



جامعة محمد خيضر . بسكرة .
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
قسم التربية البدنية والرياضية



مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة
الماستر في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
تخصص: تدريب رياضي

الموضوع:

أكثر الإصابات الرياضية شيوعا لدى اللاعبين و المعيقة لمستوى تقدم كرة
القدم في ولاية بسكرة
دراسة ميدانية على مستوى مراكز إعادة التأهيل الحركي و
الوظيفي لولاية بسكرة

إشراف الأستاذ:

باغقول جمال

من إعداد الطالب:

- جودي محمد نجيب

الموسم الجامعي: 2017-2018ء

اهداء

أحمد الله و أشكره على إتمام هذا العمل المتواضع و أهدي ثمرة جهدي إلى من قال فيهم المولى

عز و جل: "واخفض لهما جناح الذل من الرحمة و قل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا " سورة الإسراء
الآية 24.

إلى معنى الطهر و السمو إلى من رسمت لي درب النجاح...

إلى نبع الحنان و العطف والأمل تلك هي "أمي الغالية " أطال الله في عمرها "جودي نعيمة"

إلى من كان سببا إلى وولي معالي الوجود و جاد علي بالموجود و تحدى لأجلي كل الصعاب

"أبي الغالي" أطال الله في عمره "جودي عبد العزيز " وأخي الأكبر "جودي عماد"

إلى أصدقائي المخلصين

إلى الاستاذ المشرف القدير باغقول جمال

إلى كل من اتسع لهم قلبي و لم تتسع لهم صفحتي.

شكر و تقدير

أعوذ بالله من الشيطان الرجيم قال تعالى :

" ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي

و علي والدي و أن أعمل صالحا ترضاه

و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين « سورة النمل الآية 19

الحمد لله حمدا طيبا مباركا فهو الأحق بالحق والشكر على جزيل نعمه ووقوفا عند قوله عليه الصلاة و

السلام : " من لم يشكر الناس لم يشكر الله "

أتقدم بالشكر الخالص للأستاذ المشرف على هذه المذكرة « **بغقول جمال** »

الذي لم يبخل علي بنصائحه و توجيهاته القيمة في البحث

كما أشكره على جديته و دقته في العمل و أتمنى له التوفيق

كما أتمنى إلى كل من ساعدني في انجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد و لو بكلمة أو دعاء

الذي ساعدني كثيرا في هذا العمل المتواضع.

و في الأخير أتمنى من الله عز و جل أن يرشدنا إلى سواء السبيل و يحقق هدفنا النبيل.

فان أصبت فمن الله و أن أخطأت فمن نفسي و الشيطان

فهرس

المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	إهداء
	شكر و عرفان
	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ - ب	مقدمة
	الجانب التمهيدي
3-2	1- إشكالية الدراسة
3	2- الفرضيات
3	3- أسباب اختيار الموضوع
4	4- أهمية الدراسة
4	5- أهداف الدراسة
5	6- تحديد المفاهيم والمصطلحات
6	7- الدراسات السابقة والمرتبطة
8	8- التعليق على الدراسات المشابهة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الإصابات الرياضية
11	تمهيد
12	1- تعريف الإصابة الرياضية
13	2- تصنيف الإصابات الرياضية
15	3- أسباب الإصابة الرياضية
16	4- أنواع الإصابات
33	5- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية
34	6- كيفية منع حدوث المضاعفات

35	7- أعراض ومظاهر الإصابة
36	خلاصة
	الفصل الثاني: كرة القدم
38	- تمهيد
38	1- تعريف كرة القدم
39	2- نبذة تاريخية عن تطور كرة القدم في العالم
40	3 - التسلسل التاريخي لتطور كرة القدم
41	4- كرة القدم في الجزائر
44	5- مدارس كرة القدم
44	6- المبادئ الأساسية لكرة القدم
45	7- قوانين كرة القدم
48	8- طرق اللعب في كرة القدم
50	9- متطلبات كرة القدم
54	10- الصفات الإرادية الهامة للاعب كرة القدم
57	11- أهداف رياضة كرة القدم
57	12- خصائص كرة القدم
58	13- القيمة التربوية لرياضة كرة القدم
60	14- أهمية كرة القدم في المجتمع
62	خلاصة
	الفصل الثالث : إصابات مفصل الركبة
64	تمهيد
65	1- . إصابات مفصل الركبة
67	2- التمزق الغضروفي الهلالي لمفصل الركبة
69	3- إصابة أربطة مفصل الركبة
70	4- إصابة الرباط الداخلي لمفصل الركبة

72	5- إصابة الأربطة الصليبية لمفصل الركبة
74	6- العلاج الطبيعي و تمزق أربطة الركبة
75	7- أعراض قطع الرباط الصليبي وطريقة التشخيصها
76	8- خطوات العلاج اللازمة عند إصابة بتمزق الرباط الصليبي
78	خلاصة
	الجانب التطبيقي
	الفصل الأول: الإجراءات المنهجية والميدانية للدراسة
81	- تمهيد:
82	1- الدراسة الاستطلاعية
82	2- المنهج المستخدم
83	3- مجتمع و عينة البحث وكيفية اختيارها
83	4- مجالات الدراسة
84	5- الأسس العلمية
84	6- ضبط متغيرات الدراسة
84	7- أدوات الدراسة
85	8- الوسائل الإحصائية
86	9- إجراءات التطبيق الميداني
86	10- حدود الدراسة
86	11- صعوبات البحث
	الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة النتائج
88	1- عرض وتحليل نتائج الاستبيان و مناقشتها
103	مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج
	الخاتمة
	اقتراحات وتوصيات
	قائمة المراجع

الملاحق

ملخص الدراسة

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
	جدول يوضح النسبة المئوية لعدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في العام الواحد .	01
	جدول يوضح النسبة المئوية لأماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين.	02
	جدول يوضح النسبة المئوية لعوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات.	03
	جدول يوضح النسبة المئوية للسنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية.	04
	جدول يوضح النسبة المئوية لإصابة اللاعبين التي تحدث أثناء المقابلة و أثناء التدريب.	05
	جدول يوضح النسبة المئوية للنشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة .	06
	جدول يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.	07
	جدول يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.	08
	جدول يوضح النسبة المئوية لمدى إمكانية تعرض الرياضي إلى نهاية المشوار الرياضي بسبب إصابة.	09
	جدول يوضح النسبة المئوية لدور التحسيس و التوعية في التقليل من الإصابات	10

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لعدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في العام الواحد .	01
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لأماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين.	02
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لعوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات.	03
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية للسنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية.	04
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لإصابة اللاعبين التي تحدث أثناء المقابلة و أثناء التدريب.	05
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية للنشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة .	06
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.	07
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.	08
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لمدى إمكانية تعرض الرياضي إلى نهاية المشوار الرياضي بسبب إصابة.	09
	رسم بياني يوضح النسبة المئوية لدور التحسيس و التوعية في التقليل من الإصابات	10

تعد الإصابات الرياضية جانب مهم في موضوع الطب الرياضي و قد تطورت بتطور التشخيص ووسائل العلاج و يعد علم الإصابات الرياضية أساسا في تطوير قابلية الرياضي و وقايته من الإصابات لأن معرفة أسباب حدوث الإصابة تجعل المدرب ملم بطرق تفاديها و توفير الأمان والسلامة أثناء النشاط البدني و الوقاية الملائمة .⁽¹⁾

و تتعدد أسباب الإصابات الرياضية فمنها ما يكون نتيجة للإعداد السيئ بداية الموسم الرياضي ومنها ما يأتي من ضعف و قلة الإمكانيات و الوسائل في الأندية مثل الحذاء الرياضي السيئ واللعب على الأرضيات الغير المستوية والإضاءة الرديئة وأخرى لعدم ممارسة الرياضة كما ينبغي مثل عدم الإحماء الجيد قبل التمرين وعدم الإطالة الفعالة لعضلات الجسم وكذا الإفراط في استعمال أدوات التقوية والأجهزة و الاحتكاك المباشر بين اللاعبين أثناء المباريات. وعند حدوث الإصابة فإن علم الإصابات يرشد المدرب إلى اتخاذ الإجراءات المبكرة و اللازمة للإسعافات الأولية و نقل المصاب إلى المراكز العلاجية بطرق سليمة و بدون مضاعفات كذلك اختيار أفضل الوسائل العلاجية التي تضمن الشفاء التام و سرعة العودة إلى النشاط الرياضي الممارس من قبل اللاعب.

ويعتمد علم الإصابات الرياضية على علوم عدة و له علاقة مباشرة مع علم التشريح و الفيزيولوجيا وكثير من العلوم الرياضية كعلم التدريب الرياضي و الاختبارات و المقاييس و علم النفس والميكانيكا الحيوية و غيرها .

وتختلف الإصابات من رياضة إلى أخرى من حيث شدة الإصابة و من حيث مكان الإصابة فهناك رياضات تكون أغلب الإصابات في الجزء السفلي للجسم مثل كرة القدم و هناك رياضات عديدة تكون الإصابات على مستوى الجزء العلوي للرياضي مثل كرة اليد . وقد قمنا بدراسة لموضوع الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم و أجرينا دراسة على مستوى مراكز إعادة التأهيل و التكوين الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة وقد هذه تضمنت الدراسة ثلاثة جوانب .

¹ - الإصابات الرياضية، لإصابات الملاعب، أسامة رياض، دار الكتاب للنشر، 2005، ص 65 .

في الجانب التمهيدي : قمنا بتحديد الإشكالية وضبطها ثم الإجابة عنها بفرضيات، بعدها ذكرنا الأسباب ثم التي أدت إلى إختيار هذا الموضوع بالتحديد ثم عرضنا أهمية الدراسة و الأهداف ومن ثم تعريف وتحديد المفاهيم الأساسية للدراسة وبعض الدراسات المشابهة التي تطرقت لمواضيع تناولت الإصابات الشائعة ثم قمنا بالتعليق على الدراسات السابقة .

أما الجانب النظري : تطرقنا فيه إلى ثلاثة فصول .

في الفصل الأول : تم التطرق فيه إلى الإصابات الرياضية من مفهوم الإصابات الرياضية و تصنيفات الإصابة و الأسباب العامة للإصابة و أنواع الإصابة و بعض مضاعفاتها و كيفية منعها و أخيرا أغراض و مظاهر الإصابة.


الفصل الثاني : قمنا بتحديد مفهوم الرياضة المختارة و هي كرة القدم نقوم بتعريفها و نتطرق إلى الأبعاد التربوية لها و مكانتها في تصنيفات الأنشطة الرياضية ثم نذكر قوانين كرة القدم و المهارات الأساسية فيها و المهارات الهجومية.

الفصل الثالث : تطرقنا في هذا الفصل إلى مختلف الإصابات التي يتعرض لها مفصل الركبة، فنعطي تعريف لمفصل الركبة ونبذة تشريحية له، ثم حركاته وأنواع الإصابات التي يتعرض لها

الجانب التطبيقي : تطرقنا إلى الدراسة الميدانية فقسمناه إلى فصلين كالتالي:

الفصل الأول: تناول الإجراءات المنهجية و الميدانية للدراسة والمتمثلة دراسة الاستطلاعية و تحديد المنهج المستخدم ، بعدها وصف عينة الدراسة ثم مجالات البحث والأسس العلمية ثم ضبط متغيرات الدراسة وصف أداة الدراسة مع تناول دراسة صدق وثبات الأداة بالإضافة إلى الوسائل الإحصائية و إجراءات التطبيق الميداني و حدود الدراسة و في الأخير ذكرنا صعوبات الدراسة .

الفصل الثاني : فقد تم عرض النتائج المتوصل إليها وصياغتها في جداول و تمثيلها بيانيا و مناقشتها .



الجانب التمهيدي

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الإصابات الرياضية جزء من مجموع إصابات الحياة اليومية للفرد الرياضي، التي يمكن أن يتعرض لها حيث تعددت أنواعها و مستوياتها ، من الإصابة الخفيفة التي لا يتأثر بها الرياضي كثيرا و لا تقلل من مستوى أدائه بشكل كبير إلى الإصابات الشديدة التي تؤثر بشكل كبير على مستوى أدائه ، كما أنها قد تكون سببا مباشرا في توفقه عن ممارسة أي أنشطة رياضية و قد تستدعي مراجعة الطبيب للخضوع للراحة و العلاج .

تختلف الإصابات الرياضية تبعا لنوع النشاط الممارس و طبيعة الأداء و مستوى المنافسة، فضلا عن الجانب النفسي ، الاستعداد المهاري، اللياقة البدنية و وعي الرياضي و إدراكه لخطورة الحركة المؤداة وإمكانية التسبب في الإصابة وكذلك معرفته بكيفية تفاديها و الحد من وقوعها . و التي تعددت أسبابها فمنها التدريب الخاطيء الذي يعد أحد الأسباب المباشرة لوقوعها كالإحماء الخاطيء وعدم التدرج في الحمل و تحميل الرياضي قوى أكبر من قدراته البدنية و عدم مراعاة التكامل بين عناصر اللياقة البدنية في تحضير الرياضي تحضيرا شاملا ، كما أن إهمال جانب الرقابة الطبية للممارس و عدم إخضاعه للفحوصات الدورية يكون سببا لتعرض هذا الأخير للإصابة، علما بأن لجهل الممارس للتدابير الوقائية و العلاجية دورا كبيرا أيضا في حدوثها وكذا عامل عدم التحلي بالروح الرياضية والانضباط وعدم احترام قوانين اللعبة و الالتزام بها هو كذلك سبب من الأسباب المؤدية لوقوع الإصابات الرياضية في الميادين و التي قد تكون بالغة الخطورة في غالب الأحيان ، دون أن نهمل دور الملابس و الأحذية الرياضية و كذا المستلزمات الرياضية بشتى أنواعها و أرضيات الملاعب و عدم مراعاة العوامل البيئية المختلفة من البرد الشديد، الحرارة المرتفعة ، الأمطار، الرياح ، وتلوث الجو و خصوصية الممارسة الرياضية في الأماكن المرتفعة والتي تعتبر من الأسباب الحقيقية لحدوث الإصابات⁽¹⁾.

و من بين الرياضات الأكثر تعرضا للإصابة هي رياضة كرة القدم دونها من الرياضات الأخرى ، لأن رياضة كرة القدم تستخدم بكثرة قوة القدم للتسديد و التمير مما يجعل أي حركة خاطئة من اللاعب أو أي تدخل خشن من الخصم يؤدي إلى إصابة في الجزء السفلي لجسم اللاعب .

و بناء على ما تم التطرق إليه يتبادر لنا التساؤل الرئيسي التالي:

¹ سمية خليل أمين، فلسفة وتأهيل الإصابات الرياضية، المعهد المركزي للتربية البدنية، موسكو، الأكاديمية الرياضية العراقية الإلكترونية، 2005 م.

- ما هي أكثر الإصابات الرياضية شيوعا المعيقة لمستوى لاعبي كرة القدم في مدينة بسكرة ؟

ومن هذا التساؤل تدرج تحته مجموعة من التساؤلات الفرعية :

- ما هي الإصابة الأكثر حدوثا للاعبين في رياضة كرة القدم في مدينة بسكرة ؟

- هل يعتبر نشاط كرة القدم من أكثر الرياضات التي يتعرض فيها الرياضي للإصابات الرياضية في مدينة بسكرة ؟

- ما هي الأسباب المؤدية لتعرض الرياضي لإصابة في الجزء السفلي للجسم في رياضة كرة القدم في مدينة بسكرة ؟

2-فرضيات البحث:

2-1-الفرضية العامة:

- أكثر الإصابات الرياضية شيوعا المعيقة لمستوى لاعبي كرة القدم في مدينة بسكرة تكون على مستوى الجزء السفلي لجسم الرياضي.

الفرضيات الجزئية:

- الإصابة الأكثر حدوثا في رياضة كرة القدم في مدينة بسكرة هي إصابة مفصل الركبة.

- يعتبر نشاط كرة القدم من أكثر الرياضات التي يتعرض فيها الرياضي للإصابة في مدينة بسكرة.

- الأسباب المؤدية لتعرض الرياضي لإصابة في الجزء السفلي لجسم اللاعب في مدينة بسكرة راجعة للتحضير البدني السيئ أو أخطاء مهارية من طرف اللاعب.

3-أسباب اختيار البحث:

إن اختيار موضوع الدراسة يعتبر مرحلة هامة وأساسية لبناء أي بحث علمي، فهو لم ينطلق من العدم، وإنما من اعتبارات كبيرة، تجعل الباحث يتوجه بالدراسة إلى هذا النوع من الموضوع دون غيره.

و اختيارنا لموضوع (الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم و أجرينا دراسة على مستوى مراكز إعادة التأهيل و التكوين الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة) ، كان انطلاقا من أسباب موضوعية وأخرى ذاتية:

الأسباب الموضوعية: إن السبب الرئيسي الذي جعلنا نختار هذا الموضوع دون غيره هو: حب الاكتشاف و التعرف على الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم و أجرينا دراسة على مستوى مراكز إعادة التأهيل و التكوين الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة .

1 - معرفة أهم الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين.

2 - التعرف على النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضي للإصابات بكثرة .

3- إبراز الأسباب المؤدية لارتفاع نسبة الإصابات الرياضية .

2.3- الأسباب الذاتية:

1- البحث عن كل ما هو جديد، فهو مطلب كل طالب أو باحث أثناء إنجازه لدراسة معينة وتدعيم وإثراء رصيدنا العلمي والمعرفي في مجال الإصابات الرياضية.

2- الإطلاع على المقاييس و المعايير المتبعة في عملية تشخيص و علاج الإصابة.

3- تسليط الضوء على دور وأهمية عاملي التحسيس و التوعية و لما لهما من دور كبير في التقليل من نسبة الإصابات الرياضية .

4- أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة فيما يمكن أن تقدمه من إسهامات نظرية و تطبيقية من خلال دراسة العلاقة بين متغيرين الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم و إبراز خطورة الإصابات الرياضية التي يمكن أن تحدث للاعب كرة القدم و أسباب حدوثها.

5- أهداف البحث:

ليس للباحث أي هدف أسمى من أن يفهم جوانب مشكلة البحث فهما علميا و عليه فهذا البحث يسعى إلى:

1- الكشف عن الإصابة الأكثر تعرضا لها لاعب كرة القدم.

2- الكشف عن النشاط الذي يتعرض فيه الرياضي للإصابة بكثرة .

3- الكشف عن أهم الأسباب المؤدية للإصابة الرياضية .

6- تحديد المفاهيم و المصطلحات:

بعض المفاهيم و التعاريف الخاصة بالإصابة الرياضية:

1.6- المفهوم العام للإصابة: هي أي تلف سواء كان هذا التلف مصاحباً أو غير مصاحب بتهتك الأنسجة

نتيجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير (ميكانيكياً، عضوياً، كيميائياً) وعادة ما يكون هذا التأثير الخارجي مفاجئاً وشديداً. (1)

إذن فالإصابة عبارة عن خلل يصيب عضو أو أكثر من أعضاء الجسم مما يؤدي إلى تعطيل هذا العضو بشكل مؤقت أو دائم. (2)

مما يحدث تغيرات تشريحية مثل الحد من الحركة الطبيعية للمفاصل والعضلات وكذا إحداث تغيرات فسيولوجية في الوظائف العضوية مكان حدوث الإصابة مثل التمزق والتنزيف وتغيرات في لون الجلد وغير ذلك. (3)

6-2- الإصابة الرياضية: هي بدورها أيضاً تصيب أعضاء أو جسد الرياضيين خلال التمرينات أو المباريات مما

يؤدي إلى تعطيل الأعضاء عن القيام بوظيفتها الطبيعية بصورة مؤقتة (4) والإصابة الرياضية هي ناتجة عن تأثير خارجي مفاجئ يتعدى أو يفوق قدرة التحمل سواء على مستوى الأعضاء السليمة أو الأعضاء المصابة من جراء إصابات خفيفة سابقة تسبب إصابة بليغة قد تكون وراء توقف وظيفي. (5)

6-3- تعريف مفصل الركبة.

الركبة هي ذلك النتوء الكبير في وسط رجل النسان، الذي يفصل بين الساق والفخذ . ومفصل الركبة هو أكبر مفصل في الجسم ويتكون من التقاء ثلاث عظام هي : عظم الفخذ وقصبة الساق و الرضفة (الصابونة في بعض الدول). وتغطي الغضاريف الناعمة أسطح هذه العظام المكونة للمفصل حتى يضمن ذلك سهولة في الحركة. ويوجد بين عظمتي الفخذ والقصبة غضاريف هلالية تعملان كوسادتان تساعدان على امتصاص الصدمات أثناء المشي والحري.

و يحافظ على ثبات الركبة وجود أربعة أربطة بين عظمتي الفخذ والقصبة وهي:

1. الرباط الصليبي الأمامي.

¹ زينب عبد الحميد العالم: التدليك الرياضي وإصابات الملاعب، ط 5، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998
² بسام هارون- ساري حمدان- فائق أبو حليلة: الرياضة والصحة، طبعة 1، مؤسسة ومكتبة وائل للنسخ السريع، الأردن، 1995
³ صالح عبد الله الزغبى: الوجيز في الإسعافات والإصابات الرياضية العلاج الطبيعي، طبعة 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، أعمان، 1995
⁴ بسام هارون- ساري حمدان- فائق أبو حليلة: مرجع سابق.
⁵ أبو العلاء أحمد عبد الفتاح - كمال عبد الحميد إسماعيل : الثقافة الصحية للرياضيين، ط1، دار الفكر العربي، مصر، 2001 .

2. الرباط الصليبي الخلفي .

3. الأربطة الجانبية الداخلية.

4. الأربطة الجانبية الخارجية.

و يبطّن جدار كبسولة المفصل من الداخل غشاء يطلق عليه اسم الغشاء السينوفي يقوم بإنتاج السائل الذي يساعد على ليونة حركة المفصل وتغذية خلايا الغضاريف¹

6-4- كرة القدم :

1. التعريف اللغوي:

كرة القدم " Foot.ball " هي كلمة لاتينية وتعني ركل الكرة بالقدم، فالأمريكيون يعتبرونها بما يسمى عندهم بال " Regby " أو كرة القدم الأمريكية أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها تسمى " Soccer .

2. 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. (52) "

3. التعريف الإجرائي:

كرة القدم هي رياضة جماعية تمارس من طرف جميع الأصناف , تلعب بين فريقين يتألف كل منهما من 11 لاعبا، تلعب بواسطة كرة منفوخة فوق أرضية مستطيلة ، في نهاية كل طرف من طرفيها مرمى ويتم تحريك الكرة بواسطة الأقدام ولا يسمح إلا لحارس المرمى بلمسها باليدين ويشرف على تحكيم المباراة حكم وسط ، وحكمان للتماس وحكم رابع لمراقبة الوقت بحيث توقيت المباراة هو 90 دقيقة ، وفترة راحة مدتها 15 دقيقة، وإذا انتهت المباراة بالتعادل " في حالة مقابلات الكأس " فيكون هناك شوطين إضافيين وقت كل منهما 15 دقيقة ، وفي حالة التعادل في الشوطين الإضافيين يضطر الحكم إلى إجراء ضربات الجزاء لفصل بين الفريقين.

7- الدراسات السابقة و المشابهة:

"تعتبر الدراسات السابقة أساس و مصدر لكل باحث، فكل بحث هو عبارة عن تكملة لبحوث أخرى و تمهيد لبحوث قادمة، وهذا ما نجده في خصائص البحث العلمي أنه تكاملي البناء، فكل بحث هو عبارة عن حلقة من حلقات سلسلة البحث العلمي، أما فيما يتعلق بهذا الموضوع يمكن القول أن الأبحاث والدراسات التي تطرقت إلى مثل هذه المواضيع في بلادنا قليلة جدا إن لم نقل منعدمة، لكن هناك بعض الدراسات المشابهة والتي نوجزها فيما يلي:

¹ صالح عبد الله الزغبي: الوجيز في الإسعافات والإصابات الرياضية العلاج الطبيعي، طبعة 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، أمان، 1995

● **الدراسة الأولى:** التي قام بها الطالبين زكور محمد أمين، ياهمي حمزة، تحت إشراف الأستاذ: قصري نصر الدين، أجريت هذه الدراسة خلال السنة الجامعية (2005، 2006) بمعهد التربية البدنية والرياضية بدالي إبراهيم، جامعة الجزائر تحت عنوان: " أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ودوره في تحسين مردود لاعبي كرة القدم " (أشبال)، والتي تمحورت إشكالياتها حول: الأسباب التي تقف وراء غياب المراقبة الطبية لممارسي رياضة كرة القدم.¹

و قد جاءت الفرضية العامة كالتالي:

- إن نقص أو غياب المؤثرين الصحيين في الفرق الرياضية لكرة القدم يؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية وهذا ما يؤثر سلبا على مردود و مستوى اللاعبين.

أما الفرضيات الجزئية فكانت بالشكل التالي:

- نقص الوسائل و الموارد المالية أدى إلى عدم الاهتمام بالمتابعة الطبية لفائدة الأشبال.
- قلة التوعية لدى المدربين أثر سلبا على استعمال الطب الرياضي في الوقاية و علاج الإصابات الرياضية.
- إن اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم للفئات الصغرى أدى إلى عدم وجود متابعة طبية لهذه الفئات.

ولقد استخدم الطالبان المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وكانت عينة بحثهم مشكلة من (65 فرد) كالتالي:

- 60 لاعب اختصاص كرة القدم (صنف أشبال) موزعة على خمس فرق رياضية وهي: *النجم الرياضي البرواقية (ولاية المدية)، *شبيبة القبائل (ولاية تيزي وزو)، *نادي كرة القدم الأبيار، نادي كرة القدم عين البنيان والاتحاد الرياضي لبلدية المقرية (الجزائر العاصمة).

