

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس

معهد التربية البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي

بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص رياضة وصحة

عنوان

إصابات مفصل الكتف ومدى تأثيرها على الأداء المهاري للاعبين رفع الأثقال

سنة (20-17)

إشراف:

د:ميم مختار

من إعداد الطالب:

- زواوي علي

- شارب اسعد المنشاوي

السنة الجامعية: 2015/2014

إهداء

أحمد الله على توفيقه لنا في إنجاز هذا العمل المتواضع فله الحمد و المنة من قبل ومن بعد
أهدي عملي هذا :

إلى منبر الجنان الذي لم ينقطع ولو لحظة إلى صدر إمامي ونجاحي، إلى أمي الغالية أطال الله عمرها
ولا أنسى أبي العزيز الذي لم يبخل عليا يوما والذي كان دائما لي سواء ماديا أو معنويا في مشواري
الدراسي أطال الله عمره

إلى أخي وأخواتي، حبيب و فتحة، فاطمة وخاتمة الكتكوتة نصيرين " هفاها الله "

والكتكوتة محمد " حفظه الله "

وإلى روح جدي وجدتي وعمتي رحمهما الله.

علي

تُشكرات

أولاً و قبل كل شيء نحمد لله و نشكر فضله على توفيقه و عونهِ لنا في إنجاز هذا

العمل. ثم نتقدم بالشكر الجزيل الى الأستاذ الفاضل المشرف علينا و الذي زودنا

بالنصح و الإرشاد ، الأستاذ: *ميم مختار*

كما نوجه شكرنا الى جميع أساتذة التربية البدنية و الرياضية بمعهد التربية البدنية و

الرياضية .

كما نشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع.

وما توفيقي إلا بالله

محتويات البحث

| الصفحة | العنوان |
|--------|---------------|
| | شكر و تقدير |
| | الإهداء |
| | قائمة الجداول |
| | قائمة الأشكال |

الفصل التمهيدي: التعريف بالبحث

| | |
|---|-------------------------|
| 1 | 1- المقدمة |
| 3 | 2- الإشكالية |
| 5 | 3- فرضيات الدراسة |
| 5 | 4- أهمية الدراسة |
| 6 | 5- أهداف الدراسة |
| 6 | 6- أسباب اختيار الموضوع |
| 6 | 7- المفاهيم والمصطلحات |
| 8 | 8- خلاصة |

الباب الأول : الجانب النظري

الفصل الأول: التدريب الرياضي في رفع الأثقال

| | |
|----|----------------------------|
| 11 | 1- تمهيد |
| 12 | 2- نبذة تاريخية |
| 13 | 3- نبذة أولمبية |
| 14 | 4- تعريف رفع الأثقال |
| 14 | 5- أهمية رياضة رفع الأثقال |

| | |
|----|---|
| 15 | 6- فوائد رياضة رفع الأثقال |
| 16 | 7- مقومات النجاح في رياضة رفع الأثقال |
| 19 | 8- قوانين مسابقات رفع الأثقال |
| 26 | 9-1 الرفعات الأولمبية في رفع الأثقال |
| 33 | 10-1 نظم تدريبات القوة |
| 38 | 11-1 التخطيط لبرامج تدريبات القوة |
| 43 | 12-1 القدرة (القوة المميزة بالسرعة) |
| 46 | 13- نظام مجموع التّدريبات |
| 47 | 14- بعض التّقاط حول إجراءات الأمان عند إجراء تدريبات الأثقال |
| 48 | 15- أهمية القدرة العضلية |
| 49 | 16- القوة الانفجارية |
| 50 | 17- بعض الوسائل التدريبية المستخدمة لتنمية القدرة العضلية (القوة المميزة بالسرعة) |
| 51 | 18- تمارين القوة المعقدة |
| 55 | 19- المنشّطات |
| 60 | 20- الفرق بين رياضة رفع الأثقال ورياضة كمال الأجسام |
| 61 | 21- نصائح المدربين في رياضة رفع الأثقال |
| 63 | 22- خلاصة |

الفصل الثاني : الإصابات الشائعة في رياضة رفع الأثقال

| | |
|-----|--|
| 65 | 1- تمهيد |
| 65 | 2- أنواع الإصابات الشائعة في رياضة رفع الأثقال |
| 67 | 1-2 إصابات مفصل الكتف |
| 86 | 2-2 إصابات المرفق |
| 93 | 3-2 إصابات الرسغ |
| 94 | 4-2 إصابات اليد |
| 98 | 5-2 إصابات الظهر |
| 101 | 6-2 إصابات الركبة |
| 105 | 7-2 إصابات الساق |
| 109 | 8-2 إصابات القدم |
| 113 | 9-2 إصابات الكاحل |
| 117 | 3- الخلاصة |

الفصل الثالث : الدراسات المشابهة

| | |
|-----|--------------------|
| 119 | 1- تمهيد |
| 120 | 2- الدراسة الأولى |
| 121 | 3- الدراسة الثانية |
| 122 | 4- الدراسة الثالثة |
| 123 | 5- الدراسة الرابعة |
| 124 | 6- الدراسة الخامسة |
| 125 | 7- الدراسة السادسة |

| | |
|-----|---|
| 126 | 8- الدراسة السابعة |
| 127 | 9- الدراسة الثامنة |
| 128 | 10- نقد و تحليل الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها |
| 129 | 11- خلاصة |

الفصل الرابع : الخصائص العمرية

| | |
|-----|---|
| 131 | تمهيد |
| 132 | 1- تعريف فئة الأواسط وتحديد لها . |
| 132 | 2- خصائص النمو عند فئة الأواسط. |
| 135 | 3- أزمات فئة الأواسط . |
| 138 | 4- خصائص لاعب فئة الأواسط . |
| 140 | 5- حاجات لاعب فئة الأواسط . |
| 141 | 6- علاقات المراهق بالرياضة |
| 142 | 7- أهمية ممارسة رفع الأثقال لدى المراهق |
| 143 | 8- خلاصة |

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول : إجراءات البحث الميداني

| | |
|-----|------------------------|
| 146 | 1- تمهيد |
| 146 | 2- الدراسة الاستطلاعية |
| 146 | 3- المنهج المستخدم |
| 147 | 4- مجتمع البحث |
| 147 | 5- عينة البحث |
| 147 | 6- مجالات البحث |
| 148 | 7- ضبط متغيرات الدراسة |
| 148 | 8- أدوات الدراسة |

| | |
|-----|--------------------------|
| 148 | 9- الشروط العلمية للأداة |
| 149 | 10- الأساليب الإحصائية |
| 150 | 11- صعوبات البحث |
| 150 | 12- خلاصة |

الفصل الثاني: تحليل ومناقشة النتائج

| | |
|-----|----------------------------------|
| 152 | 1- تمهيد |
| 153 | 2- عرض وتحليل نتائج الدراسة |
| 178 | 3- مناقشة النتائج في ظل الفرضيات |
| 179 | 4- الاقتراحات والتوصيات |
| 180 | 5- خلاصة عامة |
| | 6- قائمة المراجع |
| | 7- ملاحق |

قائمة الأشكال

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|------------------------------|-------|
| 70 | كدم مفصل الكتف | 1 |
| 76 | خلع مفصل الكتف | 2 |
| 72 | التواء مفصل الكتف | 3 |
| 79 | كسر مفصل الكتف | 4 |
| 86 | كدم مفصل المرفق | 5 |
| 88 | خلع مفصل المرفق | 6 |
| 89 | كسر عظم المرفق | 7 |
| 91 | تمزق في أوتار و عضلات المرفق | 8 |
| 93 | خلع رسغ اليد | 9 |
| 94 | جروح اليد | 10 |
| 96 | كسر اليد | 11 |
| 97 | خلع سلاميات الأصابع | 12 |
| 99 | تمزق أربطة عضلات الظهر | 13 |

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 100 | رضوض الظهر | 14 |
| 104 | تمزق غضاريف الركبة | 15 |
| 104 | تمزق الرباط الداخلي للركبة | 16 |
| 104 | تمزق الرباط الأمامي للركبة | 17 |
| 106 | كسر الساق | 18 |
| 108 | تمزق العضلة التوأمية | 19 |
| 110 | التواء الكاحل | 20 |

| | | |
|-----|--|----|
| 112 | كسور الكاحل | 21 |
| 114 | تمزق أربطة القدم | 22 |
| 115 | التهاب سلاميات القدم | 23 |
| 153 | الإمكانيات والوسائل الصحية لفرق رفع الأثقال | 24 |
| 154 | تعرض اللاعبين لإصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات | 25 |
| 155 | عدد الإصابات لمفصل الكتف | 26 |
| 156 | مدى تأثير إصابة مفصل الكتف على مردود وأداء لاعبي رفع الأثقال | 27 |
| 157 | مدى قيام المدربين بوضع خطة خاصة بالتحضير البدني | 28 |
| 158 | مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال. | 29 |
| 159 | أهمية الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى تفادي إصابة مفصل الكتف للاعبين رفع الأثقال وعدم التأثير على أدائهم | 30 |
| 160 | يوضح أهمية التحضير البدني في تنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية للاعبين حمل الأثقال. | 31 |
| 161 | اهتمام مدربي رفع الأثقال بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي | 32 |
| 162 | أهمية مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات | 33 |
| 163 | أهمية مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من إصابة مفصل الكتف. | 34 |
| 164 | دور مهارة الاسترخاء في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري | 35 |
| 165 | تعرض لاعبي حمل الأثقال لإصابات خلال مشوارهم الرياضي | 36 |
| 166 | نوع الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال | 37 |
| 167 | تعرض لاعبي حمل الأثقال إلى إصابات مفصل الكتف | 38 |
| 168 | مدى تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال | 39 |
| 169 | وجود الإمكانيات المادية والبشرية لفرق رفع الأثقال | 40 |

| | | |
|-----|---|----|
| 170 | مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال بعد المنافسات | 41 |
| 171 | أهمية التحضير البدني في استرجاع اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال | 42 |
| 172 | علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال | 43 |
| 173 | أهمية التحضير البدني الخاص في الوقاية من إصابة مفصل الكتف وتحسين أداء لاعبي رفع الأثقال | 44 |
| 174 | أهمية الاسترخاء في الحفاظ على مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال | 45 |
| 175 | أهمية مهارة الاسترخاء في الوقاية بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال | 46 |
| 176 | دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال | 47 |
| 177 | الاهتمام بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي الخاص بكل لاعب | 48 |

قائمة الجداول

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|-------|---|--------|
| 01 | تدريبات البلايوميتركس(القفز) | 32 |
| 02 | تنمية القدرة (القوة المميزة بالسرعة) | 50 |
| 03 | الإمكانيات المادية والصحية لدى الفرق | 153 |
| 04 | إمكانية حدوث إصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات | 154 |
| 05 | عدد إصابات مفصل الكتف | 155 |
| 06 | تأثير إصابة مفصل الكتف على مردود و أداء لاعبي حمل الأثقال | 156 |
| 07 | يبيّن مدى قيام المدربين بوضع خطة خاصة بالتحضير البدني أم لا | 157 |
| 08 | يبيّن مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال | 158 |
| 09 | يبيّن ما إذا كان عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف للاعبي رفع الأثقال والتأثير على أدائهم أم لا. | 159 |
| 10 | يبيّن ضرورة التحضير البدني لتنمية القدرات البدنية والعظلية والمهارية من عدمها | 160 |
| 11 | يبيّن مدى اهتمام مدربي رفع الأثقال بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي | 161 |
| 12 | يبيّن مدى ودور مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات. | 162 |
| 13 | يبيّن ما إذا كان عدم الاهتمام بمهارة الاسترخاء يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف للاعبي رفع الأثقال. | 163 |
| 14 | يبيّن دور مهارة الاسترخاء في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري | 164 |
| 15 | ما مدى تعرض لاعبي حمل الأثقال لإصابات خلال مشوارهم الرياضي | 165 |
| 16 | درجة خطورة الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال | 166 |
| 17 | يبيّن مدى تعرض لاعبي حمل الأثقال إلى إصابات مفصل الكتف | 167 |
| 18 | تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال | 168 |
| 19 | الإمكانيات المادية والبشرية التي تتيح للفرق التحضير الجيد | 169 |
| 20 | الإمكانيات المادية والبشرية التي تتيح للفرق التحضير الجيد | 170 |
| 21 | مدى تأثير التحضير البدني على اللياقة البدنية واسترجاع القدرات البدنية للاعبي رفع الأثقال. | 171 |

| | | |
|-----|---|----|
| 172 | يبين مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال. | 22 |
| 173 | يبين ما إذا كان عدم الاهتمام بالتحضير البدني الخاص يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف ويؤثر على أداء لاعبي رفع الأثقال أم لا | 23 |
| 174 | يبين أهمية مهارة الاسترخاء في الحفاظ على مستوى اللياقة البدنية للاعبي رفع الأثقال. | 24 |
| 175 | يبين مدى دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال | 25 |
| 176 | يبين مدى دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال | 26 |
| 177 | يبين مدى الاهتمام بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي الخاص بكل لاعب | 27 |

مقدمة:

لقيت الرياضة حظها الأوفر في العناية والرعاية من طرف شعوب العالم، واستطاعت بذلك أن تتبوأ مكانة مرموقة من بين الأنشطة الحيوية الأخرى. وهذا ما ساعد على ازدهارها، حيث عرفت تطورا كبيرا عبر مختلف أنحاء العالم.

ومن بين الأنشطة الرياضية التي عرفت انتشارا واسعا بين الشعوب رياضة حمل الأثقال، حيث تعتبر لعبة أولمبية عالمية، لاقت استحسانا وإقبالا من طرف الجنسين. ويتميز ممارسو رياضة حمل الأثقال بالبنية المورفولوجية والفيزيولوجية الجيدة، وأوزان تختلف من رياضي إلى آخر، وتتطلب هذه الرياضة إستراتيجية تعكس الهدف العام البعيد له، تتمثل في تحقيق الوصول إلى الفورمة الرياضية للاعبين في التوقيتات التي تناسب المواسم التنافسية في الرياضة التخصصية، والعمل على البقاء فيها لأطول فترة ممكنة (إ.ح، 2001، صفحة 22). وهذا ما جعل مرافقة الطب الرياضي لها أمر حتمي وضروري.

فطابع رياضة رفع الأثقال يجعل كل من يرى تقنياتها وحركاتها والحماس الذي يغلب على منافساتها يعجب بكل هذا ويرغب في ممارستها دون أن يكون ملما بتقنياتها وقوانينها .

لكن هذا الجهل بالقوانين والأسس يخلق ما يسمى بالممارسة الخاطئة للرياضة ، هذه الأخيرة تنجم عنها العديد من الإصابات الرياضية الخطيرة.

ومنه فإنّ الإصابات محتمل حدوثها في أي منطقة في جسم رياضي حمل الأثقال، ونجد أكثر الإصابات التي يتعرّضون لها بصفة كبيرة إصابة مفصل الكتف. ويعتبر هذا الأخير أعظم تركيبة تشريحية في جسم الإنسان وأعقدّها تركيبيا، ولهذا فمن الضروري الاهتمام بجانب التدريب الرياضي الحديث والتقوية العضلية

لهذا المفصل الذي يعتبر أكثر من مجرد التقاء الذراع بالجزع ، ولأنّ حركة الكتف يجب أن تكون طبيعية، فإنّ الإصابة الرياضية لأي منطقة من مناطق الكتف تسبّب عجزاً في الأداء الخارجي لكلّ المنطقة (ف.ق.ق، صفحة 25).

لذا بتطرقنا لدراسة هذا الموضوع نهدف إلى تسليط الضوء على الأهمية والمساهمة التي يلعبها مفصل الكتف في الرفع من الأداء المهاري للاعبين رفع الأثقال.

ولتحقيق ذلك قسمت الدراسة إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي ، ففي الجانب النظري تطرقنا فيه إلى أربعة فصول ، حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى التدريب الرياضي في رفع الأثقال وفي الفصل الثاني إلى الإصابات الرياضية في رفع الأثقال أما في الفصل الثالث فتطرقنا فيه إلى الدراسات السابقة وفي الفصل الرابع إلى الخصائص العمرية ، أما في الجانب التطبيقي فتطرقنا فيه إلى الطرق المنهجية للبحث وإلى عرض وتحليل النتائج، وهذا رغبة منا في إضافة ما يفيد غيرنا.

الإشكالية:

● إن الرياضة ذات المستويات العالمية ترتبط بشكل كبير بعاملين أساسيين هما عامل الشدة وعامل الدوام أو الاستمرار أو الوصول إلى القمة صعبا والبقاء عليها أصعب، ولقد شهدت الحركة الرياضية الوطنية تطورا كبيرا مما استدعى تطور بعض الاختصاصات العلمية الجديدة التي تدرس كل الجوانب المتعلقة بالرياضة أو الرياضي على وجه الخصوص بصفته المعنى الأول بتطويرها والمتضرر الأول بعواقبها، فظهرت دراسات تتعلق بالناحية الفيزيولوجية والمرفولوجية والتشريحية.

والموازاة مع هذه الجوانب شهد ميدان الطب الرياضي انتعاشا ملحوظا، وبالرغم من ذلك فإن الرياضيين أو اللاعبين الممارسين لأي نشاط بدني رياضي لا يزالون يعانون من عدة نقائص في هذا المجال خاصة في ظل تواجد عدة مواهب في جميع الرياضات ونخص بالذكر رياضة رفع الأثقال باعتبارها نشاط رياضي فيه كثير من القوة والجهد البدني والتي تنتج عنها الكثير من الإصابات الرياضية. (أبو العلا، 1984).

● أصبحت رياضة حمل الأثقال الأولمبية من أهم الرياضات العالمية، عرفت إقبالا شديدا من طرف الجنسين، فهي من حيث التاريخ قديمة العهد (عبيد، 1988، صفحة 5).

● ونظرا لأهمية مفصل الكتف في جميع الرياضات، خاصة رياضة حمل الأثقال، فإن إصابة هذا العضو الحساس قد يؤدي إلى إحباط مستوى الأداء المهاري للاعبين. فمن خلال الدراسة التي نقوم بها نسعى للوصول إلى نتائج تسمح لنا بمعرفة مدى تأثير إصابات مفصل الكتف على مستوى الأداء المهاري للاعب حمل الأثقال، وبالتالي محاولة تحسين مستوى الأداء من خلال إعطاء نصائح وحلول وقائية لتفادي الإصابات وتحسين مردود أداء اللاعبين من جهة أخرى.

● ونظرا للدراسات المشابهة تحت عنوان "إصابة مفصل الكتف لدى مصارع الجيدو"، و "تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي كرة اليد". والتي تحورت نتائجهما في أنّ أغلب المصارعين ورياضيي كرة اليد يتعرّضون لمختلف الإصابات وخاصة إصابة مفصل الكتف.

ومن خلال ما سبق ذكره نصل إلى طرح التساؤل التالي:

● هل لإصابة مفصل الكتف تأثير على مستوى الأداء المهاري لرياضي حمل الأثقال؟

الأسئلة الفرعية:

- ما هي الأسباب المؤدية إلى كثرة إصابات مفصل الكتف لدى لاعبي رفع الأثقال؟
- ما هي الطرق والوسائل التي بإمكانها أن تقي الرباع من إصابة مفصل الكتف والرفع من أدائه؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

لإصابات مفصل الكتف تأثير على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.

الفرضية الجزئية:

- للطب الرياضي والتدريب الرياضي الجيد دور في الوقاية من الإصابات و زيادة مردود لاعبي رفع الأثقال.
- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي رفع الأثقال.
- نقص التحضير البدني والإجهاد يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.

3-أهمية الدراسة:

إن دراسة هذا البحث تسمح لنا بمعرفة تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي رفع الأثقال، فهذه الدراسة تعطي نظرة عامة على إصابة مفصل الكتف وتأثيرها على أداء لاعبي رفع الأثقال، وبالتالي محاولة تحسين الأداء عن طريق إعطاء بعض الحلول الوقائية للاعبين لتفادي الإصابات، بالإضافة إلى الاهتمام بالتدريب الرياضي الحديث والتركيز على التقوية العضلية لهذا المفصل للتقليل من حدوث الإصابات، إضافة إلى هذا تزويد القراء بالمعلومات الكافية حول إصابة مفصل الكتف وتأثيرها على أداء لاعبي رفع الأثقال. إضافة إلى كل هذا فتح المجال لإجراء بحوث ودراسات في المستقبل وذلك للبحث والتوسع أكثر في هذا الموضوع لما له من أهمية كبيرة في المجال الرياضي.

4-أهداف الدراسة:

كثيرا ما يتعرض الرياضي عموما ولاعبو رفع الأثقال خاصة إلى إصابات رياضية خلال المنافسات أو التحضيرات الرياضية قد تؤدي باللاعب إلى العجز التام أو إبعاده كليا عن الميادين، وهذا ما يؤثر على أداء لاعبي رفع الأثقال.

فالهدف من بحثنا هو:

- ✓ التعريف ببعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال (إصابات مفصل الكتف).
- ✓ تحسين أداء لاعبي رفع الأثقال.
- ✓ تقديم بعض المعلومات القاعدية في إطار صحة اللاعب التي يحتاجها طيلة مشواره الرياضي.
- ✓ التركيز على التقوية العضلية لأربطة مفصل الكتف من خلال الاهتمام بالتدريب الرياضي المبني على أسس علمية.
- ✓ الاهتمام بالتحضير البدني والتسخين الجيد لتفادي حدوث الإصابات.

5-أسباب اختيار الموضوع:

- ✓ قابلية الموضوع للدراسة والمناقشة.
- ✓ تعرض لاعبي رفع الأثقال إلى إصابات رياضية عموماً وإصابة مفصل الكتف على وجه الخصوص.
- ✓ نقص الوعي والتوجيه سواء تعلق الأمر باللاعبين أو المدربين.
- ✓ اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم لصحة اللاعبين.
- ✓ عدم الاهتمام بالتدريب الرياضي العلمي الحديث المبني على قواعد وأسس علمية.
- ✓ الرغبة في تسليط الضوء على إصابة مفصل الكتف ومعرفة تأثيرها على أداء اللاعبين.

6-تحديد المفاهيم والمصطلحات:

- ❖ الإصابة: هي تغيير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة تصاحبها مراحل رد الفعل فسيولوجي كيميائي، نفسي نتيجة قوة غالبية داخلية أو خارجية (حسين، 1998، صفحة 65).
- تعريف إجرائي: هي أي تلف سواء كان هذا التلف مصاحب أو غير مصاحب بتهتك الأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي وعادة ما يكون هذا التأثير مفاجئاً وشديداً.
- ❖ المفصل: هو عبارة عن ارتكاز طرفي عظمتين أو أكثر أو غضروفين يبعضهما البعض وارتباطهما بواسطة أنسجة بينية أو غضروفية تحفظهما وتثبتهما (العالم، 1995، صفحة 91).
- يدل على تقارب أو ارتكاز عظمتين أو أكثر من عظام الهيكل العظمي، ويقع هذا الارتكاز في المفاصل الطويلة عند الأطراف وفي العظام المسطحة عند الحافات وفي العظام القصيرة عند أي سطح من سطوحها (حسين، 1998، صفحة 71).

❖ **مفصل الكتف:** يتكون مفصل الكتف من رأس عضد العظم الكبير والتجويف العنابي الصغير، ولهذا التفاوت بين حجم رأس العضد الكبير وحفرة التجويف المفصلي واتساع المحفظة المفصالية يعطي المفصل حركاته الواسعة التي يمتاز بها (حسين، 1998، صفحة 75).

تعريف إجرائي: يعتبر مفصل الكتف أحد أعظم التركيبات التشريحية في جسم الإنسان، وهو شديد متعدد الجوانب والاستعمالات والحركات بدرجة منطقية رائعة، ويعتبر من الأنواع المفصالية التي يطلق عليها الكرة والحق وهو مفصل بحكم تكوينه غير مستقر وذلك لعدم عمق التجويف الذي تسكن فيه رأس عظمة العضد في مكانها الطبيعي بلوح الكتف، ولذا يكثر وجود العضلات والأوتار والأربطة العضلية التي تغطيه (العالم، 1995).

❖ **الأداء:**

- **لغة:** أدى الشيء بمعنى أوصله، والأداء إيصال الشيء إلى المرسل إليه (المنجد في اللغة العربية والإعلام، صفحة 257).

" إن الأداء بصفة عامة يشمل جميع ميادين الحياة من سلوكيات ونشاطات يقوم بها الفرد بشكل مستمر ومتواصل في كل أفعاله وأقواله لتحقيق أهداف معينة من أجل بلوغ حاجاته المحددة سواء كان في المجال التعليمي أو الرياضي، هذا الأخير عرف تطوراً كبيراً نتيجة الأبحاث العديدة والدراسات المعمقة في محاولة لتحسينه خدمة للرياضة والرياضيين" (أبادي، صفحة 80).

- **اصطلاحاً:** هو قدرة الفرد على تنفيذ ما أوكل إليه من الأعمال والدرجة المتحصل عليها في تحمل المسؤولية. ويعرفه أحمد صقر عاشور بأنه: "قيام العامل بالأنشطة والمهام المختلفة" (عاشور، 1998، صفحة 10).

كما يعرفه عصام عبد الخالق على أنه: "إيصال الشيء إلى المرسل إليه، وهو عبارة عن انعكاس لقدرات ودوافع كل فرد لأفضل سلوك ممكن نتيجة لتأثيرات متبادلة للقوة الداخلية، وغالباً ما يؤدي بصورة فردية، وهو نشاط أو سلوك يوصل إلى نتيجة، كما هو المقياس الذي تقاس به نتائج التعلم، وهو الوسيلة للتعبير عن عملية التعليم سلوكياً (طالب، 1983، صفحة 214).

تعريف إجرائي: الأداء أو الإنجاز: يعني نتيجة رقمية يحصل عليها الرياضي خلال منافسة رياضية ما.

❖ رفع الأثقال:

- تعتبر رياضة رفع الأثقال رياضة القوة والفن وحصد الميداليات والمنافسات ممثلة في قمة التحدي للتغلب على كتل صماء من الأثقال وهذا يتطلب بذل أقصى قوة في أقل زمن ممكن في حركة وحيدة مغلقة. وأبرز مهاراتها: الخطف والنتز.

تعريف إجرائي: تعتبر رياضة رفع الأثقال من الرياضات الرائدة التي تم إدراجها ضمن برنامج مسابقات الألعاب الأولمبية الحديثة في دورة أثينا 1896 ويمكن للرباع أن يحصل على 3 ميداليات في المسابقة الواحدة ويحصل الفريق على 24 ميدالية (ذهبية وفضية وبرونزية). (نصيف، 1993، صفحة 37).

خلاصة:

لقد تم في هذا الفصل إعطاء الإطار العام للدراسة من طرح للتساؤلات وإيجاد للفرضيات الممكنة والغرض من دراسة موضوعنا هذا مع التعرض لمجمل المصطلحات الواردة في البحث والتي حاولنا قدر الإمكان أن نحدد الإطار الصحيح لها.

الجانب النظري

الفصل الأول:

التدريب الرياضي في رفع الأثقال

تمهيد:

إن مفهوم التربية الرياضية يحمل في طياته الكثير من العناصر التربوية التي تساهم في رقي الفرد وضبط سلوكه ومن هنا فان رياضة رفع الأثقال هي من أقدم الرياضات حيث كان الإنسان الأول يعيش على الصيد وكان يعتمد في حياته اليومية على استخدام عضلاته و قوته البدنية طوال الوقت لكي يستطيع العيش. إلا أنها في حاضرتنا نجد أن رياضة رفع الأثقال استطاعت أن تقفز إلى مكان الصدارة في عدد ليس بقليل من الدول، هذا بالإضافة إلى انتشارها كنشاط رياضي ترويجي في معظم دول العالم.

وستتطرق في هذا الفصل إلى نشاط رفع الأثقال فنعطي تعريفا له ثم نبذة تاريخية واولمبية عنه بالإضافة إلى أهميتها و فوائدها ومقومات النجاح... الخ

نبذة تاريخية:

ويرجع تاريخ رياضة رفع الأثقال في مصر إلى ما قبل تأسيس الاتحاد المصري لرفع الأثقال عام 1930، وقد نهضت هذه الرياضة في مصر بظهور الاتحاد والأندية الرياضية، والتي أنشأها مجموعة من الأجانب غير المتخصصين في هذا اللون من النشاط (شحاتة، 1997).

لقد أصبح واضحاً أنه لا بد من تزويد المدرب عن خصائص ذات معالم واضحة ومتقنة في كيفية وأداء مهارات رفع الأثقال لكي يسهل تعليمها، ويتمثل ذلك في الكشف عن العلاقة المتداخلة بين إجراء الجسم أثناء تأديته المهارة والتي لا يمكن الحصول عليها إلا بمتابعة حركة اللاعب خلال مراحل أداء هذه المهارة، حيث أكد **Standler** أنّ التوصل إلى خصائص الأداء في أبحاث علم الحركة والميكانيكا الحيوية تقتضي إمام الباحثين بكثافة المعلومات المرتبطة بعمل الجسم وأجزائه، حتى يتسنى لهم مناقشة نتائج تحليل الأداء في هذه الأبحاث. خاصة إذا كانت أهداف هذه الأبحاث توصل إلى معلومات الغرض منها تصحيح الأداء وتنمية المهارات بشكل دقيق.

ورغم ذلك ظهرت فئة من الرباعين المصريين الذين شاركوا في البطولات الدولية حتى أصبحوا روادا في هذه الرياضة.

وفي عام 1928 تم إعداد ثلاثة وفود لتمثيل مصر دوليا في الدورات الأولمبية أعوام 1920، 1924 و1928. وحققوا نتائج طيبة خلال هذه اللقاءات الدولية. حيث احتفظت مصر بصفحة خالدة بهذه اللعبة بين دول إفريقيا والعالم.

نبذة أولمبية: (عبد المقصود، 1997)

دخلت ألعاب رفع الأثقال الجدول الأولي منذ الدورة الأولى عام 1896 في أثينا. ثم غابت في الدورة الثانية في باريس، وعادت في دورة سان لويس الأمريكية عام 1904. وعادت لتسحب مجدداً من البرنامج، قبل أن تسجل حضوراً دائماً ابتداءً من أولمبياد انفير البلجيكية حتى اليوم.

شهدت المسابقة على مدار العقود السابقة العديد من التغييرات في الأوزان والأنظمة، لكن تصنيف الأوزان حافظ على ثباته منذ دورة سيدني الأسترالية عام 2000.

يتضمن البرنامج الأولي اليوم رفعتين الخطف والنتر، وبنافس الرجال في ثمانية أوزان، بينما تنافس السيدات في سبعة.

و يعتبر الرباعان التركيان نعيم سليمان أوغلو و خليل موتلو إلى جانب اليونانيين بيروس ديماس و كاخي كاخياسفيليس الأشهر أولمبيا. إذ لكل منهم ثلاثة ألقاب. في حين يحمل الجريون إيمري فولدي، روني ولرو انغوشتينهول سجلاً يتضمّن خمس مشاركات أولمبية.

وبالرغم من إفراط عقده منذ تسعة عشر سنة، مازال الاتحاد السوفييتي يتصدّر الترتيب العام للميداليات الذهبية الأولمبية برصيد 39 ذهبية، وهو دون شك سيبقى سنين طويلة إذ أن المرتبة الثانية التي تشارك فيها الولايات المتحدة مع الصين تحمل ستة عشرة ذهبية فقط.

تعريف رفع الأثقال:

تعتبر رياضة رفع الأثقال من الألعاب الرياضية القديمة فهي تعتبر رياضة القوة والفن وحصد الميداليات والمنافسات فهي تتطلب بذل أقصى قوة في أقل زمن ممكن في حركة وحيدة مغلقة (أبو العلا، 1984).

أهمية رياضة رفع الأثقال (نصيف، 1993، صفحة 37):

- 1- الإحساس بالتوقيت عن طريق تنمية خاصية الحس العضلي واستخدامه بدقة في أداء الرفعات.
- 2- تحقيق التكامل بين عمل الجهازين العضلي والعصبي من خلال التدريب والمنافسة.
- 3- تعتبر وسيلة علاجية ووقائية وتساهم في تحقيق القوام المثالي.
- 4- تمنح الرباع مكانة اجتماعية مرموقة.

فوائد رياضة رفع الأثقال:

لا تقتصر فوائد رياضة رفع الأثقال على العضلات القوية والضحمة فقط بل تمتد إلى الحالة النفسية، ولنخص فيما يلي الفوائد على شخصية اللاعب:

- 1) تنمية الحجم العضلي.
- 2) زيادة القوة العضلية.
- 3) زيادة قوة التحمل.
- 4) زيادة في مرونة العضلات والمفاصل.
- 5) تمنح الجسم التناسق.
- 6) تقوية القلب والأوعية الدموية وإمكانية ضخ كمية أكبر من الدم في كل انقباضه.

- 7) تخفيض خطر الإصابة بالشريان التاجي.
- 8) تحمل الوظائف الأخرى مثل (الرئتين).
- 9) تغيير وتحسين هيئة الجسم.
- 10) تؤخر من احتلال الدهون مكان العضلات.
- 11) تؤدي إلى رفع سرعة التمثيل الغذائي.
- 12) يساعد على التحكم في الوزن.
- 13) علاج للبدانة (غير مرضية).
- 14) علاج للنحافة (غير مرضية).
- 15) يؤخر ويعالج من الشيخوخة المبكرة.
- 16) شباب أكثر حيوية.
- 17) يحسن الحالة الذهنية وكذلك مستوى الطاقة.
- 18) مخرج للتوتر والتعب الذهني.
- 19) زيادة النشاط واليقظة وتحسين المزاج.
- 20) سبب مباشر في تقدم العديد من الرياضات الأخرى بدونها لم يكن التقدم وتطور كل الرياضات الأخرى وتحطيم الأرقام القياسية.

بينما لا تقتصر فوائد رياضة بناء الأجسام على العضلات القوية والضحمة فقط بل تمتد إلى الحالة

النفسية ونلخص فيما يلي الفوائد على شخصية اللاعب .

1/ الثقة بالنفس :

- حيث نجد اللاعب يتمتع بصحة وقوة فذلك ينعكس على شخصيته حيث تزداد ثقته بنفسه ويرتفع مستواه الرياضي .

2/ الجاذبية الشخصية :

لا بد انك لاحظت ما يحظى به اللاعب من أعجاب واحترام أينما ذهب فلم لا تكون أنت كذلك .

3/ حبّ النظام :

حيث إن الالتزام ببرنامج تدريبي محدد وعدد من التكرارات والمجموعات يجعلك تميل إلى النظام في جميع حياتك .

4/ حب النجاح.**مقومات النجاح في رياضة رفع الأثقال:****1. التمرين الصحيح:**

التمرين الصحيح إحدى مقومات النجاح في هذه الرياضة من خلاله يستطيع اللاعب الوصول إلى أهدافه ولكن عن طريق الانتظام والالتزام بالتمرين وبالخطط العلمية الأنسب للجسم والتي تساعد على زيادة الكتلة العضلية في الجسم.

ومن المهم على اللاعب أن يعرف أداء التمارين بالشكل الصحيح من حيث أداء المد والانقباض وسرعة التكرار والتركيز على العضلة التي يتم تدريبها بالإضافة إلى وضع الجلوس الصحيح على جهاز التدريب و الراحة بين الجلسات التدريبية .. مع ملاحظة أن التطور العضلي لا يكون بكثرة التمارين بل بالتمرين الصحيح الموضوع على أسس علمية.(عبد المقصود، 1997).

2. الراحة:

يتجه اهتمام أغلب المبتدئين على التمرين دون الاهتمام بفترات الراحة على الرغم من أهمية الراحة للعضلات لأنها عامل أساسي لاستعادة النشاط وتجديد الخلايا في الجسم. ويعتقد بعض المبتدئين أن زيادة عدد أيام التمرين من 4 إلى 7 أيام فإن النتائج ستكون أفضل، ولكن هذا الأمر يعيق نمو العضلة وقد يعرضها للإصابة.

3. التغذية الجيدة:

المكملات الغذائية عبارة عن مواد تستخدم لدعم التغذية وتزويد الجسم ببعض العناصر الغذائية الهامة والمفيدة. وبسبب اختلاف الرياضات وتنوع أسباب الاستخدام أنتجت الشركات المختصة في مجال التغذية العديد من المكملات الغذائية فعلى سبيل المثال هنالك أشخاص يعانون من مرض في الدم يمنعهم من أكل البيض أو البرتقال أو السمك .. في هذه الحالة يلجأ الشخص إلى استخدامها كدواء يعوض الجسم عن نقص هذه العناصر الغذائية.

وفي رياضة بناء الأجسام يضيف اللاعبون هذه المكملات إلى برنامجهم الغذائي بغرض تزويد الجسم ومدته ببعض العناصر المهمة المساعدة في بناء وتكوين العضلات.

وأشهر هذه المكملات وأكثرها استخداما ما يلي:

(1) الفيتامينات والأملاح المعدنية Vitamins and Mineral.

(2) البروتين Protein.

(3) الأحماض الأمينية Amino Acids .

(4) الجلوتامين Glutamin واحد من الأحماض الأمينية الهامة.

(5) الكرياتين Creatine.

(6) نيتريك أكسجين Nitric Oxide والاسم المختصر له (N.O) .

أولاً: الفيتامينات والأملاح المعدنية:

تكمن فائدة هذا المكمل في زيادة مناعة الجسم وزيادة الطاقة بالإضافة إلى أهميته كمساعد في عملية

الاستشفاء للعضلات (Recovery and Repair) .

ثانياً: البروتين :

عندما تذكر رياضة بناء الأجسام والمكملات الغذائية يطرأ على بال الكثير كلمة (البروتين) حيث

يعتبر أكثر المكملات الغذائية استخداماً وتتركز فائدة هذا المكمل في اعتباره المكون الأساسي للخلايا

العضلية في الجسم وتحديد الخلايا

العضلية التالفة. لذا يعتبر استخدامه بعد التمرين من أفضل الأشياء المساعدة في بناء الجسم تعويض ما

يتلف من خلايا.

ثالثاً: الأحماض الأمينية:

عناصر كثيرة تندرج تحت اسم Amino Acids وهي المكون الأساسي للبروتين الذي يقوم ببناء

العضلة.

رابعاً: الجلوتامين :

حمض أميني يستخدم للاستشفاء Recovery.

خامساً: الكرياتين:

الكرياتين مادة تفرز في الجسم بشكل طبيعي في المعدة لها عدة فوائد منها:

-بناء عضلات نقية وصلبة.

-زيادة في قوة الجسم.

-الاستشفاء.

-تحتوي على عنصر الكربوهيدرات بنسب عالية.

سادسا: N.O :

مكمل غذائي يستخدم قبل التمرين لضخ الدم في العضلات لزيادة القوة .. كما أنه من أفضل المكملات المساعدة على تضخيم الجسم بشكل ملحوظ وسريع.

كيفية الاستخدام:

تختلف كيفية الاستخدام وكمية الاستخدام من شخص لآخر. والسبب كما قلنا سابقا البعض يستخدمها كأدوية والبعض الآخر كمساعد وداعم للتغذية. كذلك تختلف طريقة الاستخدام من مكمل لآخر فبعض المكملات لا تستخدم إلا مرة واحدة فقط في اليوم وبعضها يمكن استخدامه إلى 3 مرات. كذلك الكمية تختلف من شخص لآخر وتعتمد على مدى أداء اللاعب وهدفه من زيادة في الكتلة أو مجرد شد الجسم وتقسيمه.

● ملاحظات:

- المكملات الغذائية مصرح باستخدامها في جميع الاتحادات الدولية وبدون استثناء.
- الاستخدام الخاطئ لها قد يسبب أضرار كالتسمم. فالأفضل أخذها عن طريق مدرب خبير أو شخص خبير في التغذية وليس عن طريق الأصدقاء في الصالات الرياضية.
- يوجد مكملات غذائية خاصة تستخدم في أوقات معينة مثل :

مكملات ما قبل التمرين Pre-Workout Supplements

مكملات ما بعد التمرين Post-Workout Supplement

- بعض أنواع المكملات كالكرياتين و ال N.O يجب التوقف عنها كل ستة أسابيع أسبوعين على الأقل لأن الإكثار منها قد يسبب بعض الأضرار في الجسم.

قوانين مسابقات رفع الأثقال(نصيف، 1993، صفحة 37):

1. القوانين العامة والتعديلات:

- أ. أثناء تنظيم أي مسابقة مقامة على منصة أو مسرح ، فإنه لا يسمح بالدخول سوى للاعب ومسئولي التحكيم والفريق الطبي المعين وموظفي المنصة المعينين والمدير الفني (و/أو) المدرب المسئول عن اللاعب.

ب. قبل بدء المسابقات يجب على الحكام ومديري المنصة فحص وزن القضيب (البار الحديدي bar) وكذلك أوزان الأقراص (Disc)، حتى يكون إجمالي الأثقال مطابقا لما هو معلن.

ج. يتم إيجاد منطقة على المنصة يسار وخلف كبير الحكام يسمح للمدرب بالتواجد فيها أثناء تنفيذ لاعبه للرفعة. يسمح للمدرب بتوجيه إرشادات يدوية للاعب.

د- يسمح لكل متسابق بفترة لا تزيد عن دقيقة واحدة من لحظة إعلان اسمه حتى بدء المحاولة. إذا زاد التأخير عن دقيقة واحدة، فإن المحاولة يتم إلغاؤها. تتوقف الساعة حال قيام اللاعب بتنفيذ الرفعة علي النحو السليم. اللاعبون ذوي الإعاقة البدنية (المدون نوعها بالبطاقة الرسمية وقت إجراء الميزان) يتم منحهم وقتا إضافيا يصل إلى ثلاث دقائق إذا تطلب الأمر.

هـ - يتم إعلان "إلغاء الرفعة" ويستبعد اللاعب حسب رأي أغلبية الحكام وكبير الحكام، إذا أسقط الوزن عن عمد.

و- احتساب نتائج الفعاليات يتم تسجيل أقصى ثقل تم رفعه في كل فعالية، وإجمالي أقصى الأثقال لكل مجموعة متنوعة.

ز- يقدم أسلوب Wilkes (WF) كجدول معاملات لكل لاعب درجة محددة وفق وزنه. حتى يمكن تحديد ترتيب اللاعبين يتم ضرب معامل كل لاعب في إجمالي نتائجه، ويكون الرقم الناتج يكون هو إجمالي أسلوب Wilkes الخاص به. اللاعب الذي يحصل على أعلى رقم يعتبر الأول والذي يليه يحصل على مركز الثاني وهكذا.

2. القوانين الخاصة بكل رفعة وتعديلاتها (نصيف، 1993، صفحة 37)

أ) رفعة القرفصاء (Squat)

1) يتخذ اللاعب وضعا منتصبا أعلى القضيب (البار الحديدي-bar) بحيث لا تزيد المسافة عن 3 سنتيمتر أسفل عضلة الكتف الأمامية، أما القضيب (البار الحديدي-bar) فيكون في وضع أفقي مع الكتف، أما اليدين والأصابع فتحكمان القبض على القضيب (البار الحديدي-bar) (وليس مصدات أقراص الأثقال)، وتكون القدمان منبسطتان على المنصة والركبتان منثيتان.

2) بعد رفع القضيب (bar) من على أرض المنصة فإن اللاعب يجب أن يتحرك إلى الخلف لإصلاح وضعه ، حيث يبقى على هذا الوضع و ينتظر حتى تصدر الإشارة من كبير الحكام. يتم إعطاء الإشارة بمجرد ثبات اللاعب ، شرط أن يكون القضيب (البار الحديدي-bar) في وضعه الصحيح. إذا تم استخدام منصة ميكانيكية متحركة فيجب على اللاعب أن يرفع القضيب (البار الحديدي-bar) قبل حركة المنصة ، وأن يبقى اللاعب ثابتا حتى يري إشارة رئيس الحكام . تكون الإشارة في صورة تحريك الذراع لأسفل و النطق بكلمة: "ثني" "squat".

3) بمجرد تلقي إشارة كبير الحكام يجب على اللاعب أن يقوم بثني الركبتين حاملا القضيب بحيث تكون عضلة المؤخرة في مستوى أدني من مستوى الركبتين.

4) يجب على اللاعب أن يستعيد وضعه لأعلى بدون عمل خطوة مزدوجة ، أو أي حركة لأسفل بعد الشروع في إستعادة وضع الاستقامة لأعلى، حيث تكون الركبتان مشنيتين. عندما يثبت اللاعب واقفا ، يقوم كبير الحكام بإعطاء الإشارة لإعادة القضيب(البار الحديدي-bar) إلى الحامل .

5) إشارة إرجاع القضيب(البار الحديدي-bar)تكون في صورة تحريك اليد للخلف مع سماع الأمر (rack) (وجوب الإعادة إلى الحامل). عندئذ يقوم اللاعب بعمل محاولة صحيحة لإعادة القضيب(البار الحديدي-bar)إلى الحامل.

6) يقوم اللاعب بمواجهة سطح المنصة.

7) لا يسمح للاعب بالإمساك بمصدات أقراص الأثقال أو الأطراف أو الأقراص (Disc) في أي وقت أثناء قيامه بالرفعة . علي أية حال ، فإن أطراف يد اللاعب الممسكة بالقضيب(البار الحديدي-bar) يمكن أن تلمس السطح الداخلي لمصدات الأقراص (Disc).

8) لا يسمح بتواجد أكثر من خمسة مساعدين ولا أقل من اثنين عند المنصة في أي وقت.

9) يمكن للاعب أن يطلب مساعدة المساعدين في نقل القضيب(البار الحديدي-bar) من فوق الحامل ، وإعادته إليه في نهاية الرفعة . من ناحية أخرى ، فإنه حالة نقل القضيب(البار الحديدي-bar) من فوق الحامل ، لا يسمح للمساعدين بمعاونة اللاعب سواء في إتخاذ الوضع الصحيح أو وضعية القدمين على المنصة أو إعادة القضيب(البار الحديدي-bar) أو خلافه.

10) يسمح للاعب بناءا علي موافقة كبير الحكام بالحصول علي محاولة إضافية في نفس الوزن المسجل فيه ، وذلك إذا أخفق في المحاولة بسبب خطأ من قبل المساعدين ، أو بسبب فشل في الأجهزة المستخدمة.

11) اللاعب المغولي (Down Syndrome) والذي يعاني من اضطرابات العمود الفقري (Atlanto-axial Instability) لايسمح له بالمشاركة في رفعه القرفصاء. للحصول على معلومات

إضافية وإجراءات التعاضى عن تطبيق هذا الحظر، يمكن الرجوع إلى البند الأول القسم (ل-7-و) 0

12) أسباب الاستبعاد من رفعه القرفصاء

أ) عدم ملاحظة إشارات كبير الحكام عند بدء أو نهاية الرفع.

ب) عمل خطوة مزدوجة أو القيام بأكثر من محاولة أسفل الرفع.

ج) عدم إتخاذ وضع الإنتصاب لأعلى ، أو أن تكون الركبتان منثنيتين عند بدء ونهاية الرفع.

د) أي حركة جانبية للقدمين للخلف أو للأمام أثناء القيام بالرفع.

هـ) عدم القدرة على ثني الركبتين أو ثني الركبتين بحيث يكون مستوي المؤخرة أدنى من مستوي الركبتين.

