

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

شعبة: تدريب رياضي

التخصص: تحضير بدني وذهني

الانعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى

لاعب كرة القدم

دراسة ميدانية لبعض أندية ولاية برج بوعرييج - أكابر

إشراف الأستاذ :

- ورنيق يوسف

إعداد الطالب :

■ عدالة عماد

قائمة المحتويات

مقدمة	
أ - ب	
الفصل الأول: الخلفية النظرية و الدراسات السابقة	
الصفحة	العناصر
04	1- مفهوم الحالة النفسية
04	2- بعض الحالات النفسية المضطربة
04	1-2 تعريف القلق
04	1-1-2 أنواع القلق
05	2-1-3 أعراض القلق
05	2-1-4 مكونات القلق
06	2-2 تعريف الاكتئاب
06	2-2-1 أعراض الإكتئاب
06	2-3 تعريف الخوف
06	2-3-1 أنواع الخوف
07	2-3-2 سيكولوجية الخائف
09	3- المقاربة النفسية للصدمة النفسية
09	3-1 مفهوم الصدمة النفسية
10	3-2 أعراض الصدمة
10	3-2-1 الأعراض الحسية
11	3-2-2 الأعراض السلوكية
12	3-3 مراحل تطور الصدمة
13	3-4 آثار الصدمة النفسية
14	3-5 العوامل المهيئة لحدوث الصدمة
15	4- الصدمة النفسية حسب علم النفس العلاجي
16	4-1 مراحل الصدمة النفسية حسب علم النفس العلاجي
16	4-2 كيفية استقبال المصاب بالصدمة النفسية

16	4-2-1 مختلف معالم التدخل
17	4-3 بعض النماذج العلاجية
18	4-4 مختلف أصناف التدخل العلاجي
21	4-5 التدخل أثناء المرحلة الحادة
21	4-5-2 الإجراءات الواجب تطبيقها بعد المرحلة الحادة
22	4-5-3 الإجراءات على مستوى التنظيمات
22	5- مفهوم الإصابة
22	5-1 مفهوم الإصابة الرياضية
23	5-2 العوامل المتدخلة في حدوث الإصابات الرياضية
23	5-3 الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي
28	5-4 تصنيف الإصابات
28	5-4-1 حسب نوع الإصابات
30	5-4-2 حسب درجة الخطورة
31	5-5 إصابات الجهاز العضلي
31	5-5-1 الكدمات
32	5-5-1-1 درجات الكدمات
33	5-5-2 الشد والتمزق العضلي
33	5-5-2-1 أنواع التمزق العضلي
34	5-5-3 التشنج العضلي
34	5-5-3-1 علاجها
34	5-5-4 تيبس العضلة
34	5-5-4-1 العلاج
34	5-5-5 التقلص العضلي
35	5-5-5-1 علاجها
35	5-5-6 الجرح العضلي
35	5-5-6-1 العلاج
35	5-6 إصابات العظام

37	5-6-1 الكسور
36	5-6-2 بعض العوامل المتسببة في حدوث الكسور
36	5-6-3 أنواع الكسور
37	5-7 إصابات الجهاز المفصلي والأربطة المفصالية
37	5-7-1 الملخ
38	5-7-1-2 أكثر المفاصل عرضة للملخ
38	5-7-1-3 علاج الملخ
38	5-7-2 الخلع
39	5-7-2-1 العلاج
39	5-8 أنواع إصابات الأربطة والأوتار
39	5-8-1-2 علاجها
40	5-8-3 تمدد الأوتار
40	5-8-3-1 العلاج
40	5-9 إصابات الحوض
40	5-9-1 آلام الحوض
40	5-9-1-1 علاجها
41	6- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية
41	6-1 طرق معالجة الإصابات الرياضية
44	7- مبادئ التدريب بعد الإصابة
45	7-1 بعض آليات العمل العضلي التأهيلي
45	7-2 تدريب العضلات بعد الإصابة (القوة)
45	7-3 تدريب الحركية بعد الإصابة
46	7-4 تدريب التنسيق بعد الإصابة
52-47	8- كرة القدم
56-53	9- الدراسات السابقة والمشابهة
الإطار العام للدراسة	
58	1- الكلمات الدالة في الدراسة

58	1-1 الصدمة النفسية
58	2-1 الحالة النفسية
59	3-1 الإصابة الرياضية
59	4-1 كرة القدم
60	2- الإشكالية
61	3- أهداف الدراسة
61	4- أهمية الدراسة
61	5- الفرضيات الجزئية
الإجراءات الميدانية للدراسة	
63	1- الدراسة الاستطلاعية
63	2- المنهج المتبع في الدراسة
64	3- مجتمع وعينة الدراسة
64	4- أدوات جمع البيانات والمعلومات
69	5- إجراءات التطبيق الميداني للأداة
69	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
عرض النتائج و تفسيرها ومناقشتها	
72	1- عرض وتحليل نتائج الاستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الأولى
76	2- عرض وتحليل نتائج الاستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثانية
80	3- عرض وتحليل نتائج الاستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثالثة
الإستنتاجات و الإقتراحات	
88	إستنتاج عام
88	الإقتراحات و التوصيات
89	الآفاق المستقبلية للدراسة
قائمة المراجع و المصادر	
الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
66	يبيّن قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الأول والدرجة الكلية له	01
67	يبيّن قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية له	02
67	يبيّن قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية له	03
68	قيم معامل الارتباط بيرسون بين كل محور والدرجة الكلية للاستبيان	04
68	يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ لمحاوّر الإستبيان	05
72	يوضح نتائج السؤال رقم 01	06
72	يوضح نتائج السؤال رقم 02	07
73	يوضح نتائج السؤال رقم 03	08
73	يوضح نتائج السؤال رقم 04	09
74	يوضح نتائج السؤال رقم 05	10
74	يوضح نتائج السؤال رقم 06	11
75	يوضح نتائج السؤال رقم 07	12
75	يوضح نتائج السؤال رقم 08	13
75	يوضح نتائج السؤال رقم 09	14
76	يوضح نتائج السؤال رقم 10	15
76	يوضح نتائج السؤال رقم 11	16
77	يوضح نتائج السؤال رقم 12	17
77	يوضح نتائج السؤال رقم 13	18
78	يوضح نتائج السؤال رقم 14	19
78	يوضح نتائج السؤال رقم 15	20
78	يوضح نتائج السؤال رقم 16	21
79	يوضح نتائج السؤال رقم 17	22
79	يوضح نتائج السؤال رقم 18	23

80	يوضح نتائج السؤال رقم 19	24
80	يوضح نتائج السؤال رقم 20	25
81	يوضح نتائج السؤال رقم 21	26
81	يوضح نتائج السؤال رقم 22	27
82	يوضح نتائج السؤال رقم 23	28
82	يوضح نتائج السؤال رقم 24	29
82	يوضح نتائج السؤال رقم 25	30

مقدمة:

يعتبر التوظيف الفيزيولوجي-النفسي الكبير في أي مستوى رياضي هو المعيار الأكبر في تحقيق النتائج. لقد أثبت ذلك العديد من الأبحاث على الجانب الفيزيولوجي حول كل ما يتعلق بالمداممة القوة و السرعة... التي تندرج ضمن الخصائص الواجب توفرها في الرياضي في أي المستوى، هذا بالتوازي مع الجانب النفسي البالغ الأهمية، الواجب العناية به خاصة فيما يتعلق بظروف المنافسة والتحصير لمواجهة التوتر الذي تعرفه المنافسة. تعتبر الإصابة البدنية أصعب مرحلة يمر بها الرياضي في أي مستوى من الممارسة، إذ أنها تؤثر كثيرا على مشواره الذي يضطرب. وكما للإصابة البدنية آثارا من الجانب البدني العضوي بما تخلفه من تشوهات وجروح و عجز وظيفي، لها وقعها وأثرها على الجانب النفسي، إذ أثبتت العديد من الدراسات كالتالي تم التوصل إليها "TUTKO" أن الرياضي بعد الإصابة، خاصة الخطيرة منها يتأثر من الجانب النفسي بدرجات متفاوتة هذه النتائج ساهمت في فهم حالة الرياضي المصاب وإيجاد طرق التعامل معه ومع كل حالة لما بعد الإصابة في الرياضة. (Barrois Claude , les Névroses Traumatiques , édition DUNOD , 1988)

تعتبر اللعبة الأكثر شعبية في العالم وذلك للدور الفعال الذي تلعبه من خلال الترفيه والترفيه عن النفس في أوقات الفراغ والحد من الاضطرابات النفسية اليومية، وقد مرت بعدة مراحل تطورت فيها من ناحية القوانين وطريقة اللعب وكذا من ناحية المفهوم والنظرة الشعبية لها وفوائدها فهي تتميز بخصائص نفسية وفنية وتكتيكية تتطلب مساحات وأدوات لممارستها، كما أنها تتميز بصفات بدنية خاصة ومؤهلات هامة يتميز بتلاعبها الذين تتطلب منهم مواصفات خاصة ومهارات فنية، ولياقة بدنية عالية.

وربما كرة القدم كغيرها من الرياضات لا تخلو من الإصابات والتي يعود سببها إلى الاحتكاك مع الخصم ، بالإضافة إلى نقص اللياقة البدنية وأيضا إلى نقص التحضير. (موفق عبدالمولى، 1988، ص08)

تناول بحثنا ظاهرة الإصابة البدنية الرياضية من نفس الزاوية و بنفس المقاربة التي تمت عليها الأبحاث السابق ذكرها، محاولة منا إثبات وجود ما صار مسلما حول ردود الفعل من الجانب النفسي عند الرياضي الجزائري المصاب في أي مستوى رياضي في كرة القدم. حيث أحطنا بالموضوع من بعد نفسي مرضي. إذ حاولنا الدفع بالظاهرة لأبعد معنى لها في ظل أعراض الصدمة النفسية، ومحاولين بذلك تفسير البعد المرضي من الجانب النفسي للإصابة البدنية عند الرياضي الجزائري، انطلاقا من وحدة العامل المتسبب في التأثير النفسي في هذه الحالة أن الصدمة هي التعرض للخشونة، العنف... الخ ، وانطلاقا من تحليل النصوص العلمية في الجانب النظري استطعنا بناء وسيلة البحث في الاستبيان.

وقد قمت بتقسيم البحث الى جانبين: جانب نظري يضم ثلاث فصول:

الفصل الاول : الخلفية النظرية و الدراسات السابقة.

الفصل الثاني : الاطار العام للدراسة.

الفصل الثالث : الاجراءات الميدانية للدراسة.

اما الجانب التطبيقي فيضم فصلين :

الفصل الاول : عرض و تحليل و مناقشة النتائج.

الفصل الثاني : استنتاجات و اقتراحات.

الفصل الأول
الخلفية النظرية
والدراسات السابقة

1- مفهوم الحالة النفسية:

الحالة النفسية في الواقع مسألة نسبية مثلها مثل الصحة الجسمية، فكما أن التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة يكاد لا يكون له وجود، ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة، فإن الصحة النفسية لا تعني أن هنالك حداً فاصلاً بين الصحة النفسية والمرض النفسي، بمعنى أن نجاح الفرد في التكيف مع البيئة أمر نسبي، كما أن انعدام النزاع الداخلي للفرد مسألة نسبية، وعلى هذا الأساس فإن الفرد يتمتع بصحة نفسية على قدر توافقه الداخلي وحسن تكيفه مع البيئة.

فالمرض النفسي يتميز بصراعات نفسية داخلية تجعل الفرد غير متوافق مع نفسه أو مع المجتمع، وتجعله يبدو على فيتميز بسرعة الهياج أحياناً، أو الخوف الشديد والشك والغيرة، درجة ملحوظة من الاضطراب في حياته الانفعالي أو الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالنقص، وتأسيساً على ذلك يكون الشخص الذي يتميز بالنضج الانفعالي، متمتعاً بأهم مميزات الصحة النفسية التي تساعد الفرد على ضبط انفعالاته والتعبير عن ميوله ورغباته ومشاعره بأسلوب متزن بعيد عن التهور والاندفاع.

أما المريض النفسي فغالباً ما يكون غير متوافق مع نفسه ويستنفذ قدراً كبيراً من طاقته وحيويته في الصراع مع نفسه أو مع المجتمع، ولذلك فإنه يبدو مجهداً نفسياً، وجسدياً، عاجزاً عن المثابرة والإنتاج وبذل الجهد، كما أن توازنه يختل في الأزمات والشدائد، وصلاته الاجتماعية تتصف أما بالعنف الشديد والاحتكاك والنزوع إلى السيطرة على الغير، أو بالانزواء الشديد، أو الرغبة في استدرار العطف عليه، أو المبالغة في طلب معونة الغير والاعتماد عليهم. (محمد حسن علاوي، 1998، ص53)

2- بعض الحالات النفسية المضطربة:

1-2 تعريف القلق:

لقد اختلف علماء النفس فيما بينهم في تعريف القلق، إذ تنوعت تفسيراتهم كما تبينت آرائهم حول الوسائل التي يستخدمها للتخلص منه، وعلى الرغم من اختلاف علماء النفس حول هذه النقاط، إلا أنهم اتفقوا على أن القلق نقطة البداية للأمراض النفسية والعقلية " (محمد عبد الظاهر الطيب، 1994، ص 281).

يرى الدكتور فاروق السيد عثمان: " يقول إن فهم موضوع القلق يجعلنا نضع تصوراً شاملاً بحيث تكون الرؤية أوسع حتى نستطيع أن نفهمه، فالقلق ليس مصطلحاً بسيطاً منفرداً بذاته، بل يمكن أن نتصوره بخريطة معرفية أما الدكتور محمد عبد الظاهر الطيب: " إن القلق هو ارتياح نفسي وجسمي، يتميز بخوف منتشر ويشعر من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة، أو يمكن أن يتصاعد القلق إلى حد الذعر " (كاستانيدا وآخرون، 1987، ص05).

ومن هنا نستنتج أن القلق ناتج عن الخوف من المستقبل ويختلف تأثيره باختلاف الاستعدادات النفسية لكل فرد.

1-1-2 أنواع القلق:

يقسم العالم النفسي فرويد القلق إلى نوعين هما:

القلق الموضوعي والقلق العصبي ويضيف إلى ذلك بعض العلماء القلق الذاتي العادي.

1- القلق الموضوعي:

يرى فرويد: " أن القلق الموضوعي هو رد فعل لقلق خارجي معروف أي الخطر في هذا النوع من القلق يكمن في العالم الخارجي، وكما يمكن تسميته بالقلق العادي أو الحقيقي".

2- القلق العصابي:

وهو اعتقد أنواع القلق حيث أن سببه داخلي غير معروف ويسميه بعض السيكلوجيين بالقلق اللاشعوري المكبوت ويعرفه فرويد: " بأنه خوف غامض غير مفهوم لا يستطيع الفرد أن يشعر به أو يعرفه، إذ انه رد فعل غريزي داخلي أي أن مصدر القلق العصابي يكون داخل الفرد في الجانب الغريزي في بالشخصية ويقسمه إلى ثلاثة أنواع:

- القلق الهائم الطليق.
- قلق المخاوف الشاذة.
- قلق الهستيريا.

3- القلق الذاتي العادي:

وفيه يكون القلق داخلياً، كخوف الفرد من تأنيب الضمير إذا اخطأ واعتزم الخطأ (محمد حسن علاوي ، 1998، ص 278).

2-1-3 أعراض القلق:

هناك نوعين من الأعراض نفسية وجسمانية.

1- الأعراض النفسية:

هي الشعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه، مما يترتب على ذلك تشتت انتباه المريض وعدم قدرته على التركيز فيما يفعل، ويتبع ذلك النسيان اختلال أداء التسجيل في الذاكرة.

2- الأعراض الجسمانية الفيزيولوجية:

تظهر الأعراض الجسمانية في تصبب العرق وارتعاش اليدين، ارتفاع ضغط الدم، توتر العضلات، النشاط الحركي الزائد، الدوار، الغثيان والقيء وزيادة عدد مرات الإخراج، فقدان الشهية، وعسر الهضم، جفاف الفم، اضطراب في النوم، التعب والصداع المستمر، الأزمات العصبية مثل: مص وقصم الأصابع، تقطيب الجبهة وضرب الرأس وعض الشفاه، وكذلك الاضطرابات الجنسية (محمد عبد الظاهر الطيب ، 1994ص386).

2-1-4 مكونات القلق:

1- مكونات انفعالية:

تتمثل في الأحاسيس من المشاعر كالخوف، الفزع، التوتر، الانزعاج، والهلع الذاتي.

2- مكون معرفي: يتمثل في التأثيرات السلبية لهذه الأحاسيس على الإدراك السليم للموقف والانتباه، التركيز، التذكر والتفكير الموضوعي وحل المشكلة سيغرقه الانشغال بالذات والريب في مقدرته على الأداء الجيد والشعور بالعجز بتفكيره بعواقب الفشل وعدم الكفاءة والحشية من فقدان التقدير.

3- مكون فيزيولوجي:

يترتب عن حالة من تنشيط الجهاز العصبي المستقبل، مما ينجح إلى تغيرات فيزيولوجية عديدة منها زيادة نبضات القلب بسرعة التنفس والعرق، ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية، كما وضحاها الباحثون إلا انه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة على الانفعالات الأخرى بوجود المصاحبات الفيزيولوجية (محمد حسن علاوي ، 1998ص 280).

2-2 تعريف الاكتئاب:

هو حالة انفعالية وقتية او دائمة يشعر فيها الفرد بالانقباض و الحزن و الضيق و تشيع فيه مشاعر الهم و الغم و الشؤم فضلا عن مشاعر القنوط و اليأس و الجزع و العجز .

2-2-1 أعراض الإكتئاب:

- اضطرابات في النوم و الشهية.
- فقدان الوزن.
- سرعة التعب و الارهاق.
- ضعف القدرة على التركيز.
- الحزن الشديد و الاحباط (هندي،2003،ص44).

2-3 تعريف الخوف:

يعد الخوف خبرة أنفعالية سلبية ترتبط بنتائج غير معروفة أو غير مدركة من قبل الشخص تهدد حياته العامة أو حياته الرياضية و هذه الخبرة تتسبب في اضطراب فكري أو بدني أو فسيولوجي أو نفسي أو جميعها.

2-3-1 أنواع الخوف:

1- الخوف الحقيقي:

هو الذي ينشأ فيما يتعلق بشيء خارجي في البيئة مثل الخوف من وجودنا في مكان مظلم أو موحش .

2- الخوف ألنزوعي:

هو الذي ينشأ داخل الفرد مرتبطاً بالغريزة مثل الخوف من الانهيار والموت بينما نحن في صحة جيدة وهؤلاء معنى له في بعض الحالات ومنها ما يشتد في فترات لدى أشخاص معينين يتوهمون في مجرد التعب الجسمي أو الإرهاق العصبي فيقعون في نوبة قلق بالغ ونزع خطير تستمر لبضع دقائق ثم تزول ويصاحب نوبات القلق هذه أعراض جسمية في النبض ومعدل ضربات القلب وصعوبة التنفس والإحساس بالاختناق والغثيان والعرق والضعف المفاجئ (محمد جاسم ولي، 2004، ص 46)

2-3-2 سيكولوجية الخائف:

من أهم تلك المظاهر الخارجية والتغيرات الداخلية التي تقع للمرء عندما يأخذ به الخوف كل مأخذ:

أولاً : ملامح الوجه :

الصفات التي يتصف بها الوجه الخائف فإننا نلاحظ أولاً أن عيني الخائف تتسعان وذلك بانفراج الجفون وابتعادها عن الحدقة وفي نفس الوقت فإن المشاهدة تكون مشتتة ومتنقلة وغير متمركزة على شئ واحد وبالإضافة إلى هذا فإن الحاجبين يرتفعان عن مكانهما الطبيعي كما أن الجبهة ترتد إلى الخلف بحيث تظهر كرمشه فيها كما أن الأسنان تصطك بعضها مع البعض وقد يعرض الشخص الخائف لسانه أو السطح الداخلي للخددين أما الشعر فإنه يقف بالفعل.

ثانياً : لون البشرة :

من الملاحظ أن الشخص الخائف يخضع لسلسلة من التغيرات في لون بشرته ففي اللحظات الأولى من وقوع الخوف فإن الدم يتدفق إلى سطح الجلد وبخاصة الوجه ويكون ذلك التدفق مصحوباً بإفراز كمية من العرق وطبيعي أن يكون العرق المتصعب بنفس حرارة الجسم لدي تصببه وعندما يبرد ويسبب انخفاض حرارة الجسم وهذا يسبب في الواقع تحول لون الوجه والجسم بعامه إلى اللون الأصفر بعد اللون الوردى ومرحلة الثالثة من الخوف يشتد من جهة ويستمر فتره طويلة من جهة أخرى فإن لون البشرة والأطراف يستحيل إلى اللون الأزرق المنسوب بالصفرة .

ثالثاً : حركات الجسم والأطراف :

إن الخوف الشديد يعمل على تفكك المفاصل وربما يكون ذلك راجعاً إلى الجهد الذي يبذله القلب في نقل الدم إلى سطح الجلد تجدد أن الخائف سرعان ما تنهار قواه بحيث لا يستطيع أن يحمل جسمه على رجليه فيرتمي على الأرض جالساً أو نائماً وإن كان الخائف يحمل في يديه ثقلاً ما فإن قبضته عليها تضعف فتسقط الأشياء من بين يديه وتكثر الحركات العشوائية غير الهادفة وتتسم تلك الحركات بالرتابة والنمطية وطبيعي أن يحاول الشخص الخائف الهرب والابتعاد من مصدر الخوف ولكنه يغلب نفسه فيبقى في مكانه عاجز عن الفرار.

رابعاً : صوت الخائف ومدى تحكمه في حنجرتة وحباله الصوتية :

يلاحظ عجزه عن السيطرة على أجهزة النطق لديه فتجد أن ريقه يجف وأنه يصاب بالحبسة وإذا استطاع أن يتكلم فإن صوته يكون مرتعشاً .

خامساً : ما يقع من تغيرات فيزيولوجية:

- 1- تغيرات خاصة بالقلب والدورة الدموية فالقلب يدق بشدة وبسرعة هائلة .
- 2- شدة التنفس واضطراب حركته وفي بعض الحالات ينعكس الوضع فيكاد التنفس يتوقف تماماً.
- 3- تدفق هرمون الأدرينالين بشدة في الدم .

4- حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي وبخاصة في بعض مناطق المخ وفي بعض حالات التي يصل فيها الخوف إلى حد الذعر.

5- حدوث تقلصات عقلية داخلية لا يقف عليها المشاهد من الخارج ولكن ردود فعلها وانعكاساتها تتضح في العضلات الظاهرة للعيان .

الحالة العقلية والوجدانية :

القسمات العقلية لدى الخائف تتحدد فيما يلي :

أولاً: فيما يتعلق بالإدراك :

الملاحظ أن الخائف لا يستطيع إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من احساسات ، إن الإدراك هو الترجمة العقلية لما يصل إلى مراكز الترجمة بالمخ من احساسات عن طريق إحدى الحواس الخمس فمراكز الترجمة الإدراكية بالمخ تضعف أو يبطل عملها إلى حد بعيد في أثناء الشعور بالخوف ولذا فإن الشخص الخائف كثيراً ما يكون عرضة للارتطام بأي شئ يقف في طريقه وهو يهرب من مصدر الخوف .

ثانياً: - فيما يتعلق بالتذكر :

إن الخائف لا يكون متمتعاً بنفس قوة الذاكرة التي اعتاد أن يتمتع بها وفي بعض الحالات التي يستولي فيها الخوف على بعض الأشخاص فانهم ينسون أشياء أساسية في حياتهم أو ما يتعلق حتى بأشخاصهم بما في ذلك اسم اقرب الناس إلى الشخص الخائف .

ثالثاً : فيما يتعلق بترتيب الأفكار ومنطقية التفكير :

فالشخص الخائف لا يتسنى له أن يرتب أفكاره أو أن يراعي المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه وتجد الخائف قد نكص إلى مستوى منحط من التفكير وبما يكون في مستوى تفكيره أيام كان طفلاً وطبيعي أن تكون كلمات مبعثرة بلا نسق ينتظمها أما عن القسمات الوجدانية التي يتسم بها الشخص الخائف:-

1- من حيث تبلور الوجدانيات حول الأشياء والأشخاص .

2- من حيث التقلب العاطفي.

3- التذبذب فيما بين الخوف والغضب .

4- الأحلام وأحلام اليقظة. (محمد جاسم ولي، 2004، ص115)

3- المقاربة النفسية للصدمة النفسية :

3-1 مفهوم الصدمة النفسية :

هي كلمة مشتقة من اليونانية « Trauma » وتعني الجرح مع اصطحابه للخسائر والآلام، واصطلاحاً تعني الصدمة الشعورية التي ترافق الصدمة الجسمية، أو الشعور بخاطر صدمة جسمية أو كل الأخطار التي تعترض سلامة الفرد الجسمية، النفسية والفكرية، وفي غالب الأحيان تنشأ هذه الصدمة من بروز حادث مفاجئ وعنيف والذي يتعدى قدرات الفرد في التحكم في مشاعره والذي يسبب المفاجأة أو الإحافة ويطلق العنان أو يفسح المجال لردود فعل غير متكيفة.

استخدم رائد التيار التحليلي س. فرويد مصطلح الصدمة ليدل على معاني هي: أنها الصدمة العنيفة أو الكسر والإصابة البدنية وأثرها على الإنسان ، والصدمة بهذا المعنى حدث في حياة الإنسان أو هي تجربة معاشة تؤدي خلال فترة وجيزة إلى الزيادة في الإثارة إلى حد كبير، ويتحدد هذا تبعاً لشدةها والعجز الذي يجد المرء فيه نفسه ويعبر عنه س. فرويد بضعف الأنا أو قوته، فتلك الاستجابة الملائمة قد تحيلنا إلى البعد الاقتصادي النفسي، أي ما يسمى بالطاقة النفسية، أي التكلم عن أحداث عنيفة أثارت سيوررات نفسية تكون قوتها تفوق تحمل واقى الإثارات. فالصدمة النفسية تصف حوادث عنيفة تؤثر داخلياً على النفس والتي تغمر شدتها الجهاز الواقى للإثارات الذي يعتبر غلافاً للجهاز النفسي، والذي لديه دور الحماية من الاعتداءات الخارجية، وعدم قيامه بهذا الدور في حالة الصدمة يسبب في اختفاء دفاعات الأنا وتدميرها (الكبت، الإسقاط، العزلة، الرفض...).

أنه ليست كل الصدمات النفسية نتيجة إضافة إلى هذا يرى لعنف بدني، حيث أن بعض الأفراد لا يلزمهم سوى حالة هلع وخوف تكفيهم للإصابة بأعراض صدمة نفسية (A Boucebc, 1996).

وتكون الصدمة دائماً نتاج التحام صنفين من الأفعال:

- من جهة الحوادث التي يجد الفرد نفسه فيها بصفة مؤقتة أو دائمة، ومن جهة أخرى القدرات الداخلية التي يتوفر عليها هذا الفرد للتصدي لهذه الحوادث وتسيير هذه الحالات، فتحدث الصدمة عندما لا تكفي هذه القدرات للتصدي ولكي يتم المحافظة على التوازن بكل صفاته.

و جاء أن فرويد عام 1923 أعاد النظر في مفهوم الصدمة الذي يعيده إلى نوع من سلاسل التمام بين الأخطار الخارجية والداخلية وعموماً فالصدمة كموقف فشلت فيه وسائل التوافق العادية للفرد وعند فشل الأنا في التوافق تبرز ظاهرتان:

- يتضاءل الأنا وينغم وتبرز أعراض بعيدة عن سيطرته ويعيشها الفرد بصورة سلبية.

