

جامعة خميس مليانة  
معهد علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية



مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر - نظام LMD - في علوم و تقنيات الأنشطة البدنية  
والرياضية  
تخصص: النشاط البدني الرياضي التربوي

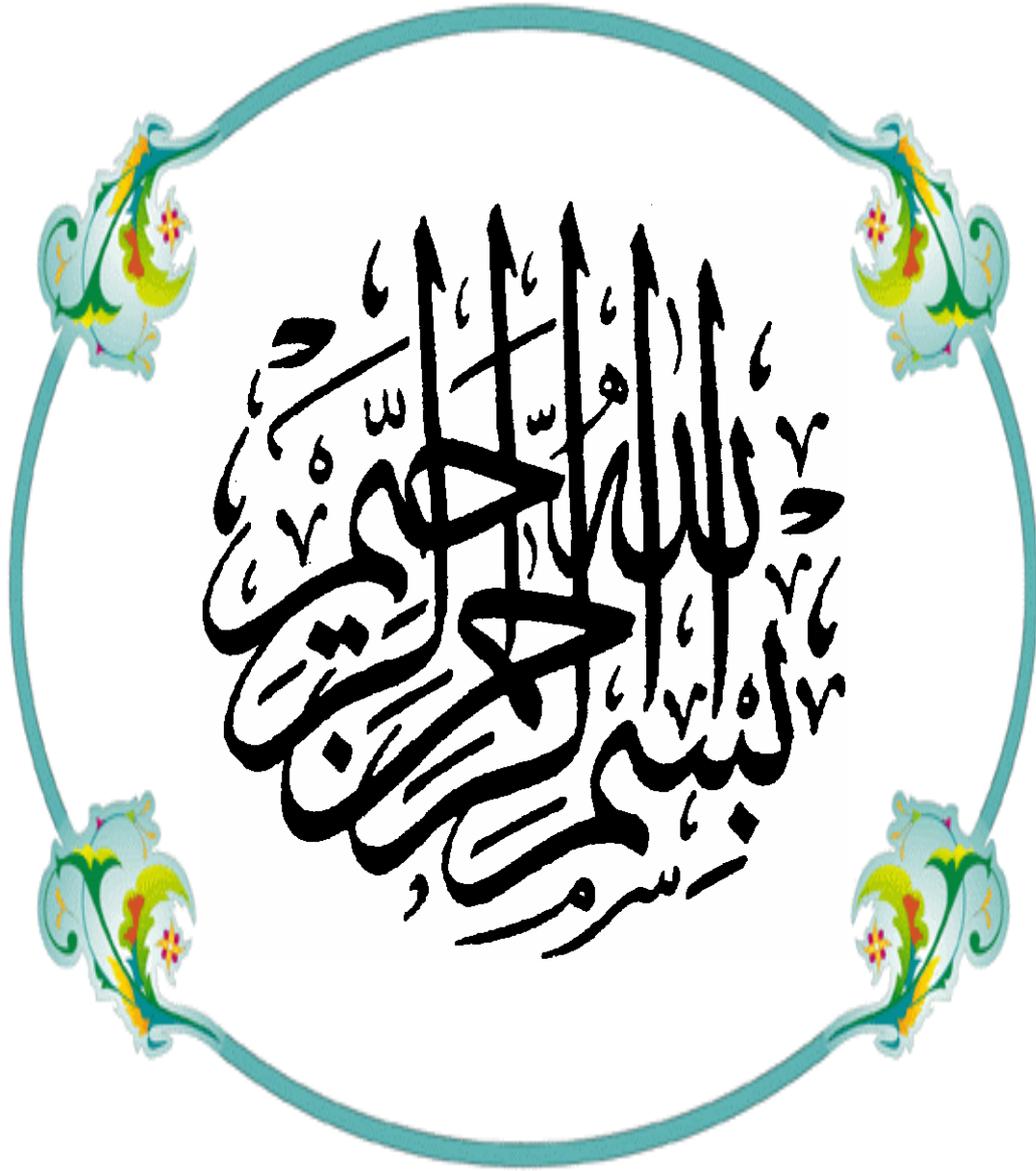
بعنوان:

# واقع المراقبة الطبية لدى أندية كرة القدم (دراسة ميدانية لبعض أندية كرة القدم - ولاية المدية)

تحت إشراف الأستاذ:  
كهبناي أحمد.

من إعداد :  
\* عبدلي محمد.  
\* لعريبي منير.

السنة الجامعية 2013/2014



# علمة شكر

عملاً بقول الرسول صلى عليه وسلم "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

نشكر الله تعالى على توفيقه لنا لإنجاز هذا البحث.

يسعدنا وبشرفنا أن نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم معنا في إنجاز هذا

العمل، سواء من قريب أو من بعيد.

ونخص بالذكر الأستاذ القدير: بناي أحمد ، المشرف على بحثنا.

فلم يبخل بتوجيهاته ونصائحه علينا، ولم يتوانى في تقديم أرائه لنا، حتى تم إنجاز

هذا العمل.

وتحياتنا إلى كل أساتذة وطلبة وعمال قسم التربية البدنية والرياضية بجامعة

خميس مليانة.

"والله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه"

منير + محمد

إلى خالقنا الواحد الأحد قبل أي أحد إلى من المرسلين  
وبراس العالمين رسول الله صلى الله عليه وسلم

# الإهداء

إلى منيرة دربي إلى التي جعلت من راحتها مواطناً لأقدامي أنا ملئ شموعها تضيء أيامي  
وقلبها مسكناً لفرحتي وأحزاني إلى التي سهرت لترفعني عن ذل الزمان وتغنيني بحنانها  
عن أي إنسان ولم تعلمني معني الحاجة إلي **أمي** وإلي **أبي** الغالي الذي منحني ثقته التي ساعدتني  
على مواصلة مشواري الدراسي حفظه الله وأطال عمره.

إلى أمي الثانية التي علمتني معنى الصبر والكفاح ألا وهي جدتي (زهرة) حفظها الله  
وجدي (عمرو) حفظه الله وأطال عمره إلى كل خالاتي وأخوالي وإلي كل عائلة لعريبي  
إلى كل أخواتي (إبرح، إسماعيل، راضية، وليد، مصطفى)

وإلي كل أصدقائي حمزة جلواح، مغراوي عبد الرحمان، سيدعلي وإلي أصدقائي في الجامعة  
كبابيرية، بلملياني، بوزيد، الطوهاري، ستي قرامدي، صحراوي مصطفى، جمال الشاوش رحمون، مغني  
بحمدي، عفيفي، بلال، بن أحمد، قريوسي، تاج، والي زميلاتي، نجية، آسيا، كما لا أنسى بذكر الصديق  
الأخ زميلي في إنجاز هذا البحث **عبدلي محمد**

وأخيراً إلى كل من أحبهم قلبي وارتاحت لهم  
وإلي كل من وسعهم قلبي ولم تسعهم مذكرتي

لعريبي منير

# إهداء

إلى من قال فيهما غَوَّ وَجَبِي ﴿ وَارْحَمَهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا ﴾ ( الآية 24 - سورة  
الإسراء )

إلى نبع الحنان وسر الوجدان إلى من تعبت من أجل رعايتي إلى تلك الشمعة  
التي تحترق لتضيء لي طريقي إلى أمي الغالية **فاطمة**.

إلى من تحدى الصعاب إلى من تعب وشقي في تعليمي حتى وصولي إلى هذا  
المستوى إلى أبي العزيز **إبراهيم**.

إلى من جمعتني معهم ظلّمت الرحم إلى إخوتي ( اسماعيل، خالد، والى  
الصغيرة أميرة) حفظهم الله ورعاهم وأطال في عمرهم

إلى كل الزملاء في الحياة الجامعية وأخص بالذكر:

بوزيد جمال، كبايرية محمد، قرامدي محمد، بلملياني محفوظ، الطوهاري عبد  
القادر، مغني محمد، ستي بن عليّة، مصطفى صحراوي، جمال شاوش رحمون،  
التاج محمد، قريوسي بلال، عيدي شمس الدين، وإلى زملائي من أدرار: بحمدي  
محمد، بن أحمد محمد، محمد عفيفي وبلال.

و في الأخير أتقدم بالإهداء الخاص إلى رفيقي في البحث: لعريبي منير.

عبدلي محمد



## قائمة المحتويات

الصفحة:

الموضوع:

كلمة شكر وتقدير.

الإهداءات.

قائمة المحتويات.

قائمة الجداول.

قائمة الأشكال.

ملخص الدراسة.

أ..... مقدمة

### الجانب التمهيدي: مدخل عام للبحث

1-الإشكالية.....3

2-فرضيات الدراسة.....3

3-أهمية الدراسة.....4

4-أهداف الدراسة.....4

5-أسباب اختيار الموضوع.....4

6-تحديد المفاهيم والمصطلحات.....4

7-الدراسات السابقة.....5

### الباب الأول: الجانب النظري

#### الفصل الأول : المراقبة الطبية الرياضية.

تمهيد.

1-لمحة تاريخية حول الطب الرياضي.....11

2- الطب الرياضي في الجزائر.....11

3- علم الطب الرياضي.....13

4- مفهوم المراقبة الطبية الرياضية.....14

- 5- أهمية المراقبة الطبية.....14
- 6- مهام المراقبة الطبية الرياضية.....14
- 7- مفهوم الفحص الطبي الدوري.....14
- 7-1- أهمية الفحص الطبي الدوري.....15
- 7-1-1. الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية.....15
- 8 - استمارة التقييم الطبي الفيزيولوجي للاعبين.....16
- 8-1- قسم الفحوص الطبية العامة.....16
- 8-2- الفحوصات المحلية.....17
- 8-3- فحوصات تخطيط القلب.....17
- 8-4- فحوصات الوظائف التنفسية.....18
- 8-5- فحوصات خاصة بحجم القلب.....18
- 8-6- فحوصات تخطيط العضلات.....18
- 8-7- قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية.....18
- 8-8- قسم الفحوص البدنية الخارجية (المورفولوجية).....18
- 9- قسم الفحوص المعملية.....18
- 10- بيانات بدرجة اللياقة البدنية للاعب كرة القدم: .....19
- 11- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقنية والمرض.....19
- 12- الموت المفاجئ لدى الرياضيين أثناء ممارسة الرياضة.....19
- 13- الاختبارات الصحية للرياضيين.....21
- 14- الاهتمام بالتغذية.....25
- 14-1- إجراء الكشف الطبي الدوري على الجهاز الهضمي.....26
- 14-2- التغذية في مرحلة التدريب.....26
- 14-3- مكونات حصة غذائية يومية للتدريب.....26
- 14-4- كيفية تناول العناصر الغذائية أثناء مرحلة التدريب.....27
- 14-5- الماء وأهميته في الجهد البدني.....28
- 14-6- النصائح العلمية و التوجيهات الخاصة بشرب الماء والسوائل أثناء التدريب.....29
- 14-6- إرشادات الغذائية قبل المباراة.....29

- 15-المنشطات المحظورة رياضيا طبقا لتعليمات اللجنة الاولمبية الدولية.....30
- 15-1-أنواع المنشطات المحظورة رياضيا.....30
- 16- إصابات كرة القدم.....33
- 16-1-الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي.....33
- 16-2- أكثر الإصابات حدوثا بالنسبة لكرة القدم.....36
- 16-3-إصابة الجزء العلوي.....36
- 16-4- الجزء السفلي .....39
- 17-للوقاية من الإصابات والحفاظ على سلامة الرياضي يجب.....47
- خلاصة.

## الفصل الثاني: الأندية الرياضية.

تمهيد

- 1-الأندية الرياضية.....54
- 2-النوادي الرياضية في الجزائر.....54
- 3-النادي الرياضي الهاوي.....55
- 4-القانون الأساسي الجديد الخاص بالجمعيات المحلية.....55
- 5-أهداف الأندية الرياضية.....57
- 6-فرق الأندية الرياضية.....58
- 6-1-المفهوم السيكلوجي للفريق .....58
- 6-2- حجم الفريق.....59
- 6-3-بناء الفريق .....59
- 6-4- تفاعل الفريق .....60
- 6-5- دافعية الفريق .....61
- 6-6-أهداف الفريق.....61
- 7-فئات الفرق الرياضية في النادي.....62
- 1-فئة الأكابر.....62
- 2- فئة الأواسط.....62
- 3- فئة الاشبال.....65

4-فئة الأصاغر ..... 67.....  
خلاصة

### الفصل الثالث:كرة القدم.

تمهيد

- 1- تعريف كرة القدم.....72.....  
2-ملاح كرة القدم في العالم.....72.....  
2-1-تاريخ كرة القدم في العالم.....72.....  
2-2-تطور كرة القدم في العالم.....76.....  
2-3-تسلسل دورات كاس العالم.....79.....  
3- كرة القدم في المغرب العربي.....80.....  
3-1- تاريخ كرة القدم في الجزائر.....80.....  
3-2تطور كرة القدم في الجزائر .....82.....  
4-كرة القدم الحديثة.....83.....  
4-1- ملاح كرة القدم الحديثة .....83.....  
5- قوانين كرة القدم الحديثة .....83.....  
6-2- متطلبات كرة القدم الحديثة.....89.....  
6-3- الاتجاهات الحديثة لكرة القدم .....93.....  
7- جوانب أخرى لكرة القدم.....94.....  
-الخلاصة

### الباب الثاني: الجانب التطبيقي.

### الفصل الرابع:منهجية البحث وإجراءاته الميدانية.

تمهيد

- 1-الدراسة الاستطلاعية.....102.....  
2- المنهج المستخدم.....102.....  
3- مجالات البحث .....102.....  
4-ضبط متغيرات الدراسة .....103.....

103.....	4-1-1- مجتمع البحث
103.....	4-2- عينة البحث
103.....	5- أدوات البحث
104.....	6- الأدوات الإحصائية المستعملة

### الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج.

106.....	1- تحليل النتائج.الخاصة بالمدرسين
106.....	1-1- المحور الأول
117.....	1-2- المحور الثاني
123.....	2- تحليل النتائج الخاصة باللاعبين
123.....	2-1- المحور الأول
135.....	2-2- المحور الثاني

### الفصل السادس: مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

141.....	1- التحقق من الفرضيات
141.....	1-1- التحقق من الفرضية الجزئية الأولى
142.....	1-2- التحقق من الفرضية الجزئية الثانية
143.....	استنتاج عام
144.....	الاقتراحات

خاتمة

الملاحق

المراجع

## قائمة الجداول:

رقم	اسم الجدول	الصفحة
01	جدول يمثل مستويات القوة العضلية حسب الدرجات لسارجنت	23
02	جدول يمثل مستوى الرياضي حسب المسافة المقطوعة لكوبر	23
03	جدول يمثل مكونات حصة غذائية يومية للتدريب (3500 سعر حراري):	26
04	جدول يمثل تسلسل دورات كأس العالم	79
05	جدول يمثل أهم مهارات لاعبي كرة القدم في السبعينات.	90
06	جدول يمثل أوقات الجري حسب خطوط ومراكز اللعب.	90
07	جدول يمثل مكتسبات اللاعبين الناجحين مستقبلاً.	91
08	جدول يمثل معرفة مدى تتوفر معلومات طبية خاصة باللاعبين لدى المدرب.	106
09	جدول يمثل معرفة ما إذا كان هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين.	107
10	جدول يمثل معرفة ما إذا كانت المتابعة الطبية تلبي الاحتياجات الطبية للاعبين.	108
11	جدول يمثل معرفة ما إن كان للمدربين دراية كافية بالإسعافات الأولية.	109
12	جدول يمثل معرفة إذا كان المدربين يراعون المراقبة الطبية في انتقاء اللاعبين.	110
13	جدول يمثل معرفة إذا كان المدربين يقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية.	111
14	جدول يمثل معرفة نوع اختبارات اللياقة البدنية التي يقوم بها المدربين للاعبين.	112
15	جدول يمثل إن كان المدربين يحددون برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية.	113
16	جدول يمثل معرفة نوع الإصابات الأكثر حدوثاً أثناء التدريب.	114
17	جدول يمثل معرفة إن كانت هناك معلومات لدى المدرب عن التغذية الرياضية.	115
18	جدول يمثل معرفة إن كان المدربين ينصحون لاعبيهم بتناول المنشطات لرفع اللياقة البدنية.	116
19	جدول يمثل معرفة إن كان النادي متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين.	117
20	جدول يمثل معرفة إن كان النادي متعاقد مع طبيب.	118
21	جدول يمثل معرفة إن كان هناك عمل مشترك بين المدربين وأطباء الفرق.	119
22	جدول يمثل معرفة إن كان مسؤولي النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية للفرق في النادي.	120
23	جدول يمثل معرفة متى تتواجد سيارة الإسعاف.	121

122	جدول يمثل معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات.	24
123	جدول يمثل معرفة إن كانت مستلزمات حقيبة الإسعافات الأولية كافية.	25
124	جدول يمثل معرفة إن كانت تقام الفحوص الطبية الرياضية للاعبين.	26
125	جدول يمثل معرفة إن كانت لدى اللاعبين معلومات عن تغذية الرياضي	27
126	جدول يمثل معرفة الأوقات التي يتناول فيها اللاعبين الماء في الحصص التدريبية والمقابلات.	28
127	جدول يمثل معرفة إن كانت تقدم نصائح في التغذية للاعبين.	29
128	جدول يمثل معرفة نوع الوجبة التي يتناولها اللاعبين قبل المباراة.	30
129	جدول يمثل معرفة توقيت الوجبة التي يتناولها اللاعبين قبل المباراة.	31
130	جدول يمثل معرفة ما إذا كان اللاعبين يتناولون المنشطات لرفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية.	32
131	جدول يمثل معرفة الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية.	33
132	جدول يمثل معرفة إن كانت هناك إصابات أثناء الحصص التدريبية.	34
133	جدول يمثل معرفة إن كان لدى اللاعبين معلومات عن الإسعافات الأولية.	35
134	جدول يمثل معرفة إن كان اللاعبين يكملون مدة علاج الإصابات.	36
135	جدول يمثل معرفة إن كان اللاعبين يكملون مدة علاج الإصابات.	37
136	جدول يمثل معرفة إن كان يتواجد الطبيب أثناء التدريبات.	38
137	جدول يمثل معرفة كيف ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية.	39
138	جدول يمثل جدول يمثل معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية في الحصص التدريبية.	40
139	جدول يمثل معرفة من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية.	41

## قائمة الأشكال:

رقم	اسم الجدول	الصفحة
01	دائرة نسبية تمثل معرفة مدى تتوفر معلومات طبية خاصة باللاعبين لدى المدرب.	106
02	دائرة نسبية تمثل معرفة ما إذا كان هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين.	107
03	دائرة نسبية تمثل معرفة ما إذا كانت المتابعة الطبية تلبى الاحتياجات الطبية للاعبين.	108
04	دائرة نسبية تمثل معرفة ما إن كان للمدربين دراية كافية بالإسعافات الأولية.	109
05	دائرة نسبية تمثل معرفة إذا كان المدربين يراعون المراقبة الطبية في انتقاء اللاعبين.	110
06	دائرة نسبية تمثل معرفة إذا كان المدربون يقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية.	111
07	دائرة نسبية تمثل معرفة نوع اختبارات اللياقة البدنية التي يقوم بها المدربين للاعبين.	112
08	دائرة نسبية تمثل إن كان المدربين يحددون برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية.	113
09	دائرة نسبية تمثل معرفة نوع الإصابات الأكثر حدوثًا أثناء التدريب.	114
10	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت هناك معلومات لدى المدرب عن التغذية الرياضية.	115
11	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان المدربين ينصحون لاعبيهم بتناول المنشطات لرفع اللياقة البدنية.	116
12	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان النادي متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين.	117
13	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان النادي متعاقد مع طبيب.	118
14	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان هناك عمل مشترك بين المدربين وأطباء الفرق.	119
15	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان مسؤولي النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية للفرق في النادي.	120
16	دائرة نسبية تمثل معرفة متى تتواجد سيارة الإسعاف.	121
17	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات.	122
18	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت مستلزمات حقيبة الإسعافات الأولية كافية.	123
19	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت تقام الفحوص الطبية الرياضية للاعبين.	124
20	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت لدى اللاعبين معلومات عن تغذية الرياضي.	125
21	دائرة نسبية تمثل معرفة الأوقات التي يتناول فيها اللاعبون الماء في الحصص التدريبية والمقابلات.	126
22	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت تقدم نصائح في التغذية للاعبين.	127
23	دائرة نسبية تمثل معرفة نوع الوجبة التي يتناولها اللاعبون قبل المباراة.	128
24	دائرة نسبية تمثل معرفة توقيت الوجبة التي يتناولها اللاعبون قبل المباراة.	129

130	دائرة نسبية تمثل معرفة ما إذا كان اللاعبين يتناولون المنشطات لرفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية.	25
131	دائرة نسبية تمثل معرفة الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية.	26
132	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت هناك إصابات أثناء الحصص التدريبية.	27
133	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان لدى اللاعبين معلومات عن الإسعافات الأولية.	28
134	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان اللاعبين يكملون مدة علاج الإصابات.	29
135	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان اللاعبين يكملون مدة علاج الإصابات.	30
136	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كان يتواجد الطبيب أثناء التدريبات.	31
137	دائرة نسبية تمثل معرفة كيف ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية.	32
138	دائرة نسبية تمثل معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية في الحصص التدريبية.	33
139	دائرة نسبية تمثل معرفة من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية.	34

## ملخص الدراسة.

تحت عنوان: **واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.**

دراسة ميدانية لأندية (اتحاد مزغنة - اولمبي قصر البخاري - النادي الرياضي الهواي حربيل) المنتمية لحظيرة الجهوي الأول وقسم الشرفي وما قبل الشرفي .

هدف الدراسة: تسلط الضوء على واقع المراقبة الطبية في أندية كرة القدم.

مشكلة الدراسة: إلى أي مدى تعتبر المراقبة الطبية الرياضية عامل مهم لنجاح واستمرار العمل الرياضي على مستوى الأندية.

**فرضيات الدراسة:**

**الفرضية الرئيسية:** تعتبر المراقبة الطبية الرياضية عاملا مهما لنجاح واستمرار العمل الرياضي على مستوى

الأندية **الفرضية الجزئية الأولى:** المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع احتياجات لاعبي كرة القدم.

**الفرضية الجزئية الثانية:** نقص الموارد البشرية والإمكانات المادية من أسباب نقص المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.

**إجراءات الدراسة الميدانية:**

**العينة:** عينة عشوائية تمثل 12 مدرب و36 لاعب اختصاص كرة القدم.

**المجال المكاني:** أجريت هذه الدراسة في ولاية المدية.

**المجال الزمني:** تم توزيع استمارات الاستبيان من بداية شهر ماي وتم إعادة استرجاعها في 14 ماي 2014.

**المنهج المستخدم:** اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي.

**الاستبيان:** اعتمدنا في إجراء البحث على الاستمارة الاستبائية التي تدرس كل ما يتعلق بعناصر الموضوع وكذا اعتمدنا على طريقة الإحصاء بالنسبة المئوية واختبار كاف تربيع (كا<sup>2</sup>).

ولقد توصلنا في ختام هذا البحث إلى مجموعة من النتائج حول موضوعنا والتي يمكن ذكر أهمها:

- المراقبة الطبية الرياضية لا تتماشى مع الاحتياجات الطبية للاعبين كرة القدم وما زالت بعيدة كل البعد على المستوى الذي يجب أن تكون عليه على مستوى هذه الأندية.

- هناك نقص في الإمكانيات المادية والإمكانات البشرية للمراقبة الطبية الرياضية داخل الأندية.

انطلاقا من هذه الاستنتاجات ارتأينا تقديم مجموعة من الاقتراحات المستقبلية:

- وضع مرسوم يقضي بإجبارية الفحص الطبي الدوري لكل لاعب.

- إعطاء ميزانية أكبر لهذه الفرق وتخصيص جزء منها للمراقبة الطبية في الفرق.

## مقدمة:

أبدى العلماء أهمية كبيرة للمواضيع الطبية، موقنين بأن العقل السليم في الجسم السليم، وأن الإنسان المريض لا يستطيع أن يخدم المجتمع بشكل كاف وعليه ساهمت مؤهلات الطب بإنشاء جيل جديد قوي البنية، يقاوم ظروف الحياة، وازداد الاهتمام بالرياضة لكونها أصبحت من أهم المميزات المدنية الحديثة، فبرز الطب الرياضي الذي هو ميدان الاعتناء بصحة الرياضي، والمحافظة عليه، ومراقبته، وبما أن الأندية الرياضية تعتبر من الميادين التي تجرى فيها أهداف النشاط الرياضي، وبما أن اللاعب في حاجة ماسة للحفاظ عليه (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993، ص 180) .

ومما لا شك فيه أن المراقبة الطبية الرياضية تعتبر إحدى واجبات المسيرين والرؤساء بتوفير الإمكانيات المادية والبشرية، 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 فقد فرض الطب الرياضي نفسه في رياضة كرة القدم.

ويتطرقنا لهذا الموضوع أردنا تسليط الضوء على واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم وقمنا بتقسيم بحثنا هذا إلى جانب نظري وفيه ثلاث فصول، الفصل الأول تطرقنا فيه إلى المراقبة الطبية الرياضية وتناولنا فيه تعريف للمراقبة الطبية ومدى أهميتها للاعبين كرة القدم أما الفصل الثاني تطرقنا فيه إلى أندية كرة القدم وتناولنا فيه تعريف الأندية و الأهداف التي تقوم من أجلها والى كيفية إنشاء نادي رياضي أما الفصل الثالث تطرقنا فيه إلى كرة القدم وتناولنا فيه التعريف باللعبة ومختلف جوانبها.

والجانب التطبيقي والذي قسمناه إلى فصلين، الفصل الرابع وتطرقنا فيه إلى منهجية البحث وإجراءاته

الميدانية أما الفصل الخامس فقد جاء فيه عرض ومناقشة النتائج ثم بعد ذلك الاستنتاج العام، التوصيات

وأخيرا الخاتمة.

الجانب التمهيدي

مدخل عام للبحث

## 1-الإشكالية:

يعتبر النشاط الرياضي ذا مكانة هامة داخل المجتمعات الحديثة حيث يشكل جانبا صحيا وفكريا وبدنيا، وكذا نفسيا، مما يجعله يحض بأهمية بالغة في سياسة المجتمعات.

غير أن ممارسة أي نشاط رياضي يخضع لشروط من بينها إخضاع اللاعبين إلى المراقبة الطبية الرياضية والتي تشمل الفحوص الطبية والاختبارات الفسيولوجية البدنية التي تساعد على تفادي الكثير من الأخطار مثل الإصابات والموت المفاجئ.

وتبرز أهمية المراقبة الطبية الرياضية خاصة لدى الفئة الصغرى الذين لم يسبق لهم إجراء فحوصات طبية من قبل لخصوصية هذه الفئة بالنمو العقلي و الجسدي.

ولقد نصت القوانين واللوائح التي تنظم كرة القدم في بلادنا على إجبارية إجراء الفحوصات، حيث تنص المادة رقم 70 من القوانين المنظمة للاتحادية الجزائرية لكرة القدم على إلزامية إجراء كل لاعب لفحوص صدرية وقلبية من أجل السماح له بالانخراط في النادي ودخول المنافسة، وهذا جعلنا نطرح التساؤل العام التالي:

- إلى أي مدى تعتبر المراقبة الطبية الرياضية عامل مهم لنجاح واستمرار العمل الرياضي على مستوى الأندية؟.

ومن خلال هذا التساؤل العام نطرح التساولين التاليين:

س1: هل المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع الاحتياجات الطبية لاعبي كرة القدم؟

س2: ما هي الأسباب التي قد تؤدي إلى نقص في المراقبة الطبية الرياضية داخل الأندية؟.

## 2-فرضيات الدراسة:

### 2-1-الفرضية الرئيسية:

تعتبر المراقبة الطبية الرياضية عاملا مهما لنجاح واستمرار العمل الرياضي على مستوى الأندية.

### 2-2-الفرضيات الجزئية:

**الفرضية الجزئية الأولى:** المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع الاحتياجات الطبية لاعبي كرة القدم.

**الفرضية الجزئية الثانية:** نقص الموارد البشرية والإمكانيات المادية من أسباب نقص المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم

### 3- أهمية الدراسة:

- إن دراسة هذا البحث تسمح لنا بمعرفة أهمية المراقبة والمتابعة الطبية الرياضية في أندية كرة القدم.
- إبراز أهمية وضرة وجود وتعميم مراكز المراقبة الطبية الرياضية وذلك للتكفل بجميع اللاعبين والمساهمة في صحة وسلامة اللاعبين.
- إثراء الرصيد العلمي والزيادة في معارف الطلبة.
- أهمية المراقبة الطبية في تطوير النشاط الرياضي.
- فتح المجال لإجراء بحوث ودراسات في المستقبل وذلك للبحث والتوسع أكثر في هذا الموضوع لما له من أهمية كبيرة في المجال الرياضي.

### 4- أهداف الدراسة:

- نهدف من خلال هذا البحث إلى ما يلي:
- تسليط الضوء على المراقبة الطبية الرياضية وواقعها في النوادي الرياضية.
- إبراز أهمية الفحوصات الطبية الرياضية.
- إكساب الرياضي ثقافة صحية.

### 5- أسباب اختيار الموضوع:

- تتلخص أسباب اختيارنا للموضوع في النقاط التالية:
- إبراز بعض المفاهيم الطبية المرتبطة بالنشاط الرياضي.
- نقص الوعي الطبي لدى العاملين في المحيط الرياضي ولدى اللاعبين.
- قلة الاهتمام به من طرف المسؤولين على النوادي الرياضية.
- إبراز أهمية المراقبة الطبية الرياضية في تحسين مستوى اللاعبين.
- قلة الدراسات والبحوث الخاصة بهذا الموضوع .

### 6- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

#### 6-1- المراقبة الطبية:

هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث (بهاد الدين سلامة، د.ت، ص 203).

## 6-2- النادي الرياضي:

هو هيئة تكونها جماعة من الأفراد تهدف إلى تكوين شخصية الشباب بصورة متكاملة من النواحي الاجتماعية والصحية والنفسية والفكرية والروحية عن طريق نشر التربية الرياضية وبت روح القومية بين الأعضاء من الشباب وإتاحة الظروف المناسبة لتنمية مواهبهم وكذلك تهيئة الوسائل وتسيير السبل لشغل أوقات الفراغ للأعضاء وذلك للتخطيط الذي تضعه الإدارة المركزية ( إبراهيم عبد المقصود / حسن الشافعي، 2002، ص 91).

## 6-3- كرة القدم:

كرة القدم قبل كل شيء هي لعبة جماعية، تلعب بفريقيين يتكون كل واحد من 11 لاعب بضممتهم حارس المرمى ويشرف على تحكيم المباراة أربع حكام موزعين اأدهم في وسط الميدان وحكمين مساعدين على الخطوط الجانبية وحكم رابع احتياط ( فيصل رشيد عياش الدليمي ولحمر عبد الحق، 1997، ص 1 ). وقد رأى ممارسو هذه اللعبة أن تحول كرة القدم إلى رياضة اتخذوها حجة لبعث المسابقات واللقاءات المنظمة انطلاقا من قاعدة أساسية أنشأوها آنذاك، لا تم استخدام الأيدي و السواعد باستثناء الحارس، وتلعب بكرة مستديرة مصنوعة من الجلد منفوخة، فوق أرضية ملعب مستطيلة الشكل في نهاية كل طرف من طرفيها مرمى يحاول كل من الفريقين تسجيل أكبر عدد ممكن من الأهداف في مرمى خصمه ليكون هو الفائز، ويتم تحريك الكرة بالأقدام ولا يسمح إلا لحارس المرمى بإمسك الكرة بيديه داخل منطقة الجزاء، وتدوم المباراة 90 دقيقة، أي 45 دقيقة في الشوط يتخللها وقت راحة يدوم 15 دقيقة وأي خرق لقوانين اللعبة، فإنها تعرض لاعبي الفريق المخطئ لعقوبة ( فيصل رشيد عياش الدليمي ولحمر عبد الحق، 1997، ص 02).

## 7- 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:

➤ مذكرة لنيل شهادة ليسانس للطالب حمداوي إبراهيم، تحت عنوان " أهمية الفحوصات الطبية الوقائية من الإصابات الرياضية لدى تلاميذ الثانويات الجزائرية"، سنة 1997، بمعهد التربية والبدنية 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 استبائية وزعت على الأساتذة والمدراء.

## نتائج المتحصل عليها:

- مضاعفات صحية للتلاميذ سببه غياب الفحوصات الطبية.
- استفدنا من خلال إطلاعنا على هذه المذكرة في الجانب النظري.
- مذكرة لنيل شهادة ليسانس للطالب سوفي عيسى وآخرون، 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.

## نتائج المتحصل عليها:

- الأهمية البالغة التي يلعبها الطبيب المدرسي.
- غياب الأطباء والعيادات الطبية أدى إلى غياب المتابعة الصحية الدورية.
- استفدنا من خلال إطلاعنا على هذه المذكرة في الجانب النظري
- مذكرة لنيل شهادة ليسانس للطالب باهمي حمزة وآخرون، تحت عنوان " أهمية الطب الرياضي في تحسين مردود لاعبي كرة اليد (صنف أشبال)"، سنة 2006، بمعهد التربية والبدنية والرياضية بجامعة الجزائر "سيدي عبد الله".

## طريقة الدراسة:

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

## نتائج 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 الدورية والشاملة لرياضيين.

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

استفدنا من خلال إطلاعنا على هذه المذكرة في الجانب النظري.

➤ مذكرة لنيل شهادة ليسانس للطالب بن محمد محمد عثمان وآخرون، تحت عنوان "الواقع الصحي والوقائي أثناء ممارسة النشاط البدني والرياضي في الثانوي"، سنة 2003، بمعهد التربية والبدنية والرياضية جامعة الجزائر 'دالي إبراهيم.

### طريقة الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة أما أداة البحث فكانت عبارة عن استمارات استبائية وزعت على التلاميذ والأساتذة والإداريين.

### نتائج المتحصل عليها:

- فيما يخص التلاميذ هناك نقص كبير في جانب التوعية الأمنية، فالإصابات تقع مجملها في الرياضات الجماعية.
- فيما يخص الأساتذة والإداريين استنتج أن أغلبية الثانويات المستجوبة لا تحتوي على عيادات وإن توفرت فلا تقوم بالغرض اللازم.

# الباب الأول الجانب النظري

# الفصل الأول

## المراقبة الطبية الرياضية

## تمهيد:

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-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 وتلك 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 الأوربيين للحمامات والجمباز، وذلك أثر انتشار الأمراض المعدية "السيلان 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, p09).

## 2- الطب الرياضي في الجزائر:

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

### 1-2- 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.

## 2-2- 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 عاتق 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 جزئياً في جانفي 1980.
  - توظيف وتكوين العدد اللازم من الموظفين بالمركز الوطني للطب الرياضي والذي هو بمثابة مؤسسة جامعية.
  - 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 (الجلسات الوطنية للرياضة، 1993، ص ص 182، 184).

## 2-3- مرحلة التفهق (1986-1993):

- عرفت تراجعاً واضحاً جداً بالنسبة لنشاطات الطب الرياضي، بينما نلاحظ أن التحكم في المادة والطاقة البشرية في تقدم، هذا التفهق 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.

### 3- علم الطب الرياضي:

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. من هذا المنطق نجد أن مجال الطب الرياضي يشتمل على اهتمامات متعددة منها:

### 3-1- الطب الرياضي التقييمي:

يشتمل على اختبارات وفحوصات خاصة تحدد من خلالها حالة اللاعبين من النواحي المختلفة (الصحية، الوظيفية، التشريحية، النفسية) ومقارنتها بما يجب أن يكونوا عليه وفقا لمتطلبات الأنشطة الرياضية التي يمارسها وذلك لمعرفة أوجه النقص بين حالة اللاعبين وما يجب أن يحققه من أهداف للوصول للمستويات العالية (مرقت السيد يوسف، 1991، ص 13).

### 3-2- الطب الرياضي التوجيهي:

يختص هذا الفرع بإجراء اختبارات سيكولوجية وقوامية ووظيفية ومن خلال هذه الاختبارات يتم توجيه اللاعبين والممارسين إلى الرياضات التي تتناسب مع إمكانياتهم بما يحقق الوصول على المستويات العالية.

### 3-3- الطب الرياضي الوقائي:

يختص هذا النوع بالبحث في التغيرات الفسيولوجية والوظيفية والتشريحية والنفسية التي تحدث للاعبين في مختلف الظروف الحياتية سواء في الملاعب أو خارجها سواء كانت هذه التغيرات سلبية أو ايجابية وبصدد التوجيهات الوقائية بما يجب اتخاذه للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم وما يجب الابتعاد عنه.

### 3-4- الطب الرياضي العلاجي والتأهيلي:

يختص هذا النوع بتقديم الخدمات الطبية العلاجية للاعبين المصابين وفقا لطبيعة الإصابات ومتطلباتها.

كما يختص بتحديد البرامج التأهيلية أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وتحديد الوقت المناسب للاعب للعودة لممارسة الأنشطة الرياضية وللمنافسات أيضا (مرقت السيد يوسف، 1991، ص 14).

#### 4- مفهوم المراقبة الطبية الرياضية:

هي مجموعة من الإجراءات المتمثلة في فحص طبي كامل يشمل تاريخ اللاعب، سلامة الأجهزة الحيوية والدورية، بالإضافة إلى اختبار رسم القلب أثناء الحركة (Test stress) وذلك قبل بداية كل موسم وبصفة دورية، مع متابعة تسجيل أي معلومات تتعلق بصحة اللاعب من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث. (بهاد الدين سلامة، د.ت، ص 203).

#### 5- أهمية المراقبة الطبية:

- الانتقاء والتوجيه.
- تقنين حمل التدريب.
- الوقاية وعلاج الإصابات
- الاهتمام بالتغذية ومكافحة المنشطات.
- وكل هذا من أجل المحافظة على صحة وسلامة الرياضي.

#### 6- مهام المراقبة الطبية الرياضية:

- الاختصاصي في الطب عليه أن يؤدي المهام التالية:
- القيام بعمل الفحص الطبي الدوري الشامل للاعبين وتحليل النتائج.
- التخطيط لكيفية علاج اللاعبين.
- التخطيط لكيفية تنظيم الخدمات الصحية بالملاعب والأشراف عليها.
- الإشراف على البيئة في المركب الرياضي.
- اكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها.
- مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة من خلال برنامج تدريبي.

#### 7- 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 (بهاد الدين سلامة، د.ت، ص ص 171-172).

### 7-1- أهمية الفحص الطبي الدوري:

الفحص الطبي الدوري له أهمية بالغة لاسيما في مرحلة الناشئين لأن غالبيتهم لم تتح لهم فرصة الفحص الطبي من قبل.

ومن فوائد هذا الفحص أنه يؤدي إلى اكتشاف الكثير من الأمراض والمعوقات التي توجد عند الرياضيين. 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: المرجع نفسه، ص ص 180 - 181 - 182).

### 7-1-1. الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية:

إن الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية هام وذلك للأسباب التالية:

- 1- الكشف الطبي يساعد على تحديد الحالة الصحية الراهنة للأفراد.
- 2- البيانات والمعلومات الطبية الناتجة من الفحص تستخدم في تحديد نوع التمرين.
- 3- القيم الخاصة ببعض التحاليل مثل ضغط الدم وبنية الدهن ونسبة السكر والكلسترول وغيرها نستخدم لحث الأفراد على الالتزام بالبرنامج التدريبي.
- 4- التقويم الصحي لكل الأفراد الأصحاء والمرضى يمثل القاعدة التي يمكن مقارنتها بأي تغيير جديد قد يطرأ على الصحة.
- 5- الأطفال والبالغون في أشد الحاجة لإجراء تلك الفحوص وذلك بسبب ازدياد معدلات النمو والنضج في هذه المرحلة من العمر.
- 6- الكبار أيضا في أشد الحاجة على تكرار تلك الفحوص وذلك للاكتشاف المبكر لبعض الأمراض الخطيرة مثل السرطان وأمراض القلب وغيرها.
- 7- التشخيص المبكر لأي مرض يساعد على ازدياد فرص الشفاء منه.

### 8 - استمارة التقييم الطبي الفيزيولوجي للاعبين:

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

أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام.

ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفيزيولوجية

ج- قسم خاص بالفحوص الجسدية الخارجية "المورفولوجية".

د- قسم خاص بالفحوص المعملية.

هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة الطبية والبدنية للاعب (أسامة رياض، د.ت، ص 193) .

### 8-1- قسم الفحوص الطبية العامة:

وتشتمل على البيانات التالية:

#### 8-1-1- بيانات عامة:

الاسم، العمر، تاريخ الميلاد، العنوان، الوظيفة، وزن اللاعب، رقم الهاتف، الشكوى المرضية الرئيسية وأعراض أخرى.

#### 8-1-2- 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 (أسامة رياض، د.ت، ص 194).

#### 8-1-3- التاريخ الطبي العائلي:

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

#### 8-1-4- 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 (أسامة رياض، د.ت، ص 193).

#### 8-1-5- العادات:

وتشمل الأدوية التي يستخدمها اللاعب بانتظام ساعات العمل، التدخين، ساعات النوم، الأدوية المنشطة... إلخ.

#### 8-1-6- الفحص الطبي العام:

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

#### 8-1-6-1- فحوصات العيون:

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

## 8-1-6-2- فحوصات الجلد:

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

## 8-1-6-3- فحوصات الفم والأسنان:

إنه لمن الأهمية القيام بفحوصات للأسنان وتجويف الفم من لأن الفم المريض يؤدي إلى إتلاف الأسنان، ويكون مصدرا للعدوى ومصدرا لاختلال عمل الجهاز الهضمي والأمعاء فالأسنان التي تؤدي وظائفها بشكل جيد، تعتبر الأساس للتغذية الطبيعية ولما كانت أمراض الأسنان والفم تؤثران على الواجبات الوظيفية للمعدة وعمليات الهضم، الذي يؤدي إلى تقليل وانعدام الشهية للأكل، وبالتالي النقص في الطاقة التي تؤدي بدورها إلى انخفاض مستوى الأداء الرياضي، الأمر الذي يتطلب بالضرورة العناية بالأسنان وتجويف الفم عن طريق زيارة طبيب الأسنان مرتين على الأقل (أسامة رياض، د.ت، ص 194) .

## 8-1-6-4- الغدة الدرقية والغدة الليمفاوية.

## 8-2- 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 (أسامة رياض، د.ت، ص 194) .

## 8-3- 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.

## 8-4- فحوصات الوظائف التنفسية:

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

## 8-5- فحوصات خاصة بحجم القلب:

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

## 8-6- فحوصات تخطيط العضلات:

وتشمل تخطيط للعضلات الخلفية لعظم لوح الكتف وهي هامة في اللاعبين لاكتشاف أعراض مبكرة الخاصة بتلك العضلات (أسامة رياض، د.ت، ص 195) .

