



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم



معهد التربية البدنية والرياضية

قسم الصحة والرياضة

بحث مقدم ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في التربية البدنية والرياضية

عنوان:

أهمية المراقبة الطبية والصحية عند لاعبي كرة اليد المصابين بداء سكري

دراسة مسحية أجريت بولايات مستغانم ومعسكر وعين تموشنت

تحت إشراف :

من إعداد الطلبة :

د: ميم مختار

❖ بلخضر محمد بدر الدين

لجنة المناقشة :

❖ عدلة فطيمة الزهرة سناء

د :

د :

السنة الجامعية : 2015 – 2016

إهداء

إلى الغالي الذي تعب وضحي من أجلي وشجعني على مواصلة درب العلم أبي العزيز رحمه الله
إلى من سهرت الليالي وتعبت من أجلي وروتني من نبع حنانها وسقتني عطفها أُمي العزيزة أطال
الله في عمره ا.

إلى الذين جمعتني معهم ظلمة الرحم: إخوتي و أخواتي حفظهم الله ورعاهم وأطال في عمرهم.

إلى كل الأهل والأقارب كبيرا وصغيرا

إلى كل أساتذة وطلبة معهد التربية البدنية والرياضية

إلى الأستاذ المشرف: ميم مختار

إلى من قاسمني هذا العمل: "بلخضر محمد بدر الدين

إلى أعز الناس على قلبي صديقتي وأختي راقية التي جمعتني معها الأيام الحلوة والمرة

إلى صديقتي: مريم، سارة، فتحية، وحيدة، شوشو، بهيجة، سعاد، حلومة، هدى، نسرین

إلى كل من عرفته من قريب أو من بعيد وشاركني الحياة حلوها ومرها

عدلة فطيمة الزهرة سناء

الإهداء

إلى القلب الكبير الذي رعاني وتحمل الكثير أبي الغالي رحمه الله

وإلى التي سلكت درب الألم كي أسلك درب الأمل أُمي الغالية

إلى من تقاسمت معهم رحم أُمي إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى كل الأصدقاء

إلى من قاسمتني عناء هذا العمل :عدلة فطيمة الزهرة سناء أشكرها جزيل الشكر

إلى كل أساتذة معهد التربية البدنية والرياضية مستغنام

إلى الأستاذ المؤطر "ميم مختار"

إلى كل من يعرفني من قريب أو بعيد

بلخضر محمد بدر الدين

كلمة شكر

(وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ)

سورة يوسف الآية: 12

فالحمد لك حتى ترضى والحمد لك إذا رضيت والحمد لك بعد الرضا.

وأسألك اللهم أن تجعل عملنا هذا صالحا لوجهك الكريم وأن تنفعنا به وتنفع كل من يقرأه.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف السيد : " ميم مختار " الذي لم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته وكان نعم الموجه فشكرا كل الشكر والامتنان.

وإلى كل الدكاترة والأساتذة بمعهد التربية البدنية والرياضية – مستغانم.

وإلى كل دفعة الماستر 2015-2016

وإلى كل من ساعدنا على إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد و لو بالكلمة الطيبة.

بلخضر محمد بدر الدين

عدلة فطيمة الزهرة سناء

ملخص البحث :

عنوان الدراسة : " أهمية المراقبة الطبية والصحية لدى لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري"

تهدف الدراسة إلى معرفة أهمية المراقبة الطبية والصحية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري. حيث تمحور بحثنا هذا على جانب نظري و الذي يحتوي على فصلين و جانب تطبيقي يحتوي على فصلين، شملت عينة البحث على 40 مدرب اختيروا بطريقة عشوائية كل من ولاية مستغانم ومعسكر وعين تيهوشنت ، واعتمدنا في بحثنا المنهج الوصفي عن طريق الاستبيان كأداة لجمع المعلومات الخام للمعالجة الإحصائية ، وكان أهم استنتاج توصل إليه الطلبة الباحثون هو أن للمراقبة الطبية والصحية أهمية كبيرة للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري، و اقترح الطلبة ضرورة الاهتمام و التركيز على المراقبة الطبية والصحية وتوفير العيادة في النوادي الرياضية وكذا توفير الطبيب في الفريق .

Abstract

The current study is concerned with an important slice of society, and is one of the most important topics that deserve study and attention, they are designed to find out the role of recreational sports activity in reducing anxiety in the elderly, we have used the survey method, and be a community study of older Mascara Province.

The study sample :

The study has included a random sample composed of 20 elderly group (50.60 years).

Study tools :

We used the following tools:

- Taylor, a measure of the concern.
- recreational sports activities.

And we used the following statistical methods:

- Good conformance testing.
- Tsbodent (T) used to tell the difference between pretest and posttest.
- Percentage and Pearson correlation coefficient.

The study showed the following results:

Sports recreational instrumental in the reduction of mental disorders, especially anxiety.

résumé

L'étude actuelle porte sur une tranche importante de la société, et est l'un des sujets les plus importants qui méritent étude et d'attention, ils sont conçus pour connaître le rôle de l'activité sportive de loisir dans la réduction de l'anxiété chez les personnes âgées, nous avons utilisé la méthode d'enquête, et une étude de la communauté des personnes âgées Province Mascara.

L'échantillon de l'étude:

L'étude a inclus un échantillon aléatoire composé de 20 groupe de personnes âgées (50,60 ans).

Outils de l'étude:

Nous avons utilisé les outils suivants:

- Taylor, une mesure de la préoccupation.
- activités sportives récréatives.

Et nous avons utilisé les méthodes statistiques suivantes:

- Les tests de conformité Bon.
- Tsbodent (T) utilisé pour faire la différence entre prétest et posttest.
- Pourcentage et Pearson coefficient de corrélation.

L'étude a montré les résultats suivants:

Sport loisirs instrumentales dans la réduction des troubles mentaux, en particulier l'anxiété.

الفهرس

الجانف التمهيدى

أ.....	إهداء
ب.....	شكر و تقدير
ج.....	قائمة الجداول
د.....	قائمة الأشكال

التعريف بالبحث

01.....	1- مقدمة البحث
05.....	2- مشكلة البحث
06.....	3- أهداف البحث
06.....	4- الفرضيات
07.....	5- أهمية البحث
07.....	5- مصطلحات البحث
08.....	6- الدراسات المشابهة

الباب الأول :الدراسة النظرية

الفصل الأول :المراقبة الطبية والصحية

13.....	تمهيد
14.....	1- الطب الرياضى
14.....	1-1- لمحة تاريخية حول الطب الرياضى
15.....	1-2- الطب الرياضى فى الجزائر
16.....	1-3- تعريف الطب الرياضى

17.....	4-1- أنواع الطب الرياضي.....
17.....	1-4-1- الطب الرياضي التوجيهي.....
18.....	2-4-1- الطب الرياضي الوقائي.....
18.....	3-4-1- الطب الرياضي العلاجي.....
18.....	4-4-1- الطب الرياضي التأهيلي.....
18.....	5-1- بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث.....
19.....	6-1- أهداف علم الطب الرياضي.....
20.....	7-1- مهام الطب الرياضي.....
20.....	1-7-1- فحص معقد.....
20.....	2-7-1- فحص ديناميكي.....
21.....	8-1- واجبات الطب الرياضي.....
22.....	9-1- مجالات الطب الرياضي.....
22.....	10-1- مفهوم المراقبة الطبية والصحية.....
22.....	11-1- مهام المراقبة الطبية والصحي.....
23.....	12-1- الفحص الطبي الدوري.....
23.....	1-12-1- مفهوم الفحص الطبي الدوري.....
23.....	2-12-1- أهمية الفحص الطبي الدوري.....
24.....	13-1- إستمارة التقييم الطبي الفسيولوجي.....
24.....	1-13-1- قسم الفحوصات الطبية العامة.....
27.....	2-13-1- قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية.....
27.....	3-13-1- قسم الفحوصات الطبية المورفولوجية.....

27.....	13-4- قسم الفحوص المعملية.
29.....	14-1-علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي.
29.....	15-1-المدرّب والطب الرياضي.
32.....	16-1-الأهداف الأساسية للمراقبة الصحية وطرق تحقيقها في الأنشطة الرياضية.
32.....	1-16-1- الأهداف الأساسية للمراقبة الصحية في الأنشطة الرياضية.
33.....	2-16-1- طرق تحقيق الأهداف الصحية في مجالات الأنشطة الرياضية.
35.....	17-1- مسؤولية أخصائي الطب الرياضي وتدريب وإعداد اللاعبين.
35.....	1-17-1- تقييم الحالة الصحية.
38.....	2-17-1- توفير عوامل الأمان الرياضي.
39.....	3-17-1- الاهتمام بالبرنامج التدريبي.
40.....	18-1- القواعد الصحية للأنشطة الرياضية.
41.....	19-1- العناصر الأساسية للرقابة من الإصابات الرياضية.
43.....	الخلاصة.

الفصل الثاني : داء السكري وكرة اليد

45.....	تمهيد
46.....	2- مرض السكري.....
46.....	1-2-تعريف مرض السكري.....
46.....	2-2 أعراض المرض:.....
46.....	3-2 أنواع مرض السكري.....
46.....	1-3-2 النوع الأول (IDDM) سكري الأطفال واليافعين.....
47.....	2-3-2 النوع الثاني (NIDDM) سكري الكبار.....

- 47.....4-2 إرشادات لمرضى السكري.
- 48.....1-4-2 الأكل الصحي.
- 48.....2-4-2 الحرص على الوجبات الغذائية.
- 49.....3-4-2 المحافظة على ضغط الدم الكوليستيرول في الدم.
- 49.....4-4-2 ممارسة الرياضة.
- 49.....5-4-2 تقادي التدخين.
- 50.....6-4-2 تجنب الضغط والتوتر.
- 50.....7-4-2 خسارة الوزن.
- 50.....8-4-2 تجنب التعقيدات.
- 50.....9-4-2 تفقد نسبة السكر باستمرار.
- 50.....5-2 علاج السكر بواسطة الحقن.
- 51.....1-5-2 العلاج بواسطة أنسولين ذو فعالية طويلة الأمد.
- 51.....2-5-2 العلاج بواسطة أنسولين ذو فعالية قصيرة الأمد.
- 51.....6-2 أهمية الأنشطة الرياضية عامة وكرة اليد الخاصة لمرضى داء السكري.
- 52.....7-2 أهم المضاعفات السلبية للنشاط البدني عامة وكرة اليد خاصة على المصابين.
- 52.....8-2 الخطوات المتبعة لمرضى السكري لتجنب المضاعفات السلبية قبل الممارسة.
- 52.....1-8-2 قبل الرياضة.
- 52.....2-8-2 خلال الرياضة.
- 53.....3-8-2 بعد الرياضة.
- 53.....9-2 أهم الفحوصات الواجب القيام بها لمرضى السكري قبل مزاوله أي نشاط بدني.
- 53.....1-9-2 فحص الهيموغلوبين أ 1 سي:(hemoglobin a1c).

53.....	2-9-2 فحص شبكية العين.....
54.....	3-9-2 فحص الدهون.....
54.....	4-9-2 فحص وظائف الكلى.....
54.....	5-9-2 فحص ضغط الدم.....
55.....	10-2 أنواع الرياضات التي على مريض السكري تجنبها.....
55.....	11-2 الإجراءات الواجب عملها في حال نقص السكر في الدم (بعد النشاط البدني).....
56.....	12-2 كرة اليد.....
56.....	13-2 ميلاد وتطور كرة اليد في الجزائر.....
58.....	14-2 تعريف كرة اليد.....
58.....	15-2 خصائص ومميزات لعبة كرة اليد.....
59.....	16-2 أهمية رياضة كرة اليد.....
59.....	17-2 قانون لعبة كرة اليد.....
59.....	1-17-2 الميدان.....
59.....	2-17-2 المرمى.....
59.....	3-17-2 مساحة المرمى.....
60.....	4-17-2 الكرة.....
60.....	5-17-2 اللاعبين.....
60.....	18-2 خصائص لاعب كرة اليد.....
60.....	1-18-2 الخصائص المرفولوجية.....
61.....	1-1-18-2 النمط الجسماني.....
61.....	2-1-18-2 المرونة.....

63.....	2-18-2 الخصائص الرياضية والفسولوجية.
63.....	1-2-18-2 الصفات الحركية.
64.....	3-18-2 الخصائص النفسية.
64.....	1-3-18-2 الدافعية.
64.....	2-3-18-2 الذكاء.
65.....	19-2- الأبعاد التربوية لكرة اليد.
66.....	خلاصة.

الباب الثاني : الجانب التطبيقي

الفصل الأول : منهج البحث و إجراءاته الميدانية

69.....	تمهيد.
70.....	1 منهج البحث وإجراءاته الميدانية.
70.....	1-1- الدراسة الاستطلاعية.
72.....	1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
72.....	1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية.
73.....	1-4- منهج الدراسة.
75.....	1-5- مجتمع وعينة البحث.
75.....	1-5-1- مجتمع البحث.
76.....	1-5-2- عينة البحث.
76.....	1-5-3- عينة البحث وكيفية اختيارها.
77.....	1-5-4- تحديد طريقة اختيار العينة.

77.....	1-6-متغيرات البحث.
77.....	1-6-1- المتغير المستقل.
78.....	1-6-2- المتغير التابع.
78.....	1-7- مجالات الدراسة.
79.....	1-8- أدوات الدراسة والبحث.
81.....	1-9- تحليل المضمون.
82.....	1-10- الشروط العلمية للأداة.
82.....	1-10-1- الصدق.
82.....	1-10-2- الثبات.
83.....	1-10-3- صدق المحكمين.
84.....	1-10-4- الموضوعية.
84.....	1-11- الأساليب الإحصائية وتحليل النتائج.
85.....	1-12- صعوبات البحث.
87.....	خلاصة.

الفصل الثاني: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

89.....	عرض وتحليل نتائج الدراسة.
135.....	الاستنتاجات.
136	مناقشة نتائج الدراسة.
138.....	التوصيات والاقتراحات.
140.....	خلاصة عامة.

المصادر و المراجع

الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح سن المدربين	88
02	يبين مستوى وخبرة المدربين	90
03	يبين عدد سنين الخبرة التي يمتلكها المدربون	92
04	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال هل يتوفر ناديكُم على عيادة طبية	94
05	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن هناك تواجد الطبيب في الفريق	96
06	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يوجد عمل مشترك بين المدربين وبين طبيب الفريق	98
07	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان تواجد الطبيب أو ممرض الفريق أثناء التدريبات ضروري.	100
08	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوص دورية للاعبين	102
09	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبين لدى المدربين	104
10	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن لاقوا المدربين مشاكل صحية خاصة بلاعبهم	106
11	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن تلقوا المدربين إصابات في الحصى التدريبية	108
12	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية	110
13	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يرون من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية	112
14	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان للمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق	114
15	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى المدربين معلومات كافية	116

	عن داء السكري	
118	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون قد تلقوا إصابات في الحصص التدريبية بسبب مرض لاعبيهم (داء السكري)	16
120	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بتطبيق برنامج تدريبي خاص للاعبين المصابين بداء السكري	17
122	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوصات خاصة بداء السكري للاعبين المصابين بهذا المرض	18
124	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يشكل هذا المرض عائق نفسي للاعبين المصابين به	19
126	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب	20
128	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند نهاية اللعب	21
130	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى لاعبيكم معلومات كافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه	22
132	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان هناك تجاوب من اللاعبين للتصائح المقدمة من طرف المدربين	23

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح سن المدربين	89
02	يبين مستوى وخبرة المدربين	91
03	يبين عدد سنين الخبرة التي يمتلكها المدربون	33
04	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال هل يتوفر ناديتكم على عيادة طبية	95
05	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن هناك تواجد الطبيب في الفريق	97
06	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يوجد عمل مشترك بين المدربين وبين طبيب الفريق	99
07	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان تواجد الطبيب أو ممرض الفريق أثناء التدريبات ضروري.	101
08	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوص دورية للاعبين	103
09	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبين لدى المدربين	105
10	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن لاقوا المدربين مشاكل صحية خاصة بلاعبيهم	107
11	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن تلقوا المدربين إصابات في الحصى التدريبية	108
12	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية	111
13	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يرون من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية	113
14	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان للمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق	115
15	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى المدربين معلومات كافية	117

	عن داء السكري	
119	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون قد تلقوا إصابات في الحصص التدريبية بسبب مرض لاعبيهم (داء السكري)	16
121	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بتطبيق برنامج تدريبي خاص للاعبين المصابين بداء السكري	17
123	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوصات خاصة بداء السكري للاعبين المصابين بهذا المرض	18
125	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يشكل هذا المرض عائق نفسي للاعبين المصابين به	19
127	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب	20
129	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند نهاية اللعب	21
131	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى لاعبيكم معلومات كافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه	22
133	يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان هناك تجاوب من اللاعبين للتصائح المقدمة من طرف المدربين	23

1 مقدمة

إن الاهتمام بالرياضيين ذوي القدرات و المواهب و العمل على رفع مستواهم يبدأ منذ مراحل النمو حيث تشكل الركيزة الأساسية في تكوين الشخصية الفرد و حياته المستقبلية ، ويؤهله للعيش في المجتمع لتحمل المسؤولية و لارتداد أفاق المستقبل و التعامل مع متغيراته و حل مشكلاته وفرعياته التي تعتبر مطلب حيوي أساسي لأي حركة تنموية تهدف الى حياة أفضل

فبرز الطب الرياضي الذي هو ميدان الاعتناء بصحة الرياضي، والمحافظة عليها، ومراقبتها، والأندية الرياضية تعتبر ميدان من ميادين التي يجرى فيها النشاط الرياضي، الذي يعتبر هاما في حياة اللاعب فوجب المحافظة عليه.

ولا شك أن التربية الصحية تعتبر إحدى واجبات المدربين والمسيرين ورؤساء الفرق، ولهذا على المعنيين أن يحافظوا على صحة وسلامة لاعبيهم، ووقايتهم من كل أسباب الحوادث بشتى الطرق والوسائل، ومن هذه الطرق الفحص الطبي الدوري الذي قد يعمل على الحفاظ على أمن وسلامة اللاعبين ووقايتهم من كل الحوادث والأمراض التي قد تصبح نتائجها مزمنة ذات تأثير مؤكد في هبوط مستوى أداء اللاعبين، وكذلك يسمح للمدرب والإدارة والفوج الطبي من حماية اللاعبين من التعرض لإصابات، وكذلك حماية أنفسهم من تحمل مسؤولية الحوادث التي قد تصيب اللاعبين، لذلك من الضروري أن يفرض الطب الرياضي نفسه في رياضة كرة اليد، فالطب الرياضي يساعد على حماية ووقاية اللاعبين المصابين بداء السكري وتقادي من الإصابة والحفاظ على سلامتهم عن طريق معرفة الأسباب العامة التي تحيط بداء السكري و التعرف على أهم الأسباب التي تؤدي إلى التعرض للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها والاهتمام بالإحماء

وتطبيق التدريب العلمي الحديث بالإضافة إلى توفير الرياضي المصاب بالداء السكري الغذاء المناسب والراحة الكافية.

ويمكن القول على الداء السكري حالة تعني نقصا مطلقا أو نسبيا في كمية الأنسولين التي تفرزها الخلايا في غدة البنكرياس مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم والبول واضطراب في أكسدة الدهون والبروتينات و الكربوهيدرات ينتشر هذا المرض بنسبة عالية من مجموع سكان العالم إذ تتراوح نسبة الإصابة به حسب الإحصائيات في بعض الدول العربية إلى حوالي 6 % من عدد السكان. (رفعت، 1977)

وتعتبر كرة اليد من الرياضات التي تحمل العديد من المزايا للاعب فهي مجال حافل بالمتعة كما انها تمارس في جميع مراحل العمر المختلفة هذا بالإضافة الى الفوائد العديدة التي تعود على الفرد الممارس ولقد اتفق العديد من العلماء و الخبراء على ان رياضة كرة اليد تعتبر رياضة من الرياضات لما تحتويه من قيم عالية متعددة ولمالها من فوائد جمة (منير جوسي ابراهيم كرة اليد للجميع 1994)

لكن بالرغم من الفوائد المتعددة لكرة اليد إلا أنها قد تكون أحد المجالات التي تظهر من خلالها مشكلة هامة ويمكن أن تؤثر على أطفالنا في هذه المرحلة السنية ،الا وهي الاصابات عن تعلم كرة اليد وقد ينظر البعض الى هذه المشكلة على انها مجرد إمتناع و تردد وخوف وقلة الوعي بفوائد القيام بالتسخينات.وهذا راجع الى طبيعة الميدان و العتاد الذي يتعلمون به ،وهذا ما وجدناه من جراء الدراسات الاولية و الاستجابات مع منشطية هذه الشريحة من المجتمع عند زيارتنا لعدة مركبات رياضية مدينة معسكر و عين تيموشنت وهو نقص الوسائل و العتاد البيداغوجي لما لها من اهمية كبيرة لتفادي الاصابات وهذا حسب ماأكده لنا مجموعة من المدربين القدماء و

الأطباء المتخصصين عن مدى أهمية المراقبة الطبية على لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري .

وقد تطرقنا في بحثنا هذا إلى بايين :الباب الأول تمثل في الدراسة النظرية حيث قسمناه إلى فصلين تمثل الفصل الأول في التعريف بالمراقبة الطبية والصحية وأهميتها وتطورها وأنواعها, أما الفصل الثاني فتناولنا التعريف بداء السكري وأنواعه و أسباب الإصابة به وأهم أعراضه وتناولنا أيضا فيه كرة اليد (تاريخها وخصوصيات ممارستها وخصائصها).

أما الباب الثاني فهو عبارة عن دراسة تطبيقية وقسمناه إلى فصلين ، الفصل الأول تمثل في دراسة ميدانية (مجالات البحث,ضبط متغيرات الدراسة ,طبيعة العينة وكيفية اختيارها,منهج الدراسة وهدفه ,وأدوات وتقنيات البحث) . أما الفصل الثاني فهو عبارة عن مقارنة النتائج بالفرضيات والاستنتاجات والخلاصة العامة.

2 - الإشكالية:

إن البحث العلمي في المجال الرياضي يهدف إلى تطور وتقديم في مختلف المجالات العلمية خاصة المجال الرقابة الطبية ، فقد شهدت الرياضة تطورا كبيرا في جميع الجوانب المحيطة بالرياضي بصفة خاصة والرياضة بصفة عامة.

فالدراسات الميدانية والبحوث التجريبية لها دور كبير في تطوير مستوى النشاط البدني والرياضي وكذا الاهتمام بها ،فمجال الرياضة يحتوي على مجموعة من الأنشطة البدنية و الفردية التي تسمح باكتشاف الفروق الفسيولوجية بين اللاعبين ، فهناك بعض المتغيرات الفسيولوجية التي تلعب دورا هاما وأساسيا في تحديد المستويات المعيارية بين الناشئين، ولقد كثرت الدراسات

الخاصة بتأثير نتائج الجهد البدني على بعض المؤشرات الفسيولوجية لدى لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري .

والجزائر من ضمن الدول التي تعاني نقص في هذا المجال كالأخصائيين أو وجود مراكز متخصصة في ذلك ووسائل وخاصة لدى النوادي الرياضية، فكثير من اللاعبين الشبان ذوي المواهب برزوا بشكل كبير في مختلف الميادين الرياضية وكانوا في طريقهم إلى الاحتراف أو اللعب في مستويات عالمية عالية، إلا أنه وبعد إصابتهم لم يجدوا العناية الفائقة والكافية والعلاج اللازم للرجوع والحفاظ على لياقتهم ومستوياتهم البدنية التي كانوا عليها.

ولقد نصت القوانين واللوائح التي تنظم المنافسات والمؤسسات الرياضية في بلادنا على إجبارية إجراء الفحوصات لكل لاعب كفحوص صدرية وقلبية من أجل السماح له بالانخراط في النادي ودخول المنافسة لكن الملاحظ أن هذه الفحوصات تبقى غير كافية كونها تقام في بداية الموسم ولا تمكننا من تشخيص بعض الأمراض وعدم إمكانية الأخذ بها في كثير من الحالات المرضية كالداء السكري موضوع دراستنا الذي يعاني المصابين به نقص وإهمال كبير في النوادي الرياضية لأسباب كثيرة سنحاول تسليط الضوء عليها في بحثنا هذا.

و من خلال هذا المنطلق أردنا تسليط الضوء على واقع المراقبة الطبية والصحية وأهمية الفحوصات الدورية في تفادي الإصابات الرياضية عند اللاعبين المصابين الداء السكري وطرح التساؤل التالي:

هل للمراقبة الطبية والصحية أهمية للاعب كرة اليد المصابين بداء السكري؟

ومن خلال التساؤل العام نطرح التساؤلات الجزئية التالية:

✓ هل يتم تطبيق الفحوصات الدورية بشكل دائم في النوادي الرياضية للاعبين المصابين

بالداء السكري؟

✓ إلى ماذا يعود إهمال المراقبة الطبية والصحية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري في

المراكز الرياضية؟

✓ هل يتوفر المدربين على القدر الكافي من المعلومات عن داء السكري وكيفية التعامل معه؟

3 - الأهداف:

يهدف الطلبة الباحثان من خلال هذه الدراسة إلى:

✓ معرفة ما إن كان للمراقبة الطبية والصحية أهمية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري.

✓ معرفة إن كان يتم تطبيق الفحوصات الدورية في النوادي الرياضية للاعبين المصابين بالداء

السكري.

✓ معرفة إلى ماذا يعود إهمال المراقبة الطبية والصحية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري

في المراكز الرياضية .

✓ معرفة ما إن كان يتوفر المدربين المصابين على القدر الكافي من المعلومات عن داء

السكري وكيفية التعامل معه.

2 الفرضيات:

• الفرضية العامة:

✓ للمراقبة الطبية والصحية أهمية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري.

• الفرضيات الجزئية:

✓ غياب الفحوصات الدورية في النوادي الرياضية للاعبين المصابين بالداء السكري.

✓ يعود إهمال المراقبة الطبية والصحية للاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري في المراكز

الرياضية إلى سببان أساسيان:

- أولاً: نقص الموارد البشرية (أطباء - شبه طبي)
 - ثانياً: نقص الإمكانيات المادية (عيادة - سيارة إسعاف - وسائل طبية).
- ✓ يتوفر المدربون على القدر الكافي من المعلومات عن داء السكري وكيفية التعامل معه.

3 مصطلحات البحث:

في مختلف البحوث التي يتناولها الباحث يجد نفسه أمام صعوبات تتمثل في عموميات اللغة وتداخل المصطلحات، وهذا راجع إلى النزعة الأدبية حيث يقول: ("الطاهر سعد الله") لعل أخطر الصعوبات التي يعاني منها الباحثون في ميادين العلوم الإنسانية عموميات لغتها (طاهر سعد الله)، وعليه فإننا سنحاول تحديد مصطلحات بحثنا من أجل تحقيق القدر الضروري من الوضوح ونذكر منها:

❖ **المراقبة الطبية:** هي إجراء علاج مسبق دون اللجوء إلى الوسائل والأدوية، ويتم عن طريق التوجيه والإرشادات من طرف الطبيب والمدرّب لاجتناب الوقوع في الحوادث والإصابات (دكتور حمداوي إبراهيم، 1979).

❖ **كرة اليد:** التي تعرف بكرة اليد الجماعية أو 'كرة اليد الأولمبية' و'كرة اليد الأوروبية' هي [رياضة جماعية] يتبارى فيها فريقان لكل منهما 7 لاعبين 6 لاعبين بحارس مرمى). يمرر اللاعبون الكرة فيما بينهم ليحاولوا رميها داخل مرمى الخصم لإحراز هدف. وتتألف المباراة من شوطين مدة كل منهما 30 دقيقة، والفريق الذي يتمكن من تسجيل أكبر عدد من

الأهداف في مرمى الخصم في نهاية شوطي المباراة هو الفريق الفائز . (كمال عبد الحميد

وآخرون، 1970، صفحة 16)

❖ داء السكري: هو حالة تعني نقصا مطلقا أو نسبيا في كمية الأنسولين التي تفرزها خلايا في جزر لانجرهانز في غدة البنكرياس مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم والبول واضطراب في أكسدة الدهون والبروتينات والكربوهيدرات.

