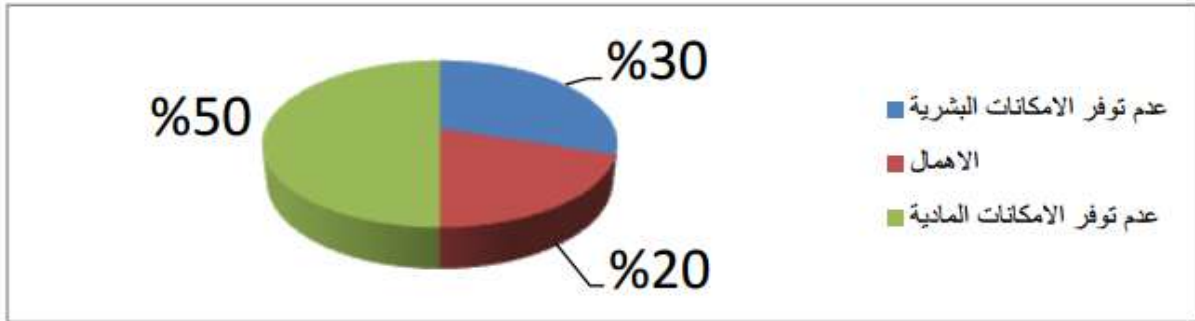
نلاحظ الجدول رقم 06 أن نسبة 70% والتي تمثل 14 من أفراد العينة يؤكدون على توفير المستلزمات من طرف الرؤساء، في حين أن نسبة 30% والتي تمثل 06 من أفراد العينة يؤكدون عن عدم وجود تسهيلات من طرف الرؤساء وذلك لنقص الامكانيات المادية والمالية. الطبيب وباستخدام اختبارات أك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 06 أن معظم الفرق تتوفر على تسهيلات من طرف رئيس الفريق .

السؤال الثامن : ماهي اسباب علم التكفل بإصابات اللاعبين؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة أسباب عدم تكفل الفرق بإصابات اللاعبين.
الجدول رقم 8: يبين اسباب عدم التكفل بإصابات اللاعبين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
عدم توفر الامكانيات البشرية	6	30	2.15	5.99	0.05	2	غير دالة
عدم توفر الامكانيات المادية	10	50					
الاهمال من طرف المسؤولين	4	20					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 8: دائرة نسبية تمثل اسباب عدم التكفل بإصابات اللاعبين .



تحليل النتائج:

من خلال الجدول رقم (08) نلاحظ أن أغلبية افراد العينة يقرون بان السبب الرئيسي لعدم التكفل بإصابات اللاعبين هو انعدام الامكانيات المادية وذلك بنسبة 50% و30% من افراد العينة يقرون بان السبب هو عدم توفر الامكانيات البشري اما 20% الباقية فيصوتون للإهمال من طرف المسؤولين وباستخدام اختبارات ك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من المجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج : من الجدول رقم 8 نستنتج أن السبب الرئيسي لعدم التكفل بإصابات اللاعبين يعود إلى عدم توفر الامكانيات

❖ المحور الثاني: المراقبة الطبية تلعب دور في التقليل في الاصابات.

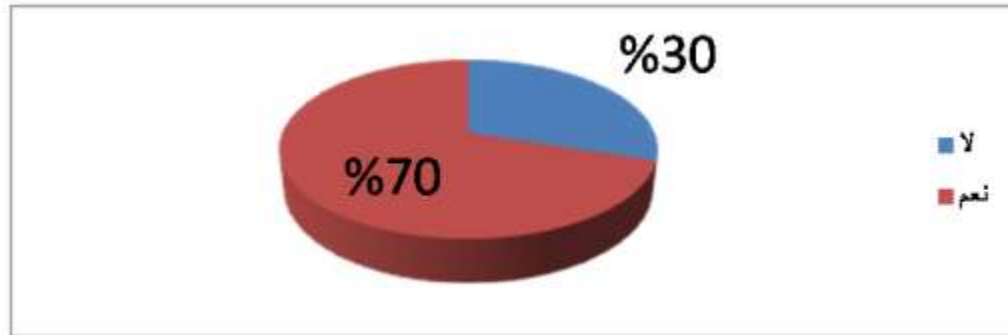
السؤال التاسع: هل لاقبتم مشاكل صحية خاصة بلاعبكم؟

الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كانت هناك مشاكل صحية خاصة باللاعبين؟

الجدول رقم 09: جدول يبين منا إذا كانت هناك مشاكل صحية خاصة باللاعبين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	14	70	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	6	30					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 09: دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت هناك مشاكل صحية خاصة باللاعبين.



تحليل النتائج:

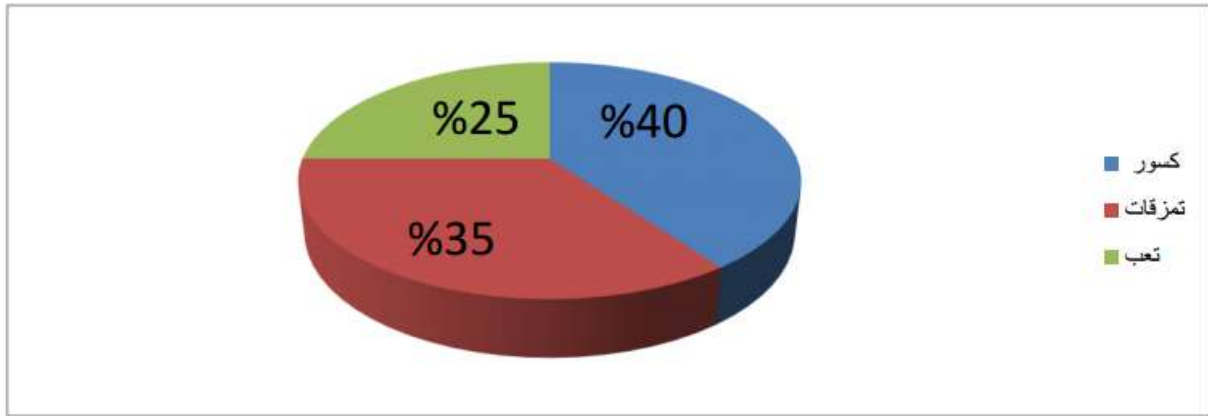
من خلال الجدول رقم 07 نلاحظ أن نسبة 70% والتي تمثل 14 من أفراد العينة يؤكدون على أنهم صادفتهم مشاكل صحية خاصة باللاعبين وهذا راجع لعدم توفر معلومات صحية كافية عن لاعبيهم في حين أن نسبة 30% والتي تمثل 6 من الأفراد العينة لم تلاقهم مشاكل خاصة باللاعبين و باستخدام اختبارات أك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 07 أن أغلبية المدربين اعترضتهم مشاكل صحية خاصة بلاعبهم.