## 8-7- 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.

## 8-8- قسم الفحوص البدنية الخارجية (المورفولوجية):

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

## 9- قسم الفحوص المعملية: وتشمل الفحوص الخيرية العامة مثل (أسامة رياض، د.ت، ص 196 ) :

### 9-1- فحوص الدم:

- صورة عامة للدم "هيموجلبين".
- عدد كرات الدم البيضاء والحمراء والتفصيل الطبي والنوعي.
- نسبة هيموجلبين الدم.
- ملاحظات أخرى.

### 9-2- فحوص البول:

- نسبة الزلال إذا ما وجد
- الفحص المجري للبول.
- نسبة السكر إذا ما وجد
- ملاحظات أخرى.

### 9-3- فحوص البراز:

لاستبعاد وجود طفيليات الجهاز الهضمي.

### 9-4- 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.

## 10- بيانات بدرجة الياقة البدنية للاعب كرة القدم: وتشمل مايلي:

بناء على ما تقدم من فحوص إكلينيكية ومعملية فإن اللاعب:

- 1- لائق للممارسة رياضة كرة القدم.
- 2- لائق لممارسة أنواع أخرى من الرياضة.

3- تحفظ على اللياقة الطبية للاعب.

4- عدم اللياقة الطبية لممارسة كرة القدم "وقتياً أو نهائياً" وتحدد بالضبط درجة لياقة اللاعب البدنية "جيدة، متوسطة، ضعيفة"، بإمضاء طبيب الاتحاد واعتماد أمين عام اتحاد الطب الرياضي "نظام متبع في الاتحاد العربي السعودي للطب الرياضي" (أسامة رياض، د.ت، ص 197) .

## 11- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقنية والمرض:

وتشمل ملاحظات المتابعة بيانات عن الجسم والوزن والكشف العام وحالة الصدر والبطن والقلب والجهاز الحركي وحجم القلب وتخطيط القلب والأبحاث العامة والخاصة وقياسات الوظائف التنفسية ودرجة لياقة اللاعب وشكواه الطبية في آخر فحص له وكذلك تشخيصه وعلاجه (أسامة رياض، د.ت، ص 197).

## 12- الموت المفاجئ لدى الرياضيين أثناء ممارسة الرياضة:

على الرغم من ندرة حدوث الموت المفاجئ للشخص السليم أثناء ممارسته للنشاط البدني مقارنة بالأعداد الكبيرة من الممارسين كل يوم، على الرغم من ذلك، إلا أن حدوثه يمثل صدمة للممارسين الآخرين، ويجلب ضجة إعلامية في كثير من الأحيان، خاصة إذا كان الشخص المصاب رياضياً مشهوراً كما حدث للأمريكي جيم فكس (J. Fix) عندما وجد ميتاً في إحدى أماكن الجري بالقرب من إحدى الحدائق العامة التي أعتاد الجري فيها. لقد كان جيم فكس معرضاً للإصابة بضيق في الشرايين التاجية في القلب، فوالده أُصيب بجلطة قلبية وهو في عمر ٣٥ سنة وتوفي ولم يتجاوز عمره ٤٣ سنة من جراء إحتشاء شرايين القلب. لكن جيم فكس تجاهل تاريخ والده المرضي ولم يخضع نفسه لاختبار تخطيط القلب أثناء الجهد البدني بل استمر في الجري بمعدل 60-80 ميلاً في الأسبوع، حتى وافته المنية وهو يجري. (هزاع بن محمد الهزاع، د.ت، تحت الطبع)

وتشير الإحصائيات المتعلقة بالموت المفاجئ لدى الممارسين للرياضة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن ما يقرب 100 رياضي يموتون فجأة أثناء ممارستهم الرياضة في كل عام، ونظراً لأن عدد الممارسين المشاركين في الأنشطة الرياضية في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى أكثر من 25 مليون، فإن نسبة حدوث الموت المفاجئ أثناء ممارسة الرياضة تصل في الواقع إلى حوالي ٤ رياضيين من أصل كل مليون رياضي، وهي نسبة منخفضة جداً (4 في المليون).

ويعزى الموت المفاجئ للرياضي أثناء ممارسته الأنشطة الرياضية إلى مشكلات في الجهاز القلبي الوعائي . ويختلف سبب الوفاة المفاجئة للرياضي تبعاً للفئة العمرية، فالذين تتجاوز أعمارهم ٣٥ سنة تكون الأسباب الأكثر شيوعاً لحدوث الوفاة المفاجئة لديهم هي وجود ضيق في الشرايين التاجية في القلب، لكنهم غير مدركين لها أو متجاهلين لها، وتشير الإحصائيات إلى أن معدل حدوث هذا النوع من الوفاة لدى متسابقين

الماراثون يصل إلى حالة واحدة من كل ٥٠ ألف متسابق. أما الرياضيون الشباب الذين تقل أعمارهم عن ٣٥ سنة، فتشير نتائج إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن اعتلال عضلة القلب التضخمي وكذلك وجود التشوهات الخلقية في الشرايين التاجية تمثل 55 % من حالات الوفاة كما هو موضحاً في الجدول رقم(1) تأتي بعد ذلك العديد من الأسباب الأخرى بما فيها تضخم كتلة البطين ( 10 % ) وانفجار الشريان لأورطى(5% ) مع ملاحظة أن أمراض الشرايين التاجية لا تمثل إلا 2 % من مجموع حالات الوفاة المفاجئة لدى الرياضيين في تلك الدراسة. (هزاع بن محمد الهزاع، د.ت، تحت الطبع) و على عكس نتائج الدراسة الأمريكية حول أهم الأسباب المؤدية إلى الموت المفاجئ لدى الرياضيين، تشير الدراسات الأوربية، وخاصة تلك التي أجريت على الرياضيين الإيطاليين إلى نمطاً مختلفاً لأسباب المؤدية إلى الوفاة المفاجئة من جراء الرياضة، حيث لم تتجاوز نسبة الوفاة الناجمة عن إعتلال عضلة القلب التضخمي مقدار 2 % .وتحت التوصيات الصادرة من اللجان الطبية المتخصصة في الجمعية الأمريكية لطب القلب والجمعية الأوربية لطب القلب بضرورة إجراء الفحص الطبي المبدئي على الرياضيين لتفادي وجود مشكلات في القلب قد تؤدي إلى وفاة الرياضي عند قيامه بجهد بدني عنيف .ولقد أثبتت التجربة الإيطالية أن الفحص الطبي الإيجابي المستمر على جميع الرياضيين الإيطاليين، بما في ذلك إجراء قياس للقلب بواسطة أجهزة صدى القلب، نتج عنه انخفاض نسبة الوفاة المفاجئة الناجمة عن مشكلات في القلب لدى هؤلاء الرياضيين بشكل ملحوظ، خاصة المصابين منهم باعتلال عضلة القلب التضخمي (هزاع بن محمد الهزاع، د.ت، تحت الطبع).

### 13- 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.

### 13-1- الاختبارات الفسيولوجية:

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

1- قياس النبض عند بذل أقصى مجهود بدني.

2- قياس النبض عند الراحة.

3- قياس أقصى استهلاك للأكسجين (مرقت السيد يوسف، 1991، ص 15).

### ملحوظة:

يجب إجراء تقييم الحالة الفسيولوجية للرياضيين كل ستة أسابيع وذلك لمتابعة المقدرة الفسيولوجية للرياضيين وبناءا عليها يتم وضع الجرعات التدريبية المناسبة حتى لا يتسبب في حدوث الإصابات.

### 13-2- 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، وأيضاً قياس الطول والوزن وقياس القوة العضلية والمرونة والتحمل والرشاقة للتعرف على النمو واستعداد نوع الجسم للنشاط الرياضي لحماية اللاعب من التعرض للإصابات.

و اللياقة البدنية تشتمل على عناصر هي:

أولاً: القوة العضلية.

ثانياً الجلد الدوري التنفسي.

ثالثاً : المرونة.

رابعاً: السرعة.

خامساً: التوافق العضلي العصبي (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص204).

### ❖ القوة العضلية: ومن بين اختباراتها

أولاً: الاختبارات الفردية:

أ- اختبار قوة القبضة:

باستخدام جهاز "دينامومتر" ويتضمن مؤشر يتحرك بمقدار الضغط الواقع عليه من عضلات القبضة لينتج ما يعرف بقوة القبضة.

وظهر وجود ارتباطات بين قوة القبضة و الوزن والطول وحجم اليد والنمط العضلي ، ويمتاز الاختبار بسهولة إجرائه وموضوعية نتائجه خاصة في اختبار الناشئين في ألعاب القوى.

ب- اختبار عينة من عضلات الناشئ:

يتم أخذ عينة بحقنة خاصة ثم صبغ العينة بمواد معينة لتظهر لنا تحت الميكروسكوب أنواع الألياف الموجودة بها ليحدد الأخصائي في الطب الرياضي إمكانية نبوغ الناشئ من عدمه وبالتالي يتم توفير وقت المدرب و الناشئ و الاتحاد و الدولة التي قد تهدر على نوعيات من الناشئين لا تصلح لنفس الرياضة

ويمكن توجيههم لرياضات أخرى قد ينبغون فيها أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص205).

## ثانيا: مجموعة اختبارات القوة العضلية:

### أ- اختبار سارجنت:

يعتبر أقدم اختبار للقوة العضلية، مكون من 6 وحدات هي:

- (1) قياس قوة عضلات الظهر بالدينامومتر.
- (2) قياس قوة عضلات الرجلين بالدينامومتر.
- (3) قياس قوة عضلات القبضة اليمنى بالمانوميتر.
- (4) قياس قوة عضلات القبضة اليسرى بالمانوميتر.
- (5) قياس السعة الحيوية باستخدام جهاز الاسبيرميتر المائي.
- (6) قياس قوة الذراعين بواسطة الدفع على المتوازي.

ويؤدى في دفعة واحدة خمسة عشر دقيقة مع دقيقة واحدة راحة بين الوحدات المكونة للاختبار وقياس قوة الذراعين على المتوازي.

ومحصلة النتائج حسابيا نضرب في 20/1 وزن الجسم + 20/1 السعة الحيوية. مستويات الاختبار (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص206).

الدرجة	مستوى القوة العضلية
1000 فاكثر	ممتاز
من 800 - 999	ا
من 700 - 799	ب
من 600 - 699	ج
من 500 - 599	د

### ب- التحمل الدوري التنفسي:

هناك العديد من الاختبارات الفسيولوجية لقياس الجلد الدوري التنفسي للاعب أهمها قياس أقصى استهلاك للأكسجين له، والجلد الدوري التنفسي من أهم عناصر اللياقة البدنية للاعب في احد المكونات الأساسية المشاركة في الأداء .

## • طرق قياس التحمل الدوري التنفسي:

اختبار كوبر:

هو الاختبار الشهير لحكام كرة القدم ويتضمن الجري و المشي 12 عشر دقيقة ويحدد الجدول التالي مستويات الفرد (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص210).

المستوى	المسافة المقطوعة بالميل
ضعيف جدا	ميل واحد فأقل
ضعيف	من 1 الى 1.24 ميل
متوسط	من 1.25 الى 1.49 ميل
جيد	من 1.50 الى 1.74 ميل
ممتاز	من 1.75 ميل فأكثر

### ج-المرونة:

تعتبر المرونة احد المكونات الأساسية للياقة البدنية بما في ذلك المرونة العامة لجميع مفاصل الجسم والمرونة الخاصة بالمفاصل التي تؤدي حركة مقننة و باعتبار أننا نعرف المرونة إجرائيا بأنها (قدرة الحركة الفسيولوجية للمفصل أو لمجموعة من المفاصل) وتعتمد المرونة على عدة عوامل منها:

-الوراثة.

-الإحماء.

-التكوين الفسيولوجي للعضلات وللأربطة المفصالية.

ويتم قياس المرونة المفصالية بعدة اختبارات أهمها:

أ-قياس زوايا المفصل: ويتم بواسطة جهاز يسمى "الجونومتر"(المدرسة الشرقية) أو بواسطة القياس الخاص بالمازورة(المدرسة الامريكية)، وقياس زوايا مفصل القدم هو أشهر ما يستخدم في المدرستين للدلالة على المرونة المفصالية العامة للفرد (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص212).

د-السرعة: هي احد عناصر اللياقة البدنية للاعب وتعرف إجرائيا أنها(القدرة الفسيولوجية على الأداء الحركي في اقل زمن ممكن).

وتتأثر السرعة بعدة عوامل منها:

أ.الوراثة والتكوين العام للجسم(الوزن و الطول).

ب.مرونة المفاصل.

ج. الحالة الفسيولوجية للعضلات والمفاصل والتوافق العقلي العصبي.  
ويتم قياس السرعة بالعديد من الاختبارات في المعمل والملعب منها:

#### - اختبار قياس نسبة حامض اللبنيك في الدم:

ويتم ذلك في الراحة والمجهود وبعد أداء المجهود.

#### - اختبار العدو لمدة 10 ثوان.

#### - التوافق العضلي العصبي:

التوافق العضلي العصبي إجرائيا هو (القدرة على مزج أكثر من حركة فسيولوجية بكفاءة في وقت زمني واحد).  
وهناك ارتباط وثيق بين التوافق وبين الرشاقة والتوازن والسرعة والمرونة والدقة ومعامل ذكاء الفرد.  
ويتم قياس التوافق بعدة اختبارات منها (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص 215) :

#### + اختبار توافق حركة اليدين.

#### - اختبار وثب الحبل.

#### هـ - الرشاقة:

ونعرفها إجرائيا أنها القدرة على تغيير الاتجاه بكفاءة فسيولوجية عالية.  
ولها العديد من الاختبارات الميدانية الرياضية منها مايلي:

1. اختبار فليشمان للجري المتعرج.

2. اختبار الجري متعدد الاتجاهات (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص 216).

#### و - التوازن:

قابلية الفرد الفسيولوجية على الاحتفاظ بوضع معين للجسم أثناء الثبات أو الحركة.

وللتوازن عدة اختبارات منها ما يلي:

1. اختبار المرور فوق عارضة خشبية ضيقة.

2. اختبار الانتقال فوق علامات أرضية (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص ص

216.217.218).

#### ي - الدقة:

السيطرة الفسيولوجية على أداء العضلات الإرادية لتوجيهها نحو هدف معين.

وللدقة عدة اختبارات منها:

1. اختبار التصويب بالقدم على المستطيلات المتداخلة

2. اختبار التصويب باليد على الدوائر المتداخلة (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص219).

#### 14- الاهتمام بالتغذية:

قد يتعرض الرياضيون كغيرهم من غير الرياضيين للعديد من المتاعب أو الأمراض الناتجة عن سوء التغذية لعدم الإدراك أو الفهم الجيد للعديد من مبادئ وأصول وأساليب التغذية المتوازنة أو عدم الاهتمام بتطبيق أسس التغذية الجيدة في حياتهم أو نتيجة عدم قدرة الجسم على الاستفادة الكاملة من عمليات التمثيل الغذائي (محمد الحماحي، د.ت، ص321).

#### 14-1- إجراء الكشف الطبي الدوري على الجهاز الهضمي:

إذ يجب على الرياضيين الاهتمام بالفحص الطبي لجهازهم الهضمي بغرض التأكد من سلامته والكشف المبكر عن أية متاعب أو أمراض معدية أو أمراض ناتجة عن سوء التغذية ، كما يجب على الرياضيين الذين يعانون من بعض تلك الأمراض أو الاضطرابات المعدية استشارة الطبيب المتخصص للعلاج، إذ إن تلك الاضطرابات المعدية أو الأمراض المرتبطة بالجهاز الهضمي تعوق عمليتي الهضم والامتصاص مما يؤثر على الحالة الصحية والبدنية للرياضيين ويؤثر على مستوى أدائهم.

وبوجه عام فإن مؤشر ثبات الوزن يعد من أهم المؤشرات الرئيسية التي تدل على إتباع الرياضيين في حياتهم لنظام غذائي متوازن من حيث الكم والنوع . إذ يرى بواجبي أن ثبات وزن الرياضيين يعد من أهم المؤشرات على مراعاتهم للدقة في تحديد النسب المقررة في وجباتهم الغذائية اليومية وفقا للأصول العلمية لتغذية الرياضيين (محمد الحماحي، د.ت، ص321) .

#### 14-2- التغذية في مرحلة التدريب:

تعد التغذية في مرحلة التدريب ذات أهمية للرياضيين وذلك لان تلك المرحلة تشكل الجزء الرئيسي في إعدادهم للمنافسات . ولذا فإن الغذاء المتكامل والمتوازن يعد ضروريا لتوفير الطاقة للمتدربين وتزويد الجسم بالعناصر الغذائية الأساسية لمواجهة الأعباء البدنية المترتبة عن أدائهم للتدريبات اليومية التي تؤهلهم للمشاركة في المنافسات.

ولذا فإن للتغذية الجيدة والتدريب دور هام في بلوغ الرياضيين لمستوى عال في الأداء وتعويض الجسم عن كل ما فقده من عناصر في أثناء فترة التدريب وتنمية الحالة البدنية وتطوير الحالة الصحية للرياضيين، إذ أن هذا لا يتحقق إلا من خلال إتباع الأصول العلمية للتغذية واستخدام الأساليب الحديثة في التدريب الرياضي (محمد الحماحي، د.ت، ص322) .

### 14-3- مكونات حصة غذائية يومية للتدريب:

ترى لوسي رندوا أن احتياجات الرياضيين من الطاقة تقدر بما يتراوح ما بين (3200-3400) سعر حراري يوميا ، وان الحصة الغذائية التي تقترب من 3400 سعر حراري يمكن توفيرها من المكونات التالية:

الأغذية	الكمية (الغرام)
*اللحوم	300
*الخبز	300
*البطاطس او الارز	400
*الخضراوات	500

كما يحدد بلون التوزيع اليومي للطاقة الكلية المنافسة للاحتياجات الرياضيين على ثلاث أو أربع وجبات غذائية وذلك وفقا للنسب التالية من الطاقة الكلية:

في فترة الصباح: تكون الوجبة الغذائية بنسبة (20%-25%) من الطاقة الكلية.

في فترة الظهر: تكون الوجبة الغذائية بنسبة (35%-40%) من الطاقة الكلية.

في فترة المساء: تكون الوجبة الغذائية بنسبة (35%-40%) من الطاقة الكلية.

وفقا للحاجة: تكون الوجبة الغذائية بنسبة (5%) من الطاقة الكلية. (محمد الحماحي، د.ت، ص329)

### 14-4- كيفية تناول العناصر الغذائية أثناء مرحلة التدريب:

أ- البروتينات: تعد البروتينات ذات أهمية حيوية للرياضيين إذ تعد ضرورية لبناء الكتلة العضلية للجسم وتقدر الاحتياط اليومية من البروتين بما يقرب من 1.20 - 1.50 غرام لكل كيلوغرام من وزن الجسم، إلا انه لا يجب احتياج الجسم من البروتين عن 2 غرام لكل كيلوغرام من وزن الجسم حتى لا يتم زيادة الأعباء على كل من الكبد والكليتين لتخليص الجسم من نواتج عملية الهضم التي يتولد عنها البولينا والامونيا وهما من المواد السامة والزيادة في البروتينات عن الاحتياجات اليومية تؤدي إلى ارتفاع حموضة الجسم نتيجة لزيادة نسب الأحماض الأمينية به، ولذا فان نسبة البروتينات في الحصة الغذائية الكلية يجب أن تمثل 15% من مكوناتها (محمد الحماحي، د.ت، ص335).

ب- الكربوهدرات: تعد الكربوهدرات المصدر الرئيسي للطاقة لدى الرياضيين و تشير الدراسات العلمية في مجال تغذية الرياضيين إلى أن نسبة الكربوهدرات في الحصة الغذائية يجب أن تتراوح ما بين (45%-55%) من مجموع تلك الحصة . ( ا.د محمد محمد الحماحي، د.ت، ص343)

ويجب أن لا تقل نسبة الكربوهدرات عن 45% حتى لا تتأثر قدرتهم العضلية التي تعتمد في المقام الأول في أدائها على الكربوهدرات، وتدخل الكربوهدرات في عملية التوازن الازوتي، وللحفاظ على نسبة الغلوكوز الثابتة في الدم.

ويجب أن لا تزيد نسبة الكربوهدرات عن 55% حيث تؤدي إلى:

-زيادة في الوزن حيث تتحول إلى دهون بعد أن يتم تحويل جزء منها إلى غليكوجين.

-حدوث اضطرابات معدية كزيادة وتراكم الغازات وزيادة الأحماض التي تهيج المعدة وانتفاخ البطن وحدوث الإمساك والبطء في عملية الهضم التي تؤدي إلى تخمر وتعفن المواد الغذائية في المعدة.

-تحدث اضطرابات في الكبد نتيجة زيادة نسبة الكربوهدرات مما يؤدي إلى عدم ثبات نسبة الغلوكوز في الدم.

-تحدث اضطرابات في وظائف البنكرياس مما يؤدي إلى عدم إفراز القدر الكافي من هرمون الأنسولين وبالتالي تزيد نسبة السكر في الدم (محمد الحماحي، د.ت، ص ص 344-345).

### ج-الدهون :

تشير الدراسات العلمية إلى أن الحصة الغذائية اليومية للرياضيين يجب ان تحتوي على نسبة 30% من الدهون ويرى كل من (جوميل وجيرارد) انه لا يجب أن تزيد كمية الدهون عن 120 غرام في الحصة التي تقدر 3500 سعر حراري.

ويشير (بلونالي) انه يجب مراعاة التوازن الكمي والنوعي لنسبة الدهون في الوجبات الغذائية للرياضيين، إذ أن الزيادة في تناول الدهون بنسب مرتفعة تؤدي إلى بعض المتاعب والأمراض من أهمها ما يلي:

-زيادة الوزن.

-ارتفاع ضغط الدم.

-تصلب الشرايين.

-الإصابة بمرض سكر الدم أو البول.

-زيادة نسبة الكوليسترول والدهون الثلاثية في الدم مما يعرض الشخص للإصابة بأمراض القلب (محمد الحماحي، د.ت، ص 355).

د-الفيتامينات: يجب على الرياضيين مراعاة أهم الاعتبارات التالية:

-ينخفض المخزون من الفيتامينات مع تقدم العمر.

-أي زيادة في الفيتامينات قبل التدريب أو المنافسات مباشرة لا يفيد في تحسين الحالة البدنية أو مستوى الأداء.

-جميع الدراسات العلمية أكدت نتائجها على ضرورة حصول الرياضيين على احتياجاتهم من مجموعة فيتامين B في أثناء فترة التدريب أو المنافسات وإشارة إلى انه كلما زاد الاحتياج إلى استهلاك الطاقة زاد الاحتياج إلى مقادير مناسبة من مجموعة فيتامين B.

-فيتامينات مجموعة B وفيتامينات C دور هام في التخلص من أعراض الحمل الزائد في التدريب كما تؤدي دورا هاما في التخلص من حمض اللاكتيك (محمد الحماحي، د.ت، ص368).

#### 14-5-الماء وأهميته في الجهد البدني:

يعتبر الماء احد المكونات الأساسية لأنسجة الجسم حيث تبلغ نسبته 50-65% من وزن الجسم، وعند التدريب في الجو الحار يزداد معدل إفراز العرق لتخلص من الحرارة الزائدة في الجسم، كما يزداد إفراز العرق أثناء المباريات وخاصة عند ارتفاع حرارة الجو و الرطوبة ويحتاج الجسم إلى حوالي 24-36 ساعة لتعويض الماء المفقود الذي يؤدي إلى نقص ما بين 4-7.5 % من وزن الجسم.

ويؤدي فقد الماء من الجسم عن طريق العرق دون تعويضه إلى اختلال التوازن المائي في الجسم، مما يؤدي إلى أضرار كبيرة مثل سرعة التعب و الإجهاد وإصابات الحرارة وإذا فقد اللاعب نسبة في حدود 4-5% من وزن جسمه عن طريق الماء كذلك يؤثر سلبا في أدائه لنشاطات التحمل بنسبة 20-30% وتؤدي الزيادة الكبيرة لفق الماء بالجسم إلى جفاف الأنسجة وقد تصل الحالة إلى الوفاة (احمد نص الدين سيد، 2003م، ص109).

#### 14-6-النصائح العلمية و التوجيهات الخاصة بشرب الماء والسوائل أثناء التدريب:

عند ممارسة الرياضة وأداء التدريب وبخاصة في الأجواء الحارة ، يصبح من الأهمية المحافظة على توازن الماء بالجسم، ونظرا لزيادة إفراز الجسم للعرق في مثل تلك الظروف ، قد يفقد اللاعب جزءا كبيرا من ماء الجسم دون تعويضه، مما يعرضه خلال التدريب لبعض المخاطر ، ولذا يجب أن يتابع المدرب وزن اللاعب يوميا وخاصة في أعقاب التدريب ويدل النقص السريع المفاجئ لوزن جسم اللاعب على عدم تعويض الماء المفقود، وفي هذه الحالة يمكن منع اللاعب من التدريب، وللوقاية من ذلك يسمح للاعب بتناول جرعات الماء أثناء فترات توقف اللعب أو قبل التدريب بحوالي 10-20 دقيقة، حيث يؤدي ذلك إلى زيادة العرق وبذلك يتخلص اللاعب من الحرارة الزائدة بالجسم، كما يمكن للاعب أن يتناول بعض الجرعات الماء أثناء التدريب أو المباراة كلما أتاحت الفرصة لذلك، وتكون جرعة الماء في حدود 250ملييلتر) حوالي

كوب من الماء) بمعدل كل 10-15 دقيقة وخاصة عند الجو شديد الحرارة (احمد نص الدين سيد، 2003، ص114).

#### 14-6- إرشادات الغذائية قبل المباراة:

عند تناول اللاعبين للوجبة الغذائية قبل اشتراكهم في المباراة أو البطولة ينبغي أن تراعى الجوانب و الملاحظات التالية :

- يجب تناول الوجبة قبل وقت كافي من بداية المنافسة بحيث لا تقل 3-4 ساعات .

- يفضل زيادة الخضروات والفاكهة يوم المباراة نظرا لسهولة هضمها واحتوائها كمية كبيرة من الفيتامينات .

- يمنع تناول الأسماك المجففة والمالحة لأنها تسبب العطش على نحو مستمر يدفع اللاعب لتناول كميات كبيرة من الماء ويؤدي ذلك إلى إرهاق الجهاز البولي.

- بالنسبة للمشاركين في المنافسات التي تطول فترة أدائها 30 دقيقة يجب تناول الوجبات الغذائية تحتوي على نسبة من 80-90% من المواد الكربوهيدراتية.

- يمكن تناول المشروبات بين شوطي المباراة شريطة أن تكون المشروبات في صورة محاليل سكرية سهلة الهضم.

- ينبغي الامتناع عن تناول الأطعمة الغازية كالفاصوليا والباويا والبصل والثوم تجنباً لعسر الهضم وتكوين الغازات بالأعضاء، الأمر الذي يجعل اللاعب بالضيق ويؤثر ذلك على مستوى أدائه.

- تفضل المشروبات الدافئة لسهولة امتصاصها في الأمعاء وعدم حاجة الجسم لاستهلاك طاقة في تدفئتها.

- لا يعتبر البروتين مصدر أساسي للطاقة خلال النشاط الرياضي، ولا ينصح به كنوع من الغذاء قبل المنافسة بهدف إنتاج طاقة.

- الإقلال من المشروبات المنبهة للجهاز العصبي و تناول المشروبات الكحولية مما يسببه ذلك من اضطرابات عصبية، ويسمح بتناول فنان واحد من الشاي أو القهوة قبل الاشتراك من المنافسة.

- يفضل أن يتناول اللاعب قدر ملائماً من السوائل يوم المباراة (احمد نص الدين سيد، 2003، ص116).

#### 15- المنشطات المحظورة رياضياً طبقاً لتعليمات اللجنة الأولمبية الدولية:

المنشطات هي استخدام مختلف الوسائل الصناعية لرفع الكفاءة البدنية والنفسية للفرد في مجال المنافسات أو التدريب الرياضي مما قد يؤدي لحدوث ضرر صحي عليه (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص187).

## 15-1- أنواع المنشطات المحظورة رياضيا :

### أولاً: العقاقير الدوائية المحظورة:

أ-منبهات الجهاز العصبي مثل: امفي برامون- امفيتامين-كاثين-كلور برينالين- كوكايين- كروبروباميد- افيدرين -ايتا ميفان- فيتايلين- بنترمن (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999، ص188).

واستخدام تلك العقاقير المنبهة قد يسبب الاضطراب العصبي ويعتبر الامفيتامين ومشتقاته أشهر عقاقير تلك المجموعة استخداما و أخطرها لما له من آثار جانبية نتيجة لذلك للاستخدام الغير الطبي مما يسبب العديد من المشاكل كما سجلت حالات أيضا انتهت بالوفاة من اثر ذلك الاستخدام في المجال الرياضي العالمي. (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص189).

ب-العقاقير المثبطة للألم، المخدرة للجهاز العصبي مثل: الفابرودين- انليردين- بيورينورفين - ميثادون- المورفين - تيفور فينول - بيثيدين - فينازوكين.

ويعتبر المورفين ومشتقاته أشهر عقاقير هذه المجموعة وله اثر جانبية خطيرة مثل إحباط مراكز التنفس العليا بالمخ وتأثيرات سلبية أخرى على الياقة البدنية العامة للفرد. ويعتبر الاسبيرين ومشتقاته أدوية غير محظورة إلا إذا وجد مخلوط بمواد محظورة مثل الكوديين فهنا يعتبر استخدامه محظور للرياضيين.

كما نحذر أيضا من أن معظم العقاقير المعالجة لنزلات البرد المستخدمة في علاج السعال تحتوي في اغلبها على عقاقير محظورة طبيا للرياضيين (دأسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص189).

ج-المنشطات الهرمونية البناءة مثل:تستوسترون- بولدينون - كولتسيبول- ناندولون - ميتسينولون - ميثيل تستو ستيرون - اوكساندولون. (دأسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص190).

ويعتبر هرمون الخصية" التستوستيرون" أهم عقاقير لتلك المجموعة استخداما رغم وجود آثار جانبية عند استخدامه رياضيا وبدون سبب طبي مثل توقف النمو عند النهايات العظمية بالأطراف، واحتمال حدوث تغيرات نفسية للفرد وتأثيرات سلبية على وظائف الكبد وعمل الجهاز الدوري و القلب.

كما يؤدي استخدام هذا الهرمون ولمدد طويلة عند الذكور احتمال ضمور الخصيتين وقلة في حجمهما وإفرازاتهما وبالتالي حدوث عقم وعدم القدرة على الإنجاب .

هـ- **البيتابلوكرز:** وهي العقاقير المستخدمة طبيا في السيطرة على ارتفاع ضغط الدم واضطراب في ضربات القلب، وعلاج الذبحة الصدرية ،والصداع النصفي (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص191).

وتستخدم في المجال الرياضي كمنشطات للرياضيين القصيرة المدى ولها آثار جانبية خطيرة ومن أمثلة تلك العقاقير ما يلي: البيرونولول- اتينولول- ليتالول- ستالول- نادولول- اوكسي برينولول.  
و- **مدرات البول** مثل: استيازولامين - اميلوريد- كانرينون- فيروسميد - ميراسليل -تراي امترين- سبيرنولاكتون.

وقد تم حديثا إدراج العقاقير المدرة للبول في قائمة المنشطات المحظورة حيث يستخدمها الرياضيين لسببين أساسيين هما:

-انقاص الوزن بصورة مفاجئة في الرياضيات المحتاجة لأوزان محددة للتنافس مثل ( المصارعة ،رفع الأثقال، الملاكمة...الخ) وفي ذلك آثار جانبية صحية نتيجة للإقلال السريع في الوزن كما أنا اشتراك اللاعب في وزن غير وزنه يعتبر إخلال بمبدأ عدالة المنافسة وهي جوهر الفكر الاولمبي الحديث.  
-تقليل نسب العقاقير المستخدمة كمنشطات محظورة وسحبها من الجسم للهروب من العقوبة المتوقعة لهذا الاستخدام الممنوع .( شطب بسبب استخدامها في دورة سيول الاولمبية 1988 اثنين من لاعبي رفع الأثقال البلغار وسحبت ميدالياتهم الاولمبية) (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص192).

**ثانيا: مجاميع دوائية لها تحفظات خاصة عند استخدامها:**

#### أ-المخدرات الموضعية :

ولاستخدام المخدرات الموضعية الشائع في علاج إصابات الملاعب يلزم مراعاة ما يلي:

-يمنع استخدام الكوكايين ويمكن استخدام بدائل له مثل البروكايين، الزيوكايين ..الخ.  
-يمنع استخدام أي نوع من أنواع الحقن الوريدية المخدرة وتعتبر محظورة (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص193).

-في حالة الضرورة القصوى يمكن استخدام المخدر الموضعي المحظور بشرط تقديم تقرير فني كتابي وفوري الى اللجنة الطبية المسؤولة عن البطولة أو الدورة يتضمن التشخيص.

## ب- الهرمونات الكورتوزونية:

يدان كل مستخدم للمنشطات الهرمونية الكورتوزونية في المجال الرياضي ويمكن التفريق ما بين الاستخدام الطبي والاستخدام الغير طبي لتلك الهرمونات والتي قد تستخدم لعلاج بعض أمراض الأذن والعيون والجلد، الجهاز التنفسي والقاعدة هنا ما يلي:

يلزم لأطباء الفرق الرياضية حيناً يتقرر فنيا إعطاء لاعب ولأسباب طبية هرمونات كورتوزونية موضعية أو بالحقن ان يوضح ذلك في تقرير فني كتابي وفوري للجنة الطبية المسؤولة عن الدورة أو البطولة (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص194).

### ثالثاً: وسائل منشطة أخرى ، نقل الدم ، المنشطات الدموية:

يقصد بنقل الدم عملية يتم بها إدخال الكرات الدموية الحمراء أو المكونات الدموية الأخرى التي تضم تلك الكرات الدموية عن طريق الحقن الوريدي.

وستفيد الرياضي من كرات الدم الحمراء في كونها تحتوي على مادة الهيموغلوبين والذي يحمل عليها الأكسجين فيما يسمى بالاكس وكس هيموغلوبين الذي يصل الخلايا فتستفيد من الأكسجين ليتفاعل داخلها منتجا طاقة تستغل كمجهود رياضي إضافي ، ولذلك فان مكونات الدم الأخرى مثل البلازما، والصفائح الدموية، والكرات الدموية البيضاء يمكن نقلها ولكنها لاتفيد الرياضي حيث لا تحمل الهيموغلوبين الحامل للأكسجين والذي يفيد في ارتفاع مستوى اللياقة الخاص بالجهاز الدوري التنفسي وبالتالي في الرياضيات المحتاجة إلى مجهود متواصل ولمدة طويلة نسبياً مثل (الجري، السباحة، كرة القدم ... ) (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص196) .

### -الأخطار الطبية لنقل الدم:

#### 1.الأخطار المناعية:

-ظهور بقع حساسية جلدية

-حمى حساسية.

-الحمى الحادة نتيجة عدم تطابق فصائل الدم المنقول.

-الإغماء.

#### 2.أخطار العدوى:

-التهاب الكبد الوبائي.

-مرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز).

### 3. أخطار متنوعة:

تخضع عمليات جمع وحفظ ونقل الدم لتعليمات طبية عالمية معروفة وإذا ما حدث فيها أي خطأ حدثت أخطار طبية جسمية منها زيادة الضغط الفسيولوجي على الدورة الدموية مما يحدث إغماء، كم إن هناك احتمالات حدوث جلطة دموية هوائية أو دهنية على اثر نقل الدم كما قد يحدث أيضا زيادة نسبة قلبية الدم بأخطارها الطبية المعروفة والتي تحدث كنتيجة للنقل المكثف للدم وفي فترات زمنية متلاحقة. (أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، 1999م، ص203).

### 16- إصابات كرة القدم:

تحدث الإصابات نتيجة لاحتكاك المباشر أو غير المباشر وهذا يتوقف على ميكانيكية الحركة الحادثة وكرة القدم لا تسمح للاعبين بلمس الكرة بالذراعين- كذلك كانت معظم الإصابات مرتبطة بالجزء السفلي من الجسم، ويتطلب إعداد لاعب كرة القدم عناية خاصة بالجهاز الحركي حيث تمتاز حركات اللاعب في الملعب بالقوة المميزة بالسرعة وبسرعة الجري وكذلك استمرار الأداء لفترة طويلة يتطلب درجة عالية من تكييف العضلات على إنتاج الطاقة بطريقة هوائية ولا هوائية.

### 16-1- الأسباب العامة للإصابات في المجال الرياضي:

#### - التدريب غير العلمي:

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

#### - عدم التكامل في تدريبات تنمية عناصر اللياقة البدنية:

يجب الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية وعدم الاهتمام بجزء منها على حساب الآخر حتى لا يتسبب ذلك في حدوث إصابات ، ففي كرة القدم مثلا إذا اهتم المدرب بتدريبات السرعة وأهمل الرشاقة فإنه قد يعرض اللاعب للإصابة عند أي تغيير لاتجاهات جسمه بصورة مفاجئة، لذلك يلزم الاهتمام بتنمية كافة عناصر اللياقة البدنية العامة كقاعدة تبنى عليها الخاصة واللياقة المهارية واللياقة الخطئية .

#### - عدم التنسيق والتوافق في تدريبات المجموعات العضلية للاعب:

فالمجموعات العضلية القابضة والباسطة والمثبتة والتي تقوم بعملها في نفس الوقت أثناء الأداء الحركي للرياضي، وأيضا عدم التكامل في تدريب المجموعات العضلية التي تتطلبها طبيعة الأداء، وإهمال مجموعات عضلية أخرى مما يسبب إصابته مثل الاهتمام بتدريب عضلات الفخذ الأمامية والوحشية (العضلة ذات أربعة رؤوس فخذية) للاعب كرة القدم وإهمال تدريبات العضلات الإنسية المقربة (الضامة) مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالتمزقات العضلية (أسامة رياض ، 1998 ، ص24).

## - سوء تخطيط البرنامج التدريبي:

سواء كان برنامجا سنويا أو شهريا أو أسبوعيا أو حتى داخل الوحدة التدريبية في الأسبوع التدريبي يوم المباراة، فإن أقصى حمل ل لاعب 100% من مستواه، والمفروض أن يكون التدريب في اليوم السابق للمباراة خفيفا 20-30% من مستواه، وقد يفضل الراحة في بعض الحالات، أما إذا تدرب اللاعب تدريبا عنيفا في هذا اليوم فإنه يتعرض للإصابة، كذلك إذا ما حدث خطأ في تخطيط وتنفيذ حمل التدريب (الشدة والحجم التدريبي) داخل الوحدة التدريبية ذاتها فإنه قد يسبب إصابة اللاعب (أسامة رياض، 1998، ص24).

## - عدم الاهتمام بالإحماء الكافي والمناسب:

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

## - عدم ملاحظة المدرب للاعب بدقة:

الملاحظة الدقيقة من قبل المدرب للاعبين تجنب اشتراك اللاعب المصاب أو المريض في التدريب أو في المباريات، ونصح بملاحظة الحالة الصحية والنفسية وطبيعة الأداء الفني للاعب وهل هو طبيعي أم غير طبيعي، لأنه قد يكون هناك خطأ فني في الأداء، وتكراره يتسبب إصابة اللاعب (أسامة رياض ، 1999، ص193-194).

## - سوء اختيار مواعيد التدريب:

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

## - مخالفة الروح الرياضية:

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

1- التوجيه النفسي الخاطئ سواء كان من الأعلام أو المدرب خاصة في مجال كرة القدم حيث يوجه المدرب لاعبيه للعنف والخشونة المتعمدة لإرهاب المنافس مما قد يسبب إصابة اللاعب نفسه أو منافسه المتميز لإبعاده عن الاستمرار لتقدمه مهاريا وفنيا (أسامة رياض ، 1999، ص ص193-194).

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

## - مخالفة المواصفات الفنية والقوانين الرياضية:

هدف القوانين الرياضية هي حماية اللاعب وتأمين سلامة أدائه لرياضته، ومخالفة تلك القوانين تؤدي إلى حدوث كمهاجمة لاعب مباراة عند خلع قناعه أو مهاجمة لاعب من الخلف، وكتم قدمه بخشونة وغيرها في كرة القدم والأدوات الرياضية، ويمتد ذلك إلى مخالفة القوانين في كل الرياضات، كما أن المواصفات الفنية والقانونية لملابس اللاعبين سبب احتمال إصابتهم (أسامة رياض، 1998، ص 26)

## - عدم الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات الفسيولوجية للاعبين:

يجب عند انتقاء الفرق عامة والفرق الوطنية خاصة الأخذ بنتائج الفحوص والاختبارات خاصة بتقييم اللاعبين فسيولوجيا والتي تجري بمراكز الطب الرياضي على أن تعرض على المدرب المؤهل ليتعاون مع أخصائي الطب الرياضي في اختبار اللاعب أو الفريق الجاهز واللائق فنيا من حيث المهارة واللياقة البدنية، وهناك العديد من الحوادث والإصابات التي نتجت من اختيار اللاعب غير اللائق فسيولوجيا وطبيا للاشتراك في المباريات (أسامة رياض، 1998، ص 27).

## - استخدام الأدوات الرياضية غير الملائمة:

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

## - الأحذية المستخدمة وأرض الملعب:

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

## - استخدام اللاعبين للمنشطات:

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

- مكان حدوث الإصابة (ملاعب مفتوحة، مغطاة، في أي موسم شتاء أو صيف).

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

## 16-2- أكثر الإصابات حدوثًا بالنسبة لكرة القدم:

### 16-3- إصابة الجزء العلوي :

#### 16-3-1- إصابة الرأس:

لاعب كرة القدم عرضة لإصابات الرأس والوجه من اللاعبين الآخرين ( المنافسين ) وأيضاً من الكرة، وأيضاً من الكرة، فوزن الكرة، وسرعة انطلاقها، وقرب اللاعب منها، كما يحدث في الضربات الحرة المباشرة والغير مباشرة ووقوف اللاعب على بعد لا يزيد عن 10 ياردات في مواجهة الضربة (ضرب الكرة) تلك الأوضاع المتعددة تعرض اللاعب لإصابة الرأس والوجه وأي جزء آخر من الجسم بالطبع، وهؤلاء اللاعبون عندما يواجهون الكرة بالظهر فيصاب الظهر نتيجة لهذا الوضع، كما إن مؤخرة الرأس تكون عرضة للإصابة. إن ضرب الكرة بالرأس بشكل غير صحيح يؤدي لإصابة الرأس في المكان الذي ضربت منه، كما أنه في ضربات الرأس المشتركة بين اللاعب ومنافسه، وبين اللاعب وزميله في بعض الأحيان، وكذلك ضرب الكرات المنخفضة بالرأس وبناء على وضعية اللاعب والكرات المشتركة سواء أكان يواجه الخصم بالظهر أو وجهها لوجهه، كل ذلك يعرض اللاعب للإصابة. عندما يحاول حارس المرمى مسك الكرة ويخطئ في التقدير يعرض اللاعب للإصابة في رأسه ووجهه وعندما يحاول حارس المرمى استخلاص الكرة من بين أقدام المهاجمين يعرض نفسه لإصابة الرأس والوجه (محمد عادل رشدي، 1995م، ص، 57).

