جامعة المسيلة

معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم: التدريب الرياضي

تخصص : تحضير بدني وذهني

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

بعنوان :

أهمية معرفة المدربين لبعض الاصابات الرياضية وتقديم الإسعافات الأولية أثناء الحصص التدريبية

دراسة ميدانية لمدربي رابطة كرة اليد لولاية المسيلة

تاريخ المناقشة: السبت 2016/06/04

إعداد الطالب:

- مشيكي أحمد

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة

- سعد سعود فؤاد (الرتبة) دكتورا.....مشرفا
- مقاق كمال (الرتبة) دكتورا.....رئيسا
- صالح يمينة (الرتبة) أستاذا.....مناقشا

السنة الجامعية 2016/2015

اللهم صل على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، النور الذاتي والسر السار ي في سائر الأسماء والصفات وعلى آله وصحبه وسلم.

قال تعالى: (ولئن شكرتم لأزيدنكم) الآية 07 سورة إبراهيم ،لك الحمد ربي حتى ترضى ولك الشكر إذا رضيت، لك الحمد حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه على جميع نعمك كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك لما وفقتنا إليه .

يسرنا أ ن نتقدم بالشكر الجزيل وأجل عرفان إلى أستاذنا المشرف الدكتور سعد سعود فؤاد، الذي دعمنا بنصائحه وإرشاداته وتوجيهاته القيمة، فشكرا لما بذلت وتبذل ، في سبيل تحرير عقولنا من عبودية الجهل إلى نور اليقين، فكان نتاجها النجاح المغمور بالثناء والعرفان،

كما نتقدم بالشكر الجزيل لكل أساتذة قسم التدريب الرياضي، الذين قدموا لنا يد العون والمساعدة، فجزاهم الله خير الجزاء، كما لا يفوتنا، تقديم جزيل الشكر إلى كل من الطلبة صريدي مفتاح، محرو ة عبد المالك، بن ورخو سفيان، مشيكي عيسى، خزار ي حامد لصبرهم الجميل معنا، وفي الأخير نضع ثمرة جهدنا وعصارة فكرنا بين أيديكم عسا أ ن يعين طالب علم فيجد فيه مبتغاه.

إهداء

بكل معاني الحب والخشوع، وبكل نبضات القلب وتردد الأنفاس،أهدي هذه الصفحات إلى الصدر الحنون، و القلب الدافئ، إلى أقحوا ن النسوا ن،إلى التي أروتني إذا ظمأت، إلى التي ساعدتني إذا احتجت، و سهرت لأجلي الليالي، و صبرت لصبري، و بكت لدموعي، و فرحت لفرحي، إلى التي قال فيها عليه الصلاة و السلام: "أمك ثم أمك ثم أمك".....أمي العزيزة.

*إلى تاج رأسي، مرشدي و منبر طريقي،إلى الذي علمني أ ن سلاح اليوم هو الحبر و الور ق، و علمني جمع الكلمات في كل الطرقات،وعلمني السهر حتى تنتهي كل الحكايات، التي سطرتها الأقلام و دونتها الأعلام....أبي العزيز اطال الله في عمره .

*إلى من عشت معهم أجمل أيام عمري و تقاسمت معهم حلو الحياة و مرها و عرفت معهم معنى التسامح .....إخوتي الأعزاء و الكتاكيت: رؤ ف، فرا س، موسى، زينو، محمد بدر، سراج.....

*إلى كل من استشعر المعاني التالية: الإخلاص و العمل و الصحبة.

*إلى من عشت معهم نفحات الوفاء و الحب و إلى أعز الأصدقاء، رفقاء العمل:أسرة الرابطة الوطنية للطلبة الجزائريين المكتب الولائي بالمسيلة وعلى رأسهم حميدا ن عمار وكذا كل من صريدي مفتاح (السيميوني) ومحرو ق عبد المالك (عبدو) سفيان، حامد، رضا،عيسى.....

*إلى كل من جمعني القدر يوما بهم و نسيت ذكر أسمائهم.

قائمة المحتويات

-شكر.

-إهداء.

-قائمة المحتويات.

-المحتويات الخاصة بالجداو ل.

-المحتويات الخاصة بالأشكال.

-مقدمة.....أ

الخلفية النظرية والدراسات السابقة

الفصل الأو ل: المدر ب الرياضي

1-1-مفهوم المدر ب.....03

1-2-شخصية المدر ب.....03

1-2-1-الصفات الشخصية للمدر ب.....03

1-2-2-الصفات المهنية للمدر ب الرياضي.....04

1-2-3-الصفات الصحية للمدر ب الرياضي.....04

1-2-4-الصفات الفنية للمدر ب الرياضي.....05

1-3-شخصية المدر ب الناجح.....06

1-4-واجبات المدر ب الرياضي.....07

1-4-1-المبلد ئ الفيزيولوجية لعملية التدريب الرياضي.....08

1-4-2-تنوع التدريبات المختارة وفقا لصيغة الهدف من التدريب.....08

1-4-3-مبدأ زيادة الحمل البدني.....08

1-4-4-مبدأ التدرج في زيادة الحمل.....08
1-4-5-التنمية الشاملة.....08
1-4-6-مراعاة الفرو ة الفردية.....08
1-4-7-رعاية اللاعبين.....09
1-4-8- التقويم الشامل.....09

الفصل الثاني: الإصابات الرياضية

2-1- تعريف الإصابات الرياضية.....09
2-2- تصنيف الإصابات الرياضية.....10
2-2-1-حسب السبب.....10
2-2-2- حسب شدا.....12
2-2-3-حسب نوع الجروح الناتجة(مفتوحة أو مغلقة).....14
2-2-4-حسب درجتها.....14
2-2-5-حسب مكان حدوثها.....16
2-2-5-1- إصابات الجلد.....16
2-2-5-2- إصابة الجهاز العضلي.....20
2-2-5-3-إصابة الجهاز العظمي.....28
2-2-5-4-إصابة الجهاز المفصلي.....36
2-3-إصابة الكتف.....40
2-4-إصابة رسغ اليد.....44

الفصل الثالث: الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية

3-1-تعريف الإسعافات الأولية.....46

3-2-من هو المسعف.....47

3-3-وظيفة المسعف.....47

3-4-واجبات المسعف.....48

3-5-أهمية الإسعافات الأولية.....48

3-6-الهدف من الإسعافات الأولية.....49

3-7-أهمية التدريب على الإسعافات الأولية.....49

3-8- أساسيات الإسعافات الأولية.....50

3-9-حقيبة الإسعافات.....52

3-10-محتويات حقيبة الإسعافات الأولية.....52

3-11-واجبات المدرب المسؤول عن الإسعاف.....53

3-12-الرعاية الطبية والإسعافات الأولية للاعبين في الملاعب.....53

3-13-الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية الشائعة.....54

3-13-1-الكسور.....54

3-13-2-حوادث المفاصل.....57

3-13-3-الحوادث العضلية.....59

3-14-تخليص ونقل المصابين.....62

4-الدراسات السابقة والمشابهة.....63

الإطار العام للدراسة

1-الكلمات الدالة في الدراسة..... 69

2-إشكالية الدراسة..... 69

3-أهداف الدراسة.....70

4- أهمية الدراسة.....71

5-فرضيات الدراسة.....72

الإجراءا ت الميدانية للدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية.....74

2-المنهج المتبع في الدراسة.....75

3-مجتمع وعينة الدراسة..... 75

4-أدوات جمع البيانات والمعلومات.....76

5-إجراءات التطبيق الميداني للأداة.....79

6-الأساليب الإحصائية..... 79

عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها

1-جمع المعلومات والبيانات في جداول إحصائية.....81

2-مناقشة المعلومات في ضوء فرضيات الدراسة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة..... 81

استنتاجات واقتراحات

1-استنتاجات عامة.....113

2-اقتراحاتوتوصيات.....114

3-الأفاق المستقبلية.....115

4-خاتمة.....116
5-قائمة المصادر والمراجع.....118
6-الملاحق...../
7-ملخص الدراسة باللغة الفرنسية...../
8-ملخص الدراسة باللغة العربية...../

قائمة الجداول

رقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يبين نوع الشهادة المحصل عليها.	82
02	جدول يبين تلقي التكوين في مجال الإسعافات.	83
03	جدول يبين مرحلة التكوين في مجال الإسعافات.	84
04	جدول يبين فعالية التكوين في مجال الإسعافات الأولية.	85
05	جدول يبين نوعية التكوين في الإسعافات الأولية.	86
06	جدول يبين اختصاص مؤطري التكوين في مجال الإسعافات الأولية.	87
07	جدول يبين نجاعة التكوين للتدخل ميدانيا كمسعف.	88
08	أسباب عدم نجاعة التكوين ميدانيا.	89
09	مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية.	90
10	جدول يبين ضرورة مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية.	91
11	جدول يبين مصادفة المدرب للحوادث خلال قيامهم بعملهم.	92
12	جدول يبين رد فعل المدرب خلال تعرض أحد لاعبيه للإصابة.	93
13	جدول يبين موقف المدرب إزاء الإصابة ميدانيا.	94
14	جدول يبين الأولى في التصرف من طرف المدرب إزاء الحوادث ميدانيا.	95
15	جدول يبين الرياضات التي تكثر فيها الإصابات .	96
16	جدول يبين درجة الإصابات التي تحدث خلال الحصة التدريبية.	97
17	جدول يبين أنواع الإصابات التي تحدث خلال التدريب.	98
18	جدول يبين وجوب تدخل المدرب عند وقوع الحادث.	99
19	جدول يبين دور إتقان أساليب التدخل بالنسبة إلى المدرب.	100
20	جدول يبين مبررات عدم تدخل المدرب كمسعف.	101
21	جدول يبين مدى تحمل المدرب المسؤولية عند وقوع حادث خلال حصة تدريبية.	102
22	جدول يبين المسؤول عن الإسعاف عند وقوع الإصابة.	103
23	جدول يبين توفر الأدوات والمستلزمات الطبية الضرورية في المؤسسة الرياضية.	104
24	جدول يبين مدى توفر أدوات الإسعافات الأولية في المؤسسات والمركبات الرياضية.	105

26	جدول يبين أهمية الأدوات المحصل عليها.	107
27	جدول يبين نوع الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة داخل المؤسسة الرياضية.	108
28	جدول يبين تدابير عملية لإيجاد المدرب القادر على التدخل ميدانيا كمسعف متمكن.	109

جداول الجانب النظري

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يبين يوضح أنواع الإصابات الرياضية وأهم مميزاتها	15

قائمة الأشكال البيانية

رقم	العنوان	الصفحة
01	أعمدة بيانية تبين نوع الشهادة المحصل عليها.	82
02	أعمدة بيانية تبين تلقي التكوين في مجال الإسعافات.	83
03	أعمدة بيانية تبين مرحلة التكوين في مجال الإسعافات.	84
04	أعمدة بيانية تبين فعالية التكوين في مجال الإسعافات الأولية.	85
05	أعمدة بيانية تبين نوعية التكوين في الإسعافات الأولية.	86
06	أعمدة بيانية تبين اختصاص مؤطري التكوين في مجال الإسعافات الأولية.	87
07	أعمدة بيانية تبين نجاعة التكوين للتدخل ميدانيا كمسعف.	88
08	أعمدة بيانية تبين أسباب عدم نجاعة التكوين ميدانيا.	89
09	أعمدة بيانية تبين مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية.	90
10	أعمدة بيانية تبين ضرورة مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية.	91
11	أعمدة بيانية تبين مصادفة المدرب للحوادث خلال قيامهم بعملهم.	92
12	أعمدة بيانية تبين رد فعل المدرب خلال تعرض أحد لاعبيه للإصابة.	93
13	أعمدة بيانية تبين موقف المدرب إزاء الإصابة ميدانيا.	94
14	أعمدة بيانية تبين الأولى في التصرف من طرف المدرب إزاء الحوادث ميدانيا.	95
15	أعمدة بيانية تبين الرياضات التي تكثر فيها الإصابات .	96
16	أعمدة بيانية تبين درجة الإصابات التي تحدث خلال الحصة التدريبية.	97
17	أعمدة بيانية تبين أنواع الإصابات التي تحدث خلال التدريب.	98
18	أعمدة بيانية تبين وجوب تدخل المدرب عند وقوع الحادث.	99
19	أعمدة بيانية تبين دور إتقان أساليب التدخل بالنسبة إلى المدرب.	100
20	أعمدة بيانية تبين مبررات عدم تدخل المدرب كمسعف.	101
21	أعمدة بيانية تبين مدى تحمل المدرب المسؤولية عند وقوع حادث خلال حصة تدريبية.	102
22	أعمدة بيانية تبين المسؤول عن الإسعاف عند وقوع الإصابة.	103

23	أعمدة بيانية تبين توفر الأدوات والمستلزمات الطبية الضرورية في المؤسسة الرياضية.	104
24	أعمدة بيانية تبين مدى توفر أدوات الإسعافات الأولية في المؤسسات والمركبات الرياضية.	105
25	أعمدة بيانية تبين أهمية الأدوات المحصل عليها.	106
26	أعمدة بيانية تبين نوع الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة داخل المؤسسة الرياضية.	107
27	أعمدة بيانية تبين تدابير عملية لإيجاد المدرب القادر على التدخل ميدانيا كمسعف متمكن.	108

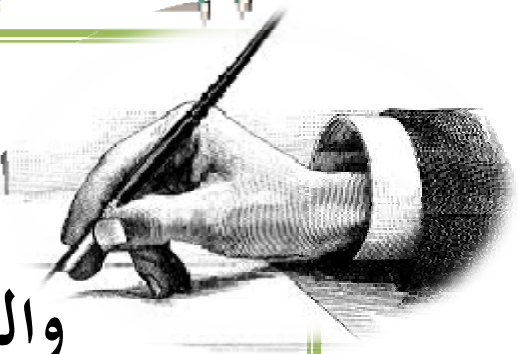
مقدمة:

إن الجانب الصحي يكتسي طابعا بالغ الأهمية، حيث أن الصحة هي أغلى ما يملكه المرء، كما أن الشباب الصحيح السليم هو القادر على بعث الحياة في أي أمة وقيادا نحو السعادة والازدهار.

لذلك فقد ظهرت علوم حديثة كثيرة تعنى بصحة الإنسان والحفاظ على كيانه، ومن المستحيل رعاية الرياضيين رعاية صحية فعالة إذا كانت مبادئ حفظ الصحة عرضة للانتهاك في الحياة الرياضية أو مجهولة لدى المدربين، حيث تعتبر النوادي الرياضية نواة حية تساهم في دفع أشغال اتـ مع، وبما أا أحد الميادين التي تجرى فيها أحداث النشاط الرياضي فإن اللاعب أو الرياضي معرض لحوادث وإصابات نتيجة الحركات المختلفة والاحتكاك مع الآخرين، إلا أن الحركة في الرياضة ضرورة وفطرة، وهنا يبرز دور المدرب الرياضي الذي من واجبه الحفاظ على أمن وسلامة اللاعبين ووقايتهم من أسباب الحوادث بشتى الطرق والوسائل، كما أنه في حالة وقوع إصابة على المدرب التدخل بفعالية لإسعاف اللاعب المصاب، فالإسعاف وسيلة للفعل التدريبي .

ومن الملاحظ ميدانيا أنه وبالرغم من أهمية الإسعافات الأولية وضرورا إلا أا لا تلقى الاهتمام اللازم من طرف المعنيين بالأمر فنلاحظ غياب ادني الوسائل لممارستها وكذا غياب برامج التوعية والتكوين، إضافة إلى أننا نادرا ما نجد المدرب الرياضي المؤهل الذي يجيد عملية الإسعافات الأولية، الأمر الذي جعلنا نقف على هذه الظاهرة لكشف الهوة الموجودة بين النظري والتطبيقي في هذا ال، محاولين توضيح بعض المفاهيم والممارسات التي من شأا مساعدة المدرب في عمله، ولفت انتباه المعنيين لأهمية هذا الجانب قصد تحسين ظروف التكوين و الممارسة.

الفصل الأول



الخلفية النظرية والدراسات السابقة

V المدر ب الرياضي:

1-مفهوم المدر ب الرياضي:

يمثل المدر ب الرياضي العامل الأساسي والهام في عملية التدريب كما يمثل أيضا أحد أهم المشاكل التي تقابل الرياضة والمسئولين عنها سواء في الأندية أو على مستوى المنتخبات الوطنية فهم أغلبية وبكثرة ولكن من يصلح؟ فتلك هي المشكلة، فالمدرب المتميز لا يصنع بالصدفة بل يجب أن يكون لديه الرغبة للعمل كمدرب، يفهم واجباته ملم بأفضل وأحدث طرق التدريب وأساليبه وحاجات لاعبيه، متبصرا بكيفية الاستخدام الجيد لمعلوماته الشخصية وخبراته في مجال لعبه واختصاصه.**(علي ألبيك فهمي وعماد الدين عباس:2003،ص5).**

2-شخصية المدرب وخصائصه:

تلعب شخصية المدرب الجيد دورا هاما في نجاح عملية التدريب ولابد لكل من يريد أن يعمل في مجال التدريب كمهنة أو وظيفة أن يتصف بخصائص ومميزات تتضمن ما يلي:

2-1-الصفات الشخصية للمدرب: .(علي فهمي البيك وعماد الدين عباس:2003،ص،6ص،7)

-أن يكون شخصية تربوية متطورة التفكير وطني مخلص لوطنه يعلم دور الرياضة في اتمع

-أن يتسم بشخصية متزنة، متعقلا في تصرفاته ليحوز على احترام الجميع.

-أن يتميز بالضبط والاتزان الانفعالي، قادرا على ضبط النفس أمام لاعبيه، يتقبل المناقشة بصدر رحب بعيدا عن الانفعال والتعصب

-أن يتمتع بالذكاء الاجتماعي، وهدا يعني قدرته على التعامل الجيد مع الغير خاصة الذين لديهم علاقة بعملية التدريب من إدارة النادي وأعضاء الأجهزة الفنية والإدارية المعاونة له ومع الحكام والجمهور...الخ

-الحكم الصائب على الأمور والعدالة في تصرفاته وحكمه على المشاكل والأفراد

-أن يكون مظهره العام يوحي بالاحترام والثقة وقوة التأثير الإيجابي على الغير.

-يتميز بروح التفاؤل واثقا من نفسه وتصرفاته.

-لديه القدرة على بث روح الحماس وخلق الدافعية لدى لاعبيه.

-له فلسفة متميزة في الحياة بصورة عامة،وفي عملية التدريب بصفة خاصة.

-أن يكون مقتنعا بعمله كمدرب محب له، ولكل من يعمل معه مقدرا لدوره،ولديه الاهتمام الصادق بأهمية التدريب كعامل.

-أن يكون متمتعا بلياقة بدنية وصحية ونفسية متميزة.

-لديه القدرة على التعبير وتوصيل المعلومات بسهولة إلى اللاعبين وجميع من يتعاملون معه.

-شجاعا لديه القدرة على تحمل المسؤولية

2-2-الصفات المهنية للمدرب الرياضي: (علي فهمي البيك وعماد الدين عباس أبو زيد2003، ص16).

- الخبرة السابقة كلاعب، بمعنى أن يكون قد مارس اللعبة عدة سنوات، وشارك في البطولات التي ينظمها إتحاد اللعبة.
- أن يكون حاصلا على شهادة تعليمية متوسطة على الأقل حتى يمكن تتبع الدراسات التدريبية المتخصصة في مجال لعبته،وقادرا على أن يؤهل نفسه علميا بقراءة كتب متخصصة.
- المعرفة الجيدة بنوع النشاط الممارس(اللعبة)كمعلم، والمعرفة الجيدة للعلوم التي تتعلق بعملية التدريب.
- يفضل أن يكون ملما بأحد اللغات الأجنبية التي تسمح له بالاطلاع على أحدث المراجع والتحدث ا.
- يجب عليه أن يتمتع بقدر عالي من التأهل المهني في مجال التدريب، فكل ما زاد تأهل المدرب مهنيا كلما زاد إنتاجه من حيث الرقي بمستوى لاعبيه.
- يداوم على الاشتراك في دورات تدريبية (محلية أو دولية) مرتبطة بمجال تخصصه.

2-3-الصفات الصحية للمدرب الرياضي:

- أن يكون متمتعا بالصحة الجسمية ويدل مظهره على النشاط.
- أن يقوم بالفحوص الطبية الدورية بصفة منتظمة في بداية الموسم.

- أن يتمتع بقدر عال من مستوى اللياقة البدنية بصورة تمكنه من أداء الحركات و النماذج أثناء التدريب و كذلك المباريات التجريبية ، ويكون على مستوى من المهارة الحركية يسمح له بأداء النماذج المطلوبة.
- أن يكون نموذجا في إتباع البرامج الغذائية والصحية كي يستطيع القيام بمهام عمله، ويحتذي به جميع اللاعبين ويرون فيه مثلهم الصحي الفريد.
- أن يكون ممارسا لأي نشاط رياضي مخالف لنوع الرياضة التي يقوم بتدريبها، للراحة الذهنية عناء التدريب
- **2-4-الصفات الفنية للمدرب الرياضي:(علي فهمي البيك وعماد الدين عباس أبو زيد:2003،ص20).**
- لديه القدرة على تقديم الدعم النفسي للاعب في مواجهة الظروف الصعبة والمعقدة سواء في التدريب أو في المنافسات.
- لديه القدرة على تحليل أخطاء اللاعب بصورة منطقية وموضوعية للاستفادة من أدائه وقدراته الكامنة.
- لديه القدرة على اتخاذ القرار تحت ضغط المنافسة بكل هدوء وتركيز وروية.
- القدرة على تحويل الفشل إلى موقف نجاح.
- لديه القدرة على الوصول باللاعب لقمة أدائه في توقيت المنافسة.
- تحديد الهدف المراد تحقيقه مع الفريق، فمثلا هل الهدف الحصول على البطولة؟ هل الحصول على الترتيب متقدم بالدوري؟ ...الخ، ومن الضروري ألا يغالي المدرب في تحديد هدا الهدف، بل يجب عليه وضع هدف واقعي يمكن تحقيقه وفقا للإمكانات المتاحة وقدرات لاعبي الفريق.
- تحديد متطلبات خطة التدريب من أدوات وأجهزة ومعسكرات...الخ.
- تحديد الاحتياجات من قوى بشرية معاونة مع تحديد مسؤوليات وواجبات كل فرد فيها
- وضع برنامج زمني يوضح فيه خطوات وإجراءات وتنفيذ خطة التدريب السنوية.
- وضع معايير تقويمية للتعرف على طرق القياس على مستوى تحقيق التدريب للأهداف المرحلية(الأغراض) لكل مرحلة زمنية من فترات التدريب السنوية، وتعديل مسار العمل التدريبي لتحقيق الأهداف إدا كان هناك قصور في تحقيق هده الأهداف.
- أن يكون لديه القدرة على اختيار أنسب الطرق لتحقيق الأهداف.
- أن يكون ملما بالطرق العلمية والوسائل الفنية والأدوات الحديثة.
- أن يكون شخصا لديه القدرة على الإبداع في إخراج وحداته التدريبية.

- الذكاء في وضع خطط التدريب واللعب الجيد.
- أن يتميز بمستوى عال من حيث الخلق، ومستوى عالي من الفهم والذكاء والقدرة على الابتكار.
- أن يكون متمتعا بمستوى عال من القدرات العقلية بما ينطوي عليه من إمكانية الربط والتحليل وحل المشكلات، وتكون قدراته العقلية محل تقدير اللاعبين وجميع أفراد الأجهزة المعاونة له، مما يترتب عليه أن تكون تعليماته ذات قناعة لديهم، وبدلك يكون تأثيره قويا على اللاعبين.
- أن يكون قائدا محبوبا لا رئيسا متسلطا، عادلا في معاملة لاعبيه حازما بدون تكلف بدرجة واجبة كقائد ومعلم تربوي.
- أن يكون قادرا على سرعة الفهم والإدراك لكل المواقف التي تمر به.
- أن يكون قادرا على تقديم خبراته التدريبية باستمرار، يقوم بتقويم أدائه بعد كل موسم تدريبي حتى يمكنه زيادة صفاته الجيدة وإصلاح ما يجده من بعض النقص أو القصور أو السلبيات حتى يرتفع بمستوى أدائه، فعملية التقويم التي ـا المدرب لنفسه الواثق من نفسه وعمله والدي يريد أن يرتفع مستواه ويصل في يوم من الأيام إلى الأداء المثالي والدي يجعله محط أنظار جميع من يعمل في مجال تدريب لعبته.
- أن يكون شخصية منظمة في جميع تصرفاته سواء في حياته العامة أو الخاصة ومجال عمله.
- أن يكون نموذجا صالحا ومثلا للاعبيه من الناحية الخلقية،بعيدا عن التصرفات غير السليمة للرجل الرياضي كشرب الكحوليات والتدخين، والتلفظ بألفاظ نابية.
- أن تكون لديه القدرة على بث روح الجماعة بين اللاعبين وتقوية المحبة والأخوة الصادقة بينهم، ويبتعد عن كل ما يفرق بين اللاعبين لدلك يجب أن يكون عادلا في تعامله معهم، ومن أسوء صفات المدرب الرياضي أن يحابي لاعب أو أكثر عن آخرين، وأن ينصف له حق.

3-شخصية المدرب الناجح:

" إن نشاط المدرب هو نشاط بيداغوجي،و البيداغوجي يكون الشخصية ويحول نفسية الإنسان في ثقته بنفسه وسلوكا ته، كل هده النشاطات تنطبق على أساس فعاليات ونشاط شخصية المدرب الفعال، والمعرفة الجيدة للإنسان هي التي تسمح باستيعاب مجموع العلوم الإنسانية، المدرب هو الذي يتكفل بتدريبات الفريق"(**lopedique,1972,p.332).**

" كثيرا ما نسمع أن قوة فريق ما تكمن في شخصية مدربه، وعمله المستمر والفعال فوق أرضية الملعب وخارجه، كما يجب على المدرب أن يكون على دراية شاملة بكل الأشياء التي تسبب له ردود أفعال متشددة أو بالأحرى العقد النفسية التي تؤثر بالسلب على معنويات ونتائج الفريق إدا هو مرغم على اكتساب معارف سيكولوجية دقيقة تساعده على تصفية وتطهير الحالة النفسية للفريق، وكدا الجو النفسي للفريق"**(باسم فاضل عباس العراقي: 1993،ص40ص41).**

كما أن شخصية المدرب الناجح ترتكز أساسا على مكونات وخصائص نفسية محددة مثل الشجاعة، الثقة بالنفس، التمعن، التحكم في الفريق لكي يحافظ على تماسكه ووحدته.

كما توجد هناك خصائص أخرى لها تأثير خاص على الشخصية مثل المداومة والمواصلة في تطبيق البرنامج السنوي والمبادرة الشخصية لإيجاد الحلول للمشاكل، المثابرة في العمل لتفادي الركود واليأس والقلق، زيادة للاتخاذ القرار المناسب، بحيث أن كل هده الخصائص النفسية تتشكل كلا متكاملا، وهي الشخصية القوية للمدرب والتي تسمح له بالتسيير الحسن للفريق، والوصول إلى تحقيق الأهداف المسطرة.

4-واجبات المدرب الرياضي:

بم ا أنه هو أقرب الأشخاص إلى اللاعبين والدي يعرف قدرلم وإمكانيلم وما توفره له المؤسسة الرياضية من إمكانيات مادية أو بشرية ودلك وفق أهداف محددة واضحة مدروسة.

وإذا كانت عملية التدريب في أي مؤسسة رياضية دف إلى الوصول باللاعبين إلى أعلى المستويات الرياضية وفقا للمرحلة التي يتم تدريبها، فإنه يتطلب من المدرب إتقانه للمعارف والمعلومات العامة والخاصة والمرتبطة بالنشاط الرياضي الممارس.

ويتطلب التخطيط الرياضي لعملية التدريب الإلمام التام بالأسس النظرية والعلمية لعلم التدريب الرياضي، فإنه لابد من الاشتراك في الدورات التدريبية التي تتم في الدول المتقدمة رياضيا.

بالإضافة إلى الاستفادة من الإمكانيات الهائلة في استخدام تكنولوجيا المعلومات في هدا الميدان، بالإضافة إلى أهمية نتائج الأبحاث العلمية التي تتم في مجال التدريب وكذا الاستفادة من العلوم المرتبطة بالتدريب الرياضي.**(يحي السيد الحاوي، 2001، ص16).**

تنفيذ عملية التدريب تتوقف عملية التدريب الرياضي على مدى استفادة اللاعبين من قدرات المدرب الذي يتولى تنفيذ عملية التدريب والدي يستطيع أن ينقل معارفه، وإكسالم الجوانب الفنية والبدنية التي تسهم في الارتقاء بقدرلم وتحسينها، لدا وجب على المدرب عند قيامه بتنفيذ عملية التدريب مراعاة ما يلي:

4-1-المبادئ الفسيولوجية لعملية التدريب الرياضي: وتعني أن المدرب لابد أن يراعي في تطوير قدرات لاعبيه الجوانب الفسيولوجية والتي تساهم بشكل رئيسي في تطوير القدرات ومن هده المبادئ:

4-2-تنوع التدريبات المختارة وفقا لصيغة الهدف من التدريب: حيث توجد تمرينات فردية وأخرى زوجية، تم تمرينات بالأدوات وأخرى بغير أدوات، تمرينات هوائية وأخرى لا هوائية،عامة وخاصة، إذن لابد أن يراعي المدرب في عملية تنفيذ البرنامج التحديد الأمثل للتدريبات المناسبة وفق قدرات اللاعبين وضعية المرحلة التدريبية والهدف المراد الوصول إليه.

4-3-مبدأ زيادة الحمل البدني: ويعتبر هدا المبدأ الفسيولوجي الهام من المبادئ الأساسية في الارتقاء بقدرات اللاعبين، حيث أن الثبات على مستوى معين من الأداء لفترات طويلة لا يساعد على الارتقاء بقدرلم لدلك فإن زيادة الحمل أمر مطلوب وهام عند تنفيذ عملية التدريب.

4-4-مبدأ التدرج في زيادة الحمل: إدا كانت زيادة الحمل أمرا هاما وضروريا للارتقاء بمستوى اللاعبين فإن الأمر مرهون بقدرة المدرب على التدرج في تنفيذ هدا المبدأ، حيث أن التدرج بزيادة الحمل، أمر هام وضروري وخاصة مع المبتدئين والناشئين الرياضيين، ومن الأخطار التي تنجم عن زيادة الحمل فجأة ودون مقدمات أو دون أسلوب التدرج هو حدوث ظاهرة الحمل الزائد، وهدا له خطورته في مجال التدريب والدي يبعد اللاعبين فترات طويل عن الملاعب.

4-5-التنمية الشاملة: لها أكثر من معنى فقد تعني في مراحل الإعداد الأولي" إعداد شامل لجميع أجزاء جسم تعني في فترة الإعداد البدني العام تنمية الصفات البدنية العامة للجسم ككل بحيث تشمل التنمية جميع هده المكونات، وبالتالي يستطيع المدرب تجهيز لاعبه في فترة الإعداد الخاص بكفاءة عالية، ويكون اللاعب قادرا على تنفيذ الواجبات المحددة له بكفاءة واقتدار.

4-6-مراعاة الفروق الفردية: ويعتبر هام وأساس عند تنفيذ عملية التدريب لأن اللاعبين يختلفون فيما بينهم سواء في القدرات البدنية والوصفية أو المهارية وكدا النواحي النفسية، إذن مراعاة هده الجوانب في التدريب يمثل أحد العوامل

الهامة في نجاح المدرب، وهدا يمكنه من تنفيذ عملية التدريب دون حدوث شكوى من اللاعبين وبدلك تمكن كل لاعب من تنمية قدراته العامة والخاصة والوصول إلى مستوى أفضل في النواحي الفنية لنشاط الممارس.

4-7-رعاية اللاعبين: يجب على المدرب الرياضي من التعرف على العوامل التي قد تؤثر قدرات لاعبيه، الدين هم أحوج الناس إلى الرعاية سواء في الجانب البدني أو الصحي أو النفسي وحيث أن التدريب الرياضي في الموا قف التنافسية أثناء المباريات قد تسبب ضغط عصبي ونفسي كبير على اللاعبين وقد يستجيب اللاعب لهده الضغوط مما يقلل من قدراته ومجهوداته، وتساهم بصورة مباشرة على مستوى أدائه، لدا ينبغي على المدرب الرياضي معرفة هده المؤثرات والضغوط التي يواجهها اللاعب، ويعالجها حتى لا يؤثر عليه سلبا في المنافسات ومن هده الضغوط على سبيل المثال، موقف الغرق في جدول المسابقة، تشاؤم الجماهير، مواقف الإدارة السلبية، عصبية المدرب ومساعده، عدم التوفيق في الأداء.**(يحي السيد حاوي:2001، ص18ص17).**

4-8-التقويم الشامل: ويقصد به معرفة جميع أوجه القصور والنقص في المتغيرات المؤثرة على عملية التدريب والتعرف على نقاط القوة فيها وتطويرها ومعالجة أوجه القصور والضعف فيها، وكما أوضحنا من قبل بأن رياضات المستويات العالية لا يقتصر التقويم فيها على عملية التدريب بما تحققه من نجاح أو فشل المباريات بل يتعدى دلك جميع العوامل المؤثرة والمرتبطة ا، ويفضل في هدا الجانب الاستعانة بتقارير فنية من المعاونين للمدرب سواء أخصائي اللياقة البدنية أو الأخصائي النفسي أو المدير الإداري وكذلك أخصائي التغذية بالنادي حتى يستطيع المدرب أن يضع تصورا متكاملا من جميع النواحي وبالتالي يكتب لعملية التدريب النجاح.

V الإصابات الرياضة:

2-1- 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 كالاصطدام بزميل أو الأرض أو أداة مستخدمة.

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

ج- مؤثر داخلي : مثل تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والملاح. **(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 مثلا بجسم لاعب منافس، أو سقوط اللاعب فجأة أثناء الأداء كما في الجمباز مثلا، أو أثناء أداء مهارة حركية في كرة القدم أو كرة اليد وفقد اللاعب لتوازنه وقد تحدث نتيجة لعمليات العدوان الرياضي والعنف أثناء المنافسات الرياضية.

