

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -

معهد التربية البدنية و الرياضية

قسم التربية البدنية والرياضية

العنوان

تحديد الإصابات الشائعة لدى عينة من المسنين في دور العجزة

دراسة مسحية أجريت على أربعة مراكز للشيخوخة (معسكر، وهران، الشلف، مستغانم)

تحت إشراف الدكتور

إعداد الطالبان:

* حجار محمد خرفان

* دو كالي عبد الوهاب

أعضاء اللجنة المناقشة:

* شنون أبو بكر

السنة الجامعية 2013/2014

لهدي

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله العالمين و الصلاة و السلام على أشرف الخلق و خاتم الأنبياء

و المرسلين - محمد صلى الله عليه و سلم

وآله و صحبه أجمعين أما بعد

أهدي ثمرة جهدي هدا إلى التي تعبت و ربت و سهرت الليالي إلى أغلى

شيء في هذه الحياة إلى أحب شخص إلي في هذه الدنيا بعد الله و رسوله إلى التي أرى في عينيها البراءة و العفة

و إلى منبع و جودي التي عملت و شقت

أمي الحبيبة الغالية أمي . أمي . أمي .

إلى الذي جعل مني رجلا إلى الذي أفنى عمره من أجل راحتي و دراستي .

إلى من أضاء لي درب الحياة و كان و مزال لي بمثابة دليلي في الحياة ,

إلى صاحب الحنان الفياض , إليك أبي الغالي

إلى جدي الحنون و إلى روح جدي الغالي - رحمه الله

إخوتي الأعزاء و إلى كل أصدقائي خاصة: عبد الإله، مصطفى²، أمين، عبد الرشيد

إلى كل أساتذتي الكرام خاصة الأستاذ المشرف *حجار محمد خرفان* إلى كل طلبة التربية البدنية و الرياضية

وكل أصدقائي في الدراسة

و إلى كل من يعرفني من قريب أو بعيد

دوكالي عبد الوهاب



الحمد لله المتحد بصفات الكمال و المتره عن الأنداد و الأمثال و نشكره على جزيل الأنعام
و الأفضال، و الحمد لله الذي أهدانا من العلم ما وفقنا به إنجاز هذا العمل المتواضع و الذي ما
كان لولا عونته، فلك الحمد و الشكر .

أما بعد :

- نتقدم بالشكر الجزيل و الامتنان الكبير إلى الأستاذ "حجار خرفان محمد" لما أبداه من
توجيهات قيمة و متابعة مستمرة لإتمام هذا البحث.
✓ كما يدعوننا واجب العرفان و الوفاء الجميل أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى جميع أساتذة و
عمال معهد التربية البدنية و الرياضية.

كما نشكر كل طلبة معهد التربية البدنية و الرياضية -

مستغانم- و خاصة دفعة 2014/2013م

الفهرس

الفهرس:

الصفحة

الموضوع

أ إهداء

ب شكر و تقدير

ج قائمة الجداول

د قائمة الأشكال

التعريف بالبحث

01.....	المقدمة.
02.....	1-المشكلة
02.....	2-أهداف الدراسة.....
02.....	3- الفرضيات
03.....	4- أهمية البحث
03.....	5- أسباب اختيار الموضوع
04.....	6- مصطلحات البحث.....
04.....	7- الدراسات المشاهدة.....
06.....	8- التعليق على الدراسات.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الإصابات الشائعة

09.....	مقدمة.....
09.....	1 1 - الطب الرياضي.....
09.....	1 2 - أهداف الطب الرياضي.....

09.....	إصاباتالكسور.....	3 1 -
09.....	كسر عظم الحوض.....	1-3-1
10.....	كسر عظم الفخذ.....	2-3-1
10.....	كسر الرضفة.....	3-3-1
11.....	كسر عظام الساق.....	4-3-1
11.....	كسور و إصابات مفصل الركبة.....	5-3-1
12.....	كسور عظام القدم.....	6-3-1
13.....	إصابات المفاصل.....	4-1
13.....	تعريف المفاصل.....	1-4-1
14.....	تشريح المفاصل الزلالية.....	2-4-1
15.....	إصابات الجهاز المفصلي.....	3-4-1
18.....	إصابات الركبة.....	5-1
24.....	إصابات العضلات.....	6-1
31.....	إصابات الكتف.....	7-1
35.....	إصابات العمود الفقري.....	8-1
36.....	إصابات الرجل الشائعة.....	9-1
37.....	إصابات الفخذ.....	10-1
38.....	جدول تصنيف الاصابات تبعا لشدهما.....	-
38.....	الخلاصة.....	

الفصل الثاني: المسنين

40	تمهيد.....
40	1-2- مرحلة التكوين.....
40	2-2- مرحلة دورة الإنتاج.....
40	3-2- مرحلة الانتاج المتناقصة.....
41	4-2- مرحلة الشيخوخة.....
41	5-2- مفهوم المسن.....
41	6-2- تعريف المسن.....
41	7-2- أهم الكتب و المؤتمرات عن الشيخوخة.....
42	8-2- نحو توافق أفضل للمسنين.....
44	9-2- الخصائص المميزة للكبار المسنين.....
49	10-2- الخصائص النفسية و الانفعالية.....
50	11-2- بعض الحقائق البيولوجية لعملية الكبر.....
50	12-2- بعض الحقائق النفسية لعملية الكبر.....
51	13-2- أهمية دراسة المسنين.....
51	14-2- الرياضة و كبار السن.....
52	15-2- مقارنة كبار السن الممارسين و غير الممارسين.....
53	خلاصة.....

الفصل الثالث: كبار السن كمحطة أخيرة في حياة الإنسان

54	1-3- عجز المجتمعات.....
----	-------------------------

55.....	3-2- الصورة السلبية لكبار السن.....
57.....	3-3- المسن معاق و مريض.....
58.....	3-4- مشكلة الوحدة لدى كبار السن.....
60.....	الخلاصة.....

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول: منهجية البحث و الإجراءات الميدانية

63.....	تمهيد.....
64.....	1-1- منهج البحث.....
64.....	1-2- مجتمع البحث و عينة البحث.....
65.....	1-3- متغيرات البحث.....
65.....	1-4- مجالات البحث.....
66.....	1-5- أدوات البحث.....
67.....	1-6- دراسة استطلاعية.....
68.....	1-7- الأسس العلمية للإختبارات.....
69.....	1-8- صعوبات البحث.....

الفصل الثاني: عرض و تحليل النتائج

71.....	عرض و مناقشة النتائج.....
88.....	الاستنتاجات.....
89.....	مناقشة الفرضيات.....
90.....	التوصيات.....

91.....الخلاصة العامة.....

ملخص الدراسة

مصادر و المراجع

الملاحق

قائمة الأعمال والحاول

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
71	يمثل نسبة الذكور والإناث المتواجدين في دور العجزة	01
72	يمثل الحالة العائلية للمسن المتواجد حاليا في دور العجزة.	02
74	يمثل نسبة المسنين الذين كانوا يمارسون الرياضة داخل مركز الشيخوخة	03
75	يمثل نسبة المسنين الذين تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة	04
76	يمثل نسبة رجوع إصابات المسنين داخل مركز الشيخوخة.	05
77	يمثل نسبة مستوى و نوع الإصابة التي تحدث للمسن داخل مركز الشيخوخة.	06
78	يمثل نسب نوع الإصابات التي تحدث للمسن داخل مركز الشيخوخة	07
79	يمثل نسبة الأماكن المعرضة لإصابة للمسن داخل مركز الشيخوخة	08
81	يمثل نسبة سبب الإصابة لدى المسن داخل مركز الشيخوخة	09
82	يمثل نسبة تأثير المناخ و المحيط على إصابة المسن	10
83	يمثل نسب تأثير الخوف من السقوط على إصابة المسن	11
85	يمثل نسبة تأثير الإصابة على شخصية المسن	12

قائمة الدوائر:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تمثل نسبة الذكور والإناث المتواجدين في دور العجزة	71
02	تمثل الحالة العائلية للمسن المتواجد حاليا في دور العجزة.	72
03	تمثل نسبة المسنين الذين كانوا يمارسون الرياضة داخل مركز الشيخوخة	74
04	تمثل نسبة المسنين الذين تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة	75
05	يتمثل نسبة رجوع إصابات المسنين داخل مركز الشيخوخة.	76
06	تمثل نسبة مستوى و نوع الإصابة التي تحدث للمسن داخل مركز الشيخوخة.	77
07	تمثل نسب نوع الإصابات التي تحدث للمسن داخل مركز الشيخوخة	78
08	تمثل نسبة الأماكن المعرضة لإصابة للمسن داخل مركز الشيخوخة	79
09	تمثل نسبة سبب الإصابة لدى المسن داخل مركز الشيخوخة	81
10	تمثل نسبة تأثير المناخ و المحيط على إصابة المسن	82
11	تمثل نسب تأثير الخوف من السقوط على إصابة المسن	83
12	تمثل نسبة تأثير الإصابة على شخصية المسن	85

التعرف بالحدث

مقدمة:

تعد مرحلة الشيخوخة إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفيزيولوجية و البيولوجية و الاجتماعية و النفسية التي يترتب عنها العديد من المشكلات التي تعيق المسن مع أسرته و مجتمعه بوجه عام وتؤثر على حالته النفسية و الاجتماعية (منصور ، 2000، صفحة 312) و كبار السن فئة لا يمكن انكارها في مجتمعنا المعاصر الذي أصبح فيه للشيخوخة وجود ملحوظ نتيجة ارتفاع نسبة كبار البالغون من العمر ستون سنة و اكثر قياسا بعد السكان الاجمالي قد شهدت السنوات الأخيرة زيادة في عدد كبار السن نتيجة الرعاية الصحية و الاجتماعية لهذه الفئة.

و الكثير منا يعلمون أنه لا يوجد مجتمع من مجتمعات العالم يكاد يخلو من الأمراض و الإصابات التي أدت بحياة الكثيرين و خاصة من يهمل نفسه و لا يجتهد في وجود العلاج من هذه الأمراض و الإصابات،

و هناك إصابات عدة و علاجات عدة تختلف هذه الإصابات من حيث المفهوم و من حيث الأسباب و من حيث الأعراض و غيرها من الفروع و من أهم هذه الإصابات هو التشنجات، الكدمات، الالتواء، الكسور التي تعد من أكثر الإصابات شيوعا لدى المسنون و سبب اختيارنا لهذا الموضوع هو أننا سمعنا أن الكثيرين تعرضوا لهذه الإصابات أو قد يتعرض لها و رغبتنا بأن نتعرف عليه و على أسبابه و أعراضه من خلال الخطة الموضحة.

لذا ارتأى الطلبة إلى اجراء هذه الدراسة و المتمثلة في تحديد الإصابات الشائعة لدى عينة من المسنين في

دور العجزة.

1-مشكلة البحث:

مما لا شك فيه أن التقدم في السن يؤدي إلى قصور في وظيفة يترتب عليه عجز جزئي أو كلي في أداء الوظائف الحركية أو الجسمية أو الحسية أو العقلية بالصورة التي يؤديها الشخص العادي الأمر الذي يؤثر تأثيرا كبيرا على شخصية المسن مما يؤدي إلى عدم قدرة الشخص المسن على التوافق مع ذاته و البيئة المحيطة به، و تؤكد لنا ذلك خلال زيارتنا الميدانية على مستوى دار العجزة لبعض ولايات الغرب الجزائري(معسكر، الشلف، مستغانم، وهران) و هذا يدفعه إلى الإنطواء على نفسه و عدم قدرته على المشاركة في الحياة الاجتماعية.

و بالتالي فإن تحديد الإصابات و محاولة إعطاء حلول للحد من وقوعها و الوقاية منها ادلت الدراسات على أهمية الدور الإيجابي للوقاية على أجهزة الجسم متضمنة للجهاز العضلي العصبي فإذا كانت الوقاية ضرورية بالنسبة للأشخاص العاديين فإنها تمثل أهمية مضاعفة للمسن خاصة بالنظر إلى ما يعانون منه من نقص الحركة ضمور في وظائف الجسم، و بالتالي فإنها تشكل راحة و اطمئنان و حياة عادية و مستقلة للمسن و من خلال هذا تم طرح التساؤلات التالية:

- ما هي أكثر الإصابات شيوعا لدى المسنين في دور العجزة؟

التساؤلات الفرعية:

- 1 - ما هي الأسباب المؤدية للإصابات لدى المسنين في دور العجزة؟
- 2 - ماهي المناطق الحساسة والأجزاء الأكثر تعرضا للإصابة لدى المسنين في دور العجزة؟
- 3 - هل تقوم إدارة المركز بدورات طبية على المسنين في دور العجزة؟

2-أهداف البحث :

- 1 - التعرف على الإصابات الشائعة لدى المسنين داخل المركز الشيخوخة .
- 2 - التعرف على المناطق الحساسة الأكثر عرضة للإصابة لدى المسنين .
- 3 - معرفة أسباب الإصابة لدى المسنين داخل مراكز الشيخوخة .
- 4 - محاولة إعطاء صورة لأوضاع المسنين في مراكز الشيخوخة ومعرفة أسباب إصابتهم .

3-فرضيات البحث:

- 1 - الانزلاق العضروفي هو أكثر الإصابات شيوعا لدى المسنين في دور العجزة .
- 2 - الخوف من السقوط هو أكثر مسببات الإصابة لدى المسنين في دور العجزة .

3 - تقوم إدارة المركز بدورات طبية على المسنين في دور العجزة

4-أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في غرضين أساسيين هما:

عرض علمي:

- يتجلى الغرض العلمي في إثراء مجال التربية البدنية بمصدر علمي جديد و حديث
- ابراز أهمية تحديد الاصابات الشائعة لدى المسنين في دور العجزة و الحد منها في المستقبل.
- بالإضافة إلى إثراء و تزويد مكتبة المعهد بدراسة علمية جديدة تشمل على معطيات نظرية و تطبيقية تساعد في فتح مجال جديد للتوسع في البحوث المستقبلية في موضوع الدراسة.

عرض علمي:

يكمن الغرض العملي في دراسة أوضاع المسنين في دور العجزة و معرفة اكثر الاصابات التي يتعرضون لها و محاولة التقليل منها و تحسين قدراتهم الوظيفية على توافقتهم النفسي الاجتماعي و دمجهم في الحياة من خلال الإعتناء بالنفس و مواجهة ما يتعرضون له من مشكلات.

5-أسباب اختيار البحث:

إن من دواعي اختيار البحث هو التعرف على طبيعة الإصابات لدى المسنين في مراكز الشيخوخة و من خلال تربصنا و احتكاكنا و التقرب من هذه الفئة لاحظنا اختلاف وجهة نظرهم نحو التربية البدنية و الرياضية كما لاحظنا انخفاض مستوى الاقبال لديهم، فمنهم من يبذل جهدا كبيرا و مثابرة رغم العقبات و النضال من أجل السيطرة على التحديات الصعبة و من جهة أخرى لاحظنا بعض الركود و الخمول لدى البعض و عدم اهتمامهم بالنشاط و اعتبارها جانبا يمكن الاستغناء عنه لذا ارتأينا الاقتراب من هذه الفئة و الكشف عن طبيعة اتجاههم نحو ممارسة النشاطات بدور العجزة و معرفة ردود أفعالهم نحوها و كذا معاناتهم من الاصابات و محاولة الحد منها.

6-مصطلحات البحث:

6-1-تعريف المسن:

لغة: ينظر إلى المسنفي اللغة العربية بأهمناستييانها المسنين، وظهر عليها الشيب (المنجد، 1986).

اصطلاحاً: هو الشخص الذي تتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض مع إزدياد تعرضه للإصابة بالأمراض، وخاصة أمراض الشيخوخة و تزايد شعوره بالتعب و الإجهاد عند الحركة و نقص قدرته على الإنتاج و توقفه عن العمل (ماهر مهران و نجيب محمد، 1999)

و في تعريف آخر للمسّن بأنه "الشخص الذي تجاوز 60 عاماً و تظهر عليه مجموعة من المتغيرات الجسمية و النفسية و الإجتماعية و الإقتصادية، تجعله في أمس الحاجة إلى رعاية و مساعدة الآخرين" (عبد الله السدحان، 1998)

6-2- تعريف الإصابات:

لغة: اشتقت كلمة إصابة " Injury " من اللاتينية وتعني تلفاً أو إعاقة.

اصطلاحاً: الإصابة هي تعطيل أو إعاقة لسلامة أنسجة الجسم أو أعضائها المختلفة نتيجة مؤثرات خارجية (ميكانيكية، جسمية، كيميائية) و عادة ما يكون هذا المؤثر الخار جيسديداً أو مفاجئاً.

7- الدراسات المشابهة

1 - دراسة بن النبي هواري و سلمى نورية (2013) تحت عنوان: " اقتراح برنامج تدريبي لنشاط بدني مكيف لتحسين المشي و التوازن لدى المرحلة العمرية (65 سنة و ما فوق - الشيخوخة) " و هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج تدريبي لتحسين اضطرابات المشي و التوازن لدى المسنين الذين يعيشون بشكل مستقل لتجنب السقوط، و لقد افترض الطالبان ان هذا البرنامج له تأثير إيجابي في تحسين المشي عند المسنين (رجل و نساء) و قد استخدم المنهج التجريبي إذ شمل على 40 مسن يمتازون باستقلالية من الناحية الحركية و البدنية (20 رجال و 20 نساء).
و كانت أهم نتائج البرنامج المقترح أعطى أثر إيجابي في تحسين المشي و التوازن.

- أوجه التشابه: السن و عينة البحث و جنس العينة (ذكور ، إناث)

- أوجه الاختلاف: المنهج المستخدم (منهج تجريبي) و أداة البحث و الاختبارات، تغيير المتغير المستقل و المتمثل في الاصابات.

- نقد الدراسة: هذه الدراسة تشمل على تمارين المشي و التوازن، اما جديد دراستنا يشمل على الاصابات الشائعة.

2 - دراسة جغام عدة و قنون الحبيب (2013) تحت عنوان: "تقنين أنشطة التحمل الهوائي في تحسين القدرات البدنية و الفيزيولوجية المرتبطة بالصحة لدى كبار السن (50-60 سنة) " و قد هدفت

الدراسة إلى التعرف على دور أنشطة التحمل الهوائي في تحسين بعض القدرات البدنية و الفيزيولوجية المرتبطة بالصحة لدى كبار السن في أوقات الفراغ، و قد افترض الباحثان ان أنشطة التحمل الهوائي المقننة تؤثر إيجابيا في تحسين بعض القدرات البدنية و الفيزيولوجية المرتبطة بالصحة لدى كبار السن، حيث استخدم المنهج الوصفي باستخدام الاستمارة الاستبائية إذ اختيرت العينة بطريقة عشوائية

و كانت اهم النتائج تتجلى في أن الاختبارات المستخدمة تسعى لمعرفة مستوى القدرات البدنية و الفيزيولوجية المرتبطة بالصحة لدى كبار السن.

- أوجه التشابه: المنهج المستخدم في الدراسة (المنهج الوصفي) سن و عينة البحث.

- أوجه الاختلاف: المتغير المستقل و المتمثل في الاصابات الشائعة.

- نقد الدراسة: هذه الدراسة تشمل التعرف على تقنين أنشطة التحمل الهوائي على بعض القدرات البدنية و الفيزيولوجية المرتبطة بالدراسة أما جديد دراستنا هو التركيز على الاصابات الشائعة.

3 - دراسة تيميمون شهرة (2011) تحت عنوان: "واقع الاصابات الشائعة في درس التربية البدنية و الرياضية" و قد افترضت الطالبة انه هناك إصابات تحدث خلال درس التربية البدنية و الرياضية و قد استخدمت المنهج الوصفي بالإستمارة الاستبائية على عينة من 20 أستاذا في التعليم الثانوي و 120 تلميذا و كانت أهم النتائج أنه غياب الحد الأدنى من الوقاية هو العامل الرئيسي في حدوث الإصابة.

-أوجه التشابه: المنهج المستخدم في الدراسة (المنهج الوصفي) المتغير المستقل و المتمثل في الاصابات الرياضية.

-أوجه الاختلاف: سن و عينة البحث.

-نقد الدراسة: هذه الدراسة تشمل على تلاميذ التعليم الثانوي (17-20 سنة) أما جديد دراستنا فيشمل على المسنين (60 سنة فما فوق).

8-التعليق على الدراسات:

لا يمكن إجراء بحث من دون اللجوء إلى الدراسات المشابهة و الاستعانة بها. حيث يتضح من خلال إطلاع عليها (الدراسات السابقة) و تحليل ما تناولته من مواضيع من التوصل إلى اوجه الاختلاف و التشابه حيث اتفقت أغلب الدراسات على أنه تحدث إصابات على جميع الفئات حيث تم التأكيد على دراسة تيميمون شهرة حول واقع الإصابات الشائعة في درس التربية البدنية و الرياضية.

أما الدراسات الأخرى فتجلت أهميتها في الاطلاع على فئة المسنين و التعرف عليها بشكل عام.

وساعدتنا الدراسات المشابهة في تحديدنا للإشكالية و كذا في تحديد عينة البحث التي تشابه نوعا ما عينات الدراسات المشابهة خاصة الفئة العمرية، و انطلقنا في بحثنا هذا على أساس النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات و ساعدتنا أيضا في تخطي عدة صعوبات و عراقيل أثناء قيامنا بهذا البحث.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإصابات الشائعة

مقدمة :

إن الحوادث التي يتعرض لها المسن هي على نفس نمط الحوادث التي تقع للأشخاص الآخرين سواء الكبار أو الصغار، ورغم التقدم العلمي الكبير في وقتنا الراهن والذي سمح بإيجاد وسائل تقنية جد متطورة تسمح بالتشخيص الدقيق للإصابات ناهيك عن وسائل العلاج والتأهيل إلا أن الإصابات كانت ومازالت تعد من العقبات التي يمكن أن يواجهها المسن .

1 1 - الطب الرياضي:

يعتبر الطب الرياضي كعلم حديث ويختص ببـحث وعلاج التطورات والتغيرات الوظيفية والتشريحية والمرضية المختلفة في الجسم كنتاج للنشاط الحركي في الظروف العادية والمختلفة كما أنه يبحث أيضا على العلاقات التطبيقية الوثيقة لمختلف الفروع الطبية وممارسة النشاط العادي للفرد. (أسامة رياض 2002 ص 9).

إن الطب الرياضي هو اصطلاح يستخدم لوصف الشبكة الواسعة للإدارة الطبية و العلاجية للنشاط الرياضي وقد عرفت الكلية الأمريكية للطب الرياضي هذا المصطلح (الطب الرياضي) بأنه معرفة الدوافع والاستجابات و التكاليفات وصحة الأشخاص الممارسين للنشاط الرياضي (فريق كمونة- موسوعة الطب الرياضي وكيفية التعامل معها - دار الثقافة للنشر والتوزيع, الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع- 2002ص22)

1 2 - أهداف الطب الرياضي :

يهدف الطب الرياضي أساسا إلى مسا لذة التربية البدنية و الرياضية في القيام بدورها كوسيلة لتحقيق الصحة والنمو المتكامل للإنسان وتحسين قدراته لتحقيق أعلى مستوى من الاداء البدني (أبو العلا عبد الفتاح - فيزيولوجيا التدريب الرياضي - دار الفكر العربي القاهرة- الطبعة الأولى 2003ص49)

1-3- إصابات الكسور:

1 3 1 - كسر عظم الحوض:

وهو يعتبر من الإصابات النادرة في المجال الرياضي وفي هذه الحالة يجب على المحيطين نقل المصاب إلى أقرب مستشفى ويجب ألا نعطي للمصاب أي منبهات أو وسائل ولكن يكتفي في هذه الحالة بتغطية المصاب ببطانية فقط حتى ينقل إلى المستشفى ومن أسباب كسور عظام الحوض هي السقوط من ارتفاع عالي على الأرض أو الاصطدام الشديد بأحد الأجهزة أو باللعب المنافس.

1 3 4 - الأعراض:

- الألم الشديد وعدم القدرة على التبول.
- فقدان القدرة على الوقوف أو المشي أو تحريك الأرجل.

1 3 2 - كسر عظم الفخذ:

بداية يجب أن نعلم أن عظم الفخذ من الناحية التشريحية يعتبر أطول عظام الجسم كله ويتكون الجزء العلوي لعظم الفخذ من الرأس والعنق ونتوء كبير من الجهة الوحشية ويسمى بالمدور الكبير ويندغم فيه وتر العضلة الآلية الصغرى وسطحها الوحشي أملس و ويمكن حسه تحت الجلد ونتوء آخر صغير في الجهة الإنسية ويسمى بالمدور الصغير ويندغم فيه وتر العضلة الحرقفية والعانية.

1 3 2 1 - سبب إصابة كسر الفخذ هي:

- السقوط من مكان مرتفع أو الإصابة المباشرة.
- الاصطدام الشديد بأحد الأجهزة.
- العنف المباشر كسقوط المنافس على الفخذ.

1-3-2-2- و أعراض هذه الإصابة هي:

- الألم الشديد.
- عدم الاستطاعة والقدرة على تحريك الرجل بالكامل.
- التورم الشديد وتشوه مكان الإصابة.
- القصر الواضح للرجل المصابة عن الرجل الأخرى . (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 196)

1 3 3 - كسر الرضفة:

وهو من الكسور القليلة الحدوث ولكنها تحدث نتيجة لما يلي:

- انقباض شديد بعضلات الفخذ.
- الارتطام القوي بأحد الأجهزة الرياضية أو الأرض أو نتيجة الالتحام والاصطدام بالمنافس.

1 3 3 4 - الأعراض:

- ألم شديد وتورم بالركبة.
- احتمالاً أن يكون الكسر مصحوباً بجروح وذلك بوجود الكسر تحت الجلد مباشرة.
- فقدان الوظيفة.

1-3-4- كسر عظام الساق:

وهي تلك الإصابة التي تصيب عظم الساق وتكون حالة الإصابة واضحة الرؤيا وتحدث الإصابة بسبب الوقوع المباشر من ارتفاع عالي ويكون السقوط مباشر على القدم او نتيجة مثل الركل الشديد من المنافس بعظم الساق أو الخبطة أو الارتطام المباشر القوي بالأجهزة.

