جامعة آكلي محند أولحاج البويرة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الليسانس في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

لتخصص: التدريب الرياضي

لموضوع:

واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى

–دراسة ميدانية لأندية ولاية الجزائر–

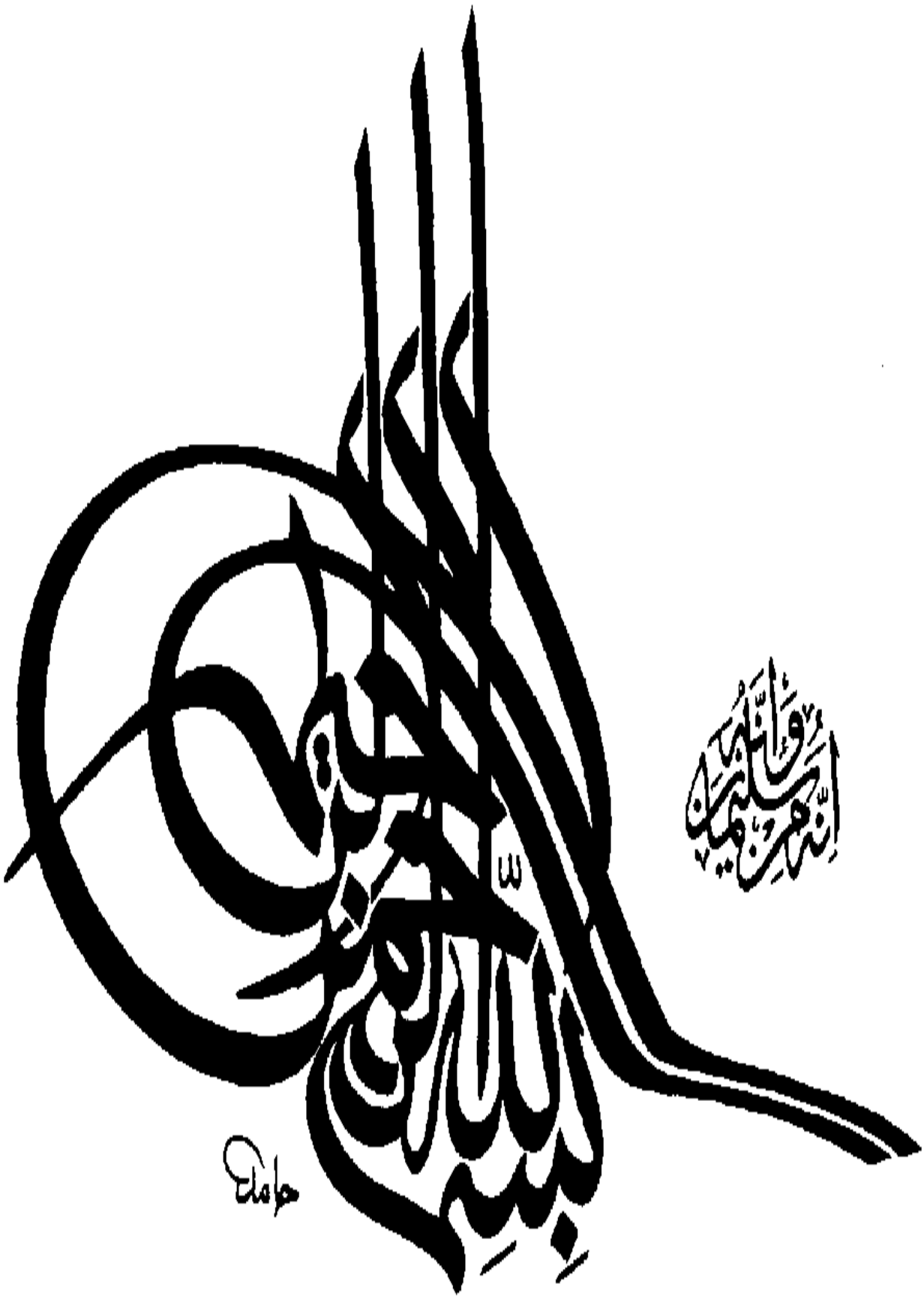
– إعداد الطلبة:

- **قويقح نسرين**
- **مخزوم وردة**

– إشراف الأستاذ:

- *** حاج أحمد مراد**

السنة الجامعية: 2014/2013


بسم الله الرحمن الرحيم
إنه من سليمان وإنه

((يرْفَــعْ اللَّهُ الَّــذِينَ آمَنُــوا مِــنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ))

صدق الله العظيم

سورة المجادلة : أية 11

شكر وتقدير

نحمد الله حمد الشاكرين ونثني عليه ثناء الذاكرين أن وفقنا وسدد خطانا لإتمام هذا الجهد المتواضع.

وقد قال عز وجل:

{وَمَن يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ وَمَن كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ }

سورة يوسف الآية: 12

وعملا بقوله صلى الله عليه وسلم : **{ من لم يشكر الناس لم يشكر الله}.**

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

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

نتقدم بالشكر والعرفان للأستاذ الفاضل حاج أحمد مراد المشرف على بحثنا والذي لم يتوان بتقديم توجيهاته القيمة وإرشاداته ونصائحه الهامة.

كما لا ننسى أن نشكر كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد من أهل وإخوان وزملاء، وخاصة أساتذة العلم الذين زودونا بما نحتاجه من رصيد وهذا خلال الفترة الجامعية، وخاصة الأستاذ ميهوبي رضوان والأستاذ بوغربي محمد اللذان لم يبخلا علينا بنصائحهما ومعلوماتهما، والأستاذ عبورة رابح الذي كان معنا وأعطانا الكثير من وقته.

كما لا ننسى أن نخص بالذكر طاقم مكتبة جامعة البويرة وجامعة بومرداس والجزائر.

وإن كنا عاجزين عن شكر الجميع فعند الله خير الجزاء وأوفره.

- ✓ **نسرين.**
- ✓ **وردة.**

إهداء

الحمد لله الذي بعونه تتم الصالحات والصلاة والسلام على رسوله الكريم سيدنا وحبيبنا محمد عليه أزكى الصلاة وأفضل التسليم (ص) وعلى آله وصحبه أجمعين أما بعد: قال تعالى:

(وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرا). الإسراء:الآية:24

ومن قال فيهما رسول الله صلى الله عليه وسلم: "رضا الله في رضاهما وسخط الله في سخطهما" – نسأل الله رضاهما.

إليك يا من صبرت صبراً كبيراً و لم تمل، إليك يا من بفضلك عرفت الأمل سيبقى فضلك علي ما بقي الأزل، لك أمي الحبيبة أهدي هذا العمل.

إليك يا من ربّانا وعلمنا ولم يكل إليك يا من أدّبنا وأعدّنا ضد الفشل

إليك يا اهل الفخر يا أعلى مثل لك أبي العزيز أهدي هذا العمل,

*إلى أختي الغالية ريم وإلى إخوتي "رامي ونبيل".

*إلى إخوتي الذين لم تلدهم أمي: "لامية، فتيحة وزوجها شاكر، فريد، أمين، لوناس، مصطفى، سعيد وزوجته حكيمة".

* إلى أستاذي الفاضل بوغربي محمد الذي كان أستاذي في الثانوي ولا يزال حتى اليوم، وسيظل كذلك للأبد,

*إلى رفيقتي في هذا الدرب وردة وإلى كل الأصدقاء:" لبنى، شهرزاد، فاطمة، أميرة، أمينة، كلثوم، عبد النور، أسامة، حسني، سليم، فريد، الحراشي، رضا، حكيم، سيد أحمد، رامي، جبرائيل".

*إلى كل من درس في الفوج الثالث.

*إليك محمد، سليم، وإلى كل من ساعدني في هذا البحث من قريب أو من بعيد.

*إلى إبن عمي "صالح" ، وابنتي عمي "أمينة وهدى" وإلى جميع العائلات التي تحمل لقب "قويقح" و"كريم" وإلى الأهل والأقارب .

*كما أهدي عملي هذا إلى كل من عرف هذا العبد المتواضع من قريب أو بعيد.

إلى كل من هم في ذاكرتي ولم تسعهم مذكرتي

إلى كل من نساهم قلمي ولم ينساهم قلبي

إلى كل من قرأ هذا الإهداء

نسرين

الصلاة والسلام على أشرف المرسلين إلى صحبة أجمعين أما بعد أبدأ كلامي بالتحية وتحية الإسلام السلام فالسلام عليكم ورحمة الله وبركاته نحمد الله تعالى على نعمة إتمام هذا العمل.

أهدي هذا العمل إلى الشموع التي احترقت لتنير دربي إلى كل من علمني حرفا
إلى من وقف بجانبي بحبه وحنانه في فرحتي وفي حزني
إلى روح أغلى إنسان على قلبي والذي لطالما انتظر هذا اليوم بفارغ الصبر لكن رحل دون أن يشاركني فرحتي إلى أبي الغالي رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه.
إلى أسمى ما في الوجود وأحن شخص عرفته البشرية إلى التي الجنة تحت قدميها إليك أمي الحبيبة حفظك الله ورعاك من كل مصيبة .
إلى أخواتي: سامية التي هي بمثابة أمي الثانية وإلى زوجها الكريم والكتكوتين ملاك وشمس الدين،إلى هانية وزوجها العزيز إلى الغالية لامية.
إلى إخواني إلى يونس، مزيان ويوسف، دون أن أنسى فلايليس ماماه رعاه الله وحفظه.وإلى باقي أفراد العائلة كل باسمه والقائمة طويلة وإلى كل من يحمل لقب مخزوم مع بعض الإستثناءات.
إلى خالاتي وخلاني وأبنائهم وبناتهم كل باسمه وبالأخص ابن خالي فوزي
أهدي هذا العمل إلى صديقتي وشريكتي في البحث محبة الهمزة إليك نسرين.وإلى كل عائلتك.إلى والديك الفاضلين وإلى ريمة،رامي ونبيل.
إلى صديقات الطفولة: كلثوم، حكيمة، شابحة، ريمة، نورية، إيمان، ليديا،تسعديت
إلى زملائي الذين جمعتني بهم الأيام السعيدة منها والتعيسة اهديهم جميعا عملي هذا المتواضع: حكيم، عبد النور، سفيان، سليم، حسني، اسماعيل، أسامة، جبرائيل، رضا، عمر،فريد، ياسين، وهاب، وعبد القادر.
إلى زميلاتي فاطمة ،أمينة ،أميرة ،شهرزاد، لبنى.إلهام.إلى فريق الكرة الطائرة في الإقامة وعلى رأسهم المدرب رشيد
إلى أساتذة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية والطاقم العامل في المكتبة. إلى كل من له مكانة في قلبي ولم يذكره قلمي

وردة

محتوى البحث

الموضوع	الصفحة
- بسملة.	أ
- الآية القرآنية.	ب
- شكر وتقدير.	ت
- إهداء.	ث- ج
- محتوى البحث.	ح-خ-د-ذ-ر
- قائمة الجداول.	ز-س-ش
- قائمة الأشكال.	ص-ض-ط
- ملخص البحث.	ظ
- مقدمة.	ع
مدخل عام: التعريف بالبحث.	
1- الإشكالية.	02
2- الفرضيات.	03
3- أسباب اختيار البحث.	03
4- أهمية البحث.	03
5- أهداف البحث.	03
6- الدراسات المرتبطة بالبحث.	07-03
7- تحديد المصطلحات والمفاهيم.	08-07
- خلاصة	09
الجانب النظري	
الفصل الأول: الطب الرياضي.	
- تمهيد.	12
1-1-تعريف الطب الرياضي.	13
1-2- لمحة تاريخية حول الطب الرياضي.	13
1-2-1- الطب الرياضي عموما.	13
1-2-2- الطب الرياضي في الجزائر.	14
1-3- أنواع الطب الرياضي.	15

1-3-1- الطب الرياضي التقييمي.	15
1-3-2- الطب الرياضي التوجيهي.	15
1-3-3-الطب الرياضي الوقائي.	15
1-3-4- الطب الرياضي العلاجي.	16
1-3-5- الطب الرياضي التأهيلي.	16
1-4- بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث.	16
1-5- أهداف الطب الرياضي.	16
1-6- مهام الطب الرياضي.	17
1-6-1- فحص معقد.	17
1-6-2- فحص ديناميكي.	17
1-7- خصائص الطب الرياضي.	18
1-7-3- الصحة العامة في مجال الرياضة.	18
1-7-4- الطب الرياضي العلاجي والتأهيلي.	18
1-8- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي.	18
1-9- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي.	19
1-10- مجالات الطب الرياضي.	19
1-11- واجبات الطب الرياضي.	20-19
1-12- فريق الطب الرياضي.	21-20
1-12-1- طبيب الفريق الرياضي.	24-21
- خلاصة.	25
الفصل الثاني: المراقبة الطبية.	
- تمهيد.	27
2-1- مفهوم المراقبة الطبية.	28
2-2- مهام المراقبة الطبية.	28
2-3- مفهوم الفحص الطبي الدوري.	28
2-4- أهمية الفحص الطبي الدوري.	28
2-5- الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية.	30-29
2-6- استمارة للتقييم الطبي الفسيولوجي.	30

2-6-1- قسم الفحوص الطبية العامة.	32-30
2-6-2- الفحوصات الفيزيولوجية.	32
2-6-3- الفحوصات البدنية الخارجية (المورفولوجية).	32
2-6-4- الفحوصات المعملية.	33-32
2-6-5- بيانات بدرجة اللياقة البدنية للاعب ألعاب القوى.	33
2-6-6- فحوصات تخطيط العضلات.	33
2-7- مسؤولية أخصائي الطب الرياضي.	33
2-7-1- الإختبارات الصحية للرياضيين.	33
2-7-2 الإختبارات النفسية.	34
2-7-3- الإختبارات الفيسيولوجية.	34
2-7-4- الإختبارات التشريحية والبدنية.	34
2-7-5- الإهتمام بالتغذية.	35-34
2-8- إلمام المدرب بعلوم الطب الرياضي.	36-35
2-9- دور المدرب الرياضي في الوقاية من الإصابات الرياضية.	37-36
- خلاصة.	38
الفصل الثالث: ألعاب القوى.	
تمهيد.	40
3-1- تعريف ألعاب القوى.	41
3-2- نبذة تاريخية عن نشأة ألعاب القوى.	42-41
3-3- التطور التاريخي لألعاب القوى.	43-42
3-4- أهمية ألعاب القوى.	43
3-5- المواصفات وقياسات الميدان.	43
3-5-1- مسابقات الجري والمضمار.	46-43
3-5-2- سباقات الميدان (الوثب، القفز، الرمي والقذف).	48-46
3-5-3- سباق المشي.	49-48
3-5-4- المسابقات الحركية.	49
3-6- الإعداد لمسابقات الميدان والمضمار.	50-49
3-7- القانون الدولي لألعاب القوى.	50

3-7-1- الإداريون والحكام وواجباتهم.	51-50
3-7-2- قواعد المسابقات.	52-51
خلاصة.	53
الجانب التطبيقي.	
الفصل الرابع: منهجية البحث وإجراءاته الميدانية.	
- تمهيد.	56
4-1- الدراسة الإستطلاعية.	57
4-2- المنهج العلمي المتبع.	57
4-3- متغيرات البحث.	58
4-4- مجتمع البحث.	58
4-5- عينة البحث وكيفية اختيارها.	59
4-6- مجالات البحث.	60-59
4-7- الأدوات المستعملة في البحث.	60
4-7-2- المصادر والمراجع.	60
4-7-2- الإستبيان.	62 -60
4-7-2- الوسائل الإحصائية.	64-62
- خلاصة.	65
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج.	
تمهيد.	67
5-1- تحليل النتائج.	68
5-1-1 تحليل نتائج الإستبيان الموجه للمدربين.	85-68
5-1-2- تحليل نتائج الإستبيان الموجه للرياضيين.	103-85
5-2- مناقشة ومقارنة النتائج بالفرضيات.	109-103
خلاصة.	110
الإستنتاج العام.	111
الخاتمة.	112
اقتراحات وفروض مستقبلية.	113
البيبليوغرافية.	118-115

الملاحق
الملحق 01
الملحق 02

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
رقم 01	يوضح مسافات السباقات في البطولات الدولية.	46
رقم 02	يمثل النتائج المتعلقة بإجابات المدربين عن توفر عيادة طبية في ناديهم.	68
رقم 03	يمثل نتائج إجابات المدربين عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.	69
رقم 04	متعلق بنتائج إجابات المدربين عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.	70
رقم 05	يمثل نتائج إجابات المدربين عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.	70
رقم 06	يمثل نتائج إجابات المدربين عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.	71
رقم 07	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.	72
رقم 08	يمثل نتائج إجابات المدربين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية العاب القوى.	73
رقم 09	يتعلق بنتائج إجابات المدربين عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.	74
رقم 10	يمثل نتائج إجابات المدربين عن ما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.	74
رقم 11	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.	75
رقم 12	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض إثناء التدريبات.	76
رقم13	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.	77
رقم 14	يمثل نتائج إجابات المدربين عما إذا سبق وتعرض اللاعبون للإصابات أثناء الحصص التدريبية.	77
رقم 15	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.	78
رقم 16	يمثل نتائج إجابات المدربين عما إذا كانت تقام فحوصات طبية دورية للاعبين.	79
رقم 17	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة.	80
رقم 18	يمثل نتائج إجابات المدربين حول إذا ما يتم إعطاء اللاعبين مبادئ حول المراقبة الطبية.	81

رقم 19	يمثل نتائج إجابات المدربين عن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم.	82
رقم 20	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.	83
رقم 21	يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان يتم إشراك اللاعب في المنافسة إن أصيب بإصابة غير بليغة.	84
رقم 22	يمثل نتائج إجابات المدربين حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.	84
رقم 23	يمثل النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر ناديهم على عيادة طبية.	86
رقم 24	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.	87
رقم 25	متعلق بنتائج إجابات اللاعبين عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.	87
رقم 26	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.	88
رقم 27	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.	89
رقم 28	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.	90
رقم 29	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية العاب القوى.	90
رقم 30	يتعلق بنتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.	91
رقم 31	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن عما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.	92
رقم 32	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.	93
رقم 33	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض إثناء التدريبات.	94
رقم 34	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.	94
رقم 35	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عما إذا سبق وتعرضوا لإصابات أثناء الحصص التدريبية.	95
رقم 36	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.	96
رقم 37	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عما إذا تقام لهم فحوصات طبية دورية.	97

رقم 38	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا تقدم لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة.	98
رقم 39	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عما إذا يتم إعطائهم حول مبادئ المراقبة الطبية.	99
رقم 40	يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن سبب عدم تكفلهم بإصاباتهم.	100
رقم 41	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول إذا ما كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.	100
رقم 42	يمثل نتائج إجابات اللاعبين في حالة الإصابة،إذا يتم إشراكه في المنافسة.	101
رقم 43	يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.	102
رقم 44	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين.	104-103
رقم 45	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين.	104
رقم 46	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين.	105
رقم 47	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين.	106
رقم 48	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين.	107
رقم 49	الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين.	107
رقم 50	نتائج صحة الفرضيات.	109

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
رقم 01	مخطط مسابقات ألعاب القوى.	49
رقم 02	تمثيل نسبي لنتائج المتعلقة بإجابات المدربين عن توفر عيادة طبية في ناديهم.	68
رقم 03	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.	69
رقم 04	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.	70
رقم 05	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.	71
رقم 06	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.	71
رقم 07	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.	72
رقم 08	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية العاب القوى.	73
رقم 09	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.	74
رقم 10	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن ما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.	75
رقم 11	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.	75
رقم 12	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.	76
رقم13	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.	77
رقم 14	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عما إذا سبق وتعرض اللاعبون للإصابات أثناء الحصص التدريبية.	78
رقم 15	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.	79
رقم 16	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عما إذا كانت تقام فحوصات طبية دورية للاعبين.	79

رقم 17	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ما إذا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة.	**80**
رقم 18	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول إذا ما يتم إعطاء اللاعبين مبادئ حول المراقبة الطبية.	**81**
رقم 19	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين عن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم.	**82**
رقم 20	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.	**83**
رقم 21	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان يتم إشراك اللاعب في المنافسة إن أصيب بإصابة غير بليغة.	**84**
رقم 22	تمثيل نسبي لنتائج إجابات المدربين حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.	**85**
رقم 23	تمثيل نسبي لنتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر ناديهم على عيادة طبية.	**86**
رقم 24	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.	**87**
رقم 25	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.	**88**
رقم 26	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.	**88**
رقم 27	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.	**89**
رقم 28	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.	**90**
رقم 29	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.	**91**
رقم 30	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.	**92**
رقم 31	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن عما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.	**92**
رقم 32	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.	**93**
رقم 33	**تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.**	**94**

رقم 34	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.	**95**
رقم 35	تمثيل نسبي لنتائج نتائج إجابات اللاعبين عما إذا سبق وتعرضوا لإصابات أثناء الحصص التدريبية.	**95**
رقم 36	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.	**96**
رقم 37	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عما إذا تقام لهم فحوصات طبية دورية.	**97**
رقم 38	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا تقدم لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة.	**98**
رقم 39	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عما إذا يتم إعطائهم حول مبادئ المراقبة الطبية.	**99**
رقم 40	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين عن سبب عدم تكفلهم بإصاباتهم.	**100**
رقم 41	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول إذا ما كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.	**101**
رقم 42	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين في حالة الإصابة،إذا يتم إشراكه في المنافسة.	**102**
رقم 43	تمثيل نسبي لنتائج إجابات اللاعبين حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.	**102**

ملخص البحث

واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى

إعداد: قويقح نسرين / مخزوم وردة

إشراف الأستاذ: حاج أحمد مراد

استهدفت هذه الدراسة واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى من خلال التعرف على أهم العناصر المكونة للمراقبة الطبية ميدانيا، وكذا معرفة تأثير هذا الواقع على مستوى أداء رياضيي هذه الأندية.

نهدف من خلال دراسة هذا الموضوع إلى تسليط الضوء على واقع المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى، وكذا معرفة تأثير نقص الإمكانيات المادية والموارد البشرية على هذا الواقع وعلى مستوى أداء رياضيي هذه الأندية، إضافة إلى معرفة نتائج عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية بالنسبة لمستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

شملت عينة البحث على 20 مدربا و30 لاعبا ممن شاركوا في إحدى المنافسات الرسمية التي أجريت لأندية الجزائر العاصمة وذلك يوم 29 مارس في ملعب 5 جويلية بالجزائر العاصمة، واعتمدنا على المنهج الوصفي من خلال استعمال الإستبيان كأداة لدراسة بحثنا هذا الذي يتكون من ثلاث محاور رئيسية، تم استخدام النسب المئوية و كا^2 لتحليل ما تم جمعه من معلومات، ومن خلال تحليلنا لنتائج بحثنا هذا توصلنا إلى أن لغياب المراقبة الطبية أثر سلبي على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

وهذا ما يؤدي بنا للقول بأن لواقع المراقبة الطبية علاقة بمستوى أداء رياضيي ألعاب القوى، كما خرجنا من كل هذا بمجموعة من الإقتراحات والتي نأمل أن تكون بناءة وتعمل على المساعدة في ترقية المستوى العلمي والتي يمكن حصرها فيما يلي:

- ❖ تكوين طاقم طبي متكون من ذوي الإختصاص في الطب الرياضي خاص بكل فريق، للتدخل في أي نوع من الإصابات سواء أثناء التدريب أو المباراة.
- ❖ توفير العتاد الرياضي اللازم والمناسب لممارسة رياضة سليمة لتفادي الإصابات وحماية المنشآت ومراقبتها، بتوفير قواعد الأمن للممارسين.
- ❖ احترام أسس ومبادئ المراقبة الطبية من خلال اجراء دورات تكوينية للمدربين في مجال الطب الرياضي والإسعافات، خاصة في حالة عدم توفر أخصائيين.

و كفروض مستقبلية نقترح دراسة الجانب الوقائي والرعاية الطبية للفئة النسوية في رياضة ألعاب القوى، وكذا الفئات الصغرى (أصاغر وأشبال)، والتي لاحظنا أنها مهملة خاصة في الأندية متدنية المستوى وذلك لأن ميزانيتها تكون محدودة مما أدى إلى نقص الإهتمام والرعاية الصحية لهذه الفرق، إضافة إلى إجراء دراسات وبحوث أكثر حول المجال الطبي في ألعاب القوى والرياضات الفردية، والتي أصبحت مهمشة مقارنة بالرياضات الجماعية.

الكلمات الدالة: المراقبة الطبية، مستوى الأداء، ألعاب القوى.

مقدمة:

إن البشرية قديما وحديثا أعطت الإنسان أهمية كبرى لأنه خليفة الله في الأرض، لذلك كان الإنسان ولا يزال جوهرة هذا الكون وسر وجوده، فالجسم البشري هو عطاء من الخالق يجب العناية به لتحقيق الأغراض والأهداف التي وجد لها في هذه الحياة، لذا اهتمت الدراسات العلمية والأدبية منذ سالف العصور بالمواضيع الصحية بشكل عام والجسم البشري بشكل خاص موقنين بأن العقل السليم في الجسم السليم، لذا حاولت اختراع واكتشاف العلاجات التي تخفف من وطأة المرض، وتطيل العمر وتحقق السعادة الدائمة، وعلى هذا الأساس كل فرد معني بصحته والإهتمام بها لقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "الوقاية خير من العلاج".

وقد أصبحت المراقبة الطبية في الآونة الأخيرة تحتل مكانة محورية في المنظومة الرياضية العالمية فالوصول إلى الكمال في الأداء الرياضي يتطلب متابعة دقيقة ومستمرة للممارس، كما أنها تعتبر إحدى واجبات المسيرين ورؤساء الفرق، لذا عليهم أن يحافظوا على صحة وسلامة لاعبيهم، ووقايتهم من كل أسباب الحوادث التي قد تترتب عليها نتائج مزمنة وذات تأثير مؤكد في تدني مستوى أداء اللاعبين، بشتى الطرق والوسائل وكذا معرفة أسباب غياب المتابعة والمراقبة الطبية الخاصة باللاعبين في الميادين الرياضية.

ولذا ارتأينا الإهتمام بالمراقبة الطبية والطب الرياضي الذي يقول عنه الدكتور جوكل بزار علي :" الطب الرياضي له دور مؤثر في المجال الرياضي، لذا أصبح من الضروري اطلاع الطلبة في الكليات وأقسام التربية الرياضية على مبادئ وأسس الطب الرياضي ودراسة هذا التخصص المهم وعلاقته بالعلوم الرياضية الأخرى".[1]

وعلما أن رياضة ألعاب القوى تحظى بشعبية كبيرة في كلا المستويين المحلي والعالمي، فقد تعانقت كل الجهود والخبرات العلمية نحو تطوير مستوى أداء ممارسي هذه الرياضة، وما نراه الآن هو الإرتفاع المستمر في مستوى أداء الفرق الرياضية يوما بعد يوم حيث أصبح هذا الأخير يتميز بدرجة عالية من الإتقان والمهارة، ولكي نحقق هذا المستوى العالي أو نلحق به ونسايره وجب علينا معرفة الطريق الصحيح وتحديد الوسائل والمحتوى المناسب وفقا لما تتطلبه هذه الرياضة، وعلى ضوء ذلك توجب أن يتم إعداد اللاعب منذ الصغر بالكم والكيف اللذان يؤهلانه لأن يكون رياضيا ذو كفاءة عالية تمكنه من الوصول إلى الإنجاز الأمثل ليصل بذلك إلى أعلى المستويات وأرقاها ومن هذا المنطلق ارتأينا أن نتطرق في دراستنا هذه إلى الإطلاع على واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى حيث قسمنا البحث إلى جانبين نظري وتطبيقي، فتناول الجانب النظري ثلاثة فصول، الأول تحدث عن الطب الرياضي فمن غير الممكن التطرق إلى المراقبة الطبية دون التطرق للطب الرياضي عموما فذكرنا كل من تعريفه ونشأته وأنواعه وبعض من جوانبه وكذا خصائصه ومجالاته، وفي الفصل الثاني تطرقنا إلى المراقبة الطبية حيث تناولنا مفهومها ومهامها وأهميتها وما إلى ذلك مما يخصها، أما الثالث فقد كان يتناول رياضة ألعاب القوى بكل نواحيها وجوانبها من تعاريف ونشأة وأهمية ومواصفات هذه الرياضة إضافة إلى بعض من فعالياتها المتعددة وقوانينها. في حين تناولنا في الجانب التطبيقي فصلين، الأول ذكرنا فيه الإجراءات الميدانية والمنهج المتبع، عينة البحث، والوسائل المستخدمة بالبحث..، أما الثاني فقد تناول عرض وتحليل ومناقشة النتائج، ومقارنتها بالفرضيات.

1- بزار علي جوكل.ـ **مبادئ وأساسيات الطب الرياضي.ـ** ط2، دار دجلة: الأردن، 2009.ـ ص03.

مدخل

عام

1- الإشكالية:

تزايد الإهتمام بمزاولة الرياضة والأنشطة البدنية باعتبارها من الوسائل الضرورية في تحقيق التنمية في المجالات كافة وصولا إلى إعداد الطاقات البشرية وتوظيفها في مجـالات العمل والبناء والإنتاج والدفاع عن الوطن، ويرتبط ذلك بتطوير مستوى الأداء وترقيته، وكذا الجوانب الصحية لدى فئات المجتمع كافة من خلال إفساح المجال للجماهير لإشباع رغباتها لمزاولة مختلف الأنشطة الحركية والبدنية، وبقدر ما يعتمد تحقيق شعار الرياضة الجماهيرية على توفير الوسائل والإمكانات الكفيلة بمساعدة أفراد المجتمع وتشجيعهم على مزاولة الرياضة فإنه يعتمد أيضا على إيجاد السبل التي تسهم في تعميق الوعي العلمي.[1]

وباعتبار أن الرياضة إحدى وسائل تطوير الصحة العامة للإنسان، وممارستها في أغلب الأحوال عاملا علاجيا نافعا في كثير من الأحيان،[2] إلا أن ممارستها بدون الوعي الصحي والمعرفة الصادقة للمعلومات الصحية العلمية المتعلقة بالتعرف على جميع العوامل التي تؤثر على صحة الإنسان بصورة ضارة ومخالفة للهدف المنشود، فالرياضي يتعرض لحالات المرض المختلفة مما يحول دون تحقيقه لأهم مبادئ التدريب الرياضي المعروف باستمرارية التدريب وما يتبع ذلك من عدم تحقيق الرياضي للكم التدريبي للمراحل النسبية المختلفة وهذا في حد ذاته يعتبر أهم أسس تحقيق المستويات العالية.[3]

وبالموازاة مع تطور المجال الرياضي فقد شهد ميدان الطب الرياضي والمراقبة الطبية انتعاشا ملحوظا، وبالرغم من ذلك فإن الرياضيين أو اللاعبين الممارسين لأي نشاط بدني لا يزالون يعانون من عدة نقائص في هذا المجال خاصة في ظل تواجد عدة مواهب في جميع الرياضات، ونخص بالذكر رياضيي ألعاب القوى أو ما تسمى بألعاب الساحة والميدان وعروسة الألعاب الأولمبية والتي تعتبر جزءا مهم وراسخ من الرياضات البدنية والرياضات عموما،[4]وهي تحتل مكانة هامة في جدول الأوسمة حيث يبلغ رصيدها أعلى من جميع الفعاليات الرياضية الأخرى، لذا فإن لها الدور الكبير في تسلسل الدول في النتيجة العامة في الدورات الأولمبية والقارية والإقليمية.

ونظرا لهذه المكانة التي تحتلها هذه الرياضة فلا بد من أن تحاط بالرعاية والعناية وأن توفر لها شتى الوسائل التي تضمن صحة وسلامة رياضييها مما أعطى أهمية للمراقبة الطبية في هذا المجال.

ومن هنا نطرح التساؤل العام التالي:

- ❖ هل لواقع المراقبة الطبية أثر سلبي على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى؟

التساؤلات الفرعية:

- ❖ هل لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى علاقة بالإمكانيات المادية المتوفرة؟
- ❖ هل لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى علاقة بالموارد البشرية المتوفرة؟

1- د/علي بشير الفاندي، هلال عبد الرزاق شوكت.ـ **علم وظائف الآعضاء واللياقة البدنية.ـ** ط1.ـ منشورات جامعة السابع من أبريل: 1997.ـ ص5.

2- د/ السيد الجميلي.ـ **الطب والرياضة.ـ** ط1، مركز الكتاب للنشر: مصر، 1998.ـ ص7.

3- د/ علاء الدين عليوه.ـ **الصحة في المجال الرياضي.ـ** منشأة المعارف بالإسكندرية: مصر،1998.ـ ص3.

4- د/ شبيب نعمان السعدون.ـ **موسوعة ألعاب القوى العالمية.ـ** دار البارودي العلمية للنشر والتوزيع: مصر، 2003.ـ ص23.

- ❖ هل احترام مبادئ المراقبة الطبية يؤثر على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى؟

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية الرئيسية :

- ❖ لغياب المراقبة الطبية أثر سلبي على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

الفرضيات الجزئية :

- ❖ نقص الإمكانيات المادية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.
- ❖ نقص الموارد البشرية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.
- ❖ عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية يؤثر سلبا على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

3- أسباب اختيار الموضوع :

- ❖ الرغبة في القيام بموضوع بميدان الطب الرياضي بحيث يكون مرتبط بألعاب القوى.
- ❖ نقص الدراسات حول الطب الرياضي في الرياضات الفردية.
- ❖ تعرض رياضيي ألعاب القوى للإصابات الرياضية المختلفة.
- ❖ إهمال المراقبين والمشرفين للمراقبة الطبية.

4- أهمية البحث :

- ❖ إثراء الرصيد العلمي للطلبة والباحثين.
- ❖ توضيح دور المراقبة الطبية في تحسين مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.
- ❖ لفت انتباه وتوعية المشرفين على أهمية المراقبة الطبية.
- ❖ إبراز أهمية المراقبة الطبية لممارسي الأنشطة البدنية والرياضية.