- يحاول أن يستعيد الأنا سيطرته على الموقف بأسرع ما يمكن حتى ولو استخدم لذلك أساليب الطفولة مع استثارة انفعالية شديدة ومستمرة. (فرج عبد القادر طه، 1984، ص247)

وفي نفس سياق النظرة الاقتصادية النفسية للصدمة النفسية عند فرويد ما يحدث الصدمة النفسية هو عدم قدرة الجهاز النفسي على تفريغ الضغط النزوي، وفي هذا يكون مبدأ اللذة الذي يكون دوره هو إبعاد هذا الضغط

الزائد مهمشا ومبعدا بسبب العنف الشديد والمفاجأة، إضافة إلى القلق الذي لم يقوم بدوره لإعلان حالة الطوارئ، لهذا تساءل فرويد ما إذا كان الفعل الصدمي قد وجد المستقبلات غير مهياًة للرد وفسر هذا الصراع في الأنا ما دام نفس الحادث الصدمي لا يؤثر على فرد آخر.

أما Sandor Ferenzi فيعرف الصدمة النفسية بأنها انهيار الشعور بالهو، القدرة على المقاومة للسلوك والتفكير لرعاية الهو وأنها فقدان الاستجابة من طرف الفرد تجاه وضعية ضيقة وتحقق لحظة ذهانية ينتج عنها انفجار أو تفتيت الأنا ويمكن أن يكون لها تأثير نرجسي (فرج عبد القادر طه، 1984، ص250).

3-2 أعراض الصدمة:

على الرغم من اختلاف طبيعة وسبب الصدمة، إلا أن النتائج التي تلحقها في الأخير مقارنة ومتشابهة، فضحايا العنف الجسدي والكوارث الطبيعية أو الحروب تعترضهم ظهور أعراض صدمية كثيرة والتي تلحق بكل جانب من جوانب شخصيتهم عضويا ونفسيا وتلخص كالتالي :

3-2-1 الأعراض الحسية:

يكون فيها فائض من الإحساس المتداول وهي استجابات سريعة لأي منبه خارجي وتكون تشبه في أي شكل من الأشكال الحادث الصدمي.

- الإنقباض:

يظهر بطريقة سريعة وينتاب الضحية حسها الشعور بالذنب، مما يؤدي بها إلى الانطواء، ويتميز بالإحساس بالحزن والأسى والألم الذهني يصاحب المصدوم أيضا هيجان ونشاط حركي وسلسلة من الانقباضات اللمسية لفقدان الأمل.

- القلق:

الخوف والضغط من الأزمة العصبية، الخوف من الجنون، الخوف من الموت والإحساس بالوحدة وهي تظهر عند المصدوم على شكل مخاوف مرضية، فالضحية تبتعد كل البعد عن كل ما يذكرها بالحوادث، فهي تبين نوع من تقليل مقابل الكثير فهية المصدوم من منبهات طبيعية في الحياة تجعله يعيش حياته حاضرا ومستقبلا في الهول والرعب والاشتمزاز و تعلن للفرد في الأخير بأن لا معنى لوجوده.

- الغضب والتهيج:

عادة المصاب بالصدمة، تجدد من جراء الحالة النفسية الغير مفهومة التي يعيشها تكون له ردود أفعال كالغضب الشديد والسريع .

- الوحدة:

- يشعر المصاب بالصدمة بالوحدة حتى ولو كان مرفوقا بالآخرين، وفي حالة أخرى تجده ينعزل عن الجماعة مفضلا الوحدة.

- التقلصات:

- حالة يكون عليها المصدوم، حيث يميزه فقدان الوعي الإدراكي الشعوري مع تقلص عضلي موضعي أو عام، وهي وسيلة دفاعية يتخذها الضحية من اجل الهروب، وذلك لعجز الذات عن مواجهة الموقف الذي هو فيه.
- رهبة (رعب):
- يعتبر من أسباب إيقاف نشاط الأنا والضحية يصبح غير مبالي لا يهتمه في الحياة شيء ولا حتى ما سبق أن عاشه .
- الانهيار:
- الانهيار يسبب للمصدوم اضطراب ذهني ونفسي ويكون لديه نظرة سيئة عن نفسه ويسبب له خمول فكري ، وهو نوع من فقدان الثقة في نفس.
- ن - الاكتئاب:
- حالة الحزن المتكرر والإحساس بالأسى (أسامة كامل راتب، 1981، ص54).

3-2-2 الأعراض السلوكية:

-إعادة المعيشة:

تغمر المصدوم في حالة اليقظة ذكريات حتمية ومتكررة ناتجة عن الصدمة التي تشوش نشاطه النفسي، وهذه الذكريات تتعلق بنظرة معبرة عن مشهد صدمي مصحوب بأصوات أو روائح عاشها بحواسه أثناء حدوث الإصابة العنيفة التي سببت الصدمة. وتظهر هذه الحالة عند المفحوص تلقائيا لاسيما في حالة شرود الذهن أو قد يتم استرجاع هذه الذكريات بمجرد ظهور شيء يذكر بالحادث، وقد تحدث المعيشة عدة مرات في اليوم.

-الكوابيس:

- نوم المصدوم متقطع، نظرا للكوابيس المتكررة في الليلة الواحدة، ففي البداية لا يكون المحتوى لإعادة للصورة المسجلة في حالتها الخام خلال المشهد الصدمي، ثم يتطور ذلك ليتناول مواضيع كالموت وتلقي العنف حتى تصبح أكثر وضوحا (Thomas, 1995).

وكل معيشة لكابوس تسبب قلقا في أعلى درجاته الذي يحس به المصاب أثناء الصدمة مصحوبة بانفعالات مثل:

-الخفقان السريع - الإحساس بالانقباض الصدري

-الانزعاج - الغثيان

-الدوخان - الاقشعرار

-الارتعاش - ارتفاع درجة الحرارة

-الاجترار:

- عند البعض، يمكن ظهور بعض الاجترارات الفكرية المستمرة التي يتم خلالها معالجة مختلف السيناريوهات من طرف المصاب، كأن يقول مثلا " : كان بإمكانني تبني سلوكا آخر عوض الذي قمت به..."

-الحصر:

هو نتيجة مركزية للقلق الصدمي، وله مجموعة أعراض هي :

■ **قمة الحصر:**

يظهر في الملح والذعر لمجرد صوت طفيف مفاجئ كانغلاق الباب ورن جرس الهاتف... وهذا يكون على شكل إشعار بإنذار .

■ **الحصر الدائم:**

القبضة الفائقة خلال أزمات القلق الشديدة تبرز حالة قلق دائم يتميز بالحذر الشديد، فتجد المصدوم كأنه يترصد لخطر في كل لحظة ما لأن كل شيء بالنسبة له مهدد.

■ **سرعة الانفعال :**

يتمثل في سرعة انفعال شديدة، أي معارضة أو ملاحظة صوت معتاد سماعه يثير حالات الغضب قبل الإصابة، غير أن هذا الغضب والانفعال يتميز بالزيادة القسوى مع انخفاض روح التسامح اتجاه المحيط.

■ **اضطرابات معرفية:**

تجده يعاني من صعوبة التركيز، و اضطرابات في الذاكرة.

■ **اضطرابات في النوم:**

القلق المستمر يجعل النوم متقطعا، بالإضافة إلى الملاحظة أن المصدوم لا يستطيع النوم لوحده، فيبحث عن مشارك له في الغرفة.

■ **سلوكات اجتماعية:**

يعيد المصدوم تنظيم حياته المادية والنفسية وذلك باجتنااب الأماكن والأشخاص وكل النشاطات والمواقف المذكورة بالحادث.

■ **الشعور بالذنب واللامبالاة:**

عدم الشعور باللذة، الانطواء، فقدان الإحساس، و رفض كل علاقة، خاصة الجنسية منها والابتعاد عن المحيط، ما هي سوى عوامل وسلوكات نتيجة الشعور بالذنب من جهة و اللامبالاة من جهة أخرى(Thomas, 1995)

3-3 مراحل تطور الصدمة:

3-3-1 انفجار الصدمة:

الاستجابة لها متعلق بصفة مباشرة بفرق الصحة العقلية للأفراد، وهناك نقطتان أساسيتان في الصدمة:

- أولهما متعلق بعنف الظاهرة كالضرب أو الاعتداء المباشر بعشوائية، وأحيانا دون سبب، فهذا الاعتداء يكون على هوية الشخص وهذا ما يشعر به المصاب.

- ثانيهما عند التهديد بالعنف فقط دون التجسيد الفعلي، فهذا أيضا له وقعته على نفسية الشخص وهنا يهمل الموت ويدفع إلى اللاشعور، وترجم الصدمة هنا بعدم قدرة الوعي على إدراكها أو تقبلها. وعند حدوث الحادثة

العنيفة، فإن فقدان إمكانيات التعرف سوف ينتج عنه النكوص الفكري الذي يجعل الفرد يتصرف كأنها فاجأه حيوان مفترس. (الصدمة والسلوكيات العدوانية، 2001، ص32)

وعليه فهناك إمكانية التصدي أو الهرب، ففي الحالة الثانية يشمل الضحية شللاً يحسبها بالضعف والاستسلام وفقدان الشخصية، بل والضحية تجدها كأنها فقدت شيئاً بداخلها، حيث يفقد الشخص نهائياً الشعور بالارتياح، والعودة لنفس الحالة في نفس المكان يذكره دوماً بنفس الشعور وهذا الشعور مضاعف بحدوث داخلي كأن يقول مثلاً "كنت أشك في هذا ... توقعت أن ...". وهي محاولة التحكم في الحدث خارجياً.

3-3-2 أثناء الموقف الصدمي:

هنا تكثر الاستجابات والفيزيولوجية التي تشبه محاولات مجهضة للهروب وللتفادي، وهنا تدخل النظرية الاقتصادية النفسية التي تفسر هذه الردود في الأفعال بالفائض في التنبيه للجهاز النفسي، مما يتطلب الاستجابة قصد التفريغ والتوازن و حسب « Jean Delay » حالة الضغط الحادة للعضوية ترغمها على توظيف دفاعها لمواجهة الموقف المهدد، في حين إذا تغلب القلق، فإن عملية التكيف العادية قد يتم تجاوزها والنتائج والفيزيولوجية الناجمة عن توظيف العضوية لمواجهة تترجم بإنتاج مستمر لهرمون " الغليكو كورتويد " الذي له تأثير خطير على العضوية إذ تبقى عاجزة (اللبيدات. لغلوسيدات، البروتيدات، إنتاج الخلايا الدموية، ارتفاع حمض الكلوريك في المعدة)، وتعتبر هذه من النتائج الفيزيولوجية للقلق، ولا تكون هذه الاستجابة ذات منفعة إلا إذا كان الشخص قد وظف هذه الطاقة المنتجة للهروب، في حين لو بقي مشلولاً في مكانه وجمع كل الإحساس بالتهديد عدة مرات فقد يعاني من بعض المظاهر الثانوية التي من أشهرها القرحة المعدية.

3-3-3 بعد الصدمة مباشرة:

يكون إحساس بقلق غريب، وعند ظهور كل نتائج الاعتداء والعنف الذين عاشهما الشخص، يمكن أن يصاب بما يعرف بالفصام، الذي يعرف بالخصائص التالية: تفكك الفكر، والفعل والعاطفة ويشار إلى هذا التفكك بالتنافر، فقدان الترابط، التحلل، اللامبالاة اتجاه الواقع والانطواء على الذات مع طغيان حياة داخلية غارقة في النشاط الهوامي.

فالضحية تخرج من هذا الانهيار البدائي في حالة تعب كبير، ولا يستطيع إيجاد النوم في الليالي الأولى، كما أن الذكريات التي تبدأ بالصورة، الصوت، الرائحة، الحركة، الإحساس والحرق ... إلخ، تعود بقوة خلال الليل وتأتي في مخيلة الفرد صور حية وصافية تؤثر سلباً على حياته. وقد درس العلماء هذه الحالة، أي الكابوس ما بعد الصدمة الذي يعتبر قريباً من الهلوسات، حيث أن الضحية كونها تعاود معايشة الحالة في الكابوس فهي تعيشه بطريقة واضحة حتى أنها تعرف تماماً المخرج منه (الصدمة والسلوكيات العدوانية، 2001، ص35).

3-4 آثار الصدمة النفسية :

3-4-1 على المدى القصير:

مشاعر عنيفة - الإنغلاق على النفس - الشعور بالاعتداء - ردود أفعال متعارضة.

3-4-2 على المدى المتوسط:

- أزمات قلق مصحوبة أو غير مصحوبة بالذكري الصدمية.
- يمكن لأزمات القلق هذه أن تظهر دون تذكر الصدمة، أي على انفراد ودون سبب.
- نفس هذه الأزمات (القلق) يمكن أن تظهر في مناسبات أخرى لأسباب مختلفة تماما، أين يغضب المصاب بشدة وما يزيد في غضبه هو جهله لسبب قلقه.
- حساسية للمظاهر التي تسبب له معايشة الحدث والصدمة، فجنده إما أن يتفادها أو يحتك بها قصد التذكر.
- التكرار، حيث أن الجهاز النفسي يستعيد الحدث كأن يقول الشخص في نفسه "هذه المرة سأتحكم في الحدث وسأرى ماذا سأشعر بعدها....".
- وفي الاستعادة يخبرنا « Claud Barrois » أعراض الإستعادة في العصاب الصدمي يبدو عملها كذاكرة تشتغل في الاتجاه المعاكس، حيث أن تخزين هذا الحدث في الذاكرة ليس له نفس المعنى كالذاكرة العادية، فالأثر الصدمي ليس تذكارا عاديا وتكرار الإصابة النفسية الصدمية (عصاب الرهبة) يذكر في نفس منطق القيم التالية:
- قوة الرهبة.

- قيمة فقدان الأغراض بنفس قيمة فقدان الذات.

- انغلاق القدرة على تسجيلها في الذاكرة.

- في الحالات الأقل ضررا، اضطرابات النوم والكوابيس غير موجودة تماما.

3-4-3 على المدى المتوسط والطويل:

- الشعور بالاعتداء الذي يجعل الشخص المصاب حاملا

- أفعال غير مكيفة وهذا في حالة عودة الخطر(الحادث الصدمي).

-ابتعاد الشخص المصاب بالصدمة النفسية عن محيطه وأفراد مجتمعه لمسافات طويلة.

3-4-4 على المدى الطويل جدا:

-ملاحظة وإعادة تنظيم دفاعي، أين يعاد تركيب كل التوظيف النفسي حول الصدمة.

-تنظيم عصاب صدمي صلب ومضاد لأي محاولة علاج نفسي (محمد نابلسي أحمد، 1991، ص66).

3-5 العوامل المهيئة لحدوث الصدمة:

تعرض حياتنا اليومية إلى عدة حوادث تختلف شدتها حسب الآثار التي تتركها في نفسية الفرد وسلوكاته، لكن هناك عوامل ومتغيرات تساهم في بروز هذه الآثار كعوامل القابلية التي تعتبر كعوامل أساسية تؤثر بشدة على حالة الشخص المصدوم ، الذي تحدث له تغيرات متمثلة في قوة الحدث وشدته وكذا ديمومته، و الذي يكون عاملا حساسا في الاستجابة السريعة للحدث، خاصة إذا كان هذا الأخير مباشرا ومقصودا باتجاه الفرد، وقد يساعد في ذلك ضعف شخصية الفرد التي تحول الفعل العنيف إلى صدمة، بالإضافة إلى مدى تأثر المحيط بالحدث

الذي يمهّد القابلية واحتواء الفرد له وزيادة إلى ذلك، انتشاره في وسائل الإعلام كالتلفاز، الراديو، الجرائد والمجلات، يزيد وبطريقة غير مباشرة في تفاهم وترسيخ الصدمة لدى الفرد. (فيصل عباس، 1991، ص32).

كما أن نوعية الصدمة لها وزن، لأنه كلما كان الحدث ناجماً عن أشخاص، كان عنفه قويا وشديدا يدل من الحوادث الطبيعية مثلا، إضافة إلى عامل الجنس، فالاستجابة تكون أكثر عند الإناث منها لدى الذكور، كما أن ارتباط الفرد بالجماعة التي ينتمي إليها يزيد في إحساسه بالعزلة التي ينتج عنها فقدان الثقة في نفسه وحتى في الجماعة، بالإضافة إلى تأثير الضمير (فيصل عباس، 1991، ص54).

4- الصدمة النفسية حسب علم النفس العلاجي:

يعتبر ميدان علم النفس العلاجي، حقل يضم مختلف الطرق والتقنيات اللائقة والمكيفة للوقوف أمام الحالات النفسية المضطربة أو المرضية، ففي حالة الصدمة النفسية يطول تدخل المختص إلى معدل ثلاثة أشهر، مع بداية بوهلة حصتين أسبوعيا، ويتم ذلك بمقاومة مختلف أفراد المحيط للشخص المصاب، مما يجعل من الأعراض شيئا معمما وعاديا، مما يجعل المصاب يعيش حياته النفسية دون أن يكون مرغما عن إبعادها.

وتأخذ هذه المقاربة العلاجية المبكرة الاعتداء أو العنف الممارس ضد الشخص المصاب، وتحلل وقعها وتأثيرها في نفسية هذا الأخير، ويرتبط مدى وقعها وتأثيرها ارتباطا مباشرا بتاريخ وسوابق الفرد النفسية.

يجب علينا الاعتراف أن هذه الطريقة أو هذا التيار العلاجي له وقعه الإيجابي ونتائجه الملموسة، حيث أنه يسمح للمصاب أن يتجاوز صدمته وإصابته البدنية التي لم تكن سوى سببا لكشف وتعبيد الطريق أمام مشاعر باطنية كانت مكبوتة منذ الصغر صعّدت إلى مستوى بائن بسبب الإضطراب النفسي الحالي، حيث أنه يصعب فهم وقع الصدمة والكيفية التي ترسم بها أثرها إلا في ضوء ما قد عاشه الشخص من ذي قبل، ولهذا لا يكفي ملاحظة البكاء أو الصراخ عند سرد الأحداث الصدمية، بل يجب تأويلها وتحليلها، وفي حالات أخرى يمكن ألا تصدر إلا أعراض الحدث الصدمي نفسه دون سابقاته.

إن التدخل العلاجي المبكر، يسمح بعدم تجمع الأعراض والحالات المتكررة التي تسبب في ظهور أعراض تكشف عن حالة مزمنة.

وبصفة أكثر عمقا عن دور علم النفس العلاجي في حالة الصدمة النفسية، يرى Gerard و Karen Sadlier و Lopez أن على المختص المعالج أن يحاول التعامل مع المكبوتات والتثبيت للأحداث القوية الصادمة التي واجهها الشخص، و ليست نفس الطريقة ناجمة مع كل الأشخاص، ويرى أيضا أن هذه الطرق العلاجية المبكرة يتم اعتمادها قصد السماح للمصاب في فضاء مقابلة عيادية أن يعبر ويتّرحم ما يشعر به في ظل التحطم النرجسي الذي يعاني منه.

وما ينتظر من هذه الطريقة، على الأقل عودة الاستقرار النفسي رغم حركية العوامل النفسية، البدنية، وحتى الثقافية، وعلى مستوى الشخصية يظهر التغيير في التحسن العام أو الخاص في ظهور الأعراض على شكل سلوكيات (Bertrand Michelle, 1991).

1-4 مراحل الصدمة النفسية حسب علم النفس العلاجي:

1-1-4 مفهوم اضطراب الشدة ما بعد الصدمة:

يعتبر اضطراب الشدة ما بعد الصدمة استجابة عادية لأحداث صادمة. وتمثل هذه الأحداث في التعرض لعنف جسدي أو لحادث مفاجئ أو لكارثة ما، حيث تلازم الشخص المصدوم. (محمد نابلسي أحمد، 1991، ص120)

2-1-4 وقت الكمون (من الصدمة إلى ظهور العرض):

لا تظهر الأعراض الناتجة عن العصاب الصدمي مباشرة بعد حدوث الحدث الصدمي، ولكن التي تعرف بالمدة اللازمة التي يستطيع الفرد بعد فترة تدعى فترة الكمون من خلالها الرجوع إلى جو أكثر حماية (كالأسرة أو المستشفى)، ومن جهة أخرى، يحدث في هذه الفترة عمل إعادة تنظيم عصبي يتركز على ضمان الدفاع، لكنه متأخر وليس في محله، وتبدو هذه الفترة ظاهريا هادئة، إلا أن المختص في علم النفس المرضي يمكنه ملاحظة علامات لأعراض متنوعة كالانطواء على الذات، الانسحاب، الانهيار وزلات اللسان. وقد سميت هذه الفترة أو هذا الوقت، وقت الكمون بتسميات أخرى كفترة الحضانة، فترة النقل وفترة التأمل.، تتركز إضافة إلى الأعراض المذكور. أما في الدليل الإحصائي للأمراض الظاهرة في هذه الفترة، وتدوم هذه الأخيرة) فترة كمون (بحسب اختلاف الأشخاص وشدة الصدمة، من بضعة أيام إلى عدة شهور، وفي حالة تجاوزها مدة ستة اشهر بين الصدمة وظهور الأعراض هنا فترة الكمون هذه مهمة جدا . نتحدث عن حالة الضغط ما بعد الصدمة في الساحة التطورية للمرض، فإذا ما تمكن المعالج قطع مدة دوامها أي توقيف صدور بعض الأعراض كالوحدة والانطواء... إلخ، يكون ذلك سبيلا ناجحا للعلاج المبكر (Guerin Florence, 1990)

2-4 كيفية استقبال المصاب بالصدمة النفسية:

هذه بعض الإجراءات التي يتم إتباعها والعمل بما قبل كل حصة علاجية:

- الإصغاء له، قصد تحديد المشاكل التي يعاني منها، وهذا بالسماح له بالتعبير عنها بلغة الأهداف المستقبلية حسب أهميتها المتبادلة.
- تفسير وتحليل العملية العلاجية.
- توضيح خصوصيات العلاج.
- محاولة كسب ثقته.

-البداية في عملية تدوين قاعدة الحالات الأساسية للصدمة وردود الفعل أو مظاهر الأعراض المرتبطة.

1-2-4 مختلف معالم التدخل:

1-1-2-4 الإدماج الوجودي:

- الاتجاهات والمعتقدات
- الاندماج في الوقوف أمام العنف سواء بالأفكار أو بالتنظيمات.

2-1-2-4 العلاج الإدماجي البعد -الصدمي:

إدماج وسائل وطرق علاجية من مختلف التيارات العلاجية: التحليلية المعرفية، السلوكية، التنويم الاريسوني.

4-2-1-3 الاندماج في طرق ونماذج الحياة:

العلائقية- العائلية- المهنية (ASSOCIATION BOUCEBCI,1992)

4-3 بعض النماذج العلاجية:

4-3-1 الطريقة العلاجية الإدماجية البعد -صدمية « TIPT »:

هو نموذج علاجي محدود، أي أقل أو أكثر من عشر (10) حصص لمدة ساعة واحدة، تكون موضوعة في مراحل العلاج، ويأتي ذكرها كآلي:

○ وضع التحويل والعقد العلاجي: ويتم ذلك كالتالي:

-الإعلام حول العهدة والسرية في المعلومات.

-الإعلام حول تطور الأعراض والتخفيف من حالة المأساة.

○ مرحلة التشخيص:

- البحث عن صدمات قديمة، انفصالات، حالات نفسية تفسر بالحداد على حالة سابقة أو شيء سابق المكسب.

-صنف الشخصية.

-الإيمان بالعلاج.

-تقييم وتعداد الأعراض.

○ الانعكاسات الحالية للسلوكات في الإطار العائلي والوظيفي:

- مراقبة كل ما يحيط الشخصي والعائلي.

- البحث عن مصادر تسيير الضغط.

- إعادة التنشيط الشعوري والعمل على بعض المشاعر الخاصة كالغضب، الإحباط والإحساس. بالذنب.

○ إعادة الربط الاشتراطي لسلوكات التفادي والبحث عن عوامل تنشيط هذه الحالة.

○ إذا كانت الحالة خطيرة، يجب تهيئة انطلاق عمل حداد بمراحله المختلفة.

○ وضع الطقوس كوسائل مساعدة إذا تم اللجوء لها.

○ البحث عن شكل الحدث في مراحل الحياة للمصدم كالتأكيد على مشاريع جديدة وتشجيعها.

○ برمجة حصة مراقبة، أسابيع بعد ذلك.

أما على المستوى الفردي، فيكون هناك استمرارية علاجية إذا كان:

-المصاب يقدم مجموعة الأعراض السابق ذكرها عن الصدمة النفسية صباح كل يوم.

-ارتفاع في سلوكات التفادي مع البحث عن التكفل والمساعدة الحقيقية بما فيها المادية.

4-3-2 نموذج "هورويز":

يرى هورويز أن الأحداث الناجمة عن أي حالة تمثل خطرا وتسبب آثارا تحتوي على قدر كبير من المعلومات الخارجية والداخلية يستحيل إدماج معظمها في المخططات المعرفية للشخص بسبب خروجها عن إطار أو مجال حياته العادية، وعدم القدرة على إدماج هذه المعلومات يؤدي إلى التراكم المفرط أو الزائد للمعلومات، ونظرا لصعوبة إدماجها يبقى هذا التراكم الزائد للمعلومات خارج الوعي الشعوري، وتقوم الآليات الدفاعية للرفض بالمحافظة على معلومات الصدمة في الإطار اللاشعوري، لكنها تتحول تدريجيا إلى الوعي الشعوري، حيث يتم هضمها، وهذا يفسر الجانب المعرفي للصدمة حسب "هورويز"، أما من الجانب العلاجي فيرى أنه يتم كالتالي:

- إعادة تموضع الأحداث.
- إعادة النشاط الشعوري.
- إعادة الربط الاشتراطي للسلوكات ذات الأعراض.
- إعلام -تعميم -تبسيط -رفع حالة التأزم.
- تدخلات استكشافية.(Thomas, 1995)

4-3-3 أوقات العلاج الثلاثة:

لا يتم الاعتماد على هذه الطريقة العلاجية أحيانا إلا بعد فترات عيادية طبية فورية، وهذا سيسهل من تطور فترات تطبيقه، غير أنه يشترط أن يتم اللجوء إلى العلاج الطبي الفوري مباشرة فورا بعد الحدث الصدمي، وتعتبر هذه الفترة كوقت أول لطريقة Debriefing أين يطلب من المصاب أن يتكلم ويروي كل ما يدور في باله باقتناع ، غير أنه يحضر للوقت الذي سيليه والذي يكون بمثابة بناء جماعي أين يكون الفرد أحد المتحدثين في الجماعة، إن هذه الطريقة تنتمي خاصة إلى الوقت الثاني ، الذي يمكن أن يتبع بمحضر عيادية طبية قصيرة، متوسطة أو طويلة المدى، وبذلك يكون الاندماج في العملية العلاجية .

يمكن أيضا اقتراح مقابلات عيادية جانبية على ألا يكون عددها كبيرا وتكون سهلا كلها مركزة على الحدث الصدمي نفسه كوقت ثالث يسمح للمصاب بالخروج من أزمته والتحدث عن تأزماته والتعبير عنها وإعادة معاشتها، وهذا يساعد على كبت ودفن هذا الحدث الصدمي وآثاره على المدى المتوسط والبعيد كحالة أولى، والتكيف مع الأحداث المستقبلية كحالة ثانية (Thill.E , Florance. 1991)

4-4 مختلف أصناف التدخل العلاجي:

4-4-1 الطرق العلاجية الفورية:

- تتجه الخطوات الكبرى للتدخل في ثلاثة اتجاهات:
- صحة إعادة رد الفعل.
- التمركز حول الحدث.
- التكفل (الجماعي أو الفردي).

هذه التقنيات أو الطرق ضرورية للمدى القصير، غير أنها لا تعالج كليا الآثار على المدى المتوسط والطويل، ولا تساعد المصاب على التعبير عن ما يعبر عنه الوقت المستقبلي، والدموع ترمز إلى ما لم يتم لفظه.

4-4-2 الطرق العلاجية التحليلية: هذه التقنية تعمل على " الاستنطاق " وترجمة تحليلية لما يتم لفظه، هذه التقنيات مرتبة في إطار يسمح للمصاب التعبير على كل ما يدور في باله وفي نفس الوقت السماح للمختص بالاستماع والتفكير في نفس الوقت، وتسير هذه الطريقة كلما عبر المصاب بجديّة، وفهمه المختص جيدا.