#### 16-3-2- إصابة العمود الفقري:

أ- إصابة الرقبة: لا تحدث إصابة العمود الفقري والظهر إلا نادراً ، وقد تصاب الفقرات العنقية وذلك عندما يفقد اللاعب اتزانه ويسقط على الرأس ، وقد تحدث لحارس المرمى نتيجة لقيامه بحركة غطس أو ارتقاء على قدم المنافس والتي من الممكن إن تؤدي إلى كسر تلك الفقرات.

ب- إصابات العمود الفقري الأخرى: تعد إصابات الفقرات الصدرية والقطنية من الإصابات التي تحدث ولكن بشكل غير معتاد أي يحدث نادرا، وتؤدي معظم هذه الإصابات إلى حدوث كدمات شديدة للظهر نتيجة لضربة مباشرة (محمد عادل رشدي: 1995، ص 59) .

ج- إصابة الأنسجة الرخوة: من الإصابات المنتشرة في كرة القدم، وذلك ناتج عن طبيعة اللعبة نفسها ، فحركات اللف والدوران وتغيير السرعة الفجائي من العوامل التي تؤدي تمزق العضلات والأربطة خاصة منطقة أسفل الظهر، كما أن حدوث احتكاك مستمر بين اللاعب ومنافسة يؤدي إلى إصابة اللاعب ببعض الكدمات .

16-3-3- إصابة الصدر: تحدث إصابة الصدر في كرة القدم نتيجة لإصابة الأضلاع وغضاريفها أو العضلات بين الضلوع ، وحارس المرمى أكثر عرضة للإصابة من اللاعبين الآخرين .

16-3-4- إصابة البطن: إن منطقة البطن معرضة للإصابة خلال معظم الألعاب والأنشطة الرياضية خصوصا الرياضات التي فيها احتكاك مباشر بين اللاعبين، ويكون جدار البطن العضلي هو الضحية الأكثر تعرضا لهذه الإصابات في هذه الحالات.

16-3-5- الحوض: يعد التمزق الإربي من الإصابات الأكثر انتشارا أو حدوثا بالنسبة للاعب كرة القدم ، فتمزق أو تقطع الوصلات العليا لعضلات الجزء السفلي من الجسم قد تكون من الأسباب الهامة للإصابة بهذا التمزق الإربي.

وهناك سبب آخر وهو الالتهاب العظم العافي وهو يحدث في العادة بعد مباراة كرة القدم أو القيام بأداء مجموعة من التمرينات التي تتطلب اللف أي لف الحوض، ويمكن أن يصاب العضو التناسلي للرجل وكذلك الخصية نتيجة لضربة مباشرة (محمد عادل رشدي، 1995م، ص ص 60-61).

16-4- الجزء السفلي: يعد الجزء الأكثر تعرضا للإصابة في كرة القدم وتعدد و تتنوع الإصابات ونذكر منها:

16-4-1 الكسور: أكثر الكسور التي تحدث في ملاعب كرة القدم هي كسر عظمي القصبة والشظية والتي يكون سببها المباشر ضرب اللاعب لا الكرة على الساق مباشرة ، أما السبب الآخر هو سقوط حارس المرمى على على قدم المهاجم أو مسكها ، والدوران للخلف بطريقة سريعة مع عدم لف القدم نتيجة التصاقها بأرضية الملعب ، ويصاب اللاعب أيضا بخلع مفصل الكعب مع ارتباط ذلك بكسر هذا المفصل وتكسر عظام القدم والأصابع كنتيجة لضربة مباشرة ويجب أن نعلم أن اللاعبين الناشئين عرضة لكسر الألواح الكرويسية (محمد عادل رشدي، 1995م، ص 62).

## 16-4-2 إصابة الركبة: تعد إصابات مفصل الركبة شائعة الحدوث بدرجة كبيرة جدا ومتكررة في

معظم الرياضات خاصة في كرة القدم باعتبار أن الركبة مفصل ضعيف نسبيا وحساس.

ويمكن تقسيم الإصابات إلى ثلاثة أقسام طبقا لدرجة شدتها :

أ- إصابات الركبة البسيطة

ب- إصابات الركبة متوسطة الشدة

ج- إصابات الركبة الشديدة

أ- **إصابات الركبة البسيطة:** وتحدث نتيجة تمزقات بسيطة ميكروسكوبية أو اتخاذ واستطالة في

الأربطة ويستمر الرياضي في أداء التدريب أو المباراة وقد يحدث أن ينسى تلك الإصابة

- **الفحص والتشخيص :**

- ألم قد يظهر بعد انتهاء المجهود الرياضي

- عجز بسيط في المشي وقد يستطيع المشي بصورة طبيعية

- بالتحسس نجد الركبة طبيعية مع ألم محتمل ومحدد بمكان معين

- يزول الألم عند فرد الركبة في أغلب الأحوال

- صورة الأشعة السلبية

- **العلاج :**

- راحة من أسبوع إلى أسبوعين

- يعطى مسكنات للألم ومضادات للالتهاب

- ينصح المصاب بالمشي مع فرد الركبة قدر الإمكان لعدة أيام

- قد تربط الركبة برباط ضابط غير مطاط خلال المدة السابقة

- قد يوضع بالجبس لنفس المدة السابقة إذا ما كانت حركة المصاب دائمة ( أسامة رياض ، 1998 ، ص 120).

ب- **إصابات الركبة متوسطة الشدة:** وتحدث نتيجة تمزقات جزئية أو كلية بالأربطة غالبا بشرط أن

تكون فردية وغير مصاحبة لإصابات أخرى ( كتمزق الغضروف مثلا ) .

والإصابة هنا - معروفة تماما للمصاب ويقوم بشرحها للفاحص تفصيلا لا يستطيع المصاب تكلمة المباراة

أو التدريب ، ومن الممكن تسميتها بعجز نسبي في مستوى الأداء

## • الفحص والتشخيص:

- ألم في الحال عند حدوث الإصابة
- عجز جزئي مباشر للأداء الرياضي
- ألم عند الوقوف
- تورم متوسط الشدة في الركبة المصابة
- ألم عند تحسس الركبة في نفس مكان الإصابة
- ألم عند ثني الركبة من 20 إلى 40 درجة

## -العلاج:

- وضع الركبة والساق في الجبس لمدة من 20 إلى 40 يوما
- ينصح المصاب بعمل تقلصات عضلية إرادية لعضلات الفخذ وهو تحت الجبس ( لمنع حدوث ضمور بالعضلات )
- علاج طبيعي للركبة المصابة ( موجة كهربائية قصيرة - حمامات شمع ) بعد الخروج من الجبس
- إذا ما تحددت الأماكن الألم فإنه يجوز استعمال الحقن الموضعية بالكوريتزون من حقنة لحقنتين بواسطة
- طبيب مختص في جراحة العظام أو الطب الرياضي أو الطبيعي ( أسامة رياض ، 1998، ص ص 120-121).

**ج- إصابات الركبة الشديدة:** وتحدث نتيجة تمزق الأربطة الخارجية والداخلية خاصة الأربطة المتعامدة المثبتة للركبة بالإضافة إلى إصابة أحد الغضاريف بها على الأقل.

وهذا النوع من الإصابات بالركبة الذي يصاحبه سقوط الرياضي في الملعب وعدم استطاعته مغادرة الملعب إلا على نقالة يصاحبه عجز كلي عن أداء أي مجهود.

## -الفحص والتشخيص:

- توقف فوري عن ممارسة النشاط الرياضي
- عدم استطاعة المصاب الوقوف.
- تورم الركبة في الغالب ( في إصابات الأوتار يحدث الورم في أول يوم أما في إصابات الغضروف فإنه يحدث في اليوم الثاني أو الثالث ).

- ألم حاد وإذا ما كانت الإصابة في الجانب الخارجي للركبة قد يصاحبها قطع بالعصب المغذي لعضلات خلف وجانب الساق مع شلل لتلك العضلات.
- والفحص في تلك الحالات قد يكون صعبا للغاية، نظرا للألم الشديد المصاحب للإصابة لذا ننصح بأن يكون الفحص تحت التخدير العام للمصاب في المستشفى.
- ارتخاء وحرية زائدة للعضلة عند جذبها ولفها، سواء للداخل أو الخارج حسب نوعية الأربطة المقطوعة
- تظهر صور الأشعة إصابة الغضاريف المصاحبة لهذا النوع من الإصابات.

### - العلاج:

- التداخل الجراحي خلال عشرة أيام لخيطة الأربطة المقطوعة وإزالة الغضروف المتمزق من حدوث الإصابة لمنع عدم ثبات الركبة المزمن.
- جبس فوق الركبة والساق والقدم لمدة شهر ونصف بعد العملية.
- تتم عودة المريض لحالته الطبيعية بعدة الجراحة بحوالي ثلاثة أو أربعة شهور.
- يعود لممارسة الرياضة بعد ستة شهور.
- علاج طبيعى و تأهيل متخصص ( أسامة رياض ، 1998، ص ص 121).

**16-4-3 إصابات القدم:** الغالبية العظمى من الرياضيين غالبا ما يكون لديهم بشكل أو بآخر مشكلة من مشاكل القدم وهذا راجع لعدة عوامل منها الحذاء الذي يرتديه الفرد، القدم الضعيفة من ناحية القيمة أو وجود عيب تشريحي، الحركات اليومية العادية، وكذلك الحركات الرياضية، بالإضافة إلى إكساب القدم المرونة الكافية لأداء تلك الحركات، وبشكل عام يحدث قوس القدم المؤلم عادة نتيجة لسوء اختيار الحذاء المناسب وللوزن الزائد خاصة على أرضية صلبة وصعبة الاستخدام المفرط للأوضاع وخاصة الوقوف أو الجلوس أو الحركة الخاطئة وأخيرا التعب

### • التواء مفصل الكاحل:

يعتبر التواء مفصل الكاحل من الإصابات الكثيرة والشائعة بين العامة وخاصة الرياضيين منهم ، حيث يحدث وثنى مفاجئ نتيجة تعرض القدم لانقلاب داخلي مع عطف أخصي أثناء ممارسة التمرينات أو حتى المشي على ارض غير مستوية. غالباً يسمع صوت تمزق الرباط وقت الإصابة. والوثى أو الالتواء فهو دلالة لعدم وجود كسر في منطقة الإصابة ويقصد به تمدد أو تمزق بعض الألياف حيث تتحدد درجة التواء المفصل بمدى التلف الحادث في الأربطة الخارجية فالالتواء من الدرجة الأولى او البسيط في حالة تمزق 25% من الألياف، والدرجة الثانية أو المتوسطة في حالة تمزق 20-75% من

الألياف ، والدرجة الثالثة او الشديدة في حالة تمزق اكثر من 75% من الألياف، مما يؤدي بالطبع الى عدم ثبات المفصل بشكل ملحوظ. الأربطة التي حول المفصل هي: ( أسامة رياض ، 1998، ص 123 )  
-الرباط الوحشي: يتكون من ثلاثة حزم ليفية (خلفية - أمامية - سفلية) تمتد من الكعب حتى عظمة الشظية.

- الرباط الإنسي: وهو جزء من الرباط الدالي ويعتبر من أقوى أربطة مفصل الكاحل ومن النادر إن تتمزق إلا إذا حدث كسر مثل ( كسر بسيط ) .

-الرباط الداخلي: رباط مثلث الشكل يرتبط بالجهة الإنسية لعظام المفصل (أسامة رياض ، 1998، ص 122).

### -العلامات والأعراض والتشخيص:

الشخص المصاب عادة يشكو من ألم وتورم وعدم المقدرة على المشي ويلاحظ التورم او الانتفاخ فيما لا يقل عن 60% من حالات التواء الكاحل الشديد خلال 48 ساعة من حدوث الاصابة مع تغير اللون الى ازرق غامق على سطح القدم، مع الشعور بالالم عند الجس على الرباط الأمامي، كما يلاحظ وجود صوت فرقة في مكان المحفظة الزلالية للمفصل و الأربطة الخلفية مع محدودية مدى الحركة للمفصل نتيجة الألم و التورم. عادة القوة العضلية لا تتغير خلال الأيام الأولى من الإصابة فقدان للتوازن العام لذلك يلاحظ عدم مقدرة القدم على تحمل وزن الجسم. و التشخيص الصحيح يلعب دوراً هاماً في شفاء هذه الإصابة و يعتمد على أخصائي ماهر بالإصابات الرياضية حيث تكون علامة الاختبار اليدوي (فحص السحب) لـ ثبات مفصل الكاحل موجبة، وضرورة عمل صور الأشعة لنفي وجود كسر بالمفصل.

### العلاج:

العلاج قد يختلف حسب نوع الإصابة فهناك الوثي الخفيف أو المزمن وهناك التمزق الجزئي او التام، فالعلاج الناقص لهذه الإصابة يؤدي إلى عدم ثبات القدم ويضعف مقدرتها العضلية، وينتج عنه أيضاً الام مزمنة، وورم مما يؤدي بالنهاية إلى عجز القدم على أداء الأنشطة اليومية ومن ابسطها المشي. تعتبر إراحة العضو المصاب من الأمور الهامة في الإصابة ويكون العلاج كالتالي للتواء "الوثي" .

### 1)معالجة الإصابة من الدرجة الأولى و الثانية :

استخدام الثلج المبروش وقت الإصابة مع إراحة العضو المصاب . ولمدة ثلاث أيام الأولى من الإصابة  
\*رفع العضو المصاب عن مستوى الأرض .

\*استعمال رباط ضاغط . بالإضافة إلى الأدوية المضادة للالتهاب و المسكنات .

\*بعد زوال الأعراض والتي قد تستمر أسبوع يستطيع الشخص ممارسة أعماله السابقة.

(2) معالجة الالتواء المزمن :

تعتمد مدة العلاج على شدة الإصابة وغالبا تكون أسبوعين .

أ ( الموجات فوق الصوتية .

ب) الحمامات الحارة .

ت) تمارين للمفصل بالأربع اتجاهات فقط تمارين حركيه .

ث) ثم التأهيل تحت إشراف الأخصائي المعالج بعد التأكد من تحسن الحالة.

أما العلاج في حالات الالتواء المصاحب بتمزق سوى كان جزئي أو تام فان العلاج يكون :

(1)توضع القدم بالجبس لفترة ثلاثة أسابيع حتى يتم شفاء الأربطة المتمزقة. ولا مانع من أن تكون جبيرة

الجبس من النوع الثابت ( الدائم ) أو المتحرك وهذه أفضل لأنها تعطي مجالا للحركة وسهولة استخدامها و

خفة وزنها. وبعد إزالة الجبس ( فترة التثبيت ) تبدأ مرحلة العلاج الطبيعي ولمدة ثلاث أسابيع للوصول إلى :

- إرجاع الحركة الطبيعية والقوة العضلية لمفصل وعضلات الكاحل .

- تقليل التورم حول المفصل .

- إعادة الشخص لمزاولة نشاطه اليومي المعتاد (أسامة رياض ، 1998 ، ص 123).

وذلك باستخدام ما يلي :

• الأشعة تحت الحمراء لمدة 15 دقيقة لتحسين الدورة الدموية للعضو المصاب .

• الموجات فوق الصوتية .

• التمرينات التأهيلية للمفصل لزيادة الحركة وزيادة القوة العضلية تحت إشراف الأخصائي المعالج الذي

يحدد برنامج هذه التمارين وتطورها حسب الحالة.

مدة العلاج كما يلاحظ قد تطول في بعض الحالات وذلك للعمل على تجنب حدوث مضاعفات مثل الالتواء

المتكررة أو قد يؤدي إلى الروماتزم بالمستقبل فلذلك لا بد من المحافظة على الاستمرار بالعلاج تحت إشراف

أخصائي ذو مهارة عالية بالإصابات الرياضية .

ولكن تبقى الوقاية من أهم العوامل العلاجية في مثل هذه الإصابات ومن التوصيات الضرورية للوقاية هي

ارتداء جبيرة خفيفة أو استعمال رباط ضاغط حول المفصل في الأعمال التي قد تعرضك لهذه الإصابة

كممارسة الرياضة بأنواعها وبعض الأعمال على ارض غير مستوية .

وهذه الأشياء بسيطة جدا وقد تمنع عنك الإصابة وتغنيك عن زيارة المتخصص

## 16-4-4 إصابة وتر أخليس ( آلام وتر أخليس ):

ترجع آلام أخليس إلى تمزقات ميكروسكوبية في الألياف العضلية، وقد تم اكتشافها بالميكروسكوب الإلكتروني لأول مرة في فرنسا.

والأسباب الرئيسية في هذه الإصابة هي:

- ممارسة الرياضة على أرض صلبة وغير مستوية أو على أرض صناعية وغير مناسبة لنوع الرياضة  
- تغيير نوع التدريب فنياً بحيث يزيد الجرعة والحمل على قدرة الرياضي البدنية أو التدريب قل استعادة الشفاء.

- وجود تشوهات قواميه للقدم في 9 % من الحالات والرياضيون الصغار أكثر عرضة من الكبار للإصابة.

### • الفحص والتشخيص:

- ألم عند التدريب الرياضي المتوسط والشديد
- التحسس يجب إن يكون على أوتار القدمين لاكتشاف أي عيوب لا يصاحبها أعراض، ويتم الفحص سطحياً.
- قد تكتشف مناطق محددة للتمزقات وهي أكثر المناطق التي بها الألم، أو قد يصاحب الأصلية وجود منطقة متليفة أو وجود عقدة أو تجويف في نفس المكان المصاب ( أسامة رياض ، 1999، ص 124).

### • العلاج:

- علاج طبيعي بجلسات ( التراسونيك )
- راحة من 20 يوم إلى شهرين
- مضادات الالتهاب عن طريق الفم
- الحقن الموضعية بالكورتيزون..
- ( ونستخدم بحرص شديد هنا لاحتمالان يتبعها تمزقات ثانوية أو تآكل بالوتر لذا نرى عدم استعمالها إلا على يد خبير أو متخصص بها ).
- علاج طبيعي
- علاج التشوهات القوامية بالقدمين
- استعمال حذاء خاص برقبة عالية
- التدخل الجراحي في حالات خاصة.

## • قطع وتر أخليس

وترجع أسبابه إلى:

- علاج خاطئ لآلام الوتر خاصة العلاج بالحقن الموضعية
- حادث عنيف في الملعب أو خارجه أدى إلى قطع الوتر (أسامة رياض ، 1999، ص 125).

## • الفحص والتشخيص:

- تورم مكان الإصابة
- عجز تام عن المشي عقب الحادث مباشرة
- ( لا يستطيع المصاب الوقوف على أمشاط القدم بل لا يستطيع فرد مشط القدم ( وهذه الظاهرة بمفردها كافية للتشخيص)
- إذا ما رقد المصاب على وجهه وقدميه خارج منضدة الكشف نجد سقوطا واضحا في القدم المصاب
- قطع الوتر الذي يحفظ لها وضعها الطبيعي وذلك بالمقارنة بالقدم الأخرى.

## • العلاج:

- التدخل الجراحي لخيطة الوتر المقطوع وذلك قبل مرور 40 يوما على الإصابة يعود بعدها للمشي
- بحذاء خاص برقبة عالية.
- تأهيل المصاب برياضة السباحة والعلاج الطبيعي المتخصص.
- يعود إلى التدريبات الرياضية بعد ثلاثة وقد تمتد إلى أربعة شهور ( محمد عادل رشدي، 1995م، ص 69-70).

## 16-4-5- إصابات الفخذ:

- أ-القدم للعضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية: تحدث الإصابة من ضربة مباشرة قوية وغالبا للمتسعة الوحشية والأمامية المستقيمة الفخذية.

## • الأعراض والعلامات:

- إذا كانت الإصابة شديدة يلاحظ التورم والتصلب لعضلة الفخذ ثم فقدان حركة ثني الركبة مع ألم شديدا إذا لم تتخذ الإجراءات الفورية من الممكن حدوث زيادة الورم وتصلب العضلات مع عدم القدرة على ثني الركبة مع ألم شديد ( حياة عباد روفائيل ، د.ت، ص ص 100-101).

## • العلاج

- يستخدم رباط مطاط مبلل بارد للفخذ مع استعمال الثلج بعد دورة أو اثنتين من اللف وإضافة الضغط على المساحة التي بها الكدم.
- يرقد المصاب على الوجه وربط برباط مطاط حول رسغ القدم ثم ثني الركبة لحد الألم ، يمسك اللاعب الرباط من أعلى الكتف لحفظ كمية ثني الركبة.
- يعطى مسكن ومضاد للالتهاب عند الضرورة.
- يستعان بعكاز .
- يكرر اللاعب الثلج والرجل في وضع الثني ثلاث مرات أثناء الليل واليوم التالي إذا لزم ويحدث تمزق العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية في معظم الحالات نتيجة لقيام اللاعب بحركة دفع أو تمرير أو التصويب على المرمى، أيضا عندما يعدو اللاعب وعند القيام بحركة المد الزائد للحصول على الكرة ( محمد عادل رشدي، 1995م، ص، 62).

**ب- شد العضلات ذات الأربع رؤوس الفخذية:** وتتضمن عادة شدا في العضلة المستقيمة الفخذية وأحيانا تتضمن واحدة أو أكثر من المتسعة والخياطية، ويختلف الشد البسيط للعضلة المستقيمة الفخذية إلى التمزق الكامل حيث يظهر انتفاخ أعلى الفخذ.

## • العلامات والأعراض:

- يدرك اللاعب في الحال إن العضلة قد شددت، يشعر اللاعب بألم بطول المستقيمة الفخذية وألم في منطقة الشد وعدم القدرة على الانقباض، أما التمزق الكامل فيظهر انتفاخ أعلى الفخذ.

## • العلاج:

- يستعمل ثلج على رباط مطاط مبلل بارد ومحكم، ومسكن، وعكاز إذا لزم عندما يقف النزيف الأولى يستخدم الثلج مع التنبيه الكهربائي و الموجات فوق الصوتية، تؤدي تمارين فرد خفيفة بدون الم وتديك احتكاكي خفيف، ثم يؤدي تمرين تقوية على الآلة الخاصة وبوضع مدى محدد من الحركة وبسرعة عالية ( حياة عباد روفائيل ، د.ت، ص ص 101- 102).

## ج- العضلة ذات الرأسين الفخذية:

- تكون عرضة للإصابة في مرحلة العدو، وكذلك عند القيام بعمل حركة المد الزائد، وكذلك عند تمرير الكرة أو تصويبها وتمزق العضلات الخلفية للفخذ ليس من الإصابات التي نراها دائما خلال الموسم

الرياضي ولكنها كما سبق القول تحدث للاعبين الذين يفتقرون لعنصر المرونة في الجذع، كما تحدث نتيجة لضربة مباشرة من المنافس.

د- أما العضلات المقربة الطويلة فإنها تعد قليلة نسبيا ولكنها تحدث أيضا كنتيجة للمد الزائد للحصول على الكرة.

#### 16-4-6- إصابة الكعب:

مفصل الكعب عرضة لإصابة مباشرة وذلك نتيجة لطبيعة المباراة- والتواء مفصل الكعب من الإصابات الأكثر حدوث والتي تؤدي إلى حدوث أضرار بالأربطة الخارجية للمفصل، كما إن الهبوط غير السليم والجري الخاطئ يؤديان إلى حدوث ضرر بهذا المفصل، كما إن الهبوط غير السليم والجري الخاطئ يؤديان إلى حدوث ضرر بهذا المفصل بالإضافة إلى ارتباط ذلك بأرضية الملعب وحذاء اللاعب وطريقة أسلوب الحماية التي يوفرها إلى هذا المفصل، وسوف نشرح أكثر الإصابات حدوثا بالنسبة لمفصل الكعب.

16-4-7 خلع وكسر الكعب: يلاحظ انه في معظم إصابات الكعب وجود ارتباط بين عدة إصابات ببعضها البعض حتى انه في كثير من الحالات يصعب وضع تلك الإصابات منفردة ففي حالات نلاحظ خلعا ونلاحظ ذلك كثيرا في مجال الممارسة الرياضية نظرا لأن القوة التي تؤدي إلى الإصابة واختلاف درجاتها وشدتها واستمرارها تؤثر بالطبع على التشخيص الدقيق للإصابة ( محمد عادل رشدي، 1995م، ص63).

- تحدث الإصابة خلال ضغط أو دفع جانبي للكعب خلال قوس الحركة وهو يكون بالطبع عاديا لا يدفع في هذا الاتجاه. تلك القوة الجانبية أو قوة الدفع الجانبية تؤدي إلى شكلين من أشكال الإصابة:

- إصابة الكعب الوحشي - إصابة الكعب الإنسي أو الاثنين معا.

16-4-8- إصابة العضلة التو أمية للساق: تحدث تلك الإصابة كنتيجة لفعل أو لقوى خارجية مباشرة فوق هذه العضلة، ويمكن تمزق هذه العضلة يثب اللاعب واللاعب الغير معد بدنيا يكون أيضا عرضة لهذا النوع من الإصابات، والتقلص احد الحالات التي تحدث عند إصابة العضلة التو أمية بالتشنج وتحدث هذه الحالة في نهاية المباراة أحيانا، ويكون اللاعب عرضة لهذا التقلص بشكل كبير في فصل الصيف عندما تكون درجة الحرارة مرتفعة وهذا ناتج عن فقد كمية كبيرة من السوائل ويؤدي نقص كمية الملح إلى حدوث هذا النوع من التقلص ( محمد عادل رشدي، 1995م، ص64).

## • المحيط وإصابات كرة القدم:

لن نتعرض هنا بالتفصيل لهذا الموضوع فقد أوردنا له موضوعا خاصا ولكن أود إن أوضح إن نوعية الملعب تلعب دورا هاما في طبيعة الإصابات في كرة القدم، فإصابات الأوتار والالتهابات بأنواعها تحدث بشكل كبير. عند استخدام ملاعب أرضيتها صلبة، وأمثلة ذلك ملاعب العشب الصناعي، وكذا الملاعب المبللة تجعل اللاعب عرضة للإصابة بتمزق عضلي كذلك الكرة المبللة... الخ (محمد عادل رشدي، 1995م، ص65).

## 17- للوقاية من الإصابات والحفاظ على سلامة الرياضي يجب:

### أ - توفير عوامل الأمان الرياضي:

- 1- 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.
- 2- ارتداء الملابس التي تتناسب مع نوع النشاط الممارس ودرجة حرارة الجو (الطقس)
- 3- ارتداء الأحذية التي تتناسب أيضا مع نوع النشاط الرياضي.
- 4- سلامة أرض الملاعب من الحفر والأحجار وان تكون أرض الملاعب مناسبة لنوع النشاط الممارس.
- 5- تدريب اللاعب على كيفية السقطات الأرضية لتقليل شدة الإصابة.
- 6- توجيه اللاعبين إلى طاعة القوانين التي تكفل الأمانة والحماية لهم ( عبد الرحمان عبد الحميد زاهر، ص125).

### ب- الاهتمام بالبرنامج التدريبي:

- مما لا شك 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.

- 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 (مرفت سيد يوسف، ص 17) .

- 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.

### **ج- دور المدرب الرياضي والوقاية من الإصابات الرياضية:**

إذا كان المدرب على علم ودراية بالأسباب العامة للإصابات الرياضية والتي سبق الإشارة إليها، فإن دوره الحد والوقاية من الإصابات يكون أمراً ميسوراً، لأن معرفة سبب الإصابة تجعله يأخذ الإجراءات لمنع حدوثها، وفي هذا التطبيق للمبدأ القائل بأن "الوقاية خير من العلاج".

ويمكن تلخيص دور المدرب في الدور والوقاية من الإصابات الرياضية فيما يلي:

### **- معرفة الأسباب العامة للإصابات الرياضية وتجنب حدوثها:**

إذ أن ذلك يضمن له الاستفادة الكلية الكاملة من قدرات اللاعب وكفائته من بداية الموسم الرياضي وحتى نهايته بفاعلية عالية في الأداء.

### **- عدم اشتراك اللاعب في التدريب أو اللعب بدون إجراء الطب الدوري الشامل الرياضي:**

وخاصة قبل بداية كل موسم، ويجب أن يتأكد المدرب من أن الكشف الطبي الدوري قد شمل أعضاء وأجهزة جسم اللاعب بدءاً من سلامة النظر والكشف الحقيقي على العينين وأجهزته الحيوية كالجهاز الدوري والقلب والجهاز التنفسي والريتين وغيرهما، ومنتهياً بالكشف على الجهاز العصبي وسلامة الأعصاب وسلامة الجهاز العضلي والتوافق العضلي العصبي، ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.

### **- عدم إشراك اللاعب وهو مريض:**

لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضاً عدم إشراكه وهو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاؤه ومنها نهائياً، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.

### **- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسياً وبدنياً وذهنياً لهذا الأداء:**

إذ أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته نهائياً، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة

## د - توفير الغذاء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة:

كالبروتينات، والمواد التي تمد الجسم بالطاقة، كالنشويات والسكريات والدهون، والمواد التي تمد الجسم بالحيوية متمثلة في الأملاح والفيتامينات كالفواكه الطازجة والخضروات (عادل علي حسن، 1995، ص ص 120-121).

## هـ - الاهتمام بالإحماء لتجنب الإصابات:

حيث يساعد على تجهيز وتحضير أجهزة الجسم وظيفيا كما يزيد سرعة وصول الإشارات العصبية إليها ويزيد من سرعة تلبيتها واستجابتها ويحسن النغمة العضلية فيها، وهذا يؤدي إلى زيادة كفاءة المفاصل لتؤدي الحركة بصورة أفضل وبالتالي تقل الإصابات، وعلى المدرب أن يراعي ملاءمة الإحماء وطبيعة تمارينه في الحرارة عنه في البرودة الشديدة حيث يزيد زمنه ويختلف أيضا طبيعة تمارينه.

## و - تطبيق التدريب العلمي الحديث:

تجنب الإفراط الغير متقن في التدريب الذي يسبب العياء البدني والذي يسبب الإصابات للاعبين، ومن أعراض الإفراط غير المتقن في التدريب، والتي يجب على المدرب إعادة النظر في برنامجه التدريبي إذا ما لاحظنا على لاعبيه، نقص الوزن وفقدان الشهية والأرق وقلة النوم وسهولة الاستثارة العصبية والتهدج وكثرة الأخطاء في الأداء وسرعة النبض في الراحة.

## ز - مراعاة تجانس الفريق:

من حيث العمر والجنس والمستوى المهاري لأن وجود بعض الأفراد غير المتجانسين في أي من هذه العوامل قد يكون مثيرا لهم لمحاولة بذل جهد أكبر من طاقتهم لمجاراة مستوى أقرانهم مما يؤدي إلى إصابتهم (عادل علي حسن، 1995، ص ص 121-122).

## ح - الراحة الكافية للاعبين:

والتي تمثل في النوم لفترة تتراوح ما بين 8-9 ساعات يوميا بالإضافة إلى الاسترخاء والراحة الايجابية بين كل تمرين وآخر داخل الوحدة التدريبية وعلى المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الدقيقة للاعب.

## ط - عناصر أخرى للوقاية من الإصابات الرياضية:

- إجراء الفحص الطبي الشامل للرياضي قبل بدء الموسم وأثناءه للتأكد من سلامته.  
- الاهتمام برفع المستوى المهاري ومستوى اللياقة البدنية للاعبين حيث أن انخفاضها يزيد من معدل الإصابات ويقلل من تحكم اللاعب في تحركاته (عادل علي حسن، ص، 122).

## خلاصة:

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 المراعاة والسلامة والوقاية تعتبر مبدأ هاما لأقصى درجة خلال التخطيط والتنفيذ للتدريب الرياضي، وقطاع كرة القدم بشكل عام .

الفصل الثاني

التربية كرة القدم

## تمهيد:

الأندية الرياضية هي العمود الفقري الذي يقوم عليه التكوين الرياضي الأهلي في أي دولة من دول العالم وأي تنظيم رياضي لا يمكن أن تجني ثماره إلا إذا نظمت الأندية الرياضية بصورة سليمة تمكنها من أن تؤدي رسالتها الرياضية والتربوية على أكمل وجه.

فقد أصبح النادي في عصرنا الحديث الذي نعيش فيه رسالة أعمق عليه تحقيقها وهدف أكبر يجب أن يصل إليه فهو بمثابة مدرسة لها برامجها ونظمها تشترك اشتراك فعلي مع مختلف أجهزة الدولة في تعليم النشء ورعاية الشباب فالأندية الرياضية هي الوسيلة العملية لتطبيق الفلسفة الرياضية الحديثة المبنية على مبادئ اجتماعية سليمة وفق أصول ونظريات تربوية نفسية وهذا لا يتحقق إلا إذا رسمت سياسته وخطت برامجها ( عصام الدين محمد بدوي / آمال اميري، 1992، ص221).

## 1- الأندية الرياضية:

لا بد في البداية الإشارة إلى مفهوم كلمة النادي والمعنى اللفظي لها في الأصل حتى يتسنى لنا تعريف الأندية الرياضية في وقتنا الحاضر، فالنادي كلمة عربية فصيحة وهي تشير إلى اسم مكان " واسم المكان هو الكلمة التي تصاغ من الفعل لدلاله على المكان "ويرجع الأصل اللغوي لكلمة النادي للفعل الماضي الثلاثي نداءً، ويمكن الرجوع إلى أصول كلمة النادي إلى خمس معاني هي:

-انتدى القوم اجتمعوا في النادي.

-انتدى الرجل حضر النادي.

-ندا القوم اجتمعوا وحضروا النادي.

-المنتدى بمعنى: النادي وهو المجلس.

ويذكر صاحب القاموس المحيط أن النادي والندوة والمنتدى هي مجالس القوم نهاراً أو المجلس ماداموا مجتمعين فيه والجمع أندية.

وأما العرب فقد كان لهم أندية يجتمعون فيها في الجاهلية وقبل الإسلام ومن أشهرها دار (الندوة) في مكة والتي يعود تاريخها إلى أكثر من 1400 سنة والتي ورد ذكرها في القرآن ويمكن أن يسمى سقيفة كما كان دارجاً في ذلك الوقت.

أما عن معنى كلمة النادي في اللغة الانجليزية فتسمى club أي بمعنى ناد ويقصد بها مجموعة من الناس منظمين لغرض مشترك، مجموعة خاصة تلتقي بصفة منظمة ( بهباني، 2004 ، ص36).

## 1-1 اصطلاحاً:

هو هيئة تكونها جماعة من الأفراد تهدف إلى تكوين شخصية الشباب بصورة متكاملة من النواحي الاجتماعية والصحية والنفسية والفكرية والروحية عن طريق نشر التربية الرياضية وبث روح القومية بين الأعضاء من الشباب وإتاحة الظروف المناسبة لتنمية مواهبهم وكذلك تهيئة الوسائل وتسيير السبل لشغل أوقات الفراغ للأعضاء وذلك للتخطيط الذي تضعه الإدارة المركزية ( إبراهيم عبد المقصود / حسن الشافعي ، 2002م، ص 91).

## 2- النوادي الرياضية في الجزائر:

تمارس النوادي الرياضية في الجزائر مهمة تربية وتكوين الشباب عن طريق تطوير ببراج رياضية وبمشاركتها في ترقية الروح الرياضية والوقاية من العنف ومحاربتة وهي تخضع لمراقبة الرابطة والاتحادية

الرياضية الوطنية المنظمة إليها و تكون النوادي الرياضية متعددة الرياضات أو أحادية الرياضة وتصنف إلى ثلاثة أصناف هي: النوادي الرياضية الهاوية، النوادي الرياضية الشبه محترفة والنوادي الرياضي المحترف.

يخضع اعتماد النوادي الرياضية الهاوية والشبه المحترفة إلى الرأي التقني المسبق للاتحادية الرياضية الوطنية المعنية حيث يمنح الاعتمادات للتشريع المتعلق بالجمعيات النوادي الرياضية المحترفة (المادة 42)

### 3- النادي الرياضي الهاوي:

هو جمعية رياضية ذات نشاط غير مريح تسيير وفق القانون الخاص بالجمعيات وكذا القانون الأساسي بحيث يحدد مهامه وتنظيمه وفق القانون الأساسي النموذجي الذي تضعه الاتحادية و يوافق عليه الوزير (المادة 43).

### 4- القانون الأساسي الجديد الخاص بالجمعيات المحلية:

**المادة الأولى :** جمعية تخضع لإحكام القانون رقم 06/12 المؤرخ في 12 جانفي 2012 ولهذا القانون الأساسي، ( ذكر أسماء كل الأعضاء المؤسسون الخمسة والعشرون (25) على الأقل، يمثلون اثني عشر (12) على الأقل بالنسبة للجمعيات ذات الطابع الوطني، بالنسبة للجمعيات مابين الولايات واحد وعشرون عضوا (21) يمثلون ثلاث (3) ولايات على الأقل، وفي حالة تكوين جمعية من طرف أشخاص يتعين ذكر تسمية الأشخاص.

### أ- أحكام عامة:

التسمية - الموضوع - الهدف - المقر - مدة عمل الجمعية و مداه.

**المادة 02 :** تسمى الجمعية (الإشارة إلى التسمية الكاملة والدقيقة للجمعية مع مطابقتها لموضوع الجمعية).

**المادة 03 :** الجمعية محلية هي جمعية رياضية ( يحدد نشاط الجمعية بدقة اجتماعي -ثقافي -خيري - أنساني،رياضية.....الخ ). يشترك المؤسسون و المنخرطون في تسخير معارفهم ووسائلهم بصفة تطوعية ولغرض غير مريح من أجل ترقية نشاطها وتشجيعية في إطار الصالح العام دون مخالفة الثوابت والقيم الوطنية ودون المسلس بالنظام العام والآداب العامة و أحكام القوانين والتنظيمات المعمول بها .

**المادة 04 :** تهدف الجمعية أساسا إلى : ( تذكر أهداف الجمعية بدقة و يجب أن تكون مطابقة لتسمية وموضوع الجمعية).....رياضية.....المشاركة في المنافسات الرسمية.....تنظيم دورات رياضية.. وتتعهد الجمعية بان لا تسعى إلى تحقيق أهداف أخرى غير ما صرحت به.

**المادة 05 :** يكون مقر الجمعية كائن بـ : ( الإشارة إلى العنوان الكامل لمقر الجمعية ).

ومع مراعاة التشريع المعمول به لا يمكن نقل هذا المقر إلا بقرار من الجمعية العامة.

**المادة 06 :** مدة الجمعية ( الإشارة إلى مدة عمر الجمعية ).

**المادة 07 :** تتمتع الجمعية بالشخصية المعنوية أو الأهلية القانونية وهي تمارس نشاطاتها.

**المادة 08 :** يسمح للجمعية بإصدار ونشر نشریات ومجلات ووثائق إعلامية ومطويات لها علاقة بهدفها

في ظل احترام الدستور والقيم والثوابت الوطنية والقوانين المعمول بها على إن يكون البيان الرئيسي محرر

باللغة العربية (القانون رقم 06/12 المؤرخ في 12 جانفي).

**بشروط و كیفیات انضمام وانسحاب الأعضاء وواجباتهم وحقوقهم:**

**المادة 09 :** تتكون الجمعية من أعضاء مؤسسين وأعضاء ناشطين وأعضاء شرفيين .

تخول مداولة الجمعية العامة صفة العضو الشرفي بناء على اقتراح مكتب الجمعية.

**المادة 10 :** زيادة على الشروط المنصوص عليها في التشريع المعمول به لاسيما المادة (04) من القانون

رقم 06-12 المؤرخ في 12 جانفي 2012 المتعلق بالجمعيات ، يجب إن تتوفر في العضو الناشط في

الجمعية : ( تذكر الشروط الخاصة المطلوبة ) ....انضباط...الصرامة.....الوطنية.

**المادة 11 :** يتم الانضمام إلى الجمعية بطلب كتابي يوقعه صاحب الطلب ، ويقبله مكتب الجمعية، تثبت

صفة العضو بمنح بطاقة الانخراط.

**المادة 12 :** تفقد صفة العضو في الجمعية للأسباب الآتية

- الاستقالة مقدمة كتابيا.

- الوفاة.

- عدم دفع الاشتراكات لمدة ( الإشارة إلى المدة المحددة ).

- حل الجمعية .

- أسباب أخرى ( توضح بدقة ).

**المادة 13:** كل عضو له الحق في التصويت والترشح على جميع مستويات الجمعية شريطة:

- استيفاء الاشتراكات.

- شروط أخرى ( توضح بدقة ).

## ج- حل الجمعية:

**المادة 42:** يقرر الحل الإرادي للجمعية من قبل الجمعية العامة ، بعد تقرير مكتب الجمعية يتخذ قرار الحل الإرادي للجمعية من قبل الجمعية العامة بحضور ( ضرورة تحديد النصاب ) من أعضاء الجمعية العامة وبمصادقة ( ضرورة تحديد الأغلبية ) ستة من الأعضاء الحاضرين، يتم أئولة الأملاك المنقولة والعقارية بقرار من الجمعية العامة، حسب التشريع المعمول به.( القانون رقم 06/12 المؤرخ في 12 جانفي).

### 5- أهداف الأندية الرياضية:

إن إنشاء الأندية الرياضية يرجع الأسباب عديدة والى معاني سامية تهدف في المقام الأول إلى احتضان الشباب ورعايتهم وتكوين المواطن الصالح القادر على خدمة دينه وحماية وطنه ولابتعاد عن مزالق الجريمة والانحراف بكل صوره خاصة في هذا العصر الذي انتشر فيه الفكر المنحرف.

والسؤال الذي يطرح نفسه ما الهدف من إنشاء الأندية الرياضية؟

1- المساهمة في إعداد وتكوين المواطن الصالح، ودعم القيم الروحية والأخلاقية والروح الرياضية، ونشر الألعاب الرياضية وتنشيطها، ورفع المستوى الرياضي، واستثمارا لنشاطات والبرامج الرياضية والثقافية والاجتماعية بالتعاون مع الاتحادات والهيئات ذات العلاقة.

2 -تأكيد العلاقة بين الأندية والاتحادات والهيئات، والتنسيق فيما بينهما لتنفيذ نشاطاتها.

3 -استثمار إمكانيات النادي بالطرق المشروعة بما يكفل تحقيق دخل ثابت ودائم للنادي.

4 -المساهمة في المناسبات العامة من خلال إعداد برامج ونشاطات مناسبة.

