

رقم الترتيب:

الرقم التسلسلي:

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية قسم نشاطات التربية
البدنية والرياضية
شعبة النشاط الرياضي البدني التربوي



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي
تخصص النشاط الرياضي البدني المدرسي
بعنوان:

الكشف على المستوى من الجانب المعرفي عند أستاذ التربية
البدنية والرياضة في الإسعافات الأولية لمرحلة التعليم الثانوي
دراسة ميدانية على أساتذة التربية البدنية و الرياضية لمدينة

من إعداد الطالب: حمزة غندير

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ:

أمام اللجنة المكونة من السادة:

أ.د. قيس فضل أستاذ جامعة ورقلة رئيسا
أ.د. بوجرادة عبد الله أستاذ محاضر "أ" جامعة مشرفا ومقرر
أ.د. عبيدي صالح أستاذ محاضر "أ" جامعة مناقشا

السنة الجامعية: 2019/2018.



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية ورقلة
قسم: نشاطات التربية البدنية و الرياضية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

بعنوان:

الكشف على المستوى من الجانب المعرفي عند أستاذ التربية
البدنية والرياضة في الإسعافات الأولية لمرحلة التعليم الثانوي
دراسة ميدانية على أساتذة التربية البدنية و الرياضية لمدينة

من إعداد الطالب: حمزة غندير

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ:

أمام اللجنة المكونة من السادة:

أ.د قيس فضل... أستاذ جامعة ورقلة رئيسا
أ.د بوجرادة عبد الله... أستاذ محاضر "أ" جامعة مشرفا ومقرررا
أ.د. عبيدي صالح أستاذ محاضر "أ" جامعة مناقشا

السنة الجامعة: 2018-2019

الإهداء

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله
الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وله الحمد بتوفيقه لنا على إنجاز هذا العمل
المتواضع.
قال تعالى في كتابه الكريم: "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا".
أهدي ثمرة جهدي إلى إنسانة الروح وأميرة القلب ومن كان لها الفضل بعد المولى
عز وجل في صقل معارفي وأفكاري

"أمي الحبيبة "

إلى من تربع على عرش إعجابي والذي الحبيب ولي النعمة وسند الظهر

و إلى الإخوة والأخوات، كل واحد باسمه

و إلى حبيبة الروح ورفيقة الدرب

زوجتي حبيبتي

الشكر

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله وبعد :

عملا بقول الله عز وجل :

"وَإِذ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ"

فالشكر الأول والأخير لله عز وجل على نعمه

التي منها علينا فسخر لنا أناسا نأمن بهم في دربنا وذلك بقول سيدي وحببي
وقرة عيني صلى الله عليه وسلم (لا يشكر الله من لا يشكر الناس)

اشكر جزيل الشكر الأستاذ المشرف :بوجراة عبد الله

الذي لم يبخل علي بنصائحه وإرشاداته القيمة والصادقة كما اشكر الزميل دحو
سيدي محمد علي توجيهاته وعطائه الوافر

اشكر الأساتذة نصير حميدة و غندير نور الدين و إسماعيل بكاي و عبدي صالح
و علي جرمون و تقي قادري و فضل قيس الذين لم يبخلوا علي بالتوجيه و
الإرشاد

وكما أتقدم بالشكر إلى جميع أساتذة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية
والرياضية "ورقلة"

وإلى أفراد عينة البحث أساتذة التربية البدنية والرياضية بورقلة

"ويبقى الشكر كله للمولى العلي القدير"

ملخص

المكشف على المستوى من الجانب المعرفي عند أستاذ التربية البدنية والرياضة في الإسعافات

هدفت الدراسة التعرف على مستوى أستاذ التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية، فقد اخترنا المنهج الوصفي المسحي الذي يهدف إلى جمع المعلومات والحقائق ووصفها وكذلك استعملنا في دراستنا الاستبيان الذي يتضمن 33 عبارة مقسمة إلى خمسة محاور، والتي وزعت على 34 أستاذ موزعين في 14 ثانوية على مستوى مدينة ورقلة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أن أهم أسباب حدوث الإصابة الرياضية أثناء ممارسة التلاميذ النشاط البدني في حصة التربية البدنية و الرياضية و تحديد مسؤوليات المربين ساعة وقوع الإصابة وكذلك مستوى الأساتذة في الإسعافات الأولية.

الكلمات المفتاحية: الجانب المعرفي في الإسعافات الأولية، أستاذ التربية البدنية والرياضة.

Summary:

Detection of the level of the cognitive aspect when a professor of physical education and sports in first aid

The purpose of the study was to identify the level of physical education and sports teacher in the knowledge of first aid, we chose descriptive descriptive method, which aims to collect information and facts and a description, as well as that used in our questionnaire study, which includes 33 words divided into five axes, distributed to 34 teachers spread over 14 In the city of Ouargla, the study revealed the following results: The main reasons for the occurrence of sports injuries during the exercise of the physical activity in physical education and sports and determining the responsibilities of educators at the time of injury and the number of first aid teachers.

Keywords: cognitive, first aid, physical education and sports teacher.

قائمة المحتويات

الإهداء

الشكر

ملخص

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

أ..... مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة

1..... إشكالية الدراسة:

1..... الفرضية العامة:

2..... أهداف البحث:

2..... أهمية البحث:

2..... التعاريف الإجرائية:

3..... 01- تعريف الإصابات الرياضية :

32..... 2- تعريف الإسعافات الأولية :

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

48..... 1- عرض الدراسات السابقة:

50..... 2- التعليق على الدراسات

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

52..... منهج البحث:

52..... مجالات الدراسة:

53..... أدوات الدراسة :

54..... أساليب التحليل الإحصائي :

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

57..... عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الثانية .

58..... 3 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الثالثة .

63..... 4 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الرابعة .

64.....	5 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الخامسة .
65.....	تحليل وتفسير نتائج المحاور :
68.....	خاتمة
69.....	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الرقم	التعيين	الصفحة
1	ثانويات مدينة ورقلة وعدد أساتذة التربية البدنية والرياضية	52
2	محاور وعدد عبارات الاستبيان	53
3	صدق أداة الدراسة	53
4	معامل الثبات	54
5	تلقي وأعدم تلقي تكوين خاص في الإسعافات الأولية	55
6	مكان تلقي تكوين الخاص بالإسعافات الأولية	55
7	حول رأيهم في مدة التكوين أن كانت كافية	56
8	الضرورة مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية	56
9	مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية و ضرورتها خلال الندوات التربوية	57
10	حدوث إصابات في وسط التلاميذ	57
11	إتقانهم لوضعيات الإسعافات الأولية	58
12	كيفية التعامل مع الإصابات	58
13	نوعية الإصابات	59
14	نوعية الإصابات	59
15	سرعة التدخل عند حدوث الإصابة	60
16	عدم إتقان أساليب الإسعافات الأولية	60
17	مبررات عدم تدخل الأستاذ كمسعف	61
18	حالة وقوع الإصابة	61
19	مستلزمات أدوات الطبية للقيام بالإسعافات الأولية	62
20	سبب غياب هذه الأدوات	62
21	ضرورة علب الإسعافات الأولية	63
22	مراقب علب الإسعافات الأولية	63
23	إعطاء أهمية للوقاية من الإصابة	64
24	تحمل الأستاذ المسؤولية في حالة وقوع الإصابة	64

مقدمة

مقدمة

تميز التربية البدنية و الرياضية بطابعها الحركي الذي يتسم في بعض الأحيان بأداء حركات تتسم بالخطورة على التلاميذ أثناء ممارسة النشاط البدني فهو يؤدي إلى الإصابات الرياضية، وتعتبر الوقاية من الإصابات و كذلك تقديم الإسعاف للتلاميذ عند حدوثها من مهام أستاذ التربية البدنية والرياضية ، إن تعلم مبدأ و أسس و تقنيات الإسعافات الأولية دلالة على تمام معارف أستاذ التربية البدنية و الرياضية، فهو أول من يتدخل لتقديم الإسعافات الأولية للتلميذ عند حدوث الإصابة الرياضية، كما لا يخفى أن الحرص على سلامة التلاميذ من أوليات التدريس لتنمية جيل واعي و صحيح البنية و سليم العقل ،لذلك قمنا بهذا البحث بعنوان : **الكشف على المستوى من الجانب المعرفي عند أستاذ التربية البدنية و الرياضية في الإسعافات الأولية.**

والذي يسלט الضوء على مدى معارف و قدرات أستاذ التربية البدنية و الرياضية في مجال الإسعافات الأولية لأنه هو بدوره الموجه و المحفز كذلك معرض لمواجهة الإصابات و تقديم الإسعافات اللازمة للتلاميذ المصابين ، فطرحنا في إشكالية البحث مهمة الأستاذ و أهمية الإسعافات الأولية و كانت التساؤلات عن كشف مستوى أستاذ التربية البدنية و الرياضية في هذا المجال و هل تلقي الأستاذ تكوين خاص فيه في مرحلة الجامعة ، و تساؤلات أخرى عن خبرة الأستاذ الميدانية في التدخل لتقديم الإسعافات و المعالجة الميدانية و تساؤلات عن الإمكانيات المتوفرة في مؤسسات التربية و مدى تحمل الأستاذ المسؤولية في حالة وقوع إصابة رياضية ، لأنها معايير كشف و معرفة مستوى أستاذ التربية البدنية و الرياضية في مجال الإسعافات الأولية ، كما وضحنا في المدخل العام للدراسة أهمية بحثنا و تمثلت في أهمية الإسعافات و ضرورة تقديمها للتلاميذ و كذلك أهداف الدراسة و المكملة لأهمية البحث المتمثلة في موضوع الدراسة و هو كشف مستوى أستاذ التربية البدنية و الرياضية في الإسعافات الأولية ، و قدمنا أيضا مفهوم الإصابات و سبب حدوثها و أنواعها ، وكذلك مفهوم الإسعافات و أهميتها و مبادئها وتقنياتها وطرق إسعاف كل إصابة ، أما بالنسبة للمحور الثاني تطرقنا إلى الدراسات السابقة و مناقشتها حيث أن اعتمادنا على دراسات عربية و أخرى أجنبية ، أما في المحور الثالث و الرابع كان يمثل الجانب التطبيقي للدراسة بالنسبة للمحور الثالث بينا فيه المنهج المتبع للدراسة و مجتمع الدراسة و كيفية تحديد عينة البحث و توضيح المجال الزمني و المجال المكاني للدراسة و أداة الدراسة و كيفية الحساب الإحصائي بنظام spss20 ، أما الفصل الرابع والأخير كان فيه تحليل و مناقشة النتائج الدراسة و فسرنا و استنتجنا نتائج المحاور كل واحد على حدا ثم وضعنا استنتاج عام و قدمنا اقتراحات و خاتمة ، و الحمد لله وحده الذي وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع و نسأله سبحانه و تعالى أن ينفع به الأمة و صلى الله و سلم على من لا نبي بعده .

الجانب النظري

الجانب النظري

الفصل الأول:
مدخل عام للدراسة

إشكالية الدراسة
أهداف الدراسة
فرضيات الدراسة
أهمية الدراسة
تحديد مصطلحات ومفاهيم الدراسة
تعريف الإصابات
تعريف الإسعافات الأولية

إشكالية الدراسة:

يعد التدخل السريع في الحوادث والكوارث الطبيعية أمرا مهما لإنقاذ حياة الأشخاص والذي في غالب الأحيان لا يستدعي الانتظار لزمان طويل لما قد يكون عليه ذلك الإنسان من وضع في غاية الخطورة والإحراج ولا يمكن بأي حال من الأحوال الآن تكون تلك المساعدة المقدمة من طرف أي شخص فعالة إلا إذا كان ذلك المتدخل يمتلك القدرة المعرفية التي من شأنها إنقاذ حياه ذلك المصاب وطبعا هذه القدرة المعرفية لا تأتي إلا من خلال تكوين أكاديمي قدم له من جهات مختصة في ذلك التخصص .

وتعتبر ممارسة الرياضة بصفة عامة والتربية البدنية والرياضية بصفة خاصة احد اهم الميادين التي تحدث فيها بشكل دائم الإصابات بمختلف أنواعها ومستوياتها من حيث درجة الخطورة ولهذا يتطلب من القائمين على هذه المهمة نجد أساتذة التربية البدنية والرياضية الذين في غالب الأحيان يواجهون مثل هذه الحوادث في الميادين الرياضية بالمؤسسات التربوية مما يجعلهم مضطرين إلى تقديم الإسعافات الطبية الأولية للتلميذ المصاب بحسب درجة وخطورة الإصابة حيث انه في غالب الأحيان نجد أن هذه المؤسسات التربوية بعيدة عن المؤسسات الصحية وأيضا بعيدة عن مراكز الحماية المدنية التي تأخذ وقتا طويلا للوصول إلى التلميذ المصاب وعليه يتوجب على الأستاذ اخذ كل الاحتياطات الضرورية للإبقاء على حياة التلميذ أو تأخير الخطر المحذق به وعليه يكون مجبر على التدخل في الحين كمسعف متقن مبادئ الإسعافات الأولية ، ويعرفها فريق الهلال الأحمر الجزائري على أنها جملة من المساعدات والمعالجات والعناية الفورية والمؤقتة قبل وصول الإسعاف أو الطبيب . ومن هذا المنطلق فإننا نطرح التساؤل التالي :

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية؟ وتندرج من هذه التساؤل التساؤلات الجزئية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور المستوى التكويني الجامعي؟

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور التكوين الميداني؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور المعالجة الميدانية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور الإمكانيات المتوفرة؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور تحمل المسؤولية؟

الفرضية العامة:

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية.

الفرضيات الجزئية:

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور المستوى التكويني الجامعي .

.. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور التكوين الميداني .

.. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور المعالجة الميدانية .

.. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور الإمكانيات المتوفرة .

.. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور تحمل المسؤولية .

أهداف البحث:

يهدف بحثنا إلى معرفة المستوى التكويني الجامعي لأستاذ التربية البدنية والرياضية في مجال الإسعافات الأولية ومعرفة خبرته الميدانية في هذا المجال وتقدير قدرته في المعالجة الميدانية بتدخل في تقديم الإسعافات الأولية وكذلك معرفة الإمكانيات المتوفرة في المؤسسة التربوية ومدى تحمل الأستاذ المسؤولية في حالة حدوث إصابة رياضية لتلميذ في حصة التربية البدنية والرياضية.

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على مخاطر الإصابات الرياضية التي يتعرض لها التلاميذ أثناء ممارسة النشاط البدني وضرورة تقديم الدعم الفني والطبي الإستعجالي من طرف أستاذ تربية البدنية لمواجهة هته المخاطر التي في بعض الأحيان لا تنتظر نقله التلميذ المصاب للمستشفى أو انتظار وصول سيارة الإسعاف

التعريف الإجرائية

الجانب المعرفي في الإسعافات الأولية : هو تلك المعارف التقنيات المكتسبة و المتعلمة لتقديم المساعدة لشخص مصاب بغية إبعاد خطر الموت الذي يهدد حياته أو لتقليل مضاعفات الإصابة .