5- أهداف البحث:

- ❖ تسليط الضوء على واقع المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.
- ❖ معرفة تأثير نقص الإمكانيات المادية على واقع المراقبة الطبية ومستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.
- ❖ معرفة تأثير نقص الموارد البشرية على واقع المراقبة الطبية ومستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.
- ❖ معرفة نتائج عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية بالنسبة لمستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

6- الدراسات السابقة والمشابهة:

البحث العلمي لا يبدأ من الصفر، فهو حلقة من سلسلة سبقته حلقات وتلحقه حلقات، إنه مساهمة تضاف إلى المساهمات العلمية الأخرى، فهو في جوهره مسألة تعاونية، وبعد الإطلاع على قائمة المذكرات بمعهدنا وكذا من خلال متابعتنا لمذكرات التخرج في معاهدنا الوطنيّة وجدنا أنه من بين الدراسات المنجزة التي لها علاقة بالموضوع الذي نحن بصدد تناوله ما يلي:

- الدراسة الأولى: مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في التربية البدنية والرياضية، للطالب خواص تحت عنوان "**أهمية الطب الرياضي في علاج الإصابات الرياضية ونتائجه على مردود لاعبي كرة السلة**"، السنة الجامعية 2009-2010 في معهد ت ب ر لسيدي عبد الله الجزائر.

إشكالية البحث: لقد صاغ الطالب الباحث إشكاليته على النحو التالي:

- ماهي الأسباب التي تقف وراء غياب المراقبة الطبية لممارسي رياضة كرة السلة فئة أشبال؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة: إن نقص أو غياب المؤطرين الصحيين في الفرق الرياضية لكرة السلة يؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية وهذا يؤثر سلبا على مردود ومستوى اللاعبين.

الفرضيات الجزئية:

- نقص الوسائل والموارد المالية أدى إلى عدم الإهتمام بالمتابعة الطبية لفئة الأشبال.
- قلة التوعية لدى المدربين أثر سلبا على استعمال الطب الرياضي في الوقاية وعلاج الإصابات الرياضية.
- إن اهتمام المدربين بالنتائج وإهمالهم في للفئات الصغرى أدى إلى عدم وجود متابعة طبية لهذه الفئات.

أهداف البحث: تمثلت أهداف بحثه فيما يلي:

- معرفة أن الإعتماد على المراقبة الطبية له دور إيجابي في عملية انتقاء لاعبي كرة السلة.
- التعرف على أن غياب المراقبة الطبية يؤثر سلبا في عملية الإنتقاء.
- معرفة نتائج عدم اهتمام المدربين بالمراقبة الطبية وتركيزهم على النتائج.

أهم التوصيات:

- تجهيز العيادات الطبية بالأدوات والوسائل الوقائية الخاصة بالفحوص والمراقبة الطبية، وكذا الإصابات الأولية، وتوفير الوسائل الرياضية اللازمة للممارسة الفعلية للنشاط الرياضي " كرة السلة".
- فتح مراكز جهوية للطب الرياضي تستفيد منها جميع الفرق والأصناف وإن أمكن فتح مراكز ولائية مختصة في مجال الطب الرياضي، وإعطاء ميزانية أكبر لهذه الفرق، وتخصيص جزء منها لتدعيم الطب الرياضي من أجل إعطائه أهميته التي يستحقها.

منهجية البحث: استخدم في دراسته المنهج الوصفي قصد إعطاء مدلول علمي لكل خطوة من خطوات هذه الدراسة. كما قام باختيار العينة بطريقة عشوائية وتضم رياضيي كرة السلة من فئة الأشبال، وتمثلت أدوات بحثه في إستبيان موجه إلى رياضيي كرة السلة.

أهم نتائج البحث :

1. جميع اللاعبين لا يخضعون للكشف الطبي قبل المباراة.
2. عدم توفر أغلبية الأندية على فريق طبي مختص.
3. نقص الإمكانيات المادية سبب في غياب المتابعة الطبية.

- **الدراسة الثانية** : مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في ميدان التربية البدنية والرياضية للطلبة بن عيني مراد،عبيدي عامر، بن سلامي عبد الحليم تحت عنوان دور المراقبة الطبية في تحسين الأداء لدى لاعبي كرة القدم صنف أواسط (أندية تبسة)، السنة الجامعية 2012-2013 في معهد ت ب ر لسيدي عبد الله الجزائر-3-.

إشكالية البحث: لقد صاغ الطالب الباحث إشكاليته على النحو التالي :

- هل للمراقبة الطبية دور في تحسين الأداء لدى لاعبي كرة القدم وهل النقص فيها ينعكس سلبا على الأداء الرياضي؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة: قلة التكفل وإهمال الفحوصات الطبية ونقص مراكزها واهتمام المدربين بالنتائج أدى إلى انخفاض مستوى الأداء لدى اللاعبين.

الفرضيات الجزئية:

- للمراقبة الطبية دور في تحسين أداء اللاعبين.
- اهتمام المدربين بالنتائج ينتج عنه عدم وجود متابعة طبية.
- نقص مراكز الفحوصات الطبية سبب في تدني الأداء لدى اللاعبين.

أهداف البحث: تمثلت أهداف بحثه فيما يلي:

- تسليط الضوء على المراقبة الطبية وواقعها في النوادي الرياضية.
- إبراز أهمية الفحوصات الطبية.
- إكساب الرياضيين ثقافة صحية.

منهجية البحث: استخدم في دراسته المنهج الوصفي الذي يتناسب مع دراسته والذي يسمح له بوصف الظاهرة وصفا دقيقا وتفسيرها وإيجاد العلاقات بين عناصرها. وقد قام باختيار عينة بصورة عشوائية وتضم 120 لاعبا من 4 فرق في ولاية تبسة.

أهم نتائج البحث:

- معظم اللاعبين مهمشين ومحرومين من أبسط حقوقهم.
- نقص مراكز الطب الرياضي للتكفل بإصاباتهم والغياب الكبير للتوعية من طرف المدربين.
- غياب المراقبة الطبية يقف عائقا أمام اللاعبين في تحقيق طموحاتهم المستقبلية وخاصة الإحتراف.

الإقتراحات والتوصيات:

- توفير مراكز خاصة بالطب الرياضي وقاعات العلاج، وتعميمها على المستوى الوطني الجهوي.
- توفير مجموعة من المتخصصين في الطب الرياضي بإجراء دورات وتربصات.
- وضع قانون إجباري يفرض إجراء المتابعة الطبية الدورية للاعبين لأكثر من مرة خلال السنة.

- **الدراسة الثالثة:** مذكرة تخرج لنيل شهادة الليسانس في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية للطلبة بلال سفيان وعبد المؤمن هشام تحت عنوان "أهمية المراقبة الطبية لدى لاعبي كرة القدم فئة أصاغر" السنة الجامعية 2013-2012 في معهد ت ب ر للبويرة.

إشكالية البحث: لقد صاغ الطالبان الباحثان إشكاليتهما على النحو التالي:

- ما أهمية المراقبة الطبية في كرة القدم لدى فئة الناشئين؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة: المراقبة الطبية تلعب دور في تقليل من الإصابات ورفع مستوى الرياضي.

الفرضيات الجزئية:

- إن نقص الموارد البشرية أدى إلى إهمال المراقبة الطبية.
- للمراقبة الطبية دور إيجابي في التقليل من الإصابات.
- للمراقبة الطبية دور في رفع المستوى الرياضي لدى فئة الأصاغر.

أهداف البحث : تمت صياغة أهداف البحث على النحو التالي:

- معرفة أسباب إهمال المراقبة الطبية.
- إبراز أهمية المراقبة الطبية في التقليل من الإصابات.
- توعية المدربين بدور المراقبة الطبية للوصول إلى المستوى العالي.
- إكساب الرياضي (اللاعب) ثقافة صحية.

منهجية البحث: استخدموا في دراستهم المنهج الوصفي لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميا. وقاموا باختيار العينة بطريقة عشوائية وتضم 20 %من المجتمع الأصلي أي ما يمثل 20 مدرب، وقد تمثلت أدوات بحثهم في إستبيان موجه إلى المدربين.

أهم نتائج البحث : قام الباحثان بتلخيص نتائج بحثهما فيما يلي:

- إهمال الجانب الصحي للاعبين على مستوى الفرق.
- الغياب الملحوظ للمراقبة الطبية أدى إلى غياب المعلومات الصحية المتعلقة باللاعب والتي تفيد المدرب في أي مشكل صحي يمكن وقوعه.
- غياب الأطباء والعيادات الطبية أدى إلى غياب المتابعة الطبية الدورية، وهذا ما أنجر عنه كثرة المضاعفات الصحية لدى اللاعبين وكثرة الإصابات الرياضية خلال الحصة التدريبية.

الإقتراحات والتوصيات :

- تأليف طاقم طبي متكون من ذوي الإختصاص في الطب الرياضي خاص بكل فريق للتدخل في أي نوع من الإصابات سواء أثناء التدريب أو المباراة.
- على القائمين على الفرق الرياضية مراعاة الملاحظات التي يبديها الطبيب بعد إجراء الكشف الطبي.
- الإهتمام أكثر بهذه الفئات وإبعادها عن التهميش بتوفير مؤطرين ذووا مستوى علمي كافي لتسيير الفرق الرياضية ولتدريب هذه الفرق.

*** التعليق على الدراسات:**

من البديهي والمعروف أن الدراسة العلمية والبحث العلمي على وجه الخصوص يتسم بطابعه التراكمي فما من دراسة أو بحث إلا وجاءت بعده دراسات وبحوث عديدة قد تناولت هذه المواضيع بالشرح والتحليل، أو تشترك في بعض المعاني أو الجوانب وبذلك تتشكل هذه الدراسات.

ويعرف "رابح تركي" الدراسات السابقة والمشابهة بأنها: «كلما أقيمت دراسة علمية لحقتها دراسات أخرى تكملها وتعتمد عليها وتعتبر بمثابة ركيزة أو قاعدة للبحوث المستقبلية، إذ أنه من الضروري ربط المصادر الأساسية من الدراسات السابقة بعضها ببعض حتى يتسنّى لنا تصنيف وتحليل معطيات البحث والربط بينهما وبين الموضوع الوارد والبحث فيه».[1]

ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة والمشابهة لموضوع المراقبة الطبية لاحظنا بأن جميع الدراسات قد اعتمدت على المنهج الوصفي بأداة متمثلة في استمارة الإستبيان، وتبين من النتائج المتحصل عليها أن للمراقبة الطبية دور هام في النوادي الرياضية كما أن لها أهمية في النشاط الرياضي من حيث مستوى الأداء، فغيابها أدى إلى نقص مستوى أداء الرياضيين الممارسين لمختلف الأنشطة الرياضية والبدنية، ومن خلال دراستنا لموضوع المراقبة الطبية ركّزنا على تأثير كل من الجانبين المادي والبشري على واقع المراقبة الطبية بصفة عامة وعلى دور هذا الواقع في تحسين مستوى الأداء لدى رياضيي ألعاب القوى، وذلك من خلال اعتمادنا على المنهج الوصفي، بأداة جمع معلومات تتمثل في استمارتي إستبيان لمعرفة آراء كل من المدربين والرياضيين حول واقع المراقبة الطبية ودورها في تحسين مستوى أداء رياضي أندية العاب القوى.

*** نقد الدراسات:**

من خلال اطلاعنا ودراستنا لبعض الدراسات المشابهة ارتأينا أنها كلها تدرس عينة متماثلة، وهي الرياضات الجماعية، كما أنها درست الجانب النظري فقط حيث كانت تتمثل أهداف تلك الدراسات في معرفة دور الطب الرياضي والمراقبة الطبية وأهميتها.

تطرقنا في دراستنا إلى عينة مغايرة لعينات الدراسات السابقة حيث قمنا باختيار رياضة فردية متمثلة في ألعاب القوى، إضافة إلى أن دراستنا كانت حول الجانب التطبيقي للمراقبة الطبية فقد قمنا بدراسة واقعها، أي دراسته على أرض الميدان، كما تطرقنا إلى أسباب الواقع السلبي للمراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى وتأثير غيابها وعدم اتباع مبادئها على مستوى أداء رياضيي هذه الأندية.

7- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

7-1- المراقبة الطبية:

لغة: من كلمتين:

- المراقبة: من راقب، يراقب، يراقب، مراقبة، أي حرس ولاحظ.[2]

1- رابح تركي.ـ **مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس.ـ** المؤسسة الوطنية للكتاب: الجزائر،1999.ـ ص 123.

2- المنجد في اللغة العربية المعاصرة.ـ ط1.ـ دار المشرق: بيروت، 2000.ـ ص574.

- الطبية: من طب، وهو عمل الطبيب، يعني علاج الجسم والنفس.[1]

اصطلاحا: هي إجراء علاج مسبق دون اللجوء إلى الوسائل والأدوية، ويتم عن طريق التوجيهات والإرشادات من طرف الطبيب والمدرب لاجتناب الوقوع في الحوادث والإصابات.[2]

إجرائيا: هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات، وهي عبارة عن علاج لحالات المرض.

7-2- ألعاب القوى:

اصطلاحا:عرفها الإتحاد الدولي لألعاب القوى على أنها ألعاب المضمار والميدان، وجري الطريق وسباق المشي، وجري اختراق الضاحية وجري الجبال[3].

إجرائيا:هي رياضة تتعدد فيها الفعاليات حيث يتم التنافس فيها في مسابقات الجري والمشي والوثب والرمي.

1- المنجد في اللغة العربية المعاصرة.ـ مرجع سابق، 2000، ص 896.

2- عبد الرحمان عبد الحميد زاهر.**ـ موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية.ـ** ط1.ـ مركز الكتاب للنشر: مصر، 2004.ـ الصفحة34.

3- قانون الإتحاد الدولي لألعاب القوى.ـ قواعد المنافسة.ـ ط2.ـ 2005.ـ ص11.

خلاصة:

يعتبر هذا الفصل بمثابة البوصلة التي تقودنا للتعرف على جميع فصول هذا البحث النظرية منها والتطبيقية لذلك عنوناه بالفصل التمهيدي منطلقين من الخلفية النظرية التي استندنا إليها في معالجة الموضوع البحثي مرورا بإشكالية البحث وأهميته، إضافة إلى أن ما قمنا به في هذا الفصل كان عبارة عن إزالة للإبهام وتوضيح للمعاني أكثر فيما يخص المفاهيم الأساسية لمصطلحات البحث والتي تشكل في ذات الوقت الكلمات المفتاحية لمن أراد أن يلج بحثنا هذا، فما من مفهوم تطرقنا له إلا أوردنا فيه مجموعة من الآراء والتعاريف لبعض العلماء والباحثين في الطب الرياضي عموما والمراقبة الطبية خصوصا، إضافة إلى بعض الدراسات السابقة والتي ارتأينا أنها تشبه وتخدم موضوع البحث، لنخرج في الأخير بتعريف إجرائي نتبناه حول هذا المفهوم أينما جاء في طيات بحثنا هذا.

الجانب النظري

الفصل الأول

تمهيد:

إن التطور والرقي الذي نراه في المجتمعات المتقدمة نتاج لعوامل كثيرة منها تطور المستوى الرياضي العالي الذي يعتمد على إمكانيات العلوم المختلفة وما تقدمه من خدمة للرياضيين في الألعاب الرياضية كافة وألعاب القوى خاصة. ومن واجبات ودور كليات التربية الرياضية إعداد الملكات العلمية التي تعمل على تطوير المستويات في الفعاليات الرياضية كافة، وكذا التعريف بدور العلوم الطبية والصحية في مختلف اتجاهاتها ومنها الطب الرياضي الذي يخدم الرياضة بصفة مباشرة، فالطب والرياضة يتكاملان في فائدة مشتركة للصحة، وتحسين تنمية القدرات البدنية إلى أعلى مستوى حتى في سن متقدمة.

وسنحاول في هذا الفصل الحديث مطولا بإعطاء نظرة تحليلية عن الطب الرياضي، وكل ما له علاقة بذلك، إذ نتطرق إلى مفهوم الطب الرياضي وأهميته وكذا خصائصه ومجالاته، إضافة إلى واجباته، وعلاقته بالتدريب الرياضي، كما سنتطرق إلى عناصر الطاقم الطبي الرياضي وخاصة الطبيب الذي له العديد من الواجبات والمهام.

إذا فهذا الفصل ضروري لدراستنا من جهة، وهو إطار مرجعي، وممهد لفهم فصل المراقبة الطبية من جهة أخرى، هذا الأخير الذي يعتبر لب بحثنا ككل.

1-1- تعريف الطب الرياضي:

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

ويختص الطب الرياضي كعلم طبي حديث ببحث وعلاج التطورات والتغيرات الوظيفية والتشريحية المرضية المختلفة في الجسم كنتاج لنشاطه الحركي في الظروف العادية والمختلفة، كما أنه يبحث أيضا العلاقات التطبيقية الوثيقة لمختلف الفروع الطبية بأداء وممارسة النشاط العادي والرياضي للفرد.[1]

كما أن الطب الرياضي يهدف إلى الإختيار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين، ويقوم أيضا بمراقبة التأثيرات التي تتركها الرياضة على جسم الرياضي، وذلك بواسطة أجهزة حديثة كجهاز اللياقة البدنية، وجهاز التصوير التحليلي، والتي يمكن بواسطتها أخذ فيلم للاعب أثناء التمرين وتحليل حركاته بالسرعة والبطء وعرضها له، وتعليق المدرب والطبيب عليها حتى يشغل الحركات الإيجابية ويتجنب الحركات السلبية وإيجاد لها علاقة باللعبة.[2]

1-2- لمحة تاريخية حول الطب الرياضي:

1-2-1- الطب الرياضي عموما:

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

وقد كان للطب قداسة كبيرة وذلك للوقاية من الأمراض وعلاجها، وبالمقارنة نجد أنه كانت هناك حضارات أخرى تهتم بالطب الرياضي مثل الحضارة الصينية، فمنذ آلاف السنين استعملوا الجمباز للحفاظ على الصحة، كما 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 الإستحمام، فالحمام كان له دور كبير في المشرق، وكذا الشأن بالنسبة لليونانيين، فكان ميدان الجمباز يحتوي على مسبح كبير جعل من أجل الإستحمام الجماعي، وعند الرومان كان الإستحمام من العادات اليومية، لذلك كانت هناك مسابح كبيرة وكثيرة، أما في القرون الوسطى فقد تغيرت نظرة الأوربيين للحمامات والجمباز، وذلك سبب انتشار الأمراض المعدية "السيلان، السفلس" في أوربا في القرن الثامن عشر فانخفض عدد الحمامات الجماعية وقل استعمالها.

1- أسامة رياض، إمام حسن النجمي.**ـ الطب الرياضي والعلاج الطبيعي.ـ** ط1.ـ مركز الكتاب والنشر: القاهرة، 1999.ـ ص140.

2- Jacqueline Rossout, Lumbroso **—. Medicine de sport —.** Edition Paris: p04-.

وخلال الألعاب الأولمبية 1928 ظهر الطب الرياضي بصفة بارزة وذلك بمراقبة الأطباء المختصين في الفرق الأولمبية.[1]

1-2-2- الطب الرياضي في الجزائر:

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

أ- المرحلة الإبتدائية (1962- 1970):

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

- شهادة طبية قبل إصدار الرخصة الرياضية.
- لجنة طبية داخل الهياكل الرياضية.

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

ب- مرحلة التنمية (1971- 1975):

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

- قاعدة قانونية جدية للطب تم تحضيرها بالإضافة إلى مواصفات طبيب الرياضة وبرامج تكوينية.
- 1974 هو تاريخ تأسيس وإقامة المراقبة الطبية الرياضية.

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

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

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

- إنجاز العيادة الأولمبية والتي بدأت العمل جزئيا في جانفي 1980.
- توظيف وتكوين العدد اللازم من الموظفين بالمركز الوطني للطب الرياضي والذي هو بمثابة مؤسسة جامعية.
- 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.

1- W.Heipertz ,D.Bohmer,Ch.Heipertz, Hengs **—. Medicine du sport —.** Edition Paris: 1990. –p09.

ت- مرحلة التقهقر (1986- 1993):

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

- تجميد ولمدة ثلاث سنوات أطروحة الدكتوراه في العلوم الطبية.
- سحب أولوية الرياضي.
- تغيير فعلي لقانون المركز الوطني للطب الرياضي، واعتباره مؤسسة استشفائية متخصصة.[1]

1-3- أنواع الطب الرياضي:

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

1-3-1-الطب الرياضي التقييمي:

يشتمل على اختبارت وفحوصات خاصة تحدد من خلالها حالة اللاعبين، من النواحي المختلفة (الصحية والوظيفية، التشريحية، النفسية) ومقارنتها بما يجب أن يكونوا عليه وفقا لمتطلبات الأنشطة الرياضية التي يمارسها وذلك لمعرفة أوجه النقص بين حالة اللاعبين وما يجب أن يحققوه من أهداف للوصول إلى المستويات العالمية.[2]

1-3-2- الطب الرياضي التوجيهي:

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

1-3-3-الطب الرياضي الوقائي:

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

1- **مطبوعات من الجلسات الوطنية للرياضة**.ـ وزارة الشباب و الرياضة: الجزائر، 1993.ـ ص 182،183،184.

2- مرفت السيد يوسف.ـ **دراسات حول مشكلة الطب الرياضي**.ـ ط1.ـ مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية: مصر، 2001.ـ ص13.

1-3-4- الطب الرياضي العلاجي:

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

1-3-5- الطب الرياضي التأهيلي:

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

كما يختص بتحديد برنامج تدريبي للمصابين أثناء الإصابة، ومدة الشفاء منها، وذلك للسماح للاعب بالعودة للمنافسة في أحسن الظروف.[1]

1-4- بعض الجوانب الطبية التطبيقية للطب الرياضي الحديث:

- الخدمات الطبية في مجال الرياضي (في الملعب).
- الإختبارات الطبية الفسيولوجية والقياسات الأنتروبومترية والنفسية للرياضي (يتعدى عددها 300 إختبار).
- الوقاية والعلاج من إصابات الملاعب.
- تقديم إرشادات التغذية اللازمة طبقا لنوع الرياضة وكمية المجهود المبذول من اللاعب (تدريب – منافسة- بطولة).
- إجراء العلاج الطبيعي اللازم لتأهيل اللاعب ما بعد الإصابة.
- مقاومة استخدام الرياضي للمنشطات ويتطلب ذلك معرفة أنواعها وطرق الكشف عنها وتاريخ وأنواع مقاومتها.
- طرق الإسعاف الأولي في الإصابات وأمراض العيون والأنف والأذن والحنجرة والتفرقة بين القلب الرياضي وبين أمراض القلب المختلفة، وحل المشاكل الطبية لبعض الأمراض الجلدية والصدرية وإرشاد المسؤولين عن الفرق الرياضية لطرق ومواعيد التطعيم اللازم قبل السفر إلى الخارج.
- المشاكل الطبية الخاصة بإعداد اللاعبين للمباريات في أراضي مرتفعة عن السطح أو في درجات الحرارة غير المناسبة (باردة جدا أو مرتفعة جدا أو رطبة جدا).[2]

1-5- أهداف الطب الرياضي:

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

1- عبده السيد أبو العلاء.ـ **دور المدرب في إصابة اللاعب الوقاية والعلاج.ـ** ط1.ـ مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر: الإسكندرية، مصر، 2000.ـ ص127.

2- أسامة رياض.ـ **الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب.ـ** ط1.ـ مركز الكتاب للنشر: القاهرة، مصر الجديدة، 2002.ـ ص21.

– توجيه اللاعبين لما يجب عمله للحفاظ على صحة اللاعبين وسلامتهم البدنية والنفسية في ظل ممارسة النشاط الرياضي.

– استخدام الوسائل العلاجية المناسبة لعلاج الأمراض والإصابات الرياضية بالتعاون مع فروع الطب المختلفة كالعظام، والجراحة، والأعصاب، والعلاج الطبيعي.

– تحديد برامج تدريب المصابين أثناء الإصابة وبعد الشفاء منها وحتى السماح للاعب بالعودة للمنافسات.[1]

1-6- مهام الطب الرياضي:

المهام الأساسية التي يؤديها الطب الرياضي هي:

– الإختبار والتوجيه والمراقبة ومعالجة الرياضيين في إطار منظم.

– تحديد الحالة الصحية، التطور البدني، والحالة والوظيفية لعضوية الممارسة.

– مراقبة وتقييم التغيرات الناتجة عن التدريب.

– تقييم الجملة البدنية أثناء المنافسة، ومراقبة الرياضيين تستدعي التنسيق بين المدرب والطبيب المختص، وهذا لأداء المهام المخصصة والحصول على النتائج ثم المراقبة تحت أشكال تتمثل فيما يلي:

1-6-1- فحص معقد:

ويتم تجسيده بعد الحصول على معلومات بيولوجية طبية وفيزيولوجية.

1-6-2- فحص ديناميكي:

ويتشكل من ثلاثة أنواع من الفحوص الطبية وهي:

أ- فحص طبي معمق:

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

– الحالة الصحية.

– التطوير البدني.

– الحالة الوظيفية والتكيف مع الجهد البدني.

ب- الفحص الطبي على مراحل:

يجري هنا الفحص أثناء التربصات التي يقوم بها الرياضيين، كما يجب تنظيمه وتسطير عدد الفحوصات خلال التربص، لكي تتناسب مع نهاية وقت التربص، ويكون هناك فحص نهائي، وهذا لتقييم الجهد الذي بذل خلال التربص، وكذلك الحالة التي وصل إليها الرياضي خلال التربص.

1- عادل علي حسن.ـ **الرياضة والصحة عرض لبعض المشكلات الرياضية وطرق علاجها.ـ** منشأة المعارف: الإسكندرية، 2002.ـ ص8،9 .

ت- الفحص الطبي المستمر:

ويتم خلال مراحل التدريب، ومهمته تتمثل في تقييم الجهد اللحظي والجهد طويل المدى، كما يسمح بمراقبة الحمولات والقيام بتصحيح مخطط حمل التدريب.[1]

1-7- خصائص الطب الرياضي:

يعتبر الطب الرياضي أحد العلوم الطبية التطبيقية بما يحتويه من مجموعة مشتركة من المعلومات الطبية والرياضية بغرض الحفاظ على صحة الرياضي وتحسين كفاءة أدائه ولياقته البدنية العامة والخاصة.

والقول أن الطب الرياضي علم طبي تطبيقي يقصد به أن معلوماته الطبية مأخوذة بطبيعة الحال من عدة فروع طبية أساسية مثل ما يلي:

1-7-1- فيسيولوجيا الرياضة:

وفيه يهتم الطب الرياضي بدراسة طبيعة التأقلم الوظيفي للمجهود البدني أثناء التدريب والمنافسات الرياضية ويدخل في هذا النطاق التقييم الطبي للاعب وكذلك النمط البدني الخارجي والنفسي ويتم بمساعدتها التصرف المبدئي على طبيعة ما يناسب الفرد من الرياضة.

1-7-2- إصابات الملاعب:

يدخل في هذا النطاق الوقاية والعلاج والتأهيل من جميع أنواع إصابات الملاعب للرياضي، كما يدخل في نطاق أن يأخذ الطبيب فكرة مبدئية عن ميكانيكية الأداء في المجال الرياضي.

1-7-3- الصحة العامة في مجال الرياضة:

ويدخل في نطاقها الخلفية العامة لما يجب أن يتوفر للرياضي من وسائل صحية معاونة لأدائه كما تشمل طبيعة المنشطات المحظورة رياضيا.

1-7-4- الطب الرياضي العلاجي والتأهيلي:

ويشمل الوقاية والعلاج لكافة الأمراض التي قد يتعرض لها الرياضي في المجال العادي أو الرياضي، كما تشتمل أيضا على كافة أنواع العلاج الطبيعي اللازمة لتأهيل الإصابات الرياضية.[2]

1-8- علاقة الطب الرياضي بالتدريب الرياضي:

هناك علاقة وثيقة للطب الرياضي بالتدريب الرياضي العام، وعلى سبيل المثال نجد أن التقييم الطبي الفسيولوجي يسهل للمدرب المؤهل الإطلاع على مستوى اللياقة البدنية العامة لفريقه وبالتالي اختيار أنسب العناصر الجاهزة للمباريات، كذلك يقدم أخصائي الطب الرياضي للمدرب رأيه في خطط التدريب العام ومدى توقيت تطبيقها لكل لاعب من حيث الجرعة التدريبية لكل منهم في كل تدريب، ورأيه في مواعيد الراحة والتغذية ونوعية التدريب اللازم وأثر الإصابات الحالية والسابقة على مستوى أداء كل لاعب، وذلك بالإسهام بالرأي والمشورة الطبية للمساعدة

1- **مطبوعات من المركز الوطني للطب الرياضي .ـ** 1993.ـ ص07،08،09.

2- وليد قصاص.**ـ موسوعة الثقافة البدنية للطب الرياضي.ـ** ط1.ـ شركة أبناء شريف الأنصاري للنشر والتوزيع: لبنان، 2009.ـ ص 61،62.

في اختيار أكفأ العناصر الجاهزة لتمثيل الفريق، ويشمل ذلك أيضا الإرشادات الطبية الخاصة بتجنب الإرهاق البدني ودراسات تأقلم الجهاز الدوري والتنفسي والجهاز العضلي مع مجهودات اللاعب.[1]

1-9- أهمية إعداد المدرب في علوم الطب الرياضي:

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

يجب أن يلم المدربين الرياضيين بالجوانب المختلفة لعلوم الطب الرياضي الذي يجب أن تتوافر في أي برنامج تعليمي لإعداد المدربين مع التركيز مع أهمية العمل الجماعي ما بين الأطباء، وأخصائي العلاج الطبيعي والمدربين لصالح رفع مستوى كفاءة اللاعب.

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

1-10- مجالات الطب الرياضي:

لقد قسمها وحددها **lacava** كما يلي:

Sport Biotypology: ويختص بدراسة الخصائص الوراثية وأنماط الجسم المطلوبة لكل نوع من الأنشطة الرياضية.

Sport Physiopathology: ويختص بدراسة التكيف لدى الإنسان لأداء الجهد البدني أثناء التدريب الرياضي .

Sport-Médicale évaluation: لتحديد حالة إعداد الرياضي لأداء الجهد المطلوب.

Sport Traumatology: وتختص بتقويم الإصابات الرياضية والوقاية منها.

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

1- العلاج الطبي.

2- الفيسيولوجيا التطبيقية.

3- الإصابات الرياضية.

4- التأهيل.

1-11- واجبات الطب الرياضي:

* تنظيم وتنفيذ الفحوصات الطبية لجميع الأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.

1- أسامة رياض، وإمام حسن محمد النجمي.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص142.

* وضع الأسس الصحية لطرق ووسائل التربية البدنية والرياضية واستنباط طرق جديدة وتطوير طرق الفحص الطبي للرياضيين والتشخيص وعلاج الأمراض والإصابات الرياضية.
* توفير مستوى عالي من التأثيرات الصحية لممارسة التربية البدنية والرياضية لجميع الممارسين من مختلف الأعمار وكلا الجنسين.
* تحديد الظروف ذات التأثيرات السلبية على الصحة وكيفية تجنبها للإستفادة بالتأثيرات الإيجابية.

ويتحقق ذالك من خلال المهام التالية:

* الفحص الطبي للأفراد الممارسين للتربية البدنية والرياضية.
* العناية بصحة الرياضيين ذووا المستوى العالي.
* الإختبارات الفسيولوجية.
* الوقاية والعلاج.
* مراعاة الظروف الصحية في أماكن ممارسة الأنشطة الرياضية سواء في التدريب أو المنافسة.
* توفير الرعاية الطبية خلال المنافسات الرياضية.
* توفير الرعاية الطبية للأنشطة الرياضية الجماهيرية.
* علاج الإصابات الرياضية.
* الدراسات العلمية.
* الإستشارات الطبية الرياضية.
* الرعاية الصحية للتربية البدنية والرياضية للمواطنين.[1]

1-12- فريق الطب الرياضي :

في عصرنا الحديث، وعند التعامل مع الرياضيين وخاصة النخبة منهم، فإن الأمر يتطلب رعاية طبية وتدريبية متكاملة من جميع الجوانب، وهنا يأتي دور فريق الطب الرياضي وتتفق معظم الآراء على أن فريق الطب الرياضي المكلف برعاية الرياضيين يضم التخصصات التالية:

- طبيب الطب الرياضي (sport physician).
- إختصاصي فيزيولوجية الجهد البدني (exercise physiologist).
- إختصاصي التغذية الرياضية (sports nutritionist).
- إختصاصي العلاج الطبي الرياضي (sports physiotherapist).
- إختصاصي علم النفس الرياضي (sports psychologist).

وفي حالات كثيرة يتطلب الأمر اللجوء إلى مختصين آخرين وخاصة في كل من:

- طب الأقدام (podiatrist).
- الميكانيك الحية (biomechanics).

1- أبوالعلا عبد الفتاح.ـ **فسيولوجيا التدريب الرياضي** .ـ ط1 .ـ دار الفكر العربي: القاهرة ، 2003.ـ ص 50.

وكل هؤلاء الأفراد في فريق الطب الرياضي يعملون معا لمساعدة المدرب ومعاونيه وإدارة الفريق الرياضي لضمان الصحة الأمثل للرياضي، وأداء أفضل وأكثر أمان له.