4-4-3 الطرق العلاجية التدعيمية:

في هذه الطريقة يركز عمل المختص على ما ينتظره منه المصاب ومن طرق علاجه، ويتميز هذا الصنف من العلاج بعدم ارتكازه على فهم ما يحدث تماما، فالغاية منه متعلقة مباشرة من هيكل العلاج ويقصد بالهيكل كل ما يتعلق بالإطار والموعد المحدد لذلك، مما يسمح للمصاب بتحديد أهداف واضحة، وفي هذا النوع من العلاج يعمل المختص على مساعدة المصاب للوصول إلى تحقيق أهدافه وتدعيمه لتحقيق مشروعه، والتحويل هنا، بمثابة أمر إيجابي وتوقعات المصاب أيضا تعتبر أمرا إيجابيا في عملية العلاج.

إن العديد من الحصص العلاجية في هذه الطريقة تتم وجها لوجه عكس الطريقة التحليلية، أين يكون المصاب مستلقيا والمختص خلفه وهذا قصد تشجيع التداعي الحر (فصل عباس، 1981، ص102).

4-4-5 الطرق العلاجية السلوكية:

قام كل من «Peterson et Coll» بوضع ثلاث طرق أساسية، المؤسسة على التداعي وتقنيات تسيير القلق و تقنيات العرض، أي التصور الخيالي القصير والطويل، وهذه الطرق خاصة مشتركة تتمثل في وضع الشخص المصدوم أمام حالات مقلقة وهو في حالة استرخاء، مما يجعله يضبط ردود أفعاله.

4-4-6 الطرق العلاجية المعرفية:

تعتبر تقنيات « Beck » الأكثر تطبيقا في هذا المجال قصد معالجة اضطرابات القلق وبالأخص القلق في حالة الضغط ما بعد الصدمة لأحداث محددة .

وتهدف هذه الطريقة إلى إرساء نظام المعتقدات المعتاد لدى الفرد المصاب، حيث أن هذه المعتقدات تكون متعلقة بمعنى الحدث والتأويلات التي يسببها بطريقة يقوم فيها الفرد بالمعرفة ثم تغيير (إعادة هيكلة معرفية) المعارف المتسببة في اللاتكيف مع الحالة الجديدة (الحالة الصدمية). تحاول الطرق العلاجية المعرفية للضغط ما بعد الصدمة أن تجعل الصدمة مندمجة بتطوير الإدراك، الترجمة التأويل وتناول المعلومات المتعلقة بالحدث وتحليلها، فيحاول المعالج أن يلغي بعض التشابكات المعرفية ويغير الأفكار السلبية للأفراد المصابين ومساعدتهم على إعادة التكوين بصفة إيجابية و بطريقة أكثر موضوعية دون إنقاص أو تضاعف، ويقترح « Meichenbaum » علاج في خمسة مراحل هي:

1 -بداية العمل : يستحسن خلق ظروف مهيأة وملائمة.

2-الأخذ بعين الاعتبار الأعراض وتوضيح نوع العلاج النفسو -صيدلاني،و تعليم إستراتيجية تسيير القلق الخاص بالأعراض كالتجنب، التهجم والغضب.

4- مساعدة المصاب الضحية (إلى هيئة منفذ) أن يروي حادثة ويبحث عن معنى لها، يعرض نفسه لمنبهات خطيرة، مما يجعله يحدد بدقة أي المنبهات له علاقة بحالته.

5- مساعدة المصاب على استعادة علاقته مع محيطه العائلي والمهني وتشجيعه على لعب دور مساعد لمصدومين آخرين (فصل عباس،1981،ص103).

4-4-7 العلاج بالتنويم المغناطيسي:

يرى D.SMAGA أن البعض من الأفراد الذين عانوا من أعراض الصدمة كالانفصال عن المحيط، صعوبة النوم، غضب كبير، صعوبة التركيز،... الخ، لجأوا إلى الكثير من الطرق العلاجية، غير أنهم وجدوا في التنويم المغناطيسي وسيلة لتجاوز الإدراك الغير إرادي لعوامل التجربة الصدمية. (نفس المرجع السابق)

وقد تناول الأدب العلمي حول التنويم المغناطيسي والضغط ما بعد الصدمة، حقيقة ضرورة التنويم كوسيلة لدراسة وتناول الصراعات البين نفسية الداخلية في نظرة نفسو -ديناميكية، وتناول البعض من المؤلفين تضاعف الشخصية كميكانيزم دفاعي عند ظهور الصدمة، و هذا التضاعف في الشخصية يترصدهم لظهور ميكانيزم التكرار، ويمكن للتنويم المغناطيسي أن يدمج التصريف الذي يعتبر علاجيا بإعادة إدماج المعيش الصدمي والشفاء من التضاعف في الشخصية.

ويظهر دور التنويم المغناطيسي في استعماله كعلاج تدعيمي للتحكم في القلق وتذكر الصدمة عندما يجد المصاب صعوبة في ذلك، وفي التنويم المغناطيسي التصريف الذي يعتبر تقنية تسمح للمصاب أن يعايش الصدمة وآثارها الشعورية وتسمح بإعادة إيجاد عوامل تم نسيانها من طرف المصاب وإعادة دمجها في معيش الفرد المصاب، غير أن لإستعمال هذه الطريقة عيوب، حيث ينصح عدم استعمالها في الحالات التالية:

- إذا كانت للمعالج شكوك حول فعالية هذه التقنية على الشخص المعالج.

-إذا تعلق الأمر بأشخاص ذوي هيئة شخصية محدودة أو ذهانيين.

-إذا ما لم تتوطد العلاقة مصاب -معالج.

4-4-8 العلاج النفسو -صيدلاني:

يلخص Vander Kolk هذه الطريقة في ثلاث نقاط هي:

-مواجهة التجربة الصدمية.

-المراقبة والتحكم في الاستجابات البيولوجية والفيزيولوجية للضغط.

-إعادة إدماج اجتماعي وتقوية إستراتيجية التكيف.

-التخفيف من ظهور الأعراض المهمة (الأعراض المفتاحية).

-تحسين القدرة على الاستجابة للضغط.

- تحسين نوعية العيش.
- تخفيض هذه الإعاقة النفسية وتخفيض هذه الأعراض المتصلة بها.
- التحسين والتغير من الأعراض التجنبية.
- تخفيض النشاط العصبي -النباتي المرتفع في الجسم (فيصل عباس، 1981، ص105).
- 4-5 التدخل أثناء المرحلة الحادة:** التدخل الاستعجالي في حالة التدهور النفسي الناتج عن إصابة بدنية خطيرة من جراء تدخل أو اعتداء جسدي على الشخص يكون في 48 ساعة الأولى التابعة للحدث الصدمي يحتوي هذا التدخل الاستعجالي على:
 - التكفل الانفرادي:** والذي يحتوي على نوعين هما:
 - تكفل هيئي.
 - تدعيم علاجي.
 - التكفل الجماعي.**
- 4-5-1 الإجراءات الواجب تطبيقها أثناء المرحلة الحادة:**
 - توفير علاقة إيجابية: الحماية، الدعم، التفهم، الإصغاء والتفرغ.
 - ضمان حضور دائم مع الاحتكاك المحدود والمتكرر.
 - المشاركة في رسم وتنظيم النشاطات.
 - إعطاء معلومة نسبية بالنسبة لبعض النتائج المرتقبة للحوادث ولأهمية كل ردود الأفعال الفردية المرتقبة.
 - العمل مع كل شخص بانفراد أو بجماعات مصغرة.
 - إدماج التنظيمات الاجتماعية في عملية التدخل (المستشفيات، الأطباء، المدارس، القطاعات الأخرى، الفرق الرياضية... الخ)
 - إدماج التدخل السيكولوجي مباشرة أثناء العلاج الطبي.
 - يبق أثناء المقابلات مستوى الأحداث قصد التعبير الشعوري.
 - التأكيد والاعتماد على استعادة النشاطات العادية.
 - ضمان التدخل الأولي بعد الحدث الصدمي.
 - جعل المساعدة مسؤولية الجميع، أي كل من له علاقة بالحدث.
 - تفادي الارتفاع المفاجئ في الشدة الحقيقية للوقوع الصدمي بتفادي التحليل السيكولوجي الكثير.
 - تسهيل مساعدة المحيط للشخص المصاب القريب إذا أمكن.
- 4-5-2 الإجراءات الواجب تطبيقها بعد المرحلة الحادة:**
 - تقديم المساعدة والمعلومات التطبيقية كالمساعدات الطبية، النصائح والمساعدة المالية.
 - تفادي الإنهاء المبكر للمساعدة الإفرادية.

-إدماج المحيط القريب في عملية المساعدة.

-تشجيع وتطوير عمليات طقسية كالتظاهرات الدينية.

-متابعة التجمعات من خلال المعلومات المستقاة ابتداء من المرحلة الحادة.

-البقاء في حالة فطنة من أجل متابعة التضييعات الخطيرة كمحاولات الانتحار والتحطم النفسي.

4-5-3 الإجراءات على مستوى التنظيمات:

يعتبر الفرد عضوا مندجما في الجماعة، يؤثر ويتأثر بها، ولهذا ففي حالة الصدمة النفسية لأحد الأفراد من جراء أي نوع من العنف البدني المباشر عليه، يمكن للتنظيم الجماعي المؤسس، أين يساهم في مساعدة هذا الأخير على الخروج من أزمته، ويتم ذلك كالتالي:

-بناء برنامج تدخل رسمي.

-ضمان وسائل تدخل وطرق منظمة (الأفراد، البعثات، الوسائل المادية).

-رسم سياسة نسبية للأشخاص الذين لديهم علاقة أو شاركوا المصدوم في الحدث في إطار عيادي.

-إدماج فرق عيادية في الفرق و الجماعات المصابة ويبقى ذلك اختصاصها ودورها هو التعامل مع هذه الحالات الخاصة في جميع الميادين.

-تدعيم الطرق العلاجية ببرامج تدريبية إذا أمكنت الحالة البدنية للشخص، ذلك وهذا له دور هام خاصة في الفترة الحادة (محمد نابلسي أحمد، 1991، ص 135-137).

5- مفهوم الإصابة:

الإصابة عبارة عن خلل يصيب عضو أو أكثر من أعضاء الجسم، مما يؤدي إلى تعطل هذا العضو بشكل مؤقت أو دائم عن القيام بالوظيفة الطبيعية له.

5-1 مفهوم الإصابة الرياضية:

الإصابة الرياضية بدورها أيضا تصيب أعضاء أو جسد الرياضيين خلال التمرينات أو المباريات، مما يؤدي إلى تعطل الأعضاء عن القيام بوظيفتها الطبيعية بصورة مؤقتة .

وتعرف أيضا في كتابات أخرى على أنها تغير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة، كما تعتبر تعطيل أو إعاقة مؤثر خارجي لأعضاء الجسم وغالبا ما يكون هذا المؤثر مفاجئا وشديدا، مما قد ينجم عنه تغيرات وظيفية فيزيولوجية مثل الكدمات أو الأورام في مكان حدوث الإصابة مع تغير في لون الجلد وتغير كذلك في آلية العمل الحركي للعضلة أو المفصل المصاب (بسام وآخرون، 1988، ص 87).

وبما أن الإصابة تحدث نتيجة لوجود مؤثر ما سواء كان داخلي أو خارجي، فهذه الأخيرة تختلف باختلاف نوعية المؤثر، فهو إما أن يكون:

أ - مؤثر ميكانيكي: مثل اصطدام اللاعب بزميله أو بأرض الملعب أو بالأدوات الخاصة.

ب - مؤثر في ذاتي: مثل الأداء الخاطئ للرياضة أو الأداء غير المسبوق بإحماء أو على غير الأسس العلمية .

ج - مؤثر كيميائي فيزيولوجي: مثل تراكم حمض اللبن في العضلات وحدوث الإرهاق العضلي أو نقص الصوديوم في الدم، مما يؤدي لحدوث تقلصات عضلية (أسامة رياض ، 1997، ص25).

5-2 العوامل المتدخلة في حدوث الإصابات الرياضية:

5-2-1 الرياضي نفسه:

- **السن:** يؤثر السن على إمكانية حدوث الإصابات، فمثلا صلابة الأنسجة وقوتها تختل مع تقدم 40 سنة من عمر، بالإضافة إلى القوة العضلية التي تبدأ في النقصان ابتداء من 30 سنة كذلك ليونة الأربطة المفصالية وصلابتها تتضاءل ابتداء من سن 30، أما فيما يخص صلابة الهيكل العظمي، فإنه يضعف بتقدم السن غير أنه يظهر بوضوح ابتداء من 50 سنة، هذا بالإضافة إلى التوقف عن النشاط والحمول يسرع من اضمحلال العضلات، الأربطة والأوتار المفصالية للهيكل العظمي .

- **التجربة:** عادة المبتدئون أكثر عرضة للإصابة بحكم حداثة التعامل مع الظروف والوسائل.

- **الجانب التقني:** حيث أن القيام بحركة غير عادية ميكانيكيا، هذا معناه خروج الأعضاء عن مسارها الطبيعي، مما يؤدي إلى الإحساس بالآلام تعكس وجود إصابة.

- **تدهور الحالة الصحية:** يحدث هذا سواء عند الإصابة بمرض أو بعد حدوث التهابات بالإضافة إلى ظهور بعض المضاعفات لإصابات قديمة، كإصابة عضلة القلب مثلا.

- **الحالة الوقائية الشخصية:** كل ما يتعلق بالراحة والنوم والامتناع عن تناول المشروبات الكحولية والمواد المنشطة.

- **التعب:** يعتبر من أهم العوامل المتسببة في حدوث الإصابات، يبعده الطاقوي و العصبي العضلي.

- **الجنس:** إصابات الرجال تختلف عن تلك عند النساء.

- **النمط الجسمي:** بعض الأنماط الجسمية أكثر عرضة من الأخرى حسب الرياضة الممارسة.

5-2-2 التهيئة الرياضية والوسط:

- يمكن أن تكون التهيئة من حيث الوسائل غير كافية، مما يؤدي إلى محاولة تدارك النقص باستعمال وسائل غير لائقة أو مكمل فقط وهذا سيؤثر سلبا على كل مستعمل أو مستفيد منها.

- الحماية الغير الكافية أو الغير مؤدية لدورها اللازم وأحيانا الرياضي هو من يهمل استعمالها إن وجدت، فغيابها سيؤدي في حالة الإصابة إلى مضاعفات يمكن أن تسوء بسببها حالة اللاعب.

- الإضاءة في الميادين خاصة في القاعات الرياضية المغطاة، إذ يشكل استعمال الطاقة الكهربائية أمرا مهما حتى في ضوء النهار، خاصة التفريق بين الألوان و تقييم المسافات.

- الغازات الجوية، حيث تزيد هذه الأخيرة من احتمال خطر الإصابة.

5-3 الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

هناك عوامل تختلف بسببها نوعية الإصابة، ومنها:

5-3-1 نوع الرياضة وطبيعة الأداء فيها:

تختلف نوعية الإصابة باختلاف نوع الرياضة، فإصابات الألعاب الجماعية تختلف عن الإصابات في الألعاب الفردية.

أولا : رياضة الاحتكاك البدني :وهي نوعان:

- ألعاب جماعية.

- ألعاب فردية.

ثانيا :الأنشطة الفردية :

حيث تسجل فيها إصابة الجهاز العضلي العظمي والوصول لمرحلة التعب من الناحية البيوكيميائية والفيزيولوجية وذلك يتوقف على جدول أو برنامج التدريب وبرنامج المنافسات وفقدان التعاون العضلي، بالإضافة إلى نفاذ في الطاقة.

إن النشاط الرياضي الجماعي أو الفردي والذي يكون فيه اللاعب عرضة للاحتكاك، فإن توقع تعرض هذا الأخير لكسور شبه مؤكد، بالإضافة إلى إصابة الأربطة وإصابة الجهاز العضلي العظمي. وهذا يحدث نتيجة العنف أو سقوط، أما الأنشطة الرياضية الفردية فإصابتها ترتبط بعدة أشكال، أو كالتمزقات الحادة للعضلات، وذلك ناتج عن شدة المنافسة التي تصل باللاعب في معظم الأوقات إلى التعب العضلي

كما تختلف الإصابة باختلاف طبيعة الأداء في اللعبة، فمثلا وجد أن إصابات الأطراف السفلى في كرة القدم يمثل حوالي % 69 من مجمل إصابات هذه الرياضة (أسامة رياض، 1997، ص26-28).

5-3-2 مستوى المنافسة وكفاءة اللاعب البدنية والنفسية:

إن احتمال وجود الإصابات يكون أكثر في الدرجات التنافسية العليا مقارنة بالدنيا وهذا راجع لقوة التنافس وأهميته، كما تختلف الإصابة لدرجة كفاءة اللاعب البدنية، حيث أن عدم اكتمال هذه الأخيرة عند اللاعب سواء العامة أو الخاصة سيؤدي حتما إلى حدوث إصابة، فكلما ارتفع مستوى اللياقة البدنية العامة للاعب، قل احتمال الإصابة نسبيا، فارتفاع مكونات اللياقة البدنية العامة للاعب من مهارة وقوة عضلية ومرونة وكفاءة دورية تنفسية جيدة وتوافق عضلي-عصبي يساعد إلى حد كبير في الإقلال من تعرضه للإصابة.

وفي نفس المعنى تدخل الحالة النفسية للاعب أو بالأحرى لياقته النفسية، حيث أن اشتراك اللاعب الغير مستعد نفسيا يساعد على احتمال إصابته في الملاعب، و للياقة النفسية العديد من الاختبارات والمعلومات التي يجب أن يلمى بها المختصون المرافقون للفرق الرياضية، ويمكن إيجاز الأسباب العامة للإصابات كالتالي:

- التدريب الغير عملي:

تصل الإصابة إلى حدتها أو الشدة عند تغير البرنامج التدريبي مثلا بطريقة مفاجئة، ويتم ذلك من حيث نظام التدريب والتقدم والارتفاع بطريقة مفاجئة خاصة مع بداية التحضير، ذلك لأن اللاعب لم يصل بعد إلى اللياقة البدنية والحركية، وإذا تم بأسلوب غير علمي ساهم في حدوث إصابة كما يلي:

- عدم التكامل في التدريبات لتنمية عناصر اللياقة البدنية:
- يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر، حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات، فتطوير القوة على حساب السرعة مثلا يزيد من ثقل الجسم ويصعب تحركه حسب ما تتطلبه الرياضة ميكانيكيا (أسامة رياض، 1997، ص28).
- عدم التنسيق والتوافق في المجموعات العضلية للاعب:
- سواء لتدريب مجموعات عضلية على حساب أخرى، أو عدم تدريبها حسب متطلبات الرياضة، كتدريب عضلات الفخذ الأمامية (ذات أربعة رؤوس) وإهمال العضلة الأنسية الضامة، مما يجعلها عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية.
- سوء تخطيط البرنامج الرياضي (التدريبي):
- يختلف البرنامج حسب الأهداف وتسطيرها يكون إما على مدى سنوي، شهري أو أسبوعي أو حتى داخل الوحدة التدريبية، فالتدريب الأخير الذي يسبق المباراة يكون خفيفا وحوالي 30%-20% من مستوى اللاعب البدني، فاختلال هذه النسب بالزيادة سيؤدي إلى إصابته جراء الضغط الكبير حينها أو تظهر الإصابة يوم المباراة، فإذا تناولنا مقياسا لتدريب الحجم والشدة فعملهما يكون دائما عكسيا، فإذا ازدادت إحداهما نقصت الأخرى، فعدم إتباع هذه القاعدة يؤدي إلى إصابة اللاعب.
- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:
- يعتبر الإحماء من الأمور والمراحل الضرورية في التدريب، حيث أن الزيادة فيه أو إهماله أمر سلبي، والواجب هو الإحماء اللائق والمناسب لطبيعة الجهد الذي سيبذل ونوع التمارين التي سيقوم بها اللاعب، تتأثر شدة ومدّة الإحماء بنوع الرياضة، حيث أن الإحماء في فصل الشتاء يختلف عنه في الصيف، فعدم الإحماء من الأسباب المعتاد على تسببها في حدوث الإصابات.
- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:
- الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب إشراك للاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات ويظهر ذلك واضحا من خلال الأداء الفني الطبيعي من غيره (أسامة رياض، 1997، ص31).
- سوء اختيار مواعيد التدريب:
- هذا له دوره أيضا في حدوث الإصابات، لأن التوقيت يعكس حالة جو وحالة فيزيولوجية أيضا للاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح، مما يسبب له تقلصات عضلية و لهذا يفضل التدريب في الظهيرة في الشتاء والتدريب صباحا باكرا أو مساء صيفا.

3-3-5 مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية أو عدم التميز بها من أهم الأسباب للتعرض لإصابات وهي مخالفة الأهداف النبيلة التي تسعى الرياضة لزرعها في نفوس اللاعبين والمتفرجين وهذه المخالفة بسبب:

- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الإعلام أو المدرب، حيث تعطي أوامر للاعبين بالإفراط في الخشونة المعتمدة، مما يؤدي إلى إصابة اللاعب نفسه أو منافسه أو معا وهذا يؤثر على المستقبل المهاري لكلاهما.
- الحماس والشحن النفسي الذي لا لزوم له والمبالغ فيه، فنجد هذه الظاهرة حاضرة في ميدان اللعب وفي المدرجات والشوارع أيضا وهذا ما يندرج ضمن العنف في الملاعب.

5-3-4 مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

تأمين سلامة اللاعبين والسعي إلى حمايتهم من أهم أهداف القوانين الرياضية، إذ أنها تفرض نظاما يجعل المنافسين يلتزمون باحترام الحدود المسموح بها و اختراقها يسبب حدوث الإصابة في سير المقابلة، كما يحدث أيضا خارجها أو أثناء التوقف البيئي كمهاجمة لاعب من الخلف. يمكن أن يحدث هذا بمخالفة أشكال وأنواع الألبسة والوسائل أيضا كوضع براغي في أحذية لاعبي كرة القدم.

5-3-5 عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفيزيولوجية للاعبين:

تعد الفحوص الطبية من أهم الإجراءات الواجب إتباعها سواء عند الانتقاء أو التقييم الفيزيولوجي وعرضها على المدرب سيسهل له عملية اختيار اللاعب المؤهل لخوض المباراة من غيره.

5-3-6 الأحذية وأرض الملعب:

إهمال هذا الجانب تنجر عنه تشوهات تظهر واضحة كل الوضوح، وهي تشوهات وظيفية واستيتيكية (جمالية)، ناتجة عن سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة، دون تجاهل الأرضية، وأحسن مثال على ذلك هي أحذية كرة القدم وتناسبها مع الأرضية سواء الطبيعية أو المعشوشبة اصطناعيا.

5-3-7 استلزام المنشطات:

إستعمالها يؤدي إلى إجهاد فيزيولوجي وظيفي، يدفع بالرياضي إلى تطبيق مهارات تفوق الحد الأعلى لقدراته ويزول ذلك بزوال مفعول المادة المنشطة، غير أن أعراض استعمالها تظهر بعد ذلك .

(Bacque. M, Frederique. E, 1981)

5-3-8 الاستعدادية للإصابة:

من العوامل الأساسية والتي غالبا ما تهمل في إيجاد أسباب الإصابات عامل الاستعداد للإصابة الذي يخص بعض لاعبي كرة القدم في أنماط أجسامهم، حيث أن الأنماط الجسمية واستعداد الجسم للنشاط من العوامل الهامة التي تقى اللاعب من الإصابة وبالعكس فإن عدم ملائمة هذا النمط الجسمي لنوع النشاط الرياضي المختار من العوامل المساعدة على وقوع الإصابة، إضافة إلى النمط الجسمي المستعد للإصابة هناك، العيوب الخلقية التي تعتبر من الأسباب الرئيسية التي تجعل الرياضي عرضة للإصابة، وتظهر هذه العيوب الخلقية في قصر بعض

العضلات، مما يؤثر على ميكانيكية الحركة، فقصر العضلات التوأمية أو عضلات الفخذ الخلفية يعرضها للتمزق، ذلك أن دورها يتطلب إطالتها إلى أكبر حد ممكن وهذه العيوب الخلقية تظهر أيضا في الأوتار، أين تصاب وتمزق، وبالإضافة لما سبق، فإنه توجد عوامل تؤدي إلى دفع اللاعب للاستعداد أكثر للإصابة وهي:

- ارتخاء الأربطة الخلقية:

هذه الظاهرة منتشرة في الأوساط العامة الغير رياضية بنسبة متوسطة وهي تؤثر على مفاصل الجسم وتجعلها أكثر عرضة واستعدادا للخلع ومن أمثلة ذلك خلع الكتف وعدم استقرار عظم الردفة وهذا المد الزائد يؤثر على درجة ثبات المفصل وتحركه بعيدا عن المدى الحركي الطبيعي وليست جميع الحالات التي يكون فيها المد زائد تكون فيها إصابات.

- تسطح خلقي بالقدم:

هذه الحالة تؤدي إلى زيادة حركة كعب (Pronation) في القدم بسبب خللا في العقب والضغط الميكانيكي المفصلي الذي يوجد في مستوى مفصل الركبة ومفصل الكعب، غير أن هذا العيب الخلقى يعيق الممارسة الصحيحة في البعض من الرياضات كرة القدم، ركوب الدراجات وبعض الرياضات الجماعية .

- العيوب الخلقية غير الطبيعية بالعظم:

الحالة الشائعة بين هذه العظام هي حالة تقوس عظم القصبه الذي يوجد طبيعيا في تلك الحالة، غير أن بعض الأفراد لديهم زيادة مفرطة في هذا التقوس وعند ممارسة أي نشاط رياضي كالجري، هذه الزيادة في التقوس تؤدي إلى حدوث ضغط على العضو وإصابة اللاعب حيث يشعر بعدها بألم شديد في الجهة الوجيهة من عظم الساق، وقد ينجر عن ذلك أيضا كسرا بسيطا في عظم القصبه والذي يسمى بكسر الوتر، كما أن الألم ينتقل إلى الجهة الخارجية للساق والشعور بالشد أسفل الجزء المتورم.

- الفرق بين طول الرجلين:

هي حال جد منتشرة في الوسط الرياضي، حيث يؤثر على القوام بانحرافه في منطقة العمود الفقري ويكون هذا الانحراف في ثلاث مناطق من العمود الفقري وهي :

المنطقة العنقية، المنطقة الظهرية والمنطقة القطنية، هذا بالطبع يؤثر على أداء اللاعب خاصة الذي يستخدم يديه في الأنشطة الرياضية التي تتطلب ذلك، و تكون معظم هذه الحالات وراثية.

- عيب خلقي فيما بين عظام المفصل في الفقرات القطنية:

هذا العيب الخلقى فيما بين العظام أو الفقرات المنفصلة، يؤدي إلى احتمال الإصابة بانزلاق فقري ويظهر ذلك بعد التدريب أو المنافسات بأيام أو سنوات بعد شعور اللاعب بالآلام في المنطقة القطنية والقدمين.

- عيوب في التكوين العظمي:

- من أهمها تسطح الحلق المفصلي الذي يجد من الحركة الطبيعية لمفصل الفخذ ومن الممكن أن يكون هذا العيب الخلقى في جانب واحد أو جانبيين معا و ما يزيد في تعقيد هذه الحالة هو عدم وضوح هذه الحالة العظمية تحت الأشعة ، ونجد هذا المشكل الخلقى أيضا في المفصل العجزي القطني.

- وظيفة العضلة بالنسبة إلى القوام:

- إن القوام المعتدل هو الذي تكون فيه أجزاء الجسم المختلفة كالرأس، العنق، العمود الفقري والحوض والقدمين موضوعة موضعا عموديا متزنا فوق بعضها حتى يكون ثقل الجسم محمولا على الإطار العظمي مع بذل قليل من المجهود على عضلات الأربطة ويكون المحور الطولي لهذه الأجزاء إذا نظرنا من الجانب خطا عموديا، بالإضافة إلى ارتفاع الصدر واللوحتين متقاربتين والحوض مائل قليلا إلى الأمام، الأطراف السفلى ممتدة مع وقوع ثقل الجسم أمام تقوس القدم.