و) تغيير وضع القضيب (البار الحديدي-bar) على الكتفين بعد بدء الرفع.

ز) لمس القضيب (البار الحديدي-bar) أو اللاعب من قبل المساعدين بين إشارات كبير الحكام.

ح) لمس الساقين بالكوعين أو الأذرع.

ط) عدم إعادة القضيب (البار الحديدي-bar) بالطريقة الصحيحة إلي الحامل.

ي) أي إسقاط للقضيب (البار الحديدي-bar) بعد إتمام الرفع.

ك) عدم الإلتزام بأي من المتطلبات المذكورة في الوصف العام للرفع.

ب- الرفع الصدرية (Bench press)

1) يجب أن يتخذ اللاعب الوضع التالي أثناء تنفيذ الرفع الصدرية بالكامل، وأن يحافظ على هذا الوضع أثناء قيامه بالرفع : حيث يكون الرأس والجزع (بما فيه المقعدة) ملاسسان لسطح نضد الصدر. حتي يمكن تحقيق ثبات القدمين فإنه يمكن استعمال أقراص (Disc) أو مكعبات مسطحة (بشرط ألا يتجاوز ارتفاعها 30 سنتيمتر). اللاعبون المعاقون بدنيا يسمح لهم باستعمال نضد الصدر العادي أو الخاص

بالمعاقين . يجب أن تحكم قبضة اليد على القضيب (البار الحديدي-bar) بحيث يكون الابهام ملتفا حوله . كما أنه لا يسمح باستخدام قبضة اليد بوضع معكوس .

(2) بالنسبة للاعبين المعاقين بدنيا يمكن ربطهم بالنضد من الفخذين حتى الجذع بحزام لا يتجاوز عرضه (10) سنتيمتر .

(3) بعد نقل القضيب(البار الحديدي-bar) من على الحامل أو استلامه من المساعد فإن اللاعب ينتظر إشارة كبير الحكام ثانيا كوعيه . يتم إصدار الإشارة حال التأكد من ثبات اللاعب وأن القضيب(البار الحديدي-bar) في وضعه الصحيح على إمتداد الذراع بالكامل .

(أ) لا يسمح بتواجد أكثر من (4) مساعدين أو أقل من إثنين داخل منطقة المسابقة .

(ب) يجب ألا تتجاوز المسافة بين اليدين 81 سنتيمتر وتقاس ما بين أصابع السبابة .

(ت) اللاعبون المعاقون بدنيا علي نحو لا يسمح لهم بثني الكوعين بالكامل أثناء الرفعة الصدرية، يجب أن يقرر ذلك أحد المدربين المعتمدين أثناء عملية تسجيل الوزن ، كما يجب تقديم شهادة طبية بذلك مع الطلب . لا يحدث أي تعديل في أسلوب الرفع بالنسبة للاعب بعد إتمام تسجيل الوزن .

(ث) إشارة كبير الحكام تكون في صورة تحريك الذراع لأسفل مع إعطائه الأمر "أبدأ" .

(ج) بعد تلقي إشارة البدء فيجب على اللاعب خفض القضيب(البار الحديدي-bar) إلى مستوي الصدر وإمساكه بثبات، ثم يقوم كبير الحكام بإعطائه إشارة مسموعة "إدفع Press" ، حيث يقوم برفع القضيب(البار الحديدي-bar) لأعلى على أقصى إمتداد للذراعين . عند ثبات القضيب(البار الحديدي-bar) على هذا الوضع، تصدر إشارة مرئية بتحريك الذراع للعودة إلى الوضع السابق . اللاعبون المعاقون سمعيا يمكن إعطائهم إشارات متخصصة خاصة بهم .

(ح) أثناء القيام بتنفيذ هذه الرفعة علي الحكام أن يتخذوا أفضل الأماكن بالنسبة للاعبين .

(4) أسباب الاستبعاد في الرفعة الصدرية (Bench press)

(أ) عدم ملاحظة إشارات كبير الحكام عند بدء أو إنهاء الرفعة .

ب) أي تغيير في الوضعية التي يتم إختيارها بعد صدور إشارة البدء: حركة رفع الرأس والأكتاف أو المؤخرة أو القدمين من موضع إلتقائها مع نضد الصدر أو الأرض ، أو تغيير وضعية اليدين على القضيب (bar-البار الحديدي) ، كما أنه لا يسمح للاعب بأن تلمس قدماه نضد الصدر أو حوامله.

ت) أي إزدواج في حركة رفع القضيب (bar-البار الحديدي) من على الصدر بعد ثباته عليه.

ث) أي تمديد غير مستو للذراعين أثناء الرفع.

ج) أي حركة لأسفل بالقضيب (البار الحديدي-bar) أثناء الرفع.

ح) الإخفاق في رفع القضيب (البار الحديدي-bar) بكامل امتداد الذراعين عند إكتمالها.

خ) لمس القضيب (البار الحديدي-bar) من قبل المساعد في أثناء الفترة التي تفصل بين إشارات كبير الحكام.

د) التلامس المتعمد بين القضيب (البار الحديدي-bar) وسناده الرأسي أثناء الرفع بغرض تسهيل الرفع

ذ) عدم الالتزام بأي من المتطلبات المذكورة بالوصف العام للرفع.

ج) الرفع الميتة (Deadlift)

1) يجب أن يكون القضيب (البار الحديدي-bar) في وضع أفقي أمام أقدام اللاعب وأن تكون قبضة يده ممسكة بالقضيب (bar) علي أي وضع يختاره ، بحيث لا يهبط القضيب (البار الحديدي-bar) لأسفل بعد وقوف اللاعب في وضع استقامة لأعلى (القبضة الاختيارية: عندما يتم الإمساك بالقضيب (البار الحديدي-bar) سواء كان ظاهر كلتا اليدين مواجهها للأمام ، أو يكون وجه يد واحدة وكف اليد الأخرى مواجهها للأمام فيما يعرف بالقبضة العلوية والسفلية).

2) يواجهه اللاعب مقدمة المنصة.

3) عند إكمال الرفع فإن الركبتين تكونان في وضع مستقيم، أما الكتفان فيكونا في وضع استقامة (وليس جهة الأمام أو في حال استدارة) ، كما يجب ألا يندفع الكتفان للخلف بعد وضع الاستقامة . من ناحية أخرى ، إذا إندفع الكتفان للخلف علي ذلك النحو، في ظل صحة جميع الوضعيات الأخرى فإن الرفع يتم قبولها.

4) إشارة كبير الحكام تكون في صورة تحريك يده لأسفل مع سماع التوجيه "أسفل" Down . لا يتم إعطاء الإشارة حتى يستقر القضيب (البار الحديدي-bar) ويستكمل اللاعب الحركة حسب قرار كبير الحكام.

5) أي محاولة لرفع القضيب(البار الحديدي-bar) أو القيام بحركات رفع متعمدة تحتسب محاولة.

6) أسباب الاستبعاد في الرفعة الميتة

أ) أي نزول بالقضيب(البار الحديدي-bar) إلى أسفل أثناء تنفيذ الرفعة سواء كان ذلك بأحد أو كلا طرفيه.

ب) عدم القدرة على الثبات بعد الوقوف مع ثبات الأكتاف.

ج) عدم إبقاء الركبتين في وضع استقامة عند استكمال الرفعة .

د) الاستناد بالقضيب(البار الحديدي-bar) على الفخذين أثناء تنفيذ الرفعة . ملحوظة: الاستناد بالقضيب(البار الحديدي-bar) على الفخذين يمكن أن يتضمن عمل إنشاء ثانوي للركبتين مع اسقاط المؤخرة.

ذ) إنزال القضيب (البار الحديدي-bar) قبل تلقي إشارة كبير الحكام.

هـ) السماح بإعادة القضيب (البار الحديدي-bar) إلى المنصة دون التحكم فيه بكلتا اليدين.

و) عدم الالتزام بأي من المتطلبات المذكورة في الوصف العام للرفعة.

د. المجموعة المتنوعة (Combination)

1) يطلب من اللاعب أن يتنافس في رفعتين الرفعة الصدرية والرفعة الميتة ، أو رفعة القرفصاء مع الرفعة الصدرية، والرفعة الميتة حتى يتأهل إلى الدور النهائي لهذه المجموعة المتنوعة.

2) يتم احتساب النتيجة النهائية للاعب من خلال جمع أقصى وزن يتمكن اللاعب من رفعة في كلتا الرفعتين: الرفعة الصدرية والرفعة الميتة ، أو القرفصاء مع الرفعة الصدرية ورفعة النظر.

الرفعات الأولمبية في رفع الأثقال: (عبد الدائم وآخرون، 1993)

تقسم الرفعات الاولمبية إلى رفعتين أساسيتين :

أولا : الرفع إلى الصدر والنتر **Clean and jerk**

ويقصد بها عملية رفع الثقل باليدين بوحدة حركيه واحده من طبله الرفع وتؤدي الرفعة بمركبتين أولهما الرفع إلى الصدر (حركة الكلين) عن طريق فتح الرجلين (سبلت) أو عن طريق ثني الرجلين بطريقه القرفصاء (سكوات) وثانيهما النتر من الصدر إلى الأعلى بحركة واحده بفتح الرجلين (حركة جرك) أو القرفصاء ، ويستغرق وقت أداء الرفعة كاملا نم لحظه مغادرة الثقل لطلبه من (6 . 10) ثواني ويصل في بعض الأحيان تقريبا إلى 15 ثانية . ووقت الأداء يتبع عوامل عديدة منها خبرة اللاعب واستعداده البدني والنفسي والفيسيولوجي إلى جانب عوامل أخرى.

مراحل الأداء الفني لرفعة النتر:

تحمل الأثقال في هذه الرفعة على ثلاثة مراحل، تبدأ بسحب الثقل من الأرض إلى أمام الأكتاف، وبعدها يوضع الثقل على الكتفين، ويأخذ الرتاع نفسا عميقا قبل النهوض به. والمرحلة الأخيرة هي رفع الثقل على اليدين وفوق الرأس، ثم النهوض به والتقدم به ثلاث خطوات إلى الأمام. وبعد الاستقرار يضع الثقل أرضا وتحسب النتيجة

الحركات الخاطئة في رفعة ال **Clean**:

- وضع البار على الصدر قبل دوران الكوعين.
- ملامسة الكوعين أو العضدين للركبتين أو الفخذين.

ثانيا : رفعة الخطف **The Snatch**:

وهي عملية رفع الثقل باليدين بوحدة حركيه واحده إلى وضع الامتداد الكامل للذراعين فوق الرأس وبدون توقف، وهي من الرفعات سريعة الحركة حيث يستغرق وقت أداء الرفعة كاملا من لحظه مغادرة الثقل لخشبة الرفع وبدون حساب زمن الاستعداد من (3 . 4.5) ثانية.

لا غرابة في أن تكون رياضه رفع الأثقال من الرياضات ذات المجهود العالي، اذ وصلت فيها الأرقام القياسية عالميا واولمبيا حدا يفوق التصور العقلي ... فبنظرة بسيطة إلى الرباعيين المتسابقين دوليا نجد إن

معدل أعمارهم للمشاركة في البطولات بتنازل وانخفاض، عكسه بالضبط ارتفاع قدراتهم، وهذه الحالة أصبحت سمه يمتاز بها المتسابقون في الوقت الحاضر ففي العام 1983 مثلاً رفع بطل العالم لوزن 60 كغم ما مقداره 180 كغم نترأً، وهذه يعني انه نتر ثلاثة أضعاف وزنه. كذلك حصل مع الرباع البلغاري بوزن 52 كغم إذ حقق ما مقداره 115.5 كغم خطفاً، و145 كغم نترأً، وهو ما يزال دون العشرين من عمره.

من هذا قد لا نفاجأ إذا ما جاء اهتمام القائمين على رياضه رفع الأثقال بالفئات العمرية الشابة ، وذلك بغية تحقيق الموازنة الدقيقة في حسابات الإنجاز الرياضي والتنبؤ بقدرات الرباعين البدنية والفيولوجية ... فضلاً عما تنتجه هذه المرحلة العمرية من فرص لأعداد الرياضي الخاص ، اذ فيها يتطور الجسم وأجزائه المختلفة ويتجه نحو مراحل الاكتمال في الناحية الوظيفية لأجهزة الجسم الداخلية ، فقد تحدثت الزيادة في وزن القلب ويتطور الجهاز العصبي المركزي بشكل عال ويتكامل نموه ويرافق هذا نمو الإمكانيات والقدرات البدنية من حيث البناء الجسماني والصفات البدنية الموروثة وبشكل خاص القوة والسرعة ... يضاف إلى هذا كله إن مرحلة الشباب تمتاز بتوازن ما بين النمو العضلي والعظمي . ففيها يقترب الجهاز العظمي والعضلي من حاله التطور الكبيرة وبخاصة عند بلوغ (17 . 19) سنة .. ومن هذا يتمكن الرباعون من تحمل المسؤولية الملقاة على عاتقهم في التدريب الشاق والمشاركة الصعبة والمعقدة.

وهنا لا بد من الإشارة إلى انه لا يمكن الاهتمام بالرياضي الرباع عبر مراحل الإعداد والتدريب والتأهيل للمسابقة دون أن يمر بمحطات تقويميه تستخدم فيها الاختبارات الدورية والمرحلية لبيان مقدار التقدم والتطور في الإنجاز والمستوى الرقمي أو تأشير حالات الإخفاق والانتكاس فالاختبارات في رفع الأثقال أثر مهم في بيان مدى التقدم الذي يحصل عليه الرباع نتيجة إتباعه لبرنامج تدريبي معين وكذلك بيان الجوانب الضعيفة في عملية التدريب، والتي تعيق الرباع عن استمراره في التقدم وتحويل دون تحقيق إنجازات جيدة.

مراحل الأداء الفني لرفعة الخطف:

1- وضع البدء ومرحلة انتزاع الثقل: (شحاتة، 1997)

يعني وضع البدء ما يتخذه الجسم من هيئة قبل الشروع بالفعل العضلي لتغيير حالة الثقل من السكون الى الحركة قبل التغلب على القصور الذاتي للثقل.

أما مرحلة الانتزاع فهي حالة الفعل العضلي الذي يقوم به الرباع للتغلب على القصور الذاتي للثقل وتغيير حالته من السكون إلى الحركة وتنتهي هذه المرحلة لحظة مغادرة الثقل الطلبة.

إن التغلب على القصور الذاتي للثقل يتطلب حشد قوى عضلية كبيرة تتجاوز قيمة المقاومة الخارجية (الثقل) وقد تم دراسة القوى التي يستخدمها الرباع للتغلب على القصور الذاتي وتحويل الثقل من حالة السكون التام الى الحركة.

وثبت إن الجسم لا يتحرك إلا إذا كان مقدار القوة كافياً للتغلب على قصوره الذاتي فضلاً عن المقاومات الخارجية الأخرى وان القوة التي تؤدي التحريك الثقل تبلغ بين (103-130%) من وزن الرباع + وزن الثقل. وتستغرق هذه المرحلة ابتداء من تسليط القوة حتى لحظة انتزاع الثقل من الطلبة (0.15 - 0.25 ثا).

2- السحبة الأولى:

تسمى بمرحلة التعجيل الأولى وتتخذ هذه المرحلة بين لحظة انتزاع الثقل من الطلبة ووصوله مستوى الركبتين خلاص هذه المرحلة تبقى الذراعان على امتدادهما ومهمتهما فقط القبض على البار الحديدي وحمله بفعل حركة الرجلين والجذع. وهنا يتحرك البار ليكون أقرب إلى مركز ثقل الرباع ويصل منطقة الركبتين، يستغرق زمن مرحلة السحبة الأولى في رفعة الخطف ما بين (0.34 0.63 - ثا).

تعمل العضلات الباسطة على مفاصل الكاحلين والركبتين والوركين عملاً متحركاً في حين يكون عمل عضلات الجذع والكتفين والذراعين عملاً ثابتاً.

تبدأ الحركة الفعلية لعمود الثقل (البار) من قبل الرباع بشد كل من العضلات ذات الرؤوس الأربعة الفخذية والعضلة المأكمية (الأليوية) في الورك والعضلة الناصبة للعمود الفقري.

3-رحلة حركة الركبتين:

وهي المرحلة التي تتوسط مرحلتي السحبة الأولى والثانية، وتبدأ من لحظة اجتياز الثقل مستوى الركبتين عندما تكون الركبتان في أقصى امتداد أولي لهما وتنتهي عند الثلث السفلي من الفخذين وأحياناً عند منتصفهما، يتراوح زمن هذه المرحلة في رفعة الخطف بين (0.08 – 0.18 ثا).

4-مرحلة السحبة الثانية :

وهي المرحلة التي تتوسط مرحلة حركة الركبتين ومرحلة السقوط تحت الثقل وتعد من أهم المراحل في الرفعات الاولمبية إذ يكتسب الثقل في هذه المرحلة أقصى سرعة له وتسمى بمرحلة التعجيل النهائي، وذلك من خلال أعظم وأعلى قوة تسلط على بار الحديد ويتم إنتاج هذه القوة من خلال الامتداد الانفجاري للرجلين والجذع ورفع حزام الكتفين للأعلى والخلف والارتكاز على كرسي القدمين والأصابع. إن دور الذراعين في رفع الثقل إلى الأعلى هو اقل بقليل مما نتصوره إذن لعضلات الرجلين والجذع والأكتاف الدور الرئيسي في ذلك والتي تولد قوة انفجارية تمنح البار الحديد السرعة باتجاه الأعلى بشكل كاف ولبعض الوقت الذي يسمح للرباع بالسقوط تحت الثقل. تستغرق مرحلة السحبة الثانية ما بين (0.12 – 0.26 ثا) في رفعة الخطف.

5-مرحلة السقوط :

وتسمى مرحلة إعادة ترتيب الجسم والسقوط النشط أو مرحلة التعجيل ألتقصيري(السلي) لسقوط الثقل والثبات.

وتبدأ من لحظة وصول الرباع إلى وضع الامتداد الكامل حتى استقراره في وضع القرفصاء والثقل مثبت فوق الرأس بكامل امتداد الذراعين تستغرق هذه المرحلة ما بين (0.15 – 0.38 ثا).

6-مرحلة النهوض:

إن مرحلة النهوض في رفعة الخطف تتطلب من الرباع قابلية كبيرة من التوافق بين عمل المجموعات العضلية التي تعمل على نهوض الرباع ، لان عدم التوافق يؤدي إلى تحرك مركز ثقل الرباع إلى الأمام أو الخلف مما يؤدي إلى فقدان التوازن وسقوط الثقل.

الحركات الخاطئة في رفعة الخطف(نصيف، 1993، صفحة 37):

- التوقّف أثناء رفع البار.
- ملامسة البار لرأس الرباع عند نهاية الرفعة.

ثالثاً: **Power Lifting** وتتكون من:

1- الرفعة الميتة **Dead Lift**.

2- القرفصاء **Squatch**.

3- ضغط الصدر **BenchPress**.

فنّ أداء الرفعات التقليدية (الخطف والنتر):

في رفع الأثقال وبوساطة فن الأداء نفهم المجموع الكلي لتكامل الأهداف لإنجاز الحركة التي تنشأ عن الطريق الفعال للإنجاز البدني للرباع وقابليته العقلية .

إن فن الأداء يشتمل الشكل الحركة ومحتوياتها، وبوساطة الشكل نهدف إلى بناء التمرينات (أنه تنظيم خارجي). إن المحتويات تمثل الجوانب النوعية ذات العلاقة بالحركة (سلسلة العمليات الوظيفية والنفسية ..الخ) خلال التدريب .

إن محتويات الحوافز الحركية تعمل على تقدم الأشياء التي تصل إلى قابلية الإتقان لشكل الحركة كما إن تغير الشكل التأثير للمحتويات يعوق أو يعجل التقدم . من علاقة هذه النتائج نستنتج الحقيقة المسجلة في التدريب إن التعلم المنطقي والفعال لفن الأداء يصبح أكثر صعوبة عندما ينخفض مستوى الصفات البدنية .

إن التسلسل الصحيح لجميع الأجزاء الأساسية للتمرينات تثبت أساسيات فن الأداء أو هيكل فن الأداء.

إن الفروق الفردية أو الصفات المميزة لفن الأداء الشخصي (الطريقة الخاصة) تتصل باستخدام الأجزاء المكونة للمبادئ الأساسية لفن الأداء مقارنة مع الميزات الشخصية. يجب إعطاء انتباه خاص للتعلم الصحيح للمبادئ الأساسية لفن الأداء في مرحلة الاستيعاب مع غرض البناء الملائم أو الكافي للعادات الحركية المتشابهة لحاجة الرفع الأمثل للأثقال.

إن بناء أو اكتمال الرفعات التقليدية يكون في الآتي:

الخطف باليدين والرفع إلى الصدر ثم النتر باليدين.
 هذه يمكن إنجازها من خلال سلسلتين أو عمليتين، الخطف والرفع إلى الصدر ثم النتر اللذين يؤديان بطريقة فتح الرجلين أماماً خلفاً (Split) أو القرفصاء . (Squat) إن الفعاليتين التقليديتين جزء من فئة التمرينات التي تتصف بالسرعة والقوة التي تحرك تلك الصفات لتحقيق هدف الحركة (فن الأداء).
 لتحقيق غرض فن الأداء منطقياً وبالشكل فعال قدر الإمكان يجب أن نضع في تفكيرنا أن تدريب رفع الأثقال يتطلب تطبيق المبادئ العامة الآتية:

- تكون حركة قضيب الثقل خلال الرفع بوضع عمودي نسبياً.

- تقصير مسار قضيب الثقل.

- السرعة المناسبة للأداء

- الاستفادة من الطريقة الشخصية (style) طبقاً للخصائص أو الميزات الفردية.

- تناسب جرعات القوة المستخدمة مع وزن الثقل المرفوع.

فترة المنافسات: (شحاتة، 1997)

تدريبات البلايوميتركس (القفز) في مرحلة المنافسات يجب أن تكون خاصة باللعبة أو المسابقة.
 مثل فترة الإعداد الخاص ، اللاعب يؤدي مجموعة واحدة من تدريبات الأثقال يتبعها مباشرة مجموعة واحدة من تدريبات البلايوميتركس (القفز).

| التمرين | التكرار | الراحة / مجموعة |
|------------------|----------------------|-----------------|
| السكوات | 4 × 2 (8 أقصى تكرار) | 5 دقائق |
| | 6 × 2 | |
| بنج بوس (صدر) | 4 × 2 (8 أقصى تكرار) | 5 دقائق |
| | 5 × 3 | |
| لنج مع حمل البار | 4 × 2 (8 أقصى تكرار) | 5 دقائق |
| | 10 × 2 | |
| عملاق سريع | | |

نظم تدريبات القوة: (عبد الدائم وآخرون، 1993)

يقصد بأنظمة تدريبات القوة القالب التنظيمي الذي من خلاله تقديم الجرعة التدريبية للفرد ، بمعنى كيفية إخراج التدريب في شكل يتفق والغرض من التدريب، ويشمل ذلك ترتيب التمرينات وتحديد التكرارات والمجموعات وأسلوب التنفيذ، وقد يقوم بعض المدربين بالاعتماد على نوع واحد من نظم تدريبات القوة إلا أن ذلك يؤدي إلى عدم اكتساب مزيد من القوة، وحدوث هضبة (فترة توقف) في تقدم اللاعب في التدريب، كما يتسبب في ظاهرة "الحمل الزائد"، ولذلك يفضل دائما تنويع نظم التدريب للتغلب على الملل.

وفيما يلي بعض نظم التدريب الشائعة في تدريبات القوة:

1. نظام تدريبات المجموعة الواحدة Single Set System

ويعتبر هذا النظام أقدم النظم التدريبية، وفيه تؤدي التمرينات في مجموعة واحدة من التكرارات التي عادة ما تتراوح بين 8-12 تكرار، ويصلح هذا النظام في حالة عدم توافر الوقت الكافي لتدريب القوة لدى بعض الأفراد أو في ظروف معينة أخرى.

2. نظام المجموعات المتعددة Multiple System

ويعتمد على أداء مجموعتين إلى ثلاث مجموعات مع زيادة المقاومة باستخدام 5-6 تكرارات قصوى في ثلاث مجموعات على الأقل. ويمكن أداء أعداد تكرارية ومجموعات على أجهزة وأدوات مختلفة تبعا للهدف من

من تنمية القوة العضلية.

3. نظام من الخفيف إلى الثقيل Light to Heavy System

وكما هو واضح من اسم هذا النظام فهو يتكون من مجموعة من التكرارات تتراوح بين 3-5 مرات باستخدام مقاومة خفيفة نسبياً، ثم يتم زيادة المقاومة حوالي 2.5 كيلو جرام وتؤدي مجموعة أخرى من التكرارات، ثم يقوم الفرد بتكرار ذلك مع زيادة المقاومة تدريجياً بنفس المقدار حتى يصل إلى الأداء لمرة واحدة فقط.

4. نظام من الثقيل إلى الخفيف Heavy to Light System

وهذا النظام هو عكس النظام السابق، ويتلخص العمل بهذا النظام في أنه بعد عملية التسخين يتم العمل باستخدام أثقل المقاومات، ويحتاج الأمر إلى إجراء دراسات عملية لتحديد أيهما أفضل في التدرج بالمقاومة: من الخفيف إلى الثقيل أم العكس؟

5. النظام الهرمي Triangle System

ويشمل هذا النظام استخدام مجموعة من التمرينات بمقاومة خفيفة مع تكرار التمرين من 10 إلى 12 مرة، ثم تتم زيادة المقاومة تدريجياً حتى يقل عدد التكرارات إلى أن يصل إلى مرة واحدة بأقصى أداء، ومن خلال أداء عدة مجموعات يتم تخفيض المقاومة بنفس الأسلوب السابق بحيث تنتهي الجرعة التدريبية بأداء مجموعة من 10 إلى 12 تكرار.

6. نظام المجموعة الممتازة Super Set System

يعتمد هذا النظام على استخدام عدة مجموعات لتمرينين مختلفين لكنهما يركزان على نفس الجزء من الجسم، بحيث يؤدي احد التمارين لمجموعة عضلية معينة يليه مباشرة تنفيذ التمرين الثاني للمجموعة العضلية المقابلة، وكمثال على ذلك عند أداء مجموعة من تمرين ثني الذراع بالثقل للعضلة ذات الرأسين

العضدية وهي العضلة المثنية للذراع ويتم فوراً الانتقال إلى أداء تمرين آخر للعضلات الباسطة للذراع وهي العضلة ذات الثلاث رؤوس العضدية، أو أداء تمرين العضلات الباسطة للرجلين ثم يليه فوراً تمرين آخر عكسي للعضلات المثنية للرجلين، وتؤدي التكرارات من 8 إلى 10 مرات بدون راحة أو براحة قليلة بين المجموعات وهو نظام مفيد للاعبي كمال الأجسام لتأثيره على عملية التضخم العضلي.

7. نظام التدريب المنفصل Split Routine

ويعتمد هذا النظام على عدم تدريب جميع أجزاء الجسم خلال جرعة تدريبية واحدة، بحيث يتم تدريب مجموعات عضلية معينة في جرعة تدريبية ثم يتم استكمال المجموعات العضلية الأخرى في جرعة تدريبية في يوم آخر، ومثال على ذلك تدريب عضلات الذراعين والرجلين والبطن أيام السبت والاثنين والأربعاء وتدريب المجموعات العضلية للصدر والكتفين والظهر أيام الأحد والثلاثاء والخميس، وبذلك تتاح الفرصة للتدريب يومياً نظراً لاختلاف عملية التركيز على المجموعات العضلية مما يتيح الوقت الكافي للاستشفاء.

8. نظام برنامج "بليتز" Blitz Program (الخطيب، النهار)

وهو أحد أنواع التدريب المنفصل مع التركيز على جزء واحد من أجزاء الجسم، بدلا من التركيز على عدة مجموعات وتقسيم أجزاء الجسم على الجرعات التدريبية طوال الأسبوع.

مثال:

الذراعين يوم السبت الجذع يوم الثلاثاء.

الصدر يوم الأحد الظهر يوم الأربعاء.

الرجلين يوم الاثنين الكتفين يوم الخميس.

ويصلح هذا النظام إذا كان أداء اللاعب يعوقه ضعف مجموعة عضلية معينة ويمكن للاعب الوثب

الطويل مثلا استخدام هذا النظام لعضلات الرجلين في بداية الموسم التدريبي.

9. نظام المجموعة المتعبة Exhaustion Set System

ويعتمد استخدام هذا النظام على أداء مجموعات تكرارية حتى التعب، وهذا يستدعي تعبئة حركية

أكثر للعمل، ويمكن استخدام مجموعة واحدة من عشرة تكرارات، كما يمكن استخدام مجموعتين أو ثلاث

مجموعات حتى التعب.

10. النظام التكراري المقوى Forced Repetition System

وهذا النوع يشبه نظام المجموعات المتعبة ولكنه يتم بأن يؤدي اللاعب التمرين باستخدام مجموعة حتى

التعب ثم يقوم اللاعب الزميل بمساعدة اللاعب المؤدى للتمرين لعمل 3-4 تكرارات إضافية، ويستخدم

هذا النوع من التدريب لزيادة التحمل العضلي الموضوعي لأنه يساعد على دفع العضلة للاستمرار في العمل

بالرغم من التعب.

11. النظام الإيزومتري الوظيفي Functional isometrics System

يهدف استخدام هذا النظام إلى التغلب على عيوب التدريب الإيزومتري التي تتمثل في تنمية القوة

العضلية في زاوية المفصل التي استخدمت في التدريب ويستخدم هذا النظام أسلوب التدريب الإيزومتري

على مختلف زوايا المفصل، ويتم ذلك بأن يقوم اللاعب بأداء انقباض متحرك لمسافة 8-12 سم وعند هذه النقطة يقوم بثبيت المقاومة لمدة 5-7 ثوان، ويمكن التركيز على الزوايا الضعيفة للأداء الحركي ويستخدم هذا النظام حتى يكون الهدف الرئيسي هو زيادة القوة القصوى لأداء التمرين لمرة واحدة.

12. نظام التدريب الدائري Circuit Training System

ظهرت طريقة التدريب الدائري في بداية الخمسينيات في جامعة "ليدس Leeds" بالإنجلترا على يد كل من "مورجانوادمسون" لتطوير اللياقة البدنية لطلاب الجامعة ، ويتكون هذا التدريب من مجموعة تمارين مقاومة تؤدي واحدا تلو الآخر مع وجود راحة بينية لا تقل عن 10-15 ثانية بين كل تمرين في الدورة والتمرين الآخر، وتتراوح المقاومة ما بين 40-60% من أقصى مقاومة ، ويمكن تكرار عدة دورات يراعى في اختيار التمارين التي تتكون منها أن تحقق الأهداف المحددة للبرنامج، ويساعد استخدام هذا النوع من التدريب في حالة تدريب عدد كبير من الأفراد ، ويعتبر أيضا من التدريبات المفيدة لتنمية التحمل الهوائي ، ويمكن أداء التدريب في وقت قصير وتكون الدورة الكاملة عبارة عن مجموعة التمارين المحددة بمحطات يستخدم في كل منها احد التمارين المكونة للدورة.

وتعد طريقة التدريب الدائري من أكثر طرق تدريب القوة والتحمل انتشارا.

التخطيط لبرامج تدريبات القوة: (نصيف، 1993)

يتم تنمية القوة العضلية بطريقة مخططة ومدروسة، ويتلخص ذلك في ضرورة تصميم برنامج يتناسب مع الظروف الواقعية، تراعى فيه المكونات الأساسية التي تبدأ بتحليل الاحتياجات لعنصر القوة، وبالتالي تحديد طبيعة العمل العضلي، ثم تحدد كيفية تنفيذ مفردات البرنامج خلال جرعة التدريب الواحدة والاستمرار في تنفيذ ذلك خلال فترة الموسم بالكامل، وما يتبع كل ذلك من الاعتبارات التنفيذية للجرعة التدريبية، وتتلخص خطوات وضع برنامج تدريب القوة العضلية في المراحل التالية:

أولاً: تحليل الاحتياجات للقوة:

يقصد بهذه الخطوة ضرورة الإجابة على التساؤلات الآتية:

- 1- ما هي المجموعات العضلية التي تحتاج إلى التدريب ؟
- 2- ما مصدر الطاقة الأساسي المطلوب تنميته وفقاً لطبيعة اللعبة ؟
- 3- ما نوع الانقباض العضلي المستخدم (الإيزومتري - الأيزوتوني...) ؟
- 4- ما مواضع الإصابات الشائعة في تلك الرياضة حتى يمكن العمل على تفاديها ويمكن الاستعانة بالتحليل البيوميكانيكي في تحديد العضلات العاملة والزوايا التي تعمل عليها العضلات، والمدى الحركي الذي تعمل خلاله، كما يمكن عمل نفس الإجراء من خلال مشاهدة الأفلام التعليمية وشرائط الفيديو، ومن خلال الخطوات السابقة يمكن التوصل إلى أهم المواصفات التي يجب أن يشتمل عليها البرنامج، كما يمكن وضع برامج وقائية للاعب تعتمد على تقوية العضلات والمفاصل المحيطة بالمواضع الشائعة التي يتعرض فيها اللاعب للإصابة.

ثانياً: تنظيم جرعة التدريب:

يتطلب محتويات جرعة التدريب ضرورة ترتيب التمرينات داخل الجرعة التدريبية واختيار داخل

المجموعات المستخدمة وكل ذلك يستلزم تحديد النقاط التالية:

1. اختيار نوعية التمرينات:

توجد تمرينات بنائية عامة تهدف إلى تنمية القوة العضلية بشكل عام لعدة مجموعات عضلية، كما توجد تمرينات أخرى جزئية يتم خلالها التركيز فقط على تنمية مجموعة عضلية لأحد أجزاء الجسم، ويمكن استخدام التمرينات البنائية العامة للجسم في حالة الاحتياج للقوة العامة للجسم ككل مثل أنشطة كرة

القدم والسلة والمصارعة والمضمار والميدان، وتصلح مثل هذه التمرينات في حالة الأشخاص الذين يهدفون إلى اكتساب اللياقة العامة، أما تدريب أجزاء معينة فيحتاج إليه الفرد في حالات خاصة مثل حالات ضعف مجموعة عضلية معينة أو حالات التأهيل البدني.

2. ترتيب التمرينات:

ظل ترتيب تمرينات المقاومة لعدة سنوات يعتمد على البدء بتدريب المجموعات العضلية الكبيرة ثم المجموعات العضلية الصغيرة، ويتأسس هذا الترتيب على أساس افتراض استفادة العضلات خلال عمل المجموعات الكبيرة أيضا، غير أنه حاليا يستخدم ترتيب آخر في دول أوروبا الشرقية، وهذا الترتيب عكس الترتيب الأول حيث يتم تدريب العضلات الصغيرة أولا يليها العضلات الكبيرة وتدريب العضلات المساعدة قبل العضلات الأساسية، كما يشمل أيضا تدريب الذراع ثم الرجل وليس الذراع الأخرى، بما يسمح بحدوث بعض الاستشفاء لعضلات الذراعين ويراعى ذلك عند تصميم برامج التدريب الدائري، غير أنه ما زال الكثير يفضل الترتيب التقليدي من المجموعات العضلية الكبيرة إلى المجموعات الصغيرة، ويحتاج حسم ذلك إلى الخبرة الشخصية وإجراء المزيد من الدراسات والبحوث.

3. تشكيل حمل التدريب:

ويشمل ذلك تحديد عدد المجموعات التكرارية، وغالبا تتراوح ما بين 3-6 مجموعات، كما تحدد

التكرارات في كل مجموعة وتحدد فترات الراحة تبعا لذلك.

ثالثا: التخطيط للموسم التدريبي:

يعتمد تخطيط التدريب لتنمية القوة العضلية على فكرة الدورات التدريبية بحيث تقسم فترة الموسم

كلها إلى عدة دورات تدريبية، وتتكون كل دورة من أربع فترات خلافا لفترة الراحة النشطة، ويفيد هذا

التقسيم في تجنب حالة الإجهاد وضمان حدوث عملية التكيف، ويتدرج حمل التدريب من الفترة الأولى حتى الرابعة بالتدرج من الحمل ذي الحجم الكبير والشدة المنخفضة إلى تقليل حجم الحمل مع زيادة شدته وفقا للجدول التالي:

1. الفترة الأولى - التضخم: وتتميز بزيادة حجم الحمل مع انخفاض الشدة والهدف الرئيسي لها هو تضخم العضلات.

2. الفترة الثانية - القوة: يقل الحجم وترتفع الشدة تدريجيا والهدف الرئيسي هو القوة.

3. الفترة الثالثة - القدرة: تستمر في تحقيق أهداف الفترة السابقة.

4. الفترة الرابعة - القسمة: تهدف إلى تحقيق أقصى قوة لنوع الرياضة التخصصي ويستمر الانخفاض في حجم الحمل وزيادة شدته مع الإعداد النفسي الذي يمكن للاعب من الوصول لأفضل أداء مع حدوث التكيف الفسيولوجي المصاحب لذلك.

5. الراحة النشطة: ويتم خلالها أداء أنشطة بدنية مختلفة، وهي تهدف إلى إتاحة الفرصة للاستشفاء الكامل من حمل التدريب خلال دورة الحمل السابقة مع الاحتفاظ بالمستوى العالي للقوة استعدادا لبدء الدورة التدريبية التالية.

وعادة يستخدم لاعبو رفع الأثقال دورة تدريبية واحدة خلال الموسم التدريبي مع مراعاة أن فترة القمة تؤدي قبل البطولة الرئيسية مباشرة، وتستمر كل فترة تدريبية من 2 إلى 3 أشهر، غير أنه لوحظ أن استخدام الدورات الأقصر زمنيا يكون أفضل من تقسيم الموسم كله إلى دورة واحدة، مع ملاحظة أن تحديد مجموعات وتكرارات التدريب خلال كل فترة لا يعنى منع المدرب من التنوع في حجم الحمل الأسبوعي، بل لابد من استخدام ذلك لإتاحة الفرصة لعمليات الاستشفاء.

رابعاً: تدريبات القوة للناشئين: (نصيف، 1993)

يعتبر موضوع استخدام تدريبات القوة خلال مراحل النمو للناشئين والبالغين من الموضوعات التي ما زالت موضع جدل ومناقشات كثيرة، غير أنه يجب أن يوضع في الاعتبار أن هناك فرقا كبيرا بين استخدام التدريب بالأثقال ذات الشدة المتوسطة إلى الأقل من القصوى، وبين التدريب باستخدام الأثقال القصوى التي يمكن أن يؤدي استخدامها إلى حدوث بعض المشاكل بالنسبة للناشئين وخاصة في إصابات غضاريف النمو، ويؤدي تكرار تلك الإصابات إلى تحولها لحالة مزمنة، كإصابات مفصل القدم والعمود الفقري والأم أسفل الظهر وتشوهات القوام.

غير أنه يمكن تنمية القوة العضلية خلال فترة ما قبل المراهقة دون التعرض لمثل هذه الإصابات إذا ما تم ذلك وفقا لتنظيم جيد وبرامج موجهة مع مراعاة عدم استخدام أقصى قوة، وفي هذه الحالة تكون التكرارات من 10 إلى 12 مرة، كما يمكن استخدام ثقل الجسم نفسه كمقاومة أو استخدام الزميل كثقل مقاومة، ومراعاة عوامل الأمن والسلامة وتجنب أداء التمرينات التي تؤدي برفع الثقال فوق مستوى الرأس لحماية العمود الفقري، كما يجب أن يصاحب تدريبات الأثقال -وخاصة بعد فترة النمو السريعة المفاجئة في سن البلوغ- تمرينات للمرونة والإطالة لتجنب التأثيرات السلبية لتدريبات القوة العضلية على مرونة المفاصل. (الخطيب، النهار)

خامساً: تدريبات القوة للإناث:

اختلفت آراء العلماء حول استخدام تدريبات القوة العضلية للمرأة، حيث يخشى كثير من الإناث ممارسة تدريبات القوة خوفا من زيادة مظهرهن العضلي وزيادة كتلة أجسادهن الصلبة، وبالرغم من ذلك فأنا نلاحظ المزيد من الاتجاه إلى رياضات القوة للمرأة كممارسة رياضة كمال الأجسام ورفع الأثقال في البيئات الأوروبية.

وبنظرة عامة للفرق بين المرأة والرجل في مستوى القوة العامة ودرجة استعداد كل منهما لتنمية القوة العضلية يتضح أن مستوى القوة العضلية العامة لدى المرأة يبلغ حوالي 62.5% من قوة الرجل (Laubach، 1976) وإذا نسبت القوة العضلية إلى وزن أو كتلة الجسم بدون الدهون فإن قوة عضلات الرجلين النسبية للمرأة أكثر منها للرجل، وعلى العكس فإن قوة الأطراف العليا للمرأة أقل من الرجل. وبمقارنة تأثير برامج المقاومة فإن كلا من الجنسين يستفيد بنفس الدرجة تقريبا، وقد تزيد القوة أسرع لدى المرأة نظرا لأن مستوى البداية عندها أقل من الرجل.

وتدريبات القوة لا تؤدي إلى الصلابة البدنية ونقص المرونة والمطاطية كما يعتقد البعض، ولكن استخدام تدريبات المرونة والمطاطية إلى جانب تدريبات المقاومة يساعد على تطوير وتحسين المرونة والمطاطية، وعموما يراعى عند وضع برامج القوة العضلية للمرأة محاولة تغطية ضعف الطرف العلوي وخاصة للاعبات الرمي، وذلك بأداء مجموعات تدريبية أكثر، ومراعاة الحذر من إصابات عضلات الظهر أو العمود الفقري. الناتج عن هذا الضعف.

القدرة (القوة المميزة بالسرعة): (عبد المقصود، 1997)

القدرة العضلية (القوة المميزة بالسرعة) هي أحد أنواع القوة العضلية والتي يعتبر عامل السرعة مهماً

في عملية الأداء. والهدف المطلوب في تدريبات القوة المميزة بالسرعة هو (تقليل زمن تطبيق القوة).

العديد من الرياضات التي تتطلب مهارة في سرعة تغيير اتجاه الحركة، سرعة الانطلاق، القفز وأيضاً

الركل يتم تطويرها باستخدام تدريبات القوة المميزة بالسرعة.

لذلك يجب التعرف على الفرق بين القوة العضلية والقدرة العضلية.

القوة العضلية: هي قدرة عضلة أو مجموعة عضلية في التغلب على مقاومة أو مواجهتها.

القدرة العضلية: هي إمكانية بذل مستوى عالي من الشغل (ناتج القوة والمسافة) بمستوى عالي من

السرعة، لذا فان القدرة هي ناتج القوة والسرعة ويمكن التعبير عنها بالمعادلة الآتية:

$$\text{القدرة} = \text{القوة} \times \text{السرعة}$$

إن القدرة هي معدل الشغل المبذول، لذلك تحتوي على عنصر الزمن. والقدرة القصوى التي يطلق

عليها أحياناً القدرة المتفجرة هي ناتج اتحاد أو امتزاج القوة والسرعة.

فإذا كان هناك شخصان كل منهما يرفع ثقلاً قدرة 200 رطل لمسافة 3 أقدام، ولكن أحدهما

قادر على رفعه بسرعة مضاعفة لسرعة الآخر (أي في زمن أقل)، فعليه تكون قدرته ضعف قدرة الآخر،

علماً بأن كمية الشغل تكون واحدة للثنتين.

وللحصول على أكبر قدر من القدرة (القوة المميزة بالسرعة) فإنه يجب العمل (بسرعة عالية)

وبحمل 30 – 35% من أقصى وزن يستطيع اللاعب حمله لمرة واحدة (RM1).

المعادلة السابقة تشير إلى القدرة المتغيرة المبدولة وهي (القوة) المميزة بالسرعة، وتعرف بأنها القدرة على

الإنجاز بأقصى قوة في أقصر زمن ممكن، أو بأقصى سرعة ممكنة.

وأيضاً تعرف بأنها قدرة الجهاز العصبي العضلي في التغلب على مقاومات تتطلب درجة عالية من

سرعة الانقباضات العضلية، وان من شروطها الحفاظ على مستوى قوة الانقباضات العضلية وسرعتها، وان

قدرتها هذه هي عبارة عن قابلية تحصل بسبب انقباض الألياف العضلية السريعة بمقاومة متوسطة نسبياً

وتحركها بسرعة عالية، إن زيادة المقطع العرضي للألياف العضلية السريعة يعني حصول زيادة في سرعة

الانقباض لخيوط الأكتينوميوسين.

مما تقدم يتبين لنا أن القوة المميزة بالسرعة هي صفة ناجمة عن إطلاق قوة عضلية معينة يتم

توظيفها لأداء المهارات الحركية، وان هذه القوة لا تكون ذات قيمة ما لم تصاحب بسرعة في الأداء مما

يتمشى مع طبيعة المهارة أو الفعالية وإذا ما تحقق ذلك فإننا نحصل على أعلى فاعلية في الأداء.

ويرى (هارة) أن القدرة العضلية تؤدي دوراً كبيراً في تحديد مستوى الأداء في كثير من المنافسات الرياضية،

لذا فقد أهتم العديد من المدربين بتنمية هذه الصفة البدنية المهمة.

ولقد استمرت جهود المختصين في البحث عن أساليب فنية تسهم في تطوير صفتي السرعة والقوة

العضلية وللوصول إلى ما يسمى (بالقدرة العضلية)، وكذلك البحث عن تدريبات خاصة تنمي الحركات

الانفجارية السريعة وتطويرها، إذ ظهر نظام التدريب البليومتري والتدريب بالأثقال لتطوير القدرة العضلية. (شحاتة، 1997)

وقد جرت العادة على استخدام تدريبات المقاومات لتنمية القوة العضلية، كما أصبح من المعروف أن استخدام هذه التدريبات يؤدي أيضاً إلى تنمية القدرة العضلية والسرعة والتحمل، هذا فضلاً عن زيادة النغمة العضلية والمساعدة على تجنب الإصابات والمساعدة على استمرار احتفاظ العضلات بوظائفها في الأعمار المتقدمة.

نظام مجموع التدريبات:**1. المجموعة الفردية (البسيطة):**

مثال 3×8 بشدة 70%.

تعني 3 مجموعات ب 8 تكرارات بوزن 70% من أقصى وزن يستطيع اللاعب رفعه لمرة واحدة حتى الإجهاد RM1. جميع اللاعبين المبتدئين يجب أن يستخدموا هذا النوع من الأنظمة وذلك لأن التكرارات الكثيرة تعلم اللاعب التكنيك الجيد وبالتالي يقلل من مخاطر التعرض للإصابة.

2. النظام الهرمي:

في هذا النوع يتم زيادة الوزن (الثقل) تدريجياً مع تقليل عدد التكرارات تدريجياً.

مثال : 10×100 كغم ، 5×120 كغم ، 4×130 كغم ، 3×150 كغم ، 2×150 كغم ، 1×160 كغم.

هذا النوع من الأنظمة يستخدم من قبل اللاعبين المحترفين والذين لديهم التكنيك الجيد.

3. المجموعات الفائقة:

في هذا النوع يتم إجراء تمرينين أو ثلاثة تمرينات متتابة بدون راحة بين مجموعة التمارين حتى يتم تنفيذ

جميع التمارين المطلوبة.

ويتم أخذ الراحة بين المجموعات فقط إذا كان هنالك أكثر من دورة تدريبية في هذا النوع.