ويقول الدكتور "جون لومباردو" في معرض حديثه عن فريق الطب الرياضي "إن طبيب العظام بحكم تعامله مع الإصابات العظمية والعضلية يعد من فريق الطب الرياضي، كما أن طبيب العيون الذي يهتم بعلاج إصابات العين الناتجة عن ممارسة الرياضة يعد من فريق الطب الرياضي، وكذلك طبيب النساء الذي يدرس تأثير الرياضة على الدورة الشهرية لدى النساء فهو ضمن فريق الطب الرياضي، لكنه يؤكد أيضا أن فريق الطب الرياضي لا يقتصر فقط على الأطباء بل يعد فعليا عضو واحدا من الفريق، ويستطرد الدكتور لومباردو في مقالته ليعدد الكثيرين من المختصين الذين ينتمون إلى الفريق الطبي الرياضي بمعناه الشمولي، ومنهم الإختصاصين في فيزيولوجيا الجهد البدني والتهيئة البدنية، الميكانيك الحيوية، و كيموحيوية الجهد البدني، والتغذية الرياضية، وعلم النفس الرياضي، إضافة إلى المعالج الرياضية، طبيب الأسنان، والمختص في طب الأقدام وغيرهم، ويختتم مقالته بأن الطب الرياضي كل لا يتجزأ، وخير ما يمثله طبيعة العضوية في الكلية الأمريكية للطب الرياضي التي تتكون من عشرات التخصصات التي يجمعها شيء واحد هو العناية بالرياضي أو الممارس للجهد والنشاط البدني.[1]

1-12-1- طبيب الفريق الرياضي:

أ- تعريف طبيب الفريق الرياضي:

هو المؤهل تأهيلا طبيا بدون أي قيود على ممارسة الطب، حاصل على دكتورا في الطبMD أو ما يعادلها مثل doctor of osteopathy-DO ويكون مسؤولا عن معالجة أفراد الفرق الرياضية وتنسيق العناية الطبية لهم، والتأكد من أن كل رياضي في أتم حالته الصحية التي تمكنه من تقديم أفضل عطاء رياضي له. كما أن على طبيب الفريق أن يمتلك الكفاية في العناية بالإصابة العظمية العضلية Musculoskeletal، والحالات الطبية Médical التي تواجه الرياضي، بالإضافة إلى ما سبق، فإن على طبيب الفريق أن يسعى إلى تكامل خبراته مع الخبرات الطبية الأخرى، مثل الأخصائيين الطبيين والمعالجين الرياضيين، والإختصاصين في العلوم الطبية المساندة من أجل خدمة الرياضي. ولا بد لطبيب الفريق في النهاية أن يكون مسؤولا عن اتخاذ القرارات الطبية التي تكفل مشاركة الرياضي بسلامة وأمان. [2]

ب- مؤهلات الطبيب الفريق الرياضي :

يعرف طبيب الفريق على أنه المسؤول عن الجوانب الصحية والطبية لأعضاء الفريق الرياضي شاملا بذلك سلامتهم الصحية وإصاباتهم الهيكلية والعضلية والباطنية مع القيام بمسؤولية التقويم الدوري لهم طبيا ولياقيا، والعناية بوقايتهم من الإصابة وتأهيلهم في حالة وقوعها وفي كثير من الأحيان يكون طبيب الفريق هو المسؤول عن إحالة اللاعب إلى أخصائي عند الحاجة إلى معاينة وتشخيص متقدم، أو إحالتهم إلى متخصص

1- هزاع بن محمد.ـ **كتاب الطب الرياضي.ـ** مفهومه مجالاته وأنشطته مع نظرة لواقعه ومستقبله في المملكة العربية السعودية، الرياض، جامعة الملك سعود، 2002.ـ ص 32،38.

2- هزاع بن محمد.ـ **نفس المرجع**، 2002.ـ ص 27.

في التقويم الفيزيولوجي لعمل الإختبارات الفيزيولوجية اللازمة، أو إحالتهم إلى متخصص في علم النفسي الرياضي وهكذا...

ويجب على طبيب الفريق أن يكون أساسا من العاملين في تخصصات الرعاية الصحية الأولية (مثل طب العائلة، طب الطوارئ، الطب الباطني، الطب العام، طب الأطفال، أو الطب الطبيعي) ثم يتلقى تدريبا وتخصصا إضافيا في الطب الرياضي. وفي إحصائية أجريت في نهاية الثمانينات الميلادية في الولايات المتحدة الأمريكية عن التخصصات الأساسية لأطباء الفرق الرياضية وجدت أن 23% تخصصه الأساسي طب العائلة، وحوالي 17% منهم أطباء عظام و13% أطباء عامون، والنسب الرئيسية الباقية (5% أو أكثر) توزعت على كل من تخصصات طب الأطفال والطب الباطني والجراحة العامة وطب النساء والتوليد.

وتشير الإحصائيات أيضا إلى أن مهنة الطب الرياضي (طبيب الفريق) كان بمثابة تفرغ جزئيا للعديد منهم في نهاية الثمانينات الميلادية إلا أن الأمر اختلف حاليا وأصبح البعض يمارس الطب الرياضي بشكل تام تقريبا (تفرغا تام) نظرا لزيادة المرضى الذين يطلبون خدمات الطب الرياضي من الممارسين للنشاط البدني عامة والرياضيين خاصة بما في ذلك رياضي فرق الجامعات والكليات والمدارس الثانوية.

ويتطلب تأهيل طبيب الفريق الرياضي معرفة أمور كثير بالإضافة إلى تأهيله الطبي الأساسي، وأن يتصف بمواصفات تعينه على العمل مع الرياضيين، والتي منها:

1-أن يكون محبا للرياضة وممارستها ويستمتع بالعمل مع الرياضيين ويتفهمهم.

2-أن يعرف الكثير من المعلومات الضرورية عن الموضوعات التالية: فيزيولوجيا الجهد البدني، التغذية الرياضية وطب القلب والصدر والأمراض الباطنية، التهيئة والإعداد البدني، الجوانب النفسية والإجتماعية للرياضة، بالإضافة إلى الإصابات الرياضية والإسعاف الميداني.

وحسب وصف اللجنة الطبية باللجنة الأولمبية الدولية في دليل الطب الرياضي الصادر عام1990، فإن على الطبيب المختص في الطب الرياضي والمسؤول عن الرعاية الصحية والطبية للفريق أن يكون ملما بما يلي:

- الكشف الطبي عن الأفراد قبل بدئهم ممارسة الرياضة أو النشاط البدني.
- تشخيص الإصابات الناتجة عن ممارسة النشاط البدني أو الرياضي وعلاجها.
- مراقبة الصحة العامة للأفراد الممارسين للنشاط البدني والرياضيين على السواء والتعامل مع مشكلاتهم الصحية.
- القدرة على إجراء التقويم الفيزيولوجي للرياضيين شاملا ذلك تقويما لتغذية الرياضي وقوته العضلية ومرونته وقدرته الهوائية واللاهوائية وتركيبه الجسمي.[1]

وتشير وثيقة أصدرتها الجمعية الطبية البريطانية في عام 1996 حول مؤهلات المتخصص في طب الجهد البدني والرياضة، إلا أن عليه الإلمام بما يلي:

1- هزاع بن محمد.ـ **مرجع سابق**، 2002، ص 37.

- معرفة العلاقة بين النشاط البدني والصحة، وعلى الأخص تأثير النشاط البدني والتدريب على حياة الأفراد وصحتهم وعلى المجتمع بشكل عام.
- كيفية الوقاية من الإصابات الناتجة عن الرياضة وممارسة الأنشطة البدنية، وذلك عن طريق التدريب البدني المقنن والتهيئة البدنية المناسبة.
- تشخيص الإصابات الرياضية وعلاجها، مع الإلمام بوسائل الإنقاذ المتقدمة.
- القدرة على تقديم النصح والإرشاد حول دور النشاط البدني في التأهيل.
- أن يدرك حاجة أطباء الرياضة إلى التعليم والتدريب المستمر، وحاجة المعنيين بالرياضة والنشاط البدني إلى التثقيف والتدريب، بدءا من الممارسين العاديين إلى الرياضيين وانتهاءا بالمدربين والمدرسين والإداريين المعنيين بالرياضة.
- أن يدرك مدى الحاجة إلى البحث العلمي، وأهمية حضور المحاضرات العلمية والندوات.
- أن يعرف كيف يصل بالفرد إلى إمكاناته الأدائية.[1]

وعلى هذا فمن الضروري على مختص الطب الرياضي أن يلم بموضوعات لا تتوافر عادة عند الطبيب الإعتيادي (غير المختص بالطب الرياضي) مثل الجوانب الفسيولوجية والتغذوية، والميكانيكية والنفسية المرتبطة بممارسة النشاط البدني أو الرياضة، مع معرفة تامة بطبيعة الممارسة الرياضية للأفراد والإلمام تام بأصول السلامة بما في تلك الجوانب المرتبطة بالطقس والبيئة وأثرها على صحة الرياضي وسلامة وأداءه البدني. وعلى طبيب الفريق أن يحيط بكيفية التعامل مع الإصابات الحرارية، بما في ذلك كيفية تعويض السوائل المفقودة أثناء الجهد البدني والمشروبات الرياضية وأوقات تناولها، مع تقديم النصح والإرشاد للرياضيين حول مدى فاعلية العديد من الوسائل التغذوية والفسيولوجية في رفع الأداء البدني للرياضي.

وللمشاركة كطبيب في الفرق الأولمبية الوطنية، فإنه يلزم بالإضافة إلى امتلاك المهارة الطبية في التخصص وأن يكون لدى الطبيب الإستعداد للعمل كجزء من الفريق الرياضي وأن يتميز بمهارات فن التعامل مع الرياضيين كما يجب أن يكون قادرا على تحمل ضغوط العمل الجسدية والنفسية أثناء السفر والمنافسات الرياضية. ويخضع اختيار أطباء الفرق الوطنية إلى إجراء تمحيص دقيق يتم خلالها اختيار الأفضل من المتقدمين ويعتمد تحديد طبيبا مع فريق معين إلى اعتبارات عديدة أهمها نوعية الرياضة وخبرات الطبيب، فمثلا: أثناء الدورة الأولمبية الشتوية في مدينة كالجاري في كندا عام 1988 شارك مع الفرق الأولمبية خمسة أطباء في تخصصات مختلفة (كلهم متبرعون بجهدهم ووقتهم)، وتم تحديد الطبيب الرياضة الذي تخصصه الأساسي طب الطوارئ مع فريق التزلج الأسكندينافي nordic والذي يتطلب القفز وبالتالي فيه خطورة للرياضيين المشاركين.[2]

بالإضافة إلى ما سبق ذكره ، فإن من المرغوب فيه أن يكون طبيب الفريق الرياضي حاصلا على تدريب إكلينيكي ومهارات إدارية في بعض أو جميع ما يلي :

1- هزاع بن محمد.ـ **مرجع سابق**، 2002، ص11.

2- هزاع بن محمد.ـ **نفس المرجع**، 2002، ص42.

- حاصل على بورد التخصص وعلى تعليم مستمر في الطب الرياضي.
- حاصل على تعليم نظامي في الطب الرياضي (زمالة طب رياضي، بورد في تخصصات فرعية من الطب الرياضي).
- أن تكون نسبة 50% (أو أكثر) من التدريب التطبيقي في الطب الرياضي.
- أن تكون له عضوية ومشاركات في جمعيات علمية في الطب الرياضي.
- أن يكون منخرطا في تدريس الطب الرياضي، أو في البحث العلمي في الطب الرياضي، أو في النشر والتأليف في مجالات الطب الرياضي.
- حاصل على تدرب متقدم في الإنعاش القلبي (Advanced cardiac life support).
- له دراية بالأمور القانونية الطبي، وحالات العجز الجسدي والنفسي (Disability).
- حاصل على تدريب في مهارات التعامل مع وسائل الإعلام.[1]

ت- واجبات طبيب الفريق :

يجب على طبيب الفريق أن يكون مستعدا لإعطاء الرياضي الوقت والجهد الكافيين، كما أن عليه أن يكون على علم بأساسيات الرياضة التي يقوم برعاية رياضييها وممارسيها، وتمثل المهام التالية أهم واجباته:

الواجبات الطبية:

- تنسيق الفحوصات والإختبارات الطبية التي تسبق المشاركة الرياضية (Preparticipation exam).
- التعامل مع الإصابات الرياضية في الميدان .
- تنسيق أمور التأهيل الرياضي والعودة للمشاركة بعد الإصابة .
- التنسيق مع الخبرات الطبية الأخرى المسؤولة عن خدمة الرياضي والتأكد من تكاملها، يشمل ذلك اختصاصين الطبيين، والمعالج الرياضي، والإختصاصيين في العلوم الصحية الأخرى.
- توفير التثقيف والنصح للرياضيين فيما يتعلق بالجوانب التغذوية، والتهيئة البدنية، والمنشطات، وغير ذلك مما يؤثر على أداء الرياضي.
- توفير التوثيق الطبي المناسب وتجهيز السجل الطبي المناسب.

بالإضافة إلى الواجبات الطبية، هناك واجبات أخرى إدارية وقانونية، من أهمها أمور تتعلق بوضع الخطط الملائمة للطوارئ التي تحدث أثناء المسابقات والمنافسات الرياضية، وتقييم الظروف البيئية وأرضية الملعب ومدى ملاءمتها من الناحية الطبية.

1- هزاع بن محمد.ـ **مرجع سابق**، 2002، ص 45.

خلاصة:

إن تطرقنا لهذا البحث ما هو إلا إشارة لأهمية الطب الرياضي والتي سبق أن ذكرناها، وكذلك التعريف به أكثر لأنه لم يصل بعد إلى جميع الأوساط الرياضية في بلادنا والعمل بمبادئه وأسسه العلمية في التوجيه والحفاظ على أجيالنا الرياضية، وبعث الحركة الرياضية ووضعها على سكة التقدم الحقيقي وذلك بتوفير المنشآت والوسائل والأجهزة كي تبلغ ما بلغته الدول الأخرى من نجاح في الميدان الرياضي عموما وميدان رياضة ألعاب القوى بصفة خاصة.

الفصل الثاني

تمهيد:

إن التطور السريع الذي يشهده الإنجاز الرياضي على مستوى العالم، ما هو إلا نتيجة حتمية لتطبيقات استخدام العلم في مجال الرياضة بفروعها المختلفة وتخصصاتها المتعددة، وتعتبر المراقبة الطبية أحد أهم العلوم التي ساهمت خلال السنوات الأخيرة في الإرتقاء بمستوى اللاعبين والحد من مخاطر ومضاعفات الإصابات الرياضية التي يتعرضون لها.

وقد أصبحت المراقبة الطبية تحتل مكانة محورية في المنظومة الرياضية العالمية، فالوصول إلى الكمال في الأداء الرياضي يتطلب متابعة دقيقة للممارس من حيث التشخيص، التعبئة، الأداء، فالمواكبة.

في هذا الفصل تطرقنا إلى مفهومها، مهامها، مفهوم الفحص الطبي الدوري وأهميته، الكشف الطبي لتقييم الحالة وكذا إستمارة التقييم الطبي الفيزيولوجي، كما تطرقنا لمسؤولية أخصائي الطب الرياضي وأهمية إلمام المدرب بعلوم الطب الرياضي ودور هذا الأخير في الوقاية من الإصابات.

2-1- مفهوم المراقبة الطبية:

هي مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث.[1]

هي عبارة عن العلاج النوعي لحالات المرض أو العجز للاعبين وتختلف من حالة لأخرى وتشتمل على المتابعة الدورية للحالة ورعايتها طوال فترة العلاج.[2]

2-2- مهام المراقبة الطبية:

الإختصاصي في الطب الرياضي عليه أن يؤدي المهام التالية:

- التخطيط لكيفية علاج اللاعبين في المراحل التدريبية المختلفة.
- التخطيط لكيفية تنظيم الخدمات الصحية بالملاعب والأشراف عليها.
- الإشراف على البيئة في المركب الرياضي.
- القيام بعمل الفحص الطبي الدوري الشامل للاعبين وتحليل النتائج.
- اكتشاف الأمراض المعدية واتخاذ الإجراءات اللازمة نحو منعها.
- مراقبة وتقييد التغيرات الناتجة من خلال برنامج تدريبي.[3]

2-3- 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 التي يدون فيها الطبيب كل ما يتعلق بالحالة الصحية للاعبين.
- الإختبارات النفسية، يقاس بها مستوى ذكاء اللاعبين وسلوكهم.[4]

2-4- أهمية الفحص الطبي الدوري:

الفحص الطبي الدوري له أهمية بالغة لاسيما في مرحلة الناشئين لأن غالبيتهم لم تتح لهم فرصة القيام به من قبل، ومن فوائده أنه يؤدي إلى اكتشاف الكثير من الأمراض والمعوقات التي توجد عند الناشئين دون أن يشكو بها. كذلك من فوائد الكشف الطبي أنه يشرك المدرب اشتراكا إيجابيا في تسجيل المعلومات الصحية عن اللاعبين

1- إبراهيم البصري.ـ **الطب الرياضي.ـ** دار الحرية: بغداد، 1976.ـ ص 07.

2- بهاء الدين سلامة.ـ **الجوانب الصحية في التربية الرياضية.ـ** دار الفكر العربي: مصر، 2005.ـ ص 203.

3- بهاء الدين سلامة.ـ **نفس المرجع**، 2005، ص 171،172.

4- بهاء الدين سلامة.ـ **نفس المرجع**، 2005، ص180.

وآرائهم، وتتاح فرصة التعرف على الإمكانيات الصحية والإجتماعية والفروق الفردية بينهم.[1]

2-5- الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية:

إن الكشف الطبي لتقويم الحالة الصحية هام وذلك للأسباب التالية:

1- بعض الأفراد لا يمارسون أي نوع من التمرينات المحددة لخوفهم من خطر التعرض للمخاطر.

2- بعض الأفراد لا يمارسون أي نوع من التمرينات لعدم إجراء أي فحوص طبية.

3- الكشف الطبي يساعد على تحديد الحالة الصحية الراهنة للأفراد.

4- البيانات والمعلومات الطبية الناتجة من الفحص تستخدم في تحديد نوع التمرين.

5- القيم الخاصة ببعض التحاليل مثل ضغط الدم، بنية الدهن، نسبة السكر، الكلسترول، وغيرها، وهي تستخدم لحث الأفراد على الإلتزام بالبرنامج التدريبي.

6- التقويم الصحي لكل الأفراد الأصحاء والمرضى يمثل القاعدة التي يمكن مقارنتها بأي تغيير جديد قد يطرأ على الصحة.

7- الأطفال والبالغون في أشد الحاجة لإجراء تلك الفحوص وذلك بسبب ازدياد معدلات النمو والنضج في هذه المرحلة من العمر.

8- الكبار أيضا في أشد الحاجة على تكرار تلك الفحوص وذلك للإكتشاف المبكر لبعض الأمراض الخطيرة مثل السرطان وأمراض القلب وغيرها.

9- التشخيص المبكر لأي مرض يساعد على ازدياد فرص الشفاء منه.

إن التقويم الطبي في غاية الأهمية لكل الأفراد في الأحوال العادية وقبل تنفيذ أي برنامج رياضي، إلا أنه في الواقع لا يستطيع كل الأفراد إجراءه، وهم أيضا لا يستطيعون تحمل نفقاته نظرا لعوامل عديدة أهمها مستوى معيشة الأفراد والمغالاة في أسعاره، كما أن النظام الحكومي بالدولة غير مستعد لإجرائه ولتنفيذ هذه الخدمة لتعطي تعداد السكان أو حتى الغالبية العظمى منهم.

والحقيقة العلمية تؤكد أنه إذا أردنا الأخذ بالمبادئ السليمة وبإتباع الأسلوب العلمي في ممارسة الرياضة يجب على الأفراد الفحص الطبي بواسطة المتخصصين وذلك للحالات التالية على وجه الخصوص:

- ❖ الأطفال والناشئين.
- ❖ الرجال فوق سن الأربعين.
- ❖ السيدات فوق سن الخمسين.
- ❖ جميع الأفراد أو الذين يعانون من مخاطرة محددة.
- ❖ جميع الأفراد الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الإنقباضي أكبر من 160 مم أو ضغط الدم.
- ❖ الإنبساطي أكبر من 50 مليمتر زئبقي.
- ❖ جميع الأفراد الذين يزيد كولسترول الدم لديهم عن 240 ملغرام.

1- بهاء الدين سلامة.ـ **مرجع سابق**، 2005، ص 180،181،182.

- ❖ جميع الأفراد المدخنين.
- ❖ جميع الأفراد الذين يعانون من مرض البول السكري.
- ❖ جميع الأفراد الذين يعانون من انسداد الشريان التاجي وبعض أو كل الحالات السابقة قد يشتكون من الأعراض التالية:
  - ✓ آلام في الصدر وحول البطن.
  - ✓ شحوب الوجه وزرقة في الشفتين.
  - ✓ ضيق في التنفس "التنفس القصير".
  - ✓ الغثيان أو الكسل الشديد.
  - ✓ السعال المصحوب بضيق التنفس .
  - ✓ آلام في الطرف السفلي خاصة في الكاحل.
  - ✓ هبوط وخفقان في القلب.
  - ✓ زيادة معدل ضربات القلب.

وعلينا أن نلاحظ أن الأعراض السابقة يجب تفسيرها في الإطار الطبي ومن خلال الفحوص المعملية لأنها قد تكون عرضية أو مرضية وهي قد تعني الإصابة بأمراض بسيطة أو خطيرة.[1]

2-6- استمارة للتقييم الطبي الفسيولوجي:

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

أ- قسم خاص بالفحص الطبي العام.

ب- قسم خاص بالفحوص الطبية الفسيولوجية

ج- قسم خاص بالفحوص الجسدية الخارجية "المورفولوجيا".

د- قسم خاص بالفحوص المعملية.

هـ- بيانات خاصة بدرجة اللياقة الطبية والبدنية للاعب.[2]

2-6-1- قسم الفحوص الطبية العامة:

وتشتمل على البيانات التالية:

أ- بيانات عامة:

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

1- بهاء الدين سلامة.ـ **الصحة الرياضية والمحددات الفيزيولوجية للنشاط الرياضي.ـ** ط1.ـ دار الفكر العربي:2002.ـ ص26،27.

2- أسامة رياض.ـ **الرعاية الطبية للاعبي الكرة الطائرة.ـ** ط1.ـ 2005.ـ مركز الكتاب للنشر: القاهرة، ص 193.

ب-التاريخ الطبي:

التاريخ الطبي السابق من أمراض وعمليات جراحية وإصابات وحوادث وحساسية لعقاقير طبية معينة وأمراض استمرت أكثر من أسبوع وأمراض سابقة تكون قد أثرت على المستوى الرياضي.[1]

ت-التاريخ الطبي العائلي:

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

ث-التاريخ الطبي والتدريب:

ويشمل معلومات عن تاريخ بدء ممارسة رياضة ألعاب القوى 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.

ج- العادات:

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

ح-الفحص الطبي العام:

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

*** فحوصات العيون:**

وتشتمل على قوة البصر، الملتحمة، جحوظ العينين، أخطاء الأبصار، طويلا وقصير النظر.

*** فحوصات الجلد:**

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

*** فحوصات الفم والأسنان:**

تتم بواسطة طبيب متخصص.

*** فحوصات قياس وضغط الحسم الشرياني الإنبساطي والإنقباضي.**

***الغدة الدرقية والغدد اللمفاوية.**[2]

خ- الفحوصات المحلية:

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

د- فحوصات تخطيط القلب:

وتشمل تخطيط القلب ونتائجه في الراحة أثناء المجهود بموجباته المختلفة، وكذلك تفاصيل تخطيط للاعب ألعاب القوى مع راحة عشر دقائق بعد المجهود.

1- أسامة رياض.ـ **مرجع سابق**، 2005، ص 193.

2- أسامة رياض.ـ **نفس المرجع**، 2005، ص 194.

ذ- فحوصات الوظائف التنفسية:

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

ر- فحوصات خاصة بحجم القلب:

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

ز- فحوصات تخطيط العضلات:

وتشتمل تخطيط للعضلات الخلفية لعظم لوح الكتف وهي هامة في اللاعبين لاكتشاف أعراض مبكرة الخاصة بتلك العضلات.[1]

2-6-2- قسم الفحوصات الطبية الفسيولوجية:

وتتم فيه الفحوص التي ذكرناها سابقا لتقييم كفاءة الجهاز الدوري التنفسي للاعب هوائيا ويتم تكرار الفحوص الطبية الفسيولوجية كل ثلاثة شهور للاعبين.[2]

2-6-3- قسم الفحوص البدنية الخارجية (المورفولوجي):

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

2-6-4- قسم الفحوص المعملية:

وتشمل الفحوص المخبرية العامة مثل:

أ- فحوص الدم:

- صورة عامة للدم "هيموجلوبين" (هيموغرام).
- عدد كرات الدم البيضاء والحمراء والتفصيل الطبي والنوعي.
- نسبة هيموجلوبين الدم.
- سرعة ترسيب الدم.
- ملاحظات أخرى.

ب- فحوص البول:

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

1- أسامة رياض.ـ **مرجع سابق**، 2005، ص 195.

2- أسامة رياض.ـ **نفس المرجع**، 2005، ص 195.

ت- فحوص البراز:

لاستبعاد وجود طفيليات الجهاز الهضمي.[1]

ث- فحوص معملية طبية أخرى:

مثل الفحوص النسيجية والتي تؤخذ فيها عينة من عضلات لممارسة رياضة ألعاب القوى، والنبوغ فيها من عدمه، وتوفير لوقت الدولة والمدرب والإتحاد وذلك من نوعية الآليات الغالبة على تكوينه العضلي.

كما تجري أيضا فحوص معملية أخرى للاعب أهمها:

- قياس نسبة حامض لبنيك الدم (اللاكتيك).
- قياس نسبة الدهون والكولسترول في الدم.

2-6-5- بيانات بدرجة الياقة البدنية للاعب ألعاب القوى :

وتشمل مايلي:

بناءا على ما تقدم من فحوص إكلينيكية ومعملية فإن اللاعب:

1- لائق لممارسة رياضة ألعاب القوى.

2- لائق لممارسة أنواع أخرى من الرياضة.

3- تحافظ على اللياقة الطبية للاعب.

4- عدم اللياقة الطبية لممارسة ألعاب القوى "وقتيا أو نهائيا" وتحدد بالضبط درجة لياقة اللاعب البدنية "جيدة، متوسطة، ضعيفة"، بإمضاء طبيب الإتحاد واعتماد أمين عام اتحاد الطب الرياضي "نظام متبع في الإتحاد العربي السعودي للطب الرياضي".

2-6-6- فحوص خاصة بالمتابعة الطبية التقييمية 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 أخر فحص له وكذلك تشخيصه وعلاجه.[2]

2-7- مسؤولية أخصائي الطب الرياضي:

تقوم مسؤولية أخصائي الطب الرياضي على عدة دعائم وعناصر أساسية هي:

2-7-1- الإختبارات الصحية للرياضيين:

يجب الإهتمام بحالة الرياضي الصحية وذلك عن طريق الكشف الطبي الأولي وإجراء الإختبارات والفحوصات الخاصة، التي تحدد بدقة الحالة العامة التي يكون عليها الرياضي في مختلف النواحي الصحية والتشريحية والبدنية والنفسية، والتأكد من عدم وجود أمراض قد تؤثر على الأجهزة الحيوية وبالتالي على ممارستها للرياضة مثل الحمى

1- أسامة رياض.ـ **مرجع سابق**، 2005، ص 135.

2- أسامة رياض.ـ **نفس المرجع**، 2005، ص 136.

الروماتيزمية، أمراض القلب، الجهاز التنفسي، الإلتهاب الكبدي ومرض الكلى...الخ.

2-7-2 الإختبارات النفسية:

إن فقدان الثقة بالنفس والفشل والخوف من الإصابة من الممكن أن تمنع اللاعب من بذل أقصى مجهوداته وإمكانياته مما يزيد من خطر الإصابة لذلك يجب إجراء الإختبارات السيكولوجية بصفة مستمرة لاكتشاف أي خلل يصعب معه الوصول باللاعب للمستوى الرياضي العالي.

2-7-3- الإختبارات الفيسيولوجية:

تقييم الحالة الفيسيولوجية للرياضي بالطرق العلمية السليمة والعمل على تحسينها بالبرامج التدريبية المتقنة له أهمية كبيرة، ويتم ذلك عن طريق الإختبارات التالية:

-قياس النبض عند بذل أقصى مجهود بدني.

-قياس النبض عند الراحة.

-قياس أقصى استهلاك للأكسجين.

-قياس أقصى طاقة تنفسية.

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

2-7-4- الإختبارات التشريحية والبدنية:

يتم إجراء الإختبارات التشريحية للكشف عن أية انحرافات أو تشوهات قوامية حيث يزداد معدل الإصابات في حالات الإنحرافات القوامية لأي جزء من أجزاء الجسم، بالإضافة إلى أنها تعيق القيام بالمجهود الرياضي وأيضا قياس الطول والوزن وقياس القوة العضلية والمرونة والتحمل والرشاقة للتعرف على النمو واستعداد نوع الجسم للنشاط الرياضي لحماية اللاعب من التعرض للإصابات.

2-7-5- الإهتمام بالتغذية:

تعتبر التغذية السليمة من العوامل الهامة التي يجب مراعاتها للمحافظة على الصحة العامة للرياضيين حيث أن تناول وجبات متوازنة غذائيا باستمرار يؤدي إلى الإحتفاظ بمستوى أداء عالي، بينما نلاحظ أن الإفراط في تناول نوع واحد على حساب الأنواع الأخرى قد يؤثر سلبيا على مستوى الأداء الرياضي، لذلك يجب دراسة هذه النوعيات لاختيار أفضل النوعيات الغذائية لكل رياضة على حدى، يجب الإحتفاظ بمستوى غذائي عالي حيث أنه يعمل على بناء أنسجة الجسم وحمايتها كما يمد الجسم بالوقود وتجدد المصادر المولدة للطاقة وكذلك التغلب على العوامل التي تؤدي إلى الإجهاد والتعب العضلي وسرعة التفاعلات الكيميائية المولدة للطاقة.[1]

لذلك يجب على الرياضي:

-تناول الغذاء الذي يتناسب مع الجهود المبذولة لنوع النشاط الرياضي.

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

1- مرفت السيد يوسف.ـ **دراسات حول مشكلة الطب الرياضي**.ـ ط1.ـ مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية: مصر، 2001.ـ ص14.

-تناول كمية مناسبة من السوائل لتعويض ما يفقده الجسم وخاصة عند ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة وأثناء التدريبات ذات الشدة العالية، حيث أن نقص الماء والأملاح المعدنية يؤدي إلى الإجهاد السريع وتزايد احتمال الإصابة.

-توجيه اللاعب لعدم تناول المنشطات الصناعية لما لها من تأثير فيسيولوجي ضار بالجسم، بالإضافة إلى أضرار جانبية خطيرة على مستقبل الرياضي، حيث أنها تساعد اللاعب على بذل مجهود يزيد عن إمكانيات اللاعب الفيسيولوجية لما قد يتسبب في مضاعفات خطيرة قد تؤدي إلى الوفاة.[1]

2-8- إلمام المدرب بعلوم الطب الرياضي:

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

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

وفي تجنب أي تدهور للحالة الصحية للاعب، مما سوف يساعد حتما على زيادة وتدعيم العلاقة ما بين المدرب واللاعب، وعلى هذا النقيض نجد أن المدرب غير الملم بعلوم الطب الرياضي من المحتمل أن يدفع اللاعب إلى أكثر من حدوده وقدراته، مما يؤدي إلى نتائج سلبية وعكسية.[2]

2- اتخاذ قرار تحويل اللاعب إلى الطبيب المتخصص في الوقت المناسب.

3- تقديم المساعدة الضرورية في حالة عدم تواجد أحد أفراد الفريق الطبي فوقت الطبيب مكلف ويجب استغلاله بالطريقة المثالية، وواجبه الأساسي هو الإستشارة، العلاج، والتأهيل، ومن الصعب تواجده في كل فترات التدريب أو المسابقات، هذا ما يحدث واقعيا في الدول النامية التي تعاني نقص شديد في الخدمات الطبية وليس عندها العدد الإضافي من الأطباء للعناية بالأمراض أو حتى الوقاية، فما بالك بالعناية بإصابات الرياضيين الأصحاء. ومن الملاحظ أنه يمكن التغلب على نسبة كبيرة من المشاكل من المشاكل التي تواجه الرياضي أثناء التدريب عن طريق شخصا مؤهل ملما بالمعلومات الطبية الأساسية دون الحاجة الماسة إلى تدخل الطبيب المستمر فإذا تم إعداد المدرب في هذه الناحية فسيكون بلا شك قادرا على أداء هذا الدور بنجاح.

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

5- تقديم الإسعافات الأولية بطريقة صحيحة وسليمة.

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

7- اكتشاف الأخطاء الفنية بسهولة وتقديم النصيحة المناسبة حتى يتجنب اللاعب خطر الإصابة.

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

1- مرفت السيد يوسف.ـ **مرجع سابق**، 2001، ص15،16.

2- عادل علي حسن.ـ **الرياضة والقصة.ـ** ط1.ـ منشأة المعارف: الإسكندرية، 1995.ـ ص 75.

وقد تبنى هذا الإتجاه المؤتمر الطبي الذي عقده الإتحاد الدولي لألعاب القوى في عام 1983 حيث أشاروا إلى أهمية إعداد المدرب حتى في التشخيص وعلاج الإصابات الرياضية، مع التركيز على العمل الجماعي ما بين المدرب، والطبيب، والرياضي، كما أشاروا إلى الدور البارز الذي يؤديه المدرب في المراحل المتأخرة من العلاج بالإشراف على التدريبات التي توصف لتأهيل الإصابة والتي تحافظ على اللياقة البدنية للاعب، بالإضافة إلى مسؤوليته في اكتشاف المضاعفات التي تحدث أثناء الأداء وتساعده وبالتالي في تقويم الإصابات المختلفة.[1]

2-9- دور المدرب الرياضي في الوقاية من الإصابات الرياضية:

إذا كان المدرب على علم ودراية بالأسباب العامة للإصابات الرياضية والتي سبق الإشارة إليها، فإن دوره الحد والوقاية من الإصابات يكون أمرا ميسورا، 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:

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

2- 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 بدءا من سلامة النظر والكشف الحقيقي على العينين، وأجهزته الحيوية: كالجهاز الدوري، والقلب، والجهاز التنفسي، والرئتين وغيرهما، ومنتهيا بالكشف على الجهاز العصبي وسلامة الأعصاب وسلامة الجهاز العضلي والتوافق العضلي العصبي، ويتم ذلك في مراكز الطب الرياضي المتخصصة.