ومادامت العضلات تلعب دورا هاما في اعتدال القوام، ففي حالة قصر العضلة نجدها تميل أن تكون أكثر قوة وفي حالة إطالة بسيطة تميل أن تكون أكثر ضعفا، وفقدان التوازن العضلي هذا يؤثر على القوام ويؤثر أيضا على قوة الانقباض والارتخاء.

- قدرة الجسم الطبيعية على الالتئام:

للجسم قدرة طبيعية على الالتئام من تلقاء نفسه، هذه القدرة تعتمد أساسا على الحركة السليمة الصحيحة وكذلك البناء السليم للجسم، ففي حالة إصابة عضلة ما كذات الرأسين الفخذية مثلا، فإذا قام الطبيب الرياضي لبحث حالة هذا الرياضي المصاب إصابة قديمة، هذه الآلام قصد تفاديها يحدث الرياضي تعديلا سلبيا في حركاته، هذا التعديل السليبي سيحدث عملا ميكانيكيا خاطئا في الجزء السفلي للعمود الفقري وكذلك الحوض والذي بدوره سيؤثر على مفاصل الحوضين فهذا الضغط الواقع على العضلة ذات الرأسين سيؤدي إلى حدوث تمزق سريع وبالتالي الالتئام يكون دون جدوى لأن الإصابة أبعد من أن تكون في مستوى العضلة فقط، وبالتالي هذا الرياضي سيبقى يعاني من هذه العضلة طالما كثف في التدريبات.

- التركيب يؤثر على الوظيفة والوظيفة تؤثر على الراحة:

الألم من الإحساسات الأكثر تعقيدا والتي تؤدي إلى تغير وضع وحالة اللاعب من مصاب إلى مريض، وهنا نرى أخذ النصيحة يكون من كل جانب (Grand Larousse médical, 1986).

4-5 تصنيف الإصابات:

لقد اختلف المؤلفون والباحثون في هذا المجال وفي هذا الأمر بالذات، حيث أن هناك من يصنفها حسب نوعها إلى داخلية وخارجية وهناك من يصنفها حسب درجتها وهناك من يصنفها حسب شدتها (حياة روفائيل، 2000، ص25).

1-4-5 حسب نوع الإصابات: هناك نوعان هما:

1-1-4-5 الإصابة الأولية:

هذا النوع من الإصابات يحدث نتيجة لممارسة نشاط رياضي عادي وبعد حدوثها يستحسن معرفة تاريخ حدوثها وميكانيكية حدوثها والعوامل التي أدت إليها خاصة بالنسبة للعادة منها، والإصابة الأولية تنقسم إلى نوعين هما:

1- الإصابة الداخلية:

تحدث نتيجة قوى داخلية من جسم المصاب نفسية إما عن خطأ تقني كوقوع اللاعب، إما تحت ضغوط أو تحت حوافز نفسية وفيزيولوجية كمحاولة الارتفاع مثلا بالعبء البدني الذي يتطلب استخدام الحركات الفجائية الحادة والخلل يكون في التوافق أثناء أداء تلك الحركات ومن الإصابات الداخلية الناتجة عن الانقباضات المفرطة للعضلة أو المد القوي والغير العادي للعضلة ومن أمثلتها:

التمدد العضلي الذي يعتبر تمدد عضلي فوق طاقته والفيزيولوجية وهي إصابة غير رجعية تقطع العضلة أيضا من الإصابات الداخلية بالإضافة إلى الانفصام والإصابة الداخلية صنفان داخلية حادة و مزمنة، أما الحادة فتأتي نتيجة لوقت طويل مثل آلام أسفل الظهر وإصابات الأصابع وتشمل أيضا تمزق الأربطة والعضلات وتقطع الأوتار والأنسجة الرخوة، وهناك أيضا الإصابات الداخلية المزمنة التي تشمل تكرار الإصابة مثل تمزق العضلات والشائعة منها هي إصابة وتر أخليس بالتهاب، مما يؤدي لتراكم الإصابات الحادة غير المعالجة، ومعالجة هذا النوع من الإصابات يكون بحذر شديد، فالوتر الذي يحقن بمادة الهيدروكورتيزون أكثر عرضة لحوادث القطع.

وفي حالة كانت هذه الإصابة نتيجة لتراكم الإصابات الحادة الغير معالجة كالتهاب مثلا، فلاحتمالك أو الدلك الشديدين الواقعين على الكيس الزلالي في المفصل يؤثر على كمية الدم الواصلة، مما يؤثر بدوره على الجزء الأمامي والخارجي للعضلات الفخذية وتصبح الحركة مؤلمة لوقوع الضغط على الغلاف، مما يصعب وصول الدم إلى المنطقة المصابة وبهذا يصاب الرياضي بفقر الدم الموضعي.

2- الإصابة الخارجية:

تحدث الإصابة الخارجية نتيجة لتدخل قوى خارجية عن الجسم ويمكن اعتبار أنها تأتي بسبب حادث ما وترتبط ارتباطا كبيرا بمعظم الإصابات الناجمة عن الحوادث والتي لا تعرف وقتا معيناً لحدوثها ذلك أن القوة المؤدية لوقوعها تكون أكبر من قدرة الرياضي على تحملها بالطبع، خاصة عندما تكون السرعة فائقة مع الأدوات أيضا.

وفي مفهوم قريب من السابق تعرف الإصابة الخارجية على أنها إصابة الجسم أو منطقة ما في جسم الإنسان بعامل خارجي سواء صدمة أو ضربة خارجية، إما في حالة السقوط على الأرض أو الاصطدام بين اللاعبين أو بشيء صلب مثل عمود العارضة وتتركز هذه الإصابة على مستوى العضلات الأكثر عرضة للخارج ومن بينها نذكر الجراح العضلية المتمثل في تمزق الأوعية الدموية إضافة إلى الكدمات العضلية التي يحدث فيها نزيف داخلي وتورم وألم شديد. (محمد عادل رشدي، 1996، ص30)

5-4-1-2 الإصابة الثانوية:

تحدث هذه الإصابة كنتيجة للإصابة السابقة لكنها تؤثر على أماكن أخرى، حيث أنها تكون معقدة عن الأولية وعلاجها يتطلب معرفة تاريخ الإصابة، أي معرفة الإصابة الأولية حتى وإن كانت أعراض الإصابة الأولية قد

اختفت فالرجل القصيرة بعد حدوث كسر يؤدي إلى حدوث انحراف جانبي بالعمود الفقري قد يكون هذا الأخير بسيطاً أو مركباً، والنتيجة هي آلام في أسفل الظهر.

هذه الإصابة تنبها أثناء القيام بالفحص الطبي الرياضي التطرق لكل مناطق الجسم، حيث الأعراض المختصة ومحاولة التكيف مع الوضع الجديد وإذا اقتضى الأمر تغيير البرنامج الطبي كلياً. (عبد السيد أبو العلا، 1997، ص47)

5-4-2 تقسيم الإصابات حسب درجة الخطورة:

5-4-2-1 إصابات بسيطة:

مثل التقلص العضلي والسحجات الجلدية والشد العضلي والملخ الخفيف، ويقصد بها الإصابات التي من حيث الخطورة لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة وتشمل حوالي 80% - 90% من الإصابات، ومن أعراضها ألم لحظي لا يدوم لفترة طويلة ومدة الشفاء فيها لا تعوق اللاعب عن الاستمرار في التدريب أو في المباراة.

5-4-2-2 إصابات متوسطة الشدة:

مثل التمزق غير المصاحب بكسور، والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة تدوم حوالي أسبوع أو أسبوعين، وتمثل حوالي 80% من الإصابات ومعروفة هي أنها لا تصاحب بمضاعفات، من أعراضها نجد ألم يستمر نسبياً عن الدرجة السابقة، ورم بدرجة بسيطة، خلل خفيف في ميكانيكية الحركة والأداء ككل، مدة الشفاء التشريحي بعد حوالي 15 يوم.

5-4-2-3 إصابات شديدة:

مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو بخلع، الكدمات الشديدة المصاحبة بمضاعفات كالتجمع الدموي والتهاب العضلة، التمزقات الجزئية، أربطة المفاصل والتمزقات الخفيفة للغضاريف ويقصد هنا بالإصابات الشديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماماً عن الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر، وتمثل حوالي 2% من الإصابات، ومن أعراضها ألم شديد وملاحظة ورم يصحبه تغير لون البشرة ومحدودية الحركة حتى في ظروف الحياة العادية.

5-4-2-4 إصابات خطيرة: من أمثلتها:

- التمزق العضلي الكامل.
- الخلع الكامل وخاصة بالنسبة لمفصل الكتف والمرفق وتزداد نسبة الخطورة بالنسبة للألعاب التي تستخدم فيها الذراعان بصفة أساسية.
- تمزق غضاريف الركبة.
- الكسور المضاعفة والشديدة المصحوبة بمضاعفات في أنسجة الجسم الداخلية الهامة.

5-4-2-5 أعراض الإصابات الخطيرة:

- ألم غير محتمل في معظم الأحيان.

- ورم شديد يظهر فور وقوع الإصابة وذلك في إصابات الكسور والكدمات الشديدة والخلع وتمزق الغضروف، وقد يبدو تشوه شكل العضو في بعض الأحيان.

-محدودية الحركة بدرجة كبيرة وانعدامها في بعض الأحيان.

-شلل في بعض الإصابات المرتبطة بالمش أو (الأعصاب الفرعية) إصابات الرأس والعمود الفقري.

5-4-2-6 الأعراض المصاحبة:

غالباً ما يصاحب الإصابات الخطيرة بعض الظواهر الأخرى والتي قد تمثل كل منها لإصابة مصاحبة قائمة بذاتها، لها أعراض خاصة منها: الصدمة العصبية، النزيف الداخلي أو الخارجي بالإضافة إلى هذه التصنيفات، هناك تصنيف حسب نوع الجروح للإصابات جاء كالتالي:

- إصابات مفتوحة : كالجروح والحروق.

- إصابات مغلقة : كالتمزق العضلي والرضوض والخلع وغيرها من الإصابات غير المصحوبة بجرح أو نزيف خارجي. (Barrois Claude, 1990)

5-5 إصابات الجهاز العضلي:

إن إصابات العضلات باختلاف أنواعها تعد من الإصابات الكثيرة الانتشار والحدوث بين الرياضيين، ويرجع ذلك إلى أن العضلات هي الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات الأداء البدني الرياضي، وهي مكون رئيسي في الجهاز الحركي وسبب هذه الإصابات يكون إما عن إصابات مباشرة نتيجة تدخل خارجي أو عن التكرار والزيادة في الضغط الممارس على العضلة وتكون عادة الإصابات العضلية بسيطة أو متوسطة (Bigard .P, Stress, 1974) غير أنها تؤثر نفسياً على الرياضي خاصة إذا كانت ناجمة عن معالجة غير تامة أو مباشرة بعد استئناف النشاط الرياضي بعد فترة طويلة، وإحصائيات تثبت أن رياضي من بين 04 يصاب سنوياً في المستوى العضلي وعادة تكون تمدد ، تمزق جزئي وتمزق كامل ومصدر هذه الأخيرة يكون عادة الزيادة المفاجئة في الشدة في الجهد (كانطلاق في الجري، السقوط، تغير سريع للاتجاه، كبح حركة ما)، بالإضافة إلى غياب الإحماء، حالة تدريب سيئة وظروف مناخية غير ملائمة وفي أغلب الأحيان يهمل عاملان لهما دورهما الهام في حدوث الإصابات ،من جهة زيادة التعب والإرهاق أثناء الجهد البدني الرياضي والذي يرفع من إمكانية حدوث إصابات، ومن جهة أخرى، الاهتمام القليل بالتوازن الفيزيولوجي العضلي، فالإرهاق مثلاً يرفع من مدة الارتخاء للعضلات التابعة مما يزيد في نقص التوازن العضلي الموجود والعضلة الأكثر عرضة للإصابة هي المربوطة بمفصلين (Thomas, E.Armin, Lutz. B, 1991)

5-5-1 الكدمات (الرضوض):

هي إصابات من النوع المباشر، أي نتيجة احتكاك مباشر بين لاعبين أو لاعب أو أداة صلبة وهي هدم لأنسجة الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) وغالباً ما يصاحب الكدم ألم وورم ونزيف داخلي و إرتشاح لسائل بلازما الدم مكان الإصابة ، هذا إضافة إلى محدودية حركة المفصل أسفل مكان الإصابة وقد يشمل الورم كل العضلة ويمتد إلى أسفل العضلة ليغطي المفصل وفق القدرة على ثني المفصل بدرجة كبيرة، إضافة إلى ارتفاع درجة حرارة

المنطقة المصابة وترتبط خطورة الكدم حسب قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة كاتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

5-1-5-1 درجات الكدمات:

-الكدم البسيط :وفيه يستمر اللاعب في الأداء وقد لا يشعر به لحظة حدوثه وإنما يشعر به بعد المباراة وفي الغالب لا تحدث تغيرات فيزيولوجية كبيرة مكان الإصابة ولا ترتفع درجة حرارة الجزء المصاب.

(Bacque .M, Frederique. E,1982)

-الكدم الشديد: وفيه يتوقف اللاعب عن الأداء ويشعر بأعراض لحظة حدوثه مثل الورم والألم وارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب مع تغير لون الجلد.

5-1-5-2 العلاج الطبي والتأهيلي لكدمات العضلات:

1- الإسعاف الطبي :ويمر بمراحل هي:

- إيقاف النزيف الداخلي كاستخدام الماء البارد أو الثلج لمدة تتراوح بين 20 الي 30د مرتين او ثلاث، يوميا لمدة يوم أو يومين.

-رش مواد مخدرة وقابضة للأوعية كالكلواتير.

-ربط مكان الإصابة بواسطة الرباط الضاغط والذي يفيد في إيقاف النزيف الداخلي.

و في الحد من حدوث الورم.

-استخدم الرباط له شروطه هي:

تناسب الرباط عكسيا مع شدة الإصابة، فالإحكام الشديد للرباط يكون في الكدمات الخفيفة والعكس مع

الشديدة مع وضع القطن الطبي قبل الرباط لتفادي بعض الحساسيات .

يبدأ الرباط من أسفل الإصابة بقليل ويتجه إلى أعلاها باتجاه الدورة الدموية .

2- العلاج التأهيلي لكدم العضلات:

- الانقباضات العضلية الإرادية: تساعد على تنشيط الدورة الدموية مكان الإصابة.

- التدليك: عدم التدليك مباشرة بعد الإصابة ومن فوائده امتصاص الارتشاح والنزيف وسرعة التئام الألياف المحطمة.

-الدهانات :ومنهما المراهم وصبغة اليود المتخصصة.

-حمام الماء الساخن :بعد يومين أو ثلاثة عدة مرات يوميا، مع تدليك مسامي داخل الماء.

-الأشعة تحت الحمراء مرتين أو ثلاث مرات أسبوعيا بعد يومين من الإصابة.

-العقاقير الطبية المرتبطة للألم والمضادة للالتهابات للورم.

5-5-2 الشد والتمزق العضلي:

هي استطالة سريعة ومفاجئة زائدة عن المدى الأقصى لإمكانية العضلة على الاستطالة وغالبا ما يحدث في العضلة الخلفية للفخذ وينتج التمزق عادة من عدم التوافق بين مجموعة العضلات المتجانسة و المضادة ويكون التمزق كلي أو جزئي أو قطع أو شد ويحدث في أي جزء في العضلة سواء في المنشأ أو في الإندغام، ويختلف تمزق العضلة من أبسطها، أي تمزق الغلاف الخارجي للعضلة إلى تمزق كامل للعضلة.

5-5-2-1 أنواع التمزق العضلي:

أثناء النشاط البدني الرياضي يمكن أن تحدث تمزقات عضلية مختلفة:

1-تمزق عضلي نتيجة للزيادة في العمل الداخلي أو الضغط الداخلي، هذا النوع من التمزقات عادة يكون في المنطقة السطحية للعضلة.

2-تمزق عضلي نتيجة إصابة مباشرة، أين يصطدم سطح العضلة بمادة صلبة كتدخل بالركبة مثلا على عضلة الفخذ هذا النوع من الإصابة يصحب بنزيف هام.

3-التمزق الكامل: أين تصاب كل ألياف العضلة وتقطع كليا.

4-التمزق الجزئي، أين يصاب جزء فقط من الألياف.

- ويصنف التمزق العضلي حسب درجة الخطورة إلى:

1-تمزق عضلي بسيط (الشد العضلي) وهو الذي يحدث في الكيس المغلف للعضلة من الخارج الغشاء الليفي الرقيق ويمكن للاعب هنا الاستمرار في الأداء غير أنه يشعر بالألم بعد ذلك .

2-تمزق عضلي شديد يحدث في الألياف العضلية ذاتها، أي من جسم أو بطن العضلة أو في وتر العضلة أو في أي منطقة فيها وقد يشعر اللاعب يتقلص مكان الإصابة ويفقد القدرة على الحركة (أسامة رياض، 2001، ص96).

5-5-2-2 أعراض التمزق:

-ألم حاد يتوقف شدته على درجة قوة الإصابة.

-فقدان القدرة على الحركة بالنسبة للعضلة المصابة.

-بعد 48 ساعة نجد تجمع دموي.

-يمكن رؤية فجوة مكان الإصابة وجسمها عند الانقباض فبتكور الجزء العلوي تحت الجلد.

5-5-2-3 العوامل المساعدة في التمزق العضلي:

-التغذية السيئة تزيد من فرص الإصابة العضلية، ففي حالة نقص الفيتامينات والأحماض الأمينية المختلفة، فهذا يؤدي إلى ضعف تكون العضلة.

-السن: التقدم في العمر يعرض الرياضي لإصابات عضلية بسبب نقص الكفاءة العضلية.

-الضغط والإرهاق ونقص فترات الراحة والاسترجاع.

-العضلات المتعرضة للبرد لمدة طويلة تفقد القدرة العادية في التقلص وهذا يرفع من إمكانية إصابتها.

5-5-2-4 علاجها:

- 1- استخدام الكمادات الباردة لإيقاف النزيف وتقليل التجمع الدموي.
- 2- الراحة التامة.
- 3- عمل رباط ضاغط.
- 4- التدليك الخفيف السطحي لتنشيط الدورة الدموية.
- 5- استخدام الحرارة حتى تقلل من فترة العلاج.

5-5-3 التشنج العضلي:

هو حادث يصيب فجأة الرياضي في الجهد الأقصى، ويكون عبارة عن تقلص مؤلم في العضلة غير إرادي، هذه الإصابة لا تمس الرياضي المدرب بصفة جيدة، فهو تشنج عن إرهاق ويظهر عادة في المقابلات النهائية لما تتطلبه من توظيف فيزيولوجي وبذل جهد كبير عادة يعرف سبب التشنج بأنه تجمع حمض اللبن بين ألياف العضلات غير أن هناك تفسيرات أخرى لهذه الظاهرة:

- نقصان في الماء والأملاح المعدنية في العضلة وفي الدم كذلك.

- اضطرابات كيميائية عضلية (احمد خالد، ص98).

5-5-3-1 علاجها:

مد مطول للعضلة في الجهة المعاكسة للعضلة المتشنجة.

5-5-4 تيبس العضلة:

هو ألم على مستوى العضلة يظهر يوم أو يومين بعد تدريب شاق غير معتاد عليه ويلاحظ تعب شديد مع انخفاض طاقتي، وتحرير زوائد الأيض اللاهوائية المتسببة في الألم، فعند لمس تلك العضلة مثلاً لا يحدث تقلص تلك العضلة ولكن يحدث ألم يتمركز على مجموعة معينة من الكتل، إضافة إلى حمى وأحياناً نجده يعاني من قيء وإسهال.

وللتذكير فإن التيبس العضلي يسبب نقص في القوة العضلية من 10% إلى 20% وعدم دوام هذه الحالة لأكثر من ثلاثة أيام أو أربعة، يفسر كيميائياً بتحرير جزيئات حمض اللبن من بين الألياف.

5-5-4-1 العلاج:

- بعد يومين أو ثلاثة من الراحة وتناول الأسبرين تنزل الآلام.
- أخذ حمام ساخن أو وضع كمادات ساخنة على مستوى العضلات.
- التدليك الجيد للارتخاء. (حياة روفائيل، 1996، ص61)

5-5-5 التقلص العضلي (الانقباض):

هو عبارة عن انقباض عضلي لا إرادي مطول ومؤلم، هناك نوعان من الانقباضات:

1- انقباض عضلي أولي:

يحدث بعد القيام بجهد عضلي الذي يحدث عجز طاقوي، فيتترك العضلة في حالة انقباض دون تمددها لمدة طويلة وأسبابه:

- ارتفاع برودة الجو بصورة شديدة، وتحدث التقلصات في تلك الحالة في الفترات الأولى من المباراة وتحدث كذلك في الجزء الأخير من المباراة والتدريبات.
- نقص في كمية كلوريد الصوديوم في خلايا العضلات، نتيجة زيادة كمية إفراز العرق.
- نقص كمية الأوكسجين.

2-انقباض عضلي ثانوي:

يحدث نتيجة إصابات خارجية لإصابات المفاصل. ويلاحظ انتفاخ عضلي شديد وألم أثناء مد العضلة أو تقلصها.

5-5-1 علاجها:

- إطالة العضلات المتقلصة (المنقبضة) بحفة.
- التدليك الاهتزازي بعد زوال التقلص.
- راحة تامة لمدة 10 أيام. (فؤاد عبد الوهاب، 1998، ص87)

5-5-6 الجرح العضلي:

عبارة عن تمزق الأوعية العضلية وهي معرضة إلى التهاب ثانوي والعلاج هنا ضروري، وهي ظاهرة منتشرة بين الرياضيين، خاصة في رياضات الاحتكاك، ويمكن للجرح أن يتوقف على مستوى الجلد، كما يمكن له أن يتجاوز به بالعمق ليصل إلى العضلات والأربطة والأوعية الدموية، وهناك العديد من العوامل التي تعيق التئام الجرح العضلي ومنها الحركة في المنطقة المحيطة بالجرح، الالتهاب، النزيف القوي واتساع المساحة المجروحة.

5-5-6-1 العلاج:

- رفع مستوى المنطقة المجروحة فوق مستوى القلب، أي إذا كان الجرح في القدم، فيجب رفعه لمنع قوة النزيف.
- تقريب طرف الجرح وإعلاء الجرح،
- وضع كمادة من الأفضل أن تكون معقمة وعدم تجاوزها مدة 10 - 20 دقيقة (بسام وآخرون، 1988، ص77)

5-6-6 إصابات العظام:

5-6-1 الكسور:

الكسور إصابات تميز العظام أو الهيكل العظمي والكسور تصنف ضمن الإصابات الخطيرة بأنها لا تكفي بإصابة العظم، بل تتعدى ذلك إلى الأنسجة الرخوة المحيطة بالإصابة، أي الأربطة، الأوتار والعضلات والأعصاب والأوعية، ويمكن للكسور أن تكون ناجمة عن إصابة مباشرة كتلقي إصابة على الطرف المصاب سواء بأدوات أو بأحد أطراف الجسم، وغير مباشرة تكون نتيجة سقوط أو التصاق أحد الأطراف بزواوية انفراج صغيرة وبعد الضغط يتكسر العظم، وتعرف الكسور أيضا بأنها انفصال العظم عن بعضه إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة

خارجية شديدة، ويعرف أيضا بأنه انفصال في استمرارية العظمة، كما تحدث الكسور أحيانا نتيجة الالتواء الشديد لبعض المفاصل ذلك يسفر عنه شد قوي من الرباط لنقطة الإندغام بالعظام، مما يؤدي إلى حدوث انفصال الرباط مصاحبا معه قطعة من العظام، وقد تحدث الكسور أيضا نتيجة انقباض قوي ومفاجئ لأحد العضلات، مما يؤدي إلى حدوث شد قوي من وتر العضلة على نقطة إندغامها بالعظام بدرجة يفصل بها الوتر صاحبها وفاضلا معه قطعة من العظام. (حياة روفائيل، 1996، ص23)

5-6-2 بعض العوامل المتسببة في حدوث الكسور:

- الأمراض الوراثية تحدث كسور دون سبب واضح لا يوجد لها تفسير، فيرجع السبب إلى عوامل وراثية كتنقص في سلامة ونضج الخلايا الأساسية التي تكون العظام، مما يجعلها هشّة ضعيفة تكسر بسهولة .
- الأمراض المكتسبة كتآكل العظام نتيجة لوجود جراثيم في العظام تؤدي إلى إحداث فجوات فيها.
- الأورام الخبيثة كسرطان العظام، الشلل لمدة طويلة الذي يؤدي إلى فقدان القدرة الحركية ويحدث ظهورا في العظام والعضلات، نقص الكالسيوم يحدث خلل في وظائف الغدد.
- الإجهاد: نتيجة لتكرار جهد زائد على العظام، تكسر هذه الأخيرة وهذا غالبا ما يحدث للعظام وعند حدوثها تسبب آلام شديدة في العظام الصغيرة المجاورة لعضلات الضعيفة والناحية المصابة.

5-6-3 أنواع الكسور:

تظهر بوضوح أنواع الكسور من حيث شكل الإصابة ويوجد نوعان هما:

1-الكسور الكاملة:

- هي الكسور التي يحدث فيها انفصال كلي في العظام ومن أمثلتها:
- الكسر المتعرض: يحدث نتيجة إصابة مباشرة، مثل الضرب المباشر ويكون الشق عرضيا.
- الكسر المائل: يحدث إثر إصابة غير مباشرة ويكون الشق فيه مائلا.
- الكسر الحلزوني: يحدث نتيجة لإصابة غير مباشرة والشق فيها يأخذ شكل حلزون.
- الكسر المفتت: اسمه يدل على شكله، فهو الكسر الذي تحدث فيه شظايا صغيرة ومفتتة.
- الكسر المندغم: هو الكسر الذي يحدث فيه إندغام لطرفي الجزء الذي حدث فيه الكسر.
- الكسر الطولي: يحدث فيه شق طولي في أحد العظام دون انفصال طرفي العظمة وهو من الكسور غير الكاملة.

2-الكسور الغير كاملة:

في هذا النوع من الكسور يبقى طرفا العظمة متصلين دون انفصال كامل بينهما، بينما يحدث كسر في إحدى قشرتي العظمة في جانب واحد منها ويبقى الجانب الآخر سليما، في هذه الحالة نجد نوع الكسور الطويلة خاصة بكثرة وفي التصنيفات أيضا هناك نوعان حسب درجة الخطورة:

- الكسر البسيط(المغلق).

-الكسر المضاعف (المفتوح).

فيعرف الكسر البسيط بأنه الغير مصحوب بجرح نافذ إلى العظام، والجلد هنا يكون سليماً، أما المضاعف فإذا كان مصحوباً بجرح يصل الهواء الخارجي بالعظم المكسور، فخطورة هذا النوع تكمن في كثرة حدوث مضاعفات له مثل نزيف شديد من الجرح، كما تكون العظمة معرضة للتلوث بالميكروبات.

5-7 إصابات الجهاز المفصلي والأربطة المفصالية:

يمكن لإصابات المفاصل أن تكون ناتجة عن إصابة في النشاط الرياضي، كما يمكن أن تكون نتيجة لمرض كروماتيزم المفاصل مثلاً والتهاب المفاصل ونقص الفيتامينات ومن أهم الإصابات التي يتعرض لها لاعبي كرة القدم هي:

1- شد في أربطة المفصل.

2- تمزق كلي أو جزئي في أربطة المفصل.

3- تمزق بأربطة المفصل.

4- خلع المفصل.

5- إصابات غضاريف المفصل.

6- كسر في أحد عظام المفصل.

5-7-1 الملخ:

هو عبارة عن حدوث تمطط أو تمزق خفيف لبعض أربطة المفاصل نتيجة أداء حركي متجاوز لحدود مدى المفصل بدرجة بسيطة لحركات الشني أو المد الزائد وحركات التطويق والالتواءات التي تتجاوز في مداها، وغالباً ما يحدث في الملخ زحزحة لحظية للعظام المكونة للمفصل، حيث تجرح في مكانها الطبيعي في المفصل لتصيب الربطة المحيطة بالمفصل، ثم تعود لمكانها في نفس الوقت والملخ نوعان:

-ملخ بسيط.

