



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد التربية البدنية والرياضية



القسم: نشاط بدني مكيف

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في النشاط البدني المكيف بعنوان:

أهمية التأهيل الرياضي لإصابات الكاحل لدى لاعبي كرة القدم

بحث وصفي أجري على فريقي كرة القدم الأمل الرياضي لعبي موسى و الوفاق الرياضي لعبي موسى لصنف الأكابر

تحت إشراف:

• د/ قدور باي بلخير

من إعداد الطالبان:

- طالب عبد الرؤوف

- لخضاري الجيلالي

السنة الجامعية: 2020-2021

إهداء

اهدي تخرجي إلى معلم البشرية أجمعين

الهادي الأمين صلى الله عليه وسلم

إلى من تعجز الكلمات عن إيفائه حقه إلى والدي العزيز أطل الله في عمره

ورزقه الصحة والعافية وأحسن عمله

إلى صاحبة القلب الصابر الحنون

إلى من أنار لي دعائها حياتي والدي العزيزة أطل الله في عمرها

وأحسن عملها إلى من ساندتني وأزرتني.

إلى الأستاذ المشرف "الدكتور قدور باي بلخير"

رؤوف

إهداء

اهدي تخرجي إلى من تمنوا لي النجاح والتوفيق

اخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى كل من ساندني وإلى كل من تمنى لي الخير والنجاح ، عائلتي وأصدقائي وزملائي
والشكر الكبير لأعظم شخصين

أبي أُمي شكراً لكم بحجم السماء إليهم جميعاً أهدي تخرجي

إلى الأستاذ المشرف " الدكتور قدور باي بلخير "

راجياً من الله الإطالة بأعمارهم وأن يبارك فيهم ويحفظهم

ربّي بعينه التي لا تنام.

أسامة

كلمة شكر

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين
سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين،
وبعد ..

فإننا نشكر الله تعالى على فضله حيث أتاح لنا إنجاز هذا العمل
بفضله، فله الحمد أولاً وآخراً .

ثم نشكر أولئك الأخيار الذين مدوا لنا يد المساعدة، خلال هذه
الفترة، وفي مقدمتهم الأستاذ المشرف على الرسالة فضيلة الأستاذ
الدكتور / قدور باي بلخير الذي لم ينخل علينا بنصائحه وإرشاداته، فله
من الله الأجر ومنا كل تقدير حفظه الله وتمّعه بالصحة والعافية ونفع
بعلومه .

كما أشكر القائمين على معهد التربية البدنية والرياضية

و إلى كل من قدم لنا يد العون



ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى إظهار أهمية التأهيل الرياضي لإصابات لاعبي كرة القدم و كان الفرض من الدراسة أن يعتبر التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل مهم لدى لاعبي كرة القدم لصنف الأكاكبر، وتكونت عينة البحث من 13 لاعبا من صنف الأكاكبر لفريقي الأمل الرياضي ووفاق عمي موسى، و استعمل الباحثان المنهجي الوصفي حيث قاما بإعداد استمارة تم توزيعها على عينة البحث للإجابة على تساؤلاتها، وبعد التحليل الإحصائي لأجوبة الباحثين توصل الطالبان إلى أن التأهيل الرياضي ذو أهمية كبيرة في عودة اللاعبين المصابين على مستوى الكاحل للعودة إلى المنافسة و استعادة المستوى المعهود و في الأخير اقترح الباحثان على عقد اتفاقية بين الأندية الرياضية و مراكز التأهيل بغرض تأهيل اللاعبين المصابين لإضافة إلى تكوين المدربين في مجال الإسعافات الأولية. وإلزام أندية كرة القدم باختيار أطقم طبية ذات كفاءة و إجبارية حضورها في المباريات و الحصص التدريبية

الكلمات المفتاحية:

- إصابة الكاحل
- التأهيل الرياضي
- كرة القدم

Résumé de l'étude:

-L'étude vise à montrer l'importance de la rééducation sportive pour les blessures des joueurs de football, et l'hypothèse de l'étude était que la rééducation sportive dans la rééducation des blessures à la cheville pour les joueurs de football, et l'échantillon de recherche était composé de 13 joueurs de la classe sénior pour les équipes Al-Amal Sports et Wefaq Ammi Moussa, et les chercheurs ont utilisé la méthode descriptive, où Ils ont préparé un formulaire qui a été distribué à l'échantillon de recherche pour répondre à ses questions, et après l'analyse statistique des réponses des chercheurs, les deux étudiants ont conclu que la rééducation sportive est d'une grande importance dans le retour des joueurs blessés au niveau de la cheville pour revenir à la compétition et retrouver le niveau habituel. Enfin, les chercheurs ont suggéré un accord entre les clubs sportifs et les centres de rééducation dans le but de réhabiliter les joueurs blessés en plus à la formation de formateurs dans le domaine des premiers secours. Et obligeant les clubs de football à sélectionner un personnel médical qualifié et une présence obligatoire aux matches et aux séances d'entraînement

les mots clés:

- Blessure à la cheville
- Rééducation athlétique
- Football

Abstract

-The study aims to show the importance of sports rehabilitation for injuries of football players, and the hypothesis of the study was that sports rehabilitation in rehabilitation of ankle injuries for football players, and the research sample consisted of 13 players from the senior class for the Al-Amal Sports and Wefaq Ammi Moussa teams, and the researchers used the descriptive method, where They prepared a form which was distributed to the research sample to answer his questions, and after statistical analysis of the researchers' responses, the two students concluded that sports rehabilitation is of great importance in the return of players injured in the ankle to return to the competition and regain the usual level. Finally, the researchers suggested an agreement between sports clubs and rehabilitation centers with the aim of rehabilitating injured players in addition to the training of trainers. in the field of first aid. And forcing football clubs to select qualified medical staff and mandatory attendance at matches and training sessions

keywords:

- ✚ Ankle injury
- ✚ Athletic rehabilitation
- ✚ football

أ. قائمة الجدول:

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|---------------------------------------|-------|
| 53 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (01) | 01 |
| 54 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (02) | 02 |
| 55 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (03) | 03 |
| 56 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (04) | 04 |
| 57 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (05) | 05 |
| 58 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (06) | 06 |
| 59 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (07) | 07 |
| 60 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (08) | 08 |
| 61 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (09) | 09 |
| 62 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (10) | 10 |
| 63 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (11) | 11 |
| 64 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (12) | 12 |
| 65 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (13) | 13 |
| 66 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (14) | 14 |
| 67 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (15) | 15 |
| 68 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (16) | 16 |
| 69 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (17) | 17 |
| 70 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (18) | 18 |
| 71 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (19) | 19 |
| 72 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (20) | 20 |
| 73 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (21) | 21 |
| 74 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (22) | 22 |
| 75 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (23) | 23 |
| 76 | يبين نتائج الإجابة عن السؤال رقم (24) | 24 |

ب. قائمة الأشكال:

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|---|-------|
| 53 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (01) | 01 |
| 54 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (02) | 02 |
| 55 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (02) | 03 |
| 56 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (04) | 04 |
| 57 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (05) | 05 |
| 58 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (06) | 06 |
| 59 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (07) | 07 |
| 60 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (08) | 08 |
| 61 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (09) | 09 |
| 62 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (10) | 10 |
| 63 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (11) | 11 |
| 64 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (12) | 12 |
| 65 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (13) | 13 |
| 66 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (14) | 14 |
| 67 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (15) | 15 |
| 68 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (16) | 16 |
| 69 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (17) | 17 |
| 70 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (18) | 18 |
| 71 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (19) | 19 |
| 72 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (20) | 20 |
| 73 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (21) | 21 |
| 74 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (22) | 22 |
| 75 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (23) | 23 |
| 76 | يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (24) | 24 |

قائمة المحتويات

| الصفحة | المحتويات |
|--------|---|
| ب | إهداء |
| ج | كلمة شكر |
| هـ | ملخص الدراسة |
| ح | قائمة الجداول و الأشكال |
| ي | قائمة المحتويات |
| | الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث |
| 02 | 1. المقدمة |
| 03 | 2. مشكلة البحث |
| 04 | 3. فرضيات البحث |
| 04 | 4. أهداف البحث |
| 05 | 5. مصطلحات البحث |
| 06 | 6. الدراسات المشابهة |
| 06 | الإطار النظري |
| | الفصل الأول: إصابة الكاحل |
| 12 | تمهيد |
| 13 | 1 1. تعريف الإصابة : |
| 13 | 1 1. تاريخ كرة القدم |
| 13 | 1 2. تقسيمات الإصابات المختلفة و تدرجها: |
| 15 | 1 3. الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي: |
| 17 | 1 4. أعراض ومظاهر الإصابة: |
| 18 | 1 5. بعض مضاعفات الإصابات الرياضية: |
| 18 | 1 6. تشريح الكاحل: |
| 21 | 1 7. الوقاية من إصابات الكاحل: |
| 20 | 1 8. تصنيف إصابات الكاحل: |
| 23 | 1 9. إصابات الكاحل الحادة: |
| 25 | 1 10. كسور الكاحل: |

27

خلاصة الفصل

الفصل الثاني: التأهيل الرياضي

29

تمهيد

30

1-2. تعريف التأهيل الرياضي

30

2-2. أهمية التأهيل الرياضي

32

3-2. أهداف برنامج التأهيل:

33

4-2. مراحل عملية التأهيل :

36

5-2. وسائل العلاج الطبيعي المستخدمة في التأهيل:

41

6-2. التمرينات التأهيلية :

42

7-2. العلاج الحركي الرياضي ودوره في التأهيل :

45

خلاصة الفصل

الإطار التطبيقي

الفصل الأول: منهجية البحث و إجراءاته الميدانية

48

1-1. منهج البحث

48

2-1. مجتمع وعينة البحث

48

3-1. الدراسة الإستطلاعية

49

4-1. مجالات البحث

49

5-1. أدوات البحث

50

7-1. الدراسة الإحصائية

خلاصة الفصل

الفصل الثاني: عرض و تحليل النتائج و مناقشة الفرضيات و الإستنتاجات

55

1-2. عرض و تحليل النتائج

77

2-2. مناقشة الفرضيات

78

3-2. الإستنتاجات

79

4-2. الإقتراحات و التوصيات

81

قائمة المصادر و المراجع

الملاحق

الفصل التمهيدي:

التعريف بالبحث

1. مقدمة:

لا يخلو أي مجال من مجالات النشاط الرياضي من احتمال حدوث الإصابات على اختلاف أنواعها ودرجة خطورتها، التي تحدث نتيجة المؤثرات الخارجية والذاتية والكيميائية (الفيزيولوجية)، حيث تصيب العظام، المفاصل، الأربطة، الأوتار والعضلات، ولذا اهتم علم إصابات الرياضة بدراسة الحركة الرياضية في مختلف الأوقات والظروف والأوضاع الثابتة والمتحركة الفردية كانت أو الجماعية، للوصول إلى القدرة على توقع الإصابة قبل حدوثها وتحديد أشكالها وأنواعها من أجل العمل على اجتنابها والوقاية منها. (عماد، 2001، صفحة 154).

تعد الإصابات احد أهم المعوقات التي تقف حائلا دون استمرار الرياضيين بممارسة نشاطهم الرياضي بالشكل الطبيعي ومن هذه الإصابات إصابة المفاصل حيث تعد إصابة المفاصل من أكثر الإصابات الرياضية حدوثا ويعد مفصلاً ألنها المحاور التي تستند وتتحرك عليها أجزاء جسم الإنسان. الكاحل من المفاصل المهمة الذي تقع عليه مسؤولية كبيرة في حمل وزن الجسم وفي عملية النقل الحركي من الأقدام إلى الأطراف العليا والتحكم في القوة المطلوبة الأداء الحركي كما وان القدم هي قاعدة اتزان الجسم وحدث أي إصابات فيها تضعف من توازن الفرد.

يتعرض لاعب كرة القدم إلى عديد من الإصابات المختلفة، تتراوح في شدتها بين البسيطة التي لا تحدث أضرارا بالغة، ولا تتطلب جهدا أو وقتا طويلا للعلاج، والإصابات ذات الخطورة البالغة التي بسبب عنها أضرار جسيمة قد تؤدي بحياة اللاعب. إن أكثر إصابات لاعب كرة القدم انتشارا هي إصابات الطرف السفلي، حيث تقدر نسبتها ب(85%) من الإصابات، إذ يتعرض مفصل الركبة ل(33 %) من الإصابات بالدرجة الأولى، ثم بالدرجة الثانية التشنجات العضلية (18%)، ثم بالدرجة الثالثة الكسور (17%)، ثم إصابات مفصل علق القدم

(9.5%)، ثم التمزق العضلي (6 %)، ثم إصابات العمود الفقري (5.5 %)، كما تتعرض المفاصل الأخرى للإصابة بنسبة (3%) (الحصيني، 1993، صفحة 102).

وتعمل التمرينات التأهيلية في معالجة وتأهيل الإصابات الرياضية من خلال إزالة حالات الخلل الوظيفي للجزء المصاب عن طريق العناية بمظاهر الضعف في بعض العضلات والأربطة وتنمية وتحسن القوة العضلية ومرونة المفصل ودرجة التوافق العصبي العضلي وزيادة معدل إلتئام الأنسجة وسرعة التخلص من الإلتصاقات والتكلسات الدموية التي تتجمع في داخل محفظة المفصل.

لذلك يرى الطالبان الباحثان أنه من الضروري البحث عن وسيلة علمية للتعرف على الأسباب العلمية لانتشار هذه الإصابة و معرفة الوسائل العلمية التي تساعد على سرعة إعادة تأهيل اللاعب المصاب بهذه الإصابة وهي إصابة كاحل القدم التي تسهم في العودة الى حالته الطبيعية ما قبل الإصابة و كذلك إلى العودة إلى ممارسة النشاط الرياضي

2. مشكلة البحث:

تعتبر كرة القدم واحدة من أكثر الرياضات شعبية في العالم، ويحتاج من يمارسها إلى لياقة بدنية عالية، وغالبا ما يكون اللاعبون عرضة للإصابات. و تسبب العديد من العوامل الإصابة، مثل كثرة التدريب ونوع التمارين وتراكم الدقائق المخصصة للعب طوال الموسم، وبنية جسم لاعب كرة القدم والتعرض للصدمات .

و يعتبر التواء الكاحل أحد أكثر الإصابات شيوعا في كرة القدم، ويحدث ذلك عندما تتمزق الأربطة التي توفر الاستقرار للقدم، مما يؤدي في النهاية إلى التسبب في التهاب النسيج وتقييد الحركة. وفي معظم الحالات يحدث التواء الكاحل بسبب التقلبات غير الطبيعية أو الانحناءات أو تغير الاتجاه . و بناء على ما سبق جاءت تساؤلات البحث على الشكل التالي:

التساؤل العام:

هل يعتبر التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل مهم للاعب كرة القدم لـصنف الأكااير؟

التساؤلات الجزئية:

❖ ما هي أسباب إصابة الكاحل لدى لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير؟

❖ هل لعملية التأهيل الرياضي دور في عودة لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير إلى المنافسة؟

3. فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

✓ يعتبر التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل مهم لدى لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير

الفرضيات الجزئية:

✓ أسباب إصابة الكاحل لدى لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير متعددة.

✓ لعملية التأهيل لإصابة الكاحل دور مهم في عودة لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير للعودة إلى المنافسة.

4. أهداف البحث:

❖ الكشف عن أسباب إصابة اللاعبين لدى لاعبي كرة القدم لـصنف الأكااير

❖ تجنب مسببات إصابة الكاحل للاعب كرة القدم لـصنف الأكااير.

❖ إبراز أهمية التأهيل الرياضي لدى لاعبي كرة القدم المصابين لـصنف الأكااير.

❖ إبراز أهمية عملية التأهيل الرياضي في العودة إلى المستوى المعهود للاعب كرة القدم لـصنف الأكااير.

5. مصطلحات البحث:

⇐ الإصابات الرياضية:

التعريف الإصطلاحي: الإصابة هي تعطيل لسلامة الأنسجة وأعضاء الجسم ، ونادرا ما تؤدي الحركة المكررة إلى حدوث الإصابة، ففي حالة الإصابة تحدث تغيرات تشريحية فسيولوجية لبعض الوظائف الجسمانية (قاسم، 2017، صفحة 05).

التعريف الإجرائي: وهي تعرض بعض العضلات أو مفاصل أو عظام الجسم البشري لحادث ينجم عنه آلام و يصاحبه عجز عن أداء المهام اليومية أحيانا.

⇐ مفصل الكاحل:

التعريف الإصطلاحي: النهايات السفلى العظام الساق (القصبة والشظية) و عظام رسغ القدم السبعة أعظم العقب، الكعبي، الزورقي، الإسفيني، الانسي، و الوحشي، والوسطي)) وعظام هذا المفصل محمولة معا من قبل مجموعة قوية من الأربطة العريضة التي تزيد من ثبات المفصل. والعضلات حول الكاحل يكون ارتباطها بالمفصل بسبب طول أوتار عضلات اسفل الساق و المارة عبر مفصل الكاحل، يتحمل المفصل جهدا عاليا ولكن إسناده وحمايته ضعيفة (سميعة، 2004، صفحة 219).

التعريف الإجرائي: وهو أحد مفاصل القدم ويأتي في خارج القدمين وينتج عن إلتوائه أو تمزقه آلام و إصابات مختلفة الدرجات وتؤثر على لاعب كرة القدم في أداء حركاته بشكل صحيح و تشله عن اللعب أو الوقوف أو المشي وهذا يعتمد على خطورة و درجة الإصابة.

⇐ التأهيل الرياضي:

التعريف الإصطلاحي: فيعنى إعادة تدريب الرياضي المصاب لأعلى مستوى وظيفي وفي أسرع وقت هو علاج وتدريب المصاب لاستعادة القدرة الوظيفية في أقل وقت ممكن وذلك باستعمال وسائل التي تتناسب مع نوع وشدة الإصابة (رياض، 1999، صفحة 20).

هي عملية استخدام الوسائل المختلفة في إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة (عزت، 2008، صفحة 11).

التعريف الإجرائي: وهي عملية تهيئة اللاعب بعد الشفاء من الإصابة عن طريق بعض التمارين و الحركات تمكنه من العودة إلى نشاط الجزء المصاب.

6. الدراسات السابقة:

6-1. الدراسة الأولى: دراسة بوسعيد الفوضيل بعنوان: "أهمية إعادة التأهيل الوظيفي في استرجاع القدرات الحركية للرياضي المصاب"، مذكرة ماستر، جامعة آكلي محند الحاج – البويرة، 2015/2014.

هدفت الدراسة إلى إبراز دور عملية إعادة التأهيل الوظيفي في تحسين الجانب البدني والنفسي للاعبين المصابين بالإضافة إلى محاولة الوقوف على فعالية التأهيل الطبي والبدني السليم في استعادة قدراتهم وكفاءتهم الرياضية.

بناءً على العينة التي أ جريت عليها الدراسة المتكونة من 11 لاعبا، 09 مدربين و 13 طبيا، وتحليل نتائج الإستبيانات الموجهة إليهم، وكذا معالجة نتائج الإختبارات المطبقة على اللاعبين تم استخلاص النتائج:

أن العملية إعادة التأهيل الوظيفي هدف راق يتجلى في مساعدة الرياضي المصاب على تجاوز العجز البدني الحاصل جراء الإصابة والقضاء على الصعوبات البدنية والنفسية المترتبة، بالإضافة إلى مساعدة المصاب على استعادة قوة ومرونة المفصل وتحسين اللياقة البدنية وفق متطلبات نوع الرياضة الممارسة.

كما تعمل عملية إعادة التأهيل الوظيفي على تحسين القدرات الحركية والرياضية للرياضيين المصابين وذلك للسماح لهم بالعودة إلى المنافسة في أحسن الظروف.

6-2. الدراسة الثانية: دراسة حسن هادي عطية و أحمد محمد عبد الخالق بعنوان: "دراسة مقارنة

لإصابات مفصل الكاحل لدى لاعبي كرة القدم للساحات الخارجية و الصالات المغلقة"، مجلة كلية

التربية الرياضية - جامعة بغداد 2014.

