

جامعة محمد بوضياف - المسيلة -

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني الرياضي المكيف

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير

تخصص: نشاط بدني مكيف والصحة.

الموضوع

إسهامات الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية

لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة

دراسة ميدانية (نادي نور المسيلة - نادي أمل بوسعادة)

إشرافه الدكتور

- زروق نايل

إعداد الطالب

- أحمد حفيفة

الإهداء

إلى من جرع الكأس فارغاً ليسقيني قطرة حب

إلى من كلت أنامله ليقدّم لنا لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير (والدي العزيز)

إلى من أرضعتني الحب والحنان

إلى رمز الحب وبلسم الشفاء

إلى القلب الناصع بالبياض (والدتي الحبيبة)

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي (إخوتي)

والى كل الأصدقاء ، كل الأساتذة ، كل الأحبة ، وكل من مد لنا يد العون...

أهدي ثمرة جهدي وتعبني هذا العمل المتواضع ، الذي وفقنا الله في إتمامه.

شكرا للجميع.

كلمة شكر

إله الحمد لله محمد ونسبته ونسبه ونسبه، نصلي ونسلم على أفضل مبعوث للعالمين سيدنا ونبينا محمد وعلي وآله وصحبه
ومن تابع أثره وافقني سنة إبراهيم الدين.

أما بعد:

نتقدم بجزيل الشكر وفائق التقدير والامتنان لإدارة الدكتور المنصرف "زروق نايل" الذي أحاطنا بالرحابة الكاملة للإنجاز هذا
العمل والمساعدة والتوجيه والنصائح القيمة.

نتقدم بخالص الشكر والعرفان لإدارة كل المسيرين على المساعدة والتسهيلات التي حطينا بها أثناء إتمام الدراسة الميدانية.

كما لا يفوتنا أن نتقدم بالشكر الجزيل لإطاقم معهد التربية البدنية والرياضية من أساتذة وعمال وإداريين.

وأخيراً، لا نتقدم بالشكر والتناء لإدارة كل من أحاطنا على إنجاز هذا العمل المتواضع ولو بكلمة طيبة أو نصيحة قيمة.

خاصة الأستاذ موسى حصبانية لما قدمه من مساعدة.

شكر - لاجميلة

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وعرقان
	إهداء
	فهرس الموضوعات
أ - ب	مقدمة
	الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة
04	1- الإشكالية.
04	2- التساؤلات.
05	3- الفرضيات.
05	4 - أهداف الدراسة.
05	5- أهمية الدراسة.
06	6- أسباب اختيار الموضوع.
06	7- تحديد المفاهيم والمصطلحات.
07	8 - الدراسات السابقة أو المشابهة.
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الطب الرياضي
12	تمهيد.
13	1- لمحة تاريخية حول الطب الرياضي.
13	2- الطب الرياضي في الجزائر.
13	2-1- المرحلة الابتدائية (1962 - 1970).
14	2-2- مرحلة التتمية (1971 - 1975).
14	2-3- مرحلة التقهقر (1986 - 1993).
14	3- تعريف الطب الرياضي.
15	4- أنواع الطب الرياضي.
15	4-1- الطب الرياضي التوجيهي.
16	4-2- الطب الرياضي الوقائي.
16	4-3- الطب الرياضي العلاجي.
16	4-4- الطب الرياضي التأهيلي.
16	5- بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث.
17	6- أهداف علم الطب الرياضي.
17	7- مهام الطب الرياضي.

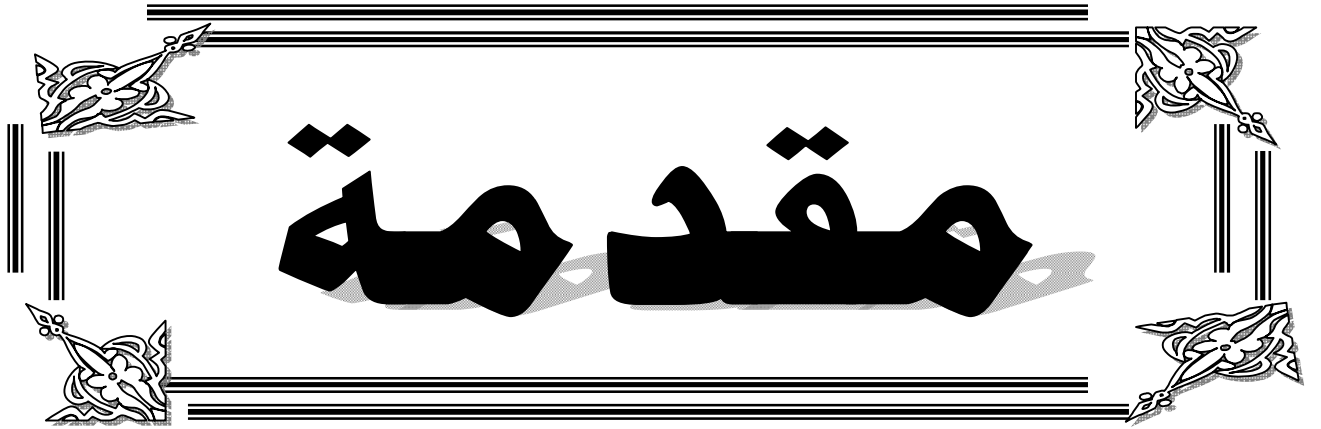
17	7-1- فحص معقد.
17	7-2- فحص ديناميكي.
18	8- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي.
18	9- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي.
19	10- مجالات الطب الرياضي.
19	11- واجبات الطب الرياضي.
19	12- المراقبة الطبية.
19	12-1- مفهوم المراقبة الطبية.
19	12-2- استمارة التقييم الطبي للاعب.
20	12-3- الرعاية الطبية.
21	خلاصة.
الفصل الثاني: الإصابات الرياضية	
23	تمهيد.
24	1- تعريف الإصابة الرياضية
24	2- تصنيفات الإصابات المختلفة.
24	2-1- تقسيمات حسب شدة الإصابة.
24	2-2- تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة).
25	2-3- تقسيمات حسب درجة الإصابة.
25	2-4- تقسيمات حسب السبب.
25	3- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي.
25	3-1- التدريب غير العلمي.
25	3-2- مخالفة الروح الرياضية.
26	3-3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية.
26	3-4- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين.
26	3-5- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة.
26	3-6- الأحذية المستخدمة وأرض الملعب.
26	3-7- استخدام اللاعبين للمنشطات.
27	4- أنواع الإصابات.
27	4-1- الصدمة.
27	4-2- إصابات الجهاز العضلي.
28	4-3- الشد أو التمزق العضلي.
29	4-4- التقلص (المغص) العضلي .
29	4-5- الكسور.
30	4-6- الالتواء.

30	4-7 - الملخ (الجزع).
31	4-8 - الخلع.
31	4-9 - الانتفاخ الجلدي المائي.
31	4-10 - السجحات.
32	4-11 - الجروح.
32	5- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية
32	5-1 - إصابات مزمنة.
32	5-2 - العاهات المستديمة.
32	5-3 - تشوهات بدنية.
32	5-4 - قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب.
33	6- كيفية منع حدوث المضاعفات.
33	7- الإسعافات الأولية.
33	7-1 - مفهوم الإسعافات الأولية.
33	7-2 - أهداف الإسعافات الأولية.
33	7-3 - الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية.
34	7-4 - قواعد عامة للإسعافات الأولية في الملاعب.
34	7-5 - القواعد الأساسية في العلاج من إصابات الملاعب.
35	8- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية.
36	خلاصة.
الفصل الثالث: كرة السلة على الكراسي المتحركة.	
38	تمهيد.
39	1 - نبذة تاريخية عن ذوي الاحتياجات الخاصة.
40	2 - بطولات الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة.
40	3 - أهمية الكراسي المتحركة و كيفية التدريب عليها.
41	4 - طرق التدريب على الكرسي المتحرك.
42	5 - الخطوات التعليمية لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة.
42	5.1 - إتقان المبادئ الأساسية من الثبات.
42	5.2 - إتقان المبادئ الأساسية من الحركة.
42	5.3 - إتقان خطط اللعب.
43	6 - القواعد و القوانين الأساسية لرياضة كرة السلة على الكراسي.
44	7 - قانون كرة السلة على الكرسي المتحرك للمعوقين حركيا.
44	7.1 - القوانين التي يجب معرفتها.
46	7.2 - المخالفات التي يجب معرفتها.
47	7.3 - الأخطاء التي يجب معرفتها.
48	8 - التصنيف الرياضي للمعاقين حركيا في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة.

48	8 - 1 . التصنيف الطبي في كرة السلة على الكراسي المتحركة.
48	8 - 2 . نموذج التصنيف.
49	8 - 3 . التصنيف الفني للفحص الطبي.
49	8 - 4 . الحد الأدنى للتصنيف الرياضي للمعاق.
50	8 - 5 . التصنيف الوظيفي للرياضي المعاق.
50	8 - 6 . التصنيف الحركي للرياضي المعاق.
51	خلاصة.
	الجانب التطبيقي
	الفصل الأول: منهجية البحث وطرق إجراءاته الميدانية
54	تمهيد.
55	1- الدراسة الاستطلاعية.
55	2- المنهج المستخدم في الدراسة.
55	3- العينة وكيفية اختيارها.
55	4- أدوات الدراسة.
56	5- الشروط العلمية للأداة.
58	6- حدود البحث.
58	7- متغيرات البحث.
59	خلاصة.
	الفصل الثاني: تحليل ومناقشة نتائج الاستبيان
61	- عرض وتحليل ومناقشة النتائج.
61	1- عرض وتحليل مناقشة الفرضية الأولى.
61	1-1- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الأولى.
67	1-2- مناقشة الفرضية الأولى.
68	2- عرض وتحليل مناقشة الفرضية الثانية.
68	1-2- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الثانية.
74	2-2- مناقشة الفرضية الثانية.
75	3- عرض وتحليل مناقشة الفرضية الثالثة.
75	1-3- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الثالثة.
81	2-3- مناقشة الفرضية الثالثة.
81	4- مناقشة الفرضية العامة.
82	خلاصة.
83	خاتمة.
84	اقتراحات وتوصيات.
	قائمة المراجع.
	الملاحق

قائمة الجداول واللائحة كمال

الرقم	الجدول	الصفحة
01	يبين التقسيمات الفنية للمعاقين حركيا في المنافسات الرياضية.	49
02	يوضح حساب معامل الارتباط بين التوزيعين الأول والثاني.	57
03	يوضح حساب الصدق الذاتي.	57
04	يمثل اختبار كا ² حول لنتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر فريقهم على عيادة طبية.	61
05	يمثل اختبار كا ² حول لنتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر فريقهم على طبيب.	62
06	يمثل اختبار كا ² حول نتائج إجابات اللاعبين عن الطبيب الذي وجهوا إليه في حال إصابتهم.	63
07	يمثل اختبار كا ² حول نتائج إجابات اللاعبين عن تحسن مردود لعبهم أو تراجعهم.	64
08	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين عن معاودتهم للإصابة لهم مباشرة بعد انتهاء فترة النقاهة.	65
09	يمثل اختبار كا ² حول نتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كانت المراقبة الطبية كافية لهم.	66
10	جدول خاص بمناقشة الفرضية الأولى.	67
11	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين حول تقديم المدرب لهم إرشادات خلال التدريبات أو المنافسات.	68
12	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين حول اشتراط المدرب عليهم إجراء مراقبة طبية دورية بعد الإصابة.	69
13	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين على استئنائهم للعب بعد انتهاء فترة النقاهة (الشفاء).	70
14	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين حول طلب المدرب منهم اللعب في حالة عدم وجود بديل لهم في حال إصابتهم.	71
15	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين عن ماذا كانت شدة حمولة التدريب خلال الحصص التدريبية تزيد من خطر تعرضهم للإصابة.	72
16	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين عن مدى اهتمام المدرب بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.	73
17	جدول خاص بالفرضية الثانية.	74
18	يمثل اختبار كا ² حول إجابات اللاعبين حول اشتراط المدرب عليهم إجراء مراقبة طبية دورية بعد الإصابة.	75
19	يمثل اختبار كا ² حول نتائج إجابات اللاعبين حول إدراج المدرب لهم في المقابلة وهم مصابون.	76
20	يمثل اختبار كا ² حول النتائج الخاصة باستجواب اللاعبين عن إجراء المراقبة الطبية لهم في بداية كل موسم.	77
21	يمثل اختبار كا ² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كان المدرب يجري تغيير للاعب إذا أصيب.	78
22	يمثل اختبار كا ² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كانوا يتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب.	79
23	يمثل اختبار كا ² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كان المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية.	80
24	جدول خاص بمناقشة الفرضية الثالثة.	81



مقدمة:

منذ سالف العصور أبدى العلماء أهمية كبيرة للمواضيع الصحية بشكل عام، موقنين بأن العقل السليم في الجسم السليم، وأن الإنسان المريض لا يستطيع أن يخدم المجتمع بشكل كاف وعليه ساهمت مؤهلات الطب والعلوم الصحية على حد سواء بإنشاء جيل جديد قوي البنية، يقاوم ظروف الحياة، وازداد الاهتمام بالرياضة لكونها أصبحت من أهم المميزات المدنية الحديثة، فبرز الطب الرياضي الذي هو ميدان الاعتناء بصحة الرياضي، والمحافظة عليه، ومراقبته، وبما أن الأندية الرياضية تعتبر ميدان من ميادين التي تجرى فيها أهداف النشاط الرياضي، وبما أن اللاعب في حاجة ماسة للحفاظ عليه.

وبما لا شك فيه أن التربية الصحية تعتبر إحدى واجبات المدربين والمسيرين ورؤساء الفرق، ولهذا على المعنيين أن يحافظوا على صحة وسلامة لاعبيهم، ووقايتهم من كل أسباب الحوادث بشتى الطرق والوسائل، ومن هذه الطرق الفحص الطبي الدوري الذي قد يعمل على الحفاظ على أمن وسلامة اللاعبين ووقايتهم من كل الحوادث والأمراض التي قد تصبح نتائجها مزمنة ذات تأثير مؤكد في هبوط مستوى أداء اللاعبين، وكذلك يسمح للمدرب والإدارة والفوج الطبي من حماية اللاعبين من التعرض لإصابات، وكذلك حماية أنفسهم من تحمل مسؤولية الحوادث التي قد تصيب اللاعبين (طابية، 2008، ص4)، لذلك من الضروري أن يفرض الطب الرياضي نفسه في كل الرياضات خاصة رياضة كرة السلة التي ستكون موضوع بحثنا.

تعتبر رياضة كرة السلة من الرياضات الأكثر انتشارا في الأوساط الجماهيرية وذلك بفضل التطور الكبير والملحوظ الذي شهدته في السنوات الأخيرة .

كما أن هذه الرياضة تتطلب تحضيرا جيدا على المستويات الثلاثة التكتيكي ، التقني ، البدني وهذا ما جعل مرافقة الطب الرياضي لها أمر حتمي وضروري ، لأنها أصبحت من الرياضات الشائعة التي تتميز بالاندفاع البدني، فطابع كرة السلة يجعل كل من يرى تقنياتها وحركاتها والحماس الذي يغلب على مقابلتها يعجب بكل هذا ويرغب في ممارستها دون أن يكون ملما بتقنياتها وقوانينها .

لكن هذا الجهل بالقوانين والأسس يخلق ما يسمى بالممارسة الخاطئة للرياضة ، هذه الأخيرة تنجم عنها العديد من الإصابات الرياضية الخطيرة التي تحدث عند أكبر الرياضيين في اعرق الأندية لكرة السلة ومن الضروري أن يفرض الطب الرياضي نفسه في رياضة كرة السلة حتى يضمن الوقاية والعلاج للاعبين من شبح الإصابات الرياضية . (طايبة ، 2008 ، ص4)

والمشكل الذي يبقى يطرح نفسه هو إدخال هذا الاختصاص من الطب في رياضة كرة السلة وضرورة مرافقته لأنديتنا وفرقنا شيء مكلف ويكاد يكون مستحيلا بالنسبة للجهات المعنية في بلدنا لنقص الوسائل المادية والبشرية .

لذا بتطرقنا لدراسة هذا الموضوع نهدف إلى تسليط الضوء على الأهمية والمساهمة التي يلعبها الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ودوره في تحسين مردود اللاعبين ، وكذا أسباب غياب المتابعة الطبية الشاملة الخاصة باللاعبين ومستواهم الرياضي ، وهذا عن طريق البحث العلمي والدراسة الميدانية قصد توفير بعض المعلومات للقارئ ولو بالشيء القليل ، وإضافة بعض المعلومات للمكتبة خاصة وأنها تفتقر لهذا النوع من المواضيع ، ولتحقيق ذلك قسمت الدراسة إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي ، ففي الجانب النظري تطرقنا فيه إلى ثلاثة فصول ، حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى الطب الرياضي وفي الفصل الثاني إلى الإصابات الرياضية أما في الفصل الثالث فتطرقنا فيه إلى كرة السلة على الكراسي المتحركة ، أما في الجانب التطبيقي فتطرقنا فيه إلى الطرق المنهجية للبحث وإلى عرض وتحليل النتائج، وهذا رغبة منا في إضافة ما يفيد غيرنا وخاصة من الأساتذة والإداريين لكي يضاعفوا اهتمامهم بأبناء مجتمعا ، فمرجو التوفيق من الله .

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:

إن الرياضة ذات المستويات العالمية ترتبط بشكل كبير بعاملين أساسيين هما عامل الشدة وعامل الدوام أو الاستمرار أو الوصول إلى القمة صعبا والبقاء عليها أصعب، ولقد شهدت الحركة الرياضية الوطنية تطورا كبيرا مما استدعى تطور بعض الاختصاصات العلمية الجديدة التي تدرس كل الجوانب المتعلقة بالرياضة أو الرياضي على وجه الخصوص بصفة المعنى الأول بتطويرها والمتضرر الأول بعواقبها، فظهرت دراسات تتعلق بالناحية الفيزيولوجية والمرفولوجية والتشريحية ، والموازاة مع هذه الجوانب شهد ميدان الطب الرياضي انتعاشا ملحوظا، وبالرغم من ذلك فإن الرياضيين أو اللاعبين الممارسين لأي نشاط بدني رياضي لا يزالون يعانون من عدة نقائص في هذا المجال خاصة في ظل تواجد عدة مواهب في جميع الرياضات ونخص بالذكر رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة باعتبارها نشاط رياضي فيه كثير من الاحتكاكات بين اللاعبين والتي تنتج عنها الكثير من الإصابات الرياضية.

والجزائر من ضمن الدول التي تعاني نقص في هذا المجال كالأخصائيين أو وجود مراكز متخصصة في ذلك ووسائل وخاصة لدى النوادي الرياضية، فبعض اللاعبين ذوي المواهب برزوا بشكل مقبول في ميدان كرة السلة على الكراسي المتحركة وكانوا في طريقهم لتطوير موهبتهم أو اللعب في مستويات لا بأس بها، إلا أنه وبعد إصابتهم لم يجدوا العناية الفاتمة والكافية والعلاج اللازم للرجوع والحفاظ على لياقتهم ومستوياتهم البدنية التي كانوا عليها، وكذا التوعية اللازمة من طرف المدرسين، من هنا يتبادر لنا السؤال التالي:

ما مدى أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة؟.