- **الإصابة النفسية:**

الإصابة النفسية هي عبارة عن صدمة Trauma نفسية نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتب بالمال 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 علاوي: 1998، ص14- 17).**

2-2- تصنيف الإصابات الرياضية:

لقد تم تقسيم الإصابات الرياضية وفق أسس مختلفة هي:

- تقسيم الإصابات الرياضية على حسب السبب الذي أدى إلى تلك الإصابة.
- تقسيم الإصابات الرياضية على حسب شدة الإصابة.
- تقسيم الإصابات الرياضية على حسب نوع الجروح الناتجة (مفتوحة أو مغلقة).
- تقسيم الإصابات، الرياضية على حساب درجة الإصابة
- تقسيم الإصابات، الرياضية على وفقا لمكان الإصابة.

2-2-1-حسب السبب :

تقسم الإصابات الرياضية على حسب السبب إلى قسمين أساسيين هما:

الإصابات الأولية و الإصابات الثانوية.

2-2-1-1 - الإصابات الأولية: (سميعة خليل محمد: 2007 ص 13).

تحدث في الملاعب، نتيجة جهد عنيف أو التعرض لحادث غير متوقع و هي تمثل النوع الرئيسي للإصابات وتقسم إلى ما يلي:

- إصابات ذاتية (شخصية)يسببها اللاعب نفسه .
- إصابات بسبب عوامل خارجية (اللاعب المنافس، الأجهزة و الأدوات).
- إصابات بسبب عوامل داخلية (تغيرات داخل أنسجة الجسم بسبب التدريب المستمر).

2-2-1-1-1- الإصابات الذاتية (الشخصية):

تحدث نتيجة لخطا ما في التكنيك نظرا لوقوع اللاعب تحدث أنواع متعددة من الضغوط النفسية والفسيولوجية خاصة عندما يحاول اللاعب الارتفاع بمستوى العبء البدني و الذي يرتبط باستخدام الحركات الفجائية الحادة وتحدث الإصابة لوقوع أو وجود خلل في التوافق أثناء أداء تلك الحركات الحادة و عل أية حال فإن هناك إصابات داخلية تكون بطبيعته حادة قد بنيت أو جاءت نتيجة لوقت طويل مثل ألام أسفل الظهر.

إصابة الأصابع و كثير من الإصابات المزمنة و التي تحدث نتيجة لتكرار أعباء أو ضغوط معينة و التي لا يعطى لها وقت كاف للالتئام أو الشفاء عند حدوثها لأول مرة. **(محمد عادل رشدي:1995، ص48).**

2-2-1-1-2- الإصابات الخارجية:

عادة ما تكون مفاجئة و سريعة و مؤلمة ذلك لأن قوة الإصابة تكون أكبر من قدرة اللاعب على التحمل و تحدث نتيجة لعوامل خارجية مثل اللاعب المنافس أو الأدوات المستخدمة.

وتكثر مثل هذه الإصابات في الرياضات ذات الاحتكاك البدني سواء الجماعية مثل لعبة كرة القدم أو الفردية مثل المصارعة وغيرها ، وهي أن الإصابة تحدث عن طريق اللاعب الأخر مما قد يؤثر على اللاعبين معا كما أن القوة الناتجة وقوة رد الفعل تكون اكبر خاصة إذا كان النشاط الممارس يتطلب الحركة السريعة **(عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، ص 23-24).**

2-2-1-1-3- الإصابة الداخلية:

تحدث نتيجة تغيرات الأنسجة في الجسم جراء التدريب المستمر والتكرار الجهد إلى حد الإعياء مما ينتج عنه تراكم الفضلات والأحماض تؤدي في الأخير إلى خلل وضيفي في الأنسجة .

إذ أن استمرار بذل لهود الرياضي يؤدي إلى انتفاخ العضلة نتيجة زيادة سرعة جريان الدم وزيادة حجم السوائل الأخرى داخل الأنسجة ، وهنا يجب الركون إلى الراحة حتى يتمكن الجسم من تصريف تلك السوائل وإذا استمر اللاعب في بذل ا لهودات البدنية دون أخذ قسط من الراحة فانه يصل إلى درجة الإرهاق التي ينتج عنها ما يسمى بالتليف العضلي الأمر الذي قد يفقد العضلة وضيفتها كاملة أو جزء منها على الأقل .

وتحدث الإصابات الداخلية أيضا بسبب بعض المضاعفات فمثلا عند كدمة العضلة الشديدة قد يحدث ترسب الخلايا العظمية داخل العضلات مما يحولها إلى كتلة عظمية فتفقد وضيفتها الحركية (ذلك عندما يحصل هرس الألياف العضلية بين جسمين صلبين ، الجسم الصلب المسبب للكدمة والعظم من الداخل).

وقد تحدث هذه الإصابات أيضا نتيجة علاج أوتار الإصابة أولية خاصة في الحالات الحقن الموضعي في حالات إصابات بالتهاب الأوتار والأربطة والمفاصل.**(سميعة خليل محمد، 2007، ص13.).**

2-2-1-2- الإصابات الثانوية:

تحدث الإصابات نتيجة الإصابة الأولية أو بسبب علاج خاطئ لإصابة أولية أو عدم اكتمال العلاج لها وتؤثر على مكان أخر غير مكان الإصابة، وتكون هذه الإصابة معقدة ومركبة فمثلا يمكن ملاحظة آلام الركبة (دون إصابتها) عند إصابة القدم .

يمكن لتشوهات الخلقية التي أهمل علاجها أن تؤدي لإلى ألام و تشنجات عضليةعند قيام بمجهودات بدنية كبيرة،فمن المعروف أن الزوائد العظمية في القدم تسبب ألاما على مستوى عضلة الساق التو أمية

كما أن الرجل القصير بعد حالة الكسر مثلا تؤدي إلى حدوث انحراف جانبي بالعمود الفقري قد يكون بسيط أو مركب و النتيجة حدوث الألم في أسفل الظهر.**(محمد عادل رشدي، 1995ص 18).**

من هنا يتضح مدى أهمية الفحص الكامل للمصاب فلا نكتفي بفحص مكان الإصابة كما أن علاج مثل هذه الإصابات يتطلب معرفة نوع الإصابة الأولية التي سبق و تعرض لها اللاعب.

2-2-2- حسب شدتها:

تصنف الإصابات تبعا لشدا إلى أربع درجات:

2-2-2-1- إصابات خفيفة : الكدمات، التقلصات البسيطة، السحاجات الجلدية، الالتواءات البسيطة التي لا تنتج عنها أي مضاعفات .

- **أعراضها :** الم لحضي لا يدوم فترة طويلة .

- **مدة الشفاء:** لا تعوق اللاعب عن الاستمرار في التدريب أو المباراة. **(عبد السيد أبو العلاء: 1986، ص173).**

2-2-2-2- إصابات متوسطة : الكدمات الشديدة التي لا تصاحبها مضاعفات، التمزقات العضلية البسيطة، الالتواءات المفصلية الشديدة والبسيطة والجروح الخفيفة .

- **أعراضها :** الم مستمر نسبيا عن الدرجة السابقة ، ورم بدرجة بسيطة ، خلل خفيف في ميكانيكية الحركة في الأداء الرياضي ولكنه لا يظهر في الحياة العادية ا واو التدريبات الخفيفة .
- **مدة الشفاء:** يستغرق الشفاء الوظيفي حوالي عشرة أيام، بينما يتم الشفاء التشريحي بعد حوالي خمسة عشرة يوم **(عبد السيد أبو العلاء: 1986، ص 174).**

2-2-2-3- إصابات شديدة: الكدمات الشديدة التي تصاحبها مضاعفات ،كالتجمع الدموي والالتهابات المفصلية العضلية ، التمزقات العضلية الشديدة ، الكسور الخلع الجزئي ، التمزقات الجزئية للأربطة والمفاصل ، التمزقات الخفيفة للغضاريف (مفصل الركبة).

- **أعراضها :** الم شديد ، ورم ملحوظ الدرجة وقد يصحبه تغير في لون البشرة ، محدودية الحركة في ظروف الحياة العادية .
- **مدة الشفاء:** تقرر وفقا لتقدير الطبيب ولكنها غالبا ما تستغرق ما بين ثلاثة وأربعة أسابيع، وهي مدة متضمنة في الشفاء الوظيفي و التشريحي **(عبد السيد أبو العلاء:1986، ص175).**

2-2-2-4- إصابات خطيرة: التمزق العضلي الكامل، الخلع الكامل وخاصة مفصل الكتف والمرفق وتزداد نسبة الخطورة بالنسبة للرياضات التي تستخدم فيها الذراعين بصفة أساسية :دفع الجلة، كرة اليد، الطائرة، السلة ...الخ، تمزق غضاريف الركبة، الكسور المضاعفة والشديدة والمصحوبة بأنسجة الجسم الداخلي الهامة.

- **أعراضها :** الم غير محتمل في غالب الأحيان ، ورم شديد يظهر فور وقوع الإصابات الكسور والكدمات الشديدة والخلع وتمزق الغضروف ، وقد يبدو تشوه العضو في غالب الأحيان ، محدودية الحركة شلل في بعض الإصابات المرتبطة بالمخ والأعصاب الفرعية (إصابات الرأس والعمود الفقري).

- **الأعراض المصاحبة :** غالبا ما يصاحب الإصابات الخطيرة بعض الظواهر الأخرى والتي قد تمثل كل منها إصابة مصاحبة قائمة بذاتها لها أعراض خاصة ومن أمثلتها : الصدمة العصبية ، النزيف الداخلي والخارجي**(عبد السيد أبو العلاء : 1986، ص 475) .**

2-3-2-حسب نوع الجروح الناتجة (مفتوحة أو مغلقة):

تقسم الإصابات الر ياضية على حسب نوع الجروح الناتجة عنها إلى قسمين أساسيين هما:

إصابات مفتوحة مثل الجروح وإصابات مغلقة مثل الكدمات والتمزقات العضلية وغير ذلك من الإصابات غير مصاحبة بجروح.

2-2-4-حسب درجتها:

تقسم الإصابات الرياضية على حسب درجتها إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

2-4-2-1- إصابات الدرجة الأولى:

وقصد ـا البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة ، وتشمل حوالي 80-90 % من الإصابات مثل السحاجات و الرضوض والتقلصات العضلية .

2-4-2-2- إصابات الدرجة الثانية:

يقصد ـا الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي أسبوع إلى أسبوعين وتمثل غالبا حوالي 80_90 % من مجموع الكلي للإصابات الرياضية ومن أمثلتها التمزق العضلي وتمزق الأربطة والمفصل.

2-4-2-3- إصابات الدرجة الثالثة:

ويقصد ـا إصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر، وهي وان كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنا خطيرة مثل الكسور بأنواعها، الخلع، إصابات غضروف الركبة والانزلاق الغضروفي بأنواعه.....الخ **(أسامة رياض: 1999، ص23).**

والجدول رقم (1): يوضح أنواع الإصابات الرياضية السابق ذكرها:

نوع الإصابة ومميزاا / أسس التصنيف	نوع الإصابة	مميز اا
على حسب السبب	الأولية	ذاتيه يحدثها اللاعب بنفسه نتيجة خطاء في التكنيك نظرا لزيادة الضغوط النفسية أو الفسيولوجية .
		خارجية تنتج عن العوامل الخارجية (اللاعب المنافس أو الأدوات المستخدمة) وتكون سريعة ومفاجئة وقوية .
		داخلية تحدث نتيجة تغيرات في أنسجة الجسم جراء التدريب المستمر .
	الثّانوية	تحدث نتيجة إصابة أولية أو بسبب علاج خاطى لإصابة أولية أو عدم اكتمال العلاج لها وتؤثر على مكان أخر غير مكان الإصابة .
على حسب الشدة	البسيطة	مثل التقلصات العضلية والسحجات والشد العضلي .
	المتوسطة	مثل التمزق العضلي
	الشديدة	. مثل الكسور والخلع والتمزق العضلي .
نوع الجروح الناتجة على حسب	مفتوحة	وتشمل الإصابات الرياضية التي تنتج عنها جروح مفتوحة مثل الجروح والحروق.
	مغلقة	وتمل الإصابات الرياضية التي تنتج عنها جروح مغلقة

حسب درجتها	الدرجة الأولى	وتشمل الإصابات الرياضية التي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من مواصلة الأداء مثل السحاجات و الرضوض
	الدرجة الثانية	وتشمل الإصابات الرياضية شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب عن الأداء لمدة لا تفوق أسبوعين مثل التمزق
	الدرجة الثالثة	و تشمل الإصابات الرياضية شديدة الخطورة و التي تعيق اللاعب عن ممارسة الأنشطة البدنية لمدة تفوق الشهرين مثل الكسور

2-2-5-حسب مكان حدوثها: تصنف إلى:

2-2-5-1- إصابات الجلد:

تعتبر إصابات الجلد من بين أكثر الإصابات شيوعا فالجلد يمثل الطبق الخارجية التي تغطي الجسم وهي أول جزء يتأثر من جراء الإصابة الرياضية ومهما كان تأثرها، وقد تحدث الإصابة في هذه الطبقة على شكل جروح أو كدمات أو حروق أو نزيف.

في كثير من الأحيان يكون الأثر على الجلد هو النتيجة الأساسية للإصابة أما في بعض الحالات الأخرى تكون الإصابات الخارجية أقل بكثير مما هي عليه في داخل الجسم و في كلتا الحالتين فان الإصابة الخارجية هي العلامة المميزة على وجود الإصابة الرياضية و فيما يلي أهم الإصابات التي يمكن أن تحدث للجلد :

2-2-5-1-1- الجروح:

- **تعريف الجروح:** يعرف الجرح على انه انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة خاصة الجلد فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء أما إذا كانت الثغرة كبيرة و تدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة فيسما نزيف.

- الأسباب المؤدية إلى حدوث الجو ح : .(عبد الرحمن عبد الحميد زاهر:2004، ص85).

ينتج الجرح عن تعرض الجسم لملامسة جسم خارجي حاد أو احتكاك بمواد صلبة و من بين أهم الأسباب المؤدية إلي حدوث الجرح أثناء الممارسة الرياضية نجد ما يلي:

-الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب.

-الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به.

-التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو بضرب الكرة في الإسكواش

-اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة.

-أنواع الجروح:

يمكن تقسيم الجروح على حسب حالة الجلد إلى:

- **الجروح المغلقة:** و هي إصابة الأنسجة بدون خلل في سلامة الطبقات السطحية للجلد و تشمل الكدم ، السحجات، الرضوض، التجمع الدموي.
- **الجروح المفتوحة:** و هي الإصابة التي تؤدي إلى تلف تشريحي في الطبقات السطحية للجلد و تشمل الجروح المتهتكة و الجروح النافذة و الجروح القطعية.

-علاج الجروح:

2-2-5-1-2- الحروق:

وهي نادرة الحدوث في المال الرياضي وينتج عنها إتلافا للأنسجة الحية وتسبب ألاما شديدة قد تؤدي إلى الوفاة بالصدمة العصبية، وتحدث نتيجة لعوامل مختلفة مثل الحرارة، المواد الكيميائية، التيار الكهربائي.

- أعراض الحروق:

تنقسم أعراض الحروق إلى قسمين أساسين هما:

أعراض عامة وأعراض موضعية.

- **الأعراض الموضعية:**

تزداد الأعراض الموضعية خطورة كلما زادت مساحة أو عمق الحروق ويمكن تقسيم الحروق حسب عمقها إلى ست درجات هي:

- **الدرجة الأولى:** احمرار الجلد.
- **الدرجة الثانية:** احمرار الجلد + فقاقيع.
- **الدرجة الثالثة:** تجلط جزئي لطبقة الجلد دون تأثر الغدد الدهنية.
- **الدرجة الرابعة:** احتراق جميع طبقات الجلد.
- **الدرجة الخامسة:** احتراق الجلد + العضلات.
- **الدرجة السادسة:** احتراق الجلد + العضلات + العظام.

- **الأعراض العامة:**

في حالة الحروق تصاحب الأعراض الموضعية بأعراض عامة مثل المصلحة الأولية أو العصبية والتسمم الحاد.

- علاج الحروق:

- **علاج الحروق البسيطة:**

شاش معقم ومرهم بينيسيلين أو سلفا ويربط مكان الإصابة، أما أذا وجدت فقاقيع تزال وتنظف بمحلول ملح معقم ثم ينشف المكان ويوضع مرهم بينيسيلين ويربط.

- **علاج الحروق الشديدة:**

يتم إخضاع المصاب للإسعافات الأولية عن طريق وضع غيار معقم على المكان المحترق وتزويد المصاب بمنبهات للجهاز التنفسي والدوري ومصل مضاد للتيتانوس، وبعدها يلف المصاب ببطانية وينقل فورا إلى المستشفى.

- **العلاج في المستشفى: .(أسامة رياض:2004 ،ص149)**

-يتم علاج الصدمة.

- تدفئة عامة.

– تنفس صناعي باستنشاق الأوكسجين وتعالج الحروق على حسب الدرجة

2-2-5-1-3- النزيف الدموي :

هو فقدان الدم خارج القلب والأوعية الدموية ويسمى النزيف الدموي نزيف دموي خارجي إذا ما تم فقدان الدم خارج الجسم. أما إذا تجمع الدم داخل الجسم فيسمى في هذه الحالة نزيف داخلي.

- أنواع النزيف تبعا لنوع الوعاء النازف:

ينقسم النزيف من حيث الوعاء النازف إلى قسمين هما:

النزيف الشرياني والنزيف الدموي.

- **النزيف الشرياني:** ويتميز ب:

- لون الدم يكون أحمر فاتح.

- يخرج الدم على شكل دفعات .

- الوعاء القاذف يكون سميك ودائري.

- **النزيف الوريدي:** ويتميز ب:

- لون الدم يكون أحمر قاتم.

- الدم ليخرج بشكل انسيابي.

- الوعاء الذي يخرج منه الدم يكون رقيق وبيضاوي.

- أعراض النزيف الدموي:

يتميز النزيف الدموي سواءا كان خارجيا أو داخليا بجملة من الأعراض يمكن تلخيصها فمائلي: سرعة فقدان القوة مصحوبا بدوار وإغماء لقلة أمداد المخ والمراكز الحيوية بالدم اللازم لها وقد يفقد المصاب وعيه.

- طنين في الأذنين واضطرابات في إبصار العينين.

-عسر في التنفس وذلك لعدم تمكن الجسم من الحصول على كفايته من الأوكسجين.

- قد يبدو على المصاب الضجر وعدم الاستقرار للحاجة للهواء ويحاول أن يجذب ما حول عنقه من ملابس.

-يأخذ النبض في الضعف.

- هبوط مستمر في ضغط الدم وذلك للإقلال من كمية النزيف.

انخفاض في درجة الحرارة فيبرد الجسم ويبلل بالعرق.

- شحوب وتان في الوجه والشفتين وانكماش في أوعية الجلد والأغشية المخاطية فيتسبب عن ذلك برودة هذه السطوح وتان لوا.

_ جفاف الفم والشفتين مع شعور بظمأ شديد .

فإذا ما شوهدت هذه الأعراض دون رؤية دم منظور وجب اعتبار الإصابة كأنا نزيف دموي داخلي شديد يستدعي عناية خاصة وتنقل فوري للمستشفى"**.(حياة عياد روفائيل:1986، ص73).**

- علاج النزيف الدموي:

تقدم للمصاب الإسعافات الأولية إلى حين وصوله إلى المستشفى ومن بين هذه الإسعافات الأولية نجد ما يلي:

- إيقاف النزيف بالضغط بقطعة من القطن المبلل بالكحول.

- رفع الطريف المصاب للأعلى ليقل الدم فيه بفعل الجاذبية الأرضية.

- في حالة النزيف الشرياني يتم الضغط على مكان النزيف بالأصابع لحين ربطه .

- يمكن إيقاف النزيف الشرياني أو التقليل منه بالضغط على المكان التشريحي للشريان المغذي للنزيف.

- ربط مؤقت فيما فوق الشريان المقطوع ويفك الرباط ويعاد ربطه كل ربع ساعة حتى الوصول الى المستشفى وذلك حتى لا تتأثر الأنسجة والشرايين تحت النزيف بالربط الدائم والذي قد يتسبب في بتر العضو المصاب بأكمله**.(أسامة رياض: 1998،ص151).**

2-2-5-2- إصابات الجهاز العضلي:

تعد الإصابات العضلات بأنواعها المختلفة من بين أكثر الإصابات حدوثا وانتشار في الوسط الرياضي أذا قد تصل معدلات حدوثها غالى ما يقارب 90% من لموع الكلي للإصابات الرياضية ، ويرجع ذلك غالى كون أن الجهاز العضلي هو الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات النشاط البدني الرياضي كما انه يعتبر مكون رئيسي في الجهاز الحركي للإنسان ،وفيما يلي أهم الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز العضلي :

2-2-5-2-1- الكدمات:

تعد الكدمة نوع من أنواع الإصابات المباشرة وتنتج عن الاحتكاك المباشر بين ألاعبين وزميل اخرر منافس اهو بين اللاعب وأداة أو جسم صلب ثقيل وأملس وتعتبر الكدمات أو الرضوض من بين الثر الإصابات شيوعا مقارنة بباقي الأنواع الأخرى فقد تصل نسبتها لوحدها بين (80-85%) من لموع العام للإصابات الرياضية .

-تعريف الكدم :

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

وتتميز الكدمات بالظهور الفوري للاتشاح الدموي مع الأ لم شديد في المنة الكدمة عميقة نسبيا فيصعب تحديد حجمها بالفحص الإكلينيكي وقد يصاحب ذلك إصابات بالأعصاب أو الأعضاء الداخلية وبذلك يزداد الأمر خطورة .**(أسامة رياض:1999،ص 113).**

-درجات الكدم:

تم تقسيم الكدم حسب شدة الإصابة إلى قسمين:_ كدم بسيط وكدام شديد

-الكدم البسيط وفيه يستمر ألاعب في الأداء ، ولا يصاحب بتغيرات فسيولوجية كبيرة في مكان الإصابة كما أن الجزء المصاب لا ترتفع حرارته .

-الكدم الشديد وفيه لا يستطيع اللاعب مواصلة الأداء ويصاحب بتغيرات فسيولوجية كبيرة في مكان الإصابة ، كما أن الجزء المصاب ترتفع درجة حرارته.

- أنواع الكدم :

تم تقسيم الكدم وذلك حسب طبيعة نسيج اليد تلقى الإصابة بالى خمس أنواع أساسية هي :

كدام الجلد - كدام العضلات - كدام العظام - كدام المفاصل - كدام الأعصاب .

- **كدم الجلد:** تم التطرق إليه مسبقا.
- **كدم العضلات:** يعتبر من أهم أنواع الكدمات وهذا لانتشاره في الوسط الرياضي ولأنه في حالة شدته قد يمنع الرياضي من مزاولة النشاط البدني الرياضي .

- **كدم العظام:** يحدث نتيجة إصابة مباشرة ويصيب العظام الموجودة تحت الجلد والغير مغطاة بطبقة عضلية مثل عظمة القصبة.
- **كدم المفاصل:** كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة لإصابة مباشرة ومن بين المفاصل.
- **كدم الأعصاب:** ويحدث نتيجة الإصابة المباشرة، ويصيب الأعصاب المكشوفة والقريبة من الجلد مثل:

- كدم العضلات :

كما ذكرنا سابقا فان كدم العضلات من بين اكسر أنواع الكدمات انتشارا في المال النشاط البدني الرياضي وينتج عن الإصابات المباشرة ويصاحب بتغيرات فسيولوجية في مكان الإصابة مثل الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد .

- أعراض كدم العضلات : (أسامة رياض:1998، ص34).

عند الإصابة بكدم عضلي فان ذلك يرافق بجملة من الأعراض نوجزها كالتالي:

- الم شديد في مكان الإصابة.

- يزداد الألم إذا حاول المصاب عمل انقباض عضلي أرادي ثابت أو متحرك (بالاستطالة) في العضلات المصابة.

- يحدث ورم مكان الإصابة بمجرد حصول الكدم ، وهذا الورم يحدث نتيجة لتمزق جزئي للشعيرات الدموية

- يزداد الورم تدريجيا خلال اليوم الأول للإصابة.

- ارتفاع درجة الحرارة الجزء المصاب بالكدم.

- تغير لون الجلد في الجزء المصاب فيبدأ باللون الأزرق ثم الأخضر ثم اللون الصفر ثم اللون الطبيعي للجلد بعد الشفاء من الكدم.

- الحد من وضيفة العضلات المصابة وصعوبة تحريكها نتيجة الألم الشديد الناتج عن النزيف الداخلي والورم الذي يضغط بدوره على الالتهابات في منطقة الإصابة مما يسبب الألم المصاحب للحركة.

- علاج كدم العضلات :

ينقسم علاج كدم العضلات إلى قسمين أساسيين هما:

- **أولا : إسعاف الكدم العضلي طبيا :** وذلك عن طريق :

- العمل على إيقاف النزيف الداخلي عن طريق موقف النزيف مثل الماء البارد أو الثلج وذلك لمدة يوم أو يومين بعد الإصابة كما يمكن استعمال المواد القابضة للأوعية الدموية والمخدرة.

- العمل على ربط مكان الإصابة بواسطة رباط ضاغط .

- إعطاء مسكنات الألم إذا استدعى الأمر ذلك وتبعا لوصفة طبية.

- لا يسمح للعضو المصاب بالقيام بنشاطه وحركاته وذلك خلال 24 إلى 36 ساعة وتبعا لشدة الإصابة.

ü ثانيا: العلاج التاهيلي للكدم العضلي :

يراعى في العلاج التاهيلي للكدم العضلي ظروف ألاعب والوسائل المتوفرة ومن بين وسائل العلاج التاهيلي نجد ما يلي:

§ الانقباضات العضلية الإرادية:

تعمل على تنشيط الدورة الدموية مكان الإصابة، كما أنا تساعد على استعادة النغمة العضلية ويمكن تمييز نوعين من الانقباضات العضلية الإرادية هما:

- انقباضات عضلية ثابتة والتي يقوم ا اللاعب والعضلة في نفس طولها.

- انقباضات عضلية إرادية متحركة والتي يقوم ا العاب مع تحريك المفصل الذي ترتبط به العضلات المصاب. وبصفة عامة ينبغي مراعاة مبدأ التدرج في الانقباضات العضلية وتتراوح مدة أدائها من أسبوع إلى 10 أيام تبعا لشدة الإصابة.

§ التدليك:

يفضل عدم التدليك في حالة الكدم ، لكن في حالة القيام به فانه يجب أن يتم بواسطة طبيب مختص .

§ الدهانات:

يفضل استخدام بعض الدهانات وذلك لتنشيط الدورة الدموية في مكان الإصابة ومن بين هذه الدهانات نجد المراهم

§ حمامات الماء الساخن :

تستعمل بعد حدوث يوم أو يومين من حدوث الإصابة وبدرجة يتحملها المصاب.

§ الأشعة الحمراء.

§ **الأدوية الطبية المزيلة للألم والمضادة للالتهاب والمزيلة للورم .**

- مضاعفات الكدم :

يحدث في بعض الحالات إهمال علاج وتأهيل الكدمات مما ينتج عنه أثار جانبية يمكن أن نذكر منها ما يلي:

* التهابات وتقيح أو صديد داخل العضلات مما يستوجب التدخل الجراحي.

* تجمع دموي أو تجلط دموي يستدعي التدخل الجراحي هو كذلك.

* ضمور العضلات وضعفها عند إهمال التمرينات العلاجية.

2-2-5-2-2- الشد والتمزق العضلي:

يعتبر الشد والتمزق العضلي من ا لإصابات الرياضية الهامة التي يمكن أن يتعرض لها اللاعب لأنا تعتبر من إصابات العضلات التي تعد الأداة المنفذة لمتطلبات الأداء الحركي.

القطع أو التمزق العضلي يمكن حدوثه إثناء العمل العضلي البدني في الملاعب أو في أوقات الراحة،ويحدث جزئيا أو كليا في داخل جسم العضلة المصابة أو عند منشأ العضلة"**.(أسامة رياض:1999،ص125).**

- تعريف الشد أو التمزق العضلي:

هو شد أو تمزق للعضلات أو الأوتار العضلية أو الكيس المغلف للعضلات نتيجة لعدم قدرة انقباض العضلة بالقدر المناسب لمقاومة قوة خارجية لحظة وقوعها أو بسبب القيام بحركة مفاجئة أو القيام بمجهود كبير والعضلة غير مستعدة لذلك**.(زينب العالم:1995، ص122)**

- أسباب الشد أو التمزق العضلي:

هناك عدة أسباب يمكن أن تؤدي إلى الشد أو التمزق العضلي ومن بين هذه الأسباب نجد ما يلي:

* الانقباض العضلي الشديد والمفاجئ.

* القيام بمجهود عضلي أكبر من قدرة تحمل العضلات .

* عدم التنسيق في تدريب اموعات العضلية.

* إهمال الإحماء وعدم التهيئة اللازمة للعضلات قبل قيام بالنشاط البدني الرياضي.

* القصر التشريحي للعضلات و عدم مطاطيتها بما يتلاءم مع متطلبات النشاط البدني الرياضي .

* إشراك اللاعب في الأداء و هو غير مكتمل الشفاء من إصابة مماثلة .

* إشراك اللاعب و هو مريض ببعض الأمراض مثل الالتهاب العضلي، تصلب الشرايين.....الخ

* تلقي ضربة شديدة و مباشرة للعضلة إلى درجة تؤدي إلى التمزق العضلي .

- درجات التمزق العضلي:

يمكن تميز نوعين من التمزق العضلي هما:

- **التمزق العضلي البسيط (الشد العضلي):**

وهو الذي في الكيس المغلف من الخارج (الغشاء الليفي الرقيق) وفيه يستمر اللاعب في الأداء ولكنه قد يشعر بأ لم بسيط بعد ذلك.

- **التمزق العضلي الشديد:**

وهو يحدث في الألياف العضلية ذالا أي في الجسم هو بطن العضلة أو في وتر العضلة أو في جزء فيها وفيه يشعر اللاعب بتوتر أو تقلص مكان الإصابة ويفقد القدرة على الحركة كليا أو جزئيا بحسب كمية الألياف الممزقة . ولا يستطيع اللاعب الاستمرار في الأداء **".(أسامة رياض:1998،ص45).**

- أعراض التمزق العضلي : تظهر اعرضا التمزق العضلي على النحو التالي:

* أ لم شديد في مكان الإصابة ويكون بسيط في حالة الشد العضلي بينما يكون شديد كالشعور بقطع اله حادة كما في حالة التمزق العضلي.

* عند التمزق العضلي يمكن سماع صوت فرقعة آو فرك في العضلة وذلك لحظة تعرضها للإصابة .

* فقدان العضلة لقدرا على الأداء الحركي، وقد يكون، هذا الفقدان جزئي أو كلي تبعا لشدة التمزق.

* تشكل ورم في مكان الإصابة .

* إصابة الأنسجة الضامة بين الألياف العضلية .

* حدوث نزيف داخلي مفاجئ ويتوقف حدوثه هو كذلك على حسب شدة التمزق العضلي في حالة التمزق الكامل يمكن رؤية فجوة مكان الإصابة وجسها، وعند الانقباض يتكور الجزء العلوي تحت الجلد.

- علاج الشد والتمزق العضلي: (زينب العالم:1995،ص123).

***** يتم علاج الشد والتمزق العضلي وفق الخطوات التالية :

***** وضع العضلات المصابة في وضع الانبساط لتقليل السالم .

* استخدام وسائل التبريد بعد الإصابة مباشرة للحد من النزيف

***** راحة كاملة للعضو المصاب وذلك حسب شدة الإصابة .

* عمل انقباض وانبساط للعضلة بصورة مستمرة منعا لحدوث الالتصاقات .

* تجنب جميع أنواع الحرارية مثل المراهم والتدليك في الفترة الحادة وبعد انتهاء الفترة الحادة يتم العمل الإصابة ثم تدريجيا على مكان الإصابة.

* وجوب التدخل الجراحي في حالات التمزق الكلي للعضلة أو الوتر، رغم أن هذه الحالة نادرة الحدوث لدى الرياضيين .

* العلاج الكهربائي.

* الحمامات المتغيرة.

* التمرينات العلاجية.

- العضلات الأكثر عرضة للتمزقات العضلية : (زيب العالم: 1995، ص123).

تنقسم إلى موعات العضلية المسؤولة عن الأداء الحركي في النشاط بدني ما إلى قسمين :

لموعات العضلية الرئيسة والتي يلعب الدور الأساسي في الأداء الحركي ولموعات العضلية المساندة التي تعمل على مساعدة لموعات العضلية السابقة على إتمام الادعاء الحركي ، لذلك فان كل رياضة تنتشر فيها أنواع معينة من المتمزقات العضلية تختلف عن الرياضات الأخرى ورغم ذلك نجد أن بعض لموعات تكون أكثر عرضة للمتمزقات مقارنة بالموعات الأخرى ومن بين هذه لموعات نجد مالي:

* مجموعة عضلات الكتف وخاصة العضلة الدالية وتكثر إصابتها بالشد والتمزق العضلي في رمي الرمح ودفع الجلة في العاب القوى وأيضا في الملاكمة والكرة الطائرة وغيرها .

***** العضلة المنحرفة المربعة وخاصة رياضة الجمباز والمصارعة .

* مجموعات عضلات البطن وتكثر أصابتها في رياضات رفع الأثقال وشد الحبل وقد تحتاج بعض إصابات تمزق البطن الشديد غالى أجراء جراحة.

* تمزق العضلات ذات الرؤوس الفخذية وتكثر إصابتها في الجمباز وكرة اليد وكرة القدم وكذلك مع لاعبي الجري والحاجز والوثب والقفز .

*مجموعة عضلات الفخذ وتكثر إصابتها لدى لاعبي الوثب الطويل و العالي والعدائين في العاب القوى.

* العضلة التوامية (سمانة الساق) وتكثر الإصابة ا لدى لاعبي الجري وأيضا في الألعاب التي يكثر فيها استخدام الساقين مثل كرة القدم والسلة واليد.....الخ

هذا بالإضافة بالى العضلات الرقيقة لأصابع ومشط اليدين وباطن القدم ويصاب ا غالبا لاعبو ا المبارزة والرمي في العاب القوى.**(أسامة رياض، ص47-48).**

- الفرق بين التمزق العضلي والتصلب العضلي :

التمزق العضلي يصيب في غالب الأحيان الألياف العضلية بشكل عرضي ويصاحب بتوقيف النشاط الكهربائي بالجزء المصاب من العضلة، بينما التصلب العضلي يصيب الألياف العضلية بشكل طولي ويصاحب بزيادة واضحة في النشاط الكهربائي بالجزء المصاب من العضلة.

- طريقة تشخيص الإصابات العضلية بالأشعة الحرارية:

تعتبر من الوسائل الحديثة في مجال تشخيص الإصابات الرياضية وتعتمد على مبدأ التباين في درجة الحرارة ومصدرها من نسيج إلى أخر، فكما هو معلوم فان الأنسجة العضلية المصابة تزداد درجة حرارا مقارنة بالأنسجة غير المصابة والتا تبقى درجة حرارا طبيعية ب:

* التحديد الدقيق لمكان الإصابة .