هدف البحث إلى التعرف على نسبة اللاعبين المصابين وما هي أسباب وأوقات وشدة إصابات مفصل

الكاحل ومن ثم المقارنة بين نسبة الإصابات ما بين كل من الساحات الخارجية والصالات المغلقة بكرة القدم.

وتألف المجال البشري من (50) لاعب مصابة. واحتوى الباب الثاني على الدراسات النظرية التي تتعلق بموضوع

البحث. واحتوى الباب الثالث على المنهج المتبع وهو المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي ووسائل جمع البيانات

والوسائل الإحصائية المتبعة لاستخراج النسب المئوية. وفي الباب الرابع تم معالجة البيانات إحصائية والتوصل

للنتائج. وتناول الباب الخامس الاستنتاجات التي توصل إليها البحث من أهمها ارتفاع شدة الإصابات لدى لاعبي

الصالات المغلقة عنه في الملاعب المكشوفة.

6-3. الدراسة الثالثة: دراسة د/ محمد فاضل علوان و سيف الدين صلاح صبيح بعنوان: "أثر تمارين

الإتزان العضلي باستخدام جهاز M.B المصمم في تأهيل إصابة التواء مفصل الكاحل". كلية التربية

البدنية و علوم الرياضة- جامعة ديالى - بغداد، مجلة علوم الرياضة 2019 - 2020.

تضمن البحث التطرق إلى كثرة إصابات مفصل الكاحل للرياضيين وخصوصا الجانب الوحشي وأهمية

التأهيل والشفاء الكامل للمفصل قبل العودة لممارسة النشاط الرياضي لتجنب تكرار الإصابة في المستقبل ومن

هذا المنطلق قام الباحث والسيد المشرف بتصميم جهاز لقياس وتأهيل إصابات مفصل الكاحل حيث يقوم

الجهاز بقياس التوازن العضلي للعضلات العاملة على مفصل الكاحل ومعرفة جانب الضعف وبعدها أداء تمارين التوازن العضلي التأهيلية على الجهاز ويمتاز الجهاز بسهولة الاستعمال وتوفر وسائل الأمان المتمثلة بقبضة اليدين والأشرطة المثبتة للقدم ليكون وسيلة يساعد القائمين في مجال التأهيل للحصول على أفضل النتائج بأقصر وقت. أما مشكلة البحث تكمن في أن تأهيل إصابة التواء مفصل الكاحل يتم باستخدام التمرينات العلاجية والأجهزة التقليدية التي هي عبارة عن نصف الكرة الطبية والحبال المطاطية واستخدام اليدين في تحريك القدم المصابة تستغرق وقت أثناء أداء الوحدة التأهيلية بالإضافة إلى أن نصف الكرة الطبية لا يمكن التحكم باستقرارها أو التدرج بها وعدم احتوائها على عناصر الأمان، وكذلك الحبال المطاطية غير معلومة المقاومة والحظ الباحث احتكاك المعالجين بملامسة القدم المصابة أثناء أداء التمرينات (الحزق) الدفع باليدين تؤدي إلى مخاطر على المصاب كالمتمزقات الإضافية للإصابة نتيجة الدفع و السحب بقوة، لذلك قام الباحثان بتصميم جهاز يقيس الضعف العضلي لعضلات الكاحل بالإضافة إلى أداء تمارين التوازن التأهيلية باستخدامه.

استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة ذات الاختبار القبلي والبعدي لملائمته طبيعة المشكلة. أشتمل مجتمع البحث على (16) رياضي من المصابين بالتواء مفصل الكاحل الوحشي، تم استبعاد (03) رياضيين منهم لعدم تجانسهم وكذلك تم استبعاد (03) رياضيين العينة التي ساهمت في التجربة الاستطلاعية، وقد اختار الباحثون عينة البحث بالطريقة العمدية بعد إجراء الفحص عليهم من قبل لجنة اختصاص تابعة لدائرة الطب الرياضي وبلغ عددهم (10 مصابين) بنسبة 5.62 % من مجتمع البحث تم تقسيمهم بالطريقة البسيطة (القرعة) إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) كل مجموعة (05) مصابين بنسبة 25.31% المجموعة التجريبية تستخدم برنامج تأهيلي باستخدام الجهاز المصمم والمجموعة الضابطة تستخدم البرنامج التأهيلي الخاص بدائرة الطب الرياضي/بغداد. وتم استخدام الحقيبة الإحصائية (SPSS) ومن خلال نتائج المعالجات الإحصائية للبيانات التي جمعت في الاختبارات القبلي والاختبارات البعدية لمتغيرات البحث

استنتج الباحث أن تمارين التوازن التأهيلية التي أعدها الباحث باستخدام الجهاز المصمم كان لها الدور الفاعل في تقدم تأهيل إصابة التواء مفصل الكاحل (الجهة الوحشية) من خلال ظهور تحسن في (الأربطة الوحشية) و توازن القوة العضلية للعضلات المحيطة بالمفصل وزوايا المدى الحركي، وإمكانية استخدام الجهاز المصمم في مراكز العلاج الطبيعي من قبل المختصين، وكذلك في استخدام الجهاز المصمم لتأهيل الالتواء النسبي وتحدد مفصل الكاحل.

7. نقد الدراسات السابقة:

من خلال سرد الدراسات السابقة و المشابهة لموضوع بحثنا لاحظنا بعض أوجه التشابه و الاختلاف و التي تمثلت في النقاط التالية:

أوجه التشابه:

1. تشابهت الدراسات من حيث نوع الإصابة والتي تخص إصابة الكاحل.
2. تشابهت الدراسات من حيث نوع الرياضة حيث تمثلت عينة دراستنا و الدراسات السابق ة في لاعبي كرة القدم باختلاف مراحلهم العمرية.
3. تشابهت الدراسات من حيث النتائج المتوصل إليها.

أوجه الاختلاف:

1. اختلفت الدراسات من حيث المنهج المستخدم حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي بينما تم الاعتماد على المنهج التحريبي في الدراسات السابقة.
2. اختلفت الدراسات من حيث حدود (المجال الزماني و المكاني) و أدوات البحث.
3. اختلفت الدراسات من حيث المعالجة الإحصائية.

الإطار النظري

الفصل الأول:

إصابة الكاحل

تمهيد:

تعد إصابات الكاحل من الإصابات الشائعة في الألعاب الرياضية كذلك يمكن ان تحدث لغير الرياضيين نتيجة عدم انتظام المشي.

إن إصابة التواء الكاحل من أكثر الإصابات انتشارا والتي يجب أن يهتم بها حتى وان كانت بسيطة لان احتمال تكرارها كبير بسبب الحركات التي يؤديها الرياضي وخاصة الجري مما يؤثر على المستوى المهاري والمساهمة الرياضية و ضياع الوقت، ويلعب التشخيص السريع والعلاج المباشر دورا كبيرا في تقليل هذه المضاعفات.

1 14. تعريف الإصابة :

تعرف الإصابة على أنها تعرض الأنسجة الجسمية المختلفة إلى تأثيرات عوامل خارجية أو داخلية تسبب خللاً تشريحياً ووظيفياً مؤقتاً أو دائماً وفقاً لشدة الإصابة. وترتبط بالجهد البدني المبذول وخصوصية متطلبات الأداء في النشاطات الرياضية المختلفة . كما تعرف الإصابة الرياضية على أنها تأثير نسيج أو مجموعة أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي أو داخلي مما يؤدي إلى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج، وتنقسم هذه المؤثرات إلى (علاوي، 1998، صفحة 14):

(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 .

وينبغي علينا مراعاة أن الإصابات الرياضية قد تكون إصابة بدنية، أو إصابة نفسية (النجمي، 1999، صفحة

11)

1 12. تقسيمات الإصابات المختلفة و تدرجها:

توجد عدة مدارس طبية تقسم الإصابات عامة وإصابات الملاعب خاصة إلى عدة مدارس لتسهيل

شرح التشخيص وتنفيذ العلاج ومن ذلك ما يلي:

1-2-1. تقسيمات حسب شدة الإصابة:

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

ب) إصابات متوسطة الشدة: مثل التمزق غير المصاحب بكسور.

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

1-2-2. تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة):

أ) إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

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

1-2-3. تقسيمات حسب درجة الإصابة:

أ) إصابة الدرجة الأولى: ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من

تكملة المباراة وتشمل حوالي 70-90% من الإصابات مثل السحجات والرضوض والتقلصات العضلية.

ب) إصابات الدرجة الثانية: ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة

حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 8% مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل (زاهر،

2004، الصفحات 90-95).

ج) إصابات الدرجة الثالثة: ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها - الخلع - إصابات غضروف الرقبة - الانزلاق الغضروفي بأنواعه (العربي، 2020/2019، صفحة 05).

1.13 الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

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

أ) عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية: الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية عوض جزء منها حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة مهارية واللياقة الخطئية.

ب) عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب: فالمجموعات العضلية القابضة

والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية (النجمي، 1999، صفحة 60)

ج) سوء تخطيط البرنامج التدريبي: سواء كان برنامجا سنويا أو شهريا أو أسبوعيا أو حتى داخل الوحدة التدريبية في الأسبوع التدريبي يوم المباراة، فإن أقصى حمل لاعب 100 % من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30% من مستواه، وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرّب اللاعب تدريبا عنيفا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب (العربي، 2020/2019، صفحة 06).

د) عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب: ويقصد بالإحماء الكافي أداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج على اختلاف مراحلها تجنباً لحدوث إصابات.

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

و) سوء اختيار مواعيد التدريب: قد يسبب ذلك إصابة اللاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح مما يسبب حدوث تقلصات عضلية، ولذلك يفضل تدريب اللاعبين في الصباح الباكر أو في المساء صيفا وعكس ذلك في مواسم الشتاء (رياض، 1999، صفحة 54).

1-3-2. مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك (العربي، 2020/2019، صفحة 07):

↔ التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم.

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

↔ مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية.

↔ عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين.

↔ استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة.

↔ الأحذية المستخدمة وأرض الملعب.

↔ استخدام اللاعبين للمنشطات (رياض، 1999، صفحة 192).

1 14. أعراض ومظاهر الإصابة:

أ) فقدان الوعي : عندما يستجيب اللاعب المصاب بطريقة غير سوية (غير طبيعية) أو عندما لا توجد

أي استجابة على الإطلاق لمدة أكثر من عشر ثوان يجب الإجابة على الثلاثة أسئلة السابقة لتحديد

إمكانية عودة اللاعب إلى الملعب.

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

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

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

(هـ) وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي.

1 15. بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

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

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

تشوهات بدنية: تنتج من جراء ممارسة كرة اليد بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو

كنتيجة للممارسة الغير علمية لتلك الرياضة.

قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب: يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في

الملاعب وتوضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب

بالملاعب (رياض، 1999، صفحة 193).

1 16. تشريح الكاحل:

تتكون عظام الكاحل من تم فصل النهايات السفلى العظام الساق (القصبة والشظية) و عظام رسغ القدم السبعة

أعظم العقب، الكعبي، الزورقي، الإسفيني، الانسي، و الوحشي، والوسطي)) وعظام هذا المفصل محمولة معا من

قبل مجموعة قوية من الأربطة العريضة التي تزيد من ثبات المفصل. والعضلات حول الكاحل يكون ارتباطها بالمفصل بسبب طول أوتار عضلات اسفل الساق و المارة عبر مفصل الكاحل، يتحمل المفصل جهدا عاليا ولكن إنسانه وحمايته ضعيفة (سميعة، 2004، صفحة 219).

17 1. الوقاية من إصابات الكاحل:

إن تجنب إصابات الكاحل الحادة صعب جدا بسبب حوادث تعرض القدم للإصابة ولكن هناك طرق يمكن تجنب الإصابة فيها.

- برنامج تأهيلي لتطوير القوة والمرونة في الأنسجة التي تقع حول الكاحل (مرونة وتر اخيلس) وفي رسغ القدم بحيث يمكن ان ينجي للأمام على الأقل بدرجة (15°).
- تطوير القوة في عضلات و أوتار الجزء الأسفل للساق.
- تقوية العضلات الشظوية لتجنب الالتواء في الكاحل.
- ارتداء الأحذية المناسبة لتجنب إصابات الكاحل الشديدة وحسب نوع الرياضة الممارسة .
- ضرورة التوافق بين حركة الكاحل والقدم والي يقود إلى التواءات صعبة.
- ضرورة استعادة الإدراك الحسي بعد الإصابة باستخدام وسائل التأهيل الخاصة.
- تحديد عوامل المخاطرة وتجنبها وهي نفس عوامل الركبة والقدم، لتجنب تكرار الالتواء تستخدم الرباطات الخاصة للكاحل لتوفير الإسناد ومنع الألم ولحمايته من تكرار الإصابة (سميعة، 2004، صفحة 219).

1 18. تصنيف إصابات الكاحل:

1 8 4. إصابات الكاحل الحادة :

وتشمل (التواء الكاحل، كسر عظام الكاحل، خلع المفصل)، واهم هذه الإصابات وأكثرها حدوثا هي التواء الكاحل والتي تحدث بسبب زيادة لف الكاحل نحو الخارج وهذا ما يعرف ب (الالتواء المنعكس) أو يطوى الكاحل للدخل فيعرف بالالتواء المنقلب للدخل) و عادة تكون الالتواءات المنقلبة أكثر شيوعا وذلك بسبب زيادة ثبات العظم من جهته الخارجية وان الرباطات في هذه الجهة تسمح بزيادة الانطواء والتمدد، ولهذا تكون الجهة الداخلية أكثر عرضة للإصابة وتحدث الإصابة بسبب التواء رباط أو اثنين من الرباطات القصبية) القصي - الثالوس الكعبي وأن التواءات الكاحل المنعكسة اقل تكرارا وغالبا ما تحدث عندما تكون خطوات الرياضي محمولة للدخل ويميل الكاحل إلى الخارج مع دوران نحو الخارج وغالبا ما يحدث تحطيم الرباط القصي (الثالوسي القصي أو الرباط المثلي) و يجب معالجته بشكل جيد لأن عدم الثبات الناتج عن التواء الكاحل يسبب ضرر العظام المفصل ويؤدي إلى التهاب المفصل (سميعة، 2004، صفحة 220).

وتصنف الالتواءات إلى ثلاث درجات حسب شنتها (أولى، وثانية وثالثة) ويعد عدم الثبات أهم علامات تحديد مستوى الالتواء ومع ذلك فأن حدوث ورم المفصل المصاب يقلل من هذه العلامة مما يصعب التشخيص، لذا فإن تشخيص الالتواء يجب ان يكون من قبل متخصص.

أما كسور الكاحل فتنشج عن أسباب ثلاث وهي:

- إجبار الساق على الانحناء باتجاه أو آخر.
- انحناء الجزء الأسفل للساق إلى جهة أو أخرى عندما تكون القدم ثابتة.

■ انحناء الرياضي إلى جهة من عظام الكاحل.

كذلك يمكن أن يحدث الكسر نتيجة لأسباب التواء المفصل حيث يتسبب الكسر عن الالتواء (سميعة، 2004، صفحة 220).

1 8 2. إصابات الكاحل الشائعة (المزمنة):

وتشمل (الالتهابات في الأوتار الطويلة التي تتداخل وتربط مفصل الكاحل بالعضلات أسفل الساق)، وتحدث هذه الإصابات بسبب الفعاليات الرياضية العنيفة و أيضا العوامل الداخلية والخارجية، وتشمل العوامل الداخلية قوة ومرونة الأوتار التي تربط العضلات كذلك التشوهات التشريحية (القدم المسطحة، والقدم المستديرة للداخل أثناء الركض، التقوس العالي الذي يسبب ضغط شديد على الأوتار في منطقة الكاحل). أما العوامل الخارجية فتشمل أخطاء التدريب، الحذاء غير المناسب ، ضعف التكنيك.

تكون عادة الأعراض تدريجية وقد لا يكون لها سبب واضح، ويظهر الألم أثناء الفعاليات الرياضية علما أن الأعراض هذه لا تعيق الأداء ولكن في المرحلة التالية يتسبب الألم في عدم مقدرة الرياضي على مواصلة النشاط الأساس في علاج الإصابات المزمنة هو الاستراحة المبكرة وقت حدوث الألم في الكاحل الذي سبقت إصابته ومن ثم العلاج بالثلج والضغط والرفع (سميعة، 2004، صفحة 221).

1 19. إصابات الكاحل الحادة:

1 9 4. إلتواء الكاحل

هو تمدد أو تمزق كامل لأحد الأربطة أو أكثر والتي تربط عظام مفصل الكاحل معا ويتعرض لهذه الإصابة لاعبو كرة السلة كذلك الرياضات التي تتطلب القفز والركض.

1 9 2. أنواع إلتواء الكاحل:

الالتواء المتقلب: عندما تلتف ساق الرياضي إلى الخارج من الكاحل فيصاب بذلك الرباط العقبى الثالثي

القريب وبنسبة (20%) من الحالات يصاب الرباط الشظوي الكعبي، وهو من الالتواءات الشائعة.

الالتواء المنعكس: يحدث بسبب زيادة لف الكاحل نحو الخارج وهو اقل حدوثا من الالتواء المتقلب وغير شائعا

ويصنف الالتواء حسب شدته إلى 3 درجات (سميعة، 2004، صفحة 221):

■ الدرجة الأولى وتتميز بالأعراض الآتية:

✓ ألم خفيف مع تورم موضعي.

✓ فقدان مرونة المفصل.

✓ عدم ثبات الكاحل.

✓ تحدد وظيفي وبدون كدمات.

■ الدرجة الثانية وتتميز بالأعراض الآتية:

✓ الإحساس بصوت في المفصل (طققة).

✓ تمزق الأربطة فوق الكاحل مع ورم، تظهر الكدمات بعد (3-4 أيام) بعد الإصابة

✓ صعوبة في المشي.

■ الدرجة الثالثة وتتميز بما يأتي:

✓ انزلاق العظام المفصالية خارج مكانها ثم عودتها إلى مكانها مرة أخرى.

✓ تورم ومرونة في المنطقة الخارجية القريبة من مفصل الكاحل.

✓ مرونة عالية وعدم ثبات المفصل (سميعة، 2004، صفحة 222).

✓ صعوبة المشي مع تشوه المفصل.

1 9 3. الأسباب والمضاعفات:

✓ السقوط على الجانب الخارجي بينما زاوية ووزن الجسم يندفعان نحو الداخل بشدة مما يحدث التمزق.

✓ اللف فوق الجهة الخارجية مما يسبب تحدد المفصل.

✓ القفز ثم الهبوط على قدم الخصم.

ومن مضاعفات هذه الإصابة عندما لا يتم العلاج المناسب عدم الثبات المزمن مما يؤدي إلى تكرار الإصابة،

كذلك يمكن أن تسبب الكسور لأسباب ميكانيكية، ويمكن أن يحدث الالتواء المتصلب تمزقا في الشبكة قبل

الإصبعية وهذا يسبب إصابة لفاقة النسيج التي تحمل الأوتار قبل الإصبعية والذي قد يؤدي إلى تكرار تغيير موقع

الوتر قبل الإصبعي أي عدم استقرار مزمنة (سميعة، 2004، صفحة 222).

1 9 4. الإسعاف والعلاج:

⇐ الراحة والتلج والرفع والضغط.

⇐ في حالة الالتواء الدرجة الأولى يبدأ التأهيل خلال (24-48 ساعة).

- ↔ في حالة الالتواء الدرجة الثانية والثالثة بعد (1-3 أسبوع).
- ↔ ارتداء رباط قوي بعد الرجوع للنشاط الرياضي
- ↔ أشعة للتأكد من عدم وجود كسره
- ↔ تناول العقاقير لتخفيف الألم والتهاب (بوصفة طبية).
- ↔ جبائر متحركة لمدة (6 أسابيع) بعد الإصابة.
- ↔ و يسكن استخدام تمارين إضافية مثل (الدراجة الثابتة، تمارين الانقلاب للدخل والخارج، التآرجح).
- ↔ يشفى الالتواء من الدرجة الأولى خلال (4-6 أسابيع).
- ↔ أما الالتواء الدرجة الثانية فيستغرق (4-8 أسابيع).
- ↔ أما الالتواء الدرجة الثالثة فيستغرق (6-12 أسبوع).