4 الدراسات السابقة:

إن بحثنا هذا يخص الجانب الطبي والصحي والوقائي للاعبين في الأندية الرياضية، وذلك لاجتباب المخاطر وعدم الوقوع في الحوادث والإصابات، ويعني هذا أنه له أهمية بالغة وكبيرة، إذ لم تلقى عناية واهتمام لذلك لم نجد دراسات مشابهة أو سابقة إلا قليلا حيث نذكر منها:

الدراسة السابقة الأولى:

❖ دراسة1: الطالب حمداوي ابراهيم مذكرة لنيل شهادة ليسانس .

✓ تحت عنوان:

" أهمية الفحوصات الطبية الوقائية من الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانويات الجزائرية"،

سنة 1997، بمعهد التربية البدنية والرياضية بالجزائر، حيث عالجت أهمية الفحوصات

الطبية الوقائية من الإصابات الرياضية.

✓ طريقة الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبيان

وزعت على الأساتذة والمدراء.

✓ النتائج المتحصل عليها:

- مضاعفات صحية للتلاميذ بسببه غياب الفحوصات الطبية.

نقد الدراسة:

✓ تم إهمال أهمية تواجد الطبيب في الثانويات الجزائرية.

✓ إهمال كيفية التعامل مع مختلف الإصابات الرياضية التي تقع في حصص التربية البدنية والرياضية.

الدراسة السابقة الثانية:

❖ الدراسة 2: الطلبة باهمي حمزة وآخرون مذكرة لنيل شهادة ليسانس .

✓ تحت عنوان:

" أهمية الطب الرياضي في تحسين مردود لاعبي كرة اليد (صنف أشبال)"، سنة 2006،

بمعهد التربية البدنية والرياضية بجامعة الجزائر "سيدي عبد الله".

✓ طريقة الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبيان
وزعت على اللاعبين والمدربين.

✓ النتائج المتحصل عليها:

- معظم فرق كرة اليد لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية وعلاج الإصابات الرياضية وأيضا أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم وبالتالي غياب المتابعة الطبية.

- الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

نقد الدراسة:

- ✓ إهمال أهمية الفحوصات الطبية الدورية للاعبين كرة اليد.
- ✓ فصل الطب الرياضي في هذه الدراسة ناقص وخاصة إهمال أهم الفحوصات الواجب القيام بها عند لاعبي كرة اليد

استفدنا من خلال إطلاعنا على هذه المذكرة في الجانب النظري.

الدراسة السابقة الثالثة:

❖ الدراسة 3: الطلبة سوفلي عيسى وآخرون مذكرة لنيل شهادة ليسانس .

✓ تحت عنوان:

" أهمية المراقبة الطبية لدى تلاميذ الطور الثانوي"، سنة 2002، بمعهد التربية والبدنية والرياضية قسنطينة، حيث عالجت أهمية الفحوصات الطبية ودورها الفعال في الحفاظ على سلامة وصحة التلاميذ.

✓ طريقة الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبائية وزعت على الأساتذة الطور الثانوي.

✓ النتائج المتحصل عليها:

- الأهمية البالغة التي يلعبها الطبيب المدرسي.
- غياب الأطباء والعيادات الطبية أدى إلى غياب المتابعة الصحية الدورية.

نقد الدراسة:

✓ إهمال جانب اللقاءات الطبية التوعوية داخل الثانويات.

✓ إهمال أهمية الداية الكافية للأساتذة والإداريين بالإصابات الرياضية والكيفية التعامل معها.

التعليق على الدراسات السابقة :

من خلال إطلاعنا على الدراسات السابقة نرى أن نتائجها و أفكارها متقاربة بشكل كبير و هي

تصب في مضمون واحد ألا و هو المراقبة الطبية و الصحية و دراستها من مختلف

الجوانب،حيث أن هذه الدراسات تشكل فائدة كبيرة لرياضي كرة اليد بتقريب المفاهيم و التعرف

على ما هو مبهم حول هذا الموضوع لمختلف أشكاله.

حيث تطرق هؤلاء الباحثون إلى المراقبة الطبية و الصحية وحيثياتها وكيفية التعامل مع لاعبي

كرة اليد المصابين بداء السكري للاستفادة لتسهيل العمل الميداني، لذا نجد في الدراسة الأولى

تخت عنوان : " أهمية الفحوصات الطبية الوقائية من الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانويات

الجزائرية"، سنة 1997، بمعهد التربية البدنية والرياضية بالجزائر، حيث عالجت أهمية

الفحوصات الطبية الوقائية من الإصابات الرياضية ، و الدراسة الثانية تحت عنوان " أهمية

الطب الرياضي في تحسين مردود لاعبي كرة اليد (صنف أشبال)"، سنة 2006، بمعهد التربية

والبدنية والرياضية بجامعة الجزائر "سيدي عبد الله".

لهما أهمية في إبراز أهمية الفحوصات الطبية لدى اللاعب المزاوّل للنشاط البدني و الرياضي و

عن أهمية تواجد الطبيب في الميدان الرياضي ،إضافة إلى الدراسة الثالثة التي تمثلت في "

أهمية المراقبة الطبية لدى تلاميذ الطور الثانوي"، سنة 2002، بمعهد التربية البدنية

والرياضية قسنطينة، حيث عالجت أهمية الفحوصات الطبية ودورها الفعال في الحفاظ على

سلامة وصحة التلاميذ. إذ أنّ هذه الدراسات كلها لها أهمية كبيرة بالنسبة لما احتواه البحث في

الجانب النظري خاصة

و الجانب التطبيقي عامة .

ومن هذا المنطلق نستنتج أنّ المراقبة الطبية و الصحية لها أهمية كبيرة لدى لاعبي كرة اليد

المصابين بداء السكري في تقليل الإصابات الميدانية، الأمر الذي يساهم في خلق جو رياضي

صحي و ترفيهي .

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

المراقبة الطبية

و الصحية

تمهيد:

يعتبر الطب الرياضي فرع من العلوم الطبية الحديثة والذي تعددت فروع التخصصية لخدمة المجال الرياضي حتى أصبح مجالا قائما بذاته.

كما يقع على كاهل المتخصصون في مجال الطب الرياضي مسؤولية الرعاية الطبية المتكاملة للممارسين للأنشطة الرياضية، والرعاية الطبية للرياضيين لا تتوقف عند حد تقديم الرعاية العلاجية للاعبين المصابين وإعادة تأهيلهم فحسب بل تتضمن أيضا اتخاذ الإجراءات الوقائية من حدوث الإصابات.

إن المستوى الذي وصلت إليه النتائج المحصلة في مختلف البطولات الدولية والعالمية ما هو إلا دليل قاطع على التطور الملحوظ في برامج التدريب، وكذا التطور الكبير في الأجهزة القياسية والتقييمية للحالة البدنية والصحية، والتقييم الحقيقي للمستوى الرياضي كل هذا تحقق وما زال في طريق التقدم من خلال الاعتناء و الاهتمام بجميع العلوم التي لها علاقة بالرياضة ومحيطه، وبذلك نجد أن كل الأبحاث الجديدة في جميع العلوم التي لها علاقة بالرياضة تشارك بدورها في تحسين النتائج ومن بين هذه العلوم نجد الطب الرياضي وهو الاختصاص الذي يغطي العلاج، المراقبة، الوقاية، وتوجيه الرياضي، للحفاظ على اللياقة البدنية والصحية.

1-الطب الرياضي:

1-1 لمحة تاريخية حول الطب الرياضي:

إن ظهور الطب بصفة عامة أو الطب الرياضي بصفة خاصة يعود إلى العصور القديمة جدا، فقد ظهر الطب الرياضي قبل الرياضة نفسها.

فقبل ظهور الألعاب الأولمبية "1976" كان قد ظهر الاهتمام بالطب الرياضي، لأن الرياضة قد نشأت قبل هذا التاريخ، ففي الحضارة اليونانية كان اليونانيون يعتبرون الصحة هي أسمى نعم الآلهة، وكانوا يعطون النشاط البدني بالغ الأهمية لأنه بالنسبة إليهم من أهم الشروط الأساسية للصحة.

وقد كان للطب قداسة كبيرة وذلك للوقاية من الأمراض وعلاجها، وبالمقارنة نجد أنه كانت هناك حضارات أخرى تهتم بالطب الرياضي مثل الحضارة الصينية، فمنذ آلاف السنين استعملوا الجمباز للحفاظ على الصحة، كم أنه في مذهب اليوغا نجد العديد من التمارين التي لها وظيفة علاجية، وقد اهتم رجال الدين والأطباء باستعمال التمارين البدنية ضد الأمراض، وكثيرة هي الرسومات والبحوث التي عثر عليها والتي تؤكد بصفة قوية أنه تم استعمال الجمباز وكذا الاستحمام، فالحمام كان له دور كبير في المشرق، وكذا الشأن بالنسبة لليونانيين، فكان ميدان الجمباز يحتوي على مسبح كبير جعل من أجل الاستحمام الجماعي، وعند الرومان كان الاستحمام من العادات اليومية، لذلك كانت هناك مسابح كبيرة وكثيرة، أما في القرون الوسطى فقد تغيرت نظرة الأوروبيين للحمامات والجمباز، وذلك أثر انتشار الأمراض المعدية "السلان، السفلس" في أوروبا في القرن الثامن عشر، فانخفض عدد الحمامات الجماعية وقل استعمالها.

وخلال الألعاب الأولمبية 1928 ظهر الطب الرياضي بصفة بارزة وذلك بمراقبة الأطباء المختصين في الفرق الأولمبية. (W.Heipertz/D.Bohmer/Ch.Heipertz- Hengs, 1990)

1-2 الطب الرياضي في الجزائر:

لقد مر الطب الرياضي في الجزائر بعدة مراحل وكان الهدف آنذاك هو تكييف الاختصاص مع الحاجيات المتزايدة للحركة الرياضية الوطنية وهذه المراحل هي:

أ- المرحلة الابتدائية (1962-1970):

كانت مرحلة ورث فيها الطب الرياضي التنظيم القائم من طرف فرنسا ولاسيما النصوص القانونية التي حددت:

- شهادة طبية قبل إصدار الرخصة الرياضية.

- لجنة طبية داخل الهياكل الرياضية.

إن التنسيق بين الوزارات المكلفة بالصحة والرياضة والتعليم العالي أثمر بإنشاء المركز الوطني للطب الرياضي.

ب- مرحلة التنمية (1971-1975):

مع وجود المركز الوطني للطب الرياضي بدأت فترة دراسة تبرز الطب الرياضي ونشاطات المركز :

- قاعدة قانونية جدية للطب تم تحضيرها بالإضافة إلى مواصفات طبيب الرياضة وبرامج تكوينية.

- 1974 هو تاريخ تأسيس وإقامة المراقبة الطبية الرياضية.

ولأول مرة تم التكفل بالفرق الوطنية بصفة منظمة من خلال ألعاب البحر الأبيض المتوسط بالجزائر 1975 وكذا التغطية الطبية لهذه التظاهرة.

إن تدريس المواد لأساتذة التربية البدنية (المركز الوطني للتربية البدنية والرياضية، بن عكنون) كانت تحت عائق المركز الوطني للطب الرياضي.

ما بين 1976 إلى 1980 يلاحظ تطور وسائل الطب الرياضي، تم إعداد أول خطة لتطوير الطب الرياضي والتي تتضمن بالخصوص:

- إنجاز العيادة الأولمبية والتي بدأت العمل جزئيا في جانفي 1980.
- توظيف وتكوين العدد اللازم من الموظفين بالمركز الوطني للطب الرياضي والذي هو بمثابة مؤسسة جامعية. (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993)
- فتح تكوين الأطباء المختصين في الرياضة عام 1976.
- التكفل الطبي بالرياضيين والمواهب الرياضية الشابة والفرق الرياضية في الجزائر والخارج.
- تحقيق التغطيات الطبية بأكملها خلال التظاهرات الرياضية الكبرى.
- المساعدة الطبية والمراقبة الصحية في جميع معاهد التكوين.
- تعليم المواد الطبية الرياضية على مستوى معاهد التكوين العالي للرياضة.

ج- مرحلة التقهقر (1986 - 1993):

عرفت تراجعا واضحا جدا بالنسبة لنشاطات الطب الرياضي، بينما نلاحظ أن التحكم في المادة والطاقة البشرية في تقدم، هذا التقهقر يعود إلى فتح المركز الوطني للطب الرياضي إلى عامة الناس بناء على أمر من وزارة الصحة يحمل الوصاية الجديدة هي:

- ✓ تجميد ولمدة ثلاث سنوات أطروحة الدكتوراه في العلوم الطبية.
- ✓ سحب أولوية الرياضي.
- ✓ تغيير فعلي لقانون المركز الوطني للطب الرياضي، واعتباره مؤسسة استشفائية متخصصة (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993)

1-3 تعريف الطب الرياضي:

الطب الرياضي هو أحد التخصصات الطبية الحديثة وفيه يتم تطبيق مختلف الفروع والفنون الطبية على النشاط البدني عامة والممارسة الرياضية خاصة، فهو يهتم بعودة اللاعب بعد مرضه أو إصابته بطلا كما كان في نفس درجة لياقته البدنية والفنية السابقة للمرض وللإصابة.

ويختص الطب الرياضي كعلم طبي حديث يبحث وعلاج التطورات والتغيرات الوظيفية والتشريحية المرضية المختلفة في الجسم كنتاج لنشاطه الحركي في الظروف العادية والمختلفة، كما أنه يبحث أيضا العلاقات التطبيقية الوثيقة لمختلف الفروع الطبية بأداء وممارسة النشاط العادي والرياضي للفرد. (أسامة رياض، إمام حسن التجمي، 1999)

كما أن الطب الرياضي يهدف إلى الاختيار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين، ويقوم أيضا بمراقبة التأثيرات التي تتركها الرياضة على جسم الرياضي، وذلك بواسطة أجهزة حديثة كجهاز اللياقة البدنية، وجهاز التصوير التحليلي، والتي يمكن بواسطتها أخذ فيلم اللاعب أثناء التمرين وتحليل حركاته بالسرعة والبطء وعرضها له، وتعليق المدرب والطبيب عليها حتى يشغل الحركات الإيجابية ويتجنب الحركات السلبية وإيجاد لها علاقة باللعبة. (Jacqueline Rossout)

ويمكننا أن نقسم الطب الرياضي الحديث إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- بيولوجيا الطب الرياضي:

وتشمل كافة العلوم الطبية الفسيولوجية والبيولوجية والمرضية والعلاجية والوقائية بطب الرياضة.

ب- إصابات الملاعب والعلاج الطبيعي:

وتشمل الجوانب الوقائية والتشخيصية والعلاجية (ما عدا إجراء التدخلات الجراحية) وكذلك كافة الجوانب التأهيلية فيما بعد الإصابة تمهيدا لعودة اللاعب إلى نفس مستواه كبطل وليس كفرد عادي. (أسامة رياض، إمام حسن التجمي، 1999، صفحة 140)

1-4 أنواع الطب الرياضي:

لقد امتدت خدمات الطب الرياضي وتشعبت وتعددت فروعه التخصصية لخدمة المجال الرياضي حتى أصبحت فروع الطب الرياضي مجالا شائعا بذاته يقدم خدماته في الميدان والحق للرياضي يمكن تحديد أنواع الطب الرياضي كالآتي:

1-4-1 الطب الرياضي التوجيهي:

انطلاقاً من الاختبارات التشريحية والمورفولوجية والفيزيولوجية، وعن طريق الاختبارات السيكلولوجية يتم توجيه الناشئين للألعاب والرياضات التي تتناسب مع إمكانياتهم، فيكون عمل المدرب وما يبذله من جهد منصب على اللاعبين ذوي الإمكانيات والمواهب الخاصة المنفقة مع متطلبات اللعب، والأنشطة كما يحقق أصول المستويات العالية.

1-4-2 الطب الرياضي الوقائي:

ويبحث في التغيرات الفيزيولوجية والتشريحية والنفسية والحيوية، السلبية منها والإيجابية، التي تحدث في الأنسجة، وحالة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في كافة ظروف حياتهم في الملعب وخارجه، ويعطي توجيهات بما يجب تحاشيه، وما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط وفيما بعده عند التقاعد والاعتزال، ولعل من أهم أهدافه إصدار تعليمات مدربي الاختصاصات المختلفة، والتي تتضمن التمارين التعويضية الضرورية لكل تخصص، وذلك على اختلاف درجاتها.

1-4-3 الطب الرياضي العلاجي:

يؤدي خدماته بالقيام بعملية علاج اللاعبين المصابين وذلك بالتعاون مع كل فروع طب العظام والجراحة، والأعصاب، والطب الطبيعي وفقاً لطبيعة الإصابات ومتطلباتها.

1-4-4 الطب الرياضي التأهيلي:

ويختص بتحديد برنامج تدريبي للمصابين أثناء الإصابة، ومدة الشفاء منها، وذلك للسماح للاعب بالعودة للمنافسة في أحسن الظروف. (عبده أبو العلاء السيد، 1985)

1-5 بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث:

- الخدمات الطبية في مجال الرياضي (في الملعب).
- الاختبارات الطبية الفسيولوجية والقياسات الأنتروبومترية والنفسية للرياضي (يتعدى عددها 300 اختبار).

- الوقاية والعلاج من إصابات الملاعب. (أسامة رياض، 2002)
- تقديم إرشادات التغذية اللازمة طبقاً لنوع الرياضة وكمية المجهود المبذول من اللاعب (تدريب - منافسة- بطولة).
- إجراء العلاج الطبيعي اللازم لتأهيل اللاعب ما بعد الإصابة.
- مقاومة استخدام الرياضيين للمنشطات ويتطلب ذلك معرفتها بأنواعها وطرق الكشف عنها وتاريخ وأنواع مقاومتها.
- طرق الإسعاف الأولي في الإصابات وأمراض العيون والأنف والأذن والحنجرة والتفرقة بين القلب الرياضي وبين أمراض القلب المختلفة، وحل المشاكل الطبية لبعض الأمراض الجلدية والصدرية وإرشاد المسؤولين عن الفرق الرياضية لطرق ومواعيد التطعيم اللازم قبل السفر إلى الخارج.
- المشاكل الطبية الخاصة بإعداد اللاعبين للمباريات في أراضي مرتفعة عن سطح أو في درجات الحرارة غير المناسبة (باردة جداً أو مرتفعة جداً أو رطبة جداً) (أسامة رياض، 2002 ، صفحة 22) .

1-6 أهداف علم الطب الرياضي:

- الوصول بالرياضيين إلى مستوى من الكفاءة البدنية والصحية والنفسية والعقلية والمحافظة على هذا المستوى لأطول مدة ممكنة.
- توجيه الناشئين إلى الألعاب التي تتناسب وإمكانيتهم بناء على فحوصات تشريحية وقوامية ووظيفية وسيكولوجية.
- تحديد نواحي النقص وحالة اللاعبين من النواحي الصحية والتشريحية والوظيفية والنفسية ومقارنتها بما يجب أن يكون عليه الفرد وفقاً لمتطلبات اللعبة وفي ظل المراحل السنية المختلفة.
- توجيه اللاعبين لما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط الرياضي.

- استخدام الوسائل العلاجية المناسبة لعلاج الأمراض والإصابات الرياضية بالتعاون مع فروع الطب المختلفة كالعظام، والجراحة، والأعصاب، والعلاج الطبيعي.
- تحديد برامج تدريب المصابين أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وحتى السماح للاعب بالعودة للمنافسات. (عادل علي حسن، 1995)

1-7 مهام الطب الرياضي:

- المهام الأساسية التي يؤديها الطب الرياضي هي:
- الاختبار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين في إطار منظم.
- تحديد الحالة الصحية، التطور البدني، والحالة والوظيفية لعضوية الممارسة.
- مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة عن التدريب.
- تقييم الجملة البدنية أثناء المنافسة، ومراقبة الرياضيين تستدعي التنسيق بين المدرب والطبيب المختص، وهذا لأداء المهام المخصصة والحصول على النتائج ثم المراقبة تحت أشكال تتمثل فيما يلي: (مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993)

1-7-1 فحص معقد:

ويتم تجسيده بعد التحصل على معلومات بيولوجية طبية وفيزيولوجية.

1-7-2 فحص ديناميكي:

ويتشكل من ثلاثة أنواع من الفحوص الطبية وهي:

أ- فحص طبي معمق:

يجب تكراره ثلاث مرات على الأقل في كل موسم، يتم إجراء هذا الفحص خلال المرحلة التحضيرية قبل الدخول في بداية الموسم، وكذلك يعاد خلال المنافسة، ويمكننا هذا الفحص من تقييم:

- ✓ الحالة الصحية.
- ✓ التطوير البدني.
- ✓ الحالة الوظيفية والتكيف مع الجهد البدني.

ب- الفحص الطبي على مراحل:

يجري هنا الفحص أثناء التبرصات التي يقوم بها الرياضيين، كما يجب تنظيمه وتسطير عدد الفحوصات خلال التبرص، لكي تتناسب مع نهاية وقت التبرص، ويكون هناك فحص نهائي، وهذا لتقييم الجهد الذي بذل خلال التبرص، وكذلك الحالة التي وصل إليها الرياضي خلال التبرص. (مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993)

ج- الفحص الطبي المستمر:

ويتم خلال مراحل التدريب، ومهمته تتمثل في تقييم الجهد اللحظي والجهد طويل المدى، كما يسمح بمراقبة الحمولات والقيام بتصحيح مخطط حمولات التدريب (مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي، 1993)

1-8 واجبات الطب الرياضي:

- ❖ تنظيم وتنفيذ الفحوصات الطبية لجميع الأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
 - ❖ وضع الأسس الصحية لطرق ووسائل التربية البدنية والرياضية واستنباط طرق جديدة وتطوير طرق الفحص الطبي للرياضيين والتشخيص وعلاج الأمراض والإصابات الرياضية.
 - ❖ توفير مستوى عالي من التأثيرات الصحية لممارسة التربية البدنية والرياضية لجميع الممارسين من مختلف الأعمار وكلا الجنسين.
 - ❖ تحديد الظروف ذات التأثيرات السلبية على الصحة وكيفية تجنبها للاستفادة بالتأثيرات الايجابية. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح، 2003)
- ويتحقق ذلك من خلال المهام التالية:

- ❖ الفحص الطبي للأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
- ❖ العناية بصحة الرياضيين ذوي المستوى العالي.
- ❖ الاختبارات الفسيولوجية.
- ❖ الوقاية والعلاج.

- ❖ مراعاة الظروف الصحية في أماكن ممارسة الأنشطة الرياضية سواء في التدريب أو المنافسة.
 - ❖ توفير الرعاية الطبية خلال المنافسات الرياضية.
 - ❖ توفير الرعاية الطبية للأنشطة الرياضية الجماهيرية.
 - ❖ علاج الإصابات الرياضية.
 - ❖ الدراسات العلمية. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 51)
 - ❖ الاستشارات الطبية الرياضية.
 - ❖ الرعاية الصحية للتربية البدنية والرياضية للمواطنين (أبو العلا أحمد عبد الفتاح، 2003، صفحة 51)
- 1-9 مجالات الطب الرياضي:**

قسم أرنست جو كل " باحث ومؤلف وطبيب " قسم مجالات الطب الرياضي إلى أربعة أقسام وهي:

- ✓ العلاج الطبي.
 - ✓ الفيسيولوجيا التطبيقية.
 - ✓ الإصابات الرياضية.
 - ✓ التأهيل. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 63)
- 1-10 مفهوم المراقبة الطبية:**

هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث.
(إبراهيم البصري، 1976)

هي عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للاعبين وتختلف من حالة لأخرى وتشتمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج. (بهاد الدين سلامة، صفحة 203)

11-1 مهام المراقبة الطبية والصحية:

الاختصاصي في الطب عليه أن يؤدي المهام التالية:

- التخطيط لكيفية علاج اللاعبين في المراحل التدريبية المختلفة.
- التخطيط لكيفية تنظيم الخدمات الصحية بالملاعب والإشراف عليها.
- الإشراف على البيئة في المركب الرياضي. (بهاد الدين سلامة، الصفحات 171-172)
- القيام بعمل الفحص الطبي الدوري الشامل للاعبين وتحليل النتائج.
- اكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها.
- مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة من خلال برنامج تدريبي. (بهاد الدين سلامة، الصفحات 171-172)

12-1 الفحص الطبي الدوري:

1-12-1 مفهوم الفحص الطبي الدوري:

نعني به مراقبة وتقييم التغيرات الناجمة بعد القيام بنشاط رياضي معين ويجرى للاعبين في مرحلة تدريبية ويشمل جوانب متعددة.

ويقوم بالفحص الطبيب ويتناول الفحص الجوانب التالية:

- التاريخ الصحي للاعبين ويقصد به دراسة الحالة الصحية الماضية فيما يتعلق بأي أمراض سابقة أو تطعيم أو حوادث سابقة.
- الكشف عن جميع أجهزة الجسم وأجزائه.
- السجلات الصحية: وهي تلك السجلات يدون الطبيب فيها كل ما يتعلق بالحالة الصحية للاعبين.

-الاختبارات النفسية، يقاس مستوى ذكاء اللاعبين وسلوكهم.

1-12-2 أهمية الفحص الطبي الدوري:

الفحص الطبي الدوري له أهمية بالغة لاسيما في مرحلة الناشئين لأن غالبيتهم لم تتح لهم فرصة الفحص الطبي من قبل. (بهاد الدين سلامة، الصفحات 180-181-182)

ومن فوائد هذا الفحص أنه يؤدي إلى اكتشاف الكثير من الأمراض والمعوقات التي توجد عند الناشئين دون أن يشكو بها.

وكذلك من فوائد الكشف الطبي أن يشترك المدرب اشتراكا ايجابيا في تسجيل المعلومات الصحية عن اللاعبين وأرهم، وتتاح فرصة التعرف على الإمكانيات الصحية والاجتماعية والفروق الفردية بينهم. (بهاد الدين سلامة، الصفحات 180-181-182)

1-13 استمارة للتقييم الطبي الفسيولوجي:

يجب أن يكون لكل لاعب كرة قدم استمارة خاصة بالتقييم الطبي الفسيولوجي والتي يجب أن تحتوي على الأقسام التالية:

أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام.

ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفسيولوجية

ج- قسم خاص بالفحوص الجسدية الخارجية "المرفولوجية".

د- قسم خاص بالفحوص المعملية.

هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة الطبية والبدنية للاعب.

1-13-1 قسم الفحوص الطبية العامة:

وتشتمل على البيانات التالية: (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 193)

1-1-13-1 بيانات عامة:

الاسم، العمر، تاريخ الميلاد، العنوان، الوظيفة، وزن اللاعب، رقم الهاتف، الشكوى المرضية الرئيسية وأعراض أخرى. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 193)

1-1-13-1 التاريخ الطبي:

التاريخ الطبي السابق من أمراض وعمليات جراحية وإصابات وحوادث وحساسية لعقاقير طبية معينة وأمراض استمرت أكثر من أسبوع وأمراض سابقة تكون قد أثرت على المستوى الرياضي.

1-1-13-1 التاريخ الطبي العائلي:

ويشمل السؤال عن أمراض عائلية مثل الروماتيزم بأنواعه والسكر والضغط والصرع والزهري.....إلخ.

1-1-13-1 التاريخ الطبي والتدريب:

ويشمل معلومات عن تاريخ بدء ممارسة رياضة كرة القدم والرياضات الأخرى التي يمارسها اللاعب وتاريخ بدء ممارستها درجة النجاح الرياضي "بطولات" إصابات رياضية، عدد سنوات التدريب، التدريب في العام الأخير، كمية وحدة التدريب في الأسبوع، نوع التدريب أي شكوى طبية أثناء التدريب أو بعد المباريات.

1-1-13-1 العادات:

وتشمل الأدوية التي يستخدمها اللاعب بانتظام ساعات العمل، التدخين، ساعات النوم، الأدوية، المنشطة.....إلخ. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 193)

1-1-13-1 الفحص الطبي العام:

مساحة سطح الجسم، الوزن، الطول، النمو، نمط الجسم، السن البيولوجي بالإضافة إلى:

1-13-1-7 فحوصات العيون:

وتشتمل على قوة البصر، الملتحمة، جحوظ العينين، أخطاء الأبصار، "طويل أو قصير النظر أو الاستجماتيزم..... إلخ".