1 4 3 1 - الأسباب و الأعراض:

- الألم الشديد المبرح عند لمس مكان الإصابة .
- تشوه واضح مكان الكسر .
- احتمال وجود جروح و احتمال وجود كسر مضاعف نتيجة وجود العظام تحت الجلد مباشرة .

1-3-5- كسور و إصابات مفصل الركبة:

و هو ذلك المفصل الأكثر تعرضا للإصابة نظرا لان مفصل الركبة يعتبر اكبر مفاصل الجسم كما يحميه من الإصابة قوة الأربطة و العضلات المحيطة بها.

و مفصل الركبة يتكون من اتصال عظام الجزء السفلي لعظمة الفخذ مع الجزء العلوي لعظام الساق و الرضفة و الأربطة المحيطة بالمفصل. وهذا كله يعمل على حماية الركبة من الإصابات التي من الممكن أن تحدث حول مفصل الركبة وهي كدمة رضية أو التهاب اصابي بالغشاء الزلالي -تمزق بالأربطة والغضاريف- كسور داخل المفصل- إصابات الرضفة- إصابة النتوء العلوي أو السفلي لعظم الفخذ وعظم القصبة.

1-5-3-1- الأسباب والأعراض:

- انقباض شديد بعضلات الفخذ.
- الارتطام بأحد الأجهزة أو المنافس أو السقوط على الأرض .

1-3-5-2- من أهم الأعراض:

- الألم الشديد وتورم الركبة .
- فقدان القدرة على الوقوف وقدرة التحميل على الركبة .
- احتمال أن يكون الكسر مصحوبا بجروح لوجود الكسر تحت الجلد مباشرة .
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 200)

1-3-6- كسور عظام القدم:

يتكون من مجموعة من العظام (26 عظمة) وتوزع كالآتي:

- (07) عظام وهي تكون رسغ القدم.

- (05) عظام مشطية.

- (14) عظام تكون السلاميات.

و المفصل يتكون من عظمتي القصبة والشظية وأعلى العظم القترعي وهو مفصل زلالي وله محفظة ليفية وأربطة داخلية وخارجية وتبطن المحفظة الليفية بغشاء زلالي.

كما أن الإصابة يمكن أن تحدث شدا أو تمرقا بالأربطة - كسورا بالعظام المكونة للمفصل والتهابا للغشاء الزلالي.

ونحن هنا بصدد الكسور بعظام القدم.

1-3-6-1- أسباب كسور عظام القدم:

- السقوط من ارتفاع عالي على القدم أو الالتواء الشديد لها .

1-3-6-2- والأعراض هي:

- الألم الشديد مع تورم واضح في مكان الإصابة .

- فقدان وظيفة القدم وعدم القدرة على وضعها على الأرض .

- (الإصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 202)

1-4-1- إصابات المفاصل:

1-4-1-1- ما هي المفاصل؟

المفاصل هي المحاور التي يتحرك الإنسان من خلالها - هذا أبسط تعريف للمفاصل - وتتشابه تركيبات المفاصل من حيث التكوين.

والمفاصل هي نقطة اتصال نهايات العظام بعضها ببعض وقد يتكون المفصل من نهايتي عظمتين أو أكثر من عظمتين.

وللمفاصل تتكون من عدة خطوط دفاع و المفاصل يعلوها الجلد وتحيط بها العضلات وتحكمها الأربطة وتغلفها المحفظة الزلالية ويحافظ على ثبات المفاصل شكل نهايتي العظمتين ويساعد على سهولة حركة الغضاريف.

وعلى ذلك نجد أن كثيرا من الإصابات الحقيقية لا يمكن أن تصل إلى داخل المفصل أو حتى خارجه وذلك نتيجة خطوط الدفاع على مفاصل الجسم.

واحتمال أن ينهار خط الدفاع الأول وتبقى باقي الخطوط الدفاع صامدة. لكي تدافع عن المفاصل ولكن احتمال أن تحدث إصابات أكبر من قوة كل هذه الخطوط فتسبب تدمير المفصل أو الخلع أو احتمال الإصابة الشديدة المدمرة.

وتتشابه تركيبات المفاصل من حيث التكوين فكافة مفاصل الجسم واحدة تقريبا من هذه الناحية حيث تسمى المفاصل (الزلالية) وهي مفاصل متحركة و المفاصل كما عرفنا هو التقاء عظمتين أو أكثر.

و المفاصل المتحركة هي عبارة عن مفاصل مغلقة بغشاء مخاطي يفرز مادة زلالية فائدتها تسهيل الحركة في المفصل بالإضافة إلى المساعدة في تغذية الأنسجة الموجودة داخل المفصل.

لذلك يجب تناول دراسة مفصل الركبة وذلك لسببين هما:

- يتكون مفصل الركبة مثله مثل بقية المفاصل من التقاء عظمتين أو أكثر بالإضافة إلى وجود روابط صليبية وروابط هلالية وهذه موجودة فقط في مفصل الركبة ولا توجد في بقية المفاصل.
- أن مفصل الركبة أكثر المفاصل إصابة في المجال الرياضي.

وإصابات المفاصل تتدرج من شد الأربطة حتى تمزق أربطة المفصل كاملة وحدوث الخلع الكامل أو غير الكامل إلى إصابة الأنسجة داخل المفصل ومنها الغضاريف الهلالية لمفصل الركبة وأيضا إصابة المحفظة الزلالية وحدوث الارتشاح الزلالي وما يسببه من مضاعفات خطيرة على المدى القصير والبعيد.

1-4-2- تشريح المفاصل الزلالية: (الإصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 205)

سوف نتناول تشريح المفاصل الزلالية ومن ضمنها مفصل الركبة وهي تتكون من:

1 4 2 1 العظام والغطاء الغضروفي في نهاية العظام:

يتكون كل مفصل زلالي من عظمتين أو أكثر ومفصل الركبة يتكون من ثلاثة عظام وهي (عظم الفخذ البعيدة)

وعظم القصبية القريبة بالإضافة إلى عظم نهايات العظام المشاركة في المفصل من الداخل بطبقة غضروفية ملساء تساعد في حركة عظام المفصل) وتسمى السطح المفصلي.

1 4 2 2 الغلاف الليفي:

وهو غلاف نسيجي ليفي متين يحيط بالمفصل ويساعد في ثباته ومتانته.

1 4 2 3 الروابط المفصالية:

وهما رباطان في كل مفصل رابط انسي ورباط وحشي وهما:

- الرابط الجانبي الوحشي.

- الرابط الجانبي الإنسي.

وهنا يجب أن نشير إلى أن الركبة تنفرد بوجود (روابط صليبية) وهذه الروابط تتكون على شكل متقاطع (X) وهما رباطان أمامي صليبي وخلفي.

- يقعان داخل المفصل ويعملان على منع الحركة الأمامية الخلفية للمفصل بشكل واسع.

1 4 2 4 الغشاء المخاطي أو الزلالي:

وهو غشاء مخاطي رقيق يبطن المفصل ويفرز مادة زلالية سائلة تساعد في حركة المفصل وتساعد في تغذيته.

1 4 2 5 الغضاريف الهلالية:

وهي عبارة عن غضروفين هلاليين الشكل يقعان بين عظمتي الفخذ والقصبية ومرتبطان بالغلاف الليفي وقريبا من عظم القصبية ووظيفة هذين الغضروفين هي تسهيل حركة عظم القصبية على الفخذ وتقليل الصدمات بينهما إضافة إلى زيادة المتانة في مفصل الركبة والغضاريف الهلالية أيضا موجودة في الركبة فقط.

1-4-3 ما هي أكثر إصابات الجهاز المفصلي؟ (الإصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 206)

1-4-3-1 الخلع المفصلي:

المقصود بالخلع هو خروج أو انتقال أ و تباعد سطوح العظام التي يتكون منها المفصل بعيدا عن بعضها خارج وضعها الطبيعي وخارج الحدود التشريحية وذلك نتيجة إلى العنف المباشر أو الغير المباشر أي

نتيجة لإجبار المفصل على حركة غير طبيعية وفي اتجاه مخالف لحركة المفصل الطبيعية أو العمل المفاجئ للمفصل وفي مجال واسع أو الوقوع أثناء الحركة من ارتفاعات عالية أي تغيير العلاقة التشريحية بين عظام المفصل ويسبب ذلك تمزق المحفظة الليفية وتلف الأنسجة المحيطة بالمفصل من عضلات وأوتار وأعصاب وشرابين.

ومن أكثر المفاصل تعرضا للخلع هو: مفصل الكتف * المرفق * الأصابع * مفصل القدم ومن أعراض الخلع نجد عدم القدرة المصاب على استخدام المفصل وظهور ورم شديد وتشوه لشكل المفصل مع وجود فراغ في المفصل مكان خروج العظام من مكانها الطبيعي مما يسبب الألم الشديد عند محاولة تحريك المفصل.

ويعرفه "عبد الله" بأنه خروج العظم عن مكانه الأصلي الطبيعي أي خروج الأوجه المفصليّة عن مطابقتها لبعضها البعض وابتعادها، ولذلك فهي تترافق بتمزق المحفظة التي تحيط بالمفصل وتمزق الأربطة والأنسجة وأحيانا العضلات التي تحيط بالمفصل (عبد الله أبو العلاء - إصابة الملاعب - مؤسسة شباب الجامعة للطبع و النشر الإسكندرية ص 203).

1-4-3-1 أنواع الخلع:

الخلع الكامل:

وفيه يحدث خروج كامل أو انفصال تام لعظام المفاصل عن بعضها ويصاحبه تشوه واضح بالمفاصل وعدم القدرة على الحركة.

وفي هذا النوع من الخلع يمكن تشخيص الخلع بالعين المجردة - وأشهر المفاصل التي تتعرض للخلع الكامل هو مفصل الكتف.

الخلع الجزئي أو الغير كامل:

وفيه يحدث تباعد أو انتقال الأسطح المفصليّة عن بعضها ولكن تبقى في الوضع التشريحي للمفصل دون خروج العظام عن المكان الطبيعي وذلك نتيجة استطالة ألياف أربطة المفصل.

الخلع المرتد:

ويحدث فيه انتقال الأسطح المفصليّة عند بعضها نتيجة استطالة ألياف أربطة المفصل أكثر من الحدود الطبيعية لها وترجع ثانية إلى أماكنها الطبيعية ومن تلقاء نفسها أي بدون أي تدخل علاجي أو غيره، كما أنها من أسهل أنواع الخلع.

الخلع المصحوب بكسر:

وهو من أصعب أنواع الخلع لأنه يحدث نتيجة إصابة عنيفة مباشرة لعظام المفصل ويحتاج في الغالب إلى عملية جراحية لتثبيت الكسر وإعادة الخلع وهو أيضا من أصعب الأنواع في الالتئام وذلك نتيجة لوجوده داخل فراغ المفصل ويحيط به السائل الزلالي الذي يمنع التئام الكسر مما يجب في هذه الحالة التدخل الجراحي.

الخلع المتكرر:

والمقصود به تكرار حدوث الخلع لنفس المفصل وذلك لأكثر من مرة (وفي هذه الحالة قد يحتاج المصاب لإجراء عملية جراحية لإعادة شكل المفصل الطبيعي) وهذا الخلع يحدث نتيجة عوامل تؤدي إلى عدم ثبات المفصل من ترهل ألياف الأوتار واستطالتها أكثر من الطول الطبيعي لها (الإصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 211)

1-4-3-2 الكدم المفصلي:

وهو رض كبير في المفصل ويحدث غالبا نزيف داخلي في المحفظة الزلالية وهو يحدث في جميع أنواع الرياضات والأنشطة المختلفة وهو يؤثر على أداء اللاعبين وأكثر المفاصل تعرضا للإصابة هي مفاصل القدم والركبة والمرفق وتحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة مباشرة على المفصل أو السقوط المفاجئ مما قد يؤدي إلى التزيف ويكون داخل المحفظة الزلالية للمفصل ويتراكم التزيف الداخلي حول المفصل وتختلف درجة الإحساس وهذا يدل على تصلب التجمع في شكل جلطة ويحدث الورم المفصلي عقب حدوث الإصابة مباشرة.

1 4 3 2 1 الأعراض:

- نزيف داخلي بالمحفظة الليفية.
- ورم شديد نتيجة تراكم الإرتشاح داخل المفصل.

1-4-3-3 كدم مفصل الكوع:

وهي تلك الإصابة التي تكون نتيجة لإصابة مباشرة تقع على المفصل كالسقوط المباشر عليه أو نتيجة لضربه شديدة.

1 4 3 3 1 الأعراض:

- الآلام الشديدة بالمفصل.
- التورم حول المفصل وظهور اللون الأزرق على مكان الإصابة.
- عند عدم عمل صورة الأشعة وفحص المفصل نجد العظام سليمة.

- حركة المفصل تكون محدودة.
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 2014)

1-4-3-4 الملخ (الالتواء):

وهو من الإصابات الشائعة في المفصل وبشكل كبير وهو يحدث عندما يتعرض المفصل لقوة غير عادية أو ضربة مباشرة تؤدي إلى دفع المفصل بعيدا عن حدوده الطبيعية مما يؤدي إلى إصابة الأربطة باختلاف درجاتها.

1 4 3 4 1 الأعراض والعلامات:

- ألم حاد وشديد عند لمس الجزء المصاب نتيجة تمزق بالأربطة والأنسجة حول المفصل.
- ألم شديد وحاد عند أداء الحركة لأنها تحدث شدا في الرباط أي في نفس اتجاه الحركة التي سببت الملخ مما يسبب عدم القدرة على تحريك المفصل حركة حادة.
- ألم عند الضغط على الرباط المصاب وليس على العظام المجاورة.
- ورم نتيجة زيادة السائل الزلالي في المفصل وذلك نتيجة للارتشاح الدموي حول الجزء المصاب مع ظهور اللون الأزرق على الجزء المصاب.

1-4-3-5 ارتشاح المحفظة الزلالية: (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 217)

1-4-3-5-1 الارتشاح الزلالي:

هو الذي يحدث نتيجة التهاب الغشاء المخاطي المبطن للمفصل دون حدوث أي إصابة في الأنسجة الداخلية أما الارتشاح الدموي هو الذي يحدث نتيجة التهاب الغشاء المخاطي المبطن للمفصل وحدث إصابة بالأنسجة الداخلية وفيه يختلط السائل الزلالي بالدم ويكون أحمر اللون نتيجة إصابة الأنسجة الداخلية للمفصل وتمزق بعض الشعيرات الدموية الصغيرة.

وفي الارتشاح عامة يحدث تراكم للسائل الزلالي أي زيادة كمية السائل الزلالي المنتج بواسطة الغشاء المخاطي المبطن للمفصل عن كمية السوائل الممتصة بواسطة الأوعية الدموية ويحدث ذلك إما نتيجة مباشرة لالتهاب الغشاء المخاطي المبطن للمفصل أو بواسطة إصابة مباشرة للمفصل.

1 4 3 5 2 الأعراض:

- ارتفاع درجة حرارة المفصل والمنطقة المحيطة به.
- ورم شديد وواضح بالمفصل نتيجة زيادة السائل الزلالي.

- ألم شديد وعدم القدرة على تحريك المفصل.
 - تباعد سطحي واضح بالمفصل وذلك بواسطة صورة الأشعة.
 - تبدأ العضلات المحيطة بالمفصل في الضعف والضمور إذ لم يعالج الارتشاح فورا.
- 5 1** بعض إصابات الركبة:

1-5-1 إصابات مفصل الركبة:

يعتبر مفصل الركبة من أكبر وأقوى وأعقد مفاصل الجسم وأكثرها تعرضا للإصابة وذلك لم له من تأثير فسيولوجي هام جدا في عملية الحركة وأيضا لأنه يقوم بعملية الحركة في أكثر من محور.

وأقوى المفاصل لان قوة الأربطة والعضلات المحيطة به تحميه من الإصابة ومن ذلك يتضح لنا الوظيفة الهامة والقدرة الكبيرة لهذا المفصل وكيفية أداء وظائفه المختلفة، هذا بالإضافة إلى التكوين الداخلي لمفصل الركبة من غضاريف هلالية وأربطة خارجية وداخلية وصليبية و محفظة زلالية وكل هذه العوامل بالإضافة إلى عظمة الرضفة التي تحمي مفصل الركبة تعتبر من العوامل الأساسية الواقعية لمفصل الركبة من الإصابة.

1-1-5-1 تركيب المفصل حيث أنه يتكون من:

- عظام الجزء السفلي لعظمة الفخذ.
- الجزء العلوي لعظم الساق والرضفة.
- الأربطة المحيطة بالمفصل والغضاريف.

ومن ذلك يتضح لنا القوة الهائلة وخطوط الدفاع الرهيبة التي تتميز مفصل الركبة، إلا أن هذا المفصل معرض للإصابة أكثر من غيره من المفاصل نتيجة الضغوط الهائلة التي يتعرض لها هذا المفصل أثناء حياتنا اليومية أو الممارسة الرياضية ومن هنا يمكن أن تحدث إصابات الركبة ومن أشهرها:

- كدمة الركبة.
- إصابة الرباط الصليبي.
- إصابة الغضاريف الهلالية.
- تمزق الروابط.
- إصابات الغشاء المخاطي.

1-5-2 كدمة الركبة:

وهو يحدث في جميع أنواع الرياضات والحياة اليومية المختلفة وهو يؤثر على الأداء، وتحدث الإصابة بمفصل الركبة نتيجة السقوط المباشر على مفصل الركبة أو حدوث نزيف داخلي للمحفظة الزلالية للمفصل ومع تراكم هذه الإنسكابات داخل المفصل يحدث ورم مفصلي عقب حدوث الإصابة مباشرة حسب شدة الإصابة ونلاحظ في حالات الكدم المفصلي تشابه مع حالات التمزق في الأربطة من حيث مكان الإصابة وبعض الأعراض الأولية البسيطة ولكنه يختلف في ميكانيكية الإصابة.

ويجب أن نعلم أنه إذا كانت الركبة مفرودة فعظم الرضفة يمتص قوة الصدمة أما إذا كانت الركبة منثنية فيمتص الصدمة القطب السفلي لعظم الرضفة أو أربطتها أو التواء العظمي لعظم القصبة. (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 222)

1-5-3 إصابات الرباط الصليبي:

إصابات الرباط الصليبي تعتبر من أهم إصابات الركبة وفيها يختلط الأمر أحيانا على العاملين في المجال الرياضي وهنا سوف نوضح ما هو الرباط الصليبي:

فالرباط الصليبي يتكون من جزأين من الأربطة: الرباط الصليبي الأمامي، والرباط الصليبي الخلفي.

1 3 5 1 أسباب إصابة الرباط الصليبي الأمامي:

1 - حركة غير فسيولوجية شديدة:

أي عمل حركة دورانية تحدث في الجزء العلوي من الرجل أي أنه في هذه الحالة تكون الساق ثابتة والدوران يحدث في الجزء العلوي في الفخذ فيحدث التمزق.

- قوة تؤدي بالقصبة للاتجاه الأمامي عندما تكون الركبة منثنية بزاوية 90° والقدم تكون ثابتة.

- دوران داخلي للرجل مع دوران خارجي للجسم.

1 3 5 2 أسباب إصابة الرباط الصليبي الخلفي:

- استخدام قوة للجهة الأمامية من القصبة بينما الركبة منثنية 90° وتدفع القصبة خلفا وتمزق الرباط

المتصالب الخلفي - مثل وقوع لاعب كرة القدم على حديبة والقصبة والركبة تكون منثنية خاصة على أرض صلبة.

هذه الإصابة مرتبطة بإصابة الرباط الإنسي أو الوحشي.

- فرد زائد شديد أو ثني زائد.

1 5 3 3 الأعراض والعلامات:

أ. الإصابة من الدرجة الأولى:

- حدوث تمزق بسيط في بعض الألياف وربما يكون في المحفظة وأحيانا في الجزء السطحي من الرباط.
- عند لف الرجل أو دفعها للخارج يشعر المصاب ببعض الألم البسيط.
- وجود ورم بسيط في الناحية الانسية من الركبة.
- وجود بعض الألم في جهة واحدة ملاصقة لخط المفصل.
- وجود بعض التصلب في حركة الثني.

ب. الإصابة من الدرجة الثانية:

- تمزق في المحفظة الإنسية - وانخفاض في قوة المد للركبة.
- احتمال ظهور ورم بسيط والشعور بألم محدود.
- عدم القدرة على إكمال التدريب والشعور بألم محدود.
- عدم القدرة على مد الساق بالكامل.
- وجود تقلص في عضلات خلف الفخذ.

ت. الإصابة من الدرجة الثالثة:

- تمزق كامل في الأربطة وعدم وجود قوة لحركة المد.
- شعور المصاب بشدة الإصابة وعدم القدرة على السير.
- وجود ألم شديد وقت الإصابة مع احتمال ظهور الورم.
- تركيز الألم على طرف الرباط القصي الثانوي وعلى خط المفصل.
- وجود مدى للحركة بالكامل بعد الإصابة ويتبع ذلك تقلص في عضلات خلف الفخذ.
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 226)

1-5-4 إصابة الغضاريف الهلالية:

الغضاريف الهلالية هي عبارة عن غضروفين هلالين الشكل يقعان بين عظمتي الفخذ والقصبة ومرتبطة بالغلغلاف الليفي قريبا من عظمة القصبة ووظيفة هذين الغضروفين هي تسهيل حركة عظم القصبة على الفخذ وتقليل الصدمات بينهما، إضافة إلى زيادة المتانة في مفصل الركبة.

وينفصل السطح المفصلي لعظم الفخذ عن عظم القصبة بواسطة الغضروفين الهلاليين كما أنه يوجد بكل ركبة غضروفين واحد داخلي والآخر خارجي وتساعد هذه الغضاريف على نشر السائل الزلالي على السطوح المفصالية وهذا يساعد على سهولة حركتها وتغذيتها.

1 4 5 1 وظائف الغضاريف الهلالية:

- تساعد على امتصاص الصدمات التي تقع على المفصل.
 - تساعد على ثبات المفصل لأنها تعمل زيادة تقعر السطح العلوي لعظم القصبة.
 - تملأ الفراغ الموجود بين عظمتي المفصل.
 - الغضاريف ترتبط بعظم القصبة تشريحياً، ووظيفياً تتحرك مع عظم الفخذ.
- والغضروف الخارجي يتكون من نسيج غضروفي على شكل دائرة غير كاملة "هلالية" كما أنه أعرض وأسمك من الغضروف الداخلي.

أما الغضروف الداخلي فيتكون من نفس النسيج ولكنه أقل في السمك وأيضاً أقل من نصف دائرة، كما أنه أكثر في الحركة من الغضروف الخارجي ولهذا السبب فإنه أكثر تعرضاً للإصابة.

1-4-5-2 حركة الغضاريف الهلالية:

- أثناء فرد مفصل الركبة يتزلق الغضروفان الهلاليان للأمام مع عظم الفخذ علة عظم القصبة.
- أثناء ثني مفصل الركبة يتزلق الغضروفان الهلاليان للخلف مع عظم الفخذ على القصبة.
- أثناء دوران مفصل الركبة فإننا نجد حركة بين الغضروف وعظم الساق.

1 4 5 2 أسباب إصابة غضروف الركبة:

- أن يكون الشخص محملاً على الطرف السفلي ويقوم بثني خفيف لمفصل الركبة ثم يحدث لف ودوران ما للدخول أو للخارج وهذا هو السبب الرئيسي وبهذه الحركة يتزلق الغضروف إلى داخل المفصل ثم مع حركة فرد المفصل كبدائية للسير أو الجري فيسبب ذلك انحصار الغضروف بين عظمتي الفخذ والقصبة فيحدث صوت طرقة شديدة وذلك نتيجة لتمزق الغضروف.
- يتأثر الغضروف بإصابة جزء من الرباط وهذا أحياناً وليس دائماً بواسطة قوة خارجية.
- في حالة الفرد زائد الوزن ينحشر المفصل بالقرن الأمامي للغضروف بين عظمتي المفصل فيسبب التمزق.

1 5 4 4 أعراض وعلامات إصابة الغضاريف الهلالية:

- عدم قدرة المصاب على فرد مفصل الركبة .
- شعور المصاب بصوت طرقة داخل المفصل مع الشعور بالألم الشديد.
- ظهور ورم نتيجة للارتشاح داخل المفصل.
- ضمور العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية.
- شعور المصاب بأن الركبة تموى تحته .
- فقدان قدرة الركبة المصابة على الوقوف في وضع مكتمل الفرد .

1 5 5 تمزق الأربطة:

وهي الإصابة التي تحدث نتيجة حركة غير فسيولوجية شديدة وتؤدي إلى حدوث تمزق كلي أو تمزق جزئي في واحد أو أكثر من أربطة المفصل وذلك إما بالرباط الخارجي أو الرباط الداخلي بسبب الالتواء الشديد للمفصل أو الضربة أو الخبطة المباشرة على الروابط الجانبية للمفصل.

ويمكن أن يحدث شد أو تمزق لجزء من هذه الأربطة أو تمزق كامل للأربطة، وعلى ذلك يمكننا

تقسيم تمزقات الأربطة إلى ما يلي:

أ - تمزق الأربطة البسيط ب- تمزق الأربطة الجزئي

ج تمزق الأربطة الكامل د- تمزق الأربطة الجانبية

1 5 5 1 تمزق الأربطة البسيط:

وفي هذه الحالة تحدث استطالة للألياف الأربطة وتكون أكثر من الحدود الفسيولوجية وهو تمزق لعدد قليل من الألياف ونتيجة ذلك يحدث نزيف في الشعيرات الدموية المغذية كما أنه يحدث في هذه الإصابة تورم في مكان الإصابة مع ارتفاع درجة الحرارة مكان الإصابة مصاحبة بألم شديد وعدم القدرة لتحريك المفصل المصاب.

1 5 5 2 تمزق الأربطة الجزئي:

وفي هذه الحالة يحدث تمزق لعدد أكبر من الألياف الأربطة ونتيجة لذلك نجد صعوبة في الحركة مصاحبة للورم وشدة للألم في الجزء المصاب.