1 9 5. التقنيات الحديثة المستخدمة لالتواءات الكاحل (سميعة، 2004، صفحة 223):

تستخدم التقنية الحديثة للتحريك المبكر بعد السيطرة على الالتهاب عن طريق التبريد والضغط والرفع وبعد (48 ساعة) تستخدم جبيرة متحركة هوائية تسمح بحركة المفصل نحو الأعلى والأسفل، وتستخدم المعالجة الفيزيائية لتحديد الحركة وتمارين الشد وتمارين التغير وبعد (72 ساعة) يمكن أداء فعاليات عامة (ركض، قفز) بعد لبس جزيرة الحماية.

1 20. كسور الكاحل:

هو تحطم أو تشمم كامل في عظام مفصل الكاحل، وقد يحدث في تقعر نهاية عظم القصبة من الجهة الخارجية في أسفل الساق، ويحدث بسبب التواء الانقلاب وقوة دفع الجسم تؤدي إلى كسر العظم، ويتعرض للإصابة لاعبو كرة السلة و الرياضيون الذي تتطلب رياضاتهم الركض والجري (سميعة، 2004، صفحة 224).

1-10-1. الأعراض:

- ألم مباشر فوق منطقة الإصابة.
- تشوه المنطقة في لحظة الإصابة.
- ألم حاد كالصدمة الكهربائية يعقبه خدر.

1-10-2. الأسباب والمضاعفات:

- نفس أسباب التواء في مفصل الكاحل.
- التفاف فوق منطقة الكاحل الخارجية.

ومن مضاعفات الإصابة في حالة عدم كفاية علاجها تؤدي إلى هبوط الغضروف المفصلي للأسفل وعند

التواء يؤدي إلى التهاب المفصل.

1-10-3. الإسعاف والعلاج:

↔ التبريد و الضغط و الرفع.

⇨ وضع جبيرة اسفل الساق.

⇨ اخذ الأشعة للتأكد من التشخيص ووضع الجبيرة لمدة (84 أسابيع) (إذا كان المفصل ثابت ولا يوجد

خلع في العظم).

⇨ في حالة خلع المفصل تثبت نهايتي العظم المكسور باستخدام الصفائح والبراغي (تستخدم في العملية

الجراحية).

⇨ تبقي الساق بعد العملية في وضع ثابت لمدة (2-3 أسابيع) (باستخدام جبيرة جيسية).

⇨ تمارين التأهيل ممكن ممارستها حسب المستويات (1، 2، 3) و التأكيد على تقوية عضلات الساق.

يرجع الرياضي إلى حالته الطبيعية بعد (4-8) أسابيع من الإصابة ويستغرق الشفاء (2-3 اشهر) لالتئام العظم

وتتم العودة إلى النشاط الرياضي بعد (4 أشهر) (سميعة، 2004، صفحة 224).

خلاصة الفصل:

لقد تناولنا في هذا الفصل إلى تعريف إصابات الكاحل وأنواعها وأعراضها بالإضافة إلى أهم طرق
ووسائل التي يمكن أن تستعمل قبل التدريبات ، وذلك لتجنب الإصابات الرياضية حتى لا تؤثر على الجانب
الصحي والمستوى الرياضي للاعبين إضافة لذلك أهم قواعد الإسعافات الأولية التي يقوم بها الطبيب والمدرب فور
وقوع الإصابة داخل الملعب وذلك للحد من خطورتها حتى لا تعود بالسلب على اللاعبين

الفصل الثاني:

التأهيل الرياضي

تمهيد:

مع الظهور المتزايد للتقدم الإعلامي الغير عادى في السنوات الأخيرة والمتمثل في الإهتمام بالرياضة من جانباً القنوات المتخصصة للرياضة وللمباريات وإنتشار فكرة الإحتراف وما به من أرقام فلكية وتشجيع الدولة المتزايد يوم بعد الإخر لممارسة الأنشطة الرياضية بما تقدم من حوافز للرياضيين الأبطال والمتميزين.

و يتعرض اللاعبون والرياضيين لإصابات مختلفة تختلف نوعها ودرجة خطورتها. وفقاً لنوع الرياضة إذ أن رياضة مثل كرة القدم أو التنس أو السلة وغيرها من الألعاب التي تستلزم استخدام العضلات والمفاصل بالضغط عليها بشكل أكبر. مما يجعلها تتعرض بشكل دائم لإصابات أو تلفيات في الأنسجة وتحتاج إلى تقوية العضلات المحيطة بالمفاصل.

كل ذلك أدى إلى الإقبال الكبير على ممارسة الرياضة بكل قوة وحماس مما أدى إلى العنف في الممارسة بهدف الفوز بهذه المميزات، لذا بدأ الإتجاه وإلتفات النظر بكل دقة إلى التأهيل ودوره وأهميته في تقليل فترة الإصابة وسرعة عودة اللاعب إلى الملاعب كما كان قبل الإصابة عليه بدنياً وذهنياً ونفسياً ومهارياً عن طريق التأهيل الفسولوجي أو التشريح أو حتى النفسي للاعب بشتى الطرق الإيجابية والصحية . (محمد، 1999،

صفحة 5)

2-1. تعريف التأهيل الرياضي

ويذكر جيمس وجرى Games & Gary 1985 أن التأهيل يعني إعادة تأهيل كل من الوظيفة والشكل الطبيعي بعد الإصابة.

أما التأهيل الرياضي فيعني إعادة تدريب الرياضي المصاب لأعلى مستوى وظيفي وفي أسرع وقت هو علاج وتدريب المصاب لاستعادة القدرة الوظيفية في أقل وقت ممكن وذلك بإستعمال وسائل التي تناسب مع نوع وشدة الإصابة

ويشير "دافيد لب" David Ip عن وايد " Wade 2007 " أن التأهيل هو عملية تثقيفية و حل لمشكلة تهدف لتقليل العجز والاعتلال البدني الناتج لمرض لدي شخص ما ، مع وجود هذا العجز في صورة محدودة تكافئ الموارد المتاحة لخلفية المرض أو الإصابة (الغامري، 2000، صفحة 39).

ويعتبر التأهيل من المحاور الأساسية في علاج العديد من الإصابات لأنه يهدف إلى إزالة حالات الخلل الوظيفي للجزء المصاب ، عن طريق العناية بمظاهر الضعف في بعض العضلات والأربطة والمفاصل .

ويشير "عبد الباسط صديق" (1991) إلى أن التأهيل الرياضي (البدني) يهدف أساساً إلى تعويض الفرد عما فقده من عناصر اللياقة البدنية والوصول به إلى المستوى الأقصى لحالته الطبيعية ، وذلك باستخدام العلاج الطبيعي المناسب والذي تستخدم فيه عوامل طبيعية مثل وسائل التدفئة ووسائل كهربائية والتدليك والتمارين التأهيلية والشد وقبل البدء في البرنامج العلاجي يلزم تقييم حالة الجزء المصاب وظيفياً وتشريحياً مع اكتشاف درجة إصابته وذلك حتى يمكن الحصول على نتيجة مرضية (سالم، 1987، صفحة 27)

2-2. أهمية التأهيل الرياضي

في عام 1992 قامت مجموعة من الأطباء في مستشفى في ولاية كاليفورنيا بأمريكا بدراسة أهمية التأهيل الرياضي عند الإصابات الرياضية الشائعة وأوضحت الدراسة مايلي:

أنه عند حدوث إصابة المفصل يحدث ضعف وضمور في العضلات المحيطة بهذا المفصل ويكون هذا العامل مساعد لتكرار الإصابة أثبتت النتائج أن استخدام التأهيل الرياضي ينتج عنه زيادة في حجم وقوة العضلات المحيطة بمفصل المصاب وكذلك زيادة في المدى الحركي ومن استنتاجات الدراسة أن التأهيل الرياضي يعمل على الوقاية من تكرار الإصابات في المستقبل

ويرى كلا من ليد بوتر 1988 Lead Better ومونجن 1992 Mongine أن التأهيل يمثل أهمية كبرى خاصة بعد التدخل الجراحي ونجاحه في هذه الحالة يمثل 25% أما النسبة الباقية وتمثل 75% وتقع على عاتق الأهيل والمصاب نفسه لذلك فإن عودة الجزء المصاب إلى وظائفه وكفاءته تتأثر بدرجة كبيرة على مستوى التأهيل ومستواه. (روفائيل، 1986، صفحة 13)

وتتوقف سرعة عودة الجزء المصاب إلى استعادة وظيفته وكفاءته في أقل فترة زمنية ممكنة على سرعة البدء في عملية التأهيل وذلك عقب تحديد درجة وطبيعة الإصابة

يشير عزت الكاشف 1990 إلى أهمية التمرينات التأهيلية فإنها تساعد على سرعة استعادة العضلات والمفاصل لوظائفها (عليوة، 1997، صفحة 22)؛ هذا إذا ما أدركنا ضرورة أن تمارس تلك التمرينات التأهيلية مع التمرينات البدنية الأخرى بتنسيق كامل تحت الملاحظة المباشرة من المدرب والطبيب المعالج وأحصائي الإصابات الرياضية

ويشير أيضا إلى أن علم الطب الرياضي في الأعوام العشرة الأخيرة له إنجازات كبيرة في حل المشكلات المرتبطة بعلاج وتأهيل الرياضيين من الإصابات التي قد يتعرضوا لها نتيجة للسعي وراء تحطيم الأرقام القياسية (الداوودي، 2012، صفحة 12)

وهناك بعض النقاط الهامة التي يجب مراعاتها عند التأهيل وهي:

- لا بد من معرفة أن الهدف من العلاج الحركي هو استعادة الوظائف الأساسية لجسم المصاب خاصة العضو المتأثر بالإصابة.
- لا بد أن يشمل البرنامج الحركي على التمرينات التي تساعد الجهاز العصبي على ردود الأفعال لأجزاء الجسم المختلفة.
- التمرينات التي يشملها البرنامج يجب أن تحقق الهدف الموضوع من أجله وهو (تقويم وتحسين الأجزاء المصابة بصفة عامة).
- أن تؤدي التمرينات والبرنامج إلى تحسين الأداء الحركي للأجزاء المصابة وزيادة التحكم في العضلات والأطراف.
- أن يُراعى في البرنامج البدء من نقطة استعداد الشخص نفسه.
- مراعاة الجوانب النفسية للشخص المصاب المراد تأهيله.
- لا بد أن تتلاءم التمرينات التي يشملها البرنامج مع العمر ونمط الجسم وقدراته البدنية.
- يجب تجهيز وضبط الأدوات والأجهزة المستخدمة قبل البدء في البرنامج.
- يُراعى أداء المصاب لمحتوى برنامج التأهيل ذاتيا كلما أمكن حتى يتم تحقيق أفضل النتائج ويساعد على ذلك مراعاة التدرج في محتوى البرنامج من السهل إلى الصعب وبما يتفق مع إمكانيات المصاب (بغوي، 2017، صفحة 05).

2-3. أهداف برنامج التأهيل:

- إعادة تنمية وتطوير عناصر اللياقة البدنية بما يتلاءم وطبيعة النشاط الممارس.

- القضاء على فترة الراحة السلبية الناتجة عن حدوث الإصابة لذلك فان البرنامج التأهيلي يبدأ في أقرب مرحلة مبكرة من مراحل العلاج.
 - تجنب التأثيرات السلبية المتمثلة في فقد عتاصر اللياقة البدنية والمضاعفات الناتجة عن التدخل الجراحي.
 - مساعدة الفرد المصاب على استعادة وتنمية المرونة العضلية والمفصلية والمدى الحركي للجزء المصاب .
 - الوصول بالفرد المصاب إلى أقصى امكانياته البدنية والنفسية في أقل فترة زمنية ممكنة لممارسة جميع متطلبات الأداء الحركي حسب نوعية النشاط الممارس.
- التأكد من وصول اللاعب إلى حالته الطبيعية قبل حدوث الإصابة عن طريق أداء جميع الاختبارات الوظيفية المحددة للنشاط الممارس (بغوي، 2017، صفحة 05).

4-2. مراحل عملية التأهيل :

تقسم مراحل البرنامج التأهيلي الخاص بتأهيل مفصل الركبة المصابة إلى خمس مراحل تبدأ بعد الجراحة مباشرة وتعتبر القياسات التي تتم بالنسبة للمدى الحركي والقوى العضلية الثابتة والحركية للمفصل المصاب مقارنة بالطرف السليم هي معيار الانتقال من مرحلة إلى أخرى. (الفتاح، 1984، صفحة 12)

- مرحلة ما قبل الجراحة
- المرحلة التي تلي الجراحة مباشرة
- المرحلة المبكرة
- المرحلة المتأخرة
- المرحلة المتقدمة

● مرحلة العودة للمنافسة

2-4-1. مرحلة ما قبل الجراحة:

تبدأ هذه المرحلة بعد إجراء الإسعافات الأولية المتمثلة في استخدام كمادات الثلج وتثبيت المفصل برباط مناسب ثم يتبع ذلك عملية التشخيص لتحديد درجة ومكان الإصابة وأسلوب العلاج يلي ذلك تصميم أسلوب التأهيا المناسب والذي يهدف في تلك المرحلة إلى المحافظة على التوافق العضلي العصبي للمفصل المصاب بصفة خاصة المحافظة على القوة العضلية للمفصل المصاب دون حدوث مضاعفات لذلك فان مجموعة التمرينات تنتقى بعناية وتمثل في التمرينات الحركية الثابتة للعضلات الأمامية والخلفية للفخذ وكذلك التمرينات الحركية الخاصة بمفصل الفخذ وتؤدي تلك التمرينات بحرص شديد . (الفتاح، 1984، صفحة 15) اذ أن الحركات العنيفة والغير مدروسة قد تتسبب في حدوث مضاعفات للمفصل المصاب كذلك تهدف تلك المرحلة إلى الاقلال من التأثيرات السلبية التي قد تنتج عن التدخل الجراحي خاصة مع حدوث ضمور عضلي للجموعات العضلية حول المفصل المصاب.

2-4-2. المرحلة التي تلي الجراحة مباشرة

تبدأ هذه المرحلة بعد حوالي 24 ساعة بعد الجراحة أو الإصابة وتهدف هذه المرحلة إلى منع حدوث ضمور عضلي لمجموعة العضلات المحيطة بالمفصل نتيجة استخدام وسيلة تثبيت المفصل سواء بالرباط الضاغط أو الجبس مما يعوق وظيفة العضو المصاب وكذلك المحافظة على التوافق العضلي العصبي . (بكري، 1998، صفحة 47) وتمثل تمرينات هذه المرحلة في تمرينات حركية ثابتة ومدى حركي سلبي لمفصل الفخذ بهدف الحفاظ على القدرة الوظيفية للمفصل المصاب مع عدم اغفال أداء مجموعة تمرينات لباقي أجزاء الجسم إلى جانب محاولة التدرج في أداء الحركة الايجابية بالمشي على عكازين خاصة وان ذلك يقابل بالاضطراب والخوف من جانب الفرد المصاب .

2-4-3. المرحلة المبكرة :

IMMOBILIZATION

تبدأ تمارين هذه المرحلة بعد ازالة وسيلة التثبيت

تحت إشراف الطبيب المعالج لمتابعة الورم والألم الناتج عن الجراحة . وتبدأ التمارين بعد إمكانية الفرد المصاب

لثني مفصل الركبة إلى 90 درجة ويمدها إلى 15 درجة. (بكري، 1998، الصفحات 48-49)

ويبدأ التركيز في تلك المرحلة على التمارين القوة الثابتة لعضلات خلف الفخذ أكثر من العضلات الأمامية

وكذلك استخدام التمارين السلبية والايجابية للمدى الحركي حتى الشعور بالألم.

إلى جانب استخدام جهاز ال C P M لأداء تمارين المدى الحركي السلبي.

2-4-4. المرحلة المتأخرة :

يعتبر اختفاء الورم والالتهاب وكذلك عدم الشعور بالألم أثناء أداء المفصل للمدى الحركي الكامل وكذلك إمكانية

المصاب للسير بدون مساعده كذلك وصول القوة العضلية للفخذ إلى حوالي 75% مقارنة بالطرف السليم .

وتشمل تمارين هذه المرحلة على مقاومات يراعى في استخدامها التدرج في أوزانها وكذلك مجموعة تمارين حركية

إلى جانب استخدام جهاز الدراجة الثابتة وجهاز التدرج ميل مع مراعاة التدرج في حمل التدريب إلى جانب

استخدام التمارين المائية.

2-4-5. المرحلة المتقدمة :

أن وصول القوة العضلية لعضلات خلف وأمام الفخذ إلى حوالي 90% من القوة الطبيعية مقارنة بالطرف السليم

إلى جانب أداء المفصل لتمرينات المدى الحركي بصورة أقرب ما يكون لطبيعة المفصل هو معيار البدء في تلك

المرحلة مع التركيز على تمارين الحس الحركي وكذلك تمارين التحمل العضلي. (الغمري، 2000، صفحة 39)

6-مرحلة العودة للمنافسة

ويعتبر معيار البدء في هذه المرحلة هو وصول الطرف المصاب في قدراته الوظيفية والبدنية لدرجة تعادل قدرات الطرف السليم الوظيفية والبدنية إلى جانب الاستعداد النفسي للمصاب . (الغامري، 2000، الصفحات 40-41)

وتهدف هذه المرحلة إلى العودة التدريجية للفرد المصاب لممارسة النشاط الرياضي في صورة منافسات رياضية .

العناصر الطبيعية وأهميتها في التأهيل

2-5. وسائل العلاج الطبيعي المستخدمة في التأهيل:

2-5-1. العلاج الحراري

تعمل الحرارة على التدفئة الموضوعية وتخفيف درجة الألم نتيجة لزيادة تمدد ومرونة الألياف العضلية مما يعمل على تنشيط الدورة الدموية للجزء المصاب مما يجعل الجزء المصاب مؤهل لأداء التمرينات العلاجية .
وتعتبر وسائل العلاج الحراري وسائل سطحية ويرجع ذلك إلى امتصاص الجسم أو بتأثير العوامل الجوية لذلك فهي تفيد في الاصابات البسيطة كالكدمات وتخفيف الألم الناتج عن الالتهابات المصاحبة للاصابة .
ومن وسائل العلاج الحراري : أكياس أو زجاجات الماء الساخن - الكمادات الدافئة - شمع البرافين - الطمي الساخن . (الفتاح، 1984، صفحة 18)

2-5-2. العلاج بالإشعاع :

أ- الأشعة تحت الحمراء:

وهي عبارة عن أشعة ذات موجا تطويله تستطيع اختراق أنسجة الجسم لمسافة قصيرة ولها تأثير حراري يشعر به المصاب لأنها تنفذ داخل الأنسجة .

فوائد الأشعة تحت الحمراء:

تحدث تغييرات كيميائية في الدم تحسن الدورة الدموية نتيجة زيادة كمية الدم نتيجة لتوسيع الشعيرات الهوائية فتزداد سرعة التمثيل الغذائي وتقليل الاحساس بالألم خاصة في حالات التوتر العصبي وهي تفيد في حالات الالتهابات المفصليّة والعضليّة والكدمات.

ب- الأشعة فوق البنفسجية :

وهي عبارة عن أشعة ذات موجات طويلة لها تأثير حراري لها القدرة على احتراق الأنسجة .

فوائد الأشعة فوق البنفسجية:

تحسن من كيمياء الدم والجهاز العصبي وحالات الارهاق كما تساعد على تكوين فيتامين () تحت الجلد الذي يلزم لامتصاص الكالسيوم لتكوين العظام كما تفيد في علاج التهابات النخاع العظمي الا انه يجب الحرص في تحديد جرعات أثناء فترات العلاج .

2-5-3. العلاج بالتبريد

يعتبر العلاج بالتبريد وسيلة مؤثرة وفعالة وشائعة في علاج الاصابات الرياضية بمختلف درجاتها.