* تساعد الفريق الطبي في عملية اتخاذ القرار حول ضرورة التدخل الجراحي من عدمه.

* متابعة عملية العلاج عن طريق الفحص المستمر للمصاب بالأشعة الحرارية .

2-2-5-3- إصابة الجهاز العظمي:

يعتبر الجهاز العظمي من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان فهو يمثل القاعدة التي تبني عليها الأجهزة الأخرى فالمخ الذي يتحكم في الحركات الإنسان وتفكيره وما إلى ذلك يحمى بعظم الجمجمة ، كما أن العضلة التي يوعز لها المخ بالتحريك لا يمكنها القيام بذلك لولا وجود العظم الذي تتثبت عليه . وباعتبار أن الجهاز العظمي يمثل الجزء الرئيسي في الجهاز الحركي للإنسان فان سلامته تعد من متطلبات الأداء الحركي في الأنشطة البدنية والرياضية.

تعد كسور العظام من الإصابات الرياضية الأكثر انتشار في الوسط الرياضي إذ يلازم هذا النوع من الإصابات كل الرياضات تقريبا ، لذلك فانه من الضروري دراسته والوقوف على الأسباب المؤدية إليه وذلك من اجل الوقاية منه قدر الإمكان

2-2-5-3-1- الكسور:

العظمة السليمة لا تنكسر إلا تحت ضغط قوي فإذا كانت الإصابة غير قوية بالدرجة الكافية فانه يحدث كدم للعضلة الذي ينتج عنه ورم مكان الإصابة وألم شديد ، كما يمكن أن يؤدي الى عدم المقدرة على تحريك العظم المصاب أما أذا كانت الإصابة شديدة فإلا تؤدي إلى كسر العظم .

- تعريف الكسر:

هو عبارة عن قطع أو هتك في الاتصال العظمي يؤدي إلى تجزؤ العظم إلى جزأين أو أكثر **(أسامة رياض 2000، ص 131).**

كما يمكن تعريفه على انه انفصال للعظمة بعضها عن بعض إلى جزأين أو أكثر بسبب قوة خارجية عنيفة **(زينب العالم: 1995، ص- 78).**

- أسباب الكسور : (حياة عياد روفائيل:1986 ص78).

هنالك عدة أسباب يمكن أن تؤدي إلى الكسور منها الأسباب العامة التي تخص كل الأفراد ومنها الأسباب الخاصة بالمال الرياضي وهي ما يهمنا.

* قوة خارجية تؤدي إلى صدمة شديدة تصيب العظمة مسببة الكسر

*سقوط الجسم وإصابة مباشرة فيحدث الكسر مكان الإصابة أو إصابة غير مباشرة مثل سقوط اللاعب و استناده على اليد فيحدث الكسر في الترقوة مثلا.

- أنواع الكسور :

هناك قسمين لأنواع الكسور إذا يمكن تقسيمها على حسب السبب المؤدي إلى الكسر كما يمكن تقسيمها على حسب شكل الكسر (وذلك بعد معاينتها بصدور الأشعة).

- **أنواع الكسور من حيث السبب:**

تنقسم الكسور من حيث السبب إلى ثلاثة أقسام هي:

* الكسر الإصابي .

* الكسر المرضي.

* الكسر الاجهادي .

§ الكسر الإصابي:

يحدث الكسر الإصابي نتيجة إصابة أو حادث أو السقوط من مكان مرتفع على العظام او الضرب المباشر على العضو ويمكن تقسيم الكسر الإصابي إلى نوعين هما :

Ø كسر إصابي مباشر :

ويحدث نتيجة ((الضرب على العضو مباشرة)) ولهذا فان كمية الإصابة في الأنسجة الرخوة مثل الجلد والعضلات تكون كبيرة ، وغالبا ما يكون الكسر الإصابي المباشر من الكسور المضاعفة .

وفي الكسر الإصابي المباشر إذا كانت الإصابة أو الصدمة على العضو به عظمتان متجاورتان مثل الكعبرة والزند الصدمة القوية المباشرة .

Ø كسر إصابي غير مباشر :

ويحدث في مكان بعيد عن الإصابة مثل الوثب أو السقوط من مكان مرتفع على القدمين فيحدث كسر في قاع والارتكاز على راحة اليد في المرفق فيحدث الكسر في الترقوة أو كسر مع الخلع في أحد العظام المكونة لمفصل الكتف **(أسامة رياض:1998، ص 57)** .

§ الكسر المرضي:

وهو الكسر البسيط الناتج عن إصابة العظام بمرض أدى إلى ضعفها وجعلها سهلة الكسر حتى عند القيام بمجهودات بسيطة ومن الأمراض المؤدية إلى هذا النوع من الكسور نجد ما يلي :

*وجود التهابات بالعظام .

-*أورام العظام سواء كانت الحميدة منها أو الخبيثة

*زيادة إفراز الغدة فوق الدرقية (المسؤولة عن تنظيم نسبة الكالسيوم في الدم).

* الشلل المزمن يؤدي إلى ضمور العضلات .

* تشكل حويصلات في العظام (سكروز العظام) .

* نقص الكالسيوم والفيتامين (د) في بعض حالات لين العظام. **(زينب العالم:1995 ص 134).**

§ الكسر الاجهادي:

وهو الكسر الذي ينتج عن زيادة في بذل الجهد، بحيث تكون العظام سليمة في بادئ الأمر ولكن نتيجة للجهد المتكرر والزائد عن طاقتها تصاب بالكسر.

ويحدث غالبا للعظام الصغيرة الماورة لعضلات رقيقة أو ضعيفة ويكثر الكسر الاجهادي بصورة خاصة عند الرياضيين مثل حدوث كسر في عظام مشط القدم عند لاعبي المسافات الطويلة .

- **أنواع الكسور من حيث شكل الإصابة :**

اعتمادا على الأشعة مثل X يمكن تحديد شكل الكسر ونوعه ويوجد نوعان أساسيان من هذه الكسور هما :

الكسور الكاملة والكسور غير الكاملة .

ü الكسور الكاملة:

وهي الكسور التي ينتج عنها انفصال كلي في العظام ومن أمثلتها:

* **الكسر المستعرض:** ويحدث نتيجة لإصابة المباشرة شديدة.

* **الكسير المائل:** ويحدي نتيجة لإصابة غير مباشرة.

* **الكسر الحلزوني:** ويحدث نتيجة لإصابة غير مباشرة.

* **الكسر المتفتت:** وهو الكسر الذي ينتج عنه شظايا عظمية صغيرة ومتفتتة.

* **الكسر المندغم:** وهو الكسر الذي ينتج عنه اندغام لطرفي العظم الذي تعرض للكسر.

* **الكسر الطولي:** وهو الكسر الذي ينتج عنه شق طولي في إحدى العظام.

ü الكسور غير الكاملة:

وهذا النوع من الكسور لا ينتج عنه انفصال كلي لطرفا العظم، حيث يقتصر الكسر على إحدى قشرتي العظمة في جانب واحد بينما يبقى الجانب الأخر سليما ويوجد نوعان من الكسور غير الكاملة هما:

الكسر الشرخي وكسر العود الأخضر هما الذين يحدثان نتيجة للناشئين بسبب ليونة ومرونة عظامهم ويحدث في العظام المرنة ذات السطح المحدب والتي لم يكتمل تكلسها تماما ويتشابه مع كسر الغصن الأخضر من الشجرة إذ ينكسر من الناحية المحدبة ويظل متماسك في الجهة المقعرة.**(عبد الرحمان عبد الحميد زاهر:2004، ص99)**

- أعراض الكسور: (حياة عياد روفائيل:1995، ص78.).

عندما يتعرض اللاعب للكسر فان ذلك يصاحب بجملة من الأعراض الموضعية التي تحدث في مكان الإصابة وأعراض عامة يمكن ملاحظتها في كل الجسم ومن بين الأعراض (سواء الموضعية أو العامة) يمكن أن نذكر ما يلي:

* شعور بألم شديد بموضع الكسر خصوصا عند تحريك العضو.

* ظهور ورم وكدم وازرقاق تدريجي في الجلد نتيجة تمزق الأوعية الدموية والأنسجة المصابة.

* عدم القدرة على تحريك العضو المصاب .

* وجود تشوه في شكل العظمة المكسورة إذ يتخذ شكل غير طبيعي،

* إمكانية تحريك العظمة في مكان لا يصح أن توجد فيه حركة حيث لا يوجد مفصل حقيقي.

* سماع تكتكة عند تحرك الكسر ، و يجب عدم الإكثار من محاولة سماعها حتى لا تزيد من تمزق الأنسجة.

* شدة الحساسية إذا ضغطنا بالأصبع على مكان الكسر مع زيادة الألم .

* حدوث صدمة

- التئام الكسور:

تمر عملية الكسور بعدة مراحل هي :

*** المرحلة الأولي:**

وهي مرحلة تكوين التجمع الدموي حول حافة الكسر وتحت السمحاق نتيجة تمزق الشعيرات الدموية المغذية للعظمة فيجتمع الدم على حافتي العظمة المكسورة، و تتكون الجلطة الدموية و ناجم هذه الجلطة شعيرات دموية جديدة من الأنسجة المحيطة بالكسر ، و هذه الشعيرات الجديدة تحمل معها أملاح الكالسيوم و البروتينات اللازمة لنمو العظام فيتحول إلى نسيج حبيبي ضام و نشط.

*** المرحلة الثانية :**

مرحلة تكوين الكلس الأولى إذ سرعان ما تترسب في هذا النسيج أملاح الكالسيوم الذي يتحول إلى خلايا عظمية و يبدأ تكون هذا النوع بعيدا عن حافتي الكسر و يستمر في النمو و التقارب حتى يتلاقي مكونا طبقة حول الكسر أشبه بحلقة من النسيج العظمي و يسمي بالكلس الخارجي.

و يعتبر الكسر في هذه الحالة قد التام من الناحية الطبية و باختبار الكسر من الناحية الألم نجده غير مؤلم و أيضا لا توجد به حركة غير طبيعية. و يعتبر هذا النسيج نسيجا مؤقتا و غير مرتب حسب القوة الميكانيكية للعظمة و ذلك لترسب هذه الخلايا بطريقة بدائية حول الأوعية الدموية.

*** المرحلة الثالثة:**

و تمثل مرحلة الالتئام الأخير و فيها يتحول النسيج العظمي الأولى إلى نسيج صلب و يمتص الكلس الزائد عن حافتي الكسر و أيضا الكلس الذي يتسبب في قفل النخاع و تتركب الخلايا العظمية على حسب ضغوط القوى التي تتعرض لها العظمة إلى حالتها الطبيعية و يستغرق ذلك طويلا.**(زينب العالم:1995، ص134- 135).**

- مضاعفات الكسر:

يمكن تقسيم مضاعفات الكسور إلى قسمين هما:

المضاعفات الموضعية و المضاعفات العامة .

- **المضاعفات الموضعية للكسر :**وهي التي تحدث في مكان الكسر وتؤثر على العلاج ومنها:

***سوء الالتئام:**

و يحدث سوء الالتئام نتيجة رد الكسر بطريقة غير سليمة ، و هو ما يسمي بزحزحات العظام عن موضعها الطبيعي ، و أنواع الزحزحات هي الزحزحة الجانبية ، الزحزحة الركوبية ، و زحزحة الانتقال و زحزحة الانتقال مع الدوران .

يتم علاج سوء الالتئام عن طريق إعادة تصليح الكسر،تحت المخدر لإعادته إلى وضعه الطبيعي هذا إذا كان الكسر حديث أما إذا كان الكسر قديم فيتوجب التدخل الجراحي.

*** تأخر الالتئام :**

لكل كسر مدة زمنية تقريبية لإعادة التئامه، لكن يحدث في بعض الأحيان أن يتأخر الالتئام و يرجع ذلك إلى عدة أسباب نذكر منها ما يلي:

– العمر الزمني حيث أن الشخص الصغير السن تلتئم عظامه بسرعة أكبر من الشخص الكبير السن .

_ سوء التغذية (خلو الأغذية من البروتينات و الكالسيوم) .

_ عملية التثبيت الغير صحيحة للعظام.

_وجود مسافة كبيرة بين طرفي العظم المكسور.

– إصابة العظام بأمراض .

_ الالتهابات التي تصبيب مكان الكسر مما ينتج عنه تأخر الالتئام.

***عدم الالتئام :**

في بعض الحالات لا يحدث الالتئام إطلاقا ومهما طالت مدة الكسر في الجبيرة وترجع خالات عدم الالتئام إلى الأسباب التالية:

-و جود بعض الأنسجة غير العظمية بين طرفي الكسر مثل النسيج العظمي أو الغضروفي مما يحول دون تكون الجلطة الدموية.

– فقد جزء كبير من العظم المكسور مما ينتج عنه فراغ كبير يتعذر التئامه.

_ وجود التهابات و صديد مكان الكسر

– و يتم علاج حالات عدم الالتئام عن طريق التدخل الجراحي سواءا من اجل ترقيع العظام أو لإزالة الالتهابات و الصديد أو الأنسجة الغير عظمية التي تحول دون الالتئام .

***تيبس المفاصل :**

تيبس المفاصل هو عدم القدرة على أداء حركاا ضمن المدى الطبيعي الموافق لنوعها و تركيبها و التشريحي لهذا تظهر تلك الحركات بطيئة ومتصلة.

و يحدث تيبس المفاصل نتيجة لإصابة العظام المؤدية إلى تكوين نسيج عضلي بالمفاصل و يعمل هذا النسيج على إعاقة حركة المفاصل ضمن مداها الطبيعي.

*** تهتك الأنسجة المحيطة بالكسر :**

قد يحدث نتيجة للكسر تك للأنسجة المحيطة بالعظام المكسور مثل الأنسجة الجلدية و الأنسجة العضلية و غيرها.

***تشوه مكان الإصابة:**

الذي يعتبر من نتائج الالتئام الخاطئ .

*** التكلس الإصابي :**

و هو من المضاعفات الموضعية التي تتطلب إجراء عمل جراحي .

- **المضاعفات العامة للكسور:** وهي المضاعفات التي تحدث للجسم بصفة عامة بسبب الكسر و من بين هذه المضاعفات نجد ما يلي:

– الصدمة العصبية و الجراحية.

_الجلطة الدموية و التي تحدث نتيجة للكسر و قد تسير مع الدم لتصل إلى المخ فتسبب الشلل و قد تصل إلى القلب فتسبب الوفاة.

– الجلطة الذهنية و هي التي تحدث في الكسور المضاعفة و قد تسير في الدم و لها نفس تأثير الجلطة الدموية .

– قرح الفراش و هي التي تحدث نتيجة النوم لفترات طويلة بسبب عدم الحركة و تكثر إصابات العضلات الآلية بقرح الفراش نتيجة لضغط البروزات العظمية في هذه المنطقة على العضلات فيحدث ركود للدورة الدموية، و يحدث أيضا

إصابات طبقات الجلد السطحية بقروح و بثبرات و يحتاج إلى تطهير و نظافة و غيار و عمل عضلي و تدليك للمناطق المصابة بقروح الفراش.

– التهابات الكلى و زيادة البولينا في الدم و أمراض الجهاز البولي.

– قد يحدث التهاب رئوي للمصاب.**(أسامة رياض:1998، ص 68.).**

-علاج الكسور :

هدف عملية علاج الكسور إلى إعادة حالة العظام إلى ما كانت عليه قبل الإصابة بالإضافة إلى ضمان عودة الأنسجة المحيطة بالكسر إلى وظائفها الحيوية المعهودة وذلك لغرض استعادة الرياضي المصاب لكفاءته الرياضية وفي حقيقة الأمر فعلاج الكسور يتم وفق مرحلتين هما :

الإسعاف الأولي للكسر وعلاج وتأهيل الكسر طبيا.

Ø العلاج الأولي للكسر:

يتم إسعاف الكسر لغرض تجنب أي مضاعفات للكسر، كان يتحول الكسر البسيط إلى كسر مضاعف و هنا تجدر الإشارة أن يلتزم المسعف الحذر عند القيام بهذه العملية ، و على هذا فانه يجب على أي فرد يريد القيام بعملية الإسعاف الأولي مراعاة النقاط التالية:

* يجب الالتزام بالحذر في معاملة المصاب بالكسر، إذ يمنع استعمال القوة و يفضل أن تتم المعاملة بلطف و حذر شديدين.

*المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها .

* إيقاف النزيف إن وجد.

* في الكسور الخطيرة ككسر العمود الفقري ينقل المصاب فورا إلى المستشفى ممدا على ظهره أو بطنه على نقالة صلبة.

* يتم البدء بعلاج الصدمة العصبية و الجراحية .

* تثبيت العضو المصاب بالجبيرة التي يجب أن يراعى فيها الخصائص التالية:

_يجب لف الجبيرة بالقطن و الشاش قبل استخدامها .

_ يجب أن تكون الجبيرة طويلة حتى تشمل مفصل أعلى الكسر.

_ يمكن استخدام أعضاء الجسم السليمة كجبائر كان يربط الساق المكسور بالساق السليم.

_ يمكن استخدام الجبيرة فوق الملابس و يستحسن وضع طبقة من القطن أو القماش بين الجزء المكسور و الجبيرة.

* العمل على تدفئة المصاب و إعطائه سوائل دافئة.

* نقل المصاب إلى المستشفى على جناح السرعة .

Ø علاج و تأهيل الكسر طبيا:

يتم علاج و تأهيل الكسر طبيا وفق الخطوات التالية :

*اخذ صورة بالأشعة للكسر و ذلك قصد التشخيص السليم:

للإشارة قد يصعب تشخيص بعض حالات الكسور مثل كسر العظمة الزورقية التي لا تظهر أثارها في أشعة الصور في الحال لكن تظهر بعد بضعة أيام لان في هذه الأشعة المبدئية قد يظن منها أنه مجرد تمزق بالأربطة و لكن بعد عمل أشعة أخرى بعد أسبوعين أو ثلاثة حيث تموت بعض أنسجة العظمة نتيجة لضعف الدورة الدموية الواصلة إليها يتضح الكسر بوضوح.**(عبد العظيم العوادلي: 2004، ص 27.).**

* العمل على رد الكسر بأسرع ما يمكن و تحت تأثير المخدر.

* تثبيت مكان الكسر بالجبس أو الجبائر، و قد يستدعي في بعض الحالات تثبيت الكسر بمسمار بلاتين و لمدة معينة حتى يلتئم الكسر ائيا .

* إخضاع المصاب لعملية التأهيل و العلاج الطبيعي.

2-2-5-4- إصابات الجهاز المفصلي:

تعد إصابات الجهاز المفصلي من الإصابات الهامة و الكثيرة الانتشار في الوسط الرياضي نظرا لأن حركة الإنسان بشكل عام و حركة الرياضي بشكل خاص تعتمد على الحركات الأساسية التي يقوم ا المفصل لذلك فان أي إصابة لهذه المفاصل ستؤثر لا محالة على الأداء الحركي للأنشطة البدنية و الرياضية وفي ما يلي بعض الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز المفصلي:

2-2-5-4-1- كدم المفصل:

يحدث نتيجة لإصابة مباشرة وينتج عنه غالبا نزيف في المحفظة الزلالية ويعتبر كل من مفصل الركبة والمرفق الأكثر عرضة للكدمات.

-أعراض كدم المفصل: (أسامة رياض :1998 ص 41).

من أعراض كدم المفصل نجد ما يلي:

*حدوث ألم وورم وتغير لون الجلد.

*ارتفا ع درجة حرارة العضو.

*عدم القدرة على تحريك المفصل.

* خروج السائل الزلالي المكون للمفصل حيث يضاف إلى ارتشاح يحدث للسائل الدموي محدثا الورم في المفصل

- أعراض كدم المفاصل:

يتم أعراض كدم المفاصل عبر الخطوات التالية:

* العمل على إيقاف النزيف .

*وضع رباط ضاغط أو عمل جبيرة خلفية للمفصل المصاب لتثبيته و لمنع توسع الورم.

* إراحة العضو المصاب.

* التأكد من سلامة العظام المكونة للمفصل المصاب عن طريق صور الأشعة. هـ التدليك حول المفصل.

* العلاج التأهيلي.

2-2-5-4-2- الجزع المفصلي (تمزق أربطة المفصل):

يعد من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا و من النادر أن تصادف لاعبا لم يتعرض إطلاقا للجزع.

- تعريف الجزع:

هو عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين.**(حياة عياد روفائيل :1986، ص 95.) .**

كما يعرف على انه خروج الأوجه المفصلية عن حدودها الطبيعية للحركة و العودة سريعا ، مما يسبب شد شديد في الأربطة المفصلية ينتج عنه تقطع جزئي أو كلي في الأربطة، نتيجة أداء حركي متجاوز لحدود مدى المفصل كحركات الثني أو المد الزائد و الالتواء التي تتجاوز في مداها الطبيعي لحركة المفصلة.**(عبد السيد أبو العلاء : 1986 ص 244.).**

- المفاصل الأكثر عرضة للجزع :

يعد كل من مفصل القدم و مفصل رسخ اليد من أكثر المفاصل عرضة للجزع و يرجع ذلك لكثرة العظام و الأربطة في تركيبها.

- أعراض الجزع (الملخ): (أسامة رياض:1998 ص 79).

عندما يتعرض اللاعب للجزع فان ذلك يصاحب بجملة من الأعراض نوجزها كالتالي:

* الم شديد للمفصل نتيجة تمزق المحفظة الليفية بما فيها من أربطة و أنسجة حول المفصل .

* يزيد الألم إذا ما تم الضغط على الرباط المصاب و يزول عند الضغط على العظام الاورة.

* يزيد الألم إذا ما حدثت الحركة في اتجاه الحركة التي سببت الجزع و يزول الألم إذا حدثت الحركة في عكس اتجاه الحركة التي سببت الجزع.

* ورم مكان الإصابة، ويحدث هذا الورم ي الحال إذا كان الجزع شديدا وقد يستمر حدوثه خلال اليوم الأول للإصابة و يتشكل هذا الورم نتيجة الارتشاح الدموي حول المفصل.

* قد يحدث تغير في لون الجلد مكان الإصابة إذا كان الارتشاح الدموي شديدا.

* ارتفاع طفيف في درجة حرارة المفصل المصاب.

- إسعاف و علاج الجزع : (حياة عياد روفائيل :1986 ، ص 69).

* يتم إسعاف و علاج الجزع عن طريق إتباع الخطوات التالية:

* إبعاد اللاعب عن الملعب و إراحة المفصل المصاب .

* عمل كمادات باردة لمدة ثلث أو نصف ساعة حسب شدة الإصابة.

* تثبيت المفصل برباط ضاغط حول قطعة قطن مع مراعاة ألا يمنع الدورة الدموية و يجب أن يكون المفصل في وضيع منحرف قليلا عكس اتجاه الجزع.

* إراحة المفصل من الثقل الواقع عليه مدة 24 ساعة و في حالة الجزع الشديد تصل إلى 48 ساعة

* إعطاء المصاب مسكنا حسب درجة الألم .

*بعد انتهاء الراحة يتم عمل الآتي:

*تدليك سطحي خفيف أعلى و أسفل مكان الإصابة لتحسين الدورة الدموية ثم على مكان الإصابة.

*وضع كمادات ساخنة للمساعدة في امتصاص الورم.

*التدرج في التمرينات الإرادية للعضلات التي تعمل على المفصل إلى حدود الألم ثم التمرينات بالمقاومة لتقوية العضلات.

*التأكد من سلامة المفصل قبل إشراك اللاعب في التمرين العادي مرة أخرى مع ملاحظة اللاعب عند معاودة اللعب

2-2-5-4-3- الخلع المفصلي:

تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لإحدى العظمتين المكونتين للمفصل أو لكليهما، وتعد هذه الإصابة من الإصابات الخطيرة في حال تم إهمال علاجها.

- **تعريف الخلع المفصلي:**

الخلع هو خروج وانتقال لإحدى العظام المكونة للمفصل بعيدا عن مكانا الطبيعي.

- **أنواع الخلع المفصلي: (زينب العالم:1995، ص 148).**

هناك عدة أنواع للخلع المفصلي هي:

* **الخلع الكامل:** أي انتقال تام للسطوح المفصلية بعضها عن بعض.

* **الخلع غير الكامل:** هو تباعد السطوح المفصلية (شد في الأربطة).

* **خلع ورد:** هو تباعد السطوح المفصلية ورجوعها إلى حالتها الطبيعية.

* **خلع مصحوب بكسر:** لإحدى العظام المكونة للمفصلة

- أعراض الخلع المفصلي: (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر:2004، ص 108).

من أعراض الخلع المفصلي يمكن ذكر الآتي:

* ألم حاد في منطقة الخلع ومناطق المحيطة به.

* عجز كامل أو جزئي عن الحركة.

* تغير وانتفاخ في منطقة المفصل.

* يمكن أن يصحب الخلع المفصلي بكسر في إحدى العظمتين أو جرح فوق منطقة الإصابة.

- الإسعاف الأولي للخلع المفصلي:

عند الاشتباه بوجود الأعراض المميزة للخلع المفصلي عند اللاعب المصاب فانه يجب على المسعف القيام بالخطوات التالية:

* التقليل من تحريك اللاعب المصاب إلا في أضيق الحدود، حيث أن الحركة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات الخلع المفصلي أو الكسر أو زيادة الضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من منطقة الكسر .

*تثبيت الطرف المصاب ويتم تثبيت الطرف العلوي بواسطة الجبيرة المناسبة وفي حالة عدم وجودها يتم التثبت بوضع الساعد بجانب الجذع ولفها برابط ضاغط وفي حالة إصابة الطرف السفلي يتم بوضع المصاب في الجبيرة المناسبة أو تثبيت الطرف المصاب بالأطراف الأخرى السليمة.

* وضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع المفصلي وتثبيتها جيدا قبل تثبيت الجبيرة.

*نقل المصاب فوق نقالة إلى اقرب قسم طوارئ أو مستشفى لمواصلة العلاج.**(عبد الرحمن عبد الحميد زاهر:2004، ص 109).**

2-3- إصابات الكتف:

تعد إصابات مفصل الكتف لاسيما إصابات الاستخدام المفرط الناتجة عن الحركات المتكررة (مثل حركات رمي والدفع) شائعة الحدوث في الألعاب الرياضية ، وغالبا مايتم تشخيص هذه الإصابات على نحو خاطئ نظرا لتميز الكتف ببنية تشريحية معقدة وتداخل أعراض إصابات الكتف المتنوعة ، إضافة إلى أن عملية التأهيل الكتف

تعد عملية صعبة التحقيق نظرا لكثرة حركاته المعقدة وارتباطه بالعديد من العضلات التي يجلب إعادة تنشيطها مما يتطلب وقتا طويلا.

وفيما يلي أهم الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الكتف:

2-3-1- كسر عظم الترقوة :

تعتبر إصابة كسر عظم الترقوة من الإصابات الشائعة في إصابات الجهاز الحركي ويمكن أن يكون سبب الإصابة هو:

*سقوط مباشر على عظم الترقوة .

* قوة خارجية على عظم الترقوة .

* السقوط على جانب الجسم أو السقوط على اليد وهي مفرودة أو مثنية،

- أعراض كسر الترقوة : (سميعة خليل محمد:2007 ص 54.).

تتمثل أعراض كسر عظم الترقوة فيما يلي :

* الم شديد خاصة عند اللمس حول الكسر مع ورم .

* ظهور صوت عند الحركة نتيجة احتكاك النهايات العظمية المكسورة .

* العجز الحركي لمنطقة الكتف حال وقوع الإصابة .

* ظهور تشوه تحت منطقة الكسر في الكسور المعقدة

- علاج كسر عظم الترقوة : (سمعية خليل محمد:2007 ص 55.) .

تتمثل مراحل علاج عظم الترقوة في النقاط التالية :

* عدم تحريك الذراع المصابة واستخدام رباط

* تثبيت الذراع إلى الجسم بعصابة مطاطية (باندج) .

* وضع الثلج لمدة (20) لعدة مراحل حول المنطقة المصابة .

* في حالة وجود مضاعفات (في العصب أو إصابة الأضلاع أو الرئتين) الأشعة للتأكد من قبل الطبيب المعالج.

* أما في حالة الكسر الواضح يستخدم رباط لتثبيت العظم المكسورة ومنعه من الانزلاق إلى الإمام على شكل رقم 8 ولمدة 6 أسابيع للكبار و (2-3) أسابيع للأطفال بعدها ترتدي عصابة لإراحة الذراع .

* تستخدم الجراحة في حالة كسر الترقوة المفتوح وعندما لا يلتئم الكسر بالطرق غير الجراحية وهذه الحالات نادرة جدا.

* تبدأ تمارين التأهيل بعد اختفاء الألم وبعد ستة أسابيع يعاد التصوير الإشعاعي ويمكن التقدم ببرنامج التأهيل بمستوى الشد.

* يتم الشفاء بعد مرور 6 أسابيع وبعدها يمكن ممارسة الأنشطة الرياضية ولكن الرياضات لا تمارس إلا بعد مرور (4-6) أشهر عندما يتصلب مكان الكسر

- أعراض خلع عظمة الترقوة:

تظهر أعراض خلع عظمة الترقوة على النحو التالي:

* ألم شديد .

* توتر بعضلات الصدر.

* تشوه واضح وذلك بخروج اية عظم الترقوة فوق مفصل الكتف.

* الإحساس بالألم الشديد عند جس الجزء المصاب من الترقوة.

- علاج خلع عظمة الترقوة:

في حالة الخلع غير الكامل ترد الترقوة وتثبت بمساعدة جبيرة للطرف العلوي وعمل مشمع لاصق أعلى عظم الترقوة ويلف حول الكتف ثم توضع اليد في علاقة لمدة 3 أسابيع ويبدأ بالعلاج الطبيعي ثاني يوم بعد الخلع.

وفي حالة الخلع الكامل يلجأ للتدخل الجراحي حيث تثبت الترقوة ويبدأ بعمل العلاج الطبيعي أيضا في اليوم الثاني بعد العملية ويبدأ بالأجزاء البعيدة كمفصل الرسغ والأصابع.**(زينب العالم :1995 ص145.).**

2-3-2-كسر عظم لوح الكتف:

تحدث نتيجة لخبطة شديدة ومباشرة على عظم اللوحة.

-أعراض كسر عظم لوح الكتف:

تظهر أعراض كسر عظم لوح الكتف على النحو التالي:

* ألم شديد في مكان الاصابة.

* توتر على مستوى عضلات منطقة الكتف والصدر.

* فقدان القدرة على تحريك مفصل الكتف.

2-3-3- خلع مفصل الكتف:

خلع مفصل الكتف كثير الانتشار بين البالغين عامة والرياضيين خاصة ويحدث نتيجة لخروج رأس العظم من الحفرة العنابية في عظم لوح الكتف، ويمكن أن يكون:

- **خلع أمامي:** وهو شائع الحدوث ويكون سببه إصابة مباشرة من خلف مفصل الكتف.
- **خلع خلفي:** أقل انتشارا مقارنة بالنوع الأول وينتج عن السقوط على راحة اليد وهي ممدودة أمام الجسم.
- **خلع مستقيم (أسفل لوح الكتف):** نادر الحدوث وعادة يحدث عند السقوط على راحة اليد وهي بعيدة عن الجسم.

-أعراض خلع مفصل الكتف: (علي جلال الدين:2005،ص 189)

تتلخص أعراض خلع مفصل الكتف في النقاط التالية:

*يعاني المصاب ألما شديدا بمفصل الكتف والعجز عند تحريكه.

*عادة ما يقوم المصاب بتثبيت الطرف المصاب بالخلع باليد الأخرى السليمة.

*أقل حركة في المفصل تسبب شعورا بالألم.

*أثناء الفحص الطبي يلاحظ تشوه بمفصل الكتف.

-علاج خلع مفصل الكتف: .(أسامة رياض:1998ص 86)

يفضل أن يكون المصاب تحت التخدير الطبي ويتم إرجاع الخلع كما يلي:

*جذب الذراع في الجهة السفلى لمدة دقيقتين.

* جذب الذراع والساعد للخارج لمدة ثلاثة دقائق لإرجاع رأس عظم العضد لمكانا الطبيعي.

*ضم الساعد لتلتصق تماما بالجنب لمدة ثلاثة دقائق أخرى.

*ضم الساعد على الصدر والمحافظة على هذا الوضع بتثبيته ببلاستر طبي.

*راحة لمدة ثلاث أسابيع كاملة وإلا تحول إلى خلع متكرر.

*يصرح للرياضي أثناء فترة الراحة السابقة بالجري على أن لا يستخدم الكتف المصاب إلا بعد مرور شهر ونصف من الإصابة.

*يمنع إرجاع الخلع في أرض الملعب أو بدون تخدير طبي عام منعا لحدوث مضاعفات ويمكن استخدام طريقة الضغط على الساعد لأسفل مع الضغط أسفل الإبط لأعلى اليد باليد الأخرى لإرجاع رأس العضد في تجويفه الطبيعي**2-4- إصابات رسغ اليد:**

إصابات رسغ اليد من الإصابات الشائعة في المال الرياضي لدى الأطفال والبالغين وتتميز إصابات الرسغ بأعراض خفيفة وغير خطيرة مما يصعب تشخيصها على نحو الصحيح، لكن في المقابل نجد أن عواقبها خطيرة فيما لو تم إهمال علاجها.

2-4-1- التواء الرسغ:

التواء الرسغ إصابة شائعة الحدوث وخاصة في أنواع الرياضات التي تتطلب استعمال اليدين بكثرة، ويرجع سبب هذه الإصابة غالبا إلى حركة مفصل الرسغ الزائدة عن مداه الطبيعي، كما أا يمكن أن تحدث نتيجة لإصابة غير مباشرة مثل السقوط على راحة اليد أو ظهر اليد أو نتيجة لرفع جسم ثقيل.

يصنف التواء الرسغ حسب شدته إلى خفيف ومتوسط وشديد:

* **التواء الخفيف:** وهو تمدد طفيف في الأربطة.

* **التواء المتوسط:** وهو تمزق جزئي للأربطة.

***التواء الشديد:** وهو تمزق كلي للرابطة.

- أعراض التواء الرسغ: (زينب العالم :1995، ص 160).

تظهر أعراض التواء الرسغ على النحو التالي:

*ألم شديد.

* ورم.

* الحد من حركة المفصل.

*ارتفاع طفيف في درجة الحرارة

- علاج التواء الرسغ:

يتم تثبيت المفصل برباط ضاغط لمدة (3-4 أسابيع) والعمل على تحريك الأصابع تفاديا لحدوث التيبس.