الأستاذ التربية البدنية و الرياضية: يعتبر الأستاذ محورا أساسيا في العملية التعليمية وهو مالك المعرفة ينظمها ويقدمها للتلاميذ، وهو الذي يختار الأدوات و الوسائل و يصدر أحكاما و مقاييس من أعمال التلميذ خلال حصة التربية البدنية و الرياضية .

الإسعافات الأولية:

هي مجموعة أعمال تقدم لتلميذ تعرض لإصابة خلال حصة التربية لبدنية والرياضية لإنقاذه من الموت أو للتقليل من خطورتها.

التكوين الجامعي : هو تلك المعارف و الأفكار التي تمت خلال فترة التعليم الجامعي ، و يقصد الباحث هنا بالتكوين الجامعي بما يسع أستاذ التربية البدنية و الرياضية من معارف في مجال الإسعافات الأولية التي تحصل عليها خلال مرحلة الجامعة .

الخبرة الميدانية : هي نتيجة تراكم الممارسة في التقديم الإسعافات و التي تعكس معارف الأستاذ في هذا المجال إلى التطبيق في الميدان .

المعالجة الميدانية : و هي مجموعة من الأعمال التي يقوم بها الأستاذ من تقديم الإسعافات اللازمة لحظة حدوث إصابة رياضية لتلاميذ أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية .

الإمكانيات المتوفرة : هي كل شيء لازم لتقديم الإسعافات الأولية التي توفره المؤسسة التربوية منها علبة الإسعافات الأولية و محتوياتها ، عيادة طبية ، سيارة إسعاف

تحمل المسؤولية :

هنا فيه تسليط الضوء على من يتحمل المسؤولية من الجهة القانونية عند حدوث للتلميذ إصابة رياضية .

01- تعريف الإصابات الرياضية :

تعريف سميرة خليل محمد :

((هي تعرض أنسجة الجسم المختلفة لمؤثرات خارجية أو داخلية تؤدي إلى إحداث تغييرات تشريحية أو فسيولوجية في مكان الإصابة مما يعطل عمل أو وظيفة ذلك الجهاز⁽¹⁾))

تعريف إقبال رسمي محمد : ((هي تلف أو إعاقة في أنسجة الجسم ويكون هذا التلف مصحوبا أو غير مصحوب بتهتك الأنسجة نتيجة لأي تأثير خارجي مفاجئ وشديد والإصابة تكون نتيجة لتعرض الجسم كليا أو جزء منه إلى قوة شديدة تزيد عن معدل مقدرة الجسم على التحمل⁽²⁾))

تعريف أسامة رياض : الإصابة هي تعطيل أو إعاقة مؤثر خارجي لعمل أنسجة وأعضاء جسم الرياضي المختلفة ، وغالبا ما يكون هذا المؤثر مفاجئا و شديدا مما قد ينتج عنه غالبا تغييرات وظيفية فسيولوجية (مثل كدم و ورم مكان الإصابة مع تغير لون الجلد وتغيرات تشريحية تحد من العمل الحركي للعضلة أو المفصل⁽³⁾))

• تعريف حياة عياد روفائيل :هي تغيير ضار في نوع أو أكثر من أنسجة الجسم المختلفة تصحبها مراحل رد فعل فسيولوجي كيميائي نفسي نتيجة قوة غالبية داخلية أو خارجية⁽⁴⁾ .

¹ - سميرة خليل محمد :الإصابات الرياضية ، الأكاديمية الرياضية العراقية ، بغداد، 2007 ، ص05

² - إقبال رسمي محمد :الإصابات الرياضية وطرق علاجها ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة، 2008، ص 01 .

³ - أسامة رياض :الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1998، ص22.

⁴ - حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية - إسعاف - علاج ، دار المعارف، الإسكندرية، 1986 ، ص 53.

من خلال ما سبق يمكن تعريف الإصابة الرياضية على أنها نقص أو توقف تام عن الأداء الوظيفي لنسيج أو عضو ما من الجسم نتيجة تعرضه لمؤثر خارجي أو داخلي ، ويرافق هذا كله بأعراض ومضاعفات تتوقف درجة خطورتها على حسب كفاءة اللاعب البدنية و شدة المؤثر و طبيعة النسيج أو العضو المصاب .

2- العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإصابات الرياضية : مما لا شك فيه أن الرياضي معرض لمختلف الإصابات نتيجة لوجوده في حالة نشاط و تنافس مستمرين سواء باستعمال الأدوات أو بدونها أو بالجري أو القفز أو غير ذلك ، وهناك عدة أسباب يمكن أن تؤدي إلى الإصابات الرياضية منها ما يتعلق بعوامل داخلية، ومنها ما يتعلق بعوامل خارجية و فيما يلي أهم العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابات الرياضية :

3 -العوامل الداخلية التي تساعد على حدوث الإصابة : هناك تغيرات تطرأ على حالة الرياضي تؤدي إلى الإصابات الرياضية ومن هذه العوامل الداخلية : و حالات الإرهاق والإعياء الشديدين: يمثل كل من اختلال التنسيق وسوء حالة ردود الفعل في هاتين الحالتين السبب المؤدي إلى خلل والذي يؤدي بدوره إلى تناقص العمل المنسق لمجموعات العضلات المختلفة . كما أنه يقلل مدى اتساع حركة بعض المفاصل ويصاحبه أيضا فقدان السرعة والمهارة في تأدية الحركات وبالتالي حدوث الإصابات ونتيجة لعمليات الإرهاق والإعياء يمكن أن تحدث تغييرات من شأنها إثارة وذبذبة الجهاز العصبي وخاصة مع الأشخاص غير المدربين جيدا مما يؤدي إلى حدوث الإصابة .

التغيرات في الحالة الوظيفية لبعض أجهزة الجسم : تنشأ عند الرياضي بعد الانقطاع عن التدريب لفترة طويلة بسبب المرض أو غيره من الأسباب ، حيث أن الابتعاد لفترة ما عن التدريب يؤدي إلى انخفاض قوة العضلات وبالتالي قوة تحملها كما يؤدي إلى أيضا إلى انخفاض سرعة ارتخاء وتقلص العضلات كل هذا يعرقل ويعوق تنفيذ التمارين التي تتطلب مجهودات عالية وحركات متناسقة ومعقدة وينتهي بحدوث الإصابة . فالانقطاع عن مزاوله التدريبات يؤدي إلى انخفاض كفاءة الأداء التي يتم التوصل إليها وهذا بدوره يؤدي إلى حدوث الإصابة نتيجة لعدم مراعاة التناسق العضلي العصبي ، ولذلك يجب على كل من المدرب والمدرس الالتزام الشديد بالميعاد الذي يحدده الطبيب في كل حالة للرياضي للعودة

4-العوامل الخارجية التي تساعد على حدوث الإصابة : هي العوامل التي تؤثر في أداء الفرد للنشاط الرياضي ومن أمثلتها حالة الملعب وسلامة الأدوات والأجهزة وحسن استخدامها ، هذا بالإضافة إلى البرنامج التدريب للوصول لأعلى المستويات للاعب ، ومن أمثلة هذه العوامل ما يلي :

سوء التنظيم وطريقة التدريب :

ويرتبط بها عدم مراعاة مبادئ التعليم الإرشادي الأساسي من جانب المدرب ومن أهم هذه المبادئ :

أ- مواعيد التدريب و التدرج في زيادة المجهود البدني (من السهل إلى الصعب) .

ب- إتقان وتتابع الأداء الحركي لعملية التدريبية الفردية للاعب .

ج- مرونة الخطة ومن أهم مظاهر الإخلال بقواعد التدريب وسوء التنظيم المؤدية إلى حدوث الإصابة ما يلي :

أ- التسرع في التدريبات .

ب- الاستمرار في التدريب العنيف⁽¹⁾.

ج- عدم توفر الوسائل المناسبة قبل وبعد التدريب لتجديد وانتعاش الحالة الوظيفية للجسم (التدليك

الرياضي - راحة اللاعب الايجابية) .

د- قلة أو سوء مرحلة الإحماء (التسخين).

هـ- عدم التدرج في المهارات .

ط- عدم الإعداد الجيد للمجهود للوصول إلى المستوى الأمثل للياقة البدنية فيكون النقص على

حساب صحة وسلامة اللاعب وتعرضه للإصابة .

4-1- العيوب في تنظيم التدريبات والمسابقات : ومن بين هذه العيوب إتباع الإرشادات الخاطئة للتدريب

وأيضاً قواعد التأمين و التخطيط الخاطئ لبرامج المنافسات وعدم تنفيذها . ومن أسباب حدوث الإصابة كذلك

سوء توزيع الرياضيين وكثرة عددهم وأيضاً عدد المشاهدين في أماكن التدريب وهذا من الأسباب الرئيسية ، ونذكر

على سبيل المثال :

أ- إجراء تدريبات الرمي (رمي القرص- رمي الرمح قذف الحلة) في نفس الوقت الذي يجري فيه تدريب لكرة

القدم أو الجري.

ب- إجراء تدريبات السباحة و تدريبات القفز في ماء حمام السباحة في وقت واحد.

ج- عدم مراعاة الخصائص الفردية للاعب من حيث مدى الكفاءة والاستعداد و من حيث السن والوزن والجنس

في الملاكمة والمصارعة).

4-2- مخالفة القوانين وشروط الأمن : ويقصد بها حالة الملاعب والأماكن التي تمارس فيها الرياضة (ميادين

اللعبة - الصالات) وما شابه ذلك للتدريبات والمسابقات و مستلزمات الرياضيين (الملابس والأحذية والأدوات).

ومن أهم مظاهر الإخلال بقوانين وشروط الأمن :

- رداءة نوعية الأجهزة الرياضية والمعدات .

- سوء إعداد الأجهزة والمعدات وميادين اللعب و الصالات وغيرها للتدريبات والمسابقات .

- عدم تطابق الملابس الرياضية بخصائص اللعبة التي يمارسها الرياضي وعدم ولاءمتها للظروف المناخية المحيطة .

- وكذلك الحذاء الذي لا تتوفر فيه الشروط المطلوبة وعدم استخدام الأدوات الدفاعية مثل واقى الوجه

في لعبة السلاح و واقى الأسنان في الملاكمة كل ذلك يكون سبباً وعملاً يؤدي إلى إحداث الإصابة الرياضية .

سوء الأحوال الجوية :

فعدم الالتزام بتنفيذ خطة التدريب وعدم اللياقة في تنفيذها من حيث التوقيت وهذا بدوره يساعد على هيئة

الظروف للفشل .

¹- إقبال رسمي محمد:الإصابات الرياضية وطرق علاجها ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة، 2008، ص 01 .

كما يتم إجراء العديد من المباريات وفي مختلف الرياضات وسط ظروف مناخية غير ملائمة نظرا لأنه قد تم برمجة تلك اللقاءات مسبقا ، ولا يمكن تأجيلها مما يعرض اللاعبين لخطر الإصابات الرياضية .

4-3- عدم الالتزام بالأوار الطبية : وتتمثل في النقاط الآتية :

-السماح للاعب بمزاولة التدريب واللعب دون إجراء الفحوص الطبية .

- عدم التزام المدرب واللاعبين معا بتوصيات الطبيب بميعاد مزاولة التدريبات وخاصة بعد الإصابات والأمراض .

-الانقطاع فترة طويلة عن التدريب واللعب .

كل ذلك يؤدي إلى تعرض اللاعب للإصابة . كما أن عدم الالتزام بالإرشادات الطبية الخاصة بالنظام اليومي ونظام التغذية والراحة وغيرها ويشمل أيضا بعض العادات السيئة مثل التدخين وشرب المواد الكحولية والسهر لأوقات متأخرة خاصة قبل مواعيد المسابقات والتدريبات⁽¹⁾ .

5- الأعراض الرئيسية للإصابات الرياضية : تختلف أعراض الإصابات الرياضية باختلاف نوع العضو المصاب وتزداد تلك الأعراض خطورة كلما زادت شدة الإصابة ، فمثلا الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند إصابة الرأس تكون خطيرة ومعقدة ومختلفة تماما عن الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند إصابة القدم وهكذا . ينتج عن الإصابات الرياضية أعراض عامة يمكن ملاحظتها في جميع الرياضات وتسمى بالأعراض الرئيسية وفيما يلي بعض منها :

• الألم في الجزء المصاب أثناء السكون والحركة ضمن المدى الطبيعي .

• الألم عند الضغط على مكان الإصابة .

• ورم في مكان الإصابة نتيجة النزيف الدموي .

• حدوث تشوه في مكان الإصابة .

• عدم ثبات الجزء المصاب (حركة غير طبيعية خاصة عند إصابة المفاصل) .

• تيبس المفاصل المصابة والمفاصل القريبة من مكان الإصابة .

• عدم قدرة اللاعب على المشي أو الحركة الطبيعية.

• ضعف أو ضمور في العضلات . . سماع أصوات عند الحركة في الجزء المصاب (خاصة في حالة الكسر)⁽²⁾ .

6- طرق الوقاية من الإصابات الرياضية : لقد أصبحت الوقاية من الإصابات الرياضية أمرا لازما وضروريا

ومحور اهتمام سواء من طرف اللاعب نفسه أو المدرب أو حتى الجهات التي يهتمها المحافظة على مستوى أداء هذا

اللاعب وحمائته من الإصابة الرياضية فمن الأفضل أن يتم التركيز على أساليب الوقاية بدلا من الانتظار حتى

يصاب اللاعب لتقدم له أفضل طرق العلاج ففي ذلك توفير للجهد والوقت والمال . فرييس النادي العريق - على

غرار الأندية الأوروبية - الذي يصرف أموالا باهضة من أجل جلب هذا اللاعب أو ذاك نجده حريص كل الحرص

¹ - إقبال زهمي محمد : مرجع سابق ، ص 14-15-16-17-18.

² - سميرة خليل محمد : مرجع سابق ، ص 07.

على أن لا يتعرض هذا اللاعب بالذات للإصابة الرياضية التي قد تبعده عن اللعب لشهور وإلا اعتبرت عملية الجلب هذه صفقة خاسرة وفق كل المقاييس . انطلاقاً مما سبق فإنه يجب توفير جملة من الشروط التي من شأنها أن تقي اللاعب من الإصابات الرياضية ومن بين هذه الشروط نجد ما يلي :

6-1- المدرب المؤهل : المدرب الذي يؤدي عمله بقصد الفوز بأية طريقة ويعتمد على وسائل غير سليمة لتحقيق أغراضه يعد فاشلاً و مذنباً في حق لاعبيه فالمدرب الناجح اليوم هو المدرب المؤهل الذي يعتمد على فن التدريب وخططة اللعبة وتنظيم البرنامج التدريبي وإعداد اللاعب على أسس علمية حديثة مع المحافظة على لاعبيه من أخطار اللعب و حدوث الإصابات قدر الإمكان⁽¹⁾ .

