

الفصل الثانى

٠/٢ الإطار النظرى والدراسات السابقة

١/٢ الإطار النظرى :

١/١/٢ مقدمة.

٢/١/٢ تعريف الإصابات الرياضية Sports Injuries .

٣/١/٢ تصنيف الإصابات Classification of Injuries .

٤/١/٢ أهمية دراسة أسباب الإصابات الرياضية .

٥/١/٢ العوامل المسببة للإصابات الرياضية .

٦/١/٢ خصائص الإصابات الرياضية .

٧/١/٢ الأسباب العامة للإصابات الرياضية .

٨/١/٢ موضع الإصابة .

٩/١/٢ أنواع الإصابات الرياضية الشائعة .

١٠/١/٢ كرة القدم للسيدات .

١١/١/٢ العلاقة بين القدرة الحركية والأداء المهارى فى كرة القدم .

١٢/١/٢ تقسيم المهارات الأساسية فى كرة القدم .

٢/٢ الدراسات السابقة :

١/٢/٢ الدراسات العربية .

٢/٢/٢ الدراسات الأجنبية .

٣/٢/٢ التعليق على الدراسات السابقة .

٠/٢ الإطار النظرى والدراسات السابقة :

١/٢ الإطار النظري :

١/١/٢ مقدمة :

تعد كرة القدم ، اللعبة الشعبية الأولى فى معظم دول العالم وتحظى بالكثير من الاهتمام والرعاية من رؤساء الدول والحكومات والهيئات ووسائل الإعلام المختلفة ، ومع انتشار كرة القدم ازداد عدد الممارسين لها وتسابق الباحثون إلى نشر المؤلفات وإجراء الأبحاث العلمية التى تتناول اللعبة بالدراسة والتحليل .

وتتميز كرة القدم بأنها تمارس بين فريقين يتنافسان فى مساحة كبيرة نسبياً إذا ما قورنت بغيرها من الألعاب الأخرى ، فإن العبء الأكبر فى تلك المنافسات يقع على عملية التفكير أثناء الاستجابات الخطئية المختلفة ، والتى يظهر فيها الصراع الدائم بين تفكير اللاعب وتفكير منافسه ، لذا فهى من الألعاب التى تتطلب سرعة إدراك العلاقة بين مواقف اللعب المختلفة وحسن التصرف فيها بأحسن ما يمكن . (١٦ : ٣٣٢)

ورياضة كرة القدم كما يعلم الجميع هى محور اهتمام كل العالم فهى الساحرة المستديرة وهى أغنى الألعاب شعبية ، وتضفى رياضة كرة القدم على ممارسيها البهجة والسرور والمتعة والأثارة ولهذا الميل الشعبى الجارف للعبة كرة القدم جعلها اللعبة الشعبية الأولى فى أرجاء العالم لما تتمتع به من فن رفيع ومتعة وإثارة لمحبيها ويرجع ذلك إلى كثرة المهارات الفنية وحرية الجرى والمناورات وشمولية الأداء .

كما أن التطوير الحادث فى كرة القدم أخذ شكلاً جديداً فى الجوانب العديدة التى يتطلبها الأداء التنافسى ، فترى طرق اللعب قد تباينت وتعددت ونتج عنها تطور فى الخطط الدفاعية والهجومية الفردية والجماعية ، وأصبح التدريب فى كرة القدم عملية معقدة تستدعى علماً وممارسة ميدانية وليست أحدهما فقط .

والبحث العلمى سمة من سمات العصر الحديث والتى استفادت به الدول المتقدمة فى حل المشاكل المرتبطة بكافة المجالات التطبيقية كما تعتبر المشكلات الخاصة بالحركة الرياضية من الموضوعات شديدة الارتباط بعمل المدربين ولا سيما عند تدريب المستويات الرياضية العالمية . (٣٥ : ١)

إن حدوث الإصابة فى ميدان المنافسات الرياضية شائع فى الأنشطة الرياضية عامة وبصفة خاصة فى الأنشطة التى تتميز بالاحتكاك مع المنافس أو الأداة ومن المعروف أنه لا يوجد أسلوب تدريب يندم معه حدوث إصابة أو يكفل الرياضى تدريباً من أى خطورة ، وكل رياضة لها درجة معينة من التعرض للخطر (١٥ : ٨) .

وتحدث الإصابة تغيرات تشريحية أو فسيولوجية لبعض الوظائف الجسمانية مما يعنى أن لها تأثيراً سلبياً على صحة الرياضيين وبالتالي على النتائج الرياضية (٢ : ٩١) .

والإصابة أما أن تكون بسيطة أو كبيرة كما قد تؤدى إلى حدوث عاهات وقد يصل الأمر إلى بعض الحالات النادرة جداً إلى الوفاة .

وقد حظيت الإصابات الرياضية فى السنوات الأخيرة باهتمام بالغ من العلماء ليس فقط فى مجال العلاج والتأهيل التخصصى ولكن لمعرفة وتحليل أنواعها وأماكنها ، ومعدلاتها وأسباب حدوثها ، فى كل نشاط رياضى بغرض معرفة وتحديد أنسب الطرق للوقاية (٢ : ١٨)

ومن المعروف أن حالة اللاعب البدنية والمهارية والنفسية والاجتماعية والصحية من العوامل الرئيسية التى تؤثر على الإصابات الرياضية ، وقد ترجع أسباب الإصابات إلى عوامل كثيرة أهمها مدى كفاءة المدرب فى استخدامه لطرق وأساليب التدريب ومدى صلاحية الملاعب والأدوات الرياضية .

ولذلك يجب على كل من المدرب والإدارى والطبيب والمنشأة الرياضية التعاون فى الإقلال من الإصابات وتجنبها تحقيقاً للأهداف الرياضية . (٢٠ : ٨)

٢/١/٢ تعريف الإصابات الرياضية Sports Injuries :

نظراً للاهتمام بماهية الإصابات فقد تعددت مفاهيم وتعريفات الإصابات ، أذكر منها ما يلى :

تعرفها " زينب العالم " (١٩٩٥) بأنها تلف أو إعاقة وهذا التلف سواء كان مصاحب أو غير مصاحب بتهتك بالأنسجة نتيجة لأى تأثير سواء كان هذا التأثير خارجى (ميكانيكياً ، أو عضوياً ، أو كيميائياً) وعادة ما يكون هذا التأثير الخارجى مفاجئاً وشديداً . (٢٠ : ٩١)

بينما يعرفها " محمد قدرى بكرى " (٢٠٠٠) بأنها عبارة عن أعطاب قد تصيب الجهاز الساند المحرك (عضلات - عظام - مفاصل) أو الأعصاب فتعوق معها التطور الديناميكي لمستوى الرياضى وتحول دون إستمراره فى أدائه الطبيعى لتدريباته أو مشاركته الرسمية والوديه وهى ظاهرة مرضية . (٤٠ : ١٣)

وترى الباحثة أن الإصابات الرياضية هى تغيير تشريحى أو فسيولوجى فى بعض أنسجة الجسم أو أعضائه ، يكون ظاهرى ، نتيجة لمؤثر شديد ومفاجئ أثناء ممارسة النشاط الرياضى .

٣/١/٢ تصنيف الإصابات Classification of Injuries :

يمكن تصنيف الإصابات الرياضية عدة تصنيفات مختلفة من وجهات نظر متعددة حيث تساعد على الفهم الجيد لكافة الجوانب المتعلقة بالإصابات الرياضية سواء الأسباب ونسب الحدوث ودرجات الإصابة وكيفية الحد أو الوقاية والشفاء منها وأعرض منها ما يلى :

يذكر " قدرى بكرى " (١٩٩٧) ، " مسمر Msmer " (١٩٩٩) الى أنه يمكن تصنيف الإصابات الرياضية الى :

١- الإصابات الصغيرة : وهى تلك الإصابات التى يستوجب علاجها أكثر من عدة أيام حيث تمتد إلى ١٣ - ١٥ يوم مثل الكدمات - الشد العضلى - التقلص العضلى - بعض أنواع التمزق العضلى السطحى .

٢- الإصابات الكبيرة : وهى تلك الإصابات التى يستلزم الأمر لعلاجها والتأهيل منها أسابيع طويلة أو عدة شهور مثل الكسور والخلع المصحوب بكسر وبعض أنواع التمزقات التى قد يستوجب الأمر معها التدخل الجراحى .

(٤١ : ٣٦) ، (٦٤ : ١ - ٦)

مستويات الإصابات الرياضية :

تنقسم الإصابات من حيث درجة شدتها ثلاث (مستويات) وهى " خفيفة - متوسطة - شديدة " .

أ- الإصابات الخفيفة :

لا تتسبب فى إحداث إعاقة مؤثرة فى جسم الفرد الرياضى ، كما أنها لا تسبب فى الحد من الكفاءة العامة للجسم أو أجزائه وينتمى إلى هذا النوع على سبيل المثال (الكدمات - الرضوض البسيطة - السحجات) وتحدث هذه الإصابات بالنسبة للأنواع الأخرى ما بين (٨٨,٧% ، ٩٠%) من الإصابات .

ب- الإصابات المتوسطة :

تتسبب فى إحدى تغييرات أو إعاقات بدرجة ما فى جسم اللاعب المصاب ، بحيث تنعكس على الكفاءة العامة للجسم أو جزء من أجزائه ، وينتمى إلى هذه الإصابات على سبيل المثال (الشد فى أربطة المفصل - الإصابات فى العضلات أو الأوتار كالكدمات المصحوبة بإعاقة لبعض الوظائف) وتتطلب هذه الإصابات العلاج المنتظم وأبتعاد الفرد الرياضى المصاب عن الإشتراك فى التدريب الرياضى والمنافسات ، ونسبة هذه الإصابة حوالى (٨%).