• فوائد العلاج بالتبريد :

يعمل التبريد على انقباض الأوعية الدموية مما يقلل من كمية الدم المدفوعة في مكان الإصابة وبالتالي يقلل من الورم الحادث والإقلال من الشعور بالألم. (روفائيل، 1986، صفحة 23)

إلى جانب ذلك فإنها تعمل على زيادة فاعلية التمرينات التأهيلية أثناء الأداء نتيجة الاقلال من شعور المصاب بالألم. (روفائيل، 1986، صفحة 26)

ومن وسائل العلاج بالتبريد التدليك بالثلج لمدة من 10 – 15 دقيقة . حمام الثلج وهو عبارة عن حوض به ثلج مجروش يوضع به الجزء المصاب لمدة من 5 : 10 دقائق.

- كمادات الثلج

وهي عبارة عن كيس به سائل كيميائي له القدرة على الاحتفاظ بالبرود يوضع على الجزء المصاب حوالي 20 دقيقة.

2-5-4. العلاج بالكهرباء:

يشمل العلاج بالكهرباء استخدام نوعين من الموجات هما الموجات القصيرة والموجات فوق الصوتية . وهي عبارة عن تيارا كهربائي ذو تردد عالى تمر داخل أنسجة الجسم عن طريق المجال الكهرومغناطيسى .
ولهذه الموجات القدرة على اختراق أنسجة الجسم لمسافات عميقة . (روفائيل، 1986، الصفحات 26-27)

- فوائد العلاج بالكهرباء:

تحسين نشاط الدورة الدموية وتنشيط العمليات الكيميائية والتمثيل الغذائى . وتستخدم في اصابات الالتهابات المفصليّة والأوتار خاصة في حالات اصابات مفاصل القدم والركبة والكتف .

- التنبيه الكهربائي

تستخدم التيارات الكهربائية في تنبيه الأعصاب والعضلات خلال فترة الاصابة الا أن تأثير التيار الكهربائي على النسيج العضلي لا يتم ما لم يكن العصب المحرك للعضلة سليم ويهدف استخدام وسيلة التنبيه الكهربائي إلى المحافظة على كفاءة وحيوية العضلات أثناء الاصابة والمحافظة على النغمة العضلية خاصة أثناء فترات الاحساس بالالم ويستمر استخدام التنبيه الكهربائي لمدة من 5 : 10 دقائق مرة أو مرتين يوميا في بداية العلاج الا أنه يتعين البعد عن استخدام التنبيه الكهربائي بعد انتهاء فترة الاحساس بالالم ويبدأ التركيز على أداء الحركات ذات التأثير الايجابي على العضو المصاب لاستعادة التوافق العصبي العضلي بصورة طبيعية .

2-5-5. التدليك:

تهدف عملية التدليك إلى انعاش قدرات الفرد للعمل الواجب القيام به . ويمثل التدليك العلاجي عنصرا هاما في

حالات الاصابة

• تعريف التدليك:

هو مصطلح يستخدم لتوضيح حركات اليد على أنسجة الجسم وتؤدي هذه الحركات إلى احداث تأثير فعال

يهدف لانتاج تأثيرات على كل العضلات الأعصاب الأوعية الدموية

كما أن للتدليك تأثيرات على كل من الجلد الأنسجة . اضافة لاستخدامه في تحسين الأداء أو لتسهيل اعادة

بناء النسيج المصاب. (عزت م.، 2008، صفحة 51)

• تأثيرات التدليك:

1. تهدئة الجهاز العصبي المركزي وجهاز الأعصاب الطرفية.

2. زيادة الدفع للحد وتحسين حالته.

3. التخلص السريع من الفضلات.

4. العمل على حيوية الأنسجة.

5. تحسين الدورة الدموية وحركات الدم والعناصر الغذائية.

6. تنبيه كلا من الجهازين العصبي المركزي والظرفي.

7. زيادة سريان الدم ونقص في الضغط الشرياني الانقباضى والانبساطى .

ويشير WAGNER إلى أن التدليك يؤدي إلى زيادة قدرة العضلة في أداء التمرينات وبذلك تنمي قوتها

كما أن العضلة المتعبة من العمل تشفي بسرعة أكثر بالتدليك عنها بالراحة العادية . (عزت م.، 2008،

الصفحات 53-54)

كما أن التعب العضلي يشفي بسرعة أكثر بالتدليك والراحة عنه بالراحة فقط واقتراح اجراء دورات التمرين والتدليك المتبادل في العلاج الطبيعي.

ويضيف (جرين GREEN) إلى أن العضلات التي تم عمل التدليك لها أثناء فترة الاستشفاء بعد التعب

استردت قوتها بأسرع من التي لم يتم عمل التدليك لها أثناء فترة الاستشفاء كما أن العضلات التي تم عمل

التدليك لها قدرة على أن تقوم بعمل أكثر من التي لم تدلك كما أن العضلات التي تم تدليك لها أصبحت أكثر

مرونة أثناء فترة الاستشفاء كما يعزل التدليك على تقليل التوتر الحادث في العضلة.

وتعتبر عملية التدليك هامة بالنسبة للشخص المصاب اذ انه ينتج ضمور عضلي عام في العضلات الحيطة بالمفصل

المصاب وكذلك عدم القدرة على التخلص الذاتي من مخلفات المثيل الغذائي في العضلات نتيجة قلة الحركة .

ويضيف (شطا) 1983 أن استخدام التدليك المسخن لعضلات الفخذ قبل اجراء الجراحة لعضلات الظهر

يعمل على تقليل حدوث ورم في مفصل الركبة.

ويلاحظ عدم استخدام التدليك في حالات حدوث النزيف وفي حالات تجلط الدم.

2-5-6. العلاج المائي

انتشر في الأونة الأخيره استخدام الماء للأغراض العلاجية وفقا لأسس علمية استنبطت من خلال العديد من

البحوث والدراسات بما يحقق أهداف العلاج المائي.

وترتبط التأثيرات الفسيولوجية للتمرينات المائية العلاجية بدرجة حرارة الماء أثناء فترة التدريب وكذلك نوع

التمرينات المستخدمة وشدتها. وتتراوح درجة حرارة الماء المناسبة للاصابات الرياضية من 33 : 37 درجة مئوية

وفترة الجلسة العلاجية من 5 : 45 دقيقة وفقا لحالة المصاب وسنه. (عزت م.، 2008، صفحة 53)

التأثيرات الايجابية للعلاج المائي:

- ازالة الألم العضلي ومنع التقلصات

- المحافظة على المدى الحركي للمفصل وزيادته
- تأهيل وإعادة تقوية العضلات الضامرة
- الاستلقاء
- تشجيع المصاب على المشى والحركة المبكرة
- تحسين الدورة الدموية
- تحسين الجوانب النفسية للمصاب ورفع معنوياته.

2-6. التمرينات التأهيلية :

تعتبر التمرينات التأهيلية من أكثر وسائل العلاج الطبيعي تأثيراً في علاج الإصابات الرياضية من خلال برامج تأهيلية موضوعة وفقاً للاسس العلمية مدروسة وتهدف التمرينات التأهيلية على سرعة استعادة الجزء المصاب لقدراته المدنية والوظيفية إذ تساعد التمرينات التأهيلية على سرعة ازالة التجمعات والتراكمات الدموية كذلك تعمل على سرعة استعادة العضلات ومفاصل لوظائفها ويتم ذلك من خلال وضع برامج تأهيلية مدروسة علمياً تشمل على جميع عناصر اللياقة البدنية مع مراعاة الجانب النفسي للفرد المصاب لضمان سرعة عودة الفرد المصاب لممارسة الأنشطة الرياضية عقب حدوث الإصابة.

وتعتبر التمرينات التأهيلية وسيلة لتنشيط الجهاز الحركي (العضلي المفصلي) للفرد المصاب وذلك عن طريق الاقلال من حدوث الالتهابات المصحوبة بالحركة المحدودة والصعبة للمفاصل إلى جانب المحافظة على الكفاءة الوظيفية لباقي أجزاء الجسم. (عزت م.، 2008، صفحة 58)

2-6-1. تقسيم التمرينات التأهيلية:

تقسم التمرينات التأهيلية تبعاً لنوعية أدائها إلى:

- تمرينات سلبية :

وتتم الحركة بالنسبة للجزء المصاب اما بمساعدة أخصائي التأهيل أو بمساعدة جهاز مثل جهاز ال C.P.M

● **تمارين بمساعدة :**

وفيها يتم تحريك الجزء المصاب بمساعدة فرد اخر

● **التمارين الايجابية :**

ويقوم الفرد بأدائها بنفسه ودون مساعدة وتهدف لتنمية القوى العضلية والمرونة والمدى الحركي.

● **تمارين بمقاومة :**

وتؤدى باستخدام مقاومات ذات صور مختلفة كاستخدام أثقال حديدية أو أكياس رمل أو حائط ثابت أو

استخدام جسم المصاب نفسه أو مقاومة فرد اخر وتهدف هذه التمرينات إلى تنمية القوة العضلية بأشكالها

المختلفة. (عليوة، 1997، صفحة 27)

2-7. العلاج الحركي الرياضي ودوره في التأهيل :

يعتبر العلاج بالحركة المقننة الهادفة (العلاج الرياضي) احد الوسائل الطبيعية الأساسية في مجال العلاج المتكامل

للإصابات الرياضية من الأمراض كما أن العلاج الرياضي يمثل أهمية خاصة في مجال التأهيل وخاصة في مراحل

النهائية عند تنفيذ العلاج بالعمل تمهيدا لإعادة الشخص المصاب لممارسة الأنشطة التخصصية وعودته للأداء

الوظيفي بعد أن تعمل على استعادة الوظائف الأساسية لجسم الشخص المصاب .

وتعتمد عملية المعالجة والتأهيل الحركي الرياضي على التمرينات البدنية بمختلف أنواعها بالإضافة إلى استخدام

توظيف عوامل الطبيعة بغرض استكمال عمليات العلاج والتأهيل.

2-7-1. أسس استخدام العلاج الحركي الرياضي:

عند تنفيذ المعالجات الحركية البدنية والرياضية يجب الوضع في الاعتبار الأسس التالية:

1. يجب أن يضع الأخصائي الذي يقوم بتنفيذ البرامج العلاجية والرياضية الحقائق والمعارف التشريحية والتي من خلالها يكون مدركا للمدى الحركي الذي تسمح به المفاصل التي يتعامل معها.
2. كذلك الاشتراطات الصحية الواجب مراعاتها من حيث المكان والأدوات المستخدمة ونظافة الشخص والمكان ومتابعته والاطمئنان على الظروف الغذائية للشخص. (عليوة، 1997، صفحة 29)
3. كذلك يجب أن يكون الأخصائي المعالج ملما للحقائق البيوكيميائية (الكيمياء الحيوية) لما لهذه المعرفة من أهمية لتقنين الجرعة البدنية والعلاجية وما يستوجب ذلك من ملاحظة ديناميكية (عمل القلب) ومتابعة مستويات النبض وما يرتبط ذلك من توقعات خاصة بالتغيرات المرتبطة كيميائيا داخل الجسم سواء بنظم الطاقة أو ظاهرة التعب وما يتبعها أو يصاحبها من تغيرات كيميائية لها مردود مؤثر على سلامة الداء العلاجي كذلك مراعاة الاشتراطات التربوية عند تنفيذ البرامج العلاجية.
4. يجب العمل على أن يكون تنفيذ برامج الحركي الرياضي في ظروف نشطة تستحث ذاكرة المريض خلال متابعة وتنفيذ إجراءات الحركة العلاجية ومن المعلوم انه من أهداف العلاج الحركي استعادة الذاكرة الحركية للمريض.
5. إن تكون الحركة المؤداة بغرض العلاج تتميز بالتعاون والتناسق.
6. الوضع في الاعتبار التطور المناسبة عند تنفيذ البرنامج الحركي للمعالج.
7. يجب أن يضع الأخصائي المعالج في الاعتبار أن طبيعة العلاج الحركي الرياضي ليس فقط الصحة والأعضاء واستعادة إمكانية الحركة بكفاءة ولكن تربية الإحساس الحركي لدى المصاب (المريض) وترغيبه في ممارسة الأنشطة الرياضية البدنية لما بعد الإصابة سواء كان هذا المصاب رياضيا أو غير رياضي.
8. وسائل العلاج البدني الحركي الرياضي تعتمد على استخدام الطرق الطبيعية للعلاج على استعداد وتحسين الوظائف البيولوجية لأعضاء الجسم وكذلك وظائف الحركة بصفة عامة وخاصة.

9. الحرص عند الوصول لحدود الحركة وان يراعى مستوى العمر للشخص المصاب خاصة كبار السن والمصابين الذين يمتهنون وظائف مكتبية تستوجب منهم الجلوس أمام المكاتب طوال يوم العمل وما يتبع ذلك من تأثير كبير في مدى التطور الذى يعانونه حركيا وبدنيا فضلا عن إصابتهم.
10. محاولة أن يتجه العلاج الحركي في أقرب وقت العلاج الايجابي الذي يشارك فيه المصاب ذاتيا دون المساعدة .

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل تطرقنا إلى موضوع التأهيل الرياضي حيث يعتبر عملية جوهرية بعد تعافي اللاعب من الإصابة للعودة إلى مستواه المعهود و هذا بطبيعة الحال لا يتم إلى بتوفير التأهيل الرياضي المبني على أسس العلمية و تحت إشراف أطباء مختصين و الذي يجب أن يشمل كل المراحل و بتوفر الوسائل البيداغوجية.

الجانب التطبيقي

الفصل الأول:

منهجية البحث

و إجراءاته الميدانية

1-1. منهج البحث:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره المنهج الملائم لطبيعة المشكلة المطروحة في هذه الدراسة حيث يعرف المنهج الوصفي على أنه من أكثر مناهج البحث العلميّ استخداماً من قبل التربويين ، حيث أنه يبحث العلاقة بين أشياء مختلفة في طبيعتها لم تسبق دراستها، فيتخيّر الباحث منها ما له صلة بدراسته لتحليل العلاقة بينها. ويتضمّن مقترحاتٍ وحلولاً مع اختبار صحتّها ، ويصف النماذج المختلفة والإجراءات بصورة دقيقة كاملة بقدر المستطاع بحيث تكون مفيدةً للباحثين فيما بعد (أبو سليمان، 1993، صفحة 33).

1-2. مجتمع وعينة البحث: تمثل في ناديي كرة القدم للأمل الرياضي لعمي موسى و وفاق عمي موسى لصف الأكاير، أما عينة البحث فتم اختيارها بطريقة قصدية فتمثلت في 13 لاعبا من لاعبي الفريقين من صف الأكاير ما يمثل 26.66% من مجتمع البحث ممن سبق لهم و أن تعرضوا لإصابة على مستوى الكاحل.

1-3. الدراسة الإستطلاعية:

و هي التي تسبق العمل الميداني حيث قام الطالبان الباحثان بزيارة بعض أندية كرة القدم و كما قاما بطرح بعض الأسئلة على اللاعبين و المدربين لمعرفة أكثر عن هذه الإصابات التي تحدث على مستوى الكاحل و نظرا لأهمية الموضوع و استجابة المدربين و اللاعبين و تفاعلهم، على هذا الأساس و بعد الإلمام بالجانب النظري المستند إلى مصادر و مراجع علمية، قمنا بإعداد استبيان وعرضه على الأساتذة المحكمين وبعذا إبداء آرائهم قمنا بتعديله و توزيعه في شكله النهائي.

1-4. مجالات البحث:

1-4-1. المجال البشري: و تمثل في لاعبي فريق الممل الرياضي مي موسى و الوفاق الرياضي لعمي موسى لكرة القدم لأقل من 15 سنة

1-4-2. المجال المكاني: و تمثل في الملعب البلدي ببلدية عمي موسى ولاية غيليزان

1-4-3. المجال الزمني: من 2020/02/05 إلى غاية 2021/06/30

1-5. أدوات البحث:

لإجراء أي بحث لابد من الاستعانة بمجموعة من الوسائل و الأدوات التي تؤدي إلى إنجاز هذا البحث فقد اعتمد الطالب الباحث في بحثه هذا على أدوات تمثلت في ما يلي :

1-5-1. إستييان تم إعداده من طرف الطالبان الباحثان شخصيا. وتكون من 24 سؤالا، وكان مغلقا حيث احتوى في معظمه على 03 إقتراحات للإجابة (نعم، لا، أحيانا أو نوعا ما) وتم تقسيمه إلى عدة محاور وهي كالتالي:

- ✓ المحور الأول: واقع الإصابات على مستوى الكاحل لدى لاعبي كرة القدم
- ✓ المحور الثاني: الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الكاحل:
- ✓ المحور الثالث: أهمية التأهيل الرياضي للاعبين المصابين على مستوى الكاحل

1-5-2. المصادر و المراجع :

الإمام النظري حول موضوع البحث من خلال الدراسة في كل المصادر و المراجع العربية و الأجنبية، شبكة الانترنت، ديوان المطبوعات الجامعية.

1-6. الدراسة الإحصائية:

لقد اعتمد الطالبان الباحثان خلال إصداره للأحكام الموضوعية حول نتائج الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية على تحويل الدرجات الخام المتحصل عليها إلى نتائج بغرض الاستناد عليها في إصدار أحكام موضوعية وتم ذلك من خلال الاستخدام الأمثل لبعض الوسائل الإحصائية التالية:

* النسبة المئوية.

* إختبار كا².

الأسس العلمية للاختبارات المستخدمة:

- **الثبات:** يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة او الاتساق او استقرار نتائجه فيم لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين. (مقدم، 1993، صفحة 152)

كما يقول فان فالين (Van Valin) عن ثبات الاختبار "إن الاختبار يعتبر ثابتا إذا كان يعطي نفس النتائج باستمرار إذا ما تكرر على نفس المفحوصين و تحت نفس الشروط. (حسانين م، 1995، صفحة 193)

واستخدام الطالبان الباحثان إحدى طرق حساب ثبات الاختبار وهي طريقة "تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه" (معامل الارتباط Test –Retest) للتأكد من مدى دقة واستقرار نتائج الاختبار. وعلى هذا أساس

قمنا بإجراء الاختبار على مرحلتين بفاصل زمني قدره أسبوع مع تثبيت كل المتغيرات (نفس العينة، نفس الأماكن، نفس التوقيت، نفس تلاميذ العاديين والمعاقين دهنيا).

• الصدق:

صدق الاختبار أو المقياس يشير إلى الدرجة التي يمتد إليها في قياس ما وضع من أجله فالاختبار أو المقياس الصادق هو الذي يقيس بدقة كافة الظاهرة التي صمم لقياسها. (حسانين م، 1995، صفحة 193) وباستعمال الوسائل الإحصائية التالية تم حساب ثبات و صدق الاختبار.

معامل الارتباط "ر" لبيرسون

- الموضوعية: تعتبر الموضوعية من أكثر المشاكل التي تؤثر في الثبات لذلك لابد من الدقة المتناهية في إجراء الاختبار وتسجيل النتائج (فرحات، 2003، صفحة 170).

ويعرفها محمد حسن علاوي: "هي مدى تحرر المحكم أو الفاحص من العوامل الذاتية كالتحيز". (علاوي و محمد، 1986، صفحة 169)

حساب معامل الثبات:

-معامل الثبات و الصدق الاستبيان:

جدول يمثل معامل الثبات و الصدق الاستبيان المقترح .

| المحاور | حجم العينة | درجة الحرية | مستوى الدلالة | معامل الثبات | معامل الصدق | ر. جدولية |
|---|------------|-------------|---------------|--------------|-------------|-----------|
| واقع الإصابات على مستوى الكاحل لدى لاعبي كرة القدم | 10 | 09 | 0.05 | 0,87 | 0,93 | 0,602 |
| الأسباب التي تؤدي إلى إصابات الكاحل لدى لاعبي كرة القدم | | | | 0,91 | 0,95 | |

| | | | | | | |
|--|------|------|--|--|--|--|
| | | | | | | أهمية التأهيل الرياضي للاعبين المصابين على مستوى الكاحل في كرة القدم |
| | 0,93 | 0,88 | | | | |

ن=10

قيمة "ر" الجدولية 0,602 عند مستوى الدلالة 0.05

يتبين من خلال هذا الجدول أن قيم معامل الارتباط للاستبيان تراوحت (محصورة) ما بين (0,87-0,95) بالنسبة إلى الصدق و (0,93-0,95) بالنسبة إلى الثبات بالرجوع إلى جدول الدلالات الارتباط البسيط لبيرسون لمعرفة ثبات و الصدق الاختبار عند مستوى الدلالة 0.05 و هذه القيم دالة إحصائيا بالمقارنة مع "ر" الجدولية التي بلغت 0,602 وعليه يتبين لطلابان الباحثان أن الاستبيان الذي تم بناءه بغرض قياس مستوى مدى فعالية التأهيل الرياضي لمفصل الركبة يتميز بدرجة ثبات و صدق عاليتين عند مستوى الدلالة 0.05

خلاصة الفصل:

لقد تضمن هذا الفصل منهجية البحث و الإجراءات الميدانية التي تم القيام بها ، كما تم التطرق إلى الأدوات المستخدمة في البحث، وكذا توزيع العينات و تحديد مجالات البحث الزمني و المكاني و مختلف الوسائل الإحصائية.