6-2- معرفة الأسباب العامة للإصابة والحد منها : يجب تحديد الأسباب العامة التي أدت إلى حدوث الإصابة الرياضية بين اللاعبين ومحاولة الحد منها ويتم ذلك عن طريق المتابعة الميدانية من طرف المدرب أو المدرس ، بحيث يعمل المدرب على إعداد تقرير عام عن الإصابة الرياضية الذي يظهر فيه اسم اللاعب المصاب ، نوع الإصابة ، ميكانيكية الإصابة ، العضو المصاب ، طبيعة الإسعاف الأولي الذي تلقاه اللاعب كما يعمل المدرب على الكشف عن الأسباب التي أدت إلى حدوث الإصابة والحد منها ، فمثلاً إذا كانت أرضية الميدان الرديئة هي السبب في تكرار الإصابات الرياضية فإن إعادة هيكلتها تكون من الأمور الضرورية للوقاية من الإصابات الرياضية .

6-3- عدم إشراك اللاعب دون إجراء الكشف الدوري الشامل : عن طريق إجراء فحوصات طبية دورية شاملة قبل وأثناء التدريبات وقبل المنافسة من أجل تفادي مشاركة اللاعبين غير المؤهلين ..

6-4- عدم إجبار اللاعب على المشاركة في الأنشطة البدنية وهو غير مستعد نفسياً و بدنيا : يعتمد بعض المدربين في بعض الحالات على الزج باللاعبين وإجبارهم على المشاركة وهم غير مستعدين بدنيا ونفسياً لأداء الأنشطة البدنية و الرياضية . وفي مثل هذه الحالات تكثر الأخطاء المرتكبة من طرفهم مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابات الرياضية .

6-5- توفير التغذية المناسبة : مراعاة نظم التغذية السليمة للاعبين وتدعيم ثقافتهم الغذائية والحرص على توفير التغذية المتكاملة عن طريق استشارة أخصائي التغذية الرياضية لتحديد النسب الملائمة للأفراد الفريق مع مراعاة الفروق الفردية ووضع نظم كمية مناسبة لكل فرد ، فالنظام الغذائي المتوازن والمتوافق مع النشاط الممارس له تأثيره في منع حدوث الإصابة لأنه يساعد اللاعب في استعادة الشفاء ، كما أن تناول غذاء يحوي على قدر كاف من الطاقة وعلى شكل مواد كربوهيدراتية للمحافظة على مخزون الطاقة في العضلات يساعد في منع حدوث التعب⁽²⁾ .

6-6- الاهتمام بالإحماء قبل الأداء لتجنب الإصابة : يعمل الإحماء على الرفع من الاستعداد للأجهزة الفسيولوجية والنفسية للقيام بالنشاط الحركي ، كما أن الإحماء الذي يكون على شكل تمارين الإطالة أو التدليك

¹- إقبال رسمي محمد : مرجع سابق ، ص 34-35-36.

²- سميرة خليل محمد ، الإصابات الرياضية ، مرجع سابق ، ص 11

يزيد من المرونة العامة للجسم ويقلل من إمكانية حدوث الإصابة . يزيد الإحماء أيضا من درجة حرارة الجسم الشيء الذي يساعد على الرفع من مردود التمثيل الغذائي مما ينعكس إيجابا على تحسين الأداء الحركي للخلية و بالتالي تحسين الأداء الحركي بشكل عام⁽¹⁾.

7- تصنيف الإصابات الرياضية : لقد تم تقسيم الإصابات الرياضية وفق أسس مختلفة هي :

تقسيم الإصابات الرياضية على حسب السبب الذي أدى إلى تلك الإصابة .

تقسيم الإصابات الرياضية على حسب شدة الإصابة .

تقسيم الإصابات الرياضية على حسب نوع الجروح الناتجة (مفتوحة أو مغلقة) .

تقسيم الإصابة الرياضية على حسب درجة الإصابة. تقسيم الإصابة الرياضية على حسب مكان الإصابة.

7-1-1 حسب السبب : تقسم الإصابات الرياضية على حسب السبب إلى قسمين أساسيين هما : الإصابات الأولية والإصابات الثانوية .

7-1-1-1 الإصابات الأولية : تحدث في الملاعب نتيجة أداء جهد عنيف أو التعرض لحادث غير متوقع وهي تمثل النوع الرئيسي للإصابات وتقسم إلى ما يأتي :

- إصابات ذاتية (شخصية) يسببها اللاعب نفسه .

- إصابات بسبب عوامل خارجية (اللاعب المنافس ، الأجزاء والأدوات) .

- إصابات بسبب عوامل داخلية (تغيرات داخل أنسجة الجسم بسبب التدريب المستمر)⁽²⁾.

7-1-1-1-1 الإصابات الذاتية (الشخصية) : تحدث نتيجة خطأ ما في التكنيك نظرا لوقوع اللاعب تحت

أنواع متعددة من الضغوط النفسية والفسولوجية خاصة عندما يحاول اللاعب الارتفاع مستوى العبء البدني والذي يرتبط باستخدام الحركات الفجائية الحادة وتحدث الإصابة لوقوع أو وجود خلل في التوافق أثناء أداء تلك الحركات الحادة وعلى أية حال فإن هناك إصابات داخلية تكون بطبيعتها حادة قد بنيت أو جاءت نتيجة لوقت طويل مثل آلام أسفل الظهر ، إصابة الأصابع و كثير من الإصابات المزمنة والتي تحدث نتيجة لتكرار أعباء أو ضغوط معينة والتي لا يعطى لها وقت كاف للالتئام أو الشفاء عند حدوثها لأول مرة⁽³⁾.

7-1-1-2-1 الإصابات الخارجية : عادة ما تكون مفاجئة و سريعة ومؤلمة ذلك لأن قوة الإصابة تكون أكبر

من قدرة اللاعب على التحمل و تحدث نتيجة لعوامل خارجية مثل اللاعب المنافس أو الأدوات المستخدمة. وتكثر مثل هذه الإصابات في الرياضات ذات الاحتكاك البدني سواء الجماعية مثل لعبة كرة القدم أو الفردية مثل المصارعة وغيرها ، وهي أن الإصابة تحدث عن طريق اللاعب الآخر مما قد يؤثر على اللاعبين معا كما أن القوة الناتجة وقوة رد الفعل تكون أكبر خاصة إذا كان النشاط الممارس يتطلب الحركة السريعة.

¹- عبد الرحمن عبد زاهر ، موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية ، مرجع سابق ، ص 30

²- اسمعية خليل محمد ، مرجع سابق ، ص 13.

³- محمد عادل رشدي ، علم إصابة الرياضيين ، ط02 ، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية ، 1995، ص16.

7-1-3 - الإصابة الداخلية : تحدث نتيجة تغيرات في أنسجة الجسم جراء التدريب المستمر وتكرار الجهد إلى حد الإعياء مما ينتج عنه تراكم للفضلات والأحماض تؤدي في الأخير إلى خلل وظيفي لتلك الأنسجة . إذ أن استمرار بذل الجهود الرياضي يؤدي إلى انتفاخ العضلة نتيجة زيادة سرعة جريان الدم وزيادة حجم السوائل الأخرى داخل الأنسجة ، وهنا يجب الركون إلى الراحة حتى يتمكن الجسم من تصريف تلك السوائل وإذا استمر اللاعب في بذل الجهود البدنية دون أخذ قسط من الراحة فإنه يصل إلى درجة الإرهاق التي ينتج عنها ما يسمى بالتليف العضلي الأمر الذي قد يفقد العضلة وظيفتها كاملة أو جزء منها على الأقل . وتحدث الإصابات الداخلية أيضا بسبب بعض المضاعفات فمثلا عند كدمة العضلة الشديدة قد يحدث ترسب الخلايا العظمية داخل العضلات مما قد يحولها إلى كتلة عظمية تفتقد وظائفها الحركية (ذلك عندما يحصل هرس الألياف العضلية بين جسمين صلبين ، الجسم الصلب المسبب للكدمة والعظم من الداخل) . وقد تحدث هذه الإصابات أيضا نتيجة علاج أوتار لإصابة أولية وخاصة في حالات الحقن الموضعي في حالات الإصابات بالتهاب الأوتار والأربطة والمفاصل⁽¹⁾.

7-2- الإصابات الثانوية : تحدث الإصابات نتيجة إصابة أولية أو بسبب علاج خاطئ لإصابة أولية أو عدم اكتمال العلاج لها وتؤثر على مكان آخر غير مكان الإصابة ، وتكون هذه الإصابة معقدة ومركبة فمثلا يمكن ملاحظة آلام الركبة (دون إصابتها) عند إصابة القدم . يمكن للتشوهات الخلقية التي أهمل علاجها أن تؤدي إلى آلام وتشنجات عضلية وذلك عند القيام بمجهودات بدنية كبيرة ، فمن المعروف أن الزوائد العظمية في القدم تسبب آلاما على مستوى عضلة الساق التوأمية . كما أن الرجل القصيرة بعد حالة الكسر مثلا تؤدي إلى حدوث انحراف جانبي بالعمود الفقري قد يكون بسيط أو مركب والنتيجة حدوث آلام في أسفل منطقة الظهر⁽²⁾ . من هنا يتضح مدى أهمية الفحص الكامل للمصاب فلا نكتفي بفحص مكان الإصابة كما أن علاج مثل هذه الإصابات يتطلب معرفة نوع الإصابة الأولية التي سبق وتعرض لها اللاعب .

7 - 2 - حسب شدتها : تصنف الإصابات تبعا لشدها إلى أربعة درجات.

7-2-1- إصابات خفيفة: الكدمات، التقلصات البسيطة، السحجات الجلدية، الالتواءات البسيطة التي لا تنتج عنها أي مضاعفات.

. أعراضها: ألم لحظي لا يدوم فترة طويلة.

مدة الشفاء: لا تعوق اللعب عن الاستمرار في التدريب أو المباراة⁽³⁾.

¹ - عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافاتها الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة، 2004، ص 23-24.

² - سمعية خليل محمد ، المرجع نفسه ، ص 13. د محمد عادل رشدي ، مرجع سابق ، ص18

³ - عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب واللاعب في الإصابات الرياضية، الوقاية والعلاج، مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 1986، ص 73.

7-2-2- إصابات متوسطة: الكدمات الشديدة التي لا تصاحبها مضاعفات، التمزقات العضلية البسيطة الالتواءات المفصالية الشديدة والبسيطة والجروح الخفيفة. - أعراضها: ألم مستمر نسبيا عن الدرجة السابقة، ورم بدرجة بسيطة، خلل خفيف في ميكانيكية

الحركة في الأداء الرياضي ولكنه لا يظهر في الحياة العادية أو التدريبات الخفيفة. - مدة الشفاء: يستغرق الشفاء الوظيفي حوالي عشرة أيام، بينما يتم الشفاء التشريحي بعد حوالي خمسة عشر يوما⁽¹⁾.

7-2-3- إصابات شديدة: الكدمات الشديدة التي تصاحبها مضاعفات، كالتجمع الدموي والالتهابات المفصالية العضلية، التمزقات العضلية الشديدة، الكسور، الخلع الجزئي، التمزقات الجزئية للأربطة والمفاصل، التمزقات الخفيفة للغضاريف (مفصل الركبة). - أعراضها: ألم شديد، ورم ملحوظ الدرجة وقد يصحبه تغير في لون البشرة، محدودية الحركة في

ظروف الحياة العادية. . مدة الشفاء: تقرر وفقا لتقدير الطبيب ولكنها غالبا ما تستغرق ما بين ثلاثة وأربعة أسابيع، وهي مدة متضمنة في الشفاء الوظيفي والتشريحي⁽²⁾.

7-2-4- إصابات خطيرة: التمزق العضلي الكامل، الخلع الكامل وخاصة مفصل الكتف و المرفق وتزداد نسبة الخطورة بالنسبة للرياضات التي تستخدم فيها الذراعين بصفة أساسية: دفع الجلة، كرة اليد، الطائرة، السلة... إلخ، تمزق غضاريف الركبة، الكسور المضاعفة والشديدة والمصحوبة بأنسجة الجسم الداخلي الهامة⁽³⁾.

- أعراضها: ألم غير محتمل في غالب الأحيان، ورم شديد يظهر فور وقوع الإصابة في إصابات الكسور والكدمات الشديدة والخلع وتمزق الغضروف، وقد يبدو تشوه العضو في غالب الأحيان، محدودية الحركة شلل في بعض الإصابات المرتبطة بالمش والأعصاب الفرعية (إصابات الرأس والعمود الفقري) .

- الأعراض المصاحبة: غالبا ما يصاحب الإصابات الخطيرة بعض الظواهر الأخرى والتي قد تمثل كل منها إصابة مصاحبة قائمة بذاتها لها أعراض خاصة ومن أمثلتها: الصدمة العصبية، النزيف الداخلي والخارجي.

7-3 - حسب نوع الجروح الناتجة (مفتوحة أو مغلقة): تقسم الإصابات الرياضية على حسب نوع الجروح الناتجة عنها إلى قسمين أساسيين هما: إصابات مفتوحة مثل الجروح وإصابات مغلقة مثل الكدمات و التمزقات العضلية وغير ذلك من الإصابات الغير مصاحبة بجروح .

7-4- تقسيم الإصابات الرياضية على حسب درجتها: تقسم الإصابات الرياضية على حسب درجتها إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :

¹ - د. عبد السيد أبو العلاء: مرجع سابق، ص 74

² - عبد السيد أبو العلاء: مرجع سابق، ص 175.

³ - أسامة رياض، الطب الرياضي وإصابات الملاعب، مرجع سابق، ص 23.

7-4-1- إصابات الدرجة الأولى: ويقصد بها الإصابات البسيطة من حيث الخطورة والتي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من تكملة المباراة ، وتشمل حوالي 80-90% من الإصابات مثل السحجات والرضوض والتقلصات العضلية .

إصابات الدرجة الثانية : ويقصد بها الإصابات المتوسطة الشدة والتي تعيق اللاعب عن الأداء الرياضي لفترة حوالي من أسبوع إلى أسبوعين وتمثل غالبا حوالي 8% من المجموع الكلي للإصابات الرياضية ومن أمثلتها التمزق العضلي وتمزق الأربطة بالمفاصل .

7-4-2- إصابات الدرجة الثالثة : ويقصد بها الإصابات شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب عن الاستمرار في الأداء الرياضي لمدة لا تقل عن شهر ، وهي وإن كانت قليلة الحدوث من 1-2% إلا أنها خطيرة مثل الكسور بأنواعه ، الخلع، إصابات غضروف الركبة والانزلاق الغضروفي بأنواعه إلخ⁽¹⁾.

7-5-5- مفتوحة على حسب نوعا لجروح والحروق: وتشمل الإصابات الرياضية التي تنتج عنها جروح مغلقة مثل مغلقة الكدمات و التمزقات العضلية .

