

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية

قسم التدريب الرياضي



مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس في
التدريب الرياضي

تحت عنوان

إصابة قطع الرباط الصليبي وتأثيرها على أداء لاعبي كرة القدم

بحث مسحي تجري على بعض فرق القسم الهاوي - غرب - (ترجي مستغانم - وداد مستغانم - سريع المحمدية)

تحت إشراف الأستاذ:

- ستاوتي محمد

إعداد الطلبة:

- دينار عبد النور

- جبوري مختار

- طالبي محمد الأمين

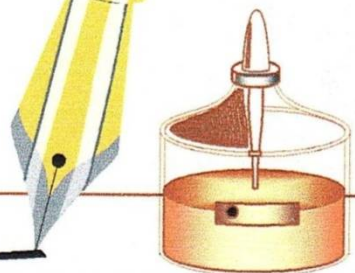
الموسم الجامعي: 2015/2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى والدي العزيزين، برًا بهما ومحبة لهما، سائلًا الله
القدير أن يحتم لهما بصالح الأعمال ويدخلهما روضة الجنان .
إلى أخي الكبير محمد الأمين وأختي الصغيرتين، راجيا الله أن يعينهم
ويوفقهم في دراستهم، إلى كل الأقارب وكل من يحمل لقب دينار .
إلى جميع الأصدقاء داخل الجامعة: أيوب، زكريا، عبد المؤمن، سليمان، خالد .
دون أن أنسى رفقاء الدرب: محمد بنيان، إنعام كيريات، أسامة غالي
إلى كل الأصدقاء الذين لم أذكر أسماءهم سهواً وإلى كل من دعمني
ولو بكلمة . دون أن أنسى الأستاذ القدير والمشرف: ستاوتي محمد
إلى كل العاملين بالمعهد من أساتذة وإداريين ومكتبيين
إلى كل من لم تتسع له المذكرة واتسع له قلبي أهدي
هذا العمل المتواضع .

عبد النور

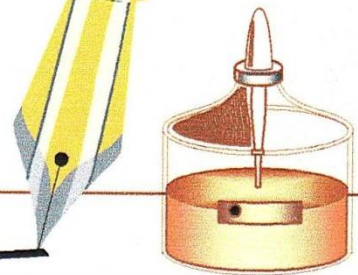


إهداء

إلى من شأنهما عندي عظيم، إلى من أوصانا عليهما الرب الكريم . إلى نور
عيني إلى حبيبي قلبي والدي العزيزين : إلى من تسارع الكلمات
حين أتلفظ باسمه، إلى صاحب القلب الكبير، ورمز العطاء الكثير، إلى أبي العزيز
أطال الله في عمره. إلى ينبوع العطف والحنان، إلى روضة الحنان،
إلى من ذكرت في كتاب الرحمن إلى أمي . رمز الحنان أطال الله
في عمرها. إلى من غرس في روح الأمل والمثابرة وكانوا سنداً لي
في حياتي وترباقاً لأحزاني إخوتي الأعزاء . إلى كل العائلة الكريمة،
إلى كل الأصدقاء دون استثناء . إلى كل من ساعدنا في انجاز
هذا البحث .

إلى كل من نسيه قلبي ولم ينسأه قلبي أهدي هذا العمل المتواضع .

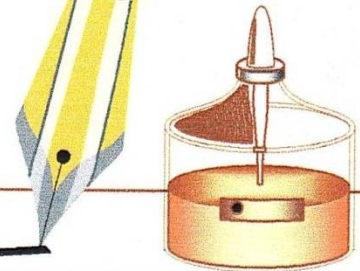
مختار



إهداء

إلى التي أشرفت حياتي بنورها وسعدت أيامي بوجودها
إلى من أمدتني من نور قلبها يوم أرضعتني حليبها إلى من كانت الجنة
تحت أقدامها، إلى منبع الحب والحنان أمي الغالية والحبيبة أطال وبارك الله
في عمرها، إلى من يعجز اللسان أمامه عن الشكر، إلى رمز العطاء
ومصدر الأمان إلى القدوة الأولى لدربي الطويل.
إلى سندي في هذا الوجود من تعلمت على يديه معاني الحياة
والذي العزيز حفظه الله وأطال في عمره في طاعة الله ورسوله.
إلى أختي الكريمة مختارية وكل من أشاركهم سقف واحد.
إلى كل الأصدقاء ورفقاء الدرب في المشوار الدراسي
ونسأل الله عز وجل أن ينفعنا بهذه الشهادة في الدنيا والآخرة

محمد الأمين



كلمة شكر

نشكر الله تعالى على توفيقه لنا لإنجاز هذا البحث. وعملاً بقول الرسول صلى عليه وسلم

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

يسعنا ويشرفنا أن نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم معنا في إنجاز هذا العمل، سواء من

قريب أو من بعيد. ونخص بالذكر الأستاذ القدير: ستاوتي محمد، الذي لم يبخل بتوجيهاته

ونصائحه علينا، ولم يتوانى في تقديم آرائه الصائبة لنا، حتى تم إنجاز هذا العمل.

وتحياتنا إلى كل أساتذة وطلبة وعمال قسم التربية البدنية والرياضية بمعهد العلوم وتقنيات الأنشطة البدنية

والرياضية - جامعة مستغانم -

عبد النور - أمين - مختار

المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء.....	أ.....
التشكرات.....	ب.....

قائمة المحتويات

قائمة الجداول.....	ج.....
قائمة الأشكال.....	د.....

الجانب التمهيدي

1- مقدمة.....	01.....
2-الإشكالية.....	02.....
3- أهداف البحث.....	02.....
4- فرضيات البحث.....	03.....
5- تحديد المفاهيم والمصطلحات.....	03.....
6- الدراسات السابقة والمشاهدة.....	04.....

الجانب النظري

الفصل الأول : إصابة الرباط الصليبي في كرة القدم

تمهيد.....	08.....
1- مفهوم الإصابة الرياضية.....	08.....
2- الركبة و علم تشريحها.....	08.....
3- الجانب التشريحي للرباط الصليبي.....	10.....
3-1- الرباط الأمامي.....	10.....
3-2- الرباط الخلفي.....	10.....
4- إصابة الرباط الصليبي.....	11.....

- 5- آلية حدوث الإصابة..... 11
- 5-1- الرباط الأمامي..... 11
- 5-2- الرباط الخلفي..... 12
- 6- الأسباب المساعدة في إصابة الرباط الصليبي..... 12
- 7- أعراض إصابة الرباط الصليبي..... 13
- 8- الفحص السريري..... 13
- 9- جراحة الرباط الصليبي الأمامي..... 14
- 9-1- قوة شدّ الرباط الصليبي العادي والطحوم المختلفة..... 15
- 9-2- الوتر الرضفي (وتر عظمة رأس الركبة)..... 15
- 9-3- العضلة رباعية الرؤوس (وتر العضلة الباسطة بالفخذ)..... 16
- 9-4- طعم من وتر المأبض الرباعي..... 16
- 9-5- الوتر الخيفي (الطعم المماثل)..... 17
- 9-6- عملية تثبيت الطعم..... 18
- 9-7- عملية الرباط الصليب كاملة بالتنظير..... 19
- 10- التأهيل بعد جراحة إصلاح الرباط الصليبي..... 20
- 10-1- القوى بالرباط الصليبي الأمامي مع الأحمال اليومية..... 21
- 22..... خاتمة.....

الفصل الثاني: الأداء الرياضي لكرة القدم

- 24..... تمهيد.....
- 1- مفهوم الأداء..... 25
- 2- أنواع الأداء..... 25
- 2-1- أداء المواجهة..... 25
- 2-2- الأداء الدائري..... 25
- 2-3- الأداء في محطات..... 25
- 2-4- الأداء في مجموعات..... 25

- 3-الأداء المهاري 26
- 3-1 مفهوم الأداء المهاري..... 26
- 3-2-أهمية الأداء المهاري..... 26
- 3-3- مراحل الأداء المهاري..... 26
- 3-3-1- مرحلة اكتساب التوافق الأولي للمهارة الحركية..... 26
- 3-3-2- مرحلة اكتساب التوافق الجيد للحركة..... 27
- 3-3-3- مرحلة إتقان وتثبيت وتكامل المهارة الحركية..... 27
- 4 - الأداء الخططي..... 27
- 4-1- أهداف الأداء الخططي..... 27
- 4-2- واجبات الأداء الخططي..... 28
- 4-2-1- تحصيل المعلومات الخططية..... 28
- 4-2-2- اكتساب المهارات والقدرات الخططية..... 28
- 4-3- مراحل الأداء الخططي..... 28
- 4-3-1- مرحلة فهم واكتساب المعارف والمعلومات المرتبطة بالأداء الخططي 28
- 4-3-2- تنفيذ وإتقان الأداء الخططي..... 28
- 4-4-3- تنمية وتطوير القدرات الخلاقة " التفاعل الخلاق مع المواقف الخططية "..... 29
- 5- زمن الأداء كمؤشر لإنتاج الطاقة..... 29
- 6- العوامل الفيزيولوجية المرتبطة بأداء التحمل والعلاقة بينها..... 30
- 6-1- الحد الأقصى لاستهلاك الأكسجين..... 30
- 6-2- الأكسجين المستهلك في الحركة..... 30
- 6-3- القدرة الهوائية الكلية..... 30
- 6-4- العتبة الفارقة اللاكتيكية..... 31
- 7- التعب خلال أداء التمارين الرياضية المختلفة..... 31
- 8- التطبيقات الغذائية التي تحسن الأداء في المنافسات الرياضية..... 31
- 8-1- الغذاء خلال يومين إلى ثلاث أيام قبل المنافسة..... 31

- 32.....2-8- وجبة ما قبل المنافسة.....
- 32.....3-8- وجبة ما بعد المنافسة.....
- 32.....4-8- خطورة تناول الغذاء أثناء المنافسة.....
- 33.....خاتمة.....

الفصل الثالث: كرة القدم الحديثة

- 35.....تمهيد.....
- 35.....1- كرة القدم الحديثة.....
- 35.....2- المتطلبات البدنية للاعب كرة القدم.....
- 35.....1-2- السرعة.....
- 35.....2-1-1- أنواع السرعة.....
- 36.....2-1-2- طرق تنمية السرعة.....
- 36.....2-1-2-1- طريقة التكرار بأقصى جهد.....
- 36.....2-2-1-2- طريقة تنفيذ ردّ الفعل على حافز غير متوقع.....
- 37.....2-1-2-3- طريقة إعادة الحركة في الظروف السهلة.....
- 37.....2-1-3- أهمية السرعة.....
- 37.....2-2- القوة.....
- 37.....2-2-1- أنواع القوة.....
- 38.....2-2-2- طرق تطوير صفة القوة.....
- 38.....2-2-2-1- طريقة المنهجية الطويلة.....
- 38.....2-2-2-2- طريقة المنهجية الشديدة.....
- 38.....2-2-2-3- طريقة منهجية الجهد الديناميكي.....
- 39.....2-2-3- أهمية القوة.....
- 39.....2-3- المرونة.....
- 39.....2-3-1- أنواع المرونة.....
- 40.....2-3-2- طرق تطوير المرونة.....

40.....	3-3-2- أهمية المرونة.....
41.....	4-2- التحمل.....
41.....	1-4-2- أنواع التحمل.....
41.....	2-4-2- طرق تطوير التحمل.....
42.....	3-4-2- أهمية التحمل.....
42.....	5-2- الرشاقة.....
43.....	1-5-2- أنواع الرشاقة.....
43.....	2-5-2- مكونات الرشاقة.....
43.....	1-2-5-2- الدقة.....
43.....	2-2-5-2- التوافق.....
43.....	3-5-2- طرق تطوير الرشاقة.....
44.....	4-5-2- أهمية الرشاقة.....
44.....	3- الخصائص النفسية للاعب كرة القدم.....
45.....	4- المدرب الرياضي الحديث.....
45.....	1-4- صفات المدرب الرياضي الحديث.....
46.....	2-4- فلسفة المدرب الرياضي.....
46.....	5- مميزات كرة القدم الحديثة.....
48.....	6- طريقة نظام اللعب الحديثة في كرة القدم.....
48.....	7- إعداد اللاعبين.....
48.....	1-7- الإعداد البدني.....
48.....	1-1-7- الإعداد البدني العام.....
48.....	2-1-7- الإعداد البدني الخاص.....
49.....	3-1-7- أهمية الإعداد البدني.....
49.....	2-7- الإعداد النفسي.....
49.....	3-7- الإعداد الذهني.....

8- الحركات الرياضية وعلاقتها بالإصابات.....50

خاتمة.....50

الجانب التطبيقي

الفصل الأول: الإجراءات الميدانية للبحث

تمهيد.....53

1- منهج البحث.....53

2- مجتمع وعينة البحث.....53

3- الضبط الإجرائي لمتغيرات البحث.....54

3-1- المتغير المستقل.....54

3-2- المتغير التابع.....54

4- التعاريف الاجرائية.....54

5- مجالات البحث.....54

5-1- المجال المكاني.....54

5-2- المجال الزماني.....54

6- أدوات البحث.....54

6-1- الاستبيان.....54

6-2- أسئلة الاستبيان.....55

6-2-1- الأسئلة المغلقة.....55

6-2-2- الأسئلة نصف مفتوحة.....55

6-2-3- الأسئلة متعددة الأجوبة.....55

7- الأسس العلمية للأداة.....56

8- الدراسة الإحصائية.....56

الفصل الثاني: عرض وتحليل نتائج البحث.

تمهيد.....58

1- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالاستمارة الموجهة للاعبين.....58

1-1- تحليل نتائج المحور الأول.....58

1-2- تحليل نتائج المحور الثاني.....66

- 72.....3-1- تحليل نتائج المحور الثالث.....
- 77.....2- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالاستمارة الموجهة لطبيب النادي.....
- 77.....1-2- تحليل نتائج المحور الأول.....
- 84.....2-2- تحليل نتائج المحور الثاني.....

الفصل الثالث: مناقشة نتائج البحث

- 91.....1- مناقشة الفرضيات.....
- 91.....1-1 مناقشة الفرضية الأولى.....
- 91.....1-2- مناقشة الفرضية الثانية.....
- 91.....1-3- مناقشة الفرضية الثالثة.....
- 92.....2- استنتاجات عامة.....
- 92.....3- خاتمة عامة.....
- 93.....4- الاقتراحات والتوصيات.....

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	ترتيب
58	يمثل النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين حول توفر طبيب بالنادي	01
60	يمثل إجابة اللاعبين حول من يقوم بمهام الطبيب في حالة غيابه أو عدم وجوده	02
61	يمثل إجابة اللاعبين حول تعرضهم للإصابة قطع الرباط الصليبي	03
62	يمثل إجابة اللاعبين في ما يخص من يتكلف تكاليف علاج الإصابة	04
63	يمثل إجابة اللاعبين حول وضعهم بعد الإصابة	05
64	يمثل إجابة اللاعبين إذا كان الطاقم الطبي يتنقل معهم خلال المباريات	06
65	يمثل إجابة اللاعبين إذا كان يحظى بمتابعة طبية كافية بعد الإصابة	07
66	يمثل إجابة اللاعبين إذا كان دور المدرب يقتصر على التدريب فقط	08
67	يمثل إجابة اللاعبين إذا كان سبق وقدم للاعبين نصائح لتفادي إصابة قطع الرباط الصليبي	09
68	يمثل إجابة اللاعبين إذا كانوا قد استأنفوا اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة	10
69	يمثل إجابة اللاعبين حول تأثير شدة حمل التدريب في الرفع من خطر التعرض للإصابة	11
70	يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يولي عملية التسخين أهمية	12
71	يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يهتم بنتائج الفحوصات الطبية للاعبين	13

72	يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كانت الإصابة قد أثرت على أدائهم فوق الملعب	14
73	يمثل إجابة اللاعبين حول الخوف من تكرار الإصابة من خلال تجنب الصراعات مع الخصم	15
74	يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الإصابة	16
75	يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان مستوى اللياقة البدنية ينخفض بعد الإصابة	17
76	يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا فقدوا مكائدهم الأساسية بعد الإصابة	18
77	يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية	19
78	يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على تجهيزات طبية كافية	20
79	يمثل إجابة الأطباء حول وجود مركز للطب الرياضي بالولاية	21
80	يمثل إجابة الأطباء إذا كانوا يجرون فحوصات طبية دورية للاعبين	22
81	يمثل إجابة الأطباء إذا كانوا قد شخصوا من قبل إصابة قطع الرباط الصليبي	23
82	يمثل إجابة الأطباء إذا تم التكفل بحالة اللاعب المصاب بقطع الرباط	24
83	يمثل إجابة الأطباء إذا ما تطورت أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي	25
84	يمثل إجابة الأطباء حول أقصى مدة للفترة التأهيلية	26
85	يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان المدربين يحترمون مدة النقاهة	27
86	يمثل إجابة الأطباء إذا كفاءة الركبة بعد استبدال الرباط التالف تبقى كما هي قبل الإصابة	28
87	يمثل إجابة الأطباء إذا كانت طول فترة النقاهة تؤدي إلى تدني مستوى اللياقة البدنية	29
88	يمثل إجابة الأطباء إذا كانت إصابة الرباط الصليبي تتسبب في إبعاد اللاعب كلياً عن الملاعب.	30
89	يمثل إجابة الأطباء إذا كانت تحدث مضاعفات بعد إعادة بناء الرباط الصليبي	31

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	ترتيب
58	دائرة نسبة تمثل النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين حول توفر طبيب بالنادي	01
60	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول من يقوم بمهام الطبيب في حالة غيابه أو عدم وجوده	02
61	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول تعرضهم للإصابة قطع الرباط الصليبي	03
62	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين في ما يخص من يتكلف تكاليف علاج الإصابة	04
63	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول وضعهم بعد الإصابة	05
64	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين إذا كان الطاقم الطبي يتنقل معهم خلال المباريات	06
65	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين إذا كان يحظى بمتابعة طبية كافية بعد الإصابة	07
66	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين إذا كان دور المدرب يقتصر على التدريب فقط	08
67	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين إذا كان سبق وقدم للاعبين نصائح لتفادي إصابة قطع الرباط الصليبي	09
68	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين إذا كانوا قد استأنفوا اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة	10
69	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول تأثير شدة حمل التدريب في الرفع من خطر التعرض للإصابة	11

70	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يولي عملية التسخين أهمية	12
71	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يهتم بنتائج الفحوصات الطبية للاعبين	13
72	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين ما إذا كانت الإصابة قد أثرت على أدائهم فوق الملعب	14
73	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول الخوف من تكرار الإصابة من خلال تجنب الصراعات مع الخصم	15
74	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الإصابة	16
75	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان مستوى اللياقة البدنية ينخفض بعد الإصابة	17
76	دائرة نسبة تمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا فقدوا مكانتهم الأساسية بعد الإصابة	18
77	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية	19
78	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على تجهيزات طبية كافية	20
79	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء حول وجود مركز للطب الرياضي بالولاية	21
80	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كانوا يجرون فحوصات طبية دورية للاعبين	22
81	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كانوا قد شخصوا من قبل إصابة قطع الرباط الصليبي	23
82	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا تم التكفل بحالة اللاعب المصاب بقطع الرباط	24
83	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا ما تطورت أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي	25
84	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء حول أقصى مدة للفترة التأهيلية	26
85	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء ما إذا كان المدربين يحترمون مدة النقاهة	27

28	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كفاءة الركبة بعد استبدال الرباط التالف تبقى كما هي قبل الإصابة	86
29	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كانت طول فترة النقاهة تؤدي إلى تدني مستوى اللياقة البدنية	87
30	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كانت إصابة الرباط الصليبي تسبب في إبعاد اللاعب كلياً عن الملاعب.	88
31	دائرة نسبة تمثل إجابة الأطباء إذا كانت تحدث مضاعفات بعد إعادة بناء الرباط الصليبي	89

الجزء التمهيدي

خطة البحث

1- مقدمة:

إن للرياضة معنى أكبر من كونها وسيلة لقضاء وقت الفراغ، نعم ما زال هناك الكثيرون ممن يعتقدون أن هدفها هكذا، وفي ذات الوقت يمكن الاستفادة من الرياضة أكثر من مجرد الاستمتاع بمشاهدتها.

فالرياضة تعني أشياء مختلفة بالنسبة للأفراد، فبالنسبة للبعض تعني عملا لمن يحترفها، وبالنسبة للبعض الآخر هي هواية محبة و وسيلة طيبة لقضاء الوقت. بالإضافة إلى فوائدها بدنيا ونفسيا وحركيا على ممارستها، فهي في ذات الوقت تنمي قيمهم نظرا للاحتكاك الدائم بالقواعد والقوانين المنظمة لها.

ومن بين الرياضات البالغة الصيت رياضة كرة القدم إحدى أشهر الألعاب التي توليها الجماهير والوسائل الإعلامية أهمية بالغة، حيث يتفق الجميع على أن لعبة كرة القدم بلغت ذروتها في التطور والتنظيم من حيث الفنيات وطرق اللعب مما جعلها غاية في الإثارة وأصبحت بعض الدول الفقيرة إقتصاديا لها وزن كبير وتصنف ضمن الدول العظمى مثلا "البرازيل" و"الأرجنتين" و"الكاميرون" و"كوت ديفوار" و"غانا"..... الخ. كما أن هذه الرياضة تتطلب تحضيرا جيدا على المستويات الثلاثة التكتيكي، التقني، البدني وهذا ما جعل مرافقة الطب الرياضي لها أمر حتمي وضروري، لأنها أصبحت من الرياضات الشائعة التي تتميز بالاندفاع البدني، فطابع كرة القدم يجعل كل من يرى تقنياتها وحركاتها والحماس الذي يغلب على مقابلتها يعجب بكل هذا ويرغب في ممارستها دون أن يكون ملما بتقنياتها وقوانينها.

لكن الجهل بالقوانين والأسس يخلق ما يسمى بالممارسة الخاطئة للرياضة، هذه الأخيرة تنجم عنها العديد من الإصابات الرياضية الخطيرة ومن بينها إصابة قطع الرباط الصليبي التي تحدث عند الرياضيين بشكل عام ولاعبي كرة القدم بشكل خاص.

أجرى الاتحاد الدولي لطب الرياضي بحثا عن الأسباب التي أدت إلى انتشار إصابة اللاعبين بالرباط الصليبي خصوصا لاعبي كرة القدم في استفتاء شمل لاعبين من القارة الأوروبية ومن ضمنهم اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة. وكشف الاستبيان أن من أصيبوا بالرباط الصليبي أكثرهم من اللاعبين المدمنين على الشبكة العنكبوتية "الانترنت" والجلوس لأكثر من أربع ساعات و التحدث مع المعجبين من خلال مواقعهم الخاصة بعد انتهاء التدريبات وهذا يجعل الركبة والقدمين أكثر ارتخاءا ويتسبب في إصابة اللاعبين في الرباط الصليبي عند الاحتكاك القوي. وقد اشتملت هذه الدراسة على جانبين:

الجانب النظري: ويحتوي على أربعة فصول.

- ❖ الفصل التمهيدي : وتناولنا فيه الخلفية النظرية لإشكالية البحث .
- ❖ الفصل الأول : تطرقنا فيه لإصابة الرباط الصليبي في كرة القدم .
- ❖ الفصل الثاني : تطرقنا فيه إلى الأداء الرياضي في كرة القدم.
- ❖ الفصل الثالث : تطرقنا فيه لكرة القدم الحديثة.

الجانب التطبيقي : ويحتوي على ثلاثة فصول:

- ❖ الفصل الأول : تناولنا فيه منهجية وأدوات البحث .
- ❖ الفصل الثاني : وتم فيه عرض وتحليل النتائج المتوصل إليها .
- ❖ الفصل الثالث: وتم فيه مناقشة النتائج وتحقيق الفرضيات.

كما اعتمدنا على المنهج الوصفي واستعملنا في ذلك الاستمارة الاستبائية والمقابلة الشخصية وتوصلنا في الأخير إلى مدى النقص في التوعية فيما يخص هذه الإصابة ووجدنا أن معظم اللاعبين مهمشين ومحرومين من أبسط حقوقهم.

2-الإشكالية:

تختلف الإصابات الرياضية باختلاف خطورتها وموقعها ومفصل الركبة من بين أكثر المفاصل عرضة للإصابات نظرا لبنيتها المعقدة و من أخطر الإصابات على مستوى هذا المفصل هي "إصابة قطع الرباط الصليبي" التي من شأنها التأثير على حياة اللاعب المهنية والكروية ومن بين ضحايا هذه الإصابة لاعبين جزائريين منهم مراد مغني، بزاز ياسين، عبد المؤمن جابو، رفيق حليش. لذا بتطرقنا لدراسة هذا الموضوع نهدف إلى تسليط الضوء على مدى خطورة هذه الإصابة وتأثيرها على المدى البعيد والذي من شأنه إبعاد اللاعب لمدة طويلة عن الملاعب ، وهذا عن طريق البحث العلمي والدراسة الميدانية قصد توفير بعض المعلومات للقارئ ولو بالشيء القليل ، وإضافة بعض المعلومات للمكتبة خاصة وأنها تفتقر لهذا النوع من المواضيع .

..... انطلاقا مما سبق ذكره نصل إلى طرح التساؤل المحوري العام:

-هل لإصابة قطع الرباط الصليبي تأثير على أداء لاعبي كرة القدم؟

الأسئلة فرعية:

- هل الإمكانيات المادية والبشرية للنادي كافية للاهتمام بصحة اللاعب؟
- هل المعلومات القاعدية للمدربين كافية لتوعية اللاعبين عن مختلف الإصابات الرياضية؟
- هل تؤثر مدة التعافي من الإصابة على مستوى اللاعب؟

3- أهداف البحث:

- 1- تسليط الضوء على إصابة الرباط الصليبي التي قد تؤدي باللاعب إلى العجز التام أو إبعاده كلياً عن اللعب أو الوقوف عائقاً أمامه في الاحتراف.
- 2- تقديم بعض المعلومات القاعدية في إطار صحة اللاعب التي يحتاجها طيلة مشواره الرياضي.
- 3- إن دراسة هذا البحث يسمح لنا بإبراز مدى خطورة هذه الإصابة وتحسين مردود لاعبي كرة القدم.
- 4- فتح المجال لإجراء بحوث ودراسات في المستقبل وذلك للبحث والتوسع أكثر في هذا الموضوع لما له من أهمية كبيرة في المجال الرياضي. وكما نهدف من خلال هذه الدراسة إلى ملء الفراغ الموجود في مكتبتنا، وتوفير المصادر والموارد الكافية.

4- فرضيات البحث:**الفرضية العامة:**

لإصابة قطع الرباط الصليبي تأثير على أداء لاعبي كرة القدم.

الفرضيات الجزئية:

- 1- معظم أندية كرة القدم قسم هواة تعاني من نقص في الإمكانيات المادية والموارد البشرية.
- 2- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم.
- 3- طول مدة الإصابة وتأثيرها على أداء اللاعبين.

5- مصطلحات البحث:

- 5-1- 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. (قاسم، 1998)
- 5-2- الرباط: هو عبارة عن نسيج متين ذي مرونة مطاطية محدودة يقوم بربط العظام المكونة لمفاصل الجسم لتثبيتها ومنع الحركات غير الطبيعية في المفصل ويحتوي كل مفصل في الجسم على اثنين أو أكثر من هذه الأربطة. (عبد الرحمن، 2004)
- 5-3- الأربطة الصليبية: عددها اثنان هما الرباط الأمامي الخارجي والرباط الخلفي الداخلي يقعان ما بين التئوين يمتدان من عظمة الساق إلى عظمة الفخذ، وهما الرباطان الحقيقيان للمفصل من الجهة الخلفية لأنهما يدعمان الجهة الخلفية للكبسولة في الجزء ما بين الحدبتين. (عبد الرحمن، 2004)
- 5-3-الأداء:
- 5-3-1- لغة: أدى الشيء بمعنى أوصله، والأداء إيصال الشيء إلى المرسل إليه. (المعلوف، 1998)

5-3-2- اصطلاحاً: هو إيصال الشيء إلى المرسل إليه، وهو عبارة عن انعكاس لقدرات ودوافع كل فرد لأفضل سلوك ممكن نتيجة لتأثيرات متبادلة للقوة الداخلية، وغالبا 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 سلوكيا. (نزار، 1983)

5-4- كرة القدم: هي لعبة جماعية يهتم فيها تسجيل أكبر عدد من الأهداف في شبك الخصم والمحافظة على الشبكة نظيفة من الأهداف وتلعب كرة القدم بين فريقين يظم كل فريق إحدى عشر لاعبا، وتلعب بكرة مستديرة مصنوعة من الجلد، وتدوم المباراة تسعون دقيقة على شوطين أي أن كل شوط به خمس وأربعون دقيقة، ويتخلل المباراة وقت للراحة يدوم خمس عشرة دقيقة، وتجري المباراة بين فريقين يرتديان ألبسة مختلفة، وتتكون هذه الألبسة من قميص وتبان وحذاء خاص باللعبة. (روحي، 1986)

6- الدراسات المشابهة:

الدراسة الأولى: قايس أحمد وزملائه. 2008

مشكلة البحث: تأثير إصابة مفصل الركبة على الأداء المهاري لدى لاعبي كرة القدم.

أهداف البحث:

- معرفة تأثير إصابة مفصل الركبة على الأداء المهاري لدى لاعبي كرة القدم.

- معرفة الخطوات الواجب اتخاذها أثناء وبعد حدوث الإصابة.

فرضيات البحث:

-نقص التحضير البدني يؤدي إلى الإصابة.

-تأثير سلبي للأداء المهاري للاعب كرة القدم.

منهج البحث: لقد تم استخدام المنهج المسحي الوصفي لكونه أنسب المناهج لمعالجة هذه الدراسة.

أدوات البحث: استخدم في هذا البحث الاستمارة استبائية وزعت على اللاعبين والمدربين إضافة إلى المقابلات الشخصية مع الأستاذ المشرف.