الفصل الثاني:

معرض و تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات و
الاستنتاجات

1-2. عرض و تحليل النتائج:

المحور الأول: واقع الإصابات على مستوى الكاحل لدى لاعبي كرة القدم

1. ما هو مركز اللعب الذي تشغله ؟

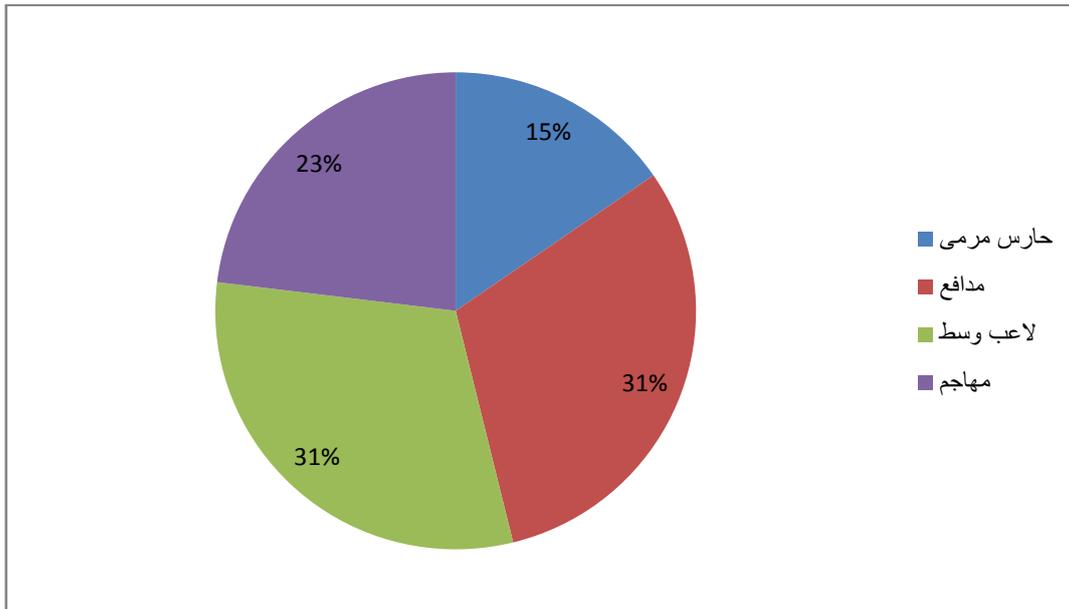
الجدول رقم (01) يمثل النتائج الإحصائية للإجابة عن السؤال رقم 01

| النسبة المئوية (%) | التكرارات | الشهادة |
|--------------------|-----------|-----------|
| 15.38 | 02 | حارس مرمى |
| 30.76 | 04 | مدافع |
| 30.76 | 04 | لاعب وسط |
| 23.07 | 03 | مهاجم |
| 100 | 13 | المجموع |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ ان 15.38% من المبحوثين يشغلون منصب حراسة المرمى، أما من يشغلون مناصب فالمدافع فيمثلون 30.76% من إجمالي عينة البحث، و هي نفس النسبة لمن يلعبون في الوسط، وكانت نسبة المهاجمين من المبحوثين تمثل 23.07% من العينة.

ومنه نستنتج أن عينة البحث تشمل جميع خطوط اللعب في ميدان كرة القدم

الشكل رقم (01): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم 01



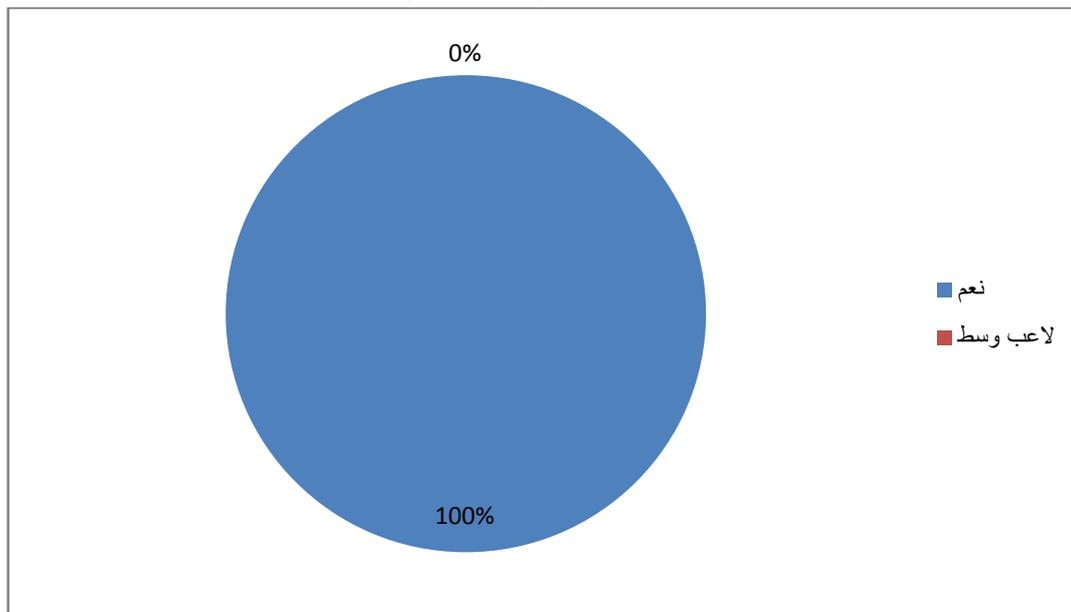
الجدول رقم (02): يمثل النتائج الإحصائية للإجابة عن السؤال رقم 02
2. هل سبق و أن تعرضت للإصابة على مستوى الكاحل

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 13 | 100 | 13.00 | 3.84 | دال معنويا |
| لا | 00 | 00.00 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 02 و الذي يمثل النتائج الإحصائية لأجوبة الباحثين عن السؤال رقم (02) أجاب 13 لاعبا بنعم بنسبة بلغت 100%، اما من أجابوا بلا فكانت نسبتهم معدومة. و حسب نتائج التحليل الإحصائي بلغت قيمة كا² المحسوبة 13.00 و هي أعلى من قيمة كا² الجدولية وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإجابة بنعم.

ومنه نستنتج أن عينة البحث تتمتع بالشرط الأساسي للدراسة و البحث ألا وهو الإصابة على مستوى الكاحل

الشكل رقم (02): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم 02



3. ما هي درجة الإصابة التي تعرضت لها على مستوى الكاحل ؟

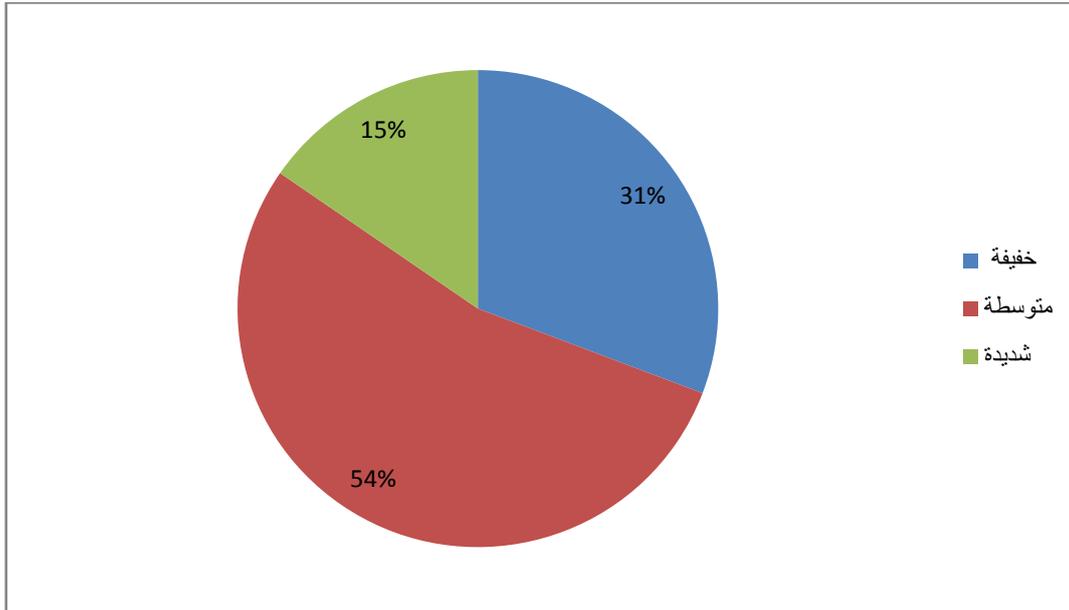
الجدول رقم (03): يمثل النتائج الإحصائية للإجابة عن السؤال رقم 03

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| خفيفة | 04 | 76.30 | 2.93 | 5.99 | غير دال معنويا |
| متوسطة | 07 | 53.84 | | | |
| شديدة | 02 | 15.38 | | | |

من خلال نتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن النسب كانت متفاوتة حول إجابات اللاعبين عن مدى خطورة إصابة الكاحل التي سبق و أن تعرضوا إليها، و بلغت نسبة من أجابوا بإصابة متوسطة 53.84%، أما من أجابوا بـ "خفيفة"، فبلغت نسبتهم 30.76%، و أخيرا بلغت نسبة من أجابوا بـ "شديدة" 15.38% من إجمالي عينة البحث.

حسب نتائج التحليل الإحصائي بلغت قيمة كا² المحسوبة 2.93 و هي أقل من قيمة كا² الجدولية وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية. ومنه نستنتج أن إصابة الكاحل التي تعرض لها اللاعبون المبحوثين متفاوتة الخطورة بين خفيفة، متوسطة و شديدة.

الشكل رقم (03): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (03)



4. في أي مرحلة من الموسم تعرضت للإصابة

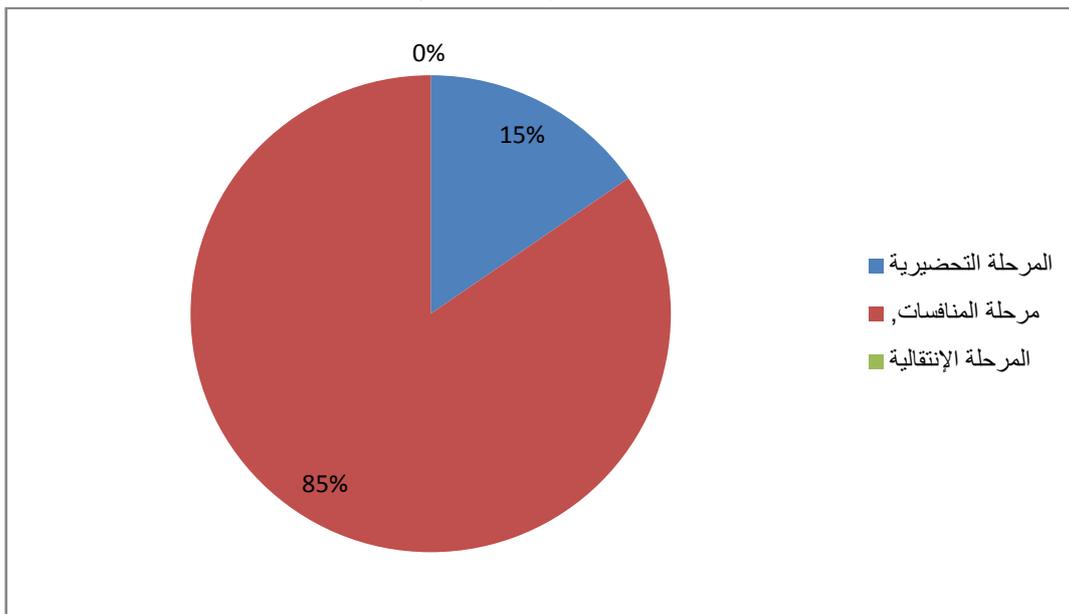
الجدول رقم (04): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 04

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|--------------------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| المرحلة التحضيرية | 02 | 15.38 | 15.85 | 5.99 | دال معنويا |
| مرحلة المنافسات | 11 | 84.61 | | | |
| المرحلة الإنتقالية | 00 | 00.00 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 04 و الذي يمثل النتائج الإحصائية لأجوبة الباحثين عن السؤال رقم (04) أجاب 11 لاعبا بمرحلة المنافسات بنسبة بلغت 84.61% كأعلى نسبة مسجلة، اما من أجابوا بالمرحلة التحضيرية فكانت نسبتهم 15.38%. و حسب نتائج التحليل الإحصائي بلغت قيمة كا² المحسوبة 15.83 و هي أعلى من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 5.99 وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإجابة الثانية.

ومنه نستنتج أن مرحلة المنافسات تعد من المراحل التي يتعرض فيها اللاعبون للإصابة على مستوى الكاحل.

الشكل رقم (04): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (04)



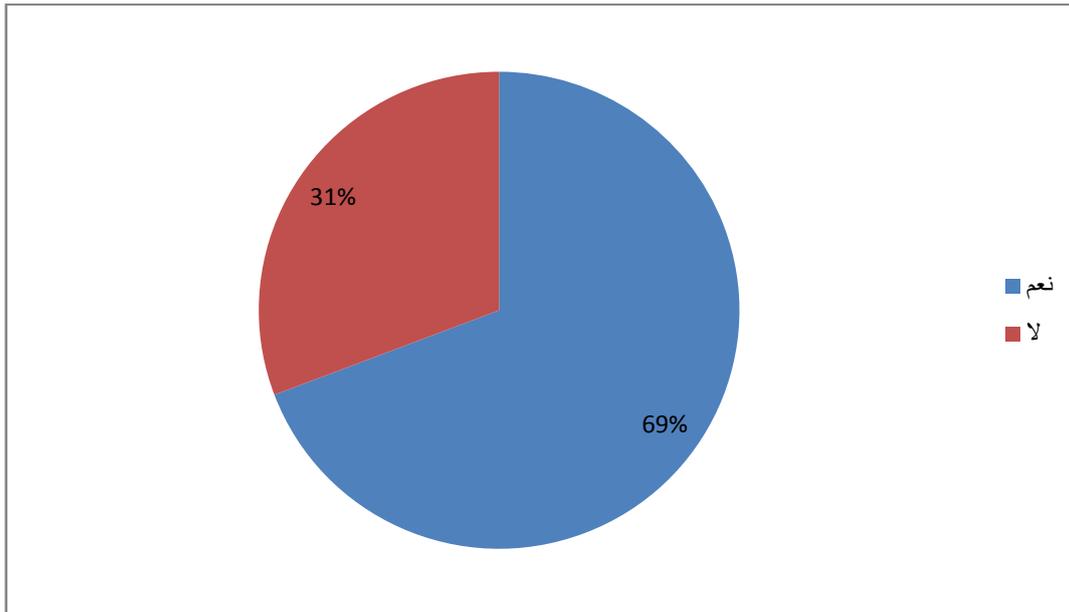
5. هل تلقيت الإسعافات الأولية أثناء تعرضك للإصابة

الجدول رقم (05): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 05

| الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 | كا ² الجدولية | كا ² المحسوبة | النسبة المئوية % | التكرارات | الأجوبة |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------|
| غير دال معنويا | 3.84 | 1.92 | 69.23 | 09 | نعم |
| | | | 30.76 | 04 | لا |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 05 و الذي يمثل النتائج الإحصائية لأجوبة الباحثين عن السؤال رقم (05) أجاب 09 لاعبين بـ "نعم" بنسبة بلغت 69.23% كأعلى نسبة مسجلة، أما من أجابوا بـ "لا" فكانت نسبتهم 30.76%. و حسب نتائج التحليل الإحصائي بلغت قيمة كا² المحسوبة 1.92 و هي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدره بـ 3.84 وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية .
ومنه نستنتج أن معظم اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة على مستوى الكاحل تلقوا الإسعافات الأولية مباشرة.

الشكل رقم (05): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (05)



6. من الذي يقوم بالإسعافات الأولية أثناء تعرض اللاعب لصابة على مستوى الكاحل؟

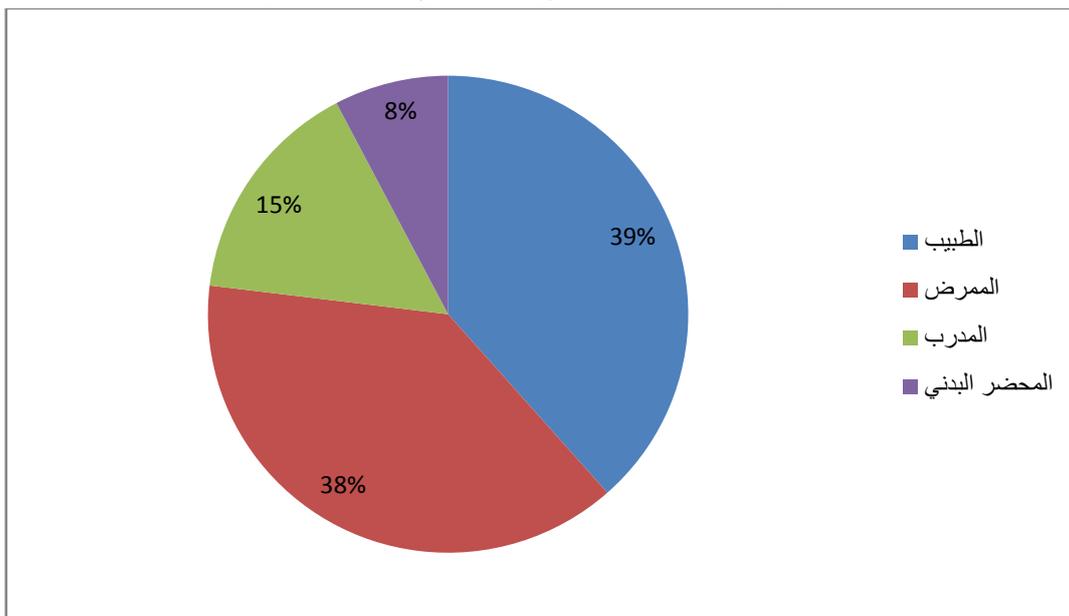
الجدول رقم (06): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 06

| الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 | كا ² الجدولية | كا ² المحسوبة | النسبة المئوية % | التكرارات | الأجوبة |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------------|
| غير دال معنويا | 7.82 | 3.92 | 38.46 | 05 | الطبيب |
| | | | 38.46 | 05 | الممرض |
| | | | 15.38 | 02 | المدرّب |
| | | | 07.69 | 01 | المحضر البدني |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن النسب كانت متقاربة نوعا ما ، حيث أجاب 05 من اللاعبين بـ "الطبيب" وهو ما يمثل 38.46% من إجمالي عينة البحث، و نفس العدد و النسبة لمن اختاروا الإجابة الثانية "الممرض"، أم من أجابوا بالمدرّب فيمثلون 15.38% من المبحوثين و أجاب 07.69% من المبحوثين بـ "المحضر البدني".

وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 3.92 و هي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدرّة بـ 7.82 ، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية. ومنه نستنتج أن الإسعافات الأولية للإصابة للاعبين يقوم بها الطبيب أو الممرض أو المدرّب أو المحضر البدني، و هذا راجع لتوفر الطاقم الطبي على مستوى الأندية.