2 - التساؤلات :

2 - 1- التساؤل العام :

هل قلة التوعية وكذلك اهتمام المديرين بالنتائج ونقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة؟.

2 - 2- التساؤلات الجزئية:

1- هل للطب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة؟.

2- هل قلة التوعية من طرف المديرين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة؟.

3- هل اهتمام المديرين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية؟.

3- الفرضيات :

3-1 الفرضية العامة:

قلة التوعية وكذلك اهتمام المدربين بالنتائج ونقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

3-2 الفرضيات الجزئية:

1- للطب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

2- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

3- اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية.

4- أهداف الدراسة:

كثيرا ما يتعرض الرياضي بصفة عامة ولاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة بصفة خاصة إلى إصابات رياضية خلال المنافسات أو التحضيرات الرياضية، قد تؤدي باللاعب إلى العجز التام أو إبعاده كليا عن اللعب أو الوقوف عائقا أمامه في الاحتراف، وهذا ما يؤثر سلبا على مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

فالهدف من بحثنا هو التعريف ببعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة 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.

وكذا تسليط الضوء على المراقبة الطبية وواقعها في النوادي الرياضية وإبراز أهمية الفحوصات الطبية، وإكساب الرياضيين ثقافة صحية.

كما 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.

5- أهمية الدراسة:

إن دراسة هذا البحث يسمح لنا بإبراز مدى مساهمة الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة ، حيث تتناول الدراسة العلاقة الإيجابية بين الطب الرياضي وزيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، بالإضافة إلى الأسباب المؤدية إلى كثرة

وتضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة ، فهذه الدراسة تعطي نظرة عامة عن الطب الرياضي وأهميته ومجالاته ودوره، وتزويد الإطارات المعنية والمختصة وكذا القراء بالمعلومات حول مختلف الإصابات الرياضية وطرق علاجها، والأساليب الوقائية من الإصابات وخاصة للمدربين واللاعبين، وأيضاً أهمية وضرورة وجود وتعميم مراكز الطب الرياضي وذلك للتكفل بجميع اللاعبين المصابين، والمساهمة في صحة وسلامة اللاعبين وتحسين مردودهم ومستوى أدائهم.

وكذا إثراء الرصيد العلمي والزيادة في معارف الطلبة والأساتذة المشرفين.

6- أسباب اختيار الموضوع:

- أهمية الطب الرياضي ودوره في العلاج والوقاية من الإصابات الرياضية.
- توفر المراجع والكتب التي تخدم موضوع بحثنا.
- الرغبة في تسليط الضوء على الأسباب التي تؤدي إلى حدوث تضاعف الإصابات.
- قابلية الموضوع للدراسة والمناقشة من جميع جوانبه.
- نقص الوعي والتوجيه والتوعية سواء للمدربين أو اللاعبين.

7- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

7-1- الطب الرياضي:

هو الطب الذي يهتم بالرياضة والرياضيين، وهو أحد العلوم التي تهتم وتدرس الحالة الصحية والخصوصيات المورفولوجية للعضو السليم تبعاً للنشاط البدني والرياضي، وقد عرف الأستاذ Caillez Bert الطب الرياضي بقوله "إنه يعمل على الاختيار، التوجيه، المراقبة، وعلاج الرياضيين". (W.heipertzid.Bohmer , 1990, p14).

- **التعريف الإجرائي:** هو إجراء علاج مسبق دون اللجوء إلى الوسائل والأدوية، ويتم عن طريق التوجيه والإرشاد من طرف الطبيب أو المدرب لإجتناّب الوقوع في الحوادث والإصابات .

7-2- العلاج:

هو مجموعة الإجراءات الطبية والقوانين الصحية الموجهة لعلاج مرض أو إصابة معينة، ويكون العلاج حسب نوع الإصابة ودرجة خطورتها، وبعد التشخيص قد يجد الطبيب أنه من الضروري إجراء إسعافات أولية، وبإمكان اللاعب مواصلة اللعب أو إبعاده كلية عن اللعب ومتابعة برنامج طبي علاجي. (Edgarthill, 1989 p45)

7-3- الإصابة الرياضية:

عن كل ممارسة مهما كان نوعها معرضة بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى حوادث مختلفة، بسبب الاحتكاك الكبير والحيوية العظيمة التي تتميز بها كرة السلة خاصة على الكراسي المتحركة ، حيث توجد إصابات كثيرة في الميدان تكون متفاوتة الخطورة، بسيطة، متوسطة، وخطيرة.(إبراهيم البصري ، 1976، ص12).

-**التعريف الإجرائي:** هي الإصابات التي لها علاقة بالجهد البدني المبذول و خصوصية متطلبات الأداء في النشاطات الرياضية المختلفة.

7-4- كرة السلة على الكراسي المتحركة:

لا تختلف كرة السلة على الكراسي المتحركة كثيرا عن كرة السلة للأصحاء ، إذ تطبق فيها جميع قواعد القانون الدولي لكرة السلة باستثناء بعض التعديلات الخاصة ، وابتكار نقل الحركة بالسلاسل لتتيح للمعاق حركيا حركة أسهل ، واستقلالية أكثر وفي هذه الحالة يكون اللاعب المعوق في وضعية اقل خطورة مقارنة بغيره من الذين لا يستعملون الكرسي المتحرك ، والذين ليس لديهم القدرة على المشي ، ولا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم دائما على الرغم من كون الطرف العلوي سليم ، وأهمية رياضة كرة السلة هو التركيبة التنظيمية بالنسبة للفرد المعاق، وكذا فوائدها النفسية والاجتماعية.(International well Chais basket ball,1996,p1)

8- الدراسات السابقة أو المشابهة:

• **الدراسة الأولى :** مذكرة لنيل شهادة الماستر للطالبة نصيرة حميدة ، تحت عنوان " أهمية المراقبة الطبية والصحية في الوقاية من الإصابات لدى لاعبي كرة اليد (صنف أكابر)"، سنة 2014، بمعهد التربية والبدنية والرياضية بجامعة ورقلة "قاصدي مرياح".

طريقة الدراسة: استخدم البحث للمنهج الوصفي لأنه يناسب دراسته و أستعمل في أدوات الدراسة الاستبيان الموزع على عينة مكونة من تسعة (09) مدربين وكانت المعالجة الإحصائية بالنسب المئوية واختبار كاف تريبع و ألفا كرونباخ .

النتائج المتحصل عليها:

- معظم فرق كرة اليد لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية وعلاج الإصابات الرياضية .
وأيضا أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة لرياضيين.

- إهمال المراقبة الطبية و الصحية عامل من عوامل الإصابات الرياضية و معيق لنجاح و استمرار العمل على مستوى الأندية .

- **الدراسة الثانية :** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر ، للباحث بوليل مولود تحت بعنوان: " **إسهام الطب الرياضي في دراسة ميدانية علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعب كرة القدم**" سنة 2014، بمعهد التربية والبدنية والرياضية ، بجامعة البويرة .

طريقة الدراسة: استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة.

النتائج المتحصل عليها:

- عدم وجود طبيب للمساهمة في علاج الإصابات .
- نقص الإمكانيات المادية والموارد البشرية المختصة.
- عدم التكفل الجيد بصحة و إصابات اللاعبين.

- **الدراسة الثالثة :** مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس ، للطالب باهمي حمزة ، تحت عنوان " **أهمية الطب الرياضي في تحسين مردود لاعبي كرة اليد (صنف أشبال)**"، سنة 2006، بمعهد التربية والبدنية والرياضية بجامعة الجزائر "سيدي عبد الله".

طريقة الدراسة: استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبائية وزعت على اللاعبين والمدربين.

النتائج المتحصل عليها:

- معظم فرق كرة اليد لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية وعلاج الإصابات الرياضية وأيضاً أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة لرياضيين.

- الإهمال واللامبالاة للفتات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

- **الدراسة الرابعة :** مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس ، السعيد لعبيدي دراسة بعنوان: " **إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم**" سنة 2008، بمعهد التربية والبدنية والرياضية بجامعة المسيلة .

طريقة الدراسة: استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات إستبائية وزعت للاعبين والمدربين.

النتائج المتحصل عليها:

- لا يوجد مركز للطب الرياضي وهو يعتبر سبب لنقص المتابعة الطبية للاعبين وعدم التكفل بهم بالإضافة إلى النقص الكبير للمختصين في مجال الطب الرياضي، وكذا نقص الجانب المادي وغياب التوجيه بدرجة أقل و اللامبالاة في بعض الأحيان ما نتج عنه عدم توفر قاعة خاصة بالعلاج داخل كل فريق ، فما لوحظ داخل هذه الفرق هو أن معظمها تتوفر على ممرض فقط.

- هناك بعض التقصير من طرف المدربين وذلك بفرضهم لإجراء فحوص طبية على اللاعبين سوى في بداية الموسم والذي هو غير كاف ويعتبر تقصير في حق اللاعبين، هناك نقص كبير لمراكز الطب الرياضي في الجزائر .

❖ الاستفادة من الدراسات السابقة:

تعتبر هذه الدراسات من أهم الدراسات التي يجب الأخذ بها على مستوى الأندية في الجزائر و خاصة وأنها ألمت بجوانب مهمة فيما يخص الطب الرياضي وعلاقتها بالرياضة عموما ، فهذه الدراسات أجريت في مناطق مختلفة وفي اختصاصات متعددة ، و قد اتبع فيها الباحثين نفس طريقة الدراسة باستخدام المنهج الوصفي ، وكذا أدوات الدراسة كانت متشابهة إلى حد ما فالاستبيانات كانت موجهة للمدربين أو للاعبين أو كلاهما معا ، أما أنا فوجهت الإستبيان للاعبين بحكم أن اختصاصهم حساس ، وهم الوحدين الأكثر وعيا ومسؤولية بأنفسهم والقادر على تشخيص معاناتهم ، فأهم أدوار دراستنا التوعية الصحية ، وقد أستخدم المنهج الوصفي فيها وذلك لملائمته طبيعة الدراسة على غرار الدراسات السابقة، كما استخدمت النسب المئوية في العملية الإحصائية.

و في الأخير نجد أن النتائج المتوصل إليها واقعية بنسبة كبيرة و ملاحظة على مستوى المجتمع الذي أجريت عليه الدراسة .

ولقد بينت هذه الدراسات أن هناك تشابها في كيفية حدوث الإصابات و أسبابها،والظروف المهيمنة فضلا عن المحيط، لقد تمكنا من الاستفادة من هذه الدراسات في تنظيم بحثنا بحيث:

- الاستفادة من هذه الدراسات التي ركزت على جميع الأنشطة الرياضية التي فيها الممارسون للإصابات.

- الاستفادة كذلك من الدراسات فيما يتعلق بالجانب المنهجي للدراسة في تحديد المنهج و أدوات جمع البيانات وتحديد أسئلة الاستبيان.

الفصل الأول

الطب الرياضي

تمهيد:

الطب الرياضي يفرض نفسه بصفة علم متعدد الفروع، إن الطب الرياضي والبيداغوجية يتداخلان وهذا التداخل يجعلهما يضمنان تأقلم منافعهما للمتطلبات المالية، وأهمية نظام التوازن والنظام المحرك في الجسم البشري هي أقل من أهمية النبض للقلب ونظام سريان الدم وتظهر هذه الأهمية في مختلف أخطار الحوادث التي تحصل في أغلب الأحيان بسبب الجهل وعدم الوعي.

الطب والرياضة يتكاملان في فائدة مشتركة وهي الصحة الجيدة أو الرجوع إلى الصحة العادية والى تحسين وتنمية القدرة البدنية إلى أعلى مستوى في سن متقدم والشيء الذي يهمنا هو أن نفهمه ونعرف مبادئه القاعدية في الطب الرياضي .

1- لمحة تاريخية حول الطب الرياضي:

إن ظهور الطب بصفة عامة أو الطب الرياضي بصفة خاصة يعود إلى العصور القديمة جدا، فقد ظهر الطب الرياضي قبل الرياضة نفسها.

فقبل ظهور الألعاب الأولمبية "1976" كان قد ظهر الاهتمام بالطب الرياضي، لأن الرياضة قد نشأت قبل هذا التاريخ، ففي الحضارة اليونانية كان اليونانيون يعتبرون الصحة هي أسمى نعم الآلهة، وكانوا يعطون النشاط البدني بالغ الأهمية لأنه بالنسبة إليهم من أهم الشروط الأساسية للصحة.

وقد كان للطب قداسة كبيرة وذلك للوقاية من الأمراض وعلاجها، وبالمقارنة نجد أنه كانت هناك حضارات أخرى تهتم بالطب الرياضي مثل الحضارة الصينية، فمنذ آلاف السنين استعملوا الجمباز للحفاظ على الصحة، كم أنه في مذهب اليوغا نجد العديد من التمارين التي لها وظيفة علاجية، وقد اهتم رجال الدين والأطباء باستعمال التمارين البدنية ضد الأمراض، وكثيرة هي الرسومات والبحوث التي عثر عليها والتي تؤكد بصفة قوية أنه تم استعمال الجمباز وكذا الاستحمام، فالحمام كان له دور كبير في المشرق، وكذا الشأن بالنسبة لليونانيين، فكان ميدان الجمباز يحتوي على مسبح كبير جعل من أجل الاستحمام الجماعي، وعند الرومان كان الاستحمام من العادات اليومية، لذلك كانت هناك مسابح كبيرة وكثيرة، أما في القرون الوسطى فقد تغيرت نظرة الأوربيين للحمامات والجمباز، وذلك أثر انتشار الأمراض المعدية "السيلان، السفلس" في أوروبا في القرن الثامن عشر، فانخفض عدد الحمامات الجماعية وقل استعمالها.

وخلال الألعاب الأولمبية 1928 ظهر الطب الرياضي بصفة بارزة وذلك بمراقبة الأطباء المختصين في الفرق الأولمبية. (W.Heipertz/D.Bohmer, 1990, p09)

2- الطب الرياضي في الجزائر:

لقد مر الطب الرياضي في الجزائر بعدة مراحل وكان الهدف آنذاك هو تكييف الاختصاص مع الحاجيات المتزايدة للحركة الرياضية الوطنية وهذه المراحل هي:

1-2- المرحلة الابتدائية (1962-1970): كانت مرحلة ورث فيها الطب الرياضي التنظيم القائم من طرف فرنسا ولاسيما النصوص القانونية التي حددت:

- شهادة طبية قبل إصدار الرخصة الرياضية. - لجنة طبية داخل الهياكل الرياضية.

إن التنسيق بين الوزارات المكلفة بالصحة والرياضة والتعليم العالي أثمر بإنشاء المركز الوطني للطب الرياضي. (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993، ص 182 .)

2-2- مرحلة التنمية (1971-1975): مع وجود المركز الوطني للطب الرياضي بدأت فترة دراسة تبرز الطب الرياضي ونشاطات المركز :

- قاعدة قانونية جديدة للطب تم تحضيرها بالإضافة إلى مواصفات طبيب الرياضة وبرامج تكوينية.

- 1974 هو تاريخ تأسيس وإقامة المراقبة الطبية الرياضية.

- ولأول مرة تم التكفل بالفرق الوطنية بصفة منظمة من خلال ألعاب البحر الأبيض المتوسط بالجزائر 1975 وكذا التغطية الطبية لهذه التظاهرة.

- إن تدريس المواد لأساتذة التربية البدنية (المركز الوطني للتربية البدنية والرياضية، بن عكنون) كانت تحت عاتق المركز الوطني للطب الرياضي.

- ما بين 1976 إلى 1980 يلاحظ تطور وسائل الطب الرياضي، تم إعداد أول خطة لتطوير الطب الرياضي والتي تتضمن بالخصوص:

- إنجاز العيادة الأولمبية والتي بدأت العمل جزئيا في جانفي 1980.

- توظيف وتكوين العدد اللازم من الموظفين بالمركز الوطني للطب الرياضي والذي هو بمثابة مؤسسة جامعية.

- فتح تكوين الأطباء المختصين في الرياضة عام 1976.

- التكفل الطبي بالرياضيين والمواهب الرياضية الشابة والفرق الرياضية في الجزائر والخارج. (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993، ص 183).

- تحقيق التغطيات الطبية بأكملها خلال التظاهرات الرياضية الكبرى.

- المساعدة الطبية والمراقبة الصحية في جميع معاهد التكوين.

- تعليم المواد الطبية الرياضية على مستوى معاهد التكوين العالي للرياضة.

2-3- مرحلة التقهقر (1986-1993): عرفت تراجعا واضحا جدا بالنسبة لنشاطات الطب الرياضي، بينما نلاحظ أن التحكم في المادة والطاقة البشرية في تقدم، هذا التقهقر يعود إلى فتح المركز الوطني للطب الرياضي إلى عامة الناس بناء على أمر من وزارة الصحة يحمل الوصاية الجديدة هي:

- تجميم ولمدة ثلاث سنوات أطروحة الدكتوراه في العلوم الطبية. - سحب أولوية الرياضي.

- تغيير فعلي لقانون المركز الوطني للطب الرياضي، واعتباره مؤسسة استشفائية متخصصة. (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993، ص 182، 184).

3- تعريف الطب الرياضي:

الطب الرياضي هو أحد التخصصات الطبية الحديثة وفيه يتم تطبيق مختلف الفروع والفنون الطبية على النشاط البدني عامة والممارسة الرياضية خاصة، فهو يهتم بعودة اللاعب بعد مرضه أو إصابته بطلا كما كان في نفس درجة لياقته البدنية والفنية السابقة للمرض وللإصابة.

ويختص الطب الرياضي كعلم طبي حديث يبحث وعلاج التطورات والتغيرات الوظيفية والتشريحية المرضية المختلفة في الجسم كنتاج لنشاطه الحركي في الظروف العادية والمختلفة، كما أنه يبحث أيضا العلاقات التطبيقية الوثيقة لمختلف الفروع الطبية بأداء وممارسة النشاط العادي والرياضي للفرد.

كما أن الطب الرياضي يهدف إلى الاختيار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين، ويقوم أيضا بمراقبة التأثيرات التي تتركها الرياضة على جسم الرياضي، وذلك بواسطة أجهزة حديثة كجهاز اللياقة البدنية، وجهاز التصوير التحليلي، والتي يمكن بواسطتها أخذ فيلم اللاعب أثناء التمرين وتحليل حركته بالسرعة والبطء وعرضها له، وتعليق المدرب والطبيب عليها حتى يشغل الحركات الإيجابية ويتجنب الحركات السلبية وإيجاد لها علاقة باللعبة. (Jacqueline Rossout, Lumbroso, p04)

ويمكننا أن نقسم الطب الرياضي الحديث إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- بيولوجيا الطب الرياضي: وتشمل كافة العلوم الطبية الفسيولوجية والبيولوجية والمرضية والعلاجية والوقائية بطب الرياضة.