عينة البحث: تمثلت عينة البحث في 60 فردا كالتالي: 55 لاعب اختصاص كرة قدم صنف أكابر من

3 فرق رياضية موزعة على 5 ولايات.

الاستنتاجات: من أهم ما توصل إليه الطلبة الباحثون أن إصابة مفصل الركبة تؤدي إلى التردد في أداء

المهارات والضغط على نفسية اللاعب.

التعليق: تمثلت أوجه التشابه بين البحث المقدم من طرفنا وهذه الدراسة في المنهج المستخدم وهو المنهج المسحي الوصفي.

الدراسة الثانية: دحداح كريم وزملائه. 2008

مشكلة البحث: الأثر النفسي الناجم عن إصابة مفصل الركبة لدى لاعبي كرة القدم (أكابر).

أهداف البحث:

- توضيح أنواع الأثر النفسي الذي تخلفه إصابة مفصل الركبة لدى لاعبي كرة القدم.
- توضيح مدى تأثير الاضطرابات النفسية (القلق، الخوف، عدم الثقة) على مستوى أداء لاعبي كرة القدم.

فرضيات البحث:

- القلق أثر نفسي لدى لاعبي كرة القدم الذين تعرضوا لإصابات مفصل الركبة.
 - الخوف أثر نفسي لدى لاعبي كرة القدم الذين تعرضوا لإصابات مفصل الركبة.
 - عدم الثقة بالنفس أثر نفسي لدى لاعبي كرة القدم الذين تعرضوا لإصابات مفصل الركبة.
- منهجية البحث:** لقد تم استخدام المنهج المسحي الوصفي لكونه أنسب المناهج لمعالجة هذه الدراسة.

أدوات البحث: استخدم في هذا البحث الأدوات التالية:

استمارة استبائية وزعت على اللاعبين والمدربين إضافة إلى المقابلات الشخصية مع الأستاذ المشرف.
عينة البحث: تم توزيع الاستمارة على 12 لاعب ومدرب واحد موزعة على 3 أندية من 3 ولايات "مستغانم، معسكر، وهران".


الاستنتاجات: من أبرز ما توصل إليه الطلبة الباحثون:

- جل اللاعبين يؤكدون أن الإصابات تؤثر على الجانب النفسي لهم.
- الأثر النفسي الناتج عن إصابة مفصل الركبة هو إما القلق أو الخوف أو عدم الثقة بالنفس.

التعليق:

- تمثلت أوجه التشابه بين البحث المقدم من طرفنا وهذه الدراسة في المنهج المستخدم وهو المنهج الوصفي.

نقد الدراسات المشابهة: عالجت الدراسات السابقة الذكر إصابات الركبة بشكل عام على عكس ما جاءت به دراساتنا التي فصلت وعالجت إصابة خطيرة ومنتشرة في الوسط الرياضي والتي تحدث على مستوى جزء حساس من مفصل الركبة.



الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

اصابة الرباط الصليبي في كرة القدم

تمهيد:

مما لا شك فيه أن كل لعبة جماعية تتميز بطابعها التنافسي الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى حدوث احتكاك بين اللاعبين وبالتالي وقوع الإصابات الرياضية وكرة القدم من بين هذه الرياضات التي تكثر فيها إصابات الملاعب ولذلك يجب الإحاطة بالأسباب المؤدية إلى هذه الإصابات والعمل على وقاية اللاعب خاصة فيما يتعلق بالمفاصل والتي تكون شائعة الحدوث ولذلك قمنا بالاستعانة بالطب الرياضي من أجل دراسة وتحليل البنية التشريحية لمفصل الركبة المعقد "سبحان الخالق" وهنا سنهتم بأكثر الإصابات التي تحدث على مستوى هذا المفصل ألا وهي "قطع الرباط الصليبي" والتي تمثل الشبح الذي يهدد سلامة اللاعبين ومن الممكن أن تبعدهم نهائيا عن الملاعب.

1- مفهوم الإصابة الرياضية:

هي تعطيل أو إعاقة مؤثر خارجي لعمل أنسجة وأعضاء جسم الرياضي المختلفة وغالبا ما يكون هذا المؤثر مفاجئا وشديدا مما قد ينتج عنه تغيرات وظيفية (فسيولوجية) مثل كدم و ورم مكان الإصابة مع تغير لون الجلد و تغيرات تشريحية تحد من العمل الحركي للعضلة أو المفصل وتختلف نوعية المؤثر باختلاف الأسباب فهو أما أن يكون:

- مؤثر ميكانيكي: كاصطدام اللاعب بأرض الملعب أو زميله أو الأدوات الخاصة بالرياضي.

- مؤثر ذاتي: كالأداء الخاطئ للرياضة أو الأداء غير المسبق بالإحماء.

- مؤثر كيميائي فسيولوجي: مثل تراكم حمض اللبن في العضلات وحدوث الإرهاق العضلي أو نقص الصوديوم بالدم الذي يؤدي إلى حدوث تقلصات عضلية تعيق اللاعب حركيا. (حياة، 1986، صفحة 22)

2- الركبة وعلم تشريحها:

مفصل الركبة مفصل معقد وحساس ومتصل ببعضه بواسطة الأربطة والغضاريف وهو ذو حركة مفصلية واحدة هي للأمام والخلف، ويمكن تحريك الركبة للخارج قليلا بنسبة 5-10% وتحريكها مع الفخذ للدخل 35 درجة للمد داخليا، وأهم متحكم في حركتها هو عمل وظائف الأربطة والغضاريف والأوتار بخلاف الغطاء الأمامي للركبة، وكذا عملهم على تحديد الاتجاهات والمحافظة على ثباتها وعدم خروجه عن وظيفتها وهي من أحد أسباب الإصابة عندما يحدث قطع في الأربطة لزيادة الحمل عليها أو إصابة مباشرة من أي منافس، لو نقارن مفصل الركبة بمفصل الذراع مع الكتف فنجد أن مفصل الكتف محاط بعدة عضلات

الجانب النظري الفصل الأول إصابة الرباط الصليبي في كرة القدم

تحميه حماية كافية من الخروج عن مكانه، أما الركبة فتحميها الأربطة التي تحيطها من كل مكان، وأهمها الأربطة الصليبية الأمامية تحت الضغط الأمامي "الصابونة" والتي تعمل بالتعاون معها، أما الرباط الداخلي والخارجي أهم وظيفة لها هي الحفاظ على اعتدال واستقامة الركبة وثباتها وتعاون كل الأربطة مع بعضها على أداء الركبة لوظيفتها في الثني والمد في حالة الحمل العالي والذي يؤديه اللاعب في التمرينات المختلفة، والتي تطالب الركبة فيها بالمد الطويل، وعند الثني تعمل الأربطة الصليبية للمفصل وتحدد فرملة الركبة وحدودها، ويزداد الحمل هنا على الأربطة الصليبية في حالي المد والثني خصوصا الرباط الصليبي الأمامي الطويل يساعده الرباط الداخلي الأقصر طولاً وهما سوياً يعملان على ثني ومد مفصل الركبة في نفس الوقت يكون الرباطين الداخلي والخارجي في حالة استرخاء للمحافظة على تحريك الركبة للأمام وللخلف ومنع مفصل الركب من الدوران بمساعدة أوتار العضلة الفخذ العليا الأمامية وأوتار عضلة الفخذ السفلى وعضلة الساق العليا.

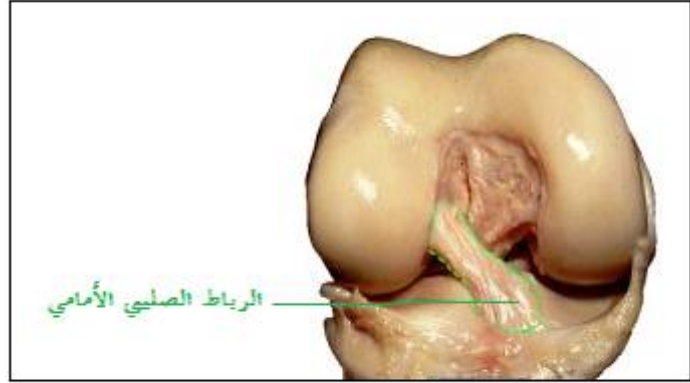
(بيرة، 2000، صفحة 174) (الشكل 1)



الشكل رقم 1: منظر تشريحي للركبة

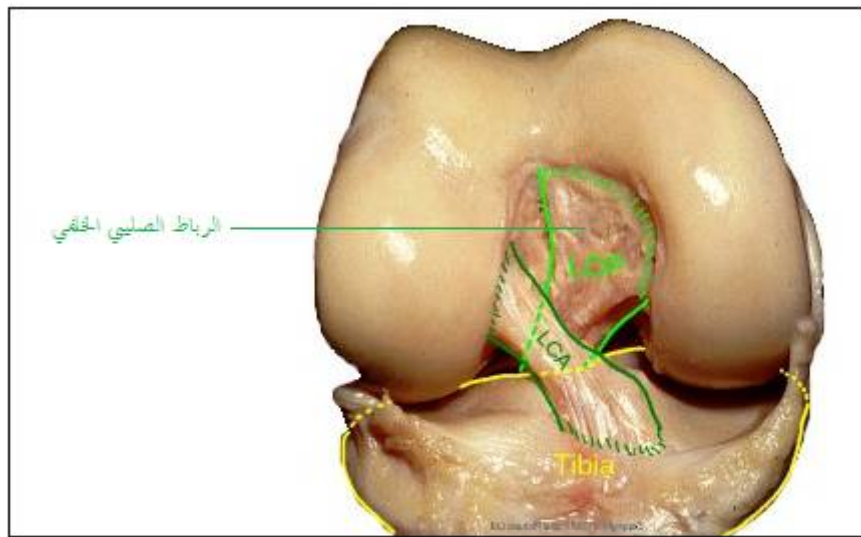
3- الجانب التشريحي للرباط الصليبي:

3-1- الرباط الأمامي: يوجد الرباط الصليبي الأمامي في منتصف الركبة وهو واحد من أربع أربطة هامه تحافظ على ثبات المفصل إلا أنه أكثرهم عرضة للإصابة. وهذا الرباط يشبه الحبل حيث يمسك طرفه العلوي بعظمة الفخذ و طرفه السفلي بعظمة القصبة. و وظيفة هذا الرباط أن يمنع عظمة القصبة من التحرك للأمام بالنسبة لعظمة الفخذ. (الشكل 2)



الشكل رقم 2: منظر تشريحي للرباط الصليبي على مستوى الركبة

3-2- الرباط الخلفي: يمتد الرباط من الجزء الخلفي للقمة عظمة الشظية العليا إلى اللقمة الداخلية لعظمة الفخذ، وفي حالة انشاء الركبة يقصر الرباط ويحدث شد وتوتر به. (الشكل 3)



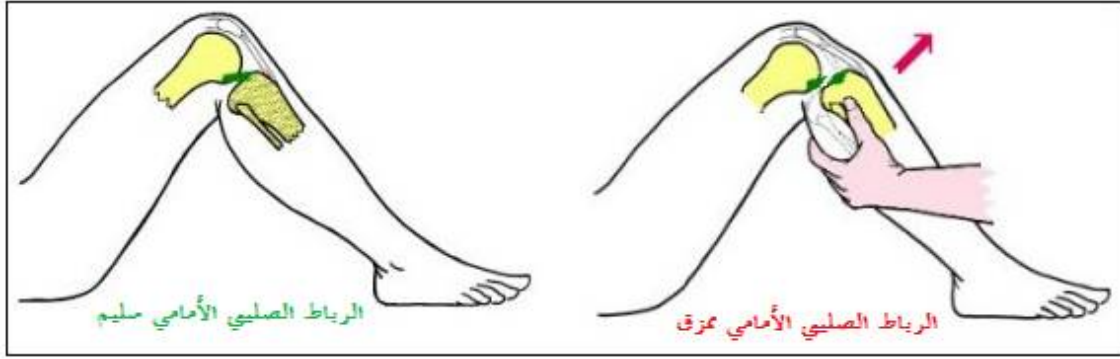
الشكل رقم 3: منظر تشريحي للرباط الصليبي الخلفي على مستوى الركبة

4- إصابة الرباط الصليبي:

في الأعوام الماضية تم اكتشاف زيادة واضحة في إصابات أربطة المحفظة المفصالية بالركبة (طبقاً لإحدى إحصائيات الحوادث السويسرية 60 - 80 حالة لكل 100000 فرد). وكانت الحوادث الرياضية مسؤولة عن 65% من إصابات أربطة الركبة وخاصة التزحلق على الجليد وكرة القدم والبيسبول وكرة السلة. تعتبر إصابة الرباط الصليبي الأمامي الأكثر شيوعاً بين إصابات الأربطة (بنسبة 47.6%) تليها إصابة الرباط الداخلي وحده ثم الإصابة بتمزق كلا من الرباط الصليبي الأمامي والرباط الداخلي. إن أغلب إصابات الرباط الصليبي الأمامية تنتج عن رضوض إتفاف الساق دون التعرض لأي تأثير خارجي. وفي المعتاد يصف المرضى شعورهم بعدم الاستقرار أو الثبات مع سماع صوت فرقة أثناء الإصابة أو الشعور بها. وبعد الإصابة لا يتمكن المريض من اللعب مرة أخرى بشكل نموذجي وغالباً يتورم مفصل الركبة خلال وقت قصير (التورم نتيجة لإصابة الغضاريف الهلالية أو التحميل الزائد على المفصل يحتاج من يوم إلى اثنين).

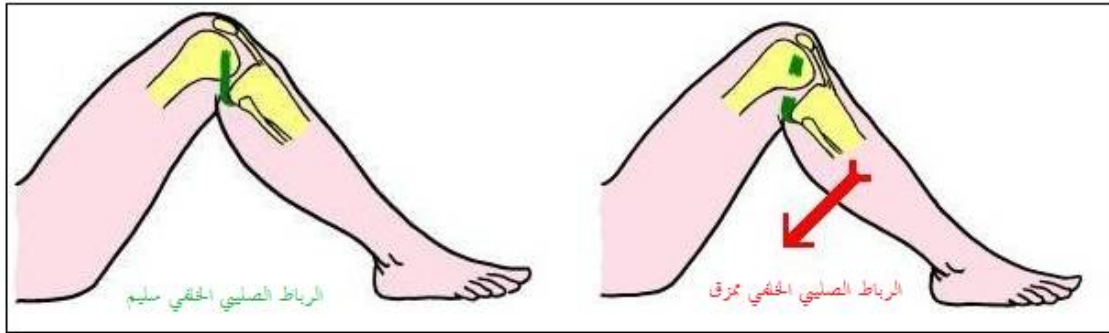
5- آلية حدوث الإصابة:

5-1- الرباط الأمامي: من الممكن أن تحدث إصابة في الرباط الصليبي الداخلي الأمامي أثناء القيام بحركة مفاجئة عنيفة استثنائية لمفصل الركبة مع سقوط حمل و وزن زائد على مفصل الركبة أو العظام المكونة له مما يسبب إجهاد أو شد عليه مثال ذلك دوران اللاعب المفاجئ وهو يحمل ثقل جسمه كله على قدمه ، أما اللاعبين الذين أصيبوا بمثل هذه الإصابة قال: "أصبت عندما دخلت تلاحمت مع لاعب الفريق الخصم لأنترع منه الكرة فموه بجسمه فتابعته ثم عاد للوراء فحاولت الرجوع معه إلا انه سوء أرضية الملعب جعلت قدمي تعلق فنزلت على ركبتي بثقل جسمي وبدوران". وقال لاعب آخر "ارتقيت للعب الكرة برأسي وعند سقوطي على الأرض تعمد الخصم دهسي بحذائه على ركبتي من الداخل وهي مثنية مما جعل ساقي تلف وتنفرد أكثر من اللازم وذلك كرد فعل لثقل ضغط اللاعب الخصم و ثقل جسمه مما تسبب في تمزق الرباط الصليبي الأمامي تمزق غير كامل". (الشكل 4)



الشكل رقم 4: منظر يوضح الرباط الصليبي قبل وبعد الإصابة

5-2- الرباط الخلفي: من الممكن أن تحدث إصابة الرباط الصليبي الخلفي نتيجة لخطبة أو ضربة عنيفة على الجزء الأمامي لعظمة شظية الساق مما يدفعها ويسوقها للخلف إلى الفضاء وتكون الركبة عموماً في حالة الانثناء عند حدوث الإصابة. (رشدي، 1991، صفحة 281) (الشكل 5)



الشكل رقم 5: يوضح منظر الرباط الصليبي قبل وبعد الإصابة

6- الأسباب المساعدة في إصابة الرباط الصليبي:

توجد بعض العوامل التي تؤدي أو تساعد على حدوث إصابة الرباط الصليبي وجميع إصابات الركبة ومنها:

1- ضعف العضلات المحيطة و المؤثرة على حركة الركبة و عدم تناسق حركاتها وذلك ينبع من ضعف التأهيل بعد الإصابات الطويلة.

2- الإجهاد المستمر و هذا يؤدي إلى أن تقوم الركبة أو العضلات بحركات لا إرادية في اتجاهات مختلفة مما يؤدي في بعض الأحيان إلى الإصابات المختلفة للركبة.

3- عدم التناسق أو التناغم العضلي العصبي. بمعنى أن يريد المخ أن يقوم بحركة معينة و تكون استجابات العضلات أما متأخرة أو متقدمة أو غير مناسبة و خصوصا في العضلات المحيطة بالركبة.

7- أعراض إصابة الرباط الصليبي:

يتعرض الرباط الصليبي الأمامي للإصابة بسبب التواء شديد كما يحدث في الألعاب الرياضية أو من إصابات أخرى مما يؤدي إلى تمزق الرباط فيؤدي إلى عدم ثبات الركبة ويسمع المريض صوت فرقعة في الركبة ثم يصاحب ذلك:

1- انتفاخ في الركبة, نتيجة تجمع السوائل المفصالية في الركبة.

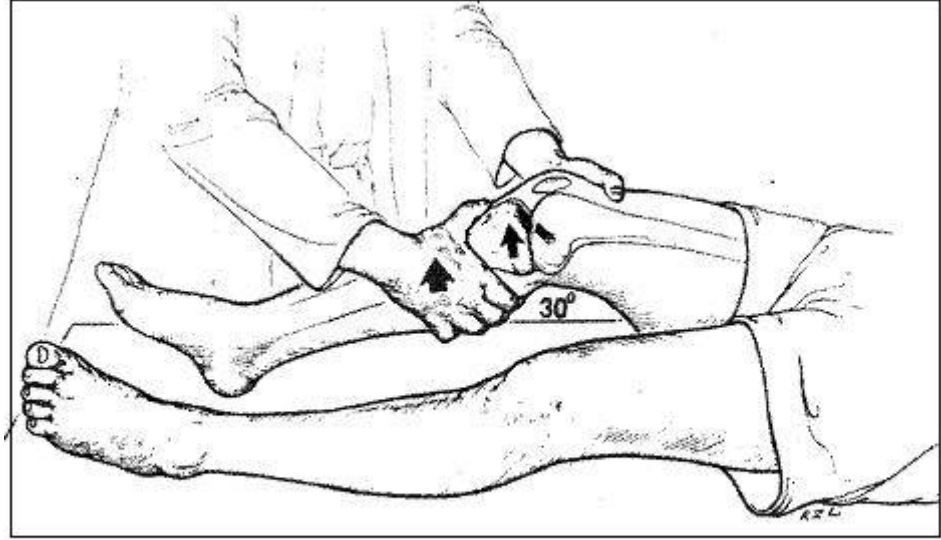
2- ألم شديد و حاد.

3- انعدام الثبات في مفصل الركبة (ومن الممكن ملاحظة أن المصابين بالرباط الصليبي في الغالب يعانون من "الرجل الخائنة". بمعنى أن المصاب أثناء المشي وبصوره مفاجئه تنثني ركبة نتيجة لوزنه.

4- و أيضا قد تصاحب الإصابة ما يسمى بـ " الركبة المقفلة " . بمعنى المصاب لا يتمكن من تحريك ركبته سواء في الاتجاه الأمامي أو الخلفي والسبب هو وجود جزء ما داخل الركبة (قطعته من غضروف أو عظم)
تنحشر داخل المفصل. (Bonnet, 1853, p. 345)

8- الفحص السريري:

اختبار **Lachman**: مع ركبة مثنية قليلاً يمكن سحب الساق في متناول اليد من 5-10 ملم إلى الأمام من عظم الفخذ دون الشعور بالمقاومة، بينما في الركبة صحية، فقط 2-3 مم ممكنة دون عرقلة. (الشكل 6)



الشكل رقم 6: رسم توضيحي لاختبار Lachman

9- جراحة الرباط الصليبي الأمامي:

لا يتم إجراء هذه الجراحة في الركبة بعد الإصابة مباشرة حيث أن ذلك قد يؤدي إلى حدوث إلتصاقات بالركبة مما يقلل من مدى حركتها. و لكن يتم تأجيل الجراحة إلى أن يتعافى المريض من التورم و الألم الشديد المصاحب لإصابة الركبة الأصلية. و خلال فترة التأجيل يقوم المريض بعمل تمارين معينة لزيادة مدى حركة المفصل و تقليل التورم و تقوية العضلات.

في حالات قطع الرباط الصليبي الأمامي لا يتم خياطة الرباط المقطوع لأن ليس له القدرة على الالتئام, بل يتم إزالة ما تبقى من الرباط المقطوع من خلال المنظار ثم يتم إعادة بناء رباط بديل جديد باستخدام جزء (رقعة) من الأنسجة المحيطة بالركبة، وبصفة عامة تتمتع جميع الطعوم المستخدمة لاستبدال الرباط الصليبي بقوة شدّ هائلة. (الشكل 7)



الشكل رقم 7: تصوير اشعاعي لعملية بناء الرباط الصليبي

9-1- قوة شدّ الرباط الصليبي العادي والطعوم المختلفة:

الرباط الصليبي العادي	(من 2160 إلى 2317 نيوتن)
الرباط الرضفي (10 ملم)	(من 2376 إلى 2527 نيوتن)
وتر المأبض الرباعي	(من 4108 إلى 4308 نيوتن)
العضلة رباعية الرؤوس (10 ملم)	(من 2352 إلى 2837 نيوتن) (LEMOINE.j, 1999, pp. 41,43)

9-2- الوتر الرضفي (وتر عظمة رأس الركبة)

يبلغ عرض رباط عظمة رأس الركبة حوالي 25 ملم. يمكن استئصال من 10 إلى 11 ملم منها مع كتلة عظمية من عظمة رأس الركبة والطبقة الموجودة على الهضبة الظنبوية. وتزيد قوة الشدّ الأولية لطعم الوتر الرضفي البالغ عرضها 11 ملم عن 40% من قوة شدّ الرباط الصليبي البشري الطبيعي.

وتتحدد مزايا هذا الطعم في زيادة التماسك المبدئي والتثبيت الجيد للعظام على بعضها مع ثبات أولي فائق علاوة على الصلابة والتئام العظيّمات.

أما عن العيوب فهي كالتالي؛ قد يحدث شعور بالألم في موضع الاستئصال ومن المحتمل انخفاض قوة العضلة رباعية الرؤوس وتوجد مخاطرة مبدئية (نادرا جدا) من تمزّق أوتار عظمة رأس الركبة أو تعرض رأس العظمة نفسها للكسر. ومن الناحية الإحصائية تعتبر آلام الركبة الأمامية أكثر حدوثاً خاصة في العام الأول من جراحة منظار إصلاح الرباط الصليبي باستخدام الوتر الرضفي عنها مع الاستبدال بطعم من وتر المأبض الرباعي. (Hey-

Groves, 1917, p. 674) (الشكل 8)



الشكل رقم 8: طعم من الوتر الرضفي مع محتلي عظم

9-3- العضلة رباعية الرؤوس (وتر العضلة الباسطة بالفخذ):

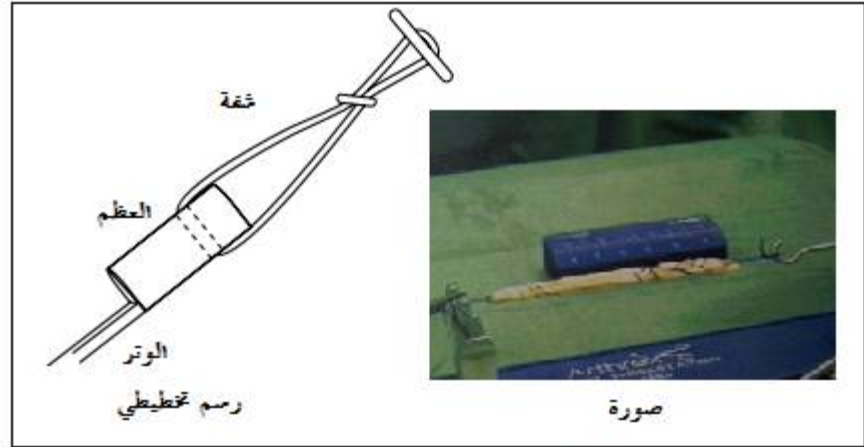
يبلغ عرض العضلة رباعية الرؤوس حوالي 35 ملم. وهنا أيضا يمكن استئصال من 10 إلى 11 ملم منها (مثل الوتر الرضفي) مع كتلة عظمية من عظمة رأس الركبة. وتعتبر قوة الشدة الأولية لطعم من العضلة رباعية الرؤوس بعرض 11 ملم مكافئة لقوة شد الطعم المستمد من الوتر الرضفي.

9-4- طعم من وتر المأبض الرباعي (أوتار الحفرة المأبضية بالركبة: العضلة الوترية النصف والعضلة الناحلة):

هذه الأوتار يتم استئصالها عبر قطع صغير في الجلد بالجهة الداخلية من الهضبة الظنبوية ويتم مضاعفة كل منها حتى ينتج عن ذلك طعم رباعي. وتبلغ قوة الشد الأولية لطعم وتر المأبض الرباعي ضعف قوة شد الرباط الصليبي الأمامي البشري الطبيعي.

وتتمثل مزايا الطعوم المستمدة من العضلة الوترية النصف والعضلة الناحلة في انخفاض معدل التعقيد وانخفاض الألم الناتج عن استئصال الأوتار علاوة على أنها من الناحية التحميلية لا تُخلف ورائها سوى ندبة صغيرة معتدلة.

علاوة على ذلك فإن هذه الطعوم تحقق صلابة الرباط الصليبي الأمامي العادي. وثبت أن حدوث تقلصات بالحركة يعد أمراً نادراً. ولا تزال قوة الشد القصوى لطعم وتر المأبض الرباعي تفوق قوة الوتر الرضفي. إلا أن عيبها يظهر في بطء التئام الأوتار في القنوات العظمية مقارنة بالوتر الرضفي. حيث تنمو الكتل العظمية بالوتر الرضفي خلال 3 إلى 6 أسابيع بينما تحتاج أوتار ثنية الركبة من 10 إلى 12 أسبوع لتتحقق نفس الهدف. (الشكل 9)



الشكل رقم 9: طعم من وتر المأبض الرباعي (4 أضعاف وتر ثنية الركبة)

9-5- الوتر الخيفي (الطعم المماثل):

تتمثل مزايا الطعم الخيفي (الطعم المماثل) في عدم محدودية حجم الطعم وحقيقة أنه لا ينبغي استئصال أي وتر من المريض. فلا تتسبب هذه العملية في زيادة إضعاف مفصل الركبة وتوفّر للمريض الحد الأدنى من التحميل وأقل ندبة بالجلد. وفي العادة يؤخذ وتر المأبض أو الوتر الرضفي البشري كبديل وفقاً لنهج مؤسسة Eurotransplant هولندا. ويتم إعداد هذه الأوتار على أحدث مستوى. وقد حققت الطعوم الخيفية نتائج ناجحة مثل باقي أنواع الطعوم الموضحة سلفاً. ومن المستبعد من الناحية العملية التعرض لخطورة الإصابة بأمراض مثل التهاب الكبد أو مرض نقص المناعة (الإيدز) لأن الطعوم الخيفية لا تُستخدم إلا بعد إجراء زراعة كلية أو قلب لدى مستقبلين آخرين بدون حدوث أي مضاعفات. وعيها هو النقص الشديد في عدد الطعوم الخيفية. ففي بعض الأحيان يكون على المرضى الانتظار لشهور.

9-6- عملية تثبيت الطعم:

يعد التثبيت الراسخ لاستبدالات الرباط الصليبي بالعظام أحد العوامل الأساسية التي تحدد استقرار جراحة إصلاح الرباط الصليبي الأمامي وبالتالي نجاح العملية كلها خاصة في مرحلة ما بعد الجراحة مباشرة. وتساهم قوة التثبيت في تحديد حدود التأهيل التالي للعملية أكثر من درجة تماسك الطعم. ونحن لا نستخدم سوى أحدث طرق التثبيت التي تتمتع بقوة ربط بيولوجية ميكانيكية عالية تتيح الحركة المبكرة بغض النظر عن نوع الطعم.