ومن خلال استعراض الأهداف العامة للأندية يتضح أهمية أهداف الأندية الرياضية والغرض من تأسيسها وخاصة الهدف الأول الذي يؤكد (المساهمة في إعداد وتكوين المواطن الصالح) بما يكفل نشأة الشاب على الدين والخلق الإسلامي.

ولتحقيق تلك الأهداف للنادي الحق لتحاد كافة الوسائل الممكنة وفق للإمكانيات المتاحة له لتحقيق أهدافه وبرامجه وعلى الأخص ما يلي:

1. المشاركة في البرامج ونشاطات الاتحادات والهيئات الرياضية والثقافية والاجتماعية المعتمدة محلياً وإقليمياً وعربياً وقارياً ودولياً وأولمبياً.

2. تنظيم وتنفيذ دورات وندوات ونشاطات رياضية وثقافية واجتماعية.

3. تشجيع وتوثيق الصلات والعلاقات مع الأندية الأخرى خلال تبادل الخبرات ودوريات.

والنشرات معها والمشاركة في نشاطاتها العامة.

4. تشكيل لجان دائمة معاونة لتنظيم النشاطات العلمية والفنية والاجتماعية والثقافية والرياضية.

يهدف تنمية مواهب الأعضاء واستثمار أوقات فراغهم.

5. تشكيل الفرق الرياضية طبقاً للأنظمة واللوائح المعتمدة (لوائح وأنظمة الأندية ، 1996 م، ص 20).

ومن هذا المنطلق فإن للأندية الرياضية بوجه عام أهداف خاصة ترغب في تحقيقها من خلال برامجها وأنشطتها ومقراتها المختلفة داخل الأندية، فقد ذكر إن الأندية النموذجية والتي تفعل البرامج الرياضية والثقافية والاجتماعية قد تجعل على عاتقها تحقيق الأهداف التالية:

1. تطوير البرامج الرياضية والثقافية والاجتماعية الخاصة بالشباب لتوسيع مداركهم ومقابلة احتياجاتهم وميولهم

2. تفعيل البرامج والتي تكشف المهارات الفنية والقدرات الرياضية المختلفة للشباب.

3. عمل برامج خاصة لتنمية المواهب والهوايات عند الشباب.

4. زيادة التفاعل الاجتماعي بين الشباب والمجتمع بغرض الوصول إلى الانسجام التام.

5. العمل على رفع المستوى الفني للألعاب في النادي ومحاولة استغلال كل المساحات المتاحة والإمكانيات.

6. الاهتمام بصحة الشباب ولياقتهم البدنية.

7. تعويد الشباب على كيفية مقابلة الفوز والخسارة بروح رياضية.

8. تنمية الروح الرياضية والتنافس الشريف (الزامل، 1411هـ، ص ص 84-85).

## 6- فرق الأندية الرياضية:

6-1- **المفهوم السيكولوجي للفريق:** من المدخل السيكولوجي يمكن تعريف الفريق الرياضي على انه "

مجموعة من الأفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض تفاعلاً حركياً في إطار معايير محددة من أجل تحقيق هدف رياضي مشترك ( احمد أمين فوزي، 2001 م، ص 15).

ويشير هذا التعريف إلى صفة الجمع بعدد من الأفراد، كما يشير أيضاً إلى صفة التفاعل بينهم، ونوعية هذا التفاعل ووظيفته، وإلى وجود معايير تحكم هذا التفاعل، وأخيراً يشير إلى هدف هذا الجمع من الأفراد أو بطريق أخرى الدافع من ورائه.

وهذا التصنيف يقودنا إلى مناقشة المفهوم السيكولوجي للفريق الرياضي من خلال المجموعة التالية من المصطلحات، وفي ضوء أن الفريق الرياضي هو جماعة تتميز بجميع الخواص البنائية للجماعات الصغيرة.

## 6-2- حجم الفريق:

يرى البعض من علماء النفس الاجتماعي أن " أي اثنين من الأفراد يتفاعلان معا من اجل تحقيق هدف مشترك يمكن أن يشكلان جماعة، في حين يرى آخرون أن الظواهر الهامة للجماعة لا تحدث الا من خلال تفاعل ثلاثة أو أكثر من الأفراد، وان الحجم الأولي لجماعة يمكن دراستها هي ثلاثة أفراد، وهذه هي الجماعة الصغيرة، إما الجماعة الكبيرة فقد يصل عددها إلى ثلاثين عضوا أو أكثر ( احمد امين فوزي، 2001 م، ص 16).

والواقع انه لا توجد حدود فاصلة في العدد بين الجماعات الصغيرة و الكبيرة، وذلك بالرغم من أن هناك منطقة رمادية اللون بين الخمسة عشرة و الثلاثين عضوا لا يظهر فيها التحديد الواضح. وعموما، فان حجم الفريق لا يمثل مشكلة كبيرة عند دراسته، حيث تعاملت الكثير من البحوث مع جماعات من اثنين وثلاثة من الأعضاء وان كانت نتائجها - وخاصة العملية منها - تشكل عائقا في تعميم نتائجها. وطالما وجد التفاعل الحركي و الهدف المشترك بين اثنين من اللاعبين كما في زوجي التنس وتنس الطاولة مثلا، فيمكن اعتبارها فريقا رياضيا شأنه فريق كرة القدم الذي قد يضم أكثر من عشرين لاعبا.

## 6-3- بناء الفريق:

عرف ماك دافيد و هاراري David mC & harari الجماعة بأنها " نسق منظم من فردين أو أكثر يرتبط كل منهما ب الآخر من اجل هدف معين، وهذا النسق يوفر لأعضائه من علاقات الأدوار ومجموعة من المعايير التي تنظم وظيفة الجماعة، ووظيفة كل عضو من أعضائها (عبد الحميد محمود الهاشمي، 2007، ص 38).

ويتفق هذا التعريف مع مجموعة من التعريفات التي يتضمن محتواها أن الجماعة وحدة من مجموعة الأفراد الذين يخضعون لمجموعة من المعايير ، وهذه المعايير هي التي تنظم سلوكهم فرادى في الأمور ذات التأثير على الجماعة (عبد المجيد طاش نيازي، 2006، ص 17).

والواضح في مثل هذه المضامين عن الجماعة أنها تناولت الأدوار والمعايير كحاكاة للتعرف على بنائها بالرغم من أن هناك عناصر بنائية أخرى للجماعة كعلاقات القوة فيها أفرادها ومراكزهم في الجماعة، وكذلك العلاقة الوجدانية ، وعلاقات التفاعل، وعلاقات الجذب و التنافر بين أفرادها، وغير ذلك من العناصر التي تعطى رؤية اكبر للبناء التنظيمي الداخلي للجماعة.

## 6-4- تفاعل الفريق:

تتفرد الجماعة بخاصية التفاعل التي تميزها عن التجمع، ففريق كرة القدم باعتباره جماعة يتفاعل أعضاؤه فيما بينهم خلال التدريب و المباريات من اجل تحقيق النتائج المرجوة، وذلك بخلاف جمهور المشاهدين الذين يتجمعون لمشاهدة المباراة وينصرف كل واحد إلى حال سبيله فور انتهائها.

ولقد استعانت الدراسة السيكولوجية للجماعات بمصطلح التفاعل لدرجة انه تأسس عليه مجموعة من التعريفات عن مفهوم الجماعة، فلقد ظهر من مفهوم التفاعل مجموعة من التعريفات التي تضمنت الاتصال حيث ورد عن الجماعة " انه عدد من الأفراد يتصل كل منهم بالآخرين اتصال مباشر أي عن طريق المواجهة، كما ورد أيضا أن الجماعة مجموعة من الأفراد كل واحد منهم في تفاعل مستمر مع الآخرين من خلال الاتصال وجها لوجه ( عبد الرزاق ابو داود، 2005، ص28).

كما ورد أيضا عن الجماعة أنها "نسق مفتوح من التفاعل يحدد فيه الاتصال بناء النسق الاجتماعي لها وهذه التفاعلات المتباينة تمارس تأثيرها على هوية النسق، وهكذا اعتبر أن الاتصال بين الأفراد من اجل تحقيق هدف مشترك مماثلا للتفاعل في الجماعة، فمن الصعب وجود اتصال بين عدد من الأفراد بدون تفاعل بينهم والعكس صحيح. ( عبد الرزاق ابو داود، 2005، ص29).

ويأخذ التفاعل الذي يحدث بين أعضاء أي فريق رياضي صوراً عديدة، مثل التفاعل الحركي والتفاعل الفكري والتفاعل الوجداني، وكل هذه الأنماط من التفاعل لا بد وان تميز أي فريق رياضي يسعى إلى تحقيق نتائج.

1-4. لقد كان التعاون و الاعتماد المتبادل و الاتفاق على وحدة الهدف وهي العناصر الأساسية التي تأهل أي عدد من الأفراد لكي يكونوا جماعة.

فقد عرف فيدلر fiedler الجماعة على ضوء التعاون و الاعتماد المتبادل بين أعضائها " بأنها مجموعة متعاونة من الأفراد يواجهون مصيراً مشتركاً ويعتمدون اعتماداً متبادلاً على بعضهم البعض بحيث إذا تأثرت حادثة على واحد منهم فان تأثيرها ينعكس على باقي أعضائها.

( le groupe sportit :10.12.200،Alam.g :7le .)

## 6-5- دافعية الفريق:

من المعروف أي فرد يسعى إلى الانضمام إلى فريق رياضي أو يستمر في عضويته يكون الاعتقاد أن هذا الفريق سوف يشبع حاجة ما لديه ، فقد يتقدم الصبي للانضمام إلى فريق لكرة القدم بناد معين لاعتقاده أنها اللعبة التي سوف تضعه في مركز مرموق بالمجتمع، نظراً لما يتمتع به لاعبو كرة القدم في مجتمعنا من مكانة، أو لإشباعه الحاجة إلى الانتماء إلى هذا النادي ذي الكيان و المركز، وقد يتقدم الشخص الذي اعتزل اللعب للانضمام إلى سلك الإدارة أو التدريب، من اجل المزيد من الإشباع إذا كان لاعبا متفوقا أو

إلى إشباع الحاجة إلى التفوق فيها، والتي تأهله قدراته المهارية إلى إحراز المكانة التي كان ينشدها إثناء ممارستها.

فالفريق الرياضي هو مجال خصب من مجالات الإشباع النفسي، وأي فريق يفشل في إشباع حاجات أعضائه غالبا ما يعتريه الفشل والتفكك ( وفاء درويش، 2007، ص42).

ومن هذا المنظور الدافعي للفريق الرياضي، فإن التعريف الذي يبدو أكثر موضوعية في هذا المجال هو أن الفريق الرياضي هو عبارة عن جمع من اللاعبين الذين يسعون لتحقيق نتيجة رياضية تشبع الحاجة التي يسعى إليها كل منهم، ويمكن أيضا تعريف الفريق الرياضي من نفس المنطلق الدافعي، بأنه مجموعة من الرياضيين الذين يتفاعلون حركيا (محمد فايز ابو محمد، 2006، ص29).

ويتضمن كلى التعريفين أن الإشباع النفسي في حد ذاته هو العنصر الأساسي اللازم لتحديد هوية عدد من الأفراد كفريق رياضي.

## 6-6- أهداف الفريق:

تتشابه تعريفات الفريق الرياضي في ضوء أهدافه تشابها كبيرا بتلك التعريفات التي تكون في ضوء دافعية أفرادها، وذلك لان تحقيق الفريق لأهدافه يعتبر أمرا مشعبا لأفراده من اجل تحقيق المزيد من هذه الأهداف والأهداف الأعلى.

وعلى ضوء ذلك ميلز millis أن " الجماعة وحدة مكونة من شخصين وأكثر يتصلون ببعضهم البعض من اجل غرض ما، ويجدون في هذا الاتصال شيئا له معناه، وهذا التعريف يوضح المغزى من توجهات الأفراد نحو الجماعة إلا وهو هدفها (محمد فايز ابو محمد، 2006، ص30).

والجدير بالذكر أن مفهوم الجماعة وتكوينها وبنائها ونشاطها في ضوء أهدافها ليس موضوعا حديثا، فقد أشار العلماء مع بداية علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع إلى أن الأفراد ينضمون إلى الجماعات من اجل تحقيق أهداف مشتركة، وحتى وقتنا هذا فان معظم تعريفات الجماعة تضمنت أن الغرض من تكوينها ونشاطها وبنائها وتفاعل أفرادها وتعاونهم هو تحقيق أهدافها ولعل الأهداف في الرياضة من حيث الوضوح والجادبية هي بمثابة مثيرات رائعة تسهم في سرعة وسهولة تكوين الفرق الرياضية وتدعيمها.

## 7- فئات الفرق الرياضية في النادي:

يصنف فريق كرة القدم الهاوي إلى أربع فئات وهي : الأصاغر ، الأشبال ، الأواسط ، الأكابر :

## 7-1- فئة الأكاير:

هي مرحلة من مراحل عمر الإنسان وهي مرحلة النضج واكتمال الشخصية وهي كذلك تطور الفرد من رعاية الأسرة إلى الاستقلال الذاتي وكسب الرزق إلى المسؤولية لتكوين أسرة جديدة ورعايتها والأشراف عليها، وحددت مرحلة ما بين 18 سنة و40 سنة بمرحلة فئة الأكاير بالنسبة للاتحادية الدولية لكرة القدم (نوري الحافظ ، 1990 ، ص 48 ).

## 7-2- فئة الأواسط:

فئة الأواسط المحددة بالمرحلة العمرية الممتدة بين 17-19 سنة اللاعب في هذه الفئة يكون في مرحلة جد حاسمة وهامة في حياته ألا وهي مرحلة المراهقة ، وما هي إلا مرحلة تدعيم التوازن المكتسب من المرحلة السابقة ويتم تأكيده في هذه الفترة ، إذ أن الحياة في هذه المرحلة تأخذ طابعا ، يتجه فيها الفرد محاولا أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه ، بحيث يحاول التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلة والانطواء تحت لواء الجماعة .

## 7-2-1- خصائص النمو عند فئة الأواسط :

يتميز نمو لاعب فئة الأواسط بعدة خصائص ، جسمية ، انفعالية ونفسية واجتماعية وكذا خلقية والتي لها الأثر الكبير في تكوين شخصية اللاعب المراهق ، وعلى مدى تكيفه في المحيط الذي يعيش فيه وخصائص نمو لعب فئة الأواسط هي نفسها خصائص النمو في مرحلة المراهقة .

## 7-2-1-1- النمو الجسمي :

« إن البعد الجسمي هو أحد الأبعاد البارزة في نمو المراهق ، ويشمل مظهرين أساسيين من مظاهر النمو وهما النمو الفيزيولوجي أو التشريحي والنمو العضوي ، والمقصود بالنمو الفيزيولوجي هو النمو في الأجهزة الداخلية غير الظاهرة للعيان التي يتعرض لها المراهق أثناء البلوغ وما بعده ، ويمثل ذلك بوجه خاص النمو في الغدد الجنسية ، أما النمو العضوي فيتمثل في الأبعاد الخارجية كالطول ، الوزن والعرض ، حيث يكون متوسط النمو بالنسبة للوزن 3 كغ في السنة ، 29 سم بالنسبة للطول ، ويؤدي النمو الجسمي إلى الاهتمام بالجنس الآخر ، ويهتم المراهق بمظهره الجسمي وصحته الجسمية وقوة عضلاته ومهاراته الحركية لما تحمله من أهمية في التوافق الاجتماعي وإذا لاحظ المراهق أي انحراف في مظهره الشخصي فإنه يبذل قصارى جهده لتصحيح الوضع وإذا أخفق ينتابه الضيق والقلق وهو يؤدي ذلك إلى الانطواء والانسحاب » (نوري الحافظ ، 1990 ، ص 48 ).

## 7-2-1-2- النـمو الحركي :

« تتميز هذه المرحلة بإتقان المهارات الحركية من مظاهره تصبح حركات المراهق أكثر توافقا وانسجاما ويزداد نشاطه وقوته ، وتزداد سرعة زمن الرجوع ، وهو الزمن الذي يمي بين مثير وبين استجابة لهذا المثير كما أن النمو الحركي يتفق معناه إلى حد كبير مع المعنى العام للنمو من حيث كونه مجموعة من التغيرات المتابعة التي تسير حسب أسلوب ونظام مترابط خلال حياة الإنسان ولكن وجه الاختلاف هو مدى التركيز على دراسة السلوك الحركي والعوامل المؤثرة فيه ، وقد جاء تعريف أكاديمية النمو الحركي على أنه عبارة عن التغيرات في السلوك الحركي خلال حياة الإنسان ، والعمليات المسؤولة عن هذه التغيرات » (حامد عبد السلام زهران، د.ت، ص 339).

## 7-2-1-3- النـمو النفسي :

« في هذه المرحلة يلاحظ تعاقب مراحل من الإثارة النفسية أو الإحباط النفسي ، حيث يظهر غالبا اهتمامات مجردة ومثالية ودينية ، ومن ناحية أخرى يعتبر الباحثون المراهقة سن الإيمان العفوي وسن الدقة والفضول ويمكن إن الأفكار على العقل ، المفاهيم الإنسانية وعشق المجردات » (جوزيف عبود كبه، د.ت، ص 25).

« كما أن المراهقة تعتبر من أصعب المراحل من الناحية النفسية ، حيث أن الرغبة في التقرب من الجنس الآخر دون تفكير في حصرها في شخص واحد معين تزداد تحت سلطان الحاجة المتزايدة ، فتتولد الاهتمامات الدينية على العكس مع الارتباك الداخلي والحاجة إلى العون ، تلك الحاجة التي تدخل في صراع مع المتطلبات أو المطالب المتزايدة للعقل والنفس » (فؤاد البهي السيد، 1997، ص 272).

## 7-2-1-4- النـمو الاجتماعي والأخلاقي :

« من المظاهر الأساسية للنمو الاجتماعي في هذه المرحلة التحرر من سلطة الأسرة ، وتأكيد الذات ومحاولة إشعار الآخرين بالمكانة الاجتماعية ، كما يلاحظ اتساع العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات كما يبدأ شعور المراهق بالمسؤولية نحو مجتمعه والإهتمام به ومشاركته لأحداثه كما نشير إلى ارتباطه بمجموعة محدودة يتبادل مع أفرادها النصح والمعرفة ويميل إلى التعاون مع الآخرين للقيام ببعض الخدمات تأكيدا للمكانة الاجتماعية ، كما أن المراهقة تعرف بأنها مرحلة الإبطال فهو يكيف سلوكه بما يتناسب مع سلوك البطل الذي اتخذه نموذجا لنفسه » (محي الدين مختار، 1982م، ص 161).

## 7-2-1-5-النمو العقلي :

« تتميز هذه المرحلة بالاهتمامات التكتيكية الإطلاعية أو العقلية ، وتخضع هي أيضا لنوع من التصعيد وتتحول إلى اهتمامات عقلية مجردة تدفع المراهق إلى البحث عن الإشكالية الأولى للحياة الثقافية التي يستطيع بلوغها فيتوجه إلى دراسة التاريخ ويوسع نظرتة إلى الوجود بأن يضيف إلى المكان بعدا آخر هو الزمان .

كما أن المراهق يعطي عناية كبيرة للمجال الأدبي والشعري . والفنون ثم الموسيقى وأمام الكون يغدو قادرا على تصور العلاقات المجردة العامة وعلى استخدامها ، حتى يصل إلى العلاقات الرياضية وتنشأ له فكرة القانون الطبيعي ، وفي جميع الميادين يصبو إلى منظومات من الحقائق النهائية تمنحه مهادا ومنتكاً لشعوره بشخصيته الخاصة « (مصطفى غالب، 1979، ص ص 29-30).

## 7-2-1-6-النمو الانفعالي:

«إن التغيرات الجسمية الجنسية التي تظهر أثناء المراهقة تؤثر على نفسية وعلى سلوك المراهق وتفكيره وتصرفاته ولذا هناك نمو انفعالي يميز المراهق منه :

- شدة الحساسية والخجل والشعور الحاد بالذنب في كل ما يفعله والهروب إلى التدين المتمزمت خوفا من العقاب ويخرج من المبادئ الدينية والخلفية.

- المراهق يميل للتمرد على تعاليم الأسرة والمدرسة خلافا للطفل الذي يميل للواء الأسرة، كما يختلف المراهق عن الطفل في الميل الشديد لتحسين المظهر الشخصي في الشكل والملبس وطريقة الكلام والعناية بشعره والحرص على إثبات الرجولة في معظم تصرفاته.

- كما أن هناك عدم استقرار انفعالي ناتج عن الدوافع الجنسية والتغيرات الفيزيولوجية التي تحتاج إلى فهم وتفسير ، إلا أن المجتمع يعتبرها من الموضوعات التي لا يمكن مناقشتها.

- ولكن الممنوع غالبا مرغوب فيه ويلجأ بالتالي المراهق إلى مغامرات جنسية طائشة، ولذا يظهر في مرحلة المراهقة خصوصا أغراضا عصبية مثل القلق العصبي، توهم المرض ، الأفكار والأفعال القهرية أو المخاوف المرضية التي تكون بدون سبب .

- وفي دراسة لـ82 حالة : "أضواء على نفسية المراهق المصري ، لصامويل مغاريوس " سمات المراهقة الإنسحابية التي تتسم بالانطواء والعزلة والسلبية والتردد والخجل، والشعور الحاد بالنقص وأحلام اليقظة والمثالية التي تقترب من التصرف وكانت جملة هذه الأنماط الإنسحابية في حالة من الـ82 حالة «

( الزين محمود محمد، 1978 - 1979 ، ص ص 223 - 257 ) .

« أما نمط المراهقة المتمردة فتتقسم بأنواع السلوك العدوانية عند الأسرة والمدرسة، وهناك المراهقة المنحرفة التي تتصف بالسلوك الشاذ مثل : السرقة ، الكذب والغش والهروب من المنزل ، إلى جانب ذلك هناك حالات كثيرة من المراهقة المتكيفة وتتصف هذه بالسلوك السوي والأخلاق الحميدة والصادقة والهدوء في الحياة الاجتماعية، ولكن يبدو أن الاستجابة السلبية أكثر من الاستجابة الإيجابية في مجتمع المراهقين» ( مالك سليمان مخول ، د.ت ، ص 277).

### 7-3- فئة الاشبال(الناشئين):

تمثل فئة الناشئين الحلقة الثانية و الوسطى في سلسلة قطاعات التدريب، حيث تسبقها فئة البراعم والمبتدئين وتليها فئة الأكبر، وتشكل العمود الفقري للوصول إلى المستويات العليا في الأداء بالنسبة للفئة التي تليها. وهي أيضا حلقة تطور البناء عقب حلقة الأساس بالنسبة لفئة البراعم و المبتدئين وتوازي هذه الفئة، مرحلة المراهقة في التصنيف العلمي لمراحل النمو، حيث تعد أهمها، لما تحدثه من ثورة في الناشئ بكل مكوناته نتيجة للتغيرات ( الجسمية، النفسية، الاجتماعية، العقلية و الحركية) التي تشهدها (إبراهيم شعلان، محمد عفيفي، 2001، ص2).

فإذا كان أفراد هذه الفئة يظهرون مختلفين في النواحي الجسمية، النفسية و الوظيفية، فإنهم يبدوون جملة من الخصائص المشتركة، التي تظهر خلال هذه الفترة من النمو، و التي تعد الدراية بها من أهم شروط العمل مع هذه الفئة.

### 7-3-1- مظاهر النمو عند الناشئين(14-16):

#### 7-3-1-1- المظاهر الجسمية:

يعتبر النمو الجسمي أحد المظاهر التي تعطي المؤشرات و الدلائل التي تسمح بتفسير بعض الحالات النفسية، و السلوكيات الاجتماعية و الأداءات مهارية و تبلغ سرعته أقصاها في السنتين الأوليتين(14-16) لكنها لا تتخذ معدلا واحدا في جميع جوانب الجسم، إذ يغلب عليها نقص للناشئ الانتظام والتناظر في أجزاء الجسم المختلفة. (حامد عبد السلام زهران ، 1988 ، ص337)

#### 7-3-1-2- المظاهر المورفولوجية:

تتمثل في التغيرات التي تحدث إثر نمو الهيكل العظمي والجهاز العضلي، حيث تبدو في زيادة الطول والوزن ويكون بدرجة أوضح عند الذكور مقارنة بالإناث.

#### 7-3-1-3- المظاهر الفيزيولوجية:

من الناحية الفيزيولوجية يعتبر البلوغ الجنسي، أبرز التغيرات الحاصلة في هذه المرحلة. كما أنه

دليل على مرحلة المراهقة التي تبدأ بنمو الغدد التناسلية، و تلاحظ أهمية الغدة الكظرية خاصة القشرية بهرمونها، و ظهور الغدة التيموسية .و يتأثر البلوغ الجنسي بعدة عوامل كحالة النشاط الغددي، الحالة الصحية، الاستعداد الفردي و بعض العوامل الأخرى كالتغذية (حامد عبد السلام زهران ، 1988 ، ص32). كما تتغير وظائف كل جهاز من أجهزة الجسم .ففي بداية البلوغ(14-15) سنة يتواصل نمو حجم عضلة القلب بشكل كبير ويفوق في جوهه سعة و حجم و قوة الشرايين .و تبلغ سعة مصب القلب سعة الشرايين، ثم تتطور في مرحلة البلوغ، و يزداد بذلك ضغط الدم من 8 ممل في بداية البلوغ ليصل إلى 115 ملل في نهاية المراهقة، ويؤثر الضغط المرتفع على الناشئ، حيث تبدو آثاره في حالات الإغماء و الصداع و التوتر والقلق، و هو عكس ما يظهر على الناشئ من حيوية و نشاط و تحمل التعب.

كما تزداد سعة المعدة ويرتفع معدل الأيض ، الذي يستعمل في بناء الخلايا والأنسجة، حيث يصل إلى نسبة 20-30% أكثر من معدل الأيض عند الراشد، فتزداد بذلك حاجة الناشئ إلى الفيتامينات والأملاح المعدنية، وخاصة حاجته للبروتينات، حتى تصل إلى 2.5 غ لكل كيلوغرام من وزن الجسم، وهو ما يعادل نسبة حاجة الراشد الممارس للرياضة .كما يزداد معدل التيستوستيرو مما يزيد من قدرة المراهق اللاهوائي (J. Weineck, 1990 , p p 72-73) .

### 7-3-1-4-المظاهر الحركية:

تؤثر التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة على الجانب الحركي للناشئ، حيث يتسم أدائه في بداية البلوغ(14-16) بالارتباك وعدم التوافق والتدني والاختلال، مما يفسر تسمية هذه المرحلة سن الارتباك كما تزداد تحركات الناشئ دون هادفية، وتضعف رشاقته ويصبح يبتعد عن القيام بالحركات المألوفة ، فيشعر بالحرج و يقل اهتمامه بالممارسة الرياضية.

لكن و ببداية المرحلة المتأخرة من المراهقة(16- 18 سنة) سرعان ما يظهر الاتزان التدريجي في نواحي الارتباك و الاضطراب الحركي، و تأخذ مختلف النواحي النوعية للمهارات الحركية في التحسن والرفي لتصل إلى درجة عالية من الجودة، و بذلك يرتقي مستوى التوافق العضلي عصبي إلى درجة عالية ( أورت مانيل، 1987 ، ص181).

### 7-3-1-5-المظاهر العقلية و المعرفية:

تتمثل مظاهر العام والدقة في التعبير، وسرعة التحصيل، والقدرة اللفظية والعدية، وقدرة تعلم واكتساب المهارات النمو العقلي والمعرفي عند الناشئين، في اتساع مجال القدرات العقلية مع وضوح الذكاء والمعلومات .فيصبح الناشئ قادرا على تطبيق كل ما هو نظري ويصبح التعلم عنده منطقي لا آلي، فينمو إدراكه الحسي المباشر إلى المستوى المعنوي، وينمو لديه التذكر معتمدا على الفهم واستنتاج العلاقات، كما

تزداد قدرته على التخيل المجرد المبني على الانتباه ويتجه من المحسوس إلى المجرد (حامد عبد السلام زهران ، 1988 ، ص ص 252-333).

#### 7-4-فئة الإصاغر:

تواكب هذه الفئة سن المراهقة المبكرة وهي فترة تمتد عامين أو أكثر وتسميتها شارلوت بوهلر مرحلة الاتجاه السلبي ذلك لان سلوك الفتى والفتاة يتجه نحو السلبية والإعراض عن التفاعل الكامل، ويصعب على الفتى المراهق فيها التحكم في سلوكه الانفعالي بالدرجة التي تتيح له فرصة امتصاص القيم والعادات والاتجاهات من المجتمع الذي يعيش فيه وذلك لوجود التغيرات الفيزيولوجية والغددية التي تفرط الحساسية بذاته مشغولا باجتياز صراعاته.

#### 7-4-1-مظاهر النمو خلال المرحلة:

كما نعلم بان مرحلة المراهقة هي مرحلة حرجة تحدث فيها عدة تغيرات سواء من الناحية الجسمية،العقلية الانفعالية، النفسية، الاجتماعية والحركية.

#### 7-4-1-1-النمو الحركي:

اختلف العلماء بالنسبة للدور الذي تلعبه فترة المراهقة وأهميته للنمو الحركي والجسماني. ويرى "جوركن *Gorkin*" أن حركات المراهق حتى العام الثالث عشر تتميز بالاختلال في التوازن والاضطراب بالنسبة لنواحي التوافق والتناسق والانسجام.

كما يؤكد أن هذا الاضطراب يجمل الطابع الوقتي إذ لا يلبث المراهق بعد ذلك في غضون مرحلة الفتوة أن تتبدل حركاته لتصبح أكثر توافقا وانسجاما عن ذي قبل ( محمد حسن علاوي ، 1998 ، ص 127).

#### 7-4-1-2-النمو الجسمي:

لقد اثبت دراسات أجريت حول المراهقين أن مظاهر الجسم تتألف طفرة نمو قوية في فترة ما بين العاشرة والرابعة عشر، وان كانت هذه الفترة تكون مبكرة عند الإناث ومتأخرة عند الذكور من الأمور التي يمكن ملاحظتها في فترة المراهقة هي درجة النمو السريعة والتغيرات الجسمية الظاهرة التي تحدث في فترة ما بعد البلوغ مباشرة وتستمر بدرجة اقل بعد الخامسة عشر، فتلاحظ أن البالغ قد تقدم بدرجة ملحوظة في طوله (محمد سلامة آدم ، 1984، ص،45).

### 7-4-1-3-النمو العقلي:

لا يقتصر النمو في المراهقة على التغيرات الجسمية والفيزيولوجية إنما تتميز فترة المراهقة من الناحية النفسية بأنها فترة نضج في القدرات والنمو العقلي عموماً، وهنا يجب أن تسير إشارة خاصة إلى ظهور فروق الفرد، في مرحلة المراهقة بشكل واضح، ويقصد بهذه الفروق أن توزيع الذكاء يختلف من شخص لآخر. وفي هذه المرحلة نستطيع القول أن الطفل يفكر ويستعمل التحاليل للظواهر الاجتماعية التي بها يقول محمد حسين علاوي: يزداد نضج العمليات العقلية كالتذكر والتفكير إذ ينتقل الطفل من طور تفكير الخيال طور الواقعية، كما تزداد قدرته على الانتباه والتركيز من حيث المدى والمدة (نور حافظ، 1990، ص48).

### 7-4-1-4-النمو الفيزيولوجي:

لعل من ابرز التغيرات الفيزيولوجية في هذه الفترة من الحياة المراهق النضوج الجنسي لكل من الذكر والأنثى على حد سواء. (محمد سلامة آدم، 1984، ص48)

## خلاصة:

النشاطات الرياضية تساهم في التقدم الإنساني بقدر ما تساهمه النشاطات الأخرى، ولو بطريقة مختلفة. فالأندية تضم الأشخاص اللذين لم يستطيعوا التعبير أو ممارسة النشاطات الثقافية التقليدية الأخرى فبالنسبة لهؤلاء، الممارسة لرياضية تمثل خطأ للتقدم، وفرصة لتحقيق مشاريعهم الفردية أو الجماعية. وبهذا، فإن النادي الرياضي لكرة القدم هو مكان للثقافة، وله نفس التقديرات كالنادي المسرحي وكذلك العرض الرياضي الكروي له نفس الاهتمام كالحفل الموسيقي أو نشاط ثقافي آخر. إذن، بدوره الثقافي، الاجتماعي والتربوي، وعلى المستوى المحلي النادي الرياضي لكرة القدم يقوم بتنفيذ مهمة مثالية نستطيع مماثلتها بمهمة المصلحة العامة.

# الفصل الثالث

## كرة القدم

## تمهيد:

تعتبر رياضة كرة القدم أكثر الرياضات شعبية في العالم إذ بلغت من الشهرة حدا لم تبلغه الرياضات الأخرى إذ يغلب عليها الطابع التنافسي والحماسي الكبير فأصبحت تكتسي أهمية بالغة عند الشعوب على اختلاف أجناسهم وأسنتهم، وذلك لما تتميز به هذه اللعبة من خصائص ومميزات جعلتها تختلف عن باقي الرياضات الأخرى وبالتالي هي رياضة يغلب عليها طابع الانسجام والتنظيم بين أفراد جماعة الفريق وكذا الاحترام المتبادل والتعاون وتنسيق الجهود، فهي تلعب دورا مهما في إقامة علاقات وطيدة وسوية قائمة على التأثير في إطار ديناميكية جماعية محددة.

وقد مرت كرة القدم بعدة تطورات تاريخية من الناحية القانونية والتنظيمية وطريقة لعبها، فقد أصبحت لها معاهد ومدارس متخصصة في دراستها وتكوين الأطارات المتخصصة بهذه اللعبة، كما ظهرت شهرتها في شدة الإقبال على ممارستها والتسابق على مشاهدتها في الميادين أو عبر التلفاز أو سماع التعليق عبر المذياع.

## 1- تعريف كرة القدم:

### 1-1- التعريف اللغوي لكرة القدم:

هي كلمة لاتينية ، وتعني ركل الكرة بالقدم فالأمريكيون يعتبرون (الفوتبول) ما يسمى عندهم بالرقبي أو كرة القدم الأمريكية، أما كرة القدم المعروفة والتي سنتحدث عنها فتسمى SOCCER. (رومي جميل، 1986، ص 05).

### 1-2- التعريف الاصطلاحي:

كرة القدم قبل كل شيء هي لعبة جماعية ، تلعب بفريقيين يتكون كل واحد من 11 لاعب بضمنهم حارس المرمى ويشرف على تحكيم المباراة أربع حكام موزعين اقدمهم في وسط الميدان وحكمين مساعدين على الخطوط الجانبية وحكم رابع احتياط.

وقد رأى ممارسو هذه اللعبة أن تحول كرة القدم إلى رياضة اتخذوها حجة لبعث المسابقات واللقاءات المنظمة انطلاقاً من قاعدة أساسية أنشأها آنذاك ، حيث لايم استخدام الأيدي و السواعد باستثناء الحارس وتلعب بكرة مستديرة مصنوعة من الجلد منفوخة، فوق أرضية ملعب مستطيلة الشكل في نهاية كل طرف من طرفيها مرمى يحاول كل من الفريقين تسجيل أكبر عدد ممكن من الأهداف في مرمى خصمه ليكون هو الفائز، ويتم تحريك الكرة بالأقدام ولا يسمح إلا لحارس المرمى بإمسك الكرة بيديه داخل منطقة الجزاء ، وتدوم المباراة 90 دقيقة، أي 45 دقيقة في الشوط يتخللها وقت راحة يدوم 15 دقيقة وأي خرق لقوانين اللعبة، فإنها تعرض لاعبي الفريق المخطئ لعقوبة (فيصل رشيد عياش الدليمي ولحمر عبد الحق، 1997، ص1).

### 2- ملامح كرة القدم في العالم:

#### 2-1- تاريخ كرة القدم في العالم:

تعد لعبة كرة القدم قديمة قدم التاريخ ظهرت بشكلها البدائي منذ حوالي خمسة آلاف سنة، كما يقول السيد "جول ريمي" أحد الرؤساء السابقين للاتحاد الدولي لكرة القدم، وقد مارستها الجيوش الصينية كجزء من برنامج التدريب العسكري، ويذكر أنهم كانوا يلعبون بكرة مصنوعة من الجلد محشوة ببعض النباتات أو بشعر الحيوانات أو بأي مادة خفيفة أخرى، ويجزم أن روح الفريق لم تكن لتظهر إلا في وسط عسكري كهذا، كما يذكر أنه لكي يحتسب هدف للفريق يجب أن تمر الكرة فوق حبل يوضع بين قائمين، ويذكر أيضاً أن اللعبة انتشرت بشكل سريع وأصبحت لعبة شعبية وكانوا يكافئون اللاعبين الممتازين بمكافئات قيمة.

ويذكر بعض المؤرخين أن القدماء المصريين مارسوا ما يشبه لعبة كرة القدم في ألعابهم المختلفة ويذكرون أيضا أن قدماء الرومان نقلوا هذه اللعبة عن المصريين وهم بدورهم نقلوها إلى الإنجليز الذين يعتبرهم أغلب المؤرخين صانعي اللعبة وواضعي تصميمها.

وصحيح أن القدماء لم يمارسوا لعبة كرة القدم بشكلها الحالي، إلا أننا لو نظرنا إلى أية لعبة من الألعاب لوجدنا أنها مرت خلال العصور بأطوار كثيرة حتى وصلت إلى الحالة التي نعرفها بها الآن، وشأن كرة القدم كشأن غيرها من الألعاب، ظهرت بشكل بدائي دون تحديد لقواعدها، فلم يكن هناك وقت محدد للمباراة، ولا عدد معين لأفراد الفريق ولا مواصفات خاصة للكرة أو الملابس، ولا تحديد لأطوال الملعب ومقاييس الأهداف وكانت تلعب بين قريتين بحيث يحاول أهالي كل منهما إيصال الكرة إلى ساحة القرية الأخرى، وكانت المباراة تستمر أياما عديدة وكثيرا ما كانت تحدث إصابات خطيرة بين الطرفين أثناء المباريات وهذا ما أدى إلى إصدار قوانين تحكم كرة القدم في كثير من الأقطار.

وقد أحدث تطور في قواعد اللعبة، فأصبحت تلعب بين منطقتين من نفس القرية في ساحة طولها ميل تقريبا رسم في نهايتها خطان متقابلان وكان الهدف من المباراة إيصال الكرة إلى الخط المقابل سواء بضربها بالقدم بدحرجتها على الأرض أو حملها والجري بها (حسن عبد الجواد، د.ت، ص ص 09-10).

وصحيح أن هناك كثيرا من المؤرخين يرفضون فكرة إرجاع تاريخ كرة القدم إلى العصور القديمة ويصرون على أن الإنجليز هم أصحاب الفضل في اختراعها وتطويرها، إلا أننا لا نستطيع تجاهل الوقائع التي وصلت إليها عن ممارستها في كثير من الأقطار في مختلف أرجاء العالم قبل أن يمارسها الإنجليز ويحتضنوها. ومما لا شك فيه أن كرة القدم لم تبلغ ما بلغته الآن من انتشار وتقدم وشهرة إلا بفضل الانجليز واحتضانهم لها.

فقد ذكر بعض المؤرخين البريطانيين أن لعبة كرة القدم كانت تمارس يوم الثلاثاء من كل أسبوع أمام ساحة الكنيسة سنة 1175 م ومنهم من يرجع تاريخها إلى القرن الرابع عشر وحجته في ذلك أن الملك (ادوارد الثاني) أصدر تشريعا بتحريم لعبها لما كانت تسببه من حوادث وإصابات، ويذكرون أنه رغم هذه التشريعات التي تحرم ممارستها فقد بقيت كرة القدم تمارس في مختلف المناسبات حتى أصدرت الملكة (إليزابيث) سنة 1572م مرسوما بتحريم لعبها بلندن، كما أن بعض الملتزمين من النبلاء حاربوها بمختلف الطرق والوسائل لكونها بنظرهم لا تليق (بالرجل النبيل) كما أصدرت محكمة (مانشستر) سنة 1658 م إنذارا إلى ممارسي لعبة كرة القدم حذرتهم فيه من اللعب في الشوارع وإلحاق الأضرار بالمنازل المجاورة. واستمرت محاربتها إلا أن جاء الملك (شارل الثاني) الذي أباح لعب الكرة بعد أن تبنت قوانينها ونظمت قواعدها فانتشرت انتشارا واسعا وقد أقيمت تحت رعاية الملك (شارل الثاني)، كما يمكن أن يعتبر أول مباراة في كرة القدم الحديثة، فقد

جرت هذه المباراة بين فريق يمثل الملك وفريق آخر يمثل الكونت (البومارل) الذي كان له الفضل الأكبر في إقناع الملك بأهمية لعبها وكان كل فريق يحمل شارة سيده.

أقيمت المباراة في ساحة ذكر أن أبعاده (120متر طولاً و80متر عرضاً)، ولم يكن هناك تحديداً دقيقاً للأهداف، إذ وضع في منتصف كل خطي علمان بينهما مسافة متر واحد دون أي احترام للتقاليد المتبعة في ذلك الوقت وتسليم كل منهم من الملك عشر (10) قطع ذهبية قيمة الجائزة لأفراد الفريق المنتصر وكان ذلك سنة 1681م (حسن عبد الجواد، د. ت، ص ص13.11).

بقيت لعبة كرة القدم تلعب حتى سنة 1800 م بين فريقين متساويين بالعدد دون تحديد، وكان المرمى باتساع ثلاثة أقدام، وأحيانا كان المرمى عبارة عن خط طول (80 إلى 100) ياردة ويجب أن تعبر الكرة هذا الخط لكي يحتسب هدف للفري، وذكر أن مباراة لكرة القدم أقيمت ضمن برنامج الاحتفال بتتويج المل ( ادوارد السابع) وحضرها 15 ألف متفرج، وكانت الكرة مصنوعة من الفلين وغلافها من الجلد ولم يكن هناك حكماً.

استمرت اللعبة في تقدمها وتطورها إلى أن ظهرت بشكلها الحديث في أواخر القرن الثامن عشر (18) عندما تشكلت فرق لكرة القدم في المدارس الكبرى بلندن، ولكن المباريات بقيت داخلية بين فرق كل مدرسة على حد، نظراً لأن كل منها كانت تضع قواعد خاصة بها.

وكان لاختلاف القواعد والقوانين أثره في الدعوة إلى توحيد القوانين ووضع الأسس الصحيحة للعبة والتي أدت إلى ظهور التباين بين كرة القدم التي كانت تمارسها جامعة (الركبي) وكرة القدم التي كانت تمارسها جامعة (ايتون) وهذا ما ميز المباريات بين فرق المدارس المختلفة، مما أدى إلى ظهور القواعد الثلاث عشر التي وضعتها جامعة (كمبردج) سنة 1848 م والتي كانت اللبنة الأولى للقانون الحديث للعبة كرة القدم وجاء فيها:

- 1- تحتسب الإصابة إذا مرت الكرة بين القائمين وتحت العارضة إلا إذا كان ذلك بواسطة اليدين.