بعض النقاط حول إجراءات الأمان عند إجراء تدريبات الأثقال: (العوادلي، 1999، صفحة 54)

تدريبات الأثقال آمنة عندما يتم مراقبتها والإشراف عليها من قبل أصحاب الاختصاص. جميع مراكز التدريب يجب أن تحتوي على مجموعة من الملاحظات والقوانين لحماية اللاعبين من المخاطر المتوقع حدوثها.

القوانين تختلف من مركز تدريبي إلى آخر ولكن بعض القوانين البسيطة تكون مشتركة لجميعهم مثل:

1. تدرب فقط مع وجود مدرب أو مشرف مختص.
2. اتبع برنامجك التدريبي كما هو.
3. اعمل في مجموعات زوجية (لاعب يعمل والآخر يتابع).
4. عدم المزاح.
5. ارتد اللباس والحذاء الصحيح.
6. عدم الأكل والشرب أو التدخين.
7. عدم اقتناء أجهزة الموسيقى الشخصية.
8. مساعدة واحترام اللاعبين الآخرين.
9. فقط اللاعبين الذين لديهم تدريبات في صالة الحديد هم المسموح تواجدهم.

أهمية القدرة العضلية:

إن القدرة العضلية لها أهميتها في الأداء الرياضي الذي يتطلب القدرة على دفع الجسم مسافة معينة أو القدرة على رمي أو قذف أداة بسرعة لمسافة أو ارتفاع معين.

والقدرة ينتج عنها كمية حركة، وكمية الحركة تصبح القوة الضاربة في أثناء حدوث الاتصال، ومن ثم فإن القدرة لها تطبيقات عديدة في مختلف المسابقات الرياضية، فعند قذف أو ركل أو ضرب شيء ما، فإنه يمكن تحديد القدرة بواسطة مجموع القوة مع السرعة. فعلى سبيل المثال إذا أضاف لاعب البيسبول مزيداً من القوة في أثناء الضرب، فإن المضرب سوف تزداد سرعته بمعدل أسرع من المعتاد، ويكتسب سرعة تعجيل عالية وكمية حركة كبيرة عند ضرب الكرة، وفي المثال السابق يجب أن يوضع في الاعتبار وزن المضرب الذي يستخدمه اللاعب، والشخص الأكثر قوة، والمضرب الأثقل له كمية حركة كبيرة، لأن الكتلة هي عنصر في معادلة كمية الحركة إذ أن (كمية الحركة = الكتلة × السرعة) وعليه فإن اللاعب الذي لا يمتلك عنصر القوة لا يستطيع إكساب مضرب ثقيل كمية حركة بشكل كافٍ.

وفي ألعاب القوى يمكن تطبيق التحليل السابق، فعند انتهاء التلامس بين قدم العداء والأرض، فإنه يتم تحديد السرعة النهائية بواسطة مقدار القوة المبذولة في دفع الأرض وسرعة القوة المطبقة (الموضوعة) على الأرض.

إن الأداء الرياضي الذي يعتمد على القدرة يشتمل على أداءات تعتمد بدرجة كبيرة على مكون السرعة وأداءات أخرى تعتمد بدرجة كبيرة على مكون القوة وأخرى تتطلب قدرًا معيناً من مكون السرعة والقوة ودائماً فإن الاجتماع الصحيح لنسبة مكون السرعة والقوة لتحديد القدرة وفقاً لنوع النشاط هو الذي يؤدي إلى أفضل النتائج.

القوة الانفجارية: (شحاتة، 1997)

يقصد بها المقدرة اللحظية لعضلة أو لمجموعة عضلية على إخراج أقصى انقباض عضلي لمرة واحدة وبأسرع زمن ممكن، وإن ظهر هذا الوجه من القوة في كل عضلة مرتبط بتنظيم نشاطها في أثناء الانقباض لمرة واحدة بتقصيرها الأقصى (قصر العضلة عند الثني) وبمشاركة أكبر عدد ممكن من الوحدات الحركية في أثناء أعلى درجات الانقباض، إذ تزداد قوة انقباض العضلة كلما زادت عدد الوحدات الحركية التي تحفز بواسطة منبهات الجهاز العصبي.

وتعرف القوة الانفجارية بأنها:

" القدرة على إظهار أكبر كمية من القوة بأقل وقت " وتظهر مثل هذه القوة بحالات القفز إلى الأعلى أو القفز إلى الأمام.

وبالتالي تعتبر أحد أنواع القدرة العضلية.

يشترط توفر العناصر التالية قبل البدء بتدريبات القوة المميزة بالسرعة:

- 1- درجة عالية من القوة العضلية.
- 2- درجة عالية للسرعة.
- 3- درجة عالية من المهارة الحركية التي تهيأ أسبابها التكامل بين عامل القوة العضلية وعامل السرعة.
- 4- درجة عالية من المرونة.

وعليه قبل البدء بتدريبات القوة المميزة بالسرعة يجب على اللاعب تنمية القوة القصوى في بداية الإعداد العام ولغاية الإعداد الخاص ومن ثم التحول تدريجياً إلى القوة المميزة بالسرعة ابتداء من الإعداد الخاص ودخولاً في مرحلة المنافسات.

بعض الوسائل التدريبية المستخدمة لتنمية القدرة العضلية (القوة المميزة بالسرعة): (شحاتة)

- 1- الركض ضد مقاومه الهواء.
- 2- الركض بصعود المرتفعات (الطلوع).
- 3- الركض على المدرجات.
- 4- الركض بالأوزان مثل استخدام جاكيت الأثقال.
- 5- القفز على الحواجز من الثبات بكلتا القدمين.
- 6- الحجل على المساند متنوعة الارتفاعات.
- 7- سحب بالحبل ومقاومة اللاعب.
- 8- ركض مسافات قصيرة بالرمل على شكل انطلاقات.

| تنمية القدرة (القوة المميزة بالسرعة) | |
|--------------------------------------|---------------------|
| الوزن (للكرات الطبية) | متغيّر 2 - 6 كغم |
| الوزن (بار الحديد) % | 30 RM 1 % |
| عدد التمرينات | 2 - 3 |
| عدد التكرارات (للكرات الطبية) | 10 - 20 |
| عدد التكرارات (بار الحديد)/%1RM30 | 1 - 3 |
| عدد المجموعات | 3 - 5 |
| الراحة (دقيقة) | 2 - 3 |
| سرعة الأداء | انفجاري (سريع وقوي) |
| عدد مرات تكرارها في الأسبوع | 2 - 3 |

تعتبر تدريبات الرفعات الأولمبية (الخطف والنظر والكليين) ، تدريبات البلايوميتريكس وتدريبات

القوة المعقدة من أفضل التدريبات لتطوير القدرة (القوة المميزة بالسرعة).

تمارين القوة المعقدة:

تمارين القوة أثبتت فاعليتها في تحقيق وتطوير الانجاز الرياضي وخاصة في مسابقات السرعة ، مسابقات القفز، ومسابقات الرمي ولكن لم تفي بالعرض في تطوير معدل أداء القوة (السرعة المطلوبة لتنفيذ قوة ما لحركة معينة) فمثلاً: انه يتطلب 400 مللي ثانية في تطوير القوة العظمى خلال تمرين السكوات ولكن وقت اتصال القدم مع الأرض في جري المسافات القصيرة يحصل في 90 مللي ثانية وبالتالي ليس هنالك وقت كافي لإنتاج قوة عظمى خلال جري المسافات القصيرة. للألعاب التي تتطلب قوة وسرعة بنفس الوقت كجري المسافات القصيرة فإن تطوير معدل أداء القوة أهم من تطوير القوة العظمى.

تطوير معدل أداء القوة:

لتطوير معدل أداء القوة فإن الألياف سريعة الانقباض من النوع (2ب) يجب أن تستهدف، والسبب قدرة هذا النوع على إنتاج القوة بشكل انفجاري والتي تساعد في تطوير معدل أداء القوة. وتالياً أنواع التدريبات التي تستخدم في تطوير هذا النوع من القوة وهي:

1. التدريبات التي تشترك فيها السرعة والقوة، مثل: تدريب السكوات مع القفز بحمل ثقل.

2. تدريبات البلايوميتركس، مثل: القفز المتحرك ، العملاق.

العديد من اللاعبين يستخدمون تدريبات البلايوميتركس في برنامجهم اليومي معتقدين بأهميته في تطوير الإنجاز الرياضي. ولكن لم يتم إجراء دراسات بشكل كافي على تدريبات الأثقال التقليدية (تدريبات الحديد في الصالة) مع تدريبات البلايوميتركس وتأثيرها على تطوير الألياف السريعة نوع (2ب) والتي تسبب في تطوير معدل أداء القوة.

تعريف تدريبات القوة المعقدة:

تدريبات القوة المعقدة هي التدريبات التي تجمع بين تدريبات المقاومة (الأثقال) مع تدريبات

البلايوميتركس (القفز) مثل:

1. تدريب السكوات التقليدي يتبعه تدريب السكوات مع قفز.

2. تدريب الصدر (بنج برس) يتبعه تدريب الضغط.

التحليل المنطقي لهذا النوع من التدريبات الزوجية هو أن تدريب المقاومة يحفز الجهاز العصبي ويجعله

يعمل بطاقته مما يسبب تحفيز للألياف السريعة نوع (2ب) والتي تكون موجودة عند إجراء التدريب الثاني

وهو البلايوميتركس وبالتالي حصول الفائدة المرجوة.

النوعية وليس الكمية:

لحصول الفائدة الكاملة من وراء هذه التدريبات يجب أن يكون اللاعب في وضع بدني جيد جداً

وتركيز عالي جداً. ألياف النوع (2ب) لا يتم تحفيزها بإجراء التدريب فقط ولكن يجب أن يكون اللاعب

في حالة تحفيز ملائم وتركيز تام وأداء التمرين بانفجارية قدر الإمكان.

ابتعد عن التدريبات الهوائية الشديدة أو اللاهوائية على الأقل قبل 48 ساعة من إجراء تدريبات

القوة المعقدة. بمجرد بدء تدريبات القوة المعقدة تجنب إجراء أي مطاولة ثابتة للعضلات لان المطاولة الثابتة

تجعل العضلة في حالة استرخاء وبالتالي يقل معدل أداء القوة للعضلات.

الهدف هو نوعية الأداء وليس كميته ، ولتأكيد على نوعية التدريب يجب إعطاء راحة كافية

وبطريقة صحيحة.

برنامج القوة المعقدة: (شحاتة، 1997)

يمكن إجراء تدريبات القوة المعقدة في فترة الإعداد العام، الإعداد الخاص والمنافسات وتالياً أمثلة

توضح كيفية إجراء التدريبات في كل فترة ومرحلة:

فترة الإعداد العام:

في هذه الفترة يجب على اللاعب إكمال جميع المجموعات التدريبية لتدريبات الأثقال مع راحة

60 ثانية / مجموعة.

يتبعها راحة 3 دقائق قبل إجراء جميع المجموعات لتدريبات البلايوميتركس مع راحة 90 ثانية / مجموعة.

ملاحظة: التكرار الأقصى 12 RM يعني: الوزن الذي يستطيع اللاعب من خلاله رفع 12 تكرار فقط

كحد أقصى قبل حصول التعب الشديد.

فترة الإعداد الخاص: (أبو العلا، 1984)

تدريبات البلايوميتركس في فترة الإعداد الخاص يجب أن تكون خاصة باللعبة أو مسافة السباق.

اللاعب يؤدي مجموعة واحدة من تدريبات الأثقال يتبعها مباشرة مجموعة واحدة من تدريبات

البلايوميتركس (القفز)، مثال: 6 تكرارات سكوات مع ثقل يتبعها 6 تكرارات قفز عميق من صندوق

الراحة 3 دقائق، ثم 6 تكرارات سكوات مع ثقل يتبعها 6 تكرارات قفز عميق من صندوق (الراحة يجب

أن تكون أقل ما يمكن بين تدريبات الأثقال وتدريبات البلايوميتركس).

| التكرار / مجموعة | الراحة | التمرين |
|------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3 دقائق | 6 × 3 (12 أقصى تكرار RM) | السكوات |
| 3 دقائق | 6 × 3 | القفز العميق من صندوق |
| 3 دقائق | 6 × 3 (12 أقصى تكرار RM) | تبادل القدمين مع حمل البار |
| 3 دقائق | 5 × 3 | حجل (لكل قدم) |
| 3 دقائق | 6 × 3 (12 أقصى تكرار RM) | بنج برس (صدر) |
| 3 دقائق | 5 × 3 | الصَّغَط |
| 3 دقائق | 6 × 3 (12 أقصى تكرار RM) | لنج مع حمل البار |
| 3 دقائق | 10 × 3 | قفز على الصندوق |

ملاحظة: 6 × 3 (12 أقصى تكرار RM) تعني: أن اللاعب يجب أن يؤدي 3 مجموعات في كل

مجموعة 3 تكرارات بوزن يستطيع اللاعب أن يحمل من خلاله 12 تكرار كحد أقصى.

لو فرضنا أن اللاعب يستطيع تنفيذ 12 تكرار فقط بوزن 60 كغم ، فيصبح التمرين السابق

6 × 3 60 كغم.

المنشطات:

منذ القدم استخدمت المنشطات في كثير من الرياضات وبالأخص التي تتطلب مجهودا كبيرا من الرياضي مثل (رفع الأثقال، سباقات الجري والدراجات الهوائية الخ...) أما الشترنج والبياردو لا تتطلب مجهود جسماني كبير بل بالعكس تعتمد على المجهود العقلي.

● سبب الاستخدام (عموما):

تستخدم المنشطات في كثير من الرياضات بهدف تسحين الأداء والوصول إلى مستويات متقدمة في الرياضة والحصول على نتائج قوية في أسرع وقت.

أما في كمال الأجسام .. فالكثير من اللاعبين يجهل بخطر المنشطات وما تسببه من أضرار وأمراض في حال استخدمت استخداما خاطئا من قبل اللاعب .. بمعنى، هنالك الكثير من مستخدمي المنشطات (كالمحترفين) لم يصابوا بأي أمراض باطنية والسبب الاستخدام الصحيح لها والكشف الطبي والمضادات لأضرارها الخ ...

لكن البعض منهم وبسبب المبالغة في الاستخدام وصل بهم المطاف إما للعقم، التهابات في الكبد أو الموت.

● أخطارها:

-المنشطات عموماً مواد مضرّة بالصحة سواء استخدمت للاستخدام الأمثل أم غيره لأنها تبقى المستخدم في دائرة الخطر.

-الضرر يختلف من نوع لآخر ومن شخص لآخر على حسب مناعة الجسم ...

لكن الأضرار التي تسببها المنشطات تتركز في هذه الحالات:

1) تساقط في الشعر .. والسبب الإكثار في استخدام بعض المنشطات مثل المنشطات التي تحتوي

على هرمون الـ Testosterone.

2) تقلص في حجم الأعضاء التناسلية.

3) ضغط الدم وتصلب الشرايين والجلطات.

4) قد يوصل الإكثار في استخدام بعض الأنواع إلى العقم أو فقدان الرجولة DecaDurabolin.

5) سرطانات في أعضاء الجسم الباطنية مثل الكبد.

6) الاستخدام الخاطئ قد يؤدي بحياة الإنسان إلى الموت.

• الكشف عن المنشطات:

يتم الكشف عن المنشطات بطريقتين إما عن طريق تحليل الدم أو البول.

• أنواع المنشطات:

يختلف تصنيف المنشطات بسبب اختلاف المواد المستخدمة في تصنيعها لكن الأشهر تصنيفها على حسب طريقة استخدامها:

- عن طريق الفم (Oral) مثل Anadrol 50 الأشهر والأخطر على الإطلاق.
- عن طريق الحقن (Injection) مثل Primobolan.

الهدف وتأثيره على نوع المكملات الغذائية:

تختلف المكملات الغذائية باختلاف الهدف فزيادة الكتلة العضلية أو زيادة الوزن تختلف اختلافًا كليًا عن حرق الدهون. لذا سوف نسلط الضوء على بعض الأهداف وما هي المكملات الغذائية المناسبة.

أ) زيادة الطاقة:

زيادة الطاقة من أهداف رافعي الأثقال بشكل خاص ولللهواة بشكل عام .. وتمتاز المكملات الخاصة بزيادة الطاقة أو التحمل على احتوائها مواد فعالة كالكافيين أو الكرياتين أو AKG تزيد من قوة وتحمل وتركيز اللاعب أثناء أدائه للتمرين أو أثناء المنافسات. (نصيف، 1993)

لا يوجد أي خطر من استخدام هذه المنتجات إذا استخدمت الاستخدام الأمثل.. لذلك أي زيادة في الجرعة المستخدمة قد تسبب أضرارًا بالغة في الخطورة.

ملاحظة:

لا يُنصح باستخدام هذه المنتجات من قبل الأشخاص الذين يعانون من الأمراض التالية:

- ارتفاع ضغط الدم.
- الأرق .
- السكري.
- الصرع .

ومن المنتجات التي يؤدي استخدامها زيادة في الطاقة:

- 1) .BSN NO X-plode
- 2) .Labrada Super Charge
- 3) .Muscle Tech NaNo Vapor
- 4) . BSN Nitrix

(ب) زيادة الكتلة العضلية:

التغذية الصحية السليمة هي العامل الأساسي المعتمد لزيادة الكتلة العضلية أما المكملات الغذائية فهي جزء من ذلك.

الأكثر استخداما وشهرة هو البروتين، وأنواعه:

1. **Whey**
2. **Casein**
3. **Soy**
4. **Milk**
5. **Egg**
6. **Chicken**
7. **Tuna**
8. **Steak**

ومن المكملات الغذائية ذات الفعالية العالية في زيادة الكتلة العضلية الكرياتين حيث يعتبر من المكملات الغنية بمصدر الكربوهيدرات. ويمتاز الكرياتين عن غيره بأنه يكون كتلة عضلية صافية خالية من الشوائب كالدهون.

منتجات NO2 من أقوى المنتجات المشهورة لزيادة الطاقة بالإضافة إلى زيادة الكتلة العضلية حيث تحتوي على مواد تعمل على زيادة حجم النسيج العضلي ومدته بالعناصر الغذائية التي يحتاجها للنمو.

وكذلك حمض الجلوتامين L-Glutamin من الأحماض الأمينية الأساسية في تكوين البروتين الذي يعتبر أساسا لتكوين العضلة .. وعامل أساسي في عملية الاستشفاء والنمو العضلي. وينصح باستخدام جرعة مقدارها من 5-10 جرام في اليوم من الجلوتامين.

ومن المنتجات التي تساعد على زيادة الكتلة العضلية:

المنتجات التي تحتوي على البروتين:

ON Whey Protein

Max Muscle Triple Whey

Muscle Tech Nitro Tech

BSN Syntha-6

المنتجات الأخرى:

BSN Cell Mass

Muscle Tech Cell Tech Hardcore

ON Glutamin

ON BCAA

MHP Dark Matter

MHP Dark Rage

ج) حرق الدهون:

يلجأ البعض إلى استخدام الرجيم الخاطئ كطريقة للتخلص من الدهون وذلك باستخدام مواد حارقة للدهون من دون ممارسة الرياضة.

أما ما يخص المواد الحارقة للدهون فهي مواد تقوم بحرق الدهون بشكل سريع وذلك عن طريق زيادة الحرارة الداخلية للجسم وبذلك تزداد طاقة الشخص للقيام بالتمارين مما يؤدي إلى إفراز كميات كبيرة من السوائل أثناء التمرين، وبذلك يتم فقدان الوزن والسوائل من الجسم.. لذلك ينصح بشرب كميات كافية من السوائل خلال اليوم لتعويض النقص الحاصل أثناء التمرين.

الفرق بين رياضة رفع الأثقال ورياضة كمال الأجسام: (شحاتة، 1997)

لتنمية القوة بغض النظر عن الشكل الخارجي يكون التمرين برفع الأثقال أفضل من التمرين بكمال الأجسام والفروق:

1. يكون التمرين فيها شامل لكامل الجسم إلا في حالات العلاج الطبيعي بينما في كمال الأجسام يكون الجسم مفصلا ويكون جزء من تدريب العضلات بشكل معزول.
2. لكل رياضة من رياضات رفع الأثقال حركات رئيسية تنفذ في البطولة. التدريب يكون على الحركات الرئيسية وبعض الحركات المساعدة لها.
3. أوقات الراحة في التمرين في رفع الأثقال تكون طويلة. يعني اليوم التدريبي قد يستمر أكثر من الساعة لكن في كمال الأجسام الراحة تكون اقل ودائما يحرص المتدرب على إنهاء كافة التمارين في حدود الساعة.
4. الجهاز العصبي يكون فعال بشكل أكبر (وهذا يجعل شخص صغير الحجم يرفع أوزان أكبر من غيره ويجعل يخلي فترات الراحة أطول) لكنه سوف يكون اقل فعالية و خصوصا في تمارين العضلات المعزولة في كمال الأجسام و أيضا القوة المكتسبة من كمال الأجسام قوة عضلية في غالبيتها و تكون مرافقة لزيادة حجم العضلة.
5. نلاحظ في رفع الأثقال تنمية لعضلات القوة (الأرجل-الوسط-الترابيز-الصدر) بينما في كمال الأجسام المطلوب هو الحصول على شكل ال V أو السبعة المعروف.

6. توجد بعض الاختلافات في بعض الرفعات مثل البنش حيث أن تكتيك الرفع في رفع الأثقال يؤدي إلى رفع أكبر وزن بينما يؤدي في كمال الأجسام إلى تعريض عضلة الصدر إلى أكبر ضغط ممكن.

نصائح المدربين في رياضة رفع الأثقال: (شحاتة، 1997)

أولاً - نصائح التدريب:

1. أخذ كفاية من النوم.
2. تنسيق الوجبات الغذائية قبل وبعد التمرين.
3. تسخين شامل للجسم عن طريق تمارين الكيبل.
4. تحديد العضلة المراد تنميتها ولا تزيد عن عضلتين أساسيتين.
5. إتباع جداول التمارين الصحيحة وعدم التكرار بالتمرين.

ثانياً: نصائح لتوخي الإصابة: (أبو العلا، 1984)

1. تسخين عضلات ومفاصل الجسم قبل التمرين.
2. التدرج بالأوزان عند التمرين.
3. اللجوء إلى المساعدة في حالة زيادة أوزان التمرين.
4. لبس حزام الواقي لظهر عند أي تمرين يحرك فقرات الظهر أو يضغط عليها.
5. ارتداء ملابس مناسبة لتمرين الجسم.
6. إتباع الحركات الصحيحة من المدرب وتطبيقها أمام المدرب لاتخاذ الملاحظات من المدرب.

ثالثا: نصائح الأدوية:

يجب أن لا يتخذ أي دواء إلا بأشراف دكتور مختص بأدوية كمال الأجسام.

رابعا: نصائح التغذية:**أ - لزيادة الوزن:**

- 1- التنوع بالوجبات الغذائية.
- 2- زيادة عدد الوجبات من 4 إلى 5 وجبة باليوم.
- 3- يجب اتخاذ وجبة غنية قبل التمرين بنصف ساعة.
- 4- إكثار بشرب السوائل أثناء التمرين.
- 5- المحافظة على عدم خلوه المعدة تماماً من الأكل (إلى مرحلة الجوع الشديد).
- 6- أهم شيء في هذه الرياضة فالإفطار والغداء والعشاء وجبات أساسية، ومن الممكن زيادة الوجبات لكن يراعى زيادة البروتينات وخصوصاً الأسماك فهي تعتبر أفضل أنواع البروتينات على الإطلاق ويراعى تناول كمية من النشويات قبل التمرين حتى تمد الجسم بالطاقة الأزمة وبعد التمرين يراعى البروتينات كما قلنا كالأسماك أو اللحوم ولقد رأيت الكثير من الأبطال يتناولون علبة تونة بعد التمرين ولكن بعد التخلص من الزيت الموجود بداخله.

ب - لنقصان الوزن

1. تقليل عدد الوجبات من 2 إلى 3 وجبة باليوم.
2. عدم إتباع الرجيم القاسي بسبب مضاعفاته.
3. تقليل كمية الوجبة.
- 4- الابتعاد عن الدهون.

خلاصة: تعتبر رياضة رفع الأثقال من الألعاب الفردية قديمة العهد ومع مرور السنين اكتسبت شعبية كبيرة وزاد الإقبال على ممارستها م بحيث تتميز هذه اللعبة بضرورة تنمية الحجم العضلي وزيادة القوة العضلية مما يؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية والمعروف أن الإصابة شائعة في رفع الأثقال ومتنوعة وترتبط بالزيادة في قوة التحمل ومرونة العضلات والمفاصل، ومن خلال كل ما سبق وحسب ما جاء في العناصر السالفة الذكر نكون قد أعطينا صورة مبسطة عن نشاط رفع الأثقال.

الفصل الثاني: الإصابات

الشائعة في رياضة رفع

الأثقال

تمهيد:

إن ما ينبغي أن نشير إليه والذي يتفق الجميع عليه هو أن الرياضي بصفة عامة ولاعب رفع الأثقال بصفة خاصة عرضة لإصابات عديدة ومتنوعة، ومن بين هاته الإصابات إصابة مفصل الكتف، فرغم التركيب البديع لهذا المفصل إلا أنه يتعرض للإصابة.

وسنتطرق في هذا الفصل إلى مختلف الإصابات الشائعة في رفع الأثقال والإصابات التي يتعرض لها مفصل الكتف بصفة خاصة، فنعطي تعريف لمفصل الكتف ونبذة تشريحية له، ثم حركاته وأنواع الإصابات التي يتعرض لها مع ذكر الفحص والتشخيص والعلاج لكل إصابة، وكذلك كيفية تلافي الإصابات في مفصل الكتف ثم إعادة التأهيل مع ذكر مراحل ووسائله.

أنواع الإصابات الشائعة في رياضة رفع الأثقال:

- ✓ تمزق عضلات العضد الثنائية الرؤوس ناتج عن الإجهاد وتداخل العضلات.
- ✓ تمزق العضلات العليا للصدر بسبب التداخل مع عضلات الكتف.
- ✓ نوبات من الصداع الحاد الناتجة عن رفع الرأس إلى وسادة المقعد الخشبي خلال تنفيذ التمارين كمثل الضغط القاعد.
- ✓ إجهاد باطن الفخذين.
- ✓ وهن الأضلاع ناتج عن تمارين ضغط الساقين إلى الأعلى مع تقارب الركبتين إلى حد التصاقها بعضلات الصدر.
- ✓ تصلب العنق الناتج عن رفع القضيب الحديدي الطويل فوق الرأس.
- ✓ توتر عضلات الأذرع الأمامية الناتجة عن تمرين قتل عضلات العضد برفع قضيب حديدي طويل فوق الرأس أو خلفه.
- ✓ توتر عضلات الصدر ناتج عن محاولة رفع قضيب حديدي طويل فوق الرأس.

- ✓ وجود حالة خلع في العمود الفقري.
- ✓ وجود حالة خلع في الكتفين.
- ✓ وجود حالة خلع في أكواع الذراعين.
- ✓ وجود حالة خلع في الركبتين.
- ✓ ارتفاع ضغط الدم مما يسبب الصداع.
- ✓ نزيف داخلي ناتج عن إرهاق كبير وحاد.
- ✓ تشقق الأوعية الدموية في العينين والفخذين والأذرع الأمامية ناتج عن إرهاق كبير. (الطبيعي المركز

الدولي للعلاج، 1989)

ولمنع حدوث الإصابات لابد من مراجعة القواعد التالية الهامة:

- أولاً - ضرورة إجراء تمارين تحميه
- ثانياً - رفع الأثقال بشكل تصاعدي
- ثالثاً - تنفيذ وضعية صحيحة للجسد
- رابعاً - توازن العضلات

01- مفصل الكتف:**1- تعريف مفصل الكتف:**

يعتبر مفصل الكتف أحد أعظم التركيبات التشريحية والبنائية في جسم الإنسان، وهو شديد أو متعدد الجوانب والاستعمالات والحركات بدرجة منطقية رائعة، ويعتبر من الأنواع المفصالية التي يطلق عليها الكرة والحق، وهو مفصل بحكم تكوينه غير مستقر وذلك لعدم عمق التجويف الذي تسكن فيه رأس عظمة العضد في مكانها الطبيعي بلوح الكتف، ولذلك توجد العضلات والأوتار والأربطة العضلية التي تغطيه، وهو المفصل الوحيد الذي يسمح بالدوران بدرجة 360 درجة (عبد العظيم العوادلي، 2004، صفحة 88).

يعتبر مفصل الكتف المفصل الوحيد في جسم الإنسان الذي نجد فيه الحركات واضحة، حرة وطلاقة في جميع الاتجاهات، وهذا ضروري جدا في مفصل الكتف، إذ يقوم بوظائف وأعمال هامة وكثيرة في الإنسان، ويتميز بالحركات الآتية: - القبض، البسط، التباعد، التقريب (الضم)، اللف للإنسية، اللف للوحشية.

مفصل الكتف من المفاصل الزلائية حرة الحركة في جسم الإنسان، وهو مفصل معقد التركيب من الناحية التشريحية وتحيط به وتحميه الأربطة والعضلات المكونة له (هندي، صفحة 125).

2- نبذة تشريحية عن مفصل الكتف:

إن مفصل الكتف هو مفصل كروي حقي، وذلك يعني أن رأس عظم العضد كروي تماما، ويستقر في الحفرة الحقانية الضحلة العمق لعظم الكتف، وهذه الحفرة الحقانية تتعمق قليلا بوجود حزمة دائرية من النسيج الليفى الغضروفي يحيط بجافتها، يحيط بالمفصل من الخارج محفظة تتصل برأس عظم العضد وبجافة الحفرة الحقانية اتصالا رخوا وغير مشدود ويتدلى قسم من المحفظة أسفل المفصل، أما الأربطة المحيطة بهذا المفصل فهي أيضا غير مشدودة وضعيفة نسبيا، إذ أن ثبات واستقرار المفصل يعتمد كليا على العضلات المحيطة به لتسمح له بالحركة غير المقيدة لدرجة كبيرة (فريق كمونة، الصفحات 260-261).

3- حركات مفصل الكتف: الحركات التي يقوم بها مفصل الكتف هي:**1.3. قبض العضد إلى الأمام:** وتقوم بذلك العضلات الآتية: العضلة الصدرية العظمى

والعضلة الدالية (الجزء الأمامي منها) والعضلة الغرابية العضوية والعضلة تحت اللوح وكذلك العضلة العضدية ذات الرأسين.

2.3. بسط العضد إلى الخلف: وتقوم بذلك العضلات الآتية: العضلة المستديرة العظمى

والمستديرة الصغرى والعضلة العريضة الظهرية والعضلة تحت الشوكة والعضلة العضدية ذات الرؤوس الثلاثة.

3.3. تبيعد العضد عن الجذع: بواسطة العضلات الآتية: العضلة فوق الشوكة (يبعد العضد

عن الجذع بقدر 30 درجة)، والألياف الوسطى للعضلة الدالية (تكمل تبيعه إلى 90 درجة).

4.3. ضم العضد وتقريبه من الجذع: وتقوم به العضلات الآتية: العضلة تحت اللوح والعضلة

تحت الشوكة والعضلة المستديرة الصغرى والكبرى والعضلة الصدرية العظمى والعريضة الظهرية والعضلة الغرابية العضدية وذات الرأسين العضدية.

5.3. اللف للإنسية: بواسطة العضلات الآتية: العضلة الصدرية العظمى والعريضة الظهرية

والمستديرة الكبرى والعضلة تحت اللوح.

6.3. اللف للوحشية: وذلك بالعضلات الآتية: العضلة تحت الشوكة والمستديرة الكبرى

والصغرى والألياف الخلفية للعضلة الدالية.

7.3. الدوران: وهو مجموع الحركات السابقة، وتتعاون العضلات التي تقوم بهذه الحركات في

القيام بحركة الدوران (إقبال رسمي محمد وآخرون، 2006، صفحة 96).

4- إصابات مفصل الكتف:

إن إصابات مفصل الكتف ممكن أن تحصل نتيجة التدريبات المستمرة وحركة الكتف المستمرة، كما في فعاليات الرمي والقذف وهي من الإصابات المتعارف عليها في المجال الرياضي، وكذلك يمكن اعتبار إصابات مفصل الكتف من الإصابات الحادة وذلك نتيجة تشخيص مثل هذه الإصابات في بعض الأحيان للصعوبة التشريحية في بناء وتكوين مفصل الكتف (إبراهيم رحمة محمد وفتحى المهشهب يوسف، 2002، صفحة 71).

1.4. الرضوض والكدمات:

وهي أحد أنواع الإصابات الكتفية الشائعة، ويكون الكدم على السطح الخارجي للمفصل، ولا تشترك في هذه الكدمات الأربطة العضلية إلا قليلاً، ويمكن تطور الكدم إلى كدم مزمن مع استمرار الإصابة به، ومضاعفات تكرر الكدم هي الضرر الذي يصيب أربطة عضلة لوح الكتف واتصالها بعظم العضد والذي يسبب ألماً بالغا. إن أكثر الأماكن عرضة لحدث كدم في التواء الاخرومي لعظم اللوح وكذلك العضلة الدالية وعليه يجب العمل على حماية الكتف عند وقوع الإصابة وذلك عن طريق عدم المشاركة في المنافسات أو المباريات التي تتطلب احتكاك بدني وبما أن الرض من المشاكل البسيطة التي يتعرض لها مفصل الكتف فان التمزق يعد من المشكلات الرئيسية لهذا المفصل وذلك نتيجة لتعرض عدة عضلات و أوتار تعمل بمفصل الكتف ووقوع أضرار عليها فالإصابة من الممكن أن تكون تمزق من الدرجة الأولى مع حدوث بعض الالتهابات التي تؤدي إلى حدوث نتش أو قلع وتر بالكامل أي تمزق من الدرجة الثالثة بالإضافة إلى كسر جزء من العظم وهو متصل بالوتر نفسه سواء في المنشأ أو الاندغام .

الأعراض: قد تتشابه ولكن هناك فرق كبير بين نوع الأعراض بالنسبة للتمزق الحاد (الدرجة الثالثة) والتمزق المزمن، أما عن أعراض الإصابة أي من العضلات العامة من لوح الكتف هي:

- الألم عند لمس مكان اندماغ العضلة المصابة.

-ألم عند القيام بانقباض عضلي .

-أما بالنسبة لإصابة العضلة تحت لوح الكتف فإن دوران الذراع إلى الداخل أو الخارج ضد مقاومة صلبة سوف يؤدي إلى ألم في نفس المنطقة خاصة فوق الحذبة .

- حركة التقريب للذراع تقوم بها مجموعة من العضلات المقربة وعمل العضلات المقربة المبعدة للذراع متزامنة ومرتبطة(محمد عادل رشدي، صفحة 191).

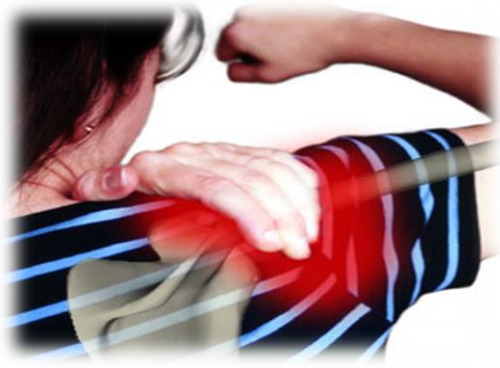
الإسعاف والعلاج:

-الراحة التامة لمدة أسبوعين.

-إعطاء المصاب من 02 إلى 03 حقن مخدرة في مكان الإصابة.

-عدم تحريك العضلات المصابة حتى لا تتضاعف الإصابة.

- إذا تمت السيطرة على الألم فذلك شيء جيد وفي حالة استمرار الشعور بالألم فإنه يمكن إعادة حقن المصاب مخدر موضعي ثم استخدام corticoïde ثم عمل جلسات حرارية عميقة وفي حالة تحسن واضح يحقن المصاب مرة أخرى قبل حدوث أعراض حادة (محمد عادل رشدي، الصفحات 181-182).



الشكل رقم (1) يمثل كدم مفصل الكتف (الدكتور أسامة حنفي)

2.4. التمزق:

وهو أيضا من الإصابات الشائعة لمفصل الكتف، حيث يكون التمزق للعضلة فقط وأحيانا للعضلة وأوتارها، إن مفصل العضد والكتف يستند على العضلات العاملة عليه ويستقر في مكانه بقوة، وتماسك هذه العضلات.

وإصابة هذه العضلات تكون بسبب التغطية المفرطة، التقلص العنيف، الاستخدام المفرط لمفصل الكتف بشدة، وهناك إصابات تصيب الأنسجة الرقيقة لمفصل الكتف وهي إصابات تحمل في طياتها الألم الشديد والنزيف الداخلي في داخل محفظة المفصل.

3.4. الالتواء:

وأكثر الأماكن التي يحصل فيها إصابة الالتواء في مفصل الكتف هي منطقة مفصل الكتف العضدي، إن الأربطة والمحفظة حول مفصل الكتف العضدي قد تكون ليست ذات قيمة عالية في استقرار مفصل الكتف، ولهذا فإن حالة الالتواء في مفصل الكتف هي نادرة الحدوث إلا إذا حصلت حالة الخلع الجزئي أو الخلع الكامل، وحين ذاك ربما يحصل الالتواء في هذا المفصل، وفي تقييم إصابات الكتف يستخدم المدرب الرياضي الإجراءات والخطوات التالية:

- تاريخ الإصابة.
- التلمس لمكان الإصابة.
- المشاهدة والملاحظة من قبل المدرب.
- ضغط مكان الإصابة.

وبعد تقييم الإصابة، وبسبب تعقيد هذه المنطقة من الجسم ولأهمية الرعاية الصحية المبكرة، فإن هناك الكثير من إصابات الكتف يجب أن تقيم بواسطة طبيب مختص، والنتائج التي نحصل عليها من التقييم تقرر طريقة ومستوى واحد للعلاج اللازم (فريق كمونة، الصفحات 265-266).

1.4. ضرر العصب الإبطي:

يؤدي الرض في الجزء الأمامي إلى حدوث ضرر العصب الإبطي، وأيضا وقوع إصابة مباشرة فيما بين التواء الغرابي ورأس عظم العضد، ومن الممكن أن تؤدي إلى حدوث رض لهذا العصب وتكون الأعراض ألبا مع تنميل اليد مما يؤدي إلى شعور اللاعب المصاب بأن اليد شبه مشلولة، وقد يتصور اللاعب المصاب أن هناك كسر بالكتف أو أن اليد بالتميل فقط.

وألبا يصبح اللاعب المصاب غير قادر على إبعاد الذراع وذلك في المرحلة الأولى من الإصابة، وفي حالة الرض البسيط يتم شفاء اللاعب في فترة قصيرة جدا، ويشعر اللاعب المصاب بألم عند لمس منطقة الكتف الأمامية بجانب التواء الغرابي.

❖ **العلاج:** في حالة عدم القدرة على تحريك الذراع الناتجة من حدوث كدم حاد للعصب الإبطي من

وقت حدوث الإصابة.

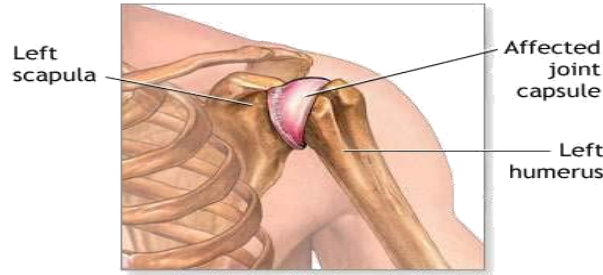
فإننا أمام موقفين أو احتمالين:

1- إما بالانتظار حتى تعود الحركة الطبيعية للذراع المصاب.

2- إن هناك إصابة حقيقية للعصب الإبطي والتي تتطلب إجراءات خاصة، لذلك ننصح بالعرض على المتخصصين (محمد عادل رشدي، صفحة 190).

5.4. التهاب الكيس الزلالي:

أكثر حالات الالتهاب حدوثاً بالنسبة للكتف هي التهاب الكيس الزلالي أسفل التواء الاكرومي، حيث يمتد حتى يصل إلى أسفل العضلة الدالية، ويكون موقعه بالتحديد بين التواء الاكرومي والعضلة الدالية ورأس عظم العضد، هذا الالتهاب منفصل في حد ذاته ولا يرتبط بالمفصل العضدي الحقي (محمد عادل رشدي، صفحة 193).



ADAM.

الشكل رقم (2) يمثل التواء مفصل الكتف

6.4. خلع مفصل الكتف:

خلع مفصل الكتف هو شائع بين البالغين عامة والرياضيين خاصة، كما يحدث في رياضات مثل: كرة اليد ورفع الأثقال ومن بين أنواع خلع مفصل الكتف ما يلي:

4-6-1 الخلع الأمامي: يعد الخلع الداخلي الأمامي للكتف هو الأكثر شيوعاً وله سببان:

- ✓ سبب مباشر: ينتج من ضربة مباشرة من الخلف للكتف في رياضة مثل: كرة اليد.
- ✓ سبب غير مباشر: وينتج إذا ما كان الذراع للخارج وللأمام مع ضربة قوية على اليد أو الكوع، ويحدث ذلك في رياضة مثل: المبارزة والجمباز، كما يحدث أيضاً في رياضة التنس الأرضي والرمي في ألعاب القوى.

❖ الفحص والتشخيص:

- اختفاء رأس عظمة العضد من تجويفها الطبيعي (التجويف العنابي) بالمقارنة بالكتف الآخر.
- يجب التأكد من سلامة النبض والجهاز الدوري والعصبي في الجهة المصابة لاستبعاد المضاعفات.

❖ الفحص بالأشعة:

ويلاحظ فيه خلع رأس عظمة العضد من التجويف العنابي.

❖ العلاج: ويفضل أن يكون المصاب تحت التخدير الطبي العام، ويتم إرجاع الخلع كما يلي:

- جذب الذراع إلى الجهة السفلى لمدة دقيقتين.
- جذب الذراع والساعد لمدة ثلاث دقائق متتالية لإرجاع رأس عظم العضد في مكانه الطبيعي.
- ضم الساعد ليلتصق تماماً بالجانب لمدة ثلاث دقائق أخرى.
- ضم الساعد على الصدر والمحافظة على هذا الوضع بثبته ببلاستير طبي.
- راحة لمدة ثلاث أسابيع كاملة وإلا تحول إلى خلع متكرر.
- يصرح للرياضي أثناء فترة الراحة السابقة بالجري على ألا يستخدم الكتف المصاب إلا بعد مرور شهر ونصف من الإصابة.

- يمنع إرجاع الخلع في أرض الملعب أو بدون تخدير طبي عام منعا لحدوث مضاعفات، ويمكن استخدام طريقة الضغط على الساعد للأسفل مع الضغط أسفل الإبط للأعلى باليد الأخرى لإرجاع الخلع بإرجاع رأس عظم العضد في تجويفها الطبيعي (أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، الصفحات 86-87).

4-6-2 الخلع الخلفي: الخلع الخلفي للكتف من الإصابات الأقل حدوثًا بالنسبة للرياضيين، وأهم العوامل التي تؤدي إلى هذا الخلع هو وجود قوة خارجية تؤثر على النهاية السفلى لعظم العضد مع وجود الذراع في وضع انثناء للأمام، تلك القوة تنتقل إلى الجزء العلوي للذراع مما يؤدي إلى دفع رأس عظم العضد خارج الحفرة العنابية وفي الاتجاه الخلفي، ولا تظهر علامات تشوه في مفصل الكتف نتيجة لهذا الخلع، والمصاب يقاوم أي حركة للكتف، وعند لمس منطقة الكتف تشعر وكأنه لا توجد رأس عظم العضد في المنطقة الأمامية من الكتف ويمكن الإحساس بها عن طريق لمس المنطقة الخلفية للكتف ويظهر النتوء الغرابي.

❖ **الأعراض:** يمكن تحديد الأعراض في بداية الإصابة، ذلك أنه خلال وقت قصير سوف يحدث ورم حول الكتف نتيجة لهذه الإصابة مما يؤدي إلى صعوبة التشخيص، أما حركة المفصل فتكون صعبة ومؤلمة نتيجة للتقلص العضلي الحادث، وصورة الأشعة ضرورية في تلك الحالة لتحديد موقع عظم العضد من الكتف.

❖ **العلاج:** إن إعادة الخلع مبكرًا هام، وذلك عن طريق السحب للأمام والضغط على رأس العظم للأمام أيضًا، وفي العادة ينزلق رأس العظم ويعود إلى مكانه، ويمكن استخدام هذه الطريقة مع تحديد المصاب موضعيا إذا كان قد مضى وقت على حدوث الإصابة (محمد عادل رشدي، الصفحات 197-198).

4-6-3- الخلع السفلي: الخلع السفلي لمفصل الكتف يحدث نتيجة دفع الذراع مباشرة في الاتجاه الخارجي، مما يؤدي إلى دفع الجزء الوحشي للعنق التشريحي لعظم العضد ضد النتوء الأخرومي، وذلك أن الرأس دفع للجهة الوحشية ضد الجزء السفلي للمحفظة والأربطة، وتمزق الأربطة من الجزء السفلي لحافة الحفرة العنابية، ورأس عظم العضد ينزلق ليصبح في الاتجاه الوحشي وللأسفل فوق الحافة السفلى للحفرة العنابية.

وينخفض الذراع للأسفل وللجانب والرأس منزلق للجهة الوحشية، ويصبح الخلع خلع تحت النتوء الغرابي، وعند الفحص تكون هناك صعوبة محتملة لتحديد هل حدث إن تحرك رأس العضد للأمام مؤقتاً أم لا أم أنه قد تحرك مباشرة للأسفل.

إن دراسة صورة الأشعة بعناية من الممكن أن تحدد الوضع الصحيح لتحرك رأس العضد، كذلك أية أضرار قد لحقت بالعظام (أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، صفحة 272).

4-6-4- الخلع المتكرر: ويحدث كثيراً في رياضة كرة اليد عند مد الذراع بقوة للأمام وقذف الكرة، أو عند تعلق يد اللاعب وجذبها بواسطة الخصم في حركة خاطئة فنياً.

❖ الفحص والتشخيص:

- مثل الإصابة بخلع الكتف مع وجود تاريخ قديم لخلع الكتف.
- في بعض الأحيان يستطيع المصاب إرجاع الخلع بنفسه وبدون مساعدة الغير نظراً لخبرته المتكررة.

❖ العلاج:

- في الملعب يمكن إرجاع الخلع المتكرر مباشرة وبدون تحذير طبي عام بنفس الطريقة المتبعة والمشروحة في الخلع الأمامي.
 - التدخل الجراحي إذا ما تكرر الخلع بصورة دائمة.
- وبعد الجراحة يعود 70% فقط من المصابين لممارسة الرياضة منهم 25% بصورة مقبولة، أي أن هذا النوع من الجراحة يؤثر بصورة ملحوظة على الأداء الرياضي فيما بعد (أسامة رياض، الطب الرياضي والعب القوى والمصارعة والملاكمة، 2001، الصفحات 183-184).

4-6-5- خلع بمفصل عظم الترقوة مع عظم اللوح:

❖ الأسباب:

- السقوط على الكتف.
- السقوط على اليد المنفردة.

ويحدث بالتالي تمزقاً في الأربطة بين عظم الترقوة وعظم اللوح.