- 05 مدربين موزعين على الفرق السالفة الذكر.

أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبيانيه وزعت على اللاعبين والمدربين، ونرى من خلال دراستهما أنهما توصلا إلى النتائج التالية والتي حققت صحة الفرضيات أن معظم فرق كرة القدم لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية و علاج الإصابات الرياضية، وأيضا أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة

¹ الطالبين زكور محمد أمين، ياهمي حمزة- " أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ودوره في تحسين مردود لاعبي كرة القدم - معهد التربية البدنية والرياضية بدالي إبراهيم، جامعة الجزائر 2005، 2006

التوعية من طرفهم، وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة للرياضيين، كذلك الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

● الدراسة الثانية : تناولت الإصابات الرياضية:

دراسة موهوبي عيسى 2007 رسالة ماجستير بعنوان "الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحانات التربية البدنية و الرياضية -"دراسة ميدانية على مستوى ثانويات ولاية برج بوعرييج -تحت إشراف الدكتور بوداود عبد اليمين. وقد تناولت هذه الدراسة الإصابات الرياضية ، تعريفها ، أعراضها و علاجها بالخصوص تلك المرتبطة بالميدان و المضمار و التي تحدث أثناء إجراء امتحان التربية البدنية و الرياضية ومنها إصابات التي تحدث للممتحنين من طلبة أقسام الثالثة ثانوي أثناء الجري في المسافات المتوسطة ، الوثب الطويل ، ولقد تطرق الباحث في دراسته لمسببات هذه الإصابات و مكانها و درجتها¹.

وقد أظهرت الدراسة أن أفراد العينة المتمثلة في أساتذة التربية البدنية والرياضية بينت مدى تأثر التلاميذ للإصابات الرياضية أثناء إجراء هذا الامتحان بالذات و التي اختلفت من البسيطة إلى المتوسطة و الخطيرة أحيانا و التي مست كافة أعضاء الجسم حيث أرجعت الدراسة أسبابها إلى وجود علاقة بينها وبين قصر مدة الإحماء ، عدم صلاحية أرضية مركز الامتحان، و عدم الممارسة المنتظمة من طرف غالبية التلاميذ.

8- التعليق على الدراسات :

من خلال ما قمنا من قراءات و استطلاع النتائج و تقارير الأبحاث السابقة و المرتبطة بموضوع


الدراسة:

فيما يخص الدراسات المتعلقة بدراسة الإصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي كرة القدم يمكن القول تمكنا من الاستفادة من تلك البحوث و الدراسات حيث شكلت إطار نظريا لموضوع الدراسة الحالية، كما تم الاستفادة من الإجراءات المستخدمة في تلك البحوث كالمنهجية، اختيار العينة، أدوات البحث و كذلك الأسلوب الإحصائي المستخدم.

¹ موهوبي عيسى - الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء إجراء امتحانات التربية البدنية و الرياضية - ماجستير- 2007

الجانب

النظري

A decorative border with four ornate floral corner pieces in black, framing the central text.

الفصل الأول: الإصابات الرياضية

تمهيد

أن الطب الرياضي ليس خاصا برياضي المستوى العالي فقط بل يهتم بالغالبية العظمى من الممارسين للأنشطة الرياضية سواء كانت ممارستها في إطار الرياضة للجميع أو في شكلها الهواوي ، حيث أنه يختص بشرح الجوانب الوظيفية والتشريحية والميكانيكية لعمل الجسم أثناء النشاط الحركي فضلا عن طرق التدريب والوقاية وعلاج الإصابات والتغذية والتغيرات التي تحدث داخل الجسم والمحيط الخارجي بالرياضي من درجة حرارة أو رطوبة والوسائل و الإمكانيات من هياكل و الفضاءات التي تتلاءم و الممارسة وغيرها ، هذا يعني بأنه يشمل كل من يعمل على التوجيه وتقديم النصائح و المساعدة بطريقة علمية و كذا القيام بإجراء الاختبارات والفحوصات الطبية اللازمة و معالجة و رعاية كل من يمارس النشاط الرياضي.

و تعد الإصابات الرياضية جانب مهم في موضوع الطب الرياضي و قد تطورت بتطور التشخيص ووسائل العلاج و يعد علم الإصابات الرياضية أساسا في تطوير قابلية الرياضي ووقايته من الإصابات لأن معرفة أسباب حدوث الإصابة تجعل المدرب و القائمين على الهياكل و المنشآت الرياضية ملمين بطرق تفاديها و توفير الأمان و السلامة أثناء النشاط البدني و الوقاية الملائمة .

ولهذا فإننا نلقي الضوء في هذا الفصل على مفهوم الإصابات الرياضية و تصنيفات الإصابة و الأسباب العامة للإصابة و أنواع الإصابة و بعض مضاعفاتها و كيفية منعها و أخيرا أعراض و مظاهر الإصابة حتى يتسنى لنا الإلمام بجميع جوانب الموضوع.

1- تعريف الإصابة الرياضية:

1-1- المفهوم العام للإصابة:

من اللاتينية تعني تلف أو إعاقة، فالإصابة هي أي تلف سواء كان هذا Injury تشتق كلمة إصابة التلف مصاحبا أو غير مصاحب بتهتك الأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير ميكانيكيا، عضويا، كيميائيا (وعادة ما يكون هذا التأثير الخارجي مفاجئا وشديدا إذن فالإصابة عبارة عن خلل يصيب عضو أو أكثر من أعضاء الجسم مما يؤدي إلى تعطيل هذا العضو بشكل مؤقت أو دائم مما يحدث تغيرات تشريحية مثل الحد من الحركة الطبيعية للمفاصل والعضلات وكذا إحداث تغيرات فسيولوجية في الوظائف العضوية مكان حدوث الإصابة مثل التمزق والنزيف وتغيرات في لون الجلد وغير ذلك . و الإصابة البدنية أو النفسية للرياضيين قد تحدث كنتيجة لبعض الحوادث العامة أو العارضة كحوادث السيارات مثلا . كما قد تحدث الإصابة البدنية أو النفسية للرياضيين في أثناء عمليات التدريب الرياضي أو نظرا لارتباط sport injury) المنافسات الرياضية وعندئذ يمكن أن نطلق عليها مصطلح (الإصابة الرياضية

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

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

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

ج- مؤثر داخلي : مثل تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والملاح.⁽¹⁾

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

(1) عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: "موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004، ص81.

الإصابة البدنية:

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

1-2- الإصابة النفسية:

الإصابة النفسية هي عبارة عن صدمة Trauma نفسية نتيجة لحبرة أو حادث معين مرتب بالمجال الرياضي والتي قد تسفر أو قد لا تسفر عن إصابة بدنية ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ويتضح أثرها في تغيير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي وبالتالي هبوط مستواه الرياضي وفي بعض الأحيان انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية.⁽¹⁾

2- تصنيفات الإصابات المختلفة:

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

2-1- تقسيمات حسب شدة الإصابة:

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

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

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

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

أ- إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

¹ - محمد حسن العلاوي: "سيكولوجية الإصابة الرياضية"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1998، ص14-17.

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

2-3- تقسيمات حسب درجة الإصابة:

أ- إصابة الدرجة الأولى:

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

ب- إصابات الدرجة الثانية:

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

ج- إصابات الدرجة الثالثة:

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

2-4- تقسيمات حسب السبب:

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

ب- إصابة تابعة وتسبب نتيجة إصابة أولية أو أثناء العلاج الخاطئ للإصابة الأولية.⁽²⁾

¹ أسامة رياض: "الطب الرياضي وإصابات الملاعب"، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، ص22-23.
² أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: "الطب الرياضي والعلاج الطبيعي"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة، 1999، ص11.

3- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

1- التدريب غير العلمي:

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

أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

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

ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية.⁽¹⁾

ج- سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

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

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص24-25.

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

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

هـ- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

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

و- سوء اختيار مواعيد التدريب:

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

2- مخالفة الروح الرياضية:

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

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

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

(1) أسامة رياض: "الطب الرياضي وكرة اليد"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999، ص 193-194.

3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

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

4- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

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

5- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

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

6- الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

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

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص26-27-28 .
(2) أسامة رياض ، نفس المرجع السابق، 1999، ص194.

7- استخدام اللاعبين للمنشطات:

- يؤدي استخدام اللاعبين للمنشطات المحرمة قانونا إلى إجهاد فيزيولوجي "وظيفي" يعرضهم للعديد من الإصابات، حيث أنهم سيبدلون جهد غير طبيعي "صناعي" غير ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية، كذلك يجب على أخصائي الطب الرياضي والمدرب عمل دفتر تدون به إصابات كل لاعب من حيث:
- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).
 - لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).
 - حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).
 - مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).
 - وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة.⁽¹⁾

4- أنواع الإصابات:

4-1-1 الصدمة:

4-1-1-1 تعريف:

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

- أ- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها ألم كالكسور.
- ب- صدمة نتيجة فقد كميات كبيرة من الدم كما في حالات النزيف الشديد سواء كان داخليا أو خارجيا.
- ج- نتيجة فقدان سوائل كثيرة من الجسم كما في الحالات الآتية: حالات الحروق، النزلات المعاوية الشديدة.

4-1-2 أعراض الصدمة:

(1) أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1999، ص198.

- رقدة المصاب في خمول وسكون.

- هبوط درجة حرارة الجسم.

- لون المصاب يكون شاحبا وجلده باردا ومنديا.

- النبض سريع وضعيف.

- التنفس سطحي وغير منتظم.¹

4-1-3 علاج الصدمة:

أ- يوضع المصاب برفق في مكان متجدد الهواء، وذلك بوضعه مستلقيا على ظهره مع خفض الرأس عن مستوى الجسم والرجلين أعلى من مستوى الرأس ليتمكن الدم من الوصول للمخ.

ب- سند الجزء المصاب بوضعه وضعا مريحا.

ج- تخفيف الملابس أو الأربطة الضاغطة حول الرقبة أو الصدر.

د- استنشاق الأكسجين أو عمل تنفس اصطناعي إذا لزم الأمر.

و- نظرا لهبوط درجة حرارة الجسم يلزم تدفئة المصاب لتنشيط الدورة الدموية.

هـ- عند التأكد من عدم وجود نزيف داخلي أو جروح في المعدة وزوال الإغماء يعطى المصاب المشروبات الساخنة كالشاي.

4-2 إصابات الجهاز العضلي:

4-2-1 الرضوض (الكدمات):

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

¹ حياة عياد روفائيل: "إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعى إسعاف"، منشأة المعارف، الإسكندرية، ص63
⁽²⁾ حياة عياد روفائيل: "إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعى إسعاف"، منشأة المعارف، الإسكندرية، ص 64، 65، 66.

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

أ- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.

ب- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

4-2-2 درجات الكدمات:

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

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

4-2-3 أنواع الكدمات:

أ) - كدم الجلد:

إن كدم الجلد عموما لا يعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي، وهناك نوعان ، كدم الجلد البسيط وكدم الجلد الشديد.⁽¹⁾

ب)- كدم العضلات:

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

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

¹ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص34-35-40-41.

ج- كدم العظام:

يحدث نتيجة إصابة مباشرة، وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة "المكشوفة" غير المكسوة بالعضلات مثل عظمة القصبة، وعظام الساعد وخاصة عظمة الكعبرة والزند وعظام الأصابع ورسغ اليد ووجه القدم وعظمة الرضفة بالركبة.⁽¹⁾

د- كدم المفاصل:

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

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

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

4-2-5 الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات:

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

4-2-6 الإسعافات الأولية للكدمة:

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

(1) حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق ، ص 87-88.

ب- ضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط ويثبتها فترة 15 دقيقة ثم ضع بعدها رباطا خفيفا فوق موضع الكدمة.⁽¹⁾

3-4 الشد أو التمزق العضلي:

1-3-4 تعريف الشد العضلي:

الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة للعضلة المرنة المكونة للعضلة بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية أو تمزق في الألياف العضلية، ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا.⁽²⁾

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

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

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

4-3-4 أنواع الشد العضلي:

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاثة درجات من حيث حدة الإصابة.

أ- شد عضلي على الدرجة الأولى:

1 - أسامة رياض: "نفس المرجع السابق" 1998، ص41.
2 عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص90-91.
عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 92

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

ب- شد عضلي من الدرجة الثانية:

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

ج- الشد العضلي من الدرجة الثالثة:

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

4-3-5 الإسعافات الأولية للشد العضلي:

- ضع المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابة الأطراف السفلى أو الجذع، أو الجلوس المعتدل في حالة إصابة الأطراف العليا.
- ضع كمادات باردة على الجزء المصاب من العضلة، تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام لمدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.
- في حالة الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية أو الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال إلى المستشفى، أما في حالة إصابة الأطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.

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

4-4 التقلص (المعص) العضلي Muscle cramp :

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

4-4-1 الإسعاف والعلاج:

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

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

- بعد فترة من حدوثه يعمل تدليك للعضو.

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

4-5 الكسور:

4-5-1 تعريف الكسر:

¹ عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص92-93-95 .
² فراج عبد الحميد توفيق: "كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين"، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2004، ص112-113.
³ حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص95.

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

4-5-2 أنواع الكسور:

تنقسم الكسور إلى أنواع ثلاثة:

أ- كسر الغصن الأخضر:

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

ب- الكسر البسيط:

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

ج- الكسر المركب:

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

د- الكسر المضاعف:

وهو أي كسر مصحوب بجرح في الجلد، ولذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث والتهاب في مكان الكسر.¹

و- الكسر المعقد:

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

¹ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص55.

4-5-3 طرق تشخيص الكسور في الملاعب:

- 1- وجود ألم بالمنطقة المصابة.
- 2- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.
- 3- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.
- 4- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.
- 5- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.
- 6- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في الجزء السفلي من العضو المصاب.
- 7- إذا تحرك طرفي الكسر بحس المسعف بوجود احتكاك سطحين خشنين وفي بعض الأحيان يسمع طقطقة ولكن يجب أن لا يلجأ المسعف إلى هذا الكشف إذ قد يسبب تمزقا في الأنسجة أو يقضي إلى الإغماء من شدة الألم.⁽¹⁾

4-5-4 أسباب حدوث الكسور:

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

- أ- الوقوع من فوق مكان مرتفع كما في حالة القفز الأعلى في ألعاب الجمباز أو كرة السلة.
- ب- حدوث ضربة قوية من الأداة المستخدمة أثناء الرياضة كمضرب الاسكواش والقائم في كرة القدم.
- ج- تصادم اللاعبين بقوة أو وقوعهم بعضهم فوق البعض أثناء القفز العالي.⁽²⁾

4-5-5 إسعاف الكسور:

¹ أسامة رياض: "الإسعافات الأولية للإصابات اللاعب"، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002، ص81.
² عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص98.

يجب مراعاة النقاط العامة الآتية عند القيام بإسعاف الكسور وهي :

- 1- من حيث المبدأ يجب التزام الحذر في معاملة المصاب بالكسر ويجب تجنب استخدام العنف أو القوة عند إسعاف الكسر بل يتم برفق وعناية كبيرة.
- 2- المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها وعلى المسعف تجنب إصلاح الكسر ويترك ذلك للطبيب المختص.
- 3- البدء في علاج الصدمة العصبية والجراحية في مكان الإصابة حتى يعود الضغط و النبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.
- 4- إيقاف النزيف إن وجد، وذلك بالضغط على مكان أعلى الإصابة، حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.
- 5- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فوراً راقداً على ظهره أو بطنه على نقالة صلبة إلى أقرب مستشفى.
- 6- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة.
- 7- تدفئة المصاب وإعطائه سوائل دافئة مثل الشاي بالإضافة إلى مسكنات الألم، ويمكن إعطائه محلول ملح وجلوكوز.
- 8- نقل المصاب إلى المستشفى بأسرع ما يمكن. ⁽¹⁾

4-6 الالتواء:

4-6-1 تعريفه:

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

¹أسامة رياض ، نفس المرجع السابق ،ص70،69.

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

4-6-2 الإسعاف:

توضع قطعة من القماش المبلل بالماء البارد حول المفصل المصاب، يربط المفصل برباط ضاغط حتى يقلل التورم يرفع المفصل إلى الأعلى وينقل المصاب إلى المستشفى.⁽¹⁾

4-7-7 الملخ (الجزع) Sprain :

من أكثر إصابات الملاعب شيوعا أو من النادر أن لاعبا لم يحدث له ملخ مرة على الأقل، والملخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث إثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو انثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضا للملخ هي مفصل القدم ورسغ اليد.⁽²⁾

ومن أكثر الأربطة عرضة للملخ ما يلي:

- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم.
- الرباط القصي الشضي الأمامي بمفصل القدم.
- الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة.
- الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد.
- الرباط الترقوي الأخر ومي بمفصل الكتف.⁽³⁾

4-7-1 علامات الملخ:

- ألم حاد نتيجة لتمزق الأربطة والأنسجة حول المفصل.

¹ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 2002، ص99.

² حياة عباد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص95.

³ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص 44.

- ألم شديد عند عمل حركة تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملخ مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حرة، كما يزول الألم عندما تحركه حركة مضادة.
- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.
- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة⁽¹⁾.

4-7-2 الإسعاف:

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

4-8 Dislocation: الخلع

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

4-8-1 علامات وأعراض الخلع:

- ألم شديد من ألم الكسر.
- فقد القدرة تماما على تحريك المفصل.

¹ حياة عياد روفائيل: المرجع نفسه، ص 95-96.

- تشوه وتغير في شكل المفصل.

- ورم شديد بسرعة، وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع.

- صور الأشعة تبين الخلع بوضوح⁽¹⁾

4-8-2 أنواع الخلع:

هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي

أ- خلع مفصلي جزئي **Sublucation**:

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

ب- خلع مفصلي كامل **Duslocation**:

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

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

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

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

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

الأسباب:

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

¹ حياة عياد روفائيل : نفس المرجع السابق ، ص96.

² عيد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص106.

- الحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض أو الإمساك الخاطئ للكرة أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام.

4-8-4 الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:

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

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

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

د- أنقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب قسم طوارئ أو مستشفى لمواصلة العلاج.⁽¹⁾

4-9 الانتفاخ الجلدي المائي:

4-9-1 الأعراض:

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

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

4-10 السجحات:

4-10-1 الأعراض:

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

زميل.

¹ عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص108-109-109.

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

4-11 الجروح:

4-11-1 تعريف:

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

4-11-2 أنواع الجروح:

تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

1- السجحات: وهي تسلخات جلدية سطحية بسيطة.

2- جرح سطحي: يحدث في طبقات الجلد الخارجية.

3- جرح قطعي: وفيه يشق الجلد ويتميز بوجود حافتين متساويتين للجلد .

4- جرح رضوي: وينشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع، ويتميز هذا النوع بعدم انتظام حافتيه وقلة النزيف الناتج منه وكثرة تعرضه للالتهابات.

5- جرح وخزي: يحدث من الآلات المدببة مثل سلاح المبارزة المكسور ويتميز الجرح بضيق الفتحة وعمقها وخطورته كبيرة إذا ما وصل للأحشاء الداخلية أو إذا تعرض إلى الالتهاب.

6- الجرح الناري: في رياضة الرماية وتختلف طبيعتها باختلاف نوع المقذوف وسرعته واتجاهه والمسافة بينه وبين الجسم.

7- جرح نافذ: وهو ما يخترق الجلد إلى تجويف الجسم وهو شديد الخطورة على الحياة لما يسببه من تهتك بالأحشاء الداخلية.

¹ حياة عياد روفائيل: نفس المرجع السابق، ص68.

ويساعد في تشخيص نوع الجرح معرفة كيفية حدوث الإصابة وتاريخها.⁽¹⁾

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

- أ- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب .
- ب- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو ضرب الكرة في الأسكواش.
- ج- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.
- د- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة⁽²⁾.

4-11-4 الإسعافات الأولية للجروح في الملاعب:

- 1- إيقاف النزيف الدموي إن وجد مع الجرح بوضع شاش معقم على الجرح والضغط عليه ثم ربطه برباط ضاغط فوق قطعة قطن.
- 2- في حالة عدم وجود نزيف مصاحب يوضع على الجرح مطهر مثل (ستافلون أو ميكروكروم) ثم شاش معقم ثم قطن ورباط شاش.
- 3- في حالات الجروح البسيطة والسحجات يوضع على الجرح مطهر وعبار ورباط.
- 4- يفضل إعطاء المصاب حقنة ضد مرض التيتانوس إذا أمكن في الملعب أو في أقر مستوصف ينقل إليه المصاب.
- 5- يستشار الطبيب في كيفية استكمال علاج المصاب.⁽³⁾

5- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

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

¹ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 2002، ص66- 67.

² عبد الرحمان عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص85.

³ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1998، ص67.

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

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

5-4- قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتوضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب.⁽¹⁾

6- كيفية منع حدوث المضاعفات:

يمكن منع حدوث مضاعفات إصابات الملاعب باتخاذ الإجراءات التالية:

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

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

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

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

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

¹ أسامة رياض: نفس المرجع السابق، 1999، ص192.

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

ي- عند الإصابة بالأطراف السفلى يمنع اللاعب من المشي بطريقة خاطئة وتحميل وزن جسمه على مكان الإصابة إذا كانت شديدة، بل تستخدم العكازات للمحافظة على طريقة المشي الصحيحة.⁽¹⁾

7- أعراض ومظاهر الإصابة:

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

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

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

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

هـ- وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي.

¹ أسامة رياض، أمام حسن محمد النجمي: نفس المرجع السابق، ص105- 106- 109- 110.

خلاصة :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الإصابات الرياضية و تصنيفات الإصابة و الأسباب العامة للإصابة بالإضافة إلى أنواع الإصابة و و الأسباب العامة للإصابة و كذا بعض مضاعفاتها و الكيفية التي يمكن استعمالها لمنع مضاعفات الإصابات الرياضي التي يتعرض إليها معظم اللاعبين سواء كانت في التدريبات أو المنافسات الرياضية كما تطرقنا إلى أعراض و مظاهر الإصابة .

الفصل الثاني

كرة القدم

تمهيد

كرة القدم " Football " هي كلمة لاتينية وتعني ركل الكرة بالقدم، فالأمريكيون يعتبرون هذه الأخيرة ما يسمى عندهم بال " Rugby " أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها كما تسمى " Soccer " ...

1. تعريف كرة القدم:

1-1- 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...¹

وقبل أن تصبح منظمة، كانت تمارس في أماكن أكثر ندرة (الأماكن العامة، المساحات الخضراء) فتعد لعبة أكثر تلقائية والأكثر جاذبية على السواء، حيث رأى ممارسو هذه اللعبة أن تحويل كرة القدم إلى رياضة انطلاقاً من قاعدة أساسية. ويضيف "جوستاتيسي" سنة 1969 أن كرة القدم رياضة تلعب بين فريقين يتألف كل فريق من إحدى عشر لاعبا يستعملون كرة منفوخة وذلك فوق أرضية ملعب مستطيلة.

1-2- التعريف الاجرائي :

كرة القدم هي رياضة جماعية تمارس من طرف جميع الأصناف ، كما تلعب بين فريقين يتألف كل منهما من إحدى عشر 11 لاعبا، تلعب بواسطة كرة منفوخة فوق أرضية مستطيلة ، في نهاية كل طرف من طرفيهما مرمى ، ويتم تحريك الكرة بواسطة الأقدام ولا يسمح إلا لحارس المرمى بلمسها باليدين ، ويشرف على تحكيم هذه المباراة حكم وسط وحكمان على التماس وحكم رابع لمراقبة الوقت بحيث توقيت المباراة هو 90 دقيقة ، وفترة راحة مدقا 15 دقيقة وإذا انتهت بالعدل في حالة مقابلات الكأس فيكون هناك شوطين، إضافيين وقت كل منهما 15 دقيقة، وفي حالة التعادل في الشوطين الإضافيين يضطر الحكم إلى إجراء ضربات الجزاء للفصل بين الفريقين

¹ رومي جميل، كرة القدم، دار الكتب للطباعة والنشر، العراق، 1982، ص 50-52.

2- نبذة تاريخية عن تطور كرة القدم في العالم:

تعتبر كرة القدم اللعبة الأكثر شيوعاً في العالم، وهي الأعظم في نظر اللاعبين والمتفرجين.

نشأت كرة القدم في بريطانيا وأول من لعب الكرة كان عام 1175م من قبل طلبة المدارس الإنجليزية، وفي سنة 1334م قام الملك - إدوارد الثاني - بتحريم لعب الكرة في المدينة نظراً للإزعاج الكبير كما استمرت هذه النظرة من طرف - إدوارد الثالث - وريتشارد الثاني وهنري الخامس (1373 - 1453م) خطر للانعكاس السليبي التدريب للقوات الخاصة.

لعبت أول مباراة في مدينة لندن (جاريز) بعشرين لاعب لكل فريق وذلك في طريق طويل مفتوح من الأمام ومغلق من الخلف حيث حرمت الضربات الطويلة والمناولات الأمامية كما لعبت مباراة أخرى في (اتون Eton) بنفس العدد من اللاعبين في ساحة طولها 110م وعرضها 5

, 5 م وسجل هدفين في تلك الفترة المباراة بدئ وضع بعض القوانين سنة 1830م بحيث تم على اتفاق ضربات الهدف والرميات الجانبية وأسس نظام التسلسل قانون (هاور Haour) كما أخرج القانون المعروف بقواعد كاميرج عام 1848م والتي تعتبر الخطوة الأولى الوضع قوانين الكرة وفي عام 1862م أنشأت القوانين العشرة تحت عنوان

" اللعبة الأسهل " ، حيث جاء فيه تحرم ضرب الكرة بكعب القدم وإعادة اللاعب للكرة إلى داخل الملعب بضربة اتجاه خط الوسط حين خروجها ، وفي عام 1863م أسس إتحاد الكرة على أساس نفس القواعد وأول بطولة أجريت في العالم كانت عام 1888م (كأس إتحاد الكرة) أين بدأ الحكام باستخدام الصفارة وفي عام 1889م تأسس الاتحاد الديمقراطي لكرة القدم وأقيمت كأس البطولة ب 15 فريق ديمقراطي كانت رمية التماس بكلي اليدين . في عام 1904 تشكل الاتحاد الدولي لكرة القدم FIFA وذلك بمشاركة كل من فرنسا، هولندا، بلجيكا سويسرا، الدانمارك، أول بطولة كأس العالم أقيمت في الأرجواي 1930 وفازت بها.¹

¹ موقف مجيد المولي: الاعداد الوظيفي لكرة القدم، دار الفكر، ب ط، لبنان 1999، ص 09.