1-13-1-8 فحوصات الجلد:

وتشمل لون الجلد، بقع ملونة، جروح سطحية، بقع جلدية، أمراض.

1-13-1-9 فحوصات الفم والأسنان:

تتم بواسطة طبيب متخصص. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 194)

1-13-1-10 فحوصات قياس وضغط الحسم الشرياني الانبساطي والانقباضي.

1-13-1-11 الغدة الدرقية والغدة الليمفاوية.

1-13-1-12 الفحوصات المحلية:

وتشمل على فحوصات تفصيلية للقلب والصدر والبطن والجهاز الحركي العظام والمفاصل والعمود الفقري والغضاريف وتشوهات القوام وفحوصات الجهاز العصبي بوظائفه الحسية وانعكاساته وقياس القوة العضلية.

1-13-1-13 فحوصات تخطيط القلب:

وتشمل تخطيط القلب ونتائجه في الراحة أثناء المجهود بموجباته المختلفة، وكذلك تفاصيل تخطيط للاعب كرة القدم مع راحة عشر دقائق بعد المجهود. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 194)

1-13-1-14 فحوصات الوظائف التنفسية:

وتشتمل قياسات أقصى سعة تنفسية للاعب والسعة الحيوية المقاسة والمتوقعة ونسبتها لمساحة الجسم وقياس كمية أقصى زفير.

1-13-15 فحوصات خاصة بحجم القلب:

وتشتمل قياس حجم القلب هي صور الأشعة، ونسبته لمساحة الجسم ونسبته أيضا لأقصى نبض أكسجين.

1-13-16 فحوصات تخطيط العضلات:

وتشتمل تخطيط للعضلات الخلفية لعظم لوح الكتف وهي هامة في اللاعبين لاكتشاف أعراض مبكرة الخاصة بتلك العضلات. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 195)

1-13-2 قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية:

وتتم فيه الفحوص التي ذكرناها سابقا لتقييم كفاءة الجهاز الدوري التنفسي للاعب هوائيا ويتم تكرار الفحوص الطبية الفسيولوجية كل ثلاثة شهور للاعبين.

1-13-3 قسم الفحوص البدنية الخارجية (المورفولوجية):

وتشمل الطول والوزن وطول الأطراف السفلى والعليا، درجة تقوية المفاصل وكمية الحقون تحت الجلد وأي قياسات إضافية أخرى.

1-13-4 قسم الفحوص المعملية:

وتشمل الفحوص المخبرية العامة مثل:

1-13-4-1 فحوص الدم:

- صورة عامة للدم "هيموجلبين". (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 195)

- عدد كرات الدم البيضاء والحمراء والتفصيل الطبي والنوعي.

- نسبة هيموجلبين الدم.

- ملاحظات أخرى.

1-13-4-2 فحوص البول:

- نسبة الزلال إذا ما وجد

- الفحص المجري للبول.

- نسبة السكر إذا ما وجد

- ملاحظات أخرى.

1-13-4-3 فحوص البراز:

لاستبعاد وجود طفيليات الجهاز الهضمي.

1-13-4-4 فحوص معملية طبية أخرى:

مثل الفحوص النسيجية والتي تؤخذ فيها عينة من عضلات لممارسة رياضة كرة القدم، والنبوغ فيها من عدمه وتوفير لوقت الدولة والمدرّب والاتحاد وذلك من نوعية الآليات الغالبة على تكوينه العضلي.

كما تجري أيضا فحوص معملية أخرى للاعب أهمها:

- قياس نسبة حامض البنيكخي الدم.

- قياس نسبة الحقون وكولسترول الدم.

- قياس قياسات أخرى. (أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، صفحة 196)

1-14 علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي:

هناك علاقة وثيقة للطب الرياضي بالتدريب الرياضي العام، وعلى سبيل المثال نجد أن التقييم الطبي الفسيولوجي يسهل للمدرب المؤهل الاطلاع على مستوى اللياقة البدنية العامة لفريقه وبالتالي اختيار أنسب العناصر الجاهزة للمباريات، كذلك يقدم أخصائي الطب الرياضي للمدرب رأيه في خطط التدريب العام ومدى توقيتات تطبيقها لكل لاعب من حيث الجرعة التدريبية لكل منهم في كل تدريب، ورأيه في مواعيد الراحة والتغذية ونوعية التدريب اللازم وأثر الإصابات الحالية والسابقة على مستوى أداء كل لاعب، وذلك بالإسهام بالرأي والمشورة الطبية للمساعدة في اختيار أكفأ العناصر الجاهزة لتمثيل الفريق، ويشمل ذلك أيضا الإرشادات الطبية الخاصة بتجنب الإرهاق البدني ودراسات تأقلم الجهاز الدوري والتنفسي والجهاز العضلي مع مجهودات اللاعب. (أسامة رياض، إمام حسن التجمي، 1999، صفحة 142)

1-15 المدرب والطب الرياضي:

من أجل الوصول إلى أعلى مستوى تسمح به قدرات اللاعب من الناحية المهارية والبدنية وبأقل إصابات ممكنة، يجب على المدربين الإلمام الكافي بأسس ومبادئ الطب الرياضي، هذا الاحتياج أصبح ملحا في الدول النامية أكثر منه في الدول المتقدمة، وذلك بسبب قلة وجود الأطباء المتخصصين في هذا المجال.

في هذا المقال سوف نتناول فيه بالشرح الجوانب المختلفة لعلوم الطب الرياضي الذي يجب أن تتوافر في أي برنامج تعليمي لإعداد المدربين مع التركيز مع أهمية العمل الجماعي ما بين الأطباء، وأخصائي العلاج الطبيعي والمدربين لصالح رفع مستوى كفاءة اللاعب. (عادل علي حسن، الرياضة والصحة، 1995)

وفي هذه الأيام التي تزداد فيها درجة التخصص بشكل سريع، يفترض على المدرب أن لا يكتفي فقط بالخبرات والمعلومات التي تدور حول العملية التدريبية ترك كل الخبرات الأخرى لأفراد متخصص، هذا النوع في الواقع أمر غير حقيقي وغير واقعي بالنسبة لمجال الطب الرياضي، خاصة في الدول النامية التي تفتقر إلى العدد الكافي من الأطباء والمتخصصين، كما أنه غير ممكن، وفي بعض الأحيان يستحيل تنفيذه حتى في الدول المتقدمة، فدور المدرب الآن مكمل

للأدوار عليه الإلمام بالمعلومات الأساسية في كل علوم الطب الرياضي. (عادل علي حسن،
الرياضة والصحة، 1995، صفحة 76)

نلاحظ أن أغلب الخبرات تؤيد أن المدرب الذي يلم بالمعلومات الأساسية في مجال الطب
الرياضي يصبح قادرا على:

- فهم المشاكل المحيطة باللاعب، بعضها أن لم يكن أغلبها لها ارتباط بالناحية الطبية هذا
يجعل المدرب قادرا على اتخاذ الإجراءات الضرورية والصحية في الوقاية.

وفي تجنب أي تدهور للحالة الصحية للاعب، مما سوف يساعد حتما على زيادة وتدعيم العلاقة
ما بين المدرب واللاعب، وعلى هذا النقيض نجد أن المدرب غير الملم بعلوم الطب الرياضي
من المحتمل أن يدفع اللاعب إلى أكثر من حدوده وقدراته، مما يؤدي إلى نتائج سلبية وعكسية.

- اتخاذ قرار تحويل اللاعب إلى الطبيب المتخصص في الوقت المناسب. (عادل علي حسن،
الرياضة والصحة، 1995، صفحة 77)

- تقديم المساعدة الضرورية في حالة عدم تواجد أحد أفراد الفريق الطبي فوقت الطبيب مكلف
ويجب استغلاله بالطريقة المثالية، وواجبه الأساسي هو الاستشارة، العلاج، والتأهيل، ومن
الصعب تواجده في كل فترات التدريب أو المسابقات، هذا ما يحدث واقعا في الدول النامية التي
تعاني نقص شديد في الخدمات الطبية وليس عندها العدد الإضافي من الأطباء للعناية
بالأمراض أو حتى الوقاية، فيما ذلك بالعناية بالحسابات الرياضيين الأصحاء.

ومن الملاحظ أنه يمكن التغلب على نسبة كبيرة من المشاكل من المشاكل التي تواجه الرياضي
أثناء التدريب عن طريق شخصا مؤهل ملما بالمعلومات الطبية الأساسية دون الحاجة الماسة إلى
تدخل الطبيب المستمر فإذا تم إعداد المدرب في هذه الناحية فسيكون بلا شك قادرا على أداء
هذا الدور بنجاح. (عادل علي حسن، الرياضة والصحة، 1995، صفحة 77)

- مساعدة الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي في وضع وإعداد البرنامج التأهيلي المناسب للرياضي.

- تقديم الإسعافات الأولية بطريقة صحيحة وسليمة.

- فهم النواحي الميكانيكية التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بغرض المساعدة في الوقاية من حدوثها.

- اكتشاف الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى يتجنب اللاعب خطر الإصابة. (عادل علي حسن، الرياضة والصحة، 1995، صفحة 78)

- التشاور مع اللاعب في كل الأوقات بخصوص تأثير التدريب على الصحة والأداء.

وقد تبني هذا الاتجاه المؤتمر الطبي الذي عقده الاتحاد الدولي لألعاب القوى في مسكني في عام 1983، حيث أشار كثر من متحدث على أهمية إعداد المدرب الدور المناسب حتى في التشخيص وعلاج الإصابات الرياضية، وخاصة في الدول النامية التي تستطيع أن توفر العدد الكافي من الأطباء والمتخصصين، مع التركيز على العمل الجماعي ما بين المدرب، والطبيب، والرياضي، كما أشاروا إلى الدور البارز الذي يؤديه المدرب في المراحل المتأخرة من العلاج بالإشراف على التدريبات التي توصف لتأهيل الإصابة والتي تحافظ على اللياقة للاعب، بالإضافة إلى مسؤوليته في اكتشاف التي تحدث أثناء الأداء وتساعدته وبالتالي في تقويم الإصابات المختلفة. (عادل علي حسن، الرياضة والصحة، 1995، صفحة 78)

1-16 الأهداف الأساسية للمراقبة الصحية وطرق تحقيقها في الأنشطة الرياضية:

1-16-1 الأهداف الأساسية للمراقبة الصحية في الأنشطة الرياضية:

تتكون الأهداف الأساسية للمراقبة الصحية في مجالات الأنشطة الرياضية مما يلي:

- دراسة تأثير مختلف عوامل وظروف البيئة الخارجية على المستوى الصحي والكفاءة البدنية للمدرب الرياضي.

- وضع القواعد الصحية والمستويات المعيارية لممارسي الأنشطة الرياضية من أجل توفير الظروف المثالية لإتمام عمليات التدريب الرياضي، والاشتراك في المنافسات الرياضية على أثر المستويات. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح وكمال عبد الحميد إسماعيل، 2001)

- الدراسة العلمية لوضع القواعد والمستويات المعيارية الصعبة الخاصة بالعوامل الطبيعية اللازمة لتقوية الصحة ورفع المستوى الصحي لممارسي الأنشطة الرياضية.

1-16-2 طرق تحقيق الأهداف الصحية في مجالات الأنشطة الرياضية:

تستخدم طرق صحية مختلفة لتحقيق الأهداف الصحية في مجالات الأنشطة الرياضية، وذلك عن طريق الدراسات التجريبية والملاحظة لعمليات التدريب الرياضي والمنافسات الرياضية وعلم الاجتماع الرياضي وعلم الطب الرياضي. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح وكمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 51)

اتجهت الدراسات الحديثة في علم الصحة في مجالات الأنشطة الرياضية على دراسة الجوانب الصحية التي ترتبط بأنواع الأنشطة الرياضية التي تتميز بالاحتكاك بصفة عامة، ودراسة الصحة التي ترتبط بجوانب علم الاجتماع الرياضي بصفة خاصة، حيث حققت هذه الدراسات الوصول إلى قواعد صحية تطبيقية، على مختلف الأفراد والمجتمعات الرياضية من خلال نظام إعداد الرياضيين في مختلف مجالات الأنشطة الرياضية حيث يرتبط نمو الصحة الرياضية وذلك من خلال نظام التدريب الرياضي والمنافسات الرياضية، حيث تساعد الجوانب الصحية على إنجاح إعداد الرياضيين من خلال تنظيم اليوم صحيا والتي منها الصحة الشخصية والتخصيص والتغذية الخاصة والوسائل الصحية لاستعادة الشفاء وغيرها من جوانب علم الصحة في مجالات الأنشطة الرياضية. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح وكمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 51)

إن جوانب علم الصحة في مجالات الأنشطة الرياضية عوامل لها أهميتها التنفيذية في مجالات التدريب الرياضي والمنافسات الرياضية، ونظام العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بهم عند

إعداد الرياضيين نظرا للتأثير العميق للجوانب الصحية على جسم اللاعب، التي قد تحقق الوصول إلى الموصفات المثالية للجوانب التنفيذية للتدريب الرياضي، والمنافسات الرياضية وعلم الاجتماع الرياضي وعلم النفس الرياضي.

يضمن استخدام الأمثل للعوامل الصحية عند توجيه التدريب الرياضي والوصول باللاعب على المستوى الصحي العالي، ويوفر له الاحتفاظ بأعلى مستوى رياضي يصل إليه اللاعب خلال الموسم التدريبي (الفورمة الرياضية) كما يساعد على سرعة تكيفه للواجبات الخارجية الصعبة التي قد تصادفه عند الأداء الرياضي في ظروف خاصة، والتي قد يكون منها الأداء الرياضي في الجو الحار، أو الأداء الرياضي فوق المرتفعات الأمر الذي دعا إلى انتشار تجارب أكثر اتساعا وعمقا في مجال الصحة في الأنشطة الرياضية من أجل تطبيق المبادئ الصحية ضد القوى الطبيعية في الطبيعة للانتفاع بتأثيراتها في توجيه عمليات التدريب الرياضي والمناقصات الرياضية، باعتبار أن هذه المشكلات تدخل تحت نطاق البيئة الخارجية للرياضيين.

إن اعتبار الصحة مادة عملية في مجال الأنشطة الرياضية من بين المواد الهامة في إعداد وتأهيل العاملين في مجال الأنشطة الرياضية، أمر دعا إلى ظهور الكثيرين من المختصين في مجال الصحة من أجل

الاهتمام بالأسس الصحية في إعداد الرياضيين. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح وكمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 51)

17-1 مسؤولية أخصائي الطب الرياضي وتدريب وإعداد اللاعبين:

وتقوم على عدة دعائم وعناصر أساسية:

1 17 1 تقييم الحالة الصحية.

أ_الاختبارات الصحية للرياضيين:

يجب الاهتمام بحالة الرياضي الصحية وذلك عن طريق الكشف الطبي الأولي وإجراء الاختبارات والفحوصات الخاصة التي تحدد بدقة الحالة العامة التي يكون عليها الرياضي في مختلف النواحي الصحية والتشريحية والبدنية والنفسية حيث أنه في حالة وجود أي خلل في هذه الاختبارات يصبح من الصعب الوصول باللاعب إلى المستويات العالية. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 14)

كذلك يجب الاهتمام بالكشف الطبي الدوري الشامل باستمرار قبل بداية الموسم الرياضي وأثناء ممارسة النشاط الرياضي للوقوف على قدرته للاستمرار في أداء التدريبات الرياضية أيضا التأكد من عدم وجود أمراض قد تؤثر على الأجهزة الحيوية وبالتالي على ممارسته للرياضة مثل الحمى الروماتزمية أمراض القلب والجهاز التنفسي الالتهاب الكبدي، مرض الكلى، الأورام (الحميدة، الخبيثة). (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 14)

ب_الاختبارات النفسية:

إن فقدان الثقة بالنفس وال فشل والخوف من الإصابة من الممكن أن تمنع اللاعب من بدل أقصى مجهوداته وإمكانياته.

مما يزيد من خطر الإصابة لذلك يجب إجراء الاختبارات السيكولوجية بصفة مستمرة لاكتشاف أي خلل يصعب معه الوصول باللاعب للمستوى الرياضي العالي.

ج_الاختبارات الفسيولوجية:

عند قيام الرياضي بمجهود عضلي فإنه تحدث داخل جسمه بعض التفاعلات الفسيولوجية، وبناءا على ذلك فإن تقييم الحالة الفسيولوجية للرياضي بالطرق العلمية السليمة والعمل على تحسينها بالبرامج التدريبية المتقنة له أهمية كبيرة ويتم ذلك عن طريق الاختبارات التالية:

❖ قياس النبض عند بذل أقصى مجهود بدني.

❖ قياس النبض عند الراحة.

❖ قياس أقصى استهلاك للأكسجين

❖ قياس أقصى طاقة تنفسية

ملحوظة:

يجب إجراء تقييم الحالة الفسيولوجية للرياضيين كل ستة أسابيع وذلك لمتابعة المقدرة (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 15)

الفسيولوجية للرياضيين وبناءا عليها يتم وضع الجرعات التدريبية المناسبة حتى لا يتسبب في حدوث الإصابات.

د_ الاختبارات التشريحية والبدنية:

يتم إجراء الاختبارات التشريحية للكشف عن أية انحرافات أو تشوهات قوامية حيث يزداد معدل الإصابات في حالات الانحرافات القوامية لأي جزء من أجزاء الجسم، بالإضافة إلى أنها تعوق القيام بالمجهود الرياضي، وأيضا قياس الطول والوزن وقياس القوة العضلية والمرونة والتحمل والرشاقة للتعرف على النمو واستعداد نوع الجسم للنشاط الرياضي لحماية اللاعب من التعرض للإصابات. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 15)

هـ_ الاهتمام بالتغذية:

تعتبر التغذية السليمة من العوامل الهامة التي يجب مراعاتها للمحافظة على صحة الرياضيين حيث أن تناول وجبات متوازنة غذائيا باستمرار يؤدي إلى الاحتفاظ بمستوى أداء عالي بينما نلاحظ أن الإفراط في تناول نوع واحد على حساب الأنواع الأخرى قد يؤثر سلبيا على مستوى الأداء الرياضي لذلك يجب دراسة هذه النوعيات لاختبار أفضل النوعيات الغذائية لكل رياضة على حدة يجب الاحتفاظ بمستوى غذائي عالي حيث أنه يعمل على بناء أنسجة الجسم وحمايتها كما يمد الجسم بالوقود وتجدد المصادر المولدة للطاقة، وكذلك التغلب على العوامل التي تؤدي للإجهاد والتعب العضلي وسرعة التفاعلات كيميائية المولدة للطاقة لذلك يجب على الرياضي تناول الغذاء الذي يتناسب مع الجهود المبذولة لنوع النشاط الرياضي وأيضا يناسب السن والجنس. (مرفت السيد يوسف، 1991، الصفحات 15-16)

- يجب احترام مواعيد التغذية وعدم تناول الطعام قبل المباراة أو التدريبات بثلاث ساعات.

- تناول كمية مناسبة من السوائل لتعويض ما يفقده الجسم وخاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة

وأثناء التدريبات ذات الشدة العالية، حيث أن نقص الماء والأملاح يؤدي "إلى الإجهاد السريع وتزايد

احتمال الإصابة.

- توجيه اللاعب لعدم تناول المنشطات الصناعية لما لها من تأثير فسيولوجي ضار بالجسم، بالإضافة إلى أضرار جانبية خطيرة على مستقبل الرياضي حيث أنها تساعد اللاعب على بذل مجهود يزيد عن إمكانيات اللاعب الفسيولوجية لما قد يتسبب في مضاعفات خطيرة قد يؤدي إلى الوفاة. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 16)

1-17-2 توفير عوامل الأمان الرياضي:

✓ من الضروري عند ممارسة النشاط الرياضي التأكد من التجهيزات والمعدات ومدى فاعليتها للاستخدام الجيد حيث أنها تلعب دورا رئيسيا في حماية اللاعبين وتقليل نسبة حدوث الإصابات.

✓ ارتداء الملابس التي تتناسب مع نوع النشاط الممارس ودرجة حرارة الجو (الطقس)

✓ ارتداء الأحذية التي تتناسب أيضا مع نوع النشاط الرياضي.

✓ سلامة ارض الملاعب من الحفر والأحجار وان تكون ارض الملعب مناسبة لنوع النشاط الممارس.

✓ تدريب اللاعب على كيفية السقطات الأرضية لتقليل شدة الإصابة.

✓ توجيه اللاعبين إلى طاعة القوانين التي تكفل الأمانة والحماية لهم. (مرفت السيد يوسف،

1991، الصفحات 15-16)

1-17-3 الاهتمام بالبرنامج التدريبي:

مما لاشك فيه أن البرنامج الجيد الذي يوضع ويبنى على أسس علمية سليمة يلعب دورا حيويا في مجال الأمان الرياضي وحماية اللاعبين وتقليل عوامل الخطر، لذلك يجب على القائمين بعملية التدريب الاهتمام بالنقاط الآتية:

- العمل على تهيئة أجهزة الجسم المختلفة وإعدادها لتتناسب مع طبيعة المجهود الذي يقوم به اللاعب وذلك عن طريق الإحماء الجيد العام والخاص.

- العناية لتنمية أجهزة الجسم الحيوية والعمل على رفع كفاءتها وكذلك تنمية العضلات والمفاصل والأربطة بهدف الوصول إلى أقصى مستوي من اللياقة البدنية. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 17)

- مقاومة التعب والإجهاد من العوامل المؤثرة في حماية اللاعبين حيث أن الإجهاد يقلل من كفاءة وقدرة اللاعب على الاستمرار في التدريب.

- يراعي الالتزام بمبدأ التدرج في بذل الجهد لإتاحة الفرصة للأجهزة بالتكيف مع النشاط الرياضي.

- الاهتمام بفترة الاستشفاء بعد المجهود وبين فترات التدريب لكي تسمح لعودة أجهزة الجسم إلى المستوى الوظيفي ويجب أن تتناسب مع نوع المجهود المبذول ولياقة اللاعب. (مرفت السيد يوسف، 1991، صفحة 17)

1-18 القواعد الصحية للأنشطة الرياضية:

تتمثل القواعد الصحية للأنشطة الرياضية المختلفة في جوانب متعددة يأتي في مقدمتها مايلي:

- يتحقق تنفيذ القواعد الصحية للأنشطة الرياضية من خلال الصحة العامة والصحة الشخصية

- تحديد اختيار الملابس الرياضية التي تستخدم في كل نشاط رياضي في نطاق المواصفات الفنية الخاصة بكل نوع من أنواع الأنشطة الرياضية بقواعد كل منها.

- تنظيم يوم العمل والتدريب والترفيه وما إلى ذلك للاعب كل نوع من أنواع الأنشطة الرياضية. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح و كمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 367)

- نظام التغذية وتوقيتاتها للاعب كل نوع من الأنشطة الرياضية على مدار الموسم الرياضي سواء خلال الراحة النشطة أو التدريب الرياضي أو التدريب التنافسي أو خلال كل يوم من أيام المنافسات.

- اختيار أنسب الأماكن وأفضل التوقيتات للخصائص المرتبطة بطبيعة المنشآت والأدوار الرياضية وطبيعة التدريب الرياضي والمنافسة.

- تنفيذ التدريب الرياضي في نطاق نظريات التدريب طبقاً للأسس العلمية التي بنيت على أساسها وبما يتماشى مع الأسس الفنية والنفسية لكل نوع من أنواع النشاط الرياضي.

- الوقاية من الإصابات الرياضية التي قد تحدث قبل التدريب الرياضي وأثنائه أو خلال المنافسات طبقا لنوع النشاط الرياضي. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح و كمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 367)

1-19 العناصر الأساسية للرقابة من الإصابات الرياضية:

إن الوقاية من الإصابات هدف هام، فهناك اثر ضار من الإصابة الرياضية كما أننا نبذل جهودا كبيرة لابتكار طرق ووسائل للتأثيرات الناتجة عن الإصابة الرياضية، فلو اتخذنا الإجراءات الوقائية من حدوث هذه الإصابات فان ذلك قد يعود علينا بالكثير لذلك يجب الاهتمام بالعناصر الآتية:

- إجراء الفحص الطبي الشامل للرياضي قبل بدء الموسم وأثناءه للتأكد من سلامته. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح و كمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 367)

- الاهتمام برفع المستوى المهاري ومستوى اللياقة البدنية للاعبين حيث أن انخفاضها يزيد من معدل الإصابات ويقلل من تحكم اللاعب في تحركاته.

- الاهتمام بالإحماء حيث انه يحسن من القوة وسرعة الحركة ويزيد من مطاطية الأنسجة.

- تجنب الشحن الذاتي قبل المنافسة حيث يؤدي إلى التسرع في بذل الجهد بالإضافة إلى سرعة الشعور بالتعب والإحباط.

- وأخيرا الاهتمام بفترات النوم والراحة والاسترخاء فالنوم ثمانية ساعات في اليوم تعتبر فترة كافية للراحة وأيضا فترات الاسترخاء بين التدريب الشديد له أهمية كبيرة حيث يساعد على تحسين حالة عضلات اللاعب وحفظها في حالة نشيطة مستعدة لأداء المجهود. (أبو العلا أحمد عبد الفتاح و كمال عبد الحميد إسماعيل، 2001، صفحة 22)

الخلاصة:

إن الطب في خدمة الرياضة، والرياضة تساهم بدورها في الحفاظ وتطوير صحة الأفراد الممارسين لها، فهناك علاقة وطيدة بين الرياضة والطب الرياضي. وعلى هذا فإن المراقبة والسلامة والوقاية تعتبر مبدأ هاما لأقصى درجة خلال التخطيط والتنفيذ للتدريب الرياضي، وقطاع كرة القدم بشكل عام

الفصل الثاني

داع السكري

و كرة اليد

تمهيد:

يعتبر داء السكري من الأمراض الشائعة تصل نسبة انتشاره في بعض الدول العربية إلى حوالي 6 % من عدد السكان، أما العالم العربي فيبلغ عدد المصابين به إلى حوالي 135 ألف نسمة تقريباً ممن يعتمدون على الأنسولين في العلاج وتؤكد بعض الإحصائيات أن هناك 1 من كل 600 طفل أو مراهق مصاب بمرض السكر ومن الملاحظ ازدياد عدد المصابين بمرض السكري زاد التقدم العلمي الطبي والتكنولوجي سواء في أدوات التشخيص أو العلاج وليس هناك عمر محدد للإصابة.

ومرض السكري ليس قابلاً للشفاء التام في أغلب الأحوال ولكن من المؤكد أنه إذا نال الرعاية الكافية فسوف يمكنه من التحكم في أعراض المرض مما يؤدي إلى حياة طبيعية .

وتعتبر رياضة كرة اليد واحدة من الأنشطة الرياضية التي لاقت استحساناً وإقبالاً شديدين من الأطفال والشباب من كلا الجنسين فرغم عمرها القصير نسبياً إذا ما قورنت بعمر بعض الألعاب الأخرى فقد استطاعت هذه الرياضة أن تقفز إلى مكان الصدارة في عدد ليس بقليل من الدول في بعض السنين ، هذا بالإضافة إلى انتشارها كنشاط رياضي وترويحي في معظم دول العالم .

كما أن كرة اليد بما تتضمنه من مهارات حركية متنوعة تتطلب من ممارسيها امتلاك العديد من القدرات الحركية العامة والخاصة وبشكل خاص التوافق العضلي العصبي والرشاقة والقوة المميزة بالسرعة كما أنها تتطلب امتلاك قدرات عقلية ونفسية مضافة إلى مهارات وفنون اللعبة الفردية والجماعية .