ج - الإصابات الشديدة :

تتسبب فى إحداث إعاقات واضحة على الحالة الصحية لأعضاء جسم الرياضى وتتطلب العلاج المنتظم سواء داخل المستشفى ، أو خارجها وينتمى إلى هذه الإصابات على سبيل المثال (الكسور - الخلع - إصابات التمزق الغضروفى للركبة - الارتجاج فى المخ) وتتراوح نسبة هذه الإصابات ما بين (٢% - ٣%) . (٤٠ : ١٠ - ١١)

٤/١/٢ أهمية دراسة أسباب الإصابات الرياضية :

أن ضرورة الاهتمام بالإصابات فى المجال الرياضى ترجع إلى تكرار حدوث الإصابة بأنواعها المختلفة يزيد من فترات الانقطاع عن التدريب والمباريات مما يؤدى إلى انخفاض مستوى اللاعب وتقليل عمره فى الملاعب ، ويؤدى فى بعض الأحيان تكرار الإصابة فى نفس المكان وبفس الدرجة عائناً دائماً يستمر لفترة طويلة ، وتعتبر الإصابات التى تحدث للرياضى معوقاً للإنجاز الرياضى وتحقيق البطولة ، ويؤدى إهمال علاج الإصابة واختصار فترة التأهيل إلى ابتعاد اللاعب عن اللعب مما يؤدى فى النهاية إلى اعتزال الرياضة مبكراً ،

ويؤدى الاهتمام بدراسة أسباب الإصابات الرياضية إلى توقع لهذه الإصابات مبكراً ، ويؤدى الاهتمام بدراسة أسباب الإصابات الرياضية إلى توقع هذه الإصابات بدرجة كبيرة وبالتالي إعداد اللاعب لمقاومة هذه الإصابات وتقليل آثارها وقد يساعد ذلك الإطلاع على ما توصل إلى العلم فى مجال الوقاية من الإصابات وعلاجها إلى العودة إلى الملاعب بسرعة . (٤٩ : ٥٤-٥٥)

٥/١/٢ العوامل المسببة للإصابات الرياضية :

تشير العديد من المراجع إلى عدم كفاءة الدورة الدموية لتغطية احتياجات العضلات من الدم من العوامل الهامة التى تعمل على هدم العمل العضلى كله مما يؤدى إلى زيادة فرص تعرض اللاعب للإصابة ، كما أن عدم الاهتمام بالإعداد البدنى الكافى والمناسب عن طريق تقوية عضلات الجسم وزيادة مقاومته للتعب ، بالإضافة إلى عدم توافق عمل المجموعات العضلية العاملة كتدريب مجموعات عضلية معينة وإهمال تدريبات مجموعات عضلية أخرى ، والهبوط فى مستوى أداء الممارس وأخطاء التكنيك وما قد يسببه من تمزق العضلات ورضوض داخلية تؤدى إلى إثارة الأنسجة العضلية ، وعدم توافر عناصر اللياقة البدنية تبعاً لنوع النشاط الممارس ، وعدم الاهتمام بإجراء الفحوص الطبية والاختبارات الفسيولوجية للممارسين ، بالإضافة إلى عدم الاهتمام الكافى بعناصر اللياقة البدنية مثل القوة والمرونة حيث أنها من أهم عناصر اللياقة البدنية لتقليل فرص الإصابة ، واختصار الوقت والعودة السريعة للتدريب عقب الإصابات والحالات المرضية ، بالإضافة إلى عدم الاهتمام بالإحماء الكافى حسب نوع النشاط الرياضى وظروف المنافسة وطبيعة الجو يعرض اللاعب للإصابة .

كما يؤدى حدوث التغيرات فى الحالة الوظيفية للاعب إلى حدوث إصابة مثل الانقطاع عن التدريب والعودة بدون تدرج .

(٢٢ : ٢٦)

٦/١/٢ خصائص الإصابات الرياضية :

حيث أشارت " زينب العالم " (١٩٩٥) إلى أن خصائص الإصابات الرياضية هى :

- ١- تزداد الإصابات فى التدريبات والمسابقات : فعلى سبيل المثال يبلغ متوسط عدد الإصابات بين ١٠٠٠ شخص بنسبة ٤,٧ ، بينما ترتفع هذه النسبة أثناء المسابقات الى ٨,٣ بينما أثناء التدريب تنخفض الى ٢,١ وتكون أثناء المسابقات التدريبية ٢٠,١ .
- ٢- تزداد نسبة الإصابات الرياضية أثناء التدريبات التى يغيب عنها المدرب أو المدرس لأى سبب ما حيث تصل الى أربعة أضعاف عما لو كان المدرب أو المدرس موجود .
- ٣- نسبة حدوث الإصابات الرياضية تتوقف الى حد كبير على مدى كفاءة اللاعب البدنية والنفسية وحسن الإعداد ، فكلما إنخفضت كفاءته إزدادت نسبة الإصابة لديه والعكس صحيح .
- ٤- تزداد نسبة الإصابات الرياضية فى الألعاب الجماعية والتى تحتاج الى مجهود حركى عنيف وتتطلب الإحتكاك بالخصم مثل كرة القدم والهوكى عنها فى الألعاب الفردية مثل السباحة والتنس .
- ٥- عند القيام بحركات تكتيكية عنيفة أو مركبة تزداد احتمالات حدوث الإصابات بنسبة كبيرة .
- ٦- الإصابة لدى السيدات تكون أقل نسبياً عنها لدى الرجال وأكثر الإصابات تكون لدى الرياضيين الشباب .

(٢٠ : ٩٢ ، ٩٣)

٧/١/٢ الأسباب العامة للإصابات الرياضية :

وتذكر " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) الى أن هناك عوامل تؤدى الى الإستعداد للإصابة فى المجال الرياضى وهى كالتالى :

- ١- عدم ملائمة النمط الجسمى لنوع النشاط الممارس : فمن العوامل الهامة التى تساعد على وقوع الإصابة أن الأنماط الجسمية لا تتناسب مع النشاط المختار .
- ٢- عيوب خلقية فى العظام : عند حدوث زيادة فى التقوس الطبيعى الأمامى لعظمة القصبة بالساق يؤدى الى الشعور بألم شديد وتكون أكثر عرضه للإصابة .

- ٣- عيوب خلقية فى العضلات : هذه العيوب من الممكن أن تسبب قصر خلقى فى بعض العضلات وهذا بدوره يؤثر على ميكانيكية الحركة مما يؤدى الى حدوث الإصابات بالتمزقات .
- ٤- عيوب خلقية بالأوتار : حيث تكون أكثر عرضه للتمزق وخاصة عند أداء حركات الإطالة.
- ٥- عيوب خلقية فى المفاصل : وهذا يعرف بالمد الزائد فى المفاصل وينتج عنه إرتخاء خلقى بالأربطة وذلك يؤثر على ثبات المفصل وبالتالي يؤدى لحدوث الإصابات بالخلع أو الملح.
- ٦- تسطح القدم (الفلطحه) : حيث يؤدى الى زيادة الضغوط والأعباء على المفاصل خاصة مفصلى القدم والركبة وذلك نتيجة لزيادة حركات الكعب .
- ٧- عيوب خلقية فى تمفصل الفقرات : ويظهر ذلك بوضوح فى الفقرات القطنية مما يؤدى الى حدوث إصابة الإنزلاق الغضروفى .
- ٨- الفرق بين طول الرجلين : مما يؤدى الى إنحرافات قوامية وخاصة فى العمود الفقرى وبالتالي تؤثر على أداء اللاعب وتكون النتيجة فقد عوامل الثبات العضلى مما يجعل الفرد أكثر عرضه لحدوث الإصابات . (٤٧ : ١٩ ، ٢٠)

٨/١/٢ موضع الإصابة :

تشير " زينب العالم " (١٩٩٥) الى أنه تدل الإحصائيات المتعلقة بحصر الإصابات الرياضية بالآتى :

- ١- إصابات الأطراف تمثل أكثر من ٨٠٪ من المجموع الكلى للإصابات وخاصة إصابات المفاصل ولا سيما مفصلى الركبة والقدم .
- ٢- تزداد الإصابات فى الأطراف العليا فى رياضة الجمباز فتصل الى ٧٠٪ منها إلا أنه من المسلم به أن إصابات الأطراف السفلى هى الأكثر إنتشاراً فى معظم أنواع اللعاب الأخرى وعلى سبيل المثال تحدث فى ألعاب القوى والتزحلق بنسبة ٦٦٪ .
- ٣- كما أن نسبة إصابات أصابع اليد عند لاعبي كرة السلة والطائرة تصل الى ٨٠٪ وإصابات مفصل الكوع بين لاعبي التنس بنسبة ٧٠٪ أما إصابات مفصل الركبة تبلغ ٤٨٪ عند لاعبي كرة القدم .
- ٤- أما إصابات الرأس والوجه عند لاعبي الملاكمة فتكون بنسبة ٦٥٪ .

إذن يشير ذلك الى إختلاف موضع الإصابة لدى الرياضيين بإختلاف ميكانيكية الحركة من لعبة لأخرى بالنسبة لأعضاء الجسم .
(٢٠ : ٩٤)

٩/١/٢ أنواع الإصابات الرياضية الشائعة :

١. إصابات العضلات : مثل (الكدمات - الشد العضلى - التمزق العضلى - التقلص العضلى) .
٢. إصابات المفاصل : مثل (الالتواء - الخلع - كدم المفاصل) .
٣. إصابات العظام : مثل (الكسور - كدم العظام - التكلس) .

أولاً : إصابات العضلات :

يشير " مجدى الحسينى " (١٩٩٧) الى أن العضلات الإرادية هى أكثر أنواع العضلات التى تتعرض للإصابة وتتميز هذه العضلات بأنها تنشأ من عظام الجسم ثم تندغم فى عظام جزء آخر بعد المرور على مفصل أو أكثر لتؤدى وظيفتها فى التحكم فى حركة ذلك المفصل .

وهذه العضلات تتغذى بواسطة الشرايين وتتخلص من فضلاتها بواسطة الأوردة وإصابات العضلات بأنواعها المختلفة تتغير من الإصابات الأكثر إنتشاراً وحدوثاً بين الرياضيين وقد تصل معدلات حدوثها حوالى (٩٠ ٪) من الإصابات المختلفة .

ويرجع ذلك الى أن العضلات هى الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات الأداء البدنى الرياضى وهو مكون رئيسى فى الجهاز الحركى للإنسان . (٢٧ : ١٨١ - ١٨٣)

١ - الكدمات Contusions :

يتفق كل من " زينب العالم " (١٩٩٥) ، " أحمد النماس " (١٩٩٦) الى أن الكدمات تعتبر من أكثر الإصابات إنتشاراً بين الرياضيين إذا ما قورنت بالإصابات الأخرى والتى يتعرض لها الرياضى فقد تصل نسبة إنتشارها من (٨٠ : ٨٥ ٪) من الإصابات المختلفة وتزداد خطورة الكدم فى الحالات الآتية :

- قوة وشدة الضربة الموجهة الى مكان الإصابة .

- إتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة .

(٢٠ : ١٠٣) ، (٢ : ١٩)

١- تعريف الكدم :

يعرفه " قدرى بكرى " (٢٠٠٠) بأنه : تهتك أو تحطم أنسجة الجسم سواء الأنسجة الرخوة (العضلات والأربطة) أو الأنسجة الصلبة (العظم) نتيجة تأثير قوة اصطدام خارجية بجسم المصاب وهو من أكثر الإصابات انتشارا بين الرياضيين . (٤٠ : ٣٩)

٢- درجات الكدمات :

يتفق كل من " زينب العالم " (١٩٩٥) ، " أحمد النماس " (١٩٩٦) الى أن درجات الكدمات هي :

- ١- كدم بسيط : حيث يستمر فيه اللاعب فى الأداء وقد لا يشعر به لحظة حدوثه وإنما يشعر به اللاعب بعد الأداء مباشرة .
- ٢- كدم شديد : وفيه لا يستمر اللاعب فى الأداء ويشعر بأعراضه لحظة حدوثه قبل الورم والألم وارتفاع درجة الحرارة .