السؤال العاشر: ما نوع المشاكل الصحية التي صادفتك؟
 الغرض: قمنا بطرحها التساؤل لمعرفة نوع المشاكل التي تصادف الاندية.
الجدول رقم 10 : جدول يبين نوع الاصابات التي تصادف الفرق.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
كسور	8	40	0.75	5.99	0.05	2	غير دالة
تمزقات	7	35					
تعب	5	25					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 10: دائرة نسبية تمثل نوع الاصابات التي تصادف الفرق.

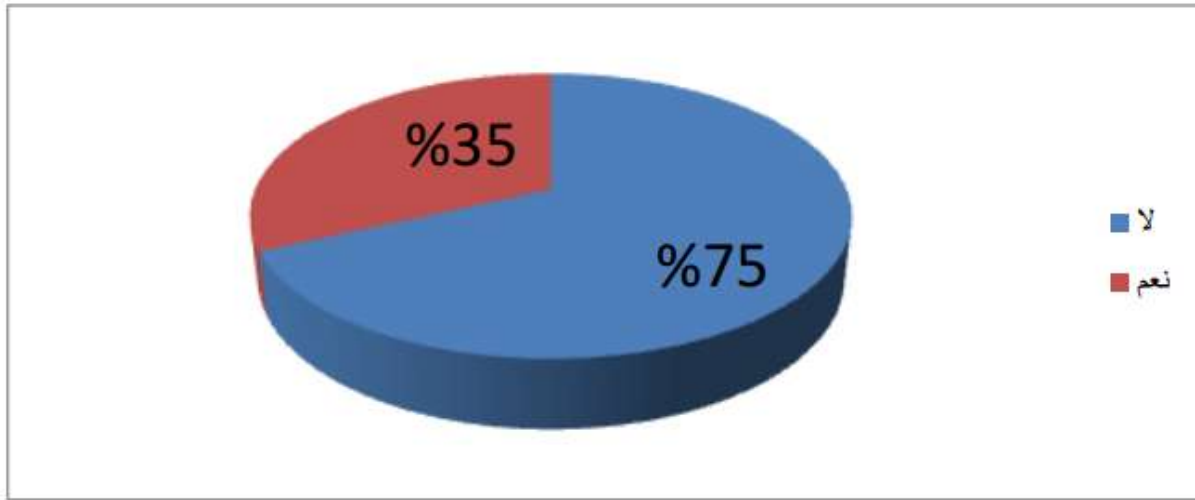


لتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 10 نلاحظ أن 40% من افراد العينة قد صادفتهم كسور و35% صادفتهم تمزقات و25% صادفهم تعب اللاعبين وباستخدام اختبارات ك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اصغر من الجدولة بدرجة حرية 02 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية
الاستنتاج: نستنتج من خلال هذا الجدول ان معظم اللاعبين صادفتهم اصابات مختلفة و بنسب مختلفة.

السؤال الحادي عشر: هل هناك عمل مشترك بينك و بين طبيب الفريق ؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لنعلم ما إذا كان هناك عامل مشترك بين المدرب و الطبيب.
الجدول رقم 11: جدول يبين ما إذا كان هناك عامل مشترك بين الطبيب و المدرب.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	7	35	1.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	13	75					
المجموع	20	100					

النموذج رقم 11: دائرة نسبية تمثل ما إذا كان هناك عامل مشترك بين الطبيب و المدرب.



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 11 أن نسبة 35% ما يمثل 7 من أفراد العينة يؤكدون على وجود عامل مشترك بين المدرب والطبيب يتمثل في مراقبة جاهزية اللاعبين بالإضافة إلى التحضير البدني في حين أن نسبة 75% والتي تمثل 13 من أفراد العينة يقولون أنهم لا يوجد عامل مشترك بين الطبيب والمدرب. وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

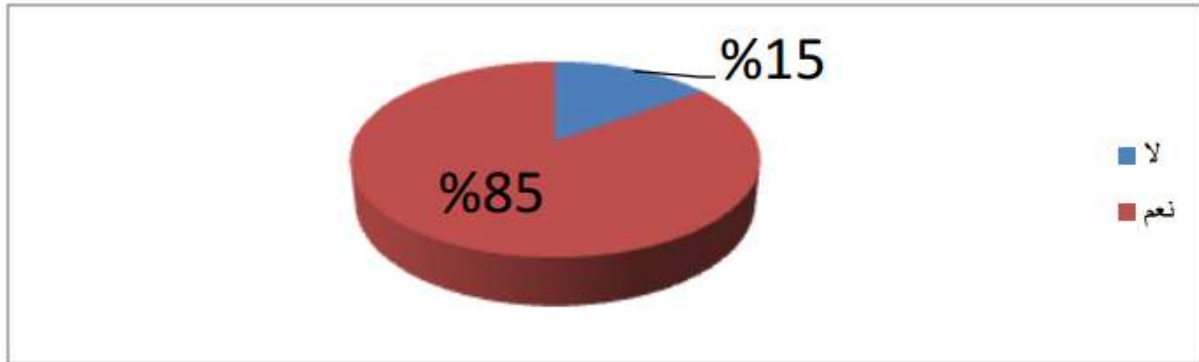
الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 11 أن هناك اهمال للعلاقة او العمل بين الطبيب والمدرب.

السؤال الثاني عشر: هل تتكفل سيادتكم بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب ؟
الغرض : قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كان المدربون يتكفلون بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب

الجدول رقم 12: جدول يبين ما إذا كان المدرب يتكفل بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	17	85	9.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	3	15					
المجموع	20	100					

النموذج رقم 12: دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدرب يتكفل بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب.



تحليل النتائج:

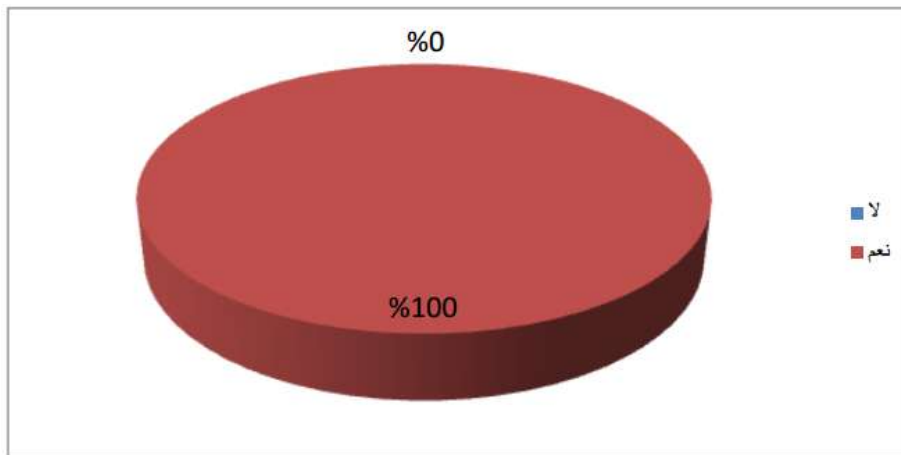
نلاحظ من خلال الجدول رقم 12 أن نسبة 85% أي أغلبية أفراد العينة يؤكدون على أنهم يقومون بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب في حين نسبة 15% يقرون على عدم التكفل بالإصابات في غياب الطبيب. وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ ان ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 12 أن المدربين مهتمون بالتكفل بالإصابات اللاعبين بالرغم من نقص المعارف في هذا المجال

السؤال الثالث عشر: هل تقومون بتوعية اللاعبين عن مخاطر الإصابات؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة هل هناك توعية للاعبين.