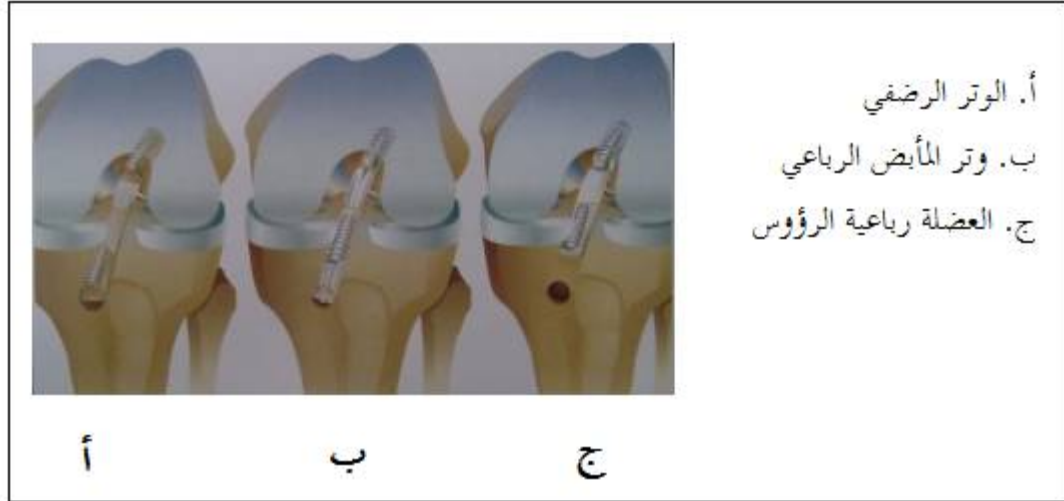
وتعتبر طريقة التثبيت باستخدام طعم الوتر الرضفي مع مسامير متداخلة واحدة من الطرق القياسية المعترف بها عالمياً (وصفها السيد هوروساكا عام 1987). وفي بعض الأحيان يمكن الاستغناء عن المسامير بإتباع الطريقة المعروفة بالإطباق المتداخل "press-fit" (حصر كتلة العظم في قناة مجوفة). بينما توجد العديد من طرق التثبيت بقوة ربط مبدئية أعلى والتي تتيح للرياضيين إمكانية التأهيل السريع والحديث بغض النظر عن نوع الطعم المستخدم.

وتثبيت الطعوم إما أن يكون مباشر باستخدام مسامير متداخلة أو غير مباشر عن طريق طرق التثبيت الخارجية أو بالجمع بين الطريقتين.

ويمكن أن نخلص من ذلك أن لكل طعم وكل طريقة تثبيت ميزاتها وعيوبها وفي النهاية يجب على الجراح الخبير أن يقرر بشكل فردي أنسب المواد التي تناسب حالة كل مريض على حدا. إلا أن الآراء الغالبة تميل إلى أن استخدام طعم من وتر الحفرة المأبضية بالركبة أفضل من استخدام الوتر الرضفي وذلك في حالة المرضي الذي يمارسون نشاط أو رياضة تعتمد على استخدام الركبة أو من يعانون آلاماً في منطقة عظمة رأس الركبة.

ويمكن أن نخلص من ذلك أن لكل طعم وكل طريقة تثبيت ميزاتها وعيوبها وفي النهاية يجب على الجراح الخبير أن يقرر بشكل فردي أنسب المواد التي تناسب حالة كل مريض على حدا. إلا أنه ثمة اتجاه إلى أن استخدام طعم من وتر الحفرة المأبضية بالركبة أفضل من استخدام الوتر الرضفي وذلك مع المرضي الذي يمارسون نشاط أو رياضة تعتمد على استخدام الركبة أو من يعانون من الألم في منطقة عظمة رأس الركبة.

وجميع الطرق تحقق نتائج متكافئة على المدى البعيد. ولا تتوافر الأوتار الخلفية إلا بشكل محدود لذا لا تُستخدم غالباً إلى مع إعادة العمليات الجراحية أو إصابات الرباط المضاعفة والمتعددة. والأربطة الصناعية غير مضمونة على المدى المتوسط والبعيد. (Magnussen, 2010, pp. 98,105) (الشكل 10)



الشكل رقم 10: طعوم وتقنيات تثبيت مختلفة مع استبدال الرباط الصليبي الأمامي

9-7- عملية الرباط الصليبي كاملة بالتنظير:

تعدت كبرى المستشفيات على التنظير وذلك على عكس الطريقة التي لا تزال شائعة إلى حد ما وهي عمل فتحة كبيرة بمفصل الركبة. والسبب في ذلك يرجع إلى أن استخدام كاميرا التنظير يوفر إمكانية رؤية الحيز الداخلي من المفصل بالكامل. ثم يجري إعداد المفصل لاستقبال الطعم باستخدام أدوات دقيقة للغاية. وقد توقفنا تماما عن عمل فتحة بالمفصل عبر قطع كبير في الجلد، ونستعيز عنها بعمل قطعين صغيرين طولهما حوالي 8 ملم ولا غنى عنهما في الجراحة باستخدام التنظير. ثم يتم بعد ذلك استئصال الطعم المطلوب. وباستخدام أدوات دقيقة مطوّرة خصيصاً يتم غرس الطعم المتطابق من الناحية التشريحية وقابل للتعديل والفحص باستخدام التنظير. ويتطلب إجراء هذه الجراحة بشكل صحيح توافر أعلى مستوى من الخبرة. لذا فإن إجراء مثل هذا النوع من العمليات لدى مركز متخصص في جراحة العظام يوفر لها قسطاً أكبر من الخبرة والحنكة في هذا المجال علاوة على أن فرص نجاح العملية تكون بدورها أكبر. (Robson, 1903, pp. 716,718) (الشكل 11)



الشكل رقم 11: مرفقة بالمنظار لإدخال طعم مع التثبيت اللاحق بمسامير قابلة للامتصاص بالجسم

10- التأهيل بعد جراحة إصلاح الرباط الصليبي

في العصر الحالي يعتبر موضوع تأهيل الرباط الصليبي الأمامي أمر بالغ الأهمية سواء بالنسبة إلى جراحي العظام أو أخصائيي العلاج الطبيعي. كشفت العديد من الدراسات التجريبية أن كل من الحركة والتحميل المتقدم يعتبران أمرًا بالغ الشأن في علاج الرباط. ومن المضمون والثابت تكوّن طبقة جديدة من الكولاجين وإعادة بناء الطعم.

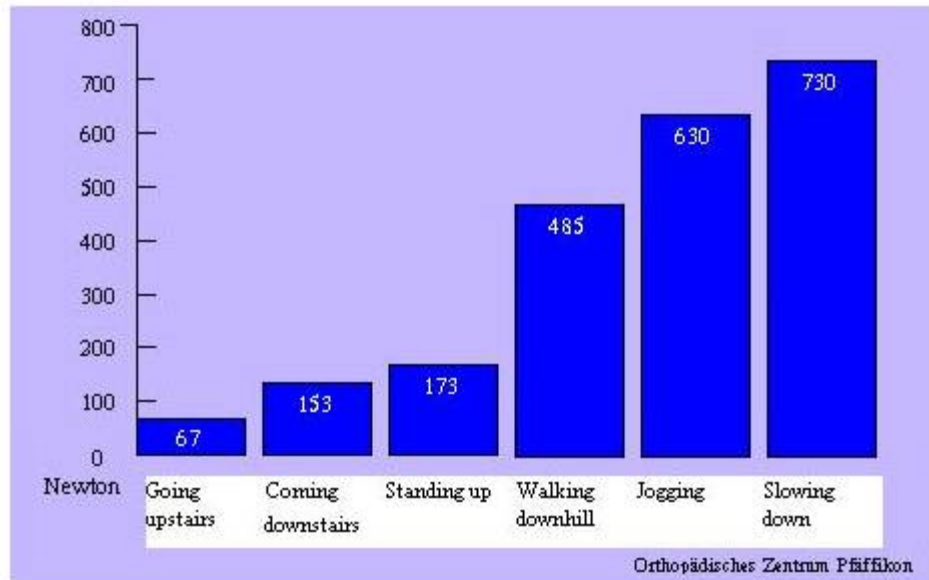
و أكدت دراسات تجريبية وإكلينيكية على المزايا الخاصة لتمارين التأهيل في سلسلة الحركة المغلقة مقارنة بالمفتوحة وذلك فيما يتعلق بالتحميل على الرباط الصليبي الأمامي. يمكن إتباع سلسلة الحركة المفتوحة حين يتمكن المريض من تحريكه ساقه مثلًا بحرية بالساق الضعيفة في طور التراجع أثناء الجري أو التدريب. و في المقابل تتم سلسلة الحركة المغلقة عند ملامسة القدم للقاعدة أو نقل الحمل إليها (قيادة الدراجات وضغط الساق). و اتضح مع قياس المدّان القوى الموجهة للرباط الصليبي الأمامي مع التمارين المفتوحة تزيد من 5 إلى 17 مرة عنها مع سلسلة الحركة المغلقة.

وثبت إن إيقاف الحركة في الجبس لمدة 4 أسابيع يؤدي إلى فقدان رهيب في تماسك الطعم علاوة على عدم عودته لوظيفته البيولوجية والميكانيكية بشكل كافي. وبعد 6 أسابيع من التوقف عن الحركة ووضع جبيرة جسمية تفقد العضلة الباسطة بالفخذ (العضلة رباعية الرؤوس) من 30 إلى 40% من قوتها متساوية الأبعاد ومن 20 إلى 30% من مقطعها العرضي و من 10 إلى 20% من محيطها. ويبلغ ثبات الطعم وقت إجراء العملية (الزرع) أكبر ما يمكن، وتبعًا لذلك تتوقف إمكانية الحركة المبكرة وتقدم التأهيل في الستة أسابيع الأولى على قوة شدّ تثبيت الطعم في العظام. وبعد الخضوع للفحوصات يتم مع التحميل اليومي القيام برفع قوى على

الرباط الصليبي الأمامي تصل إلى 700 نيوتن مثل تقليل السرعة من الهرولة. ويمكن الوصول إلى أحمال أعلى في حالة ممارسة الرياضة قبل الإصابة. (CHASSAING, 1999, pp. 169,172)

10-1- القوى بالرباط الصليبي الأمامي مع الأحمال اليومية

خلوفاً من ذلك يمكننا الجزم بأن المشي العادي وثني الركبة نصف ثنية مع ثني الجزء العلوي من الجسم إلى الأمام وممارسة التمارين مع ضغط الساق في وقت مبكر بعد العملية لا يؤدي إلى حدوث تفكك بل يعمل على تحسين استقرار الرباط الصليبي الأمامي على المستوى البعيد. وأثناء القيام بذلك يكون التركيز على البسط التام للركبة بعد العملية مباشرة تجنباً لحدوث عجز في بسط الساق. (Groves, 1920, p. 505) (الشكل 12)



الشكل رقم 12: القوى بالرباط الصليبي الأمامي مع الأحمال اليومية (كما وصف روزنيرج وباولوز)

خاتمة:

تعتبر الإصابات الرياضية كثيرة في ميدان الممارسة الرياضية عامة، فكل منطقة أو جزء من أجزاء الجسم معرضة للإصابات، فمن خلال هذا الفصل قمنا بالتعريف بإصابة قطع الرباط الصليبي وتطورها وطرق تشخيصها إلى علاجها والآثار الجانبية للجراحة وقمنا بذكر خطر تركها بدون علاج وإبراز دور الرباط الصليبي على مستوى مفصل الركبة .

الفصل الثاني

الأداء الرياضي لكرة القدم

تمهيد:

إن الوصول بفريق ما لتحقيق نتائج إيجابية يعتمد بدرجة أولى على إتقان أفراد الفريق للمبادئ الأساسية للعبة في جميع المواقف، وهذا يعتمد على الأسلوب الصحيح والعلمي في طرق التدريب والتحضير النفسي والبدني الجيد للوصول للاعب إلى نتائج جيدة في الأداء مع أفضل اقتصاد في المجهود.

وستتطرق في هذا الفصل إلى الأداء فنعطي مفهوما للأداء ثم أنواع الأداء ، ثم الأداء المهاري والأداء الخططي ثم زمن الأداء كمؤشر لإنتاج الطاقة ثم العوامل الفسيولوجية المرتبطة بأداء التحمل والعلاقة بينها والتعب خلال أداء التمارين وأخيرا التطبيقات الغذائية التي تحسن الأداء في المنافسات الرياضية.

1- مفهوم الأداء:

يستعمل مصطلح الأداء للدلالة على مقدار الإنتاج الذي أنجز، لذا فإن أغلب التعاريف التي أعطيت للأداء كانت ذات صلة كبيرة بالإنتاج.

يعرف الأداء: بأنه كفاءة العامل لعمله ومسلكه فيه، ومدى صلاحيته في النهوض بأعباء عمله وتحمل المسؤولية في فترة زمنية محددة، وبناء على هذا المعنى فإن كفاءة الفرد تركز على أمرين اثنين هما:

- مدى كفاءة الفرد في القيام بعمله، أي واجباته ومسؤولياته.

- يتمثل في صفات الفرد الشخصية، ومدى ارتباطها وأثارها على مستوى أداءه لعمله.

ويرى 1989 thomas أن علماء النفس الرياضي العاملين في الحقل الرياضي وجدوا ارتباطات بين مفاهيم عديدة كـ: "القدرة، الاستعداد، الدافعية..."، وأغلبها تشكل مفهوم الأداء، مضيفاً أن الأداء: هو الاستعداد بالإضافة إلى المهارات المكتسبة.

والأداء بصفة عامة هو: انعكاس لقدرات ودوافع كل فرد لأفضل سلوك ممكن نتيجة لتأثيرات متبادلة للقوى الداخلية، غالباً ما يؤدي بصورة فردية وهو نشاط أو سلوك يوصل إلى نتيجة وهو المقياس الذي تقاس به نتائج التعلم أو هو الوسيلة للتعبير عن عملية التعليم تعبيراً سلوكياً. (عصام، 1992، صفحة 162)

ويستخدم مصطلح الأداء بنفس المعنى والمفهوم حيث يطلق عليه مصطلح (الأداء الأقصى) ويستعمل بشكل واسع للتعبير عن جل المهارات التي يمكن رؤيتها وملاحظتها في جميع المجالات منها المجال النفسي الحركي والتي تتطلب تذكر المعلومات وإظهار القدرات و المهارات. (رضوان، 1995، صفحة 170)

2- أنواع الأداء:

تتمثل أنواع الأداء في:

2-1- أداء المواجهة: أسلوب مناسب لأداء جميع اللاعبين لنوع الأداء نفسها في وقت واحد، ويستطيع المدرب أن يوجه جميع إجراءاته التنظيمية للوصف كوحدة مناسبة.

2-2- الأداء الدائري: طريقة هادفة للتدريب تؤدي إلى تنمية الصفات البدنية وخاصة القوة العضلية والمطاولة وفي هذا النوع من الأداء يقسم اللاعبين إلى مجموعات يؤديون العبء عدة مرات بصورة متوالية.

2-3- الأداء في محطات: أسلوب مناسب لأداء جميع اللاعبين مع تغيير في محطات أو أداء الصف كله في محطات وأداءات مختلفة أي تثبيت في الأداء الحركي باستخدام الحمل.

2-4- الأداء في مجموعات: يقصد بالأداء في مجموعات استخدام مجموعات متعددة في الصف أو التدريب الرياضي على شكل محطات حيث يقوم اللاعبون الذين يشكلون مجموعات بالأداء بصورة فردية، وتعد من أقدم الطرق التدريب الرياضي. (قاسم، 1998، صفحة 42، 41)

3- الأداء المهاري:

3-1- مفهوم الأداء المهاري:

الأداء المهاري يعني كافة العمليات التي تبدأ بتعليم اللاعبين أسس تعلم المهارات الحركية، وتهدف إلى وصولهم فيها لأعلى درجة أو رتبة، بحيث تؤدي بأعلى المواصفات الآلية والدقة والانسيابية والدفاعية بما تسمح به قدراتهم خلال المنافسات الرياضية بهدف تحقيق أفضل النتائج مع الاقتصاد في الجهد. ومعنى آخر يقصد بالأداء المهاري كل الإجراءات والتمرينات المهارية التي يقوم المدرب بالتخطيط لها وتنفيذها في الملعب بهدف وصول اللاعب إلى دقة أداء المهارات بآلية وإتقان متكامل تحت أي ظرف من ظروف المباراة. (الفتاح م، الأسس العلمية للتدريب الرياضي للاعب والمدرب، 2002، صفحة 153، 152)

3-2- أهمية الأداء المهاري:

الإتقان التام للمهارات الحركية من حيث أنه الهدف النهائي لعملية الأداء المهاري، يتأسس عليه الوصول لأفضل المستويات الرياضية، فمهما بلغ مستوى الصفات البدنية للفرد الرياضي، ومهما اتصف به من سمات خلقية إرادية، فإنه لن يحقق النتائج المرجوة ما لم يرتبط ذلك بالإتقان التام للمهارات الحركية الرياضية في نوع النشاط الرياضي الذي يتخصص فيه، فالمهارات الأساسية هي وسائل تنفيذ الخطط، وبدون مهارات أساسية لدى لاعبي المنافسات الرياضية لا تنفذ الخطط وبالتالي يصعب تحقيق نتائج ممتازة (الفتاح م، الأسس العلمية للتدريب الرياضي للاعب والمدرب، 2002، صفحة 164، 162، 173)

3-3- مراحل الأداء المهاري:

الأداء المهاري للحركات الرياضية يمر بمراحل تعلم أساسية ثلاثة لا يمكن الفصل بينها، حيث تؤثر كل منها في الأخرى وتتأثر بها، ويتوقف تقسيم مراحل تعليم المهارة الحركية بالكيفية السابقة على طبيعة العمليات العصبية، كما يراها بافلوف أي تأثير الجهاز العصبي على تعلم الحركة حيث يؤثر العصب على عملية التعلم. ولما كان تعليم المهارة الأساسية لا يتم بين يوم وليلة وإنما تستمر عملية التدريب على المهارات زمنا طويلا قد يصل إلى سنين حتى يصل اللاعب إلى الإتقان الكامل المطلوب، لذلك يجب على المدرب أن يعلم أن تعلم المهارات الحركية يمر بهذه المراحل المتداخلة قبل أن تصل مهارة اللاعب إلى الدقة والكمال.

3-3-1- مرحلة اكتساب التوافق الأولي للمهارة الحركية:

هذه المرحلة تبدأ من أول خطوة تعلم المهارة الحركية وتنتهي تقريبا حينما يكون الناشئون قد اكتسبوا المقدرة على أدائها في صورتها الأولية، ومعنى آخر اكتساب المسار الأساسي للحركة بشكل عام دون وضع اعتبار لمستوى جودة الأداء، وعلى المدرب توقع افتقار الناشئين لدقة الأداء في هذه المرحلة، فعلى سبيل المثال قد تتعدى الحركة المدى المطلوب لها أو تقل عنه أو قد تتميز بالافتقار للانسيابية والتوافق، كما قد تظهر على الناشئين بوادر التعب من المستوى المتدني للأداء فيها.

3-3-2- مرحلة اكتساب التوافق الجيد للحركة:

تبدأ هذه المرحلة حينما يصبح الناشئون قادرين على تكرار أداء المهارة الحركية بصورتها الأولية، حيث يصلون فيها إلى مستوى عالٍ من التنظيم للأداء الحركي، إذ يصبح شكل الحركة ككل متناسقا وانسيابيا وتخفسي الحركات الزائدة والتي لا لزوم لها، ويظهر الناشئ وكأنه أكثر سيطرة من المرحلة السابقة، كما يبدو وكأن الأداء أصبح أكثر اقتصاديا في الجهد المبذول، ودور المدرب في هذه المرحلة هو العمل على تحليل أداء الناشئين باكتشاف أخطاء الأداء والتعرف على أسبابه، وعليه أن يقدم المعلومات الفنية اللازمة من خلال التغذية الراجعة المؤثرة.

3-3-3- مرحلة إتقان وتثبيت وتكامل المهارة الحركية:

بعد أن يكتسب الناشئون التوافق الجيد للمهارة حيث يصبحون قادرين على تكرار أداء المهارة الحركية بصورة أكثر تنظيما وانسيابيا، يكون من المهم الوصول بهم إلى مرحلة الإتقان والتثبيت والتكامل، والتي تتميز بأن مستوى الأداء فيها يصبح مرتفعا بدرجة كبيرة ويتصف بالسيطرة والتوافق والانسجام، فالهدف الأساسي لهذه المرحلة هو الوصول للاعب إلى أداء المهارة بصورة آلية والقدرة على أداء المهارة تحت أي ظروف، ويصل اللاعب إلى هذه المرحلة من خلال التكرار الدائم للأداء واستخدام التمرينات المتنوعة والتي تتميز بتغيير اشتراطات والعوامل الخارجية أثناء التمرين كوجود منافس أو أكثر وكذلك في المباريات التجريبية مع إصلاح الأخطاء تحت الظروف المتعددة والمتنوعة، فالأداء المهاري في هذه المرحلة يهدف إلى وصول اللاعب إلى أن يؤدي المهارة آليا وبدون تفكير أثناء المباراة وترتبط هذه الآلية بالدقة والإتقان والتكامل التام للمهارة. (الربضي، 2004، صفحة 117، 118)

4- الأداء الخططي:

يتأسس الأداء الخططي على كل من الأداء البدني والمهاري والإعداد النفسي والذهني والمعرفي، وبالتالي فهو محصلة تطوير حالات اللعب البدنية والمهارية وال نفسية والفكرية وتطبيقها في ترابط وتكامل للمساعدة على اتخاذ القرار والسلوك المناسب في مواقف المنافسة المختلفة وفي حدود قانون اللعبة.

4-1- أهداف الأداء الخططي:

يلعب الأداء الخططي دورا إيجابيا في تحديد نتيجة المباراة ولوأنه ليس هناك ضمان دائم للنتائج إلا أنه يجب ألا نغفل أن له أهمية، فهو أحد الأركان الهامة في إعداد اللاعب والفريق، ولأن الأداء الخططي جزء من البناء المتكامل لمراحل الحالة التدريبية وأن له علاقة متبادلة مع الأداء البدني والمهاري والأسلوب الفكري والاستعداد النفسي، لذا فهو يهدف إلى تحسين كفاءة اللاعب لتنظيم وتوجيه المنافسة الرياضية للفوز والوصول إلى أعلى المستويات في النشاط الممارس وذلك من خلال:

- ملاحظة وتحليل المنافسة لمعرفة الواجب الخططي فكريا وحركيا في أقصر وقت.

- اختيار واستخدام المهارات الخططية لتطبيق أفضلها لهذا الواجب الخططي.
- استخدام إمكاناته بأقصى ما تحتاجه المنافسة وبشكل اقتصادي.
- تحقيق الواجب الخططي تحت الظروف الصعبة.
- الاعتماد على النفس بوضع خطة المنافسة المتوقعة مع التصرف الذاتي وخاصة في الحالات غير المتوقعة.
- تحسين مستوى التوقع خلال التنافس.
- تحقيق أعلى درجات الانتباه لمجريات التنافس. (الفتاح، 2002، صفحة 176، 177)

4-2- واجبات الأداء الخططي:

4-2-1- تحصيل المعلومات الخططية:

- إن المعلومات أساس هام لتنظيم المنافسة ولاتخاذ الإجراءات المناسبة، وتتمثل هذه المعلومات الخططية في:
- معرفة اللاعب قوانين وتعليمات النشاط الرياضي الممارس واستغلال ذلك في حل الواجبات الخططية.
 - امتلاك اللاعب للمعلومات عن الخطط وأنواعها وأفضل الطرق الممكن استخدامها في المنافسة.
 - معرفة اللاعب بالقواعد الخططية التي تساعده على التصرف في المنافسة.
 - تحديد اللاعب للعلاقات المتبادلة بين الأداء المهاري والخططي والحالة النفسية مما يساعد على توزيع قواه في المنافسة بشكل مقنن فعال.

4-2-2- اكتساب المهارات والقدرات الخططية:

- يحتاج اللاعب لأداء واجباته إلى أن يكون في وضع يمكنه التركيز خلال المنافسة على واجبات التنافس الخططية، ولكي يتم ذلك يجب استخدام مقدراته البدنية ومهاراته الحركية واستعداداته النفسية بما يتلائم ومتطلبات المنافسة.

4-3- مراحل الأداء الخططي: اتفقت العديد من المراجع على أن عملية الإعداد الخططي تتضمن المراحل التالية:

4-3-1- مرحلة فهم واكتساب المعارف والمعلومات المرتبطة بالأداء الخططي:

- تظهر أهمية اكتساب اللاعب للمعلومات الخططية في تمكين اللاعب من حسن تحليل مواقف اللاعب المختلفة واختيار أنسب الحلول لمواجهة مثل هذه المواقف وبالتالي الإسراع في الأداء والتنفيذ، فالمعارف والمعلومات يقصد بها التعرف على كل من هدف الخطة وكيفية وتوقيت أدائها و التحرك من خلالها بالإضافة إلى معرفة قواعد التنافس القانونية.

4-3-2- تنفيذ وإتقان الأداء الخططي:

يشكل إتقان الفرد أو الفريق للأداء الخططي الصحيح ركنا رئيسيا هاما بالنسبة للمستوى الرياضي، وعلى المدرب أن يطوع كافة الظروف لإنجاح بداية هذه المرحلة إذ أنها أول خطوة لتفاعل اللاعب مع الخطة الجديدة، حيث يجب العناية بأداء نموذج يوضح الطريقة الصحيحة للأداء مع ارتباطه بالإيضاح والشرح، ثم يعقب ذلك الممارسة العملية للاعب، وينبغي ارتباط الأداء بمعرفة اللاعب لنوع الاستجابات المختلفة التي يحتمل أن يقوم بها المنافس وكذلك طريقة مجابتها مع مراعاة ضرورة تكرار الأداء وتحليل المواقف تحليلا كافيا كي يتم إستيعاب الأداء واكتسابه، ولضمان تنفيذ ذلك يؤكد مجموعة من الخبراء على أنه يجب إتباع الخطوات التالية:

- تعلم الأداء الخططي في ظروف سهلة مبسطة.
- تعلم الأداء الخططي للتغيير في طبيعة المواقف.
- تعلم اختيار نوع معين من الأداء الخططي المناسب لبعض المواقف المعينة.

4-3-3- تنمية وتطوير القدرات الخلاقة " التفاعل الخلاق مع المواقف الخططية ":

يتطلب تعلم وإتقان اللاعب الأداء الخططي أنماط سلوكية إبداعية يكون قادر على تغييرها وتعديلها طبقا لمواقف اللعب المتغيرة أثناء المنافسة الرياضية، وتأسس القدرات الخلاقة لما لدى اللاعب من معارف ومعلومات مهارية وخبرات خططية اكتسبها أثناء عملية التعلم، إذ أن إسهام القدرات الخلاقة ينحصر في محاولة الفرد في استخدام ما لديه من خبرات سابقة بصورة ملائمة ومناسبة لمواقف اللعب المختلفة لكي يحقق أقصى ما يمكن من فائدة، ومن أهم القدرات الخلاقة التي ينبغي على المدرب الرياضي تنميتها وتطويرها لدى اللاعب ما يعرف بالتفكير الخططي، أي أن التفاعل مع المواقف بقدر واسع من الابتكار والإبداع. (الفتاح، 2002، صفحة 177،178)

5- زمن الأداء كمؤشر لإنتاج الطاقة:

يعتبر زمن الأداء الفعلي معيار أو مؤشرا لإنتاج الطاقة، ويعرف زمن الأداء الفعلي بالزمن المستغرق لأداء المهارات وكذلك الزمن المستغرق لإتمام المباراة أو المسابقة، فزمن المباراة في كرة القدم 90د على شوطين، 40د على شوطين في كرة السلة...، وهكذا من هذه الأزمنة يتضح أن النظام الهوائي هو النظام السائد في إنتاج الطاقة لمثل هذه الرياضات مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأداء المهاري المنفرد لمهارات اللعبة داخل المباراة كالوثب في التصويب في كرة اليد أو ركل الكرة في كرة القدم وما إلى ذلك من مهارات يتم العمل فيها بشدة عالية ولفترة محدودة وتؤدي لعدة مرات في المباراة الواحدة.

فالأداء المهاري في حد ذاته يعتمد على النظام الهوائي والأنشطة المتشابهة من حيث طبيعة الأداء تنطبق عليها نفس القاعدة، فكرة القدم وكرة السلة و الهوكي وكرة اليد والمصارعة...، كلها أنشطة تعتمد على مهارات تستغرق أزمنا محددة داخل إطار مباريات أزمناها طويلة نسبيا.

6- العوامل الفيزيولوجية المرتبطة بأداء التحمل والعلاقة بينها:

6-1- الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين:

منذ الثلاثينات وهو معروف أن الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين للاعب التحمل في المستوى العالي مرتفع إلى حد كبير، ويعتقد أن هذه القيمة العالية نتيجة لكل من تأثير التدريب والموهبة أو الاستعداد الفطري، وقد حددت بعض الدراسات القديمة (روبنسون وآستروند) الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين في أبطال الجري بأنها تزيد عن 81.5 مللتر/كغ/د في حين أن الدراسات الحديثة حددتها بـ: 87.7 مللتر/كغ/د كأعلى قيمة، وبناء على ذلك فإن التحسن الذي حدث في نتائج المسابقات خلال النصف الثاني من القرن الماضي لا يمكن إرجاعه لزيادة الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين للاعب هذه الأيام على الرغم من أن هذا الحد يعتبر واحدا أهم عوامل النجاح في أداء مسابقات الجري الطويل المتوسط وهو ما يوضحه فرق الأداء بين لاعبي الماراتون الذين يتمتعون بحد أقصى واحد لاستهلاك الأوكسجين.

6-2- الأوكسجين المستهلك في الحركة:

ظهر في السبعينيات والثمانينات اهتمام كبير بتحديد أفضل طرق استخدام القدرة الهوائية القصوى ومسابقات التحمل، فأثناء الجري يتناسب حد استهلاك الأوكسجين مع السرعة، لذا فإنه عند مستوى سرعة معينة قد يختلف حد استهلاك الأوكسجين المطلوب من فرد لآخر وعلى الجانب الآخر فإن الفروق قد تكون قليلة أو غير موجودة عند مقارنة مجموعات من اللاعبين المتميزين من لاعبي مسافات مختلفة. ففي لاعبي المستويات العالية الذين يتميزون بفروق ضيقة في الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين، لوحظ أن اقتصاديات الجري في سرعات مختلفة ترتبط ارتباطا قويا بمستوى الأداء في سباقات 10 آلاف متر، وكما هو الحال بالنسبة للحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين، فإن هناك ارتباطا ضعيفا بين الأوكسجين المستهلك في الجري ومستوى الأداء.