-ملخ خطير.

-ملخ بسيط:

نتيجة لاستطالة بسيطة لرباط أو لعدة أربطة مفصالية لا تعيق مواصلة النشاط والألم فيها، يظهر ثانوي ومحدوداً وأحياناً يمكن أن يكون تمزق رباط مع ألم واضح وجلطة دموية.

-الملخ الخطير:

هذا نتيجة لتقطع بعض أو العديد من خيوط الأربطة المفصالية وإصابة أيضاً، وهذا يكون ناجماً عن إصابة أو صدمة أكثر قوة والمصاب يتحرك على الرجل العادية فقط مع حصول جلطة دموية وآلام كبيرة. (محمد عادل رشدي، 1996، ص69)

5-7-1-1 التغيرات التي تحدث نتيجة حدوث الملخ:

-تمزق الأنسجة والأربطة.

-ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي.

-التهاب الغشاء الزلالي.

-نزيف دموي داخلي.

-ألم بالمفصل.

5-7-1-2 أكثر المفاصل عرضة للملح:

-مفصل القدم ومفصل رسغ اليد.

-الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم.

-الرباط القصي الشظي الأمامي بمفصل القدم.

-الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة.

5-7-1-3 علاج الملح :

-إيقاف النزيف باستعمال كمادات باردة لمدة 1/2 ساعة لمدة يومين.

-تثبيت المفصل المصاب في الوضع التشريحي السليم برباط ضاغط، مع وضع طبقة خفيفة من القطن الطبي حول المفصل.

-إراحة المفصل المصاب من ثقل وزن الجسم لمدة يومين أو ثلاثة.

-إعطاء مسكنات للألم.

-التدليك يكون مسحيا في البداية ويكون بعيدا عن الإصابة.

-عمل حمامات بالماء الساخن للمساعدة في امتصاص الورم مع التدليك.

-استعمال المراهم للإسراع في الالتئام.

5-7-2 الخلع:

عبارة عن تباعد العظام بصورة جزئية من أحد الأطراف أو بصورة كلية من جميع الأطراف ويحدث نتيجة استمرار

الحركات المؤدية للملح لمدى أكبر، مما يؤدي إلى تمزق بعض أربطة المفصل، فيحدث الخلع الجزئي أو تمزق الأربطة

بصورة كلية وشاملة، يحدث تمزق المحفظة الليفية ومن أعراضه:

-ألم شديد نتيجة انسكاب السائل الزلالي والنزيف الدموي.

-ألم شديد نتيجة تمزق العضو المصاب بدرجة واضحة.

-في إصابات مفاصل اليدين أو المرفقين والكتفين يلاحظ شد اللاعب المصاب للعضو المخلوع باليد الأخرى

كمحاولة ذاتية لتخفيف ثقل العضو وأكثر المفاصل خلعا هو مفصل الكتف الداخلي الأمامي وله سببا، واحد

مباشر وآخر غير مباشر.

5-7-2-1 العلاج:

-المعالجة الأولية تكون باستعمال المواد الباردة (كالكمادات والثلج).

-النقل السريع لأقرب مكان استشفائي وطبي.

-إرجاع المفصل إلى مكانه ثم استعمال المواد المثبتة.

-راحة لمدة 03 أسابيع كاملة وإلا يتحول إلى خلع متكرر وفي حالة الخلع المتكرر يرجع مباشرة وبدون تحدير.

ثالثا: إصابات الأربطة والأوتار:

تحدث هذه الإصابات نتيجة للضغط الأقصى والجهد المتكرر المفروض على الرياضي والذي يصيب نهايات الأربطة خاصة، وتبدأ إصابات الأربطة بالظهور عند الرياضي دون إصابة ابتداء من سن 25 إلى غاية 35 سنة، أين تنقص الليونة نتيجة للتقدم في السن وتكون ناتجة عن التهابات في الأربطة يمكنها أن تؤدي إلى إضعاف الأربطة التي تصاب لأبسط ثقل محمول (أسامة رياض، 2001، ص90-91)

5-8 أنواع إصابات الأربطة والأوتار:

5-8-1 تمزق الأربطة:

يحدث عادة عن امتداد أو تعفن وتضاعف حالة مرضية أو نتيجة التهابات مجاورة للأربطة، كما يمكن أن يحدث التمزق نتيجة كدمات رياضات مزمنة أو الحمل الزائد هذه العوامل تؤثر على ثبات الأربطة.

5-8-2 تمزق الأوتار:

يحدث نتيجة فعل قوي وشديد أو غير مباشر والأكثر شيوعا هي تمزق أوتار الأصابع وغيرها وهي نوعان:

1-تمزق كامل:

هنا يحدث تمزق كامل للوتر وهذه الإصابة تنتشر أكثر عند الرياضيين الذين ينقطعون عن

التدريبات لمدة سنة على الأقل وأكثرها تمزقا هي:

-وتر العضلة التحت الشوكية.

-وتر العضلة الشائبة الرأس والرباعية.

-محدودية الحركة.

-ورم متبوع بتغير في لون المنطقة المصابة إلى الأزرق.

5-8-2-1 علاجها :

عادة علاجها يكون بتثبيت الكمادات، إضافة إلى مواد صيدلانية مساعدة على الشفاء لمدة 4 إلى 6 أسابيع، بالإضافة إلى تدخل جراحي.

2- تمزق جزئي:

أثناء حدوث التمزق الجزئي لوتر جزء فقط من هذا الوتر ينفصل، والرياضي المصاب بهذا النوع نجده لا يشعر بخطورة الإصابة، ومن أعراضها:

-ألم في منطقة الإصابة عند الحركة.

-تورم وتغير لون الجلد إلى الأزرق.

- علاجها:

-إراحة المنطقة المصابة.

-وضع كمادة ضاغطة مباشرة على المنطقة المصابة.

-الاتصال بطبيب عند بقاء الشك في تشخيص الإصابة.

5-8-3 تمدد الأوتار: « Clargation »

عبارة عن تمدد رباط العضلات أثناء القيام بتمديد زائد أو قوي فوق الطاقة ويتطلب علاج جراحي، ومن أعراضه ألم شديد عند الحركة أو عند القيام بجهد عضلي وعلاجها يكون باستعمال كمادات باردة والعلاج بالأشعة الحمراء.

5-8-3-1 العلاج:

-الراحة إلى غاية زوال الألم.

-علاج موضعي باستعمال الحرارة ووضع الكمادات التي تحافظ على درجة الحرارة المطبقة مع العلاج الطبيعي.

-الاتصال بطبيب إذا لم يكون هناك تحسن.

-استعمال الجبس أو تغليف مثبت.

-تدخل جراحي.

5-9 إصابات الحوض:

5-9-1 آلام الحوض:

عبارة عن أعراض وتتمثل هذه الأعراض في:

-التهاب أوتار التبعيد، أمراض المفصل العاني.

-التهاب العضلة المستقيمة التي نادرا ما تكون منعزلة والألم يكمن في جهة واحدة من جهة العانة من الجهة الأمامية للفخذ.

-آلام اللمس تكون تحت العانة الداخلية ونجدها بعد انقباض عضلات البطن .

-التهاب أوتار التبعيد تكون عند حدوث تمديد سلبي (مرونة سلبية) مع انقباض العضلات المبعدة.

5-9-1-1 علاجها:

-راحة كاملة مدة 6 أسابيع بدون تدريب مع العلاج الصيدلاني وينصح بممارسة التأهيل الحركي.

5-9-2 الفتق الأسطواني:

من أسبابها الشني إلى الأمام أثناء رفع ثقل ما يكون كبيرا فتظهر أعراض على شكل ألم في منطقة القطنيات، أين الجذور العصبية تمر عبر الأسطوان بين الفقرة الثالثة والرابعة القطنية.

5-9-2-1 علاجها:

يكون جراحي، غير أن التعامل مع هذه الآلام ممكن في حالة النوم المستقيم على فراش صلب نوعا ما. (أسامة رياض، 2001، ص102)

6- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية: نوجز بعض المضاعفات التي قد تحدث من جراء الإصابات الرياضية إذا لم يتم تقديم العلاج المباشر والصحيح فيما يلي:

- إصابات مزمنة: يمكن تحول الإصابة العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوفر لها العلاج المناسب مثل الخلع المتكرر لمفصل الكتف.

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

- تشوهات بدنية: تنتج من جراء ممارسة أنواع معينة من الرياضات بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو كنتيجة للرياضات غير العلمية مثل نحافة بعض لاعبي كرة القدم في الأطراف العلوية.

- قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: تكرار الإصابة يؤدي إلى اختصار زمن التواجد كلاعب. (Bromberger, 1996)

6-1 طرق معالجة الإصابات الرياضية:

6-1-1 الراحة:

إراحة المنطقة المصابة في الجسم أمر مهم جدا، حيث أنه قصد الوصول إلى نتائج حسنة في العلاج يتوجب على الرياضي المصاب أن يلزم الفراش، خاصة إذا كان العلاج قد اقتضى استعمال تثبيت بالجبس أو تدخل جراحي. والراحة تكون برفع المنطقة المصابة في الجسم أعلى من باقي الجسم، لتسهيل الدورة الدموية والتفريغ في المنطقة المصابة، غير أنه أثناء الراحة يمكن اللجوء إلى عمل عضلي ديناميكي في بعض الإصابات، والقاعدة العامة للراحة بالنسبة للمصاب تقول أنه لا يعود للتدريبات حتى يزول الألم والتورم أيضا ولا يعودان للظهور حتى مع الجهد، هذه الراحة لا تعني أن يتوقف المصاب عن الحركة كليا، بل يتوجب عليه أن يحافظ بالطبع على راحة المنطقة المصابة دون إهمال المناطق والأعضاء غير المصابة التي عليه أن يقوم بترويضها كي لا تضمر (Dalignaud.F, 1992)

6-1-2 العلاج الطبيعي:

العلاج الطبيعي هام جدا في التأهيل من الإصابات ويتركز على تسخين المنطقة المتضررة أو تبريدها قصد التخفيف من الألم أو تنبيه المنطقة، وينقسم إلى:

6-1-3 العلاج الحراري:

تستعمل الحرارة للخفض من الألم ما عدا مصدر الالتهاب، وفي هذه الطريقة تستعمل عدة وسائل منها:

6-1-4 الأشعة تحت الحمراء:

تستعمل في الإصابات المزمنة مثل الكدمات وتمزق العضلات والخلع والكسر، وكذا التيبس العضلي، هذه الطريقة تستعمل قبل عملية التدليك والتمرينات، فتساعد على تحسين الدورة الدموية وارتخاء العضلات. (محمد عادل رشدي، 1996، ص55)

6-1-5 الهواء الساخن والحمام الساخن:

تأثير الحرارة باستعمال هاتان الوسيلتان يؤثر على المنطقة ويجعلها أكثر ليونة، وهذا يسهل من التأهيل الوظيفي بعد ذلك، ويستعمل فيه أيضا حمام السباحة العادي، أين يتم العلاج الحركي.

6-1-6 الكمادات الساخنة والوسائل الحرارية:

لها تأثير تخديري، فهي تقلل من التقلص العضلي وتعمل على زيادة الدورة الدموية وتستعمل بعد إصابة الأنسجة الرخوية كالكدم العضلي والشد العضلي والتقلص. (فؤاد عبد الوهاب، 1990، ص62)

6-1-7 العلاج بالبرودة:

هذا النوع له نفس التأثير بالحرارة، غير أنه أكثر فعالية في التخفيف من الألم في مرحلة الالتهاب مباشرة بعد إصابة عضلية، عظمية ومفصالية وبعد تدخل جراحي والعلاج بالبرودة مقياس علاجي متوفر خاصة في الإصابات الحادة للأنسجة الرخوة فتبريد هذه الأنسجة بالإضافة إلى العلاج الصيدلاني يؤدي إلى تخفيض في اتساع الأوعية الدموية الموجودة في المنطقة، وهذا ما سيسمح في نقص النزيف والورم والألم أيضا، واستعمال البرودة له عيوبه إذ أنه توجد إصابات موضعية نتيجة استعمال هذه الطريقة، لهذا يستحب استعمال عازل بين المواد الباردة والجلد وهذا لا يعني أن الرياضي سيعود مباشرة إلى ممارسة النشاط الرياضي، وهذا الأخير يمكن أن يسبب له مضاعفات شديدة لأن شدة الإصابة والألم متبعان بتأثير البرودة .

ومن طرق العلاج بالبرودة نجد:

-التدليك بالثلج: يسهل حركة الجزء المصاب تحت التأثير التخديري.

-الانغماس: باختيار حرارة الماء سواء 12.8° أو مثلج حوالي 0° .

-وسائد الثلج.

-التبريد بالتبخير: يتم برش كلوريد أو الفلور الميثان، يؤدي إلى ارتخاء عضلي.

-العلاج بالثلج والضغط: يستعمل عند إصابة الأنسجة الرخوة الحادة مثل الملح

6-1-8 العلاج الكهربائي:

باستعمال التيار الغالفاقي المستمر، نضع النهايات سواء عريضة أو مد، والتي تكون مدهونة بمواد خاصة مثل أملاح الهيدرو كورتيزون، مستخلصات الكالسيوم، أما التيار المتناوب فتأثيره يكون في التخفيف من الآلام المفصالية ويستحسن تفاديها في حالة التهابات أو تقلصات (تبيس) وينصح استعمال التيار المتناوب في حالة كسر بعد نزع الجبس .

التيارات العالية التواتر استعمالها حساس جدا، فهي تسبب احتراقات.

الموجات القصيرة المستعملة في علاج الأورام، الملخ الحديثة، الانفصام، التيبس العضلي، الالتهاب المفصلي يتفادى استعمالها في حالات مثل الالتهابات الموضعية الجلطة الدموية أو وجود مواد معدنية في جسم المصاب. الموجات القصيرة جدا (موجات رادارية) لا تستعمل في المناطق ذات التغذية الدموية السيئة على مستوى الغضاريف وعلى الأصابع الحاملة لحوام، وتستخدم لزيادة كفاءة الدورة الدموية من ثماني إلى عشر حصص علاجية إضافية استخدامها في علاج الورم ما بعد الكدم، التمزقات العضلية بعد 48 ساعة .

6-1-9 التديك:

يلعب التديك دورا كبيرا في علاج الإصابات الرياضية وإعادةها إلى حالتها الطبيعية للقيام بوظيفتها كاملة، كما يستخدم لإزالة المجهود الرياضي وآثار العمليات الجراحية والجبس، ويكون التديك برفق لا بقوة يبدأ انطلاقا من النهايات الجسمية، أي الأطراف والأصابع باتجاه القلب والتديك عندما يقوم به المعالج بالطريقة الطبيعية يكون أكثر نجاعة ونفعا للبدن وهذا يعود على الجانب النفسي للمصاب ويوجد نوع من التديك في مسابح خاصة، أين تخترق المياه قوة الدفع الهوائية، يكون لها نفس التأثير للتديك العادي والتديك نوعان:

- التديك الكلاسيكي:

يسمح بالتحضير للجهد البدني للمدى الطويل أو المباشر قبل المنافسة بشرط أن يكون الرياضي معتادا عليه، ويستعمل أيضا للاسترجاع.

- تديك رد الفعل:

يستعمل لمعالجة الإصابات وتخفيض حدة الألم وفيه يستعمل الوخز. وبوجه عام، يظهر تأثير التديك كالاتي:

- 1- يعمل على تنشيط الدورة الدموية في الجلد والعضلات.
- 2- يعرف الأورام والارتشاحات الناتجة عن الإصابات ويمت النزيف.
- 3- يساعد على الالتئام المبكر ولا يترك مجال للمضاعفات.
- 4- يساعد على الارتقاء ومهدئ. (فؤاد عبد الوهاب، 1990، ص70-71)

6-1-10 المشتات:

تستعمل عادة عند الضرورة قصد التقليل من الحركة في العضو أو المنطقة المصابة ومنها: الجبس، الكمادات الضامة، البراغي المعدنية والكمادات العادية.

6-1-11 العقاقير الطبية:

استعمال ضروري ومهم في بعض الإصابات، لكن دون إهمال الأعراض الجانبية، لها تأثيرها على الجهاز الهضمي، خاصة المعدة وتأثيرها المنشط، لهذه العقاقير تأثير على الألم إذ تهدئه ويمكن تصنيف هذه العقاقير المؤثرة على الأنسجة المهشة والأربطة والعضلات والأوتار في الأنواع التالية :

-أدوية ذات تأثير مهدئ على الألم ومضادة للالتهابات.

-أدوية ذات تأثير مضاد للتقلص العضلي.

-المهدرو كورتيزون والأدوية ذات تأثير مهدئ للألم تستعمل عن طريق الحقن.

-مراهم وكريمات.

-أدوية ذات تأثير مضاد للتخثر (محمد عادل رشدي، 1996، ص64)

6-1-12 العلاج بالماء:

له تأثير تدليكي من حركة الماء على الجسم، فهو يستعمل كجزء من العناية الفورية للإصابة، حيث تستعمل حرارة ماء منخفضة ويستخدم المد الحركي، وتستعمل مع العلاج بالماء حمامات الشمع الطبية وذلك بعد الخروج من الجبس وفي الكمادات، السونا لإزالة الإجهاد وتحسين الدورة الدموية، الكمادات الثلجية والكمادات الساخنة إضافة إلى علاج إصابات العمود الفقري، فإنها تفيد في علاج الملخ الخفيف ومفاصل الأطراف، غير أن لها عواقب كثيرة.

6-1-13 الاسترخاء:

هو علاج بآتم المعنى، حيث يفضلته يتم تجميع كل ما يؤدي إلى استرخاء عضلي ونفسي عن طريق تمارين منظمة بالتركيز على أنواع العضلات، ثم التحكم في النبض وبعدها التحكم في المشاعر.

6-1-14 التدخل الجراحي الرياضي:

هذه الطريقة في الجراحة لا تختلف عن الجراحة العظيمة المعروفة في الجانب التقني، غير أن في حالة الرياضي، يتم التدخل الجراحي بإعادة تأهيل أكيد، فتعاون الرياضي مع الجراح والمدرب ورئيس الفريق، إضافة إلى طبيب الفريق الذي يبقى دوره فعالا في الفريق والرياضي ينتظر من التدخل الجراحي أن يعيده على قدميه بشفاء كامل، صحيح وسريع وعلى الجراح أن يعلم الرياضي (Larousse Médical, 1986)

7- مبادئ التدريب بعد الإصابة:

إن إعادة التأهيل والتدريب بعد الإصابة على مستوى العضلات، الأربطة والأوتار والمفاصل يتطلب إطلاع الرياضي المصاب إلى جانب المختص الذي يقوم بعلاجه على حالته، فإذا كانت الإصابة خطيرة وجل الأنسجة الضامة في العضلة قد ضعفت جراء الإصابة، فمدة الشفاء تطول أكثر من الشفاء في الحالات الخفيفة، فتدريب العضلات، الأربطة، المفاصل بعد الإصابة يهدف إلى:

-استرجاع الحركة العادية على مستوى ميكانيكية المفاصل.

-استطالة ألياف الكولاجين في النسيج الضام إلى غاية تمددها الوظيفي في الربطة والأوتار.

-الرفع من صلابة مناطق الارتباط بين الوتر والعضلة ومن صلابة العضلات نفسها. (عبد السيد أبو العلا، 1997، ص59)

7-1 بعض آليات العمل العضلي التأهيلي:

-عمل فعال بدون مقاومة:

يعتبر هذا النوع من العمل من الحركات الأولى التي يقوم بها المصاب مباشرة بعد مداومة التأهيل، حيث يقوم بحركات بسيطة وبهدوء، وفي هذه الحالة يجب ملاحظة المصاب إذا كان يقوم بحركات تعويضية للتقليل من الألم.

-عمل فعال مقاومة:

بالتدرج في العمل يجد المصاب القدرة على رفع العضو المصاب وتحريكه دون تواجد حركات إضافية للعضلة إذ هي تقوم بمقاومة مضادة وهذه الحركات يقوم بها المدرب يدويا بواسطة التمرينات العلاجية أو من طرف المريض نفسه أو ميكانيكيا بواسطة ثقل. (محمد عادل رشدي، 1996، ص101)

7-2 تدريب العضلات بعد الإصابة (القوة):

إن القوة العضلية القسوى المطورة من طرف العضلة متعلقة بسرعة التقلص في هذه الأخيرة، أثناء تمارين إعادة التأهيل الوظيفي بعد الإصابة، يجب القيام بتدريبات لتطوير القوة ببلوغ الحد الأقصى للألم، فالعضلات مقارنة بالأربطة والأوتار في مفاصل لها القوة والسرعة في تطوير القوة على مستواها أكثر من هذه الأخيرة، ويتم ذلك ابتداء بالتدريب على تمارين الانقباض الثابت مباشرة بعد الإصابة في بعض الحالات والتدريب يبدأ ببعض التقلصات العضلية اليومية التي ترفع يوما بعد يوم، فأولا نرفع من عدد التقلصات العضلية وبعدها الضغط (الثقل) والمصاب عليه أن يرتاح ويسترجع بين التقلصات (الانقباضات) كي يسمح لحمض اللبن بالزوال وعندما يستطيع المصاب أن يقوم بدون ألم بالتدريب على الانقباضات الثابتة دون ضغط زائد (حمل زائد) يمكن له أن يياشر في التدريب الديناميكي وهذا الأخير يياشر بحمل زائد خفيف نوعا ما، وبرنامج التدريب يكون مؤسسا على رفع عدد التكرارات وليس الحمل.

وبصفة عامة، تدريب القوة بعد الإصابة يعتمد على مبادئ هي:

- كل تدريب للقوة يبدأ بتمارين الإحماء.

- كل تدريب يبدأ دون أحمال زائدة ويصل ضغطه إلى أقصى حد للألم، فهذا يستوجب رفع أولا عدد الحركات أو الحصة التدريبية وثانيا الرفع في الحمل.

-تفادي التكرار السلبي.

-الراحة والاسترجاع عاملان شديدا الأهمية في تدريب القوة.

-تدريب خاصية القوة يكون مرفوقا بتدريب الحركية المفصلية.

7-3 تدريب الحركية بعد الإصابة:

هذا التدريب هدفه تطوير الحركية الميكانيكية La Mobilité المفصلية، والهدف منه أيضا التمديد والاستطالة، فأنثناء التمديد يقوم الرياضي بحركات تدليكية وحركات إبعاد وتقريب إلى أقصى حد للعضلة، هذه التمارين لا يجب أن يقوم بها المصاب مباشرة بعد الإصابة، ففي كل حركة تمديد واستطالة على الرياضي أن يقوم بحركة إبعاد

بزوايا كبيرة دون أن يكون هناك رد فعل عضلي كالتقلص مثلا، وهذا النوع من التدريبات يقوم بتنشيط الأنسجة المحيطة بالمفصل والاستطالة تكرر إلى غاية الوصول إلى حركية مرتفعة، والتدريب بالاستطال يجب أن يكون في إطار برنامج.

7-4 تدريب التنسيق بعد الإصابة:

هذه الخاصية يجب إعادة تطويرها رغم انتهاء إعادة التأهيل قبل الدخول في المنافسة، فالرياضي الذي أصيب على مستوى الركبة مثلا لا يعود إلى ملاعب كرة القدم قبل التدريب على تمرير الكرة ودحرجتها، ولما تتحسن هذه القدرة، يمكن القيام بتمارين وحركات بأمان أكثر واستهلاك أقل في الطاقة وتدريب التنسيق، يجب أن يكون متكيفا مع التقنيات المستعملة حسب الرياضة الممارسة، ففي البداية يحتوي التدريب على صحة واحدة لا تكرر ولا يكرر الجهد فيها بتكرار يتجاوز الحد الأقصى للتعب ويتطلب هذا التدريب حوالي 06 أشهر أحيانا أو أكثر قبل بداية ظهور نتائجه (BACQUE.M, Frederique. E,1997).

8- كرة القدم:

- التعريف اللغوي:

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

- **التعريف الاصطلاحي:** كرة القدم هي رياضة جماعية ، تمارس من طرف جميع الناس، كما أشار إليها رومي جميل: "كرة القدم قبل كل شيء رياضة جماعية يتكيف معها كل أصناف المجتمع" (رومي جميل ، 1986 ، ص50-52)

8-1 تاريخ كرة القدم في العالم:

لقد اختلفت آراء المؤرخين وكثرت الأقاويل حول تحديد تاريخ كرة القدم فهي لعبة قديمة التاريخ، ظهرت منذ حوالي خمسة آلاف سنة في الصين للتدريب العسكري و بالتحديد ما بين 206 ق.م وسنة 25م وكانت تسمى في الصين " تشوسو " وكانت تتألف من قائمين يبلغ ارتفاعهما إلى ثلاثين قدم مكسوة بالحري وبينهما شبكة من الخطوط الحريرية يتوسطها ثقب مستدير قطره حوالي قدم واحدة ، ويوضع هذا الثقب أمام الإمبراطور في الحفلات العامة ويتبارى الجنود بضرب الكرة المصنوعة من الجلد المغطى بالشعر لإدخالها داخل الثقب (مختار سالم، 1988، ص12) وكما يقال إن تاريخ كرة القدم يعود إلى سنة 1175م ويعتبر طلبة المدارس الإنجليزية أول من لاعبو كرة القدم واستمرت هذه اللعبة بالانتشار عام 1956م من خلال السياسة الاستعمارية التي انتهجتها بريطانيا آنذاك. (موفق عبد المولى، 1999، ص09)

كما ظهرت هذه اللعبة قديما في اليونان فكانوا يسمونها باسم " بيسكيروس" أما في هذا الزمان فعرفت باسم آخر وهو " هاربارستوم". (إبراهيم علام، 1984، ص32)

وبعد كل هذه الخلافات تم الاتفاق سنة 1830 على أن تكون هذه اللعبة لعبتين الأولى «Soccer» والثانية «Rugby» ، وبعدها في عام 1845 تم وضع القواعد الثلاث عشر لكرة القدم بجامعة كمبريدج.

أما في سنة 1862 أنشأت عشر قواعد جديدة تحت عنوان " اللعبة السهلة" وجاء منع ضرب الكرة بكعب القدم. وفي 26 أكتوبر 1863 أسس أول اتحاد انجليزي على أساس القواعد والقوانين الجديدة لكرة القدم وبمرور كل هذه السنوات أدى ذلك إلى ظهور أول بطولة رسمية عام 1888 وسميت باتحاد الكرة ، وبدأ الدور، ب 12 فريقا وسنة بعدها أسست الدائمك اتحادية وطنية لكرة القدم ويتنافس على بطولتها 15 فريقا. (موفق عبدالمولى، 1988، ص08) فيمكن القول إن رياضة كرة القدم مرت بعدة تطورات حتى سنة 1904 أين تم تأسيس الاتحاد الدولي لكرة القدم (FIFA) وأصبح معترف كهيئة تشريعية عالمية تشرف على شؤون اللعبة، ويتلقى الاتحاد الاقتراحات و التعديلات ويعقد اجتماعات سنوية للنظر فيما يصله من اقتراحات، ويبلغ الاتحاديات الوطنية على هذه الاقتراحات التي يتفق على إدخالها للقانون من اجل حماية اللاعبين و الهيئات ، هذه بعض التطورات أتينا بتنا على سبيل المثال لا للحصر وهي جد كافية لإثبات أن لعبة كرة القدم قد تطورت من الخشونة و الممحية إلى الفن ، وكانت نتيجة التعاون ما بين الدول المحبة للرياضة والسلام وما بذلته هذه الأخيرة من تضحيات لرفاهية شعبها أن ظهرت كرة القدم بصورتها المشرفة التي تطالعنا حاليا، وتزيد من تعلقنا بهذه اللعبة ولاعبيهها. (حسن عبد الجواد، 1986، ص10)

8-2 تاريخ كرة القدم في الجزائر:

تعد كرة القدم من بين أول الرياضات التي ظهرت ، والتي اكتسبت شعبية كبيرة ، وهذا بفضل الشيخ " عمر بن محمود" ، " علي رايس" الذي أسس سنة 1895م أول فريق رياضي جزائري تحت اسم (طليعة الحياة في الهواء الكبير (lakant garde vie grandin) وظهر فرع كرة القدم في هذه الجمعية عام 1917م ، وفي 07 أوت 1921 م تأسس أول فريق رسمي لكرة القدم يتمثل في عميد الأندية الجزائرية " مولودية الجزائر" غير إن هناك من يقول إن النادي الرياضي لقسنطينة هو أول نادي تأسس قبل سنة 1921م بعد تأسيس المولودية، تأسست عدة فرق أخرى من غالي معسكر، الاتحاد الإسلامي لوهران، الاتحاد الرياضي الإسلامي للبليدة، والاتحاد الإسلامي الرياضي للجزائر. (بلقاسم وآخرون، 1997، ص46)

و بانضمام عدة فرق للمجموعة تكونت جمعيات رياضية وطنية في لعبة كرة القدم متخذة أبعاد سياسية لم ترضي قوات الاستعمار ،جاد بعد هذه الأندية فريق جبهة التحرير الوطني الذي ولد في خضم الثورة المسلحة لإسماع صوت المكافحة عبر العالم من خلال كرة القدم ،في ظرف أربع سنوات تحول الفريق إلى مجموعة ثورية مستعدة للتضحيات وإسماع صوت الجزائر في أبعد نقطة من العالم وبدأت مسيرة جبهة التحرير الوطنية من تونس عبر العالم في تحفيظ النشيد الوطني .