الجدول رقم 13: جدول يبين هل هناك توعية من طرف المدربين على الإصابات.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
نعم	20	100	20	3.84	0.05	1	دالة
لا	0	0					
المجموع	20	100					



النموذج رقم 13: دائرة نسبية تمثل ما إذا كان المدربون يقومون بتوعية اللاعبين عن مخاطر الإصابات.

تحليل النتائج: نلاحظ من خلال الجدول رقم 13 أن نسبة 100% ما يمثل 20 من أفراد العينة يقدمون نصائح للاعبين الطبيب و باستخدام اختبارات كي تربيع نلاحظ ان ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

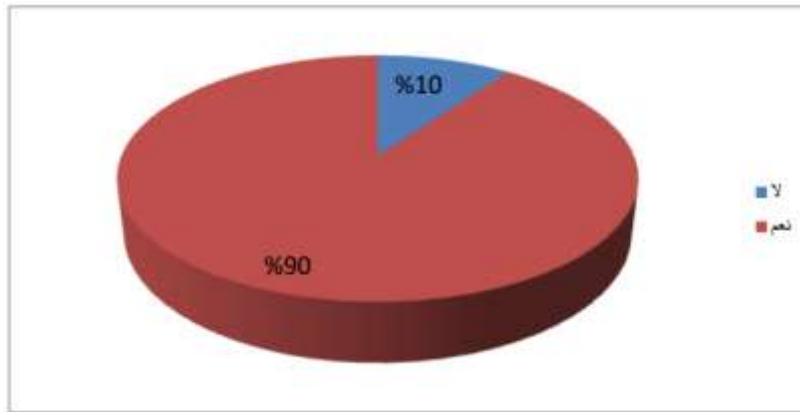
الاستنتاج:

نستنتج من خلال الجدول رقم 13 أن جل المدربين يقدمون نصائح للاعبين .

السؤال الرابع عشر: هل هناك تجاوب من اللاعبين؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة مدى تجاوب من اللاعبين.
الجدول رقم 14: جدول يبين هل هناك تجاوب من طرف اللاعبين للنصائح المقدمة من طرف المدربين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
نعم	18	90	12.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	2	10					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 14: دائرة نسبية تمثل مدى تجاوب اللاعبين مع النصائح المقدمة من عند المدرب.



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 14 أن نسبة 90% والتي تمثل 18 من أفراد العينة يعملون بنصائح مدربيهم في حين أن نسبة 10% التي تمثل 02 من أفراد العينة لا يبالون بالنصائح المقدمة لهم

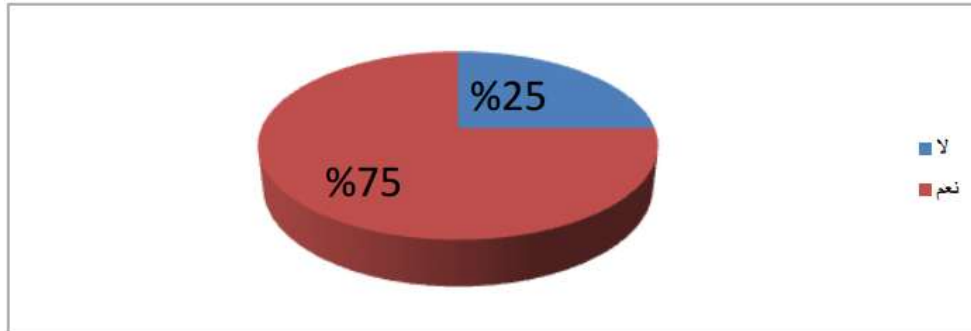
الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 14 أن معظم اللاعبين يعملون بنصائح مدربيهم.

السؤال الخامس عشر: هل المراقبة الطبية تلعب دور في عملية التأهيل بعد الإصابة؟
الغرض: قمنا بطرح هذا السؤال لمعرفة دور المراقبة الطبية في عملية التأهيل.

الجدول رقم 15: جدول يبين هل للمراقبة الطبية دور في عملية التأهيل بعد الإصابة.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	15	75	5	3.48	0.05	1	دالة
لا	5	25					
المجموع	20	100					

النموذج رقم 15: دائرة نسبية تمثل دور المراقبة الطبية في عملية التأهيل بعد الإصابة .



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 15 أن نسبة 75% والتي تمثل 15 من افراد العينة يقرون بان للمراقبة الطبية دور في عملية التأهيل بعد الإصابة في

حين أن نسبة 25% التي تمثل 5 من افراد العينة ينفون هذا الكلام و باستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ ان كى المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

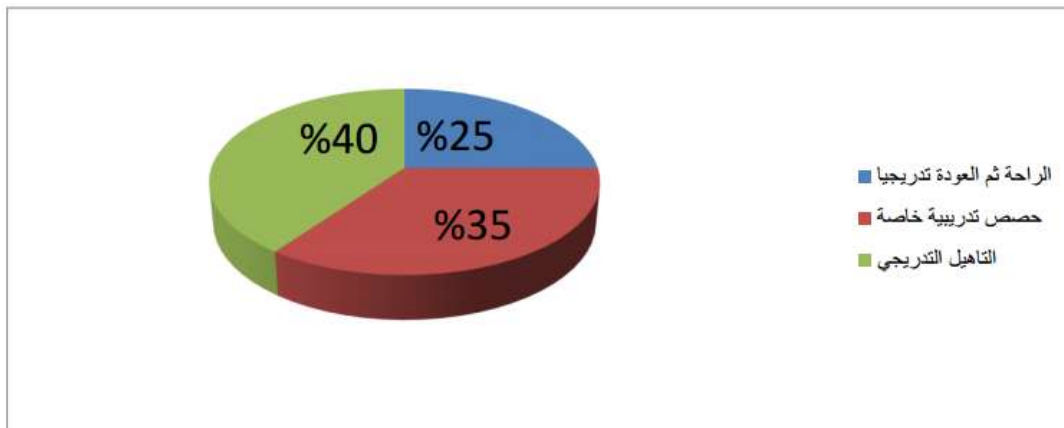
الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 15 أن للمراقبة الطبية دور في عملية التأهيل بعد الإصابة.

