الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم

معهد التربية البدنية والرياضية

ميدان تقنيات الأنشطة البدنية والرياضية اختصاص تدريب رياضي

ليسانس

الموضوع :

الكفاءة الإسعافية أولية (المعرفية و التطبيقية) لاساتذة التربية البدنية و الرياضية و مدى مساهمتها في التخفيف من مضاعفات الإصابة أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية الطور الإبتدائي

بحث مسحي أجري على أساتذة الطور الإبتدائي في مادة التربية البدنية و الرياضة

من إعداد الطالبين :

- كربوش حمزة
- بلعيد صابرينة

تحت إشراف:

- د.بن برنو

السنة الجامعية 2025 / 2024

شكر و تقدير

قال الله تعالى:بسم الله الرحمان الرحٌيم أعوذ بالله من الشٌطان الرجٌيم

(ربي أوزعنًي أن أشكر نعمتك التًي أنعمت علًي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلنًي برحمتك فًي عبادك الصالحٌين)

" سورة النمل آيٌة 19 "

الحمد لله حمدا طٌٌبيا مباركا فهو الأحق بالحق، والشكر على جزيٌل نعمه

ووقوفا عند قوله علٌيه الصالاة والسالم:"من لمٌ يشكر الناس لمٌ شكر الله".

أتقدم بالشكر الخالص لألستاذ المشرف على هذه المذكرة: " الدكتور بن برنو ".

الذي لم يٌبخل علًينا بنصائحه وتوجٌهاته القًيمة فًي البحث

كما أشكره على جدٌيته ودقته فًي العمل، وأتمنى له التوفٌيق.

كما أتقدم إلى كل من ساعدنًا فًي إنجاز هذا العمل من قرٌب أو من بعٌيد ولو بكلمة أو دعاء.

وفًي الأخير أتمنى من الله عز وجل أنٌ يرشدنا إلى سواء السبٌل وٌيحقق هدفنا النبٌيل

الإهداء

نهدي هذا العمل المتواضع إلى من علمتنا أن الحٌياة: عمل.....وحب.....ووفاء

.إلى التَي إن أهدٌيناها كنوز الدنٌيا ما وفٌينا حقها إلى أمهاتنا العزٌيزات .

وإلى من علمنا العزة والإعتماد على النفس إلى آبائنا الأعزاء

.إلى كل إخواننا وأخواتنا الذٌين قامسونا الفرحة فَي كل لحظة من حٌياتنا .

وإلى جمٌيع الأصدقاء

وإلى جمٌيع طلبة وأساتذة معهد التربٌية البدنٌية و الرٌياضٌية مستغانم

وإلى كل من ساعدنا من قرٌب أو من بعٌيد ولو بكلمة طٌيبـــة، وإلى كل من أحبونا وأحببناهم فً الله.

ملخص البحث :

عنوان الدراسة هو الكفاءة الإسعافية الأولية (المعرفية و التطبيقية) لأساتذة التربية البدنية و الرياضة ومدى مساهمتها في التخفيف من مضاعفات الإصابة أثناء حصة التربية البدنية و الرياضة في الطور الإبتدائي، حيث تهدف هذه الدراسة إلى معرفة المستوى المعر في و لتطبيقي الميداني في مجال الإسعافات الأولية لدى أساتذة التعليم الابتدائي في مادة التربية البدنية و الرياضة وتوضيح فكرة الإسعافات الأولية و مدى أهميتها في التخفيف من خطورة الإصابة و تسليط الضوء على وعي الأساتذة للإسعافات الأولية و واقعها في المدارس الإبتدائية و أيضا تحديد مدى تطبيق الأساتذة التعليم الابتدائي لمادة الإسعافات الأولية أثناء حدوث إصابة مع إبراز أهمية الإسعافات الأولية في تفادي الإصابات الرياضية المفاجئة، و نصت فرضيتنا على أنه يمتلك أساتذة التعليم الابتدائي في مادة التربية البدنية و الرياضة بعض المعلومات في مجال الإسعافات الأولية مع صعوبة تطبيقها ميدانيا. حيث تساهم هذه الأخيرة مساهمة كبيرة في التخفيف من تفاقم مضاعفات الإصابة في حصة التربية البدنية في الطور الإبتدائي نظرا لحساسية هذه المرحلة، كما تمثلت عينة بحثنا في 30 أستاذا في الطور الإبتدائي أختيرت هذه العينة بطريقة مقصودة، ولإتمام هذه الدراسة قمنا باستخدام المنهج المسحي الوصفي عن طريق الإستبيان المرفق، و به تحصلنا على أهم استنتاج من هذه الدراسة حيث أن معظم الأسائذة لديهم لديهم مستوى متوسط من الناحية النظرية في مجال الإسعافات الأولية عن الإسعافات الأولية مع صعوبة تطبيقها ميدانيا ويعتبر هذا عائق بالنسبة لهم، وفي الأخير تطرقنا إلى التوصيات و الاقتراحات حيث كانت أهمها بتنظيم دورات داخل المؤسسة بإشراف أطباء أو ممرضين، يستفيد منها الأساتذة وحتى أعوان المؤسسة و الالتحاق بدورات معتمدة في الإسعافات الأولية يفضل أن تكون مقدمة من هيئات معترف بها مثل الهلال الأحمر أو الصليب الأحمر أو وزارة الصحة.

Summary Research :

The title of the study is the effectiveness of primary first aid in physical education and sports teachers (applied and cognitive) and how much it contributes to mitigation. This study aims to determine the cognitive level of knowledge regarding the primary education stage in physical education during injury complications. It explains the idea of first aid in physical education as a subject for primary education teachers in the field of practical application. It sheds light on the awareness of teachers regarding the importance of first aid in schools and emphasizes the seriousness of injuries. It also determines the extent to which teachers apply first aid principles during injuries in physical education. Our hypothesis states that teachers possess knowledge about avoiding sports related injuries in primary education. This recent contribution significantly mitigates where practical application faces difficulties in the field of first aid in sports information. In our study, the sample represented was sensitive due to the complications of injuries during the physical education lesson in the primary stage. We used a descriptive survey method to complete this study, where this sample was purposefully chosen from primary education teachers. The most important conclusion we obtained through the questionnaire form was the suggestions and recommendations we addressed in the end, regarding this obstacle, and the practical application difficulties in primary education. It is preferable that first aid be recognized by entities such as the Ministry of Health or recognized bodies like the Red Cross or the Red Crescent, and organization of courses by the institution should benefit teachers and even paramedics or physicians.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير 1

إهداء 2

الملخص 3

فهرس المحتويات 5

قائمة الجداول 6

قائمة الأشكال 7

الإطار المنهجي

مقدمة 9

الإشكالية 10

الفرضيات 12

أهداف البحث 12

أهمية البحث 13

مصطلحات البحث 14

الدراسات السابقة و المشابهة.....16

التعليق على الدراسات السابقة 20

نقد الدراسات السابقة..... 20

الباب الأول (الجانب النظري) 21

الفصل الأول (الإصابات الرياضية) 22

مصطلحات البحث.....14

التمهيد.....23

تعريف الإصابات الرياضية.....23

الأسباب العامة للإصابات الرياضية.....24

الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية.....25

المضاعفات التي تنتج عن الإصابة.....26

تصنيف الإصابات الرياضية المختلفة.....26

تشخيص الإصابات الرياضية.....27

التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة.....29

تدرج الإصابة الرياضية 31

أنواع الإصابات في المجال الرياضي و الية حدوثها و كيفية التعامل معها.....32

الأجزاء و الأماكن الأكثر عرضة للإصابة.....57

أهم سبل الوقاية من الإصابة 71

الفصل الثاني (الإسعافات الأولية) 73

التمهيد 74

تعريف الإسعافات الأولية 74

أهداف الإسعافات الأولية.....75

أساسيات الإسعافات الأولية.....77

المبادئ الأساسية في الإسعافات الأولية 77

أولويات الإسعافات الأولية..... 78

المسعف و مسؤوليته و تصرفه.....79

حمل المصابين 85

صندوق الإسعافات الأولية..... 89

تحرير المجاري التنفسية 90

التعرف على الوظائف الحيوية.....92

إسترداد مظاهر الحياة.....94

وضع إسترداد العافية 101

التضميد 103
الجبائر 105
الباب الثاني (الجانب التطبيقي) 108
الفصل الأول (منهجية البحث و الإجرائات الميدانية) 109
التمهيد 110
الدراسة الإستطلاعية 110
منهج البحث 110
مجتمع البحث 110
عينة البحث..... 110
متغيرات البحث 111
مجالات البحث 111
أدوات الدراسة 111
الأسس العلمية للإختبارات المستخدمة 112
الأسس العلمية للأداة 112
التحليل الإحصائي.....113

الخلاصة 113

الفصل الثاني (عرض و تحليل النتائج) 114

محور البيانات الشخصية 115

المحور الأول 117

مناقشة فرضيات البحث 150

إقتراحات و توصيات 150

خلاصة البحث 151

قائمة المصادر و المراجع 153

الملاحق 155

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
جدول 01	يمثل تدرج الإصابة الأكثر حدوثا على مستوي الأنسجة الرخوة)	31
جدول 02	أهم الاختلافات بين الكدم البسيط و الكدم الشديد	43
جدول 03	التشخيص الطبي للإصابات في المجال الرياضي	50
جدول 04	يبين توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية	115
جدول 05	يبين توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية	116
جدول 06	يبين توزيع العينة وفق متغير التخصص	117
جدول 07	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الأول من المحور الأول	118
جدول 08	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني من المحور الأول	119
جدول 09	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث من المحور الأول	120
جدول 10	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الرابع من المحور الأول	121
جدول 11	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الخامس من المحور الأول	122
جدول 12	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس من المحور الأول	123
جدول 13	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع من المحور الأول	124
جدول 14	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثامن من المحور الأول	125
جدول 15	يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع من المحور الأول	126
جدول 16	يبين التحليل الإحصائي للسؤال العاشر من المحور الأول	127
جدول 17	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الحادي عشر من المحور الأول	128
جدول 18	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني عشر من المحور الأول	129
جدول 19	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث من المحور الثاني	130
جدول 20	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس من المحور الثاني	132
جدول 21	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع من المحور الثاني	133
جدول 22	يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع من المحور الثاني	135
جدول 23	يبين التحليل الإحصائي للسؤال العاشر من المحور الثاني	136
جدول 24	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الحادي عشر من المحور الثاني	137
جدول 25	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني عشر من المحور الثاني	138
جدول 26	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث عشر من المحور الثاني	139
جدول 27	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الرابع عشر من المحور الثاني	140
جدول 28	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الخامس عشر من المحور الثاني	141
جدول 29	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس عشر من المحور الثاني	142

جدول 30	يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع عشر من المحور الثاني	143
جدول 31	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثامن عشر من المحور الثاني	144
جدول 32	يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع عشر من المحور الثاني	145
جدول 33	يبين التحليل الإحصائي للسؤال العشرين من المحور الثاني	146
جدول 34	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الواحد والعشرين من المحور الثان	147
جدول 35	يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني والعشرين من المحور الثاني	148

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
شكل 01	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الشهادة المتحصل عليها	115
شكل 02	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية	116
شكل 03	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير التخصص	117
شكل 04	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 01 من المحور الأول	118
شكل 05	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 02 من المحور الأول	119
شكل 06	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 03 من المحور الأول	120
شكل 07	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 04 من المحور الأول	121
شكل 08	وضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 05 من المحور الأول	122
شكل 09	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 06 من المحور الأول	123
شكل 10	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 07 من المحور الأول	124
شكل 11	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 08 من المحور الأول	125
شكل 12	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 09 من المحور الأول	126
شكل13	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 10 من المحور الأول	127
شكل 14	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 11 من المحور الأول	128
شكل 15	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 12 من المحور الأول	129
شكل 16	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 03 من المحور الثاني	131
شكل 17	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 06 من المحور الثاني	133
شكل 18	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 07 من المحور الثاني	134
شكل 19	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 09 من المحور الثاني	135
شكل 20	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 10 من المحور الثاني	137

شكل 21	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 11 من المحور الثاني	138
شكل 22	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 12 من المحور الثاني	139
شكل 23	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 13 من المحور الثاني	140
شكل 24	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 14 من المحور الثاني	141
شكل 25	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 15 من المحور الثاني	142
شكل 26	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 16 من المحور الثاني	143
شكل 27	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 17 من المحور الثاني	144
شكل 28	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 18 من المحور الثاني	145
شكل 29	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 19 من المحور الثاني	146
شكل 30	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 20 من المحور الثاني	147
شكل 31	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 21 من المحور الثاني	148
شكل 32	يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 22 من المحور الثاني	149

المقدمة :

منذ سالف العصور أبدل العلماء أهمية كبيرة للمواضيع الصحية بشكل عام , موقنين بأن العقل السليم في الجسم السليم , وأن الإنسان المريض لا يستطيع أن يخدم المجتمع بشكل كاف , و عليه ساهمة مؤهلات الطب والعلوم الصحية على حد سواء بإنشاء جيل جديد قوي البنية يقاوم ظروف الحياة , وازداد الاهتمام بالرياضة لكونها أصبحت من أهم ميزات المدينة الحديثة , فبرز الطب الرياضي الذي هو ميدان الاعتناء بالصحة الرياضي , والمحافظة عليه , ورغم التقدم العلمي الحاصلة في وقتنا الراهن والذي سمح بإيجاد وسائل تقنية جدا متطورة تسمح بالتشخيص الدقيق الإصابات الرياضية ناهيك عن وسائل العلاج والتأهيل ,إلا أن موضوع الإصابات الرياضية كان ولا زال يمثل العقبات التي يمكن أن يواجهها الرياضي .

ولعملية تشخيص الإصابة الرياضية أهمية كبيرة في الإسعافات الأولية إذ بقدر فهم طبيعة الإصابة الرياضية يمكن العمل على الحماية منها , وعملية التشخيص هي الخطوة الأولى لسلسلة من الخطوات التي يتم بها الإسعاف الأولي , وهذا يدخل في الجانب المعرفي و النظري ولكن يبقى من الضروري والمهم جدا معرفة كيفية التعامل مع الإصابات تطبيقيا بشكل صحيح لتجنب تفاقمها عند حدوثها

وفي حقيقة الأمر لم يقتصر مشكل الإصابات الرياضية على المستوى على المستويات النخبوية رفيعة الأداء التي يحتدم فيها التنافس و ويتعاضم فيها الفوز , بل قد امتد أيضا ليشمل حتى الأنشطة المدرسية خاصة المدارس التعليمية (الابتدائية) , فعلى أستاذ التعليم سواء الابتدائي أو المتوسط أو الثانوي أن يكون على علم ودراية كاملة بطبيعة مادة التربية البدنية والرياضية , وما هيتها و أهدافها وهذا يستلزم أيضا معرفة الأساس العلمية التي تبنا عليها تعلم النفس وعلم التشريح و وظائف الأعضاء وعلم الحركة والطب الرياضي وغيرها من العلوم الإنسانية التي ترتبط بواقع هذه المادة , وهذا ما دفع بنا إلى البحث في مجال الإسعافات لتفادي الأخطاء والإصابات فكل من يقوم بال الإسعافات لابد أن يكون ملما بكيفية التعامل مع الحالات الاستعجالية التي تتطلب التدخل الفوري والفعال

و عليه لابد على الأستاذ الاهتمام التلاميذ لما لهم من أهمية بالغة وكون هذه المرحلة من التعليم (الابتدائي) مرحلة جد حساسة خاصة بعد قرار إدماج مادة التربية البدنية كمادة لها أستاذ خاص بها في المرحلة الابتدائية

1. الإشكالية :

بالنظر إلى إدراج مادة التربية البدنية و الرياضية ضمن المقررات الدراسية في المرحلة الإبتدائية، أصبح من الضروري أن يتمتع معلموا هذه المرحلة بمعرفة شاملة بطبيعة هذه المادة من مختلف الجوانب، إلى جانب إدراكهم لحساسية وفطرة هذه الفئة العمرية.

حيث تعد حصة التربية البدنية جزء لا يتجزا من المنظومة التربوية التي تسعى إلى تعزيز الأداء الإنساني وتوفير إطار ترفيهي يساعد التلاميذ على تنمية قدراتهم البدنية و العقلية والاجتماعية، وتحسين صحتهم العامة من خلال الأنشطة الحركية. و عليه فقد أصبح الإرتباط بين الصحر و الممارسة المنتظمة للتربية البدنية أكثر وضوحا من أي وقت مضىء مما يبرز أهمية النشاط البدني التربوي في صقل شخصية الفرد من جميع النواحي ضمن بينة تعليمية منظمة. فالرياضة لم تعد مجرد وسيلة للترفيه، بل أصبحت أسلوبا للحفاظ على الصحة و الوقاية من الأمراض، وهو ما يجب أن يكون هدفا مشتركا بين المعلم و التلميذ عند الانخراط في الأنشطة البدنية سواء لأعراض تعليمية أو لتحقيق نتائج رياضية مرضية.

إذ أن داخل الوسط المدرسي، تشكل الإصابات الرياضية تحديا حقيقيا، في ظل جمل الكثيرين باعراضها و طرق التعامل معها. لذا فإن دراسة هذه الإصابات وطرق الوقاية منها و التعامل معها تعتبر من الأسس التي يرتكز عليها الطب الرياضي ، و في كثير من الأحيان يمكن للإسعافات الأولية أن تحدث فارقا كبيرا وتمنع تفاقم الإصابة.

و عليه و انطلاقا من كل ما سبق و نظرا لتار الإصابات خلال حصص التربية البدنية في المرحلة

الابتدائية، تبرز الحاجة الملحة إلى ضرورة وجود كفاءة في مجال الإسعافات الأولية من الناحية المعرفية والميدانية عند الأساتذة وذلك قصد التخفيف من تفاقم الإصابات الحادثة أثناء حصة التربية البدنية و عليه طرحنا

التساول الموالي:

هل لأساتذة التربية البدنية و الرياضية كفاءة معرفية و تطبيقية ميدانية في مجال الاسعافات الأولية وما مدى مساهمتها في التخفيف من تفاقم الإصابة أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية في الطور الإبتدائي؟

2. التساؤلات الجزئية :

- هل لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية مستوى متعلق بالإسعافات الأولية ؟
- هل بإمكان الأستاذ التطبيق الميداني الإسعافات الأولية أثناء حصة التربية البدنية والرياضيات ؟

3. الفرضيات :

الفرضية العامة:

يمتلك أغلب أساتذة التربية البدنية والرياضية فهما لا بأس به لبعض من أساسيات ومبادئ الإسعافات الأولية، لكنهم يواجهون صعوبات في تطبيقها ميدانيا. حيث تساهم هذه الأخيرة في التخفيف من تفاقم مضاعفات الإصابة أثناء حصة التربية البدنية في الطور الإبتدائي نظرا لحساسية هذه المرحلة.

الفرضيات الجزئية:

لدى أساتذة التربية البدنية و الرياضية مستوى متوسط من ناحية المعارف النظرية وخاصة الخطوات الأولى للإسعافات الأولية.

لدى أساتذة التربية البدنية و الرياضية صعوبة في تطبيق المفاهيم الأساسية للإسعافات الأولية أثناء الحصة في حالة حدوث إصابة نظرا إلى نقص التكوين.

4. أهداف البحث :

- توضيح فكرة الإسعافات الأولية ومدى أهميتها وضرورتها في حصة التربية البدنية و الرياضية.
- استبيان خبرة و مستوى الكفاءة المعرفية و العملية في مجال الإسعافات الأولية، لتحديد مدى إلمامهم بالمفاهيم الأساسية وقدرتهم على تنفيذها عمليا.
- التأكيد على دور الإسعافات الأولية في الوقاية من الإصابات الرياضية المفاجئة و تقليل المضاعفات المحتملة.
- تقديم دليل تطبيقي للإسعافات الأولية عند الإصابات وذلك بعرض خطوات واضحة و عملية للتعامل مع الإصابات الرياضية الشائعة في الحصة الرياضية (كاكدمات و التمزقات و الكسور ....) تشمل التشخيص الفوري و الإجراءات السليمة.

5. أهمية البحث :

- إظهار أهمية الإسعافات الأولية بالنسبة لأساتذة خاصة أساتذة المرحلة الابتدائية وعواقب جهلهم لها
- تسليط الضوء على مدى مساهمة الإسعافات الأولية في التخفيف من تفاقم الإصابات أثناء حصة التربية البدنية في طول الابتدائي

6. مصطلحات البحث :

- **تعريف الكفاءة:**

يعد مصطلح الكفاءة من بين المصطلحات الأكثر استعمالا (Coulet, 2016) في حياتنا اليومية والتعليمية الاجتماعية والمهنية ... ومن بين موضوعات البحث الأكثر دراسة (بين 250 و 300 بحث سنويا) كما أشار الى ذلك (Koebel, 2006, 54) ورغم ذلك لا يزال الغموض يكتف مفهوم الكفاءة كما يقول بذلك العديد من المتخصصين من بينهم (Dietrich, 2000 ; Livian, 2002, Le Boterf, 2013)

ويعرفها أحد اختصاصي ومستشاري إدارة وتنمية الكفاءات وهو (Le Botert)

بأنها:" القدرة على تعبئة ومزج وتنسيق الموارد في إطار عملية محددة، بغرض بلوغ نتيجة محددة وتكون معترفا بها وقابلة للتقييم، كما يمكنها أن تكون فردية أو (Boyer, 2009,246) ."جماعية

كما تعرف الكفاءة على أنها "مزيج للمعارف النظرية والمعرفة العملية والخبرة الممارسة، حيث أن الوضعية المهنية هي الإطار أو الوسط الذي يسمح بملاحظتها (Meignant, 2000 , 110)."... والاعتراف بها

وتعرف المجموعة المهنية الفرنسية (MEDEF) "الكفاءة بأنها" تركيبة من المعارف والمهارات والخبرة والسلوك التي تمارس في إطار محدد، وتتم ملاحظتها من خلال العمل الميداني والذي يعطي لها صفة القبول، ومن ثم يتعين على المؤسسة تحديدها وتقويمها وقبولها وتطويرها ".(Zarifiane, 2001,63)

كما تعرف الوكالة الفرنسية للتقييس (AFNOR) الكفاءة ضمن المواصفة (X50-750) على أنها :" القدرة التي يظهرها الفرد في وضع معارفه حيز التنفيذ " (AFNOR, 2003,51) ، فهي لا تظهر إلا أثناء ممارسة العمل(Boyer & Equilbey, 2009, 246)

ويكون لطريقة تنظيم العمل المعتمدة من قبل المؤسسة دور كبير في اكتشاف وتنمية هذه القدرة، وبشكل عام يمكن القول أن للبيئة المباشرة التي يعيشها الفرد تأثير على خصوصيات الكفاءة التي يكتسبها.

- **تعريف الإسعافات الأولية :**

هي طريقة تقديم المساعدة والمعاونة للمصاب بوسيلة سليمة تنقص بها من حدة الوجع ، ولا تزيد بها من حدة الإصابات.((vieux،Pierre، 1964، صفحة 30)

كما تعرف "بأنها تطبيق مجموعة من المفاهيم المتفق عليها مسبقا لعلاج الإصابات و الأمراض لمفاجئة باستخدام المواد و التجهيزات المتوفرة في المكان نفسه أثناء تلك اللحظة الى حين وصول الطبيب المختص أو نقل المصاب الى المستشفى .

- **تعريف الإصابات الرياضية:**

إن كل ممارسة مهما كان نوعها معرضة بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى حوادث مختلفة ، و باعتبار الرياضة ممارسة تتطلب جهدا قد يسبب في بعض الأحيان كسرا شديدا نتيجة الاحتكاك الزائد في الممارسة الرياضية ، تحدث دوما إصابات أو حوادث قد تكون خطيرة أو بسيطة وسميت هذه الأخيرة بالإصابات الرياضية لعلاقتها المباشرة ، أو أن الرياضة هي السبب الرئيسي و الأول لحوادث مثل هذا النوع من الإصابات.((w-hepert،1990، صفحة 23)

.وتعرف كذلك "بأنها تأثير نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجي كالاصطدام بزميل أو مؤثر داخلي أو مؤثر ذاتي كعدم الإحماء ، مما يؤدي الى تعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج. (فائق، 1996، صفحة 87)

ويعرفها قاسم حسن "هي تغيير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة تصحبها مراحل رد الفعل فيسيولوجي كيميائي نفسي نتيجة قوة غالبة داخلية أو خارجية ". (حسين، 1998، صفحا 65)

الإصابة البدنية : أنها ضرر يمس جسم الرياضي ، والذي يكون ناتج عن إتصال وتماس مع منافس أو أي جسم صلب أثناء الممارسة ، بإضافة إلى عوامل أخرى.

(WEINBERG.R.S.D.GOULD, 1997)

- **تعريف التربية البدنية و الرياضية:**

تعتبر التربية البدنية و الرياضية ذلك الجزء من التربية الذي يتم عن طريق النشاط الحركي للإنسان كما أنها تعتبر مظهر من مظاهر التربية وتعمل على تحقيق أغراضها البدنية و الاجتماعية و النفسية و العقلية بواسطة النشاط الحركي المختار بهدف التنمية الشاملة و تعديل السلوك تحت قيادة صالحة.

- **تعريف حصة التربية البدنية و الرياضية:**

تعتبر حصة التربية البدنية و الرياضية من المواد التي تدرس كالعلوم و الرياضيات، حيث أنها تختلف عن هذه المواد لونها تمد التلاميذ بالكثير من المعارف و المعلومات التي تغطي الجانب الصحي و النفسي و الاجتماعي للفرد وذلك من خلال استخدام الأنشطة الكية

- **تعريف أستاذ التربية البدنية والرياضية :**

هو الشخص صاحب الدور الرئيسي في العملية التعليمة والمسؤول عن اختيار الأنشطة المناسبة لتحقيق الأهداف.

7. الدراسات السابقة و المشابهة :

I. الدراسات المشابهة الأولى :

كنوده حنان بعنوان الاصابات الرياضية الشائعة والاسعافات الاولية في حصص التربية البدنية

- مشكله البحث :

هل لاستاذة التربية البدنية والرياضية إلمام كافي بالإصابات الرياضيه الشائعة من الناحية المعرفيه والعالمية التطبيقيه

- هدف البحث :

معرفه مدى المعلومات لاساتذة التربية البدنية والرياضية بالجانب المعرفي للإصابات الشائعة في الوسط المدرسي

- فرض البحث :

مستوى طبيعة التكوين النظري والتطبيقي للإسعافات الاولية لدى الاساتذة

- المنهج البحث :

المنهج المسحي

- اداة البحث :

استمارة ; الملاحظة ; المقابلة ; اختيار العينة

- اهم النتائج المتحصل عليها :

تأثير الاحماء الناقص في حدوث الاصابه وهذا ما اكده معظم الاساتذة

II. الدراسات المشابهة الثانية :

بحري ابو بكر بحري حسين محمد بعنوان مدى المستوى المعرفي والتطبيق الميداني المتعلق بالإسعافات الاولية لدى اساتذة التربية البدنية والرياضية

- هدف البحث :

كيفية تقديم الاسعافات الاولية عند حدوث الاصابة الرياضية

- المنهج البحث :

المنهج المسحي

- اداة البحث :

الاستمارة ; الملاحظة ; المقابلة ; اختيار العينة

III. الدراسات المشابهة الثالثة :

مصطفى بن حميدة ميسوم غانية بعنوان تحديث المستوى المعرفي للاسعافات الاولية لدى طلاب س 1 ماستر بمحل التربية البدنية والرياضية

- مشكلة البحث :

ما هو المستوى المعرفي للإسعافات الاولية لدى طلاب س 1 ماستر في معهد التربية البدنية والرياضية

- منهج البحث :

المناهج المسحي

- اداة البحث :

الاستمارة ; الملاحظة ; المقابلة ; اختيار العينة

IV. الدراسات المشابهة الرابعة :

ولد ملحة عابد خصوص سعيد

- عنوان البحث :

تقويم تكوين الطلبة المتخرجين في مقياس الاسعافات الاولية

- مشكلة البحث :

هل المستوى الطلبة احسن من الاساتذة في التعامل مع الاصابات وتقديم الاسعافات الاولية

- أهداف البحث :

ضرورة اهتمام والاساتذة العاملين في الميدان والطلبة المتخرجين في مقياس الاسعافات الاولية

- فروض البحث :

تكوين الاساتذة لم يكن كافي في مقياس الاسعافات الاولية

- منهج البحث :

وصفي

- عينة البحث :

إعتمد الباحثان 160 استاذ و 144 طالب

- اداة البحث :

الاستبيان

- أهم نتيجة :

معظم الاساتذة العاملين لديهم خبرة وتفوق في السنوات وهذا لا يعني بالضرورة مقدرته على تقديم الاسعافات الاولية

V. الدراسات المشابهة الخامسة :

- تاريخ الدراسة :

2012 – 2013

- اسم الباحث :

بكري نور الدين – خريش بوتخيل

- عنوان البحث :

مقياس الاسعافات الاولية بين التكوين النظري والتطبيقي

- مشكلة البحث :

معرفة واقع كل من التكوين النظري والتطبيقي ومعرفة اثر اعتماد الطلبة عليهما

في تقديم الاسعافات الاولية للمصاب

هل الاعتماد على الجانب النظري في الاسعافات الاولية يساهم في التعزيز المعرفة ورفع المستوى التحصيلي

- اهداف البحث :

ضرورة ادراج تطبيق في مقياس الاسعافات الاولية لتكوين طلبة التربية البدنية

تحديد مدرسه تطبيق طلبة المعهد لمادة الاسعافات الاولية في حين وقوع الاصابة

- منهج البحث :

وصفي

- عينة البحث :

تكونت عينة البحث من 55 طالب من طلبة المعهد مستوى الثاني ماستر تخصص التربية البدنية بمستغانم

- اداة البحث :

استبيان

- اهم نتيجة :

وجود نقص في التكوين التطبيقي لطلبة السنة الثانية ماستر في مقياس الاسعافات الاولية

VI. الدراسات المشابهة السادسة :

دراسة مخادي محمد وتمونايت مراد 2014 ماستر بعنوان : ماذا تاثير الاصابات الرياضية على دافعية الانجاز في حصة التربية البدنية والرياضية لدى تلاميذ الطور الثانوي

- هدف الدراسة :

معرفة ماذا تاثير الاصابات الرياضية على دافعي الانجاز في حصة التربية البدنية والرياضية لدى تلاميذ في الطور الثانوي

- المنهج الدراسة :

منهج وصفي

- عينة الدراسة :

شملت 70 تلميذا من ثانويات مدينه عين الدفلى وتم اختيارها بطريقة متعمدة 25 استاذ من اساتذة مرحلة التعليم الثانوي لماد التربية البدنية بعين الدفلى

- اداة البحث :

استمارتين احدها تتكون من 21 عبارة وزعت على التلاميذ اما الاستمارة الثانية تتكون من 4 محاور تم توزيعها على الاساتذة

- اهم النتائج :

هناك علاقة طردية بين الاصابات الرياضية واثرها العكسي على دفاعية الانجاز في حصة التربية البدنية لدى تلاميذ الطور الثانوي

8. التعليق على الدراسات السابقة:

تجلت أوجه التشابه في منهج الدراسات حيث اعتمد المنهج الوصفي بأسلوب المسح وكذلك العينة والأدوات الإحصانية التي تمثلت في استبيان وزع على العينة.

9. نقد الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة و البحوث المشابهة النظرة الأولى التي تساعد الباحث في أخذ فكرة عن خطوات بحثه و من خلال إطلاعنا المعمق عليها نجد أغلبيتها قد اهتمت بالمستوى المعرفي و التطبيقي للإسعافات الأولية لكن هذه الدراسة عالجت الكفاءة المعرفية و التطبيقية الميدانية للإسعافات الأولية لدى أساتذة الطور الإبتدائي و ما مدى مساهمتها في التخفيف من مضاعفات الإصابة أثناء حصة التربية البدنية.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإصابات الرياضية

التمهيد :

تعد الإصابات الرياضية جانب مهم في موضوع الطب الرياضي، وقد تطورت بتطور التشخيص ووسائل العلاج، ويعد علم الإصابات الرياضية أساسا في تطوير قابلية الرياضي ووقايته من الإصابات لان معرفة أسباب حلوث الإصابة تجعل المدرب ملما بطرق تفاديها وتوفير الأمان والسلامة أثناء النشاط البدني والوقاية الملائمة.

وعند حدوث الإصابة فان علم الإصابات يرشد المدرب إلى اتخاذ الإجراءات المبكرة واللازمة للإسعافات الأولية ونقل المصاب إلى المراكز العلاجية بطرق سليمة وبدون مضاعفات كذلك اختيار افضل الوسائل العلاجية التي تضمن الشفاء التام وسرعة العودة إلى النشاط الرياضي الممارس من قبل اللاعب.

ويعتمد علم الإصابات الرياضية على علوم عدة وله علاقة مباشرة مع علم التشريح والفسلجة وكثير من العلوم الرياضية كعلم التدريب الرياضي والاختبارات والمقاييس وعلم النفس والبايوميكانيك وغيرها.
(سميعة خليل محمد، 2004،ص5)

1-1- تعريف الإصابات الرياضية :

هي عبارة عن خبرة سلبية نتيجة احتكاك أو اصطدام لاعب بآخر سواء زميل أثناء التدريب أو منافس أثناء المباريات وقد تكون ناتجة عن اصطدام اللاعب بأداة أو أي شيء من أدوات اللعب الثابتة أو غير ذلك و تؤدي إلى منع اللاعب من ممارسة الرياضة حتى يتم الشفاء.

الإصابة الرياضية هي تأثير نسيج أو مجموعة من أنسجة الجسم نتيجة مؤثر خارجيي أو داخلي مما يؤدي الى التعطيل عمل أو وظيفة ذلك النسيج و تختلف نوعية المؤثر باختلاف الأسباب فهو إما أن يكون :

- مؤثر خارجيي(ميكاميكي) : أي تعرض اللعب إلى شدة خارجية كالاصطدام بزميل أو الأرض أو أداة مستخدمة.

- مؤثر فني ذاتي : أي إصابة اللاعب نفسه بنفسه نتيجة الأداء الفني الخاطئ أو عدم الإحماء
- مؤثر داخلي : (كيميائي فسيولوجي)مثل تراكم حامض اللاكتيك في العضلات أو الإرهاق العضلي، أو نقص الصوديوم الذي يؤدي إلى حدوث التقلصات العضلية.

(د. أمزيان أسامة، 2019-2020،ص5)

1-2- الأسباب العامة للإصابات الرياضية:

تختلف الأسباب الرياضية تبعا لنوع النشاط الممارس و طبيعة الأداء ومستوى المنافسة، فضلا عن الجانب النفسي و الاستعداد المهاري و اللياقة البدنية و وعي الرياضي و إدراكه لخطورة الحركة المؤداة و إمكانية التسبب في الإصابة، كذلك معرفته بكيفية تفاديها و الحد من وقوعها

ومن أهم أسبب الإصابات الرياضية ما ياتي :

1. التدريب الخاطئ (تحميل الرياضي جهداً اكثر من طاقته، عدم تكامل أنواع عناصر اللياقة البدنية في التدريب، عدم تنسيق العمل والتوافق في المجموعات العضلية المؤدية للجهد البدني، عدم كفية الإحماء وعدم الكرج في الحمل، سوء تنظيم التدريبات في توزيع الجهد والراحة).
2. إهمال الجانب الصحي (عدم إخضاع الرياضيين للفحوصات الدورية، وإهمال المتطلبات الصحية السليمة من غذاء ومسكن وإضاءة وتهوية وغيرها).
3. سوء المستلزمات الرياضية (أرضية الملاعب، والملابس الرياضية والأحذية الملائمة).
4. مخالفة القوانين الرياضية (الخشونة المتعمدة في اللعب ومخالفة قوانين اللعب، واستخدام المنشطات).
5. عدم مراعاة العوامل والظروف الجوية خلال ممارسة الألعاب الرياضية (البرد الشديد، الحرارة الشديدة، الأمطار، الرياح، الأماكن المرتفعة) وغير ذلك.
6. سوء الحالة النفية والابتعاد عن الروح الرياضية.

7. عدم تجانس اللاعبين من حيث الاستعداد البدني والمستوى المهاري بسبب تفاوت العمر أو الجنس أو عوامل أخرى.
8. عدم المام اللاعب بالتدابير الوقائية والعلاجية اللازمة.

(د. سميعة خليل محمد، 2004،ص5)

1-3- الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية:

اعراض الاصابة :

1. الشعور بالألم سواء بالحركة او الضغط على الجزء المصاب أو بدونها.
2. حدوث تغيرات عصبية كالوخز او الخدر.
3. حلوث ضعف في الأداء لمنطقة الاصابة.
4. تورم المنطقة المصابة نتيجة انسكاب دموي او المصل.
5. فقدان الحركة جزئيا او كليا.
6. حدوث تشوة بالمنطقة المصابة (أي ظهور تضاريس في المنطقة).
7. حدوث بعض التغيرات في المفصل القريب كالتيبس او محدودية الحركة.
8. حدوث ضمور عضلي واضح بعد فترة من الاصابة.
9. تحدث تغيرات في لون الجلد ابتداء من اللون الاحمر، الازرق، الاصفر ثم الرجوع الى اللون الطبيعي بعد الشفاء.
10. ارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب موضعيا وفي حاله حدوث التهاب ترتفع حرارة الجسم كعملية استجابة للاصابة.
11. في حاله حدوث كسر قد يسمع إصوات طقطقة او خرخشة في المنطقة المصابة.
12. قد يحدث اغماء للمصاب او صدمة او عدم القدرة على السيطرة على الجسم وخاصة الوقوف او المشي.

(د. طارق أحمد إدريس، 2015،ص8 -9)

1-4- المضاعفات التي تنتج عن الإصابة:

1. قد تحدث مضاعفات كثيرة وقد تكون قسما منها خطيرة قد تؤدي الى عاهة بدنية مستديمة نتيجة عدم متابعة العلاج.
2. قد يخسر المصاب لياقته البدائية التي اكتسبها لفترة طويلة نتيجة استمرار الاصابة وعدم قدرته على متابعة التمرين.
3. قد يحدث تكرار في المنطقة المصابة لنفس الاصابة ومثالها خلع مفصل الكتف عند الشفاء غير التام وممارسة التمارين عليها.