2 مرض السكري:

2-1 تعريف مرض السكري:

مرض السكري كما عرفته منظمة الصحة العالمية في جنيف عام 1979 هو حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عوامل وراثية أو مكتسبة أو نتيجة عوامل أخرى، وهي تعني نقصاً مطلقاً أو نسبياً في كمية الأنسولين التي تفرزها غدة البنكرياس مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في

الدم والبول واضطراب في أكسدة الدهون والبروتينات والكربوهيدرات . (محمد حسين البشتاوي، 2004)

2-2 أعراض المرض:

لا توجد أي علامات أو أعراض للمرض في المراحل الأولى من المرض ولا تظهر العلامات عادة إلا بعد استفحالها ، وعدد كبير من المرضى يكتشف عندهم عن طريق الصدفة أو أثناء إجراء فحوصات الطورية وجميع ترجع إلى عدم القدرة على أكسدة الجلوكوز أهم هذه الأعراض هي:

- ✓ الإجهاد وإنهاك القوى وزيادة العصبية.
- ✓ زيادة العطش والبول.
- ✓ جفاف الفم.
- ✓ الشعور بالجوع ونقص الوزن والضعف العام.
- ✓ تأثيره على العين حيث يقصر النظر ويصاب المريض بالصداع.
- ✓ إمساك وآلام المعدة.
- ✓ شفاء القروح بشكل بطيء. (د. أمين رويجية، 1983)

2-3 أنواع مرض السكري:

لمرض السكر عدة أنواع ولكنها تقع تحت نوعين رئيسيين هما:

أولاً: سكري الأطفال واليافعين (IDDM) وهو السكري المعتمد على الأنسولين.

ثانياً: سكري الكبار (NIDDM) وهو غير معتمد على الأنسولين. (كامل عجلوين، 2010)

2-3-1 النوع الأول (IDDM) سكري الأطفال واليافعين:

هذا النوع يصيب الأطفال والشباب قبل أن يبلغوا سن الثلاثين عاما حيث تكون نسبة المصابين بمرض السكري من هذا النوع 5% من مجموع المصابين بمرض السكري.

ويغلب على المصابين به الهزل والضعف حيث يعجز البنكرياس تماما على إفراز هرمون الأنسولين، ويعتمد الأشخاص المصابين بهذا النوع في العلاج على عملية الحقن بالأنسولين بشكل رئيسي.

2-3-2 النوع الثاني (NIDDM) سكري الكبار:

في هذا النوع يستطيع البنكرياس إفراز الأنسولين ولكن بكميات قليلة وهذا النوع يصيب كبار السن الناضجين وتكون نسبة المصابين به حوالي 90% من مجموع المصابين بمرض السكري. ويتميز الأشخاص المصابين بهذا النوع بالسمنة حيث يعتمدون في العلاج على خفض الوزن وضبط الغذاء (الحمية) وتناول أقراص تخفض السكر. (كامل عجلوين، 2010، صفحة 08)

2-4-4 إرشادات لمرضى السكري:

توجد عدة طرق ووسائل وإرشادات يمكن من خلالها التخفيف من حدة الأعراض للمصابين بداء السكري وتجنب الإصابات وتفاقم المرض ونذكر منها:

2-4-1 الأكل الصحي:

سوف يحتاج المريض بداء السكري إلى الكثير من الفاكهة، الخضار، والحبوب الكاملة أي المأكولات الغنية بالمغذيات والمنخفضة بالدهون والسعرات الحرارية والقليل من المنتجات الحيوانية والمحليات. حتى المأكولات التي تحتوي على سكر مسموحة من وقت إلى آخر، طبعاً هذا إن كانت جزءاً من نظامهم الغذائي. (محمد رفعت، 1997)

- **النشويات:** تشكل النشويات أهم مصدر من السكر في الدم. لحمية السكري، النشويات المعقدة من الخضار والحبوب الكاملة هي الأفضل، إذ تأخذ وقتاً أطول للهضم وتحتوي على الألياف. فالألياف مهمة جداً لتفادي أمراض القلب وداء السكري من النوع الثاني، كما أنها تساعد على خسارة الوزن الزائد. الأطعمة كالبطاطس والمعكرونة مهمة جداً، ولكن بكمية محدودة. أما النشويات البسيطة فيجب تفاديها.

- **الدهون:** على المصابين بداء السكري تفادي الدهون الحيوانية، فهي تشكل أهم مصدر للكوليستيرول وتؤثر سلباً في صحة القلب. في حين أن المكسرات وزيت الزيتون تعتبر من

الدهون الصحية.

- **البروتينات:** تعتبر البروتينات خيارا سليما وصحيا لحمية السكري، إذ إنها لا تزيد من نسبة السكر في الدم كما تفعل النشويات، ولا تزود الأشخاص بسعرات حرارية عالية كما تفعل الدهون. يفضل استهلاك الدهون الآتية من: الخضار، والحليب ومشتقاته القليلة الدسم، واللحوم قليلة الدهون.
- **الألياف:** تساعد الألياف في عملية الهضم، و تزيد من قدرة الجسد إلى التنبه إلى الأنسولين، مانعة بذلك ارتفاع السكر في الدم. المصادر الغنية بالألياف هي: الخضار، الفاكهة، الحبوب الكاملة والمكسرات.
- **الكافيين:** إذا كان المريض يعاني من السكري النوع الثاني و يحاجه صعوبات في التحكم بمستويات السكر في الدم، يستحسن الحد من الكافيين في نظام هـ الغذائي لأن ذلك قد يؤدي إلى تحسن. (محمد رفعت، 1997، الصفحات 11-12)

2-4-2 الحرص على الوجبات الغذائية:

لا يجب على المصاب بداء السكري أن ي همل وجبات الطعام ، عندما تكون تأخذ الأنسولين، يجب عدم إهمال أو غض النظر عن أي وجبة طعام، إذ إن الأنسولين سيظل يزيد من نسبة السكر في الدم، حتى إن لم يكن يوجد كميات كافية منه، مؤدياً إلى نقص مفاجئ بمعدل السكر. من المهم جدا تناول الطعام في الأوقات ذاتها دائما، واختيار نوع الأطعمة ذاتها، إذ إن هذا يساعد على الحفاظ على معدل مستقر من السكر في الدم.

2-4-3 المحافظة على ضغط الدم الكوليستيرول في الدم:

وذلك على مستويات مقبولة عن طريق الأكل الصحي، والابتعاد عن الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من الملح والدهون، وممارسة الرياضة بشكل متواصل قد تساهم بشكل كثيرا بالتحكم بضغط الدم ومستوى الكوليستيرول في الدم، لكن قد يحتاج المريض إلى تناول أدوية أيضا.

2-4-4 ممارسة الرياضة:

الجميع بحاجة إلى ممارسة الرياضة بشكل متواصل، فالذي يعاني من السكري هو أيضا بحاجة إلى الرياضة. الرياضة تؤدي إلى انخفاض مستوى السكر بالدم من خلال نقل السكر من الدم

إلى الخلايا حيثما يستخدم السكر للطاقة. الرياضة أيضا تزيد من حساسية الجسم تجاه الأنسولين مما يعني أن الجسم يصبح بحاجة أقل للأنسولين لكي يقوم بنقل السكر للخلايا. على المصاب بداء السكري ممارسة الرياضة لمدة لا تقل عن 30 دقيقة في معظم الأيام في الأسبوع.

2-4-5 تفادي التدخين:

إذا كان المصاب بداء السكري من المدخنين، يجب أن يطلب من الطبيب أن يساعد على الإقلاع. فالتدخين يزيد من خطر تعقيدات السكري ومنها نوبة قلبية، جلطة، تلف الأعصاب، ومرض الكلى. بالحقيقة، المدخنون الذين يعانون من السكري هم معرضون ثلاث مرات أكثر للموت من أمراض القلب من غير المدخنين المصابين بالسكري بحسب رابطة مرض السكري الأمريكية. (محمد رفعت، 1997، صفحة 12)

2-4-6 تجنب الضغط والتوتر:

إذا كان المريض تحت ضغط معين، فمن السهل أن يبعد عن البرنامج الذي يعالج السكري. أما الهرمونات التي يمكن أن ينتجها الجسم ردا على الضغط المطول يمكن أن توقف الأنسولين من العمل بشكل صحيح. الإجهاد الزائد قد يزيد من نسبة السكر في الدم. يجب أن يحاول أن يتحكم بأولويات عمله، ويتعلم تقنيات الاسترخاء، والإطالة من ساعات النوم.

2-4-7 خسارة الوزن:

الوزن الزائد يزيد من عوارض داء السكري إذا كان وزن المريض زائداً عما يجب، خسارة حتى 5% من وزنه يمكن أن تخفف من خطر السكري. إذا أراد إبقاء وزنه ضمن المدى الصحي، عليه التوليف على تغييرات دائمة في عادات الأكل وممارسة الرياضة.

2-4-8 تجنب التعقيدات:

من المعروف أن داء السكري يزيد من فرصة الإصابة بأمراض أخرى مرتبطة بالقلب، والعيون، والكلى والأرجل. فيمكن تفادي هذه الأمراض من خلال إتباع نظام غذائي خاص وصارم.

2-4-9 تفقد نسبة السكر باستمرار:

على مريض السكري متابعة نسبة السكر في الدم بشكل منتظم من أجل السيطرة عليه ، ويتويج النتائج بشكل دائم وإعرضها على فريق الصحة. عليهم معرفة ما هي النسبة المقبولة من السكر قبل الأكل وبعده. (محمد رفعت، 1997، الصفحات 12-13)

2-5 علاج السكر بواسطة الحقن:

أصبح العلاج بواسطة الأنسولين شائعاً أكثر في الفترة الأخيرة، رغم رفض العديد من المرضى تقبل العلاج بواسطة حقن بشكل يومي. وينقسم علاج الأنسولين إلى نوعين: (عبد الكريم خويلة، 2002، صفحة 96)

2-5-1 العلاج بواسطة أنسولين ذو فعالية طويلة الأمد:

وهو عبارة عن حقن يومية، توفر للجسم كمية الأنسولين الأساسية. وهو ما يهون على المريض قبول العلاج أكثر، نظراً لعدم الحاجة إلى الحقن لأكثر من مرة يومياً. ومن الممكن وصف هذا النوع من العلاج مع أدوية أخرى، يتم تناولها بواسطة الفم، لموازنة المرض بشكل أكثر نجاعة.

2-5-2 العلاج بواسطة أنسولين ذو فعالية قصيرة الأمد:

وهو الأنسولين الذي يؤخذ مباشرة بعد تناول الوجبات اليومية، وعادة ما يتم ملائمة كمية الأكل لكمية الأنسولين قصيرة الأمد المتناولة بعده. (عبد الكريم خويلة، 2002، صفحة 96)

2-6 أهمية الأنشطة الرياضية عامة وكرة اليد الخاصة لمرضى داء السكري:

أثبتت الدراسات الحديثة أن النشاط الجسدي الرياضي له أهمية كبيرة على المصابين بداء السكري لكن ضمن شروط وظروف خاصة يجب مراعاتها. ومن أهم نتائجه على جسم الرياضي المصاب :

- ينقص سكر الدم وضغط الدم.
- ينقص الكوليسترول الضار ويرفع الكوليسترول المفيد.
- يحسن قدرة الجسم على استعمال الأنسولين.

- يُنقص خطر أمراض القلب و السكتات.
- يُحافظ على القلب والعظام قوية.
- يُحافظ على المفاصل مرنة .
- يُنقص خطر تعرضك للسقوط.
- يُساعد في إنقاص الوزن.
- يُنقص شحم الجسم.
- يُعطيك مزيداً من الطاقة.
- يُنقص الشدة والتوتر لديك .(هناء زروق، 2001)

2-7 أهم المضاعفات السلبية للنشاط البدني عامة وكرة اليد خاصة على المصابين بداء السكري:

النشاط الجسدي قد يسبب نقص سكر الدم في الناس الذين يأخذون الأنسولين أو الحبوب الخافضة لسكر الدم بما فيها السلفونيل يوريا (مثل داونيل) والميغلتيينيد مثل (نوفونورم) بعض الحبوب لا تسبب نقص سكر الدم مثل الغلوكوفاج .

نقص سكر الدم يمكن أن يحدث أثناء الرياضة أو بعدها بقليل أو حتى في اليوم التالي وبالتالي يشعر المريض بالرجفان والضعف والتخليط والهياج والجوع و التعب وقد يتعرق بشدة أو يشعر بالصداع , أما إذا انخفض سكره أكثر فقد يغيب عن الوعي أو يصاب بنوبة صرع .

على كل حال يجب أن تبقى نشيطاً فيزيائياً و هناك بعض الخطوات لتجنبك هبوط السكر .(هناء زروق، 2001، صفحة 86)

2-8 الخطوات الواجب إتباعها لمرضى السكري لتجنب المضاعفات السلبية قبل ممارسة النشاط البدني:

2-8-1 قبل الرياضة:

يجب على الرياضي المصاب بداء السكري تجنب الرياضة إذا كان قد نسي تناول الوجبة السابقة وعليه أن يفحص سكر الدم إذا كان أقل من 100 ملليجرام/ 100 مليلتر في الدم عليه تناول

وجبة خفيفة .

إذا كان يأخذ الأنسولين يجب عليه أن يبأل الطبيب قد يكون بحاجة لإنقاص جرعة الأنسولين قبل الرياضة .

2-8-2 خلال الرياضة:

- عليه بوضع حزام تعريف أو بطاقة تعريف في جيبه .
- يجب دوما أن يحمل مع طعاماً أو حبوب الغلوكوز ل يكون مستعداً في حال حدوث نقص سكر الدم .(د.أمين رويحية، 1983، صفحة 98)
- إذا كان سيمارس الرياضة أكثر من ساعة يجب إن يفحص دم هبفواصل منتظمة وقد يحتاج لوجبة خفيفة قبل إنهاء التمارين الرياضية .

2-8-3 بعد الرياضة :

- يجب فحص السكر لدى الرياضي المصاب بداء السكري لمعرفة إلى أي مدى تؤثر الرياضة في خفض سكر الدم لديه . (د.أمين رويحية، 1983، صفحة 98)

2_9 أهم الفحوصات الواجب القيام بها لمريض السكري لمزاولة أي نشاط بدني:

2_9_1 فحص الهيموغلوبين أ 1 سي (hemoglobin a1c):

ما يعرف بفحص السكري "التراكمي"، يساعد فحص الهيموغلوبين المريض والطبيب على معرفة مدى مستوى ارتفاع السكر خلال فترة معينة " 3 أشهر".

خلايا الدم الحمراء تحتوي على الهيموجلوبين الذي يحمل الأكسجين لجميع خلايا الجسم, جزيئات السكر "الغلوكوز" الموجودة في الدم تلتصق بجزيئات الهيموجلوبين ويسمى ب "الهيموجلوبين السكري GLYCATED HEMOGLOBIN" وكل ما زاد مستوى السكر في الدم زادت نسبة التصاق السكر في الهيموجلوبين ومن هنا أتت فكرة هذا الفحص.

المعدل الطبيعي للهيموغلوبين أ 1 سي في الناس الطبيعيين 5% أما أكثر من 7 % تدل على أن المريض لا يعتني ولا يتحكم بمستوى السكر في الدم ، المطلوب من مريض السكري أن تكون

نتيجة الفحص اقل من 7% وهذا يدل على أن المريض يتحكم أكثر بمستوى السكر إما عن طريق إتباع حمية غذائية مناسبة وملئمة له، أو عن طريق ممارسة التمارين الرياضية " عمل جهد كاف لحرق السكر في الدم " ، أو يدل على انه ملتزم في العلاج الموصوف له من قبل الطبيب وأن العلاج مناسب له.

وكل ما قلت نتيجة الفحص " أقل من 7% " ، كلما كانت المضاعفات اقل، ينصح بعمل هذا الفحص كل 3 أشهر ولا يحتاج للصيام للقيام بذلك. (مهند حسين، 2004، صفحة 103)

2-9-2 فحص شبكية العين:

هو عبارة عن فحص لحدة النظر وفحص دقيق لشبكية العين ، حيث يقوم طبيب العيون بقطر مادة في العين وذلك لتوسيع البؤبؤ لفحص شبكية العين، استمرار ارتفاع السكر في العين يتلف الشعيرات والأوعية الدموية والخلايا العصبية في العين، وبزيادة نسبة الارتفاع ومدة ارتفاعه يزيد من إتلاف هذه الخلايا، يقوم الجسم بالرد ببناء شعيرات دموية جديدة على الشبكية هذه الشعيرات الجديدة تقلل من حدة البصر وتضغط على الشبكية وبالتالي يمكن أن تتلف الشبكية وتؤدي إلى فقدان البصر ويسمى اعتلال الشبكية السكري.

2-9-3 فحص الدهون:

منها فحص الكوليستيرول، الأحماض الدهنية الثلاثية، مستوى الكوليستيرول السيئ "LDL" ومستوى الكوليستيرول الجيد "HDL" وذلك كل سنة على الأقل، ولكن ينصح بتكرار الفحوصات للمعرضين لأمراض القلب والشرابين. (مهند حسين، 2004، صفحة 104)

2-9-4 فحص وظائف الكلى:

الحصول على اختبار البول السنوي للتحقق من وجود "بروتين، أو دم " في البول على الأقل مرة في السنة للتحقق من الكرياتينين. يشير فحص الكلى على مدى فعالية الكلتيين.

2-9-5 فحص ضغط الدم:

ينصح بإجراء فحص الدم عند كل زيارة للطبيب ، يهدف ذلك لوصول لضغط دم اقل من

80/130 لمريض السكري خصوصا الذي لا يعاني من مضاعفات،

هناك أيضا فحوصات أخرى يقوم بها الطبيب وذلك حسب حالة مريض السكري وتختلف من مريض لآخر. ويجب استشارة الطبيب دائما عند إجراء هذه الفحوصات. (مهند حسين، 2004، الصفحات 104-105)

2-10 أنواع الرياضات التي على مريض السكري تجنبها:

إذا كان لدى مريض السكري مضاعفات داء سكري تجعله يتجنب بعض التمارين التي تجعل مشاكله أسوأ مثلا الرياضة التي تزيد الضغط في الأوعية الدموية في عينيه مثل رفع الأثقال يمكن أن يسبب لمشاكل العين السكرية .

إذا كان لديه إصابة عصبية من السكري تجعله يحس بالخدر في رجليه ، سيقترح عليه طبيبه أن يمارس السباحة بدلا من المشي و تمارين الإيروبيك .والخدر يعني أن قدميه لا تحس بأي ألم من التقرحات أو الفقاعات في قدميه وبالتالي لن يلاحظها ، و ثم قد تصبح أسوأ وتؤدي إلى إختلاطات خطيرة ، يجب على المصاب بداء السكري التأكد من ممارسة الرياضة وهو يلبس الجرابات القطنية المريحة والأحذية المناسبة تماما للنشاط الذي سيمارسه ، بعد إجراء الرياضة يجب عليه تفحص قدميه من أجل الجروح والقروح والفقاعات والإحمرار .(هناء زروق، 2001، صفحة 78)

2-11 الإجراءات الواجب عملها في حال نقص السكر في الدم (بعد النشاط البدني):

في حالة نقص معدل السكر بالدم بعد النشاط الرياضي (إذا كان سكر الدم 70 مليجرام / 100 مليلتر دم أو أقل)على المريض القيام بإحدى الإجراءات التالية:

✓ 2 أو 3 من أقراص الجلوكوز (سكر)

✓ 2/1 كأس (4 أونصات) من أي عصير فاكهة.

✓ 2/1 كأس (4 أونصات) من أي مشروب غازي ليس دايت.

✓ كأس حليب (8 أونصات).

✓ 5 أو 6 قطع من الحلوة الصلبة.

- ✓ من 1 إلى 3 ملاعق شاي من السكر أو العسل.
- ✓ بعد 15 دقيقة افحص سكر الدم مرة ثانية , إذا بقي منخفضاً تناول وجبة خفيفة أخرى .
- ✓ أعد ذلك حتى يصبح رقم السكر 70 ملليجرام/100 مليلتر دم أو أكثر .(هناء زروق، 2001، صفحة 86)
- ✓ إذا كان هناك ساعة أو أكثر قبل الوجبة التالية تناول وجبة أخرى.

2-12 كرة اليد:

كما هو معروف أن لعبة كرة اليد إحدى الألعاب الجماعية وتحتل مرتبة مميزة بين الرياضات الأخرى من حيث المشاركة في العالم عامة والجزائر خاصة .

ورياضة كرة اليد واحدة من الأنشطة الرياضية التي لاقت استحسانا وإقبالا شديدا من الأطفال والشباب، فرغم عمرها القصير نسبيا .إذا قورنت ببعض الألعاب الأخرى فإنها استطاعت في عدد قليل من السنين أن تقفز إلى مكان الصدارة في عدد ليس بقليل من الدول . (كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين، 1980)

2-13 ميلاد وتطور كرة اليد في الجزائر :

لقد كانت البداية الأولى لكرة اليد الجزائرية سنة 1942 وذلك بمراكز المنشطين أما اللعب بصفة رسمية فكان سنة 1946 وذلك بإحدى عشر لاعب أما نسبة اللعب بسبعة لاعبين فكان ضمن الدورات الأولى سنة 1953 وما إن حلت سنة 1956 حتى تم تنظيم أول بطولة جزائرية .

ونشير هنا إلى أن هذه المرحلة بين 1930 - 1962 كان العدد قليل من الممارسين لهذا النوع من الرياضة وذلك بسبب حالة التميز التي شهدتها البلاد خلال الفترة الاستعمارية .

وقد ظهرت الحركة الرياضية في الجزائر تحت تأثير الصراع من أجل الحرية التي رافقت الشعب قبل الفترة الاستعمارية والتي لعبت دورا معتبرا في التنظيم والتربية البدنية وتحضير الجماهير خاصة الشباب الذي يكون القوة الحية في الوطن .

ومباشرة بعد الاستقلال وبالضبط سنة 1963 كانت الانطلاقة الثانية لكرة اليد حيث تم تعيين (حمند عبد الرحمان وإسماعيل مداوي) بهدف إنشاء أول فدرالية جزائرية لكرة اليد . (جيرد لانجيريوف د.تيوانلرت، 1978)

وفي تلك الفترة كانت بداية مشوار الفدرالية الجزائرية لكرة اليد برئاسة السيد إسماعيل مداوي الذي كان في نفس الوقت رئيس رابطة الجزائر العاصمة لكرة اليد أما أول الفرق التي انخرطت في الفدرالية فهم كالتالي :

- فريق (SAINT – EVGENE) بولوغين L' OMSE .

- فريق الراسينغ لجامعة الجزائر (R.U.A)

- فريق المجموعة اللائكية لطلبة الجزائر العاصمة (G.L.E.A)

- فريق نادي الجزائر لكرة اليد (HBCA)

- فريق غالية رياضة الجزائر (G.S.A)

- فريق من عين الطاية .

- فريق سبارتو وهران

أما في سنة 1963 انخرطت الفدرالية الجزائرية في الفدرالية العالمية والتي كانت تتكون من ثلاثة رابطات فقط (الجزائر ، وهران ، قسنطينة) .

أما أول بطولة جزائرية فكانت من نصيب فريق L OMSE في سنة 1963 كما تحصل نفس الفريق على نفس اللقب سنة 1984 .

وفي سنة 1968 تم إنشاء الرابطة الرابعة والتي تمثل الجنوب وفي سبتمبر من نفس السنة المكتب الفدرالي يعلن تنظيم بطولة شبه وطنية ، حيث يتم فيها توزيع نوادي الجزائر العاصمة إلى مجموعتين واحدة في الشرق والأخرى في الغرب بينما البطولة الوطنية تظم الشرق والغرب والوسط أما الجنوب فكان غائبا لحداثة رياضة كرة اليد لهذه المنطقة .

وفي سنة 1975 تم حل كل الجمعيات التي أنشأت إثرى قانون 1901 وفي سنة 1977 أدخلت تعديلات رياضية إذ بدأت بطولات الجمعيات النخبوية (ASP) والتي تظم سبع جمعيات .

(Et Entraînement D'une Equipe، الصفحات 24-25)

وتعد سنة 1984 سنة غنية بالأحداث كونها عرفت ظهور ثلاث بطولات جهوية الوسط والشرق والغرب بينما نسجل هنا ظهور الرابطة الجهوية لورقلة سنة 1989 وكانت عدد بطاقات اللاعبين آنذاك يصل إلى 15000 موزعة على ثلاثين رابطة أما اليوم فعدد بطاقات اللاعبين يفوق 20000 بطاقة .

ولقد احتضنت الجزائر الدورة الثامنة سنة 1989 على شكل بطولة إفريقية ثم جددت العهد مع هذه الرياضة بعد إحدى عشر سنة لتستضيف الدورة الرابعة عشر بطولة إفريقيا للأمم في كرة اليد ، وذلك بقاعة حرشة ابتداء من 19 أبريل إلى 8 ماي 2000 وذلك بحضور مالا يقل على 18 منتخباً في الصنفين ذكور وإناث . (Et Entraînement D'une Equipe)

2-14 تعريف كرة اليد :

تعتبر كرة اليد من الألعاب الرياضية القديمة تجري بين فريقين يتألف كل منهما من سبعة لاعبين وخمسة احتياطيين ، تتصف بسرعة الأداء والتنفيذ ويشارك فيها عدد كبير من الرياضيين لها قواعد وقوانين ثابتة . (كمال عبد الحميد وآخرون، 1970، صفحة 74)

2-15 خصائص ومميزات لعبة كرة اليد:

إن كرة اليد تتميز بل العديد من الخصائص التي الكسبتها شعبية كبيرة، حيث أصبحت من الرياضات المنتشرة على مستوى الكرة الأرضية، وازداد عدد الممارسين لهذه اللعبة، ومن أهم مميزات كرة اليد مايلي:

- ✓ إمكانياتها البسيطة
- ✓ فيها عنصر التشويق لكل من اللاعب والمتفرج.
- ✓ سهولة من حيث تعلمها والتقدم فيها.
- ✓ قانونها بسيط. (كمال عبد الحميد وآخرون، كرة اليد للناشئين وتلامذة المدارس، 1970)
- ✓ فائدتها شاملة لكل أجزاء الجسم نتيجة ما تحمله من سرعة وكفاح مستمر بين المهاجمين والمدافعين يتماشى خاصة مع طبيعة الشباب.

✓ الحركات في كرة اليد تتم بشكل سريع، وتحت ضغوط من اللاعب المنافس في بعض الاحيان، مما يفرض على اللاعبين أن يكتسبوا القدرة على التكيف السريع المناسب للموقف، أو الوضعية في المباراة. (كمال عبد الحميد وآخرون، 1970)

2-16 أهمية رياضة كرة اليد :

تعتبر رياضة كرة اليد من الرياضات الجماعية والتي لها أهمية كبيرة في تكوين الفرد من جوانب عديدة كتكوينه بدنيا وتحسين الصفات البدنية كالمداومة والسرعة والقوة والمرونة..... الخ ، كما أنها تسعى إلى تربية الممارس الرياضي لها سلوكيات وذلك ببث روح التعاون داخل المجموعة الواحدة وكذلك المثابرة والكفاح واحترام القانون وتقبل الفوز أو الهزيمة .

كما أن رياضة كرة اليد لها دور كبير في تكوين الشخصية حيث تنمي في لاعبيها قوة الإرادة والشجاعة والعزيمة والتصميم والأمانة بوجه خاص .

وتعد رياضة كرة اليد وسيلة مفضلة كرياضة تعويضية لأنواع الرياضات الأخرى ، فإن الكثير من لاعبي ألعاب القوى ، فمثلا يحرزون نجاحا مرموقا في كرة اليد .

كما أن لاعبي كرة اليد يصلون إلى مستويات عالية بشكل ملحوظ في ألعاب القوى. (جيرد لانجيريوف د.تيوانلرت، 1978)

وتعتبر رياضة كرة اليد مجالا خصبا لتنمية القدرات العقلية وذلك لما تتطلبه في ممارستها من قدرة على الإلمام بقواعد اللعبة وخططها وطرق اللعب وهذه الأبعاد تتطلب قدرات عقلية متعددة مثل الانتباه الإدراك والفهم والتركيز والذكاء والتحصيل. (كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين، 1980، صفحة 21)

كل هذه الإيجابيات تجعل من هذه الرياضة ذات أهمية كبيرة كغيرها من الرياضات الأخرى وعليه لا بد أن تحظى باهتمام المدربين . (منير جرسى ابراهيم)

2-17 قانون لعبة كرة اليد :

2-17-1 الميدان :

شكله مستطيل يضم مساحة تقدر ب 40 م طول و 20 م عرض الخطوط الكبرى على الجانب تسمى بخطوط التماس والخطوط الصغرى هي خطوط المرمى .

