الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس –مستغانم–
معهد التربية البدنية و الرياضية
قسم التدريب الرياضي

بحث مقدم ضمن متطلبات لنيل شهادة الماستر في تخصص: رياضة و صحة

تحت عنوان:

مدى استخدام العلاج التأهيلي في تأهيل مفصل الكاحل من وجهة نظر لاعبي كرة القدم

بحث مسحي أجري على بعض لاعبي فرق كرة القدم لولاية معسكر

من إعداد الطلبة: تحت إشراف الدكتور:
عراب محمد كوتشوك سيدي محمد
مداني آسية

السنة الجامعية: 2014 / 2015

إهداء

- أهدي هذا العمل المتواضع إلى زمن العطاء والتضحية
وإلى من أنار درب وصولي وإلى من رسم الإبتسامةعلى وجهي
ومن بث في روحي العزيمة أبي العزيز .

- وإلى أعز وأعظم إنسانة في الوجود، إلى زمن الطهر والطمأنينة والحنان والوفاء، إلى صاحبة القلب الكبير من غمرتني بالسعادة والطمأنينة وأودعتني بنصائحها الثمينة طيلة حياتي ، إلى من الجنة تحت أقدامها
والدتي العزيزة وإلى إخواتي وأخواتي .

وإلى أصدقائي وإلى كل طلبة إختصاص دفعة 2014/ 2015
وإلى كل الأساتذة
من دون أن ننسى من لهم الفضل في طبع هذا العمل

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي

مداني آسية

إهداء

بسم الله و الصلاة و السلام على رسول الله و على آله و صحبه،

أما بعد:

أهدي ثمرة جهدي إلى والدي الكريمين، أسأل الله العلي

تعالى أن يحفظهما بما يحفظ به عباده الصالحين.

إلى إخواني و أخواتي و الأهل و الأقارب.

إلى زملائي في الدين، إلى كل الأحباب و الأصدقاء

وإلى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو بعيد.

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي

دراب محمد

شكر وعرفان

نتوجه إلى المولى جل شأنه بالحمد والشكر على ما أولانا من توفيق

وسداد ويسر، فبنعمته عز وجل تتم الصالحات...

عليه توكلنا وإليه أنبنا ، وعلى اللّه قصد السبيل .

نتقدم بالشكر إلى الدكتور المشرف

"كوتشوك سيد أحمد"

الذي منحنا من وقته الثمين، إرشادا وتوجيها ووقوفا على زلل

الكتابة حفاظا على أمانة العمل... فجزاه الله عنا خير جزاء.

كما نقدم الشكر أيضا إلى رؤساء النوادي لفرق ولاية معسكر

و المدربين و أيضا اللاعبين دون أن ننسى الأطباء و الممرضين

لمراكز التأهيل

كما نتقدم بجزيل الشكر لكل من ساعدنا في إنجاز هذا

العمل سواء من قريب أو من بعيد .

الفهـــرس

المحتويات **الصفحة**

إهداء.....

شكر و عرفان.....

قائمة الجداول.....

قائمة الأشكال.....

التعريف بالبحث:

1-مقدمة البحث..... **01**

2-مشكلة البحث..... **02**

3-فرضيات البحث..... **02**

4-أهداف البحث..... **03**

5-أهمية البحث..... **03**

6-مصطلحات البحث..... **04**

7-الدراسات المشابهة..... **05**

8-نقذ الدراسات المشابهة..... **09**

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: كرة القدم

مدخل للفصل الأول..... **12**

تمهيد..... **12**

1-1-كرة القدم **14**

1-2- قواعد كرة القدم..... **14**

1-3-متطلبات كرة القدم..... **15**

1-4- خصائص كرة القدم..... **16**

الخلاصة..... **18**

الفصل الثاني : الإصابة الرياضية و إصابة مفصل الكاحل

تمهيد..... 20
2-1-تعريف الإصابة الرياضية..... 21
2-2-تصنيفات الإصابة المختلفة..... 22
2-3- الأسباب العامة للإصابة في المجال الرياضي..... 23
2-4-أنواع الإصابات..... 28
2-5- مضاعفات الإصابة الرياضية..... 45
2-6-كيفية منع حدوث المضاعفات..... 46
2-7- أعراض و مظاهر الإصابة..... 47
2-8- الإسعافات الأولية..... 48
2-9- طرق و وسائل الوقاية من الإصابات الرياضية..... 54
2-10- دور المدرب في الحد و الوقاية من الإصابات الرياضية..... 56
2-11- ما هو التواء الكاحل؟..... 58
2-12- كدمات الكاحل..... 64
2-13- تمزق أ ربطة مفصل القدم..... 66
خلاصة..... 69

الفصل الثالث : العلاج التأهيلي

تمهيد..... 71
3-1-التعريف النظري للعلاج التأهيلي..... 72
3-2-أقسامه..... 72
3-3-تصميم برنامج إعادة تأهيل الإصابات الرياضية..... 72
3-4- مراحل الإصابات الرياضية..... 78
الخلاصة..... 90
خاتمة الباب الأول..... 91

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الأول : منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

تمهيد **94**

1-1-الدراسة الإستطلاعية **95**

1-2- الدراسة الأساسية **96**

1-3-الوسائل الإحصائية..... **100**

1-4-صعوبات البحث..... **101**

الخلاصة..... **102**

الفصل الثاني: عرض وتحليل النتائج و مناقشتها

تمهيد **104**

2-1-الإستنتاجات **124**

2-2-مناقشة الفرضيات..... **125**

2-3-الإقتراحات و التوصيات..... **127**

الخاتمة العامة..... **129**

قائمة المصادر والمراجع..... **132**

قائمة الملاحق.....

ملخص الدراسة.....

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل إجابات اللاعبين على السؤالين رقم 01 و02 من المحور الأول	105
02	يمثل أسباب إصابات الكاحل من خلع والتواء وكسر للأسئلة رقم 3، 4، و5 من المحور1	107
03	يمثل الإصابة الشائعة على مستوى الكاحل	110
04	يمثل تعرض اللاعب لإصابة الكاحل وفي أي مرحلة تم ذلك	111
05	يمثل سبب الإصابة في الكاحل و السبب الرئيسي لذلك	113
06	يمثل هل هناك مركز طبي وهل يقوم النادي على مستلزمات ووسائل التأهيل للسؤالين رقم 1 و2 من المحور الثاني	116
07	يمثل تلقي العناية الكافية وتلقي العلاج من طرف النادي بعد التعرض للإصابة في الكاحل 3 و4 من المحور الثاني	118
08	يمثل تلقي العلاج تأهيل بعد الإصابة والذي قام بالعلاج للإصابة على السؤالين 5 و6 من المحور الثاني	119
09	يمثل إجابات اللاعبين على الأسئلة رقم 7 و8 من المحور الثاني	121
10	يمثل تعرض اللاعبين لفحص طبي معمق وعدد الفحوصات الطبية خلال الموسم الرياضي	123

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح إجابات اللاعبين على السؤالين رقم 01 و02 من المحور 1	106
02	يمثل أسباب إصابات الكاحل للأسئلة رقم03 ،04 و05 من المحور الأول	109
03	يمثل الإصابة الشائعة في الكاحل للسؤال رقم 06 من المحور الأول	111
04	يمثل تعرض اللاعب للإصابة في الكاحل وفي أي مرحلة تم ذلك للسؤال رقم 07 و08 من المحور الأول	112
05	يمثل سبب الإصابة والسبب الرئيسي لحدوثها للسؤالين 9و10 من المحور الأول	114
06	يمثل وجود مركز طبي خاص بالنادي وتوفر النادي على المستلزمات التأهيل للكاحل للسؤالين 1 و2 من المحور الثاني	117
07	يمثل الإجابة على السؤالين 03و04 بمحور الثاني	119
08	يمثل تلقي العلاج التأهيلي بعد الإصابة ومن الذي يقوم بهذا العلاج التأهيلي	120
09	تلقي اللاعب التأهيل الحركي من طرف المدلك وتأثير إعادة التأهيل الحركي بشكل إيجابي للسؤالين 7و8 للمحور الثاني	122
10	يمثل تعرض اللاعب لفحص طبي معمق وعدد الفحوصات الطبية خلال الموسم	123

1-المقدمة:

تعتبر كرة القدم اللعبة الجماعية الأولى في العالم من حيث شعبيتها في الأوساط الرياضية ومما لا شك فيه أنها من الألعاب التي تكثر فيها الإصابات . وتعرف الإصابة الرياضية على أنها تعطيل لسلامة الأنسجة وأعضاء الجسم ونادرا ما تؤدي الحركة المكررة إلى حدوث الإصابة وفي هذه الحالة تحدث تغيرات تشريحية أو فيزيولوجية لبعض الوظائف الجسمانية بما أن الإصابات مختلفة في هذه الرياضة ومحتملة الحدوث ، هناك علاج طبيعي تأهيلي للاعب كرة القدم هذا الأخير الذي هو إعادة الوظيفة الكاملة للمصاب ويعتمد أساسا على أسباب الإصابة والتقويم الصحيح لها وطرق علاجها، ومن بين كل هذه الإصابات سوف نتطرق في موضوعنا هذا حول إصابة مفصل الكاحل الذي يتألف من عظم الكاحل ومن نهايتين سفليتين لعظمتي الساق ، طرق علاج هذا المفصل و تأهيله وطرق الوقاية من الإصابة.

2-مشكلة البحث:

وبذل مجهودات إضافية والقيام بالحركات الصعبة و بالرغم من القوانين التي وضعت لحماية اللاعبين إلا أن الإصابات تكثر مما بإعتبار أن كرة القدم من الألعاب الرياضية الجماعية التي تتميز بالتغير المستمر بالأحداث الفردية والجماعية منها ضرورة إحتكاك اللاعبين يؤدي إلى تدهور صحة اللاعبين ومستواهم البدني الذي يؤثر سلبا على الأداء المهاري للاعب. انطلاقا من زيارتنا الم يدانية لثلاث فرق رياضية لولاية معسكر و مقابلتنا مع عدة لاعبين من صنف أكابر ، لاحظنا أن الإصابة الشائعة هي إصابة مفصل الكاحل، ثم قمنا بتوزيع إستمارة إستبيانية على عشر لاعبين مصابين على مستوى الكاحل في كل فريق، و من خلال الإستعانة بنتائج الدراسات المشابهة التي تناولت إصابة مفصل الكاحل، و من خلال استعراضنا لمشكلة البحث نجد أن إصابة مفصل الكاحل لدى لاعبي كرة القدم تشكل عائقا في حياتهم الرياضية نظرا لقلة مراكز التأهيل العلاجية في الفرق الرياضية. و يعتبر العلاج التأهيلي من أحسن الطرق لتحسين مستوى الجسم و زيادة مرونته و قوته في شتى الإصابات خاصة إصابة الكاحل. و من هنا نستطيع طرح التساؤل التالي: هل العلاج التأهيلي له دور فعال في تأهيل إصابة مفصل الكاحل؟

التساؤلات الفرعية:

كيف يمكن علاج هذه الإصابة وإعادة تأهيل العضو أو الطرف المصاب مثل الكاحل ؟

3-فرضيات البحث:

الفرضية العامة: العلاج التأهيلي له أهمية كبيرة في علاج إصابة مفصل الكاحل لدى لاعبي كرة القدم.

الفرضية الجزئية:

1 -إصابة الكاحل تشكل عائقا قد يهدد لاعب كرة القدم تحد من مستواه البدني و النفسي.

2 -قلة المستلزمات و وسائل التأهيل الرياضية تؤدي إلى تدهور في مستوى لاعب كرة القدم.

4-أهداف البحث:

- التعرف على واقع العلاج التأهيلي للاعب كرة القدم و معرفة فعالية هذا العلاج التأهيلي في تنمية وتحسين أداء لاعب كرة القدم .

5-أهمية البحث

الجانب العلمي: إن دراسة هذا البحث تسمح لنا بإبراز أهمية العلاج التأهيلي ومجالاته ودوره وتزويد الإطارات المعنية والمختصة وكذا القراء بالمعلومات حول إصابة مفصل الكاحل بطريقة علاجها وأساليب الوقاية وخاصة التوعية للمدربين واللاعبين أيضا .

الجانب العملي: مساهمة العلاج التأهيلي في تحسين مستوى لاعبي كرة القدم و أهمية وجود مركز التأهيل الطبي الرياضي ، وذلك للتكفل باللاعبين والمساهمة في صحة وسلامتهم وتحسين مستوى أدائهم.

6-مصطلحات البحث:

العلاج التأهيلي :

- **تعريف نظري:** هو إعادة الوظيفية الكاملة للمصاب.و يعتمد بصورة أساسية على التعرف على أسباب الإصابة و التقويم الصحيح لها و طرق علاجها و يتم تأهيل المصاب العادي بحيث يستطيع القيام بالوظائف و الأعباء الضرورية دون اضطراب مثل المشي و صعود السلالم و تأدية مطالب الحياة اليومية بصورة طبيعية (صالح، 2010، صفحة 1)

- تعريف إجرائي: هو مجموعة من الإجراءات الطبية و القوانين الصحية الموجهة لعلاج إصابة معينة و يكون العلاج حسب نوع الإصابة و درجة خطورتها و بعد التشخيص يجد الطبيب أنه من الضروري إجراء إسعافات أولية و بإمكان اللاعب مواصلة اللعب أو إبعاده كلية عن اللعب .

كرة القدم :

- تعريف نظري: هي لعبة جماعية تتم بين فريقين كل فريق من 11عشر لاعب يستعملون كرة متفرقة مستديرة ذات مقياس علمي محدد في ملعب مستطيل ذو أبعاده محدودة في كل طرف من طرفيه مرمى الهدف و يحاول كل فريق إدخال الكرة فيه على حارس المرمى للحصول على هدف (مأمور بن حسن أل سليمان م.ص09)

- تعريف إجرائي:هي لعبة الملايين و الأكثر إقبالا على الممارسة من طرف الشعوب كلها و تمارس ضمن قوانينها الخاصة(كرة القدم ، فيصل رشيد عياش الدليمي، صفحة1).

الإصابة الرياضية:

- تعريف نظري عن كل ممارسة رياضية مهما كان نوعها معرضة بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى حوادث مختلفة بسبب الاحتكاك الكبير و الحيوية العظيمة التي تتميز بها كرة القدم حيث توجد إصابات كثيرة في الميدان تكون متفاوتة الخطورة بسيطة متوسطة و خطيرة (الموسوعة الحرة للإصابات الرياضية ، صفحة 8)

- تعريف إجرائي :تعرضت أنسجة الجسم المختلقة لمؤثرات خارجية أو داخلية تؤدي إلى إحداث تغيرات نسيجية أو فيزيولجية في مكان الإصابة مما يعطل عمل أو وظيفة ذلك النسيج (محمد عابد رشدي 1993 ص13).

الكاحل:

- تعريف نظري: الكاحل مفصل كبير الحجم و هو يسمح بحركة القدم إلى الأعلى و الأسفل هناك ثلاث عظام تشكل مفصل الكاحل و هذه العظام هي الضنبوب أو عظمة القصبة و الشظية و عظم الكاحل (الموسوعة الصحية).
- تعريف إجرائي :المفصل الصائري (Pivot joint) بين القدم وكف القدم. يتكون من عظم الكاحل (Talus) التي تدخل الى تجويف يتشكل من الأطراف المنخفضة لعظام الساق: الظنبوب (Tibia)والشظية.(Fibula)

7-الدراسات المشابهة:

-الدراسة 1: الطرق الأكثر تأثيرا في تقليل حوادث الإصابة في الكاحل

الكاتب: د.موفق مجيد المولى سنة 1999

العينة: 80 لاعبا

تمت الدراسة للإجابة على السؤال التالي: أي من تلك الطرق أكثر تأثيرا في تقليل حوادث إصابة الكاحل مستقبلا؟

حاول مجموعة من الباحثين الإيرانيين الإجابة عن السؤال في دراسة 80 عينة من اللاعبين من دوري الدرجة الأولى ممن تعرضوا للتمزق في كاحل القدم سابقا وقد تم توزيع العينات عشوائيا على واحدة من أربع مجاميع فكانت حصة كل مجموعة 20**لاعب**:

المجموعة1: تدريب القوة

المجموعة2:استخدام ملحق الحذاء

المجموعة3:تدريب التوازن

المجموعة4:مجموعة السيطرة

ومن ثم تمت مراقبة اللاعبين حتى نهاية الموسم الكروي وتم جمع إحصائيات لتكرار الإصابة بالتواء الكاحل فوجد:

-1- عدم وجود فوارق معنوية بين المجاميع في عدد التعرض للإصابة(تعرضت كل المجاميع لنفس درجة مخاطر الإصابة بمفهوم زمن المشاركة في المباريات) ولكن حوادث التواء الكاحل في مجموعة العلاج بالتوازن كانت معنوية أقل من مجموعة السيطرة.

-2- ومع أن المخاطر بنسبة التواء الكاحل تدنت في مجموعة تدريب القوة ومجموعة ملحق الحذاء إلا أن النقصان لم يكن كبيرا بما فيه الكفاية لكي يعتبر معنويا من الناحية الإحصائية.

-3 -أستنتج الباحثون على أن مجموعة تدريب التوازن هي الوحيدة التي أظهرت نقصان معتبر في معدل عودة الإصابة آخذين بالاعتبار عدم اعتبار ذلك إشارة لعدم فوائد الطريقتين الأخر تين فهناك عدد من برامج التأهيل التي تستخدم ربط طريقة تدريب القوة والتوازن

-4 -كانت توصية الباحثين بأن تدريب التوازن عنصر حاسم في عدم تكرار إصابة كاحل القدم .

– الدراسة 2: طريقة سهلة لتوقع خطورة الكاحل

الكاتبة: حياة عياد روفائيل سنة 2000

أوجد باحثون من الولايات المتحدة الأمريكية أداة بسيطة وغير مكلفة يمكنها من توقع مخاطر إصابة الرياضيين بمفصل الكاحل خلال تدريب كرة القدم وبالتالي مساعدتهم لتجنب الإصابة ففي دراستهم وجدوا بأن لاعبي الفريق ممن لا يستطيعون تكملة اختبار التوازن المعروف (single- leg balance)

على قدم واحدة أو على القدمين يكونون معرضين للإصابة بالتواء الكاحل بنسبة مرتين ونصف خلال الموسم الكروي اللاحق مقارنة بزملائهم ممن أكملوا الاختبار بنجاح علما بأن المخاطرة النسبية ترتفع تحت 9 مرات أكثر بالنسبة للاعبين الذين فشلوا في الاختبار ولم يربطوا الكاحل بالشريط الخاص به.

إن التواء الكاحل إصابة معروفة وشائعة وعلى الخصوص في اللعاب الفرقية ككرة القدم وكرة الطائرة وكرة اليد وقد أشرت البحوث بأن التواء الكاحل يكون نسبة(12- 20%) من المجموع الكلي للإصابات الرياضية ويكون (16%) من ضياع وقت كل الإصابات الرياضية.

لقد لوحظ زيادة في مخاطر هذه الإصابة عند الرياضيين الذين تكون نتائجهم سيئة في اختبارات التوازن المعروفة (stabilometry tests)والذي يقيس توزيع التوازن ولكن هذا الجهاز غالي الثمن ولا يكون متوفر في أغلب الأحيان عند الاختبارات الأولية للرياضيين ولهذا أوصى الباحثون بتطبيق اختبار توازن القدم الواحدة والذي لا يحتاج لأي أداة أو جهاز كونه بديل مفيد لتوقع الإصابة بالتواء الكاحل.

- **الدراسة 3**: اختبار التوازن على قدم رجل واحدة

الكاتب: مفتي إبراهيم سنة 2001

العينة: 230 رياضي

لقد تم اختبار 230 رياضي من الكليات والمدارس الثانوية من فرق البنين والبنات لكرة القدم الأمريكية وكرة القدم الاعتيادية وكرة الطائرة باستخدام اختبار التوازن على قدم رجل واحدة وقد تضمن الاختبار إغماض الرياضي لعينيه لمدة 10 ثواني بينما يقف على رجل واحدة من دون ان ينتعل حذاء مع ثني الركبة للرجل الأخرى ومن دون ان تلمس رجل الاستناد وقد اعتبر الاختبار ناجحا وايجابيا إذا استطاع الرياضي تطبيق الاختبار على قدم واحدة أو على القدمين تباعا وقد تم بعد ذلك متابعة العينات خلال الموسم

لتسجيل أي إصابة بالتواء الكاحل وخلال الـ 14 أسبوع سجلت 28 إصابة بالتواء الكاحل في مجموع كل العينات(230) وقد استطاع الباحثون إظهار أن الرياضيين الذين سجلوا درجة عالية باختبار التوازن على رجل واحدة يكونون الأقرب لتحمل تلك الإصابة وعلى الخصوص عند عدم ربط مفصل القدم بالرباط الخاص به.

لقد علق الباحثون بالتالي(بينما يخدم اختبار التوازن على رجل واحدة عملية توقع التواء الكاحل إلا ان الميكانيكية المضبوطة لمسؤولية زيادة مخاطر الإصابة تبقى غير معروفة) ولا زال هناك متسع من الوقت لمزيد من البحوث في هذا الاتجاه

– **الدراسة4**: اختبار التوازن على رجل واحدة هو من بين مخاطر الإصابة بالتواء الكاحل

الكاتب: عبد الرحمن عبد الحميد زاهر سنة 2004

يعتبر التواء الكاحل من الإصابات الشائعة في رياضة ركوب الأمواج وان القابلية على توقع تعرض الرياضي لالتواء الكاحل عن طريق اختبار التوازن البسيط يسمح للمدرب والطبيب والمعالج الطبيعي تطوير إستراتيجية الوقاية منها كتحديد برنامج لتدريب التوازن أو استخدام الأربطة الخاصة بالكاحل لإسناد الكاحل وبالتالي تقليل فرص الإصابة.

لقد بحثت هذه الدراسة في مدى فائدة استخدام اختبار التوازن على رجل واحدة كجزء من الاختبارات البدنية في فترة الإعداد لتوقع الإصابة بالتواء الكاحل خلال الموسم الرياضي وقد نفذت الدراسة على رياضيين طلبة من المدارس الثانوية وقد وجد بأن العينات التي سجلت درجات عالية في الاختبار وممن لا يستخدمون رباط الكاحل هو ضمن المخاطر الكبرى لمواجهة التواء الكاحل خلال الموسم ومن الممتع بـأن تاريخ الإصابة السابقة لا ترتبط بصورة مباشرة بالإصابات التي ستحدث مستقبلا خلال الدراسة وهذا

يضع مقترح بأن الرياضي الذي يسجل درجة عالية في اختبار التوازن على قدم واحدة في فترة الإعداد يواجهون مخاطر كبيرة في إصابة الكاحل إذا لم يتبعوا لنظام استخدام الرابط الخاص بالكاحل أو لم يتبعوا نظام تأهيلي ولقد أكدت الدراسة على شرعية وواقعية هذا الاختبار من ناحية توقع إصابة التواء الكاحل.

8-نقد الدراسات المشابهة :

تختلف الدراسات المشابهة السابقة في مجالاتها عن الدراسة الحالية حيث أن هذه الدراسة تناولت العلاج التأهيلي في إصابة الكاحل عند لاعبي كرة القدم و مدى فعالية و أهمية العلاج التأهيلي كما أن هذه الدراسات المشابهة في تناولها للموضوع البحث من حيث العينة المدروسة و المجتمع و الفترة الزمنية للدراسة و كذلك تختلف من حيث المجال المكاني

اختلفت الدراسة المشابهة عن الدراسة الحالية ففي الأول شملت التمارين الرياضية التي فرضت على اللاعبين و العلاج بالتوازن (رفع رجل واحد مثلا) دون التطرق إلى العلاج التأهيلي المتكون من الوسائل الحديثة و المتطورة التي تأتي دائما بالأحسن على أداء اللاعبين الرياضيين

أظهرت نتائج الدراسات المشابهة اختلاف مدى فعالية التمارين الرياضية المقدمة أو البرامج بصفة عامة و مواكبتها لحاجات اللاعبين و هو ما كشفنا عنه في هذه الدراسة عن مدى أهمية العلاج التأهيلي و فعالية لرفع مستوى التداوي في كل الإصابات الرياضية خاصة إصابة الكاحل.

مدخل الباب الأول :

تتميز الرياضة عامة و كرة القدم خاصة بعدة مميزات أهمها إعداد لاعبين وتكوينهم بمستوى عالي للمنافسات الرياضية من خلال إكتسابهم مهارات وتقنيات تسمح لهم بالرقي بأدائهم إلى المستوى العالمي ، وفي هذا الباب تطرقنا إلى ثلاث فصول مرتبطة مع بعضها البعض ألا و هي الفصل الأول: تناولنا فيه كرة القدم خصائصها وقواعدها وقوانينها وتاريخ كرة القدم بالجزائر خاصة .

الفصل الثاني: الإصابة الرياضية تعريفها ومؤثراتها وتصنيفها وتقسيم الإصابات حسب شدتها والأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي كذلك أنواع الإصابات وطرق علاجها بصفة عامة ، من خلع وكسور وكدمات وتمدد في الأوتار و تمزقات عضلية ، بما فيها التواء الكاحل بصفة خاصة ، وكذلك مظاهر وأعراض الإصابات .

الفصل الثالث: العلاج التأهيلي تناولنا أقسام العلاج التأهيلي وتصميم برنامج لإعادة تأهيل الإصابات الرياضية و أهداف هذا البرنامج في علاج الإصابات الرياضية .