(د. طارق أحمد إدريس، 2015،ص 9-10)

1-5- تصنيف الإصابات الرياضية المختلفة:

توجد عدة مدارس طبية تقسم إلى إصابات عامة وإصابات ملاعب خاصة إلى عدة مدارس لتسهيل شرح تشخيص وتنفيذ العلاج ومن ذلك ما يلى:

1-5-1 تقسيم حسب شدة الإصابة:

- تقسيمات بسيطة: مثل التقلص العضلى والسجحات والشد العضلى والملخ الخفيف (التمزق فى أربطة المفاصل).
- إصابات متوسطة الشدة: مثل التمزق غير مصحوب بكسور.
- إصابات شديدة: مثل الكسر والخلع والتمزق المصحوب بكسور أو الخلع.

1-5-2 تقسيمات حسب نوع الجروح (مفتوحة أو مغلقة):

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

1-5-3 تقسيمات حسب درجة الإصابة:

- إصابة الدرجة الاولى: ويقصد بها الاصابة البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب او تمنعه من اكمال المباراة وتشمل حوالي 70 الى 90 % من الاصابات مثل السجحات والرضوض والتقلصات العضلية.

- اصابة الدرجة الثانية: ويقصد بها الاصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الاداء الرياضي لفترة من اسبوع الى اسبوعين وتمثل حوالي 08 %من مجمل الاصابات وهى المتمثلة في التمزق العضلي وتمزق الاربطة بالمفاصل.
- اصابة الدرجة الثالثة: ويقصد بها الاصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب تماما عن الاستمرار في الاداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر وهي ان كانت تماما عن الاستمرار في الاداء الرياضي مدة لا تقل عن شهر وهي ان كانت قليلة الحدوث (من 01 الى 02 %) إلا انها خطيرة مثل الكسور بأنواعها ، الخلع، اصابة غضروف الرقبة والانزلاق الغضروفي بأنواعه.

4-5-1 تقسيمات حسب السبب:

- اصابة اولية او ماشرة في الملعب نتيجة القيام بمجهود عنيف او نتيجة حادثة غير متوقعة وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات.
- اصابة تابعة وتتسبب نتيجة اصابة اولية او اثناء العلاج الخاطئ للإصابة الاولية.

(د. أسامة رياض، 1998،ص22)

(النجمي، 1999،ص11)

1-6- تشخيص الإصابات الرياضية:

يتعرض الرياضيون لمختلف أنواع الإصابات أثناء تاديتهم النشاطات الرياضية حيث يصاب حوالي (70-60 %) من العدامين و (50-40 %) من السباحين وتزداد نسب الإصابة في المنافسات وفي مستويات الإنجاز العالي.

ويتميز الرياضيون بسرعة الاستجابة بكل ما يتعلق بإصابتهم من التشخيص والمعالجة الفعالة وذلك من لجل سرعة الشفاء والعودة إلى الممارسة الرياضية، لأن الابتعاد عن النشاط الرياضي وفقدان اللياقة البدنية والمعاناة من المضاعفات المصاحبة للإصابة تسبب القلق والألم لدى الرياضي.

وفي الوقت نفسه نجد بعض الرياضيين لا يستجيب بشكل ملائم لإصابته وقد يتجاهلها رغبة منه في الاستمرار في نشاطه وعدم الانقطاع عن التمرين مما يسبب تكرار الإصابة وتحولها من الحالة الحادة إلى الحالة المزمنة.

فمن المعروف إن الإصابات أو بالأحرى إصابات التحميل الزائد تتطور أعراضها بالتدريج ولا يشعر الرياضي بالألم إلا بعد أداء جهد وقد تتطور الحالة حيث يشعر بالألم أثناء وبعد الجهد ولكن قد لا تكون الأم شديدة بالحد الذي يوقف الأداء الرياضي وهذا يجعل الرياضي يعتقد إن إصابته ليست الإصابة الجدية التي تتطلب علاجاً، ولكن نجد من الضرورة تشخيص الإصابة في مراحلها الأولى وحال الشعور بالأعراض سواء كانت حادة أو مزمنة ومعالجتها بجدية.

وفي ظروف معينة يتمكن الرياضي من تشخيص إصابته بشكل ذاتي ويمكنه أيضا إجراء المعالجة الأولية في الحالات الخفيفة والمتوسطة من الإصابات والرجوع إلى الاستشارة الطبية في حالة عدم التحسن خلال أسبوعين من العلاج.

وعادة ما يتم التشخيص وفق الفحوصات السريرية والعلامات الفسلجية والتي تعد من المتطلبات الأساسية في تحديد نوع العلاج.

- وتشمل الفحوصات السريرية ما يلي:
  - تفصيل وقوع الإصابة.
  - معاينة الإصابة (بالمقارنة بين الجزء المصاب وما يناظره في الجسم).
  - لمس جس الإصابة.
  - لفحوصات المختبرية (فحوصات الدورة الدموية والقلب، تخطيط القلب ،ضغط الدم ، فحوصات الجهاز التنفسي، فحص الإدرار، الأشعة السينية، الأمواج فوق الصوتية، التخطيط العضلي والعصبي وتخطيط الدماغي، وفحوصات أخرى).
- أما العلامات الفسيولوجية فتشمل ما يلي:
  - قياس النبض : علما فى معدل النبض الطبيع * (90–80 ضربة) فى الدقيقة ويقل لدى رياضي.
  - المطاولة والرياضيين حيث يصل إلى أقل من (50 ضربة /دقيقة).
  - عدد مرات التنفس: المعدل الطبيعي(12) مرة/دقيقة للبالغين والأطفال(25–20) مرة/ دقيقة.
  - قياس الضغط: معدل الضغط الانقباضي الطبيعي يتراوح بين (140–120ملم) زنبق انبساطي.

- درجة الحرارة: درجة الحرارة الطبيعية تقارب (37.2) درجة منوية أو (98.6) فيرنهايت.
- لون الجلد: تميز ثلاث ألوان للجلد في حالة الإصابات الرياضية الأحمر والأبيض والأزرق، فالأحمر يدل على قلة الأوكسجين أو الضغط العالي أو الضربة الحرارية والأبيض الشاحب وجود صدمة وأمراض القلب والدوران والأزرق يدل على وجود Co2 عالية في الدم.
- حجم حدقة العين: تكون حساسة جدا للإصابات حيث تتاثر في إصابة الجهاز العصبي والجمجمة وبعض إصابات القلب.
- قابلية الحركة: تتحدد القابلية الحركية أو عدم القرة على الحركة فى جزء من الجسم والإحساس به يدل على إصابة عصبية.
- الألم: وجود الألم ومكانه يقرر وجود الإصابة.

(د. أمزيان أسامة أسامة، 2019-2020،ص22-23-24)

1-7- التغييرات الفسيولوجية التي تحدث عند الإصابة :

عند حدوث الإصابة تتحطم التراكيب الأتية (العضلة، الأنسجة الرابطة، الأعصاب، الأوعية الدموية) ولهذا سوف تطرح الفضلات الخلوية نتيجة عملية الهدم هذه ولتعريف الجسم بحدوث الإصابة.

ولغرض البدء بعملية رفع هذه المخلفات والتخلص منها بطرحها خارجا وفي الوقت نفسه تقوم الأعصاب بإرسال الإيعازات للدماغ ليفسر ذلك على شكل ألم وكذلك يرافق الإصابة نزف نتيجة تمزق الأوعية الدموية مما يحدث تورم المنطقة المصابة ولكنه غالبا ما يكون قصير الأمد وذلك لأن ميكانيكية التخثر تعمل على غلق الأوعية الدموية الممزقة

وتدعى كتلة المخلفات الدموية والخلوية (بالورم الدموي) ويولد هذا الورم ضغطا على ساحة أكبر من منطقة الإصابة مما قد يحدث استجابات خارجية كالخدر والغثيان...

ويعد الألم حماية للمنطقة المصابة حيث عند الشعور به تتم معالجة الإصابة ، فضلا عن ذلك ترافق الإصابة في بعض العضلات مما يسبب التشنجات فيها وفي نفس الوقت يحدث تثبيط في عمل عضلات أخرى مما يؤدي إلى انخفاض القوة العضلية وتحديد الحركة فيها.

عند حدوث الإصابة تتحطم التراكيب الأتية (العضلة، الأنسجة الرابطة، الأعصاب، الأوعية الدموية) ولهذا سوف تطرح الفضلات الخلوية نتيجة عملية الهدم هذه ولتعريف الجسم بحدوث الإصابة.

ولغرض البدء بعملية رفع هذه المخلفات والتخلص منها بطرحها خارجا وفي الوقت نفسه تقوم الأعصاب بإرسال الإيعازات للدماغ ليفسر ذلك على شكل ألم وكذلك يرافق الإصابة نزف نتيجة تمزق الأوعية الدموية مما يحدث تورم المنطقة المصابة ولكنه غالبا ما يكون قصير الأمد وذلك لأن ميكانيكية التخثر تعمل على غلق الأوعية الدموية الممزقة .

وتدعى كتلة المخلفات الدموية والخلوية (بالورم الدموي) ويولد هذا الورم ضغطا على ساحة أكبر من منطقة الإصابة مما قد يحدث استجابات خارجية كالخدر والغثيان...

ويعد الألم حماية للمنطقة المصابة حيث عند الشعور به تتم معالجة الإصابة، فضلا عن ذلك ترافق الإصابة في بعض العضلات مما يسبب التشنجات فيها وفي نفس الوقت يحدث تثبيط في عمل عضلات أخرى مما يؤدي إلى انخفاض القوة العضلية وتحديد الحركة فيها.

كما إن هناك استجابات حسية أخرى تحدث من أجل التخلص من الورم الدموي حيث تحدث عدة تغيرات في الأوعية الدموية في المنطقة المصابة والمحيطة بها مما تسمح هذا الخلايا الدموية البيضاء بالتحرك إلى المنطقة المصابة لالتهام المخلفات وهذا ضروري من اجل اكتساب الشفاء هذه التغيرات في الأوعية الدموية لا تعد إيجابية بالنسبة إلى أجهزة الجسم الأخرى وخاصة الخارجية لأنها تقلل من جريان الدم في المناطق الطرفية تبعا لقلة جريان الدم في الأوعية الممزقة وبذلك يقل الأوكسجين في الخلايا القريبة من الإصابة(خارج منطقة الإصابة) إذ أن تجهيز الخلايا القريبة بالأوكسجين يكون أقل من المطلوب وعند استمرار ذلك لفترة طويلة فإن هذه الخلايا ستموت ويحدث ما يسمى (بالإصابة الثانوية) بسبب قلة الأوكسجين وهذا يتسبب في تهديم أنسجة أخرى وبذلك تزداد مساحة المنطقة المصابة ويزداد معها كمية المخلفات التي تضاف إلى الورم الدموي ويسبب الورم الدموي خلل في توازن القوى التي تنظم عملية تبادل (السائل البروتيني الدموي) من وإلى الجهاز الوعاني حيث تتجمع في الأنسجة وبذلك يزداد الورم .

أما الالتهابات الموضعية التي تحدث في مكان الإصابة فتكون نتيجة لزيادة تمدد الاوعية و الشعيرات الدموية السليمة في المناطق المحيطة أو المجاورة للإصابة حتى تسمح بمرور الشعيرات الدموية السليمة في المناطق المحيطة أو

المجاورة للإصابة حتى تسمح بمرور أكبر كمية ممكنة من الدم لتساعد في عمليات الالتنام للأنسجة المصابة وسرعتها في البناء ولهذا نشاهد تورم و احمرار في منطقة الإصابة نتيجة لتوافر كمية كبيرة من سائل البلازمة و عدد هائل من كرات الدم الحمراء و البيضاء ويزداد هذا العدد وتلك الكمية من سائل البلازمة في حالة إصابات جوهرية بغرض مقاومتها و القضاء عليها.

1-8- تدرج الإصابات الرياضية :

تدرج الإصابة للمساعدة في التقييم والمعالجة وتأثير درجة الإصابة والتأثيرات المرتبطة بذلك، إن المصطلحات جزئي، كلي ، بسيط شديد ، تطلعنا على التغيرات الحاصلة في تلك الأنسجة المتضررة جراء الإصابة.

ففي عام(1973) إبتكر تدرجا للإصابة والذي طبق على إصابات كثيرة الحدوث في الأنسجة الرخوة بصورة خاصة وحسبت الدرجة من (الصفر الى4) وقد حصل تعديل في هذا المقياس وأصبح التدرج من (1 إلى 3)

إن استخدام مثل هذا المقياس في الإصابات الحادة والمزمنة يمكن الرياضي والمدرب والمعالج من ربط الإصابة بنسبة عجز الإنجاز، حيث حددت العلامات والتغيرات النسيجية المرضية المرتبطة مع كل تدرج للإصابة وكما يأتي :

جدول(01) يمثل تدرج الإصابة الأكثر حدوثا على مستوي الأنسجة الرخوة:

التدرج	الاعراض	العلامات	المرض النسيجي
01	الالم بعد الجهد	ألام بسيطة و موضعية	تغيرات إلتهابية
02	الم في البداية وإختفاء الألم عند إبتداء الفعالية مع الإحماء وتعود للظهور بعد الفعالية	الم موضعي مع بعضر لتحدد الحركي البسيط عند الاختبار وألم	التهاب النسيج المصاب مع شمول التراكيب المجاورة قد تكون التصافات
03	الآلام مستمرة وتتفاقم مع أي فعالية وبالتالي تؤدي إلى إيقافها	ألم موضعي، فقدان الحركة، الضعف، وربما تليف العضلة	تغيرات التهابية واسعة، تكوين ندبة التهابية و التصافات.

إن نظام التدرج الموضعي اعلاه هو مجرد دليل حيث يمكن أن تكون هنالك تغيرات نوعية مرتبطة مع تراكيب معينة، إن التدرج يصف القابلية على الإنجاز ويمكن استخدامه التقييم الشفاء من الإصابة مهما كان التشخيص أم فيما يخص إصابات العظام والمفاصل فإنها تميل إلى الظهور بصورة مختلفة وتكون حسب ظاهرة (الكل أو اللاشيء).

(د. أمزيان أسامة، 2019-2020،ص25-26)

1-9- أنواع الإصابات في المجال الرياضي و آليات حدوثها و كيفية التعامل معها:

هناك أنواع متعددة للإصابات الرياضية التي يتعرض لها ممارسي الرياضات الفردية و الجماعية نذكر منها الأتي:

1-9-1 النفطات أو الفقاعات:

و تنتج من احتكاك الجلد بقوة و استمرار بسطح خشن و لمدة قصيرة مما يؤدي إلى انفصال الطبقات العليا من الجلد عن الطبقات السفلى و ظهور سائل بين هذه الطبقات يترشح من الأوعية الدموية و الأوعية اللمفاوية، كما ان هناك القروح التي قد يصاب بها الجلد لتكرار الاحتكاك في نفس المنطقة.

- العلاج:

يجب المحافظة على هذا الانتفاخ الجلدي المائي كما هو إن أمكن حيث نلاحظ بعد فترة قصيرة امتصاص السائل مرة أخرى و رجوع الجلد إلى حالته الطبيعية، أما إذا أراد اللاعب التخلص منه بسرعة فيجب تعقيم المنطقة بسائل معقم و من ثمة فتح المنطقة بمشرط معقم مع وضع مادة حافظة فوق منطقة النفطة لمنع حدوث الالتهاب.

1-9-2 السحجات:

وهي الإصابات الخفيفة للجلد و التي لا يصاحبها تمزق كلي بطبقات الجلد النسيجية، ويتعرض لها اللاعب عند السقوط أو الانزلاق على سطح خشن أو قدم زميل.

- العلاج:

- إزالة أي جسم غريب متعلق بالمنطقة لمنع الالتهاب.
- غسل المنطقة بالماء ثم يوضع سائل معقم.
- وضع قطعة من الشاش مع قليل من المضادات الحيوية.

1-9-3 الجروح:

يعرف الجرح بأنه قطع أو تهتك في الجلد او الطبقة تحت الجلد ، و يسبب هذا القطع ألما حادا كما يؤدي في بعض الحالات إلى حدوث نزيف دموي نتيجة لتهتك الأوعية الدموية في منطقة الجرح. كما يعتبر الجرح انفصال غير طبيعي في أنسجة الجسم مع حدوث قطع في الجلد، هو فقدان استمرارية الجلد لتعرضه لشدة خارجية.

1-9-3-1 وهناك عدة أنواع من الجروح و هي :

- لجرح القطعي: ويحدث نتيجة التعرض لألة حادة كالسكين او قطع الزجاج ويتميز بكون حافتي الجرح منتظمتين مع وجود نزيف شديد في المنطقة لقطع عدد كبير من الاوعية الدموية
- الجرح النافذ: ويحدث نتيجة اختراق الجلد بالة حادة مدببة مثل الرمح وسلاح المبارزة او اي جسم رفيع مدبب ، ويتميز بقلة الدم المصاحب للإصابة إلا إذا أصاب عضوا داخليا أو أوعية دموية يتحول الجرح خطير جدا قد يتسبب في وفات المصاب خاصة اذا ثقب احد الأحشاء الهامة مثل القلب و الكبد و الطحال ، كما يساعد عمق الجرح على سهولة تلويثه بالمكروبات .
- الجرح الرضي: وينتج من ارتطام اللاعب بجسم غير حاد كالحجارة حيث يحدث تمزق في الأنسجة وتكون حوافي هذا الجرح غير منتظمة مع حدوث اقل في حالة الجرح القطعي .

1-9-3-2 الإسعافات الأولية للجرح:

يجب التأكد قبل بدأ الإسعافات الأولية من عدم وجود إصابات أخرى مثل الخلع أو الكسر

وغيرهما لدى اللاعب المصاب، وفي حالة عدم وجود إصابات أخرى تجرى الإسعافات التالية:

- تنظيف الجرح بقطن مبلول بالماء النظيف ثم ينظف بمطهر طبى (سافلون او ديتول مخفف بالماء أو بالميكروكروم) 50.%
- إيقاف النزيف إن وجد و ذلك بوضع شاش معقم على الجرح ثم يوضع بعض القطن فوق الشاش و يتم لف الجرح برباط ضاغط مع الضغط قليلا ثم إحكام الرباط لإيقاف النزيف، ويجب مراعاة تغطية كل مساحة الجرح.
- نقل المصاب إلى اقرب مركز صحي.

1-9-3-3 علاج الجروح :

إذا كان الجرح صغيرا فلا يستدعي عرضه على الطبيب و يمكن معالجته في مكان الإصابة. أما في حالة الجروح الكبيرة أو النافدة فيجب استشارة الطبيب الأخصائي و من أهم القواعد الأساسية للعلاج هي:

- تعقيم مكان الإصابة باحدى المطهرات المتوفرة مع عدم إزالة التجلد الدموي.
- العمل على إيقاف النزيف إما بواسطة الضغط على مكان الإصابة بواسطة قطعة من الشاش أو كيس من الثلج أو رش كلور.

1-9-4 التمزقات العضلية:

تحدث الإصابات العضلية في الملاعب الرياضية كنتيجة لقوة خارجية مما يحدث الكدمات و الإرتشاحات الدموية، والتهتك العضوي لمختلف الأنواع، أو قد تحدث تلك الإصابات نتيجة لقوة داخل الأنسجة نفسها في احد الحركات الفنية الخاطنة للأداء الرياضي (عامل داخلي) مثل إصابات الشد و التمزقات العضلية بكل أنواعها المختلفة .

1-9-4-1 تعريف التمزق العضلي :

هو تمزق العضلات و الأوتار نتيجة لانقباض العضلات المفاجئ الذي ينتج عن عدم التوافق بين مجموعة العضلات المتجانسة و المضادة.

و هو عبارة عن تمزق في الألياف العضلية و قد يصاحبها تمزق بالأوعية الدموية و ترجع أسباب التمزقات إلى الاستعمال الخاطئ أو التدريب الرياضي الغير العلمي للعضلات كالقيام بمجهود أكبر من طاقة العضلات أو إهمال الإحماء قبل التمارين ، أو نتيجة شد مفاجئ أو متكرر أو نقص المرونة بالعضلات ، وقد يصاحب التمزق العضلي ألم شديد مكان الإصابة و فقدان للقدرة الحركية لها و يتناسب هذا الفقدان طرديا مع حجم الإصابة، و للتمزق العضلي أنواع و درجات و هي:

- تمزق درجة أولى : أو بما يعرف التمزق العضلي البسيط وهو تمدد ألياف العضلة ولا يوجد سيلان للدم في العضلة.
- تمزق درجة ثانية: أو بما يعرف التمزق العضلي الجزئي (المتوسط) و هو تمزق بعض الألياف العضلية فتكون دفقا دمويا و بعد مرور ساعات يظهر كدم صغير.
- تمزق درجة ثالثة : أو بما يعرف بالتمزق غير الكامل (الجزئي) للعضلات ؛ في هذا النوع لا تتمزق العضلات بالكامل و لكن تتمزق بعض أجزائها أي العديد من الألياف و قد يكون هذا التمزق في وسط العضلة و داخلا في مركز العضلة أو خارجها ، جهة المحيط الخارجي لها و لهذا يظهر ورم مهم ويولد كدما مبكرا على ناحية التمزق .

تمزق العضلة جهة مركزها: يكون عادة مصحوبا بألم أكبر مع فقدان في وظيفة العضو المصاب، ولا تبدو إصابة ظاهرية في العضلة نظرا لعمق الإصابة

تمزق العضلة جهة محيطها الخارجي: إن تمزق العضلة جهة محيطها الخارجي يكون مصحوبا بوجود تجمع دموي و هو يتجمع طبقا لقوانين الجاذبية خلال المستويات الفراغية بين الأنسجة المحيطة، وفيه يبدو عادة تلون و تجمع دموي يمكن مشاهدته على بعد عدة سنتيمترات من مكان الإصابة.

- تمزق من درجة رابعة (التمزق الكامل للعضلات): يعتبر أخطر ضرر عضلي قد يحدث للرياضي،ويبدأ بآلام شديدة و شلل تام، ويشاهد بوضوح في حالة تمزق العضلة ذات الرأسين الموجودة بالعضد حيث تنفصل إحدى رأسيها و هي الرأس الطويلة ،عندند فإن انقباض الكوع يكون مصحوب بظهور و بروز هذا الجزء من العضلة في وسط العضد كبروز غريب ، و هناك إصابة مماثلة أخرى عندما يتمزق الجزء الوسط من عضلة رباعية الرؤوس بفعل إصابة مباشرة أسفل الفخذ من جهة الأمام، و هناك إصابة مشابهة للإصابتين السابقتين تحدث للعضلة الخلفية للفخذ التي غالبا ما تتمزق في بعض الحركات العنيفة للعدائين .

1-9-4-2 أسباب حدوث الشد او التمزق العضلي:

- الالتهاب العضلي يحدث نتيجة احتقان الشعيرات الدموية داخل الليفة العضلية وزيادة لفضلات التعب (حمض اللاكتيك) والاختلاف في لزوجت و مطاطية العضلة مما يسبب ألم شديد أثناء أداء النشاط الرياضي و قد يكون ذلك سببا في حدوث إصابة التمزق.
- حركة عنيفة، سريعة ذات شدة كبيرة مثل القذف في الفراغ، الانطلاق القوى.
- حركة غير منتظرة أو غير متحكم فيها، عضلات غير محضرة تحضير بدني غير كافي.
- الانقباض العضلي المفاجى.
- المجهود العضلي الزائد او التمارين المرهقة.
- إهمال الإحماء قبل التمارين ,
- عدم الاتزان والتناسق في التدريب.
- عندما تكون مطاطية العضلات اقل من المستوى المطلوب.

1-9-4-3 أعراض الشد أو التمزق العضلي:

- الألم ويتوقف على شدة الإصابة، يكون الألم بسيطا خاصة عند استعمال العضلة في الدرجات البسيطة وقد يكون شديدا في حالة تمزق عدد كبير من الألياف العضلية أو انقطاع العضلة او الوتر مع سماع صوت فرقعة العضلة وقت حدوث الإصابة و يكون ذلك مصاحبا بعدم قدرة العضلة المصابة على اداء وظيفتها.
- تورم مكان الإصابة نتيجة النزيف الداخلي إما مباشرة أو بعد مرور 24 ساعة حيث يتضخم حجم العضلة ويتغير لون المنطقة إلى الأحمر والأزرق و الأصفر بعد مرور عدة أيام.
- تشوه العضلة المصابة خاصة في الإصابات الشديدة حيث يمكن رؤية تقعر او فجوة يحسها المصاب و يمكن رؤيتها بالعين.
- ضعف شديد عند استخدام العضلة المصابة .
- تشنج العضلة المصابة .
- ألم شديد عند الضغط على منطقة الاصابة.

1-9-4-4 الإسعافات الأولية للشد أو التمزق العضلي :

- يعتبر إيقاف أو التقليل من النزيف الدموي داخل الألياف العضلية هو الهدف الأول من الإسعافات الأولية لحالات الشد العضلي ويجب في هذه الحالة إتباع الخطوات التالية:
- ضع اللاعب المصاب في وضع مناسب وغير مؤلم و الوضع المثالي هو الاستلقاء على الظهر في حالة إصابات الإطراف السفلى أو الجذع أو الجلوس من المعتدل في حالات إصابة الأطراف العليا .
- ضع كمادة بارة على الجزء المصاب من العضلة تثبت الكمادة برباط ضاغط بإحكام مدة 15 دقيقة بعدها أعد وضع الرباط على الجزء المصاب من العضلة و المفصل القريب منها لتقليل الحركة كرر استخدام الكمادة البارة مرتين في اليوم .
- في حالة الشد العضلي في الإطراف السفلى من الدرجة الثانية او الثالثة يجب استخدام عكازين للاعب المصاب للانتقال للمستشفى إما فى حالة إصابة الإطراف العليا فيجب تثبيت الذراع بجانب الجذع برباط ضاغط.
- ينقل اللاعب المصاب إلى اقرب مركز صحي و ذلك لاستشارة الطبيب. فيما يلزم عمله لمواصلة علاج اللاعب المصاب.

1-9-4-5 علاج الشد أو التمزق العضلي:

- يجب الاهتمام بالراحة في الفراش خلال 48 ساعة من حدوث الإصابة و جعل العضلة المصابة في وضع ارتخاء لقليل التوتر العضلي.
- عدم المشي أو الوقوف لفترات طويلة مع كمادات الماء البارد أو الثلج لمدة عشرين دقيقة.

بعد 48 ساعة من لحظة الإصابة يمكن عمل الأتي:

- استخدام كمادات متضادة باردة ساخنة باردة مرتين او ثلاث مرات في اليوم لتنشيط الدورة الدموية.

- يجب رفع الطرف المصاب للأعلى لقليل الورم.
- البدء بالتمارينات المسكنة للعضلات تدريجيا بعد ثالث يوم من الإصابة.
- العلاج الكهربائي:
  - أشعة تحت الحمراء.
  - أشعة الموجات فوق الصوتية
  - أشعة الليزر.
- العلاج المائي: حمام شمس و زيت برافين أو الكمادات المضادة، و يفضل استخدام التدليك تحت الماء.
- التدليك الطبي: سطحي في أول الأمر ثم يتدرج في العمق مع الاحتكاك و تمتد فترة العلاج ما بين أسبوع إلى ثلاثة أسابيع في حالات الإصابة فيما بين العضلات أو جهة المحيط الخارجي للعضلة، بينما يمتد من حوالي شهر إلى شهر و نصف في حالات التمزق الكامل او الإصابة في مركز العضلة و التي يكون شفائها بدرجة أبطأ من الحالات الأولى.

و لا نحصل على الشفاء التام إلا بالحصول على أقصى كفاءة و قوة عضلية و أقصى مرونة عضلية و مدى حركي كامل للمفاصل المجاورة لمكان الإصابة.

1-9-5 كسور العظام:

تعتبر إصابات العظام شائعة الحدوث في المجال الرياضي، وغالبا ما تكون نتيجة لعنف مباشر، وعامة فإن كسور العظام في المجال الرياضي تختلف بعض الشيء عن الكسور العامة في مجالات الأنشطة الأخرى من الناحية الفنية خاصة في أسباب وميكانيكية حدوثها.

كما تحدث الكسور أحيانا نتيجة الالتواء الشديد لبعض المفاصل يسفر عنه شتد قوي من الرباط لنقطة الإندغام بالعظام مما يؤدى إلى حدوث انفصال الرباط مصطحبا معه قطعة من العظام وقد تحدث نتيجة انقباض قوي و مفاجئ لأحد العضلات مما يؤدي إلى حدوث شد قوي من وتر العضلة على نقطة إدغامها بالعظام بدرجة ينفصل بها الوتر مصطحبا و فاصلا معه قطعة من العظام

وتختلف نوعية الكسور باختلاف نوعية السبب و نوع الرياضة حيث تزداد النسبة في الرياضات العنيفة مثل كرة القدم و المصارعة... الخ نجد أن النسبة تقل في الرياضات الأخرى مثل تنس الطاولة.

1-9-5-1 ويمكن تقسيم الكسور من حيث السبب:

- الكسر الاصابي: نتيجة لإصابة شديدة كالاصطدام بجسم صلب كما في حالة الحوادث أو السقوط من مكان مرتفع و في هذه الحالة يمكن ان يكون كشر مباشر أو غير مباشر.
  - الكسر المباشر: و هو ان يحدث الكسر مكان الإصابة وتكون كمية إصابة.
  - الكسر غير المباشر: و فيه يكون الكسر في مكان بعيد عن مكان الإصابة مثل السقوط من مكان مرتفع على القدمين فيكون رد فعل الإصابة كسرا في عظام الجمجمة أو العمود الفقري مثلا.
- الكسر الاجهادي: و هو الكسر الذي ينتج من تعرض عظمة سليمة لجهد متتال أكثر من اللازم، وهذه الكسور الجهدية منتشرة بكثرة بين الرياضيين.
- الكسور المرضية: و أساس حدوث هذه الكسور تكون العظمة مريضة و هذا المرض أدى إلى ضعفها و جعلها هشة و عرضة للكسر نتيجة لأي مجهود بسيط،

1-9-5-2 وتصنف الكسور إلى الأنواع التالية :

- الكسر البسيط : هو الكسر الذي لا يزيد عدد أجزاء العظمة المكسورة عن أثنين و غير مصاحب بجرح في الجلد.
- الكسر المركب: هو الكسر الذي يزيد عدد أجزاء العظمة المكسورة عن اسم.
- الكسر المضاعف : وهو الكسر المصحوب بجرح في الجلد، لذلك يعتبر أكثر أنواع الكسور خطورة لاحتمال حدوث تلوث و التهاب في مكان الكسر.
- الكسر المعقد : و هو الكسر الذي يسبب تمزق أو ضغط على الأوعية الدموية أو ممكن. الأعصاب المجاورة ، أو يكون مصحوبا بخلع في المفاصل ، وخاصة بمناطق الإبط والمرفق والركبة وهذه الحالات إستعجالية ويجب استشارة الطبيب في أسرع وقت

1-9-5-3 أشكال الكسور :

- يختلف شكل الكسور تبعا لحدة و شدة الإصابة و من أهم أشكال الكسور التي تحدث إثناء ممارسة الرياضة ما يلي :
- الكسر المفتت : وفيه ينقسم العظم أكثر من جزأين و تتباعد فيه أحيانا بعض الأجزاء الصغيرة من العظم بعضها عن بعض و يحتاج في اغلب الأوقات الى التدخل الجراحي للإعادة جزئيات العظمة الى مكانها الصحيح .
- كسر الغصن الأخضر: و هذا النوع لا يعد كسرا كاملا بل عبارة عن التواء او شرخ في العظم ويحدث للناشئين بسبب ليونة و مرونة عظامهم و يحدث في العظام المرنة ذات السطح المحدد و التي لم يكتمل تكلسها تماما.
- الكسر المدغم : وفيه يدعم احد حرفي العظمة فوق الأخر ، وينتج عن السقوط من ارتفاع عالي مما يسبب استقبال العظمة الطويلة لقوة كبيرة بشكل مباشر من خلال محورها الراس . ويحتاج هذا الكسر إلى تعديل سريع لضمان الاحتفاظ بطول العظمة ونحوها.
- الكسر الحلزوني: و فيه يكون انفصال العظم على شكل حرف S و هو شائع بين لاعبي كرة القدم و التزحلق على الجليد حيث تثبت القدم على الأرض و يدور الجسم بطريقة مفاجئة في الاتجاه المعاكس
- الكسر المائل: ويحدث عندما تسبب قوة خارجية وفجائية في دوران جزء من العظمة بينما يكون الأخر ثابتا و يتشابه مع الكسر الحلزوني في الشكل.
- الكسر المستعرض: ويحدث على شكل خط مستقيم مار بمنتصف ساق العظمة وذلك بسبب ضربة خارجية مباشرة.
- الكسر المضغوط : ويحدث غالبا للعظام المسطحة مثل عظام الجمجمة و ذلك نتيجة السقوط او احتكاك الرأس بسطح جامد غير متحرك ، ويؤثر هذا الشكل من الكسور على المناطق المرنة .

1-9-5-4 الأعراض المصاحبة لحدوث الكسر:

يتميز حدوث الكسر بألم في منطقة حدوث الكسر و المنطقة المحيطة بها ، و يحدث تغير و تشوه في شكل الطرف و المنطقة المصابة ، و انتفاخ يتناسب مع نوعية الكسر كما يفقد اللاعب المصاب القدرة على تحريك و استخدام الطرف المصاب و بعض الكسور تكون مصحوبة بنزيف دموي و جروح فى منطقة الكسر.

1-9-5-5 الإسعافات الأولية للكسر:

تعتبر الكسور من اخطر أنواع الإصابات الرياضية و من ثم يمكن ان يؤدي إهمال الإسعافات الأولية للكسر أو تقديمه بشكل غير صحيح إلى حدوث مضاعفات قد تؤدي إلى ابتعاد اللاعب عن ممارسة الرياضة لفترة طويلة او حدوث عاهات دائمة في بعض الأحيان. و من أهم المفاهيم التي يجب على الإلمام بها قبل القيام بالإسعافات الأولية للكسر ما يلي:

- ان تحريك اللاعب المصاب بكسر بطريقة غير صحيحة قد يؤدي إلى تغير في وضع الطرف طرفي الكسر من مكانهما مما يسبب مضاعفات للكسر أو إصابة للأوعية الدموية او الأعصاب في المنطقة الصحيحة لنقله الى خارج الملعب و عدم مطالبته بالمشي او الحركة.

1-9-5-6 وفيما يلي الخطوات الأساسية التي يجب إتباعها للإسعافات الأولية لحالة الكسر:

- لا تقم بتحريك اللاعب المصاب الا ضمن اضيق الحدود .
- عدم محاولة إعادة الطرف المكسور الى الوضع الطبيعي في ما لو وجد ان هناك تغيير او تشوه في شكل الطرف .
- في حالة وجود جرح يجب تغطيته بالقطن النظيف ولفه بالرباط الضاغط لوقف النزيف قبل تثبيت الكسر.
- يثبت الكسر بواسطة استخدام الجبائر ، و الجبيرة هي لوح من البلاستيك أو الخشب او المعدن معد للاستخدام كما يمكن إعدادها في وقت الإصابة .
- يجب استخدام النقالة لحمل اللاعب المصاب الى خارج الملعب .
- نقل اللاعب المصاب إلى اقرب مستشفى او قسم الاستعجالات لتلقي العلاج اللازم.

1-9-5-7 علاج الكسور:

علاج كسور العظام للرياضيين يلزم أن يتم بصورة أسرع وبكفاءة عالية وتامة وخاصة فيما يتعلق بمرحلة التأهيل لما بعد الإصابة ، بل يتعدى ذلك إلى مراحل التثبيت العلاجية للكسور، وعلى سبيل المثال يفضل للرياضيين تثبيت أجزاء العظم المكسور بالمثبتات المعدنية لتقليل زمن العودة إلى الكفاءة الوظيفية كما كانت قبل الإصابة وبالتالي العودة بسرعة للملاعب وبنفس الكفاءة السابقة للإصابة.

ونشير هنا إلى احتمال حدوث إصابات بالعظام (شائعة في مفصل الركبة للرياضيين)، ويصاحبها إصابات بالأربطة أو تواجد أجسام عظمية سانبة بين سطحي المفصل المصاب، ويصعب اكتشاف ذلك من صور الأشعة العادية ويحتاج إلى خبرة فنية عالية.

كما يتميز النشاط الرياضي البدني بوجود ما يسمى بكسر الإجهاد " Stress ويحدث نتيجة للتدريب المكثف و لمدة طويلة بحجم وشدة عالية (جر عات تدريبية زائدة)، وذلك في الأماكن التالية :

- عظم قصبة الساق "Tibia"
- عظم قصبة الساق "Tibia"
- عظام سلميات القدم "Metatarsals"

وذلك في رياضات الألعاب مثل كرة القدم واليد والطائرة والجري مسافات طويلة (الماراتون) على أراضي صلبة كما تزداد نسبته عند ممارسة كرة القدم على الأرضيات الصناعية (الطارطون أو العشب الاصطناعي).

1-9-6 الرضوض أو الكدمات :

1-6-9-1 تعريف الرضوض أو الكدمات:

الرضوض هي التورمات الأكثر شيوعا في إصابات الرياضيين التي تحدث خلال ممارسة النشاط الرياضي ، و الرضوض تحدث عادة بسبب الصدمة المباشرة أو اصطدام جزء معين من الجسم بشيء خارجي ، والتي بالتالي تحدث أضرارا بالأوعية الدموية التحتية.

الرض أو الكدم هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة كالجلد والعضلات والعظام والمفاصل نتيجة لإصابتها مباشرة بمؤثر خارجي. آلم وورم ونزيف داخلي ثم ارتشاح سائل بلازما الدم هي أعراض غالبا ما تصاحب الكدمات.

1-9-6-2 درجات الكدمات :

- الكدم البسيط : يستمر اللاعب في الأداء و قد لا يشعر به لحظة حدوثه و إنما قد يشعر به اللاعب بعد المباراة.
- الكدم الشديد: لدرجة ان اللاعب لا يستمر في الأداء، ويشعر باعراضه لحظة حدوثه مثل الورم والألم و ارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب.

و فيما يلي جدول (02) أهم الاختلافات بين الكدم البسيط و الكدم الشديد كما هو موضح في الجدول الأتي:

الكدم غير الشديد	الكدم الشديد
- **يستمر اللاعب في الداء** - **لا تحدث في الغالب تغيرات فيسيولوجية كبيرة مكان الإصابة** - **لا ترتفع فيه درجة حرارة الجزء المصاب**	- **يخرج اللاعب من الملعب ولا يستطيع الاستمرار في الأداء** - **يحدث ألم و ورم لحظة حدوث تغير في لون الجلد** - **ترتفع فيه حرارة الجزء المصاب**

1-9-6-3 أنواع الكدمات:

- كدم الجلد :

- و يسمى أحيانا بالجروح الرياضية وتتميز بورم يغير لون الجلد، و هي لا تتاح من العلاج سواء تطير الجلد منعا من حدوث الالتهاب.
- وقد يتجمع الدم تحت الجلد و يكون الكدم تحت الجلد فيمكن للتجمع الدموي ان يظهر من الأنسجة العميقة إلى سطح الجلد. وتكون الكدمة لونها أزرق قاتم تتحول تدريجيا الى اللون الطبيعي، و لا تحتاج من العلاج أكثر من رباط ضاغط لتخفيف الألم و الورم مع عمل حمام دافئ أو تدليك خفيف سطحي.