2-17-2 المرمى :

يوضع وسط خط التهديد طوله 3 أمتار وارتفاعه 2 متر العارضة والقائمين يجب أن يوضعا من نفيس المادة الخشبية ويكون التلوين بلونين مختلفين بيدوان بوضوح كما يكون المرمى مزود بشباك معلقة بطريقة تحد من سرعة ارتداد الكرة المقذوفة .

2-17-3 مساحة المرمى :

تكون محدودة بخط مستقيم 3 متر مسطر لمسافة 6 أمتار أمام المرمى بالتوازن مع خط المرمى ومستمر مع كل طرف ربع دائرة بقياس 6 متر ، الخط الذي يحدد مساحة المرمى يسمى خط (مساحة المرمى) علامة من 15 سم طول توضع أمام مركز كل مرمى موازية مع هذه الأخيرة وعلى بعد 4 متر من الجانب الخارجي بخط المرمى الخط المتقطع للرمية الحرة معلم بمسافة تبعد ب 3 متر و 9 متر أمام المرمى والمستمرة مع كل طرف ربع دائرة صاعدة بمرمى خطوط ، الخط تقاس ب 15 سم ، ونفس الشيء بالنسبة للفراغات الفاصلة ب 20 سم . (كمال عبد الحميد ، محمد صبحي حسنين، 2001)

- علامة 7 أمتار تشكل من خط واحد مسطر أمام المرمى موازي مع خط المرمى على بعد 7 أمتار ، خط الوسط يربط بين الخطوط التماس في منتصف الطول من كل ناحية ب 3 متر .
- علامة 15 تحدد منطقة التبادل كل الخطوط تنتمي للمساحة التي تحددها ، ويبلغ قياسها 5 سم عرضا ويجب أن يتم وضعها بطريقة جد واضحة .
- بين الأعمدة خط المرمى يوضع بنفس طول السواعد 8 سم . (منير جرسى ابراهيم، كرة اليد للجميع، 1994)

2-17-4 الكرة :

تصنع بغلاف من الجلد أو من مادة بلاستيكية أحادية اللون وتحتوي بطبيعة الحال على هوائية من المطاط ويجب أن تكون مستديرة ولا يجب نفخها كثيرا كما لا يجب أن يكون سطحها أملس ولا مع .

لل كبار الشباب يجب أن يبلغ قياس محيطها ب " 58 إلى 60 سم " ووزنها " 425 إلى 475 غ " ، لل كبار الشابات يجب أن يبلغ قياس محيطها ب " 54 إلى 56 سم " ووزنها " 325 – 400 غ "

2-17-5 اللاعبين :

الفريق يتكون من اثني عشر لاعب منهم ايطاريين (سبعة لاعبين على الأكثر منهم الحارس يمكنهم التواجد دفعة واحدة على أرضية الملعب) ، أما البقية فيكونون احتياطيين على كرسي الاحتياط لا يقبل سوى الاحتياطيين وأربعة مندوبين رسميين في كرسي الاحتياط . (كمال عبد الحميد ، محمد صبحي حسنين، 2001)

2-18 خصائص لاعب كرة اليد :

ككل نوع من أنواع الرياضة يتميز لاعب كرة اليد بالعديد من الخصائص التي تتناسب مع طبيعة اللاعب وتساهم في إعطاء فعالية أكبر لأداء حركي مميز ومن هذه الخصائص:

2-18-1 الخصائص المرفولوجية :

إن أي لعبة سواء كانت لعبة فردية أو جماعية تلعب فيها الخصائص المرفولوجية دورا هاما في تحقيق النتائج أو العكس وتتوقف عليها الكثير من النتائج أو العكس وتتوقف عليها الكثير من النتائج الفرق خاصة إذا تعلق الأمر بالمستوى العالي بحيث أصبح التركيز أكثر فأكثر على الرياضيين ذوي القامات الطويلة وكرة اليد مثلها مثل أي لعبة أخرى تخضع لنفس التوجه فالطول والوزن وطول الذراعين وحتى بعض المؤشرات الأخرى لها من الاهتمام والأهمية فلاعب كرة اليد يتميز ببنية قوية وطول قامة معتبرة ، كما يتميز كذلك بطول الأطراف وخاصة الذراعين وكذا كتف ويد واسعة وسلاميات أصابع طويلة نسبيا والتي تتناسب وطبيعة لعبة كرة اليد .

2-18-1-1 النمط الجسماني :

إن النمط الجسمي أو الجسماني للاعب كرة اليد وهو النمط العضلي الذي يتميز بطول الأطراف خاصة الذراعين مع كبر كف اليد وطول سلاميات الأصابع مما يساعد على السيطرة على الكرة وقوة العضلات تساهم في إنتاج قوة التصويب وسرعة التميرير ولأن كرة اليد تعتمد على نسبة معتبرة من القوة التي توفرها العضلات فإن النمط العضلي هو أنسب لمثل هذا النوع من الرياضة . (كمال عبد الحميد وآخرون، 1970، صفحة 25)

أولاً : الطول :

يعتبر عامل أساسي ومهم وخاصة في الهجوم وتسجيل الأهداف له أثر كبير على الارتقاء وفي الدفاع كذلك ((الصد واسترجاع الكرات)) ونقصد هنا نماذج للاعبين الفرق المستوى العالي " النخبة " التي يتضح فيها هذه المميزات بصفة كبيرة وبما أن اللاعب يمتاز بالقامة العالية بلا شك أنه يملك ذراعين طويلتين تساعد على تنفيذ تمريرات سريعة ومحكمة والدقة في الأماكن المناسبة .

ثانياً : الوزن :

إن الوزن عامل مهم جدا في كرة اليد ويظهر ذلك في العلاقة بين وزن الجسم والطول من خلال هذا المؤشر ((INDIC)) .

$$\text{وزن الجسم} \times 1000 \div \text{الطول} = \text{INDICE DE ROBUSTESSE}$$

وكلما كان هذا المؤشر مرتفع كلما كان مستوى اللاعبين كذلك. ولكي تحسب الوزن المناسب للاعب عادة أن نطرح 100 من طول اللاعب ونحصل على الوزن وبالتالي نجد أن متوسط الوزن للاعب بالدول الإحدى عشر مناسب بل تميل نوعا ما إلى خفة اللاعب لصالح سرعة الانطلاق والانتقال خلال التحرك الهجومي والدفاعي .

بمقارنة فترة السبعينات والثمانينيات مع التسعينيات نجد التوجه نحو الاهتمام بعامل الطول حيث نلاحظ تصاعده وتتبعه مناسبة الوزن تساعد في الالتحام والقوة وسرعة الإنجاز . (منير جوسي

ابراهيم، الصفحات 25-26)

2-18-2 المرونة :

إن سعة ومدى الحركة لدى لاعبي كرة اليد تكون كبيرة ، وخاصة على مستوى الكتف والتي تلعب أهمية كبيرة في جميع أشكال وأنواع التمرير ، حيث يكون ارتفاع في إمكانية الأداء الحركي وكذا قوة وسرعة التمرير . (منير جرسى ابراهيم، صفحة 27)

2-18-2 الخصائص الرياضية والفيزيولوجية :

اللاعب ذو المستوى العالي (رياضة النخبة) من الجانب الرياضي والفيزيولوجي يتميز بأنه :

- ✓ سرعة تنفيذ كبيرة جدا ، قدرة امتلاك لاعب كرة اليد لسرعة وقوة تمكنه من أداء تقنية التمرير بفاعلية كبيرة
- ✓ قادر على إيجاد مصادر الطاقة تسمح له بالمحافظة على قدرته خلال المقابلة وذلك بتأخر ظهور أعراض التعب .
- ✓ ممارسة كرة اليد تتطلب من اللاعب قدرات هوائية جيدة .
- ✓ بما أن مراحل اللعب في كرة اليد تتميز بالتناوب بين التمرين والراحة (تمارين لا تتعدى عشر ثواني) هذا ما يتطلب قدرة لا هوائية لا حمضية للاعب .
- ✓ لعبة كرة اليد تتطلب قدرات لا هوائية بوجود حمض اللبن ويظهر هذا جليا في بعض مراحل اللعب في مقابلة ما (حيث تكون التمارين بشدة عالية في وقت زمني طويل نسبيا ووقت الراحة قصير جدا) . (منير جرسى ابراهيم، صفحة 336)

2-18-2 الصفات الحركية :

إن الصفات الحركية الضرورية لأي لاعب بما فيها كرة اليد حيث تلعب دورا فعالا في الأداء الحركي السليم والصحيح .

- التوازن : ضروري للاعب في كل التحركات والقفزات التي يقوم بها .
- الرشاقة : هي ضرورية في التحكم والتعامل الجيد في الكرة .
- التنسيق : مهم لكل الحركات المركبة والمعقدة .

- التفريق والتمييز بين مختلف الأعضاء : تسمح بأداء حركات دقيقة ومحكمة ومعنى أن يفرق ويميز لاعب كرة اليد بين ما سيفعله بذراعيه . (كمال عبد الحميد وآخرون، 1970)

2-18-3 الخصائص النفسية :

يتميز لاعب المستوى العالي بثلاث صفات نفسية هامة هي :

- ✓ المواجهة والمثابرة للانتصار : يتميز لاعب كرة اليد بحب المواجهة وأخذ المسؤولية وإعطاء كل ما يملك من إمكانيات لتحقيق الانتصار والفوز على المنافس .
- ✓ التحكم في كل انفعالاته .
- ✓ نظرا لخاصية كرة اليد التي تتميز بالاحتكاك بين اللاعبين فإن ذلك يفرض على اللاعب التحكم في انفعالاته لأن ذلك يجعله أكثر حضور ذهني وبدني في المقابلة وكذلك التركيز لتحقيق الهدف الجماعي وهو الفوز .

2-18-3-1 الدافعية :

حب الانتصار والفوز يجعل من لاعب كرة اليد أكثر دافعية وتحفز . ولقد أثبتت الشواهد والبحوث أن اللاعبين الذين يفتقدون إلى السمات الخلقية والإرادية يظهرون بمستوى يقل عن مستوى قدراتهم الحقيقية كما يسجلون نتائج أقل من المستوى في النواحي البدنية والمهارية وكذلك الخطئية .

1-18-3-2 الذكاء :

يقال عادة أن المنافسة الرياضية عبارة عن كفاح بين ذكاء اللاعب وذكاء منافسه ويظهر هذا جليا خلال الألعاب الجماعية ، التي تعتمد مواقفها في معظم أوقات المباراة والنجاح فيها يكمل في حسن تصرف اللاعب مع ذاته وزملائه .

جملة هذه الخصائص التي تتميز بها كرة اليد وخصائص اللاعب سواء كانت بدنية أو مرفولوجية أو نفسية تحتم على المدربين الاهتمام بها فيما يخص اختيار اللاعبين التي تتوافق قدراتهم المهارية معا . (منير جرسى إبراهيم، الصفحات 336-338)

2-19 الأبعاد التربوية لكرة اليد :

نظرا لما توفره كرة اليد من مناخ تربوي سليم للممارسين من الجنسين ، لقد أدرجت ضمن منهاج التربية البدنية لجميع المراحل التعليمية ، إذ أنها تعتبر منهاج تربوي متكامل يكسب التلميذ من خلال درس التربية الرياضية والنشاط الداخلي والخارجي الكثير من المتطلبات التربوية الجيدة حيث رجع ذلك إلى ما تتضمنه من مكونات هامة لها أبعادها الضرورية لتكوين الشخصية المتكاملة للتلاميذ فهي زاخرة بالسّمات الحميدة التي لها انعكاس مباشر على التكوين التربوي للتلاميذ فالتعاون والعمل الجماعي وإنكار الذات والقيادة والتبعية والمثابرة والكفاح والمنافسة الشريفة واحترام القانون والقدرة على التصرف والانتماء والابتكار.....الخ

تعد صفات وسمات تعمل رياضة كرة اليد على تأكيدها وترسيخها في الممارسين على مختلف مستوياتهم الفنية والتعليمية . (كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين، 1980، صفحة 18)

كما تعد رياضة كرة اليد تأكيدا عمليا للعلاقات الاجتماعية والإنسانية بين التلاميذ مما يكسبهم كثيرا من القيم الخلقية والتربوية القابلة للانتقال إلى البيئة التي يعيشون فيها . (كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين، 1980، صفحة 20)

خلاصة :

إن تطرقنا لهذا الفصل من البحث النظري ما هو إلا إشارة للتعريف بمرض السكري وأنواعه وأهم أعراضه الذي يؤثر في قدرة الجسم على استخدام السكر في الدم للطاقة. وتم شرح نوعين رئيسيين له لكن كل أنواع السكري تعني شيئاً واحداً وهو أن مستوى السكر في الدم عالٍ وليس هنالك أنسولين كاف. أما كثرة السكر في الدم، فتؤدي إلى حصول مشاكل صحية ، كما تطرقنا لتعريف كرة اليد وأهم خصائصها مع التركيز على العلاقة بينهما التي لها أهمية كبرى للحد من الإصابات لهذه الفئة حيث أن كرة اليد هي رياضة متكاملة تتطلب جهداً طاقوي كبيراً ، حيث تعتمد في هجماتها على السرعة في التنفيذ والقوة في القذف والتسديد نحو المرمى لبلوغ الهدف وقد يكون هذا خطراً في بعض الأحيان على اللاعبين المصابين بمرض السكري إذا لم يلتزم بالإجراءات السابقة.

الباب الثاني

الدراسة

التطبيقية

الفصل الأول

منهج البحث

وإجراءاته

الميدانية

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية مرحلة ضرورية من مراحل البحث، يقوم بها الباحث قصد تدعيم نتائج مآطرق إليه في الجانب النظري، ومحاولة إيجاد حل للإشكالية المطروحة من خلال إثبات صحة الفروض التي تم وضعها، أو نفيها وذلك بإخضاعها للتطبيق.

يشكل الإطار المنهجي إطارا مهيكلا ومنظما للإجراءات العلمية للبحث من خلال تنوع مراحله وأدواته المتبعة. ويشتمل الجانب التطبيقي لبحثنا هذا على فصلين، الفصل الأول الخاص بمنهجية البحث المتبعة التي نتناول فيها منهج البحث والدراسة الاستطلاعية والعينة المتبعة إضافة إلى مجالات البحث وأدوات البحث، والأساليب الإحصائية المتبعة، أما الفصل الثاني خاص بعرض وتحليل النتائج.

يعتبر هذا الفصل جوهر البحث، حيث تم فيه معالجة إشكالية البحث المطروحة سابقا والتي يتناول مضمونها أهمية المراقبة الطبية والصحية عند لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري.

1- الدراسة الاستطلاعية:

هي مترادفات لها غايات علمية لا يمكن تجاهلها بأي حال من الأحوال (محمد سليم، 2004، صفحة 36)، وهي خطوة مبدئية في عملية البحث، ففي العمل نجد أن أصعب خطوة في البحث هي الخطوة الأولى، والمناهج الدقيقة التي يصطنعها الباحث في المراحل الأخيرة من بحثه لن يكون لها إلا قيمة ضئيلة إذا كانت بداية البحث خاطئة أو غير سليمة. (محمد سيد فهمي،

2008، صفحة 80) حيث لا يخفى على أي باحث، أن ضبط سؤال الإشكالية وصياغة الفرضيات، هو أساس انطلاق الدراسة، وأما أدوات البحث المناسبة فهي أساس إنجاز الجانب الميداني الذي يعطي مصداقية للإشكالية، وقد كان الاستبيان هو أحد الأدوات المعتمدة عليها لإنجاز هذا البحث فقد ثمن بدراسة استطلاعية ميدانية استكشافية من خلال زيارة بعض

المركبات الرياضية الجوارية لكرة اليد بكل من ولاية مستغانم ومعسكر وعين تموشنت ، و القيام بتسهيل مهمة من طرف مدير و رئيس مصلحة قسم الصحة والرياضة.مما قمنا ببعض الاستفسارات والتساؤلات حول موضوع بحثنا " أهمية المراقبة الطبية والصحية عند لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري " حيث استفدنا كثيرا خلال هذا هالمعاينة الاستكشافية ومن خلالها اتضحت الرؤية حول الإطار العام لإشكالية البحث وكذلك ساعدتنا في تحديد فرضيات البحث، هذا بالإضافة إلى تقديم بعض المعلومات الإحصائية حول هذا الموضوع.

-الدراسة الاستطلاعية الميدانية الثانية: قبل توزيع الاستبيان ارتأينا قبل ذلك وضع استمارة تحكيمية لبعض دكاترة وأساتذة المعهد لتحكيم الاستبيان والوقوف على النقائص والثغرات، حيث أردنا من خلالها التأكد من توفرها لجميع الشروط التي تتوفر في أداة البحث وهذا قبل التوزيع النهائي للاستبيان، وكذلك قصد التعرف على مدى وضوح الأسئلة بصفة عامة، وعلى الأسئلة التي فيها غموض حتى يتم إعادة صياغتها بطريقة أخرى مناسبة، حيث طلب من المحكمين إبداء رأيهم في مدى وضوح أسئلة الاستبيان ومدى ملائمتها لطبيعة الفرضيات ومحاور الدراسة وكذلك حذف أو إضافة أو تعديل أي عبارة من عبارات الاستبيان، وكانت مجموعة المحكمين تتكون من 05 أساتذة (الأساتذة) في مختلف التخصصات المختلفة والمتواجدين بمعهد التربية البدنية والرياضية- مستغانم -وقائمة المحكمين (راجع أسماء الأساتذة في صفحات الملاحق).

وفي ضوء التوجيهات التي أبداها المحكمون قمنا بإجراء التعديلات اللازمة التي طلبت منا وكانت أهم التعديلات في تغيير شكل بعض العبارات وحذف التكرار وكذلك تقسيم أسئلة الاستبيان إلى ثلاث محاور المحور الأول الخاص بالمدرسين و محور خاص بالطب الرياضي والمراقبة الطبية والصحية والمحور الثالث خاص بداء السكري وكرة اليد.

بعد إجراء التعديلات المطلوبة منا والتي على أساسها سطرنا الاستبيان وعلى ضوءه هذا الأساس توجهنا إلى المركبات الرياضية الخاصة بالدراسة وقمنا بتوزيع استمارة الاستبيان على عينة من المدربين و كان عددهم 40 وهذا قصد التعرف على مدى ملائمة هذا الاستبيان على أفراد العينة، وبعد مدة استرجعنا استمارة الاستبيان والتي كانت نتائجها جيدة حيث تم الإجابة على معظم أسئلة الاستبيان دون غموض وهذا ما يدل على صحة الاستبيان، وهذا ما يعرف بصدق أداة الدراسة أو صدق الاستبيان.

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- محاولة التعرف أكثر على مجتمع الدراسة الميدانية.
- اختيار عبارات الاستبيان وأسئلة المقابلة.
- معرفة الغموض في البحث.
- اختيار أسئلة الاستبيان ملائمة للعينة أو مجتمع البحث.
- تحديد درجة استجابة المبحوثين للبحث.
- تحديد الزمن الخاص بالبحث الميداني.
- تحديد الجوانب الخارجية التي من الممكن أن تؤثر على السير الحسن للبحث.
- تحديد طبيعة منطقة البحث.
- معرفة كيفية صياغة الأسئلة على المبحوثين.
- معرفة خصائص المبحوثين وقدراتهم وتعاملهم مع الباحث للبحث.
- معرفة الجو المحيط بالبحث.
- معرفة طبيعة الإجابة على الأسئلة.
- معرفة امتناع أو قبول العينة للأسئلة.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم الإجابة على معظم العبارات إلا فيما يخص بعضها حيث قمنا بتسجيل العبارات المبهمة كالعبارة الخاصة بالمحور الثاني المتعلقة بالمحور الثالث، والتي لاحظنا بعض الغموض في إجابات المستجوبين التي لم يجيبوا عليها بنسبة متوسطة وهذا ما دعى إلى تعديلها وإعادة صياغتها حتى تصبح مناسبة.

كما قمنا بتسجيل الأمور المهمة عن البحث والمبحوثين وعن الأنشطة المتواجدة وكيفية العمل.

1-4- منهج الدراسة:

إن المنهج في البحث العلمي يعني مجموعة من القواعد والأسس يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقيقة، وهو الطريق التي يتبعها الباحث في دراسة للمشكلة التي تعتبر أساس موضوع الدراسة وهذا يهدف إلى اكتشاف ورصد الحقائق للوصول إلى نتائج أو بمعنى آخر يعتبر المنهج العلمي " مجموعة من القواعد والأسس التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى حقائق معينة " (عمر بخوش ومحمد فهمي، 1995، صفحة 89).

ومن خلال المشكلة التي نحن بصدد دراستها ومعالجتها رأينا أن المنهج الوصفي هو أكثر المناهج ملائمة لهذه المواضيع الإنسانية والاجتماعية إذ يعرف على أنه عبارة عن استقصاء ينصب ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة على الحاضر قصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها، بمعنى أنه يعتبر أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع البيانات والمعلومات المقننة عن الظاهرة المدروسة وتصنيفها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (سامي محمد ملحم، 2000، صفحة 37).

وفي المنهج الوصفي اعتمدنا على :

- عن طريق البحث المسحي الميداني اطلعنا على مختلف المركبات الرياضية بكل من ولاية مستغانم ومعسكر وعين تموشنت باعتبارها منطقة البحث.

- بما أن البحث يعتبر في حقل العلوم الإنسانية ، الاجتماعية، الرياضية والطبية، يصعب إخضاع الناس لظروف موحدة من مراحل البحث بنفس الدرجة والتدقيق التي تخضع لها الظواهر الطبيعية ثم إعادة تكرارها من جديد وقع الاستعانة بعمليات الإحصاء لإدراك ما تحتزنه الخبرة المهنية للمستجوبين من أخبار ومعلومات حول نشاطاتهم و وظائفهم الحاضرة و المستقبلية ، كما هو الشأن في دراستنا الحالية، وذلك أن الدراسات الوصفية تستهدف تقويم موقف يغلب عليه التحديد.

وضمن بحثنا الذي يتناول موضوع " أهمية المراقبة الطبية والصحية عند لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري"دفعنا هذا إلى إتباع المنهج الوصفي دون غيره من المناهج الأخرى.

1-5- مجتمعة وعينة البحث:

1-5-1- مجتمعة البحث:

يعتبر مجتمع البحث إطارا مرجعيا للباحث في اختيار عينة البحث، وقد يكون هذا الإطار مجتمع كبيرا أو صغيرا وقد يكون الإطار أفرادا أو مدارس أو جامعات أو تسلية رياضية (إبراهيم، 2006، صفحة 95).

وقبل تحديد عينة البحث قمنا بإحصاء عدد مجتمع البحث والمتمثل في المدربين للمركبات الرياضية ، عدة القاعات و المركبات رياضية من بينها المركب ات الجوارية بدوائر معسكر ومستغانم وعين تموشنت، وهذا ما يخلق نوع من التعدد الفكري حول موضوع بحثنا، في مجتمع البحث، والذي يتكون من 40 فردا من المدربين لكرة اليد.

1-5-2- عينه البحث :

يقول عمار بخوش عينه البحث هي المعلومات عن عدد الوحدات التي تسحب من المجتمع الأصلي لموضوع الدراسة بحيث تكون ممثلة تمثيلا صادقا لصفات هذا المجتمع (عمار بخوش - محمد ذنبيات، 2001، صفحة 99). وهي جزء من مجتمع البحث والتي تسمح لنا بإنجاز بحثنا، العينه مجموعة من الأفراد يبني الباحث عمله عليها وهي مأخوذة من مجتمع أصلي تكون ممثلة تمثيلا صادقا (محمد مكي، 1994) .

1-5-3- عينه البحث وكيفية اختيارها:

للحصول على المعلومات من المجتمع الأصلي يتعذر علينا المسح الشامل وبذلك يتم الرجوع إلى وحدات تمثل مجتمع موضوع الدراسة أو ما يسمى بالعينه وهي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، فهي بذلك نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع الكلي (رشيد زرواني، 2002، صفحة 132). يجب اختيار العينه وأخذ عدة مفاهيم بعين الاعتبار حيث يعتبر اختيارها من أهم المشكلات التي تواجه الباحث في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية، فالنتائج العلمية تتوقف على مدى تمثيل العينه للمجتمع الأصلي ابتعادها عن التميز وتستخدم في الأبحاث النفسية الاجتماعية لكونها:

- ✓ توفر التكلفة المادية.
- ✓ توفر الجهد من جميع البيانات وتبويبها وتفسيرها.
- ✓ توفير قدر من الدقة في الإجراءات الميدانية، وفي تفسير النتائج.
- ✓ تتيح العينه التعمق في الدراسة للبيانات المتحصل عليها.
- ✓ لا يستطيع الباحث أحيانا أن يجري بحثا على مجتمع أصلي بأكمله.

فيقتصر على اختيار عينة تمثل في أفرادها جميع الصفات الرئيسية الأصل الذي أخذت منه ليكون هذا يمكن أن يتحقق إلا فيما تتساوى احتمالات ظهور كل أفراد المجتمع الأصلي في العينة المختارة (السيد، 1999، صفحة 304-305)

وتتكون العينة في بحثنا من:

40 مدرب

1-5-4- تحديد طريقة اختيار العينة: إن الهدف من هذا البحث هو تعميم النتائج على مجتمع البحث لذا كان اختيارنا لعينة البحث كمايلي:

- فيما يخص العينة الخاصة بالاستبيان فقد تم اختيار الأفراد بشكل عشوائي.

1-6-1-متغيرات البحث

1-6-1- المتغير المستقل: هو المتغير الذي يفترض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة و دراسته قد تؤدي الى معرفة تأثيره على متغير اخر. (ناصر، 1984، صفحة 58) في بحثنا هذا المتغير المستقل يتمثل في: المراقبة الطبية والصحية.

1-6-2- المتغير التابع: ويعتبر المتغير التابع الذي يؤثر فيه المتغير المستقل وهو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع (محمد ،اسامة ، 1999 ، صفحة 219).

فالمتغير التابع في بحثنا هو: لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري.

1-7- مجالات الدراسة:

1-7-1- المجال الزمني: لقد تم إنجاز هذا البحث في مدة زمنية كانت كمايلي:

- الجانب النظري: نوفمبر وديسمبر 2015.

- الجانب التطبيقي: وكان في الفترة الممتدة ما بين ديسمبر 2015 إلى غاية من مارس 2016

1-7-2-المجال المكاني: تم إجراء البحث الميداني بكا من الولايات: معسكر وعين تموشنت ومستغانم بمختلف منشأتهن.

1-7-3-المجال البشري: يتضمن أفراد العينة التي تم عليها الباحث والتي تشملهم الدراسة وهم في هذا البحث المدربين 40 فرد.

1-8- أدوات الدراسة والبحث:

بما أن موضوع دراستنا هذه تم حول " أهمية المراقبة الطبية والصحية لدى لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري" فقد استدعى هذا الأمر إلى الاعتماد على تقنيات وأدوات من أجل جمع المعلومات المادة العلمية (مسعد، 2000، صفحة 35). عن العينة محل الدراسة، نقصد بأدوات البحث تلك الوسائل العملية التي تهدف من خلالها إلى جمع وتنظيم المعلومات حول المنشآت الرياضية.

أولاً: الاستبيان: Questionair ، هو وسيلة من وسائل البحث الشائعة لجمع البيانات والمعلومات وهو يتمثل في طرح مجموعة من الأسئلة سواء كانت مغلقة أو مفتوحة التي تهدف إلى جمع المعلومات المناسبة للبحث والتي تساعد الباحث في بحثه، ويقول نبيل جمعة في تعريفه للاستبيانات أنها " عملية جمع المعلومات والبيانات واكتشاف آراء الناس حول موضوع محدد ويحوي الاستبيان على عدد محدد من الأسئلة إجاباتها تمثل المعلومات أو الآراء المطلوبة من قطاع كبير من الأشخاص وهو أداة تتضمن مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية تتطلب الإجابة عنها بطريقة يحددها الباحث حسب أغراض البحث(النجار، 2010، صفحة 22). فقد تكون الإجابة مفتوحة أو يتم اختيار الإجابة على مقياس متدرج ويعتبر الاستبيان من أكثر طرق جمع المعلومات البحثية شيوعاً.