3- عدم إشراك اللاعب وهو مريض: لأن ذلك يعرضه للإصابة وأيضا عدم إشراكه وهو مصاب بإصابة لم يتأكد شفاؤه ومنها نهائيا، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحولها لإصابة مزمنة.

4- عدم إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد نفسيا وبدنيا وذهنيا لهذا الأداء: إذ أن إجبار اللاعب على الأداء وهو غير مستعد يجعل قدرته نهائيا، لأن ذلك قد يعرضه لتكرار الإصابة أو تحويلها لإصابة.

5- توفير الغذاء المناسب للرياضي كما ونوعا بمختلف عناصره الغذائية البناءة: كالبروتينات، والمواد التي تمد الجسم بالطاقة، كالنشويات (الكربوهيدرات) والسكريات والدهون، والمواد التي تمد الجسم بالحيوية متمثلة في الأملاح والفيتامينات كالفواكه الطازجة والخضروات.[2]

وعلى المدرب مراعاة ملاءمة الغذاء وتكامله ومناسبته للعوامل الآتية:

أ- نوع وطبيعة الرياضة التي يمارسها اللاعب.

ب- الجنس والمرحلة النسبية وحالة اللاعب الصحية.

ج- حالة الجو ومراعاة تعويض الجسم لما يفقده من سوائل بكمية كبيرة في بعض الرياضات.

1- عادل علي حسن.ـ **مرجع سابق**، 1995، ص 77.

2- عادل علي حسن.ـ **نفس المرجع**، 1995، ص 120،121.

د- مراعاة مناسبة مواعيد التغذية لممارسة النشاط حيث يجب أن يكون تناول الطعام قبل المهارة أو التدريب بحوالي ساعتين أو ثلاث ساعات، حيث تزداد الدورة الدموية إلى المعدة والجهاز الهضمي بعد الأكل مباشرة لإتمام عملية الهضم وبالتالي يقل الحجم نسبيا في العضلات التي تقوم بالدور الأساسي في الأداء الرياضي مما قد يعرض اللاعب للإصابة.

6- الإهتمام 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 الإحصاء وطبيعة تمريناته في الحرارة عنه في البرودة الشديدة حيث يزيد زمنه ويختلف أيضا طبيعة تمريناته.

7- تطبيق التدريب العلمي الحديث: تجنب الإفراط الغير متقن في التدريب الذي يسبب التعب 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 الإستثارة العصبية والتهيج وكثرة الأخطاء في الأداء وسرعة النبض في الراحة.

8- 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.[1]

9- الراحة الكافية للاعبين: والتي تتمثل في النوم لفترة تتراوح ما بين 8-9 ساعات يوميا بالإضافة إلى الإسترخاء والراحة الإيجابية بين كل تمرين وأخر داخل الوحدة التدريبية وعلى المدرب التأكد من ذلك بالملاحظة الدقيقة للاعب.

1- عادل علي حسن.ـ **مرجع سابق**، 1995، ص 121،122.

خلاصة:

إن تطرقنا لهذا البحث ما هو إلا إشارة لأهمية المراقبة الطبية والتي سبق أن ذكرناها، وذلك نظرا لغيابها عن الميادين الرياضية ببلادنا وخاصة في ميدان ألعاب القوى، حيث أهملوا العمل بمبادئها وأسسها العلمية في مجال الصحة الرياضية، مما أدى إلى تعريض صحة لاعبي هذه الأندية لخطر الإصابات، حيث عرفت هذه الأخيرة انتشارا واسعا في هذا الميدان والتي بدورها خفضت من مستوى أداء هؤلاء الرياضيين.

الفصل الثالث

ألعاب القوى

تمهيد:

تعتبر ألعاب القوى والميدان العامل الديناميكي المحرك لمجمل التطور الجسمي لأنها تمثل العمود الفقري الذي ترتكز عليه الألعاب الرياضية الأخرى في تطورها.

ولقد خطى الباحثون خطوات واسعة في نواحي العلم والمعرفة وقد أدى ذلك إلى تبلور وتعدد نواحي البحث فيه، ولذا تكشف للعلماء نتائج كثيرة ساعدتهم على وضع الأسس والنظريات العلمية التي يتخذها المدرب كقواعد يبني عليها برنامج لرفع مستوى الأداء في هذا الميدان.

3-1- تعريف ألعاب القوى:

يعرفها قاسم حسن حسين بأنها الإرتباط المشترك بين الفعاليات الرياضية كالمشي والركض والرمي والقذف، بحيث يكون فيها قانون اللعبة نافذا لأقصر فترة زمنية وأبعد مسافة أو ارتفاع نسبة الفعاليات الواحدة.[1]

كما أشار"إميل بديع يعقوب" أنها تمارين رياضية تهدف إلى تنمية جسدية متناسقة مع تنمية ذهنية للإنسان، فهي تعتبر أساسا لكل الألعاب الرياضية وهي محور الدورات الأولمبية، ومقياسا للقدرات البشرية في تحديا للزمن والمسافة والثقل..... [2]

أيضا عرفها أمين أنور الخولي على أنها تمارين رياضية يتنافس فيها الرياضيون في مسابقات الجري والمشي، الوثب، الرمي، وتتألف مسابقات المضمار من سباقات الجري والمشي لمختلف المسافات، والسباقات الميدانية، مباريات في الوثب أو الرمي ويمكن أن تقام في المضمار والميدان، في صالات مغلقة أو في الهواء الطلق، ويتنافس الرجال والنساء بشكل منفصل في اللقاءات الرياضية.....[3]

تطرق إلى تعريفها كل من" M .Pradet et J .Hubiche" على أنها نشاط حركي اجتماعي تنافسي، إلخ... تمارس على أرضية مهيأة، وتتطلب قوة استثمار طاقوي المعبر عنها عن طريق تقنيات حركية من النوع (المغلق) وهدفها تطوير المقومات البدنية، والذهنية للرياضي، وتحقيق تجلية مرقمة في الوقت، المكان ومن أجل السماح بإقامة مقارنات مع نفسه ومع الآخر....[4]

من هذا المنطلق يتضح أن ألعاب القوى تتكون من خمسة فروع أساسية هي: الجري، الوثب، الرمي الحواجز، المشي، وكل من هذه الفروع تضم عدة مسابقات للجنسين ويبلغ مجموع المسابقات المتفرعة من ألعاب القوى في الدورات الأولمبية للجنسين 42 مسابقة يقدم فيها ميدالية ذهبية.[5]

3-2- نبذة تاريخية عن نشأة ألعاب القوى:

تعتبر ألعاب القوى أم الألعاب الرياضية لكونها ساهمة مساهمة فعالة في تقدم وتطور مختلف أنواع المسابقات الرياضية بين الشباب فهي أقدم أنواع الرياضة التي مارسها الإنسان، ويتضمن فروعا متعددة (المشي، الجري، القفز، الوثب، الرمي والرفع) تحت إسم **(فن اللاتلاتيكا)**، ورياضة ألعاب القوى انتشرت في الحضارات القديمة، فعرفتها الصين والهند وبلاد مابين النهرين وجزيرة كريت منذ ثلاثين قرنا أو أكثر.

اشتق إسمها من اللغة اليونانية القديمة، وأطلق عليها مجموع ألعاب القوى كمصطلح رياضي، وذلك منذ 600 سنة قبل الميلاد عندما ظهر هذا المصطلح في كتابات (بند راس) و(جلاديا تورك) واستقر في كتابات "بلينوز" كمصطلح رياضي شائع الإستعمال والدلالة، جرت مسابقات ألعاب القوى لأول مرة في بلاد اليونان سنة 1452ق.م في نطاق الألعاب الأثينية التي كانت طليعة الدراسات الأولمبية، حيث كان هذه الرياضة تمارس

1- قاسم حسن حسين.ـ **الموسوعة الرياضية والبدنية الشاملة في الألعاب والعلوم الرياضية.ـ** ط1.ـ دار الفكر للطباعة: بغداد، 1998.ـ ص95.

2- إميل بديع يعقوب.ـ **موسوعة كنوز المعرفة الرياضية.ـ** دار نظير عبود: بيروت، لبنان، 1996.ـ ص16.

3- أمين أنور الخولي.ـ **موقع الضغوط النفسية.ـ** (Internet explorer-105 free fax)، 2007.ـ ص3.

4- Pradet et M.Hubiche J.L **—. Comprendre l'athletisme** (sa pratique et son enseignement) **—.**Ed INSEPT, 1993—.p 78.

5- نهى حنا، رشيد فرحات.ـ **موسوعة كنوز المعرفة.ـ** ط2 .ـ دار نظير عبود: لبنان، 1999.ـ ص15.

خلال الإحتفالات الدينية، لم تكن ألعاب القوى في ذلك الزمن تمارس على النحو الذي نعرفه اليوم، فمسابقات المسافات الطويلة في الجري كانت تقاس بعدد المرات التي يجتاز العداء فيها الملعب ذهابا وإيابا، وعندما استولى الرومان على بلاد الإغريق، نقلو الثقافة الفكرية اليونانية واحترموا الثقافة الرياضية كثيرا لأن ألعاب القوى بصفة أساسية تبني أجسام الجنود وتساعدهم على القتال بشكل جيد،[1] أما عن اليونانيين فلم يعرفوا شيئا عن مضمار الجري المعروف لنا الآن بشكله البيضاوي وإنما كان مضمار السباق لديهم عبارة عن سطح في الأرض متسع أشبه ما يكون بملعب المدرسة ومن هذه الأرض المسطحة نشأ نوعان من مضمار الجري: مضمار سباق الخيل والعربات الحربية (وقد كان طويلا نسبيا)، ومضمار سباق الجري (وقد كان أشبه بملاعب الكرة في استطالته نسبيا)،[2] كما توضح الآثار التاريخية عند المصريين القدماء لنا اهتمامهم العظيم بمسابقات الميدان والمضمار، فقد مارسوا الجري، كما بينت النقوش الموجودة على جدار **ماصوتي** في تل العمارنة ووجدت في مقبرة (تباح حتب) في سقارة، وأيضا وجدت طريقة تشرح فيها طريقة الوثب العالي في ذلك الوقت.[3]

من خلال المفهوم الحديث لهذه الرياضة فقد تأصل في إنجلترا وتحديدا في عشرينات القرن الماضي، عندما بدأ السباقين الإنجليز يبلون اهتماما فائقا بالرياضة، ويشتركون بأعداد في برامج المسابقات المتنوعة.

3-3- التطور التاريخي لألعاب القوى:

- عام 1837 جرى أول سباق للحواجز فيEton بإنجلترا.
- عام 1850 نظمت أول وأكبر مسابقة منفردة في جامعة أوكسفورد.
- عام 1866 أول بطولة حواجز في إنجلترا.
- عام 1867 ظهور أندية العدو المسامير الناشئة.
- عام 1876 أول بطولة لألعاب القوى في أمريكا(الولايات المتحدة الأمريكية).
- عام 1888 أول بطولة في فرنسا.
- عام 1889 أول بطولة في بلجيكا.
- عام 1890 اعتمد الأمريكي شارك "شاقيل" لأول مرة في سباقات الجري وضعا عند انطلاق يقضي بأن يثني ركبته مستندا إلى الأرض، فأدخل ذلك ثورة في تقنية الإنطلاق في سباقات الركض.
- عام 1893 أول بطولة لقارة أوقيانيا.
- عام 1864 تقابل لأول مرة فريقا جامعتي أوكسفورد وكامبردج.
- عام 1890 أول مباراة بين بلدين جرت بين الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا.
- عام 1913 تأسس الإتحاد الدولي لألعاب القوى.[4]

1- نزار الزين.ـ **الموسوعة الرياضية.ـ** ط1 .ـ دار الفكر العربي: بيروت، 1989.ـ ص20،22.

2- زكي دروش وآخرون.ـ **ألعاب الحواجز.ـ** دار المعرفة: القاهرة، مصر،1985.ـ ص73.

3- أسامة كامل راتب وآخرون.ـ **موسوعة الثقافة الأولمبية.ـ** مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر، 2000.ـ ص619.

4- جميل ناصف.ـ **موسوعة الألعاب المفضلة.**ـط1 .ـ دار الكتب العلمية: بيروت، 1993.ـ ص20،21.

منذ ذلك الوقت الأرقام القياسية العالمية تتعزز سنة بعد سنة، حتى أصبح العالم يعتقد أن الإمكانيات البشرية لا تقف عند حدود مادامت التقنية وطرق التدريب في تقدم مستمر.[1]

3-4- أهمية ألعاب القوى:

تأتي أهمية ألعاب القوى في الآتي:

- تكسب الفرد صفات ومهارات أساسية ممتازة.
- تنمية روح الصبر والجلد والمثابرة.
- تعلم الفرد حسن التصرف وسرعة البديهة.
- تكسب روح التنافس الحقيقي.
- تنمي صفات الجرأة والشجاعة.
- روح المغامرة مثل: لعب القفز بالزانة.
- قدرة وكفاءة الأجهزة الداخلية الحيوية على أداء عملها مثل القلب والرئتين.
- اكتساب الفرد الثقة بالنفس.

3-5- المواصفات وقياسات الميدان:

تجرى مسابقات ألعاب القوى التي تشمل الجري، الوثب، الرمي، المشي في ملاعب تخصص لهذه الغاية، وكل لعبة في الجزء الخاص بها من الملعب الذي يجب أن يخطط حسب القوانين المتبعة في المسابقات المختلفة، أما مسألة المواصفات والقياسات فهي على النحو التالي:

3-5-1- مسابقات الجري والمضمار:

1- المضمار:

يجب على مضمار الجري ألا يقل عرضه عن 722 سم، وطوله عن 400 سم، وأن تكون له حافة داخلية من الإسمنت والخشب أو أي مادة أخرى يبلغ ارتفاعها 5 سم ولا يزيد عرضها عن 5 سم، يتكون عادة من نصفي دائرتين مرسومتين على عرض مستطيل تكون النهاية العظمى المسموح بها للميل الجانبي لمضمار الجري لا تزيد عن 1000/1 والميل في اتجاه الجري 1000/1.

ويجب أن يكون لكل متسابق حارة في جميع السباقات ال400م وما دونها، وأن يكون عرض الحارة بين 122 و125 سم، ويفصل بين الحارات خط من حافة المضمار الداخلية، وتقاس باقي الحارات على بعد 20 سم من الحدود الخارجية لخطوط الجير.[2] كما يجب أن يتسع المضمار لستة مسارات أو لثمانية مسارات إن أمكن في اللقاءات الدولية.[3]

1- نزار الزين.ـ **مرجع سابق**، 1989.ـ ص23.

2- بسام سعد.ـ **الألعاب الرياضية الموسوعة الثقافية العامة**.ـ ط1، دار الجبل: بيروت، لبنان، 1999.ـ ص16،17.

3- نزار الزين.ـ **نفس المرجع**، 1989.ـ ص22.

2- البداية و النهاية:

يجب أن يكون هناك خط ظاهر من الجير يدل على بداية الجري عرضه 5 سم، ويكون عموديا على الحافة الداخلية للمضمار وتقاس مسافة السباق من حافة خط النهاية، ويثبت طرفا خط النهاية بعمودين أبيضين على بعد 30 سم على الأقل خارج المضمار، وإذا كان خط البداية منحرف يجب احتساب الفروقات الخاصة بكل متسابق لكي يحصل التعادل للجميع، ما يجب استخدام آلة تصوير لمساعدة الحكم والقضاة في تجديد النتيجة.

3- مكعبات بدء السباق:

يتم وضعها عند خط البداية، ترفع عند بدء السباق من المضمار بدل الحفر ونحوها، وتصنع من مواد صلبة خالية من أي جهاز يعطي قوة دفع أو مساعدة للمتسابق.[1]

4- سباق الحواجز:

هو سباق 110 أو 400 متر يتم بالجري والقفز عبر حواجز من الخشب أو من المعدن، يؤلف كل واحد منها من قائمتين بارتفاع 1,069 م وعرضه 1,20 م وسماكة العارضة العليا 7 سم مثبتة بشكل لا تقع إلا بقوة تزيد عن 4 كغ، توضع الحواجز على مسافات متساوية، في كل حارة 10 حواجز، ولكل حاجز إضافة في مؤخرته يبلغ طوله 70 سم تساعد على تأمين التوازن، تكون المسافة بين البداية وأول حاجز 13,72 متر، وبين كل حاجز وآخر 9,74 متر، إلا الحاجز الأخير فتكون بينه وبين خط النهاية 14,02 متر.[2]

5- سباق الموانع:

يتألف هذا السباق من 28 وثبة حاجز و7وثبات ماء في سباق الثلاثة آلاف متر، على المتسابق أن يجتازها أو يعتليها ويواصل الجري، لا يجري هذا السباق في حارات، ويوضع المانع رقم 3 بعد أن يكمل المتسابقون الدورة الأولى للمضمار، وحفرة الماء تكون رابع وثبة في كل لفة وتكون المسافة بين بداية اللفة الأولى إلى أول مانع 10 أمتار، ومن أول مانع إلى قاني مانع 78 مترا، ومن ثاني مانع إلى ثالث مانع 78 مترا، ومن الثالث إلى وثبة الحاد 78 متر، ومن وثبة الحاد إلى المانع الرابع 78 متر، ومن المانع الرابع إلى خط النهاية 68 مترا. يتراوح علو الموانع بين 1,91 و7,9 سم، وعرض العارضة 3,96متر على الأقل وبسماكة 12,7 سم ووزن المانع بين 80 و100كغ.[3]

6- سباق الماراتون:

الماراتون إسم سهل في اليونان قطعه جندي بعد انتصار الجيش كي ينقل خبر الإنتصار إلى قائده فوصل وأخبره بكلمة (لقد انتصرنا) ووقع ميتا، يبلغ طول السهل 42,195 كم، وكلل السباق باسمه.

حتى في وقتنا الحاضر مسافة السباق لم تتغير، ويجب أن يقام في الشوارع العامة وإذا حالت حركة السير العامة دون ذلك يتم الجري في الطريق الخاص بالدراجات أو المشاة، كما يصح أن تكون البداية والنهاية ضمن

1- بسام سعد.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص18.

2- نها حنا، رشيد فرحات.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص20.

3- بسام سعد.ـ **نفس المرجع**، 1999.ـ ص27.

المضمار شرط أن يكون هناك معالم توضح المسافات بالكيلومترات أو الأميال، ويحق للمتسابقين الحصول على المنعشات من قبل المنظمين بعد مسافة 11 كم وبعد ذلك كل 5 كم.[1]

7- سباق اختراق الضاحية:

يكون هذا السباق للكبار والناشئين والنساء كما ذكره (نزار زين) حيث المسافة المحددة لا تقل عن7 كم للكبار ولا تزيد عن 14 كم، أما الناشئين فيجب ألا تقل مسافة السباق عن 5 كم ولا تزيد عن 10 كم، أما للنساء فلا تقل عن 2 كم ولا تزيد عن 5 كم، لكن سباق الضاحية الدولي يجب أن تكون مسافته حوالي 12 كم للكبار، و8 كم للناشئين، 4 كم للنساء ويجري السباق على طريق متأقلم بقدر الإمكان للأرض العراء[2]، أي أراضي ذات عوائق طبيعية، يتكون كل فريق من 15 متسابقا تؤخذ نتيجة أفضل 12 متسابقا حيث يحصل أول الواصلين لخط النهاية على نقطة واحدة والثاني نقطتين والثالث ثلاثة وهكذا تواليك. ويعتبر فائزا الفريق الذي يحصل على أقل عدد من النقاط.

8- سباق التتابع:

تحدد المسافات بواسطة خطوط ترسم بالجير بعرض 5 سم عبر المضمار وتبيين خطي البداية والنهاية كما ترسم خطوط على بعد 10 أمتار من كل جانب من جانبي خطوط البداية يبينان منطقة التسليم وتحتسب هذه الخطوط ضمن أبعاد هذه المنطقة لا يسمح لأي متسابق أن يجري جزأين من أجزاء السباق الواحد، ولا يجوز تغيير أفراد الفريق بعد أن يكون قد جرى في التصفية، إنما يجوز تغيير ترتيبهم في الجري.

إن فرق المتبارين تتكون من أربع أشخاص ينطلق الأول ومعه عصى في يده وعندما يجتاز الأول مسافة 100متر أو 200 أو 800 أو 1500 مترا، يعطي العصا لزميله الذي يكون راكضا إلى جانبه على مسافة 20 متر، وبعدها ينطلق الثاني ليقطع مسافة مماثلة لمسافة الأول...، وهكذا يتتبعون حتى يصل الرابع إلى خط الوصول...[3]

عصا التتابع: هي نوع من الأسطوانة الناعمة الجوفاء تصنع من الخشب أو أي مادة صلبة طولها لا يزيد عن 30 سم ولا يقل عن 28 سم وزنها لا يقل عن 50 غراما، محيطها 12 سم[4] مثلما هو موضح في الجدول التالي:

1- بسام سعد.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص24.

2- نزار الزين.ـ **مرجع سابق**، 1989.ـ ص22.

3- بسام سعد.ـ **نفس المرجع**، 1999.ـ ص29.

4- جميل ناصف.ـ **مرجع سابق**، 1993.ـ ص25،26.

جدول رقم (1) يوضح مسافات السباقات في البطولات الدولية.[1]

للرجال	للنساء
100 م	100 م
200 م	200 م
400 م	400 م
800 م	400 م حواجز
1500م	4×100 تتابع
10000 م	4×100 تتابع
110حواجز	800 م
400 حواجز	1500م
3000 موانع	3000 م
ماراتون (42,195 كم)	100 م حواجز
4×100 تتابع	ماراتون(42,195 كم)
4×100 تتابع	

3-5-2- سباقات الميدان (الوثب، القفز، الرمي والقذف):

1- الوثب العالي:

تعتمد على الوثب عاليا فوق عارضة قائمة على عمودين ثابتين، ترتفع العارضة بعد كل دورة، وتتوالى الوثبات إلى أن يفشل اللاعب في ثلاث محاولات متتالية، يكون عرض العارضة (4,02م)، تتقدمها مساحة يقدر طولها (18م)، خلف العارضة منطقة طولها (5م) مكونة من مادة رخوة كالمطاط أو الكاتشوك أو ما شابه كي لا يصاب اللاعب بأذى، طريق الجري في المسابقات الدولية 15مترا، ويحق للرياضي أن يركض مسافة تتراوح بين 30و40 مترا قبل أن يثبت، تعتبر المحاولة فاشلة إذا لمس اللاعب العارضة وأسقطها على الأرض، أو إذا لامس الأرض أو مكان الهبوط قبل أن يجتاز العارضة.

2- الوثب الطويل:

وهو رياضة قديمة كانت منتشرة في بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية دخلت ضمن الألعاب الأولمبية عام 1896 م، وتمر الوثبة بأربع مراحل هي: الإقتراب، الإرتقاء، الطيران، الهبوط، ويحتاج الرياضي إلى مهارة كبيرة في السرعة والإرتقاء والوثب الطويل.

مربع الهبوط: هو مستطيل الشكل، طوله 8أمتار، عرضه2,75 م مليء بالرمل، يتقدمه مدرج يتراوح طوله بين 30و40 م، أما لوحة منصة الإنطلاق فتبعد مترا واحدا عن مربع الهبوط، وطولها 1,22م وعرضها 20سم، تحسب

1- نهى حنا، رشيد فرحات.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص17.

للاعب أفضل وثبة من بين ثلاث محاولات يقوم بها، تقاس جميع الوثبات من أقرب أثر تركه أي جزء من جسم المتباري على مربع الهبوط.[1]

3- الوثب الثلاثي:

كان يسمى خطوتين وقفزة، وهو شبيه بالوثب الطويل، ويعتبر من أسهل مسابقات الوثب، وتتم الوثبة بجعل الخطوة الأولى هي الأكبر ثم الثانية الأصغر والثالثة الوسط، وإذا لمس اللاعب الأرض بالرجل الحرة أثناء الأداء تعتبر المحاولة فاشلة.

مربع الهبوط: يبعدعن نقطة الإنطلاق 13م للمحترفين و9 أمتار للهواة، وتكون لوحة الإرتقاء على مسافة 13م على الأقل من منطقة الهبوط، كما يجب وضع لوح الصلصال لتسجيل آثار أقدام اللاعب عندما يخطئ.

4- القفز بالزانة:

أول ما ظهرت في بريطانيا، في أواخر القرن 19، ومنها انتقلت إلى أمريكا، ودخلت ضمن الألعاب الأولمبية عام 1896م، تصنع الزانة من الغاب الهندي أو الخشب أو المعدن ينتهي طرفها السفلي بقطعة مدببة من المعدن وطول طريق الإقتراب 40م، ومساحة منطقة الهبوط 5×5، وتتراوح المسافة بين طرفي العارضة بين389و452سم ولا يزيد وزنها على2,26كغ، صندوق الإرتقاء يتكون من الخشب أو المعدن بسماكة 5سم وبطول 855سم وعرض 60 سم وعرضه الخلفي 15 سم، وعمق لوحة الإيقاف 20 سم، وتعتبر المحاولة فاشلة إذا سقطت العارضة أو لمسها بأي جزء من جسمه أو ترك الأرض بهدف محاولة الوثب، أو في حالة فشل اجتياز العارضة.[2]

5- رمي الرمح:

يصنع من الخشب برأس معدني ينتهي بطرف مدبب، المسافة بين سن الرمح ومركز ثقله 115سم على الأكثر ولا تقل عن 90 سم، هذا للرجال أما للنساء فلا تزيد المسافة عن 95 سم، ولا تقل عن 80 سم، وعند مركز الثقل توجد قبضة من حبل بطول 16 سم للرجال، 220 سم للنساء، وزنه لا يقل عن 800غرام للرجال و600غرام للنساء، تبلغ طول منطقة الجري 36,5م، يحدد بخطين ظاهرين المسافة بينهما 4 أمتار.

تؤدى الرمية من وراء قوس من دائرة وقطرها 8 أمتار، وهو عبارة عن لوحة مصنوعة من الخشب أو المعدن عرضها 7سم مطلية باللون الأبيض، لكي تكون الرمية صحيحة يجب أن يقع الرمح بين الحافتين الداخليتين بخط قطاع مرسوم من مركز الدائرة التي قوس الرمي جزء من محيطها، وأن يلامس بين الرمح الأرضي قبل أي جزء منه، وتعتبر الرمية خاطئة إذا اجتاز اللاعب الخطين الجانبيين، أو لمس بأي جزء بجسمه قوس الرمي، أو دار حول نفسه دورة كاملة.

6- رمي القرص:

لعبة رياضية عرفها اليونانيون منذ القدم، وهي من ألعاب الميدان، ويتكون من حلقة معدنية ملساء مركبة على جسم خشبي على جوانبه ألواح نحاسية مثبتة عند مركزه لضبط الوزن الصحيح، قطره يتراوح ما بين 219و221ملم

1- بسام سعد.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص29،30.

2- بسام سعد.ـ **نفس المرجع**، 1999.ـ ص32.

للرجال، وبين 180و182ملم للنساء، وسماكة 44 و46ملم للرجال وبين 37 و39 ملم للنساء.

ويبلغ وزن القرص 2كغ للرجال و1كغ للنساء، ومحيط دائرة الرمي 2,5م، ويصنع من شريط حديدي أو من خشب بحيث تكون حافته العليا في مستوى الأرض خارج الدائرة مطلية باللون الأبيض، لا يجوز رمي القرص إلا من داخل الدائرة، ولكي تحتسب الرميات يجب أن تسقط داخل مقطع زاوية قدره 60 درجة، تبين نهايتا خطي الرمي برايتين من المعدن بارتفاع 60 سم وأبعاد 10×18سم، تؤخذ مقاسات كل رمية من أقرب أثر تركه القرص إلى محيط الدائرة الداخلي على خط يمر من ذلك الأثر ومركزه الدائرة، وعلى اللاعب عدم ترك الدائرة إلا بعد ملامسة الأداة الأرض.[1]

7- قذف الكرة الحديدية:

لعبة رياضية من ألعاب الميدان وأقواها وتتمثل في قذف كرة حديدية أو نحاسية أو ما شابه، تصنع الكرة الحديدية من الحديد أو النحاس أو أي معدن صلب، وزنها لا يقل عن 7,26كغ للرجال وقطرها يتراوح بين 110 و120ملم، أما للنساء فوزنها 4 كغ وقطرها بين 95 و110ملم.

دائرة الرمي: يبلغ قطر دائرة الرمي 2,35م، تثبت لوحة الإيقاف في الجزء المتوسط من النصف الأمامي لمحيط الدائرة، وهي عبارة عن لوحة من الخشب طولها 122وسمكها 11,4سم، وارتفاعها 10,2سم مطلية باللون الأبيض.

يؤدي اللاعب رميته من داخل دائرة الكرة، ويقذف بالكرة من الكتف بيد واحدة شرط أن تكون ملامسة لذقنه أو قريبة منها، فإذا لامس اللاعب بأي جزء من جسمه خارج الدائرة، أو لوحة الإيقاف تعتبر الرمية خاطئة.[2]

8- رمي المطرقة:

عرفت هذه اللعبة في القرون الوسطى، تتألف من كرة حديدية وقبضة من عروة أو عروتين، يتم وصل السلك بالرأس بواسطة محور بسيط، وتتصل القبضة بالسلك بواسطة عروة، يبلغ وزن المطرقة 7,76كغ على الأكثر وطول الشريط الحديدي 122سم.

يتم الرمي من دائرة تعرف بدائرة الرمي قطرها 2,135م مصنوعة من الحديد، وارتفاعه 76ملم، ومن أجل ضمان سلامة المتفرجين والحكام والمتسابقين يستحسن الرمي داخل قفص قطره 3 أمتار وله فتحة للرمي بعد 6أمتار وارتفاعه لا يقل عن 274سم.

وتعتبر الرمية صحيحة إذا وقعت داخل حدود الحافتين الداخليتين لخطى القطاع، وإذا لمس اللاعب الأرض خارج الدائرة بأي جزء من جسمه تعتبر المحاولة خاطئة.[3]

3-5-3- سباق المشي:

هي رياضة مفيدة تكسب الجسم لياقة وصحة، وتعتبر نوعا من العلاج الطبي، دخلت هذه الرياضة ضمن الألعاب الأولمبية عام 1986م، وأكثر السباقات انتشارا هو سباق ال 20 و50كم، ومن شروط المشي التقدم بخطوات مع المحافظة على ألا ينقطع الإتصال بالأرض، وذلك بأن تلامس الرجل الأمامية الأرض قبل أن تغادرها

1- بسام سعد.ـ **مرجع سابق**، 1999.ـ ص43.

2- بسام سعد.ـ **نفس المرجع**، 1999.ـ ص43،44.

3- بسام سعد.ـ **نفس المرجع**، 1999.ـ ص51.

الرجل الخلفية، ويسمح للمتسابق أن يتلقى إنذارا واحدا، وذلك بإشارة من راية بيضاء، ويجب أم يكون الحذاء بسمك 13ملم على الأكثر.

3-5-4- المسباقات الحركية:

1- سباق العشاري للرجال:

ويتألف من عشر مسابقات يجب أن تجرى خلال يومين متتاليين على النحو التالي:

اليوم الأول: 100م، وثب طويل، قذف الكرة، الوثب العالي، 400م.

اليوم الثاني: 110م حواجز، رمي القرص، القفز بالعصا، رمي الرمح، 1500م.

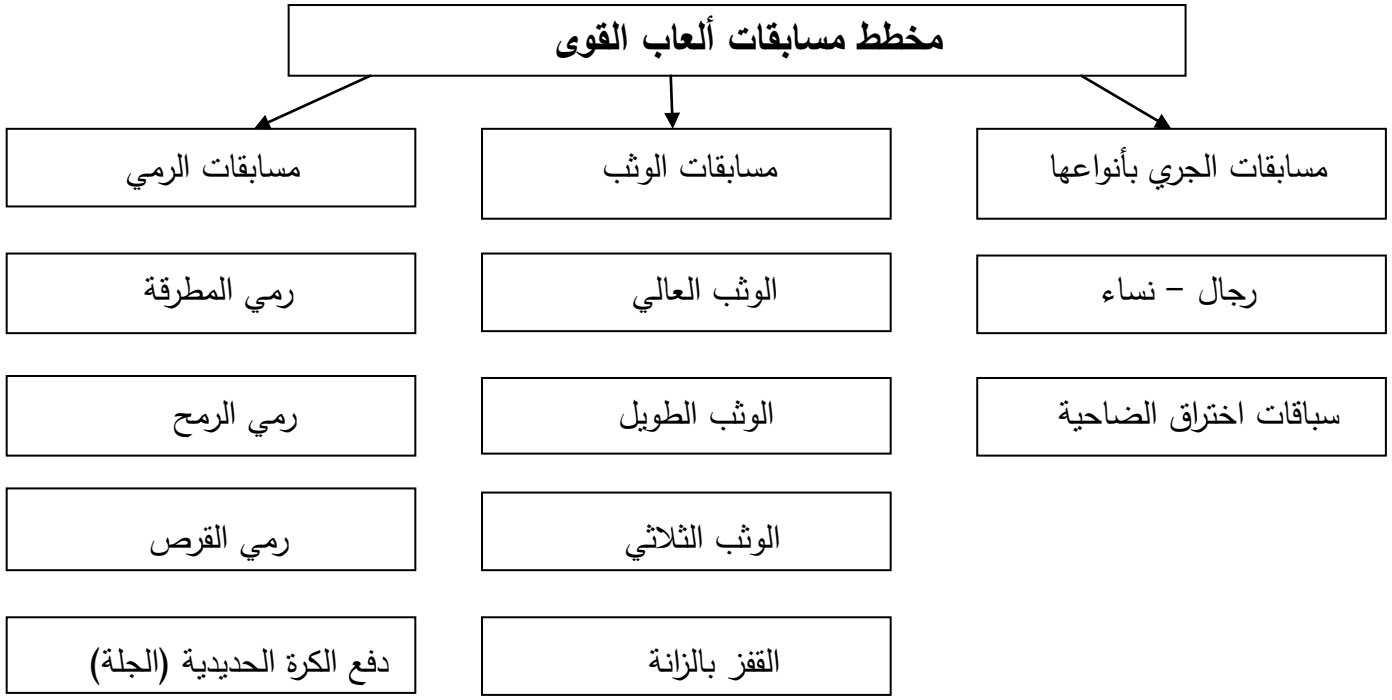
2- سباق السباعي للنساء:

ويتألف من سبع مسابقات تجري خلال يوم أو يومين متتاليين على النحو التالي:

اليوم الأول: 100م حواجز، قذف الكرة، وثب طويل، الوثب العالي.