(٢٠ : ١٠٣) ، (٢ : ١٩)

٣- أنواع الكدمات :

يذكر " قدرى بكرى " (٢٠٠٠) الى أن أنواع الكدمات هي :

- ١- كدم الجلد : ويتميز بتغير لون الجلد وسطحه من حيث الحجم وهى لا تحتاج سوى تطهير الجلد وهو لا يعتبر عائقاً عن ممارسة النشاط الرياضى .
- ٢- كدم العضلات : هو من أهم أنواع الإصابات لما له من تأثير سلبي على قدرة اللاعب عن الإستمرار فى الأداء ويصاحب هذه الإصابة تغيرات فسيولوجية من مكان الإصابة تتمثل فى الورم والإرتشاح الداخلى وتغير لون الجلد .

(٤٠ : ٣٩ - ٤٠)

٣- كدم العظام : وتحدث هذه الإصابة فى منطقة عظمية خالية من العضلات مثل عظم القصبة - الزند - الساعد - عظام الإصبع .

٤- كدم المفاصل : ويعتبر من أشد وأصعب الكدمات حيث أنه قد يحدث نزيف فى المحفظة الزلالية فضلاً عن النزيف الدموى ويستدل على ذلك عن طريق تحريكه ضد مقاومة فيزداد الألم ويعتبر مفصل القدم من أكثر المفاصل عرضه لهذه الإصابة .

٥- كدم الأعصاب : ويحدث فى منطقة تمر بها أعصاب والتي تتأثر بالكدم مباشرة وعادة تكون منطقة الكدم مكشوفة ولا يوجد بها الكثير من العضلات مثل العصب الزندى والعصب بجوار عظم الشظية وقد تستمر عدة ثوانى أو تمتد لساعات وأحياناً تسبب شلل مؤقت وذلك طبقاً لطبيعة الإصابة .

(٤٧ : ٤٠ - ٤١)

وتعرفه " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) أنه عبارة عن تمزق سطحي فى النسيج العضلى نتيجة تعرض الجسم لضربة قوية ناتجة من عامل خارجى يؤدى الى إلتهاب حاد ونزيف وورم فى المنطقة المصابة . (٤٧ : ٨٥)

٤- أعراض الكدم :

يذكر " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أن أعراض الكدم تتمثل فى :

- ألم فى مكان الإصابة تختلف شدته باختلاف شدة الصدمة .
- عدم القدرة على تحريك العضو المصاب لفترة قصيرة .
- زيادة درجة حرارة الجزء المصاب .
- ورم خفيف يزداد تدريجياً .

وقد تكون الإصابة سطحية تؤدى لألم خفيف يختفى بالتبريد لدقائق ويعاود اللاعب لممارسة نشاطه وقد يكون أشد فتتم الإسعافات التالية .

٥- الإسعافات الأولية للكدم :

حيث يشير " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أن الإسعافات الأولية للكدم هي :

أ- فى حالة كدم العضلات :

- تبريد المكان المصاب بإحدى وسائل التبريد لمدة تناسب شدة الألم .
- تثبيت الجزء المصاب بشريط عريض من البلاستيك أو رباط مناسب حتى تحد من الحركة وتقلل من احتمال زيادة الإرتشاح الداخلى .
- الراحة التامة مع تنفيذ وسائل العلاج الطبيعى بعد إستقرار الحالة وإختفاء الألم حيث يركز العلاج عادة :

- التدفئة عن طريق حمامات مياه دافئة فى حدود ٤٠°م يوضع الجزء المصاب فى حمام المياه أو وضع كمادات أو قربة مياه دافئة على مكان الإصابة .
- تمرينات علاجية متدرجة بدءاً بانقباضات ثابتة دون تحريك الجزء المصاب الى تمرينات هادئة متدرجة الصعوبة (ج -) علاج حرارى بالكهرباء (موجات قصيرة - وموجات فوق الصوتية) حسب ما يحدده الطبيب المعالج .

ب- فى حالة كدم العظام :

- يجب تجنب إحتكاك المكان المصاب بأى شئ آخر حتى لا تتفاقم الإصابة وذلك بوضع حلقة مفرغة من المطاط أو من القطن حول مكان الإصابة مع إحاطتها برباط مناسب .
- إعطاء اللاعب راحة تناسب شدة الإصابة .
- بعد إستقرار الحالة وإنخفاض مستوى الألم تبدأ وسائل العلاج الطبيعى .

ج- فى حالة كدم المفاصل :

- يجب تسكين الألم عن طريق رشا (إسبراي) إذا توفر .
- عمل كادرات بارده من ١٠ - ٢٠ دقيقة تقريباً .
- البدء فى تطبيق الوسائل الطبية العلاجية عن طريق الأخصائى .

د- فى حالة كدم العصب :

- يجب تدفئة المكان المصاب .
- تثبيت المكان وعدم تحريكه .
- الراحة التامة .
- عرض المصاب على الطبيب المختص . (٤١ : ٤٠ - ٤١)

٢- التمزق العضلى Muscularstrain :

يشير " قدرى بكري " (٢٠٠١) الى أن التمزق يعتبر من الإصابات الهامة فى المجال الرياضى حيث يعتبر إحدى إصابات العضلات وهى أساس الأداء الحركى للنشاط الرياضى ويحدث فى العضلات والأربطة والأوتار أو الأنسجة الضامة المحيطة بالعضلات ، حيث تتمزق بعض ألياف العضلات أو الأربطة أو الأوتار وتزداد الآلام وتزداد الإصابة بزيادة عدد الألياف المتمزقة . (٤٢ : ٤١)

١- تعريف التمزق :

وتعرفه " كارولين كسner, M. Carolyn Kisner " (١٩٩٠) الى أن التمزق هو :

هو إطالة زائدة أو إستخدام زائد أو إجهاد زائد للأنسجة العضلية . (٥٣ : ٢١٢)

وتعرفه " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) أنه عبارة عن شد وإستطالة غير طبيعية وغالباً يحدث نتيجة إنقباض عنيف ومفاجئ يزيد عن قدرة العضلة ومن الممكن ان يكون تمزق بسيط فى الغلاف الخارجى للعضلة أو تمزق كامل فى جسم العضلة أو فى إتصالها بالوتر . (٤٧ : ٨٩)

٢- أسباب التمزق العضلى :

يذكر " أسامة رياض " (٢٠٠٢) الى أن أسباب التمزق هى :

- ١- الإنقباض المفاجئ والعضلات غير مهياة لهذا الإنقباض .
- ٢- المجهود العضلى الزائد بدرجة أكبر من قدرة العضلات على تحمل هذا الجهد .
- ٣- عدم الإتزان والتناسق فى تدريب المجموعات العضلية .
- ٤- إهمال عامل الإحماء وعدم الإهتمام بتهيئة الجهاز العضلى للقيام بالمجهود .

٥- قصر العضلات التشريحي وعدم مطاطيتها بالدرجة التى تتطلبها طبيعة المهارات وفقاً لمتطلبات اللعبة .

٦- إشراك اللاعب فى المباريات قبل تمام شفائه من التمزق أو الشد .

٣- درجات التمزق العضلى :

١- التمزق العضلى البسيط : وهو الذى يحدث فى الكيس المغلف للعضلى من الخارج (والغشاء الليفى الرقيق) .

٢- التمزق العضلى الشديد : وهو يحدث فى الألياف العضلية ذاتها أى من جسم أو بطن العضلة أو فى وتر العضلة أو فى أى جزء فيها ، وفيه يشعر اللاعب بتوتر أو تقلص مكان الإصابة ويفقد القدرة على الحركة كلياً أو جزئياً بحسب كمية الألياف المتمزقة .

٤- أعراض التمزق العضلى :

١- ألم مكان الإصابة وتتوقف درجة الألم على درجة الإصابة وعلى مكان حدوثها .

٢- سماع صوت (فرقعة فى العضلة المصابة) .

٣- عدم قدرة العضلات المصابة على أداء وظيفتها .

٤- حدوث نزيف داخلى حسب شدة الإصابة .

٥- حدوث ورم مكان الإصابة .

٦- يمكن رؤية فجوة مكان الإصابة وحسها عند انقباض العضلة وتبلور الجزء العلوى تحت الجلد .
(٥ : ٤٤ ، ٤٥)

٥- إسعاف التمزق :

حيث يذكر " قدرى بكري " (١٩٩٧) الى أن إسعافات التمزق تتمثل فى الآتى :

- عدم تحريك العضو المصاب .

- تبريد المكان المصاب بأحد وسائل التبريد المناسبة .

- تستمر جلسات التبريد خلال أول ٤٨ - ٧٢ ساعة على فترات متباعدة عدة مرات فى اليوم .
- عمل رباط مناسب ضاغط حول مكان الإصابة .
- استخدام مسكنات الألم المناسبة بمعرفة الطبيب .
- يستمر التبريد فى حالة عدم إستقرار الحالة حتى اليوم الثالث .
- تبدأ مرحلة التدفئة للمكان المصاب بحمامات المياه الدافئة أو كمادات لتتنشيط الدورة الدموية مكان الإصابة للتخلص من نواتج الإرتشاح .
- إستكمال إجراءات العلاج الطبيعى التى ينصح به الطبيب المعالج سواء بالعلاج الكهربى أو التدليك العلاجى عن طريق الأخصائى . (٤١ : ٤٣ ، ٤٤)

٦- طرق الوقاية لتجنب حدوث التمزق العضلى :

يتفق كل من " محمد السيد شطا " (١٩٨١) ، " حياة روفائيل " (١٩٨٦) الى أنه لتجنب حدوث التمزق يجب إتباع الآتى :

- ١- تجنب المجهود العنيف أو التدريب على مهارات جديدة واللاعب فى حالة إجهاد أو مرض .
- ٢- الإهتمام بزيادة مطاطية العضلات والحصول على مدى مرونة كاملة لحركة المفاصل بصورة تتفق مع المجهود العضلى للرياضة الممارسة .
- ٣- الإهتمام بتمرينات التقوية بالمقاومة والأثقال للعضلات وخاصة العاملة فى النشاط الممارس وكذلك الأكثر عرضه للإصابة .

(٣١ : ٦٣) ، (١٧ : ٩٣)

٣- الشد العضلى Strain :

١- تعريف الشد:

يعرفه " قدرى بكرى " (٢٠٠١) على أن الشد هو :

حالة من التوتر تصيب العضلة فيعوق ليونتها ومطاطيتها (النغمة العضلية) .

وبالتالى تفقد العضلة المصابة أحد أهم خصائصها التى تساعد على التوافق فى العمل مع باقى العضلات ، وحالة الشد عادة تكون نذير سابق لحدوث التمزق وقد يؤدى إليه ما لم يفتن المصاب الى ذلك ويتعامل معها بالوسائل العلاجية المناسبة . (٤٢ : ٤٥)

كما يعرفه " المركز الدولى " (١٩٨٩) بأنه عبارة عن هبوط فى كفاءة وقدرة اللاعب هبوطاً تدريجياً مع الشعور بالألم شديد عند أداء المجهود العضلى يزداد تدريجياً عند الإستمرار فى الممارسة . (٨ : ٤٣٣)

٢- أسباب حدوث الشد العضلى :

يذكر " عبد الرحمن زاهر " (٢٠٠٤) الى أن أسباب حدوث الشد هى :

- ١- عدم الإحماء الكافى قبل المجهود الرياضى .
- ٢- إهمال الإحماء لمجموعة العضلات التى تقوم بعمل المجهود الرئيسى .
- ٣- ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعات العضلية العاملة والمقابلة .