6-3- القدرة الهوائية الكلية:

أي أن الأداء في مسابقات التحمل كالجري يمكن أن يتم بطرق مختلفة ويمكن مقارنة لاعبين من لاعبي المستوى العالي المختلفين في الخصائص الفسيولوجية، فالنوع الأول يتميز بالحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين العالي ولكنه غير اقتصادي في جريه، أما النوع الثاني فعكس الأول إذ يتميز باقتصاديات حركة عالية رغم أنه أقل من مستوى الحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين.

في معظم الأحيان تكون نتائج هذه الاختلافات محددة في المستوى الرقمي ويلعب كل من التدريب والموهبة دورا أساسيا في ذلك.

ولكي يمكن حساب علاقة هذه الاختلافات الفردية بمستوى الأداء فقد استخدم أسلوب الحساب للاستهلاك الجزئي للحد الأقصى لاستهلاك الأوكسجين عند الجري بسرعة محددة (15 كم/سا أو 20 كم/سا).

6-4- العتبة الفارقة اللاكتيكية:

حيث استخدمت (4مليمول/ل) كأعلى قيمة لتركيز حامض اللاكتيك في الدم في حالة الاستقرار التي يجب أن يتم المحافظة عليها أثناء الجري وهي ترتبط بالقطع السريع التي يجري بها اللاعب. (طلحة، 1997، صفحة 186، 185، 184)

7- التعب خلال أداء التمارين الرياضية المختلفة:

يكون التناسق الخاص في الأنظمة القيادية وآليات التعب مميزا للتمارين المختلفة وعند أداء تمارين القدرة اللاأوكسجينية القصوى يكون للعمليات التي تحدث منظومة العصب المركزي والجهاز العصبي - العضلي المنفذ دورا مهما جدا في تنمية التعب، وفي وقت أداء هذه التمارين يتوجب على المراكز الحركية العليا تنشيط وبشكل أقصى العدد الممكن من الخلايا العصبية الحركية الخاصة للعضلات العاملة وتأمين النبضات ذات النوعية المرتفعة فمثل هذه السيطرة الحركية المشدودة يمكن أن يحتفظ خلال عدة ثواني فقط، وينخفض تردد نبضات بصورة مبكرة ويحدث توقف في الخلايا العصبية الحركية السريعة ثم يتم استهلاك الفوسفاجينات بشكل سريع ومطلق في العضلات العامة وخاصة فوصفات الكرياتين لذا يشكل نضوب الفوسفاجينات المصادر الأساسية القادرة على تأمين مثل هذا العمل واحدا من آليات التعب الرئيسية عند أداء هذه التمارين، إن تحلل السكر اللاأوكسجيني يتضاعف بشكل بطيء لذا بعد مرور عدة ثواني من العمل بزيادة تركيز الأسيد في العضلات المتقلصة بكمية غير كبيرة، إن لأنظمة التأمين الوظيفي دورا هاما في أداء هذه التمارين وبالتطابق في تنمية التعب نظرا لنشاطها وعند أداء تمارين القدرة اللاأوكسجينية القريبة من القصوى المحددة لتنمية التعب تعمل التغيرات الجارية في منظومة العصب المركزي وفي الجهاز العضلي المنفذ بنفس الطريقة وكما هو الحال عند العمل اللاأوكسجيني الأقصى، يجب أن تؤمن منظومة العصب المركزي نبضات ذات تردد عالي لغالبية الخلايا العصبية الحركية التي تمد العضلات الأساسية العاملة بالعصب ويجري في الخلايا العضلية نفسها استهلاك شديد لتمثيل الغذائي اللاأوكسجيني القريب من الأقصى مما يؤدي إلى انخفاض سرعة تحلل الكليكوجين في العضلات من جهة ويؤدي التأثير الغير الجيد على نشاط منظومة العصب المركزي من جهة أخرى. (الخوaja، 2005، صفحة 380)

8- التطبيقات الغذائية التي تحسن الأداء في المنافسات الرياضية:

تتمثل التطبيقات الغذائية في تحسين الأداء الرياضي في الأوقات المختلفة للوجبات التي يتناولها الرياضي فيما يلي:

8-1- الغذاء خلال يومين إلى ثلاث أيام قبل المنافسة:

تتمثل الوجبات التي يتناولها الرياضيون خلال الأيام الثلاثة الأولى قبل المنافسة أهمية كبيرة بالنسبة للأداء أثناء المنافسة، لأنها تلعب دورا هاما في تزويد الجسم بالكليكوحين الذي سوف يخزن في العضلات العاملة، فالرياضي يجب أن يكون لديه المخزون الكافي من الكليكوحين عند مستوياته الطبيعية أو مستويات أعلى عندما يشارك في المنافسات الرياضية.

8-2- وجبة ما قبل المنافسة:

يرى العديد من العلماء أن هذه الوجبة يجب أن تكون قليلة جدا من أجل تحسين الأداء وتقليل الإحساس بالجوع لأن هذه الوجبات الغذائية التي تسبق المنافسة يجب ألا تتعارض مع مستوى المجهود المبذول ولا تكون المعدة ممتلئة عند المشاركة في المنافسة مما يسبب الشعور بالغثيان، وشروط هذه الوجبة هي:

- أن تكون صغيرة وسهلة الهضم لدرجة أن الفرد الرياضي لا يدخل المنافسة والمعدة ممتلئة.
- يجب أن يكون محتوى طعام هذه الوجبة مألوفاً للرياضي وذو توازن قليل وطهي جيد كي لا يسبب ألم في الهضم.

8-3- وجبة ما بعد المنافسة:

يجب مراعاة الوقت المناسب الخاص بوجبة ما بعد المنافسة لأنه يمثل أهمية كبيرة، حيث أنه يجعل استعادة تزويد العضلة بالكليكوحين أسرع عندما يكون تناول هذه الوجبات خلال الساعتان الأوليتان بعد التمرين أو المنافسة، أو الوجبات الصغيرة الدسمة والتي يوصى بها اللاعبون بعد التدريبات، يمكن أن تمد أيضا الجسم بالجلوكوز الذي يحتاج إليه الجسم لاستعادة تكوين الطاقة.

8-4- خطورة تناول الغذاء أثناء المنافسة:

إن تناول كمية من الطعام أثناء المنافسة أو التدريب سيؤدي إلى امتلاء المعدة مما يسبب حدوث ضيق في التنفس وتثاقل حركة الجسم وأحيانا الرغبة في النوم، هذا كله يسبب أثر غير ايجابي على الأداء لكن لا يضر الرياضي تناول أو شرب كمية قليلة من السوائل كالماء والعصير...، لتعويض الكمية من هذه السوائل المستهلكة أو لتجديد الطاقة. (احمد القط، 2006، صفحة 140، 136)

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن الأداء الجيد هو ثمار العمل المتواصل للرياضي فإذا كان الأداء جيد فإن الرياضي متحرر من جميع النواحي البدنية والتقنية والنفسية، فالأداء والمهارة عاملين خارجين عن نطاق طاقة الرياضي، وحسب العناصر السالف ذكرها في هذا الفصل نكون قد أعطينا نظرة شاملة عن الأداء الرياضي لكرة القدم.

الفصل الثالث

كرة القدم الحديثة

تمهيد:

كرة القدم واحدة من أشهر وأعظم وأحب الأنشطة الرياضية إلى قلوب الملايين من الأطفال وشباب العالم، ممن يمارسونها عمليا، وعشرات الملايين ممن يشاهدونها في الملاعب و من خلال برامج التلفزيون و ممن يتابعونها عبر الأثير، وممن يطالعون الأخبار وأحداثها من خلال السجلات الدورية والصحف اليومية والأسبوعية المخصصة والعامة، وأيضا الكم الكبير من الكتب التي تغمر الأسواق و التي تتحدث عن هذه اللعبة ذات الشعبية الكبيرة. (الوقاد، 2000، صفحة 9)

1- كرة القدم الحديثة:

تتميز كرة القدم الحديثة بطابع السرعة العالية الأمر الذي ساعد على سرعة انتشار اللاعبين في الملعب وقربهم من الكرة طوال زمن اللعب، ولما كانت اللعبة تتطلب من اللاعب أن يكافح ليحصل على الكرة من الخصم ويجري سريعا للحاق بها قبل خصمه، ولما كانت طبيعة اللعب تطلب من اللاعب القيام بانطلاقات سريعة مفاجئة، كما أن كرة القدم تتطلب من اللاعب أن يقوم بحركات مختلفة ومتنوعة أثناء اللعب نتيجة لتعدد المهارات الأساسية وتفرعها ليس هذا فقط الذي يجبر اللاعبين على بذل الجهد الشاق والكبير، ولكن يضاف إليه طول زمن المباراة 90 د وكبر مساحة الملعب. كل ذلك يتطلب من اللاعب مقدرة بدنية عالية وقدرة على مواجهة اللعب و الاستمرار في بذل الجهد بشدة منخفضة نسبيا طوال زمن المباراة، وبذلك يتمكن اللاعب من تغيير الأماكن دفاعا وهجوما ومسايرة طابع اللعب الحديث. (بترس، 1994، صفحة 11)

2- المتطلبات البدنية للاعب كرة القدم:

1-1- السرعة:

وهي القدرة على تحقيق الحركة في اقل وقت ممكن ، ويرى البعض إن مصطلح السرعة في المجال الرياضي يستخدم للدلالة على تلك الاستجابات العضلية الناتجة من التبادل السريع ما بين حالة الانقباض العضلي وحالة الاسترخاء العضلي. (الصفار، 1979، صفحة 63)

1-1-1- أنواع السرعة:

للسرعة عدّة أقسام وهي:

أولا: سرعة الإنطلاق:

إن سرعة الإنطلاق للاعب هي القوة الانفجارية التي تساعد على الوصول إلى أقصى سرعة ممكنة خلال الأمتار القليلة الأولى، وتعتمد سرعة الإنطلاق على قوة اللاعب وسرعة ردّ فعله. كما تعتمد على تكتيك أو تقنية الركض الصحيح الذي يساعد على القيام بالانطلاقات الصحيحة. هذا بالإضافة إلى

القوة الإرادية التي تلعب دورا مهما لإدامة الانطلاقات السريعة، فسرعة الإنطلاق مهمة بالنسبة للاعب حيث يحتاج إليها عند الانتقال من مكان لآخر وفي مدّة زمنية قصيرة. (ناجي، 1989، صفحة 123)
ثانيا: سرعة الحركة:

ونقصد بهذه الصفة أداء حركة ذات هدف محدد لمدة واحدة أو لعدة مرات في أقل زمن ممكن، أو أداء حركة ذات هدف محدد لأقصى عدد من المرات في فترة زمنية قصيرة ومحددة، وهذا النوع من السرعة غالبا ما يشمل المهارات المعلنة التي تتكون من مهارة حركية واحدة، والتي تؤدي مرة واحدة مثل ركل الكرة، تصويب الكرة، المحاورة بالكرة.

وفي بعض الأحيان يطلق على هذا النوع من السرعة مصطلح "سرعة حركة الجسم" نظرا لأنه بأجزاء أو مناطق معينة من الجسم فهناك السرعة الحركية للذراع أو السرعة الحركية للرجل، وعموما تتأثر السرعة الحركية لكل جزء من أجزاء الجسم بطبيعة العمل المطلوب واتجاه الحركة المؤداة.

ثالثا: سرعة رد الفعل:

إن سرعة ردّ الفعل هي انعكاس وظيفي لكفاءة الجهاز العصبي المركزي حيث يعرف "بالزمن الواقع ما بين أول للحركة حتى اكتمالها". فلجسم الإنسان قابلية على اكتساب صفة إرادية بتغيير وضعه من حالة إلى أخرى، وبالتكرار تكون تلك الحركات لا إرادية كالقفز أو الركض والضرب والانتباه نحو المثيرات الخارجية ويمكن أن تطلق على هذه الاستجابة ردّ الفعل المكتسب، أما ردّ الفعل الطبيعي فهو صفة وراثية وهي أساس ردّ الفعل المكتسب. (خريبط، 1989، صفحة 65، 79)

2-1-2- طرق تنمية السرعة:

يمكن تطوير السرعة بشكل منفصل أو بشكل عام في القسم الثاني من المرحلة التحضيرية وخلال مرحلة المنافسات، ويتم تطوير السرعة من خلال مايلي:

2-1-2-1- طريقة التكرار بأقصى جهد:

وفيها يتم تكرار الحركة البسيطة والمعقدة مع أقصى قوة ممكنة وفترة استراحة يجب أن تكون كافية للعودة إلى الحالة الطبيعية.

2-2-1-2- طريقة تنفيذ ردّ الفعل على حافز غير متوقع:

تتطور سرعة ردّ الفعل عند اللاعب بتقويم الحالة التي تساعد به بسرعة وبشكل مؤثر على حل الواجب المطلوب في اللعب و يستخدم لذلك ردّ الفعل البسيط وردّ الفعل المعقد.

2-2-1-3- طريقة إعادة الحركة في الظروف السهلة:

تستخدم هذه الطريقة لتطوير السرعة الثالثة (انطلاقات ورفع مقدرة نسبة التكرار الحركي للقدم أعلى

من) وفي هذه الظروف تتطور ما يسمى (السرعة العليا) والتي تكون على حافز السرعة ويتخطى السرعة المتطورة للاعب. (الدليمي، 1990، صفحة 15)

2-1-3- أهمية السرعة:

إن السرعة تعمل على سلامة الجهاز والألياف العضلية لذا فالتدريب عليها ينمي ويطور هذين الجهازين لما لهما من أهمية وفائدة في الحصول على النتائج الرياضية والفوز في المباراة كما أن هذه الصفة لها أهمية كبيرة من الناحية الطاقوية التي تساعد على زيادة الخزينة الطاقوية من الكرياتين فوسفات (CP)، وأدينوزين ثلاثي الفوسفات (ATP).

2-2- القوة:

القوة صفة بدنية أساسية وهدف مهم من أهداف الإعداد البدني، وهي خاصية حركية تشترك في تحقيق الإنجاز والتفوق في اللعب، وهي من العوامل الجسمية الهامة للإنجاز. (الصفار، كرة القدم، 1987، صفحة 199) وبالتالي هي صفة من الصفات الهامة للنشاط الرياضي، ومن العوامل المؤثرة في ممارسة الألعاب الرياضية. (حسين، 1984، صفحة 35)

ويعتبر الكثير من المختصين في التربية الرياضية أن القوة العضلية مفتاح النجاح والتقدم والأساس لتحقيق المستويات الصحية لمختلف الأنشطة الرياضية. (سلامة، 1980، صفحة 133) وعلى هذا الأساس فإننا نرى أن صفة القوة من الصفات الهامة التي من الضروري أن يتمتع بها كل ممارس للنشاط الرياضي وللاعب كرة القدم على وجه الخصوص وأن يسعى إلى اكتسابها من خلال ممارسته للنشاط.

2-2-1- أنواع القوة:

تقسم صفة القوة إلى قسمين أساسيين هما:

-القوة العامة.

-القوة الخاصة.

أولاً: القوة العامة:

ويقصد بها قوة العضلات بشكل عام، والتي تشمل عضلة الساقين والبطن والظهر والكتفين والصدر والرقبة، وتقوية هذه المجموعات من العضلات هو الأساس للحصول على القوة الخاصة.

ويمكن الحصول على القوة العامة عن طريق:

-تمارين الجمباز بأنواعها المختلفة.

- التمارين بواسطة الكرات الطبية.

- التدريب الدائري. (ناجي، 1989، صفحة 13)

ثانياً: القوة الخاصة:

ونقصد بها تقوية بعض العضلات التي تعتبر ضرورية وخاصة لمتطلبات اللعبة حيث تمثل هذه الصفة القاعدية الأساسية التي يبنى عليها صفتي تحمل السرعة وتحمل القوة فقوة السرعة تعتمد على قدرة الجهاز العصبي والعضلي للتغلب على المقاومات بأكبر سرعة ممكنة وتمثل في الحركات التي تستدعي القوة الانفجارية أما قوة التحمل فهي مقدرة الجسم على مقاومة التعب عن أداء مجهود يتميز بالقوة ولمدة زمنية طويلة. (مختار، 1990، صفحة 61)

2-2-2-2 طرق تطوير صفة القوة:

لضمان التطوير العالي لقدرات القوة تستعمل ثلاث طرق منهجية هي:

2-2-2-2-1 طريقة المنهجية الطويلة:

تستعمل فيها أحمال خفيفة ومتوسطة (4%-6%) بأقصى عدد ممكن من الإعادات، هذه المنهجية ضرورية لزيادة القطر الفيزيولوجي العضلي ووزن جسم الرياضي والتحضير الوظيفي لجسم الرياضي.

2-2-2-2-2 طريقة المنهجية الشديدة:

وتتميز بإنجاز التمرينات بأحمال محددة مرة أو مرتين بشدة عالية فالحمولة الحديدية للتدريب هي الحمولة التي تستطيع التحمل وبدون ضغط هذه المنهجية تقوم بالتناسق العضلي والذي يسمح بزيادة القوة.

2-2-2-2-3 طريقة منهجية الجهد الديناميكي:

هذه المنهجية مستعملة بكثرة لتطوير صفات والسرعة، تستعمل من أجل تلك الحمولة وأثقال لا تتنافى مع تقنية الحركة (تستعمل أثقال ذات 3-5%) من بنية الرياضي وهناك طريقتان آخرتان تمثلان عاملين مهمين في تطوير القوة هما:

- طريقة القوة العضلية دون التركيز على نشاط تبادل العمليات الكيميائية مما يؤدي إلى عدم التضخم.
- طريقة تطوير القوة العضلية بالتركيز على نشاط العمليات الكيميائية الذي يؤدي إلى التضخم العضلي.

2-2-3 أهمية القوة:

للحظة أهمية كبيرة في لعبة كرة القدم فهي تعني التقوية العامة لجسم اللاعب بالإضافة إلى تنمية مجموعة العضلات التي تساعد على زيادة السرعة في حركات اللاعب. (حسنين، 1997، صفحة 33)

- تزيد من المدخرات الطاقوية للجسم: مثل الفوسفو كرياتين والغليكوجين.

- تربي لدى الرياضي الصفات الإرادية المطلوبة في اللعبة (الشجاعة، الجرأة، العزيمة).
 - تسهم في تطوير عناصر الصفات البدنية الأخرى التحمل والسرعة والرشاقة.
- تعتبر محمدا هاما في تحقيق التفوق الرياضي كما أنه كلما كانت عضلات اللاعب قوية فإنها تقلل من فرص إصابات المفاصل. (dornhof، 1993، صفحة 72)

3-2- المرونة:

هي قدرة اللاعب على الأداء الحركي بمدى واسع وسهولة ويسر نتيجة إطالة العضلات والأربطة العاملة على تلك المفاصل لتحقيق المدى اللازم للأداء في كرة القدم، فهي الصفة التي تسمح للرياضي باستعمال أحسن وأوسع وأعلى لكل قدراته حيث تساعده على الاقتصاد في الوقت والجهد أثناء التدريب كما تساعده في:

- قدرة التعلم السريع لحركة رياضية ما.
 - قدرة اخذ القرار بسرعة أثناء حالة تنافسية.
 - قدرة التكرار لتمرين الدقة.
- وقد ظهر أن الأنشطة الرياضية التي يكون فيها احتكاك مباشر مع الخصم تتطلب مستوى من المرونة أعلى من المتوسط أو المستوى الطبيعي لبعض المفاصل خاصة مفصل الركبة، حيث أن المرونة تحد من وقوع الإصابات المختلفة. (رضوان، 1990، صفحة 318)

3-2-1- أنواع المرونة:

تنقسم المرونة إلى نوعين من ناحية المدى الحركي وهما:

أولاً: المرونة الديناميكية:

ويطلق على هذا النوع من المرونة مصطلح المرونة الإيجابية، ويقصد بها القدرة في الوصول إلى مدى حركي كبير في مفصل من مفاصل الجسم من خلال نشاط العضلات العاملة على هذا المفصل، ويكون ذلك واضحا مد ودرجة الأطراف العليا والسفلى في الحركات المختلفة.

ثانياً: المرونة السلبية:

ويقصد بها المدى الواسع للحركة والتي تحدث نتيجة لبعض القوى الخارجية باستعمال الأدوات، ولها أهمية كبيرة لدى لاعب كرة القدم خاصة عند تعامله مع الكرة وضد الخصم. ويتحدد المدى الحركي في المصل على عدة عوامل مختلفة

- التركيب التشريحي لعظام المفصل.

- الأربطة المحيطة بالمفصل.
- تأثير عمل القوة على مدى أطول، فالأفراد الذين يمتلكون صفة المرونة يمكنهم توليد قوة أكبر. (ابراهيم أحمد، 1999، صفحة 60، 45)

2-3-2- طرق تطوير المرونة:

- يتم تطوير المرونة ضمن حدود المدى التشريحي للمفصل حيث يتطابق مع مستلزمات مسار الحركة أو الأداء الحركي دون صعوبة في تكرار الحركة، ويعتمد تطوير المرونة على الجانب التشريحي والجانب التوافقي والذي يتطلب التركيز عليها خلال عملية التدريب الرياضي ويجب مراعاة القواعد اللازمة عند تطوير المرونة.

- أن يكون اختبار التمارين طبقاً لمستلزمات المنافسات ومستوى الرياضي.
- تغيير التمارين إلى مختلف الجهات وزيادة توسيع مجال الحركة لدى الرياضي وأن يتمكن من استعمال المرونة التي يحصل عليها بأشكال مختلفة.
- يجب وضع خطة علمية مبرمجة عند تطوير المرونة.
- إعادة الحركة عدة مرات الذي يؤدي على تسارع الحركة.
- استعمال سلاسل التمارين إلى الحد الأقصى للمدى الحركي بالتدرج والتدريب الدائم ضمن مجال الجلد الأعلى للحركة الذي يحقق تقدم المستوى ويعمل في الوقت نفسه على بناء الأداء الأمثل ذو النوعية الجيدة.
- تستمر الفترة الزمنية بين السلاسل باستعمال تمارين الاسترخاء.
- يستمر التدريب على المرونة في حال الوصول إلى درجة من المرونة. (مختار، 1990، صفحة 71)

2-3-3- أهمية المرونة:

- إن انعدام المرونة في جسم الرياضي يؤدي إلى نشوء الصعوبات التالية:
- عدم قدرة الرياضي على إكساب وإتقان وأداء المهارات الأساسية بالكرة أو بدونها.
- صعوبة تنمية الصفات البدنية الأخرى السرعة، القوة، التحمل، الرشاقة.
- سهولة الإصابة بالتمزقات في العضلات والأربطة.
- بذل الكثير من الجهد عن أداء بعض الحركات المعينة.

2-4- التحمل:

ويعني التحمل أن اللاعب يستطيع أن يستمر طوال زمن المباراة مستخدماً صفاته البدنية و كذلك قدراته مهارية والخطوية بإيجابية وفعالية بدون أن يطرأ عليه التعب أو الإجهاد الذي يعرقله عن دقة وتكامل

الأداء بالقدر المطلوب طول المباراة. (taelman، 1990، صفحة 25)

2-4-1- أنواع التحمل:

يمكن تقسيم التحمل إلى نوعين:

- تحمل عام - تحمل خاص.

أولاً: التحمل العام: وهو أن يكون الرياضي قادراً على اللعب خلال مدة اللعب القانونية المحددة للمباراة، دون صعوبات بدنية، وعليه يجب أن يكون قادراً على الجري بسرعة متوسطة طيلة فترة المباراة ويكون الاهتمام بالتحمل العام في الفترة الإعدادية الأولى في مرحلة الإعداد البدني، ويعتبر التحمل العام أساس التحمل الخاص.

ثانياً: التحمل الخاص: ويقصد به الاستمرارية في الأداء بصفات بدنية عالية وقدرات مهارية وخطوية متقنة طول مدة المباراة دون أن يطرأ على اللاعب التعب. (إسماعيل، 1989، صفحة 98)

ومن الممكن أن تقترن صفة التحمل بالصفات البدنية الأخرى، فنجد ما يسمى بتحمل القوة وتحمل السرعة أي القدرة على أداء نشاط متميز أو بالسرعة لفترة طويلة، من أهم الصفات البدنية للاعب كرة القدم الحديثة، وهذا لا يعني أن يستطيع أن يجري بأقصى سرعة ممكنة له في أي وقت خلال زمن المباراة. (بطرس، 1994، صفحة 516)

2-4-2- طرق تطوير التحمل:

إن الوصول إلى مستوى بناء وتطوير صفة التحمل يتطلب استعمال طرق ووسائل رئيسية مختلفة واختيار واحد مكن الطرق ونسب حصتها في التدريب الفردي ومقدار البناء ومرحلة التدريب، فهناك طرق ووسائل مباشرة وغير مباشرة، بحيث إذا توفرت مستلزمات الألعاب والفعاليات الرياضية يؤدي ذلك إلى استعمال واجبات البناء والتطور المناسب في الإعداد العام والخاص، ويظهر الترابط الأمثل بين الطرق والوسائل لبناء التحمل وتطويره عند التدريب الرياضي، حيث يجب انسجام صفة التمرين مع تبادل العلاقة بين مسار مكونات التحمل وعناصره، وأكد الباحثون أهمية طرائق التدريب في زيادة بناء التحمل العام والخاص وتطويرها.

إن التغيرات الإرادية للشدة والوزن الحركي تؤدي إلى إزالة التعب خلال التحمل، بينما تؤدي تغيرات المسار الحركي إلى بناء قابلية التحمل وتطويره، حيث تؤكد الدراسات على أهمية تكييف الأجهزة الوظيفية من أجل الحصول على المستوى العالي في الألعاب وفعاليات التحمل.

كما تؤكد على توافر علاقة وثيقة بين تطور التحمل الخاص وزمن التدريب الفكري، إذا تم تحقيق نظرية التكيف، ففي حالة صعوبة انسجام وظيفة الأجهزة جميعاً يجب تغيير الشدة وتكييف الأجهزة الوظيفية على الحمل الدائم.

2-4-3- أهمية التحمل:

يلعب التحمل دورا هاما في مختلف الفعاليات الرياضية وهو الأساس في إعداد الرياضي بدنيا حيث أظهرت البحوث العلمية في هذا المجال أهمية التحمل فهو يطور الجهاز التنفسي ويزيد من حجم القلب واتساعه وينظم الدورة الدموية ويرفع من الاستهلاك الأقصى للأوكسجين (O_2) كماله أهمية كبيرة من الناحية البيوكيميائية فهو يساعد على رفع النشاط الإنزيمي ورفع محسوس لمصادر الطاقة ويزيد من فعالية ميكانيزمات التنظيم، بالإضافة إلى الفوائد البدنية الفيزيولوجية التي يعمل التحمل على تطويرها. كما يعمل على تنمية الجانب النفسي للرياضي وذلك بتطوير صفة الإرادة في مواجهة التعب. (حسين ق.، 1998، صفحة 481)

2-5- الرشاقة:

تعرف على أنها القدرة على التوافق الجيد للحركات بكل أجزاء الجسم أو بجزء معين منه كاليدين أو القدم أو الرأس. (محمد عوض، 1982، صفحة 57) وبجسب "وحيد محجوب" فالرشاقة هي استعداد جسمي وحركي لتقبل العمل الحركي المتنوع والمركب، وهي إستعاب حركي وسرعة في التعلم مع أجهزة حركية سليمة قادرة على الأداء. (محجوب، 1989، صفحة 87)

ويمكن التعبير عن الرشاقة بأنها مقدار اللاعب على استخدام أجزاء جسمه بأكملها لأداء الحركة بمنتهى الإتقان مع المقدرة على تغيير إتجاهه وسرعته بطريقة انسيابية.

2-5-1- أنواع الرشاقة:

هناك نوعين من الرشاقة يمكن ذكرهما فيما يلي:

-رشاقة عامة.

-رشاقة خاصة.

أولا: الرشاقة العامة: هي نتيجة تعلم حركي متنوع إي توجد في مختلف الأنشطة الرياضية.

ثانيا: الرشاقة الخاصة: وهي القدرة على الأداء الحركي المتنوع حسب التكتيك الخاص لنوع النشاط الممارس وهي الأساس في إتقان المهارات الخاصة باللعبة. (مختار، 1990، صفحة 69)

2-5-2- مكونات الرشاقة:

2-5-2-1- الدقة: هي القدرة في السيطرة على الحركات الإرادية نحو شيء معين، هذه الصفة مرتبطة بصفات أخرى مثل الإدراك الإيقاعي والتميز.

2-5-2-2- التوافق: يعرف على أنه القدرة على إدماج حركات من أنواع مختلفة في إطار واحد.

(سويد، صفحة 7)

2-5-3- طرق تطوير الرشاقة:

ما من شك في أن تعدد طرق تدريب الرشاقة من الأهداف الرئيسية للتدريب الرياضي والطرق الرئيسية التي تستخدم في تدريب الرشاقة هي الطرق الشائعة لطريقة التدريب الدائم والفتري والتكراري إلا أن هناك أساليب تستخدم من أجل تنفيذ هذه الطرق وتحصل زيادة في زمن الجهد المبذول عند تكامل الحركة وتزداد الصعوبة بصورة دائمة في زمن إضافي للحصول على التمارين الإضافية. كما يحصل تداخل بين التصرفات التي يتم التكيف عليها مع التصرفات التي يتم التكيف عليها في بناء الرشاقة وتظهر الطرق التي تحقق مسار بناء الرشاقة وفق ثلاثة أساليب هي:

- تغيير كل صفة من الصفات بشدة أو جميع التصرفات الحركية التي يتم التكيف عليها بحيث يتم تنفيذ حركات الرشاقة.

- القيام بربط التصرفات التي يتم التكيف عليها مع التي لم يتم التكيف عليها.

- يجب تنويع حركات الرشاقة التي يتم التكيف عليها.

إن أي أسلوب من الأساليب السابقة يمكن تنفيذه وفق طرق متعددة، ويجب التركيز في فن الأداء الحركي على الحركات التي يتقنها الرياضي والتي تدخل تحت نطاق اللعبة الرياضية فضلا عن الحركات التي تدخل في نطاق الصفات البدنية والتي يزاؤها الرياضي وفق ظروف ثابتة.