2-4-2- خلع الرسغ :

وهو خروج عظام الرسغ من مكانا الطبيعي.

- أعراض خلع الرسغ:

تتمثل أعراض خلع الرسغ في النقاط التالية:

* تشوه جانب اليد أو مفاصل الأصابع، ويبرز على شكل نتوء أو تورم.

* ألم والتهاب وليونة في منطقة الرسغ مع فقدان مجال الحركة.

- علاج خلع الرسغ: (سميعة خليل محمد:2007، ص.103).

لعلاج خلع الرسغ يتوجب إتباع الخطوات التالية:

* تثبيت الرسغ ورفع الذراع .

* أشعة لتأكيد التشخيص.

* تم المعالجة غير الجراحية باعده العظم المخلوع إلى مكانه ثم تجبير الرسغ (6-10) أسابيع

* في حالة التمزق الشديد يبقى العظم غير مستقر مما يتطلب الجراحة.

* إعادة تأهيل الرسغ.

2-4-3- كسر العظمة الزورقية:

وهي شائعة الحدوث لحراس المرمى في كرة القدم وكرة اليد ولاعبي القفز بالزانة في العاب القوى وهي عبارة عن كسر العظمة الواقعة في الجهة الخارجية من اليد.

-أعراض كسر العظمة الزورقية:

تظهر أعراض كسر العظمة الزورقية على النحو التالي:

*ألم عند فحص الجزء الخارجي لليد في مكان الإصابة.

*ألم بالجزء الخارجي لليد عند تحريكها في أي جهة.

-علاج كسر العظمة الزورقية:

يتم علاج كسر العظمة الزورقية وفق الخطوات التالية:

*وضع اليد في الجبس لمدة تتراوح من أسبوعين إلى أربعة أشهر حسب مكان الإصابة في العظمة.

*الرجوع للممارسة الرياضية بعد مدة تتراوح من 3 إلى 6 أشهر حسب نوع الإصابة.**(أسامة رياض:1998، ص92)**

2-4-4-كسر العظمة الخطافية:

وتقع العظمة في الجهة الداخلية لليد وتصاب هذه العظمة بالكسر نتيجة الإنضغاط بتأثير معين (مقبض مضرب التنس).

-أعراض كسر العظمة الخطافية:

* ألام متوسطة الشدة وتزداد شدا عند الضغط ظهر اليد.

-علاج العظمة الخطافية:

يتم العلاج عن طريق وضع اليد لمدة 45 يوم ثم تخضع لتمارين إعادة التأهيل بعد شهرين من الإصابة.

v الإسعافات الأولية:

3-1-تعريف الإسعافات الأولية :هي مجموعة الإجراءات الفنية التي تتخذ في حالة تعرض شخص أو مجموعة أشخاص للإصابات البدنية المختلفة الخطورة .

* هدف إنقاذ حياة الشخص المصاب (إبعاد خطر الموت المباشر الذي يهدد حياته) وكذلك هدف تقليل مضاعفات الإصابة**(عماد الدين شعبان: 2006، ص 15) .**

* هي مجموعة الأعمال التي تقدم لشخص أصيب بحادث طارئ أو نوبة مفاجئة لمرض قديم وذلك لدفع خطر الموت أو خطر إحداث عاهات.

ويتضمن ذلك المساعدة التي يقدمها المسعف إلى حين وصول المساعدة الطبية، كما يتضمن أيضا الاختيار الجيد للعبارات التي تعطي الثقة للمصاب وتجعله يتقبل المساعدة **(المركز الوطني للمعلومات: ص 2) .**

* هي كل المساعدة التي تقدم للمصاب بعد حدوث الإصابة مباشرة هدف تخفيف الألم الذي يحس به المصاب ولتلافي زيادة الضرر.**(Didier Gâteau les premiers:2006.p4.)**

3-2-من هو المسعف :

هو الشخص الذي يقوم بالإسعاف الأولي، ويكون على علم ودراية بالإسعافات الأولية وذا مهارة جيدة، ويعرف ما عليه أن يعمل، وما عليه أن لا يعمل و يتجنب الأخطاء، ويدرك أن معرفته بالإسعافات الأولية وتطبيقا بشكل علمي قد تعني إنقاذ حياة المصاب أو تخفيف آثار إصابته إلى الحد الأدنى،**(المركز الوطني للمعلومات: ص 2).**

3-3- وظيفة المسعف:

* الأولويات حسب الترتيب هي :

* تجنب دائما تعريض نفسك للخطر .

* تأكد من أن المصاب بأمان من الخطر بنقله إذا لزم الأمر.

* افحص حالة المصاب وحدد إصابته .

* قم بعم عاجي فوري عند الضرورة.

* لا تحاول القيام بالكثير وتذكر بأن المختصين يعرفون أكثر من المسعف الأولي العادي.

* لا تحاول القيام بتشخيص دقيق لحالة المصاب لأن تشخيصا كهذا سوف يتم من قبل طبيب مؤهل بعد إدخال المصاب إلى المستشفى.

* لا تضع ضمادات غير ضرورية أو تعيق عملية الإسعاف بمعالجة حالات تافهة، أعط الإسعاف الأولي الضروري فقط. **(س- ريم يونغستون ، ترجمة سعاد بشارة ،1998 ، ص 35)).**

3-4- واجبات المسعف: (عماد الدين شعبان: 2006، ص 15).

* تحافظ على هدوئك قبل البدء بالإسعاف .

* بعد تلقى التعليمات من المسؤول ابدأ بالعمل الفوري السريع دون إضاعة للوقت .

* يعتبر المصاب حيا إلا أن يثبت وفاته وأبعاده عن مصدر الخطر.

* تشخيص الإصابة عن طريق فحص المصاب ولا تتردد في طلب العون إذا لزم الأمر .

* عالج الإصابة الأكثر خطورة فالأقل

3-5- أهمية الإسعافات الأولية:

مما لا شك فيه أن الإسعافات الأولية التي تتبع عقب أية إصابة أو حادثة تعتبر في غاية الأهمية، لأا تقلل وتحد كثيرا من المضاعفات التي قد تنتج عن تلك الإصابات، بمعنى أنه إذا أجريت الإسعافات الأولية بطريقة علمية صحيحة فإن ذلك يساعد على حفظ حياة المصاب،كما أنه يسهل من الإجراءات العلاجية التي تتم بعد ذلك بواسطة الطبيب المختص، كما أن معرفة الناس بمبادئ تلك الإسعافات الأولية تجعلهم قادري على تقديم المساعدة سواء لأنفسهم أو لغيرهم .

إن حب مساعدة الآخرين صفة جميلة وإنسانية إلى أبعد حد، وهي موجودة لدى قطاع كبير من الناس، ومطلوب أن يقدم الإنسان لأخيه الإنسان المساعدة التي يحتاجها في الوقت المناسب، وفي هذا ا ال لا يمكن تقديم المساعدة إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية بمبادئ الإسعافات الأولية .

كما أن معرفة الأفراد بأهمية الإسعافات الأولية وتدريبهم عليها، تنمي لديهم الاتجاهات السليمة الايجابية بشكل يحافظ على حيام وحياة الآخرين، ويكونون على درجة من الوعي لأمور السلامة داخل المنزل وخارجه مما يساعد في الحد من الأثر السلبي عند وقوع الحوادث المختلفة .

كما أن معرفة الأفراد بما يجب إتباعه أثناء حدوث الكوارث الجماعية له أثر كبير في التخفيف من أثر هذه الكوارث، إذ أا تؤدي إلى أن يتصرف الأفراد بشكل سليم عند وقوع الكارثة، فلا يهرعون أو يفزعون أو يتزاحمون فيعوقون عمليات الإغاثة، وإنما يساعد بعضهم بعضا ويحافظون على حياهم، وفي وقتنا الحالي أصبح الفرد مطالبا بأن يحصل على أفضل رعاية صحية ممكنة وأن صحته وسعادته هي الهدف لجميع الحكومات، لأ ا السبيل إلى التنمية و الإنتاج، وتعتبر الإسعافات الأولية جزءا مهما من برامج الرعاية الصحية. **(بهاء الدين إبراهيم: 2001 ،ص 245) .**

3-6-الهدف من الإسعافات الأولية: .(أحمد الصهايبي: 2007، ص 1).

1- إنقاذ الحياة بإذن الله .

2- علاج الصدمة.

3- تخفيف أو إزالة الأ لم.

4- منع حدوث مضاعفات ومزيد من الإصابة

3-7- أهمية التدريب على الإسعافات الأولية :

للتدريب والمعرفة بمبادئ الإسعافات الأولية أهمية كبيرة في الحد من الإصابات وتقليل آثارها، ونلخص أهمية ذلك في النقاط التالية :

1- إذا أجريت الإسعافات الأولية بشكل عملي سليم،فإن ذلك يساعد في الحفاظ على حياة المصاب وتسهل الأعمال العلاجية التي سيجريها الطبيب، والمساعدة والإسراع في شفائه، وهذا يأتي بالتدريب.

2-إن معرفة الفرد بمبادئ الإسعافات الأولية تؤهله لتقديم المساعدة لنفسه في أثناء حدوث طار ئ.

3- إن حب المساعدة صفة جميلة عند الناس، وهي موجودة عند غالبية البشر، وجميل أن يقدم الإنسان لأخيه الإنسان المساعدة التي تحافظ على حياته، وهذه المساعدة لا يمكن تقديمها إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية بمبادئ وهي موجودة عند غالبية البشر، وجميل أن يقدم الإنسان لأخيه الإنسان المساعدة التي تحافظ على حياته، وهذه المساعدة لا يمكن تقديمها إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية بمبادئ الإسعافات الأولية .

4- إن معرفة الأفراد بما يجب عمله في أثناء حدوث الكوارث له أثر كبير في التخفيف من أثر هذه الكوارث، إذ تؤدي هذه المعرفة إلى أن يتصرف الأفراد بشكل سليم في أثناء وقوع الكارثة، فلا يهرعون أو يفزعون فيعوقون عمليات الإغاثة، وإنما يساعد بعضهم بعضا ويحافظون على حياهم.

5- إن معرفة الأفراد بمبادئ الإسعافات الأولية وتدريبهم عليها، تنمي عند الأفراد الاتجاهات السليمة، بشكل يحافظ على حياتهم ويكونون على درجة من الوعي لأمور السلامة داخل المنزل والمصنع والمدرسة والشارع وعلى الطرق الخارجية لما لذلك من أثر في التقليل من الحوادث والمحافظة على أرواح من حولهم .

6- في الوقت الحاضر أصبح الفرد يطالب بأفضل رعاية صحية ممكنة، وإن التدريب على الإسعافات الأولية جزء مهم من هذه الرعاية الصحية. **(المركز الوطني للمعلومات: الإسعافات الأولية، ص3).**

3-8- أساسيات الإسعافات الأولية:

سوف نعرض لأهم الأساسيات والمبادئ التي يجب الأخذ بها عند القيام بالإسعافات الأولية وهي :

1- على المسعف أن يتقدم لإسعاف المصاب وعليه أن يخبر من حوله بأنه المسعف.

2- يجب أن يتصرف المسعف بسرعة وعناية وهدوء، لأن تصرف المسعف الهادي يوحي بالثقة ويرفع من معنويات المصاب.

3- على المسعف أن يفكر جيدا قبل البدء بعمل أي شيء، فمثلا عليه أن يفكر بأفضل طريقة للتصرف في الموقف والقاعدة التي تكون أمامه هي حياة المصاب أولا.

4- يجب أن يتأكد المسعف من عدم وجود خطر على حياته وعلى حياة المصاب مثل احتمال حدوث انفجار أو ايار للمبنى أو ازدياد الحريق في مكان وجودهما، وعندئذ عليه أن يبادر بنقل المصاب بكل حذر عن مصدر الخطر.

5- على المسعف أن يقوم بتشخيص حالة المصاب باستخدام حواسه في عملية التشخيص مثل النظر والنطق والشم والاستماع، وإذا كان ممكنا عليه أن يسأل المصاب إذا كان يتألم إذا تمكن من الرد عليه، وعليه أن يلمس أجزاء جسم المصاب برفق حتى يتأكد من موقع وطبيعة الإصابة .

6- على المسعف العمل على ألا يرى المصاب إصابته، وخاصة إذا كانت حالته خطيرة فلا يخبره بذلك.

7-على المسعف أن يتأكد من الوظائف الحيوية للمصاب مثل:

*لون الجلد: فلون الجلد الأحمر يعني الإصابة بالتوتر الشرياني وجلطات المخ، واللون الشاحب الباهت يدل على النزيف ونقص الدم والجلطة واللون الأزرق يدل على نقص الأكسجين والاختناق.

* التنفس: يجب ملاحظة وجود التنفس أو عدمه ومعرفة مرات التنفس في الدقيقة سريعة أم بطيئة ووجود رائحة كريهة من الفم.

* النبض: يلاحظ النبض عند الرسغ أو الرقبة ويحاول عد نبض القلب وهل هو منتظم أم غير منتظم.

*درجة الحرارة بفقد يكون الجسم باردا أو ساخنا ويلاحظ التعرق.

8-إذا كان المصاب فاقد الوعي فعلى المسعف أن يقوم بفحص أكثر دقة وشمولية، وعليه أن يقوم بالآتي:

* ملاحظة التنفس فإن لم يكن هناك تنفس فعليه البدء بعملية التنفس الصناعي.

* فحص مكان استلقاء المصاب للتأكد من عدم وجود دم تحته فإن وجد فعليه وقف النزيف فورا،

وتأكد من ذلك بملاحظة لون الجلد وعدد النبضات.

* فحص حدقتي العين إن كانت طبيعية أم لا.

9-عند وجود أكثر من مصاب، من واجب المسعف أن يحدد وبسرعة من امن المصابين يحتاج للعناية أولا .

10-في حالة قيام المصاب بالتقيؤ اخفض رأس المصاب وأدرها إلى أي جانب حتى لا تدخل مواد القيء في رئة المصاب.

11 -في حالة الإصابة بالكسور يجب تثبيت العظام والقيام بالإسعافات اللازمة لها،وإذا كانت خبرة المسعف كبيرة عليه تجبير تلك الكسور.

12- معظم المصابين يتعرضون للصدمة العصبية نتيجة الحادثة وهذه الصدمة يجب على المسعف التصدي لها وعلاجها ويقوم المسعف بتدفئة المصاب وتغطيته.

13- على المسعف فك أو فتح أو قطع ملابس المصاب حسب الحالة بالقدر الذي يكفي للتعرف على حالته وأيضا تفتيش ملابسه للتعرف على هويته.

14- في حالة الإصابة بالإغماء على المسعف أن يميز سبب الإغماء فقد يكون نزيفا بالمخ أو تسمما أو خلافه.

15- على المسعف الإسراع بنقل المصاب إلى المستشفى عند الشك في وجود نزيف داخلي، ومن علامته تان واصفرار الجلد وسرعة التنفس وبرودة الجلد وضعف النبض وسرعته.

16- على المسعف الانتباه لما يقول المصاب لأن كلامه قد يفيد في إجراء الإسعافات اللازمة، وعلى المسعف أن يدرك أن المصاب يكون واعيا لكلام من حوله.

17- على المسعف تجنب إهمال إسعاف إصابة على حساب الإصابة الأخرى .

18- على المسعف أن يتجنب:

أ- التأخر في إجراء التنفس الصناعي عند الحاجة إليه

ب- ترك النزيف يستمر من المصاب

د- إعطاء المغمى عليه أي شراب من الفم .

هـ- لمس الجروح والكسور باليدين قبل تنظيفها وتعقيمها .

و- التأخر في نقل المصاب إلى المستشفى. **(بهاء الدين سلامة:2001، ص246-247)**

3-9- حقيبة الإسعافات الأولية:

يمكن شراء هذه العلبة من الصيدلية، لكن من السهولة بمكان صنع واحدة، ويجب أن تحفظ محتويات علبة الإسعاف الأولي في حاوية بلاستيكية ملائمة، ذات غطاء جيد وسليم ومحكم الإغلاق ومتين. هذا الأمر يجعل العلبة ملائمة لحملها أو حفظها في خزانة العقاقير .

3-10-محتويات حقيبة الإسعافات الأولية : (ر. م يونغسون، ترجمة سعاد بشارة:1998،ص233) .

-أربع ضمادات ميدانية مختومة ومعقمة خاصة لتغطية الجروح، اثنان كبيرتان واثنان صغيرتان

- علبة واحدة كبيرة ومعقمة ومختومة من الضمادات اللاصقة (البلاستيك) من الحجم الكبير علبة واحدة من الضمادات اللاصقة (البلاستيك) من الحجم الأصغر بقياسات متعددة .

-علبتان مختومتان تحتويان على 10 شاشات عادية معقمة حجم 10 سم×10سم لتغطية الجروح

- لفة واحدة بعرض 2.5 سم الشريط اللاصق المطاط أو المصنوع من البلاستيك المرن أو الرايون.

- علبة مسطحة من الشاش المعقم المغلف بالبرافين المستعمل للنفطات والجلوف الكبيرة .

- ثلاث عصابات مثلثيه لتثبيت الكسور .

- أربع عصائب كبيرة من الشاش ذي النسيج العريض

- علبتان من القطن الطبي المعقم لتضيف الجروح .

- لفتان من القطن الطبي الغير معقم، لتنظيف الجروح وللرفادة.

- علبة واحدة من أقراص البراسيتامول المسكنة للألم .

* مقياس حرارة طبي .

* ملقط صغير ذو رأس عريض ودون أسنان داخلية، لنزع الأجسام الغريبة.

* مقص ذو أطراف دائرية لقص العصائب والأشرطة اللاصقة .

* دبابيس إفرنجية بأحجام متعددة .

* زجاجة بلاستيكية من سائل مطهر لتنظيف الجروح .

*مر هم الهيدروكورتيزون للطفح الجلدي ولساعات الحشرات .....الخ

3-11- واجبات المسؤول عن الإسعافات الأولية :

1. تقديم النصح والإرشاد للتلاميذ .

2. تقديم المساعدة للتلاميذ عند تعرضهم للإصابة والحوادث .

3. إجراء عمليات الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية .

4. صيانة محتويات حقيبة الإسعافات الأولية.

5. الاحتفاظ بالسجلات والإحصاءات المتعلقة بالإصابات والمعلومات الضرورية الأخرى .

6. تقديم تقرير طبي إلى الطبيب أو الممرضة حول الظروف التي تمت فيها الإصابة **(بهاء الدين إبراهيم سلامة:2001 ص 84)**

3-12- الرعاية الطبية والإسعافات الأولية للرياضيين:

تعتبر رعاية الرياضيين من الإصابات المختلفة الناتجة عن اللعب في غاية الأهمية وتقع تلك المسؤولية على الإدارة وغيرهم ممن لهم علاقة بهذا الموضوع :

1)- أن يكون جميع المشرفين على دراية كافية بكيفية التصرف الصحيح اتجاه الرياضيين الذين يحتاجون إلى إسعافات أولية عقب تعرضهم لأي إصابة.

2)- إذا استدعى الأمر نقل التلميذ إلى المنزل أو المستشفى يجب أن يتم ذلك على وجه السرعة.

3)- أن يكون بكل مركب رياضي حجرة خاصة بالإسعافات الأولية لكي يذهب إليها الرياضي عند إحساسهم بأي أعراض مرضية أو عند تعرضهم لإصابة مفاجئة " جرح أو خدش مثلا" لإسعافهم أو لانتظار الطبيب، كما يتم تجهيز هذه الغرفة بدواليب الإسعاف الخاصة لهذا الغرض، وتزود بالمعدات والأدوية اللازمة للإسعافات الأولية وهي على سبيل المثال لا الحصر ((ميكرو كروم وصبغة اليود، شاش و قطن طبي معقم، مشمع لا صدق، بلاستر مطاط، أربطة مختلفة المقاسات، قربة لعمل الكمدات، ثلج، غسيل للعين، مقص، مشرط نشادر، بودرة سلفا،مطهر للجروح ومرهم

للجروح، مرهم للحروق وأقراص ملح، أسبرين،مهدئ للمعدة، مخدر موضعي، بعض مهدئات للجهاز الهضمي والجهاز العصبي، موقف للنزيف)) **(بهاء الدين إبراهيم سلامة :2001، ص 178).**

3-13- الإسعافات الأولية لبعض الإصابات الرياضية الشائعة:.

3-13-1- الكسور:

- **تعريف الكسور:**

الكسر هو انفصال العظمة إلى جزأين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة أو اصطدام بجسم صلب ، مثل الضرب بعصي غليظة بقوى على الساعد أو اصطدام القصبة بقوة لاعب أخر أو بأداة ثقيلة أو اصطدام لاعب كرة قدم بخارجية المرمى أو بالأرض أو بقدم الخصم **(أسامة رياض :1998، ص 57).**

الكسر هو تحطم أو تصدع عظمة ما وعموما قبل التعامل مع الكسور، يجب على المسعف الانتباه إلى وجود أي صعوبة في التنفس أو نزيف حاد وفقدان للوعي **(ر.م يونغسون، ترجمة سعاد بشارة: 1998، ص 121).**

- **أنواع الكسور :** للكسور أنواع مختلفة .

- **الكسر المغلق :**يكون الجلد سليما والعظم مكسورا والعظم مهما ساءت إصابته يبقى غير مموج، والأورام الرضوض لا تظهر في الحال .
- **الكسر المفتوح :** يكون طرف العظم المكسور ناتئا من خلال الجلد، أو هناك جرح في الجلد متصل بموقع الكسر، يجب الافتراض دائما بأن الكسور المفتوحة مموجة .
- **الكسر المضاعف:** تحدث عندما تكون النهايات المكسورة أو شظايا العظام المكسورة قد ألحقت الأذى بأجزاء من الجسم مجاورة ومهمة مثل الشرايين أو الأعصاب **(ر.م يونغسون، ترجمة سعاد بشارة: 1998، ص 121).**

أعراض الكسور : (إقبال رسمي محمد:2008، ص165-166)

1- ألم شديد في مكان الإصابة وخاصة عند تحريك الجزء المصاب أو لمس مكان الإصابة.

2- فقدان القدرة على تحريك الجزء المصاب وذلك لفقد الجزء المصاب لميكانيكية الحركة .

3- ورم شديد مكان الإصابة نتيجة لتمزق الأوعية الدموية المحيطة بالكسر .

4- وجود حركة غير طبيعية في العظام في الجزء المصاب لأن انفصال العظام يعمل كمفصل جديد يسمح بحركات لم تكن ممكنة من قبل ولكن يصاحب هذه الحركات ألم شديد.

5- سماع صوت في منطقة الكسر عند تحرك جزئي للعظمة المكسورة عند محاولة تحريكها.

6-تشوه الجزء المصاب وذلك إذا كان يوجد زحزحة أو نقل بالعظام

- **الإسعافات الأولية للكسور:**

* تنقل المصاب (إلا إذا كان هناك خطر محقق يهدد حياته لو بقي في مكانه).

* عالجه في مكانه واسأل المصاب هل هناك جزء يؤلمه واطلب منه محاولة تحريك جميع أجزاء جسمه جزءا.

* غط أي جرح مفتوح بغطاء معقم أو منديل نظيف.

* إذا كان الكسر مضاعف وهنالك نزيف شديد من الجرح فلن يمكن إيقاف النزيف بالضغط المباشر بسبب الألم ، في هذه الحالة اجعل الضغط على العظم الأقرب للقلب أو اضغط على الناحيتين من الجرح .

*ا تحاول تحريك المصاب قبل تثبيت الكسر أو الخلع ويكون ذلك بعمل جبيرة للطرف المصاب ويمكن استخدام أي شيء موجود مثل صحف مبرومة أو عصا أو فرع شجرة.....الخ .

* يجب أن تكون الجبيرة طويلة بحيث تمتد إلى أبعد من المفصل الأعلى والأسفل للكسر فمثلا في كسر الساق يجب أن تصل إلى أعلى من مفصل الركبة وإلى أسفل من مفصل الكعب.

* اجعل بطانة سميكة بين الجبيرة والطرف المكسور مثل فوطة أو قطن طبي أو أي ملابس يمكن الاستغناء عنها.

* يمسك الطرف المكسور مسكا محكما من الأعلى إلى الأسفل ثم تلف البطانة حول الطرف ثم توضع الجبيرة وتربط حول الطرف المكسور بحبل أو حزام أو رباطة عنق أو شيء آخر مع مراعاة أن يكون الطرف المصاب في وضعه الطبيعي ما أمكن .

* يمكن تقوية الجبيرة بربط العضو المصاب بالجسم أو بعضو سليم.

* حول الطرف المصاب وغطي المصاب ببطانية.

* لا تعط أي شيء بالفم حتى يمكن إعطاء مخدر للمصاب إذا لزم الأمر بالمستشفى(**مسعود دريدي:، ص 29،30) .**

- **إسعاف بعض الكسور الشائعة:**

3-13-1-1- كسور الذراع وعظمة الترقوة :

المصاب يسند دائما ذراعه المكسورة بذراعه السليمة محتضنا إياها إلى صدره.

أ/ حمل وزن الذراع المكسورة وإسنادها في علاقة مثل الرباط المثلث وضع بطانة من القطن أو فوطة بين الجسم والذراع الكسور وإذا كان المصاب سوف يسافر في رحلة طويلة إلى أقرب مستشفى أربط حزاما أو رباطا حول العلاقة لتحفظ الذراع في مكانه .

ب/ إذا كان الكسر حول مفصل الكوع (المرفق) فإن الذراع قد يكون مثني وفي هذه الحالة يكون العلاج كما سبق أما إذا كان الذراع مدا ففي هذه الحالة ثبت الذراع إلى جانب الجسم بربطه إلى الجسم بأي رباط متوفر .

ج/ إذا كان الكسر باليد لفها بطانة طرية من القطن أو الملابس ثم ضع اليد والذراع في علاقة .

د/في حالة كسر عظمة الترقوة يوضع الذراع في الناحية المصابة في علاقة مثل (1) أو يعمل رباط على شكل رقم (8). **(مسعود دريدي: ص 31).**

3-13-1-2-كسور الساق والفخذ والقدم :

أ/ احمل الساقين برفق ودقة حتى تجعلهما متوازيتين بدون تسبب الأ لم للمصاب .

ب/ ضع بطانة (قطن. ملابس، فوطة) بين الفخذين والركبتين والساقين، ويلاحظ أن ملاءة مطوية ملفوفة (مبرومة)عند لفها حول الطرف المصاب وبين القدمين وسوف تقوم بعمل الجبيرة بالإضافة إلى عملها كبطانة

ج/أربط الطرف المصاب إلى الطرف السليم بأي ربطة متوفرة مثل الأحزمة وربطة العنق، أعمل ربطة عند الركبة وأخرى حول القدمين والمكعبتين .

د/ إذا كنت تتوقع رحلة طويلة إلى المستشفى فإن المصاب سوف يكون أكثر راحة لو ربطت أربطة إضافية حول الفخذين والساقين وتحت الكسر مباشرة ويكون أفضل لو أضفت جبيرة حول الكسر مثل لوح الخشب أو جرائد (صحف) مبرومة أو مجلات، ضع هذه الجبائر بعد تبطينها بين الساقين .

هـ/إذا كانت عظمة الفخذ هي المكسورة فأبحث عن جبيرة طويلة أو وضعها على جانب خارجي الفخذ من القدم إلى الإبط وأربط الجبيرة حول الصدر والحوض**(مسعود دريدي : ص 32،33) .**

3-13-1-3- كسور العمود الفقري :

هنا التشخيص صعب ويمكننا التكلم عن كسر العمود الفقري في حالة ما إذا تلقى المصاب صدمة قوية في ظهره أو عنقه أو أثناء سقوطه من أعلى، فحينئذ لا يجب تحريكه إذا كان المصاب في وعيه فقد يشكو من آلام شديدة في الظهر أو العنق مع بعض فقدان الإحساس أو فقدان القدرة على الحركة في أطرافه ونقل الشخص في مثل هذه الإصابة خطير وصعب وتحتاج إلى أشخاص مدربين جيدا ولذلك لا تحاول نقل المصاب وأرسل في طلب النجدة.

غطي المصاب ببطانية لجعله دافئ وأهم شيء هو جعل المصاب ساكنا هادئا لا يتحرك لحين وصول النجدة. إذا كان الكسر في العنق ضبع وسادتين على جانبي الرأس لمنع حركة الرقبة ويجب أن يبقى الجسم مستقيما.

إذا كان لابد من نقل المصاب فورا ففي هذه الحالة حاول جذبه مثبتا رأسه بين ذراعيك أو أجذبه على ملاءة بحيث يكون العمود الفقري مستقيما، أو يمكن لثلاثة أو أربعة أفراد نقل المصاب بحيث يكون أحدهم ممسكا بالرأس والرقبة ويرفع المصاب كتلة واحدة بحيث لا يتحرك أي جزء من عموده الفقري .

ونعيد هنا التحذير من نقل المصاب إلا إذا كانت حياته في خطر محقق في حالة عدم نقله فورا **(مسعود دريدي : ص32،33).**

3-13-2- حوادث المفاصل :

3-13-2-1- الملخ:

-تعريف هو عبارة عن إصابة أربطة المفصل نتيجة قوة خارجية أكبر من قوة المفصل على تحملها أو نتيجة لحر كة عنيفة أو التواء مفاجئ للمفصل، وهو تمزق كلي أو جزئي لرباط أو أكثر من أربطة المفصل نتيجة زحزحة مؤقتة، أي أن العظام تعود إلى وضعها الطبيعي تاركة الرباط متمزقا، وأن أكثر المفاصل إصابة هي مفصل اليد والقدم ثم الركبة والكتف .

- أعراض وعلامات الملخ:

1- ألم في المفصل.

2-ألم شديد عند فحص المصاب، فيزداد الألم عند القيام بأي حركة تحدث شدا في الرباط الممزق.

3- تورم مكان الإصابة نتيجة زيادة السائل الزلالي الموجود بالمفصل .

4-التهاب الغشاء الزلالي .

5-نزيف دموي داخلي في الشعيرات الدموية الموجودة في منطقة المفصل .

6-تغيير لون الجلد في مكان الإصابة في حالة النزيف الدموي الشديد.

7-ارتفاع درجة حرارة المنطقة المصابة.

- درجات الملخ:

يمكن أن يكون الملخ في ثلاث درجات حسب شدته.

أ/ الدرجة البسيطة: يكون التمزق لعدد قليل من الألياف الرباط، وبدون حدوث مضاعفات في المفصل.

ب/الدرجة المتوسطة: يكون تمزق ألياف الأربطة كبرا حيث يبقى الرباط بدون انقطاع وقد يؤثر استقرار المفصل.

ج/ الدرجة الشديدة: وتشمل تمزق الرباط أو الأربطة بالكامل وانقطاعها، وقد يحدث خلع في المفصل أو في حالة عدم انقطاع الرباط يحدث كسر في منطقة اتصال الرباط بالعظم **(- أكرم زكي خطابية: 1996، ص (369، 370)).**

-الإسعافات الأولية للملخ:

الهدف من الإسعافات هو السيطرة على النزيف الداخلي والحد من حجم التورم الذي يحدث، وتقصير فترة امتصاص السوائل المفصلية داخل الفجوات المفصلية، وخطوات العلاج هي:

1- إبعاد المصاب خارج الملعب.

2- العمل على راحة المفصل المصاب وعدم تورمه .

3- استخدام كمادات من الماء البارد والمثلج أو الثلج لمدة نصف ساعة للسيطرة على النزيف والتورم والألم.

4- العمل على راحة المفصل من الثقل الواقع عليه .

5- إعطاء المصاب مسكنا للألم.

6-استخدام عكازات وغيرها أثناء التحرك في حالة كون الإصابة في أحد المفاصل الأطراف السفلية **(أكرم زكي خطابية : ص (369،370)).**

3-13-2-2- الخلع:

-تعريف : هو خروج العظم من مكانه الطبيعي نتيجة تأثير على المفصل بشكل مباشر ويؤدي عادة إلى إصابة الأربطة المحيطية بالمفصل .

-أنواع الخلع :

أ/- الخلع الجزئي: هو خروج العظم جزئيا من مكانه الطبيعي بحيث يبقى جزء من سطحه موجه لسطح العظم

ب/- الخلع الكلي: هو خروج العظم كليا من مكانه الطبيعي حيث أن سطحه المفصلي لا يقابل سطح العظم المقابل له على الإطلاق.

وأكثر المفاصل تعرضا للخلع هي مفصل الكتف، ومفصل المرفق والإبام والأصابع حيث يأتي الخلع بعد الكسور في شدة الأثر الذي تركه على الرياضي.

- أعراض وعلامات الخلع :

1-ألم في مكان الإصابة .

2-تشوه المفصل المصاب الناتج من خروج العظم من مكانه الطبيعي .

3-تورم المفصل .

4- ألم شديد عند الضغط باليد على المرفق وألم عند الحركة.

5-فقدان الحركة للمفصل المخلوع. **(أكرم زكي خطابية: ص (369-370)).**

- الإسعافات الأولية للخلع:

1-تثبيت المصاب بوضع مريح حتى يتم نقله إلى المستشفى.

2-تجنب اصطدام أطراف العظم المخلوع ببعضهما مما يسبب الما شديدا .

3-يجب عدم تحريك المفصل المصاب حتى يتم التأكد من نوعية الإصابة.

4 تثبيت المفصل المصاب في وضعه الطبيعي .

5- تدليك سطحي خفيف للمنطقة الماورة بدف تنشيط الدورة الدموية .

3-13-3- الحوادث العضلية:

3-13-3-1- التشنج العضلي:

- تعريف : هو عبارة عن تقلص العضلة أو بعض العضلات تقلصا قويا ومؤلما، ويستمر هذا التقلص لوقت قصير (بعض ثوان)، أو يطول لدقائق معدودة، ويحدث هذا التقلص أثناء القيام بالهود أو بعد الانتهاء منه، وهذا التقلص يحدث نتيجة لبعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة ونتيجة لرد فعل عصبي .

- أسباب التقلص العضلي :

1-إجهاد العضلة أثر من طاقتها ولمدة طويلة .

2- التدريب الخاطئ والمصحوب بالعنف .

3- اللعب في طقس شديد البرودة قبل أداء الإحماء وإعداد العضلات .

4- تأدية اللاعب لحركات غير اعتيادية .

5- تقلص العضلات الناتج عن نفاذ النشاط العضلي، خاصة أن الأوعية الدموية تكون بطيئة في التخلص من المخلفات التي تنتج عن العمل العضلي.

6- التغذية الغير جيدة والغير متنوعة.

7- اللعب في جو شديد الحرارة ونقص الماء والملح لدى العضلات .