الشكل رقم (06): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (06)



7. هل تملكون طاقم طبي في الفريق ؟

الجدول رقم (07): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 07

| الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 | كا ² الجدولية | كا ² المحسوبة | النسبة المئوية % | التكرارات | الأجوبة |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------|
| غير دال معنويا | 3.84 | 0.70 | 61.53 | 08 | نعم |
| | | | 38.46 | 05 | لا |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم 07 و الذي يمثل النتائج الإحصائية لأجوبة الباحثين عن السؤال

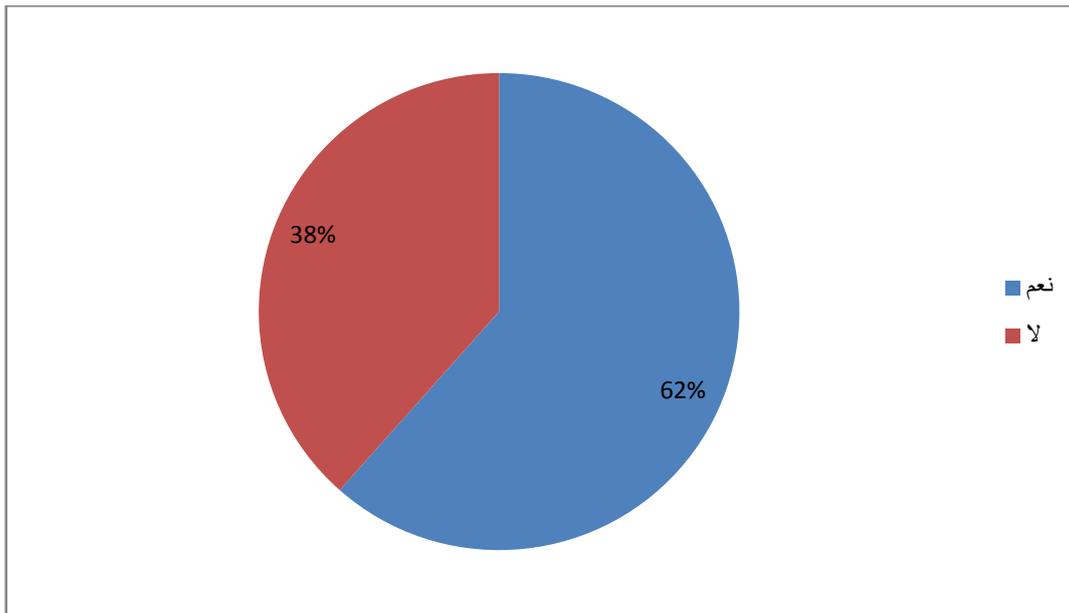
رقم (07) أجاب 08 لاعبين بـ "نعم" بنسبة بلغت 61.53% كأعلى نسبة مسجلة، أما من أجابوا بـ "لا"

فكانت نسبتهم 38.46%. و حسب نتائج التحليل الإحصائي بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.70 و هي أقل من

قيمة كا² الجدولية المقدره بـ 3.84 وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية

ومنه نستنتج أن بعض الأندية فقط تملك طاقم طبي في الفريق.

الشكل رقم (07): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (07)



8. هل تقومون بالفحوصات الطبية الشاملة؟

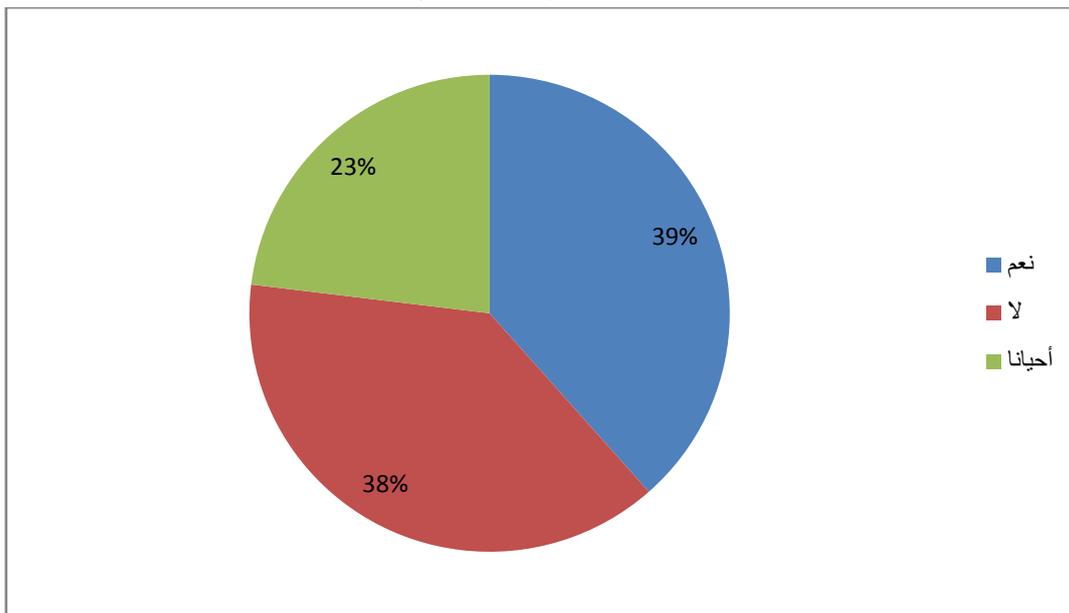
الجدول رقم (08): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 08

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 05 | 38.46 | 0.61 | 5.99 | غير دالة |
| لا | 05 | 38.46 | | | |
| أحيانا | 03 | 23.07 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 38.46% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ونفس العدد و النسبة لمن أجابوا بلا، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 23.07% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.61 وهي أقل من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض الأندية فقط تقوم بالفحوصات الطبية الشاملة.

الشكل رقم (08): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (08)



المحور الثاني: الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الكاحل:

9. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تعود إلى نقص اللياقة البدنية ؟

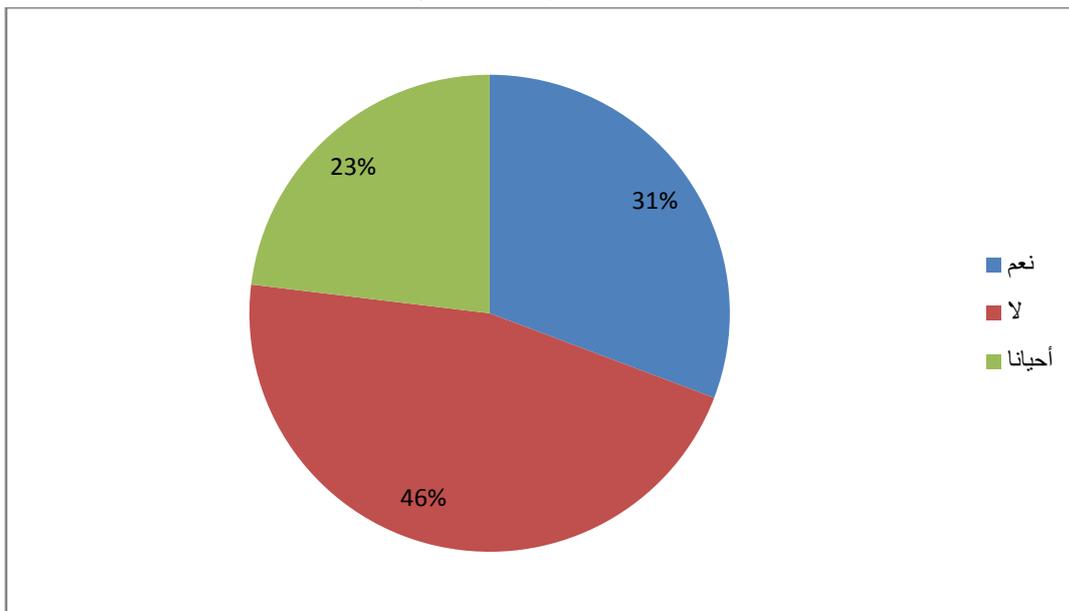
الجدول رقم (09): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 09

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 04 | 30.76 | 1.08 | 5.99 | غير دال |
| لا | 06 | 46.15 | | | |
| أحيانا | 03 | 23.07 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 30.76% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 46.15% ، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 23.07% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 1.08 وهي أقل من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب نقص اللياقة البدنية للاعب.

الشكل رقم (09): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (09)



10. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تحصل بسبب الإحتكاك المباشر بالخصم

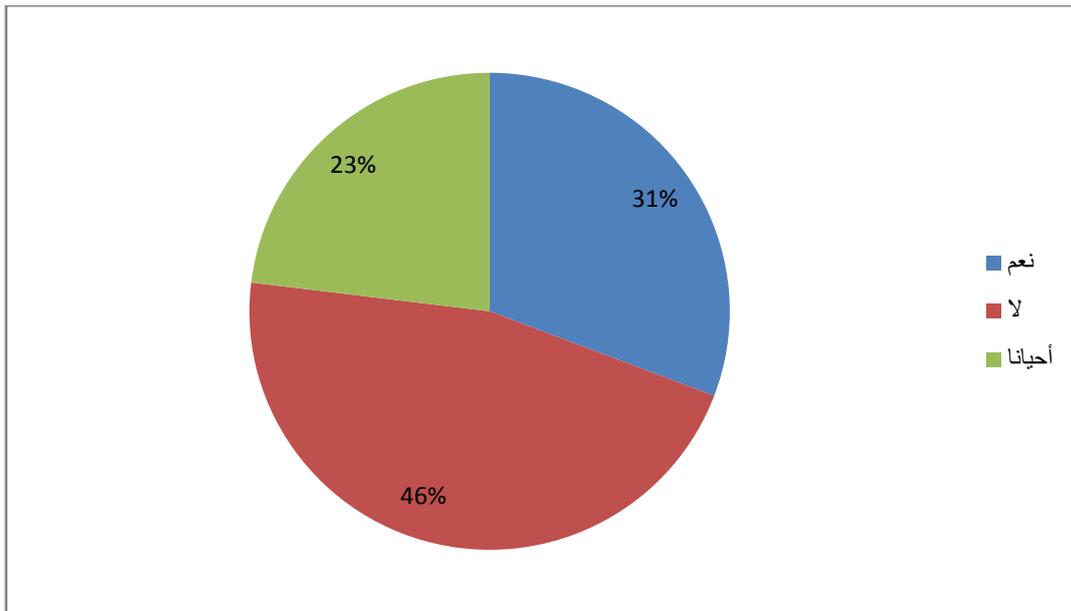
الجدول رقم (10): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 10

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 05 | 38.46 | 4.11 | 5.99 | غير دال |
| لا | 01 | 07.69 | | | |
| أحيانا | 07 | 53.84 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 38.46% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 07.69% ، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 53.84% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 4.11 وهي أقل من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب الإحتكاك المباشر بالخصم

الشكل رقم (10): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (10)



11. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تعود لضغط المنافسة؟

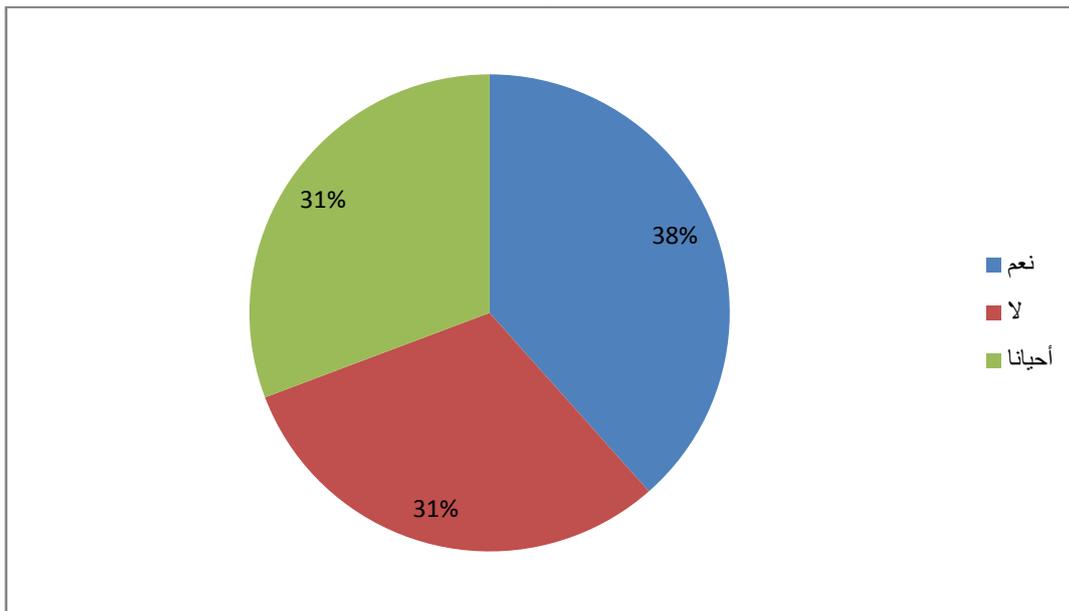
الجدول رقم (11): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 11

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 05 | 38.46 | 0.15 | 5.99 | غير دال |
| لا | 04 | 30.76 | | | |
| أحيانا | 04 | 30.76 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 38.46% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 30.76% ، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 30.76% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.15 وهي أقل من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب ضغط المنافسة.

الشكل رقم (11): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (11)



12. هل تعتقد أن إصابة الكاحل تحدث بسبب سوء أرضية الملعب ؟

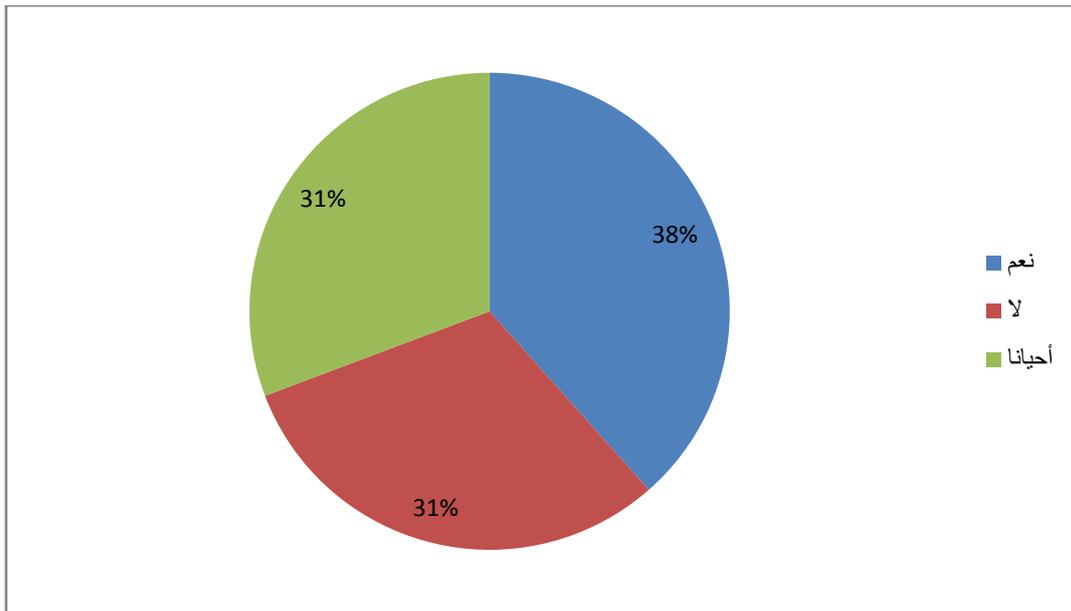
الجدول رقم (12): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 12

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 09 | 69.23 | 8.01 | 5.99 | دال |
| لا | 01 | 07.69 | | | |
| أحيانا | 03 | 23.07 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 69.23% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 07.69% ، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 23.07% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 8.01 وهي أعلى من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لصالح الإجابة الأولى.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب سوء أرضية الملعب.

الشكل رقم (12): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (12)



13. هل تعتقد أن إصابة الكاحل تحدث بسبب العودة للتدريب قبل التأهيل الجيد للإصابة ؟

الجدول رقم (13): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 13

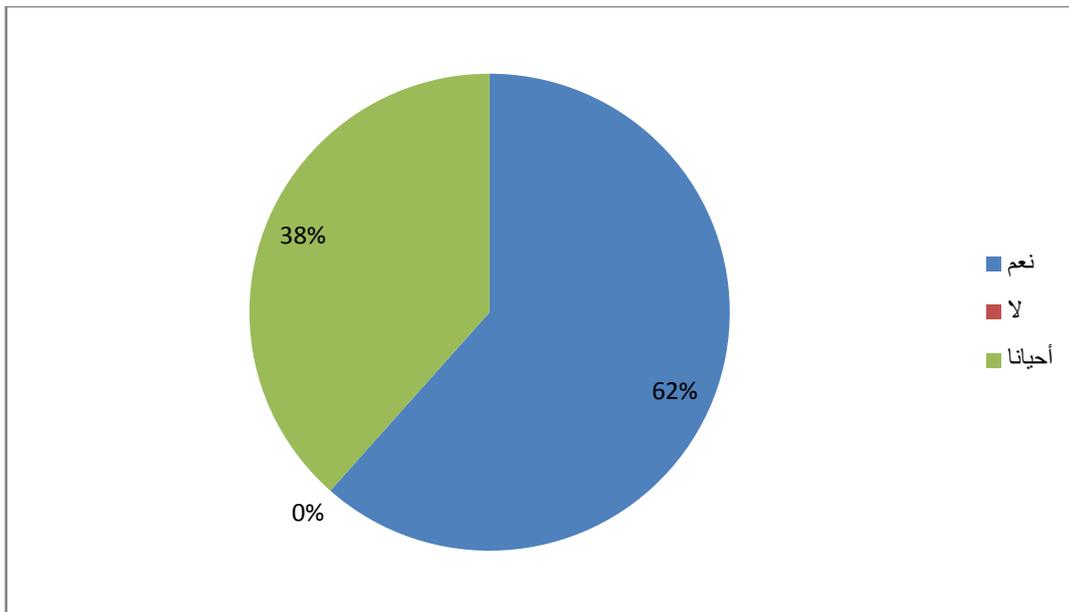
| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 08 | 61.53 | 7.54 | 5.99 | دال |
| لا | 00 | 00.00 | | | |
| أحيانا | 05 | 38.46 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 61.53% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد كانت نسبتهم معدومة % ، أما من أجابوا بأحيانا فبلغت نسبتهم 38.46% من إجمالي عينة البحث، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 7.54 وهي أعلى من كا² الجدولية المقدره بـ 5.99، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لصالح الإجابة الأولى.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب العودة للتدريب قبل التأهيل

الجيد للإصابة

الشكل رقم (13): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (13)



14. هل تعتقد أن إصابة الكاحل ترجع لعدم القيام بعملية الإحماء بشكل الصحيح و

المناسب؟

الجدول رقم (14): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 14

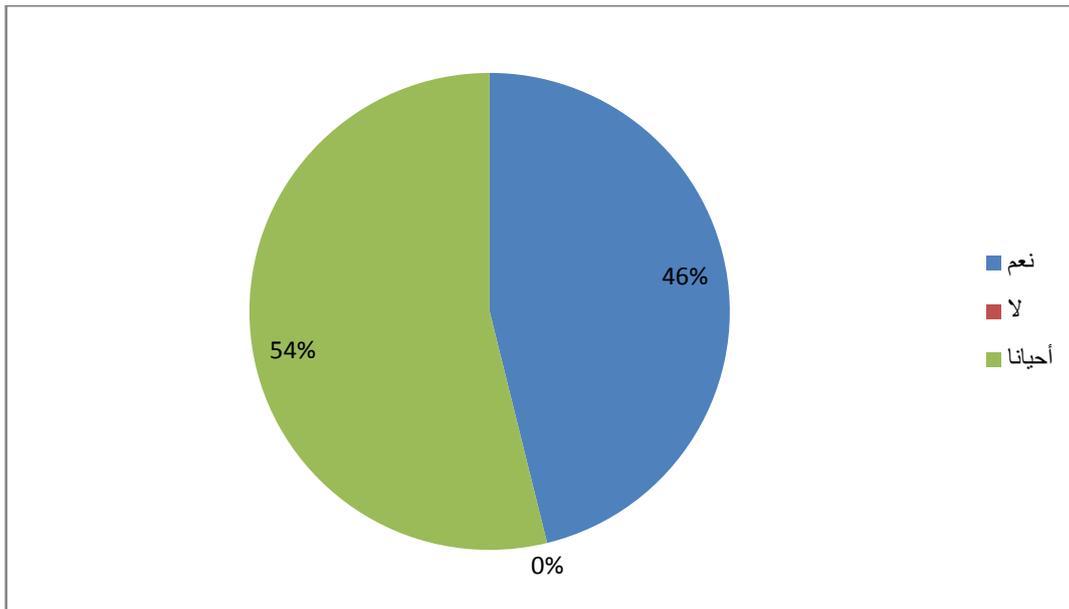
| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 06 | 46.15 | 6.62 | 5.99 | دال |
| لا | 00 | 00.00 | | | |
| أحيانا | 07 | 53.84 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 46.15% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد كانت نسبتهم معدومة ، أما من اجابوا بأحيانا فقد بلغت نسبتهم 53.84%، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 6.62 وهي أعلى من كا² الجدولية المقدرة بـ 5.99، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لصالح الإجابة الأخيرة.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب عدم القيام بعملية الإحماء

بالشكل المناسب.