٣- الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلى

- ١- ألم تختلف حدته تبعاً لشد الإصابة ودرجاتها .
- ٢- زيادة الألم عند الضغط الخفيف على المنطقة المصابة .
- ٣- حدوث إنتفاخ فى حالة الإصابة الحادة .
- ٤- صعوبة فى تحريك المنطقة المصابة . (٢٢ : ٩٥ ، ٩٦)

٤- إسعاف وعلاج الشد :

يشير " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أن إسعاف الشد وعلاجه يتلخص فى الآتى :

- يبتعد المصاب عن المشاركة التنافسية سواء فى التدريب أو المقابلات الرسمية.
- التدليك العلاجى السريع لإعادة ليونة ومطاطية العضلة .

- تمارينات علاجية تعتمد على الإيقاع الهادئ وإستعادة مطاطية وليونة العضلات المصابة تدريجياً .
- حمامات مياه دافئة (أو كمادات مياه دافئة) لتنشيط الدورة الدموية .

(٤١ : ٤٧)

٤- التقلص العضلى Spasm Cramp :

يذكر " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أن التقلص العضلى يعتبر ظاهرة شائعة الحدوث بين الرياضيين والذين يتدربون باستمرار لدرجة التعب والإجهاد وقد يؤدي الى العجز الرياضى عند الأداء ولو لفترة مؤقتة .

وهو ظاهرة تصيب الرياضيين حتى ذوى وأصحاب المستوى البدنى العالى ، ويصل عند لاعبي كرة القدم ٤٥ ٪ .

١- تعريف التقلص العضلى :

يعرفه " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أن التقلص هو عبارة عن انقباض تشنجى لا إرادى مستمر وقوى مصحوب بآلام تصيب عضلة أو مجموعة عضلية وقد يكون أثناء المجهود البدنى العضلى ، أو أثناء الراحة أو حتى أثناء النوم ، ومن أكثر العضلات عرضة لهذا التقلص عضلات خلف الفخذ وخلف الساق وعضلات البطن والعضلات القابضة لأصابع اليد والقدم . (٤١ : ٤٥)

وتعرفه " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) الى أن التقلص هو عبارة عن فقدان العضلة القدرة على الإرتخاء نتيجة إنقباضها إنقباضاً زائداً عن الحد ، والملاحظ أن أكثر عضلات الجسم تعرضاً للتقلص هى عضلات خلف الساق وعضلات بطن القدم وعضلات الفخذ الأمامية والخلفية . (٤٧ : ٨٣)

٢- أسباب التقلص :

يرى " حسام رفقى " (١٩٩٣) الى أن أسباب التقلص تتلخص فى الآتى :

- ١- تعرض العضلة الى إجهاد أكثر من قابليتها لفترة طويلة (إرهاق عضلى) مما يؤدي الى نقص الأكسجين .
 - ٢- تعرض العضلة الى فترة طويلة للراحة والإرتخاء وعدم وصول كمية كافية من الأكسجين للعضلة كما فى حالة الدم .
 - ٣- عدم إحماء العضلة بشكل كاف ثم تعرضها الى برودة أو حرارة مفاجئة .
 - ٤- تغيرات فى مستوى تركيز الصوديوم والبوتاسيوم حول جدار الخلية مما يبطل توصيل الإشارات العصبية .
 - ٥- نقص اللياقة البدنية والإعداد البدنى .
- (١١ : ٩٥)

٣- أعراض التقلص :

يذكر " قدرى بكري " (١٩٩٧) الى أن أعراض التقلص هى :

- انقباض عضلى شديد ودائم لا إرادي .
 - ألم مصاحب للتقلص .
 - صعوبة فى تحريك العضو المصاب .
- (٤١ : ٤٨)

٤- إسعاف التقلص العضلى :

يشير " حسام رفقى " (١٩٩٣) الى أنه عند إسعاف التقلص يتم اتباع الآتى :

- ١- شد العضلة المتقلصة وذلك من خلال عمل إطالة لها وفردها وثنى مفصل القدم تدريجياً. أى ضغط مشط قدم الرجل المصابة فى اتجاه الركبة .
 - ٢- عمل تدليك مسحى للعضلة وكذلك تدفئة للعضلة لتحسين الدورة الدموية .
 - ٣- التدرج بعمل حركات متدرجة بغرض إطالة العضلة المتقلصة .
 - ٤- ينصح بشرب كمية من الماء والسوائل .
- (١١ : ٩٥)

ثانياً : إصابات المفاصل :

يشير " أسامة رياض " (٢٠٠٢) الى أن إصابات المفاصل من الإصابات الهامة التى يتعرض لها الرياضيين والتى تؤثر بشكل ملحوظ على أدائهم الحركى نظراً لأن الحركة

الإنسانية بصفة عامة والحركة الرياضية بصفة خاصة تعتمد فى حركاتها البدنية الخارجية الظاهرة على الحركات الأساسية التى تؤديها المفاصل وأى إصابة فى هذه المفاصل تعيق الرياضى عن إنجاز مهامه الحركية بنجاح . (٧٦ : ٤)

أولاً : الإلتواء (الجزء) *Sprain* :

يشير " قدرى بكري " (١٩٩٧) الى أن هذه الإصابة تحدث فى المفاصل خاصة مفاصل الطرف السفلى والعلوى حيث تنتج إصابة مباشرة أو غير مباشرة نتيجة حركة فجائية غير متوقعة للمفصل على سطح أرض غير مستوية أو بإعاقة زميل أو منافس أو سقوط خاطئ حيث يترتب على هذه الإصابة تباعد السطوح المفصالية تباعد غير طبيعى لحظى دون حدوث خلع لها ، ويقع تأثير هذه الإصابة على الأربطة والأوتار والغضاريف المكونة للمفصل . (٤١ : ٣٧ ، ٣٨)

١- تعريف الإلتواء :

تعرفه " كارولين كسنر *Carofyn Kisner, M. S. P.* " (١٩٩٠) أنه عبارة عن تطويل أو ضغط متزايد على الأنسجة الرخوة أو المحفظة الزلالية للمفصل أو الأربطة أو الأوتار أو على جسم العضلة . (٥٣ : ٢١٢)

كما يعرفه " مختار سالم " (١٩٨٧) أن الإلتواء عبارة عن تباعد أو زحزحة مؤقتة لأسطح بعض العظام المكونة للمفصل ثم عودتها الى وضعها الطبيعى بعد أن تكون قد تسببت فى حدوث شد زائد لرباط أو أكثر من الأربطة العضلية المحيطة بالمفصل وغالباً ما يحدث الشد فى الرباط العضلى المقابل لناحية الإلتواء . (٤٣ : ١٦٩)

٢- أعراض الإلتواء :

يذكر " أسامة رياض " (٢٠٠٢) بأن أعراض الإلتواء هى :

- ١- ألم بالمفصل نتيجة لتمزق المحفظة الليفية بما فيها من الأربطة والأنسجة حول المفصل.
- ٢- يزداد الألم إذا تم الضغط على الرباط المصاب ويزول عند الضغط على العظام المجاورة.

- ٣- يزيد الألم إذا ما حدث حركة فى إتجاه الحركة التى سببت الإلتواء .
- ٤- ظهور ورم مكان الإصابة فور وقوعها إذا كان الإلتواء شديداً وهذا الورم يحدث نتيجة الإنسكاب للسائل الزلالى فى المفصل ونتيجة للإرتشاح الدموى حول المفصل.
- ٥- قد يحدث تغير فى لون الجلد مكان الإصابة إذا كان الإرتشاح الدموى شديداً .
- ٦- ارتفاع طفيف فى درجة حرارة المفصل المصاب .

٣- إسعاف الإلتواء :

- ١- إبعاد اللاعب المصاب خارج الملعب .
- ٢- إيقاف النزيف والإرتشاح الداخلى .
- ٣- تثبيت المفصل المصاب فى الوضع التشريحي السليم .
- ٤- إراحة المفصل المصاب من الثقل الواقع عليه (وزن الجسم) .
- ٥- إعطاء مسكن للألم .

٤- علاج الإلتواء :

- ١- إستخدام كمادات الماء البارد أو الثلج المجروش لمدة حسب شدة الإصابة .
- ٢- التدليك ويستخدم فى البداية التدليك المسحى الخفيف لتنشيط الدورة الدموية وتحسين النغمة العضلية ويبدأ التدليك فى المناطق البعيدة عن مكان الإصابة الى أعلى وأسفل الإصابة ثم الإقتراب تدريجياً فى مكان الإصابة .
- ٣- عمل تمرينات تدريجية متدرجة بحيث لا تتجاوز حدود الألم الذى يتحمله المصاب .
- ٤- عمل حمامات الماء الساخن للمساعدة فى إمتصاص الورم بعد فترة الراحة السلبية .
- ٥- عمل تمرينات علاجية وتدليك تحت الماء الساخن .
- ٦- يمكن إستخدام وسائل العلاج الكهربائى مثل الأشعة تحت الحمراء والموجات القصيرة . (٤ : ٧٩ ، ٨٠)

١- تعريف الخلع :

كما يعرفه " ماكلين ايان *McLean Ian* " (١٩٩٠) أنه انفصال أو إزاحة للمفصل نتيجة تحرك المفصل بقوة أبعد من المدى الطبيعي له فيصبح المفصل غير ثابت .

(٦٢ : ٣٣٢)

وتعرفه " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) الى أن الخلع هو تباعد وخروج أحد سطوح العظام التي تكون المفصل خارج الحدود التشريحية له مما يؤدي الى تمزق بعض أربطة المفصل وبذلك يكون الخلع جزئياً ، وعند تمزق بعض الأربطة كلياً يكون الخلع كامل . (٤١ : ٩٦)

حيث يشير " قدرى بكرى " (١٩٩٧) الى أنه عادة يصاحب الخلع تهتكات فى بعض الأنسجة الرخوة المحيطة والمتصلة بالمفصل خاصة أربطة المفصل ، كما يصاحب الخلع أحياناً إصابة الأوعية الدموية أو الأعصاب المتصلة بالجزء المصاب . (٤١ : ٥٧ - ٥٩)

٢- أنواع الخلع :

يذكر " أسامة رياض " (٢٠٠٢) الى أن أنواع الخلع هي :

- ١- خلع كامل : وهو انفصال تام للسطوح المفصالية بعضها عن بعض .
- ٢- خلع غير كامل : وفيه تتباعد الأسطح المفصالية بعضها عن بعض .
- ٣- خلع مرتد : وهو تباعد السطوح المفصالية ورجوعها الى حالتها الطبيعية أو موضعها .
- ٤- خلع مصحوب بكسر : وفيه يحدث الخلع فى الوقت الذى تصاب فيه أحد العظام المكونة للمفصل ويعتبر نوع من أنواع الكسر .
- ٥- خلع متكرر : وفيه تتباعد السطوح المفصالية ولا بد من التدخل الجراحى .