إن أهم الوسائل لتطوير الرشاقة تتم بواسطة الآتي:

- مقدار المقاومة التي يتم التسلط عليها في المنافسة الرياضية طبق لوزن الرياضي.

- تغيير شدة الرياضي لتمرين المنافسات والتمارين المساعدة.

- مقدار المقاومة أثناء استعمال التمارين الخاصة، الثابتة والمتحركة وخلال تطوير الرشاقة الجديدة يجب الإلتباه إلى:

أ- ضبط حركات الرشاقة الجديدة وإضافة بعض تمارين الرشاقة باستمرار لضمان رصيد عدد الحركات حيث يؤدي تعلم التوافق الحركي الجديد إلى زيادة علاقته بالحركات القديمة.

ب- تعلم حركات جديدة دون إنقطاع بينما تضعف الرشاقة عند تعلم حركات جديدة خاصة في الألعاب والفعاليات التي تحتاج على ضبط تمارين صعبة.

ج- تطوير القوة والسرعة التي يتطلبها الأداء الحركي طبقا لقواعد تنميتها.

د- وضع تمارين تطوير الرشاقة في بداية الوحدة التدريبية. (حسين ق.، 1998، صفحة 631)

2-5-4- أهمية الرشاقة:

للرشاقة أهمية جوهرية في الألعاب التي تعتمد على الأداء المهاري والخططي كما أنها تلعب دورا هاما في تحديد نتائج المنافسة خاصة التي تتطلب الإدراك الحركي فيها، التعاون والتناسق وتغيير المراكز والمواقف ويتضح جليا دور الرشاقة في تحديد الإتجاه الصحيح للأداء الحركي وكذلك في الحركات المركبة والتي تتطلب من اللاعب إعادة التوازن فورا في حالة فقدانه توازنه كإلصطدام. ويمكن تلخيص أهمية الرشاقة في أنها تسمح بتجنب الحوادث والإصابات و إقتصاد في العمل الحركي والتحكم الدقيق في المهارات الأساسية للرياضي ، كما تساعده على سرعة تعلم المهارات الحركية وإتقانها وبالتالي تطوير التكنيك. (weinek، 1986، صفحة 25)

3- الخصائص النفسية للاعب كرة القدم:

تتمثل الخصائص النفسية للاعب كرة القدم في الخصائص الخلقية وفي الطباع وفي مستوى المشاعر وروح الفريق، العمل والعقلانية... الخ ومن جهة أخرى تتمثل في التوازن الانفعالي، فلا بد من مراعاة هذان العاملين تجاه السوابق العائلية المدرسية والاجتماعية للاعب كرة القدم فالتوازن الانفعالي يتجلى من خلال القدرة على السيطرة على الدوافع والانفعالات.

عموما أبطال العالم العدوانيون قادرون على تحويل عدوانيتهم إلى تصارع وبهذه الطريقة قادرون على الاستجابة بشكل هادف في مواقف غير منتظرة والمحافظة والتحكم بشكل سريع والتقييم بدقة لقائهم وطريقة لعبهم وكذا تحمل قرارات الحكام وتجاوزات الجمهور والخروج بنتائج إيجابية من الهزيمة فضلا عن ذلك مع تطور المعاناة البسيكولوجية. (Akramov، 1985، صفحة 38)

4- المدرب الرياضي الحديث:

المدرب لرياضي الحديث هو الشخصية التي يقع على عاتقها القيام بتخطيط وقيادة وتنظيم الخطوات التنفيذية لعمليات التدريب وتوجيه اللاعبين خلال المنافسات.

-المدرب هو المحرك الرئيسي لعمليات التدريب وقيادة المباريات.

-المدرب شخصية تربوية تؤثر تأثيرا مباشرا في التنمية الشاملة المترنة للاعبين.

-انجاز عمليات التدريب الرياضي ونجاحها يعتمد في الأساس على توافر خصائص وسمات وقدرات ومعارف ومهارات محددة لدى المدرب.

-واجبات المدرب لا تقتصر على الملعب فقط بل تمتد إلى عمليات أخرى متممة خارجها مثل التوجيه والإرشاد النفسي وغيرها. (حنفي، 2000، صفحة 31)

4-1- صفات المدرب الرياضي الحديث:

فيما يتعلق بالصفات التي يجب أن يتحلى بها المدرب الرياضي الحديث:

- حسن المظهر.
- الصحة الجيدة.
- القدرة على قيادة الفرق الرياضية.
- الثقافة والمعلومات التدريبية في الرياضة التخصصية والمقدرة على تطبيقها.
- حسن التصرف.
- التمسك بمعايير الأخلاق (الأمانة، الشرف، العدل، المثابرة، الولاء، المسؤولية، الصدق).
- التمتع بالسمات الشخصية الايجابية (الثبات الانفعالي، الانبساطية، الصلابة، التحكم الذاتي، الاجتماعية).
- يجب أن يكون مثالا أعلى و نموذجا يحتذى به محبا لعمله مخلصا له، يوفر له الوقت الكافي.
- التمتع بالسمات النفسية الايجابية (التنظيم، المثابرة، الإبداع، المرونة، القدرة على النقد، موضع ثقة).

2-4- فلسفة المدرب الرياضي:

ما نعنيه بالفلسفة هنا هو: معتقدات ومفاهيم وموافق ومبادئ وأهداف وقيم المدرب التي تحكم أفعاله وتصرفاته.

- يحتاج الإنسان إلى ما يقود تفكيره و يوجه أفعاله بدءا من تنشئته الاجتماعية حتى نهاية حياته، والمدرب كفرد من أفراد المجتمع يكون فلسفته في الحياة من خلال تفاعل العديد من المؤثرات التي تقابله خلالها.

- تتأثر فلسفة المدرب في التدريب بدرجات إدراكه للمشكلات الخاصة به.

- تؤثر فلسفة المدرب إلى ابعاد الحدود بالفلسفة التي يؤمن بها، فهو ينظر إلى المعارف والمعلومات المتعلقة بالعلوم الرياضية في كافة المجالات الفيزيولوجية ام علوم التعلم أو الإدارة وغيرها من خلال تلك الفلسفة. (حنفي، 2000، صفحة 32)

5- مميزات كرة القدم الحديثة:

- ارتفاع مستوى لياقة اللاعبين لدرجة الامتياز وبالتالي يصل اللاعب إلى درجة ومستوى ثابت واستقرار المهارات يمكنه من إتقانها مهما تنوعت هذه المهارات أو تغيرت الظروف و ارتفاع مستوى الأداء المهاري للاعبين وهذا مرتبط بلياقته فكلما كانت لياقة اللاعب البدنية مرتفعة كلما ظهرت مقدرته الفائقة على أداء المهارات بقدرة وحذق أثناء تحركاته وجريه داخل الملعب.

-لقد بدأت كرة القدم الحديثة اللعب ببطء وأصبحت تتسم بالسرعة في نقل الكرة عن طريق اللعب المباشر السريع وعدم تعطيل الكرة مع الجري باستمرار لتغيير المراكز بين اللاعبين وذلك يعمل على خلخلة دفاع الخصم وتتولد فقط فراغات أمام المرمى يمكن الوصول منها إلى الهدف.

-ومن صفات اللعب الحديث: كثرة المدافعين حتى لا يترك مهاجم يفعل ما يشاء الأمر الذي دعا إلى إشراك خط الوسط وبعض لاعبي خط الدفاع في عملية الهجوم وذلك بالتحرك السريع المستمر لأخذ الأماكن المناسبة لاستقبال الكرة واللعب المباشر والتحرك ثانياً، وهذا من شأنه الدفاع المتكامل.

-إن ارتفاع مستوى أداء اللاعبين المهاري مع زيادة سرعة اللاعب جعل عملية الاستحواذ على الكرة مهمة صعبة تتطلب من اللاعب أن يتصف أدائه بالقوة في حدود القانون أي اللعب الرجولي.

-إن اللعب الحديث يتطلب من اللاعب أن يكافح للاحتفاظ بالكرة وكذلك الاستحواذ عليها من الخصم أو الجري السريع لأخذ مكان خال أو اللحاق بالكرة قبل الخصم.

- كما أن المجهود العصبي الذي يبذله اللاعب حاليا كبيرا جدا نتيجة للتغيير والتبديل بين اللاعبين لأماكنهم بين الهجوم و الدفاع وسرعة نقل الكرة نتيجة لعدم احتفاظ اللاعب بها ولكن لعبها مباشرة، كما أن كبر مساحة الملعب و طول وقت المباراة تتطلب كل هذا من اللاعب شد عصبي كبير، أضف إلى ذلك التأثيرات الخارجية المحيطة بالملعب عندما يثور لأي سبب، كل هذا يؤثر في الأجهزة العصبية للاعبين. (بطرس، 1994، صفحة 09)

- إن لاعبي كرة القدم الآن تتميز حركاتهم بالقوة كالوثب لضرب الكرة بالرأس والكفاح لاستخلاص الكرة بالجرى بها والتصويب على المرمى، كل هذا يتطلب مجهودا عضليا متميزا بالسرعة الغير عادية ولكن هذا الإيقاع الحركي السريع يجب أن تتوفر له عدة صفات ليس فقط دقة التمرير في الوقت المناسب وإنما أيضا تحرك اللاعبين داخل الملعب ومدى قدرتهم على تنفيذ كمية كبيرة من المجهود المتميز بالشدة القصوى.

- أصبح النشاط الحركي للاعب كرة القدم أثناء المباريات أو التدريب متعدد ومتربط فيما بينهم وعلى علاقة عضوية منظمة تتم في ظل نظام ديناميكي يخضع لاتصالات مرتدة (التغذية الرجعية).
- و أخيرا فان الذي يميز كرة القدم الآن هم نجاح معظم مدربي الكرة في الدول الرائدة في هذا المجال إلى حسن توجيه أداء اللاعب الحركي خلال المباراة وذلك بالاهتمام بضرورة إتقان المهارات الحركية لدى اللاعب وثبات واستقرار مستوى أدائه لها بالإضافة إلى درجة عالية في نمو الصفات البدنية كالقوة والسرعة والمرونة والرشاقة والتحمل مع قدرات أخرى تتعلق بالنواحي العقلية كالذكاء والإدراك والانتباه.

6- طريقة نظام اللعب الحديثة في كرة القدم:

هي توزيع أمثل للاعبين الفريق في مساحة الملعب يمكنهم من الانتقال من حالة الهجوم الى حالة الدفاع والعكس بسهولة ويسر ويراعى فيه العناصر التالية:

- استخدام قدرات وخصائص اللاعبين أفضل استغلال.
- وضع المناطق من حيث أهميتها في الاعتبار.
- تناسب التوزيع بالنسبة لمساحات طول الملعب وعرضه المطلب الواقعي من المباراة.
- توزيع اللاعبين وخصائصهم من حيث اللعب وخاصة اللعب الفردي لكل لاعب.
- طريقة نظام اللعب يمكن ملاحظتها بسهولة عند توقف الكرة لبدأ الهجوم أو الدفاع.

تؤدي طريقة نظام اللعب بحيث يؤثر فيها المطلب الواقعي من المباراة فمثلا تركز على الشق الدفاعي للانطلاق منه إلى الشق الهجومي إذا ما كان الفريق المنافس فريقا أقوى كما قد تركز في التأكيد على الشق الهجومي في حالة ما إذا كان الفريق المنافس أضعف أو متساويا تقريبا.

7- إعداد اللاعبين:

1-1-7- الإعداد البدني:

يعرفه حنفي محمد مختار بأنه تطوير الصفات البدنية العامة و الخاصة للاعب ولا يعني إغفال تنمية الصفات البدنية العامة التي تكمل عملية الإعداد البدني السليم وتساعد في قدرة اللاعب على الأداء البدني المطلوب. (حنفي محمود، 1998، صفحة 98)

و يعرفه كذلك بأنه " كل الإجراءات المدونة والتمارين التي تؤدي في الملعب والتي يحددها الملعب من حيث الشدة و الحجم وزمن أدائها ومكانها من وحدة التدريب و ذلك وفقا لبرنامج التدريب السنوي والشهري و الأسبوعي واليومي. (مختار، 1990، صفحة 55)

1-1-7- الإعداد البدني العام:

ويهدف إلى تطوير الكفاءة البدنية لمواجهة متطلبات اللعب و هذه المتطلبات هي المكونات الأساسية للياقة البدنية العامة المكونة من التحمل و القوة... الخ كما يهدف إلى رفع القدرات الفيزيولوجية والبدنية لدى الرياضي.

1-1-2- الإعداد البدني الخاص:

و يهدف إلى تنمية الصفات البنية الضرورية التي بدورها لها أهمية كبيرة في إعطاء القابلية للاعب كي يتمكن من إتقان المهارات الحركية الأساسية في حالة فقدان اللاعب للصفات البدنية الضرورية.

7-1-3- أهمية الإعداد البدني:

يرتبط الإعداد البدني ويتحدد وفقا للمتطلبات البدنية الخاصة بكرة القدم حيث يحتاج لاعب كرة القدم إلى مستوى عالي من اللياقة البدنية التي تتيح له الاستفادة من المهارات بدرجة عالية واللياقة البدنية لها أثر مباشر على المستوى الفني للأداء، ولذلك فإن التدريب على اللياقة البدنية يكون أيضا خلال التدريب على التمارين الأساسي و التمارين الخطئية، ولذلك ترتبط اللياقة بالأداء المهاري والخططي والتمارين التي تنمي الصفات البدنية للاعب، أما أثناء المباريات فتقل هذه التمرينات ولكن لا تهمل، وتعطى تمارين بناءية خاصة من منتصف فترة الإعداد وخلال فترة المباريات، وإذا أردنا معرفة عوامل حدوث الإصابات الرياضية وهي ترجع لعدة عوامل من بينها الإعداد البدني غير المنتظم أو الناقص أو الزائد أو التخطيط الغير سليم واختار تمارين غير مناسبة من طرف المدرب و عدم التحكم في شدتها وحجمها هذه كلها من الأسباب التي تضع اللاعب عرضة للإصابة أو وصول اللاعب إلى مرحلة الإجهاد.

7-2- الإعداد النفسي:

إن الإعداد النفسي نعني به كل الإجراءات والواجبات التي يضعها المدرب بهدف تثبيت السمات الإدارية وتنمية القيم الخلقية لدى اللاعب. وله أهمية كبيره مثله مثل الإعداد البدني وغيره من الإعدادات ومنها (المهارية والخطئية) والمدرب هو الذي يخطط له أثناء الموسم كما يخطط تماما للنواحي الأخرى ولا يقل الإعداد النفسي عن البدني و خاصة بالنسبة للإصابات التي تستغرق وقتا طويلا لعودة اللاعب مرة أخرى لمزاولة النشاط (حنفي محمود، 1998، صفحة 321) فبعض اللاعبين لا يتمتعون بصفات إرادية تجعلهم مؤهلين نفسيا لتقبل العلاج والتدريب والالتزام بالبرنامج وذلك لياسهم الشديد وإحساسهم بعدم العودة لممارسة النشاط مرة أخرى، وهذا الأمر الذي يبرز أهمية الإعداد النفسي. (شعلان، 1994، صفحة 337)

7-3- الإعداد الذهني:

يهدف الإعداد الذهني في التدريب الرياضي إلى إعطاء اللاعبين مجموعة من المعلومات عن صحة أداء المهارات الأساسية الكروية، والتعرف و فهم خطط اللعب المختلفة، والتعرف وفهم طريقة اللعب وخطه كل مباراة، و واجبات كل لاعب في الخطه، وتخزين المعلومات واسترجاعها خلال المباريات وفقا لعوامل مختلفة.

وقد يتعرض الفرد سواء أثناء الممارسة الرياضية أو في غضون عمليات التدريب والمنافسة الرياضية لبعض المواقف التي تنتج عنها الاصابة أو تحدث، وهنا تمكن أهمية الاعداد الذهني لأنه يكسب اللاعبين الخبرات

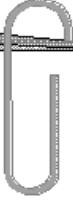
المهارية والخطئية لتجنب تلك الإصابة، ولا يترك المواقف المختلفة تمثل تحدياً لتفكير وقدرات اللاعب على التصرف السليم أثناء المباريات والتدريب في تجنب الإصابة. (مختار، 1990، صفحة 285)

8- الحركات الرياضية وعلاقتها بالإصابات:

كما سبق وأشرنا فان عملية التدريب أو الإعداد عملية معقدة ودقيقة في كرة القدم، والتحكم فيها يتطلب الكفاءة والمهارية العالية، حيث أن الخطأ في هذا يجعل الإعداد إما غير كافي أو أكثر من اللازم، أي إما نقص في اللياقة أو الإجهاد، وهذا بالضرورة يزيد من احتمال تعرض اللاعب للإصابة.

الخاتمة:

إن تطور كرة القدم لن يتوقف عند هذا الحد سواء من حيث اللعب أو من حيث القوانين التي تتحكم فيها، فنلاحظ أن منظومة اللعب تتطور في ظل متطلبات كرة القدم الحديثة ولكنها تتماشى مع الجيل الذي تم فيه هذا التغيير. وعموماً فإن رياضة كرة القدم أصبحت أكثر شعبية في العالم وهذا ما جعل الدول تهتم أكثر بها وحتى الشركات العالمية أكثر من رياضة أخرى وفي الأخير نستخلص بان هذه الرياضة لن يتوقف تطورها، ولكنها ستبقى في تطور مستمر من حيث طريقة اللعب.



الباب الثاني

الدراسة املبرانية

الفصل الأول

الإجراءات اطلبانية للبحث

تمهيد:

إن طبيعة المشكلة التي يطرحها بحثنا تستوجب علينا التأكد من صحة أو عدم صحة الفرضيات التي قدمناها بداية دراستنا لذا وجب علينا القيام بدراسة ميدانية بالإضافة إلى الدراسة النظرية، لأن كل بحث يشترط تأكيده ميدانياً. وللقيام بالبحث الميداني وجب علينا القيام ببعض الإجراءات التي تساهم في ضبط الموضوع وجعله منهجياً وذو قيمة علمية من خلال معالجة كل حيثياته من حيث الدراسة الأولية والأسس العلمية للمنهج المتبع في الدراسة.

1- منهج البحث:

نظراً لأهمية البحث الذي تناولناه في دراستنا وذلك من اجل إبراز تأثير إصابة قطع الرباط الصليبي على أداء لاعبي كرة القدم اقتضى علينا الأمر استخدام "المنهج الوصفي" لتوضيح المفاهيم والمصطلحات وتحليل المتغيرات وإعطاء النتائج المتوصل إليها انطلاقاً من الاستبيان. ويعرف المنهج الوصفي " بأنه كل استقصاء ينص على ظاهرة من الظواهر كما هي في الوقت الحاضر بقصد تشخيصها، كشف جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها ويتم هذا عن طريق جمع البيانات وتنظيمها وتحليلها ثم الاستنتاج، وأهم أدوات هذا المنهج الملاحظة، المقابلة، الاستبيان". (بسيوني، 1992، صفحة 206)

2- مجتمع وعينة البحث : باعتبار العينة هي جزء مهم في أي دراسة ميدانية نجد أن مفهومها " هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية ، وهي تعتبر جزء مهم من الكل ، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجري عليها الدراسة". (زررواتي، 2002، صفحة 191)

ولقد تم اختيار العينة لهذه الدراسة بصورة عشوائية ، حيث شملت أندية من القسم الهاوي الأول لكرة القدم في ولايتي مستغانم ومعسكر ، واشتملت على:

- 60 لاعب من 3 فرق رياضية تنشط في القسم الهاوي الأول موزعة كما يلي:

- 20 لاعب من فريق ترحي مستغانم ESM.
- 20 لاعب من فريق و داد مستغانم WAM .
- 20 لاعب من فريق سريع الحمدي SAM.

- 3 أطباء موزعين على الفرق السالفة الذكر.

ولقد تم هذا التوزيع لسهولة الاتصال بهذه الفرق ومن أجل كشف الفرق في المستوى بين هذه الأندية.

3- الضبط الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

3-1 المتغير المستقل: هو المتغير الذي يفترض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة ، ودراسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر. (ثابت، 1984، صفحة 58)

• تحديد المتغير المستقل : "إصابة قطع الرباط الصليبي".

3-2 المتغير التابع: يؤثر فيه المتغير المستقل و هو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع. (راتب، 1999، صفحة 219)

• تحديد المتغير التابع: " أداء لاعبي كرة القدم".

4- التعاريف الإجرائية:

الإصابة: هي عبارة عن تلف أو ضرر لنسيج أو عضو نتيجة لأي تأثير خارجي سواء كان هذا التأثير (ميكانيكياً- عضوياً- كيميائياً).

الرباط الصليبي: يعتبر الرباط الصليبي أهم جزء على مستوى الركبة فهو الذي يساعد على ثبات الركبة و تحدث أغلب حالات قطع هذا الرباط نتيجة النفاذ خطير للركبة.

الأداء الرياضي: هو قدرة الرياضي على تنفيذ المهام والمسؤوليات الموكلة إليه و مدى تفهمه لدوره و اختصاصه و فهمه للتوقعات المطلوبة منه ، و مدى إتباعه لطريقة أو أسلوب عمل الذي ترشد له الإدارة عن طريق المدرب.

5- مجالات البحث :

5-1- المجال المكاني: لقد أجرينا دراستنا الميدانية على مستوى ولاية مستغانم ومعسكر لأندية تنشط في قسم الهواة و عدد النوادي هو 3 نوادي. وذلك على مستوى الملاعب التالية:

ملعب الرائد فراج لترجي مستغانم, ملعب بن سليمان لوداد مستغانم وملعب والي محمد لسريع الحمديّة.

5-2- المجال الزمني: أنجزت هذه الدراسة في الفترة المتراوحة ما بين فيفري إلى غاية ماي 2015

على مرحلتين:

- مرحلة إجراء الجزء النظري، والتي من خلالها تفحصنا جميع المراجع التي لها علاقة بموضوعنا وتمت هذه المرحلة ما بين فيفري إلى غاية أفريل 2015.

- مرحلة إجراء الجانب التطبيقي وتمثلت في محاور الاستبيان وأسئلته وتوزيعها ثم استرجاعها وتحليل البيانات وتفسيرها، وتمت هذه المرحلة ما بين أفريل إلى غاية ماي 2015.

6- أدوات البحث: لقد استخدمنا في دراستنا الميدانية التي أجريناها على فرق كرة القدم

6-1- الاستبيان: تمتاز هذه الطريقة بكونها تساعد على جمع المعلومات الجديدة المستمدة مباشرة من المصدر و المعلومات التي يتحصل عليها الباحث و التي لا يمكن إيجادها في الكتب.

و يتحلى الأسلوب المثالي في وجود الباحث بنفسه ليسجل الأجوبة والملاحظات التي تثرى البحث و الاستبيان يتضمن نوعين كوسيلة لجمع المعلومات بوفرة و أكثر دقة.

و كونه تقنية شائعة الاستعمال، ووسيلة علمية لجمع البيانات و المعلومات مباشرة من مصدرها الأصلي، و كذلك باعتباره مناسباً للاعب و الطبيب، و الأسئلة هي استجابة للمحاور و بالتالي استجابة للفرضيات، فكل سؤال مطروح له علاقة بالفرضيات. (باهر، 2000، صفحة 83)

6-2- أسئلة الاستبيان: طبعاً يتم الاعتماد على الأسئلة التالية:

6-2-1- الأسئلة المغلقة: هي الأسئلة يحدد فيها الباحث إجاباته مسبقاً و غالباً ما تكون بـ "نعم" و "لا".

6-2-2- الأسئلة نصف مفتوحة: يحتوي هذا النوع على نصفين الأول يكون مغلقاً أي الإجابة فيه مقيدة "نعم" أو "لا" و النصف الثاني تكون فيه الحرية للمستجوب للإدلاء برأيه الخاص.

6-2-3- الأسئلة متعددة الأجوبة: وهي أسئلة مضبوطة بأجوبة متعددة و يختار المجيب الذي يراه مناسباً. (باهر، 2000، صفحة 83)

حيث تضمنت 31 سؤالاً مصاغة في قالب مفهوم منها 18 سؤال وجه للاعبين و 12 سؤال وجه للأطباء، كما تعتبر الاستمارة الاستبائية من الأنح طرق للتحقيق حول مشكل معين لنعرف جوانبه "سليباته وإيجابياته" وهي تسهل عملية جمع المعلومات وتحويلها إلى إحصاءات وتقديرات، حيث شملت أسئلة الاستمارة خمسة محاور مقسمة كما يلي:

- المحور الأول: "الإمكانات المادية والبشرية للنادي" من السؤال 01 إلى السؤال 07.

- المحور الثاني: "قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم" من السؤال 01 إلى السؤال 06.

- المحور الثالث: "طول مدة الإصابة و تأثيره على أداء اللاعبين" من السؤال 01 إلى السؤال 05،

حيث كانت هذه الأسئلة موجهة للاعبين.

- المحور الأول "الإمكانات المادية والبشرية للنادي " من السؤال 01 إلى السؤال 07.

- المحور الثاني: " طول مدة الإصابة و تأثيره على أداء اللاعبين " من السؤال 01 إلى السؤال 05.
كانت هذه الأسئلة الموجهة للأطباء.

7- الأسس العلمية للأداة:

الصدق: يعني الصدق أن يكون الاختبار صادقا في قياس ما وضع من أجله، فإذا كنا بصدد قياس القوة العضلية للاعب كرة اليد فالاختبار يكون صادقا إذا كان يقيس بالفعل القوة العضلية. (حسين ك.، 2002، صفحة 40.39) وقد تم تحقيق صدق الاستبيان عن طريق استطلاع رأي المحكمين على أسئلة الاستبيان والمتمثلين في مجموعة من الأساتذة المختصين في المجال الرياضي.
الثبات: يعني الثبات أن الاختبار يحقق نفس النتائج تقريبا إذا طبق على فئات متناسبة في المستوى والعدد.

الموضوعية: الاختبار الموضوعي يقل فيه التقدير الذاتي للمحكمين، فكلما قل التباين بين المحكمين دل ذلك على أن الاختبار موضوعي (حسين ك.، 2002، صفحة 40.39).

8- الدراسة الإحصائية:

إن المنهج الإحصائي الذي استخدمناه في دراستنا يعتبر من أنجح الطرق لتحويل المعلومات المتحصل عليها إلى نتائج عددية يمكن توظيفها في التحليل والمقارنة، وقد استخدمنا قانون النسبة المئوية الذي يعطي نتائج دقيقة تمكننا من الفصل بينها، وقانون النسبة المئوية كالاتي:

$$ع \longleftarrow 100\%$$

$$ت \longleftarrow س \%$$

$$س = \frac{ت \times 100}{ع}$$

ع : عدد العينة.

ت : عدد التكرارات.

س: النسبة المئوية.



الفصل الثاني

عرض وتحليل نتائج البحث

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.

1- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالاستمارة الموجهة للاعبين:

المحور الأول: الإمكانيات المادية والبشرية للنادي.

السؤال رقم (1): أ- هل يتوفر فريقكم على طبيب؟

جدول رقم (1-1): يمثل النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين حول توفر طبيب بالنادي.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
45%	27	نعم
55%	33	لا
100%	60	المجموع



عرض وتحليل: من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 55% من اللاعبين أجابوا بـ: لا بأن الفريق لا يتوفر على طبيب، أما نسبة 45% إجابة بنعم، ما يعني أن الفريق يتوفر على طبيب خاص بالنادي، ويمكننا القول أن وجود نسبة مرتفعة في عدم توفر فريقهم على طبيب إنما يرجع إلى نقص الجانب المادي للفريق

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

أو إلى عدم الاهتمام بصحة اللاعبين وهو ما ينعكس سلباً على أدائهم.
بالنسبة للإجابة نعم: هل هو طبيب عام أم مختص في الطب الرياضي؟

جدول رقم (1-2): يمثل إجابة اللاعبين إذا كان طبيب النادي عام أم مختص في الطب الرياضي.

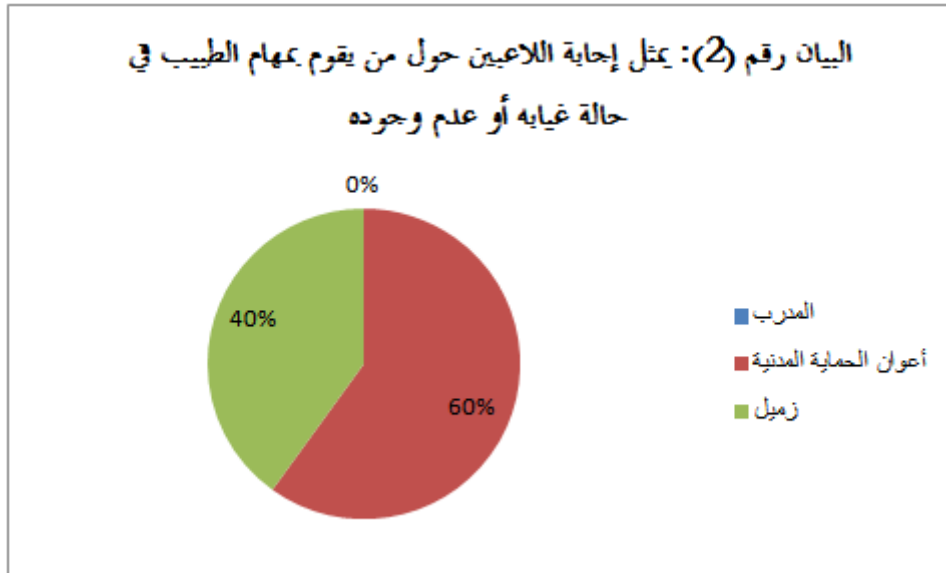
النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	27	طبيب عام
0%	00	مختص في الطب الرياضي
100%	27	المجموع

عرض وتحليل: من خلال النتائج يتضح لنا أن نسبة 100% من الأندية تعتمد على الطبيب العام في علاج اللاعبين ما يعني إما قلة أو انعدام أخصائيين في الطب الرياضي أو ميزانية الأندية لا تكفي للتعاقد مع طبيب.