8- ارتداء أحذية غير مناسبة (كعب عالي مثلا). **(أكرم زكي خطابية: ص366.).**

- الإسعافات الأولية للتقلص العضلي:

1- إيقاف المصاب عن الحركة وإخراجه من الملعب .

2- العمل على سحب العضلة بعكس اتجاه عملها .

3- تدفئة العضلة المتقلصة باستعمال كمادات حارة أو صب ماء حار أو هواء حار .

4- عدم التدليك فقط يؤدي إلى زيادة تقلصها أو قد يؤدي إلى تمزق جزء من الألياف العضلية .

3-13-3-2- التمدد العضلي:

- تعريف : هو تمديد العضلة فوق قدرتها بدون حدوث أي أذي داخلي .

- أسباب التمدد العضلي:

- حركة شاسعة وانزلاق.

- انقباض عضلي عنيف

- تعب ي العضلة يخفف من فعا ليلها.

- أعراض التمدد العضلي:

- ألم في العضلة .

- عضلة صلبة ومؤلمة أثناء المشي .

- عدم القدرة على المشي .

- الإسعافات الأولية للتمدد العضلي:

إيقاف الجهد فورا وراحة لمدة 48 ساعة .

3-13-3-3- التمزق العضلي:

- تعريف: هو تمزق الألياف العضلية أو الأوتار الناتجة عن جهد عضلي عنيف أكبر من تحمل العضلة **(أكرم زكي خطابية : ص (367)).**

- أسباب حدوث التمزق العضلي:

1-التقلص العضلي المفاجئ أو الشديد للعضلة.

2-الانقباض الغير متناسب بين مجموعتين من العضلات تتعاكس مع بعضها في العمل.

3-القيام بجهد عضلي شديد أكبر من قوة تحمل العضلات .

4-النقص الشديد للأملاح المعدنية والماء .

5- عدم ملائمة مرونة العضلات للحركات والمهارات التي يؤديها المصاب .

6-الإحماء الغير الجيد للعضلات .

7- إشراك المصاب في التدريب قبل شفائه من تمزق عضلي سابق .

- درجات التمزق العضلي:

ينقسم التمزق العضلي من حيث الشدة إلى 03 درجات:

أ/ الدرجة البسيطة: وهي تمزق عدد قليل من الألياف العضلية ويتم الشفاء بدون أضرار عضلية وبوقت قصير.

ب/ الدرجة المتوسطة: وهي تمزق عدد كبير من الألياف مع بقاء استمرارية العضلة.

ج/ الدرجة الشديدة : وهي تمزق العضلة بالكامل وإقطاع وترها ، ونتيجة لهذا التمزق في العضلة أو الوتر أو الألياف العضلية ،تصاب الشعيرات الدموية والأوعية الأخرى في المنطقة المصابة ويحدث نزيف حول المنطقة .

- أعراض وعلامات التمزق العضلي:

1- ألم شديد وحاد يتوقف على شدة الإصابة ومكانا.

2-تورم مكان الإصابة بسبب مكان النزيف الداخلي بعد 48 ساعة حيث يتغير لون المنطقة المصابة إلى الأحمر ثم الأزرق ثم الأصفر بعد مرور عدة أيام.

3- ضعف شديد في حالة استخدام العضلة .

4-ألم شديد في حالة الضغط على المنطقة المصابة.**(أكرم زكي خطابية : ص(368، 369)).**

-الإسعافات الأولية للتمزق العضلي:

1- نقل المصاب خارج الملعب .

2-إيقاف النزيف وتخفيفه والتحكم في تقليل كمية التجمع الدموي باستعمال الكمادات الباردة ولمدة نصف

3-الراحة التامة للعضلة أو الوتر المصاب.

4- عمل رباط ضاغط على المنطقة المصابة .

5- في حالة الألم الشديدة نعطب بعض العقاقير المسكنة لتخفيف الألم.

6- إعطاء بعض المضادات الحيوية لمنع الالتهابات.

3-13-4- تخليص ونقل المصابين:

من المفروض أن لا يتحرك المصاب من مكانه حتى تجري له الإسعافات الأولية ولكن في بعض الأحيان ونظرا لظروف طارئة يتحتم على المسعف أن يخلص المصاب من المكان الموجود فيه وينقله إلى مكان تحسبا لعدة أخطار .

3-13-4-1- طريقة رجل المطافئ :

- يقبض المنقذ بيده اليسرى رسغ المصاب الأيمن .
- يضع بطن المصاب على كتفه الأيمن .
- يضع يده اليمنى بين فخذي المصاب ويمسك ساق المصاب اليمنى.
- يجذب ذراع المصاب اليمنى حول كتف المنقذ اليسرى .
- يلقي المنقذ على كتفه كل ثقل المصاب.
- يقبض المسعف بيده رسغ المصاب الأيمن.
- تبقى يد المسعف اليسرى حرة لمساعدته في الحركة .

3-13-4-2- طريقة كرسي السلطان في حالة منقذين:

- كل مسعف يقبض بإحدى يديه على رسغ يده الأخرى وكل راحة يد خالة تقبض على رسغ المنقذ.
- توضع الأربعة أيدي المتشابكة تحت المصاب ليجلس عليها ككرسي ويسند المصاب نفسه بوضع ذراعيه حول رقبة المسعفين .

3-13-4-3- طريقة النقل بالكرسي بواسطة شخصين :

يجب الاحتياط بعدم إمالة الكرسي للأمام حتى لا يسقط المصاب ويجب التحكم للنزول سويا أو للمشي سويا

Medecin general Genaud Docteur es sciences:Manuel pratique e) .(secourisme,ID,P(203-215).

3-13-4-4- طريقة الجسر :

وتستعمل بأربعة مسعفين من بينهم الرئيسي الذي يزلج الحمالة تحت الضحية وثلاثة مسعفين .

يأخذون مكلم فوق المصاب الأرجل بعيدة أما الرئيس فيكون أمام لموعة ويكون مقابلا لزملائه

ثم يضعون أيديهم تحت المصاب.

-يقوم المسعف الأول بوضع يده تحت رقبة المصاب واليد الأخرى ما بين كتفيه.

- يقوم المسعف الثاني بوضع كلتا يديه الواحدة مقابلة الأخرى كحزام حول المصاب.

- يقوم المسعف الثالث بوضع إحدى يديه تحت فخذ المصاب والأخرى تحت ركبة الساق.

- فيقوم المسعف الذي يمسك الحمالة على شكل أوامر": انتبهوا للتحضير "، فيعيد الأمر ثانية" : "انتبهوا ا للرفع ، ارفعوا" .

- ترفع اموعة الضاحية فتزلج هذا الأخير الحمالة تحته بأمر في الأخير "انتبهوا للوضع ن ضعوا'.

الدراسات السابقة :

٧ الدراسة الأولى:

عنوان الدراسة: الإصابات الرياضية وعلاقتها بالنشاط الرياضي المبرمج في امتحان بكالوريا التربية البدنية والرياضية.

أهداف الدراسة :

محاولة التعرف على أسباب وأنواع الإصابات الرياضية الشائعة التي يتعرض لها التلاميذ

التعرف على المنافسة الرياضية التي يتعرض من خلالها التلاميذ للإصابة أكثر من غيرها

محاولة الكشف عن العجز في المنشات الرياضية.

مشكلة الدراسة :هل توجد علاقة بين مسببات الإصابات الرياضية ومكونات النشاط الرياضي المبرمج في امتحان بكلو ريا التربية البدنية والرياضية لتلاميذ الأقسام النهائية.

فرضيات الدراسة :

توجد علاقة بين التحضير البدني والنفسي والإصابات الرياضية لدي تلاميذ السنة الثالثة ثانوي أثناء إجراء امتحان التربية البدنية والرياضية.

توجد علاقة بين عدم صلاحية أرضية الميدان والإصابات الرياضية.

عينة الدراسة: عينة عشوائية

المنهج المستخدم :المنهج الوصفي

الأدوات المستخدمة في الدراسة: الاستبيان.

النتائج المتوصل إليها :

إن أغلب الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ يوم الامتحان بدرجة أولى ترجع إلى عدم صلاحية المنشات الرياضية

قصر فترة الإحماءو أخطاء الأداء والحالة النفسية للتلاميذ يوم الامتحان

الدراسة الثانية : دراسة مصطفى جوهر حياة 1996:

عنوان الدراسة : الإصابات الشائعة لبعض لاعبي أندية التربية البدنية والرياضية في دولة الكويت في سنة 1996

أهداف الدراسة :

التعرف على الإصابات الشائعة لبعض الأنشطة الرياضية.

التعرف على أماكن حدوث الإصابات بأجزاء الجسم.

التعرف على زمن حدوث الإصابة في الفترة التدريبية.

التعرف على أسباب حدوث الإصابة.

عينة الدراسة: عينة عشوائية

المنهج المستخدم : المنهج المسحي

النتائج المتوصل إليها:

التمزق الغضروفي في منطقة العمد الفقري هو أكثر الإصابات شيوعا

النصف الأول من الموسم التدريبية هو التوقيت الأكثر حدوثا للإصابة

أكثر التوقيتات حدوثا للإصابة هي أثناء التدريب والمنافسة

نقص اللياقة البدنية والإحماء الغير جيد هما أكثر الأسباب حدوثا للإصابة

- **الدراسة الثالثة:**مذكرة لنيل شهادة الليسانس في التربية البدنية والرياضية ،للطالب السعيد لعبيدي بعنوان: إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم (2007-2008)

أهداف الدراسة :

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

تحسين مردود اللاعبين عن طريق العلاج التأهيلي وتوعيتهم ودفعهم إلى المتابعة الطبية الدورية بعد الإصابة

مشكلة الدراسة :ماهي أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية؟

فرضيات الدراسة :

للطب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة القدم

قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدي لاعبي كرة القدم

اهتما المدربين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية

عينة الدراسة:عينة عشوائية

المنهج المستخدم :المنهج الوصفي

الأدوات المستخدمة في الدراسة: الاستبيان

النتائج المتوصل إليها:

نقص مراكز الطب الرياضي للتكفل بإصابتهم والغياب الكبير للتوعية من طرف المدربين والاهتمام أكثر بالنتائج في المباريات

الإصابات تقف عائق أمام اللاعبين في تحقيق طموحام المستقبلية وخاصة في الاحتراف

تؤثر الإصابات على مردود اللاعبين وقد تكون السبب في توقفهم عن اللعب.

٧ الدراسة الرابعة: التي قام ا الطالبين زكور محمد أمين، ياهمي حمزة، لنيل شهادة الماجستير أجريت هذه الدراسة خلال السنة الجامعية(2005،2006) بمعهد التربية البدنية والرياضية بدالي إبراهيم

عنوان الدراسة: أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ودوره في تحسين مردود لاعبي كرة اليد "(أشبال)

مشكلة الدراسة : إلى ماذا يؤدي نقص أو غياب المؤطرين الصحيين في الفرق الرياضية لكرة اليد؟

فرضيات الدراسة :

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

المنهج المستخدم : المنهج الوصفي.

الأدوات المستخدمة في الدراسة: الاستبيان.

النتائج المتوصل إليها:

- معظم فرق كرة اليد لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية و علاج الإصابات الرياضية.
- أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرف المختصين.
- غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة للرياضيين.
- كذلك الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

٧ التعليق على الدراسات:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح أنا اشتملت على أربعة دراسات باللغة العربية، حيث ركزت الدراسات السابقة على الإصابات الرياضية من حيث مفهومها وأسبابا وأنواعها ونسبها ولكن الباحث إضافة إلى كل ذلك فقد قام بالتركيز على الإسعافات الأولية لهذه الإصابات لما لها من أهمية، كما استخدمت الدراسات أدوات القياس القانونية والموضوعية وتم استخدام الإحصاء المناسب لتحليل البيانات وهذا ما استفدنا منه من هذه الدراسات من خلال التعرف على بعض العراقيل التي واجهها الباحثون وأخذ العبرة من الأخطاء التي وقع فيها، وقد ساعدتنا أيضا على ضبط فرضيات الدراسة ومتغيراتها وكذا بتحديد المنهج والعينة والأساليب الإحصائية، وكذلك دراسة جانب غير مدروس في هذه الدراسات، ويرجع ذلك إلى التشابه الحاصل بين دراستنا وهذه الدراسات.

الفصل الثاني

الإطار العام للدراسة

- **الكلمات الدالة في الدراسة**

1-التعريف الإجرائي للمدر ب:

المدر ب هو ذلك الشخص الذي يجب أ ن يكون كاملا من جميع النواحي بحيث يحتوي على كل المقومات الشخصية الكاملة، ذلك من أجل العمل على التسيير الحسن للفريق وإمكانياته على التحكم في كل ما هو تحت رقابته، وهو ذلك المربي والمهيأ والملتزم بالعمل من أجل تحقيق الأهداف المسطرة.

2-التعريف الإجرائي للإصابة الرياضية:

الإصابة هي تلك الأذى أو الضرر أو التلف الذي يصيب جسم اللاعب أو جزءا منه أثناء التدريب أو المنافسة الرياضية نتيجة عوامل طبيعية أو عوامل خارجية.

3-التعريف الإجرائي للإسعافات الأولية:

هي إنقاذ حياة الشخص المصاب وإبعاد الخطر المباشر الذي يهدد حياته، وكذا تقليل مضاعفات الإصابة من خلال التدخل السريع في الإسعاف.

- **إشكالية الدراسة :**

تحظى الرياضة باهتمام كبير في و سط اتمعات، فإلى جانب دورها الرياضي والصحي، فان لها دورا ترفيهيا وترويحيا من خلال تغيير الأجواء وتخفيف الضغط على الممارسين لها.

إلا أن الممارسات المختلفة للرياضات تشهد في بعض الأحيان وقوع حوادث وإصابات لدى الرياضيين، ومن الملاحظ أن الإصابات في الوسط المدرسي عديدة ومتنوعة، قد تمس مختلف أعضاء جسم الإنسان، لذا يجب التكيف معها بسرعة وخبرة كبيرتين للحد أو التخفيف من أثارها في انتظار تدخل المصالح المختصة لان التأخر في

التدخل قد يؤدي إلى مالا يحمد عقباه، و لكن الملاحظ أن المدرب يبقي مكتوف الأيدي عندما يصادف حادث ما أثناء قيامه بعمله، وقد يؤدي هذا الحادث إلى وفاة الرياضيين أو ظهور عاهة مستديمة.

لذلك طرحنا هذا الموضوع لنبرز ضرورة أن يكون المدرب الرياضي على دراية بالمبادئ الأساسية للإسعافات الأولية وكيفية التدخل لإسعاف الرياضي المصاب.

و خلص البحث إلى طرح الإشكالية التالية:

– إلى ماذا يرجع الموقف المهني السلبي الذي يتخذه المدرب في حالة وقوع الإصابة و عدم تدخله لإسعاف اللاعب المصاب ؟

و منه يمكن صياغة التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل يرجع عدم تدخل المدرب لإسعاف المصاب إلى فقدانه للمرجعية المعرفية، و ذلك بحكم تكوينه النظري البحث في هذا الاختصاص ؟

2- هل يرجع عدم تدخل المدرب لإسعاف المصاب إلى تخوفه من عدم إتقان متطلبات الإسعاف ؟

3- ألا يرجع عدم تدخل المدرب لإسعاف المصاب على عدم توفر الأدوات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية ؟

v أهدا ف الدراسة :

كثيرا ما نسمع عن تعرض أحد الرياضيين إلى الإصابة خلال حصة تدريبية ولكن قليل ما نسمع عن تدخلات المدربين بفعالية في تقديم الإسعافات الأولية للرياضيين المصابين.

والأهداف المتوخات من هذا البحث هي:

1- تعميم الفائدة في البحث العلمي .

2- التحسيس بأهمية وضرورة معرفة وإتقان الإسعافات الأولية من طرف المدربين للحفاظ على صحة الرياضيين.

3- ملء الفراغ الملموس في هذا الحقل من الدراسة، وإثراء هذا الميدان.

4- السعي وراء إعادة الاعتبار لهذا الحقل الحساس في ميدان الطب الرياضي .

5- إعطاء صورة واقعية عن مدى إلمام المدربين الرياضيين بالمبادئ الأساسية للإسعافات الأولية.

6- محاولة إبراز أهمية العمل على تمكن المدربينالر ياضيين من المبادئ الأولية للإسعافات الأولية .

7- اكتساب تقنيات الإسعافات الأولية بحيث يصبح استعمالها فعالا.

v أهمية الدراسة :

إن أهمية هذا البحث تكمن بالدرجة الأولى في تبسيط و توضيح فكرة الإسعافات الأولية حتى يستفيد منها كل مدرب لضمان صحة و سلامة الأجيال في الوسط الرياضي.

كما تكمن أهمية البحث كذلك في لفت الانتباه إلى ضرورة المحافظة على الصحة في المؤسسات الرياضية من خلال الأساليب الوقائية و الأمنية و إجراءات السلامة من جميع الحوادث، و من ابرز الدوافع المحفزة لاختيار الإسعافات الأولية كموضوع للبحث ما يلي :

1- حساسية الموضوع و الصعوبات التي يواجها المدرب أثناء أدائه لعمله.

2- إزالة الغموض و الالتباس عن المفاهيم التي ظل الكثير يسمع عنها، و لكن لم يجدوا لها اثر في الميدان.

3- محاولة اقتراح نماذج يمكن الاستفادة منها وتطبيقها في الميدان لعلها تغير بعض الممارسات السلسلة.

4- الحوادث الخطيرة و المتنوعة التي تؤدي أحيانا إلى الوفاة في الوسط الرياضي و التيغالباً ما يرجع سببها إلى الإهمال و الجهل و اللامبالاة.

v الفرضية العامة

- يرجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في حصة تدريبية رياضية إلى عدم قدرته على القيام بالإسعافات الأولية ميدانيا.

ü الفرضيات الجزئية:

1- برجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية إلى التكوين النظري البحث لمدربي الرياضات في مجال الإسعافات الأولية و الذي غالبا ما يؤدي إلى جهلهم بالواقع الميداني.

2- يرجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية إلى تخوف بعض المدربين من عدم إتقان متطلبات الإسعاف بسبب فقدلم للمرجعية المعرفية في الميدان.

3-يرجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية إلى عدم توفر الأدوات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية.

الفصل الثالث

الإجراءات الميدانية للدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية:

هي عبارة عن دراسة أولية يقوم ا الباحث على عينة قبل قيامه ببحثه دف اختيار أساليب البحث وأدواته.

(معجم علم النفس والتربية:1984ص79).

ودراستنا الاستطلاعية قادتنا إلى خمسة نوادي ناشطة في ولاية المسيلة والمتمثلة في اتحاد بلدية مقرة، ترجي المسيلة، اتحاد سيدي عيسى، وداد سيدي عيسى، شباب بوسعادة، وكان الهدف الرئيسي من ورائها هو تحديد العينة واختيار أدوات البحث الملائمة التي تسمح لنا بتحقق الأهداف المر جوة من الدراسة ككل وتمثلت الدراسة في:

مقابلة مع المدربين لكرة اليد، وكان الهدف من ورائها معرفة مدى وضوح عبارة الاستبيان والتأكد من مدى صلاحية الوسيلة للدراسة واغتنمنا الفرصة أيضا خلال المقابلة بالوقوف على معلومات أولية تخص الإصابات والإسعافات الأولية في النوادي الرياضية من اجل ضبط فصول الجانب النظري حيث تمكنا من توجيه أسئلة للفريق الطبي المسؤول عن فريق الصحة وتركزت في مجملها عن الأساليب العامة للإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الرياضيون خلال هذه المرحلة؟ وعن طرق علاجها ؟ والوقاية منها ؟ كما سألناهم أيضا عن الإصابات الأكثر شيوعا في كرة اليد وهذا من اجل التركيز على هاته الملاحظات في الفصل النظري الخاص بالإصابات الرياضية .

كما أن المقابلات التي جمعتنا مع المدربين مكنتنا من طرح أسئلة تتمحور حول المفاهيم الخاصة بالإسعافات الأولية ومواقع ممارستهم لها ميدانيا، وهي الملاحظات التي أفادتنا بشكل كبير في إعداد الفصول النظرية الخاصة بموضوع الدراسة

حدود الدراسة:

بداية البحث متمثلة في جمع المادة العلمية عن الموضوع ووضع الطرق المنهجية للبحث بمعية الأستاذ المشرف الذي سدد وجهتنا جيدا ثم انطلقنا في الجانب النظري الذي استغرق (03) أشهر أي من بداية شهر جانفي إلى اية شهر مارس، ثم أقبلنا على الدراسة الميدانية التيخضنا غمار ها عن طريق إعداد استمارات الاستبيان حيث وزعنا عدد منها على أهل الاختصاص (أساتذة مختلفي الدرجات العلمية في معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية جامعة المسيلة)، حيث حصلنا منهم على معلومات قيمة أفادتنا في تعديل وإخراج الصورة النهائية للاستبيان، وقد تم إجراء بحثنا وفق الحدود التالية:

- اقتصر البحث على استمارة استبيان موزعة على مدربي كرة اليد لبعض نوادي ولاية المسيلة .
- اقتصر البحث على مدربي كرة اليد لبعض نوادي ولاية المسيلة وقدر عددهم ب:(20).

2- المنهج المتبع:

تختلف المناهج والتقنيات من حيث توظيفها كأدوات بحثية، تبعا للاختلافات التي تمس الموضوع نفسه وهذا يعني أن الباحث ليست له إرادة في اختيار هذه المناهج بل كان له أن يخضع لما تمليه عليه طبيعة الموضوع وخصوصياته.

إن طبيعة دراستنا هذه تتطلب تجميع معلومات وبيانات تسمح لنا بوصف الظاهرة وصفا دقيقا وتفسيرها وإيجاد العلاقات فيما بين عناصرها وهو ما حتم علينا إتباع المنهج الوصفي إذ أن اختيار منهج الدراسة لا يتم بشكل عشوائي ولا يخضع للأهواء وإنما هو اختيار موضوعي يعتمد في الأساس علي طبيعة الاشكاليه المراد دراستها.

لذلك اخترنا المنهج الوصفي"وهو كل استقصاء ينصب علي ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما هي قائمه في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلامات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسيه أو اجتماعيه أخرى **(رابح تركي:1984،ص 129)** .

وتم الاستعانة ذا المنهج كونه"يساهم في الوصول إلى المعرفة الدقيقة و التفصيلية لعناصر المشكلة أو الظاهرة للوصول إلى فهم أفضل وأدق، ويهدف هذا المنهج إلى توفير البيانات والحقائق عن المشكلة موضوع البحث لتفسيرها والوقوف عل ى دلالاا وتعد البحوث الاحصائية من أكثر طرق البحث استخداما في مجال البحوث التربوية و النفسية والاجتماعية فهي تمدنا بمعلومات وحقائق ذات قيمة عن الظروف والأساليب القائمة بالفعل وعن العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة **.(إخلاص محمد عبد الحفيظ:2000،ص101)** .

3-مجتمع وعينة الدراسة:

إن مجتمع الدراسة يمثل الفئة الاجتماعية التي تجرى عليها الدراسة التطبيقية من خلال المنهج المتبع، ويتمثل مجتمع دراستنا في مدربي كرة اليد على مستوى ولاية المسيلة.

3-1-طريقة اختيار العينة:

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية، لأا ابسط طرق اختيار العينة، ولأا تعطي فرصة متكافئة لجمي ع أفراد اتمع، وقد اخترنا هنا عينة عشوائية من مجموع العدد الإجمالي لمدربي كرة اليد لولاية المسيلة وتضم 20 مدربا.

3-2-ضبط متغيرات الدراسة

- **المتغير المستقل:** الإصابات الرياضية.
- **المتغير التابع:** الإسعافات الأولية.

4-أدوات جمع البيانات والمعلومات:

تختلف الأدوات المستعملة لجمع البيانات والوصول إلى النتائج باختلاف الغرض المتوخى من هذه البيانات من حيث جمعها وعرضها وتحليلها ويعتمد الباحث على هذه الأدوات في جمع البيانات اللازمة وتفسيرها مركزا على أن تكون هذه التقنيات تتماشى وطبيعة الموضوع حيث يقوم الباحث باختيار وسيلة أو أكثر تمكنه من جمع أكبر قدر من المعلومات الدقيقة حول الظاهرة المراد دراستها، ويحدث في بعض الأحيان أن يتعذر عليه الحصول على أو ات جاهزة تسمح له بتحقيق أهداف الدراسة فيلجأ بذلك إلى تصميم أداة خاصة.

وهذا هو بالضبط ما انتهجته في عملية تحديد أدوات البحث حيث قمنا بعد التشاور مع الأستاذ المشرف بتصميم استبيان وزع على عينة المقدرة ب20 مدرب محل الدراسة.

4-1- الاستبيان: ويعرف بأنه مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين، يتم وضعها في استمارة يمكن بواسطتها التعرف على حقائق جديدة عن موضوع أو التأكد من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق **(عمار بوحوش : 1985 ،ص56) .**

فالاستمارة :هي وسيلة رئيسية للاتصال بين الباحث والمبحوث والتي تحتوي على مجموعة من الأسئلة، تخص المشكلة التي يراد من الباحث معالجتها من خلال مراحل التفريغ، وتمكن الاستمارة في حالة الضبط الجيد لمحتواها إعطاء الباحث حقائق يخلص منها إلى التأكد من الفرضيات وتحتوي هذه الاستمارة على مجموعة من الأسئلة متنوعة الطرح : المفتوحة والنصف مفتوحة والمغلقة منها.

ومن أنواع الاستبيان ن نجد :

4-1-1:الاستبيان المقيد:

يتعٌين على المبحوث اختيار اجابة واحدة من اختيارات محددة على كل سؤال أو عبارة أو أن يقوم برتيب مجموعة من العبارات تنازليا أو تصاعديا وفقا لدرجة أهميتها، إذا كان هذا النوع من الاستبيانات تتطلب اختيار واحد من عدة

اختيارات، لذا فإن ما يتم اختياره يوضح وجهة نظر محددة لا تحتملفتـ ًير أو تأويلات عدة، وهذه الإجابات من السهل ممكن ترجمتها إلى أرقام عديدة لا مجال فيها لتدخل العوامل الذاتية للباحث، وهذه الأرقام يتم رصدها مما يسهل من الإجراءات الإحصائية.**(خير الدين أحمد عويس1997، ص 56).**

4-1-2:الاستبيان المقفل المفتوح:

يعتبر هذا النوع من الاستبيان أكثر شيوعا من غيره وهو مزيج من الاستبيان المقفل و الاستبيان المفتوح ويتضمن أسئلة ذات أجوبة محددة ومعدة سلفا وأسئلة مفتوحة وأخرى مغلقة **(عبد الله محمد الشريف:**1996، **ص124)**

وتم استخدام استبيان واحد موجه للمدربين وقد احتوى على ثلاث محاور أساسية.

4-2 -خصائص الاستبيان الموجه للمدربين:

يحتوي على 25 عبارة مرقمة من (01الى 25) وتم بنائه وفق ثلاثة محاور أساسية هي :

- **المحور الأول:**معرفة نوع تكوين المدربين ومدى مساهمته في التزويد بالمعلومات حول الإسعافات الأولية، ويضم العبارات من (1-9).

ويوافق هذا المحور الفرضية الجزئية الأولى التي تقول أن : الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية يرجع إلى التكوين النظري البحت للمدرب في مجال الإسعافات الأولية والذي غالبا ما يؤدي إلى جهلهم بالواقع الميداني.

- **المحور الثاني:** نوع الحوادث والإصابات التي يتعرض لها رياضيو كرة اليد أثناء الحصة التدريبية وكيفية استجابة المدرب في التدخل كمسعف ويضم العبارات من (10-20).

ويوافق هذا المحور الفرضية الجزئية الثانية التي تقول أن : الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية يرجع إلى تخوف بعض المدربين من عدم إتقان بعض متطلبات الإسعاف بسبب فقدلم للمرجعية المعرفية في الميدان.

- **المحور الثالث:** مدى توفر الوسائل الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات الأولية في المؤسسات الرياضية، ويضم العبارات من (21 – 25).

ويوافق هذا المحور الفرضية الجزئية الثالثة التي تقول أن: الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية يرجع إلى عدم توفر الأدوات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية.

4-3- الخصائص السيكومترية:

4-3-1-صدق أداة البحث:

عندما يريد الباحث استخدام أداة ما فإن السؤال الذي يتبادر إلى ذهنه هوهل أن الأداة التي هو بصدد استعمالها كوسيلة للبحث تقيس فعلا الظاهرة المراد دراستها أو أا غير ذلك ؟ حيث يجد الباحث نفسه ملزما بإثبات صدق الأداة التي يريد استعمالها، وهناك عدة طرق يمكن له الاستعانة ا من أجل تحقيق ذلك نذكر أهمها على النحو التالي:

أ_الصدق الظاهري:ويعتمد هذا النوع من الصدق على رؤية الباحث إلى الأداة من خلال مظهرها العام والحكم عليها كوا تقيس أو لا تقيس ما وضعت من أجله.

ب_صدق الموضوع أو المحتوى:

ويعتمد هذا النوع من الصدق على تحليل عناصر الأداة تحليلا منطقيا لتحديد وظائف كل عنصر منها ومدى تلائمه للمواقف التي يقيسها، وعادة ما يتم تحديد صدق المحتوى لأي أداة عن طريق اللجوء إلى حكم الخبراء و المختصين في المال الذي يضم الظاهرة المراد دراستها.

ج_الصدق الذاتي:

و لإثبات صدق الاستبيان المراد استعماله تم اعتماد الطريقة التالية:

- صدق المحكمين:

صدق المحكمين و الخبراء و كان ذلك بمساعدة الأستاذ المشرف حيث تم عرض الاستبيان على خبراء و محكمين في معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية و رؤوا أن الاستبيان صالح للظاهرة المراد دراستها.

4-3-2- ثبات أداة البحث:

ويعني أنه في حال تطبيق الأداة أكثر من مرة على نفس العينة و في نفس العينة و في نفس الشروط فإننا سوف نحصل على نفس القيم و هذا ما إعتمدناه من أجل البرهان على ثبات الاستبيان.

5- إجراءات التطبيق الميداني للأداة:

بعد إكمالنا للجانب النظري توجهنا للجانب التطبيقي الذي قمنا فيه بضبط الاستبيان الخاص بالمدربين الذين ينشطون في رابطة كرة اليد بولاية المسيلة حيث قمنا بتوزيع 20 استمارة استبيان عليهم ابتدءا من شهر أفريل2016 والتي قمنا بجمعها يوم 2016/04/20 لأخذ ومعرفة رأيهم حول أهمية معرفة المدربين لبعض الإصابات الرياضية وتقديم الإسعافات الأولية أثناء الحصص التدريبية لنوادي كرة اليد بالمسيلة.

6- الأساليب الإحصائية:

بعد عملية جمع البيانات الخاصة بالمدربين قمنا بعملية تفريغها وفرزها حيث تم في هذه العملية حساب النسبة المئوية لكل الأسئلة حسب المحور، وتمثيلها على شكل جداول وأعمدة بيانية.

وفق العلاقة المعروفة:

النسبة المئوية "س"

$$\text{س } \% = \frac{\text{عدد التكرارات}}{\text{العدد الإجمالي للعينة}} \times 100$$

الفصل الرابع

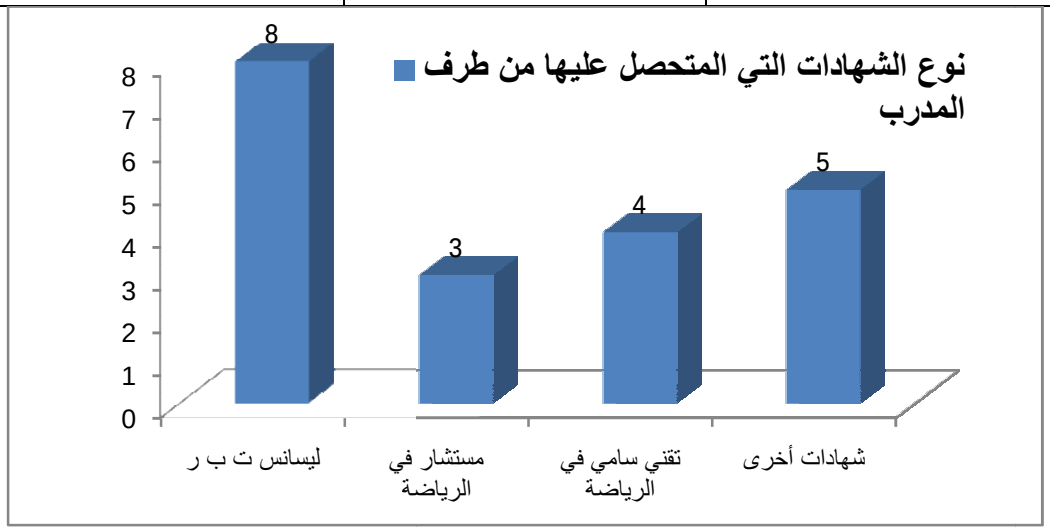
عرض ومناقشة نتائج البحث

السؤال رقم 01: ما نوع الشهادات التي حصلتم عليها ؟

*** الغرض من طرح السؤال هو:**معرفة الشهادة المحصل عليها من طرف المدربين وبالتالي نوعية التكوين.

*** عرض الجدول رقم 01:** نوع الشهادات المتحصل عليها من طرف المدرب.

نوع الشهادة	التكرارات	النسبة المئوية%
ليسانس ت ب ر	08	%40
مستشار في الرياضة	03	%15
تقني سامي في الرياضة	04	%20
شهادات أخرى	05	%25
المجموع	20	%100



عرض و مناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال عرض الجدول رقم (01) نلاحظ أن أغلب المدربين المستجوبين حاصلين على شهادة ليسانس في ت. ب. ر بنسبة 40%، تليها شهادات أخرى في الرياضة (المعاهد التكوين)بنسبة 25%، وشهادة تقني سامي في الرياضة بنسبة 20%، بينما لا تتعدى نسبة الحاصلين على شهادة مستشار في الرياضة نسبة 15%، من مجموع المستجوبين.