تقهيد:

إن من بين الرياضات الجماعية لعبة كرة القدم والتي تعتبر اللعبة الأكثر شعبية في العالم وذلك للدور الفعال الذي تلعبه من خلال الترفيه والترويح عن النفس في أوقات الفراغ والحد من الاضطرابات النفسية اليومية، وقد مرت بعدة مراحل تطورت فيها من ناحية القوانين وطريقة اللعب وكذا من ناحية المفهوم والنظرة الشعبية لها وفوائدها فهي تتميز بخصائص نفسية وفنية وتكتيكية تتطلب مساحات وأدوات لممارستها، كما أنها تتميز بصفات بدنية خاصة ومؤهلات هامة يتميز بها لاعبوها الذين تتطلب منهم مواصفات خاصة ومهارات فنية، ولياقة بدنية عالية.

ورياضة كرة القدم كغيرها من الرياضات لا تخلو من الإصابات والتي يعود سببها إلى الاحتكاك مع الخصم ، بالإضافة إلى نقص اللياقة البدنية وأيضا إلى نقص التحضير، وبما إن بحثنا يدور حول إصابة مفصل الكاحل عند لاعبي كرة القدم سنتعرض إلى لمحة عامة عن كرة القدم وتطورها، والى العلاج الت أهيلي الرياضي وطرق الوقاية من هذه الإصابة.

1-1-كرة القدم:

❖ التعريف النظري:

كرة القدم « Foot. Ball » هي كلمة لاتينية وتعني ركل الكرة بالقدم ، فالأمريكيون يعتبرونها بما يسمى عندهم بالـ "Rugby" أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها تسمى«Soccer».

❖ التعريف الإجرائي:

كرة القدم هي رياضة جماعية، تمارس من طرف جميع الناس، كما أشار إليها رومي جميل: " كرة القدم قبل كل شيء رياضة جماعية يتكيف معها كل أصناف المجتمع". (رومي جميل، 1986، الصفحات 50-52)

1-2-قواعد كرة القدم :

أن الجاذبية التي تتمتع بها كرة القدم خاصة في الإطار الحر (المباريات غير الرسمية ،مابين الأحياء) ،ترجع أساسا إلى سهولتها الفائقة، فليس ثمة تعقيدات في هذه اللعبة ومع ذلك فهناك سبعة عشر (17) قاعدة لسير هذه القواعد سارت بعدة تعديلات ولكن لازالت باقية إلى الآن .

حيث أول سياق للثبات للأول قوانين كرة القدم أسندوا إلى ثلاث مبادئ رئيسية جعلت من اللعبة مجالا واسعا للممارسة من قبل الجميع دون استثناء، وهذه المبادئ حسب سامي الصفار 1982م كما يلي :

❖ المساواة:

إن قانون اللعبة يمنح لممارسي كرة القدم فرصة متساوية لكي يقوم بعرض مهاراته الفردية، دون أن يتعرض للضرب أو الدفع أو المسك وهي مخالفات يعاقب عليها القانون .

❖ **السلامة :**

وهي تعتبر روحا للعبة يمنح ،بخلاف الخطورة التي كانت عليها في العهود العبرة، فقد وضع القانون حدودا للحفاظ على صحة وسلامة اللاعبين أثناء اللعب مثل تحديد مساحة اللعب، وأرضيتها وتجهيزهم من ملابس وأحذية للتقليل من الإصابات وترك المجال واسعا لإظهار مهارتهم بكفاءة عالية. (سامي الصفار، 1982، صفحة 29)

❖ **التسلية:**

وهي إفساح المجال للحد الأقصى من التسلية والمتعة التي يجدها اللاعب لممارسة اللعبة، فقد منع المشرعون لقانون كرة القدم بعض الحالات والتي تصدر من اللاعبين تجاه بعضهم البعض. (Abdelkader touil, 1993, p. 185)

1-3-متطلبات كرة القدم:

من أجل تحديد دقيق لقدرات لاعبي كرة القدم تجب الإشارة إلى أهم العوامل المحددة لمتطلبات كرة القدم الحديثة بالنسبة للاعبين.

أثناء المقابلة يكون اللاعبون على اتصال مباشر مع الخصم ، وحالات اللعب تتغير بصورة سريعة ، ففي كل حالة يجب على اللاعب إيجاد الحل المناسب والفعال بأسرع وقت ممكن عن عمل لاعب كرة القدم ذو طابع تكراري متغير، والعمليات الحركية متغيرة وتختلف الواحدة عن الأخرى فالجري متنوع بالعمل بالكرة، أو المشي، أو التوقف، أو القفز .

يشير الاختصاصيون إلى إن جزء كبير من العمليات الحركية للاعب كرة القدم يشغله الجري الذي يتطور من البطء إلى السرعة، إضافة إلى إن الانطلاق الذي يتحول إلى توقف مفاجئ أو تغيير خاطف للسرعة أو الاتجاه.(Akromov, 1985)

1-4-خصائص كرة القدم: تتميز كرة القدم بخصائص أهمها:

❖ **الضمير الاجتماعي**:

وهي من أهم خاصية في الرياضات الجماعية، إذ تكتسي طابعا جماعيا بحيث يشترك فيها عدة أشخاص في علاقات وأدوار متكاملة ومترابطة، وتحقيق أهداف مشتركة في إطار جماعي.

❖ **النظام**:

تحدد طبيعة القوانين في رياضة كرة القدم وصفة الاتصال المسموح بها مع الزملاء و الاحتكاك مع الخصم، وهذا ما يكسبها طابعا مهما في تنظيم اللعب، يتجنب كل ما يتعارض مع تلك القوانين.

❖ **العلاقات المتبادلة**:

تتميز رياضة كرة القدم بتلك العلاقات المتواصلة بين الزملاء في جميع خطوط الفريق، إذ تشكل كلا متكاملا بمجهود كالأعضاء، وهذا بدوره ناتج عن التنظيمات والتنسيق خلال معظم فترات المنافسة.

❖ **التنافس**:

بالنظر إلى لوسائل كرة القدم – من كرة وميدان ودفاع وهجوم ومرمى – كل هذه الجوانب تعتبر حوافز مهمة في إعطائها صيغة تنافسية بحتة إذا يبقي اللعب خلال فترة اللعب في حركة مستمرة متغيرة لمراقبة تحركات الخصم ، وهذا ما يزيد من حدة الاحتكاك بالخصم ، لكن في إطار مسموح به تحدد قوانين اللعبة.

❖ **التغيير:**

تمتاز كرة القدم بالتغيير الكبير والتنوع في خطط اللعب، وبنائها وهذا مرتبطا بالحالة التي تواجه الفريق خلال المنافسة أي حسب طبيعة الخصم والمنافسة.

❖ **استمرار:**

مما يزيد الاهتمام برياضة كرة القدم هو طبيعة البطولة فيها، إذ يكون برنامج البطولة مطولا (سنويا ومستمر) كل أسبع تقريبا، مقارنة مع الرياضات الفردية التي تجري منافساتها في شكل متباعد.

❖ **الحرية:**

اللاعب في كرة القدم رغم ارتباطه بزملائه وبالهدف الجماعي إلا انه يملك حرية كبيرة في اللعب الفردي و الإبداعي في أداء المهارات وهذا مرتبط بإمكانيات وقرارات كل لاعب (الفردية) . إذ انه ليس مقيدا بأداء تقني ثابت كما هو الحال، في اغلب الرياضات الفردية، بل لديه الحرية في التفاعل والتعرف حسب الوضعية، التي يكون فيها أمام الخصم وهذا ما يكسب رياضة كرة القدم طابعا تشويقيا ممتعا . (عبد الرحمان عيسوي، 1980، صفحة 71)

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نلاحظ إن كرة القدم والإصابات المتعلقة بتا هي كثيرة، لكن وبفضل ما وصل إليه العلاج التأهيلي من تطور أضحت هذه الإصابات تكاد تكون منعدمة وذلك بفضل الوسائل المستخدمة في العلاج والوقاية، ونجد كذلك إن اللياقة البدنية العالية والتحضير الجيد للاعب خلال التدريبات يساهم كذلك في سلامة ووقاية اللاعب من الإصابات الرياضية، ولعلنا أوضحنا بعض طرق العلاج والوقاية من بعض الإصابات الرياضية خاصة إصابة مفصل الكاحل.

تمهيد:

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

2-1-تعريف الإصابة الرياضية:

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

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

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

ج- مؤثر داخلي : مثل تراكم حمض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي أو قلة مقدار الماء والأملاح. (عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، 2004، صفحة 81)

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

الإصابة البدنية:

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

الإصابة النفسية:

الإصابة النفسية هي عبارة عن صدمة Trauma نفسية نتيجة لخبرة أو حادث معين مرتب بالمجال الرياضي والتي قد تسفر أو قد لا تسفر عن إصابة بدنية ولكنها تحدث بعض التغيرات في الخصائص النفسية للفرد ويتضح أثرها في تغيير الحالة الانفعالية والدافعية والسلوك بالنسبة للفرد الرياضي وبالتالي هبوط

مستواه الرياضي وفي بعض الأحيان انقطاعه النهائي عن الممارسة الرياضية. (محمد حسن العلاوي، 1998، الصفحات 14- 17)

2-2-تصنيفات الإصابات المختلفة:

توجد عدة مدراس طبية تقسم الإصابات عامة وإصابات الملاعب خاصة إلى عدة مدارس لتسهيل شرح التشخيص وتنفيذ العلاج ومن ذلك ما يلي:

2-2-1- تقسيمات حسب شدة الإصابة:

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

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

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

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

أ- إصابات مفتوحة مثل الجروح أو الحروق.

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

2-2-3- تقسيمات حسب درجة الإصابة:

أ- إصابة الدرجة الأولى:

ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة وتشمل حوالي 70- 90% من الإصابات مثل السجحات والرضوض والتقلصات العضلية.

ب– إصابات الدرجة الثانية:

ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع لأسبوعين، وتمثل غالبا حوالي 8% مثل التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل.

جـ– إصابات الدرجة الثالثة:

ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الأداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1– 2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعها – الخلع– إصابات غضروف الرقبة – الانزلاق الغضروفي بأنواعه. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 22–23)

2–2–4– تقسيمات حسب السبب:

أ– إصابة أولية أو مباشرة في الملعب نتيجة القيام بمجهود عنيف أو نتيجة حادثة غير متوقعة وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات.

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

2–3–الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

2–3–1– التدريب غير العلمي:

إذا ما تم التدريب بأسلوب غير علمي ساهم في حدوث الإصابة لما يلي:

أ- عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه

قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخططية .

ب- عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء ، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابتها مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 24- 25)

ج- سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

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

د- عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

ويقصد بالإحماء الكافي أداء التدريب أو المباراة والمناسب لهم وبطبيعة الجو مع مراعاة التدرج على اختلاف مراحله تجنبا لحدوث إصابات.

هـ- عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، وننصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب. (أسامة رياض، 1999، الصفحات 193- 194)

و- سوء اختيار مواعيد التدريب:

قد يسبب ذلك إصابة اللاعب، فمثلا التدريب وقت الظهيرة في الصيف قد يصيب اللاعب بضربة شمس أو يفقد اللاعب كمية كبيرة من السوائل والأملاح مما يسبب حدوث تقلصات عضلية، ولذلك يفضل تدريب اللاعبين في الصباح الباكر أو في المساء صيفا وعكس ذلك في مواسم الشتاء.

2-3-2- مخالفة الروح الرياضية:

تعد مخالفة الروح الرياضية من أسباب الإصابات، وهي مخالفة لأهداف نبيلة تسعى الرياضة في تأصيلها في النفوس ليمتد أثرها على الحياة العامة وفلاح المجتمع ويسبب ذلك:

- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا.

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

2-3-3- مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث كمهاجمة لاعب مبارزة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتم قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم.

2-3-4-عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات خاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجري بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات التي نتجت من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات.

2-3-5-استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

نقصد هنا الأدوات التي يستخدمها اللاعب في مجال رياضته مثل كرة القدم، مضرب التنس والسلاح في المبارزة، فيجب أن يكون هناك تناسب بين عمر اللاعب والأدوات المستخدمة في نشاطه الرياضي، فاستخدام الناشئ لأدوات الكبار خطأ طبي جسيم ينتج عنه العديد من الأضرار الطبية والإصابات. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 26- 27- 28)

2-3-6-الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

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

2-3-7-استخدام اللاعبين للمنشطات:

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

- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).
- لحظة الإصابة (خلال الإحماء، خلال المباراة، في نهاية المباراة).
- حالة اللاعب البدنية وقت الإصابة (إجهاد عضلي، ضغط عصبي).
- مستوى البطولة التي أصيب فيها اللاعب (مباراة سهلة، مباراة صعبة، نهائي).
- وصف تفصيلي للحركة التي أدت إلى إصابة اللاعب، وذلك للاستفادة من هذا الدفتر عند التشخيص والعلاج والمتابعة. (أسامة رياض، 1999، صفحة 198)

2-4-أنواع الإصابات:

2-4-1- الصدمة:

❖ **تعريف:**

الصدمة هي حالة هبوط في الأجهزة الحيوية الدوري والتنفسي تصحب جميع الإصابات المفاجئة ومنها:

أ- الإصابات المفاجئة التي يصاحبها ألم كالكسور.

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

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

❖ **أعراض الصدمة:**

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

❖ **علاج الصدمة:**

أ- يوضع المصاب برفق في مكان متجدد الهواء، وذلك بوضعه مستلقيا على ظهره مع خفض الرأس عن مستوى الجسم والرجلين أعلى من مستوى الرأس ليمكن الدم من الوصول للمخ.

ب- سند الجزء المصاب بوضعه وضعا مريحا.

ج- تخفيف الملابس أو الأربطة الضاغطة حول الرقبة أو الصدر.

د- استنشاق الأكسجين أو عمل تنفس اصطناعي إذا لزم الأمر.

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

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

2-4-2-إصابات الجهاز العضلي:

❖ الرضوض (الكدمات):

الرض (الكدم) هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام والمفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي. (حياة عياد روفائيل، صفحة 64، 65، 87)

وغالبا ما يصاحب الكدم ألم وورم ونزيف داخلي وارتشاح لسائل بلازما الدم مكان الإصابة، والكدم إصابة تكثر في الرياضات التي في احتكاكات تنافسية مباشرة أو التي تستعمل بها أدوات صلبة، وتزداد خطورة الكدم في الحالات الآتية:

أ- قوة وشدة الضربة الموجهة إلى مكان الإصابة.

ب- اتساع المساحة أو الجزء المعرض للإصابة.

❖ **درجات الكدمات:**

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

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

❖ **أنواع الكدمات:**

أ) – كدم الجلد:

إن كدم الجلد عموما لا يعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي، وهناك نوعان ، كدم الجلد البسيط وكدم الجلد الشديد. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 34- 35- 40- 41)

ب)–كدم العضلات:

يعد كدم العضلات من أهم أنواع الكدمات لزيادة انتشاره بين الرياضيين، ولأنه قد يمنع اللاعب من الاستمرار في مزاولة رياضته من ناحية أخرى.

وكدم العضلات من الإصابات المباشرة، ويحدث فيه العديد من التغيرات الفسيولوجية مكان الإصابة مثل الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد وغيرها.

ج)– كدم العظام:

يحدث نتيجة إصابة مباشرة، وهو يصيب العظام الموجودة تحت الجلد مباشرة "المكشوفة" غير المكسوة بالعضلات مثل عظمة القصبة، وعظام الساعد وخاصة عظمة الكعبرة والزند وعظام الأصابع ورسغ اليد ووجه القدم وعظمة الرضفة بالركبة. (حياة عياد روفائيل، الصفحات 87- 88)

د)–كدم المفاصل:

كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة لإصابة مباشرة، ومن أكثر المفاصل التي يحدث بها الكدم مفصل القدم، ومفصل الركبة وخاصة للاعبي كرة القدم.

❖ **الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكدمات:**

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

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

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

د- السقوط أو التعثر بجهاز أو أي مانع طبيعي.

❖ **الأعراض المصاحبة لحدوث الكدمات:**

يصاحب الكدمة ألم في موضع الإصابة يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما يحدث احمرار في الجلد والصبغة التي تحت الجلد، ويتحول لون الكدمة إلى اللون الأحمر ثم إلى اللونين الأزرق والبنفسجي بعد اليوم الثاني أو الثالث نتيجة لتغير لون مادة الهيموجلوبين الموجودة في الدم، ويمكن للاعب تحريك الجزء المصاب من الجسم مع ألم بسيط أو بدون ألم على الإطلاق تبعا لشدة الكدمة.

❖ **الإسعافات الأولية للكدمة:**

أ- في حالة وجود جرح مصاحب للكدمة الشديدة يجب القيام بالإسعافات الأولية كما في حالات الجروح لوقف النزيف الدموي ثم تكمل الإسعافات الأولية للكدمة.

ب- ضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط ويثبتها فترة 15 دقيقة ثم ضع بعدها رباطا خفيفا فوق موضع الكدمة. (أسامة رياض، 1998، صفحة 41)

2-4-3-الشد أو التمزق العضلي:

❖ **تعريف الشد العضلي:**

الشد العضلي هو عبارة عن استطالة في الألياف العضلية المرنة المكونة للعضلة المرنة المكونة للعضلة بشدة تتجاوز مقدار المرونة العضلية مما يؤدي إلى استطالة غير طبيعية أو تمزق في الألياف العضلية، ويسمى الشد العضلي في بعض الأحيان بالتمزق العضلي وهو من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، الصفحات 90- 91)

❖ **الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الشد العضلي:**

1- عدم الإحماء العضلي الكافي قبل القيام بالمجهود الرياضي.

2- الإحماء غير المناسب لطبيعة اللعبة حين يتم إهمال الإحماء لمجموعة الأعضاء التي تقوم بعمل المجهود البدني الرئيسي.

3- ضعف العضلات وعدم التوازن بين المجموعة العضلية المتقابلة.

❖ **الأعراض المصاحبة لحدوث الشد العضلي:** يتسم الشد العضلي بألم تختلف حدته تبعا لشدة الإصابة ودرجة التمزق في العضلة، كما يزداد هذا الألم عند الضغط الخفيف على المنطقة المصابة ويحدث في حالة الإصابة الحادة انتفاخ بسيط وصعوبة في تحريك المنطقة المصابة.

❖ **أنواع الشد العضلي:**

ينقسم الشد العضلي إلى ثلاثة درجات من حيث حدة الإصابة .

أ- شد عضلي على الدرجة الأولى:

ويحدث عندما تكون الاستطالة في الألياف العضلية بسيطة وتؤدي إلى تمزق جزئي في الألياف العضلية بدون فقد الاتصال والقوة العضلية، ويتميز بألم في موضع الشد يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما لا يحدث نقص ملحوظ في القوة العضلية.

ب- شد عضلي من الدرجة الثانية:

ويحدث عندما تكون الإطالة العضلية الناشئة عن الإصابة متوسطة الحدة وفيها تم نمزق جزئي في الألياف العضلية ونزيف دموي بين هذه الألياف وتكون الأعراض المصاحبة كما في الشد العضلي من الدرجة الأولى مع زيادة حدة الألم وصعوبة تحريك الجزء المصاب.

ج- الشد العضلي من الدرجة الثالثة:

وتكون فيه الاستطالة العضلية الناشئة عن الإصابة شديدة ويحدث تمزق كلي في الألياف العضلية مما يؤدي إلى فقد الاتصال العضلي، ويكون هذا النوع من الشد العضلي مصحوبا بألم حاد في منطقة الإصابة ونزيف دموي تحت الجلد يمكن ملاحظته في بعض الأحيان بالنظر كما يحدث فقد ملحوظ للقوة العضلية في المنطقة المصابة.

❖ **الإسعافات الأولية للشد العضلي:**

- ضع المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم والوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابة الأطراف السفلى أو الجذع، أو الجلوس المعتدل في حالة إصابة الأطراف العليا.

– ضع كمادات باردة على الجزء المصاب من العضلة، تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام لمدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة والمفصل القريب منها لتقليل الحركة، كرر استخدام الكمادة الباردة مرتين في اليوم.

– في حالة الشد العضلي في الأطراف السفلى من الدرجة الثانية أو الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال إلى المستشفى، أما في حالة إصابة الأطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.

– ينقل اللاعب المصاب إلى أقرب مركز صحي وذلك لاستشارة الطبيب في ما يلزم عمله بمواصلة علاج اللاعب المصاب. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، الصفحات 92- 93- 95)

2-4-4-التقلص (المعص)العضلي Muscle cramp :

قد يتعرض الرياضيون أو غير الرياضيين الذين يقومون بأعمال عضلية عنيفة إلى الإحساس بتقلصات مؤلمة في عضلة أو بعض العضلات تستمر لوقت قد يقتصر لبضع ثواني أو يطول بعض دقائق، وقد يحدث التقلص العضلي أثناء التدريب في الجو الحار، ومن أسباب التقلص العضلي طول مدة تعرض العضلة لنقص الأوكسجين، كما يحدث عند القيام بمجهود عضلي لمدة طويلة أو بسبب بعض التغيرات الكيميائية داخل العضلة كبقاء كميات من عنصر الصوديوم داخل الليفة العضلية أو فقد كميات من الماء المحمل بالأملاح نتيجة العرق فينخفض مستوى السوائل بالخلية ويزداد الضغط الإسموزي نتيجة الزيادة في فقد الماء من الخلية إلى خارجها، ويكون الماء المحمل بالأملاح الذي يتسبب نقصها في حدوث التقلص ويحدث التقلص في عضلات سمانة الرجل، باطن القدم، العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية، عضلات السمانة

الخلفية، عضلات البطن، ويتعرض إلى هذه الإصابة لاعبي المسافات المتوسطة والطويلة. (فراج عبد الحميد توفيق، 2004، الصفحات 112- 113)

❖ **الإسعاف والعلاج:**

يجب العمل على إطالة العضلة المتقلصة وفرد ارتخائها ويتبع مع باقي العلاج:

- العلاج الفوري بطريقة "الرش والفرد" بواسطة فلور ميثان Fluori mothane لتخفيف الألم من التقلص العضلي.

- بعد فترة من حدوثه يعمل تدليك للعضو.

- التدرج بعمل حركات حرة لغرض إطالة العضلة المتقلصة. (حياة عياد روفائيل، صفحة 95)

2-4-5- الكسور:

❖ **تعريف الكسر:**

الكسر هو "انفصال العظمة عن بعضها إلى جزئين أو أكثر نتيجة لقوة خارجية شديدة (عنف خارجي) أو الاصطدام بجسم صلب مثل الضرب بعصا غليظة بقوة على الساعد، أو اصطدام القصبة بقدم لاعب آخر أو بأداة تقليدية وبقوة وبسرعة أو اصطدام لاعب كرة القدم بعارضة المرمى أو بالأرض أو بقدم الخصم"، وهناك تعريف آخر للكسر بأنه "انفصال في استمرارية العظمة". (أسامة رياض، صفحة 55)

❖ **أنواع الكسور:**

تنقسم الكسور إلى أنواع ثلاثة:

أ- كسر الغصن الأخضر:

يحدث عادة عند الرياضيين الناشئين صغار العمر نظرا لليونة عظمهم وهو كسر غير كامل (شعر أو شرخ).

ب- الكسر البسيط:

وهو الكسر الذي لا يزيد عدد أجزء العظمة المكسورة عن اثنتين، وغير مصاحب بجرح في الجلد.

ج- الكسر المركب:

وهو الكسر الذي تزيد فيه قطع العظام المكسورة عن اثنتين وغير مصاحب بجرح في الجلد.

د- الكسر المضاعف:

وهو أي كسر مصحوب بجرح في الجلد، ولذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث والتهاب في مكان الكسر.

و- الكسر المعقد:

وهو الكسر الذي يسبب تمزق أو ضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب المجاورة أو يكون مصحوبا بخلع في المفاصل خاصة في مناطق الإبط، المرفق والركبة، وهذه الحالات استعجاليه يجب استشارة الطبيب في أسرع وقت ممكن.

❖ **طرق تشخيص الكسور في الملاعب:**

1- وجود ألم بالمنطقة المصابة.

2- ظهور ورم بعد دقائق من حدوث الإصابة.

3- في بعض الأحيان يوجد اعوجاج بالطرف المصاب نتيجة اعوجاج العظمة المكسورة.

4- عدم مقدرة المصاب تحريك أو استعمال العضو المصاب.

5- في حالات الكسور المضاعفة يمكن أحيانا رؤية طرف العظمة المكسورة خارجا من الجرح.

6- في حالات الكسور المضاعفة قد تكون الدورة الدموية أو الإحساس أو الحركة غير طبيعية في الجزء السفلي من العضو المصاب.

7- إذا تحرك طرفي الكسر يحس المسعف بوجود احتكاك سطحين خشنين وفي بعض الأحيان يسمع طقطقة ولكن يجب أن لا يلجأ المسعف إلى هذا الكشف إذ قد يسبب تمزقا في الأنسجة أو يقضي إلى الإغماء من شدة الألم. (أسامة رياض، 2002، صفحة 81)

❖ **أسباب حدوث الكسور:**

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

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

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

جـ- تصادم اللاعبين بقوة أو وقوعهم بعضهم فوق البعض أثناء القفز العالي. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، صفحة 98)

❖ **إسعاف الكسور:**

يجب مراعاة النقاط العامة الآتية عند القيام بإسعاف الكسور وهي :

1- من حيث المبدأ يجب التزام الحذر في معاملة المصاب بالكسر ويجب تجنب استخدام العنف أو القوة عند إسعاف الكسر بل يتم برفق وعناية كبيرة.

2- المحافظة على الكسر في الحالة التي وجد عليها وعلى المسعف تجنب إصلاح الكسر ويترك ذلك للطبيب المختص.