الشكل رقم (14): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (14)



15. هل تعتقد أن إصابة الكاحل تؤثر على اللاعب نفسيا في باقي مشواره الرياضي

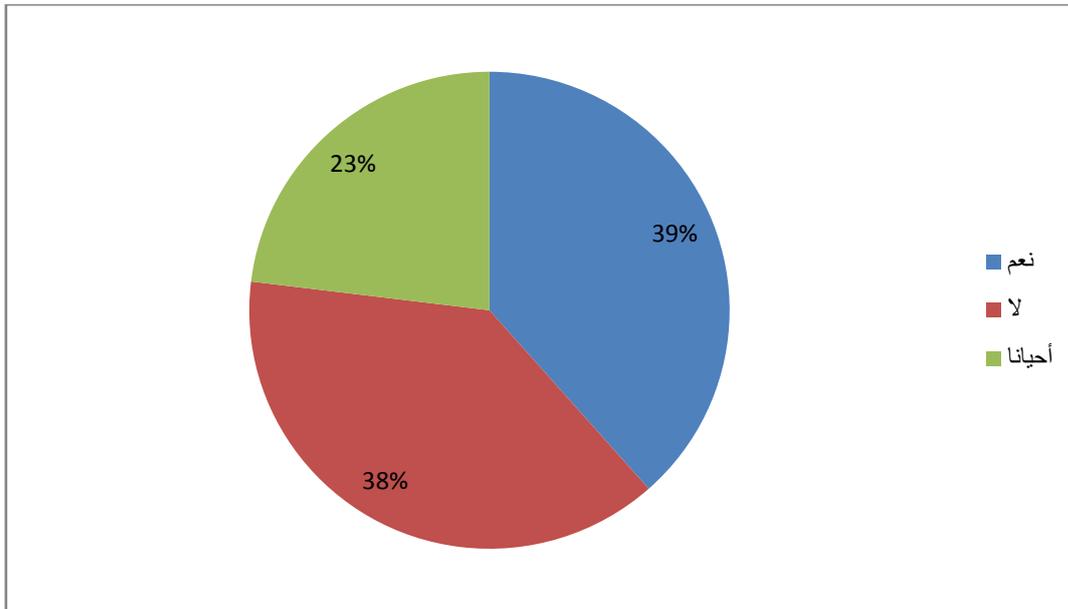
الجدول رقم (15): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 15

| الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 | كا ² الجدولية | كا ² المحسوبة | النسبة المئوية % | التكرارات | الأجوبة |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------|
| غير دال | 5.99 | 0.61 | 38.46 | 05 | نعم |
| | | | 38.46 | 05 | لا |
| | | | 23.07 | 03 | أحيانا |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 46.15% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد كانت نسبتهم معدومة ، أما من اجابوا بأحيانا فقد بلغت نسبتهم 53.84%، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.61 وهي أقل من كا² الجدولية المقدرة بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين لا يعتقدون أن إصابة الكاحل تؤثر على اللاعب في بقية مشواره الرياضي

الشكل رقم (15): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (15)



16. هل تعتقد أن إهمال المدرب لعوامل السلامة أثناء التدريبات تزيد من نسبة حدوث إصابة

الكاحل؟

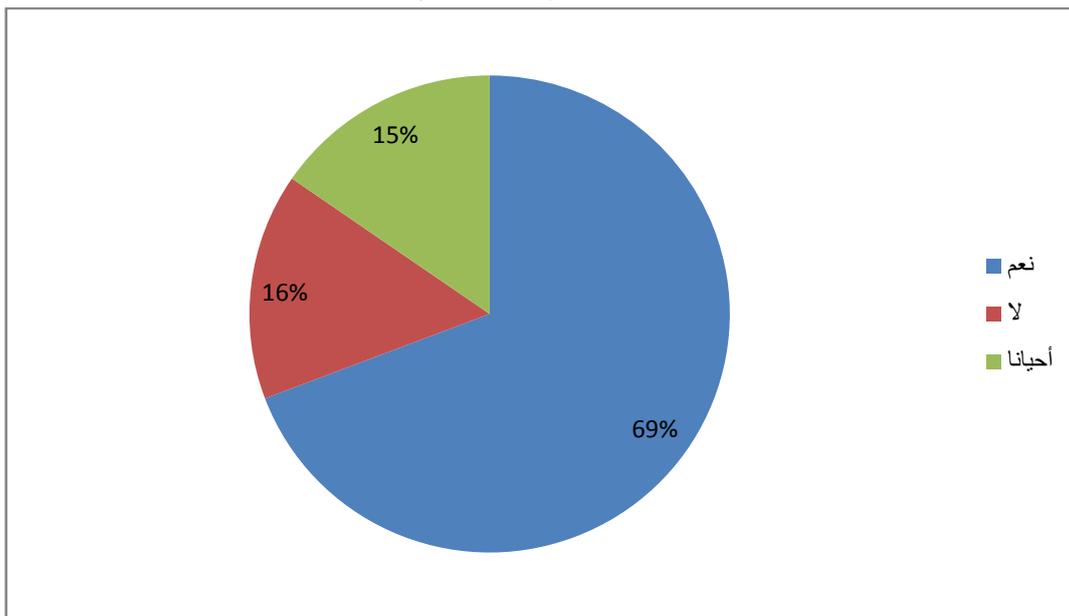
الجدول رقم (16): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 16

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 09 | 69.23 | 7.54 | 5.99 | دال |
| لا | 02 | 15.38 | | | |
| أحيانا | 02 | 15.38 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 69.23% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد كانت نسبتهم 15.38% ، وهي نفس النسبة لمن أجابوا بأحيانا ، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 7.54 وهي أقل من كا² الجدولية المقدرة بـ 5.99، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لصالح الإجابة بنعم.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين يعتقدون أن إصابة الكاحل تحدث بسبب إهمال المدرب لعوامل السلامة أثناء التدريبات.

الشكل رقم (16): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (16)



المحور الثالث: أهمية التأهيل الرياضي للاعبين المصابين على مستوى الكاحل
17. هل تخضعون لعملية التأهيل بعد العودة من الإصابة على مستوى الكاحل؟

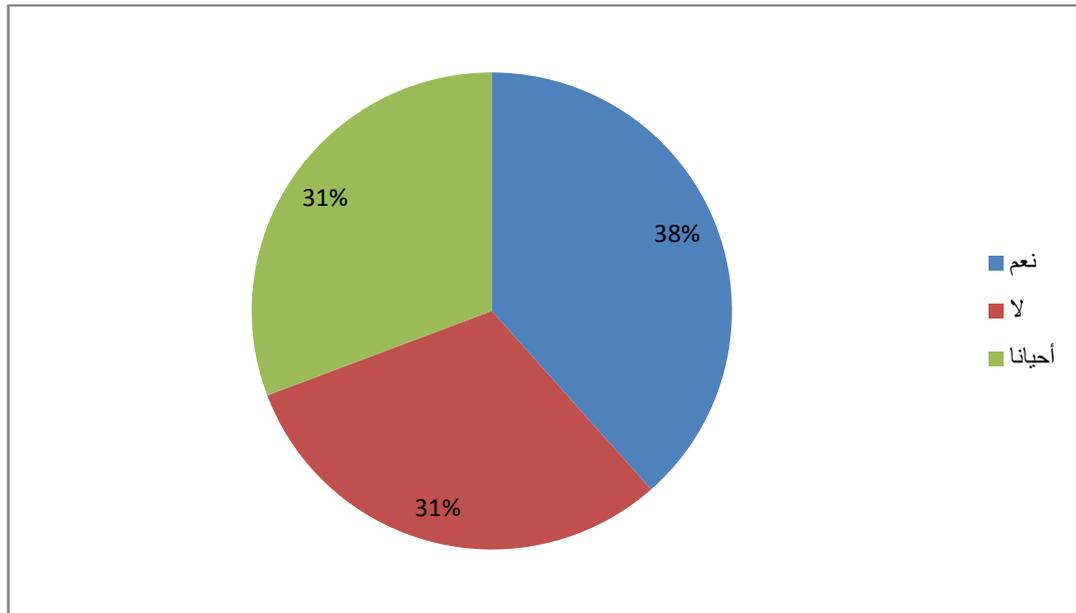
الجدول رقم (17): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 17

| الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 | كا ² الجدولية | كا ² المحسوبة | النسبة المئوية % | التكرارات | الأجوبة |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------|---------|
| غير دال | 5.99 | 0.15 | 38.46 | 05 | نعم |
| | | | 30.76 | 04 | لا |
| | | | 30.76 | 04 | أحيانا |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 38.46% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بنعم ، و من أجابوا بلا فقد كانت نسبتهم 30.76% ، وهي نفس النسبة لمن أجابوا بأحيانا ، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.15 وهي أقل من كا² الجدولية المقدرة ب 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض اللاعبين لا يخضعون لعملية التأهيل الرياضي بعد العودة من إصابة الكاحل

الشكل رقم (17): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (17)



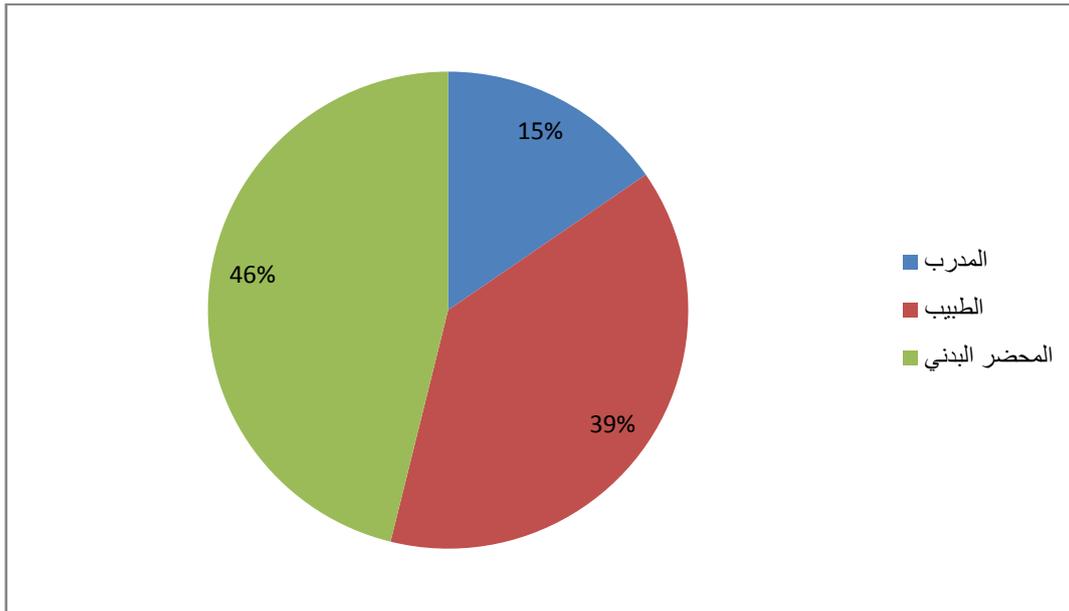
18. من الذي يشرف على عملية تأهيل اللاعبين المصابين ؟

الجدول رقم (18): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 18

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| المدرّب | 02 | 15.38 | 1.99 | 5.99 | غير دال |
| الطبيب | 05 | 38.46 | | | |
| المحضر البدني | 06 | 46.15 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن 15.38% من اللاعبين المبحوثين أجابوا بـ "المدرّب"، و من أجابوا بـ "الطبيب" فقد كانت نسبتهم 38.46%، أما من أجابوا بـ "المحضر البدني" فقد بلغت نسبتهم 46.15%، و حسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 1.99 وهي أقل من كا² الجدولية المقدرة بـ 5.99، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية. ومنه نستنتج بعض الأندية فقط تعتمد على الطبيب في عملية التأهيل المصابين فيما تعتمد أندية أخرى على المدرّب أو المحضر البدني.

الشكل رقم (18): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (18)



19. كيف تقيم عملية تأهيل المصايين في أنديتكم للعودة إلى المنافسة ؟

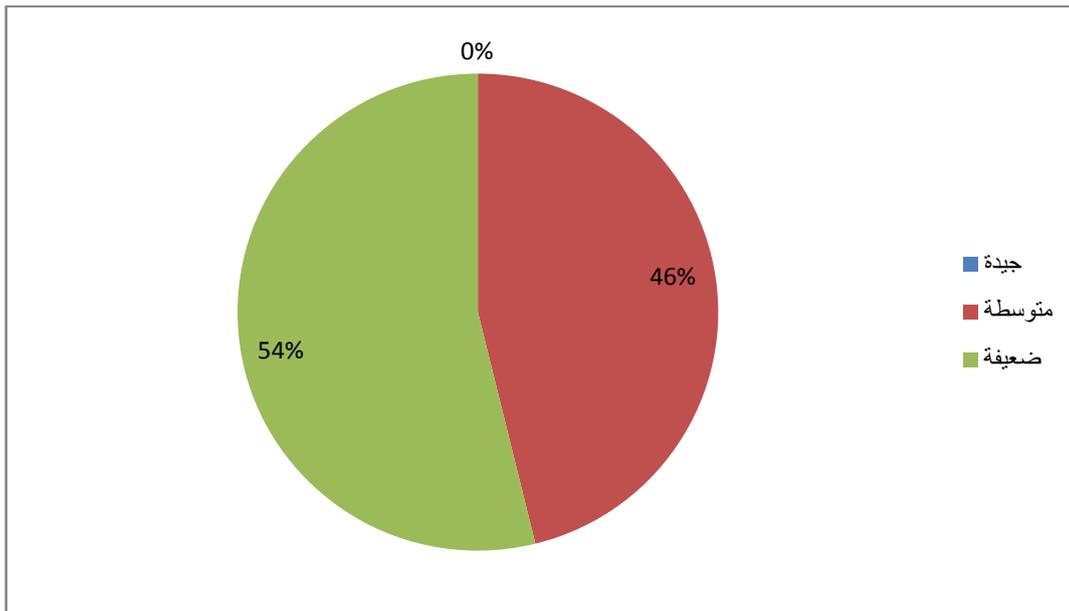
الجدول رقم (19): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 19

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| جيدة | 00 | 00.00 | 6.62 | 5.99 | دال |
| متوسطة | 06 | 46.15 | | | |
| ضعيفة | 07 | 53.84 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن ولا لاعبا اجاب ب "جيدة"، و من اجابوا ب "متوسطة فقد كانت نسبتهم 46.15%، أما من اجابوا ب "ضعيفة" فقد بلغت نسبتهم 53.84%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 6.62 وهي أعلى من كا² الجدولية المقدرة ب 5.99، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لصالح الإجابة الأخيرة.

ومنه نستنتج بأن اللاعبين يقيمون عملية التأهيل في أنديتهم من متوسطة إلى ضعيفة.

الشكل رقم (19): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (19)



20. هل يتم استعمال الوسائل التكنولوجية الحديثة في عملية التأهيل ؟

الجدول رقم (20): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 20

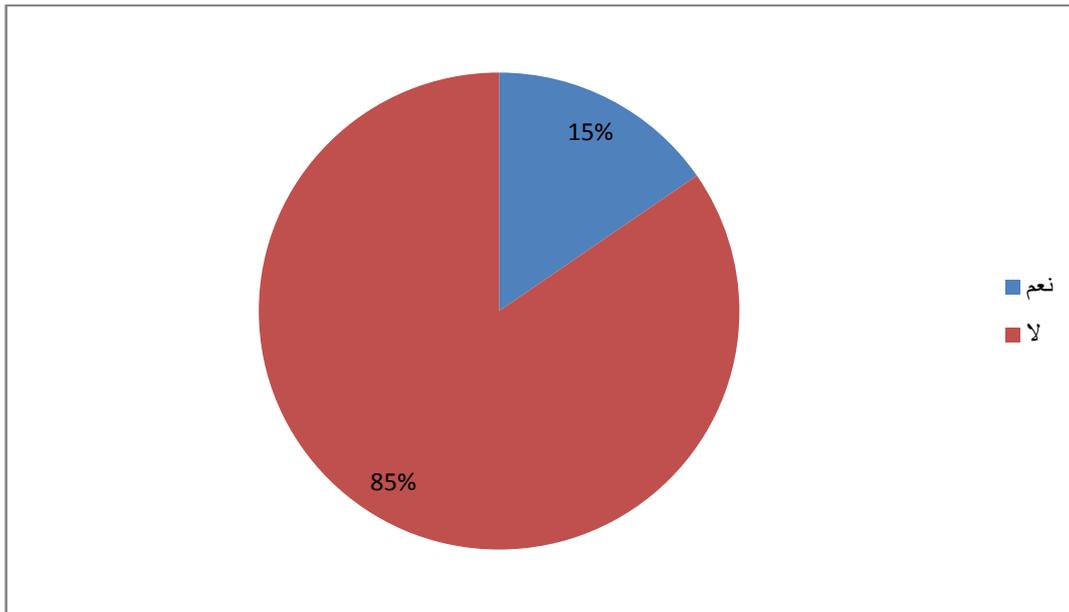
| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 02 | 15.38 | 9.62 | 3.84 | دال معنويا |
| لا | 11 | 84.61 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن من أجابوا بنعم فقد كانت نسبتهم 15.38% ،

أما من اجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 84.84%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 9.62 وهي أكبر من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 3.84، و هذا ما يدل على وجود فروق معنوية لاصح الإجابة الثانية.

ومنه نستنتج بأن المعظم اللاعبين يقرون بعدم استعمال الوسائل التكنولوجية الحديثة في عملية التأهيل وهذا لعدم توفرها.