- كدم العضلات:

- و فيها يحدث تمزق جزئي لبعض الشرايين وينشا عن ذلك انسكاب الدم ، و البلازما بين العضلات و تتميز رضوض العضلات بحدوث الورم، حيث يستمر في الزيادة التدريجية في خلال 24 ساعة من حدوث الإصابة و يصاحبه الألم شديد عند أداء أي حركة تتطلب جهدا من العضلة وفي الحالات الشديدة ترتفع درجة الحرارة، وعدم قدرة أداء العضو المصاب بوظيفته.
- في الحالات البسيطة: يعقب الإصابة الم شديد مع فقدان القدرة على تحريك العضو إلا ان الألم لن يستمر طويلا و يعود اللاعب الى اللعب، ففي هذه الحالات يمكن ترك الإصابة بدون أي تدخل "علاجي ، أو عمل رباط ضاغط على مكان الإصابة، عمل حركات إرادية مع عمل تدليك سطحي خفيف أعلى و أسفل الإصابة. ويمكن للاعب مزاولة النشاط الرياضي
- في الحالات الشديدة : فإن النزيف الداخلي يستمر ويفقد اللاعب القدرة على الحركة وتظهر بصورة واضحة، ففي هذه الحالة يجب أن يركن اللاعب الى الراجة و اتخاذ الوضع الذي يؤدي الى التوتر للعضلة المصابة مع عمل كمدات ماء بارد او ثلج مجروش للحد من النزيف. ثم عمل رباط ضاغط على العضلة مع الراحة لمدة 36 ساعة مع عمل انقباض للعضلة وذلك للمحافظة على التوازن العضلي و لمنع حدوث الالتصاقات ولسرعة امتصاص الارتشاحات و النزيف في منطقة الإصابة .
- المرحلة الثانية و تستمر ثلاثة أسابيع و تبدأ بعمل تمارينات علاجية متدرجة كذلك استعمال وسائل التدفئة كالتدليك و الكمدات الساخنة والمراهم و عمل جلسات كهربائية وذلك لمنع تليف الأنسجة العضلية ، ويمكن العمل على إزالة الألم باستعمال المراهم الخاصة بذلك مثل الهيموكلار.
- التدخل الجراحي إذا كان التجمع الدموي شديدا لأنه يشكل خطورة على الدورة الدموية للطرف المصاب.

- كدم العظام:

- و هي أكثر الإصابات التي يتعرض لها معظم اللاعبين و تحدث غالبا في العظام السطحية وغير المكسوة بعضلات سميكة مثل عظم القصبة و الساعد، وتتميز هذه الكدمات بالأتي:
- ألم شديد.
- ورم بالعظام.
- تغير في اللون اذا كانت الكدمات مماثلة في الجلد.

- عدم القدرة على الحركة.

و أنسب الوسائل العلاجية هي الحرارة العميقة عن طريق جلسات كهربائية بالموجات القصيرة، و يعتبر العلاج المائي عاملا هاما في سرعة الشفاء مع احتفظ اللاعب بالاتزان العضلى التام ويعطى مسكنات للألم مثل أقراص النوفالجين.

- كدم المفاصل:

و يصاحبه دائما نزيف في المحفظة الزلالية، علاوة على النزيف الدموي مع تراكم هذا النزيف حول المفصل، ففي هذه الحالة يجب السيطرة على هذا النزيف باسرع ما يمكن ذلك بوسائل التدريب او الرباط الضاغط.

العلاج يأخذ نفس الوسيلة السابق ذكرها مع عدم إجبار المفصل على العمل في المدى الكامل، وعلى المصاب عمل حركات إنقباضية كل فترة زمنية معينة ولعدة مرات، عمل تدليك اعلى و اسفل الجزء المصاب و بالتدريج على المفصل، ويبدأ العمل بالتدليك بعد اتليوم الأول و الثاني و ذلك يساعد على سرعة الالتنام ومنع الالتصافات .

- كدم الأعصاب:

هذه الإصابات غالبا ما تحدث في الأجزاء المكشوفة مثل رأس عظم الشظية، وتحدث هذه الإصابة بسبب ألم شديد قد يستمر من ثوان إلى ساعات و أحيانا يحدث شلل مؤقت و في هذه الحالة يجب العناية بحالة اللاعب النفسية.

وينحصر العلاج في الراحة و التدفئة (كمدات ساخنة) ويجب تجنب التدليك في مكان الاصابة.

1-9-6-4 خطورة الكدم:

حدوث إصابات داخلية (إصابة المخ في كدم الرأس – إصابة الأحشاء الداخلية في كدم البطن) و عليه يجب إرسال المصاب فورا للمستشفى مهما كانت الإصابة بسيطة.

- الأعراض المصاحبة لحدوث الرض أو الكدم :

يصاحب الكدمة الم في موضع الإصابة يزداد عند الضغط الخفيف عليه كما يحدث احمرار في الجلد و الصبغة التي تحت الجلد و يتحول لون الكدمة إلى اللون الأحمر ثم إلى اللونين الأزرق و البنفسجي بعد اليوم الثاني او الثالث نتيجة لتغير لون مادة الهيمو غلوبين الموجودة في الدم و يمكن للاعب تحريك الجزء المصاب من الجسم مع الم بسيط أو بدون الم تبعا لشدة الكلمة.

- الإسعافات الأولية للرضوض أو الكدمات :

- وضع الماء البارد او قطع الثلج فور حدوث الإصابة وبعدها لإيقاف النزيف الداخلي وتخفيف الورم .
- إعطاء راحة للجزء المصاب و جعل العضلات المصابة في وضع الارتخاء لتقليل التوتر العضلي

- العلاج:

العلاج في مثل هذه الإصابات يتمثل في :

- استخدام الحمامات المتغيرة (بارد ثم حار) مرتين إلى ثلاث مرات باليوم لتنشيط الدورة الدموية .
- استعمال الدهانات الطبية المخصصة لإزالة الألم والورم .
- استخدام الرباط الضاغط طول اليوم وإزالة عند النوم .
- استخدام وسادة عند النوم أو الجلوس لرفع العضو المصاب .
- تدريب العضلات المصابة تدريجيا تحت إشراف أخصائي العلاج الطبيعي

1-9-7 الالتواءات :

1-7-9-1 تعريف الالتواءات:

الالتواءات هى الإصابة التي تصيب الأربطة العضلية و هى ألياف غير مطاطية خلقت لكي تمنع الحركات الغير طبيعية في المفصل ، اذ كلما اجبر المفصل على أداء حركات غير طبيعية فإن الأربطة العضلية تتمزق و تتقطع مسببة إصابة ، علما بان الأربطة تصاب في المناطق الرقيقة فيها . ويمكن ان تحصل الإصابة في الأربطة كلها او في وتر من اوتارها .

بالنسبة الى مستوى الإصابة و مقدار الضرر الحاصل جراءها فيعتمد على شدة الحمل و الفترة الزمنية التي استغرقتها الحركة الغير طبيعية . ان هناك مفاصل ذات اتجاه حركي واحد والتي تحصل فيها اكبر نسبة من إصابات الالتواءات. وتحدث الإصابة في حالة الحركة عند الدوران او الارتكاز ، و أحيانا تكون بسبب سقوط احد على المنطقة أو جراء ضربة على سطح القدم الخارجية.

1-9-8 أنواع الالتواءات:

تصنف الالتواءات إلى ثلاثة أنواع حسب شدة الإصابة وتتمثل في :

- **الالتواء البسيط (الدرجة الأولى):**

ويحدث نتيجة تمطيه بسيطة أو تمزق موضعي صغير، مع حدوث ضرر قليل جدا في استمرارية الأربطة. ويحتمل ان يعائي الرياضي من بعض الألم خلال الأداء الرياضي ولكن هذا النوع من الإصابة لا يعوق حركة الرياضي بشكل كبير .ويحدث في حالة التمدد الزائد لأحد أربطة الكاحل لكن دون تمزق الرباط.

العلاج:

الراحة لمدة ثلاثة أيام ، مع استخدام الثلج المبروش وقت الإصابة، ويعالج هذا النوع من الالتواء بالشد على الموضع لحماية الإصابة من ان تتضاعف بالإضافة إلى الأدوية المضادة للالتهاب و المسكنات.

- **الالتواء المتوسط (الدرجة الثانية):**

يحدث بتمزق في ألياف الأربطة ويحدث قطع بسيط في استمرارية هذه الأربطة الغير قابلة للتقلص . وتعتمد درجة الضرر على شدة الإصابة ويجب إيلاغ المدرب الرياضي عنها، و تكون هذه الإصابات عادة من الأنواع التي يصعب على المدرب تقييمها لأنها ليست شديدة و ليست بسيطة.

وتتخلل الإصابة المتوسطة الم قليل الشدة وورم و عدم استقرار .ان تمزق الأربطة هذا يسبب ألما موضعيا و يعتمد على شدة الإصابة و تتحدد الحركة الرياضية به مما يسبب تعبا نفسيا للرياضي إضافة إلى ألم الإصابة .

العلاج:

يتطلب هذا النوع من الالتواء استخدام الجبس في شد و بناء الموضع لتسريع عملية الالتئام ولمنع الحركة ، واستخدام العكازات في حركة الرياضي. وياخذ زمن الالتنام فترة من 03 الى 07 أسابيع أو ربما أطول لتكتمل عملية الالتنام ، وبعدها يستخدم المدرب برنامجا لإعادة تأهيل الرياضي المصاب.

- **الالتواء الشديد (الدرجة الثالثة):**

يحدث قطع كامل في الأربطة ، بحيث تصبح الأربطة منزوعة من احد طرفي العظم في موضع الإصابة وربما تسبب كسرا بسيطا في موضع العظم أو تتمزق الألياف العضلية من اي مكان من العضلة . وعند الإصابة يسمع الرياضي صوت القطع في التمزق و يتولد لديه إحساسا شديدا بالألم. و لهذا فالربط المباشر مع استخدام الثلج يقلل كثيرا من معاناة الرياضي المصاب، ويجب نقله إلى اقرب مركز صحي لإجراء التقييم الشامل.

العلاج:

إجراء الصور الإشعاعية وبناء الموضع لتمكين عملية الالتنام من البدء. والتمزق الشديد يكون صعبا و يستغرق فترة طويلة للالتنام، و يحتاج الرياضي إلى برنامج إعادة تاهيل إلزامي يساعد الرياضي على العودة إلى ميادين الأنشطة الرياضية بشكل جيد.

1-9-8 الخلوع:

1-9-8-1 تعريف الخلوع:

الخلوع هي تغيير في مكان رأس العظم في منطقة المفصل . وهذا النوع من الإصابات ينتج من قوة كبيرة و عادة تكون خارجية تجبر المفصل إلى الاندفاع إلى خارج مكانه الطبيعي المحدد. و عندما يكون خروج العظم من مفصله بشكل غير كامل فتسمى هذه الحالة بالخلع الجزئي . اما عندما يكون خروج العظم من مفصله بشكل كامل فتسمى هذه الحالة بالخلع الكامل . ويمكن إرجاع رأس العظم الى مكانه بالمفصل من قبل المدرب الرياضي الخبير المتمرس في هذا النوع من الإصابات ، ومن ثم استكمال إجراءات العلاج الأخرى ، و هذا يكون في الحالات البسيطة اما في الحالات الشديدة فيجب ان يقوم بذلك أخصائي المفاصل و العظام.

وتتأثر المفاصل بهذا النوع من الإصابة إذ يتسبب ذلك في ضرر كبير و إذا ما تكررت الإصابة في نفس المفصل فيكون لدى الرياضي خلع مزمن و يفقد القدرة على الأداء الرياضي الصحيح. وتتضرر المفاصل ذات الاتجاه الحركي الواحد بهذا النوع من الخلع و تتضرر الأنسجة المجاورة لمنطقة الخلع، بينما تقل الأضرار في المفاصل المتعددة الاتجاهات مثل مفصل الكتف . ويسبب الخلع قدرا كبيرا من الألم خصوصا في بدايته و حتى إعادة المفصل إلى وضعه الطبيعي ، ويجب حماية المفصل خلال فترة الالتنام ليكون الشفاء متكاملا منعا لحدوث مضاعفات في هذا الموضع البدني الحساس

1-9-8-2 أعراض الخلع:

- التشوه.
- فقدان القدرة على الحركة.
- الألم.
- ورم (النزيف للأوعية الدموية، ارتشاح في المحفظة الزلالية و السائل الليمفاوي). وأهم التغييرات التي تحدث في الخلع بخلاف النزيف هي حدوث شد أو تمزق في الأربطة.

1-9-8-3 الإسعافات الأولية للخلع :

- التقليل من تحريك اللاعب المصاب إلا في أضيق الحدود حيث ان الحركة يمكن ان تؤدي إلى مضاعفة الخلع.
- تثبيت الطرف المصاب بواسطة الجبيرة المناسبة .
- وضع كمادة باردة فوق منطقة الخلع وتثبيتها جيدا قبل تثبيت الجبيرة.
- نقل اللاعب المصاب فوق نقالة إلى اقرب مستشفى أو مركز صحي.

- العلاج:

- من أجل التشخيص السليم لبد من الفحص بالأشعة وذلك للتاكد من عدم وجود كسر في عنق العظم المخلوع. والتثبت من عدم وجود إصابة عصبية أو وعانية دموية.
- يجب رد الخلع في أقصر مدة ممكنة منذ الساعات الأولى للإصابة بواسطة أخصائي العظام.
- تثبيت المنطقة المصابة بالجبس في حالة وجود كسر.

1-9-9 إصابات الأوتار العضلية:

تحدث الإصابات الرياضية بالأوتار العضلية نتيجة لزيادة أو إفراط في الاستخدام، أي أنها إصابات داخلية، ونادر ما تحدث من عنف خارجي مباشر، وتقسم الإصابات الرياضية بالأوتار العضلية طبقا لطبيعتها المرضية، بالإضافة للأعراض الطبية الإكلينيكية.

ونذكر هنا بعض الملاحظات الخاصة بالتشخيص الطبي لتلك الإصابات:

جدول (03) يبين التشخيص الطبي للإصابات في المجال الرياضي

التشخيص	ملاحظات تشخيصية
- تمزق كامل بالوتر العضلي	- فجائى الحدوث. - وجود فجوة في مكان الإصابة بالوتر العضلي
- تمزق جزني بالوتر العضلي	- فجائي الحدوث. - لا توجد فجوة في مكان الإصابة بالوتر العضلي.
- تأكل موضعي بالوتر العضلي	- تدريجي الحدوث. - محدد جيدا بمكان معين - تورم بسيط مكان الإصابة - يتحرك مع حركة الوتر المصاب.
- إلتهاب بالوتر العضلي	- تدريجي الحدوث - ألم غير محدد نسبي. - تورم واضح و محدد تماما. - يتحرك مع حركة الوتر المصاب.
- لالتهاب الحاد بالأنسجة المحيطة بالوتر العضلي	- يحدث بسرعة فجائية. - خشونة مكان الإصابة بالتحسس - تورم غير محدد. - لا يتحرك مع حركة الوتر المصاب.
- الالتهاب المزمن بالأنسجة المحيطة بالوتر	- يحدث ببطء، و غالبا مع تكرار حدوث الإصابة. - زيادة محددة في كثافة وحجم الوتر المصاب - لا يتحرك الوتر المصاب
- إصابات متنوعة مما سبق	- أعراض متنوعة مما سبق

1-9-10 النزيف :

وفيه يخرج الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة، ويعمل الجسد على وقف النزيف القليل بالتجلط، فإذا كان النزيف بالقدر الذي لا تجدي فيه عملية التجلط ظهرت على صاحبه أعراض متعددة.

1-9-10-1 أنواع النزيف باعتبار مكانه:

- نزيف خارجي: وهو النزيف العادي الذي نراه في الجروح حارج الجسم كالنزيف الذي يخرج من سطح الجسم عند الإصابة.
- نزيف داخلي: من الأوعية الدموية التي بداحل الجسم وهي لا ترى في العادة على الأقل في مراحله الأولى و يعتمد التشخيص على التلف الذي يحدثه النزيف وهو نوعان:
  - نزيف داخلي حقيقي: حيث لا يوجد أي دم منظور كنزيف المخ.
  - نزيف داخلي ظاهر: أي أن الدمّ يأخذ طريقة بوسيلة أو بأخرى إلى سطح الجسم ويتم ذلك عن طريقتين:
    - ✓ فتحة من الفتحات الطبيعية في الجسم كما في الحالات النزف المعدي أو المعوي.
    - ✓ سير الدم بين الأنسجة المختلفة ويظهر تحت الجلد على هيئة ازرقاق أو تجمع دموي.

1-9-10-2 أنواع النزيف باعتبار مصدره:

- في النزيف الشرياني يخرج الدم أحمر قاني وعلى دفعات تطابق كل منها دقة من دقات القلب.
- في النزيف الوريدي يسيل الدم ويخرج باستمرار وحمرة الدم تكون داكنة قائمة أو مائلة إل السواد.
- في النزيف الشعيري ينشع ويخرج الدم كما لو كان رشحا على سطح الجلد في فتحات دقيقة ويكون أقرب إلى الإدماء منه إلى النزف.

1-9-10-3 أعراض النزيف الدموي عامة سواء كان خارجيا أو داخليا:

- سرعة فقدان القوة مصحوبا بدوار وإغماء لقلة إمداد المخ والمراكز الحيوية بالدم اللازم لها وقد يفقد المصاب وعيه.
- طنين في الأذنين واضطرابات في إبصار العينين
- عسرفي التنفس مع سرعته وذلك لعدم إمكان الجسم الحصول على كفايته من الأكسجين
- قد يدو عليه الضج وعدم الاستقرار للحاجة للهواء ويحاول أن يجذب ما حول عنقه من ملابس.
- يأخذ النبض في الضعف والسرعة حتى يتعذر جسمه عند الرسغ.
- هبوط مستمر في ضغط الدم وذلك للإقلال من كمية النزيف.
- الخفاض في درجة الحرارة، فيبرد الجسم ويلل بالعرق..
- شحوب وبهتان في الوجه والشفتين، وانكماش في أوعية الجلد والأغشية المخاطية فيتسبب عن ذلك برودة هذه السطوح وبهتان لونها.
- جفاف الفم والشفتين مع الشعور بظمأ شديد.

فإذا ما شوهدت هذه الأعراض دون رؤية دم منظور وجب اعتبار الإصابة كأنها حالة نزيف دموي داخلي شديد تستدعي عناية خاصة وتنقل فورا إلى المستشفى.

1-9-10-4 علاج النزيف:

- للنزيف البسيط: تضم ناحيتي الجرح ويضغط عليها بقطعة من القطن مبللة بالكحول إلى أن يتحلط الدم، وفي أثناء ذلك يرفع الطرف المصاب إلى أعلى حتى يقل ورم الدم إليه.
- للنزيف الشديد الخارجي: إذا كان النزيف شديدا من شريان فيكون إيقافه بالطرق التالية:
  - الضغط بالأصابع مباشرة: يضغط بالأصابع على نقطة النزيف إلى أن يربط الوعاء المقطوع.
  - الضغط المركزي: وهو الضغط على الشريان المتسبب في النزيف بين الجرح والقلب وذلك:

- ✓ باليد: في حالة الشرايين التي يمكن ضغطها لوجودها قريبة من سطح الجسم ويمكن ضغطها على أحد العظام خلفها وذلك في أماكن معينة وهي كما يلي:

  أماكن الضغط المركزي باليد:

  - ❖ ضغط الشريان تحت الترقوة: في حالة النزيف في الكتف أو تحت الإبط.
  - ❖ ضغط الشريان العضدي: في حالة النزيف بالساعد(ضغط في الوحه الأنسي للعضد).
  - ❖ ضغط الشريان الفخذي: في حالة نزيف الساق (ضغط الأمامي للفخذ).
- ✓ برباط حبس الدم: وذلك في حالة فشل الضغط الموضعي أو في حالة عدم القدرة على عمل الضغط الموضعي كما هو الحال في الحال في الجروح العميقة أو المتسعة.

  ويجب مراعاة ما يأتي في حالة استعمال رباط حبس الدم:

  - ❖ ألا نزيد مدة الرباط عن 15 دقيقة.
  - ❖ لا يستعمل رباط حبس الدم إلا على الطرف ذو العظمة الواحدة.
  - ❖ يربط في مكان بين الجرح والقلب.
  - ❖ لا يربط على الجلد مباشرة بل فوق فوطة.

1-9-10-5 أنواع أخرى من النزيف:

هي عبارة عن نزيف متكون من الدم داخل حسم الإنسان ثم يخرج عن طريق المخارج الطبيعية (الأنف، الفم، الشرج)

- الرعاف: وهو خروج الدم من الأنف وإسعاف المصاب به يتم كالآتي:
  - اجعل المصاب جالسا مع جعل رأسه للأمام
  - اضغط على الأنف بين السبابة والإيهام لمدة عشرة دقائق.
  - ضع كمادات باردة على الجبهة والأنف.
- النزيف عن طريق الأذنين: ينتج في معظم الأحيان عن طريق كسر في الجمجمة ولهذا يجب إتباع النصائح التالية:

- عدم توفيق سيلان الدم.
- عدم غلق الأذن.
- تغطية الأذن بكمادة مطهرة.
- نلقي المريض على الجهة التي يسيل منها الدم.
- نقله على الفور إلى المستشفى.

- نفت الدم: الدم في هذه الحالة يخرج عن طريق السعال وهو عبارة عن دم أحمر صافي مما بين أنه من الرئتين.
- قياء الدم: يخرج الدم عن طريق التقيو، وهو دم ذو لون أسود مختلط ببعض الأكل مما يبين أنه من الجهاز الهضمي.

وفي كلتا الحالتين، المطلوب من المريض أن يكون في راحة تامة مع وضعية نصف الجلوس بالنسبة للنفث ووضعية الأمن بالنسبة للقياء.

1-9-11 الاغماء :

هو عبارة عن فقدان الوعي المفاجئ لمدة قصيرة ثم يعود المصاب للوعي تلقائيا ويعتبر إحدى المضاعفات للانخفاض السريع في تغذية المخ بالدم وبالتالي نقص الأكسجين ويحدث أيضا عند التوتر الانفعالي الشديد قبل المباراة الهامة وبعدها وأيضا الانفعالات الشديدة عند تضميد الجروح والكسور.

1-9-11-1 الأسباب التي تؤدي إلى الإغماء:

- النزيف الشديد
- الخوف الحاد والقلق
- الإصابات الحادة والآلام الشديدة
- الإرهاق والتعب الشديدين
- الاضطراب النفسي
- سوء التغذية (الأنيميا)
- ارتفاع ضغط الدم

1-9-11-2 الأعراض:

- الشعور بالدوار والضغط
- الشعور ببرودة الأطراف مع ظهور عرق بارد.
- النبض ضعيف وغير منتظم.
- شحوب الجلد والوجه

1-9-11-3 الإسعاف:

أول خطوة يجب التأكد منها هي أن المصاب:

- يتنفس (في حالة عدم التنفس تأكد من عدم انسداد المسالك التنفسية ثم أجر تنفسا صناعيا).
- قلبه يخفق (في حالة توقف القلب أقل من 4 دقائق يجرى تدليك خارجي للقلب)
- لا يوجد به إصابات بالعمود الفقري (في حالة أو الاشتباه بوجود إصابة بالعمود الفقري لا تحرك المصاب بتاتا).

بعد ذلك يمكن الالتفات إلى باقي خطوات الإسعاف

- ضع المصاب في (وضع الإفاقة) وهذا وضع يمكن المصاب من التنفس بسهولة بدون خوف من إنسداد المسالك الهوائية باللسان أو القيء...، وسمي وضع الإفاقة لأن هذا الوضع الذي يوضع فيه المريض لحين تمام إفاقته، ويوضع بالخطوات التالية:
  - إركع بجوار المصاب ناحية جانبه الأيسر وضع يده اليسرى تحت حوضه مع جعل الذراع و الأصابع مفرودة.
  - اجذب يده اليمنى عبر صدره وكذلك رجله اليمنى عبر رجاه اليسرى.
  - شد المصاب من ملابسه على الحوض تقلب المصاب على فخذك مع وضع يدك اليمنى تحت رأس المصاب لتسندها أثناء الدوران.

1-9-11-4 وضع الإفاقة:

كيفية وضع المصاب الفاقد لوعيه في وضع الإفاقة

- اجذب الركبة اليمنى (العلوية) حتى يعمل الفخذ زاوية قائمة مع الجسم وأثن الذراع اليمنى عند الكوع، وإذا كانت الأرض خشنة اسند رأس المصاب على اليد اليمنى..
- تأكد أن الوحه ينظر للحانب الأيمن للمصاب مع دفع الرأس للخلف ودفع الذقن للأمام.
- بعد ذلك يمكن الاهتمام يباقي إصابات المصاب مثل: الكسور، الحروق.
- استدع الإسعاف فورا.

1-9-12 ضربة الشمس (إصابة الحرارة):

إن الإصابة بضربة الشمس خطيرة جدا وغالبا ما تهدد الحياة ، تحدث غالبا خلال الأنشطة في الأيام شديدة الحرارة خصوصا أثناء الأنشطة و الأعمال الجسمانية و في حالة الإصابة بضربة الشمس تسيطر على أجهزة الجسم التي تعمل على فرز العرق .

1-9-12-1 أعراضه :

الإحمرار الشديد توهج الجلد ، جفاف الجلد ، إرتفاع كبير في درجة الحرارة الحرارة فتصل إلى 41 دوخة ، الشعور بالقيء . سرعة النبض

1-9-12-2 إسعاف ضربة الشمس :

إذا حدث و أصيب أحد بضربة الشمس فماذا يفعل لحين عرض المصاب على الطبيب :

- جب نقله إلى مكان ظليل ذي درجة حرارة منخفظة
- عمل كمادات على الرأس و الرقبة و الأطراف و قد يستدعي الأمر وضع المصاب في حوض من الماء البارد .
- يمكن عمل حقنة شرجية بالماء المثلج .
- إعطاء مخفظات للحرارة ويتم ذلك عادة بعد نقل المصاب إلى المستشفى

(د. أمزيان أسامة، 2019-2020، ص36-37-39-46-53-59-62-64-65-107)

(حياد عياد روفائيل، 1996،ص73،74)/ (مسعود الدريدي، 1994،ص 93)

(إقبال رسمي محمد، 2008،ص 279)/ (مسعود الدريدي، 1994،ص 88-98)

(د. سمير عبد الله رزق، 2014،ص 167) /(د. أحمد سعيد يونس، د. راوية محمد خضيري، 2000،ص 11)

1-10 الأجزاء والأماكن الأكثر عرضة للإصابة الرياضية:

1-10-1 الإصابات الرياضية بالرأس والوجه:

الإصابات الرياضية بالرأس والوجه شائعة جدا ما بين الرياضيين والتي قد يصاحبها ارتجاج خفيف ومؤقت أو لمدة زمنية يفقد فيها الرياضي المصاب الاتزان والإحساس العصبي مع أو بدون وجود إصابة بأنسجة المخ (مثل الضربة القاضية في الملاكمة)، كما تحدث تلك الإصابات أيضا في رياضات المنازلات مثل المصارعة والملاكمة والمبارزة ورفع الأثقال و رياضات الألعاب مثل كرة القدم والسلة واليد، كما تحدث أيضا في رياضات سباقات السيارات وفي الفروسية والدراجات والجمباز عند سقوط المتسابق على الأرض. ولذلك ينصح دائما بإستخدام واق الرأس وخاصة في الملاكمة وسباقات السيارات رغم عدم توفيره للحماية الكاملة لرأس الرياضي إلى أنه يقلل من شدة الإصابة قدر الإمكان.

وهنا نشير لأهمية توافر وسائل الإسعاف الأولي والطوارئ الطبية في كافة ساحات الممارسة الرياضية ولمختلف أنواع الرياضات كما يلزم توافر وسائل نقل المصابين في أقرب فرصة ممكنة خاصة في الرياضات التنافسية المتلاحمة والعنيفة .

1-1-10-1 الإصابات الرياضية للعيون :

تحدث العديد من إصابات العيون في المجال الرياضي في رياضات مثل الملاكمة والغطس وكرة القدم واليد والسلة والمصارعة، وتختلف إصابات العيون طبقا لدرجة ونوع وشدة الإصابة من خدش بسيط بالقرنية أو نزيف تحت الملتحمة إلى انفصال شبكي بقاع العين أو إصابة جسيمة بمكونات مقل العين، وغالبا ما يحدث ذلك نتيجة إصابة رياضية عنيفة . ويجب أن نراعي خطورة جميع إصابات العين وإحالتها فورا لأخصائي أمراض وجراحة العيون لعمل اللازم في اقرب فرصة.

2-1-10-1 الإصابات الرياضية بالوجه:

تحدث معظم الإصابات الرياضية في الوجه للاعبين في رياضات الالتحام المباشر مثل كرة القدم والملاكمة وكرة اليد والسلة والمصارعة، وسباقات السيارات والهوكي.

وتعتبر نسبة إصابات الوجه بين الرياضيين إذا ما استبعدنا سباقات السيارات نسبة بسيطة منها إصابات العيون والأسنان وكسور الأنف وعظام الوجه.

1-10-1-3 الإصابات الرياضية بالأذن:

تنقسم إصابات الأذن الى :

- إصابة الأذن الخارجية : تحدث في رياضة الملاكمة و المصارعة حيث ان الضربات المتكررة والمستمرة على الأذن تسبب ما يعرف بإصابة (الأذن القرنبيطية) حيث ان الضربات المتكررة على صيوان الأذن يسبب تجمع الدم و السوائل في الأذن الخارجية (بين الجلد و غضروفة الأذن). وتعالج هذه الحالة باستخدام الثلج و بضغط ثابت برباط ضاغط و في حالة بقاء السوائل تسحب بواسطة أنبوب السحب وحسب استشارة الطبيب.
- إصابة الأذن الداخلية و الوسطى: تحدث بسبب ضربة موجهة إلى داخل الرأس و ينجم عنها نزيف خفيف مع تشوش السمع عند الرياضي، يجب أن لا تهمل هذه الإصابة لأنها تسبب ضررا في عملية السمع و لأمد بعيد ويمكن إسعاف نزيف الإذن بميل الرأس جانب الإصابة، وضع ضمادة أو منديل على الأذن و يلف برباط، ولا يجوز حشو الأذن بأي مادة. ثم معالجة الصدمة من قبل الطبيب الاختصاصي.

1-10-1-4 الإصابات الرياضية بالأنف:

وتحدث هده الإصابة بصورة خاصة في الملاكمة وكرة اليد و القدم أو السلة، وهي تحدث نتيجة اصطدام اللعب بجسم صلب، و عادة تكون إصابة الأنف تؤدي إلى نزيف أي تمزق الأوعية الدموية في منطقة الأنف و قد تؤدي الإصابة إلى كسر في عظام الأنف.

ومن أهم الإجراءات الوقائية و العلاجية وضع كمادات باردة على منطقة الإصابة مع ثني الرأس إلى الخلف فى حالة النزيف البسيط الضغط على منطقة النزيف بالأصبع من الخارج مع حشو قطعة مبللة بمادة مطهرة في الأنف، النقل إلى المستشفى في حالة بقاء استمرار نزيف الأنف.

1-10-1-5 الإصابات الرياضية للرقبة:

تحدث معظم الإصابات الرياضية بالرقبة في الفقرات العنقية في رياضات مثل المصارعة(توجد بفقرات عنق المصارعين تشوهات فسيولوجية طبيعية) وكرة القدم لتكرر ضرب الكرة بالرأس، والجمباز، و الجيدو ، وهناك أنواع من التشوهات العظمية الخلقية في الفقرات العنقية يتم اكتشافها مصادفة، ولها أثارها السلبية على الأداء الرياضي، وقد يصاحبها ضعف عضلي مميز وقد ينصح المصابون بتلك التشوهات الخلقية بعدم ممارسة أنواع معينة من الرياضات لخطورة ذلك عليهم طبيا، وخاصة الرياضات التي يتعرضون فيها لضغط عال على فقراتهم العظمية والسالفة الذكر مثل(المصارعة كرة القدم الجمباز كرة الطائرة و الجيدو) .

ولحسن الحظ فإن إصابات الفقرات العنقية نادرة الحدوث رياضيا حيث أنها من أخطر الإصابات، نظرا لأنه يمر بتلك الفقرات النخاع الشوكي في ادق مراحله الفسيولوجية، والتي تتطلب تضافر الجهود الطبية والتنظيمية في تطبيق أسس الطب الرياضي الوقائي للاعبين، والتي قد تقتضي تغييرا في لوائح التحكيم وإدارة المباريات، وتظل إمكانية حدوث إصابات خطيرة بالنخاع الشوكي خاصة للمرضى المصابين في فقراتهم العظمية العنقية إذا ما مارسوا رياضات الجهد العالي على تلك الفقرات المشارة إليها سابقا، ويلزم أيضا الاهتمام بالرعاية الطبية الأولية ووسائل نقل المصابين خلال التدريب والمنافسات.

وتحدث أغلب الإصابات الرياضية في الفقرات العنقية كنتيجة مباشرة للثني الرقبة مع لفها محوريا بعنف وقوة كبيرتين نسبيا .

ويقلل من نسبة تلك الإصابات الأداء الفني والعملي السليم لحركات اللعبة و التدريب عليها بأصول علمية مقننة ومؤهلة، بالإضافة إلى الرقابة الفنية الحازمة للحكام، وتتضح هنا أهمية دخول الطب الرياضي. في دورات الصقل الخاصة بهم، حيث أن تأخر قرار الحكام للحظات بسيطة قد يسبب إصابة جسيمة للاعب. كما يلزم تغيير اللوانح و القوانين الخاصة بالتحكيم ومنع الحركات و المسكات الرياضية التي يشك في احتمال تسببها في تلك الإصابة حرصا على سلامة اللاعبين .

وكما أسلفنا فإن إصابات النخاع الشوكي للرياضيين قليلة ونادرة الحدوث في الملاعب، ومن أمثلة حدوث ذلك رياضيا عند الغطس في الماء الضحل والإرتطام بالقاع (الغطس بارتفاع عال لا يناسب عمق الماء)،وعند عمل حركة كوبري في المصارعة وضغط الخصم على اللاعب في هذا الوضع بشدة وعنف.

1-10-1-6 الانزلاق الفقري للفقرات الرقبية:

وتحدث هذه الحالة بالأخص عندما يصاب الغضروف ما بين الفقرات بضرر قد يؤدي به الانحراف عن مكانه مما يؤدي إلى إمكانية احتكاكه بجسم الفقرة العليا لجشم الفقرة التي أسفل منها و هنا يحدث الألم.

وأهم أعراض الإصابة حدوث الم في الرقبة و اليد، حيث ان حدة الألم تعتمد على قوة الإصابة. و من أهم الإجراءات الوقائية و العلاجية ضرورة مراجعة الطبيب المختص ، و ممكن ان ننصح باستخدام حزام شد الرقبة وذلك للتخفيف من حركة العضلات.

1-10-2 إصابات الأطراف العلوية :

1-2-10-1 الإصابات الرياضية لمفصل الكتف والعضد:

تعتبر إصابات مفصل الكتف شائعة في المجال الرياضي، وقد تحدث من نتائج الإفراط في الممارسة الرياضية في رياضات مثل الجمباز والمصارعة والمبارزة و تنس الميدان و السكواتش، أو لتكرار الرمي مثل رمى الرمح والمطرقة والقرص والكرة الحديدية في العاب القوى، أو لتكرار رفع الأثقال. كما قد تحدث الإصابة في مفصل الكتف نتيجة لعنف مباشر في رياضات مثل الملاكمة وكرة القدم أو للسقوط على الأرض في رياضات مثل الفروسية والدراجات. وتمثال إصابات الكتف الرياضية غيرها من الإصابات غير الرياضية من الناحية الفنية.

وتشير هنا لإستقلال الأنسجة المكونة لمفصل الكتف في اتزانها النسبي مما يعرضها بدرجة أكبر للإصابة والتي قد تتحول إلى إصابة مزمنة. كما يصاحب إصابات مفصل الكتف إعاقة وظيفية نسبية.

والتفريق التشخيصي لإصابات الكتف الرياضية والتي يصاحبها الم نوجزه فيما يلي:

- "Acromio Clavicular Sprain" : شد بالرباط الترقوي الغرابي
- "Acromio Clavicular Sublaxation " : شبه خلع في الرباط الترقوي الغرابي
- " Acromio Clavicular dislocation " : خلع في الرباط الترقوي الغرابي
- "Acromio Clavicular Osteoarthrosis " : التهاب بالرباط الترقوي الغرابي
- "Acromio Clavicular Bursitis " : التهاب مع تكوين وسادة نسيجية على الرباط الترقوي الغرابي

- "Traumatic Osteolysis " : إصابة تأكلية بالنهاية الكارجية للترقوة
- "Bursitis Subacromial": التهاب مع تكوين وسادة نسيجية تحت العظم الغرابي
- "Supra Spinatus or Rotatory Cuff Calcification Rupture" : تمزق تكلسي بإندغام العضلة فوق الشوكية للوح أو برأس عظم العضد
- "Supra Spinatus Teudonitis" : التهاب بإندغام العضلة فوق الشوكية للوح
- "Capsulitis" التهاب المحفظة الزلالية لمفصل الكتف
- "Frogen Shoulder" تيبس بالمحفظة الزلالية لمفصل الكتف
- "Acute & Chronic dislocation" خلع مفصلي حاد أو متكرر
- "Osteoarthrosis" التهاب بعظام مفصل الكتف
- ألم انعكاسي: ناجم عن إصابة في مكان آخر انعكست الامها على الكتف

كما تحدث الإلتهابات بنهاية عظم العضد Epiphysitis والناتجة عن زيادة أو الإفراط في الاستخدام الرياضي والتي تتم معالجتها أساسا بالراحة وعدم الإشتراك في التدريب أو المنافسات إلا بعد زوال أعراض الآلام بمدة كافية، وقد تؤدي بعض الحركات الرياضية العنيفة إلى حدوث كسر في عظم العضد مثل حركات الرمي في العاب القوى (الرمح والمطرقة والقرص والكرة الحديدية) وفي رفع الأثقال.