❖ الأعراض:

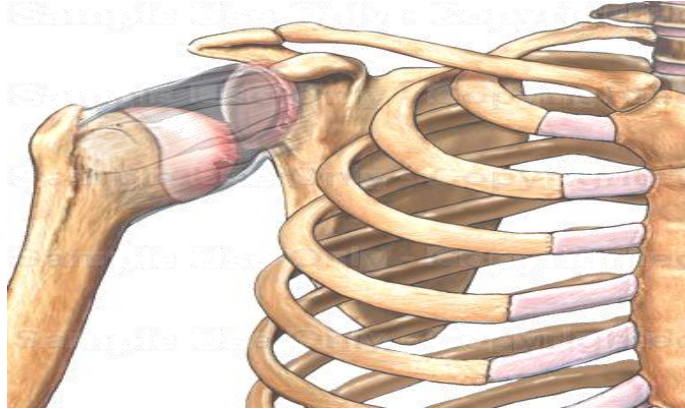
ألم يسبب تحديد حركة المفصل المصاب بسبب قطع الأربطة به.

❖ التشخيص:

- بالتحسس الإكلينيكي نجد حركة غير طبيعية في نهاية عظم الترقوة عند التقائها بعظم اللوح، و تحدث تلك الحركة في اتجاهين للأعلى وللأسفل.
- انسحاب الترقوة النسبي من التصاقها بعظم اللوح خلال حركة لف اليد للخارج وللأعلى أكثر من 90° درجة.
- ألم عند الضغط على الطرف الخارجي من عظم الترقوة.
- يطلب من المصاب وضع اليد ناحية الإصابة على الكتف المقابل، فيحدث ألم مكان الإصابة.
- أشعة على الكتف.

❖ العلاج:

- عمل رباط ضاغط مقوى برباط لاصق على شكل حرف ثمانية.
- علاج طبيعي بعد عدة أيام من إزالة الرباط الضاغط.
- تدخل جراحي إذا تكررت الإصابة أو في حالة فشل العلاج الطبي والطبيعي.



الشكل رقم (3) يمثل خلع مفصل الكتف

4-7- الكسور:

إن من أهم العظام المكونة لمفصل الكتف هي عظم العضد، عظم الترقوة، عظم لوح الكتف، هذه العظام مجتمعة تكون مفصل الكتف، وفيما يلي نتناول تعرض كل عظم من العظام الثلاثة لإصابة الكسر:

4-7-1- كسر عظم الترقوة:

عظمة الترقوة يكثر إصابتها عند السقوط على الكتف، وكذلك عند السقوط على اليد المنفردة، ومن النادر أن تحدث مضاعفات خطيرة للإصابة بكسر الترقوة في هذه الحالة ولكن قد تحدث بعض المضاعفات عندما تخترق أو تمزق إحدى شظايا العظام المتفتتة، الشريان المار تحت الترقوة وهو الشريان الرئيسي للطرف العلوي مما ينتج عنه نزيف دموي داخلي، أو قد تحدث مضاعفات أخرى كالتلف، أو إصابة للضفيرة العصبية المغذية للطرف العلوي، وقد تسبب بعض الإصابات لبعض الألياف العضلية المحيطة بالتمزق (العوادلي، 1999، الصفحات 91-92).

كما أن كسر منتصف الترقوة هو النوع الشائع في رياضة كرة اليد وسببه الوقوع على الكتف.

❖ الفحص والتشخيص:

- ألم عند تحريك الكتف.
- تورم مع نزيف بالمنطقة منتصف الترقوة (المنطقة المصابة).
- ألم حاد عند لمس المنطقة المصابة.
- و يجب أن يستبعد هنا أي مضاعفات وإصابات بالأعصاب.

❖ التشخيص بالأشعة:

يظهر الكسر واضحاً في الأشعة في منتصف الترقوة غالباً.

❖ العلاج:

رباط على شكل حرف ثمانية يستمر لمدة 15 يوماً حتى شهر، ويعود لممارسة الرياضة بعد شهرين ونصف. وفي حالة كسر الترقوة المضاعف أو إذا ما صاحبه إصابة للأعصاب ينصح بجراحة فورية (أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، صفحة 82).

4-7-2- كسر عظم العضد:

في كثير من الأحيان يتعرض عظم العضد للكسر، وهذا الكسر غالبا ما يحدث في رأس عظم العضد و في الجزء أو القسم العلوي في جسم العظم، وكذلك في منتصف عظم العضد، وكما يتعرض القسم السفلي من عظم العضد للكسر، وتحدث جميع هذه الكسور نتيجة إصابة مباشرة، وتحصل مثل هذه الكسور عامة في جميع الألعاب الرياضية التي تتميز بعاملتي السرعة والقوة مثل: كرة اليد، المصارعة... الخ.

❖ أهم أعراض الإصابة:

- الشعور بألم شديد بوضع الكسر وخصوصا عند تحريك العضو المصاب.
- ظهور ورم في المنطقة المصابة نتيجة تمزق الأوعية الدموية والأنسجة المصابة.
- وجود تشوه في المنطقة المصابة.
- فقدان للوظيفة بعدم المقدرة على تحريك المفصل.

❖ أهم أسباب الإصابة:

- عند السقوط إلى الأمام وتلقي الجسم باليد الممدودة والسقوط على العضد مباشرة.
- الضرب المباشر على عظم العضد كما يحدث في بعض منافسات الهوكي وهوكي الجليد.

❖ الإجراءات الوقائية والعلاجية:

◀ إن علاج حالات الكسور يتخذ أسلوبا خاصا بالنسبة للاعبين، حيث أن أي نوع من هذه الكسور تسبب مشاكل عديدة للرياضيين لدرجة أنه يؤثر على مستوى الأداء الحركي بعد الشفاء، وترجع الأسباب إلى وجود العضو المصاب داخل جبيرة الجبس الضيق ولفترات طويلة، مما يؤدي إلى ضعف وخمول الدورة الدموية، وبالتالي ضمور العضلات المحركة للعضو المصاب.

◀ يجب قيام المصاب بأداء تمارين الانقباضات الثابتة لعضلات وأوتار العضو المصاب بغرض زيادة التنشيط الدورة الدموية.

◀ بعد إزالة الجبس مباشرة ينصح باستعمال رباط ضاغط مكان الجبس لفترة قصيرة كدعامة مؤقتة لوقايته من الورم.

◀ يمكن استخدام التدليك المسحي السطحي والعميق لإزالة التراكبات بالعضلات.

◀ تحريك العضو المصاب وبالتالي تحريك المفصل بواسطة الشخص المعالج إذا لم يستطع المصاب القيام لوحده بهذا العمل، ثم إعطاء تمارين بالمقاومة.

❖ الوقت الكافي للعلاج:

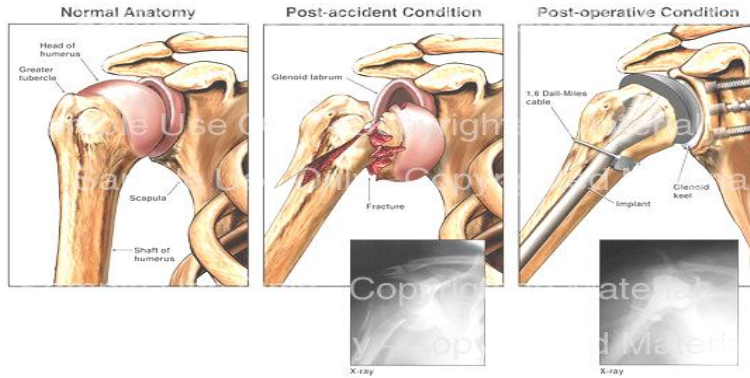
- على اللاعب المصاب أن يقضي فترة شهرين قبل أن يشترك في أية مباراة أو عودته لممارسة رياضته المفضلة وحسب رأي الطبيب المعالج.
- خلال فترة لا تقل عن شهر من بدأ الإصابة لابد للمصاب من إجراء التمرينات التأهيلية التي تؤهله لممارسة لعبته المفضلة (إبراهيم رحمة محمد وفتحى المهشيش يوسف، 2002، الصفحات 81-82).

4-7-3 كسر عظم لوح الكتف:

تعتبر هذه الكسور من الكسور نادرة الحدوث وذلك للموقع التشريحي المميز لهذه العظمة الذي يحميها من الإصابات المباشرة.

ويعتبر العلاج التحفظي هو العلاج السائد في أغلب هذه الكسور، وهو يحقق نتائج ممتازة وسريعة (إبراهيم رحمة محمد وفتحى المهشيش يوسف، 2002، الصفحات 81-82).

Right Shoulder Fracture/dislocation with Total Joint Replacement Surgery



الشكل رقم (4) يمثل كسر مفصل الكتف

5- أنواع الإصابات التي يتعرض لها مفصل الكتف:

تنقسم إصابات الكتف إلى ثلاثة أنواع من الإصابات طبقاً لدرجة شدة كل منها:

5-1- إصابات مفصل الكتف البسيطة:

وفي هذا النوع البسيط من الإصابات تحدث تمزقات بسيطة بالأربطة التي تربط الترقوة بعظام الكتف، وهو شائع الحدوث في كرة اليد.

❖ الفحص والتشخيص:

- عجز بسيط للكتف يشفى منه تماماً بالعلاج.
- ألم بالكتف عند رفع الذراع.
- لا يوجد أي ورم.
- مناطق الألم محددة بمكان الإصابة فقط.
- يمكن تحريك الذراع المصاب بسهولة.

❖ الفحص بالأشعة: تظهر صور الأشعة طبيعية تماماً.**❖ العلاج:**

- راحة من أسبوع إلى 15 يوم، وتستخدم بعض المدارس طريقة تعليق يد المصاب في رقبتة وإن كانت محدودة الفائدة.
 - مراهم لتحسين الدورة الدموية.
 - عقاقير ضد الالتهاب.
 - علاج طبيعي.
- وهذا النوع من الإصابات يتم شفاؤه تماماً بالراحة فقط لمدة أسبوعين.

5-2- إصابات الكتف متوسطة الشدة:

وفي هذا النوع من الإصابات تحدث تمزقات كاملة في أربطة الكتف التي تربط الترقوة برأس عظمة الساعد وعظمة لوح الظهر، وتحدث أيضاً وبصورة شائعة في كرة اليد.

❖ الفحص والتشخيص:

- الرياضي لا يستطيع تكملة المباراة أو سيكملها بمستوى أداء منخفض تماما.
- ألم مصاحب لجميع حركات الكتف.
- تورم بسيط وشبه نزيف تحت الجلد.
- ألم مصاحب لتحريك أصابع اليد.
- ألم عند تحريك يد المصاب ولكن يمكن تحمله.

❖ الفحص بالأشعة: خلع بسيط في مكان الترقوة.

❖ العلاج:

- من 15 إلى 20 يوما راحة للكتف في رباط ضاغط غير مطاط أو في رباط اليد معلقة بالعنق.
- يلزم المصاب بأداء تقلصات عضلية إرادية للطرف العلوي المصاب.
- عقاقير مضادة للالتهاب بجرعات متوسطة الشدة من 08 إلى 15 يوما مع مراهم موضعية.
- إذا كانت الآلام في أماكن محددة يحقن المصاب بحقن كورتيزون موضعية من حقنة لحقتين خلال شهر.

3-5- إصابات الكتف الشديدة:

هو النوع الخطر من الإصابات التي تحدث بصورة متكررة وشائعة في كرة اليد، الذي يصاحبه في الغالب ما يلي:

- تمزق تام بأربطة الكتف جميعا.
- كسر الترقوة.
- خلع تام في عظم الترقوة.

❖ الفحص والتشخيص:

- توقف النشاط الرياضي تماما فور حدوث الإصابة.
- ألم شديد مصاحب لأي حركة للكتف المصاب.
- تورم ونزيف بالكتف وتحت الترقوة المكسورة.
- ألم بالكتف عند تحريك أصابع اليد.

❖ العلاج: يتم طبيا وفي المستشفى كالأتي:

- تدخل جراحي فوري لخيطة الأربطة الممزقة، وكلما كان التدخل الجراحي أسرع كلما تحسنت نتائج العلاج.

- راحة لمدة شهر بعد العملية، مع وضع الكتف والساعد واليد في جبس خلال تلك المدة.

- العودة للممارسة الرياضية بعد شهرين ونصف من العملية الجراحية مع عمل علاج طبيعي تأهيلي (أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، الصفحات 263-269).

6- كيفية تلافى الإصابات في مفصل الكتف:

بالنظر للموقع المهم الذي يحتله مفصل الكتف بالنسبة لحركة الجسم البشري، ولاشترك جملة من العضلات والأربطة و الأوتار في بناء هذا المفصل، فمن الصعب التحكم بكل هذه المنطقة المهمة في حركة الإنسان، ولكن مع ذلك يمكن أن نوصي ببعض الملاحظات التي يمكن أن تحد من وقوع مثل هذه الإصابات منها مثلا: تعليم عملية السقوط على الأرض وبالأخص بالنسبة للاعبين الترحلق على الجليد، ولاعبين كرة اليد، فنوصي بها أثناء الوقوع (السقوط) على الأرض أن يحاولوا لف الجذع و السقوط على الجنب وليس على اليدين، ثم عدم تلقي الأرض باليد الممدودة، وكذلك نوصي ونصح بارتداء واقية الأكتاف وبالأخص في الألعاب الرياضية التي يتوقع فيها الضرب من قبل الخصم، أو الوقوع على الأرض كما في لعبة كرة اليد أو كرة القدم الأمريكية، كما يمكن أن نوصي لاعب تلك الألعاب الرياضية التي يتعرض لاعبها إلى السقوط بالاهتمام بتمارين البناء العامة وكذلك بناء قوي ومرونة العضلات المحيطة بالمفصل، وفي الختام التأكيد على الأداء الفني الجيد الذي يلعب دورا كبيرا في الحد من هذه الإصابات (إبراهيم رحمة محمد وفتححي المهشيش يوسف، 2002، صفحة 72).

7 - إعادة التأهيل:

7-1- الأهداف العامة لهذه العملية:

• استرجاع قوة العضلات بشكل يسمح للاعب بالاشتراك في المنافسات، وبتجنب المضاعفات وتكرار الإصابة.

• رفع قوة تحمل اللاعب حتى يمكنه الاشتراك المؤثر داخل الملعب بعد فترة قد تكون طويلة من الراحة الضرورية التي تلي الإصابة.

لابد من الأخذ بعين الاعتبار أن البعد عن الملعب وعدم المشاركة والقيام بالمجهود الرياضي الذي تدرّب وتعود اللاعب على القيام به بسبب حدوث الإصابة يؤدي إلى ضعف وضمور بالعضلات، وعادة ما بعد برنامج للحد من فقد القوة السريعة للعضلات بالأجزاء غير المصابة من الجسم، ويستخدم هذا البرنامج منذ بداية الإصابة على شكل تمارين تقوية للأطراف و أجزاء الجذع غير المصابة عندما لا تسبب آلام أو أضرار بمكان الإصابة ولهذا البرنامج مردوده الطيب في الحد من الفترة الزمنية التي يحتاجها اللاعب للعودة إلى الملعب.

لابد من الأخذ بعين الاعتبار أنه عندما يستخدم الانقباض الساكن في التمارين العلاجية، فإن جزء معين من ألياف العضلة هو الذي يعمل فقط وليست جميع أليافها، ولذلك فخلال مراحل العلاج والتأهيل المختلفة، و عندما تتحسن الحركة في المفاصل فإنه يجب استعمال التمارين المتحركة من أوضاع متعددة للوصول إلى تقوية العضلة كاملة.

و أثناء تأهيل اللاعب المصاب لابد من الحفاظ على قوة ومرونة العضلات القريبة من الإصابة (أسامة رياض، الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، 1999، الصفحات 115-116).

7-2- التدليك الشكلي في الكتف:

متلقي التدليك مستلقي على بطنه ويده مبعدة عموديا على جسمه، والمذلك واقف عموديا ويثبت الساعد بفخذه ويضع يديه في مستوى مفصل المرفق (الأصابع لجهة الأسفل)، ويؤدي حركات دائرية باتجاه الخنصر وكأنه يشقلب عضلات الكتف، واتجاه حركات الشقلبة نحو مفصل الكتف، وبعد ذلك يضع يديه أفقيا ويكرر الحركات نفسها.

كما يمكن أداء التدليك الشكلي و متلقي التدليك جالس.

يضع المدلك رجله على السرير ويضع ساعد اليد المدلثة على الفخذ و يؤدي حركات التدليك الشكلي في الأجزاء: الظاهري ، الداخلي والجاني من الكتف.

وكثيرا ما يؤدي التدليك الشكلي في الرياضة والرياضي واقف، متلقي التدليك يضع يده فوق كتف المدلك من الجهة المعاكسة (أي يده اليمنى فوق الكتف اليسرى والعكس) ويضع المدلك يده (والأصابع إلى الأعلى) في مستوى الثلث العلوي من الساعد، ويؤدي التدليك الشكلي بحركات دائرية من الأسفل إلى الأعلى حتى مفصل الكتف(طايري عبد الرزاق، 2001، صفحة 195).

7-3- مراحل التأهيل:

7-3-1 التأهيل أثناء الإصابة:وتقوم فلسفته على ما يلي:

- إعطاء ترمينات علاجية تخصصية أو علاج كهربائي أو مائي بالكم والكيف الذي يحدده الطبيب المعالج.

- إعطاء ترمينات حرة للأجزاء و الأعضاء الأخرى غير المصابة حتى لا تقل كفاءتها.

7-3-2 التأهيل بعد الإصابة:تعد مرحلة التأهيل بعد الإصابة من أهم المراحل في علاج الإصابات الرياضية، وهي التي تحدد عودة اللاعب إلى الملعب والتنافس مثل بقية زملاءه في الفريق، وهذه العملية تهدف إلى عودة اللاعب إلى الملعب في أسرع وقت ممكن مع محاولة الاحتفاظ بالمستوى البدني والمهاري للاعب الذي كان عليه قبل الإصابة، وهي عملية مستمرة تبدأ أثناء العلاج الطبي وتمتد إلى ما بعده، وفيها تستخدم كافة الوسائل والأساليب السابقة بحسب نوع الإصابة لكي يعود إلى حالته الطبيعية.

7-4- وسائل التأهيل:

7-4-1 التأهيل بالعلاج الطبيعي:

توجد العديد من الطرق والوسائل المستخدمة في العلاج الطبيعي للتأهيل لما بعد الإصابة، وفي هذا المجال يجب أن يكون معروفا أن أخصائي الطب الرياضي أو أخصائي الطب الطبيعي هو المسؤول عن تحديد نوع العلاج وليس غيره، و يحدد أيضا عدد الجلسات اللازمة لكل إصابة، و يقوم بتنفيذ هذه

الجلسات أخصائي العلاج الطبيعي، ولكل جهاز من أجهزة العلاج الطبيعي وظيفة محددة تساعد في علاج إصابات محددة، ونعيد هنا ذكر بعض الأجهزة المستخدمة:

- أجهزة الأشعة فوق البنفسجية.
- أجهزة الأشعة فوق الحمراء.
- أجهزة الأشعة القصيرة.
- أجهزة الأشعة ذات الموجات فوق الصوتية (الإلتراسونيك).
- أجهزة الشد الميكانيكي.
- أجهزة أخرى مصممة خصيصا لتحريك المفاصل.
- أجهزة التدليك المختلفة.
- جهاز الأرجوميتر أو العجلة الطبية.

7-4-2 التأهيل بدون أجهزة:

يعد التأهيل بدون أجهزة من أفضل وسائل التأهيل، حيث أنه يحقق طبيعية العلاج، وهو يتماشى مع العلاج الطبيعي، بالإضافة إلى أن الأعضاء التي كانت مصابة تعمل وفقا لوظائفها الحركية ووفقا للضغط الميكانيكي الواقع عليها، ومن وسائل التأهيل بدون أجهزة ما يلي:

- التدليك اليدوي.
- التدليك الذاتي.
- وسائل التسخين الأخرى العادية.
- التمرينات البدنية (أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، الصفحات 163-166).

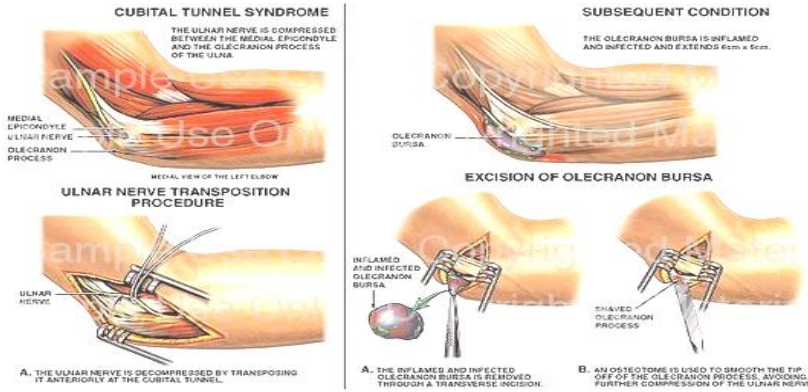
02 - إصابات المرفق (Blessures Du Coude):

أ- الرض والكدم: وتحدث في الغالب للعصب الزندي وتكون الإصابة نتيجة لتعرض العصب لقوة خارجية مباشرة وتتوقف درجة الإصابة على تأثير القوة الخارجية، وفي هذا الوضع لا تتعرض العظام لأي ضرر ولكن العصب فقط هو الذي يتأثر مما يؤدي إلى آلام حادة مع ارتباط ذلك بصدمة كهربائية تصل حدتها حتى إلى أصابع اليد وهذا الوضع يختفي خلال دقائق أو ساعات حيث يتوقف ذلك على درجة الإصابة .

الإسعاف و العلاج :

- في المرحلة الأولى للإصابة يمكن حقن المصاب في منطقة الإصابة وليس العصب .

- أما الحالات الأخرى تتطلب التدخل الجراحي (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 82).



الشكل رقم (5) يمثل كدم مفصل المرفق (www)

ب-الالتواء: إن حدوث هذه الإصابة ترتبط بالعيوب الخلقية والتي تحدث نتيجة لوجود مد زائد بالمفصل لذلك كان من الأهمية أن يتعود اللاعب الذي لديه مد زائد وراثي في مفصل المرفق أن يضع أو يجعل المرفق في وضع الشني المعلق ذلك انه عرضة أكثر من غيره للإصابة

الأعراض :

- الشعور بالألم عند لمس المنطقة المصابة وذلك عند محاولة مد الذراع سوف ترتبط بالشعور بالألم الحاد(محمد عادل رشدي، صفحة 207).

ج- الخلع : يحدث الخلع عندما يخرج عظم الكعبرة من مكانه في أسفل عظم العضد

الأعراض :

- تشوه في مفصل المرفق .
- ظهور ورم بسرعة ويجب ملاحظة الدورة الدموية في اليد وهذا لأنها تتغير بشكل سريع في تلك المنطقة.
- ألم مع فقدان الحركة في المفصل.

الأسباب:

- يحدث الخلع عند محاولة التوقف عند السقوط والمرفق في حالة الشني.
- المد الزائد للمرفق (أكبر من المدى الحركي).
- تحدث الإصابة عند كثرة السقوط.

المضاعفات :

- مصاحبة الخلع للكسور .
- تلف الأنسجة المحيطة .
- خطر إصابة الشرايين و الأعصاب .
- في حالة عدم كفاءة العلاج فإن تلف الأنسجة يزيد من حساسية المفصل (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 83).

الإسعاف و العلاج:

- إعادة المفصل إلى وضعه الصحيح .
- وضع الذراع جانب الجسم و يربط برباط مطاطي .
- وضع الثلج على المنطقة المصابة لمدة 20 دقيقة .
- أخذ أشعة للمفصل لتشخيص الإصابة (سميعة خليل محمد، 2007، الصفحات 83-84).



الشكل رقم (6) يمثل خلع مفصل المرفق (www)

د- كسور عظام المرفق : هو انفصال أو قطع العظم و كسور العظام في المرفق قد تكون بشكل ثلمه صغيرة أو كسر كامل .

الأعراض :

- الشعور بالألم و يزداد عند تحريك المفصل .
- تشوه أربطة المرفق مع ليونة الملمس .
- التورم و الكدمات .

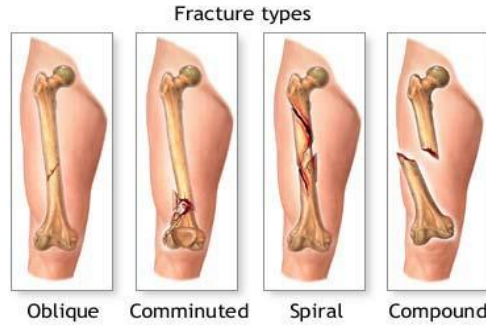
الأسباب :

- السقوط المباشر على مفصل المرفق .

- ضرب مباشر على مفصل المرفق(سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 84).

المضاعفات :

- إن نهاية العظام المكسورة تسبب أضراراً للأعصاب و الأوعية الدموية في المفصل مما قد يحدث خلل وظيفي طويل الأمد في الذراع و اليد و الأصابع مما يعرقل الحركة و يحدث خدر و وخز و ألم في الساعد و اليد و الرسغ و الأصابع(سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 85).



ADAM.

الشكل رقم (7) يمثل كسر عظم المرفق(www1).

الإسعاف و العلاج :

- تجبير الذراع و تثبيتها إلى الجسم مع لفاف مطاطي .

- وضع الثلج لمدة 20 دقيقة أعلى المنطقة المحيطة بالكسر .

- أخذ أشعة لتشخيص الإصابة .

- الجراحة ضرورية لمعالجة الكسر المزاح الواقع فوق البروزات العظمية .

- يمكن البدء بتمارين المستوى الأول خلال أسبوع من الإصابة ثم تمارين المستوى الثاني أو الثالث من التثبيت و يؤكد هنا على المدى الحركي و ليس على الاستطالة(سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 85).

هـ- كسر رأس عظم الكعبرة : هو رض أو تحطم كامل لرأس عظم الكعبرة عند قمة الساعد حيث يشكل أكبر جزء من مفصل المرفق و يتم كسر رأس عظم الكعبرة في عدة أماكن .

الأعراض :

- ألم شديد في الجهة الخارجية من المرفق .
- حدوث نزف و انتفاخ .
- ضعف المدى الحركي بسبب الانتفاخ .

الأسباب : - السقوط المباشر على الذراع أو اليد حيث تنتقل الشدة للأعلى من خلال اليد ثم الساعد ثم مفصل المرفق .

المضاعفات : - فقدان الحركة في الساعد و اليد و الأصابع في حالة إهمال العلاج المبكر .

الإسعاف و العلاج :

- تجبير الذراع و تثبيتها إلى الجسم بلفاف مطاطي .
- استخدام الثلج لمدة 20 دقيقة .
- استخدام العقاقير الطبية لإزالة الألم و الالتهاب (بوصفة طبية) .
- أخذ أشعة للمفصل لتحديد مدى الحركة .
- التجبير بزاوية 90° لمدة أسبوع أو ثلاث أسابيع .
- تبدأ التمارين خلال أسبوع من الإصابة (تمارين المدى الحركي) (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 86).

و- تمزق وتر العضلة ذات الرؤوس الثلاثة : يحدث التمزق عند نقطة تلاقي العضلة ذات الرؤوس الثلاثة مع رأس المرفق .

الأعراض :

- الإحساس بالألم في نقطة المرفق .

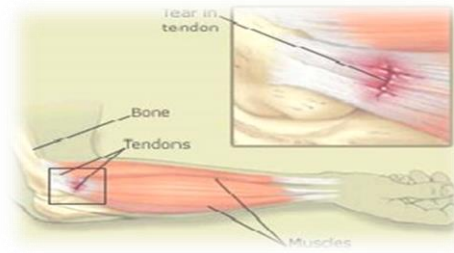
- ظهور فجوة بين نقطة المرفق و ارتباط الوتر .
- فقدان شديد في قوة الذراع عند حركة مد المرفق .

الأسباب :

- ضربة قوية أو السقوط على المرفق .
- كثرة الاحتكاك و السقوط .

الإسعاف و العلاج :

- وضع الذراع في علاقة .
- وضع الثلج على المنطقة المصابة لمدة 20 د .
- العلاج غالبا ما يكون جراحيا حيث يتم شد العضلة المصابة و من ثم وضع علاقة تزال بعد ستة أسابيع.
- بداية تمارين ايزومترية بعد ستة أيام من الجراحة ثم أداء تمارين المستويات الثلاث .
- الشفاء يكون بعد ستة أسابيع و يجب تجنب الاحتكاك لمدة اثنا عشر أسبوع كحد أدنى (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 89).



الشكل رقم (8) يمثل تمزق في أوتار و عضلات المرفق (www2)

- ز- التهاب مفصل المرفق : يحدث نتيجة ضربة مباشرة على المفصل و يسبب الالتهاب تحت الجلد عندما يتورم المرفق نتيجة تجمع السوائل .

الأعراض :

- ألم و احمرار الجلد .
- التهاب و ورم بيضوي الشكل على المرفق يمتد أسفل الذراع أحيانا .
- فقدان الحركة أحيانا .

الأسباب :

- ضربة شديدة واحدة على المرفق .
- يتعرض لهذه الإصابات عند كثرة السقوط على الأرض و خاصة حراس المرمى .

المضاعفات :

- تقرح الجلد نتيجة الالتهاب و قد تدخل البكتيريا إلى المناطق الحساسة .

الإسعاف و العلاج :

- علاج الـ RICE إلى أن يخف الورم .
- تبدأ تمارين الحركة البسيطة بعد زوال الألم و الورم .
- أخذ أدوية مضادة للألم و الالتهاب، وإذا تكرر الألم عمل أشعة متابعة تطور العظم و رأس المرفق.
- لتجنب التيبس في المفصل نقوم بتمارين خفيفة و حسب المستويات الثلاث .
- يجب ارتداء مسند وقائي لحماية المفصل من تكرار الإصابة .
- و يتم الشفاء من 01 إلى 03 أسابيع (سميعة خليل محمد، 2007، الصفحات 88-89).

03- إصابات الرسغ (Blessures Du Poignet):

إن الإصابات الرياضية لمنطقة الرسغ تكون نتيجة الارتطام المباشر أو الضغوط الناتجة عن استخدام الرسغ ابعدها من مداها الحركي، ولأن الرسغ يمكن أن يستخدم في الحركات والنقلات المختلفة فإن ذلك يسبب

تعرض الرسغ لمختلف أنواع الإصابات وهذه الاستخدامات تتمثل في دفع اللاعبين الآخرين، المسك للقف، الرمي، الضرب و أحيانا استخدام الرسغ لأبعد مدى حركي. وأهم إصابة الرسغ ومكوناته:

أ- الالتواء :

يتعرض الرسغ إلى أنواع مختلفة من الالتواءات ولكن من أبرز و أكثر إصابات الالتواءات شيوعا هي الالتواء الناتج عن التغطية المفرطة المشدودة بقوة، وأحيانا يحدث الالتواء للأربطة المفصالية نتيجة التواء عنيف أو قبضة مشدودة، والبسط المفرط يمكن أيضا أن يصيب الأربطة الضعيفة البعيدة، وكذلك الأوتار والعظام، والالتواء أحيانا يؤخذ على أنه كسر حتى يتم تأكيد العكس بواسطة الصور الإشعاعية وعند ذلك فقط يعالج المصاب على أنه حالة التواء وليست كسر ويستمر الألم والورم حوالي 02 أو 03 أسابيع وبعدها من الضروري خضوع المصاب للعلاج الطبيعي.

ب- الخلع:

تحدث بسبب قوة تركيبة الأربطة الموجودة في مفصل الرسغ، فإن حالة الإصابة بالخلع هي حالات غير شائعة وتحدث أقل بكثير من حالات الكسر، وإن حالات الخلع في مفاصل اليد هي قليلة جدا خلال الأنشطة والفعاليات الرياضية، ويمكن تمييز هذه الإصابة حال وقوعها بسبب النشوة وفقدان القدرة على الحركة، كم أن حالة إرجاع الخلع في الأصابع تكون قوية ومؤلمة و أحيانا أخرى غير ناجحة بسبب دقة وصغر المفصل في الأصابع أو السلاميات (فريق كمونة، صفحة 285).



الشكل رقم (9) يمثل خلع رسغ اليد (www)

04 - إصابات اليد (Blessures De La Main) :

إن هناك عدد قليل من الرياضات التي لا تكن باليد أداء فعلي مباشر فيها ولهذا فان يد الرياضي غالبا ما تتعرض لأنواع شتى من الضغوط و الأداء العنيف، ولهذا السبب تكون اليد عرضة لأنواع مختلفة من

الإصابات الرياضية التي تتدرج من البسيطة التي لا يبلغ عنها إلا الشديدة التي تتطلب برنامج علاجي مكثف.

أ- **السحجات و الجروح الثقبية** : إن هذه الجروح على قلة حدوثها يجب أن ينظر إليها بنظرة اعتبار و لا يستهان بها مطلقا والرياضي الذي يضع خاتما في يده عرضة للإصابة أكثر من غيره والجروح المفتوحة قد تضر الأوعية الدموية و الأوتار العضلية وحتى الأعصاب التي تكون قريبة من سطح الجلد ولهذا يجب أن تخضع هذه الأنواع من الإصابات إلى التقييم الشامل والعلاج الناجح.

الإسعاف و العلاج :

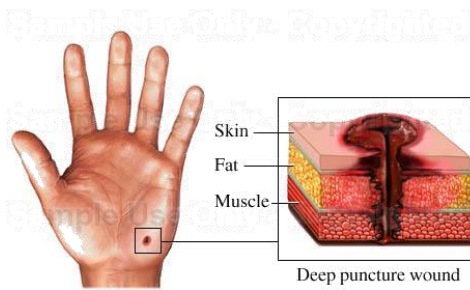
- إيقاف النزيف قبل أي علاج آخر و يتم ذلك بالضغط على مكان الجرح بواسطة قطعة نظيفة معقمة من الشاش و هذا لتفادي دخول الجراثيم الجرح.

- يجب تنظيف السحجة جيدا أو بشكل كلي و تنظيفها يكون بالماء و الصابون قدر الإمكان لتخليصها من الأتربة و الأشياء الخشنة التي تكون ربما عالقة بها و تغطي بطريقة خفيفة جدا من الشاش الطبي المعقم و يجب الاهتمام اليومي بها و كذلك عرضها على المركز الصحي و ذلك للأسباب التالية :

- لكي يتم تنظيف الجرح تماما من كل الشوائب العالقة .

- للمحافظة على المنطقة المجاورة للجرح ضد التلوث و التورم المصادف لها .

- للتأكد من نوعية السحجة و علاجها(فريق كمونة، صفحة 251).



الشكل رقم (10) يمثل جروح اليد (www)

ب- **الكسور** : إن عظام اليد معرضة بشكل كبير للإصابة خلال الأنشطة الرياضية ، عند التعرض للضرب المباشر أو السقوط المباشر على اليد. و من أهم إصابات كسور اليد نجد :

ب-1 كسر العظمة الزورقية بيد اللاعب : من أهم أسباب كسر عظم الزند سقوط اللاعب على كف اليد مفرودة مع فرد زائد لمفصل الكوع ، و قد يتزامن كسر العظم الزورقي بيد اللاعب مع كسر عظم الزند بساعده بنفس السبب السابق الإشارة إليه.

الأعراض :

- ألم في المكان التشريحي للعظمة الزورقية فيما يسمى بالصندوق الشمي .
- ورم بسيط في مكان الإصابة .
- ألم عند ثني أو فرد مفصل الرسغ .
- ألم عند لف مفصل الرسغ للخارج أو للداخل .

الإسعاف و العلاج :

- التثبيت في الجبس من 10 إلى 12 أسبوع على أن يشمل ذلك أصبع الإبهام .
- في حالة حدوث مضاعفات ينصح بالتدخل الجراحي الفوري .
- علاج طبيعي ملائم .

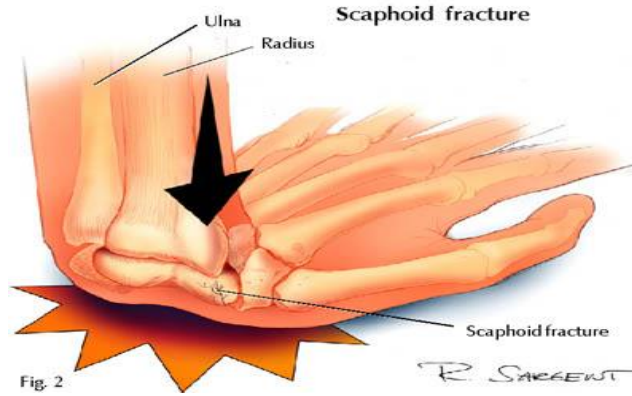
ب-2 كسر سلاميات اليد : ومن أهم أسباب الإصابة السقوط مباشرة على الأرض وقد تحدث في بعض الحالات مصاحبة لجرح بالأنسجة المجاورة لعظم سلاميات اليد .

الأعراض :

- تورم في مكان الإصابة .
- ألم شديد مكان الإصابة .
- تشوه بالوضع التشريحي لسلاميات اليد كنتيجة لشد العضلات للأجزاء المكسورة من عظام السلاميات (أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، الصفحات 240-242).

الإسعاف و العلاج :

- إرجاع العظام لوضعها التشريحي السليم مع تثبيتها في الجبس لمدة أربعة أسابيع .
- تدخل جراحي في حالة حدوث مضاعفات .
- علاج طبيعي مناسب (أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، صفحة 243).



الشكل رقم (11) يمثل كسر اليد (www3)

ج- الخلع :

- ج-1 خلع تمفصل عظيمات الأصابع : و من أسباب ذلك فرد عنيف و زائد للأصابع عند السقوط ، ثني عنيف و زائد .

الأعراض :

- ورم مكان المفصل المصاب .
- تشوه في التكوين التشريحي للأصابع .
- عدم القدرة على تحريك المفصل المصاب .

الإسعاف و العلاج :

- إرجاع الخلع تحت تخدير موضعي .

- التثبيت و رباط لاصق لمدة من أسبوعين لثلاث أسابيع .

- علاج طبيعي مناسب .

- في حالة وجود مضاعفات يجب تدخل جراحي ثم التثبيت.

ج-2 خلع تمزقي في اندغام أوتار العضلات الباسطة للأصابع: و من أسباب ذلك حدوث جروح

مفتوحة يصاحبه تمزق في الأوتار العضلية الباسطة للأصابع ، السقوط على الأصابع مفرودة على الملعب.

الأعراض :

- ألم شديد مكان الإصابة .

- ارتخاء دموي مكان الإصابة .

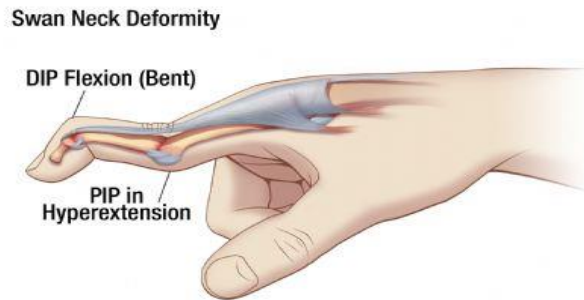
- عدم القدرة على فرد الأصابع .

الإسعاف و العلاج :

- تدخل جراحي ثم التثبيت في الجبس لمدة ثلاث أسابيع .

- علاج طبيعي مناسب (أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، 1999، الصفحات 243-254-

246).



الشكل رقم (12) يمثل خلع سلاميات الأصابع (WWW4)

05- إصابات الظهر (Blessures Du Dos) :

تعد إصابات الظهر أخطر الإصابات في الألعاب الرياضية وخاصة الحادة منها و ذلك لما تسببه من عجز طويل الأمد و الموت أحيانا فإن إصابة الحبل الشوكي و الأعصاب المحيطة تشكل خطرا كبيرا، و لكن إصابات الظهر نادرة جدا في الألعاب الرياضية و قد تحدث بعض الإصابات الحادة غير الطارئة كالشد والالتواء و الرضوض.

أما إصابات الظهر المزمنة فإنها تتطور خلال فترة معينة وتحدث آلاما في أسفل الظهر خاصة، والتي قد تعطل وظيفته غالبا ما تكون أسبابها فرط الاستخدام، الانحناء المتكرر للأمام والخلف، وكذلك التشوهات التشريحية الولادية، الأوضاع الخاطئة، ميكانيكية الجسم غير الصحيحة وعمليات الهدم المصاحبة لتقدم العمر وعادة ينتج ألم الظهر من عامل واحد أو عدة عوامل مشتركة (سميعة خليل محمد، صفحة 128).

ومن إصابات الظهر الحادة:

أ- شد عضلات الظهر (التواء رباط الظهر) : هي تمدد أو تمزق في واحدة أو أكثر من عضلات الظهر أو الأربطة، ويتعرض لهذه الإصابة لاعبي كرة القدم و هوكي الجليد و تحدث عند الفتل الشديد و الدوران أو أي حركة سريعة و يتعرض للشد و الالتواء .

الأعراض :

- شد مفاجئ و آلام حادة في الظهر .
- يشتد الألم خلال (2-3 ساعة) من الإصابة .
- ألم موضعي، ليونة و ورم في المنطقة المصابة .
- ينتشر الألم أسفل الردفين و إلى الساقين أو ألم مباشر على البروزات العظمية في العمود الفقري .

الأسباب :

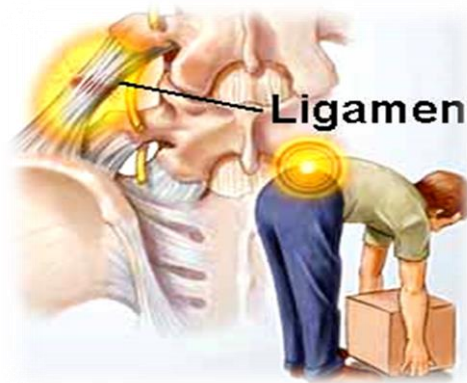
- دوران حاد في الظهر .
- جهد زائد على العضلات خلال الانحناء أو حركات الرفع (سميعة خليل محمد، صفحة 132).

المضاعفات :

- أضرار في الحبل الشوكي عند تركز التأثير في العمود الفقري .
- آلام أسفل الظهر و تصبح الإصابة مزمنة .

الإسعاف و العلاج :

- استخدام الثلج لمدة 48 - 72 ساعة .
- عند اختفاء الألم الحاد تستخدم كمادات دافئة ورطبة .
- تمارين المجال الحركي .
- استخدام الأدوية لإزالة الألم و مضادات الالتهاب (بوصفة طبية) .
- تبدأ تمارين التأهيل في الحالات الخفيفة بالمستوى الثالث بعد اختفاء الألم خلال 48 ساعة.
- وفي الإصابات المتوسطة يبدأ بتمارين المستوى الثاني بعد اختفاء الألم. وإذا كانت الإصابة حادة فتمارين المستوى الأول بعد انخفاض الألم ثم المستوى الثاني والثالث ومن ثم برنامج مكثف في القوة والمرونة.
- مدة الشفاء في إصابات الالتواء والشد الخفيف من 3 إلى 5 أيام وفي إصابات الالتواء والشد المتوسط من 1 إلى 2 أسبوع أما في إصابات الالتواء والشد الشديد 3 أسابيع أو أكثر (سميعة خليل محمد، الصفحات 132-133).



الشكل رقم (13) يمثل تمزق أربطة عضلات الظهر (www5)

ب- رضوض الظهر : يتعرض الظهر للرض بسبب سعة سطحه وتحدث عند التصادم المباشر مما يحدث نزفاً في ألياف العضلة، وتحدث في الألعاب التي تسبب السقوط أو الاصطدام بالمعدات و الأجهزة .

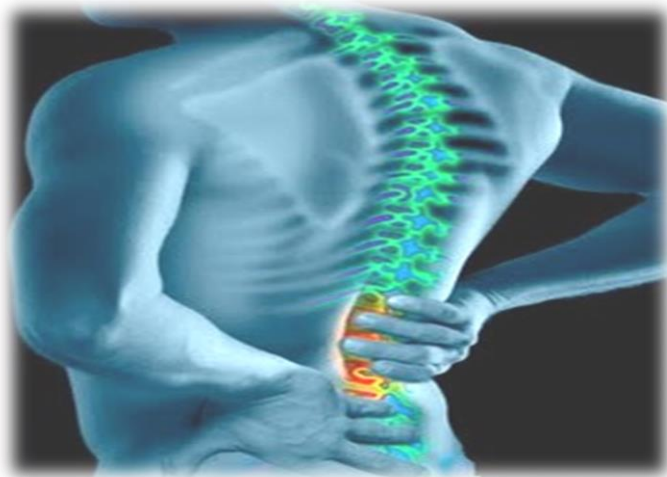
الأعراض :

- ألم موضعي مع ليونة واحتمال الورم . - تغير اللون .
الأسباب: صدمة مباشرة .

المضاعفات: حدوث نزف وورم مما يحدث شد أثناء الدوران أو ضيق الحبل الشوكي والأعصاب .

الإسعاف و العلاج :

- التبريد خلال (48 - 72 ساعة) .
- كمادات دافئة ورطبة بعد اختفاء الألم .
- في الرض الشديد منع الحركة و العلاج الطبيعي .
- استعمال عقاقير طبية لإزالة الألم و الالتهاب .
- تمارين المدى الحركي .
- تبدأ تمارين التأهيل بالمستوى الثالث في الإصابات الخفيفة و حالما يختفي الألم خلال 24 ساعة .
- و في الإصابة المتوسطة يبدأ بالمستوى الثاني بعد اختفاء الألم و في حالة الإصابة الشديدة يبدأ بالمستوى (1) يعد انخفاض الألم ثم يتدرج إلى المستوى الثاني و الثالث، برنامج تكييفي للقوة و المرونة .
- زمن الشفاء في رض الظهر الخفيف أسبوعين و في رضوض الظهر المتوسطة أربعة أسابيع و في الحالات الشديدة ستة أسابيع (سميعة خليل محمد، 2007، الصفحات 132-133).



الشكل رقم (14) يمثل رضوض الظهر (www6)

06- إصابات الركبة (Blessures Du Genou):

يعتبر مفصل الركبة أشهر المفاصل في مجال الرياضة وأكثرها عرضة للإصابة، تمثل إصابة الركبة حوالي 70% من الإصابات الرياضية التي تصيب الرياضيين في الملاعب، ومفصل الركبة عبارة عن اتصال نهاية عضلة الفخذ ببداية عظمة قصبة الساق وهاتين العظمتين تتخذان معا سلسلة من الأربطة ويعتبر مفصل الركبة أحد المفاصل المعلقة بالإضافة إلى اعتبارها كرافعة للمفصل يمكننا من الوقوف مستقيما والتسلق وصعود السلالم وأن نجري ونمشي. كما نعلم أن الرياضي يمتلك أربعة عضلات كبيرة في الجهة الأمامية من الفخذ، و وتر العضلة الأمامية الرباعية يندغم بعد اتصاله بغطاء المفصل ونقصد بذلك (الصابونة) التي تتصل بعضلة القصبة بواسطة وترها .