وفي هذه الحالة يحتاج العلاج لوقت أطول وذلك لتجنب المضاعفات وتحويله الى تمزق شديد واحتمال تفاقم أكثر للإصابة فينتج عنه الخلع لهذا المفصل.

1-5-5-3 . تمزق الأربطة بالكامل:

وهذا التمزق يحدث نتيجة للحوادث العنيفة وغالبا يصاحبه كسر وفي معظم الأحيان يصاحبه خلع مفصلي وفيه يحدث تمزق وتمزق لعدد كبير من الأربطة المفصالية، كما أنه احتمال إصابة للجلد فوق المفصل مع تشوه في مكان الإصابة. كما يصاحب ذلك الألم الشديد والتورم الواضح مع عدم قدرة المصاب على الحركة واحتمال إصابة اللاعب بالإغماء وارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب.

1-5-5-4 . تمزق الأربطة الجانبية:

- * تصاب الروابط الجانبية نتيجة حركة الساق إلى الخارج أو إلى الداخل.
- * يحدث الألم موضعيا في منطقة التمزق وعادة تكون في منشأ أو مدغم الرابط الجانبي.
- * حركة المفصل هي التي تحدد الألم (الثني والمد تؤديان إلى الألم في المفصل).
- * أحيانا لا يسبب هذا التمزق ورم في مكان الإصابة.
- * احتمال حدوث ورم واحمرار في منطقة التمزق.
- * في حالة التمزق الرابط الجانبية فيحدث تمزق بالغشاء المخاطي للركبة أو تمزق الترايبس الداخلية للركبة وفي هذه الحالة يحدث تورم دموي داخل الركبة.

- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 238)

1 5 6 الحالات المرضية في المفاصل:

- من أهم الأمراض التي تصيب المفاصل هي:
- التهاب المفاصل الحاد و المزمن و هو الالتهاب الذي نعرفه باسم الروماتيزم.
- حدوث تكلسات في المفاصل: وهي تحدث نتيجة للجهد الرياضي و الجهد العالي الواقع على المفاصل نتيجة ممارسة رياضة ذات المستوى العالي.
- و من أهم ما يمكن إجرائه لتلافي هذه الحالات المرضية هو القيام بتمارين بسيطة لتقوية العضلات و يجب أنتلازم مع البرنامج التدريبي المعد من قبل المدرب.

- نتيجة للممارسة الرياضية ذات المستوى العالي تحدث تغيرات اندثارية موضعية في جزء من أجزاء الغطاء الغضروفي الأملس للنهاية العظمية و أن هذه الإصابات تدخل ضمن موضوع إصابات المجهود العالي.

1-6- إصابات العضلات:

العضلة هي مجموعة من الألياف العضلية ترتبط بعضها ببعض بنسيج ضام و هذه الألياف العضلية تنتهي بوتر يسمى وتر العضلة الذي ينشا من ألياف ليفية التي تنشأ من العضلات.

1-6-1- وظيفة العضلة:

هي قدرة تلك العضلة على الانقباض و الانبساط و هذا ما يسمى بالنغمة العضلية و تكون بقدر معين و في المدى الذي تسمح به العضلة.

و العمل العضلي هو عملية انقباض و انبساط و تقلص و تمدد و تقريب و تبعيد و هذه الواجبات نتيجة متغيرات عديدة تؤدي إلى حالة التقصير أو الامتداد.

1-6-1-2 وهناك أسباب التي تؤدي للإصابة أثناء الممارسة الرياضية للعضلات وهي:

- ضعف أو فقد النغمة العضلية .
- زيادة الجهد الذي تبذله مجموعة العضلات .
- عدم التوافق بين القدرة العضلية والضغط الواقعة عليها .

وهذه الأسباب يترتب عليها ما يلي:

- قطع كامل أو جزئي للعضلات والأوتار .
- شد ألياف العضلة فوق طاقتها وعليه يحدث تمزق لأحد أجزائها .
- تمزق غلاف العضلة وهو ما يسمى بالفقد العضلي .
- تمزق منشأ واندغام العضلة وهناك احتمال حدوث كسر بالعظام التي بها العضلة .
- التهاب أوتار العضلة وأحيانا حدوث الارتشاح الزلالي داخل غلاف العضلة نتيجة كثرة الاستخدام .

وحيث أن عضلات الجسم لا تستفيد من التدريب البني إلا إذا شعر الشخص بنهاية التدريب بالتعب العضلي فيجب علينا عدم المبالغة في التدريب حتى لا يشعر اللاعب أو الشخص الممارس للرياضة بالإرهاق العضلي لان ذلك يعرضنا للإصابة بتمزق العضلات والأوتار ومتاعب بالمفاصل ولهذا يجب أن نفرق بين

الشعور بالتعب العضلي وبين الإحساس بالإرهاق البدني الضار لان كلا منهما يختلف عن الآخر وأيضاً طريقة الوقاية والعلاج.

كما أنه في بعض الحالات الشديدة للتدريب الرياضي يحدث تمزق لعدد كبير من الأنسجة العضلية والألياف ويكون في بطن العضلة أو من منشأ العضلة في اندغامها وهنا نلاحظ التوتر والتقلص في العضلة المصابة وبالتالي يظهر التمزق العضلي بوضوح. (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 245)

1-6-2- تعريف التمزق العضلي:

هو شد أو تمزق للعضلات أو الأوتار العضلية أو الكيس المغلف للعضلات ومن الممكن أن يكون تمزقاً كاملاً أو غير كامل في جسم العضلة نفسها أو اتصالها بالوتر أو في الوتر نفسه أو في اتصال الوتر بالعظام حيث المنشأ أو الاندغام ويحدث غالباً نتيجة لعدم قدرة انقباض العضلة بالقدر المناسب لمقاومة قوة خارجية لحظة وقوعها أو تخطي الحدود الفسيولوجية لمطاطية العضلة أو القيام بحركة عنيفة مفاجئة أو القيام بمجهود عضلي كبير وتكون العضلة غير مستعدة، وهناك احتمال حدوث التمزق في حالات عدم التسخين أو التعرض المفاجئ للبرد أو الإجهاد الشديد.

والتمزق العضلي الكامل نادراً ما يحدث وإنما الغالب حدوث التمزق الجزئي لجسم العضلة نفسها أو عند اندغام الوتر بالعظام الذي من الممكن أن يسبب كسر بسيط في منطقة اندغام العضلة.

والضربة المباشرة تسبب الإصابة مكانها أما الحركات الغير متناسقة فتصاب بالتمزق في أي موضع وتختلف درجة التمزق من تمزق عدد بسيط من الألياف إلى تمزق جزء كبير من ألياف العضلة.

ونتيجة لهذا التمزق سواء في العضلة أو الوتر أو بعض ألياف العضلة تصاب الشعيرات الدموية في المنطقة المصابة مما ينتج عنه تجمع دموي حول مكان الإصابة ثم يمتص من تلقاء نفسه بالتدريج وتلتئم الألياف العضلية بنسيج ليفي.

ويرى "محمود مختار" تحدث نتيجة للشد العضلي الشديد حيث يحدث تمزق في العضلات أو في بعض أليافها فيصحب ذلك تمزق في بعض الأوعية الدموية (محمود حنفي مختار- المدير الفني لكرة القدم - مركز الكتب والنشر القاهرة - 1998 ص 319).

1 2 6 1 الأعراض والعلامات:

- ألم حاد وشديد وصوت مسموع وقت حدوث الإصابة وتتوقف درجته على مكان الإصابة وشدها كالشعور بنغز في مكان الإصابة في حالة شد لبعض الألياف وفي الحالة الشديدة يشعر المصاب بألم حاد كالشعور بقطع بآلة حادة نتيجة تمزق عددا كبيرا من الأنسجة .

أما إذا كان التمزق في بطن العضلة أو أماكن اندغام العضلة بالعظم وهنا نلاحظ زيادة التوتر والتقلص في الجزء المصاب.

- الإحساس بوجود فراغ في مكان التمزق وذلك في حالة التمزق الكامل .

- فقد العضو المصاب القدرة على الحركة وشدة الحساسية ويكون مصحوبا بتجمع دموي وورم الجزء المصاب .

- ارتفاع في درجة الحرارة .

1-6-3 - التمزق العضلي لعضلة الفخذ:

فيما سبق علمنا أن عظمة الفخذ هي أكبر العظام في جسم الإنسان ونعلم أيضا أن العظام يغلفها من الخارج العضلات وعلى ذلك فإن عضلات الفخذ هي أقوى العضلات في جسم الإنسان حول الفخذ فإن الانقباض العضلي الشديد المفاجئ لعضلات الفخذ عند أي مقاومة فإنه ينتج عنه تمزق في منشأ أو اندغام العضلات وفي الغالب يكون مصحوبا بخلع جزء من العظم.

1 3 6 1 أعراض الإصابة بالتمزق العضلي لعضلة الفخذ:

- شعور المصاب بالألم الشديد في عضلات خلف الفخذ ويكون الألم أشد عند قيام المصاب بمجهود ويكون هذا الألم سبب في وقوع اللاعب .

- التمزق العضلي يمكن أن يحدث في أي جزء من أجزاء العضلة ولكن في الغالب يكون التمزق عند منشئها .

- التمزق العضلي تختلف درجاته باختلاف تمزق عدد الألياف العضلية .

- في بعض الحالات يمكن حدوث التورم وبعد عدة أيام يتحول لون الورم إلى الأزرق وفي بعض الأحيان يكون مصحوبا بالخلع .

1-6-4 تمزق الأوتار:

تمزق الأوتار يتضمن تمزق اندغام العضلة بالكامل والوتر يتكون من نسيج ضام ذي قدرة كبيرة على تحمل الشد وتنتهي به العضلات وبواسطته تثبت العضلة على أحد المفاصل وحول الوتر وقرب نهايته يوجد

غشاء زلالي يفرز مادة لزجة تساعد على تشحيم مكان جريان الوتر وهذا يساعد على مرونة حركته وقلة احتكاكه بالعظام.

وتمزق الوتر الطبيعي نادرا ما يحدث لأن تمزق الأوتار لا بد وله من إصابة سابقة وليس بالضرورة أن تكون هذه الإصابة ملحوظة أو ملموسة حيث أن هذه الإصابة تحدث في كلا من الرياضيين والغير رياضيين ويلمس منطقة الإصابة يتباين لنا وجود فجوة ومنطقة غير منتظمة تحت الجلد، والأسباب هي:

القفز القوي، اللكمة القوية، التفوق الفجائي لحركة قوية أي إصابة مباشرة للوتر وهنا لا بد من التدخل الجراحي السريع. (الإصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 253)

1-6-5 الكدم العضلي:

يعرفها "فريق كمونة" بأنها التورمات الأكثر شيوعا في إصابة الرياضيين التي تحدث خلال ممارسة النشاط الرياضي والبدني، تحدث عادة بسبب الصدمة المباشرة أو اصطدام جزء معين من الجسم بشكل خارجي (فريق كمونة- موسوعة الإصابات الرياضية وكيفية التعامل معها- دار الثقافة عمان 2002 ص131).

ويعرفها "أسامة رياض" بأنها تنشأ من الاصطدام بجسم صلب أو السقوط من سطح مرتفع و يتميز هذا النوع بعدم انتظام حافتيه وقلة التزيف الناتج عنه وكثرة تعرضه للالتهابات (أسامة رياض- أطلس الإصابات الرياضية المصورة- دار الفكر العربي القاهرة 2001 ص29).

الكدم العضلي هو نتيجة للإصابة المباشرة على جسم العضلة وهناك احتمال أن تؤدي هذه الإصابة إلى تمزق بسطح الجلد بالإضافة إلى إصابة العضلات والأنسجة المحيطة بها.

وأهم أسباب الإصابة بكدمات العضلات هي السقوط أثناء المنافسة أو الاحتكاك بمنافس آخر أو الاحتكاك بأحد أجهزة التدريب أو بمانع من الموانع وذلك أثناء المنافسة مثال في لعبة كرة القدم نلاحظ إمكانية احتكاك ركلة أحد اللاعبين بفخذ اللاعب المنافس وينتج عنه كدم بعضلة الفخذ الأمامية.

والإصابة بالكدم العضلي تظهر سريعا عن طريق التجمع الدموي الذي يحدث بين الأنسجة المحيطة. يمكن الإصابة الذي يزداد في البداية تحت الضغط ولكن قبل ظهور الألم في منطقة الإصابة.

ويختلف حجم التزيف من حالة إلى أخرى وذلك حسب طبيعة ومنطقة الإصابة مما ينتج عنه من تورم واضح في مكان الإصابة مع فقدان القدرة على تحريك الجزء المصاب وقد يصاحب ذلك تغير لون الجلد من الأحمر إلى الأزرق ثم الأصفر مع احتمال تنميل في الجزء المصاب.

1 5 6 1 الأعراض:

- ألم شديد وعدم القدرة على تحريك العضو المصاب .
- احمرار وورم ويظهر سريعا بعد الإصابة وذلك نتيجة الترف الداخلي بسبب تمزق الشعيرات الدموية .
- فقد العضلة القدرة على الانقباض و الانبساط .
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 256)

1-6-6 التقلص العضلي:

ظاهرة التقلص العضلي يتعرض لها العامة من الناس بصفة عامة و لكن يتعرض لها الرياضيون بصفة خاصة و هي رد فعل طبيعي لنقص اللياقة البدنية و هو قد يحدث في عضلة واحدة أو في مجموعة من العضلات.

و هي نتيجة طبيعية للقيام بأعمال عضلية عنيفة مؤلمة في العضلة أو بعض العضلات و لا يستطيع الرياضي أو الشخص العادي أن يفعل أي شيء حيال هذا التقلص العضلي و قد يحدث التقلص لبضع ثوان أو بضع دقائق و نادرا ما يحدث أكثر من ذلك و خلال ذلك تفقد العضلة القدرة على الارتخاء. و هذا التقلص يحدث أثناء القيام بالجهود العضلي أو بعد الانتهاء منه و أيضا قد يحدث أثناء الاستلقاء أو النوم.

فالتقلص العضلي هو حالة مرجعها في الأساس هو انقباض العضلات انقباضا زائدا عن الحد دون أي ارتخاء.

و من الملاحظ أن أكثر العضلات تقلصا هي سمانة الرجل لما تقوم به من أعمال كثيرة ثم تأتي بعد ذلك عضلات الفخذ الأمامية و الخلفية و عضلات بطن القدم ثم عضلات البطن و هذه العضلات كلها تتحمل الجزء الأكبر من الجهود الذي يقوم به الشخص الرياضي أو الشخص العادي. و التقلص العضلي احتمال أن يكون بسيطا و فيه يستطيع الشخص من أداء حركاته و احتمال أن يكون شديدا و معه لا يستطيع الحركة و لا يستطيع الوقوف حتى بدون حركة و لا يستطيع القيام بأي شيء سوى الاستلقاء أو النوم.

1 6 6 1 الأسباب و الإعراض:

- الشعور بألم شديد في العضلة المصابة و يستمر لبعض الوقت .
- قيام العضلة بجهود عضلي لفترة طويلة مع نقص الأكسجين في الدم و خارجه .

- فقدان كثيرا من السوائل و الأملاح من الجسم.
- عدم اكتمال اللياقة البدنية.
- زيادة و تجمع بحمض اللاكتيك بكثرة داخل العضلة المصابة.
- العمال النفسي للشخص من الممكن أن يؤثر في تقلص العضلي و يؤدي إليه.
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 259)

1-6-7 الإجهاد و التعب العضلي:

هو الإجهاد أو التعب الشديد الذي يقع على العضلة و يكون مصحوبا بالألم في العضلات و صعوبة الاستمرار في الحركة و يكون هناك هبوط في كفاءة و قدرة اللاعب هبوطا تدريجيا مع الشعور بالألم عند أداء الجهود العضلي و يزداد بالتدرج مع الاستمرار في الممارسة.

و عند تكرار الإجهاد الشديد و الآلام العضلية يتعرض الشخص لإصابات العضلات و المفاصل و الغضاريف.

و يجب أن نعلم أن التعب أو الإجهاد العضلي لا يعني بطبيعة الحال ضعف العضلة و لكنه نتيجة الإرهاق و التعب الذي يقع على العضلة.

1 6 7 1 الأعراض:

- هبوط مستوى القدرة البدنية و الشعور بالتعب و الإرهاق الشديد.
- صعوبة الاستمرار في ممارسة النشاط الحركي نتيجة الشعور بالألم الشديد.
- انخفاض مستوى التوافق العضلي العصبي.
- فقدان الاتزان الحركي وهذا يؤدي الى زيادة فرصة التعرض للإصابة.
- انخفاض التوافق بين عمل العضلات الباسطة و القابضة.

1 6 7 2 أسباب الإجهاد العضلي:

- زيادة حمض اللاكتيك في العضلة وهذا يسبب الإحساس بالألم عند انقباض العضلة.
- نقص نسبة الأوكسجين في الدم المغذي للعضلة وهذا يؤدي لنقص الطاقة المستخدمة في الانقباض العضلي.
- نقص بعض عناصر اللياقة البدنية.
- زيادة شدة حمل التدريب و فجأة و عدم تقنيته.
- فقدان التوازن الغذائي المناسب و طبيعة النشاط.

- نقص الجليكوجين أثناء المجهود وعدم القدرة على إعادة تكوينها بسرعة اللازمة .

1 6 7 3 وسائل الوقاية من الإجهاد العضلي:

- ضرورة الإحماء للعضلات الواقع عليها العبء الحركي حسب طبيعة الأداء الحركي والاهتمام بعملية التسخين قبل التدريب أو المباراة وذلك لتهيئة العضلات لاستقبال المجهود .
- عدم تغيير جو التدريب مثلاً لتدريب في جو دافئ ثم الخروج لجو بارد .
- العمل على استكمال اللياقة البدنية من تحمل ومرونة وتوافق عصبي عضلي .
- تخصيص أوقات للراحة أثناء التدريبات العنيفة أو كثرة المنافسات .
- الحمام الدافئ يجب المواظبة عليه بعد كل تدريب وهذا يساعد على استرخاء العضلات .
- العمل على الراحة الكافية بعد التدريب . (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 261)

1-6-8 التكلس العضلي:

هي حالات ترسيب الكالسيوم في مناطق الغير طبيعية وتحت ظروف غير طبيعية فتقل مطاطية العضلة بطريقة ملحوظة. ومن المعروف أن المناطق الطبيعية لترسيب الكالسيوم هي العظام ومن الممكن وتحت ظروف غير طبيعية قد يحدث ترسيب الكالسيوم في العضلات مما يسبب ما يسمى بالتكلس العضلي. ويظهر بفحص العضلة باليد ويظهر الألم عدد محولة فرد العضلة.

1 8 6 4 الأسباب:

- حدوث كدم عضلي ينتج عنه تجمعات دموية .
- حدوث كدم عظمي نتيجة تمزق السمحاق الخارجي للعظم .
- زيادة التهابات العضلات نتيجة خراج أو درن بالعضلة .
- التكلس العظمي نتيجة عدم الاستخدام كما في حالات الشلل .

1 6 8 2 الوقاية من التكلس العضلي:

- الامتناع نهائياً من التدللي في حالات التجمع الدموي وكذلك الكدم العضلي والعظمي منعا لانتشار الكالسيوم في مكان الإصابة مما يسبب التكلس العضلي العظمي .
- الامتناع عن الحركات العنيفة للمفاصل عند حدوث الخلع أو الكسور .
- (الاصابات الرياضية وطرق علاجها، 2008، صفحة 264)

7-1 إصابات الكتف:

سوف نوضح الإصابات التي تحدث لكل جزء من أجزاء الكتف على حدة ليكون هناك وضوح علمي مع تفسير وشرح العوامل التي تؤدي إلى حدوث الإصابة وهكذا.

1 7 1 أهم إصابات المفصل القصي الترقوي:

1-1-7-1 رض أو كدم:

هذا النوع من الإصابات لا يحدث بشكل كبير، وذلك في حالة استخدام أدوات وأجهزة طبقا لمواصفات جيدة - وعند حدوث تلك الإصابة يكون أسلوب العلاج هو المتبع لإصابات الكدم أو الرض في أي مكان من الجسم.

1 7 1 2 الالتواء:

أكثر الإصابات حدوثا بالنسبة للمفصل القصي الترقوي هو الالتواء والفعل أو القوة الخارجية التي أدت إلى هذا النوع من الإصابة وأيضا دفع الكتف بشكل حاد إلى الأمام فيتحرك محيط الصدر للأمام وللداخل ذلك أن القوة تؤثر على المحور الطولي للترقوة - ومن الممكن أن الترقوة تتحرك في اتجاه هذه القوة الواقعة على الكتف عندما تصل إلى المفصل القصي الترقوي سوف تؤدي إلى دفع النهاية الداخلية (الإنسية) للترقوة لأعلى وإلى الأمام، للرباط الضلعي الترقوي، إن حدوث النهاية الداخلية للترقوة سوف تترلق في الاتجاه الداخلي العلوي وفي نفس اللحظة سوف يؤثر ذلك على أربطة المفصل القصي الترقوي.

وفي حالة وقوع قوة ذات أثر محدود فسوف تكون الأضرار الناجمة محدودة أيضا، وبهذه الطريقة يعد الالتواء من الدرجة الأولى.

أما تمزق تلك الأربطة والنتاج من تأثير قوة كبيرة من الممكن أن يؤدي إلى فتق أو انفجار أربطة ومحفظة المفصل الترقوي، وفي نفس اللحظة يؤثر ذلك على الرباط الضلعي الترقوي - في تلك الحالة فإن النهاية الداخلية للترقوة من الممكن أن تتحرك إلى الأمام أو خلف القص، وتكون في وضع يؤثر على الرباط الضلعي الترقوي .

وعلاج تلك الحالة من الممكن أن يكون من السهولة عندما نعرف تلك الإصابة في وقت مبكر - يتخلص العلاج في عمل سحب بسيط للكتف يعمل على سحبه للخلف وللأمام مع وجود ضغط فوق النهاية الداخلية للترقوة والذي يؤدي في العادة إلى سحب أو انزلاق العظم للخلف ليصل إلى مكانه الطبيعي.

أما في حالة إصابة الرباط الضلعي الترقوي فيمكن استخدام علاقة من أجل تثبيته.

وإذا استمرت القوة المؤثرة على المفصل سوف يؤدي ذلك إلى تقطع الرباط الضلعي الترقوي وحدوث خلع كامل في النهاية الداخلية للترقوة وحدوث تمزق حاد من الدرجة الثالثة نتيجة لذلك، وعليه سوف تصبح نهاية الترقوة حدة الحركة ومن الممكن أن تتحرك إلى أعلى لتصبح فوق عظم القص في اتجاه الخط المتوسط. وهناك طرق مختلفة لنفس هذا النوع من الإصابة والتي تؤدي إلى كسر أو خلع جزء من الحرف الإنسي أو الوحشي للترقوة، والذي يثبت بواسطة الأربطة.

والعلاج يتطلب تثبيت الجزء المكسور وتحتاج تلك الحالة إلى التدخل الجراحي في أي وقت وفي أي مرحلة من تلك الإصابات، إن علاج حالات التمزق البسيطة والمتوسطة "الدرجة الأولى والثانية" هو نفس علاج حالات التمزق المعروف وهو عمل كمادات باردة أولاً ثم بعد ذلك كمادات ساخنة والضغط مع إعطاء حقنة موضوعية والعمل على حماية الإصابة عن طريق تثبيت الكتف وإيقاف أي حركة تؤدي إلى إحداث أي ضغط على الأربطة.

3 1 7 1 الخلع:

إذا حدث وتمزق الرباط كله تعتبر تلك الإصابة من الدرجة الثالثة بالإضافة إلى أن النهاية الداخلية للترقوة قد خلعت أيضاً، ففي تلك الحالة يكون التدخل الجراحي هاما لإعادة الوضع إلى ما كان عليه قبل الإصابة، وسوف تكون النتيجة النهائية جيدة، خاصة وأن هذا النوع من الإصابة لا يظهر بوضعه القائم في البداية بالرغم من وجود تشوه ناتج من الزحزحة الحادة الحادثة، وبالطبع سوف يتجه التشخيص في البداية للتشوه الحادث، وكذلك حدوث ورم بالمنطقة المصابة وعن طريق الملاحظة أو اللمس سوف يشعر المعالج بوجود تحرك الترقوة أو كما ذكرت زحزحة الترقوة، أضف إلى ذلك مشكلة الأشعة في مثل هذه الأحوال من الممكن أن تكون الصورة غير واضحة ويصبح التشخيص مشكلة حقيقية.

2-7-1 إصابة عظمة الترقوة:

يقع عظم الترقوة بين الرباط الغرابي الترقوي والمفصل القصي الترقوي حيث تتم فصل من الجهة الوحشية مع النتوء الأخرومي لعظم اللوح، ومن الجهة الإنسية مع يد عظم القص.

وتتعرض الترقوة لحدوث كدمات بالطبقة الجلدية فوق العظم نفسه، وأيضاً لسمحاق عظم الترقوة، ومن أهم أعراض هذه الإصابة ورم وألم ارتشاح الدم داخل الجلد، والكدم يبدأ من كدم بسيط، وهذا يتوقف على

الفعل ورد الفعل، ذلك أنه في الحالات الحادة من الممكن تعرض العظم للكسر لذلك يفضل عمل أشعة للمساعدة على التشخيص.

وعلاج إصابات الكدم لا يختلف من مكان عن آخر بالجسم، إعطاء حقنة في مكان الإصابة - الضغط عمل كمادات باردة وفيما بعد ساخنة وفي بعض حالات الرض يتطلب الأمر تثبيت الكتف.

1-2-7-1 كسر عظم الترقوة:

كسر عظم الترقوة من الإصابات المنتشرة بين اللاعبين ويكون الناشئون أكثر عرضة لتلك الإصابة، بينما يكون الكبار عرضة لإصابة الأربطة في النهايتين الداخلية والخارجية للترقوة، ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى كسر عظم الترقوة هو الاحتكاك الناتج من السقوط مع وجود اليد ممتدة للخارج - حيث تنتقل القوة المؤثرة من السقوط إلى اليد، وبالتالي إلى الترقوة مما يؤدي إلى حدوث الكسر، وأكثر الأماكن عرضة للكسر هو منتصف العظمة تقريبا حيث نقطة اتصال الثلث الوحشي بالثلثين الإنسيين، كذلك عند حدوث أي ضغط على نهايتي العظمة يؤثر على تلك النقطة ويعرضها للكسر.