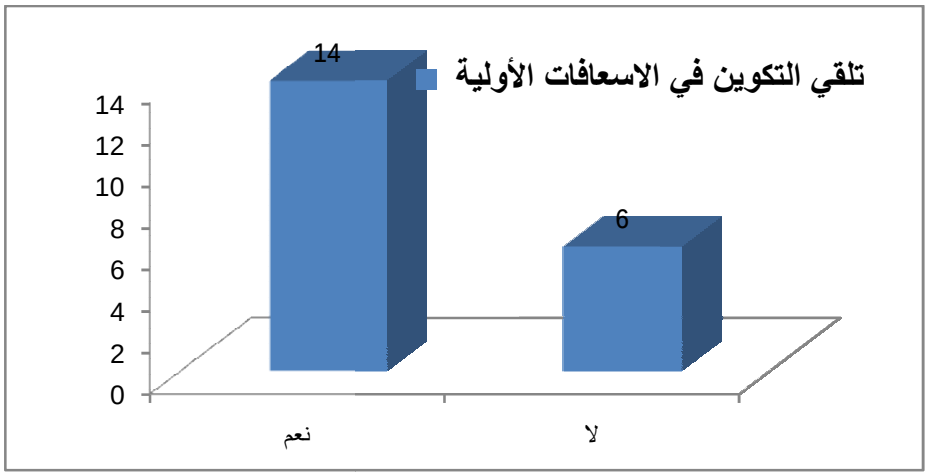
ومما سبق نستنتج أن جل مدربي ت. ب. ر هم حاصلين على شهادة الليسانس في التربية البدنية والرياضية أين تشهد المعاهد الخاصة هذا النوعية من التكوين نقصا في المعدات والتكوين فيما يخص الإسعافات الأولية.

السؤال رقم 02: هل تلقيتم تكوينا خاصا حول كيفية تقديم الإسعافات الأولية للرياضيين حين إصابتهم أثناء حصة التدريبية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** إن طرح هذا السؤال يرمي إلى التعرف إن كانت العينة المفحوصة قد استفادت من التكوين في مجال الإسعافات الأولية أم لا.

*** عرض الجدول رقم02:** تلقي التكوين في الإسعافات الأولية.

الأجوبة	التكرارات	النسبة المئوية%
نعم	14	%70
لا	06	%30
لموع	20	%100



عرض و مناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى و ربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج المبينة في هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المفحوصين قد استفادوا من التكوين في مجال الإسعافات الأولية بنسبة 70%، أما النسبة المتبقية ما يعادل 30% لم يستفيدوا من ذلك.

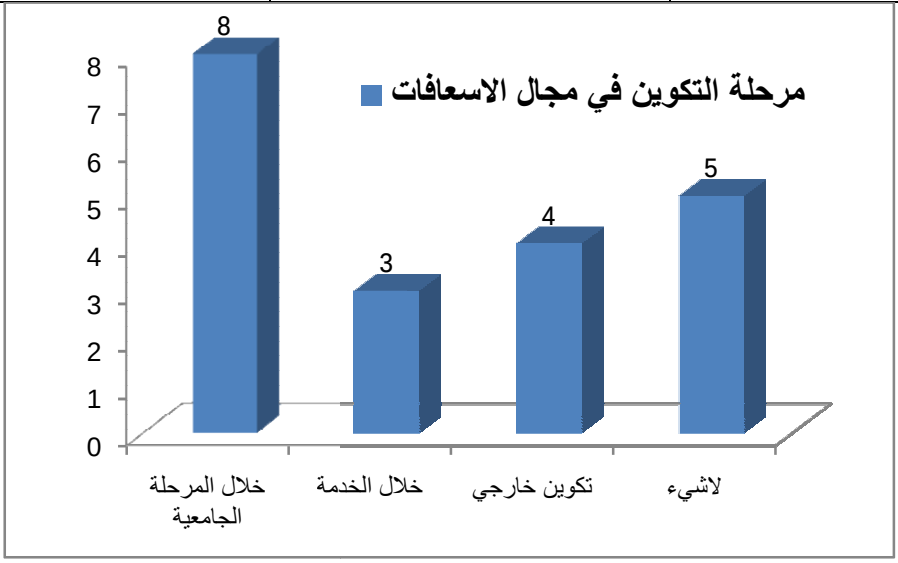
نستنتج أن أغلبية المفحوصين قد استفادوا من التكوين في مجال الإسعافات الأولية وهذا ما يدل على أن هذا المال يعنى بأهمية من طرف المكونين، لكن ليس بالقدر الكافي إذ أننا نجد 30% من المفحوصين لم يتحصلوا على التكوين حول الإسعافات الأولية مما يجعل مهمتهم في إسعاف اللاعبين في حالة إصابتهم مهمة صعبة، إن لم نقل مستحيلة.

السؤال رقم 03: في أي مرحلة تلقيتم التكوين عن الإسعافات الأولية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** يرمي هذا السؤال إلى تحديد المرحلة التي تلقى فيها المدرب التكوين .

*** عرض الجدول الرقم 03:** مرحلة التكوين في مجال الإسعافات.

التكوين	التكرارات	النسبة المئوية %
خلال المرحلة الجامعية	**08**	**%40**
خلال الخدمة	**03**	**%15**
تكوين خارجي	**04**	**%20**
لاشيء	**05**	**%20**
لموع	**20**	**%100**



عرض و مناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى و ربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتضح من الجدول أن نسبة 40 %، من المفحوصين قد استفادوا من التكوين في مجال الإسعافات الأولية خلال التكوين الأولي (المرحلة الجامعية) أما الفئة الثانية فقد استفادوا من التكوين خلال الخدمة بنسبة 15%، و من خلال تكوين خارجي بنسبة تقدر ب 20%، أما الفئة الأخيرة فهي التي لم تستفد أساسا من التكوين بنسبة 25%.

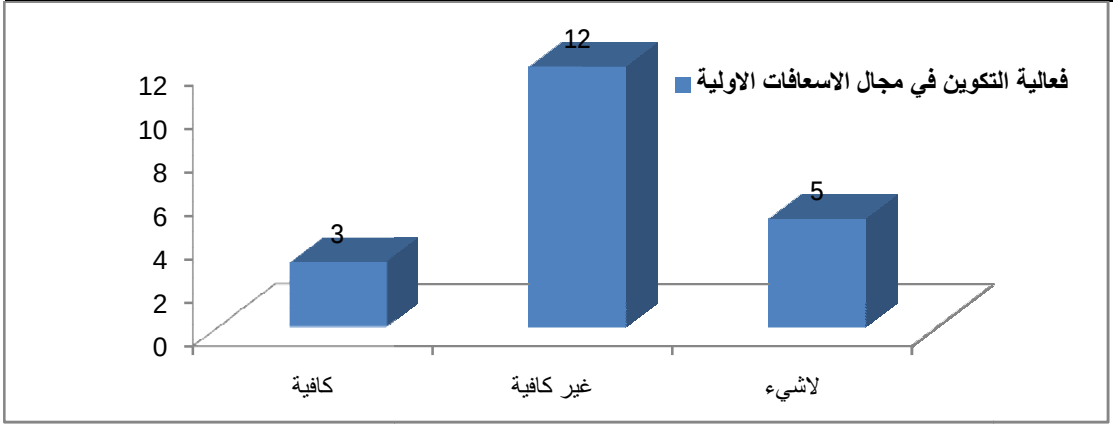
نستنتج من الجدول أنه لم يكن هناك تواصل في التكوين على الإسعافات الأولية للمدربين قصد تحسين معارفهم وقدرلم، فلقد تحصل اغلب المدربين في مجال الإسعافات الأولية على التكوين الأولي أي خلال المرحلة الجامعية فقط.

السؤال رقم 04: حسب رأيكم، هل كانت مدة التكوين في هذا المجال كافية ؟

الغرض من طرح السؤال: يهدف هذا السؤال إلى الإطلاع على رأي أفراد العينة في مدى كفاية وشمولية التكوين

***عرض الجدول رقم 04:** فعالية التكوين في مجال الإسعافات الأولية.

مدة التكوين	التكرارات النسبة المئوية	النسبة المئوية%
كافية	03	%15
غير كافية	12	%60
لاشيء	05	%25
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتبين من هذه النتائج أن نسبة 60% من المفحوصين لم يقتنعوا بفعالية التكوين، أما نسبة 15% منهم فقط اقتنعوا بذلك، أما نسبة 25% منهم لم يتلقوا أي تكوين.

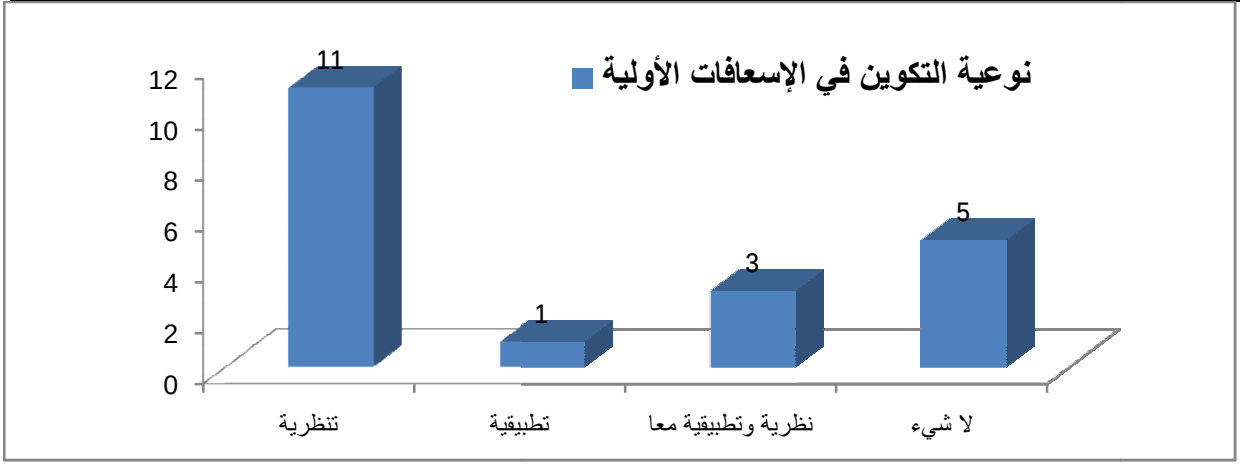
ستنتج من الجدول أن اغلب المدربين يرون أن التكوين الذي تلقوه في مجال الإسعافات الأولية غير كافي.

السؤال رقم 05: كيف كانت نوعية التكوين في الإسعافات الأولية؟

*** الغرض من طرح السؤال:** هو التعرف على نوعية التكوين في مجال الإسعافات الأولية.

*** عرض الجدول رقم 05:** نوعية التكوين في الإسعافات الأولية.

نوعية التكوين	التكرارات	النسبة المئوية %
تنظرية	11	%55
تطبيقية	01	%05
نظرية وتطبيقية معا	03	%15
لا شيء	05	%25
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

لملاحظ من هذا الجدول أن الأغلبية الساحقة من المفحوصين تلقوا تكوينا نظريا بحتا وذلك بنسبة 47.5%، أما نسبة 17.5% منهم تلقوا تكوينا نظريا وتطبيقيا معا، أما الأقلية التي لا تتجاوز نسبتها 2.5% فتلقوا تكوينا تطبيقيا، أما أفراد العينة الباقون والذين يمثلون نسبة 32.5% منهم الذين لم يتلقوا تكوينا في مجال الإسعافات الأولية.

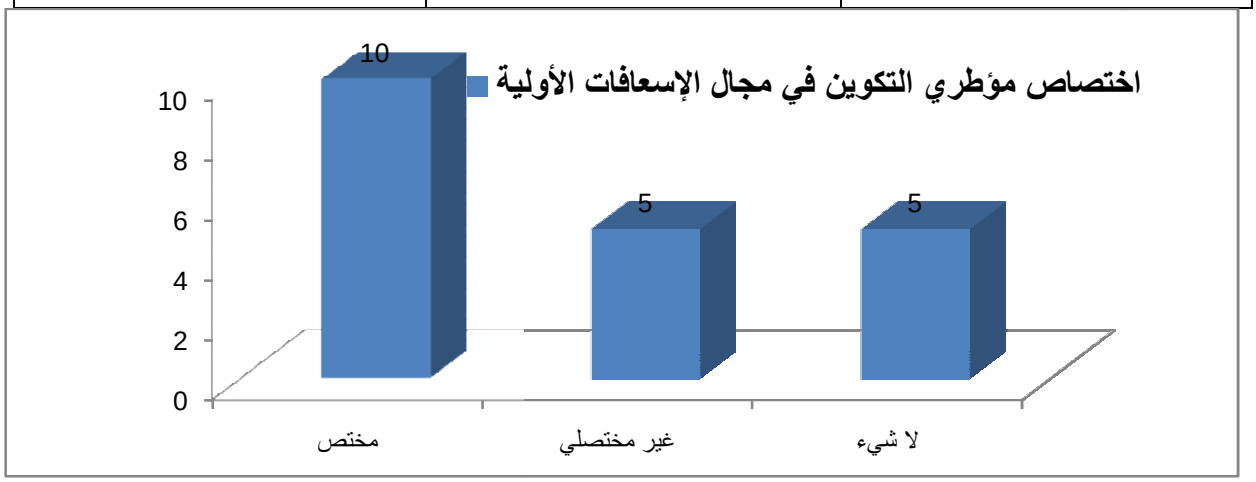
نستنتج أن التكوين كان في اغلب الأحيان نظريا بحتا ولذلك فهو لم يصل للمستوى المطلوب.

السؤال رقم 06: هل كان المؤطر المشرف على تكونكم في مجال الإسعافات الأولية متخصص أم غير متخصص ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** يهدف هذا السؤال إلى معرفة مدى كفاءة المؤطرين أو المشرفين على التكوين في مجال الإسعافات الأولية و بالتالي فعا لية التكوين في هذا المال.

*** عرض الجدول رقم 06:** اختصاص مؤطري التكوين في مجال الإسعافات الأولية.

نوعية المؤطر	التكرارات	النسبة المئوية %
مختص	10	%50
غير مختص	05	%25
لا شيء	05	%25
لموع	20	100



تحليل ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتضح من الجدول أن نسبة 50 % من المفحوصين تلقوا تكوينا من طرف مؤطرين مختصين، أما نسبة 25% منهم فتلقوا تكوينا من طرف مؤطرين غير مختصين، بينما نسبة 25% فلم يتلقوا تكوينا في مجال الإسعافات الأولية.

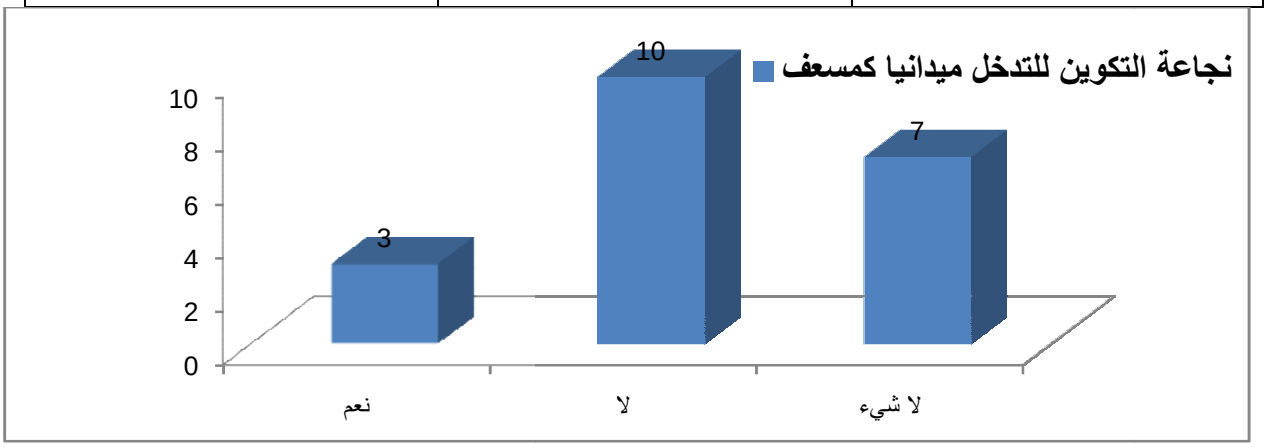
نستنتج من هذا أن كثير من المؤطرين في مجال الإسعافات الأولية هم مختصون وهذا مهم ، حيث أن تلقي المعلومات من ذوي الاختصاص يزيد من معارف المتكونين.

السؤال رقم 07 (1) : هل ترى أن التكوين الذي تلقيته يؤهلك للتدخل ميدانيا كمسعف أثناء حصة التدريبية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** التأكد من فعالية التكوين في جانبه التكويني التطبيقي الميداني.

*** عرض الجدول رقم 07:** نجاعة التكوين للتدخل ميدانيا كمسعف.

التكوين مؤهل	التكرارات	النسبة المئوية %
نعم	03	%15
لا	10	%50
لا شيء	07	%35
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج نلاحظ إن 50% من المفحوصين قد اقروا بأن التكوين الذي تلقوه لا يؤهلهم للتدخل ميدانيا كمسعفين، بينما 15% منهم فقد بينوا أن التكوين الذي تلقوه يؤهلهم ميدانيا كمسعفين .

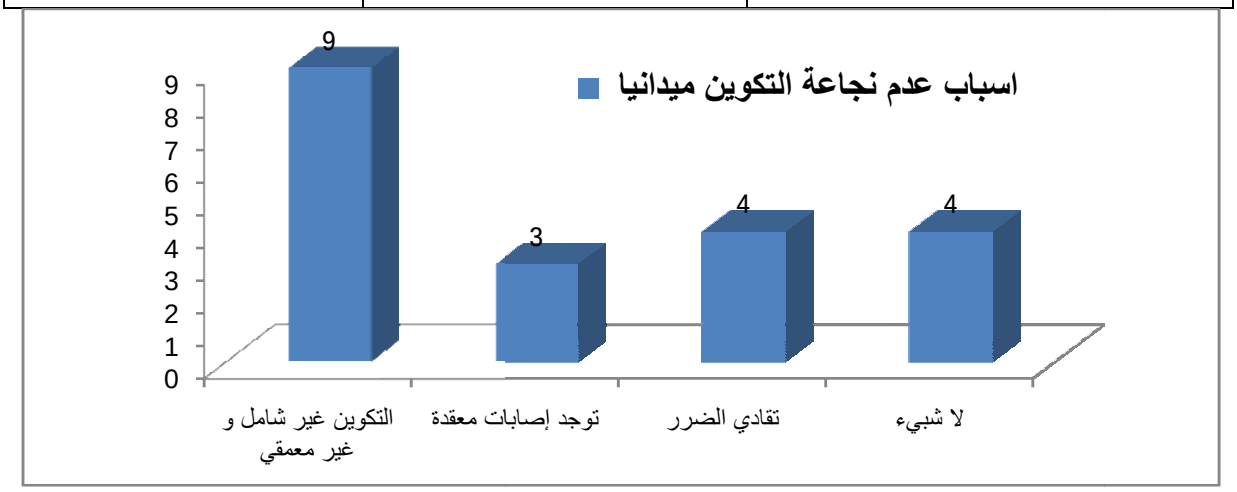
ستنتج أن التكوين الذي تلقاه جل المتكونين غير مؤهل للتدخل ميدانيا كمسعفين.

السؤال رقم 07 (2) : إذا كان الجواب السابق بلا، فلماذا؟

*** الغرض من طرح السؤال:** معرفة الأسباب التي تجعل من التكوين غير مؤهل للمدرب للتدخل ميدانيا.

*** عرض الجدول رقم 07:** أسباب عدم نجاعة التكوين ميدانيا.

السبب	التكرارات	النسبة المئوية %
التكوين غير شامل و غير معمقي	09	%45
توجد إصابات معقدة	03	%15
تقادي الضرر	04	%20
لا شيء	04	%20
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

الملاحظ من الجدول أن نسبة 45% من المفحوصين أكدوا أن التكوين غير مؤهل للتدخل ميدانيا لكونه غير شامل و غير معمق، أما 15% فقد ارجعوا ذلك إلى انه توجد إصابات معقدة تحول دون تدخل المدرب ميدانيا، أما 20% فقد أرجعوا عدم التدخل إلى مخافة إلحاق الضرر باللاعب المصاب.

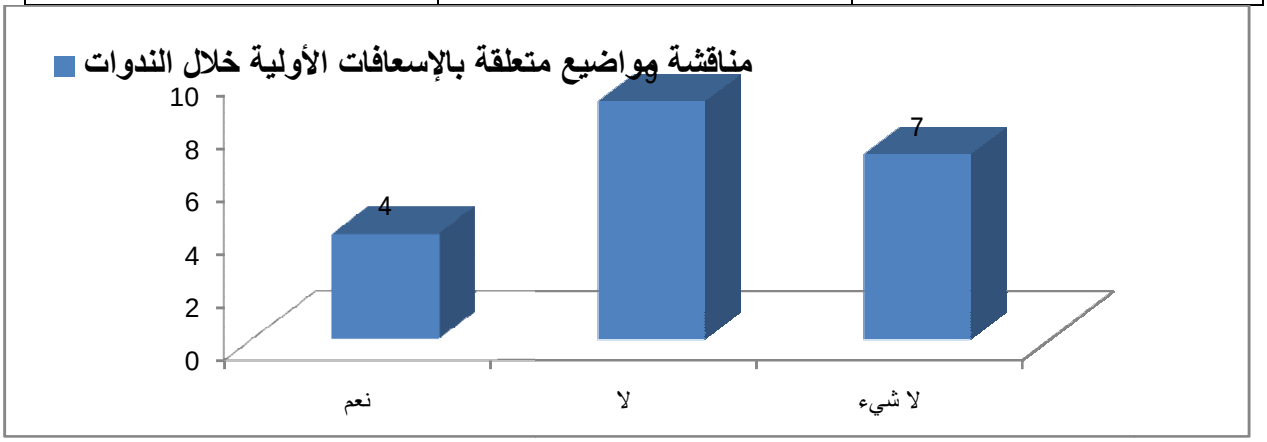
نستنتج أن هناك جملة من الأسباب تحول دون تدخل المدرب كمسعف ميدانيا أهمها أن هذا التكوين لم يكن شاملا.

السؤال رقم 08: هل يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية و ضرورتها خلال الندوات التكوينية؟

*** الغرض من طرح السؤال:** معرفة إذ كان يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية و ضرورا خلال الندوات التكوينية أم لا.

*** عرض الجدول الرقم 08:** مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات.

المناقشة	التكرارات	النسبة المئوية %
نعم	04	%20
لا	09	%45
لا شيء	07	%35
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج نلاحظ أن 45 % من المفحوصين أكدوا أنه لا يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية_ التكوينية، في حين أن 20% منهم قالوا أنه يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية _التكوينية.

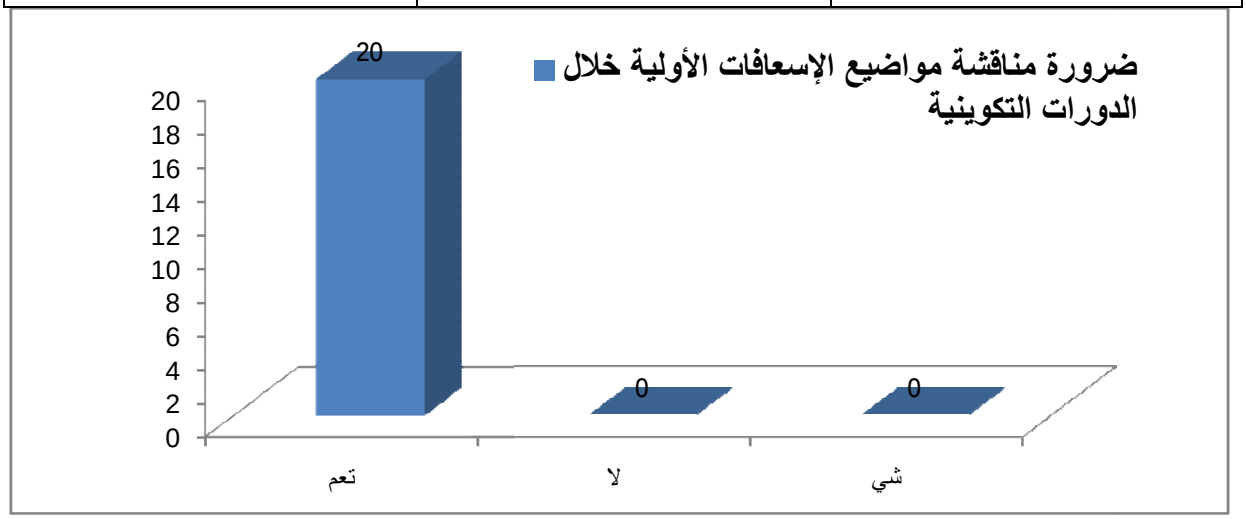
نستنتج انه لا يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التكوينية إلا نادرا رغم أهميتها.

السؤال رقم 09 : هل ترى أنه من الضروري مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التكوينية؟

*** الغرض من طرح هذا السؤال:** معرفة رأي المدرب في ضرورة إدراج مناقشة لمواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التكوينية.

*** عرض الجدول رقم 09:** ضرورة مناقشة مواضيع الإسعافات الأولية خلال الدورات التكوينية.

ضرورة المناقشة	التكرارات	النسبة المئوية %
تعم	20	%100
لا	00	%00
شي	00	%00
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من الجدول يتضح أن كل المدربين مجمعون بنسبة 100% على ضرورة إدراج مناقشة لمواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية.

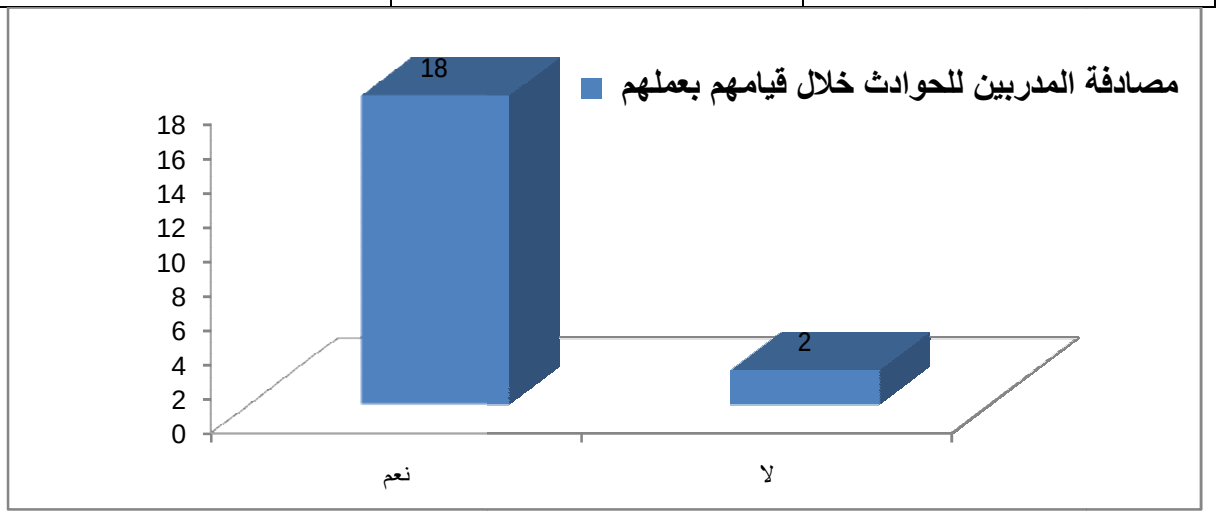
نستنتج انه من الضروري بمكان العمل على إدراج مناقشة لمواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الدورات التكوينية للتحسيس بأهمية هذا الجانب في الوسط الرياضي.

السؤال رقم 10: هل حدث وأن تعرض احد الرياضيين إلى إصابة أو حادث خلال إجراء حصة تدريبية؟

*** الغرض من السؤال :** المقصود من طرح السؤال هذا هو التعرف على عدد المفحوصين الذين واجهوا حوادث خلال قيامهم بعملهم.

*** عرض الجدول رقم10:** مصادفة المدربين للحوادث خلال قيامهم بعملهم.

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	18	%30
لا	02	%10
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الأولى وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتضح من الجدول أ ن الأغلبية الساحقة من المفحوصين قد صادفوا حادثا في حيام المهنية بنسبة 90%، أما نسبة 10% منهم فلم يصادفوا حادثا.

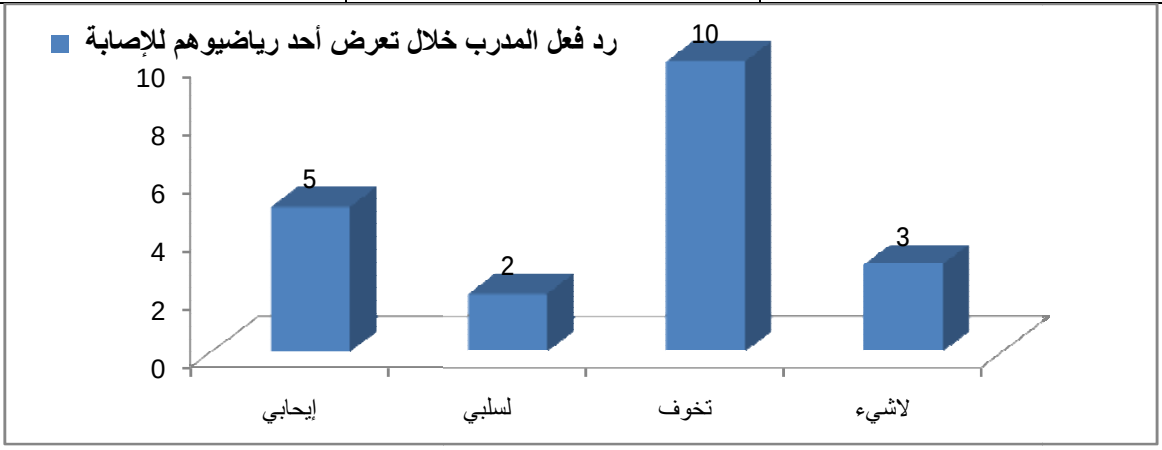
نستنتج أن جل المدربين قد تعرض أحد رياضيوهم إلى إصابة جراء حادث خلال حصة تدريبية مما يعني أ ـم واجهوا موقفا تطلب منهم أن يتصرفوا اتجاهه كمسعف.

السؤال رقم 1 1 (1): في حالة الجواب بنعم كيف كان تعاملكم مع الإصابة؟

*** الغرض من السؤال:** هو التعرف على رد فعل المدربين خلال تعرض أحد الرياضيين للإصابة.

*** عرض الجدول رقم11:** رد فعل المدربين خلال تعرض أحد رياضيوهم للإصابة.

التعامل مع الإصابة	التكرارات	النسبة المئوية %
إيجابي	05	%25
سلبي	02	%10
تخوف	10	%50
لاشيء	03	%15
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ أن فئة كبيرة من المفحوصين تتعامل مع الإصابة بتخوف بنسبة 50%، أما نسبة 25% منهم فتتعامل مع الإصابة بشكل ايجابي أما نسبة قليلة والتي قدرة ب 10% تتقف موقفا سلبيا في تعاملها مع الإصابة.

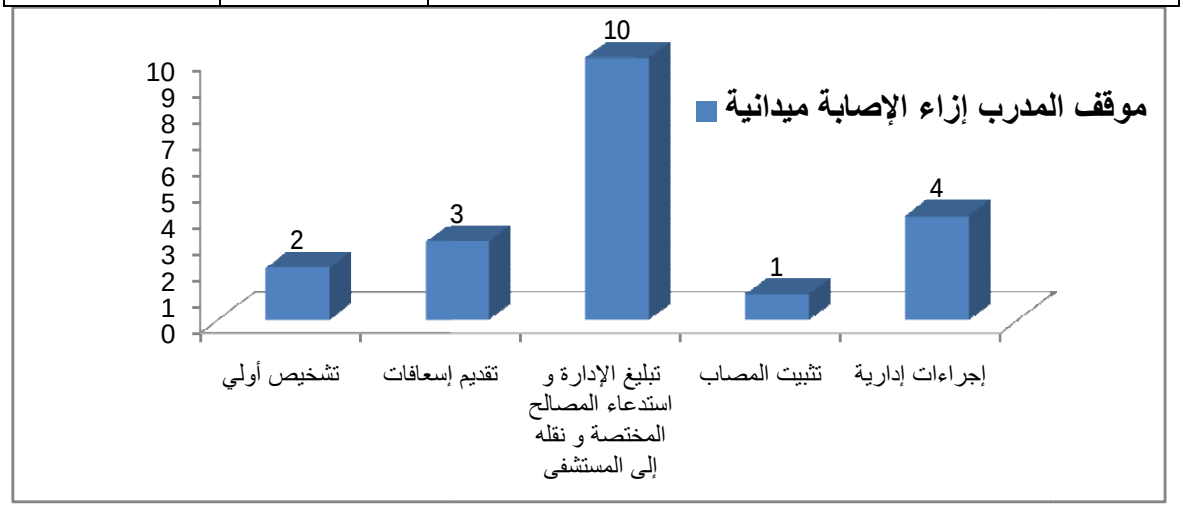
نستنتج أن فئة كبيرة من المدربين تتعامل بتخوف مع الإصابة التي يصادفوا وهذا نظرا لفقدا ـم للمعرفة التطبيقية الميدانية، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثانية.

السؤال رقم 11 (2): كيف ذلك باختصار ؟

*** الغرض من هذا السؤال:** هو التعرف على موقف المدربين ميدانيا خلال تعرض أحد اللاعبين للإصابة.

*** عرض الجدول رقم 11 :**موقف المدرب إزاء إصابة ميدانية.

موقف المدرب	التكرار	النسبة المئوية %
تشخيص أولي	02	%10
تقديم إسعافات	03	%15
تبليغ الإدارة و استدعاء المصالح المختصة و نقله إلى المستشفى	10	%50
تثبيت المصاب	01	%05
إجراءات إدارية	04	%20
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ من الجدول أن الموقف الأكثر تكرارا بين أفراد العينة هو نقل المصاب إلى المستشفى أو استدعاء المصالح المختصة بنسبة 50%، بينما نسبة 15% من المفحوصين تقوم بتقديم الإسعافات الأولية، أما 10% فقاموا بتشخيص أولي، بينما قام 20% بإجراءات إدارية و5% قاموا بتثبيت المصاب.