أ- إصابة الرباط الخارجي للركبة: الرباط الخارجي للركبة هو الرباط الممتد بين نهاية عظمة الفخذ وبداية عظمة الشظية من الجهة الخارجية، وإصابات الرباط الخارجي نادرة الحدوث إذا ما قورنت بإصابات الرباط الداخلي، وذلك كما ذكرت من قبل لأن الرباط الداخلي ملتصق تماما بالعضروف الداخلي وكبسولة المفصل وبينما الرباط الخارجي فهو منفصل تماما، ويكون التمزق بالرباط الخارجي للركبة نتيجة ضربة مباشرة على الجهة الداخلية للركبة، أما تمزق الرباط الصليبي الأمامي وتمزق الرباط الخارجي يكون نتيجة لضربة أعنف، وإذا كانت الضربة عنيفة جدا فيحدث تمزق بالرباطين الصليبي الأمامي والخلفي وكذلك بالرباط الخارجي للركبة.

وتحدث نتيجة الوقوع في حفرة أو ضربة مباشرة على الجهة الداخلية تزيد من الجهة الخارجية للركبة وتقل من الزاوية الداخلية.

الأعراض:

- أي تقرب للفخذ يسبب الألم.
- ألم شديد في منطقة الركبة وخاصة الجهة الداخلية.
- ورم محدود من الممكن تكوينه في مكان الإصابة بكمية قليلة.
- حالة معقولة من الثبات (عبد العظيم العوادلي، 2004، الصفحات 210-212).

الإسعاف و العلاج:

- أول 48 ساعة كمادات باردة، رباط ضاغط أو أربطة ضاغطة مطاطية أو رباط "الإيستوبلاست".
- الراحة في السرير مع رفع الساق للأعلى و تجنب الوقوف أو السير إلا للضرورة.
- بعد 48 ساعة يبدأ العلاج بكمادات الماء الساخن لمدة ساعة وتكرار ذلك مرتين يوميا ويمكن استخدام حمامات الشمع وزيت البرافين أيضا.
- ب- إصابة الرباط الداخلي للركبة: هي أكثر شيوعا من إصابات الرباط الخارجي وقد تحصل الإصابة للرباط وحده وقد تكون مصاحبة للتمزق الغضروفي الداخلي للركبة وقد تحدث الإصابة أيضا عند التعرض لضربة مباشرة على الجانب الخارجي للركبة و ينتج عنها إصابة ناتجة عن اختلاف حركة المفصل بحيث يجعله في وضع التصاق الركبتين مع تباعد القدمين فيحدث انفراج في الزاوية الداخلية للركبة فيصاب الرباط.
- وكما نعلم جميعا في العادة تحمي العضلات المفاصل وتمنع إصابة الأربطة ولكن في أثناء الحركة الفجائية العنيفة تكون العضلات في وضع تعجيزي لحظي وفي هذه الحالة تضطر إجباريا للقيام بعمل العضلات وتأدية الحركات كاملة و كذلك حماية المفصل مما يؤدي إلى حدوث ملخ ضيق قد يصاحب بتمزق.
- العلاج المائي: كمادات متضادة باردة وساخنة لمدة 20 دقيقة.
- العلاج الكهربائي: أشعة موجات قصيرة وأشعة موجات فوق صوتية وقد تستخدم أشعة الليزر والمجال المغناطيسي في حالة توفرهما وبالمثل للداي ديناميك.
- التمرينات العلاجية: تبدأ بالتدرج وبطبيعة الحال تكون البداية بالتمرينات الساكنة للعضلات المحيطة بالركبة المصابة ثم تتدرج لمستوى التمرينات الديناميكية ثم بالتمرينات ذات المقاومة (عبد العظيم العوادلي، 2004، الصفحات 214-218).

ج-تمزق غضاريف الركبة : قال "كرتلج" أن غضاريف الركبة عبارة عن ليفين غضروفيين يقعان ما بين رأس عظمة قصبية الساق ونهاية عظمة الفخذ إحداهما من الجهة الداخلية وأخرى من الجهة الخارجية كلاهما على شكل هلال ولكن الغضروف الداخلي أكبر حجما من الغضروف الخارجي وفائدة غضروف الركبة هي امتصاص الصدمات الناتجة عن حركة المفصل بعنف أو عن ارتطام العظمتين ببعضهما البعض عند وثب اللاعب للأعلى ثم النزول على الأرض ثانية وكذلك تساعد الغضاريف في تليين حركة المفصل وتخفيفهما ويسهلان حركة الدوران المحدودة للمفصل.

إمكانية حدوث الإصابة:

إصابة الغضاريف تحدث نتيجة لدوران الركبة فجأة وبعنف أثناء إنشائها حاملة ثقل الجسم وحدث غالبا أثناء ركل اللاعب الكرة ودورانه فجأة وبعنف على الرجل الثانية في حالة ضعف عضلة الركبة، وتمزق غضروف الركبة من الممكن أن يشمل الغضروف بطوله، وربما يأخذ الجزء الأمامي و قد يحدث رشحا في الغضروف وتمزق غير كامل.

وتمزق الغضروف الداخلي أكثر شيوعا من تمزق الغضروف الخارجي وذلك لأنه ملتق بكبسولة المفصل أو بالرباط الداخلي له.

الإسعاف و العلاج: لمعرفة المزيد من ذلك وحتى دخول المصاب لغرفة العمليات يجب إجراء ما يلي :

-وضع رباط ضاغط.

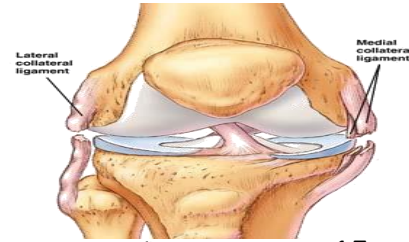
-كمادات باردة.

-تثبيت حركة الركبة(عبد العظيم العوادلي، 2004، صفحة 237).

د-إصابة رشح الركبة"ماء الركبة":هي من أكثر إصابات الركبة شيوعا ويطلق عليها ماء الركبة أو رشح الركبة "السائل الزلالي" وهي عبارة عن التهاب في الحافظة الزلالية للركبة وينتج عنه زيادة في كمية السائل الزلالي مما ينتج عنه تورم في المفصل وتجمع للسائل داخل الكبسولة وحولها حيث تشاهد خلاله الصابونة كأنها عائمة على الركبة ويستمر ورم الركبة لفترة طويلة، ورشح الركبة من الممكن أن يحدث منفصلا كنتيجة لضربة مباشرة على الركبة لفترة أو قد يكون مصاحبا لإحدى الإصابات التي تصيب الركبة مثل الملخ أو شد أولي لأحد أربطة الركبة أو حدوث تمزق به أو بأحد غضاريف الركبة.

الإسعاف و العلاج:

- ربط الركبة برباط ضاغط لمنع زيادة الورم نتيجة لزيادة السائل الزلالي المرشح.
- يجب تحذير اللاعب المصاب من القيام بأي حركة خاصة كثني الركبة وفردها أكثر من اللازم.
- يجب التزام الراحة في الفراش لفترة تتراوح ما بين 48 إلى 72 ساعة وترفع القدم على وسادتين عاليتين.
- في حالة إذا ما قل الرشح والورم يمكن التحرك البسيط والوقوف لفترة زمنية قصيرة .
- عند الجلوس يجب وضع الركبة مفرودة على أحد المقاعد حتى تتجنب زيادة الورم.
- ينصح اللاعب على تشجيع انقباض العضلة الأمامية الرباعية للفخذ و ارتخائها وهي في حالة السكون.
- رفع الرجل عدة مرات في وضعية مريحة بالطبع لكي يساعد على تقليل كمية السائل المرشح.
- بعد تمام زوال الرشح نبدأ في تمارين ثني الركبة وفردها تدريجيا دون إجهاد أو ضغط عليها.
- يجب أثناء فترة العلاج الطبيعي الاهتمام من أول يوم من أيام الإصابة ببقية العضلات الجسم والمفاصل وتمارينها وتقويتها وتنميتها(عبد العظيم العوادلي، 2004، صفحة 240).
- وفي معظم الحالات لا تتعدى فترة إبعاد اللاعب المصاب برشح الركبة فقط، دون أية إصابات أخرى مصاحبة عن ثلاثة أسابيع إلى أربعة يعود بعدها اللاعب سليما معافى مكتمل اللياقة البدنية والفنية(عبد العظيم العوادلي، صفحة 241).



الشكل رقم (15): تمزق غضاريف الركبة (www) الشكل رقم (16): تمزق الرباط الداخلي لتردبه (www7)



الشكل رقم (17) يمثل تمزق الرباط الأمامي للركبة(www7)

07- إصابات الساق (Blessures De La Jambe)

إن إصابات الساق شائعة جدا في الأنشطة الرياضية ومعظم الإصابات التي تصيب الساق تحصل للجزء الأمامي منه تتوافق دوما بإصابات الكاحل أيضا، ومن أهم إصابات الساق نجد:

أ- الكدمات: إن الساق معرضة لأنواع مختلفة من الإصابات والضربات والكدمات المباشرة خلال النشاط الرياضي ولهذا هي عرضة للكدمات التي ربما تكون بسيطة أو شديدة ، إن معظم الكدمات تصيب السطح الأمامي للإنسي للساق وقرب العظم في هذه المنطقة ورقة الجلد فيه تجعل الإصابة مؤلمة جدا ومعيقة للحركة.

إن الكدمات يمكن أن تصيب المنطقة العضلية من الساق وأن التعقيد محتمل للإصابة عندما تتورم عدة أجزاء ومناطق من الساق، وإن الورم في هذه المناطق المغلقة ليس سببا مباشرا للألم فحسب بل يمكن أن تتطور إلى تسوه ظاهري وأيضاً فإن الأضرار الرئيسية للكدمات المباشرة هي الأضرار التي تصيب العصب الرئيسي البطني، وهذا العصب حساس جدا لأنه يمر حول رأس عظم الشظية وأية ضربة يمكن أن تسبب إصابة لهذا العصبون نعني في أحيان كثيرة فقدان قدرة العضلات الطاهرة والباطنة للقدم أو ما يسمى بحالة سقوط القدم وهذه الأعراض عادة تكون مؤقتة وتسترجع الشفاء الكامل بعد فترة العلاج التي تختلف مدتها حسب نوع الإصابة.

ب- الكسور: إن عظم القصبة والشظية هما عظامان معرضان للإصابة بشكل كبير خلال الأنشطة الرياضية وأن العظم أكثر عرضة للكسر من هاذين العظمين هو عظم الشظية، ولكن هذا لا يمنع أن يتعرض عظم القصبة أوالظنوب إلى الكسر عندما يتعرض للضرب المباشر أو بكسر نتيجة الجهد المفرط، إن كسر عظم القصبة يمكن التعرف عليه بسهولة لأنه العظم الحامل للثقل البدني وأعراضه عادة تكون شديدة أو مؤلمة ومن الممكن التعرف عليها دون اللجوء إلى الصور الشعاعية وتكون منطقة الكسر متورمة ومؤلمة خاصة عند محاولة تعديل العظم(محمد عادل رشدي، صفحة 295).

الأعراض :

- ألم أسفل الساق مع التشوه في المنطقة بسبب النزيف و التورم .

- عدم القدرة على الحركة و سماع صوت عند الحركة.

الإسعاف و العلاج :

- التبريد و ربط المنطقة المصابة .

- فحص المناطق المتمزقة و كشف التلف في الأوعية و الأعصاب .

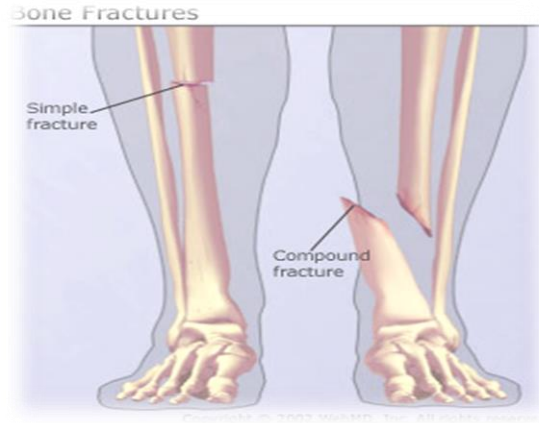
- عمل أشعة للتأكد من التشخيص ثم إجراء الجراحة اللازمة لربط العظم المكسور باستخدام اللدائن

والمعادن أو تجبيسها .

- بداية تمارين التأهيل بالمستوى الأول ثم الثاني ثم الثالث.

- يتم الشفاء خلال ستة أشهر. ثم الرجوع إلى التدريب واللعب بعد ثلاث أشهر (سميعة خليل محمد،

2007، صفحة 207).



الشكل رقم (18) يمثل كسر الساق (www8)

ج- تقلص عضلات الساق: ينتج التقلص من الانقباض اللاإرادي الشديد لعضلة أو أكثر ومن الممكن أن يكون التقلص ارتجاجيا أو تواتريا والتقلص الارتجاجي يحدث نتيجة لانقباض عضلي متقطع وارتجاء بينما التقلص التواتري يحدث نتيجة انقباض عضلي ثابت دون وجود فترات للراحة أو الارتجاء. وللتقلص العضلي أسباب متعددة منها فقد كمية من السوائل خلال الممارسة في الجو الحار، فقدان التوافق والتناسق العضلي وفي الغالب يصعب التنبؤ بحدوث التقلص ولكن عندما يكون التقلص وشيك الحدوث يشعر اللاعب بألم شديد.

الإسعاف و العلاج:

- يوضع المصاب في وضع مريح مع عمل شد للعضلات المنقبضة .
د- تمزق عضلات الساق : هي تمدد أو تمزق جزئي أو كلي للعضلة و يشمل ثلاث درجات حيث تتمزق الألياف بنسبة 25% إلى 75% و التمزق التام ، و يتعرض لهذه الإصابة عند القفز .

الأعراض : تختلف حسب درجة التمزق

الدرجة 1 : تمزق الألياف 25% .

- ألم متوسط الشدة مع ضعف المنطقة و الإحساس بالوخز .

الدرجة 2 : تمزق الألياف 75% .

- ألم شديد مع تغير لون المنطقة المصابة خلال 24 ساعة .

- صعوبة استعمال العضلة و عدم المقدرة على الوقوف على رؤوس الأصابع .

الدرجة 3 : التمزق التام .

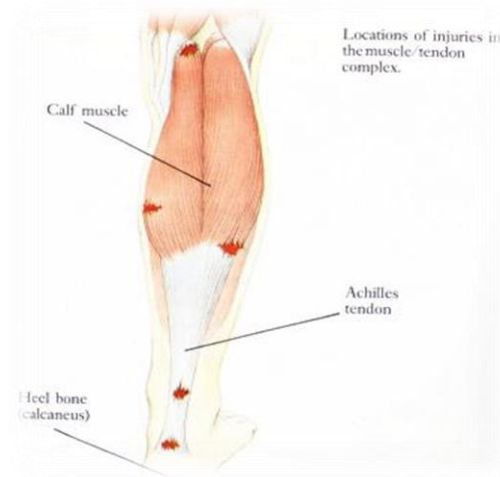
- عدم إمكانية استخدام العضلة في أي حركة (سميعة خليل محمد، 2007، الصفحات 207-208).

الأسباب :

- تقلص شديد في العضلة .
- التوقف السريع و تثبيت القدم على الأرض .
- عدم الإحماء الجيد .
- الإصابات القديمة .
- عدم مرونة الوتر الأخيلى .

الإسعاف و العلاج :

- التبريد و الضغط و الرفع .
- استخدام الأدوية لتخفيف الألم و الالتهاب .
- في حالة إصابة الدرجة الثانية نستخدم مع التبريد تمارين المرونة ثم القوة بعد الأسبوع الأول من الإصابة.
- في حالة الإصابة من الدرجة الثالثة فالعملية الجراحية ضرورية لإعادة تأهيل نستخدم تمارين المستويات الثلاث بعد زوال الألم .
- شفاء إصابة الدرجة الأولى من 03 إلى 05 أيام أما الدرجة الثانية فيكون من 02 إلى 04 أسابيع (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 209).



الشكل رقم (19) يمثل تمزق العضلة التوأمية (www9)

08-إصابات القدم(Blessures Du Pied):

لا يمكن لأي لاعب تادية أو ممارسة رياضته المفضلة إلا إذا كانت قدماه بحالة جيدة وكذلك رجلاه،فأي فعل رياضي أو حركي للاعب يبدأ عن طريق حركة القدمين فالقوة والسرعة تبدأ من القدمين وهي تعطياه الثبات على الأرض إضافة لسهولة التنقل والحركة،وعند قذف اللاعب للرمح أو الجلة أو المطرقة أو أي شيء فإن الدفعة الأخيرة للحركة تكون بواسطة أصبع القدم الكبير.

فالقدره على الانطلاق والقدره على تسديد ركلة أو ضربة تعتمد إلى حد كبير على القدمين وعلى حالتها ومن بين إصابات القدم نجد:

أ-إصابة أربطة القدم بالشد العنيف والتمزق: وهذه الإصابة قد تكون مؤقتة أو مزمنة خاصة التي تصيب أربطة سلاميات الأصابع، وذلك نتيجة للاستخدام غير الطبيعي للقدمين مثل السير لفترات طويلة أو الزيادة السريعة في وزن الجسم مما ينشأ عنه حمل مضاعف على القدمين وربما يحدث أيضا عقب إزالة الجبس للرجل المصابة بالكسر وفي هذه الحالة تكون جميع الأربطة لعضلات الجسم عامة في حالة من الضعف لا تسمح بحمل ثقل الجسم إلا بالتدرج.

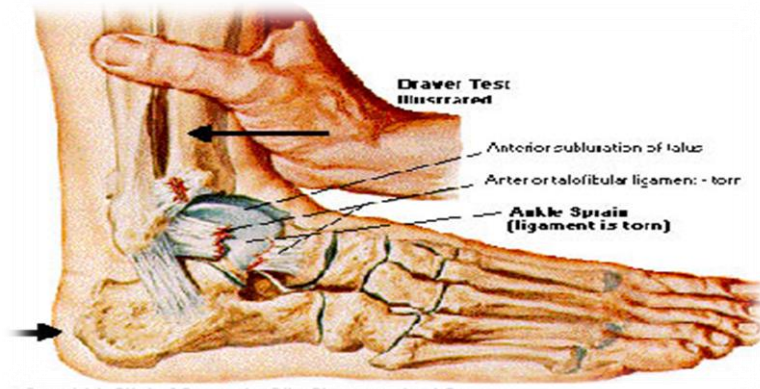
الأعراض:

- الألم الشديد من أهم الأعراض ويبدأ انتشاره أولا في باطن القدم، ويكثر الإحساس به عقب أي مجهود ثم يتدرج انتشار الألم حتى يشمل الرجل وسمانة الرجل أحيانا ما يحدث تورم حول القدم والكاحل والكعب، ويزداد الورم في نهاية اليوم عقب المجهود الكبير، وعند فحص القدم نلاحظ الألم الشديد وعدم احتمال أي لمسة وخاصة عند بطن القدم، كما يلاحظ ذلك أيضا عند تحريك القدم حركة سالبة أي بواسطة الطبيب أو الأخصائي وليس اللاعب كما يلاحظ وجود حد من حركة المفصل مع زيادة الألم(عماد الدين شعبان علي حسن، 2006، صفحة 29).

الإسعاف و العلاج:

- ينصح اللاعب بتجنب حمل جسم أو المشي والوقوف لفترات طويلة، وينصح بعدم إجهاد القدمين وذلك لبضعة أسابيع، وعليه أن يلاحظ وضع القدم عند الوقوف ويصححه، والوضع الصحيح هو وضع الوقوف عند العسكري (القدمين يبعدان عن بعضهما البعض بحوالي بوصتين أو أكثر) وفي هذه الحالة يتم توزيع ثقل الجسم على الكعبين وعلى مقدمة سلاميات القدم الأولى والخامسة وأصابع القدم تكون مفرودة مع الضغط الخفيف بباطن الأصابع على الحذاء.

- وتدليك القدم والساق مفيد جدا في هذه الحالة و يمكن أيضا استخدام الحمام المائي الدافئ وحمامات الشمع وزيت اليرافين كما يمكن استخدام أشعة المجال المغناطيسي أو الأشعة القصيرة، وقد نلجأ لاستخدام الموجات فوق الصوتية مع بعض التمرينات للقدم والكاحل على أن تزداد جرعتها تدريجيا(عماد الدين شعبان علي حسن، 2006، صفحة 30).



الشكل رقم (20) يمثل تمزق أربطة القدم (www3)

ب- التهاب سلاميات القدم وسقوط القوس المستعرض للقدم: وهو عبارة عن ألم شديد تحت تجويف وانحناءة القوس عليها خاصة مقدمة القدم في منطقة رؤوس السلاميات الأمامية للأصابع ويكون هذا الألم نتيجة لسقوط حمل زائد من الوزن على هذه المنطقة أو أي ضغط عليها خاصة أثناء فحص القدم المصابة، وسبب هذه الإصابة يرجع لضعف العضلات الرقيقة للقدم التي تحافظ على التصاق السلاميات مع بعضها والمحافظة على القوس الأمامي للقدم، وفي هذه الحالة تحاول رؤوس السلاميات التحرك من أماكنها

الطبيعية، وبذلك يحدث اضطراب في توزيع ثقل الجسم مما يحدث في حالات الضغط الشديد على بعض الأماكن منها السلاميات فينتج ألم شديد ويؤدي الضغط الشديد على بعض المناطق إلى حدوث التهاب في عظام القدم وقد يتطور إلى كسر.

ويرجع ضعف العضلات الدقيقة للقدم إلى الاستخدام السيئ وغير المحتمل للقدم ربما ينشأ أو يحدث نتيجة لتثبيت الرجل في الجبس لفترة طويلة أو نتيجة لحدوث كسر بأحد سلاميات الأصابع.

الإسعاف و العلاج:

يجب الاهتمام بتقوية عضلات القدم الدقيقة بواسطة بعض التمارين بعد عمل حمامات الشمع وزيت البرافين والحمامات المائية المتضادة الباردة، الساخنة، الباردة، وقد يستخدم ذلك لتنشيط الدورة الدموية ولتخفيف حدة الألم وإزالة أية إلتصاقات وقد نلجأ لاستخدام التنبيه الكهربائي أو الداى ديناميك أو الأنترفيرتسال لتخفيف حدة الألم وكذلك لتقوية العضلات، ويمكن استخدام ستوستة القدم أو أجهزة التقوية والمرونة إذا لزم الأمر وهناك بعض التمرينات الأخرى التي يمكن استخدامها لزيادة مرونة المفاصل الصغيرة للقدم وكذلك لتقوية العضلات الدقيقة للقدم مثل:

- فرد رباط شاش أو بنداج على الأرض ومحاولة له بواسطة أصابع القدم.

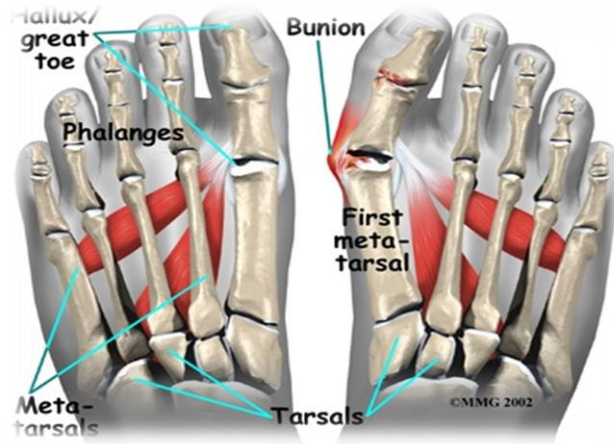
- تحريك القدم حركة شبه دورانية على الأرض.

- المشي على أطراف الأصابع لمدة دقيقة ثم على الكعب لمدة دقيقة ثم على الجهة الخارجية للقدمين لمدة دقيقة ثم على الجهة الداخلية لمدة دقيقة ويكرر ما سبق عدة مرات خلال اليوم الواحد.

- كما يمكن استخدام وسادة رؤوس سلاميات أصابع القدم المصابة لمدة تتراوح ما بين 2 إلى 3 أسابيع، ووجود هذه الوسادة يساعد على توزيع ضغط وزن الجسم وثقله كما يحدث في الحالة الطبيعية تماما، إضافة إلى تجنب الضغط المباشر على منطقة الإصابة في منطقة السلاميات أثناء الوقوف أو الحركة.

- ويمكن للرباط الأستوبلاست ولف مقدمة القدم لمنع انزلاق وسادة السلاميات، إضافة إلى أن هناك فرشاة خاصة للقدم مجهزة بوسادة السلاميات لتجنب انزلاقها وتثبيت في فرشاة الحذاء.

وهناك نوع آخر من التهاب سلاميات القدم يسمى على اسم مكتشفه "دكتور مورتن" وهو مثل السابق الذكر ولكنه مصاحب لانتشار الألم على إصبعي القدم الثالث والرابع وهو يحدث بسبب الاستخدام السيئ للقدم والالتهاب العصبي المار بين سلاميات القدم الأمامية مما يحدث تضخم في حجم وسمك الألياف الموجودة، وفي هذه الحالة ننصح باستخدام وسادة لرؤوس سلاميات الأصابع وإذا لم تأتي نتيجة مرضية لتخفيف الألم والالتهاب نلجأ إلى جراحة لإزالة الألياف المتضخمة (عماد الدين شعبان علي حسن، صفحة 31).



الشكل رقم (21) يمثل التهاب سلاميات القدم (www3)

09- إصابات الكاحل (Blessures De La Cheville):

يعمل مفصل الكاحل في اتجاهين من خلال وصله لأسفل الساق فهو أول مفصل معلق يسمح بحركة بسيطة للأعلى والأسفل، ويسمح بحركات الانثناء والدوران على الجانبين، ويتكون الكاحل من نهاية عظمة القصبة ونهاية عظمة الشظية ويتصلان ببعضهما بشدة بواسطة الرباط القصي الشطي والذي يتصل بعظمة الكاحل المسطحة القريبة للمساء وهي على شكل قوس، ولذلك فإن السطح المستدير لعظمة الكاحل يمكنها من التزحلق برفق لتسمح للقدم بالحركة للأعلى وللأسفل... والمفصل كله محاط بكبسولة "غلاف" وكذلك بأربطة محكمة من جميع الاتجاهات... وهو مدعم بصفة خاصة من الجهة الداخلية والخارجية، حيث يوجد الرباط الداخلي والرباط الخارجي المتضاعفين على التوالي، وتحدث إصابة المفصل نتيجة الإجهاد العنيف أو من الحركات الصعبة والتي لا تحملها الأربطة وروافعها العظمية، وعندما يحدث للكاحل تلف نتيجة للمخ في أحد الأربطة على سبيل المثال فإن المفصل يتأثر و يحدث حد في حركته... ويحدث التواء واعوجاج وقمع للقدم وأسفل الساق، وتنصهر الأنسجة والتجاويف حول الكاحل.

ويتجلط الدم مسببا إلتصاقات بين الأنسجة والعظام ويعفنها، وقد تحدث مضاعفات للإصابة كأن تنجرح الطبقة السطحية المغلقة فتخرج أنسجة عظمية تترسب فيها بين العضلات أو بين المفاصل الصغيرة لعظام القدم والكاحل ولأن إصابة الكاحل من الإصابات الشديدة والتي تعيق اللاعب عن مواصلة اللعب لفترات طويلة، لذلك ينصح بأن يرتدي اللاعبون الدروع الواقية من الإصابة والعمل على حمايته من التلف و الإصابة برباط "بنداج" حوله وكذلك جبيرة حول الكاحل، وكذلك ارتداء حذاء مناسب واللعب في ملعب صالح للعب .

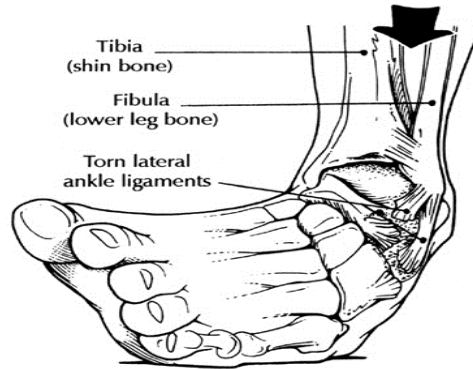
أ- لي الكاحل: إصابة المفصل باللي أو الملمخ غالبا ما ينتج عن حركة انثناء عنيف للمفصل الداخل أو الخارج، عندما يشكل أو يعوق أحد اللاعبين منافسه أو عندما يتعثر اللاعب أثناء الجري... وفي هذه الحالة ربما يحدث للأربطة أو للمفصل نفسه و الكبسولة تمزقا أو شد عنيف...وقد يحدث بالمفصل نتيجة لذلك نزيف داخلي أو خارجي... وعند حدوث نزيف

داخلي بالمفصل فإن ذلك يؤدي بالطبع إلى الإصابة برشح بالمفصل مع عدم القدرة على تحريكه وتورم ملحوظ على جانبي المفصل .

وعلى الجانب الآخر نجد أن النزيف الخارجي يؤدي إلى كدمة شديدة جدا أو تورم وتغيير في لون المنطقة المصابة، وعدم احتمال أي لمسة عند الفحص وعدم احتمال أي حركة وفي الغالب ما يظهر ذلك كله على جانب واحد فقط.

الإسعاف و العلاج:

إن معظم يلجئون في حالة عدم وجود كسر إلى تثبيت المفصل بالالاستيولات أو الجبيرة البلاستوزوت لأنها تسمح في نفس الوقت للاعب بأخذ جلسات العلاج الطبيعي والتالي تقصر فترة ابتعاد اللاعب عن الملاعب، وكذلك بعمل الكمادات الباردة فقد يلجأ البعض إلى وضع قدم وكاحل اللاعب في جردل ماء بارد جدا ويعقب ذلك ربط المفصل للمصاب بالرباط الضاغظ أو الجبيرة، ويجب أن نعني جيدا عند الربط حتى لا يكون الرباط ضيقا ويسبب قصور في الدورة الدموية للقدم والكاحل وتورم القدم كلها، وعقب مرور 48 ساعة من وقت الإصابة يبدأ العلاج الكهربائي والعلاج المائي، وقد يعاد لف الرباط أو يوضع المفصل في جبيرة خلفية مع تثبيت القدم والكاحل بأربطة لازمة وقد يستمر ذلك لفترة 1-3 أسابيع ثم يستأنف اللاعب بالتدرج النزول للملعب وأداء البرنامج التأهيلي (سميحة خليل محمد، صفحة 215).



الشكل رقم (22) يمثل التواء الكاحل (www)

ب- **كسور الكاحل**: تحدث بالكاحل بطريقة ودرجة محيرة ومذهلة، وتعتمد إلى حد كبير على اتجاه التشوه الحادث والنتائج عنها وعن القوة المسببة لها، وما إذا كانت العظمتان كلتاهما قد كسرت "القصبية والشظية" وما إذا كانت عظمة الكرسوع "الكاحل" قد حدث لها خلع وتحرك من مكانها.

ج- **كسر عظمة بز الرجل الخارجي**: إذا حدث هذا الكسر يتم وضع القدم والكاحل في الجبس لمدة 3 أسابيع أما إذا حدث وتأثر استقرار المفصل وثباته فيجب وضع الكاحل والقدم في الجبس لمدة 5 أسابيع كاملة (سميعة خليل محمد، 2007، صفحة 217).



الشكل رقم (23) يمثل كسور الكاحل (www2)

د- **كدمات الكاحل** : هي كدمات للجلد والأنسجة التي تحدث نتيجة لصدمة مباشرة، هذه الكدمات تسبب نزيف من الشعيرات الدموية الصغيرة، مما يسمح للنزيف بغزو الأنسجة المحيطة مثل العضلات والأوتار، هذه الكدمات شائعة ولكنها إصابات ليست خطيرة ، أجزاء الجسم المتداخلة في الإصابة . أنسجة الكاحل مثل العضلات و الأربطة والأوتار والشعيرات الدموية ... والأغشية المغلفة للعظام .

الأعراض :

- تورم موضعي إما سطحي أو عميق .
- ألم فوق منطقة الكدم .
- الشعور بالصلابة في منطقة الإصابة .
- تغير في لون الجلد (يبدأ باللون الأحمر ويتدرج إلى اللون الأزرق والأسود) .

الأسباب :

- إصابة مباشرة في منطقة الكاحل بسطح مفلطح .
- الرياضات الالتحامية مثل (كرة القدم، الهوكي) خاصة إذا لم تكن القدم مثبتة جيداً .
- إصابة قديمة في الكاحل أو مرض من أمراض النزيف.
- ضعف التغذية ونقص الفيتامينات و استعمال أدوية مضادة للتجلط(عماد الدين شعبان علي حسن، 2006، صفحة 24).

المضاعفات :

- النزف الزائد مما يؤدي إلى إعاقة نتيجة تسرب الدم إلى الأنسجة المجاورة مما يسبب بعض التلفيات وبالتالي عدم القابلية على تأدية الوظائف المطلوبة من العنصر المصاب .
- تقرح المنطقة إذا كان الجلد فوق المنطقة المصابة مجروحاً .
- إذا لم يكن هناك مضاعفات فإن هذه الحالة تستغرق 2 إلى 4 أيام لكي تلتئم .

الإسعاف و العلاج :

- استعمال رباط ضاغط مع وضع قطعة من الإسفنج المطاطي على المنطقة المصابة لمدة 72 ساعة .
- استعمال التدليك بالثلج لمدة 15 دقيقة من 3 إلى 4 مرات يومياً وقبل التمرين أو المنافسات
- استعمال الثلج الحراري بعد 72 ساعة .
- تدليك مسحي يساعدك على تقليل التورم.
- بداية النشاط الرياضي بعد يوم أو يومين من الإصابة .
- تناول غذاء يحتوي على كمية كبيرة من البروتينات و السوائل(عماد الدين شعبان علي حسن، 2006، الصفحات 25-26).

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن إصابات مفصل الكتف كغيرها من الإصابات الأخرى التي تحدث في جسم الإنسان حيث تتشابه هذه الأخيرة في آلامها و انعكاساتها على الرياضيين بصفة عامة و على لاعبي رفع الأثقال بصفة خاصة ، و ذلك راجع لأن مفصل الكتف يلعب الدور الرئيسي لدى لاعبي رفع الأثقال في ممارسة الرياضة ، لذلك فهو يحظى برعاية وعناية طبية جيدة ، حيث أن الطب أوجد عدة طرق لعلاج هذا المفصل عند إصابته و إعادة تأهيله، ومن خلال كل العناصر المذكورة في هذا الفصل نكون قد أعطينا نظرة عامة وشاملة عن إصابات مفصل الكتف، وخاصة العناصر: (إصابات مفصل الكتف، كيفية تلافي الإصابات في مفصل الكتف، إعادة التأهيل) فإن لها علاقة وطيدة بالجانب الميداني.

الفصل الثالث:

الدّراسات المشابهة

تمهيد :

تعتبر الدراسات المشابهة من أهم المحاور التي يجب على الباحث الاهتمام بها وذلك من أجل تدعيم بحثه وإثرائه من خلال الاستناد عليها في الحكم والمقارنة والإثبات أو النفي وتكمن أهميتها في معرفة الأبعاد التي تحيط بالبحث والاستفادة منها في توجيهه وتخطيطه وضبط المتغيرات أو مناقشة نتائج بحثه، ومن بين الدراسات المتشابهة وجدنا عدة دراسات نذكرها فيما يلي.

الدراسة الأولى:

عدة عبد الدايم وزملاؤه. "دراسة تحليلية لإصابة خلع الكتف لدى لاعبي كرة اليد". مذكرة لنيل شهادة ليسانس في التربية البدنية والرياضية سنة 1993.

هدفت المذكرة إلى:

- وضع تحليل وتعليل علمي محض منبثق من البحوث والدراسات العلمية الحديثة في مجال علم الأمراض المفصلية الذي لا ينتهي عند علاج الخلع، ولكنها الإصابة الأكثر ترددا بالنسبة لإصابات مفصل الكتف "الحفي العضدي".

وقد توصل الباحثون إلى:

- إقدام الفحص الطبي.
 - الإحماء الناقص من حيث النوعية.
 - التعب والاسترجاع الناقص.
 - عدم صلاحية الميدان.
 - عدم استعمال الوسائل الوقائية.
- من العوامل الرئيسية المؤدية إلى خلع مفصل الكتف عند لاعبي كرة اليد (عدة عبد الدايم وزملاؤه، 1993).

الدراسة الثانية:

دهلي الخلقه وزملاؤه: "أسباب إصابة مفصل الركبة في كرة السلة" مذكرة لنيل شهادة ليسانس

في التربية البدنية والرياضية سنة 2004.

هدفت المذكرة إلى:

- معرفة الأسباب الحقيقية المؤدية لحدوث إصابة مفصل الركبة.
- معرفة المنطقة الأكثر احتمالاً لحدوث إصابة مفصل الركبة في ميدان كرة السلة.
- إيجاد الحلول المناسبة لتفادي إصابة مفصل الركبة.

وقد توصل الباحثون إلى:

- إن معظم أفراد عينة البحث يؤكدون أن النقص في التسخين العضلي وأرضية الميدان غير الصالحة والخشونة في اللعب من العوامل الرئيسية لحدوث إصابة مفصل الركبة في هذا النوع من الرياضة.
- المنطقة تحت السلة هي المنطقة الأكثر شيوعاً لحدوث مثل هذه الإصابة.
- معظم الفرق ليس لديهم طبيب خاص بالفريق وهذا يعني غياب الرعاية الطبية أو انعدامها وكذا غياب الإرشاد والتوجيهات والنصائح اللازمة للمدربين لتفادي هذه الإصابة (دهلي الخلقه وزملاؤه 2004 ,

الدراسة الثالثة:

بختاوي هواري وزملاؤه: "إصابة مفصل الكتف عند لاعبي كرة اليد" مذكرة لنيل شهادة ليسانس في التربية البدنية والرياضية سنة 2005.

هدفت المذكرة إلى:

- معرفة الأسباب المؤدية لحدوث إصابة مفصل الكتف في كرة اليد.
- إيجاد بعض الحلول الوقائية المناسبة لتفادي حدوث إصابة مفصل الكتف في كرة اليد.
- تقديم بعض المعلومات القاعدية في إطار صحة الرياضي والتي يحتاجها طيلة أيامه الرياضية.
- معرفة مختلف الإصابات سواء كانت أضرار، كسور، خلع، ملخ، وهذه لصيقة عامة وإصابة مفصل الكتف بصفة خاصة.

وقد توصل الباحثون إلى:

- نسبة وقوع إصابة مفصل الكتف تختلف حسب دور(وضعية) اللاعب داخل الميدان.
- إن أغلب الإصابات التي تحدث في مفصل الكتف هي إصابة خلع الكتف.
- إن كل الفرق التي أجريت عليها الدراسات ليست لها طبيب خاص بالفريق.
- إن عاملي نقص التحضير البدني وكثرة المقابلات الرسمية من العوامل التي تتسبب في البدني للاعب وبالتالي يتم حدوث الإصابة.
- إن اللاعب يكون أكثر عرضة للإصابة أثناء المنافسات.
- الإصابة راجعة للنقص في التحضير النفسي وإن للمدربين دور كبير في تقليل نسبة حدوث الإصابة بالتوجيهات والإرشادات والنصائح(بختاوي هواري وزملاؤه، 2005).

الدراسة الرابعة:

حفص عبد الصمد: "تحليل إصابة مفصل الكتف عند الرياضيين النخبة الصنف الأكاديمي" مذكرة لنيل شهادة ليسانس في اختصاص النشاط الحركي المكيف سنة 2006.

هدفت المذكرة إلى:

- التعرف على مختلف الإصابات المتعلقة برياضة النخبة سواء كانت أضرار، كسور، تمزقات عضلية، التهابات، خلع ... وهذا بصفة عامة وإصابة مفصل الكتف بصفة خاصة.

- إيجاد الحلول الوقائية الفعالة والمناسبة لتفادي حدوث الإصابة على مستوى مفصل الكتف.

- معرفة الأسباب المؤدية لحدوث إصابة مفصل الكتف في رياضة النخبة.

وقد توصل الباحثون إلى:

- اختلاف نسبة وشدة خطورة إصابة مفصل الكتف من نشاط رياضي لآخر من الألعاب الجماعية والألعاب الفردية وباختلاف أدوار هذا المفصل في هذا النشاط.

- اللاعب أكثر عرضة للإصابة أثناء المنافسات .

- أغلب الإصابات التي تحدث لمفصل الكتف هي إصابة خلع الكتف والتهاب .

- السقوط السيئ والاحتكاك و الاندفاع البدني القوي هي العوامل الأكثر احتمالا في سبب حدوث إصابة مفصل الكتف .

- نقص التركيز في المنافسة والملاحظة من قبل المدربين للاعبين من جانب اللياقة البدنية أثناء التدريب.

- نقص التحضير النفسي وخاصة في هذا المستوى .

- إهمال مرونة المفاصل أثناء التدريب والمنافسة خاصة (التسخين) .

- نقص في الأجهزة و الوسائل التي تسمح بالتدريب الجيد الذي يليق بالمستوى (حفص عبد الصمد، 2006).

الدراسة الخامسة:

بن خدة عبد الرحمان وزملائه: "تأثير إصابة مفصل الركبة على الأداء المهاري لدى لاعبي كرة

القدم" مذكرة لنيل شهادة ليسانس في التدريب الرياضي سنة 2008.

هدفت المذكرة إلى:

- معرفة تأثير إصابة مفصل الركبة على الأداء المهاري لدى لاعبي كرة القدم .
 - معرفة أهمية الخطوات الواجب إتباعها أثناء وبعد حدوث الإصابة .
- و قد توصل الباحثون إلى :
- إن اللاعب يكون عرضة للوقوع في الإصابة أثناء المنافسة .
 - تعتبر إصابة مفصل الركبة ذات انتشار واسع في كرة القدم .
 - نقص التحضير البدني يؤدي إلى الإصابة .
 - جل اللاعبين يؤكدون عدم تلقي دروس نظرية للوقاية من الإصابة .
 - أغلب الأفراد يؤكدون أن إصابة مفصل الركبة تؤثر على أدائهم المهاري (بنخدة عبد الرحمان وزملائه،

.(2008)

الدراسة السادسة:

عدة بغاشم وزملاؤه: "إصابة مفصل الكتف لدى مصارعي رياضة الجيدو" مذكرة لنيل شهادة ليسانس في التربية البدنية والرياضية (نظام أ.ل.د) سنة 2008.

هدفت المذكرة إلى :

- معرفة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث إصابة مفصل الكتف .
- خروج بتوصيات تفيد القارئ والمدرب والمصارع .
- تعريف رياضة الجيدو إعطائها أهمية و إثراء مكتبة معهد علوم وتقنيات أنشطة التربية البدنية والرياضية بهذا البحث.
- و قد توصل الباحثون إلى :
- إن أغلب المصارعين يتعرضون لمختلف الإصابات أثناء التدريب والمنافسات إذ لا ممارسة بدون إصابة .
- الإصابة تحدث بنسبة كبيرة في الجزء العلوي من الجسم .
- إصابة الكتف مرتفعة النسبة مقارنة مع الإصابات الأخرى في رياضة الجيدو .
- جل الأفراد يؤكدون أن عدم التحضير البدني (العام والخاص) وعدم التسخين الجيد والسقوط هم العوامل الأكثر احتمالاً لوقوع إصابة مفصل الكتف في رياضة الجيدو .
- إن كل الأندية التي أجريت عليها الدراسة ليس لها طبيب خاص بالفريق .
- نقص التحضير النفسي .
- إن المدربين لا يركزون على جميع عوامل اللياقة البدنية أثناء التدريب .
- إن أغلب المصارعين مصابين في مفصل الكتف يلجئون بالدرجة الأولى إلى استخدام التدليك الطبي و التمرزات التأهيلية المنافية من المحافظة على الأنسجة (عدة بغاشم وزملاؤه، 2008) .

الدراسة السابعة:

التي قام بها الطالبان زكور محمد أمين، ياهمي حمزة، تحت إشراف الأستاذ: قصري نصر الدين، أجريت هذه الدراسة خلال السنة الجامعية (2005، 2006) بمعهد التربية البدنية والرياضية بدالي إبراهيم، جامعة الجزائر تحت عنوان: " أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ودوره في تحسين مردود لاعبي كرة اليد " (أشبال)، والتي تمحورت اشكالياتها حول: الأسباب التي تقف وراء غياب المراقبة الطبية لممارسي رياضة كرة اليد.

و قد جاءت الفرضية العامة كالتالي:

- إن نقص أو غياب المؤثرين الصحيين في الفرق الرياضية لكرة اليد يؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية وهذا ما يؤثر سلبا على مردود و مستوى اللاعبين.

أما الفرضيات الجزئية فكانت بالشكل التالي:

- نقص الوسائل و الموارد المالية أدى إلى عدم الاهتمام بالمتابعة الطبية لفائدة الأشبال.
 - قلة التوعية لدى المدربين أثر سلبا على استعمال الطب الرياضي في الوقاية و علاج الإصابات الرياضية.
 - اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم للفئات الصغرى أدى إلى عدم وجود متابعة طبية لهذه الفئات.
- ولقد استخدم الطالبان المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وكانت عينة بحثهم مشكلة من (65 فرد) :
- 60 لاعب اختصاص كرة اليد (صنف أشبال) موزعة على خمس فرق رياضية وهي: *النجم الرياضي البر واقية(ولاية المدية)، *شبيبة القبائل(ولاية تيزي وزو)، *نادي كرة اليد الأبيار، نادي كرة اليد عين البنيان والاتحاد الرياضي لبلدية المقرية (الجزائر العاصمة).
- 05 مدربين موزعين على الفرق السالفة الذكر.

أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبنايه وزعت على اللاعبين والمدربين، ونرى من خلال دراستهما أنهما توصلا إلى النتائج التالية والتي حققت صحة الفرضيات: أن معظم فرق كرة اليد لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية وعلاج الإصابات الرياضية، وأيضا أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم، وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة للرياضيين، كذلك الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

الدراسة الثامنة:

الدراسة التي قام بها الطلبة: سمير خلو، السعيد لعبيدي، عبد السلام بوخلوة، تحت إشراف الأستاذ: قندوزان نذير، أجريت هذه الدراسة خلال السنة الجامعية (2007،2008) بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة، قسم الإدارة والتسيير الرياضي، تحت عنوان: "إسهام الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية وتحسين مردود لاعبي كرة القدم"، والتي تمحورت اشكالياتها العامة حول: أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية والأسباب المؤدية إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة القدم الجزائرية.

وقد جاءت الفرضية العامة على النحو التالي:

- قلة التوعية وكذلك اهتمام المدربين بالنتائج ونقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى كثرة الإصابات لدى لاعبي كرة القدم.

أما الفرضيات الجزئية فكانت على الشكل التالي:

- لطلب الرياضي دور في زيادة مردود لاعبي كرة القدم.
 - قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم.
 - اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية.
 - نقص مراكز الطب الرياضي في الجزائر أدى إلى عدم التكفل بجميع اللاعبين المصابين.
- ولقد استخدموا المنهج الوصفي في هذه الدراسة، أما عينة بحثهم فقد اختاروها بصورة عشوائية، حيث شملت أندية من القسم الجهوي الأول والثاني لولاية ورقلة موزعة كما يلي:

- 20 لاعب من فريق النادي الرياضي لبلدية المقارين.NRBM.

- 20 لاعب من فرق مولودية شباب المقارين.MCM.

- 20 لاعب من النادي الرياضي لبلدية سيدي بوعزيز.NRBSS.

- 20 لاعب من النادي الرياضي لبلدية تقرت.NRBT.

أما أداة البحث فقد وزعت استمارات استبيانها على اللاعبين والمدربين.