كما أن حدوث كسر بالنهاية الداخلية أو الخارجية للعظمة من الإصابات التي تحدث ولكنها قليلة الانتشار.

1-2-7-2 التشخيص والعلاج:

كيف تعرف أنك مصاب بكسر في الترقوة؟ ألم عند لمس المنطقة المصابة مع عدم القدرة على تحريك الكتف المصابة، وذلك ناتج من الألم الحاد المصاحب للكسر، في خلال 6 ساعات سوف يبدأ الورم في الظهور، وصورة الأشعة سوف تظهر الكسر بكل وضوح.

والعلاج يبدأ بعمل كمادات ثلج للحد من الورم، وكذلك للسيطرة على التورم الداخلي استخدام الجبيرة أو علاقة رباط على شكل حرف 8. (الدكتور محمد عادل رشدي، صفحة 161)

تلك الخطوات الأولية من أجل عرض الحالة علة المتخصصين.

1-3-7-3 اللوح:

1-3-7-1 الرض أو الكدم:

أكثر الأماكن عرضة لحدوث هذه الإصابة حافة الشوكة وحتى أعلى التواء الأخرومي - هذه المنطقة تحت الجلد والجلد أيضا عرضة لرضوض حادة بين العظم تتناسب مع القوة الحادثة والجلد، ويمكن حدوث رض

أو كدم للعظم نفسه – وعند تحريك الكتف واللوحة وفي حالة الرضوض البسيطة لا يشعر المصاب بألم يذكر – في حالة الإصابة الحادة فصورة الأشعة xray هامة لتحديد الإصابة ذلك أنه من الممكن أن يكون هناك كسر بشوكة اللوح. (الدكتور محمد عادل رشدي، صفحة 179)

1-7-4 إصابة مفصل المرفق:

المرفق من المفاصل المعقدة ويتكون من ثلاثة مفاصل مختلفة هي:

- العضد والزند.

- الكعبرة والعضد.

- الزند والكعبرة.

وتعمل تلك المفاصل كوحدة واحدة، وهذا المفصل هو مفصل رزي ويؤدي حركات الثني – المد وأيضا يسمح بحركة شبه دائرية للساعد من خلال رأس الكعبرة مع الزند بالاشتراك مع الجزء السفلي للعضد.

التواء المرفقي القرني بالزند وبينهما الحفرة السينية الكبرى التي تتمفصل مع بكرة عظم العضد، وهذا الشكل أو الطريقة من التكوين العظمي جعلت هذا المفصل حركتي القبض والبسط وبالطبع فإن عظم الزند لا يلف أو يدور، ومن الناحية الأخرى فإن الجزء العلوي للكعبرة ونهاية عظم العضد يكونان ارتباطا، وإذا صح القول تمفصلا غير ثابت على الإطلاق.

في حركتي القبض والبسط فإن رأس الكعبرة تتحرك من الأمام إلى خلف الرأس لعظم الزند بواسطة انزلاق بسيط – وفي حركة لف أو دوران الساعد، فإن رأس الكعبرة تدور داخل الجزء الضحل بالجزء العلوي للزند والذي يسمى مكان اتصال القرص الغضروفي المفصلي.

وبشكل عام فإن العلاقة بين رأس الكعبرة والزند والعضد تعتمد بشكل كبير على الأربطة العاملة وهي الرباط الخلفي والرباط الوحشي والرباط الإنسي والغشاء بين العظام. (الدكتور محمد عادل رشدي، صفحة 222).

8-1-إصابات العمود الفقري:

يحدث نتيجة السقوط من مكان شاهق على الرأس كما في الغطس أو الحوادث وفي حالة السقوط تكون كسور الفقرات العنقية هي الأكثر شيوعا ويلاحظ تشوه في أحد أجزاء العمود الفقري، ولا يقوى المريض على الحركة ويفقد الإحساس تحت مستوى معين من جسمي.

1 7 2 أعراض كسر الفقرات الظهرية:

- شلل الساقين والنصف الأسفل من الجسم ويفقد المصاب القدرة على حبس التبول والبراز.
- فقدان الإحساس في منطقة أسفل السترة.

1 7 3 أعراض كسر الفقرات العنقية:

- شلل في كل الجسم، أسفل الكتفين مع الذراعين.
- صعوبة في التنفس.

1 7 4 مضاعفات كسر العمود الفقري:

- إصابة النخاع الشوكي مما ينتج عنه الشلل في الأطراف والمثانة.
- تحذب السلسلة الفقرية لإندغام الفقرة وبقاتها بدون تصليح.
- ألم مستمر في الظهر نتيجة لتشوه في مكان الكسر أو عدم ثبات الفقرة المكسورة نتيجة لتمزق الأربطة المحيطة بها أو تمزق القرص الغضروفي بين الفقرتين.
- في حالة كسر الفقرات العنقية قد تحدث صداع مستمر أو آلام في الرأس أو العنق أو الذراع نتيجة حدوث التصاق حول الأعصاب التي تغذي جلد الرأس أو العنق أو الذراع (د. حياة عياد روفائيل، الصفحات 134-135).

1 8 4 الكسور في القفص الصدري: يحدث إما بعظام الأضلاع أو عظم القص.

1-4-8-1 الأعراض:

- ألم شديد بجدار الصدر تزداد حدته عند السعال أو العطس أو التنفس العميق، وتوجع شديد عند حبس الموضع أو ضعف القفص الصدري بين اليدين من القص إلى العمود الفقري، كما يظهر الكسر بصورة الأشعة (د. حياة عياد روفائيل، صفحة 138).

1-9-1 إصابات الرجل الشائعة:

1-9-1 كدم في الساق من الأمام:

- تختلف من كدم بسيط إلى إصابات شديدة، ومن الممكن أن تسبب كسر عظمة القصبة، وتسبب الإصابة وربما دمويًا على القصبة وبعد بضعة أيام يصبح لونها أحمر مع زيادة الألم، والعلاج في تصريف الورم الدموي مع مضاد للالتهاب عند الضرورة.

1-9-2- تمزق العضلة ذات الرأسين الباطنية خلف الساق:

وتسمى (رجل التنس **Tennis leg**) وهي عبارة عن تمزق أحد الرأسين للعضلة وغالبا الإنسية منها (د. حياة عياد روفائيل، صفحة 148).

1-9-2-1- ميكانيكية الإصابة:

تحدث الإصابة عندما تثني الركبة فجأة والقدم مرفوعة لأعلى (**Dorsiflexed**)، أو عندما تؤدي القدم حركة الرفع لأعلى فجأة بينما الركبة مثنية (د. حياة عياد روفائيل، صفحة 149).

1 10 - إصابات الفخذ:

- الكدم للعضلة ذات الأربع الرؤوس الفخذية تحدث الإصابة من ضربة مباشرة قوية وغالبا للمتسعة الوحشية والأمامية المستقيمة الفخذية.

- شد العضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية وتتضمن عادة شدا في العضلة المستقيمة الفخذية وأحيانا تتضمن واحدة.

1-10-1 ميكانيكية الإصابة:

غالبا ما يحدث نتيجة عدم الإحماء الكافي ومن العوامل المهمة لذلك.

أ - تصلب عضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية .

ب- عدم التوازن بين قدرة عضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية للرجلين (د. حياة عياد روفائيل، الصفحات 151-152)

ج- شد حاد للمجموعات العضلية خلف الفخذ يحدث عادة للاعب جري المسافات القصيرة، ومن الممكن ارتباطه بالعوامل التالية:

- مرونة غير كافية في المجموعات العضلية خلف الفخذ .

- عدم توازن معدل القوة والقدرة بين عضلات خلف الفخذ والعضلات ذات الأربع رؤوس الأمامية، تكون عضلات الفخذ الأمامية قوية للاعب جري المسافات القصيرة عن عضلات خلف الفخذ بينما تكون عضلات الفخذ الأمامية عادة أضعف للاعب جري المسافات الطويلة.

- عدم تساوي القوة في مجموعات العضلات خلف الفخذ اليسرى واليمنى.

- من المعروف أن العضلة ذات الرأسين الفخذي تستقبل عصبين أحدهما لذات الرأس القصير والآخر لذات الرأس الطويل، وهذا يتسبب نظريا في عدم التوافق (انقباض لأحد الرأسين بينما الآخر في حالة ارتخاء) (د. حياة عياد روفائيل، صفحة 153).

11-1- تصنيف الإصابات من حيث شدتها :

الإصابة	أعراضها	الاجراءات اللازمة لكل منها
1- خفيفة	- لايتأثر الإنجاز. - ألم بعد التدريب. - تصلب خفيف في منطقة الإصابة. - لايتغير لون المنطقة.	- تقليل فترات التدريب. - تخفيف الجهد على المنطقة المصابة - الراحة والعلاج الأولي. - التمرين التدريجي للوصول إلى الأنشطة بشكل تام.
2- متوسطة	- تؤثر على الإنجاز. - ألم قبل وبعد الفاعلية. - تلين منطقة الإصابة قليلا . - تورم خفيف. - تغير طفيف في لون المنطقة المصابة .	- راحة المنطقة المصابة. - عدم إجهاد المنطقة المصابة. - الراحة مع العلاج الاولي . - الرجوع التدريجي للأنشطة.
3- شديدة	- ألم مستمر قبل وأثناء وبعد التمرين. - يتأثر الإنجاز بسبب شدة الألم.	- التوقف عن الأنشطة الرياضية بشكل تام. - مراجعة الطبيب.

جدول يمثل تصنيف الإصابات تبعا لشدتها(سميعة خليل -الإصابات الرياضية ووسائل و التأهيل - الاكاديمية الرياضية العراقية الإلكترونية 2006)

الخلاصة:

يجب إتباع والأخذ بعين الاعتبار كل الطرق والوصايا لتفادي الاصابات سواء كانت خفيفة, متوسطة أو شديدة خاصة لدى المسنين حيث أن الحالة النفسية تلعب دورا هاما لذا يجب مراعاتها دون الاستغناء عن تنظيم دورات طبية لفحص و تقييم كل مسن حسب طبيعته وحالته النفسية.

الفصل الثاني:

المسئولين

تمهيد:

تزداد نسبة الكبار سنة بعد سنة بعد أخرى و لهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار، خاصة المظاهر الجسمية و الحسية، و العقلية المعرفية و الانفعالية، النفسية، و العاطفية و الاجتماعية (الميلاد، 2002، صفحة 14) كما يعد مجال رعاية كبار السن من أهم مجالات الرعاية الاجتماعية و يوجد العديد من العوامل و المتغيرات الذاتية و البيئية، التي تدفع بجميع أفراد.

و جماعات و هيئات المجتمع على زيادة الاهتمام بكبار السن، و ذلك على جميع مستويات المجتمعات المتقدمة منها و الأخذ في النمو و ذلك المجتمعات النامية، فالجميع عليه الاهتمام المتزايدة بأسرع القطاعات السكانية، نمو و تزايد في الإعداد و هو القطاع المسنين، فقد احتل الحديث عن فئة كبار السن في الآونة الأخيرة مساحة لا بأس بها سواء على مستوى المسؤولين، أو في وسائل الإعلام أو حتى على مستوى الأسرة باختلاف أنواعها (د. عفاف عبد المنعم درويش، 2000).

و لقد اختلف العلماء في تقسيم مراحل النمو، فهناك العمر الزمني، العمر العقلي، العمر العظمي، و العمر التربوي هذا التقسيم من حيث الأنظمة التربوية التعليمية و المؤسسات الإدارية ، تسترشد بالعمر الزمني لسهولة حساب و تحديد مرحله.

إلا أن هناك بعض العلماء أشاروا إلى امكانية تقسيم الحياة من ناحية العمل و الإنتاج إلى أربعة مراحل أساسية نلخصها فيما يلي:

1-2 مرحلة التكوين:

- و هي تمتد منذ بدء الحياة إلى بدء الرشد.

2-2 مرحلة دورة الإنتاج:

- و هي تمثل مرحلة الرشد المبكر الذي تمتد من 21 إلى 10 سنة.

3-2 مرحلة الإنتاج المتناقصة:

- و هي تمثل مرحلة الإحالة إلى المعاش و هي تمتد من 60 سنة إلى نهاية العمر (عفاف عبد المنعم و شحاتة درويش و محمد جابر أحمد بويقع، 2000)

2-4 مرحلة الشيخوخة:

تنقسم الشيخوخة إلى مرحلتين هما الشيخوخة المبكرة تمتد من 60 إلى 75 و مرحلة الهرم تمتد من 75 سنة إلى نهاية العمر.

الشيخوخة عملية معقدة تتأثر بعوامل متعددة سواء كانت فيزيولوجية أو بيئية و تبدأ الشيخوخة عندما يحدث الهرم في خلايا أكثر من البناء و تكون مصحوبة بنقص في كل من النشاط العضلي و توافق عمل العضلات وأيضا النقص في استخدام الجسم للأكسجين و ذلك عن طريق استجابات الجهاز الدوري (عفاف عبد المنعم و شحاتة درويش و محمد جابر أحمد بويقع، 2000، الصفحات 14-15)

2-5 مفهوم المسن:

ينظر إلى المسن في اللغة العربية بأنه من استيبان به المسنين، و ظهر عليه الشيب (المنجد، 1986)

كما يعرف في اللغة العربية الإنجليزية بأنه (Aged) (Alder) أي التقدم في السن و يكون له سمعات طبوغرافية و غالبا يحدد بسن معين (Webster, 1984)

2-6 تعريف المسن:

هو الشخص الذي تنحج قوته و حيويته إلى الإنخفاض مع إزدياد تعرضه للإصابة بالأمراض، و خاصة أمراض الشيخوخة و تزايد شعوره بالتعب و الإجهاد عند الحركة و نقص قدرته على الإنتاج و توقفه عن العمل (ماهر مهران و نجيب محمد، 1999)

و في تعريف آخر للمسن بأنه "الشخص الذي تجاوز 60 عاما و تظهر عليه مجموعة من المتغيرات الجسمية و النفسية و الإجتماعية و الإقتصادية، تجعله في أمس الحاجة إلى رعاية و مساعدة الآخرين" (عبد الله السدحان، 1998)

و يعرفه آخر المسن بأنه "الفرد الذي يبلغ من العمر خمس و ستون عاما أو أكثر يواجه مجموعة من الضغوط المتباينة نفسية، إجتماعية، إقتصادية، صحية" (عبد الناصف شومان)

2-7 أهم الكتب و المؤتمرات عن الشيخوخة:

يعتقد بأنه أو كتاب نشر بالإنجليزية عن الشيخوخة قد صدر عام 1724م و هو GEROCOMIT
MEDICINA المؤلف "يسرجون فلويز" SirjohnFloyer كما صدر أول كتاب أمريكي عن الشيخوخة
في نفس العام أيضا تحت: وصف لحالة الجسم و العقل في مرحلة الشيخوخة ANACCONNT OF

اهتم فيه بالأمراض العقلية بصفة خاصة(الشاذلي و عبد الحميد محمد، 2001، صفحة 09) و

و قد تم تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة لكبار السن إلى دراسة العوامل المرئية لإطالة العمر و نذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها "تينون" Ténon عام 1813 و البحث الذي أجراه "ليحو نكور" Léjourncourt عام 1824م.

و قد بدأ الاهتمام بمراحل حياة كبار السن خاصة الشيخوخة منذ عام 1860 و ذلك عندما نشر "فلورنس" Flourens كتابه عن الشيخوخة البشرية و توزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية، هذا و قد قسم "فلورانس" مرحلة الشيخوخة إلى مرحلتين متميزتين تبدأ الأولى من سن 70 سنة ، و تبدأ الثانية من سن 80 سنة ثم تطور الاهتمام بكبار السن بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، و قد ظهرت نتائج هذه الدراسات في كتاب الذي نشره "بوث" Bouth عام 1894 عن المسنين في إنجلترا وويلز و قد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الاصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن و الشيوخ.

و بعد كتاب "ستانلي هول" S,Han و عنوانه "الشيخوخة" المهدف الأخير من الحياة الذي ظهر عام 1922 البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بكبار السن(عبد الحميد شاذلي) أقيم أول مؤتمر حول الشيخوخة في الإتحاد السوفييتي بمدينة كييف Kiev عام 1938.

و في الولايات المتحدة أنشأ في بلتي مور أول مركز البحوث الشيخوخة عام 1940 و و تأسست الجمعية الأمريكية لعلم الشيخوخة The american Gerontological society

و في عام 1945 و في نفس العام أصدرت مجلة علم الشيخوخة (Journal of Gerontology) التي نشرت بحوثا طبية و نفسية و اجتماعية حول الشيخوخة.

ثم نشر "بولاك" Pollak عام 1948 كتابا بعنوان "التوافق الاجتماعي للمسنين" تناولت فيه المشكلة الشيخوخة و مدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته و عمله و دخله المتناقص (الشاذلي و عبد الحميد محمد، 2001، صفحة 10)

2-8 نحو توافق أفضل للمسنين:

من أجل حل مشكلات المسنين و التغلب على الصعوبات التي تواجههم و تمنعهم بالصحة النفسية

و تحقيق توافق أفضل لهم يراعي ما يلي:

- العمل بشقي على رفع الروح المعنوية للمسنين بإشعارهم بالحب و الحنان من كل ما يحيطون بهم

و تجنبهم المناقشات و المشاحنات التي تؤدي إلى إثارة إنفعالاتهم و توتر أعصابهم.

-إعداد الأفراد في مرحلتي الشباب و الرشد و هو لفهم لمرحلة التقدم في العمر من خلال إكسابهم بعض الميول و المهارات و تنميتها حتى يستعدوها في إرضائهم حاجاتهم في كبر السن.

-النظر إلى مرحلة التقدم في العمر باعتبارها حالة من القدرة و ليست حالة من العجز و أنها مرحلة إيجابية لها إيجاباتها و عطاؤها و عدم التركيز على المظاهر السلبية التي قد تنشأ من كبر السن.

-استخدام الإرشاد النفسي لكبار السن من خلال الوقوف على الأفكار و المواجهات التي تسيطر على المسنين و مساعدتهم على استرداد ثقتهم بأنفسهم و تقديم العلاج الطبي النفسي لهم في حالة إصابتهم بأمراض الأعصاب و الذهان.

-الاهتمام بتبني أساليب الطب النفسي الإجتماعي الذي يمكن من خلاله العمل على إجراء الدراسات الخاصة بانتشار الأمراض النفسية و العقلية بين المسنين.

-العمل على رفع مستوى الإقتصادي للمسنين و أن نضمن لهم الدخل المناسب و إلا يكون المعاش ثابتا حتى يتماشى مع الزيادة في أسعار السلع و الخدمات، كما يمكن أن تعهد إلى القادرين منهم بمهام ذات مردود إقتصادي مما يشعرهم باستمرار قدرتهم على العطاء و أنهم ليسوا عالة على أسرهم.

-التوسع في إنشاء أندية للمسنين فهي تساعدهم على خلق و تقوية العلاقات الاجتماعية و تحول بينهم و بين المشكلات المرتبطة على بقائهم في المنزل. كما تساعدهم على شغل وقت فراغهم بطريقة إيجابية و تعمل على استمرار ربطهم بالحياة و بالناس، و كذا تخصيص أندية إجتماعية و ثقافية و رياضية على أن يتوفر فيها كل ما يلي احتياجاتهم و يشجعهم على ممارسة هواياتهم المختلفة.

-تشجيع مشاركة المسنين في الحياة الاجتماعية و لمجتمعهم و تحقيق أكبر قدر من الإدماج بينهم و بين فئات العمرية الأخرى في المجتمع و الحذر و الحد من عزلتهم.

-دعم دور الأسرة في تحمل مسؤولياتها نحو رعاية مسنيها.

-عند تحديد فئات المسنين الأجدد بالرعاية تكون الأولوية لحالات الترميل و الطلاق و الوحيدين و ذوي الدخل المحدود.

- العمل على أن تساوي الخدمات المقدمة للمسنات مع تلك المقدمة للمسنين مع الأخذ بعين الاعتبار الإحتياجات الخاصة بهذه الفئة.
- ضرورة أن تكون مسألة تعليم المسن محل عناية لأن التعليم كما جاء في تقرير منظمة اليونسكو يشكل في أبعاده المختلفة عنصراً أساسياً للإعداد للتقاعد و الدخول في العمر الثالث.
- ضرورة الإهتمام بتوفير الخدمات الترويجية للمسنين فهي إلى جانب فهي تحل مشكلة وقت الفراغ الطويل تشغل المسن عن التفكير في نفسه و تساعد على الإندماج في المجتمع و تحول دون إحساسه بالعزلة والوحدة .
- إتاحة فرص العمل بعض الوقت أمام القادرين الصالحين للعمل من المسنين رجالا و نساء
- ضرورة إعطاء مرحلة التقدم في العمر أهمية كبرى كما تعطى مراحل النمو الأخرى وأن تحظى الدراسات والأبحاث المتعلقة بالمسنين بإهتمام الباحثين و المربين و الأخصائيين النفسيين.
- إنشاء معهد قومي أو مركز للبحوث الخاصة بالمسنين في جميع المجالات لإجراء المزيد من البحوث والدراسات والمسموح الميدانية ظاهرة الكبر.
- إعداد كوادر متخصصة في رعاية المسنين في خلال الإهتمام بتدريس مقرارات في طب الكبر والطب النفسي (الشاذلي و عبد الحميد محمد، 2001، الصفحات 162-166).

2-9 الخصائص المميزة لكبار السن:

يمكن تصنيف الخصائص المميزة لهذه المرحلة إلى خصائص فسيولوجية، تشريحية، نفسية، إجتماعية سوف نتناولها بشيء من التلخيص:

2-9-1 الخصائص الفسيولوجية:

يتغير الجسم البشري وتتغير أجهزته المختلفة تبعا لزيادة عمر الفرد وتطوره في حياته من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد ثم إلى الكبر (الشيخوخة) وتتخلص أهم التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للإنسان خاصة عند كبار السن في النواحي التالية:

2-9-2 القلب:

في الربع الأخير من هذا القرن هبطت وفيات أعراض القلب في الولايات المتحدة الأمريكية و أستراليا حوالي 50% وقد يكون سبب النوعية الصحية الفعالية حول التدخين و التمارين الرياضية و الغذاء، ويعتبر الرجال تحت سن ال 65 أكثر تعرض للأعراض القلب من النساء بنسبة ثلاث أضعاف،

فالرجال الذين يعملون في أوضاع و ظروف سيئة يتعرضون لأعراض القلب أكثر من ثلاث مرات من الذين يتمتعون بوظائف مريحة.

إن العناصر المساهمة في أعراض القلب هي إرتفاع نسبة الكوليسترول، إرتفاع ضغط الدم، التدخين، إرتفاع السكر في الدم و العناصر الوراثية، و الإرهاق، أما السمنة فتعتبر عنصرا مؤثرا عند الرجال فقط في حالة وجود عناصر أخرى أما عند النساء فالسمنة تعتبر عنصرا أساسيا ومهما وقد تنبع شكل الجسم عن وجود خطر ما فالرجال و النساء الذين يعانون من البدانة في المنطقة الوسطى من الجسم (المعدة الفخذين) هم أكثر تعرضا للإصابة وذلك يرجع إلى أنواع الدهون الكامنة في المعدة و الأعضاء.

2-9-3 الكوليسترول:

إن هذه المادة المعروفة هي عنصر شمعي مركب يصنعه الجسم و يستخلصه في الطعام و هي ليست سيئة كليا، حيث أنها ضرورية لتكوين الخلية و الإنتاج.

2-9-4 رفع الدم و ضغطه:

إن معدل كل من النبض و ضغط الدم يرتفعان عند كبار السن مقارنة بالشباب والأطفال عند تأدية نفس العمل بمستوى واحد، كما أن مرونة الشرايين تضعف في مرحلة الكبر و تظهر أعراض تصلب الشرايين و انسداد الشريان التاجي.

كما يتغير ضغط الدم خلال النهار و حسب حالة الشخص و ظروفه، فهو يرتفع عند الإرهاق و المجهود التدخين و ينخفض عند الإستراحة و النوم.

هناك نصائح لتخفيض ضغط الدم منها: تخفيف الملح في الطعام، الإمتناع عن تناول المأكولات المالحة، وقف التدخين، الإنتظام في ممارسة التمارين الرياضية ، زيادة المأكولات الغنية بالألياف و قليلة الدهون، تناول الكثير من الأسماك، ممارسة الإسترخاء أو التأمل .

بعض الأشخاص يعانون من إنخفاض زائد في ضغط الدم يصل إلى 60/110 وهذا لا يشكل عادة حالة الخطر ولكن قد يقلل تغذية المخ بالدم مما ينتج غيبوبة أو إرهاقا عند البعض والنساء أكثر تعرضا لإنخفاض ضغط الدم من الرجال وهذا حالة خاصة قد تؤدي إلى الدوخة والغيبوبة بعد أداء حركة مفاجئة كالوقوف فجأة أو النهوض من السرير.

2-9-5 معدل الأيض:

إن عملية الأيض تشتمل عمليتي البناء الحيوي *anabolism* والهرم الحيوي *catabolism* ولهذا الأيض علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه، وتقاس هذه العملية بالسعر في الساعة بالنسبة لوحدة المساحة الجسمية.

وتبدأ هذه العملية ضعيفة جدا عند الولادة ثم يرتفع مستواها وتزداد سرعتها في الشهر الأول للحياة وتظل كذلك حتى السنة الأولى ثم تتطور من 25 سعرا إلى 50 سعرا في السنة الخامسة ثم تهدأ سرعتها نوعا ما عند الرشد و يصبح مساويا ل 38.5 سعرا للذكور و 39.5 في الساعة بالنسبة للإناث وذلك يكفي المدى الزمني الذي يمتد من 20-30 سنة ثم يهبط هذا المعدل بعد ذلك إلى 35 سعرا في سن 70 سنة و يظل في هبوط حتى نهاية العمر.