ب- إصابات الملاعب والعلاج الطبيعي: وتشمل الجوانب الوقائية والتشخيصية والعلاجية (ما عدا إجراء التدخلات الجراحية) وكذلك كافة الجوانب التأهيلية فيما بعد الإصابة تمهيدا لعودة اللاعب إلى نفس مستواه كبطل وليس كفرد عادي. (أسامة رياض ، 2002، ص20).

4- أنواع الطب الرياضي:

لقد امتدت خدمات الطب الرياضي وتشعبت وتعددت فروعها التخصصية لخدمة المجال الرياضي حتى أصبحت فروع الطب الرياضي مجالا شائعا بذاته يقدم خدماته في الميدان والحق للرياضي يمكن تحديد أنواع الطب الرياضي كالآتي:

4-1- الطب الرياضي التوجيهي: انطلاقا من الاختبارات التشريحية والمورفولوجية والفيزيولوجية، وعن طريق الاختبارات السيكولوجية يتم توجيه الناشئين للألعاب والرياضات التي تتناسب مع إمكانياتهم، فيكون عمل المدرب وما يبذله من جهد منصب على اللاعبين ذوي الإمكانيات والمواهب الخاصة المتفكرة مع متطلبات اللعب، والأنشطة كما يحقق أصول المستويات العالية.

4-2- الطب الرياضي الوقائي: ويبحث في التغيرات الفيزيولوجية والتشريحية والنفسية والحيوية، السلبية منها والإيجابية، التي تحدث في الأنسجة، وحالة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في كافة ظروف حياتهم في الملعب وخارجه، ويعطي توجيهات بما يجب تحاشيه، وما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط وفيما بعده عند التقاعد والاعتزال، ولعل من أهم أهدافه إصدار تعليمات مدربي الاختصاصات المختلفة، والتي تتضمن التمارين التعويضية الضرورية لكل تخصص، وذلك على اختلاف درجاتها.

4-3- الطب الرياضي العلاجي: يؤدي خدماته بالقيام بعملية علاج اللاعبين المصابين وذلك بالتعاون مع كل فروع طب العظام والجراحة، والأعصاب، والطب الطبيعي وفقا لطبيعة الإصابات ومتطلباتها.

4-4- الطب الرياضي التأهيلي: ويختص بتحديد برنامج تدريبي للمصابين أثناء الإصابة، ومدة الشفاء منها، وذلك للسماح للاعب بالعودة للمنافسة في أحسن الظروف. (عبد السيد أبو العلاء، 1985، ص127).

5- بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث:

- الخدمات الطبية في مجال الرياضي (في الملعب).
- الاختبارات الطبية الفسيولوجية والقياسات الأنتروبومترية والنفسية للرياضي (يتعدى عددها 300 اختبار).
- الوقاية والعلاج من إصابات الملاعب.
- تقديم إرشادات التغذية اللازمة طبقا لنوع الرياضة وكمية المجهود المبذول من اللاعب (تدريب، منافسة، بطولة).
- إجراء العلاج الطبيعي اللازم لتأهيل اللاعب ما بعد الإصابة.
- مقاومة استخدام الرياضيين للمنشطات ويتطلب ذلك معرفتها بأنواعها وطرق الكشف عنها وتاريخ وأنواع مقاومتها.
- طرق الإسعاف الأولي في الإصابات وأمراض العيون والأنف والأذن والحنجرة والتفرقة بين القلب الرياضي وبين أمراض القلب المختلفة، وحل المشاكل الطبية لبعض الأمراض الجلدية والصدفية وإرشاد المسؤولين عن الفرق الرياضية لطرق ومواعيد التطعيم اللازم قبل السفر إلى الخارج.
- المشاكل الطبية الخاصة بإعداد اللاعبين للمباريات في أراضٍ مرتفعة عن سطح أو في درجات الحرارة غير المناسبة (باردة جدا أو مرتفعة جدا أو رطبة جدا). (أسامة رياض، 2002، ص21).

6- أهداف علم الطب الرياضي:

- الوصول بالرياضيين إلى مستوى من الكفاءة البدنية والصحية والنفسية والعقلية والحفاظة على هذا المستوى لأطول مدة ممكنة.
- توجيه الناشئين إلى الألعاب التي تتناسب وإمكاناتهم بناء على فحوصات تشريحية وقوامية ووظيفية وسيكولوجية.
- تحديد نواحي النقص وحالة اللاعبين من النواحي الصحية والتشريحية والوظيفية والنفسية ومقارنتها بما يجب أن يكون عليه الفرد وفقا لمتطلبات اللعبة وفي ظل المراحل السنوية المختلفة.
- توجيه اللاعبين لما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط الرياضي.
- استخدام الوسائل العلاجية المناسبة لعلاج الأمراض والإصابات الرياضية بالتعاون مع فروع الطب المختلفة كالعظام، والجراحة، والأعصاب، والعلاج الطبيعي.
- تحديد برامج تدريب المصابين أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وحتى السماح للاعب بالعودة للمنافسات. (عادل علي حسن، 1995، ص08-09)

7- مهام الطب الرياضي:

المهام الأساسية التي يؤديها الطب الرياضي هي:

- الاختبار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين في إطار منظم. - مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة عن التدريب.
- تحديد الحالة الصحية، التطور البدني، والحالة والوظيفية لعضوية الممارسة.
- تقييم الجملة البدنية أثناء المنافسة، ومراقبة الرياضيين تستدعي التنسيق بين المدرب والطبيب المختص، وهذا لأداء المهام المخصصة والحصول على النتائج ثم المراقبة تحت أشكال تتمثل فيما يلي:

7-1- فحص معقد: ويتم تجسيده بعد التحصل على معلومات بيولوجية طبية وفيزيولوجية.

7-2- فحص ديناميكي: ويتشكل من ثلاثة أنواع من الفحوص الطبية وهي:

- أ- **فحص طبي معمق:** يجب تكراره ثلاث مرات على الأقل في كل موسم، يتم إجراء هذا الفحص خلال المرحلة التحضيرية قبل الدخول في بداية الموسم، وكذلك يعاد خلال المنافسة، ويمكننا هذا الفحص من تقييم:
 - الحالة الصحية. - التطوير البدني. - الحالة الوظيفية والتكيف مع الجهد البدني.

ب- الفحص الطبي على مراحل: يجري هنا الفحص أثناء التريصات التي يقوم بها الرياضيين، كما يجب تنظيمه وتسطير عدد الفحوصات خلال التريص، لكي تتناسب مع نهاية وقت التريص، ويكون هناك فحص نهائي، وهذا لتقييم الجهد الذي بذل خلال التريص، وكذلك الحالة التي وصل إليها الرياضي خلال التريص.

ج- الفحص الطبي المستمر: ويتم خلال مراحل التدريب، ومهمته تتمثل في تقييم الجهد اللحظي والجهد طويل المدى، كما يسمح بمراقبة الحمولات والقيام بتصحيح مخطط حمولات التدريب. (مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993، ص ص 07-09).

8- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي:

هناك علاقة وثيقة للطب الرياضي بالتدريب الرياضي العام، وعلى سبيل المثال نجد أن التقييم الطبي الفسيولوجي يسهل للمدرب المؤهل الاطلاع على مستوى اللياقة البدنية العامة لفريقه وبالتالي اختيار أنسب العناصر الجاهزة للمباريات، كذلك يقدم أخصائي الطب الرياضي للمدرب رأيه في خطط التدريب العام ومدى توقيتات تطبيقها لكل لاعب من حيث الجرعة التدريبية لكل منهم في كل تدريب، ورأيه في مواعيد الراحة والتغذية ونوعية التدريب اللازم وأثر الإصابات الحالية والسابقة على مستوى أداء كل لاعب، وذلك بالإسهام بالرأي والمشورة الطبية للمساعدة في اختيار أكفأ العناصر الجاهزة لتمثيل الفريق، ويشمل ذلك أيضا الإرشادات الطبية الخاصة بتجنب الإرهاق البدني ودراسات تأقلم الجهاز الدوري والتنفسي والجهاز العضلي مع مجهودات اللاعب. (أسامة رياض، وإمام حسن محمد النجمي، 1999، ص 142).

9- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي:

نلاحظ أن أغلب الخبرات تؤيد أن المدرب الذي يلم بالمعلومات الأساسية في مجال الطب الرياضي يصبح قادرا على:

1. فهم المشاكل المحيطة باللاعب، وبعضها إن لم يكن أغلبها، لها ارتباط بالناحية الطبية، هذا يجعل المدرب قادرا على اتخاذ الإجراءات الضرورية والصحيحة في الوقاية وفي تجنب أي تدهور للحالة الصحية للاعب.
2. اتخاذ قرار تحويل اللاعب إلى الطبيب المختص في الوقت المناسب.
3. تقديم المساعدة الضرورية في حالة تواجد أحد أفراد الفريق الطبي، فوقت الطبيب مكلف، ويجب استغلاله بالطريقة المثالية، وواجبه الأساسي هو الاستشارة، والعلاج، والتأهيل، ومن الصعب تواجده في كل الأوقات.
4. مساعدة الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع وإعداد البرنامج التأهيلي المناسب للرياضي.
5. تقديم الإسعافات الأولية بطريقة مناسبة وصحيحة ومناسبة.
6. فهم النواحي الميكانيكية التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بغرض المساعدة في الوقاية من حدوثها.
7. اكتشاف الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى يتجنب اللاعب خطر الإصابة.

8.التشاور مع اللاعب في كل الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة والأداء.(عادل علي حسن ، 1995 ، ص76،77).

10- مجالات الطب الرياضي:

قسم أرنست جو كل " باحث ومؤلف وطبيب " قسم مجالات الطب الرياضي إلى أربعة أقسام وهي:

1- العلاج الطبي. 2- الفيسيولوجيا التطبيقية.

3- الإصابات الرياضية. 4- التأهيل.

11- واجبات الطب الرياضي:

* تنظيم وتنفيذ الفحوصات الطبية لجميع الأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.

* وضع الأسس الصحية لطرق ووسائل التربية البدنية والرياضية واستنباط طرق جديدة وتطوير طرق الفحص الطبي للرياضيين والتشخيص وعلاج الأمراض والإصابات الرياضية.

* توفير مستوى عالي من التأثيرات الصحية لممارسة التربية البدنية والرياضية لجميع الممارسين من مختلف الأعمار وكلا الجنسين.

* تحديد الظروف ذات التأثيرات السلبية على الصحة وكيفية تجنبها للاستفادة بالتأثيرات الإيجابية.(أبو العلاء عبد الفتاح، 2003، ص 50)

12- المراقبة الطبية:

12-1- مفهوم المراقبة الطبية: - وهي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث.

- هي عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للاعبين وتختلف من حالة لأخرى وتشتمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج.(إبراهيم البصري ، 1976 ، ص07)

12-2- استمارة التقييم الطبي للاعب: يجب أن يكون لكل لاعب استمارة للتقييم الطبي، وإذا ما أخذنا الاستمارة المعتمدة فنيا في الاتحاد العربي السعودي للطب الرياضي نجد أنها نموذج قيم ورائد لتلك الاستمارات يمكن تطبيقه باتحادات الطب الرياضي في الوطن العربي لما تحتويه من بيانات هامة ولازمة للرعاية الطبية للرياضي، وتحمل في الخارج شعار الاتحاد واسم ورقم اللاعب واتحاد لعبته الأساسية وتقسم داخليا إلى الأقسام التالية:

أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام والشامل. ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفسيولوجية.

ج- قسم خاص بالفحوص المورفولوجية الجسدية. د- قسم خاص بالفحوص المعملية.

هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة البدنية للاعب. و- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقييمية والمرضية.

أ- قسم الفحوص الطبية العامة والشاملة: وتشمل على أوراق الفحص العامة بالبيانات التالية:

- بيانات عامة. - التاريخ الطبي. - التاريخ الرياضي والتدريب.

- الفحص العام. - الفحوصات المحلية. - فحوصات رسم القلب.

- فحوصات الوظائف التنفسية. - فحوصات خاصة بحجم القلب. (أسامة رياض ، 2002، ص ص 18-21).

12-3- الرعاية الطبية: - يجب إجراء فحص طبي كامل يشمل تاريخ اللاعب، سلامة الأجهزة الحيوية والدورية، بالإضافة إلى اختبار رسم القلب أثناء الحركة (Test stress) وذلك قبل بداية كل موسم وبصفة دورية.

- يجب أن تترك القرارات النهائية والخاصة باللياقة الصحية للاعب ويترك قرار خروج أو استمرار اللاعب في المباراة بعد إصابته للمتخصصين من الأطباء.

- عدم عودة اللاعب المصاب للاشتراك في المباريات قبل شفائه من الإصابة شفاء كاملا وبعد موافقة الطبيب المعالج.

- يجب أيضا وجود أحد أعضاء الفريق الطبي أثناء المباراة أو المسابقة لمتابعة أي إصابة قد تحدث وإجراء الإسعافات اللازمة لحين عرض اللاعب على الطبيب المتخصص.

- نشر الوعي الطبي الرياضي بين الأطباء والمدربين واللاعبين وأخصائيي العلاج الطبيعي.

- إنشاء مركز طبي رياضي نموذجي لتسهيل وعلاج جميع الإصابات الرياضية والقيام بالبحوث الرياضية الطبية للوقوف على أسباب حدوث وتكرار هذه الإصابات ووسائل الوقاية والعلاج. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، ص34)

خلاصة:

إن تطرقنا لهذا الفصل من بحثنا ما هو إلا إشارة للأهمية التي تكمن في الطب الرياضي ، وكذلك للتعريف به أكثر، لأنه لم يصل بعد إلى جميع الأوساط الرياضية في بلادنا والعمل بمبادئه وأسس العلمية، في الحفاظ وتوجيه أجيالنا الرياضية، وفي بعث الحركة الرياضية ووضعها على سكة التقدم الحقيقي، وذلك بتوفير المنشآت والوسائل والأجهزة كي تبلغ ما بلغت إليه الدول الأخرى، من نجاح في الميدان الرياضي واشتراكها في مجتمع التعاون لرفع مستوى الدولة اقتصاديا ثم اجتماعيا.

الفصل الثاني

الإصابات الرياضية

تمهيد.

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

1- تعريف الإصابة الرياضية:

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

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

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

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

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

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

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

2- تصنيفات الإصابات المختلفة:

1-2- تقسيمات حسب شدة الإصابة:

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

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

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

2-2- تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة): أ- إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

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

2-3- تقسيمات حسب درجة الإصابة: أ- إصابة الدرجة الأولى: ويقصد بها الإصابات البسيطة، مثل السجحات والرضوض والتقلصات العضلية.

ب- إصابات الدرجة الثانية: ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة، مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

ج- إصابات الدرجة الثالثة: ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب، مثل الكسور بأنواعها - الخلع - إصابات غضروف الرقبة - الانزلاق الغضروفي بأنواعه. (أسامة رياض، 1998، ص 22-23)

2-4- تقسيمات حسب السبب: أ- إصابة أولية أو مباشرة في الملعب نتيجة القيام بمجهود عنيف أو نتيجة حادثة غير متوقعة وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات.

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

3- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

3-1- التدريب غير العلمي: إذا ما تم التدريب بأسلوب غير علمي ساهم في حدوث الإصابة لما يلي:

أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية.

ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب. ج- سوء تخطيط البرنامج التدريبي.

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب. ه- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة

و- سوء اختيار مواعيد التدريب. (أسامة رياض، 1999، ص 193-194)

3-2- مخالفة الروح الرياضية: تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة

تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك:

1- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب

لاعبه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.

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

3-3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية: هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أداؤه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث كمهاجمة لاعب مباراة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتف قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملايس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم.

3-4- عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين: يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الخاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجري بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات الناتجة من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات. (أسامة رياض ، 1998، ص ص 26- 28 .)

3-5- استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة: نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المباراة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات.

3-6- الأحذية المستخدمة وأرض الملعب: ونشير هنا إلى معظم تشوهات القدم غير الخلقية وتشمل التشوهات الوظيفية، والتشوهات الأستاتيكية في المجال الرياضي تنتج من سوء اختيار الأحذية المناسبة لكل رياضة بما يناسب كل قدم، فالأحذية المناسبة وأرض الملعب تشكل حماية دائمة لقدم اللاعب، ونشير هنا إلى أن هذا الاختيار يشارك فيه أخصائي الطب الرياضي بإبداء الرأي الفني للاعب والمدرب. (أسامة رياض، 1999، ص 194).

3-7- استخدام اللاعبين للمنشطات: يؤدي استخدام اللاعبين للمنشطات المحرمة قانونا إلى إجهاد فيزيولوجي "وظيفي" يعرضهم للعديد من الإصابات، حيث أنهم سيبدلون جهد غير طبيعي "صناعي" غير ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية، كذلك يجب على أخصائي الطب الرياضي والمدرب عمل دفتر تدون به إصابات كل لاعب من حيث:

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

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

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

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

- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة. (أسامة رياض ، 1999، ص198)

4- أنواع الإصابات:

1-4 - الصدمة:

4-1-1 - تعريف: الصدمة هي حالة هبوط في الأجهزة الحيوية الدوري والتنفسي تصحب جميع الإصابات المفاجئة ومنها: أ- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها ألم كالكسور.

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

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

4-1-2 - أعراض الصدمة: - رقدة المصاب في خمول وسكون. - هبوط درجة حرارة الجسم. - لون المصاب يكون شاحبا وجلده باردا ومنديا. - النبض سريع وضعيف. - التنفس سطحي وغير منتظم.

4-1-3 - علاج الصدمة: أ- يوضع المصاب برفق في مكان متجدد الهواء، وذلك بوضعه مستلقيا على ظهره مع خفض الرأس عن مستوى الجسم والرجلين أعلى من مستوى الرأس ليتمكن الدم من الوصول للمخ.

ب- سند الجزء المصاب بوضعه وضعاً مريحاً. ج- تخفيف الملابس أو الأربطة الضاغطة حول الرقبة أو الصدر. د- استنشاق الأكسجين أو عمل تنفس اصطناعي إذا لزم الأمر.

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

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

4-2 - إصابات الجهاز العضلي:

4-2-1 - الرضوض (الكدمات): الرض (الكدم) هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام والمفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي، وتزداد خطورة الكدم في الحالات الآتية:

أ- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.

ب- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة. (حياة عياد روفائيل ، ص ص 64 - 87)

4-2-2 - درجات الكدمات: أ- كدم بسيط، وفيه يستمر اللاعب في الأداء وقد لا يشعر به لحظة حدوثه وإنما قد يشعر به اللاعب بعد المباراة.

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

4-2-3 - أنواع الكدمات: - كدم الجلد. - كدم العضلات. - كدم العظام.

- كدم المفاصل. (حياة عياد روفائيل ، ص 87-88).

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

أ- الاصطدام بالأجزاء الصلبة من جسم اللاعب الآخر لمؤخرة الكوع أو الرأس.

ب- الضربات المباشرة من لاعب لآخر كما يحدث في رياضة الملاكمة والكاراتيه.

ج- الاصطدام أو الضرب بالأدوات المستخدمة ففي اللعب كمضرب التنس أو الأحذية أو الكرات الثقيلة.