- 2- تستخدم اليدين لإيقاف الكرة ووضعها أمام القدمين فقط.

- 3- يسمح بضرب الكرة بالقدمين.

- 4- لا يسمح بضرب الكرة وهي في الهواء.

- 5- لا يسمح بضرب الكرة إلى الأعلى.

- 6- لا يسمح بضرب الكرة إلى الخلف بكعب الحذاء.

- 7- إذا خرجت الكرة بعيداً عن علمي الفريقين فيجب على اللاعب المتسبب بذلك أن يعيدها بنفسه إلى المكان الذي خرجت منه بحيث يضربها بخط مستقيم إلى داخل الملعب.

- 8- إذا خرجت الكرة عن خط المرمى بسبب لاعب مهاجم، فتوجب إعادتها إلى الملعب بواسطة ضربها من

قبل لاعب من الفريق المدافع (حسن عبد الجواد، د. ت، ص ص14.13)

- 9-يمنع وقوف اللاعبين على مسافة تقل عن ستة أمتار من اللاعب الذي يقوم بضرب الكرة.
- 10-لا يعتبر اللاعب مشتركا في اللعب إذا كان أمام الكرة، ويجب عليه أن يبقى دائما خلف الكرة.
- 11-إذا ضربت من قبل أحد لاعبي الفريق فلا يجوز للاعب متقدم عن الكرة أن يلمسها أو يتقدم لها إلا إذا لمسها لاعب من الفريق الآخر أولا.
- 12-يسمح للاعب المتقدم عن الكرة أن يلمسها إذا قام لاعب من فريقه بضربها أولا بعد حدوث التقدم.
- 13-يسمح بكتف اللاعب إذا كان مشتركا في اللعب (خلف الكرة) ولا يسمح بكتفه إذا كان خارج اللعب (أمام الكرة).

ولم يمض وقت طويل على وضع هذه القواعد حتى رأت المؤسسات التي تمارس اللعبة أنها بحاجة إلى هيئة تشرف على تنظيم المباريات وتنفيذ القوانين بحيث تخضع لها جمعيات وتنفذ قراراتها، وخرجت كرة القدم من الوسط الجامعي والمدرسي إلى الوسط الأهلي، فتكون أول نادي في بريطانيا سنة 1855 م (نادي شيفيلد) ثم تبعته أندية أخرى، وعقد اجتماع لمندوبي الجامعات والأندية في شهر تشرين الأول سنة 1823 م للبحث في أمر تشكيل اتحاد للعبة، وجرى في هذا الاجتماع وضع القوانين الخاصة باللعبة، وظهرت هناك بعض الخلافات التي أدت إلى انسحاب بعض الجامعات (ايتون، هازو، مانشستر) بعد أن وضعت شروطا لم يوافق عليها بقية المجتمعين.

وتشكل الاتحاد الأول لكرة القدم في العالم، وقد ترأس الاتحاد السيد" بمبر "بينما تولى السيد "مورلي" أمانة السر العامة، والسيد" كامبل "أمانة الصندوق، وفي تشرين الثاني ظهر القانون الجديد الذي طبق دون استثناء على جميع الأندية والجامعات المنظمة للاتحاد، والذي كان من جرائه ظهور خلاف في الرأي بين محبذي استخدام اليدين أثناء اللعب، وبين معارضي هذا الرأي.

وكان الفريق بقيادة جامعة" ركبي "التي انسحبت مع مؤيديها وأنشأت للعبتها، التي عرفت باسمها "ركبي" اتحادا خاصا فيما بعد (حسن عبد الجواد، د.ت، ص ص14.15).

سار الاتحاد الجديد بخطي إلى الإمام، وأقيمت المباريات بين الفرق والأندية، ثم افتتحت أول مباراة بين المدن بين فريقي"لندنو شيفيلد" سنة 1866م واستمر تقدم اللعبة وانتشارها حتى أصبحت ذات صلة عميقة بحياة الفرد البريطاني سواء عن طريق الممارسة أو عن طريق المشاهدة، وبدأت اللعبة في ثوبها الجديد تنتقل إلى خارج بريطانيا بواسطة الحملات البحرية التي كانت تقوم بها عبر البحار وأعجبت الشعوب التي شاهدت الجنود البريطانيين يمارسونها ونقلتها عنهم، فانتشرت في جميع أنحاء العالم كما ينتقل المرض المعدي، حتى أن الاتحاد الدولي لكرة القدم يضم إلى عضويته ستين دولة من دول العالم.

## 2-2- تطور كرة القدم في العالم:

يعود فضل انتشار وتطور هذه اللعبة إلى إنجلترا التي ساهمت بالكثير إقبالها إلى مختلف أنحاء العالم وذلك يرجع إلى كثرة مستعمراتها، وبدليل من بعض السياسيين الذين يحلو لهم تسميتها بعجوز الاستعمار فكانت تصل هذه اللعبة بجنودها الذين كانوا يقضوا أوقات فراغهم في ممارسة هذه اللعبة فما على السكان الأصليين للبلد المستعمر من طرف بريطانيا إلا تقليدهم في هذه اللعبة الجديدة والرائعة في نفس الوقت والتي لا تحتاج إلى إمكانيات كبيرة في ممارستها إلا في الحصول على ميدان وكرة.

إن بداية القرن العشرين ما هو إلا بداية للتنظيم العالمي لكرة القدم حيث اقتربت كل من فرنسا وهولندا وبلجيكا وسويسرا والدانمرك في عام 1904 م لتشكل الاتحادية الدولية لكرة القدم (فيفا) "Fifa".

وبعد مرور أربع سنوات ظهرت أول بطولة أولمبية لكرة القدم شارك فيها ستة ( 06 ) فرق عاد فيها الفوز إلى إنجلترا على حساب الدانمرك ب(2 مقابل0)، ووقتنا الحالي عدة بطولات على مستوى الأندية فمن أهمها وأكثر تتبعا هي بطولة الأندية الأوربية الذي يرجع تاريخ بدايتها عام 1955م، أما البطولة وأهم الكؤوس المنظمة على مستوى الدول فهي سيدة كأس العالم تلك الظاهرة التي تستقطب الآلاف من العيون الذين يتبعون كل صغيرة وكبيرة من هذه الكأس التي تجمع بين مختلف الدول الموزعة في الخمس القارات وفيها تلتقي الأجناس ذو اللغات المختلفة تحت لغة واحدة وهي لغة المنافسة في ظل القوانين العامة لكرة القدم، فيرجع الفوز للأفضل تحضيريا بدنيا ونفسيا...، في روح رياضة (حسن عبد الجواد، د.ت، ص ص14.15).

فيعود فضل إرجاع أول بطولة إلى كل من سويسرا، المجر، إيطاليا، السويد أ اسبانيا، الأوغواي، التي طرحت هذه الفكرة على الاتحاد الدولي لكرة القدم فوافق ذلك الطلب وعينت بالأروغواي كأول بلد منظم لهذه الكأس فكانت أول من فازت بها وكان وذلك عام 1930 م وذلك ضد فريق الأرجنتين ب (4 مقابل2) وشاركت آنذاك 13 دولة، فمن تلك الدورة احتلت بها صدارة الرياضات وتأتينا كل أربع سنوات لتتفجر كل قنوات التلفزيون ومختلف وسائل الإعلام ليعبر كل واحد بلغته عليها. (مجلة الحوادث. 23 ماي 1986، ص12).

أما على مستوى القارات فكل قارة لها كأسها الخاص بها ككأس أوربا، كأس آسيا، كأس أمريكا الجنوبية والتي تهمننا نحن كأفارقة فهي سيدة كأس إفريقيا للأمم وذلك نظرا لأننا ننتمي لهذه القارة السمراء، ففريقنا الوطني هو أحد صانعي حدث هذه الكأس، فإذن نتبع كل صغيرة وكبيرة عن هذه الكأس من أجل معرفة كل ما يحدث في الكؤوس السابقة التي شارك فيها فريقنا ابتداء من عام 1968م والمقامة في إثيوبيا فهذا يأتي في تاريخ وتطور لعبة كرة القدم في بلادنا الأم الجزائر (مجلة الحوادث. 23 ماي 1986، ص13)

ونسرد فيما يلي التسلسل التاريخي لتطور اللعبة وتقدمها:

- 1845:** وضعت جامعة كمبردج القواعد الثلاث عشر للعبة كرة القدم.
- 1855:** أسس أول ناد لكرة القدم ببريطانيا (نادي شيفيلد)
- 1863:** أسس الاتحاد البريطاني لكرة القدم (أول اتحاد في العالم).
- 1870:** سمح لحارس المرمى باستخدام يديه لصد الكرة ومسكها.
- 1875:** حدد ارتفاع عارضة المرمى.
- 1878:** استعملت صفارة الحكم.
- 1880:** وضعت قاعدة رمية التماس.
- 1882:** عقد بلندن مؤتمر دولي ضم مندوبي اتحادان بريطانيا، سكوتلندا، إيرلندا، ويلز، وتقرر في هذا المؤتمر إنشاء هيئة دولية مهمتها الإشراف على تنفيذ القانون وتعديله، وقد اعترف الاتحاد الدولي عند تأسيسه لهذه الهيئة.
- 1885:** تقرر السماح "بالاحترام" بكرة القدم.
- 1891:** تقرر وضع الشبكة خلف المرمى، كما تقرر مادة ضربة الجزاء.
- 1904:** تأسس الاتحاد الدولي لكرة القدم.
- 1907:** تأسس الاتحاد البريطاني للهواة.
- 1916:** تقرر فرض ضريبة على دخل المباريات.
- 1925:** وضعت مادة جديدة في القانون حددت حالات التسلل (أوفد سايد).
- 1928:** انفصلت بريطانيا عن الاتحاد الدولي لكرة القدم (حسن عبد الجواد، دت، ص ص 15.16).
- 1930:** فازت الأرجواي بكأس العالم .
- 1931:** وضعت عقوبة الخطأ في رمية التماس بنقل الحق للفريق الآخر وسمح لحارس المرمى أن يخطو بالكرة أربع خطوات بدلا من اثنين.
- 1934:** فازت إيطاليا بكأس العالم -جرت محاولة تعيين حكمين للمباراة 1935 م.
- 1938:** عدل تبويب قانون كرة القدم.
- 1939:** تقرر وضع أرقام على ظهور اللاعبين وتوقفت المباريات الدولية الرسمية بسبب الحرب.
- 1945:** استؤنفت المباريات الدولية الرسمية.
- 1946:** عاد الاتحاد البريطاني إلى عائلة الاتحاد الدولي.
- 1949:** أقيمت أول دورة لكرة القدم بين دول البحر الأبيض المتوسط.
- 1950:** تقرر إنشاء دورات عسكرية دولية لكرة القدم.

**1953:** الدورة العربية الأولى وكانت لعبة كرة القدم من أبرز ألعابها (الإسكندرية)

**1955:** دورة المتوسط ومن ضمن ألعابها كرة القدم.

**1957:** الدورة العربية الثانية،نظمتها لبنان.

**1959:** دورة المتوسط،نظمتها لبنان،وكانت كرة القدم من أبرز ألعابها.

**1963:** أول دورة باسم "كاس العرب" نظمها التحاد اللبناني لكرة القدم.

**1964:** دورة "كاس العرب" الثانية في تونس.

**1965:** دورة "كاس العرب" الثالثة في الكويت.

**1966:** دورة "كاس العرب" الرابعة في العراق.

**1967:** دورة المتوسط في تونس ومن ضمن ألعابها كرة القدم.

**1969:** دورة "كاس العرب" ا في مكسيكو.

**1974:** دورة "كاس العرب" ا في ميونيخ.

أما بالنسبة للبلاد العربية فقد كانت مصر أول من عرفت كرة القدم عندما دخلتها الجيوش البريطانية، واستمر المصريون يلعبونها مع فرق هذه الجيوش. وأقيمت أول مباراة بين الفريقين سنة **1904** م على كأس "السلطان حسين" ولكن كرة القدم لم تنظم وتقوم تطوراتها في سجلات رسمية إلا في سنة **1910** م عندما أسس "الاتحاد المختلط" ومع ذلك فان دورات عديدة كانت تقام بين المدارس وبين الأندية القليلة في القاهرة والإسكندرية.

.) V: 05- 10- 2001.P18 bis)24France foot ball (N° 2495(

## 2-3- تسلسل دورات كأس العالم:

تتضم كل أربع (4) سنوات، حيث يتضمن الجدول الدورات من سنة 1930 م في الأرغواي إلى عام 2010 في جنوب إفريقيا.

الرقم	السنة	مكان الدورة	عدد البلدان المشاركة
01	1930	الأورغواي	13
02	1934	إيطاليا	15
03	1938	فرنسا	16
/	1942-1946	الحرب العالمية الثانية	/
04	1950	البرازيل	13
05	1954	سويسرا	16
06	1958	السويد	16
07	1962	الشيلي	16
08	1966	إنجلترا	16
09	1970	المكسيك	16
10	1974	ألمانيا الغربية	16
11	1978	الأرجنتين	16
12	1982	إسبانيا	24
13	1986	المكسيك	24
14	1990	إيطاليا	24
15	1994	الو.م.أ	24
16	1998	فرنسا	32
17	2002	اليابان وكوريا	32
18	2006	ألمانيا	32
19	2010	جنوب إفريقيا	32
20	2014	البرازيل	32

-الجدول رقم (01): تسلسل دورات كأس العالم-

### 3- كرة القدم في المغرب العربي:

فقد عرفت عن طريق الجيوش الفرنسية والاطالية المحتلة لها، وأنشأت لها الفرق والأندية وأقامت مباريات عديدة سواء بين هذه الفرق، وفرق الجيوش الأجنبية، وتكون لها اتحادات خاصة ترعى شؤونها وتشرف على دوراتها، وتعد فرق: المغرب، الجزائر، تونس، في مستوى الفرق العالمية إذا علمنا أن المنتخبات الفرنسية لسنوات قليلة خلت إذ كانت تضم لاعبين جزائريين يعتبرون في مصاف اللاعبين الممتازين في العالم (فيصل رشيد عياشي الدليمي، لعمر عبد الحق. 1997، ص 06).

### 3-1- تاريخ كرة القدم في الجزائر:

مرت كرة القدم الجزائرية في مسيرتها التاريخية عبر مراحل يمكن إدراجها كما يلي:

-**المرحلة الأولى:** (أبان الثورة التحريرية إلى غاية 1962م) أين كانت الكرة المستديرة في الجزائر تتأثر

بالظروف السياسية التي كانت تعيشها الجزائر آنذاك وهذه المرحلة بدورها كانت تمهيد لمرحلة أخرى

-**المرحلة الثانية (مرحلة ما بعد الاستقلال):** حيث عرفت الكرة الجزائرية انتعاشا كبيرا وجديدا فمن سنة

1962م إلى 1964م شرع في تنظيم الكرة الجزائرية وذلك بإنشاء الهياكل الرياضية مثل الاتحادية

والرابطات إلى جانب إنشاء بطولة وطنية ممثلة انطلاقا 1964 م وكان أول رئيس للاتحاد الجزائرية لكرة

القدم الدكتور (محمد معوش) وشكل فريق وطني أجرى أول مقابلة ضد المنتخب البرتغالي وفاز منتخبنا

بنتيجة (2 مقابل 1).

وبعد 1964م أصبح الفريق الوطني قويا بعودة اللاعبين المحترفين الذين لعبوا ضمن فريق جبهة التحرير

وكان كل من فريق مولودية الجزائر وشباب بلكور من أبرز الأندية آنذاك الذين كان لهما الفضل في تواصل

تطور الكرة حيث فاز شباب بلكور بكأس المغرب العربي بأربع مرات إلى غاية مجيء الإصلاح الرياضي

سنة 1976 م والذي أعطى دفعا قويا للكرة الجزائرية وذلك من خلال تدخل الدولة في هذا المجال من خلال

وزارة الشباب والرياضة وتدخل الشركات.

وجاء هذا الإصلاح بنوع من الاحتراف الموجه ومنه دخلت الكرة الجزائرية في عالم الكرة العالمية حيث زادت

مشاركات المنتخب الوطني بمختلف فئاته، وكذا الأندية على مستوى المنافسات القارية والجهوية والدولية

أيضا، ومنه جاءت مشاركة الجزائر في كأس العالم لسنة 1982م. (جريدة الرأي، 20 يناير 2002،

ص 17).

-**المرحلة الثالثة:** وتعتبر مما حدث بعد 1982 م أي انعدام التخطيط لما بعد الإصلاح الرياضي، إذ لم

تكن هناك إستراتيجية كاملة لتطوير الكرة المستديرة في الجزائر فعلى عكس الدول لم تأخذ الجزائر نموذج

تسير عليه بل كانت تعمل بالنموذج البرازيلي أو الألماني وتستفيد منه لذا كانت لزاما علينا إحداث جديد بعد عام 1982 م.

**-المرحلة الرابعة:** هذه المرحلة تعبر عن الفترة الممتدة ما بين 1990 و 2002 م أين عرفت كرة القدم الجزائرية تدهورا خطيرا وانعكاسا سلبيا على الرياضة في الجزائر، وبالخصوص المنتخب الوطني على الصعيدين الدولي والقاري، حيث ظهر المنتخب أثناء دورة كأس أمم إفريقيا في عام 1992م المقامة في السنغال، بمستوى متواضع فانهمز في أول مقابلة له أمام **كوتدي فوار** وهو ما خيب آمال الجمهور ومتتبعين الكرة المستديرة في الجزائر.

**1992** أي أثناء الدورة التاسعة عشر (19) لكأس إفريقيا للأمم المقامة بتونس، أقصي المنتخب الوطني والسبب هو قضية "كروف"، لاعب شبيبة القبائل أدرج ضمن المقابلة الرسمية التي جمعت الجزائر بنظيره السنغال المقامة يوم **10 جانفي 1993م**، في إطار تصفيات كأس إفريقيا للأمم بتونس **1994م** حيث أن اللاعب كان معاقب من طرف الكنفدرالية الإفريقية لكرة القدم وهو الأمر الذي تسبب في إقصاء أو حرمان المنتخب الوطني الجزائري من الدورة المنظمة إلى جانب إقصائه من تصفيات كأس العالم لسنة 1994 م و1998م و2002م على التوالي ، كما أن الفريق الوطني خرج من الدور الربع النهائي لنهائيات الدورة العشرين(20) م **لكاس إفريقيا سنة 1996م**، وهكذا تواصلت سلسلة الهزائم والإقصاءات التي سرعان ما تحولت إلى مأساة خاصة بعد المشاركة في دورة 1998و الخروج من الدور الأول بعد الهزيمة في المباريات الثلاث أمام غينيا بنتيجة (1-0) بوركينافاسو (2-1) الكامبيون (2-1) (جريدة الرأي، 20 يناير 2002، ص17).

**2000:** أي الدورة الثانية و العشرون (22) لكأس إفريقيا سجلنا انسحاب منتخبنا في الدور الربع نهائي أين انهزم أمام منتخب الكامرون بهدفين (2) لهدف(1).

**2002:** الدورة الثالثة والعشرين لكاس إفريقيا المقامة بالجارا **مالي** "أين انسحب الفريق الوطني مبكرا من هذه الكأس في الدور الأول.

**2004:** الدورة الرابعة و العشرون المقامة بالشقيقة تونس أين انسحب الفريق الوطني في الدور الربع النهائي مع المنتخب المغربي(3-1).

**2006:** لم يتأهل الفريق الوطني الجزائري.

**2008:** لم يتأهل.

**2010:** انهزم في الدور النصف النهائي أمام المنتخب المصري(4-0) .

**2012:** لم يتأهل المنتخب الوطني.

2013: أقصي من الدور الأول بعد هزيمتين أمام تونس و الطوغو وتعادل أمام كودي فوار.

### -أما على صعيد الأندية الجزائرية:

إحراز الشبيبة على كاس إفريقيا للأندية البطة سنة 1991 م وكأس الكاف سنة 2001م و 2002 على التوالي، وإحراز مولودية وهران على كاس الأندية العربية المقامة في أوت

### 3-2تطور كرة القدم في الجزائر:

بعد خروج المستعمر الفرنسي من أرضنا أسست اتحادية جزائرية لكرة القدم "محمد معوش" كأول رئيس للاتحادية الجزائرية لكرة القدم عام 1976 م فكانت فترة الإصلاح الرياضي الممتدة حتى سنة 1985م والتي بفضلها طورت هذه الرياضة بشكل سريع في بلادنا بمختلف الإمكانيات المادية التي وضعتها المؤسسات الوطنية الضخمة تحت تصرف الأندية والمنتخب الوطني فمن بين الإمكانيات:

-بناء مختلف الملاعب على المستوى الوطني ومن أهم الملاعب ملعب 5جويلية الذي دشن في جوان عام 1972م.

-إدماج المؤسسات الاقتصادية بالأندية من اجل التمويل والتطوير.

-مولودية نفط الجزائر جمعية إلكترونيك تيزي وزو، لم تكن سياسة الإصلاح الرياضي وإدماج المؤسسات مع الأندية فكرة سلبية بل بالعكس كانت طريقة لتوفير الأموال والإمكانيات، وتطوير سريع حدث في الوسط الرياضي والكروي خاصة، بحيث عامين بعد أي في عام 1978 م تحصل فريقنا الوطني المدعم بالمحترفين على ميدالية ذهبية في الألعاب الإفريقية المقامة في الجزائر بعد فوزه على نظيره النيجيري (1-0)، فتوالت بعدها سلسلة النتائج الايجابية، فعام فقط بعد الميدالية الذهبية تحصل الخضر على ميدالية برونزية في إطار ألعاب البحر الأبيض المتوسط المقام ببوغسلافيا، أما في عام 1980م وصل إلى اللقاء النهائي لكأس إفريقيا للأمم وخسرها أمام نيجيريا وعشر (10) سنوات بعدها في عام 1990 م تحصل رفقاء "رابح ماجر" على كأس إفريقيا للأمم على نفس الفريق لعام 1980 م بنتيجة (1-0) فكانت أول كاس على الصعيد القاري (اللجنة التنظيمية لكأس فلسطين، 1985، ع01).

أما على الصعيد الدولي فكان كذلك جيل من اللاعبين صنعوا حدث كأس العالم وقلبوا موازين الفرق الصغيرة التي كانت تنهزم أمام الفرق القوية، بحيث في عام 1982 م وفي اسبانيا فاز المنتخب الوطني على المنتخب الألماني، وكانت ستأهل لولا اللقاء الذي جري بين ألمانيا والنمسا فانهى بنتيجة سلبية فأقصى فيها منتخبنا إلا أن النتيجة كانت مشرفة، والتي تليها عام 1986 م في المكسيك، أما على مستوى الأندية فكذلك اثر الإصلاح الرياضي إيجابيا بتلك النتائج التي توصل إليها من مولودية الجزائر وشبيبة القبائل المذكورة سابقا وفريق وفاق سطيف الذي تحصل على كاسين في عام 1988 م و 1989م وهما

على التوالي كأس الأندية الإفريقية، وكأس آسيوية، فلم تكن هذه النتائج تتحقق لولا الإصلاح الذي طور ورفع من مستوى كرة القدم في بلادنا (اللجنة التنظيمية لكأس فلسطين، 1985، ع1).

#### 4-كرة القدم الحديثة:

#### 4-1- ملامح كرة القدم الحديثة:

هناك مقولة قديمة تقول: "إن الهجوم أحسن وسيلة للدفاع"، إلا أن تلك المقولة هي نصف الحقيقة ما لم يكن ذلك الهجوم قادر على التحول السريع إلى الدفاع، ففريق ممتاز في الهجوم لا يعني طبقا للقول حصوله على امتياز بالدفاع، فكرة القدم تصبح لعبة راقية جدا حينما يكون التوازن بين الدفاع والهجوم، ورغم التأكيد الأخير في المباريات على الطرق الدفاعية إلا أن الهجوم وتسجيل الأهداف يظل الجانب الأكثر تشويقا في الملعب، وفي كرة القدم الحديثة أصبحت التشكيلات الدفاعية صعبة جدا حيث أصبح على المهاجم أن يبذل جهدا كبيرا في سبيل التخلص من الرقابة، وبجانب تطور الخطط الدفاعية فقد تطورت الخطط الهجومية فأصبح الواجب الهجومي لا يقتصر على المهاجمين فقط بل على كل اللاعبين، حتى أصبحت بعض الخطط تركز على جعل المهاجمين عناصر لتنفيذ المناورات الهجومية وترك مهمة التهديف والتسجيل للاعبين الوسط ومدافعي الجناح. (ثامر محسن إسماعيل و موقف مجيد المولي ، 1999 ، ص 253).

#### 5- قوانين كرة القدم الحديثة:

ولقد وضعت هذه القوانين على شكل مواد و عددها سبعة عشر مادة وستتطرق إليها بالتفصيل:

#### القانون الأول: الملعب "الميدان"

طوله من ( 90 إلى 120م) وعرضه من ( 45 إلى 90م)، أما في المباريات الدولية فيكون طوله محصور بين (100 و 110 متر) وعرضه محصور بين ( 64 و 75 متر). (حسن السيد أبوعبده ، 2002، ص13). يجب أن يكون الملعب أو ميدان اللعب مستطيل ، ويكون مخطط بخطوط واضحة عرضها 12سم حيث يقسم الملعب إلى نصفين متساويين بخط يرسم في منتصف هذا الخط دائرة نصف قطرها (12، 9م)، كما أن هذه الخطوط تعين لنا منطقة المرمى ومنطقة الجزاء على النحو التالي:

منطقة المرمى تحدد عند كل نهايتي ميدان اللعب حيث يرسم خطان عموديان بزوايا قائمة على مسافة

(5،5م) من الحافة الداخلية لكل قائم هذان الخطان داخل ميدان اللعب بمسافة(5،5م) ثم يوصلان بخط

موازي لخط المرمى. (الاتحادية الجزائرية لكرة القدم 2006 ، ص 15).

منطقة الجزاء : تحدد منطقة الجزاء عند كل من نهايتي ميدان اللعب كمايلي:

يرسم خطان عموديان على خط المرمى على مسافة (16,5م)، ويمتد هذان الخطان داخل الملعب بنفس المسافة (16,5م)، ثم يوصلان بخط موازي لخط المرمى ، وداخل منطقة الجزاء توضع علامة جزاء على بعد (11م) من نقطة المنتصف بين القائمين، ويرسم قوس خرج منطقة الجزاء من نقطة الجزاء ونصف قطرها(15,9م) ، كما يحدد الملعب بأربعة قوائم توضع في زواياها و ارتفاعها (1,5م) على الأقل برأس غير مدببة وراية وترسم ربع دائرة نصف قطرها(01م) من قائم راية الركنية داخل ميدان اللعب.

### القانون الثاني: الكرة

يجب أن تكون الكرة مستديرة ومصنوعة من الجلد أو مادة مناسبة، محيطها لا يزيد عن 71,3سم ولا يقل 68,2سم وزنها عند ابتداء المباراة لا يزيد عن 440غرام ولا يقل عن 400 غرام. وضغط الهواء داخلها عند مستوى سطح البحر يكون مساويا لـ 0,6 إلى 1,1 ضغط (600 إلى 1100 غ/سم<sup>2</sup>). (حسن علي حافظ ومحمد علي الخطاب، 1972ص8-13).

### القانون الثالث: عدد اللاعبين

تلعب مباراة بين فريقين يتكون كل فريق من 11 لاعب ويكون احدهم حارسا للمرمى ويحمل ملابس تميزه عن باقي اللاعبين والحكم، ويمكن تعويض حارس المرمى من احد رفاقه أثناء اللعب ويجب أن يعلم الحكم من طرف قائد الفريق وفي حالة الطرد قبل بدأ المباراة فإن اللاعب الذي طرد يمكن تعويضه بأحد البدلاء ولكن في حالة طرد أحد البدلاء فلا يمكن تعويضه بأحد اللاعبين (رومي جميل، د.ت، ص84).

### القانون الرابع: معدات اللاعبين:

يجب على اللاعب ألا يستعمل أي معدات أو يلبس ما يشكل خطورة عليه أو للآخرين وتكمن المعدات الأساسية إجبارية للاعب في:

- قميص ، تبان، "سروال قصير أو شورط".

- جوارب وأحذية.

- واقي الساقين والذي يجب أن يكون مغطى بالجوارب ويكون مصنوع من مادة ملائمة

(مطاط أو بلاستيك أو ما يشبه ذلك)، بحيث يضمن نسبة معقولة من الحماية.

### القانون الخامس: الحكم

كل مباراة تدار بواسطة الحكم وهو الذي له السلطة الكاملة لتنفيذ قانون اللعبة ويتخذ القرارات في كل الحالات وقراراته غير قابلة للنقاش ، وهو الوحيد من يحتسب وقت اللقاء ، كما يمكنه إيقاف اللقاء مما وجد أن صلاحيته وسلطاته بدأت تضعف ، وله الحق في منح إنذار إلى لاعب عند سلوك غير رياضي كما له

الحق في الطرد ، ويسمح أو يمنع أي احد من الدخول إلى أرضية الميدان وهو الذي يقوم بإيقاف اللقاء عند إصابة أي لاعب إصابة خطيرة كما يسمح باستمرار اللعب عند خروج اللاعب المصغر ، كما يجب أن يتأكد من شخصية اللاعبين ، ولا يترك اللاعبين يلعبون في حالة ما إذا كانت شخصية غير موثقة بالوثائق الرسمية كما يسمح بتسجيل احتياطين مؤهلين قبل بداية اللقاء، كما أنه يراقب اللعب ويسهر على سلامة اللاعبين دائما، يدل على هدف ويحترم أولويات الأفضلية ، كما يعتمد على نصيحة الحكام المساعدين بخصوص الوقائع التي لم يراها كما يخطر الجهات المسؤولة بتقرير عن المباراة الذي يتضمن عن أي قرار تأديبي اتخذ ضد اللاعبين والجهاز الفني وأي وقائع أخرى حدثت قبل أو أثناء أو بعد المباراة (مصطفى كامل محمود ، 1999، ص16).

### القانون السادس: الحكام المساعدون

يكون حكام التماس اثنان يساعدون الحكم الرئيسي، وبدونهما لا يمكن لعب اللقاء وتكمن مهمتها في إعلان بخروج الكرة كلية ، وأي فريق له الحق في ركلة ركنية ، ركلة المرمى أو رمية التماس ، كما يعلن عن تواجد اللاعب في موقف التسلل وهو الذي يطلب التبديل من الحكم الرئيسي ، كما يمكن إيقاف اللعب بإعطاء إشارة للحكم الرئيسي إذا ما لاحظ حدوث سلوك غير رياضي خارج نطاق رؤية الحكم الرئيسي ودورهم معتبر ولقيانهم البدنية هي الأمور التي يتوقف عليها السير الحسن للقاء .

### القانون السابع: مدة المباراة:

تستمر المباراة لفترتين متساويتين مدة كل منهما 45 دقيقة وتختلف مدة المباراة حسب الصنف والجنس، وبين فترتين توجد استراحة مدتها 15 دقيقة، كما يتم التعويض في أي شوط من شوطي المباراة من الوقت الضائع وهذا من خلال حدوث الاستبدال وإصابة اللاعبين ونقلهم إلى خارج الميدان أو تضيع الوقت من طرف اللاعبين وغيرها، وهذا الوقت يتم وفقا لتقدير الحكم له، كما يمتد الوقت للسماح بتنفيذ ركلة الجزاء عند نهاية كل من فترتي المباراة ،كما أنه يمكن تمديد الوقت وهذا عند انتهاء اللقاء بالتعادل والذي يسمى بالوقت الإضافي ويقسم على شوطين كل شوط 15دقيقة ولا يتم استراحة ما بين الشوطين (مصطفى كامل محمود، 1999، ص16).

### القانون الثامن: بدء واستئناف اللعب:

عند بدء المباراة يتم إجراء قرعة باستخدام قطعة النقود والفريق الذي يكسب القرعة يختار إما المرمى أو الكرة، وضربة البداية يجب أن تمرر في جهة ميدان الخصم الذي يتواجد على بعد 9,15م من الكرة والتي يقوم بها اللاعبون في بداية اللقاء أو عند تسجيل الهدف أو عند بداية الشوط الثاني من المقابلة أو عند بداية

كل شوطيين من الوقت الإضافي عند اللجوء إليه، كما يمكن إحراز الهدف مباشرة من ركلة البداية ولا تتم هذه الضربة إلا إذا توافرت الشروط الآتية .

- تواجد لاعبي كل فريق في نصف ملعبهم.

- تكون الكرة ثابتة على علامة المنتصف .

- يعطي الحكم الإشارة لبدء اللعب .

- لا يلمس اللاعب ضربة بداية الكرة مرة ثانية إلا إذا لمسها لاعب آخر.

ولو لمس لاعب ركلة بداية الكرة مرتين متتالين تحسب ركلة حرة غير مباشرة يلعبها الفريق من مكان ارتكاب المخالفة.

وعند إيقاف الحكم للمباراة لأي سبب من الأسباب فإنه يتم إستئنافها وذلك بإسقاط الكرة بين لاعبين من مكان الذي توقفت عنده اللعبة ولا يبدأ اللعب إلا عندما تلامس الكرة الأرض.

### **القانون التاسع: الكرة في اللعب وخارج اللعب**

تكون الكرة في اللعب في جميع أوقات المباراة بما في ذلك عندما ترتد من قائم المرمى أو العارضة أو قائم الراية الركنية وتبقى داخل الملعب و تكون الكرة خارج اللعب عندما تعبر بأكملها خط المرمى أو خط التماس سواء على الأرض أو الهواء وعندما يوقف الحكم اللعب.

### **القانون العاشر: طريقة تسجيل الهدف**

يسجل الهدف عندما تعبر الكرة بأكملها من على خط المرمى، بين القائمين وتحت العارضة، بشرط ألا يسبق تسجيل الهدف ارتكاب مخالفة لقوانين اللعبة بواسطة الفريق الذي سجل هدف (الاتحادية الجزائرية لكرة القدم، ص32).

### **القانون الحادي عشر: التسلسل**

التسلسل: هو تواجد اللاعب في وضعية على الميدان بالنسبة لجهة مرمى الخصم وتكون الكرة في هذا الوقت مرسله لهذا اللاعب من طرف أحد مرافقيه، كما أن مبدأ الأفضلية يطبق على وضعيات .

### **القانون الثاني عشر: الأخطاء وسوء السلوك**

إن الدور الرئيسي للحكم يتمثل في كبح أو منع بأفضل الوسائل كل حركة أو تصرف غير قانوني أو الأخطاء أو عنف ولا يعاقب على الخطأ إلا عندما يكون معتمدا ، وتختلف نوع العقوبة وحسب نوع الخطأ ويمكن كذلك أن تكون العقوبة إدارية وتقنية على حسب حجم الخطأ وحسب الكرة إذا كانت ضمن اللعب أو خارج اللعب.

## القانون الثالث عشر : الركلات الحرة:

تكون الركلات الحرة إما مباشرة أو غير مباشرة وفي الحالتين يجب أن تكون الكرة ثابتة ،ففي حالة الركلة الحرة المباشرة فإذا ركلت الركلة داخل الفريق المنافس فإن الهدف يحتسب ، أما إذا ركلت الكرة داخل مرمى نفس الفريق تتحسب ركلة ركنية لصالح الفريق المنافس، أما في حالة الركلة الحرة غير مباشرة فيحسب الهدف فقط إذا لمست الكرة ل لاعب آخر قبل دخولها المرمى ، فإذا دخلت الكرة مرمى المنافس مباشرة تحتسب ركلة مرمى ، أما إذا دخلت الكرة مرمى نفس الفريق تحتسب ركلة ركنية. (الاتحادية الجزائرية لكرة القدم،ص33).

وفي كلا الحالتين فإنه تصبح في اللعب فور ركلها أو تحركها، وعلى اللاعبين أن يقفوا بصورة إجبارية على المسافة المقدره لذلك أي على مسافة 9,15م من الكرة بالنسبة للفريق الخصم ، وإذا اقترب الخصم من الكرة أقل من هذه المسافة فإنه يعاد تنفيذ هذه الركلة ، وإذا لمسها اللاعب المنفذ للركلة مرتين متتاليتين قبل أن يلمسها ل لاعب آخر فإنها تحسب ركلة غير مباشرة لصالح الفريق المنافس من مكان حدوث الخطأ.

## القانون الرابع عشر: ضربة الجزاء.

تحتسب ركلة جزاء ضد الفريق الذي يرتكب أحد الأخطاء التي يعاقب عليها بركلة حرة مباشرة داخل منطقة جزائه والكرة في الملعب، ويمكن تسجيل هدف مباشر من ركلة الجزاء،وتقذف الكرة في ضربة جزاء من المكان المخصص لذلك،ويمتد الوقت لأخذ ركلة جزاء عند نهاية كل شوط من الوقت الأصلي أو الوقت الإضافي (الاتحادية الجزائرية لكرة القدم،ص34).

يجب أن يتواجد اللاعبون خارج منطقة الجزاء وخلف نقطة الجزاء على بعد لا يقل عن 9.15م من نقطة الجزاء، ويجب أن يكون أخذ الركلة معروف. أما حارس المرمى فيكون على خط مرماه في مواجهة أخذ الركلة بين القائمين حتى تركل الكرة.

## القانون الخامس عشر: رمية التماس:

عندما تجتاز الكرة بكاملها خط التماس سواء على الأرض أو في الهواء فإنها ترمى إلى داخل الملعب من النقطة التي اجتازت فيها الخط وفي أي اتجاه بواسطة لا عب من الفريق المضاد لأخر لا عب لمس الكرة يجب على الرمي لخطة رمي الكرة أن يواجه الملعب وأن يكون جزء من كتلتها قديمه إما على خط التماس أو على الأرض خارج التماس ، يجب أن يستعمل الرامي كلتا يديه وان يرمي الكرة من خلف وفوق رأسه تعتبر الكرة في اللعب فور دخولها الملعب ولكن لا يجوز للرامي أن يلعب الكرة مرة ثانية إلا بعد أن يلمسها أو

يلعبها لا عب آخر ، ولا يجوز تسجيل هدف مباشرة من رمية التماس . ( مفتى إبراهيم محمد، 1998 ، ص 304-306).

### القانون السادس عشر: ركلة المرمى:

عندما تجتاز بكاملها خط المرمى فيها عد الجزء الواقع بين قائمتي المرمى سواء الهواء أو على الأرض ويكون آخر لعبها أحد لا عبي الفريق المهاجم فإنه يقوم أحد لا عبي الفريق المدافع بركلها مباشرة في اللعب إلى خارج منطقة الجزاء من نقطة الجزاء من نقطة داخل نصف منطقة المرمى الأقرب للنقطة التي خرجت منها الفترة الخارجية للملعب ، فلا يجوز أن يمسك حارس المرمى الكرة بيديه من ركلة المرمى بغرض ركلها بعد ذلك في الملعب وإذا لم تركل الركلة خارج منطقة الجزاء أي مباشرة في الملعب فإنه يجب إعادة الركلة ، لا يجوز أن يلعب الراكل الكرة مرة ثانية إلا بعد أن يلمسها أو ويلعبها آخر ، لا يجوز تسجيل هدف مباشرة من هذه الركلة ، يجب على لاعبي الفريق المضاد لفريق اللاعب الذي يلعب ركلة المرمى أن يكونوا خارج منطقة الجزاء حتى يتم ركل الكرة وتصبح حتى يتم ركل الكرة وتصبح خارج منطقة الجزاء. ( مفتى إبراهيم محمد: 1998 ، ص 306).

### القانون السابع عشر: الركلة الركنية :

عندما تجتاز الكرة بكاملها خط المرمى فيها عد الجزء الواقع بين قائمتي المرمى في الهواء أو على الأرض ويكون آخر لعبها لاعب من الفريق المدافع ، فغنه أحد لاعبي الفريق المهاجم بلعب الركلة الركنية ، أي يوضع الكرة بكاملها داخل ربع الدائرة لأقرب قائم راية ركنية وأندي يجب عدم تحريكه ثم تركل من هذا الوضع ، يجوز تسجيل هدف مباشرة من هذه الركلة، يجب على لاعبي الفريق المضاد للاعب الذي يؤدي الركلة الركنية عدم الاقتراب (تخطي ) مسافة أقل من عشر باردات (9,15م) من الكرة حتى تكون في الملعب، يجب على لاعب الركلة أن لا يلعب الركلة مرة ثانية إلا بعد أن يلمسها أو يلعبها لا عب آخر. (علي خليفة العنشري وآخرون: 1987ص 211).

### 6-2- متطلبات كرة القدم الحديثة:

### 6-2-1- متطلبات كرة القدم الحديثة للاعبين:

لقد اختلف أسلوب كرة القدم منذ(20) عاما عن أسلوب اللعب حاليا، فمنذ سنة (1972) تدرج أسلوب اللعب الهجومي حتى صار يتميز أفراد الفريق الجيد خطيا بالقوة والفهم الصحيح على الأداء القوي والمتوالي على مرمى الفريق المنافس مع الابتعاد عن اللعب للخلف أو اللعب لعرض الملعب أو البطيء في تحضير الهجمات أو المراوغات الغير مجدية، وهذا محاولة للتغلب على التكتل الدفاعي للفريق

المنافس، ولقد ترتب على قرار الاتحاد بجعل الفريق الفائز يتحصل على ثلاثة (03) نقاط، والفريق المتعادل على نقطة (01)، فمنذ ذلك الوقت أصبح كل فريق يبحث عن الفوز الذي ينقله بسرعة إلى مرتبة عالية كما أن الخسارة تجعله في مرتبة أدنى كثيرا.

وأثناء المقابلة يكون اللاعبين على اتصال مباشر مع الخصم، حالات اللعب تتغير بصورة سريعة وفي كل حالة يجب على اللاعب إيجاد الحل المناسب والفعل وبأسرع وقت ممكن، عن عمل لاعب كرة القدم ذو طابع تكراري متغير، العمليات الحركية متغيرة وتختلف الواحدة عن الأخرى فالجري متنوع بالعمل بالكرة أو المشي أو التوقف أو القفز.

ويشير الأخصائيون إلى أن جزءا كبيرا من العمليات الحركية للاعب كرة القدم يشغله الجري الذي يتطور من البطيء إلى السريع، إضافة إلى الانطلاق الذي يتحول من توقف مفاجئ أو تغيير خاطف للسرعة أو الاتجاه.

و حاليا نشاهد مباريات في كرة القدم يغلب عليها الجانب الفني والذكاء في اللعب، مع التحضير البدني الجيد للاعبين، فالفرق ذات المستوى العالي لها اتجاه تطوير اللعب مثل ما هو عليه في الرياضات الأخرى كرة السلة، كرة اليد، فالكل يهاجم ويدافع في ان واحد وهذا ما أجبر المدربين على الاهتمام بتحضير اللاعب في شتى جوانبه البدني، التقني، التكتيكي، النظري، والجانب النفسي، وهذا استجابة لمتطلبات الإستراتيجية الحديثة. (حنفي محمود مختار 1997م، ص ص 187-188).