2-9-6 الجهاز الهضمي:

يصاحب عملية الكبر تغير جزئي في وظائف الجهاز الهضمي هذا التغير لا يؤدي إلى حدوث مرض و لكن يؤدي إلى نقص في الوظيفة ينتج أعراض أقل من الأعراض المرضية مما تؤدي بالفرد المسن بطريقة أسهل للإصابة بالمرض فنجد أن حجم الغدد اللعابية يؤثر في تقليل كمية اللعابو بالتالي الهرمونات وهضم الدهون الغذائية.

ونحصل على معظم كمية الكولسترول (نسبة 80%) من تناول الدهون المشبعة الأتية:

اللحم المدخن و الزبدة و الجبنه ثم يتحول فيما بعد إلى كوليسترول.

أما الباقي وهو التقليل الذي يصنعه الجسم، فيأتي بشكل رئيسي من الكبد و الجلد و الأمعاء الدقيقة. إن الأفكار التي كانت سائدة حول تخفيض نسبة الكولسترول قد بدأت تتغير بعد أن بدأ الباحثون بنشر براهين تفيد بأن الكولسترول ليس هو الذي يسبب أمراض القلب عند معظم الناس الذين يعانون من إرتفاعه، ذلك أن النظريات كانت قبل البحوث الأخيرة على الشكل الأتية : عند تناول كمية كبيرة من الكولسترول أو عدم تمكن الجسم من إنتاجه بإعتدال يتجمع هذا الكولسترول في الدم و يترك ترسبات تتعلق بجدار الشرايين و تبطئ جريان الدم إتجاه القلب وهذه الحالة أي تصلب الشرايين يمكن أن تقود إلى التخثر أو الذبحة القلبية أما هذه الأيام فقد أنتقل التركيز إلى ما يسمى "حاملات" تدعى (ليبو بروتين) وهي التي تنقل الكولسترول إلى الدم وتنقسم إلى نوعين: حاملات منخفضة الكثافة "ldl" وأخرى عالية الكثافة وتسمى "hdl"

و الحاملات الخبيثة هي منخفضة الكثافة "LDL" التي ترسب الكولسترول على جدران الشرايين،

وهي التي تخيفنا عندما يكتشف الأطباء إرتفاع نسبته في الدم أما الحاملات ذات الكثافة العالية "HDL" فهي مختلفة تماما ذلك أنها تحمل الكولسترول بعيدا عن الشرايين وتنقله إلى الكبد حيث يستطيع الجسم التخلص منه فيما بعد، ومن الواضح أن مدى أهمية الفائدة التي توفرها لنا "HDL".

إن هذه الحاملات هي ما تنبئ بمرض القلب عند الأشخاص فوق سن السبعين بشكل أقوى من نسبة الكولسترول، و أشارت البحوث العلمية أن التقدم في السن يسبب تناقصا في نسبة المستقبلات التي تجذب الحاملات المنخفضة و عالية الكثافة، و هذه المستقبلات عادة ما تكون على سطح خلايا

الكبد، و كلما انخفضت نسبة الـ "HDL" في الجسم قلت الفرصة للتخلص من الكولسترول الزائد في الدم.

إن كبار السن الذين يمارسون الرياضة المنتظمة يعتبرون استثناء هذه القاعدة تقل كمية الأنزيمات بما مما يساعد على نمو البكتيريا الحمضية في الفم فيؤدي إلى تآكل اللثة و الأسنان عند كبار السن، كما يقل إفراز حمض الهيدروكلوريك، و كذلك إفرازات المعدة في الحالات العادية سواء أثناء تناول الوجبات أو بينها، هذا من ناحية الكمية و التركيز و ينتج ذلك قلة الخلايا الجانبية، و لأن كل خلية من الخلايا الجانبية تقلل من إفرازها نتيجة لكبرها في السن، و يؤدي ذلك إلى التهابات المعدة، كما تتأثر الوظيفة الحركية بالمعدة بالتقدم في السن.

2-9-7 السعة الحيوية:

تعتبر السعة الحيوية من أهم المقاييس التي توضح مستوى صحة الفرد، كما لها من أهمية في إمداد الجسم بالأكسجين، و يصل معدل الأكسجين إلى ذروته في الفترة ما بين العشرين و الثلاثين من العمر و التي قد لا تتغير حتى سن الأربعين.

غير أن السعة الحيوية عادة ما تقل بعد هذا العمر، بينما حجم الرئة الكلى لا يتغير و هذا النقص في السعة الحيوية مرجعة إلى قلة مرونة القفص الصدري.

2-9-8 قوة العضلات:

إن القوة العضلية تبدأ ضعيفة في مرحلة الطفولة و تصل ذروتها في مرحلة الرشد ثم تبدأ في الانحدار كلما اقترب عمر الفرد من الشيخوخة حتى نهاية العمر.

و لقد لوحظ من خلال الدراسات في هذا المجال أن عضلات الإنسان في السبعين من عمره تضم نسبة 40% كذلك يضم الكبد نسبة 50% تقريبا، كما تختفي بعض الخلايا، و قد أثبتت الدراسات أيضا أن التدريب الرياضي هو العامل الأساسي القادر وحده على إيقاف عملية الضمور مما يقيم الصرح لعملية الإصطلاح و البناء الذاتي في المستوى الجزئي للخلايا الحية المسنة.

2-9-9 ترقق العظام و هشاشتها:

إن الناس جميعا رجالا و نساء على حد سواء يفقدون نسبة من عظامهم مع تقدمهم في السن، فتتآكل العظام و تصبح هشمة نتيجة لزيادة نشاط الخلايا الآكلة الموجودة في العظام، و تزيد نسبة ترقق العظام و هشاشتها بسرعة فوق العادية- واحدة من أربع نساء- حوالي 10 سنوات الطمث الأمر الذي قد يؤدي إلى تقلصات مؤلمة في العمود الفقري مما يسبب إحناءات فتبدو السيدة أقصر قامة، بالإضافة إلى زيادة فرصة حدوث كسور في مقدمة الذراع و اعلى عظمة الفخذ كما تحدث تآكل غضاريف بعض المفاصل الكبرى في الجسم.

و ينصح الأطباء لتفادي حدوث ذلك بممارسة التمارين الرياضية و تناول الأطعمة الغنية بالكلسيوم.

- أسباب هشاشة العظام
- البنية الجسدية الضعيفة و الوزن المنخفض
- انقطاع الطمث قبل 45 سنة.
- الوراثة.
- عدم مزاولة النشطة الرياضية
- تناول المشروبات الكحولية.
- الإكثار من تناول الكافيين
- قلة الحركة
- قلة كمية الكالسيوم المحتوي عليها الغذاء طوال مرحلة الحياة.
- نقص الفيتامين *D*

التدخين:

حيث وجد أن النساء المدخنات يقطع عندهن الطمث بمعدل ثلاث سنوات قبل غيرهن، و كذلك اللاتي يعشن مع المدخنين (التدخين السلبي) فكلما توقف الطمث مبكرا زادت فرصة ترقق العظام و هشاشتها.

2-9-10 اليدين:

تظهر بقع دموية في ظهر الجلد الكف و بعض الأجزاء من الساعد نتيجة انفجار الشعيرات الدموية الصغيرة في هذه المنطقة.

كما يحدث رعشة كثيفة في اليدين عند كبار السن، مما يؤدي في الكثير من الأحيان إلى التباسها بالأمراض العصبية.

2-9-11 سرعة رد الفعل:

إن النقص في السرعة عند كبار السن أثناء القيام بمجهود حركي خفيف مرجعه عدم السرعة في القدرة على الإدراك، و اتخاذ القرار في ما يجب عمله و قد استنتج ان السبب في ذلك هو تأثير كبار السن على الخلايا الحية الحساسة و أنه يمكن تحسين ذلك في ممارسة النشاط الرياضي.

2-9-12 الإحساس الجلدي

إن النواحي الحسية للجلد البشري تضعف تبعا لزيادة العمر و خاصة فيما بين أربعين و ستين سنة حتى يصل معدل يصل معدل الضعف إلى نهايته القصوى، و بذلك يصبح تكيف الجسم بدرجات الحرارة الساخنة و الباردة بطيئا، و لذلك نجد كبار السن يتأثرون بالحر اللافح صيفا، و البرد القارص شتاء، كما كانوا يتأثرون في شبابا.

2-10 الخصائص النفسية و الإنفعالية:

أيام الحياة الناجمة الحافلة التي تضمن لصاحبها المزيد من المحبة و الإحترام، إذا عرف المسن كيف يوائم بين نفسه و حياته في هذه المرحلة، فنجد أن لكل من الشباب و الشيخوخة مستواه من السعادة و معاييره التكوينية النفسية المتكاملة، فكمال الشباب يكون في اندفاع الشباب و إنتاجه و نشاطه، و كمال الشيخ يكون في تفكيره و حخته و وقاره.

2-10-1 التكوين الانفعالي:

عادة ما تكون النواحي الإنفعالية عند كبار السن متأثرة بمراحل السنية السابقة، و كذلك بخصائص فيزيولوجية مميزة لها، كما تتأثر أيضا بالظروف الإجتماعية الجديدة التي بدأ الفرد يعيشها .

و تعد فترة الشيخوخة فترة حرمان في حياة أي إنسا، و ذلك يرجع إلى تغيير الظروف الأسرية حين يترك الأبناء المنزل و يفقد في السر عمله و يموت أصدقاءه.

و يمكننا أن نلخص أهم الانفعالات إلى النواحي التالية:

- الانفعالات كبار السن الذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم و تؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني.
- لا يتحكم كبار السن تحكما كبيرا و صحيحا في انفعالهم شأنهم في ذلك الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم و عواطفهم.
- تتميز انفعالات كبار السن العناد و صلابة الرأي، و قد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد.
- بالرغم من عنادهم و غضبهم أكثر قابلية للإستهواء من غيرهم.
- يميل كبار السن إلى المديح و الإطراء و تشجيع (عفاف عبد المنعم و شحادة درويش و محمد جابر

أحمد بريقع، 2000، صفحة 101)

11-2 بعض حقائق البيولوجية لعملية الكبر:

يمكننا تلخيص بعض النتائج التي توصل إليها العلماء و الباحثون في عملية الكبر في الآتي:

- زيادة في سمك الأنسجة الرابطة التي تصل الأعضاء بعضها البعض.
- زيادة في كمية الدهون في الجسم
- نقص في مرونة الأنسجة الرابطة.
- نقص في كمية الأكسجين المستخدمة.
- نقص في كمية الدم التي يدفعها القلب لباقي أعضاء الجسم في حالات الراحة
- نقص في عدد الخلايا العاملة
- نقص في كمية الهواء الخارجة من الرئتين
- ضعف القوة العضلية
- نقص في التوافق العضلي العصبي
- انخفاض في إفراز الهرمونات الخاصة التي تفرزها الغدد الخاصة بالجنس، و يمثل هذا انخفاضا عن إفرازها الطبيعي.
- زيادة سمك و صلابة جدران الشرايين بالنسبة للأفراد الذين يزيدون من أكل الدهون
- فقدان سرعة الحركة و القوة.
- زيادة تدريجية للماء في الجسم على حساب العناصر الصلبة و في كمية الكبر و يقل كتنابوليزم المخ وكذلك ينكمش المخ في الحجم (تهاني عبد السلام، 2001، الصفحات 192-193)

12-2 بعض الحقائق النفسية لعملية الكبر:

- أن هناك نقصا في الذاكرة للأحداث القريبة زمننا، كذلك استبعاد الذاكرة للأحداث الحزينة.
- تقوى الذاكرة لأحداث الماضي خاصة الأحداث السارة و التي اتسمت فيها حياة المسن بالنجاح.
- الشعور بالضيق الذي نسبته العزلة و الشعور بالوحدة.
- الشعور بالقلق لأحداث الوفاة التي تحدث بين افراد من نفس العمر سواء أقارب أو اصدقاء
- الجمود: فكلما تقدم المسن يتمسك الفرد بإبراءه و يصبح كما ذكر البعض نقصان في المرونة
- تقل القدرة على التعلم بمرور العمر حيث أن التعلم عملية تحتاج إلى هدم أنماط معينة من السلوك و يصعب ذلك على المسن.
- يتناسب الذكاء تناسباً عكسياً مع تقدم السن أي كلما تقدم الإنسان في السن نقصت قدرته الذهنية (تهاني عبد السلام، 2001، صفحة 195)

2-13 أهمية دراسة المسنين:

- تزداد نسبة الكبار سنة بعد سنة و لهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار، خاصة المظاهر الجسمية و الحسية و العقلية المعرفية و الانفعالية النفسية، و العاطفية و الاجتماعية، و يمكن لنا أن نرجع أسباب زيادة تعداد الكبار في العالم للظواهر الصحية الآتية إضافة إلى حضور سلام عالمي:

- ارتفاع مستوى الصحة الوقائية التي تهدف إلى منع انتشار الأمراض و الأوبئة مع رقي البعد الغذائي تقدم أغذية عالية المستوى الغذائي، مع تكنولوجيا متقدمة لتقديم الطعام المغذي و الذي هو ذو قيمة غذائية تلي متطلبات البشر.

- ارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف إلى تقديم الرعاية المناسبة لكل الأمراض المعروفة.
- ارتفاع مستوى الصحة النفسية التي تهدف إلى تحقيق التكامل الصحيح للشخصية الإنسانية و إلى تسيير أسباب الراحة النفسية التي تحول بين الفرد و بين الأمراض النفسية و العصبية المختلفة، إضافة إلى تمتع الناس في معظم الرقعة الأرضية بالسلام العالمي، مما أدى إلى احتفاظ كل دولة بزهرات شبابها الذين يمسون كبارا و إلى زيادة نسبة الكبار في كل دولة.

- المجتمع الذي تنتفس هواءه قاداته من الكبار و هم الذين يوجهون سياسة الدولة و يخططون لمشروعاتها الإقتصادية و ينظرون إلى تطورها السياسي و الاجتماعي بما يتماشى نظام العولمة لذلك يجب أن ندرس هؤلاء الكبار لمعرفة امكانياتنا البشرية ووسائل تحقيق أهدافنا.

- زيادة الاهتمام بدراسة الكبار تخدمنا لتوظيفها في فهم أنفسنا و فهم غيرنا و تطوير المجتمع الذي نعيش فيه(الميلاد، 2002، الصفحات 14-15)

2-14 الرياضة و كبار السن:

مما لا شك فيه أن جسم الإنسان و حيوية الخلايا و الأنسجة تتأثر ايجابا بممارسة النشاط الرياضية في مختلف مراحل الحياة ابتداء من الطفولة و حتى سن الشيخوخة و تنشيط الجسم بالحركة المستمرة يؤدي إلى:

- رفع مستوى الكفاءة البدنية و الوظيفية.

- تحديد شباب الخلايا للجسم و أنسجته و أعضائه.

- تأخير بداية الشيخوخة و مشاكلها

- تحسين الحالة النفسية و تقليل الاضطرابات العصبية و النفسية

و قد تبين من الأبحاث العديدة بأن قلة الحركة و قلة النشاط البدني يسبب التدني التدريجي الذي يحدث في وظائف أعضاء الجسم و الذي يحدث من 30-50 سنة من العمر الزمني و ممارسة الرياضة فالأنشطة الرياضية

المختلفة تساعد على رفع الكفاءة البدنية و تقلل من النقص التدريجي في الكفاءة الوظيفية و أثبتت بعض الدراسات أن مستوى اللياقة البدنية للشخص الرياضي في سن الخمسين قد تعادل مستواه لغير الرياضيين في سن الخامسة و العشرين (اسماعيل، 2009، صفحة 51)

2-14-1 الحالات الممنوعة فيها ممارسة كبار السن للرياضة في وقت الفراغ:

لقد قسم سترونبرج الحالات المرضية الممنوع فيها ممارسة كبار السن الرياضة إلى: حالات مطلقة وحالات نسبية.

2 14 1 1 الحالات المطلقة:

- الالتهابات الحادة و الأمراض المعدية.
- عدم التكافئ الشديد في وظائف الكبد و الكلى.
- الهبوط الاحتقاني
- الضيق الشديد في الشرايين التاجية
- التقلص الشديد لشرايين القلب الذي ينبع عن أقل مجهود
- جلطة الشريان التاجي الحديثة أقل من 4 أسابيع
- فتق الأوركي أو البطين
- الجلطة الحديثة بالدورة الدموية الكبرى أو الدورة الرئوية
- خلل شديد في وظائف الرئة

2 14 1 2 الحالات النسبية:

- أمراض الجهاز العصبي العضلي
- عدم انتظام ضربات القلب الذي يزيد بالرياضة
- حالات تشوهات المفاصل
- تناول بعض العقاقير و الأدوية كمنشطات مستقبلات B أدرينالين (اسماعيل، 2009، صفحة 63)

2-15 مقارنة كبار السن الممارسين وغير الممارسين:

اعتمادا على الأبحاث العالمية التي تناولت مقارنة المسنين الذين يمارسون أنشطة بدنية بالذين لا يمارسون نجد النتائج التالية:

- المجموعة الأولى تتميز بتكيف أفضل و قدرة جسمانية أكبر
- المسنين الرياضيين أكثر قدرة على مقاومة الأخطار من أقرانهم غير الرياضيين

-المسنين الذين ارتبطوا بممارسة رياضة منتظمة منذ الشباب يكون بيولوجيا أصغر من الذين لا يمارسون أي رياضة و في نفس العمر الزمني.

-الرياضة ليست بالضرورة تؤدي إلى تحسين في الأداء الجسماني حيث أنه من الضروري أن توجد اشتراطات لا بد من توفرها حتى تحدث هذا التحسن. تؤخذ في الاعتبار بصفة خاصة موانع ممارسة كبار السن للرياضة - كبار السن المرتبطين بنشاط رياضي منذ عدة سنوات ليست لديهم فقط قدرة جسمانية بل أيضا توظيف أفضل الأجهزة العضوية.

الخاتمة:

إن تحديد عمر المسن طبقا للتاريخ المسجل بشهادة الميلاد ليس بالمقياس الصحيح و المجتمع لمعرفة عمر المسن، بل يجب ملاحظة العمر الوظيفي و سلامة أجهزته الوظيفية و هناك دلائل تشير إلى أن بعض المتقدمين في السن يمتلكون قدرات فيزيولوجية تكافئ قدرات من هم أصغر سنا و أحيانا تكون أفضل كما أن للمسن اهتمام بتشخيص الأمراض الجسمية و النفسية و الفيزيولوجية و علاجها بشتى الطرق نذكر الترويح الرياضي بلعب دورا هاما في اشباع احتياجات المسن في جميع المجالات الاجتماعية والعاطفية والنفسية و شعوره بالسعادة و المرح والتقليل من التوتر و الانفعالات النفسية كالقلق و الاكتئاب.

الفصل الثالث

كبار السن كمحطة أخيرة في حياة الإنسان

3 4 عجز المجتمعات:

هناك ملاحظات عديدة عن موقف كبار السن، يجب ذكرها والحديث عنها و هي تتعلق بشكل أساسي بالإجابة عن سؤال مقتضاه: هل يجب أن ينظر إلى كبير السن على أنه محطة أخيرة للعمر الزمني للإنسان؟

لقد تصدى كثير من العلماء و المفكرين على مستوى العالم و كان في مقدمتهم الألمان أندرياسبرينكمان، أنجيلا رودر للإجابة عن هذا السؤال مستندين في ذلك على ما جاء بالأطر المرجعية و البحوث والدراسات و المقالات العلمية المتبقية عن آراء و فلسفات و حقائق، حيث لا يمكن و لا يستطيع المجتمع التخلي عن أعضائه من كبار السن، فهذا أمر لا يقبل. بمجرد النقاش أو الجدل، و لكن هل يعكس واقع الأمر هذه المسلمة، قد تكون الاجابة "لا" فقد يكون ذلك بقصد أو بدون قصد لعوامل الإهمال واللامبالاة أم النسيان أو الانشغال.

لا يمكن للمجتمع التخلي عن أعضائه من كبار السن بخدمتهم و إعطائهم الفرصة للحكم على مقدراتهم و الاستفادة من خبرات حياتهم و تأمين الأسرة و الحياة الأسرية السعيدة بالتقارب و التعاون مع الجيران و المجتمع الصغير ككل حول السن، نحن نريد التوصل إلى مواطنين مسنين أقوياء يحملون صلابة الأجيال، فكبر السن، كأى مرحلة عمرية لها قيمتها وواجباتها و احتياجاتها، و من ثم يجب على المجتمعات المتقدمة انسانية تأمين حياة كريمة سعيدة لهؤلاء المواطنين في إطار احتياجاتهم.

على المجتمع أن يسعى لتقديم الفرص المناسبة لكبار السن لإظهار قدراتهم و مدى إمكانية مساهمتهم في خدمة المجتمع و هم من أصحاب خبرات عريضة يمكن للمجتمع أن يستثمرها و يستفيد منها، و على المجتمع أن يسعى لخدمتهم من خلال ما يلي:

- تأمين الجو الأسري بحيث تتوفر الحياة الأسرية السعيدة للمسن.
- مساعدة المسن على إحداث تواصل جيد مع جيرانه و المجتمع الصغير و كذلك المجتمع الكبير الذي يعيش فيه.
- مساعدة المسن على أن يصبح قويا و قادرا على تحمل المشكلات المحيطة به، فكبر السن كأى مرحلة عمرية، لها قيمتها و احتياجاتها و واجباتها و مسؤوليتها؟
- تأمين حياة كريمة و سعيدة لكبار السن في إطار احتياجاتهم.

إن عدم الرضا من الرعاية التي تقدمها المجتمعات لكبار السن لا تقتصر فقط على المجتمعات الفقيرة أو النامية، فهذه الظاهرة موجودة أيضا في المجتمعات الغنية خذ مثلا في ألمانيا حيث يؤكد المنظمات العالمية "أن المعلن من

الأهداف الديمقراطية و الاجتماعية لمدة مع المسنين عامة، لا يتماشى مع واقع الحياة المادية وغير المادية لجزء كبير من المسنين"

إن وضع كبار السن في المجتمع يشير بوضوح إلى انقسام حضاري خطير، فلا يجوز للفرد أن ينهي حياته خاوي الوفاض، و يجب أن نعلم أن المسن عضو عامل نشط و فعال في المجتمع، و أن عطاء المسن يجب أن يستمر حتى نهاية العمر.

يبدو أنه من الصعب أن يكون الإنسان مسنا و يحتفظ بمكانته و كرامته، لذلك لا عجب أن نرفض و أن نقر أننا أصبحنا مسنين، حتى تتلاقى قدر المستطاع تجاهل المجتمع لنا، هكذا يقول المسنون، و يرجع هذا الرفض إلى ان مصطلح كبير السن مرتبط بالعجز و الفقر و المرض و عدم الإدراك و الاعتماد على الغير و عدم القدرة على التأقلم، لذلك هناك خوف شديد عندما يقترب الإنسان من الوصول لهذه المرحلة (مرحلة الكهولة).

يجب أن نعمل على أن يكون الوصول لمرحلة كبير السن و المرور بها أمرا طبيعيا بكل ما يرتبط بذلك من جوانب صحية و اجتماعية و عاطفية و فكرية و ثقافية و يجب استمرار اشراك المسنين في العديد من التنظيمات و الهيئات و الاتحادات و تشجيعهم على ارتياد العمل العام و العمل التطوعي و الظهور في الحياة العامة.

كما يجب أن نعود مرة أخرى إلى الصورة القديمة للمسن، ذي الشعر الأبيض و بجواره زوجته اللطيفة، و يجب أن نعود مرة أخرى التعبيرات الجميلة التي كانت تطلق على المسنين التي منها: عجوز و لكنه قادر على الزواج، و مسن و لكنه حكيم، و مسن ذو خبرة كبيرة و غيرها، و أن نبتعد تماما عن التعبيرات الشائنة التي تقال الآن على كبار السن التي منها: عجوز لا قيمة له، استنفد قواه، ممل، كثير الأخطاء، مخوف متحجر، أهطل. (د. كمال عبد الحميد اسماعيلو د. محمد صبحي حسانين، 2009، الصفحات 61-64)

3 2 الصورة السلبية لكبار السن:

أصبحت صورة العجز لدى المسن أقوى، هذه الصورة لا تركز على تغيرات بيولوجية محددة ولكنها نتيجة حدوث تغيرات حادة في ملامح الشخصية للمسن و كذلك في قدراته الإنتاجية.

هذا و يمكن تلخيص المظاهر السلبية لكبر السن في:

- البطء المتزايد في التفكير و الحركة.

- رفض الوضع الجديد، حيث يعيش المسن مع ماضيه و يكون غير قادر على التغيير.

- التحفظ الزائد و الذي يمنعه من تقبل كل ما هو جديد في حياته، فهو مثبت و متمسك بكل عاداته القديمة، و رافض بعنف لمجرد التفكير في التخلي عن هذه العادات.

- يدخل المسن في مرحلة طفولة ثانية، حيث يصدر عنه سلوكيات تتشابه مع سلوكيات الأطفال مثل العناد و الإصرار.

- انعدام الأهداف و الأغراض، و يصبح شاغله الأكبر هو الانشغال بذكرياته

- يصبح المسن كثير الكلام، ثرثارا و يهيم على وجهه بدون هدف واضح

- ينتابه الحرص غالبا.

- يتقلص حجمه، أي يقل حجم الجسم و يتجدد الجلد و يصبح شديد القلق.

لا شك أن كبر السن يصاحبه تغيرات فيزيولوجية و نفسية و اجتماعية، و لا يستطيع المسن عادة أن يتجنب هذه التغيرات أو التخلص منها، و لكنه يستطيع أن يقاومها بنجاح و يتعامل معها بإيجابية عن طريق التأقلم السريع و الجيد مع المجتمع بحيث يعيش حياة اجتماعية و نفسية و اقتصادية هادئة.