(٩٩ : ٤)

٣- أعراض الخلع :

يشير " قدرى بكري " (١٩٩٧) الى أن أعراض الخلع تتمثل فى الآتى :

- ١- ألم شديد بالمفصل المخلوع .
- ٢- إستحالة الحركة
- ٣- تزداد شدة الألم عند محاولة تحريك المفصل المصاب أو الأعضاء المتصلة به
- ٤- تشوه واضح فى كل مكان الخلع حيث تبدوا إرتفاعات وإنخفاضات غير مألوفة ومختلفة تماماً عن نفس الجزء المماثل بالجسم .
- ٥- تورم المفصل فى حالة حدوث نزيف داخلى يزداد خلال الساعات التالية للإصابة .
- ٦- تقلص العضلات المتصلة بالمفصل .

٤- الإسعافات الأولية وعلاج الخلع :

- ١- الإطمئنان على سلامة النبض وبالتالى على سلامة الدورة الدموية .
- ٢- التأكد من سلامة الأعصاب بتشجيع المصاب لتحريك أصابع الطرف المصاب .
- ٣- ترك المفصل المخلوع على ما هو عليه من وضع وعدم محاولة إعادته لمكانه الطبيعى حتى لا تتفاقم الإصابة وتحدث مضاعفات .
- ٤- تجبير المفصل المصاب على ما هو عليه من وضع .
- ٥- محاولة تبريد مكان الخلع لتخفيف حده النزيف الداخلى إذا كان ذلك ممكناً .
- ٦- العمل على تخفيف شدة الصدمة المصاحبة إذا حدثت حيث قد يصاحب الخلع كسر فى أحد عظام المفصل المخلوع .
- ٧- ينقل المصاب الى المستشفى لعمل الإجراءات الإكلينيكية والتشخيصية المناسبة لتحديد كيفية العلاج وهل الأمر يتطلب تدخل جراحى أم تخدير جزئى أم كلى والعمل على إعادة وضع المفصل لما كان عليه من وضع طبيعى ثم تحديد وسيلة التثبيت ومدته وإستكمال إجراءات العلاج الطبيعى بعد ذلك عن طريق الأخصائيين.

(٤١ : ٥٩ ، ٦٠)

كما يشير " أسامة رياض " (٢٠٠٢) الى راحة الطرف المصاب بعلاقة أو وسادة والإسراع الى المستشفى وعدم إعطاء المصاب أى طعام أو شراب حتى لا يعيق

عملية التخدير وعمل كمادات بارده أو ثلج على المفصل المخلوع لتقليل الألم والورم . (٤ : ١٠٠)

ثالثاً : إصابات العظام :

أولاً : الكسر Fracture :

يذكر " قدرى بكري " (١٩٩٧) أن الكسر هو من الإصابات الكبيرة التي تصيب العظام بقطع إستمراريته وإنسيابيته ويكون نتيجة لإصطدام مباشر أو مواجهة قوة أكبر من مقاومة العظم نفسه وقد يحدث في المجال الرياضي نتيجة لإرتطامه ببعض الأجهزة أو السقطات الشديدة بطريقة مفاجئة أو الإحتكاك مع المنافس . (٤١ : ٤٩ - ٥١)

١- تعريف الكسر :

يعرفه " ميروناف " (١٩٧٦) أنه هو منطقة عدم الإتصال بين أجزاء العظمة الواحدة بسبب الإصابة . (٦٢ : ١١١)

ويعرفه " مختار سالم " (١٩٨٧) أنه عبارة عن انفصال تام (كلى) أو غير تام (جزئى) في أجزاء العظم الذى ربما ينفصل الى جزئين أو أكثر نتيجة للإصابة المباشرة ، مثل وقوع قوة خارجية عنيفة على العظم فى إتجاه مضاد أو ضربة قوية مباشرة أو سقوط الجسم من ارتفاعات عالية . أما الإصابة الغير مباشرة مثل الإنقباض العنيف لمجموعة عضلات مندغمة فى أجزاء عظمية صغيرة مثل عظام اليد أو القدم أو سقوط اللاعب وإستناده على اليد لتحمل ثقل وزن الجسم فجأة ، حيث غالباً ما تصاب عظم الترقوة أو عظام الساعد بالكسر وليس عظام اليد . (٤٣ : ٢٥١)

ويشير " محمد فتحى عبد الرحمن " (١٩٨٢) الى أن الكسور قد تحدث أحياناً نتيجة الإلتواء الشديد لبعض المفاصل ، والذى يسفر عنه شد قوى من الرباط لنقطة إندغامه بالعظام مما يؤدي الى حدوث انفصال للرباط صاحباً معه قطعة لإحدى العظام ، مما يؤدي الى حدوث شد قوى من وتر العضلات على نقطة إندغامه بالعظام بدرجة ينفصل بها الوتر صاحباً معه قطعة من العظام وحدوث الكسر ، كإنفصال عظم الردفة بالركبة نتيجة الإنقباض الشديد للعضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية . (٣٩ : ٧٨)

٢- أنواع الكسور :

يذكر " قدرى بكري " (١٩٩٧) الى أن أنواع الكسور هي :

أولاً : من حيث الرؤية :

- ١- كسر مقفل بسيط : غير مصحوب بجروح فى مكان الكسر أى غير مرئى بالعين المجردة ووصف بسيط لا يعبر عن بساطة الإصابة ولكنه مسمى .
- ٢- كسر مفتوح : ويكون مصحوب بجرح نافذ عميق يصل حتى مكان الكسر بالداخل ويظهر منه طرف العظم المكسور .
- ٣- كسر مركب : ويكون مصحوب بتهتكات بالأعصاب والشرابين .

ثانياً : تبعاً لدرجة الكسر :

- ١- كسر كامل : حيث تنكسر العظمة فيه الى قطعتين أو جزئين منفصلين متباعدين ويظلان متلامسان .
- ٢- كسر غير كامل : (كسر شريحى) وفيه لا تنكسر العظمة بالكامل بل تبقى أحد أجزائها متماسكة ومتصلة ببعضها .
- ٣- كسر العود الأخضر : حيث تنكسر العظمة بالكامل ولكن يبقى الغشاء الخارجى بدون قطع وعادة يحدث فى الأطفال .

ثالثاً : نوع الكسر حسب شكله :

- ١- كسر مستعرض حيث تنكسر العظمة كسراً أفقياً مستعرضاً .
- ٢- كسر مائل .
- ٣- كسر حلزوني .
- ٤- كسر مزدوج أو ثلاثى حيث تنكسر العظمة لأكثر من جزء واحد ولا تتصل خطوط الكسر ببعضها .
- ٥- كسر مفتت حيث تنكسر العظمة الى أكثر من جزئين .

- ٦- كسر مصدوم بحيث تنكسر العظمة وتتداخل فيه أطراف الكسر فى بعضها البعض وتظل العظمة ككل متماسكة فى موضع الكسر .
- ٧- كسر مضغوط حيث تنكسر العظمة وفيه تنسحق فتفقد شكل تكوينها العادى .
- ٨- كسر منزوع حيث تنكسر نتيجة إنتزاعها بشدة نتيجة جذبها بقوة من أحد الأربطة العضلية المتصلة بها بعد تقلص أو إنقباض العضلة الممسكة بها بقوة زائدة .
- ٩- كسر طولى عندما تنكسر عظم الجمجمة كسر طولياً على شكل مستقيم أو متعرج .
- ١٠- كسر نجمى حيث يكون الكسر فى نقطة متوسطة واحدة وتتجه منها اتجاهات مختلفة ويحدث عادة فى عظام الجمجمة .
- ١١- كسر هابط أو منخفض حيث تنكسر العظمة ويهبط الجزء المكسور فى مكانه الى الداخل أو الى أسفل ويحدث فى عظام الوجه أو الجمجمة .

(٤١ : ٥٣ - ٥٤)

٣- أعراض الكسر :

- ١- ألم فى موضع الكسر .
- ٢- أحياناً سماع صوت الكسر .
- ٣- تشوه مكان حدوث الكسر وظهور حركة فى موضع لا تصح فيه الحركة .
- ٤- تورم موضع الكسر .
- ٥- ثقل الطرف أو الجزء المصاب .

(٤١ : ٥٤)

٤- الإسعافات الأولية للكسر :

يذكر " قدرى بكرى " (١٩٩٧) بأنه يجب إتباع الخطوات التالية لإسعاف الكسر :

- ١- منع الحركة فى الجزء المصاب حتى لا تتفاقم الإصابة والتقليل من الألم والمحافظة قدر الإمكان على سلامة العضلات المحيطة والأنسجة الرخوة ولمنع أو تقليل أثر حدوث صدمة .
- ٢- تثبيت موضع الكسر بواسطة الجبائر والأربطة المناسبة .
- ٣- التأكد من عدم إنسداد المسالك التنفسية .

- ٤- فى حالة وجود نزيف دموى خارجى يتم إيقافه وتطهير مكانه .
- ٥- الإطمئنان لدفع المريض ويبقى فى وضع إسترخاء أو رقود .
- ٦- ينقل المصاب الى أقرب مستشفى حيث يتم التشخيص عن طريق الأطباء المتخصصين وبناء عليه يتم تحديد العلاج وفترة العلاج وفترة التثبيت وخطوات العلاج الأخرى سواء بالتدخل الجراحى أو بغيره . (٤١ : ٥٦ ، ٥٧)

٥- علاج الكسور :

يشير " أسامة رياض " (٢٠٠٢) الى أن علاج الكسور يتلخص فى :

- ١- أخذ صورة بالأشعة لتشخيص الكسر ومعرفة مكانه ونوعيته .
- ٢- رد الكسر بأسرع ما يمكن بمعرفة الطبيب المختص وتحت تأثير المخدر .
- ٣- تثبيت مكان الكسر بالجبس أو بالجبائر أو مسامير بلاتين فى بعض الحالات .
- ٤- تثبيت العضو المصاب على جبيرة مناسبة .
- ٥- إعطاء مسكن للألم مثل المورفين مع تدفئة المريض وإعطائه سوائل إن أمكن .
- ٦- الإنقباضات العضلية الثابتة أثناء التثبيت .
- ٧- الإنقباضات العضلية المتحركة للأجزاء البعيدة أثناء التثبيت أيضاً .
- ٨- أنواع معينة من حمامات الشمع الطبيعية والتدليك بأنواعه .
- ٩- بعد فك الجبس يجب مراعاة :

- التأكد من صحة الإلتئام بأخذ صورة بالأشعة .
- تنشيط الدورة الدموية بالتدليك فى الماء الدافئ .
- عمل حركات إرادية فى ماء دافئ .
- ١٠- التمرينات العلاجية المتدرجة حتى يعود الجزء المصاب لحالته الطبيعية .