اليوم الثاني: رمي الرمح، 200م، 800م.

الشكل رقم (01): يمثل مخطط مسابقات ألعاب القوى.



3-6- الإعداد لمسابقات الميدان و المضمار:

إن مرحلة الإعداد تعني أشياء كثيرة، يمكن أن نقصد بها في المجال الرياضي الممارسات (التدريبات) والخطط (البرامج) اللازمة لتنمية الحالة الفيسيولوجية والسيكولوجية الضرورية لتأدية أفضل أداء، ولذلك فالإعداد مسألة تتطلب الثقة بالنفس، وبناءا عليه يجب على الفرد أن يعرف كيف يصل إلى عملية الإعداد هذه وكيف يحافظ عليها ونذكر بعض المتطلبات للإعداد:

1- التغذية الجيدة (طبيعة الغذاء)، الإلتزام بأوقات الواجبات، الوسائل اللازمة والضرورية.

2- وزن الجسم.

3- الراحة والنوم: ويعتبران من أهم متطلبات الإعداد بشكل عام.

4- عدم تكرار الشيء حيث يحدث الملل والسأم حتى لا يولد القلق، وفقدان الشهية، التعب الزائد، نقص الوزن المفرط.....[1]

3-7- القانون الدولي لألعاب القوى:

تخضع جميع مسابقات ألعاب القوى سواءا للرجال أو السيدات للقوانين التي أقرها الإتحاد الدولي لألعاب القوى. كما ينبغي أن يشار إليها في الإعلانات والبرامج وكل المطبوعات الخاصة بالمسابقات:

3-7-1- الإداريون والحكام وواجباتهم: الإداريون هم: المدير، السكرتير، والمدير الفني.

أ- هيئة التحكيم:

- حكم واحد لمسابقات المضمار.
- حكم أو أكثر لمسابقات الميدان.
- حكم لمسابقات المشي.
- 4 قضاة أو أكثر لمسابقات المضمار.
- 4 قضاة أو أكثر لمسابقات الميدان.
- 4 قضاة أو أكثر لمسابقات المشي.
- 4 قضاة أو مراقبون لمسابقات المضمار.
- 3 ميقاتيون أو أكثر.
- آذن بالبدء أو أكثر ومساعدون.
- مسجل لعدد اللفات أو أكثر.
- مسجل ومراقب النظام.

ب- إداريون وإضافيون:

- مذيع أو أكثر.
- طبيب أو أكثر.
- مساعد معتمد.
- مساعدون للمتسابقين والإداريين، صحافيون.

ت- صلاحيات المدير:

- المدير مسؤول عن تنفيذ البرنامج بدقة.
- يراقب ويتأكد من حضور جميع الإداريين واستعدادهم للعمل.
- يلبي كل الطلبات المحققة.
- لا يسمح لأحد بالنزول إلى الملعب.

1- نبيلة أحمد عبد الرحمان وآخرون.ـ **العلوم المكتظة بمسابقات الميدان والمضمار.ـ** دار المعارف للنشر: مصر، 1986.ـ ص285.

ث- السكرتير:

- مسؤول عن دعوة اللجنة التنفيذية للحفل واللجان الأخرى.
- يكون مسؤولا عن كل الترتيبات الإدارية.
- يسلم ويصرف جميع المراسلات الخاصة بالمباريات.

ج- المدير الفني: يشرف على الترتيبات اللازمة لكل الشروط المتعلقة بسير المباراة وقانونيتها، بما فيها مطابقة المواصفات والقياسات، ويكون تحت طلب الحكم المختص.[1]

ح- هيئة التحكيم: قراراتها نهائية ويرجع إليها في جميع الشكاوي أو الإعترافات، يقوم بتوزيع القضاة على المسابقات المختلفة، ويحدد مهمة كل منهم ويراقب المقاييس، ويراجع النهائية ويتصرف في كل حالة يحدث فيها اختلاف.

ويحق للحكم فصل أي لاعب أساء السلوك، قراره نهائي في الملعب، يوقع بطاقة النتيجة ويسلمها للمسجل، ويتم تعيين القضاة من قبل منظمي الحفلات لمختلف المسابقات ويتولى الحكم توزيع الإختصاصات بين القضاة.

خ- مراقبو المضمار: يساعدون الحكام ولا يحق لهم إصدار أي قرار، يقف كل منهم عند النقطة التي يحددها له الحكم لمراقبة السباق عن كثب، وعليه أن يكتب تقريرا عن كل حادث ويرفعه إلى الحكم.

د- الميقاتيون: يقوم الميقاتيون بتسجيل الزمن، في كل سباق ثلاث ميقاتيين (أحدهم رئيسا)، يقاس الزمن من لحظة رؤية لهيب المسدس أو الإعلان عن البدء بواسطة الأعلام، يجب أن يكون التسجيل بعشر الثانية، ويستخدم الميقاتيون جهازا كهربائيا لقياس الزمن يقره الإتحاد، فور انتهاء السباق تملأ بطاقة تسجيل الوقت مباشرة وتوقع من رئيس الميقاتيين وتسلم للمسجل.

ذ- الآذن بالبدء: على الآذن بالبدء أن يقرر كل ما يتعلق بالبدء، ويعتبر الوحي لحقيقة بدء السباق.

ر- أمناء السر: يتأكدون من أن المتسابقين مشتركون بالمسابقات، ويوقفونهم أماكنهم، ويراقبوا نشاطهم للتعليمات.

ز- المسجلون لعدد اللفات: يقوم مسجلوا عدد اللفات تحت إشراف الحكم بحفظ سجل عدد اللفات التي يجتازها كل متسابق في المسابقات التي تزيد عن 1500م، وفي السباقات التي تزيد عن 5000م، فإنه يعين عدد لفات واحد لكل أربعة متسابقين.

س- المسجل: يقوم بجمع نتائج المسابقات مع الزمن والمسافة أو الإرتفاع ويبلغ المعلومات للمذيع بكل سرعة، كما يسلمها من ناحية أخرى إلى مدير الحفل.

ش- المذيع: يعلن للجمهور أسماء وأرقام المتسابقين، وكذلك كل المعلومات حول سير السباق، ومن ثم النتائج والمسافة والزمن والإرتفاع لكل سباق بأسرع ما يمكن وفور ورودها.

3-7-2- قواعد المسابقات:

1- الإشتراك: تخضع جميع المسابقات للقانون الدولي لألعاب القوى، ويتفق مع القانون الأهلي لألعاب القوى فيما يتعلق بحق المتسابقين بالإشتراك في المسابقات، فلا يحق لأي متسابق الإشتراك في مسابقة خارج بلده ما لم

1- هلال أحمد ناجي سلامة.ـ **ظاهرة التسرب في ميدان ألعاب القوى في الجمهورية اليمنية.ـ** مذكرة ماجستير، معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله، 2003،2004.

يكن يحمل تصريحا كتابيا معتمدا من اتحاد دولته لألعاب القوى، ويكون اشتراك السيدات مصحوب بشهادة للجنس معتمدة من طبيب معتمد لدى الإتحاد الأهلي.

2- البطولات:

- يضع كل متسابق رقمين: الأول على صدره والآخر على ظهره تطابق غرة اللاعب في البرنامج.
- لا يسمح لأي لاعب غادر المضمار باختياره أن يعود يشترك في السباق نفسه، يسمح فقط للمذيع دون غيره في إضاعة الوقت أثناء السباق ولا يسمح للمتسابق بإعادة ما فاته من محاولات إذا فاته دوره في مسابقات الميدان، ولا يحق لأي متسابق أن يتلقى أي مساعدة خارجية أثناء السباق من أي شخص كان وبأي حال من الأحوال.
- تتولى اللجنة المشرفة على المسابقات تنظيم التصفيات في الألعاب الأولمبية حيث يقوم مسجل الإتحاد الدولي لألعاب القوى بذلك، ويجب وضع الترتيب للدور النهائي لستة متسابقين على الأقل، وفي جميع الأدوار التمهيدية يؤخذ الأول والثاني في كل تصفية على الأقل للإشتراك في الدور التالي.
- يجب ألا يقل الزمن بين آخر تصفية في أي دور وأول تصفية للدور التالي أو النهائي عن:

- 200 م وأقل ⟸ 45 دقيقة.
- 200 م إلى 1000 م ⟸ 90 دقيقة.
- أكثر من 1000 م ⟸ 3 ساعات.

يسمح بثلاث محاولات فقط في مسابقات الرمي والوثب.

3- المنبهات: تعني استخدام أو تعاطي شيء بغرض زيادة تحمل المتسابق وذلك نتيجة لمفعوله على العضلات والأعصاب أو إيقاف حساسية التعب، ويجب تلافي استعمالها بتاتا لا لمخالفتها للقواعد الصحية فحسب بل لخطورتها على الصحة، كل متسابق يتعاطى المنبهات يوقف فورا ويحرم من الإشتراك في ألعاب القوى لمدة يقررها مجلس الإتحاد الدولي لألعاب القوى، وإن استمر في ذلك يحرم نهائيا.

4- الإحتجاجات: يجب أن يقدم الإحتجاج الخاص بحق اشتراك لاعب في مسابقة قبل بدء السباق، أما الإحتجاجات التي تظهر أثناء سير المسابقات فيجب أن تقدم فورا قبل مضي ساعتين من انتهاء المباراة على الأكثر وخلال خمس عشرة دقيقة من حدوثها في المحاولة التمهيدية خطيا بواسطة إداري إلى الحكم الذي يحولها بدورها إلى هيئة المحلفين.

5- الأرقام العالمية: عند تسجيل رقم عالمي من قبل لاعب أو متسابق فعلى عضو الإتحاد الدولي لألعاب القوى الموجود في الدولة التي سجل فيها الرقم أن يتقدم بتسجيل الرقم مباشرة وبدون أي تأخير، ويقبل تسجيل الرقم إذا كانت الإستمارة معتمدة من عضو الإتحاد حيث سجل الرقم ومعتمدة من الحكم والقضاة ومسجل المباراة مع كافة التفاصيل العينية.[1]

1- جميل ناصف.ـ **مرجع سابق**، 1993.ـ ص32.

خلاصة:

عرفت رياضة ألعاب القوى انتشارا واسعا في العالم كونها أم الرياضات وأقدمها، وهي تحتوي على العديد من الإختصاصات، كما لها أهمية بالغة على المستوى الوطني والدولي.

رياضة ألعاب القوى ذات شهرة واسعة عالميا حيث تعتبر من أهم المنافسات العالمية وتأتي خلف كرة القدم مباشرة من حيث الشهرة وقوة التنافس.

الفصل الرابع

منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

تمهيد:

يمكن وصف البحث العلمي على أنه مغامرة شاقة مليئة بالنشاط والمجازفات التي تجري وقائعها بين أحضان العلم، هذه المغامرة تستدعي الصبر، الموضوعية، الجهد المتواصل، التنظيم، التخيل الخصب، الفطنة الحادة، قابلية التحكم الجيد في الظروف الجديدة... إلى غير ذلك من هذه العناصر الضرورية لنجاح البحث.

سنحاول في هذا الفصل أن نوضح أهم الإجراءات الميدانية التي اتبعناها في هذه الدراسة من أجل الحصول على نتائج يمكن الوثوق بها واعتبارها نتائج موضوعية قابلة للتجريب مرة أخرى، وبالتالي الحصول على نفس النتائج الأولى، وكما هو معروف فإن ما يميز أي بحث علمي هو مدى قابليته الموضوعية العلمية، ثم إن هذا لا يمكن أن يتحقق إلا إذا اتبع صاحب الدراسة منهجية علمية دقيقة وموضوعية.

4-1- الدراسة الإستطلاعية:

الدراسة الإستطلاعية الأولى: الهدف من الدراسة الإستطلاعية هو التأكد من ملاءمة مكان دراسة البحث ومدى صلاحية الأداة المستعملة حول موضوع البحث، وذلك قبل الشروع في طبع وتوزيع الإستبيان على اللاعبين والمدربين، وقد قمنا بذلك عن طريق إجراء مقابلات شفوية مع بعض اللاعبين والمدربين إضافة إلى بعض العاملين بإدارات الفرق والرابطات بالبويرة، امشدالة، والأخضرية، وطرح أسئلة ذات العلاقة بموضوع البحث.

حيث توصلنا إلى الغياب الكلي للمراقبة الطبية المستمرة، وعليه أردنا التعمق في هذا الموضوع وذلك لمعرفة أسباب غيابها وكذا تأثيرها على رياضيي ألعاب القوى.

الدراسة الإستطلاعية الثانية: بعد أن توصلنا للغياب الكلي للمراقبة الطبية بولاية البويرة، قمنا بدراسة ثانية بولاية الجزائر، فقمنا بزيارة الرابط الولائية لألعاب القوى بولاية الجزائر وكذا الإتحادية الجزائرية لألعاب القوى، حيث قمنا بطرح بعض الأسئلة الشفوية على بعض المدربين والرياضيين والمسؤولين بالرابطة، كما قمنا بتوزيع بعض النسخ من الإستبيان بغرض معرفة مدى سهولة فهم العبارات المستخدمة به، وكذا إن كنا بحاجة لتغيير أو تعديل بعض تلك العبارات.

وتوصلنا من هذه الدراسة إلى غياب المراقبة الطبية فهي موجودة فقط في الأندية عالية المستوى، أو الفرق الوطنية.

4-2- المنهج العلمي المتبع:

يعتبر اختيار منهج الدراسة مرحلة هامة في عملية البحث العلمي، إذ يحدد كيفية جمع البيانات والمعلومات حول الموضوع المدروس، لذلك فإن المنهج له علاقة مباشرة بموضوع الدراسة وبإشكالية البحث، إذ أن طبيعة الموضوع هي التي تحدد نوع المنهج الذي يجب استعماله، فالباحث يجد نفسه مجبرا على اتباع منهج معين حسب طبيعة الإشكالية التي طرحها، والتي تفرض المنهج الضروري والملائم لدراسته، وعليه فإننا نجد البحوث العلمية قد تستعمل منهج واحد كما أن هناك من يلجأ إلى استعمال أكثر من منهج حسب الظاهرة موضوع الدراسة.

وقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج الوصفي لأنه من أكثر مناهج البحث استخداما، وخاصة في مجال البحوث التربوية والنفسية والإجتماعية والرياضية، فهو يهتم بجميع الأوصاف الدقيقة العلمية للظواهر المدرسية، ووصف الوضع الراهن وتفسيره، وكذلك تحديد المواجهات الشائعة والتعرف على الآراء والمعتقدات والإتجاهات عند الأفراد والجماعات وطرقها في النمو والتطور، كما يهدف أيضا إلى دراسة العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة.[1]

فالمنهج الوصفي في مجال التربية البدنية والرياضية يساهم في إضافة معلومات حقيقية عن الظواهر الرياضية المختلفة، فهو يعتمد على الوصف الدقيق للظواهر من خلال جمع الحقائق والبيانات الكمية والكيفية عن الظاهرة المحددة، وتفسير الحقائق تفسيرا كافيا بإتباع الخطوات العلمية، وهي أهمية الحاجة إلى حل المشكلة وصياغة الأهداف ووضع الفروض واختيار عينة البحث المناسبة، وأساليب جمع البيانات وإعدادها وتقنينها وتصنيفها

1- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسن الباهي.ـ **طرق البحث الإحصائي العلمي والتحليل في المجالات التربوية والنفسية والرياضية.ـ** ط2.ـ مركز الكتاب للنشر: 2002.ـ ص34.

ووصف النتائج وتحليلها وتفسيرها في عبارات واضحة ومحددة ومحاولة استخلاص تقسيمات تؤدي إلى تقدم المعرفة ووضع الحلول المناسبة للمشكلة المطروحة.[1]

4-3- متغيرات البحث:

أ- المتغير المستقل:

هو الذي يتم بحث أثره في متغير آخر، ويمكن للباحث التحكم للكشف عن تبيان هذا الأثر باختلاف قسم ذلك التغير، أو هو الذي يفرض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة، ودراسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير واحد.[2]

ويعرف أيضا على أنه السبب في علاقة السبب والنتيجة أي العامل الذي نريد من خلاله قياس النتائج.[3]

تحديد المتغير المستقل: واقع المراقبة الطبية.

ب- المتغير التابع:

يؤثر فيه المتغير المستقل وهو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى، حيث أنها كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع.[4]

تحديد المتغير التابع: مستوى أداء أندية ألعاب القوى.

4-4- مجتمع البحث:

هو مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا والتي ترتكز عليها الملاحظات، ولكي يكون البحث قابلا ومقبولا للإنجاز لا بد من تعريف مجتمع البحث الذي نريد فحصه، وأن نوضح المقاييس المستعملة من أجل حصر هذا المجتمع.[5]

وهو إجراء يستهدف تمثيل المجتمع الأصلي بحصة أو مقدار محدود من المفردات التي عن طريقها تؤخذ القياسات أو البيانات المتعلقة بالدراسة أو البحث وذلك بغرض تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها من العينة على المجتمع الأصلي المسحوب من العينة.[6]

من الناحية الإصطلاحية (هو تلك المجموعة الأصلية التي تؤخذ منها العينة وقد تكون هذه المجموعة مدارس، فرق أو أساتذة، أو أي وحدات أخرى)، ويمكن تحديده على أنه كل الأشياء التي تمتلك الخصائص أو السمات القابلة للملاحظة، القياس، والتحليل الإحصائي ولذا فقد اعتمدنا في بحثنا وارتأينا أن يكون مجتمع البحث مجموعة أندية ألعاب القوى بولاية الجزائر.

1- فاطمة عوض صبر، مرفت علي خفاجة.ـ **أسس ومبادئ البحث العلمي.ـ** مكتبة ومطبعة الإشعاع العلمية: مصر، 2002.ـ ص88.

2- ناصر ثابت.ـ **أضواء على الدراسة الميدانية.ـ** ط1.ـ مكتبة الفلاح:الكويت، 2003.ـ ص58.

3 - Deslandes Neve ـ.**L'introduction à la recherche**ـ. édition paris : 1976ـ. p20.

4- محمد حسن العلاوي، أسامة كامل راتب.ـ **البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس.ـ** ط1.ـ دار هومة:الجزائر، 2002.ـ ص191.

5- موريس أنجرس، بوزيد صحراوي وغيرهم.ـ **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الإجتماعية.ـ** ط1.ـ دار هومة:الجزائر، 2002.ـ ص191.

6- محمد نصر الدين رضوان.ـ **الإحصاء الاستدلالي في التربية البدنية والرياضية.ـ** دار الفكر العربي: مصر، 2003.ـ ص20.

واشتمل المجتمع الإحصائي على 25 مدربا و 150 لاعبا موزعين على 15 ناديا ممن شاركوا في المنافسة الرسمية يوم 29 مارس بملعب 5 جويلية بالجزائر العاصمة.

4-5- عينة البحث وكيفية اختيارها:

هي عبارة عن مجتمع الدراسة الذي نجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، فالعينة هي أن تأخذ جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي.[1]

حرصنا للوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية ومطابقة للواقع باختيار عينة بحثنا بطريقة عشوائية أي أننا لم نخص العينة بأي خصائص ومميزات، و لكن خصصت لمدربي ورياضيي ألعاب القوى من الجنسين.

وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية لسببين:

السبب الأول: قمنا باختيار العينة بطريقة عشوائية لأنها أبسط طرق اختيار العينات، وقد احتوى بحثنا على عينتين:

الأولى: قمنا باختيار عينة من المدربين تقدر بـــ 20 مدربا من أصل 25 مدرب أي بنسبة 80%.

الثانية: قمنا باختيار عينة من اللاعبين تقدر بـــ 30 لاعبا من أصل 150 لاعبا أي بنسبة 20%.

السبب الثاني: العينة العشوائية تعطي فرصا متكافئة لكل الأفراد، لأنها لا تأخذ أي اعتبارات أو مميزات كالجنس والسن، أو صفات أخرى.

وتتكون العينة من 20 مدربا و30 لاعبا، موزعين على مجموعة من الأندية **(15ناديا)**، تم اختيارها بطريقة عشوائية عن طريق القرعة البسيطة (الصندوق الأسود).

4-6- مجالات البحث:

من أجل التحقق من صحة أو خطأ الفرضيات والتي تم تسطيرها للوصول إلى الأهداف التي نريد تحقيقها قمنا بتحديد ثلاث مجالات:

- **المجال البشري:** يتمثل في مدربي ورياضيي ألعاب القوى، بمختلف أندية ألعاب القوى بولاية الجزائر وكان عددهم 20 مدربا من المجتمع الأصلي الذي بلغ 25 مدربا، و30 رياضيا من 150 رياضي.
- **المجال المكاني:** و قد قسم إلى جانبين وهما:

الجانب النظري: لقد قمنا ببحثنا هذا في مختلف المكتبات منها مكتبة المعهد (علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، مكتبة العلوم الإنسانية والإجتماعية، ومكتبات أخرى وفي مختلف الجامعات).

الجانب التطبيقي: تم توزيع الإستبيان على مدربي ورياضيي ألعاب القوى على مستوى أندية ولاية الجزائر، والتي سبق ذكرها في العينة، حيث وزعت معظم الإستبيانات في ملعب 5 جويلية أثناء إحدى المنافسات الرسمية لما بين أندية ولاية الجزائر العاصمة.

- **المجال الزمني:** قد قسم إلى جانبين وهما:

1- فريد كامل، أبو زينة وآخرون.ـ **مناهج البحث العلمي.**ـ ط1.ـ دار الميسرة: عمان، 2006.ـ ص115.

الجانب النظري: لقد انطلقنا في بحثنا هذا إبتداءا من شهر جانفي إلى غاية شهر ماي.

الجانب التطبيقي: أما الجانب التطبيقي فقد دام لثلاثة أشهر (مارس، أفريل، ماي) وفي هذه المدة قمنا بتحضير الإستبيانين وتحكيمهما ثم قمنا بتوزيعهما وتحليل النتائج المتحصل عليها باستعمال الطرق الإحصائية.

4-7- الأدوات المستعملة في البحث:

4-7-2- المصادر والمراجع:

لا بد في أي بحث من استعمال مجموعة من المصادر لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات بطريقة علمية على أن تكون هذه المعلومات من مصادر موثوقة كالكتب والمجلات والمذكرات والمنشورات وقد استعملنا في بحثنا مجموعة من الكتب والمنشورات والموسوعات إضافة إلى عدد من المذكرات ذات العلاقة بموضوع البحث الذي كنا في صدد القيام به.

4-7-2- الإستبيان:

لقد استعملنا الإستبيان كأداة في هذه الدراسة، لأنه أنسب وسيلة للمنهج الوصفي، وهو أداة من أدوات الحصول الحقائق والبيانات والمعلومات فيتم جمع هذه البيانات عن طريق الإستبيان من خلال وضع استمارة الأسئلة، ومن بين مزايا هذه الطريقة أنها اقتصاد في الجهد والوقت كما أنها تساهم في الحصول على بيانات من العينات في أقل وقت بتوفير شروط التقنين من صدق وثبات وموضوعية.[1]

ويعرف الإستبيان بأنه" مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين، يتم وضعها في استمارة ترسل إلى الأشخاص المعنيين بالبريد أو يجري تسليمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها، وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن الموضوع أو التأكد من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق، إلا أن هذا الأسلوب الخاص بجمع المعلومات يتطلب إجراءات دقيقة منذ البداية وهي:

- تحديد الهدف من الإستبيان.
- تحديد وتنظيم الوقت المخصص للإستبيان.
- اختيار العينة التي يتم استجوابها.
- وضع العدد الكافي من الخيارات لكل سؤال.
- وضع خلاصة موجزة لأهداف الإستبيان.

ويتجلى الأسلوب المثالي في وجود الباحث بنفسه ليسجل الأجوبة والملاحظات التي تثري البحث، والإستبيان يتضمن نوعين كوسيلة لجمع المعلومات بوفرة وأكثر دقة، وكونه تقنية شائعة الإستعمال، ووسيلة علمية لجمع البيانات والمعلومات مباشرة من مصدرها الأصلي، وذلك باعتباره مناسبا للمدرب والرياضي، والأسئلة هي استجابة للمحاور وبالتالي استجابة للفرضيات، فكل سؤال مطروح له علاقة بالفرضيات.

والإستبيان يعتمد على أنواع متعددة من الأسئلة:

1- حسين أحمد الشافعي، سوزان أحمد علي مرسي.ـــ **مبادئ البحث العلمي في التربية البدنية والرياضية.**ـــ منشأة المعارف: الإسكندرية، ص203-205.

ـ **الأسئلة المغلقة:** وهي الأسئلة التي يحدد فيها الباحث إجاباته مسبقا وغالبا ما تكون بـ: نعم أو لا.

ـ **الأسئلة المفتوحة:** وهي عكس المغلقة إذ يعطي المستجوب الحرية التامة للإجابة عليها والإدلاء برأيه الخاص.

ـ **الأسئلة المتعددة الأجوبة:** وهي أسئلة مضبوطة بأجوبة متعددة ويختار المجيب الذي يراه مناسبا.[1]

أما إجرائيا: فقد قمنا بتوزيع إستبيانين الأول للمدربين والثاني للاعبين، وقد كانا على الشكل التالي:

الإستبيان خاص بالمدربين: ويضم واحد وعشرون سؤال(21) سؤالا موزعة على ثلاث محاور وكل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة.

المحور الأول: من السؤال رقم (01) ← إلى السؤال رقم (07)

المحور الثاني: من السؤال رقم (08) ← إلى السؤال رقم (14)

المحور الثالث:من السؤال رقم (15) ← إلى السؤال رقم (21)

الإستبيان خاص باللاعبين: ويضم واحد وعشرون سؤال(21) سؤالا موزعة على ثلاث محاور وكل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة.

المحور الأول: من السؤال رقم (01) ← إلى السؤال رقم (07)

المحور الثاني: من السؤال رقم (08) ← إلى السؤال رقم (14)

المحور الثالث:من السؤال رقم (15) ← إلى السؤال رقم (21)

- **الهدف من تطبيق الإستبيان:**

- تزويد الدراسة الميدانية بمعلومات وأفكار تزيد من مصداقية البحث.
- تأكيد أو نفي الفرضيات مما يساعده على الإجابة عن الإشكالية.

- **أسلوب توزيع الإستبيان:**

بعد صياغة الإستبيان بصفة نهائية، وعرضه على بعض الأساتذة بغرض المعاينة والموافقة عليه من طرف المشرف قمنا بتوزيعه بطريقة مباشرة إلى المدربين واللاعبين.

الشروط العلمية للأداة:

- صدق الإستبيان:

صدق الإستبيان يعني التأكد من أنه سوف يقيس ما أعد لقياسه كما يقصد بالصدق شمول الإستبيان لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمه.[2]

كما يقصد بصدق الإستبيان هو أن يقيس الإختبار بالفعل للظاهرة التي وضع لقياسها ويعتبر الصدق من أهم

1- إخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسين باهر.ـ **طرق البحث العلمي والتحليل الإحصائي في المجلات التربوية والنفسية والرياضية.ـ** مركز الكتاب للنشر: القاهرة،2000.ـ ص83.

2- فاطمة عوض صابر، ميرفت علي حفاجة.ـ **أسس البحث العلمي.ـ** ط1.ـ مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية: مصر، 2002.ـ ص168،167.

المعاملات لأي مقياس أو اختبار حيث أنه من شروط تحديد صلاحية الإختبار.[1]

للتأكد من صدق أداة الدراسة قام الباحث باستخدام صدق المحكمين.

- الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم عرض استمارتي الإستبيان الخاصتين بالمدربين واللاعبين على خمسة أساتذة محكمين من معهد (Staps) بجامعة البويرة،[2] مشهود لهم بمستواهم العلمي، وتجربتهم الميدانية في المجالات الدراسية ومناهج البحث العلمي، بغرض تحكيمه وذلك لمراعاة إمكانية توافق العبارات بالمحاور، وكذا المحاور بالفرضيات وكذلك حذف أو إضافة أو تعديل أي عبارة من العبارات.

وقد تم تعديل كل الإشارات التي أوصى بها المحكمين وفق المعايير المنهجية للبحث وهو ما أسفرت عنه من جانب صدق الإستبيان.

إجراءات التطبيق الميداني:

بعد ضبط الجانب النظري لموضوع الدراسة توجهنا للجانب التطبيقي الذي قمنا فيه بضبط الإستبيانين، حيث وزعنا 20 استمارة على المدربين و30 استمارة على اللاعبين لأخذ ومعرفة آرائهم حول واقع المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى بولاية الجزائر.

4-7-2- الوسائل الإحصائية:

بعد عملية جمع كل الإستبيانات الخاصة بالمدربين والرياضيين، قمنا بعملية تفريغها وفرزها، حيث تتم في هذه العملية بحساب عدد تكرارات الأجوبة الخاصة بكل سؤال في الإستبيان، وبعدها يتم حساب النسب المئوية بالطريقة الإحصائية التالية.[3]

- **الطريقة الثلاثية:**

بغرض الخروج بنتائج موثوق بها علميا، استخدمنا الطريقة الإحصائية في بحثنا لكون الإحصاء هو الأداة والوسيلة الحقيقية التي نعالج بها النتائج واعتمدنا على استخراج النسبة المئوية باستخدام الطريقة التالية (القاعدة الثلاثية):

$$\begin{cases} A \longleftarrow 100\% \\ B \longleftarrow C\% \end{cases} \Longleftarrow \frac{B \times 100\%}{A} =$$

---

1 - محمد حسن علاوي، أسامة كمال راتب.ـ **البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس الرياضي.**ـ دار الفكر العربي للطبع والنشر: القاهرة، مصر، .1999.ـ ص224.

2- أنظر الملاحق.

3- فريد كامل أبو زينة وآخرون.ـ **الإحصاء في البحث العلمي.**ـ ط1.ـ دار المسيرة للنشر والتوزيع: جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن، 2006.ـ ص 68..

$$\text{النسبة المئوية \%} = \frac{\text{التكرارات} \times 100}{\text{عدد الأفراد}}$$

حيث أن:

A: تمثل عدد أفراد العينة. B: يمثل عدد التكرارات. C: يمثل النسبة المئوية المطلوب حسابها.

ولمطابقة النتائج مع الجانب النظري نقوم بحساب **كا^2** بعد ذلك نجد **كا^2** المجدولة بعد تحديد مستوى الدلالة (0.05) ودرجات الحرية.

حساب اختبار كاف تربيع، ويسمى هذا الإختبار حسن المطابقة أو اختبار التطابق النسبي وهو من أهم الطرق التي تستخدم عند مقارنة مجموعة من النتائج المشاهدة أو التي يتم الحصول عليها من تجربة حقيقية بمجموعة أخرى من البيانات. الفرضية التي وضعت على أساس النظرية الفرضية التي يراد اختيارها.[1]

$$\text{كا}^2 = \frac{\text{مجموع (التكرارت المشاهدة – التكرارات المتوقعة)}^2}{\text{التكرارات المتوقعة}}$$

- **اختبار كا^2:**

يتكون هذا القانون من:

التكرارات المشاهدة: وهي التكرارات التي نتحصل عليها بعد توزيع الإستبيان.

التكرارات المتوقعة: وهو مجموع التكرارات يقسم على عدد الإجابات المقترحة (الإختيارات).

جدول **كا^2** يحتوي هذا الجدول على:

كا^2 المجدولة: وهي قيمة ثابتة نقارنها مع **كا^2** المحسوبة لإتخاذ القرار الإحصائي.

درجة الحرية DF: وقانونها هو[1 ــ n]، حيث n هي عدد الإجابات المقترحة.

مستوى الدلالة **α**: نقوم بمقارنة النتائج عندها وأغلب الباحثين يستعملون مستوى دلالة 0.05 أو 0.01 .

1– فريد كامل أبو زينة، عبد الحافظ الشايب وآخرون.ــ **منهاج البحث العلمي للإحصاء في البحث العلمي.**ــ ط1.ــ دار المسيرة: عمان، الأردن، 2006.ــ ص212، 213.

- **الإستنتاج الإحصائي:**

بعد الحصول على نتائج **كا**^{2} المحسوبة نقوم بمقارنتها ب **كا**^{2} المجدولة فإذا:

–كانت **كا**^{2} المحسوبة أكبر من **كا**^{2} المجدولة فإننا نرفض الفرضية الصفرية H0 ونقبل الفرضية البديلة H1 التي تقول بأن الفرق في النتائج يعود للفروق بين الفئتين أي توجد دلالة إحصائية.

وإذا كانت **كا**^{2} المحسوبة أقل من **كا**^{2} المجدولة فإننا نقبل الفرضية الصفرية H0 التي تقول بأنه لا توجد فروق بين النتائج وإنما يعود ذلك إلى عامل الصدفة.

خلاصة:

إن هذا الفصل يعتبر بمثابة الدليل أو المرشد الذي ساعدنا على تخطي كل الصعوبات، وبالتالي الوصول إلى تحقيق أهداف البحث بسهولة كبيرة.

فلا يمكن لنتائج أي بحث أن تستقيم ما لم يكن هناك تكامل وتناغم بين جميع أجزائه، وعليه جاء هذا الباب الثاني والذي تناولنا فيه وبالضبط في الفصل الرابع منهجية البحث والإجراءات الميدانية بداية من تحديد متغيرات البحث ومجالاته، مرورا بالأدوات العلمية المستخدمة إلى عينة البحث والمنهج المستخدم للكشف عن واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى، وهو ما سنعرفه من خلال تحليل النتائج في الفصل الثاني من الجانب التطبيقي.