3- البدء في علاج الصدمة العصبية والجراحية في مكان الإصابة حتى يعود الضغط و النبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

4- إيقاف النزيف إن وجد، وذلك بالضغط على مكان أعلى الإصابة، حتى يعود الضغط والنبض وسرعة التنفس ودرجة حرارة الجسم إلى معدلها الطبيعي.

5- في كسور العمود الفقري وعظام الحوض والفخذ ينقل المصاب فورا راقدا على ظهره أو بطنه على نقالة صلبة إلى أقرب مستشفى.

6- تثبيت العضو المصاب بعمل جبيرة.

7- تدفئة المصاب وإعطاؤه سوائل دافئة مثل الشاي بالإضافة إلى مسكنات الألم، ويمكن إعطائه محلول ملح وجلوكوز.

8- نقل المصاب إلى المستشفى بأسرع ما يمكن. (أسامة رياض، الصفحات 69- 70)

2-4-6- الالتواء:

❖ **تعريفه:**

هو خروج الأوجه المفصلية عن حدودها الطبيعية للحركة والعودة السريعة بما يسبب شد شديد في الأربطة المفصلية ينتج عنه التقطع الجزئي أو الكلي في الأربطة.

إن أكثر المفاصل تعرضا لهذه الإصابة هي الكاحل والرسغ حيث يكون التورم واضحا والألم شديد لأقل حركة.

❖ **الإسعاف:**

توضع قطعة من القماش المبلل بالماء البارد حول المفصل المصاب، يربط المفصل برباط ضاغط حتى يقلل التورم يرفع المفصل إلى الأعلى وينقل المصاب إلى المستشفى. (أسامة رياض، 2002، صفحة 99)

2-4-7- الملخ (الجزع) Sprain :

من أكثر إصابات الملاعب شيوعا أو من النادر أن لاعبا لم يحدث له ملخ مرة على الأقل، والملخ عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين، ويحدث إثر سقوط على أحد الأطراف أو التعثر أثناء المشي أو الجري أو انثناء مفاجئ، وأكثر المفاصل تعرضا للملخ هي مفصل القدم ورسغ اليد. (حياة عياد روفائيل، صفحة 95)

ومن أكثر الأربطة عرضة للملخ ما يلي:

- الرباط الخارجي الوحشي لمفصل القدم.
- الرباط القصبي الشضي الأمامي بمفصل القدم.
- الرباط الجانبي الأنسي بمفصل الركبة.
- الرباط الكعبري الزندي بمفصل اليد.
- الرباط الترقوي الأخر ومي بمفصل الكتف. (أسامة رياض، 1998، صفحة 44)

❖ **علامات الملخ:**

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

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

– ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل ونتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع زرقة. (حياة عياد روفائيل، الصفحات 95- 96)

❖ **الإسعاف:**

– إبعاد اللاعب عن الملعب وإراحة المفصل المصاب.

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

– تثبيت المفصل برباط ضاغط حول قطعة قطن مع مراعاة ألا يمنع الدورة الدموية، ويلاحظ أن يكون المفصل في وضع منحرف قليلا عكس اتجاه الملخ.

– راحة المفصل من الثقل الواقع عليه مدة 24 ساعة وفي حالة الملخ الشديد تصل إلى 48 ساعة.

– إعطاء المصاب مسكنا حسب درجة الألم.

2-4-8-الخلع Dislocation:

هو خروج أو انتقال إحدى العظام المكونة للمفصل بعيدة عن مكانها الطبيعي وبقائها في هذا الوضع، أي تغير العلاقة التشريحية بين عظام المفصل، ذلك نتيجة لإصابة مباشرة أو غير مباشرة ويسبب ذلك تمزق المحفظة الليفية وتلف الأنسجة المحيطة بالمفصل من عضلات وأوتار وأعصاب وشرايين، وأكثر المفاصل تعرضا للخلع: الكتف، المرفق، الإبهام.

❖ **علامات وأعراض الخلع:**

– ألم شديد من ألم الكسر.

– فقد القدرة تماما على تحريك المفصل.

- تشوه وتغير في شكل المفصل.

- ورم شديد بسرعة، وقد تبلغ درجته بحيث يصعب فيها ملاحظة التشوه ودرجة الخلع.

- صور الأشعة تبين الخلع بوضوح. (حياة عياد روفائيل، صفحة 96)

❖ **أنواع الخلع:**

هناك ثلاثة أنواع من الخلع المفصلي وهي

أ- خلع مفصلي جزئي Subluscation:

وفيه يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ولكن ضمن التجويف المفصلي ويتم فيه تمزق بسيط في الأربطة المثبتة والغشاء الزلالي للمفصل، وهذا النوع يسبب عجزا جزئيا عن تحريك المفصل وقت الإصابة.

ب- خلع مفصلي كامل Duslocation:

وفي هذا النوع يتم خروج إحدى العظمتين من مكانها الطبيعي ويحدث فيه تمزق الغشاء الزلالي والأربطة المفصلية وقد ينتج التجويف المفصلي كما يحدث تهتك للأوعية الدموية ونزيف داخل التجويف المفصلي. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، صفحة 106)

ج- خلع مفصلي مصحوب بكسر Dislocation Fracture:

وهو أخطر أنواع الخلع المفصلي ويحدق عندما تكون الضربة المسببة شديدة وفيه يكون الخلع مصحوبا بكسر في إحدى العظمتين المكونتين للمفصل وقد تحدث إصابة للأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من المفصل.

❖ **الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الخلع المفصلي:**

تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو لكلتيهما، ومن أهم الأسباب:

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

- الحركات والأوضاع غير الصحيحة لمفصل الجسم كالدوران حول مفصل الركبة عندما تكون مثبتة على الأرض أو الإمساك الخاطئ للكرة أو تحريك الكتف للوراء وللخارج مع الاندفاع إلى الأمام.

❖ **الإسعافات الأولية للخلع المفصلي:**

أ- قلل من تحريك اللاعب المصاب إلى أضيق الحدود وحيث أن الحركة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفة الخلع المفصلي أو الكسر أو زيادة الضغط على الأوعية الدموية أو الأعصاب القريبة من منطقة الكسر.

ب- ثبت الطرف المصاب، ويتم تثبيت الطرف العلوي بواسطة الجبيرة المناسبة، وفي حالة عدم وجودها يوضع الساعد بجانب الجذع ولفها برباط ضاغط، وفي حالة إصابة الطرف السفلي يتم وضع المصاب في الجبيرة المناسبة أو تثبيت الطرف المصاب بالأطراف الأخرى السليمة.

ج- ضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع المفصلي وثبتها جيدا قبل تثبيت الجبيرة.

د- أنقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى أقرب قسم طوارئ أو مستشفى لمواصلة العلاج. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، الصفحات 108- 109)

2-4-9-الانتفاخ الجلدي المائي:

❖ **الأعراض:**

ينتج عن احتكاك الجلد باستمرار بسطح خشن مما يؤدي إلى انفصال طبقات الجلد العليا عن الطبقات السفلى وظهور سائل بينهما مع ترشيح في الأوعية الدموية.

❖ **العلاج:** ينظف مكان حدوث الإصابة بسائل معقم ثم يترك دون حركة مباشرة عليه.

2-4-10- السجحات:

❖ **الأعراض:**

عبارة عن تمزق العضلات العليا من الجلد نتيجة تعرضها لاحتكاك شديد على سطح خشن أو قدم زميل.

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

2-4-11-الجروح:

❖ **تعريف:**

الجروح هو انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة وخاصة الجلد، فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء، أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيفا. (حياة عياد روفائيل، صفحة 68)

❖ **أنواع الجروح:**

تنقسم الجروح إلى عدة أقسام منها:

1- السجحات: وهي تسلخات جلدية سطحية بسيطة.

2- جرح سطحي: يحدث في طبقات الجلد الخارجية.

3- جرح قطعي: وفيه يشق الجلد ويتميز بوجود حافتين متساويتين للجلد .

4- جرح رضي: وينشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع، ويتميز هذا النوع بعدم انتظام حافتيه وقلة النزيف الناتج منه وكثرة تعرضه للالتهابات.

5- جرح وخزي : يحدث من الآلات المدببة مثل سلاح المبارزة المكسور ويتميز الجرح بضيق الفتحة وعمقها وخطورته كبيرة إذا ما وصل للأحشاء الداخلية أو إذا تعرض إلى الالتهاب.

6- الجرح الناري: في رياضة الرماية وتختلف طبيعتها باختلاف نوع المقذوف وسرعته واتجاهه والمسافة بينه وبين الجسم.

7- جرح نافذ: وهو ما يخترق الجلد إلى تجويف الجسم وهو شديد الخطورة على الحياة لما يسببه من تهتك بالأحشاء الداخلية.

ويساعد في تشخيص نوع الجرح معرفة كيفية حدوث الإصابة وتاريخها. (أسامة رياض، 2002، الصفحات 66- 67)

❖ **الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الجرح:**

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

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

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

د- اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، صفحة 85)

❖ **الإسعافات الأولية للجروح في الملاعب:**

1- إيقاف النزيف الدموي إن وجد مع الجرح بوضع شاش معقم على الجرح والضغط عليه ثم ربطه برباط ضاغط فوق قطعة قطن.

2- في حالة عدم وجود نزيف مصاحب يوضع على الجرح مطهر مثل (ستافلون أو ميكروكروم) ثم شاش معقم ثم قطن ورباط شاش.

3- في حالات الجروح البسيطة والسجحات يوضع على الجرح مطهر وعيار ورباط.

4- يفضل إعطاء المصاب حقنة ضد مرض التيتانوس إذا أمكن في الملعب أو في أقر مستوصف ينقل إليه المصاب.

5- يستشار الطبيب في كيفية استكمال علاج المصاب. (أسامة رياض، 1998، صفحة 67)

2-5-بعض مضاعفات الإصابات الرياضية:

- ✓ **إصابات مزمنة:** قد تتحول الإصابة العادية إلى إصابات مزمنة إذا لم يتوافر لها العلاج المناسب.
- ✓ **العاهات المستديمة:** وذلك إذا ما حدث خطأ في توقيت أو تنفيذ العلاج الطبي.
- ✓ **تشوهات بدنية:** تنتج من جراء ممارسة كرة اليد بطريقة مكثفة بدون وجود تدريبات تعويضية من المدرب أو كنتيجة للممارسة الغير علمية لتلك الرياضة.

✓ **قصر العمر الرياضي الافتراضي للاعب:** يؤدي تكرار إصابة اللاعب إلى اختصار زمن تواجده كبطل في الملاعب وتتضح هنا أهمية الجانب الوقائي والعلاجي من الإصابات في الإطالة الافتراضية لزمن تواجد اللاعب بالملعب. (أسامة رياض، 1999، صفحة 192)

2-6-كيفية منع حدوث المضاعفات:

يمكن منع حدوث مضاعفات إصابات الملاعب باتخاذ الإجراءات التالية:

أ- اتخاذ الاحتياطات الكافية أثناء نقل اللاعب المصاب بإصابة شديدة من الملعب إلى المستشفى حتى لا يتسبب نقله الخاطئ في حدوث مضاعفات.

ب- منع استخدام التطبيقات الساخنة أو التدليك في إسعاف الإصابات المصحوبة بتلف في الأنسجة حيث يؤدي ذلك إلى زيادة النزيف الداخلي في مكان الإصابة مما له مردوده السيئ في تأخر عودة اللاعب لممارسة نشاطه الرياضي.

ج- يجب توخي الحرص والحذر عند استخدام الرباط الضاغط، فعندما يستخدم الرباط في الضغط بشدة على الأنسجة فإن ذلك يؤدي بالرباط إلى التأثير السيئ على الجلد وعلى الدورة الدموية بالجزء الوحشي من الطرف المصاب فيحدث ازرقاق بالجلد وإحساس بالتنميل أو التخدير، وعند حدوث ذلك يجب نزع الرباط الضاغط فورا وإعادة ربطه بطريقة صحيحة بعد اختفاء جميع الأعراض.

د- منع اللاعب وبحزم من العودة إلى الملعب إلا بعد التأكد من تمام شفائه.

و- منع استخدام التطبيقات الحرارية الساخنة لمدة خمسة أيام من وقت حدوث الإصابة وذلك عندما تختفي مظاهر الالتهاب وتبدأ الأنسجة المصابة بالالتئام.

هـ- أثناء تطبيق الإسعافات الأولية على الطرف المصاب يجب تغطية بقية أجزاء جسم اللاعب حتى لا يفقد الجسم حرارته ويجب توخي الحرص في المحافظة على أجزاء الجسم عامة والجزء المصاب خاصة في وضعه ارتخائي مريح.

ي- عند الإصابة بالأطراف السفلى يمنع اللاعب من المشي بطريقة خاطئة وتحميل وزن جسمه على مكان الإصابة إذا كانت شديدة، بل تستخدم العكازات للمحافظة على طريقة المشي الصحيحة. (أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي، الصفحات 105- 106- 109- 110)

2-7-أعراض ومظاهر الإصابة:

أ- فقدان الوعي Unconsciousness: عندما يستجيب اللاعب المصاب بطريقة غير سوية (غير طبيعية) أو عندما لا توجد أي استجابة على الإطلاق لمدة أكثر من عشر ثوان يجب الإجابة على الثلاثة أسئلة السابقة لتحديد إمكانية عودة اللاعب إلى الملعب.

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

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

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

هـ- وجود مظاهر نزيف داخلي أو خارجي.

2-8-الإسعافات الأولية:

2-8-1- مفهوم الإسعافات الأولية:

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

2-8-2- أهداف الإسعافات الأولية:

تهدف الإسعافات الأولية إلى ما يلي:

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

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

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

4- رفع معنويات المصاب لاسترداد حالته الطبيعية. (عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، صفحة 255)

5- الحد من الألم والتهاب الأنسجة.

6- الحد من انتشار الورم.

7- الحد من المضاعفات التي قد تسببها الإصابة.

2-8-3-الوسائل المستخدمة في الإسعافات الأولية:

أ- التطبيقات الباردة.

ب- الأربطة الضاغطة.

ج- رفع الطرف المصاب.

د- التثبيت المحكم لمكان الإصابة عند نقل اللاعب المصاب.

هـ- الراحة التامة. (أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي، الصفحات 106- 107)

2-8-4-قواعد عامة للإسعافات الأولية في الملاعب:

1- أنزع أو قص الملابس لتتمكن من رؤية الجزء المصاب ويمكنك فحصه.

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

3- وتقوم الكسور المعوجة لتفادي المضاعفات باستثناء حالات الكسور حول المفاصل مثل المرفق أو الركبة أو في كسور العمود الفقري تحاشيا لتمزق الأوعية الدموية والأعصاب المحيطة بمنطقة الكسر، كما لابد من ملاحظة وحماية الجلد فوق الكسر حتى لا يتحول من كسر بسيط إلى كسر مضاعف. (أسامة رياض، 2002، صفحة 81)

4- يمكن استخدام الجبائر والعلاقات السابقة للتجهيز.

5- في حالة عدم توفر الجبائر يمكن استخدام أي شيء موجود بالبيئة المحيطة كالألواح الخشبية، جرائد ومجلات، جبائر مصنوعة من الكرتون المقوى، أو سعف النخيل، أما بالنسبة للعلاقات فيمكن استخدام

الفترة والعقال أو ملابس المصاب نفسه، وفي أسوء الحالات يمكنك أن تستخدم الساق السليمة كجبيرة للساق المصابة، أو صدر المصاب كجبيرة لذراعه المكسورة.

6- تضع الجبيرة حسب القواعد المعروفة لتثبيت العضو المصاب.

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

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

9- لابد من ملاحظة أن المصاب في حالة ألم، وربما يصاب بالصدمة وفي هذه الحالة يجب معالجة الصدمة أولا وتترك العناية بالكسر إلى ما بعد زوال الصدمة.

10- لا يعطى للمريض أي شراب أو طعام حتى لا يؤخر علاجه عند الوصول إلى المستشفى لأنه قد يعطى مخدر عام. (أسامة رياض، 2002، الصفحات 82- 83)

2-8-5-القواعد الأساسية في العلاج من إصابات الملاعب.

- **الحالة النفسية للاعب وأهمية الحوار معه:** لاشك أن كل رياضي يجب أن يحض إذا ما أصيب باهتمام نفسي يماثل ما يقدم له إذا ما كان سليما ونشير هنا إلى أهمية الحوار لشرح الحالة تفصيليا للرياضي المصاب وكذلك تعريفه بالتشخيص وملحوظات بسيطة عن سبب اختيارنا لنوع العلاج كما يجب مناقشة الرياضي المصاب في نوع الرياضة التي يمارسها من الناحية النفسية ويفضل متابعته في الملاعب ليزداد ثقة بأن المعالج قريب نفسيا ومحتك بالوسط الذي يمارس فيه رياضته كما نشير أيضا إلى حساسية الرياضي المصاب الزائدة اتجاه العلاج الطبي بشتى صنوفه ولذلك أسباب عدة منها : كثافة كمية التدريب الرياضي من حيث الحمل والشدة وإحساس اللعب النفسي أن العلاج قد يؤثر على لياقته البدنية كما أن الرياضيين عامة

يتمتعون بجانب من الشهرة الإعلامية التي لا يجب إغفالها عند علاجهم فإحداث إحباط نفسي للاعب المصاب وفقدان ثقته بينه وبين الطبيب المعالج تؤثر على سير العلاج ونتائجه. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 08- 09)

- **أهمية احترام مدة الراحة المفروضة للاعب المصاب** : يجب أن يأخذ اللاعب المصاب الراحة اللازمة والمفروضة له طبيا لإتمام شفائه في المدة التي ينصح بها إلزاميا قبل العودة للملاعب وإلا فسوف يؤدي ذلك إلى أضرار ومضاعفات طبية جسيمة قد تؤدي إلى ابتعاده نهائيا واعتزاله .

- **الحقن الموضعية** : لاستخدامها يلزم طبيب متخصص ومدرب عليها فنيا وتستخدم طبقا لنوع الإصابة وزمنها مع مراعاة ما يلي :

* منع إعطاء الحقن الموضعية في الأوتار العضلية حتى لا يحدث تليف أو تمزقات ثانوية بها كما تمنع أيضا في حالة الإصابات الحادة للاعب ، وأشهر الحقن الموضعية هي حقن الكورتيزون ومشتقاته .

* منع إعطاء الحقن الموضعية للاعب في غرف خلع الملابس أو في أرض الملعب حيث أن هذه الحقن تحتاج إلى تعقيم طبي خاص منعا لحدوث مضاعفات .

- **العلاج بالعقاقير الطبية** : يجب مراعاة إعطاء اللاعب المصاب جرعة متوسطة الشدة قدر الإمكان من العقاقير تفاديا للآثار الجانبية المحتملة ، وبالنسبة للمضادات الحيوية تراعى كمية الجرعة الدوائية ويفضل العلاج الأسرع والأقوى للرياضي مع تفادي خطر الأعراض الجانبية .

- **العلاج بالتثبيت والأربطة** :

أ) – الرباط الضاغط المطاط : ويستخدم في إصابات كسور الضلوع ،وإصابات الكتف والركبة والقدم .

ب) – البلاستر العريض : ويستخدم كطريقة للتثبيت وهي بسيطة وقديمة أعيد استعمالها حديثا وليس لها أي أعراض جانبية على الدورة الدموية وأهم استخدامات هذه الطريقة في الإصابات البسيطة بمفصل القدم.

ج) – الجبس : ويستخدم بالدرجة الأولى في التثبيت التقليدي للكسور والإصابات الشديدة والمتوسطة ونشير هنا الشديدة والمتوسطة ونشير هنا إلى آن الجبس غير مرغوب لدى اللاعب المصاب ، لذا يلزم أهميته بالنسبة لإصاباته ،وإثناء علاج الرياضي باستخدام الجبس يلزم عمل تدريبات ثابتة الطول (إيزومترية) للعضلات في الأجزاء غير المصابة على أن تتدرج في كميتها وسرعتها وننصح بعمل شباك صغير في الجبس حتى يتأكد الطبيب المعالج من سلامة الجلد والدورة الدموية ،كما ننصح باختيار مدى سلامة الجهاز العصبي والحركي للإطراف تحت الجبس. (أسامة رياض، 1998، الصفحات 09- 10- 11)

- **التدليك والتأهيل** : يدخل التدليك بأنواعه المختلفة كعلاج وقائي لإصابات الملاعب وكمعد للاعب ، للوصول إلى أعلى لياقة بدنية في كرة اليد ، ولإزالة أثار المجهود الرياضي أو في بعد العماليات الجراحية ، والجبس كذلك تدخل التدريبات الرياضية المتخصصة في مجال التأهيل الخاص لاستعادة اللاعب كفاءته ولياقته البدنية. (أسامة رياض، 1999، صفحة 186)

- **العلاج الطبيعي** : يلعب العلاج الطبيعي دورا أساسيا وهاما في تأهيل اللاعب المصاب وذلك تحت الإشراف الطبي المتخصص ، وبانتهاء العلاج الطبيعي يجب عودة المصاب إلى أخصائي الطب الرياضي ثانية ليقدر إما انتهاء العلاج أو وضع المريض على نوع علاجي آخر ، وتختلف أنواع وطرق العلاج الطبيعي نذكر منها ما يلي : الأشعة القصيرة وتحت الحمراء وفوق البنفسجية ، والموجات الرادارية والصوتية ، والتيار الكهربائي المستمر والمتردد ، وأجهزة العلاج المائي وحمامات السمع الطبية ، والساونا ،

والكمدات الثلجية والساخنة ، وأجهزة تنبيه العضلات والأعصاب ، والتدريبات الرياضية المتخصصة لتأهيل اللاعب في مجال إستعاداته ولياقته البدنية بعد الإصابة .

- **الشد الميكانيكي** : ويستخدم هذا النوع من العلاج في إصابات العمود الفقري الميكانيكية (الغير عضوية) سواء الفقرات العنقية أو القطنية ، كما يستخدم أيضا في شد الإطراف في بعض الحالات الخاصة .

- **العلاج بالوخز والعلاج المغناطيسي**: ويستخدم بواسطة أطباء متخصصين لعلاج بعض أنواع الإصابات مثل : إصابات القدم والركبة والكوع ،و الكتف وإزالة الآلام العضلية ويستخدم أيضا لمقاومة التدخين بين الرياضيين بالوخز في أماكن معينة وبطريقة معينة. (أسامة رياض، 2002، صفحة 64، 188، 189، 190، 191)

- **التدخل الجراحي الفوري** : إذا ما تقرر إجراء التدخل الجراحي فنيا فيجب تفنيده في أقرب فرصة خاصة بعد الإصابات الشديدة بالمفاصل والتي كانت توضع قديما في الجبس لمدة طويلة وأصبحت الآن في مراكز الطب الرياضي المتقدمة في أوربا وأمريكا تخضع للتدخل الجراحي الفوري خلال الأسبوع الأول من الإصابة لخياطة الربطة الممزقة قبل وضع الجبس لمدة شهر ونصف مع عمل برنامج تأهيلي للعلاج الطبيعي الخاص بكل نوع من أنواع الإصابة للرياضي يعود بعده للملاعب كما كان عليه من حيث الكفاءة واللياقة الحركية للمفصل .

- **استخدام وسائل التشخيص الطبي الحديث** : لا يكتفي في مجال الطب الرياضي بالفحوص الإكلينيكية فقط حيث إذا جاز ذلك للفرد العادي فلا يجوز للرياضي الذي تنتظره الملاعب والمباريات الهامة لفريقه ودولته ، والمعروف أن التشخيص السليم أساس العلاج الناجح ويندرج تحت بند وسائل

التشخيص الطبي الحديث العديد من الطرق الجديدة المستخدمة بمراكز الطب الرياضي المتقدمة. (أسامة رياض، 2002، الصفحات 64- 65)

2-9- طرق ووسائل الوقاية من الإصابات الرياضية :

2-9-1-الطبيب : طبيب الميدان يجب أن يكون لديه فعالية في الميدان تفرضها عليه الاستعجالات التي يصادفها في أرض الواقع كما يجب أن يضمن التتبع الدقيق للتدريبات وللرياضي في أكمل أعلى مستوى، ويفر للمدرب مصادر الثقافة الطبية التي يواجه بها المشاكل التي تصادفه يوميا أثناء التدريبات الرياضية ، ولتحقيق عمل مكامل ذو مستوى عالي يجب حضور الطبيب بفاعلية فوق أرض الميدان .

2-9-2-الاحتياطات الواجب إتحادها أثناء التدريب أو المنافسة : إن الكثير من الحوادث نستطيع تجنبها إذا اتبعنا بعض الاحتياطات الضرورية :

أ) – المتعلقة بالعضلات والأوتار :

- التسخين الضروري والكامل قبل كل حصة في الصيف .
- لبس البذلة الرياضية أثناء التسخين في وقت البرد.
- التمييه الصحيح والكامل (1.5 إلى 2 لتر في اليوم).
- استعمال التمديدات بصفة مستمرة أثناء التدريب .
- التغذية البروتنية الجيدة .

ب) – المتعلقة بالمراقبة الصحية :

- استعمال الحاميات والواقيات .
- المراقبة الدائمة للأسنان .

- التلقيح الدائم ضد التيتانوس(التطعيم كل 5 سنوات).

ج) – المتعلقة بالنظافة :

- الاسترجاع الصحيح للقوى (تدريب أو منافسة) بالنوم لمدة كافية.

- تجنب التدخين وتعاطي جميع أنواع الكحول.

د) – بعد العمل :

- أخذ حمام ساخن.

- استعمال الصابون marseille للبدن.

- تغيير كلي للباس (الداخلي والخارجي).

هـ)– المتعلقة باختيار وصيانة الملابس :

- غسل الملابس الداخلية ، الجوارب وتجفيفها بالحديد الساخن .

- تفادي لبس الملابس الداخلية والجوارب المصنوعة من النيلون و السثنيتيك.