السؤال رقم (2): من يقوم بمهام الطبيب في حالة غيابه أو عدم وجوده؟

جدول رقم (2): يمثل إجابة اللاعبين حول من يقوم بمهام الطبيب في حالة غيابه أو عدم وجوده

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
00%	00	المدرّب
60%	36	أعوان الحماية المدنية
40%	24	زميل
100%	60	المجموع



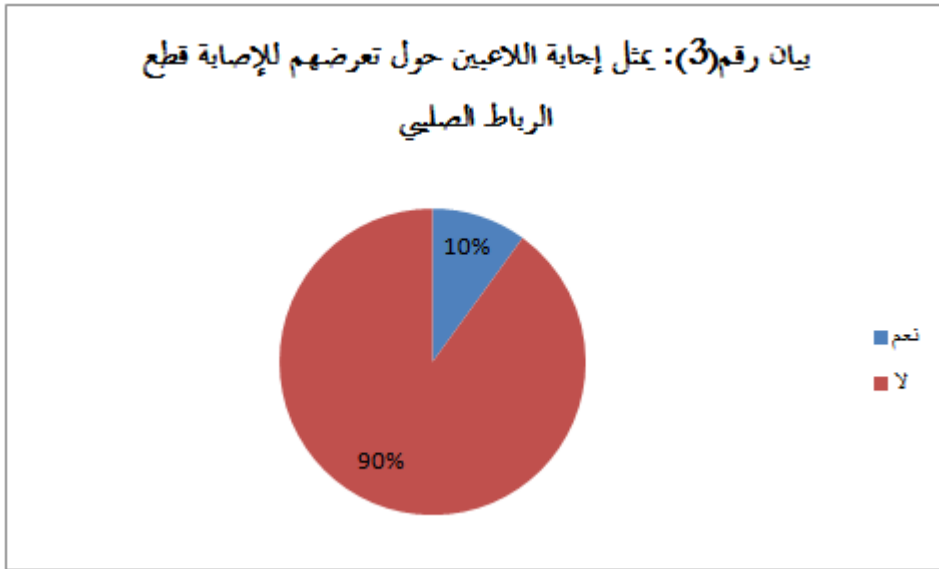
عرض وتحليل: من خلال النتائج يتضح لنا أن جل اللاعبين يرون بأن المدرّب غير معني بإسعاف اللاعبين في حال غياب الطبيب و 40% من اللاعبين يقولون بأن اللاعب هو من يسعف زميله في حال الإصابة لكونه أقرب إليه في الملعب أما الأغلبية أي 60% يرون أن أعوان الحماية المدنية هم المسؤولين عن إسعاف اللاعبين في حالة غياب الطبيب وهذا راجع لحضورهم في كل مباريات الموسم.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (3): هل سبق وتعرضت إلى إصابة قطع الرباط الصليبي؟

جدول رقم (3): يمثل إجابة اللاعبين حول تعرضهم للإصابة قطع الرباط الصليبي.

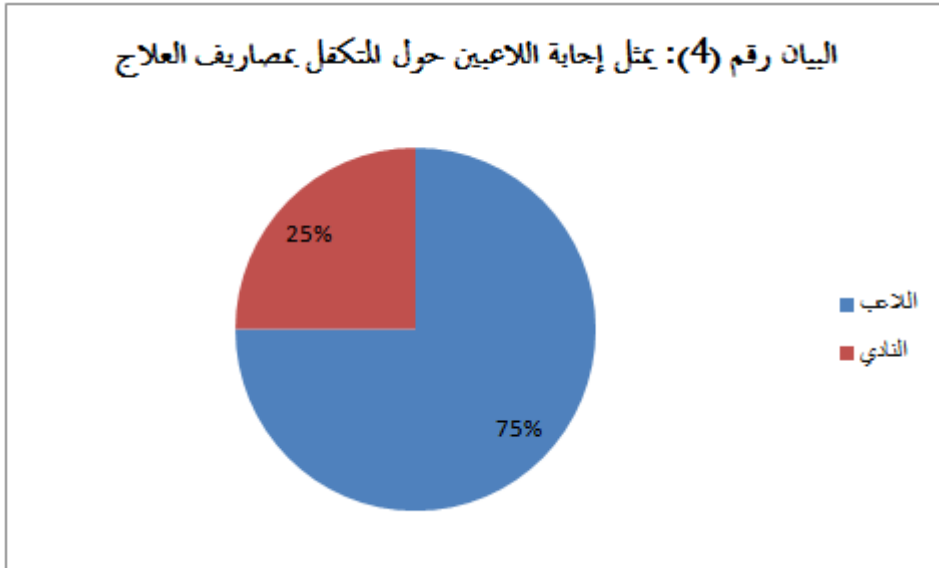
النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
10%	06	نعم
90%	54	لا
100%	60	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج يتضح لنا أن نسبة 10% من اللاعبين تعرضوا من قبل لإصابة قطع الرباط الصليبي أي أن احتمالية حدوث هذه الإصابة قليلة والحمد لله أما نسبة 90% الآخرين لم يسبق لهم أن تعرضوا لهاته الإصابة وهذا راجع إما للتحضير البدني الجيد أو كفاءة الطبيب.

السؤال رقم (4): في حالة الإصابة من يتحمل تكاليف علاج اللاعب ؟
جدول رقم (4): يمثل إجابة اللاعبين في ما يخص من يتكلف تكاليف علاج الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
25%	15	اللاعب
75%	45	النادي
100%	60	المجموع



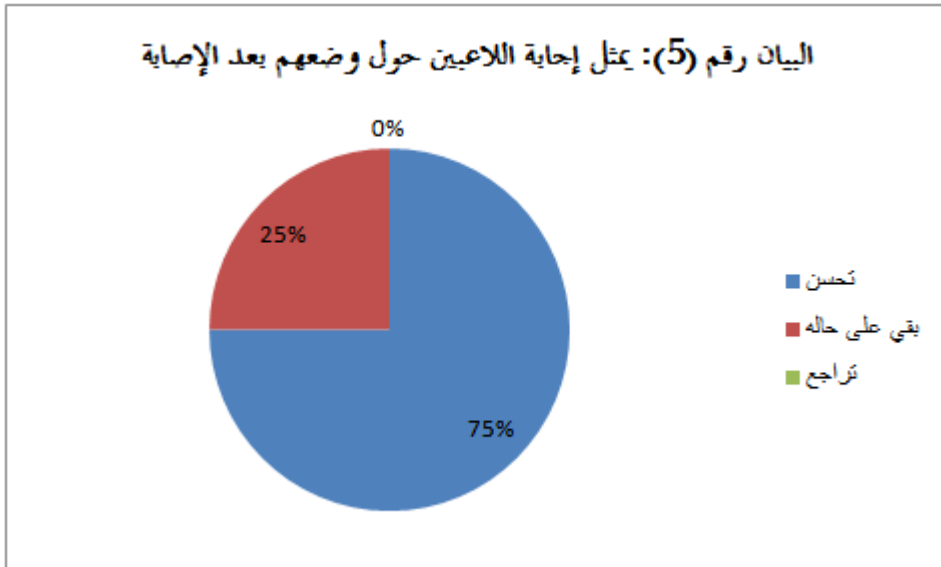
عرض وتحليل: من خلال النتائج يتضح لنا أن نسبة 75% يرون أن اللاعب يتكفل لوحده بعلاج إصابته أما نسبة 25% من اللاعبين يرون أن إدارة النادي هي المسؤولة عن دفع تكاليف العلاج من الإصابة وهذا سببه إما تقاعس الإدارة وعدم مبالاها باللاعبين وصحتهم أو لعدم قدرتها المادية على دفع تكاليف العلاج .

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (5): بعد معالجة إصابتك كيف كان وضعك؟

جدول رقم (5): يمثل إجابة اللاعبين حول وضعهم بعد الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
75%	45	تحسن
25%	15	بقي على حاله
0%	00	تراجع
100%	60	المجموع

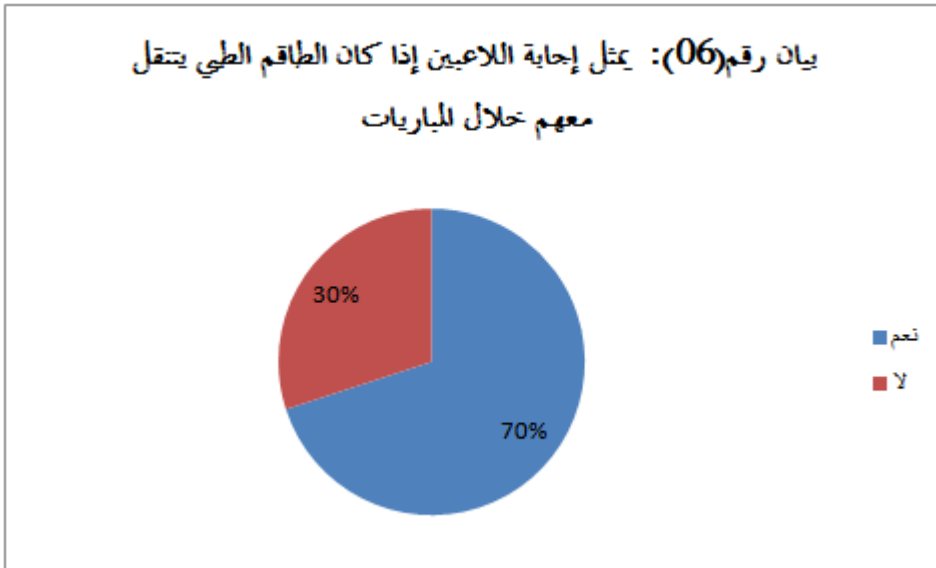


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن معظم اللاعبين وذلك بنسبة 75% يتحسن وضعهم بعد علاج الإصابة إلا أن نسبة 25% بقي وضعهم على ما هو عليه فيما لم نشهد تراجع وضع أي لاعب بعد العلاج وهذا ما يبرز ضرورة ومدى وجوب تلقي اللاعبين للعلاج بعد الإصابة.

السؤال رقم (6): هل يتنقل الطاقم الطبي مع اللاعبين أثناء المباريات؟

جدول رقم (6): يمثل إجابة اللاعبين إذا كان الطاقم الطبي يتنقل معهم خلال المباريات.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
70%	42	نعم
30%	18	لا
100%	60	المجموع

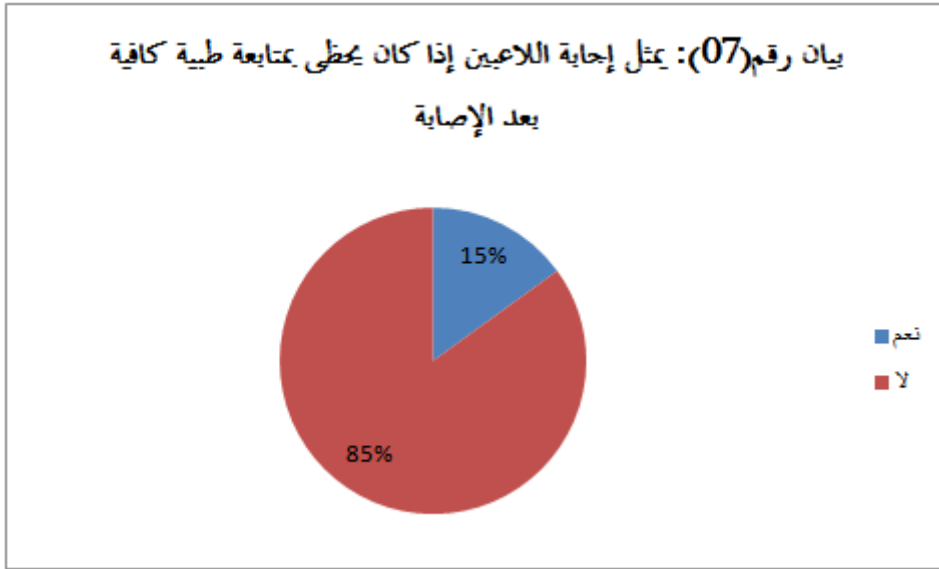


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن 70% من اللاعبين يقولون بأن الطاقم الطبي يرافقهم في مبارياتهم أما نسبة 30% يرون بأن طبيب فريقهم لا يحضر في كل مبارياتهم.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (7): هل يحظى اللاعب المصاب بالمتابعة الطبية الكافية بعد الإصابة؟
جدول رقم (7): يمثل إجابة اللاعبين إذا كان يحظى بمتابعة طبية كافية بعد الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
15%	09	نعم
85%	51	لا
100%	60	المجموع



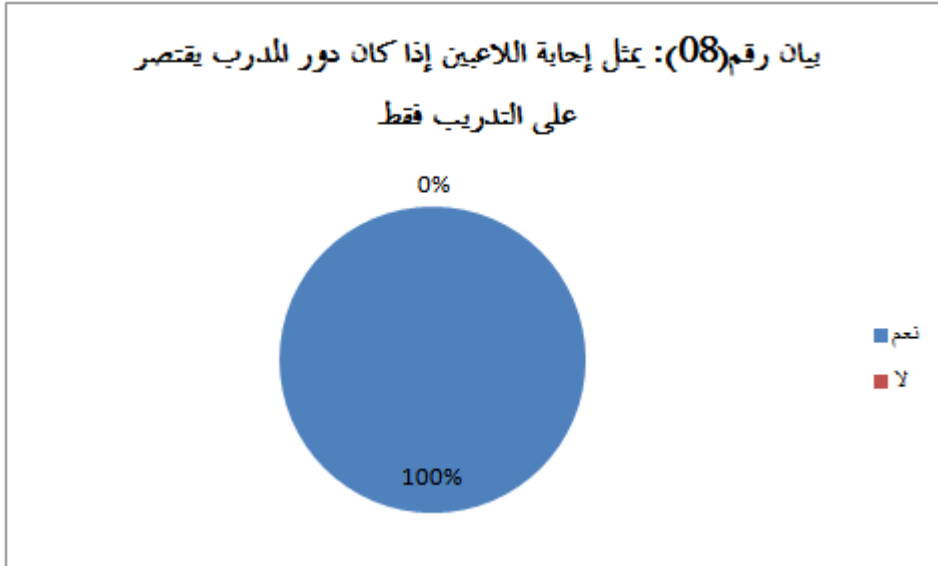
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ نسبة 15% من اللاعبين تلقوا على حد قولهم رعاية صحية جيدة بعد الإصابة وأما الأغلبية بنسبة 85% لم يستفيدوا من الرعاية الصحية بعد الإصابة وهذا راجع إلى قلة الاهتمام باللاعب الهاوي خصوصا من ناحية الجانب الصحي.

المحور الثاني: كفاءة المدرب.

السؤال رقم (1): هل يقتصر دور المدرب على التدريب فقط؟

جدول رقم (8): يمثل إجابة اللاعبين إذا كان دور المدرب يقتصر على التدريب فقط.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	60	نعم
0%	00	لا
100%	60	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن جل اللاعبين يرون أن المدرب دوره يقتصر على التدريب فقط وهذا مفهوم خاطئ للأسف يحمله اللاعبون كون المدرب عليه أن يكون المدرب وفي نفس الوقت أب وطبيب و معالج نفسي.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (2): هل سبق و قدم لكم المدرب إرشادات ونصائح لتفادي إصابة قطع الرباط الصليبي؟
جدول رقم (09): يمثل إجابة اللاعبين إذا كان سبق و قدم للاعبين نصائح لتفادي إصابة قطع الرباط الصليبي.

الجواب	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	20	67%
لا	40	33%
المجموع	60	100%

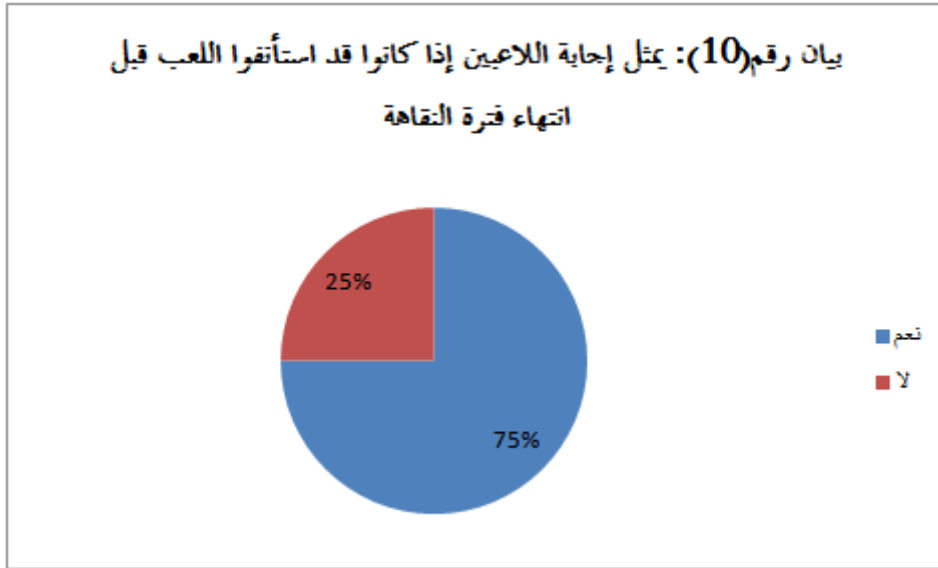


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة 33% من اللاعبين أي 20 لاعبين قدمت لهم نصائح فيما يخص تفادي إصابة الرباط الصليبي أما البقية 67% لم تقدم لهم أي نصائح بخصوص تفادي الإصابات وهذا راجع إلى قلة المعلومات لدى المدربين حول الإصابات أو يغفلون عن أهمية هذا الجانب.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (3): هل سبق لك و أن استأنفت اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء)؟
جدول رقم (10): يمثل إجابة اللاعبين إذا كانوا قد استأنفوا اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
75%	45	نعم
25%	15	لا
100%	60	المجموع

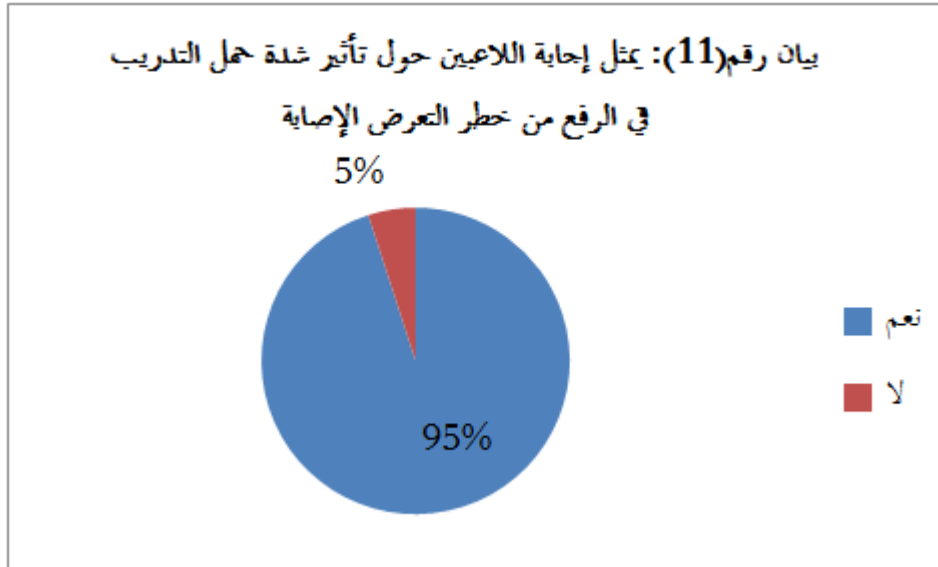


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن 75% من اللاعبين يعودون إلى الملاعب قبل انتهاء فترة الاستشفاء فيما ينتظر 25% من اللاعبين حتى التعافي كلياً من الإصابة وهذا يعود لعدم الاكتراث بصحة اللاعب.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (4): هل شدة حمولة التدريب تزيد من خطر التعرض للإصابة؟
جدول رقم (11): يمثل إجابة اللاعبين حول تأثير شدة حمل التدريب في الرفع من خطر التعرض للإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
95%	57	نعم
5%	03	لا
100%	60	المجموع

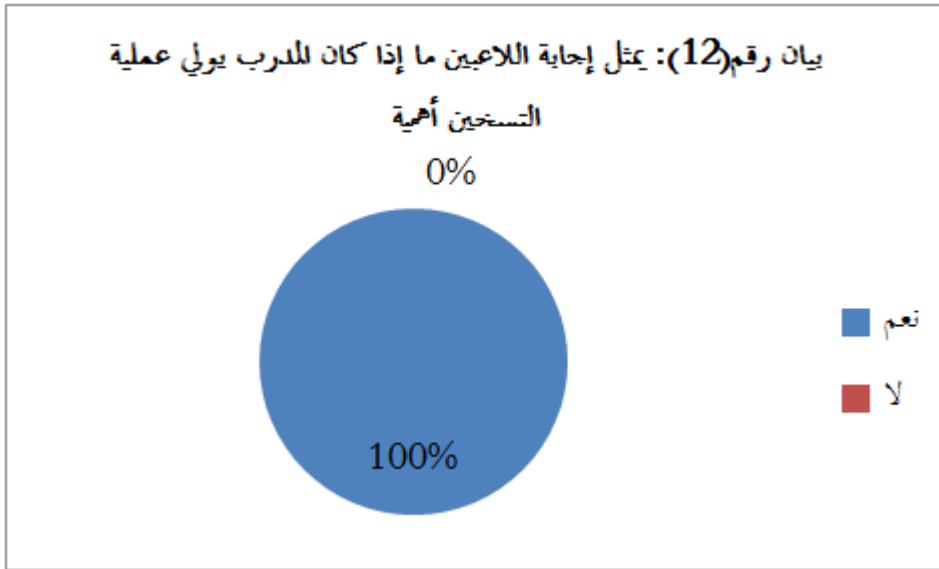


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن 03% من اللاعبين يرون أن حمل التدريب لا يتسبب في الرفع من الإصابات أما الأغلبية أي 95% ترى بأن حمل التدريب له تأثير على اللاعبين و من الممكن أن يتسبب في إصابات.

السؤال رقم (5): هل يولي المدرب عملية التسخين أهمية؟

جدول رقم (12): يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يولي عملية التسخين أهمية.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	60	نعم
0%	0	لا
100%	60	المجموع



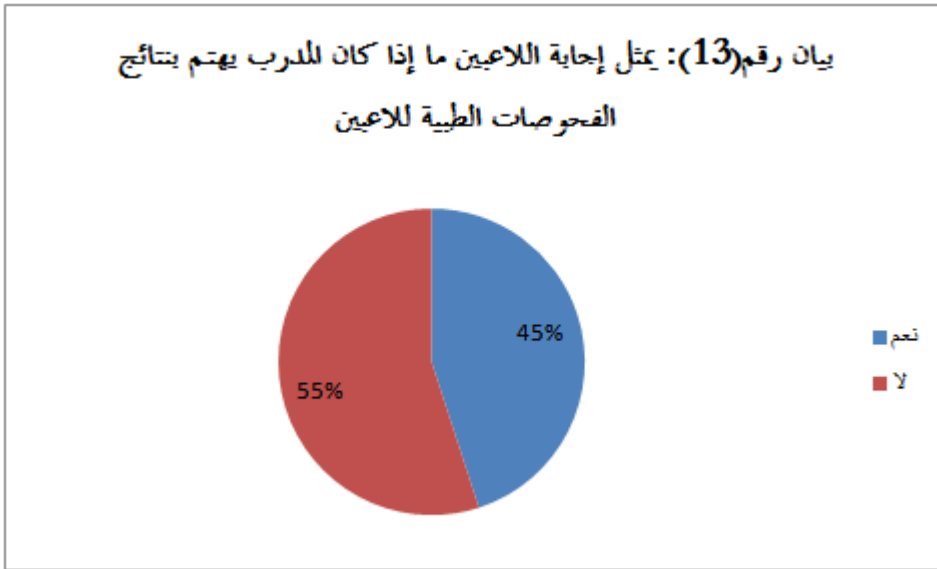
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل اللاعبين يرون بأن المدرب يعطي عمليات التسخين أهمية نظرا لأهميتها في تحضير اللاعب بدنيا لتفادي الإصابات.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (6): هل يهتم المدرب بنتائج الفحوصات الطبية للاعبين؟

جدول رقم (13): يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كان المدرب يهتم بنتائج الفحوصات الطبية للاعبين.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
45%	27	نعم
55%	33	لا
100%	60	المجموع



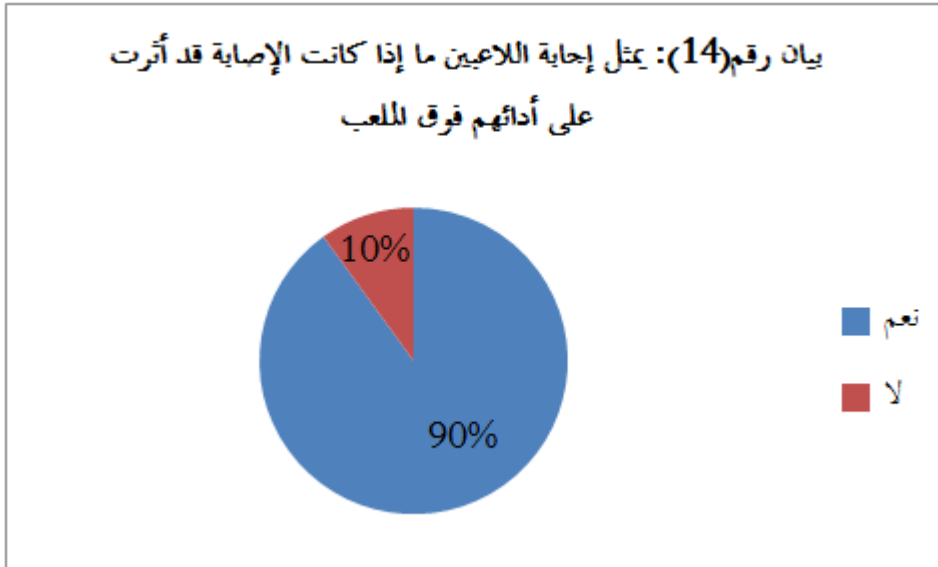
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن 45% من اللاعبين يرون أن المدرب يهتم بنتائج الفحوصات الطبية أما 55% من اللاعبين أي أكثر من النصف يرون أن المدرب لا يهتم بنتائج فحوصاتهم الطبية.

المحور الثالث: الإصابة و مدة العلاج.

السؤال رقم (1): هل أثرت الإصابة على أداءك فوق الملعب؟

جدول رقم (14): يمثل إجابة اللاعبين ما إذا كانت الإصابة قد أثرت على أدائهم فوق الملعب.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
90%	54	نعم
10%	06	لا
100%	60	المجموع

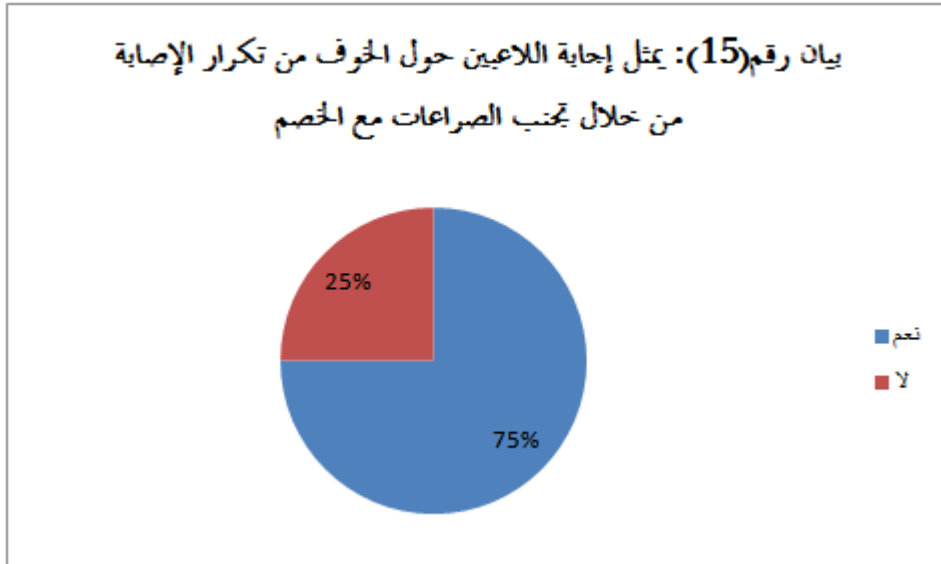


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن 10% من اللاعبين يرون بأن الإصابة لا تؤثر على أدائهم فوق الملعب لكن الأغلبية من اللاعبين 90% يفتقدون ذلك ويؤكدون بأن هذه الإصابة تؤثر على أداء اللاعبين فوق أرضية الملعب.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (2): هل الخوف من تكرار الإصابة يؤدي إلى تجنب اللاعب للصراعات الثنائية مع الخصم؟
جدول رقم (15): يمثل إجابة اللاعبين حول الخوف من تكرار الإصابة من خلال تجنب الصراعات مع الخصم.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
75%	45	نعم
25%	15	لا
%100	60	المجموع



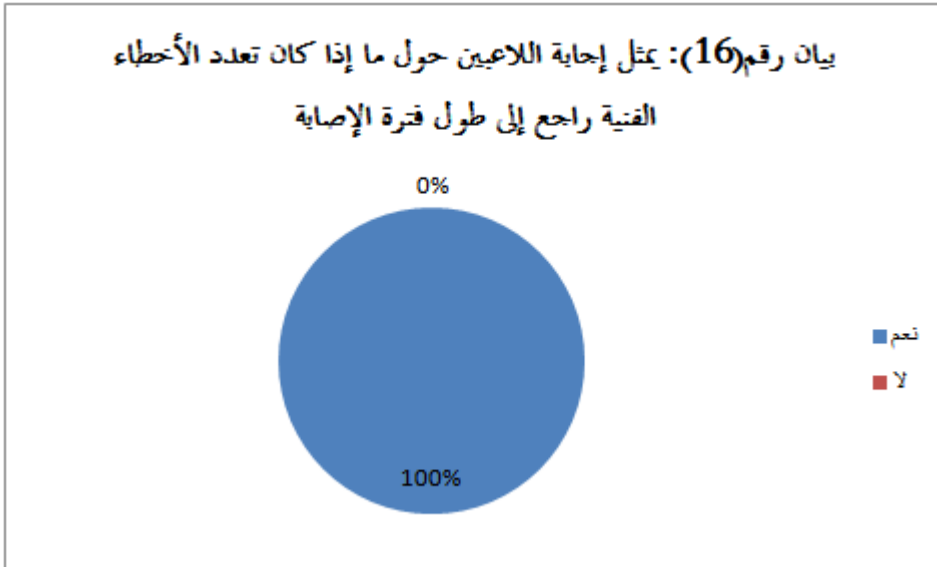
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة 25% من اللاعبين يرون بأن الإصابة لا علاقة لها بالخوف من الصراعات الثنائية مع الخصم بينما 75% من اللاعبين يرون عكس ذلك أي أن اللاعب المصاب يبقى لديه الخوف من تكرار الإصابة وبالتالي يتجنب أي احتكاك مع الخصم.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (3): تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الغياب عن الملاعب.