وفي بحثنا استعملنا الاستبيان كونه المناسب لطبيعة الموضوع وله عدة مزايا نذكر منها:

- يمكن للباحث من جمع بيانات من عينة كبيرة في فترة زمنية قصيرة.
- يعرض أفراد العينة لنفس الفقرات بنفس الصورة.
- لا يفسح المجال للباحث أن يتدخل في إجابات المبحوثين.
- يعطي الحرية للمستجيب في اختيار الوقت والمكان الذي يناسبه وقد استعملنا أنواع متعددة من أسئلة الاستبيان والتي نذكرها كمايلي:

- **أسئلة مغلقة:** وهي التي يتم الإجابة عليها بطريقة محدودة أي محددة الإجابة.
- **أسئلة مفتوحة:** حتى نعطي للمبحوث حرية التعبير عن رأيه وذلك بالإجابة عليها كما يشاء دون قيد، ومن فوائدها أنها لا تقيد المبحوث بحصر إجابته.
- **أسئلة نصف مغلقة ونصف مفتوحة:** حيث تحتوي هذه الأسئلة على فرعين، الفرع الأول يكون مغلقا بينما النوع الثاني يكون مفتوحا فيه الحرية للمستجوبين بالإدلاء برأيهم الخاص.

وفي بحثنا وزعنا الاستبيان بطريقة عشوائية على عينة تكونت من 40 فردا، وقد قسمنا أسئلة الاستبيان إلى ثلاث محاور حسب فرضيات الدراسة. حيث كانت تتكون من عدة أسئلة واشتمل الاستبيان على المتغيرات الأساسية و كانت محاور الدراسة كالاتي.

- **المحور الأول:** خاص بالمعلومات حول المدربين
- **المحور الثاني:** خاصة بالمراقبة الطبية والصحية داخل المنشآت الرياضية.
- **المحور الثالث :** خاص باللاعبين المصابين بداء السكري.

1-9- تحليل المضمون: l'analyse de contenu

يعد من أهم الوسائل المستعملة في الطريقة الإكلينيكية ويعني جمع كل ما يمكن الحصول عليه من معلومات حول موضوع البحث من خلال المقابلة.

يقصد بتحليل المضمون أو تحليل الكيد في qualitative resear القيام بدراسة موضوعية كيفية كمية المحتويات أو المضامين ، مع تصنيف الدلالات الموضوعية ضمن فئات رئيسية أو فرعية أو ضمن مقولات تصنيفية وتجميعها تحت تيمة أو فكرة معينة وهو تحسين سلوك الأفراد والشخصيات ومواقفهم من خلال المواد التي يكتبونها أو يقولونها كما يتيح دراسة موقف وسلوك الهيئات والمؤسسات.

كما يعد كأداة وصفية لدراسة محتويات الرسائل والخطابات والنصوص الشفوية والمكتوبة إما بطريقة كيفية أو بطريقة كمية رمزية. واعتمدنا في تحسين مضمون الاستبيان باعتباره أداة وتقنية وصفية على عدة عناصر وإجراءات نذكر أهمها:

- دراسة المحتويات الدلالية للخطابات الشفوية أو المكتوبة وترتيبها.
- تصنيف الكلمات الدالة أي تصنيف الكلمات والجمل وترتيبها حسب الأهمية.
- تصنيف الكلمات الأكثر ذكرا أو تداولاً من طرف المبحوثين
- التركيز على تكرار الكلمات أو الحس أو المعاني.
- تحليل المحتوى هذه الكلمات أو الحس والآراء تحليلًا ظاهريًا ثم التعمق فيه وذلك لاكتشاف المعاني والدلالات.

10-1- الشروط العلمية للأداة :

10-1-1- الصدق: يعني بالصدق أن يكون الاختبار صادقاً في قياس ما وضع من أجله ، ويتم التأكد من صدق الاختبار باستخدام بعض الأساليب الإحصائية منها إيجاد معامل الارتباط. (كمال، 2001، صفحة 39).

ومن أجل التأكد من صدق الاختبارات استخدم الباحثان معامل الصدق الذاتي باعتبار الصدق الدرجات التجريبية بالنسبة للدرجات الحقيقة التي خلصتها من شوائبها أخطاء القياس والذي يقاس بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات الاختبار. (عبد الفتاح محمد دويدار ، 2005)

1-10-2-الثبات: يعني الثبات أن الاختبار يحقق نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيقه على

نفس الظروف أكثر من مرة ، ويتم التعرف على ثبات الاختبار باستخدام أساليب إحصائية عديدة، وأهمها هي طريقة إعادة الاختبار .

ويقصد بثبات الاختبار أو الاعتمادية هو درجة ركون على النتائج على المقياس ودرجة الثقة في هذه النتائج فضلا على ثبات النتائج وعدم تغييرها.

أي أنه يعطي نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على نفس الأفراد وتحت نفس الظروف ويذكر نبيل عبد الهادي أن هذا الأساس العلمي يعتبر من المقومات الأساسية للاختبار الجيد حيث يفترض أن يعطي نفس النتائج إذا ما أعيد استخدامه مرة أخرى. (عبد الهادي، 1999)

قام الطلبة باستخدام معامل الارتباط بيرسون بعد كشف جدول الدلالة عند درجة الحرية 9 (ن-2) ومستوى الدلالة 0.05.

1-10-3-صدق المحكمين : لقد تم توزيع الاستبيان على 05 أساتذة بمعهد التربية البدنية

والرياضية بولاية مستغانم من أجل تحقيق صدق الاستبيان عن طريق استطلاع آرائه حيث اتفق الأساتذة المحكمين على التعديلات التالية:

-التأكيد على الالتزام بالأسئلة المغلقة لسهولة التعامل معها إحصائيا.

-إعادة الترتيب ضمن المحور الواحد.

-التأكيد على وضوح الأسئلة وخلوها من أي غموض.

-حذف بعض الأسئلة التي لا تخدم فرضيات البحث.

-إعادة صياغة بعض الأسئلة.

-إضافة بعض الأسئلة في المحور الثاني(المحور المتعلق بالمراقبة الطبية والصحية)

1-10-4-الموضوعية : الاختبار الموضوعي يقل فيه التقدير الذاتي للمحكمين فموضوعية

الاختبار تعني قلة أو عدم وجود إختلاف في طريقة تقويم أداء المختبرين مهما اختلف

المحكمون ،فكلما قل التباين بين المحكمين دل ذلك على أن الاختبار موضوعي ، ويجب أن تكون تعليمات الاختبار ومحتويات الاستبيان واضحة و مفهومة.(كمال ،2001،صفحة40)
*وقد تجسد هذا عمليا من خلال تأكيد الأساتذة المشرف إضافة إلى الأساتذة المحكمين على أن تكون المصطلحات خالية من الغموض والتأويل ذات دلالة واضحة ومفهوم متفق عليه.

1-11-1- الأساليب الإحصائية وتحليل النتائج:

1-11-1-1- تحليل النتائج: فيما يخص الاستبيان فقد قمنا بتفريغ البيانات لكل فرد ثم جمعنا الإجابات المماثلة المتساوية (نفس الإجابات) حسب كل العبارات والخانات حيث عرضنا نتائج كل سؤال على حدى ثم تمت المعالجة الإحصائية.

1-11-2- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد إستعملنا الأساليب الإحصائية بهدف التعرف على المجموع الكلي للموضوع والتوصل إلى صحة الفرضيات أو خطئها حيث أنها تعطينا نتائج دقيقة، وقد إتبعنا:
- التحليل النظري من أجل تحديد المفاهيم الأساسية لبحثنا هذا.
- طريقة المعاينة بواسطة أدوات البحث التالية: الإستبيان.
- المعالجة الإحصائية: إستعملنا الطريقة الإحصائية المتمثلة في :

$$X = \frac{N*100}{M} \quad \text{النسبة المئوية :}$$

X = النسبة المئوية
N = عدد التكرارات

M =مجموع التكرارات أو عدد أفراد العينة.(الشافعي ، 2004، صفحة 423)

- اختبار حسن المطابقة كا²: كا² = (التكرار الواقعي - التكرار المتوقع)²

التكرار المتوقع

1-12- صعوبات البحث:

- ✓ صعوبات متعلقة بجانب الاطلاع على أدبيات موضوع البحث، وذلك لقلة المراجع والدراسات التي تناولت واختصت بالتسيير الإداري في المنشآت الرياضية
- ✓ صعوبات متعلقة بالعمل الميداني، كالتنقل إلى مناطق الدراسة.
- ✓ صعوبة الالتقاء بالمدرّبين.
- ✓ صعوبة رصد ومتابعة نشاطات المدرّبين.
- ✓ الوقت الذي تتطلبه مثل هذه الدراسات.
- ✓ صعوبة إيجاد مراجع متعلقة بـ بمرضى داء السكري.
- ✓ نقص المعلومات والتعاون من طرف مديرية الشباب و الرياضة في ولايات أخرى .

خلاصة:

لقد تم عرض في هذا الفصل مختلف الإجراءات التي قمنا بها لإتمام الدراسة الميدانية والتي من خلالها نستطيع التواصل إلى نتائج تؤكد لنا مدى صحة أو خطأ فرضيات الدراسة، حيث تعتبر هذه الإجراءات من الشروط الضرورية واللازمة في كل في دراسة.

الفصل الثاني

عرض و تحليل

و مناقشة

النتائج

1 المحور الأول: ويتضمن المعلومات الشخصية عن المدرب من حيث السن والعدد سنوات الخبرة.

1-1-السؤال (01): ويتمحور حول سن المدرب.

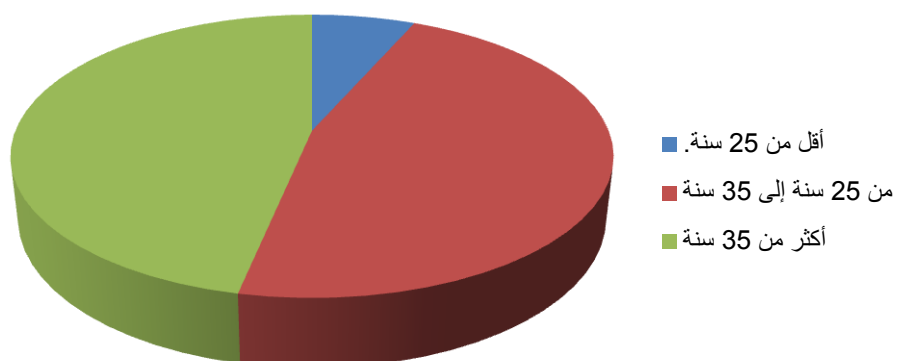
جدول رقم (01): يوضح سن المدرب.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية
اقل من 25 سنوات	06	15%
من 25 سنة إلى 35 سنة	17	42.5%
أكثر من 35 سنوات	17	42.5%
المجموع	40	100%

التحليل:

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أن أغلبية المدربين تتراوح أعمارهم من 25 سنة إلى 35 سنة وذلك بنسبة (42.5%) وهي نفس النسبة للمدربين الذين تتجاوز أعمارهم 35 سنة فيما بلغت نسبة المدربين الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة (06%) ومن هنا يتبين أن أغلبية المدربين كبار في سن وكلما كان المدرب أكبر كلما كانت خبرته أكبر.

تمثيل بياني رقم 01 يوضح سن المدربين الذين
قاموا بالإجابة عن أسئلة الإستمارة



1-2- السؤال (02) : ما هو مستواكم في التدريب ؟

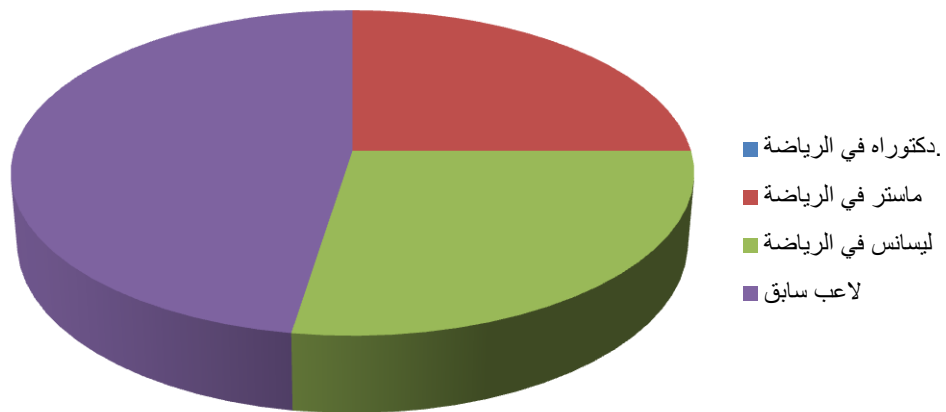
الجدول رقم(02): يبين مستوى وخبرة المدربين.

الإجابة	التكرار	النسبة المئوية
دكتوراه في الرياضة	00	%00
ماستر في الرياضة	10	%25
ليسانس في الرياضة	11	%27.5
لاعب سابق	19	%47.5
المجموع	40	%100

التحليل :

بملاحظتنا لنتائج الجدول رقم 02 يتبين أن نسبة المدربين الذين كانوا لاعبين سابقين تمثل 47.5% ، وأن نسبة المدربين الذين يحملون ليسانس في الرياضة تمثل 27.5% ، ثم نجد نسبة 25% للمدربين الحاصلين على شهادة الماستر في التربية البدنية والرياضية.ومن هنا يتبين لنا أن اللاعبين لكرة اليد لا يدرهم كفاءات عالية فأغلب المدربين هم لاعبون سابقون تلقوا تكويناً قصيراً أو لم يتلقوا تكويناً.

تمثيل بياني رقم 02 يوضح مستوى المدربين



1-3-السؤال (03): ما هو عدد سنين الخبرة؟

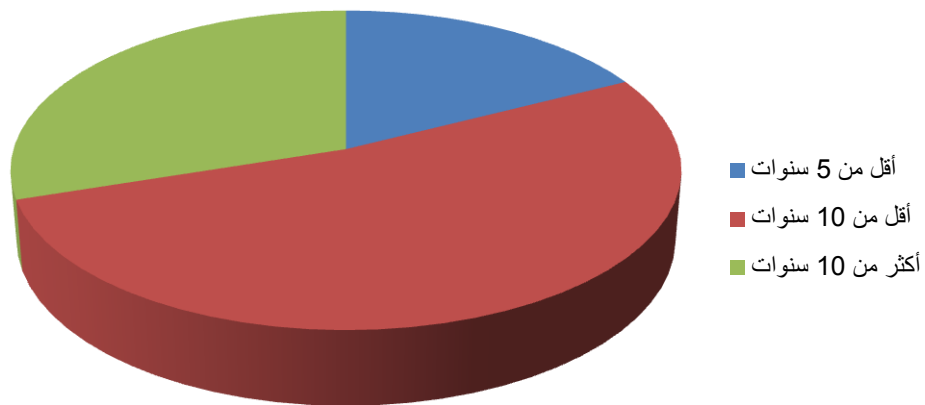
الجدول رقم(03): يبين عدد سنين الخبرة التي يمتلكها المدربون.

الإجابات	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 05 سنوات	07	%17.5
أقل من 10 سنوات	21	%52.5
أكثر من 10 سنوات	12	%30
المجموع	40	%100

التحليل :

بملاحظتنا لنتائج الجدول رقم 02 نجد أن النسبة (17.5 %) من المدربين كانت مدة ممارسة مهنة التدريب أقل من 05 سنوات و أن النسبة (%52.5) كانت للمدربين الذين تقل مدة ممارستهم التدريب عن 10 سنوات أما المدربين الذين تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فهي (30%) و هذا يعني نقص في خبرة المدربين و هذا ما ينعكس على خبرتهم في اللاعبين المصابين بداء السكري .

تمثيل بياني رقم 03 يوضح عدد سنوات الخبرة
لدى المدربين



2: المحور الثاني: ويتعلق بأهمية المراقبة الطبية والصحية في المراكز الرياضية وعن نسبة توفر وسائلها وإلى أي مدى يتم العمل بها في هذه المراكز .

1-2:السؤال (01): هل يتوفر ناديكُم على عيادة طبية؟

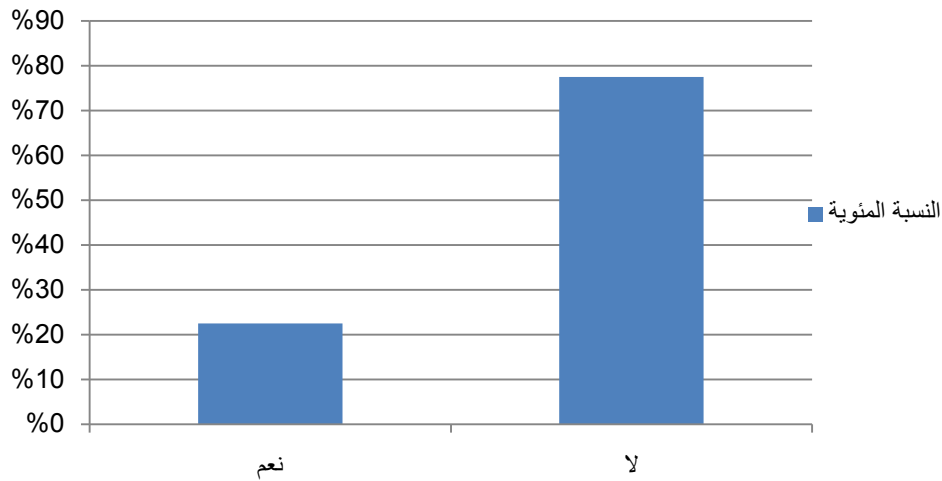
جدول رقم (04): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال هل يتوفر ناديكُم على عيادة طبية.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	09	22.5%	12.1	3.84	دال
لا	31	77.5%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (22.5 %) من المدربين أجابوا بنعم لتوفر العيادة الطبية بناديهم، فيما بلغت نسبة المدربين الذين لا تتوفر لديهم العيادة الطبية (77.5%). وهذا راجع إلى غياب وعي المسيرين والمؤطرين بضرورة العيادة الطبية. وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (12.1) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نستنتج من خلال هذه النتائج أن أغلبية النوادي لا تتوفر على عيادة طبية.

رسم بياني رقم (04) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان النادي يتوفر على عيادة طبية



تابع للمسؤال الأول : والغرض منه معرفة من يقوم بالإشراف على العيادة في حالة الإجابة بنعم.

وقد أكد معظم المدربين الذين يتوفر فريقهم على العيادة الطبية أن الممرض هو من يقوم بالإشراف عليها وذلك كون وقت الطبيب لا يسمح له بالإشتراك في الأنشطة الرياضية والتنقل مع الفريق إلا أن المدربين أكدوا أن دور الممرض يقتصر على تقديم الإسعافات الأولية ومن هنا نجد المراقبة الطبية تبقى ضعيفة حتى ولو توفرت الفريق على العيادة وذلك لغياب الأطباء.

2-2:السؤال (02): هل تواجد الطبيب في فريقكم ضروري؟

جدول رقم (05): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن هناك تواجد الطبيب في الفريق.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	38	%95	32.4	3.84	دال
لا	02	%05			
المجموع	40	%100			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (95 %) من المدربين يؤكدون على ضرورة تواجد الطبيب في الفريق ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين أجابوا بالرفض (05%).

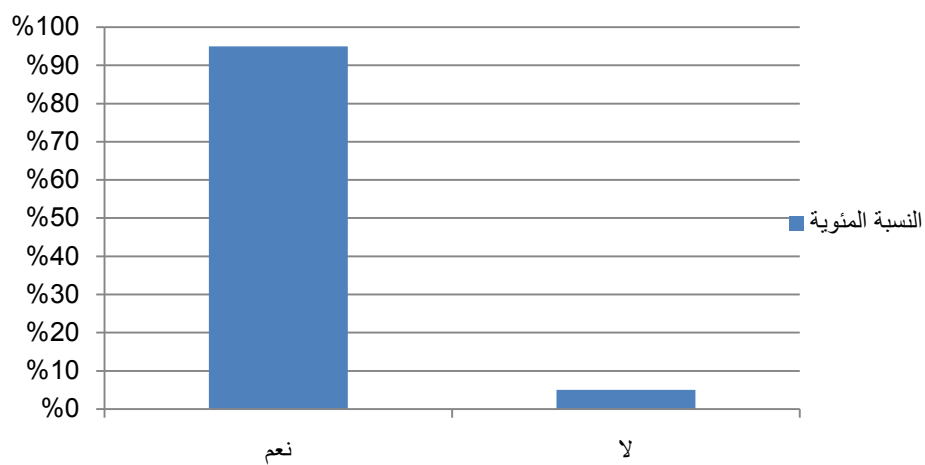
وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (32.4) أكبر من قيمة

كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01)،ومنه نقول

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين يؤكدون على

ضرورة تواجد الطبيب في الفريق.

رسم بياني رقم (05) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان تواجد
الطبيب الضروري في الفريق



2-3: السؤال (03): هل يوجد عمل مشترك بينكم وبين طبيب الفريق؟

جدول رقم (06): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يوجد عمل مشترك بين المدربين وبين طبيب الفريق.

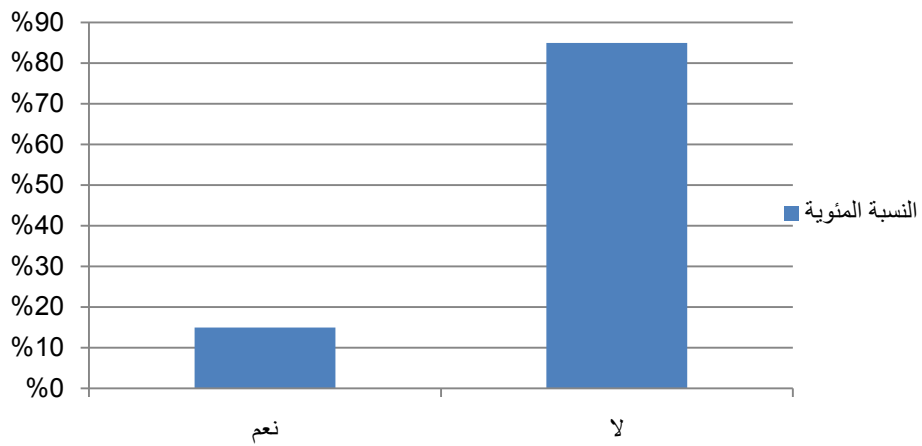
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	06	15%	19.6	3.84	دال
لا	34	85%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (15 %) من المدربين يؤكدون على عدم وجود عمل مشترك بينهم وبين طبيب الفريق ، فيما بلغت نسبة التلاميذ الذين يوجد عمل مشترك بينهم وبين طبيب الفريق فقد بلغوا (85%). وهذا يؤكد عدم وجود أي اتصال بين المدربين وطبيب الفريق.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (19.6) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن المدربين ليس لديهم وعي كبير بأهمية الطبيب والنصائح المقدمة من طرفهم.

رسم بياني رقم (06) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يوجد عمل مشترك بين المدربين وطبيب الفريق



2-4:السؤال (04): هل تواجد الطبيب أو ممرض الفريق أثناء التدريبات ضروري ؟

جدول رقم (07): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان تواجد الطبيب أو ممرض الفريق أثناء التدريبات ضروري.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	40	100%	40	3.84	دال
لا	00	00%			
المجموع	40	100%			

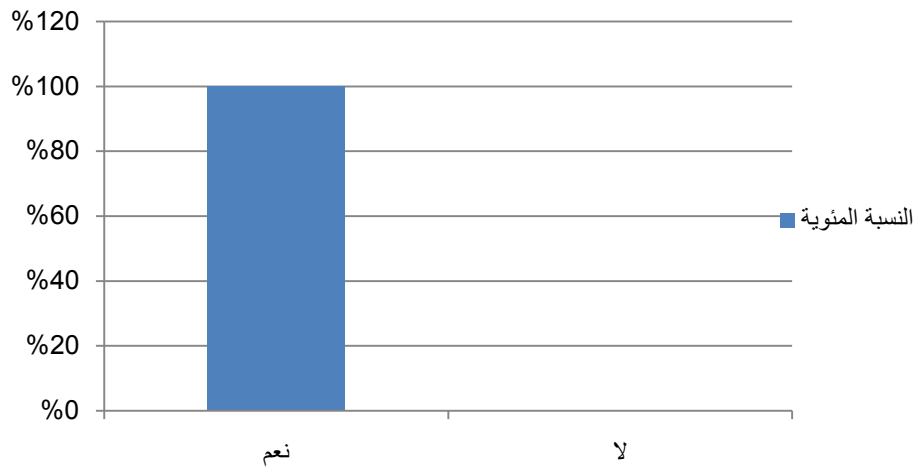
التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (100 %) من المربين يؤكدون ضرورة تواجد الطبيب أثناء التدريبات وذلك لتفادي الإصابات وتقديم النصائح .

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (40) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ وعي المدربين بضرورة تواجد الطبيب أثناء التدريبات.

رسم بياني رقم (07) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان تواجد
الطبيب ضروري أثناء التدريبات



2-5: السؤال (05): هل تقام فحوص دورية للاعبينكم؟

جدول رقم (08): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوص دورية للاعبين.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	06	15%	19.6	3.84	دال
لا	34	85%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (15 %) من المدربين أجابوا أنه تقام

الفحوصات دورية للاعبين ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين أجابوا بالرفض

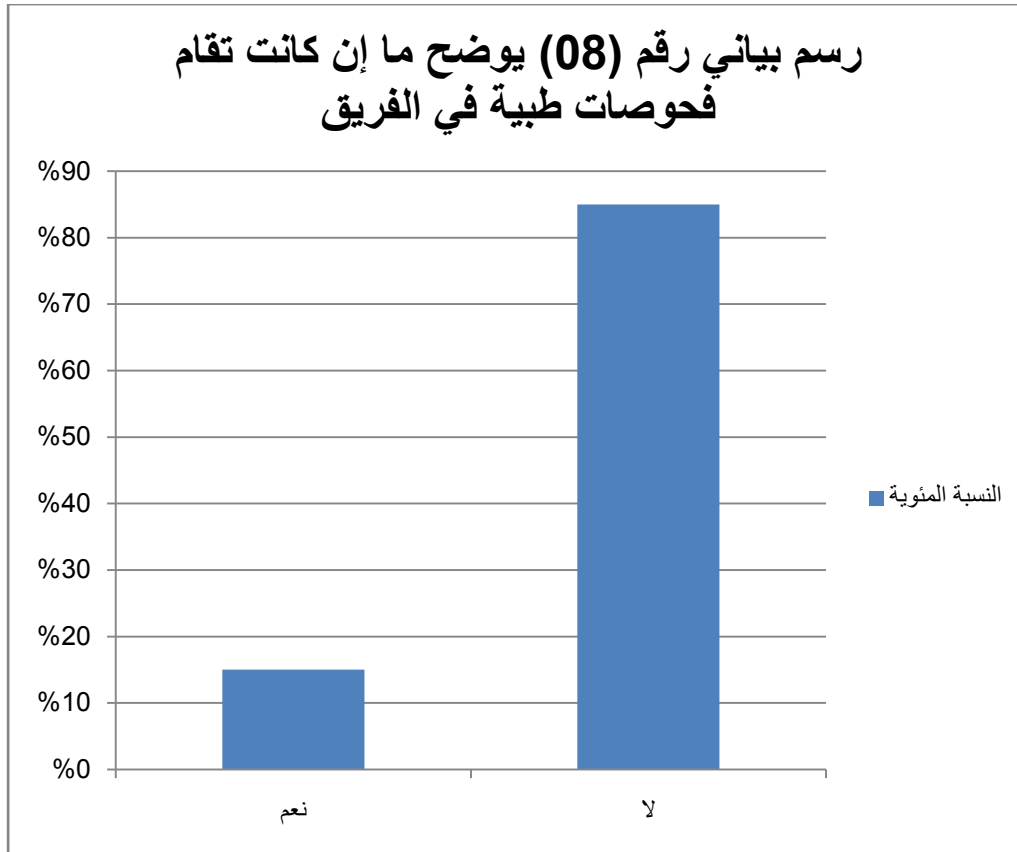
(85%). مما يؤكد غياب الفحوصات الدورية للاعبين في الفرق الرياضية

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (19.4) أكبر من قيمة

كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ غياب كبير للفحوصات الطبية في

الفرق وبالتالي غياب المراقبة الطبية.