فالعمل بالمنهجية يعد أمرا ضروريا في البحوث العلمية الحديثة قصد ربح الوقت والوصول إلى النتائج المؤكدة إضافة إلى وجوب أن تكون المنهجية والأدوات المستخدمة في البحث واضحة وخالية من الغموض والتناقضات.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

يعتبر الفصل الخامس ثمرة هذا العمل، وبإتباعنا للمنهج العلمي الصحيح و استعمالنا لوسائل البحث السليم، وبناءا على الإطار النظري للدراسة نأمل أن نكون قد أنتجنا ثمرة مفيدة تدل على صحة وسلامة هذا البحث.

هذا الفصل يستعرض فيه الباحث النتائج المتوصل إليها محاولا استنطاق الأرقام واستخراج الدلالات الإحصائية من أجل تحليل ومناقشة فرضيات البحث مستخدمين ما تم التوصل إليه في الدراسة النظرية للبحث، ومستندين إلى ما تم التوصل إليه في الدراسات السابقة من نتائج كل ذلك للابتعاد عن الذاتية في الحكم على الفرضيات المعتمدة، وبغية التدعيم، وإعطاء الحجج والبراهين فيما تم التوصل إليه.

وفي الأخير نعرض ونختم هذا الفصل بالنتائج العامة المتوصل إليها مع مناقشة كل فرضية جزئية على حدى وإثبات صحتها أو خطئها بناءا على النتائج المتحصل عليها، والخروج ببعض الإقتراحات والفروض المستقبلية.

5-1- تحليل النتائج:

5-1-1: تحليل نتائج الإستبيان الموجه للمدربين

المحور الأول: واقع المراقبة الطبية وعلاقته بالإمكانيات المادية.

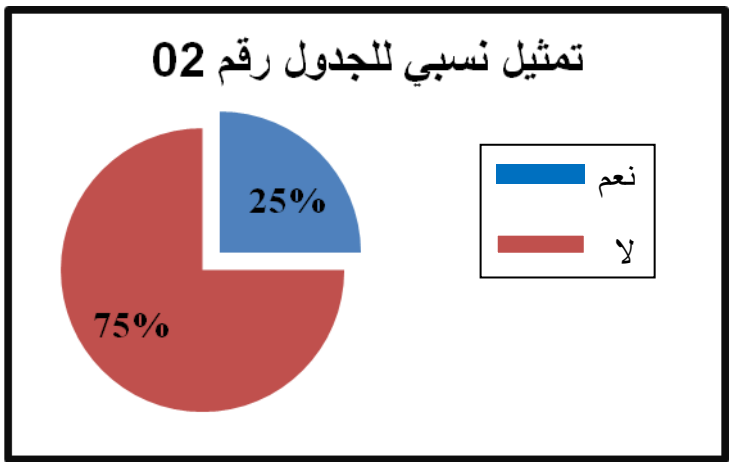
السؤال الأول: أ- هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟.

الغرض منه: معرفة إن كان يتوفر لدى أندية عينة البحث عيادة طبية.

جدول رقم (2): يمثل النتائج المتعلقة بإجابات مدربي عينة البحث عن توفر عيادة طبية في ناديهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%25	5	3.84	0.05	1	دالة
لا	15	%75					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(02):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (2) ويؤكده إختبار **$ك^2$**، نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أقل من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 75% من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم عيادة طبية في حين 25% منهم تملك أنديتهم عيادة طبية.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية عينة البحث لألعاب القوى لا تتوفر لديهم عيادة طبية، أي ما يوازي نادي من أربعة أندية يتوفر على عيادة طبية.

ب- إذا كان الجواب بنعم، فمن يقوم بالإشراف على عيادتكم؟.

الغرض منه: معرفة من يقوم بالإشراف على العيادة.

تحليل ومناقشة الأجوبة:

كما توضحه الإجابات فإن 60%ممن يملكون عيادة طبية فإن الطبيب هو من يقوم بالإشراف عليها في حين 20% منهم يقوم الممرض بالإشراف على عيادتهم، أما 20% الباقية فيقوم شخص آخر بالإشراف على عيادتهم ألا وهو مدرب الفريق أو الإداريين.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أنه رغم اختلافها وتباينها البسيط، لكن لها مغزى واحد أي أن معظم الأندية التي تتوفر لديها عيادة طبية يقوم الطبيب بالإشراف عليها، غير أن ما يمكن ملاحظته إشراف إداريين ليست لهم علاقة بالطب الرياضي و المراقبة الطبية و هو ما يؤثر سلبا على ما ستقدمه العيادة من خدمات للرياضيين.

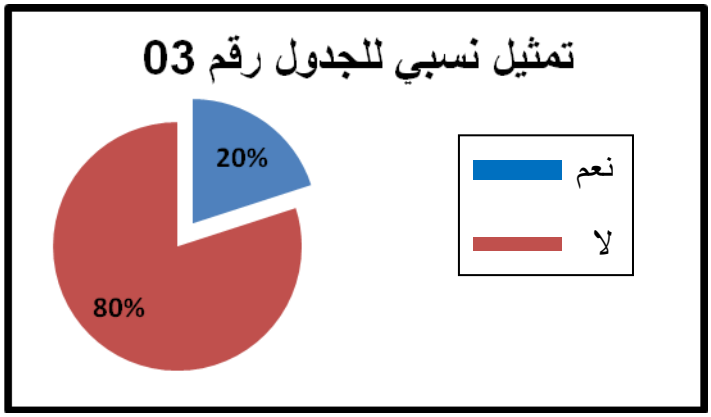
السؤال الثاني: هل تتوفر عيادتكم على الأجهزة اللازمة؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت تتوفر لدى عيادة أندية عينة البحث الأجهزة اللازمة.

الجدول رقم (3): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	04	%20	7.2	3.84	0.05	1	دالة
لا	16	%80					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(03):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (3) ويؤكده اختبار **$ك^2$**، نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أكثر من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون80% من مجموع العينة لا تتوفر عيادتهم على الأجهزة اللازمة في حين 20%منهم يملكون الأجهزة اللازمة في عيادتهم.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر عيادتهم على الأجهزة اللازمة.

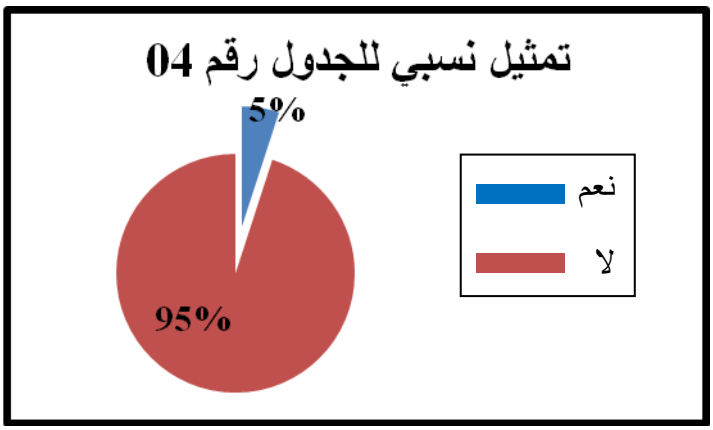
السؤال الثالث: هل يتوفر لدى ناديكم سيارة إسعاف؟.

الغرض منه: معرفة إن كان لأندية عينة البحث سيارة إسعاف.

الجدول رقم (4): متعلق بنتائج إجابات مدربي عينة البحث عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	01	%05	16.2	3.84	0.05	1	دالة
لا	19	%95					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(04):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (4) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون95%من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم سيارة الإسعاف في حين 5% منهم تملك أنديتهم سيارة الإسعاف.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر لديهم سيارة الإسعاف .

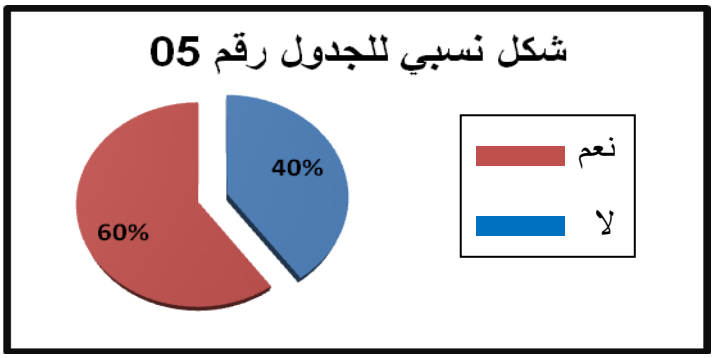
السؤال الرابع: هل إدارة ناديكم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت إدارة أندية عينة البحث مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

الجدول رقم (5): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	12	%60	0.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	08	%40					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(05):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (5) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج. والإختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث تمثل هذا الإختلاف في كون 60% من مجموع العينة تهتم إدارة ناديهم بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية، في حين 40%منهم إدارة ناديهم غير مهتمة بذلك.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن إدارات أندية ألعاب القوى مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

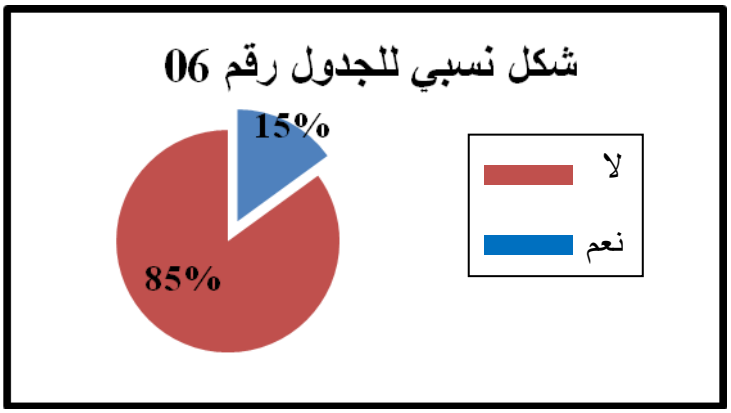
السؤال الخامس: هل تحتوي المرافق الرياضية لناديكم على وسائل متطورة؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت المرافق الرياضية لأندية عينة البحث تحتوي على وسائل متطورة.

الجدول رقم (6): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	03	%15	9.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	17	%85					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(06):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (6) ويؤكده إختبار **كٌ²**، نلاحظ أن قيمة **كٌ²** المحسوبة أكبر من **كٌ²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون85% من العينة لا تتوفر المرافق الرياضية لناديهم على الوسائل المتطورة، في حين أن 15% منهم تتوفر مرافقهم الرياضية على الوسائل المتطورة.

الإستنتاج: نستنتج أنه في معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر مرافقهم الرياضية على الوسائل المتطورة.

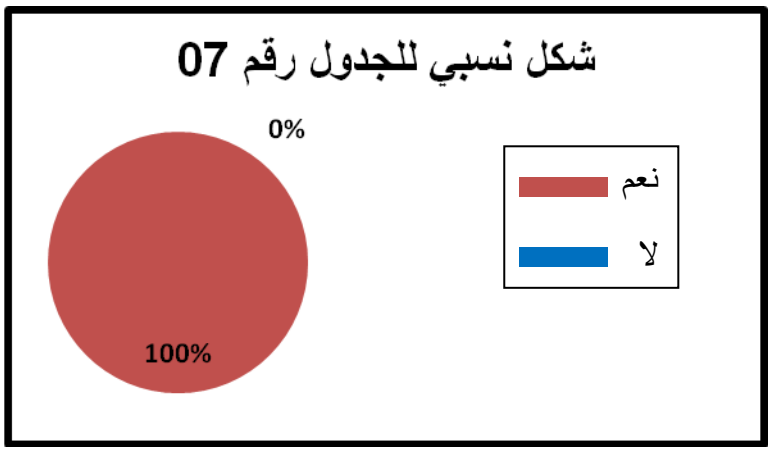
السؤال السادس: هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟.

الغرض منه : معرفة رأيهم حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.

الجدول رقم(7): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كٌ² المحسوبة	كٌ² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	20	%100	20	3.84	0.05	1	دالة
لا	0	%0					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(07):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (7) ويؤكده إختبار **كٌ²**، نلاحظ أن قيمة **كٌ²** المحسوبة أكبر من **كٌ²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في أن نسبة 100% أي كل العينة ترى أنه من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أنه من الضروري تعميم أندية ألعاب القوى بمراكز طبية رياضية.

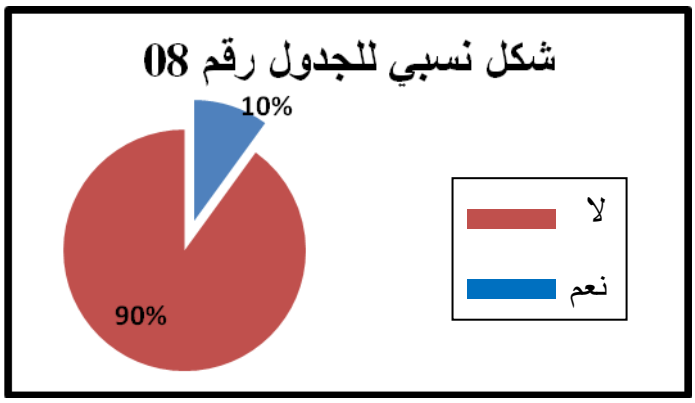
السؤال السابع: أ- في رأيك هل توجد مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى؟.

الغرض منه : معرفة إن كان هناك مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى (أندية عينة البحث).

الجدول رقم(8): يمثل نتائج إجابات المدربين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية العاب القوى.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	02	%10	12.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	18	%90					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(08):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (8) ويؤكده إختبار **$ك^2$**، نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أكبر من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون90% من مجموع العينة أشاروا إلى عدم وجود مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى في حين 10%منهم أشاروا إلى وجودها.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلب أندية ألعاب القوى لا توجد فيها مراقبة طبية فعلية.

ب- إذا كان الجواب لا، فهل يعود غياب المراقبة الطبية إلى؟

الغرض منه: معرفة أسباب غياب المراقبة الطبية.

تحليل ومناقشة الأجوبة:

كما توضحه الإجابات فإن 38.89%ممن أجابوا على السؤال أشاروا إلى نقص الجانب المادي في حين 27.78%منهم يشير إلى غياب التوجيه و 22.22% يشير إلى غياب المختصين، **أما أل**11.11%المتبقية فكان لهم رأي أخر متمثل في أن من يقومون بالإشراف على إداراتهم ليسوا من ذوي الإختصاص فهم مجرد إداريين.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أنه رغم اختلافها وتباينها البسيط، لكن لها مغزى واحد وهو أن سبب غياب المراقبة الطبية يعود بالترتيب إلى:

- ✓ الجانب المادي.
- ✓ الموارد البشرية.
- ✓ المحتوى المقدم والجانب التوعوي.

المحور الثاني: واقع المراقبة الطبية وعلاقته بالإمكانيات البشرية.

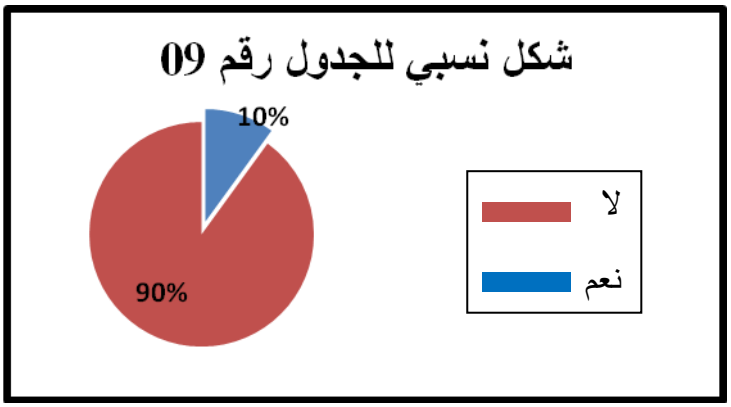
السؤال الثامن: هل يتوفر ناديكم على طبيب مختص؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت أندية عينة البحث تتوفر على طبيب مختص.

الجدول رقم(9):يتعلق بنتائج إجابات مدربي عينة البحث عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.

الاقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	20	%10	12.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	18	%90					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(09):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (9) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون90% من مجموع العينة لا يتوفر ناديهم على طبيب مختص، في حين 10%منهم يتوفر ناديهم على طبيب مختص.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تملك طبيب مختص.

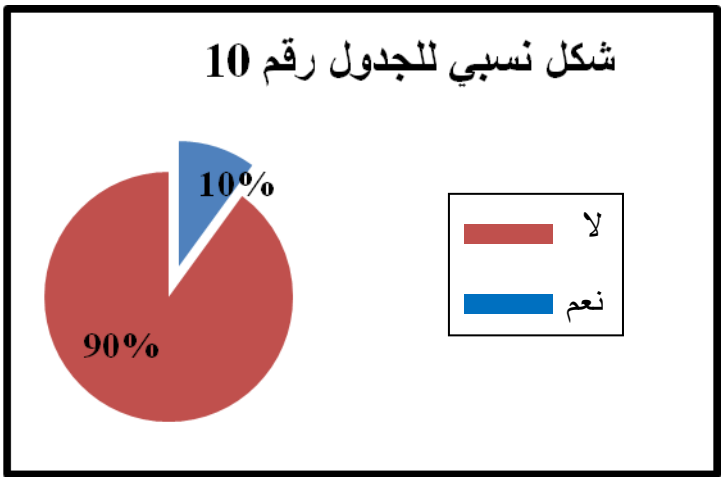
السؤال التاسع: هل يتوفر ناديكم على فريق طبي متكامل؟.

الغرض منه: معرفة إن كان يتوفر لدى أندية عينة البحث فريق طبي متكامل.

الجدول رقم(10):يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث عن ما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	02	%10	12.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	18	%90					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(10):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (10) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 90%من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم فريق طبي متكامل، في حين أن 10% منهم يتوفر لديهم فريق طبي متكامل.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلب أندية ألعاب القوى لا يتوفر لديهم فريق طبي متكامل.

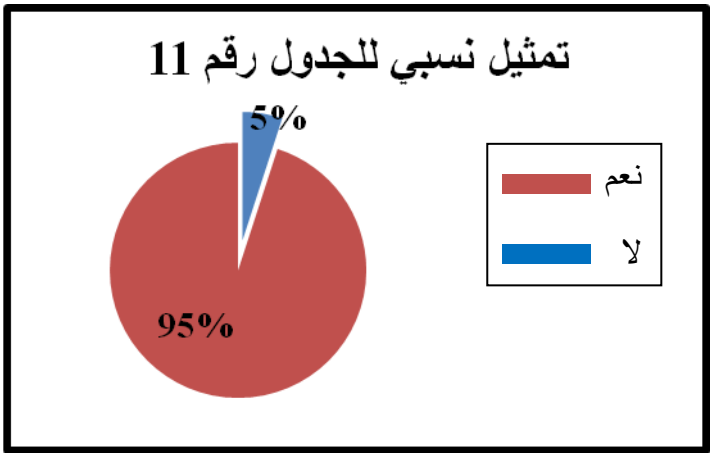
السؤال العاشر: هل ترى أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل؟.

الغرض منه : معرفة ضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الجدول رقم(11): يمثل نتائج إجابات المدربين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	19	%95	16.2	3.84	0.05	1	دالة
لا	01	%5					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(11):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (11) ويؤكده اختبار **ك²** نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون95% من مجموع العينة ترى انه من الضرورية وجود فريق طبي متكامل، في حين 5% منهم لا ترى انه من الضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل في أندية العاب القوى .

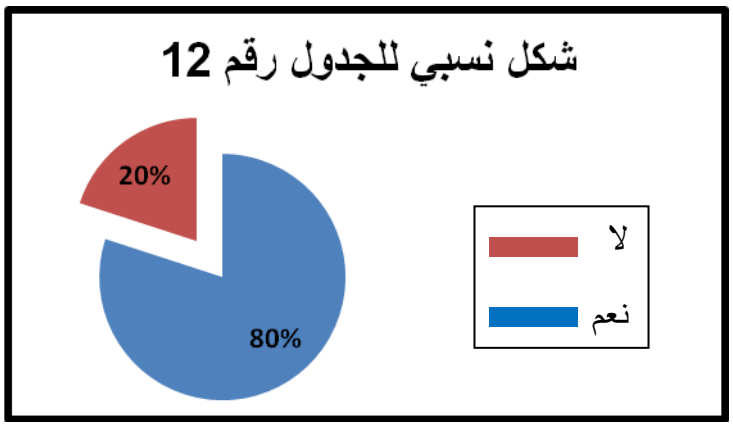
السؤال الحادي عشر: هل من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات ؟.

الغرض منه: معرفة ضرورية تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.

الجدول رقم(12): يمثل نتائج إجابات المدربين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض إثناء التدريبات.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	16	%80	7.2	3.84	0.05	1	دالة
لا	04	%20					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(12):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (12) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون80% من مجموع العينة ترى أنه من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات، بينما 20%منهم ترى أن ذلك ليس ضروريا.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أنه من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.

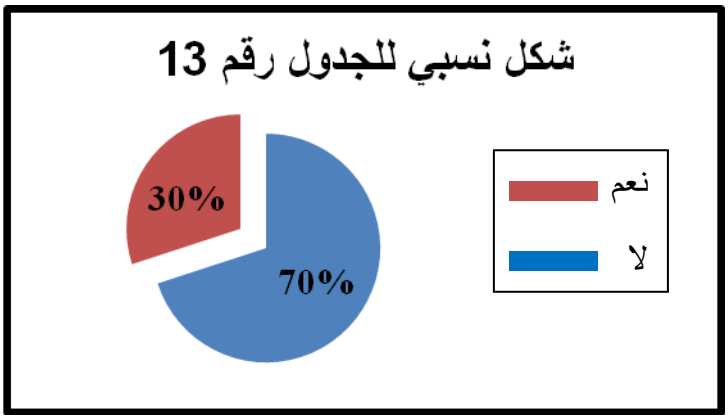
السؤال الثاني عشر: هل يتلقى طاقم تدريبكم تكوينا حول المراقبة الطبية و الإسعاف الرياضي؟.

الغرض منه: معرفة إن كان طاقم التدريب يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الجدول رقم(13): يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	06	%30	3.2	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	14	%70					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(13):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (13) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج، والإختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث تمثل هذا الإختلاف في كون 70% من مجموع العينة لا يتلقى طاقم تدريبهم تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي في حين 30% منهم يتلقى طاقمهم التدريبي تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى (العينة) يتلقى طاقم تدريبهم تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

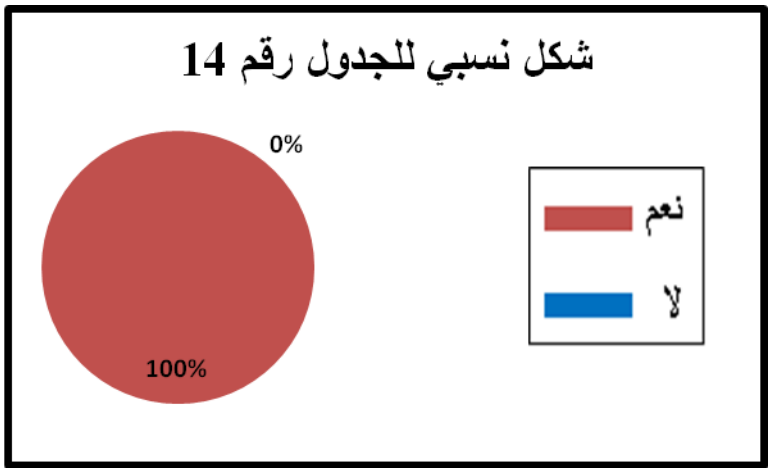
السؤال الثالث عشر: أ- هل سبق وتعرض لاعبيكم لإصابات أثناء الحصص التدريبية؟.

الغرض منه: معرفة إن سبق وتعرض لاعبي عينة البحث للإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الجدول رقم(14):يمثل نتائج إجابات المدربين عما إذا سبق وتعرض لاعبيهم للإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	20	%100	20	3.84	0.05	1	دالة
لا	0	%0					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(14):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (14) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون نسبة 100% أي كل العينة تعرض لاعبيهم لإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الإستنتاج: نستنتج أن جميع أفراد العينة تعرض لاعبيهم لإصابات أثناء الحصص التدريبية.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فمن تكفل بإسعاف المصاب؟.

الغرض منه: معرفة من تكفل بإسعاف المصاب.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات في فإن 70% من مجموع العينة المدرب هو من يتكفل بإسعاف المصاب لديهم في حين 20%منهم الطبيب يتكفل بإسعاف المصابين وأما أل 10% المتبقية فالممرض هو من يتكفل بإسعاف المصاب.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أنه رغم اختلافها وتباينها البسيط، لكن لها مغزى واحد وهو أن المدرب هو من يتكفل بإسعاف المصاب.

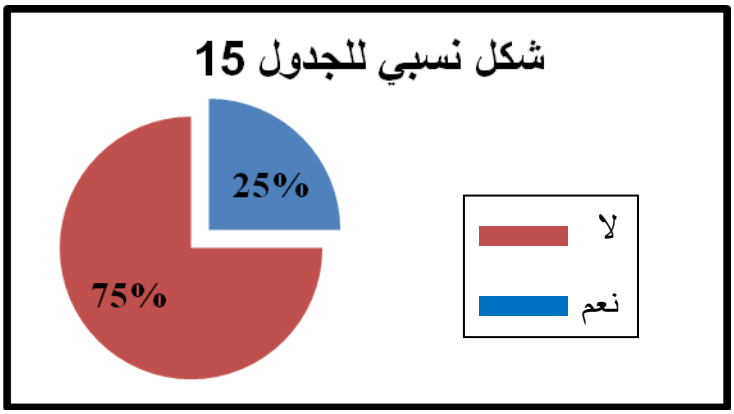
السؤال الرابع عشر: هل يوجد عمل مشترك بينكم وبين طبيب الفريق؟

الغرض منه: معرفة إن كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق في عينة البحث.

الجدول رقم(15):يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%25	5	3.84	0.05	1	دالة
لا	15	%75					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(15):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (15) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون75% من مجموع العينة لا يوجد لديهم عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق ، في حين 25% منهم هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب فريقهم يتمثل في وضع المخطط التدريبي للاعبين حسب حالتهم الصحية والتي يحددها الطبيب وكذا وضع برامج إعادة التأهيل بعد الإصابة.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم عناصر العينة لا يوجد عمل مشترك بينهم وبين وطبيب الفريق.

المحور الثالث: تأثير عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية بمستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

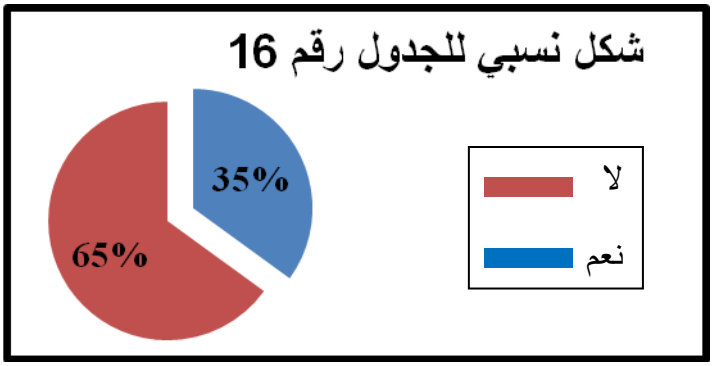
السؤال الخامس عشر: أ- هل تقام فحوص طبية دورية للاعبيكم؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت تقام فحوص طبية دورية للاعبي عينة البحث.

الجدول رقم(16): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث عما إذا كانت تقام فحوصات طبية دورية للاعبين.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	07	%35	1.8	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	13	%65					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(16):



تحليل ومناقشة الجداول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (16) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج والإختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث يتمثل هذا الإختلاف في كون65% من مجموع العينة لا تقام فحوص طبية دورية للاعبيهم. في حين 35% منهم تقام لهم فحوص طبية دورية.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن معظم أفراد العينة لا تقام للاعبيهم فحوصات طبية دورية .

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟

الغرض منه: معرفة متى تتم هذه الفحوصات.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 42.86% من مجموع العينة تقام لهم الفحوص في بداية الموسم في حين 42.86%منهم تقام لهم الفحوص في نهاية الموسم أما أل 14.29% الباقية تقام لهم الفحوص في منتصف الموسم في حين أن هناك من تقام لهم فحوص في بداية ونهاية الموسم.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أنه رغم اختلافها وتباينها البسيط، لكن لها مغزى واحد هو أن أغلبية أفراد العينة تقام للاعبيهم الفحوصات إما في بداية الموسم أو في نهايته وهذا غير كاف.

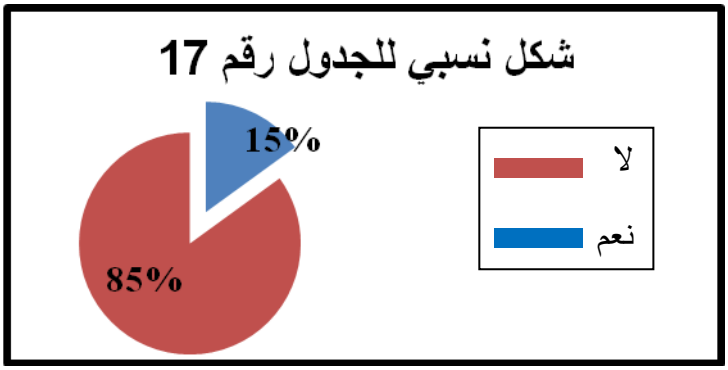
السؤال السادس عشر: هل تقدمون بعض الفحوص الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة؟.

الغرض منه: معرفة إذا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبي عينة البحث بعد التدريب والمنافسة.

الجدول رقم(17): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث حول ما إذا كانوا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	03	%15	9.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	17	%85					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(17):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (17) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون85% من مجموع العينة لا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة، في حين 15% منهم يقدمون للاعبيهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم عناصر العينة لا يقدمون الفحوصات الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة.

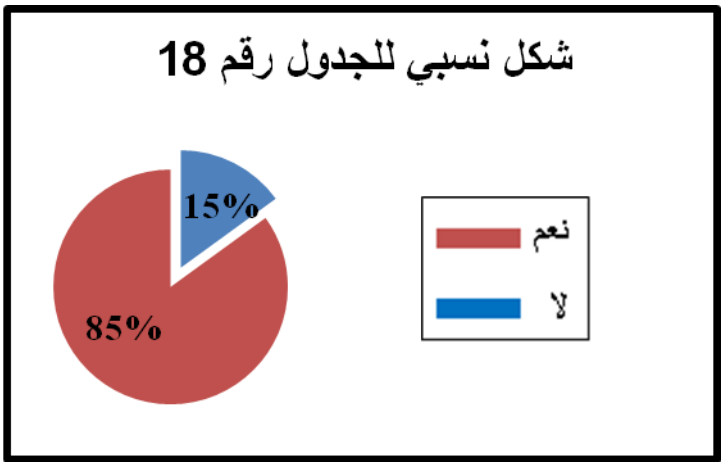
السؤال السابع عشر: أ- هل تقومون بإعطاء اللاعبين نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية؟.

الغرض منه: معرفة إذا ما يتم إعطاء لاعبي عينة البحث نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

الجدول رقم(18):يمثل نتائج إجابات مدربي العينة حول إذا ما يتم إعطاء اللاعبين مبادئ حول المراقبة الطبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	17	%85	9.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	03	%15					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(18):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (18) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون85% من مجموع العينة يتم إعطاء لاعبيهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية، في حين 15% منهم لايتم إعطاء لاعبيهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

الإستنتاج : نستنتج أن معظم عناصر العينة يتم إعطاء لاعبيهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يحترم اللاعبين النصائح المقدمة لهم؟.

الغرض منه:معرفة إذا ما يتم احترام النصائح المقدمة للاعبي عينة البحث.

تحليل ومناقشة الإجابات:كما توضحه الإجابات فإن 88.23% ممن يقدمون نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي للاعبيهم أشاروا إلى أنه لا يتم احترام تلك النصائح المقدمة، في حين 11.77% منهم يتم احترام النصائح المقدمة للاعبين.

الإستنتاج:نستنتج أن معظم عناصر العينة لا يتم احترام النصائح المقدمة للاعبيهم.

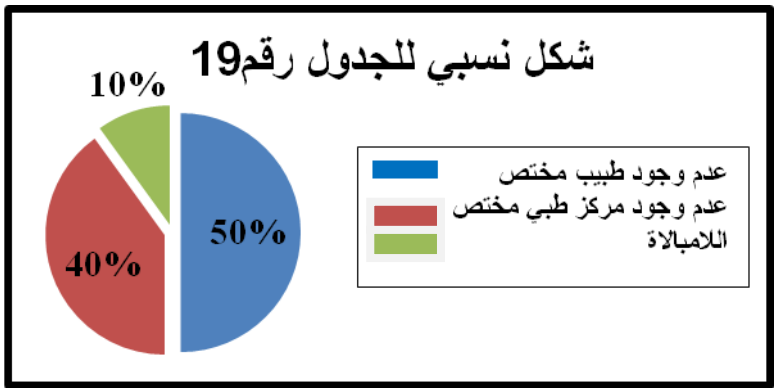
السؤال الثامن عشر: ما هو سبب عدم تكفل اللاعبين بإصابتهم؟.

الغرض منه:معرفة سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم.

الجدول رقم(19): يمثل نتائج إجابات المدربين عن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
عدم وجود طبيب مختص	10	%50	6.8	5.99	0.05	2	دالة
عدم وجود مركز طبي مختص	08	%40					
اللامبالاة	02	%10					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(19):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (19) ويؤكده اختبار **$ك^2$**، نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أكثر من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون50% من مجموع العينة تشير إلى أن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصابتهم هو عدم وجود طبيب مختص، في حين 40% منهم سبب أشاروا إلى أن عدم تكفل اللاعبين بإصابتهم هو عدم وجود مركز طبي مختص. أما 10% المتبقية فيرون أن السبب في ذلك هو اللامبالاة.

الإستنتاج: نستنتج أن نصف أفراد العينة يرون أن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصابتهم هو عدم وجود طبيب مختص ونسبة أخرى لا يستهان بها يرون أن ذلك يعود إلى عدم وجود مركز طبي مختص.