3- التسلسل التاريخي لتطور كرة القدم:

إن تطور كرة القدم في العالم موضوع ليس له حدود، والتطور أصبح كمنافسة بين القارات الخمس ، واشتد صراع التطور بين القارتين الأمريكية والأوربية السائد في جميع المنافسات ، وأصبح مقياس التطور في كرة القدم هو منافسة كأس العالم وبدأ تطور كرة منذ أن بدأت منافسة الكأس العالمية سنة 1930 وفيما يلي التسلسل التاريخي التطور كرة القدم.

1845: وضعت جامعة كمبريدج القواعد الثلاثة عشر للعبة كرة القدم.

1855: أسس أول نادي لكرة القدم البريطانية (نادي شيفيلد)

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

1873: أول مقابلة دولية بين إنجلترا واسكتلندا.

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

1904: تأسيس الاتحاد الدولي لكرة القدم.

1925: وضعت مادة جديدة في القانون حددت حالات التسلسل.

1930: أول كأس عالمية فازت بها الاوروغواي.

1935: محاولة تعيين حكمين في المباراة.

1939: تقرر وضع أرقام على الجانب الخلفي لقمصان اللاعبين.

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

1950: تقرر إنشاء دورات عسكرية دولية كرة القدم.

1963: أول دورة باسم كأس العرب.¹

¹ حسن عبد الجواد : كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الاعدادية و القانون الدولي، دار العلم للملايين، ط4، لبنان، ص16.

- 1967: دورة المتوسط في تونس من ضمن ألعابها كرة القدم.
- 1970: دورة كأس العالم في المكسيك وفاز بها البرازيل.
- 1974: دورة كأس العالم في ميونيخ وفاز بها منتخب ألمانيا.
- 1975: دورة البحر المتوسط في الجزائر.
- 1976: الدورة الأولمبية مونتريال
- 1978: دورة كأس العالم في الأرجنتين وفاز بها البلد المنظم.
- 1980: الدورة الأولمبية في المكسيك.
- 1982: دورة كأس العالم في الأرجنتين وفاز بها منتخب ألمانيا.
- 1986: دورة كأس العالم في المكسيك وفاز بها الأرجنتين.
- 1990: دورة كأس العالم في إيطاليا وفاز بها منتخب ألمانيا.
- 1994: دورة كأس العالم في الولايات المتحدة الأمريكية وفاز بها منتخب البرازيل.
- 1998: دورة كأس العالم في فرنسا وفاز بها منتخب فرنسا ولأول مرة نظمت ب 32 منتخبا.
من بينها خمسة فرق من أفريقيا.

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

4- 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)، وظهر فرع كرة القدم في هذه الجمعية عام 1917م، وفي 07 أوت 1921م تأسس أو فريق رسمي لكرة

¹ Alain michschel : foot-ball »les system de jeu » 2eme edition , edition chiron, paris, 1998, p14.

القدم يتمثل في عميد الأندية الجزائرية "مولودية الجزائر" غير أن هناك من يقول أن النادي الرياضي القسنطينة (CSC) هو أول نادي تأسس قبل سنة 1921م. بعد تأسيس مولودية الجزائر تأسست عدة فرق أخرى منها: غالي معسكر، الاتحاد الإسلامي لوههران، الاتحاد الرياضي الإسلامي للبليدة و الاتحاد الإسلامي الرياضي للجزائر.

ونظرا لحاجة الشعب الجزائري الماسة لكل قوى أبنائها من أجل الانضمام والتكامل لصد الاستعمار، فكانت كرة القدم أحد هذه الوسائل المحققة لذلك، حيث كانت المقابلات تجمع الفرق الجزائرية مع فرق المعمرين، وبالتالي أصبحت فرق المعمرين ضعيفة نظرا لتزايد عدد الأندية الجزائرية الإسلامية التي تعمل على زيادة وزرع الروح الوطنية، مع هذا تم تفتن السلطات الفرنسية إلى المقابلات التي تجري وتعطي الفرصة لأبناء الشعب التجمع والتظاهر بعد كل لقاء، حيث وفي سنة 1956م وقعت اشتباكات عنيفة بعد المقابلة التي جمعت بين مولودية الجزائر وفريق أورلي من (سانت اوجين، بولوغين حاليا) التي على أثرها اعتقل العديد من الجزائريين مما أدى بقيادة الثورة إلى تجميد النشاطات الرياضية في 11 مارس 1956م تجنباً للأضرار التي تلحق بالجزائريين.

وقد عرفت الثورة التحريرية تكوين فريق جبهة التحرير الوطني في 18 أبريل 1958م، الذي كان مشكلا من أحسن اللاعبين الجزائريين أمثال: رشيد مخلوفي الذي كان يلعب آنذاك في صفوف فريق سانت ايتيان، وسوخان، كرمالي، زوبا، كريمو، ابرير ...

وكان هذا الفريق يمثل الجزائر في مختلف المنافسات العربية والدولية، وقد عرفت كرة القدم الجزائرية بعد الاستقلال مرحلة أخرى، حيث تم تأسيس أول اتحادية جزائرية لكرة القدم سنة 1962م،

وكان "محمد معوش" أو رئيس لها، ويبلغ عدد الممارسين لهذه اللعبة في الجزائر أكثر من 110000 رياضي يشكلون حوالي 1410 جمعية رياضية ضمن 48 ولاية و6 رابطات جهوية.¹

وقد نظمت أول بطولة جزائرية لكرة القدم خلال الموسم 1962 - 1963م وفاز بها فريق الاتحاد الرياضي الإسلامي للجزائر، ونظمت كأس الجمهورية سنة 1963م وفاز بها فريق وفاق سطيف الذي مثل الجزائر أحسن تمثيل في المنافسات القارية، وفي نفس السنة أي عام 1963 كان أول لقاء للفريق الوطني، وأول منافسة رسمية

¹ بلقاسم تلي ومزهود لوصيف والجابري عيساني " دور الصحافة الرياضية المرئية في تطوير كرة القدم الجزائرية، معهد التربية البدنية الرياضية، ب ط، دالي ابراهيم، جوان 1997، ص46.

للفريق الوطني مع الفريق الفرنسي خلال ألعاب البحر الأبيض المتوسط السنة 1975م وحصوله على الميدالية الذهبية.

1-4-1- النادي الجزائري لكرة القدم:

جمعية تعنى بالاهتمام بالنشاط الرياضي وتسيير والتنظيم الرياضي في إطار الترقية الخلقية وكذا المستوى بتطوير وجعله يتلاءم مع مستلزمات وتطلعات الجماهير الرياضية.

1-1-4- الإطار القانوني للنادي:

النادي الجزائري لكرة القدم هو جمعية منصوص عليها بموجب القانون رقم 90-31 المؤرخ في 04 ديسمبر 1990م المتعلق بالجمعيات، وبموجب الأمر رقم: 95 - 09 في 23 فيفري 1995 المتعلق بتوجيه المنظومة الوطنية للتربية البدنية والرياضية تنظيمها وتطويرها، وخاصة المواد 17-18 منه، وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 01 - 96 المؤرخ في 05 جانفي 1996م، المتضمن تعيين أعضاء الحكومة، وبمقتضى المرسوم التنفيذي 118 / 90 المؤرخ في 30 أبريل 1990م المتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 94-284 المؤرخ في 22 سبتمبر 1990م الذي يحدد صلاحيات وزير الشباب والرياضة وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 94-247 المؤرخ في 10 أوت 1994م الذي يحدد صلاحيات وزير الداخلية والجماعات المحلية والبيئة والإصلاح الإداري.¹

1-1-4-2- هيكل النادي:

إن النادي الجزائري لكرة القدم يتكون من الهياكل التالية:

- الجمعية العامة: وهي الهيئة التشريعية في الهيكل التنظيمي للنادي.
- مكتب النادي: وهو الجهاز التنفيذي للنادي.
- رئيس النادي.
- الموظفون التقنيون الموضوعون تحت تصرف النادي طبقا للتنظيم الساري المفعول.
- اللجان المختصة: تعمل على دعم هيكل النادي في ممارسة مهامه.

1-1-4-3- مهام النادي:

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الشباب و الرياضة، وزارة الداخلية، قرار وزاري مؤرخ في 4 يونيو 1996م.

من بين المهام الرئيسية للنادي:

- الاهتمام بالنشاط الرياضي.
- تسيير وتنظيم الرياضة في إطار التربية الخلقية والروح الرياضية العالية PIPY، FPIV.
- تطوير المستوى وجعله يتلاءم مع قطاعات الجماهير الرياضية.
- الاهتمام بالتكوين منذ الفئات الصغرى.

5- مدارس كرة القدم:

كل مدرسة تتميز عن أخرى بأنها تتأثر تأثيراً مباشراً من اللاعبين الذين يمارسوها وكذلك الشروط الاجتماعية والاقتصادية، والجغرافية التي نشأ فيها في تاريخ كرة القدم نميز المدارس التالية:

- مدرسة أوروبا الوسطى (النمسا، المجر، التشيك)
- المدرسة اللاتينية.
- مدرسة أمريكا الجنوبية.¹

6- المبادئ الأساسية لكرة القدم:

كرة القدم كأي لعبة من الألعاب لها مبادئها الأساسية المتعددة والتي تعتمد في إتقانها على إتباع الأسلوب السليم في طرق التدريب.

ويتوقف نجاح أي فريق وتقدمه إلى حد كبير، على مدى إتقان أفراده للمبادئ الأساسية للعبة، إن فريق كرة القدم الناجح هو الذي يستطيع كل فرد من أفراده أن يؤدي ضربات الكرة على اختلاف أنواعها بخفة ورشاقة، ويقوم بالتمرير بدقة وتوقيف سليم بمختلف الطرق، ويكتم الكرة بسهولة ويسر، ويستخدم ضرب الكرة بالرأس في المكان والظروف المناسبين، ويجاور عند اللزوم، ويتعاون تعاوناً تاماً مع بقية أعضاء الفريق في عمل جماعي منسق.

وصحيح أن لاعب كرة القدم يختلف عن لاعب كرة السلة والطائرة من حيث تخصصه في القيام بدور معين في الملعب سواء في الدفاع أو في الهجوم إلا أن هذا لا يمنع مطلقاً أن يكون لاعب كرة القدم متقناً لجميع المبادئ

¹ عبد الرحمان عيساوي سكولوجية النمو " دار النهضة العربية، ب ط، لبنان، 1980، ص72.

الأساسية إتقاننا تماما، وهذه المبادئ الأساسية لكرة القدم متعددة ومتنوعة، لذلك يجب عدم محاولة تعليمها في مدة قصيرة، كما يجب الاهتمام بها دائما عن طريق تدريب اللاعبين على ناحيتين أو أكثر في كل تمرين وقبل البدء باللعب.

وتقسم المبادئ الأساسية لكرة القدم إلى ما يلي:

استقبال الكرة.

المحاورة.

المهاجمة.

رمية التماس.

ضرب الكرة.

لعب الكرة بالرأس.

حراسة المرمى.

7- قوانين كرة القدم:

إن الجاذبية التي تتمتع بها لعبة كرة القدم، خاصة في الإطار الحر (المباريات الغير الرسمية، ما بين الأحياء) ترجع أساسا إلى سهولتها الفائقة، فليس ثمة تعقيدات في هذه اللعبة ومع ذلك فهناك سبعة عشرة قاعدة السير هذه اللعبة وهذه القواعد مرت بعدة تعديلات لكن لازالت باقية إلى حد الآن.

حيث أن أولى صيغ للثبات الأول لقوانين كرة القدم، أسندوا إلى ثلاث مبادئ رئيسية جعلت من اللعبة مجالا واسعا للممارسة من طرف الجميع دون استثناء، وهذه المبادئ حسب سامي الصفار 1982 هي كما يلي:

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

¹حسن عيد الجواد : كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الإعدادية والقانون الدولي،مرجع سابق، ص25-27.

● السلامة: وهي تعتبر روحا للعبة بخلاف الخطورة التي كانت عليها في العصور الغابرة، فقد وضع القانون حدودا للحفاظ على صحة وسلامة اللاعبين أثناء اللعب مثل تحديد ساحة الملعب وأرضيتها وتجهيزها وأيضا تجهيز اللاعبين من ملابس وأحذية للتقليل من الإصابات وترك المجال واسعا لإظهار مهاراتهم بكفاءة عالية.

● التسلية: وهي إفساح المجال للحد الأقصى من التسلية والمتعة التي ينشدها اللاعب لممارسته للعبة، فقد منع المشرعون لقانون كرة القدم بعض الحالات التي تؤثر على متعة اللعب، ولهذا فقد وضعوا ضوابط خاصة للتصرفات غير الرياضية والتي تصدر من اللاعبين تجاه بعضهم البعض...¹

بالإضافة إلى هذه المبادئ الأساسية هناك سبعة عشر 17 قانون يسيّر اللعبة وهي كالآتي:

7-1- ميدان اللعب: يكون مستطيل الشكل، لا يتعدى طوله 130م ولا يقل عن 100م، ولا يزيد عرضه عن 100م ولا يقل عن 60م.

7-2- الكرة: كروية الشكل، غطائها من الجلد، لا يزيد محيطها عن 71 سم، ولا يقل عن 68 سم، أما وزنها فلا يتعدى 453 غ ولا يقل عن 359 غ.

7-3- مهمات اللاعبين: لا يسمح لأي لاعب بأن يلبس شيء يكون فيه خطورة على لاعب آخر. عدد اللاعبين: تلعب بين فريقين، يتكون كل منهما من 11 لاعب داخل الميدان، و7 لاعبين احتياطيين

7-4- الحكم: يعتبر صاحب السلطة لمزاولة قوانين اللعبة بتنظيم القانون وتطبيقه.

7-5- مراقبو الخطوط: يعين للمباراة مراقبان للخطوط واجبهما أن يبيّنا خروج الكرة من الملعب، ويجهزان برايات من المؤسسة التي تلعب على أرضها المباراة.

7-6- مدة اللعب: شوطان متساويان مدة كل منهما 45د، يضاف إلى كل شوط وقت ضائع، ولا تزيد فترة الراحة بين الشوطين عن 15 دقيقة.²

7-8- الكرة في الملعب أو خارج الملعب: تكون الكرة خارج الملعب عندما تعبر كلها خط المرمى أو خط التماس، عندها يوقف الحكم اللعب وتكون الكرة في الملعب في جميع الأحوال الأخرى من بدء المباراة إلى نهايتها

¹ سامي الصغار كرة القدم "دار الكتب للطباعة والنشر، ب ط، الجزء الأول، جامعة الموصل، العراق، 1982، ص29.

² علي خايبة الهيشري وآخرون "كرة القدم" بدون دار النشر، ب ط، ليبيا، 1987، ص255.

7-9- طريقة تسجيل الهدف: يحتسب الهدف كلما تجتاز الكرة كلها خط المرمى، بين القائمين وتحت العارضة.

7-10- التسلل: يعتبر اللاعب متسللا إذا كان أقرب من خط مرمى خصمه من الكرة في اللحظة التي تلعب فيها الكرة.¹

7-11- الأخطاء وسوء السلوك: يعتبر اللاعب مخطئا إذا تعمد ارتكاب مخالفة من المخالفات التالية:

- ركل أو محاولة ركل الخصم
 - عرقلة الخصم مثل محاولة إيقاعه أو محاولة ذلك 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 بالكرة باليد إلا لحراس المرمى.
 - دفع الخصم بالكتف من الخلف إلا إذا اعترض طريقه ...²
- 7-12- الضربة الحرة: حيث تنقسم إلى قسمين: مباشرة وهي التي يجوز فيها إصابة الفريق المخطئ مباشرة، وغير مباشرة وهي التي لا يمكن إحراز هدف بواسطتها إلا إذا لعب الكرة أو لمسها لاعب آخر.
- 7-13- ضربة الجزاء: تضرب الكرة من علامات الجزاء، وعند ضربها يجب أن يكون جميع اللاعبين خارج منطقة الجزاء.

7-14- رمية التماس: عندما تخرج الكرة بكاملها عن خط التماس.

7-15- ضربة المرمى: عندما تجتاز الكرة بكاملها خط المرمى في ما عدا الجزاء الواقع بين القائمين ويكون آخر من لعبها من الفريق المهاجم.

¹ علي خليفة الهيشري و اخرون "كرة القدم" مرجع سابق، ص255.

² سامي الصغار "كرة القدم" ، مرجع سابق، ص30.

7-16- الضربة الركنية: عندما تجتاز الكرة بكاملها خط المرمى في ما عدا الجزء الواقع بين القائمين ويكون آخر من لعبها من الفريق المدافع.¹

7-17- الكرة في اللعب أو خارج اللعب: تكون الكرة خارج الملعب عندما تعبر كلها خط المرمى أو التماس، عندها يوقف الحكم اللعب وتكون الكرة في اللعب في جميع الأحوال الأخرى من بدء المباراة إلى نهايتها.

8- طرق اللعب في كرة القدم:

إن لعبة كرة القدم: لعبة جماعية ولذلك فإن جميع قدرات اللاعبين ومهاراتهم الفنية تجتمع لتنتهي إلى غرض واحد، وهو المصلحة العامة للفريق، ولا بد أن تناسب طريقة اللعب للفريق مع اللياقة البدنية والمستوى الفني والكفاءة الفردية لجميع لاعبي الفريق.²

8-1- طريقة الظهر الثالث (WM):

إن هذه الطريقة استخدمتها معظم الفرق وهي ليست في الواقع وليدة اليوم ، وإنما تداولت منذ القدم وجاءت نتيجة لتغير مادة التسلسل عام 1925م ، والغرض الأساسي منها هو المراقبة الدقيقة للدفاع عندما يقوم الخصم بالهجوم ، لذلك تعتبر دفاعية أكثر منها هجومية ، ومن إيجابيات هذه الطريقة أنها سهلة الفهم والتدريب ، وأساس العمل فيها أن اللاعب قلب الدفاع يعني من التعاون مع الهجوم لينفرد بحراسة قلب الهجوم المضاد، وبذلك يصبح أحد المدافعين ويأخذ قلب الهجوم وجناحاه مكانه متقدمين إلى الأمام وعلى خط واحد تقريبا ، بينما يتخذ مساعدا الهجوم مكانهما خلف الخط الأول ويعملان كمساعد الدفاع وتكون مهمتهما العمل على اكتشاف ثغرات لتغطية الخط الأمامي ، ويتحمل مساعدا الدفاع ومساعدا الهجوم المسؤولية الكاملة في وسط الملعب، وتكون طريقة توزيع اللاعبين مشابهة للحرفين الإنجليزيين (WM) وهذا هو السبب في تسمية هذه الطريقة (WM) ولذا يستوجب على قلب الدفاع أن يتدرب تدريبا كاملا على المراكز الدفاعية الأخرى ليتمكن من تبادل مركزه مع زملائه .

8-2- طريقة 4-2-4:

¹ حسن عيد الجواد، مرجع سابق، ص177.

² حسن عيد الجواد، مرجع سابق، ص177.

وهي الطريقة التي نالت بها البرازيل كأس العالم سنة 1958م، ويجب على الفريق أن يتمتع بلياقة بدنية عالية، وحسن التصرف في أداء المهارات المختلفة لأن هذه الطريقة تتطلب التعاون بين الهجوم والدفاع، بحيث يزداد عدد اللاعبين في كلتا الحالتين (الدفاع، الهجوم) وإشراك خط الوسط الذي يعمل على تخلخل دفاع الخصم.¹

8-3- طريقة متوسط الهجوم المتأخر: (MM)

وفي هذه الطريقة يكون الجناحان المتوسط والهجوم على خط واحد خلف مساعدي الهجوم المتقدمين للأمام، للهجوم بهما على قلب هجوم الخصم، ويجب على متوسط الهجوم سرعة التميريرات المفاجئة وسرعة الجناحين للهروب من ظهيري الخصم.²

8-4- طريقة 3-3-4:

تمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة دفاعية هجومية، وتعتمد أساسا على تحرك اللاعبين وخاصة لاعبي خط الوسط، ومن الممكن للظهير أن يشارك في عمليات الهجوم على فريق الخصم، كما أن هذه الطريقة سهلة في الدراسة وسهلة التدريب.

8-5- طريقة 4-3-3:

وهي طريقة هجومية دفاعية تستعمل للتغلب على طريقة الظهير الثالث، وينتشر اللعب بما في روسيا وفرنسا، ويكون الفريق بهذه الطريقة في حالة هجوم شديد عندما تتواجد الكرة مع خط الهجوم أو خط الوسط..³

8-6- الطريقة الدفاعية الإيطالية:

وهي طريقة دفاعية بحتة وضعها المدرب الإيطالي (هيلينيو هيريرا Helenio Herrera) بغرض سد المرمى أمام المهاجمين (1-4-2-3).

8-7- الطريقة الشاملة:

وهي طريقة هجومية ودفاعية في نفس الوقت، حيث تعتمد على جميع اللاعبين في الهجوم والدفاع.

¹ رشيد عياش الدليمي و لعمر عبد الحق، "كرة القدم" مرجع سلايق، ص36، 104، 105.

² رشيد عياش الدليمي و لعمر عبد الحق "كرة القدم" مرجع سابق، ص36.

8-8- الطريقة الهرمية:

ظهرت في إنجلترا سنة 1989م وقد سميت هرمية لأن تشكيل اللاعبين الأساسيين في أرض الملعب يشبه هرمًا قمته حارس المرمى وقاعدته خط الهجوم، (حارس المرمى، اثنان خط الدفاع، ثلاثة خط الوسط، خمسة مهاجمين) ...

9- متطلبات كرة القدم:

9-1- الجانب البدني:

9-1-1- المتطلبات البدنية للاعب كرة القدم:

تعد المتطلبات البدنية للمباراة الركيزة الأساسية التي يبنى عليها مفهوم اللياقة البدنية للاعب كرة القدم، والتي تعد أحد أساسيات المباراة، لما تتطلبه من جري سريع لمحاولة الاستحواذ على الكرة قبل الخصم، والأداء المستمر طوال زمن المباراة 90 دقيقة، والذي قد يمتد أكثر من ذلك في كثير من الأوقات وكذا سرعة تبادل المراكز وتغيير الاتجاهات، والوثب لضرب الكرة بالرأس وتكرار الجري للاشتراك في الهجوم والدفاع بفعالية. ولذا يجب أن يتصف لاعب الكرة بدرجة عالية بكل ما تحتاجه المباراة والعمل على رفع كفاءته حتى يتمكن من تنفيذ المهام المهارية والخططية المختلفة بفعالية، فقد أصبح حاليًا من واجب الهجوم الاشتراك في الدفاع في حالة امتلاك الكرة لدى الخصم، وأيضًا من واجب الدفاع المساعدة في الهجوم عند امتلاك الفريق للكرة¹

9-1-1-1- الإعداد البدني لكرة القدم: (préparation physique)

يعتبر الإعداد البدني أحد عناصر الإعداد الرئيسية، وأولها في فترة الإعداد أو على وجه الخصوص، ويقصد به كل العمليات الموجهة لتحسين قدرات اللاعب البدنية العامة والخاصة ورفع كفاءة أجهزة الجسم الوظيفية وتكامل أدائها، وتؤدي تدريبات الإعداد البدني على مدار السنة بكاملها حيث تدخل ضمن محتويات البرنامج التدريبية بشكل أساسي من خلال وحدات التدريب اليومية، ونجد نوعين من الإعداد البدني:²

إعداد بدني عام وإعداد بدني خاص.

¹ حسن أحمد الشافعي "تاريخ التربية البدنية في المجتمعين العربي والدولي" منشآت المعارف، ب ط، مصر، 1998، ص 23.
² أمر الله أحمد البساطي "التدريب و الإعداد البدني في كرة القدم"، دار المعارف ، ط 2، مصر، 1990، ص 70.