- خلع مفصل الكتف:

يعتبر الخلع الداخلي الأمامي للكتف هو الأكثر شيوعا، و من بين أعراضه اختفاء رأس عظم العضد من تجويفه الطبيعي (التجويف العنابي). ولعلاج الخلع يجب ان يكون المصاب تحت التخدير الطبي العام ويتم إرجاع الخلع كمايلي:

- جذب الذراع في الجهة المصابة للأسفل لمدة دقيقتين.
- ثم جذب الذراع و الساعد لمدة ثلاث دقائق التالية لإرجاع عظمة العضد لمكانها الطبيعي.
- ضم الساعد لتلتصق تماما بالجنب لمدة ثلاث دقائق أخرى.
- ضم الساعد على الصدر و المحافظة على هذا الوضع لتنبيته ببلاستر طبي لمدة ثلاثة أسابيع .
- يمنع ارجاع الخلع في ارض الملعب أو بدون تخدير طبي منعا لحدوث مضعفات.

1-10-2-2 الإصابات الرياضية لمفصل الكوع (المرفق):

الإصابات الرياضية لمفصل الكوع شائعة في المجال الرياضي وخاصة في رياضات مثل تنس الميدان والمبارزة والرمي في ألعاب القوى (الرمح- المطرقة - القرص - الكرة الحديدية) الملاكمة والمصارعة ورفع الأثقال والجمباز. وهناك بعض المكونات التشريحية غير الطبيعية لمفصل الكوع والموجودة بصورة خلقية أو قد يتم الوصول إليها في بعض الأحيان من خلال التدريب المستمر والمكثف لمدة طويلة مع وجود إستعداد فسيولوجي نسبي لذلك.

ومن أمثلة التشوهات الخلقية في مفصل الكوع زيادة مرونة الأربطة أو تداخل العظام المكونة للمفصل للداخل أو للخارج، كما أن حدوث كسر سابق بنهاية عظم العضد خلال فترة الطفولة قد يعيق النمو الطبيعي لتلك العظام، وتشكل تلك التشوهات الخلقية والكسر المذكور عقبات طبية عند ممارسة بعض الرياضات مثل الرمي في العاب القوى. يحتاج تشخيص وعلاج كسور وخلع عظام مفصل الكوع إلى عناية طبية تامة حيث إن عدم تقديم العلاج السليم وخاصة في المراحل الأولى لتلك الإصابات قد يؤدي إلى حدوث إعاقة وعاهة مستديمة تتمثل في نقص الكفاءة الوظيفية للمفصل المصاب مع تشوه ونقص حركي في عمله.

ونشير أيضا إلى أن الكسور والخلع في عظام مفصل الكوع وخاصة الناشئين وصغار العمر يصاحبه في بعض الأحيان إصابات بالأوعية الدموية وبالأعصاب فيما يضاعف من خطورة الإصابة.

كما يحدث وجود أجسام عظمية سائبة في مفصل كوع الرياضي ألما وعدم الراحة وإمكانية عدم القدرة على ثني المفصل إذا ما تداخل الجسم العظمي السائب مع حركة المفصل الفسيولوجية، والتي تستدعي التدخل الجراحي لإزالته.

1-10-2-3 الإصابات الرياضية للساعد والرسغ واليد:

تعتبر إصابات الساعد واليدين شائعة في المجال الرياضي، مع قلة نسبية في حدوث إصابات الرسغ وخاصة في رياضات الرمي في ألعاب القوى و رياضات ألعاب القوة(ملاكمة - مصارعة - رفع أثقال - بناء الجسم) والمبارزة والجمباز والتجديف. كما نشير إلى زيادة نسبة إصابات عظام اليد في الملاكمة مع حدوث تغيرات فسيولوجية بها (يد الملاكم) مثل زيادة كثافة التكوين النسيجي والعظمي لمفاصل اليد ووجود التهابات بوسائد نسيجية بتلك المفاصل.

يعتبر الكسر من أهم إصابات رسغ اليد، و الكسر في مفصل رسغ اليد عادة يصعب تشخيص أعراضه حيث يمكن ان يكون الألم و الورم غير واضح ، ولهذا السبب في كثير من الأحيان يصعب تشخيصه ويكون التشخيص خاطئا و لم يعط الدواء و العلاج المطلوب ..و كذلك لا يظهر في التصوير الشعاعي الكسر كما يحدث عند كسر العظم الزورقي، و لهذ السبب يتطلب من الرياضيين الذين يتعرضون لمثل هذه الإصابات البحث عن طبيب اختصاصي لمعاينة و معالجة مثل هذه الكسور.

كما أن إصابات الأصابع شائعة في الرياضات الخاصة بالمنازلات الملتحمة مثل الملاكمة والمبارزة والمصارعة و الجيدو، وفي رفع الأثقال وكرة اليد وكرة الطائرة وكرة السلة وتزداد نسبيا في الجيدو لإعتمادها على حركات جذب الخصم من ملابسه

كما تنتشر رياضيا إصابات الأصابع والخاصة بخلع مفاصل الأصابع جزئيا أو كليا، وخلع الأظافر وتمزقات بأنسجة الأصابع المختلفة أثناء الممارسة الرياضية، ولا تختلف تلك الإصابات عن مثيلاتها في غير الرياضيين إلا في الإسراع بتقديم العلاج وتأهيل ما بعد الإصابة بطريقة مكثفة وعاجلة وبالتدخل الطبي في المراحل الأولى للإصابة لضمان سرعة عودة

1-10-2-4 إصابات الجذع :

- **الإصابات الرياضية للصدر والظهر والبطن:**

- أولا : الإصابات الرياضية للصدر والظهر:

تشكل الإصابات العضلية المجاورة للأطراف والفقرات العظمية بالظهر معظم الإصابات الرياضية للصدر والبطن، كما أن إصابات القفص الصدري تعتبر من الإصابات الرياضية المتكررة والشائعة أيضا، مثل رضوض وكسور الضلوع والتي يجب أن نضع في الإعتبار إمكانية اصطحابها لإصابات في الأحشاء الداخلية .

والإصابات الرياضية للصدر والبطن شائعة في رياضات مثل الملاكمة والمصارعة والوثب العالي والقفز بالزانة وكرة القدم واليد والسلة.

- ثانيا الإصابات الرياضية للبطن:

تعتبر إصابة الأنسجة الداخلية للبطن والحوض نادرة الحدوث في المجال الرياضي (قد تحدث في سباقات السيارات

والفروسية)،وفي البطن هناك خطر لإحتمال إصابة الكبد والطحال والبنكرياس والأمعاء، وخاصة عند اتصال المعدة بالأمعاء وإتصال الأمعاء الدقيقة ببعضها، نظرا لوضعها التشريحي في الجسم بالنسبة لصعوبة وندرة حدوث الإصابة بالأمعاء الغليظة إلا في الإصابات الإختراقية

(كسر وإختراق سيف مبارزة مثلا) . كما تتعرض أيضا الكليتان لإصابة في ضربات غير سليمة في الملاكمة أو المصارعة، وتتعرض أيضا المثانة لإصابة وخاصة إذا كانت ممتلنة وكذلك قناة مجرى البول من ضربة أسفل البطن في منطقة العانة . كما سجلت حالات نادرة لإلتهاب الخصيتين ناتجة من جراء الممارسة الرياضية والمثانة ممتلنة.

كما يجب استخدام اللاعبين لواقي الخصيتين لمنع حدوث الدوالي بالأوردة أيضا وللوقاية من إصابات الملاعب وخاصة الجمباز وفي كرة القدم أو السلة واليد والطائرة والمبارزة والهوكي (واقي خاص) في التدريب والمنافسات .

كما تحدث الإصابات الرياضية بالفتق العضلي في جدار البطن (الفتق الأربي) في رياضات مثل رفع الأثقال والتجديف. ونشير إلى أن الإصابات العضلية بجدار البطن قليلة نسبيا وتشمل الكدمات و التمزقات العضلية من ضربات مباشرة في الملاكمة أو تمزقات داخلية في التجديف مثلا.

وفي كافة إصابات البطن الرياضية يجب أن نضع في اعتبارنا استبعاد إصابة الأحشاء الداخلية للاعب، ويجب وضع اللاعب المصاب تحت الملاحظة في المستشفى إذا ما لوحظ أي تدهور فني في حالته لتتم ملاحظته دوريا وخاصة بعد الضربات العنيفة بالبطن.

كما سجلت حالات قليلة لنزول كرات دموية أو كرات دموية مع زلال بصورة فسيولوجية في بول الرياضيين مرتفعي المستوى الفني المتميز، اللياقة البدنية الكبيرة، ولا تزال البحوث قائمة لتفسير أسباب ذلك علميا.

و وجود دم في بول الرياضي يلزم أن يتبعه إجراء فحوص طبية ومعملية كاملة وأن يتم ذلك بصفة عاجلة وخاصة إذا ما سبق ذلك كدمة أو إصابة مباشرة. وتعتبر أجزاء البطن أكثر عرضة للإصابة في الملاعب، وهي من أعلى لأسفل

- ❖ أولا: إصابات الجزء الأمامي من الأحشاء الداخلية :
  - ✓ الكبد
  - ✓ الطحال
  - ✓ إتصال المعدة بالإثنى عشر.
  - ✓ إتصال الإثني عشر بالأمعاء الدقيقة .

- ✓ البنكرياس .
- ✓ إتصال الأمعاء الغليظة بالمستقيم .
- ✓ المثانة خاصة إذا كانت ممتلئة .
- ✓ الجهاز التناسلي الخارجي

❖ ثانيا : إصابات الجزء الخلفي من الأحشاء الداخلية :

- ✓ الكلى .
- ✓ الحالب.

- **الإصابات الرياضية للعمود الفقري :**

- أولا: إصابات الفقرات الظهرية:

تحدث الإصابات الرياضية في الفقرات الظهرية في رياضة مثل كرة القدم والفروسية وسباقات السيارات والتي يتخللها حدوث ضغط عال وشديد على تلك الفقرات مع لف محوري لها، ويحدث كسر بالفقرات بجزأيها العلوي والسفلي، ويؤدي وجود الزوائد العظمية الطرفية إلى تواجد نوع من الحماية النسبية للفقرات الظهرية من الرابعة وحتى الثامنة.

كما أن إصابة الأنسجة ما بين الفقرات "الغضاريف" تعتبر شائعة في المجال الرياضي مع آلم إنعكاسي بين الضلوع. كما يؤدي وجود التهاب مفصلي بين الفقرات الظهرية لحدوث انحناء أمامي (إنحناء كبار العمر) مما يؤدي إلى آثار سلبية على اللياقة البدنية للاعبين، ويحدث ذلك في رياضات مثل الجمباز ورفع الأثقال.

و وقائيا يجب الاهتمام بالاحماء وتقوية عضلات الظهر للرياضيين.

- ثانيا : إصابات الفقرات القطنية:

يؤدي وجود تشوهات خلقية بالفقرات القطنية لزيادة احتمالات إصابة اللاعب باعتبارها مصدر ضعف فسيولوجي للفقرات ومؤثرا سلبيا على كفاءتها الوظيفية، وقد ظهر ذلك عند حمل أثقال كبيرة نسبيا أو أداء تدريبات رياضية مكثفة الجرعة، ويصاحب تلك الإصابات تغيير في السطح النسيجي للمفصل مابين الفقرات، ويجب عموما منع المصابين بتلك التشوهات الخلقية من رياضات مثل رفع الأثقال والتجديف والرمي في ألعاب القوى والجمباز والغطس لاحتمال حدوث مضاعفات طبية لهم.

- ثالثا : الشد والتمزق بأنسجة المنطقة القطنية العجزية :

يحدث الشد والتمزق بأنسجة وعضلات مثل رفع الأثقال القطنية العجزية في رياضات مثل رفع الأثقال والجمباز، ويصاحب التقلص العضلي الموضعي وضع غير طبيعي للعمود الفقري مع فقدان للمرونة الفسيولوجية الطبيعية له .

ولاستعادة تلك المرونة تستخدم العقاقير المسببة للارتخاء العضلي ولأصناف العلاج الطبيعي المتنوع من شد وتمرينات تأهيلية وكهرباء، وتستخدم حاليا طريقة حديثة ناجحة وهى العلاج بالمغناطيس لإزالة التقلص الحادث في العضلات بنجاح.

- رابعا : تمزقات الأربطة:

كثيرا ما تحدث التمزقات بالأربطة فيما بين الفقرات (إصابات الثني أو الفرد الزائد) وذلك بصورة نادرة في المجال الرياضي وذلك في رياضات مثل الجمباز ورفع الأثقال والغطس والترامبولين .

وتحدث تلك الإصابات إذا ما كان الجهد المبذول أكبر من اللياقة البدنية والفسيولوجية لأربطة ومفاصل وعظام الرياضي، وقد تصاحب تلك الإصابات كسور متنوعة.

- خامسا: الإصابة الغضروفية:

يعتبر تشخيص الإصابة الغضروفية (الانزلاق الغضروفي) صعبا فنيا في كثير من الحالات ما لم تتضح معالم ثابتة للتشخيص الفني للإصابة، مثل إضطراب في الكفاءة العصبية الوظيفية مع ألم أسفل الظهر ينعكس غالبا في الأطراف السفلى، ويتم التأكد من ذلك بصورة الأشعة السينية العادية والملونة .

- سادسا : الالتهابات التشوهية بالفقرات العظمية :

وهي شائعة الحدوث للرياضيين وتظهر بزيادة التدريب وخاصة التدريب بالأثقال في لاعبي الكرة الطائرة والتجديف والمبارزة.

وتشاهد تلك الالتهابات في الفقرات الظهرية عنها في الفقرات القطنية مثل مرض "شويرمان" والانحناء الأمامي للفقرات والذي يصاحبه غالبا ألم أسفل الظهر المصاب. وبالإضافة إلى الألم المصاحب لتلك الإصابة فتحدث تغيرات عظمية بجسم الفقرات بتقدم العمر

كما يؤدي الإفراط في الممارسة الرياضية لرياضة مثل الجمباز مثلا إلى حدوث نفس الإصابة في العمر المتقدم بعد اعتزال اللاعب كما تحدث أيضا عند لاعبي رفع الأثقال.

وينصح هنا بتناسب الجرعة التدريبية اليومية لإمكانيات اللياقة البدنية وعمر اللاعب .

- سابعا: إصابات عظم العجز والعصعص :

تعتبر إصابات العجز و العصعص نادرة في المجال الرياضي فيما عدا ما قد يحدث من شد في أربطة ما بين تلك العظام وعظم الحوض والذي قد يصاحب أيضا إصابة عظام الحوض الأمامية .

ولا تحدث تلك الإصابات إلا نادرا كما ذكرنا وبسبب عنف مباشر (سباق سيارات مثلا).

1-10-3 إصابات الأطراف السفلية:

1-10-3-1 الإصابات الرياضية للحوض :

الإصابات الرياضة للحوض تعتبر إصابات شائعة بين الرياضيين بنوعية متوسطة الشدة أو بسيطة تتعلق معظمها بمنشأ أو إندغام أو تمزق العضلات، ونشير هنا إلى أن الإصابات الشديدة جدا في الحوض تتأتي فقط من التعرض لعنف كبير ومباشر لسباقات السيارات، أما باقي إصابات البسيطة والمتوسطة فهي شائعة عند لاعبي المبارزة وكرة القدم والسلة واليد والطائرة وألعاب الجري والوثب والقفز في ألعاب القوى وألعاب القوة (ملاكمة- المصارعة-رفع الأثقال) ولا عبي الجمباز والتنس و السكواتش والغطس

وتعتبر الإصابات الخاصة بالتهاب عظم الحوض الأمامي (عظم تحت العانة) من الإصابات الشائعة بين لاعبي كرة القدم والمميز لهم، حيث يعاني فيها المصاب بألم غير محدد في منطقة الحوض مع إيتعاد نسبي للقدم عند محور الجسم التشريحيAbduction ، ويلزم هنا التفريق التشخيصي بين هذه الإصابة والإصابة الخاصة للاعبي الفروسية) إصابات الركوب Ridders (والتي يصاحبها إصابة في عضلات الفخذ المقربة للطرف من محور الجسم التشريحي.Adductor

وكما ذكرنا فإن إصابة اللاعب بالتهاب عظم الحوض الأمامي يصاحبها ألم بمنطقة العانة، وقد يصاحبها أيضا التهاب مبدني في قناة مجرى البول، وقد يصاحبها في حالات نادرة شبه خلع أو تمزق باربطة الحوض مع العصعص.

و القواعد الأساسية في علاج الإصابة الخاصة بالتهاب عظم الحوض هي الراحة من 15 إلى 60 يوما ، والأدوية المضادة لالتهابات و الحقن الموضعية بالكورتيزون، والتدريبات التأهيلية والعلاج الطبيعي المناسب.

وإصابات مكونات الحوض الخلفية تتمثل أيضا في المجال الرياضي بتمزق بمنشأ و إندغام العضلات ويكون ذلك شانعا بين العدائين (مسافات قصيرة) وصغار العمر من الناشئين حيث يحدث شد وتمزق بمنشأ العضلات الفخذية الخلفية، بالإضافة لاحتمالات حدوثه في عدة رياضات أخرى مثل الجمباز وكرة القدم واليد والغطس والمبارزة بأنواعها والتجديف.

ونشير هنا إلى أهمية تدريبات الإستطالة العضلية في المجال الوقائي من تلك الإصابات وفي تلك الرياضات إضافة للإحماء الفني المناسب لكل رياضة. كما تتعرض عظام الحوض أيضا لعدة أنواع من الكسور عند سقوط لاعب الفروسية والدراجات والجمباز وسباقات السيارات وذلك على سبيل المثال.

كما قد يصاب مفصل الحوض بأمراض المفاصل التآكلية والتي قد يصاحبها ألم إنعكاسي يصل إلى منطقة الركبة كما قد تصاب أيضا خلال الممارسة الرياضة الأنسجة الخارجية المغلقة لعضلات الفخذ Fascia lata مع إمكان تواجد وسادة نسيجية بها إلتهاب على المكان التشريحي لرأس عظم الفخذ .

1-10-3-2 الإصابات الرياضية لمفصل الركبة :

عتبر إصابات مفصل الركبة من أكثر الإصابات شيوعا في المجال الرياضي وفي جميع أنواع الممارسة البدنية للرياضة مثل: كرة القدم والسلة واليد والطائرة والهوكي، والتنس، و السكواتش والمبارزة، والملاكمة، والمصارعة، ورفع الثقال والتجديف، والجمباز، والغطس .

ونظرا لطبيعة التكوين التشريحي لمفصل الركبة فإنه يتعرض لأصناف متنوعة من الإصابات مما يشكل صعوبة فنية في التشخيص وبالتالي صعوبة مماثلة في تقديم العلاج الطبي السليم والمناسب لكل إصابة مع إحتمال تعرض تلك الإصابات لمضاعفات .

وفي إيجاز شديد نتعرض لبعض من تلك الإصابات الرياضية في مفصل الركبة :

- أولا: الإصابات الخاصة بالتشوهات الخلقية :

قد توجد تشوهات خلقية في مفصل الركبة، مثل تداخل الركبتين أو تباعدهما أو زيادة ليونة المفصل الحركية بصورة غير طبيعية مماثلة لما ذكر في مفصل الكوع، مما يعرضها ضغوط أثناء ممارسة بعض الرياضات البدنية وخاصة تلك الضغوط التي تنعكس سلبيا على عضلات الفخذ الأمامية مسببة لها العديد من الإصابات .

والعلاج هنا في تلك التشوهات الخلقية صعب ويفضل توجيه الرياضي إلى بعض الرياضات الترويحية المناسبة حركيا لما به من تشوهات خلقية .

- ثانيا: الإصابات المرضية التآكلية بمفصل الركبة :

يعتبر الإلتهاب الحادث في مفصل الركبة شانعا نسبيا عند الرياضيين و لدى صغار السن أيضا نسبيا عن الأفراد العاديين، وقد ينتج مصاحبا لعلاج سابق غير كاف أو غير مناسب فنيا لإصابات مفصل الركبة للرياضيين .

لذلك يلزم العناية بتقديم العلاج المناسب والتاهيل لما بعد إصابات الركبة بالعلاج الطبيعي الملائم فنيا لمنع حدوث الإصابة المبدنية بالتأكل المفصلي للركبة .

- ثالثا: التآكل العظمي بمفصل الركبة :

يحدث تأكل العظمي بمفصل الركبة عند الرياضيين كبار العمر مسببا الألم المفصلي، والذي يلزم له العلاج الطبيعي أو التدخل الجراحي في المراحل المتقدمة منه، وينصح في المجال بتقليل التدخل الجراحي قدر الإمكان .

- رابعا: التمزق الغضروفي بمفصل الركبة :

يعتبر من أشهر الإصابات الرياضية وخاصة في رياضات مثل كرة القدم والسلة والطائرة والمبارزة والجمباز والهوكي و رياضات ألعاب القوى، وألعاب القوة، والتنس، و السكواتش، والغطس، ويحدث نتيجة لف محوري من الفخذ على ثبات نسبي لعظم الساق، ويحتاج إلى خبرة في التشخيص والعلاج، وله عدة صور مثل التمزق الأمامي أو الخلفي أو الطولي مما يسبب ألما عند إجراء الفحوص الفنية الإكلينيكية مع عدم القدرة على ثنى الركبة في بعض الأحيان مع فقدان الاتزان الفسيولوجي النسبي للمفصل.

ويتم التشخيص بالفحص الإكلينيكي وصور الأشعة الملونة، وبالفحص بالمنظار، أما العلاج فيتم بالتدخل الجراحي مع

إجراء برنامج تاهيل فني بالعلاج الطبيعي ما بعد الجراحة، والتاهيل هنا نفس أهمية الجراحة في سرعة عودة اللاعب بنفس اللياقة البدنية السابقة إلى الملاعب ويلزم أن يتم على أيدي متخصصة وخبيرة .

وقد يصاحب التمزق الغضروفي إصابات متنوعة بالأربطة الخارجية والداخلية وبالمحفظة الزلالية المغلقة لمفصل الركبة ويلزم لها أيضا تقديم العلاج الطبى المناسب.

ويفضل دائما بالنسبة للرياضيين إجراء تدخل جراحي سريع مع تأهيل بالعلاج الطبيعي المناسب فيما عدا التمزقات البسيطة للأربطة الخارجية التي يقدم لها فقط العلاج الطبي والطبيعي الملائم.

- خامسا: إصابات التمزقات بأربطة مفصل الركبة:

تحدث الإصابات الرياضية للأربطة الخارجية والداخلية لمفصل الركبة في معظم أنواع الرياضات البدنية:

- ✓ إصابات الأربطة الخارجية الجانبية: ويتم علاجها بالعلاج الطبي والطبيعي المناسب.
- ✓ صابات الأربطة المتعامدة الداخلية: وهي الرباط الأمامي والخلفي الداخلي للركبة ويوجدان متقاطعين وتحدث الإصابة في أحدهما أو كليهما بسبب عنف شديد ومباشر أثناء الممارسة الرياضية، ويقوم الرباط الأمامي والخلفي ليس فقط بالتحكم في الحركة الأمامية والخلفية لمفصل الركبة بل أيضا يقومان بعمل محور ارتكاز التغافى للمفصل أثناء فرد المفصل في الأعمال اليومية العادية.

وإصابة أحد هذه الأربطة وخاصة إذ ما صاحبه تمزق بالمحفظة الزلالية المغلقة للمفصل يعتبر سببا هاما لفقدان الإتزان الحركي الفسيولوجي ولمحور إرتكاز مفصل الركبة، مما يستلزم التدخل الجراحي بالطرق الفنية المختلفة والخاصة غالبا بالرباط الأمامي، ونشير هنا إلى وجود أربطة تسمى بالأربطة التاجية فيما بين غضروف الركبة الأيمن والأيسر أعلى رأس عظم الساق، والتي قد تصاب بشد أو تمزق يشابه في إعراضه التمزق الغضروفي، ولكن بدون حدوث عدم القدرة الفجائية على ثنى مفصل الركبة، كما أن الألم الحادث يكون أسفل المكان التشريحي للغضاريف، وعلاج ذلك يتم طبيا وبالعلاج الطبيعي فقط .

وهناك العديد من الأنواع الفنية اللازمة والمستخدمة عالميا في التدخل الجراحي لإصابات أربطة الركبة الداخلية والتي يصاحبها عدم الثبات الإتزاني بالمفصل والتي يجب أن نضع في اعتبارنا عند إجرائها عودة اللاعب لممارسة نفس

رياضته السابقة، وتعتمد معظم التدخلات الجراحية في هذا المجال على أساس القدرة الحركية الساكنة والمتحركة للمفصل، وفي مجال القدرة الحركية الساكنة يتم التدخل إما بإعادة وصل الأربطة المقطوعة مباشرة أو غير مباشرة (بإستخدام مواد خارجية) .

أما العمليات الخاصة بالقدرة الحركية فتعتمد أساسا على تعديل نسبي في التكوين التشريحي للمفصل لإعادة الاتزان الفسيولوجي الحركي المفقود بعد الإصابة. ومن أمثلة تلك العمليات عملية تسمى "Pes anserinus transfer" كما أن هناك عملية أخرى مشهورة في. هذا المجال تسمى " عملية ماكنتوش"– "Mcin tosh repair" والعمليات السابقة يتم فيها تعديل الوظيفي كمساندة جديدة لعمل المفصل المصاب تعويضا عن قطع الأربطة المتعامدة إثر الإصابة الرياضية .

وتؤثر تلك التدخلات الجراحية من وجه نظرنا بصورة نسبية على مستوى الرياضي العام ولياقته البدنية الخاصة ولا يعود إلى رياضته بنفس الكفاءة السابقة للإصابة، ولكن تساعده بنجاح في إستعمالاته اليومية العادية لمفصل الركبة، وينصح له بإعتزال الممارسة الرياضية العنيفة في رياضات مثل رفع الأثقال والمصارعة والجمباز وكرة القدم واليد والسلة والطائرة وخاصة على مستوى التنافسي .

1-11 أهم سبل الوقاية من الإصابة:

ونلخص أهم سبل الوقاية أيضاً بما يلي:

- ❖ الاحماء الجيد حيث ان الإحماء يهيا اكبر عدد ممكن من الألياف العضلية للعمل العضلي الجديد وبأكثر كفاءة وانجاز.
- ❖ نبذ الخشونة واللعب بأخلاق رياضية عالية ومنافسة حرة شريفة.
- ❖ إتقان المهارات لتلافي الاصابة.
- ❖ توفر الملاعب الجيدة والتجهيزات الرياضية المناسبة.
- ❖ الاهتمام بالتدريب العام والخاص وضمن قابلية الجسم مع اعطاء الراحة الايجابية وعدم إقحام المصابين بأكثر من نشاط.
- ❖ التأكيد على النظافة (نظافة الجسم والأدوات والملاعب).
- ❖ وجود بطاقة صحية لكل لاعب مع أشراف طبي مستمر .
- ❖ لاهتمام بالقوانين والتعليمات لمنع الشغب والفوضى مع إيقاف اللعب أثناء حدوث الشغب.

- ❖ الإلمام بقواعد الإسعافات الأولية مع توفر حقيبة إسعاف أولي مع سيارة اسعاف أثناء المباراة.
- ❖ الاهتمام بالتغذية الجيدة مع مراعاة التغذية الخاصة لكل نشاط.
- ❖ حل المشاكل النفسية والاجتماعية للاعبين والتأكيد على العلاقات الاجتماعية الايجابية والنظيفة والشفافة.
- ❖ تجنب المخدرات والعقاقير والمكملات الغذائية والمنشطات.
- ❖ استمرارية التدريب دون انقطاع وحسب البرنامج الموضوع.
- ❖ مراجعة المراكز العلاجية الخاصة للتشخيص والمعالجة الصحيحة.

(د. طارق أحمد إدريس، 2015،ص17-18)

الفصل الثاني

الإسعافات الأولية

التمهيد :

تعتبر الإسعافات الأولية إحدى التجليات الإنسانية في حفظ الحياة ووقف تداعيات الأضرار وتعزيز الشفاء ذلك لأن إجراءاتها وتدخلاتها بسيطة جدا وسهلة التعلم والتطبيق ولا تحتاج إلى مهارات او تجهيزات عالية التكاليف والتعقيد كما أنها غير مكلفة من الناحية المادية.

ومع ان ظهور الإسعافات الأولية كمفهوم قد ارتبط بالحروب الأولي في اوروبا في القرن الحادي عشر للميلاد في إطار الحروب الصليبية بهدف مساعدة المصابين وإسعافهم خلال المعركة، كما ان مفهوم العناية بالمرضى والجرحى خلال الحروب موثقا لدى عدة حضارات شرقية قبل ذلك بقرون طويلة حيث كان التمريض والإسعاف احد مهام النساء الرئيسية في فترات الحروب والمعارك، إلا ان مفهوم الإسعافات الأولية قد تطور بحجم التطور والشهود الحضاري للفعل الإنساني في شتى مجالات الحياة حتى اصبح في كثير من المجالات إلزاميا كما في المصانع بكافة انواعها ومحطات توليد الكهرباء لتصل الأهمية به إلى المدرسة والمنزل والطريق العام والمطاعم واماكن التنزه وغيرها لأن الدقائق الأولى من وقوع الإصابة قد تكون مهمة جدا للحفاظ على حياة المصاب كما انها هي التي ستشكل الحد الفاصل بين الحياة والموت وبين الإعاقة والسلامة البدنية.

2-1 تعريف الإسعافات الأولية:

الإسعاف هو القدرة على تقديم إجراءات العلاج الأولي بمهارة و فاعلية لمصاب ما عند وقوع حادث أو مرض مفاجئ، و هو مهارة إنقاذ حياة المصابين ، والحيلولة دون تطور المخاطر وتدهور حالته، وهو دور أساسي ، ومحدد ووقتي. فالإسعاف أساسي لأنه يعنى بتقديم الإجراءات العلاجية الأولية ضمن الإمكانيات المتوافرة – وهي عادة قليلة من أجل إيصال المصاب حيا للطبيب. وهو محدد ووقتي لأنه يعني التدخل المحدود ضمن إمكانيات ومعرفة المسعف البسيطة وينتهي عندما يبدأ عمل الطبيب الاختصاصي

. (محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص17)

2-2 أهداف الإسعافات الأولية :

- العد من تداعيات الجرح أو الإعاقة.
- تدعيم الحياة في الحالات الحرجة.
- تنمية روح العون والمساعدة في الآخرين
- فالشخص الذي يقوم بتقديم الإسعافات الأولية هو شخص عادي لا يشترط أن يكون في مجال الطب وانما تتوافر لديه المعلومات التي تمكنه من إنقاذ حياة المريض أو المصاب
- إنقاذ حياة المريض من خطر محقق و منع الوفاة المباشر
- ناك بعض الأعراض والعلامات التي يعني وجودها عند المصاب أن حياته يهددها خطر الموت . ولذلك يجب القيام بإجراءات سريعة و ماهرة لمنع ظهور هذه العلامات الخطيرة:
  - ففي حالة الاختناق أو توقف التنفس يجب فتح المسالك الهوائية و إجراء التنفس الاصطناعي (تنفس الإنقاذ).
  - في حالة وجود نزيف فإن حياة المصاب مهددة بخطر الموت ، لذا يجب إيقافه.
  - في حالة الإغماء يجب وضع المصاب في وضعية الاستشفاء.
- منع تدهور الحالة

ذا لم يتم إسعاف المصاب بسرعة ظهرت عليه علامات الخطورة والمضاعفات، لذا يجب عمل ما يلي لمنع تدهور حالة المصاب، وهي:

- تنظيف الجروح وتقيمها وتغطيتها بضمادات خاصة وربطها باربطة مناسبة، للحيلولة دون ظهور الأمراض المضاعفة من الالتهاب.
- تثبيت الكسور و يجب تثبيتها في الوضعية التي يشعر فيها الراحة ولا يجوز إصلاح كسر أو تحريك العضو المكسور.
- وضع المصاب في وضعية مريحة و الوضعية المريحة تختلف من حالة إلى أخرى: ففي حالة الصدمة يفضل أن يكون الرأس في مستوى منخفض عن مستوى الجسم . بينما في حالة ضيق التنفس والذبحة الصدرية فإن أفضل وضعية هي أن وضع

يكون المصاب على هيئة نصف جلوس ، وأن يكون رأسه أعلى من مستوى الجسم، وإذا كانت الإصابة في البطن فأفضل وضعية هي أن يستلقي على ظهره مع ثني الركبتين و وضع مخدات أو بطانيات ملفوفة بين الساق و الفخذ لإراحة عضلات الطرف السفلي.

❖ المساعدة على الشفاء :

الحالة الزوية للمريض تؤثر مباشرة على حالته الجسدية والصحية ، ولا سيما في بداية الحادث حيث يشعر بالألم و الخوف والقلق ، و لذلك يجب على المسعف أن:

- يطمئن المصاب ، وأن يقلل من أهمية الإصابة ، ويتحدث إليه بنقة و رباطة جاش و لا يظهر أي ارتباك أو دهشة أو انفعال.
- تخفيف الألم: فالألم يبعث الخوف في النفس للاعتقاد بوجود إصابة قوية، كما أنه يؤدي إلى حدوث الصدمة. لذا يجب تخفيف الألم وتسكينه بسرعة .

❖ إدارة مكان الحادث :

يجب على المسعف أن يتولى إدارة مكان الحادث من جميع النواحي ، فيجب على المسعف أن يستوعب:

- معرفة الأعراض المتعلقة بمختلف الأمراض وكيفية التعامل معها.
- تدليك القلب.
- التعامل مع الحروق والكسور.
- كيفية تضميد الجراح
- كيفية التعامل مع إصابات الأطفال.

وهذه المرحلة هي التي تسبق تقديم الإسعافات الأولية وتختلف باختلاف أنواع الإصابة ما إذا كانت حرجة أم بسيطة لأن الحالات الحرجة لابد وأن يكون رد الفعل سريع لها.

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص 19-20-21)

2-3 أساسيات الإسعافات الأولية:

ويوجد حد أدني للمعلومات يجب على مقدم الإسعافات الأولية لن يدركها ويتعلمها:

- ❖ فهم قواعد الإسعافات الأولية ومسؤولياتها .
- ❖ إدرك أهمية تأمين موقع الحادث ، وعزل الجسم .
- ❖ كيفية فتح ممرات للهواء (للتنفس).
- ❖ القيام بعمل التنفس الصناعي .
- ❖ تقييم مكان الحادث .
- ❖ الوضع الملائم للمريض أو المصاب .
- ❖ معرفة الأعراض وعلامات الخطر للمشاكل الطبية .
- ❖ معرفة علامات الاستجابة من عدمها للمصاب .
- ❖ السيطرة على النزيف الداخلي .
- ❖ معرفة ما إذا كان يوجد نز يف داخلي أم لا .
- ❖ التعامل مع إصابات العمود الفقري .
- ❖ توافر المعلومات العامة لديه عن جسم الإنسان وتشريحه ، وأعضائه ولجهزته المختلفة .
- ❖ كيفية حمل المريض وذلك لتخفيف تعرضه لمزيد من الضرر أو الأذى .
- ❖ لو عندما تكون الإصابة أو لوبة المرض ثانوية لا تحتاج للتدخل الطبي.

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص 18)

2-4 المبادئ الأساسية في الإسعافات الأولية:

2-4-1 التشخيص :

- ❖ تأكد أولاً من سلامتك الشخصية، حتى لا تكون أنت الضحية التالية.
- ❖ كن هادنا وتصرف بحكمة وعرف نفسك للمصاب ومن حوله وامنع تجمع الناس حول المصاب
- ❖ أبعد المصاب عن مصدر الخطر (حريق، غازات، كهرباء، سقوط مباني) أو ابعد مصدر الخطر عن المصاب
- ❖ إ بد في تقييم حالة المصب واجمع المعلومات الكافية عن سبب الإصابة وأعراضها من المصاب نفسه إذا كن واعى أو من أهله أو المتواجدين فى مكان الحادث . إذا كان فاقداً الوعى.

2-4-2 العلاج:

- ابدأ الرعاية المناسبة حسب الأولوية وخطورة الإصابة وتكون الأولوية كما يلي:
  - إنعاش القلب ولتنفس في حالة توقفها.
  - العمل على وقف النزيف ن وجد.
  - العمل على تثبيت الكسور
  - علاج الصدمة.
  - معالجة وإزالة الألم
- ضع المصاب في وضع سليم وصحيح. في حالة الغيبوبة يوضع في وضع الاستلقاء أو على جانبه أو ظهره او رأسه الى جهة واحدة.
- يجب تغطية الجروح المفتوحة حتى يمنع لتلوث.
- حل الملابس الضيقة وكذلك الملابس فوق الجروح ويتم نزع الملابس من الجزء السليم أولاً، وفى حالة تمزيق الملابس يراعا تمزيقها من مكان الحياكة
- لا تعطي أي شيء بالفم إذا كان المصاب فاقد للوعي أو به جرح نافذ في البطن و كذالك في حالة النزيف أو القيء
- إذا تقيأ المصاب يجب أن تخفض رأسه مع إدارة الوجه على أحد الجانبين لمنع القيء من الوصول إلى الرئتين، فإذا لم يكن المصاب في تمام الوعي وهنك اضطراب في التنفس، يصبح من الضروري إزالة القيء من الفم بالأصابع أو بقطعة من القماش مع نزع أي شيء غير ثابت مثل الأسنان الصناعية.
- يجب تغطية جسم لمريض حتى يظل جسمه دفئاً.

(د. محمود حسن الغابري، 2021،ص5)

2-5 أولويات الإسعافات الأولية:

وتحدد أولويات الإسعافات الأولية على الأسس التالية :

2-5-1 اولويات الدرجة الأولى :

- الاختناق وتوقف التنفس: وهو السبب المباشر المسئول عن 20% من حالات.
- جروح واسعة واضحة ، فيها استحالة النزف.

- موتى عند الوصول.
- الوفاة في الحوادث و الثواني هنا قد تكون حاسمة لأن الاختناق قاتل سريع.
- توقف القلب.
- نزف غير مسيطر عليه.
- إصابات الرأس الشديدة.
- إصابة مرضية شديدة : تسمم، جرح مفتوح في الصدر.
- الإغماء : يجب وضع المغمى عليه في وضعية الاستشفاء.

2-5-2 أولويات الدرجة الثانية:

- حروق.
- كسور متعددة.
- إصابات الظهر والعمود الفقري.
- صدمة عصبية

2-5-3 أولويات الدرجة الثالثة:

- كسور وجروح بسيطة وخلع.

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص26)

2-6 المسعف و مسؤولياته و تصرفاته :

2-6-1 المسعف :

هو الشخص الذى يقوم بتقديم الإسعافات الأولية والعناية بالمصاب أو من تعرض لحالة مرضية مفاجئة، بشرط أن يكون مؤهلا للقيام بهذا العمل بحصوله على التدريب المناسب بالمراكز الصحية المتخصصة ولديه المعلومات التي تمكنه من تقديم الإسعافات الأولية للمصاب بشكل صحيح لإنقاذ حياته.