تابع للسؤال السابق: والغرض منه معرفة في حين كانت الإجابة بنعم فمتى تقام هذه الفحوصات؟

فقد أجابوا أغلبية المدربين الذين أجابوا بنعم على قيامهم بالفحوصات الدورية للاعبين على القيام بها في بداية الموسم وذلك لمعرفة الحالة الصحية للاعبين ومتابعتهم صحيا.

2-6: السؤال (06): هل تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبيكم؟

جدول رقم (09): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبين لدى المدربين.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	16	40%	1.6	3.84	دال
لا	24	60%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (40 %) من المدربين لديهم معلومات صحية

حول لاعبيهم ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين ليس لديهم معلومات صحية حول

لاعبيهم (60%). مما يتبين أن الأغلبية ليس لديهم معلومات صحية حول اللاعبين.

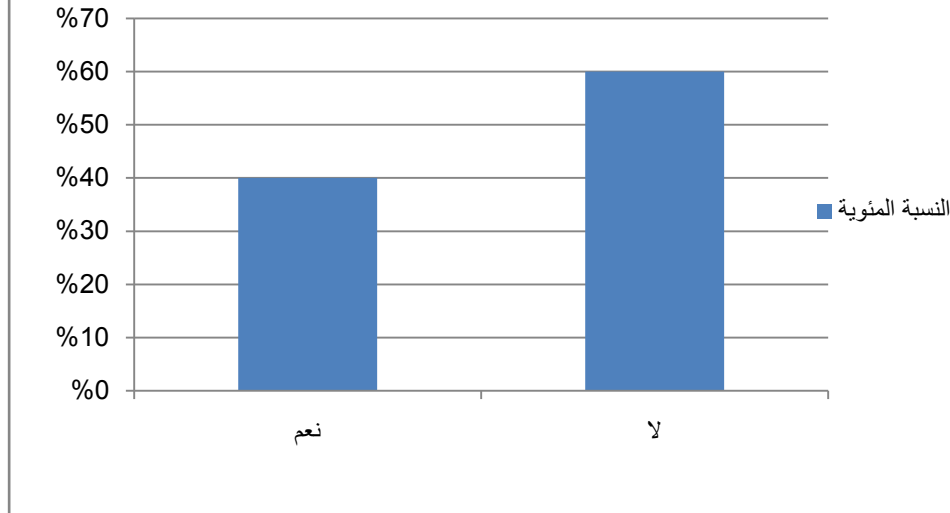
وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (1.6) أصغر من قيمة

كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ إهمال للجانب الصحي للاعبين

وبالتالي ضعف مردوديتهم وضعف النتائج.

رسم بياني رقم (09) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين لديهم معلومات صحية حول اللاعبين



تابع للسؤال السابق: والغرض منه معرفة في حين كانت الإجابة بنعم فهل هي مدونة على شكل دفتر صحي أو سجل؟

من خلال إجابات المدربين الذين تتوفر لديهم معلومات صحية حول اللاعبين تبين

أن أغليبيتهم تتوفر لديهم على شكل سجل تدون فيه هذه المعلومات بشكل مستمر

لمتابعة صحية وطبية جيدة ومن هنا يتبين وعي هذه الفئة من المدربين بضرورة هذه المعلومات ونتائجها على مردودية اللاعب.

2-7: السؤال (07): هل لاقيتم مشاكل صحية خاصة بلاعبيكم؟

جدول رقم (10): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن لاقوا المدربين مشاكل صحية خاصة بلاعبيهم.

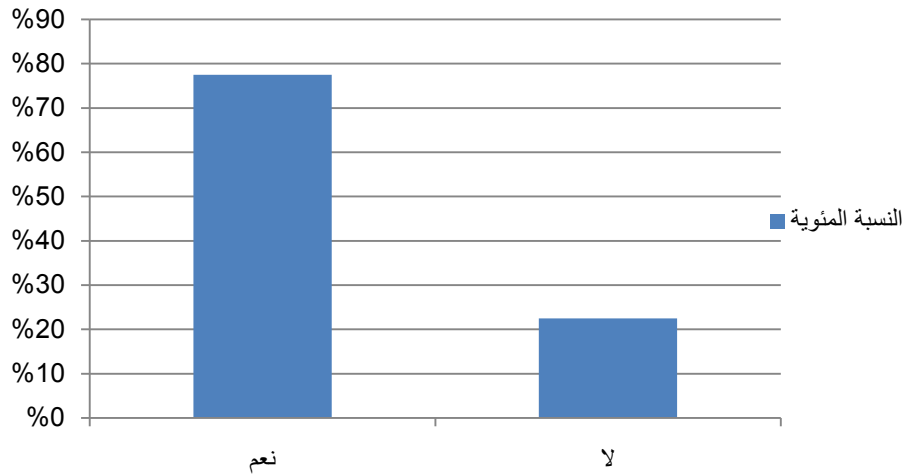
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	31	77.5%	12.1	3.84	دال
لا	09	22.5%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (77.5%) من المدربين قد لاقوا مشاكل صحية عند لاعبيهم، فيما بلغت نسبة المدربين الذين لم يلقون مثل هذه المشاكل (22.5%). وهذا راجع لغياب المتابعة الصحية للاعبين.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (12.1) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين لديهم مشاكل صحية للاعبين ويرجع لغياب المراقبة الطبية وعدم تواجد العيادة والطبيب.

رسم بياني رقم (10) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن تلقا المدربين
مشاكل صحية للاعبين



تابع للسؤال السابق: والغرض منه معرفة في حين كانت الإجابة بنعم فإلى ماذا يرجع سبب هذه المشاكل الصحية للاعبين؟

من خلال إجابات المدربين تبين أن نسبة كبيرة من المدربين يرجعون سبب هذه المشاكل إلى عدم توفر معلومات صحية حول اللاعبين فيما ترى نسبة قليلة منهم أنه يرجع للاعب نفسه أما فيما يخص الاقتراح المتعلق بعدم الإطلاع على الدفتر الصحي فلم يكن سببا في نظر المدربين.

2-8: السؤال (08): هل تلقيتم إصابات في الحصص التدريبية؟

جدول رقم (11) : يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن تلقوا المدربين إصابات في الحصص التدريبية.

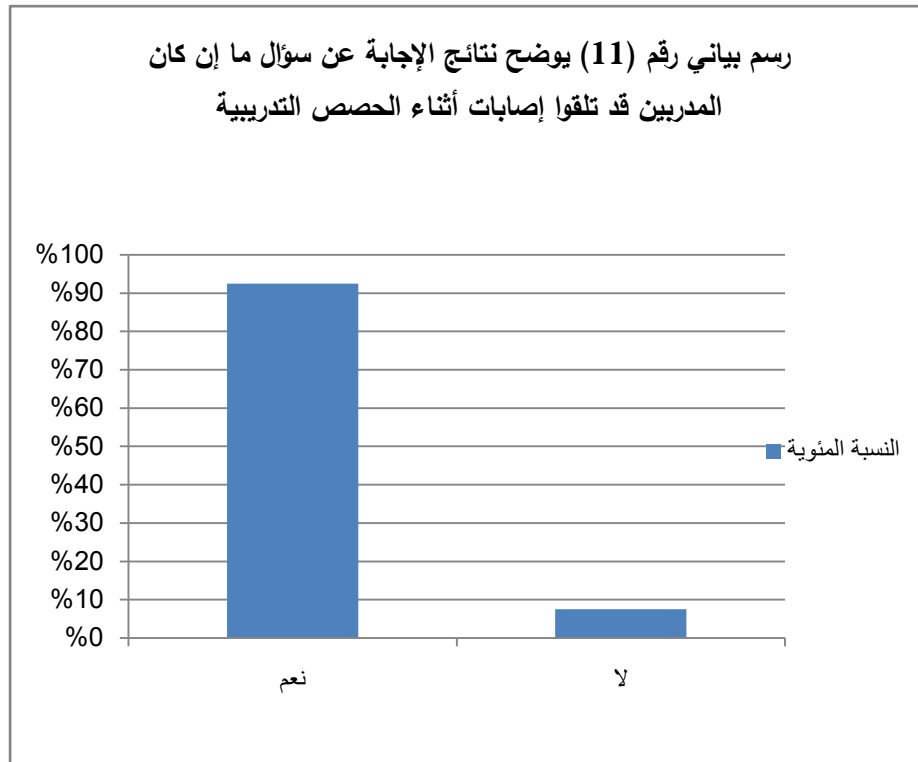
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	37	92.5	29.2	3.84	دال
لا	03	7.5			
المجموع	40	%100			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (92.5 %) من المدربين تلقوا إصابات في الحصص التدريبية ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين لم يتلقوا أي إصابات أثناء الحصص التدريبية (30%). ومن هنا تبين تأكيد معظم المدربين على وجود إصابات أثناء الحصص التدريبية.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (29.2) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين يؤكدون على

وجود إصابات أثناء الحصص التدريبية وربما ذلك ناتج لغياب الرعاية الطبية وعدم تواجد الطبيب لتقديم النصائح.



تابع للسؤال السابق: والغرض منه معرفة في حين تلقا المدربين إصابات أثناء الحصص التدريبية فما نوع هذه الإصابات.

فكانت نسبة قليلة من المدربين أجابوا أنها كانت على شكل كسور وهي تساوي نسبة المدربين الذين تلقوا إصابات من نوع تمزقات في حين كانت أغلبية المدربين أجابوا بأنهم تلقوا إصابات أخرى كالإغماءات وإصابات بسبب مرضهم.

2-9: السؤال (09): هل رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية؟

جدول رقم (12): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

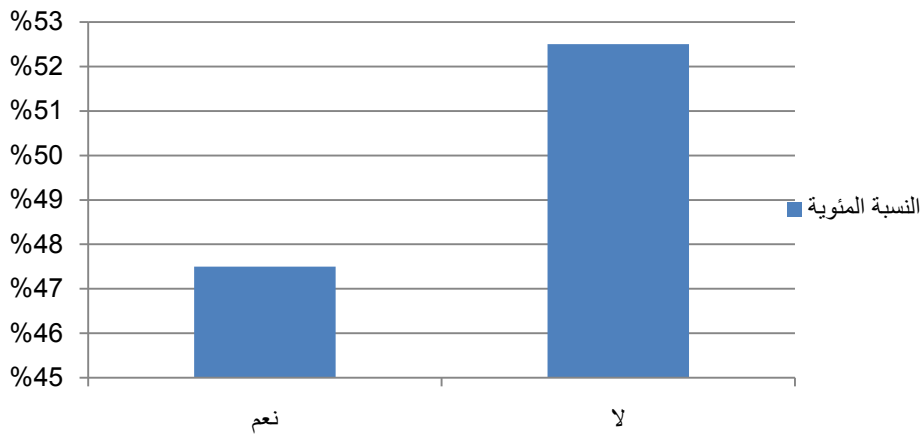
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	19	47.5%	0.1	3.84	دال
لا	21	52.5%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (47.5 %) من المدربين أجابوا بأن رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية، فيما بلغت نسبة المدربين الذين أجابوا بالرفض (52.5%) ومن هنا يتبين أن أغلبية رؤساء الفرق لا يهتمون بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (0.1) أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ إهمال للجانب الطبي من طرف المسيرين ورؤساء الفرق.

رسم بياني رقم (12) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان الرئيس
الفريق مهتمون بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية



10-2: السؤال (10): هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟

جدول رقم (13): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يرون من
الضروري تعميم مراكز طبية رياضية.

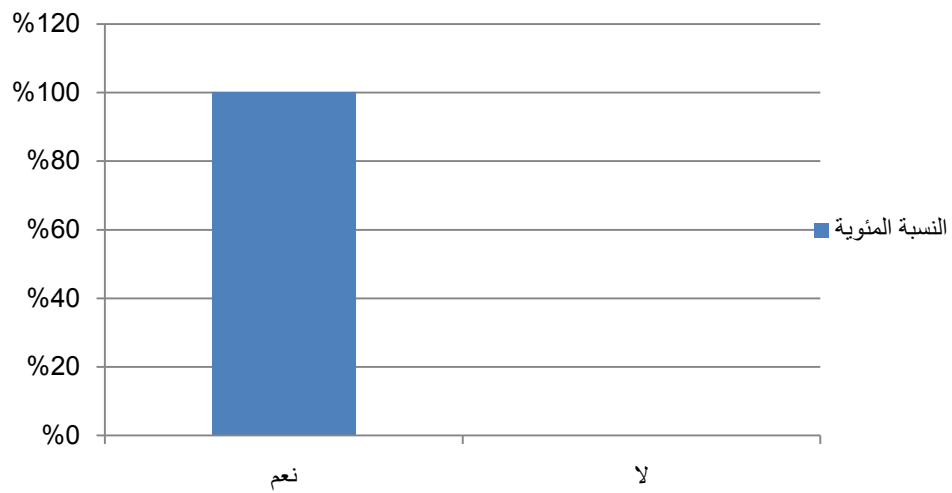
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	40	100%	40	3.84	دال
لا	00	00%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (100 %) من المدربين يرون ضرورة تعميم مراكز طبية رياضية ، مما يؤكد على أهميتها في تحقيق المراقبة الطبية الجيدة.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (40) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين يعين بضرورة تعميم المراقبة الطبية وذلك لتحسين مردود اللاعبين ونتائج الفريق .

رسم بياني رقم (13) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان من الضروري تعميم المراكز الطبية الرياضية



2-11: السؤال (11): هل لمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق؟

جدول رقم (14): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان للمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق.

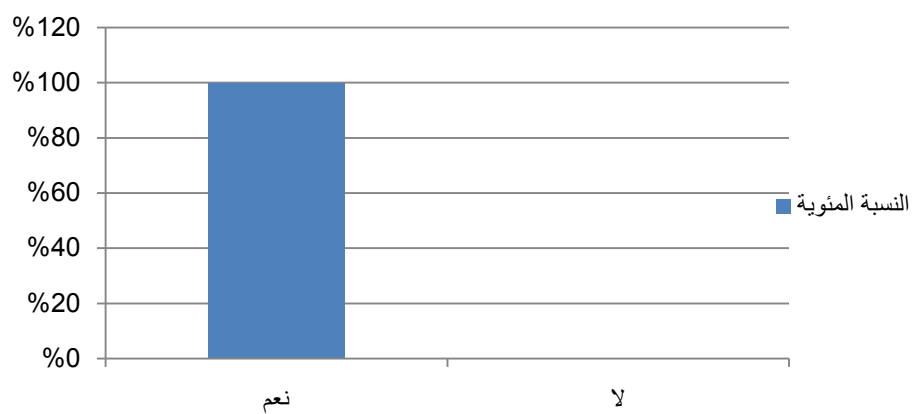
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	40	100%	40	3.84	دال
لا	00	00%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (100 %) من المدربين يرون أن للمراقبة الطبية أثر في النتائج التي يحققها الفريق وهذا يبين الأهمية الكبيرة لهذه الأخيرة.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (40) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن هناك أهمية كبيرة للمراقبة الطبية على النتائج التي يحققها الفريق.

رسم بياني رقم (14) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إم كان للمراقبة
الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق



المحور الثالث: يتعلق بالمراقبة الطبية والصحية للمرضى المصابين بداء السكر الممارسين لكرة اليد وعن مدى إلمام المدربين واللاعبين المصابين بالمعلومات الكافية عن هذا المرض وكيفية التعامل معه.

3-1: السؤال (01): هل يتوفر لديكم معلومات كافية عن داء السكري؟

جدول رقم (15): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى المدربين معلومات كافية عن داء السكري.

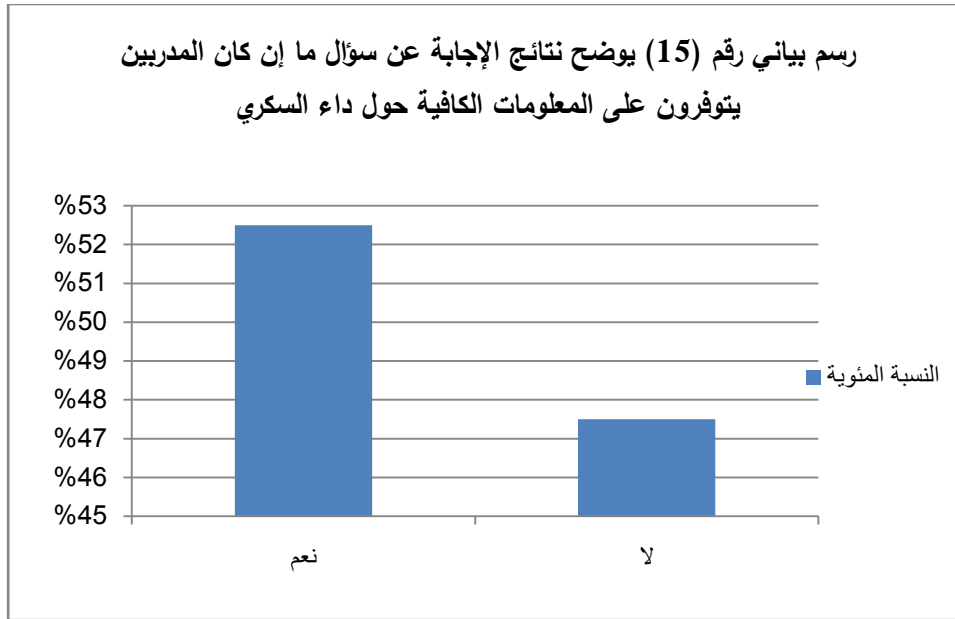
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	21	52.5%	0.1	3.84	دال
لا	19	47.5%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (52.5 %) من المدربين لديهم معلومات حول داء السكري ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين ليس لديهم معلومات حول داء السكري (47.5%) . مما يبين أن نسبة كبيرة ليس لديهم معلومات عن داء السكري مما يترتب عنه نتائج سلبية .

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (0.1) أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ إهمال من قبل بعض المدربين
وانعدام المعلومات لديهم حول داء السكري مما ينعكس بالسلب على نتائج هذه الفئة
في الفريق والذي قد يؤدي إلى إصابات .



3.2: السؤال (02): هل تلقيتم إصابات في الحصص التدريبية بسبب مرض لاعبيكم (داء السكري)؟

جدول رقم (16): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون قد تلقوا إصابات في الحصص التدريبية بسبب مرض لاعبيهم (داء السكري).

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	35	87.5	22.5	3.84	دال
لا	05	12.5			
المجموع	40	%100			

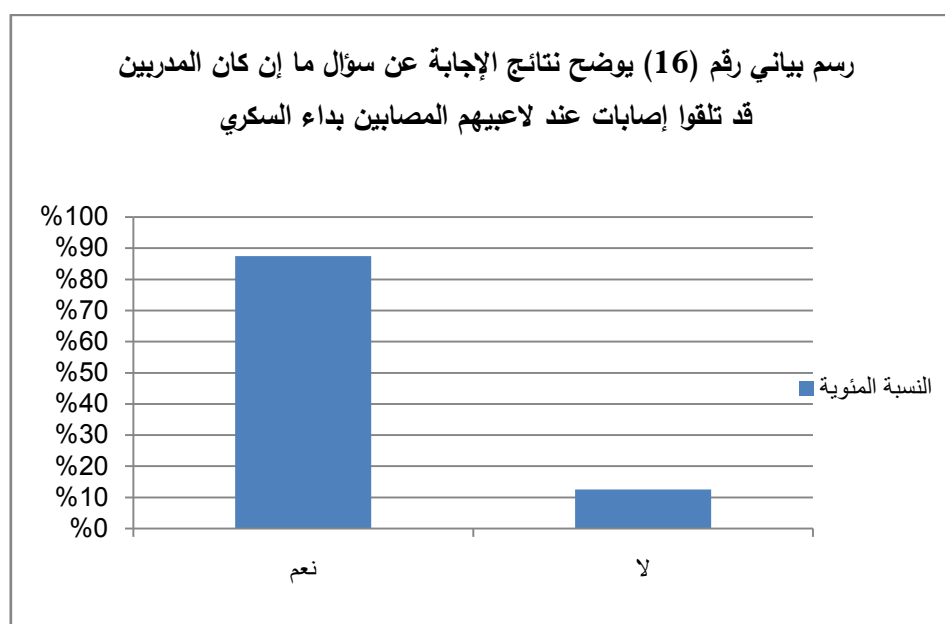
التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (87.5%) من المدربين يؤكدون أنهم تلقوا إصابات عند لاعبيهم المصابين بداء السكري ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين نفوا وجود مثل هذه الإصابات (12.5%). مما يعني أن الأغلبية يؤكدون وجود الإصابات لمرضى السكري.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (22.5) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ وجود عدد كبير من الإصابات عند

مرضى السكري ربما ترجع لغياب المراقبة الطبية في الفريق وعدم وعي المدرب

بكيفية التعامل مع هذه الفئة.



3-3: السؤال (03): هل تقومون بتطبيق برنامج تدريبي خاص للاعبكم المصابين بداء السكري؟

جدول رقم (17): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بتطبيق برنامج تدريبي خاص للاعبهم المصابين بداء السكري.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	14	65%	3.6	3.84	دال
لا	26	35%			
المجموع	40	100%			

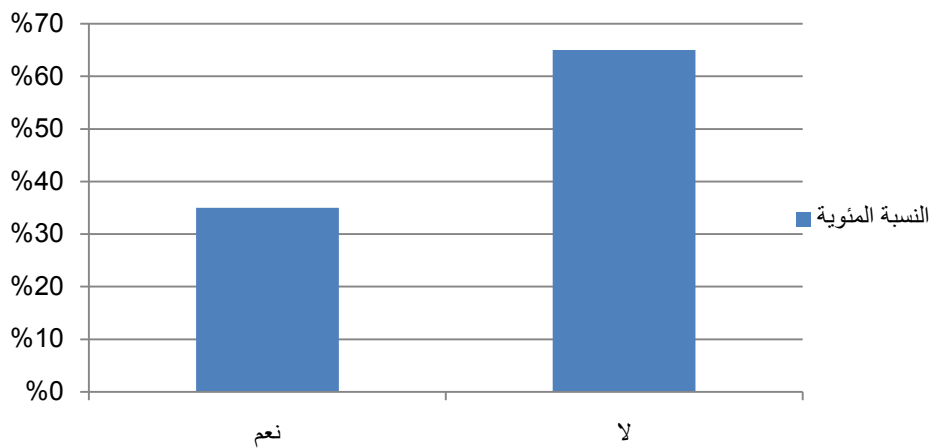
التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (35 %) من المدربين يلتزمون بتطبيق برنامج خاص للاعبهم المصابين بمرض السكري ، فيما بلغت نسبة المدربين الذين نفوا التزامهم ببرنامج تدريبي خاص باللاعبين المصابين بداء السكري (65%) وبالتالي يتبين أن أغلبية المدربين لا يلتزمون ببرنامج تدريبي خاص .

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (3.6) أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين لا يطبقون

برنامج تدريبي خاص.

رسم بياني رقم (17) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يطبقون برنامج تدريبي خاص بمرضى السكري



3-4: السؤال (04): هل تقام فحوصات خاصة بداء السكري للاعبين المصابين بهذا المرض؟

جدول رقم (18): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كانت تقام فحوصات خاصة بداء السكري للاعبين المصابين بهذا المرض.

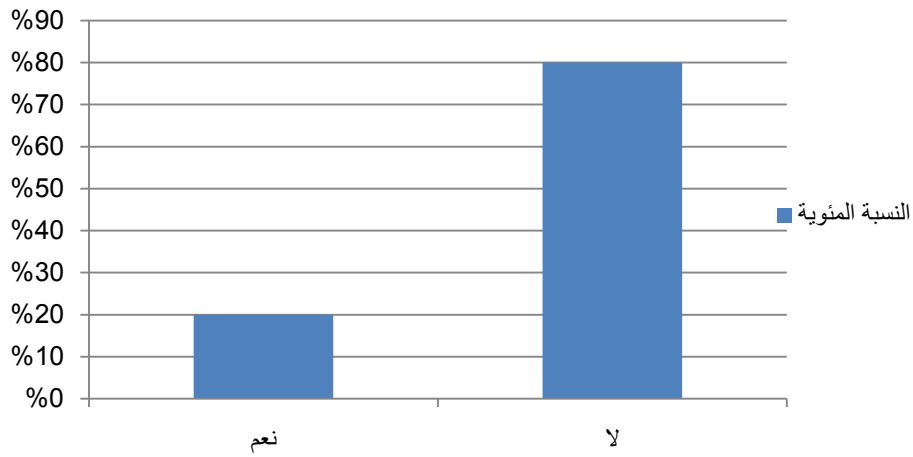
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	08	20%	14.4	3.84	دال
لا	32	80%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (20 %) من المدربين يتلزمون بالقيام بالفحوصات الخاصة بداء السكري للاعبينهم، فيما بلغت نسبة المدربين الذين نفوا القيام مثل هذه الفحوصات (80%). مما يبين إهمال كبير للفحوصات الخاصة بداء السكري عند معظم المدربين.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (14.4) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01)، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ إهمال لجانب الفحوصات الطبية الخاصة بداء السكري عند معظم المدربين وذلك ربما لنقص الجانب المادي بالفريق.

رسم بياني رقم (18) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يقومون بفحوصات خاصة بداء السكري للاعبينهم.



3-5: السؤال (05): هل يشكل هذا المرض عائق نفسي للاعبين المصابين به؟

جدول رقم (19): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يشكل هذا المرض عائق نفسي للاعبين المصابين به.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	27	67.5	4.9	3.84	دال
لا	13	32.5			
المجموع	40	%100			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (67.5 %) من المدربين يؤكدون أن داء

السكري يشكل عائق نفسي للاعبين المصابين بهذا المرض، فيما بلغت نسبة

المدربين الذين يرون أنه لا يشكل أي عائق نفسي (32.5) مما يبين أن الأغلبية

تتفق في أنه يشكل عائق نفسي للاعبينهم .

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (4.9) أكبر من قيمة

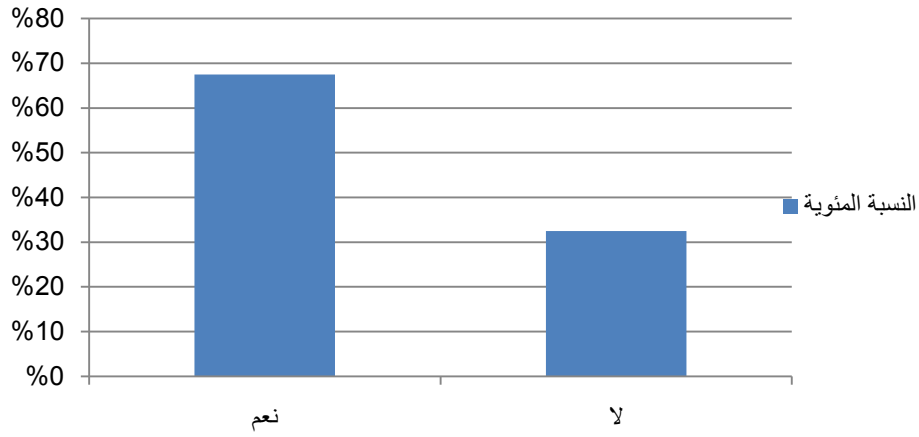
كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية المدربين يرون أن داء

السكري يشكل عائق للاعبينهم المصابين بهو ربما يرجع ذلك لإصابتهم المتكررة

والتعب الذي يؤثر على هذه الفئة بشكل كبير.

رسم بياني رقم (19) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يشكل داء السكري عائق نفسي للاعبين المصابين به



3-6: السؤال (06): هل تقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب؟

جدول رقم (20): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب.