السؤال السادس عشر: كيف تقومون بعملية التأهيل بعد الإصابة؟
الغرض: قمنا بطرح ه ذا التساؤل لمعرفة الطرق المنتهجة في عملية التأهيل.

الجدول رقم 16: يبين كيفية قيام المدربين بعملية التأهيل.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الراحة ثم العودة تدريجيا	5	25	0.75	5.99	0.05	2	غير دالة
حصص تدريبية خاصة	7	35					
التأهيل التدريجي	8	40					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 16: دائرة نسبية تمثل الطرق المنتهجة في عملية التأهيل.



تحليل النتائج:

من خلال الجدول رقم 16 أن 40% من المدربين يقومون بعملية التأهيل عن طريق التأهيل التدريجي و35% عن طريق القيام بحصص تدريبية خاصة و 25% عن طريق الراحة ثم العودة إلى التدريب تدريجيا.

الاستنتاج: نستنتج من هذه الدراسة أن لكل مدرب طريقته الخاصة في عملية التأهيل.

المحور الثالث : المراقبة الطبية تلعب دور في رفع المستوى الرياضي

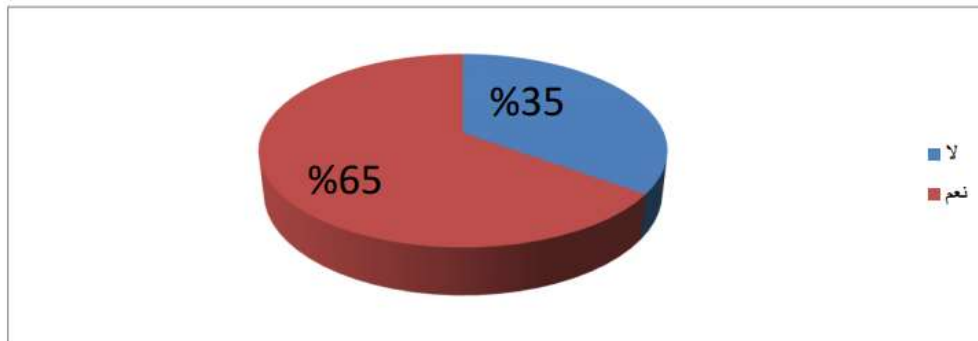
السؤال السابع عشر: هل للمراقبة الطبية تأثير على اللاعب؟

الغرض: قمنا بطرح هذا السؤال لمعرفة مدى تأثير المراقبة الطبية على اداء اللاعب.

الجدول رقم 17 يبين مدى تأثير المراقبة الطبية على اللاعبين

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	13	65	1.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	7	35					
المجموع	20	100					

النموذج رقم 17: دائرة نسبية تمثل مدى تأثير المراقبة الطبية على اللاعبين.



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17 أن نسبة 65% من افراد العينة يؤكدون على أن للمراقبة الطبية تأثير على اللاعب وذلك من عدة جوانب نفسي ومهاري وبدني اما 35% الأخرى فيقرون بالعكس وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ ان ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج :

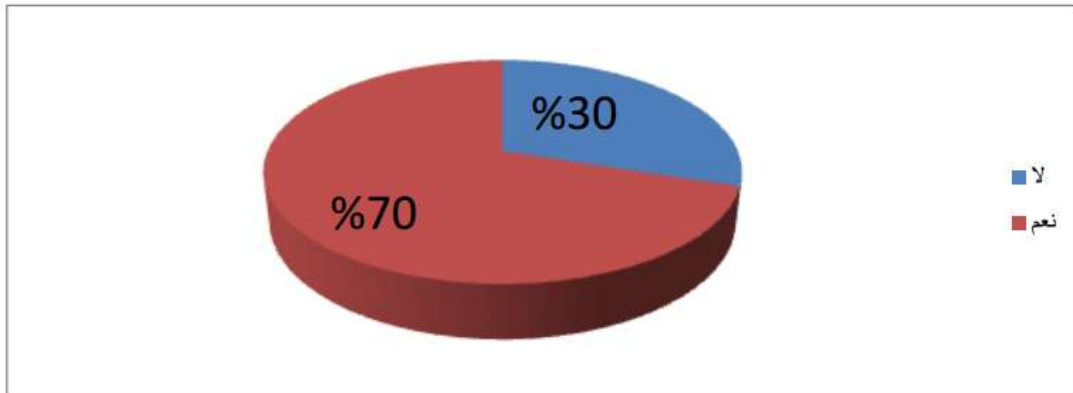
نستنتج من خلال الجدول رقم 17 أن للمراقبة الطبية تأثير على اللاعبين من كل الجوانب .

السؤال الثامن عشر: هل للمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق ؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة مدى تأثير المراقبة الطبية على النتائج التي تحققها الفرق خلال المنافسات.

الجدول رقم 18 : جدول يبين تأثير المراقبة الطبية على النتائج التي يحققها الفريق.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	14	70	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	6	30					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 18: دائرة نسبية تمثل مدى تأثير المراقبة الطبية على النتائج التي يحققها الفريق.



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 18 أن نسبة 70% يؤكدون على ان المراقبة الطبية تؤثر على نتائج الفريق على عكس ال 30% الأخرى حيث ينفون تأثير المراقبة الطبية على نتائج الفريق.

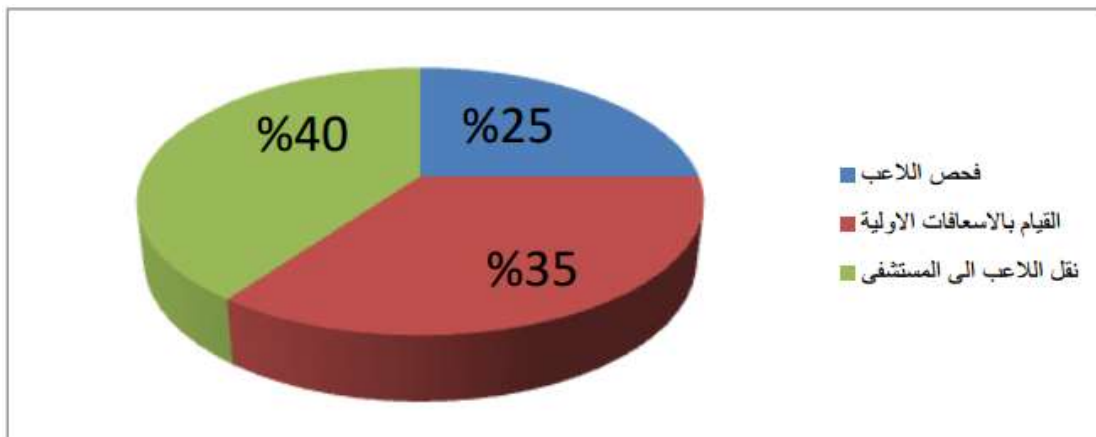
الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 17 أن هناك تأثير واسع للمراقبة الطبية على النتائج المحصل عليها للفريق وذلك من خلال تحسين مردود الفريق و باستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة اصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

السؤال التاسع عشر: في حالة إصابة اللاعب ماهي الاجراءات التي يقوم بها المدرب لهذا اللاعب؟

الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة نوع الاجراءات التي يقوم بها المدرب للاعب المصاب.