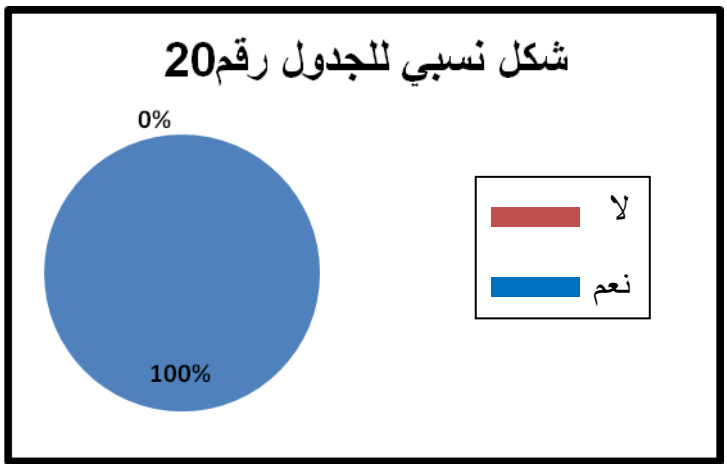
السؤال التاسع عشر: هل تتخذون احتياطاتكم لتجنب الإصابات؟.

الغرض منه: معرفة إن كان مدربي عينة البحث يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

الجدول رقم(20): يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	20	%100	20	3.84	0.05	1	دالة
لا	0	%0					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(20):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (20) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 100% من العينة يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

الإستنتاج: نستنتج أن كل المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الإحتياطات المتخذة؟.

الغرض منه: معرفة الإحتياطات المتخذة.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 50% من مجموع العينة تتمثل إحتياطاتهم في الإحماء الجيد في حين 35% منهم فتتمثل إحتياطاتهم في التحضير البدني الجيد، و10% تكون الإحتياطات التي يتخذونها الراحة الكافية والإسترجاع، أما ال5 %المتبقية فالإحتياطات التي يتخذونها هي الرعاية الطبية.

الإستنتاج: نستنتج أن نصف أفراد العينة يتخذون الإحماء الجيد كاحتياط لتجنب الإصابات ونسبة لا يستهان بها تعتمد على التحضير البدني الجيد .

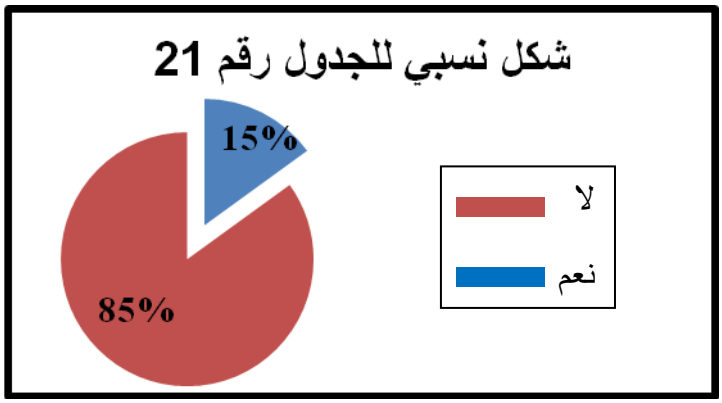
السؤال العشرين: في حالة إصابة أحد لاعبيكم بإصابة غير بليغة، فهل يتم إشراكه في المنافسة؟.

الغرض منه: معرفة في حالة الإصابة،إذا يتم إشراكه في المنافسة.

الجدول رقم(21): يمثل نتائج إجابات المدربين حول ما إذا كان يتم إشراك اللاعب في المنافسة إن أصيب بإصابة غير بليغة.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	03	%15	9.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	17	%85					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(21):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (21) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون85% من مجموع العينة في حالة الإصابة الغير البليغة للاعب لا يتم إشراكه في المنافسة، في حين 15% منهم في حالة الإصابة الغير البليغة للاعب يتم إشراكه في المنافسة.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلبية أفراد العينة في حالة الإصابة الغير البليغة للاعب لا يتم إشراكه في المنافسة.

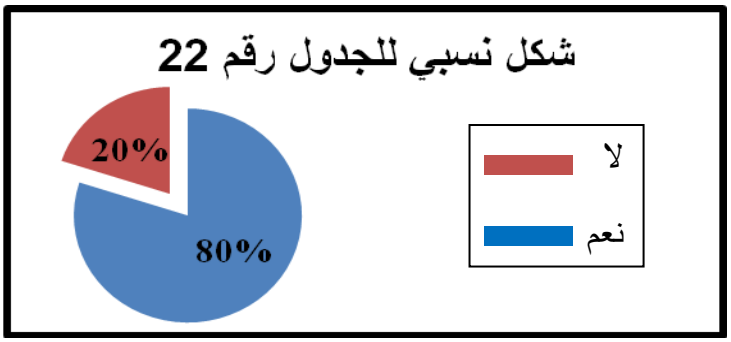
السؤال الواحد والعشرين: أ – هل تتوفر لدى ناديكم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرض لها لاعبيكم؟.

الغرض منه: معرفة إذا كان لدى أندية عينة البحث إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرض لها لاعبيهم.

الجدول رقم(22): يمثل نتائج إجابات مدربي عينة البحث حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	16	%80	7.2	3.84	0.05	1	دالة
لا	04	%20					
المجموع	20	%100					

الشكل رقم(22):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (22) ويؤكده اختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون80% من مجموع العينة تتوفر لدى ناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها في حين 20% منهم لا تتوفر لدى ناديهم تلك الإحصائيات.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أفراد العينة تتوفر لدى ناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرض لها لاعبيهم.

ب- ما درجة خطورة تلك الإصابات؟.

الغرض منه: معرفة درجة خطورة تلك الإصابات.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 43.75% من مجموع العينة حددوا درجة خطورة تلك الإصابات بأنها متوسطة، في حين 31.25% منهم درجة خطورة الإصابات المحصاة من قبلهم كانت بسيطة،أما أل 25% الباقية درجة خطورة تلك الإصابات التي أصابت رياضييهم فكانت معيقة.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلبية أعضاء العينة تكون درجة خطورة إصابات لاعبيهم متوسطة.

ت- هل كانت معالجتها كافية؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت معالجة تلك الإصابات كافية.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن75% ممن أجابوا صرحوا بأن معالجة تلك الإصابات كانت كافية، في حين 25% منهم معالجة إصاباتهم كانت غير كافية.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أن معظم أفراد العينة تكون معالجة إصابات لاعبيهم كافية.

5-1-2- تحليل نتائج الإستبيان الموجه للرياضيين:

المحور الأول: واقع المراقبة الطبية وعلاقته بالإمكانيات المادية.

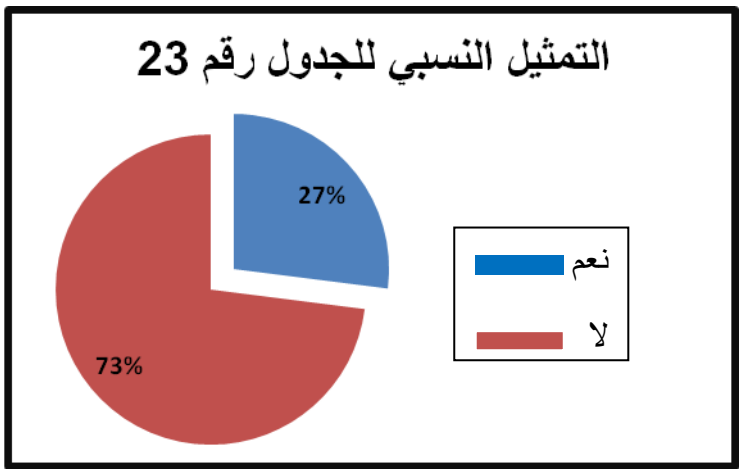
السؤال الأول: أ- هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟.

الغرض منه: معرفة إن كان يتوفر لدى أندية عينة البحث عيادة طبية.

جدول رقم (23): يمثل النتائج المتعلقة بإجابات اللاعبين عن توفر ناديهم على عيادة طبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	08	%26.67	6.53	3.84	0.05	1	دالة
لا	22	%73.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(23):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (23) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 73.33% من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم عيادة طبية، في حين 26.67%منهم تملك أنديتهم عيادة طبية.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر لديهم عيادة طبية.

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

الغرض منه: معرفة من يقوم بالإشراف على عيادتهم.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 59.09% ممن أجابوا على السؤال فإن الطبيب هو من يقوم بالإشراف على عيادتهم في حين 22.73%منهم يقوم **ممرض** بالإشراف عليها، أما 18.18% المتبقية يقوم **آخر** بالإشراف عليها ويتمثل هذا الآخر في المدرب.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى يقوم الطبيب بالإشراف على عيادتهم.

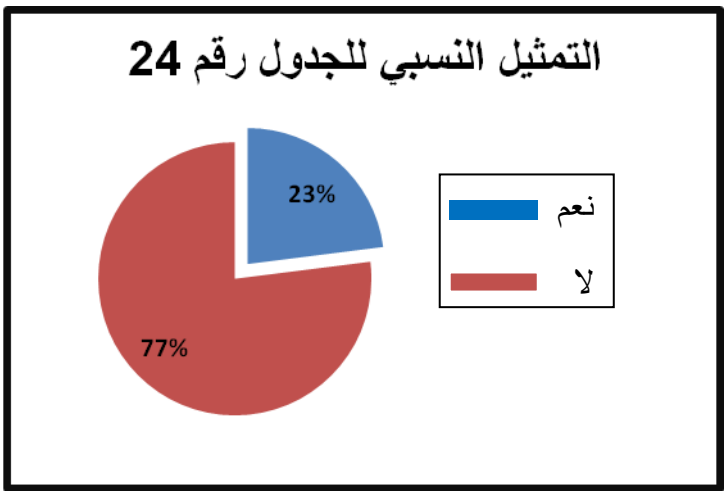
السؤال الثاني: هل تتوفر عيادتكم على الأجهزة اللازمة؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت تتوفر لدى أندية عينة البحث الأجهزة اللازمة.

الجدول رقم (24): يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن الأجهزة اللازمة المتوفرة في عيادتهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	07	%23.33	8.53	3.84	0.05	1	دالة
لا	23	%76.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(24):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (24) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون76.67%من مجموع العينة لا تتوفر عيادتهم على الأجهزة اللازمة في حين 23.33% منهم يملكونها.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر عيادتهم على الأجهزة اللازمة.

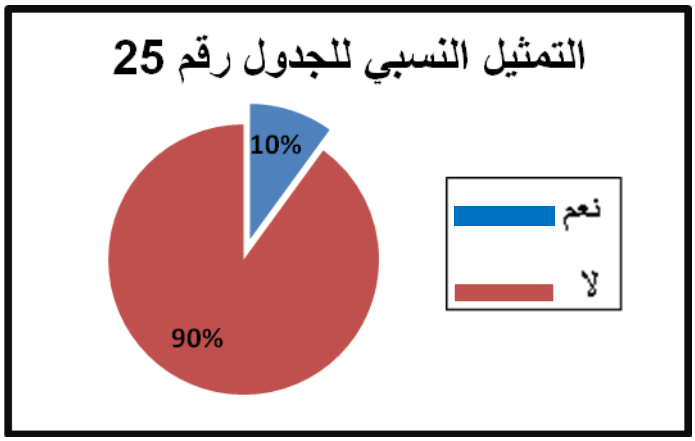
السؤال الثالث: هل يتوفر لدى ناديكم سيارة إسعاف؟.

الغرض منه : معرفة إن كان لدى أندية عينة البحث سيارة إسعاف.

الجدول رقم (25): متعلق بنتائج إجابات لاعبي عينة البحث عن توفر سيارة الإسعاف في ناديهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	03	%10	9.86	3.84	0.05	1	دالة
لا	27	%90					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(25):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (25) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 90% من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم سيارة الإسعاف في حين 10% منهم تملك أنديتهم سيارة الإسعاف.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر لديهم سيارة الإسعاف.

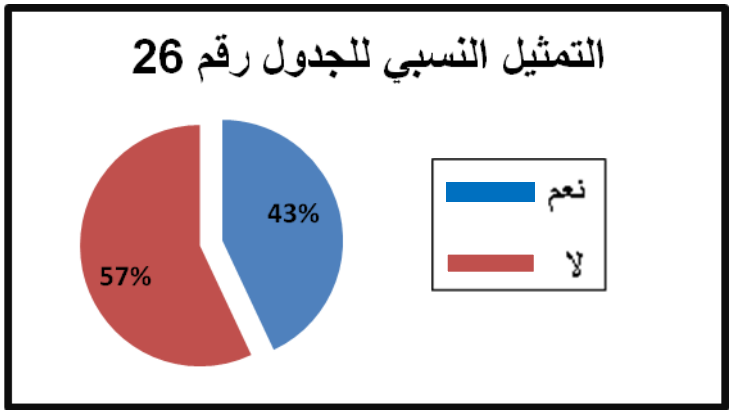
السؤال الرابع: هل إدارة ناديكم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت إدارة أندية عينة البحث مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

الجدول رقم (26): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث عن ما إذا كانت إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	13	%43.33	0.46	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	17	%56.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(26):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (26) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج، والإختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث تمثل هذا الإختلاف في كون56.67% من مجموع العينة إدارة ناديهم مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية، في حين 43.33% منهم إدارة ناديهم غير مهتمة بذلك .

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن إدارات أندية ألعاب القوى مهتمة بتوفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية.

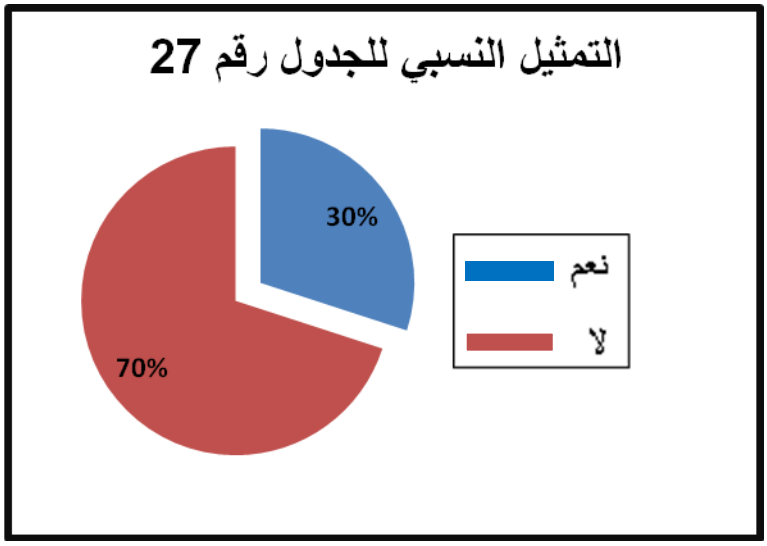
السؤال الخامس: هل تحتوي المرافق الرياضية لناديكم على وسائل متطورة؟.

الغرض منه: معرفة إن كانت المرافق الرياضية لأندية عينة البحث تحتوي على وسائل متطورة.

الجدول رقم(27): يمثل نتائج إجابات اللاعبين عما إذا كانت المرافق الرياضية لناديهم تحتوي على وسائل متطورة.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	09	%30	4.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	21	%70					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(27):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (27) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 70% من مجموع العينة لا تتوفر المرافق الرياضية لناديهم على الوسائل المتطورة، في حين أن 30% منهم تتوفر مرافقهم الرياضية على الوسائل المتطورة.

الإستنتاج: نستنتج أنه في معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر مرافقهم الرياضية على الوسائل المتطورة.

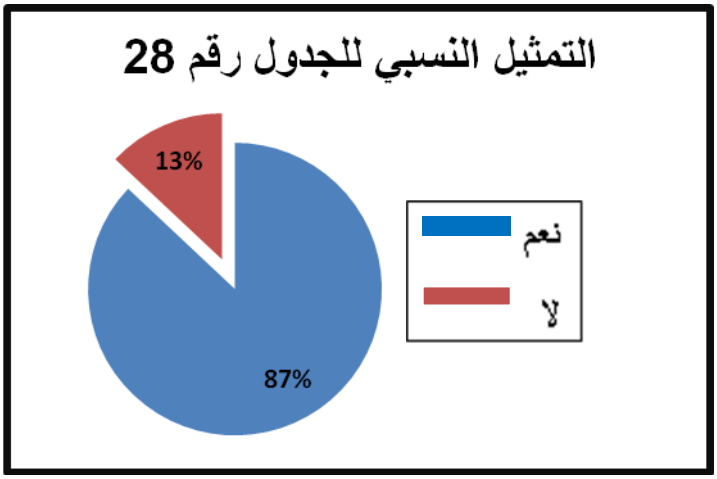
السؤال السادس: هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟.

الغرض منه : معرفة رأيهم حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.

الجدول رقم(28): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث حول ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	26	%86.67	16.12	3.84	0.05	1	دالة
لا	04	%13.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(28):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (28) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون86.67% من مجموع العينة ترى أنه من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية، في حين 5% منهم ترى أن ذلك غير ضروري.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أنه من الضروري تعميم أندية ألعاب القوى بمراكز طبية رياضية.

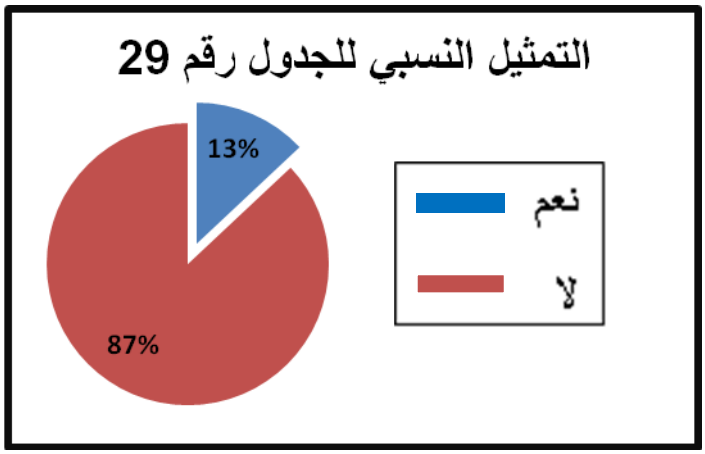
السؤال السابع: أ- في رأيك هل توجد مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى؟.

الغرض منه : معرفة إن كان هناك مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى (عينة البحث).

الجدول رقم(29): يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن رأيهم حول فعلية تواجد المراقبة الطبية في أندية العاب القوى.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	04	%13.33	16.12	3.84	0.05	1	دالة
لا	26	%86.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(29):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (29) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون86.67% أشاروا إلى عدم وجود مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى في حين 13.33% منهم أشاروا إلى وجودها.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا توجد فيها مراقبة طبية فعلية.

ب- إذا كان الجواب لا، فهل يعود غياب المراقبة الطبية إلى؟.

الغرض منه: معرفة أسباب غياب المراقبة الطبية.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 46.15% ممن أجابوا على السؤال أشاروا إلى أن غياب المراقبة الطبية يعود إلى نقص الجانب المادي في حين 30.77% منهم أشاروا إلى أن ذلك الغياب يعود إلى غياب المختصين، و15.39% منهم يرون أنه يعود إلى غياب التوجيه، أما 7.69% المتبقية فكان لهم رأي آخر تمثل في أن مديريهم مجرد إداريين.

الإستنتاج: نستنتج من هذه أن سبب غياب المراقبة الطبية يعود إلى نقص الجانب المادي.

المحور الثاني: واقع المراقبة الطبية وعلاقته بالإمكانيات البشرية.

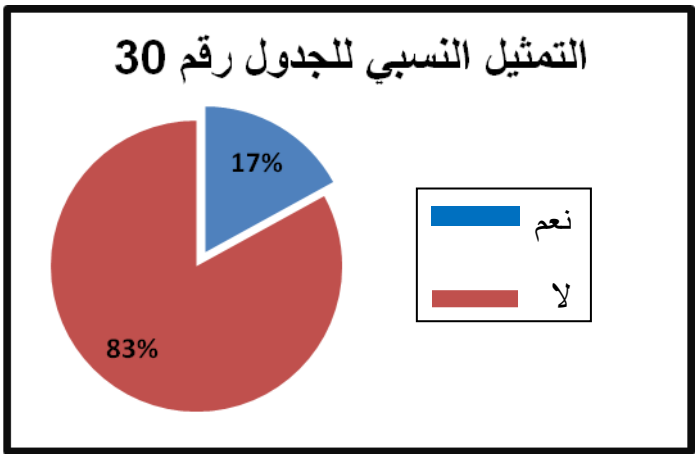
السؤال الثامن: هل يتوفر ناديكم على طبيب مختص؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت أندية عينة البحث تتوفر على طبيب مختص.

الجدول رقم(30): يتعلق بنتائج إجابات لاعبي عينة البحث عن ما إذا كان ناديهم يتوفر على طبيب مختص.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%16.67	13.32	3.84	0.05	1	دالة
لا	25	%83.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(30):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (30) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون83.33% من مجموع العينة لا يتوفر ناديهم على طبيب مختص، في حين 16.67% منهم يتوفر ناديهم على طبيب مختص.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا تتوفر على طبيب مختص.

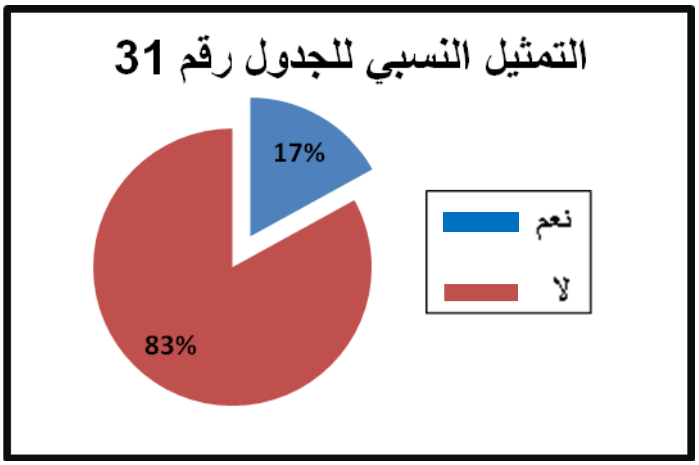
السؤال التاسع: هل يتوفر ناديكم على فريق طبي متكامل؟.

الغرض منه: معرفة إن كان يتوفر لدى أندية عينة البحث فريق طبي متكامل.

الجدول رقم(31): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث عن عما إذا كان لناديهم فريق طبي متكامل.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%16.67	13.32	3.84	0.05	1	دالة
لا	25	%83.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(31):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (31) ويؤكده إختبار **ك²** نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون83.33% من مجموع العينة لا تتوفر لدى أنديتهم فريق طبي متكامل، في حين 16.67% منهم يتوفر لديهم فريق طبي متكامل.

الإستنتاج: نستنتج أن أغلب أندية ألعاب القوى لا يتوفر لديهم فريق طبي متكامل.

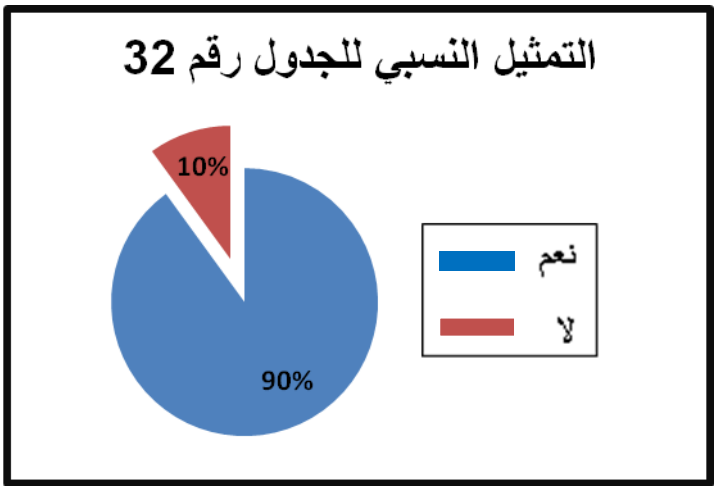
السؤال العاشر: هل ترى أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل؟.

الغرض منه : معرفة ضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الجدول رقم(32): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	27	%90	9.86	3.84	0.05	1	دالة
لا	03	%10					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(32):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (32) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون90% من مجموع العينة ترى انه من الضرورية وجود فريق طبي متكامل، في حين 10% منهم لا ترى أنه من الضرورية وجود فريق طبي متكامل.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل في أندية ألعاب القوى.

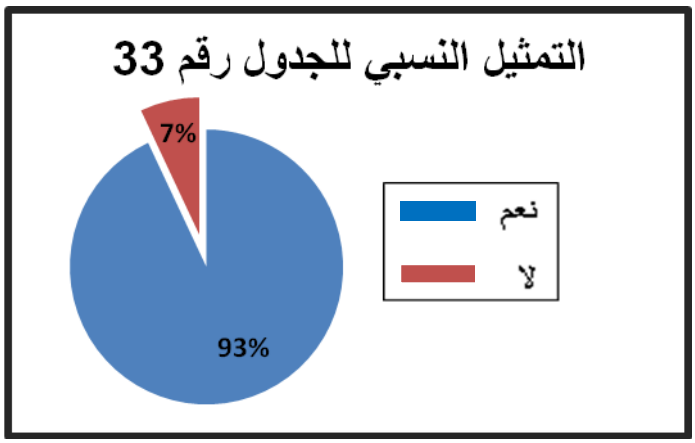
السؤال الحادي عشر: هل من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات ؟.

الغرض منه: معرفة ضرورية تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.

الجدول رقم(33): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ضرورية تواجد طبيب أو ممرض إثناء التدريبات.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	28	%93.33	22.52	3.84	0.05	1	دالة
لا	02	%6.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(33):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (33) ويؤكده إختبار **$ك^2$**، نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أقل من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون93.33% من مجموع العينة ترى أنه من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات، بينما 6.67% منهم ترى أن ذلك ليس ضروريا.

الإستنتاج: من خلال الإجابات نستنتج أنه من الضروري تواجد طبيب أو ممرض أثناء التدريبات.

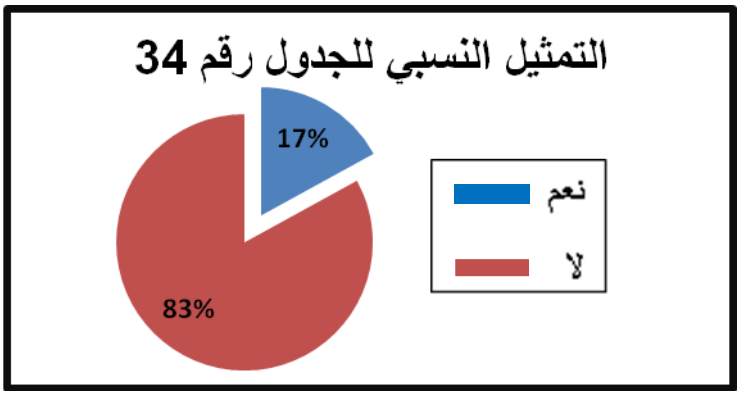
السؤال الثاني عشر: هل يتلقى طاقم تدريبكم تكوينا حول المراقبة الطبية و الإسعاف الرياضي؟.

الغرض منه: معرفة إن كان طاقم التدريب لأندية العينة يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الجدول رقم(34): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث حول ما إذا كان طاقمهم التدريبي يتلقى تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%16.67	0.12	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	25	%83.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(34):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (34) ويؤكده إختبار **كا²** نلاحظ أن قيمة **كا²** المحسوبة أقل من **كا²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج، والاختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث تمثل هذا الإختلاف في كون83.33% من مجموع العينة لا يتلقى طاقم تدريبهم تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي في حين 16.67% منهم يتلقى طاقمهم التدريبي تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

الاستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى (العينة) لا يتلقى طاقم تدريبهم تكوينا حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي.

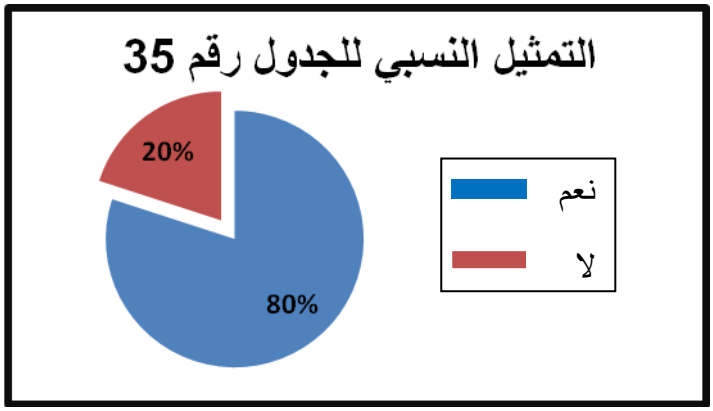
السؤال الثالث عشر: أ- هل سبق وتعرضتم لإصابات أثناء الحصص التدريبية؟.

الغرض منه: معرفة إن سبق وتعرض لاعبي عينة البحث للإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الجدول رقم(35): يمثل نتائج إجابات لاعبي العينة عما إذا سبق وتعرضوا لإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك المحسوبة	ك المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	24	%80	10.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	06	%20					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(35):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (35) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون80% من مجموع العينة سبق وتعرضوا للإصابات أثناء الحصص التدريبية، في حين 20% منهم لم يسبق لهم أن تعرضوا للإصابات أثناء الحصص التدريبية.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى سبق وتعرض لاعبيهم للإصابات أثناء الحصص التدريبية.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فمن تكفل بإسعاف المصاب؟.

الغرض منه: معرفة من تكفل بإسعاف المصاب.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 58.33% ممن سبق وتعرض لاعبيهم لإصابات أجابوا بأن المدرب و من قام بإسعاف المصاب، في حين 29.17% منهم تكفل الطبيب بإسعاف المصاب، أما 12.5% المتبقية فالممرض هو من يتكفل بإسعاف المصاب.

الإستنتاج: نستنتج من خلال الإجابات أن معظم أندية ألعاب القوى يقوم المدرب بإسعاف المصاب.

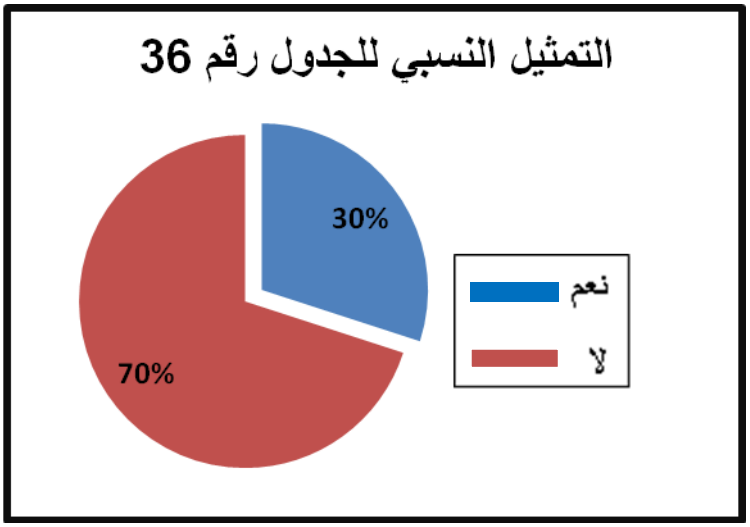
السؤال الرابع عشر: هل يوجد عمل مشترك بين مدربكم وبين طبيب الفريق؟

الغرض منه: معرفة إن كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق في عينة البحث.

الجدول رقم(36): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا كان هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	09	%30	4.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	21	%70					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(36):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (36) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون70% من مجموع العينة لا يوجد عمل مشترك بين مدربهم وطبيب الفريق، في حين 30% منهم هناك عمل مشترك بين المدرب وطبيب الفريق.

الإستنتاج: نستنتج أن في معظم أندية ألعاب القوى لا يوجد عمل مشترك بين مدربهم وطبيب الفريق، حيث 70% منهم لا يتشارك طبيب فريقهم ومدربهم في العمل.

المحور الثالث: تأثير عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية بمستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

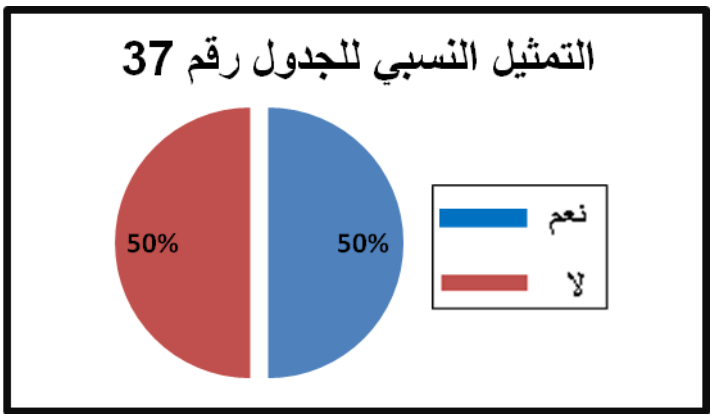
السؤال الخامس عشر: أ- هل تقام لكم فحوص طبية دورية ؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت تقام فحوص طبية دورية للاعبي عينة البحث.

الجدول رقم(37): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث عما إذا تقام لهم فحوصات طبية دورية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	15	%50	0	3.84	0.05	1	غير دالة
لا	15	%50					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(37):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (37) ويؤكده إختبار **ك²** نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج، حيث أن 50% تقام لهم فحوص طبية دوريه بينما ال50% الأخرى فلا تقام لهم تلك الفحوص.

الإستنتاج: نستنتج أن نصف أندية ألعاب القوى تقام لهم فحوصات طبية دورية، في حين ان النصف الآخر لا تقام لهم فحوصات طبية دورية.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟

الغرض منه: معرفة متى تتم هذه الفحوصات.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 53.33% ممن أجابوا على السؤال تقام لهم الفحوصات في بداية الموسم، في حين 33.33% منهم تقام لهم الفحوصات في نهاية الموسم، أما 13.33% المتبقية فتقام لهم الفحوصات في منتصف الموسم.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن معظم أندية ألعاب القوى تجري فحوصات طبية للاعبيها في بداية الموسم.