د- السقوط أو التعثر بجهاز أو أي مانع طبيعي. (أسامة رياض، 1998، ص 41).

4-3 - الشد أو التمزق العضلي:

4-3-1 - تعريف الشد العضلي: الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة

للعضلة بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية أو تمزق في الألياف العضلية،

ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو من أكثر الإصابات الرياضية شيوعاً.

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

1- عدم الإحماء العضلي الكافي قبل القيام بالمجهود الرياضي. 2 - الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة .

3- ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعة العضلية المتقابلة. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص 90-91).

4-3-3 - أنواع الشد العضلي: ينقسم الشد العضلي إلى ثلاثة درجات من حيث حدة الإصابة .

أ- شد عضلي على الدرجة الأولى. ب- شد عضلي من الدرجة الثانية.

ج- الشد العضلي من الدرجة الثالثة. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، ص 93-95).

4-4 - التقلص (المعص) العضلي Muscle cramp : قد يتعرض الرياضيون أو غير الرياضيين الذين يقومون بأعمال عضلية عنيفة إلى الإحساس بتقلصات مؤلمة في عضلة أو بعض العضلات تستمر لوقت قد يقتصر لبضع ثواني أو يطول بعض دقائق، وقد يحدث التقلص العضلي أثناء التدريب في الجو الحار، ومن أسباب التقلص العضلي طول مدة تعرض العضلة لنقص الأوكسجين، كما يحدث عند القيام بمجهود عضلي لمدة طويلة أو بسبب بعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة كبقاء كميات من عنصر الصوديوم داخل اللييفة العضلية أو فقد كميات من الماء المحمل بالأملاح نتيجة العرق فينخفض مستوى السوائل بالخلية ويزداد الضغط الإسموزي نتيجة الزيادة في فقد الماء من الخلية إلى خارجها، ويكون الماء المحمل بالأملاح الذي يتسبب نقصها في حدوث التقلص ويحدث التقلص في عضلات سمانة الرجل، باطن القدم، العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية، عضلات السمانة الخلفية، عضلات البطن، ويتعرض إلى هذه الإصابة لاعبي المسافات المتوسطة والطويلة. (فراج عبد الحميد توفيق، 2004، ص112-113).

4-5 - الكسور:

4-5-1 - تعريف الكسر: الكسر هو "انفصال العظمة عن بعضها إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة (عنف خارجي) أو الاصطدام بجسم صلب مثل الضرب بعصا غليظة بقوة على الساعد، أو اصطدام القصبه بقدم لاعب آخر أو بأداة تقليدية وبقوة وبسرعة أو اصطدام لاعب كرة القدم بعارضة المرمى أو بالأرض أو بقدم الخصم"، وهناك تعريف آخر للكسر بأنه "انفصال في استمرارية العظمة". (أسامة رياض ، 1998، ص55)

4-5-2- أنواع الكسور: تنقسم الكسور إلى أنواع ثلاث

أ- كسر الغصن الأخضر. ب- الكسر البسيط. ج- الكسر المركب. د- الكسر المضاعف.
و- الكسر المعقد. (أسامة رياض ، 2002، ص81)

4-5-3 - طرق تشخيص الكسور في الملاعب:

- 1- وجود ألم بالمنطقة المصابة.
- 2- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.
- 3- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.
- 4- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.
- 5- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.
- 6- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في الجزء السفلي من العضو المصاب.

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

4-5-4 - أسباب حدوث الكسور: ينتج الكسر عند ضربة مباشرة فوق العظم ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكسر أثناء ممارسة الرياضة ما يأتي:

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

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

ج- تصادم اللاعبين بقوة أو وقوعهم بعضهم فوق البعض أثناء القفز العالي. (عبد الرحمان عبد الحميد، 2004، ص98).

4-6 - الالتواء:

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

إن أكثر المفاصل تعرضا لهذه الإصابة هي الكاحل والرسغ حيث يكون التورم واضحا والألم شديد لأقل حركة. (أسامة رياض، 2002، ص70، 69)

4-7 - الملمخ (الجزع) Sprain : من أكثر إصابات الملاعب شيوعا أو من النادر أن لاعبا لم يحدث له ملمخ مرة على الأقل، والملمخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث إثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو انثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضا للملمخ هي مفصل القدم ورسغ اليد، ومن أكثر الأربطة عرضة للملمخ ما يلي:

- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم. - الرباط القصي الشظي الأمامي بمفصل القدم. - الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة. - الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد. - الرباط الترقوي الآخر ومي بمفصل الكتف. (حياة عياد روفائيل ، ص95)

4-7-1-علامات الملمخ: - ألم حاد نتيجة لتمزق الأربطة والأنسجة حول المفصل.

- ألم شديد عند عمل حركة تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملمخ مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حرة، كما يزول الألم عندما تحركه حركة مضادة.

- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.

- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة.

4-8-8 - الخلع Dislocation: هو خروج أو انتقال إحدى العظام المكونة للمفصل بعيدة عن مكانها الطبيعي وبقائها في هذا الوضع، أي تغير العلاقة التشريحية بين عظام المفصل، ذلك نتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة ويسبب ذلك تمزق المحفظة الليفية وتلف الأنسجة المحيطة بالمفصل من عضلات وأوتار وأعصاب وشرابين، وأكثر المفاصل تعرضا للخلع: الكتف، المرفق، الإبهام. (حياة عياد روفائيل، ص95-96)

4-8-1 - علامات وأعراض الخلع: - ألم شديد من ألم الكسر. - فقد القدرة تماما على تحريك المفصل. - تشوه وتغير في شكل المفصل. - ورم شديد بسرعة، وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع. - صور الأشعة تبين الخلع بوضوح. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، ص106)

4-8-2 - أنواع الخلع: هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي:

أ- خلع مفصلي جزئي Sublucation. ب- خلع مفصلي كامل Duslocation.

ج- خلع مفصلي مصحوب بكسر Dislocation Fracture.

4-8-3 - الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي: تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو لكليتهما، ومن أهم الأسباب:

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

- الحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض أو الإمساك الخاطيء للكرة أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، ص106.)

4-9-9 - الانتفاخ الجلدي المائي:

4-9-1 - الأعراض: ينتج عن احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن مما يؤدي إلى انفصال طبقات الجلد العليا عن الطبقات السفلى وظهور سائل بينهما مع ترشيع في الأوعية الدموية. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، ص108-109.)

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

4-10-10 - السجحات:

4-10-1 - الأعراس: عبارة عن تمزق العضلات العليا من الجلد نتيجة تعرضها لاحتكاك شديد على سطح خشن أو قدم زميل.

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

4-11- الجروح:

4-11-1 - تعريف: الجروح هو انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة وخاصة الجلد، فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء، أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيفاً.

4-11-2 - أنواع الجروح: تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

- السجحات. - جرح سطحي. - جرح قطعي. - جرح رضوي.
- جرح وخزي. - الجرح الناري. - جرح نافذ. (حياة عياد روفائيل ، ص68)

4-11-3 - الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح: أ- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب .

ب- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقوائم في كرة القدم أو ضرب الكرة في الأسكواش.

ج- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.

د- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، ص85)

5- بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

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

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

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

5-4- قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتوضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب. (أسامة رياض ، 1999، ص192)

6- أعراض ومظاهر الإصابة:

أ- فقدان الوعي **Unconsciousness**: عندما يستجيب اللاعب المصاب بطريقة غير سوية (غير طبيعية) أو عندما لا توجد أي استجابة على الإطلاق لمدة أكثر من عشر ثوان يجب الإجابة على الثلاثة أسئلة السابقة لتحديد إمكانية عودة اللاعب إلى الملعب - وجود أعراض إصابة عصبية مثل التخدير أو التنميل أو الإحساس بحرقان أو عدم القدرة على التحرك وغيرها من مظاهر إصابة الأعصاب.

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

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

هـ- وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي. (أسامة رياض، أمام حسن محمد النجمي، 1999، ص105-110)

7- الإسعافات الأولية:

7-1- مفهوم الإسعافات الأولية: الإسعافات الأولية هي تطبيق لمجموعة من المفاهيم المتفق عليها مسبقا لعلاج الإصابات والأمراض المفاجئة باستخدام المواد والتجهيزات المتوفرة في المكان نفسه أثناء تلك اللحظة إلى حين وصول الطبيب المختص أو نقل المصاب إلى المستشفى.

7-2- أهداف الإسعافات الأولية: تهدف الإسعافات الأولية إلى ما يلي:

1- المحافظة على حياة المصاب أو المريض كما يحدث في حالة الإسعاف الأولي لمرضى القلب أو الإصابات الخطرة بواسطة التقليل من النزيف والمحافظة على المجاري التنفسية نظيفة ومفتوحة أحيانا إعادة تنشيط القلب.

2- منع تدهور حالة المصاب أو المريض عن طريق إعطاء العلاج الممكن في مكان الإصابة.

3- نقل المصاب بالطرق الصحيحة إلى المستشفى إذا كانت حالته تستدعي ذلك.

4- رفع معنويات المصاب لاسترداد حالته الطبيعية.

5- الحد من الألم والتهاب الأنسجة.

6- الحد من انتشار الورم.

7- الحد من المضاعفات التي قد تسببها الإصابة. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: نفس المرجع السابق، ص255).

7-3- الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية: أ- التطبيقات الباردة. ب- الأربطة الضاغطة.

ج- رفع الطرف المصاب. د- التثبيت المحكم لمكان الإصابة عند نقل اللاعب المصاب.

هـ- الراحة التامة. (أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي، 1999، ص107، 106).

7-4- قواعد عامة للإسعافات الأولية في الملاعب:

1- أزع أو قص الملابس لتمكن من رؤية الجزء المصاب ويمكنك فحصه.

2- في حالة وجود نزيف من كسر مضاعف يربط رباط ضاغط على مكان الجرح لإيقاف النزيف وحماية الجرح من التلوث.

3- وتقوم الكسور المعوجة لتفادي المضاعفات باستثناء حالات الكسور حول المفاصل مثل المرفق أو الركبة أو في كسور العمود الفقري تحاشياً لتمزق الأوعية الدموية والأعصاب المحيطة بمنطقة الكسر، كما لا بد من ملاحظة وحماية الجلد فوق الكسر حتى لا يتحول من كسر بسيط إلى كسر مضاعف.

4- يمكن استخدام الجبائر والعلاقات السابقة للتجهيز. (أسامة رياض، 2002، ص81).

5- في حالة عدم توفر الجبائر يمكن استخدام أي شيء موجود بالبيئة المحيطة كالألواح الخشبية، جرائد ومجلات، جبائر مصنوعة من الكرتون المقوى، أو سعف النخيل، أما بالنسبة للعلاقات فيمكن استخدام الفترة والعقال أو ملابس المصاب نفسه، وفي أسوء الحالات يمكنك أن تستخدم الساق السليمة كجبيرة للساق المصابة، أو صدر المصاب كجبيرة لذراعه المكسورة.

6- تضع الجبيرة حسب القواعد المعروفة لتثبيت العضو المصاب.

7- يجب أن تثبت الجبيرة مفصل أعلى الكسر ومفصل أسفله.

8- يجب مراعاة أن الجبيرة والأربطة المثبتة لها لا تسبب احتباس في الدورة الدموية، أو ضغط مباشر على منطقة الكسر.

9- لا بد من ملاحظة أن المصاب في حالة ألم، وربما يصاب بالصدمة وفي هذه الحالة يجب معالجة الصدمة أولاً وترك العناية بالكسر إلى ما بعد زوال الصدمة.

10- لا يعطى للمريض أي شراب أو طعام حتى لا يؤخر علاجه عند الوصول إلى المستشفى لأنه قد يعطى مخدر عام. (أسامة رياض ، 2002 ، ص82-83)

7-5- القواعد الأساسية في العلاج من إصابات الملاعب.

- 1- الحالة النفسية للاعب وأهمية الحوار معه. 2- أهمية احترام مدة الراحة المفروضة للاعب المصاب.
- 3- الحقن الموضعية . 4- العلاج بالعقاقير الطبية .
- 5- العلاج بالتثبيت والأربطة : (أ) - الرباط الضاغط المطاط.ب) - البلاستر العريض. ج) - الجبس.
- 6 -التدليك والتأهيل. 7 -العلاج الطبيعي. 8- الشد الميكانيكي.
- 9- العلاج بالوخز والعلاج المغناطيسي. 10 -التدخل الجراحي الفوري.
- 11 -استخدام وسائل التشخيص الطبي الحديث. (أسامة رياض ، 1998 ، ص 10،11،09)

8- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية :

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

- 1 -معرفة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها.
- 2 -عدم إشراك اللاعب في التدريب أو اللعب بدون إجراء الكشف الطبي الدوري الشامل الرياضي.
- 3- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسيا وبدنيا وذهنيا لهذا الأداء.
- 4- عدم إشراك اللاعب وهو مريض لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضا يجب عدم إشراكه وهو مصاب.
- 5- توفير الغذاء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة.
- 6 -مراعاة تجانس الفريق (في الألعاب الجماعية) من حيث العمر والجنس والمستوى المهاري .
- 7 -الاهتمام بالإحماء لتجنب الإصابة. 8 -تطبيق التدريب العلمي الحديث.
- 9- الراحة الكافية للاعبين. 10 -على المدرب التأكد من عدم استعمال اللاعب للمنشطات المحرمة دوليا.
- 11- الإلمام بالإصابات الرياضية. (أسامة رياض ، 1999 ، ص32،31)

خلاصة :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الإصابات الرياضية وأنواعها وأعراضها وطرق العلاج بالإضافة إلى أهم القواعد الأساسية التي يمكن استعمالها في علاج الإصابات الرياضي التي يتعرض إليها معظم اللاعبين سواء كانت في التدريبات أو المنافسات الرياضية كما تطرقنا إلى أهم طرق ووسائل التي يمكن أن تستعمل قبل التدريبات ، وذلك لتجنب الإصابات الرياضية حتى لا تؤثر على الجانب الصحي والمستوى الرياضي للاعبين إضافة لذلك أهم قواعد الإسعافات الأولية التي يقوم بها الطبيب والمدرب فور وقوع الإصابة داخل الملعب وذلك للحد من خطورتها حتى لا تعود بالسلب على اللاعبين .

الفصل الثالث

كرة السلة على الكراسي المتحركة

تمهيد:

شهدت رياضة المعاقين في الفترة الأخيرة نشاطاً ملحوظاً من خلال مشاركتها في المسابقات المحلية والدولية من خلال الجهود التي تبذلها الدول باعتبارها الجهة المسؤولة عن هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وإيماناً منها بضرورة مشاركتهم ودمجهم في الحياة العامة حيث تعد الرياضة واحدة من الواجهات التي توجد التقارب والتعارف فيما بينهم وعلى الرغم من الإمكانات المحدودة التي تحظى بها رياضة المعوقين لكن مشاركتها في العديد من المناسبات أصبح لها وجود خاصة السباقات الرياضية التي تقام على مدار العام في العالم ، وتعتبر رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة من أهم الرياضات ذوي الاحتياجات الخاصة .

ولقد تطرقنا في هذا الفصل إلى التعريف أكثر بهذه اللعبة.

1 - نبذة تاريخية لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة في العالم:

تعد لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة رياضة حركية على قدر كبير من الفائدة الوظيفية و النفسية لمن يمارسها حيث يشارك في جهودها أجهزة الجسم جميعا خاصة الجهاز العضلي العصبي و الجهاز الدوري التنفسي فضلا عن التحكم في الكرة، و يأتي التحكم في الحركة و مناورات الكرسي المتحرك للاعب بجانب المهارة و التوافق العضلي العصبي و السرعة و المرونة ، كما يأتي التحمل فضلا عما تحتاجه هذه الرياضة نفسيا من العامل الجماعي فيما يسمى بروح الفريق و رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة ذات طابع علاجي خاص بالأشخاص الذين يشكون من ضعف في النخاع الشوكي و قد تطورت هذه المعالجة و أصبحت رياضة جد مشوقة و إحدى أوجه رياضة المعوقين لما فيها من إصرار و عزيمة ، و قد بدأت منافسات رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة منذ عام 1945 في إستاند ستوك مانديفيل بإنجلترا و هذا بعدما إبتكرت هذه اللعبة من قبل لاعبي كرة السلة السابقين من (الولايات المتحدة الأمريكية) الذين أصيبوا بعاهات مستديمة جعلتهم مقعدين و ذلك بعد الحرب العالمية الأولى و الثانية و هذا من أجل أن يخوضوا تجربة الإنتعاش الرياضي ضمن مناخ جماعي . " تمارس لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين في أكثر من 75 دولة من قبل 25 ألف شخص (رجال ، نساء ، أطفال) من ذوي العاهات التي تمنعهم إعاقتهم من اللعب بإستخدام أرجلهم، و يتم اللعب ضمن الأندية التي يمكنها المشاركة في المباريات الوطنية و الدولية . إن الإتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين هو الجهة الوحيدة المسؤولة عن كرة السلة على الكراسي المتحركة دوليا، لكن في عام 1993 أصبح الإتحاد مستقلا و يضم 50 عضوا بعد 20 سنة من تبعيته ، و إعتبره جزءا من إتحاد ستوك صندفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة. (مروان عبد المجيد إبراهيم ، 1977 عمان .ص.41.40)

أما اليوم فإن الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة يمثل من طرف الإتحاد الدولي لكرة السلة fiba و الهيكلية الأولمبية الدولية لرياضة المعاقين ipC و إتحاد ستوك مانديفيل الدولي لرياضة الكراسي المتحركة iSmWSf ، و تطورت حاليا لتمارس بعدة دول حيث بدأت هذه الرياضة بالإنتشار في بلدان كثيرة منها فرنسا و الأرجنتين و مصر و السعودية و الكويت و معظم الدول العربية . أول ما يستدعي الإهتمام به في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة ذات العجلات هو الكفاءة في إستخدام الكراسي المتحركة، حيث يكون هناك فروق فردية في الإستخدام توافقها المهارة أثناء المنافسات الرياضية . إن إنتشار ممارسة هذا النوع من النشاط في عدة دول يستدعي تعميمها ، و الرقي بها لتحتمل مكانة مرموقة لدى فئة المعاقين حركيا، مما أدى إلى تنوع المنافسات و البطولات المقامة لهذا النوع من النشاط. (مروان عبد المجيد إبراهيم ، 1977 ، ص.41.40)

2 - بطولات الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة:

إن مصادفة الإتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة خطوة ضرورية في البطولات على مستوى المناطق ، و هذا للقيام بالتصفيات التأهيلية لبطولة كأس العالم للكأس الذهبية أو الألعاب الأولمبية و كذلك بطولة كأس السلة للرجال و السيدات في الألعاب الأولمبية للكراسي المتحركة.

2 - 1- بطولة العالم للكأس الذهبية: لقد استضيفت بطولة العالم للكأس الذهبية أول مرة في مدينة بروج في بلجيكا حيث قامت هذه الأخيرة عام 1957 الفرصة للمنافسة الدولية لرجال النخبة كل أربع سنوات، وفي عام 1990 أستضيفت بطولة كأس العالم لكرة السلة الذهبية سيدات في مدينة سانت إيتيان .