هناك الكثير من النظريات و الدراسات العالمة الخاصة بكبار السن منها ما يسمى "نمط المسنين" وهي دراسات ركزت على تفهم كبار السن للحياة الاجتماعية و بشكل خاص ما يتعلق بسلبيات هذه النواحي الاجتماعية. و كذلك يوجد ما يسمى بنظرية الانفصال التي وضعها كومنج، هنري زويرست عام 1961 و التي تركز على انفصال المسن عن الاتصالات الاجتماعية، كما تناولت هذه النظرية الكم الكبير من الحرية و التي قد تؤدي بالمسن إلى تصرفات غير اجتماعية...

و لعل أهم جوانب هذه النظرية أن بعد المسن عن الحياة الاجتماعية يقابل بعده عن واجباته و أدواره الاجتماعية، و أن المسؤولية تقع على كاهل المجتمع لإعادة صياغة هذه الواجبات و الأدوار بالنسبة للمسن. و يقول هوجونكرز H ,w, Jurgens "إن كبار السن محافظون و متشددون في آرائهم، و يعتبر صراع الأجيال مشكلة قديمة قدم ألف سنة"

إن نظرية "الانفصال" لم تعد ذات أهمية في أبحاث كبار السن، و يرجع ذلك لكون نتائجها غير مقنعة عندما نناقش الأمور مع كبار السن أنفسهم حيث لا تقدم لهم إجابات شافية على أسئلتهم... و يذكر ه.و. جونكرز H ,w, Jurgens أنه يجب دراسة وضع المسنين في المجتمع من وجهة نظر كيفية التعامل معهم و مساعدتهم. (د. كمال عبد الحميد اسماعيلو د. محمد صبحي حسانين، 2009، الصفحات 64-66)

و من الأمور السيئة في نظرية نمط المسنين أنها لا تسمح بإدخال المسنين كشركاء، و لا توفر اتصال أو تقارب فيما يجب عمله لهم، و هي أيضا سلبية في استثمار القوى الجاذبية لكبار السن، حيث يجب أن نتعرف على كبار السن كمحاولة لفهمهم، كما يجب أن نشعر باحتياجهم...، ثم نغير وضعنا تجاههم.

3 3 - المسن معاق و مريض:

المسن معاق Behinder و مريض Krank ... و يقول كورت هيرشة Kurt Hirche أن الأطباء الذين يتعاملون مع كبار السن يعانون من كثرة شكاوى المسن من أمراض و أعراض متعددة وأن المسن يصبر على أن تكون الروشتة مليئة بالأدوية حتى يكون راضيا عن الطبيب، فهذه حبوب للروماتيزم، و تلك كبسولات للصداع، و هذه حبوب لعدم النسيان... إلخ

لما سبق يصعب التعرف على موقف المسن و تحليل وضعه اجتماعيا قبل أن نتعرف على حالته الصحية...، إذ أن التغيرات الصحية المصاحبة لكبر السن تعد الساس في تفسير الكثير من المشكلات الاجتماعية.

و بالنسبة للناحية الصحية فإنه من الصعوبة بمكان التعرف على على أسباب الأمراض التي تصيب المسن إذ قد تكون آلية و تظهر فجأة دون مقدمات كنمط مرافق لكبار السن، أما الأعراض المعروفة و متوقعة و تحدث بشكل متكرر بالرغم من مظهر الطاووس الذي يكون عليه المسن كمحاولة منه لإخفاء المرض أو العرض. لما يلزم من وقت لآخر مراجعة الجانب النفسي و التغيرات التي تحدث للمسّن لحظة وقوعها، و هذا أمر يتطلب مراقبة لصيقة و متابعة دائمة، و كذلك يجب ملاحظة قدرته البدنية على الحركة و على أداء بشكل دائم.. حيث إن المسن معرض لما يلي:

- يتعرض الجهاز الارتكازي و الحركي إلى مرحلة إعادة بناء و يحتاج إلى دعم عصبي و عضلي خاصة في مناطق الغضاريف و النسجة الرابطة و كذلك العظام.
- حدوث ضعف في العضلات و يقل حجمها و تفقد مرونتها و تصبح أقل قدرة على الأداء و أكثر عرضة للإصابة.
- تتصلب الأوعية الدموية، و يرتفع ضغط الدم مما يؤدي إلى حدوث إجهاد أكبر على القلب.
- بناء على ما سبق تتأثر قدرة الجهاز التنفسي من حيث الاستجابة للجهد
- تنخفض إمكانات رد الفعل و سرعة رد الفعل لدى المسن، و تنخفض القدرة على التركيز و كذلك التوافق العضلي العصبي و تقل الاستجابة للمؤثرات... كما تظهر بوضوح قلة التركيز الحركي لدى المسن.

يختلف حجم و سرعة التغيرات التي تحدث للمسن من مرض لآخر، و قد يساعد زيادة الوزن والتدخين و الكحول و انعدام الحركة على سرعة حدوث الأعراض سابقة الذكر و تدهور الحالة و تصاعدها للأسوء، و هنا يلزم العمل على تحسين أجهزة المسن الحيوية كالجهاز الدوري و الجهاز الهضمي و العظام والجهاز التنفسي... و تدهور الحالة الصحية العامة لدى المسن غالبا ما يؤدي إلى الموت، أو الشعور بالموت البطيء فيما تبقى من حياته.

بالرغم مما سبق ذكره فإن الشيخوخة لا ترتبط بالظواهر المرضية سابقة الذكر في جميع الأحوال، و هذا يعني أنه لا يجب الاستسلام لمظاهر كبر السن، فهناك الكثير من هذه المظاهر يمكن تجنبها، فكون المرء سوف يصبح كهلا أو كونه كهلا بالفعل ليس جريمة، فليس في كبر السن ما يشين المرء و لا يجب تصور أن المرض أساسا مصاحب للشيخوخة و لا يمكن تجنبه.

3 4 مشكلة الوحدة لدى كبار السن:

في كثير من الدول المتقدمة يعيش المسن بمفرده وحيدا فيعيش الوحدة و يكون منعزلا حتى و إن كان يعيش مع أسرته، فالشعور بالوحدة يلازمه نفسيا و قد يكون بسبب المعاملة و إحساسه بانشغال الجميع عنه و هذا أمر لا يملك إلا ان يقول "نحن في منهي الأسف لكبار السن فنحن نقابلهم بفتور لكبر سنهم و مرضهم و ضعفهم و اضطراب الذاكرة لديهم، و غالبا ما نجد أنفسنا محجرين على وضعهم في بيوت الرعاية لفترة عمرهم المتبقية، و البعض منا يراهم مزعجين و متمسكين بخبراتهم القديمة و قيمهم التي لا تتماشى مع القيم المعاصرة للأجيال الجديدة، و غالبا ما نحتال عليهم بكلام معسول عن مرور سنوات العمل و الجهد و حلول سنوات الراحة و المتعة بالحياة، و لكن سرعان ما يظهر لهم مع الدخول في معترك الحياة في هذه السن و تدهور الحالة الصحية لديهم أن ما قبل كان وهما كبيرا"

يجب علينا أن نبذل جهدا صادقا لمصاحبة كبار السن لنكون جميعا سويا في معترك الحياة من أجل فرص أفضل في المستقبل، بحيث يكون هناك دائما وقت لتبادل الرأي و المشورة للإستفادة من خبراتهم السابقة والتعلم منها، يجب أن تجالسهم و تفتح معهم حوارا دائما و نستمع إليهم و نتعلم منهم و نتفق و نختلف معهم في مناخ ديمقراطي جيد.

يجب علينا أن نعذر المسن لأنه عادة ما يكون تحت ضغط نفسي كبير لكن لكبر حجم الوقت الحر لديه، ولعزلته المفروضة عليه من المجتمع، خذ مثلا هذا القول لأحد كبار السن يقيم في إحدى بيوت المسنين:

"هنا في البيت جميع الأيام متشابهة، و لا أحد أعرف ما هو ما هو اليوم أو تاريخه، و هل هو الخميس أو الجمعة...، حقيقة لا أعرف أليس ذلك مخيفا و مزعجا، كما أنني لا أستطيع التحدث بأي صورة مع أحد..."

لا شك أن مشكلة الوحدة عند كبار السن من أهم المشكلات التي تواجه المسنين حتى في المنزل، و لعل النظرة السريعة إلى توقعات المستقبل تنذر بالخطر لأن أعداد المسنين في تزايد مستمر، فمثلا وصل عدد المسنين في ألمانيا الاتحادية (سابقا) أكثر من ثلث المواطنين، و بالتالي زادت أعداد المحالين على المعاش

و كذلك زادت أعداد بيوت الضيافة للمسنين، كما أن التطور الحادث في الخدمات الصحية و انخفاض معدل المواليد سوف يؤدي في المستقبل القريب إلى زيادة أعداد المسنين، و لنا أن نعرف أن متوسط أعمار المتوفين في

ألمانيا قد زاد في الثلاثين سنة الأخيرة بنسبة 5.6 سنة فوصل متوسط العمر إلى 80 سنة للذكور في حين ارتفع من 67.5 سنة إلى 86.5 سنة بالنسبة للإناث.. و هذا بدوره يعمل على زيادة عدد المسنين.

و هناك آمال أن يصاحب الزيادة المتوقعة في أعداد المسنين في المستقبل القريب إلى تحسين الوضع الاجتماعي للمسنين و زيادة الاهتمام بهم.. و لكن يرى البعض أن هذا التوقع ليس مؤكداً.

إن مشكلة الوحدة لدى المسنين المستفحلة في كثير من الدول المتقدمة و التي كنا لا نستشعرها في المجتمعات العربية بعامة و في مصر بخاصة، أصبحت تطفو مظاهرها في العصر الذي نعيشه فأين؟ و متى؟ و كيف؟ تعد العدة للتصدي لها.

إن افتراض أنه عن طريق رياضة الوقت الحر للمسنين و المسنات، قد يساعد في معالجة المشكلة يكون فرضاً متفائلاً و قد يؤخذ أو يتفهم بجدية، و لذا يلزم الأمر العديد من الاجراءات على المستويات السياسية و مقابلات مع الهيئات العاملة في هذا المجال، ثم مع كبار السن انفسهم.

خلاصة:

إن رياضة الوقت الحر لكبار السن يمكنها أن تساعد المسنين على التخلص من وحدتهم و انعزالهم وعودتهم إلى الحياة الاجتماعية في مجتمعهم، و عن طريقه يكتسب كبار السن الكثير من المعارف و القدرات التي تمكنه من استعادة حياته الطبيعية و مشاركة الجماعة و المجتمع بالتقارب و المعاونة كل في مجاله للتوصل لحياة أفضل.

و مما سبق يتضح أن مشكلة الوحدة لدى المسن ترجع إلى تقصير شديد من المجتمع، و لعل أكبر المشكلات المسببة لذلك عدم وجود حوار إيجابي بين الأجيال و بين الكبار و الصغار يسمح بتبادل الأفكار و الأدوار.

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الأول:

منهجية البحث

تمهيد:

لقد تطرق الطالبان الباحثان خلال هذا الفصل إلى توضيح منهجية البحث و الإجراءات الميدانية المتبعة بغية الوصول إلى تحقيق الأهداف المنشودة و هذا من خلال تحديد المنهج العلمي المتبع، عينة البحث، مجالات البحث و كذلك الضبط الإجرائي لمتغيرات كما سيتم التطرق إلى عرض مفصل للأدوات البحث والقواعد التي ينبغي مراعاتها في الإعداد لها و تنفيذها مع اختتام الفصل بعرض دقيق للوسائل الإحصائية التي سوف يستند عليها الباحث في معالجة النتائج المتحصل عليها و أهم الصعوبات التي واجهت الطالب الباحث جراء إنجاز هذا البحث المتواضع.

1 1 - منهج البحث:

نظرا لطبيعة الدراسة تم اختيار المنهج الوصفي لأنه يمكن استخدامه من دراسة الظواهر من جوانبها المختلفة.

و يقول "عمار بوحوش" و "محمد تيديات" إن الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لإكساب الحقيقة و منهج البحث يختلف باختلاف المواضيع لهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية، و من خلال المشكلة المطروحة في البحث فإن المنهج الوصفي يبدو أكثر ملائمة لمعالجة هذا المشكل، وقد عبر "محمد زيان" عن المنهج الوصفي قائلا "هو عبارة عن مسح شامل للظواهر الموجودة في جماعة معينة وفي مكان معين ووقت محدد، بحيث يحاول الباحث كشف ووصف الأوضاع القائمة و الاستعانة بما يصل إليه في التخطيط للمستقبل(محمد زيان، 2000، صفحة 118)"

1-1-1 المنهج الوصفي:

مما لا شك فيه أن أي منجز علمي يطمح إلى الاتصاف بصفة العلمية يجد نفسه مطالبا بوضع خطة أو طريقة أو منهج يحدد من خلاله الخطوات التي اتبعها في الوصول إلى النتائج التي حققها و من دون ذلك يعد المنجز عملا يتصف بالنشاز و عدم الدقة و المنهجية لذلك نجد أن الضرورة العلمية تقتضي منا استخدام المنهج الوصفي باعتباره دراسة الوقائع السائدة المرتبطة بظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأفراد أو مجموعة من الأحداث أو مجموعة معينة من الأوضاع.(حسين عبد الحميد رشوان، 2003، صفحة 66)

1 2 - مجتمع البحث وعينة البحث:

من الناحية الاصطلاحية: " هو تلك المجموعة الأصلية التي تأخذ من العينة و قد تكون هذه المجموعة مدارس، فرق، تلاميذ أو أي وحدات أخرى(محمد نصر الدين رضوان، 2003، صفحة 14)

و قد حددنا في بحثنا هذا ما يمكن تحديده على أنه كل الأشياء التي تمتلك الخصائص أو السمات قابلة للملاحظة و القياس و التحليل الإحصائي.

يقول "عبد العزيز فهمي هيكل" العينة هي مجموعة المعلومات عن عدد الوحدات التي تحسب من المجتمع الأصلي لموضوع الدراسة بحيث تكون ممثلة كمثل صادقة لصفات هذا المجتمع، العينة هي جزء مأخوذ من المجتمع الأصلي لموضوع الدراسة بحيث تكون ممثلة كمثل صادقة لصفات هذا المجتمع، العينة هي جزء مأخوذ من المجتمع الأصلي و التي عن طريقها يمكن الحصول على البيانات الفعلية اللازمة للتجربة (عبد العزيز فهمي هيكل ، 1994، صفحة 89)

و قد شملت عينة البحث في التجربة الاستطلاعية على 50 مسنا من دور العجزة لولاية وهران، مستغانم، شلف، و معسكر تم اختيارها بشكل غير عشوائي.

1 3 - متغيرات البحث:

1-3-1- المتغير المستقل:

هو عبارة عن المتغير الذي يفترض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة و دراسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر.

تحديد المتغير المستقل: الإصابات الشائعة

1-3-2- المتغير التابع:

متغير يؤثر فيه المتغير المستقل و هو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع. (محمد حسن علاوي و أسامة كامل راتب، 1999، صفحة 219)

تحديد المتغير التابع: عينة من المسنين في دور العجزة

المتغير الوسيط: تحديد

1 4 - مجالات البحث:

1-4-1- المجال المكاني : تمت الدراسة على المسنين في دور العجزة حيث اخترنا أربع مراكز للمسنين

لولايات معسكر و وهران، الشلف، مستغانم و أسماء المراكز مدونة بالملاحق.

1-4-2 المجال البشري : تمت دراسة البحث على بعض المسنين في دور العجزة لولايات معسكر، وهران،

الشلف، مستغانم.

1 4 3 المجال الزمني: تم انجاز البحث في المجال الزمني من جانفي 2014 إلى غاية ماي حيث كانت:

- الدراسة النظرية من 05 جانفي 2014 إلى 20 ماي 2014

قام الطالبان بتوزيع الإستمارات الخاصة بالتجربة الإستطلاعية في يوم 07 جانفي 2014 و قد تم إعادة

الإستمارات بعد أسبوعين أي في يوم 22 جانفي 2014

1 5 - أدوات البحث:

تكتسي أدوات البحث أهمية بالغة في عملية البحث العلمي باعتبارها الوسيلة الهامة التي تعتمد عليها كافة العلوم في جمع الحقائق و المعلومات حول الظاهرة المدروسة و تتوقف دقة و صدق النتائج المتحصل عليها في أي بحث على دقة الأدوات المستخدمة و درجة مصداقيتها و من هذا المنطلق فإن أهم الأدوات المنهجية التي استخدمناها في دراستنا هي:

1-5-1- الاستبيان:

فضلنا أن يكون الاستبيان أداتنا في هذه الدراسة هذا الاختيار المقصود لأنه يمكن الباحث من اختيار عينة كبيرة في مدة زمنية قصيرة و حتى يطلع القارئ على معنى هذه الأداة الشائعة في البحوث الوصفية التحليلية.

و يعرف أنه: مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل إلى الأشخاص المعنيين بالبريد أو يجري تسليمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن المواضيع و التأكد من معلومات متعرف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق.(موريس أنجرس/ ترجمة بوزيد صحراوي و كمال بوشرف، 2004، صفحة 205)

و لقد استخدمنا الاستبيان كوسيلة في بحثنا هذا و ذلك قصد معرفة الإصابات الشائعة لدى المسنين في مراكز الشيخوخة .

و يتكون الاستبيان من: الأسئلة المغلقة و تكون الاجابة واحدة بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة لذلك.

1 5 2 - الدراسة الاحصائية:

الطريقة الاحصائية تتضمن معالجة الحسابات التي تمكنا من ترجمة نتائج بصفة دقيقة و قد اعتمدنا على بعض تقنيات المنهج الاحصائي الرياضي و تحليل الجداول و استخراج النسب المئوية و حساب كا² وتمثيلها في الجداول و الدائرة النسبية كأداة تمثيلية بيانية لهذا قمنا باستعمال:

التكرار × 100

حساب النسبة المئوية =
المجموع

$$\frac{(ت - و - ت م)^2}{ت و} = \text{حساب كا}^2$$

حيث ت و تكرار واقعي (المشاهد)

ت م: تكرار المتوقع (المحسوب)

درجة الحرية = (عدد الحالات - 1)

الجدول الخاص ب كا² الجدولية يوجد بالملاحق.

1 6 - الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية تعتبر ذات أهمية بالغة في تسهيل عمل الباحث حتى يطمئن على مستوى الأسئلة و سلامة صياغتها.

تتضمن الدراسة الاستطلاعية العديد من المقابلات مع أولئك الذين يفترض بهم أن لديهم معلومات أساسية و هامة. (محمد عوض البسيوني و فيصل الشاطي، 1998)

الاجراءات التي استعملها الطالبان في الدراسة الاستطلاعية:

1 - توزيع الاستمارة و القيام بتصحيح الكلمات الغير مفهومة و المعاني الغامضة و هذا بإعادة صياغة بعض الأسئلة.

2 - اجراء مقابلة مع مسنين في دور العجزة و هذا من أجل تحديد مجتمع البحث و عينة البحث الاستطلاعية الخاصة باستخراج أدوات جمع البيانات.

أخذ فكرة عن كيفية توزيع الاستمارة و استجابة أفراد عينة على أنسب طريقة لتحليل فهم مدى فهم لحتوى الاستبيان و تحديد أدوات جمع البيانات للدراسة الاستطلاعية.

1-7 الأسس العلمية للاختبارات:

1-7-1- الصدق:

من صفات التي يتوجب توافرها الصدق إلى أي درجة يقيس المقياس الغرض المصمم من أجله و يقصد بالصدق مدى صلاحيته لقياس ما وضع لقياس أي علاقة بذات المشكلة في الدراسة من مجتمع الدراسة

و هو أنواع:(ليلي السيد فرحات، صفحة 111)

أ - الصدق الظاهري

ب - الصدق التلازمي

ت - الصدق التنبؤي

ث - صدق المحتوى

و للحكم على صدق المقياس بشكل كامل لا بد من الحكم على كل نوع من أنواع الصدق

1-7-2- الثبات:

من الصفات الأساسية التي يجب توافرها أيضا في أداة جمع البيانات قبل الشروع في استخدامها هي خاصية الثبات و تكمن أهمية قياس درجة الثبات أداة جمع البيانات في أهمية الحصول على نتائج صحيحة كلما تم استخدامه و يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة و الاتساق و استقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين.(مقدم عبد الحفيظ، 2003، صفحة 52)

1-7-3- الموضوعية:

من العوامل المهنية التي يجب أن تتوفر في الاختبار الجيد شرط الموضوعية و الذي يعني التحرر من التحيز والتعصب و عدم إدخال العوامل الشخصية للمختبر كأدائه و أهوائه وميوله الشخصي و يعرفها عنها بمعامل ارتباط.(محمد صبحي حسانين، 1987، صفحة 85)

1 8 صعوبات البحث:

من البديهي أن لا تخلو أي دراسة من صعوبات و عوائق كما هو الحال بالنسبة لدراستنا هذه التي اعترضتنا من خلالها عدة صعوبات و عوائق و لهذا سنكتفي بذكر الصعوبات الأساسية التي واجهتنا في مختلف مراحل إنجاز هذا البحث سواء كانت في الجانب النظري أو التطبيقي و المتمثلة في:

- صعوبات في توزيع الاستمارات في بعض مراكز الشيخوخة

- صعوبات في جمع الاستبيانات و كذا تلقي بعضها وضياع البعض الآخر و هذا خلق بعض التأخر في إجراء البحث

-بالإضافة لضيق الوقت الذي حاولنا الموازنة في كتابة المذكرة و البحث عن مراجعها و دراستنا اليومية في المعهد و التدريبات الرياضية.

- رفض بعض مدراء مراكز الشيخوخة بإجراء البحث الميداني في مؤسساتهم.

الفصل الثاني:

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

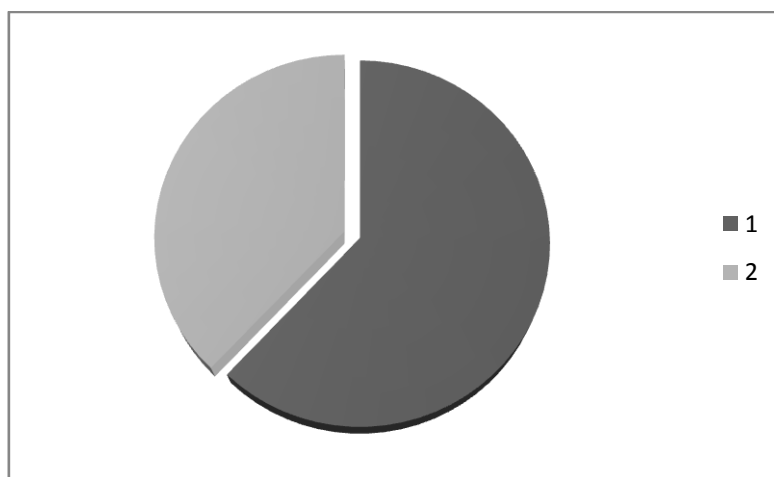
المحور الأول:

السؤال رقم (01): الجنس

الهدف منه: معرفة أكثر المسنون المتواجدين في دور العجزة ذكور وإناث

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د. الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	31	62	50	2.88	3.84	1	غير دال
أنثى	19	38					

جدول رقم 01: يمثل نسبة الذكور و الإناث المتواجدون في دور العجزة



من خلال مناقشة الجدول رقم 01 نلاحظ أن نسبة المسنين الذكور المتواجدين في المتواجدين في دور العجزة المقدر ب 62% أكبر من نسبة النساء المسنات المتواجدات في دور العجزة المقدر ب 38 كما نلاحظ أن كا² المحسوبة والمقدرة ب 2.88 أصغر من كا² الجدولية والمقدرة ب 3.84 عند درجة الحرية 1 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على عدم وجود دلالة إحصائية لصالح إجابات المسنين في دور العجزة

ومنه نستنتج أن معظم المسنين المتواجدون في دور العجزة ذكور و البعض الآخر نساء.

السؤال رقم (02): السن

الهدف منه: معرفة سن المسنون المتواجدون حاليا في دور العجزة

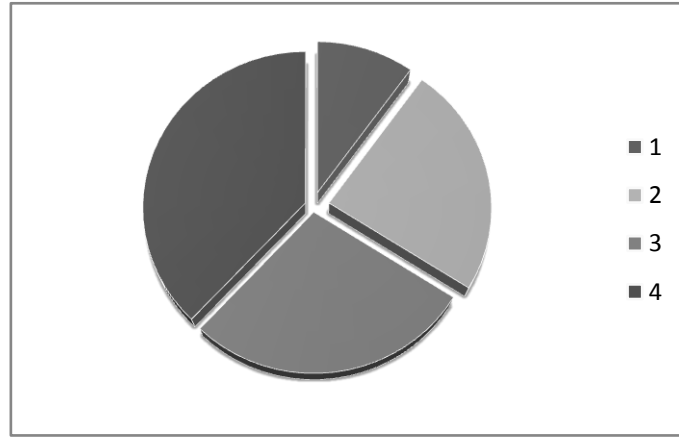
من خلال الاحتكاك بالمسنين المتواجدون حاليا في دور العجزة و من خلال ترك لهم المجال لإجابات على هذا السؤال نلاحظ أن أعمارهم تتراوح ما بين 60 إلى 70 سنة.

السؤال رقم (03): الحالة العائلية.

الغرض منه: معرفة الحالة العائلية للمسن في دور العجزة.

مستوى الدلالة	د. الحرية	كا ² الجدولية	كا ² محسوبة	المجموع	النسبة المئوية	التكرار	الحالات
0.05							
فرق دال	3	7.82	8.08	50	10	05	متزوج
					24	12	أعزب
					28	14	مطلق
					38	19	أرمل

الجدول رقم 02: يمثل الحالة العائلية للمسن المتواجد حاليا في دور العجزة.



دائرة نسبية تمثل: نسبة الحالة العائلية المتواجدون حاليا للعائليين للمسنين المتواجدين حاليا

من خلال تحليل النتائج في الجدول رقم 02 نلاحظ أن نسبة المسنين الأرامل و التي تقدر ب 38% هي الأكبر و تليها نسبة المسنين المطلقين و التي تقدر ب 28% و تليها نسبة المسنين الأعزب و التي تقدر ب 10% هي الأصغر.