و)– المتعلقة بالأرجل :

- منع المشي بأرجل حافية في أماكن التغيير لتفادي نقل الجراثيم والأوساخ.

- تقليم أظافر الأرجل .

- حمل جوارب الرياضة وجوارب للمشي العادي اليومي في حالة جديدة ونظيفة.

ي) – على مستوى القدم :

- استعمال اللفافات أثناء المنافسة .

- المراقبة الدائمة للعضلات والثبات التمفصلي للتقليل من الإلتواءات. (Jean Genety, Elisabet brunet guedj, 1991, p. 345)

2-10- دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية: يمكن تلخيص دور المدرب في الحد والوقاية من الإصابات الرياضية في ما يلي :

2-10-1-معرفة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها: إذ أن ذلك يضمن له الاستفادة الكاملة من قدرات اللاعب وكفاءته من بداية الموسم الرياضي وحتى نهايته بفعالية عالية في الأداء.

2-10-2- عدم إشراك اللاعب في التدريب أو اللعب بدون إجراء الكشف الطبي الدوري الشامل الرياضي: وخاصة قبل بداية الموسم ويجب أن يتأكد المدرب من أن الكشف الطبي الدوري قد شمل أعضاء وأجهزة جسم اللاعب ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.

2-10-3- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسيا وبدنيا وذهنيا لهذا الأداء : أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته على التركيز العقلي والعصبي ضعيفة وبالتالي يجعله عرضة للإصابة.

2-10-4- عدم إشراك اللاعب وهو مريض لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضا يجب عدم إشراكه وهو مصاب: بإصابة لم يتأكد شفاءه منها نهائيا لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.

2-10-5- توفير الغداء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة :

كالبروتينات والمواد التي تمد الجسم بالطاقة ، كالنشويات (الكربوهيدرات) والسكريات والدهون والمواد التي تمد الجسم بالحيوية المتمثلة في الأملاح والفيتامينات كالفواكه الطازجة والخضروات .

2-10-6- مراعاة تجانس الفريق (في الألعاب الجماعية) من حيث العمر والجنس والمستوى المهاري ، لأن وجود بعض الإفراد غير المتجانسين في أي من هذه العوامل قد يكون مثيرا لهم لمحاولة بذل جهد أكبر من طاقتهم لمجاراة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى إصابتهم .

2-10-7-الاهتمام بالإحماء لتجنب الإصابة : حيث يساعد على تجهيز وتحضير أجهزة الجسم وظيفيا كما يزيد من سرعة وصول الإشارات العصبية إليها ويزيد من سرعة تلبيتها واستجابتها ويحسن النغمة العضلية فيها وهذا يؤدي إلى زيادة كفاءة المفاصل لتؤدي الحركة بصورة أفضل وبالتالي تقل الإصابات .

2-10-8- تطبيق التدريب العلمي الحديث : تجنب الإفراط غير المقنن في التدريب الذي يسبب الإعياء البدني والذي يسبب الإصابات للاعبين .

2-10-9- الراحة الكافية للاعبين : والتي تتمثل في النوم لفترة تتراوح بين ثمانية وتسع ساعات يوميا بالإضافة ألي الاسترخاء والراحة الإيجابية بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية ، وعللا المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الدقيقة اللاعب .

2-10-10-على المدرب التأكد من عدم استعمال اللاعب للمنشطات المحرمة دوليا: لأنها تجعل اللاعب يبذل جهدا أكبر من حدود قدراته الطبيعية مما يضر بصحته ، وخاصة بجهازه العصبي و العضلي، وبالتالي يكون أكثر عرضة للإصابة.

2-10-11-الإلمام بالإصابات الرياضية : والتصرف السليم حيال الإصابات المختلفة لحظة حدوثها والإلمام بقواعد الأمن والسلامة في الرياضة التي يدربها ويشرف عليها . (أسامة رياض، 1999، صفحة 31، 32)

2-11- ما هو التواء الكاحل ؟

هو تمدد أو تمزق ألف أربطة الكاحل وهو من الإصابات الشائعة جداً التي تصيب ألاف الأشخاص يومياً يمكن أن يصيب الرياضيين وغير الرياضيين، والأطفال والبالغين، أو عند المشاركة في الأنشطة الرياضية واللياقة البدنية، كما يمكن أن يصيب الشخص عند المشي على سطح غير مستوي.

الأربطة حول مفصل الكاحل تحافظ على ثباته وتحميه من الحركات الغير طبيعية مثل: التواء أو التفاف أو إعوجاج القدم.

2-11-1- ما هو الرباط ؟

هي بناء حيوي، مركب من أنسجة ضامة كثيفة ، وتتكون من ألياف الكولاجين وألياف أخرى مرنة ومرتبة بالتوازي وهو يصل العظام و اطراف المفصل مع بعض وهو جزء مرن قابل للمط ضمن نطاق معين ومن ثم يعود إلى موقعه الطبيعي، وعندما يتم مط الرباط خارج نطاقه الطبيعي يحدث له تمزق.

2-11-2- ما هي الأربطة الموجودة حول الكاحل ؟

-أربطة من الناحية الخارجية وعددها ثلاثة

-رباط واحد من الناحية الداخلية وينقسم إلى أربعة أجزاء

-رباط واحد من الناحية الأمامية

2-11-3-كيفية حدوث الإلتواء في الكاحل:

الالتواء في الكاحل يحدث عندما تلتف القدم أو تتحرك القدم بشكل غير طبيعي خارج المدى الطبيعي للمفصل، وعند الميلان او السقوط فأن وزن الجسم يشكل قوة كبيرة عند الهبوط وهذا يسبب تمدد الأربطة بشكل أكبر من معدلها الطبيعي مما يعرضها للتمزق ، وهذا ينتج عنه ألم وتورم والعرج.

2-11-4- أعراض التواء الكاحل:

-الألم: مقدار الألم يعتمد على مقدار التمدد والتمزق في الرباط.

-تورم القدم : بسبب زيادة السوائل في الأنسجة

-الصعوبة في حركة المفصل ، بسبب الألم والتورم.

-عند الضغط على مكان الرباط المتمزق يشعر المريض بألم.

2-11-5- ما هي درجات التواء الكاحل ؟

- أ- الإلتواء من الدرجة الأولى:

يحدث تمدد طفيف ينتج عنه بعض الأضرار التي تلحق بألياف الأربطة و الأعراض تكون ألم خفيف وورم قليل وعدم محدودية في الحركة.

ب -الإلتواء من الدرجة الثانية:

يحدث تمزق جزئي في الأربطة.

و الأعراض هي ألم متوسط يشتد عند الضغط عليها مع انتفاخ واضح للمفصل وإعاقة للحركة مع ظهور كدمات زرقاء وبنية اللون على الجلد

ج–الإلتواء من الدرجة الثالثة:

يحدث تمزق كامل في الأربطة.

و الأعراض هي ألم شديد طوال الوقت مع انتفاخ واضح في المفصل وظهور كدمات على الجلد في معظم القدم مع ازرقاق ولا يستطيع المصاب المشي مطلقاً

2–11–6– تشخيص التواء الكاحل:

يجب مراجعة الطبيب لتشخيص التواء الكاحل، ومن ثم يتم عمل صور أشعة للتأكد عدم وجود أي كسر في عظم الكاحل أو القدم.

يمكن للكسر في العظام أن يكون له أعراض مثل: الألم والتورم.

الفحص السريري يمكن أن يكون مؤلماً ، ويمكن أن يحتاج الطبيب إلى تحريك الكاحل لمعرفة إذا كان الرباط قد تضرر أو تمزق .

إذا كان هناك تمزق كامل للأربطة، قد يصبح الكاحل غير ثابت بعد مرور المرحلة الأولى من الإصابة وإذا حدث هذا، فمن الممكن أن الإصابة قد تسببت أيضا بتلك الأضرار التي لحقت بسطح مفصل الكاحل نفسه.

قد يطلب من المريض إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي للتأكد إذا كان الشخص مصاب إصابة شديدة في الأربطة أو إصابة في سطح المفصل.

2–11–7– العلاج غير الجراحي :

يفضل بشكل عام

–الراحة التامة للكاحل وعدم الحركة

-استخدام الثلج ووضعه على الكاحل خلال الـ 48 ساعة الأولى

-استخدام ضماد أو مشد للضغط على المفصل وتقليل الانتفاخ

-رفع القدم لغرض تقليل الانتفاخ والنزف في الكاحل

-مسكن لغرض التقليل من الألم

-برنامج لإعادة التأهيل

قد يكون من الصعب على المريض المشي بسبب التورم والألم، وقد يحتاج إلى استخدام العكازات أثناء المشي بسبب الألم.

التورم والألم يستمر عادة يومين إلى ثلاثة أيام تبعاً لدرجة الإصابة.

معظم الالتواءات في الكاحل بحاجة فقط لفترة من الحماية للشفاء، وعملية الشفاء تستغرق حوالي أربعة أسابيع إلى ستة أسابيع.

وقد يطلب من المريض المشي خلال فترة قصيرة من عملية الشفاء لمنع الكاحل من التيبس، ويمكن حتى للتمزق الكامل في الرباط أن يلتئم دون إصلاح جراحي إذا عولج بشكل مناسب، حتى لو كان التمزق في الكاحل مزمناً يبقى في وضعية وظيفية عالية لأن الأوتار التي تغطي الكاحل تساعد في الثبات والحركة.

2-11-8- علاج الإلتواء من الدرجة الأولى:

يطلب من المريض الراحة، ووضع الثلج، الضماد الضاغط ورفع الكاحل.

- إراحة الكاحل المصاب وعدم المشي عليه.
- وضع الثلج فوراً على الكاحل المصاب مما يقلل من التورم، ويمكن وضعه لمدة 10 إلى 15 دقيقة، ثلاث أو أربع مرات يومياً.

- ضمادات الضغط تقلل من الحركة وتدعم الكاحل المصاب.
- رفع الكاحل فوق مستوى القلب لمدة 48 ساعة.

2-11-9-علاج الإلتواء من الدرجة الثانية والثالثة:

-يمكن استخدام المبادئ المستخدمة في الإلتواء من الدرجة الأولى مع إتاحة مزيد من الوقت للشفاء.

-يمكن للطبيب أيضاً استخدام أجهزة لمنع الحركة أو جبيرة للكاحل .

-يمكن استخدام جبيرة ساق قصيرة أو دعامات لمدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.

إعادة التأهيل تستخدم للمساعدة على تقليل الألم والتورم ومنع مشاكل الكاحل المزمنة.(في البداية ممارسة تمارين إعادة تأهيل قد تشمل مجموعة نشطة من الحركة أو الحركات التي يستطيع مفصل الكاحل السيطرة عليها دون مقاومة ويمكن استخدام التمارين المائية ، ويتم إضافة تمارين وأنشطة الطرف السفلي وأنشطة التحمل لزيادة قوة التحمل والتدريب على الإحساسات العميقة في القدم مهم جداً وضعفه هو السبب الرئيسي لتكرار التواء مفصل الكاحل وعدم استقراره، وفي حال عدم وجود ألم يمكن إضافة تمارين أخرى، مثل تمارين خفة الحركة، والهدف منها هو زيادة قوة ونطاق الحركة والتوازن وتحسين المفصل مع مرور الوقت).

-يمكن استخدام الموجات فوق الصوتية والتحفيز الكهربائي حسب الحاجة للمساعدة على تقليل الألم والتورم.

2-11-10- جميع درجات التواء الكاحل تتعافى خلال ثلاث مراحل:

- **المرحلة 1** :الراحة، وحماية الكاحل والحد من التورم (أسبوع واحد).
- **المرحلة 2** :استعادة القوة والحركة والمرونة (أسبوع واحد إلى أسبوعين).
- **المرحلة 3** :العودة تدريجياً إلى الأنشطة المناسبة وممارسة تمارين خاصة (أسابيع إلى أشهر).

2-11-11- الأدوية:

يمكن استخدام العقاقير المسكنة ومضادة للالتهاب والورم والألم.

2-11-12-النتائج على المدى الطويل:

إذا لم يتم التعرف على التواء الكاحل، ولم يتم علاجه وأخذ الاهتمام اللازم والرعاية قد يؤدي إلى مشاكل مزمنة وألم وعدم استقرار الكاحل.

2-11-13- إعادة التأهيل:

إعادة التأهيل بعد الجراحة تتطلب الوقت والاهتمام لاستعادة قوة ونطاق الحركة حتى تعود إلى وظيفتها قبل الإصابة.

الفترة الزمنية التي يمكن أن يتوقع المريض أن يتعافى خلالها تعتمد على درجة الإصابة ونوع الجراحة التي أجريت.

التأهيل قد يستغرق من أسبوع إلى شهرين.

2-11-14-الوقاية:

أفضل طريقة للوقاية من التواء الكاحل هي الحفاظ على قوام جيد، وتوازن ومرونة للعضلات.

- الإحماء قبل التمارين والأنشطة القوية.

- الإنتباه إلى طريقة المشي أو الركض وطبيعة الأرض إذا كانت غير مستوية.
- ارتداء الأحذية المناسبة.

2-11-15- ما هو الإلتواء الحاد أو المزمن؟

إذا أصيب الشخص بإلتواء الكاحل في الماضي ولم يأخذ الوقت الكافي للشفاء التام سيحدث تكرار للإلتواء من حين لأخر.

هناك أنشطة تجعل التواء الكاحل أسوأ مثل المشي على الأسطح الغير مستوية، والأنشطة الرياضية التي تتطلب لوي أو لف القدم مثل: كرة السلة، وكرة القدم والتنس.

2-11-16-المضاعفات المحتملة لإلتواء الكاحل:

-اضطراب في الإحساسات العميقة عند المشي

-خلل وضعف في العضلات والذي يؤدي إلى تكرار الإصابة.

-عدم الاستقرار وثبات في المفصل.

-الشعور بضعف في الكاحل وألم مزمن.

2-12-كدمات الكاحل بالقدم :يهدف العلاج لإزالة الألم و الورم المصاحب للإصابة للعودة للحالة الطبيعية و الممارسة الرياضية بنفس الكفاءة السابقة للإصابة و يلزم عمل العلاج الطبيعي فور وقوع الإصابة كما يلي: (أسامة رياض، 1999، صفحة 150)

أ-العلاج الطبيعي السلبي:

1-الوضع و التثبيت و الرباط المضاعف:

ترفع القدم أعلى من مستوى الجسم 24 ساعة أو أكثر حتى زوال الألم و يستخدم قطعة أسفنجية لوضعها تحته و خلق الكاحل عند المشي مع رباط ضاغط للقدم

2-**الثلج** :وضع القدم المصابة في حوض ثلجي أو وضع أكياس الثلج في مكان الإصابة و فور وقوعها يفيد جدا في العلاج

3-**العلاج الكهربائي**:قد يستخدم العلاج بالتيار المزدوج أو الموجات فوق الصوتية في المرحلة النهائية للإصابة

ب-العلاج الطبيعي الإيجابي:

1-علاج يدوي لتحريك المفاصل

2-تدريبات تقوية عضلة أثناء رفع القدم العضلات القدم و الساق

3-العلاج بالمشي في حوض مائي مع رفع الكعب (الكاحل) و وضع إسفنج و يتم التدريب في جلسات يومية لمدة 6 إلى 12 يوم تقريبا

ملاحظة هامة :

- ❖ يتوقف التدريب الرياضي لحين زوال الألم
- ❖ تجنب السطح الصلب أو استخدام أربطة ضاغطة حول القدم و وضع إسفنج حول الكعب للوقاية من الإصابة
- ❖ يفضل استخدام الأحذية المناسبة لكل رياضة و ذات الكعب السميك و العالي لحماية الكاحل مع وضع إسفنجه حول الكاحل

العلاج الأولي في الملاعب :

1. وضع الثلج
2. وضع رباط ضاغط حول القدم

2-13- تمزق أربطة مفصل القدم :

تعتبر الإصابة بتمزق أربطة مفصل الكاحل هي الإصابة الأكثر انتشارا لدى معظم الرياضيين نظرا لتكرارها اليومي في الملاعب المختلفة في كل أنواع الممارسة الرياضية و ترجع أسباب الإصابة للطبيعة التشريحية لمفصل القدم و للضغط الوظيفي في الحادث على هذا المفصل أثناء الممارسة الرياضية و تبلغ نسبة الإحصائية للإصابة بتمزق أربطة القدمين 15% من كافة أنواع الإصابات الرياضية بين خاصة في الألعاب الجماعية مثل كرة القدم و كرة السلة و كرة اليد .....إلخ

2-13-1- العلاج الطبيعي لتمزق أربطة مفصل القدم :

يهدف العلاج الطبيعي لتجنب الورم الناتج عن الإرتشاح الدموي لتمزق الشعيرات الدموية المصاحبة لتمزق الأربطة كما يهدف العلاج إلى استعادة المفصل لحركته الوظيفية و الرياضية كاملة مع تجنب حدوث ضمور بالعضلات حول مكان الإصابة و يبدأ العلاج الطبيعي فور وقوع الإصابات البسيطة و المتوسطة و بعد زوال الحس في الإصابات الشديدة و على النحو التالي: (أسامة رياض، 1999، الصفحات 151-152)

أ-العلاج الطبيعي السلبي:

1-**الوضع و التثبيت و الرباط الضاغط** :ترفع القدم المصابة أعلى من سطح الجسم لزيادة الكفاءة الدورة الدموية الوريدية و الليمفاوية و لتقليل الإرتشاح الدموي في مكان الإصابة و توضع القدم رباط ضاغط محكم و يثبت بمشمع لاصق

2-**الثلج:** تستخدم أكياس الثلج و أحواض الثلج لوضع القدم فيها كما يستخدم كذلك التدليك الثلجي لإحداث انقباض في الأوعية الدموية المصابة و بالتالي تقليل الإرتشاح الدموي المصاحب للإصابة

3-الحرارة:تستخدم في المراحل النهائية التأهيل ما قبل التدليك

4-التدليك:

- و يضع تدليك الجزء المصاب
- تدليك الأجزاء الغير المصابة من الساق و القدم
- يستخدم في المراحل النهائية لتأهيل الحركة المفصلية

ب–العلاج الطبيعي الإيجابي:

-تدريبات ثابتة الطول و الساق مرفوعة

-تدريبات حركية بمقاومة أو بدونها مثل ثني مفصل القدم في الاتجاهات المختلفة لأعلى و لأسفل و للجانبين

-تدريبات مركبة لتأهيل القدم

-تدريبات مائية مختلفة و باستعمال الوسائل المساعدة قبل الكرة الطبية

-تدريبات يدوية لرفع كفاءة الحركة المفصلية

-المشي ثم الجري بالهرولة على أرض ناعمة (رملية) و يحتاج المصاب لجلسات علاج تأهيلي من ثمانية إلى أثني عشر جلسة. (أسامة رياض، 1999، الصفحات 151- 152)

خلاصة:

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

تمهيد

حياة الإنسان سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين البيئة التي يعيش فيها، وهذا التفاعل لإيجاد التوافق والتوازن بين حالته البدنية والنفسية والاجتماعية وبين ظروف البيئة التي تؤثر في صحته ونفسه وتعاملاته مع الآخرين. وعليه فالإنسان يحاول دائماً أن يتوافق مع بيئته، وأحياناً يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده، وعندئذ يحتاج إلى خدمات من غيره تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق، فإذا كان اختلال تكيف الإنسان مقتصراً على ناحية طبية أطلقنا على ما يحتاجه من التأهيل"الطب التأهيلي" أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره من قدرات بدنية.

3-1-التعريف النظري للعلاج التأهيلي:

هو أحد فروع المهن الطبية المساندة ، ويعنى باستخدام أسلوب شامل للوقاية والتشخيص ومعالجة المشاكل والاضطرابات الحركية والحالات المرضية باستخدام مختلف التمارين العلاجية والوسائل الفيزيائية

3-2-وللطب التأهيلي ثلاثة أقسام: (بشير محمد الحراتي، صفحة 50)

3-2-1-القسم الأول : تأهيل الجهاز العصبي، فمثلاً بعد تعرض المريض لارتجاج في الرأس أو للجلطة الدماغية قد يحدث خللاً عصبياً ويحتاج الدماغ بعدها إلى إعادة لتأهيل أعصابه ومهاراته لتقليل الخلل وتحفيز عمل الدماغ، وينطبق ذلك أيضاً على إصابات العمود الفقري والأعصاب الطرفية.

3-2-2-القسم الثاني : يختص بتأهيل الجهاز الحركي، وهو ما يحتاجه مصابو الحوادث التي تتسبب بالكسور المتعددة أو بتر الأطراف، ويساعد هذا النوع على استعمال الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، كما أنه ضروري لحالات الروماتيزم الحاد التي ينتج عنها تيبُس في المفاصل.

3-2-3-القسم الثالث: وهو تأهيل الأطفال لعلاج حالات الشلل الدماغي والعيوب الخلقية في العمود الفقري وغيرها من التشوهات القوامية والحركية. وللتأهيل والطب الطبيعي هنا دور كبير.

3-3-تصميم برنامج إعادة تأهيل الإصابات الرياضية: (الموسوعة الصحية)

3-3-1- إعادة التأهيل:

هي عملية استعادة تشريحية فسيولوجية طبيعية للنسيج بعد الإصابة باستخدام الوسائل العلاجية المختلفة بهدف إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة المصابة من تكرار الإصابة.

وينبغي تصميم برنامج إعادة التأهيل بشكل فردي على المدى القصير ووضع أهداف طويلة الأجل في الاعتبار ، إذ يجب ان يكون البرنامج شامل ويتضمن على التمارين المعدة بشكل فردي وفق نوع الإصابة

وحالة المصاب والخصائص الأخرى لسير العلاج خلال مراحل الإصابة ، وإدماج طرائق العلاج والتمارين وان يتم التقدم بالبرنامج بأمان وفعالية، كما ينبغي معرفة كيفية تقييم حالة المصاب ، وتقييم البرنامج و النتائج .

يمكن تقسيم عملية إعادة التأهيل للرياضي المصاب في ادوار أو مراحل لكل مرحلة من مراحل الإصابة ولكن يجب الإشارة إلى أن الحدود بين هذه المراحل ليست محددة بوضوح ، إذ لا يمكن وضع النظم البيولوجية في تجمعات ضمن وحدات منفصلة حيث يسودها التباين والتداخل والتفاعل وهي تعد القاعدة وليس الاستثناء من الفسيولوجية المرضية لإصابات الأنسجة و ما يحدث على المستوى الخلوي والمضاعفات التي ترافقها حيث يتم تحديد الأسس العلمية للبرنامج التي يمكن لاستناد عليها في تصميم برنامج إعادة التأهيل.

3-3-2-خطة إعادة تأهيل: (الموسوعة الصحية)

من المهم جدا أن تستند خطة إعادة التأهيل على فهم الفيزيولوجيا المرضية الأساسية لكل مرحلة من مراحل إعادة التأهيل والعلاجات الملائمة لكل مرحله والتي تعتمد على مقدار الضرر وسير عملية الشفاء خلال المراحل المختلفة من الإصابة والنظريات والتقنيات المتاحة وذلك من اجل الحصول على نتائج علاجيه مناسبة و سريعة.

ويجب فهم الإصابة الذي يتم من خلال المعرفة والخلفية العلمية في علوم شتى أهمها علم التشريح و الفسيولوجيا والميكانيكا الحيوية والتي تكون حاسمة في تحديد برنامج إعادة التأهيل وتعزز اختيار الطرائق العلاجية الملائمة للرياضي وفرص لعودة آمنة وسريعة للنشاط الرياضي او المنافسة.

ان طرق تنفيذ العلاج وإعادة التأهيل وأدوات التأهيل ليست نهج ثابت ولكنه يخضع للفردية لذا يجب تجنب إتباع البرامج المعدة سلفا فهي تحمل معلومات عن الأسس فقط ويمكن اعتمادها في التخطيط لوضع البرامج التأهيلية و تطويرها وفق خصوصية المصاب ونوع الإصابة.

ومن الجدير بالذكر أن الإصابة يرافقها عدة استجابات انفعاليه لذا يجب فهم الجانب النفسي لإعادة التأهيل وهو أساسيا في تكييف الرياضيين والوقاية من الإصابات ، إذ ينبغي النظر إلى الآثار النفسية للإصابة ، حيث تكون فترة ما بعد الإصابة صعبة للغاية بالنسبة لتنافس الرياضي الذي يهدف للعودة إلى الرياضة في أقرب وقت ممكن ، لذا من المهم أن يشرح للرياضي تفاصيل وقوع الإصابة و الضرر الناتج عنها ومضاعفاته ، وأهمية عملية إعادة التأهيل والإطار الزمني والتكهن بشأن العودة إلى المنافسة.

يهدف علاج الإصابات الرياضية إلى :

- استعادة بناء الأنسجة المتضررة التي أصابها التلف.
- استعادة الوظائف المتضررة في الأنسجة
- استعادة لياقة جهاز القلب والدوران والمطاولة والسرعة والمهارة الحركية والنفسية (أي استعادة مكونات الإنجاز).

ويستغرق العلاج والتأهيل فترة زمنية تتحدد وفق شدة الإصابة ومكانها ونوع العلاجات المستخدمة، حيث يجب إن يستكمل العلاج فترته المحددة من اجل تحقيق العودة لمواصلة النشاط الرياضي والإنجاز وتجاوز الخوف من تكرار الإصابة.وقد وضعت التوقيتات التقريبية اللازمة للالتئام والشفاء الابتدائي لأنواع الأنسجة المختلفة وكما يأتي:

-(6 أسابيع). – العضلات

-(12 أسبوع) - الأوتار والأربطة

-(6-12 أسبوع) - العظام والمفاصل

وقد تحتاج بعض الإصابات إلى فترات زمنية أطول لتحقيق القوة القصوى، في حالات إهمال الإسعاف الأولي وعدم تنفيذ العلاج والتأهيل بالشكل الملائم لنوع الإصابة قبل العودة إلى الحركة يجب إن يتم علاج اللاعب كاملاً لكي لا تتكرر الإصابة مرة أخرى.