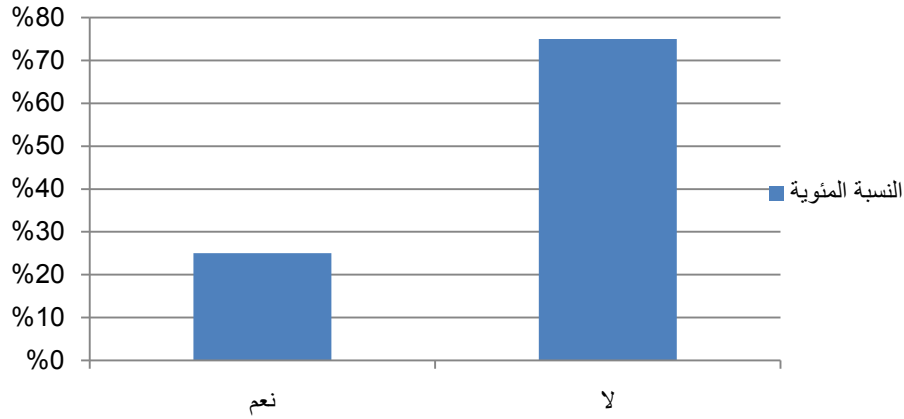
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	10	25%	10	3.84	دال
لا	30	75%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (25 %) من المدربين يؤكدون أنهم يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري في بداية اللعب وتتمثل في حقن الأنسولين وقياس نسبة السكر في الدم، فيما بلغت نسبة المدربين الذين ينفون القيام بمثل هذه الفحوصات (75 %) مما يبين أن الأغلبية لا تقوم بالفحوصات الطبية لمرضى السكري في بداية اللعب.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (10) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن الأغلبية لا تقوم بالفحوصات الطبية لمرضى السكري في بداية اللعب.

رسم بياني رقم (20) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربين يقومون
بالفحوصات الطبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب



3-7: السؤال (07): هل تقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري
عند نهاية اللعب؟

جدول رقم (21): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المدربون
يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند نهاية اللعب.

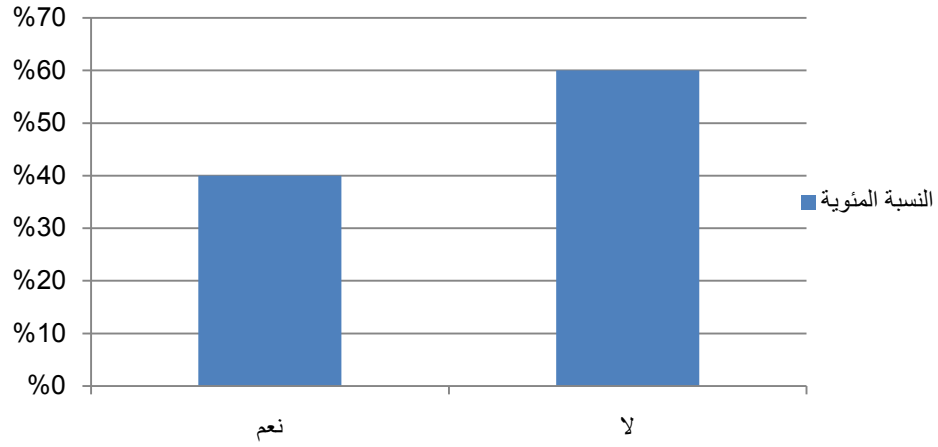
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	16	40%	1.6	3.84	دال
لا	24	60%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (40 %) من المدربين يؤكدون أنهم يقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري في نهاية اللعب وتتمثل في أخذ حقن الأنسولين وقياس نسبة السكر في الدم، فيما بلغت نسبة المدربين الذين ينفون القيام بمثل هذه الفحوصات (60%) مما يبين أن الأغلبية لا تقوم بالفحوصات الطبية لمرضى السكري في نهاية اللعب.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (1.6) أصغر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن الأغلبية لا تقوم بالفحوصات الطبية لمرضى السكري في نهاية اللعب .

رسم بياني رقم (21) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان المديرين يقومون
بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند نهاية اللعب



3-8: السؤال (08): هل يتوفر لدى لاعبيكم معلومات كافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه؟

جدول رقم (22): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان يتوفر لدى لاعبيكم معلومات كافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه.

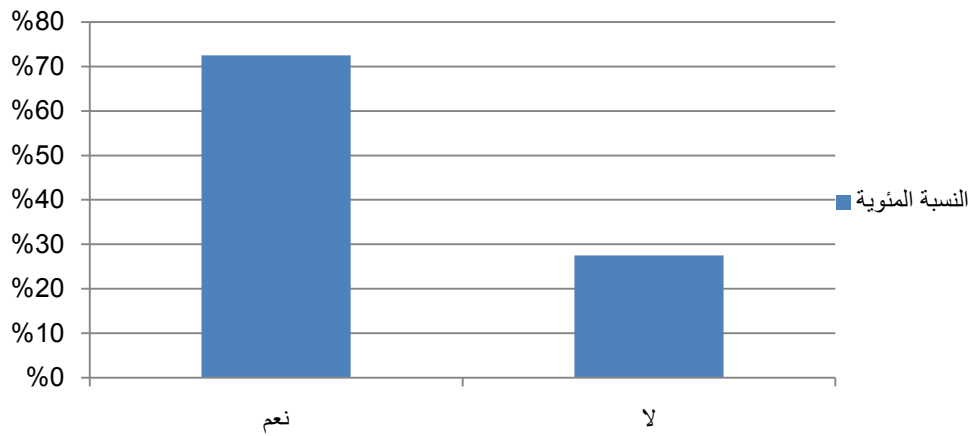
الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	29	72.5%	8.1	3.84	دال
لا	11	27.5%			
المجموع	40	100%			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (72.5%) من المدربين يؤكدون على أن لاعبيهم المصابين بداء السكري لديهم المعلومات الكافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه، فيما بلغت نسبة المدربين الذين ينفون ذلك (27.5%) مما يبين أن أغلبية اللاعبين المصابين بداء السكري لديهم المعلومات الكافية عن داء السكري وعن كيفية التعامل معه.

وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (8.1) أكبر من قيمة كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ، ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ أن أغلبية اللاعبين المصابين بداء السكري لديهم المعلومات الكافية عن داء السكري وعن كيفية التعامل معه.

رسم بياني رقم (22) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان اللاعبين المصابين بداء السكري لديهم المعلومات الكافية عن داء السكري وكيفية التعامل معه



9-13: السؤال (09): هل هناك تجاوب من اللاعبين المصابين بداء السكري

للتصائح المقدمة من طرفكم؟

جدول رقم (23): يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان هناك تجاوب من اللاعبين للنصائح المقدمة من طرف المدربين.

الإجابات	التكرارات	النسبة المئوية	كا ² المحسوبة	كا ² الجدولية	الدلالة الإحصائية
نعم	38	%95	32.4	3.84	دال
لا	02	%05			
المجموع	40	%100			

التحليل:

من خلال نتائج الجدول تبين أن نسبة (95 %) من المدربين يؤكدون التزام اللاعبين

المصابين بداء السكري بالنصائح المقدمة من طرفهم، فيما بلغت نسبة المدربين

الذين ينفون ذلك (05%) مما يبين أن هناك تجاوب بين اللاعبين والمدربين.

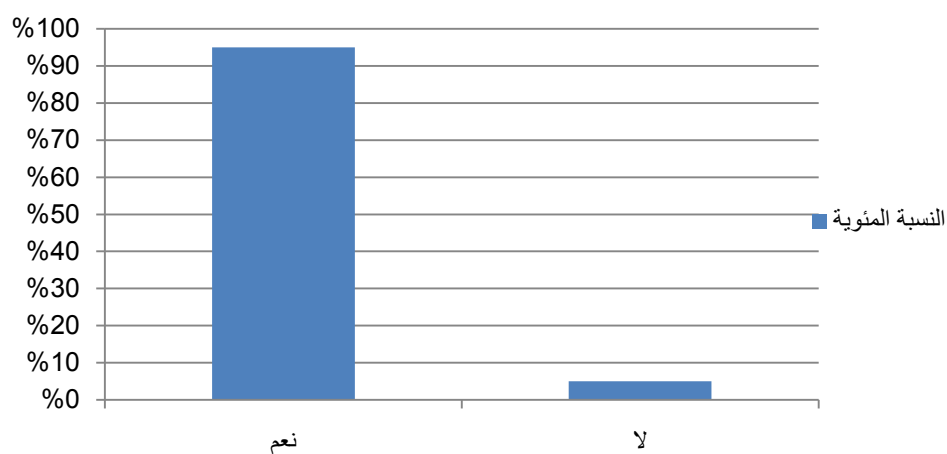
وبالرجوع إلى الجدول المدون أعلاه نلاحظ أن كا² المحسوبة (32.4) أكبر من قيمة

كا² الجدولية (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (01) ومنه نقول

توجد فروق ذات دلالة إحصائية وبالتالي نلاحظ وجود تجاوب كبير بين المدربين

واللاعبين المصابين بداء السكري.

رسم بياني رقم (23) يوضح نتائج الإجابة عن سؤال ما إن كان هناك تجاوب مع النصائح المقدمة للاعبين من قبل المدربين



- الاستنتاجات :

على غرار الدراسات السابقة نجد أنّ دراستنا اختلفت عن الدراسات الأخرى وذلك لجوءا إلى النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا التي تهدف إلى إظهار أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري .

توصلنا لجمع المعلومات التالية و مناقشتها حيث كانت النتائج المتوصل إليها كما يلي :

- وجود أهمية كبيرة للمراقبة الطبية والصحية للاعبين المصابين بداء السكري.
- غياب الفحوصات الدورية للاعبين المصابين بداء السكري مما يؤثر على نتائج الفريق عامة وعلى اللاعب خاصة.
- عدم توفر النوادي الرياضية لكرة اليد على الإمكانيات المادية والبشرية.
- قلة وعي المسيرين بأهمية المراقبة الطبية والرياضية.
- كثرة الإصابات التي يتعرض لها اللاعبون المصابون بداء السكري راجع لغياب الطبيب وعدم معرفة المدرب كيفية التعامل مع هذه الفئة.
- كثرة الإصابات الرياضية في الحصص التدريبية تشكل عائق لمرض السكري الممارسين لكرة اليد.
- وجود أهمية كبيرة للملتقيات التوعوية لبعض الأمراض التي تمكن المدرب واللاعب بمعرفة كيفية القيام بالإسعافات الأولية في ظل غياب الطبيب.

الاستنتاج الشخصي :

من خلال الدراسة التي قمنا بها وعلى ضوء النتائج التي حصلنا عليها نريد أن نبين أهمية المراقبة الطبية و الصحية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري وعلاقتها بالصحة وأثرها على التحصيل الرياضي للاعب الذي يكون بحاجة إلى التكامل الصحي و التكامل الجسدي الفسيولوجي خلال تلك الفترة الحساسة التي يعيشها. ونريد أن نلفت انتباه المتخصصين في الميدان ببعض الآراء حول العمل بنتائج دراستنا هته من أجل رفع مستوى النشاط البدني و الرياضي بصورة عامة و من أجل الارتقاء إلى المستويات العالية و العمل على تطوير هذا المجال و الاهتمام بالمراقبة الطبية و مجال الإصابات الرياضية.

مناقشة الفرضيات:

❖ الفرضية الأولى :

✓ غياب الفحوصات الدورية في النوادي الرياضية للاعبين المصابين بالداء السكري على ضوء النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة أعطت للفرضية صدقها حيث وجد أن أغلب النوادي الرياضية لكرة اليد لا تقوم بالفحوصات الطبية للاعبين المصابين بداء السكري وذلك لعدم توفر النادي على الإمكانيات المادية (العيادة الطبية ومخابر التحاليل) والإمكانيات البشرية (الأطباء والممرضين) وكذلك قلة وعي المسيرين بأهمية هذه الفحوصات وتأثيرها على نتائج الفريق.

❖ الفرضية الثانية:

✓ يعود إهمال المراقبة الطبية والصحية للاعبين كرة اليد المصابين بداء السكري

في المراكز الرياضية إلى سببان أساسيان:

- أولاً: نقص الموارد البشرية (أطباء - شبه طبي)
- ثانياً: نقص الإمكانيات المادية (عيادة - سيارة إسعاف - وسائل طبية).

على الضوء النتائج المتحصل عليها من خلال عرض وتحليل نتائج الإستبيان في هذه الدراسة أعطت للفرضية صدقها حيث أكد أغلبية المدربين على عدم توفر النادي على طبيب وغياب العيادات والوسائل الطبية مما يجعل المراقبة الطبية تكاد تكون منعدمة في الأندية الرياضية (كرة اليد) خاصة للاعبين المصابين بداء السكري.

❖ الفرضية الثالثة:

✓ يتوفر المدربين على القدر الكافي من المعلومات عن داء السكري وكيفية التعامل معه.

على ضوء النتائج المحصل عليها من خلال عرض نتائج الإستبيان وتحليلها تبين أن أغلبية اللاعبين المصابين بداء السكري لديهم القدر الكافي من المعلومات حول مرضهم في حين أن بعض المدربين ليس لديهم هذه المعلومات مما يؤثر على هذه الفئة من اللاعبين ويصبح المدرب غير قادر على التعامل مع هذه الفئة، مما يوضح أن الفرضية غير محققة.

❖ الفرضية العامة:

✓ للمراقبة الطبية والصحية أهمية لاعبي كرة اليد المصابين بداء السكري.

على ضوء النتائج المحصل عليها من خلال عرض نتائج الإستبيان وتحليلها تبين أن هناك أهمية كبيرة للمراقبة الطبية والصحية للاعبين المصابين بداء السكري حيث تمكن المدرب من التعامل الجيد مع هذه الفئة وتفاذي الإصابات وتفاذي تفاقم المرض لهذه الفئة مما يبين أن الفرضية محققة.

التوصيات والاقتراحات:

بعد عرض ما تقدم في بحثنا من جانب نظري وجانب تطبيقي وهذا الأخير الذي استهل على أسئلة الاستبيان، والتي أوضحت نتائجها للإهمال الكبير والملحوظ من جانب المسؤولين على مستوى الأندية الرياضية، وبالأخص مكان الدراسة وهي الأندية المدروسة، حيث أوضحت النقص الكبير في الاعتناء بصحة اللاعب وبتوفير أدنى مستلزمات المراقبة والوقاية من الإصابات خلال مزاولتهم للنشاط الرياضي داخل الفريق، وكل هذا الإهمال أدى إلى إهمال المراقبة الطبية والتي تتكثل في غياب الفحوصات الدورية رغم أهميتها.

ومنه نستخلص أن واقع المراقبة الطبية والصحية داخل الأندية في تدهور إلى حد كبير، فعلى ضوء ما قلناه، وعلى أساس النتائج المتحصل عليها نتقدم بهذه الاقتراحات التي نأمل أن تصل إلى المهتمين على صحة اللاعبين داخل الفرق خاصة المصابين بداء السكري.

1- وضع مرسوم يقضي بإجبارية الفحص الطبي الدوري لكل لاعب خاصة المصابين بداء السكري.

2- تأليف طاقم طبي متكون من ذوي الاختصاص في الطب الرياضي خاص بكل فريق، للتدخل في أي نوع من الإصابات سواء أثناء التدريب أو المباراة.

3- التكوين الجيد للمدربين وتوعيتهم حول مختلف الأمراض وكيفية التعامل معها خاصة داء السكري.

4- على القائمين على الفرق الرياضية مراعاة الملاحظات التي يبديها الطبيب بعد إجراء الكشف الطبي.

5- تجهيز العيادات الطبية بالأدوات والوسائل الوقائية الخاصة بالفحوص والمراقبة الطبية، وكذا الإصابات الأولية.

6- تنظيم تربية خاصة بالتوعية بأسس وقواعد الإسعافات الأولية.

7- توفير العتاد الرياضي اللازم والمناسب لممارسة رياضة سليمة لتفادي الإصابات وحماية المنشآت ومراقبتها، بتوفير قواعد الأمن للممارسين.

8- توفير الوسائل الرياضية اللازمة للممارسة الفعلية لنشاط رياضي " كرة اليد".

9- الاهتمام أكثر بهذه الفئات وإبعادها عن التهميش بتوفير مؤطرين ذوي مستوى علمي كافٍ لتسيير الفرق الرياضية ولتدريب هذه الفرق.

10- تنظيم ندوات خاصة بالتوعية بأسس وقواعد الوقاية من الإصابات الرياضية والتي تخص فئة اللاعبين.

11- فتح مراكز جهوية للطب الرياضي تستفيد منها جميع الفرق والأصناف وإذا أمكن فتح مراكز ولائية مختصة في مجال الطب الرياضي.

12- إعطاء ميزانية أكبر لهذه الفرق وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي من أجل إعطائه أهميته التي يستحقها.

13- الإهتمام بالفئة المصابة بداء السكري ومحاولة إدماجها في النشاط الرياضي.

14- الإلتزام بالفحوصات الطبية لمرضى السكري.

الخلاصة العامة:

من خلال ما قدمناه في الجزء التطبيقي من طرح أسئلة الاستبيان وكذا سرد تحليلها التي كانت في مجمل نتائجها تؤكد الإهمال للجانب الصحي للاعبين خاصة المصابين بداء السكري، وكان هذا نابع من أجوبة المدربين على الأسئلة، فعلى ضوء ما جاء في الأجوبة، اتضح لنا أنه لا يوجد مراقبة طبية وإن وجدت فهي لا ترقى إلى الجانب الوقائي أو العلاجي البسيط والغياب الملحوظ للمراقبة الطبية أدى إلى غياب المعلومات الصحية المتعلقة باللاعب والتي تفيد المدرب في أي مشكل صحي يمكن وقوعه.

كما أن النقص في الجانب المادي والمالي أدى إلى عدم توفر هذه الفئات على طبيب مختص أو حتى على طبيب عام يقوم بإجراء المتابعة الدورية على اللاعبين ومراقبتهم أثناء وبعد التدريبات أو حتى أثناء إجراء المباريات.

ومن خلال النتائج المحصل عليها سابقا في المحاور والتي أكدت على الأهمية التي يلعبها الطب الرياضي وكذا غياب الأطباء والعيادات الطبية أدى إلى غياب المتابعة الطبية الدورية، وهذا ما أنجر عنه كثرة المضاعفات الصحية لدى اللاعبين المصابين بداء السكري وكثرة الإصابات الرياضية خلال الحصة التدريبية.

كل هذا أوصلنا إلى القول بأن الفرضيات التي توقعنا وجودها هي محققة نظرا لتطابقها مع الواقع المعاش، وكذا النتائج المحصل عليها والتي تبين ذلك جليا.

وبذلك نصل إلى تحقيق فرضيتنا الرئيسية القائلة: "أن للمراقبة الطبية والصحية أهمية للاعبين المصابين بداء السكري".

المصادر

و المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1. إبراهيم البصري. (1976). *الطب الرياضي*. بغداد: دار الحرية.
2. أبو العلا أحمد عبد الفتاح. (2003). *فسيولوجيا التدريب الرياضي* (الإصدار 1). القاهرة دار الفكر العربي.
3. أبو العلا أحمد عبد الفتاح و كمال عبد الحميد إسماعيل. (2001). *الثقافة الصحية للرياضيين* (الإصدار 1). مدينة نصر، القاهرة: دار الفكر العربي.
4. أبو العلا أحمد عبد الفتاح وكمال عبد الحميد إسماعيل. (2001). *الثقافة الصحية للرياضيين*. مدينة مصر القاهرة: دار الفكر العربي.
5. أسامة رياض. (2002). *الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب*. القاهرة، مصر الجديدة: مركز الكتاب للنشر.
6. أسامة رياض. *الرعاية الطبية للاعبين* (الإصدار 1). القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
7. أسامة رياض، إمام حسن التجمي. (1999). *الطب الرياضي والعلاج الطبيعي*. القاهرة مركز الكتاب للنشر.
8. بهاد الدين سلامة. *الجوانب الصحية في التربية الرياضية*. مصر.
9. عادل علي حسن. (1995). *الرياضة والصحة*. الإسكندرية: منشأة المعارف.
10. عادل علي حسن. (1995). *الرياضة والصحة* (الإصدار 1). منشأة الإسكندرية.
11. عبده أبو العلاء السيد. (1985). *دور المدرب في إصابة اللاعب الوقاية والعلاج* (الإصدار 1). الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر.

12. عبد الكريم خويلة. (2002). موسوعة داء السكري.
13. عبد الفتاح محمد دويدار . (2005). المرجع في فنيات كتاب البحث العلمي و
14. مناهج البحث في علم النفس . الشبطي : دار المعرفة الجامعية .
15. عبد الهادي. (1999). القياس و التقويم التربوي و إستخدامه في مجال
التدريس الوصفي. الأردن: دار وائل للنشر.
16. عمار بخوش – محمد ذنيبات. (2001). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد
البحث (الإصدار ط3). ديوان المطبوعات الجامعية،.
17. عمر بخوش ومحمد فهمي. (1995). مناهج البحث العلمي وطرق البحث،
ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
18. محمد رفعت. (1977). السكر وعلاجه. لبنان: دار المعرفة للطباعة والنشر.
19. منير جرسى ابراهيم. كرة اليد للجميع (الإصدار 4). دار الفكر العربي.
20. منير جرسى ابراهيم. (1994). كرة اليد للجميع. القاهرة: دار الفكر العربي.
21. مهند حسين. (2004). الرياضة والأمراض المزمنة .
22. مرفت السيد يوسف. (1991). دراسات حول مشكلات الطب الرياضي.
مطبعة الإشعاع الفنية المعمورة.
23. مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي. (1993).
24. دكتور حمداوي ابراهيم. (1979). مذكرة أهمية الفحوصات الطبية للوقاية من
الإصابات الرياضية. الجزائر.
25. طاهر سعدالله. علاقة القدرة على التفكير الإبتكاري بالتحصيل الدراسي.
26. كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين. (1980). كرة اليد ، تدريب ،
مهارات، قياسات. دار الفكر العربي.
27. كمال عبد الحميد وآخرون. (1970). كرة اليد للناشئين وتلامذة المدارس. دار
الفكر العربي.
28. جيرد لانجيريوف د.تيواتلرت. (1978). كرة اليد للناشئين (الإصدار ط2). دار
الفكر العربي.

29. كمال عبد الحميد ، محمد صبحي حسنين. (2001). رباية كرة اليد الحديثة. القاهرة، مصر: مركز الكتاب والنشر.
30. كمال عبد الحميد ،محمد صبحي حسنين. (1980). كرة اليد ، تدريب ، مهارات، قياسات. دار الفكر العربي.
31. كمال عبد الحميد وآخرون. (1970). كرة اليد للناشئين وتلامذة المدارس. دار الفكر العربي.
32. كمال عبد الحميد وآخرون. (1970). كرة اليد للناشئين وتلامذة المدارس. دار الفكر العربي.
33. هناء زروق. (2001). دار الفكر العربي، الرياضة ومرض السكري.
34. حسن أحمد الشافعي. (2004). التحليل الإحصائي في التربية البدنية. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
35. رشيد زرواني. (2002). التدريبات على مناهج البحث العلمي في العلوم الاجتماعية (الإصدار ط1). الجزائر: دار هومة.
36. سامي محمد ملحم. (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس (الإصدار ط1). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
37. محمد سليم. (2004). منهجية البحث العلمي، دليل طلاب العلوم الاجتماعية والإنسانية. دار الغرب للنشر وهران.
38. محمد سيد فهمي. (2008). "البحث الاجتماعي-القواعد -المناهج -المجالات' (الإصدار (د،ط،)،). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
39. محمد مكي. (1994). محاضرات في علم النفس التربوي - المدرسة العليا لأساتذة التربية البدنية والرياضية.
40. محي محمد مسعد. (2000). كيفية كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات (الإصدار ط2). الإسكندرية: المكتب العربي الحديث.
41. مروان عبد المجيد إبراهيم. (2006). طرق ومناهج البحث العلمي في التربية البدنية والرياضية" (الإصدار دط). عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر،.

42. نبيل جمعة صالح النجار . (2010). الإحصاء في التربية والعلوم الإنسانية مع تطبيقات برمجية *spss*، ، كلية العلوم التربوية (الإصدار ط 1). جامعة مؤتةعمان، الأردن،: دار الحامد للنشر والتوزيع.

قائمة المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

1. Lumbroso, Jacqueline Rossout " *Medicine de sport* .Paris: Edition Paris.
2. W.Heipertz/D.Bohmer/Ch.Heipertz– Hengs . (1990) . *Medicine du sport* .Edition Paris.,
3. Planification Et Entraînement D'une Equipe .*De Haute Performance* .Alger: O.P .V.

الملاحق

أولاً: البيانات الشخصية:

1 - السن:

- ☐ • أقل من 25 سنة
- ☐ • من 25 سنة إلى 35 سنة
- ☐ • أكثر من 35 سنة

2- الشهادات:

- ☐ • دكتوراه في الرياضة
- ☐ • ماستر في الرياضة
- ☐ • ليسانس في الرياضة
- ☐ • لاعب سابق

3- الاقدمية في التدريب بالسنوات:

- ☐ ✓ أقل من 5 سنوات
- ☐ ✓ أقل من 10 سنوات
- ☐ ✓ أكثر من 10 سنة

المحور الثاني: ويتعلق بأهمية المراقبة الطبية والصحية في

المراكز الرياضية وعن نسبة توفر وسائلها وإلى أي مدى يتم

العمل بها في هذه المراكز .

- 1- هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟ ☐ نعم ☐ لا

- إذا كان الجواب بنعم، من يقوم بالإشراف على عيادتكم؟

الطبيب ☐ الممرض ☐

2- هل تواجد الطبيب في فريقكم ضروري؟.

نعم ☐ لا ☐

3- هل يوجد عمل مشترك بينكم وبين طبيب الفريق؟

نعم ☐ لا ☐

4- هل تواجد الطبيب أو ممرض الفريق أثناء التدريبات ضروري؟.

نعم ☐ لا ☐

5- هل تقام فحوص دورية للاعبيكم؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت بنعم فمتى؟

في بداية الموسم ☐ في منتصف الموسم ☐ في نهاية الموسم ☐

6- هل تتوفر معلومات صحية كافية عن لاعبيكم؟.

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بنعم فهل هي مدونة على شكل؟

دفتر صحي ☐ سجل ☐

7- هل لاقيتُم مشاكل صحية خاصة بلاعيكم؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت بنعم، فهل ترجع إلى:

عدم توفر معلومات صحية ☐

عدم اطلاعكم على الدفتر الصحي ☐

أسباب تتعلق بلاعب نفسه ☐

8- هل تلقيتُم إصابات في الحصص التدريبية؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت بنعم، فما نوع هذه الإصابات؟

كسور ☐ تمزقات عضلية ☐ إصابات أخرى ☐

9- هل رئيس الفريق مهتم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية؟

نعم ☐ لا ☐

10- هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟

نعم ☐ لا ☐

11- هل لمراقبة الطبية أثر على النتائج التي يحققها الفريق؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث: يتعلق بالمراقبة الطبية والصحية للمرضى المصابين بداء السكر الممارسين لكرة اليد وعن مدى إلمام المدربين واللاعبين المصابين بالمعلومات الكافية عن هذا المرض وكيفية التعامل معه.

1- هل يتوفر لديكم معلومات كافية عن داء السكري؟

نعم ☐ لا ☐

2- هل تلقيتم إصابات في الحصص التدريبية بسبب مرض لاعبيكم (داء السكري)؟

نعم ☐ لا ☐

3- هل تقومون بتطبيق برنامج تدريبي خاص للاعبين المصابين بداء السكري؟

نعم ☐ لا ☐

4- هل تقام فحوصات خاصة بداء السكري للاعبين المصابين بهذا المرض؟

نعم ☐ لا ☐

5- هل يشكل هذا المرض عائق نفسي للاعبين المصابين به؟

نعم ☐ لا ☐

6- هل تقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند بداية اللعب؟

نعم ☐ لا ☐

7- هل تقومون بفحوصات طبية للاعبين المصابين بداء السكري عند نهاية اللعب؟

نعم ☐ لا ☐

8- هل يتوفر لدى لاعبيكم معلومات كافية حول مرضهم وعن كيفية التعامل معه؟

نعم ☐ لا ☐

9- هل هناك تجاوب من اللاعبين للنصائح المقدمة من طرفكم.

نعم ☐ لا ☐