2-6-2 المسعف الأولي الواعي :

- ❖ يجب عليه أولاً أن يأمن نفسه.
- ❖ يجب عليه أن يكون هادئاً, واثقاً بنفسه و مستقراً.
- ❖ يجب عليه معرفة جسم الإنسان وكيفية أساسيات الإسعافات الأولية.
- ❖ يجب عليه تجديد معلوماته بشكل مستمر.
- ❖ يجب عليه تقييم و استعمال جميع الموارد الموجودة لديه عند تنفيذ الإسعاف الأولي.
- ❖ في حال عدم وجود عامل طبي مختص في المنطقة, عليه تحمل مسؤولية الحدث و توجيه الأشخاص الموجودة هناك بشكل فعّال و مناسب.
- ❖ يجب عليه أن يتعامل بشكل جيد وأن يتصل بالإسعاف بالوقت المناسب ويعطي المعلومات اللازمة بالشكل الصحي

(د. يوسف فكرت أومور، 2011،ص 11)

2-6-3 خطوات عمل المسعف:

- ❖ يجب على لمسعف أن يتصرف في حدود معلزماته الطبية التي تمكنه من تقديم الإسعافت الأولية للمصاب أو المريض بشكل صحيح لإنقاذ حياته، وأن يقوم بتقييم الموقف ومعرفة ما حدث للمصاب حتى يتمكن من تقديم الإسدفات لأولية التي تتفق مع نوعية لإصابة أو المرض نظراً لاختلاف نوعية الإسعافات بحسب نوع الإصابة.
- ❖ يجب على المسعف أن يطمئن المصاب ويهدى من روعه ويزيل ضطرابه وتشجيعه ومدملته بلطف و لتخفيف من انزحاجه.
- ❖ يجب على المسعف ألا يسمح بتزاحم الناس حول المصاب ليساعده على التنفس وتهدئة المصاب
- ❖ يجب على المسعف الاحتفاظ بشهود الحادث واستدعاء الطبيب ولشرطة
- ❖ يجب على المسعف محاولة إيقاف النزيف أو عمل جيره أو تنفس صناعي وتدليك القلب حسب الحالة
- ❖ يجب على المسعف أن يعرف ما حدث للمصاب بلاستفسر ودراسة الملابسات ون يصل من ذلك إلى تشخيص تقريبي لإصابة لمريض أو مرضه ومن أمثلة ذلك:

- المعرفة التامة بقواعد لإسعافات الأولية وطريقة تنفيذها.
- معرفة الأعراض وعلامات الخطر للمشاكل الطبية.
- معرفة علامات الاستجابه من عدمها للمصاب.
- توفر المعلومات العامة لديه عن جسم الإنسان وتشريحه. وأعضائه وأجهزته المختلفة.
- كيفية حمل المريض وذلك لتخفيف تعرضه لمزيد من الضرر أو الأذى.
- معرفة الأعراض المتعلقة بمختلف الأمراض وكيفية لتعامل معها.
- التعامل مع الحروق و لكسور.
- كيفية تضميد لجراح.

(د. محمود حسن الغابري، 2021،ص6)

2-6-4 صفات المسعف :

- ❖ صبور وسريع البديهة
- ❖ صاحب خبرة بالتقنيات الإسعافيه
- ❖ صاحب شخصية وثقة بالنفس
- ❖ صاحب مبادرة
- ❖ أخلاقي أمين ومخلص
- ❖ سليم البنية الجسدية والعقلية
- ❖ لديه الإدراك والوحي والسلوك الحسن
- ❖ حذر لكن غير خالف
- ❖ غير متهور

(د. محمود حسن الغابري، 2021،ص 6)

2-6-5 الشروط الواجب توافرها في المسعف:

- ❖ الاستعداد المسبق للقيام بأعمال الاسعاف الاولي.
- ❖ ضبط النفس والمحافظة على رباطه الجأش.
- ❖ ان يكون مؤهلاً للقيام بالإسعاف الاولي نظرياً وعملياً.

- ان يسبق له ان تدرب تحت اشراف المسعف المختص او الطبيب عن طريق:
  - التطبيق على نماذج مجسمة.
  - الزيارات الميدانية لأقسام الطوارئ المختلفة (الدفاع المدني أو المستشفيات).
- التعرف على الاصابات المختلفة وكيفية علاجها ويتم ذلك بزيارة المستشفيات واماكن التأهيل.
- دراسة السيرة المرضية للحالات المختلفة للاستفادة من ملابسات الحوادث وكيفية الوقاية منها.
- المشاركة الفعالة في عمليات الاسعاف الاولي تحت اشراف المسعف المختص او الطبيب
- ان يكون حسن الدراية والقدرة على التعاون مع الجهات الأخرى .

(د. عصام الصفدي، 2010،ص 9-10)

2-6-6 واجبات المسعف ومسؤولياته:

يجب على المسعف الأولي حين وقوع الاصابة عدم اتخاذ دور مقدم الرعاية الصحية المستقل لذا تنحصر واجباته ب:

- تقييم الموقف .
- تشخيص حالة المصاب.
- العلاج الاولي.
- تقديم الاسعاف حسب اولويات الاسعاف الاولى.

(د. عصام الصفدي، 2010،ص10)

2-6-7 كيفية حماية المسعف :

الشخص الذي يقوم بالإسعافات الأولية يكون عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض وخاصة تلك التي تنتقل عن طريق الدم مثل مرض الإيدز، أو الالتهاب الكبدي الوبائي ... الخ، لذلك لابد من اتخاذ بعض الاحتياطات الوقائية التي تجنبه التعرض للإصابة بمثل هذه الأمراض الخطيرة فهذه هي بعض النصائح التي يجب علي كل شخص مسعف إتباعها.

لبس قفازات يتم التخلص منها علي الفور بعد القيام بالإسعافات الأولية وذلك لأن الشخص المسعف يكون عرضة للمس دم الشخص المصاب (أو سوائل الجسم المختلفة : بول – سائل منوي – قئ أو جروح مفتوحة – أغشية مخاطية – براز). أو في حالة التقاطه لملابس المصاب الملوثة، أو عند تغيير لضمادات يتم تغيير مل، هذه القفازات بين كل مصاب وآخر أو عند تمزقها أثناء التعامل مع مصاب واحد فقط.

- ❖ غسل الأيدي مباشرة بعد التخلص من هذه القفازات.
- ❖ لبس قناع واق للمحافظة علي الأنف والفم.
- ❖ استخدام نظارة لوقاية العين، أما إذا تعرضت العين لبعض قطرات من الدم أو أية أجسام أخرى فلا بد من غسلها علي الفور بالماء أو بمحلول الملح (سالاين) (Saline).
- ❖ لبس (جاون) لباس خاص لحماية الملابس على أن يتم التخلص منه علي الفور بعد الانتهاء من الإسعافات الأولية.
- ❖ يتم غسل الأيدي والوجه بعد التعرض لأي شئ .

وهذه هى وسائل الحماية الأولية التي يجب إتباعها عند القيام بأية رعاية أو عناية أولية للمصاب أو المريض، ولكن ماذا إذا تعرض الشخص المسعف للمس دم الشخص المصاب أو إحدى سوائل الجسم، أو لمس أحد الأدوات المستخدمة في عملية الإنقاذ فهناك أيضاً بعض الإرشادات التى يجب وضعها في الحسبان للتعامل مع أية إصابات محتملة .

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص 27-28)

2-6-8 كيفية تعامل المسعف مع الأدوات، السوائل، المصابين:

2-6-8-1 مع الأدوات:

- يجب أخذ الحذر عند استخدام الأدوات الحادة مثل المقص – الملقاط – الإبر – الحقن علي النحو التالي:
  - ❖ عدم الإكثار في استخدامها بقدر الإمكان.
  - ❖ حفظها في حاويات بلاستيك أو صلب حتى لا يتعرض أي شخص عند حملها للضرر .
  - ❖ التخلص منها أو تعقيمها (في حالة الأدوات الباهظة التكاليف) بعد إستخدامها علي الفور.
  - ❖ غسل الأيدي بعد إستخدام هذه الأدوات.
- عند التعامل مع الضمادات أو الملابس الملوثة لابد من إرتداء القفازات، ثم غسل الأيدي بعد خلعها – بالنسبة للنقالة، الكراسي المتحركة، والعكاز ... وغيرها من الأدوات الأخرى مثيلاتها تنظف قبل وبعد الاستخدام بمادة كيميائية مطهرة.

- تغير ملاءات الأسرة – الفوط – أكياس الو سادات – البطاطين – الملابس التي تعرضت للتلوث حرصاً علي عدم نقل أي تلوث ميكروبي مع أخذ الحذر عند التعامل معها حتى لا تنتقل العدوى للشخص الذي يحملها.
- تنظيف الأحذية أو الأحزمة الجلدية بالصابون، والفرشاة والماء الساخن.

2-6-8-2 مع السوائل:

- يتم التخلص من السوائل مثل: الدم – البول – القيء أو أية سوائل أخري في المرحاض.
- أما إذا انسال دم أو سائل على الأرض يتم التعامل معهما علي النحو التالي:
  - لبس القفازات أولاً.
  - ينظف السائل علي الفور دون انتظار.
  - يستخدم الملقاط أو المكنسة لشفط مثل هذه السوائل وإن لم تتوافر تستخدم قطعتين من الورق المقوي في وجود أداة حادة ولتكن قطعة زجاج مكسورة لالتقاط الدم.
  - ينظف المكان بأية محاليل مطهرة وتترك لمدة 20دقيقة علي الأقل.
  - تستخدم فوط ورقية لامتصاص المحلول ثم يتم التخلص منها علي الفور.
  - يتم التخلص من جميع الأدوات المستخدمة في امتصاص السائل في حاويات محكمة الغلق.
  - تغسل الأيدي بعد خلع القفازات جيداً.
- ولكن إذا تعرضت الأنف – العين – أو إحدى الجروح المصاب بها لمسعف للتلوث هذه هي الخطوات:
  - يغسل العضو الذي تعرض للتلوث بالماء.
  - في حالة الجروح يستخدم مطهر لها.
  - لما في حالة العين يستخدم محلول الملح (سالاين) (Saline).
  - تؤخذ تطعيمات ضد® التهابّ الكبدي الوبائي أو فيروس الإيدز بعد القيام بالإسعافات مباشرة.
  - عمل الاختبارات الطبية للتأكد من عدم انتقال أية أمراض معدية.

2-7 حمل المصابين:

2-7-1 كيف تحمل شخصا مصابا :

- ❖ يمكنك عمل كرسى من يديك ويدى زميل على أن يجلس عليه المصاب ثم يمسك المصاب بيديه حول رقبة كل منكما.
- ❖ أما إذا كان المصاب غير قادر على حفظ توازنه يمكن استخدام ثلاثة أيادى فقط أما اليد الرابعة فتكون خلف ظهر المريض كمسند.
- ❖ أما إذا كانت بمفردك قف بجانب المصاب من الجهة التى أصيب بها ثم تحيط ظهره بذراعك وتضع ذراعه حول عنقك مع القبض على رسغ هذه الذراع .

2-7-2 طرق حمل المصاب بواسطة مسعف واحد :

إذا تيسر لك مساعد فلا تحاول تحريك مريض او نقل مصاب وحدك

2-7-2-1 طريقة المهد:

لحمل مصاب خفيف الوزن، ضع ذراعاً تحت فخديه والذراع الأخرى حول جذعه فوق الخصر وارفعه.

2-7-2-2 طريقة الجسر:

هذه الطريقة تقوم على جر المصاب على الأرض دون رفعه. وتستعمل فقط عندما لا يكون المصاب قادراً على الوقوف ويجب نقله فوراً من مكان الخطر

- ضع ذراعي المصاب على صدره واجلس القرفصاء خلفه. ضع بديك تحت كتفي المصاب، امسك ابطيه واجعل رأسه بين ساعديك.
- اسحب المصاب على الأرض.

إذا كان المصاب يضع ستره فك ازرارها واجمعها تحت راسه اسحبه على الأرض محافظاً على الثياب تحت رأسه وكانها وسادة

2-7-2-3 طريقة العكاز الانساني :

تستعمل هذه الطريقة لنقل المصاب وقادر على السير بمساعدة شخص و تستعمل هذه الطريقة إذا كان المصاب قد أصيب بأذى في إحدى ذراعيه.

- قف الى الجانب المتضرر من المصاب، ضع ذراعه الأقرب حول رقبتك وامسك يده بيدك الحرة.
- ضع ذراعك الأخرى حول خصره، وامسك بثيابه القريبة من الورك. يمكن ان يستعين المصاب هنا بعكازة لمساعدته في المشي

2-7-2-4 حمل المصاب على الظهر:

إذا كان المصاب خفيف الوزن صغير الحجم غير فاقد لوعيه. وقائراً ان يمسك بالمسعف

2-7-2-5 رفعة الاطفائي:

تستعمل هذه الطريقة لرفع طفل واع أو فاقد الوعي او رجل خفيف الوزن هنا تبقى إحدى يدي المسعف حرة.

- ساعد المصاب أن يقف. إذا كان قد فقد وعيه ويصعب عليه بالتالي الوقوف، ضع وجهه بمواجهة الأرض وقف فوق رأسه: ضع ذراعيك تحت ابطي المصاب وارفعه على ركبتيه ثم على قدميه .
- امسك بمعصم يد المصاب اليمنى بيدك اليسري. انحن واضعاً رأسك تحت ذراع المصاب الأيمن الممتد بحيث تصبح كتفك على مستوى الجزء الأسفل من بطنه

دع المصاب يهبط بلطف على كتفيك ضع ذراعك الأيمن بين أو حول رجلي المصاب.

- قف بهدوء وتأن جاعلاً لقل المصاب على كتفك اليمنى وارفع المصاب بلطف فوق بكتفيل انقل معصم يد المصاب اليمنى الى يدك اليمنى تاركاً يدك اليسرى حرة طرق حمل المصاب بواسطة مسعفين

2-7-2-6 مقعد الأبدي الأربع :

بالستخدام هذه الطريقة لحمل مصاب واع سليم اليدين.

- يقف المساعدان بمواجهة بعضهما البعض خلف المصاب. يعمل المساعدان من ايديهما مقعداً بحيث تتشابك الايدي اليمنى
- يضع المصاب ذراعيه حول كتفي المساعدين ويجلس على مقعد الأيدي الأربع
- يقف المساعدان في نفس اللحظة ويمشيان.

2-7-2-7 مقعد اليدين:

هذا المقعد هو للمصاب الواعي الذي أصيب في يديه، بحيث لا يمكنه ان يساهم في اي مساعدة لحمله

- إجلسا القرفصاء بمواجهة بعضكما البعض على جانبي المصاب على كل مسعف يضع يدا خلف ظهر المصاب ويمسك بمعصم الآخر وإذا تعذر عليهما شبك معصميهما فعليهما الإمساك بثياب المصاب.
- ارفعا رجلي المصاب قليلاً وضعا يديكما الأخريين تحت فخديه و شبكا معصميكما
- قفا معا في نفس اللحظة و ا مشيا مشية طبيعية.

2-7-2-8 الحمل المقدمي والخلفي:

تستعمل هذه الطريقة لوضع المصاب على كرسي او لحمل كرسي.

- اسند المصاب من كلا الجهتين. على المسعفين ان يساعدا المصاب على الجلد وعلى طي ذراعيه حول صدره.
- ينتقل مسعف الى وراء المصاب ويضع ذراعيه تحت إبطي المصاب ويمسك معصمه

  لا تستعملا هذه الطريقة إذا تعذر الإمساك بمعصمي المصاب.
- يبقى المسعف الآخر الى جانب المصاب ويضع ذراعا حول ظهره وبدأ تحت فخديه
- يرفع المسعفان المصاب ويضعانه على كرسي او على نقالة.

2-7-2-9 طريقة الكرسي:

إذا كان المصاب مالكاً وعيه وغير مصاب بأذى بالغ يمكن لمسعفين اجلاسه على كرسي ونقله داخل ممرات او على الأدراج شرط ان تكون الممرات والأدراج نظيفة من أي عوائق

- افحصا الكرسي للتاكد من صلابتها. اجلسا المصاب وثبتاه في مكانه برباطات غيد مشدودة كثيراً. قفا بمواجهة بعضكما بعضاً. واحدا امام الكرسي والآخر خلفها.
- على المسعف الواقف خلف الكرسي أن يسند ظهر الكرسي والمصاب ، اما الآخر فعليه الإمساك برجلي الكرسي. أميلا الكرسي للطف نحو الوراء ثم ارفعاها
- تحركا بهدوء في الممر او على الادراج مبقيين وجه المصاب متجهاً نحو الأمام إذا كان الممر واسعاً والأدراج عريضة، يمكن للمسعفين ان يقفا بمواجهة الكرسي. ويمسك كل واحد منهما ظهر رجل الكرسي الأمامي ورأسها.

2-7-2-10 رفع المقعد على كرسي نقالة:

الكرسي النقالة او العربة التي تعمل على دواليب تسهل نقل المصابين الدين يحسون عليها. فهم لا يحتاجون ان ينقلوا اليها بل يمكن ان تنتقل بهم حيث نشاء. وهم جالسون.

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص29-30-31)

2-8 صندوق الإسعافات الأولية:

لابد من وجود بعض الأدوية و الأدوات لاستخدامها في إسعاف الحالات المرضية أو الحوادث الطارئة التي تحتاج إلى خدمة طبية عاجلة لإسعافها وهذه الأدوية والأدوات توضع داخل صندوق يسمى"صندوق الإسعاف"

2-8-1 مكانه :

يجب توفير صندوق الإسعاف" في المنزل وفي المدرسة وفي السيارة وأثناء القيام بالرحلات الجماعية. ويجب أن يكون موضوعا في مكان مرتفع وآمن بعيدا عن متناول الأطفال وله قفل. كما يجب ألا يطلب من الطفل إحضار أي دواء يتناوله من الصندوق مباشرة

2-8-2 محتوياته :

- يجب أن تكون الشنطة بسيطة الشكل يسهل فتحها بسرعة عن طريق أى اعد فمثلا لاتكون شنطة بالأرقام (أو شنطة لها مفاتيح) فلا يستطيع فتحها إلا صاحبها الذى ربما يكون غير موجود.
- توضع الأشياء بالترتيب داخل الشنطة باماكن وجودها حتى يعهل الوصول إلى شيء بسهولة.
- يجب أن تنضمن أدوات الإسعافات الأولية الأساسيات :
  - ✓ دليل الإسعافات الأولية (يوضنح كيفية معالجة المشاكل الأساسية).
  - ✓ الصعادات الأساسية (الضمادات اللاصفة المتنوعة، رباط ضاعط بأحجام مختلفة، القطن الطبى).
  - ✓ أدوات الإسعافات الأولية الأساسية (ملقاط، مرأة صغيرة، شفرة، مقص).
  - ✓ ورقة وقلم لتدوين البيانات الأولية.
  - ✓ كشاف كهربائي.
  - ✓ حبل لإنقاذ الغريق .
  - ✓ الضمادات الإضافية: (رباط شاش بأحجام مختلفة ومعقم ضمادات الفراشة).
  - ✓ أدوية للطوارى (مرهم للحروق، مستحضر للجلد، مضادات هيستامين، صبغة يود أو أي مادة معتمه سائلة ، مضادات للتقلص (للمغص)، بودرة سلفا، محلول معالجة الجفاف بالفم للأطفال، قطرات للعن، مضادات حيوية، زجاجة كورامين وقطارة، منشط للجهاز لتنفسى لضيق التنفس، لبوس، أقراص للإسهال، أقراص

للانتفاخ، أقراص للدوسنتريا، أسبرين، نوفالجين اسبو لدرجات الحرارة العالية، أقراض مضادة للحموضة، المسكنات الأساسية).

- ✓ أدوات الإسعافات الأولية: (رافع، جبيرة لساسية، عبوة ثلج فورية – حقنة شرجية).
- ✓ خافض لسنان خشبي للاستعمال مرة واحدة – حقن بلاستيك من النوع الذي يستخدم مرة واحدة و يرمى بعد ذلك مقاسات مختلفة) .

2-8-3 العنايه به وتنظيمه :

من الأمور الهامة أن يكون صندوق الإسعاف معتنى به من حيث الترتيب والنظافة وأن يتم تعويض الأدوات التي تستعمل وتستهلك أولا بأول ، وأن توضع المهمات والأدوية مرتبة بالصندوق بحيث يسهل أخذها للاستعمال بسهولة وبسرعة.

(محمد عبد الرحمن عبد المقصود أبو شبانة، 2013،ص 34-35-36)

2-9 تحرير المجاري التنفسية :

2-9-1 معالجة انسداد الحنجرة لدى الأولاد :

بعض الأولاد لا يختلفون من حيث الطول والنمو عن الكبار. لذلك فهم يعالجون بالطريقة نفسها مع التخفيف من حدة الضرب على أكتافهم والضغط على معدتهم. أما إذا كان الأولاد من ذوي الإحجام الصغيرة، فيجب تعديل الطريقة.

اتبع الطريقة نفسها المستعملة مع الكبار، إنما اجلس وأنت تعمل على كرسي او اركع على ركبة واحدة وضع الولد على الركبة الأخرى ورأسه منحن الى أسفل. امسك الصدر بيد، واضرب الولد بمهارة بين كتفيه باليد الأخرى حتى أربع مرات. إذا فشلت هذه الطريقة، وجب اللجوء الى الضغط على المعدة.

إذا كان الولد قد فقد الوعي ضعه على سطح قوي واتبع معه الطريقة المتبعة مع البالغ الفاقد الوعي

2-9-2 معالجة انسداد الحنجرة لدى الأطفال:

تستعمل مع الأطفال الطريقة نفسها التي تستعمل مع الأولاد، لكن يجب التخفيف من حدة الضرب على الكتف او الضغط على المعدة وتختلف طريقة الضغط والضرب.

يمسك الطفل بيد مفردة على صدره ومعدته بحيث يكون رأسه متدلياً الى أسفل ويضرب بمهارة حتى اربع مرات بين الكتفين، فإذا لم تنجح المحاولة يلجأ الى عملية الضغط على المعدة.

- ملاحظة :

يجب توخي الحذر الشديد اثناء سحب العائق من فم الطفل. ويستعمل لهذه الغاية اصبع واحد يتحرك بتأن في فم الطفل منعاً لانزلاق العائق مجدداً الى الحنجرة.

2-9-2-1 الضغط لدى فاقد الوعي على المعدة:

- ضع المصاب على ظهره مع الابقاء على فمه قادراً على التنفس. اركع فوق المصاب بحيث تعلوه لتصبح قادراً على الضغط على معدته.

  إذا لم تكن قادراً على أخذ هذا الوضع فوق المصاب اركع الى جانبه
- ضع كف يدك فوق منتصف أعلى معدة المصاب وغطها بكف يدك الأخرى مبقياً الأصابع بعيدة عن المعدة.
- حافظ على كفيك مستقيمين واضغط على المعدة في دفعة قوية امامية وداخلية. راجع حتى اربع مرات إذا لزم الأمر. كل دفعة يجب ان تكون قوية بما يكفي لإخراج العائق من حلق المصاب.

2-9-2-2 الضغط لدى الأولاد على المعدة :

- ضع الولد في حضنك او فليقف امامك وضع ذراعاً حول معدته .ضم قبضة يدك وإبهامك الى الداخل وضعها في أعلى معدة امسك ظهره بيدك الولد .الأخرى.
- اضغط بقبضتك على أعلى معدته في دفعة قوية سريعة الى أعلى وإلى الداخل .ليكن الضغط أقل بكثير من ذاك الموجه الى معدة ابالغ. راجع الضغط حتى أربع مرات إذا لزم الامر، وكل دفعة يجب ان تكون قوية بما يكفي لإخراج العائق من حلق الولد.

  إذا كان الولد قد فقد وعيه، عالجه كما يعالج البالغ الذي فقد الوعي، إنما استعمل بدا واحدة وليكن الضغط أخف.

2-9-2-3 الضغط لدى الاطفال على المعدة :

ضع الطفل على سطح قاسٍ وافتح له مجرى الهواء، ضع أول اصبعين من يدك على أعلى معدته، بين السرة وعظم القص واضغط في دفعة سريعة الى الداخل وألى أعلى. راجع حتى اربع مرات إذا لزم الأمر، على أن تكون كل دفعة قوية بما يكفي لإخراج العائق من حلق الطفل.

2-10 التعرف على الوظائف الحيوية:

2-10-1 التنفس:

- ❖ غير موجود
  - تأكد من الطرق التنفسية مفتوحة وخالية من المعوقات.
  - أبدأ فوراً بالتنفس الصناعي.
- ❖ موجود
  - عدد مرات التنفس / الدقيقة
  - انتظام التنفس
  - وجود رائحة مميزة كرائحة الكحول والاسيتون.

2-10-2 النبض :

- ❖ اماكن جس النبض
  - عند الرسغ.
  - في الرقبة.
  - بجس الصدر تحت حلمة الثدي الايسر
- ❖ وصف النبض
  - عدد النبضات في الدقيقة
  - قوة النبضة
  - انتظام النبضة.

2-10-3 لون الجلد :

- ❖ اللون الأحمر
  - يدل على إرتفاع الضغط الشرياني وجلطات الدماغ.
- ❖ اللون الشاحب
  - يدل على النزف ونقص الدم والجلطة والذبحة القلبية.
- ❖ اللون الأزرق
  - نزول الاكسجين والاختناق.

2-10-4 درجة الحرارة :

- ❖ باردا + تعرق
- ❖ ساخناً + تعرق

2-10-5 حدقتا العينين :

- ❖ تعتبر العينين نافذة الدماغ ومراقبة نشاط أو تفاعل حدقة العينين من الأمور التشخيصية السهلة والأكيدة. تكون سعة الحدقتين متوسطة ومتناظرة ومستديرة وتتضيق الحدقتان طبيعياً عند تسليط الضوء عليهما. وفي الاذيات الدماغية تتضيق الحدقة على الجانب المصاب من الدماغ ويكون تجاوبها عند تسليط الضوء عليها بطيئاً أو معدوماً.

(د. عصام الصفدي، 2010،ص 19-20-21-22-23-24)

2-11 استرداد مظاهر الحياة :

اذا توقف المصاب عن التنفس أو توقف قلبه عن العمل وجب على المسعف ان يتولى عنه عملية التنفس ليعود الأوكسجين إلى دماغ المصاب. ليذكر المسعف أن عليه ان يفتح طريق الهواء إلى صدر المصاب وأن يتنفس بدلاً عنه بحيث يقود عن طريق التنفس الاصطناعي، الهواء إلى رئتيه ليستعيد الدم امتصاص الأوكسجين النقي. وأن يضغط على صدر المريض ليوقظ دورة التنفس (الضغط الخارجي على الصدر). إن التنفس الاصطناعي السريع المتلازم مع الضغط الخارجي على الصدر (إذا اقتضى الامر ذلك) يجب ان يوقف تدهور حالة المصاب وأن يعيد اليه بعض الانتعاش حتى يصل إلى أقرب مستشفى أو عيادة. ان عملية استرداد مظاهر الحياة يجب ان تنفذ حتى ولو كان لدى المسعف شك بقدرة المصاب على استعادة الحياة. ويجب الاستمرار بالعملية حتى يبدأ المصاب بالتنفس ويعود إليه نبضه

2-11-1 اولاً التنفس :

2-11-1-1 فحص التنفس :

للتأكد من أن المصاب لا يزال يتنفس ضع أذنك فوق فمه وانظر الى الصدر والبطن. إذا كان المصاب يتنفس ستسمع نَفسه وتشعر به، كما سترى حركة في صدره وبطنه. إن المصاب الذي توقف عن التنفس يكون قد غاب عن الوغي. ولا يمكن بالضبط تحديد الوقت الذي توقف فيه هذا المصاب عن التنفس.

2-11-1-2 فتح مجرى هوائي :

إذا غاب المصاب عن الوعي يكون مجرى الهواء لديه قد اصبح ضيقاً أو أن شيئاً يعيق عمله. وقد يحدث هذا نتيجة تعرض المصاب لحوادث منها الرأس قد مال إلى الأمام فأضاق مجرى الهواء، أو أن عضلات الحنجرة قد فقدت تحكمها فانزلق اللسان إلى الوراء وسد مجرى الهواء، أو ان لعاب الفم أو القيء توقف في مؤخرة الحنجرة وسد المجرى، إن إحدى هذه الحالات قد تقود إلى موت المصاب ، لذلك يتوجب على المسعف أن يفتح مجرى الهواء فوراً.

عند فتح المجرى الهوائي يبدأ المصاب بالتنفس فورا. فإذا تنفس. وضع المسعف في حالة استرداد العافية (انظر لاحقاً) . أما إذا لم يتنفس فعلى المسعف إن يبدأ عملية استرداد مظاهر الحياة.

- الطريقة :

✓ ضع يدا تحت رقبة المصاب واليد الأخرى على صدغه واجعل الرأس يميل إلى الوراء هذه الطريقة تطيل الرقبة وتفتح مجرى الهواء.

✓ انقل يدك من الرقبة وادفع الذقن الى الاعلى إن الفك المائل يعيد اللسان إلى الأمام فاتحا مجرى الهواء

2-11-1-3 تحرير مجرى الهواء :

تهدف عملية تحرير مجرى الهواء إلى تنظيف الغم من الفي. والأسنان الساقطة أو بقايا الأكل أو أي جسم غريب عالق بالفم. ومن أجل القيام بهذه العملية يجب أن يميل المسعف رأس المصاب جانباً وأن يضع اصبعاً على الفم ليبقيه مفتوحاً ثم يُدخل أصبعين لتنظيف الفم. لا تهدر الوقت في البحث عن الأشياء غير الظاهرة التي تعتقد أنها تعيق مجرى الهواء

2-11-1-4 التنفس الاصطناعي :

أهم ما يمكن ان يقدمه مسعف لمصاب توقف عن التنفس هو نقل الهواء من رنتيه إلي رئتي المصاب بأن ينفخ الهواء من فمه إلى فم المريض. وعندما يتعذر القيام بهذه العملية يصبح من الضروري استعمال إحدى الطرق اليدوية التي سنتحدث عنها لاحقاً.

2-11-1-5 التنفس من الفم إلى الفم :

التنفس من الغم إلى الغم هو افضل طرق التنفس الاصطناعي في جميع الحالات التي يتبين فيها أن المصاب لا يتنفس. وإذا تعذر استعمال فم المصاب فيجب استعمال الأنف ولدى الأطفال والصغار يستعمل الفم والأنف معاً.

تعطى الدفعات الأربع الأولى باسرع ما تيسر. لا تهدر الوقت في التفتيش عن أية عوائق.

- الطريقة :

✓ ابعد العوائق التي قد تكون على الوجه او حول الرقبة . افتح مجرى الهواء وأخرج أية اجسام غريبة قد تكون في الفم او الحنجرة.

- ✓ افتح فمك واسعاً. خذ نفساً عميقاً. اغلق فتحتي أنف المصاب بيدك وضع شفافك حول فمه أما إذا كنت تستعمل انف المصاب لإدخال الهواء فأغلق فمه بإبهام يدك وضع شفتيك حول أنفه
- ✓ انفخ في رئتي المصاب وأنت تنظر الى صدره حتى ترى ان الصدر قد بدا يرتفع الى أعلى

إذا لم يرتفع صدر المصاب اعتبر ان مجرى الهواء لم يفتح كفاية. غير موضع رأس المصاب وجرب من جديد فإذا لم يستجب فإن مجرى الهواء يكون مسدوداً وعليك ان تعالجه لفتح المجرى (انظر لاحقاً فصل الاختناق).

- ✓ ابعد فمك عن المصاب وأخرج من فمك الهواء الإضافي راقب صدر المصاب ينخفض ويأخذ كمية من الهواء النقي: راجع عملية التنفس إعط المصاب الدفعات الأربع الأولى بأسرع ما تيسر ولا تنتظر تقلص الصدر الكامل بين كل دفعة .
- ✓ افحص نبض المصاب للتأكد من أن القلب يعمل إذا كان القلب يعمل طبيعياً استمر في اجراء التنفس الاصطناعي بنسبة طبيعية (١٨-١٦ مرة في الدقيقة) حتى يستعيد المصاب نفسه الطبيعي وعندها اعطه وضع استرداد العافية. اما إذا كان القلب لا يعمل فعليك استعمال الضغط الخارجي على الصدر بسرعة ودون إبطاء.

2-11-1-6 الضغط الخارجي على الصدر:

إذا لم تنجح عملية التنفس من الفم الى الفم لوحدها، وأذا توقف قلب المصاب عن الخفقان فإنه يصبح من الضروري تنفيذ الضغط الخارجي على الصدر على ان يرافق العملية إجراء التنفس من الغم الى الفم والقصد من هذا هو تسهيل وصول الدم المليء بالأوكسجين الى الدماغ.

- الطريقة :

- ✓ ضع المصاب ممداً على ظهره فوق سطح صلب. اركع قربه ووجهك نحو صدره على خط مواز للقلب، ضع يدك على الجزء الأسفل من عظم . القص، ضع جزءاً من يدك الأخرى حيث يلتقي الصدر بالرقبة والجزء الآخر في آخر القفص الصدري واجعل ابهام يدك في الوسط بهذه الطريقة تجد نقطة الوسط المطلوبة

- ✓ ضع راحة يدك على وسط الجزء الأسفل من عظم القص مبقياً اصابعك بعيدة عن القفص الصدري. غطّ هذه اليد براحة كفك الآخر واربط اصابعك بعضها ببعض
- ✓ أبق ذراعيك على خط مستقيم وتحرك الى الأمام حتى تصبح دراعاك عمودتين اضغطهما على الجزء الأسفل من عظم القص تحرك الى الوراء وأوقف الضغط. اكمل 15 عملية ضعط محاة بعد 80 عملية ضغط بالدقيقة (كي تحصل على السرعة اللازمة عد 1،2،3، الخ).
- ✓ تحرّك نمو راس المصاب وافتح له مجرى الهواء بإعطائه دفعتين من التنفس الاصطناعي في فمه مع إغلاق فتحتي أنفه.
- ✓ تابع الضغط 15 مرة واتبعها بالتنفس في فمه مرتين. افحص نبض القلب بعد اول دقيقة. بعدها افحص النبض كل ثلاث دقائق .
- ✓ حالما يعود نبض القلب اوقف الضغط. أكمل التنفس في فمه حتى يعود نفس طبيعياً. ضع المصاب في وضع استرداد العافية (واجع لاحقا).

- التأكد من تجاوب المصاب:

يعود النبض الى المصاب إذا كانت عملية استرداد مظاهر الحياة اليه قد نجحت ويتحسن اللون ويبدأ الدم المليء بالأوكسجين دورته العادية في الجسم أما إذا لم يعد التنفس الطبيعي الى المصاب فإن لونه يزرق .

2-11-1-7 كيفية قيام مسعفين بعملية استرداد مظاهر الحياة:

إذا التقى مسعفان أمام مصاب فعلى أحدهما إبقاء مجرى الهواء مفتوحاً وأن يقوم بعملية التنفس الاصطناعي. وأن يتاكد من نبض القلب. أما الآخر فعليه القيام بالضغط الخارجي على الصدر. وإذا تاخرت عملية استرداد مظاهر الحياة فإنه بإمكان المسعفين تبادل الادوار حتى لا يتعبا ومن الأفضل أن يعملا على الجانبين المختلفين من المصاب.

- ✓ يأخذ المسعف الأول مكانه قرب رأس المصاب بينما يركع الآخر قرب منتصف الصدر.
- ✓ يبدأ المسعف الموجود قرب الرأس بفتح مجرى الهواء ويعطي المصاب أول أربع دفعات تنفس في الفم ويفحص النبض. فإذا كان النبض مفقوداً وجب على المسعف الآخر البدء فوراً بالضغط على الصدر.

- ✓ تستمر عملية استرداد مظاهر، الحياة على هذا الشكل. المسعف الأول يفتح يضغط المسعف الآخر ٥ مرات على الصدر. يستمر ذلك بمعدل 80 عملية ضغط على الصدر بالدقيقة حتى يستعيد المصاب نبض قلبه (للتأكد من السرعة عد 1٠٠1 2..2، الخ ...). أي خمس مرات ضغط مقابل عملية تنفس واحدة

يجب فحص النبض بعد أول دقيقة ثم بعد كل ثلاث دقائق

ملاحظة :

على المسعف الموجود قرب الرأس إعطاء التنفس من الفم فور انتهاء المسعف الآخر من الضغط على الصدر مباشرة بحيث تصبح العملية متتالية

2-11-1-8 استرداد مظاهر الحياة الى الأطفال:

إن تقنية إعادة مظاهر الحياة الى الاولاد هى نفسها المستعملة على البالغين إنما يتوجب. بالنسبة للأولاد القيام بعمليتي التنفس الضغط بسرعة اعلى قليل وضغط أقل أما بالنسبة للأطفال والصغار فيجب استعمال التقنية المطروحة في هذه الصفحة ويجب ان تكون اليد أثناء الضغط على الصدر فوق منتصف عظم لقص

- للأطفال :

عند إعادة مظاهر الحياة الى المولود الجديد والأطفال يكون التنفس في الفم والأنف لطيفاً جداً. والضغط على الصدر يتم بواسطة اصبعين بمعدل 15 عملية ضغط مقابل عمليتي تنفس

- ✓ تتم عملية التنفس بان يضع المسعف فمه فوق فم الطفل المريض وأنفه و يتنفس بلطف زائد بمعدل 20 دفعة تنفس بالدقيقة. ويفحص نبض الطفل بعد اول دفعات
- ✓ لضغط الخارجي على الصدر يتم بواسطة اصبعين فقط بمعدل 100 مرة بالدقيقة

- للصغار:

- ✓ تتم عملية التنفس من الفم الى الفم بأن يضع المسعف فمه فوق فم الصغير وانفه ويتنفس بلطف بمعدل 20 دفعة تنفس بالدقيقة يفحص نبض القلب بعد أول أربع دفعات تنفس .
- ✓ الضغط الخارجي على الصدر يكون لطيفاً. وتستعمل يد واحدة فقط. اضغط بمعدل 100 مرة بالدقيقة وبمعدل 15 الى عملية ضغط مقابل عمليتي تنفس.

2-11-2 ثانياً النبض :

2-11-2-1 التأكد من نبض القلب :

يجب ان نتأكد من أن نبض القلب قد توقف قبل البدء بالضغط الخارجي على الصدر ويتم هذا الأمر بفحص النبض (دقات القلب) في رقبة المصاب بين صندوق الصوت والعضلة الملاصقة. إن النبض في معصم اليد لا يمكن الاعتماد عليه كليا وبجد فحصر النبض بعد اول دقيقة من الفحص الاول ثم كل ثلاث دقائق. ان النبض يعود عندما يبدأ القلب بالعمل.