3-3-3- أهداف إعادة التأهيل: (الموسوعة الصحية)

- تقليل التأثيرات الناتجة جراء التثبيت

- الشفاء الكامل

- الحفاظ على اللياقة البدنية

- استعادة المهارة الرياضية

الأهداف الفسيولوجية لإعادة التأهيل

- السيطرة على الأ لم والتورم من خلال استخدام وسائل العلاجات الأولية

- استعادة التحكم أو القدرة على التحكم العصبي

– العضلي واستعادة التحكم في وضع القوام الصحيح والتوازن

- الحفاظ على المدى الحركي الطبيعي في المفاصل

- استعادة قوة العضلات ، قوة التحمل والطاقة

- المحافظة على اللياقة القلبية – التنفسية

- استعادة القدرة على التحمل الكافي لمعاودة النشاط

– إستعادة القدرة المهاريه والعودة إلى الممارسة ألرياضه مع أو بدون تعديلات أو معدات.

3-3-4-خطة العلاج

أولا – التمارين العلاجية وتشمل :

– تمارين القوه ويمكن استعادتها عن طريق التمارين الآتية:

التمارين الإيزومترية (الساكنة)

التمارين الازوتونيه (الحركيه)

تمارين الايزوكنتيك (تمارين الاجهزه المقننه)

تمارين المقاومة المتدرجة باستخدام الدمبلص ، الأوزان ، الكره الطبية ، الأحزمة المطاطية والمعدات الأخرى

تمارين التقلص المركزي و اللامركزي

تمارين البلايومتريه مثل تمرين الوثب العمودي لمسافة

– تمارين لاستعادة التحكم في وضع القوام الصحيح والتوازن

– تقنيات PNF (تمارين المرونة السلبية)

– التمارين الحركية المستمرة الجهاز العصبي العضلي والتمارين الخاصة لتيسير المسارات العصبية والعضلية

– تمارين التغذية الراجعة البيولوجية بيوفيدباك بوساطة التخطيط الكهربائي للعضلات EMG

– تمارين التمطية (النشطة ، السلبية)، وتحريك المفاصل وتمارين المرونة والاستطالة السلبية تقنيات PNF

– التمارين الحركية الحرة للحفاظ على اللياقة القلبية – التنفسية

وسائل العلاج المستخدمة

– المكمدات الباردة

- المكمدات الساخنة

- العلاجات الحرارية السطحية و العميقة

العلاجات الحرارية السطحية

- الحمامات الساخنة.

- الوسائد الساخنة.

- العلاج الحراري المقارن (Constant bath) (أي استخدام الكمادات الحارة ثم الباردة).

- الأشعة تحت الحمراء (Infrared).

- الأشعة فوق البنفسجية (U.v)

3-3-5-أما العلاجات الحرارية العميقة فتشمل: (بشير محمد الحراتي، صفحة 55)

- الأمواج القصيرة (Short Wave) (S.W).

- الأمواج المجهرية (Micro Wave) (M.W).

- الأمواج فوق الصوتية (Ultra Sound) (U.S).

- التمارين بكافة أنواعها

- التدريب على السير

- تمارين إعادة تدريب المسارات العضلية- العصبية

- التحفيز الكهربائي

- العلاج بالضوء / ليزر وايونوفاريزi onophoresis Aquatherapy-

والفونوفاريز Phonophoresis Aquatherapy-

- التدليك (اليدوي أو بواسطة الآلة)

- العلاج بالسحب (السحب اليدوي أو ميكانيكي) كما في حالة إصابات العمود الفقري

- العلاج بالإبر الصينية في حالة الآلام المزمنة.

ولا زالت هناك العديد من الوسائل العلاجية و التأهيلية الأخرى التي تستخدم في مجال الإصابات الرياضية.

3-4-مراحل الإصابات الرياضية والأسس لإعادة التأهيل :

3-4-1- المرحلة الأولى: (الحادة الالتهابية)

وتتميز المرحلة الأولى في معظم الإصابات الرياضية بالالتهابات كرد فعل الذي ينطوي على الألم، واحمرار وتورم ، وارتفاع درجات الحرارة الموضعية للنسيج المصاب ويمكن أن تستغرق هذه المرحلة ما يصل إلى 72 ساعة.

ويستخدم العلاج الحركي الأولي لهذه المرحلة عادة والذي يتضمن بعض الوسائل التي تعمل على تفادي شل او تقييد الحركة ، لان ذلك يمكن أن يتسبب في آثار سلبية وفي وقت مبكر وملموس على مختلف الأجهزة ونظمها الفسيولوجية كعملية التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى هدم ، وضمور وضعف العضلات وتلف الأنسجة بعد فترة وجيزة من الإصابة وذلك يطيل فترة الشفاء.

➢ **أهداف التأهيل خلال المرحلة الأولى:** (بشير محمد الحراتي، صفحة 66)

1) حماية الرياضيين من المزيد من الإصابات

2) السيطرة على الألم

3) الحد من التورم

4) تعزيز الشفاء الطبيعي

➢ **الوسائل العلاجية و التأهيلية المناسبة لهذه المرحلة:** و تشمل:

❖ التدخل الدوائي Pharmacological Intervention

قد تستخدم الأدوية مع البرنامج لتسهيل الشفاء والمساعدة في عملية إزالة الألم وفي الالتئام النسيجي وان الأدوية الأكثر استخداما تشمل غير الستيرويدية المضادة للالتهابات ومسكنات الألم ، وأدوية التخدير الموضعي ، وفي بعض الحالات تعطى عن طريق الحقن وذلك وفق استشارة طبية.

❖ التثبيت immobilization

قد تتطلب هذه المرحلة التثبيت في المفصل علما ان التثبيت يسرع تشكيل النسيج الحبيبي ويحد من حجم تكوين الندب ، ويحسن الالتئام من خلال اختراق ألياف النسيج الضام ، ولكن له أيضا آثار سلبية أهمها التحديد الحركي الذي يخلفه في المقاصل وان إطالة فترة التثبيت تؤدي إلى فقدان العضلة حوالي 20%من قوتها خلال أسبوع وتحدد حركي خلال ست أسابيع حيث يحتاج إلى عشرة أضعاف الجهد الاعتيادي للرجوع إلى الحالة الطبيعية كما يسبب فقدان الغضاريف الزجاجية وظيفتها وفقدان قوة الأربطة المفصلية بنسبة 46%خلال 8اسابيع حيث تحتاج إلى سنة لتعود إلى حالتها الطبيعية وان الحركة المبكرة تقلل من هذه التأثيرات وتحافظ على مدى طبيعي لحركة المفاصل حيث تحفز السائل الزجاجي وتغذي الغضاريف

وتزيد من قوة الأربطة والأوتار حول المفصل (وخاصة الحركة الغير المباشرة) وان التحريك في وقت مبكر يحد من التحدد الحركي ويسبب زيادة قوة الشد الأنسجة ، ويحسن التغذية الدموية للنسيج باتجاه تحديد الألياف العضلية ، ويحفز ارتشاف الندب من النسيج الضام ، ويحسن نقص الترويه الدموي ة ويحد من ضمور العضلات وضعفها.

❖ **وسائل العلاج الطبيعي:**

أهم وسائل العلاج الطبيعي المستخدمة في هذه المرحلة هو العلاج بالتبريد وخاصة (العلاج بالتبريد الحركي) وغالبا ما يرافقها الحماية، الراحة، الثلج، الضغط، والرفع، والدعم، ويسمى هذا المزيج الشائع بـ P.R.I.C.E.S..

العلاج الأولى (protection, rest, ice, compression, elevation, and support) والذي يستخدم في الإصابات الرياضية الحادة .

ان استخدام التبريد يساعد على خفض درجة حرارة الأنسجة ، وانخفاض في تدفق الدم والتورم نتيجة تضيق الأوعية ،كما يؤدي الى تخفيف الآلام وتشنجات العضلات بصفة عامة ويجب استخدام الثلج المجروش لهذا الغرض .

ويطبق الضغط باستخدام ضمادات مرنة (كريب باندج) مع رفع الجزء المصاب إلى أقصى ارتفاع فوق مستوى القلب ، وذلك يساعد في السيطرة على التورم ، وتستخدم حاليا طريقة أخرى لتخفيف الألم في هذه المرحلة هي التحفيز الكهربائي عبر الجلد للعصب TENS والتي يتم تطبيقها في بعض الأحيان مع الثلج .

❖ **التمارين العلاجية therapeutic exercise**:

من المفيد ممارسة العلاجية خلال هذه المرحلة بشكل مبكر للحد من زوال التكيف ، وتعزيز الانتقال السريع إلى المرحلة الثانية ، إذا تمت السيطرة على ألأعراض ، وتمارس التمارين العلاجية لزيادة مدى الحركة كما تستخدم التمارين الايزومتريه للمساعدة في تقليل فقدان قوة العضلات في الجزء المصاب وقد تبدأ التمارين مبكرا لتقليل الخسائر ويجب ان تعد لتكييف أجزاء الجسم الغير مصابه أيضا كما يستخدم العلاج المائي ، وان الانتقال إلى المرحلة الثانية يختلف حسب نوع وشدة الإصابة ، فمن المستحسن أن تبدأ المرحلة الثانية في أقرب وقت ممكن لتعزيز سرعة الشفاء والعودة إلى التدريب والمنافسة.

ومن الضروري إعداد سلسلة حركية كوحدة وظيفية متكاملة والتي تشمل تشغيل العضلات والأوتار والعظام والأربطة المفصلية والنظام العصبي في الجسم والتي ستكون ضرورية لتقييم وإعادة تأهيل النشاط الحيوي للأجهزة الجسمية المهمة و خاصة الجهاز الحركي .

3-4-2-المرحلة الثانية: (التجديد والإصلاح أو مرحلة التليف)

وتسمى هذه المرحلة من الإصابة الرياضية مرحلة الإصلاح أو المرحلة الليفية – الكولاجينيه المرنة وتستغرق من 48 ساعة وقد تصل إلى 6 أسابيع و خلال هذا الفترة يتم إعادة بناء هيكلة التجديد ويبدأ بناء الخلايا الليفية لتخليق الندب الطبيعة وان فقدان الوظائف يتعلق باختيار العلاج اللازم والتمارين التي تحتاجها المرحلة ، وان تحديد واختيار الطرائق العلاجية والتدريبات اللازمة لهذه المرحلة يرافقها الكثير من المخاطر بسبب غياب الألم وهذا قد يغري اللاعب (أو المدرب) للعودة إلى التدريب والمنافسة قبل الأوان أي قبل التأهيل التام مما يسبب إعادة الإصابة ويعاد تأهيل الأنسجة مجددا هذا مما يطيل فترة الشفاء.

❖ **أهداف إعادة التأهيل في المرحلة الثانية هي :**

1) السماح للشفاء الطبيعي (استكمالا لما تم في المرحلة الأولى)

2) الحفاظ على الوظيفة الحركية في المنطقة غير المصابة

3) التقليل من زوال التكيف للرياضي

4) زيادة المدى الحركي أو المرونة في المفاصل المشتركة

5) تحسين القوة العضلية والتحمل العضلي الموضعي و الطاقة

6) زيادة السعة الهوائية والقدرات الهوائية

7) تحسين وظائف المستقبلات الحسيه العميقة، والتوازن، والتوافق. ويمكن تحقيق هذه الأهداف بوساطة وسائل العلاج الطبيعي والتمارين الرياضية العلاجية.

❖ **وسائل العلاج الطبيعي**

يمكن استخدام وسائل العلاج الطبيعي التي تكون ذات فائدة كبيرة في هذه المرحلة ومن أهمها العلاج بالحرارة وذلك لان زيادة درجة الحرارة والتدفئة ، وتدفق الدم ، والتمدد في الأنسجة الناعمة من الطرائق المفيدة في بداية هذه المرحلة ومن الضروري زيادة درجة الحرارة والتدفئة قبل ممارسة تمارين التمطية.

– استخدام المكمدات الباردة والساخنة.

–استخدام الليزر

– العلاج المائي (الحار)

– العلاج بالسوائل وحمام البرافين تستخدم لزيادة درجة الحرارة السطحية للأنسجة

– الموجات فوق الصوتية والموجات القصيرة تعد من الطرائق الحراريه العميقة حيث أن الموجات فوق الصوتية تعزز قوة شد الأوتار وشفاؤها .

– التحفيز الكهربائي يستخدم في هذه المرحلة إذا كان المصاب يعاني من ألم وتورم معا ، ويستخدم أيضا من أجل تفعيل الوحدات الحركية ، التي قد تكون أقل من المستوى الطبيعي ، لذا يستخدم التحفيز الكهربائي لتعزيز التوظيف في الوحدة الحركية خلال الممارسة الرياضية وتسهيل تدريب العضلات

❖ **التمارين العلاجية:**

تعد العنصر الأكثر أهمية في إعادة التأهيل خلال هذه المرحلة ولجميع المراحل ، ان ممارسة التدريبات ونوع التمارين المستخدمة يعتمد على تمرينات المر والمطاطية (الاستطالة) وينبغي أن يكون استعادة المرونة لها الأولوية في تصميم البرامج العلاجية الحركية لأن تمارين القوة والتكييف الهوائي تعتمد على تحقيق المعدل الطبيعي للحركة في المفاصل أي تتطلب مدى حركي كامل ، ويمكن تمطية الأنسجة بشكل أكثر فعالية بعد تحميتها مسبقا قبل التمرين ، والتي قد تتطلب أحيانا المساعدة من المعالج وينبغي أن تكون التمطية عامه لتشمل الأجزاء الكبيرة من الجسم وبشكل يومي .

ويمكن تطوير القوة العضلية باستخدام أنواع مختلفة من العمل العضلي والمعدات ويمكن تصنيف العمل العضلي إلى: عمل ثابت وحركي و حركي مقنن isokinetic وقد تبين أن كل من التمارين الحركية وتمارين الايزوكنتيك كلاهما يؤثر على وظائف الجهاز العضلي والعظمي وهي تكون مفيدة في حالات سريرية مختلفة لديناميكية العضلات.

ويمكن تقسيم العمل العضلي إلى مجموعات أخرى كالتقلص (المركزي و اللامركزي) وكلاهما مفيد للتكييف ، وتشير الأدلة الحديثة إلى أن التقلصات اللامركزية قد تكون أكثر فعالية ، ولكن يجب استخدامها بحذر بسبب إثارتها الألم العضلي .

إن إعادة تأهيل تكييف القوة يتطلب وضع خطه تدريبيه وفق نوع وشدة التمرين والمدة والتكرار ، ويتم تكييف القوة الإرادية القصوى بأساليب ومعدات أهمها :

- أقصى تقلص في زوايا مختلفة مشتركة بدون أي حركة للمفاصل (التمارين الثابتة)
- التحفيز الكهربائي أثناء الانقباضات الإرادية
- التمارين العلاجية ، مقاومة الجاذبية ، المقاومة من المعالج ، الأوزان الحرة ، المعدات مثل البكرات و الأنابيب و الأجهزة متغيرة المقاومة ومختلف أنواع المقاومات في الأجهزة ،
- التمارين الحركية والايزوكنتك

ان اختيار الأجهزة العلاجية الملائمة يعتمد على الحالة السريرية للرياضي مثلا إذا كان هناك تورم و ألم تستخدم تمارين ثابتة مع التحفيز الكهربائي .

ولتحقيق تطور كبير في القوة يجب أن تكون كثافة التمرين 60-80 ٪ من أقصى حد للتكرار وعادة يتم تنفيذ ثلاث مجموعات من 8-10 تكرار لكل تمرين بما في ذلك تقلصات العضلات المركزية و اللامركزية.

عند استخدام الأوزان الحرة وفي رفع الأثقال تحدث تقلصات عضلية مركزية ولامركزية على حد سواء، وعادة ما يتم تدريب كل مجموعة عضلية ثلاث مرات في الأسبوع.

ان كسب القوة المبكر يكون نتيجة لعوامل عصبية ، في حين تضخم العضلات كسب لا يحدث إلا بعد عدة أسابيع من التدريب، وان استعادة القوة المثلى قد تتطلب 3-6 أشهر ، في حين أن تدريب التحمل يتم في أدنى تردد وينبغي إدامة استمرارية البرنامج ، ويمكن تطوير التحمل العضلي الموضعي باستخدام التدريبات والمعدات المشابهة لتلك المستخدمة لتطوير القوة.

ولتطوير تحمل التعب تستخدم أحمال أخف من تلك المستخدمة في تطوير القوة (أقل من 60 ٪ من أقصى تكرار) و أعلى تكرار (20 أو أكثر).

ان التكييف يسهم في رفع القدرة على التحمل العضلي ويمكن الرياضي من رفع الحمل المطلق لفترة أطول من الوقت لتطوير القوه القصوى.

ان للتحمل العضلي الموضعي أهمية كبيره حيث يعتمد في التدريبات الخاصة التي تتطلب هذه القدرة وهي أكثر أهمية لعدائي و عدائات المسافات المتوسطة من عداء المسافات الطويلة.

وينبغي ان يكون تكييف القدرات الهوائية جزءا من برنامج إعادة التأهيل للجميع

في هذه المرحلة يتم استخدام الوسائل الآتية:

- الدراجات (الثابتة)، السباحة والتجديف
- الحركة والنشاطات المختلفة لتحسين القدرات الهوائية وتعزيز الشفاء الكامل
- حركة المفصل الكاملة

ويحدد في البرنامج نوع التمارين ، والكثافة التي يجب أن تكون (60-85 ٪) من الحد الأقصى لمعدل (ضربات القلب) ، والمدة (20-60 دقيقة) ، وتكرار (3-5 مرات في الأسبوع).

– ينبغي ان تشمل وسائل إعادة التأهيل خلال هذه المرحلة على تمارين لتطوير المستقبلات الحسية العميقة، التوافق والتوازن ، وخاصة عند إصابات المفاصل التي يمكن أن تؤثر على وضعية الجسم كما في إصابة مفصل الكاحل والركبة ، وعلى الرغم من أن الغالبية العظمى من هذه التدريبات تتم في المرحلة الثالثة ولكن يمكن أن تبدأ أيضا في هذه المرحلة .

❖ **استعادة شفاء الأنسجة:**

إن الهدف من علاج الأنسجة الرخوة في عملية الشفاء لغرض إعادة السيطرة على التوتر و الإختلالات الحاصلة جراء الإصابة وفي محاولة التأثير على شكل النسيج النهائي ووظيفته أي التأثير على التندب والوظيفة.

إن عدم حركه النسيج المتندب يجعل شفاؤه في تشكيله غير نظاميه ، في حين الأنسجة المدربة تشفى مع تعديل ترتيب الألياف بشكل متوازي وهذا الترتيب المتوازي للألياف يجعلها أكثر مرونة ، وكما ان احتوائها على طيات زائدة تسمح التنقل بدون تهيج أو ألم ، وان امتداد الأوتار وانزلاقها وامتداد التصاقاتها يعد أمثلة لشفاء الأوتار الجيد وعلى العكس فأن الأوتار المقيدة والقصيرة وذات الالتصاقات الكثيفة أمثلة لسوء التئام الإصابة .

ان تدريبات الأنسجة الناعمة تعمل على إزالة الندب، و تساعد على إستعادة الخصائص الطبيعية إلى الأنسجة بشكل أكبر .

وتتم تدريبات الأنسجة الناعمة بوسائل عدة وسائل منها التدليك ولكن بعد تحديد أكثر المناطق المتضررة، ورصد التغيرات في الأنسجة ، ثم تنفيذ العلاج.

ويستخدم التدليك النقري بعدة أصابع بعد لمس المنطقة للتعرف على تحديد احتياجات المنطقة ذات الكثافة الزائدة ، ثم تمييز حدودها للشعور بكثافة الأنسجة وقدرتها على التحميل وسوف يعطي هذا فكرة عن مستوى التفاعل ومرحلة الشفاء عند تطبيق تدريبات الأنسجة الناعمة كخيار علاجي ، تستخدم طريقتين في تدريبات الأنسجة الناعمة هي :

– تطبيق حمل منخفض لتغيير كثافة الأنسجة تدريجيا و التجديد.

– تحميل عالي وقسري لكسر الالتصاقات في الأنسجة ، وهذا أكثر تطبيقا على الندب القديمة والكثيفة.

عند تنفيذ أي من هذه التقنيات، يجب استخدام كريم أو زيت لتقليل تهيج الجلد وينبغي التأكد من تنظيف البشرة بعد العلاج بالكحول لمنع احتمال تهيج الجلد.

و إذا تم ممارسة شكل من أشكال الوسائل الفعالة كالتمارين العلاجية في وقت مبكر للسيطرة الحركية يؤثر بشكل فعال في التقليل من الالتصاقات خلال الشفاء.

قد تسبب ممارسة التمارين إصابة ومع ذلك فان السيطرة على التمرين سوف يسهم في استعادة الشفاء بشكل فعال ويساعد في منع المزيد من الإصابات

3-4-3-المرحلة الثالثة: (إعادة التخطيط)

ويطلق على المرحلة الثالثة من إعادة تأهيل الإصابات الرياضية مرحلة (إعادة التخطيط). تستمر هذه المرحلة من 3 أسابيع إلى 12 شهرا.

تتميز هذه المرحلة من خلال إعادة تشكيل الكولاجين وذلك لزيادة القدرات الوظيفية للعضلات والأوتار ، أو الأنسجة الأخرى.

في هذه المرحلة يتم معالجة العجز في القوة يبعض العضلات ، وعدم التوازن بين المجموعات العضلية المتعاكسة من جانب إلى جانب وعدم التماثل ، وفقدان المهارات الرياضية الخاصة ، و التأكيد على ضرورة العودة إلى التدريب والمنافسة بشكل تدريجي على النحو الذي تحدده شدة الإصابة خلال فترة المرحلتين السابقتين.

❖ **إعادة تأهيل المرحلة الثالثة:**

تتميز المرحلة الثالثة من عملية إعادة التأهيل بعودة الرياضي للتدريب والمنافسة. ومواصلة أهداف إعادة التأهيل لهذه المرحلة في التكييف، وتطوير المهارات الرياضية الخاصة، ومنع المزيد من الإصابات.

خلال هذه المرحلة يعود الرياضي بعد تكييف البرنامج البدني والتدريب في التقنية والتدريب التكتيكي والنفسي المصمم من قبل المدرب ويجب الإشارة هنا إلى ضرورة التواصل بين المعالج والمدرب في هذه المرحلة للعمل معا من اجل تذليل المعوقات في العودة للممارسة الرياضية، كما يجب إشراك المعالجين في دورات تدريبية لتطوير عملهم ومعرفتهم في تقييم القدرات الوظيفية للرياضي.

كما يجب أن تكون التمارين الرياضية الخاصة بهذه المرحلة، والتدريبات، والمهارات التقنية معدة لتطوير القدرة الوظيفية بشكل تدريجي اعتمادا على مدى خطورة الإصابة ومدة مراحل التأهيل في المرحلتين الأوليتين.

إن العودة للمنافسة هو الهدف النهائي لإعادة التأهيل ، ولكن يجب النظر إلى العديد من المعايير قبل السماح للرياضي للمنافسة أهمها :

- اختفاء الأعراض المرضية (اختفاء الألم.التورم و الأعراض الأخرى).
- استعادة المرونة الطبيعية (مرونة كاملة (100 %).
- استعادة القوة الكافية (90 ٪ من قوة الجانب الغير مصاب).
- ينبغي الحفاظ على التكييف و اللياقة البدنية العامة والقدرة لمنع تكرار وقوع الضرر.
- الاستعداد النفسي يجب ان تسمح الحالة العامة للعودة للممارسة الرياضية والتنافس.

الخلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نلاحظ إن الإصابات الرياضية كثيرة، لكن وبفضل ما وصل إليه العلاج التأهيلي من تطور أضحت هذه الإصابات تكاد تكون منعدمة وذلك بفضل الوسائل المستخدمة في العلاج والوقاية، ونجد كذلك إن اللياقة البدنية العالية والتحضير الجيد للاعب خلال التدريبات يساهم كذلك في سلامة ووقاية اللاعب من الإصابات الرياضية، ولعلنا أوضحنا بعض طرق العلاج والوقاية من بعض الإصابات الرياضية خاصة إصابة مفصل الكاحل.

خاتمة الباب الأول:

من خلال دراسة هذا الباب تطرقنا إلى كرة القدم و الإصابة الرياضية بصفة عامة و إصابة الكاحل بصفة خاصة والعلاج التأهيلي للحد من جل الإصابات وخاصة الكاحل، و أشرنا في موضوعنا هذا إلى أهمية العلاج التأهيلي بعد حدوث الإصابة وقد سبق وان ذكرنا وكذلك التعريف به أكثر. لأنه لم يصل بعد إلى الأوساط الرياضية في بلادنا والعمل بمبادئه وبرامجه في الحفاظ على توجيه أجيالنا الرياضية وفي بعث الحركة الرياضية ووضعها على سكة التقدم الحقيقي وذلك بتوفير المنشآت والوسائل و الأجهزة التي تبلغ ما بلغت إليه الدول الأخرى.

تمهيد :

في الجانب الأول النظري قمنا بدراسة بحثنا دراسة نظرية أثرينا به الفصول الثلاثة بالتعاريف والمصطلحات للإصابة في مفصل الكاحل في هذا البحث وطرق الوقاية للعلاج كذلك، وسنحاول زيادة الموضوع أكثر توضيحا في هذا الجزء "الجانب التطبيقي" وذلك بالقيام بدراسة ميدانية عن طريق توزيع استمارات استبيانية على لاعبي كرة القدم على بعض الأندية لولاية معسكر، بعدما طرحنا على الأساتذة المحكمين في الجامعة وكذلك الدراسة لبعض الكتب استعملنا المنهج المسحي الوصفي لتحقيق أهداف هذا البحث.