كما نلاحظ أن χ^2 المحسوبة والمقدرة ب 8.08 أصغر من χ^2 الجدولية والمقدرة ب 7.82 عند درجة الحرية 3 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود دلالة إحصائية لصالح المسنين المتواجدين في دور العجزة.

ومنه نستنتج أن معظم المسنين المتواجدين حالياً في دور العجزة مطلقون.

السؤال رقم (04): ما هي مدة إقامتكم في مركز الشيخوخة؟

الهدف منه: معرفة مدة إقامة المسنون المتواجدين في دور العجزة.

من خلال احتكاكنا بالمسنين المتواجدين في دور العجزة و من خلال ترك المجال لهم للإجابة على هذا التساؤل نجد أن معظم مدة إقامتهم في دور العجزة تنحصر بين 5 سنوات إلى 07 سنوات.

و منه نستنتج أن معظم المسنين انحصرت إقامتهم في دور العجزة ما بين 05 إلى 07 سنوات.

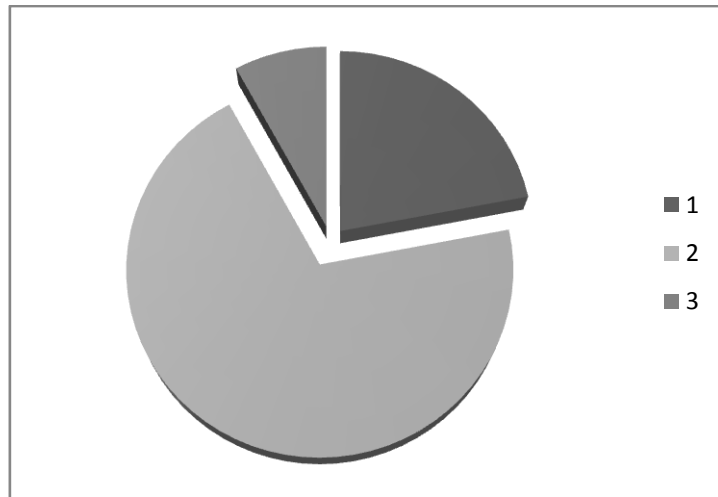
المحور الثاني:

السؤال رقم (01): هل تمارس الرياضة داخل مركز الشيخوخة؟

الهدف منه: معرفة مدى ممارسة المسنون للرياضة داخل مركز الشيخوخة.

مستوى الدلالة	د. الحرية	كا ² الجدولية	كا ² محسوبة	المجموع	النسبة المئوية	التكرار	الحالات
0.05							
	2	5.99	25.48	50	22	11	نعم
					70	35	لا
					08	04	أحيانا

الجدول رقم 03: نسبة المسنون الذين يمارسون الرياضة داخل مركز الشيخوخة.



دائرة نسبية: تمثل نسبة المسنون الذين يمارسون الرياضة داخل مركز الشيخوخة.

من خلال مناقشة الجدول رقم 03 نلاحظ أن نسبة المسنين الذين لا يمارسون الرياضة داخل مركز الشيخوخة و المقدره ب 70% أكبر من نسبة المسنين الذين يمارسون الرياضة و المقدره ب 22% و أكثر من نسبة المسنين الذين أحيانا ما يمارسون الرياضة و المقدره ب 08% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدره ب 31.72 أكبر من كا² الجدولية و المقدره ب 5.99 عند درجة الحرية 2 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق إحصائية لصالح إجابات المسنين في دور العجزة.

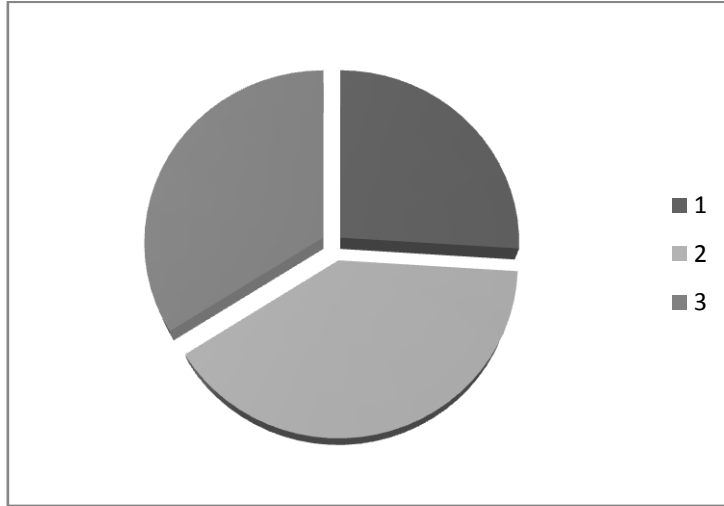
و منه نستنتج أن معظم المسنون المتواجدين في دور العجزة لا يمارسون الرياضة.

السؤال رقم (02): هل تحدث لكم إصابات داخل مركز الشيخوخة؟

الهدف منه: تحديد نسبة المسنين الذين تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة
نعم	13	26	50	1.46	5.99	2	0.05
لا	20	40					
أحيانا	17	34					

الجدول رقم 04: يمثل نسبة المسنين الذين تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة



دائرة نسبية: تمثل نسبة المسنين الذين تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة.

من خلال مناقشة الجدول رقم 04 نلاحظ أن نسبة المسنين الذين غالبا ما تحدث لهم إصابات داخل مركز الشيخوخة و المقدرة ب 40% أكبر من نسبة المسنين الذين أحيانا ما تحدث لهم إصابات داخل مركز و المقدرة ب 26% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدرة ب 1.46 أصغر من كا² الجدولية و المقدرة ب 5.99 عند درجة الحرية 2 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق إحصائية لصالح إجابات المسنين في دور العجزة.

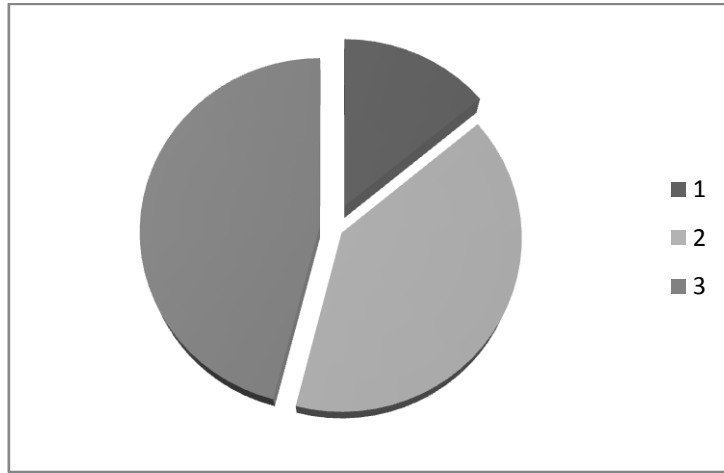
و منه نستنتج أنه غالبا ما يصاب المسنون داخل دار العجزة.

السؤال رقم (03): هل هذه الإصابة راجعة إلى القيام ب...؟

الهدف منه: معرفة سبب رجوع الإصابة للمسن داخل مركز الشيخوخة.

مستوى الدلالة 0.05	د. الحرية	كا ² الجدولية	كا ² محسوبة	المجموع	النسبة المئوية	التكرار	الحالات
غير دال	2	5.99	8.67	50	14	07	نشاط رياضي
					40	20	واجبات يومية
					46	23	حاجيات شخصية

الجدول رقم 05: يمثل نسبة رجوع إصابات المسنين داخل مركز الشيخوخة.



دائرة نسبية: تمثل نسبة رجوع إصابات المسنين داخل مركز الشيخوخة.

من خلال مناقشة الجدول رقم 05 نلاحظ أن نسبة رجوع إصابة المسن إلى قضاء حاجياته اليومية و المقدر ب 46% أكبر من رجوعها إلى قضاء الواجبات اليومية و المقدر ب 14% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدر ب 8.67 أكبر من كا² الجدولية و المقدر ب 5.22 عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أنه لا يوجد فروق إحصائية لصالح إجابات المسنين في دور العجزة.

و منه نستنتج أن رجوع إصابة المسن أغلبها قضاء حاجيات شخصية و بعضها راجع إلى قضاء واجبات

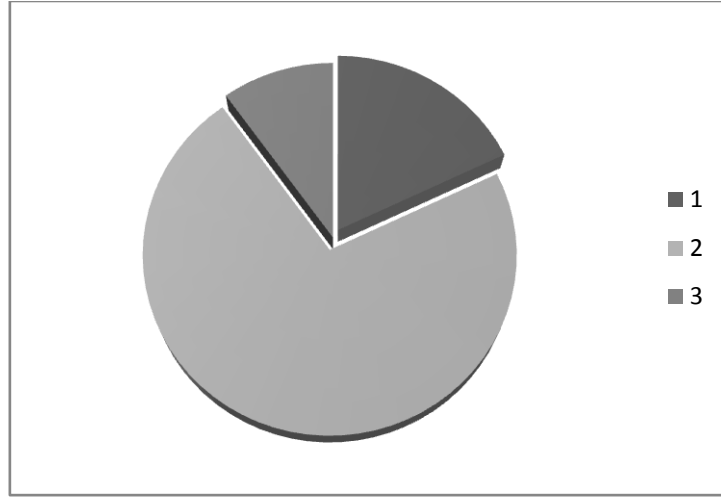
يومية.

السؤال رقم (04): ما نوع هذه الإصابة التي تحدث داخل المركز؟

الهدف منه: معرفة مستوى الإصابة التي تحدث للمسّن داخل مركز الشيخوخة.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د. الحرية	مستوى الدلالة 0.05
خفيفة	09	18	50	34.13	5.99	2	دال
متوسطة	36	72					
شديدة	05	10					

الجدول رقم 06: يمثل نسبة مستوى و نوع الإصابة التي تحدث للمسّن داخل مركز الشيخوخة.



دائرة نسبية: تمثل نسبة مستوى و نوع الإصابة التي تحدث للمسّن داخل مركز الشيخوخة.

من خلال مناقشة الجدول رقم 06 نلاحظ أن نسبة إصابات المسنين المتوسطة و المقدره ب 72% أكبر من نسبة إصابات المسنين الخفيفة و المقدره ب 18% و أكبر من إصابات المسنين الشديدة و المقدره ب 10% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدره ب 34.13 أكبر من كا² الجدولية و المقدره ب 5.99 عند درجة الحرية 2 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق إحصائية لصالح إجابات المسنين المتواجدين في دور العجزة.

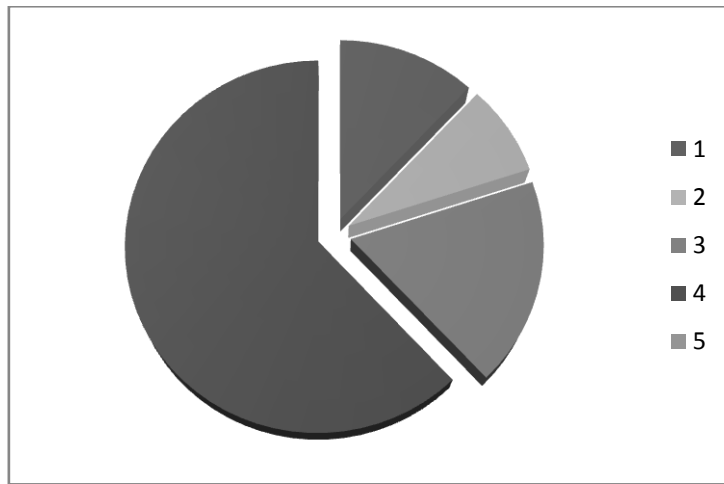
و منه نستنتج أن معظم الإصابات لدى المسنين في دور العجزة خفيفة.

السؤال رقم (05): ما هي الإصابات التي تحدث لكم في مركز الشيخوخة؟

الهدف منه: معرفة نوع الإصابات الشائعة للمسنين التي تحدث داخل المركز.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة 0.05
كدمات	06	12	50	59.4	9.49	4	دال
تمزقات	04	08					
التواء	09	18					
انزلاق غضروفي	31	62					
أماكن أخرى	00	00					

الجدول رقم 07: يمثل نسب نوع الإصابات التي تحدث للمسسن داخل مركز الشيخوخة



دائرة نسبية: تمثل نسب نوع الإصابات التي تحدث للمسسن داخل مركز الشيخوخة

من خلال مناقشة الجدول رقم 07 نلاحظ أن نسبة إصابة الانزلاق الغضروفي و المقدره ب 62% أكبر من نسبة الإلتواءات و المقدره ب 18% و أكبر من نسبة الكدمات و المقدره ب 12% و أكبر من نسبة التمزقات المقدره ب 8% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدره ب 59.4 أكبر من كا² الجدولية و المقدره ب 5.99 عند درجة الحرية 4 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود فروق إحصائية لصالح إجابات المسنين المتواجدين في دور العجزة.

و منه نستنتج أن أكثر إصابات المسنين في دور العجزة يتمثل في الإنزلاق الغضروفي و أحيانا ما تكن هناك إلتواءات و التمزقات و كدمات و هذا ما قالته الدكتوره رشا الحموي في المؤتمر الدولي لطب و رعاية المسنين خلال الفترة 7 إلى 9 محرم 1435هـ، 10 إلى 12 نوفمبر 2013م أن أكثر من 80% من المسنين

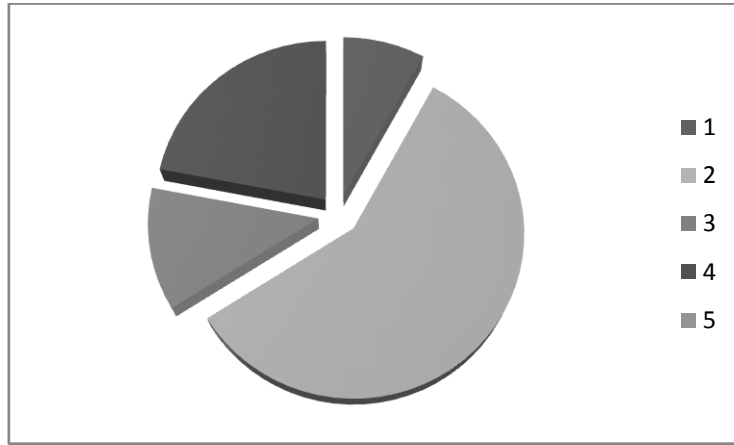
يعانون من ألم و تيبس سببه الانزلاق الغضروفي في المفاصل الكبرى التي تحمل الجسم كالركبتين و العمود الفقري.

السؤال رقم (06): ما هي الأماكن المعرضة للإصابة؟

الهدف منه: معرفة أماكن الإصابة داخل المركز الشيخوخة.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د. الحرية	مستوى الدلالة 0.05
القدم	04	08	50	51.4	9.49	4	دال
الركبة	29	58					
الساق	06	12					
العمود الفقري	11	22					
أماكن أخرى	00	00					

الجدول رقم 08: يمثل نسبة الأماكن المعرضة لإصابة للمسن داخل مركز الشيخوخة



دائرة نسبية: تمثل نسبة الأماكن المعرضة لإصابة للمسن داخل مركز الشيخوخة

من خلال مناقشة الجدول رقم 08 نلاحظ أن نسبة إصابة الركبة و المقدره ب 58% أكبر من نسبة إصابة العمود الفقري و المقدره ب 22% و أكبر من إصابة الساق و المقدره ب 12% و أكبر من نسبة إصابة القدم المقدره ب 08% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدره ب 51.4 أكبر من كا² الجدولية و المقدره ب 9.49 عند درجة الحرية 4 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود دلالة إحصائية لصالح إجابات المسنين في دور العجزة.

و منه نستنتج أن أكثر الإصابات الشائعة لدى المسنين تكون مستوى الركبة و العمود الفقري و احيانا ما تكون على مستوى الساق و القدم و الماكن الأخرى

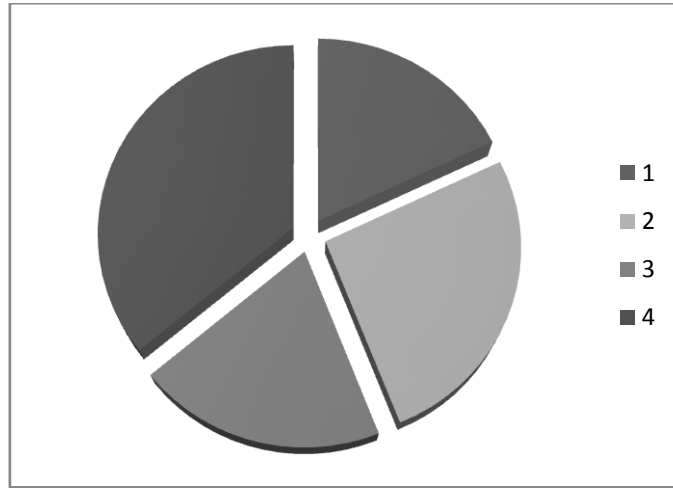
المحور الثالث:

السؤال رقم (01): هل تحدث الإصابة بسبب..؟

الغرض منه: معرفة سبب الإصابة لدى المسن داخل مركز الشيخوخة.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة 0.05
عدم الشفاء من إصابة سابقة	09	18	50	3.92	7.82	3	غير دال
نقص مستلزمات الوقاية	13	26					
نقص اللياقة البدنية	10	20					
تدهور الحالة النفسية	18	36					

الجدول رقم 09: يمثل نسبة سبب الإصابة لدى المسن داخل مركز الشيخوخة



دائرة نسبية: تمثل نسبة سبب الإصابة لدى المسن داخل مركز الشيخوخة

من خلال مناقشة الجدول رقم 09 نلاحظ أن نسبة المسنين الذين يعانون من تدهور الحالة النفسية و المقدره ب 36% أكبر من نسبة المسنين الذين أصيبوا بسبب نقص مستلزمات الوقاية و المقدره ب 26% و أكبر من نسبة المسنين الذين أصيبوا بسبب نقص اللياقة البدنية و المقدره ب 20% و أكبر من نسبة المسنين الذين أصيبوا بسبب عدم الشفاء من إصابة سابقة و المقدره ب 18% كما نلاحظ أن كا² الجدولية و المقدره ب 7.82 أكبر من كا² المحسوبة و المقدره ب 3.92 عند درجة الحرية 3 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أنه لا توجد دالة إحصائية لصالح إجابات المسنين الذين يتواجدون في دور العجزة.

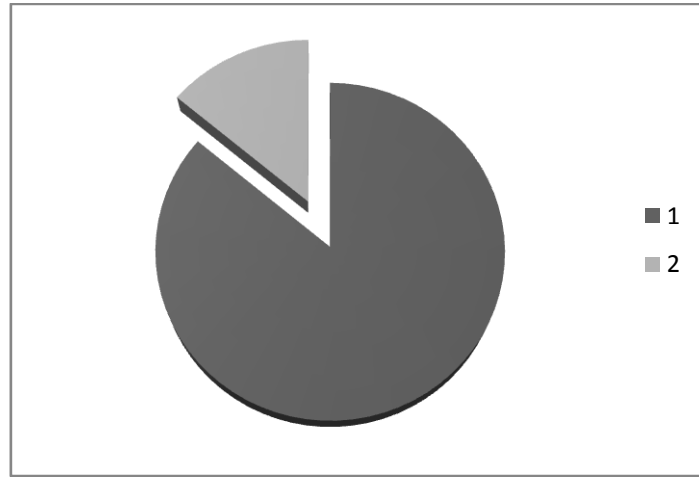
و منه نستنتج أن معظم أسباب الإصابة لدى المسنين في دور العجزة هو تدهور الحالة النفسية وأحيانا ما يكون سببها هو نقص مستلزمات الوقاية و نقص اللياقة البدنية و قليلا ما يكون سببها عدم الشفاء من إصابات سابقة.

السؤال رقم (02): هل المناخ و المحيط مسيبان للإصابة ؟

الغرض منه: معرفة مدى تأثير المناخ و المحيط على إصابات المسن.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة 0.05
نعم	43	86	50	25.92	3.84	1	دال
لا	07	14					

الجدول رقم 10: يمثل نسبة تأثير المناخ و المحيط على إصابة المسن



دائرة نسبية: تمثل نسبة تأثير المناخ و المحيط على إصابة المسن

من خلال مناقشة الجدول رقم 10 نلاحظ أن نسبة المسنين التي يؤثر المناخ و المحيط على إصابتهم و يشكل لهم خطرا و المقدرة ب 86% أكبر من نسبة المسنين الذين لا يسبب لهم المناخ و المحيط أي إصابة و المقدرة ب 14% كما نلاحظ أن كا² الجدولية و المقدرة ب 14% أكبر من كا² المحسوبة و المقدرة ب 25.92 عند درجة الحرية 1 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود دالة إحصائية لصالح إجابات المسنين الذين في دور العجزة.

و منه نستنتج أن المناخ و المحيط من أكبر مسببات الإصابة.

السؤال رقم (03): كيف ذلك؟

الهدف منه : معرفة كيفية تأثير المناخ و المحيط على إصابة المسن.

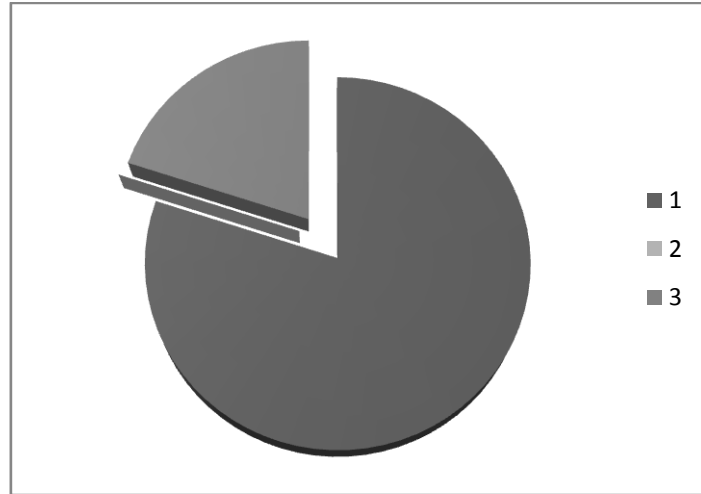
من خلال احتكاك الطالبان بالمسنين في دور العجزة و من خلال السؤال الموجه نلاحظ أن معظم الإجابات تتمثل في الأماكن الزلقة و المبللة تؤديان إلى السقوط كما نلاحظ أنهم يحتاجون إلى أشعة الشمس. و منه نستنتج أن البرد و الأمطار و الأماكن الزلقة تسبب الخوف مما يؤدي إلى الإصابة.

السؤال رقم (04): هل الخوف من السقوط سبب رئيسي للإصابة؟

الغرض منه: معرفة تأثير الخوف من السقوط على المسن و إصابته.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة 0.05
نعم	40	80	50	52.01	5.99	2	دال
لا	00	00					
أحيانا	10	20					

الجدول رقم 11: يمثل نسب تأثير الخوف من السقوط على إصابة المسن



دائرة نسبية: تمثل نسب تأثير الخوف من السقوط على إصابة المسن

من خلال مناقشة الجدول رقم 11 نلاحظ أن نسبة المسنين المصابين بسبب الخوف من السقوط و المقدرة ب 80% أكبر من نسبة أحيانا ما يؤثر الخوف و يسبب لهم الإصابة و المقدرة ب 20% و أكبر من المسنين الذين لا يخافون من السقوط و لا يؤثر السقوط إلى إصابتهم و المقدرة ب 00% كما نلاحظ أن كا²

الجدولية و المقدرة ب 52 أكبر من كا² المحسوبة و المقدرة ب 5.99 عند درجة الحرية 2 ومستوى الدلالة 0.05 مما يدل على أنه لا توجد دالة إحصائية لصالح إجابات المسنين الذين يتواجدون في دور العجزة.

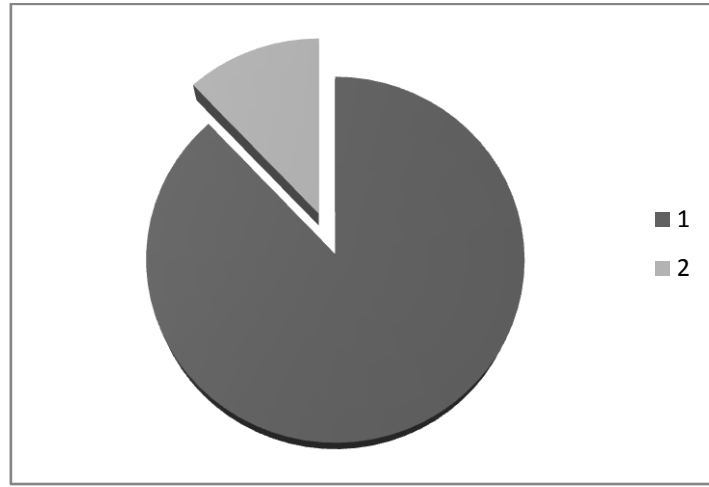
و منه نستنتج أن كل المسنين في دور العجزة يتأثرون من الخوف من السقوط الذي يسبب لهم الإصابة و هذا ما أشار إليه باحثون استراليون و بلجيكيون في جامعة نيويولز في دراسة تبين أن الخوف من السقوط يزيد من خطر سقوطهم حتى و إن كانوا فعلا ليسوا في طرق لا سبب لهم ذلك.

السؤال رقم (05): هل تؤثر الإصابة على شخصية المسن؟

الغرض منه: معرفة مدى تأثير الإصابة على شخصية المسن.

الحالات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع	كا ² محسوبة	كا ² الجدولية	د.الحرية	مستوى الدلالة 0.05
نعم	44	88	50	28.88	3.84	1	دال
لا	06	12					

الجدول رقم 12: يمثل نسبة تأثير الإصابة على شخصية المسن



دائرة نسبية: تمثل نسبة تأثير الإصابة على شخصية المسن

من خلال مناقشة الجدول رقم 12 نلاحظ أن نسبة المسنين الذين تؤثر الإصابة على شخصيتهم و المقدرة ب 88% أكبر من نسبة المسنين الذين لا تؤثر الإصابة على شخصيتهم و المقدرة ب 12% كما نلاحظ أن كا² المحسوبة و المقدرة ب 28.88 أكبر من كا² الجدولية و المقدرة ب 3.84 عند درجة الحرية 1 و مستوى الدلالة 0.05 مما يدل على وجود دلالة إحصائية لصالح إجابات المسنين الذين يتواجدون في دور العجزة.