2-11-2-2 الطرق اليدوية للتنفس الاصطناعي:

قد يحدث ان لا نتمكن من استعمال طريقة نقل الهواء من الفم الى الفم في الحالات التالية :

- ✓ إذا كانت الاصابة قد طالت فم المصاب وأنفه.
- ✓ إذا كان المصاب محصوراً بين أنقاض ووجهه الى الأسفل ولا يمكن تحريكه.
- ✓ إذا كان المصاب يقيء ، باستمرار
- ✓ إذا كان المصاب قد أصيب يتسمم قد ينقل العدوى الى فم المسعف

عندها نعتمد أحدى الطريقتين اليدويتين التاليتين

طريقة «هولغر نيلسن«وطريقة «سلفستر« غير ان فعاليتهما اسعف من طريقة نقل الهواء بواسطة الفم ولا يمكن استعمال طريقة «سلفستر« اذا كان المصاب محصوراً ووجهه الى أسفل، أو إذا كان يقيئ باستمرار.

ولا يمكن استعمال الطريقتين إذا كانت جراح المصاب في صدره ودراعي عميقة وخطرة. فكلا الطريقتين تعتمدان الضغط على صدر المريض من الأمام ومن الوراء لإخراج الهواء من الرئتين وإحداث – شهيق..

اما في تقنية اعادة مظاهر الحياة الى المصاب فيجب ان يكون الضغط أقل وأسرع إذا كان المصاب طفلاً أو وفدا.

- التأكد من النتيجة:

إذا كانت العملية ناجحة يتحسن لون المصاب. وإذا لم يظهر أي تحسن بعد أربع محاولات يكون هناك عائق في مجرى الهواء.

2-11-2-3 طريقة هولغر نيلسن :

هي الطريقة الأفضل بعد طريقة نقل الهواء بواسطة القم لأنها تبقي على مجاري الهواء مفتوحة والمصاب متجه نحو الأرض . غير أنه يصعب عندها الضغط على الصدر ولا يمكن فحص النبض او التأكد من تجاوب المصاب.

- ✓ يكون وجه المصاب على أرض قاسية. ضع ذراعيه أعلى من رأسه ويديه تحت الرأس الواحدة فوق الأخرى. أدر الوجه بأتجاد واحد مرتكزا على اليدين ارجي الرأس قليلاً الى الوراء ومدّ الفك بحيث تكون مجاري الهواء مفتوحة.
- ✓ اركع على ركبة واحدة قرب رأس المصاب وابق رجلك الأخرى قرب مرفقه. ضع يديك على ظهر المصاب قرب شفرتي الكتفين إبهامك يجب ان تكونا قرب العمود الفقرى.
- ✓ دع كتفيك مستقيمين و ادفع يدك الى الأمام و ضغط بشكل مستمر لمدة ثانيتين هذا يساعد المصاب على الزفير (دفع الهواء خارجا)

  لا تضغط بقوة لئلا تصيب الرئتين أو إحدى الأعضاء الداخلية بضرر
- ✓ ارجع الى الوراء واعد ذراعيك الى أعلى وإلى الخارج على طول ذراعي المصاب وامسك بالذراعين قرب المرفقين. ارفع ذراعي المصاب حتى تشعر بمقاومة قرب الكتفين (ثلاث ثوان). هذا الوضع يحدث «شهيقاً». لا تمدّد المصاب اكثر من اللزوم
- ✓ أزل ذراعي المصاب وازلق يديك على ظهره لتعاود العملية. راجع العملية (1-2-3-4) 12 مرة بالدقيقة. وكل دورة يجب ان تستمر 5 ثوان.
- ✓ بعد أربع دورات افحص النبض. إذا كان موجوداً استمر بالعملية. أما إذا لم يكن من نبض أدر المصاب على ظهره ونفّذ عملية الضغط على الصدر ثم استعمل طريقة «سلفستر«
- ✓ حالما يبدأ المصاب بالتنفس الطبيعي ضعه في حالة استرداد العافية.

2-11-2-4 طريقة سلفستر:

إذا تعذر اللجوء الى طريقة هولغر نيلسن لكون المصاب محصوراً بين أنقاض وملقى على ظهره. إو إذا كان من الضروري قلبه على ظهره للقيام بالضغط الخارجي على الصدر، يتوجب عندها استعمال طريقة سلفستر. ويمكن إبقاء المجرى الهوائي مفتوحاً برفع الكتفين وسندهما

❖ **الطريقة :**

- ✓ يمدد المصاب على ظهره على سطح قاس وينظف فمه من أي شيء علق به توضع جاكيت او سترة ملفوفة او اي شيء آخر تحت الكتفين لرفعهما كي يحيل الرأس الى الوراء وتنفتح المجاري الهوائية.
- ✓ يركع المسعف قرب رأس المصاب ويمسك بالمعصمين ويصلبهما على الصدر بعيدا عن البطن، يميل المسعف بجسمه الى الأمام محافظاً على ظهره جالسا ويضغط على الجزء الأسفل من صدر المصاب بشكل متساو ومستمر لمدة ثانيتين.
- ✓ يوقف المسعف الضغط ويرجع الى الوراء ويرفع بحركة سريعة ذراعي المصاب الى أعلى والى أقصى مسافة خارجية ممكنة لمدة ثلاث ثوان. تراجع هذه العملية 12 مرة في الدقيقة الواحدة .
- ✓ بعد أربع مرات يفحص نبض القلب. فإذا كان طبيعيا تكمل الطريقة حتى يستعيد المصاب تنفسه الطبيعي. أما إذا لم يعد التنفس الطبيعي فيستعان بطريقة الضغط على الصدر على أن يدقق باستمرار في ما إذا كان من تجاوب من جانب المصاب وإذا لم يكن من تجاوب تكمل العملية على هذا الشكل 15 عملية ضغط على الصدر مع محاولتين إثنتين من طريقة سلفستر.
- ✓ حالما يبدأ المصاب بالتنفس طبيعياً يوضع في حالة استرداد العافية.

2-11-2-5 طريقة سلفستر مع مسعفين إثنين :

إذا وجد أكثر من مسعف واحد قرب مصاب، يجب على احدهم أن يقوم باجراء طريقة سلفستر وأن يفحص نبض القلب بينما يفتح الثاني مجاري البواء يدفعه ذقن المصاب الى الأمام ومن ثم القيام بالضغط على الصدر، إذا كان ذلك ضروريا

2-12 وضع استرداد العافية :

يوضع المصابون الذين فقدوا الوعي والذين يتنفسون وتعمل قلوبهم في ما يدعى مبوضع استرداد العافية».هذا الوضع يعني انه يجب أن تبقى مجاري الهراء لديهم مفتوحة وأن يبقى الرأس والرقبة في حالة تمدد كي تتسع مجاري الهواء. وان يخرم الفيء او أى سائل في فم المريض بدون عائق.

وتساعد اطراف المصاب كثيرا في هذا الوضع، فهي التي تبقيه على هدوئه وتؤمن له الراحة والسلامة.

إن وضع استرداد العافية لن يكون وضعاً ممتازاً إذا أراد المسعف او الممرض أو الطبيب فحص المصاب أو إذا كان هؤلاء يعالجونه من جراء إصابة عموده الفقري مثلاً. غير أنه من الضروري جداً وضع المريض في «حالة استرداد العافية» إذا تقل تنفسه او أصبح عالياً مسموعاً ولم يعد الى الوضع الطبيعي رغم فتح مجاري الهواء.

إلى جانب هذا الكلام نوضح كيف يقلب المصاب الممدد على ظهره ليرقد على بطنه ليس من الضروري اتباع كل هذه الخطوات إذا كان المصاب ممداً بالأصل على جانبه او على بطنه إذا كان المصاب يضع نظارات على وجهه وجب نزعه قبل تحريكه لئلا تصاب عيناه بضرر .

- ✓ اركع على شكل زاوية مرتفعة قرب المصاب على بعد حوالي 25 سنتمتراً منه وعلى مستوى الصدر ورأسه نحوك، وابقه مائلاً الى الوراء حتى تظل مجاري الهواء مفتوحة
- ✓ ضع ذراع المصاب القريبة منك الى جانبه ، ضع يده تحت ردفيه ، وراحته الى اعلى إذا أمكن. اجلب اليد الاخرى فوق الصدر. امسك رجله الأبعد عنك من تحت الركبة واجلبها نحوك ماراً بها من فوق رجله الأقرب اليك

- **في الحالات الصعبة:**

قد تحتاج الى يديك الإثنتين وأنت تدير مصاباً ثقيل الوزن. امك الثياب عنه الكتف والورك واجذّب المصاب حتى يلتصق جسمه بفخذيك.

إذا كان ثمة أناس حولك اطلب الى أحدهم أن يمسك براس الريض وانك تديره. كذلك يمكنك ان تطلب مساعدته بأن يركع قربك وأن يشترك معك في جنب المصاب نحوك، فيمسك هو بثياب الورك وأنت بثياب الكتف بيد واليد الأخرى تضعها تحت رأس المصاب. وربما ركع المساعد على الجانب الآخر من المصاب ودفعه اليك وانت تشده.

- ✓ امسك رأس المصاب بيد واحدة. وباليد الأخرى امسك بثيابه الأبعد عنك .
- ✓ أدر المصاب بسرعة نحوك. ودعه على جنبه مستندا الى ركبتك.
- ✓ ابقه مستنداً الى ركبتك وركز راسه بطريقة تبقي على مجاري الهواء مفتوحة.
- ✓ اطو ذراعه بطريقة تمكنها من أن تسند القسم الأعلى من جسمه.
- ✓ اطو رجل المصاب الأقرب الى عند الركبة جالباً الفخد الى الأمام ليسند القسم الادنى من الجسم.

ملاحظة:

لا تستعمل الطريقة المفصلة أعلاه إذا كان المريض مصاباً بكسور في جسمه أو إذا كان ممداً في مكان ضيقاو إذا تعذر طي ذراعيه او قدميه. مدد بطانية تحته بدءا من القسم الأمامي من جسمه. هذه الطريقة يمكن استعمالها لنقل المصاب الى وضع استرداد العافية

(د. عصام الصفدي، 2010،ص من 30 حتى 40)

2-13 التضميد :

2-13-1 فوائد استخدام التضميد:

تقدمت طرائق الإصابات الرياضية في الين الأخيرة، وذلك تحسن خامات الأربطة الحديثة، فقد دلت التحارب والخبرة على أن التضميد و الكيت باستخدام الأربطة سوف بساعد على:

- ✓ سرعة الشفاء
- ✓ حماية العضو من الإصابات المتوقعة
- ✓ الإسعافات الأولية
- ✓ تثبيت العضو
- ✓ قيادة حركات المفصل والعضلات
- ✓ تخفيف الألم والضغط الواقع
- ✓ إيقاف النزيف

ويجب ملاحظة عدم فائدة استحدام التضميد لي حالات الكور وقطع الأربطة والجروح الكبيرة المفتوحة.

2-13-2 المبادئ العامة لاستخدام أربطة التضميد:

- ✓ العناية بالجروح المفتوحة قبل البدء في استخدام الرباط .
- ✓ يجب تغطية الأجزاء البارزة بقطعة مماثلة من المطاط المفصل على شكل هذا الجزء وذلك بغرض حماته.
- ✓ يجب حماية الجلد باستخدام رباط لاصق أو وشه بعازل مما يساعد على زيادة تشبيت العضو وتسهيل عملية التضميد الضرورية بالإضافة إلى حماية الجلد ومنع التصاق الرباط به.

- ✓ يجب ملاحظة عدم وجود ألم في المفاصل قبل البدء في عملية التضميد كما يجب تثبيت العضلات في وضع يسمح بتقريب المنشأ حتى يقل الألم الناتج عن الشد و الإطالة.

  كما يجب ملاحظة أن التضميد بالنسبة للركبتين و المصاب في وضع الوقوف وللذراعين و للمصاب لي وضع الجلوس.
- ✓ لزيادة فاعلية التضميد يمكن استخدام الرباط التمهيدي المصنوع من القطن المطاط أو الاسفنج الناعم.
- ✓ يزال الرباط اللاصق بعد التدريب أو للمسابقات أما في حالة استخدامه بغرض العلاج فيحب الكشف عليه بين الحين والآخر وتغير لتجنب حدوث أي مضاعفات.
- ✓ يجب تغير الرباط في حالة ملاحظة أي ورم بدل على انقطاع في الدورة الدموية.

2-13-3 كيفية استخدام الرباط اللاصق:

- ✓ إزالة العرق والأتربة من فوق سطح الجلد بالماء والصابون قبل البدء في التضميد حتى يضمن التصاق الرباط بالجسم.
- ✓ إزالة الشعر حتى لا يلتصق بالرباط ويسبب ألما عند إزالته
- ✓ استخدام مواد حماية الجلد من الالتهاب نتيجة للاستخدام المتكرر للرباط اللاصق.
- ✓ استخدام الرباط التمهيدي لحماية الجلد وهو رباط رفيع هـ/ الاختيار المناسب للرباط والذي يتوقف على الجزء المراد تضميده.
- ✓ يتم قطع الرباط بإمساك بكرة الرباط باليد المفضلة يوضع الأصبع الأوسط داخل البكرة وأصبع الابهام والسبابة على طرف الرباط بينما تمسك اليد الأخرى نهاية الرباط ما بين السبابة و الابهام ، يتم قطع الرباط بحركة سريعة مثل المقص ويتم ذلك في خط مستقيم إلى أسفل.
- ✓ يزال الرباط اللاصق بالمقص وذلك بوضع طرفيه في فازلين أو أي مادة دهنية لتسهيل عملية القص دون حدوث أي ألم مع ملاحظة عدم قطع الرباط بالقرب من مكان الاصابة حتى لا يحدث أي مضاعفات.

(عبد الحميد زاهر، 2008،ص 255)

2-14 الجبائر :

2-14-1 تعريف الجبيرة :

هي قطعة من الت الخشب أو اللدائن (البلاستيك) أو المعدن أو الورق وتستخدم لتثبيت المفاصل القريبة من العظم المكور أو المعلقة المصابة وذلك لمنع الحركة ل الجزء المصاب من الجسم.

2-14-2 أنواع الجبائر:

إن أهم أنواع الجبائر هي:

2-14-2-1 الجبيرة الهوائية:

وتتكون من طبقتين الطبقة الخارجية وهى مصنوعة من البلاستيك والطبقة الداخلية وهى عبارة عن تجويف من القماش المقوى أو النايلون يملأ بالهواء وتوفر هذه الجبائر تثبيتا جيدا ومريحا للاعب المصاب حيث تقوم الطبقة الهواية الداخلية باتخاذ شكل الجزء المصاب كما توفر ضغطا خفيفا يقلل من تكوين الانتفاخ ويقلل من حدوث النزيف في الجزء المصاب

2-14-2-2 الجبيرة القماشية:

يمكن استخدام القماش أو الملابس كالفترة أو الثوب أو قميص اللعب لتثبيت الطرف العلوي من الجذع أو الطرف السفلي المصاب في الطرف السفلي السليم، وذلك في حالة عدم توافر الأنواع الأخرى من الجبائر.

2-14-2-3 الجبيرة الورقية :

ويمكن فيها إستخدام الورق المقوى، ورق الجرائد والمجلات وورق الكراسات المدرسية القديمة وغيرها من أنواع الورق لصنع جبائر صغيرة.

2-14-2-2 جبيرة توماس للساق :

عبارة من حلقة من المعدن المغطى بالباد والجلد وتستقر الحلقة مائلة حول أعلى الفخد ويمتد منها قضيبان من المعدن يتلاقيان عند أسفل الجبيرة ويلاحظ أن القضيب الممتد من الناحية الداخلية أقصر من الممتد إلى الناحية

الخارجية وتدخل القدم أولا داخل الحلقة ثم تدفع إلى أعلى حتى ترتكز على أحد الفخذين ثم تثبت برباط حول الساق والجبيرة معا.

2-14-2-3 جبيرة جون لرسغ اليد:

تصنع من البلاسيك أو للمعدن الخفيف وتستعمل لتثبيت رسغ اليد وتمتد تحت الساعد واليد وتطابق راحة اليدين من الأمام مع تثبيتها بأربطة ضاغطة.

2-14-2-4 الجبيرة الخشبية :

وتعتبر من أكثر أنواع الجبائر انتشارا وذلك لسهولة عملها و لتوافر مادة صنعها ولفاعليتها في تثبيت الطرف المصاب ومواصفاتها هي:

- ✓ الجبيرة الخشبية لتثبيت الطرف السفلي:

تستخدم لكسور عظمة الفخد أو الساق وتتكون من لوح خشبي بسمك نصف بوصة وطول 36 بوصة وعرض 8 بوصات.

- ✓ الجبيرة الخشبية لتثبيت الجذع :

تستخدم الإصابات الجدع الحادة أو الإشتباه لوجود كسور في العمود الفقري وتتكون من لوح خشبي بسمك 0.75 بوصة وطول 6 أقدام وعرض قدمين

- ✓ الجبيرة الخشبية لتثبيت الطرف العلوي: وتستخدم عند الأشتباه بوجود كسر للطرف العلوي وتكون من لوح خشبي بسمك نصف بوصة وطول قدم واحد وعرضى 3 بوصات.

(عبد الحميد زاهر، 2008،ص 260 حتى 265)

2-15 أهمية تعلم مهارات الإسعاف الأولية:

تعلّم مهارات الإسعاف الأولية هو أمر ضروري ومفيد لكل شخص، فهو يُمكّنك من التعامل مع الحالات الطارئة التي قد تواجهك أو تواجه من حولك بشكل فعال وآمن. فما هي أهمية تعلم مهارات الإسعاف الأولية؟

تتجلى أهمية تعلّم مهارات الإسعاف الأولية في إنقاذ الأرواح، ففي كثير من الحالات، قد يكون المصاب بحاجة إلى مساعدة عاجلة قبل وصول المساعدة الطبية، وقد يكون الفارق بين الحياة والموت هو بضع دقائق أو حتى ثوان.

فبتطبيق مهارات الإسعاف الأولية، يمكنك الحفاظ على حياة المصاب، وأن تمنع تفاقم الإصابة بتجنب التحركات غير المناسبة أو التدخلات غير المبررة، وأن تعزّز فرص شفاء المصاب.

كما أن تعلم مهارات الإسعاف الأولية يزيد من ثقتك بنفسك وبقدراتك، فهي تكسبك مهارات عملية ومفيدة تُمكّنك من التصرف بشكل سريع وحاسم في حالات الطوارئ. كما أنها تشجّعك على التطور الشخصي والمهني، فهي تضيف قيمة إلى سيرتك الذاتية وتؤهلك للحصول على فرص عمل أفضل.

بالإضافة إلى ذلك، يسهم تعلم مهارات الإسعاف الأولية في خدمة المجتمع، فهي تحسَّن من جودة الحياة والصحة للأفراد والجماعات. فبتقديم مساعدة سريعة وفعالة للمصابين، يمكنك أن تساهم في تقليل من نسبة الوفيات والإصابات الخطيرة، وتخفّف من عبء المستشفيات والخدمات الطبية.

https://entc.edu.sa

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الأول

منهجية البحث والإجراءات الميدانية

التمهيد :

بعد الدراسة التي قمنا بها في الجانب النظري و التي تكلمنا فيها عن الإصابات وكيفية إسعافها و نتطرق الآن إلى الجنب التطبيقي صد الإلمام بالموضوع من هذه الجهة قمنا بدراسة ميدانية و ذلك بتوزيع الإستبيان على أساتذة التعليم الإبتدائي لمادة التربية البدني و الرياضة، وبعد ذلك نقوم بمناقشة وتحليل النتائج المتحصل عليها من خلال الإستبيان الموزع الذي اعتمد كأداة لجمع البيانات بالإضافة إلى ذكر مجالات الدراسة المتمثلة في المجال الزماني، المجال المكاني و البشري. وفي الأخير نطرح الإستنتاج العام و نقوم بمقارنة بين النتائج والفرضيات التي تضمنها بحثنا مع إعطاء بعض الإقتراحات و التوصيات.

1. **الدراسة الإستطلاعية:**

❖ **منهج البحث:**

إن إختيار منهج البحث يعتبر في عملية البحث العلمي مهما جدا إذ نجد فيه كيفية جمع البيانات و التحدث عن الموضوع المدروس إنطلاقا من موضوع البحث و الذي يهتم بالإسعافات الأولية بتقيم المستوى المعر في و التطبيق العيداني للإسعافات الأولية لدى أسائذة التربية البدنية في المدارس الإبتدائية.

و عليه فان المنهج الذي إتبعناه لدراسة مؤضو عنا هو المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الوقائع المرتبطة بلموضوع حيث يصف لنا الظاهرة وهو من أحسن المناهج لأنه يتسم بالموضوعية ذلك لأن المستجوبون يجدون كل الحرية في التعبير عن أراءهم.

❖ **مجتمع البحث:**

قامت دراستنا على مجتمع مكون من أساتذة التربية البدنية فى المدارس الإبتدائية.

❖ **عينة البحث:**

تتكون عينة البحث من 30 أستاذ تربية بدنية في الطور الابتدائي الختيرت بطريقة عشوائية.

❖ **متغيرات البحث:**

- ✓ المتغير المستقل: أساتذة التربية البدنية فى المدارس الإبتدائية.
- ✓ المتغير التابع : الإسعافات الأولية .

❖ **مجالات البحث :**

- كل بحث ميداني له مجاله الزماني و المكاني و البشري يتم توضيحها على النحو التالي :

✓ المجال البشري : أجريت التجربة بايتدائيات ولاية مستغانم و وهران ،الموسم الدراسي 2024/2025 وشملت عينة البحث 30 أستاذ التربية البدنية والرياضية في الطور الإبتدائي

✓ المجال الزماني: جري البحث فى الفترة الممتدة من 1 مارس إلى غاية 15 أفريل اما الدراسة النظرية المتمثلة فى الفل الأول و الثاتي فكانت في شهر جانفى وشهر فيفري اما التعريف بالبحث المتعثل في المقدمة الإشكالية الفرضيات الأهداف والدراسات السابقة والبحوث المشابهة فكانت في شهر نوفمبر حتى أواخر شهر ديسمبر.

✓ المجال المكاني: أجريت هذه الدراسة على مجموعة من أساتذة التربية البدنية و الرياضية في إبتدائيات ولاية مستغانم و وهران

❖ **أدوات الدراسة:**

وزعت الإستمارة على اسائدة التربية البدفية للطور الإبتدائي بولايتي وهران و مستغانم لمعرفة المستوى المعرفي والتطبيق الميداني للإسعافات الأولية لدى أساتذة التربية البدئية للطور الابتدائي و بعد تحديد مشكلة البحث والفرضيات اللازمة للإشكالية جمعنا المعلومات الضرورية المتمثلة في أجوبة أفراد العينة على أسئلة الاستمارة.

✓ **الاستبيان:**

هي استمارة إحصانية يقوم المبحوث يتدوين الإجابة عن الأسئلة بنفسه , فالباحث إما أن يقابل المبحوث شخصيا أو يعطيه الإستمارة ثم يستعيدها يعد ملنها أو برسلها إليه بالبريد , وبعد ذلك باتباع أحد الأسلوبين , وهما أسلوب الحصر الشامل أو أسلوبا العينات(محسن عمى علية ,صفحة 7).

✓ **إستمارة الإستبيان:**

احتوت إستمارة الإستبيان على 21 سوال خاص باساتذة التربية البدنية بالاعتماد على الأسئلة المغلقة و المفتوحة.

الاستبيان المغلق:

وهو التي تكون اسئلته محددة الإجابة كان يكون الجواب بنعم أو لا.

الاستبيان المفتوح:

وتكون أسئلته غير محددة الإجابة أي تكون الإجابة متروكة بشكل مفتوح.

❖ **الأسس العلمية للاختبارات المستخدمة:**

✓ **الدراة الاستطلاعية:**

تمثلت في الخطوات التالية:

- دراسة واقع المستوى المعر في لدى أسائذة التربية البدنية في الطور الابتدائي من خلال المقابلات الشخصية مع مجموعة من الاسائدة.
- دراسة واقع التطبيق الميداني للإسعافات الأولية لدى أساتذة التربية البدنية في الطور الابتدائي من خلال الزيارات العيدانية لبعض المدارس الإبتدائية وهذا بغرض تثمين مشكلة البحث.

❖ **الأسس العلمية للأداة:**

✓ **صدق المحكمين:**

تم إعداد استبيان بمجموعة من الأسئلة حول الدراسة و عرضها على الأستاذ المشرف ,ثم تقديمها إلى مجموعة من الأسائذة و الدكائرة بمعهد التربية البدنية و الرياضية بغرض تحكيمها وتعديل الأسئلة المناسبة، حيث قمنا بتوزيع الاستبيان على كل من الأساتذة و الدكاترة :

- د. بن شني حبيب.
- د. إدريس خوجة.
- صيفي بلقاسم.
- حرباش إبراهيم
- شاشو سداوي

حيث أجرينا تعديل على بعض الأسئلة وترتيبها.

❖ **الثبات:**

تعتبر صفة الثبات من أهم الصفات التي يتصف بها الاختبار وللتأكد من ثبات الاختبار قمنا بإعادة توزيع الاستمارة مرة ثانية بعد فترة تجاوزت سبعة أيام ووجدنا أنها نفسها تقريبا نفس الإجابات وبذلك تأكننا من صفة الثبات. ولقد خمصنا بعد انتهاء من الدراسة الإستطلاعية إلى أن الأداة التي استعملناها في البحث تتمتع بالصلاحية العلمية أي الصدق والثبات.

❖ **التحليل الإحصائي:**

يعد المنهج الإحصاني من أحدث الطرق التي يستعملها الباحث لترجمة النتائج المحصل عليها ويهدف الى التعبير ومناقشة وتحويل الأرقام والدلالات اللفظية وتفسيرها وترجمتها على شكل أرقام وقد استعملنا خلال بحثنا حسب الضرورة القوانين التالية:

- ✓ النسبة المئوية: عدد التكرارات*100/عدد العينة
- ✓ اختبار كاف تربيع : كة = مج (ت و – ت م)2 / ت م
- ✓ الدوائر النسبية.

حيث :

- ✓ ت و: التكرارات الواقعية .
- ✓ ت م : التكرارات المتوقعة .

إذا كانت قيمة ك2 المحسوبة أكبر من قيمة كة الجدولية نرفض الفرضية الصفرية بمعنى هناك دلالة إحصائية ، إذا كانت قيمة 25 المحسوبة أقل من قيمة كا2 الجدولية نقبل الفرضية الصفرية بمعنى ليس هناك دلالة إحصائية .

قيم كا2 الجدولية عند مستوى الدلالة 0.05 .

2. خلاصة :

نستخلص مما سبق أنه لا دارسة علمية بدون منهج ، وكل درلسة علمية ناجحة ومفيدة لابد لها و أن تتوفر لدي الباحث الذي يقوم بها منهجية علمية معينة ومناسبة ، وتتماشى مع موضوع ومتطلبات البحث ولابد له أن تتوفر لديه أدوات البحث مختارة بدقة من عينة ومتغيرات واستبيان ... الخ ، تتماشى مع متطلبات البحث وتخدمه بصفة تسمح له بالوصول إلى حقائق علمية صحيحة ومفيدة للباحث ، ومنه فإن العمل بالمنهجية تعد أمرا ضروريا في البحوث العلمية الحديثة قصد ربح الوقت والوصول إلى النتائج المؤكدة، إضافة إلى وجوب أن تكون المنهجية والأدوات المستخدمين في البحث واضحة وخالية من الغموض و التناقضات

الفصل الثاني

عرض و تحليل النتائج

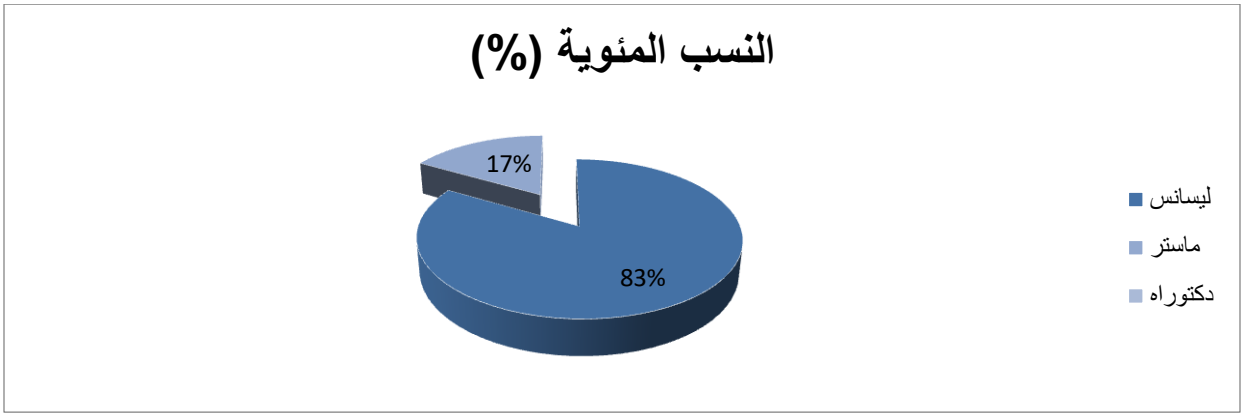
عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة :

1. محور البيانات الشخصية:

توزيع العينة وفق متغير الشهادة المتحصل عليها:

جدول رقم 04: يبين توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية

	التكرارات	النسب المئوية (%)
ليسانس	**25**	**83**
ماستر	**05**	**17**
دكتوراه	**00**	**00**
المجموع	**30**	**100**



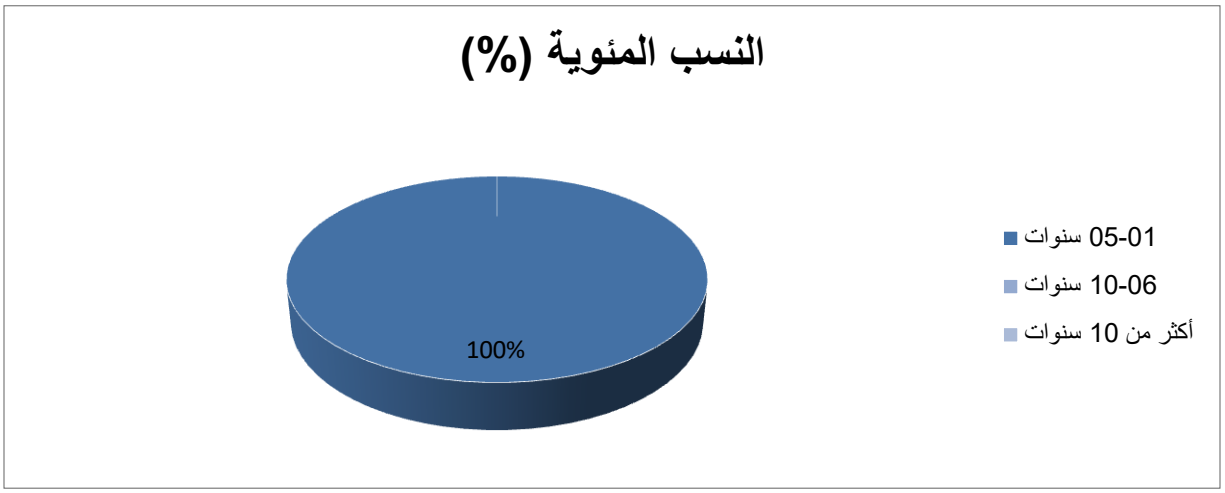
شكل رقم 01: يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الشهادة المتحصل عليها

من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 83% لديهم شهادة ليسانس، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% لديهم مؤهل ماستر.

توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية:

جدول رقم 05: يبين توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية

	التكرارات	النسب المئوية (%)
01-05 سنوات	30	100
06-10 سنوات	00	00
أكثر من 10 سنوات	00	00
المجموع	30	100



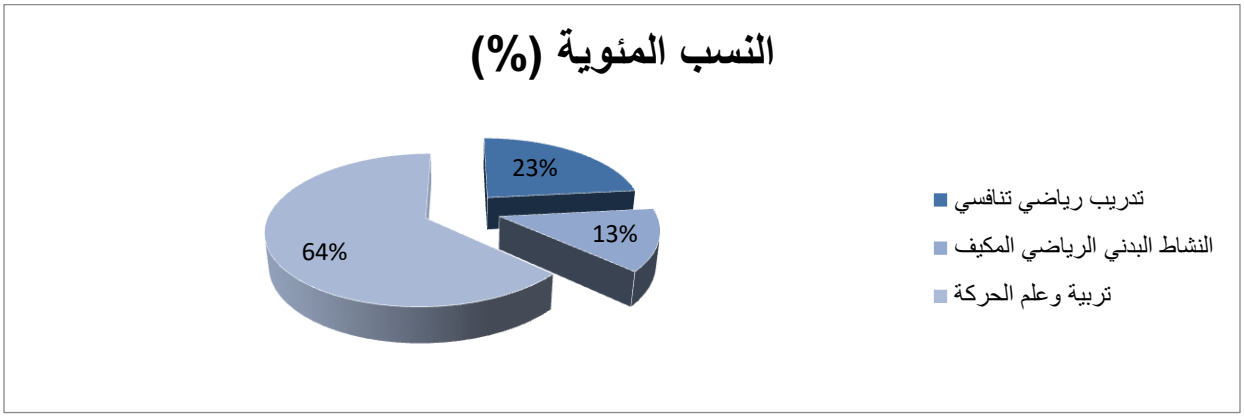
شكل رقم 02: يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية

من خلال الجدول رقم 05 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% تتراوح خبرتهم المهنية بين السنة والخمس سنوات.

- **توزيع العينة وفق متغير التخصص:**

جدول رقم 06: يبين توزيع العينة وفق متغير التخصص

	التكرارات	النسب المئوية (%)
تدريب رياضي تنافسي	07	23
النشاط البدني الرياضي المكيف	04	13
تربية وعلم الحركة	19	64
المجموع	30	100



شكل رقم 03: يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير التخصص

من خلال الجدول رقم 06 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 64% تخصص تربية وعلم الحركة، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 13% تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف.

2. **المحور الأول:** تكوين الأستاذ و خبرته في الإسعافات الأولية:

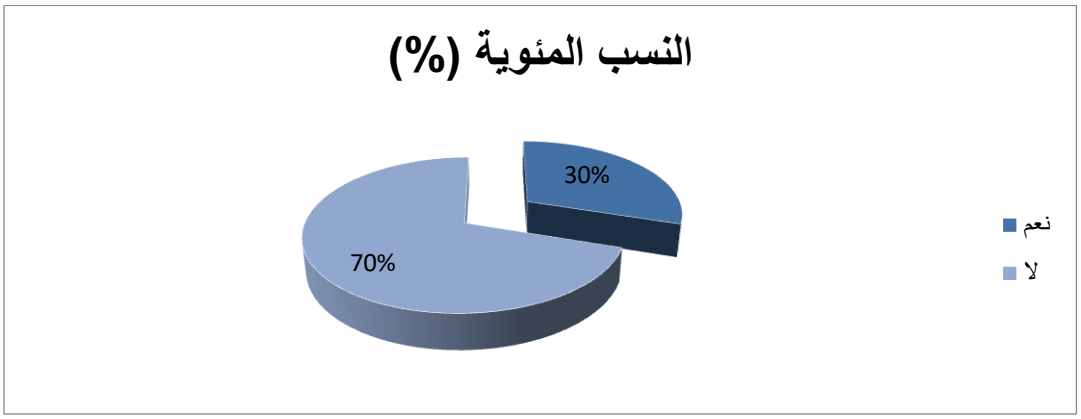
السؤال الأول: هل مقياس الإسعافات الأولية في فترة التكوين (الجامعة) كان كافيا بالنسبة لك؟

جدول رقم 07: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الأول من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	09	30					
لا	21	70	4.80	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(07):

من خلال الجدول رقم 07 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 70% يرون أن مقياس الإسعافات الأولية في فترة التكوين (الجامعة) لم يكن كافيا بالنسبة لهم، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 30% يرون أنه كان كافيا لهم، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 4.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن مقياس الإسعافات الأولية في فترة التكوين (الجامعة) لم يكن كافيا بالنسبة لهم.



شكل رقم 04: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 01 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن مقياس الإسعافات الأولية في فترة التكوين (الجامعة) لم يكن كافيا لأساتذة التربية البدنية والرياضية للإحاطة بهذا الموضوع.

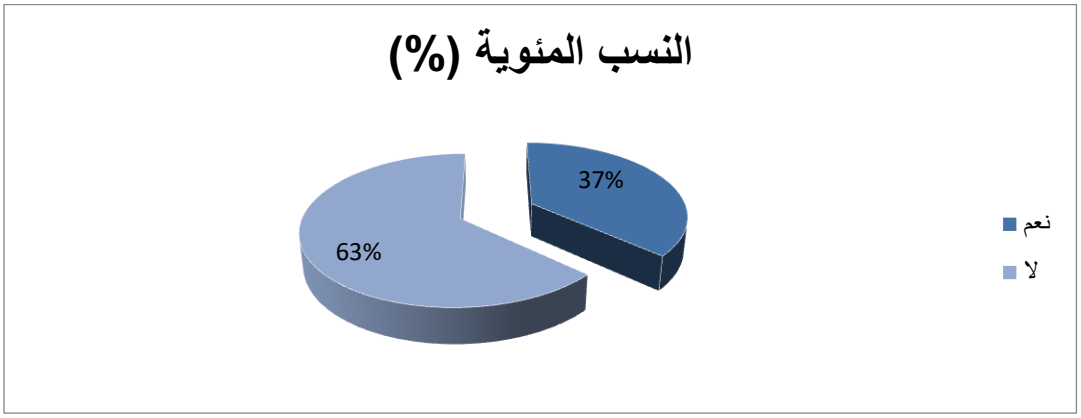
السؤال الثاني: هل حصلت على شهادة تكوين خاصة بالإسعافات الأولية؟

جدول رقم 08: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	11	37					
لا	19	63	2.13	3.84	0.05	01	غير دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(08):

من خلال الجدول رقم 08 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 63% لم يحصلوا على شهادة تكوين خاصة بالإسعافات الأولية، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 37% حصلوا على شهادة تكوين في ذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 2.13 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 05: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 02 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة لم يحصلوا على شهادة تكوين خاصة بالإسعافات الأولية

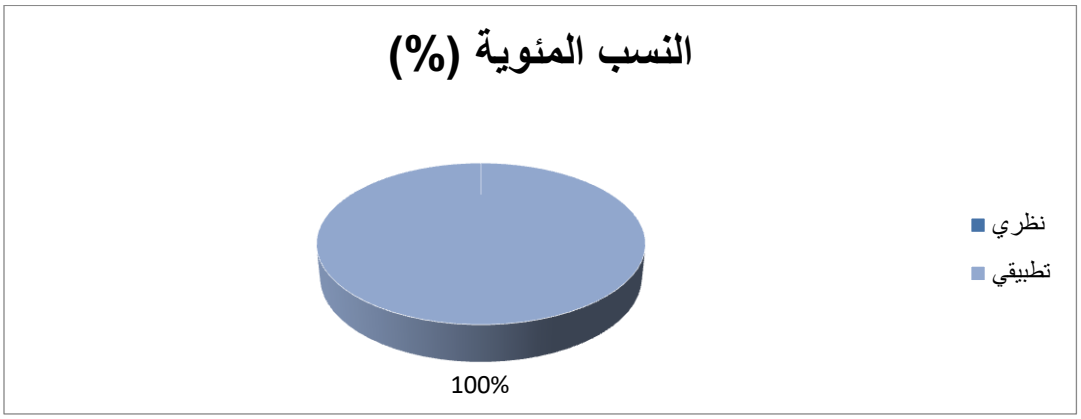
السؤال الثالث: إذا كانت إجابتك بنعم فهل هذا التكوين؟

جدول رقم 09: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نظري	00	00					
تطبيقي	11	100	11	3.84	0.05	01	دال
المجموع	11	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(09):

من خلال الجدول رقم 09 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% حصلوا على شهادة تكوين تطبيقي خاصة بالإسعافات الأولية، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 11 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين حصلوا على شهادة تكوين تطبيقي خاصة بالإسعافات الأولية.