ونسجل من منافسة لأخرى زيادة في شدة اللعب، تترجم بارتفاع عدد العمليات التكنيكية-تكتيكية وسرعة التنفيذ والجري لمسافات أطول، واستنادا لدراسات أخصائيون أمثال "أكرموف" سنة (1975 م)، والتسجيلات التي قام بها "لوكتشيوف" سنة 1981م، موضحة في الجداول التالية:

-**الجدول رقم (03):** يوضع أهم المهارات التي يقوم بها لاعبي كرة القدم وهذا في السبعينات، حيث تخضع هذه المتغيرات لمراكز اللعب والمهمة التي تم التخطيط لها من قبل المدرب، في حين الوقت الفعلي خلال المباراة يتراوح ما بين (55-60 دقيقة). (R.A. Akramov,P.36).

-

### الجدول رقم (03): اهم مهارات لاعبي كرة القدم في السبعينات:

الملاحظات.	-التقدير.	-المهارة.
/	-من 05-07 كلم.	-مسافة التنقل.
-مايناسب مسافة 600-900م	-من 30-80 انطلاق.	-عدد الانطلاقات.
/	-من 2-6 قفزات.	-قفزات عمودية.
/	-من 14-42 صراع.	-صراع من اجل الكرة.
/	-من 29-45 تمريرة.	-عدد التمريرات.
/	-من 18-30 مرة.	-عدد مرات مراقبة الكرة.
/	-من 02-07 مراوغة.	-عدد المراوغات.
/	-من 03-16 مرة	عدد مرات صد الكرة.
/	-من 04-07 قذفات	القذف اتجاه المرمى.

### الجدول رقم(04): اوقات الجري حسب خطوط ومراكز اللعب:

خطوط ومراكز اللعب.	_ الوقت
-مهاجمو الوسط.	23دقيقة و 37 ثانية.
-مهاجمو الجناح.	22دقيقة و 07 ثانية.
- لاعبي وسط الميدان.	22دقيقة و 07 ثانية.
-لاعبي وسط الدفاع.	20دقيقة و 04 ثانية.

## الجدول رقم(05): مكتسبات اللاعبين الناجحين مستقبلا:

حسب قول الأخصائي(لكثينوف) "1981" أن اللاعبين الذين يملكون هذه الصفات يستطيعون في المستقبل لعب (50-60) مقابلة، وتحمل(520) تدريباً خلال الموسم: ( Batte (A) ., 1969.- P14. )

-الخصائص	-القيمة.
-السرعة القصوى للجري.	-من 11.00 إلى 11.30 م/ثا.
-سرعة مداومة.	-من 47.00 إلى 54.90 م/ثا بمعد 3000م
	في 09 دقائق و 40 ثانية 10 -دقائق.
-الاستهلاك الأقصى للاكسجين.	-من 60-70 مل/كغ/دقيقة.
-القفز نحو الاعلى في وضعية الوقوف.	-من 75-80 سم.
نسبة الدهون في الكتلة الجسمية.	-من 07-09%.
-الكتلة العضلية.	-من 05الى 54كلغ.

## 6-2-2- متطلبات كرة القدم الحديثة حسب مراكز اللعب:

### أ/ متطلبات لاعبي الدفاع:

- يقوم كل أفراد الفريق بالدفاع من لحظة فقدان الكرة.
- استخدام ظهير الوسط.
- الدفاع القوي ضد الجناحين ومراقبتهم اللاصقة.
- المراقبة اللصيقة للمهاجمين الخطرين.
- عدم التهور والاندفاع عند القلة العددية.
- يعود لاعبو الوسط لغلق منطقة اللعب المباشرة الخطرة. (حنفي محمود، 1995م، ص32).

### ب/ متطلبات لاعبي الهجوم:

- أن يعمل جميع الفريق على تنفيذ خطط اللعب التي تدربوا عليها.

- العمل على مساعدة الزميل المستحوذ على الكرة.
- جري اللاعب الحر (المهاجم) مائلاً أمام وخلف المدافعين.
- جري المهاجم في داخل الملعب للأهداف التالية:
- مساعدة الزميل الذي معه الكرة في الوسط.
- خلق مساحة فارغة في الجناح.
- فسح المجال الهجومي لمدافع الجناح الذي تصعب مراقبته، القادم من الخلف.
- المشاركة في إنهاء الهجوم بأكبر عدد ممكن.

### ج/ متطلبات لاعبي الوسط:

تضع كرة القدم الحديثة متطلبات كثيرة على اللاعبين وعلى الخصوص على بعض اللاعبين في المناطق الحاسمة من الملعب، فخط الوسط يشكل الخط الأول للتكتل الدفاعي ويعتبر حلقة وصل بين الهجوم والدفاع وتعتبر منطقة الوسط المنطقة التي يمر منها أكثر اللاعبين ذهاباً وإياباً، بالإضافة إلى كل هذا فإن لاعبي الوسط هم أحسن اللاعبين المساندين لخط الهجوم، وبناء على ذلك يوزع أغلب المدربين أحسن لاعبيهم في هذا الخط باعتبار أن كرة القدم الحديثة لمن يمتلك منطقة الوسط، ولكي يكتمل هذا المفهوم يجب على لاعبي الوسط العمل كوحدة واحدة، وأن أولى مهمات لاعبي الوسط هو تقديم العمق الدفاعي والذي يرتبط بمسؤولياتهم في تشكل نقاط الانحراف في لعب المثلثات الدفاعية. (ثامر محسن 1988 ص 179 )

ويمكن ترتيب الواجبات التكتيكية للاعبي الوسط كالآتي:

- تحويل اتجاه اللعب من جانب لآخر.
- تطبيق مبدأ الاحتفاظ بالكرة والبدء بتطبيق الخطط الهجومية.
- القيام بتنفيذ المناورات الجدارية كأسلوب لهزيمة الدفاع.
- التهديف والهجوم المباشر.
- تشكيل جدار الدفاع الأول (الدفاع المتقدم).
- المراقبة القوية للاعبي الخصم.

### د/ متطلبات مدافعي الجناح:

التقدم في خطط اللعب، ألزم المدافعين المشاركة في الهجوم وإنجاحه باعتبارهم يتقدمون من الخلف حيث تصعب مراقبتهم، وحررهم من فكرة الالتزام بالدفاع فقط.

وتعتبر منطقة الجناح من المناطق الحيوية وذلك للأسباب التالية:

- الفراغات الواسعة عند الأجنحة باعتبارها مناطق هجومية غير مباشرة.

-قلة المدافعين في المناطق الجانبية.

-صعوبة التغطية من المدافعين أنفسهم. (ثامر محسن 1988، ص 17).

ولذلك تتلقى كرة القدم الحديثة واجبات إضافية لمدافعي الجناح بتحويلهم إلى مهاجمين جناح وحتى إلى مهاجمين إنهاء الهجوم، ويتم هذا خاصة إذا أراد المدرب الاحتفاظ بلاعبي خط الوسط كاملين حتى يتمكن من التحكم في وسط الملعب.

ومن أهم الخطط التكتيكية الهجومية الملقاة على عاتق مدافعي الجناح هي:التخطي(حنفي محمود-1995 ص 07.47).

### 6-3- الاتجاهات الحديثة لكرة القدم:

كرة القدم ما تزال تعرف تقدم مستمر في عدة جوانب، رغم أن مهمة اللاعب لم تتغير والتي تتمثل في محاولة تسجيل أكبر عدد ممكن من الأهداف دون التلقي.

### 6-3-1- اتجاهات عامة: من المعروف أنه من أجل تحديد معايير ومقاييس موازية لوجهة الأهداف

في كرة القدم العصرية نقاط الانتباه تعود بالأولية إلى السنوات القليلة الماضية أثناء كأس أوروبا ( 1996 ) وكأس العالم (1990-1994) وكذلك بالنسبة إلى النوادي ( 90-91-92) فمن أجل تطوير كرة القدم يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أهمية تقييم المعارف القاعدية. مثل: التحسين في استقرار العوامل المحددة للمستوى العالي وما شابهاها ( التقني، التكتيكي، النفسي) وإعطائها مستوى عال من التطور.

وكذلك يتضح لنا أن الأمثلة الدولية تبين أن التجديد والإبداع في محتويات التدريب تؤدي الى تحسين المستوى في وقت قصير جدا، فالمدربون انطلاقا من التعرف على اللاعبين أثناء المنافسة.

ومن مختلف مراحل اللعب الملاحظة وكذا التحليل الكلي للمنافسات الدولية والوطنية والتحقيقات المفصلة يتصورون إنجاز سيرورة التدريب وأهمية مختلف العناصر التالية( اللياقة البدنية، التقنية، التكتيكية والسيكولوجية)، والتصرف الفعال أثناء المنافسة يكون حسب:

-استعمال محتوى اللعب الهجومي في إطار تحضير لعب حركي لتجاوز أساليب اللعب العنيف.

-تركيب شامل بين المستوى الفردي والجماعي كنتيجة اتصال وتنظيم لإعطاء الروح الجماعي.

-إيقاع اللعب العالي يتركز على قدرات مداومة السرعة ومداومة قوة السرعة.

-الحبوية الكبيرة والنشاط الحركي لكل لاعب.

## 6-3-2- اتجاهات خاصة: اتجاهات لتسطير التدريب الحديث يتميز بالتقرب من شروط المنافسة وكذلك

توجيه المنافسة أثناء التدريب، هذه الاتجاهات تعطي الأسس القاعدية المتصلة والمطابقة لشروط المنافسة وتعطي كيفية تشكيل التدريب عن طريق التنوع للمحتويات المتعلقة بالتطوير المتواصل للتدريب مع ذكر:-  
-الرفع من الوسائل الخاصة بالتدريب السنوي الخاص.

-الاستقرار العقلاني لوسائل التدريب في إطار متابعة التأثيرات المتبادلة لعناصر التدريب.

-خاصية قوية لسيرورة التدريب.

-تسطير التدريب على أشكال قريبة من المنافسة (أحمد أبو الطيب، 2004، ص 17).

## 7- جوانب أخرى لكرة القدم:

### -الجانب الاقتصادي لكرة القدم:

تحولت الرياضة مع التطورات الحديثة إلى ظاهرة اجتماعية كبيرة وأحد المحركات الاقتصادية في العالم المتقدم بعد ما طغى المال على عالمها مع الانتقال من مجرد الهواية والمتعة إلى الاحتراف، الذي يعود على أصحابه بأموال طائلة تعد بالملايين.

فخبير الاقتصاد الفرنسي "فرنسو بونغ" قد أكد أن الرياضة أصبح رقم أعمالها العالمي يقدر ب " 400مليار دولار أمريكي" منها "4.3 مليار دولار" لكرة القدم وحدها، وبذلك أصبحت الرياضة نشاطا اقتصاديا شأنه بقية القطاعات الأخرى الشيء الذي يفسر التخلي عن المبادئ الأولمبية

وإعادة تنظيم هذا المجال كقيمة تجارية جديدة، ولم يكن هذا التوسع المالي لكبر لولا وسائل الإعلام التي عرفت طفرة في الميدان مع انتشار البث عبر الأقمار الصناعية حيث أصبح التلفزيون يهتم للعروض الرياضية بمختلف أنواعها والتي تعود عليه بالأموال الطائلة.

وفي عام ( 1988 ) أطلق برنامج التسويق مما فتح الباب أمام الشركات أمثال: كوكا cocaK بيبسي Pepsi" أو الشركات المصنعة للمستلزمات الرياضية " كأديداس Adidas، نايك Nike" للدخول عالم الرياضة كمختصين أو مستثمرين بعد عام(1922)، سمح في جميع أنواع الرياضات بالاحتراف حيث أصبحت هذه الأخيرة موضع مزايدات من طرف محطات التلفزيون العالمية، حيث تنعكس عنها حقوق البث التلفزيوني ما يقارب 3.6 " مليار أورو " على أندية كرة القدم بأوربا وهذا الرقم مدعو للارتفاع خلال السنوات القادمة وذلك نظرا للأهمية التي تعطيها القنوات التلفزيونية الهامة والساخنة مما سيؤدي مستقبلا لانتقال الرياضة الأكثر شعبية في العالم من ميدان الفرجة إلى مجال الصناعة الرياضية. (أحمد أبو الطيب، 2004، ص 18).

فالصراع بين القنوات التلفزيونية من أجل الحصول على حقوق البث قد تجاوز خلال العشرية الأخيرة "6 ملاير اورو" وما يزال الرقم مدعو للارتفاع بشكل مستمر مما أدى بالكثيرين من المهتمين إلى انتقاد هذه اللاعقلانية في التنافس لكن هذا الأمر لم يحسم مستقبلا خصوصا إذا علمنا أن كأس العالم لسنة (2002) الذي جرت أطواره النهائية بكل من اليابان وكوريا الجنوبية، عرف ارتفاعا في البث حسب ما جاء على لسان مدير العمليات الرياضية، حيث وجدت القنوات المجانية صعوبة في مجاراة إستراتيجية القنوات الخاصة في ميدان البث التلفزيوني. (أحمد أبو الطيب، 2004، ص 19).

ولخلق إستراتيجية موحدة تكتلت مجموعة من القنوات في إطار " شركة ميديا بارترز " لحماية مصالحها الاقتصادية خذين كنموذج ما يحصل في الولايات المتحدة الأمريكية ، وذلك تكون القنوات التلفزيونية قد دفعت بكرة القدم إلى الدخول في ثورة إعلامية هدفها تحقيق أكبر مكسب على حساب الرياضة ويظهر هذا الأمر جليا عندما اقترح مشروع أحداث الممتاز، مشروع تجاري في الأساس لم يجد تجاوبا هدفه اشتراك "18 ناديا" يضاف إليهم "18 آخرين" تتم دعوتهم حسب النتائج المحصل عليها في بطولتهم الوطنية.

وقد جاء هذا الاقتراح على لسان رئيس " ميديا بارترز ودولف، هيتس " رجل أعمال إيطالي ومساعد سابق "لسيلفي براسكوني" الذي وجد دعما من طرف رؤساء مجموعة من القنوات التلفزيونية العالمية كالأمريكي "روبيرمدخ" والألماني "ليوكيرش" والإيطالي "براسكوني"، ولكن هذا المشروع لقي اعتراضا من طرف الفاعلين في الميدان الرياضي ومن بينهم المعلنين الذين اشتروا في دعمهم لكرة القدم أن تمر المباريات بدون تشفير لأن احتكار كرة القدم من طرف المؤسسات الخاصة سيجعلها رياضة نخبوية بدل منها شعبية.

ولكن هذا لا ينفي أن بعض الفرق تنتفع أكثر من غيرها من حقوق البث التلفزيوني وعلى رأسها "جيفنتوس" التي تحصد ثلث مداخل من القنوات التلفزيونية كما أن هذه الأخيرة ابتكرت طرقا جديدة للرفع من مداخلها مستغلة القاعدة لمحبي كرة القدم فمثلا "كنال بلوس" حققت 200 " ألف اورو" من الأرباح عن طريق بيعها تذاكر المباريات عن طريق البطاقات، لكن رقمها يبقى دون ما تحصله القنوات الإيطالية التي تعرف خزائنها مداخل أكبر من الرقم الذي سجلته القناة الفرنسية وقد أثبتت هذه التقنية جدواها حتى بالنسبة للفرق، حيث ارتفعت مداخل مبيعاتها إلى "04 مليون اورو" وهذا الرقم مدعوا للارتفاع إذا أن إستراتيجيتها المستقبلية إيصال هذا الرقم إلى "12 مليون اورو" ولعل تعداد الموارد بالنسبة للفرق هو الذي أدى بدوره إلى الرفع الخيالي من رواتب اللاعبين من هذا الجانب لوحده مستنزف ( 47 % ) من خزينة الأندية البريطانية

و ( 58 % ) من موارد الفرق الإيطالية مقابل ارتفاع لمستوى المداخل يصل إلى ( 25 % ) منذ ليبرالية سوق اللاعبين بعد مرسوم "توماس" الذي لا يحدد اللاعبين الأجانب ضمن فرق دول الاتحاد الأوربي مما أدى إلى الصراع بين الفرق في ضم اللاعبين ليس فقط المهاجمين بل تعدى ذلك إلى المدافعين فمثلا مدافع

حاصل على كاس العالم قد ترتفع قيمته المادية بشكل مدهش، وقد أثبتت الدراسات التي قام بها مكتب "دوليت" حول البطولة الإنجليزية بان الأندية الخمس الأوائل في البطولة هي التي تؤدي أجورا مرتفعة للاعبين وبهذا فان الفرق ما برح يتسع وبشدة بين الفرق الغنية التي تضم أغنى وأجود اللاعبين وأخرى فقيرة تلعب دور "الكومبارس" خلال البطولة.

كما أن نفس المكتب أجرى دراسات تخص البطولة الإيطالية أظهر أن الأندية السبع الغنية في البطولة الإيطالية تستأثر بمجموعة ثلاث مرات ما يحصل عليه الإحدى عشر ( 11 ) ناديا الآخرون في البطولة وتحصل هذه الأندية المحضوة فان "جيفنتوس" تحصل على 20 " مليون اورو" كحقوق بث تلفزيوني ومساهمات من طرف المعلنين في حين لا تحصل أندية الصفوة الأخرى سوى على "05 ملايين اورو"، ومرد هذا الأمر أن "جيفنتوس" هو مقابلة للفرجة ولا تتحصر إستراتيجية الرفع من مداخيله عن هذه الجوانب بل له رؤية مستقبلية تتجلى في جعل النادي ملتقى سياحيا وترفيهيا، حيث سيعمد إلى امتلاك عقارات ومن ضمنها ملعبه الحالي الذي هو ملك للبلدية، ليشيد حوله مركب سياحيا يشمل فنادق ودورا للسينما والمطاعم...الخ. ومن خلال الجريدتين نلاحظ أن العلاقة بين القنوات التلفزيونية والفرق الكروية هي علاقة تجارية تخرج عن الإطار التقليدي الضيق، حيث أصبحت كرة القدم نشاطا اقتصاديا منتجا أكثر منه رياضيا وترفيهيا. (أحمد أبو الطيب، 2004، ص ص21.22).

## خلاصة:

لقد تمكنا من خلال هذا الفصل تبين مختلف متطلبات كرة القدم الحديثة، وكيف أصبح الاهتمام بها في كثير من الجوانب " البدنية، المهارية، الفسيولوجية، المورفولوجية، النفسية.. الخ، حيث أصبح الكثير من المدربين يستغلونها في تشكيل فريق قوي وذو أسس متينة، كما تطرقنا إلى موقع الفريق الوطني الجزائري بين هذه المتطلبات الحديثة وما يجب عليه لمواكبة هذه التطورات لتصبح له قيمة في الوسط التنافسي، ورأينا كيف أن هذه المتطلبات الحديثة لكرة القدم تجعل منها صورة متطورة ترفع من مستوى اللاعبين وتجعلهم يبذلون أكثر مجهود لإثبات وجودهم، وكذا الجانب الاقتصادي لها الذي أصبح ينظر إلى كرة القدم كمصدر اقتصادي مهم ومعتبر وكذا أصبحنا نسمع بتجارة اللاعبين، وهذا ما يجعل من اللاعبين يجتهدون أكثر ليحققوا رصيد مالي معتب، ربما هذا الجانب يعتبر شيء إيجابي لأنه ساهم في رفع مستوى اللاعبين والفرق، كما أنه يمكن أن يكون جانب سلبي فقد يؤدي إلى تحطيم المستقبل الرياضي للاعب، وبالتالي يمكن القول أن كرة القدم اليوم أصبحت تتوافر على متطلبات حديثة قد تكون سلاح ذو حدين، فقد يساهم في تطوير مستوى اللاعبين والفرق كما قد يساهم في تحطيم اللاعبين وكذا الفرق.

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

# الفصل الرابع

## منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

## تمهيد:

يعتبر الجانب الميداني الأكثر أهمية في موضوع الدراسة، فتكمن أهمية الجانب التطبيقي في الدراسات الميدانية، وذلك تدعيماً للجانب النظري لكل دراسة بهدف الإجابة على التساؤلات المطروحة والوقوف على مدى التحقق من الفرضيات المصاغة، وعليه سنتطرق في هذا الجانب إلى المنهج المختار، وكذا الإجراءات التطبيقية المتبعة أين سيتم عرض العينة، وطريقة تحديدها وخصائصها كما سيتم تقديم الوسائل المستعملة في الدراسة الحالية ومدى صدقها وثباتها كما سنتطرق إلى المعالجات الإحصائية المتبعة.

## الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في توزيع استمارة الاستبيان قمنا بعدة خطوات تمهيدية والمتمثلة في التعرف على ميدان العمل وذلك بزيارتنا لبعض أندية ولاية المدية، قصد الحصول على المعلومات والبيانات للتأكد من الظاهرة المدروسة والاستعانة بها في الدراسة الميدانية، ومعرفة الإمكانيات المادية والبشرية للأندية الرياضية، ومعرفة العراقيل التي تواجهها، بالإضافة إلى مقابلة المسؤولين والمدربين والتشاور معهم لأخذ موافقتهم على الدراسة الميدانية وأرائهم حول موضوع الدراسة، وكذلك تحديد عينة البحث وضبطها والتي تمثل المجتمع الأصلي.

## - المنهج المستخدم:

إن مناهج البحث تختلف في البحوث الاجتماعية باختلاف مشكلة البحث وأهدافها، فالمنهج " هو عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه" (رشيد زرواتي، 2002، ص119).

ففي مجال البحث العلمي يعتمد اختيار المنهج السليم والصحيح، لكل مشكلة بحث بالأساس على طبيعة المشكلة ومن هذا المنطق فموضوع بحثنا يتمثل في " واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم" توجب علينا اختيار المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي الذي يعتمد على جمع البيانات الميدانية ويعرف المنهج الوصفي في مجال التربية والتعليم على أنه كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية كما هي قائمة في الحاضر، ويعرفه رابح تركي أنه " على أنه استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي في الحاضر قصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقة بين عناصرها" ( رابح تركي، 1984، ص23).

أما بشير صالح الرشيدي فيعرفه بأنه " مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا للاستخلاص والوصول إلى نتائج وتعميمات عن الظاهرة أي الموضوع محل البحث". ( بشير صالح الرشيدي ، 2000 ص 59 ).

## - مجالات البحث:

### 3-1- المجال المكاني:

لقد أجريت الدراسة الميدانية على مستوى بعض أندية كرة القدم لولاية المدية وهي: نادي اولمبي قصر البخاري، نادي اتحاد مزغنة، نادي الرياضي الهاوي حربيل.

### 3-2- المجال الزمني:

بالنسبة إلى الجانب النظري، تم البدء فيه من شهر مارس إلى أواخر شهر افريل 2014. أما بالنسبة للجانب التطبيقي شرعنا فيه أواخر شهر افريل إلى نهاية شهر ماي 2014.

### 4- ضبط متغيرات الدراسة: هناك متغيران:

#### أ- المتغير المستقل:

وهو الذي يتم بحث أثره في متغير آخر، ويمكن للباحث التحكم للكشف عن تبيان هذا الأثر باختلاف قسم ذلك التغير، ويتمثل في بحثنا هذا في: المراقبة الطبية الرياضية.

#### ب- المتغير التابع:

هو ذلك المتغير الذي يرغب في الكشف عن تأثير المتغير المستقل عليه والمتغير التابع في بحثنا هذا هو: أندية كرة القدم.

### 4- مجتمع البحث:

باعتبار العينة هي جزء مهم في أي دراسة ميدانية نجد أن مفهومها " هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية ، وهي تعتبر جزء مهم من الكل ، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجري عليها الدراسة" ( رشيد زرواتي. 2002. ص191).

### 4-1- عينة البحث:

حرصا للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية مطابقة للواقع قمنا باختيار عينة البحث عشوائيا في بعض أندية كرة القدم لولاية المدية تنشط في الجهوي الأول وقسم ما قبل الشرفي، والقسم الشرفي وخصصت لمدربي ولاعبين كرة القدم، وتتكون العينة من 12 مدرب و 220 لاعب لكل الفئات في 3 نوادي وكانت هذه الأخيرة كالتالي:

-نادي اولمبي قصر البخاري.

- نادي اتحاد مزغنة.

-نادي الرياضي الهاوي حربيل .

وقد تمثلت نسبة العينة 100% بالنسبة للمدربين و 16.36% بالنسبة للاعبين.

### - أدوات البحث:

في بحثنا قمنا باستخدام طريقة الاستبيان باعتباره الأمثل وأنجع الطرق للتحقق من الإشكالية التي قمنا بطرحها، كما أنه يسهل لنا عملية جمع المعلومات المراد الحصول عليها انطلاقا من الفرضيات.

## 5-1- تعريف الاستبيان:

1- يعرفه مراد عبد الفتاح بأنه قائمة تحتوي على مجموعة أسئلة يستخدمها الباحث لبناء أسئلة وتوجيهها إلى المجيب حيث يقوم بنفسه بتوجيه الأسئلة، والاستبيان ليس إلا صحيفة اختبار يطبقها الباحث بدلا من المجيب، ويسمح استخدام استمارة الاستبيان للمجيب أن يسجل إجابات في الحال. (مراد عبد الفتاح ، 2000. ص807)

و طبعا تم الاعتماد على الأسئلة التالية:

5-1-1- الأسئلة المغلقة: هي الأسئلة يحدد فيها الباحث إجاباته مسبقا وغالبا ما تكون بـ "نعم" و "لا".  
5-1-2- الأسئلة متعددة الأجوبة: وهي أسئلة مضبوطة بأجوبة متعددة ويختار المجيب الذي يراه مناسباً. (إخلاق محمد عبد الحفيظ-مصطفى حسين باهر ، 2000. ص83)

## 5-2- أسلوب توزيع الاستبيان:

بعد صياغة الاستبيان بصفة نهائية، وعرضه على بعض أساتذة المختصين في مجال التربية البدنية والرياضية بغرض معاينة الاستبيان من حيث وضوح الأسئلة وفهمها من الناحية اللغوية للعينة المختبرة والموافقة عليه من طرف المشرف قمنا بتوزيعه بطريقة مباشرة على مدربي ولاعبي بعض أندية كرة القدم لولاية المدية.

\*ويتكون الاستبيان الذي اعتمدنا عليه في جمع المعلومات، من استبيان موجه للمدربين يحتوي على 17 سؤالاً وآخر موجه للاعبين يحتوي على 16 سؤالاً مقسمان إلى محورين رئيسيين ، بحيث أن لكل محور مجموعة من الأسئلة:

-الأسئلة من 01إلى 11 تدرس الفرضية الأولى بالنسبة لاستباني المدربين و اللاعبين.

-الأسئلة من 12إلى 17 تدرس الفرضية الثانية بالنسبة للمدربين ومن 12 إلى 16 بالنسبة للاعبين.

- الأدوات الإحصائية المستعملة: لكي يتسنى لنا التعليق وتحليل نتائج الاستمارة بصورة واضحة وسهلة قمنا بالاستعانة بأسلوب التحليل الإحصائي وهذا عن طريق تحويل النتائج المتحصل عليها من خلال الاستمارة إلى أرقام على أشكال نسب مئوية وهذا عن طريق إتباع القاعدة الثلاثية المعروفة بـ: النسبة المئوية تساوي عدد التكرارات×100/ عدد العينة.

ع ← 100%

ت ← %

س = ت × 100 / ع.

ع : عدد العينة.

ت : عدد التكرارات.

س : النسبة المئوية.

### إختبار الكاف تربيع:

استعملنا في دراستنا هذه اختبار:  $\chi^2$  في تحليل نتائج الدراسة النهائية، لأن هناك عينة واحدة وهي الأساتذة، وهذا لإعطاء تحليل حقيقي وموضوعي للنتائج ومدى مناسبة استخدام لهذا النوع من الدراسات والأداة المستعملة في ذلك هي "الاستبيان" وكانت المعالجة الإحصائية للاستبيان عن طريق حساب  $\chi^2$  بالعلاقة التالية: (حسن أحمد الشافعي - 2004 - ص 424)

$$\chi^2_c = \sum (F_o - F_e)^2 / F_e$$

حيث:  $\chi^2_c$  هي  $\chi^2$  المحسوبة.

$\chi^2_t$  : هي  $\chi^2$  الجدولة.

هي المجموع.

$F_o$ : التكرار.

$F_e$ : التكرارات المتوقعة وتحسب بالعلاقة التالية:

التكرارات المتوقعة = مجموع التكرارات / عدد الأجوبة.

Df : درجة الحرية = عدد الاسطر - 1.

- ذات دلالة: إذا كانت قيمة  $\chi^2$  المحسوبة تساوي أو أكبر من قيمة  $\chi^2$  الجدولية.

- غير دالة: إذا كانت قيمة  $\chi^2$  المحسوبة أقل من قيمة  $\chi^2$  الجدولية.

# الفصل الخامس

## عرض وتحليل النتائج

## عرض وتحليل الاستبيان الموجه للمدربين:

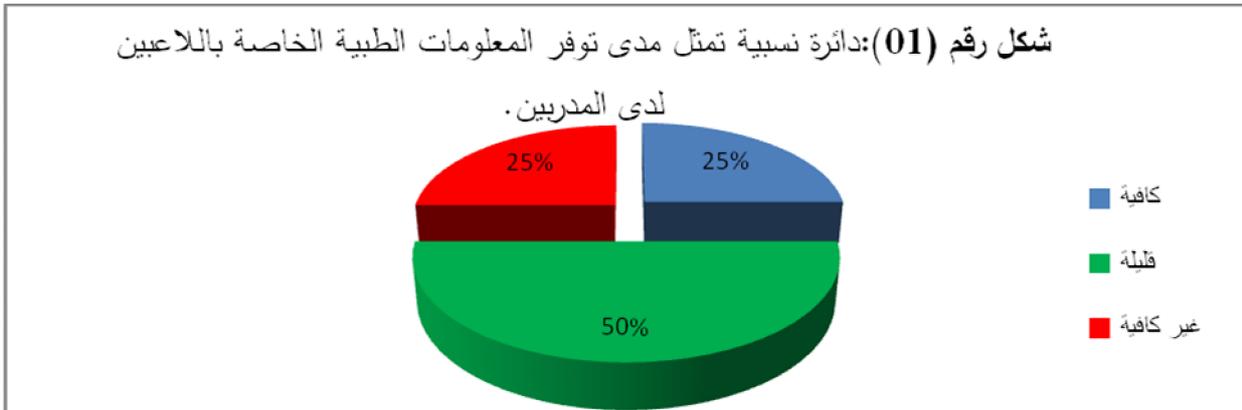
**1-1- المحور الأول: المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع الاحتياجات الطبية للاعب كرة القدم.**

**السؤال رقم (01):** هل تتوفر لديك معلومات طبية خاصة بلاعبيك؟

**الغرض من السؤال:** معرفة ما إذا كانت تتوفر لدى المدرب معلومات طبية خاصة بلاعبيه.

**جدول رقم (08):** الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 01.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كافية	3	25	0.05	2	1.5	5.99	غير دالة
قليلة	6	50					
غير كافية	3	25					
المجموع	12	100					



### عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 25% من المدربين أجابوا بأنه تتوفر لديهم معلومات طبية كافية عن لاعبيهم في حين أن 50% أجابوا بأن لديهم معلومات طبية رياضية قليلة بلاعبيهم وأن نسبة 25% من المدربين أجابوا بأن المعلومات الطبية الخاصة بلاعبيهم غير كافية.

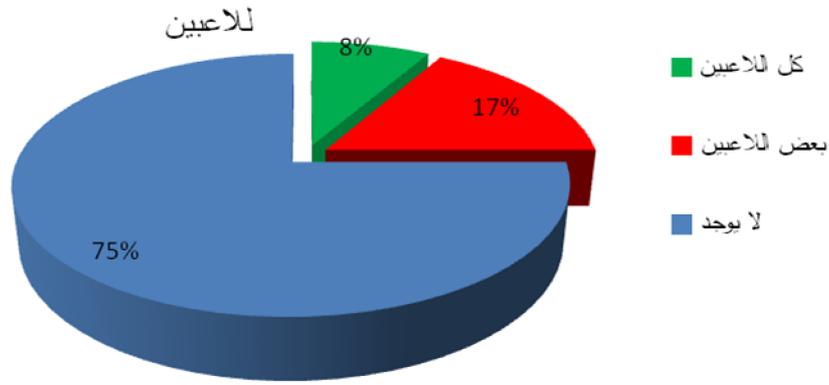
**القرار الإحصائي:** بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (1.5) وهي بذلك أقل من  $x^2$  الجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.

**ومنه نستنتج:** أن معظم المدربين يملكون معلومات طبية قليلة عن اللاعبين وهذا يدل على أن هناك إهمال من طرف المدربين للمعلومات الطبية الرياضية الخاصة باللاعبين وهذا يؤثر على اللاعبين ويجعلهم عرضة للعديد من المخاطر مثل الإصابات، و الموت المفاجئ

السؤال رقم (02): هل هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين؟  
 الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين.  
 جدول رقم (09): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 02.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2 c$	$x^2 t$	القرار
كل اللاعبين	1	8.34	0.05	2	9.5	5.99	دالة
بعض اللاعبين	2	16.66					
لا يوجد	9	75					
المجموع	12	100					

شكل رقم (2): دائرة نسبية تمثل ان كان هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي



#### عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 8.34% من المدربين أجابوا بأنه هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي لكل اللاعبين في حين أن 16.66% أجابوا بأنه هناك دفتر صحي لبعض اللاعبين ونسبة 75% أجابوا بأنه لا يوجد دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين.  
 القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (9.5) وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.  
 ومنه نستنتج: أن أغلبية اللاعبين لا يملكون لدفتر صحي خاص بالماضي الطبي للاعبين مما يعيق عمل المدرب في إنجاح العملية التدريبية وفي المنافسات وكذلك عمل الطبيب في تشخيص الإصابات ويصبح اللاعب عرضاً لمخاطر صحية.

السؤال رقم (03): هل لديكم معلومات عن الإسعافات الأولية؟

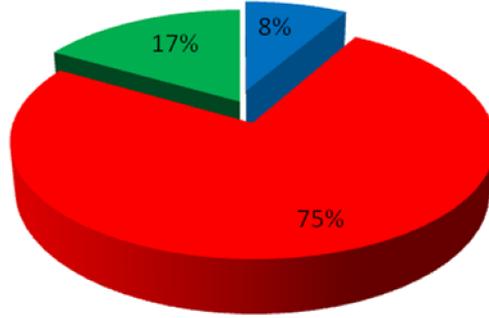
الغرض من السؤال: معرفة ما إن كان للمدربين دراية كافية بالإسعافات الأولية .

جدول رقم (10): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 04.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كافية	1	8.34	0.05	2	9.5	5.99	دالة
نوعا ما	9	75					
غير كافية	2	16.66					
المجموع	12	100					

شكل رقم (03): دائرة نسبية تمثل ان كانت هناك معلومات في الاسعافات

الاولية لدى المدربين



عرض وتحليل نتائج الجدول:

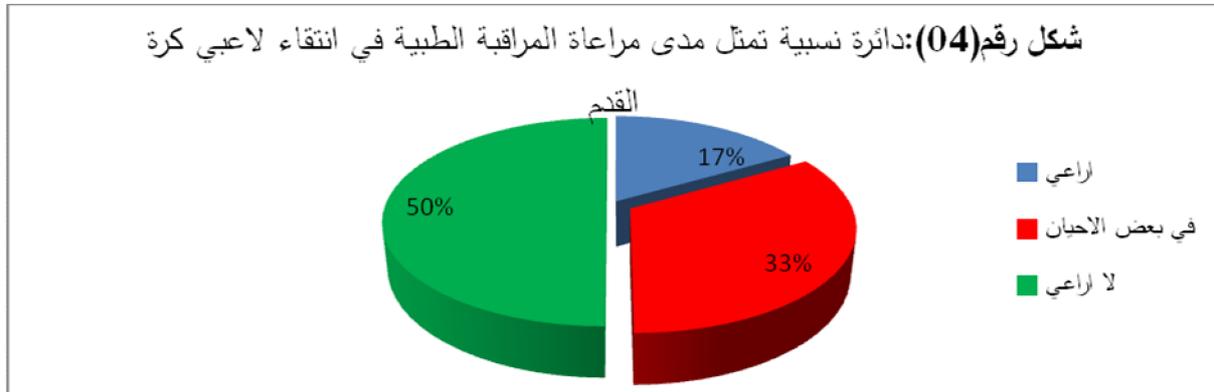
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 8.34% من المدربين أجابوا بأنه لديهم معلومات عن الإسعافات الأولية في حين أن 75% أجابوا بأنه نوعا ما لديهم معلومات عن الإسعافات الأولية ونسبة 16.66% أجابوا بأن معلوماتهم عن الإسعافات الأولية غير كافية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 9.5 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: أن معظم المدربين لديهم معلومات قليلة في الإسعافات الأولية .

السؤال رقم (04): هل تراعون المراقبة الطبية في انتقاء لاعبي كرة القدم؟  
الغرض من السؤال: معرفة إذا كان المدربين يراعون المراقبة الطبية في انتقاء اللاعبين.

جدول رقم (11): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 05.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
أراعي	2	16.66	0.05	2	2	5.99	غير دالة
في بعض الأحيان	4	33.33					
لا أراعي	6	50					
المجموع	12	100					

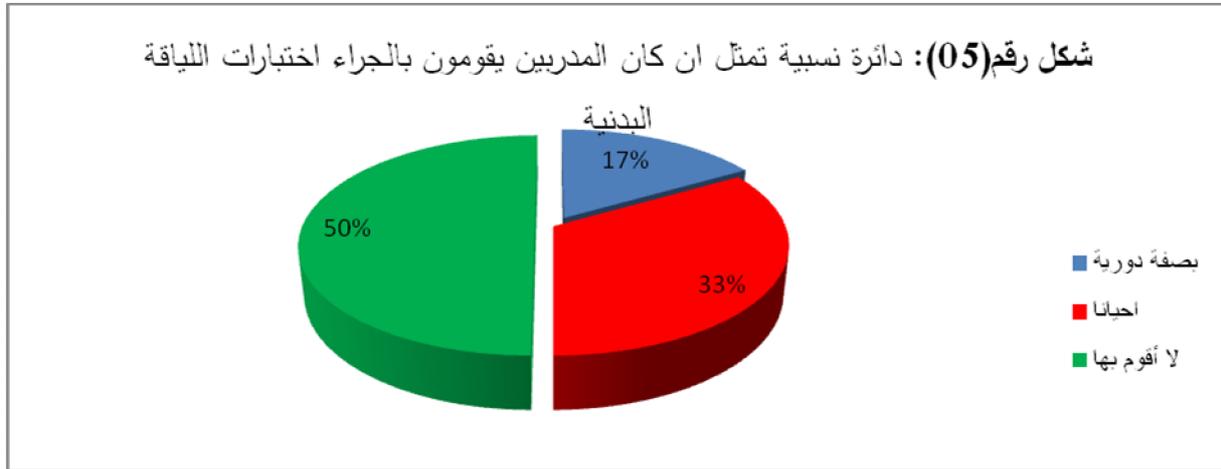


عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 16.66% من المدربين أجابوا بأنهم يراعون المراقبة الطبية في انتقاء لاعبي كرة القدم في حين أن 33.33% أجابوا بأنهم يراعون في بعض الأحيان المراقبة الطبية في انتقاء لاعبي كرة القدم ونسبة 50% أجابوا بأنهم لا يراعون المراقبة الطبية في انتقاء لاعبي كرة القدم.  
القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (4.5) وهي بذلك اقل من  $x^2$  المجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية  $df = 2$ ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.  
ومنه نستنتج: إن المدربين لا يأخذون المراقبة الطبية الرياضية بعين الاعتبار من أجل انتقاء لاعبي كرة القدم مما يؤثر على عمل ونتائج النادي في المستقبل .

السؤال رقم (05): هل تقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية ؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إذا كان المدربين يقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية.  
 جدول رقم (12): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 06.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
بصفة دورية	2	16.66	0.05	2	2	5.99	دالة
أحيانا	4	33.34					
لا أقوم بها	6	50					
المجموع	12	100					

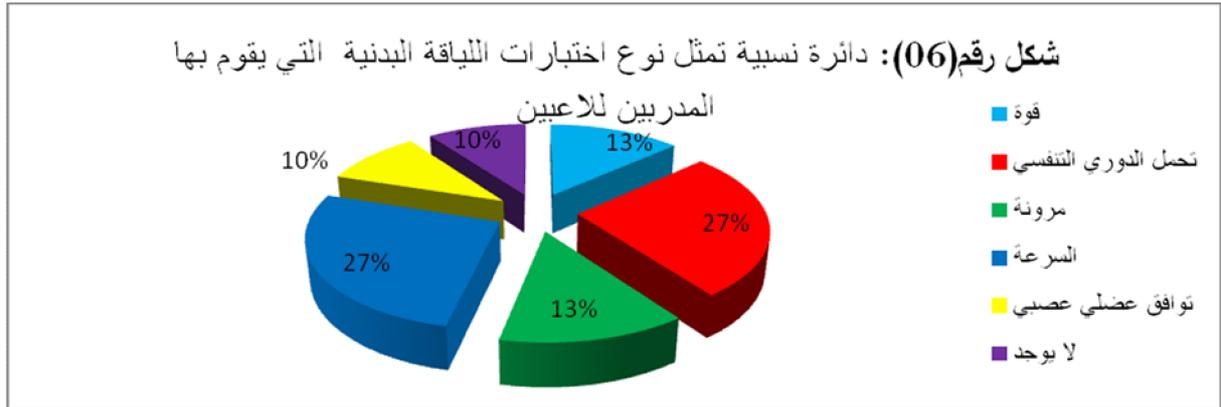


عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 16.66% من المدربين أجابوا بأنهم يقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية بصفة دورية في حين أن 33.34% أجابوا بأنهم يقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية في بعض الأحيان ونسبة 50% أجابوا بأنهم لا يقومون بإجراء الاختبارات للياقة البدنية للاعبين.  
 القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (2) وهي بذلك اقل من  $x^2$  المجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة = 0.05 ودرجة حرية 2  $df=2$ ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.  
 ومنه نستنتج: أن معظم المدربين لا يقومون بإجراء اختبارات اللياقة البدنية بصفة دورية لكشف المستوى اللاعب ومدى إمكانيته على أداء النشاط البدني الرياضي وقد يشكل ذلك خطرا على صحة اللاعبين .