7-5-1- الدرجة الأولى: وتشمل الإصابات الرياضية التي لا تعيق اللاعب أو تمنعه من مواصلة الأداء مثل السحجات والرضوض .

7-5-2- الدرجة الثانية: وتشمل الإصابات الرياضية التي تعيق اللاعب عن الأداء لمدة لا على حسب الدرجة تفوق أسبوعين مثل التمزق العضلي .

7-5-3- الدرجة الثالثة: وتشمل الإصابات الرياضية شديدة الخطورة والتي تعيق اللاعب عن ممارسة الأنشطة البدنية لمدة تفوق الشهرين مثل الكسور.

7-6-6- حسب مكان حدوثها : تصنف إلى :

7-6-1- إصابات الجلد : تعتبر إصابات الجلد من بين أكثر الإصابات شيوعا فالجلد يمثل الطبقة الخارجية التي تغطي الجسم وهي أول جزء يتأثر من جراء الإصابة الرياضية ومهما كان تأثيرها ، وقد تحدث الإصابة في هذه الطبقة على ش كل جروح أو كدمات أو حروق أو نزيف . في كثير من الأحيان يكون الأثر على الجلد هو النتيجة الأساسية للإصابة أما في بعض الحالات الأخرى تكون الإصابة الخارجية أقل بكثير مما هي عليه في داخل الجسم وفي كلتا الحالتين فإن الإصابة الخارجية هي العلامة المميزة على وجود الإصابة الرياضية وفيما يلي أهم الإصابات التي يمكن أن تحدث للجلد :

7-6-1-1- الجروح :

تعريف الجرح: يعرف الجرح على أنه انقطاع أو انفصال في الأنسجة الرخوة خاصة الجلد فإذا كان خروج الدم من ثغرة صغيرة يعتبر إدماء أما إذا كانت الثغرة كبيرة وتدفق الدم إلى الخارج بمقادير ملحوظة يسمى نزيف .

¹ - حياة عباد روفائيل : إصابات الملاعب (وقاية - إسعاف - علاج) ، مرجع سابق ، ص 86.

الأسباب المؤدية إلى حدوث الجرح : ينتج الجرح عن تعرض الجسم لملامسة جسم خارجي حاد أو الاحتكاك بمواد صلبة ومن بين أهم الأسباب المؤدية إلى حدوث الجرح أثناء الممارسة الرياضية بحد ما يلي :

- الوقوع على الأرض باندفاع مما يسبب احتكاك الجلد بأرض الملعب .
- الضربات المباشرة من قبل اللاعب الخصم أثناء الاحتكاك به⁽¹⁾.
- التعرض الخاطئ للأدوات المستخدمة في اللعبة كالاصطدام بالقائم في كرة القدم أو بضرب الكرة في الإسكواتش

• اللباس الرياضي الذي لا يتناسب مع اللعبة كاستخدام الأحذية الضيقة .

أنواع الجروح : يمكن تقسيم الجروح على حسب حالة الجلد إلى :

- الجروح المقفولة : وهي إصابة الأنسجة بدون خلل في سلامة الطبقات السطحية للجلد وتشمل الكدم ، السجحات ، الرضوض ، التجمع الدموي .
- الجروح المفتوحة : وهي الإصابة التي تؤدي إلى تلف تشريحي في الطبقات السطحية للجلد وتشمل الجروح المتهتكة والجروح النافذة والجروح القطعية .
- الجروح المقفولة : وتشمل ما يلي :

أ/السجحات : السجحات عبارة عن تسلخ الجلد نتيجة شد الطبقة السطحية منه وتكون في بادئ الأمر ذات لون أبيض مصفر ثم تتحول بالتدرج إلى اللون الأحمر نتيجة لإرتشاح بعض المصل والدم في اليوم التالي وتتكون قشرة من الدم الراشح الذي يتجلط ويجف على السطح ، وتكون السجحات مؤلمة في اليوم الأول وخاصة عند اللمس وذلك التعرض أطراف الحس على سطح الجلد⁽²⁾.

ب/الكدمات : تعد الكدمة من بين أكثر أنواع الإصابات الرياضية شيوعا وهي عبارة عن ازرقاق في الجلد نتيجة تمزق الشعيرات الدموية وحدوث نزيف بسيط تحت الجلد مع سرعة ظهور الورم . وتحدث الكدمات نتيجة الاصطدام بجزء صلب غير حاد ويلاحظ في حالة الإصابة بالكدمات تحول الجلد المصاب تدريجيا من اللون الأزرق إلى اللون الأخضر ثم اللون الطبيعي ١. العلاج: وضع كمادة باردة فوق موضع الكدمة بحيث تغطي كل مساحتها ويثبتها برباط ضاغط لفترة 15 دقيقة ثم يوضع بعدها رباط خفيف فوق موضع الكدمة.

ج/ التجمع الدموي : هو تجمع الدم بين الطبقات المختلفة للعضو وسببها حدوث نزيف في وعاء دموي كبير والتجمع الدموي قد يكون تحت العضلة أو تحت الجلد أو بين العضلات و دائما تصاحبه مضاعفات .

د/المضاعفات :التهاب أو تقيح أو تكون كيس دموي كبير أو بتحول إلى خلايا ليفية .

إذا كان التجمع الدموي صغير يوضع رباط ضاغط أما إذا كان التجمع كبير وسائلا يجب أن يتمص بواسطة حقنة معقمة أما إذا كان كبير مع حدوث التجلط يجب أن يفرغ بواسطة فتحة وإذا تقيح يفتح كالخراج .

¹ - د. عبد الرحمن عبد الحميد زاهر : موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية ، مرجع سابق ، ص 85.

² - د. عبد الرحمن عبد الحميد زاهر : موسوعة الإصابات الرياضية وإسعافاتها الأولية ، مرجع سابق ، ص 105.

7-6-1-2- النزيف الدموي : هو فقدان الدم خارج القلب و الأوعية الدموية ويسمى النزيف الدموي نزيف دموي خارجي إذا ما تم فقدان الدم خارج الجسم ، أما إذا تجمع داخل الجسم فيسمى في هذه الحالة نزيف داخلي **أنواع الريف تبعا لنوع الوعاء النازف :** ينقسم النزيف من حيث الوعاء النازف إلى قسمين هما : النزيف الشرياني و النزيف الوريدي .

• الريف الشرياني : ويتميز ب :

- لون الدم يكون أحمر فاتح .

- يخرج الدم على شكل دفعات .

- الوعاء القاذف يكون سميك ودائري .

• النزيف الوريدي : ويتميز ب :

- لون الدم يكون أحمر قاتم .

- الدم يخرج بشكل انسيابي .

- الوعاء الذي يخرج منه الدم يكون رقيق وبيضاوي .

أعراض النزيف الدموي : يتميز النزيف الدموي سواء كان خارجيا أو داخليا بجملة من الأعراض يمكن تلخيصها فيما يلي :

• سرعة فقدان القوة مصحوبا بدوار وإغماء لقلة إمداد المخ و المراكز الحيوية بالدم اللازم لها وقد يفقد المصاب وعيه⁽¹⁾ .

• طنين في الأذنين واضطرابات في إبصار العينين .

• عسر في التنفس وذلك لعدم تمكن الجسم من الحصول على كفايته من الأوكسجين . قد يبدو على المصاب الضجر وعدم الاستقرار للحاجة للهواء ويحاول أن يجذب ما حول عنقه من ملابس .

• يأخذ النبض في الضعف .

• هبوط مستمر في ضغط الدم وذلك للإقلال من كمية النزيف .

• انخفاض في درجة الحرارة فيبرد الجسم ويبلل بالعرق .

• شحوب ويمتان في الوجه والشفتين وانكماش في أوعية الجلد والأغشية المخاطية فيتسبب عن ذلك برودة هذه السطوح .

• جفاف الفم والشفتين مع شعور بظمأ شديد . فإذا ما شوهدت هذه الأعراض دون رؤية دم منظور وجب اعتبار الإصابة كأنها حالة نزيف دموي داخلي شديد يستدعي عناية خاصة وتنقل فوري للمستشفى .

¹ - حياة عباد روفائيل : إصابات الملاعب وقاية - إسعاف - علاج ، مرجع سابق ، ص 73 .

علاج النزيف الدموي : تقدم للمصاب الإسعافات الأولية إلى حين وصوله إلى المستشفى ومن بين هذه الإسعافات الأولية بحد ما يلي :

- إيقاف النزيف بالضغط بقطعة من القطن المبلل بالكحول .
- رفع الطرف المصاب الأعلى ليقبل الدم فيه بفعل الجاذبية الأرضية في حالة النزيف الشرياني يتم الضغط على مكان النزيف بالأصابع لحين ربطه .
- يمكن إيقاف النزيف الشرياني أو التقليل منه بالضغط على المكان التشريحي للشريان المغذي للنزيف .

ربط مؤقت فيما فوق الشريان المقطوع ويفك الرباط ويعاد ربطه كل ربع ساعة حتى الوصول إلى المستشفى وذلك حتى لا تتأثر الأنسجة والشرايين تحت النزيف بالربط الدائم والذي قد يتسبب في بتر العضو المصاب بأكمله⁽¹⁾.

7-6-2- إصابات الجهاز العضلي : تعد إصابات العضلات بأنواعها المختلفة من بين أكثر الإصابات حدوثا و انتشارا في الوسط الرياضي إذ قد تصل معدلات حدوثها إلى ما يقارب 90% من المجموع الكلي للإصابات الرياضية ، ويرجع ذلك إلى كون أن الجهاز العضلي هو الأداة الرئيسية المنفذة لمتطلبات النشاط البدني الرياضي كما أنه يعتبر مكون رئيسي في الجهاز الحركي للإنسان ، وفيما يلي أهم الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز العضلي :

أ/الكدمات : تعد الكدمة نوع من أنواع الإصابات المباشرة وتنتج عن الاحتكاك المباشر بين اللاعب وزميل آخر منافس أو بين اللاعب وأداة أو جسم صلب ثقيل وأملس وتعتبر الكدمات أو الرضوض من بين أكثر الإصابات شيوعا مقارنة بباقي الأنواع الأخرى فقد تصل نسبتها لوحدها بين (80-85%) من المجموع العام للإصابات الرياضية .

تعريف الكدم : الكدم هو هرس الأنسجة وأعضاء الجسم المختلفة (كالجلد والعضلات) أو الصلبة (كالعظام و المفاصل) نتيجة لإصابتها إصابة مباشرة بمؤثر خارجي . وتتميز الكدمات بالظهور الفوري للإرتشاح الدموي مع ألم شديد في المنطقة المصابة والذي يزداد باللمس وقد تكون الكدمة عميقة نسبيا فيصعب تحديد حجمها بالفحص الإكلينيكي وقد يصاحب ذلك إصابات بالأعصاب أو الأعضاء الداخلية و بذلك يزداد الأمر خطورة.

درجات الكدم : تم تقسيم الكدم حسب شدة الإصابة إلى قسمين : كدم بسيط و كدم شديد .

- الكدم البسيط وفيه يستمر اللاعب في الأداء، ولا يصاحب بتغيرات فسيولوجية كبيرة في مكان الإصابة كما أن الجزء المصاب لا ترتفع درجة حرارته .

- الكدم الشديد وفيه لا يستطيع اللاعب مواصلة الأداء ويصاحب بتغيرات فسيولوجية كبيرة في مكان الإصابة ، كما أن الجزء المصاب ترتفع درجة حرارته .

¹ - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص151.

أنواع الكدم : تم تقسيم الكدم وذلك حسب طبيعة النسيج الذي تلقى الإصابة إلى خمسة أنواع أساسية هي :

كدم الجلد - كدم العضلات - كدم العظام - كدم المفاصل - كدم الأعصاب .

• **كدم الجلد :** تم التطرق إليه مسبقاً⁽¹⁾ .

• **كدم العضلات :** يعتبر من أهم أنواع الكدمات وهذا لانتشاره في الوسط الرياضي ولأنه في حالة شدته قد يمنع الرياضي من مواصلة النشاط البدني الرياضي .

• **كدم العظام :** يحدث نتيجة إصابة مباشرة ويصيب العظام الموجودة تحت الجلد و الغير مغطاة بطبقة عضلية مثل عظمة القصبة .

• **كدم المفاصل :** كدم المفاصل كغيره من أنواع الكدم الأخرى يحدث نتيجة لإصابة مباشرة ومن بين المفاصل الأكثر عرضة للكدم نحد مفصل القدم ومفصل الركبة . كدم الأعصاب : ويحدث نتيجة للإصابة المباشرة ، ويصيب الأعصاب المكشوفة والقريبة من الجلد مثل العصب الزندي .

كدم العضلات : كما ذكرنا سابقاً فإن كدم العضلات من بين أكثر أنواع الكدمات انتشاراً في مجال النشاط البدني الرياضي وينتج عن الإصابات المباشرة ويصاحب بتغيرات فسيولوجية في مكان الإصابة مثل الورم والنزيف الداخلي وتغير لون الجلد .

أعراض كدم العضلات : عند الإصابة بكدم عضلي فإن ذلك يرافقه بجملة من الأعراض نوجزها كالتالي :

- ألم شديد في مكان الإصابة .

- يزداد الألم إذا حاول المصاب عمل انقباض عضلي إرادي ثابت أو متحرك (بالاستطالة) في العضلات المصابة .

- يحدث ورم مكان الإصابة بمجرد حصول الكدم ، وهذا الورم يحدث نتيجة لتمزق جزئي للشعيرات الدموية و ارتشاح السائل الدموي أي نتيجة لحدوث نزيف داخلي مكان الإصابة .

- يزداد الورم تدريجياً خلال اليوم الأول للإصابة .

- ارتفاع درجة حرارة الجزء المصاب بالكدم .

- تغير لون الجلد في الجزء المصاب فيبدأ باللون الأزرق ثم الأخضر ثم اللون الأصفر ثم اللون الطبيعي

للجلد بعد الشفاء من الكدم .

- الحد من وظيفة العضلات المصابة وصعوبة تحريكها نتيجة الألم الشديد الناتج عن النزيف الداخلي و الورم الذي يضغط بدوره على الالتهابات العصبية في منطقة الإصابة مما يسبب الألم المصاحب للحركة⁽²⁾ .

مضاعفات الكدم : يحدث في بعض الحالات إهمال علاج وتأهيل الكدمات مما ينتج عنه آثار جانبية يمكن أن نذكر منها ما يلي :

¹ - أسامة رياض : العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين ، ط1، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1999، ص113.

² - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص 34.

- التهابات وتقيح أو صديد داخل العضلات مما يستوجب التدخل الجراحي .
- تجمع دموي أو تجلط دموي يستدعي التدخل الجراحي هو كذلك .
- ضمور العضلات وضعفها عند إهمال التمرينات العلاجية .