9-1-1-2-الإعداد البدني العام:(préparation physique générale)

هو التطور الجيد للصفات الحركية بدون التوجه إلى رياضة معينة، ويمثل مرحلة بسيطة خاصة بتطوير الصفات البدنية الهامة الذي يخضع طيلة هذه المرحلة لتمرينات موجهة إلى تطور الصفات الحركية، المقاومة، القوة، المرونة... الخ ويسمح لنا هذا النوع من التحضير البدني من دعم وتقوية عمل الأجهزة العضلية والمفصالية وكذا الأجهزة الفيزيولوجية (الجهاز الدموي التنفسي والجهاز العصبي).¹

9-1-1-3-الإعداد البدني الخاص:(préparation spécifique)

الإعداد البدني الخاص يقصد به تقوية أنظمة وأجهزة الجسم وزيادة الإمكانيات الوظيفية والبدنية طبقا للمتطلبات المباراة في كرة القدم، أي تطوير الصفات المميزة للاعب الكرة مثل العمل الدوري التنفسي، والسرعة الحركية وسرعة رد الفعل، والمرونة الخاصة والسرعة لمسافات قصيرة والقوة المميزة للسرعة للرجلين والرشاقة وتحمل السرعة... الخ. هذه الصفات مرتبطة مع بعضها فمثلا العدو لمسافة 30 مترا لتحسين السرعة، أو الجري لمسافة محدودة | بطريقة التناوب أو تبادل الخطوة لتطوير التحمل الدوري التنفسي، وتقل تدريبات الإعداد البدني الخاص في بداية فترة الإعداد مقارنة للإعداد العام، حيث تصل إلى أعلى نسبة لها في مرحلة الإعداد الخاص والاستعداد للمباريات.²

9-1-2-عناصر اللياقة البدنية:**9-1-2-1-التحمل:**

عامة التحمل هو القدرة على مقاومة التعب والعودة إلى الحالة الطبيعية في أسرع وقت ممكن. ويعتبر التحمل أحد المتطلبات الضرورية للاعب كرة القدم، ويقصد به قدرة اللاعب في الاستمرار والحفاظ على مستواه البدني والوظيفي لأطول فترة ممكنة من خلال تأخير ظهور التعب الناتج أثناء أداء اللاعب خلال المباراة، وهذا المفهوم يشير إلى أهمية اتجاه التدريب أساسا نحو تطوير عمل القلب و الرئتين والسعة الحيوية وسرعة نقل الدم للعضلات، وكذلك بإطالة فترة الأداء أو العمل بدون أكسجين، القدرة الهوائية واللاهوائية وتظهر أهمية التحمل

¹ MICHEL PRADET_la preparation physique,ellection entrainement,INSEP publication ,paris, 1997

² AHMED KHELIFI _l'arbitrage a travers le caractère du football, ENAL, Alger, 1990, p107.

في كرة القدم خلال المباراة في إمكانية التحول للاعب من المهاجم للدفاع والعكس ، وباستمرار مع أداء كبير مما تتطلبه المباراة من إنجاز حركي بالكرة أو بدونها.¹

9-1-2-2- القوة العضلية:

تلعب القوة العضلية دورا بالغ الأهمية في إنجاز أداء لاعب كرة القدم خلال المباراة ، وتعرف هذه القوة بقدرته اللاعب في التغلب على المقاومات المختلفة أو مواجهتها وهي واحدة من أهم مكونات ذات اللياقة البدنية ، حيث ترتبط بمعظم المتطلبات البدنية الخاصة للاعب كرة القدم وتؤثر في مستواها ، ويتضح احتياج اللاعب لها في كثير من المواقف أثناء اللعب، كالوثب لضرب الكرة بالرأس أو التصويب من المرمى أو التميريرات المختلفة وعند أداء مختلف المهارات بالقوة والسرعة المناسبة ، كما يحتاج إليها اللاعب أيضا في ما تتطلبه المباراة من الكفاح والاحتكاك المستمر مع الخصم للاستحواذ على الكرة أو الرقابة المحكمة مع التغلب على وزن الجسم أثناء الأداء طوال زمن المباراة.²

9-1-2-3- السرعة:

تعريفها: نفهم من السرعة كصفة حركية قدرة الإنسان على القيام بالحركات في أقصر فترة زمنية وفي ظروف، ويفترض في هذه الحالة تنفيذ الحركة لا يستمر طويلا.

وتعني السرعة كذلك القدرة على أداء الحركات المتشابهة أو غير المتشابهة بصورة متتابعة وناجحة في أقل وقت ممكن وتتضح أهميتها في المباراة عند مفاجأة الخصم أو الفريق المنافس بالمهاجم لإحداث تغييرات في دفاع الخصم، من خلال سرعة أداء التميرير والتحرك وتغيير المراكز، وتعتبر السرعة بكل أنواعها من أهم المميزات لاعب الكرة الحديثة حيث يساهم ذلك في زيادة فعالية الخطط الهجومية.³

9-1-2-4- تحمل السرعة:

يعرف تحمل السرعة بأنها أحد العوامل الأساسية للإنجاز لكرة القدم، وتعميق قدرة اللاعب على الاحتفاظ بمعدل عالي من سرعة الحركة أثناء تكرار الجري خلال المباراة، أي تحمل توالي السرعات التي تختلف شداتها حسب

¹ أمر الله أحمد البساطي : مرجع سابق،ص111.

² قاسم حسن حسين و قيس ناجي عبد الجبار : مكونات الصفات الحركية"مطبعة الجامعة، العراق، 1984، ص48.

³ حسن السيد أبو عبده : مرجع سابق، ص39،60.

متطلبات مواقف اللعبة المختلفة، حيث تتطلب المباراة قدرة فائقة على تكرار التجارب بالانتقال من مكان لآخر بأقصى سرعة في أي وقت خلال زمن المباراة، للقيام بالواجبات الدفاعية والهجومية.

9-1-2-5- الرشاقة:

تعريفها: هناك معاني كثيرة حول مفهوم الرشاقة، وتحديد مفهوم الرشاقة نظرا لارتباطها الوثيق بالصفات البدنية من جهة والتقنيات من جهة أخرى، تعرف بأنها قدرة الفرد على تغيير أوضاعه في الهواء، كما تتضمن أيضا عناصر تغيير الاتجاه وهو عامل هام في معظم الرياضات بالإضافة لعنصر السرعة. ويرى البعض أن الرشاقة هي القدرة على التوافق الجيد للحركات التي يقوم بها الفرد سواء بكل أجزاء جسمه أو بجزء معين منه.

ويعتبر التعريف الذي يقدمه (هوتز) من أنسب التعاريف الحالية لمفهوم الرشاقة في عملية التدريب الرياضي إذ يرى أن الرشاقة هي:

أولا: القدرة على إتقان التوافقات الحركية المعقدة.

ثانيا: القدرة على سرعة وإتقان المهارات الحركية الرياضية.

ثالثا: القدرة على سرعة تعديل الأداء الحركي بصورة تتناسب مع متطلبات المواقف المتغيرة.¹

9-1-2-6- المرونة :

تعريفها: هي القدرة على إنجاز حركات بأكثر سعة ممكنة، ويجب أن تكون عضلية ومفصلية في نفس الوقت، وذلك للحصول على أحسن النتائج، إذ يبدأ الرياضي في تسميتها منذ الصغر. والمرونة هي التناسق الجيد لإنجاز الحركة، فأناقة الحركة هي إحدى العناصر التي تسمح لنا بالوصول إلى الدقة ونلاحظ أن التعب يأتي بخاصية قليلة بالنسبة للسرعة في التمرينات الخاصة بالمرونة لكون أن الانجاز يكون بسرعة ولا توجد تقلصات عضلية غير ضرورية.

¹ محمد حسن علاوي : علم التدريب الرياضي "المطبعة الثالثة عشر، ب ط، مصر، 1994، ص110.

وعادة ما يستخدم المدرب تمارين المرونة، خلال فترة التسخين، وكذلك يخصص لذلك جزء من التدريب وعادة ما تنفذ تمارين المرونة في بداية جرعة التدريب وينصح أن يقوم اللاعب بالتمرنات المطاطية (stretching) مباشرة بعد نهاية جرعة التدريب.¹

9-2- الجانب النفسي:

يعتبر الإعداد النفسي أحد جوانب الإعداد الهامة للوصول باللاعب إلى تحقيق المستويات الفنية العالية، بما يمتلكه اللاعب من السمات الشخصية، مثل الشجاعة والمثابرة والثقة والتعاون والإرادة، وكذلك القدرة على استخدام العمليات العقلية العليا مثل: التفكير والتذكر والإدراك والتخيل والدفاعية تحت ظروف التنافس الصحية، كذلك أصبح الإعداد النفسي أحد العوامل المؤثرة في نتائج المباريات ذات المستويات المتقاربة والتي يشتد فيها التنافس في أوقات المباراة الصعبة، بين الفرق المتقاربة فنيا وتحسم نتائج اللقاء للفريق الأكثر إعدادا من الناحية النفسية والإرادية.²

9-3- الجانب المهاري:

يتمثل الإعداد المهاري في كرة القدم في تعليم المهارات الأساسية التي يستخدمها اللاعب خلال المباريات والمنافسات ومحاوله إتقانها وتطبيقها حتى يمكن تحقيق أعلى المستويات، كما يلعب الأداء المهاري، دورا كبيرا في تحقيق نتائج إيجابية لصالح الفريق، ويؤثر تأثيرا مباشرا في عملية إتقان ونجاح الطريقة التي يلعب بها والسيطرة على مجريات اللعب والأداء...

10- الصفات الإرادية الهامة للاعب كرة القدم:

إن تنمية الصفات الإرادية يجب أن تكون دائما في ذهن المدرب أثناء حطة التدريب الطويلة وخلال وحدة التدريب اليومية وهذه التنمية تكون غير مباشرة أي غير ظاهرة، ولكنها ولا شك موجودة دائما. وسنذكر هنا بعض الصفات الهامة وطرق تنميتها.³

10-1- حب اللاعب للعبة:

¹ PIERRE WULLACKI, medecine du sport, edition vigot, paris, 1990, p145.

² أبو العلا عبد الفتاح و ابراهيم شعلال : فزيولوجية التدريب في كرة القدم " دار الفكر العربي، ب ط، مصر، 1994، ص395.

³ حسن السيد أبو عبده : مرجع سابق، ص83

إن أول ما يضعه المدرب في اعتباره هو أن الناشئ يحب اللعبة وهذا الحب هو الذي يدفعه إلى الجيء إلى الملعب وانطلاقاً من هذا يجب على المدرب أن يجعل هذا النشء يحس بأنه يتطور وأن هناك فائدة من حضوره التدريب.

10-2- الثقة بالنفس:

تظهر هذه الثقة بالنفس بوضوح في أداء اللاعب أثناء المباراة، فالأداء بالسرعة المثالية وعدم التسرع مع دقة الأداء المهاري والخططية السليم كلها مظاهر من مظاهر الثقة بالنفس ويكتسب اللاعب الثقة بالنفس نتيجة التدريب العلمي المنظم المستمر، ومهمة المدرب هنا هي وضع التمرينات المتدرجة وفقاً لقدرات اللاعب مما يكسبه اللياقة البدنية العالية، والقدرة على الأداء المهاري والخططية السليم، بالإضافة إلى الإعداد الذهني، فعندما يطمئن اللاعب إلى مقدرته في الأداء أثناء التمرين والمباريات أداء سليماً يشعر قطعاً بالثقة بالنفس. وكلما نجح اللاعب في أدائه زادت ثقته بنفسه وزاد حسن أدائه للفعاليات بصورة أدق وبمجهود أقل، وفي نفس الوقت فإن هذا يؤدي للفعاليات التعاونية بصورة أفضل، ولكن يجب تحاشي الثقة الزائدة والتي لا تستند على أسس لأنها تظهر على شكل غرور.¹

10-3- التحمل وتمالك النفس:

إن لعبة كرة القدم تلقي واجبات كبيرة على اللاعب ولذلك فعليه أن يتحمل الضغط النفسي الذي تسببه الفعاليات المتتالية وكثيراً من الأحيان لا يستطيع اللاعب أداء ما يريد، وأن الخصم يقوم بما لا يرضاه بما لا يرغب التسجيل إصابة، ولذلك على اللاعب بعد كل نشاط جزئي أن يتمالك نفسه.

10-4- المثابرة:

لما كانت المواقف في كرة القدم متعددة وصعبة، ومحاولة الهجوم الاختراق دفاع الخصم في محاولة تسجيل هدف تستدعي من لاعبي الفريق استمرار المحاولة طول فترة المباراة، والمثابرة هنا عامل هام، إذ أن الفريق أو اللاعب الذي لا تكون لديه هذه الصفة لا يستطيع أن يناضل باستمرار في محاولات متكررة للوصول إلى مرمى الخصم وتسجيل هدف.

كذلك فإن لاعبي الدفاع يجب أن لا يتخاذلوا إطلاقاً في أي لحظة من لحظات المباراة ويجب أن يستمروا في أداء واجبه الدفاعي بكل قوة وهنا تبرز أيضاً صفة المثابرة بالنسبة للمدافعين.

¹ محنفي محمود مختار : الأسس العلمية في تدريب كرة القدم، ب ط، دار الفكر العربي، 2000، ص 288.

ولتنمية هذه الصفة يعطي المدرب تمرينا مركبا أو يشبه ما يحدث في المباراة لفترة زمنية طويلة ويطلب من اللاعبين الاستمرار في الأداء القوي وعدم التخاذل وبذلك تنمي فيهم صفة المثابرة.¹

10-5- الجرأة (الشجاعة وعدم الخوف):

تلعب صفة الجرأة دورا هاما في كرة القدم، ففي هذه الأخيرة تكون الكرة في حيازة اللاعب ويحاول المنافس مهاجمته للحصول عليها، وهذا يقتضي من المدافع جرأة وشجاعة والعكس صحيح، وكلما أحس اللاعب بقوته ومقدرته المهارية ازدادت جرأته ولكن يجب أن يلاحظ المدرب ألا تصل هذه الجرأة إلى الاندفاع والتهور. مما يترتب عليه سوء الأداء. والتمرينات المركبة مع مدافع إيجابي تنمي لدى اللاعبين صفة الجرأة.

10-6- الكفاح:

كرة القدم أصبح الآن كفاح اللاعب للاستحواذ على الكرة إحدى الصفات الإرادية الهامة التي يجب أن يتصف بها لاعب الكرة الحديث، وخاصة لاعب الدفاع.

10-7- التصميم:

وهي صفة أخرى لها قيمتها في أداء الفريق عامة واللاعب خاصة، فالتصميم يعني إصرار اللاعب على أداء واجبه الهجوم والدفاعي في كل لحظة من لحظات المباراة وعدم التأثر بالصعوبات التي تقابله أثناء المباراة وخاصة إن لم تكن نتيجة المباراة في صالح فريقه ففي مثل هذه الحالة يلعب الإصرار والتصميم دورا هاما في رفع الروح المعنوية للفريق.. وكثيرا ما تتحول نتيجة المباراة لإصرار الفريق على الفوز رغم هزيمته في فترة من فترات المباراة.

10-8- المبادرة (المبادأة):

هذه صفة تميز اللاعب الممتاز عن اللاعب العادي، فلاعب الهجوم الذي تكون لديه المقدرة على المبادرة هو اللاعب الذي يفرض تحركاته الخطئية على الخصم ويجعله دائما تحت سيطرته، بمعنى أن اللاعب الذي يتقدم بالمبادرة في التحرك الخطئي يجعل الخصم دائما لا يفكر إلا في محاولة إفساد خطط اللاعب الهجومية وبذلك يفقد هو عنصر المبادرة.

¹ رشيد الدليمي و لحر عبد الحق مرجع سابق، ص21-22.

والإعداد الذهني للاعب هام جدا لإكسابه عنصر المبادأة، فهو يكتسبها أثناء الإعداد الذهني النظري والتطبيقي في الملعب، ومن واجب المدرب العناية التامة بتنمية هذه الصفة حتى يكون لديه فريق قادر على ابتكار خطط متنوعة وفقا لسير المباراة.¹

11_ أهداف رياضة كرة القدم:

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

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

12 - خصائص كرة القدم:

"تتميز كرة القدم بخصائص أهمها:

- 12_1- الضمير الجماعي: وهي أهم خاصية في الرياضات الجماعية إذ تكتسي طابعا جماعيا.
- بحيث تشترك فيها عدة أشخاص في علاقات وأدوار متكاملة ومترابطة لتحقيق أهداف مشتركة في إطار جماعي.
- 12_2- النظام: تحدد طبيعة القوانين في رياضة كرة القدم وصفة الاتصال المسموح بها مع الزملاء.
- والاحتكاك بالخصم وهذا ما يكسبها طابعا مهما في تنظيم اللعب بتجنب كل ما يتعارض مع تلك القوانين.

¹ حنفي محمود مختار : الأسس العلمية في تدريب كرة القدم، ب ط، دار الفكر العربي، 2000، ص290.

12_3- العلاقات المتبادلة: تتميز رياضة كرة القدم بتلك العلاقات المتواصلة بين الزملاء في جميع خطوط الفريق إذ تشكل كلا متكاملًا بمجهود كل الأعضاء وهذا بدور ناتج عن التنظيمات والتقنيات خلال معظم فترات المنافسة.

12_4- التنافس: بالنظر لوسائل رياضة كرة القدم. كالكرة والميدان وكذلك بالنظر إلى الخصم والدفاع والهجوم والرمي كل هذه العوامل تعتبر حوافز مهمة في إعطائها صيغة تنافسية بحة إذ يبقى اللاعب خلال فترة اللعب في حركة مستمرة ومتغيرة لمراقبة تحركات الخصم وهذا ما يزيد من حدة الاحتكاك بالخصم ولكن في إطار مسموح به وتحدده قوانين اللعبة.

12_5- التغيير: تمتاز كرة القدم بالتغيير الكبير والمتنوع في خطط اللعب وبنائها وهذا مرتبط بالحالة التي تواجه الفريق خلال المنافسة أي حسب طبيعة الخصم والمنافسة.

12_6- الاستمرار: مما يزيد الاهتمام برياضة كرة القدم هو طبيعة البطولة فيها، إذ يكون فيها برنامج البطولة مطول (سنوي ومستمر)، كل أسبوع تقريبا مقارنة مع الرياضات الفردية التي تجري منافستها في شكل متباعد.¹

12_7- الحرية: اللعب في كرة القدم، رغم ارتباطه بزملائه وبالهدف الجماعي إلا أنه يملك حرية كبيرة في اللعب الفردي والإبداع في أداء المهارات وهذا مرتبط بإمكانيات وقدرات كل لاعب (الفردية) إذ أنه ليس مقيد 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 طابعا تسويقيا ممتعا.

13- القيمة التربوية لرياضة كرة القدم:

تعتبر رياضة كرة القدم من الأنشطة الهامة لدى الشباب بالنظر إلى اهتمامهم الكبير وإقبالهم المتزايد على ممارستها. والشيء الذي يدل بوضوح على أنها تستجيب للعديد من حاجياتهم الضرورية التي تساعدهم على النمو الجيد والمتوازن إطلاقا من هذا لولحظ أنه من الضروري توضيح التأثيرات الإيجابية لهذه الرياضة والتي لا تقتصر على جانب معين فحسب بل تشمل عدة جوانب عند الفرد منها الجانب البدني والصحي والعقلي والاجتماعي التربوي، ومن هذه التأثيرات نذكر ما يلي:

¹ زيدان و اخرون : الأبعاد التربوية للرياضات الجماعية للفرق الرياضية لفئة الأشبال و الأواسط،مذكرة ليسانس، قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 1995، ص46.

- تساهم كرة القدم في تطوير الجانب البدني للشباب وذلك بتحسين وتطوير العديد من الصفات البدنية كالسرعة، القوة التحمل. المرونة، الرشاقة، الخفة والمقاومة وهي صفات تجعل الشباب يتمتع بالصحة الجيدة.
- انطلاقا من تحسين الصفات البدنية المذكورة فإنها تحسن من قوام الجسم، مما يعطي للشباب مظهرا جميلا يسمح لهم بالتخلص من الإحساس بالنقص الذي ينجم عن الضعف البدني والمظهر الغير ملائم وهذا الجانب مهم جدا، مما أدى بالشباب المراهق بالخصوص إلى الاهتمام به لأنه دائما يطمح للظهور بأحسن صورة.
- هي وسيلة مهمة في تربية الروح الجماعية واحترام الآخرين.
- بصفتها نشاطا جماعيا، فهي تخلص الرياضي من العمل لصالح الخاص وتدفعه للعمل لصالح الجماعة.
- تكسب اللاعب الإحساس بالمسؤولية، والاعتماد على النفس انطلاقا من القيام بدوره داخل الفريق. - تساهم مساهمة فعالة في توسيع علاقات الصداقة بين الشباب انطلاقا من احتكاكهم ببعض البعض خلال المنافسة.
- تربي لدى الشباب القدرة على التقييم الذاتي، إن من خلال وجود اللاعب ضمن جماعة الزملاء.
- يستطيع مقارنة نفسه بالآخرين وتحديد مكانته الشخصية بينهم من جميع الجوانب.
- تنمي عنه روح تقبل التقدم والاعتراف بالخطأ، من احترام قرارات المدرب والحكام وحتى آراء الزملاء
- تساهم في تنمية صفتي الشجاعة والإدارة، من خلال تعود اللاعب على منافسة الخصم أثناء المباريات¹ وتخلصه من التردد والخجل والأناية.
- تعود اللاعب على النشاط والحيوية وتبعده عن الكسل والخمول.
- تربي اللاعب على الانضباط والنظام من خلال التزامه برنامج التدريب والمنافسة المستمرة.
- تساهم في توجيه الطاقة الزائدة عند الشباب توجيهها سليما يعود بالفائدة خاصة من الجانب الصحي إذ

¹ زيدان واخرون : الأبعاد التربوية للرياضات الجماعية للفرق الرياضية لفئة الأشبال و الأواسط، مرجع سابق، ص46.

تمتص ما لديهم من فائض في الطاقة، الشيء الذي يساهم في التخفيض من دوافعهم المكبوتة (الجنسية والعدوانية) والتي قد تكون سببا في الكثير من التصرفات السيئة إذا ما تركت من غير ضبط وتوجيه.

- تساعد على تنمية الذكاء والتفكير وهذا انطلاقا من المواقف العديدة والمتغيرة التي تصادف اللاعب أثناء المنافسة إذ في الكثير من الحالات يجد اللاعب نفسه مجبرا على استعمال ذكائه في التغلب على الخصم مما يجعله في كل مرة يفكر في الحل حسب الوضعية التي تصادفه.

14- أهمية كرة القدم في المجتمع:

إن للرياضة دور كبير وأهمية بالغة بين أفراد المجتمع، إذ تعتبر وسطا جيدا لحدوث التواصل الاجتماعي بين أفرادها ولعبة كرة القدم على اعتبار أنها الرياضة الأكبر جماهيرية فإنها تؤدي عدة أدوار يمكن أن نلخصها فيما يلي:

14-1- الدور الاجتماعي: لعبة كرة القدم كنظام اجتماعي تقدم لنا العون في إنشاء شبكة واسعة من

العلاقات بشتى الطرق ومختلف أنواعها، كالتعاون والمثابرة، التماسك والتكافل زيادة على منح فرصة التعارف وما ينتج عنهن ميزة الحب والصدقة والتسامح... الخ، كما تعمل هذه اللعبة الرياضية على تكوين ثقافة شخصية متزنة للفرد اجتماعيا.

14-2- الدور النفسي التربوي: تلعب كرة القدم دورا هاما في سد الفراغ القاتل الذي يعاني منه الأفراد كما

تلعب دورا مميذا أيضا في ترقية المستوى التربوي والأخلاقي للشخص كونها أخلاق في مبدئها قبل كل شيء، نذكر من أهم الصفات الأخلاقية المتمثلة في الروح الرياضية وتقبل الآخرين ونتائجهم النزيهة واكتساب المواطنة الصالحة وتقبل القيادة والتمثيل من الغير.¹

14-3- الدور الاقتصادي: باختلاف القطاعات الأخرى فان القطاع الرياضي لا ينفصل عن المؤثرات

الاقتصادية ومجرياتهما، حيث ظهرت دراسات متعددة حول اقتصاديات الرياضة ويعتقد "ستوفيكس" عالم اجتماع الرياضة الهولندية، إن تكامل النشاط الرياضي مع المصالح الاقتصادية، قد أدى إلى اكتساب الرياضة لمكانة رفيعة وعالية في الحياة الاجتماعية وباعتبار كرة القدم أهم هذه الرياضات فدورها الاقتصادي يتجسد في الإشهار والتمويل وكذا مداخيل المباريات والمنافسات على كل المستويات بالإضافة إلى أسعار اللاعبين والمدربين... الخ.

¹ زيدان وآخرون : الأبعاد التربوية للرياضات الجماعية للفرق الرياضية لفئة الأشبال و الأواسط، مرجع سابق، ص46.

14-4- الدور السياسي: بما أن لعبة كرة القدم تعتبر الرقم الأول في سجل ترتيب الرياضات الشعبية ومناصرة وممارسة، جعل من مختلف الهيئات السياسية، كما لعبت هذه الرياضة في كسر الحساسيات والحوجز السياسية بين الدول والجمع بينهم في المحافل القارية والدولية ونزع الصراعات والخلافات جانبا ومثال ذلك التقاء منتخب أمريكا وإيران في مونديال بفرنسا رغم الجمود السياسي بين البلدين.¹

¹ أمين أنور الخولي: الرياضة و المجتمع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والألعاب و الأداب، الكويت، 1996، ص133، 132.

خلاصة:

إن التطورات التي عرفتها كرة القدم عبر مراحل التاريخ سواء في أرضية الميدان التي يلعب عليها أو في طريقة ممارستها ، استوجب من القائمين عليها استخدام قوانين و ميكانيزمات جديدة تتماشى والشكل الجديد لها ، كما أن اللاعب نفسه أصبح ملزما بخوض التدريبات اللازمة من أجل أداء الدور المطلوب منه في المباريات سواء من الناحية البدنية أو النفسية أو الجانب التكتيكي كل حسب وضعيته، والمكان الذي يلعب فيه ، ويسهر على ذلك المدرب وبعض الأخصائيين الذين يتابعون هذا اللاعب باستمرار قبل وبعد المباراة، بالإضافة إلى الإعداد التكتيكي والبدني والنفسي لهذا اللاعب من أجل أداء مقبول في الميدان والخروج بنتيجة مشرفة من المباراة ، يستوجب على اللاعب أن يكون على درجة لا بأس بها من التوافق النفسي حتى يستطيع أن يتابع اللعب خلال الوقت المحدد بعزيمة ووتيرة سليمة خاصة إذا علمنا أن كرة القدم هي لعبة المفاجآت وكل الاحتمالات.

الفصل الثالث

إصابات مفصل الركبة

تمهيد:

إن ما ينبغي أن نشير إليه والذي يتفق الجميع عليه هو أن الرياضي بصفة عامة ولاعب كرة القدم بصفة خاصة عرضة لصابات عديدة ومتنوعة، ومن بين هاته الصابات إصابة مفصل الركبة، فرغم التركيب البديع لهذا المفصل إلا أنه يتعرض للإصابة.