جدول رقم (16): يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	60	نعم
0%	0	لا
100%	60	المجموع



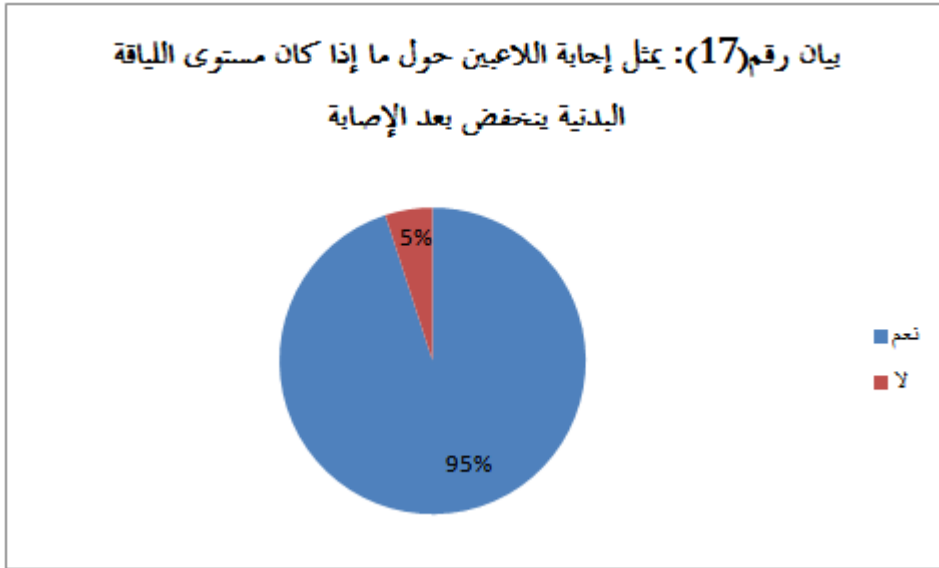
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل اللاعبين يرون بأن تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الإصابة التي قد تدوم إلى أكثر من ستة أشهر.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (4): هل تدين مستوى لياقتك البدنية بعد الإصابة؟

جدول رقم (17): يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا كان مستوى اللياقة البدنية ينخفض بعد الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
95%	57	نعم
5%	3	لا
100%	60	المجموع

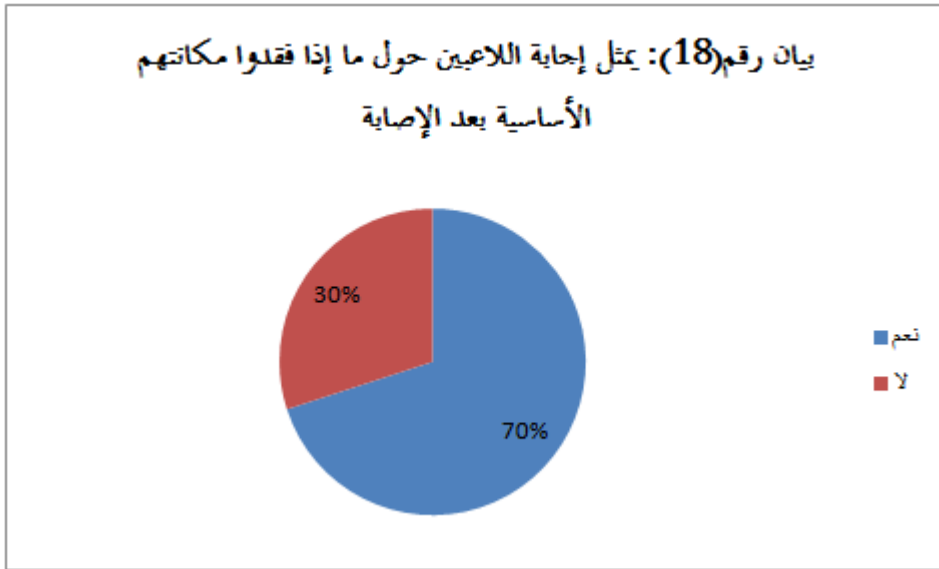


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة 5% من اللاعبين لم ينخفض مستوى لياقتهم البدنية بعد الإصابة وهذا راجع إما لقدرتهم الخاصة على الاسترجاع والتعافي أو تلقوا رعاية صحية جيدة أما نسبة 95% الأغلبية العظمى يرون بأن مستوى اللياقة البدنية ينخفض بعد الإصابة ومن هنا يمكننا القول بأن كفاءة العضو لا تبقى على حالها بعد الإصابة.

السؤال رقم (5): هل تسببت لك الإصابة في فقدان مكانتك الأساسية؟

جدول رقم (18): يمثل إجابة اللاعبين حول ما إذا فقدوا مكانتهم الأساسية بعد الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
70%	42	نعم
30%	18	لا
100%	60	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة 70% من اللاعبين فقدوا مكانتهم الأساسية بعد الإصابة وهذا نظرا لتدني مستوى ولياقة اللاعب البدنية والتي تحتاج لمدة طويلة لتسترجع أما نسبة 30% حافظوا على مكانتهم الأساسية وذلك لأنهم استرجعوا مستواهم بسرعة أو لوزنهم في الفريق أي أن غيابهم عن التشكيلة مؤثر.

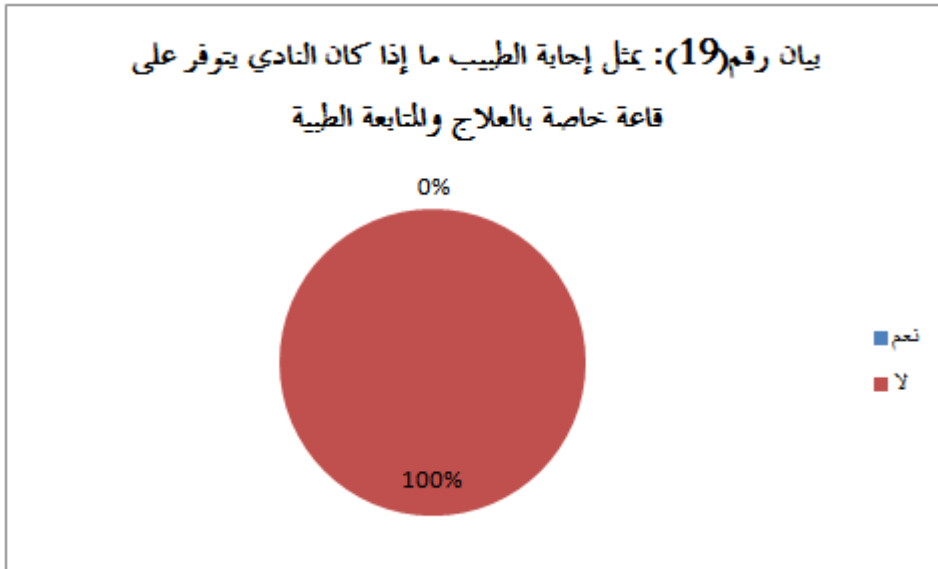
2- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالاستمارة الموجهة لطبيب النادي:

المحور الأول: الإمكانيات المادية والبشرية للنادي.

السؤال رقم (1): هل يتوفر النادي على قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية؟

جدول رقم (19): يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
0%	0	نعم
100%	3	لا
100%	3	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأن الأندية التي يعملون لها لا تتوفر على

قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية وهذا لأن النادي يلجأ للطبيب خلال المباريات أو في حالة

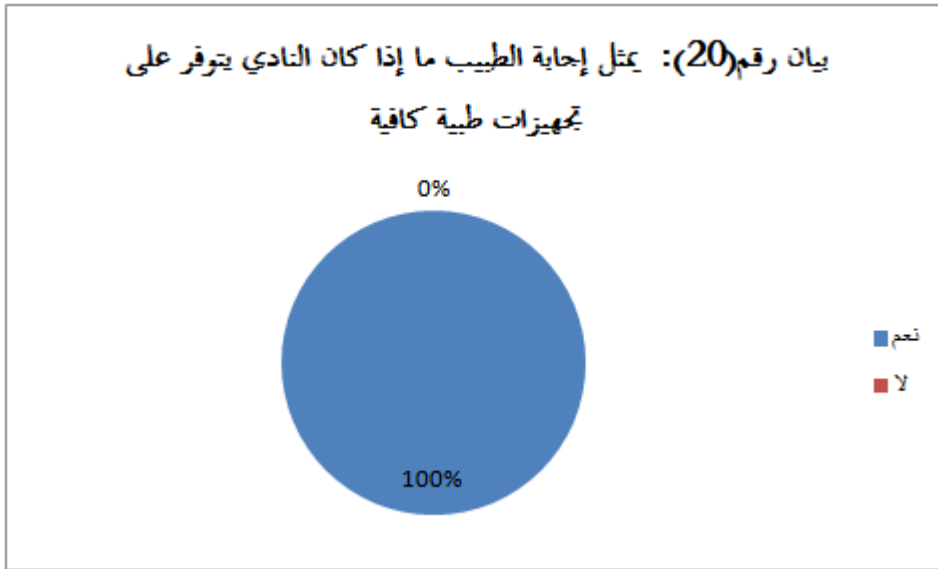
الإصابات ومن ناحية أخرى الميزانية الخاصة بأندية القسم الهاوي ضعيفة جدا.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (2): هل تتوفر النادي على التجهيزات الطبية الكافية؟

جدول رقم (20): يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان النادي يتوفر على تجهيزات طبية كافية.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	3	نعم
0%	0	لا
100%	3	المجموع

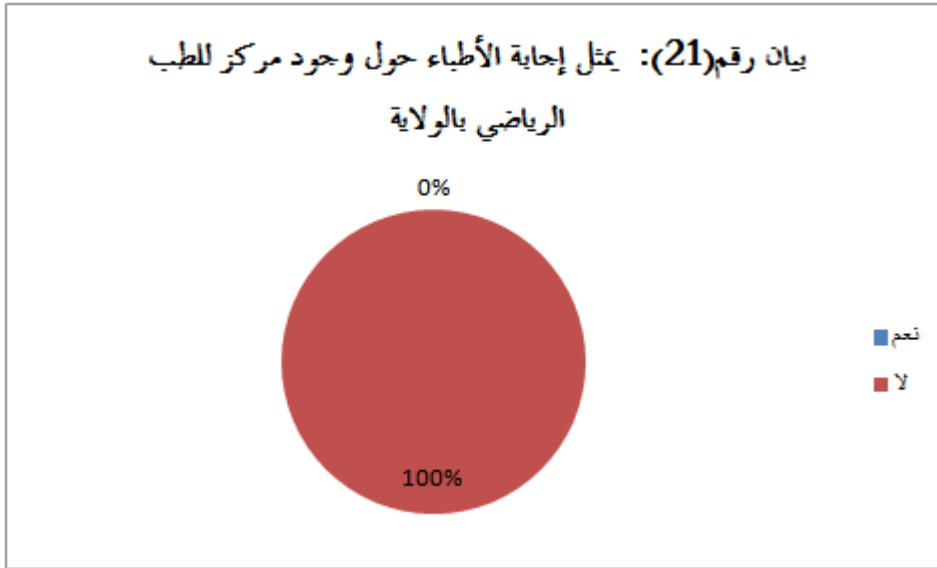


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء يتوفرون على تجهيزات طبية كافية وان كانت بسيطة كالضمادات والبخاخ المخفف للألم والكمادات.... الخ .

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (3): هل يوجد مركز للطب الرياضي على مستوى الولاية؟
جدول رقم (21): يمثل إجابة الأطباء حول وجود مركز للطب الرياضي بالولاية.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
0%	0	نعم
100%	3	لا
100%	3	المجموع

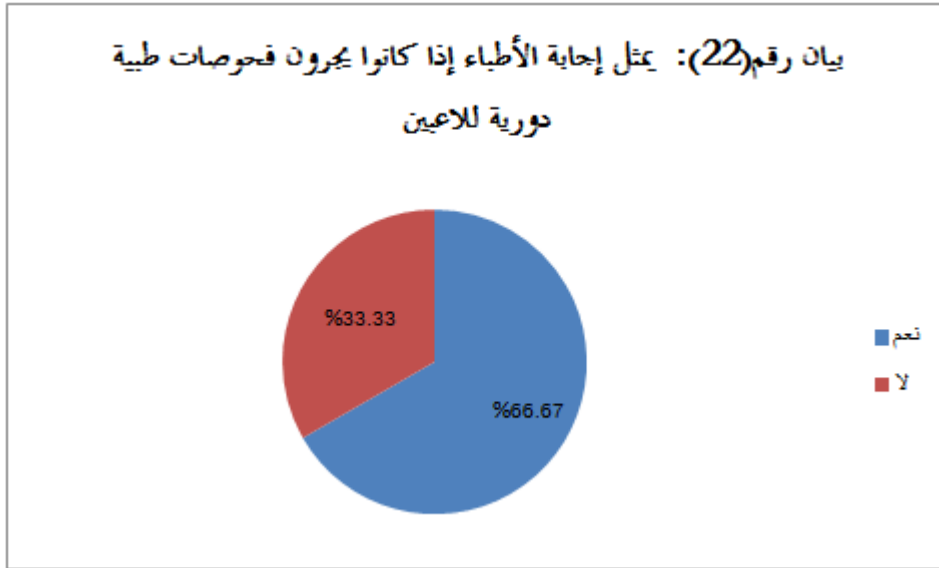


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء يرون بأن مراكز الطب الرياضي غير موجودة على مستوى ولايتهم ويرجعون السبب إلى أن توفره بالجزائر العاصمة لوحدها يعكس عدم اهتمام الدولة بهذا الجانب.

السؤال رقم (4): هل تجري فحوصات طبية دورية للاعبين؟

جدول رقم (22): يمثل إجابة الأطباء إذا كانوا يجرون فحوصات طبية دورية للاعبين.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
66.67%	2	نعم
33.33%	1	لا
100%	3	المجموع



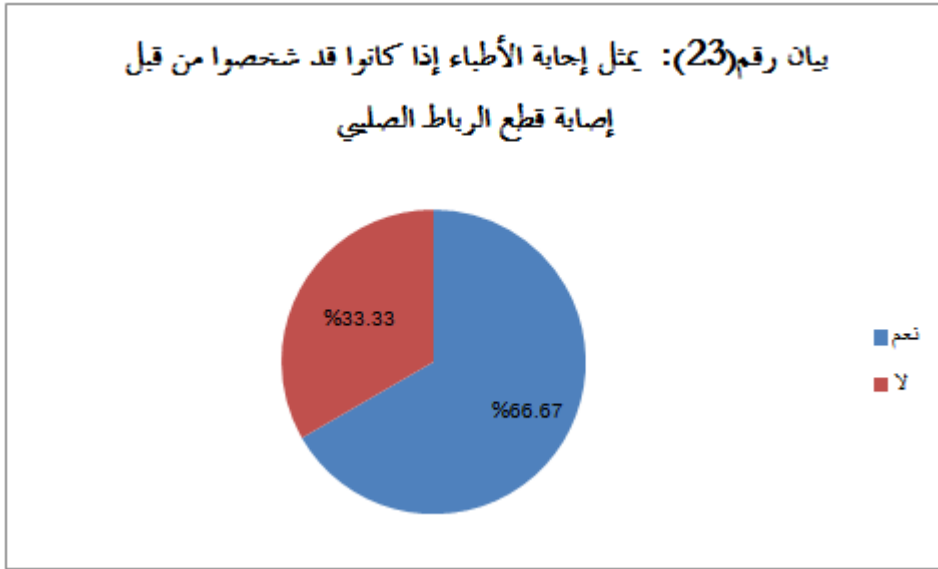
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة 66.67% من الأطباء يجرون فحوصات طبية دورية للاعبين للوقوف على حالتهم الصحية أما نسبة 33.33% من الأطباء لا يقومون بالفحوصات وذلك لأنهم مسؤولين على إسعاف اللاعبين خلال المباريات زيادة على ذلك النادي أو المدرب لا يطالب بفحص لاعبيه.

الجانِب التطبيقِي _____ الفصل الثاني _____ تحلِيل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (5): هل سبق وشخصت إصابة لقطع في الرباط الصليبي؟

جدول رقم (23): يمثل إجابة الأطباء إذا كانوا قد شخصوا من قبل إصابة قطع الرباط الصليبي.

الجواب	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	2	%66.67
لا	1	%33.33
المجموع	3	%100

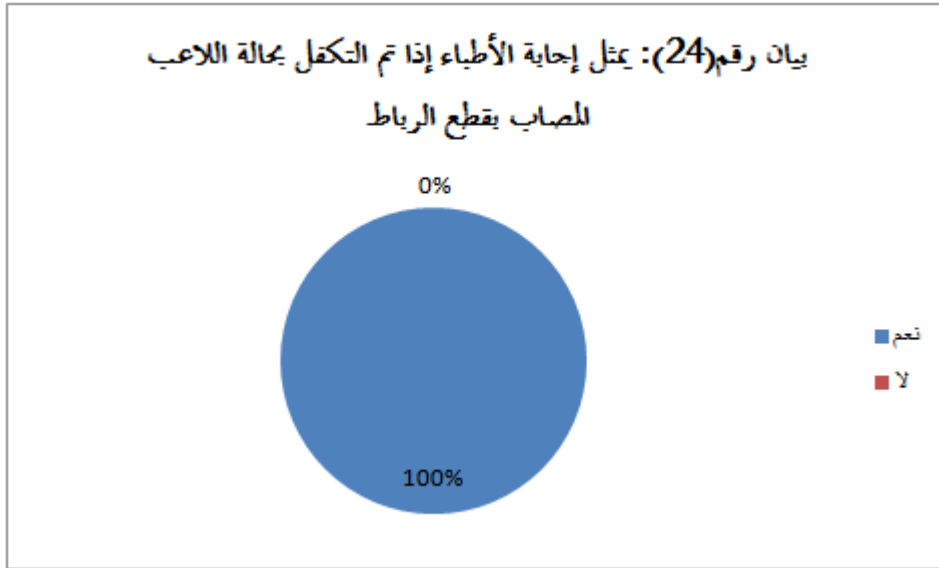


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة %66.67 أي طبيين قاما بتشخيص حالة قطع الرباط الصليبي أما نسبة %33.33 لم يسبق له أن شخص لاعبا مصابا بقطع بالرباط.

السؤال رقم (6): هل تم التكفل بهذه الحالة؟

جدول رقم (24): يمثل إجابة الأطباء إذا تم التكفل بحالة اللاعب المصاب بقطع الرباط.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	2	نعم
0%	0	لا
100%	2	المجموع

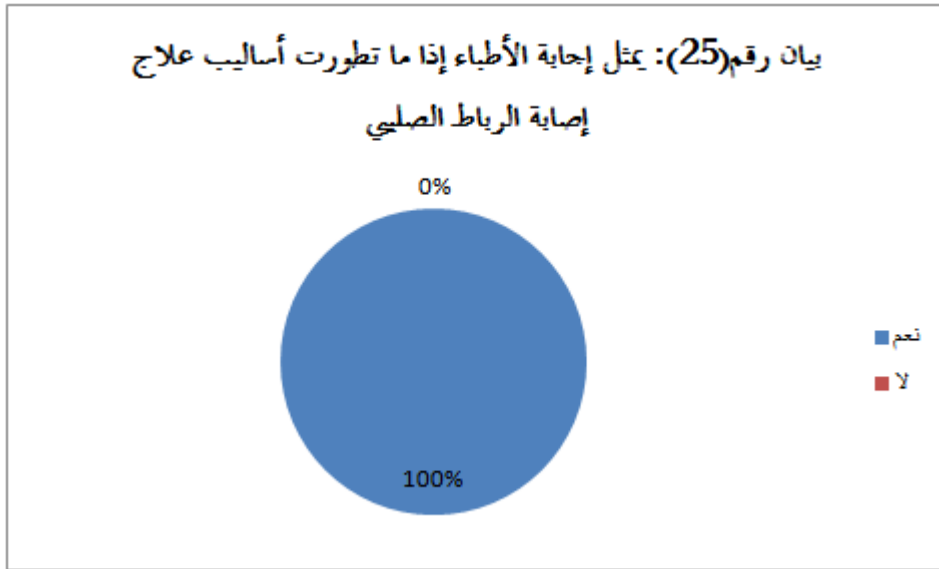


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل اللاعبين المصابين بتمزق في الرباط الصليبي تم علاجهم فعند استجواب الأطباء واللاعبين المصابين أكدوا بأن العلاج كان على مستوى مستشفى عام.

السؤال رقم (7): هل تطورت أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي؟

جدول رقم (25): يمثل إجابة الأطباء إذا ما تطورت أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	3	نعم
0%	0	لا
100%	3	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأن أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي

تطورت ففي مدة من الزمن اللاعب عندما يصاب بمكثدا إصابة ينتهي مشواره الرياضي ولكن حاليا

والحمد لله تطورت الأساليب وزادت نسب نجاح العمليات الجراحية.

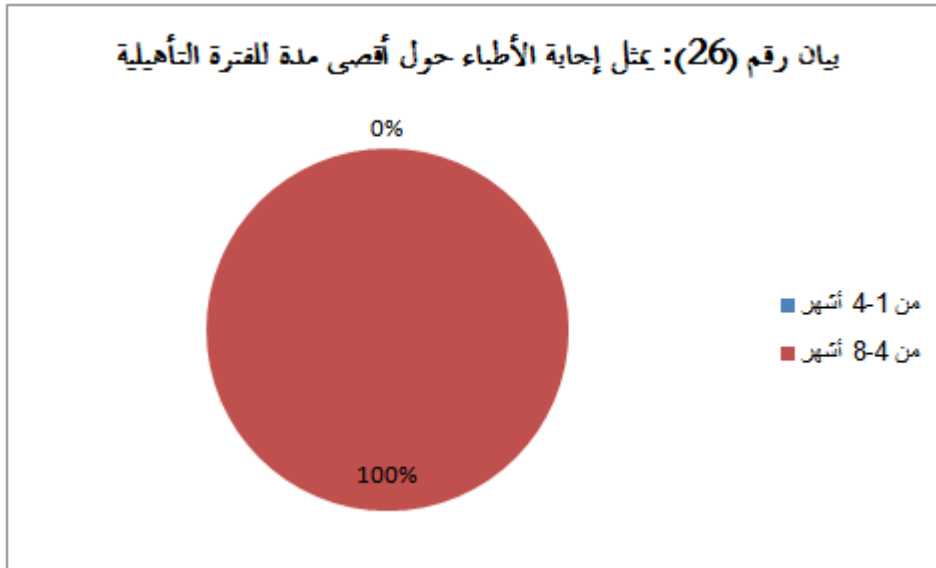
الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

المحور الثاني: طول مدة الإصابة و تأثيره على أداء اللاعبين.

السؤال رقم (1): ما هي أقصى مدة للفترة التأهيلية بعد هذه الإصابة؟

جدول رقم (26): يمثل إجابة الأطباء حول أقصى مدة للفترة التأهيلية.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
0%	0	من 1-4 أشهر
100%	3	من 4-8 أشهر
100%	3	المجموع



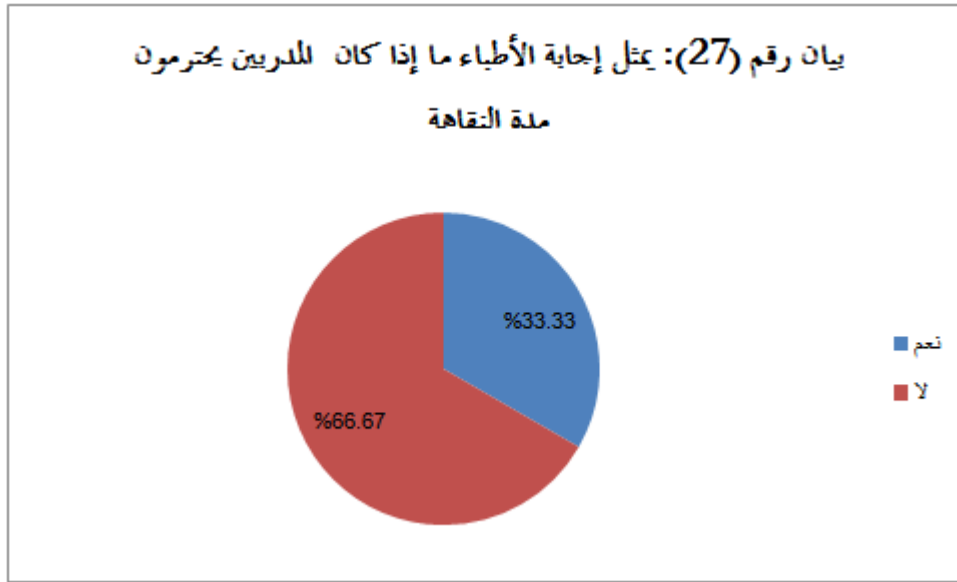
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأن مدة الفترة التأهيلية لإصابة تمزق

الرباط الصليبي تتراوح في أغلب الأحيان بين شهر وأربعة أشهر وهذا يعكس مدى خطورتها.

السؤال رقم (2): هل يحترم المدرب هذه المدة التأهيلية ؟

جدول رقم (27): يمثل إجابة الأطباء ما إذا كان المدرب يحترم مدة النقاهاة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
33.33%	1	نعم
66.67%	2	لا
100%	3	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ نسبة 33.33% من الأطباء يرون بأن المدرب لا يحترمون

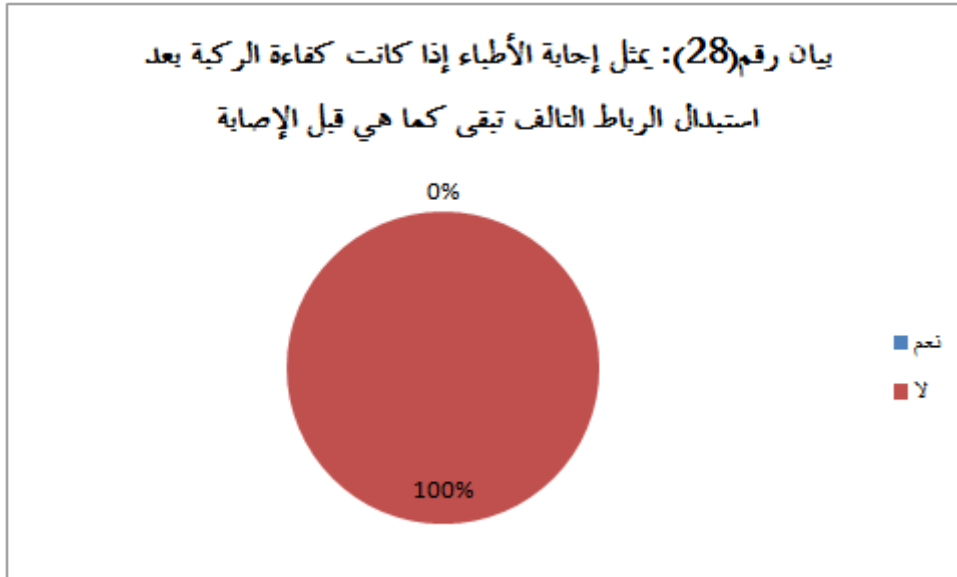
مدة فترة النقاهاة ويتم التعجيل بإشراك اللاعب المصاب أما نسبة 66.67% من الأطباء يرون بأن

المدربين يتمهلون حتى انقضاء فترة الاستشفاء للإشراك اللاعب المصاب.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (3): بعد استبدال الرباط التالف هل تبقى كفاءة الركبة كما كانت قبل الإصابة؟
جدول رقم (28): يمثل إجابة الأطباء إذا كانت كفاءة الركبة بعد استبدال الرباط التالف تبقى كما هي قبل الإصابة.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
0%	0	نعم
100%	3	لا
100%	3	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأن عملية زرع رباط جديد للركبة مهما كانت ناجحة إلا أن كفاءة الركبة تقل مما كانت عليه قبل الإصابة.