و منه نستنتج أن الإصابة تؤثر على غالبية المسنين المتواجدين في دور العجزة و هذا ما أشار إليه الدكتور علي حسين الهاشم من كلية التربية الرياضية بجامعة القادسية حيث يقول أن الإصابة تؤدي إلى وصول المسن إلى درجة عالية من الخوف و القلق و التوتر الانفعالي مع ظهور بوادر الاكتئاب خصوصا الاصابات التي تمنعه من الحركة.

السؤال رقم 06: كيف ذلك؟

الهدف منه: معرفة كيفية تأثير الإصابة على المسن.

من خلال الاحتكاك الطالبان بالمسنين في دور العجزة و من خلال السؤال المطروح نلاحظ أن أغلبية المسنين يجدون أنفسهم في حالة فقدان الاستقلالية مما يؤدي إلى الاعتماد على الآخرين و الانطواء و العزلة. و منه نستنتج أن تأثير الإصابة على شخصية المسن يكمن في فقدان الاستقلالية و الانطواء والعزلة.

السؤال رقم 01: ما هي الدرجة التأهيلية خلال تكوين؟

السؤال رقم (02): هل حصلتم على تكوين خاص في مجال الطب الرياضي؟

السؤال رقم (03): هل يعاني المسنون من إصابات في مركزكم؟

السؤال رقم (04): هل هذه الإصابات؟

السؤال رقم (05): ما نوع هذه الإصابات؟

السؤال رقم (06): هل تحتوي مؤسستكم على عيادة طبية؟

السؤال رقم (07): هل يخضع المسنون إلى فحوصات طبية؟

السؤال رقم 08: إعطاء اقتراحات للحد من ظاهرة الإصابات أو التقليل منها.

من خلال استخدام أسلوب المقابلة والاحتكاك الطالبان بمديري مراكز الشيخوخة و طرح هذه الأسئلة نلاحظ أن وضع المسنين في دور العجزة هو أنهم يقومون بدورات طبية و لكن دون مراعاة الجانب النفسي، كما أنه كانت هناك بعض التوصيات المقترحة التي تجلت في بناء مؤسسات مؤهلة و مكيفة للتشخيص المسن مع بناء أماكن لممارسة بعض الأنشطة الرياضية و مرافقة المسن و محاولة تأهيله نفسياً. ومنه نستنتج أن المسنين في أوضاع حسنة وذلك من خلال المراقبة الصحية التي يخضعون لها .

الاستنتاجات:

من خلال عملية تحليل نتائج الأسئلة الموجهة للمسنين بصفتهم المتأثرين المباشرين بالإصابات و استنادا إلى ما تم استخلاصه من الدراسات النظرية وفي ضوء أهداف البحث وفروضه وأدواته وعينة البحث وما أسفر عنه التحليل تمكن الطالبان من الوصول إلى الاستنتاجات التالية :

- يتبين لنا مدى تعرضهم للإصابات بمختلف أنواعها خاصة المتوسطة و حدوثها يكون بصفة متفاوتة فهي تصيب الأطراف السفلية من الجسم و يعود ذلك إلى الانزلاقات و السقوط على الأرضيات.
- تطرقنا إلى تحديد بعض أسباب الإصابات التي يتعرض لها المسنون في دور العجزة و التي انحصرت في: الخوف من السقوط دون نسيان تدهور الحالة النفسية.
- و تعرفنا على مدى تأثير الإصابات على الحالة النفسية للمسن فوجدنا أنها تؤدي إلى فقدان الاستقلالية و الانطواء على نفسه.
- تعرفنا على وضع المسنون في دور العجزة الذي حده مديري دور العجزة على أنهم يقومون بدورات طبية و لكن دون مراعاة الجانب النفسي.
- و من خلال بعض الأسئلة الأخرى استخلصنا أن معظم المسنين في دور العجزة كانوا يمارسون الرياضة في صغرهم و كانت أغلب هذه الرياضات هي كرة القدم و الجري.

مقارنة النتائج بالفرضيات:

الفرضية الأولى: الانزلاق الغضروفي هو أكثر الإصابات شيوعاً لدى المسنين في دور العجزة"

من خلال الجدول رقم (04-05-06-07-08) و التي توضح نوع الإصابات التي تحدث للمسنين في دور العجزة، و قد اتضح لطالبان أن معظم الإصابات التي تصاب بها هذه الفئة تمثلت في الانزلاق الغضروفي على مستوى الركبة و العمود الفقري ، أما الكسور و التمزق و غيرها من الإصابات فهي نادرة الوقوع مما يؤدي إلى صدق و صحة الفرضية.

الفرضية الثانية: الخوف من السقوط هو أكثر مسببات الإصابات لدى المسنين في دور العجزة".

من خلال الجدول رقم (09-10-11-12)، و التي توضح أسباب وقوع الإصابات داخل دور العجزة، قد اتضح أن تدهور الحالة النفسية و الخوف من السقوط هي أكبر مسببات الإصابات لدى المسنين في دور العجزة و هذا ما يدعم فرضيتي.

الفرضية الثالثة: تقوم إدارة المركز بدورات طبية على المسنين في دور العجزة".

من خلال مقابلة مديري دور العجزة توضح للطالبين أن أحوال المسنين حسنة و هذا يبين أن إدارة مركز الشيخوخة تقوم بدورات طبية على هذه الفئة و تحاول أن تحسن الأوضاع وذلك لضمان راحة المسنين لكنهم يهملون الجانب النفسي و هذا ما يؤكد صحة الفرضية بشكل نسبي.

التوصيات:

على ضوء هذه النتائج التي توصلت إليها، و اعتمادا على بعض آراء و توصيات مديري دور العجزة أتقدم ببعض الاقتراحات إلى كل المعنيين بالأمر من هيئات عليا و مؤسسات:

- 1- توفير العتاد و الوسائل اللازمة و الأرضيات الملائمة و ذلك لضمان راحة المسنين في دور العجزة.
- 2- لا بد أن تكون هناك توعية شاملة لكافة شرائح المجتمع فيما يخص الطب الرياضي أو على الأقل معرفة الإسعافات الأولية و طرق الوقاية من الإصابات .
- 3- إجبارية الفحص الطبي الشامل لكل مسن داخل مركز الشيخوخة .
- 4- جعل المسن في إطار منظم و منسجم مع الوقاية الصارمة داخل مراكز الشيخوخة
- 5- ضرورة اطلاع المربين على الفحوصات الطبية حتى يتمكنوا من التعرف على المسنين المصابين مع محاولة التخفيف من معاناتهم.
- 6- إعطاء برنامج رياضي مكيف لهؤلاء الفئة و محاولة غرس حب ممارسة التربية البدنية و الرياضية و ضرورة تلقينه كيفية تفادي الإصابة باستعمال الوسائل الوقائية من جهة و إتباع قواعد النظافة الصحية من جهة أخرى.
- 7- محاولة التهيئة النفسية للمسن و مساعدته على الاندماج في الحياة.
- 8- محاولة الطلبة الكرام البحث في هذا الموضوع.

الخلاصة العامة:

إن الفكرة الأساسية و الهامة التي استوجبتها من خلال بحثي هذا، و استنادا على الدراسة التطبيقية التي قمت بها باستعمال الاستمارات الموجهة للمسنين و الاستمارة الموجهة لمديري دور العجزة، هي أن هذا الأخير لم يصل إلى ما هو مسطر له، إذ أنه لم يحقق هدفه و المتمثل في حفظ و سلامة المسنين و تجلّي ذلك في الإصابات المتعددة و المتكررة التي تصيب المسن، و قد اتفق ذلك مع خلاصة الدراسة التطبيقية لموضوع البحث.

وحسب النتائج المحصل عليها في عملية التحليل و الاستبيان و هو اختصار تدهور الحالة النفسية التي تؤدي إلى الخوف من السقوط فمن ناحية الخدمة الطبية فإنهم لا يحاولون التخفيف من معاناة هذه الفئة و لا تقوم بدورها كما يجب إذ يقتصر عملهم على فحوصات طبية مهملين بذلك أهم سبب للإصابات ألا هو الخوف من السقوط التي يؤدي إلى عزلة و انطواء المسن بالإضافة إلى فقدان الاستقلالية.

لذا تطلب من جميع المسؤولين المشرفين على هذا القطاع الحيوي سواء من قريب أو من بعيد، أن يسعوا لتحقيق الأهداف السامية و هو بإزاحة كل العراقيل و العوائق في سبيل تحقيق الأمن و الاستقرار لهذه الفئة و لا يأتي ذلك الأمن من خلال توفير الأماكن اللازمة و صيانة المنشآت و محاولة وضعهم بين أيدي مختصين في مجال صحة و رياضة في سن الشيخوخة ، كما أنه من الممكن تغيير المسنين و إعطاء صيغة جديدة لهم باسم " السادة".

كما نلح على تجهيز العيادات الطبية بالوسائل الوقائية و الصحية الخاصة بالإسعافات الأولية(طبيان ذكر وأنثى) لضمان تادية الخدمة الطبية بعناية فائقة دون حرمان أي مسن منها، و دون إهمال الجانب النفسي للمسن.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر و المراجع:

- محمد عادل رشدي: آلام أسفل الظهر، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية.
- محمد السيد شطا: إصابات الرياضة والعلاج الطبيعي، دار المعارف 1983م.
- محمد قدري بكري، ثريا نافع: دليلك إلى الطب الرياضي، تأليف جاب ميكن، مارشال هوفمان، مركز الكتاب للنشر القاهرة 1999.
- جوزيف كورفو: علاج آلام الظهر، ترجمة مركز التعريب والترجمة، الدار العربية للعلوم 1994م.
- محمد السيد شطا (1970) إصابات الرياضة والعلاج الطبيعي - دار المعارف لمصر.
- أسامة رياض، إمام حسن محمد ألنجمي: الطب الرياضي والعلاج الطبيعي، مركز الكتاب للنشر، القاهرة 1999م.
- أبو العلا عبد الفتاح : دار الفكر العربي القاهرة الطبعة الأولى 2003 م
- أسامة رياض : الإسعافات الأولية لإصابة الملاعب مركز الكتاب للنشر 2002 م
- موسوعة الإصابات الرياضية و كيفية التعامل دار الثقافة للنشر و التوزيع 2002 م
- فريق كمونة : موسوعة الإصابات الرياضية و كيفية التعامل معها دار الثقافة عمان 2002 م
- عبدالله أبو العلا : إصابة الملاعب مؤسسة شباب الجامعة للطبع و النشر اسكندرية
- سامية خليل : إصابات الرياضية و علاج التأهيل أكاديمية الرياضية العراقية الالكترونية «
- أحمد بوسكرة. (بلا تاريخ). مناهج التربية البدنية و الرياضية للتعليم الثانوي ط1. دار النشر الخلدونية.
- أسامة رياض. (1998). الطب الرياضي و إصابات الملاعب. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أسامة رياض. (1999). العلاج الطبيعي و تأهيل الرياضيين ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أسامة رياض. (2000). الاسعافات الأولية لإصابات الملاعب. مصر: دار الفكر العربي.
- أسامة رياض و إمام محمد حسن النجعي. (1999). الطب الرياضي و العلاج الطبيعي ط1 . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- الاصابات الرياضية وطرق علاجها. (2008). الاصابات الرياضية وطرق علاجها. جامعة حلوان: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- الدخيل محمد عبد الرحمن. (1423). النشاط المدرسي و علاقة المدرسة بالمجتمع. الرياض: دار الخريجي للنشر .
- الدكتور محمد عادل رشدي. (بلا تاريخ). علم اصابات الرياضيين. الاسكندرية ، مصر: منشأة الناشر المعارف .
- أمين أنور الخولي. (بلا تاريخ). مرجع سبق ذكره.
- حمدي شاكر محمود. (1998). النشاط المدرسي ماهيته أهميته. المملكة العربية السعودية : دار الأندلس للنشر و التوزيع.
- حمدي شاكر محمود. (1998). النشاط المدرسي ماهيته أهميته. المملكة العربية السعودية: دار الأندلس للنشر و التوزيع.
- د. حياة عياد روفائيل. (بلا تاريخ). الاصابات الرياضية.
- زينب العالم. (1995). التدليك الرياضي و اصابات الملاعب ط4. القاهرة: دار الفكر العربي.

- سمعية خليل محمد. (2007). *الاصابات الرياضية*. بغداد: الأكاديمية الرياضية العراقية.
- سمعية خليل محمد. (2007). *الاصابات الرياضية*. بغداد: الأكاديمية الرياضية العراقية.
- عبد الرحمن عبد الحميد زاهر. (2004). *موسوعة الاصابات الرياضية و اسعافاتها الأولية ط1* . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- عبد الرحمن عبد الحميد زاهر. (القاهرة). *موسوعة الاصابات الرياضية و اسعافاتها الأولية ط1* . 2004: مركز الكتاب للنشر.
- عبد السلام تهاني. (1979). *أسس الترويح و التربية الترويحية* . مصر: دار المعارف.
- عبد السلام تهاني. (2001). *الترويح و التربية الترويحية ط1* . مصر: دار الفكر العربي.
- عبد القادر حاكمي . (2004). *مذكرة ليسانس- واقع التسيير الإداري للرياضة المدرسية* . الجزائر: جامعة الجزائر.
- عدنان درويش جلول- د. أمين أنور الخولي- د. محمود عبد الفتاح عنان. (1994). *التربية الرياضية المدرسية ط3* . القاهرة: دار الفكر العربي .
- عرار خالد حسني. (2003). *التربية البدنية و الرياضية و علائقها النفسية ط1* . فلسطين: مطبعة ابن خلدون.
- غسان محمد صادق د. سامي الصنف. (1998). *التربية البدنية الرياضية*. بغداد: جامعة بغداد.
- قاسم المندلوي و آخرون. (1990). *دليل الطالب في التطبيقات الميدانية للتربية الرياضية ج2* . الموصل.
- *قانون 03/98 فيفري 1989* . (بلا تاريخ).
- محمد حسن علاوي. (1998). *سيكولوجية الاصابة الرياضية ط01* . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- محمد عادل رشدي. (199). *علم اصابة الرياضيين ط2* . الاسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة.
- محمد عادل رشدي. (1995). *علم اصابة الرياضيين ط2* . الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- محمود عوض- فيصل ياسين. (1987). *طرق التربية البدنية* . الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية.
- محمود عوض و فيصل ياسين. (1987). *نظريات و طرق التربية البدنية* . الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- مقابلة مع السيد ديبشي- المدير التقني للإتحادية الجزائرية الرياضية المدرسية. (03جولية 1998). المرادية- الجزائر العاصمة.

Richard B.Aldermama. (1986). *Manuel de psychologie du sport*. paris : Editionvigot.

Webster. (1984).

أحمد أمين فوزي. (بلا تاريخ).

أحمد عزت راجح. (1968). *أصول علم النفس ط07* . القاهرة: دار الكتاب العربي للطباعة و النشر.

أحمد محمد عبد الخالق. (1996). *الأبعاد الأساسية للشخصية*. دار المعارف الجامعية.

أسامة رياض. (1998). *الطب الرياضي و إصابات الملاعب*. القاهرة: دار الفكر العربي.

أسامة رياض. (1999). *العلاج الطبيعي و تأهيل الرياضيين ط1*. القاهرة: دار الفكر العربي.

- أسامة رياض. (2000). الاسعافات الأولية لإصابات الملاعب. مصر: دار الفكر العربي.
- أسامة رياض و إمام محمد حسن النجعي. (1999). الطب الرياضي و العلاج الطبيعي ط1 . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- أسامة كامل راتب. (1990). دوافع التفوق في النشاط الرياضي (المدرّب، اللاعب، المربي). القاهرة: دار الفكر العربي.
- أسامة كامل راتب و ابراهيم عبد ربه خليفة. (بلا تاريخ). النمو و الدافعية في توجيه النشاط الحركي للطفل و الأنشطة الرياضية المدرسية ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أسامة كامل راتب، ابراهيم عبد ربه خليفة. (بلا تاريخ). النمو و الدافعية في توجيه النشاط الحركي للطفل و الأنشطة الرياضية المدرسية ط1 . القاهرة: دار الفكر العربي.
- اسماعيل. (2009).
- الشاذلي و عبد الحميد محمد. (2001).
- المنجد. (1986).
- الميلاد. (2002).
- باهي حسين و أمينة ابراهيم سلبي. (1998). الدافعية (نظريتيو تطبيقات). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- ترجمة عز الدين الأولي. (1994). سلسلة ملخصات شهم "في علم النفس". الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- تهاني عبد السلام. (2001).
- حمدي علي الفرماوي. (2004). دافعية الانجاز بين النظريات المبكرة و الاتجاهات الحديثة ط01 . القاهرة: دار الفكر العربي.
- د. عفاف عبد المنعي درويش. (2000).
- رمضان محمد القذافي. (1997). الشخصية نظريتها و اساليب قياسها ط2 . طرابلس: الجامعة المفتوحة.
- رمضان محمد القذافي. (1997). الشخصية و أساليب قياسها ط2.
- ريتا شس لاروس/ ترجمة محمد سيد غنيم. (1980). الشخصية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- زينب العالم. (بلا تاريخ). التدليك الرياضي اصابات الملاعب.
- سمعية خليل محمد. (2007). الاصابات الرياضية. بغداد: الأكاديمية الرياضية العراقية.
- سمعية خليل محمد. (2007). الاصابات الرياضية. بغداد: الأكاديمية الرياضية العراقية.
- عبد الحميد شاذلي. (بلا تاريخ).
- عبد الرحمن العيسوي. (2001-2002). سيكولوجية الشخصية. مصر.
- عبد الرحمن عبد الحميد زاهر. (2004). موسوعة الاصابات الرياضية و اسعافاتها الأولية ط1 . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- عبد الرحمن عبد الحميد زاهر. (القاهرة). موسوعة الاصابات الرياضية و اسعافاتها الولية ط1 . 2004: مركز الكتاب للنشر.
- عبد الرحمن محمد العيسوي. (1977). دراسات علم النفس الاجتماعي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- عبد اللطيف محمد خليفة. (2000). الدافعية للإنجاز . القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر.

- عبد الله السدحان. (1998).
- عبد الناصف شومان. (بلا تاريخ).
- عثمان فراج و عبد السلام عبد الغفار. (1996). الشخصية و الصحة النفسية. مصر: مكتبة الغفران.
- عفاف عبد المنعم و شحاتة درويش و محمد جابر أحمد بويق. (2000).
- عفاف عبد المنعم و شحاتة درويش و محمد جابر أحمد بريق. (2000).
- فوزي محمد جبل. (2000). الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية . المكتبة الجامعية.
- فيصل عيات. (1982). الشخصية، دراسة الحياة. بيروت: دار الفكر العربي.
- كامل محمد عويضة. (1997). علم النفس الشخصية . لبنان: دار الكتاب العلمية.
- ماهر مهران و نجيب محمد. (1999).
- مجلة علم النفس و علم التربية، مجلة نفسية تربوية فصلية محكمة . (بلا تاريخ).
- محمد حسن علاوي. (1987). علم النفس الرياضي ط1. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- محمد حسن علاوي. (1992). علم النفس الرياضي ط2 . مصر.
- محمد عادل رشدي. (1999). علم اصابة الرياضيين ط2 . الاسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة.
- محمد عادل رشدي. (1995). علم اصابة الرياضيين ط2 . الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- مصطفى العشوي. (2002). مدخل إلى علم النفس. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- مصطفى حسين باهي و أمينة ابراهيم شليبي. (بلا تاريخ).
- نبيل محمد زايد. (2003). الدافعية و التعلم ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- وينفورد هوبل/ ترجمة مصطفى عشوي. (1996). مدخل إلى سيكولوجية الشخصية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- يوسف مراد. (1954). مبادئ علم النفس العام ط2.
- حسن لأحمد الشافعي. (بلا تاريخ). الاعلام في التربية البدنية و الرياضية. القاهرة: دار الفوفاء لدنيا الطباعة و النشر.
- حسين عبد الحميد رشوان. (2003). في مناهج العلوم. الاسكندرية - مصر: مؤسسة شباب الجامعة.
- رشيد زواتي. (2007). مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ط1 . الجزائر: دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع.
- رمضان ياسين. (2007). علم النفس الرياضي ط1. عمان- الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع.
- عبد العزيز فهمي هيكل . (1994).
- قاسم حسن حسين. (1998). الموسوعة الرياضية و البدنية الشاملة في الألعاب و الفعاليات و العلوم الرياضية ط1 . عمان- الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع.
- ليلى السيد فرحات. (بلا تاريخ). القياس و الاختبار في التربية البدنية و الرياضية ط2 . القاهرة: مركز الطباعة و النشر.
- محمد حسن علاوي و أسامة كامل راتب. (1999). البحث العلمي في التربية الرياضية و علم النفس. القاهرة: دار الفكر العربي.

محمد زيان. (2000).

محمد صبحي حسانين. (1987). *التقويم في التربية البدنية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

محمد عوض البسيوني و فيصل الشاطي. (1998). *نظريات و طرق التربية البدنية و الرياضية*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

محمد نصر الدين رضوان. (2003). *الاحصاء الاستدلالي في علوم التربية البدنية و الرياضية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

مقدم عبد الحفيظ. (2003). *الاحصاء و القياس النفسي و التربوي ط2*. الجزائر: المطبوعات الجامعية.

موريس انجرس/ ترجمة بوزيد صحراوي و كمال بوشرف. (2004). *منهجية العلوم الانسانية*. الجزائر: دار القصة.

Référence

- Fabert and Fabert (1981): sports fitness and sports injuries– Thomas reilly.
- Hirata, I (1968) the doctor and the athlète, I.B,lippincottcompany, Philadelphia,Toronto.
- Kruzen and kottke, E. (1981): Physicalmédecine and RehabilitationElwood.
- Roy, S and Irvin, D(1983) : sports médecine, prentice– Hall ; Inc., Englewood chiffs, New Jersey.
- Astrand ; P.O. and Rodhal, K. (1988). Texbook of workphysiologie .McGraw–Hill, New York.
- Arner, O.D., and Lindholm, A(1959). Whatis Tennis Leg ? Acta Chir–oppidaScanadinavica, 116, 73–75.
- Barrington, J. (1978) Barrington on squash. Stanley Paul, London.
- Blonstein, I.L. (1978).Eye injuries in sports practitioner, 216,207–209.
- Richard B.Aldermama. (1986). Manuel de psychologie du sport. paris : Editionvigot.
- Webster. (1984).

ملخص البحث:

عنوان الدراسة: "تحديد الإصابات الشائعة لدى عينة من المسنين في دور العجزة"

تهدف الدراسة إلى توضيح وتحديد الإصابات الشائعة مع إعطاء حلول للتقليل منها.

و على هذا الأساس افترض الباحثان الفرضيات:

و لقد تم اختيار عينة البحث على بعض المسنون في مراكز الشيخوخة لولايات معسكر، وهران، الشلف، مستغانم حيث بلغ عدد العينة على 50 مسن من المجتمع الأصلي، و قصد الإمام بالبحث و متغيرات اعتمدنا أساسا على مجموعة من المصادر و المراجع بالإضافة إلى جملة من البحوث و الدراسات التي تناولت بكيفية أو بأخرى أحد جوانب دراستنا هذه انطلاقا من طبيعة الدراسة ولأجل اختيار فرضيات البحث والوقوف على مدى تحققها و من أجل تحقيق أهداف البحث، قمنا بتوزيع استمارة استبيان.

و من ثم الاستنتاجات التي خلص إليها الباحثان: الانزلاق الغضروفي و الركبة هو أكثر الإصابات الشائعة لدى المسنين في دور العجزة.

و على ضوء النتائج المتوصل إليها قدم الباحثان جملة من الاقتراحات أهمها:

توفير العتاد و الوسائل اللازمة و الأرضيات الملائمة و ذلك لضمان راحة المسنين في دور العجزة، إجبارية الفحص الطبي الشامل لكل مسن داخل مركز الشيخوخة، جعل المسن في إطار منظم و منسجم مع الوقاية الصارمة، ضرورة الاطلاع المربين على الفحوصات الطبية حتى يتمكنوا من التعرف على المسنين المصابين مع محاولة التخفيف من معاناتهم.

إعطاء برنامج رياضي مكيف لهؤلاء الفئة مع محاولة غرس حب ممارسة التربية البدنية و الرياضية مع ضرورة تلقينه كيفية تفادي الإصابة باستعمال الوسائل الوقائية من جهة و إتباع قواعد النظافة من جهة أخرى، محاولة التهيئة النفسية للمسن و مساعدته على الاندماج في الحياة.

Research Summary :

Study Title : " Identify common infections among a sample of elderly people in nursing homes "

The study aims to clarify and define common infections with giving solutions to reduce them.

On this, basis the researchers postulated some hypotheses :And have search selected sample on some of the older people in the centers of the aging of the American camp , and Oran , Chlef , Mostaganem, where the number of respondents on 50 elderly people of the original community , and in order to fulfill the research and variables we relied mainly on a variety of sources and references as well as a number of research and studies on how the aspect of this study is based on the nature of the study and for the selection of the research hypotheses and then testing order to achieve the objectives of the research , We distributed a questionnaire and then the conclusions of the researchers : slipped disc and the knee is the most common infections for the old people in nursing homes .

In the light of the results obtained researchers presented a series of proposals , including:

Provide the gear and the necessary means and appropriate floors and to ensure the comfort of the old person in nursing homes ,mandatory medical examination of mass for each elderly within the Center on Aging , making the elderly in the context of a structured and harmonious with prevention stringent , the need to see the breeders on the medical tests so that they can identify the elderly infected with an attempt to alleviate their suffering .

Give the athletic program adapted to these category with an attempt to instill the love of the practice of physical education and sports with the need to teach him how to avoid infection using preventive means on the one hand and follow the rules of hygiene on the other hand , try to psychological preparation for the elderly and help them integrate into life .