السؤال رقم(06): ما هو نوع اختبارات اللياقة البدنية التي تقومون بها ؟  
 الغرض من السؤال: معرفة نوع اختبارات اللياقة البدنية التي يقوم بها المدربين للاعبين.  
 جدول رقم (13): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 07.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
قوة	4	13.33	0.05	5	5.6	11.070	غير دالة
تحمل الدوري التنفسي	8	26.66					
مرونة	4	13.33					
السرعة	8	26.66					
توافق عضلي عصبي	3	10					
لا يوجد	3	10					
المجموع	30	100%					



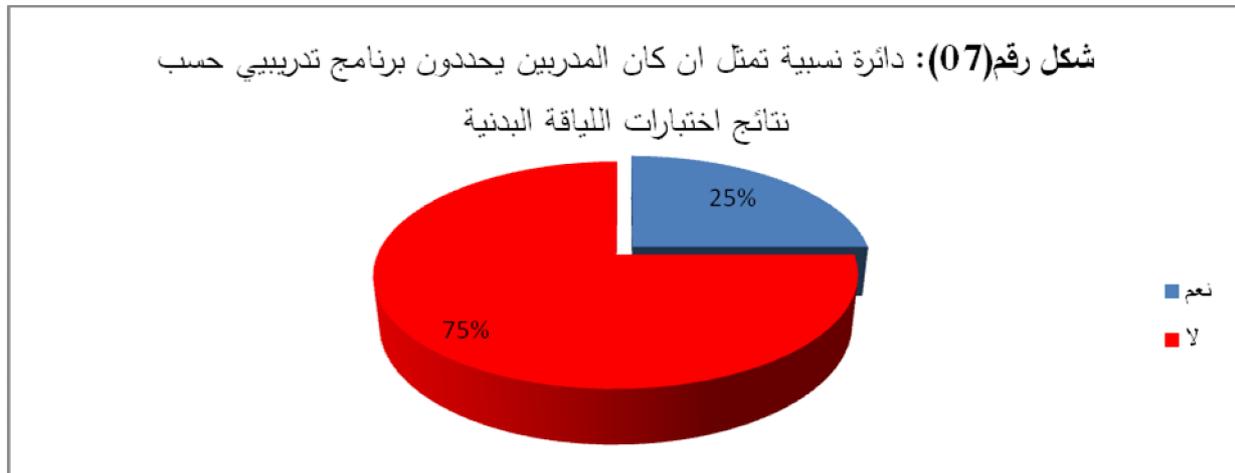
#### عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 13.33% من المدربين أجابوا بأن نوع الاختبار الذي يقومون بها هي القوة في حين أن 26.66% التحمل الدوري التنفسي، 13.33% مرونة، 26% السرعة، 10% التوافق العضلي العصبي، 10% لا يقومون بأي نوع من هذه الاختبارات.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (5.6) وهي بذلك اقل من  $x^2$  الجدولة (11.07) عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية. ومنه نستنتج: أن معظم المدربين يقومون بإجراء اختبارات التحمل الدوري التنفسي و السرعة ويهملون باقي الاختبارات الأخرى

السؤال رقم (07): هل تقوم بتحديد برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كان المدربين يحددون برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية.  
 جدول رقم (14): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 08.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
نعم	3	25	0.05	1	3	3.841	غير دالة
لا	9	75					
المجموع	12	100					



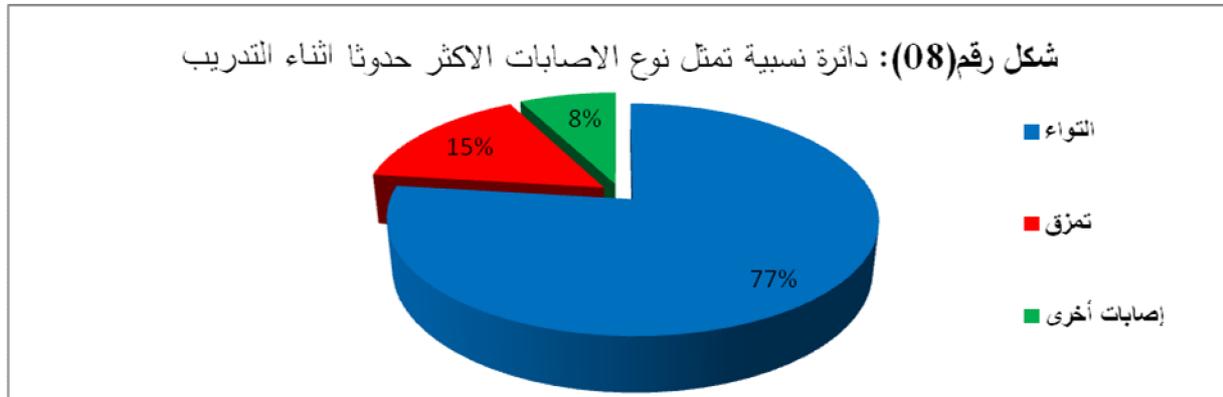
عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 25% من المدربين أجابوا بأنهم يقوم بتحديد برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية في حين أن 75% أجابوا بأنهم لا يقوم بتحديد برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية .

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (4.5) وهي بذلك اقل من  $x^2$  الجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ،  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.  
 ومنه نستنتج: أن أغلبية المدربين لا يقومون بتحديد برنامج تدريبي حسب اختبارات اللياقة البدنية وهذا ما يؤثر على اللاعبين فسيولوجيا وبدنيا.

السؤال رقم (08): ما نوع الإصابات الأكثر حدوثاً أثناء التدريب؟  
 الغرض من السؤال: معرفة نوع الإصابات الأكثر حدوثاً أثناء التدريب.  
 جدول رقم (15): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 09.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
التواء	10	76.93	0.05	2	12.25	5.99	دالة
تمزق العضلي	2	15.38					
إصابات أخرى	1	7.69					
المجموع	13	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 76.93% من المدربين أجابوا أن نوع الإصابات الأكثر حدوثاً أثناء التدريب هي التواءات في حين أن 15.38% أجابوا أن نوع الإصابات الأكثر حدوثاً أثناء التدريب هي التمزق العضلي ونسبة 7.69% أجابوا بأن هناك إصابات أخرى كالكدمات والجروح والسحجات.  
 القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 12.25 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ،  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.  
 ومنه نستنتج: أكثر الإصابات التي تحدث للاعبين هي الالتواءات .

السؤال رقم (09): هل ترى بان كثرة الإصابات الرياضية تؤثر على نتائج الفريق؟  
الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كانت الإصابات تؤثر على نتائج الفريق.

جدول رقم (16): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 03.

الإجابة	التكرار	النسبة %	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
تأثر	7	58.33	0.05	2	4.5	5.99	غير دالة
نوعا ما	4	33.33					
لا تأثر	1	8.34					
المجموع	12	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 58.33% من المدربين أجابوا بان كثرة الإصابات تؤثر على نتائج الفريق، في حين أن 33.33% أجابوا بأن كثرة الإصابات تؤثر نوعا ما على نتائج الفريق ونسبة 8.34% أجابوا بان المتابعة الطبية لا تلبي الاحتياجات الطبية للاعبين.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة (4.5) وهي بذلك اقل من  $x^2$  الجدولة (5.99) عند مستوى الدلالة  $=0.05$  وبدرجة حرية  $df=2$ ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.

ومنه نستنتج: الإصابات التي تحدث للاعبين تؤثر على نتائج الفريق.

السؤال (10): هل لديكم معلومات عن تغذية الرياضي؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كانت هناك معلومات لدى المدرب عن التغذية الرياضية.

جدول رقم (17): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 10.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كافية	1	8.33	0.05	2	6.5	5.99	دالة
قليلة	8	66.67					
لا توجد	3	25					
المجموع	12	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 8.33% من المدربين أجابوا أن لديهم معلومات عن تغذية الرياضي في حين أن 66.67% أجابوا أن لديهم معلومات قليلة عن تغذية الرياضي ونسبة 25% أجابوا بأنهم لا يملكون أي معلومات عن تغذية الرياضي.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 6.5 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى

الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df= ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

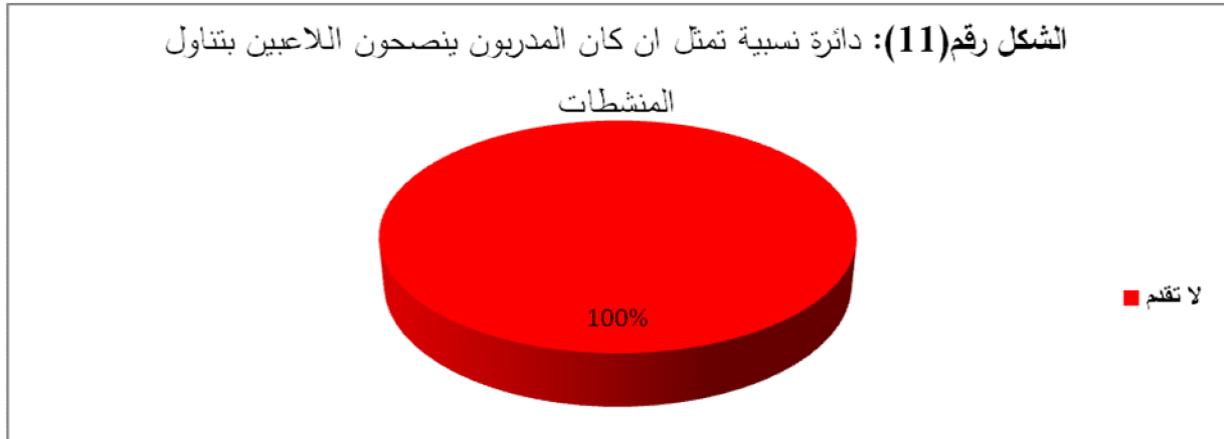
ومنه نستنتج: المعلومات التي يملكها المدربون عن التغذية قليلة مما يجعل اللاعبين يتناولون الأغذية بصفة

مفرطة أو قليلة وهذا يسبب لهم متاعب صحية ويجعلهم عرضة للإصابات .

السؤال رقم (11): هل تتصحون لاعبيكم بتناول عقاقير تساعدكم على رفع لياقتهم الفسيولوجية والبدنية؟  
الغرض من السؤال: معرفة إن كان المدربين ينصحون لاعبيهم بتناول المنشطات لرفع اللياقة البدنية.

جدول رقم (18): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 11.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
تقدم	0	0	0.05	2	24	5.99	دالة
أحيانا	0	0					
لا تقدم	12	100					
المجموع	12	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 100% من المدربين لا ينصحون لاعبيهم بتناول المنشطات التي تساعدكم على رفع لياقتهم الفسيولوجية والبدنية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 24 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 ، وبدرجة حرية 2 ،  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: كل المدربين لا ينصحون لاعبيهم بتناول المنشطات التي تساعدكم على رفع لياقتهم الفسيولوجية والبدنية.

## 1-2-المحور الثاني: نقص الموارد البشرية والإمكانات المادية من أسباب نقص المراقبة

### الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.

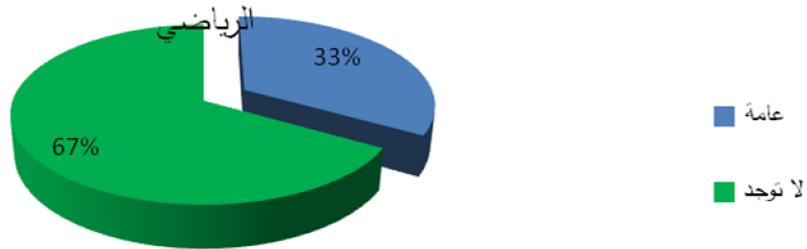
السؤال رقم(12): هل ناديكم متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين؟

الغرض من السؤال: معرفة ان كان النادي متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين.

جدول رقم (19): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم12.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
عامة	4	33.33	0.05	2	8	5.99	دالة
خاصة	0	0					
لا توجد	8	66.66					
المجموع	12	100					

شكل رقم(12): دائرة نسبية تمثل ان كان النادي متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة



### عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 33.33% من المدربين أجابوا أن النادي متعاقد مع عيادة طبية عامة لمتابعة الرياضيين في حين أن 66.66% أجابوا أن النادي غير متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 8 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة =0.05 وبدرجة حرية 2 ، df= 2 ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: معظم النوادي ليسو متعاقدين مع مؤسسات عمومية او خاصة وهذا يرجع إلى قلة الإمكانيات المادية وعدم الاهتمام بصحة اللاعبين.

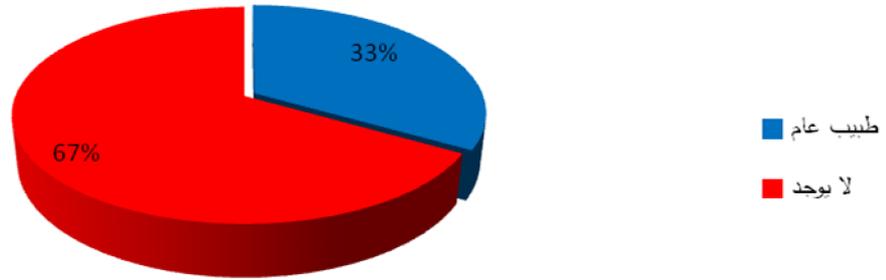
السؤال رقم (13): هل ناديمك متعاقد مع طبيب؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كان النادي متعاقد مع طبيب.

جدول رقم (20): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 13.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
طبيب عام	4	33.33	0.05	2	8	5.99	دالة
طبيب خاص	0	0					
لا يوجد	8	66.66					
المجموع	12	100					

شكل رقم (13): دائرة نسبية تمثل ان كان النادي متعاقد مع طبيب



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 50% من المدربين أجابوا أن النادي متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة

الرياضيين في حين أن 50% أجابوا أن النادي غير متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين .

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 6 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة

$=0.05$  وبدرجة حرية  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

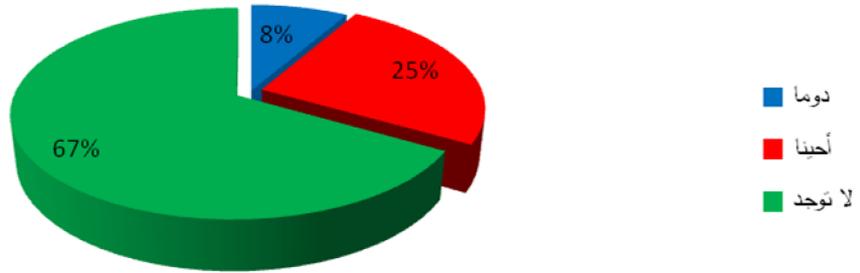
ومنه نستنتج: معظم النوادي ليسو متعاقدين مع أطباء عموميين أو خاصين وهذا يرجع إلى قلة الإمكانيات

المالية .

السؤال رقم (14): هل يوجد عمل مشترك بينكم وطبيب الفريق؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كان هناك عمل مشترك بين المدربين وأطباء الفرق.  
 جدول رقم (21): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 14.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
دوما	1	8.33	0.05	2	6.5	5.99	دالة
أحيانا	3	25					
لا توجد	8	66.67					
المجموع	12	100					

شكل رقم (14): دائرة نسبية تمثل العمل المشترك بين المدربين والاطباء

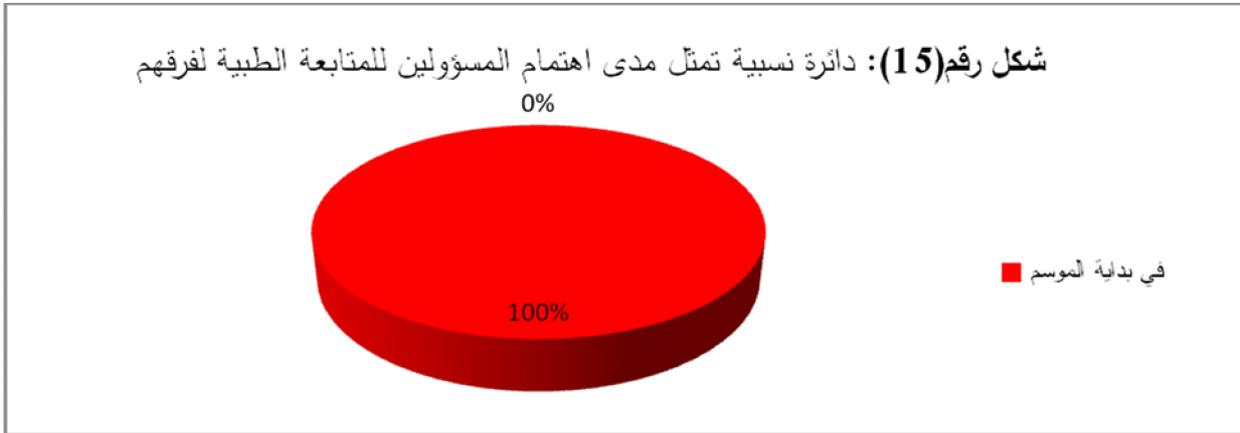


#### عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 8.33% من المدربين أجابوا انه يوجد عمل مشترك بينهم وطبيب الفريق في حين أن 66.67% أجابوا أن لا يوجد عمل مشترك بينهم وطبيب الفريق ونسبة 25% أجابوا بأنهم في بعض الاحيان يوجد عمل مشترك بينهم وطبيب الفريق.  
 القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 6.5 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.  
 ومنه نستنتج: لا يوجد عمل مشترك بين المدربين و الأطباء نظرا لعدم وجود طبيب .

السؤال رقم (15): هل مسئولو النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية لفريقك؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كان مسئولو النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية للفرق في النادي.  
 جدول رقم (22): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 15.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
في بداية الموسم	12	100	0.05	2	24	5.99	دالة
بصفة دورية	0	0					
لا يولون أهمية	0	0					
المجموع	12	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 100% من المدربين اجابو بان مسئولو النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية لفريقهم الى في بداية الموسم فقط.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 24 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى

الدلالة = 0.05 ، وبدرجة حرية 2 df= ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: أن المتابعة الطبية تجرى إلا في بداية الموسم .

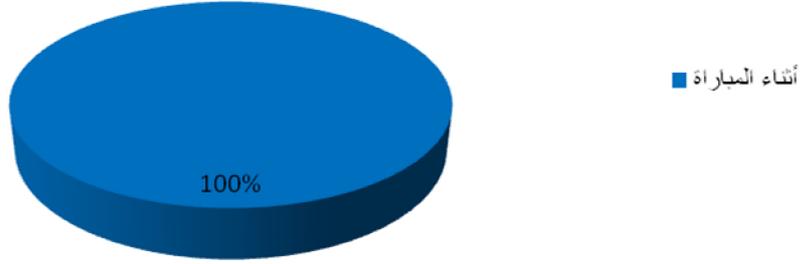
السؤال رقم (16): هل سيارة الإسعاف متواجدة بصفة؟

الغرض من السؤال: معرفة متى تتواجد سيارة الإسعاف .

جدول رقم (23): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 16.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
دائما	0	0	0.05	2	24	5.99	دالة
أثناء المباراة	12	100					
لا توجد	0	0					
المجموع	12	100					

شكل رقم (16): دائرة نسبية تمثل متى تتواجد سيارة الاسعاف



عرض وتحليل نتائج الجدول:

هناك إجابتان منعدمتان والقائلتان بان سبة الإسعاف متواجدة بصفة دائمة و لا توجد في حين أن نسبة

100% من المدربين أجابوا بان سيارة الإسعاف متواجدة أثناء المباراة فقط

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 24 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى

الدلالة =0.05 وبدرجة حرية 2 ،  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

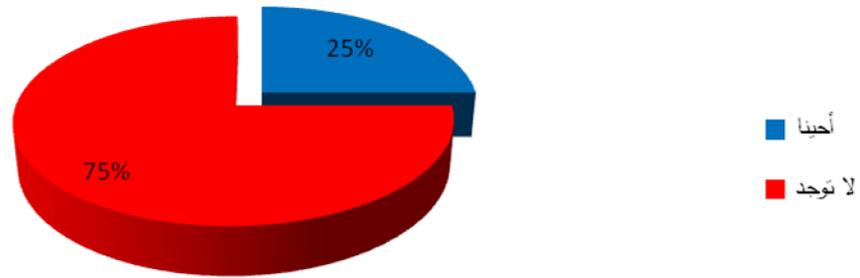
ومنه نستنتج: هناك تقصير من طرف مسؤولي النادي في توفير سيارة الإسعاف حيث يوفرونها أثناء المباراة

فقط.

السؤال رقم (17): هل توجد حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات .  
 جدول رقم (24): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 17.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
توجد	0	0	0.05	2	10.5	5.99	دالة
أحيانا	3	25					
لا توجد	9	75					
المجموع	12	100					

شكل رقم (17): دائرة نسبية تمثل تواجد حقيبة الاسعافات الاولية



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول هناك إجابة منعدمة والتي تمثل وجود حقيبة الإسعافات الأولية في حين أن 25% أجابوا بأنه توجد احيانا حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات ونسبة 75% من المدربين أجابوا بأنه لا توجد حقيبة الإسعافات الأولية أثناء التدريبات .

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 10.5 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى

الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ،  $df=2$  ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: أن مسؤولي النادي لا يوفرن الوسائل والمستلزمات الطبية من بينها حقيبة الإسعافات الأولية وهذا قد يعرض اللاعبين إلى تفاقم الإصابات .

## عرض وتحليل الاستبيان الموجه للاعبين.

2-1 المحور الأول: المراقبة الطبية الرياضية لأندية تماشى مع الاحتياجات الطبية للاعبين كرة القدم.

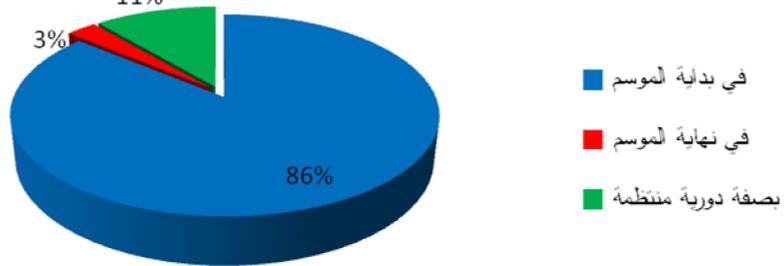
السؤال رقم (01): متى تقام لكم الفحوص الطبية الرياضية ؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كانت تقام الفحوص الطبية الرياضية للاعبين.

جدول رقم (25): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 01.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
في بداية الموسم	31	86.12	0.05	2	30.08	5.99	دالة
في نهاية الموسم	1	2.77					
بصفة دورية منتظمة	4	11.11					
المجموع	36	100					

شكل رقم (18): دائرة نسبية تمثل متى تقام الفحوص الطبية الرياضية للاعبين



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 86.12% من اللاعبين أجابوا انه تجرى لهم الفحوص الطبية الرياضية في بداية الموسم في حين أن 2.77% أجابوا بأنهم تجرى لهم الفحوص الطبية الرياضية في نهاية الموسم ونسبة 11.11% أجابوا بأنهم تجرى لهم الفحوص الطبية الرياضية بصفة دورية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 30.08 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: هناك إهمال من طرف مسؤولي النادي للمراقبة الطبية حيث يقتصرون في إجرائها إلى في بداية الموسم فقط.

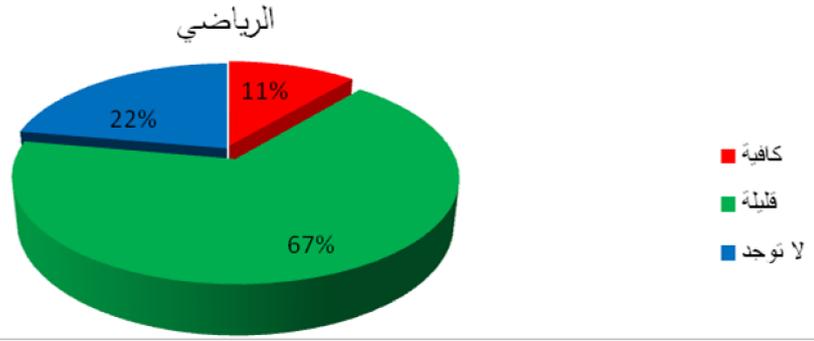
السؤال رقم (02): هل لديكم معلومات عن تغذية الرياضي؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كانت لدى اللاعبين معلومات عن تغذية الرياضي .

جدول رقم (26): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 02.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كافية	4	11.20	0.05	2	18.66	5.99	دالة
قليلة	24	66.66					
لا توجد	8	22.22					
المجموع	36	100					

شكل رقم (19): دائرة نسبية تمثل ان كانت لدى اللاعبين معلومات عن تغذية



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 11.20% من اللاعبين أجابوا انه لديهم معلومات كافية عن تغذية الرياضي في حين أن 66.66% أجابوا انه لديهم معلومات قليلة عن تغذية الرياضي ونسبة 22.22% أجابوا انه ليس لديهم معلومات عن تغذية الرياضي.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 18.66 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 ، وبدرجة حرية 2 ، df= 2 ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: معظم اللاعبين لا يملكون معلومات عن تغذية الرياضي نظرا لعدم تقديم حصص ومعلومات خاصة بالتغذية من طرف المدرب والمسؤولين.

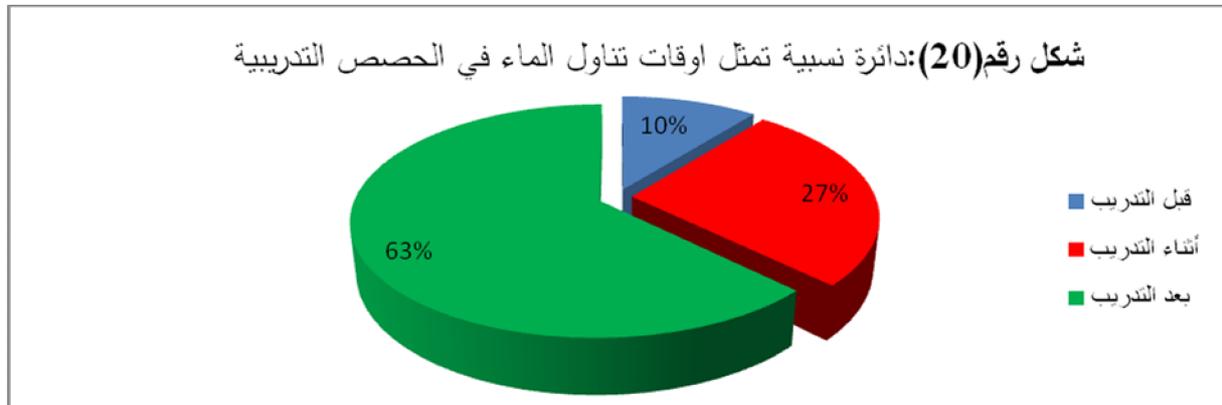
السؤال رقم (03): متى تتناول الماء؟

الغرض من السؤال: معرفة الأوقات التي يتناول فيها اللاعبون الماء في الحصص التدريبية والمقابلات.

أ- أوقات تناول الماء أثناء الحصص التدريبية.

جدول رقم (27): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 03 الجزء (أ).

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
قبل التدريب	8	10.66	0.05	2	31.92	5.99	دالة
أثناء التدريب	20	26.66					
بعد التدريب	47	62.66					
المجموع	75	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 10.66% من اللاعبين يشربون الماء قبل التدريب و 26.66% أثناء

التدريب في حين أن نسبة 62.66% أجابوا أنهم يشربون المياه بعد التدريب .

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 31.92 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى

الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 5 df ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية.

ومنه نستنتج: غياب توعية اللاعبين في أوقات وكميات شرب الماء في الحصص التدريبية وهذا راجع الى

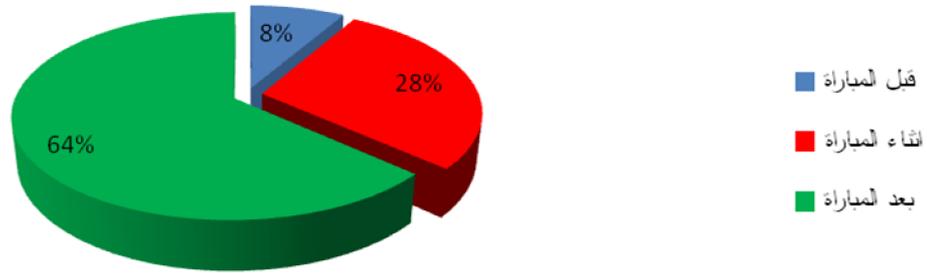
عدم توفر معلومات عن أهمية الماء في الجهد البدني لدى المدربين و المسؤولين.

ب-اوقات تناول المياه أثناء المقابلات.

جدول رقم (28): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 03 الجزء(ب).

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
قبل المباراة	5	8.33	0.05	02	27.90	5.99	دالة
أثناء المباراة	17	28.33					
بعد المباراة	38	63.33					
المجموع	60	100					

شكل رقم(21): دائرة نسبية تمثل اوقات تناول المياه اثناء المقابلات

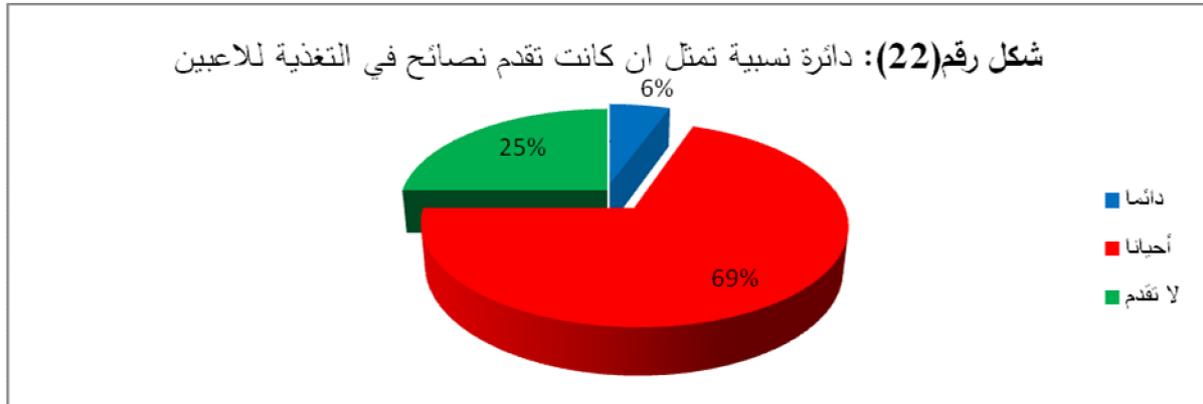


عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 8.33% من اللاعبين يشربون الماء قبل المقابلات و28.33% يشربون أثناء المقابلات في حين أن نسبة 62.66% أجابوا أنهم يشربون المياه بعد المقابلة .  
القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 27.90 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة =0.05 وبدرجة حرية 5 ، df=5 ، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية.  
ومنه نستنتج: نقص المعلومات لدى اللاعبين في كيفية تناول جرعات الماء أثناء المقابلات وذلك راجع الى غياب التوعية .

السؤال رقم (04): هل تقدم لكم نصائح في التغذية؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كانت تقدم نصائح في التغذية للاعبين.  
 جدول رقم (29): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 04.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
دائماً	2	5.55	0.05	2	23.16	5.99	دالة
أحياناً	25	69.45					
لا تقدم	9	25					
المجموع	36	100					



#### عرض وتحليل نتائج الجدول:

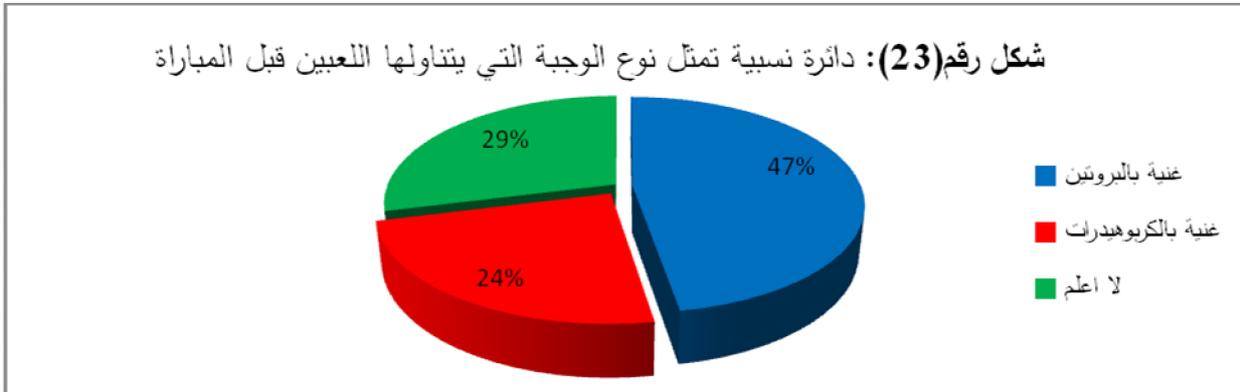
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 5.55% من اللاعبين أجابوا انه تقدم لهم نصائح دائماً في التغذية في حين أن 69.45% أجابوا انه تقدم لهم في بعض الأحيان نصائح في التغذية ونسبة 25% أجابوا بأنهم لا تقدم لهم أي نصائح في التغذية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 32.16 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأن هناك دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: يقتصر تقديم النصائح في التغذية الرياضية للاعبين على فترات أي أحياناً وليس دائماً وهذا قد يسبب للاعب متاعب صحية جراء تناول المفرط والخاطئ للأغذية مما يعيق نجاحه كلاعب.

السؤال رقم (05): ما نوع الوجبة التي تتناولونها قبل المباراة؟  
 الغرض من السؤال: معرفة نوع الوجبة التي يتناولها اللاعبين قبل المباراة.  
 جدول رقم (30): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 05.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
غنية بالبروتين	18	47.38	0.05	2	3.52	5.99	غير دالة
غنية بالكربوهيدرات	09	23.68					
لا اعلم	11	28.94					
المجموع	36	100					



#### عرض وتحليل نتائج الجدول:

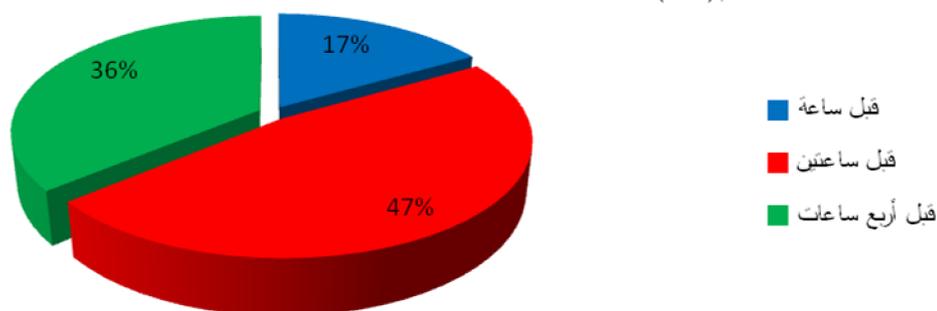
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 47.38% من اللاعبين أجابوا أن نوع الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة غنية بالبروتينات في حين أن 23.68% أجابوا أن نوع الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة غنية الكربوهيدرات ونسبة 28.94% أجابوا أن نوع الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة لا يعلمون ماذا يوجد فيها. القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 3.52 وهي بذلك اقل من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 df= ، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية. ومنه نستنتج: الوجبة الغذائية التي يتناولها اللاعبون غنية بالبروتينات عكس ما يحتاجه اللاعبون أثناء المباراة وهي وجبة غنية بالكربوهيدرات.

السؤال رقم (06): ما هو توقيت الوجبة التي تتناولونها قبل المباراة؟  
الغرض من السؤال: معرفة توقيت الوجبة التي يتناولها اللاعبين قبل المباراة.

جدول رقم (31): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 06

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
قبل ساعة	6	16.66	0.05	2	5.91	5.99	غير دالة
قبل ساعتين	17	47.23					
قبل أربع ساعات	13	36.11					
المجموع	36	100					

شكل رقم (24): دائرة نسبية تمثل توقيت الوجبة التي يتناولها اللاعبين قبل المباراة



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 16.66% من اللاعبين أجابوا أن توقيت الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة هي قبل ساعة في حين أن 47.23% أجابوا أن توقيت الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة هي قبل ساعتين ونسبة 36.11% أجابوا أن توقيت الوجبة التي يتناولونها قبل المباراة هي قبل أربع ساعات. القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 5.91 وهي بذلك أقل من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية. ومنه نستنتج: معظم اللاعبين يتناولون الوجبة الغذائية قبل ساعتين من انطلاق المباراة مما يؤثر في أدائهم في المقابلة فيشعرون بالتعب واضطرابات في المعدة لعدم اكتمال عملية الهضم مما يؤثر على أداء اللاعب في المقابلة.

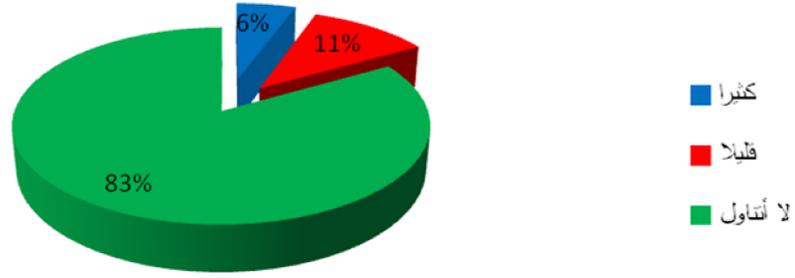
السؤال رقم (07): هل تتناول عقاقير تساعدك على رفع لياقتك البدنية والفيزيولوجية؟

الغرض من السؤال: معرفة ما إذا كان اللاعبون يتناولون المنشطات لرفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية.

جدول رقم (32): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 07.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كثيرا	2	5.55	0.05	2	40.66	5.99	دالة
قليلا	4	11.12					
لا أتناول	30	83.33					
المجموع	36	100					

شكل رقم (25): دائرة نسبية تمثل ان كان اللاعبون يتناولون المنشطات



عرض وتحليل نتائج الجدول:

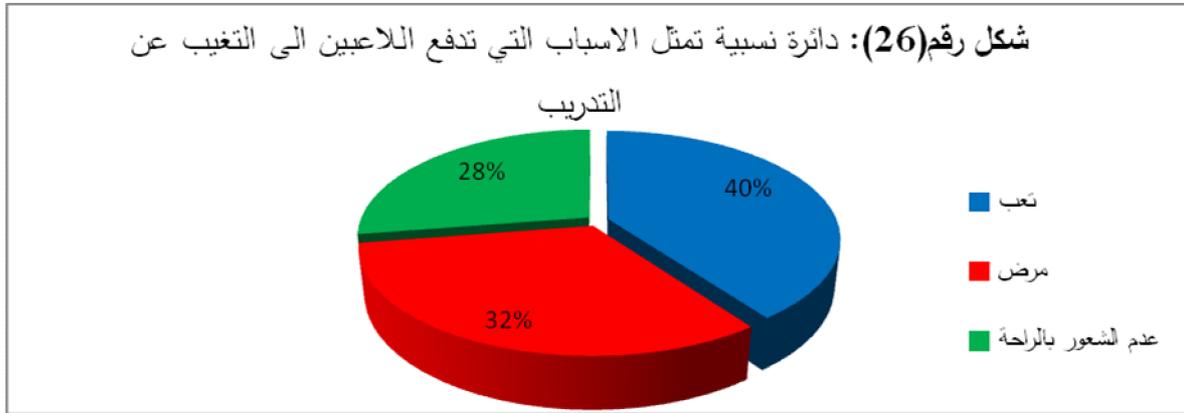
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 5.55% من اللاعبين أجابوا أنهم يتناولون المنشطات بكثرة تساعدهم على رفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية في حين أن 11.12% أجابوا أنهم يتناولون المنشطات بصفة قليلة لكي تساعدهم على رفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية ونسبة 83.33% أجابوا أنهم لا يتناولون المنشطات لتساعدهم على رفع لياقتهم البدنية والفيزيولوجية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 40.66 وهي بذلك أكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: أن معظم اللاعبين لا يتناولون المنشطات لرفع لياقتهم البدنية و الفسيولوجية وهذا شيء ايجابي للحفاظ على صحة الرياضي.

السؤال رقم(08): ما هي الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية؟  
 الغرض من السؤال: معرفة الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية.  
 جدول رقم (33): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 07.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
تعب	11	40	0.05	2	0.94	5.99	غير دالة
مرض	13	32.5					
عدم الشعور بالراحة	16	27.5					
المجموع	36	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

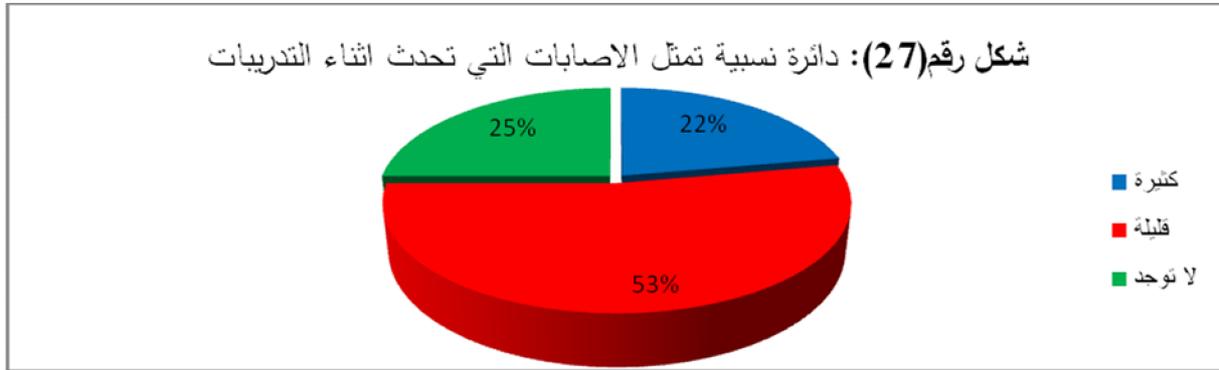
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 40% من اللاعبين أجابوا أن الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية وهو التعب في حين أن 32.5% أجابوا أن الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية هو المرض ونسبة 27.5% أجابوا بأن الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية هو عدم الشعور بالراحة.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 0.94 وهي بذلك أقل من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه لا توجد دلالة إحصائية.

ومنه نستنتج: السبب الرئيسي لتغيب اللاعبين عن الحصص التدريبية هو التعب وهذا يرجع لكثافة التدريبات وعدم تقنينها حسب طاقات اللاعب.

السؤال رقم (09): هل تحدث لكم إصابات أثناء الحصص التدريبية ؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كانت هناك إصابات أثناء الحصص التدريبية.  
 جدول رقم (34): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 09.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كثيرة	8	22.22	0.05	2	6.16	5.99	دالة
قليلة	19	52.78					
لا توجد	9	25					
المجموع	36	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 22.22% من اللاعبين أجابوا انه تحدث لهم إصابات أثناء الحصص التدريبية في حين أن 52.78% أجابوا انه تحدث لهم إصابات أثناء الحصص التدريبية ولكن بصفة قليلة ونسبة 25% أجابوا انه لا تحدث لهم إصابات أثناء الحصص التدريبية.  
 القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 6.16 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 وبدرجة حرية 2 ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية.  
 ومنه نستنتج: هناك إصابات أثناء الحصص التدريبية ولكن بصفة قليلة والمراقبة الطبية هدفها الوقاية وتقليل الإصابات للوصول للاعب إلى المستوى المراد .