2. 2 - الألعاب الأولمبية بالكراسي المتحركة: تعتبر كرة السلة بالكراسي المتحركة واحدة من تلك الرياضات المتمتعة بشعبية كبيرة ، حيث لعبت هاته الرياضة دورا كبيرا في الألعاب الأولمبية للكراسي المتحركة من بدايتها في روسيا 1960 ، وقد قامت عدة منافسات و مباريات بالكراسي المتحركة باستقطاب 12500 مشاهد في الألعاب الأولمبية التي أقيمت ببرشلونة عام 1962 و أستحوذت على إهتمام عالمي واسع من خلال تغطية إعلامية ل 10 أيام.(أمين أنور الخول ، 1996 ، ص 117،116)

3 - أهمية الكراسي المتحركة و كيفية التدريب عليها :

أهمية الكرسي المتحرك بديهية من وظيفته و دوره ، فهو بمثابة القدمين للاعب المعاق ، لهذا ينبغي ألا يعاق اللاعب بأي شكل من الأشكال و أن يكون سببا في تعطيله أو التقليل من كفاءته الحركية و العضلية و عل اللاعب الذي يريد أن يزاول لعبة من الألعاب أن يتقن أولا إستخدام الكرسي المتحرك إتقاناً تاماً ، حيث أ إتقان مهارة إستخدام الكرسي المتحرك لها الأهمية القصوى في إحراز التقدم و النصر في كثير من المنافسات، ويرجع الفضل فيما يمكن أن يحققه اللاعب من سرعة و مناورة و تحكم و توازن إلى الكفاءة في إستخدام الكرسي المتحرك ، لذلك فإن التدريب عليه يجب أن ينال إهتماما خاصا حتى يصبح الكرسي المتحرك جزءا من اللاعب لا يحتاج إلى تفكير و تركيز، أي أن اللاعب يجب أن يصل إلى الألية و البراعة في التعامل مع الكرسي ، كما تلعب التمارين و الألعاب الرياضية دورا حاسماً لإضافة مهارات أخرى يمارسها اللاعب المعاق أثناء حركته بالكرسي كالتدريب على موانع مبتكرة و المنعرجات المتوتية . لهذا يجب على اللاعب المعاق حركيا أن يجد الطريقة المثلى للتدريب على هذه الوسيلة المساعدة على الحركة و الإنتقال خلال المنافسات الرياضية ، و الوصول بالحركة البسيطة إلى درجة المهارة ، و بهذا يمكن أن نذكر بعض الطرق التي يعتمد عليها المعاق للوصول إلى درجة التنسيق الأمثل مع الكرسي ليكون بمثابة العضو البديل للأطراف السفلية.(مروان عبد المجيد إبراهيم ، 1977 ، ص45)

4- طرق التدريب على الكرسي المتحرك :

تتبع طريقة التدريب عدة خطوات للوصول المعاق حركيا لمستوى المهارة في الأداء و التعامل الجيد م الكرسي المتحرك ، و تتمثل هذه التقنيات في :

- الانتقال من و إلى الكرسي من وضعيات مختلفة .
- التدريب على التقدم بالكرسي المتحرك في خط مستقيم .
- التدريب على التقدم بالكرسي المتحرك في خط متعرج .
- التدريب على الجري في خط مستقيم بالكرسي المتحرك .
- آلة درياب على الوقوف المفاجئ على الكرسي .
- التدريب على الجري في خط متعرج .
- المشي ثم الجري في خط مستقيم بالكرسي المتحرك .
- المشي ثم الجري للخلف في خط متعرج بين القوائم بواسطة الكرسي .
- التدريب على الدوران بواسطة الكرسي .
- التدريب على التوازن (الوقوف على العجلات الخلفية) بمساعدة صديق أو بدون مساعدة حسب درجة التحكم و مستوى الأداء لدى المعاق .
- الوقوف على العجلات الخلفية فقط و التقدم للأمام و التقهقر إلى الخلف .
- الوقوف على العجلات الخلفية و الدوران بالكرسي .
- نزول وصعود الأرصفة بواسطة الكرسي المتحرك .
- نزول درجة ثم درجتين ثم ثلاث درجات على الأكثر من السلم بمساعدة الأخرين ثم بدون مساعدة ، للوصول بالمعاق حركيا لدرجة الإستقلالية في الأداء .
- اكتساب القوة و الجلد خلال التدريبات بتنوع أراضى التدريب من الصالات إلى المضمار، المضمار ، مع إلزامية التدريب المبكر . (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص48)

5 - الخطوات التعليمية لرياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة :

من الضروري أن تولى عناية خاصة بالمهارات الأساسية في كرة السلة للمقعدين كحركات الانتقال بالكرة و بدونها و الاحتكاك البدني و الأخطاء الشخصية بالكراسي، و تعلم المبادئ الأساسية للعب من الثبات ثم الحركة الإتقان مهارات اللعب ، و هي كما يلي:

1.5 - إتقان المبادئ الأساسية من الثبات:

- تعليم مهارة مسلات الكرة. -إستعمال الكرة و مسكها.
- التخطيط بالكرة من الثبات. -إتقان أنواع المناولات من الوضع الثابت (المناولة الصدرية ، فوق الرأس باليدين من فوق الكتف بيد واحدة ، المناولة المرتدة ، المناولة الخطافية من الجهتين.
- التهديف على السلة من الثبات بيد واحدة و باليدين و من جوانب مختلفة.

2.5 - إتقان المبادئ الأساسية من الحركة:

- التدريب على الرمية الحرة للكرة من الحركة بالكرسي. -التقاط الكرة من الجري.
- تمسك الكرة أثناء الحركة. -التحرك بالكرة بوضعها على الفخذين و دفع العجلات-القيام بإتقان جميع أنواع التمريرات أثناء الحركة بالكرسي.
- التدريب على التصويب أثناء الحركة من جميع الزوايا. -إتقان حركات المراوغة و الخداع و الدفاع.
- خطف و قطع الكرات من على الكرسي المتحرك. -التدريب على التقاط الكرات المتدحرجة على الأرض أثناء الحركة بالكرسي. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص50).

3.5 - إتقان خطط اللعب :

- اكتشاف المهارات الفردية للاعبين و وضعها في الاعتبار .
- وضع اللاعبين تبعاً لكفاءتهم في المراكز المناسبة . - التدريب المستمر على اللعب بمجموعات و بروح الفريق المتكامل .
- تلقين الخطط و التدريب على اللاعبين أثناء التمرين المنتظم خلال الموسم الرياضي "مشاهدة الأفلام و عروض الفيديو لخطط الدفاع و الهجوم للتعلم بالملاحظة و تصحيح بعض الأوضاع الخاطئة إن وجدت.

و منه فإن هناك العديد من الخطط في رياضة كرة السلة، منها الخطط الهجومية و الخطط الدفاعية ، وعلى سبيل المثال يستطيع المرء أن يلاحظ و بكل وضوح أثناء حوادث المباراة أن الفريق المهاجم الذي يفقد الكرة يصبح عرضة لمناورات خصمه المدافع الذي يستحوذ على الكرة و تحول تكتيكيا إلى الفريق المهاجم الذي باستطاعة أفراد العمل السريع على غزو سلة منافسيهم ، على أن يأخذوا زمام المبادرة بهجوم خاطف مرتد سريع ضد دفاع لم ينتظم بعد و العكس صحيح، فالفريق الذي يهمل الجانب الدفاعي كليا يبقى عرضة لمناورات و تكتيكات خصمه المهاجم، و التي تسفر عادة عن نجاح المهاجمين في إصابة سلة خصومهم و العودة السريعة للخطوط الدفاعية ، مما يتيح لهذا الفريق المهاجم المدافع أكبر قدر من فرص الفوز بالمباراة.(مروان عبد المجيد إبراهيم ، 1977، ص51)

وبناء على ما سبق تجزئة مبادئ وتقسيمات التكتيك إلى ما يلي:

- التكتيك الفردي:(the individuel tac tics)

- التكتيك الفردي الهجومي

- التكتيك الفردي الدفاعي

- التكتيك الجماعي : (the group tactics)

- التكتيك الهجومي الفرقي

- التكتيك الدفاعي الفرقي .

- التكتيك الفرقي : (the team taC tics)

و منه فإن التكتيك الناجح في كرة السلة هو ذلك التكتيك الذي يعتمد في المقام الأول على العمل الجماعي و الفرقي للاعبين ، في حين أنه لا يغفل أبدا العمل الفردي كلما سنحت الفرصة لذلك ، لأن الفروق الفردية غالبا ما تكون هي الحل لبعض المواقف . إذا عن طريق وحدة الفريق الرياضي (العمل الجماعي) يحترم اللاعبون بعضهم البعض كما تحتفي روح الأنانية و تسود بدلا منها الروح الرياضية الحققة و تبرز معها روح الفريق و هذا كل ما نبتغيه في رياضات المعوقين.(مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص51)

6 - القواعد و القوانين الأساسية لرياضة كرة السلة على الكراسي :

تتضمن رياضة كرة السلة الممارسة من طرف المعاقين حركيا جملة من القواعد الأساسية تتمثل في :

- القاعدة الأولى: التعريف باللعبة .

- القاعدة الثانية : الكرسي المتحرك .

- القاعدة الثالثة : الأبعاد و أدوات اللعب .

- القاعدة الرابعة : الإداريون و واجباتهم .

- القاعدة الخامسة : اللاعبون و البدلاء و المدربون . - القاعدة السادسة : قواعد التوقيت .

- القاعدة السابعة : قواعد اللعب - القاعدة الثامنة : المخالفات .

-القاعدة التاسعة : الأخطاء الشخصية . - القاعدة العاشرة : الأخطاء الفنية.

-القاعدة الحادية عشر : قواعد عامة . -القاعدة الثانية عشر : إرشادات الحكام.

7- قانون كرة السلة على الكرسي المتحرك للمعوقين حركيا:

إن التحكم في القواعد السابقة سواء من طرف الرياضي المعاق أو المدرب يتطلب في الكثير من الأحيان الإلتزام بالقوانين الرسمية الموضوعة لتسيير هذا النمط من الرياضات، و ما دامت الرياضة مكيفة حسب الإعاقة (الإعاقه الحركية) فإنها تخضع لبعض التعديلات سواء من حينك الملعب أو عدد اللاعبين أو الوقت المخصص للعبة ، و فيما يلي يمكن التطرق للقوانين الخاصة برياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة لفئة المعاقين حركيا (فئة عينة الدراسة) .

1.7 - القوانين التي يجب معرفتها: تتمثل القوانين العامة التي يجلب معرفتها حول رياضة كرة السلة

على الكراسي فيما يلي:

✓ الملعب :

إن مواصفات الملعب و ارتفاع السلة عن الأرض هي نفسها المعتمدة من قبل الإتحادية الدولية لكرة السلة (fiba) في جميع المنافسات والوقت المحدد هو أربعون دقيقة. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص55)

✓ الكرسي المتحرك :

يجب أن يكون الكرسي المتحرك ضمن مقاييس معينة ليضمن للاعب المنافسة و الأمان و يجب أن يكون للكرسي ثلاثة عجلات، إثنان في مؤخرة الكرسي و واحدة أو إثنان صغيرتان في المقدمة، و يجب أن يكون قطر العجلات الخلفية (66 سم) كحد أقصى و يكون لها ممسك واحد لليد على كل عجلة ، و يكون أقصى ارتفاع لمقعد الكرسي (53 سم) عن الأرض و يجب ألا يزيد ارتفاع مسند القدمين عن الأرض (11 سم) عندما تكون العجلات الأمامية الصغيرة في وضعها إلى الأمام ، و يجب أن يكون الجزء السفلي من مسند القدمين مصمماً بشكل يمنع إتلاف أرضية الملعب، كما يمكن إستخدام وسادة مصنوعة من مادة مرنة يضعها اللاعب على مقعد الكرسي بحيث تكون بنفس طول و إتساع الكرسي و لا يزيد سمكها عن (5 سم) ، يمكن إستخدام أحزمة أو أربطة واقية تساعد الجسم على الالتصاق بالكرسي أو لربط الرجلين معا كما يمكن لباس الأعضاء الصناعية و المساعدة، و يمنع إستخدام الإطارات السوداء و أدوات القيادة و الفرامل أو ناقل السرعة على الكرسي، حيث يقوم الحكام بفحص الكرسي للتأكد من مطابقته للمواصفات المعتمدة عند بداية كل مباراة.

✓ الملعب اللاعبون و الإحتياط و المدربون:

يجب أن يكون رقم اللاعب واضحاً على بذلته من الأمام وكذلك على الكرسي المتحرك أو على بذلة اللاعب من الخلف، أبعاد الرقم لا تقل عن (20 سم) من الخلف ولا تقل عن (10 سم) من الأمام و تستعمل الأرقام من 01 إلى 15 ، إن تثبيت الرقم على الكرسي المتحرك مسموح به فقط في أسفل الركبتين، و قبل أن تبدأ المباراة على المدرب أن يخبر مسجل النقاط بأسماء و تصنيف اللاعبين وكذلك إسم و رقم قائد الفريق يعاقب المدرب بالخطأ التقني في حالة إرتكاب سلوك غير رياضي برمييتين حرتين إضافة إلى الإستيلاء على الكرة و العودة إلى الملعب من خط التماس عند خط الوسط. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977 ، ص55)

✓ الملعب الحكام و مساعدو الحكام:

يجب أن يكون هنات حكم أول و حكم ثاني و يساعد هما ميقاتي، مسجل ، مسجل مساعد، حكم الطاولة، حكم 30 ثانية و منصف في كل مباريات الإتحاد الدولي لكرة السلة على الكرسي المتحركة و يقوم هؤلاء الحكام بتطبيق تعليمات الإتحاد الدولي ، و يجب على الحكام أن يخضعوا للتدريبات و الإختبارات الخاصة بكرة السلة على الكراسي المتحركة ليتم الموافقة عليهم من قبل الإتحاد الدولي للقيام بتحكيم مبارياته، وعليهم حضور دورات تنشيطية للتأكد من المحافظة على مهاراتهم ، و الإطلاع على كل ما هو جديد في مجال عملهم. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977 ، ص56)

✓ الملعب و كرة البداية:

تتم رمية البداية بقذف الحكم للكرة بين لاعبين من الفريقين و خلال عملية قذف الكرة عالياً يكون اللاعبان بكرسيهما في منتصف الدائرة بعجلة واحدة قرب منتصف خط الوسط الذي بينهما حيث لا يمكن لأحدهما الوصول إلى الكرة قبل وصولها لأعلى نقطة ، كما يجب أن تلمس الكرة بواسطة واحد أو أكثر من اللاعبين بعد وصولها لأعلى نقطة و إذا لمست الأرض بدون أن يلمسها أحدهما على الأقل فتعاد الرمية لأعلى ولكل من اللاعبين المشتركين في عملية القفز أن يلمس الكرة مرتين فقط ، و بعد اللمسة الثانية من اللاعب لا يجوز له لمس الكرة حتى تلمس أحد اللاعبين الغير مشتركين في القفز أو تلمس الأرض أو السلة أو لوحة الهدف، وعلى اللاعبين الثمانية الغير مشاركين في عملية القفز البقاء خارج الدائرة حتى تلمس الكرة ، و لا يسمح للاعب أثناء القفز بمغادرة الكرسي أو الإرتفاع عنه. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977 ، ص56)

✓ الملعب الوقت المستقطع:

تحدد المباراة بشوطين لكل منهما عشرون دقيقة و لكل فريق وقتين مستقطعين في الشوط الأول وثلاث أوقات مستقطعة في الشوط الثاني و يدوم الوقت المستقطع دقيقة واحدة و مدرب الفريق هو الذي يطلبه من أجل التغيير في خطة اللعب أو إعطاء ملاحظات و توصيات للاعبيه، و طلب الوقت المستقطع يكون من الأفضل عندما

تكون الكرة خارج الملعب أو يكون الميقاتي متوقف أو بعد نجاح الهدف من قبل الخصم. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص57)

2-7 - المخالفات التي يجب معرفتها: توجد عدة مخالفات خاصة بكرة السلة على الكراسي المتحركة

يجب على كل من اللاعب و المدرب و حتى المتفرج معرفتها و هي:

✓ حيازة الكرة:

المخالفات هي خرق لقواعد اللعب حيث أن الفريق المنافس و من خلال رمية التسجيل لإدخال الكرة من خارج خطوط الملعب أو من أقرب نقطة لمكان حدوث الخطأ حيث تحتسب المخالفة إذا سقط اللاعب من على الكرسي إذا لمس الأرض بأي جزء في أجزاء جسمه أو ينحني إلى الأمام بكرسيه يميل به ، أو عند لمسه بمساند القدمين الأرض .

✓ مخالفات تجاوز حدود الملعب:

يعتبر اللاعب خارج حدود الملعب إذا كان جسمه أو أي جزء من كرسيه على التماس مع الأرض أو خارج خطوط الملعب الخارجية، و تعتبر مسؤولية إخراج الكرة خارج الملعب من قبل آخر لاعب يلمسها أو تعرض للمسها قبل ذهابها خارج الملعب ، لكن إذا قام اللاعب برمي الكرة بصورة معتمدة على اللاعب المنافس من الفريق الآخر فإن حيازتها تكون للفريق المنافس .

✓ مخالفات المشي:

للتنقل بالكرة في أي إتجاه يجب على اللاعب دفع عجلات كرسيه مرتين فقط قبل التنطيط أو التميرير أو التهديف بعد وضع الكرة على فخذه ، أما إذا قام بثلاث دفعات تحتسب على اللاعب مخالفة المشي بالكرة .

✓ مخالفة الثلاث ثواني:

لا يسمح البقاء لمدة تزيد عن ثلاث ثواني في المنطقة المحرمة الخاصة بفريق الخصم و هذا التقييد لا يسري عندما تكون الكرة في الهواء خلال التصويب أو عند لمس الكرة أو يكون اللعب متوقفا، كما أن اللاعبين الذين يقعون في المنطقة المحرمة لما يزيد عن ثلاث ثواني تحتسب لديهم مخالفة ثلاث ثواني .

✓ مخالفة الخمس و العشر ثواني:

تعلن حالة الكرة المسوكة عندما يقوم اللاعب المراقب جيدا بالإحتفاظ بالكرة و عدم تمريرها أو ترمي تقذف أو تدرج أو تنطط خلال مدة أقصاها 05 ثواني ، و كذلك يجب على الفريق الذي يجوزته الكرة في نصف ملعبه الخلفي أن يتقدم بالكرة إلى النصف الأمامي خلال 10 ثواني من لحظة الحيازية على الكرة ، و أي وقت زائد في

أي من الحالتين يسبب مخالفة و تعاد الكرة في النصف الأمامي للملعب عندما تلمس الملعب خلف خط الوسط أو تلمس لاعب الذي لا يلامس جزءه من جسمه أو كرسيه أرض الملعب خلف خط الوسط. (MAVRASAT. 1980 . P 26)

3.7 - الأخطاء التي يجب معرفتها: الأخطاء هي إختراق القواعد فيما يتعلق بالإحتكاك الشخصي مع الخصم أو بأسلوب غير رياضي ، حيث يتم إحتساب الخطأ ضد المتسبب به و تتراوح العقوبة بين فقدان حياة الكرة أو أكثر من رمية حرة يؤديها المنافس و ذلك حسب طبيعة الخطأ الواقع ، و يسمح لكل لاعب بارتكاب خمس أخطاء في المباراة الواحدة ، و عند إرتكابه الخطأ الخامس على اللاعب أن يغادر المباراة مباشرة ، و تتمثل أغلب الأخطاء في: (MAVRASAT. 1980 . P 56)

✓ رجوع الكرة إلى الخلف:

عند المرور عن خط المنتصف إلى منطقة الخصم لا يجوز للاعب إرجاع الكرة إلى منطقتة الخلفية.