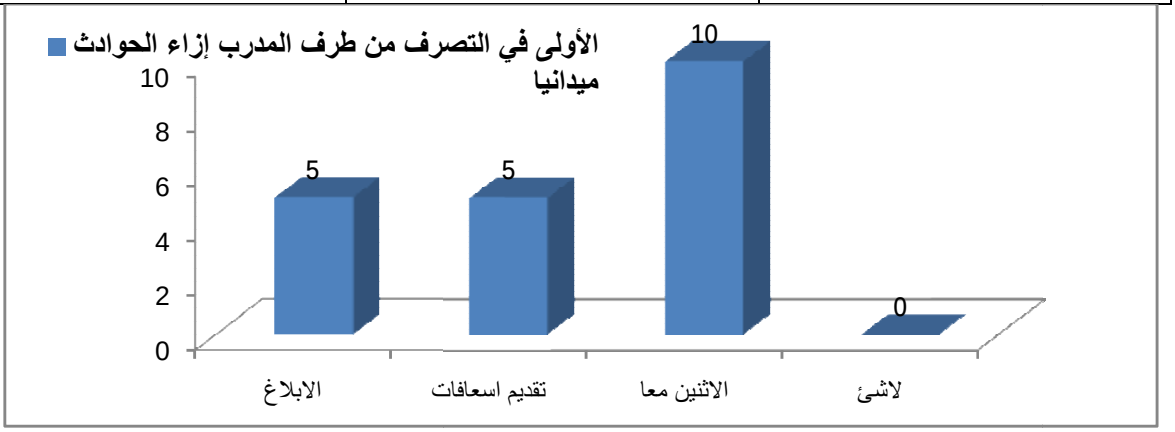
نستنتج أن عينة قليلة من المفحوصين التي تقوم بتشخيص الإصابة عند وقوعها، واقل من نصفهم من يقوم بالإسعافات، بينما يعتمد غالبيتهم على المصالح المختصة في هذا الأمر.

السؤال رقم 12: في حالة وقوع إصابة ما هو الأولى في التصرف حسب رأيكم؟

*** الغرض من طريح السؤال:** معرفة الأولى في التصرف من طرف المدرب عند تعرض أحد الرياضيين للإصابة.

*** عرض الجدول رقم 12:** الأولى في التصرف من طرف المدرب إزاء الحوادث ميدانيا.

الأولى في التصرف	التكرارات	النسبة المئوية %
الإبلاغ	05	%25
تقديم إسعافات	05	%25
الاثنين معا	10	%50
لاشيء	00	%00
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ أن الغالبية من المفحوصين بنسبة 50% يؤكدون على أنه من واجب المدرب القيام بالإبلاغ و الإسعاف معا، بينما تفاوتت أراء بقية المفحوصين بين الإبلاغ أو تقديم الإسعاف، إلا أنه في واقع الأمر يلجأ الكثير منهم إلى إبلاغ الإدارة فقط، و هذا ما دلت عليه النتائج السابقة.

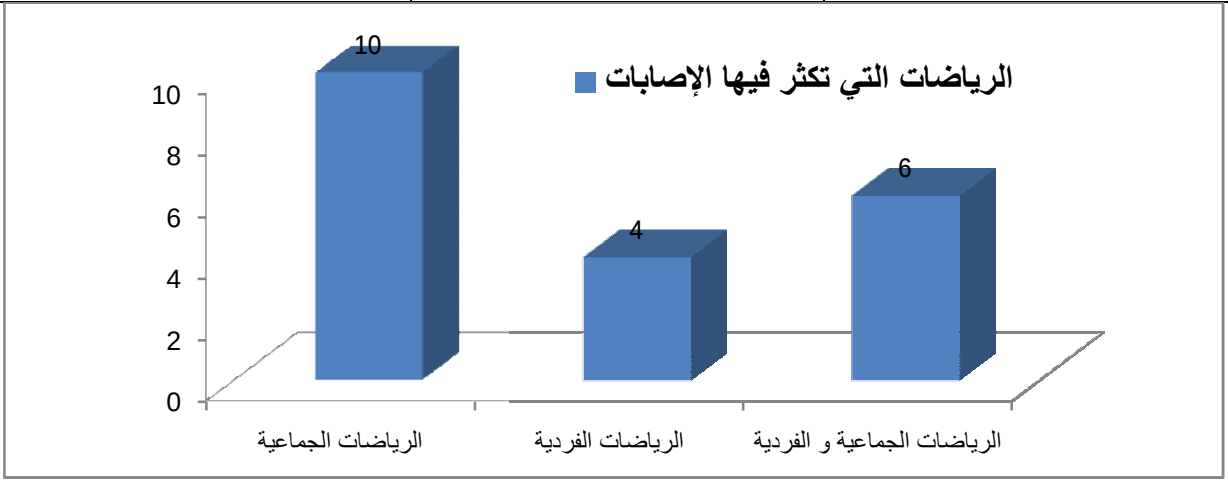
نستنتج أن هناك معرفة نظرية عند المدربين بما يجب عمله ولكنها ليست الطريقة إلى التطبيق الميداني لان المعرفة النظرية شيء والتطبيق شيئ آخر.

السؤال رقم 13: في أي نوع من الرياضات تكثر الحوادث و الإصابات ؟

*** الغرض من السؤال:** معرفة أي نوع من الرياضات تكثر فيها الحوادث و الإصابات و بالتالي توجب تدخل المدرب كمسعف.

*** في عرض الجدول رقم 13:** الرياضات التي تكثر فيها الإصابات.

الإجابة	التكرارات	النسبة المئوية %
الرياضات الجماعية	10	%50
الرياضات الفردية	04	%20
الرياضات الجماعية و الفردية	06	%30
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

الملاحظ من خلال الجدول أن النسبة 50% من الحوادث تقع في الرياضات الجماعية و هذا نظرا لزيادة الاحتكاك مع الخصم، أما نسبة 20% منها فتقع في الرياضات الفردية، بينما يرى 30% من العينة أن الحوادث تقع في الرياضات الفردية و الجماعية على حد سواء.

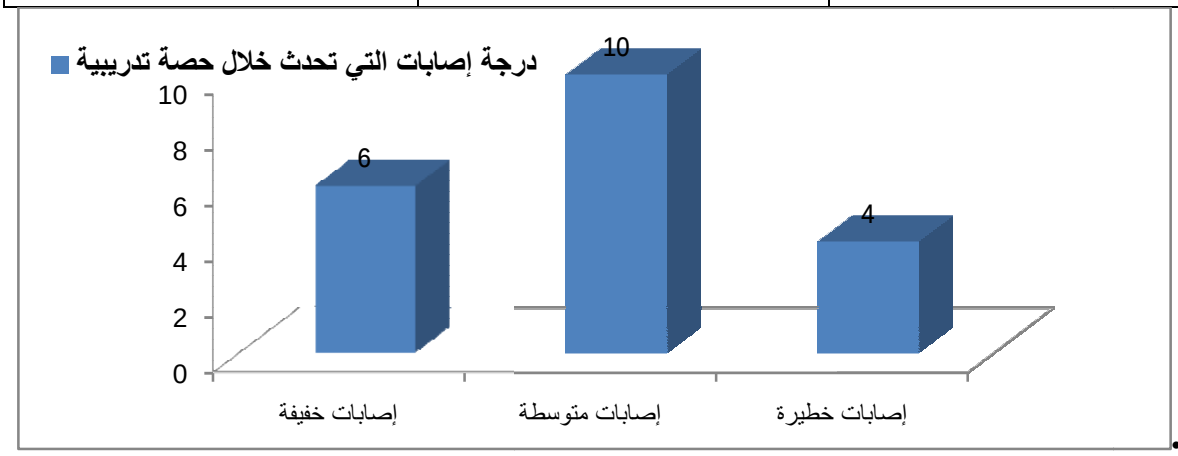
نستنتج أن اغلب الحوادث تقع من جراء التنافس الشديد والاندفاع خلال الرياضات الجماعية أين يحب اللاعب إبراز قدراته وفرض نفسه، وبالتالي غالبا ما يكون تدخل المدرب كمسعف خلال حصة تدريبية.

السؤال رقم 14: من خلال تجربتكم، ما درجة هذه الإصابات؟

*** الغرض من طرح السؤال:** طرح هذا السؤال لمعرفة درجة الإصابات التي تحدث خلال حصة تدريبية، والتي توجب تدخل المدرب كمسعف.

*** عرض الجدول رقم 14:** درجة الإصابات التي تحدث خلال حصة تدريبية.

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية%
إصابات خفيفة	06	%30
إصابات متوسطة	10	%50
إصابات خطيرة	04	%20
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج يتضح أن نسبة 50% من الإصابات التي تقع خلال الحصة التدريبية تكون عبارة عن إصابات متوسطة، و30% من هذه الإصابات تكون عبارة عن إصابات خفيفة، بينما 20% فقط تكون إصابات خطيرة.

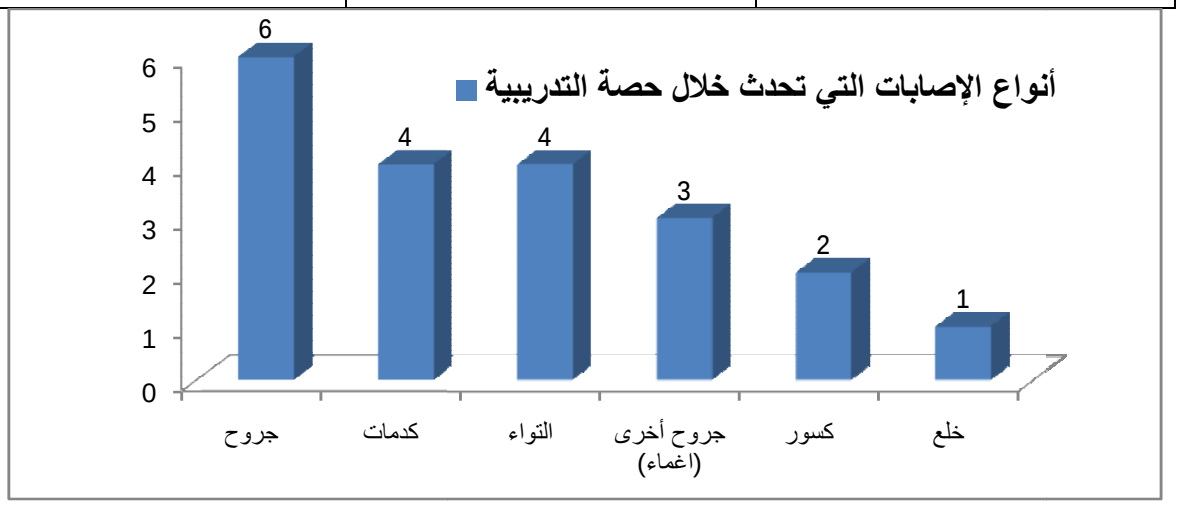
نستنتج من النسب أن الإصابات التي تحدث أثناء التدريبات ليست خطيرة.

السؤال رقم 15:من خلال تجربتكم، ما هي أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي أثناء الحصة التدريبية؟

*** الغرض من طرح السؤال:**هو معرفة مختلف الإصابات التي تحدث خلال الحصص التدريبية ومدى تكرار حدوثها.

*** عرض الجدول رقم 15:**أنوا ع الإصابات التي تحدث خلال حصة تدريبية.

نوع الإصابة	التكرارات	النسبة المئوية %
جروح	06	%30
كدمات	04	%20
التواء	04	%20
جروح أخرى (اغماء)	03	%15
كسور	02	%10
خلع	01	%05
مجموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ من خلال النتائج أن الإصابات الأكثر شيوعا أثناء التدريب هي:

-الجروح بنسبة 30 %،و الكدمات الالتواءات بنسبة 20%، و إصابات أخرى (إغماء) بنسبة 15% و الكسور بنسبة 10%، والخلع بنسبة 05%.

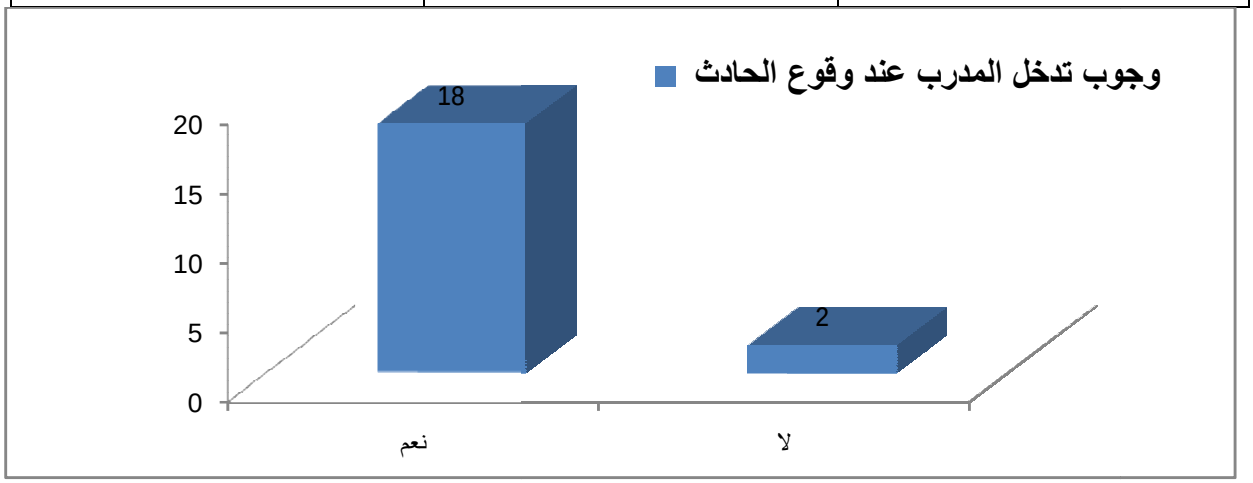
نستنتج أن اغلب الإصابات هي الجروح والكدمات الالتواءات والإغماء، تليها الكسور: وهذا يوجب على المدرب التحكم في تقنيات الإسعاف.

السؤال الرقم 16: هل وقوع الحادث يجبر المدرب على التدخل بسرعة مهما كانت قراراته ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** هو الوقوف على مدى اقتناع المفحوصون بوجوب تدخلهم عند وقوع حوادث ميدانية.

*** عرض الجدول رقم 16:**وجوب تدخل المدرب عند وقوع الحادث.

الإجابة	التكرارات	النسبة المئوية %
نعم	18	%90
لا	2	%10
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتبين لنا من هذا الجدول أن نسبة 90% من المفحوصين مقتنعين بالتدخل بسرعة عند وقوع حادث، أما10% فهم عكس ذلك.

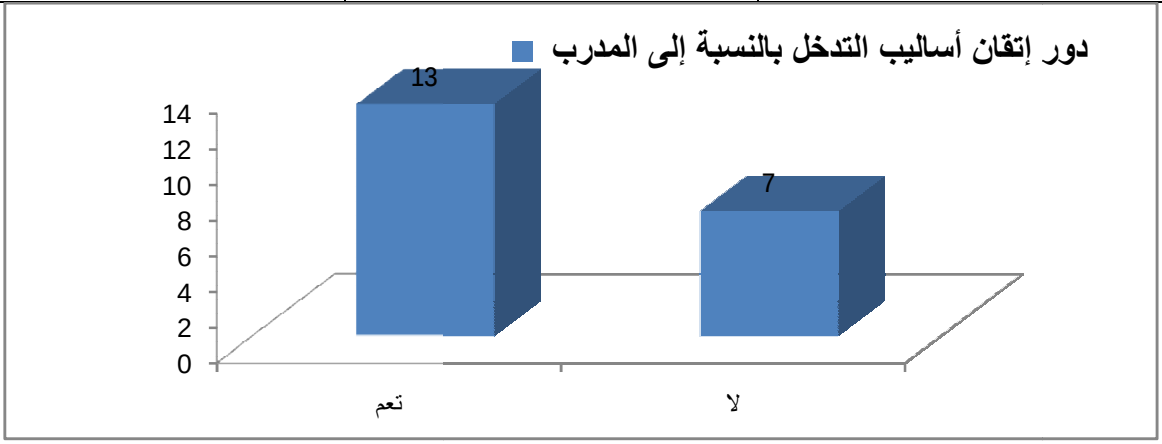
نستنتج أن اغلبيه المفحوصين مقتنعون بضرورة التدخل والأخذ بزمام ا لأمور مهما كانت القرارات التي يتخذوا وذلك خلال وقوع الحوادث الميدانية .

السؤال الرقم 17: هل ترى أن عدم إتقان أساليب التدخل للإسعاف يعتبر حاجزا بالنسبة للمدرب؟

*** الغرض من طرح السؤال:** المقصود من هذا السؤال هو معرفة أهمية إتقان أساليب التدخل بالنسبة للمدرب.

*** عرض الجدول رقم17:** دور إتقان أساليب التدخل بالنسبة إلى المدرب.

الإجابة	التكرارات	النسبة المئوية %
تعم	13	%65
لا	07	%35
المجموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتضح لنا من خلال النتائج أن نسبة 65% من المفحوصين يؤكدون أن عدم إتقان أساليب التدخل يعتبر حاجزا بالنسبة لهم، أما 35% الباقون فيرون أن ذلك لا يعد حاجزا.

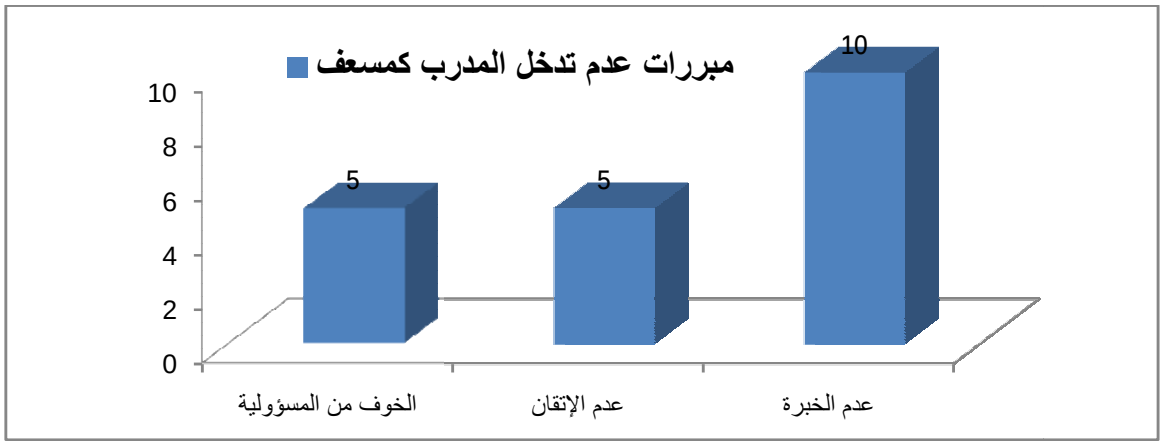
نستنتج أن عدم إتقان أساليب الإسعاف يعتبر حاجزا كبيرا للقيام بالإسعافات الأولية باعتراف المعنيين بالأمر.

السؤال رقم 18: حسب رأيكم ما هي مبررات عدم تدخل المدرب كمسعف؟

*** الغرض من طرح السؤال:** و معرفة الدوافع التي تحول دون تدخل المدرب كمسعف.

*** عرض الجدول رقم18:**مبررات عدم تدخل المدرب كمسعف.

المبرر	التكرارات	النسبة المئوية %
الخوف من المسؤولية	05	%25
عدم الإتقان	05	%25
عدم الخبرة	10	%50
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج يظهر أن المفحوصين يرجعون عدم تدخل المدرب كمسعف إلى عدم إتقان تقنيات الإسعاف وعدم الخبرة بنسبة 50%، بينما أرجعت الفئة الأخرى ذلك إلى الخوف من المسؤولية بنسبة 25%.

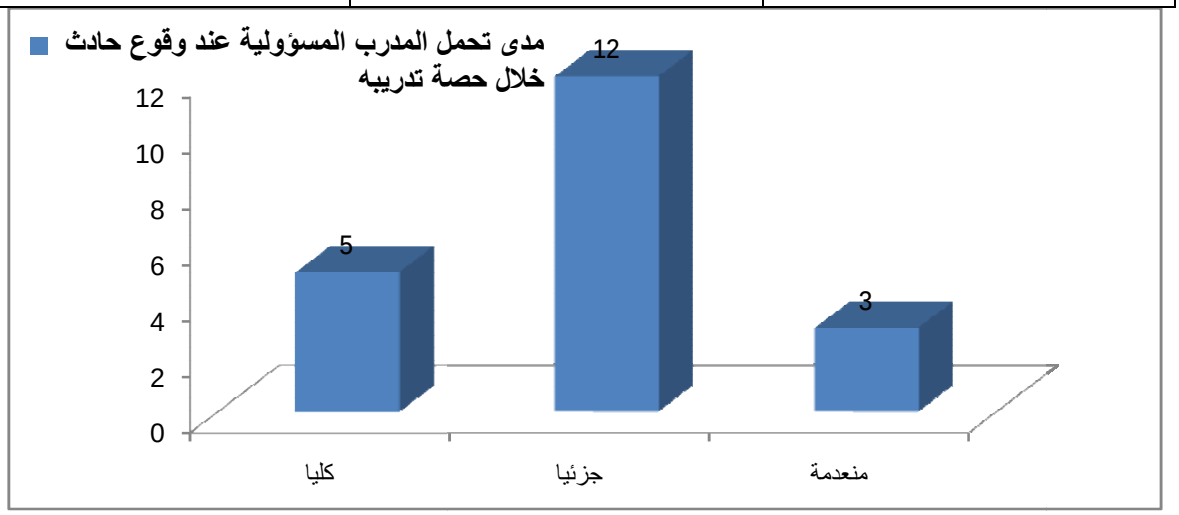
نستنتج من ذلك أن عدم تدخل المدرب كمسعف يعود أساسا إلى عدم إتقانه أساليب و كيفيات الإسعاف الأولي تطبيقيا إضافة إلى نقص الخبرة في هذا المال.

السؤال رقم 19: إلى أي حد يتحمل المدرب الرياضي المسؤولية حالة وقوع حادث خلال حصة تدريبية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** هو التعرف على مدى اقتناع المدربين بتحمل المسؤولية عند وقوع حادث ميداني.

*** عرض الجدول رقم 19:** مدى تحمل المدرب المسؤولية عند وقوع حادث خلال حصة تدريبة.

المسؤولية	التكرارات	النسبية المئوية %
كليا	05	%25
جزئيا	12	%60
منعدمة	03	%15
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من الجدول نرى أن 60% من المستجوبين يرون أم يتحملون المسؤولية جزئيا في حالة وقوع حادث، أما 25% يـ رون أم يتحملون المسؤولية كليا، أما 15% يرون أن مسؤوليتهم منعدمة.

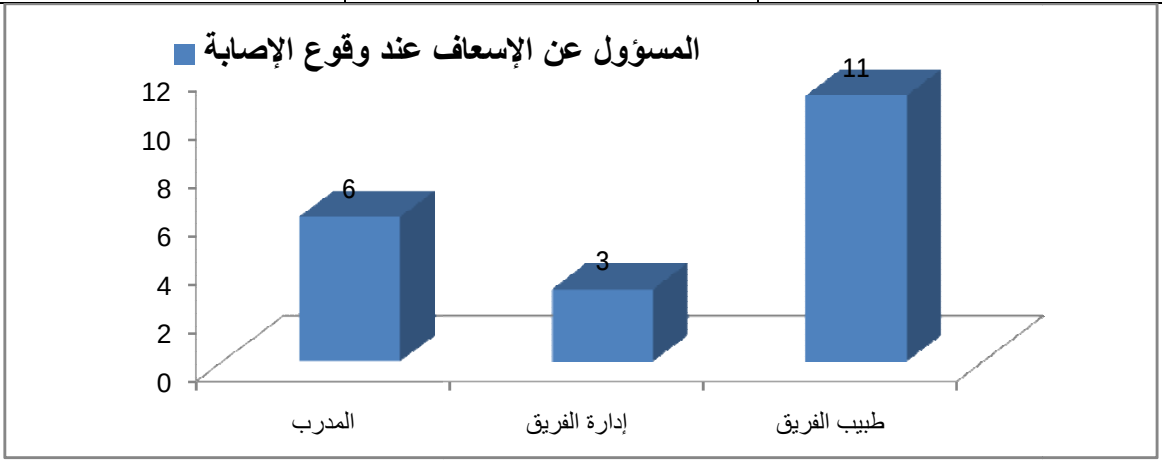
نستنتج أن اغلب المدربين يرون أم لا يتحملون كامل المسؤولية خلال وقوع حادث ميداني مما يؤثر سلبا على تدخلهم لإسعاف الرياضي.

السؤال رقم 20: عند وقوع حادث خلال حصة تدريبه من يقوم بالإسعاف ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** الغرض من هذا السؤال هو من يتولى القيام بالإسعاف على مستوى الفريق.

*** عرض الجدول رقم 20:** المسؤول عن الإسعاف عند وقوع الإصابة.

القائم بالإسعاف	التكرارات	النسبية المئوية %
المدرب	06	%30
إدارة الفريق	03	%15
طبيب الفريق	11	%55
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثانية وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ من الجدول أن المسؤول عن الإسعاف في حالة وقوع إصابة هي المصالح المختصة (طبيب الفريق) بنسبة 55%، ثم المدرب بنسبة 30%، ثم إدارة الفريق بنسبة 15%.

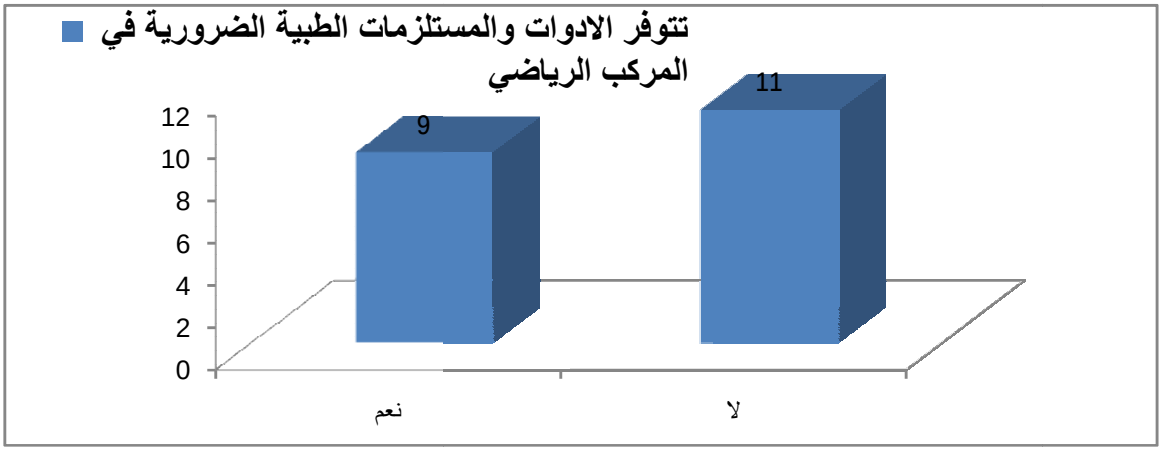
نستنتج أن اغلب المدربين يرون أن الإسعاف ليس من اختصاصهم ويعالج فقط من طرف ذوي الاختصاص (طبيب الفريق).

السؤال رقم 21: هل يتوفر النادي على المستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات الأولية؟

*** الغرض من طرح السؤال:** التأكد من توفر أو عدم توفر المستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات في النوادي الرياضية.

***عرض الجدول الرقم 21:** تتوفر الأدوات والمستلزمات الطبية الضرورية في النادي الرياضي.

الإجابة	التكرارات	النسبية المئوية %
نعم	09	%45
لا	11	%55
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثالثة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

نلاحظ من النتائج أن أكثر من نصف النوادي الرياضية لا تتوفر على المستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات الأولية بنسبة 55%، بينما 45% منها تتوفر على هذه المستلزمات الطبية.

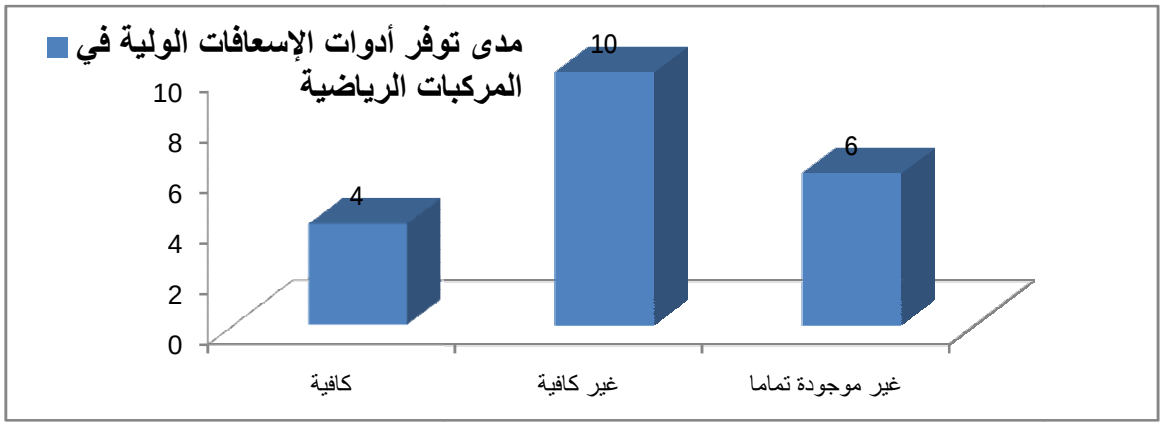
نستنتج أن هناك نقص في توفير المستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات داخل النوادي الرياضية.

السؤال رقم 22: هل ترى أن أدوات الإسعافات الأولية المتوفرة كافية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** هو معرفة مدى اهتمام المسؤولين في النوادي الرياضية بالإسعافات الأولية من خلال توفير الأدوات والمستلزمات الطبية بكمية كافية.

*** عرض الجدول رقم 22:** مدى توفر أدوات الإسعافات الأولية في النوادي الرياضية.

الإجابة	التكرارات	النسبية المئوية %
كافية	4	%20
غير كافية	10	%50
غير موجودة تماما	06	%30
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثالثة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال الجدول يتبين أن أدوات الإسعافات الأولية المتوفرة بالنوادي الرياضية غير كافية بدليل نسبة 50%، وغير موجودة تماما ببعض النوادي الأخرى بنسبة 30%، في حين هي كافية ببعض النوادي على قلتها بنسبة 20%.

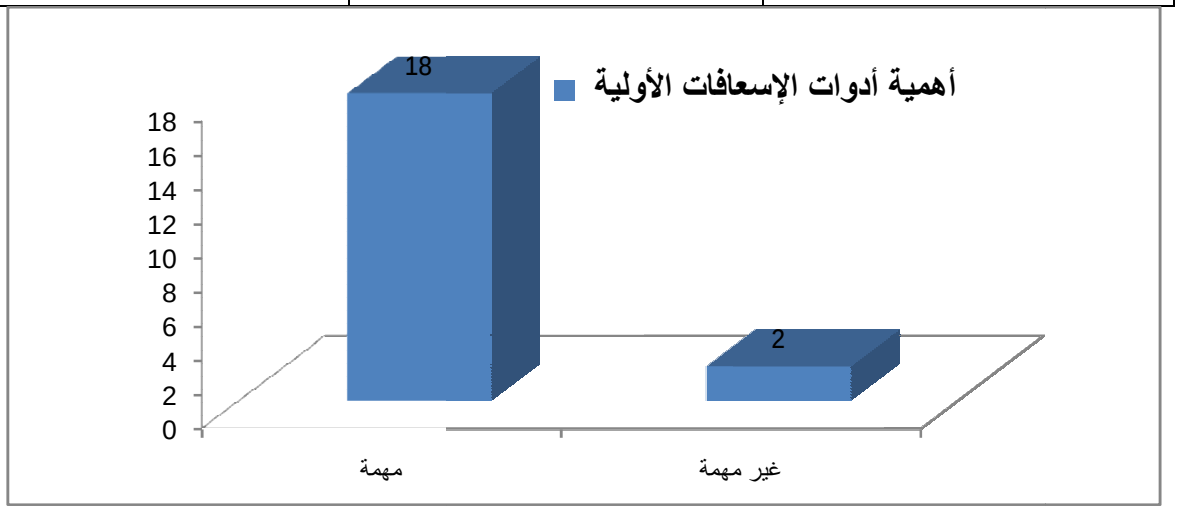
نستنتج أن أدوات الإسعافات الأولية المتوفرة بالنوادي هي غير كافية وهذا ما يعود بالأساس إلى عدم اهتمام المسؤولين في هذه النوادي بالإسعافات الأولية.

السؤال رقم23: حسب رأيك هل هذه الأدوات مهمة أم غير مهمة ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** معرفة مدى تقدير المدرب لأهمية أدوات الإسعافات الأولية.

*** عرض الجدول الرقم 23 :**أهمية أدوات الإسعافات الأولية.

الإجابة	التكرارات	النسبية المئوية %
مهمة	18	%90
غير مهمة	02	%10
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثالثة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال الجدول يتبين أن الغالبية الساحقة من المفحوصين يدركون أهمية أدوات الإسعافات الأولية وضرورة وجودها بالنوادي الرياضية بدليل نسبة 90%، أما 10% فيرون أنا غير مهمة.

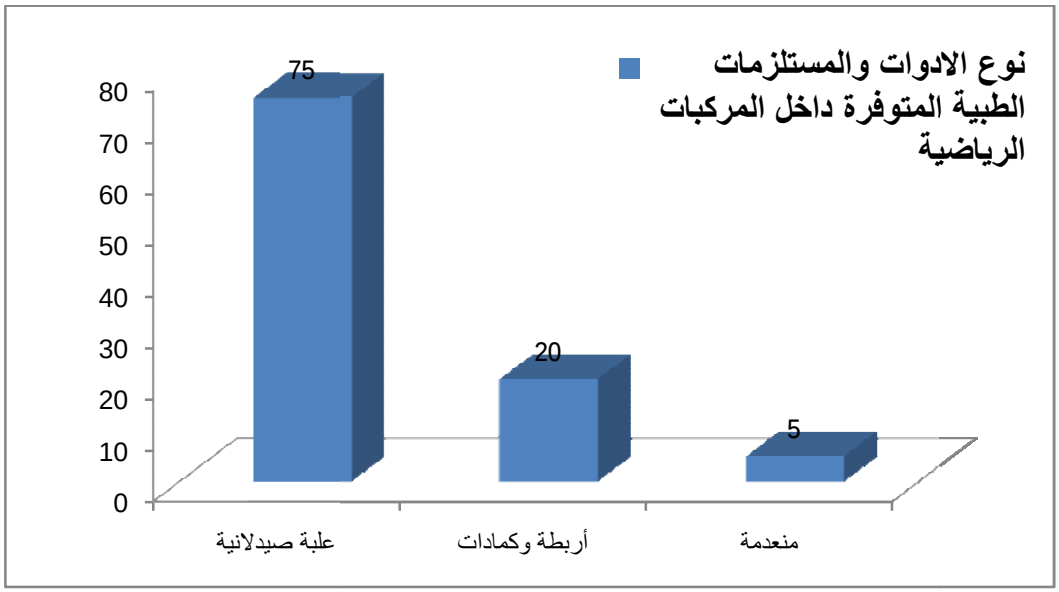
نستنتج أن المدربون واعون بأهمية أدوات الإسعافات الأولية وضرورة وجودها بالمركبات الرياضية.