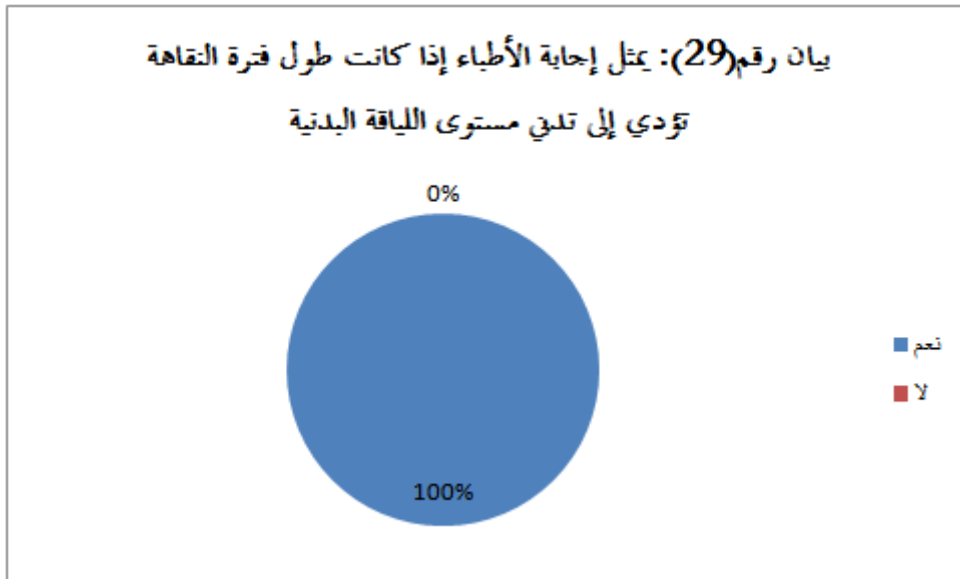
الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (4): طول فترة النقاهة تؤدي إلى تدني اللياقة البدنية للاعب؟

جدول رقم (29): يمثل إجابة الأطباء إذا كانت طول فترة النقاهة تؤدي إلى تدني مستوى اللياقة

البدنية.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
100%	3	نعم
0%	0	لا
100%	3	المجموع

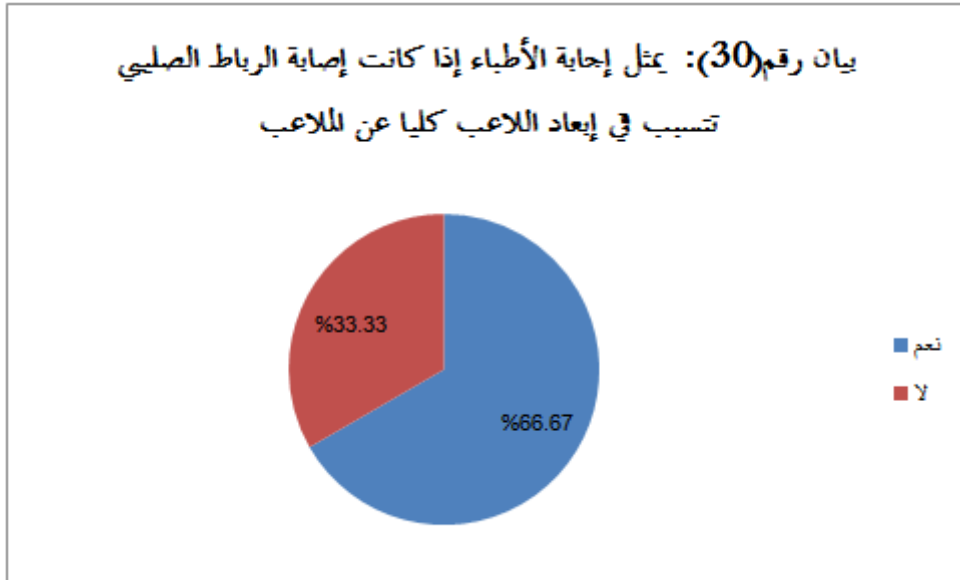


عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأن طول فترة النقاهة يؤدي إلى انخفاض مستوى اللياقة البدنية وذلك بسبب غياب اللاعب المصاب عن تدريبات الفريق وعدم ممارسة أي أنشطة بدنية.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

السؤال رقم (4): هل من الممكن أن تتسبب إصابة الرباط الصليبي في إبعاد اللاعب نهائيا عن الملاعب؟
جدول رقم (30): يمثل إجابة الأطباء إذا كانت إصابة الرباط الصليبي تتسبب في إبعاد اللاعب كليا عن الملاعب.

الجواب	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	2	%66.67
لا	1	%33.33
المجموع	3	%100



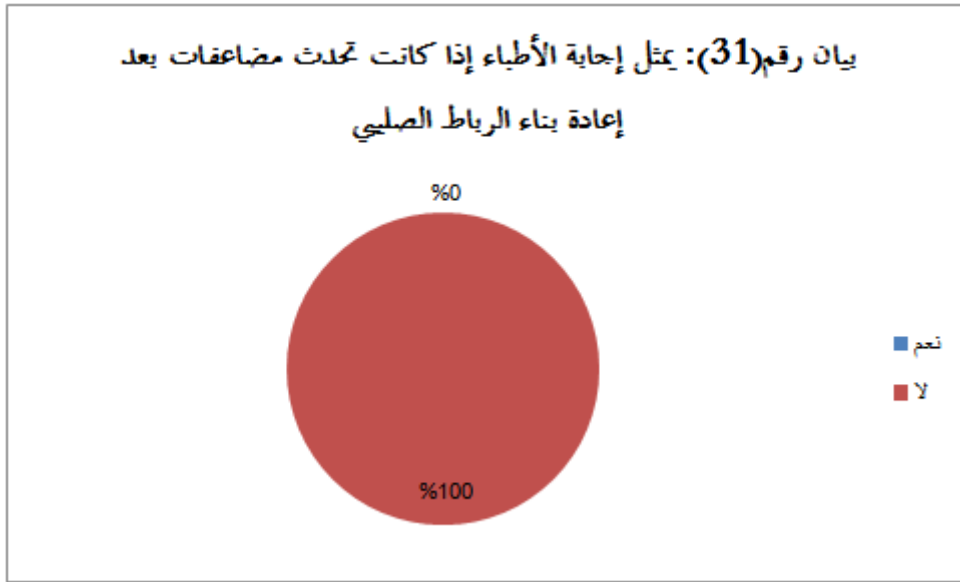
عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن %66.67 من الأطباء يرون بأن إصابة قطع الرباط الصليبي من الممكن أن تتسبب في إبعاد اللاعب كليا عن الملاعب وهذا لا يحدث إلا في حالات خاصة كتكرار الإصابة أما نسبة %33.33 يرون بأن هذه الإصابة تبعد اللاعب لفترة عن الملاعب وليس كليا لأن أساليب العلاج تطورت ونسب نجاح العمليات ارتفعت.

الجانب التطبيقي الفصل الثاني تحليل ومناقشة النتائج

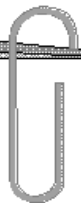
السؤال رقم (5): هل تحدث مضاعفات بعد إعادة بناء الرباط الصليبي؟

جدول رقم (31): يمثل إجابة الأطباء إذا كانت تحدث مضاعفات بعد إعادة بناء الرباط الصليبي.

النسبة المئوية	التكرارات	الجواب
%0	0	نعم
%100	3	لا
%100	3	المجموع



عرض وتحليل: من خلال النتائج نلاحظ أن كل الأطباء أجابوا بأنه لا وجود لمضاعفات بعد عملية بناء الرباط الصليبي .



الفصل الثالث

مناقشة نتائج البحث

1- مناقشة الفرضيات:

1-1- مناقشة الفرضية الأولى:

لقد افترضنا أن معظم أندية كرة القدم قسم هواة تعاني من نقص في الإمكانيات المادية والموارد البشرية ، حيث تم التحقق منها من خلال تحليل نتائج الاستبيان الموجه للاعبين في المحور الأول وذلك في الأسئلة (01، 02، 03، 04، 05، 06، 07) بالإضافة إلى نتائج الاستبيان الموجه لطبيب الفريق في المحور الأول وذلك في الأسئلة التالية (01، 02، 03، 04، 05، 06، 07) وهذا ما أكدته كل من اللاعبين والمدربين من خلال أجوبتهم على الأسئلة، أن هناك إهمال كبير في توفير الأدوات والمستلزمات الطبية لدى كل فريق، وهذا راجع لنقص الجانب المادي و اللامبالاة في بعض الأحيان ما نتج عنه عدم توفر قاعة خاصة بالعلاج داخل كل فريق، وكذلك أيضا نقص الأطباء المختصين في الطب الرياضي فما لاحظناه داخل هذه الفرق أنها لا تتوفر على طبيب مختص في الطب الرياضي، وإنما معظمها تتوفر فقط على طبيب عام هذا الأخير الذي نلاحظ حضوره إلا خلال المباريات وفي بعض الأحيان لا يحضر نظرا لارتباطاته المهنية. و هذه النتائج توافقت تماما مع معظم ما جاءت به نتائج دراسة حاج لخضر.

1-2- مناقشة الفرضية الثانية:

وفي الفرضية الثانية افترضنا أن قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة القدم ، وهذا ما اتضح لنا من خلال تحليل نتائج الاستبيان في المحور الثاني الأسئلة (01، 02، 03، 04، 05، 06)، أن معظم المدربين لا يملكون معلومات طبية كافية تسمح لهم بتقديم نصائح وإرشادات للاعبين، حتى وان وجدت معلومات فهي غير كافية، وأيضا اقتصرهم على إجراء الفحوصات الطبية للاعبين سوى في بداية الموسم، والتي تعتبر تقصير في حق اللاعبين، بالإضافة إلى أن اغلب المدربين لا يتوفر لديهم أدنى اهتمام بسلامة وصحة اللاعبين.

وهذا عكس ما جاء به حنفي محمود مختار 2000 في وصف الصفات الشخصية للمدرب الحديث، حيث تقول بأنه يجب على المدرب إجراء دورات تكوينية وتثقيفية في الطب الرياضي، هذا كله لضمان صحة اللاعبين و الوصول بهم إلى مستوى جيد من الكفاءة البدنية والصحية والنفسية والعقلية.

3-1- مناقشة الفرضية الثالثة: وفي الفرضية الثالثة افترضنا أن طول فترة إصابة الرباط الصليبي تؤثر على اللاعبين، وهذا ما اتضح من خلال تحليل نتائج الاستبيان الخاص باللاعبين في المحور الثالث الأسئلة (01، 02، 03، 04، 05) والاستمارة الموجهة للطبيب في المحور الثاني الأسئلة (01، 02، 03، 04، 05، 06)، أن طول الغياب بسبب الإصابة يؤدي إلى تدني مستوى اللاعب المهاري والبدني بالإضافة إلى إمكانية إبعاد اللاعب عن الملاعب وهذا يتناسب مع ما جاء في الدراسة التي قام بها شريط عبد الحكيم 2006 في ما يخص تأثير الإصابة على الجانب النفسي و الفيزيولوجي للاعب .

2- الاستنتاجات:

- أثبتت الدراسة أن هناك إهمال كبير للمراقبة الطبية داخل أندية كرة القدم الجزائرية و هذا راجع في أغلب الأحيان إلى عدم اهتمام من طرف رؤساء الأندية و اللامبالاة من طرف المدربين.
- قلة مراكز الطب الرياضي في الجزائر التي هي بدورها من الواجب تكفلها باللاعبين من الجانب الطبي و الصحي.
- عدم توفر أندية كرة القدم على قاعات خاصة بالعلاج و هذا راجع إلى نقص الجانب المادي للأندية.
- نقص في الوسائل و المستلزمات الطبية و هذا أيضا راجع إلى نقص الجانب المادي للأندية.
- غياب المختصون في الطب الرياضي في أندية كرة القدم حيث أن جل الأندية تعتمد على الطب العام.
- اهتمام المدربين بالنتائج بغض النظر عن صحة اللاعبين.
- ضعف ميزانية الأندية الهاوية.

3- خاتمة 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، والمسئول عن كل هذا هو العنصر البشري.

وبصفة عامة فإن لبحثنا هذا أهمية كبيرة في المجال الرياضي، تتجلى في إلقاء الضوء على إصابة الرباط الصليبي دون غيرها نظرا لتفشيتها في الوسط الرياضي وتأثيرها الجسيم على صحة اللاعب و مصلحة

الفريق ، وكذلك فتح المجال لبحوث ودراسات في المستقبل، لذا وجب الاهتمام بهذا الموضوع الذي ركزنا فيه على الإمكانيات الطبية لأندية كرة القدم، وكذا الإمكانيات المادية والموارد البشرية المساعدة على المراقبة الطبية، فذهبنا إلى دراسة مدربي كرة القدم ومعرفة خبرتهم حول الإصابات الرياضية والتي من شأنها أن تساعد اللاعبين في ظل غياب الدورات التثقيفية، فمن خلال الزيارة الميدانية للأندية ووجدنا أن معظم اللاعبين مهمشين ومحرومين من أبسط حقوقهم.

4- الاقتراحات و التوصيات:

بعد الدراسة الميدانية التي قمنا بها في بعض أندية كرة اليد لكل من ولايتي (مستغانم- معسكر)، و من خلال ما توصلنا إليه من نتائج و استنتاجات، ارتأينا أن نخرج ببعض الاقتراحات التي نتمنى أن تؤخذ بعين الاعتبار من طرف كل فرد قائم على كرة القدم الجزائرية ، والتي نأمل أن تكون بداية الأمل في الخروج من المأساة التي تعانيها أندية كرة القدم الجزائرية وكانت هذه التوصيات والاقتراحات كالتالي :

* توفير قاعات خاصة بالعلاج الطبي وتجهيزها بأحدث الأدوات و وسائل الفحوصات.

* توفير طاقم طبي متخصص لدى كل نادي لتدخل في أي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء التدريب أو المنافسة.


* توفير مراكز خاصة بالطب الرياضي وتعميمها على المستوى الوطني و الجهوي لتستفيد منها جميع النوادي الرياضية.

* عدم إهمال التحضير البدني الجيد باعتباره جزء وعامل مهم له الأثر الإيجابي في تحسين لياقة اللاعبين.

* وضع قانون إجباري يفرض إجراء المتابعة الطبية و فحوصات دورية للاعبين لأكثر من مرة خلال السنة.

* إجراء دورات و تربية لتوعية اللاعبين بمختلف الإصابات الرياضية.

وفي الأخير نتمنى أن يجد اللاعبون الاهتمام والعناية الكافية من طرف الجهات المختصة والتخفيف من كمية المشاكل التي يتخبطون فيها، كما نتمنى أن تجد اقتراحاتنا الأذان الصاغية والنية الحسنة لتحسينها على أرض الواقع لخدمة الرياضة والرياضيين ، ونرجو من الله سبحانه أننا قد وفقنا في ذلك.



املا جمع

قائمة المراجع

باللغة العربية:

1. أبو العلا عبد الفتاح ، إبراهيم شعلان : فيزيولوجيا التدريب في كرة القدم ، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994.
2. إبراهيم أحمد سلامة: "الاختبارات والقياس في التربية البدنية والرياضية"؛ دار المعارف ،القاهرة: 1980.
3. إبراهيم أحمد سلامة: "الاختبارات والقياس في التربية لبدنية والرياضية"؛ دار المعارف، القاهرة، 1999.
4. بطرس رزق الله: "التدريب في مجال التربية الرياضية"؛ جامعة بغداد، العراق: 1994.
5. بطرس رزق الله: متطلبات لاعب كرة القدم البدنية و المهارة، دار المعارف، مصر، 1994.
6. وحيد محجوب: "علم الحركة والتعلم الحركي"؛ دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، بغداد: 1989.
7. حياة عباد رفائيل: "إصابات الملاعب"، منشأة المعارف الإسكندرية.
8. حنفي محمد مختار: الأسس العلمية لتدريب كرة القدم، دار الكتاب الحديث، الكويت، 1994.
9. حنفي محمد مختار: المدير الفني لكرة القدم، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1998.
10. طه إسماعيل وآخرون: "كرة القدم بين النظرية والتطبيق"؛ دار الفكر العربي، مصر، 1989.
11. طلحة حسام الدين وآخرون: الموسوعة العلمية في التدريب الرياضي، مركز الكتاب للنشر، ط1، القاهرة، 1997.
12. كمال درويش ومحمد حسين: "التدريب الدائري"؛ دار الفكر العربي، مصر: 1984.
13. كمال جميل الرضي: التدريب الرياضي للقرن 21، دار وائل للنشر والتوزيع، ط2، الأردن، 2004.

14. كمال عبد الحميد ومحمد صبحي حسنين: "اللياقة البدنية ومكوناتها الأساسية" ط3، دار الفكر العربي، الإسكندرية: 1997.
15. مهند حسين البشتاوي وأحمد إبراهيم الخواجه: مبادئ التدريب الرياضي، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2005.
16. محمد حسن علاوي ومحمد نصر الدين رضوان: "اختبارات الأداء الحركي"؛ مطبعة دار الصفاء، مصر: 1990.
17. محمد لطفي السيد ووجدي مصطفى الفاتح: الأسس العلمية للتدريب الرياضي للاعب والمدرب، دار الهدى للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2002.
18. محمد نصر الدين رضوان: مقدمة في التقويم والتربية الرياضية، دار الفكر العربي، ط3، القاهرة، 1995.
19. محمد نور عبد الحفيظ سويد: "منهج التربية النبوية للطفل"؛ ط2، دار طيبة، مكة المكرمة، السعودية، بدون سنة.
20. محمد عادل رشدي: علم إصابة الرياضيين، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1991.
21. محمد عوض بسيوني و فيصل ياسين الشاطيء: "نظريات وطرق التربية البدنية والرياضية"؛ مؤسسة دار الكتاب، بيروت، 1982.
22. محمد علي احمد القط: فسيولوجيا الأداء الرياضي في السباحة، المركز العربي للنشر، القاهرة، 2006.
23. محمد رضا الوقاد: التخطيط الحديث في كرة القدم، دار السعادة للطباعة، مصر، ط1، 2000.

1. Akramov :sélection et préparation des jeunes footballeur paris :1985.
2. Bonnet, *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.*, J. B. Baillière, 1853.
3. CHASSAING V. Traitement arthroscopique des complications après reconstruction du ligament croisé antérieur. Livre : ARTHROSCOPIE (Société Française d'Arthroscopie), Elsevier éditeur, 1999.
4. Jurgen weinek :manuel d'entraînement, Edition vigot, paris :1986.
5. LEMOINE J., PARIER J., IMPINNA P. Reconstruction du LCA par greffe du droit interne et du demi tendineux sous arthroscopie. Sport Med' (La Revue Pratique de Rééducation et de Médecine du Sport, Méditations Carline, 1-3, rue du Départ, 75014 Paris) Hors Série. Mars 1999.
6. Martin habil dornhof :l'éducation physique et sportif, OPU, Alger :1993.
7. Mayo Robson, « *Ruptured crucial ligaments and their repair by operation.* », *Ann Surg*, vol. 37, 1903.
8. Ren taelman :football techniques nouveaux d'entraînement, Edition, amphora, paris :1990.
9. E. W. Hey Groves, « *The crucial ligaments of the knee joint; their function, rupture and the operative treatment of the same.* », *Br J Surg*, vol. 7, 1920.
10. Hey-Groves, « *Operation for repair of the crucial ligament.* », *Lancet*, vol. 2, 1917.
11. Magnussen *et al.*, « *Cross-cultural comparison of patients undergoing ACL reconstruction in the United States and Norway.* », *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, vol. 18, 2010.



املايف

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم التدريب الرياضي

استمارة استبائية لتحضير شهادة الليسانس موجهة إلى طبيب النادي

في إطار القيام بدراسة تأثير إصابة قطع الرباط الصليبي على أداء لاعبي كرة القدم وبصفتك الشخص المؤهل لتزويدنا بالمعلومات المناسبة في هذا الموضوع نرجوا منك الإجابة عن جميع أسئلة الاستبيان بعناية ولك منا جزيل الشكر سلفاً، ونؤكد بأنه لا توجد أجوبة صحيحة وأخرى خاطئة، إن كل ما يهمنا هو رأيك الشخصي والصريح.

ملاحظة: الرجاء منك قراءة كل عبارة ثم الإجابة عنها بوضع علامة **X** في الخيار الذي تراه

مناسباً.

الأستاذ المشرف:

- ستاوتي محمد

من إعداد الطلبة:

- دينار عبد النور

- جبوري مختار

- طالي محمد الأمين

السنة الجامعية: 2014 - 2015

المحور الأول: الإمكانيات المادية والبشرية للنادي.

1. هل يتوفر النادي على قاعة خاصة بالعلاج والمتابعة الطبية؟

نعم لا

2. هل يتوفر النادي على التجهيزات الطبية التي تسمح لك بتشخيص الإصابات؟

نعم لا

3. أ- هل يوجد مركز للطب الرياضي على مستوى الولاية؟

نعم لا

ب- في حالة عدم وجوده ماهو السبب؟

.....

4. هل تجري فحوصات طبية دورية للاعبين؟

نعم لا

5. هل سبق وشخصت إصابة لقطع في الرباط الصليبي؟

نعم لا

6. هل تم التكفل بماته الحالة؟

نعم لا

7. هل تطورت أساليب علاج إصابة الرباط الصليبي؟

نعم لا

المحور الثاني: طول مدة الإصابة و تأثيره على أداء اللاعبين.

1. ما هي أقصى مدة للفترة التأهيلية بعد هذه الإصابة؟

من 1-4 أشهر من 4-8 أشهر

2. هل يحترم المدربين هذه المدة التأهيلية؟

نعم لا

3. بعد استبدال الرباط التالف هل تبقى كفاءة الركبة كما كانت قبل الإصابة؟

نعم لا

4. طول فترة النقاهة يؤدي إلى تدني اللياقة البدنية للاعب؟

نعم لا

5. هل من الممكن أن تتسبب إصابة الرباط الصليبي في إبعاد اللاعب نهائياً عن الملاعب؟

نعم لا

6. هل تحدث مضاعفات بعد إعادة بناء الرباط الصليبي؟

نعم لا

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم التدريب الرياضي

استمارة استبائية لتحضير شهادة الليسانس موجهة إلى اللاعبين

في إطار القيام بدراسة تأثير إصابة قطع الرباط الصليبي على أداء لاعبي كرة القدم وبصفتك الشخص المؤهل لتزويدنا بالمعلومات المناسبة في هذا الموضوع نرجوا منك الإجابة عن جميع أسئلة الاستبيان بعناية ولك منا جزيل الشكر سلفاً، ونؤكد بأنه لا توجد أجوبة صحيحة وأخرى خاطئة، إن كل ما يهمنا هو رأيك الشخصي والصريح.

ملاحظة: الرجاء منك قراءة كل عبارة ثم الإجابة عنها بوضع علامة **X** في الخيار الذي تراه

مناسبا.

الأستاذ المشرف:

- ستاوتي محمد

من إعداد الطلبة:

- دينار عبد النور

- جبوري مختار

- طالي محمد الأمين

السنة الجامعية: 2014 - 2015

المحور الأول: الإمكانيات المادية والبشرية للنادي.

1. أ- هل يتوفر فريقكم على طبيب ؟ نعم لا
- ب- في حالة الإجابة بنعم هل هو: -طبيب عام
- أخصائي في الطب الرياضي
2. من يقوم بمهام الطبيب في حالة غيابه أو عدم وجوده؟ -المدرّب
- أعوان الحماية المدنية
- زميل
3. هل سبق وتعرضت إلى إصابة قطع الرباط الصليبي؟ نعم لا
4. في حالة الإصابة من يتحمل تكاليف علاج اللاعب ؟ النادي اللاعب
5. بعد معالجة إصابتك كيف كان وضعك؟ -تحسن
- بقي على حاله
- تراجع
6. هل يتنقل الطاقم الطبي مع اللاعبين أثناء المباريات؟ نعم لا
7. هل يحظى اللاعب المصاب بالمتابعة الطبية الكافية بعد الإصابة؟ نعم لا

المحور الثاني: قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات الرياضية لدى لاعبي كرة

القدم.

1. هل يقتصر دور المدرّب على التدريب فقط ؟ نعم لا

2. هل سبق و قدم لكم المدرب إرشادات ونصائح لتفادي إصابة الرباط الصليبي ؟

نعم لا

3. هل سبق لك و أن استأنفت اللعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء)؟

نعم لا

4. هل شدة حمولة التدريب تزيد من خطر التعرض للإصابة ؟

نعم لا

5. هل يولي المدرب عملية التسخين أهمية؟

نعم لا

6. هل يهتم المدرب بنتائج الفحوصات الطبية للاعبين؟

نعم لا

المحور الثالث: طول مدة الإصابة و تأثيره على أداء اللاعبين.

1. هل أثرت الإصابة على أداءك فوق الملعب؟

نعم لا

2. هل الخوف من تكرار الإصابة يؤدي إلى تجنب اللاعب للصراعات الشائبة مع الخصم؟

نعم لا

3. تعدد الأخطاء الفنية راجع إلى طول فترة الغياب عن الملاعب.

نعم لا

4. هل تدنى مستوى لياقتك البدنية بعد الإصابة؟

نعم لا

5. هل تسببت لك الإصابة في فقدان مكانتك الأساسية؟

نعم لا

ملخص البحث

عنوان البحث : "تأثير إصابة الرباط الصليبي على أداء لاعبي كرة القدم" هواة" دراسة ميدانية" لفرق القسم الهاوي غرب".
هدف البحث: تسليط الضوء على إصابة الرباط الصليبي التي قد تؤدي باللاعب إلى العجز التام أو إبعاده كلياً عن اللعب أو الوقوف عاتقاً أمامه في الاحتراف.

مشكلة البحث:

هل لإصابة قطع الرباط الصليبي تأثير على أداء لاعبي كرة القدم؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

إن لإصابة قطع الرباط الصليبي تأثير على أداء لاعبي كرة القدم.

الفرضيات الجزئية:

- معظم أندية كرة القدم قسم هواة تعاني من نقص في الإمكانيات المادية والموارد البشرية.
- قلة التوعية من طرف المدربين أدى إلى تضاعف الإصابات لدى لاعبي كرة القدم.
- طول مدة الإصابة وتأثيرها على أداء اللاعبين.

إجراءات البحث: العينة: عينة عشوائية وكانت متكونة من 60 لاعب من فرق القسم الهاوي وهم كالتالي:

* فريق ترجي مستغانم ممثل أساساً في 20 لاعبا.

* فريق وداد مستغانم ممثل أساساً في 20 لاعبا.

* فريق سريع المحمدية ممثل أساساً في 20 لاعبا.

المجال المكاني الزماني: ملعب 05 جويلية 1962 لترجي مستغانم, ملعب بن سليمان لوداد مستغانم و ملعب والي محمد لسريع المحمدية.

وقد تم ذلك في الفترة الزمنية الممتدة من نهاية شهر فيفري 2015 إلى غاية نهاية شهر ماي 2015.

المنهج المتبع: استعملنا المنهج الوصفي لأنه الأنسب لمثل هذه المواضيع وإحضار الدراسة للتحليل الدقيق.

الأدوات المستخدمة في البحث: استمارة الاستبيان مع اللاعبين بما فيها أسئلة مغلقة ومفتوحة ونصف المفتوحة، المقابلة.

النتائج المتوصل إليها:

- أثبتت الدراسة أن هناك إهمال كبير للمراقبة الطبية داخل أندية كرة القدم الجزائرية وهذا راجع في أغلب الأحيان إلى عدم اهتمام من طرف رؤساء الأندية و اللامبالاة من طرف المدربين.
- انعدام مراكز الطب الرياضي في الجزائر التي هي بدورها من الواجب تكفلها باللاعبين من الجانب الطبي و الصحي.
- اهتمام المدربين بالنتائج بغض النظر عن صحة اللاعبين.

الإقتراحات:

- توفير مراكز خاصة بالطب الرياضي وتعميمها على المستوى الوطني و الجهوي لتستفيد منها جميع النوادي الرياضية.
- توفير قاعات خاصة بالعلاج الطبي وتجهيزها بأحدث الأدوات و وسائل الفحوصات.
- عدم إهمال التحضير البدني الجيد باعتباره جزء وعامل مهم له الأثر الإيجابي في تحسين لياقة اللاعبين.
- إجراء دورات و تربية لتوعية اللاعبين بمختلف الإصابات الرياضية.

Résumé de recherche

Titre de la recherche : " L'effet d'une rupture de ligament croisé sur les performances des joueurs de football " étude sur des équipes de la section amateur Ouest " .

L'objectif de la recherche :

Mettre en évidence les dangers de la Rupture du ligament croisé qui peut conduire le joueur à l'invalidité totale aux stades ou même l'arrêt de sa carrière professionnel.

Problème de la recherche :

Est-ce-que la rupture du ligament croisé a un effet sur les performances des joueurs de football ?

Hypothèses de recherche

L'hypothèse générale :

La blessure du ligament croisé affecte le rendement des joueurs de football.

L'hypothèse Partielle :

- La plupart des clubs de football amateur souffrent d'un manque de ressources matérielles et humaines.
- Le manque de formateurs de la prise de conscience a conduit le doublement des blessures chez les footballeurs.
- La durée de l'infection et son impact sur les performances des joueurs.

Procédures de recherche : Un échantillon aléatoire de 60 joueurs de la section amateur dans les équipes sont :

- ESM ,20 joueurs de l'équipe.
- 20 joueurs représentatifs de l'équipe WAM.
- SAM avec 20 joueurs.

Domaine spatial :

Stade de 5 juillet 1962 de ESM, Stade ben Slimane pour WAM et Stade Wali Mohammed pour SAM.

Domaine temporel :

Cette recherche a été fait depuis la fin du mois de février 2015 jusqu'à la fin du mois de mai 2015.

Programme d'études :

Nous avons utilisé la méthode descriptive car elle est mieux adaptée pour les sujets et elle soumit à une analyse rigoureuse. L'Instrument utilisés dans la recherche est un questionnaire avec les joueurs d'une façon fermé, des questions en suspens et à moitié ouverte et des interviews.

Résultats :

- L'étude a démontré qu'il y avait une négligence dans l'observation médicale au niveau des clubs algériens, il s'agit souvent d'une négligence de la part des présidents des clubs, aussi de la part des entraîneurs.
- Le manque de centres médicales du sport en Algérie, qui à son tour doit garantir la santé des joueurs.
- Les entraîneurs s'intéressent aux résultats plus tôt que la santé des joueurs.

Suggestions :

- Développer des centres médicales sportive et les diffusées à l'échelle nationale et régionale pour afin de touché tous les clubs sportifs.
- Fournir des salles de traitement médical spécial, équipées par les dernières technologies.
- Ne pas négligée la bonne préparation physique car elle est un facteur important pour un impact positif sur l'amélioration de la condition physique des joueurs.
- Faire des Stages et des thèses pour former les joueurs sur les diverses blessures sportives.