✓ تجاوز قاعدة خارج الحد:

يمنع أي لاعب من وضع أي جزء من جسمه أو كرسيه المتحرك على خط حدود الملعب قبل أن تكون الكرة قد رميت عبر الخط و أن يلعب الكرة عندما يكون الحكم قد منحها إلى الفريق الخصم، كما يجب على اللاعب الذي يرمي الرمية الحرة أن يقف خلف خط الرمية مباشرة شرط أن تكون العجلتان الكبيرتان خلف هذا الخط كما يستطيع أن يختار الطريقة التي يرمي بها الكرة و لكن ليس له الحق أن يلمس خط الرمية الحرة أو جزء الساحة إلا بعد أن تلامس الكرة الهدف .

✓ الأخطاء الشخصية:

لعبة كرة السلة هي لعبة بدون إحتكاك لدى المعاقين و يكون سبب الخطأ الشخصي ضد اللاعب الذي يمنع ، يمسك ، يدفع ، يهاجم أو يعيق تقدم المنافس سواء بجسمه أو بكرسيه كما يعتبر العنف غير الضروري و الزائد عن حده خطأ شخصي، و في جميع الحالات السابقة يعتبر الكرسي المتحرك جزءا من اللاعب و لذلك يعتبر أي إحتكاك غير عرضي بين الكرسيين خطانا شخصيا ، و لذا أرتكب خطأ شخصي على اللاعب أثناء قيامه بمحاولة للتصويب و نجح في المحاولة فإنه ينال رمية حرة واحدة أما إذا كانت محاولة التصويب لتسجيل نقطتين أو ثلاث نقاط غير ناجحة فإن اللاعب ينال رميتين أو ثلاث رميات حرة على التوالي.

✓ الأخطاء الفنية:

الخطأ الفني يحدث عندما يصدر عن اللاعب سلوك غير رياضيا متعمدا أو عندما يرفع اللاعب جسمه عن مقعد الكرسي للحصول على ميزة غير عادلة على الخصم للمساعدة في قيادة الكرسي ، و عندما يتم احتساب الخطأ الفني فإنه يتم إعطاء الفريق الخصم رميتين حرتين و يتم إختيار منفذ الرميتين من قبل رئيس الفريق. (MAVRASAT. 1980 . P 56)

8- التصنيف الرياضي للمعاقين حركيا في رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة:

1.8 - التصنيف الطبي في كرة السلة على الكراسي المتحركة: من أجل أن تكون المنافسة الرياضية عادلة، فلا بد من تصنيف اللاعبين مجموعات أو فئات متساوية في قدراتهم الحركية طبقا لنوع و درجة و طبيعة الإعاقة.

✓ التصنيف:

يعتمد التصنيف لكرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين نظاما يعتمد القدرة الوظيفية على أداء مهام أساسية لهذه اللعبة بمعزل عن مستوى المهارة ، حيث أن قواعد التصنيف هي جزء من القواعد الفنية لرياضة كرة السلة و التي يتم النظر إلى اللاعبين الذين يخضعون للتصنيف على أن لهم مكانة متساوية.

✓ التنافس في الصنف:

قد يتنافس الرياضي في لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين في صنف يحتوي على رياضيين معاقين بدرجة أقل إذا لم يحدد بخلاف ذلك في قواعد الرياضات المعنية (كل على حدى) وفي تلك الحالات يتعين على الرياضي البقاء في نفس الصنف و طول فترة المنافسة.

✓ أهلية المتنافسين :

إن الرياضي المؤهل للمشاركة في لعبة كرة السلة على الكراسي المتحركة للمقعدين بسبب عوق وظيفي لديه جراء إعاقة دائمة، يكون مشمولة بالتصنيف، يتم تحديد المعاق بأدى حد في كل رياضة من الرياضات، و بواسطة معايير خاصة إعتمادا على عناصر وظيفية .

✓ تحديد الإعاقة:

يتم اللجوء إلى طرق إختبار مختلفة إعتمادا على حالة الإعاقة و نوع الرياضة لدى الرياضي المعاق حركيا. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص75)

8-2 - نموذج التصنيف: يكون للرياضيين نموذج تصنيف تصدره اللجنة التنفيذية لمجلس رياضة النخبة الأولمبية الدولية لألعاب المعاقين (SAEC) على التوالي، ويكون لكل رياضة من الرياضات سجل بأسماء المصنفين المؤهلين على أن ترسل طلبات التصنيف إلى اللجنة التنفيذية لمجلس رياضات اللجنة الأولمبية الدولية لألعاب المعاقين. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص80)

و الشكل التالي يوضح أكثر التقسيمات الفنية للمصابين بالبتير في الرياضات التنافسية:

جدول رقم (01) يبين التقسيمات الفنية للمعاقين حركيا في المنافسات الرياضية:

درجة الإعاقة	نوع الإعاقة
1- الدرجة الأولى	بتير تحت الركبة + بتر القدم الأخرى أو بتر من خلال القدم في جهة + بتر القدم من الجهة الأخرى .
2- الدرجة أ 1	بتير تحت الركبة في الطرفين أو بتر من خلال القدمين، أو بتر تحذب الركبة في الطرف + بتر من خلال قدم في الطرف الأخر
3- الدرجة ب	بتير فوق الركبة في طرف + بتر القدم الثاني أو بتر فوق الركبة في طرف + بتر من خلال القدم في طرف آخر.
4- الدرجة ب 1	بتير فوق الركبة في الطرفين أو بتر فوق الركبة في طرف + بترتحت الركبة في الطرف الأخر.
5- الدرجة ج	بتير تحت المرفق أو بتر تحت المرفق + بتر من خلال القدم.
6- الدرجة ج 1	بتير مزدوج تحت المرفق أو تحت المرفق + فوق المرفق
7- الدرجة د	بتير فوق المرفق أو بتر فوق المرفق + بتر القدم من الجهة الأخرى.
8- الدرجة د 1	بتير مزدوج فوق المرفق
9- الدرجة هـ	بتير تحت الركبة + بتر تحت المرفق أو بتر تحت المرفق + بتر من خلال القدم.
10- الدرجة هـ 1	بتير تحت الركبة + بتر فوق المرفق أو بتر فوق المرفق + بتر من خلال القدم
11- الدرجة و	بتير فوق الركبة + بتر تحت المرفق
12- الدرجة و 1	بتير فوق الركبة + بتر فوق المرفق

المصدر: FÉDÉRATION FRANÇAISE HANDHISPORT 2000

8-3 - التصنيف الفني للفحص الطبي: يجب الاحتفاظ بسجل يتضمن تصنيفات جميع اللاعبين الدوليين ، لذلك تقوم الهيئة الإدارية بتوفير ما لا يقل عن طبيب واحد لكل خمسة أفراد، و يكون رئيس المجموعة مرتبطا بالمسؤول الطبي الذي يكون عضوا في الهيئة الإدارية للاتحاد الدولي لكرة السلة على الكراسي المتحركة.

✓ الإجراءات الفنية للفحص الطبي:

يتم الإجراءات الفنية للفحص الطبي وفق الخطوات التالية :

- تعطى أسماء اللاعبين المزمع فحصهم إلى رئيس كل فريق قبل الوصول إلى مكان إجراء المباريات .

- يقتصر الحضور في غرفة الفحص على اللاعب ذي العلاقة وعضو من اللجنة ومترجم عند الضرورة .

- يزود كل من مكان ويوم موعد الفحص إلى الفرق من خلال إستعلامات الدوري.(مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص85)

4.8 - الحد الأدنى للتصنيف الرياضي للمعاق: لقد تم تعريف الحد الأدنى من الإعاقة بحيث يتأكد من عدم ممارسة لعبة كرة السلة بالكراسي المتحركة إلا من قبل هؤلاء اللاعبين و الذين لم يتمكنوا أبدا من اللعب بحالة الوقوف ، حيث يعطي اللاعب نقاطا من 2 إلى 4.2 نقطة حسب درجة مقدرته الجسمية و التوازن ، مقدرته على المناورة بالكراسي ، فلا يستطيع الفريق أن يتخطى مجموع الأربعة عشر نقطة في اللعب بأي وقت من الأوقات ، يتم العمل بنظام التصنيف للاعبين لكرة السلة على الكراسي المتحركة لتوفير تصنيف كل لاعب تبعا لحركة الجذع خلال أداء مهارات كرة السلة مثل : دفع الكرسي ، التخطيط ، التميرير و الإستقبال ، التصويب ، و هذا لفئات (2،2،0،2،3،0،2،3،2،4،2،4) وكل لاعب ينال درجة مساوية لتصنيفه حيث أن مجموع درجات التصنيف للاعبين الخمسة داخل الملعب تعطينا نقاط الفريق و التي لا يجب أن تزيد عن 24 نقطة في المباريات الأولمبية ، أو كأس العالم ، و بطولات المناطق و الدورات التأهيلية للبطولات المذكورة .

5.8 - التصنيف الوظيفي للرياضي المعاق: يقوم المصنفون بمراقبة أداء اللاعبين خلال المباريات و هذا بإعطاء اللاعب تصنيفا معينا بناء على ملاحظاتهم ، لذلك فإن ملاحظة حركة الجذع و التوازن خلال اللعب يشكل الأساس لتحديد تصنيف اللاعب و ذلك أفضل من التشخيص الطبي أو فحص وظائف الأعضاء سريا حيث أن إختلاف طبيعة الأداء العضلي للاعب في كرة السلة على الكرسي المتحركة بشكل واضح في حركات الجذع متفاوتة خلال أداء الفعاليات المختلفة مثل التصويب، التميرير ، لم الكرة ، دفع الكرسي ، تنطيط الكرة ، لذلك فالتصنيف يتم إستنادا على ذلك.

6.8 - التصنيف الحركي للرياضي المعاق: إن فحص إختبار حركي يجب أن يجري بموجب تعريف مدى الحركة الموجودة في طريقة الصفر فالقياسات طبقا لهذه الطريقة تجعل من الممكن بالنسبة لنا أن نعرف في أي وضع يكون للمفصل تقلص ، و منه فهذا التقسيم المبني على قياس مدى الحركة الإيجابي وليس مدى الحركة السلبي فهو عمود الإختبارات لتصلب المفصل و تقلص الأطراف و العمود الفقري و وضعهما الخاطئ.(مروان عبد المجيد إبراهيم، 1977، ص85)

خلاصه:

أن التأهيل السليم للمعاق حركيا يوفر له سبل الراحة و يجعله كفيلا في نمو و بناء شخصيته ، حيث أن التأهيل الرياضي للمعاق سواء بهدف العلاج أو من أجل الترويح يساعده على التكيف سواء مع نفسه أو مجتمعه أو حتى مع المهنة التي قد يزاولها في حياته، إذ تعتبر الرياضة عموما الركيزة الأساسية و الشاملة لإعادة التوافق النفسي و الاجتماعي للمعاقب حركيا و في مختلف المجالات بدنيا و نفسيا و اجتماعيا ... الخ ، و كنموذج للرياضة المكيفة يمكن القول بأن ممارسة المعاق حركيا لكرة السلة على الكراسي المتحركة تحقق له الثقة بالنفس و الإقدام و الشجاعة و التحرر من الشعور بالنقص فضلا عن المتعة و اللذة و السرور و تنمية الشعور بالإنتماء إلى الحياة الرياضية ، و بالتالي التفاعل مع المجتمع و بناء العلاقات الإجتماعية أي بمعنى آخر التغلب على الإعاقة و هذا باعتماده على أسلوب التعويض بالممارسة الرياضية كما يفسر ذلك أدلر " الذي يرى بأن شعور المعاق بالنقص يؤدي به إلى البحث عن أساليب التعويض الإيجابي لهذا النقص إنطلاقا من تقبله لما هو عليه وصولا إلى التقييم الإيجابي لما له من إمكانيات " .

الجانب التّطبيقي

الفصل الأول

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعد الدراسة النظرية يأتي الجانب الميداني والذي نحاول من خلاله إيجاد حل للإشكالية المطروحة سابقا، وذلك بإثبات صحة الفروض أو نفيها، وقد تم في هذا الجانب المكمل للدراسة النظرية تحديد مجالات الدراسة والمتمثلة في المجال البشري والمكاني والزمني والذي يتناسب مع موضوع البحث وذلك بتحديد عينة الدراسة والأدوات المناسبة لجمع البيانات والمعلومات الميدانية التي تهتم بالموضوع.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة عامة حول جانب الدراسة الميدانية لبحثه ، و تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التأكد من ملائمة مكان الدراسة للبحث و التحقق من مدى صلاحية الأداة المستعملة لجمع المعلومات و معرفة الزمن المناسب ، و المتطلب لإجرائها .

و من خلال هذه الدراسة الميدانية نهدف إلى إبراز مدى مساهمة الطب الرياضي في علاج لإصابات لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة و ذلك عن طريق أسئلة منظمة ، و قد استعملنا من اجل الوصول إلى هذه الحقيقة استبيانا موجها إلى عينة من لاعبي الناديين المذكورين سلفا ، و ذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الموضوع .

2- المنهج المستخدم:

نظرا لطبيعة موضوع بحثنا الذي يتلاءم مع المنهج الوصفي والذي يمثل في البحث العلمي مجموعة من القواعد والأمثلة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقيقة، حيث يعتبر من أرقى الطرق في الحصول على المعرفة وهذا المنهج قوامه الاستقرار الذي يتضمن الملاحظة العلمية وفرض الفروض والتحقق من صحتها و إجراء التجارب واستخدام أساليب القياس الدقيقة والتحليل الإحصائي للبيانات.(إخلاص محمد عبد الحفيظ ومصطفى حسن باهي ، 2000 ، ص34)

3- العينة وكيفية اختيارها:

إن العينة وحدة مصغرة من المجتمع الأصلي حيث انه يصعب إجراء اتصالات و بحوث لعدد كبير من المعنيين بالدراسة و هذا ما جعلنا نختار العينة العشوائية و هي التي ينتقي فيها الباحث أفراد عينته بما تحدم أهداف دراسته و بناء على معرفته دون أن تكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث متطلبات الدراسة ، و هذه عينة غير ممثلة لكافة وجهات النظر و لكنها تعتبر أساس متين للتحليل العلمي و مصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة .(إخلاص محمد عبد الحفيظ ومصطفى حسن باهي ، 2000 ، ص81)

و في دراستنا هذه فقد تشكلت عينة الدراسة من عينة عشوائية تضم عدد من لاعبي نادي النور بالمسيلة ونادي أمل بوسعادة .

بحيث تنحصر العينة في عدد من لاعبي الناديين والمقربين بـ 20 فردا موزعين عليها، وهي عينة عشوائية دون أي شرط أو عامل في اختيارها.

4 - أدوات الدراسة:

من خلال دراستنا اعتمدنا على الأدوات التالية:

4-1- الاستبيان: هو طريقة لجمع المعطيات التجريبية عن الوقائع والمعارف تقوم على التفاعل المباشر (المقابلة) أو غير المباشر، بين الباحث والمجيب.

وهو وسيلة للحصول على بعض المعطيات الخاصة بمجموعة من الأشخاص من المناقشة والتحليل

و كذلك هو مجموعة من الأسئلة المرتبطة بطريقة منهجية حول موضوع معين يتم وصفها في استمارة تقدم لأشخاص معينين من اجل الحصول على أجوبة للأسئلة الواردة فيها ، و التي تضم 18 سؤالاً و قد اعتمدنا على مجموعة من الأسئلة المغلقة خاصة و الأسئلة المفتوحة و النصف مفتوحة .

4-2- الاستمارة: هي وثيقة تحتوي على مجموعة أو سلسلة من الأسئلة الضرورية للحصول على معلومات طبقاً لأهداف وفرضيات البحث السوسولوجي . (بلقاسم سلاطية ، 1999 ، ص59)

- كما كانت أنواع الأسئلة على مختلف أشكالها، مفتوحة مقيدة ونصف مقيدة وأسئلة مغلقة حتى يتسنى لكل أفراد العينة بالتعبير عن آرائهم وأفكارهم بصورة مطلقة وحرية كاملة وكذا تسمح لنا باستيعاب أكبر قدر ممكن من المعلومات.

5- الشروط العلمية للأداة:

5-1- الثبات: يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة أو الاتساق الذي يقيس به الاختبار الظاهرة والتي وضع من اجلها، والثبات يعزى إلى اتساق القياس، الثبات عكس الصدق، و يعتبر من العوامل الهامة والخصائص التي يجب توافرها في صلاحية استخدام أي اختبار أو جهاز قياس حيث انه (درجة التماسك التي يمكن لوسيلة القياس المستخدم من تطبيقها). (للى السيد فرحات، 1998، ص 144-169)

كما تم استخدام طريقة اختبار إعادة اختبار لحساب معامل الثبات ، حيث تم توزيع الاستمارة الاستبائية على عينة قوامها 7 أفراد تم بعد مدة زمنية قدرت ب07 يوم تم توزيع نفس الاستمارة الاستبائية على نفس العينة وفي نفس الظروف وتم ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين التوزيعين الأول والثاني فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (02): يوضح حساب معامل الارتباط بين التوزيعين الأول والثاني.

مستوى الدلالة	معامل الثبات	البعد
0.05	0.81	البعد الأول
0.05	0.78	البعد الثاني
0.05	0.90	البعد الثالث

5-2- الصدق: احد الشروط الواجب توافرها في القياس أو الاختبار وهو مدى صلاحية الاختبار أو المقياس في قياس ما وضع لأجله، ولقد رأى الباحث أن الصدق الذاتي هو أحسن طريقة لاستخراج درجة صدق الاستبيان حيث يتم حساب هذا النوع من الصدق باستخدام المعادلة التالية :

$$\text{الصدق الذاتي} = \frac{\text{الثبات}}{\text{البعد}}$$

فكانت النتائج كالتالي :

جدول رقم (03): يوضح حساب الصدق الذاتي .

الصدق الذاتي	البعد
0.9	البعد الأول
0.88	البعد الثاني
0.94	البعد الثالث

5-3- الموضوعية: هي مدى تحرر المحكم أو الفاحص من العامل الذاتي كالتحفيز ، ويتم ذلك بتحديد درجة اتفاق الحكام أو الفاحصين بحيث يكون المحكم مستقلا.(ليلي السيد فرحات، 1998 ص 144)

5-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة: وتم ذلك باستخدام الأساليب التالية :

- اختبار كاف ترييع.