أما النتائج المتوصل إليها فكانت كالآتي:

- تراجع مردود لاعبي كرة القدم راجع إلى عدم وجود أخصائي في الطب الرياضي.
- إن قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات.
- إن اهتمام المدربين بالنتائج نتج عنه عدم وجود متابعة طبية.
- نقص مراكز الطب الرياضي أدى إلى عدم التكفل بجميع اللاعبين المصابين.

نقد و تحليل الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها:

من تحليلنا لدراسات سابقة وجدنا أن معظم الدراسات اهتمت بالإصابة الرياضية وإصابة مفصل الكتف خاصة وذلك من أجل التعرف على الأسباب التي أدت إلى حدوثها.

فعلى الرغم من قلة الدراسات المشابهة في هذا المجال إلا أننا حاولنا قدر المستطاع وبذلنا جهداً في تحليلها وإيجاد أوجه الشبه والاختلاف بينها ، فجميع الدراسات التي اطلعنا عليها ركزت واتفقت على ضرورة إتباع الأسس العلمية في التحضير البدني والنفسي الجيد ، وضرورة توفير منشآت رياضية لمزاولة الرياضة في أحسن الظروف وكذا اعتماد شروط ومقاييس علمية في جلب المدربين ذوي الكفاءة ودرجة علمية حتى يكونوا قادرين على التقليل من الإصابات ، إضافة إلى الاعتماد على أطباء مختصين في المجال الرياضي وذلك من أجل المتابعة الطبية والفحص الدوري للاعبين لتفادي الإصابة الرياضية أثناء التدريب والمنافسة.

وعلى هذا الأساس درس الباحث إصابة مفصل الكتف من جانب آخر، وقد استفاد من خلال هذه الدراسات في معرفة جميع العراقيل التي واجهها الباحثون، وكذلك الاستفادة منها وأخذ العبرة من الأخطاء التي وقع فيها الباحثون وهذا ما يسمح لنا بالإلمام والربط بكل حيثيات الموضوع وضبط متغيرات الدراسة، وقد أفادت هذه الدراسات أيضاً فيما يلي: الوصول إلى الصياغة النهائية لإشكالية الدراسة وكذا أدوات الدراسة وكذلك تحديد المنهج العلمي المناسب لها.

الخلاصة:

بالرغم من توفر عدد قليل من الدراسات إلا أننا حاولنا قدر المستطاع تحليلها وإيجاد نقاط الشبه والاختلاف بينهما .

وقد اتفقت جميع هذه الدراسات على ضرورة التحضير البدني الجيد والتدريب المبني على أسس علمية لتفادي إصابة مفصل الكتف وكذا ضرورة توفر مؤطرين ذوي كفاءة ودرجة علمية للوقاية من الإصابة.

الفصل الرَّابِع:

الخصائص العمرية

تمهيد:

إذا كنا بصدد التحدث عن سن الأواسط في رفع الأثقال أو المرحلة الممتدة من 17 - 19 سنة فإننا نسلط الضوء على مرحلة حاسمة في حياة الفرد وهي ما يسميها علماء النفس بمرحلة المراهقة وهي مرحلة من مراحل عمر الإنسان لا بد لكل واحد منا أن يمر بها ، تأتي بعد مرحلة الطفولة فيكون بذلك قد تخطى مرحلة الصبي ودخل مرحلة جديدة . تتميز هاته المرحلة بالعديد من التغيرات الفيزيولوجية والنفسية والانفعالية والتي تؤثر بصورة بالغة على حياة الفرد في المراحل المتتالية من عمره ، وبداية مرحلة المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي بينما نهايتها تتحدد بالوصول إلى مراحل النضج في مراحل النمو المختلفة ويبقى هذا التحديد محل اختلاف العلماء الذين اختلفوا في إعطاء مفهوم أوسع وأشمل للمراهقة ، ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى تحديد مميزات نمو لاعب الأواسط والمشاكل التي تعترضه في هذا السن وكذا علاقته بممارسة رفع الأثقال والمحيط الرياضي .

1- تعريف فئة الأواسط وتحديددها:

يمكن البدء بممارسة رياضة رفع الأثقال تحت سن (11-14) سنة. حيث تصنف فرق رفع الأثقال إلى الفئات التالية وهي : الأشبال ، الأواسط ، الآمال ، الأكابر مع العلم أنها حسب الأوزان والفئة الوسطى هي فئة الأواسط ، المحددة بالمرحلة العمرية الممتدة بين 17-20 سنة اللاعب في هذه الفئة يكون في مرحلة جد حاسمة وهامة في حياته ألا وهي مرحلة المراهقة ، وما هي إلا مرحلة تدعيم التوازن المكتسب من المرحلة السابقة ويتم تأكيده في هذه الفترة ، إذ أن الحياة في هذه المرحلة تأخذ طابعا ، يتجه فيها الفرد محاولا أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه ، بحيث يحاول التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلة والانطواء تحت لواء الجماعة .

2- خصائص النمو عند فئة الأواسط :

يتميز نمو لاعب فئة الأواسط بعدة خصائص ، جسمية ، انفعالية ونفسية واجتماعية وكذا خلقية والتي لها الأثر الكبير في تكوين شخصية اللاعب المراهق ، وعلى مدى تكيفه في المحيط الذي يعيش فيه وخصائص نمو لعب فئة الأواسط هي نفسها خصائص النمو في مرحلة المراهقة .

2-1 النمو الجسمي :

«إن البعد الجسمي هو أحد الأبعاد البارزة في نمو المراهق ، ويشمل مظهرين أساسيين من مظاهر النمو وهما النمو الفيزيولوجي أو التشريحي والنمو العضوي ، والمقصود بالنمو الفيزيولوجي هو النمو في الأجهزة الداخلية غير الظاهرة للعيان التي يتعرض لها المراهق أثناء البلوغ وما بعده ، ويمثل ذلك بوجه خاص النمو في الغدد الجنسية ، أما النمو العضوي . فيتمثل في الأبعاد الخارجية كالطول، الوزن والعرض ، حيث يكون متوسط النمو بالنسبة للوزن 3 كغ في السنة ، 29 سم بالنسبة للطول ، ويؤدي النمو الجسمي إلى الاهتمام بالجنس الآخر ، ويهتم المراهق بمظهره الجسمي وصحته الجسمية وقوة عضلاته ومهاراته الحركية ، لما تحمله من أهمية في التوافق الاجتماعي وإذا لاحظ المراهق أي انحراف في مظهره الشخصي فإنه يبذل قصارى جهده لتصحيح الوضع وإذا أخفق ينتابه الضيق والقلق وهو يؤدي ذلك إلى الانطواء والانسحاب» (نوري الحافظ، 1990، صفحة 48).

2-2 النمو الحركي :

«تتميز هذه المرحلة بإتقان المهارات الحركية من مظاهره تصبح حركات المراهق أكثر توافقاً وانسجاماً ويزداد نشاطه وقوته ، وتزداد سرعة زمن الرجوع ، وهو الزمن الذي يمي بين مثير وبين استجابة لهذا المثير كما أن النمو الحركي يتفق معناه إلى حد كبير مع المعنى العام للنمو من حيث كونه مجموعة من التغيرات المتابعة التي تسيّر حسب أسلوب ونظام مترابط خلال حياة الإنسان ولكن وجه الاختلاف هو مدى التركيز على دراسة السلوك الحركي والعوامل المؤثرة فيه ، وقد جاء تعريف أكاديمية النمو الحركي على أنه عبارة عن التغيرات في السلوك الحركي خلال حياة الإنسان ، والعمليات المسؤولة عن هذه التغيرات» (حامد عبد السلام زهران، صفحة 339) .

3-2 النمو النفسي :

« في هذه المرحلة يلاحظ تعاقب مراحل من الإثارة النفسية أو الإحباط النفسي ، حيث يظهر غالباً اهتمامات مجردة ومثالية ودينية ، ومن ناحية أخرى يعتبر الباحثون المراهقة سن الإيمان العفوي وسن الدقة والفضول ويمكن إن الأفكار على العقل ، المفاهيم الإنسانية وعشق المجردات» (جوزيف عبود كبه، صفحة 25).

«كما أن المراهقة تعتبر من أصعب المراحل من الناحية النفسية ، حيث أن الرغبة في التقرب من الجنس الآخر دون تفكير في حصرها في شخص واحد معين تزداد تحت سلطان الحاجة المتزايدة ، فتتولد الاهتمامات الدينية على العكس مع الارتباك الداخلي والحاجة إلى العون ، تلك الحاجة التي تدخل في صراع مع المتطلبات أو المطالب المتزايدة للعقل والنفس» (فؤاد البهي السيد، صفحة 48).

2 - 4 النمو الاجتماعي والأخلاقي :

« من المظاهر الأساسية للنمو الاجتماعي في هذه المرحلة التحرر من سلطة الأسرة ، وتأكيد الذات ومحاولة إشعار الآخرين بالمكانة الاجتماعية ، كما يلاحظ اتساع العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات كما يبدأ شعور المراهق بالمسؤولية نحو مجتمعه والاهتمام به ومشاركته لأحداثه كما نشير إلى ارتباطه بمجموعة محدودة يتبادل مع أفرادها النصح والمعرفة ويميل إلى التعاون مع الآخرين للقيام ببعض الخدمات تأكيداً للمكانة الاجتماعية ، كما أن المراهقة تعرف بأنها مرحلة الإبطال فهو يكيف سلوكه بما يتناسب مع سلوك البطل الذي اتخذه نموذجاً لنفسه» (محي الدين مختار، صفحة 116).

5-2 النمو العقلي :

« تتميز هذه المرحلة بالاهتمامات التكتيكية الإطلاعية أو العقلية ، وتخضع هي أيضا لنوع من التصعيد وتتحول إلى اهتمامات عقلية مجردة تدفع المراهق إلى البحث عن الإشكالية الأولى للحياة الثقافية التي يستطيع بلوغها فيتوجه إلى دراسة التاريخ ويوسع نظرتة إلى الوجود بأن يضيف إلى المكان بعدا آخر هو الزمان .

كما أن المراهق يعطي عناية كبيرة للمجال الأدبي والشعري . والفنون ثم الموسيقى وأمام الكون يغدو قادرا على تصور العلاقات المجردة العامة وعلى استخدامها ، حتى يصل إلى العلاقات الرياضية وتنشأ له فكرة القانون الطبيعي ، وفي جميع الميادين يصبو إلى منظومات من الحقائق النهائية تمنحه مهادا وامتكا لشعوره بشخصيته الخاصة «(غالبا، 1979، صفحة 29، 30).

6-2 - النمو الانفعالي:

«إن التغيرات الجسمية الجنسية التي تظهر أثناء المراهقة تؤثر على نفسية وعلى سلوك المراهق وتفكيره وتصرفاته ولذا هناك نمو انفعالي يميز المراهق منه :

- شدة الحساسية والحجل والشعور الحاد بالذنب في كل ما يفعله والهروب إلى التدين المتزمت خوفا من العقاب ويخرج من المبادئ الدينية والحلقية .
- المراهق يميل للتمرد على تعاليم الأسرة والمدرسة خلافا للطفل الذي يميل للواء الأسرة ، كما يختلف المراهق عن الطفل في الميل الشديد لتحسين المظهر الشخصي في الشكل والملبس وطريقة الكلام والعناية بشعره والحرص على إثبات الرجولة في معظم تصرفاته .
- يريد المراهق الدخول في عالم الكبار والتشبه بهم وهذا التكيف للأوضاع الجديدة والتخلي عن العادات القديمة مرتبطا بالتوتر الانفعالي واحتمال الفشل .
- كما أن هناك عدم استقرار انفعالي ناتج عن الدوافع الجنسية والتغيرات الفيزيولوجية التي تحتاج إلى فهم وتفسير ، إلا أن المجتمع يعتبرها من الموضوعات التي لا يمكن مناقشتها .
- ولكن الممنوع غالبا مرغوب فيه ويلجأ بالتالي المراهق إلى مغامرات جنسية طائشة ، ولذا يظهر في مرحلة المراهقة خصوصا أغراضا عصبية مثل القلق العصبي ، توهم المرض ، الأفكار والأفعال القهرية أو المخاوف المرضية التي تكون بدون سبب .

- وفي دراسة لـ 82 حالة: "أضواء على نفسية المراهق المصري ، لصامويل مغاريوس " سمات المراهقة الإنسحابية التي تتسم بالانطواء والعزلة والسلبية والتردد والخجل ، والشعور الحاد بالنقص وأحلام اليقظة والمثالية التي تقترب من التصرف وكانت جملة هذه الأنماط الإنسحابية في حالة من الـ 82 حالة» (الزين محمود محمد، 1978-1979، الصفحات 223 - 257).

«أما نمط المراهقة المتمردة فتتقسم بأنواع السلوك العدواني عند الأسرة والمدرسة ، وهناك المراهقة المنحرفة التي تتصف بالسلوك الشاذ مثل : السرقة ، الكذب والغش والهروب من المنزل ، إلى جانب ذلك هناك حالات كثيرة من المراهقة المتكيفة وتتصف هذه بالسلوك السوي والأخلاق الحميدة والصادقة والهدوء في الحياة الاجتماعية ، ولكن يبدو أن الاستجابة السلبيه أكثر من الاستجابة الإيجابية في مجتمع المراهقين» (مالك سليمان مخول، صفحة 277).

3- أزمات فئة الأواسط:

تواجه لاعب فئة الأواسط أزمات تعيق نموه النفسي والاجتماعي وحتى الأخلاقي خاصة في مثل هاته الفترة الحرجة من العمر ونعني مرحلة المراهقة ، والسبب يعود إلى المحيط الاجتماعي نفسه من الأسرة والمدرسة والنادي، كل هذه المنظمات التي لها علاقة لهذه الفئة ، ولهذا سنطرح مختلف الأزمات التي يتعرض لها لاعب فئة الأواسط أو بصفة اعم اللاعب المراهق .

3-1- الأزمات النفسية :

تقف أمام تطلعات اللاعب المراهق نحو التجديد والاستقبال أزمات نفسية تعيق هذا التطلع ويمكن تقسيمها إلى أزمات انفعالية ورغبات جنسية ونزعات عدوانية .

3-1-1 الأزمات الانفعالية :

تتميز انفعالات المراهق بالتغيير وعدم الثبات ، حيث نجده ينقلب من انفعال إلى آخر في مدى قصير فهو ينقلب من حالة الزهو والفرح إلى القنوط واليأس وهناك ميزة أخرى هي تحكم المراهق في انفعال الغضب يصرخ ويضرب ويكسر الأواني . وكذلك عند انفعال الفرح يفعل نفس الشيء وهذا ما يدل على الاتزان الانفعالي "حركات هستيرية" كما تتميز هذه المرحلة في الوقت نفسه بتكوين العواطف الشخصية، عواطف نحو الذات تأخذ المظاهر التالية : الاعتناء بالنفس ، العناية بالهندام وبطريقة الجلوس والكلام ويحس المراهق أنه لم يعد طفلا صغيرا لا يؤخذ له برأي» (غالب، 1979).

3-1-2 الرغبات الجنسية :

يشعر المراهق أنه كبير واكتمل من الناحية الجنسية ، وأنه يريد أن يصبر عن تلك الدوافع الجارحة في نفسه بالزواج إلا أنه يصطدم بالواقع . فالقصور في المواد المادية يقف بينه وبين ما ينشد إليه من استقلال والتعبير عن دوافعه الفطرية وهنا تزداد حدة التوتر الانفعالي . وبالرغم من أن هذه العملية طبيعية إلا أنها بالنسبة للكثير من الفتيان المراهقين كابوس يمسك بشبابه ، فهم يعتبرونه خطيئة ثم إن الجهلة وأدعياء المعرفة من الآباء غالبا ما يزيدون الطين بله ، ويثقلون على كواهل أبنائهم نتيجة سوء الفهم والتقدير «غالبا، (1979).

3-1-3 النزعة العدوانية :

«من الأزمات النفسية الشائعة عند المراهقين النزعة إلى العدوان على الآخرين من زملائهم ، وعلى الرغم من أن النزعة تشكل أزمة واحدة ، إلا أن أعراضها تختلف من مراهق إلى آخر مثلا : الاعتداء بالضرب والشتيم على الزملاء - الاعتداء بالسرقة ، إلقاء التهم على الزملاء»(نوري الحافظ، 1990، الصفحات 51-52).

- فعلى المدرب أن يهتم بجميع هذه الأمور بالنسبة للاعبين حتى يتسنى له أن يدرك أسباب تصرفات لاعبيه ومشاكلهم التي تؤثر كثيرا في مردودهم .

3-2- الأزمات الاجتماعية :**3-2-1- علاقة اللاعب المراهق بالأسرة :**

«يدرك المراهق عندما يتقدم به السن قليلا أن طريقة معاملته لا تناسب ما وصل إليه من نضج ، ولا تقر رجولته كفرد له ذاتيته ، ويفسر المراهق كل مساعدة من قبل والديه على أنها تدخل في أموره ، وأن المقصود من هذا التدخل إساءة معاملته والتقليل من شأنه ويأخذ الاعتراض على سلوك والديه أشكالا متعددة أهمها :

العناد والسلبية وعدم الاستقرار واللجوء إلى بيئات أخرى قد يجد فيها منفذ للتعبير عن حريته المكبوتة «(غالبا، 1979).

3-2-2- الاختلاف في المستوى :

«من جملة الأسباب التي تعمل على اضطرابه وعدم استقراره الانفعالي وعجزه المالي الذي يقف دون تحقيق رغباته ويجعله دائما مرتبطا بالعائلة ، وقد يجد المراهق نفسه في وسط جماعة من رفاقه ينفقون عن سعته وهو في الوقت ذاته عاجز عن محاورتهم أو الاشتراك معهم وكل ذلك يسبب له الضيق والشعور بعدم الطمأنينة»(غالبا، 1979)

3-3- الأزمات البدنية :

تنقسم إلى أزمات حركية وصحية .

3-3-1- أزمات حركية :

«في مرحلة المراهقة يزداد وزن الجسم و طوله بزيادة نمو العضلات والعظام ، وتكون القدرة على العمل المتزن ضئيلة ويتضح ذلك من فقدان عنصر الرشاقة وعدم القدرة على ضبط المتغيرات الحركات ، وظهور علامات التعب بسرعة ، حيث يرى العالم هامبورجر بأن مرحلة المراهقة هي فترة ارتباك بالنسبة للنواحي الحركية ، ومن هنا يمكن تلخيص أهم الاضطرابات الحركية في ما يلي :

أ- **الافتقار إلى الرشاقة :** إن حركات المراهق تفتقر إلى صفات الرشاقة ويتضح ذلك جليا بالنسبة لتلك الحركات التي تتطلب حسن التوافق من مختلف أجزاء الجسم .

ب- **الزيادة المفرطة في التحركات** : كثيرا ما نجد أن الحركات العادية للمراهق ترتبط بدرجة كبيرة ببعض الحركات الجانبية الزائدة وتعني تلك الزيادة الواضحة في حركاته وعدم قدرته على الاقتصاد الحركي ونقص في هادفية الحركات .

ج- **نقص القدرة على التحكم** : يجد المراهق صعوبة في اكتساب المهارات الحركية الجديدة ونادرا ما نجد التعلم من أول وهلة كما يظهر كذلك الخوف الذي يساهم في إعاقة اكتساب واستيعاب الحركات الجديدة .

د- **التعارض في السلوك الحركي العام** : يتميز سلوك المراهق بعدم الاستقرار الحركي والذي يظهر في القيام بمختلف الحركات الغير مقصودة فتجده دائم الحركة ن وفي بعض الأحيان نلاحظ أن حركاته تتسم بالفتور والتثاقل التي نصادفها كثيرا في حصص التربية الرياضية خاصة بالنسبة لأنواع الأنشطة التي تتطلب زيادة الفعالية وبذل الجهد» (سعيد جلال ومحمد علاوي، 1975، الصفحات 159-161).

3-3-2- أزمات صحية :

«إن المتاعب العرضية التي يتعرض لها الشباب في مرحلة المراهقة هي السمنة البدانة إذ يصاب المراهق بسمنة بسيطة مؤقتة لكن إذا كانت السمنة كبيرة يجب على تنظيم الأكل والعرض على الأطباء الأخصائيين فقد تكون ورائها اضطرابات شديدة في الغدد كما يجب عرض المراهقين على انفراد مع الطبيب لمعرفة متاعبهم» (ميخائيل خليل معوض، 1971، صفحة 76).

4- خصائص لاعب فئة الأواسط :

4-1- الصفات البدنية :

«السرعة الانفعالية : تتمثل في القوة والسرعة في الرفع وزيادة قدرة التحمل والتسارع للوصول إلى أقصى حمل.

سرعة الحركة : هي سرعة أداء اللاعب للمهارة بالسرعة والدقة والتكامل تحت ضغط المنافس.

سرعة الاستجابة : وهي القدرة على الاستجابة للمواقف والتحركات الخطيرة وهذا حتى يستطيع أن يستجيب بسرعة .

القوة : هي القدرة العضلية في التغلب على المقاومات و الأوزان المختلفة أو مواجهتها بالتوتر العضلي « J (W CIMECK, 1983, p. 83). وتؤثر تأثيرا كبيرا في الصفات الأخرى كالسرعة والتحمل والرشاقة والمرونة وتظهر أهميتها في المزاومة على زيادة الحمل والأوزان والمنافسة على اعتلاء المراتب الأولى.

- الرشاقة : يجب التدريب عليها يوميا ، ويتمثل في القدرة على رفع أوزان ثقيلة دون السقوط أو التمايل وتتطلب سلاسة في أداء الحركات سواء في النتر أو الخطف مثلا.

- المرونة : لكي تؤدي المهارة بطريقة سليمة يجب أن تأخذ المفاصل في الجسم الزوايا الصحيحة وعليه يجب أن تكون مرنة لذلك فإن مرونة العمود الفقري لها دور هام في انسيابية الحركات.

- التحمل : التحمل جزء هام من اللياقة البدنية حيث أنه يتوقف على استخدام مجموعة كبيرة من العضلات ولمدة طويلة فهو عامل هام يساعد على تحسين اللياقة البدنية ونعني بالتحمل القدرة على الاستمرار في أداء متطلبات اللعبة بدون هبوط المستوى وهو ما يسمى بتحمل الأداء خاصة في الدقائق الأخيرة فكلما زادت قدرته على تحمل الأداء تأثرت صفاته الإرادية مثل العزيمة والإصرار والعمل على النصر والثقة بالنفس للوصول إلى الهدف .

- التوافق : بين أجزاء جسم اللاعب عند أداء المهارات هام جدا لدقة أداء اللاعب والتوافق مع الحركة هو العامل الفيصل في إتقان المهارة ، فإن لم يكن هناك توافق بين نظر اللاعب والحركة وأجزاء الجسم تنعدم قدرة اللاعب على التحكم في حركاته.

2-4- الخصائص التشريحية والفيزيولوجية بالنسبة للاعب رفع الأثقال :

«إن الدور الذي تلعبه الخصائص الفيزيولوجية في تطوير العضوية يرجع إلى الجهاز العصبي المركزي ، إن التدريب المتعدد الاختصاصات يجب أن يكون اهتماما أساسيا في الوسط الرياضي لكي تتطور عند اللاعبين قابلية أداء النشاط الرياضي لمدة طويلة في الحياة ، لذلك يجب أن يكون التدريب بطريقة حيوية تحفيزية مصحوبة بعدد كبير من التجارب الناجحة ، فإثناء تعليم الحركات التنسيقية المعقدة للاعب المراهق بطريقة منهجية يجب الاهتمام لهما تأثير كبير على العضوية وهما :

- التبادلات الوظيفية .
- إعادة الهيئة المورفولوجية في شكل متطور يتميز بصفات أنثروبومترية .

إن نمو الجسم عند المراهق يتميز بصفات الإيقاع العالي وتطور وزن الجسم أو ارتفاعه إلى الأعلى ينتهي عن الشبان نحو 17 . 18 سنة والتطور الأقصى للهيكل العظمي لدى الأطفال مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتشكيلة عضلاتهم والأربطة المفصالية فعند 18 سنة تكون الكتلة العضلية 100/2.44 ويتوازي مع ارتفاع هاته الكتلة العظمية العضلية ويتم إتقان الصفات الوظيفية ، وهاته الأخيرة تتغير وتتحدد في سن 7 إلى 10 سنوات وعضلات المراهق تتحدد في 14 – 15 سنة .

أما بالنسبة لصفة الدقة عند لاعبي رفع الأثقال شبان تجربي بشدة عالية وتتطور بشكل مرتفع إلى جانب هاته الصفات نجد صفة المرونة والتي تتطور بشكل جيد في سن 11 لكي نحصل على لاعب مرن في المستقبل وطوال حياته الرياضية ،

أما التسخين خلال الحصة التدريبية من وجهات النظر المنهجية والبيداغوجية لا يجب أن يكون لمدة طويلة والراحة يجب أن تكون قصيرة من جهة نظر الفيزيولوجية وأن عنصر التعب يمر بسرعة عند لاعبي رفع الأثقال.

5- حاجات لاعب فئة الأواسط :

« يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ تغيرات في حاجات المراهقين . فالأول وهلة تبدو تلك الحاجات قريبة من حاجات الراشدين ، إلا أن المدقق يجد فروقا واضحة خاصة في مرحلة المراهقة ، ولعلنا لا نبالغ إذا قلنا أن الحاجة والميول والرغبات تصل في هذه المرحلة إلى درجة كبيرة من التعقيد ، ويمكن تلخيص حاجات المراهق الأساسية فيما يلي :

- **الحاجة إلى الأمن** : وتتضمن الحاجة إلى الأمن الجسمي أي الصحة التامة ، الحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي . الحاجة إلى البقاء حيا ، الحاجة إلى تجنب الخطر والألم ، الحاجة إلى الراحة والشفاء عند المرض ، الحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة المستقرة ، والحاجة إلى حل المشكلات الشخصية .
- **الحاجة إلى مكنة الذات** : تتضمن الحاجة إلى جماعة الرفاق ، الحاجة إلى المركز والقيمة الاجتماعية الحاجة إلى الشعور بالعدالة في المعاملة ، الحاجة إلى الاعتراف والتقبل من الآخرين ، الحاجة إلى القيادة الحاجة إلى تقليد الآخرين ، الحاجة إلى المساواة مع رفاق السن في المظهر والمكانة الاجتماعية ، الحاجة إلى تجنب اللوم والحاجة إلى الامتلاك .

- الحاجة إلى الحب والقبول : تتضمن الحاجة إلى المحبة والقبول والتقبل الاجتماعي ، الحاجة إلى الأصدقاء ، الحاجة إلى الانتماء للجماعات .
- الحاجة إلى الإشباع الجنسي : تتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية ، الحاجة إلى الاهتمام بالجنس الآخر وحبه ، الحاجة إلى التخلص من التوتر الحاجة إلى التوافق الجنسي .
- الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار : وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك الحاجة إلى تحصيل الحقائق وتفسيرها ، الحاجة إلى خبرات جديدة ومتنوعة ، الحاجة إلى إشباع الذات عن طريق العمل ، الحاجة إلى النجاح الدراسي ، الحاجة إلى اكتساب المعلومات ونمو القدرات الحاجة إلى الإرشاد التربوي والمهني .
- الحاجة إلى تحقيق وتأكيد الذات : وتتضمن الحاجة إلى النمو العادي والسوي الحاجة إلى العمل من أجل تحقيق أهداف شخصية معينة ، الحاجة إلى معارضته للآخرين ، الحاجة إلى معرفة الذات وتوجيهها .
- حاجات أخرى: مثل الترفيه والتسلية، والحاجة إلى المال... «محمود عبد الرحمان حمودة، 1991، الصفحات 436-437».

ملاحظات : يؤدي إشباع حاجات اللاعب المراهق بصفة أخص إلى تحقيق الأمن النفسي له ومنه نظر إلى المدرب بحيث يجب أن يكون ضابطاً للأمن النفسي للاعبه والأمن النفسي هو الطمأنينة النفسية أو الانفعالية والشخص الآمن نفسياً يكون في حالة توازن واستقرار .

6- علاقة اللاعب المراهق بالرياضة:

« يتفق ريتشارد أولرمان (1983) مع فرويد في اعتبار اللعب والنشاط الرياضي كمخفض للتوتر والإحباط الذي من شأنه أن يعطل الطاقة الغريزية للهو ، فعن طريق اللعب يمكن للطاقة الغريزية أن تتحرر بصفة اجتماعية مقبولة ، ويستطيع المراهق التحكم في صراعاته اللاشعورية المرتبطة بمرحلة الطفولة وبالتالي التحكم في ذاته والواقع .

وبفضل اللعب والنشاط الرياضي يتمكن المراهق من تقويم وتقييم إمكانياته الفكرية والعاطفية والبدنية ومحاولة تطويرها باستمرار كما تسمح له بالانفصال المؤقت عن الواقع بحثاً عن صدى واقعي لهوامته في عالم الأشياء وعالم الأشخاص . كما يرى (منيجيتر MENNIGETER) 1924 أن اللعب والرياضة من أنماط الصراع الرمزي الذي يركز أساساً على العدوانية والسلوكيات الغير مقبولة اجتماعياً . كما أن الضغط الذي تولده التوترات الجنسية والعدوانية، يمكن التحكم فيها وتوجيهها بفضل الممارسة الرياضية باعتبارها الوسيلة المقبولة اجتماعياً وباعتبارها كذلك الطريقة الوحيدة التي تمكن المراهق من إثبات ذاتيته

وتكوين هويته والتحكم في انفعالاته وبالتالي الاندماج قصد التكيف الاجتماعي. إن من أزمات الشباب المعاصر كما قال (أريك أركيسون) تتمحور حول مسألة تكوين الهوية، فيتوقف تحطى الشباب لهذه الأزمة على كيفية مواجهتهم للمشاكل التي تعترضهم والمشكلة الأساسية في هذه المرحلة هي تحقيق السيطرة الذاتية على الدوافع الجنسية والسلوكيات العدوانية حتى يتم التحكم فيها دون كبتها» (محمد محمود الأفندي، 1965، الصفحات 444-445).

«الرياضة تمكن المراهق من تجاوز الحوار اللغوي إلى اللغة الجسدية التي تسهل له التعبير المطلق عن المكونات البسيكوفيزيولوجية، حيث أن جزء كبير همشته مادية الحضارة فعن طريق الحركة يتجاوز المراهق جميع القوانين والتقنيات والمحرمات التقليدية المفروضة، وبذلك يحاول تجاوز الواقع وبمعنى آخر تحدث قطعة إيجابية مع الحياة اليومية الروتينية فالإيجابي يتجه نحو الرياضة والسلي يتجه نحو المخدرات والجرائم» (Bernard & Bycho, 1971, p. 91).

* الرياضة تعد عاملاً هاماً في بناء الأخلاق القومية وتقتل عناصر الجريمة .

* نستنتج من كل هذا هي الوسيلة الأرقى لتحقيق حاجات المراهق .

7- أهمية ممارسة رفع الأثقال لدى المراهق :

من الإيجابيات المميزة لأهمية رفع الأثقال عند المراهق نجد :

- تحقيق التكامل بين عمل الجهازين العضلي والعصبي من خلال التدريب والمنافسة
- تمنح الرباع مكانة اجتماعية مرموقة.
- تساهم في تنمية صفة الإرادة والشجاعة .
- تعود الفرد على النشاط والحيوية وتبعده عن الكسل والخمول .
- تربي اللاعب على الانضباط والنظام .
- تساهم في توجيه الطاقة الزائدة عند الشباب توجيهها سليماً ، خاصة من الجانب الصحي ، إذ تمتص ما لديهم من فائض في الطاقة فتخفف بذلك من دوافعهم المكبوتة (الجنسية العدوانية) .
- شباب أكثر حيوية
- تعتبر نشاطاً ترويجياً هذا ما يساعد اللاعب المراهق على التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية والتخلص من العزلة والانطواء .
- تساعده على استغلال وقت فراغه إيجابياً، وتنمي فيه صفة التعاون المهمة في حياة الفرد الاجتماعي. (محمد محمود الأفندي، 1965، صفحة 453)

خلاصة:

* من خلال عرض هذا الفصل يمكن أن نصل به على غرار ما وصلت إليه البحوث الأخرى إلى أن اللاعب في فئة الأواسط يكون في فترة حرجة من عمره، وهي مرحلة المراهقة، فهي من أبرز فترات وجوده في الحياة الاجتماعية، في هذه المرحلة يطور ويفجر اللاعب كل قدراته التي يتمتع بها.

* واللاعب في فئة الأواسط إما أن يكون إيجابيا أي ذو شخصية فذة مستوية السلوكيات متزنة الأخلاق وإما أن يكون سلبيا فيؤدي ذلك إلى الانحراف والخروج عن المنهج التربوي السليم، لذلك فاللاعب المراهق بحاجة إلى التقدير والاستقلال الذاتي، وإلى طريقة تعامل لا تعتمد على التهديد والعقوبات والسخرية من الآخرين.

الجانب التطبيقي

الفصل الأول

إجراءات البحث الميداني

تمهيد:

إن طبيعة المشكلة التي يطرحها بحثنا تستوجب علينا التأكد من صحة أو عدم صحة الفرضيات التي قدمناها في بداية الدراسة، ويعتبر الفصل الأول في منهجية الدراسة محور الدراسة الميدانية، وفيه تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية والمجال المكاني والزمني والشروط العلمية للأداة وضبط متغيرات الدراسة وعينة البحث وكيفية اختيارها والمنهج المستخدم وأدوات الدراسة وإجراءات التطبيق الميداني وحدود الدراسة وأسلوب التحليل الإحصائي.

- المنهج المستخدم:

نظرا لأهمية الموضوع الذي نحن بصدد دراسته والمتمثل في: إصابات مفصل الكتف وتأثيرها على أداء لاعبي رفع الأثقال، فقد وجب علينا دراسة الظاهرة كما هي ومعالجتها وتشخيصها وسردها للقراءة مستعملين بذلك المنهج "الوصفي التحليلي" لتوضيح المفاهيم والمصطلحات وتحليل المتغيرات وإعطاء النتائج المتوصل إليها انطلاقا من الاستبيان.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "كل استقصاء بنص على ظاهرة من الظواهر كما هي في الوقت الحاضر بقصد تشخيصها، كشف جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها ويتم عن طريق جمع البيانات وتنظيمها وتحليلها ثم الاستنتاج واهم أدوات هذا المنهج: الملاحظة، المقابلة، الاستبيان (محمد عوض بسيوني وفيصل ياسين الشاطي، 1992، صفحة 206).

- مجتمع البحث: إن مجتمع البحث يتكون من بعض المدربين واللاعبين المتواجدين على مستوى أندية رفع الأثقال بولاية غليزان ومستغانم.

عينة البحث: تم اختيار العينة عشوائيا لأنها تعطي فرص متكافئة لجميع أفراد المجتمع.

إن مجتمع البحث يتكون من مدربين ولاعبين متواجدين على مستوى بعض نوادي رفع الأثقال بولاية غليزان

و مستغانم وقد بلغ عدد المدربين المستجوبين 10 مدربين وعدد اللاعبين المستجوبين 20 لاعب تتراوح أعمارهم من (17-20) سنة.

مجالات البحث:

المجال المكاني:

قمنا بالبحث الميداني في بعض نوادي رفع الأثقال بولاية غليزان ومستغانم.

– المجال البشري: شملت العينة البحث على 30 فردا من اللاعبين والمدربين حمل الأثقال تضمنت 10 مدربين و20 لاعبا.

المجال الزمني:

شرعنا في هذا البحث في شهر جانفي 2015 ، أما الاستبيان بدأ تحضيره في شهر مارس 2015 و تم توزيع الاستبيان في الفترة الممتدة ما بين 2015-04-01 إلى 2015-04-05 و قد تم تحليل و فرز النتائج من 2015-04-19 إلى 2015-04-29 . و انهيينا بحثنا هذا يوم : 2015-05-17.

ضبط متغيرات الدراسة:

❖ **المتغير المستقل**: وهو الذي يؤدي التغير في قيمته إلى التأثير في قيم متغيرات أخرى لها علاقة به.

وفي هذه الدراسة المتغير المستقل هو: إصابات مفصل الكتف.

❖ **المتغير التابع**: وهو الذي تتوقف قيمته على قيم متغيرات أخرى.

وفي هذا البحث المتغير التابع هو: أداء لاعبي رفع الأثقال.

– أدوات الدراسة:

استخدمنا استمارة الاستبيان كأداة وطريقة لجمع البيانات والمعلومات حول الظاهرة المدروسة.

الاستبيان: وهو "نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه إلى الأفراد من اجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة ما أو موقف ما" (الرفاعي حسين أحمد، 1996، صفحة 122).

وتوجد ثلاث أنواع من الأسئلة المغلقة والمفتوحة والأسئلة نصف مفتوحة وقد اعتمدنا على الأسئلة المغلقة والمفتوحة والنصف مفتوحة.

- أسلوب التحليل الإحصائي:

لكي يتسنى لنا التعليق وتحليل نتائج الاستمارة بصورة واضحة وسهلة قمنا بالاستعانة بأسلوب التحليل الإحصائي وهذا عن طريق تحويل النتائج المتحصل عليها من خلال الاستمارة إلى أرقام على أشكال نسب مئوية وهذا عن طريق إتباع القاعدة الثلاثية المعروفة:

$$\begin{aligned} \text{س} &\longleftarrow \%100 \\ \text{ع} &\longleftarrow \text{x} \\ \text{فإن: } \text{x} &= \frac{\text{ع} \times 100}{\text{س}} \end{aligned}$$

حيث أن:

X: النسبة المئوية.

ع: عدد الإجابات (عدد التكرارات).

س: عدد أفراد العينة.

المتوسط الحسابي:

$$\frac{\text{مجموع س}}{\text{ن}} = \text{م}$$

مجموع س = مجموع القيم

ن = عدد القيم

الانحراف المعياري:

$$\sqrt{\frac{(\text{س} - \text{م})^2}{\text{ن}}} = \text{ع}$$

- صعوبات البحث:

لقد واجهتنا في هذا البحث العديد من الصعوبات نذكر منها:

- نوع من الصعوبة في صياغة الاستبيان.
- تخلي بعض اللاعبين في الإجابة عن بعض الأسئلة.
- قلة المراجع حول رياضة رفع الأثقال خاصة باللغة العربية ومحدودية مضمونها إن وجدت.
- عدم وجود دراسات سابقة في قسم التربية البدنية.
- صعوبة الحصول على توقيع النوادي.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى تحديد الإطار التطبيقي العام للدراسة من خلال عرضنا لمجالات البحث وعينته والأدوات المستخدمة في البحث. وبعد توزيعنا واسترجاعنا لكل الاستبيانات من طرف المدربين واللاعبين قمنا بفرزها وتنظيمها في جداول مع استعمالنا للأساليب الإحصائية من حساب للتكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، وكل هذا سندرجه في الفصل الموالي.

الفصل الثاني:

عرض وتحليل النتائج

ومناقشتها

تمهيد:

نحاول في هذا الفصل الربط بين الجانب النظري والجانب التطبيقي، وفيه تطرقنا إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة وبعدها مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات المطروحة وخلاصة عامة واقتراحات.

- تحليل نتائج استبيان مدربي حمل الأثقال:

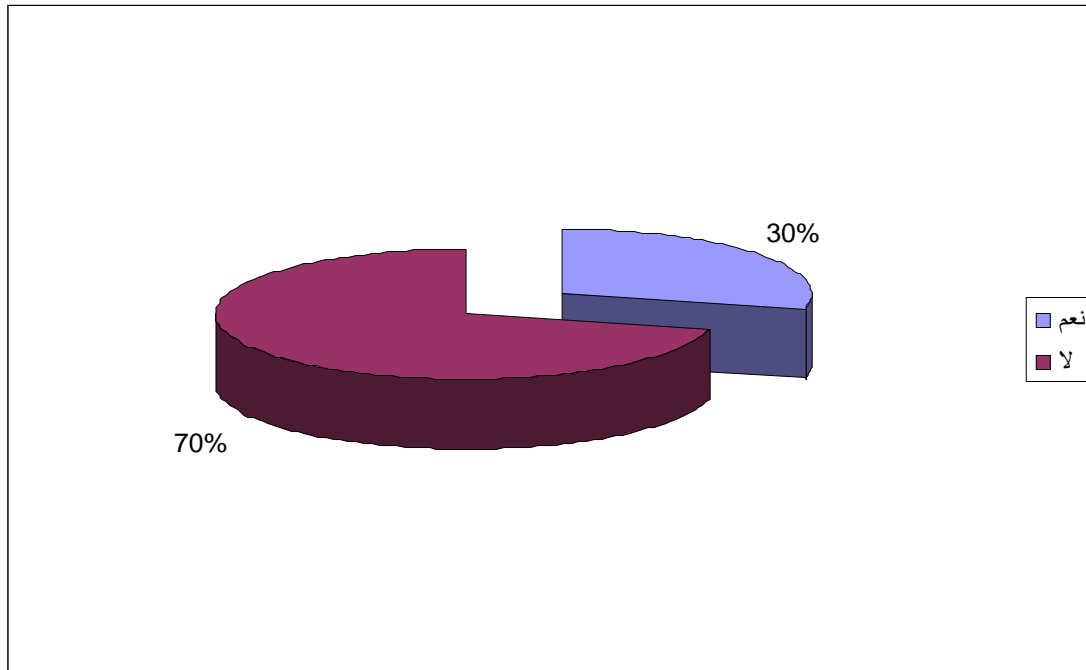
المحور الأول: إصابة مفصل الكتف

السؤال الأول: هل تتوفر المنشآت والوسائل الصحية لدى فريقكم؟
الهدف من السؤال: معرفة الإمكانيات المادية والصحية لدى الفرق.
الجدول رقم (1): الإمكانيات المادية والصحية لدى الفرق.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 3 | 30% | 0.3 | 4.95 |
| لا | 7 | 70% | 0.7 | 2.12 |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 70% من المدربين أجابوا بأن الإمكانيات المادية و الصحية غير متوفرة و 30% منهم قالوا العكس.

-إذن من خلال الجدول نستنتج أن الإمكانيات المادية والصحية لدى فرق رفع الأثقال قليلة جدا.

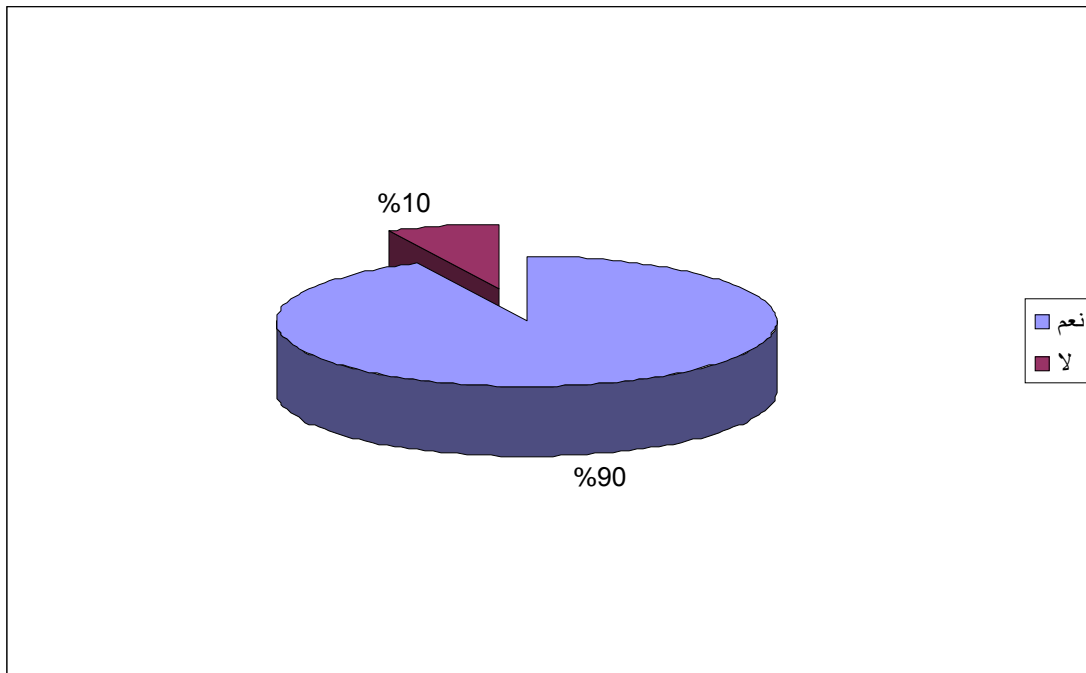


الشكل رقم (24): يبين الإمكانيات والوسائل الصحية لفرق رفع الأثقال.

السؤال الثاني: هل حدث وان تعرض احد اللاعبين لإصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات؟
الهدف من السؤال: معرفة إمكانية حدوث إصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات.
الجدول رقم(2): إمكانية حدوث إصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 9 | % 90 | 0.9 | 0.71 |
| لا | 1 | % 10 | 0.1 | 6.36 |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 90% من المدربين أجابوا بنعم و10% قالوا لا. أي أن معظم اللاعبين تعرضوا لإصابة مفصل الكتف.
- إذن من خلال الجدول نستنتج أن معظم اللاعبين تعرضوا لإصابة مفصل الكتف.



الشكل رقم(25): يوضح تعرض اللاعبين لإصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات.

السؤال الثالث: في حالة الإجابة بنعم كم كان عدد الإصابات؟

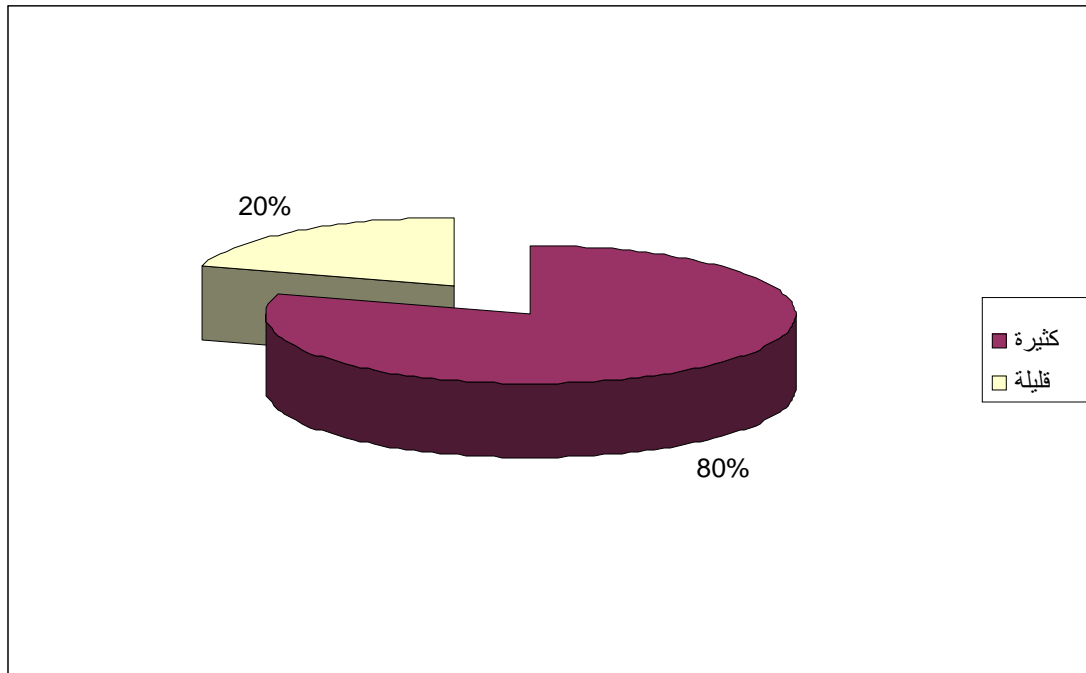
الهدف من السؤال: معرفة عدد الإصابات

الجدول رقم (3): عدد إصابات مفصل الكتف.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| كثيرة | 8 | 80 % | 0.8 | 1.41 |
| قليلة | 2 | 20 % | 0.2 | 5.66 |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 80% من المدربين أجابوا بكثيرة و20% أجابوا بقليلة.