ب/ الشد والتمزق العضلي : يعتبر الشد والتمزق العضلي من الإصابات الرياضية الهامة التي يمكن أن يتعرض لها اللاعب لأنها تعتبر من إصابات العضلات التي تعد الأداة المنفذة لمتطلبات الأداء الحركي . القطع أو التمزق العضلي يمكن حدوثه أثناء العمل العضلي البدني في الملاعب أو في أوقات الراحة ، ويحدث جزئياً أو كلياً في داخل جسم العضلة المصابة أو عند منشأ العضلة .

تعريف الشد والتمزق العضلي : هو شد أو تمزق للعضلات أو الأوتار العضلية أو الكيس المغلف للعضلات نتيجة لعدم قدرة انقباض العضلة بالقدر المناسب لمقاومة قوة خارجية لحظة وقوعها أو بسبب القيام بحركة مفاجئة أو القيام بمجهود كبير والعضلة غير مستعدة لذلك .

أسباب الشد والتمزق العضلي : هناك عدة أسباب يمكن أن تؤدي إلى الشد أو التمزق العضلي ومن بين هذه الأسباب نحد ما يلي :

- الانقباض العضلي الشديد والمفاجئ .
- القيام بمجهود عضلي أكبر من قدرة تحمل العضلات .
- عدم التنسيق في تدريب المجموعات العضلية .
- إهمال الإحماء وعدم التهيئة اللازمة للعضلات قبل القيام بالنشاط البدني الرياضي .
- القصر التشريحي للعضلات وعدم مطاقتها بما يتلاءم مع متطلبات النشاط البدني الرياضي .
- إشراك اللاعب في الأداء وهو غير مكتمل الشفاء من إصابة مماثلة .
- إشراك اللاعب وهو مريض ببعض الأمراض مثل الإلتهاب العضلي ، تصلب الشرايين إلخ .
- تلقي ضربة شديدة ومباشرة للعضلة إلى درجة تؤدي إلى التمزق العضلي⁽¹⁾ .

درجات التمزق العضلي : يمكن تمييز نوعين من التمزق العضلي هما :

- التمزق العضلي البسيط (الشد العضلي) : وهو الذي يحدث في الكيس المغلف من الخارج (الغشاء الليفي الرقيق) وفيه يستمر اللاعب في الأداء ولكنه قد يشعر بألم بسيط بعد ذلك .
- التمزق العضلي الشديد :

وهو يحدث في الألياف العضلية ذاتها أي في جسم أو بطن العضلة أو في وتر العضلة أو في أي جزء فيها وفيه يشعر اللاعب بتوتر أو تقلص مكان الإصابة ويفقد القدرة على الحركة كلياً أو جزئياً بحسب كمية الألياف الممزقة ولا يستطيع اللاعب الاستمرار في الأداء⁽²⁾ .

¹ - أسامة رياض : العلاج الطبيعي وتأهيل الرياضيين ، ص 125

² - زنب العالم : مرجع سابق ، ص 122 .

أعراض التمزق العضلي : تظهر أعراض التمزق العضلي على النحو التالي :

- ألم شديد في مكان الإصابة ويكون بسيط في حالة الشد العضلي بينما يكون شديد كالشعور بقطع آلة حادة كما في حالة التمزق العضلي .
- عند التمزق العضلي يمكن سماع صوت فرقة أو فرك في العضلة وذلك لحظة تعرضها للإصابة .
- فقدان العضلة لقدرتها على الأداء الحركي ، وقد يكون هذا فقدان جزئي أو كلي تبعاً لشدة التمزق .
- تشكل ورم في مكان الإصابة .
- إصابة الأنسجة الضامة بين الألياف العضلية .
- حدوث نزيف داخلي مفاجئ ويتوقف حدوثه هو كذلك على حسب شدة التمزق العضلي .
- في حالة التمزق الكامل يمكن رؤية فجوة مكان الإصابة وجسها ، وعند الانقباض يتكور الجزء العلوي تحت الجلد⁽¹⁾ .

العضلات الأكثر عرضة للتمزقات العضلية : تنقسم المجموعات العضلية المسؤولة عن الأداء الحركي في نشاط بدني ما إلى قسمين :

المجموعات العضلية الرئيسية والتي يلعب الدور الأساسي في الأداء الحركي و المجموعات العضلية المساندة التي تعمل على مساعدة المجموعات العضلية السابقة على إتمام الأداء الحركي ، لذلك فإن كل رياضة تنتشر فيها أنواع معينة من التمزقات العضلية تختلف عن الرياضيات الأخرى ورغم ذلك نجد أن بعض المجموعات تكون أكثر عرضة للتمزقات العضلية مقارنة بالمجموعات الأخرى ومن بين هذه المجموعات نجد ما يلي :

- مجموعة عضلات الكتف وخاصة العضلة الدالية وتكثر إصابتها بالشد و التمزق العضلي في رمي الرمح ودفع الجلة في ألعاب القوى وأيضاً في الملاكمة و الكرة الطائرة وغيرها .
- العضلة المنحرفة المربعة وخاصة رياضة الجمباز والمصارعة .
- مجموعات عضلات البطن وتكثر إصابتها في رياضيات رفع الأثقال وشد الحبل وقد تحتاج بعض إصابات تمزق البطن الشديدة إلى إجراء الجراحة .
- مجموعة عضلات الظهر وتكثر إصابتها بالتمزق في رياضيات الجمباز و كرة اليد و كرة القدم وغيرها والرمي في ألعاب القوى .
- تمزق العضلة ذات الأربع رؤوس الفخذية وتكثر إصابتها في رياضة كرة القدم وكذلك مع لاعبي الجري والحاجز والوثب والقفز⁽²⁾ .

- مجموعة عضلات الفخذ وتكثر إصابتها لدى لاعبي الوثب الطويل والعالي والعدائين في ألعاب القوى .

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 123 .

² - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص 45 .

• العضلة التوأمة (سمانة الساق) وتكثر الإصابة بما لدى لاعبي الجري وأيضا في الألعاب التي يكثر فيها استخدام الساقين مثل كرة القدم والسلة واليد إلخ . هذا بالإضافة إلى العضلات الرقيقة الأصابع ومشط اليدين و باطن القدم ويصاب بها غالبا لاعبو المبارزة والرمي في ألعاب القوى⁽¹⁾.

الفرق بين التمزق العضلي و التصلب العضلي : التمزق العضلي يصيب في غالب الأحيان الألياف العضلية بشكل عرضي ويصاحب بتوقف النشاط الكهربائي بالجزء المصاب من العضلة ، بينما التصلب العضلي يصيب الألياف العضلية بشكل طولي ويصاحب بزيادة واضحة في النشاط الكهربائي بالجزء المصاب من العضلة⁽²⁾.

7-6-3- إصابات الجهاز العظمي : يعتبر الجهاز العظمي من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان فهو يمثل القاعدة التي تبنى عليها الأجهزة الأخرى فالخ الذي يتحكم في حركات الإنسان وتفكيره وما إلى ذلك يحمي معظم الجمجمة ، كما أن العضلة التي يوعز لها المخ بالتحرك لا يمكنها القيام بذلك لولا وجود العظم الذي تثبت عليه . وباعتبار أن الجهاز العظمي يمثل الجزء الرئيسي في الجهاز الحركي للإنسان فإن سلامته تعد من متطلبات الأداء الحركي في الأنشطة البدنية والرياضية تعد كسور العظام من الإصابات الرياضية الأكثر انتشارا في الوسط الرياضي إذ يلزم هذا النوع من الإصابات

كل الرياضيات تقريبا ، لذلك فإنه من الضروري دراسته والوقوف على الأسباب المؤدية إليه وذلك من أجل الوقاية منه قدر الإمكان⁽³⁾.

7-6-3-1 - الكسور : العظمة السليمة لا تنكسر إلا تحت ضغط قوي فإذا كانت الإصابة غير قوية بالدرجة الكافية فإنه يحدث كدم للعضلة الذي ينتج عنه ورم مكان الإصابة وألم شديد ، كما يمكن أن يؤدي إلى عدم المقدرة على تحريك العظم المصاب أما إذا كانت الإصابة شديدة فإنها تؤدي إلى كسر العظم .

تعريف الكسر : هو عبارة عن قطع أو تملك في الاتصال العظمي يؤدي إلى تحزو العظم إلى جزأين أو أكثر . كما يمكن تعريفه على أنه انفصال للعظمة بعضها عن بعض إلى جزأين أو أكثر بسبب قوة خارجية عنيفة .

أسباب الكسور : هناك عدة أسباب يمكن أن تؤدي إلى الكسور منها الأسباب العامة التي تخص كل الأفراد ومنها الأسباب الخاصة بالمجال الرياضي وهي ما يهمنا . من الأسباب المؤدية إلى الكسور في المجال الرياضي بحد مايلي :

- قوة خارجية تؤدي إلى صدمة شديدة تصيب العظمة مسببة الكسر .
- سقوط الجسم وإصابة مباشرة فيحدث الكسر مكان الإصابة أو إصابة غير مباشرة مثل سقوط اللاعب و استناده على اليد فيحدث الكسر في الترقوة مثلا .

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 123 .

² - أسامة رياض : الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب ، دار الفكر العربي ، القاهرة، مصر، 2000 ، ص 31

³ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 78 .

أنواع الكسور : هناك قسمين لأنواع الكسور إذ يمكن تقسيمها على حسب السبب المؤدي إلى الكسر كما يمكن تقسيمها على حسب شكل الكسر (وذلك بعد معاينتها بصور الأشعة)⁽¹⁾.

أنواع الكسور من حيث السبب : تنقسم الكسور من حيث السبب إلى ثلاثة أقسام أساسية هي :

- الكسر الإصابي .
- الكسر المرضي .
- الكسر الإجهادي .

الكسر الإصابي : يحدث الكسر الإصابي نتيجة إصابة أو حادث أو السقوط من مكان مرتفع على العظام أو الضرب المباشر على العضو ويكن تقسيم الكسر الإصابي إلى نوعين هما :

• **كسر إصابي مباشر :** ويحدث نتيجة ((الضرب على العضو مباشرة)) ولهذا فإن كمية الإصابة في الأنسجة الرخوة مثل الجلد والعضلات تكون كبيرة ، وغالبا ما يكون الكسر الإصابي المباشر من الكسور المضاعفة . وفي الكسر الإصابي المباشر إذا كانت الإصابة أو الصدمة على عضو به عظمتان متجاورتان مثل الكعبرة والزند في الساعد أو القصبه والشظية في الساق فإن الكسر يكون في مكان واحد من العظمتين هو مكان الضرب أو الصدمة القوية المباشرة .

• **كسر إصابي غير مباشر :** ويحدث في مكان بعيد عن الإصابة مثل الوثب أو السقوط من مكان مرتفع على القدمين فيحدث كسر في قاع الجمجمة أو العمود الفقري مثلا ولا يحدث الكسر في القدمين ولهذا يسمى كسر غير مباشر ومن أمثلته أيضا السقوط و الارتكاز على راحة اليد في المرفق فيحدث الكسر في الترقوة أو الكسر مع الخلع في أحد العظام المكونة لمفصل الكتف .

الكسر المرضي : وهو الكسر الناتج عن إصابة العظام بمرض أدى إلى ضعفها وجعلها سهلة الكسر حتى عند القيام بمجهودات بسيطة ومن الأمراض المؤدية إلى هذا النوع من الكسور نحد مايلي :

- وجود التهابات بالعظام .
- أورام العظام سواء كانت الحميدة منها أو الخبيثة .
- زيادة إفراز الغدة فوق الدرقية (المسؤولة عن تنظيم نسبة الكالسيوم في الدم) .
- الشلل المزمن يؤدي إلى ضمور العضلات⁽²⁾ .
- تشكل حويصلات في العظام (نكروز العظام) .
- نقص الكالسيوم وفيتامين (د) في بعض حالات لين العظام

¹ - حياة عماد روفائيل : مرجع سابق ، ص 78 .

² - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق، ص57.

الكسر الإجهادي : وهو الكسر الذي ينتج عن زيادة في بذل الجهد ، بحيث تكون العظام سليمة في بادئ الأمر ولكن نتيجة للجهد المتكرر والزائد عن طاقتها تصاب بالكسر . ويحدث غالبا للعظام الصغيرة المجاورة لمفاصل رقيقة أو ضعيفة ويكثر الكسر الإجهادي بصورة خاصة عند الرياضيين مثل حدوث كسر في عظام مشط القدم عند لاعبي المسافات الطويلة .

أنواع الكسور من حيث شكل الإصابة : اعتمادا على الأشعة مثل أشعة X يمكن تحديد شكل الكسر ونوعه ويوجد نوعان أساسيان من هذه الكسور هما : الكسور الكاملة و الكسور غير الكاملة .

الكسور الكاملة : وهي الكسور التي ينتج عنها انفصال كلي في العظام ومن أمثلتها :

- الكسر المستعرض : ويحدث نتيجة الإصابة مباشرة شديدة .

- الكسر المائل : ويحدث نتيجة الإصابة غير مباشرة .

مر الحلزوني : ويحدث نتيجة لإصابة غير مباشرة .

الكسر المتفتت : وهو الكسر الذي ينتج عنه شظايا عظمية صغيرة و متفتت .

- الكسر المندغم : وهو الكسر الذي ينتج عنه اندغام لطرفي العظم الذي تعرض للكسر .

- الكسر الطولي : وهو الكسر الذي ينتج عنه شق طولي في إحدى العظام .

الكسور غير الكاملة : وهذا النوع من الكسور لا ينتج عنه انفصال كلي لطرفا العظمة ، حيث يقتصر الكسر على إحدى قشري العظمة في جانب واحد بينما يبقى الجانب الآخر سليما ويوجد نوعان من الكسور غير الكاملة هما : الكسر الشرخي و كسر العود الأخضر الذي يحدث نتيجة للناشئين بسبب ليونة ومرونة عظامهم ويحدث في العظام المرنة ذات السطح المحدب والتي لم يكتمل تكلسها تماما ويتشابه مع كسر الغصن الأخضر من الشجرة إذ ينكسر من الناحية المحدبة ويظل متماسك في الجهة المقعرة⁽¹⁾ .

أعراض الكسور : عندما يتعرض اللاعب للكسر فإن ذلك يصاحب بجملة من الأعراض الموضعية التي تحدث في مكان الإصابة وأعراض عامة يمكن ملاحظتها في كل الجسم ومن بين الأعراض (سواء الموضعية أو العامة) يمكن أن نذكر ما يلي :

- شعور بألم شديد .موضع الكسر خصوصا عند تحريك العضو .
- ظهور ورم وكدم وازرقاق تدريجي في الجلد نتيجة تمزق الأوعية الدموية والأنسجة المصابة .
- عدم القدرة على تحريك العضو المصاب .
- وجود تشوه في شكل العظمة المكسورة إذ يتخذ شكل غير طبيعي .
- إمكانية تحريك العظمة في مكان لا يصح أن توجد فيه حركة حيث لا يوجد مفصل حقيقي .
- سماع تكتكة عند تحريك الكسر ، ويجب عدم الإكثار من محاولة سماعها حتى لا تزيد من تمزق الأنسجة .