(٤ : ٧١)

ثانياً : كدم العظام :

١- تعريف كدم العظام :

يعرفه " أسامة رياض " (٢٠٠٢) أنه هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة مثل الجلد والعضلات والعظام نتيجة لإصابته إصابة مباشرة بمؤثر خارجي ، وغالباً ما يصاحب الكدم ألم وورم ونزيف داخلي وإرتشاح سائل بلازما الدم مكان الإصابة ، والكدم إصابة تكثر في الرياضات التي فيها إحتكاك . (٤ : ٣٤)

ويتفق كل من " أسامة رياض ، إمام النجمي " (١٩٩٩) ، " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) الى أن كدم العظام يحدث نتيجة إصابة مباشرة وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة (المكشوفة) غير المكسورة بالعضلات مثل عظم القصبة وعظام الساعد - والكعب .

٢- أعراض كدم العظام :

- ألم شديد مكان الكدم .
 - ورم مكان الإصابة .
 - تغير لون الجلد مكان الإصابة . وعدم القدرة على تحريك العظام المصابة .
- (٧ : ٤٠) ، (٤٧ : ٨١)

٣- الإسعافات الأولية :

تذكر " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) الى أن الإسعافات الأولية لكدم العظام هي :

- إيقاف النزيف باستخدام كمادات الثلج .
 - الراحة وعدم تحريك العضو المصاب لتخفيف حدة الألم .
 - الضغط باستخدام الأربطة الضاغطة .
 - إعطاء مسكن إذا لزم الأمر .
- (٤٧ : ٨١)

٤- علاج كدم العظام :

كما يشير " أسامة رياض ، إمام النجمي " (١٩٩٩) بأن علاج كدم العظام كالاتي:

- ١- أخذ صورة بالأشعة .
- ٢- علاج وقائي وهو عدم تحريك العظام المصاب حتى لا تحدث مضاعفات .
- ٣- ربط العظام المصابة .
- ٤- إعطاء مسكن للألم .
- ٥- قد يستخدم العلاج الكهربائي الذي يحدده الطبيب .
- ٦- تمارينات علاجية متدرجة ويجب منع التدليك على العظام المصابة لحظة حدوث الإصابة على العضلات المجاورة لها وليس على العظام . (٧ : ٤٠ ، ٤١)

ثالثاً : التكلس Ossification :

- أ- يعرفه " مجدى الحسينى " (١٩٩٧) أن التكلس هو حالات ترسيب الكالسيوم فى غير مناطقه الطبيعية وأهم هذه المناطق الطبيعية هى العظام . (٢٨ : ١٩٦)
- ب- وتعرفه " ميرفت يوسف " (١٩٩٨) أنه عبارة عن ترسيب الكالسيوم فى العضلات فتقل مطاطيتها ومن المعروف أن المناطق الطبيعية لترسيب الكالسيوم هى العظام . (٤٧ : ٨٤)

١٠/١/٢ كرة القدم للسيدات :

انتشرت ممارسة كرة القدم بين السيدات خاصة فى الدول الأوروبية حتى أنها خضعت فى بعض الدول لبرامج نشاط مقنن من قبل إتحاد اللعبة كما هو الحال فى فرنسا .

وكما هو الحال فى ممارسة المرأة للرياضات المختلفة الأخرى مثل كرة السلة واليد والطائرة والتي تخضع فيها فى مجال الطب الرياضى للاختبارات الخاصة بالكفاءة البدنية والفسيوولوجية والطبية مضافاً إليها اختبارات تحديد الجنس ذكر أم أنثى والمطبقة حالياً فى جميع الدورات العالمية والأولمبية لاستبعاد اشتراك الذكور وأشباه الذكور فى الرياضات النسائية .

ومن الأهمية أن تجديد لاعبات الفريق المهارات الأساسية حتى يصبح الفريق متجانس وحتى لا يصبح هناك تفاوت كبير فى المستوى بين أفرادها فإذا تصورنا على سبيل المثال أن إحدى اللاعبات لا تستطيع أداء مهارة من المهارات بصورة طيبة ولتكن السيطرة ، فحين تمرر إليها زميلة الكرة فإنها لن تستطيع أن تسيطر عليها وتمتلكها لنفسها فتكون النتيجة ذهابها لإحدى لاعبات الفريق المنافس وبذلك يحتوى الهجوم ليصبح على الفريق بعد أن كان له . (٢٥ : ٥٥)

المهارات الأساسية لكرة القدم هى المفردات الحركية ذات الوجبات المختلفة والتي تؤدى فى إطار قانون اللعبة سواء كانت بالكرة أو بدون الكرة . (١ : ٦)

ويؤكد " منير جرجس وعبد الفتاح عبد الله " أن جوهر عملية تعليم النواحي المهارية يتلخص فى إكتساب اللاعب لقدرات مهارية حركية فردية ، وفى نفس الوقت إكتساب القدرة الآلية على قدامى هذه المهارات بصورة مثالية سريعة لخطه ظهور الموقف المناسب لتنفيذها . (٤٦ : ٢٥٦)

كما يرى " محمد حسن علاوى " (١٩٩٤) أن عملية الإعداد المهارى تهدف إلى تعليم المهارات الحركية الرياضية التى يستخدمها الفرد فى غضون المنافسات الرياضية ومحاولة إتقانها وتثبيتها حتى يمكن تحقيق أعلى المستويات الرياضية ، والإتقان التام للمهارات الحركية من حيث أنه الهدف النهائى لعملية الإعداد المهارى ، فمهما على مستوى الصفات البدنية للفرد الرياضى ومهما أتصف به من سمات خلقية وإرادية فإنه لن يحقق النتائج المرجوه ما لم يرتبط ذلك كله بالإتقان التام للمهارات الحركية الرياضية فى نوع النشاط الرياضى الذى يتخصص فيه . (٣٣ : ٢٧٥)

ويذكر " حنفى مختار " (١٩٩٤) أن الإعداد المهارى هو كل الإجراءات التى يتبعها المدرب بهدف الوصول باللاعب إلى الدقة والإتقان والتكامل فى أداء جميع المهارات الأساسية للعبة كرة القدم بحيث يمكن أن يؤديها اللاعب بصورة آلية متقنة تحت أى ظروف . (١٥ : ٧١)

١١/١/٢ العلاقة بين القدرة الحركية والأداء المهارى فى كرة القدم :

ويذكر " صبحى حسانين " (١٩٩٥) أن هناك ارتباط بين القياسات الجسمانية والعديد من القدرات الحركية والتفوق فى الأنشطة المختلفة ، وبما أن الوصول إلى مستوى

على ومرتفع يتطلب مواصفات جسمية خاصة لا بد أن تتوافر لدى اللاعبين لذا تعتبر القياسات الجسمية من أهم المواصفات اللازمة للاعبين كرة القدم النسائية حيث يرجع لها الفضل في تفوق فريق على آخر . (٣٦ : ٢٥)

وعلى مدرب كرة القدم أن يكون ملماً بعمل الأجهزة الحيوية بجسم الإنسان أثناء التدريب حتى يستفيد من إمكاناتها أكبر فائدة ولا يضر بأى منها نتيجة التدريبات المجهدة العنيفة وعلى المدرب الناجح أن يستفيد من أنماط الجسم ومقاييسه الانثروبومترية في تشكيل الفرق وتحديد وظائف وتخصصات بعض اللاعبين ، وهناك الخصائص المميزة لكل مرحلة من مراحل النمو التي يجب على المدرب أن يلم بها حتى يمكن على ضوءها تحديد أنواع التدريب البدني الذي يتلاءم مع كل مرحلة وأثره على أفراد اللاعبين . (٩ : ٦٠)

١٢/١/٢ تقسيم المهارات الأساسية في كرة القدم :

انتشرت كرة القدم في أنحاء العالم ولقد قام أساتذة علم النفس الرياضي بعمل الأبحاث للتعرف على أسباب هذا الميل وقد أرجع السبب إلى :

- كثرة المهارات الأساسية في كرة القدم وتنوعها أكثر مما هو معتاد في الألعاب الأخرى.
- تتطلب كرة القدم أن يكون أداء اللاعب للمهارات سريعاً ودقيقاً مع القدرة على تغير سرعته أو تغير اتجاه جريه وفي نفس الوقت استمرار سيطرته على الكرة .
- يستخدم اللاعب في الألعاب الأخرى يديه في التعامل مع الكرة أما في كرة القدم فيستعمل كل أجزاء جسمه ما عدا اليدين فما يتطلب منه رشاقة ومرونة واضحتين بالإضافة إلى الدقة في الأداء المهارى .
- تمتاز لعبة كرة القدم بأنها المشاهد لا يمكنه أن يتوقع تماماً المهارة التي سيقوم اللاعب بأدائها على خلاف الألعاب الأخرى . (١٣ : ٧٤)

ومما سبق يتضح أن المهارة الحركية (الفنية والأساسية) هي القاعدة الأساسية للعبة كرة القد لذا يعرف " حنفى مختار " المهارة الأساسية فى كرة القدم بأنها :

" كل الحركات الضرورية الهادفة التى تؤدى بغرض معين فى إطار قانون كرة القدم سواء كانت هذه الحركات بالكرة أو بدونها "

كما يؤكد أن التدريب على المهارة الأساسية فى كرة القدم يهدف إلى تحقيق عاملين أساسيين هما :

- الوصول إلى الكمال ودقة الأداء .
 - العمل على تثبيت هذا الكمال وتلك الدقة حتى تؤدى المهارة بطريقة آلية سليمة.
- (١٠ : ١٠٨)

ولذلك يتفق جميع خبراء لعبة كرة القدم على أن المهارات الأساسية هى أساس لتحقيق أعلى مستوى فى اللعبة ، وأن الفرد ذو المهارات الممتازة يمكن ان يؤدى أى خطة فنية لذا اجتهد كثير من الخبراء فى مجال رياضة كرة القدم قد حرصوا على إبراز أهمية المهارات الأساسية إلا أن هناك تبايناً فى عملية تصنيف هذه المهارات وتحتصر تلك المهارات التى تؤدى بكرة والتى تؤدى بدون كرة .

وصنف " مفتى إبراهيم " (١٩٩٦) المهارات الأساسية لكرة القدم بأنها :

- التمرير .
 - خلق المساحة واستغلالها .
 - التدريب على المرمى .
 - الضغط على المهاجم ومهاجمة الكرة .
 - حراسة المرمى .
- (١١ : ٤٥)

ويقسم " بطرس رزق الله " (١٩٩٤) المهارات الأساسية لكرة القدم إلى :

١. مهارات هجومية وتشمل :

- الخداع بالكرة.
- المحاورة.

- السيطرة على الكرة.
- ضربات الكرة بالرأس.

- ٢. مهارات دفاعية :
- ٣. مهارة حارس المرمى .
- ٤. المهاجمة (تثبيت الكرة في الزحلفة الجانبية ، الزحلفة الخلفية) .