1-1- الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية هي عملية يقوم بها الباحث قصد تجربة البحث لمعرفة صلاحيتها وكذلك صدقها بضمان دقة وموضوعية النتائج المتحصل عليها في النهاية.

وهذه الدراسة الاستطلاعية تسبق عمل ميداني والمتمثلة ي في زيارة بعض الأندية في كرة القدم لولاية معسكر حيث تم طرح بعض الأسئلة على اللاعبين والمدربين لمعرفة أكثر عن هذه الإصابة "إصابة مفصل الكاحل".

وكانت نتائج الدراسة على أن هناك إصابات عدة على مستوى الكاحل ونظرا لأهمية الموضوع والرغبة عليه ودراسته تلقينا استجابة من عند المدربين واللاعبين وتفاعل أكثر من الأطباء والممرضين وتقبلهم للمساعدة في موضوع بحثنا هذا.

وعلى هذا الأساس قمنا بعرض استبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين من أجل إبداء رأيهم في طبيعة الأسئلة ومدى ارتباطها بموضوع الدراسة.

وبعد إبداء رأي الأساتذة المحكمين في الاستبيان قام الطالبين بالتعديلات المطلوبة فيما يخص تصحيح صياغة بعض الأسئلة وإلغاء غير المرغوب فيها.

بعد جمع شمل هذا الاستبيان في شكله النهائي قمنا نحن الباحثين بتجريبه وذلك بطرحه على مجموعة من اللاعبين المقدرة بعشرة لاعبين، اختيروا بطريقة عشوائية بعد قراءتهم لأسئلة الاستبيان أجابوا عنها في حضور الباحث وذلك لمعرفة مدى فهم اللاعبين لمحتوى الاستبيان وتوضيح ما يجب توضيحه وبعد تحليل النتائج قام الباحث بعرضه مرة أخرى في خلال 20 يوما على نفس اللاعبين وبعد تحليل الاستبيان الأخير

ومقارنته بالنتائج الأولى أثبتنا التحاليل المهم مراقبتها لمعرفة نوعية تصنيف الأجوبة لأسئلة الاستبيان مما يوضح صدق وثبات الاستبيان.

1-2-الدراسة الأساسية :

1-2-1-منهج البحث: نظرا لأهمية البحث الذي تناولناه في دراستنا وذلك من أجل إبراز مساهمة العلاج التأهيلي وطرق الوقاية في إصابة الكاحل وتحسين مستوى لاعبي كرة القدم اقتضى علينا الأمر لاستخدام المنهج الوصفي لتوضيح المفاهيم والمصطلحات وتحليل المتغيرات وإعطاء النتائج المتوصل إليها انطلاقا من الاستبيان.

1-2-2- مجتمع وعينة البحث: يقدر مجتمع البحث بنسبة 40 لاعبا ثم قمنا باختبار اللاعبين المصابين على مستوى مفصل الكاحل وتقدر نسبتهم بـ 30 لاعبا موزعين على 3 أندية في ولاية معسكر.

1-2-3- مجالات البحث:

❖ **المجال البشري:**

اخترنا العينة وهي عبارة عن مجوعة من لاعبي كرة القدم لولاية معسكر وهم 30 لاعبا موزعين على 3 أندية في ولاية معسكر.

❖ **المجال المكاني:** قمنا بتوزيع الاستمارات على لاعبين كرة القدم على المستوي الأندية وهي كالتالي:

المحمدية :

نادي سريع أمال المحمدية SAM (القسم الوطني الثاني للهواة)

معسكر

نادي غالي معسكر Gsm (القسم الوطني الثاني للهواة)

سيق :

نادي هلال سيق. (القسم الوطني الثاني للهواة)

❖ **المجال الزمني:**

أجري البحث في فترة امتدت من 15ديسمبر 2014 إلى غاية 25جوان 2015 .

فيما يخص الاستمارة وتحكيمها 01 مارس إلى غاية 20مارس 2015.

التحليل والمناقشة امتدت من 25مارس 2015 إلى غاية 25ماي 2015 ثم الفترة المتبقية كانت لجمع البحث وترتيبه .و أتممنا البحث في 01جوان 2015.

1-2-4-متغيرات البحث:

1-المتغير المستقل :إصابة مفصل الكاحل مدى استخدام العلاج التأهيلي.

2-المتغير التابع: تأهيل إصابة مفصل الكاحل .

1-2-5- أدوات البحث:

استخدمنا في بحثنا الأدوات التالية :

❖ **الدراسة النظرية :**

أهمية الموضوع المتمثلة في شرح وتفصيل لهذه الإصابة وطرق علاجها التأهيلي وجعلتنا تقوم ببعض القراءات النظرية والأخذ بالمصادر والمراجع العربية والأجنبية التي تلائم البحث كما قمنا بالاستعانة ببعض المذكرات والدراسات المشابهة.

❖ **الاستبيان:**

يعتبر الاستبيان أحد الوسائل البحث العلمي المستعملة على نطاق واسع من أجل الحصول على بيانات أو معلومة فالاستبيان يتألف من استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات يقوم كل مشترك بالإجابة عليها بنفسه دون مساعدة أحد.

- قمنا بتوزيعها على مجموعة وجمعها بعد الإجابة تضمنت الاستمارة في البحث 20 سؤالا.

- قد تم توزيعها على 30 لاعبا على مستوى أندية ولاية معسكر.

- وتضمن نوع من الأسئلة وهي أسئلة المغلقة التي تكون فيها الإجابة بنعم أو لا.

- تم تصميم الاستبيان على حسب الخلفية النظرية من الكتب العلمية والمصادر والمراجع والموسوعات والمذكرات .

محاور الاستبيان : يحتوي الاستبيان على محورين مكونة من 20 سؤال.

-المحور الأول :

إصابة الكاحل .

-المحور الثاني :

العلاج التأهيلي لهذه الإصابة .

❖ **الأسس العلمية لأداة الدراسة :**

التحقق من صلاحية الدراسة والتأكد من توفرها على خصائص السيكومترية ثم تطبيقها على عينة استطلاعية.

أ–صدق الأداة :

الصدق لغرض التأكد من مدى استخدام العلاج التأهيلي في تأهيل إصابة مفصل الكاحل من وجهة نظر اللاعبين. ومن أجل التأكد من صدق الأداة اتبعنا أكثر من وسيلة لتقنين معامل صدق الاستبيان وهي كالتالي :

الصدق الظاهري:

تبين أن اختبار استخدام العلاج التأهيلي في تأهيل مفصل الكاحل بعد النتائج المتحصل عليها يتميز بصدق ذاتي عالي لمحاوره الثلاثة.

صدق المضمون :

و ذلك بعرضه على عدة أساتذة و دكاترة متخصصين في البحث العلمي.

ب– ثبات الأداة :

ثبات التحاليل مهم لمراقبة نوعية تصنيف الأجوبة الأسئلة الاستبيان من أجل ذلك اخترنا تحليلا داخل المحللين وهو تحليل يتم فيه مقارنة تحليل الأسئلة للعينة نفسها في فترتين بشرط أن يكون نفس المحلل الذي أجرى التحليل الأول. وللتحقق من ثبات الاستبيان قمنا بأنفسنا بعملية التحليل في فترتين :

الأولى:من أواخر شهر مارس 2015

الثانية: أواخر شهر ماي 2015

ج- الموضوعية:

يتمثل الإستبيان بالسهولة و الوضوح كما أنه غير قابل للتخمين و التقويم الذاتي، كما استخدم هذا الإستبيان على عينة التجربة الإستطلاعية. فالموضوعية تعني أن تصف قدرات الفرد كما هي موجودة لا كما نريدها أن تكون. (ابراهيم، 1999)

1-3-الوسائل الإحصائية :

يعد المنهج الإحصائي من أحدث الطرق التي يستعملها الباحث لترجمة النتائج المتحصل عليها ويهدف إلى التعبير ومناقشة وتحويل الدلالات اللفظية وتفسيرها وترجمتها على شكل أرقام.

و قد استعملنا في بحثنا هذا قانون النسب المئوية لتحليل وتشخيص نتائج إجابات اللاعبين على المقترحات الموجودة ضمن الأسئلة وكذلك قانون كا 2(كاف تربيع) يسمح لنا هذا القانون بمعرفة مدى وجود فروق معنوية في إجابات اللاعبين عن الأسئلة.

النسب المئوية = عدد التكرارات×100/عدد العينات

درجة الحرية = الاحتمالات-1

مستوى الدلالة = 0.05

$$\text{ك}^2 = \text{مجموع} \left(\frac{(\text{التكرار المشاهد} - \text{التكرار المتوقع})^2}{\text{تكرار المتوقع}} \right)$$

و من أجل ترجمة هذه النتائج على شكل رسم بياني اخترنا الدوائر النسبية.

1-4- صعوبات البحث:

لا يوجد هناك شيء سهل فيما يتعلق بالبحوث والدراسات لابد للباحث من أن يتعرض إلى صعوبات كثيرة ولكن ليست كلها تذكر فقد توجد الصعوبات التي تعرقل الباحث خلال مراحل إنجازه المختلفة ويعمل على اتخاذ عدة إجراءات لتجنب أو التخفيف من هذه الصعوبات ومن بين هذه الصعوبات التي واجهناها هي :

-قلة مراكز التأهيل الطبي الرياضي لعلاج الإصابات في الأندية .

-عدم استرجاعنا للإستمارة الإستبيانية في وقتها المحدد.

خلاصة :

تطرقنا في هذا الجانب إلى الدراسة الاستطلاعية قصد تجربة البحث لمعرفة صلاحيتها وكذلك صدقها بضمان دقة وموضوعية النتائج المتحصل عليها في النهاية وهذه الدراسة سبقت عمل ميداني والمتمثلة في إلقاء زيارات على بعض الأندية لولاية معسكر وهي نادي غالي معسكر ونادي سريع أمال المحمدية ونادي هلال سيق الرياضي قمنا بالاستبيان وجمعنا كل النتائج وذلك لمعرفة نوع الإصابة ودرجتها وأسباب حدوثها

تمهيد:

لقد لجأ الطالبين الباحثين إلى عرض النتائج من خلال الفرضية المطروحة وكذا الوسيلة الإحصائية المتبع في هذا الجانب للإجابة على السؤال وكذلك مناقشة النتائج لمعرفة الإصابة اللاعبين 'إصابة الكاحل ' وطرق علاجها ومدى فوائد العلاج التأهيلي على اللاعبين في الأندية ككل خاصة ولاية معسكر .

المحور الأول: إصابة مفصل الكاحل لدى لاعبي كرة القدم

1-ما نوع الإصابة التي تعرضت لها مفصل الكاحل ؟

2-ما هي درجة الإصابة التي تعرض إليها الكاحل ؟

الجدول رقم (1): يمثل إجابات اللاعبين على السؤالين رقم 01 و02 من المحور الأول

	1-نوع الإصابة في الكاحل						2-درجة الإصابة		
	كسر	التواء	تمدد الأوتار	تمزق عضلي	خلع		إصابة خفيفة	إصابة متوسطة	إصابة خطيرة
التكرارات	1	18	6	2	3		7	20	3
النسب المئوية	%3.33	%60	%20	%6.67	%10		%23.33	%66.67	%10
كا^2 المحسوبة	32.32						15.8		
كا^2 الجدولية	9.49						5.99		

تحليل نتائج الجدول :

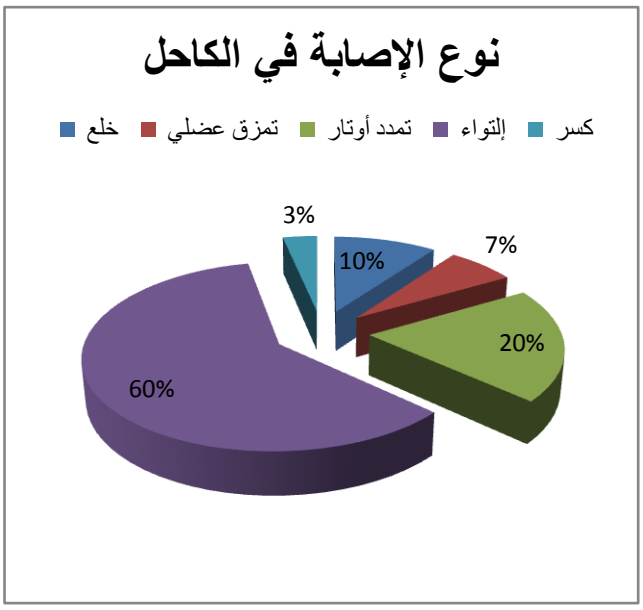
من خلال الجدول رقم 01 لاحظنا في السؤال رقم 01 أن معظم اللاعبين أجابوا بأن نوع الإصابة التي تعرضوا لها هي التواء في الكاحل وذلك بنسبة 18% ثم الإصابة الثانية هي تمدد في الأوتار للكاحل بنسبة 6% ثم يليها الخلع بنسبة 3% ثم تمزق عضلي وذلك بنسبة 2%أما الإصابة التي هي كسر فكانت بنسبة 1 %فقط. وفي السؤال رقم 02 أجاب اللاعبون معظمهم بإصابة متوسطة وهي الإصابة التي تحدث بكثرة وذلك بنسبة 20% ثم تليها إصابة خفيفة بنسبة 7% والإصابة الأخيرة هي إصابة خطيرة أحيانا ما تقع وذلك بنسبة 3% وعند حساب كا ^{2} المحسوبة في الجدول رقم 01 والمقدرة ب32.32 و15.8 تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة حرية في السؤال رقم 01 (1 - 5) أي 4 ودرجة خطورة 95%و

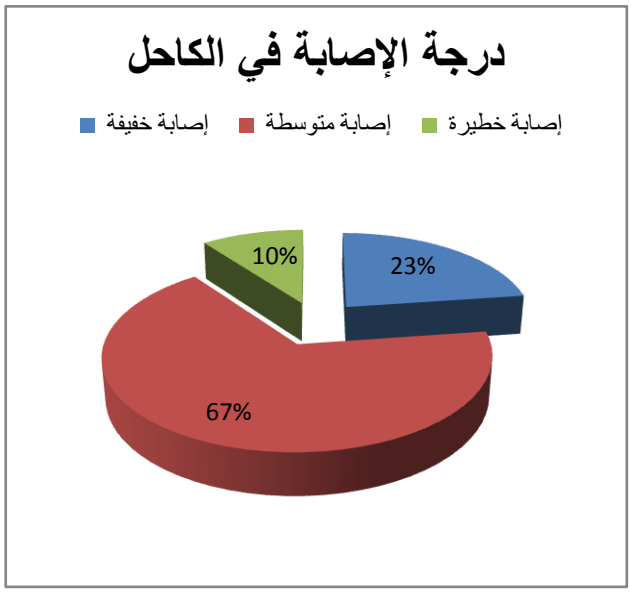
المقدرة بـ 9.49 ودرجة الحرية للسؤال رقم 2 (1-3) أي 2 ودرجة خطورة 95% والمقدرة بـ5.99 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الالتواء وإصابة متوسطة في السؤالين 1 و2 أي أن هذه الفروق لا ترجع إلى الصدفة.

استنتاج:

نستنتج من خلال الجدول أن معظم اللاعبين تعرضوا لإصابة التواء في الكاحل.

نستنتج من خلال الجدول أن معظم الإصابات التي تلقاها اللاعبون هي إصابة متوسطة.





شكل بياني رقم 01 : يوضح إجابات اللاعبين على السؤالين رقم 01 و02 من المحور 1

3-ما سبب كسر لمفصل الكاحل؟

4- ما سبب خلع مفضل الكاحل؟

5-ما هو سبب التواء مفصل الكاحل؟

جدول رقم 02 يمثل أسباب إصابات الكاحل من خلع والتواء وكسر للأسئلة رقم 3، 4، و5 من المحور1

	3.كسر الكاحل			4.خلع الكاحل			5.التواء الكاحل		
الإجابات	السقوط بالأرض	احتكاك مع لاعب أخر	ضرب الكرة في نفس الوقت	ضربة من لاعب أخر	إصطدام قوي	حركة خاطئة	الأرضية	حذاء الاعب	إصابة قديمة
التكرارات	19	6	5	15	10	5	10	16	4
النسب المئوية	63.33 %	20%	%16.67	%50	%33.33	16.67 %	33.33 %	53.33 %	13.33 %
كا2 المحسوبة	12.2			15			17.2		
كا2 الجدولية	5.99			5.99			5.99		

تحليل نتائج الجدول :

من خلال نتائج التي في الجدول رقم 02 الذي يوضح إجابات اللاعبين على الأسئلة رقم 03و04و05 نجد في السؤال رقم 03كسر الكاحل أن معظم اللاعبين أجابوا السقوط على الأرض وذلك بنسبة 63.33%ثم يأتي الاحتكاك مع لاعبين أخر بنسبة 20% ثم في الأخير ضرب الكرة في نفس الوقت بنسبة 16.67%.

وفي السؤال رقم 4 خلع الكاحل أن معظم اللاعبين أجابوا بضربة من لاعب أخر وذلك بنسبة 50% ثم يليها الاصطدام القوي بنسبة 33.33% وفي الأخر حركة خاطئة نسبتها قليلة وذلك 16.67%

و في السؤال رقم 5 أجاب اللاعبون معظمهم بحذاء اللاعب وذلك بنسبة 53.33 %ثم يليها الأرضية بنسبة 33.33% ثم في الأخر تأتي إصابة قديمة وذلك بنسبة 13.33 %.

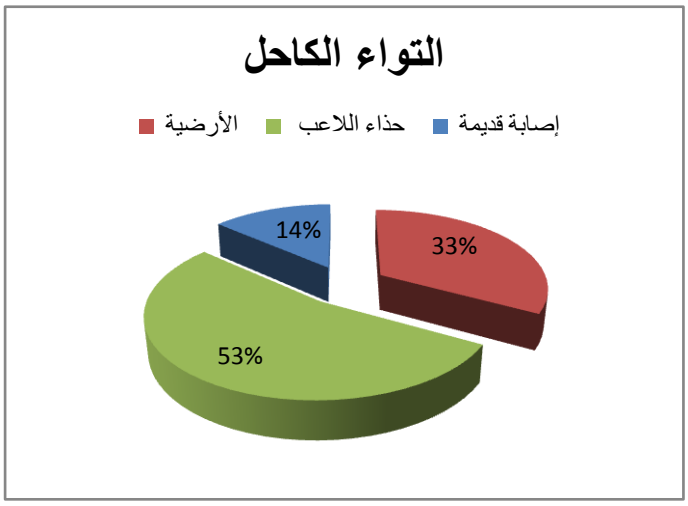
وعند حساب كا ^{2} المحسوبة في الأسئلة (3و4و5) والمقدرة ب12.2 و15 و17.2 تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة الحرية (1-3)أي 2 ودرجة خطورة 95% والمقدرة ب 5.99و درجة حرية (1و3) أي 2 والمقدرة ب 5.99درجة خطورة 95% ودرجة خطورة السؤال 5(1-3)أي 2 درجة خطورة 95% للسؤال 4 والمقدرة ب 5.99 وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح السقوط وضربة من طرف لاعب أخر

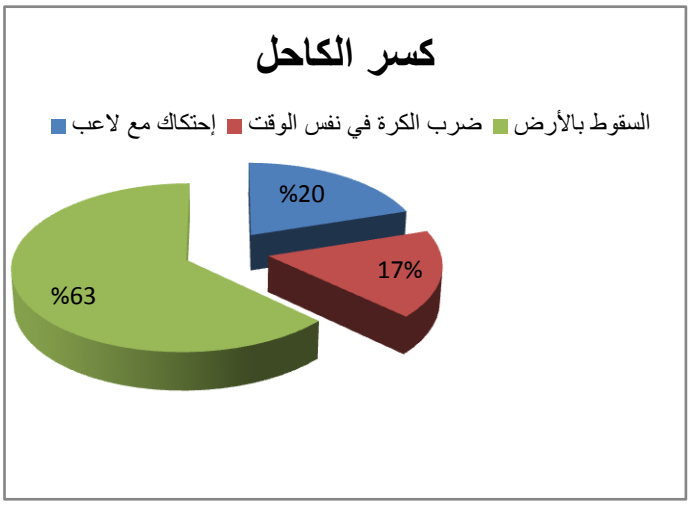
استنتاج :

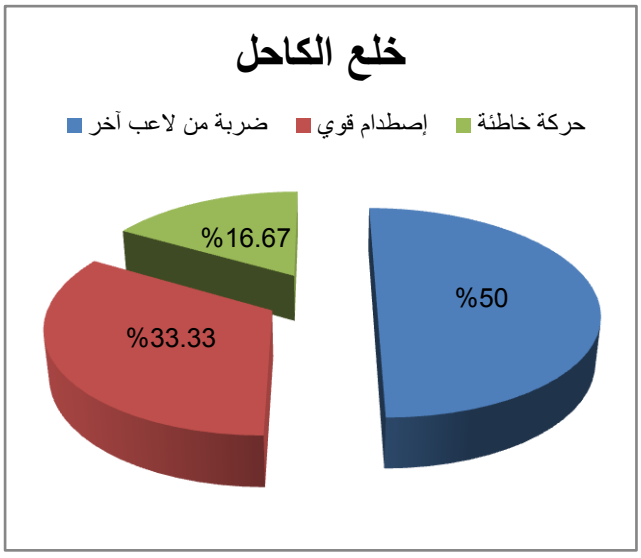
نستنتج من خلال الجدول رقم 2 في الإجابة على السؤال كسر الكاحل أن السقوط بالأرض والاحتكاك مع لاعب وضرب الكرة في نفس الوقت كلها أسباب تؤدي إلى كسر الكاحل لكن السقوط بالأرض يؤدي بدوره أكثر إلى كسر الكاحل.

نستنتج من خلال الجدول رقم 2 في الإجابة على السؤال 4 خلع الكاحل أن حركة خاطئة واصطدام قوي يسببان لخلع الكاحل إلا أن الضربة من طرف اللاعب هي أكثر أسباب الخلع الكاحل.

نستنتج من خلال الجدول رقم 2في الإجابة على السؤال رقم 5 التواء الكاحل أن الأرضية وإصابة قديمة هما سببان لالتواء الكاحل إلا أن الحذاء هو الأكثر أسباب التواء الكاحل







شكل بياني رقم02 : يمثل أسباب إصابات الكاحل للأسئلة رقم03 ،04 و05 من المحور الأول

6-ما هي الإصابة الشائعة على مستوى الكاحل ؟

جدول رقم03 يمثل الإصابة الشائعة على مستوى الكاحل

	6-الإصابة الشائعة في الكاحل				
الإجابات	خلع	التواء	كسر	تمدد الأوتار	تمزق عضلي
التكرارات	6	15	1	5	3
النسب المئوية	%20	%50	%3.33	%16.67	%10
K^2المحسوبة	79.32				
K^2الجدولية	9.49				

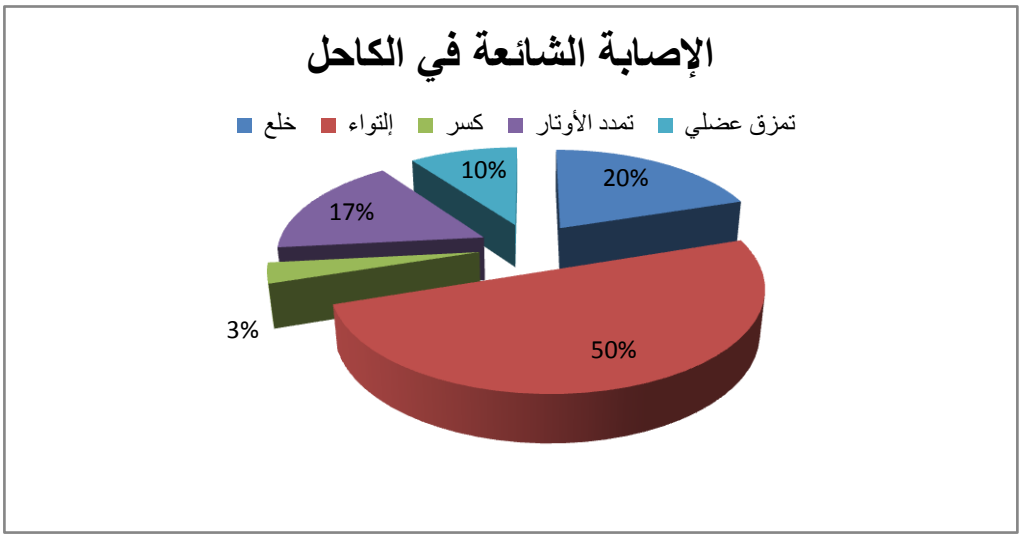
تحليل نتائج الجدول :

من خلال الجدول رقم 3 للسؤال رقم 6 الإصابة الشائعة للكاحل هي التواء في الكاحل بنسبة 50% من بين الإصابات الأخرى ثم يليها الخلع وذلك بنسبة 20% ثم يليها تمدد في الأوتار للكاحل بنسبة 16.67% ثم يليها تمزق عضلي بنسبة 10% وفي الأخير كسر في الكاحل بنسبة قليلة.