¹ - زنب العالم : مرجع سابق ، ص 34

• شدة الحساسية إذا ضغطنا بالأصبع على مكان الكسر مع زيادة الألم⁽¹⁾.

7-6-4- إصابات الجهاز المفصلي : تعد إصابات الجهاز المفصلي من الإصابات الهامة والكثيرة الانتشار في الوسط الرياضي نظرا لأن حركة الإنسان بشكل عام وحركة الرياضي بشكل خاص تعتمد على الحركات الأساسية التي يقوم بها المفصل لذلك فإن أي إصابة لهذه المفاصل ستؤثر لا محالة على الأداء الحركي للأنشطة البدنية والرياضية . وفيما يلي أهم الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الجهاز المفصلي :

كدم المفاصل : يحدث نتيجة الإصابة مباشرة وينتج عنه غالبا نزيف في المحفظة الزلالية ويعتبر كل من مفصلا الركبة والمرفق الأكثر عرضة للكدمات .

أعراض كدم المفاصل : من أعراض كدم المفاصل بحد ما يلي :

- حدوث ألم وورم وتغير لون الجلد .
- ارتفاع درجة حرارة العضو .
- عدم القدرة على تحريك المفصل .
- خروج السائل الزلالي المكون للمفصل حيث يضاف إلى ارتشاح يحدث للسائل الدموي محدثا الورم في المفصل⁽²⁾.

الجزع المفصلي (تمزق أربطة المفصل) : يعد من أكثر الإصابات الرياضية شيوعا ومن النادر أن تصادف لاعبا لم يتعرض إطلاقا للجزع.

تعريف الجزع : هو عبارة عن مط أربطة المفصل أو تمزقها جزئيا أو كليا نتيجة حركة عنيفة في اتجاه معين. كما يعرف على أنه خروج الأوجه المفصالية عن حدودها الطبيعية للحركة والعودة سريعا ، مما يسبب شد شديد في الأربطة المفصالية ينتج عنه تقطع جزئي أو كلي في الأربطة ، نتيجة أداء حركي متجاوز الحدود مدى المفصل كحركات الثني أو المد الزائد و الإلتواءات التي تتجاوز في مداها الطبيعي لحركة المفصل⁽³⁾.

المفاصل الأكثر عرضة للجزع : يعد كل من مفصل القدم ومفصل رسغ اليد من أكثر المفاصل عرضة للجزع ويرجع ذلك إلى كثرة العظام والأربطة في تركيبهما .

أعراض الجزع (الملخ) : عندما يتعرض اللاعب للجزع فإن ذلك يصاحب بجملة من الأعراض نوجزها كالتالي :

- ألم شديد للمفصل نتيجة تمزق المحفظة الليفية بما فيها من أربطة وأنسجة حول المفصل .
- يزيد الألم إذا ما تم الضغط على الرباط المصاب وينزل عند الضغط على العظام المحاورة .

¹ - الحياة عياد روفائيل : مرجع سابق ، ص 78.

² - الحياة عياد روفائيل : مرجع سابق ، ص 95

³ - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص 41.

• يزيد الألم إذا ما حدثت الحركة في اتجاه الحركة التي سببت الجزع وينزل الألم إذا ما حدثت الحركة في عكس اتجاه الحركة التي سببت الجزع.

- ورم مكان الإصابة ، ويحدث هذا الورم في الحال إذا كان الجزع شديدا وقد يستمر حدوثه خلال اليوم الأول للإصابة ويتشكل هذا الورم نتيجة للإرتشاح الدموي حول المفصل .
- قد يحدث تغير في لون الجلد مكان الإصابة إذا كان الإرتشاح الدموي شديدا .
- ارتفاع طفيف في درجة حرارة المفصل المصاب⁽¹⁾.

3 - 4 - الخلع المفصلي : تحدث هذه الإصابة نتيجة ضربة قوية لأحد العظمتين المكونتين للمفصل أو لكليهما ، وتعد هذه الإصابة من الإصابات الخطيرة في حال تم إهمال علاجها .

تعريف الخلع المفصلي : الخلع هو خروج وانتقال لإحدى العظام المكونة للمفصل بعيدا عن مكانها الطبيعي .

أنواع الخلع المفصلي : هناك عدة أنواع للخلع من المفصلي هي :

- الخلع الكامل : أي انتقال تام للسطوح المفصالية بعضها عن بعض .
- الخلع غير الكامل : وهو تباعد السطوح المفصالية (شد في الأربطة) .
- خلع و رد : وهو تباعد السطوح المفصالية ورجوعها إلى حالتها الطبيعية .
- خلع مصحوب بكسر : لإحدى العظام المكونة للمفصلة⁽²⁾.

أعراض الخلع المفصلي : من أعراض الخلع المفصلي يمكن ذكر الآتي :

- ألم حاد في منطقة الخلع والمناطق المحيطة به .
- عجز كامل أو جزئي عن الحركة .
- تغير وانتفاخ في منطقة المفصل و يمكن أن يصحب الخلع المفصلي بكسر في إحدى العظمتين أو جرح فوق منطقة الإصابة .

أعراض كدم الركبة : تتلخص أعراض كدم الركبة في النقاط التالية :

- ألم شديد نتيجة تراكم السوائل بالمفصل .
- نزيف دموي في تجويف المفصل .
- يمكن أن ينشأ عن كدم الركبة التهاب الكيس الزلالي أمام الرضفي⁽³⁾.

علاج كدم الركبة : يتم علاج كدم الركبة وفق الخطوات التالية :

- عمل كمادات باردة على مفصل الركبة و الركون إلى الراحة .
- الحد من النشاط الحركي حوالي 24 ساعة أو 48 ساعة على حسب شدة الإصابة ولا تستعمل

¹ - د. عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب واللاعب في الإصابات الرياضية (الوقاية والعلاج)، مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر، الإسكندرية ، 1986، ص 244

² - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص 79.

³ - علي جلال الدين : الإصابة الرياضية ((الوقاية والعلاج)) ، ط02، القاهرة ، 2005، ص206.

الحرارة الموضعية أو التدليك أو التمرينات نهائيا إلا بعد 48 ساعة .

• عمل رباط ضاغط على المفصل المصاب .

• تدليك الكدم بالمراهم الطبية مثل مرهم هيموكلار .

ورم مفصل الركبة : ليس المقصود بهذه التسمية اسم مرض معين وإنما هي ظاهرة تحدث كرد فعل طبيعي للإصابة في المفصل (مثل كدم الركبة - شد في الأربطة - شد في العضلات - تمزق أربطة أو كسر أحد العظام داخل المفصل) ورد الفعل هو علامة لإصابة مفصل الركبة والتي قد يتكون ارتشاح أو انسكاب دموي أو كليهما . كما تسبب العودة للملاعب بدون احترام لفترات الراحة للإصابة السابقة في مفصل الركبة أو الضغط أعلى من قدراتها المفصليّة إلى تكرار الإصابة وحدوث الإرتشاح الدموي بصفة مزمنة.

- **أعراض ورم مفصل الركبة :** تتمثل أعراض ورم مفصل الركبة في النقاط التالية :

• زيادة الضغط داخل المفصل .

• التأثير على الدورة الدموية و اللمفاوية ، والألم الحاد يقلل من القدرة على استخدام المفصل و بالتالي تضرر العضلات وتضعف .

• يسبب أحيانا تقلص وانقباض للعضلات .

• قد تتكون أنسجة مختلفة مغايرة في المفصل .

• الإعاقة والحد من الحركة الطبيعية للمفصل (وهي المد والثني) .

التواء الركبة :

تعريف التواء الركبة : هو تمدد أو تمزق جزئي أو كامل في رباط أو أكثر من الأربطة السبعة التي تثبت مفصل الركبة والأربطة الخاصة ويحدث التمزق في الأربطة تبعا لميكانيكية الإصابة⁽¹⁾.

أسباب التواء الركبة : التواء الركبة ناتج عن حركة غير عادية للمفصل أدت إلى زيادة العبء الواقع على الأربطة أو أن الأربطة حاولت أن تتصدى لهذا العبء الناتج عن تلك الحركة غير العادية وهنا بالطبع ونتيجة لذلك سوف تؤدي هذه الحركة إلى إصابة الأربطة التي اشتركت في تلك الحركات بدرجات مختلفة وهذه الحركة من الممكن أن تكون من أي اتجاه البعيد ، التقريب ، المد غير العادي للمفصل ، دوران سواء ذلك للدخل أو للخارج أو للأمام أو الخلف ، ترحزح أو احتكاك أو معظم الحالات السابقة معا⁽²⁾.

تصنيف التواء الركبة : تصنف إلتواءات الركبة حسب شدتها إلى ثلاثة درجات هي :

- **التواء الركبة من الدرجة الأولى :** (تمدد الأربطة أو تمزق في بعض الألياف الرابطة) .

- **التواء الركبة من الدرجة الثانية :** (تمزق عدد كبير من الألياف العضلية) .

- **التواء الركبة من الدرجة الثالثة :** (تمزق كامل في الأربطة) .

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 168

² - سمعة خليل محمد : مرجع سابق ، ص 182

أعراض التواء الركبة : تختلف أعراض التواء الركبة حسب درجة الإصابة ، وعموماً فإن الأعراض المصاحبة لالتواء الركبة تكون كالتالي :

• **الدرجة الأولى :**

- تيبس بسيط مع ليونة المفصل في الداخل .
- قوة المفصل و مستواه الحركي لا تتأثر كثيراً .
- تورم قليل .

. **الدرجة الثانية :**

- تيبس معتدل وعدم القدرة على تمطيت الساق .
- عدم القدرة على وضع مقاومة عليها .
- عدم ثبات الساق .
- تورم قليل أو قد يحدث ألم على طول المفصل في الداخل مع ضعف المفصل .

• **الدرجة الثالثة :**

- ألم موضعي وليونة داخل المفصل .
- فقدان الثبات في الجزء الداخلي للركبة (قد تتجه الركبة اتجاه ما) .
- تورم معتدل إلى قليل .
- يمكن ملاحظة فتحة داخل الركبة بين عظم الفخذ و الشظية تحت الجلد (هذا بسبب فصل الأربطة للعظمتين إلى جزأين مفصولين) .
- **إصابة الغضاريف الهلالية :**

تقع الغضاريف الهلالية في مفصل الركبة بين عظم القصبة والفخذ ويوجد في كل ركبة غضروفين هلاليين واحد داخلي و الآخر خارجي يعملان على تثبيت مفصل الركبة وحمايته من الصدمات الخارجية، وتكثر إصابة الغضاريف الهلالية لدى لاعبي كرة القدم والسلة ولدى لاعبي كرة الطائرة وفي ألعاب القوى أثناء الرمي⁽¹⁾.

دور الغضاريف الهلالية : يتمثل دور الغضاريف الهلالية فيما يلي :

- تثبيت مفصل الركبة .
- تساعد على نشر السائل الزلالي على السطوح المفصليّة مما يساعد على سهولة حركتها وكذا تغذيتها .
- يملأ الفراغ الموجود بين عظمي المفصل .
- يساعد على امتصاص الصدمات التي تقع على المفصل كما تعمل على زيادة تقعر السطح العلوي العظم القصبة وهذا يساعد على ثبات المفصل.

¹ - سمعة خليل محمد : مرجع سابق ، ص 182

• ترتبط الغضاريف تشريحياً بعظم القصبية ووظيفياً تتحرك مع عظم الفخذ⁽¹⁾.
 أسباب إصابة الغضاريف الهلالية : السبب الرئيسي لإصابة الغضاريف الهلالية هو أن يكون اللاعب محملاً على الطرف السفلي مع ثني خفيف المفصل الركبة مع حدوث لف ودوران للداخل أو الخارج مما يؤدي إلى انزلاق الغضروف داخل المفصل ثم مع حركة مد مفصل الركبة ينحسر الغضروف بين عظمتي الفخذ والقصبية فينتج عن ذلك تمزق الغضروف .

أعراض إصابة الغضاريف الهلالية : تكون الأعراض تدريجية وتظهر بالشكل التالي :

- ألم في الجزء الداخلي لمفصل الركبة أثناء النشاط الرياضي .
- ألم على طول المفصل عند الضغط وعلى الجزء الداخلي .
- صوت في المفصل (بسبب تمزق جزء من الغضروف الملاصق لعظم الفخذ) .
- ليونة عند الضغط الشديد على طول المفصل في الجزء الداخلي .
- ألم وصوت عند ميلان الرجل أو أسفل الساق نحو الخارج والركبة مثنية .
- ضعف العضلة الرباعية⁽²⁾ .

5-6-7- إصابات عظم الردفة: يعد عظم الردفة مكوناً هاماً في مفصل الركبة ويقوم بعدة وظائف من بينها إعطاء الركبة الشكل الطبيعي وزيادة السطوح الميكانيكية لمفصل الركبة وتقليل الاحتكاك بين العضلة والمفصل . أسباب إصابة عظم الردفة : تنتج إصابة عظم الردفة من إصابة مباشرة كالسقوط المباشر على مفصل الركبة أو إصابة غير مباشرة نتيجة الانقباض العضلي الشديد.

أعراض إصابات عظم الردفة: تتمثل أعراض إصابات عظم الردفة فيما يلي :

- ألم شديد على السطح العلوي للردفة .
- ورم وازرقاق .

- عدم القدرة على فرد مفصل الركبة وخاصة ضد الجاذبية .
- وجود فجوة عند جس عظمة الردفة .

علاج إصابات عظم الردفة : يتم علاج إصابات عظم الردفة بإتباع الخطوات التالية :

- عمل صورة بالأشعة للتأكد من نوع الإصابة .
- في حالة الكسر المتفتت تعمل عملية لاستئصال عظم الردفة وعمل خياطة للعضلة ذات الأربعة الرؤوس في وترها⁽³⁾ .
- توضع الركبة على جبيرة لمدة 3 إلى 4 أسابيع .

¹ - سمعية خليل محمد : مرجع سابق ، ص 188 .

² - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 169

³ - زينب العالم : المرجع نفسه ، ص 172 .

• في حالة الكسر المستعرض لعظم الردفة يعمل استئصال جزئي لعظم الردفة وتوضع الركبة على جبيرة لمدة 3 إلى 4 أسابيع .

• عندما يكون التمزق غير كامل يثبت مفصل الركبة وهي مفرودة لمدة 3 إلى 4 أسابيع وفي هذه الفترة يشجع المصاب على عمل التمرينات العلاجية وبعد ذلك يفك الجبس أو البلاستر ويبدأ بعمل التدليك والحمامات الساخنة وذلك لإعادة الحركة الطبيعية للمفصل.

وفي حالات التمزق الكامل تعمل عملية الخياطة الوتر ، وتوضع الركبة على جبيرة لمدة 3 إلى 4 أسابيع ويتبع العلاج الطبيعي وذلك أثناء وضع الجبيرة وبعد فكها⁽¹⁾.