ج- مهارات بدون كرة من الحركة وتشمل على :

- ١- الجرى بأنواعه (الجرى المستقيم مع تغيير الإتجاه - الجرى المتعرج - الجرى والظهر مواجه التحركات الجانبية) .
 - ٢- الوثب من الثبات ومن الحركة - الوثب مع الانتقال بقدم واحدة الوثب مع الارتقاء بالقدمين .
 - ٣- التوقف والدوران .
- (١٠ : ٢٠)

وصنفها " ديكلمنت Doclemente " (١٩٩٥) المهارات إلى :

- ١- الضربات .
 - ٢- التمريرات .
 - ٣- الجرى بالكرة .
 - ٤- السيطرة على الكرة .
 - ٥- المهاجمة .
 - ٦- ضربات الرأس . (٥٥ : ١٥)
- وأتفق كل من " حسن عبد الجواد " (١٩٨٨م) ، " فرج بيومي " (١٩٨٩م) ،
" حنفى مختار " (١٩٩٤م) ، " بطرس رزق الله " (١٩٩٤م) على تقسيم المهارات
الأساسية باستخدام الكرة فقط إلى :

- ضرب الكرة بالقدم .
- السيطرة على الكرة .
- الجرى بالكرة .
- ضرب الكرة بالرأس .
- المهاجمة .

- الخداع والمراوغة .
- رمية التماس .
- مهارات حارس المرمى .

(١٢٣ : ١٠) ، (٧٨ : ١٥) ، (٢٣٢ : ٢٦) ، (٣٩ : ١٣)

وتصنيف " محمود أبو العينين ، ومفتى إبراهيم " (١٩٨٥) المهارات الأساسية :

- ١- التمرير ويكون بالقدم أو الرأس وينقسم إلى :
 - تمرير طويل .
 - تمرير قصير .
- ٢- التصويب ويكون إما بالقدم أو بالرأس وينقسم إلى :
 - التصويب الدقيق " تصويب دقيق منخفض - تصويب دقيق عالى " .
 - التصويب القوى " تصويب قوى منخفض - تصويب قوى عالى " .
- ٣- السيطرة على الكرة .
- ٤- الحركة بالجرى .
- ٥- المراوغة .
- ٦- مهاجمة الكرة .
- ٧- رمية التماس .
- ٨- مهارات حارس المرمى .

(٣٧ : ٣٠)

وصنف " ويليام تونسون Williams Thomson " (١٩٨٠) الأداء المهارى

إلى :

- ١- استقبال الكرة .
- ٢- الجرى بالكرة .
- ٣- المراوغة .
- ٤- التمريرات .
- ٥- التصويب .
- ٦- حارس المرمى .

٧- رمية التماس . (٦٩ : ٥٤ - ٢٤١)

وصنف " جونسن Jumes " (١٩٨٤) الأداء المهارى إلى :

- ١- الركلات .
- ٢- ضربات الكرة بالرأس .
- ٣- السيطرة على الكرة .
- ٤- المهاجمة .
- ٥- حراسة المرمى .
- ٦- رمية التماس . (٣٤ : ٥٨)

وصنف " جورج بيم Georg Beim " (١٩٨٦) الأداء المهارى إلى :

- ١- التمريرات .
- ٢- ضربات الكرة بالرأس .
- ٣- التصويبات .
- ٤- الجرى بالكرة .
- ٥- السيطرة على الكرة .
- ٦- المهاجمة .
- ٧- رمية التماس .
- ٨- مهارات حارس المرمى .

(٥٧ : ٢٦ - ٢١٨)

ويقسم " بولاك Pollock " (١٩٨٣) الأداء المهارى إلى :

- ١- الركلات .
- ٢- الجرى بالكرة .
- ٣- ضرب الكرة بالرأس .
- ٤- المراوغة .
- ٥- السيطرة على الكرة .
- ٦- رمية التماس .

(٦٦ : ٦٥ - ١١٢)

٧- حراسة المرمى .

وصنف " ديفيد وايلجتون David ponsanley, M.E.D & Elington "

(١٩٨٧ م) الاداءات المهارية إلى :

١- استقبال الكرة .

٢- الجرى بالكرة .

٣- التصويب .

٤- ضربات الكرة بالرأس .

٥- المراوغة .

٦- السيطرة على الكرة .

٧- التمريرات .

٨- رمية التماس .

(٥٤ : ٩٩)

وتفق " ديفيد وايلتجون David & Elington " (١٩٨٧م) مع ، " وبربان رمبسون Bryam Raspon's " (١٩٨٧م) أتفقا على أن الأداء المهارى للاستقبال لا السيطرة هما الأساس بأعتبارهما منفصلين على الرغم من أنهما يتمان معاً . (٥٤ : ١٢) ، (٧١ : ٥٢)

وصنف كل من " جلال قريطم ، ومحمد عبده صالح الوحش " ستة مهارات أساسية لكرة القدم باستخدام الكرة فقط ولم يذكر رمية التماس ، والمهارة الأساسية لحراسة المرمى وتلك المهارات الست .

١- ضرب الكرة بالقدم .

٢- السيطرة على الكرة .

٣- الجرى بالكرة .

٤- المهاجمة .

٥- ضرب الكرة بالرأس .

٦- الخداع .

(٣٧ : ٨٥)

ويذكر " حنفى مختار " (١٩٩٤) تقسيم المهارة الأساسية وإضافة بعض المهارات حيث قسمها إلى :

١- مهارة أساسية بدون كرة وتنقسم إلى :

- الجرى وتغير الإتجاه .

- الوثب .

- الخداع والتمويه بالجسم .
- وقفة الاستعداد الدفاعية .

مهارة أساسية بالكرة وتنقسم إلى :

- ركلات الكرة بالرجل .
- السيطرة على الكرة .
- الجرى بالكرة .
- ضرب الكرة بالرأس .
- الخداع بالكرة .
- المهاجمة .
- رمية التماس .
- حراسة المرمى .

(١٥ : ٧٤)

ويذكر "إبراهيم حنفى شعلان ومحمد عفيفى" (٢٠٠١) نقلاً عن " إيان بيلى Ian

Bialay " المهارات إلى قسمين رئيسيين هما :

١- القسم الأول ويشمل المهارات الأساسية وتضم :

- التمرير .
- كتم الكرة .
- الجرى بالكرة .
- المهاجمة .
- ضربات الكرة بالقدم .
- ضربات الكرة بالرأس .
- رمية التماس .
- مهارة حارس المرمى .

٢- القسم الثانى ويشمل المهارات المتقدمة وتضم :

- رفع الكرة لمسافة قصيرة .

- ضربات الكرة بالقدم (وأضيف لها ضربات الكرة وهى طائفة) .
- كتم الكرة والسيطرة عليها .
- الجرى بالكرة .
- المهاجمة .
- ضربات الكرة بالرأس .
- مهارات حارس المرمى .

(٢١ : ١)

ويضيف " ميللر Miller and Norm " (١٩٨٦) المهارات الى :

- السيطرة على الكرة .
- الجرى بالكرة .
- التمرير وضرب الكرة بالقدم .
- مهارات حارس المرمى .

(٣٨ : ٦٥)

وترى الباحثة أنه يمكن تصنيف مهارات كرة القدم على النحو التالى :

- ضربات الكرة بالقدم .
- السيطرة على الكرة .
- ضربات الكرة بالرأس .
- المهاجمة .
- الجرى بدون كرة .
- المحاورة .
- ورمية التماس .
- مهارة حارس المرمى .

وتلاحظ الباحثة أن ليرموك قد أدمج التمرير مع الجرى بالكرة وقد أغفل مهارة

المحاورة ورمية التماس .

٢/٢ الدراسات السابقة :

نظراً لأهمية الدراسات السابقة والمرتبطة والمتشابهة بموضوع دراسة الباحثة للتعرف على ما انتهى إليه البحث العلمى من أهداف ونتائج فيما يرتبط بمجال البحث إلى ما يساعدها فى بعض الإرشادات التوجيهية لإتمام إجراء الدراسة كذلك ترى الباحثة عرض بعض الدراسات السابقة التى تم الحصول عليها وهى كالتى :

١/٢/٢ الدراسات العربية:

١- دراسة " مفتى إبراهيم ، محسن الدروي " (١٩٩١)(٤٤)

العنوان : دراسة الاصابات الشائعة بين لاعبي كرة القدم فى المراكز المختلفة .

الهدف : التعرف على اصابات لاعبي كرة القدم فى الاماكن والمراكز المختلفة .

المنهج : مسحى .

العينة : ١٠٠ لاعب تحت ٢١ سنة .

الأدوات : الملاحظة - المقابلة الشخصية - سجلات المراكز الطبية .

النتائج : أكثر الإصابات شيوعاً هى الشد ثم الكدمات ثم التمزقات وتختلف نسبة الإصابة من مركز لآخر .

٢- دراسة " هشام احمد سعيد " (١٩٩٢)(٥١)

العنوان : الاصابات الرياضية للاعبى الكرة الطائرة واسبابها وطرق الوقاية منها .

الهدف : التعرف على اسباب الاصابات واكثرها شيوعاً واماكنها وطرق الوقاية منها .

المنهج : مسحى .

العينة : ١٣٢ لاعب ، ١١ مدرب ، ١١ نادى .

الأدوات : استمارة استبيان .

النتائج : اكثر الاماكن تعرض لاصابة العظام (سلاميات - امشاط اليد - رسغ اليد - عظام الساعد - مفصل الركبة والقدم والكتف - عضلات الظهر - العضلة ذات الرؤوس العضدية).

٣- دراسة " مجلى والحيدى " (١٩٩٥) (٢٩)

العنوان : دراسة تحليلية للتعرف على الإصابات الرياضية فى الألعاب الجماعية (كرة السلة ، كرة اليد ، الكرة الطائرة) .

الهدف : التعرف على أكثر أنواع الإصابات شيوعاً ومناطق الإصابة وأسباب حدوثها (التدريب ، المباراة) .

المنهج : مسحى .

النتائج : اكثر الاصابات حدوثاً فى الأنشطة الثلاثية هى تمزقات الوتار ، وتمزقات الاربطة والالتواءات وتمزقات العضلات ، وعدم التقيد ببرنامج تدريبى واضح وعدم الاحماء الجيد وسوء الاعداد المهارى والعودة للتدريب قبل الشفاء التام .

٤- دراسة " سليمان " (١٩٩٨) (٩)

العنوان : الاصابات الرياضية عند لاعبى كرة السلة .

الهدف : التعرف على اكثر الاصابات الرياضية حدوثاً عند لاعبى كرة السلة .

المنهج : مسحى .

العينة : ٣٦ لاعب بمحافظة نينوى - العراق .

النتائج : اكثر الاصابات تكرارا مفصل الكاحل ثم الركبة والذراع واكثر الاسباب اضرارا للاصابة خشونة الخصم .

٥- دراسة " محمد على عبد المعبود " (٢٠٠٠) (٣٨)

العنوان : دراسة الاصابات الرياضية لدى ناشئى كرة اليد اسبابها وطرق الوقاية منها .