الجدول رقم 19 : جدول يبين الاجراءات التي يقوم بها المدربين.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
فحص اللاعب	5	25	0.75	5.99	0.05	2	غير دالة
القيام بالإسعافات الأولية	7	35					
نقل اللاعب للمستشفى	8	40					
المجموع	20	100					



نموذج رقم 19: دائرة نسبية تمثل الاجراءات التي يقوم بها المدربين.

تحليل النتائج :

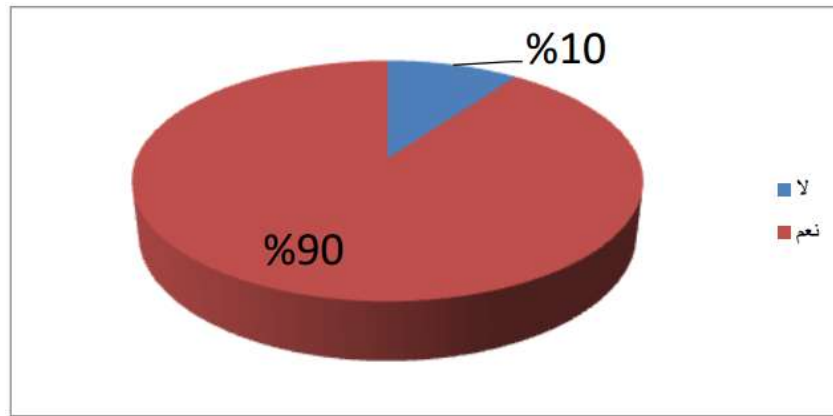
نلاحظ من خلال الجدول ان اغلبية المدربين يقومون بنقل اللاعب مباشرة للمستشفى فور وقوع الإصابة في حين بقية أفراد العينة يقرون بأنهم يفحصون اللاعب ويقدمون اسعافات اولية وباستخدام اختبارات ك تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 02 عند مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج : نستنتج من خلال النتائج أن كل المدربين يقومون بمختلف الاجراءات للاعبين المصابين.

السؤال العشرون: هل يخضع اللاعب المصاب الى برنامج تدريبي خاص قبل ادماجه؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما إذا كان اللاعب المصاب يخضع لبرنامج خاص .
الجدول رقم 20 : جدول يبين ما إذا كانت هناك برنامج تدريبي خاص للاعب قبل ادماجه في الفريق

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
نعم	18	90	12.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	2	10					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 20: دائرة نسبية تمثل ما إذا كانت هناك برنامج تدريبي خاص قبل ادماجه في الفريق.



تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول رقم 15 أن نسبة 90% أي معظم أفراد العينة يؤكدون على اخضاع اللاعب البرنامج تدريبي خاص

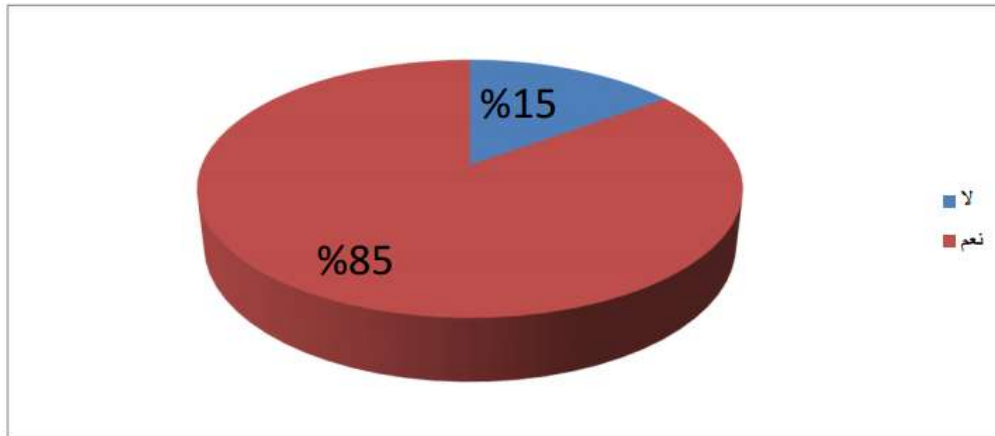
قبل ادماجه في الفريق اما 10% الباقية فلا يعطون اهمية لهذا البرنامج وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ ان ك المحسوبة اكبر من المجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية

الاستنتاج: نستنتج من خلال الجدول رقم 15 أنه توجد برامج صحية خاصة للاعبين المصابين قبل ادماجهم في الفريق

السؤال الواحد والعشرون: إعادة تأهيل اللاعب هل تتم بالتشاور مع طبيب الفريق؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما اذا تتم عملية التشاور بين الطبيب و المدرب.

الجدول رقم 21: جدول يبين ما اذا كان اعادة تأهيل اللاعب تتم بالتشاور مع طبيب الفريق.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	17	85					
لا	3	15	9.8	3.84	0.05	1	دالة
المجموع	20	100					



نموذج رقم 21: دائرة نسبية تمثل ما اذا كان اعادة تأهيل اللاعب تتم بالتشاور مع الطبيب.

تحليل النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول ان معظم افراد العينة والتي نسبتها 85% يؤكدون على وجود تشاور بينهم وبين الطبيب في عملية التأهيل و باستخدام اختبارات كى تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من المجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

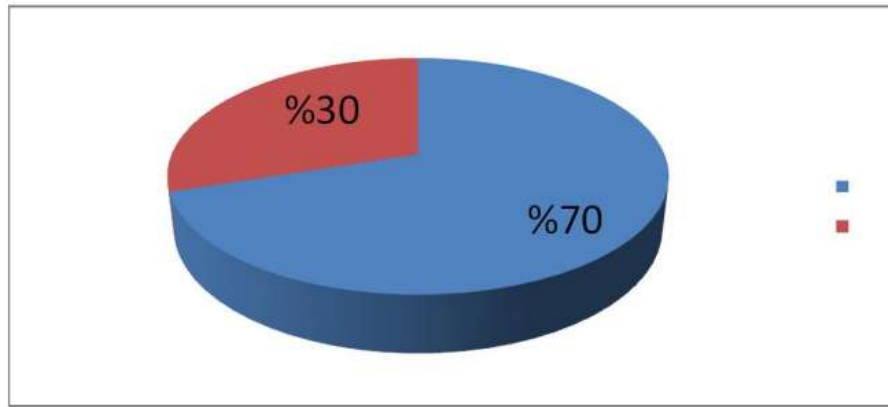
الاستنتاج: نستنتج أن عملية التأهيل تتم بالتشاور بين الطبيب و المدرب.