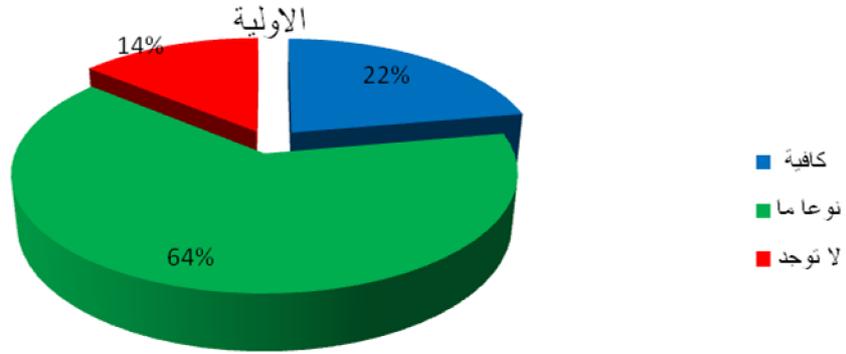
السؤال رقم(10): هل لديكم معلومات عن الإسعافات الأولية؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كان لدى اللاعبين معلومات عن الإسعافات الأولية.

جدول رقم (35): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 10.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
كافية	8	22.22	0.05	2	15.49	5.99	دالة
نوعا ما	23	63.88					
لا توجد	5	14					
المجموع	36	100					

شكل رقم(28): دائرة نسبية تمثل ان كان لدى اللاعبين معلومات عن الاسعافات



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 22.22% من اللاعبين أجابوا ان لديهم معلومات كافية عن الإسعافات الأولية في حين أن 63.88% أجابوا ان لديهم معلومات نوعا ما كافية عن الإسعافات الأولية ونسبة 14% أجابوا انه لا توجد لديهم معلومات عن الإسعافات الأولية.

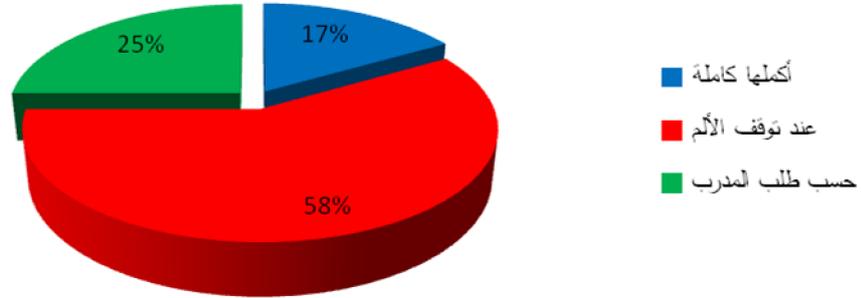
القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 15.49 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: معظم اللاعبين يملكون معلومات قليلة عن الإسعافات الأولية .

السؤال رقم (11): بعد تعرضك لإصابة هل تكمل مدة علاج الإصابة لتعود إلى جو المنافسة؟  
الغرض من السؤال: معرفة إن كان اللاعبين يكملون مدة علاج الإصابات.

جدول رقم (36): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 11.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
أكملها كاملة	6	16.66	0.05	2	10.5	5.99	دالة
عند توقف الألم	21	58.34					
حسب طلب المدرب	9	25					
المجموع	36	100					

شكل رقم (29): دائرة نسبية تمثل ان كان اللاعبين يكملون مدة علاج الاصابات



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 16.66% من اللاعبين أجابوا أنهم يكملون مدة علاج الإصابة كاملتا عند تعرضهم لإصابة في حين أن 58.34% أجابوا أنهم يعودون للمنافسة عند توقف الألم ونسبة 25% أجابوا أنهم يعودون للمنافسة حسب طلب المدرب.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 10.5 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة.

ومنه نستنتج: معظم اللاعبين بعد تعرضهم لإصابة لا يكملون مدة علاج الإصابة بل يعودون للمنافسة بعد توقف الألم مما يشكل عليهم خطرا بعودة الإصابة لهم.

## 1-2- المحور الثاني: نقص الموارد البشرية والإمكانات المادية من أسباب نقص المراقبة

### الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.

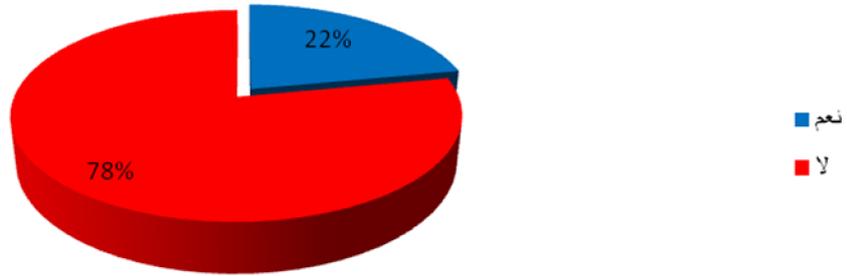
السؤال رقم (12): هل ناديتك متعاقد مع عيادة طبية؟

الغرض من السؤال: معرفة إن كان النادي متعاقد مع عيادة طبية.

جدول رقم (37): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 12.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	القرار
نعم	8	22	0.05	1	11.1	3.84	دالة
لا	28	78					
المجموع	36	100					

شكل رقم (30): دائرة نسبية تمثل ما اذا كان النادي متعاقد مع عيادة طبية.



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 78% من اللاعبين أجابوا أن النادي الرياضي غير متعاقد مع عيادة

طبية في حين أن 22% أجابوا ان ناديتهم متعاقد مع عيادة طبية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $\chi^2$  المحسوبة 11.1 وهي بذلك اكبر من  $\chi^2$  الجدولة 3.84 عند مستوى

الدلالة 0.05 = ودرجة حرية df=1 ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة.

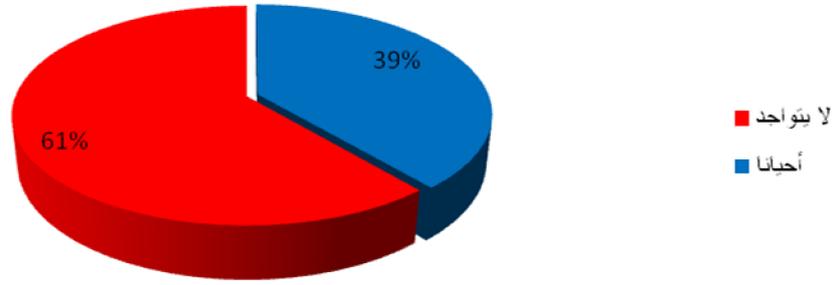
ومنه نستنتج: معظم الأندية ليسو متعاقدين مع عيادة طبية نظرا للنقص في الإمكانيات المالية لنادي

السؤال رقم (13): هل يتواجد طبيب الفريق أثناء التدريبات؟  
الغرض من السؤال: معرفة إن كان يتواجد الطبيب أثناء التدريبات.

جدول رقم (38): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 13.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	القرار
دائماً	0	0	0.05	2	20.66	5.99	دالة
أحياناً	14	38.88					
لا يتواجد	22	61.22					
المجموع	36	100					

شكل رقم (31): دائرة نسبية تمثل ما اذا كان الطبيب متواجد أثناء التدريبات

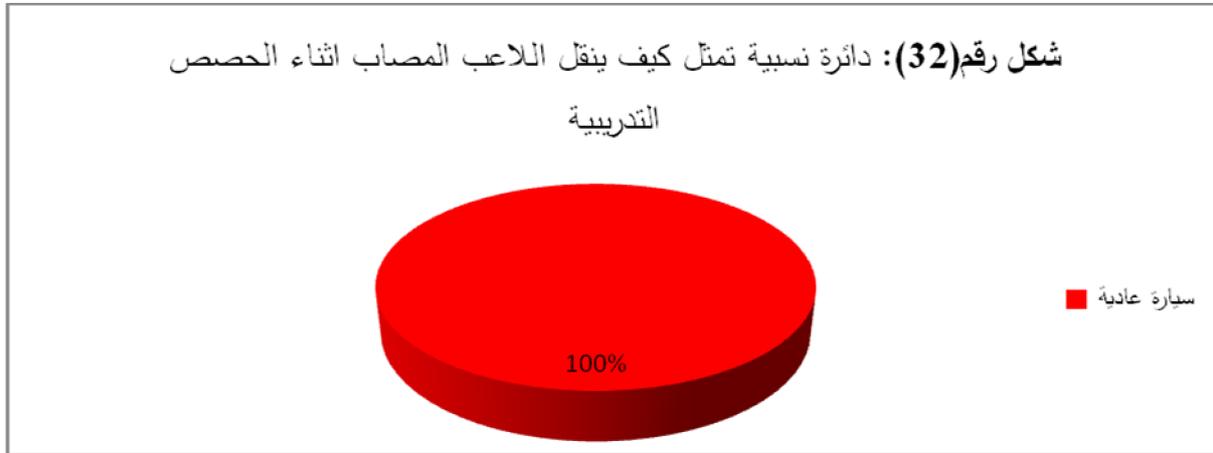


عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول نجد أن هناك إجابة منعدمة والقائلة بأنه لا يتواجد الطبيب في الحصص التدريبية بصفة دائمة في حين أن 38.88% أجابوا أنه يتواجد الطبيب من حين لآخر في الحصص التدريبية ونسبة 61.22% أجابوا انه أنه لا يتواجد الطبيب في الحصص التدريبية.  
القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $\chi^2$  المحسوبة 20.66 وهي بذلك اكبر من  $\chi^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة = 0.05 ودرجة حرية 2 df، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: أنه هناك نقص كبير للمتابعة و المراقبة الطبية للاعبين أثناء الحصص التدريبية.

السؤال رقم (14): كيف ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية؟  
 الغرض من السؤال: معرفة كيف ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية.  
 جدول رقم (39): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 14.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
سيارة إسعاف	0	0	0.05	2	72	5.99	
سيارة عادية	36	100					
وسائل أخرى	0	0					
المجموع	36	100					



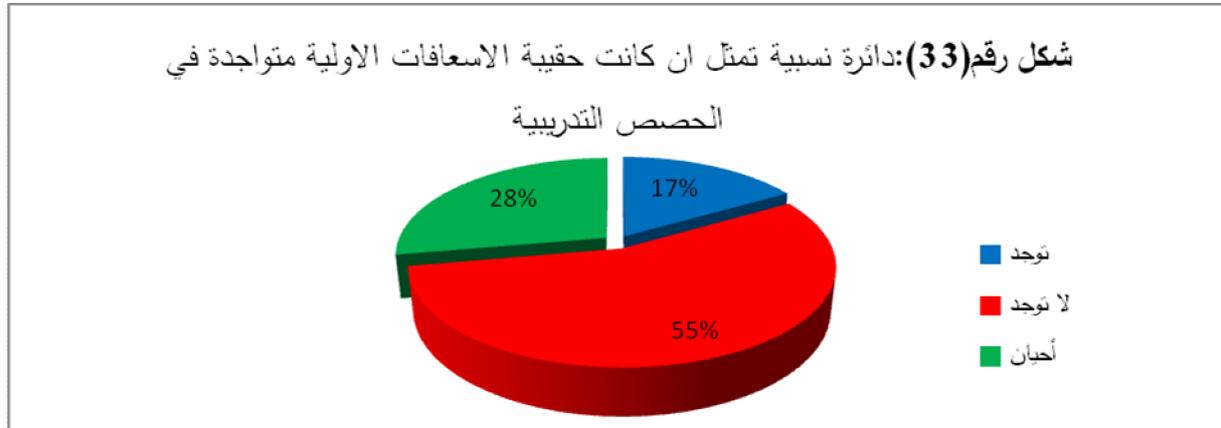
عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول نجد أن هناك إجابتان منعدمتان و القائلتان بأن اللاعب المصاب في الحصص التدريبية ا ينقل بسيارة الإسعاف او وسائل اخرى في حين أن 100% أجابوا أنه ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية بسيارة عادية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 72 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة =0.05 وبدرجة حرية 2 ، df=2 ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: أنه هناك نقص كبير في توفير وسائل نقل المصابين إلى المستشفى وهذا قد يسبب لهم تفاقم إصاباتهم وقد تسبب لهم عاهات مستديمة وتقضي بذلك على مشوار اللاعب .

السؤال رقم(15): هل توجد حقيبة الإسعافات الأولية في الحصص التدريبية؟  
 الغرض من السؤال: معرفة إن كانت تتواجد حقيبة الإسعافات الأولية في الحصص التدريبية.  
 جدول رقم (40): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم 15.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
توجد	6	16.66	0.05	2	8.66	5.99	
لا توجد	20	55.56					
أحيانا	10	27.78					
المجموع	36	100					



عرض وتحليل نتائج الجدول:

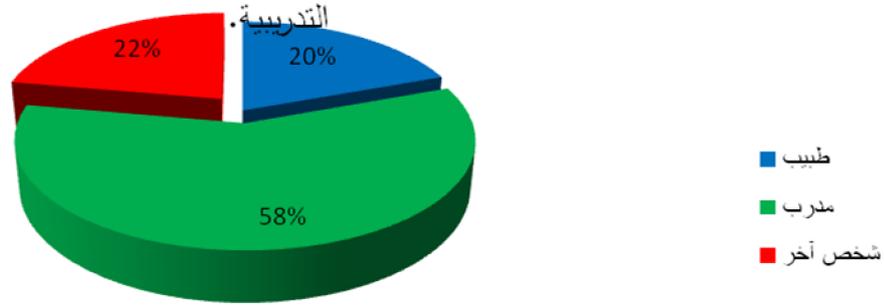
من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 16.66% من اللاعبين أجابوا ان حقيبة الإسعافات الأولية متواجدة في الحصص التدريبية في حين أن 55.56% أجابوا أن حقيبة الإسعافات الأولية غير متواجدة في الحصص التدريبية ونسبة 27.78% أجابوا انه حقيبة الإسعافات الأولية تتواجد أحيانا في الحصص التدريبية.

القرار الإحصائي: بما أن القيمة  $x^2$  المحسوبة 8.66 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة =0.05 وبدرجة حرية 2 ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: هناك تقصير من طرف المسؤولين في توفير وسائل ومستلزمات الإسعافات الأولية.

السؤال رقم(16): من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية ؟  
 الغرض من السؤال: معرفة من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية.  
 جدول رقم (41): الدراسة الإحصائية للسؤال رقم16.

الإجابة	التكرار	النسبة	مستوى الدلالة	df	$x^2_c$	$x^2_t$	القرار
طبيب	7	19.44	0.05	2	10.88	5.99	دالة
مدرب	21	58.33					
شخص آخر	8	22.22					
المجموع	36	100					

شكل رقم(34): دائرة نسبية تمثل من يتكفل باللاعب المصاب اثناء الحصص



عرض وتحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول يتضح لنا أن نسبة 19.44 % من اللاعبين أجابوا بأن الطبيب هو من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية في حين أن 58.33% أجابوا بأن المدرب هو من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية ونسبة 22.22% أجابوا بأن أشخاص آخرين مثل رئيس النادي هم من يتكفلون بهم عند الإصابة .

القرار الإحصائي: بما أن القيمة المحسوبة  $x^2$  10.88 وهي بذلك اكبر من  $x^2$  الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05 = ودرجة حرية 2 df= ، ومنه نستطيع القول بأنه توجد دلالة إحصائية كبيرة. ومنه نستنتج: يتم التكفل باللاعب المصاب في اغلب الأحيان من طرف أشخاص لهم معلومات غير كافية عن الإسعافات الأولية.

الفصل السادس

مناقشة الفرضيات

على ضوء النتائج

## التحقق من الفرضية الجزئية الأولى:

لقد افترضنا أن المراقبة الطبية الرياضية تتماشى مع الاحتياجات الطبية للاعب كرة القدم ومن تحليل نتائج الأسئلة الخاصة بالمحور الأول للمدربين من الأسئلة (01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11). واللاعبين من خلال الأسئلة (01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11) وجدنا أن الفحوص الطبية التي تجرى للاعبين غير كافية لكونها تقتصر في إجرائها إلى في بداية الموسم، ومعظم المدربين يملكون معلومات طبية قليلة عن اللاعبين وهذا يدل على أن هناك نقص لدى المدربين للمعلومات الطبية الرياضية الخاصة باللاعبين وهذا النقص يؤثر على اللاعبين ويجعلهم عرضة للعديد من المخاطر مثل الإصابات ، وأنهم لا يمتلكون دفتر صحي خاص بالماضي الطبي للاعبين وهذا يعرضهم لمضاعفات صحية، ومعظم المدربين واللاعبين لديهم معلومات قليلة في الإسعافات الأولية وعن تغذية الرياضي التي يحتاجها اللاعب، ووجدنا أن المدربين لا يأخذون المراقبة الطبية بعين الاعتبار في انتقاء لاعبي كرة القدم وفي تقنين حمل التدريب ونقص النصائح و الإرشادات التي تقدم للاعبين في مجال المراقبة الطبية الرياضية، أي أن هناك نقص كبير للمراقبة الطبية الرياضية .

فمن خلال ما توصلنا إليه نستطيع القول بان هذه النتائج جاءت على عكس الفرضية الجزئية الأولى والتي نقول بان: "المراقبة الطبية الرياضية تتماشى مع الاحتياجات الطبية للاعب كرة القدم" ومنه يمكن القول بان الفرضية الجزئية الأولى غير محققة.

## التحقق من الفرضية الجزئية الثانية:

لقد افترضنا أن معظم أندية كرة القدم تعاني من نقص في الإمكانيات المادية والموارد البشرية المساعدة على المراقبة الطبية الدورية الفعالة، حيث تم التحقق منها من خلال تحليل نتائج الاستبيان الخاص بالمحور الثاني والذي يشمل الأسئلة الدالة الموجهة للمدربين (12، 13، 14، 15، 16، 17)، والأسئلة الدالة الموجهة للاعبين (12، 13، 14، 15، 16)، وهذا ما أكده المدربون و اللاعبين من خلال أجوبتهم على الأسئلة، أن هناك إهمال كبير في توفير الأدوات والمستلزمات الطبية لدى كل نادي، وهذا راجع لنقص الجانب المادي واللامبالاة في بعض الأحيان ما نتج عنه نقص التعاقد مع الأطباء المختصين في الطب الرياضي وكذا عدم التعاقد عيادة طبية فما لاحظناه داخل هذه الأندية أنها لا تتوفر على طبيب مختص في الطب الرياضي، وإنما معظمها تتوفر فقط على طبيب عام هذا الأخير الذي نلاحظ حضوره إلا خلال المباريات وفي بعض الأحيان لا يحضر نظرا لارتباطاته المهنية.

وأیضا ما أكدت لنا صحة الفرضية، دراسة الطلبة: طيايية منير، دبابي عبد الحليم، نعمي عادل التي قاما بها تحت عنوان: "أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم لفئة الأصاغر" حيث توصلنا إلى أن معظم فرق كرة القدم لا تحتوي على قاعات للعلاج وأطباء مختصين في الوقاية و علاج الإصابات الرياضية، وأضافوا أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم، وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة للرياضيين، كذلك الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأصاغر أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

## استنتاج عام:

من خلال ما قدمناه في الجزء التطبيقي من طرح أسئلة الاستبيان وكذا سرد تحليلها التي كانت في مجمل نتائجها على أن هناك نقص كبير للمراقبة الطبية الرياضية وهذا بسبب عدم دراية المسؤولين والمدربين واللاعبين بمدى أهمية المراقبة الطبية الرياضية في المجال الرياضي وهذا راجع إلى النقص الكبير في التكوين مما انجر عنه نقص في مجال الفحوصات الطبية الرياضية الدورية التي تجرى للاعبين على مستوى الأندية التي تبقى غير كافية لأنها تجرى إلى في بداية الموسم، وعن التغذية السليمة للاعبين، وكيفية تقنين حمل التدريب، وكذا غياب الوسائل والطرق لدى المدربين في كيفية انتقاء وتوجيه اللاعبين والنقص الملحوظ للمراقبة الطبية الرياضية يؤدي إلى غياب المعلومات الطبية المتعلقة باللاعب والتي تفيد المدرب في أي مشكل طبي يمكن وقوعه.

والنقص في الإمكانيات المادية والمتمثلة في عدم توفر عيادة طبية خاصة بالأندية، سيارة إسعاف، حقيبة الإسعافات الأولية،.... الخ، والإمكانيات البشرية والمتمثلة في غياب الأطباء الأخصائيين في مجال الطب الرياضي المتعاقدين مع أندية كرة القدم نظرا لعدم وجود ميزانية خاصة بهذا المجال وهذه الأسباب أدت إلى نقص في المراقبة الطبية لدى أندية كرة القدم.

وهذا ما أنجر عنه كثرة المضاعفات الصحية لدى اللاعبين وكثرة الإصابات الرياضية خلال الحصص التدريبية والمباريات وعدم وصول اللاعبين إلى المستوى المثالي وهذا يؤدي إلى عدم تحقيق النتائج بالنسبة للأندية. وبذلك نقول أن فرضيتنا الرئيسية القائلة: "تعتبر المراقبة الطبية الرياضية عاملا مهما لنجاح واستمرار العمل الرياضي على مستوى الأندية، مازالت بعيدة كل البعد على المستوى الذي يجب أن تكون عليه على مستوى هذه الأندية، ومنه يمكن القول بان الفرضية الرئيسية لم تتحقق.

## ❖ اقتراحات مستقبلية:

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، 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 تتكفل في غياب الفحوصات الدورية رغم أهميتها.

ومنه نستخلص أن 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.

- 1- وضع مرسوم يقضي بإجبارية الفحص الطبي الدوري لكل لاعب.
- 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.
- 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.
- 6- تنظيم تزيينات خاصة بالتنوعية 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 القدم".
- 9- تنظيم ندوات خاصة بالتنوعية بأسس وقواعد الوقاية من الإصابات الرياضية والتي تخص فئة اللاعبين.
- 10- فتح مراكز جهوية للطب الرياضي تستفيد منها جميع الفرق والأصناف وإذا أمكن فتح مراكز ولائية مختصة في مجال الطب الرياضي.
- 11- إعطاء ميزانية أكبر لهذه الفرق وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي من أجل إعطائه أهميته التي يستحقها.

# الموردح



## قائمة المراجع:

### المصادر:

القرآن الكريم.

السنة النبوية.

### الكتب باللغة العربية:

1. إبراهيم شعلان، محمد عفيفي ، كرة القدم للناشئين، مركز الكتاب للنشر، مصر، د.ط، 2001
2. إبراهيم عبد المقصود، حسن الشافعي، الموسوعة العلمية للإدارة والتخطيط في المجال الرياضي، دار الوفاء الدنيا للطباعة و النشر الإسكندرية، د.ت.
3. احمد أمين فوزي: سيكولوجية الفريق الرياضي ، دار الفكر العربي، القاهرة، د.ط، 2001.
4. احمد نص الدين سيد، فسيولوجيا الرياضة، دار الفكر العربي، القاهرة مصر، د.ط، 2003م.
5. إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهر، طرق البحث العلمي و التحليل الإحصائي في المجالات التربوية و النفسية و الرياضية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر، د.ط، 2000.
6. أسامة رياض وإمام حسن محمد النجمي، الطب الرياضي و العلاج الطبيعي، مركز كتاب النشر، مصر الجديدة، الطبعة 1، 1999م.
7. أسامة رياض، الرعاية الطبية للاعبين، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط 1، د.ت.
8. أسامة رياض، الطب الرياضي وكرة اليد، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط1، 1999
9. آورت مانيل :التعلم الحركي، ترجمة، عبد علي، دار الطباعة للكتاب و النشر، مصر، د.ط، 1987 .
10. الزين محمود محمد ، سيكولوجية النمو والدافعية ، دار الكتب الجامعية ، د.ت، 1978 – 1979.
11. الزامل، محمد عبدا لرحمن، الأندية الرياضية ودورها في خدمة الشباب، الرياض، ط1، 1411هـ.
12. بهبهاني خليفة، موسوعة الإدارة في المنظمات الرياضية، مطبعة الفيصل الكويت ، ط 2004، 1.
13. جوزيف عبود كبه ، مناهج التربية ، دار منشورات عيونات ، بيروت ، لبنان، د. ط ، د.ت.
14. حامد عبد السلام زهران، علم النفس، الطفولة والمراهقة ، عالم الكتب ، القاهرة، مصر، ط 04، د.ت.
15. حسن أحمد الشافعي، التحليل الإحصائي في التربية البدنية والرياضية، دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر، الإسكندرية، د. ط، 2004.

- 16.حسن السيد أبوعبده، الإعداد المهاري للاعبين كرة القدم، 1،مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية،الإسكندرية، ط1، مصر، 2002.
- 17.حسن عبد الجواد، كرة القدم، دار العلم للملايين،بيروت، د.ط، د.ت.
- 18.حسن علي حافظ ومحمد علي الخطاب، المواصفات القانونية للملاعب والميادين والأدوات الرياضية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، د.ط، 1972.
- 19.حنفي محمود، التطبيق العملي في تدريب كرة القدم، دار الفكر العربي :القاهرة، 1995.
- 20.حياة عباد روفائيل، إصابات الملاعب وقاية إسعاف علاج طبيعي ، منشأة المعارف، الإسكندرية، د.ط، د.ت.
- 21.رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، دار هومه، الجزائر. 2002.
22. عادل علي حسن، الرياضة والقصة ، منشأة الإسكندرية، ط1، 1995.
- 23.عبد الحميد محمود الهاشمي، المرشد في علم النفس الاجتماعي، دار الشروق للنشر والتوزيع ،مصر،د.ط،2007.
- 24.عبد المجيد طاش نيازي، الاتجاهات النظرية الحديثة في دراسة المنظمات المجتمعية،المكتب الجامعي الحديث ،مصر،د.ط، 2006.
- 25.عصام الدين محمد بدوي ، آمال أميري، التطور العلمي لمفهوم الرياضة ،دار الشباب للطباعة، القاهرة
- 24.فؤاد البهى السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي ، القاهرة ،مصر، 1997.
- 26.مالك سليمان مخول ، علم النفس المراهقة والطفولة ، مطابع مؤسسة الوحدة ، دمشق، سورية ، د.ط، د.ت.
- 27.محمد حسن علاوي، سيكولوجية النمو للمربي الرياضي، القاهرة ، ط1، 1998.
- 28.محمد سلامة آدم، علم النفس الرياضي، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، د.ط، 1984.
- 29.محمد عادل رشدي، موسوعة الطب الرياضي، مؤسسة شباب الجامعة ،طرابلس، ط2، 1995.
- 30.محمد لبيب النجيجي و منير مرسى،البحث التربوي، أصوله ومناهجه، عالم الكتب، د. ط، الرباط ،1983.
- 31.محمد محمد الحماحمي، التغذية والصحة للحياة الرياضي، دار الفكر العربي ، القاهر، مصر،د.ت.
- 32.مراد عبد الفاتح،موسوعة البحث العلمي وإعداد الأبحاث والمؤلفات، القاهرة، مصر، 2000.

33.مرقت السيد يوسف: دراسات حول مشكلة الطب الرياضي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، المعمورة، 1991.

34.مصطفى غالب، سيكولوجية الطفولة والمراهقة ، مكتبة الهلال ، ط 1 ، بيروت، 1979م.

35.مصطفى كامل محمود:"الحكم العربي وقوانين كرة القدم الخماسية، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ط2، 1999.

36.مفتى إبراهيم محمد، الإعداد المهاري والخططي، دار الفكر العربي ، مدينة نصر القاهرة ،د.ط، 1998

37.نور حافظ، المراهق، دار النشر، ، بيروت، لبنان، ط2، 1990.

38.نوري الحافظ ، المراهقة ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ط02 ، 1990.

39.وفاء درويش: دراسات وتطبيقات علمية في مجال علم النفس الرياضي، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، ب.ط، 2007.

### كتب باللغة الأجنبية

40.Akramov.– sélection et préparation des jeunes footballeurs.– des publications, Alger,P.36

41.Batte (A) ,le football et devenus, meilleur,édition vigot, Paris, 1969

42.W.Heipertz , D.Bohmer, Ch.Heipertz– Hengs ,Medicine du sport, Edition Paris, 1990.

43.Weineck , Manuel D'entraînement, Vigot, Paris, 1990 .

### المذكرات

44.ثامر محسن إسماعيل موقف مجيد المولي، التمارين التطورية لكرة القدم، دار الطباعة والنشر والتوزيع، د.ط، د.ت.

45.حمداوي إبراهيم، مذكرة أهمية الفحوصات الطبية للوقاية من الإصابات الرياضية ، الجزائر 1979.

46. حنفي محمود مختار، المدير الفني في كرة القدم، دار النشر، 997م، ص187-188.

47. ابح تركي، مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984.

48.علي خليفة العنشري وآخرون ،كرة القدم،الجماهيرية العربية الليبية،د.ط1987ص(211).

عبد الرزاق ابو داود، القيادة الرياضية الميدانية، مجلة العلوم النفسية،العدد04،مصر،2005.

49.فيصل رشيد عياش الدليمي ولحمر عبد الحق،كرة القدم "؛المدرسة العليا لأساتذة التربية البدنية والرياضية ،مذكرة ليسانس، جامعة مستغانم ،1997.

50. محمد فايز ابو محمد: الأسلوب القيادي وعلاقته بتماسك الفريق، رسالة الدكتوراه، جامعة حلوان ص 29، مصر، د.ط، 2006.

51. محي الدين مختار، محاضرات علم النفس الاجتماعي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1982

### المنشورات والمجلات:

52. أحمد أبو الطيب، مقال :كيف انتقلت الرياضية من هواية إلى احتراف /الأهداف التجارية للقنوات التلفزيونية لتنافس المتعة والفرجة في كرة القدم، 2004/10/06 .

53.الجلسات الوطنية للرياضة، وزارة الشباب و الرياضة، الجزائر، 1993.

54. اللجنة التنظيمية لكأس فلسطين،جويلية1985، ع.01.

55.اللائحة الاتحادية الجزائرية لكرة القدم:"دليل تطبيقي تبسيط قوانين اللعبة"؛ مرجع سابق.

56.جريدة الرأي، ع1137 . 20 يناير 2002، ص17.

57.عبد الرزاق ابو داود: القيادة الرياضية الميدانية، مجلة العلوم النفسية، العدد04، مصر، ص2005،28.

58.مجلة الحوادث. ع118 . 23 ماي 1986م.

59 .France foot ball (N° 2495 bis) V: 05- 10-Op.cit. 2001.

# الملاحق



## جامعة خميس مليانة

معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية

### استمارة خاصة بالمدرسين

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات التربوية البدنية والرياضية تحت عنوان :

#### واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم

(دراسة ميدانية لنادية: اتحاد مزغنة، اولمبي قصر البخاري، النادي الهاوي حرييل)

نرجوا منكم ملاً الاستمارة بكل صراحة و موضوعية من اجل الوصول الى نتائج دقيقة حول موضوع دراستنا .

تقبلوا منا فائق الشكر و الاحترام والتقدير

ملاحظة : تكون الإجابة بوضع علامة (x) في الخانات.

**المحور الأول: المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع الاحتياجات الطبية لاعبي كرة القدم.**

- 1- هل تتوفر لديك معلومات طبية خاصة بلاعبيك؟  
 كافية  قليلة  غير متوفرة
- 2- هل هناك دفتر صحي خاص بالماضي الطبي الرياضي للاعبين؟  
 كل اللاعبين  بعض اللاعبين  لا يوجد
- 3- هل لديكم معلومات عن الإسعافات الأولية؟  
 ملومات كافية  نوعا ما  غير كافية
- 4- هل تراعون المراقبة الطبية في انتقاء لاعبي كرة القدم؟  
 أراعي  في بعض الأحيان  لا تراعي
- 5- هل تقومون بإجراء اختبارات تقييم اللياقة البدنية؟  
 بصفة دورية منتظمة  أحيانا  لا أقوم بها
- 6- ما هو نوع اختبارات اللياقة البدنية التي تقومون بها؟  
 القوة  التحمل الدوري التنفسي  المرونة  
 السرعة  التوافق العضلي العصبي  جميعا
- 7- هل تقوم بتحديد برنامج تدريبي حسب نتائج اختبارات اللياقة البدنية؟  
 نعم  لا
- 8- ما نوع الإصابات الأكثر حدوثا أثناء التدريب؟  
 التواء  تمزق عضلي  إصابات أخرى
- 9- هل ترى أن كثرة الإصابات تؤثر على نتائج الفريق؟  
 تأثر  نوعا ما  لا تأثر
- 10- هل لديكم معلومات عن تغذية الرياضي؟  
 كافية  قليلة  لا توجد
- 11- هل تنصحون لاعبيكم بتناول أدوية وعقاقير تساعدهم على رفع لياقتهم الفزيولوجية والبدنية؟  
 أقدم نصائح  أحيانا  لا أقدم نصائح

المحور الثاني: نقص الموارد البشرية و الإمكانيات المادية من أسباب نقص المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.

12- هل ناديكم متعاقد مع عيادة طبية لمتابعة الرياضيين؟

عامة  خاصة  لا توجد

13- هل ناديكم متعاقد مع طبيب؟

طبيب عام  طبيب مختص  لا يوجد

14- هل يوجد عمل مشترك بينكم وطبيب الفريق؟

دوما  أحيانا  لا يوجد

15- هل مسؤولي النادي يولون أهمية للمتابعة الطبية لفريقك؟

في بداية الموسم فقط  بصفة دورية  لا يولون أهمية

16- هل سيارة الإسعاف متواجدة بصفة؟

دائمة  أثناء المباراة  لا توجد

17- هل توجد حقيبة الإسعافات الأولية؟

توجد  أحيانا  لا توجد

## جامعة خميس مليانة

معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية

### استمارة خاصة باللاعبين

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات التربوية البدنية والرياضية تحت عنوان :

واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم

(دراسة ميدانية لأندية: اتحاد مزغنة، اولمبي قصر البخاري، النادي الهاوي حربيل.)

نرجوا منكم ملاً الاستمارة بكل صراحة و موضوعية من اجل الوصول الى نتائج دقيقة حول موضوع دراستنا .

تقبلوا منا فائق الشكر و الاحترام والتقدير

ملاحظة : تكون الإجابة بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة .

المحور الأول: المراقبة الطبية الرياضية للأندية تتماشى مع الاحتياجات الطبية لاعبي كرة القدم.

1- متى تقام لكم الفحوص الطبية الرياضية ؟

في بداية الموسم  في نهاية الموسم  بصفة دورية

2- هل لديكم معلومات عن تغذية الرياضي؟

كافية  قليلة  لا توجد

3- متى تتناول الماء؟

قبل التدريب  أثناء التدريب  بعد التدريب

قبل المباراة  أثناء المباراة  بعد المباراة

4- هل تقدم لكم نصائح في التغذية؟

دائما  أحيانا  لا تقدم

5- ما نوع الوجبة التي تتناولونها قبل المباراة؟

غنية بالبروتين  غنية بالكربوهيدرات  لا اعلم

6- ما هو توقيت الوجبة التي تتناولونها قبل المباراة؟

قبل ساعة  قبل ساعتين  قبل أربع ساعات

7- هل تتناول أدوية تساعدك على رفع لياقتك البدنية والفزيولوجية؟

كثيرا  قليلا  لا أتناول

8- ما هي الأسباب التي تدفع اللاعبين إلى التغيب عن الحصص التدريبية؟

التعب  المرض  الشعور بالراحة النفسية

9- هل تحدث لكم إصابات أثناء الحصص التدريبية ؟

إصابات كثيرة  قليلة  لا توجد

10- هل لديكم معلومات عن الإسعافات الأولية؟

معلومات كافية  نوعا ما  لا توجد

11- بعد تعرضك لإصابة هل تكمل مدة علاج الإصابة لتعود إلى جو المنافسة؟

أكملها كاملتا  عند توقف الألم  حسب طلب المدرب

المحور الثاني: نقص الموارد البشرية و الإمكانيات المادية من أسباب نقص المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم.

12- هل ناديتكم متعاقد مع عيادة طبية؟

نعم  لا

13- هل يتواجد طبيب الفريق أثناء التدريبات ؟

بصفة دائمة  أحيانا  لا يتواجد

14- كيف ينقل اللاعب المصاب في الحصص التدريبية؟

سيارة إسعاف  سيارة عادية  وسائل أخرى

15- هل توجد حقيبة الإسعافات الأولية في الحصص التدريبية؟

توجد  لا توجد  أحيانا

16- من يتكفل باللاعب المصاب عند إصابته في الحصص التدريبية ؟

طبيب  مدرب  شخص آخر

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة خميس مليانة  
معهد علوم وتقنيات النشاطات التربوية البدنية و الرياضية

استمارة التحكيم

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات التخرج لنيل شهادة الماستر تحت عنوان:

واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم  
(دراسة ميدانية لأندية: اتحاد مزغنة ، اولمبي قصر البخاري،النادي الرياضي الهاوي حرييل.)

يشرفنا أن نتقدم إلى أساتذتنا الكرام لقراءة استمارة الاستبيان الخاصة ببحثنا بتمعن وموضوعية وتعديل ما  
يجب تعديله من صياغة العبارات قصد الوصول به إلى صورته النهائية.  
وفي الأخير تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	التخصص	التوقيع
بن لسن محمد صالح الديبي	مستاد مساعد " "	كرة سلة ، نظريات و منهجيات التدريب الرياضي	

تحت إشراف الأستاذ:

- بناي أحمد.

من إعداد الطالبيين:

❖ عبدلي محمد.

❖ لعريبي منير.

السنة الجامعية 2013/2014.

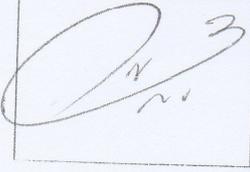
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة خميس مليانة  
معهد علوم وتقنيات النشاطات التربوية البدنية و الرياضية

### استمارة التحكيم

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات التخرج لنيل شهادة الماستر تحت عنوان:

واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم  
(دراسة ميدانية لأندية: اتحاد مزغنة ، اولمبي قصر البخاري،النادي الرياضي الهاوي حرييل.)

يشرفنا أن نتقدم إلى أساتذتنا الكرام لقراءة استمارة الاستبيان الخاصة ببحثنا بتمعن وموضوعية وتعديل ما  
يجب تعديله من صياغة العبارات قصد الوصول به إلى صورته النهائية.  
وفي الأخير تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	التخصص	التوقيع
عبدالله خاليم نور الدين	أستاذ مساعد	النشاط البدني الرياضة التربوية	

تحت إشراف الأستاذ:

- بناي أحمد.

من إعداد الطالبين:

❖ عبدلي محمد.

❖ لعريبي منير.

السنة الجامعية 2013/2014.

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة خميس مليانة  
معهد علوم وتقنيات النشاطات التربوية البدنية و الرياضية

### استمارة التحكيم

في إطار انجاز مذكرة ضمن متطلبات التخرج لنيل شهادة الماستر تحت عنوان:

واقع المراقبة الطبية الرياضية لدى أندية كرة القدم  
(دراسة ميدانية لأندية: اتحاد مزغنة ، اولمبي قصر البخاري،النادي الرياضي الهادي حرييل).

بشرفنا أن نتقدم إلى أساتذتنا الكرام لقراءة استمارة الاستبيان الخاصة ببحثنا بتمعن وموضوعية وتعديل ما  
يجب تعديله من صياغة العبارات قصد الوصول به إلى صورته النهائية.  
وفي الأخير تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	التخصص	التوقيع
سراج حسني الحاصل	دكتور	تفكير ومدرسة الرياضة البدنية	سراج حسني

تحت إشراف الأستاذ:

- بناي أحمد.

من إعداد الطالبين:

\* عبدلي محمد.

\* نعربي منير.

السنة الجامعية 2013/2014.



خميس مليانة: 27/04/2014

الرقم: 13/م ع ت ن ب ر ج خ م / 2014

إلى السيد: رئيس نادي أ.و.ك.م.س.ه  
قسم النشاطات البدنية (C.S.A-O.C.B)

### الموضوع: تسهيل مهمة

يشرفنا أن نطلب منكم تسهيل مهمة الطالبين :

الاسم واللقب : ..احمد بيبي... هنيئ... رقم تسجيل : ..11.0.32.1.1.0.23

الاسم واللقب : ..عبد الله... محمد... رقم التسجيل : ..4.4.32.1.1.0.28

وذلك للإطلاع على الكتب والمذكرات الموجودة بالمكتبة التابعة لكم، والقيام بدراسة ميدانية مع التلاميذ وتقديم استمارات استبيان.

والذي يندرج ضمن انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة : ..ما.م.س.ه... في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



رئيس القسم

السيد: بوطيب محمد

أ.ملوك كمال





خميس مليانة 2014/04/27

الرقم: 1.1.1.3 م ع ت ن ب ر ج خ م / 2014

إلى السيد: رئيس قسم النشاط الرياضي  
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

### الموضوع: تسهيل مهمة

يشرفنا أن نطاب منكم تسهيل مهمة الطالبين :

الاسم واللقب : الحاج جبير بن بدير ..... رقم تسجيل : 4432.12.40.23

الاسم واللقب : عبدية بوعصب ..... رقم التسجيل : 4432.12.40.28

وذلك للإطلاع على الكتب والمذكرات الموجودة بالمكتبة التابعة لكم، والقيام بدراسة ميدانية مع التلاميذ وتقديم استمارات استبيان.

والذي يندرج ضمن انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة : ماجستير في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تقبلوا منا اسمى عبارات التقدير والاحترام

رئيس القسم

مكلف رئيس قسم النشاط الرياضي

أ.ملوك كمال





خميس مليانة 27/04/2014

الرقم: 1.1.3.م ع ت ن ب ر ج خ م / 2014

إلى السيد: رئيس النادي الرياضي  
جويل

### الموضوع: تسهيل مهمة

بشرفنا أن نطلب منكم تسهيل مهمة الطالبين:

الاسم واللقب: ..الحمر... هسي... رقم تسجيل: 1.4.32.12.40.23

الاسم واللقب: ...عبد... رقم التسجيل: 1.4.32.12.40.28

وذلك للإطلاع على الكتب والمذكرات الموجودة بالمكتبة التابعة لكم، والقيام بدراسة ميدانية مع التلاميذ وتقديم استمارات استبيان.

والذي يندرج ضمن انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة: ماجستير في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تقبلوا منا اسمى عبارات التقدير والاحترام

رئيس القسم

رئيس قسم النشاط الرياضي  
ملوك كمال



04 MAI 2014