وستتطرق في هذا الفصل إلى مختلف الصابات التي يتعرض لها مفصل الركبة، فنعطي تعريف لمفصل الركبة ونبذة تشريحية له، ثم أنواع الصابات التي يتعرض لها مع ذكر الأسباب و كيفية حدوثها العلاج لأكثر هذه الصابات شيوعا، وكذلك كيفية تلافي الصابات في مفصل الركبة ثم إعادة التأهيل مع ذكر مراحل ووسائله.

1. إصابات مفصل الركبة:

1.1 تعريف مفصل الركبة:

الركبة هي ذلك التواء الكبير في وسط رجل النسان، الذي يفصل بين الساق والفخذ . ومفصل الركبة هو أكبر مفصل في الجسم ويتكون من التقاء ثلاث عظام هي : عظم الفخذ وقصبة الساق و الرضفة(الصابونة في بعض الدول).وتغطي الغضاريف الناعمة أسطح هذه العظام المكونة للمفصل حتى يضمن ذلك سهولة في الحركة. ويوجد بين عظمتي الفخذ والقصبة غضاريف هلالية تعملان كوسادتان تساعدان على امتصاص الصدمات أثناء المشي والجري.

و يحافظ على ثبات الركبة وجود أربعة أربطة بين عظمتي الفخذ والقصبة وهي:

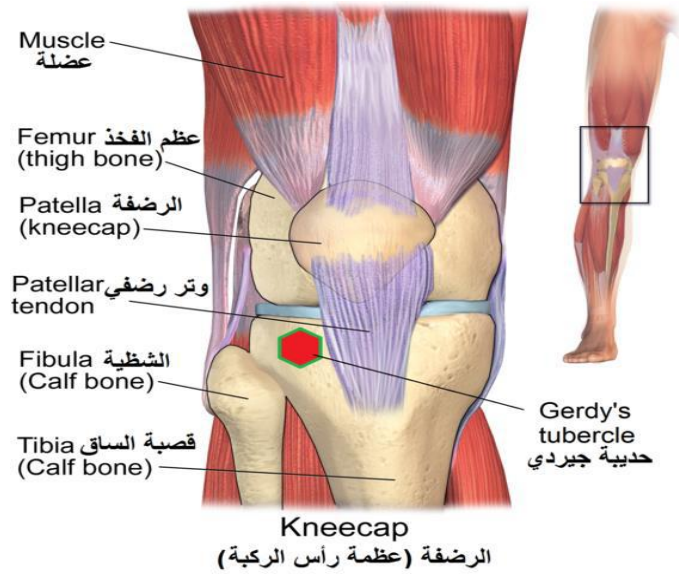
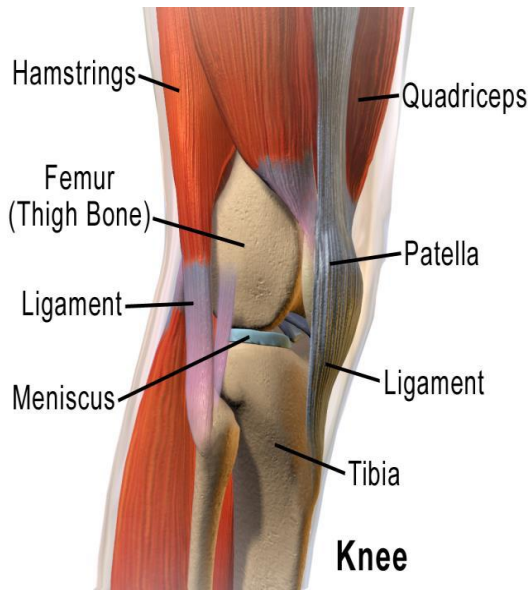
2. الرباط الصليبي الأمامي.

2. الرباط الصليبي الخلفي.

2. الأربطة الجانبية الداخلية.

9. الأربطة الجانبية الخارجية.

و يبطن جدار كبسولة المفصل من الداخل غشاء يطلق عليه اسم الغشاء السينوفي يقوم بإنتاج السائل الذي يساعد على ليونة حركة المفصل وتغذية خلايا الغضاريف.



الشكل : 1 (نظرة تشريحية لمفصل الركبة

1.2. إصابة مفصل الركبة:

يعتبر مفصل الركبة أشهر المفاصل في مجال الرياضة وأكثرها عرضة للإصابة، وتمثل إصابة مفصل الركبة حوالي 40% من الصابات الرياضية التي تصيب الرياضيين في الملاعب، ومفصل الركبة عبارة عن إتصال نهاية عظمة الفخذ وبداية عظمة قصبه الساق، و هذين العظمتين تتحدان معا بسلسلة من الأربطة ، ويعتبر مفصل الركبة أحد المفاصل المعلقة بالضافة إلى إعتباره كرافعة، فالمفصل يمكننا من الوقوف مستقيما ومن تسلق وصعود السلالم وأن نجري و أن نمشي وأن نركل¹.

ومفصل الركبة مثله مثل أي مفصل آخر يتأرجح ويتناوب ما بين الثبات والمرونة... فالركبة تعتبر من أكثر مفاصل الجسم مرونة فيمكن أن تنثني ركبته إلى حد 220° وفي الغالب فإن معظم إصابات الركبة تكون بسبب إختلافها مع هذا المدى الحركي وزيادتها له فعندما تكون الركبة على مدى إستقامتها فإنها تكون كالعصا وتكون ثابتة تماما، ولكن عندما تنثني فإنها تلعب وترقص وتتمايل لليمين وللشمال وللأمام وللخلف، ويمكن عمل حركة دوران خفيف فيها ونحن نحتاج إلى هذه المرونة لنغير وضعنا بسرعة، وكما ذكرت من قبل فإن العظمتين المكونتين لمفصل الركبة (الفخذ وقصبه الساق) تتحدان معا بأربطة متعددة ، و مفصل الركبة لديه نوعان من أنظمة الأربطة ، واحد يكون الكم الذي يربط بين العظمتين و يغطي المفصل و هو ما يسمى بكبسولة المفصل ، و هناك مناطق معينة في الكبسولة تكون أتمك من الأخرى ، وهذه الأجزاء وهي عديدة عبارة أربطة بارزة مميزة ، و هي تشبه شرائط حيكت على كم القميص . و إلى جانب أربطة الكبسولة فإن الركبة تملك رباطان إضافيان يشغلان الجزء الداخلي للمفصل ، و لأتهما متقاطعان وعلى شكل صليب فيطلق عليهما الرباطان الصليبيان ، كما يوجد داخل كبسولة المفصل مادة زلالية تشبه زلال البيض فائدتها تليين حركة المفصل ، و تمثل أربطة الركبة الثبات الاستاتيكي و تمثل العضلات و أوتارها الثبات الديناميكي ، و تعمل الأربطة في حالة توقف عمل العضلات اللحظي ، والأربطة هي الرباط الداخلي والرباط الخارجي و الرباط الصليبي الأمامي و الرباط الصليبي الخلفي ، و بالضافة لذلك فهناك قرصان غضروفيان احدهما داخلي و الآخر خارجي كل منهما على شكل الهلال و هما يساعدان على امتصاص الصدمات وتسهيل حركة المفصل والسماح بالدوران الخفيف ، والغضروف الداخلي أكبر حجما وهو ملتصق بكبسولة المفصل وخاصة بالرباط الداخلي للمفصل ، بينما الرباط الخارجي منفصل تماما عن الغضروف الخارجي ، و الشكل الهندسي لنهاية عظمة الفخذ و رأس عظمة قصبه

¹عبد العظيم العوادلي: الحديد في العلاج الطبيعي والصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، مدينة نصر- القاهرة، 2009، الصفحة

الساق يضيفان لمفصل الركبة ثباتا أكثر , و على ذلك فإن ثبات مفصل الركبة أو مرونته يتحققان من هذا التصميم الهندسي البديع الذي خلقه الله سبحانه تعالى .
وعلى الرغم من هذا التصميم الهندسي للركبة فإن هناك خمسة مواضع بالركبة من الممكن أن تتع رض بإحداها الركبة للإصابة و هي الأربطة , الغضاريف , العضلات حول الركبة , غطاء الركبة (الصابونة) ثم العظام¹ .

3.1.المطلب الثالث :الإصابات الشائعة لمفصل الركبة:

الصابات الشائعة لمفصل ا لركبة هي كالأتي:

2.التمزق الغضروفي الهلالي لمفصل الركبة:

تقع الغضاريف الهلالية في مفصل الركبة بين عظم القصبية والفخذ وتعمل على تثبيت المفصل وحمايته من الصدمات المفاجئة.

تمزق الغضروفي الهلالي لمفصل الركبة النسي والوحشي يحدث نتيجة دوران مفاجئ لمفصل الركبة بشكل المحوري(عندما يكون المفصل في حالة ثني حيث تقل حمايته)مع ثبات عظم القصبية والتفاف عظم الفخذ عليها داخليا او خارجيا، وقد تعود أسباب تمزق الغضاريف إلى النحناء الشديد للركبة والذي يسبب الم الرباط النسي والوحشي .

2.2. الفصال العظمي(: osteoarthritis)

الاستخدام المتكرر والمستمر لمفصل الركبة يسبب سحق نهايات العظام المتفصلة ويمكن ان يكون فتحة صغيرة في العظم والغضروف الذي حوله، وإذا غسّتم الضغط فإن أجزاء العظم والغضروف قد تسقط داخل المفصل .

وعند الكبار فإن إحتكاك النهايات العظمية ببعضها تسبب كتل صغيرة ولكن نادرا ما تسقط قطع العظمية الغضروفية داخل المفصل، أما عند صغار السن وبسبب نعومة سطح المفصل لستمرار نموهم فإن هناك فرصة كبيرة بأن نسبة من العظم والغضروف يمكن أن تتحطم وتسقط داخل المفصل وخاصة من الأعمار 22 (إلى 26 سنة مما يعرضهم إلى المخاطر² .

3.2. تمزقات أربطة مفصل الركبة:

¹عبد العظيم العوادلي :الجديد في العلاج الطبيعي والصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، مدينة نصر- القاهرة، 2009 ، الصفحة (220).

²ميمية خليل محمد :إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بدون طبعة، شركة ناس للطباعة 22 ش رشدي - عابدين -القاهرة، 2002 (222).

تحدث الصابات الرياضية للأربطة الخارجية والداخلية لمفصل الركبة في معظم أنواع الرياضات البدنية:

- 1- إصابات الأربطة الخارجية الجانبية: ويتم علاجها بالعلاج الطبي والطبيعي المناسب.
- 2- إصابات الأربطة المتعامدة الداخلية: وهي الرباط الخلفي والأمامي الداخلي ويوجدان وتقاطعان وتحدث الصابة في أحدهما أو كليهما بسبب عنف شديد ومباشر في أثناء الممارسة الرياضية ويقوم الرباط الأمامي والخلفي ليس فقط بالتحكم في الحركة الأمامية والخلفية لمفصل الركبة ولكن أيضا يقومان بعمل محور إرتكاز إتفاقي للمفصل أثناء فرد المفصل.

وإصابة أحد هذه الأربطة وخاصة إذا صاحبه تمزق بالمحفظة الزلالية المغلقة للمفصل يعتبر سببا هاما لفقدان التزان الحركي الفسيولوجي ومحور إرتكاز مفصل الركبة، مما يستلزم التدخل الجراحي بالطرق الفنية المختلفة وخاصة غالبا الرباط الأمامي ونشير هنا إلى وجود أربطة تسمى بالأربطة التاجية في ما بين غضروف الركبة الأيمن والأيسر أعلى رأس عظم الساق، والتي قد تصاب بشد أو تمزق يشابه في أعراضه التمزق الغضروفي ، لكن بدون حدوث عدم القدرة الفجائية على ثني مفصل الركبة كما أن الألم الحادث يكون أسفل المكان التشريحي للغضاريف، وعلاج ذلك يتم طبيا وبالعلاج الطبيعي فقط. 22

4.2. الإلتهابات العظمية في مفصل الركبة (الرضفة):

90 سنة، وتظهر أعراض تآكلية نتيجة ضعف التغذية للمحفظة الزلالية – يحدث في الأعمار ما بين 20 لمفصل الركبة أو تغذية غير كاملة للغضروف (نقص إنزيمات معينة في التمثيل الغذائي بالجسم أو نقص التغذية الدموية) مما يسبب:

- إرتشاح وتورم المفصل يليه إلتهاب مزمن وتليف في المحفظة الزلالية.
- التضخم المرضي الخلفي للرضفة " الصابونة."
- الألم المستمر عند الناشئين و المتقدمين، و ألم عند الحركة والجلوس لمدة طويلة أو الضغط قد يصاحبه صوت خشخشة.

وقد تكون نتيجة إلتهاب الرضفة الثانوية التابعة لصابة أخرى في الركبة مثل إصابة الغضروف أو إلتهاب بعد جراحة فاشلة عند إزالة الغضروف، أو نتاج علاج جراحي أو وقائي الذي يستمر فترة طويلة غالبا أو حسب الحالة.

5.2. خلع مفصل الركبة:

تكون الرضفة محورية مائلة للخارج ونادرا ما تميل للخارج في تكوينها التشريحي لمفصل الركبة، وإن حدوث أي ضغط أو ضربة جانبية تسبب الخلع الصطدامي بعظام المفصل.

إن المد الزائد لعظام المفصل يسبب التزحلق الخلفي لعظام المفصل مما يؤدي إلى خلع حاد أو مزمن بتلك العظام وتكرار الشد على الأربطة الضامة لها يسبب عدم ثبات وظيفي للمفصل نتيجة البسط الزائد لعظام الفخذ والساق وخاصتا في كرة القدم حيث يسبب التمدد الزائد في الأربطة إزاحة عظام المفصل عن الأماكن التشريحية الطبيعية¹.

3. إصابة أربطة مفصل الركبة:

1.3. إصابة الرباط الخارجي لمفصل الركبة:

الرباط الخارجي للركبة هو ذلك الرباط الذي يمتد ما بين نهاية عظمة الفخذ وبداية عظمة الشظية من الجهة الخارجية، وإصابة الرباط الخارجي نادرة الحدوث إذا ما قورنة بإصابة الرباط الداخلي، وذلك لأن الرباط الداخلي مرتبط تماما باغضروف الداخلي وكبسولة المفصل، بينما الرباط الخارجي فهو منفصل تماما.



الشكل رقم (2): رسم توضيحي لإصابة الرباط الخارجي لمفصل الركبة.

في الشكل نجد أن نتيجة تلقي خبطة مباشرة على الجهة الداخلة للركبة حدثت إصابة بتمزق للرباط الخارجي للركبة ، وفي المرحلة الثانية نجد أن الخبطة أعنف مما هو حاصل في المرحلة التي تسبقها حيث نتج عنها تمزق بالرباط الصليبي الأمامي إضافة لتمزق الرباط الخارجي، أما في المرحلة الأخيرة نجد أن الخبطة كانت أعنف عن ما نراه في المرحلتين السابقتين حيث نتج عنها تمزق في الرباطين الصليبيين الخلفي والأمامي وكذلك

¹سميعة خليل محمد :إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بدون طبعة، شركة ناس للطباعة 22 ش رشدي - عابدين - القاهرة، 2002

بارباط الخارجي للركبة.¹

2.3. كيفية حدوث الإصابة :

- تحدث الصابة نتيجة خبطة مباشرة على الجهة الداخلية تزيد من الزاوية الخارجية للركبة

3.3 الأعراض :

- أي تقرب للفخذ يسبب ألماً.

- ألم شديد في منطقة الركبة خاصة الجهة الداخلية.

- ورم محدود من الممكن تك ونه في مكان الصابة بكميات قليلة.

- حالة معقولة من الثبات في المفصل.²

4. إصابة الرباط الداخلي لمفصل الركبة.

هي أكثر شيوعاً من إصابات الرباط الخارجي للأسباب السابقة الذكر، وقد تحدث الصابة للرباط وحده، وقد

يصاحبها تمزق للغضروف الداخلي لمفصل الركبة، وقد تحدث الصابة أيضاً نتيجة خبطة أو ضربة مباشرة على

الجانب الخرجي للركبة ينتج عنها إصابة ناتجة عن إختلال حركة المفصل بحيث تجعله في وضع إلتصاق

الركبتين مع تباعد القدمين، فيحدث إنفراج في الزاوية الداخلية للركبة فيصاب الرباط الداخلي كما هو موضح

في الشكل 2

وكما نعلم جميعاً أنه في العادة تحمي العضلات المفاصل وتمنع إصابة أربطتها، ولكن في أثناء الحركات

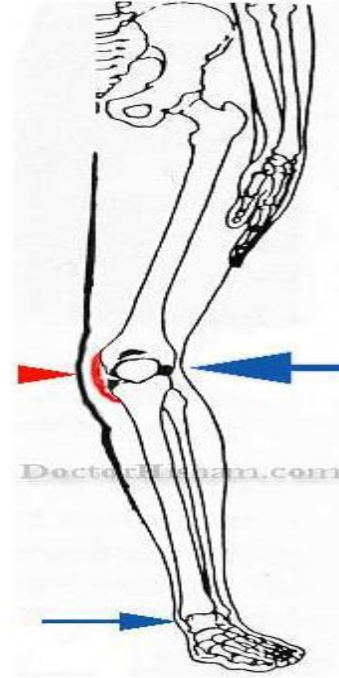
العنيفة الفجائية الغير متوقعة تكون العضلات في حالة تعجيز لحظي، وفي هذه الحالة تضطر الأربطة إجبارياً

إلى عمل عمل العضلات وتؤدي الحركات كاملة، وكذلك حماية المفصل مما يؤدي إلى حدوث الملخ العنيف

الذي قد يصاحبه التمزق الكلي أو الجزئي.

¹عبد العظيم العوادلي: الحديد في العلاج الطبيعي والصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، مدينة نصر- القاهرة، 2009، ص220)
(222).

²عبد العظيم العوادلي: الحديد في العلاج الطبيعي والصابات الرياضية، ط2، دار الفكر العربي، مدينة نصر- القاهرة، 2009، ص229)
(222).



الشكل : 3) طريقة حدوث الإصابة على مستوى الرباط الداخلي لمفصل الركبة.

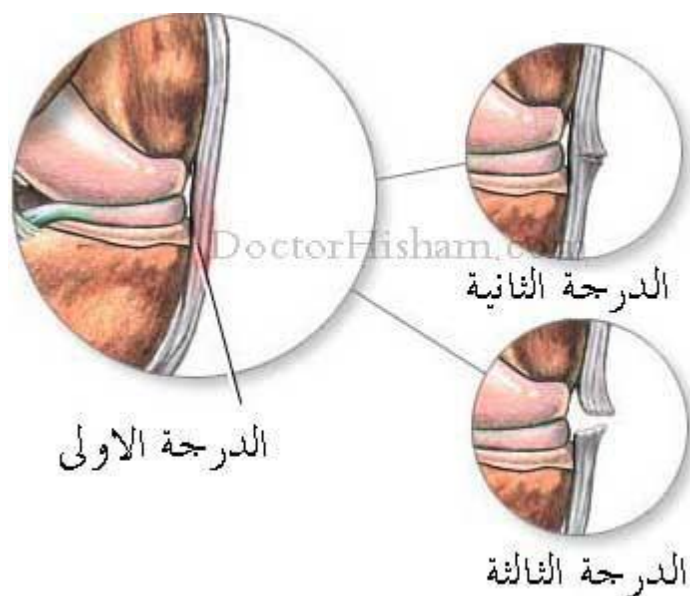
1.4 درجات خطورة إصابة الرباط الداخلي لمفصل الركبة:

ويمكن تصنيف هذه الصابة الى ثلاث درجات:

1. الدرجة الأولى: تمزق بسيط يتسبب في ألم دون حدوث إستطالة كبيرة للرباط

2. الدرجة الثانية: يحدث قطع جزئي بالرباط لا يؤثر على ثبات مفصل الركبة.

3. الدرجة الثالثة: قطع كامل بالرباط يؤثر على ثبات الركبة



الشكل :8) درجات الخطورة لإصابة الرباط الداخلي لمفصل الركبة.

5. إصابة الأربطة الصليبية لمفصل الركبة:

إصابة الأربطة المتصالبة تعد من الصابات الرياضية الشائعة حيث تمثل هذه الصابة % 20 من إصابات الركبة وتكون الأربطة المتصالبة أمامية وخلفية، وتعد الرياضة بمختلف أنواعها السبب الرئيسي لحدوث مثل هذه الصابة.

1.5 إلتواء الأربطة المتصالبة :

هو تمدد أو تمزق كلي في أحد الرباطين في مركز المفصل، والذي يربط الجزء الأخير من عظم الفخذ مع عظم القصبية وتختلف إلتواءات الرباط المتصالب في تصنيفها حسب الشدة فهي تمتاز دائما بالتمزق الكامل، حيث يتمزق الرباط إلى جزئين، أما إلتواءات الرباط المتصالب الخلفي فهي أقل شيوعا ولكن غالبا ما نلاحظ عند الرياضيين المعاد تأهيلهم ويتم علاجها كما في الرباط المتصالب الأمامي.

تحدث الصابة عند تغيير الاتجاه أثناء الجري في كرة القدم أو كرة السلة أو غيرها من الرياضات حيث تحدث عندما تثبت القدم في الأرض ودوران الجزء الأمامي من الساق، وترافق إصابة الأربطة المتصالبة تم زق المحفظة الزلالية المغلقة للمفصل مما يسبب فقدان التوازن الحركي الفسيولوجي إرتكاز مفصل الركبة وسيلتزم التدخل

الجراحي¹.

2.5 إصابة الرباط الصليبي الأمامي.

يمتد الرباط الصليبي الأمامي ما بين منتصف الجزئ الأمامي للقمة عظمة القصبة واللقمة الخارجية لعظمة الفخذ، وتتركز مهام الرباط على منع زيادة فرد الساق أكثر من اللازم في منطقة الركبة بالطبع.

كيفية حدوث الإصابة:

من الممكن أن تحدث إصابة الرباط الصليبي الأمامي أثناء القيام بحركة مفاجئة عنيفة إنشائية لمفصل الركبة مع سقوط وزن وحمل زائد على مفصل الركبة او العظام الكونة له، مما يسبب إجهادا أو شدا عليه، ومثال ذلك دوران اللعب المفاجئ وهو يحمل ثقل جسمه كله على قدمه التي تثبت في عشب الملعب أو تنجر على الأرض.

وذلك بتعبير أحد اللاعبين الذين أصيبوا يمثل هذه الصابة حيث قال : أصبت عندما دخلت على لاعب الفريق الخضم لأخذ الكرة فموه بجسمه علي فرحت متبعا إياه فعاد وغير إتجاهه فجأة فحاولت الرجوع معه، ولكن سوء حالة أرضية الملعب جعلت قدمي تتعلق في عشب الملعب فنزلت على ركبتي بثقل جسمي ودوران في الركبة.

وإصابة الرباط الصليبي الأمامي هي أحد الصابات الكثيرة الحدوث للرياضيين، وذلك لأنه عند فرد الرجل فإن الرباط يقصر، وفي هذه الحالة فإنه عند زيادة المدى الحركي لفرد الركبة فإن ذلك يعرض الرباط إلى التمزق بطبيعة الحال، وقد تحدث الصابة نتيجة خبطة مباشرة على الجهة الداخلية للركبة.

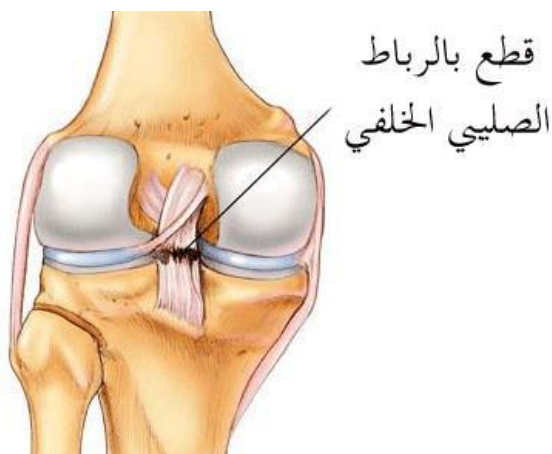
3.5 إصابة الرباط الصليبي الخلفي .

يمتد الرباط من الجزء الخلفي للقمة الشظية العليا إلى اللقمة الداخلية لعظمة الفخذ، وفي حالة إنثناء الركبة يقصر الرباط ويحدث شدا وتوترا به، ووظيفة الرباط الصليبي الخلفي هي منع الركبة من الحركة إلى الأمام أثناء وخلال إنثناءها.

كيفية حدوث الإصابة:

من الممكن أن تحدث إصابة الرباط الصليبي الخلفي نتيجة خبطة أو ضربة عنيفة على الجزء الأمامي لعظمة شظية الساق مما يدفعها ويسوقها للخلف وتكون اركبة عموما في حالة إنثناء أثناء الصابة.

¹سميعة خليل محمد :إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بدون طبعة، شركة ناس للطباعة 22 ش رشدي - عابدين - القاهرة، 2002
الصفحة (224)



الشكل (: 5) إصابة الرباط الصليبي الخلفي.

على كل حال فإن كلا الرباطين الصليبيين الأمامي والخلفي يتعرضان للإصابة بالملخ أو اللي وبد رجاته المختلفة وكذا من الممكن أن يصابا بالتمزق الكلي.¹

6.العلاج الطبيعي و تمزق أربطة الركبة.

1.6آلية الإصابة و العوامل المساعدة في إصابة الرباط الصليبي.

1.1.6آلية الإصابة:

1-تحدث اصابه الرباط الصليبي الأمامي غالبا أثناء عمليه الجري او القفز، وتكون غالبا بسبب التواء الركبة ووجود قوة هائلة (مثل وزن الجسم) لا يتمكن الرباط من مقاومتها مما يؤدي إلى قطعه (مثل إصابتي هنريك لارسون الدنمركي وادمي لسون البرازيلي و عبد الواحد السيد و العديد من لاعبي الأهلي).