السؤال الثاني والعشرون: هل تقومون بإدراج لاعبين مصابين في المقابلات الرسمية؟
الغرض: قمنا بطرح هذا التساؤل لمعرفة ما اذا كان المدربين يقومون بإدراج اللاعبين المصابين.

الجدول رقم 22: يبين هل يتم إدراج اللاعبين المصابين في المقابلات. عدد النسبة

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	6	30	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	14	70					
المجموع	20	100					

نموذج رقم 22: دائرة نسبية تمثل هل يتم إدراج اللاعبين المصابين في المقابلات.



تحليل النتائج: نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن اغلبية افراد العينة والذي نسبته 70% لا يقومون بإدراج اللاعبين المصابين في حين البقية والذي نسبته 30% يقومون بإدراج اللاعبين المصابين لهدف تحقيق النتائج وباستخدام اختبارات في تربيع نلاحظ أن ك المحسوبة أصغر من الجدولة بدرجة حرية 01 عند مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

الاستنتاج: من خلال الجدول نستنتج أن معظم الفرق لا تضع في حساباتهم اللاعبين المصابين.

5-2- مناقشة و مقابلة النتائج بالفرضيات:

سنحاول مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات الفرعية التالية:

➤ الفرضية الأولى:

والتي مفادها أن نقص الموارد البشرية أدى إلى إهمال المراقبة الطبية". بعد الدراسة لمختلف الجداول و التي كانت لها علاقة بهذه الفرضية في المحور الأول و المتمثلة في الاسئلة من (08_01) تبين انه:

تبعاً لنتائج تحاليل الجداول 4.3.1. 5. يتضح لنا جلياً أن النقص الواضح للموارد البشرية لغياب الأطباء وكذا الشبه الطبي والعيادات الصحية المجهزة وغير المجهزة، أدى إلى إهمال المراقبة الطبية وهذا ما يتطابق مع فرضيتنا.

ومع الفرضية الجزئية الرابعة في مذكرة تخرج الطالبان بن جلولي حمزة و مدون نسيمه. ومن كل هذا نستنتج أن فرضيتنا الأولى قد تحققت.

➤ الفرضية الثانية:

و التي مفادها المراقبة الطبية تلعب دور في التقليل من الاصابات. بعد الدراسة لمختلف الجداول و التي كانت لها علاقة بهذه الفرضية في المحور الثاني والمتمثلة في الاسئلة من (16_09) تبين انه:

تبعاً لنتائج تحاليل الجداول 12 13 14 15 يتضح لنا جلياً أنه كلما ركزنا على المراقبة الطبية في النوادي كلما تراجع نسبة التعرض للإصابات وهذا ما يتطابق مع فرضيتنا الجزئية الثانية.

و ايضاً مع الفرضية الجزئية الرابعة في الدراسة السابقة التي تحمل عنوان الاصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم صنف الاشبال و دور الطب الرياضي في الوقاية و العلاج. ومن كل هذا نستنتج أن فرضيتنا الثانية قد تحققت.

➤ الفرضية الثالثة:

و التي مفادها "ان المراقبة الطبية تلعب دور في رفع المستوى الرياضي لدى فئة الاصاغر". بعد الدراسة لمختلف الجداول و التي كانت لها علاقة بهذه الفرضية في المحور الثالث والمتمثلة في الاسئلة من (22_17)

تبين انه : من خلال عرض وتحليل نتائج الجداول (17 18 20 21)، يتضح لنا جلياً ان كلما ركزنا على المراقبة الطبية في النوادي يؤدي هذا إلى عدم تعرض الفرق على إصابات مما يساعد على تحقيق نتائج وهذا ما يتطابق مع الفرضية الجزئية الثالثة.

ومع الفرضية الجزئية الأولى في مذكرة تخرج الطالبان بن جلولي حمزة و مدون نسيمه. ومن كل هذا نستنتج أن فرضيتنا الثانية قد تحققت.

خلاصة :

كما أسلفنا الذكر سابقا لكل بحث علمي أدوات يستخدمها الطالب والباحث لتأكيد دراساته وإضفاء الشروط العلمية والمصداقية عليها، ونحن في بحثنا هذا اعتمدنا على الاستبيان باعتباره أفضل أداة تحقق لنا ما نحن بصدد دراسته .

لكن لا يكفي أن نقدم أسئلة للمدربين ونسترد الإجابات ونحكم عليها هكذا فقط، بل كان لزاما تفريغ الإجابات وتحليلها والخروج باستنتاجات مباشرة تزيل اللبس والغموض عن الاستفسار المطروح، وهذا ما تم فعلا في هذا الفصل الخامس من خلال تبويب النتائج المتحصل عليها في جداول والاستعانة بالدوائر النسبية لتوضيح الإجابات بصورة أفضل وكذا التأكيد على صحتها من خلال استعمال معادلة كا لمعرفة مستوى الدلالة لكل سؤال مطروح. وبهذا تحصلنا على مجموعة من الاستنتاجات التي أكدت على صحة فرضياتنا الجزئية، وبدون أدنى شك أكدت النتائج المتحصل عليها على سبب إهمال المراقبة الطبية و على مدى أهمية دورها في التقليل من الإصابات ورفع مستوى الأداء الرياضي.

الاستنتاج العام :

من خلال ما قدمناه في الجزء التطبيقي من طرح أسئلة الاستبيان وكذا سرد تحليلها التي كانت في مجمل نتائجها تؤكد الإهمال المعطى للجانب الصحي للاعبين على مستوى الفرق، وكان هذا نابع من أجوبة المدربين على الأسئلة، فعلى ضوء ما جاء في الأجوبة، اتضح لنا أنه لا يوجد مراقبة طبية وإن وجدت فهي لا ترقى إلى الجانب الوقائي أو العلاجي البسيط والغياب الملحوظ للمراقبة الطبية أدى إلى غياب المعلومات الصحية المتعلقة باللاعب والتي تفيد المدرب في أي مشكل صحي يمكن وقوعه.

ومن خلال النتائج المحصل عليها سابقا في المحاور والتي أكدت على الأهمية التي يلعبها الطب الرياضي وكذا غياب الأطباء والعيادات الطبية أدى إلى غياب المتابعة الطبية الدورية، وهذا ما أنجر عنه كثرة المضاعفات الصحية لدى اللاعبين وكثرة الإصابات الرياضية خلال الحصة التدريبية.