شكل رقم 06: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 03 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة حصلوا على شهادة تكوين تطبيقي خاصة بالإسعافات الأولية.

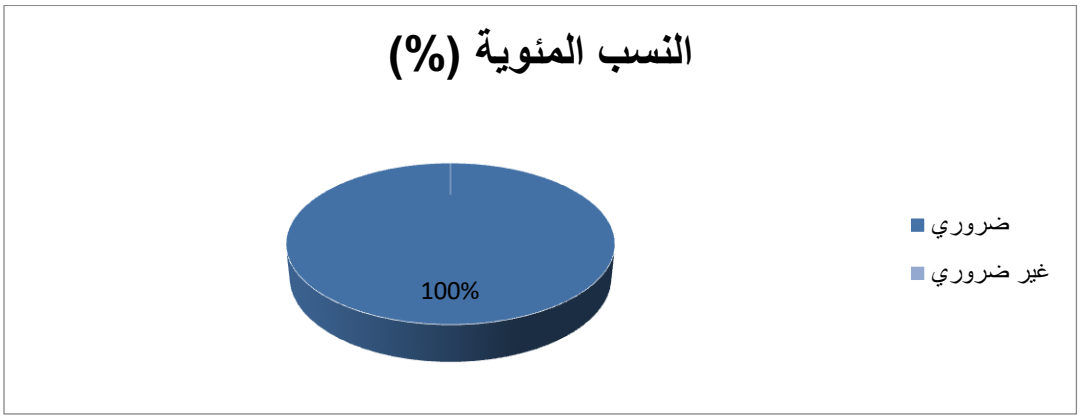
السؤال الرابع: كيف ترى المعرفة الإسعافية لدى أساتذة التربية البدنية؟

جدول رقم 10: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الرابع من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2 المحسوبة	قيمة كا^2 الجدولية	نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
ضروري	30	100	30	3.84	0.05	01	دال
غير ضروري	00	00					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(10):

من خلال الجدول رقم 10 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% يرون أن المعرفة الإسعافية ضرورية لدى أساتذة التربية البدنية، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 30 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن المعرفة الإسعافية ضرورية لدى أساتذة التربية البدنية.



شكل رقم 07: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 04 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن المعرفة الإسعافية ضرورية لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية.

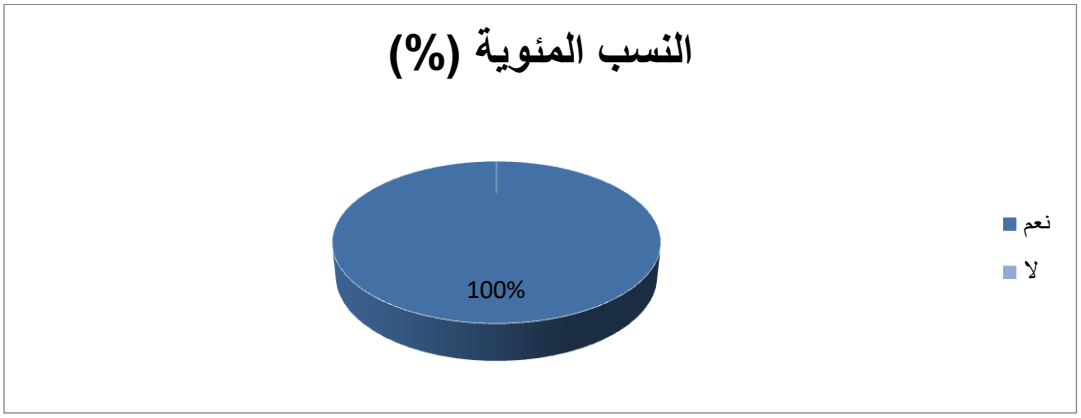
السؤال الخامس: هل يجب على أستاذ التربية البدنية والرياضية أن يكون مجبر على معرفة الإسعافات الأولية؟

جدول رقم 11: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الخامس من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2 المحسوبة	قيمة كا^2 الجدولية	نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
نعم	30	100	30	3.84	0.05	01	دال
لا	00	00					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(11):

من خلال الجدول رقم 11 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% يرون أنه يجب عليهم أن يكونوا على اطلاع بالإسعافات الأولية، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 30 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنه يجب عليهم أن يكونوا على اطلاع بالإسعافات الأولية.



شكل رقم 08.: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 05 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يجب عليهم أن يكونوا على اطلاع بالإسعافات الأولية.

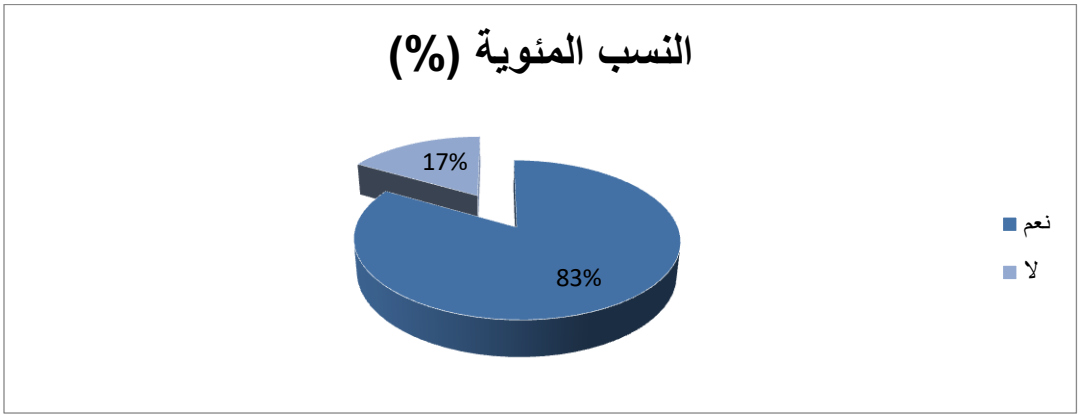
السؤال السادس: هل أنت بحاجة إلى التكوين في الإسعافات الأولية؟

جدول رقم 12: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	25	83					
لا	05	17	13.33	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(12):

من خلال الجدول رقم 12 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 83% يرون أنهم بحاجة إلى التكوين في الإسعافات الأولية، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% لا يرون أنهم بحاجة لذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 13.33 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنهم بحاجة إلى التكوين في الإسعافات الأولية.



شكل رقم 09: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 06 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة بحاجة إلى التكوين في الإسعافات الأولية.

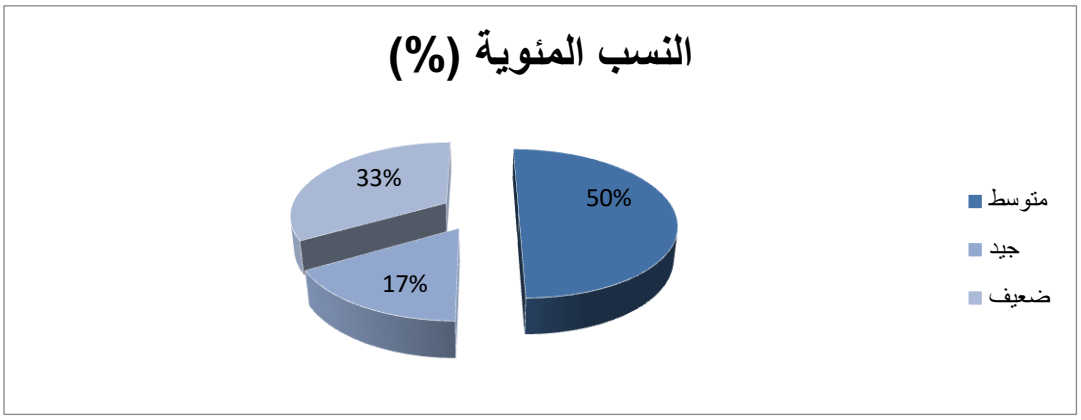
السؤال السابع: هل لديك معلومات حول الخطوات الأولى للإسعافات الأولية؟

جدول رقم 13: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
متوسط	15	50	05	5.99	0.05	02	غير دال
جيد	05	17					
ضعيف	10	33					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(13):

من خلال الجدول رقم 13 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 50% يرون أن لديهم مستوى معلومات متوسط حول الخطوات الأولى للإسعافات الأولية، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% يرون أن لديهم معلومات جيدة جول ذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 05 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 10: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 07 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة لديهم مستوى معلومات متوسط حول الخطوات الأولى للإسعافات الأولية.

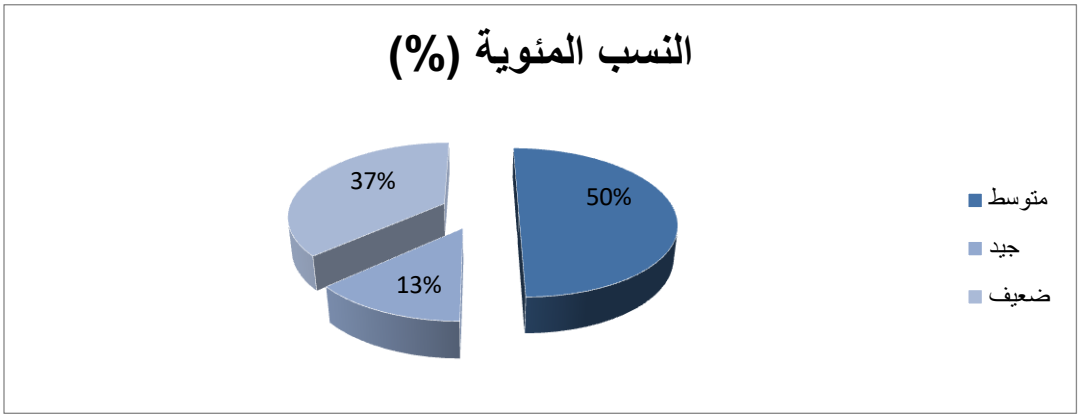
السؤال الثامن: هل لديك معرفة على تشخيص خطورة الإصابات؟

جدول رقم 14: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثامن من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
متوسط	15	50	6.20	5.99	0.05	02	دال
جيد	04	13					
ضعيف	11	37					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(14):

من خلال الجدول رقم 14 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 50% يرون أن لديهم معرفة متوسطة حول تشخيص خطورة الإصابات، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 13% يرون أن لديهم معرفة جيدة حول ذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 6.20 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن لديهم معرفة متوسطة حول تشخيص خطورة الإصابات.



شكل رقم 11: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 08 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة لديهم معرفة متوسطة حول تشخيص خطورة الإصابات.

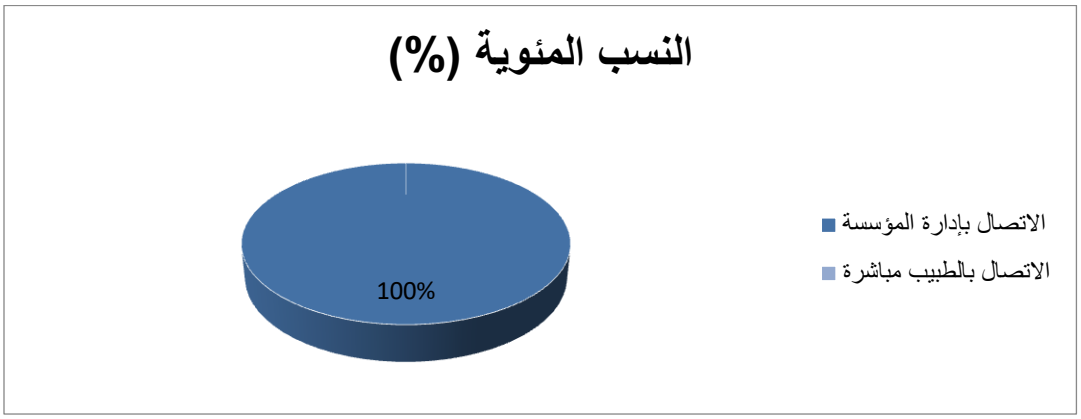
السؤال التاسع: ماهي الإجراءات الإدارية المتخذة عند حدوث الإصابة؟

جدول رقم 15: يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2 المحسوبة	قيمة كا^2 الجدولية	نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
الاتصال بإدارة المؤسسة	30	100	30	3.84	0.05	01	دال
الاتصال بالطبيب مباشرة	00	00					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(15):

من خلال الجدول رقم 15 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% يرون أن الإجراءات الإدارية المتخذة عند حدوث الإصابة تتمثل في الاتصال بإدارة المؤسسة، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 30 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن الإجراءات الإدارية المتخذة عند حدوث الإصابة تتمثل في الاتصال بإدارة المؤسسة.



شكل رقم 12: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 09 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يقومون بالاتصال بإدارة المؤسسة عند حدوث الإصابة وسط التلاميذ.

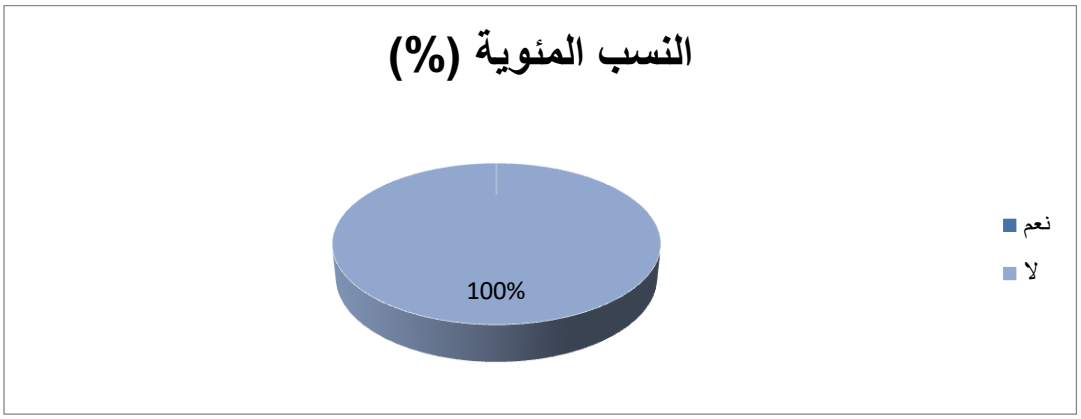
السؤال العاشر: هل في بداية السنة تتطلع على الملف الطبي للتلميذ؟

جدول رقم 16: يبين التحليل الإحصائي للسؤال العاشر من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	00	00					
لا	30	100	30	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(16):

من خلال الجدول رقم 16 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% لا يطلعون على الملف الطبي للتلميذ في بداية السنة، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 30 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين لا يطلعون على الملف الطبي للتلميذ في بداية السنة.



شكل رقم 13: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 10 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة لا يطلعون على الملف الطبي للتلميذ في بداية السنة.

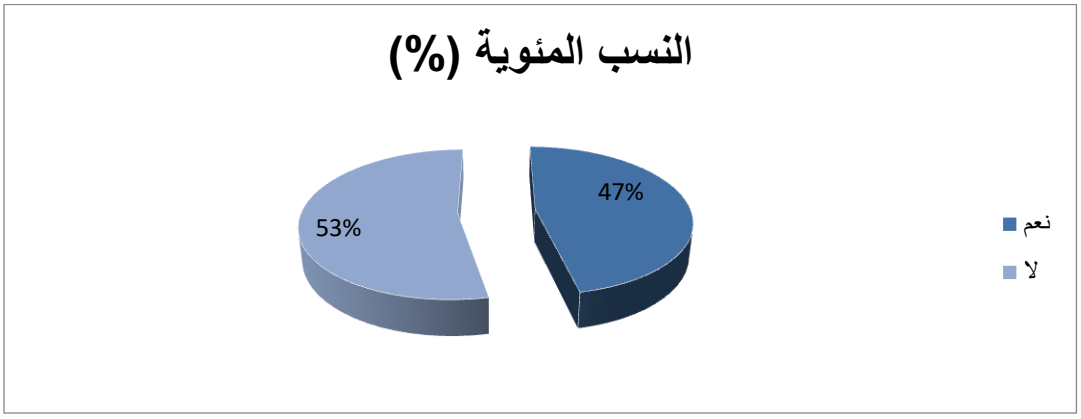
السؤال الحادي عشر: هل ترى أن التكوين الذي تلقيته يؤهلك للتدخل ميدانيا في حصة التربية البدنية؟

جدول رقم 17: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الحادي عشر من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	14	47					
لا	16	53	0.13	3.84	0.05	01	غير دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(17):

من خلال الجدول رقم 17 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 53% يرون أن التكوين الذي تلقوه لا يؤهلهم للتدخل ميدانيا في حصة التربية البدنية، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 47% يرون أنه يؤهلهم لذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 0.13 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 14: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 11 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أن التكوين الذي تلقاه أساتذة التربية البدنية والرياضية لا يؤهلهم للتدخل ميدانيا في حصة التربية البدنية.

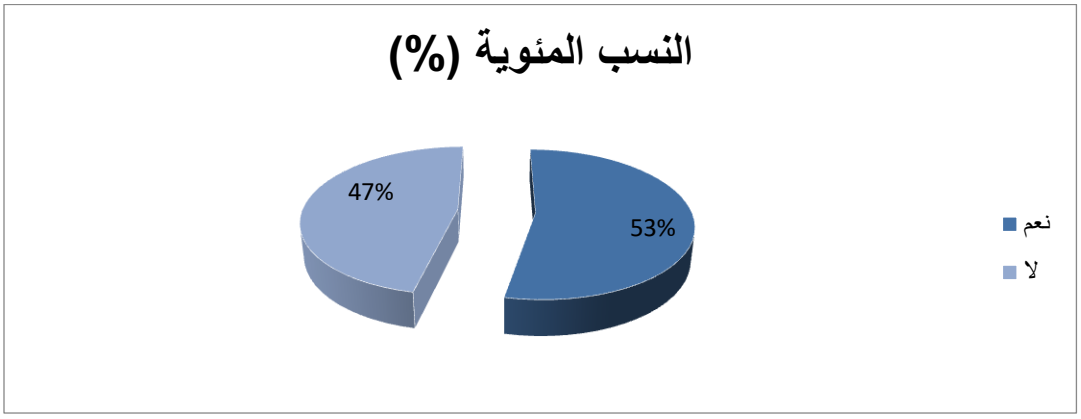
السؤال الثاني عشر: هل يوجد فضاء ملائم لممارسة الرياضة؟

جدول رقم 18: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني عشر من المحور الأول

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	16	53					
لا	14	47	0.13	3.84	0.05	01	غير دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(18):

من خلال الجدول رقم 18 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 53% يرون أنه يوجد فضاء ملائم لممارسة الرياضة، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 47% لا يرون أنه يوجد فضاء ملائم لذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 0.13 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 15: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 12 من المحور الأول

استنتاج: نستنتج أنه يوجد فضاء ملائم لممارسة الرياضة من وجهة نظر أساتذة التربية البدنية والرياضية

3. **المحور الثاني:** المستوى المعرفي التطبيقي لتقديم الإسعافات الأولية:

السؤال الأول: كيف تتعامل معها في حالة حدوث إصابة (رتب المراحل)؟

من خلال تحليل إجابات الأساتذة حول مراحل تعاملهم مع حادث تعرض أحد تلاميذهم لإصابة رياضية أجمع الأساتذة أنهم يتبعون بالخطوات التالية مرتبة على الموالي:

1. حماية المصاب.
2. تبليغ المصاب.
3. تشخيص.

السؤال الثاني: ماهي أنواع الكسور؟

من خلال تحليل إجابات الأساتذة حول أنواع الكسور فقد أجمعوا على تقسيمها على النحو الموالي:

1. كسر مفتوح.
2. كسر مغلق.
3. كسر مفتت.
4. كسر مستعرض.
5. كسر التوائي.
6. كسر قطعي.

السؤال الثالث: كم توجد من درجة حرق؟

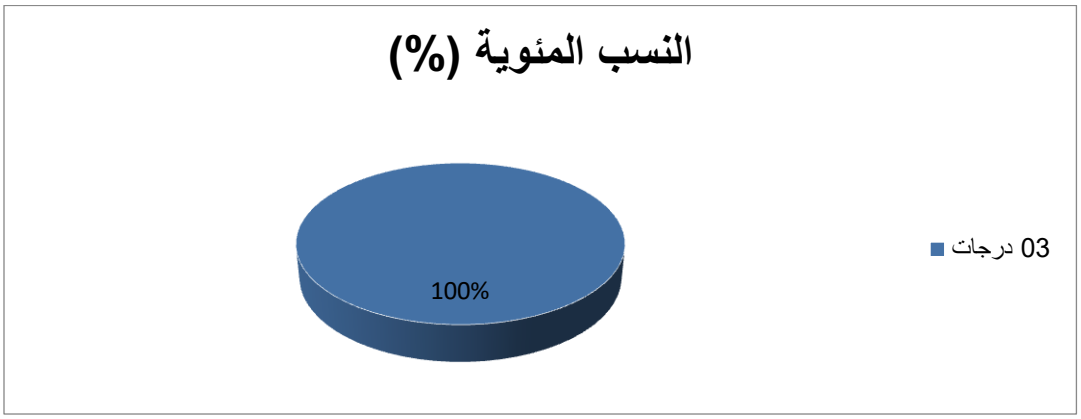
جدول رقم 19: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
03 درجات	30	100	30	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(19):

من خلال الجدول رقم 19 نلاحظ أن كل الأساتذة وبنسبة 100% يرون أنه توجد ثلاث درجات حرق، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 30 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة

حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنه توجد ثلاث درجات حرق.



شكل رقم 16: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 03 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أنه توجد ثلاث درجات حرق.

السؤال الرابع: ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر في الأستاذ المسعف؟

من خلال تحليل إجابات الأساتذة حول الشروط الواجب توفرها في الأستاذ المسعف فقد أجمع أجمع الأساتذة على الشروط التالية:

الإلمام بمبادئ الإسعافات الأولية.

1. حماية المصاب.
2. السرعة في ردة الفعل.
3. تشخيص الإصابة.
4. هدوء الأعصاب.
5. الثقة بالنفس.

السؤال الخامس: ماهي أنواع الإصابات؟

من خلال تحليل إجابات الأساتذة حول أنواع الإصابات الرياضية فقد أجمعوا على تقسيمها على النحو التالي:

1. الكسور.

2. الخلع.
3. التمزق العضلي.
4. الرضوض.
5. ضربات الشمس.
6. نزيف الأنف.
7. الالتواءات.
8. تورم العضلات.

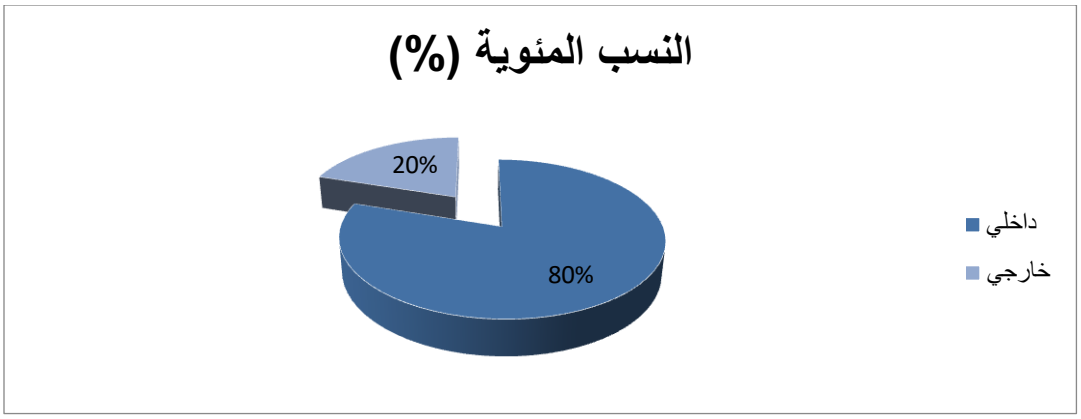
السؤال السادس: الكدم العضلي هل هو نزيف؟

جدول رقم20: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
داخلي	24	80					
خارجي	06	20	10.80	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(20):

من خلال الجدول رقم 20 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 80% يرون أن الكدم العضلي هو نزيف داخلي، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 20% يرون أنه نزيف خارجي، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 10.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن الكدم العضلي هو نزيف داخلي.



شكل رقم 17: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 06 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن الكدم العضلي هو نزيف داخلي.

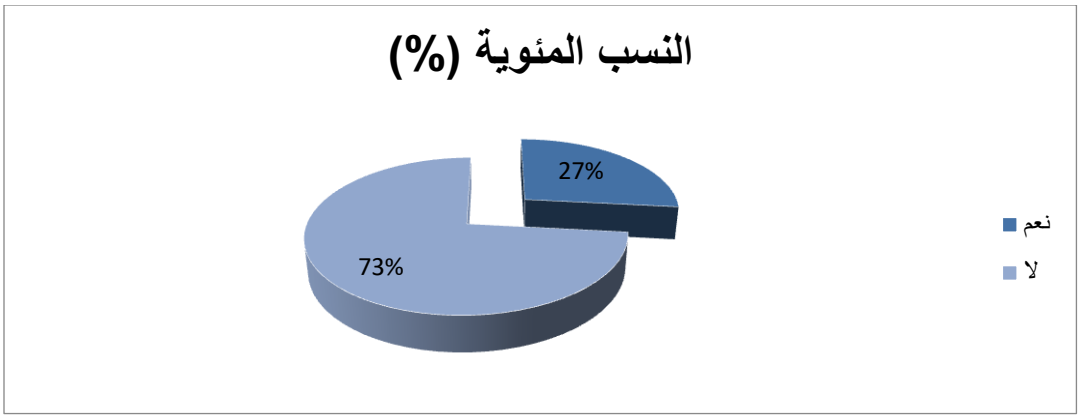
السؤال السابع: فقدان الوعي هل يصاحب فقدان النبض؟

جدول رقم 21: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
نعم	08	27					
لا	22	73	6.53	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(21):

من خلال الجدول رقم 21 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 73% يرون أن فقدان الوعي لا يصاحب فقدان النبض، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 27% يرون أنه يصاحب ذلك، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 6.53 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن فقدان الوعي لا يصاحب فقدان النبض.



شكل رقم 18: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 07 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن فقدان الوعي لا يصاحب فقدان النبض.

السؤال الثامن: ماهو سبب تعرض التلاميذ للإغماء حسب رأيك؟

من خلال تحليل إجابات الأساتذة حول سبب تعرض تعرض التلاميذ للإغماء فقد أجمعوا على الأسباب التالية:

التوتر.

1. انخفاض ضغط الدم.
2. عدم الأكل الجيد.
3. ضربات الشمس.
4. انخفاض نسبة السكر في الدم.
5. التعب الشديد.
6. مشاكل في القلب.

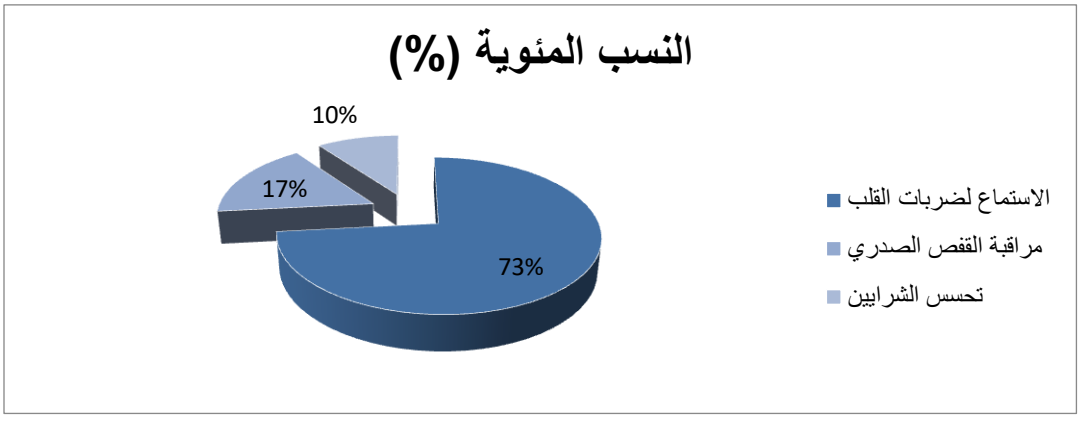
السؤال التاسع: ماهي الطريقة الصحيحة لمعرفة جس النبض عند المصاب؟

جدول رقم 22: يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
الاستماع لضربات القلب	22	73	21.80	5.99	0.05	02	دال
مراقبة القفص الصدري	05	17					
تحسس الشرايين	03	10					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(22):

من خلال الجدول رقم 22 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 73% يرون أن الطريقة الصحيحة لمعرفة جس النبض عند المصاب هي الاستماع لضربات القلب، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 10% يرون أنها تتمثل في تحسس الشرايين، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 21.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن الطريقة الصحيحة لمعرفة جس النبض عند المصاب هي الاستماع لضربات القلب.



شكل رقم 19: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 09 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن الطريقة الصحيحة لمعرفة جس النبض عند المصاب هي الاستماع لضربات القلب.

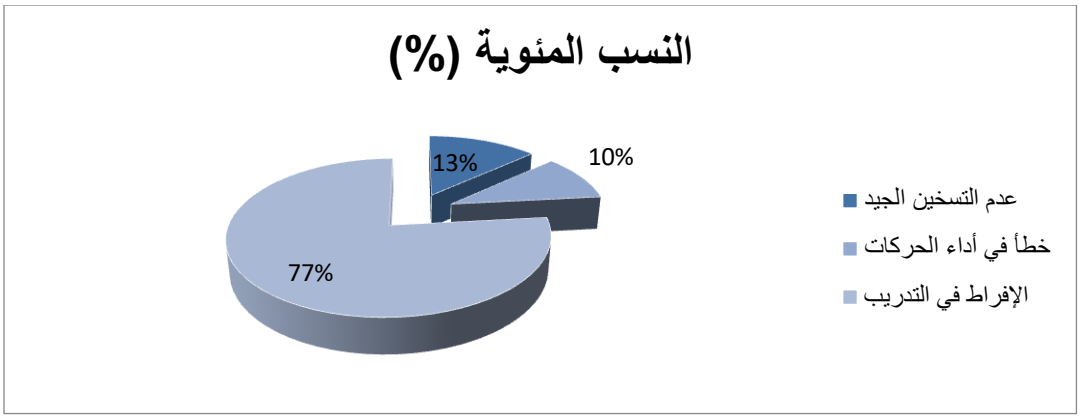
السؤال العاشر: ماهو السبب الرئيسي للتشنجات العضلية؟

جدول رقم 23: يبين التحليل الإحصائي للسؤال العاشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
عدم التسخين الجيد	04	13					
خطأ في أداء الحركات	03	10	25.40	5.99	0.05	02	دال
الإفراط في التدريب	23	77					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(23):

من خلال الجدول رقم 23 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 77% يرون أن السبب الرئيسي للتشنجات العضلية يتمثل في الإفراط في التدريب، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 10% يرون أنه يتمثل في الخطأ في أداء الحركات، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 25.40 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن السبب الرئيسي للتشنجات العضلية يتمثل في الإفراط في التدريب.



شكل رقم 20: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 10 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن السبب الرئيسي للتشنجات العضلية يتمثل في الإفراط في التدريب.

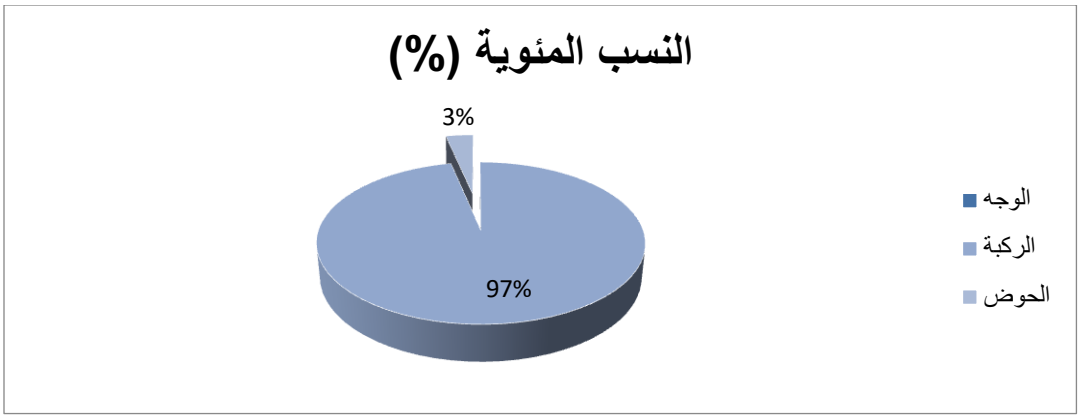
السؤال الحادي عشر: ماهي الأماكن الشائعة لحدوث الإصابات؟

جدول رقم 24: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الحادي عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
الوجه	00	00					
الركبة	29	97	54.20	3.84	0.05	01	دال
الحوض	01	03					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(24):

من خلال الجدول رقم 24 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 97% يرون أن الركبة هي المكان الشائع لحدوث الإصابات، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 03% يرون أن المكان الشائع لحدوث الإصابات يتمثل في الحوض، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 54.20 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن الركبة هي المكان الشائع لحدوث الإصابات.



شكل رقم 21: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 11 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن الركبة هي المكان الشائع لحدوث الإصابات.

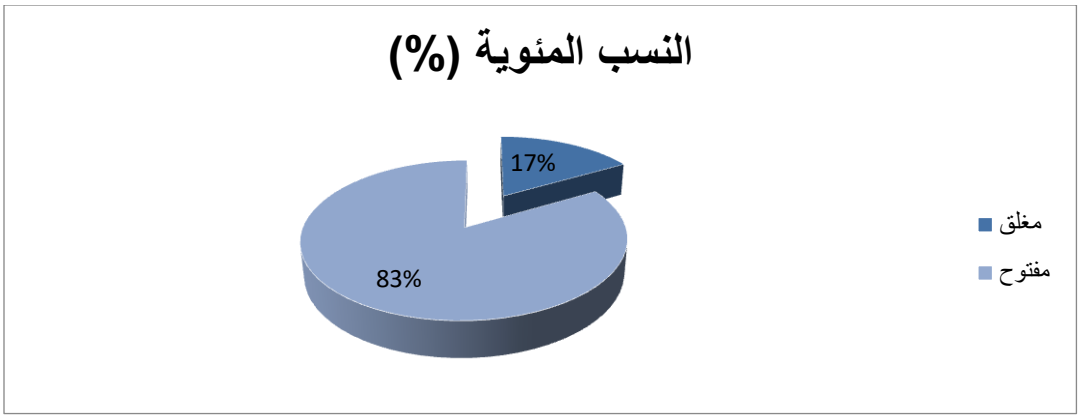
السؤال الثاني عشر: في حالة كسر مصاحب بجرح في الأنسجة المحيطة بالعظم يسمى جرح مغلق أم مفتوح؟

جدول رقم 25: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
مغلق	05	17					
مفتوح	25	83	13.33	3.84	0.05	01	دال
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(25):

من خلال الجدول رقم 25 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 83% يرون أنه في حالة الإصابة بكسر مصاحب بجرح في الأنسجة المحيطة بالعظم يسمى جرح مفتوح، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% يرون أنه يسمى جرح مغلق، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 13.33 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنه في حالة الإصابة بكسر مصاحب بجرح في الأنسجة المحيطة بالعظم يسمى جرح مفتوح.



شكل رقم 22: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 12 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أنه في حالة الإصابة بكسر مصاحب بجرح في الأنسجة المحيطة بالعظم يسمى جرح مفتوح.

السؤال الثالث عشر: في حالة جرح بسيط كيف نتعامل معه؟

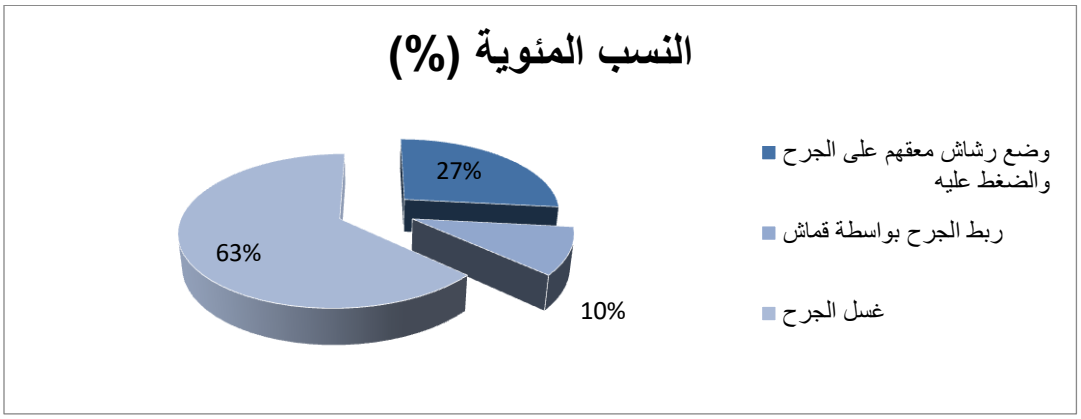
جدول رقم 26: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثالث عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
وضع رشاش معقهم على الجرح والضغط عليه	08	27	13.40	5.99	0.05	02	دال
ربط الجرح بواسطة قماش	03	10					
غسل الجرح	19	63					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(26):

من خلال الجدول رقم 26 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 63% يرون أنه في حالة الإصابة بجرح بسيط يقومون بغسل الجرح، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 10% يقومون بربط

الجرح بواسطة قماش، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 13.40 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنه في حالة الإصابة بجرح بسيط يقومون بغسل الجرح.