- معامل الارتباط بيرسون.

وذلك باستخدام برنامج SPSS.

6- حدود البحث:

6-1- المجال المكاني: قمنا بتوزيع الاستمارات على مجموعة من لاعبي الناديين المذكورين سلفاً .

6-2- المجال الزمني:

شرعنا في إنجاز عملنا الميداني من 15 مارس 2019 إلى غاية 05 ماي 2019 على مرحلتين.

- مرحلة إجراء الدراسة الاستطلاعية والجزء النظري والتي من خلالها تفحصنا جميع المراجع التي لها علاقة بموضوعنا وتمت هذه المرحلة ما بين مارس إلى غاية أبريل.

- مرحلة الجانب التطبيقي وتمثلت في محاور الاستبيان وأسئلة وتوزيعها ثم استرجاعها وتحليل البيانات وتفسيرها وتمت ما بين أبريل إلى غاية ماي.

7- متغيرات البحث:

7-1- المتغير المستقل: هو المتغير الذي يفترض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة ، ودراسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر. (ناصر ثابت ، 1984، ص58)

هو عبارة عن السبب من الدراسة وفي دراستنا يتمثل في "الطب الرياضي".

7-2- المتغير التابع: يؤثر فيه المتغير المستقل و هو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع. (محمد حسن علاوي وأسامة كامل راتب ، 1999، ص219)

وهو نتيجة المتغير المستقل وفي دراستنا يشمل في " علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة".

خلاصة :

تطرقنا في هذا الفصل لأهم الإجراءات المنهجية للدراسة التي حددت المنهج المستخدم حسب طبيعة الموضوع، وتم تحديد عينة الدراسة وأدوات البحث من خلال الدراسة الاستطلاعية الميدانية التي قمنا بها، وسوف تكون هذه الإجراءات المنهجية أكثر استخداما في الفصل الموالي.

الفصل الثاني

عرض وتحليل النتائج

-عرض وتحليل ومناقشة النتائج :

1- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى :

(للطب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة).

1-1- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الأولى :

السؤال رقم (01): هل يتوفر فريقكم على عيادة طبية ؟

الغرض منه: التعرف على وجود عيادة طبية في الفريق.

جدول رقم (04): يمثل اختبار كا² حول معرفة النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر فريقهم على

عيادة طبية.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	القرار الإحصائي
نعم	00	00	3.200	0.05	1	0.074	لا توجد دلالة إحصائية
لا	20	100					
المجموع	20	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 100% من اللاعبين أجابوا ب: لا بأن فريقهم لا يتوفر على عيادة طبية،

مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 3.20 وقيمة الاحتمال المعنوي sig

بلغت 0.074 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائيا.

الاستنتاج : من خلال ما سبق نستنتج أن أغلبية اللاعبين يؤكدون على عدم توفر فريقهم على عيادة طبية، ربما

يعود إلى نقص المتخصصين في مجال الطب الرياضي، مما استلزم عنه عدم وجود قاعات خاصة بالعلاج والمتابعة

الطبية.

السؤال رقم (02): هل يتوفر فريقكم على طيب؟

الغرض منه: التعرف على وجود طيب في الفريق.

جدول رقم (05): يمثل اختبار كا² حول النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر فريقهم على طيب.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	09	45	0.200	0.05	1	0.655	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	11	55						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 55% من اللاعبين أجابوا ب: لا بأن فريقهم لا يتوفر على طيب، أما نسبة 45% إجابوا بنعم، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 0.200، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.655 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج : من الواضح أن أغلب الفرق لا تتوفر على طيب، ويمكننا القول أن وجود نسبة مرتفعة في

عدم توفر طيب في الفريق إنما يرجع ربما إلى نقص الجانب المادي للفريق أو إلى عدم الاهتمام بصحة اللاعبين .

السؤال رقم (03): حين أصبت هل تم توجيهك إلى ؟

الغرض منه: معرفة مدى اهتمام المدرب بصحة اللاعب.

جدول رقم (06): يمثل اختبار كا² حول نتائج إجابات اللاعبين عن الطبيب الذي وجهوا إليه في حال إصابتهم.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
طبيب الفريق	01	05	9.100	0.05	2	0.011	20	توجد دلالة إحصائية
طبيب عام	12	60						
طبيب مختص	07	35						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 60% من اللاعبين أجابوا بأنهم وجهوا إلى طبيب عام، في حين أن نسبة 35% أجابوا بأنهم وجهوا إلى مختص، أما نسبة 05% فقد تم توجيههم إلى طبيب الفريق، مع حجم العينة الذي قدر بـ 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 9.100 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.011 عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة دالة إحصائية.

الاستنتاج :ومن هنا يمكن القول بأن سبب ارتفاع نسبة اللاعبين الذين وجهوا إلى طبيب عام ترجع إلى نقص وعدم توفر أخصائيين في الطب الرياضي وكذا نقص مراكز خاصة بالطب الرياضي للتكفل بهم.

ويمكن توضيح ذلك على أن بعض الإصابات ليست بالخطورة التي تتطلب معالجة الطبيب، أو أن اللاعب يتحمل معالجة إصابته بنفسه.

السؤال رقم (04): بعد معالجة إصابتك كيف كان مردودك أثناء اللعب؟

الغرض منه: معرفة مدى إيجابية الطب الرياضي.

جدول رقم (07): يمثل اختبار كا² حول نتائج إجابات اللاعبين عن تحسن مردود لعبهم أو تراجعهم.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
تراجع	10	50	3.700	0.05	2	0.157	20	لا توجد دلالة إحصائية
بقي على حاله	07	35						
تحسن	03	15						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 50% من اللاعبين تراجع مردود لعبهم، في حين أن نسبة 35% من اللاعبين مردودهم بقي على حاله، أما نسبة 15% من اللاعبين فقد تحسن مردودهم، مع حجم العينة الذي قدر بـ 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 3.700 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.157 عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: يمكن التعبير عن ما سبق بأن سبب تراجع مردود اللاعبين يعود إلى عدم فاعلية المعالجة من طرف الطبيب العام الذي وجهوا إليه، وعدم الدراية الكافية بحجم الإصابة من طرف الطبيب العام، وكذا أيضا عدم توفر أخصائيين ومراكز خاصة بالطب الرياضي لعلاجهم.

السؤال رقم (05): هل عاودتك الإصابة مباشرة بعد انتهاء فترة النقاهة (الشفاء)؟

الغرض منه: معرفة مدى فاعلية الطب الرياضي.

جدول رقم (08): يمثل اختبار χ^2 حول إجابات اللاعبين عن معاودتهم للإصابة لهم مباشرة بعد انتهاء فترة النقاهة.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	χ^2	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	09	45	0.200	0.05	1	0.655	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	11	55						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الملاحظة للجدول نجد أن نسبة 55% من اللاعبين أجابوا بعدم معاودة الإصابة لهم مباشرة بعد انتهاء فترة النقاهة (الشفاء)، أما نسبة 45% من اللاعبين أجابوا بمعاودة الإصابة لهم بعد انتهاء فترة النقاهة، و مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة χ^2 المحسوبة بلغت 0.200، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.655 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: يرجع سبب ارتفاع نسبة اللاعبين الذين أجابوا بعدم معاودة الإصابة لهم ربما إلى كون الإصابة التي تعرضوا إليها ليست بالخطيرة ولا تستلزم معالجة الطبيب وإنما تحتاج إلى الراحة فقط.

السؤال رقم (06): هل المراقبة الطبية المفروضة عليكم كافية؟

الغرض منه: معرفة ما إذا كانت المراقبة الطبية المفروضة على اللاعبين كافية أم لا.

جدول رقم (09): يمثل اختبار χ^2 حول نتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كانت المراقبة الطبية كافية

لهم.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	χ^2	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	04	20	7.200	0.05	1	0.007	20	توجد دلالة إحصائية
لا	16	80						
المجموع	20	100%						

تحليل ومناقشة النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة اللاعبين الذين أجابوا بـ: لا هي 80% أي نقص المراقبة الطبية الرياضي المفروضة على اللاعبين وعدم كفايتها، في حين أن نسبة 20% من اللاعبين أجابوا بنعم أي أن المراقبة الطبية الرياضية غير كافية لهم، مع حجم العينة الذي قدر بـ 20 لاعبا وجدنا قيمة χ^2 المحسوبة بلغت 7.20 وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.007 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة دالة إحصائية.

الاستنتاج: يرجع ارتفاع نسبة الذين أجابوا بأن المراقبة الطبية الرياضية المفروضة عليهم ليست كافية إلى عدم توفر الفريق على طبيب ، وأيضا إلى عدم حرص المدرب على اللاعبين من خلال إجراء المراقبة الطبية.

1-2- مناقشة الفرضية الأولى: (للرب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة) على ضوء النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (10): جدول خاص بمناقشة الفرضية الأولى.

القرار الإحصائي	العينة	قيمة الاحتمال المعنوي sig	درجة الحرية df	مستوى الدلالة α	كا ²	
لا توجد دلالة إحصائية	20	0.146	5	0.05	8.200	البعد 1

من خلال ملاحظتنا لنتائج الاستبيان الموجهة للاعبين في الجدول (04)(05)(06)(07)(08)(09) وتحليلنا لها اتضح لنا إن معظم الفرق لا تحتوي على طبيب حتى وان وجد فهو يمكن أن يكون إما طبيب عام أو ممرض على الأرجح ، و حينما يصاب احدهم فهو قد يوجه إلى طبيب عام ، هذا الأخير ليست له الدراية الكافية بالإصابات الرياضية من اجل معالجتها أو قد يتحمل اللاعب مصاريف علاجه بنفسه ، وأيضا قد تكون الإصابة التي تعرض لها ليست بالخطورة التي تتطلب معالجة الطبيب ، مما قد يؤثر على مردود لعه وخاصة عندما تكون المعالجة من طرف الطبيب العام أو طبيب الفريق ليست بالفعالية اللازمة أو المراقبة الطبية الرياضية التي يفرضها الطبيب ليست كافية بالقدر التي تتطلبه الإصابة ، ولعل هذا يعود إلى نقص خبرة الطبيب وعدم درايته بحجم ونوع الإصابة ، وفي بعض الأحيان قد يساهم اللاعب نفسه في تراجع مستوى أدائه ومردود لعه وخاصة عندما لا يلتزم بنصائح الطبيب الموجهة له أو فترة النقاهة التي يفرضها عليه الطبيب وهذا ما نشاهده بشكل كبير من خلال إجراء الاستبيان ، وربما يعود ذلك إلى عدم وعي اللاعب بحجم الإصابة أو تهوره .

ومن خلال الجدول (10) الخاص بالفرضية الأولى: مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 8.200، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.146 عند درجة الحرية 5 ومستوى الدلالة 0.05، فكان القرار الإحصائي لا توجد دلالة إحصائية.

وهذا ما يبطل صحة فرضية " بأن للرب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة " .

2- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية :

(قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة).

2-1- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الثانية :

السؤال رقم (07): أثناء مزاولتكم التدريبات أو المنافسات هل يقدم لكم المدرب إرشادات؟
الغرض منه: معرفة مدى دور المدرب في التوعية.

جدول رقم (11): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين حول تقديم المدرب لهم إرشادات خلال التدريبات أو المنافسات.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	القرار الإحصائي
نعم	17	85	9.800	0.05	1	0.002	توجد دلالة إحصائية
لا	03	15					
المجموع	20	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 85% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أنه أثناء مزاولتهم التدريبات أو المنافسات يقدم لهم المدرب إرشادات، أما نسبة 15% أجابوا ب: لا، أي لا يقدم المدرب إرشادات، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 9.800 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.002 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة دالة إحصائية.

الاستنتاج: يمكن أن تكون الدلالة عن النسبة المرتفعة بأن هذه الإرشادات تقتصر على تجنب الاحتكاك مع الخصم في المباراة وكذلك الإحماء الجيد قبل لعب المباراة.

السؤال رقم (08): بعد الإصابة هل يشترط عليك المدرب إجراء مراقبة طبية دورية؟

الغرض منه: التعرف على درجة الوعي وحرص المدرب على اللاعبين.

جدول رقم (12): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين حول اشتراط المدرب عليهم إجراء مراقبة طبية دورية بعد الإصابة.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	11	55	0.200	0.05	1	0.655	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	09	45						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 55% من اللاعبين أجابوا: نعم، أي أنه بعد الإصابة يشترط المدرب إجراء مراقبة طبية دورية، أما نسبة 45% أجابوا ب: لا، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 0.200 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.655 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: أي أنه النسبة المرتفعة للاعبين الذين أجابوا بأن المدرب يشترط عليهم إجراء مراقبة طبية دورية تدل على درجة وعي المدرب بمخاطر الإصابات وحرصهم الشديد على شفائهم التام من الإصابة من أجل سلامة صحتهم وتحسين مردود لعبهم.

السؤال رقم (09): هل سبق لك وان استأنفت اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة؟

الغرض منه: التعرف على درجة وعي اللاعب.

جدول رقم (13): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين على استئناهم للعب بعد انتهاء فترة النقاهة (الشفاء).

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	القرار الإحصائي
نعم	11	55	0.200	0.05	1	0.655	لا توجد دلالة إحصائية
لا	09	45					
المجموع	20	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 55% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أنهم سبق لهم استئناهم للعب قبل انتهاء فترة النقاهة، أما نسبة 45% من اللاعبين أجابوا ب: لا، أي أنه لم يسبق لهم استئناهم للعب قبل انتهاء فترة النقاهة، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 0.200، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.655 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05. وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: يرجع ارتفاع نسبة اللاعبين الذين أجابوا بأنهم استأنفوا اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء) إلى عدم وعي اللاعبين بحجم الإصابات، وإلى عدم مبالاتهم بصحتهم وبخطورة الإصابات وتهورهم، وحرصهم الشديد على لعب المباريات أكثر من سلامة صحتهم وبخاصة أثناء المباريات القوية، بالإضافة إلى عدم توعيتهم من طرف المدرب.

السؤال رقم (10): في حالة عدم وجود بديل لك وأنت مصاب، هل يظل منك المدرب اللعب؟
الغرض منه: معرفة أفضلية المدرب.

جدول رقم (14): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين حول طلب المدرب منهم اللعب في حالة عدم وجود بديل لهم في حال إصابتهم.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	12	60	0.800	0.05	1	0.371	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	08	40						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 60% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أنه في حالة عدم وجود بديل يطلب منهم المدرب اللعب، أما نسبة 40% من اللاعبين أجابوا ب: لا أي لا يطلب منهم المدرب اللعب في حالة عدم وجود بديل، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 0.800، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.371 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05. وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: فالنسبة المرتفعة للاعبين الذين أجابوا بأن المدرب يطلب منهم اللعب في حالة عدم وجود بديل لهم تعكس حقيقة قلة وعي المدرب بحجم الإصابات بالدرجة الأولى ثم قلة التوعية من طرفه بالدرجة الثانية.

السؤال رقم (11): هل شدة التدريب الزائد في الحصص التدريبية تزيد من خطر تعرضهم للإصابة؟
الغرض منه: معرفة خطر بعض التمارين على صحة اللاعبين.

جدول رقم (15): يمثل اختبار χ^2 حول إجابات اللاعبين عن ما إذا كانت شدة حمولة التدريب خلال
الحصص التدريبية تزيد من خطر تعرضهم للإصابة.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	χ^2	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	14	70	3.200	0.05	1	0.074	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	06	30						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 70% من اللاعبين أجابوا بـ: نعم، أي أن شدة حمولة التدريب الزائدة في الحصص التدريبية تزيد من خطر التعرض للإصابة، أما نسبة 30% من اللاعبين أجابوا بـ: لا، أي أن شدة حمولة التدريب الزائدة في الحصص التدريبية لا تزيد من خطر تعرضهم للإصابة، مع حجم العينة الذي قدر بـ 20 لاعبا وجدنا قيمة χ^2 المحسوبة بلغت 3.200، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.074 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05. وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: يمكن تفسير النسبة المرتفعة على أن هناك بعض التمارين تساهم في حدوث إصابات للاعبين خاصة الصعبة منها والتي تتطلب تسخين جيد وكذلك شدة التدريب تجعل اللاعبين أكثر عرضة للإصابات.

السؤال رقم (12): هل المدرب مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية؟

الغرض منه: معرفة مدى اهتمام المدرب بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

جدول رقم (16): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين عن مدى اهتمام المدرب بتوفير وسائل

ومستلزمات المراقبة الطبية.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	القرار الإحصائي
نعم	00	00	3.200	0.05	1	0.074	لا توجد دلالة إحصائية
لا	20	100					
المجموع	20	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 100% من اللاعبين أجابوا ب: لا، أي أن المدرب غير مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية في الحصص التدريبية ، في حين لم يجب احد بعكس ذلك ، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 3.200 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.074 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05. وهي نتيجة غير دالة إحصائيا.

الاستنتاج: يمكن تفسير النسبة المرتفعة جدا على أن هناك إهمال تام للمراقبة الطبية من طرف المدرب، مما قد يساهم في حدوث إصابات للاعبين ، وهذا يدل على غياب الوعي وكذا المسؤولية من طرف المدرب اتجاه أمر مهم كهذا.

2-2- مناقشة الفرضية الثانية: (قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة) على ضوء النتائج المتحصل عليها:
جدول رقم (17): جدول خاص بمناقشة الفرضية الثانية.

القرار الإحصائي	العينة	قيمة الاحتمال المعنوي sig	درجة الحرية df	مستوى الدلالة α	كا ²	
توجد دلالة إحصائية	20	0.003	4	0.05	16.000	البعد 2

من خلال الجدول (11)(12)(13)(14)(15)(16) تبين أن هناك تقصير من جانب المدربين في أداء دورهم وخاصة جانب التوعية والتوجيه للاعبين ، وذلك قد يكون بتجنب الاحتكاك مع الخصم أثناء المباريات واللعب بجمطة وحذر ، والإحماء الجيد قبل بداية المباراة وكذا قلة توعيتهم وإرشادهم للاعبين بدليل استئنائهم للعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء) ، وأيضا المغامرة بإصابتهم من أجل تحقيق النتيجة في المباراة دون الاكتراث بإصابة وسلامة اللاعبين ، وكذا عدم وعيهم بخطر بعض التمارين الرياضية على اللاعبين والزيادة في شدة حمولة التدريب خلال الحصص التدريبية دون أن يتخللها وقت للراحة ، وهذا يعود بالسلب على صحة اللاعبين ويؤدي إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

وكذا من خلال الجدول (17) الخاص بالفرضية الثانية : مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 16.000 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.003 عند درجة الحرية 4 ومستوى الدلالة 0.05، فكان القرار الإحصائي توجد دلالة إحصائية.

وهو ما يطابق صحة فرضيتنا القائلة: "قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة"، إذ هي سليمة ومحقة.

وهذا ما يتوافق أيضا مع دراسة كل من نصيرة حميدة ، ودراسة باهي حمزة ، ودراسة السعيد لعبيدي.

3- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة :

(اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه إهمال المتابعة الطبية).