خاتمة:

من خلال البحث النظري والدراسة الميدانية التي قمنا بها باستعمال الاستبيان وجدنا للأسف الشديد أنه لم يعطي للطب الرياضي أهمية ومكانة في رياضة كرة القدم، خاصة في الفئات الصغرى "فئة الأصاغر"، وهذا راجع إلى نقص الجانب المادي والمالي لهذه الفرق، وهذا ما يعود بالسلب على الرياضيين من الجانب الصحي وذلك بتعرضهم إلى إصابات متنوعة ومتفاوتة الخطورة، خاصة وأن رياضة كرة القدم تتميز بالاحتكاك البدني والتنافس الشديد، أما من الجانب الرياضي فيتمثل في تدهور مستواهم الرياضي نظرا لخطورة الإصابة وتكرارها وعدم وجود متابعة طبية دورية.

كما أن النقص في الجانب المادي والمالي أدى إلى عدم توفر هذه الفئات على طبيب مختص أو حتى على طبيب عام يقوم بإجراء المتابعة الدورية على اللاعبين ومراقبتهم أثناء وبعد التدريبات أو حتى أثناء إجراء المباريات، وهذه مشكلة تعاني رياضة كرة القدم وخاصة الفئات الصغرى.

من ناحية أخرى فإن نقص التوعية لدى المدربين والمسيرين لهذه الفئات أيضا أدى إلى عدم وجود متابعة طبية دورية لهذه الفئة من الرياضيين، كما أنه لا تقدم لهم أي دروس نظرية بمدى أهمية الطب الرياضي في علاج إصابات اللاعبين.

إضافة إلى ذلك، فإن هذه الفئة لا تخصص بالأهمية الكبرى من طرف المشرفين عليها، حيث لا تخصص لهم أي فترات نقاهة تخفف عليهم من عبأ المباراة أو المجهودات الرياضية طوال السنة، لأن همهم الوحيد هو إحراز النتائج التي ترضيهم فقط، وهذا هو

لب الخطأ، لذا فمن الواجب على المدربين والمسيرين الاهتمام بهذه الفئات ومتابعتهم تقنيا وتكتيكيا، والأهم من ذلك متابعتهم صحيا طوال المشوار الرياضي، حتى تمارس هذه الرياضة في أحسن الظروف.

وفي الأخير نتمنى أن تجد هذه الفئة العناية الكافية من طرف المسؤولين والتخفيف من كمية المشاكل التي تتخبط فيها.

اقتراحات وفروض مستقبلية:

بعد عرض ما تقدم في بحثنا من جانب نظري وجانب تطبيقي وهذا الأخير الذي استهل على أسئلة الاستبيان، والتي أوضحت نتائجها للإهمال الكبير والملحوظ من جانب المسؤولين على مستوى الأندية الرياضية، وبالأخص مكان الدراسة وهي الأندية المدروسة، حيث أوضحت النقص الكبير في الاعتناء بصحة اللاعب وتوفير أدنى مستلزمات المراقبة والوقاية من الإصابات خلال مزاولتهم للنشاط الرياضي داخل الفريق، وكل هذا الإهمال أدى إلى إهمال المراقبة الطبية والتي تتكثف في غياب الفحوصات الدورية رغم أهميتها.

ومنه نستخلص أن واقع المراقبة الطبية داخل الأندية في تدهور إلى حد كبير، فعلى ضوء ما قلناه، وعلى أساس النتائج المتحصل عليها نتقدم بهذه الاقتراحات التي نأمل أن تصل إلى المهتمين على صحة اللاعبين داخل الفرق.

- 1- وضع مرسوم يقضي بإجبارية الفحص الطبي الدوري لكل لاعب.
- 2- تأليف طاقم طبي متكون من ذوي الاختصاص في الطب الرياضي خاص بكل فريق، للتدخل في أي نوع من الإصابات سواء أثناء التدريب أو المباراة.
- 3- التكوين الجيد للمدربين.
- 4- على القائمين على الفرق الرياضية مراعاة الملاحظات التي يبديها الطبيب بعد إجراء الكشف الطبي.
- 5- تجهيز العيادات الطبية بالأدوات والوسائل الوقائية الخاصة بالفحوص والمراقبة الطبية، وكذا الإصابات الأولية.
- 6- تنظيم تربصات خاصة بالتوعية بأسس وقواعد الإسعافات الأولية.
- 7- توفير العتاد الرياضي اللازم والمناسب لممارسة رياضة سليمة لتفادي الإصابات وحماية المنشآت ومراقبتها، بتوفير قواعد الأمن للممارسين.
- 8- توفير الوسائل الرياضية اللازمة للممارسة الفعلية لنشاط رياضي " كرة القدم".
- 9- الاهتمام أكثر بهذه الفئات وإبعادها عن التهميش بتوفير مآطرين ذوي مستوى علمي كافي لتسيير الفرق الرياضية ولتدريب هذه الفرق.
- 10- تنظيم ندوات خاصة بالتوعية بأسس وقواعد الوقاية من الإصابات الرياضية والتي تخص فئة اللاعبين.
- 11- فتح مراكز جهوية للطب الرياضي تستفيد منها جميع الفرق والأصناف وإذا أمكن فتح مراكز ولائية مختصة في مجال الطب الرياضي.
- 12- إعطاء ميزانية أكبر لهذه الفرق وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي من أجل إعطائه أهميته التي يستحقها