الشكل رقم (20): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (20)



21. هل يتم مراعاة مراحل التأهيل للاعبين المصابين على مستوى الكاحل؟

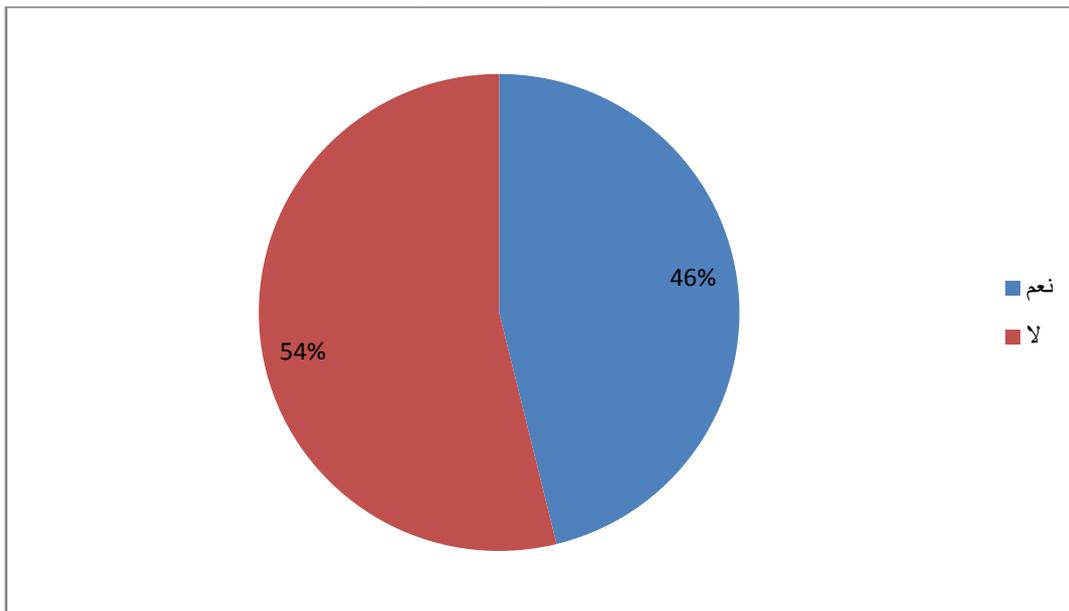
الجدول رقم (21): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 21

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 06 | 46.15 | 0.08 | 3.84 | غير دال |
| لا | 07 | 53.84 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن من أجابوا بنعم بلغت نسبتهم 46.15%، أما من اجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 53.84%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.08 وهي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 3.84، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض الأندية تقوم بمراعاة مراحل التأهيل للاعبين المصابين على مستوى الكاحل

الشكل رقم (21): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (21)



22. هل يتم إرسالكم إلى المراكز المتخصصة لعملية التأهيل ؟

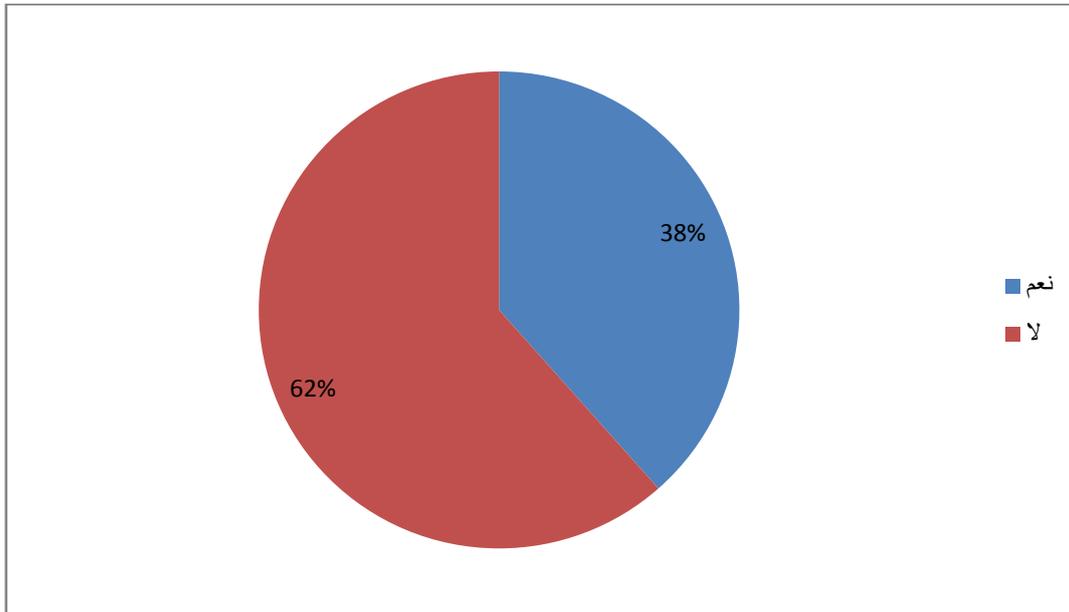
الجدول رقم (21): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 21

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 05 | 38.46 | 0.70 | 3.84 | غير دال |
| لا | 08 | 61.53 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن من أجابوا بنعم بلغت نسبتهم 38.46% ، أما من اجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 61.53%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 0.70 وهي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 3.84، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أن بعض الأندية تقوم بإرسال اللاعبين إلى المراكز المتخصصة بعملية التأهيل

الشكل رقم (22): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (22)



23. هل يتم التكفل بالعامل النفسي أثناء عملية تأهيل اللاعب المصاب على مستوى الكاحل؟

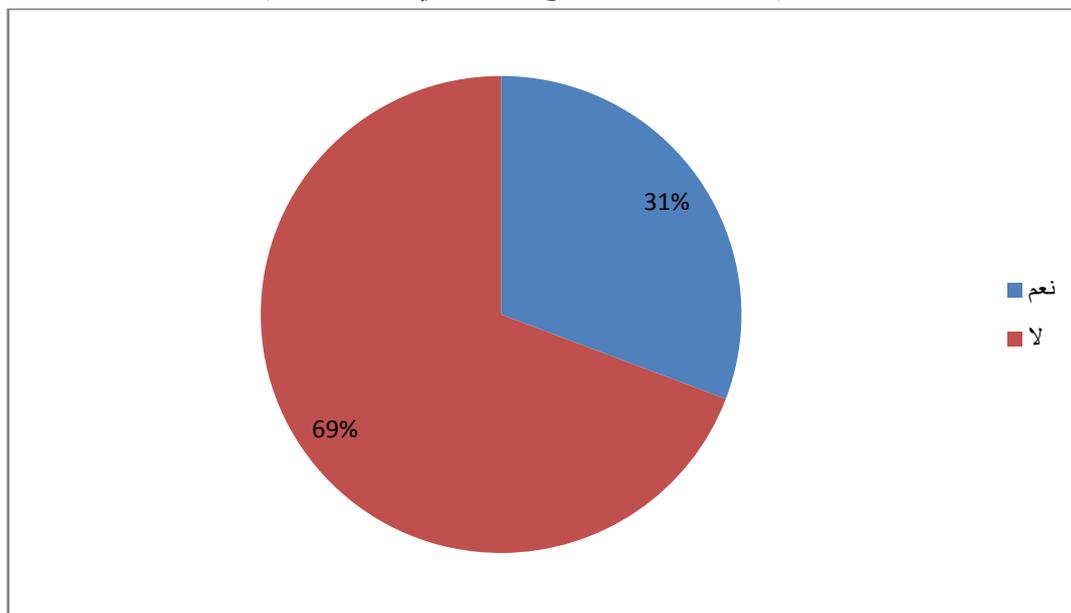
الجدول رقم (21): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 21

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 04 | 30.76 | 1.92 | 3.84 | غير دال |
| لا | 09 | 69.23 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن من أجابوا بنعم بلغت نسبتهم 30.76% ، أما من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 69.23%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 1.92 وهي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 3.84، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أنه لا يتم التكفل بالعامل النفسي أثناء عملية تأهيل اللاعبين المصابين على مستوى الكاحل.

الشكل رقم (23): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (23)



24. هل سبق و أن عدت لمستواك المعهود بعد عملية التأهيل لإصابة على مستوى الكاحل؟

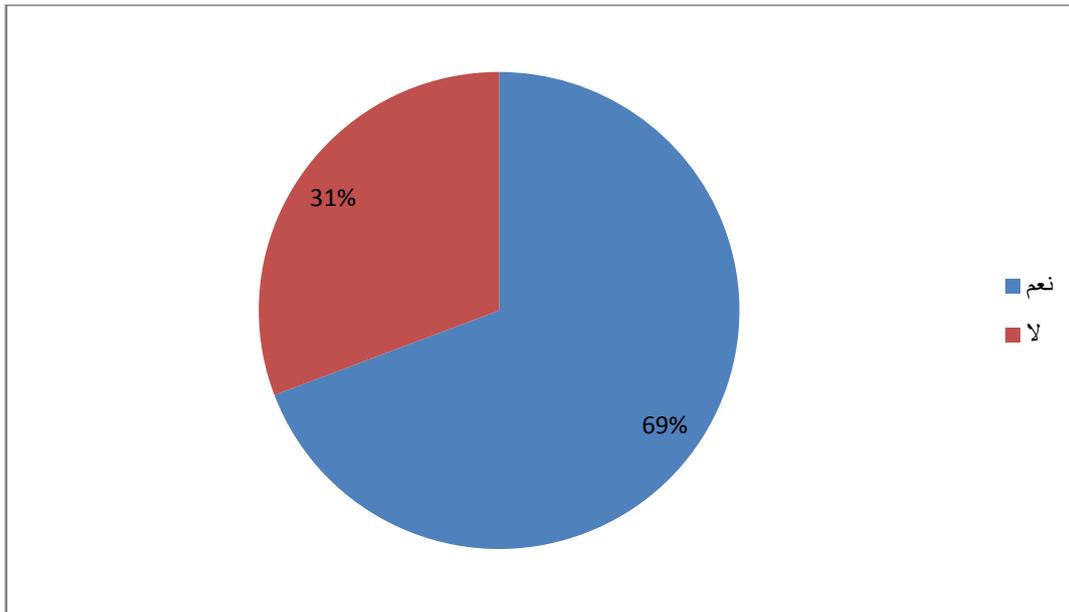
الجدول رقم (24): يمثل نتائج الإجابة عن السؤال رقم 24

| الأجوبة | التكرارات | النسبة المئوية % | كا ² المحسوبة | كا ² الجدولية | الدلالة الإحصائية عند المستوى 0.05 |
|---------|-----------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| نعم | 09 | 69.23 | 1.92 | 3.84 | غير دال |
| لا | 04 | 30.76 | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن من أجابوا بنعم بلغت نسبتهم 69.23% ، أما من أجابوا بلا فقد بلغت نسبتهم 30.76%، وحسب نتائج التحليل الإحصائي فقد بلغت قيمة كا² المحسوبة 1.92 وهي أقل من قيمة كا² الجدولية المقدرة بـ 3.84، و هذا ما يدل على عدم وجود فروق معنوية.

ومنه نستنتج أنه بعض اللاعبين تمكنوا من العودة للمستوى المعهود بعد عملية التأهيل لإصابة على مستوى الكاحل

الشكل رقم (24): يمثل النتائج المبينة في الجدول رقم (24)



2-2. مناقشة الفرضيات:

2-2-1. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى: أسباب إصابة الكاحل للاعب كرة القدم دون الـ 15 متعددة

من خلال النتائج المبينة في الجداول رقم (09)، (10)، (11)، (16)، والتي تشمل عبارات المحور الثاني التي تتعلق بأسباب إصابة الكاحل للاعب كرة القدم أظهرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أغلب عبارات المحور وهذا نظرا لاختلاف أسباب الإصابة حيث اختلفت أجوبة اللاعبين على أن أسباب الإصابة ترجع إلى نقص اللياقة البدنية و شدة المنافسة إضافة إلى سوء أرضية الملعب و عدم القيام بعملية الإحماء بالشكل الكافي و الصحيح و هذا ما يدل على صحة الفرضية الجزئية الأولى للدراسة.

2-2-2. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية: دور عملية التأهيل لإصابة لاعبي كرة القدم للعودة إلى

المنافسة

من خلال النتائج المبينة في الجداول رقم (17)، (18)، (19)، (24) دلت أغلب النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية باستثناء عبارتين حيث بينت إجابة الباحثين على أن بعض أندية كرة القدم لا تتوفر لديها طاقم طبي حيث يشرف على عملية التأهيل المدرب أو المحضر البدني و أجمع اللاعبون على أن مستوى عملية التأهيل من متوسط إلى ضعيف ولا يتم مراعاة كل مراحل عملية التأهيل و ان هذه الأخيرة تفتقد إلى الوسائل التكنولوجية الحديثة ، و بينما يتم أحيانا إرسال اللاعبين إلى مراكز متخصصة في عملية التأهيل و أوضح كثيرا من اللاعبين أنهم عادوا إلى مستواهم المعهود بعد قيامهم بعملية التأهيل للإصابة على مستوى الكاحل. وهذا يتوافق مع دراسة بوسعيد الفوضيل 2015/2014. و الذي توصل فيها إلى أن : "عملية إعادة التأهيل الوظيفي تعمل على تحسين القدرات الحركية والرياضية للرياضيين المصابين وذلك للسماح لهم بالعودة إلى المنافسة في أحسن الظروف ومن خلال ما سبق تتضح صحة الفرضية الجزئية الثانية.

2-2-3. مناقشة الفرضية العامة: يعتبر التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل مهم لدى لاعبي كرة القدم

من خلال مناقشة الفرضيات الجزئية للدراسة و بناء على نتائج التحليل الإحصائي المبينة في الجداول يتضح لنا أن إصابة الكاحل لدى لاعبي كرة القدم خطيرة و تتعدد أسبابها و تلعب عملية التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل دورا مهما في عودة اللاعبين إلى المنافسة و هذا رغم النقائص التي لاحظناها في عملية التأهيل الرياضي إلى أن لاعبي كرة القدم و خاصة في الفئات الشابة يمكن أن يواجهوا مشاكل معقدة تجبرهم على إنهاء مسيرتهم الرياضية مبكرة إذا لم يتعافوا من إصابة الكاحل بشكل تام و إذا ما أهمل عملية التأهيل الرياضي و العكس صحيح كما هو مبين في الجدول رقم (22) و الجدول رقم (23) التي بينت أن هناك مراكز متخصصة في عملية التأهيل الرياضي يتم إرسال اللاعبين المصابين على مستوى الكاحل لتأهيلهم و أجمع جل اللاعبين على أنهم تمكنوا من العودة لمستواهم الطبيعي و المعهود بعد القيام بعملية التأهيل، و هذا ما يتوافق مع دراسة د/ محمد فاضل علوان و سيف الدين صلاح صبيح 2019 - 2020. التي توصل فيها إلى أن عملية التأهيل كان لها الدور الفاعل في تقدم تأهيل إصابة التواء مفصل الكاحل (الجهة الوحشية) من خلال ظهور تحسن في (الأربطة الوحشية) و توازن القوة العضلية للعضلات المحيطة بالمفصل وزوايا المدى الحركي و هذا ما يؤكد صحة الفرضية العامة للدراسة.

2-3. الإستنتاجات:

- ✓ تعتبر عملية التأهيل الرياضي لإصابة الكاحل مهمة لدى لاعبي كرة القدم.
- ✓ تفتقر بعض الأندية إلى المستلزمات و الوسائل التكنولوجية الحديثة للقيام بعملية التأهيل على أحسن وجه.
- ✓ تختلف أسباب إصابة الكاحل لدى لاعبي كرة القدم.

✓ أغلب للاعبين الذين تعرضوا لإصابة على مستوى الكاحل تمكنوا من العودة إلى مستواهم بعد القيام بعملية التأهيل الرياضي.

2-4. الإقتراحات و التوصيات:

- توفير المستلزمات الأدوات الضرورية بالشكل الكافي لسير الحصص التدريبية على أحسن وجه..
- عقد إتفاقيات بين فرق كرة القدم و مراكز التأهيل لتأهيل لاعبي كرة القدم المصابين على مستوى الكاحل.
- تكوين المدربين في مجال الإسعافات الأولية.
- إلزام أندية كرة القدم باختيار أطقم طبية ذات كفاءة و إجبارية حضورها في المباريات و الحصص التدريبية.

قائمة

المصادر و المراجع

1. أبو سليمان , ع .إ. (1993). كتابة البحث العلمي ومصادر الدراسات الإسلامية .جدة : دار الشروق.
2. الحصري , ح .م .(1993). إصابة لاعبي كرة القدم وقاية و علاج .دمشق :معرض الشارقة للكتاب.
3. العربي , م .(2019/2020). الإصابات و الإسعافات الأولية .البيضا :معهد العلوم الإجتماعية و الإنسانية -المركز الجامعي نور البشير.
4. الغامري , م .ق .(2000). الإصابات الرياضية والتأهيل البدني .القاهرة : جامعة حلوان - كلية التربية الرياضية.
5. الغمري , م .ق .(2000). الاصابات الرياضية و التأهيل البدني .القاهرة : جامعة حلوان .
6. الفتاح , م .ح .(1984). فيسولوجيا التدريب الرياضي .القاهرة : دار الفكر العربي.
7. النجمي , س .ر .(1999). الطب الرياضي والعلاج الطبيعي .القاهرة :مركز الكتاب للنشر.
8. بكري , م .ق .(1998). الاصابات الرياضية و التأهيل الحديث .مركز الكتاب للنشر .
9. روفائيل , ح .ع .(1986). اصابات الملاعب (وقاية -اسعاف -علاج طبيعي .القاهرة : دار المعارف.
10. رياض ,إ .ح .(1999). الطب الرياضي والعلاج الطبيعي .القاهرة :مركز الكتاب للنشر.
11. زاهر , ع .إ .(2004). موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافات لها الأولية .القاهرة :مركز الكتاب للنشر.
12. سالم , م .(1987) .إصابات الملاعب .القاهرة : دار المريخ للنشر.
13. سميرة , خ .م .(2004). الإصابات الرياضية .بغداد : كلية التربية للبنات -جامعة بغداد.
14. عزت , م .ح .(2008). الاصابات الرياضية و العلاج الحركي .القاهرة : جامعة حلوان.
15. عزت , م .ح .(2008). الإصابات الرياضية والعلاج الحركي .القاهرة : كلية التربية الرياضية ، جامعة حلوان.

16. علاوي, م. ح. (1998). سيكولوجية الإصابة الرياضية. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
17. عليوة, م. ا. (1997). الاصابات الرياضية بين الوقاية و العلاج. مكتبة النهضة المصرية.
18. عماد, م. (2001). التدريب الرياضي الحديث. القاهرة: جامعة منصوره للطباعة والنشر.
19. قاسم, م. (2017). الإصابات الرياضية و التأهيل الحركي. دار الفكر العربي.
20. محمد, أ. ر. (1999). الطب الرياضي و العلاج الطبيعي. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

الملاحقة

5. هل تلقيت الإسعافات الأولية أثناء تعرضك للإصابة ؟

نعم لا

6. من الذي يقوم بالإسعافات الأولية أثناء تعرض اللاعبين للإصابة ؟

- الطبيب
- الممرض
- المدرب
- المحضر البدني

7. هل تملكون طاقم طبي في الفريق ؟

نعم لا

8. هل تقومون بالفحوصات الطبية الشاملة ؟

نعم بآنا

المحور الثاني: الأسباب التي تؤدي إلى إصابات الكاحل لدى لاعبي كرة القدم

9. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تعود لنقص اللياقة البدنية ؟

نعم بآنا

10. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تحدث بسبب الاحتكاك المباشر بالخصم ؟

نعم بآنا

11. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تحدث بسبب ضغط المنافسة ؟

نعم بآنا

12. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تحدث بسبب سوء أرضية الملعب ؟

نعم بآنا

13. هل تعتقد أن إصابة الكاحل تتجدد بسبب العودة للتدريب قبل التأهيل الجهد للإصابة السابقة ؟

نعم بآنا

14. هل تعتقد أن إصابة الكاحل ترجع إلى عدم القيام بعملية الإحماء بالشكل الصحيح و المناسب ؟

نعم بآنا

15. هل تعتقد أن إصابات الكاحل تؤثر على اللاعب نفسيا في باقي المشوار الرياضي ؟

نعم بآنا

16. هل تعتقد أن إهمال المدرب لعوامل السلامة أثناء التدريبات تزيد من نسبة إصابات اللاعبين على

مستوى الكاحل ؟

نعم بآنا

المحور الثالث: أهمية التأهيل الرياضي للاعبين المصابين على مستوى الكاحل في كرة القدم

17. هل تخضعون لعملية التأهيل بعد العودة من الإصابة على مستوى الكاحل ؟

نعم بآنا

18. من الذي يشرف على عملية التأهيل للاعبين المصابين ؟

المدرّب المحضّر البدني

19. كيف تقيم عملية تأهيل اللاعبين المصابين في ناديكم للعودة إلى المنافسة ؟

جيدة ضعيفة

20. هل يتم استعمال الوسائل التكنولوجية الحديثة أثناء عملية التأهيل ؟

نعم

21. هل يتم مراعاة مراحل عملية التأهيل للاعبين المصابين على مستوى الكاحل ؟

نعم

22. هل يتم إرسالكم إلى المراكز المختصة لإعادة التأهيل ؟

نعم

23. هل يتم التكفل بالعامل النفسي أثناء عملية تأهيل اللاعب المصاب على مستوى الكاحل ؟

نعم

24. هل سبق أن عدت لمستواك المعهود بعد عملية تأهيل لإصابة على مستوى الكاحل ؟

نعم