بعد الاستقلال جاءت فترة الستينات و السبعينات والتي تغلب عليها الترويجي و الإستعراضى ،حيث أن المستوى الفني للمقابلات كان عاليا تلتها مرحلة الإصلاحات الرياضية من 1978م-1985م التي شهدت قفزة نوعية في مجال تطور كرة القدم بفضل توفر الإمكانيات المادية الشيء الذي سمح للفريق الوطني لنيل الميدالية الذهبية في الألعاب الإفريقية الثالثة بالجزائر ثم المرتبة الثانية في كأس أمم إفريقيا سنة م1980 ،وفي المنافسات الأولمبية تأهل الفريق الوطني إلى الدور الثاني من الألعاب موسكو سنة 1980، وكذلك الميدالية البرونزية سنة 1979 في ألعاب البحر المتوسط

ووصلت إلى قممتها في مونديال ألمانيا سنة 1982 م أين فاز الفريق الوطني على أحد عمالقة كرة القدم في العالم، ألا وهو الفريق الألماني الغربي وانتهز بصعوبة سنة 1986 في المونديال المكسيكي أمام البرازيل: (0-1) وتحصلت على أول كأس إفريقية للأمم سنة 1990 بالجزائر. (مجلة الوحدة الرياضي، 18/06/1982، ص10)

3-8 تلخيص لبعض الأحداث الهامة في تاريخ كرة القدم الجزائرية :

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

1968: أول تأهل للفريق الوطني إلى نهائيات كأس إفريقيا للأمم بأثيوبيا .

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

1980: أول نهائي في كأس إفريقيا للأمم للفريق الوطني ضد نيجيريا .

1990: الفريق الوطني يفوز بأول كأس إفريقية من تنظيمه .

1982: أول تأهل للفريق الوطني إلى نهائيات كأس العالم بإسبانيا .

1986: ثاني تأهل للفريق الوطني إلى نهائيات العالم في المكسيك. (حسن عبد الجواد، 1986، ص15)

أكبر ملعب هو ملعب الأولمبي الجزائري ويسع 80 ألف متفرج وأشهر الأندية: مولودية الجزائر، مولودية وهران، وفاق سطيف، وإلكترونيك تيزي وزو وشباب بلكور. (محمد عبده صالح الوحش، مفتي إبراهيم محمد، 1994، ص07)

4-8 قواعد كرة القدم :

أن الجاذبية التي تتمتع بها كرة القدم خاصة في الإطار الحر (المباريات غير الرسمية، ما بين الأحياء)، ترجع أساسا إلى سهولتها الفائقة، فليس ثمة تعقيدات في هذه اللعبة ومع ذلك فهناك سبعة عشر (17) قاعدة لسير هذه القواعد سارت بعدة تعديلات ولكن لازالت باقية إلى الآن .

حيث أول سياق للثبات للأول قوانين كرة القدم أسندوا إلى ثلاث مبادئ رئيسية جعلت من اللعبة مجالا واسعا للممارسة من قبل الجميع دون استثناء، وهذه المبادئ 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 مخالفات يعاقب عليها القانون .

- السلامة: وهي تعتبر روحا للعبة يمنح، بخلاف الخطورة التي كانت عليها في العهود العبرة، فقد وضع القانون حدودا للحفاظ على صحة وسلامة اللاعبين أثناء اللعب مثل تحديد مساحة اللعب، وأرضيتها وتجهيزهم من ملابس وأحذية للتقليل من الإصابات وترك المجال واسعا لإظهار مهارتهم بكفاءة عالية. (سامي الصغار، 1982، ص29)

- التسلية:

وهي إفراح المجال للحد الأقصى من التسلية والمتعة التي يجدها اللاعب لممارسة اللعبة، فقد منع المشرعون لقانون كرة القدم بعض الحالات والتي تصدر من اللاعبين تجاه بعضهم البعض (Abdelkeder touil, 1993, p185)

5-8 قوانين كرة القدم:

- القانون الأول: ملعب كرة القدم

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

الطول: الحد الأدنى 100 م

الحد الأقصى: 110 م

العرض: الحد الأدنى 64 م

الحد الأقصى 75 م

ويبلغ ارتفاع المرمى 2.44 متر وطوله 7.32 متر. (الرابطة الوطنية لكرة القدم، ص19)

- القانون الثاني: الكرة

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

- القانون الثالث: مهمات اللاعبين

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

- القانون الرابع: عدد اللاعبين

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

- القانون الخامس: الحكام:

يغير صاحب السلطة لمزاولة قوانين اللعبة بتنظيم القانون وتطبيقه.

- القانون السادس: مراقبوا الخطوط.

يعين للمباراة مراقبا للخطوط وواجبهما إن يبيننا خروج الكرة من الملعب، ويجهزان برايات من المؤسسة التي تلعب على أرضها المباراة. (علي خليفي وآخرون، 1987، ص255)

- القانون السابع: التخطيط

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

- القانون الثامن: منطقة المرمى

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

- القانون التاسع: منطقة الجزاء

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

– القانون العاشر: منطقة الركنية:

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

– القانون الحادي عشر: المرمى

يوضع المرمى في المنتصف على مسافتين متساويتين من قائمين راتب الركنية وعلى مسافة 7.32 من بعضها ويوصلان بعارضة أفقية على ارتفاع 2.44 متر. (مفتي إبراهيم، 1999، ص267-269)

– القانون الثاني عشر: التسلل

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

– القانون الثالث عشر: الأخطاء وسوء السلوك.

يعتبر اللاعب مخطئا إذا تعمد ارتكاب مخالفة من المخالفات التالية:

- ركل أو محاولة ركل الخصم
- عرقلة الخصم مثل محاولة إيقاع باستعمال الساقين أو الانحناء أمامه أو خلفه
- دفع الخصم بعنف أو بحالة خطرة
- الوثب على الخصم
- ضرب أو محاولة ضرب الخصم باليد
- مسك الخصم باليد بأي جزء من الذراع
- يمنع لعب الكرة باليد إلا حارس المرمى
- دفع الخصم بالكتف من الخلف إلا إذا اعترض طريقه. (علي خليفي و آخرون، 1999، ص255)

– القانون الرابع عشر: الضربة الحرة

حيث تنقسم إلى قسمين:

مباشرة: وهي التي يجوز فيها إصابة مرمى الفريق المخطئ مباشرة

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

– القانون الخامس عشر: ضربة الجزاء

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

– القانون السادس عشر: رمية التماس

عندما تخرج الكرة بكاملها من خط التماس

– القانون السابع عشر: ضربة المرمى

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

– القانون الثامن عشر: التهديف

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

- القانون التاسع عشر: الركلة الركنية

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

6-8 خصائص كرة القدم: تتميز كرة القدم بخصائص أهمها:

- الضمير الاجتماعي:

وهي من أهم خاصية في الرياضات الجماعية، إذ تكتسي طابعا جماعيا بحيث يشترك فيها عدة أشخاص في علاقات وأدوار متكاملة ومترابطة، وتحقيق أهداف مشتركة في إطار جماعي.

- النظام:

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

- العلاقات المتبادلة:

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

- التنافس:

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

- التغيير:

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

- الإستمرار:

مما يزيد الاهتمام برياضة كرة القدم هو طبيعة البطولة فيها، إذ يكون برنامج البطولة مطولا (سنويا ومستمر) كل أسبوع تقريبا، مقارنة مع الرياضات الفردية التي تجري منافساتها في شكل متباعد.

- الحرية: اللاعب في كرة القدم رغم ارتباطه بزملائه وبالهدف الجماعي إلا انه يملك حرية كبيرة في اللعب الفردي و الإبداع في أداء المهارات وهذا مرتبط بإمكانيات وقرارات كل لاعب (الفردية) . إذ انه ليس مقيدا بأداء تقني

ثابت كما هو الحال، في اغلب الرياضات الفردية، بل لديه الحرية في التفاعل والتعرف حسب الوضعية، التي يكون فيها أمام الخصم وهذا ما يكسب رياضة كرة القدم طابعا تشويقيا ممتعا. (عبد الرحمان عيسوي، 1980، ص71)

ثانيا: الدراسات السابقة والمشابهة:

9- الدراسة الاولى:

صاحب الدراسة: شريط عبد الحكيم عبد القادر.

عنوان الدراسة : الاصابات الرياضية ومدى تأثيرها على السلوك النفسي للرياضي .

أهداف الدراسة :

- التعرف على الاصابات الأكثر شيوعا التي تصيب مختلف الاطراف من الجسم في الألعاب الرياضية المختلفة وفقا ل (أنواعها ، مناطق حدوثها ، أسبابها ، شدتها).
- التعرف على نسب الاصابات الرياضية للاعبين وفق متغيرات (الطول، الوزن، العمر التدريبي).
- التعرف على نسب الاصابات وأنواعها في ألعاب رياضية مختلفة وحسب خصوصية كل لعبة .

تساؤلات الدراسة:

- هل هناك اسهام للسلوك الرياضي في تحمل الآلام.
- هل هناك علاقة بين الشخصية والضعف المتصور.
- هل هناك علاقة بين المحددات النفسية والتأثر المتصور من الإصابة.
- ما هي المحددات النفسية للسلوك نحو اعتماد تجربة الألم.

المنهج: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: تم اختيار عينة البحث بالطريقة العمدية من الرياضيين الذين تعرضوا الى اصابة مختلف الاطراف

البالغ عددهم 110.

أدوات الدراسة: الاستبيان و المقابلة.

النتائج و الاقتراحات:

- اصابات الكتف تحتل نسبة عالية استنادا الى تصنيف نوع الاصابة.
- يعتبر الاحماء من اهم اسباب الاصابات الرياضية لدى اللاعبين.
- اصابات التمزق العضلي من أكثر الاصابات شيوعا.

10- الدراسة الثانية:

صاحب الدراسة: جمال مصباح.

عنوان الدراسة : الإصابات الرياضية والبدنية عند لاعبي كرة القدم ذوي المستوى العالي وانعكاساتها النفسية على

مستواه الرياضي خلال المنافسة.

أهداف الدراسة :

- إبراز دور المتابعة الطبية النفسية، وذلك قصد التخفيف من عواقب الإصابة البدنية على البعد النفسي .
- دراسة العلاقة بين الحالة البدنية والحالة النفسية التي يعيشها الرياضي الجزائري المصاب.

- إظهار واقع الإصابة الرياضية على البعد الرياضي ثم البعد النفسي.

المنهج: المنهج الوصفي التحليلي.

عينة الدراسة: جرت الدراسة على عينة قدرت بـ 100 فرد تضمنت لاعبين، مدربين وأخصائيين نفسانيين،

والمحضر البدني، وقد تم اختيار العينة بطريقة مقصودة.

أدوات الدراسة: الاستبيان.

النتائج و الاقتراحات:

- وعي الرياضي المصاب بخطورة الإصابة مما أدى إلى قلقه وتوتره الدائم خوفا من فقدان مستقبله الرياضي والمهني

- نقص وتراجع مستوى لاعب كرة القدم المصاب فنيا، بدنيا وتقنيا مع عدم تقبله للإصابة.

- الانطواء وعزلة اللاعب المصاب مع عدم استقرار حالته النفسية نتيجة الحركات العشوائية.

- الأرق الدائم ومشاهدة الكوابيس خلال كل فترات النوم

11 - الدراسة الثالثة:

صاحب الدراسة: سمير خلو

عنوان الدراسة: إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم

أهداف الدراسة:

- التعريف ببعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي كرة القدم ومساهمة الطب الرياضي في الوقاية منها والعلاج

اللازم لها.

- كما نرمي من خلال هذا البحث إلى تحسين مردود اللاعبين عن طريق العلاج التأهيلي وتوعيتهم ودفعهم إلى

المتابعة الطبية الدورية بعد الإصابة

- وكما نهدف من خلال هذه الدراسة إلى ملء الفراغ الموجود في مكتباتنا، وتوفير المصادر والموارد قصد إطلاع

الطلبة والتعرف على الإصابات وكيفية الوقاية منها وطرق العلاج.

تساؤلات الدراسة:

- للطب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة القدم.

- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم .

- اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية.

- نقص مراكز الطب الرياضي في الجزائر أدى إلى عدم التكفل بجميع اللاعبين الرياضيين المصابين.

المنهج: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: ولقد تم اختيار العينة لهذه الدراسة بصورة عشوائية حيث شملت 80 لاعب من 4 فرق.

أدوات الدراسة: الاستبيان.

النتائج و الاقتراحات:

12- الدراسة الرابعة:

صاحب الدراسة: مخلدي محمد.

عنوان الدراسة : مدى تأثير الإصابات الرياضية على دافعية الإنجاز في حصة التربية البدنية والرياضية لدى تلاميذ الطور الثانوي.

أهداف الدراسة :

- تحديد تأثير الإصابات الرياضية على دافعية الإنجاز عند تلاميذ الطور الثاني أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية
- معالجة المخاوف من التعرض للإصابات الرياضية التي تظهر عند بعض التلاميذ.
- ضرورة الاهتمام بدافعية الإنجاز الرياضي عند التلاميذ الذين تعرضوا للإصابة والعمل على تنميتها.

تساؤلات الدراسة:

- يؤثر سبب الإصابة على دافعية الإنجاز.
 - يؤثر الخوف من تكرار الإصابة على دافعية الإنجاز.
 - للإصابات الرياضية دور في التقليل من مستوى أداء هؤلاء التلاميذ.
 - تلعب نوع الإصابة الرياضية دور في تخفيض الرغبة بتحقيق النجاح وتجنب الفشل لدى التلاميذ.
- المنهج: المنهج الوصفي..

عينة الدراسة: ولقد تم اختيار العينة لهذه الدراسة بصورة عشوائية حيث شملت 70 تلميذ.

أدوات الدراسة: الاستبيان.

النتائج و الاقتراحات:

- أن سبب الإصابة الرياضية يؤثر على دافعية إنجاز التلاميذ خلال الحصة.
- يؤثر الخوف من تكرار الإصابة على دافعية إنجاز التلاميذ خلال الحصة.
- تعمل الإصابات الرياضية على التخفيض من مستوى أدائهم أثناء الحصة.
- تخفض نوع الإصابة الرياضية من رغبتهم في تحقيق النجاح وتجنب الفشل.

13- الدراسة الخامسة:

صاحب الدراسة: عباس لونيس.

عنوان الدراسة : انعكاس الإصابات الرياضية على دافعية الإنجاز لدى لاعبي كرة اليد.

أهداف الدراسة :

- معرفة مدى الانعكاس السلبي للإصابات الرياضية على سلوك اللاعبين الذين سبق لهم و ان تعرضوا للإصابات الرياضية.
- معرفة دور الإصابات الرياضية في التقليل من مستوى أداء اللاعبين.
- معرفة مدى الانعكاس السلبي للإصابات الرياضية على مستوى التنافس للاعبين.

- معرفة دور الاصابات الرياضية في التخفيض من الرغبة في تحقيق النجاح و تجنب الفشل لدى اللاعبين.

تساؤلات الدراسة:

- كيف تنعكس الاصابات الرياضية سلبا على سلوك اللاعبين الذين سبق لهم و ان تعرضوا للاصابات الرياضية.
- هل للاصابات الرياضية دور في التقليل من مستوى اداء اللاعبين.
- هل تنعكس الإصابات الرياضية سلبا على مستوى التنافس عند اللاعبين.
- هل تلعب الإصابات الرياضية دور في التخفيض من الرغبة في تحقيق النجاح و تجنب الفشل لدى اللاعبين.

المنهج: المنهج الوصفي.

عينة الدراسة: ولقد تم اختيار العينة لهذه الدراسة بصورة مقصودة حيث شملت 40 لاعب و 6 مدربين.

أدوات الدراسة: الاستبيان.

النتائج و الاقتراحات:

- الاصابات الرياضية تنعكس سلبا على سلوك اللاعبين الذين سبق لهم و ان تعرضوا للاصابات الرياضية.
- تعمل الاصابات الرياضية في التقليل من مستوى اداء اللاعبين.
- تنعكس الاصابات الرياضية سلبا على مستوى التنافس عند اللاعبين.
- تخفض الاصابات الرياضية من رغبتهم في تحقيق النجاح و تجنب الفشل.

تعليق عن الدراسات السابقة:

لقد تطرقت الدراسات السابقة الذكر إلى جوانب عديدة متعلقة بالاصابات الرياضية و لعبة كرة القدم لكنها هذه الدراسات تختلف عن دراستي كونها اهتمت بالاصابات و تأثيرها على الاداء عكس دراستي المتطرفة الى الجانب النفسي و خلاصة لذلك أمكن لنا ان نستفيد من هذه الدراسات بجعلها نظرية خلفية لموضوعنا هذا كما أفادت أيضا في الوصول إلى الصياغة النهائية لإشكالية الدراسة وكذا تحديد المنهج العلمي المناسب لهذه الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار العام للدراسة

1- الكلمات الدالة في الدراسة :

إن تحديد المفاهيم والمصطلحات الواردة في البحث منشأها لمساهمة في توضيح الموضوع وإزالة الغموض الذي قد يعيق الفهم الصحيح لهذا البحث .

1-1 الصدمة النفسية:

التعريف اللغوي:

صَدَم، الصَّدْم، الإِزْطَام ، الإِصْطِدَام

الصَّدْمَةُ : الدَّفْعَةُ ، نازلة أو مُصِيبَةٌ تَفاجئُ الإنسانَ فَتُثْقِلُه

ردّة فعل نفسيّة شديدة ومؤقّتة لصدمة عاطفيّة ، تتّسم بهبوط ضغط الدّم واكتئاب وضعف العمليّات الحيويّة.

(ابن المنصور جمال الدين، 2008، ص77)

التعريف الاصطلاحي:

هي حالة من الأذى وعدم التوازن والاضطراب في المشاعر التي غالباً ما تؤدي إلى تأثير عقلي وجسدي ناتج عن رد فعل طبيعي للحدث الصادم (محمد نابلسي محمد، 1991، ص22).

التعريف الاجرائي:

كل حالة نفسية مضطربة تنتج عن تأثر الشخص نفسياً من إصابة بدنية ناتجة عن تدخل خشن أو اعتراض أو حادث للصدمة النفسية أعراض تظهر على شكل مواقف.

1-2 الحالة النفسية:

التعريف اللغوي:

الحالة: الجمع : أَحْوَالٌ ، المؤنث : حالة ، و الجمع للمؤنث : حالات

وَجَدْتُهُ فِي حَالَةٍ يُرْتَى لَهَا : فِي وَضْعِيَّةٍ ، تَبَعَتْ حَالَتُهُ عَلَى الْقَلْبِ حَالَتُهُ سَيِّئَةٌ الْحَالَةُ الصَّحِيَّةُ الْحَالَةُ الاجْتِمَاعِيَّةُ الْحَالَةُ الاِقْتِصَادِيَّةُ.

في الحَالَةِ الرَّاهِنَةِ : فِي الْوَقْتِ الْحَاضِرِ.

النفسية: اسم مؤنث منسوب إلى نَفْسٍ.

مشاعر وسلوك وإحساسات وطريقة تصرف لدى الفرد والجماعة. (ابن المنصور جمال الدين، 2008، ص65)

التعريف الاصطلاحي:

الحالة العامة في الإنسان الناتجة عن مجمل ما انطوت عليه نفسه من ميول ونزعات وانطباعات ومشاعر نفسيّة.

التعريف الاجرائي:

هي مجموعة السلوكات و التصرفات التي يتخذها الرياضي المصاب ، ويشعر بها بعد إصابة بدنية رياضية.

تمثل هذه الحالة في كل ما يتعلق برد فعل مضطرب دون أن يكون له بعد مرضي (محمد حسن علاوي،

1986، ص53)

1-3 الإصابة الرياضية:

المعنى اللغوي:

مصدر أصاب فمثلا أصب إصابة بالغة في رجله : تعرض لضربة لضرر ، سجل اللاعب إصابة رائعة :هدفا رمى الكرة من الشباك (ابن المنصور جمال الدين، 2008، ص65).

التعريف الاصطلاحي :

عبارة عن تلف أو إعاقة سواء كان هذا التلف صاحب او غير مصاحب بتهتك الأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي وغالبا ما يكون هذا التأثير مفاجئا وشديدا وتختلف نوعية المؤثر باختلاف الأسباب فيما يكون مؤثر ميكانيكي او فني او كيميائي .(مفتي إبراهيم حمادة 1997، ص309).

التعريف الإجرائي :

الإصابة الرياضية هي تأثير نسيج أو مجموعة أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي او داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج.

1-4 كرة القدم:

التعريف اللغوي:

كرة القدم هي كلمة لاتينية وتعني "ركل الكرة بالقدم"، فالأمريكيون يعتبرونها ما يسمى عندهم(ريفي) أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها تسمى (soccer). (روجي جميل 1986، ص5)

التعريف الاصطلاحي:

لعبة تتم بين فريقين يتألف كل منهما على احدى عشر لاعب يستعملون كرة منفوخة فوق أرضية ملعب مستطيلة في نهاية كل طرف من طرفيها مرمى الهدف يحاول كل فريق ادخال الكرة في المرمى الحارس للحصول على هدف وللتفوق على المنافس في احراز الأهداف (مأمور بن حسن السلطان 1998، ص9)

التعريف الإجرائي:

لعبة جماعية تلعب بين فريقين ويكون كل واحد منهما من احدى عشر لاعب في ميدان مستطيل الشكل يحاول كل واحد منها تسجيل أكبر عدد من الاهداف في مرمى الخصم حيث يدير اللقاء حكم وسط الميدان وحكمين مساعدين على الطرفين محافظ اللقاء تدوم مدة اللقاء 90 د وهي مقسمة الى 45 د مع استراحة بينهما بينهما 15 د بالاضافة الى احتساب الوقت الضائع تستعمل كرة جلدية البسة الفريقين مختلفة عن بعضها بالاضافة الى اختلاف لباس الحراس عن باقي اللاعبين واختلاف لباس الحكم وألبسة اللاعبين من تبان - قميص - جوارب - حذاء خاص باللعب .

2- الإشكالية:

يعتبر التدريب و المنافسة نموذجان يقتدى بهما؛ فهما من عوامل النجاح في الحياة، بالنظر إلى الفائدة الاقتصادية و القيمة الاجتماعية التي يجنيها الرياضي من اندماجه في إطار ممارستها، والتي تبدو كأول واجهة نطلع عليها في الميدان.

غير أن الاستفادة من هذين النموذجين والانتماء إليه ليس سهل المنال، و الوصول إليه يتطلب خصائص يشترط توفرها في الرياضي تتجمع في طاقة ذات بعدين: بعد فيزيولوجي وبعده نفسي.

توظيف هذه الطاقة ببعديها المختلفين يتم بخضوع الرياضي لأساليب تدريب شديدة تدفع بقدراته إلى حد بعيد، التي بدورها تدفع بالأهداف و التطلعات إلى مثالية ترسم في صورة الرياضي الحقيقي الذي يعرض مستواه وقدراته في إطار المنافسات التي تعتبر النتيجة، إضافة إلى أبحاث أخرى تناولت نفس الموضوع في نفس النطاق انفردت بها بالإضافة إلى أبحاث أخرى تناولت ممارسة العنف في الوسط العائلي الجزائري.

فإذا حاولنا القيام بمطابقة ظاهرة الإصابة البدنية الرياضية و ما يترتب عنها على الجانب النفسي للرياضي، على ظاهرة الإصابة البدنية المتسببة في الصدمة النفسية، لوجدنا مجموعة من العوامل المشتركة بين الظاهرتين، سواء في السبب الأولي و نتيجة الإصابة.

كما يمكننا تناول ظاهرة الإصابة البدنية الرياضية من مقارنة نفسية تحليلية، و نفسية مرضية ما دام تأثيرها يتجاوز الجانب البدني إلى الجانب النفسي. و مادام هذا التأثير مرتبطا أيضا بدرجة خطورة الإصابة.

ورغم أن في العديد من الحالات نلاحظ تكفلا كاملا بالرياضيين المصابين، وعودتهم إلى ميادين الممارسة بعد مدة نقاهة متفاوتة حسب الحالات، إلا أننا نجهد كيف يعايش رياضي كرة القدم المصاب إصابته، وما يميزها من الجانب النفسي.

وانطلاقا من هذا التجاهل استخلصنا غياب المتابعة النفسية لدى اللاعبين و هذا يعتبر من الأمور التي تبعث تساؤلات عن الحالة النفسية لدى اللاعب و التي تمهد لطرح الاشكالية العامة التالية:

ما هي الانعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم؟

وعلى ضوء هذه الاشكالية نطرح التساؤلات الجزئية التالية:

- ما هي الحالة النفسية العامة لدى لاعبي كرة القدم المصابين؟
- هل تؤدي الإصابة الرياضية الى ظهور أعراض الصدمة النفسية لدى لاعبي كرة القدم؟
- هل يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الإصابة؟

3 - أهداف الدراسة:

- دراسة العلاقة الإرتباطية بين الإصابة البدنية والحالة النفسية التي يعيشها لاعب كرة القدم المصاب
- محاولة إظهار واقع الإصابة الرياضية على البعد النفسي، من خلال التعرض لتصرفات وسلوكات الرياضي المصاب وكذا الاقتراب من حالة الصدمة النفسية من خلال التعرض لأعراضها، ومحاولة إثبات نظرية ما بعد الإصابة في ميدان الرياضة.
- دراسة الحالة النفسية للاعب لدى عودته للتدريب.
- محاولة الخروج بمجموعة من الاقتراحات التي يمكن لها أن تساعد المدرب بصفة خاصة والمحيط الرياضي بصفة عامة في تكييف تعاملهم مع حالة اللاعب المصاب

4- أهمية الدراسة:

- قلة الدراسات العلمية التي تناولت هذا النوع من المواضيع حول ممارسة كرة القدم.
- عدم تناول الإصابة الرياضية من مقاربة نفسية مرضية واكتفاء التعرض لها من باب طبي عضوي لحالة الصدمة النفسية الناجمة عن الاصابة
- محاولة تطبيق نظرية ما بعد الإصابة الرياضية، على الرياضي المصاب.
- إبراز أهمية المتابعة النفسية إلى جانب المتابعة الطبية، قصد التخفيف من عواقب الإصابة الرياضية على البعد النفسي.
- الخروج بحوصلة؛ انطلاقا من الإمام بالأدب العلمي الخاص بالصدمة النفسية من جهة، وبذلك الخاص بعلم النفس الرياضي من جهة أخرى، وبأكثر دقة ما جاء حول الإصابة الرياضية.

5- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد انعكاسات نفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم.

الفرضيات الجزئية:

- يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة.
- يتعدى وقع الإصابة البدنية عند لاعب كرة القدم البعد البدني، إذ يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.
- يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الاصابة.