6-6-7- إصابات الكتف : تعد إصابات مفصل الكتف ولا سيما إصابات الاستخدام المفرط الناتجة عن الحركات المتكررة (مثل حركات الرمي والدفع) شائعة الحدوث في الألعاب الرياضية ، وغالبا ما يتم تشخيص هذه الإصابات على نحو خاطئ نظرا لتمييز الكتف ببنية تشريحية معقدة وتداخل أعراضها إصابات الكتف المتنوعة، إضافة إلى أن عملية تأهيل الكتف تعد عملية صعبة التحقيق نظرا لكثرة حركاته المعقدة وارتباطه بالعديد من العضلات التي يجب إعادة تنشيطها مما يتطلب وقتا طويلا . وفيما يلي أهم الإصابات الرياضية التي يمكن أن يتعرض لها الكتف⁽²⁾:

كسر عظم الترقوة : تعتبر إصابة كسر عظم الترقوة من الإصابات الشائعة في إصابات الجهاز الحركي ويمكن أن يكون سبب الإصابة هو :

- سقوط مباشر على عظم الترقوة .
- قوة خارجية على العظم .

• السقوط على جانب الجسم أو السقوط على اليد وهي مفرودة أو مثنية .

أعراض كسر عظم الترقوة : تتمثل أعراض كسر عظم الترقوة فيما يلي :

- ألم شديد خاصة عند اللمس حول الكسر مع ورم .
- ظهور صوت عند الحركة نتيجة احتكاك النهايات العظمية المكسورة .
- العجز الحركي لمنطقة الكتف حال وقوع الإصابة .

خلع عظمة الترقوة : غالبا ما يحدث خلع الترقوة نتيجة الإصابة مباشرة ويمكن أن يحدث خلع كامل أو غير كامل .

أعراض خلع عظمة الترقوة : تظهر أعراض خلع عظمة الترقوة على النحو التالي :

- ألم شديد .
- توتر بعضلات الصدر . : تشوه واضح وذلك بخروج حماية عظم الترقوة فوق مفصل الكتف .

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 174

² - سمعة خليل محمد : مرجع سابق ، ص 54.

- الإحساس بالألم الشديد عند جس الجزء المصاب من الترقوة.
- **كسر عظم لوح الكتف** : تحدث نتيجة لخبطة شديدة ومباشرة على عظم اللوحة .
- **أعراض كسر عظم لوح الكتف** : تظهر أعراض كسر عظم لوح الكتف على النحو التالي :
- ألم شديد في مكان الإصابة .
- توتر على مستوى عضلات منطقة الكتف و الصدر .
- فقدان القدرة على تحريك مفصل الكتف .
- **كسور عنق العضد** : تنقسم كسور عنق العضد إلى قسمين هما (1):
- كسور بالعنق التشريحية لعظم العضد (نادرة الحدوث) وكسور بالعنق الجراحية لعظم العضد (شائعة الحدوث)
- تنتج كسور العنق الجراحية لعظم العضد عن إصابة مباشرة كالسقوط على جانب الكتف أو نتيجة للسقوط على الكوع أو السقوط على اليد وهي مفردة وتشمل كسور العنق الجراحية لعظم العضد ثلاثة أنواع أساسية هي :
- كسور شرجية .
- كسور مع تحرك للخارج .
- كسور مع تحرك للداخل . وفي هذا النوع من الكسور يجب عمل علاقة للذراع وينقل المصاب للمستشفى في حالة الكسر الشرجي يكتفي بعمل علاقة على الرقبة لمدة (2-3) أسابيع في حالة الكسور مع تحرك العظم للداخل أو الخارج يصلح الكسر تحت مخدر عام ثم يثبت الكسر بعمل مشمع لاصق حول الصدر والعضد لمدة 3 أسابيع مع وضع الذراع في علاقة . وعادة يبدأ علاج مثل هذه الحالات من اليوم الثاني بعد التثبيت إذ أن ذلك يساعد في سرعة التئام الكسور وذلك للعمل على تقصير فترة العلاج والعمل على إعادة الحركة الطبيعية للمفاصل المصابة وكلما كان العلاج الطبيعي مبكرا يكون أفضل.
- **كسور عظم العضد** : تعتبر من الإصابات الكثيرة الحدوث و قد تنتج عن إصابة مباشرة أو إصابة غير مباشرة .
- **أعراض كسور عظم العضد** : تظهر أعراض كسور عظم العضد على النحو التالي :
- ألم شديد مكان الكسر .
- حدوث خشخشة عند تحريك الكسر .
- تشوه في عظمة العضد .
- فقدان العضد لوظيفته .
- تشكل ورم حول منطقة الإصابة .
- **خلع مفصل الكتف** : خلع مفصل الكتف كثير الانتشار بين البالغين عامة والرياضيين خاصة ويحدث نتيجة لخروج رأس العظم من الحفرة العنابية في عظم لوح الكتف ، ويمكن أن يكون :

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 145.

- خلع أمامي : وهو شائع الحدوث ويكون سببه إصابة مباشرة من خلف مفصل الكتف⁽¹⁾
- خلع خلفي : أقل انتشارا مقارنة بالنوع الأول وينتج عن سقوط على راحة اليد وهي ممدودة أمام
- خلع مستقيم (أسفل لوح الكتف) : نادر الحدوث وعادة يحدث عند السقوط على راحة اليد وهي بعيدة عن الجسم .

أعراض خلع مفصل الكتف : تتلخص أعراض خلع مفصل الكتف في النقاط التالية :

- يعان المصاب ألما شديدا بمفصل الكتف والعجز عند تحريكه .
 - عادة ما يقوم المصاب بتثبيت الطرف المصاب بالخلع باليد الأخرى السليمة .
 - أقل حركة في المفصل تسبب شعورا بالألم .
 - أثناء الفحص الطبي يلاحظ تشوه بمفصل الكتف .
- 7-6-7- إصابات رسغ اليد :** إصابات رسغ اليد من الإصابات الشائعة في المجال الرياضي لدى الأطفال والبالغين و تتميز إصابات الرسغ بأعراض خفيفة وغير خطيرة مما يصعب تشخيصها على نحو صحيح ، لكن في المقابل نجد أن عواقبها خطيرة فيما لو تم إهمال علاجها .

التواء الرسغ : التواء الرسغ إصابة شائعة الحدوث وخاصة في أنواع الرياضيات التي تتطلب استعمال اليدين بكثرة ويرجع سبب هذه الإصابة غالبا إلى حركة مفصل الرسغ الزائدة عن مداه الطبيعي ، كما أنها يمكن أن تحدث نتيجة الإصابة غير مباشرة مثل السقوط على راحة اليد أو ظهر اليد أو نتيجة لرفع جسم ثقيل . يصنف إلتواء الرسغ حسب شدته إلى خفيف و متوسط و شديد :

- الالتواء الخفيف : وهو تمدد طفيف في الأربطة .
- الالتواء المتوسط : وهو تمزق جزئي للأربطة .
- الالتواء الشديد : و هو تمزق كلي للأربطة .

أعراض التواء الرسغ : تظهر أعراض التواء الرسغ على النحو التالي :

- ألم شديد .
- ورم .
- الحد من حركة المفصل .
- ارتفاع طفيف في درجة الحرارة .

علاج التواء الرسغ : يتم تثبيت المفصل برباط ضاغط لمدة (3-4 أسابيع) والعمل على تحريك الأصابع تفاديا لحدوث التيبس .

خلع الرسغ : وهو خروج عظام الرسغ من مكانها الطبيعي .

¹ - زنب العالم : مرجع سابق ، ص 147 .

- أعراض خلع الرسغ : تتمثل أعراض خلع الرسغ في النقاط التالية :
- تشوه جانب اليد أو مفاصل الأصابع، ويبرز على شكل نتوء أو تورم .
- ألم و التهاب وليونة في منطقة الرسغ مع فقدان مجال الحركة⁽¹⁾
- كسر العظمة الزورقية :** وهي شائعة الحدوث لحراس المرمى في كرة القدم ولاعبي القفز بالزانة في ألعاب القوى وهي عبارة عن كسر العظمة الواقعة في الجهة الخارجية من اليد .
- أعراض كسر العظمة الزورقية :** تظهر أعراض كسر العظمة الزورقية على النحو التالي :
- ألم عند فحص الجزء الخارجي لليد في مكان الإصابة .
- ألم بالجزء الخارجي لليد عند تحريك اليد في أي جهة .
- كسر العظمة الخطافية :** وتقع العظمة في الجهة الداخلية لليد وتصاب هذه العظمة بالكسر نتيجة الانضغاط بتأثير معين (مقبض مضرب التنس) .
- أعراض كسر العظمة الخطافية :** آلام متوسطة الشدة وتزداد شدتها عند الضغط ظهر اليد .
- 7-6-7- إصابات القدم :** تعد إصابات القدم من الإصابات كثيرة الحدوث في المجال الرياضي خاصة بين لاعبي كرة القدم وكرة السلة وكرة اليد وكل الرياضات التنافسية بشكل عام كما تنتشر هذه الإصابات عند اللاعبين الذين يعانون أصلا من تشوهات قوامية بالقدمين .
- يمكن تقسيم إصابات القدم حسب شدتها إلى ثلاثة أنواع هي :
- إصابات القدم البسيطة .
- إصابات القدم المتوسطة .
- إصابات القدم الشديدة .
- إصابات القدم البسيطة :** سببها تمزقات ميكروسكوبية بسيطة بالأربطة و الأوتار العضلية المحيطة بالقدم وقد لا يتذكر الرياضي المصاب حادث الإصابة ويتابع تدريبه أو مبارياته .
- أعراض إصابات القدم البسيطة :** تظهر أعراض إصابات القدم البسيطة على النحو التالي :
- ألم بسيط وقد يكون مباشرا في بعض الأحيان ولكن مدته قصيرة نسبيا .
- عجز بسيط عن المشي .
- يمشي المصاب بدون مساعدة أحد .
- عند لمس القدم نجد لها طبيعة طبيعية .
- لا توجد ارتخاءات أو حرية حركة زائدة للعظام وذلك دليل على عدم وجود تمزقات كبيرة أو كلية للأربطة .
- حركة الكاحل العكسية مع القصبة و الشظية طبيعية عند الفحص

¹ - زينب العالم : مرجع سابق ، ص 160 .

7-6-8- إصابات القدم المتوسطة : تحدث نتيجة لقطع جزئي لأربطة مفصل القدم خاصة الرباط الجاني

الوحشي أو قطع في الرباط الدالي لباطن القدم الداخلي .

أعراض إصابات القدم المتوسطة : يمكن تلخيص أعراض إصابات القدم متوسطة الشدة في النقاط التالية :

• آلام متوسطة الشدة .

• يزداد الألم عند الوقوف على القدم المصاب .

• تشكل ورم في المنطقة المصابة ، بالإضافة إلى حدوث نزيف داخلي بالقدم .

3 - 8 - إصابات القدم الشديدة : وتنتج عن قطع كامل للأربطة خاصة الرباط الجاني الوحشي أو الرباط

القصبي الشظي .

أعراض إصابات القدم الشديدة : عند إصابة القدم الشديدة فإن الأعراض المصاحبة لها تكون كالتالي :

• آلام حادة .

• عجز كامل عن الوقوف .

• حرية حركة زائدة للكاحل وعكسية مع القصبة .

• يمكن أن تصاحب هذه الإصابة بكسور للعظام .

7-6-9- إصابات الرأس : تعد إصابات الرأس من الإصابات الخطيرة والنادرة الحدوث وتحدث في بعض

أنواع الرياضيات عند ارتطام الرأس بجسم صلب ولعل ما دفعنا إلى التعرّيج على هذا النوع من الإصابات - رغم

ندرة حدوثها - هو مدى خطورتها على حياة اللاعب إذ تؤدي في حالة شدتها إلى وفاة اللاعب ، لذلك فهي

تتطلب تدخلا سريعا ولا بد للمدربين ومدرسي التربية البدنية أن يكونوا على علم بحديثات هذه الإصابة لكي

يكون تدخلهم بشكل إيجابي . وفيما يلي أهم الإصابات الحادة التي يمكن أن يتعرض لها الرأس⁽¹⁾ .

7-6-10- الإصابات الحادة للرأس :

ارتجاج المخ :

تعريف الارتجاج : هو حالة توقف لمعظم وظائف المخ لمدة لحظات عقب اصطدام الرأس بجسم صلب ويتميز

أساسا بالإغماء الوعدي والهبوط المفاجئ في جميع وظائف الجسم الحيوية وسرعة النبض واصفرار الوجه وارتجاء كامل

في العضلات وكذلك الأوعية الدموية ، ويبدو على المريض بموت اللون ، تنفس بطيء ودرجة حرارته أقل من

الطبيعي و الإنعكاسات العصبية مفقودة . وفي الحالات البسيطة غير المصحوبة بمضاعفات تتحسن حالة المريض

وتعود الوظائف الطبيعية تدريجيا في مدى ساعات وأيام وفي الحالات الشديدة تأخذ وقتا طويلا وقد تؤدي إلى

الوفاة .

¹ - أسامة رياض : الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، مرجع سابق ، ص 127.

أعراض ارتجاج المخ : تصنف الارتجاجات بصورة عامة إلى بسيطة ، متوسطة ، شديدة وذلك وفقا للأعراض التالية :

- الارتجاج البسيط : ويتميز بالأعراض التالية :

- عدم فقدان الوعي .
- ارتباك بسيط .
- فقدان الذاكرة بشكل مؤقت .
- صداع مع دوران غير ثابت .
- طنين .

- الارتجاج المتوسط : ويتميز بالأعراض التالية :

- ارتجاج معتدل في نفس اللحظة⁽¹⁾
- فقدان الوعي أو حدوث اضطراب لا يقل عن دقيقتين .
- فقدان الذاكرة ليس أقل من 3 دقائق وصداع معتدل .
- طنين ودوار وعدم الاستقرار .
- تشوش الرؤيا .

• هلوسة وغثيان وتستغرق معظم هذه الأعراض خمسة دقائق .

- الارتجاج الشديد : ويتميز بالأعراض الآتية :

- فقدان الوعي لأكثر من دقيقتين .
- صداع حاد ، غثيان ، دوار مع هلوسة .
- عدم الاستقرار . ويمكن أن تتكرر هذه الأعراض أو تزداد مع مرور الزمن⁽²⁾

الكدمة : وتعتبر من الإصابات الخطرة والتي تسبب نزيف و ورم محتمل في أنسجة الدماغ .

النزيف أو الورم الدموي : وهو نزيف أو تجمع دموي بين طبقات النسيج الذي يغطي الدماغ أو داخل الدماغ .

الكسر : وهو عبارة عن تحطم أو تصدع في عظم الجمجمة .

الأعراض العامة لإصابات الرأس الحادة : تنقسم الأعراض التي يمكن ملاحظتها عند إصابة الرأس الحادة إلى

قسمين : الأعراض الناتجة عندما يكون الرياضي واعيا و الأعراض الناتجة عندما يكون الرياضي فاقدًا لوعيه .