و عند حساب كا 2 المحسوبة في السؤال رقم 6 والمقدرة ب79.32 تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة حرية (5-1) أي 4 ودرجة خطورتها 95% و المقدرة ب9.49% وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الالتواء

استنتاج :

نستنتج من خلال السؤال رقم 6 الإصابة الشائعة في الكاحل في الحدول رقم 3 أن الكاحل معرض لمختلف الإصابات (كسر،خلع،تمزق عضلي والتواء وتمدد الأوتار) إلا أن الالتواء هو أكثر شيوعا في الإصابة بالكاحل



شكل بياني رقم 03 : يمثل الإصابة الشائعة في الكاحل للسؤال رقم 06 من المحور الأول

7-هل تعرضت من قبل لإصابة بالكاحل؟

8-في أي مرحلة تعرضت لها ؟

جدول رقم 4 يمثل تعرض اللاعب لإصابة الكاحل وفي أي مرحلة تم ذلك

	7-تعرض اللاعب لإصابة في الكاحل		8-مراحل التعرض لهذه الإصابة		
الإجابات	نعم	لا	أثناء التدريب	أثناء المباريات التجريبية	أثناء المباريات الرسمية
التكرارات	27	3	17	8	5
النسب المئوية	%90	%10	%56.67	%26.67	%16.67
كا2المحسوبة	19.2		10.18		
كا2الجدولية	3.84		5.99		

تحليل نتائج الجدول :

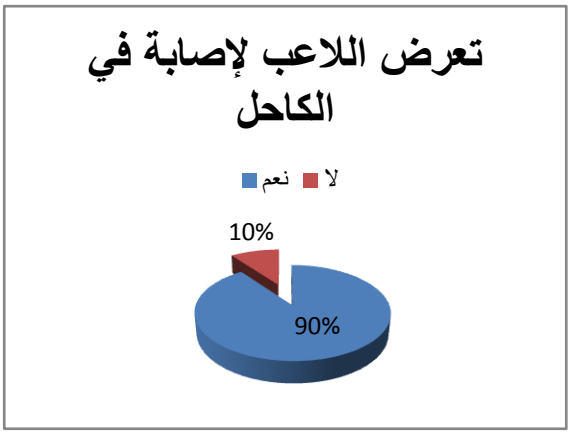
من خلال الجدول رقم 4 الخاص بالسؤالين 7 و 8 إتضح لنا في السؤال رقم 7 تعرض اللاعب للإصابة في الكاحل من قبل فوجدنا معظم اللاعبين أجابوا بنعم بنسبة 90% يليه مراحل التعرض للإصابة في

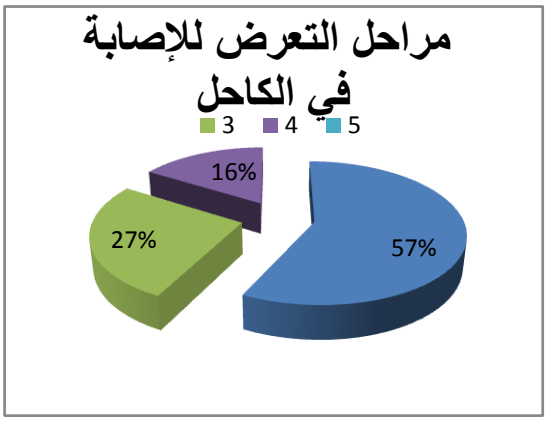
الكاحل في السؤال رقم 8 حيث أجاب اللاعبون أن خلال التدريب كانت نسبتها أكبر من 56.66% ثم يليها أثناء المباريات التجريبية و ذلك بنسبة 26.67 % ثم يليها أثناء المباريات الرسمية بنسبة 16.67% و عند حساب k^2المحسوبة في السؤال رقم 7 و 8 من المحور الأول أتضح لنا أنها أكبر من الجدولية و عند درجة حرية للسؤال رقم 7(1-2) اي 1 و درجة خطورة 95 %و المقدرة ب3.84 يليها السؤال رقم 8 كذلك أكبر من الجد ولية المقدرة ب 10.18 عند درجة حرية السؤال رقم 8 (1-3) اي 2 و درجة خطورة 95 % ب5.99

استنتاج

نستنتج من خلل السؤال رقم 7 أن جل اللاعبين قد تعرضوا لإصابة في الكاحل

نستنتج من خلال السؤال 8 الخاص بالمحور الأول أن أثناء التدريب هي المرحلة الأكثر تعرضا للاعبين للإصابة في الكاحل





شكل بياني رقم 04 : يمثل تعرض اللاعب للإصابة في الكاحل وفي أي مرحلة تم ذلك للسؤال رقم 07 و08 من المحور الأول

9-ما سبب الإصابة بالكاحل ؟

10-ماسبب الرئيسي لحدوث إصابات في الكاحل ؟

جدول رقم 05:يمثل سبب الإصابة في الكاحل السبب الرئيسي لذلك ؟

	9-سبب إصابة الكاحل				10-السبب الرئيسي لحدوث الإصابة في الكاحل				
الإجابات	نقص اللياقة البدنية	التعب	نقص الإحماء	أثناء الممارسة	عدم ملائمة الأرضية	إنخفاض مستوى اللياقة البدنية	عدم الإهتمام بالإحماءات	أثناء الممارسة	التعب
التكرارات	6	4	13	7	3	5	12	8	2
النسب المئوية	%20	13.33 %	43.33 %	23.33 %	%10	%16.67	%40	26.67 %	6.67 %
K^2المحسبة	5.99				10.98				
K^2الجدولية	7.82				9.49				

تحليل نتائج الجدول :

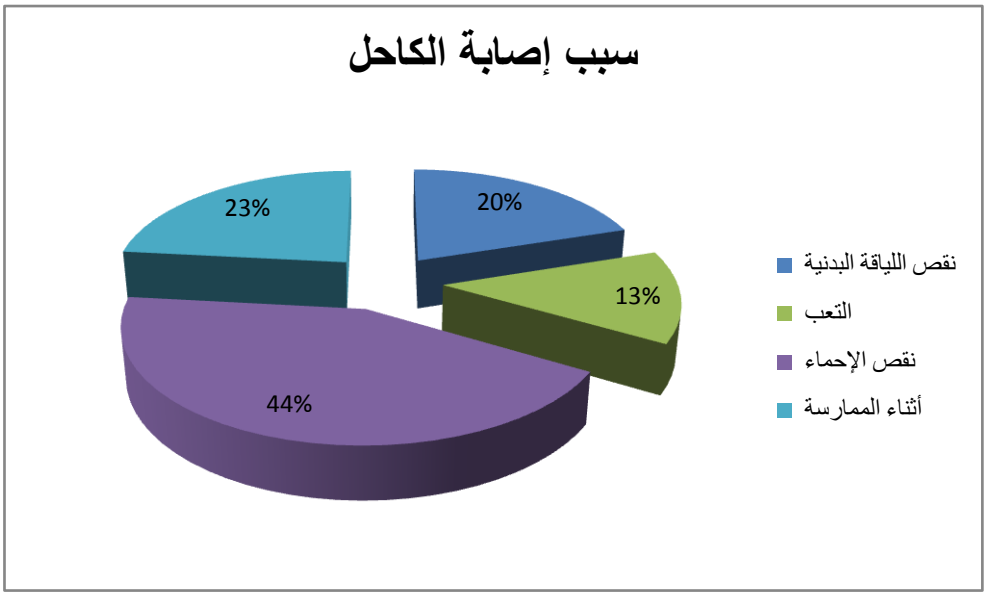
من خلال الجدول رقم 05 الخاص بالسؤالين (9و10) أتضح لنا في السؤال رقم 9 سبب الإصابة الكاحل أن السبب الذي أجاب عليه اللاعبون هو نقص الإحماء وذلك بنسبة 43.33%ثم يليه أثناء الممارسة بنسبة 23.33%ثم يليه نقص اللياقة البدنية بنسبة 20%ثم يليه التعب بنسبة 13.33%أما فيما يخص بالسؤال 10 الرئيسي لحدوث الإصابة على مستوى الكاحل فأجاب اللاعبون عدم الاهتمام بالإحماءات هو السبب الرئيسي لحدوث الإصابة وكانت النتيجة بنسبة 40% يليها أثناء الممارسة بنسبة

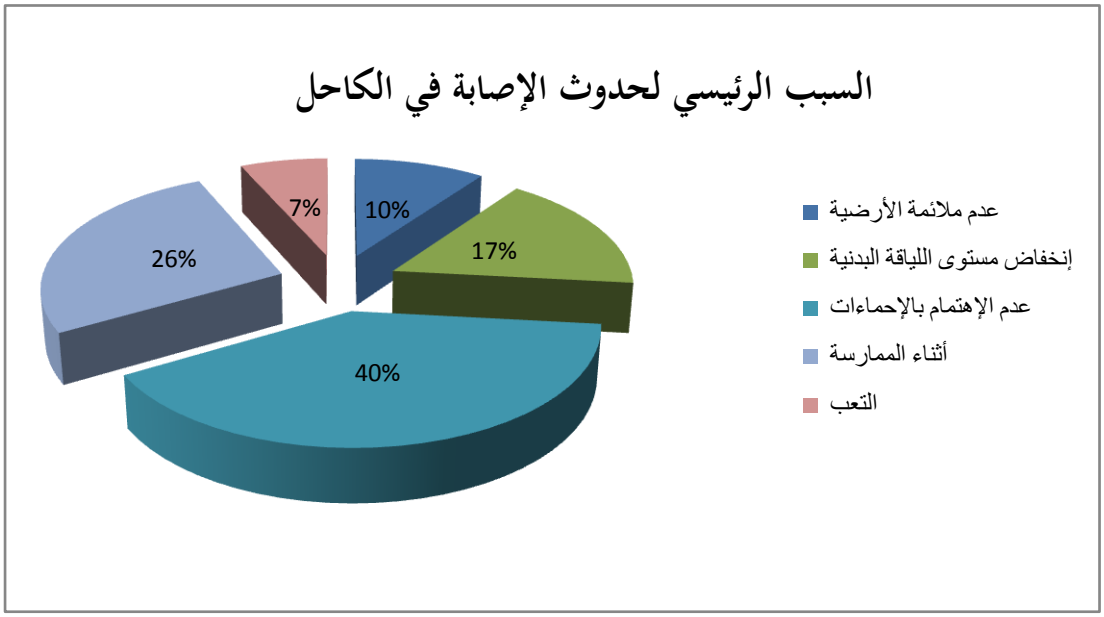
26.67%ثم يليها انخفاض مستوى اللياقة البدنية بنسبة 16.67%ثم يليها عدم ملائمة الأرضية وذلك بنسبة 10%ثم في الأخير التعب بنسبة 6.67%

- وعند حساب كا ^{2} المحسوبة للسؤال 9و10 والمقدرة ب5.99و10.98 تبين لنا أنها أصغر من الجدولية في السؤال 9 أي الفرق عند درجة حرية (1-4)أي 3 ودرجة خطورة 95%و المقدرة ب7.82و أكبر من الجدولية في السؤال رقم 10 عند درجة حرية (1-5)أي 4 ودرجة خطورة 95%و المقدرة ب9.49لصالح عدم الاهتمام بالإحماء

الاستنتاج:

- نستنتج من خلال الجدول رقم 05الإجابة على السؤال رقم 9 أن سبب إصابة الكاحل هو نقص الإحماء
- نستنتج من خلال الجدول رقم 5الإجابة عن السؤال رقم 10 أن السبب الرئيسي لحدوث الإصابة هو عدم الإهتمام بالإحماءات





شكل بياني رقم 05 : يمثل سبب الإصابة والسبب الرئيسي لحدوثها للسؤالين 9و10 من المحور الأول

المحور الثاني : العلاج التأهيلي للإصابة في الكاحل

1-هل هناك مركز طبي خاص بالنادي ؟

2-هل يتوفر ناديكم على جميع مستلزمات ووسائل التأهيل الرياضي للكاحل ؟

جدول رقم 6: يمثل هل هناك مركز طبي وهل يقوم النادي على مستلزمات ووسائل التأهيل للسؤالين رقم 1 و2 من المحور الثاني

	1-وجود مركز طبي بالنادي		2-توفر النادي على مستلزمات وسائل التأهيل		
الإجابات	نعم	لا	نعم	لا	نوعا ما
التكرارات	8	22	0	20	10
النسب المئوية	%26.67	73.33%	%0	%66.67	%33.33
K^2المحسوبة	6.52		10		
K^2الجدولية	3.84		5.99		

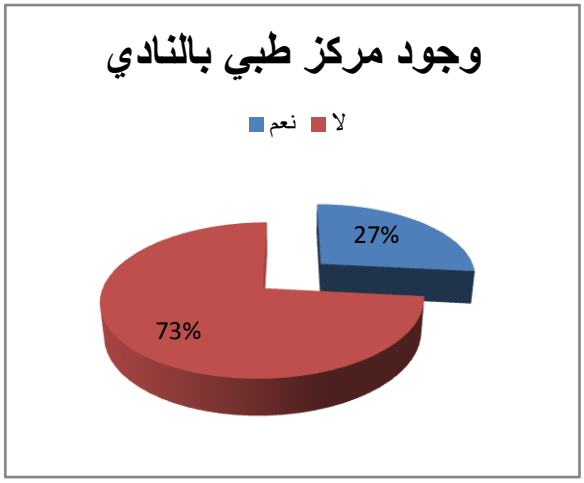
تحليل نتائج الجدول:

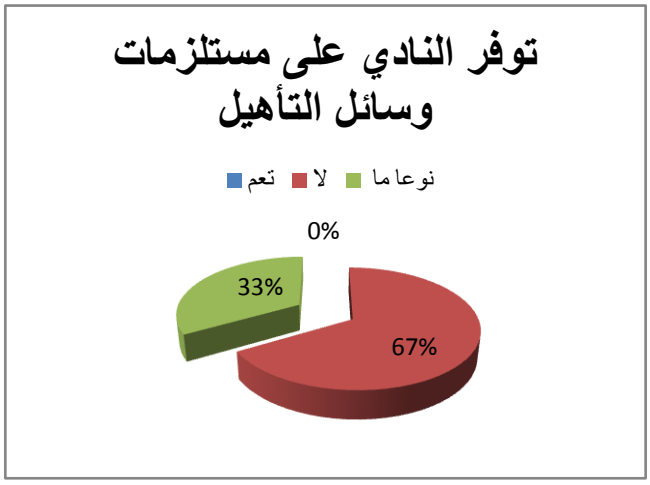
من خلال نتائج الجدول رقم 6 إتضح لنا الإجابة عن السؤال 1 أن كل اللاعبين أجابوا بعدم وجود مركز طبي بالنادي ذلك بنسبة 73.33% يليه وجود مركز طبي بنسبة 26.67% أما في الإجابة على السؤال 2 فأجابوا بعدم وجود مستلزمات طبية ووسائل للعلاج التأهيلي بنسبة 66.67% أما الإجابة نوعا ما فكانت 33.33% يليها إجابة نعم توفر النادي على المستلزمات بنسبة 0%

و عند حساب K^2المحسوبة في السؤال رقم 1 و2 المحور الثاني تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة حرية السؤال 1(1-2)أي 1 ودرجة خطورة 95% والمقدرة ب3.84 وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم وجود مركز طبي بالنادي ودرجة حرية السؤال رقم 2 (1-3) أي 2 ودرجة خطورة 95% والمقدرة ب5.99 وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم توفر النادي على المستلزمات التأهيل الطبي

استنتاج:

- نستنتج من خلال الإجابة على السؤال 1 للجدول رقم 6 أن اللاعبين بحاجة ماسة إلى مركز طبي في النادي
- نستنتج من خلال الإجابة على السؤال 2 رقم 6 أنه لا يوجد إهتمام خاص بإصابة اللاعبين لعدم توفر ناديهم على مستلزمات ووسائل التأهيل الرياضي





شكل بياني رقم 6 : يمثل وجود مركز طبي خاص بالنادي وتوفر النادي على المستلزمات التأهيل للكاحل للسؤالين 1 و2 من المحور الثاني

3-هل تلقيت العناية الكافية أثناء التعرض للإصابة ؟

4-هل تلقيت العلاج من طرف النادي بعد التعرض للإصابة في الكاحل

جدول رقم 7: يمثل تلقي العناية الكافية وتلقي العلاج من طرف النادي بعد التعرض للإصابة في الكاحل 3 و4 من المحور الثاني

	3-تلقي العناية الكافية أثناء التعرض للإصابة في الكاحل		4-خضوع اللاعب للعلاج من طرف النادي	
الإجابات	نعم	لا	نعم	لا
التكرارات	6	24	5	25
النسب المئوية	%20	80%	%16.67	%83.33
K^2المحسوبة	10.8		13.32	
K^2الجدولية	3.84		3.84	

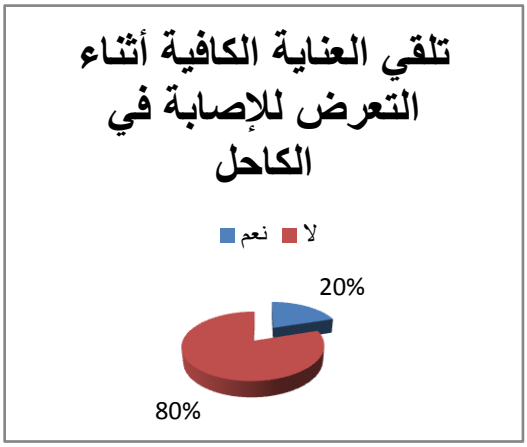
تحليل نتائج الجدول :

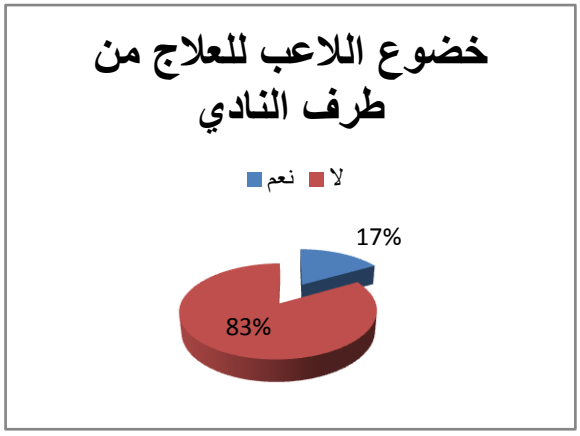
من خلال نتائج الجدول رقم 7 للإجابة على السؤالين 3و4 أجاب اللاعبون في السؤال 3 بعدم تلقيهم للعناية الكافية أثناء التعرض للإصابة في الكاحل وذلك بنسبة 80% أما إجابة نعم فكانت 20% فقط وفي السؤال 4أجاب اللاعبون بعدم خضوعهم للعلاج من طرف النادي وذلك بنسبة 83.33% يليها خضوعهم للعلاج الطبي بنسبة 16.67%

و عند حساب K^2 المحسوبة في السؤال رقم 3و4 والمقدرة ب 10.8و13.32 تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة حرية السؤال 3(1-2)أي 1و درجة خطورة 95% والمقدرة ب 3.84 تبين لنا أنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم تلقي العناية الكافية أثناء التعرض للإصابة وعند درجة للسؤال رقم (2-1) أي 1 درجة خطورة 95 % والمقدرة ب 3.84 تبين لنا بوجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم خضوع اللاعب للعلاج من طرف النادي .

استنتاج :

- نستنتج من خلال الجدول أن اللاعبين لا يتلقون العناية الكافية عند إصابتهم في الكاحل .
- نستنتج من خلال الجدول أن اللاعبين لا يخضعون للعلاج الطبي من طرف النادي





شكل بياني رقم 07: يمثل الإجابة على السؤالين 03و04 بمحور الثاني

5- هل تلقيت لعلاج تأهيلي بعد تعرضك للإصابة ؟

من الذي قام بهذا العلاج ؟

جدول رقم 08: يمثل تلقي العلاج تأهيل بعد الإصابة والذي قام بالعلاج للإصابة على السؤالين 5 و6 من المحور الثاني

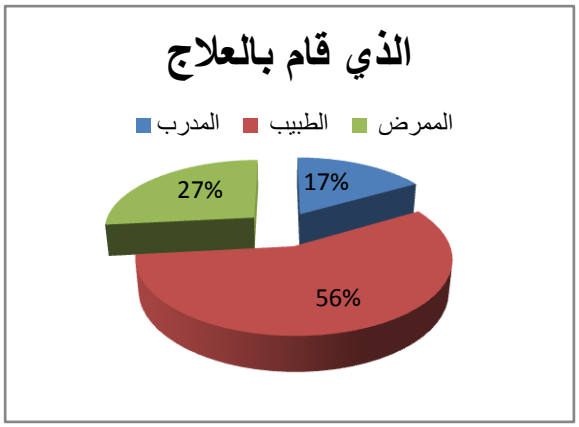
	تلقي العلاج التأهيل بعد التعرض للإصابة		الذي قام بالعلاج التأهيلي		
الإجابات	نعم	لا	المدرب	الطبيب	الممرض
التكرارات	10	20	5	17	8
النسب المئوية	%33.33	%66.67	%16.67	%56.67	%26.67
المحسوبة	3.32		5.32		
الجدولية	3.84		5.99		

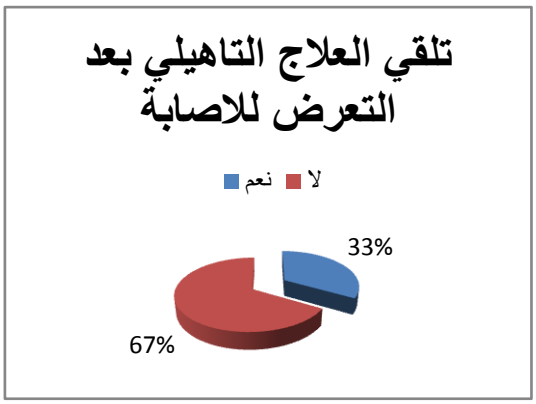
تحليل نتائج الجدول

من خلال الجدول ر قم 08 للإجابة على السؤال 5 اللاعبين اتضح لنا أن العلاج والتأهيل بعد الإصابة اللاعبين كانت إجابتهم ب لا ننسبة 66.67% والذين كانت إجابتهم ب لا بنعم بنسبة 33.33% عند حساب k2 المحسوبة للسؤال ر قم 5 و6 والمقدرة ب و5.99 تبين لنا أنها أكبر من k2 المحسوبة في السؤال رقم 5 عند درجة الحرية(2-1)أي 1 درجة خطورة 95 % ودرجة حرية السؤال رقم 6 (3-1) أي 2 والمقدرة ب 5.99 تبين لنا أنها أكبر من k^2 المحسوبة وهنا لاحظنا أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم تلقي العلاج التأهيل أثناء التعرض للإصابة والطبيب هو الذي يقوم بالعلاج

استنتاج:

- نستنتج أن اللاعبين لم يتلقوا العلاج التأهيلي بعد التعرض للإصابة
- نستنتج أن الطبيب هو من قام بالعلاج التأهيلي في النادي الرياضي





شكل بياني رقم 8 : يمثل تلقي العلاج التأهيلي بعد الإصابة ومن الذي يقوم بهذا العلاج التأهيلي

7-بعد الإصابة هل تلقيت إعادة تأهيل من طرف المدلك ؟

8-هل إعادة التأهيل الحركي أثر إيجابيا على الإصابة ؟

جدول رقم 9: يمثل إجابات اللاعبين على الأسئلة رقم 7 و8 من المحور الثاني

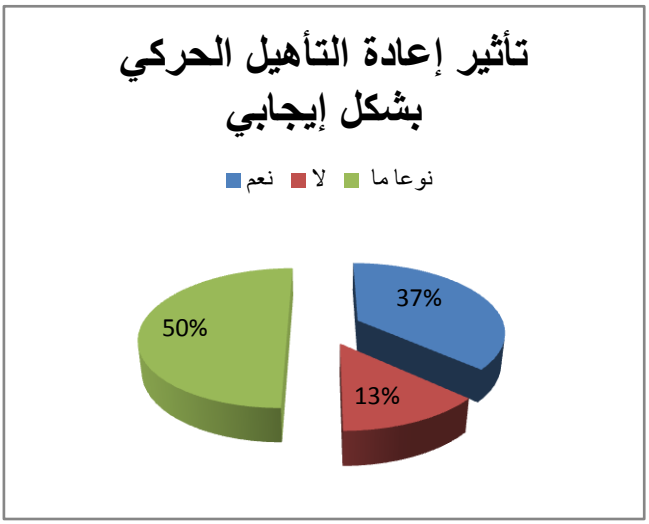
	7-تلقي اللاعب التأهيل الحركي من طرف المدلك		8-تأثير إعادة التأهيل الحركي بشكل إيجابي		
الإجابات	نعم	لا	نعم	لا	نوعا ما
عدد الأجوبة	5	25	11	4	15
النسب المئوية	%16.67	%83.33	%36.67	%13.33	%50
K^2المحسوبة	13.32		6.2		
K^2الجدولية	3.84		5.99		

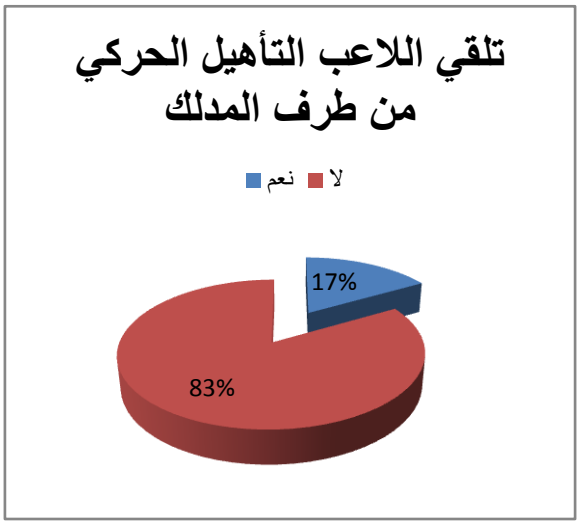
تحليل نتائج الجدول :