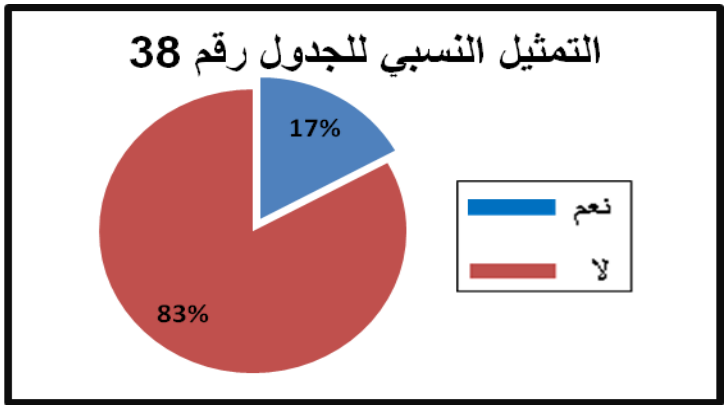
السؤال السادس عشر: هل يقدمون لكم بعض الفحوص الطبية بعد التدريب والمنافسة؟.

الغرض منه : معرفة إذا يقدم فحوصات طبية للاعبي عينة البحث بعد التدريب والمنافسة .

الجدول رقم(38): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول ما إذا تقدم لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$ك^2$ المحسوبة	$ك^2$ المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	05	%16.67	13.33	3.84	0.05	1	دالة
لا	25	%83.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(38):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (38) ويؤكده إختبار **$ك^2$** نلاحظ أن قيمة **$ك^2$** المحسوبة أكبر من **$ك^2$** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون83.33% من مجموع العينة لا يقدمون لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة، في حين 16.67% منهم يقدمون لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى لا يقدمون لهم الفحوصات الطبية بعد التدريب والمنافسة.

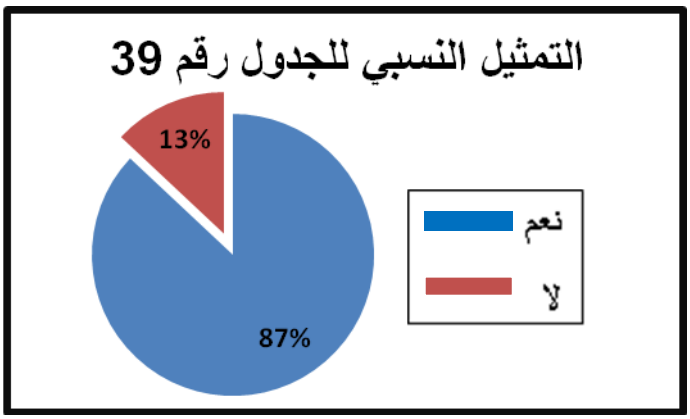
السؤال السابع عشر: أ- هل يتم إعطاءكم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية؟.

الغرض منه: معرفة إذا ما يتم إعطاء لاعبي أندية عينة البحث نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

الجدول رقم(39): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث عما إذا يتم إعطائهم حول مبادئ المراقبة الطبية.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	26	%86.67	16.12	3.84	0.05	1	دالة
لا	04	%13.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(39):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (39) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون86.67% من مجموع العينة يتم إعطائهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية، في حين 13.33% منهم لا يتم إعطائهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى يتم إعطاء لاعبيهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فهل تحترمون النصائح المقدمة لكم؟.

الغرض منه: معرفة إذا ما يتم احترام النصائح المقدمة للاعبي عينة البحث.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 76.92% ممن تقدم لهم النصائح يقومون باحترامها، في حين 23.08% منهم لا يحترمون تلك النصائح.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم رياضيي أندية ألعاب القوى يحترمون النصائح المقدمة لهم.

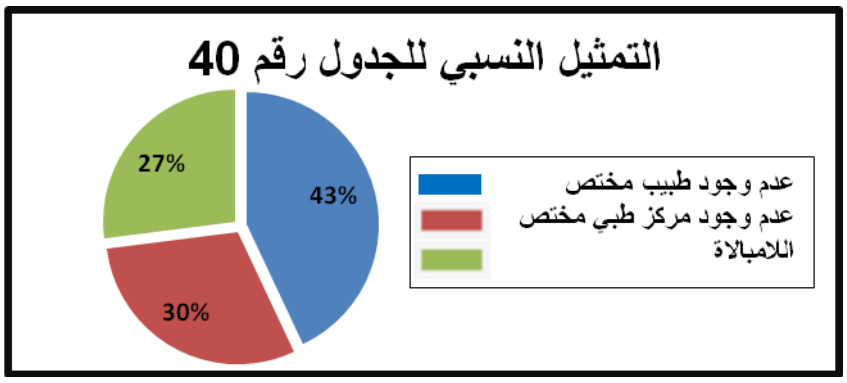
السؤال الثامن عشر: ما هو سبب عدم تكفلكم بإصاباتكم؟.

الغرض منه: معرفة سبب عدم تكفل لاعبي عينة البحث بإصاباتهم.

الجدول رقم(40): يمثل نتائج إجابات اللاعبين عن سبب عدم تكفلهم بإصاباتهم.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
عدم وجود طبيب مختص	13	%43.33	1.4	5.99	0.05	2	غير دالة
عدم وجود مركز طبي مختص	09	%30					
اللامبالاة	08	%26.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(40):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (40) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أقل من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مقبولة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النتائج، والإختلاف بين الإجابات راجع إلى عامل الصدفة، حيث تمثل هذا الإختلاف في كون43.33% من مجموع العينة ذكروا أن سبب عدم تكفلهم بإصاباتهم يعود إلى عدم وجود طبيب مختص، في حين30% منهم أشاروا إلى أن السبب هو عدم وجود مركز طبي مختص، أما 26.67% المتبقية فاللامبالاة هو سبب عدم تكفلهم بإصاباتهم.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم يعود إلى عدم وجود طبيب مختص.

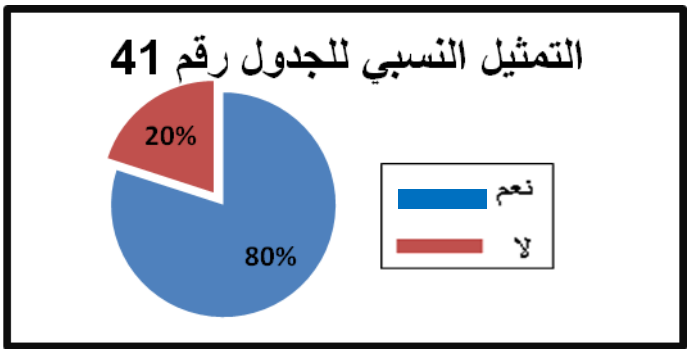
السؤال التاسع عشر: هل يتخذ المدربين احتياطاتهم لتجنب الإصابات؟.

الغرض منه : معرفة إن كان مدربي عينة البحث يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

الجدول رقم(41): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول إذا ما كان المدربين يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	24	%80	10.8	3.84	0.05	1	دالة
لا	06	%20					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(41):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (41) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون 80% من مجموع العينة أشاروا إلى أن مدربيهم يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات، في حين 20% منهم نفوا ذلك.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى يتخذ مدربيهم احتياطاتهم لتجنب الإصابات.

ب- إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الإحتياطات المتخذة؟.

الغرض منه: معرفة الإحتياطات المتخذة.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن45.83% ممن أجابوا بأن مدربيهم يتخذون احتياطاتهم لتجنب الإصابات أجابوا بأن احتياطاتهم تتمثل في الإحماء الجيد، في حين 29.17% منهم أجابوا بأن تلك الإحتياطات هي الراحة الكافية والإسترجاع، و16.67% قالوا أن الإحتياطات المتخذة هي التحضير البدني الجيد، أما8.33% المتبقية فالإحتياطات المتخذة من طرف مدربيهم هي الرعاية الطبية.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن معظم الإحتياطات المتخذة من طرف مدربي ألعاب القوى هي الإحماء الجيد.

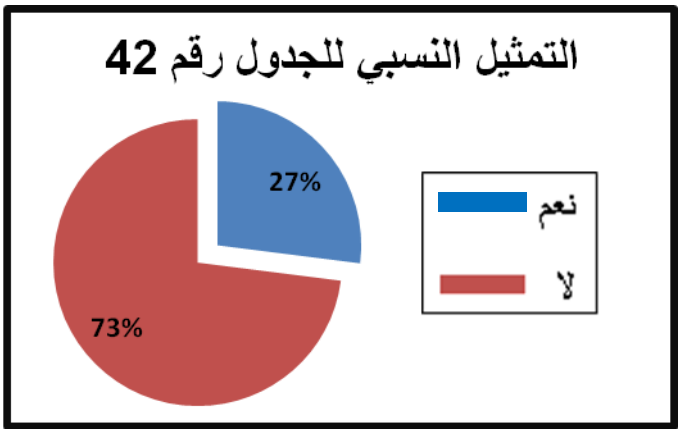
السؤال العشرين: في حالة إصابة أحدكم إصابة غير بليغة، هل يتم إشراكه في المنافسة؟.

الغرض منه: معرفة في حالة الإصابة،إذا يتم إشراكه في المنافسة.

الجدول رقم(42): يمثل نتائج إجابات لاعبي عينة البحث حول إشراك اللاعبين في المنافسة في حالة إصابتهم بإصابة غير بليغة.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	08	%26.67	6.53	3.84	0.05	1	دالة
لا	22	%73.33					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(42):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (42) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكبر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون73.33% من مجموع العينة في حالة إصابة أحدهم إصابة غير بليغة لا يتم إشراكه في المنافسة، في حين 26.67% منهم أجابوا بأنه يتم إشراكه في المنافسة.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أندية ألعاب القوى(العينة) في حالة إصابة أحد رياضييهم إصابة غير بليغة، لا يتم إشراكه في المنافسة.

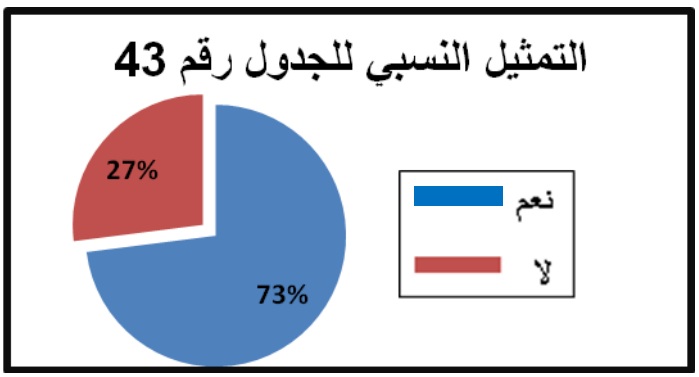
السؤال الواحد والعشرين: أ – هل تتوفر لدى ناديكم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضون لها؟.

الغرض منه: معرفة إن كان يتوفر لدى أندية العينة إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرض لها لاعبيهم.

الجدول رقم(43): يمثل نتائج إجابات اللاعبين حول إذا كان لناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.

الإقتراحات	عدد التكرارات	النسبة المئوية	ك² المحسوبة	ك² المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
نعم	22	%73.33	6.53	3.84	0.05	1	دالة
لا	08	%26.67					
المجموع	30	%100					

الشكل رقم(43):



تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات في الجدول رقم (43) ويؤكده إختبار **ك²**، نلاحظ أن قيمة **ك²** المحسوبة أكثر من **ك²** المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وبدرجة الحرية1، ومنه نستنتج أن الفرضية الصفرية H0 مرفوضة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تتمثل في كون73.33% من مجموع العينة يوجد لدى ناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها، في حين 26.67% منهم ليس لدى ناديهم تلك الإحصائيات.

الإستنتاج: نستنتج أن معظم أفراد العينة يتوفر لدى ناديهم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضوا لها.

ب- ما درجة خطورة تلك الإصابات؟.

الغرض منه: معرفة درجة خطورة تلك الإصابات.

تحليل ومناقشة الإجابات:

كما توضحه الإجابات فإن 38.89% ممن تتوفر لديهم إحصائيات حول الإصابات التي تعرض لها رياضييهم أشاروا إلى أن تلك الإصابات متوسطة، في حين 33.33% منهم أشاروا إلى أن خطورة تلك الإصابات كانت بسيطة، أما 27.78% المتبقية فخطورة إصاباتهم كانت معيقة.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن أغلب تلك الإصابات خطورتها متوسطة.

ت- هل كانت معالجتها كافية؟.

الغرض منه : معرفة إن كانت معالجة تلك الإصابات كافية.

تحليل ومناقشة الجدول:

كما توضحه الإجابات فإن 55.56% ممن أجابوا أشاروا إلى أن معالجة تلك الإصابات كانت كافية، في حين 44.44% منهم فقد أشاروا إلى أن معالجة تلك الإصابات كانت غير كافية.

الإستنتاج: نستنتج من هذه الإجابات أن معالجة تلك الإصابات كانت كافية في معظمها.

5-2- مناقشة ومقارنة النتائج بالفرضيات:

من خلال الدراسة التي قمنا بها قصد معرفة واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء لأندية ألعاب القوى قمنا بطرح ثلاث أسئلة جزئية متفرعة عن الإشكالية ثم اقترحنا ثلاث فرضيات لدراستها ميدانيا وتسجيل النتائج من خلال الواقع الميداني.

مناقشة ومقارنة النتائج بالفرضية الجزئية الأولـــــى:

جدول رقم 44: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين

نتائج خاصة بإجابات المدربين			
الأسئلة	**ك² المحسوبة**	**ك² المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟	5	3.84	دال
هل تتوفر عيادتكم على الأجهزة اللازمة؟	7.2	3.84	دال

هل يتوفر لدى ناديكم سيارة إسعاف؟	16.2	3.84	دال
هل تحتوي المرافق الرياضية لناديكم على وسائل متطورة؟	9.8	3.84	دال
هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟	20	3.84	دال
هل توجد مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى؟	12.8	3.84	دال

جدول رقم 45: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين

نتائج خاصة بإجابات الرياضيين			
الأسئلة	**$ك^2$ المحسوبة**	**$ك^2$ المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل يتوفر ناديكم على عيادة طبية؟	6.53	3.84	دال
هل تتوفر عيادتكم على الأجهزة اللازمة؟	8.53	3.84	دال
هل يتوفر لدى ناديكم سيارة إسعاف؟	9.86	3.84	دال
هل تحتوي المرافق الرياضية لناديكم على وسائل متطورة؟	5.8	3.84	دال
هل ترى من الضروري تعميم مراكز طبية رياضية؟	16.12	3.84	دال
هل توجد مراقبة طبية فعلية في أندية ألعاب القوى؟	16.12	3.84	دال

بعد عرض وتحليل نتائج الإستبيان الذي قمنا بتوزيعه على المدربين وكذا الإستبيان الموزع على الرياضيين، وانطلاقا من الفرضية الجزئية الأولى والتي مفادها أن **نقص الإمكانيات المادية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول رقم(2)،(3)،(4)،(6)،(7)،(8)،(23)،(24)،(25)،(27)،(28)، (29)، إضافة إلى النسب 73%، 80%،95% ، 85%، 100%،90% ،73.33% ، 76.67%،90% ، 70% و86.67%، 86.67%، وبما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية (إختبار كا²)، تبين أن هناك نقص في الإمكانيات المادية من عيادة طبية والأجهزة الطبية اللازمة وسيارة إسعاف وغيرها من وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية التي هي كما جاء في الجانب النظري"مجموعة من الإجراءات المتخذة من أجل اجتناب المخاطر ومنع الإصابات والحوادث". ومن خلال السؤال رقم(6) نرى أن قد أجمع كل المدربين ومعظم الرياضيين (86.67%) على ضرورية تعميم مراكز طبية رياضية، كما أشاروا إلى أن غياب المراقبة الطبية بأندية ألعاب القوى قد أثر سلبا على مستوى أداء رياضيي هذه الأندية، إضافة إلى ذلك فقد ذكر 38.89% من المدربين و46.15% من الرياضيين إلى أن هذا الغياب يعود إلى نقص الجانب المادي وبالتالي فإن الفرضية الجزئية الأولى: **نقص الإمكانيات المادية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى قد تحققت**، وبالعودة إلى الجانب النظري (فصل المراقبة الطبية) تحتاج المراقبة الطبية إلى توفير مجموعة من الوسائل والإمكانيات، لإجراء الفحوصات

الطبية الدورية كالفحص الطبي العام، الفحوصات المحلية، فحوصات تخطيط القلب وغيرها من الفحوصات التي سبق ذكرها في الفصل الثاني من الجانب النظري في كل من الصفحات (31-32-33)، ومن بين أهم الوسائل المستخدمة في ذلك ساعة إيقاف لحساب الزمن بالثواني، جهاز مترونوم للتحكم في في معدل أداء الخطوات، دراجة أرجو مترية، جهاز السير المتحرك، جهاز رسم القلب الكهربائي électrocardiogramme ECG لقياس معدل القلب أثناء الأداء، جهاز قياس ضغط الدم، وكذا جهاز وظائف الرئتين الجاف(Dry- spirometer) من نوع (vitalograph)، إلى آخره من الوسائل والآلات الضرورية، وهذا ما يتوافق مع نتائج وفرضيات دراسة كل من:

تومي عبد المجيد التي كانت بعنوان "**واقع المراقبة الطبية فى بعض أندية كرة اليد الجزائرية**" والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك نقص الوسائل والمستلزمات الطبية لدى أندية كرة اليد وهذا راجع إلى نقص الجانب المادي.

ودراسة بوشاريخ طاطة، علوش محمد ويوسفي الباهي بعنوان "**دور المراقبة الطبية فى عملية انتقاء لاعبي كرة القدم**"والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك نقص كبير فى الإعتناء بصحة اللاعب وبتوفير أدنى مستلزمات المراقبة الطبية والوقاية من الإصابات خلال مزاولتهم للنشاط الرياضي داخل الفريق وذلك لنقص الجانب المادي لهذه الأندية وبالتالي إهمال المراقبة الطبية والتي تتمثل فى غياب الفحوصات الطبية الدورية رغم أهميتها.

مناقشة ومقارنة النتائج بالفرضية الجزئية الثانية:

جدول رقم 46: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين

نتائج خاصة بإجابات المدربين			
الأسئلة	**$ك^2$ المحسوبة**	**$ك^2$ المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل يتوفر ناديكم على طبيب مختص؟	12.8	3.84	دال
هل يتوفر ناديكم على فريق طبي متكامل؟	12.8	3.84	دال
هل ترى أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل؟	16.2	3.84	دال
هل من الضروري تواجد طبيب أوممرض أثناء التدريبات؟	7.2	3.84	دال
هل سبق وتعرض لاعبيكم لإصابات أثناء التدريبات؟	20	3.84	دال
هل يوجد عمل مشترك بينكم وبين طبيب الفريق؟	05	3.84	دال

جدول رقم 47: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين

نتائج خاصة بإجابات الرياضيين			
الأسئلة	**ك² المحسوبة**	**ك² المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل يتوفر ناديكم على طبيب مختص؟	13.32	3.84	دال
هل يتوفر ناديكم على فريق طبي متكامل؟	13.32	3.84	دال
هل ترى أنه من الضروري وجود فريق طبي متكامل؟	9.86	3.84	دال
هل من الضروري تواجد طبيب أوممرض أثناء التدريبات؟	22.52	3.84	دال
هل سبق وتعرضتم لإصابات أثناء الحصص التدريبية؟	10.8	3.84	دال
هل يوجد عمل مشترك بين مدربكم وبين طبيب الفريق؟	4.8	3.84	دال

انطلاقا من الفرضية الجزئية الثانية والتي مفادها أن **نقص الموارد البشرية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول رقم(9)،(10)،(11)،(12)،(14)،(15)،(30)،(31)،(32)،(33)، (35)،(36)، إضافة إلى النسب 90%، 90%،95%، 80%، 100%،75%، 83.33%، 90% 83.33%، 93.33%، 80%، 70%، وبما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية (إختبار كا²)، تبين أن هناك نقص في الإمكانيات البشرية من طبيب رياضي وممرض وكيني وغيرهم من الطاقم الطبي الذي ذكرنا في الجانب النظري بأنه يضم "طبيب رياضي، إختصاصي فيزيولوجية لجهد البدني، إختصاصي التغذية الرياضية، إختصاصي العلاج الطبي الرياضي، إختصاصي علم النفس الرياضي". ومن خلال السؤال رقم(14) نرى أن 75% من المدربين و70% من الرياضيين ذكروا أنه لا يوجد عمل مشترك بين المدرب والطبيب في فرقهم وذلك لعدم توفر طبيب في الفريق، كما أشاروا من خلال إجاباتهم على السؤال (13–ب) إلى أن المدرب هو من يقوم بإسعاف المصابين، وذكروا كذلك في السؤال (18) أن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم هو عدم وجود طبيب مختص، إضافة إلى ذلك فإن نسبة كبيرة من المدربين والرياضيين قد ذكروا في إجاباتهم على السؤال(17– ب) أن غياب المراقبة الطبية بأندية ألعاب القوى يعود إلى نقص الجانب البشري حيث يجب أن يتوفر فريق طبي متكامل والذي سبق أن ذكرنا عناصره في الفصل الأول من الجانب النظري(صفحة 20)، وبالتالي فإن الفرضية الجزئية الثانية: **نقص الموارد البشرية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى قد تحققت،** وهذا ما يتوافق مع نتائج دراسة كل من: سوفلي عيسى وآخرون تحت عنوان "**أهمية المراقبة الطبية لدى تلاميذ الطور الثانوي**" والتي أشارت نتائجها إلى الأهمية البالغة التي يلعبها الطبيب المدرسي وإلى غياب الأطباء المختصين في الطب الرياضي مما أدى إلى غياب المتابعة الصحية الدورية.

ودراسة رميلي عمر ورميلي سميرة بعنوان "**واقع المراقبة الطبية لدى مصارعي رياضة الجيدو فئة أواسط**" التي أشارت إلى إهمال المراقبة الطبية داخل أندية رياضة الجيدو لفئة أواسط راجع إلى نقص الإمكانيات البشرية، فالمراقبة الطبية في هذا الوسط تعاني من نقص ذوي الخبرة والإختصاص.

مناقشة ومقارنة النتائج بالفرضية الجزئية الثالثة:

جدول رقم 48: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالمدربين

نتائج خاصة بإجابات المدربين			
الأسئلة	**$ك^2$ المحسوبة**	**$ك^2$ المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل تقدمون الفحوص الطبية للاعبين بعد التدريب والمنافسة؟	9.8	3.84	دال
هل تعطون اللاعبين نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية؟	9.8	3.84	دال
ما هو سبب عدم تكفل اللاعبين بإصابتهم؟	6,8	5.99	دال
هل تتخذون احتياطاتكم لتجنب الإصابات؟	20	3.84	دال
في حالة إصابة أحد لاعبيكم بإصابة غير بليغة، فهل يتم إشراكه في المنافسة؟	9.8	3.84	دال
هل تتوفر لدى ناديكم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضون لها؟	7.2	3.84	دال

جدول رقم 49: الدلالة الإحصائية لعبارات خاصة بالرياضيين

نتائج خاصة بإجابات الرياضيين			
الأسئلة	**$ك^2$ المحسوبة**	**$ك^2$ المجدولة**	**الإستنتاج الإحصائي**
هل يقدمون لكم الفحوص الطبية بعد التدريب والمنافسة؟	13.33	3.84	دال
هل يتم إعطاءكم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية؟	16.12	3.84	دال
هل يتخذ مدربيكم احتياطاتهم لتجنب الإصابات؟	10.8	3.84	دال
في حالة إصابة أحدكم بإصابة غير بليغة، فهل يتم إشراكه في المنافسة؟	6.53	3.84	دال
هل تتوفر لدى ناديكم إحصائيات حول عدد ونوع الإصابات التي تعرضون لها؟	6.53	3.84	دال

انطلاقا من الفرضية الجزئية الثالثة والتي مفادها أن **عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية يؤثر سلبا على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها من الجداول رقم(17) ،(18)، (20)،(21)،(22)،(38)،(41)،(42)، (43)، إضافة إلى النسب 85%، 85%،100%،85%، 80%،83.33%،80%،73.33%،73.33%، وبما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية (إختبار كا²)، تبين أن هناك احترام مبادئ المراقبة الطبية كالقيام بالفحص الطبي الدوري والذي ذكر في الجانب النظري بأنه " مراقبة وتقييم التغيرات الناجمة بعد القيام بنشاط رياضي معين ويجرى للاعبين في مرحلة تدريبية ويشمل جوانب متعددة ". ومن خلال السؤال رقم(15-أ) نرى أن 65% من المدربين و50% من الرياضيين لا يقام لرياضيي فرقهم فحوصات طبية دورية، ومن تقام لهم مثل تلك الفحوصات فمعظمهم تقام لهم في بداية الموسم فقط وذلك غير كاف، كما أشاروا من خلال إجاباتهم على السؤال(17-ب) فإن نسبة لا بأس بها لا يحترم رياضييهم النصائح الطبية المقدمة لهم، ومن إجاباتهم على السؤال (19-ب) حيث أن 5% من المدربين و 8.33% من الرياضيين فقط تتمثل احتياطات مدربي أنديتهم في الرعاية الطبية، وذكرت نسبة كبيرة في إجابتهم على السؤال (18) أن سبب عدم تكفل اللاعبين بإصاباتهم هو اللامبالاة التي أصبح يتمتع بها العديد من الرياضيين، إضافة إلى ذلك فإن نسبة لابأس بها من المدربين والرياضيين قد ذكروا في إجاباتهم على السؤال (21- ب) أن معالجة إصابات رياضيي أنديتهم لم تكن كافية وذلك لأنها لم تكن بالطرق العلمية والطبية الصحيحة، وبالتالي فإن الفرضية الجزئية الثالثة: **عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية يؤثر سلبا على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى قد تحققت**، ومن بين مبادئ المراقبة الطبية إجراء فحوصات الطبية طول الموسم الرياضي، إضافة إلى إجراء الإختبارات البدنية والنفسية وغيرهم من مسؤوليات أخصائي الطب الرياضي والتي سبق ذكرها في كل من الصفحات(32-33) من الفصل الثاني من الجانب النظري، وهذا يتوافق كذلك مع نتائج دراسات كل من:

باهمي حمزة وأخرون، بعنوان "**أهمية الطب الرياضي في تحسين مردود لاعبي كرة اليد (صنف أشبال)**"، حيث أشارت إلى أن المستوى المتدني للمدربين أكد قلة التوعية من طرفهم وبالتالي غياب المتابعة الطبية الدورية والشاملة لرياضيين والتي تشكل أحد أهم مبادئ المراقبة الطبية، إضافة إلى الإهمال واللامبالاة للفئات الصغرى وخاصة فئة الأشبال أدى إلى عدم وجود متابعة طبية.

ودراسة بوسعيد فوضيل وربيعي فيروز بعنوان"**المراقبة الطبية ودورها في التقليل من الإصابات لدى لاعبي كرة اليد (صنف أكابر)**"حيث أشارت إلى أن هناك تقصير من جانب المدربين في أداء دورهم، وخاصة من جانب التوعية والتوجيه للاعبين، أوعلى الأقل حثهم على تجنب الإحتكاك المباشر مع الخصم أثناء المباريات أو اللعب بحيطة وحذر، وكذا قلة توعيتهم وإرشادهم بدليل استئنافهم للعب قبل انتهاء فترة النقاهة (الشفاء من الإصابة) والتي تعتبر من أبرز مبادئ المراقبة الطبية، والمغامرة في بعض الأحيان باللاعبين المصابين من أجل تحقيق النتيجة في المباريات دون اللإكتراث لصحة وسلامة اللاعبين بالإضافة إلى عدم إعطاء أهمية كبيرة للطب الرياضي في علاج إصابات اللاعبين.

مقابلة النتائج بالفرضية العامة:

جدول رقم(50): نتائج صحة الفرضيات.

الفرضية	صياغتها	النتائج
الفرضية الأولى	نقص الإمكانيات المادية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.	**تحققت**
الفرضية الثانية	نقص الموارد البشرية سبب لغياب المراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى.	**تحققت**
الفرضية الثالثة	عدم احترام مبادئ المراقبة الطبية يؤثر سلبا على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.	**تحققت**

انطلاقا من الفرضية العامة والتي مفادها أن **لغياب المراقبة الطبية أثر سلبي على مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى**، وبما أن الفرضيات الجزئية الثلاثة قد تحققت، فهذا يعني أن لغياب المراقبة الطبية أثر سلبي على مستوى أداء أندية ألعاب القوى، ومن بين أسباب هذا الواقع المتمثل في غياب المراقبة الطبية نجد، نقص كل الجانبين المادي والبشري، وكذا عدم احترام مبادئ وقواعد المراقبة الطبية، مما يثبت صحة الفرضية العامة وتحقيقها.

خلاصة:

تضمن هذا الفصل عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث، لكل من الفرضيات التي تناولناها على شكل محاور وذلك لمعرفة آراء ووجهات نظر كل من المدربين والرياضيين حول واقع المراقبة الطبية وعلاقته بمستوى أداء أندية ألعاب القوى، ولا يكفي أن نقدم أسئلة للمدربين والرياضيين ونسترد الإجابات ونحكم عليها هكذا وفقط، بل كان لزاما تفريغ الإجابات وتحليلها والخروج باستنتاجات مباشرة تزيل اللبس والغموض عن الإستفسار المطروح، لذا استخدمنا كل من النسبة المئوية، الدوائر النسبية واختبار **كا**^{2}، وذلك لمعرفة الدلالة الإحصائية لهذه النتائج، وفي الأخير توصلنا إلى مجموعة من الحقائق والإستنتاجات التي أكدت صحة فرضياتنا الجزئية، وبدون أدنى شك أكدت النتائج المتحصل عليها على أن هناك غياب واضح للمراقبة الطبية وأن هذا الغياب أدى إلى انخفاض مستوى أداء رياضيي ألعاب القوى.

الإستنتاج العام:

انطلاقا من الجانب النظري الذي سمح لنا بالتحكم في متغيرات موضوع الدراسة ومن خلال ما تطرقنا إليه في الجانب التطبيقي من طرح للإستبيان، ومن خلال مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها تبين لنا أن معظم أندية عينة البحث لا تملك عيادة طبية وإن توفرت فإنها لا تملك طبيب وإن وجد ذلك الأخير فليس بمختص في الطب الرياضي، مما أدى إلى إهمال صحة الرياضيين وعدم التكفل بهم وبإصاباتهم وهو ما يؤدي إلى انخفاض مستوى أداء رياضيي أندية ألعاب القوى.

ومن خلال النتائج التي تحصلنا عليها يتضح لنا أن هناك غياب واضح للمراقبة الطبية في أندية ألعاب القوى وإن وجدت فهي لا ترقى إلا إلى الجانب الوقائي أو العلاجي البسيط، وهذا الغياب راجع إلى نقص الإمكانيات المادية والموارد البشرية، والغياب الملحوظ للمراقبة الطبية أدى إلى غياب المعلومات الصحية المتعلقة باللاعب والتي تفيد المدرب في أي مشكل صحي يمكن أن يحدث للرياضي أثناء التدريب والمنافسة، كما أكدت على الأهمية التي يلعبها الطب الرياضي والمراقبة الطبية وكذا غياب الأطباء والعيادات الطبية، أدى إلى غياب المتابعة الطبية الدورية، وبالتالي غياب الجانب الوقائي للمراقبة الطبية، إضافة إلى الغياب الواضح للتغذية الرياضية المتكاملة، فالمدربين والرياضيين أصبحوا غير مهتمين بالتغذية وباتباع قواعد غذائية سليمة، وكذا عدم الإهتمام بالصحة العامة للرياضي، وبمدى ملائمة التدريبات لقدرات الرياضي البدنية والمهارية، وكل هذا قد انجر عنه كثرة المضاعفات الصحية لدى اللاعبين وكثرة الإصابات الرياضية خلال الحصة التدريبية مما أضعف من مستوى أداء هؤلاء الرياضيين.

كما تبين لنا من خلال النتائج السابقة أن هناك إهمال من طرف إدارات أندية ألعاب القوى حيث أنها لا تنظم دورات تكوينية لعناصر الطاقم التدريبي حول المراقبة الطبية والإسعاف الرياضي، كما أنها لا تعمل على توفير وسائل ومستلزمات المراقبة الطبية والتي من شأنها وقاية الرياضي من الوقوع بالإصابات خلال مزاولته للنشاط والتي يمكن أن تؤثر على مستوى أدائه بدرجة كبيرة قد تصل إلى حد اعتزال هذه الرياضة نهائيا، إضافة إلى أن المدربين لا يقومون بإعطاء لاعبيهم نصائح حول مبادئ المراقبة الطبية والرياضية فهم أيضا مقصرين في أداء أدوارهم خاصة من جانب التوعية الصحية، وإن قدمت للرياضيين بعض النصائح فإنهم لا يحترمون تلك النصائح المقدمة لهم وذلك لعدم مبالاتهم فهم يهتمون بالنتائج فقط، وهذا يشمل المدربين كذلك حيث أنهم يقومون بإشراك اللاعبين ذوي الإصابات البسيطة في (المنافسات) لأن في نظرهم الإصابات البسيطة غير معيقة للرياضي في حين أن تلك الإصابات قد تتفاقم بسبب ممارسة هذا الرياضي للنشاط دون قضاء فترة النقاهة المحددة للإصابة (فترة العلاج).

من كل هذا خرجنا بنتيجة مؤلمة لأم الألعاب وهي واقع سيئ وسلبي للمراقبة الطبية أثر سلبا على أداء العدائين وساهم بقسط كبير في تدني مستوى رياضة ألعاب القوى التي كانت دائما الشجرة التي تغطي الغابة في الألعاب الأولمبية والبطولات العالمية والقارية، غير أن هذا الحكم يبقى نسبي باعتبار أن العوامل الطبية والتأسيسية يعتبر أحد العوامل المساعدة على تحقيق الإنجاز الرياضي العالي.[1]

1−Jürgen ,Wei neck –.**Manuel d'entrainement**–. 4éme ed, vigot, Paris, 1997–. p16.