2-أما الرباط الصليبي الخلفي فان إصابته قليلة وتكاد تكون نادرة ولا تأتي إلا عن طريق ضربة مباشرة بقدم لاعب أو بأي جسم للجزء الخلفي من الركبة.

¹ عبد العظيم العوادلي:الجديد في العلاج الطبيعي والصابات الرياضية،ط2، دار الفكر العربي، مدينة نصر- القاهرة،2009

(.الصفحة222)

2-العوامل المساعدة في إصابة الرباط الصليبي:

- توجد بعض العوامل التي تؤدي أو تساعد على حدوث إصابة الرباط الصليبي و جميع إصابات الركبة ومنها:
1. ضعف العضلات المحيطة و المؤثرة على حركة الركبة و عدم تناسق حركاتها وذلك ينبع من ضعف التأهيل بعد الصابات الطويلة.
 2. اللتواء الشديد وتحدث الصابة نتيجة حركة غير طبيعية قوية مما يؤدي إلى إنعدام المقاومة للأرطنة وعادتا تتأثر الأرطنة المعاكسة للحركة التي يقوم بها اللاعب.
 3. نتيجة صدمة مباشرة أو رض خرجي.¹
 4. الجهاد المستمر و هذا يؤدي إلى أن تقوم الركبة أو العضلات بحركات لا إرادية في اتجاهات مختلفة مما يؤدي في بعض الأحيان إلى الصابات المختلفة للركبة . و قد يكون هذا من الأسباب الأكثر شيوعا بين لاعبي الأهلي.
 5. عدم التناسق أو التناغم العضلي العصبي بمعنى أن يريد المخ أن يقوم بحركة معينة و تكون استجابات العضلات أما متأخرة أو متقدمة أو غير مناسبة و خصوصا في العضلات المحيطة بالركبة.
 7. أعراض قطع الرباط الصليبي وطريقة التشخيصها.

1.7. أعراض قطع الرباط الصليبي:

يتعرض الرباط الصليبي الأمامي للإصابة بسبب التواء شديد كما يحدث في الألعاب الرياضية أو من إصابات أخرى مما يؤدي إلى تم الرباط فيؤدي إلى عدم ثبات الركبة ويسمع المريض صوت فرقة في الركبة ثم يصاحب ذلك:

1. انتفاخ في الركبة , نتيجة تجمع السوائل المفصالية في الركبة.
2. ألم شديد و حاد.
3. انعدام الثبات في مفصل الركبة (ومن الممكن ملاحظة أن المصابين بالرباط الصليبي في الغالب يعانون من عرض يسمى ” الرجل الخائنة ” بمعنى أن المصاب أثناء المشي وبصوره مفاجئه تنثني ركبة نتيجة لوزنه.)
- 9- وأيضاً قد تصاحب الصابة ما يسمى ب ” الركبة المقفلة ” بمعنى المصاب لا يتمكن من تحريك ركبته سواء في الاتجاه الأمامي أو الخلفي والسبب هو وجود جزء ما داخل الركبة (قطعه من غضروف أو عظم) تنحشر داخل المفصل.

¹ سميرة خليل محمد :إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بدون طبعة، شركة ناس للطباعة، عابدين -القاهرة، 2002 ، الصفحة 292

2.7. طريقة التشخيص:

تشخص إصابة الرباط الصليبي باستخدام الرنين المغناطيسي والاشعة السينية، أو يدويا باستخدام اختبارات خاصة يقوم بها الطبيب او المعالج الطبيعي .و شكل القطع يظهر في الأشعة كما هو واضح من الصور التالية:أنواع الصابات للرباط الصليبي وطرق العلاج:

قطع جزئي (partial tears)

عند وجود قطع جزئي فان الصابة غالبا لا تحتاج لأجراء عملية جراحية ويكون من الممكن أعاده المصاب لحالته الطبيعية باستخدام العلاج الطبيعي لمدة تتراوح بين 2 - 6 شهور وفي حالة فشل العلاج التأهيلي و الطبيعي في الحصول على النتيجة المرجوة يصبح التدخل الجراحي حتميا.

قطع كامل (complete tears)

عند وجود القطع الكامل فان العلاج الطبيعي لا يفيد ويكون التدخل الجراحي هو الحل الوحيد .ويتبعه فترة 6 أشهر

ملاحظه : غالبا ما تصاحب اصابه الرباط الصليبي اصابه في غضروف الركبة قد تؤدي إلى قطعه.

8. خطوات العلاج اللازمة عند لإصابة بتمزق الرباط الصليبي.

خطوات العلاج:

- ما قبل الجراحة:

العلاج الطبيعي لتهيئة المصاب للعملية الجراحية عن طريق الخطوات التالية:

- 2- تخفيف الألم وتخفيف الورم في الركبة باستخدام أكياس الثلج لمدة 20 دقيقة 2 مرات في اليوم ، وأيضا باستخدام تمرين الانقباض الثابت و هو تمرين يستهدف تقوية عضلة الفخذ الأمامية دون تحريك الركبة ويستخدم لتخفيف الورم في الركبة او في الحفاظ على الحركة من الضعف داخل الجبس
- 2- تقييم مدى حركة مفصل الركبة (ايجابيا ام سلبيا) ومحاوله أعاده المدى الطبيعي في حالة نقصانه
- 2- تدريب المصاب على استخدام العكاز , حتى يتمكن المريض من استخدامه بوقت اسرع بعكس لو تم التدريب بعد العملية.

-التدخل الجراحي:

هناك عدة عوامل تحدد إذا ما كان المصاب يحتاج إلى تدخل جراحي اولا منها عمر المصاب والنشاط الرياضي، وقدرة وإستعداد المصاب على مزاولة تمارين التأهيل الطبيعي بعد العملية الجراحية، درجة الصابة في

الركبة.¹

هدف الجراحة هو ترقيع أو تعويض الرباط باستخدام جزء من وتر الصابونة أو وتر عضلة الفخذ الأمامية أو من احدي عضلات الفخذ الخلفية.

-فترة التأهيل بعد إجراء الجراحة:

وتعتبر هي الأهم لأنها هي التي ستؤدي الى عودة الحركة الطبيعية للركبة مثل قبل إجراء الجراحة و تختلف باختلاف الهدف المطلوب من الركبة بعد إجراء الجراحة فإذا كان الهدف عودة الحركة الطبيعية للركبة لأداء الوظائف الطبيعية الحياتية فستكون فترة التأهيل قصيرة و مختصرة و لكن إذا كان الهدف من الركبة إعادة و -استعادة حركاتها الرياضية التي كانت تؤديها قبل الصابة فغالبا ما تستمر فترة التأهيل لمدة تتراوح بين 20-20 أسبوع حسب استحابة الركبة و العضلات المحيطة بها للتأهيل و العلاج الطبيعي.

-تنقسم فترة التأهيل إلى خمسة أقسام رئيسية بعد العملية مباشرة:**الأسبوع الأول:**

والتكيز فيها يكون على تمارين تقوية العضلات المحيطة بالركبة في الثبات و تمارين تليين مفصل الركبة واستخدام الثلج للتقليل من التورم وتحريك الركبة بواسطة جهاز ال CPM بحد اقصى 40 درجة ,حركه سلبيه

الفترة الثانية 2-3 اسابيع

40درجه - ويسمح فيها بتحريك الركبة ايجابيا من 90

الفترة الثالثة 3-6 أسابيع

ويمكن فيها للمصاب الوقوف على ركبته بتحميل كامل (بدون عكاز) والسماح فيها بمدى حركه للركبة يصل الى 222 درجه.

- 18الفترة الرابعة الأسابيع 12

200درجه ,وايضا تمارين المشي و تمارين الدراجة - وتبدأ فيها تمارين التقوية بمدى حركه 90

الفترة الخامسة

وتمتد من نهاية الفترة الرابعة حتى يرجع المصاب لكامل لياقته و التمارين فيها تتركز على تمارين الجري و تمارين الاتزان و التقوية لمدى حركه كامل 220 درجه.

¹ سميرة خليل محمد: إصابات الرياضيين ووسائل العلاج والتأهيل، بدون طبعة، شركة ناس للطباعة، عابدين -القاهرة، 2002 ، الصفحة 292

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن إصابات مفصل الك برة والأربطة عموما والأربطة المتصالبة خاصة كغيرها من الصابات الأخرى التي تحدث في جسم النسان حيث تتشابه هذه الأخيرة في آلامها و انعكاساتها على الرياضيين بصفة عامة و على لاعبي كرة القدم بصفة خاصة ، و ذلك راجع لأن مفصل الك برة يلعب الدور الرئيسي لدى لاعبي كرة القدم في ممارسة الرياضة ، لذلك فهو يحظى برعاية وعناية طبية جيدة ، حيث أن الطب أوجد عدة طرق لعلاج هذا المفصل عند إصابته و إعادة تأهيله، ومن خلال كل العناصر المذكورة في هذا الفصل المتصالبة والأربطة الركبة مفصل إصابات عن وشاملة عامة نظرة أعطينا قد نكون

الجانب التطبيقي

الفصل الأول

الإجراءات المنهجية و

الميدانية للبحث

تمهيد :

تهدف البحوث العلمية عموماً إلى كشف الحقائق , وتكمن قيمة هذه البحوث وأهميتها في التحكم في المنهجية المتبعة فيها .

وعلى ضوء المعلومات النظرية التي تم جمعها في دراستنا و المتمثلة في فصول الجانب النظري , و تماشياً مع الفرضيات المقترحة كحلول مسبقة لإشكالية البحث , تم وضع أسئلة متمثلة في إستمارة نهدف إلى خدمة و تحقيق فرضياته , وزعت على أفراد عينة البحث و ذلك بالإعتماد على طرق منهجية محددة مقسمة على فصلين في الجانب التطبيقي , حيث تم تخصيص الفصل الأول لشرح الدراسة الإستطلاعية من تحديد مجالها المكاني و الزماني و كشف الشروط العلمية لأدواتها و ضبط متغيراتها و عينة البحث و شرح المنهج المستخدم في ذلك و أدوات الدراسة .

أما الفصل الثاني فقد خصص لعرض و تحليل نتائج الدراسة و مناقشتها .

- الدراسة الاستطلاعية:

بعد الاطلاع على الدراسات المشابهة و بعض الكتب المتخصصة في الميدان استخلصنا ملامح للأسئلة التي تخدم بحثنا و تهدف الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها إلى الإلمام و الإحاطة بمختلف جوانب المشكلة المعالجة في بحثنا هذا .

فقد قمنا بزيارة مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي ، وهذا من اجل التوصل إلى أفضل الظروف لإجراء الاختبارات و تجنب العراقيل التي يمكن إن تواجهنا خلال العمل الميداني.

كما قابلنا أطباء و تم الاتفاق على الوقت المناسب لتوزيع الاستبيانات.⁽¹⁾

2- المنهج المستخدم :

2-1- تعريف المنهج الوصفي:

إن المنهج في البحث العلمي يعني مجموعة من القواعد التي يتم السير عليها واحترام خطواتها من اجل الوصول في الأخير إلى الحقيقة وقد استخدمنا في بحثنا هذا المنهج الوصفي يعرف عمار بوحوش و محمد دنيبات المنهج الوصفي كما يلي "المنهج الوصفي هو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من اجل الوصول إلى:

- أغراض محددة لوضعية أو مشكلة اجتماعية معينة "أو" هو وسيلة للحصول على إجابات عن عدد من الأسئلة
- المكتوبة في نموذج يعد لهذا الغرض ويقوم عليه بنفسه⁽¹²⁾

1 - عمار بوحوش، دنيبات محمد، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص136.

2 - كروش ياسين، المعهد الوطني للتكوين لعالي في علوم الرياضة، 1996، ص1. الفصل الأول إجراءات البحث الميدانية

الإجراءات المنهجية للبحث

3- مجتمع و عينة البحث وكيفية اختيارها:

3-1- تعريف مجتمع البحث:

هو جميع الافراد او الاشياء او الاشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث. وهو جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث الى ان يعمم عليها نتائج الدراسة. لذا فان الباحث يسعى الى اشتراك جميع افراد المجتمع ، لكن الصعوبة تكمن في ان عدد افراد المجتمع قد يكون كبيرا، بحيث لا يستطيع الباحث اشراكهم جميعا

العينة هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث¹

ينظر إلى العينة على أنها جزء من كل أو بعض من جميع، وتتلخص فكرة دراسة العينات في محاولة الوصول إلى تعميمات لظاهرة معينة، أي دراسة بعض حالات لا تقتصر على حالة واحدة وبما إن دراستنا خاصة بإصابات الاكثر شيوعا تم اختيار أطباء إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي بمدينة بسكرة كعينة بحث.

4 - مجالات البحث:

4-1-المجال المكاني:

أجريت هذه الدراسة على مستوى مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة.

4-2- المجال الزمني:

¹ محمد أزمير السماك وآخرون "الأصول في البحث العلمي" ، دار الحكمة للطباعة والنشر، بدون طبعة،الموصل،العراق،1980،ص42

الإجراءات المنهجية للبحث

بدأت دراستنا لهذا الموضوع ابتداء من شهر مارس إلى غاية نهاية شهر أوت وتحللت هذه الفترة توزيع استمارات الاستبيان على عينة البحث ثم جمعها وتحليل النتائج باستعمال الطرق الإحصائية واستخلاص الاستنتاجات .

5- الأسس العلمية :

5-1- الصدق :

تم توزيع أسئلة الاستبيان على أساتذة الجامعة محمد خيضر بسكرة لتحكيم الاستبيان من خلاله تم الموافقة على محاور الاستبيان والاسئلة .

6- ضبط متغيرات الدراسة:

إن أي موضوع من المواضيع الخاضعة للدراسة يتوفر على الأقل على متغيرين أولهما يسمى المتغير المستقل والآخر المتغير التابع

6-1- المتغير المستقل:

إن المتغير المستقل هو عبارة عن السبب في الدراسة وفي دراستنا المتغير المستقل هو الإصابات الرياضية الشائعة .

6-2- المتغير التابع:

هو نتيجة التغير المستقل وفي هذه الدراسة المتغير التابع هو مستوى تقدم لاعبي كرة القدم .

7_ أدوات الدراسة:

لقد تم اختيار الاستبيان كأداة لهذه الدراسة لأنه كثير الاستعمال في البحوث الوضعية والتحليلية الذي يساهم في

الفهم الأعمق والأوضح للجوانب العلمية والعناصر الأساسية المكونة لموضوع دراستنا.

الإجراءات المنهجية للبحث

7-1- تعريف الاستبيان:

هو أداة من أدوات الحصول على الحقائق والبيانات والمعلومات، في جمع البيانات عن طريق الاستبيان من خلال وضع استمارة أسئلة ومن بين مزايا هذه الطريقة أنها اقتصاد في الجهد والوقت كما أنها تسهم في الحصول على بيانات من العينة في اقل وقت بتوفير شروط التقنين من الصدق و الثبات والموضوعية حيث يمكن استعمال ثلاث أنواع من الأسئلة في الاستبيان وهي:

7-2- الأسئلة المفتوحة :

نعطي كل الحرية للمستجوب للإجابة على الأسئلة كما يشاء.

الأسئلة المغلقة: وتكون الإجابة في معظمها محددة حيث تعتمد على النتائج التي نطمح للوصول إليها، وهو النوع الذي قمنا باختياره في استبياننا هذا.

الأسئلة نصف مفتوحة: وتنقسم إلى نصفين:

1-النصف الأول يكون مغلق الإجابة.

2-النصف الثاني نعطي الحرية فيه للمستجوب.

8- الأدوات الإحصائية:

لكي يتسنى لنا التعليق وتحليل نتائج الاستمارة بصورة واضحة وسهلة قمنا بالاستعانة بأسلوب التحليل الإحصائي، وهذا عن طريق تحويل النتائج التي تحصلنا عليها من خلال الاستمارة إلى أرقام على شكل نسب مئوية وهي تلخص في المعادلة التالية:

الإجراءات المنهجية للبحث

النسبة المئوية = (عدد التكرارات / مجموع التكرارات) 100

9 - إجراءات التطبيق الميداني:

بعد الصياغة النهائية لاستمارة الاستبيان بدأنا في توزيع الاستمارات على الأطباء بتاريخ 2018/03/09

وكان استرجاعها يوم 2018/03/11 وبدأنا عملية التفريغ وتوزيع البيانات وتحليلها.

10 - حدود الدراسة:

قمنا بهذه الدراسة على لاعبين لمعرفة أهم بالإصابات الشائعة لدى لاعبي كرة القدم و العينة عبارة عن أطباء في مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي .

11- صعوبات البحث:

*صعوبة جمع الاستمارات بعد توزيعها.

*مشاكل مادية نتيجة التنقل لمكان تواجد مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي .

*عدم الاستقبال الجيد من طرف الأطباء .

*قلة الأبحاث التي تتعرض إلى هذا الموضوع بشكل مباشر و دقيق.

*صعوبة الموضوع لأنه يدخل في الجانب الطب .

الفصل الثاني عرض وتحليل و

مناقشة النتائج

عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض و تحليل نتائج الإستبيان

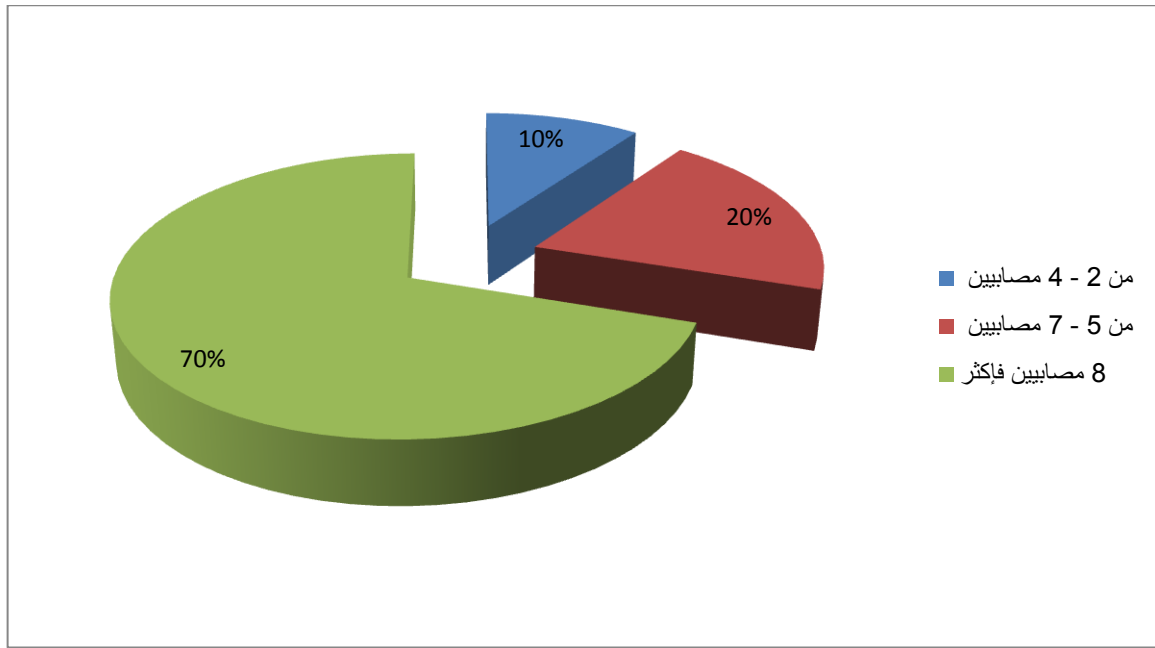
السؤال الأول : كم عدد المصابين الرياضيين في الموسم التنافسي يلجأ إلى المركز ؟

الهدف من السؤال :

- معرفة عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في العام الواحد .

الجدول رقم (01) : يمثل عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في العام الواحد .

المصابين	من 2 - 4 مصابين	من 5 - 7 مصابين	من 8 مصابين فأكثر
العدد	1	2	7
النسبة المئوية	10%	20%	70%



الشكل رقم (01)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية لعدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في العام الواحد .

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن نسبة 70 % تمثل أن عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي خلال السنة الواحدة تفوق 8 رياضيين مصابين , و نسبة 20% تمثل أن

عرض وتحليل نتائج الدراسة

عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم خلال السنة الواحدة هي ما بين 5 مصابين إلى 7 مصابين رياضيين , بينما نسبة 10 % تمثل أن عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم في مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي خلال السنة الواحدة من 2 إلى 4 رياضيين مصابين .

الإستنتاج : أن في مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي يكون عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم خلال السنة الواحدة أكثر من 8 رياضيين مصابين مع تنوع في نوع الإصابة المعالجة و الإصابات بالطبع ليست كلها نتاج الخشونة المفروضة بطبيعة الحال، ولكن لها أسبابا متعددة، مثل تعدد أنواعها ودرجات شدتها، وإحدى مشاكل التعامل مع الإصابات -عريبا على الأقل- تتعلق بضعف الإعداد البدني، ربما، وأخطاء الإسعاف الأولى

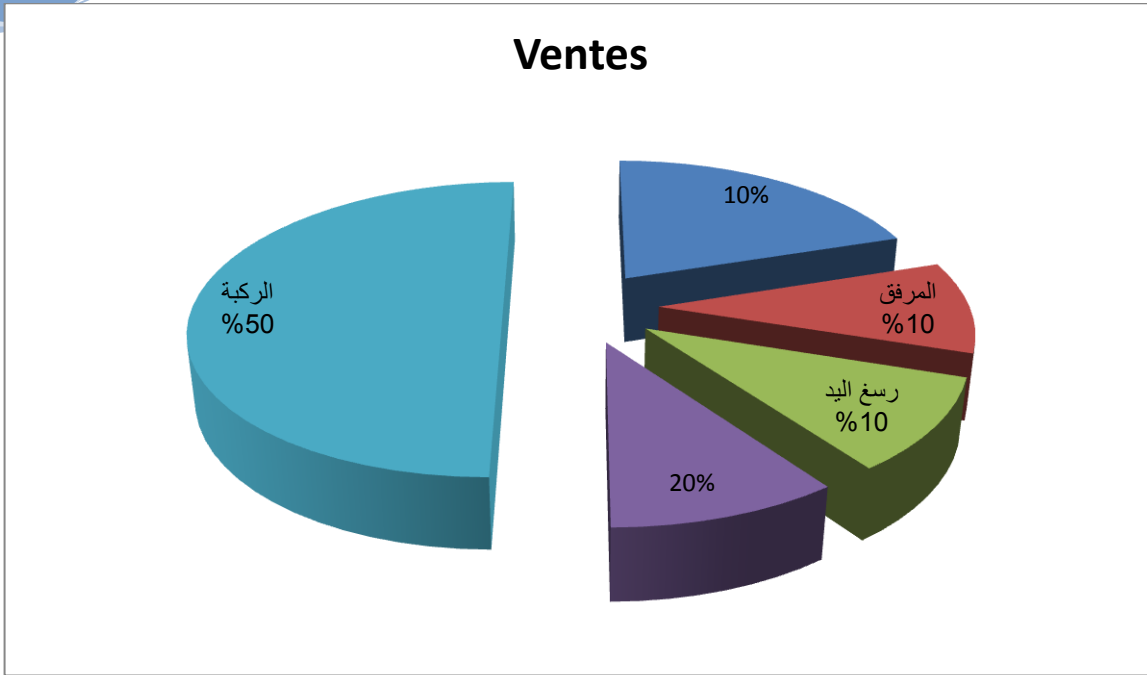
السؤال الثاني : - ما هي أماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين؟

الهدف من السؤال :

- معرفة أماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين.

الجدول رقم (02) : يمثل أماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين.

المفاصل	الكتف	المرفق	رسغ اليد	كاحل القدم	الركبة
العدد	1	1	1	2	5
النسبة المئوية	10%	10%	10%	20%	50%



الشكل رقم (02)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية لأماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين .

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة 50 % تمثل أن أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي تكون على مستوى الركبة ، و نسبة 20% تمثل أن مكان إصابة الشائعة في أوساط الرياضيين تكون على مستوى الكتف ، بينما كانت نسبة إصابة التالفة (رسغ اليد / المرفق / كاحل القدم) هي 10% لكل إصابة .

الإستنتاج : أن أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي تكون على مستوى الركبة إذ أنها تعتبر الجزء الهام من الساق وهو من أكثر المناطق تعرضا للإصابات حتى إن إصابة هذا الجزء تفوق تلك التي يتعرض إليها الكاحل خطورة نظرا للتداخلات الكثيرة مما يؤهلها لأن تكون دائما عرضه لإصابات عديدة وخطيرة وتشير الإحصائيات إلى (90%) من إصابات لاعبي كرة القدم تتركز في منطقة الركبة وإن أنواع إصابات الركبة نجد في البداية إصابات الأربطة وهي / أمامية وخلفية وجانبية (داخلية وخارجية) أما الإصابات الشائعة فهي تلك التي تصيب عادة الأربطة المتشابكة الأمامية والأربطة الجانبية الداخلية وفي الحلة الأخيرة قد تصاب الركبة بالتواء يؤدي في النهاية إلى الكسر في حين تصاب الأربطة المتشابكة بتمزق تام حيث يصبح من

عرض وتحليل نتائج الدراسة

المستحيل معالجتها دون اللجوء للجراحة وهذا ما يعتمده الأطباء حيث يفي اللاعب المصاب بعيدا عن الملاعب فترة تتراوح ما بين (35- 40) يوما ثم يخضع اللاعب بعدها لفترة نقاهة تساوي الفترة الأولى.