السؤال رقم 24: ما هي الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة لديكم داخل النادي الرياضي ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** هو معرفة نوع الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة داخل النادي.

*** عرض الجدول رقم 24 :** نوع الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة داخل النوادي الرياضية.

الإجابة	التكرارات	النسبية المئوية %
علبة صيدلانية	15	%75
أربطة وكمادات	04	%20
منعدمة	01	%05
لموع	20	%100



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثالثة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يتضح من خلال الجدول أن 75% من المستجوبين يملكون العلبة الخاصة بالإسعافات الأولية، و20% يملكون أربطة وكمدات، بينما 05% منهم لا يملكوا.

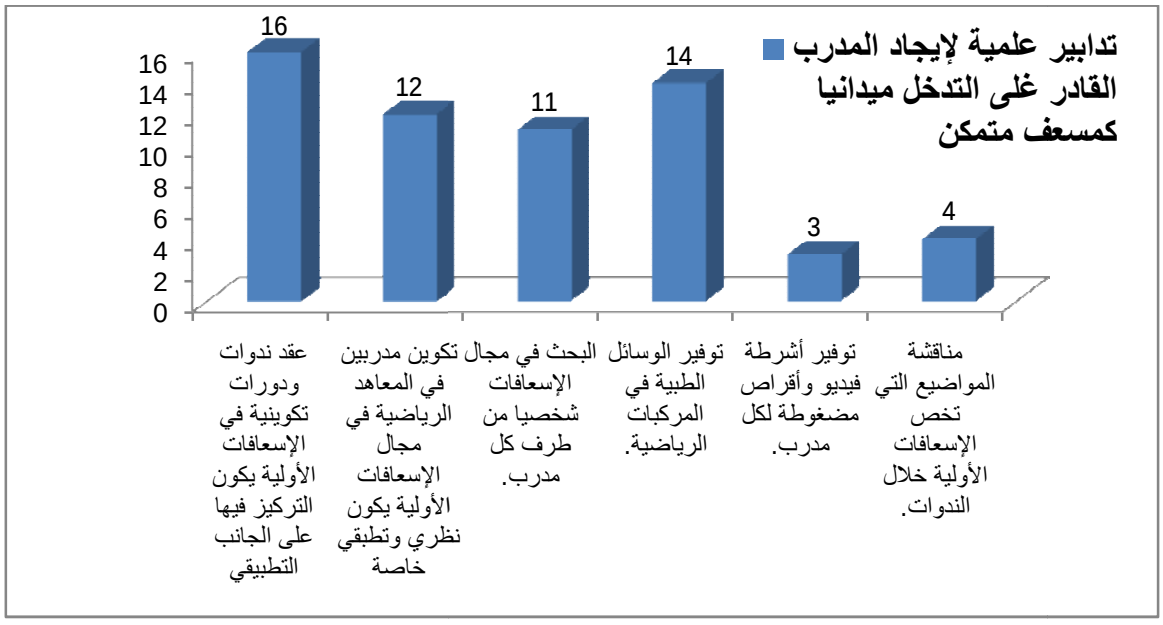
نستنتج أن اغلب المدربين يملكون علبة الإسعافات الأليلة تحت تصرفهم وهذا لضمان صحة الرياضيين، إلا أن هناك من لا يملكوا وهذا دليل على وجود بعض الإهمال.

السؤال رقم 25:ماذ تقترح كتدابير علمية لإيجاد المدرب المسعف القادر على التدخل كمسعف متمكن لإسعاف الرياضي حين إصابتهم في الحصص التدريبية ؟

*** الغرض من طرح السؤال:** إشراك المدرب في إيجاد مقترحات علمية تمكن من تخطي عقبة عدم الإلمام بالإسعافات وتؤدي إلى إيجاد المدرب المسعف القادر على التدخل ميدانيا بفعالية.

*** عرض الجدول رقم 25:** تدابير علمية لإيجاد المدرب القادر غلى التدخل ميدانيا كمسعف متمكن.

التدابير العلمية	التكرارات	النسبة المئوية %
عقد ندوات ودورات تكوينية في الإسعافات الأولية يكون التركيز فيها على الجانب التطبيقي.	16	%80
تكوين مدربين في المعاهد الرياضية في مجال الإسعافات الأولية يكون نظري وتطبيقي خاصة.	12	%60
البحث في مجال الإسعافات شخصيا من طرف كل مدرب.	11	%55
توفير الوسائل الطبية في النوادي الرياضية.	14	%70
توفير أشرطة فيديو وأقراص مضغوطة لكل مدرب.	03	%15
مناقشة المواضيع التي تخص الإسعافات الأولية خلال الندوات.	04	%20



عرض ومناقشة نتائج الجدول في ضوء الفرضية الثالثة وربطها بالخلفية النظرية والدراسات السابقة:

من خلال النتائج نلاحظ إن المفحوصين قدموا اقتراحات مختلفة تمثلت في:

- عقد الندوات والدورات التكوينية بنسبة 80%
- توفير الوسائل الطبية والأدوات بنسبة 60%
- العمل على تكوين المدربين في المعاهد 55%
- البحث في مجال الإسعافات الأولية شخصيا بنسبة 70%
- العمل على إدراج مناقشة المواضيع التي تخص الإسعافات الأولية بنسبة 15%
- توفير الأشرطة والأقراص المضغوطة بنسبة 20%

نستنتج أن من خلال المقترحات المقدمة أن المدربين فعلا يلامسون هذه المشكلة في الواقع الميداني لذلك اقترحوا لها هذه الحلول.

v النتائج المتوصل إليها في ظل الفرضيات:

ü الفرضية الأولى:

عند المقارنة بين نتائج المحور الأول من الاستبيان والفرضية الجزئية الأولى يمكن القول بان الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت، حيث تنص هذه الفرضية على أن الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في حصة تدريبية يرجع إلى التكوين النظري البحت للمدرب الرياضي في مجال الإسعافات الأولية والذي غالبا ما يؤدي إلى جهلهم بالواقع الميداني .

ü الفرضية الثانية :

عند المقارنة بين نتائج المحور الثاني من الاستبيان و الفرضية الجزئية الثانية فانه يمكن القول بان الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت، حيث تنص هذه الفرضية على أن الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية يرجع إلى تخوف بعض المدربين من عدم إتقان متطلبات الإسعاف بسبب فقدلم للمرجعية المعرفية في الميدان .

ü الفرضية الثالثة:

عند المقارنة بين نتائج المحور الثالث من الاستبيان والفرضية الجزئية الثالثة فانه يمكن القول بان الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت، حيث تنص هذه الفرضية على أن الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في حصة تدريبية يرجع إلى عدم توفر الأدوات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية.

وبما أن الفرضيات الجزئية الثلاث كلها قد تحققت فانه يمكن القول بان الفرضية العامة لدراستنا قد تحققت أيضا أي أن الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في حصة تدريبية يرجع إلى عدم قدرته على القيام بالإسعافات الأولية ميدانيا.

الفرضية العامة :

من خلال الفرضية العامة للبحث التي تشير إلى وجود معوقات ومشاكل تعترض المدرب عن تقديم الإسعافات الأولية، و ذلك بعد تحليل نتائج فرضيات البحث: الأولى ، الثانية، الثالثة التي تشير إلى:

-نقص التكوين في مجال كيفية تقديم الإسعافات الأولية .

-نقص الأدوات الطبية بمختلف أنواعها وانعدامها كليا .

-الانعدام الشبه كلي للطاقم الطبي المكلف بتقديم الإسعافات الأولية.

الخلاصة العامة:

أصبح الفرد في اتمع يهتم بقدر كبير بالوقاية من العوامل الخارجية التي تسبب الحوادث وما تفرضه من اشتراطات أمنية، فالصحة ترتبط بالمستوى الثقافي وقناعة قوية بالمسؤولية .

لقد حاولنا ببحثنا هذا التطرق إلى جانب هام وفعال في حفظ سلامة الرياضي والأشخاص عموما وهو الإسعافات الأولية، وما استطعنا استخلاصه من البحث واعتمادا على الدراسات التطبيقية بالاستعانة بالاستمارة هو غياب شبه كلي للإسعافات الأولية، بالرغم أن الرياضيين معرضون لأخطار الإصابات خلال حصة تدريبية مما يهدد صحتهم وسلامتهم، في حين أنه هناك قوانين ـدف إلى الحفاظ على الرياضيين وهذا هدف أساسي يرجى الوصول إليه في كل النوادي والمركبات الرياضية.

والأمر الذي ناسف له هو الجانب المعرفي للمدرب الرياضي إذ أن الجانب التكويني للمدربين لم يصل إلى المستوى المطلوب، فاغلب المدربين لا يتمتعون بتكوين كافي يؤهلهم إلى الإقدام على وقاية الرياضيين من الحوادث الرياضية وإسعافهم إذا ما اضطرت الظروف إلى ذلك، وكذلك غياب مقاييس الطب الرياضي والوقائي من البرامج المسطرة في المعاهد والأقسام الخاصة بالتكوين المدربين الرياضيين فهي عموما لا تسمح بالتعرف على متطلبات الوقاية والإسعافات الأولية بالشكل المطلوب، فلذا يجب تنظيم تربصات وملتقيات وتحسين نوعية وظروف التكوين في هذا المال.

ولا يمكن بأي حال من الأحوال الإلمام بكل جوانب الإسعافات الأولية في هذه العجالة القصيرة ، فبقدر ما هو موضوع مهم في حياة الفرد والجماعة بقدر ما هو واسع متناثر الإطراف، وإنما أردنا بعملنا هذا وضع بعض المعالم لفتح المال لمن أراد التطرق وتناول هذا الموضوع، حيث ركزنا على بعض الأسس العلمية والقواعد الموضوعية

متحاشين التطويل الممل والتقصير المخل في الفصول والفقرات، كما وضعنا بعض الرسومات قصد استيعاب ما نصبوا إليه بكل بساطة ويسر .

أملنا أن يجد القارئ الكريم الإجابة على بعض التساؤلات التي يتلقاها أو تصادفه في حياته المهنية، ولعل هذا البحث المتواضع يكون مقدمة لبحوث أخرى تأتي من بعد لتطوير هذا المال.

الفصل الخامس

استنتاجات واقتراحات

V استنتاجات الاستمارة الموجهة إلى المدربين :

بعد دراستنا وتحليلنا لنتائج الاستبيان الذي خصصنا به فئة المدربين، خرجنا بعدة استنتاجات، أكدت كلها وجود فرق شاسع بين الإسعافات الأولية بين النظري والتطبيقي.

فالتكوين في مجال الإسعافات الأولية ضعيف إلى ابعد حد، ولم يصل إلى المستوى المطلوب حيث أنه بعيد كل البعد عن حقائق الواقع الميداني الذي قد يجد المدرب نفسه تائها فيه لا يدري ماذا يفعل، مما يؤدي في اغلب الأحيان إلى الهروب من المسؤولية التي تحملها المصالح المختصة كالحماية المدنية والمراكز الاستشفائية.

إن مثل هذا التصرف من طرف المدرب شرعي بالنظر للمرجعية المعرفية الضعيفة لهذا الأخير في مجال الإسعافات، فقد يؤدي التدخل الذي لا يكون في محله إلى نتائج وخيمة قد يزيد من حالة المصاب .

إن الإسعافات لا تلقى الاهتمام الكافي من طرف المسؤولين، فالمعاهد الخاصة لتكوين المدربين لا توفر ظروف تكوين جيدة في هذا المال ، على أساس أن التكوين إن وجد يكون نظريا ، زيادة على انه غير متواصل إذ ينقطع بمجرد انتهاء مرحلة التكوين الأولي ، مما يجعل المدرب في معزل عن مواكبة التطور والتقنيات الجديدة ، زد على ذلك نقص كفاءة المؤطرين في هذا المال.

كما أن المركبات الرياضية لا يئ الظروف تحسبا لأيطار ئ باعتبار عدم توفر بعضها حتى على العلبة الخاصة بالإسعافات الأولية .

إضافة إلى أن بعض المدربين لا يملكون روح المسؤولية والمبادرة عند وقوع الحـ وادث بسبب شعورهم بألم غير معنيين بالأمر مما يدفعهم إلى نوع من التسيب واللامبالاة، دون أن ننسى السلوكات البيروقراطية في التصرفات الإدارية التي غالبا ما تمس كل المالات في الدول النامية ، في ظل غياب وعي إعلامي من شأنه تحسين ظروف الممارسة.

V اقتراحات وتوصيات:

بعد دراستنا للاستبيان، وبعد تحليلنا له، نعتبر عملنا رؤية حول الحقيقة الموجودة في النوادي والمركبات الرياضية والتي هي بحاجة ماسة إلى تحسين وتطوير المستوى في هذا المال، وعقب الاستنتاجات التي توصلنا إليها نوصي بما يلي:

* تحسين عملية التكوين المتواصل، ينبغي إنشاء مصلحة خاصة بالإسعافات الأولية والوقاية تثير في المدربين الرغبة في المعرفة والتحسين الدائم.

* القيام بحملات توعية حول هذا المال عن طريق برنامج على المستوى الوطني لتطوير السلوكيات الوقائية و الأمنية

*التكثيف من العمليات التكوينية في إطار التكوين المتواصل لتشمل كل المدربين حتى يتحقق تكامل الخبرات ووضع القواعد الصحية لكيفية ممارستها داخل وخارج المؤسسة.

* البحث عن أساليب مختارة و جديدة ينبغي تنميتها بالشكل الذي يلبي متطلبات وطموحات المتكون، الأمر الذي يجعل هذه المعرفة حية ذات قيمة تمكنه من استحضارها وقت الحاجة ويستفيد منها في حياته اليومية.

* تحسيس المسيرين بأهمية الإسعافات داخل مؤسسلم إذ أن هذا التحسيس هو الذي سيخلق عند المدرب دافعا للتكوين وسعيه لتطوير معارفه وتنميتها كلما كانت فرصة لذلك بشرط أن يكون ما يقدمه المكون فعلا جديدا، وإلا فقدت عملية التكوين ما يرجى منها.

* القضاء على السلوكيات البيروقراطية في التصرفات الإرادية والعمل على توفير كل الوسائل التي من شأنا تسهيل الممارسة الرياضية السليمة بدون خطر وتقليل الإصابات وعلاجها في حالة حدوثها ، وذا يتحقق التأثير الصحي والايجابي وبالتالي يتسنى للمدرب أن يعمل ويقوم ويعالج ويؤدي مهامه على أحسن وجه.

وعلى صعيد أعلى نوصي بما يلي :

1- أن تدعم وزارة الشباب والرياضة المركبات الرياضية والملاعب بالأدوات والأجهزة وتقوم ببناء الصلات المكيفة ومراعاة الرياضة بصفة عامة.

2- العمل على إقامة دورات تكوينية للمدربين لوقوفهم على أحدث المعلومات والحقائق والتعديلات .

3- إعادة النظر في كيفية إعداد المدرب بمعاهد التربية البدنية والرياضية خاصة في مجال الإسعافات الأولية.

4- العمل على زيادة الحوافز للمدربين لتشجيعهم على زيادة بذل الجهد والابتكار والإبداع .

5- تحسين عملية التكوين في مجال الإسعافات الأولية وهذا من خلال التطرق العميق للجانب النظري والتركيز على الجانب التطبيقي بالنسبة للمدربين.

6- القيام بحملات توعية حول الأمن والوقاية في الحصص التدريبية لتجنب الإصابات والتقليل منها .

V الأفاق المستقبلية:

1- أملي في تكملة دراسة هذا الموضوع في الدكتوراه.

2- القيام بدراسة متماثلة،مع تغير في استخدام أداة جمع المعلومات باستخدام ،أداة المقياس.

خاتـمة:

من خلال البحث النظري ، والدراسة الميدانية التي قمنا ـا باستعمال الاستبيان وجدنا وللأسف الشديد انه لم تعطى أهمية ومكانة للإسعافات الأولية داخل المنشات الرياضية (كرة اليد) ، وهذا راجع إلى غياب المختصين و إلى نقص الجانب المعرفي التكويني للمدربين في مجال الإسعافات الأولية أو ربما الجانب المادي لهذه النوادي وهذا ما يعود بالسلب على الرياضيين من الجانب الصحي وذلك بتعرضهم إلى إصابات متنوعة ومتفاوتة الخطورة ، خاصة وان رياضة كرة اليد تتميز بالاحتكاك البدني والتنافس الشديد ، أما من الجانب الرياضي فيتمثل في تدهور مستواهم الرياضي نظرا لخطورة الإصابات وتكرارها وعدم وجود المتابعة الطبية .

كما اثر ذلك على عدم توفر هذه النوادي على طبيب مختص أو حتى على طبيب عام يشرف على مراقبة اللاعبين أثناء وبعد التدريبات، أو حتى أثناء إجراء المباريات، وهذه المشكلة تعاني منها رياضة كرة اليد.

ومن ناحية أخرى فان نقص التوعية وغياب التوجيه من طرف المدربين للاعبين أدى إلى تكرار الإصابات ، كما انه لا تعطى للاعبين نصائح أو إرشادات وتوجيهات تقيهم من شبح الإصابات أثناء ممارستهم الرياضية.

إضافة لذلك إهمالهم لصحة اللاعبين واهتمامهم بتحقيق النتائج في المباريات أكثر من الحذر من الإصابات والأداء الجيد ، لذا فمن الواجب على المدربين التكوين بتوسيع الخلفية المعرفية والتطبيقية في مجال الإسعافات الأولية و الاهتمام باللاعبين ومتابعتهم صحيا طوال المشوار الرياضي ، حتى تمارس هذه الرياضة في أحسن الظروف .

وفي الأخير نتمنى أن يجد اللاعبون الاهتمام والعناية الكافية من طرف الجهات المختصة والتخفيف من كمية المشاكل التي يتخبطون فيها ، كما نتمنى أن تجد اقتراحاتنا الأذان الصاغية والنية الحسنة لتجسيدها على ارض الواقع لخدمة الرياضة والرياضيين ، ونرجو من الله سبحانه أننا قد وفقنا في ذلك.

قائمة المصادر و المراجع

***قائمة المراجع:**

1/_المراجع بالغة العربية:

الكتب:

1-علي فهمي البيك و د عماد الدين عباس أبو زيد ، المدرب الرياضي في الألعاب الجماعية تخطيط وتصميم البرامج ، ط1 ، منشأ المعارف الإسكندرية ، مصر ، 2003 .

2- باسم فاضل عباس العراقي ، اختصاصي كرة القدم ، الأسس الحديثة ،المنشورات الجامعية المفتوحة ،1993.

3-أحمد الصهباني: الإسعافات الأولية ،منتديات مدارس الرشيد الحديثة، 2007.

4– أحمد عبد الرحمن: لغة حياة التشريع، العدد الأول، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية مصدر 1994.

5- يحي السيد الحاوي ، المدرب الرياضي ،المركز العربي للنشر ، ط1 2001 .

6-إخلاص محمد عبد الحفيظ، حسين باهي: طرق البحث العلمي و التحليل الإحصائي، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة، 2000 .

7-أسامة رياض: العلاج الطبيعي و تأهيل الرياضيين، ط 01،دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.

8- أسامة رياض:الطب الرياضي و إصابات الملاعب، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.

9- أسامة رياض، إمام محمد حسن ألنجمي:الطب الرياضي و العلاج الطبيعي، ط 01،مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999.

10- اقبال رسمي محمد: الإصابات الرياضة وطرق معالجالا الرياضية التوزيع، القاهرة ،ط 2008،

11-أكرم زكي خطابية: المناهج المعاصرة في التربية الرياضية، (عمان:دار الفكر للنشر و التوزيع، 1997).

12- أكرم زكي خطابية: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، ط 1 ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، عمان: 1996.

13-د. اء سيد محمود حسينين: دور ممارسة الأنشطة الرياسية في تنمية بعض القيم الأخلاقية.

14 – الدكتور يحي السيد الحاوي: المدرب الرياضي بين الأسلوب التقليدي والتقنية الحديثة في مجال التدريب، مر كز العربي للكتاب والنشر القاهرة طبعة 1، 2002م.

15- أمين أنور الخولي: أصول التربية البدنية، المهنة و الإعداد المهني، (مصر دار الفكرالعربي، 1996).

16- أمين أنور الخولي ، أصول التربية البدنية و الرياضة (المدخل ، التاريخ ، الفلسفة)، ط 03 ،دار الفكر العربي، القاهرة2001.

17- ـاء الدين إبراهيم سلامة:الجوانب الصحية في التربية الرياضية، دار الفكر العربي، مدينة نصر، القاهرة، 2001.

18- تركي رابح: أصول التربية و التعليم، المؤسسة الوطنية للكتاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.

19- تشارل بيونسر: أسس التربية البدنية و الرياضية، دار الكتاب اللبناني ، 1964.

20- ثناء فؤاد أمين و آخرون: ممارسة الأنشطة الرياضية المدرسية و أثرها على التوافق النفسي ، القاهرة ، 1986.

21-حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية -إسعاف علاج،دار المعارف الإسكندرية، 1986 .

22-ر.م يونغسون ، ترجمة سعاد بشارة: الإسعافات الأولية ، أكاديميا انتر ناشيونال ، بيروت ، لبنان ، 1998.

23-رابح تركي: مناهج البحث في علوم التربية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر،1984.

24-زينب العالم: التدليك الرياضي و إصابات الملاعب، ط 04 ،دار الفكر العربي ، القاهرة.

25-سامي الصفارو آخرون: التربية البدنية و الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1988.

26- سعيد الدجاني و آخرون: الإسعاف السريع و الدفاع المدني في الحالات الطارئة ، ط 2، دار الأندلس ، بيروت 1987.

27_سعيد زيان: سلسلة محاضرات ماجستير (العلاقات التربوية المدرسية الرياضية) معهد التربية البدنية و الرياضة، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.

28 _سميعة خليل محمد: الإصابات الرياضية ، الأكاديمية الرياضية العراقية ، بغداد، 2007.

29-الصمرائي العباس وعبد الكريم محمود الصمراني: تطوير مهارات تدريس التربية الرياضية ، جامعة بغداد ، كلية التربية الرياضية ، بغداد ، 1998.

30- عباس احمد الصمرائي: طرق التدريس في مجال التربية البدنية و الرياضية ، ط 1 جامعة بغداد ، 1984.

31- عباس احمد السامرائي و احمد بسوطي : طرق التدريس في مجال التربية البدنية و الرياضية، ط 1، بغداد، 1984.

32-عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافا الأولية، ط 01، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004.

33- عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب و اللاعب في الإصابات الرياضية (الوقاية و العلاج) ، مؤسسة شباب الجامعة للطباعة و النشر ، الإسكندرية ،1986.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

-1-http://www.iraqacad.org/lib/omar3.htm

2- venderrzwag.H.J.TOWARD a phulosophie of sport.edtitionWesely Go Massuchs,etts, 1972,p81.

3- Didier Gâteau.lespremierssecours.Nathan. France.2006.p4. 4- Norbert vieux ,pierreJolis : :Manuel de secourisme ; ID ;P(92;93)

5- MedecingeneralGenaudDocteuressciences:Manuelpratique e Secourisme .

6--Norbert vieux/pierreJolis : Manuel de secourisme, id.,

7- G.SAMARA :petitechirurgiesecourisme ,lD .

2 178

8-tudor o bompa, Periodisation de l entrainemme , programme pour 35 sport , edition vigot.

9-www ,badanla , net .

10- Ronato manno , les bases de l entrainamant sportif , edition ,revue eps .1992 .

11-Larousse Encyc lopedique 1972

-قائمة معاجم والقواميس:

1- ابن منظور: لسان العرب، طبعة الثانية، المد13، دار صادر بيروت 2005

2-ابن منظور: لسان العرب، طبعة الثالثة، دار الحياء تراث العربي، بيروت، لبنان، الجز ء الثالث 1999

3- صبحي حموي ،المنجد في اللغة العربية المعاصرة ،دار المشرق ،بيروت ،2000

الملاحق

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

استبيانموجه لمدربي فرق كرة اليد
لبعض نولد ي ولاية المسيلة

في إطار تحضير لمذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في التدريب الرياضي تخصص تحضير بدني وذهني ، يشرفني أن أضع بين أيديكم سيدي الفاضل هذا الاستبيان حول موضوع " أهمية معرفة مدربي الرياضيين للإصابات الرياضية وإسعافاا الأولية " لذا ألتمس منك تقديم يد العون والمساعدة لي ،وذالك بالإجابة عن أسئلة الاستبيان بوضع علامة (X)أمام العبارات المناسبة التي تفضلها وتراها مناسبة حسب رأيك ، والتعبير عن رأيك في الأسئلة المفتوحة ، علما أن إجاباتكم تبقى محفوظة .

معلومات عامة :

الجنس : ذكر أنثى

سنوا ت التدريب :

وشكرا على تفهمكم ومساعدتكم

السنة الجامعية :2016/2015

1-ما نوع الشهادة التي حصلتم عليها ؟

ليسانس في ت ب ر ☐ مستشار في الرياضة ☐ تقني سامي ☐

شهادة أخرى أذكرها :.....

2-هل تلقيتم تكوينا خاصا حول كيفية تقديم الإسعافات الأولية للرياضيين حين إصابتهم في الحصة التدريبية ؟

نعم ☐ لا ☐

3- في أي مرحلة تلقيتم تكوينا عن الإسعافات الأولية ؟

خلال المرحلة الجامعية ☐ خلال مرحلة التدريب (الخدمة) ☐ تكوين خارجي ☐

4- حسب رأيكم هل كانت مدة التكوين في هذا المال كافية ؟

نعم ☐ لا ☐

5- كيف كانت نوعية التكوين في الإسعافات الأولية ؟

نظرية ☐ تطبيقية ☐ نظرية وتطبيقية ☐

6- هل المؤطر (المشرف) على تكوينكم في مجال الإسعافات الأولية ؟

مختص ☐ غير مختص ☐

7-هل ترى أن التكوين الذي تلقيته يؤهلك للتدخل ميدانيا في حصة تدريبية ؟

نعم ☐ لا ☐

إذا كان الجواب السابق ب لا: فلماذا؟.....

8-هل يتم مناقشة مواضيع متعلقة بـ الإسعافات الأولية وضرورا خلال الندوات التكوينية ؟

نعم ☐ لا ☐

9-هل ترى أنه من الضروري مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التكوينية ؟

نعم ☐ لا ☐

10- هل حدث و أن تعرض أحد الرياضيين إلى إصابة أو حادث خلال إجراء حصة تدريبية ؟

نعم ☐ لا ☐

11- في حالة الإجابة بنعم كيف كان تعاملكم مع الإصابة؟

ايجابي ☐ سلبي ☐ تخوف ☐

-كيف ذلك؟

12- في حالة وقوع الإصابة ما هو الأولى في التصرف حسب رأيكم؟

الإبلاغ ☐ ب تقديم الإسعاف ☐ الاثنان معا ☐

13- في أي نوع من الرياضات تكثر الحوادث والإصابات؟

الرياضة الجماعية ☐ الرياضة الفردية ☐ الاثنان معا ☐

14- من خلال تجربتك ما هي درجة هذه الإصابات ؟

خفيفة ☐ متوسطة ☐ خطيرة ☐

15- ما أغلب الإصابات التي يتعرض لها الرياضي أثناء التدريب ؟

جروح ☐ كدمات ☐ التواء ☐ خلع ☐ كسور ☐

16- هل وقوع إصابة يجبر المدرب على التدخل بسرعة مهما كان الحاجز بالنسبة للمدرب ؟

نعم ☐ لا ☐

17- هل ترى أن عدم إتقان لأساليب التدخل للإسعافات يعتبر حاجزا بالنسبة للمدرب؟

نعم ☐ لا ☐

18- حسب رأيك ما هي مبررات عدم تدخل المدرب كمسعف ؟

التخوف من المسؤولية ☐ عدم الإتقان ☐ عدم الخبرة ☐ الكل معا ☐

19- إلى أي حد يتحمل المدرب المسؤولية في حالة وقوع إصابة خلال حصته؟

كليا ☐ جزئيا ☐ منعدمة ☐

20-عند وقوع حادث خلال حصة تدريبية من يقوم بالإسعاف؟

المدرب ☐ طبيب الفريق ☐ الإدارة ☐

21-هل يتوفر النادي على الأدوات والمستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات الأولية ؟

نعم ☐ لا ☐

22-هل ترى أن أدوات الإسعافات الأولية المتوفرة ؟

كافية ☐ غير كافية ☐ غير موجودة تماما ☐

23-حسب رأيكم هل هذه الأدوات مهمة أو غير مهمة ؟

مهمة ☐ غير مهمة ☐

24-ماهي الأدوات والمستلزمات الطبية المتوفرة لديكم داخل النادي ؟

علبة صيدلانية ☐ أربطة وكمدات ☐ منعدمة ☐

25-ماهي الاحتياطات الوقائية التي تدخل خلال الحصة التدريبية؟ أذكرها باختصار ؟

.....

.....

.....

.....

الملحق رقم (1) قائمة الأساتذة المحكمين للاستبيان

الرقم	اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	الجامعة	الإمضاء
01				
02				
03				
04			STAPS بالمسيلة	
05				

ملخص الدراسة:

1-عنوا ن الدراسة: أهمية معرفة بعض المدربين لبعض الإصابات الرياضية وتقديم الإسعافات الأولية أثناء الحصص التدريبية (كرة اليد).

2-أهدا ف الدراسة:

- التحسيس بأهمية وضرورة معرفة وإتقان الإسعافات الأولية من طرف المربين للحفاظ على صحة الرياضيين.
- محاولة إبراز أهمية العمل على تمكن المدربين الرياضيين من المبلد ئ الأولية للإسعافات الأولية .
- إعطاء صورة واقعية عن مدى إلمام المدربين الرياضيين بالمبلد ئ الأساسية للإسعافات الأولية.
- السعي وراء إعادة الاعتبار لهذا الحقل الحساس في ميدا ن الطب الرياضي .
- تعميم الفائدة في البحث العلمي .

3-تساؤ ل الدراسة:

إلى ماذا يرجع الموقف المهني السلبي الذي يتخذه المدر ب في حالة وقوع الإصابة و عدم تدخله لإسعاف اللاعب المصاب ؟

4-الفرضيات الجزئية:

1- برجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدر ب عند وقوع الحولد ث الميدانية في حصبة التدريبية إلى التكوين النظري البحث لمدربي الرياضات في مجال الإسعافات الأولية و الذي غالبا ما يؤد ي إلى جهلهم بالواقع الميداني .

2- يرجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدر ب عند وقوع الحولد ث الميدانية في حصة التدريبية إلى، تخوف بعض المدربين من عده إتقان متطلبات الإسعاف بسبب فقدام للمرجعية المعرفية في الميدان .

3-يرجع الموقف السلبي الذي يتخذه المدرب عند وقوع الحوادث الميدانية في الحصة التدريبية إلى عدم توفر الأدوات اللازمة للقيام بالإسعافات الأولية.

5-عينة الدراسة: عينة عشوائية.

6-المنهج المتبع: المنهج الوصفي .

7-الأدوا ت المستخدمة في الدراسة: الاستبيان.

8-النتائج المتوصل إليها:

-نقص التكوين في مجال كيفية تقديم الإسعافات الأولية.

- نقص الأدوات الطبية بمختلف أنواعها وانعدامها كليا.

-الانعدام الشبه كلي للطاقم الطبي المكلف بتقديم الإسعافات الأولية.

10-الاقتراحات والتوصيات:

* تحسين عملية التكوين المتواصل، ينبغي إنشاء مصلحة خاصة بالإسعافات الأولية والوقاية تثير في المدربين الرغبة في المعرفة والتحسين الدائم.

* القيام بحملات توعية حول هذا المال عن طريق برنامج على المستوى الوطني لتطوير السلوكيات الوقائية و الأمنية.

*التكثيف من العمليات التكوينية في إطار التكوين المتواصل لتشمل كل المدربين حتى يتحقق تكامل الخبرات ووضع القواعد الصحية لكيفية ممارستها داخل وخارج النادي.

RESUME DE L'ETUDE:

1. Le titre de l'étude: l'importance de connaître quelques-uns des entraîneurs pour certaines blessures sportives et de fournir les premiers soins au cours des sessions de formation (handball).
2. Les objectifs de l'étude:
- La sensibilisation de l'importance et la nécessité pour la connaissance et la maîtrise des premiers secours par les éleveurs à maintenir la santé des athlètes.
- Tenter de mettre en évidence l'importance du travail pour permettre aux entraîneurs sportifs des principes primaires de premiers secours.
- Pour donner une image réaliste de l'étendue des connaissances des entraîneurs sportifs, les principes de base de premiers secours.
- Derrière la réhabilitation de ce domaine sensible de la médecine sportive dans le domaine de la poursuite.
- L'intérêt de Mainstream dans la recherche scientifique.
3 question sondage:
Ce qui est dû à la position négative adoptée par formateur professionnel en cas de blessures et le manque d'intervention pour sauver le joueur blessé?
hypothèses 4 partielles:
1. Berga position négative prise par l'entraîneur au moment des incidents dans le domaine de la formation de la rougeole à la configuration de recherche théorique pour les entraîneurs sportifs dans les premiers secours, ce qui conduit souvent à leur ignorance de la réalité du terrain.
2. position négative prise par l'entraîneur au moment des incidents dans le domaine de la formation en raison de la part, la crainte des entraîneurs de plusieurs exigences maître d'ambulance en raison de la perte de référence cognitive dans le domaine.
3 datant de l'attitude négative prise par l'entraîneur au moment des incidents lors de la session de formation sur le terrain pour ne pas avoir les outils nécessaires pour faire les premiers soins.
échantillon 5-étude: un échantillon aléatoire.
6 Méthodologie: approche descriptive.
7-outils utilisés dans l'étude: le questionnaire.
8-résultats atteints à:
-nqs formation sur la façon de prodiguer les premiers soins.
- Le manque d'instruments médicaux de divers types et totalement inexistante.
-alanaadam Similitudes personnel médical holistique en charge des premiers soins.
10-suggestions et recommandations:
* Amélioration de la poursuite du processus de configuration, vous devez créer un intérêt de premiers secours spécial et la prévention soulève les entraîneurs désirent pour la connaissance et à l'amélioration permanente.
* Campagnes de sensibilisation sur ce domaine à travers le programme au niveau national pour le développement des comportements et de la sécurité préventive.
* Condensation des processus de formation dans le cadre de la formation continue d'inclure tous les entraîneurs jusqu'à l'intégration des expériences et le développement de règles sanitaires pour la façon d'exercer l'intérieur et à l'extérieur du club atteint