- إذن نستنتج من خلال الجدول أن إصابة مفصل الكتف لدى لاعبي حمل الأثقال كثيرة.

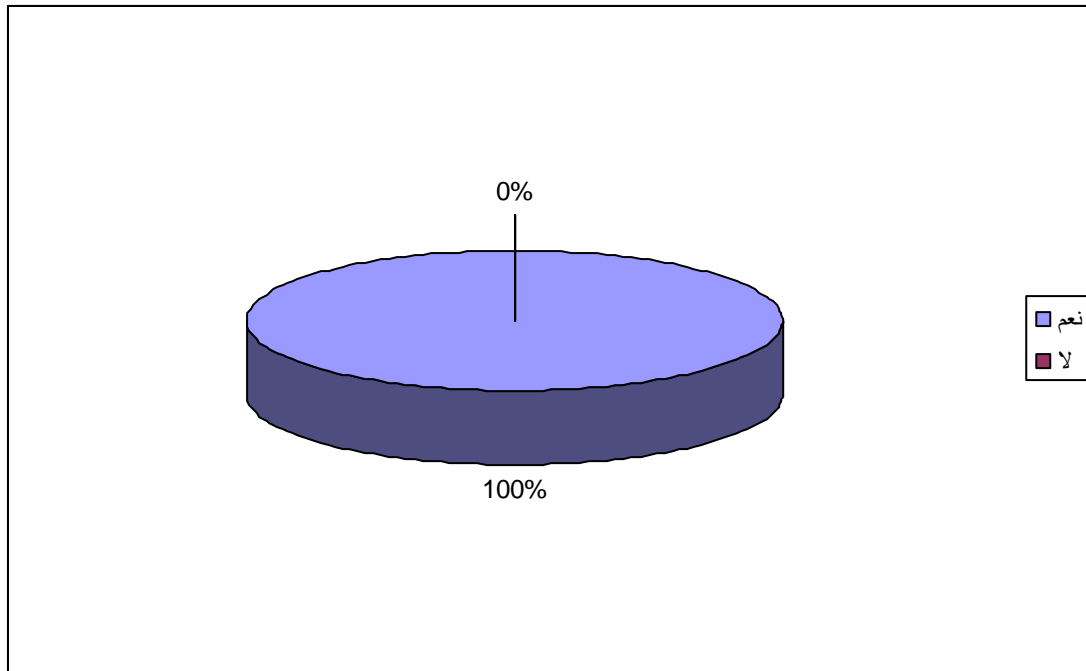


الشكل رقم (26): يوضح عدد الإصابات لمفصل الكتف.

السؤال الرابع: هل تؤثر إصابة مفصل الكتف على مردود وأداء لاعبيك؟
الهدف من السؤال: معرفة تأثير إصابة مفصل الكتف على مردود و أداء لاعبي حمل الأثقال.
الجدول رقم(4): تأثير إصابة مفصل الكتف على مردود و أداء لاعبي حمل الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 00 | 0 | 7.07 |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المدربين أجابوا بنعم.
-إذن نستنتج من خلال الجدول أن إصابة مفصل الكتف تؤثر على مردود وأداء لاعبي حمل الأثقال.



الشكل رقم(27): يوضح مدى تأثير إصابة مفصل الكتف على مردود وأداء لاعبي رفع الأثقال.

المحور الثاني: التحضير البدني

السؤال الأول: هل تقومون بتسطير خطة برنامج تحضير بدني؟

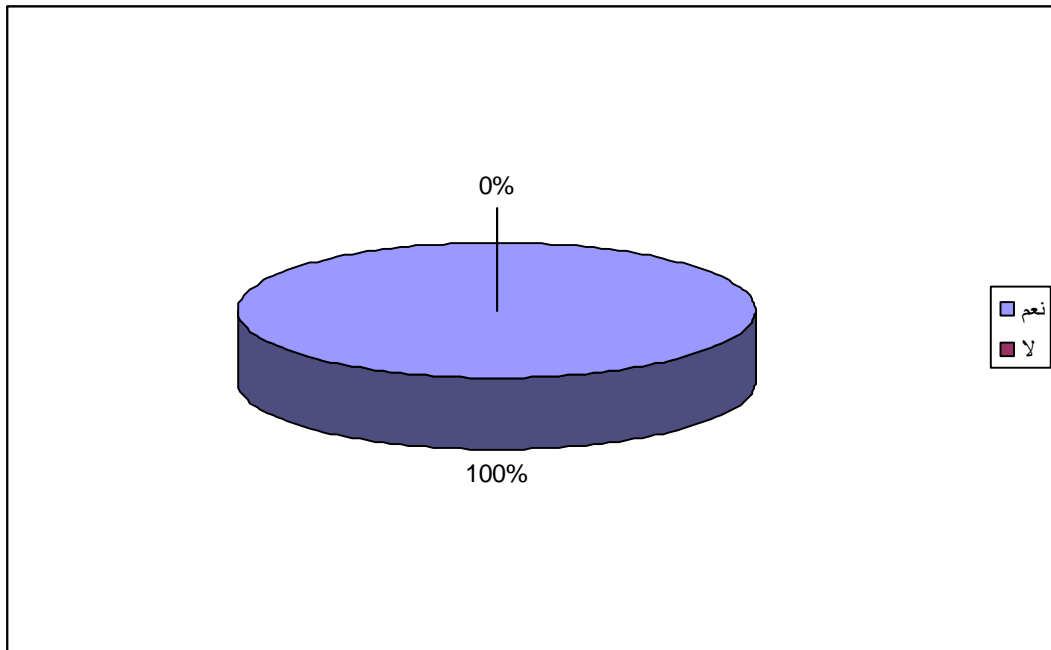
الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان المدربون يولون أهمية للتحضير البدني من خلال وضع خطة لبرنامج التحضير البدني.

الجدول رقم(05): يبين مدى قيام المدربين بوضع خطة خاصة بالتحضير البدني أم لا.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(05) أن نسبة 100% أجابوا ب: "نعم"، أي أن مدربي كرة اليد يقومون بتسطير خطة لبرنامج التحضير البدني، ويعتبرون ذلك أساس عملية النجاح.

-إذن نستنتج أن مدربي رفع الأثقال يقومون بوضع خطة للبرنامج التحضيري لما لذلك من فائدة في ضبط خطة العمل خلال الموسم الرياضي.



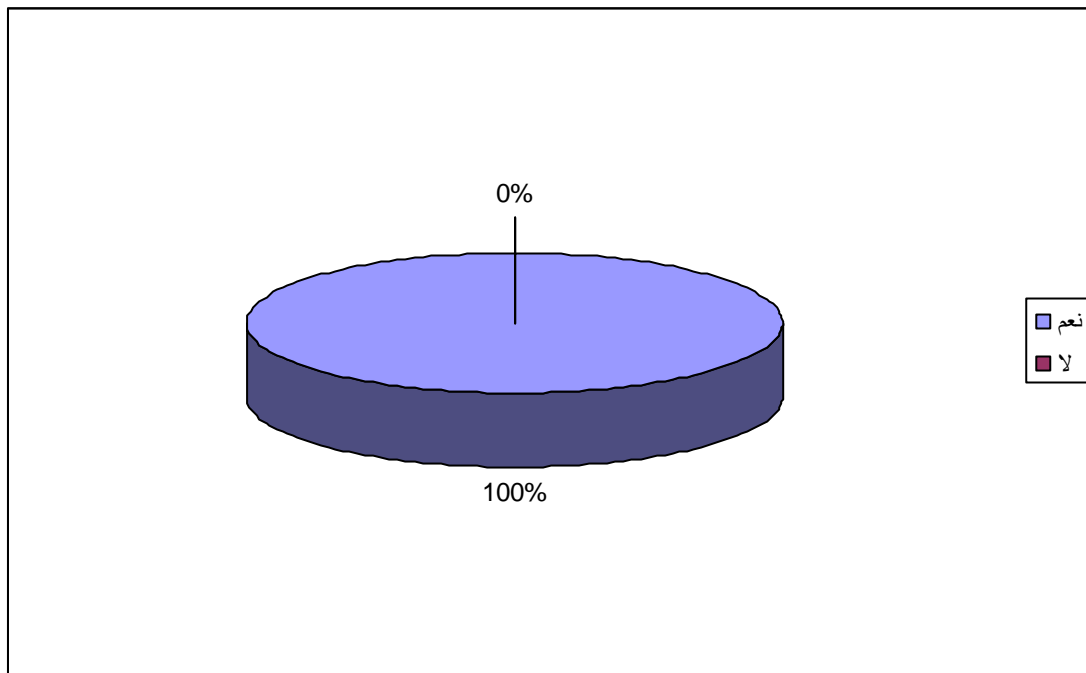
الشكل رقم(28): يوضح مدى قيام المدربين بوضع خطة خاصة بالتحضير البدني.

السؤال الثاني: هل التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال؟
الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان عدم التركيز على التحضير البدني يؤدي إلى مختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال.

الجدول رقم(06): يبين مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

- من خلال الجدول رقم(06) نلاحظ أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن عدم التركيز على التحضير البدني يؤدي إلى مختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي حمل الأثقال.
- نستنتج أن التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال، وهذا راجع إلى عدم التركيز على التحضير البدني.



الشكل رقم(29): يوضح مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال.

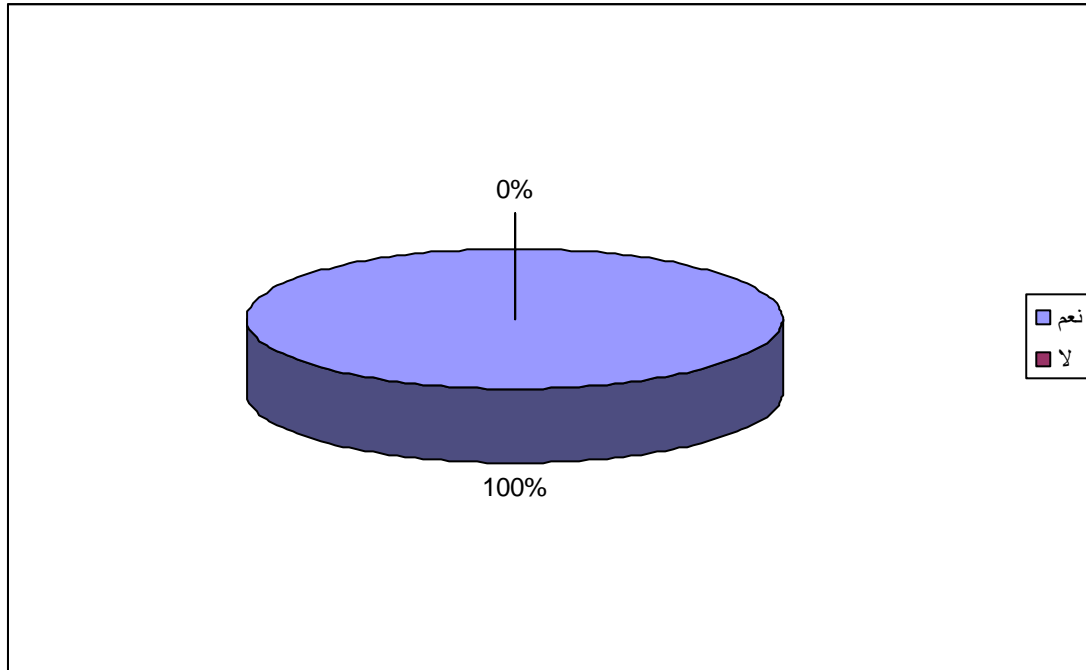
السؤال الثالث: هل عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف للاعبي حمل الأثقال و التأثير على ادائهم؟

الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف للاعبي رفع الأثقال والتأثير على أدائهم.

الجدول رقم(7): يبين ما إذا كان عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف للاعبي رفع الأثقال والتأثير على أدائهم أم لا.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(07) أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن مدربي رفع الأثقال يعتبرون أن عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال. -نستنتج أن عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال، وهذا راجع إلى أهمية التحضير البدني في إعداد وتهيئة اللاعبين.



الشكل رقم(30): يوضح أهمية الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى تفادي إصابة مفصل الكتف للاعبي رفع الأثقال وعدم التأثير على أدائهم .

السؤال الرابع: هل برنامج التحضير البدني ضروري لتنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية للاعب حمل الأثقال؟

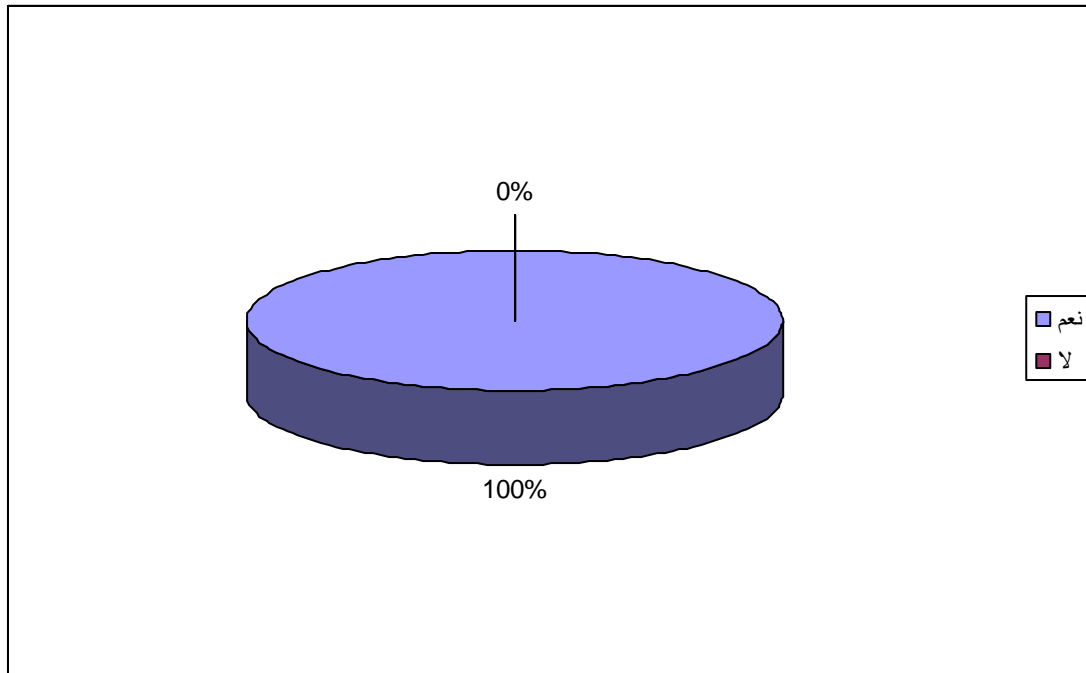
الهدف من السؤال: التعرف على ما إذا كان التحضير البدني ضروري لتنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية للاعب حمل الأثقال؟

الجدول رقم (08): يبين ضرورة التحضير البدني لتنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية من عدمها.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم"، أي أن مدربي رفع الأثقال يعتبرون أن التحضير البدني ضروري لتنمية وتطوير القدرات البدنية والعضلية والمهارية وهذا راجع إلى الفائدة التي تعود على اللاعبين من خلال التحضير البدني.

– نستنتج من ذلك أن التحضير البدني ضروري للاعب رفع الأثقال لتنمية وتطوير القدرات البدنية والعضلية والمهارية.



الشكل رقم (31): يوضح أهمية التحضير البدني في تنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية للاعب حمل الأثقال.

المحور الثالث: مهارة الاسترخاء

السؤال الأول: هل برنامجكم التدريبي يحتوي على مهارة الاسترخاء؟

الهدف من السؤال: معرفة مدى اهتمام مدربي رفع الأثقال بمهارة الاسترخاء أثناء البرنامج التدريبي.

الجدول رقم(09): يبين مدى اهتمام مدربي رفع الأثقال بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي.

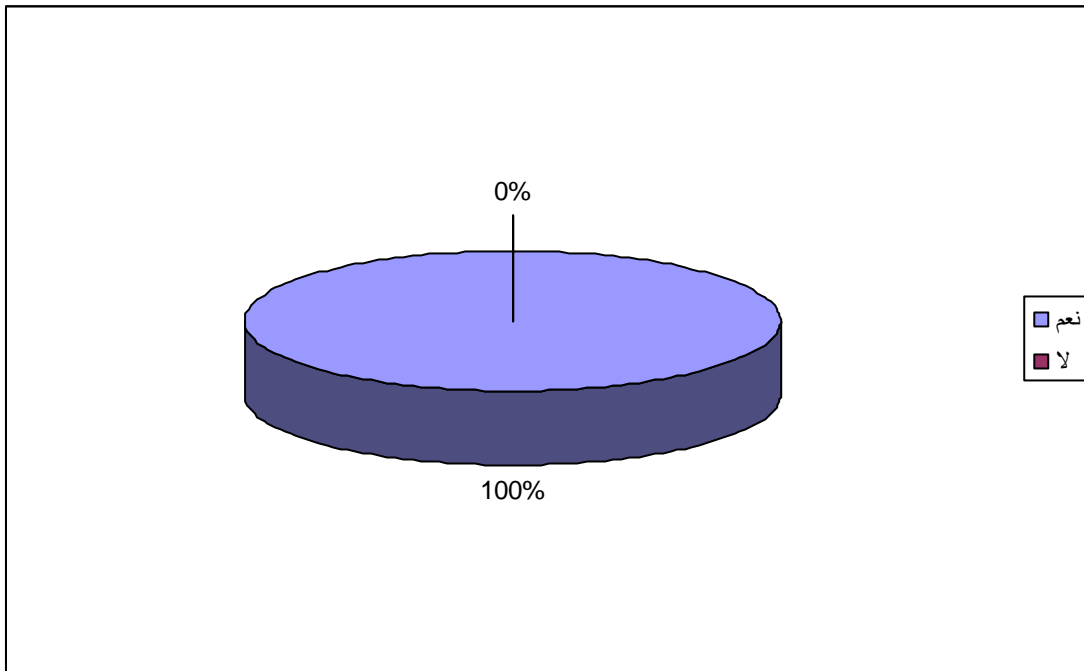
| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

من خلال الجدول رقم(09) نلاحظ أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن البرنامج التدريبي لمدربي

رفع الأثقال يشمل مهارة الاسترخاء.

نستنتج أن البرنامج التدريبي لكل مدربي رفع الأثقال يشمل مهارة الاسترخاء بأنواعه، وهذا راجع لفائدة

هاته المهارة في تفادي حدوث الإصابات والوقاية منها.



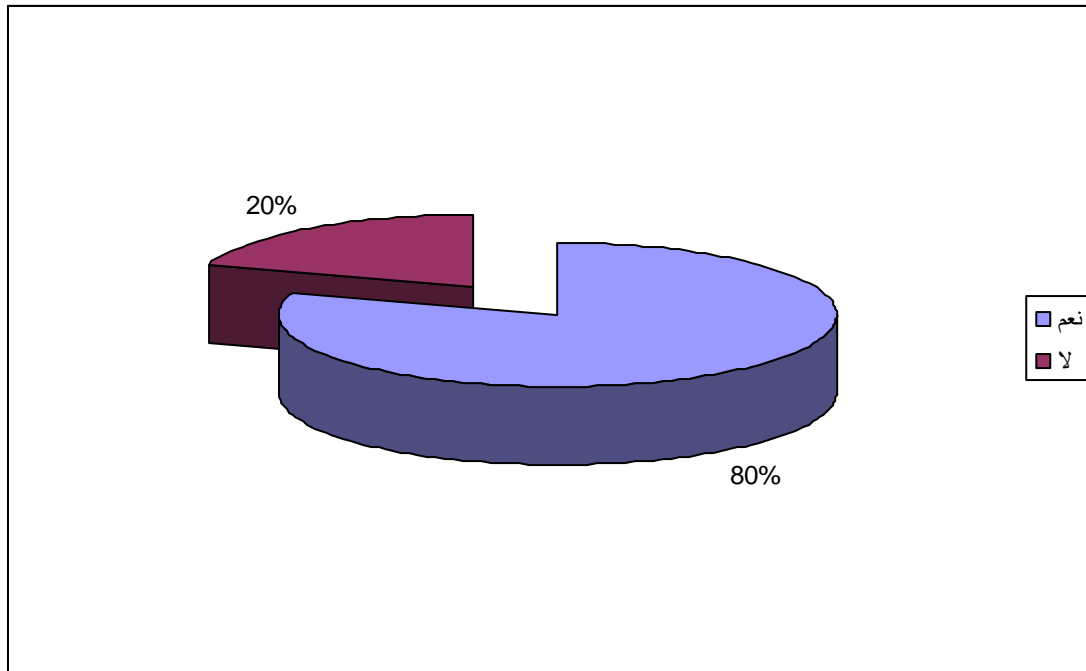
الشكل رقم(32): يوضح اهتمام مدربي رفع الأثقال بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي.

السؤال الثاني: هل لمهارة الإسترخاء دور في وقاية لاعبي حمل الأثقال من مختلف الإصابات؟
الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان لمهارة الاسترخاء دور في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات.

الجدول رقم(10): يبين مدى ودور مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 8 | 80 % | 0.8 | 1.41 |
| لا | 2 | 20 % | 0.2 | 5.65 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(10) أن نسبة 80% أجابوا بـ: "نعم" و 20 % أجابوا لا أي أن معظم مدربي رفع الأثقال يعتبرون أن لمهارة الاسترخاء دور في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات.
 - نستنتج أن لمهارة الاسترخاء دور في الوقاية من مختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.



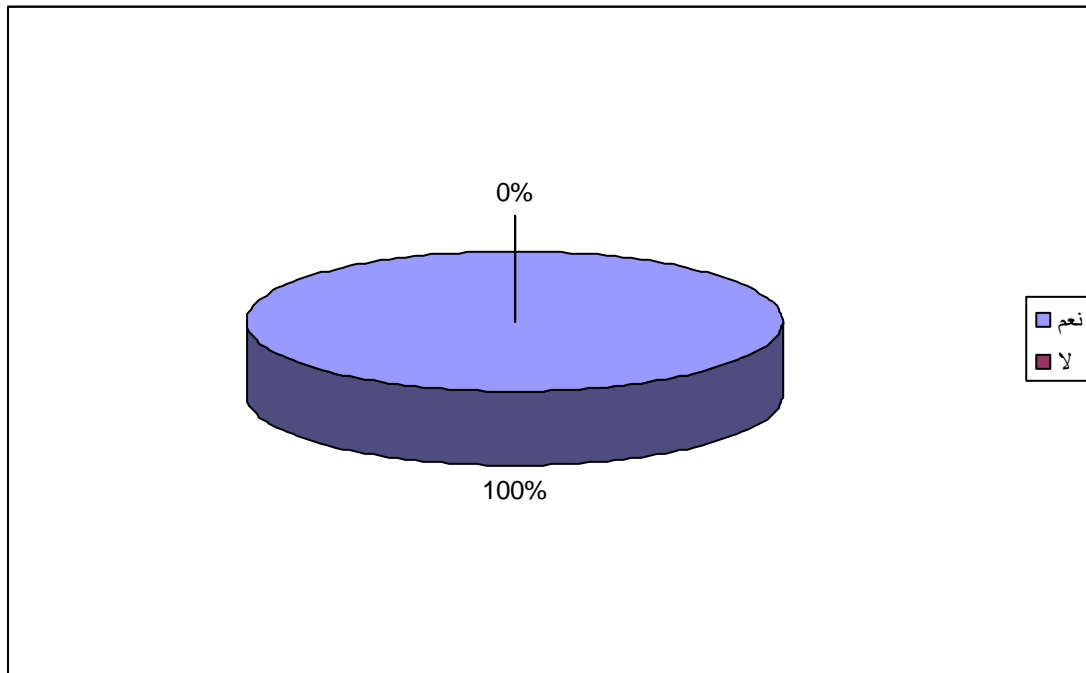
الشكل رقم(33): يوضح أهمية مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من مختلف الإصابات.

السؤال الثالث: هل عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي الى اصابة مفصل الكتف ؟

الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف
الجدول رقم(11): يبين ما إذا كان عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف
للاعبي رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 10 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 7.07 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(11) أن نسبة 100% أجابوا ب: "نعم" أي أن مدربي رفع الأثقال يعتبرون
أن عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف.
- نستنتج أن عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف



الشكل رقم(34): يوضح أهمية مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من إصابة مفصل
الكتف.

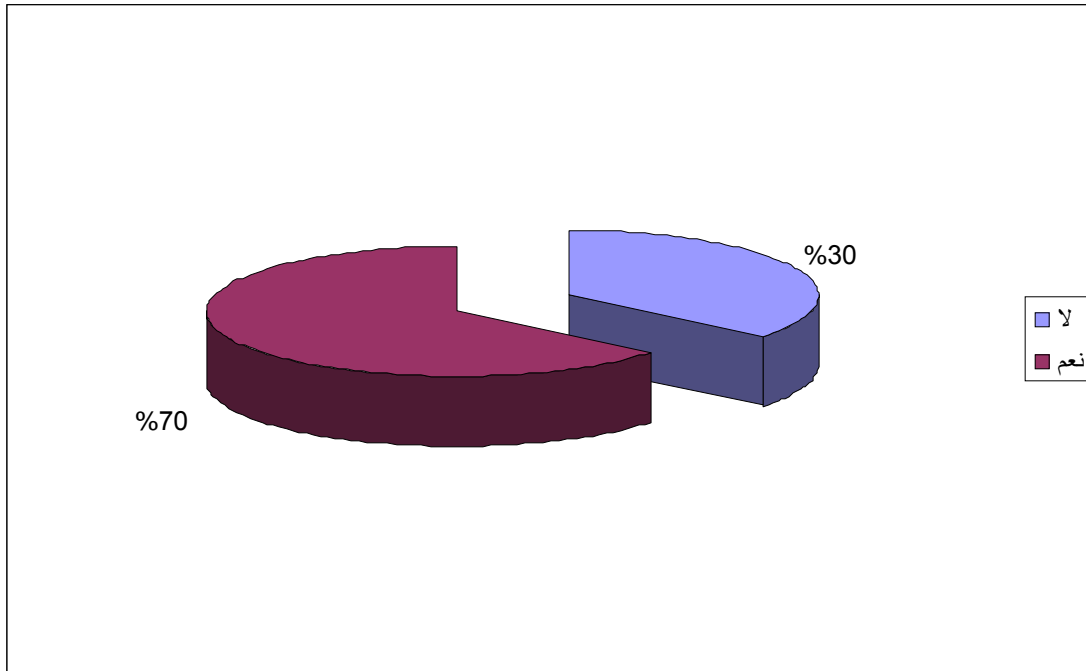
السؤال الرابع: هل لمهارة الإسترخاء دور في اعداد اللاعبين و الرفع من مستوى آدائهم المهاري؟

الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان لمهارة الاسترخاء دور في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري.

الجدول رقم(12): يبين دور مهارة الاسترخاء في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 7 | 70 % | 0.7 | 2.12 |
| لا | 3 | 30 % | 0.3 | 4.95 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(12) أن نسبة 70% أجابوا بـ: "نعم" و30% أجابوا لا أي أن مدربي رفع الأثقال يعتبرون أن الاسترخاء دور في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري. - نستنتج أن لمهارة الاسترخاء دور في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري.



الشكل رقم(35): يوضح دور مهارة الاسترخاء في إعداد اللاعبين والرفع من مستوى أدائهم المهاري.

- تحليل نتائج استبيان لاعبي حمل الأثقال:

المحور الأول: إصابة مفصل الكتف

السؤال الأول: هل تعرضت لإصابات ما خلال مشوارك الرياضي؟.

الهدف من السؤال: معرفة ما إذا تعرض لاعبي حمل الأثقال لإصابات خلال مشوارهم الرياضي.

الجدول رقم(13): ما مدى تعرض لاعبي حمل الأثقال لإصابات خلال مشوارهم الرياضي.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | % 100 | 1 | 4.95 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 2.12 |

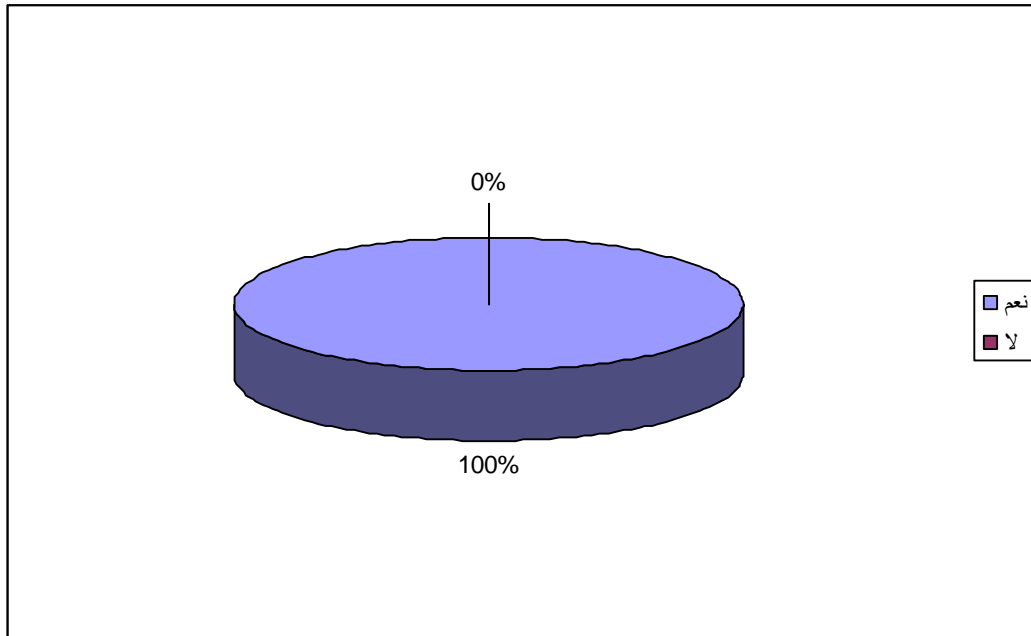
نلاحظ من خلال الجدول رقم(13) أن نسبة %100 أجابوا ب: "نعم" أي أن كل لاعبي حمل الأثقال

تعرضوا إلى إصابات مختلفة ومتنوعة.

- نستنتج أن لاعب رفع الأثقال عرضة كغيره من الرياضيين للإصابات مهما تنوعت واختلفت وهذا راجع

إلى عدم التركيز على التحضير البدني وكثرة المنافسات وغيرها. حيث كان أكثرها إصابات الكتف، المرفق،

الكوع، ثم الركبة والظهر.



الشكل رقم(36): يوضح تعرض لاعبي حمل الأثقال لإصابات خلال مشوارهم الرياضي.

السؤال الثالث: ما نوع الإصابات التي تعرضت لها؟.

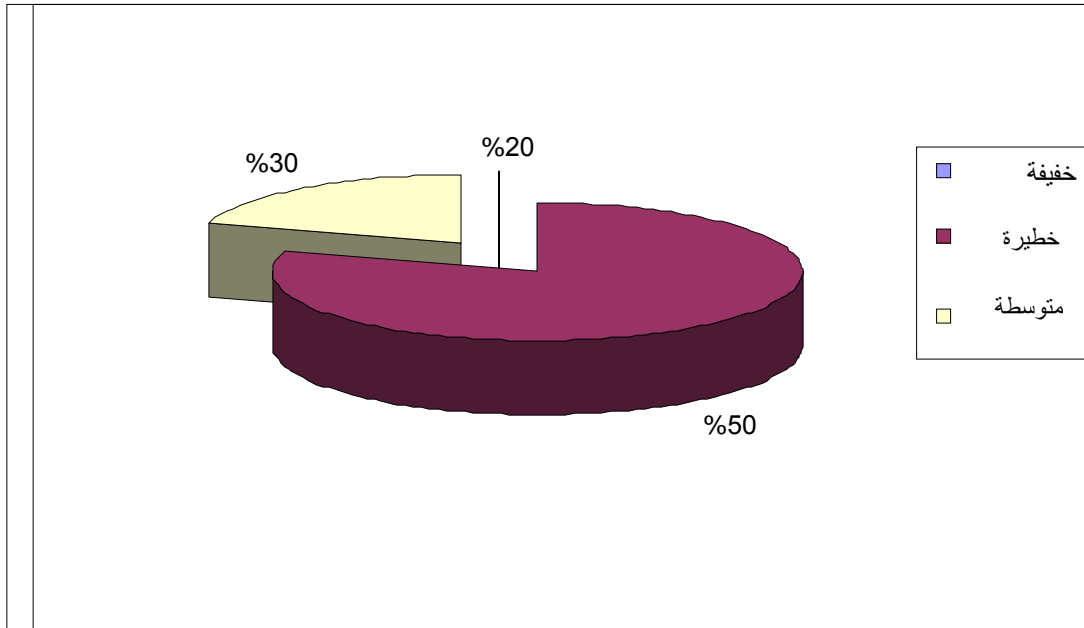
الهدف من السؤال: معرفة خطورة الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

الجدول رقم(14): درجة خطورة الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| إصابات خفيفة | 4 | 20 % | 0.2 | 11.31 |
| إصابات متوسطة | 6 | 30 % | 0.3 | 9.9 |
| إصابات خطيرة | 10 | 50 % | 0.5 | 7.07 |

من خلال الجدول رقم 14 يتضح لنا أن نسبة 50% من اللاعبين كانت إصاباتهم خطيرة و30 % منهم كانت متوسطة و20 % كانت خفيفة.

- نستنتج أن الإصابات الخطيرة هي الأكثر انتشارا عند لاعبي حمل الأثقال.



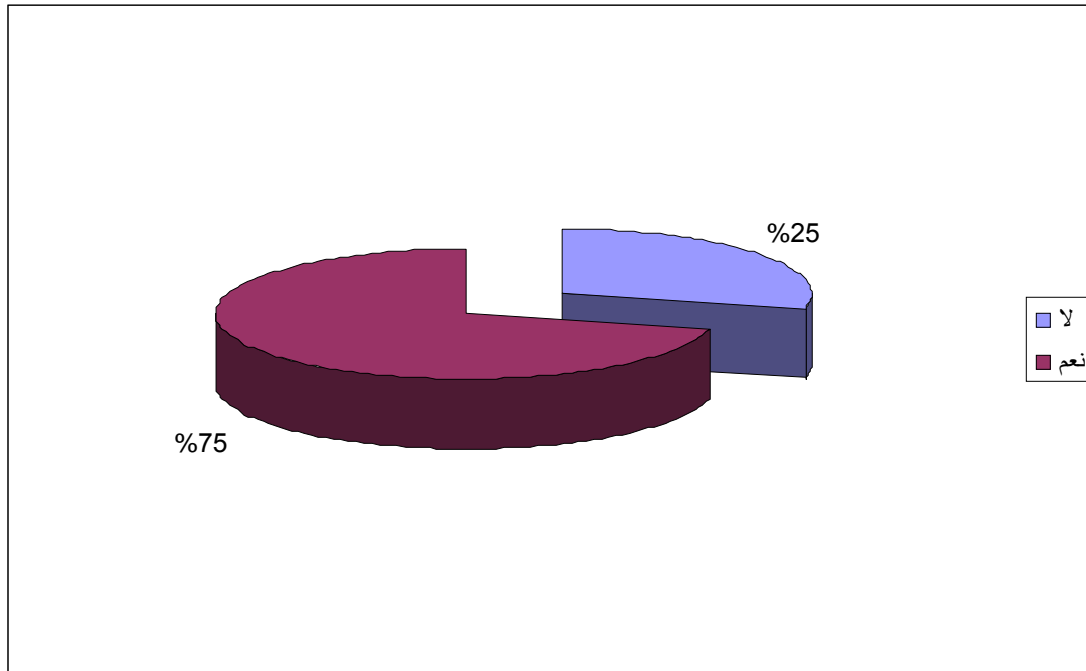
الشكل رقم(37): يوضح نوع الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

السؤال الرابع: هل تعرضت لإصابة مفصل الكتف خلال مشوارك الرياضي ؟
الهدف من السؤال: معرفة ما إذا تعرض لاعبي حمل الأثقال إلى إصابات مفصل الكتف.
الجدول رقم(15): يبين مدى تعرض لاعبي حمل الأثقال إلى إصابات مفصل الكتف.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 15 | % 75 | 0.75 | 3.54 |
| لا | 5 | % 25 | 0.25 | 10.61 |

من خلال الجدول رقم(15) نلاحظ أن نسبة %75 أجابوا بـ: "نعم" أي أن معظم لاعبي رفع الأثقال يتعرضوا إلى إصابة في مفصل الكتف، أما نسبة %25 أجابوا بـ: "لا" وهذا يعني أنهم لم يتعرضوا لإصابة في مفصل الكتف.

نستنتج أن لاعبي رفع الأثقال عرضة لإصابات مفصل الكتف كغيرها من الإصابات الأخرى التي يتعرضون لها.

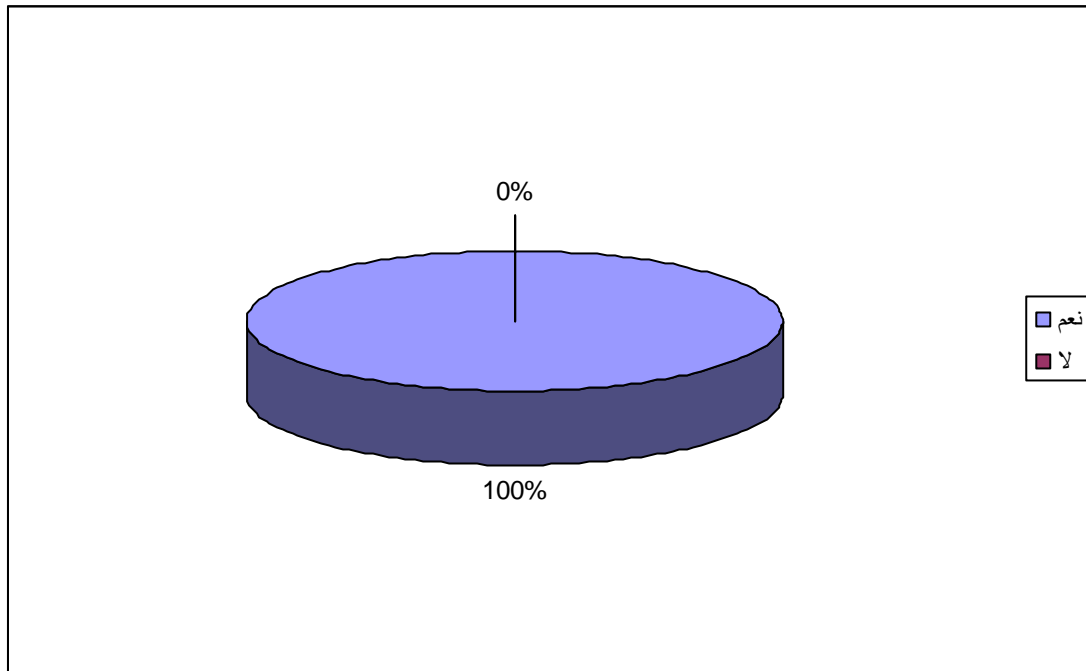


الشكل رقم(38): يوضح تعرض لاعبي حمل الأثقال إلى إصابات مفصل الكتف.

السؤال الخامس: - هل تؤثر إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال؟
 الهدف من السؤال: معرفة تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال.
 الجدول رقم(16): تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 14.14 |

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 100% من اللاعبين أجابوا " بنعم".
 -إذن نستنتج من خلال الجدول أن إصابة مفصل الكتف تؤثر على أداء لاعبي حمل الأثقال.



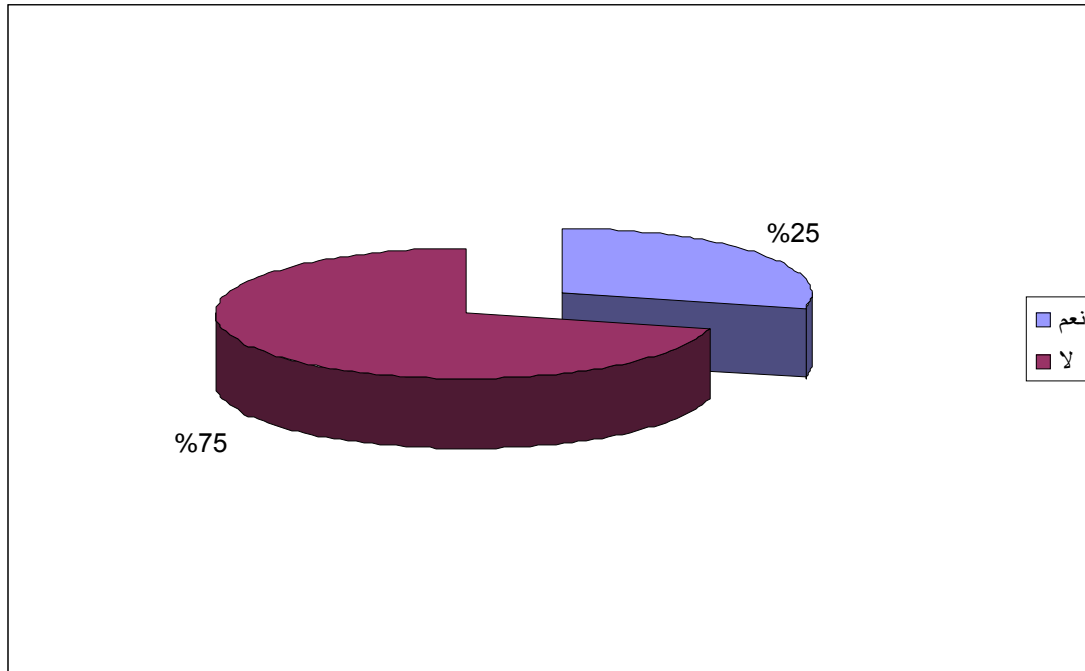
الشكل رقم(39): يوضح مدى تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال.

المحور الثاني: التحضير البدني

السؤال الأول: هل لفريقكم كل الإمكانيات المادية و البشرية التي تتيح لكم التحضير الجيد؟
الهدف من السؤال: معرفة الإمكانيات المادية والبشرية التي تتيح للفرق التحضير الجيد.
الجدول رقم(17): الإمكانيات المادية والبشرية التي تتيح للفرق التحضير الجيد.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 5 | % 25 | 0.25 | 10.61 |
| لا | 15 | % 75 | 0.75 | 3.54 |

-إذن من خلال الجدول نستنتج أن الإمكانيات المادية والبشرية لدى فرق رفع الأثقال قليلة جدا وهذا ما يعرقل التحضير الجيد وهكذا تكون الإصابة.



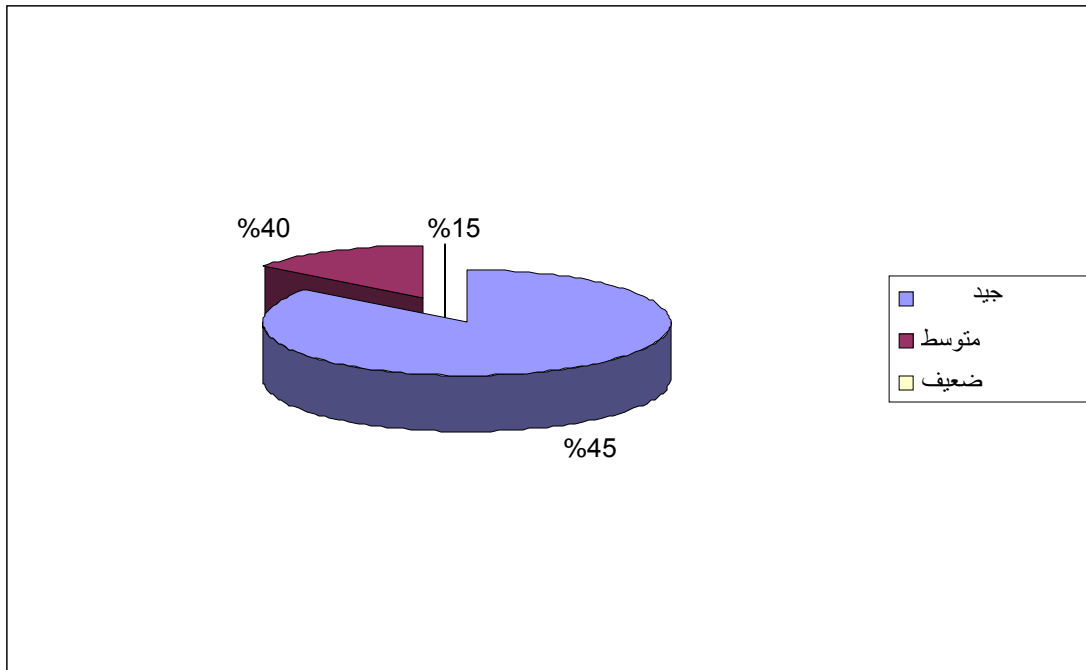
الشكل رقم(40): يوضح وجود الإمكانيات المادية والبشرية لفرق رفع الأثقال.

السؤال الثاني: كيف تقيم مستوى لياقتك البدنية بعد المنافسات ؟.
الهدف من السؤال: التعرف على مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال بعد المنافسات.
الجدول رقم(18): الإمكانيات المادية والبشرية التي تتيح للفرق التحضير الجيد.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| ضعيف | 3 | 15 % | 0.15 | 12.02 |
| متوسط | 8 | 40 % | 0.4 | 8.49 |
| جيد | 9 | 45 % | 0.45 | 7.78 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(18) أن نسبة 40% أجابوا بأن مستوى اللياقة البدنية بعد المنافسات يكون متوسط وهذا راجع إلى المستوى المتوسط للتحضير البدني، أما نسبة 45% أجابوا بأن مستوى اللياقة البدنية بعد المنافسات يكون جيد وهو ما يوضح أن هناك اهتمام بالتحضير البدني. أما نسبة 15% أجابوا بأن مستوى اللياقة بعد المنافسات يكون ضعيف يوضح أن هناك إهمال ونقص في التحضير البدني.

نستنتج أن أغلبية لاعبي رفع الأثقال يتمتعون بلياقة بدنية من جيدة إلى متوسطة بعد المنافسات.