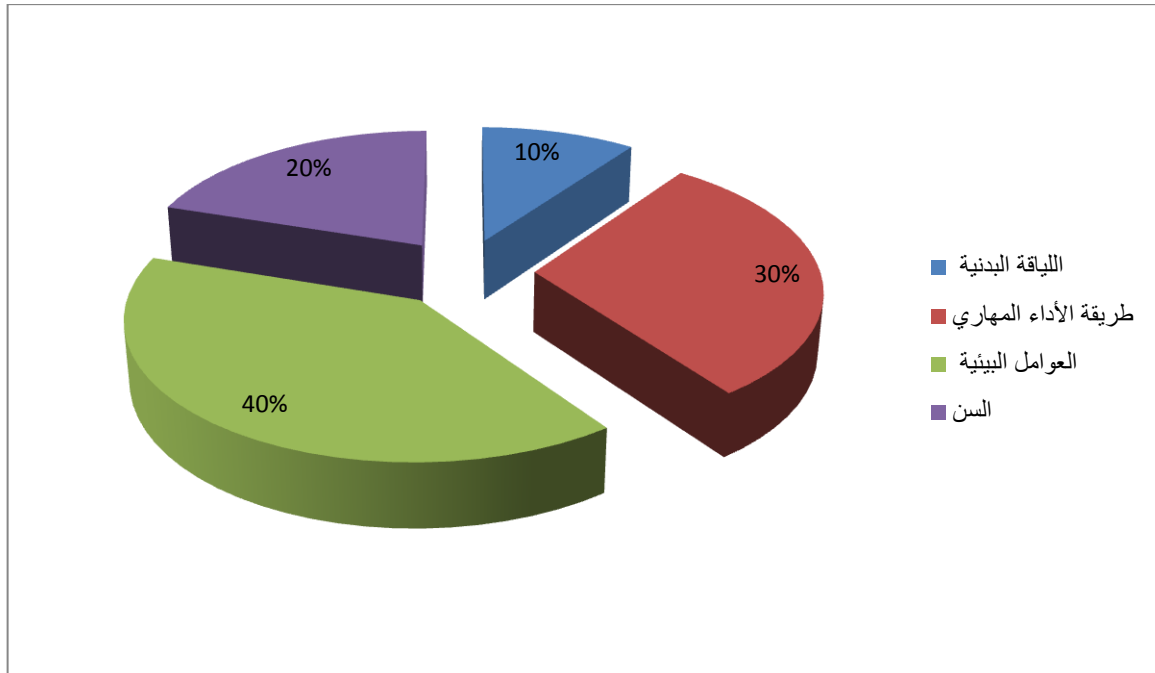
السؤال الثالث : - ما هي العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات ؟

الهدف من السؤال :

- معرفة العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات.

الجدول رقم (03) : يمثل العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات.

اللياقة	طريقة الأداء المهاري	العوامل البيئية	السن
1	3	4	2
10%	30%	40%	20%



الشكل رقم (03) رسم بياني يوضح النسبة المئوية لعوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات.

عرض وتحليل نتائج الدراسة

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن نسبة 40 % تعبر على أن العوامل البيئية كالمناخ هي السبب في إرتفاع نسبة الإصابات , و نسبة 30% تمثل أن طريقة الأداء المهاري هي السبب في زيادة نسبة الإصابات بالنسبة للرياضيين , بينما نسبة 20 % تعبر على أن السن هو السبب في إرتفاع نسبة الإصابات , و أخيرا نسبة 10% تمثل أن اللياقة البدنية هي السبب في إرتفاع نسبة الإصابات بالنسبة للرياضيين .

الإستنتاج : العوامل البيئية كالمناخ هي السبب في إرتفاع نسبة الإصابات التي يتعرض لها الرياضيين في كافة أنواع الرياضات إضافة تختلف الإصابات الرياضية تبعا لنوع النشاط الرياضي الممارس و طبيعة الأداء و مستوى المنافسة فضلا عن الجانب النفسي و الإستعداد المهاري و اللياقة البدنية ووعي الرياضي و إدراكه لخطورة الحركة المؤداة و إمكانية التسبب في الإصابة، كذلك معرفته بكيفية تفاديها و الحد من وقوعها..

السؤال الرابع : - ما هو الصنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية؟

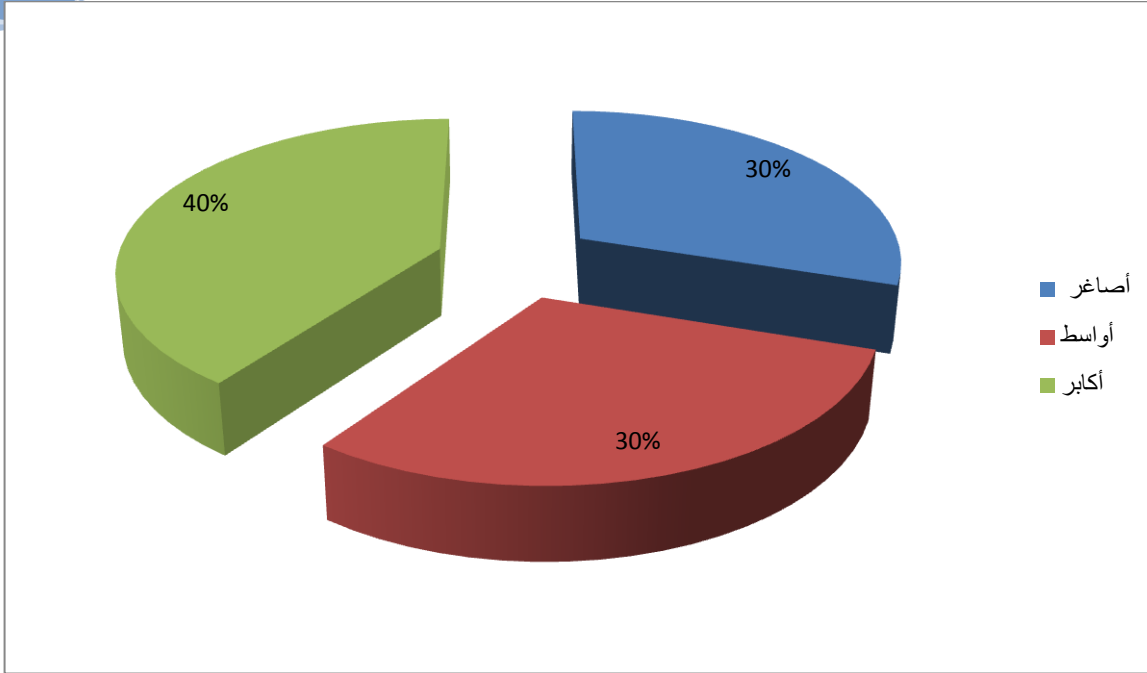
الهدف من السؤال :

- معرفة الصنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية.

الجدول رقم (04) : يمثل الصنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية.

الصنف	أصاغر.	أواسط.	أكابر
العدد	3	3	4
النسبة المئوية	30%	30%	40%

عرض وتحليل نتائج الدراسة



الشكل رقم (04)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية للسنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية.

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن نسبة 40 % تعبر على أن سنف الأكبر هو السنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية ، بينما كانت نسبة التعرض للإصابة لكل من الصنفان (الأوسط و الأصغر) هي نسبة 30% لكل سنف منهما . .

الإستنتاج : أن سنف الأكبر هو السنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية ففي سن النضوج يمارس اللاعب تدريبات شديدة بسبب طموحه العالي في المنافسة مما قد يسبب إصابة عضلاته، أما في سن ما فوق الثلاثين و عندما يكون اللاعب مستمر في ممارسة نشاطه و لصعوبة الوصول إلى مستوى التنافس في مثل هذا السن، فإن اللاعب يبذل جهدا شديدا قد يؤدي به للإصابة و خاصة في أوتار العضلات و أربطة المفاصل ففي هذا السن تظهر الخبرة والمهارة و لكن تقل تدريجيا اللياقة البدنية..

عرض وتحليل نتائج الدراسة

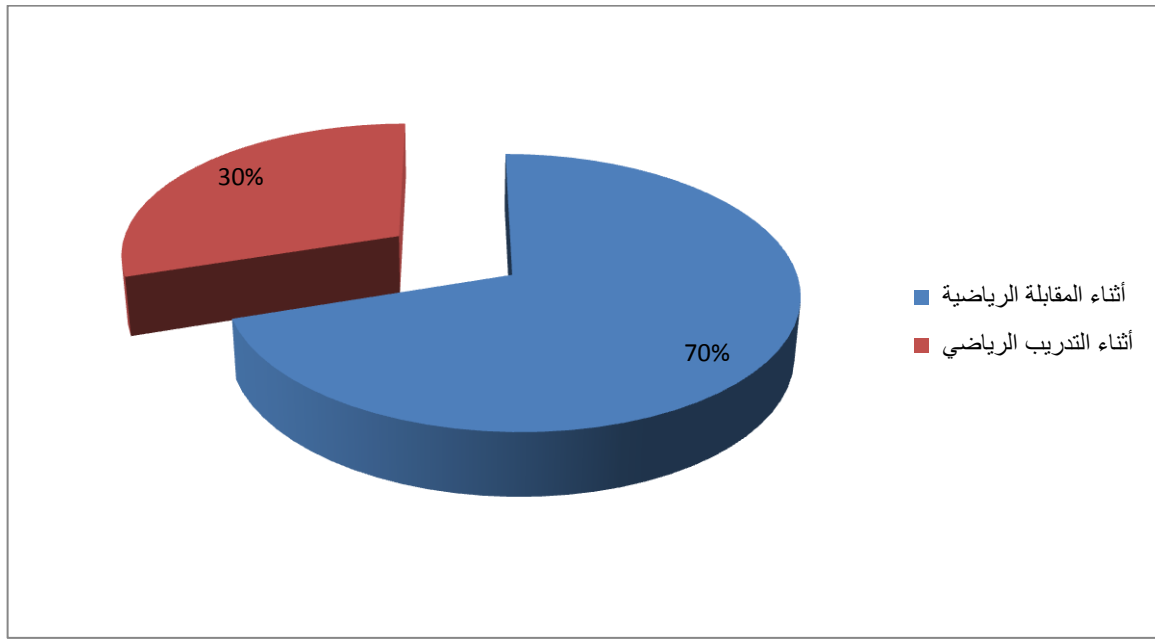
السؤال الخامس : - هل إصابة اللاعبين تحدث أثناء المقابلة أو أثناء التدريب ؟

الهدف من السؤال :

- معرفة إن كانت إصابة اللاعبين تحدث أثناء المقابلة أو أثناء التدريب.

الجدول رقم (05) : يمثل إصابة اللاعبين التي تحدث أثناء المقابلة و أثناء التدريب.

التدريب الرياضي	المقابلة الرياضية
3	7
30%	70%



الشكل رقم (05)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية لإصابة اللاعبين التي تحدث أثناء المقابلة و أثناء التدريب.

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن نسبة 70 % تعبر على أن الإصابات الرياضية تحدث أثناء المقابلات الرياضية , بينما نسبة 30% تمثل أن الإصابات الرياضية تحدث أثناء التدريب الرياضي .

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الإستنتاج : أن أغلب الإصابات الرياضية تحدث أثناء المقابلات الرياضية بسبب المستوى التنافسي لأن اللاعب يبذل جهدا شديدا قد يؤدي به للإصابة من أجل طموحه لتحقيق الأهداف من بطولات و كؤوس إضافة .

السؤال السادس : - ما هو النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر؟

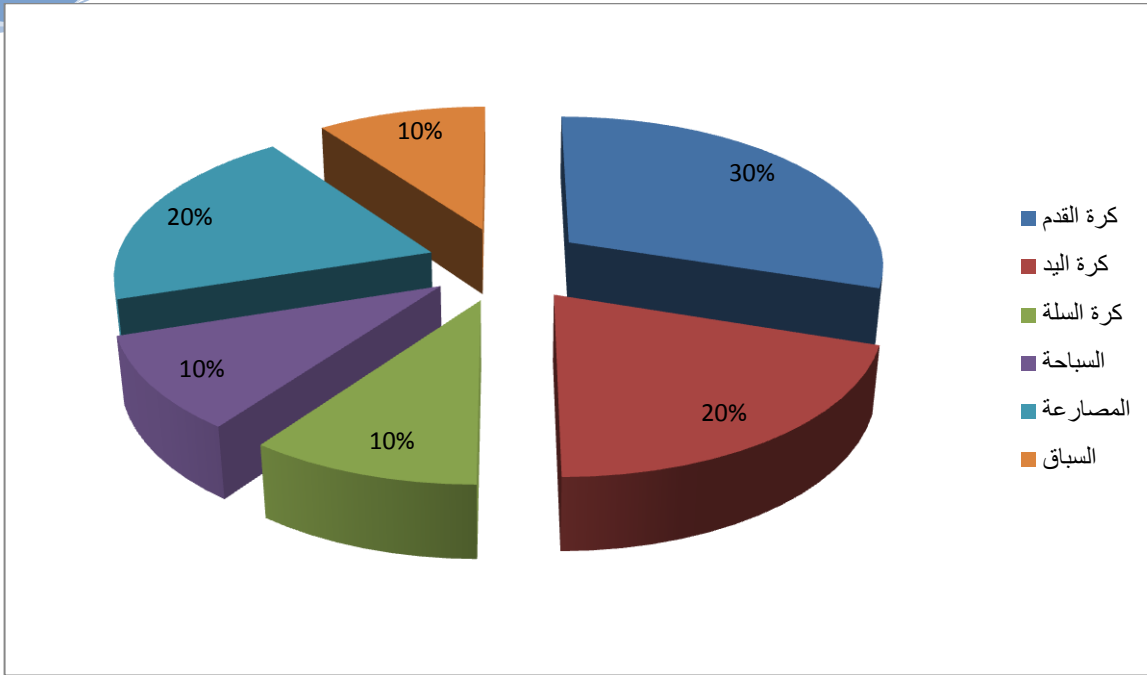
الهدف من السؤال :

- معرفة النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر.

الجدول رقم (06) : يمثل النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة .

الرياضة	كرة القدم	كرة اليد	كرة السلة	السباحة	المصارعة	السباق
العدد	3	2	1	1	2	1
النسبة المئوية	30%	20%	10%	10%	20%	10%

عرض وتحليل نتائج الدراسة



الشكل رقم (06)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية للنشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة .

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة 30 % تمثل أن النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر هو كرة القدم , و نسبة 20% تمثل أن النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر هو كرة اليد و المصارعة كل على حدى , و نسبة 10% تمثل أن النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر هو كرة السلة و السباحة لكل منهما .

الإستنتاج : أن النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر هو كرة القدم لأن المستوى التنافسي في كرة القدم عالي جدا لتصدرها الرياضات الأكثر شعبية في العالم إضافة إلى أنها تمتاز بتعدد الأسباب المؤدية للأصابة .

السؤال السابع : - ما هو العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية؟

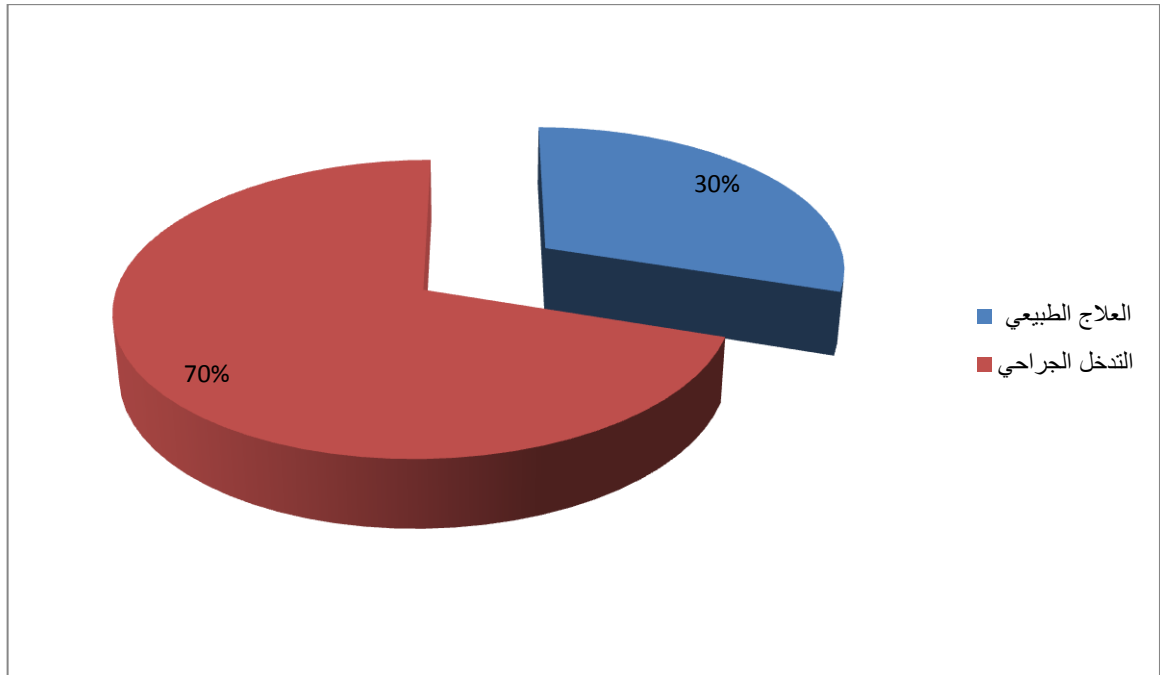
الهدف من السؤال :

- معرفة العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الجدول رقم (07) : يمثل العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية .

نوع العلاج	العلاج الطبيعي	- علاج عن طريق التدخل الجراحي
العدد	3	7
النسبة المئوية	30%	70%



الشكل رقم (07)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن نسبة 70 % تمثل أن العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية هو علاج عن طريق التدخل الجراحي , بينما نسبة 30 % تمثل أن العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية هو علاج عن طريق العلاج الطبيعي .

عرض وتحليل نتائج الدراسة

الإستنتاج : العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية هو علاج عن طريق التدخل الجراحي .

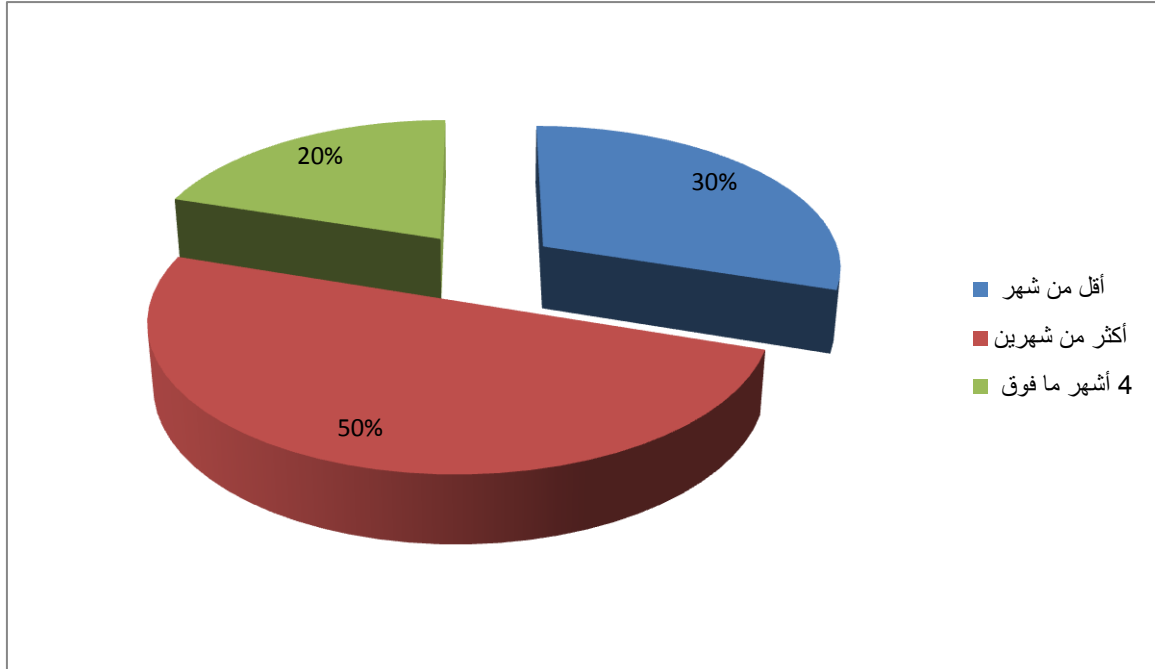
السؤال الثامن : - ما هي مدة استشفاء اللاعب من الإصابة الرياضية غالبا؟

الهدف من السؤال :

- معرفة مدة استشفاء اللاعب من الإصابة الرياضية غالبا.

الجدول رقم (08) : يمثل مدة استشفاء اللاعب من الإصابة الرياضية غالبا .

المدة	أقل من شهر.	أكثر من شهرين.	4 اشهر فما فوق.
العدد	3	5	2
النسبة المئوية	30%	50%	20%



الشكل رقم (08)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية للعلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية.

عرض وتحليل نتائج الدراسة

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن نسبة 50 % تمثل أن مدة إستشفاء الرياضي من الإصابة الرياضية تكون أكثر من شهرين , بينما نسبة 30 % تمثل أن مدة إستشفاء الرياضي من الإصابة الرياضية تكون أقل من شهر ,

و نسبة 20 % تعبر على مدة إستشفاء الرياضي من الإصابة الرياضية تكون 4 شهر ما فوق .

الإستنتاج : أن مدة إستشفاء الرياضي من الإصابة الرياضية تكون أكثر من شهرين.

السؤال التاسع : - هل صادفت بعض الإصابات التي أدت بنهاية المشوار الرياضي للاعب ؟

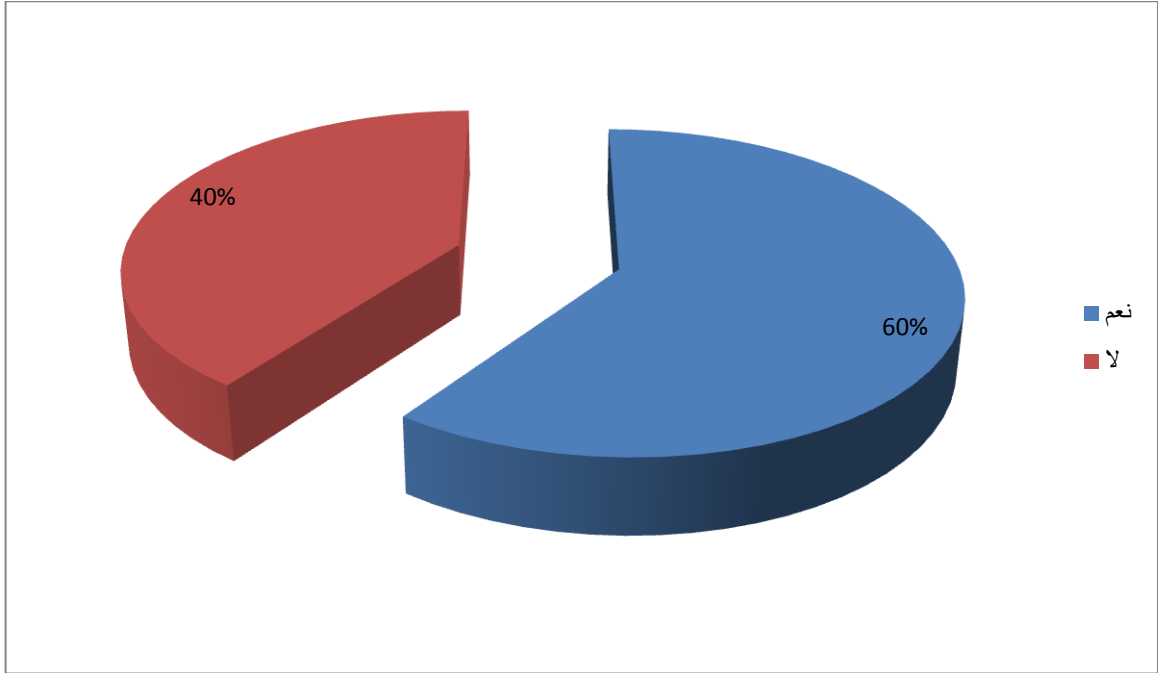
الهدف من السؤال :

- معرفة مدى إمكانية تعرض الرياضي إلى نهاية المشوار الرياضي بسبب إصابة .

الجدول رقم (09) : يمثل مدى إمكانية تعرض الرياضي إلى نهاية المشوار الرياضي بسبب إصابة .

لا	نعم
4	6
%40	%60

عرض وتحليل نتائج الدراسة



الشكل رقم (09)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية لمدى إمكانية تعرض الرياضي إلى نهاية المشوار الرياضي بسبب إصابة.

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن نسبة 60% تمثل أنه يمكن للإصابة الرياضية أن تؤدي بالرياضي إلى نهاية المشوار ، بينما نسبة 40% تمثل أنه لا يمكن بأن تؤدي الإصابة إلى نهاية المشوار بالنسبة للرياضي .

الإستنتاج :

يمكن للإصابة الرياضية أن تؤدي بالرياضي إلى نهاية المشوار .