الهدف : التعرف على الاصابات الشائعة وتحديد اجزاء الجسم الاكثر تعرضا للاصابة واسبابها وطرق الوقاية منها .

المنهج : مسحي .

العينة : ١٦ ناشئ - ١٦ مدرب كرة يد - ١٦ خبير - ١١ اخصائي علاج طبيعي - ٨ طبيب .

الأدوات : استمارة استبيان .

النتائج : حيث جاء الكدم أكثر الاصابات شيوعاً يليه التمزق ثم الالتواء ، اما أكثر اجزاء الجسم تعرض للاصابة فكانت كالتالي (مفصل الركبة - مفصل الكتف - مفصل الفخذ - مفصل اليد والساق والعضد والمرفق والقدم على التوالي) .

٦- دراسة " مجلى وعطيات " (٢٠٠٤) (٣٠)

العنوان : دراسة تحليلية حول الاصابات الرياضية لدى لاعبي المباراة في الاردن .

الهدف : التعرف على أكثر انواع الاصابات شيوعاً ومناطق الاصابة واسباب حدوثها .

المنهج : مسحي .

النتائج : أكثر انواع الاصابات انتشاراً عند لاعبي المباراة وهي تمزق الاربطة ويليها الرضوض و الفخذ ثم الكاحل وتبين ان الاسباب المؤدية لحدوث الاصابات هي عدم الاحماء الجيد يليه التدريب الزائد .

٢/٢/٢ الدراسات الأجنبية :

١- دراسة " فاجرلي Fagerli " (١٩٩٠) (٥٦)

العنوان : اصابات لاعبي كرة اليد .

الهدف : معرفة أكثر الاصابات شيوعاً بين لاعبي كرة اليد وأكثر الاماكن تعرض للاصابة .

المنهج : مسحي .

العينة : ١٤٠ لاعب ، ٢٨١ لاعبة

الادوات : مقابلة شخصية - سجلات طبية .

النتائج : أكثر الإصابات شيوعاً الكدم - الكسر - تهتك الأربطة المفصالية - وأكثر الأماكن تعرض للإصابة الذراع والأصابع والرسغ والضلوع والوجه .

٢- دراسة "ميوييس ديليو إتش وآخرون" Meeuwisse, wh, etal (٢٠٠٢م) (٦١)

العنوان : نسب وأخطار الإصابات فى كرة السلة لطبة الكليات .

الهدف : تقرير نسب وأخطار الإصابة فى كرة السلة .

المنهج : الوصفى .

العينة : ١٤٢ من الرياضيين المشاركين فى الاتحاد الرياضى لكرة السلة للرجال فى قسم كندا الغربية (طلبة الكليات) .

الأدوات : قاعدة بيانات .

النتائج : ٢١٥ إصابة ٤٤,٧% أصيب خلال سنتى الدراسة . وكانت أكثر الإصابات التى احتاجت إلى أكثر من سبعة جلسات كانت الركبة ، بينما الإصابات الأكثر شيوعاً واحتاجت أقل من سبع جلسات كانت فى الكاحل ن وأعلى نسبة إصابات كانت تحدث أثناء الدفاع ثم أثناء الهجوم ، والخطر النسبى لتكرار الإصابة يزيد بشكل كبير فى الإصابات السابقة بالمرفق والكتف والركبة واليد والعمود الفقرى والحوض بسبب الصدمات المتكررة عليها . (١٩)

٣- دراسة "مكمانوس ، يعبر دى إس Mcmanus across (٢٠٠٤) (٦٠)

العنوان : إصابات لاعبي اتحاد الرجبي للناشئين ذوى المستوى المتقدم .

الهدف : وصوف الإصابة وطبيعة الإصابات التى حدثت من قبل .

المنهج : الوصفى .

العينة : لاعبي اتحاد الرجبي الناشئين ذوى المستويات العليا فى غرب استراليا أثناء الأسابيع الـ ٢٦ حتى بطولة (١٩٩٧م) الوطنية .

الأدوات : استمارة استبيان .

النتائج: نسبة الإصابة ١٣,٢٦ / ١٠٠٠ ساعة تدريب أو منافسة ، وكانت معالجة المرحلة الأكثر خطورة بنسبة ٥٢% من الإصابات أما أكثر أجزاء الجسم تعرض للإصابة هي الطرف السفلى بنسبة ٣٧% وأكثر الإصابات حدثت أثناء اللعب بنسبة ٥٦% .

٤- دراسة "ستيوارت إم جى Stuart, M.J" (٢٠٠٥) (٦٧)

العنوان : الإصابات فى كرة القدم الأمريكية .

الهدف : مراجعة الأبحاث والمقالات التى أجريت على الإصابات فى كرة القدم الأمريكية لمعرفة الإصابات التى تحدث والكشف عن المخاطر التى تؤدى إلى حدوث الإصابة فى المستقبل .

المنهج : التاريخى .

العينة : رياضيين فى عمر المدرسة العليا والصغرى والممارسين لرياضة كرة القدم الأمريكية .

الأدوات : بحث مسحى لأبحاث إصابات كرة القدم الأمريكية على قواعد البيانات والمقالات .

النتائج : كانت أكثر الإصابات شيوعاً هي كدمات والإجهاد والالتواء . وأكثر أجزاء الجسم تعرض للإصابة فى الطرف السفلى فى مفصل الكاحل والركبة ولبس الخوذة أو قناع الوجه يمنع الكدمات وإصابات الرقبة . (٢١)

٥- دراسة "جانج وآخرون Junge,etal" (٢٠٠٥) (٥٩)

العنوان : إصابات الفرق الجماعية فى بطولة الألعاب الأولمبية (٢٠٠٤)

الهدف : تحليل ظروف وخصائص حدوث الإصابة فى ألعاب الفرق الرياضية المختلفة .

المنهج : المسحى .

العينة : ١٤ فريق لألعاب جماعية مختلفة (كرة قدم نساء ورجال ، يد نساء ورجال ، سلة نساء ورجال ، كرة السلة نساء ورجال ، طائشة نساء ورجال ، وهوكى نساء ورجال ، بيسبول رجال) .

الأدوات : استمارة استبيان - سجلات طبية .

النتائج : كان من أهم النتائج ٣٧٧ إصابة من ٤٥٦ مباراة بواقع ٠,٨ إصابة لكل مباراة وكانت درجة الإصابة مختلفة من رياضة لأخرى وأكثر الإصابات شيوعاً الكدمات ، وأكثر أجزاء الجسم تعرض للإصابة فى الطرف السفلى فى مفصل الكاحل والطرف العلوى فى الرأس والرقبة ، ونسبة الإصابة فى الذكور أعلى من الإناث .

٣/٢/٢ التعليق على الدراسات السابقة :

قامت الباحثة بالإطلاع على العديد من الدراسات والبحوث الأجنبية والعربية المتعلقة بموضع البحث سواء كانت رسائل ماجستير أو دكتوراه أو مجلات أو مؤتمرات تنظمها كليات التربية الرياضية بمناقشة هذه الدراسات من حيث تاريخ الإجراء ، والهدف من البحث ، العينة ، المنهج ، والنتائج .

من حيث تاريخ الإجراء :

أجريت الدراسات العربية والأجنبية فى الفترة من عام (١٩٩٠م) حتى عام (٢٠٠٥م) ، وقد قامت الباحثة الحصول على الدراسات الحديثة والقديمة لارتباطها بموضوع الدراسة ولتغير أساليب القياس والتطور بجانب التقدم العلمى الحديث .

من حيث الهدف :

اشتملت الدراسات السابقة على أهداف واحدة وهى وجود إصابات شائعة بين اللاعبين ومناطق الإصابة بها فى الأنشطة الرياضية المختلفة مثل (كرة القدم - اليد - السلة - الطائرة - الرجبي - المبارزة) مثل دراسة " مجلى والحيدى " (١٩٩٥م) فى الألعاب الجماعية (كرة السلة - كرة اليد - الكرة الطائرة) ، ودراسة " سليمان " (١٩٩٨م) للاعبى كرة السلة ، ودراسة " محمد عبد المعبود " (٢٠٠٠) للاعبى كرة اليد ، ودراسة " مجلى وعطيات " (٢٠٠٤م) للاعبى المبارزة فى الأردن ، ودراسة "جانج وآخرون , Junge et al " (٢٠٠٥م) إصابات الفرق الجماعية فى بطولة الألعاب الأولمبية وغيرها من الدراسات العربية والأجنبية التى اشتملت على نفس الهدف .

من حيث المنهج :

اتفقت معظم الدراسات العربية والأجنبية على استخدام المنهج الوصفي ماعدا دراسة " ستيورات أم جى Styart , M , J " (٢٠٠٥م) التى اشتملت على المنهج التاريخى ، ودراسة ميوسيس دبليواتش Meuwisse , Wh , etal " (٢٠٠٢م)

من حيث العينة :

اتفقت الدراسات على عينة واحدة وهى اللاعبين دون تحديد نوع الجنس كما تم اختيار العينة بالطريقة العمدية ويتراوح عدد العينة من (٣٦) لاعبة حتى (٢٨١) لاعبة وكان ذلك دراسة " فاجرلى Fagrli " (١٩٩٠م)

من حيث النتائج :

اتفقت الدراسات على :

- ١- انتشار أكثر لإصابات شيعوعا هى الشد ثم الكدمات التمزقات وتختلف نسبة الإصابة من مركز لآخر (مفصل الركبة - الكتف - مفصل الفخذ - اليد - الساق) .
- ٢- أكثر الأماكن تعرضا لإصابة العظام والعضد والمرفق (سلاميات - أمشاط اليد - عظام الساعد - مفصل الركبة والقدم والكتف - عضلات الظهر) .
- ٣- أكثر الإصابات حدوثاً فى الأنشطة الثلاثية هى تمزقات الأوتار العضلات الأربطة الالتواءات .
- ٤- أكثر الإصابات تكرار مفصل الكاحل الركبة - الذراع .
- ٥- أكثر الإصابات أضراراً هى شحونة الخصم .
- ٦- أكثر أجزاء تعرضاً للإصابة فى الطرف السفلى فى مفصل الكاحل والركبة والطرف العلوى فى الرأس والرقبة .
- ٧- عدم الاهتمام بالإحماء الجيد وبدء الأعداء المهارى والعودة للتدريب قبل الشفاء التام - والتدريب الزائد .

٤/٢/٢ مدى الاستفادة من البحوث والدراسات السابقة :

- ١- توجيه نظر الباحثة إلى أهمية دراسة الإصابات الشائعة الناتجة من ممارسة لعبة كرة القدم النسائية .
- ٢- توجيه نظر الباحثة إلى اختيار المنهج المناسب لطبيعة الدراسة .
- ٣- كيفية اختيار العينة .
- ٤- التعرف على كيفية إجراءات تنفيذ البحث التي يجب إتباعها لتنفيذ الدراسة .
- ٥- التعرف على الأساليب الإحصائية المناسبة للبحث .