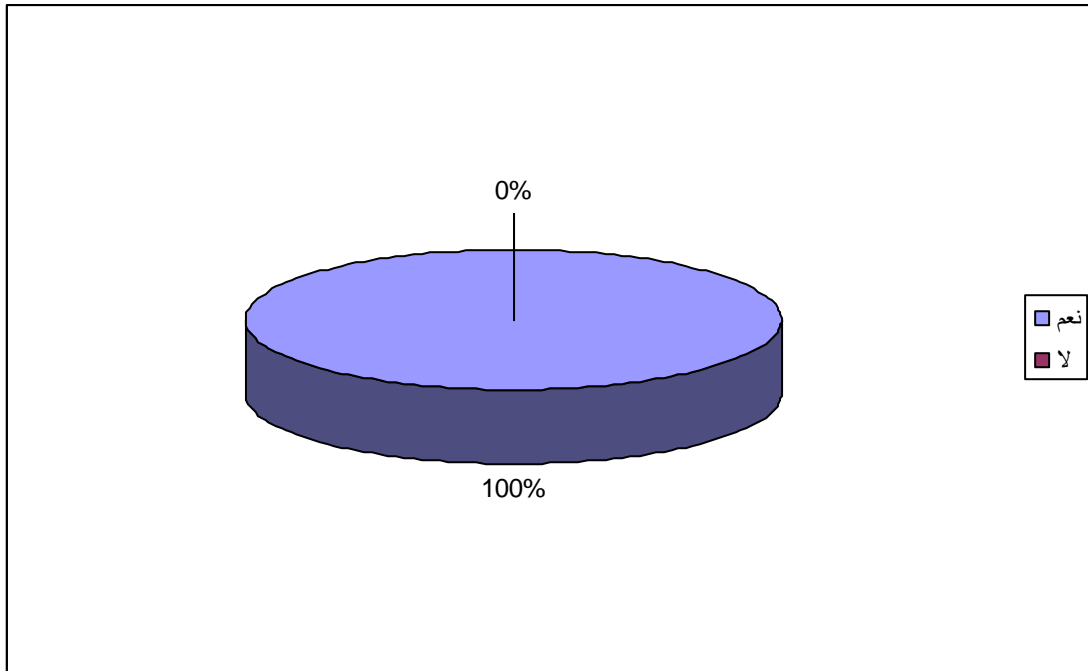
الشكل رقم(41): يوضح مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال بعد المنافسات.

السؤال الثالث: هل للتحضير البدني تأثير على لياقتك البدنية واسترجاع قدراتك البدنية؟
الهدف من السؤال: معرفة تأثير التحضير البدني على اللياقة البدنية واسترجاع القدرات البدنية للاعبين رفع الأثقال.

الجدول رقم (19): يبين مدى تأثير التحضير البدني على اللياقة البدنية واسترجاع القدرات البدنية للاعبين رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | 100 % | 1 | 0 |
| لا | 0 | 0 % | 0 | 14.14 |

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن للتحضير البدني علاقة باللياقة البدنية واسترجاع القدرات البدنية للاعبين رفع الأثقال.
 - إذن من خلال الجدول نستنتج أن اللياقة البدنية الجيدة والاسترجاع الجيد للقدرات البدنية للاعبين رفع الأثقال يكون نتيجة التحضير البدني الجيد فالعلاقة بينهما عكسية.



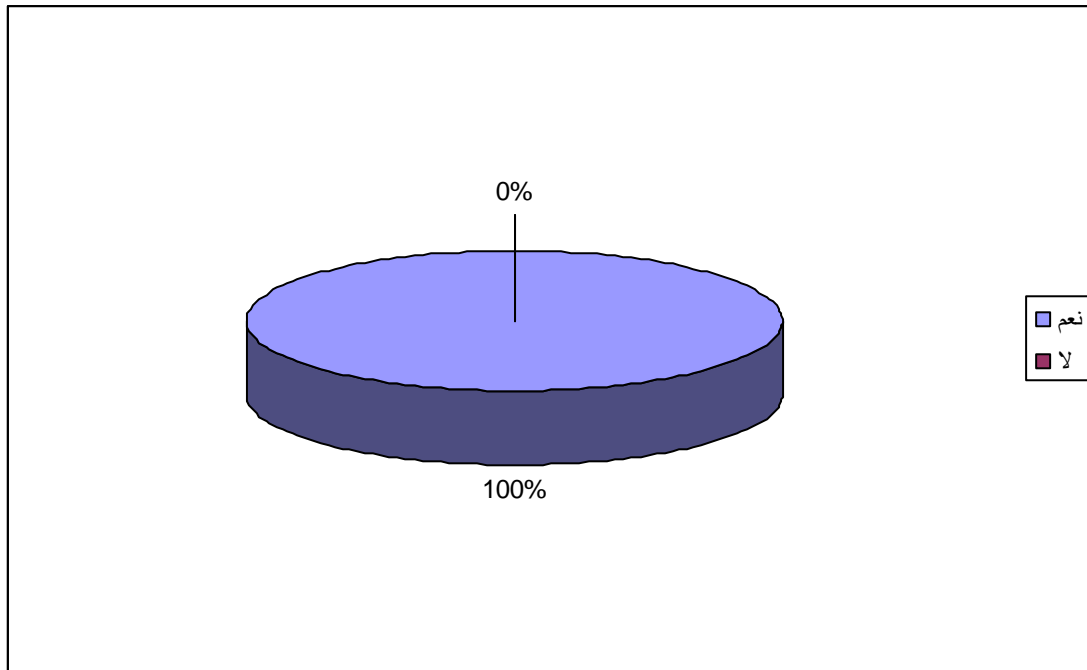
الشكل رقم (42): يوضح أهمية التحضير البدني في استرجاع اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال.

السؤال الرابع: هل عدم التركيز على التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي تتعرض لها؟
الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان عدم التركيز على التحضير البدني يؤدي إلى مختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

الجدول رقم(20): يبين مدى علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 14.14 |

من خلال الجدول رقم(20) نلاحظ أن نسبة 100% أجابوا ب: "نعم" أي أن عدم التركيز على التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.
- نستنتج أن عدم التركيز على التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.



الشكل رقم(43): يوضح علاقة التحضير البدني بمختلف الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

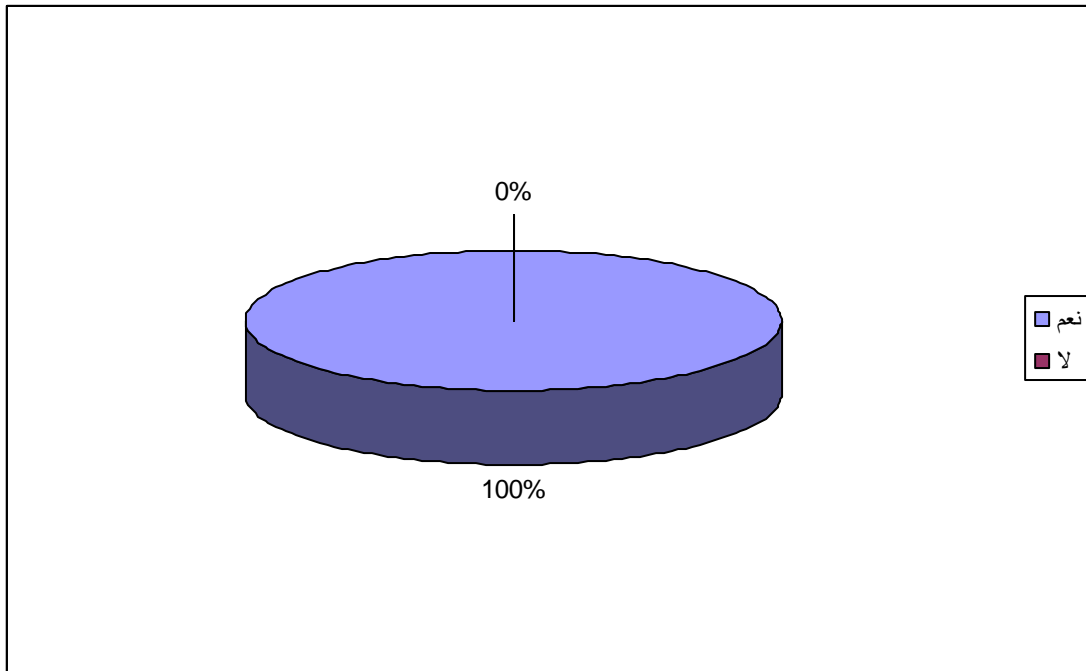
السؤال الخامس: هل ترى أن إهمالك للتحضير البدني الخاص له علاقة بإصابة مفصل الكتف والتأثير على أدائك؟

الهدف من السؤال: معرفة ما إذا كان إهمال التحضير البدني الخاص يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف ويؤثر على أداء لاعبي رفع الأثقال .

الجدول رقم(21): يبين ما إذا كان عدم الاهتمام بالتحضير البدني الخاص يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف ويؤثر على أداء لاعبي رفع الأثقال أم لا.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 14.14 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(21) أن نسبة 100% أجابوا ب: "نعم" أي أن لاعبي حمل الأثقال يعتبرون أن إهمال التحضير البدني الخاص له علاقة بإصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي حمل الأثقال. -نستنتج أن عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي حمل الأثقال، وهذا راجع إلى أهمية التحضير البدني في إعداد وتهيئة اللاعبين.



الشكل رقم(44): يوضح أهمية التحضير البدني الخاص في الوقاية من إصابة مفصل الكتف وتحسين أداء لاعبي رفع الأثقال.

المحور الثالث: مهارة الاسترخاء

السؤال الأول: هل الاسترخاء يساعدك في الحفاظ على مستواك واسترجاع لياقتك البدنية؟

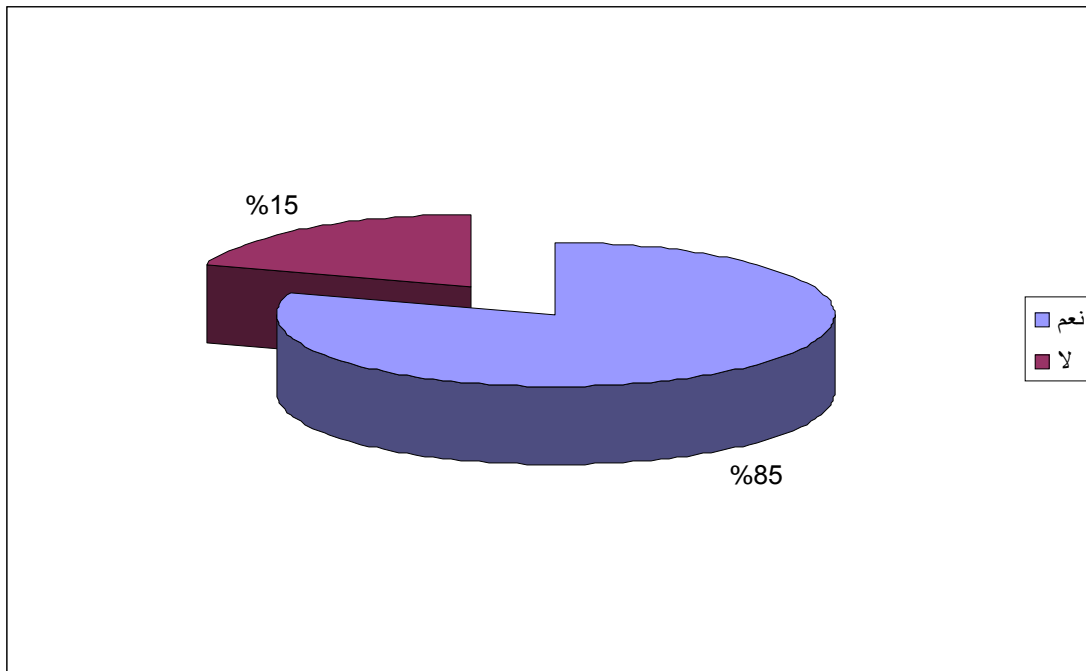
الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان الاسترخاء يساعد في الحفاظ على المستوى البدني واسترجاع اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال.

الجدول رقم(22): يبين أهمية مهارة الاسترخاء في الحفاظ على مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 17 | % 85 | 0.85 | 2.12 |
| لا | 3 | % 15 | 0.15 | 12.02 |

من خلال الجدول رقم(22) نلاحظ أن نسبة 85% أجابوا بأن الاسترخاء يساعد في الحفاظ على المستوى البدني واسترجاع اللياقة البدنية، أما نسبة 15% أجابوا بأن الاسترخاء لا يساعد في نظرهم الحفاظ على المستوى البدني واسترجاع اللياقة البدنية.

- نستنتج أن مهارة الاسترخاء لها دور فعال في مساعدة لاعبي رفع الأثقال في الحفاظ على المستوى البدني واسترجاع اللياقة البدنية



الشكل رقم(45): يوضح أهمية الاسترخاء في الحفاظ على مستوى اللياقة البدنية للاعبين رفع الأثقال.

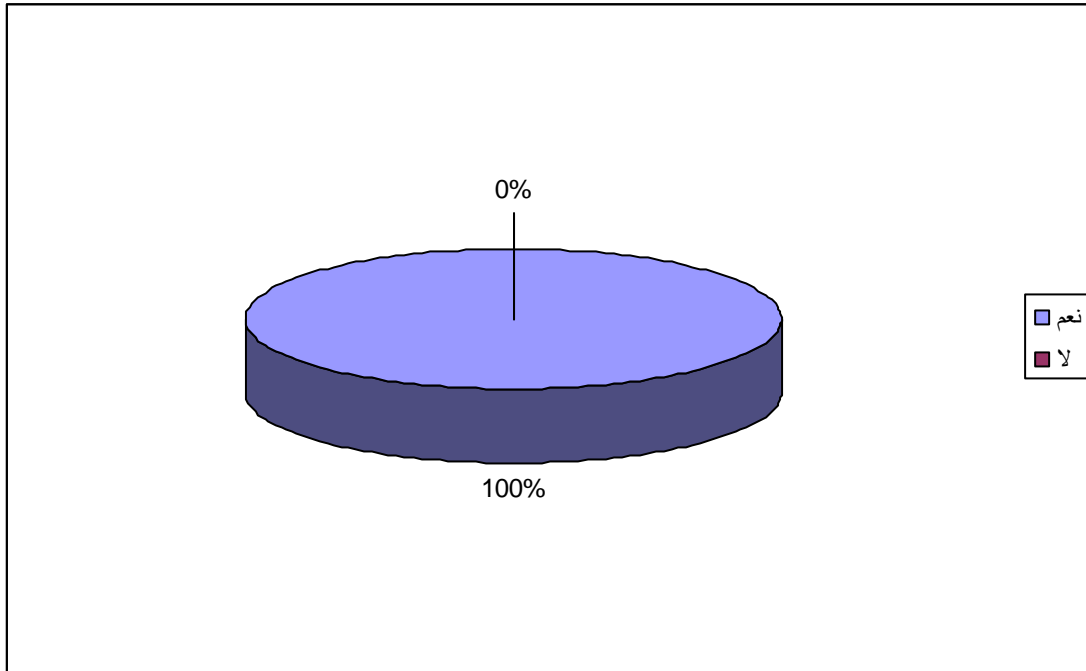
السؤال الثاني: هل لمهارة الاسترخاء دور وقائي في بعض الإصابات؟.

الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان لمهارة الاسترخاء دور في وقاية بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

الجدول رقم(23): يبين مدى دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | % 100 | 1 | 0 |
| لا | 0 | % 0 | 0 | 14.14 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(23) أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن جل لاعبي رفع الأثقال يرون أن لمهارة الاسترخاء دور وقائي من بعض الإصابات التي يتعرضون لها. -نستنتج أن لمهارة الاسترخاء دور وقائي من بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.



الشكل رقم(46): يوضح أهمية مهارة الاسترخاء في الوقاية من بعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال.

السؤال الثالث: هل لمهارة الاسترخاء دور وقائي من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أدائك؟.

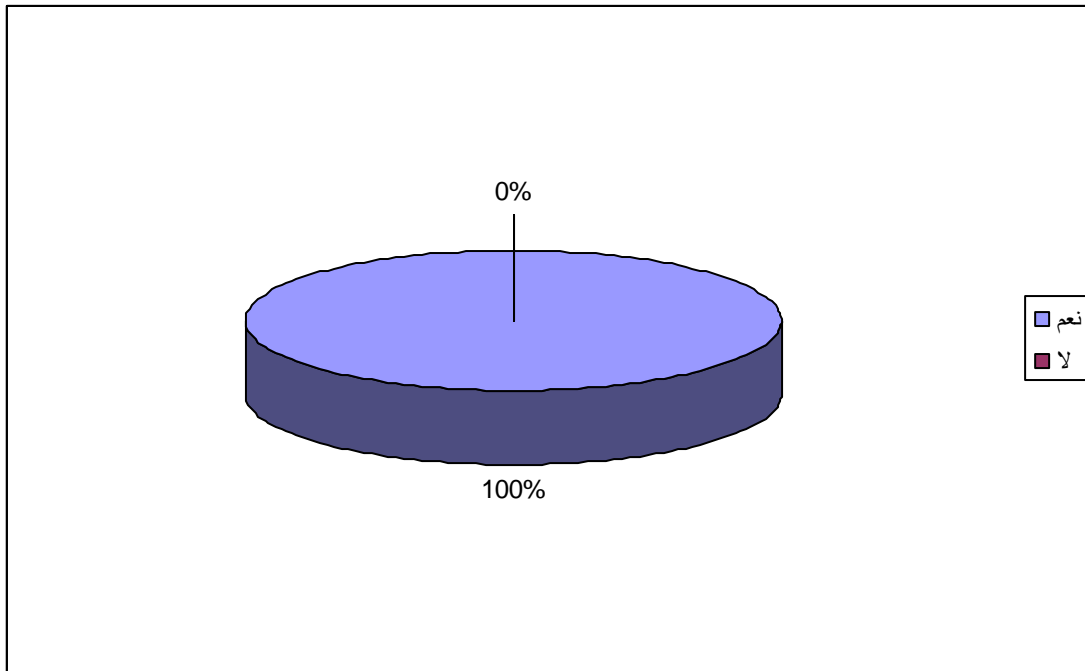
الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان لمهارة الاسترخاء دور في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.

الجدول رقم (24): يبين مدى دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 20 | 100 % | 1 | 0 |
| لا | 0 | 0 % | 0 | 14.14 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24) أن نسبة 100% أجابوا بـ: "نعم" أي أن لاعبي رفع الأثقال يعتبرون أن لمهارة الاسترخاء دور في الوقاية من إصابة مفصل الكتف وذلك لما لهاته المهارة من فائدة، حيث تساعد على استرجاع القدرات البدنية والمهارية.

نستنتج أن لمهارة الاسترخاء دور في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.



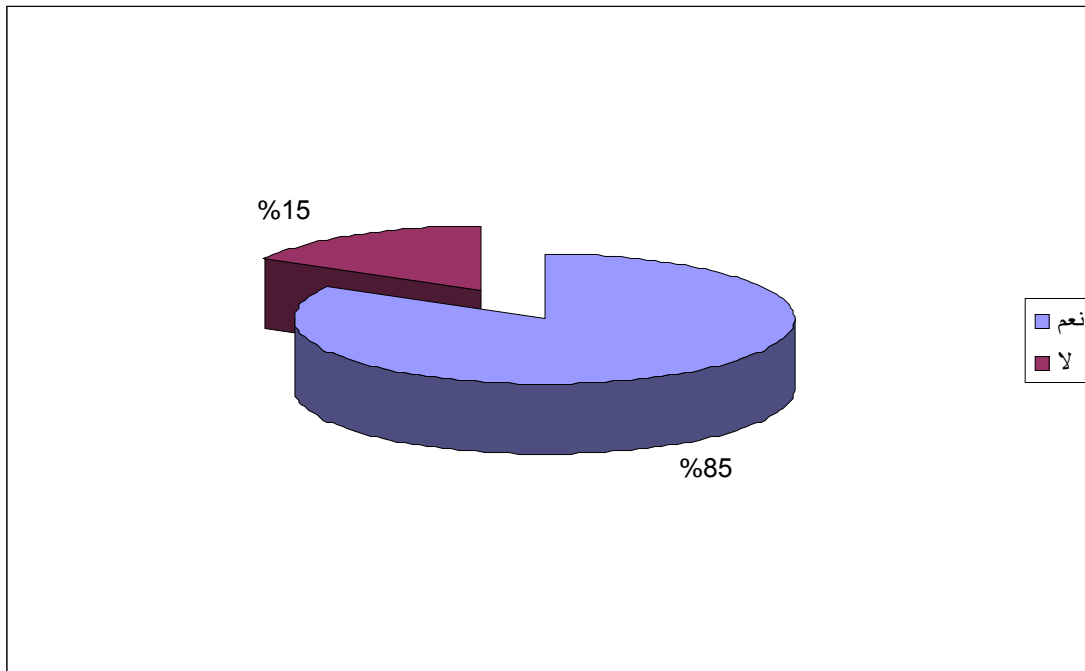
الشكل رقم (47): يوضح دور مهارة الاسترخاء في الوقاية من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.

السؤال الرابع: هل برنامجك التدريبي الخاص يحتوي على مهارة الاسترخاء ؟
الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان هناك اهتمام بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي الخاص لكل لاعب.

الجدول رقم(25): يبين مدى الاهتمام بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي الخاص بكل لاعب.

| الإجابة | التكرار | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| نعم | 17 | 85 % | 0.85 | 2.12 |
| لا | 3 | 15 % | 0.15 | 12.02 |

نلاحظ من خلال الجدول رقم(25) أن نسبة 85% أجابوا بـ: "نعم" أي أنه يتم التركيز على مهارة الاسترخاء أثناء البرنامج التدريبي الخاص، أما نسبة 15% أجابوا بـ: "لا" وبالتالي فإنه لا يتم الاهتمام في رأيهم بمهارة الاسترخاء أثناء البرنامج التدريبي الخاص بهم.
 - نستنتج أنه يتم الاهتمام بمهارة الاسترخاء أثناء البرنامج التدريبي وذلك لما لها من فائدة كبيرة على اللاعبين من حيث الاسترجاع وكذلك لتفادي حدوث الإصابات.



الشكل رقم(48): يوضح الاهتمام بمهارة الاسترخاء في البرنامج التدريبي الخاص بكل لاعب.

مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فرضيات البحث:

من خلال المعطيات النظرية والتطبيقية وبناء على النتائج التي أسفرت عليها الدراسة الميدانية التي توصلنا من خلالها إلى تأثير إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي رفع الأثقال، وقد اعتمدنا في دراستنا لهذا البحث على فرضيتين جزئيتين بالإضافة إلى الفرضية العامة.

فالفرضية الأولى تشير إلى تأثير إصابة مفصل الكتف على مستوى الأداء المهاري لرياضي حمل الأثقال فهذه الفرضية توضح مدى تعرض لاعبي رفع الأثقال لإصابة مفصل الكتف وما تأثير هذه الأخيرة على أدائهم المهاري. فمن خلال عرضنا وتحليلنا لنتائج الجداول الخاصة بالمحور الأول رقم (2) و(3) من استمارة المدربين و(13) و(14) و(15) من استمارة اللاعبين وجدنا أن أغلبية اللاعبين تعرضوا لإصابة مفصل الكتف فلاعب رفع الأثقال معرض للإصابة وبدرجة أخطر. وكذلك من خلال عرضنا وتحليلنا لنتائج الجداول رقم (4) من استمارة المدربين و(16) من استمارة اللاعبين وجدنا أن إصابة مفصل الكتف تؤثر تأثيراً شديداً على أداء لاعبي رفع الأثقال وتوقيف المسار الرياضي للاعب في بعض الأحيان. فمن خلال نسبة 80% إلى 100% من إجابات أفراد عينة الدراسة التي ترى أن حدوث إصابة مفصل الكتف للاعب رفع الأثقال ممكنة وخطيرة وتؤثر على أدائهم. تم إثبات صحة وصدق الفرضية الأولى التي تشير إلى أن إصابة مفصل الكتف لها تأثير على مستوى الأداء المهاري لرياضي حمل الأثقال.

فالفرضية الثانية تشير إلى أن نقص التحضير البدني و الإجهاد يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف و التأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال، ومن خلال عرض وتحليل نتائج الجداول الخاصة بالمحور الثاني، وبالرجوع إلى تحليل نتائج الجداول رقم (5) و(6) و(7) و(8) من استمارة المدربين و(17) و(18) و(19) و(20) و(21) من استمارة اللاعبين نجد أن أغلبية المدربين يقومون بتسطير خطة محكمة تسمح بالتحضير البدني الجيد رغم اعتراف اللاعبين بقلة الإمكانيات في بعض الفرق وهذا تفادياً للوقوع في الإصابات التي اجتمعوا كلهم على أن لها علاقة بالتحضير البدني، فعدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى حدوث إصابات مختلفة والتي من بينها إصابة مفصل الكتف وهو ما يؤثر على أداء لاعبي رفع الأثقال، وقد تم إثبات صحة وصدق الفرضية الثانية التي تشير إلى أن عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على الأداء المهاري للاعب رفع الأثقال من خلال نسبة

100% من إجابات أفراد عينة الدراسة التي ترى أن عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف وتأثيرها على أداء لاعبي رفع الأثقال.

أما فيما يخص الفرضية الثالثة والتي تبين دور مهارة الاسترخاء في وقاية لاعبي رفع الأثقال من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أدائهم، وبعد عرض نتائج الجداول المتعلقة بالبحر الثالث وتحليلها تبين لنا أن الفرضية الثالثة قد تحققت وهذا ما تبينه نتائج الجداول (9)، (10) و(11) و(12) من استمارة مدربي رفع الأثقال وكذلك الجداول (22)، (23) و(24) و(25) من استمارة لاعبي رفع الأثقال، والتي تشير إلى أن لمهارة الاسترخاء دور في وقاية لاعبي رفع الأثقال من إصابة مفصل الكتف والرفع من مستوى أدائهم المهاري، وذلك من خلال استرجاع كافة القدرات البدنية، العضلية والمهارية، والاستفادة من إعادة شحن الطاقات والاستفادة منها كاملة وكذلك الحفاظ على مستوى اللياقة البدنية.

الاستنتاجات:

و لقد توصلنا في ختام هذا البحث إلى مجموعة من الاستنتاجات حول موضوعنا والتي يمكن ذكر أهمها:

- أن إصابة مفصل الكتف تؤثر على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.
- عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.
- أن لمهارة الاسترخاء دور في وقاية لاعبي رفع الأثقال من إصابة مفصل الكتف والرفع من مستوى أدائهم المهاري
- الإمكانيات المادية والبشرية لدى فرق رفع الأثقال قليلة جدا وهذا ما يعرقل التحضير الجيد
- من خلال النتائج نستنتج أن إصابة مفصل الكتف تؤثر على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.

الاقتراحات والتوصيات:

بعد إن تم إنجاز هذا البحث وبالاعتماد على ما توصلنا إليه من نتائج تمكنا من الخروج ببعض الاقتراحات والتوصيات التالية:

- الاهتمام بالتدريب الرياضي العلمي الحديث المبني على قواعد وأسس علمية.
- نقص الوعي والتوجيه سواء تعلق الأمر باللعبين أو المدربين.
- اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم لصحة اللاعبين.

- الاهتمام بالتحضير البدني والتسخين الجيد والاسترخاء لتفادي حدوث الإصابات والرفع من مستوى أداء لاعب رفع الأثقال.
- التركيز على التقوية العضلية لأربطة مفصل الكتف من خلال الاهتمام بالتدريب الرياضي المبني على أسس علمية.
- توفير طاقم طبي متخصص لدى كل فريق لتدخل في أي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة.
- ضرورة إجراء مراقبة أو متابعة طبية دورية للاعبين من طرف المدربين.
- إعطاء ميزانيات أكبر لهذه الفرق وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي وتوفير عتاد جيد يضمن تحضير بدني في المستوى.

خلاصة عامة

تعتبر الرياضة شغل الشاغل لمختلف شعوب العالم في الوقت الحاضر، وهناك من يتنفس الرياضة، ولنجاح ووصول الرياضة إلى المبتغى لابد من توفر أحدث الأجهزة والوسائل الطبية، والمسؤول عن كل هذا هو العنصر البشري.

وبصفة عامة فإن لبحثنا هذا أهمية كبيرة في المجال الرياضي، تتجلى في إلقاء الضوء على بعض الإصابات الرياضية التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال (إصابات مفصل الكتف) وتشخيصها والوقاية من حدوثها، وكذلك فتح المجال لبحوث ودراسات في المستقبل، لذا وجب الاهتمام بهذا الموضوع الذي ركزنا فيه على إصابات مفصل الكتف وإصابات أخرى وعلاقتها بالأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال، فذهبنا إلى مدربي حمل الأثقال ومعرفة آرائهم حول تأثير إصابة مفصل الكتف على الأداء المهاري للاعبي حمل الأثقال، من خلال بحثنا هذا واعتمادا على الدراسة التطبيقية المنجزة بالاستعانة بالاستمارة الاستبائية استطعنا استخلاص هو أن أغلبية اللاعبين تعرضوا لإصابة مفصل الكتف فلاعب رفع الأثقال معرض للإصابة و بدرجة أخطر وكذلك عدم الاهتمام بالتحضير البدني الجيد أثناء الحصة التدريبية يساهم في حدوث إصابة مفصل الكتف والتأثير على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال، وفي المقابل وجدنا أن لمهارة الاسترخاء دور في الوقاية من تعرض لاعبي رفع الأثقال لإصابة مفصل الكتف والرفع من مستوى أدائهم المهاري.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها نستطيع البرهنة على فرضيات الدراسة والمتمثلة في:

- لإصابات مفصل الكتف تأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.
 - للطب الرياضي والتدريب الرياضي الجيد دور في الوقاية من الإصابة و زيادة مردود لاعبي رفع الأثقال.
 - قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي رفع الأثقال.
 - نقص التحضير البدني والإجهاد يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال
- وأخيرا نحمد الله عز وجل الذي أعاننا على إكمال هذا العمل متمنين منه عز وجل أن يجد هذا البحث الأذان الصاغية والضمائر الحية لكي تأخذ لهذه النتائج والتوصيات والاقتراحات وكان هذا في سبيل خدمة الرياضة والحفاظ على امن وسلامة الرياضي الجزائري وهذا لتنشئة جيل ذو جسم سليم وعقل سليم والوصول إلى المستويات التي وصلت إليها تلك الدول المتطورة.

قائمة المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم رحمة محمد وفتحي المهشيش يوسف. (2002). إصابات الرياضيين (الطبعة 1). ليبيا: دار الكتب الوطنية بنغازي.
2. أحمد صقر عاشور. (1998). إدارة القوى العاملة. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
3. أسامة رياض. (1999). الطب الرياضي والعلاج الطبيعي (الطبعة 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
4. أسامة رياض. (1999). الطب الرياضي وكرة اليد (الطبعة 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
5. أسامة رياض. (2001). الطب الرياضي والالعاب القوى والمصارعة والملاكمة (الطبعة 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
6. أسامة رياض. الطب الرياضي وإصابات الملاعب.
7. إ.ح. (2001).
8. إقبال رسمي محمد وآخرون. (2006). علم التشريح الرياضي (الطبعة 1). القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
9. الدكتور أسامة حنفي. مجلة إلكترونية صحية. وقاية.
10. الرفاعي حسين أحمد. (1996). مناهج البحث العلمي (تطبيقات الإدارة الاقتصادية). دار وائل للطباعة والنشر.
11. الزين محمود محمد. (1978-1979). سيكولوجية النمو والدافعية. دار الكتب الجامعية.
12. السيد أبو العلا. (1984). دور المدرب واللاعب في إصابات الرياضة. الإسكندرية: مؤسسة باب الجامعة.
13. السيد عبد المقصود. (1997). نظريات التدريب الرياضي، تدريب فيسيولوجيات القوة (الطبعة 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
14. الطبيعى المركز الدولي للعلاج. (1989). الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية، طرق الوقاية (الطبعة 1، المجلد 1). القاهرة.

15. الفيروز أبادي. (1998). القاموس المحيط (الطبعة 10). لبنان: مؤسسة الرسالة.
16. المنجد في اللغة العربية والإعلام. (1998). بيروت: دار المشرق.
17. بختاوي هوارى وزملاؤه. (2005). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية والرياضية.
18. بنخدة عبد الرحمان وزملاؤه. (2008). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية والرياضية.
19. جميل نصيف. (1993). موسوعة الألعاب الرياضية المفضلة (الطبعة 1). دار الكتب العلمية.
20. جوزيف عبود كبه. مناهج التربية. بيروت: دار منشورات عيونات.
21. حامد عبد السلام زهران. علم النفس، الطفولة والمراهقة (الطبعة 4). القاهرة: عالم الكتب.
22. حفص عبد الصمد. (2006). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية و الرياضية.
23. دهلي الخلقة وزملاؤه. (2004). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية و الرياضية.
24. زينب العالم. (1995). التدليك الرياضي وإصابات الملاعب (الطبعة 4). القاهرة: دار الفكر العربي.
25. سعيد جلال ومحمد علاوي. (1975). علم النفس التربوي الرياضي (الطبعة 4). القاهرة: دار المعارف.
26. سميرة خليل محمد. (2007). الإصابات الرياضية. الأكاديمية الرياضية العراقية.
27. صباح عبيد. (1988).
28. طابري عبد الرزاق. (2001). علم التدليك الرياضي (الطبعة 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
29. عبد العظيم العوادلي. (1999). العلاج الطبيعي والإصابات الرياضية (الطبعة 1). القاهرة: دار الفكر العربي.
30. عبد العظيم العوادلي. (2004). العلاج الطبيعي للإصابات الرياضية (الطبعة 2). القاهرة: دار الفكر العربي.
31. عدة بغاشم وزملاؤه. (2008). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية والرياضية.
32. عدة عبد الدايم وزملاؤه. (1993). مذكرة غير منشورة. مستغانم: معهد التربية البدنية والرياضية.
33. عماد الدين شعبان علي حسن. (2006). الإصابات الرياضية وإسعافاتها. كلية التربية البدنية والرياضة.

34. ف.ق.ق. موسوعة الإصابات الحركية.
35. فريق كمونة. موسوعة الإصابات الرياضية.
36. فؤاد البهي السيد. (1997). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. القاهرة: دار الفكر العربي.
37. قاسم حسن حسين. (1998). قاموس الموسوعة الرياضية و البدنية الشاملة في الألعاب و الفعاليات والعلوم الرياضية (الطبعة ط 1). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
38. مالك سليمان مخول. علم النفس المراهقة والطفولة. دمشق: مطابع مؤسسة الوحدة.
39. محمد إبراهيم شحاتة. (1997). التدريب بالأثقال. الإسكندرية: منشأة المعارف.
40. محمد عادل رشدي. علم إصابات الرياضيين . الإسكندرية : منشأة المعارف .
41. محمد عوض بسيوني وفيصل ياسين الشاطي. (1992). نظريات وطرق التربية البدنية. ديوان المطبوعات الجامعية.
42. محمد فتحي هندي. علم التشريح الطبي للرياضيين.
43. محمد محمود الأفندي. (1965). علم النفس الرياضي والأسس النفسية للتربية البدنية. القاهرة: عالم الكتب.
44. محمود عبد الدائم وآخرون. (1993). برامج تدريب الإعداد البدني وتدريب الأثقال. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
45. محمود عبد الرحمان حمودة. (1991). الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج (الطبعة 1). القاهرة.
46. محي الدين مختار. (1982). محاضرات علم النفس الاجتماعي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
47. مصطفى غالب. (1979). سيكولوجية الطفولة والمراهقة (الطبعة 1). بيروت: مكتبة الهلال.
48. ميخائيل خليل معوض. (1971). مشكلات المراهقين في المدن والأرياف. القاهرة: دار المعارف.
49. ناريمان، عبد العزيز الخطيب، النهار. مركز الكتب.

50. نزار مجيد طالب. (1983). علم النفس الرياضي (الطبعة 2). بغداد: دار الحكمة للطباعة.

51. نوري الحافظ. (1990). المراهقة (الطبعة 2). المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

قائمة المراجع باللغة الفرنسية

1. Bernard و Bycho .(1971) .Pédagogie du sport . J- Vraim.

2. J W CIMECK. (1983). Manuel d'entrainement . Paris : el vigot .

قائمة مواقع الإنترنت

1. www.nucleusinc.com/aboutus.php

2. www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000952.htm

3. www.dna-sy.com/board/viewtopic.php?f=23&t=4378

4. www.bestcompaniesaz.com/profile-mayo%20clinic.asp

5. www.doctorcloseout.com/Brands/.../74.aspx

6. www.doctorhisham.com

7. www.marek-lewinson.com/11/taylor-&-francis-books.php

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -
معهد التربية البدنية والرياضية
قسم التدريب الرياضي - صحة ورياضة -

استمارة استبيان موجهة لمدربي حمل الأثقال

الموضوع: إصابات مفصل الكتف ومدى تأثيرها على الأداء المهاري للاعبين حمل
الأثقال (17-20) سنة

- في إطار إنجاز البحث العلمي نرجو منكم ملء هذه الاستمارة بالإجابة على هذه الأسئلة
بكل صدق و أمانة حتى يتسنى لنا الوصول إلى معلومات و حقائق تفيد دراستنا ، ونتعهد
بعدم تسرب إجاباتكم إلى طرف آخر ما عدا استخدامها في خدمة بحثنا العلمي.

ملاحظة: توضع علامة (X) على الإجابة المختارة

إشراف الأسناذ المحترم:
د:ميم مختار

- من إعداد الطلبة:
- زواوي علي
- شارب اسعد المنشاوي

السنة الجامعية: 2015/2014

اسئلة الاستبيان :

المحور الأول: اصابة مفصل الكتف

- 1- هل تتوفر المنشآت والوسائل الصحية لدى فريقكم ؟
نعم لا
- 2- هل حدث وان تعرض احد اللاعبين لاصابة مفصل الكتف في حصص التدريبات ؟
نعم لا
- 3- في حالة الاجابة بنعم كم كان عدد هذه الحالات ؟
كثيرة قليلة
- 4- هل تؤثر اصابة مفصل الكتف على مردود واداء لاعبيك ؟
نعم لا
- 5- ما هي التوصيات التي ترونها تقلل من اصابة مفصل الكتف ؟
.....

المحور الثاني : التحضير البدني

- 1- هل تقومون بتسطير خطة برنامج تحضير بدني ؟
نعم لا
- 2- هل التحضير البدني له علاقة بمختلف الاصابات التي يتعرض لها رياضي حمل الأثقال؟
نعم لا
- 3- هل عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي الى اصابة مفصل الكتف للاعبي حمل الأثقال و التأثير على ادائهم؟
نعم لا
- 4- هل برنامج التحضير البدني ضروري لتنمية القدرات البدنية والعضلية والمهارية للاعبي حمل الأثقال؟
نعم لا
- 5- هل التحضير البدني وحده يكفي لتفادي اصابة مفصل الكتف:
.....

المحور الثالث: مهارة الاسترخاء

1- هل برنامجكم التدريبي يحتوي على مهارة الاسترخاء؟

نعم لا

2- هل لمهارة الإسترخاء دور في وقاية لاعبي حمل الانتقال من مختلف الاصابات؟

نعم لا

3- هل عدم الاهتمام بمهارة الإسترخاء يؤدي الى اصابة مفصل الكتف؟

نعم لا

4- هل لمهارة الإسترخاء دور في اعداد اللاعبين و الرفع من مستوى آدائهم المهاري؟

نعم لا

5- ما هي الأساليب والطرق المتبعة في تطبيق مهارة الاسترخاء؟

.....

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -
معهد التربية البدنية والرياضية
قسم التدريب الرياضي - صحة ورياضة -
استمارة استبيان موجهة للاعبين حمل الأثقال

الموضوع: إصابات مفصل الكتف و مدى تأثيرها على الأداء المهاري للاعبين حمل
الأثقال (17-20) سنة

- في إطار إنجاز البحث العلمي نرجو منكم ملء هذه الاستمارة بالإجابة على هذه الأسئلة
بكل صدق و أمانة حتى يتسنى لنا الوصول إلى معلومات و حقائق تفيد دراستنا ، ونتعهد
بعدم تسرب إجاباتكم إلى طرف آخر ما عدا استخدامها في خدمة بحثنا العلمي

ملاحظة: توضع علامة (X) على الإجابة المختارة

إشراف الأستاذ المحترم:
د: ميم مختار

- من إعداد الطلبة:
- زواوي علي
- شارب اسعد المنشاوي

السنة الجامعية: 2014/2015

اسئلة الاستبيان:

المحور الأول: إصابة مفصل الكتف

1- هل تعرضت لإصابات ما خلال مشوارك الرياضي؟.

لا نعم

2- إذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان الإصابة؟.

.....

3- ما نوع الإصابات التي تعرضت لها؟.

إصابات خفيفة متوسطة خطيرة

4- هل تعرضت لإصابة مفصل الكتف خلال مشوارك الرياضي ؟

لا نعم

5- هل تؤثر إصابة مفصل الكتف على أداء لاعبي حمل الأثقال؟.

لا نعم

المحور الثاني: التحضير البدني

1- هل لفريقكم كل الإمكانيات المادية و البشرية التي تتيح لكم التحضير الجيد؟

لا نعم

2- كيف تقيم مستوى لياقتك البدنية بعد المنافسات؟.

ضعيف متوسط جيد

3- هل للتحضير البدني تأثير على لياقتك البدنية واسترجاع قدراتك البدنية؟.

لا نعم

4- هل عدم التركيز على التحضير البدني له علاقة بمختلف الإصابات التي تتعرض لها؟.

لا نعم

5- هل ترى أن إهمالك للتحضير البدني الخاص له علاقة بإصابة مفصل الكتف والتأثير على أدائك؟.

لا نعم

المحور الثالث: مهارة الاسترخاء

1- هل الاسترخاء يساعدك في الحفاظ على مستواك واسترجاع لياقتك البدنية ؟

نعم لا

2- هل لمهارة الاسترخاء دور وقائي في بعض الإصابات؟.

نعم لا

3- هل لمهارة الاسترخاء دور وقائي من إصابة مفصل الكتف والتأثير على أدائك؟.

نعم لا

4- هل برنامجك التدريبي الخاص يحتوي على مهارة الاسترخاء ؟

نعم لا

5- هل الاسترخاء يسمح بإعادة شحن مختلف الطاقات والاستفادة الكاملة منها ؟.

.....

Abstract :

Study Title: shoulder joint injuries and their impact on the performance skills of the players, weight lifting) 17-20 (years old

Objectives of the study: - definition of some of the injuries suffered by players weight lifting (shoulder joint injuries).

- Improve the performance of players lifting weights.

The problem of the study: Is the shoulder joint injury impact on the level of skill performance athlete carrying heavy loads?

- hypotheses: sports medicine and sports training good role in the prevention of injury and increase the payoff players lifting weights.
- Lack of awareness by coaches led to a doubling of injuries to the players lifting weights.
- Lack of physical preparation and stress leads to injury of the shoulder joint and the impact on the performance of players lifting weights.

The field study procedures: -alaanh: coaches and players were present at the level of some clubs, weight lifting Ghlizan mandate and Mostaganem.

- The method used: descriptive approach.

Questionnaire: we adopted in conducting research on the form Alastpianih.

Conclusions: - The shoulder joint injury affect the performance skills of the players lifting weights.

- Lack of attention to the preparation leads to physical injury to the shoulder joint and the impact on the performance skills of the players lifting weights.

Conclusions and suggestions: - interesting results trainers and neglect to the health of the players.

- Interest in good physical preparation and heating to avoid injuries and increase the performance of the player weight lifting level.

- Focus on strengthening the muscle of the shoulder joint ligaments attention through sports training based on scientific grounds.

- Interest in sports training based on modern scientific bases and scientific foundations.

Key words: shoulder joint-impact-performance-players lifting weights.

Résumé :

Titre de l'étude: blessures à l'épaule communes et leur impact sur les compétences de performance des joueurs, haltérophilie) vieux 17-20 (ans

Objectifs de l'étude: - définition de certaines des blessures subies par le poids des joueurs levage (épaule des lésions articulaires).

- Améliorer la performance des joueurs de soulever des poids.

Le problème de l'étude: l'épaule est l'impact des blessures conjointe sur le niveau de compétence athlète de porter de lourdes charges?

- hypothèses: la médecine du sport et de la formation de sport bon rôle dans la prévention des blessures et d'accroître les joueurs de gain de poids de levage.

- Manque de sensibilisation des entraîneurs a entraîné un doublement des blessures aux joueurs de soulever des poids.

- Le manque de préparation physique et le stress conduit à la blessure de l'articulation de l'épaule et l'impact sur la performance des joueurs de soulever des poids.

Les procédures de l'étude sur le terrain: -alanh: entraîneurs et les joueurs étaient présents au niveau de certains clubs, haltérophilie mandat Ghlizan et Mostaganem.

- La méthode utilisée: approche descriptive.

Questionnaire: nous avons adopté à mener des recherches sur le formulaire Alastpianih.

Conclusions: - La blessure articulation de l'épaule affecte les compétences de performance des joueurs de soulever des poids.

- Le manque d'attention à la préparation conduit à des blessures physiques à l'articulation de l'épaule et l'impact sur les compétences de performance des joueurs de soulever des poids.

Conclusions et suggestions: - résultats intéressants et formateurs de négligence à la santé des joueurs.

- L'intérêt pour une bonne préparation physique et de chauffage pour éviter les blessures et d'augmenter la performance du niveau de levage de poids de joueur.

- Mettre l'accent sur le renforcement du muscle de l'épaule ligaments attention par la formation de sport fondée sur des motifs scientifiques.

- Intérêt pour la formation sportive fondée sur des bases scientifiques modernes et des bases scientifiques.

Mots clés: articulation de l'épaule-IMPACT-performances-joueurs soulever des poids.

ملخص البحث

عنوان الدراسة: إصابات مفصل الكتف ومدى تأثيرها على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال (17-20) سنة

أهداف الدراسة: - التعريف ببعض الإصابات التي يتعرض لها لاعبي رفع الأثقال (إصابات مفصل الكتف).

- تحسين أداء لاعبي رفع الأثقال.

مشكلة الدراسة: هل لإصابة مفصل الكتف تأثير على مستوى الأداء المهاري لرياضي حمل الأثقال؟

- فرضيات الدراسة: للطب الرياضي والتدريب الرياضي الجيد دور في الوقاية من الإصابة و زيادة مردود لاعبي رفع الأثقال.
 - قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي رفع الأثقال.
 - نقص التحضير البدني والإجهاد يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على أداء لاعبي رفع الأثقال.
- إجراءات الدراسة الميدانية: - العينة: مدربين ولاعبين متواجدين على مستوى بعض نوادي رفع الأثقال بولاية غليزان ومستغمام.
- المنهج المستخدم: المنهج الوصفي.

الاستبيان: اعتمدنا في إجراء البحث على الاستمارة الاستبائية.

الاستنتاجات: - أن إصابة مفصل الكتف تؤثر على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.

- عدم الاهتمام بالتحضير البدني يؤدي إلى إصابة مفصل الكتف والتأثير على الأداء المهاري للاعبي رفع الأثقال.

إستخلاصات واقتراحات: - اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم لصحة اللاعبين.

- الاهتمام بالتحضير البدني والتسخين الجيد لتفادي حدوث الإصابات والرفع من مستوى أداء لاعب رفع الأثقال.

- التركيز على التقوية العضلية لأربطة مفصل الكتف من خلال الاهتمام بالتدريب الرياضي المبني على أسس علمية.

- الاهتمام بالتدريب الرياضي العلمي الحديث المبني على قواعد وأسس علمية.

الكلمات المفتاحية: مفصل الكتف-تأثير-الأداء-لاعبي رفع الأثقال.