3-1- عرض الجداول الإحصائية للفرضية الثالثة :

السؤال رقم (13): على ماذا يركز المدرب أثناء المقابلة، رتبها حسب الأفضلية؟

الفرض منه: معرفة الهدف الذي يركز عليه المدرب في المقابلة

جدول رقم (18): يمثل اختبار كا² حول إجابات اللاعبين حول اشتراط المدرب عليهم إجراء مراقبة

طبية دورية بعد الإصابة.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
النتيجة	15	75	16.300	0.05	2	0.000	20	توجد دلالة إحصائية
الأداء الجيد	04	20						
الحذر من الإصابة	01	05						
المجموع	20	100%						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول نلاحظ في المرتبة الأولى أن نسبة 75% من اللاعبين وضعوا النتيجة في المركز الأول بينما نسبة 20% من اللاعبين وضعوا الأداء الجيد في المركز الثاني، أما الحذر من الإصابة وضعوها في المركز الثالث بنسبة 05% ، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 16.300 وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.000 عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة دالة إحصائية.

الاستنتاج: هذا ما يعطينا الحق على القول بأن النتيجة هي العنصر الأول الذي يركز عليه المدربون أثناء المقابلات ثم الأداء الجيد في المرتبة الثانية ، يليه في المرتبة الثالثة الحذر من الإصابة ، فهذه النسب تعكس مدى اهتمام المدرب بالنتيجة فضلا عن الأداء الجيد والحذر من الإصابة.

السؤال رقم (14): هل يفضل المدرب عدم إدراجك في المقابلة لما يكون هناك شك بإصابتك؟
الغرض منه: معرفة ما إذا كان المدرب يفضل إشراك اللاعب وهو مصاب.

جدول رقم (19): يمثل اختبار كا² حول نتائج إجابات اللاعبين حول إدراج المدرب لهم في المقابلة وهم مصابون.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	12	60	0.800	0.05	1	0.371	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	08	40						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 60% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أن المدرب يفضل إدراج اللاعب لما يكون هناك شك في إصابته، أما نسبة 40% أجابوا ب: لا، أي أن المدرب لا يفضل إدراج اللاعب في المقابلة لمل يكون هناك شك في إصابته، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 0.800، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.371 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: النسبة المرتفعة في إجابات اللاعبين تعكس اهتمام المدرب بالنتيجة أكثر من سلامة اللاعب.

السؤال رقم (15): في بداية كل موسم هل تجرى لكم مراقبة طبية؟

الغرض منه: معرفة إن كانت تجري مراقبة طبية للاعبين في بداية كل موسم.

جدول رقم (20): يمثل اختبار كا² حول النتائج الخاصة باستجواب اللاعبين عن إجراء المراقبة الطبية لهم في بداية كل موسم.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
دائما	13	65	1.800	0.05	1	0.180	20	لا توجد دلالة إحصائية
أحيانا	07	35						
نادرا	00	00						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 65% من اللاعبين أجابوا ب: دائما، أي انه في بداية كل موسم تجرى لهم مراقبة طبية، أما نسبة 35% من اللاعبين أجابوا بأنه أحيانا تجرى لهم مراقبة طبية في بداية كل موسم، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 1.800 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.180 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية. الاستنتاج: يمكن القول من خلال هذه النتائج إلى أن المراقبة الطبية للاعبين مفروضة على الفرق طبقا للقوانين المتعلقة بذلك، فهي لا تعكس اهتمام المدربين بإجراء المراقبة الطبية للاعبين.

السؤال رقم (16): إذا أصيب أحدكم أثناء المباراة هل يتم استبداله بعد استشارة الطبيب؟

الغرض منه: التعرف على ما إذا كان المدرب جري تغيير اللاعب المصاب.

جدول رقم (21): يمثل اختبار كا² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كان المدرب

يجري تغيير اللاعب إذا أصيب.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	15	75	5.000	0.05	1	0.025	20	توجد دلالة إحصائية
لا	05	25						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 75% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أنه إذا أصيب أحدهم أثناء المباراة يتم استبداله بعد استشارة الطبيب، أما نسبة 25% من اللاعبين أجابوا ب: لا، أي أنه إذا أصيب أحدهم أثناء المباراة لا يتم استبداله، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 5.000 وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.05 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة دالة إحصائية.

الاستنتاج: ومن هنا يمكننا القول بأن سبب ارتفاع نسبة اللاعبين الذين أجابوا بأن المدرب يجري تغيير عند إصابة لاعب بعد استشارة الطبيب ربما يعود إلى إصابة اللاعب إصابة بليغة مما يستلزم عنه استشارة الطبيب لتغييره.

السؤال رقم (17): هل تتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب ؟

الغرض منه: التعرف على ما إذا كان اللاعبون يتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب.

جدول رقم (22): يمثل اختبار كا² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كانوا يتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	القرار الإحصائي
نعم	14	70	3.200	0.05	1	0.074	لا توجد دلالة إحصائية
لا	06	30					
المجموع	20	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 70% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أنه يتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب ، أما نسبة 25% من اللاعبين أجابوا ب: لا، أي أنهم لا يتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب ، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 3.200 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.074 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائية.

الاستنتاج: ومن هنا يمكننا القول بأن سبب ارتفاع نسبة اللاعبين الذين أجابوا بأن المدرب يعطي معلومات صحية كافية ، قد يكون وعي المدرب وإحساسه بالمسؤولية من هذا الجانب.

السؤال رقم (18): هل المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية؟
 الغرض منه: التعرف على ما إذا كان المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية.
 جدول رقم (23): يمثل اختبار كا² حول النتائج الخاصة باللاعبين عن إجاباتهم حول ما إذا كان المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية.

النتائج الإجابات	التكرار	النسبة %	كا ²	مستوى الدلالة α	درجة الحرية df	قيمة الاحتمال المعنوي sig	العينة	القرار الإحصائي
نعم	07	35	1.800	0.05	1	0.180	20	لا توجد دلالة إحصائية
لا	13	65						
المجموع	20	%100						

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 65% من اللاعبين أجابوا ب: لا، أي أن المدرب لا يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية ، أما نسبة 35% من اللاعبين أجابوا ب: نعم، أي أن المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية ، مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة كا² المحسوبة بلغت 1.800 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.180 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05، وهي نتيجة غير دالة إحصائيا.

الاستنتاج: ومن هنا يمكننا القول بأن سبب ارتفاع نسبة اللاعبين الذين أجابوا بأن المدرب لا يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق في الحصة التدريبية، قد يدل على عدم اهتمامه بصحة اللاعبين.

3-2- مناقشة الفرضية الثالثة: (اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه إهمال المتابعة الطبية) على ضوء النتائج المتحصل عليها:.

جدول رقم (24): جدول خاص بمناقشة بالفرضية الثالثة.

القرار الإحصائي	العينة	قيمة الاحتمال المعنوي sig	درجة الحرية df	مستوى الدلالة α	t_{α}	
توجد دلالة إحصائية	20	0.045	6	0.05	12.900	البعد 3

من خلال الجدول (18)(19)(20)(21)(22)(23) أتضح أن معظم المدربين يهتمون بالنتائج أكثر من الحذر من الإصابة والأداء الجيد وهو ما يؤثر على سلامة اللاعبين بدليل تفضيل المدربين لإدراج اللاعبين في المقابلة لما يكون هناك شك بإصابتهم ، بالإضافة إلى عدم تغيير اللاعبين حين إصابتهم خلال المباراة إلا بعد استشارة الطبيب ، وعدم قيامهم بمحضر لتمارين استرجاعية بعد كل مباراة عدا اقتصارهم على الذهاب إلى حمام المياه المعدنية أو إعطاء يوم راحة للاعبين ، وأيضا اقتصارهم على إجراء المراقبة الطبية للاعبين سوى في بداية الموسم ، والتي تعتبر تقصير في حق اللاعبين ، وهذا راجع بشكل كبير ربما إلى الإهمال من طرف المدربين وكذا عدم الاهتمام بصحة اللاعبين والاهتمام أكثر بالنتيجة ما نتج عنه إهمال للمتابعة الطبية للاعبين وخاصة المتابعة الطبية الدورية .

وكذا من خلال الجدول (24) الخاص بالفرضية الثالثة : مع حجم العينة الذي قدر ب 20 لاعبا وجدنا قيمة t^2 المحسوبة بلغت 12.900 ، وقيمة الاحتمال المعنوي sig بلغت 0.045 عند درجة الحرية 6 ومستوى الدلالة 0.05، فكان القرار الإحصائي توجد دلالة إحصائية.

وهو ما يطابق صحة فرضيتنا القائلة: اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه إهمال المتابعة الطبية ، إذ هي سليمة ومحققة.

وهذا ما يتوافق أيضا مع دراسة كل من بوليل مولود ، ودراسة باهي حمزة ، ودراسة السعيد لعبيدي.

4- مناقشة الفرضية العامة: مما سبق نستطيع القول أن النتائج المذكورة سابقا أثبتت صحة الفرضية الرئيسية التي مفادها " قلة التوعية وكذلك اهتمام المدربين بالنتائج ونقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة".

خلاصة:

ما قمنا به في هذا الفصل هو تحليل كمي وكيفي للبيانات التي جمعناها من خلال الدراسة التي قمنا بها على لاعبي بعض الأندية الرياضية لكرة السلة على الكراسي المتحركة بولاية المسيلة، من خلال معرفة مدى إسهامات الطب الرياضي في علاج إصابات لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة بالجزائر.

والغاية من أي بحث علمي هو الوصول إلى وضع إجابات على الفرضيات و التساؤلات التي قد أعدها الباحث مسبقا مراعيًا في ذلك الابتعاد عن الذاتية و الالتزام بالموضوعية، التي تتطلبها كل دراسة علمية أكاديمية، فمن خلال المعطيات النظرية و التطبيقية و بناء على النتائج التي حققتها الدراسة التي توصلنا إليها، تم إبراز مدى إسهامات الطب الرياضي في علاج إصابات لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة بالجزائر ، حيث اعتمدنا في دراستنا لبحثنا هذا على ثلاث فرضيات جزئية وفرضية عامة.

خاتمة:

اهتمت هذه الدراسة بمجال لم ينل حقه من الدراسة سالفاً ، وهو مجال الطب وإسهاماته في علاج الإصابات داخل أندية كرة السلة الجزائرية، لاسيما كرة السلة على الكراسي المتحركة.

وتوصلت هذه الدراسة التي انطلقت من ثلاث فرضيات كإجابات لثلاث تساؤلات قسمت إلى ثلاث أقسام ، إلى أن للطب الرياضي أهمية كبيرة في علاج الإصابات الرياضية داخل أندية كرة السلة على الكراسي المتحركة ، من خلال النتائج المتوصل إليها والتي نلخصها فيما يلي:

" قلة التوعية وكذلك اهتمام المدربين بالنتائج ونقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة".

واتضح ذلك من خلال النتائج التالية:

– قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

فنقص التوعية وغياب التوجيه من طرف المدربين للاعبين أدى إلى عدم وجود متابعة طبية دورية ، كما انه لا تعطى للاعبين نصائح أو إرشادات وتوجيهات تقيهم من شبح الإصابات أثناء ممارستهم الرياضية ، وهذا ما يعد تقصيرا من جانب المدربين في أداء دورهم وخاصة جانب التوعية والتوجيه للاعبين.

– اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه إهمال المتابعة الطبية.

فالإهمال من طرف المدربين وكذا عدم الاهتمام بصحة اللاعبين والاهتمام بالنتيجة أكثر من الحذر من الإصابات والأداء الجيد، نتج عنه إهمال للمتابعة الطبية للاعبين وخاصة المتابعة الطبية الدورية، لذا فمن الواجب على المدربين الاهتمام باللاعبين ومتابعتهم صحيا طوال المشوار الرياضي ، حتى تمارس هذه الرياضة في أحسن الظروف.

إن نتائج هذه الدراسة يمكنها أن تكون فاتحة لدراسات جديدة، قد تكون دراسات تطويرية لموضوع بحثنا هذا من اجل إظهار الإسهامات الحقيقية للطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود اللاعبين.

وفي الأخير نأمل أن تكون هناك دراسات أخرى يتم فيها التعرض للدور الفعال الذي يلعبه الطب الرياضي في المجال الرياضي عامة.

اقتراحات:

على ضوء النتائج المتوصل إليها نوصي بما يلي :

- ✓ توفير مراكز خاصة بالطب الرياضي وتعميمها على المستوى الوطني و الجهوي .
- ✓ إعطاء ميزانيات أكبر بهذه الفرق وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي وإعطاء مكائنه.
- ✓ توفير قاعات العلاج الرياضي وتجهيزها بأحدث الأدوات ووسائل الفحوصات الطبية وكذا الإسعافات الأولية.
- ✓ توفير مجموعة من المتخصصين في الطب الرياضي بإجراء دورات و تریصات.
- ✓ توفير طاقم طبي متخصص لدى كل فريق لتدخل في أي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة .
- ✓ ضرورة تواجد الطبيب داخل الفريق وخاصة في التدريبات والمباريات .
- ✓ وضع قانون إجباري يفرض إجراء المتابعة الطبية الدورية للاعبين لأكثر من مرة خلال السنة .

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع

المصادر:

القرآن الكريم

أ/ الكتب:

- 1- إبراهيم البصري، الطب الرياضي ، دار الحرية ، بغداد ، 1976 .
- 2- أبو العلاء أحمد عبد الفتاح ، أحمد نصر الدين، فسيولوجيا اللياقة البدنية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 3- أسامة رياض ، إمام حسن محمد النجمي، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، ط1، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة، مصر الجديدة ، 1999.
- 4-أسامة رياض ، الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة، 2002.
- 5- أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة 1998.
- 6- أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.
- 7- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسن باهي: طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي في المجالات التربوية، النفسية والرياضية، مركز الكتاب للنشر، 2000 .
- 8- أمين أنور الخولي ، الرياضة و المجتمع ، سلسلة عالم المعرفة ، عدد 216 ، الكويت 1996 .
- 9- حياة عياد روفائيل، إصابات الملاعب وقاية إسعاف علاج طبيعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، بدون سنة (تاريخ).
- 10- ليلي السيد فرحات: القياس والاختبار في التربية الرياضية، ط1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1998.
- 11- عادل علي حسن ، الرياضة والصحة عرض لبعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها ، ط1 ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، 1995.
- 12- عبد الرحمان عبد الحميد زاهر ، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية ، ط1 ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة 2004.
- 13- عبده السيد أبو العلاء، دور المدرب في وقاية اللاعب الوقاية والعلاج، ط1، مؤسس شباب الجامعة للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 1985.

- 14- فراج عبد الحميد توفيق، كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2004.
- 15- محمد الحسن علاوي، أسامة كامل راتب، البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
- 16- محمد حسن علاوي، سيكولوجية الإصابة الرياضية، ط1، مركز الكتاب لنشر، القاهرة، 1998.
- 17- مروان عبد المجيد إبراهيم، كتاب الالعاب الرياضية للمعاقين، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، 1977 عمان.
- 18- ناصر ثابت، أضواء على الدراسة الميدانية، 1984.

ب/ المنشورات والمجلات :

- 1- الجلسات الوطنية للرياضة، وزارة الشباب والرياضة، الجزائر، 1993.
- 2- مطبوعات من المركز الوطني، 1993.
- 3- بلقاسم سلاطنية: محاضرات في المنهجية، مطبوعات جامعة قسنطينة، 1999 .
- 4- طايية وآخرون، أهمية المراقبة الطبية والصحية لدى لاعبي كرة القدم، 2008 .

ج/ قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

- 1- MAVRASAT. Historique du Sport pour les Handicapes Physique extrait de la revue Kinesitherapie Scientifique N 180 . Paris . Mai 1980.
- 2- Jacqueline rossout ,lumborso médecine du sport ,paris . 1994.
- 3- Jean genety / Elisabeth brunet geudj ,traumatologie du sport en pratique médicale courant ,édition vigot ,1991.
- 4- W.Heipertz/D.Bohmer/Ch.Heipertz- Hengs "Medicine du sport", Edition Paris, 1990.
- 5- Edgarthill:"Manuel de le educateur sportif", Edition Vigot, 1989.
- 6- International well Chais basket ball, federation reimstallation, Philip craven,mbe,1996.
- 7- FÉDÉRATION FRANÇAISE HANDHISPORT .

الملاحق

-جامعة المسيلة-

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني الرياضي المكيف

استمارة استبيان موجه للاعبين.

أقدم أن طالب بمعهد التربية البدنية والرياضية إلى المدربين واللاعبين الكرام وفي إطار البحث العلمي لتحضير شهادة الماستر تحت عنوان: "إسهامات الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة". بهذا الاستبيان، إذ أطلب منكم المشاركة كل حسب أفكاره وقدراته وذلك بإعطاء أجوبتكم الشخصية على هذه الأسئلة، ونحيطكم علما أن هذا الاستبيان له غاية البحث العلمي فقط وستبقى أجوبتكم سرية.

نشكركم مسبقا على المساعدة

تحت إشراف

إعداد الطالب:

الدكتور:

- زروق نايل

- أحمد حفيفة

ملاحظة: توضع علامة (X) أمام الإجابة المختارة.

السنة الجامعية: 2018 - 2019

- 1- هل يتوفر فريقكم على عيادة طبية. نعم لا
- 2- هل يتوفر فريقكم على طبيب. نعم لا
- 3- حين أصبت هل تم توجيهك إلى طبيب الفريق طبيب عام مختص
- 4- بعد معالجة إصابتك هل كان مردودك أثناء اللعب. تحسن بقي على حاله تراجع
- 5- هل عاودتك الإصابة مباشرة بعد انتهاء فترة النقاهة (الشفاء). نعم لا
- 6- هل المراقبة الطبية المفروضة عليكم كافية. نعم لا
- 7- أثناء مزاولة التدريبات أو المنافسات هل يقدم لكم المدرب إرشادات لتفادي الإصابة. نعم لا
- 8- بعد الإصابة هل يشترط عليك المدرب إجراء مراقبة طبية دورية. نعم لا
- 9- هل سبق لك و أن استأنفت اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء). نعم لا رأي آخر
- 10- في حالة عدم وجود بديل لك وأنت مصاب ، هل يطلب منك المدرب على اللعب. نعم لا
- 11- هل شدة حمولة التدريب الزائدة في الحصص التدريبية تزيد من خطر تعرضكم للإصابة. نعم لا
- 12- هل المدرب مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية. نعم لا
- 13- على ماذا يركز المدرب أثناء المقابلة رتبها حسب الأفضلية. النتيجة الأداء الجيد الحذر من الإصابة
- 14- هل يفضل المدرب عدم إدراجك في المقابلة لما يكون هناك شك بإصابتك. نعم لا
- 15- في بداية كل موسم هل تجرى لكم المراقبة الطبية. دائما أحيانا نادرا
- 16- إذا أصيب أحدكم أثناء المباراة هل يتم استبداله بعد استشارة الطبيب. نعم لا
- 17- هل تتلقون معلومات صحية كافية من طرف المدرب. نعم لا
- 18- هل المدرب يفرض حضور طبيب أو ممرض الفريق. نعم لا