- من خلال الجدول رقم 09 الذي يمثل إجابات اللاعبين على الأسئلة رقم 7و8 إتضح لنا أن اللاعبين في السؤال 7أغلبيتهم أجابوا عدم تلقيهم التدليك من طرف المدلك وذلك بنسبة 83.33% يليها تلقيهم للتدليك بنسبة 16.67% وفي السؤال 8فإن اللاعبين أجابوا بأن إعادة التأهيل الحركي نوعا ما يؤثر على الإصابة بشكل إيجابي بنسبة 45% يليها إجاباتهم نعم تأثير إعادة التأهيل الحركي بشكل إيجابي على الاعب بنسبة 36.67% أما إجاباتهم بلا كانت نسيتها المئوية ب13.33%
- عند حساب K^2المحسوبة في السؤالين رقم 7و8 والمقدرة ب13.32 و6.2 تبين لنا أنها أكبر من الجدولية عند درجة حرية للسؤال رقم 7 (1-2)أي 1 ودرجة خطورة % 95 والمقدرة ب3.84 ودرجة حرية السؤال رقم 8(1-3)أي 2 ودرجة خطورة 95% والمقدرة ب5.99 وهنا لاحظنا أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح عدم تلقي اللاعب للتأهيل الحركي من طرف المدلك وتأثير إعادة التأهيل الحركي بشكل إيجابي

استنتاج :

- نستنتج أن اللاعبين لا يتلقوا إعادة التأهيل حركي من طرف المدلك .
- نستنتج أن إعادة تأهيل حركي لا يأثر أكثر بشكل إيجابي على اللاعبين





شكل بياني رقم 9 : تلقي اللاعب التأهيل الحركي من طرف المدلك وتأثير إعادة التأهيل الحركي بشكل إيجابي للسؤالين 7و8 للمحور الثاني

9-هل تعرضت لفحص طبي معمق ؟

10-ما هو عدد الفحوصات الطبية خلال الموسم ؟

جدول رقم 10 : يمثل تعرض اللاعبين لفحص طبي معمق وعدد الفحوصات الطبية خلال الموسم الرياضي

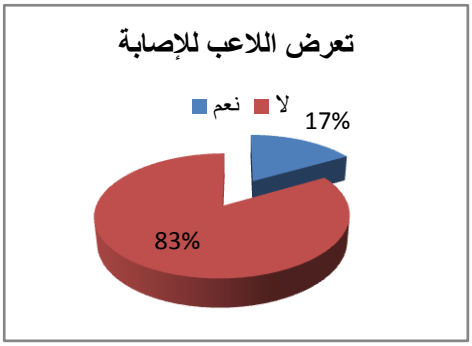
	9-تعرض اللاعب للإصابة			10-عدد الفحوصات الطبية خلال الموسم الرياضي			
الإجابات	نعم	لا		مرة واحدة	مرتين	أكثر	لاتوجد
التكرارت	5	25		13	7	4	6
النسب المئوية	16.67%	%83.33		%43.33	%23.33	%13.33	%20
K^2المحسوبة	13.32			5.99			
K^2الجد ولية	3.84			7.82			

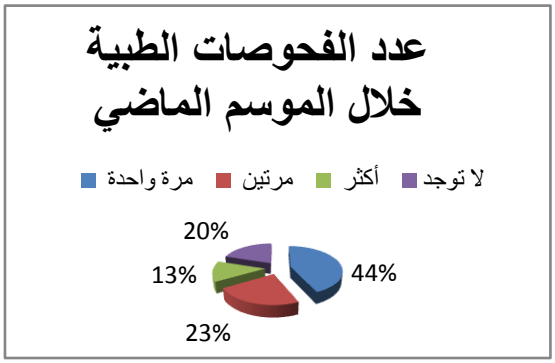
تحليل نتائج الجدول :

- من خلال الجدول رقم 10الذي يمثل الإجابة على الأسئلة 9و10 اللاعبين إتضح لنا في السؤال 9 أن كل اللاعبين لم يتعرضوا لفحص معمق للإصابة في الكاحل وذلك بنسبة 83.33% أما الإجابة بنعم فكانت قليلة جدا نسبتها 16.67% أما السؤال 10فأجابوا الاعبين عدد الفحوصات الطبية خلال الموسم الرياضي مرة واحدة بنسبة 43.33 % يليها إجاباتهم مرتين بنسبة 23.33% يليها أكثر بنسبة 13.33% يليها لا توجد بنسبة 20%

إستنتاج:

- نستنتج اللاعبين لا يخضعون لفحص طبي معمق
- نستنتج أن الفحوصات الطبية خلال الموسم قليلة جدا





شكل بياني رقم 10 : يمثل تعرض اللاعب لفحص طبي معمق وعدد الفحوصات الطبية خلال الموسم

2-1-الاستنتاجات :

- نستنتج أن معظم اللاعبين قد تعرضوا للإصابة في مفصل الكاحل ودرجة إصابتها كانت متوسطة.
- نستنتج أن السقوط بالأرض وضرب الكرة في نفس الوقت و الإحتكاك مع لاعب أخر أسباب كسر الكاحل .
- نستنتج أن ضربة من لاعب أخر و إصطدام قوي وحركة خاطئة هي من أسباب خلع الكاحل .
- نستنتج أن سبب التواء الكاحل الرئيسي هو حذاء اللعب .
- نستنتج أن الإصابة الشائعة في الكاحل هي الالتواء.
- نستنتج أن معظم اللاعبين قد تعرضوا للإصابة في الكاحل ويتم ذلك الأثناء التدريب .
- نستنتج أن سبب إصابة الكاحل هو نقص اللياقة البدنية ،التعب ،نقض الإحماء أثناء الممارسة .
- نستنتج أن السبب الرئيسي لحدوث الإصابة في الكاحل .عدم ملائمة الأرضية إنخفاض مستوى الياقة البدنية ،عدم الإهتمام بالإحماءات أثناء الممارسة ،التعب .
- نستنتج أن إنعدام العلاج التأهيلي أدى إلى تراكم الإصابات في الكاحل وهذا راجع إلى إهمال النادي وعدم توفره لمركز طبي .
- نستنتج أن النادي لايتوفر على مستلزمات ووسائل العلاج التأهيلي للاعبين .
- نستنتج أن اللاعب لايتلقى العناية الكافية أثناء تعرضه للإصابة .
- نستنتج أن اللاعب لا يتلقى العلاج من طرف النادي .
- نستنتج أنه لا يوجد إهتمام خاص بالإصابة اللاعب لعدم توفره على العلاج التأهيلي .

2-2-مناقشة الفرضيـات:

من خلال الدراسة التي قمنا بها على الأندية وذلك باستخدامنا من الاستثمارات استبيانية وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج سوف نقوم بمناقشة هذه النتائج بالفرضيات المطروحة

الفرضية العامة :

- إصابة مفصل الكاحل وطرق علاجه التأهيلي عند لاعبي كرة القدم

الفرضية الجزئية الأولى:

من الفرضية العامة نستخرج الفرضية الجزئية القائلة بأن إصابة مفصل الكاحل تختلف حسب نوع ودرجة وسبب للإصابة ومن بينها تمزقات عضلية وخلوع وكسور وتمدد في الأوتار والالتواء والسبب الرئيسي لحدوث الإصابة هو عدم الإهتمام بالإحماءات ومن خلال النتائج التي في الجدول رقم 1 و2 ،3,4و5 والأشكال البيانية 1و2و5,4,3من المحور الأول تبين لنا أن معظم الإصابات الكاحل كانت التواء وسببها الحذاء الرياضي كما هو في دراسة الدكتور مجيد المولي قال على عكس الإعتقاد السائد بأن تمزق العضلة الخلفية للفخذ هي الغالبة على إصابات لاعبي كرة القدم إلا أن إصابة الكاحل هي الأكثر شيوعا بين لاعبي كرة القدم وبالتالي نستطيع أن نقول أن إصابة الكاحل تشكل خطرا قد يهدد لاعب كرة القدم وتحد من مستواه البدني والنفسي كذلك .لذا يجب على كل لاعب أخذ الحذر وعلى المدرب كذلك الإهتمام باللاعب الرياضي لأن سلامته هي سلامة النادي والزيادة في تطوره تستطيع أن نقول أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت.

الفرضية الجزئية الثانية:

من الفرضية العامة نستخلص الفرضية الجزئية القائلة أن العلاج التأهيلي يساهم في التقليص من الإصابة ومعالجتها بطريقة طبيعية ومرجعية لفوائد عدة ومن خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم 6و7و8,9و10و كما هو موضح في الأشكال البيانية 6و7و8و9و10 من المحور الثاني والذي تظهر لنا أن النادي الرياضي لا يتوفر على مركز للعلاج التأهيلي ولا حتى إسعافات أولية ووسائل التأهيل للعناية أكثر لاعب وكذلك عدة فحوصات طبية قليلة وتكاد تنعدم ووجدنا من خلال الجدول رقم10من المحور الثاني أنها قليلة وهي مرة واحدة خلال الموسم الرياضي وكما قال توفيق المولى مجيد في كتابه "دائرة البحث العلمي" العلاج التأهيلي لا يكون فترة واحدة خلال السار الرياضي للاعب كرة قدم بل هناك إستراتيجيات كثيرة معروفة والتي تستخدم لمساعدة المصابين للشفاء والعودة للحياة الرياضية وفي الأخير اتضح لنا أن إهمال السلطات بهذا الجانب العلاج التأهيلي الخاص بكل نادي وقلة المستلزمات ووسائل التأهيل الرياضية يؤدي خاصة إلى تدهور في مستوى لاعب كرة القدم وعامة في مستوى النادي الرياضي و بهذا نستطيع أن نقول ان الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

2-3-الإقتراحات والتوصيات :

- من خلال النتائج التي توصلنا إليها رأينا أن نخرج ببعض التوصيات والاقتراحات التي نتمنى أن تؤخذ بعين الاعتبار من طرف كل القائمين على كرة القدم الجزائرية وخاصة من طرف المدرب وكذلك الهيئات العليا المسؤولة عن كرة القدم بتوفير مراكز خاصة بالتأهيل الرياضي وذلك للتكفل بجميع اللاعبين المصابين والتي نأمل أن تكون بداية الخروج من المأساة التي يعاني منها لاعبي كرة القدم ومن بين هذه التوصيات :

❖ توفير مراكز للعلاج التأهيلي وتعميمها على المستوى الوطني .

❖ توفير قاعات العلاج الرياضي وتجهيزها بأحدث الأدوات الطبية ووسائل العلاج التأهيلي الحديثة وكذا الإسعافات الأولية .

❖ ضرورة إجراء مراقبة أو متابعة طبية دورية من طرف النادي .

❖ توفير مجموعة من المتخصصين في العلاج التأهيلي للتكفل بالمصابين .

❖ وضع قانون إجباري يفرض إجراء متابعة طبية دورية للاعب كرة القدم لأكثر من مرة في السنة .

❖ الإهتمام بالجانب البدني لأنه عامل من عوامل التفوق والنجاح للأندية .

❖ توفير طاقم طبي مختص في العلاج التأهيلي دوره التدخل في أي نوع من أنواع الإصابات سواء أثناء المنافسة أو التدريب .

❖ تحسين أرضية الملاعب الرياضية وبناء منشأت جديدة متوفرة على الوسائل الحديثة والمتطورة .

❖ يجب توفير طبيب مختص في التأهيل الرياضي داخل كل فريق في النادي الرياضي الجزائري .

- تدعيم هذا الطب التأهيلي الرياضي في الجزائر بمميزات وإعطائه مكانه في الجانب الرياضي في كل الأندية .
- توعية المدربين عن طريق إعطائهم دروس تخص العلاج التأهيلي .
- و في الأخير نرجو من السلطات العليا المتخصصة في الجانب الرياضي الإهتمام أكثر وأكثر باللاعب الوطني الجزائري .

الخاتمة العـامة:

من خلال البحث النظري والدراسة الميدانية التي قمنا بها باستعمال الاستبيان الذي يتمحور إلى إثنين المحور الأول إصابة الكاحل والمحور الثاني إعادة التأهيل الرياضي فوقفنا عندها ودرسنا أنواع الإصابة في الكاحل وأهم أسبابها ومتغيراتها ووجدنا وللأسف الشديد أنه لم تعطى أهمية كبيرة ومكانة للعلاج التأهيلي في رياضة كرة القدم وهذا راجع إلى غياب أصحاب الاختصاص في هذا المجال أو ربما نقص في الجانب المادي لهذه الفرق وهذا قد يعود بالسلب على الرياضة من الجانب الصحي وذلك بتعرضهم إلى إصابات متنوعة ومتفاوتة الخطورة خاصة أن رياضة كرة القدم تتميز بالاحتكاك البدني والتنافس الشديد أما في الجانب الرياضي فيتمثل في تدهور مستواهم الرياضي نظرا لخطورة الإصابات وتكرارها خاصة الإصابة في الكاحل كما أثر ذلك على عدم توفر الفرق إلى طبيب مختص في التأهيل أو حتى طبيب عام يقوم ب'جراء العلاج بعد الإصابة اللاعبين ومراقبتهم أثناء التدريبات وفي المباريات التجريبية والمباريات الرسمية

ومن ناحية أخرى فإن نقص التوعية من طرف المدربين وغياب التوجيه أدى إلى تراكم الإصابات وخاصة على مستوى الكاحل كما أنه لا يعطي للاعب نصائح لتفادي الإصابة أثناء ممارسة الرياضية في الملاعب إضافة إلى إهمال السلطات بالميدان الرياضي وعدم توفير ملاعب لائقة أو حتى ترميمها وإعادة صناعة أراضيها

و عدم الاهتمام أكثر باللاعب كرة القدم من طرف المعنيين يؤدي إلى تدهور وعدم تحقيق نتائج حسنة في المباريات وعدم تقدمهم للأداء الجيد لذا فمن الواجب المدربين الاهتمام باللاعبين ومتابعتهم صحيا طوال المشوار الرياضي حتى تمارس كرة القدم تحت أحسن الظروف

و في الأخير أتمنى أن يجد اللاعبون الاهتمام والعناية الكافية وخاصة بعد الإصابة وذلك من طرف المعنيين والتخفيف من كمية الإصابات وخاصة إصابة الكاحل كما أتمنى أن نجد اقتراحاتنا الأذان الصاغية والنية الحسنة لتجسيدها على أرض الواقع ونتمنى كذلك على الجهات المعنية الاهتمام بلاعبي كرة القدم لأنه سيأتي يوم تكتب أسمائهم في صفحات التاريخ الرياضي الجزائري .

أولا: المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم علام :" كاس العا لم لكرة القدم" ، دار العلم للملايين، بيروت، 1984.

2. أبو العلا أحمد ع الفتاح، احمد نصر الدين:" فسيولوجية اللياقة البدنية" ، دار الفكر العربي، القاهرة، 2004

3. أسامة رياض: "الطب الرياضي وإصابات الملاعب"، ط1 ،دار الفك و العربي، القاهرة، 1998.

4. أسامة رياض: "الطب الرياضي وكرة اليد"، ط1 ، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 1999..

5. أسامة رياض:" الإسعافات الأولية للإصابات اللاعب"، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2002.

6. أسامة رياض، إمام حسن محمد النجمي: "الطب الرياضي والعلاج الطبيعي"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر الجديدة ، 1999.

7. بلقاسم تلي، مزهود لوصيف، الجابري عيساني:- " دور الصحافة المرئية في تطوير كرة القدم الجزائرية "، معهد التربية البدنية والرياضة، دالي إبراهيم، مذكرة ليساتس، جوان 1997.

8. حسن عبد الجواد: " كرة القدم "، ط2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1984.

9. حياة عياد روفائيل: "إصابات الملاعب وقاية علاج طبيعي إسعاف" ، منشأة المعارف ، الإسكندرية.

10. الرابطة الوطنية لكرة القدم :" دليل " ط 1، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، عين مليلة، بدون تاريخ- سنة-،.

11. رومي جميل: " كرة القدم " ط1، دار النقائض ، بيروت، لبنان ، 1986.

12. سامي الصفار: " دليل الحكم في كرة القدم"، جامعة بغداد، 1979.

13. سامي الصفار :" كرة القدم "، ج 1، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، العراق، 1982.

14. عبد الرحمان عيسوي:" سيكولوجية النمو"، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، 1980.

15. عبد الرحمن عبد الحميد زاهر: "موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية"، ط 1، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2004.

16. العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين – أسامة رياض ، دار الفكر العربي سنة 1999 .

17. علي خليفي وآخرون : "كرة القدم " ، الجماهيرية العربية الليبية ، 1987..

18. فراج عبد الحميد توفيق: "كيمياء الإصابة العضلية والمجهود البدني للرياضيين"، ط 1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2004.

19. كمال عبد الحميد ، محمد صبحي حسانين :" اللياقة البدنية ومكوناتها" ، ط3 ،دار الفكر العربي ، القاهرة.

20. محمد حسن علوي:" تشريح الرياضي الوظيفي"، دار المعارف، مصر، 1973.

21. محمد عبده صالح الوحش، مفتي إبراهيم محمد: " أساسيات كرة القدم" ط1، القاهرة، نصر.

22. مختار سالم:" كرة القدم لعبة الملاعبين" ط2،مكتبة المعارف، بيروت،1988،.

23. مفتي إبراهيم : " الجديد في الإعداد المهاري والخططي للاعب كرة القدم "، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.

24. موفق عبد المولى:" الإعداد الوظيفي لكرة القدم "، دار الفكر، بغداد، 1999.

المجلات:

1. مجلة الوحدة الرياضي، عدد خاص، 1982/06/18، الجزائر.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

1. Abdelkeder touil, (l’arbitrage dans le football moderne), édition la phonique Alger, 1993.

2. Akromov,"sélection et préparation des jeunes Footballeurs", édition 01, O.P.U-Algérie-1985.

3. Jean Genety / Elisabeth brunet .Guedj .traumatologie du sport en pratique médicale courant .édition vignot.1991.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحمد ابن باديس

مستغانم

إستمارة المحكمين

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة الماستر في التدريب الرياضي تخصص: رياضة و صحة نضع في أيديكم أيها السادة الدكاترة الكرام مجموعة من الأسئلة المكونة للإستمارة والمنطوية تحت عنوان " دور العلاج التأهيلي في تأهيل إصابة مفصل الكاحل لدى لاعبي كرة القدم".

راجين منكم مساعدتنا من خلال تحكيم الأسئلة بكل صدق وأمانة لتيسير لنا الوصول إلى المعلومات والحقائق التي تفيدنا في دراستنا.

جدول المحكمين :

اللقب	الدرجة العلمية	المؤسسة	التخصص	الإمضاء
–				
–				
–				

من إعداد الطلبة:

عراب محمد

مداني آسية

الدكتور المشرف:

كوتشوك سيد أحمد

الإستمارة:

أولا: المعلومات الشخصية

النادي ☐

البطولة ☐ **القسم الوطني الأول** ☐ **القسم الوطني الثاني** ☐

عدد سنوات الخبرة:

1-3 سنوات ☐ **3-5 سنوات** ☐ **5-9 سنوات** ☐

مركز اللاعب:

حارس مرمى ☐ **مدافع** ☐ **مركز الميدان** ☐ **مهاجم** ☐

المحور الأول: الإصابة في الكاحل

س1)ما نوع الإصابة التي تعرضت لها في مفصل الكاحل ؟

كسر ☐

إلتواء ☐

تمدد الأوتار ☐

تمزق عضلي ☐

خلع ☐

س2)ما هي درجة الإصابة التي تعرضت إليها في الكاحل ؟

إصابة خفيفة ☐

لإصابة متوسطة ☐

إصابة خطيرة ☐

س3)ما سبب كسر الكاحل ؟

السقوط بالأرض ☐

إحتكاك مع لاعب أخر ☐

ضرب الكرة في نفس الوقت ☐

س4)ما سبب خلع مفصل الكاحل ؟

ضربة من لاعب أخر ☐

اصطدام قوي ☐

حركة خاطئة ☐

س5)ما سبب إلتواء مفصل الكاحل ؟

الأرضية ☐

حذاء اللاعب ☐

إصابة قديمة ☐

س6)ما هي الإصابة الشائعة على مستوى الكاحل ؟

خلع ☐

إلتواء ☐

كسر ☐

تمدد الأوتار ☐

تمزق عضلي ☐

س7)هل تعرضت من قبل للإصابة في الكاحل ؟

نعم ☐

لا ☐

س8)في أي مرحلة تعرضت لها ؟

أثناء التدريب ☐

أثناء المباريات التجريبية ☐

أثناء المباريات الرسمية ☐

س9)ما سبب الإصابة في الكاحل ؟

نقص اللياقة البدنية ☐

التعب ☐

نقص الإحماء ☐

أثناء الممارسة ☐

س10) ما سبب الرئيسي لحدوث الإصابة ؟

عدم ملائمة الأرضية ☐

إنخفاض مستوى اللياقة البدنية ☐

عدم الإهتمام بالإحماءات ☐

أثناء الممارسة ☐

التعب ☐

المحور الثاني: العلاج التأهيلي

س1)هل هناك مركز طبي خاص بالنادي الرياضي ؟

نعم ☐

لا ☐

س2)هل يتوفر ناديكم على جميع مستلزمات و وسائل التأهيل الرياضي ؟

نعم ☐

☐

لا

نوعا ما ☐

س3)هل تلقيت العناية الكافية أثناء التعرض للإصابة في الكاحل ؟

نعم ☐

لا ☐

س4) هل تلقيت العلاج التأهيلي الكافي أثناء التعرض للإصابة في الكاحل ؟

نعم ☐

لا ☐

س5)هل تلقيت لعلاج تأهيلي بعد تعرضك للإصابة ؟

نعم ☐

لا ☐

س6)من الذي قام بالعلاج ؟

المدرب ☐

الطبيب ☐

الممرض ☐

س7)بعد الإصابة هل تلقيت إعادة تأهيل حركي من طرف المدلك ؟

نعم ☐

لا ☐

س8)هل إعادة التأهيل الحركي أثر إيجابيا على الإصابة ؟

نعم ☐

لا ☐

س9)هل تعرضت لفحص طبي معمق ؟

نعم ☐

لا ☐

حسب الإمكانيات ☐

س10)ما هو عدد الفحوصات الطبية خلال الموسم الرياضي ؟

مرة واحدة ☐

مرتين ☐

أكثر ☐

لا توجد ☐

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى مدى أهمية العلاج التأهيلي في تحسين مردود لاعبي كرة القدم و فعاليته في تخفيف من شدة الألم و سرعة التداوي بعد حدوث الإصابات الرياضية و خاصة إصابة مفصل الكاحل . اخترنا في دراستنا للموضوع 30 لاعبا موزعة على أندية ولاية معسكر و تم اختيار اللاعبين المصابين في الكاحل و ذلك بتوزيع استمارات استبيا نية تضم أسئلة لموضوع بحثنا ، و استخدمنا المنهج الوصفي المسحي و ذلك لملائمة طبيعة البحث .استنتجنا من خلال دراستنا أن معظم اللاعبين تعرضوا للإصابة علي مستوى الكاحل و ذلك أثناء التدريب و سبب إصابة الكاحل هو نقص اللياقة البدنية ، التعب ، و نقص الإحماء أثناء الممارسة و عدم ملائمة الأرضية .

عدم توفر النوادي الرياضية على مستلزمات و وسائل التأهيل الرياضي أدى إلي تدهور في مردود اللاعبين .

و استنتجنا كذلك أنه لا يوجد اهتمام خاص بالإصابة للاعب لعدم توفر النوادي على مراكز للعلاج التأهيلي . و أهم اقتراح و توصية نقدمه نحن الطالبين هو أنه يجب تدعيم الطب التأهيلي الرياضي في الجزائر بمميزات و إعطائه مكانة في الجانب الرياضي في كل الأندية . و يجب توفير طبيب مختص في التأهيل الرياضي داخل كل فريق في النادي الرياضي الجزائري.

و في الأخير نرجو من السلطات المعنية بالجانب الرياضي الاهتمام أكثر و أكثر باللاعب الوطني الجزائري لأنه سيأتي يوم ستكتب أسمائهم على صفحات التاريخ الرياضي الجزائري.

Résumé

Présente étude vise à la rééducation de l'importance dans l'amélioration de l'efficacité des joueurs de football et de son efficacité d'atténuer de la gravité de la douleur après la survenue de blessures sportives, notamment des blessures à la cheville. Nous avons choisi dans notre étude du sujet 30 joueurs distribués aux clubs Wilaya de Mascara et les joueurs blessés ont été sélectionnés d'atténuer cheville et distribuer les formulaires Un questionnaire comporte des questions au sujet de notre recherche, et nous avons utilisé l'approche descriptive au dépistage et au caractère approprié de la recherche. Nous avons conclu que de notre étude que la plupart des joueurs ont été blessés sur le niveau de la cheville et que, pendant la formation, et la cause de la blessure à la cheville est un manque de condition physique, la fatigue et le manque de préchauffage lors de la pratique et de stades inadéquates. Manque de clubs sportifs sur les exigences et les moyens de rééducation sportive a conduit à une détérioration dans les joueurs de gain. Et aussi Nous avons conclu que qu'il n'y a pas une attention particulière à la blessure du joueur de l'absence de clubs sur les centres de réadaptation pour traitement. La proposition la plus importante et la recommandation des étudiants que nous offrons est qu'elle doit renforcer la médecine du sport de réadaptation dans des avantages Algérie et lui donner debout dans le côté sportif dans tous les clubs. Et doit fournir un spécialiste de rééducation sportive au sein de chaque équipe dans le club de sport algérien.

Dans le dernier espoir du côté des autorités sportives plus en plus d'intérêts dans le jeu par le ressortissant algérien parce qu'ils seraient un jour vont écrire leurs noms sur les pages de l'histoire athlète algérien.