قائمة المراجع

- ابراهيم م. (1999). *الجديد في الاعداد المهاري و الخططي للاعب كرة القدم*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ابو العلا احمد, ا. (2004). *فسيولوجية اللياقة البدنية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- اسامة رياض. (2005). *الرعاية الطبية للاعبين*. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- البري, ا. (1976). *الطب الرياضي*. بغداد: دار الحرية.
- الجواد, ح. ع. (1984). *كرة القدم*. بيروت: دار العلم للملايين.
- السيد يوسف مرقت. (1991). *دراسات حول مشكلة الطب الرياضي*. المعمورة: مكتبة و مطبعة الاشعاع الفنية.
- الصفار, س. (1982). *كرة القدم*. العراق: دار الكتب للطباعة و النشر.
- القران الكريم.
- جميل, ر. (1986). *كرة القدم*. بيروت: دار النقائض.
- حامد عبد السلام, ز. (2008). *علم النفس النمو الطفولة و المراهق*. القاهرة: عالم المكتبات.
- حسن, ع. ع. (1995). *الرياضة و الصحة*. القاهرة: منشأ الاسكندرية.
- رابح تركي. (1999). *مناهج البحث في علوم التربية و علم النفس*. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- سلامة, ب. ا. (1991). *الجوانب الصحية في التربية الرياضية*.
- عبد الجواد, ح. (1986). *كرة القدم*. دار المعلمين.
- عبد علين, ص. ا. (1997). *طرق الاحصاء في التربية البدنية و الرياضية*. العراق.
- علام, ا. (1988). *كأس العالم لكرة القدم*. بيروت: دار العلم للملايين.
- علوي, ح. (1973). *تشريح الرياضي الوظيفي*. مصر: دار المعارف.
- علوي, م. ح. (1979). *علم التدريب الرياضي*. مصر: دار المعارف.
- علي, خ. (1987). *كرة القدم*. الجماهيرية العربية الليبية.
- غباري ثائر, ا. (2008). *سيكولوجية النمو بين الطفولة و المراهقة*. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- فاطمة عوض, ص. (2002). *اسس البحث العلمي*. مصر: مكتبة و مطبعة الاشعاع الفنية.
- فريد كامل ابو زينة, و. (2006). *مناهج البحث العلمي*. عمان: دار الميسرة.
- كمال عبد الحميد, م. ص. (1999). *اللياقة البدنية و مكوناتها*. القاهرة: دار الفكر.
- مجلة الوحدة الرياضي. (18, 06, الجزائر). 1982.
- مختار سالم. (1988). *كرة القدم لعبة الملاعب*. بيروت: مكتبة المعارف.
- موفق عبد المولي. (1999). *الاعداد الوظيفي لكرة القدم*. بغداد: دار الفكر.



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي



استمارة استبيان

الموضوع

استمارة استبيان موجهة إلى المدربين.

في إطار انجاز بحث لنيل شهادة ماستر في التدريب الرياضي

تحت عنوان:

أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم فئة اصاغر

نرجو من سيادتكم ملء هذه الاستمارة بصدق وموضوعية. وأتعهد أن كامل بيانات

الاستمارة ستكون سرية ولا تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة.

وتقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

إعداد الطالب:

بوستة احمد شوقي

السنة الدراسية: 2022/2021

ملاحظة توضع علامة X في الخانة المناسبة

البيانات الشخصية:

1 - السن:.....سنة

2 - الشهادات المتحصل عليها:

.....

.....

3 - الأقدمية في التدريب بالسنوات:

اقل من 5 سنوات من 6 الى 10 سنوات من 11 الى 15 سنة

اكثر من 16 سنة

المحور الأول:

س1- هل يتوفر ناديكُم على عيادة طبية ؟

نعم لا

إذا كان الجواب نعم ,فمن يقوم بالاشراف على عيادتكم؟

الممرض الطبيب

س2- هل تقام فحوص دورية للاعبينكم ؟

نعم لا

اذا كانت اجابتك نعم فمتى ؟

في بداية الموسم في منتصف الموسم في نهاية الموسم

س3- هل تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبيكم ؟

نعم لا

س5- اذا كانت نعم فهل هي مدونة على شكل ؟

نعم لا

س6- هل يتواجد الطبيب او الممرض اثناء التدريبات ؟

نعم لا

- اذا كانت اجابتك لا فمن يتكفل بالاصابات اثناء التدريبات ؟

س6- هل تلقيتم تكوين بالاسعافات الأولية ؟

نعم لا

س7- هل الطبيب او الممرض يتلقى :

اجرا متطوع

س8- هل رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية ؟

نعم لا

- اذا كانت اجابتك لا فما هي الاسباب حسب رأيكم؟

.....
.....
.....

س9- ماهي اسباب عدم التكفل باصابات اللاعبين؟

.....
.....
.....

المحور الثاني :

س1- هل لاقبتم مشاكل صحية خاصة مع لاعبيكم؟

نعم لا

اذا كانت نعم فمتى؟

اثناء التدريب اثناء المنافسات

س2- مانوع المشاكل الصحية التي صادفتكم؟

.....
.....
.....

س3- هل هناك عمل مشترك بينك و بين طبيب الفريق؟

نعم لا

- اذا كانت نعم فما نوع هذا العمل؟

.....
.....

هل تتكفل سيادتكم بمعالجة الاصابات في غياب الطبيب او المختص ؟

نعم لا

س4- هل تقومون بتوعية اللاعبين عن مخاطر الاصابات ؟

نعم لا

س5- هل هناك تجاوب من اللاعبين ؟

نعم لا

س6- هل المراقبة الطبية تلعب دور في عملية التأهيل بعد الاصابة ؟

نعم لا

س7- كيف تقومون بعملية التأهيل بعد الاصابات ؟

.....
.....

المحور الثالث :

س1- هل للمراقبة الطبية تأثير على اللاعب ؟

نعم لا

اذا كان نعم فمن اي جانب ؟

الجانب النفسي الجانب المهاري الجانب البدني

س2- هل للمراقبة الطبية تأثير على نتائج الفريق ؟

نعم لا

س3- في حالة اصابة اللاعب ماهي الاجراءات التي يقوم بها المدرب لهذا اللاعب ؟

.....
.....

س4- هل يخضع اللاعب المصاب لبرنامج تدريبي خاص قبل ادماجه في المجموعة ؟

نعم لا

س5- اعادة تأهيل اللاعب هل تتم بالتشاور مع طبيب الفريق ؟

نعم لا

س6- هل تقومون بادراج لاعبين مصابين في المقابلات الرسمية من اجل تحقيق النتائج ؟

نعم لا

اذا كانت الاجابة نعم فهل تستشير طبيب الفريق ؟

نعم لا

Summary

Objective of the study: medical control of the footballers

Problem of the study: To what extent the absence of a hindering factor of medical control for the success and continuation of work at the level of sports clubs.

Hypotheses:

The main hypothesis: medical control plays a role in reducing injuries and raising the level of sport

The first partial hypothesis: There are two main reasons for the negligence of the lack of medical control of human resources as well as the lack of material resources

The second partial hypothesis: medical control plays a role in reducing injuries

The third partial hypothesis: medical control plays a role in raising the level of sports

field study procedures:

Example: Example soccer coach skill 20 landing.

Location of the study: This study was conducted in the states of Biskra

The time of the study: questionnaires were distributed April 19, 2013 **Methodology used:** curriculum represents how the researcher behave in the study, including whether the program is the followers of the nature of the study, we adopted in our study on the descriptive approach.

Questionnaire: adopted by conducting research on the form taught all the elements of the subject and as well as we relied on the statistical method for percentages.

And we have reached at the end of this research is a set of conclusions on our theme and the most important of which we can mention:

- The absence of regular medical follow-up.
- Lack of doctors and clinics specializing in sports medicine. Based on these findings, we have decided to offer a range of suggestions:
- Open regional centers specializing in sports medicine.
- Develop periodic medical examination for each player.
- Provide a larger budget for these teams and the allocation of part of the medical surveillance teams.
- Organize training courses including awareness and first aid rules.

Keywords

Medical supervision in Football for the junior class