الفصل الثالث
الإجراءات الميدانية
للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية:

يستحسن قبل البدء في إجراءات البحث وبصفة خاصة في البحوث الميدانية القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ربما تواجه الباحث في تطبيق أدوات بحثه، لذا تعتبر الدراسة الاستطلاعية ضرورية في أي بحث علمي فهي تساعد الباحث على الإحاطة التامة بجوانب المشكلة التي يريد دراستها والتعرف على بيئة موضوع الدراسة حتى يستطيع دراسة العينة المماثلة (محمود عبد الحليم، 2011، 59).

- الدراسة الاستطلاعية الأولى:

تهدف الدراسة الاستطلاعية الأولى إلى جمع البيانات الخاصة بموضوع الدراسة ومعلومات عن المجتمع، حيث قمنا بجمع معلومات أولية أفادتنا بالمعلومات التالية:

- جمع عدد أكبر من المعلومات حول واقع التعامل مع الإصابة الرياضية.
- جمع عدد أكبر من المعلومات حول أفراد العينة والتأكد من إمكانية تطبيق هذه الدراسة عليهم.
- استنادا على المعلومات السابقة بدأنا دراستنا الاستطلاعية التي تهدف من خلالها تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية، حيث تم توزيع استمارة الاستبيان على مجموعة من اللاعبين المصابين وكان عددهم (05)، وذلك لأجل تحقيق أغراض عديدة تتمثل فيما يلي:
- تجريب أداة الدراسة والتأكد من ثباتها وصدقها.
- التأكد من فهم بعض عبارات الاستبيان.
- تحديد مشكلة البحث وصياغتها صياغة علمية ودقيقة.
- التأكد من فهم عبارات الاستبيان.
- توضيح المفاهيم المتعلقة بمشكلة البحث.
- بناء استمارة البحث النهائية.
- التأكد من ملائمة تطبيق إجراءات البحث في حدود الإمكانيات المتاحة.
- التعرف على الصعوبات المتوقعة مواجهتها عند تطبيق البحث.
- إجراء الصدق والثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من 05 لاعبين من مجتمع البحث، وخارج العينة التي ستخضع للدراسة الأساسية وقد كانت فترة إجراء الدراسة الاستطلاعية في الأسبوع الأول و الثاني من شهر جانفي 2016.

كما نشير هنا إلى أن الباحث استعان ببعض الزملاء للتقرب من اللاعبين قصد إجراء الدراسة الاستطلاعية لأداة البحث.

2- المنهج المتبع في الدراسة:

1-2 تعريف المنهج العلمي:

يعتبر المنهج العلمي الوسيلة والسند الذي لا يمكن الاستغناء عنه في أي بحث علمي أو عمل ميداني في مختلف العلوم والمجالات الأخرى فهو عبارة عن "مجموعة من القواعد والعمليات الخاصة التي تتيح الحصول على المعرفة السليمة في طرق البحث عن الحقيقة لعلم من العلوم" (محمود عوض بسيوني، 2006، ص25).

2-2 تعريف بالمنهج المتبع في الدراسة:

استجابة لطبيعة الموضوع يشترط على الباحث أن يعتمد على المنهج الذي يناسب دراسته، ويوضح في هذا الشأن " الزوابعي والغنام" في قولهما : بأن الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة واكتشاف الحقيقة والاجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وطبيعة ونوع المشكلة المطروحة للدراسة، وهي تحديد نوع المنهج الذي يتبع من بين المناهج المتبعة (الزوابعي والغنام، 1974، ص51)

وبما أن موضوع بحثنا هذا يتعلق بالإنعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم، فإننا نرى أن هذه الدراسة تقتضي اتباع "المنهج الوصفي" فهو الملائم لطبيعة موضوع البحث، ويعتمد هذا المنهج على التحديد الكمي وهو يهدف إلى اكتشاف الوقائع ووصف الظواهر وصفا دقيقا وتحديد خصائصها تحديدا كميًا وكيفيًا، وهو بذلك يقوم بكشف الحالة السابقة للظواهر وكيف وصلت إلى صورتها الحالية، وتحاول التنبؤ بما سيكون في المستقبل فهو يهتم بماضي الظاهرة وحاضرها وكذا مستقبلها (حلمي محمد فؤاد، 1983، ص19).

3- مجتمع وعينة الدراسة:

مجتمع البحث هو جميع الأفراد أو الاحداث أو الأشياء الذين يكونون مشكلة البحث. و العينة هي جزء من المجتمع الأصلي يحتوي على بعض العناصر التي تم اختيارها منه بطريقة معينة وذلك بقصد دراسة خصائص المجتمع الأصلي كما تكون ممثلة لهذا المجتمع بصدق (محمد عبد الفتاح الصيرفي ، 2005 ، ص185 و186). وعلى ذلك كان عدد مجتمع بحثنا 132 لاعب موزعين على 06 أندية ، أختير منهم بطريقة مقصودة عينة مكونة من 20 لاعب، حيث قدرت نسبة العينة بـ26% من المجتمع الأصلي للعينة وقد أجريت هذه الدراسة على 06 أندية من ولاية برج بوعرييج.

4- أدوات جمع البيانات والمعلومات:

4-1 المصادر النظرية:

انطلقت الدراسة النظرية من الإطلاع على مجموعة من العناوين سواءا في الطب الرياضي وما جاء فيه عن الإصابات البدنية عند الرياضي، وعناوين أخرى خاصة بعلم النفس الرياضي التي تناولت خصوصيات الممارسة في الرياضة سواءا في التدريب، المنافسة والإصابات من جهة .ومن جهة أخرى تعرضنا للصدمة النفسية الناتجة عن الإصابات البدنية أو ما يعرف بنظرية ما بعد الإصابة ؛ من باب علم النفس التحليلي و المرضي . هذه الدراسة النظرية سمحت لنا ببناء جسور بين مختلف هذه المقاربات العلمية التي ساعدتنا في محاولة تطبيق معارف عامة وأساسية، حول الصدمة النفسية على الرياضي بصفة أكثر عمقا ، كما سمحت لنا أيضا بحصر مختلف جوانب الإشكالية و كذا بناء الاستبيان.

4-2 المصادر الميدانية:

و بعد استشارة الأستاذ المشرف ومجموعة من أساتذة " معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية " بجامعة المسيلة تم الاتفاق على تحديد أداة البحث والتي تمثلت في إستمارة إستبائية (استبيان) صممت خصيصا لعينة البحث.

ويعرف الاستبيان بأنه "عبارة عن مجموعة من الأسئلة تدور حول موضوع معين تقدم لعينة من الأفراد للإجابة عليها وتعد هذه الأسئلة في شكل واضح بحيث لا تحتاج إلى شرح إضافي وتجمع في شكل استمارة" ، كما يمكن تعريفه كذلك بأنه "أداة علمية تبنى وفق مراحل علمية تكتسب عبراتها صدقا وثباتا ، وتشمل بنودها على إمكانية قياس فرضيات البحث، وتحديد العلاقة بين المتغيرات " (عامر مصباح، 146، ص2008).

واشتملت استمارة الاستبيان المتعلقة ببحثنا على جملة من الأسئلة مقسمة على ثلاث محاور ، وتمثلت محاور الاستبانة فيما يلي:

المحور الأول : يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة ويضم التساؤلات من 1 إلى 9.

المحور الثاني: يتعدى لاعب كرة القدم المصاب البعد البدني، إذ يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه ويضم التساؤلات من 10 إلى 18.

المحور الثالث: يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الإصابة ويضم التساؤلات من 19 إلى 25.

4-3 الشروط العلمية للأداة: (حساب الخصائص السيكومترية للأداة)

- صدق الاستبيان:

إن استعمال أدوات بحثية لا صدق لها يؤدي حتما إلى إضعاف قوة الدراسة، فالأداة الصادقة هي التي تنجح في قياس ما وضعت لأجله وليس شيئا آخر، ويشير " مقدم عبد الحفيظ" أن الصدق يعني أن الاختبار يقيس ما افترض أن يقيسه، وهناك طرق كثيرة لتحديد الصدق (مقدم عبد الحفيظ، 1993، ص23).

لحساب صدق أداة الدراسة تم اللجوء إلى عدة طرق للتأكد من أن أداة القياس تقيس بالفعل ما وضعت لأجله ومنها:

- الصدق الظاهري: تقديرات المحكمين.

هذه الطريقة تعتمد على عرض الاختبار على مجموعة من الأساتذة المحكمين شهود لهم بخبرة وتجربة كبيرين في المجال الذي وضع له الاختبار، حيث تؤخذ آراءهم في الاختبار ومدى صلاحيته، وبعدها يعدل الاختبار حسب توجيهات المحكمين وإذا تحصل على موافقتهم على كل ما جاء في محتوى الاختبار وقراته وأن هذه الموافقة تعتبر دليلا على صدقه. (بوداود عبد اليمين، 2010، ص83)

وهذا ما تم القيام به في بحثنا بحيث عرضنا استمارة الاستبيان على مجموعة من الأساتذة الجامعيين الباحثين في مجال التربية البدنية والرياضية وكان عددهم 5 أساتذة من (معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية)

جامعة المسيلة، حيث طلب منهم دراسة الصدق الظاهري للاستبيان لإعطاء رأيهم إذا ما كان الاستبيان يقيس ما وضع لأجله والتأكد من سلامة بناء الاستبيان من مختلف الجوانب، خاصة من حيث:

- دقة صياغة الأسئلة وصحة العبارات.

- مدى شمولية الاستبيان لمعالجة مشكل الدراسة.

- ومدى مناسبة كل عبارة للمحور الذي ينتمي إليه.

هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يروونه ضروريا من تعديل، صياغة عبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة. وبعد قيامنا بإجراء ما يلزم من تعديلات في ضوء مقترحات الأساتذة المحكمين أجمعوا على صلاحية الاستبيان لقياس ما وضعت لأجله، وهذا دليل على صدقه، ومن ثم تمت الصياغة النهائية للأداة (الاستبيان).

- **صدق الاتساق الداخلي للأداة:** تم إجراء التحقق من صدق الإستبيان عن طريق تطبيقه على عينة قوامها (05) لاعبين تم اختيارهم من المجتمع الأصلي، عن طريق حساب معاملات الارتباط بيرسون person من خلال البرنامج الإحصائي spss، كما قمنا بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه والجداول الآتية تبين ذلك.

المحور الأول: يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبا على حالته النفسية العامة.

الجدول رقم (1): يبين قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الأول والدرجة الكلية له

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور	نص السؤال	رقم السؤال
0,826**	هل تتأمل كثيرا في جسمك أثناء اصابتك.	01
0,959**	هل تتأمل كثيرا في الإصابة	02
0,789**	فيما تفكر	03
0,613**	هل يقلقك تذكر المنافسة أو التدريب	04
0,509*	كيف ترى مستقبلك الرياضي بعد هذه الإصابة	05
0,613**	هل ترى أنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره	06
0,959**	هل تعي خطورة الإصابة و عواقبها	07
0,889**	هل تشك في قيمة التكفل الطبي و النفسي	08
0,613**	هل أنت قلق على العودة إلى التدريب أو المنافسة	09

المحور الثاني : يتعدى لاعب كرة القدم المصاب البعد البدني ، إذ يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.

الجدول رقم (2) : يبين قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية له

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور	نص السؤال	رقم السؤال
0,535*	هل تضمن أنك ستعود بنفس الفورمة و الأداء	01
0,847**	هل تتوعد اتجاه المنافس	02
0,847**	كيف هي علاقتك بالآخرين	03
0,667**	هل ترغب أن يزورك أصدقائك	04
0,721**	هل تنام جيدا	05
0,847**	هل تشعر بالعياء	06
0,896**	خلال ساعات النهار هل تجلس في مكان واحد	07
0,680**	هل حاولت استعمال العلاج التقليدي كالرقية	08
0,667**	هل تناولت كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب	09

المحور الثالث : يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الاصابة.

الجدول رقم (3) : يبين قيم معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور	نص السؤال	رقم السؤال
0,900**	هل تشعر أنك غير مستعد للعودة للتدريب	01
0,562**	هل تستطيع الأداء الحركي كما قبل الاصابة	02
0,802**	هل ينتابك الخوف عند انتظار بدأ التدريب	03
0,587**	هل تخشى تكرار الاصابة	04
0,740**	هل روحك المعنوية عالية لدى عودتك للتدريب	05

0,900**	هل يدك ترتعش عند محاولتك القيام بحركة ما	06
0,900**	قبل اشتراكك في التدريب هل تشعر أن ضربات قلبك أسرع من المعتاد	07

– الصدق البنائي للاستبيان:

وقد تم حساب الاتساق البنائي لفقرات الاستبيان على عينة استطلاعية بلغ حجمها 05. وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للاستبيان، ويعتبر صدق الاتساق البنائي أحد مقاييس صدق أداة الدراسة، حيث يقيس مدى تحقق الأهداف التي تسعى الأداة للوصول إليها.

الجدول رقم (04): قيم معامل الارتباط بيرسون بين كل محور والدرجة الكلية للاستبيان

المحور	عدد الفقرات	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للاستبيان
المحور الأول	09	0,906**
المحور الثاني	09	0,936**
المحور الثالث	07	0,904**

من الجدول رقم (1) و الجدول رقم (2) و (3) نلاحظ أن جميع أسئلة الاستبيان ترتبط ارتباط دال احصائيا مع الدرجة الكلية للمحاور التي تنتمي إليها ، و نلاحظ أيضا من الجدول رقم (4) أن جميع محاور الاستبيان ترتبط مع الدرجة الكلية للاستبيان ، و منه فإن الاستبيان يتمتع بالصدق .

2. ثبات الإستبيان : يقصد بثبات الاستبيان، أنها تعطي نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الاستبيان أكثر من مرة، تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى، أن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار نتائج الاستبيان وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة، عدة مرات، خلال فترات زمنية معينة، وقد تم من التحقق من ثبات الاستبيان من خلال معامل ألفا كرونباخ.

الجدول (5): يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ لمحاور الإستبيان

المحور	عدد العبارات	قيمة ألفا كرونباخ
الأول	09	0,866
الثاني	09	0,893
الثالث	07	0,619
الكلية	25	0,927

من الجدول (5) نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبيان ككل كانت عالية جدا حيث بلغت قيمة (0.927) ، و بلغت قيمة ألفا كرونباخ للمحور الأول قيمة (0.866) بينما بلغت قيمة ألفا كرونباخ للمحور الثاني قيمة (0.893) ، بينما بلغت قيمة ألفا كرونباخ للمحور الثالث قيمة (0.619) ، و هي قيم جيدة تؤكد لنا أن الاستبيان يتمتع بثبات عال .

تجدر الإشارة إلى أن معامل الثبات ألفا كرونباخ ، تتراوح بين (0-1) ، وكلما اقترب من الواحد دل على وجود ثبات عال ، وكلما اقترب من الصفر ، دل على عدم وجود ثبات عال.

5- إجراءات التطبيق الميداني للأداة:

بعد أن حدد الباحث أداة الدراسة (الاستبيان) في صورتها النهائية، وبعد التحقق من صدق وثبات وتحديد عينة الدراسة، وحرصا منا على استكمال الإجراءات الضرورية حتى تكون إجابة المفحوص مطابقة تماما لرأيه واتجاهه وما يلاحظه، التعبير عن تقديره الذاتي، وتحقيق أهداف الدراسة الحالية، قمت بإيصال أداة الدراسة (الاستبيان) عن طريق التسليم الشخصي، وبمساعدة بعض الزملاء إلى أفراد العينة .

5-1 المجال الزمني و المكاني:

المجال المكاني:

بعض أندية ولاية برج بوعريريج لكرة القدم و عددها 06 أندية و هي:
شباب رأس الوادي - إتحاد رأس الوادي - سريع برج الغدير - إتحاد البرج - إتحاد تيكستار - نجم البرج.

المجال الزمني:

قمت بإجراء الدراسة و توزيع الإستبيان ما بين 15 فيفري 2016 إلى غاية 02 ماي 2016.

5-2 متغيرات البحث:

استنادا إلى فرضيات البحث تبين أن هناك متغيران اثنان في بحثنا، أحدهما مستقل والآخر تابع وهي كالاتي:
المتغير المستقل: الإصابة الرياضية.

المتغير التابع : الإنعكاسات النفسية.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

برامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss):

تم الاستعانة في هذه الدراسة بنظام الحزم الإحصائية (spss) التي هي أحد أهم وأشهر حزم البرامج الجاهزة في مجال المعالجة الإحصائية للبيانات .

- حيث قمنا باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات فقرات استمارة الاستبيان.

- معامل الارتباط بيرسون لقياس صدق فقرات الاستبيان.

- حساب التكرارات والنسب المئوية لتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة

- اختبار كاي تربيع للدلالة الإحصائية على وجود فروق في إجابات العينة على أسئلة أداة الدراسة.
 اختبار كاي تربيع: يعتبر اختبار كاي² من أكثر اختبارات الاحصاء أهمية، لأنه يستخدم للعديد من الأغراض، و
 يستخدم اختبار كاي² عندما تكون البيانات مأخوذة لعينات كبيرة مستقلة.

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

fo: التكرارات المشاهدة.

fe: التكرارات المتوقعة.

دالة اذا كانت كاي² المحسوبة اكبر من كاي² الجدولة و غير دالة اذا كانت كاي² المحسوبة اقل كاي² من الجدولة.
 النسبة المئوية:

$$\frac{100 \times \text{ع}}{\text{ن}} = \text{س}$$

حيث: س يمثل النسبة المئوية.

ع يمثل عدد التكرارات.

ن يمثل عدد العينة.

الفصل الرابع

عرض النتائج

وتفسيرها ومناقشتها

تحليل و مناقشة نتائج الدراسة:

1- عرض وتحليل نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الأولى :

يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة.

السؤال رقم 01: هل تتأمل كثيرا في جسمك أثناء اصابتك؟

نتائج الجدول رقم : 06 يوضح التأمل في الجسم أثناء الإصابة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	4	20,0%	10	1.80	7.2	3.84	0.05	01
نعم	16	80,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 01 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأنهم يتأملون كثيرا في جسمهم أثناء إصابتهم ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنهم لا يتأملون كثيرا في جسمهم أثناء الإصابة ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين يتأملون كثيرا في جسمهم أثناء إصابتهم.

السؤال رقم 02: هل تتأمل كثيرا في الإصابة؟

نتائج الجدول رقم : 07 يوضح التأمل في الإصابة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	6	30,0%	10	1.70	3.2	3.84	0.05	01
نعم	14	70,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج: من الجدول رقم 02 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل نسبة 70% أجابوا بأنهم يتأملون كثيرا في إصابتهم ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأنهم لا يتأملون كثيرا في إصابتهم ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 3.2 و هي أقل من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

السؤال رقم 03: فيما تفكر؟

نتائج الجدول رقم : 08 يوضح تفكير اللاعب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
الاعتزال	10	%50,0	10	1.50	0.0	3.84	0.05	01
العودة السريعة	10	%50,0	10					
المجموع	20	%100	20					

عرض وتحليل النتائج: من الجدول رقم 03 نلاحظ أن 10 لاعبين أي ما يعادل نسبة 50% أجابوا بأنهم يفكرون في الإعتزال ، بينما أجاب 10 لاعبين أي ما يعادل نسبة 50% بأنهم يفكرون في العودة السريعة ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 0.0 و هي أقل من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

السؤال رقم 04: هل يقلقك تذكر المنافسة أو التدريب؟

نتائج الجدول رقم : 09 يوضح قلق اللاعب أثناء تذكره للمنافسة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	2	%10,0	10	1.90	12.8	3.84	0.05	01
نعم	18	%90,0	10					
المجموع	20	%100	20					

عرض وتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90% أجابوا بأنهم يقلقهم تذكر المنافسة أو التدريب ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنهم لا يقلقهم تذكر المنافسة أو التدريب ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين يقلقهم تذكر المنافسة أو التدريب.

السؤال رقم 05: كيف ترى مستقبلك الرياضي بعد هذه الإصابة؟

نتائج الجدول رقم : 10 يوضح مستقبل اللاعب بعد الإصابة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
آمن	4	20,0%	6.66	1.90	12.4	5.99	0.05	02
غير واضح	14	70,0%	6.66					
ضائع	2	10,0%	6.66					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 05 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل نسبة 70% أجابوا بأن مستقبلهم الرياضي بعد هذه الإصابة غير واضح ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأن مستقبلهم الرياضي بعد هذه الإصابة آمن ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأن مستقبلهم الرياضي بعد هذه الإصابة ضائع ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 12.4 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 5.99 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن مستقبلهم الرياضي بعد هذه الإصابة غير واضح.

السؤال رقم 06: هل ترى أنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره؟

نتائج الجدول رقم : 11 يوضح تقبل اللاعب لإصابته

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	2	10,0%	10	1.90	12.8	3.84	0.05	01
نعم	18	90,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 06 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90% أجابوا بأنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنه ليس من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره.

السؤال رقم 07: هل تعي خطورة الإصابة و عواقبها؟

نتائج الجدول رقم : 12 يوضح وعي اللاعب بخطورة إصابته

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	6	%30,0	10	1.70	3.2	3.84	0.05	01
نعم	14	%70,0	10					
المجموع	20	%100	20					

عرض وتحليل النتائج: من الجدول رقم 07 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل نسبة 70% أجابوا بأنهم يعون خطورة الإصابة و عواقبها ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأنهم لا يعون خطورة الإصابة و عواقبها ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 3.2 و هي أقل من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

السؤال رقم 08: هل تشك في قيمة التكفل الطبي و النفسي؟

نتائج الجدول رقم : 13 يوضح شك اللاعب في التكفل الطبي و النفسي

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	8	%40,0	10	1.60	0.8	3.84	0.05	01
نعم	12	%60,0	10					
المجموع	20	%100	20					

عرض وتحليل النتائج: من الجدول رقم 08 نلاحظ أن 12 لاعبا أي ما يعادل نسبة 60% أجابوا بأنهم يشكون في قيمة التكفل الطبي و النفسي ، بينما أجاب 08 لاعبين أي ما يعادل نسبة 40% بأنهم لا يشكون في قيمة التكفل الطبي و النفسي ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 0.8 و هي أقل من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

السؤال رقم 09: هل أنت قلق على العودة إلى التدريب أو المنافسة؟

نتائج الجدول رقم : 14 يوضح قلق اللاعب على العودة للتدريب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	2	%10,0	10	1.90	12.8	3.84	0.05	01
نعم	18	%90,0	10					
المجموع	20	%100	20					

عرض وتحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 09 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90% أجابوا بأنهم قلقون على العودة إلى التدريب أو المنافسة ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنهم ليسوا قلقون على العودة إلى التدريب أو المنافسة ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار أي أن اللاعبين قلقون على العودة إلى التدريب أو المنافسة.

2- عرض وتحليل نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثانية :

يتعدى لاعب كرة القدم المصاب البعد البدني ، إذ يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.

السؤال رقم 10 : هل تضمن أنك ستعود بنفس الفورمة و الأداء؟

الجدول رقم 15 : يوضح ضمان اللاعب بالعودة بنفس الأداء

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	4	20,0%	10	1.80	7.2	3.84	0.05	01
نعم	16	80,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج :.من خلال الجدول رقم 10 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأنهم يضمنون بالعودة بنفس الفورمة و الأداء ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنهم لا يضمنون بالعودة بنفس الفورمة و الأداء ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين يضمنون بالعودة بنفس الفورمة و الأداء.

السؤال رقم 11: هل تتوعد اتجاه المنافس؟

الجدول رقم 16 : توعد اللاعب تجاه المنافس

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	14	70,0%	10	1.30	3.2	3.84	0.05	01
نعم	6	30,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 11 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل 70% نسبة أجابوا بأنهم لا يتوعدون اتجاه المنافس ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأنهم يتوعدون اتجاه المنافس ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 3.2 و هي أقل من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرر.

السؤال رقم 12: كيف هي علاقتك بالآخرين؟

الجدول رقم 17 : يوضح علاقة اللاعب بالآخرين

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
جيدة	00	00%	6.66	2.70	3.2	5.99	0.05	02
محدودة	6	30,0%	6.66					
غير جيدة	14	70,0%	6.66					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 12 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل نسبة 70% أجابوا بأن علاقتهم بالآخرين جيدة ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأن علاقتهم بالآخرين محدودة ، و لا يوجد أي لاعب اجاب بأن علاقته بالآخرين غير جيدة أي ما يعادل نسبة 00% ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 3.2 و هي أقل من قيمة كا الجدولة التي بلغت 5.99 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرر.

السؤال رقم 13: هل ترغب أن يزورك أصدقاؤك؟

الجدول رقم 18: يوضح رغبة اللاعب بزيارة أصدقاؤه

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	00	00%	10	2.00	/	3.84	0.05	01
نعم	20	100,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 13 نلاحظ أن جميع أفراد العينة المتمثلة في 20 لاعبا أي ما يعادل نسبة 100% أجابوا بأنهم يرغبون في زيارة زملائهم لهم ، بينما لم يجب أي منهم بأنه لا يرغب في زيارة زملائه له، و منه فإننا نستنتج أن اللاعبين يرغبون في أن يزورهم أصدقاؤهم.

السؤال رقم 14: هل تنام جيد.

الجدول رقم 19: يوضح إضطراب نوم اللاعب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	04	20,0%	10	1.20	7.2	3.84	0.05	01
نعم	16	80,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 16 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأنهم ينامون جيدا ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنهم لا ينامون جيدا ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين ينامون جيدا.

السؤال رقم 15: هل تشعر بالعياء؟

الجدول رقم 20: يوضح شعور اللاعب بالعياء

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	16	80,0%	10	1.20	7.2	3.84	0.05	01
نعم	4	20,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج :.من خلال الجدول رقم 18 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأنهم لا يشعرون بالعياء ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنهم يشعرون بالعياء ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين لا يشعرون بالعياء.

السؤال رقم 16: خلال ساعات النهار هل تجلس في مكان واحد؟

الجدول رقم 21: يوضح جلوس اللاعب في مكان واحد خلال ساعات النهار

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
أجلس	14	70,0%	10	1.30	3.00	3.84	0.05	01
أغيره	6	30,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 19 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل 70% نسبة أجابوا بأنهم يجلسون في مكان واحد خلال ساعات النهار ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأنهم يغيرون مكان جلوسهم خلال ساعات النهار ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 3.0 و هي أقل من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرر.

السؤال رقم 17: هل حاولت استعمال العلاج التقليدي كالرقية؟

الجدول رقم 22 : يوضح محاولة استعمال اللاعب للعلاج التقليدي

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	18	90,0%	10	1.10	12.8	3.84	0.05	01
نعم	2	10,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 22 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90% أجابوا بأنهم لم يستعملوا العلاج التقليدي كالرقية ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنهم إستعملوا العلاج التقليدي كالرقية ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرر ، أي أن اللاعبين لم يستعملوا العلاج التقليدي كالرقية.

السؤال رقم 18: هل تناولت كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب ؟

الجدول رقم 23: يوضح تناول اللاعب للأدوية حسب نصائح الطبيب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	2	10,0%	10	1.90	12.8	3.84	0.05	01
نعم	18	90,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 23 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90% أجابوا بأنهم تناولوا كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنهم لم تناولوا كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا الجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرر ، أي أن اللاعبين تناولوا كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب.

3- عرض وتحليل نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثالثة :
يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الاصابة.

السؤال رقم 19 : هل تشعر أنك غير مستعد للعودة للتدريب؟

الجدول رقم 24: يوضح إستعداد اللاعب للعودة إلى التدريب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	2	10,0%	10	1.90	12.8	3.84	0.05	01
نعم	18	90,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 24 نلاحظ أن 18 لاعبا أي ما يعادل نسبة 90,0% أجابوا بأنهم غير مستعدين للعودة للتدريب ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10,0% بأنهم مستعدين للعودة للتدريب ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 12.8 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين يشعرون أنهم غير مستعدين للعودة للتدريب .