1-السؤال العاشر : - هل للتحسيس و التوعية دور كبير في التقليل من الإصابات ؟

الهدف من السؤال :

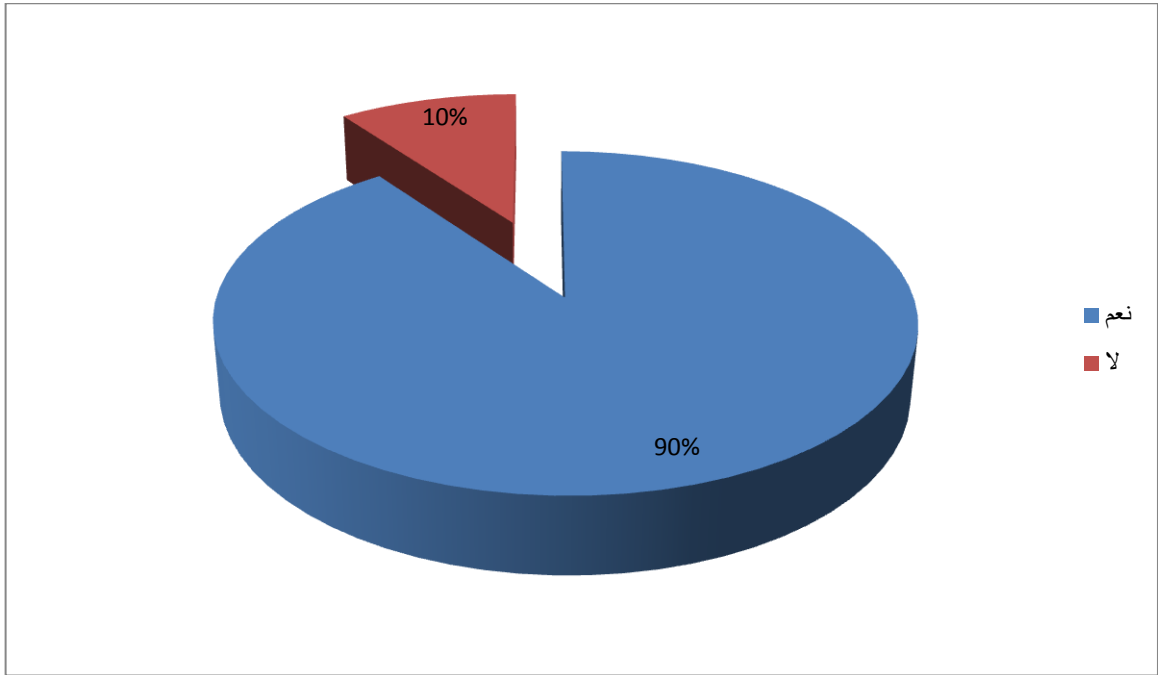
- معرفة إن كان للتحسيس و التوعية دور كبير في التقليل من الإصابات.

الجدول رقم (10) : يمثل دور التحسيس و التوعية في التقليل من الإصابات .

2- هل للتحسيس و التوعية دور كبير في التقليل من الإصابات ؟

عرض وتحليل نتائج الدراسة

لا	نعم
1	9
%10	%90



أشكل رقم (10)

رسم بياني يوضح النسبة المئوية لدور التحسيس و التوعية في التقليل من الإصابات

عرض وتحليل نتائج الدراسة

التحليل : نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن نسبة 90 % تعبر على أن للتحميس و التوعية دور كبير جدا في تقليل من نسبة الإصابة في الأوساط الرياضية , بينما نسبة 10% تعبر على ان التحميس و التوعية ليس له دور كبير في تقليل من نسبة الإصابات الرياضية .

الإستنتاج : أن للتحميس و التوعية دور كبير جدا في تقليل من نسبة الإصابة في الأوساط الرياضية.

1. مناقشة و تفسير نتائج البحث حسب الفرضيات:

1.1 مناقشة و تفسير الفرضية العامة:

من خلال النتائج المتحصل عليها تبين ان اصابات الركبة تمثل نسبة 50 % من مجموع الإصابات واصابات الكاحل تمثل 20% التي تعرض لها الرياضيون أي في الجزء السفلي وحسب مناقشة و تفسير نتائج البحث و الدراسات النظرية نستنتج أن الفرضية العامة محققة.

2.1 مناقشة و تفسير الفرضية الجزئية الأولى:

من خلال تحليل النتائج تبين لنا التالي :

-الإصابات الأكثر حدوثا في كرة القدم تكون على مستوى الركبة بنسبة 50 %

من خلال مناقشة و تفسير نتائج البحث و الدراسات النظرية نستنتج صحة الفرضية الجزئية الأولى.

3.1 مناقشة و تفسير الفرضية الجزئية الثانية:

من خلال النتائج المتحصل عليها تبين ان رياضة كرة القدم هي أكثر الرياضات تعرضا للإصابة بنسبة 30 % من مجموع 5 رياضات

وحسب مناقشة و تفسير نتائج البحث و الدراسات النظرية نستنتج أن الفرضية الثانية محققة

4.1 مناقشة و تفسير الفرضية الجزئية الثالثة :

من خلال تحليل النتائج تبين لنا التالي:

40 % من الاصابات التي قام مراكز التأهيل بعلاجها راجعة الى عوامل بيئية و بالتالي فالفرضية الثالثة التي تقول الأسباب المؤدية لتعرض الرياضي لإصابة في الجزء السفلي لجسم اللاعب في مدينة بسكرة راجعة للتحضير البدني السيئ أو أخطاء مهارية من طرف اللاعب هي فرضية منفية

خاتمة

تلعب الأنشطة البدنية والرياضية دور هام في حياة اللاعب مرحلة ممارسة الرياضة باعتبارها أنها تمثل ملاذاً آمناً ومنتفسا كبيرا .

وتشمل المنافسة الرياضية على مجموعة من الأنشطة البدنية والرياضية التي تمكن اللاعب من تحقيق حاجاته النفسية، ومن خلالها يرغب اللاعب دوماً في تحقيق الأداء المتميز للأعمال المطلوبة منه بأقل وقت وجهد ممكن (وهذا هو بالضبط مفهوم دافعية الإنجاز) وعندما يسعى هذا اللاعب نحو النجاح في ذلك فإنه يسعى نحو المتعة والرضا عن الذات، وبالتالي فإنه لا يمكن للمنافسة الرياضية أن تبلغ الأهداف ما لم تكن دافعية الإنجاز الرياضي عند اللاعبين مرتفعة.

ومن خلال دراستنا هذه وجدنا أن الإصابات الرياضية تؤثر على دافعية الإنجاز خلال المنافسة الرياضية عند اللاعبين الذين سبق لهم وان تعرضوا لإصابات رياضية، هذا التأثير الذي يظهر على سلوكهم وعلى أدائهم وعلى مستوى التنافس عندهم وحتى على رغبتهم في تحقيق النجاح وتجنب الفشل، لذلك فإنه من الضروري الاهتمام بهذه الظاهرة ليس فقط على المستوى النخبوي رفيع المستوى وإنما يجب أن يمتد هذا الاهتمام ليشمل جميع الأوساط الرياضية.

هذا الاهتمام الذي تبدأ خطواته الأولى بالتوعية بمخاطر الإصابات الرياضية والبحث عن الأسباب المؤدية إليها ومحاولة تطوير طرق الوقاية والعلاج منها، لكن ما يهمنا نحن من خلال هذه الدراسة ونسعى إلى إبرازه هو ضرورة الاهتمام بإعادة التأهيل النفسي لما بعد الإصابة الرياضية.

حيث أنه يمكن ملاحظة أن الرياضي عندما يتعرض للإصابة الرياضية تحدث له تغيرات بدنية ونفسية وكثيراً ما يتم الاهتمام بالتأهيل البدني على حساب التأهيل النفسي الذي ينظر إليه على أنه من الجوانب الهامشية التي يمكن إهمالها، فالمظاهر النفسية الناتجة عن الإصابة (كفقد الهوية أو الخوف والقلق ونقص الثقة بالنفس وغيرها) من شأنها أن تؤدي إلى نتائج كارثية ما لم يتم معالجتها بطرق إعادة التأهيل النفسي، ناهيك على أن الاستجابات النفسية التي يمر بها المصاب والتي تبدأ بمرحلة الرفض وتنتهي بمرحلة القبول وإعادة التنظيم، تتطلب هي الأخرى رعاية ومتابعة من طرف الأخصائيين النفسيين وذلك من أجل ضمان الانتقال السليم من مرحلة إلى أخرى.

الإستنتاجات و الإقتراحات المستقبلية

الاستنتاجات:

- 1- أن في مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي يكون عدد المصابين الرياضيين الذين يتم علاجهم خلال السنة الواحدة أكثر من 9 رياضيين مصابين .
- 2- أن أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي تكون على مستوى الركبة .
- 3- العوامل البيئية كالمناخ هي السبب في إرتفاع نسبة الإصابات التي يتعرض لها الرياضيين
- 4- أن صنف الأكبر هو الصنف العمري الأكثر تعرضا للإصابات الرياضية
- 5- أن أغلب الإصابات الرياضية تحدث أثناء المقابلات الرياضية بسبب المستوى التنافسي
- 6- أن النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر هو كرة القدم
- 7- العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية هو علاج عن طريق التدخل الجراحي .
- 8- أن مدة إستشفاء الرياضي من الإصابة الرياضية تكون أكثر من شهرين.
- 9- أن للتحسيس و التوعية دور كبير جدا في تقليل من نسبة الإصابة في الأوساط الرياضية.

الإستنتاجات و الإقتراحات المستقبلية

الاقتراحات المستقبلية:

نظرا للدور البالغ الذي تلعبه الإصابات الرياضية في خفض الاداء المهاري للرياضي من الضروري ايلاء الاهتمام بهذا الجانب خاصة من طرف الأشخاص المشرفين بصفة مباشرة على تحضير و تكوين اللاعبين و نقصد بذلك المدربين لذا سوف نوجه بعض الاقتراحات و التوصيات :

- تحسين المرافق الرياضية و توظيف كل معطيات السلامة .

- التفكير في عملية تجهيز ملاعب كرة القدم بالمركبات الرياضية الجوارية بالعشب الإصطناعي الذي يوفر الأمن و السلامة للممارسين بالمقارنة بالأرضيات الحالية حيث يرفع من درجة ومستوى الأداء الرياضي .

- برمجة قاعة علاج للإسعافات الأولية.

- تقييد سجل للإصابات و الحوادث الرياضية بالمركب الرياضي الجوارى من أجل إحصائها ومتابعة الرياضيين المصابين م متابعة تطور حالتهم .

- إعداد ملصقات و مطويات تتناول عملية التحسيس و التوعية من خطر التعرض للإصابة الرياضية .

- إلزام كل الفرق التي تستفيد من الحصص التدريبية أو المنافسات أن توفر علبة إسعافات وجعلها

إجبارية على مستوى المركبات الرياضية

- ضرورة عدم إستخدام شدة أنشطة الكبار عن الأطفال .

- يجب أن تكون المنشأة بعيدة عن أماكن التلوث والأوبئة.

الإستنتاجات و الإقتراحات المستقبلية

وفي الأخير ليس آخرا تبقى هذه مجرد اقتراحات وتوصيات لكامل المعنيين و المسؤولين عن التدريب الرياضي ،

لكن نحن جد متأكدين من أنه لو أخذت هذه الاقتراحات بعين الاعتبار سوف نحني منها الفائدة الحقيقية

والإيجابية للرياضة عامة و للمدربين و الرياضيين خاصة .

قائمة المراجع

أ- باللغة العربية:

- (1) أبو العلا عبد الفتاح وإبراهيم شعلال: "فيزيولوجية التدريب في كرة القدم"، دار الفكر العربي ، مصر، 1994.
- (2) أبو العلاء أحمد عبد الفتاح: "التدريب الرياضي"، ط1، دار الفكر العربي، مصر: 1997.
- (3) أحمد أمين فوزي: مبادئ علم النفس الرياضي، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة، 2003.
- (4) أسامة رياض ، الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة. 2002.
- (5) أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: "الطب الرياضي والعلاج الطبيعي"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة ، 1999.
- (6) أسامة كامل راتب ، الإعداد النفسي لتدريب الناشئين و أولياء الأمور ، دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة ، 1997 ،
- (7) أسامة كامل راتب ، دوافع التفوق في النشاط الرياضي ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1990 .
- (8) أسامة كامل راتب ، علم النفس الرياضة ، المفاهيم ، التطبيقات ، دار الفكر العربي ، ط2، القاهرة، 1997.
- (9) أسامة كامل راتب: "تدريب المهارات النفسية"؛ ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر: 2000.
- (10) أسامة كامل راتب: "علم النفس الرياضي"؛ ط2، دار الفكر العربي، القاهرة: 1997.
- (11) الإصابات الرياضية ووسائل العلاج والتأهيل، أ، د، سميرة خليل، 2006.
- (12) إقبال رسمى محمد "الإصابات الرياضية وطرق علاجها" دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1 ، القاهرة، 2008.
- (13) أمر الله أحمد البساطي: "التدريب والإعداد البدني في كرة القدم"، دار المعارف، ط2، مصر، 1990.

- 14) أمين أ،ور الخولي:"الرياضة والمجتمع"؛سلسلة عالم المعارف (216)، المجلس الوطني للفنون والإدارة، الكويت:1996.
- 15) أمين أنور الخولي:"الرياضة والمجتمع،المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب"،الكويت،1996.
- 16) بزار علي جوكل،"مبادئ وأساسيات الطب الرياضي" ط2 ،درا الدجلة،عمان،الأردن،2009.
- 17) بلقاسم تلي وآخرون:"دور الصحافة الرياضية المرئية في تطوير كرة القدم الجزائرية"، مذكرة ليسانس، معهد التربية البدنية والرياضية ،دالي إبراهيم ،الجزائر، جوان 1997.
- 18) حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2، القاهرة، 1979.
- 19) حسن أحمد الشافعي:"تاريخ التربية البدنية في المجتمعين العربي والدولي"، منشآت المعارف،مصر،1998.
- 20) حسن السيد أبو عبده:"الاتجاهات الحديثة في تخطيط وتدريب كرة القدم"، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، ط1، مصر، 2001.
- 21) حسن عبد الجواد:"كرة القدم المبادئ الأساسية للألعاب الإعدادية والقانون الدولي"، دار العلم للملايين، ط4، لبنان، بدون سنة.
- 22) حلمي المليحي ، علم النفس المعاصر ، دار المعرفة العربية ، ط6 ، بيروت ، 1984 .
- 23) حياة عياد روفائيل: "إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعي إسعاف" ، منشأة المعارف ، الإسكندرية.
- 24) رشيد عياش الدليمي و لحر عبد الحق : "كرة القدم،المدرسة العليا لأساتذة التربية البدنية والرياضية"،جامعة مستغانم،الجزائر،1997.
- 25) رومي جميل: "كرة القدم"، دار النفائس، ط1، لبنان، 1986، ص50-52. 1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الشباب والرياضة، وزارة الداخلية، قرار وزاري مؤرخ في: 04 يونيو 1996.
- 26) زيدان وآخرون: "الأبعاد التربوية للرياضات الجماعية للفرق الرياضية لفئة الأشبال و الأواسط" , مذكرة ليسانس، قسم التربية البدنية والرياضية جامعة الجزائر 1995.
- 27) صالح محمد علي أبو جادو ، علم النفس التربوي ،دار الميسرة ، ط 1، الأردن ، بدون سنة .
- 28) صدقي نور الدين محمد ، المشاركة الرياضية و النمو النفسي للأطفال ، دار الفكر العربي ، ط 1 ، القاهرة ، 1998 ،
- 29) عبد الرحمان عيساوي : "سيكولوجية النمو، دار النهضة العربية"، لبنان ، 1980.
- 30) عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: "موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004.

- (31) عزت محمود الكاشف: "الإعداد النفسي للرياضيين"؛ ط2، دار التفكير، بيروت: 1991.
- (32) فراج عبد الحميد توفيق: "كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين"، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2004.
- (33) قاسم حسن حسين و قيس ناجي عبد الجبار: "مكونات الصفات الحركية"، مطبعة الجامعة، العراق. 1984
- (34) كمال يحيى الريفي: "التدريب الرياضي للقرن الواحد والعشرون"؛ ط2، الجامعة الأردنية، الأردن: 2004.
- (35) كمالق: "علاقة التحفيز بدافعية الإنجاز عند لاعبي القسم الوطني الأول لكرة القدم الجزائرية"؛ (مذكرة ماجستير غير منشورة)، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، جامعة الجزائر: 2006/2007.
- (36) محمد حسن العلاوي: "سيكولوجية الإصابة الرياضية"، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1998.
- (37) محمد حسن علاوي "علم نفس التدريب والمنافسة الرياضية"؛ بدون طبعة دار الفكر العربي، القاهرة، مصر: 2002.
- (38) محمد حسن علاوي: "علم التدريب الرياضي"، المطبعة الثالثة عشر، مصر، 1994.
- (39) محمد حسن علوي، سيكولوجية التدريب و المنافسة، دار المعارف، ط6، القاهرة، 1987.
- (40) محمد صالح علوي، علم النفس الرياضي، دار المعارف، مصر، 1987.
- (41) محمد عادل: "خطاب التربية البدنية للخدمات الإجتماعية"؛ دار النهضة العربية، القاهرة، مصر: 1965.
- (42) محمود عبد الفتاح عنان: "سيكولوجية التربية البدنية والرياضية"؛ ط1، دار الفكر العربي، مصر: 1995.
- (43) مصطفى أحمد زكي، تقدم عثمان نجاتي، الرعاية الوالدية، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة، 1974.
- (44) مصطفى عشوي، مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.
- (45) منهاج التربية البدنية: "منشورات لوزارة التربية الوطنية"، 1984.
- (46) مهند حسين البنشاوي وأحمد إبراهيم خواجنا: "مبادئ التدريب الرياضي"؛ ط1، دار وائل للنشر، عمان: 2005.
- (47) موفق اسعد محمود، "تعلم المهارات الأساسية في كرة القدم" ط2، دار الدجلة، عمان الأردن، 2009.
- (48) موفق مجيد المولي: "الإعداد الوظيفي لكرة القدم"، دار الفكر، لبنان، 1999.

- (49) نيل محمد إبراهيم: "الضوابط القانونية للمنافسة الرياضية" ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية: 2004.
- (50) يحي إسماعيل الحلوي: "الموهبة الرياضية والإبداع الحركي" ط1، المركز العربي للنشر، مصر، 2004.

ب- باللغة الاجنبية:

- 1) AHMED KHELIFI : "L'arbitrage a travers le caractère du football" , ENAL , Alger , 1990.
- 2) Alain Michel : "foot – balle les systèmes de jeu", 11-Edition Chiron, 2^{me} édition, paris.
- 3) Gerard , Bet Gros.G ,in " l'entrainement de Basket-ball " ed ,vigot ,Paris ,1985.
- 4) Jean Genety / elisabet brunet .guedj .traumathologie du sport en pratique medicale courant .edition vigot.1991.
- 5) Jurgenweinècle :Manuel d'entrainement ,edition4,paris :1997.
- 6) Macolin (revie). Les Facteurs qui contribuent a la performance individelle ou d une equipe .N 02.Spécial Sport .Février 1998.
- 7) MICHEL PRADET : "La Préparation physique collection Entraînement" ,INSEP publication ,Paris,1997.
- 8) PIRRE WULLACKI ,"Médecine du sport" , édition vigot , paris , 1990.
- 9) P-swienberg,d,gould:psychologie du sport de l'activité physique,vigot,paris:1997.
- 10) Rechard b-alderman :Manuel de psycholoje du sport, Edition vigot. Matviev :psychologie sportive,ed-vigot,France :1997.
- 11) Rechard b-alderman :Manuel de psycholoje du sportif,opcit.
- 12) Thomas.R , Preparation Psychologique du Sportif ,ed ,Vigot ,1991.

ج- المواقع الالكترونية:

1) WWW.ELAZAYEM.COM. / a (40) .htm- 15/03/2007

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

معهد العلوم و التقنيات البدنية و الرياضية

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

الموضوع

أكثر الإصابات الرياضية شيوعا لدى لاعبي كرة

القدم

دراسة ميدانية على مستوى مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة

تحية طيبة و بعد:

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر 2 في تخصص تدريب رياضي نتقدم إلى سيادتكم بملأ هذه الاستمارة مقدمين بذلك يد العون للبحث و أعلمكم أن الهدف من هذه الاستمارة هو إثراء وتوسيع مجالات البحث العلمي و المعلومات التي تقدمونها ستحظى بكامل السرية و العناية و تستخدم في مجال البحث العلمي فقط لذا نرجو من سيادتكم ملاً هذه الاستمارة بموضوعية تامة، و أخيرا تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام.

تحت إشراف:

- د / بغفول جمال

من إعداد الطالب:

- جودي محمد نجيب

ملاحظة: ضع علامة (X) في الخانة المناسبة

الاستبيان

1- كم عدد المصابين الرياضيين في الموسم التنافسي يلجأ إلى المركز؟

من 2 - 4 مصابين من 5 - 7 مصابين من 8 مصابين فأكثر

2- ما هي أماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين؟

- الكتف - المرفق - رسغ اليد - كاحل القدم - الركبة

3- ما هي العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات؟

- اللياقة - طريقة الأداء المهاري - العوامل البيئية - السن

4- ما هو الصنف العمري الأكثر استخداماً للإصابات الرياضية.

- أصاغر - أواسط - أكابر

5- هل إصابة اللاعبين تحدث أثناء:

- المقابلة الرياضية - التدريب الرياضي

6- ما هو النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر؟

- كرة القدم. - كرة اليد. - كرة السلة. - السباحة. -
المصارعة. - السباق.

7- ما هو العلاج الأكثر استخداماً للإصابات الرياضية؟

- العلاج الطبيعي. - علاج عن طريق التدخل الجراحي.

8- ما هي مدة استشفاء اللاعب من الإصابة الرياضية غالباً؟

- أقل من شهر. - أكثر من شهرين. - 4 أشهر فما فوق.

9- هل يمكن لبعض الإصابات أن تؤدي بنهاية المشوار الرياضي للاعب؟

- نعم - لا

10- هل للتحميس و التوعية دور كبير في التقليل من الإصابات؟

- نعم - لا

1- كم عدد المصابين الرياضيين في الموسم التنافسي يلجأ إلى المركز ؟

من 2 – 4 مصابين	من 5 – 7 مصابين	من 8 مصابين فأكثر
1	2	7
10%	20%	70%

2- ما هي أماكن الإصابات الشائعة في أوساط الرياضيين؟

الكتف	المرفق	رسغ اليد	كاحل القدم	الركبة
2	1	1	1	5
20%	10%	10%	10%	50%

3- ما هي العوامل المؤثرة في ارتفاع نسبة الإصابات ؟

اللياقة	طريقة الأداء المهاري	العوامل البيئية	السن
1	3	4	2
10%	30%	40%	20%

4- ما هو الصنف العمري الأكثر تعرضاً للإصابات الرياضية؟

أصغر.	أواسط.	أكبر
3	3	4
30%	30%	40%

5- هل إصابة اللاعبين تحدث أثناء:

التدريب الرياضي	المقابلة الرياضية
3	7
30%	70%

6- ما هو النشاط الرياضي الذي يتعرض فيه الرياضيين للإصابة أكثر؟

السباق	المصارعة	السباحة	كرة السلة	كرة اليد	كرة القدم
1	2	1	1	2	3
10%	20%	10%	10%	20%	30%

7- ما هو العلاج الأكثر استخداما للإصابات الرياضية؟

العلاج الطبيعي	علاج عن طريق التدخل الجراحي
3	7
30%	70%

8- ما هي مدة استشفاء اللاعب من الإصابة الرياضية غالبا؟

أقل من شهر.	أكثر من شهرين.	4 اشهر فما فوق.
3	5	2
30%	50%	20%

9- هل صادفت بعض الإصابات التي أدت بنهاية المشوار الرياضي للاعب؟

لا	نعم
4	6
%40	%60

10- هل للتحميس و التوعية دور كبير في التقليل من الإصابات ؟

أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً لدى اللاعبين و المعيقة لمستوى تقدم كرة القدم في ولاية بسكرة

دراسة ميدانية على مستوى مراكز إعادة التأهيل الوظيفي و الحركي لولاية بسكرة

الهدف من الدراسة : معرفة الإصابة الشائعة لدى لاعبي كرة القدم .

مشكلة الدراسة : ما هي أهم الإصابات الرياضية الشائعة لدى رياضيي كرة القدم في لولاية بسكرة ؟

فرضية الدراسة : أهم الإصابات الرياضية الشائعة لولاية بسكرة تكون على مستوى النصف السفلي من جسم الرياضي .

إجراءات الدراسة :

العينة : مقصودة وهي أطباء مراكز التأهيل

المجال المكاني : أجريت هذه الدراسة على مستوى مراكز إعادة التأهيل الحركي و الوظيفي لولاية بسكرة.

المجال الزمني : بدأت دراستنا لهذا الموضوع ابتداء من شهر مارس إلى غاية نهاية شهر أوت وتخللت هذه الفترة توزيع

استمارات الاستبيان على عينة البحث ثم جمعها وتحليل النتائج باستعمال الطرق الإحصائية واستخلاص الاستنتاجات .

المنهج المستخدم : المنهج الوصفي .

أدوات الدراسة: لقد تم اختيار الاستبيان كأداة لهذه الدراسة لأنه كثير الاستعمال في البحوث الوضعية والتحليلية الذي يسهم

الفهم الأعمق والأوضح للجوانب العلمية والعناصر الأساسية المكونة لموضوع دراستنا.

النتائج المتوصل إليها : أن أهم الإصابات الشائعة لدى لاعبي كرة القدم هي إصابة مفصل الركبة .

الإقتراحات و التوصيات :

- تحسين المرافق الرياضية و توفير كل معطيات السلامة .
- برمجة قاعة علاج للإسعافات الأولية.
- تقييد سجل للإصابات و الحوادث الرياضية بالمركب الرياضي الجوّاري من أجل إحصائها ومتابعة الرياضيين المصابين و متابعة تطور حالتهم .
- إعداد ملصقات و مطويات تتناول عملية التحسيس و التوعية من خطر التعرض للإصابة الرياضية .
- إلزام كل الفرق التي تستفيد من الحصص التدريبية أو المنافسات أن توفر علبة إسعافات وجعلها إجبارية على مستوى المركبات الرياضية.
- ضرورة عدم استخدام شدة أنشطة الكبار عن الأطفال .
- يجب أن تكون المنشأة بعيدة عن أماكن التلوث والأوبئة.