شكل رقم 23: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 13 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أنه في حالة الإصابة بجرح بسيط يقومون بغسل الجرح.

السؤال الرابع عشر: ماهي الإسعافات الأولية التي تقوم بها عند حدوث الإلتواء؟

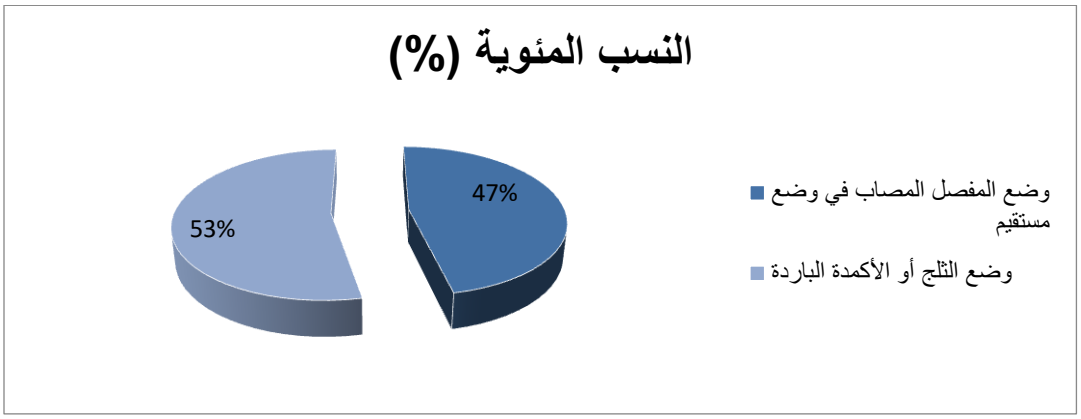
جدول رقم 27: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الرابع عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
وضع المفصل المصاب في وضع مستقيم	14	47	0.13	3.84	0.05	01	دال
وضع الثلج أو الأكمدة الباردة	16	53					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(27):

من خلال الجدول رقم 27 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 53% يقومون بوضع الثلج أو الأكمدة الباردة عند حدوث الإلتواء، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 47% يقومون بوضع

المفصل المصاب في وضع مستقيم، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 0.13 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 24: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 14 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يقومون بوضع الثلج أو الأكمدة الباردة عند حدوث الإلتواء.

السؤال الخامس عشر: عند حدوث تشنج عضلي ما الذي تقوم به؟

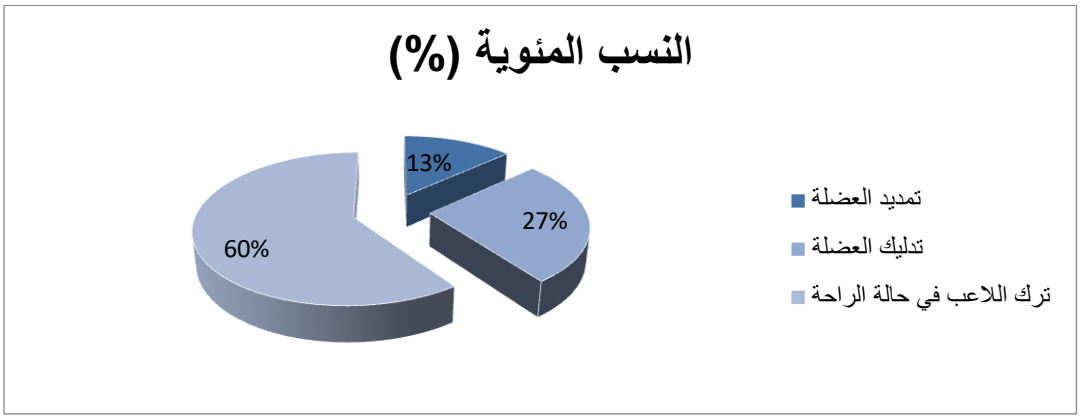
جدول رقم 28: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الخامس عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
تمديد العضلة	04	13	10.40	5.99	0.05	02	دال
تدليك العضلة	08	27					
ترك اللاعب في حالة الراحة	18	60					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(28):

من خلال الجدول رقم 28 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 60% يقومون بترك اللاعب في حالة الراحة عند حدوث تشنج عضلي، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 13% يقومون

بتمديد العضلة، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 10.40 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يقومون بترك اللاعب في حالة الراحة عند حدوث تشنج عضلي.



شكل رقم 25: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 15 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يقومون بترك اللاعب في حالة الراحة عند حدوث تشنج عضلي.

السؤال السادس عشر: من أسباب التشنج العضلي؟

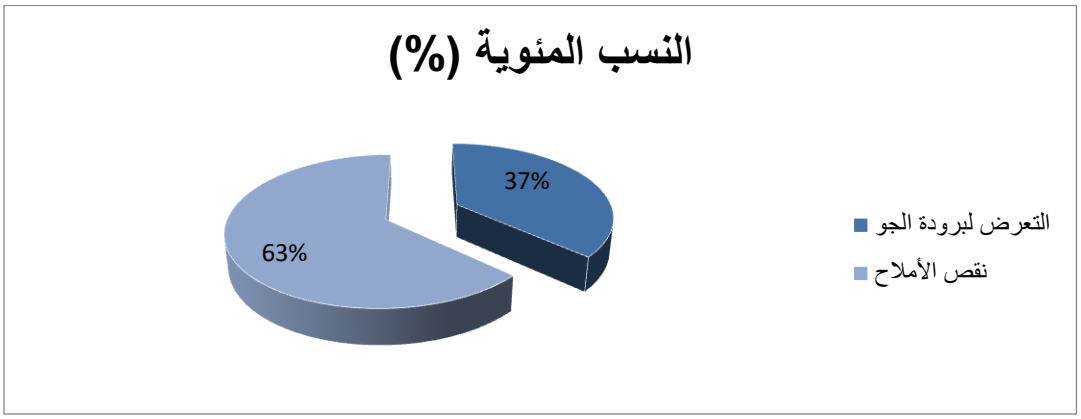
جدول رقم 29: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السادس عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
التعرض لبرودة الجو	11	37	2.13	3.84	0.05	01	غير دال
نقص الأملاح	19	63					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(29):

من خلال الجدول رقم 29 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 63% يرون أن من أسباب التشنج العضلي نقص الأملاح، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 37% يرون أن من بين أسبابه التعرض لبرودة الجو، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 2.13 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية

والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 26: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 16 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن من أسباب التشنج العضلي نقص الأملاح.

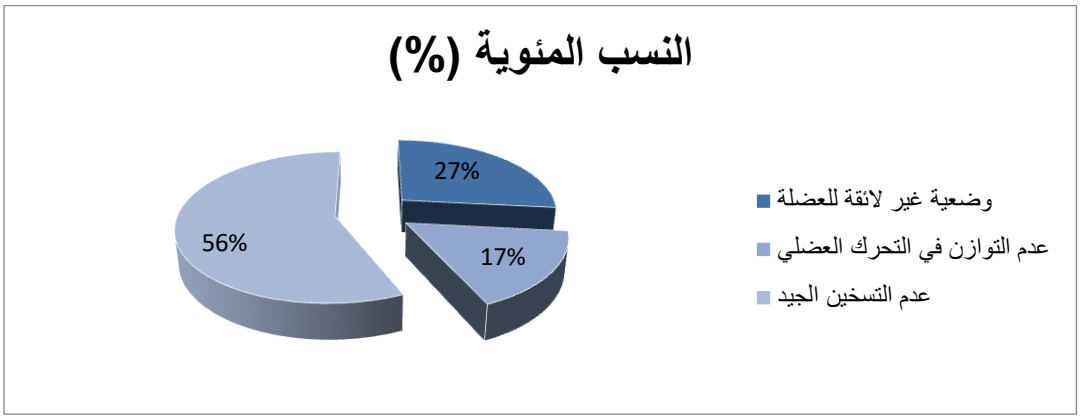
السؤال السابع عشر: في نظرك ما سبب تعرض اللاعب للتمزق العضلي؟

جدول رقم 30: يبين التحليل الإحصائي للسؤال السابع عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
وضعية غير لائقة للعضلة	08	27					
عدم التوازن في التحرك العضلي	05	17	7.80	5.99	0.05	02	دال
عدم التسخين الجيد	17	56					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(30):

من خلال الجدول رقم 30 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 56% يرون أن سبب تعرض اللاعب للتمزق العضلي هو عدم التسخين الجيد، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% يرون أنه يتمثل في عدم التوازن في التحرك العضلي، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 7.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن سبب تعرض اللاعب للتمزق العضلي هو عدم التسخين الجيد.



شكل رقم 27: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 17 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن سبب تعرض اللاعب للتمزق العضلي هو عدم التسخين الجيد.

السؤال الثامن عشر: عند حدوث تورم في الكاحل هذا راجع إلى؟

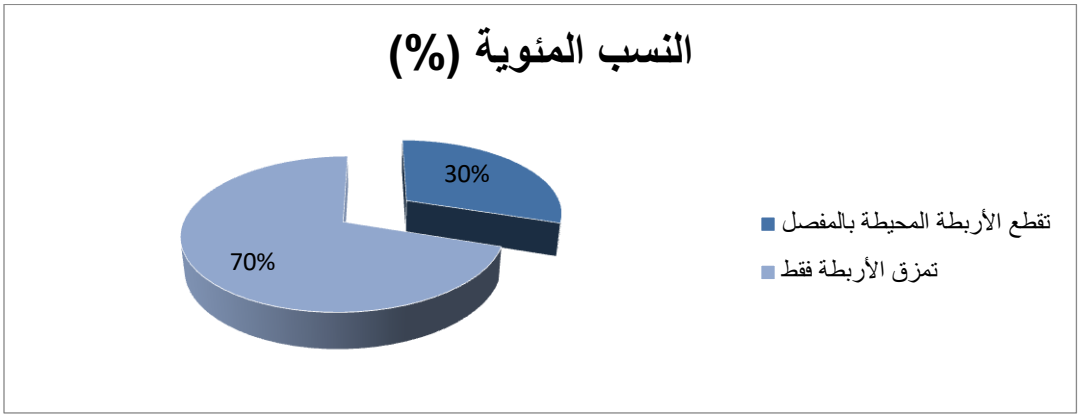
جدول رقم 31: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثامن عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
تقطع الأربطة المحيطة بالمفصل	09	30	4.80	3.84	0.05	01	دال
تمزق الأربطة فقط	21	70					

المجموع	**30**	**100**

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(31):

من خلال الجدول رقم 31 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 70% يرون أن حدوث تورم في الكاحل راجع إلى تمزق الأربطة، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 30% يرون أنه راجع إلى تقطع الأربطة المحيطة بالمفصل، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 4.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أن حدوث تورم في الكاحل راجع إلى تمزق الأربطة.



شكل رقم 28: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 18 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن حدوث تورم في الكاحل راجع إلى تمزق الأربطة.

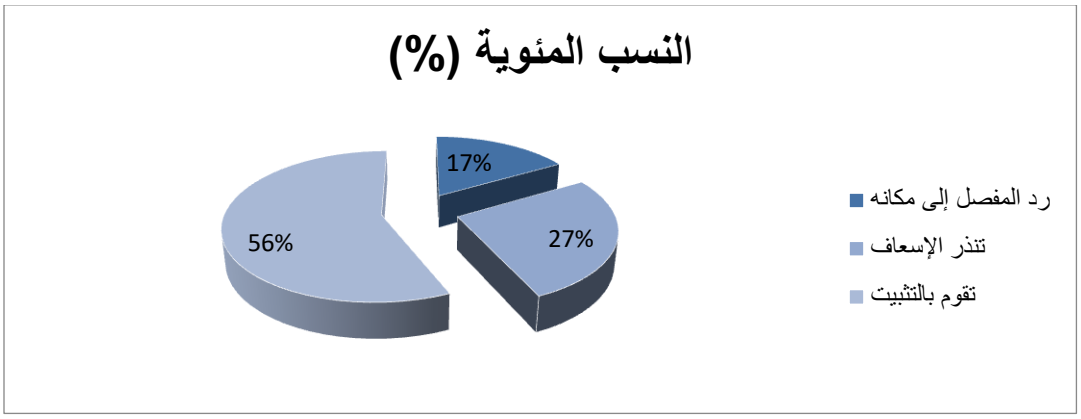
السؤال التاسع عشر: عند حدوث خلع تقوم بـ؟

جدول رقم 32: يبين التحليل الإحصائي للسؤال التاسع عشر من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
رد المفصل إلى مكانه	05	17	7.80	5.99	0.05	02	دال
تنذر الإسعاف	08	27					
تقوم بالتثبيت	17	56					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(32):

من خلال الجدول رقم 32 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 56% يرون أنه عند حدوث خلع يقومون بالتثبيت، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 17% يرون أنه عند حدوث ذلك يقومون برد المفصل إلى مكانه، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 7.80 وهي أكبر من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة دالة إحصائيا ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة لصالح الذين يرون أنه عند حدوث خلع يقومون بالتثبيت.



شكل رقم 29: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 19 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أنه عند حدوث خلع يقومون بالتثبيت.

السؤال العشرون: ماهي الطريقة المثالية للتعامل مع نزيف الأنف؟

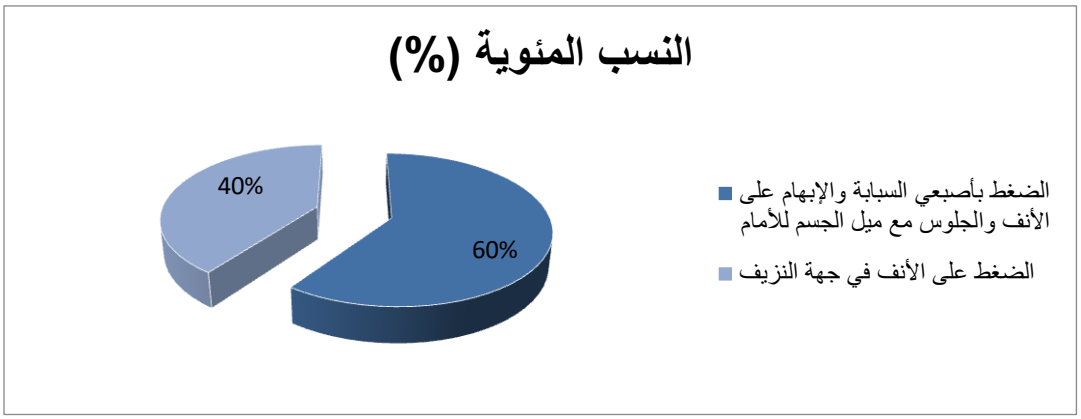
جدول رقم 33: يبين التحليل الإحصائي للسؤال العشرين من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
الضغط بأصبعي السبابة والإبهام على الأنف والجلوس مع ميل الجسم للأمام	18	60	1.20	3.84	0.05	01	غير دال
الضغط على	12	40					

الأنف في جهة النزيف		
المجموع	30	100

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(33):

من خلال الجدول رقم 33 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 60% يرون أن الطريقة المثالية للتعامل مع نزيف الأنف تتمثل في الضغط بأصبعي السبابة والإبهام على الأنف والجلوس مع ميل الجسم للأمام، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 40% يرون أن الطريقة المثالية تتمثل في الضغط على الأنف في جهة النزيف، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 1.20 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 30: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 20 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يرون أن الطريقة المثالية للتعامل مع نزيف الأنف تتمثل في الضغط بأصبعي السبابة والإبهام على الأنف والجلوس مع ميل الجسم للأمام.

السؤال الواحد والعشرون: في حالة فقدان الوعي لتلميذ ولم يكن يتنفس ماذا تفعل؟

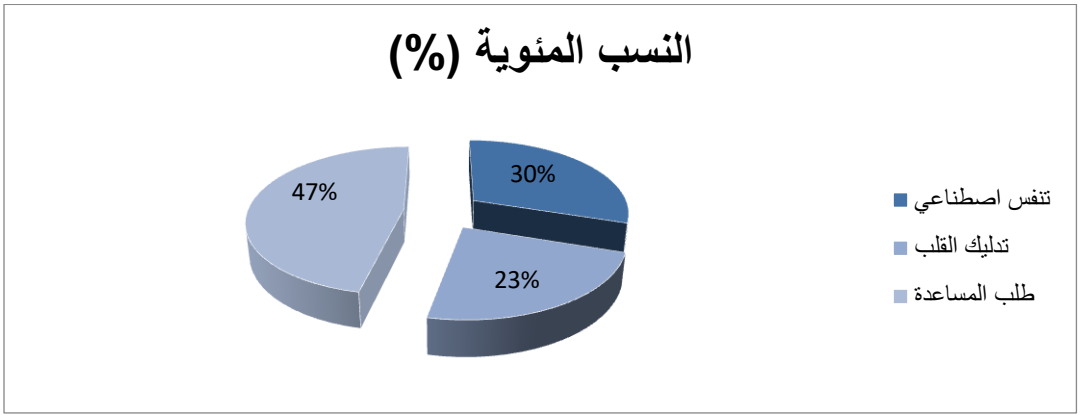
جدول رقم 34: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الواحد والعشرين من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2		نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
			المحسوبة	الجدولية			
تنفس اصطناعي	09	30					

تدليك القلب	07	22	2.60	5.99	0.05	02	غير دال
طلب المساعدة	14	47					
المجموع	30	100					

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(34):

من خلال الجدول رقم 34 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 47% يقومون بطلب المساعدة في حالة فقدان وعي التلميذ ولم يكن يتنفس، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 22% يقومون بتدليك القلب، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 2.60 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 5.99 عند درجة حرية 02 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 31: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 21 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يقومون بطلب المساعدة في حالة فقدان وعي التلميذ ولم يكن يتنفس.

السؤال الثاني والعشرون: في حالة فقدان وعي التلميذ وهو يتنفس مذا تفعل؟

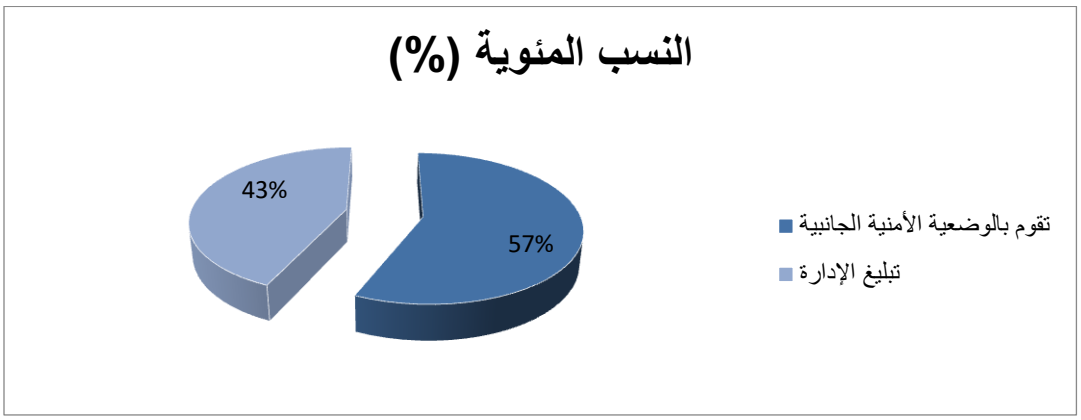
جدول رقم 35: يبين التحليل الإحصائي للسؤال الثاني والعشرين من المحور الثاني

	التكرارات	النسب المئوية (%)	قيمة كا^2 المحسوبة	قيمة كا^2 الجدولية	نسبة الخطأ	درجة الحرية	دلالة اختبار كا^2
تقوم بالوضعية الأمنية الجانبية	17	57	0.53	3.84	0.05	01	غير دال
تبليغ الإدارة	13	43					

المجموع	**30**	**100**

عرض ومناقشة نتائج الجدول وربطها بالخلفية النظرية و الدراسات السابقة(35):

من خلال الجدول رقم 35 نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأساتذة والتي تمثل 57% يقومون بالوضعية الأمنية الجانبية في حالة فقدان وعي التلميذ وهو يتنفس، في حين أن النسبة الأقل والذين يمثلون 43% يقومون بتبليغ الإدارة، كما بلغت قيمة كا^2 المحتسبة 0.53 وهي أقل من قيمة اختبار كا^2 الجدولية والبالغة 3.84 عند درجة حرية 01 ونسبة خطأ 0.05 وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الأساتذة.



شكل رقم 32: يوضح النسب المئوية لإجابات السؤال رقم 22 من المحور الثاني

استنتاج: نستنتج أن الأساتذة يقومون بالوضعية الأمنية الجانبية في حالة فقدان وعي التلميذ وهو يتنفس.

3. الإستنتاج العام :

بعد تحليل بيانات الاستبيان، تبين أن أغلبية الأساتذة يمتلكون فهما متوسطا لأساسيات و مبادئ الإسعافات الأولية وهو ما يعكس عدم فاعلية التكوين النظري و نقصه داخل المعاهد التي تلقوا فيها التكوين. كما أكدت نتائج الدراسة وجود قصور واضح في الجانب التطبيقي، حيث يعجز العديد من الأساتذة عن ترجمة معارفهم النظرية إلى ممارسات عملية فعالة في الميدان.

و عليه يجب تعزيز الجانب النظري أولا من خلال تلقي دورات تكوينية في مجال الإسعافات الأولية و في المقابل تدريب هذه المعارف ميدانيا من أجل تأهيل الأساتذة للتدخل السريع و الفعال في الحالات الإسعافية.

4. مناقشة فرضيات البحث:

-بعد إنهاء الدراسة واستخلاص مجموعة من الاستنتاجات و بغية التحقق منها نقوم بمناقشة الفرضيات المطروحة على النحو التالي:

من خلال المعطيات النظرية والتطبيقية وبناءا على النتائج التي أسفرت عليها الدراسة الميدانية التي توصلنا من خلالها إلى عرفة الكفاءة الإسعافية المعرفية والتطبيقية الميدانية لأساتذة التربية البدنية فى الطور الإبتدائى للتخفيف من تفاقم مضاعفات الإصابة، و قد اعتمدنا في دراسة بحثنا على فرضيتين جزئيتين بالإضافة إلى الفرضية العامة.

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

لتي تنص على أن أساتذة التربية البدنية و الرياضية للطور الإبتدائي مستوى متوسط للمعارف النظرية وخاصة الخطوات الأ ولى للإسعافات الأولية و على هذه الأطروحة قمنا بطرح بعض الأسئلة على عينة البحث، و من خلال إجابات الأساتذة على السؤال (1)و(2)و(3)و(4)و(5)و(6)و(7)من المحور الثاني وإجابات الأساتذة على الأسئلة السابقة و بالأخص السؤال (7) ب الضبط تؤكد صحة فرضيتنا الأولى.

-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

التي تنص على أنه لدى أساتذة التربية البدنية صعوبة في تطبيق المفاهيم الأساسية للإسعافات الأولية أثناء الحصة نظرا إلى نقص التكوين و على هذه الأطروحة قمنا بطرح بعض الأسئلة على عينة البحث، و من خلال إجابات الأساتذة على السؤال(1)

و(6)و(8)و(11)من المحور الأول و إجابات الأساتذة على هذه الأسئلة السابقة وخاصة الإجابات السؤال (11) تؤكد صحة فرضيتنا الثانية.

مناقشة الفرضية العامة:

و التي مفادها أن أغلب أساتذة التربية البدنية و الرياضية يمتلكون فهما لا باس به لبعض من أساسيات و مبادئ الإسعافات ا لأولية، لكنهم يواجهون صعوبات في تطبيقها ميدانيا، حيث تساهم هذه الأخيرة في التخفيف من تفاقم مضاعفات الإصابة أثناء حصة التربية البدنية في الطور الإبتدائي نظرا لحساسية هذه المرحلة.

على عية من امالدة الرية الدية في الطر الاي ا لية السادة ام يرت ال الراية الأياضية الي اجارا

الأولية وكيفية التعامل مع الإصابة في حالة حدوثها أثناء الحصة في حين أقر عدد من الأساتذة على امتلاكهم لبعض المعارف النظرية في مجال الإسعافات الأولية مع صعوبة تطبيق تلك المعارف وذلك نظرا لكونهم تلقوا تكوينا نظريا فقط و لم يتلقو تكوينا تطبيقيا كافي و حتى التكوين النظري لم يكن كافيا بالنسبة لهم و هذا النقص في التكوين قد يخلق فجوة تؤدي بسلامة اتلاميذ هذه المرحلة (المرحلة الابتدائية) إلى تعرض سلامتهم للخطر فإن الإلمام بالإسعافات الأولية ليس ترفا، بل ضرورة للحفاظ على سلامتهم.

5. قتراحات و توصيات:

وبعد عرض ما تقدم في بحثنا من الجانب النظري و الجانب التطبيقي التي أوضحت نتائجها معرفة نظرية و مقبولة لأولويات الإسعافات الأولية مع صعوبة تطبيقها ميدانيا

- ❖ طلب تنظيم دورات داخل المؤسسة بإشراف أطباء أو ممرضين، يستفيد منها الأساتذة وحتى أعوان المؤسسة.
- ❖ التواصل مع أولياء الأمور لمعرفة أي حالات طبية خاصة لدى التلاميذ (حساسية، مرض مزمن...) والتعامل معها بسرعة وفعالية.
- ❖ الالتحاق بدورات معتمدة في الإسعافات الأولية يفضل أن تكون مقدمة من هيئات معترف بها مثل الهلال الأحمر أو الصليب الأحمر أو وزارة الصحة.
- ❖ الاطلاع على دليل الإسعافات الأولية المدرسي يمكن الحصول عليه من وزارة التربية أو جمعيات الوقاية المدنية، ويتضمن البروتوكولات المناسبة للأطفال.

- ❖ المتابعة المستمرة للمستجدات كقراءة مقالات أو مشاهدة فيديوهات تعليمية حديثة على منصات موثوقة مثل"منظمة الصحة."Red Cross" العالمية"
- ❖ التدرب على المحاكاة باستخدام دمى التدريب لتطبيق التنفس الاصطناعي الضغطات الصدرية (CPR).
- ❖ لممارسة الجماعية مع زملاء آخرين لتبادل الخبرات والتمكن من الإجراءات بطريقة جماعية.
- ❖ تجهيز حقيبة إسعافات أولية داخل الفصل تحتوي على: شاش، معقم، لاصق طبي، مقص، قفازات، ضمادات.
- ❖ وضع خطة طوارئ مدرسية تشمل كيفية التصرف في حال وقوع حادث لتلميذ (من يتصل؟ من يرافق الطفل؟ ما البيانات الطبية المهمة؟)

6. خلاصة البحث:

توصلنا و الحمد لله إلى نهاية بحثنا بعد بذل مجهود في العمل و البحث و التحليل و توصلنا من خلال ذلك إلى إثبات جميع الفرضيات المقترحة والتي كانت تتحدث حول الكفاءة المعرفية و التطبيقية الميدانية للاسعافات الاولية لدى أساتذة التعليم الابتدائي في الطور الإبتدائي حيث مجمل نتائجنا تؤكد ضعف أو نقول مستوى متوسط في الجانب المعرفي للإسعافات الأولية ومبادنها لدى الأساتذة كما اتضح أنه لا يوجد كفاءات مثالية في مجال الإسعافات الأولية و إن وجدت فهي غير كافية إلى الجانب التطبيقي أي أنه هناك صعوبة تطبيقها ميدانيا و هذا يدل على الغياب الملحوظ للتكوين المتلقى في المعاهد حيث كان عانقا للأستاذ خاصة عند التدخل أثناء حدوث إصابة و من خلال معرفة النتائج المتحصل عليها سابقا و التي أطرت على أهمية الإلمام بمعرفة الإسعافات الأولية في مجال الرياضة عامة و الاستاذ خاصة و بالخصوص أستاذ التربية البدنية في الطور الابتدائي نظرا لحساسية هذه المرحلة، حيث ينتج هذا الضعف في المعلومات وصعوبة التطبيق عن نقص التكوين في المعاهد فكان له أثر كبير على الأستاذ لأنه من غير الممكن التحكم في أبجديات الإسعافات الأولية و القيام بها في وقتها للحد من تفاقم مضاعفات الإصابة الرياضية فمستواه التطبيقي لا يمكنه من ذلك..... إلى تحقيق فرضيتنا الرئيسية أن لأساتذة التربية البدنية في الطور الابتدائي فهما متوسطمن ناحية المعلومات في مجال الإسعافات الأولية مع صعوبة تطبيقها ميدانيا.

قائمة المصادر و المراجع :

المصادر العربية:

/1سميعة خليل محمد.(2004)، الإصابات الرياضية كلية التربية الرياضية للبنات: جامعة بغداد.

/2امزيان اسامة (2020-2019) مطبوعة دروس الإصابات الرياضية و الإسعافات الأولية.

/3طارق احمد إدريس (2015)، الإصابات الرياضية وإسعافها، الجندرية للنشر.

/4عبد الحميد زاهر (2008)، موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافاتها الأولية. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

/5اسامة رياض(1998) الطب الرياضي. دار الفكر العربي.

/6إقبال محمد رسمي(2008)، الإصابات الرياضية وطرق علاجها. القاهرة: دار الفجر.

/7مسعود دريدي (1994)، مبادئ الإسعافات الأولية، دار الهدى.

/8عبد الرحمن عبد المقصود ابو شبانة (2004)، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية، مركز الكتاب للنشر

/9سمير عبد الله رزق (2014)، الإسعافات الأولية في حالات الطوارئ، جهينة للنشر

/10احمد سعيد يونس، دكتورة راوية محمد خضيري (2000)، الإسعافات الأولية، دار الفكر العربي.

/11اسامة رياض، إمام حسن النجمي (1999)، الطب الرياضي و العلاج الطبيعي، مركز الكتاب للنشر

/12روفائيل حياد عياد (1996)، إصابات الملاعب- علاج طبيعي-إسعاف، الإسكندرية: منشاة المعارف.

/13عصام الصفدي(2010)، الإسعافات الأولية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.

/14قاسم حسن (1998)، قاموس الموسوعة الرياضية البدنية الشاملة في الألعاب و الفعاليات و العلوم الرياضية، ظار الفكر للطباعة و النشر

15/خالد حسن سليمان (2013)، الإسعافات الأولية و مجابهة الكوارث، دار جليس الزمان.

16/عيسى موهوبي (2018-2017)، مقياس الإصابات و الإسعافات الأولية.

17/فائق بسام ساري هيساري (1996)، الرياضة و الصحة، الأردن: مؤسسة وائل للنسخ و السريع ط1.

18/محسن علي عطية (2003(، البحث العلمي في التربية.

19/محمود حسن الغابري (2021)، دليل شامل في إجرانات الإسعافات الأولية (بدون دار نشر).

20/يوسف فكرت اومور (2011)،الإسعافات الأولية وزارة الأسرة و السياسة الإجتماعية التركية.

المصادر الأجنبية:

/21Vieux pierre. N(1965). SOCILOGIE DU SPORT.

/22weinber G.R.S.D. Gould(1997). PSYCHOLOGIE DU SPORT ET DES ÉDITION. VIGOOT.

/23w-hepert, b(1990). MEDECINE DE SPORT. VIGOT

الملاحق :

1. إستمارة الإستبيان:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم
معهد التربية البدنية والرياضية
ميدان تقنيات الأنشطة البدنية والرياضية
اختصاص تدريب رياضي
ليسانس

استمارة استبيان موجهة لأساتذة التربية البدنية والرياضية

تحية طيبة ....

ايها الأستاذ..... أيتها الأستاذة.....

نحن بصدد إنجاز بحث علمي في إطار إستكمال رسالت ليسانس و التي تتناول موضوع : الكفاءة الإسعافية أولية (المعرفية و التطبيقية) لاساتذة التربية البدنية و الرياضية و مدى مساهمتها في التقليل من خطورة الإصابة أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية الطور الإبتدائي

لذا نرجو منكم الإجابة على هاذه الأسئلة و ذالك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة أو ذكر ما طلب منكم ذكره

لعلمكم بأن هذه الاستمارة موجهة فقط لأغراض علمية

مع جزيل الشكر و التقدير

من إعداد الطالبين :

- **كربوش حمزة**
- **بلعيد صابرينة**

تحت إشراف :

د.بن برنو

الحالة الشخصية :

1) **السن** : .....

2) الشهادة المتحصل عليها :

- ☐ ليسانس
- ☐ ماستر
- ☐ دكتورا
- ☐ شهادة في الإسعافات الأولية

3) سنوات الخبرة في الميدان :

☐ 1-5 سنوات ☐ 6-10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات

4) ماهو تخصصك :

☐ ES ☐ APA ☐ EPS

5) الصفة :

☐ مستخلف ☐ متقاعد ☐ متربص ☐ مرسم

I. الأسئلة : تكوين الأستاذ و خبرته في الإسعافات الأولية :

1) هل مقياس الإسعافات الأولية في فترة التكوين (الجامعة) كان كافيا بالنسبة لك ؟ نعم ☐ لا ☐

2) هل حصلت على شهادة تكوين خاصة بالإسعافات الأولية ؟ نعم ☐ لا ☐

3) إذا كانت إجابتك بنعم فهل هذا التكوين ؟ نظري ☐ تطبيقي ☐

4) كيف ترى المعرفة الإسعافية لدى أساتذة التربية البدنية ؟ ضروري ☐ غير ضروري ☐

5) هل يجب على أستاذ التربية البدنية و الرياضية أن يكون مجبر على معرفة الإسعافات الأولية ؟ نعم ☐ لا ☐

6) هل أنت بحاجة إلى التكوين في الإسعافات الأولية ؟ نعم ☐ لا ☐

7) هل لديك معلومات حول الخطوات الأولى للإسعافات الأولية ؟ متوسط ☐ جيد ☐ ضعيف ☐

8) هل لديك معرفة على تشخيص خطورة الإصابات ؟ متوسط ☐ جيد ☐ ضعيف ☐

9) ماهي الإجرائات الإدارية المتخذة عند حدوث الإصابة ؟ الإتصال بإدارة المؤسسة ☐ الإتصال بطبيب مباشرة ☐ الإتصال بالSAHU ☐

10) هل في بداية السنة تتطلع على الملف الطبي للتلميذ ؟ نعم ☐ لا ☐

11) هل ترى أن التكوين الذي تلقيته يؤهلك للتدخل ميدانيا في حصة التربية البدنية ؟ نعم ☐ لا ☐

12) هل يوجد فضاء ملائم لممارسة الرياضة ؟ نعم ☐ لا ☐

II. الأسئلة : المستوى المعرفي التطبيقي لتقديم الإسعافات الأولية :

1) كيف تتعامل معها في حالة حدوث إصابة (رتب المراحل) ؟

تشخيص ☐ حماية المصاب ☐ تبليغ الاسعاف ☐

2) ماهي أنواع الكسور ؟

- .....
.....

3) كم توجد من درجة حرق ؟

- .....
.....

4) ماهي الشروط التي يجب أن تتوفر في الأستاذ المسعف ؟

- .....
.....

5) ماهي أنواع الإصابات ؟

- .....
.....

6) الكدم العضلي هل هو نزيف ؟ داخلي ☐ خارجي ☐

7) فقدان الوعي هل يصاحب فقدان النبض ؟

نعم ☐ لا ☐

8) ماهو سبب تعرض التلاميذ للإغماء حسب رأيك ؟

- .....
.....

9) ماهي الطريقة الصحيحة لمعرفة جس النبض عند المصاب ؟

الإستماع إلى ضربات القلب ☐ مراقبة القفص الصدري ☐ تحسس الشرايين ☐

10) ماهو السبب الرئيسي للتشنجات العضلية ؟

عدم التسخين الجيد ☐ خطأ في أداء الحركات ☐ الإفراط في التدريب ☐

11) ماهي الأماكن الشائعة لحدوث الإصابات ؟

الوجه ☐ الركبة ☐ الحوض ☐

12) في حالة كسر مصاحب بجرح في الأنسجة المحيطة بالعظم يسمى جرح مغلق أم مفتوح ؟

مغلق ☐ مفتوح ☐

13) في حالة جرح بسيط كيف نتعامل معه ؟

وضع رشاش معقم على الجرح و الضغط عليه ☐ ربط الجرح بواسطة قماش ☐ غسل الجرح ☐

14) ماهي الإسعافات الأولية التي تقوم بها عند حدوث الإلتواء ؟

وضع المفصل المصاب في وضع مستقيم ☐ وضع الثلج أو الأكمدة الباردة ☐

15) عند حدوث تشنج عضلي ماللذي تقوم به ؟

تمديد العضلة ☐ تدليك العضلة ☐ ترك اللاعب في حالة راحة ☐

16) من أسباب التشنج العضلي ؟

التعرض لبرودة الجو ☐ نقص الأملاح ☐

17) في نظرك ماسبب تعرض اللاعب للتمزق العضلي ؟

وضعية غير لائقة للعضلة ☐ عدم التوازن في التحرك العضلي ☐ عدم التسخين الجيد ☐

18) عند حدوث تورم في الكاحل هذا راجع إلى ؟

تقطع الأربطة المحيطة بالمفصل ☐ تمزق الأربطة فقط ☐

19) عند حدوث خلع تقوم ب ؟

رد المفصل إلى مكانه ☐ تنذر الإسعاف ☐ تقوم بالتثبيت ☐

20) ماهي الطريقة المثالية للتعامل مع نزيف الأنف ؟

الضغط بإصبعي السبابة و الإبهام على الأنف و الجلوس مع ميل الجسم إلى الأمام ☐ الضغط على الأنف في جهة النزيف ☐

21) في حالة فقدان الوعي لتلميذ و لم يكن يتنفس مذا تفعل ؟

تنفس أصطناعي ☐ تدليك القلب ☐ طلب المساعدة ☐

22) في حالة فقدان وعي التلميذ و هو يتنفس مذا تفعل ؟

تقوم بالوضعية الأمنية الجانبية ☐ تبليغ الإدارة ☐

2. إستمارة التحكيم :

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم
معهد التربية البدنية والرياضية
ميدان تقنيات الأنشطة البدنية والرياضية
اختصاص تدريب رياضي
ليسانس

الإستمارة الإستبيانية للمذكرة

الإسم و اللقب	الدرجة العلمية	التوقيع
د. بسغني بلقاسم	دكتور / أستاذ	
Pr IDRIS KHODJA	Professeur.	
أ. بن شيخ حسين	أستاذ مساعد.	
حوباش براهيم	أستاذ	
شاكوسداوي	أستاذ	

من إعداد الطالبين :

- كربوش حمزة
- بلعيد صابرينة

تحت إشراف :

د.بن برنو