السؤال رقم 20: هل تستطيع الأداء الحركي كما قبل الاصابة؟

الجدول رقم 25: يوضح إستطاعة اللاعب الأداء الحركي كما قبل الاصابة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	16	80,0%	10	1.2	7.2	3.84	0.05	01
نعم	4	20,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 25 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأنهم لا يستطيعون الأداء الحركي كما قبل الاصابة ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنهم يستطيعون الأداء الحركي كما قبل الاصابة ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار ، أي أن اللاعبين لا يستطيعون الأداء الحركي كما قبل الاصابة.

السؤال رقم 21: هل يتتابك الخوف عند انتظار بدأ التدريب؟

الجدول رقم 26: يوضح إنتياب اللاعب الخوف عند انتظاره بدأ التدريب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
دائما	14	70,0%	6.66	1.90	12.4	5.99	0.05	02
أحيانا	4	20,0%	6.66					
نادرا	2	10,0%	6.66					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 26 نلاحظ أن 14 لاعب أي ما يعادل نسبة 70% أجابوا بأنه ينتابهم الخوف عند انتظار بدأ التدريب ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأنه أحيانا ما ينتابهم الخوف عند انتظار بدأ التدريب ، بينما أجاب 02 لاعبين أي ما يعادل نسبة 10% بأنه نادرا ما ينتابهم الخوف عند انتظار بدأ التدريب ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 12.4 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 5.99 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار أي أن اللاعبين ينتابهم الخوف عند انتظار بدأ التدريب.

السؤال رقم 22 : هل تخشى تكرار الاصابة؟

الجدول رقم 27: يوضح خشية اللاعب تكرار الاصابة

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	00	00%	10	2.00	/	3.84	0.05	01
نعم	20	100%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من خلال الجدول رقم 27 نلاحظ أن جميع أفراد العينة الممثلة في 20 لاعبا أي ما يعادل نسبة 100% أجابوا بأنهم يخشون تكرار الاصابة ، بينما لم يجب أي منهم بأنه لا يخشى تكرار الاصابة ، و منه فإننا نستنتج أن اللاعبين يخشون تكرار الاصابة.

السؤال رقم 23 : هل روحك المعنوية عالية لدى عودتك للتدريب؟

الجدول رقم 28: يوضح الروح المعنوية للاعب لدى عودتك للتدريب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	8	40,0%	10	1.6	0.8	3.84	0.05	01
نعم	12	60,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 28 نلاحظ أن 12 لاعب أي ما يعادل نسبة 60% أجابوا بأن روحهم المعنوية عالية لدى عودتهم للتدريب ، بينما أجاب 08 لاعبين أي ما يعادل نسبة 40% بأن روحهم المعنوية منخفضة لدى عودتهم للتدريب ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 0.8 و هي أقل من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

السؤال رقم 24: هل يدك ترتعش عند محاولتك القيام بحركة ما؟

الجدول رقم 29: يوضح إرتعاش يد اللاعب عند محاولته القيام بحركة ما

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
نعم	16	80,0%	10	1.20	7.2	3.84	0.05	01
لا	4	20,0%	10					
المجموع	20	100%	20					

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 29 نلاحظ أن 16 لاعبا أي ما يعادل نسبة 80% أجابوا بأن يديهم ترتعش عند محاولتهم القيام بحركة ما ، بينما أجاب 04 لاعبين أي ما يعادل نسبة 20% بأن يديهم لا ترتعش عند محاولتهم القيام بحركة ما ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجد أنها قد بلغت قيمة 7.2 و هي أكبر من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار أي أن اللاعبين ترتعش أيديهم عند محاولتهم القيام بحركة ما .

السؤال رقم 25: قبل اشتراكك في التدريب هل تشعر أن ضربات قلبك أسرع من المعتاد؟

الجدول رقم 30: يوضح شعور اللاعب أن ضربات قلبه أسرع من المعتاد قبل اشتراكه في التدريب

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار المتوقع	المتوسط الحسابي	كا ² المحسوبة	كا ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
لا	6	30,0%	10	1.7	3.2	3.84	0.05	01
نعم	14	70,0%	10					

					20	%100	20	المجموع
--	--	--	--	--	----	------	----	---------

عرض وتحليل النتائج : من الجدول رقم 30 نلاحظ أن 14 لاعبا أي ما يعادل 70% نسبة أجابوا بأنهم قبل الإشتراك في التدريب يشعرون أن ضربات قلبهم أسرع من المعتاد ، بينما أجاب 06 لاعبين أي ما يعادل نسبة 30% بأنهم قبل الإشتراك في التدريب لا يشعرون أن ضربات قلبهم أسرع من المعتاد ، و بالنظر إلى كا المحسوبة نجدها قد بلغت قيمة 3.2 و هي أقل من قيمة كا المجدولة التي بلغت 3.84 ، و بالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح أكبر تكرار.

- مناقشة نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الأولى :

يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة. يتبين من نتائج الجداول المتضمنة أسئلة المحور الأول الذي يخدم الفرضية الجزئية الأولى المتعلقة بالحالة النفسية العامة التي يعيشها اللاعب بعد الإصابة، أن هناك فروق إحصائية ذات دلالة عند معظم الأسئلة ما عدا الأسئلة رقم 02 و 03 و 07 و 08 ، وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج من خلال اختبار (كا²) عند مستوى الدلالة (0,05) سجلنا قيم (كا²) المحسوبة والتي تتراوح بين (0.0) و (12.8) وهي قيم أكبر من قيم (كا²) الجدولية والتي تتراوح بين قيمتين هي (3.84) و(5.99) ، أما فيما يخص الأسئلة رقم 02 و 03 و 07 و 08 لم نسجل فروقا ذات دلالة إحصائية، أين كانت أجوبة أفراد العينة متقاربة كثيرا ، ففي السؤال 02 المتعلق بالتأمل كثيرا في الإصابة فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.2) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) ، و السؤال 03 المتعلق بما يفكر اللاعب فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (0.0) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) ، و السؤال 07 المتعلق بوعي اللاعب بخطورة الإصابة و عواقبها فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.2) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) ، و السؤال 08 المتعلق بشك اللاعب في قيمة التكفل الطبي و النفسي فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (0.8) وهي أصغر من قيمة (كا²) الجدولية (3.84).

ومنه نستنتج أن اللاعب يتأثر نفسيا من الإصابة التي لحقت به وتحصل له الأعراض التالية :

- يتأمل كثيرا في جسمه أثناء إصابته و هذا دليل على تأثره بالتشوه الذي أصابه ، وأن هناك اضطراب في حالته النفسية ، وهذا ما ينطبق مع ما أتى به محمد أسامة رياض حيث يثبت أن هناك فقدان للهوية عند الرياضيين بسبب الإصابة التي تعيق مشاركتهم في المنافسة ، وأنهم يفقدون جزءا مهما من معالم أنفسهم بالإضافة إلى معنى ذاتهم الذي يكون متأثرا جدا.

- يشعر بقلق عند تذكر المنافسة أو التدريب و هذا يعكس الحالة النفسية المتوترة التي يعيش فيها ، ومصدر هذا القلق يمكن أن يفسر بالرغبة الكبيرة في الاسترجاع والعودة إلى الحالة التي يجدها في ممارسة النشاط الرياضي الخاص به، حيث الانسراح والتفتح.

- يرى أن مستقبله الرياضي غير واضح كمؤشر هام لتصور ذاتي لنفسه ول مستقبله ، انطلاقا دائما من الحالة النفسية التي يوجد عليها ، وهذا يزيد في البرهان على أن الجسم عند اللاعب جزء من هويته ، ومن دونه لا يستطيع أن يكون متزنا و واثقا من نفسه.

- يرى أنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره هذا يفسر بأنه قد تجاوز حالة الرفض والإنكار والذي وضعه في المرتبة الأولى في ترتيب ردود الفعل السلوكية ذات البعد النفسي بعد الإصابة عند الرياضي. ثم الغضب والانهيار ، فالتقبل ، وأنه موجود أمام حقيقة الأمر الواقع.

- قلق بشأن العودة إلى التدريب و المنافسة و التدريب يفسر الحالة المغايرة التي هو عليها والتي تمارس ضغطا عليه بالإضافة إلى ظهور بوضوح الرغبة في العودة إلى الانتماء إلى الجماعة والنشاط في ظل هوية الجماعة ، وهي من خصوصيات النشاطات البدنية عامة و الفرق الرياضية.

و مما سبق نستنتج أن الإصابة الرياضية تنعكس سلبيا على الحالة النفسية للاعب المصاب و عليه نستنتج أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

- مناقشة نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثانية :

يتعدى وقع الإصابة البدنية عند لاعب كرة القدم البعد البدني ، إذ يمكن أن يؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.

يتبين من نتائج الجداول المتضمنة أسئلة المحور الثاني الذي يخدم الفرضية الجزئية الثانية المتعلقة بظهور أعراض الصدمة النفسية لدى اللاعب المصاب ، أن هناك فروق إحصائية ذات دلالة عند أغلبية الأسئلة ما عدا الأسئلة رقم 02 و 03 و 07 ، وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج من خلال اختبار (كا²) عند مستوى الدلالة (0,05) ، سجلنا قيم (كا²) المحسوبة والتي تتراوح بين (3.0) و (12.8) وهي قيم أكبر من قيم (كا²) الجدولية والتي تتراوح بين قيمتين هي (3.84) و(5.99) ، أما فيما يخص الأسئلة رقم 02 و 03 و 07 لم نسجل فروقا ذات دلالة إحصائية، أين كانت أجوبة أفراد العينة متقاربة كثيرا ، ففي السؤال 02 المتعلق بالتعود اتجاه المنافس فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.2) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) ، و السؤال 03 المتعلق بعلاقة اللاعب بالآخرين فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.2) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (5.99) و السؤال 07 المتعلق بجلوس اللاعب في مكان واحد خلال ساعات النهار فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.0) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84).

ومنه نستنتج أن اللاعب:

- يضمن أنه سيعود بنفس الفورمة و الأداء رغم وقع الإصابة على البعد النفسي ، إلا أن لديه أمل كبير في استرجاع إمكانياته البدنية والعودة بنفس الأداء، وثقة في النفس ، ومثالية.

- يرغب أن يزوره أصدقاؤه و لا ينزعج منهم و يمكن تفسير هذه النتائج بغياب أحد الأعراض ألا وهو التجنب والتحاشي والذي يظهر في ظل سلوكيات تفادي وتجنب كل الأفكار والمشاعر والحوارات المشتركة.

- ينام جيدا و لا يشعر بالعياء ، و هذا يفسر غياب حالة تكرار الحدث الصدمي .
 - لم يحاول استعمال العلاج التقليدي كالعلاج ، و التي من خلالها حاولنا إبراز حالة التيهان التي يمكن أن يعيشها المصدوم نفسيا بسبب الآلام الجسدية التي يشعر بها والتي يكون أغلبها وهميا .
 - يتناول الأدوية حسب نصائح الطبيب مما يتعارض مع ما هو معروف عن المصدومين نفسيا إلى لجوء بعضهم نتيجة لحالة الحصر والتهان إلى تناول المشروبات الكحولية للتخفيف من ذلك أو تناول المهدئات بكثرة .
 و مما سبق نستنتج من خلال ترجمة النتائج الإحصائية وتفسيرها أن اللاعبين المصابين أفراد العينة رغم السلوكات والمشاعر التي يعبرون بها عن حالة نفسية عميقة غير متزنة، إلا أن مجموعة الأعراض التي حاولنا اكتشاف وتشخيص وجودها لديهم، والتي تعكس وجود الإصابة بالصدمة النفسية، لم يثبت وجودها بطريقة تسمح لنا بالحكم عليهم بالإصابة بها، رغم وجود بعض المشاعر والسلوكات ولكن بصفة جد ثانوية مقارنة بالتشخيص المرضي للصدمة النفسية و عليه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق .

- مناقشة نتائج الإستبيان على ضوء الفرضية الجزئية الثالثة :

يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الإصابة .

يتبين من نتائج الجداول المتضمنة أسئلة المحور الثالث الذي يخدم الفرضية الجزئية الثالثة المتعلقة بحالة الخوف لدى اللاعب بعد الإصابة، أن هناك فروق إحصائية ذات دلالة عند أغلبية الأسئلة ماعدا السؤالين رقم 05 و 07 ، وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج من خلال اختبار (كا²) عند مستوى الدلالة (0,05) ، سجلنا قيم (كا²) المحسوبة والتي تتراوح بين (0.8) و (12.8) وهي قيم أكبر من قيم (كا²) الجدولية والتي تتراوح بين قيمتين هي (3.84) و(5.99) ، أما فيما يخص الأسئلة رقم 05 و 07 لم نسجل فروقا ذات دلالة إحصائية، أين كانت أجوبة أفراد العينة متقاربة كثيرا ، ففي السؤال 05 المتعلق بالروح المعنوية للاعب لدى عودته للتدريب ، فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (0.8) وهي أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) ، و السؤال 07 المتعلق بشعور اللاعب أن ضربات قلبه أسرع من المعتاد قبل اشتراكه في التدريب ، فقد بلغت قيمة (كا²) المحسوبة (3.2) وهي أصغر من قيمة (كا²) الجدولية (3.84) ومنه نستنتج أن اللاعب :

- يشعر أنه غير مستعد للعودة للتدريب و ينتابه الخوف عند انتظاره بدأ التدريب ، و هذا يفسر حالة الخوف التي يعيشها المصاب بعد العودة للتدريب من عدم الوصول الى الجاهزية المطلوبة لاحتلال موقعه السابق في الفريق .
 - لا يستطيع الأداء الحركي كما قبل الإصابة ، و يمكن تفسيرها ، أن الرياضي المصاب يتردد في أداء حركة معينة ، و لا يستطيع الأداء الحركي كما قبل الإصابة لدى عودته للتدريب ، حيث يدرك أنها خطرا عليه و يعطي تبريرات غير واقعية .

- يخشى تكرار الإصابة ، و هذا ما يسبب له حالة من الخوف على مستقبله الرياضي ، ومن عدم إسترجاع إمكانياته .

- يده ترتعش عند محاولته القيام بحركة ما ، و التي تبرز أعراض الخوف لدى قيام اللاعب بحركة ما .

و مما سبق نستنتج أن اللاعب المصاب بعد عودته للتدريب يعيش حالة من الخوف و عليه نستنتج أن الفرضية الجزئية الثالثة تحققت.

الفصل الخامس

الاستنتاجات

والاقتراحات

إستنتاج عام:

في نطاق مشكلة الدراسة و أهميتها و في ضوء أهداف الدراسة و فرضياتها و في حدود العينة و إستنادا إلى المعالجة الإحصائية و بعد عرض النتائج و مناقشتها أمكن الوصول إلى النتائج التالية:

- يعيش اللاعب المصاب حالة عدم توازن نفسي تظهر في سلوكات و مشاعر يعبرون عنها بطريقة لا إرادية ، و هذا ما يدل أن للعجز الوظيفي الناتج عن الإصابة لدى اللاعب المصاب أثر على الحالة النفسية لديه .
- رغم السلوكات و المشاعر التي يعبر بها اللاعب المصاب و التي تعبر عن حالة نفسية عميقة غير متزنة، إلا أن الأعراض التي حاولنا إكتشاف و تشخيص وجودها و التي تعكس وجود الإصابة بالصدمة النفسية لم يثبت وجودها بطريقة تسمح لنا بالحكم عليهم بالإصابة بها.
- يعيش اللاعب المصاب حالة من الخوف لدى عودته للتدريب بسبب خوفه من عدم إسترجاع إمكاناته و تكرار إصابته.

الإقتراحات و التوصيات:

بعد عرض نتائج البحث والخروج ببعض الاستنتاجات ،ارتأينا إعطاء بعض التوصيات التي نراها ضرورية قد تلقى أذانا صاغية نذكر منها :

- الرعاية النفسية للاعب مباشرة بعد إصابته.
- محاولة خلق ركيزة إجتماعية عائلية للاعب المصاب تفاديا لعزله.
- محاولة خلق إطار خاص به لهدف مشاركته المكان و الزمان.
- محاولة التدخل المبكر لمساعدته قبل بداية إنتشار الأفكار السلبية في تفكيره.
- تطوير علاقة تفوق علاقة المدرب مع اللاعب أو المسؤول مع اللاعب التي بدورها ترفع كثيرا من معنوياته الأمر الذي هو بالأمس الحاجة إليه.
- عدم ترك اللاعب المصاب يعيش حالة قلق و خوف من مصيره.
- محاولة تطوير طريقة الحوار بهدف الإنصات له و فهم لأفكاره.
- المتابعة النفسية للاعب بعد الإصابة و عودته للتدريب.

الآفاق المستقبلية للدراسة:

- إجراء دراسة مستقبلية تتناول التفسير والتعمق لجوانب أخرى مختلفة لموضوع هذا البحث.
- إجراء دراسة مستقبلية تتناول نفس الموضوع في رياضات أخرى.
- إجراء دراسة مستقبلية بإستعمال المقابلة مع المصابين للوصول لنتائج أفضل.

وفي الأخير نتمنى أن يكون بحثنا هذا مقدمة لدراسات مقبلة حول الإنعكاسات النفسية للإصابة الرياضية ولا شك أن أمور أخرى كانت تستحق منا التفسير والتعمق، إلا اننا لم نوفيها حقها وترجوا بهذا البحث أننا فتحنا أفقا جديدة لأبحاث ودراسات في هذا الموضوع بجوانبه المختلفة ونأمل أن نكون قد أسهمنا بهذا العمل المتواضع بشكل ايجابي.

قائمة المصادر و المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- 1- أحمد خالد، العلاج الطبي لماذا؟، مركز الأهرام للترجمة و النشر مؤسسة الأهرام، الطبعة
- 2- أسامة رياض، أطلس الإصابات الرياضية المصور، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، 2001، القاهرة.
- 3- أسامة رياض، الطب الرياضي و إصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997
- 4- أسامة كامل راتب، ضغوط التدريب، احتراق الرياضي، الطبعة الأولى، 1981.
- 5- بسام. ه.، ساري ج.، فائق، الرياضة و الصحة، الطبعة الأولى، مؤسسة وائل للنسخ السريع، الأردن، 1988
- 6- حسن عبد الجواد، كرة القدم، 1986، ط1، دار الملايين، بيروت.
- 7- حياة روفائيل، إصابات الملاعب، وقاية-إسعاف-علاج طبيعي، 1996، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر
- 8- علي خليفني وآخرون، كرة القدم، 1999، الجماهيرية العربية الليبية.
- 9- عبد السيد أبو العلا، دور المدرب و اللاعب في الإصابات الرياضية، 1995.
- 10- فرج عبد القادر طه، معجم علم النفس و التحليل النفسي، 1984.
- 11- فؤاد عبد الوهاب، التدليك الرياضي، تمرينات الحمامات، الطبعة الأولى، 1990، دار الفكر العربي، المملكة السعودية
- 12- فيصل عباس، التحليل النفسي و الاتجاهات الفرويدية- المقاربة العيادية، الطبعة الأولى، 1981، دار الفكر العربي، بيروت.
- 13- محمد عبده صالح الوحش، مفتي إبراهيم محمد، ط1994، 1، أساسيات كرة القدم، القاهرة، مصر.
- 14- محمد حسن علاوي، سيكولوجية الاحتراق للاعب و المدرب الرياضي، مركز الكتاب للنشر 1998 -
- 15- محمد عادل رشدي، موسوعة الطب الرياضي، علم إصابات الرياضيين، الطبعة الثانية، 1996، دار النشر مؤسسة شباب، الجامعة، طرابلس
- 16- محمد نابلسي أحمد، الصدمة النفسية (علم نفس الحروب و الكوارث)، 1991
- 16- محمد عبد الظاهر الطيب، القلق و أبعاده، ط2، 1994، مصر.
- 18- كاستانيدا و آخرون، المشاكل النفسية، ط1، 1987، دار الفكر العربي، بيروت.
- 19- سامي الصفار، كرة القدم، ج1، 1982، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، العراق.
- 20- محمد جاسم ولي، مفهوم الخوف، ط1، 2004، دار الفكر العربي، المملكة السعودية.
- 21- مصطفى حجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة لجون لابانش و بونتاليس، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، لبنان 1985
- 18- هندية، الأكتتاب و الإنتاج، ط2، 2003، الدار المصرية، القاهرة.

22-Abdelkeder touil,(l'arbitrage dans le foot ball moderne), edition la phoniqueK alger, 1993 .p185

23-Abeillon G., J. DOMENACH, ARMETTE, traumatologie et rééducation en médecine

24-ASSOCIATION BOUCEBCI, troubles psychique post traumatique, pour un dispositif de

25-BAcque .M, Frederique. E, deuil à vivre, édition Vigot, 1982

26-BAcque .M, Frederique. E, deuil et santé , édition Vigot, 1997

27-Bacque. M, Frederique. E, seuil à vivre, édition Vigot, 1981

28-Barrois Claude , les Névroses Traumatiques , édition DUNOD , 1988.

29-Barrois Claude, les névroses traumatiques, le psychothérapeute face aux détresses des

30-Bertrand Michelle, pour une clinique de la douleur psychique, édition l'HARMATTAN,

31-Bigard .P, Stress, fatigue et dépression, Tome II, édition

32-Bromberger , le public du football, édition science et sport, 1996.

33-chocs psychiques, édition DUNOD, 1988

34-Dalignaud.F ,la thérapie des victimes aux risques de violenceDamian

35-Damiani. C, Claude. Barrois , les traumatismes psychiques , 1997.

36-Declercq. M, V. Dubois, les traumatismes psychiques, édition MASSON, Paris 2001.

37-Grand Larousse médical ; édition n°1 , édition atlas , France , 1986.

38-Guerin Florence, la connaissance de soi en psychologie de l'EPS et du sport, Collection

39-soins pour les victimes- Alger le 15 juin 1996.

40-Thill.E , Florance. P, Guide Pratique de la préparation psychologique , 1991.

41-Thomas . K ,A.B.L, psychologie sportive et rééducation , édition
VIGOT , 1995.

المذكرات و الأطروحات:

42- يازدي فاطمة ،التعرض للعنف الإرهابي وتأثيره على إحتمال الإصابة بإضطراب الشدة بعد الصدمة والسلوكيات
العدوانية ،ماجستير علم النفس ،2001

المجلات :

43- . مجلة الوحدة الرياضي ، 1982/06/18

جامعة محمد بوضياف مسيلة

معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي

تخصص تحضير بدني و ذهني

في إطار إنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر التدريب الرياضي يشرفني أن أضع هذا الإستبيان المخصص
لدراسة بعنوان:

الإنعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم دراسة ميدانية لبعض أندية ولاية برج بوعريديج

نرجو منكم ملاً الإستمارة بكل صدق و أمانة حتى يتسنى لي الوصول لمعلومات وحقائق تفيد دراستي، و
نعذكم أن هذه المعلومات لا تستعمل إلا لأغراض الدراسة وشكراً.

إشراف الأستاذ:

- ورنيق يوسف

إعداد الطالب:

- عدالة عماد

المحور الأول: يعيش لاعب كرة القدم المصاب حالة عجز وضيقي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة.

السؤال 1: هل تتأمل كثيرا في جسمك أثناء اصابتك؟

نعم لا

السؤال 2: هل تتأمل كثيرا في الإصابة؟

نعم لا

السؤال 3: فيما تفكر؟

هل الاعتزال العودة السريعة

السؤال 4: هل يقلقك تذكر المنافسة أو التدريب؟

نعم لا

السؤال 5: كيف ترى مستقبلك الرياضي بعد هذه الإصابة؟

آمن غير واضح ضائع

السؤال 6: هل ترى أنه من الطبيعي أن يصاب الرياضي في مشواره؟

نعم لا

السؤال 7: هل تعي خطورة الإصابة و عواقبها؟

نعم لا

السؤال 8: هل تشك في قيمة التكفل الطبي و النفسي؟

نعم لا

السؤال 9: هل أنت قلق على العودة إلى التدريب أو المنافسة؟

نعم لا

المحور الثاني: يتعدى لاعب كرة القدم المصاب البعد البدني، إذ يمكن أن يؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.

السؤال 1: هل تضمن أنك ستعود بنفس الفورمة و الأداء؟

نعم لا

السؤال 2: هل تتوعد اتجاه المنافس؟

بقوة بلطف

السؤال 3: كيف هي علاقتك بالآخرين؟

جيدة محدودة غير جيدة

السؤال 4: هل ترغب أن يزورك أصدقائك؟

نعم لا

السؤال 5: هل تنام جيدا؟

نعم لا

السؤال 6: هل تشعر بالعياء؟

نعم لا

السؤال 7: خلال ساعات النهار هل تجلس في مكان واحد؟

أجلس أغيره

السؤال 8: هل حاولت استعمال العلاج التقليدي كالرقية؟

نعم لا

السؤال 9: هل تناولت كمية الأدوية حسب نصائح الطبيب؟

نعم لا

المحور الثالث: يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الاصابة.

السؤال 1: هل تشعر أنك غير مستعد للعودة للتدريب؟

نعم لا

السؤال 2: هل تستطيع الأداء الحركي كما قبل الاصابة؟

نعم لا

السؤال 3: هل يبتابك الخوف عند انتظار بدأ التدريب؟

دائما أحيانا نادرا

السؤال 4: هل تخشى تكرار الإصابة؟

نعم لا

السؤال 5: هل روحك المعنوية عالية لدى عودتك للتدريب؟

نعم لا

السؤال 6: هل يدك ترتعش عند محاولتك القيام بحركة ما؟

نعم لا

السؤال 7: قبل اشتراكك في التدريب هل تشعر أن ضربات قلبك أسرع من المعتاد؟

نعم لا

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: الإنعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم

- دراسة ميدانية لبعض أندية ولاية برج بوعريريج

مشكلة الدراسة: ما هي الانعكاسات النفسية للإصابة الرياضية لدى لاعبي كرة القدم؟

- ما هي الحالة النفسية العامة لدى لاعبي كرة القدم المصابين؟
- هل تؤدي الإصابة الرياضية الى ظهور أعراض الصدمة النفسية لدى لاعبي كرة القدم؟
- هل يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الإصابة؟

فرضيات الدراسة:

- يعيش لاعب كرة القدم المصاب بدنيا، حالة عجز وظيفي تنعكس سلبيا على حالته النفسية العامة.
- يتعدى وقع الإصابة البدنية عند لاعب كرة القدم البعد البدني، إذ يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية لديه.
- يعيش لاعب كرة القدم حالة من الخوف بعد الإصابة.

أهداف الدراسة:

- دراسة العلاقة الإرتباطية بين الإصابة البدنية والحالة النفسية التي يعيشها لاعب كرة القدم المصاب.
- محاولة إظهار واقع الإصابة الرياضية على البعد النفسي.
- دراسة الحالة النفسية للاعب لدى عودته للتدريب.
- محاولة الخروج بمجموعة من الاقتراحات التي يمكن لها أن تساعد للتعامل مع حالة اللاعب المصاب.

المنهج المتبع في الدراسة: المنهج الوصفي.

الأدوات المتبعة في الدراسة: الإستبيان

النتائج المتوصل إليها:

- يعيش اللاعب المصاب حالة عدم توازن نفسي، و هذا ما يدل أن للعجز الوظيفي الناتج عن الإصابة لدى اللاعب المصاب أثر على الحالة النفسية لديه .
- الأعراض التي حاولنا إكتشاف و تشخيص وجودها و التي تعكس وجود الإصابة بالصدمة النفسية لم يثبت وجودها بطريقة تسمح لنا بالحكم عليهم بالإصابة بها.
- يعيش اللاعب المصاب حالة من الخوف لدى عودته للتدريب بسبب خوفه من عدم إسترجاع إمكانياته و تكرار إصابته.

أهم الإستنتاجات والإقتراحات:

- الرعاية النفسية للاعب مباشرة بعد إصابته. - المتابعة النفسية للاعب بعد الإصابة و عودته للتدريب.
- محاولة خلق ركييزة إجتماعية عائلية للاعب المصاب تفاديا لعزلته.
- محاولة خلق إطار خاص به لهدف مشاركته المكان و الزمان.