. الأعراض الناتجة عن إصابة الرأس الحادة لرياضي لم يفقد وعيه بعد :

- صداع وغثيان .

- الرؤية تكون مشوشة .

¹ - اسمعية خليل محمد : مرجع سابق ، ص 32.

² - سمعية خليل محمد : مرجع سابق، ص 34.

- يمكن أن تظهر أعراض أخرى كفقدان الذاكرة ، التلعثم بالكلام ، تشوه أو جرح في منطقة الإصابة بالإضافة إلى ظهور تشنجات وعدم تساوي لحدقتي العين مع استجابة غير ملائمة للضوء .
- الأعراض الناتجة عن إصابة الرأس الحادة لرياضي فاقد الوعي :
 - ضيق عملية التنفس .
 - نزيف مستمر من الأنف والفم والأذنين .
 - عدم انتظام ضربات القلب .

2- تعريف الإسعافات الأولية :

- الإسعافات الأولية هي مجموعة الإجراءات الفنية التي تتخذ في حالة تعرض شخص أو مجموعة أشخاص للإصابات البدنية المختلفة الخطورة . بهدف إنقاذ حياة الشخص المصاب (إبعاد خطر الموت المباشر الذي يهدد حياته) و كذلك بهدف تقليل مضاعفات الإصابة⁽¹⁾
- هي مجموع الأعمال التي تقدم لشخص أصيب بحادث طارئ أو نوبة مفاجئة لمرض قديم وذلك الدفع خطر الموت أو خطر إحداث عاهات . ويتضمن ذلك المساعدة التي يقدمها المسعف إلى حين وصول المساعدة الطبية ، كما يتضمن أيضا الاختيار الجيد للعبارات التي تعطي الثقة للمصاب وتجعله يتقبل المساعدة - . هي كل المساعدة التي تقدم للمصاب بعد حدوث الإصابة مباشرة بهدف تخفيف الألم الذي يحس به المصاب ولتلافي زيادة الضرورة⁽²⁾.

9- من هو المسعف:

- ف: هو الشخص الذي يقوم بالإسعاف الأولي ، ويكون على علم ودراية بالإسعافات الأولية وذا مهارة جيدة ، ويعرف ما عليه أن يعمل ، وما عليه أن لا يعمل و يتجنب الأخطاء ، ويدرك أن معرفته بالإسعافات الأولية وتطبيقاتها بشكل علمي سليم قد تعي إنقاذ حياة المصاب أو تخفيف آثار إصابته إلى الحد الأدنى .

10 -وظيفة المسعف:الأولويات حسب الترتيب هي :

- تجنب دائما تعريض نفسك للخطر .
- تأكد من أن المصاب بأمان من الخطر ، بنقله إذا لزم الأمر .
- فحص حالة المصاب وحدد إصابته .
- يقوم بعمل علاجي فوري عند الضرورة⁽³⁾
- لا تحاول القيام بالكثير وتذكر بأن المختصين يعرفون أكثر من المسعف الأولي العادي

¹ - عماد الدين شعبان: الإصابات الرياضية و إسعافاتها ، كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، 2006، ص15

² - المركز الوطني للمعلومات، الإسعافات الأولية ، الجمهورية اليمنية ، ص 2.

³ -Didier Gateau . les premiers secours. Nathan. france.2006.p4

- لا تحاول القيام بتشخيص دقيق لحالة المصاب لأن تشخيصا كهذا سوف يتم من قبل طبيب مؤهل بعد إدخال المصاب إلى المستشفى .
- لا تضع ضمادات غير ضرورية أو تعيق عملية الإسعاف بمعالجة حالات تافهة ، أعطاء الإسعاف الأولي الضروري فقط.

11- واجبات المسعف:

- حافظ على هدوئك قبل البدء بالإسعاف.
- بعد تلقي التعليمات من المسؤولية ابدأ بالعمل الفوري السريع دون إضاعة للوقت.
- يعتبر المصاب حيا إلا أن يثبت وفاته وأبعاده عن مصدر الخطر.
- تشخيص الإصابة عن طريق فحص المصاب ولا تتردد في طالب العون إذا لزم الأمر .
- عالج الإصابة الأكثر خطورة فالأقل⁽¹⁾

12- لأهمية الإسعافات الأولية :

مما لاشك فيه أن الإسعافات الأولية التي تتبع عقب أية إصابة أو حادثة تعتبر في غاية الأهمية ، لأنها تقلل وتحد كثيرا من المضاعفات التي قد تنتج عن تلك الإصابات ، بمعنى أنه إذا أجريت الإسعافات الأولية بطريقة علمية صحيحة فإن ذلك يساعد على حفظ حياة المصاب ، كما أنه يسهل من الإجراءات العلاجية التي تتم بعد ذلك بواسطة الطبيب المختص ، كما أن معرفة الناس . مبادئ تلك الإسعافات الأولية تجعلهم قادرين على تقديم المساعدة سواء لأنفسهم أو لغيرهم . إن حب مساعدة الآخرين صفة جميلة وإنسانية إلى أبعد حد ، وهي موجودة لدى قطاع كبير من الناس ، ومطلوب أن يقدم الإنسان لأخيه الإنسان المساعدة التي يحتاجها في الوقت المناسب ، وفي هذا المجال لا يمكن تقديم المساعدة إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية بمبادئ الإسعافات الأولية . كما أن معرفة الأفراد بأهمية الإسعافات الأولية وتدريبهم عليها ، تنمي لديهم الاتجاهات السليمة الايجابية بشكل يحافظ على حياتهم وحياة الآخرين ، ويكونون على درجة من الوعي الأمور السلامة داخل المنزل وخارجه مما يساعد في الحد من الضرر السليبي عند وقوع الحوادث المختلفة⁽²⁾.

كما أن معرفة الأفراد بما يجب إتباعه أثناء حدوث الكوارث الجماعية له أثر كبير في التخفيف من أثر هذه الكوارث ، إذ أنها تؤدي إلى أن يتصرف الأفراد بشكل سليم عند وقوع الكارثة ، فلا يهرعون أو يفزعون أو يتزاحمون فيعوقون عمليات الإغاثة ، وإنما يساعد بعضهم بعضا ويحافظون على حياتهم ، وفي وقتنا الحالي أصبح الفرد مطالبا بأن يحصل على أفضل رعاية صحية ممكنة وأن صحته وسعادته هي الهدف لجميع الحكومات ، لأنها السبيل إلى التنمية والإنتاج ، وتعتبر الإسعافات الأولية جزءا مهما من برامج الرعاية الصحية⁽³⁾.

¹ - عماد الدين شعبان: الإصابات الرياضية و إسعافها ، كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، 2006، ص15

² - رهم يونغسون ، ترجمة سعاد بشارة، الإسعافات الأولية، أكاديمية أترناشيونال ، بيروت، لبنان، 1998، ص 35

³ - مجاء الدين إبراهيم سلامة : الجوانب الصحية في التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة، 2001، ص245-

13- الهدف من الإسعافات الأولية :

- انقاذ الحياة بإذن الله .

- علاج الصدمة .

- تخفيف أو إزالة الألم .

- منع حدوث مضاعفات ومزيد من الإصابة

14- أهمية التدريب على الإسعافات الأولية : للتدريب والمعرفة بمبادئ الإسعافات الأولية أهمية كبيرة في الحد

من الإصابات وتقليل آثارها ، ونلخص أهمية ذلك في النقاط التالية :

- إذا أجريت الإسعافات الأولية بشكل علمي سليم ، فإن ذلك يساعد في الحفاظ على حياة المصاب

وتسهيل الأعمال العلاجية التي سيجريها الطبيب ، والمساعدة والإسراع في شفائه ، وهذا يأتي بالتدريب .

- إن معرفة الفرد بمبادئ الإسعافات الأولية تؤهله لتقديم المساعدة لنفسه في أثناء حدوث طارئ .

- إن حب المساعدة صفة جميلة عند الناس ، وهي موجودة عند غالبية البشر ، وجميل أن يقدم الإنسان لأخيه

الإنسان المساعدة التي تحافظ على حياته ، وهذه المساعدة لا يمكن تقديمها إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية .

مبادئ الإسعافات الأولية⁽¹⁾.

على المسعف أن يتأكد من الوظائف الحيوية للمصاب مثل :

- لون الجلد : فلون الجلد الأحمر يعني الإصابة بالتوتر الشرياني وجلطات المخ ، واللون الشاحب الباهت يدل على النزيف ونقص الدم والجلطة ، واللون الأزرق يدل على نقص الأكسجين و الإحتناق .
- التنفس : يجب ملاحظة وجود التنفس أو عدمه ومعرفة مرات التنفس في الدقيقة سريعة أم بطيئة ووجود رائحة كريهة من الفم .
- النبض : يلاحظ النبض عند الرسغ أو الرقبة ويحاول عد نبض القلب وهل هو منتظم أم غير منتظم .
- درجة الحرارة : فقد يكون الجسم باردا أو ساخنا و يلاحظ التعرق .
- إذا كان المصاب فاقد الوعي فعلى المسعف أن يقوم بفحص أكثر دقة وشمولية ، وعليه أن يقوم بالآتي:
- ملاحظة التنفس فإن لم يكن هناك تنفس فعليه البدء بعملية التنفس الصناعي.
- فحص مكان استلقاء المصاب للتأكد من عدم وجود دم تحته فإن وجد فعليه وقف النزيف فوراً ، ويتأكد من ذلك بملاحظة لون الجلد وعدد النبضات .
- فحص حدقي العين إن كانت طبيعية أم لا.
- عند وجود أكثر من مصاب، من واجب المسعف أن يحدد و بسرعة من من المصابين يحتاج للعناية أولاً .

¹ - أحمد الصهباني: الإسعافات الأولية ، منتديات مدارس الرشيد الحديثة ، 2007 ، ص1.

في حالة قيام المصاب بالتقيؤ أخفض رأس المصاب وأدرها إلى أي جانب حتى لا تدخل مواد القيء في رئة المصاب .

في حالة الإصابة بالكسور يجب تثبيت العظام والقيام بالإسعافات اللازمة لها ، وإذا كانت خبرة المسعف كبيرة عليه تجبير تلك الكسور .

معظم المصابين يتعرضون للصدمة العصبية نتيجة الحادثة وهذه الصدمة يجب على المسعف التصدي لها وعلاجها ويقوم المسعف بتدفئة المصاب وتغطيته.

على المسعف فك أو فتح أو قطع ملابس المصاب حسب الحالة بالقدر الذي يكفي للتعرف على حالته وأيضاً تفتيش ملابسه للتعرف على هويته .

في حالة الإصابة بالإغماء على المسعف أن يميز سبب الإغماء فقد يكون نزيفاً بالملخ أو تسمماً أو خلافه . على المسعف الإسراع بنقل المصاب إلى المستشفى عند الشك في وجود نزيف داخلي ، ومن علامته بمتان واصفرار الجلد وسرعة التنفس و برودة الجلد وضعف النبض وسرعته .

على المسعف الانتباه لما يقول المصاب لأن كلامه قد يفيد في إجراء الإسعافات اللازمة ، وعلى المسعف أن يدرك أن المصاب يكون واعياً لكلام من حوله .

على المسعف تجنب إهمال إسعاف إصابة على حساب الإصابة الأخرى .
على المسعف أن يتجنب :

أ- التأخير في إجراء التنفس الصناعي عند الحاجة إليه .

ب- ترك النزيف يستمر من المصاب .

ج- التأخير في علاج الصدمة .

د إعطاء المغمى عليه أي شراب من الفم .

لمس الجروح والكسور باليدين قبل تنظيفهما وتعقيمهما .

و - التأخير في نقل المصاب إلى المستشفى⁽¹⁾ .

10 - 5 - حقيبة الإسعافات الأولية: يمكن شراء هذه العلبة من الصيدلية ، لكن من السهولة بمكان صنع

واحدة ، ويجب أن تحفظ محتويات علبة الإسعاف الأولى في حاوية بلاستيكية ملائمة ، ذات غطاء جيد وسليم و محكم الإغلاق و متين . هذا الأمر يجعل العلبة ملائمة لحملها أو حفظها في خزانة العقاقير .

و محتويات حقيبة الإسعافات الأولية:

- أربع ضمادات ميدانية مختومة ومعقمة خاصة لتغطية الجروح ، اثنان كبيرتان و اثنان صغيرتان .
- علبة واحدة كبيرة ومعقمة ومختومة من الضمادات اللاصقة (البلاستير) من الحجم الكبير .
- علبة واحدة من الضمادات اللاصقة (البلاستير) من الحجم الأصغر بقياسات متعددة .

¹ - مجاء الدين إبراهيم سلامة : مرجع سابق ، ص246-247

- علبتان محتومتان تحتويان على 10 شاشات عادية معقمة حجم 10 سم X
- لفة واحدة بعرض 10 سم لتغطية الجروح.
- 2 ، 5 سم من الشريط اللاصق المطاط أو المصنوع من البلاستيك المرن أو الرايون .
- علبة مسطحة من الشاش المعقم المغلف بالبرافين المستعمل للنفطات و الحلوف الكبيرة .
- ثلاث عصابت مثالية لتثبيت الكسور .
- أربع عصائب كبيرة من الشاش ذي النسيج العريض .
- علبتان من القطن الطبي المعقم لتنظيف الجروح ..
- الفتان من القطن الطبي الغير معقم ، لتنظيف الجروح وللرفادة .
- علبة واحدة من أقراص البراسيتامول المسكنة للألم .
- مقياس حرارة طبي .
- ملقط صغير ذو رأس عريض ودون أسنان داخلية النزع الأجسام الغريبة .
- مقص ذو أطراف دائرية لقص العصائب والأشرطة اللاصقة .
- دبابيس افرنجية بأحجام متعددة . • زجاجة بلاستيكية من سائل مطهر لتنظيف الجروح .
- مرهم الهيدروكورتيزون للطفح الجلدي ولسعات الحشراتالخ.

15- واجبات مدرس التربية الرياضية المسؤولية عن الإسعافات الأولية :

1. تقديم النصح والإرشاد للتلاميذ .
2. تقديم المساعدة للتلاميذ عند تعرضهم للإصابة والحوادث .
3. إجراء عمليات الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية .
4. صيانة محتويات حقيبة الإسعافات الأولية.
5. الاحتفاظ بالسجلات والإحصائيات المتعلقة بالإصابات والمعلومات الضرورية الأخرى .
6. تقديم تقرير طبي إلى الطبيب أو الممرضة حول الظروف التي تمت فيها الإصابة⁽¹⁾.

12 - 5 - الرعاية الطبية والإسعافات الأولية للتلاميذ في المدارس :

تعتبر رعاية التلاميذ في المدرسة من الإصابات المختلفة الناتجة عن اللعب في غاية الأهمية وتقع تلك المسؤولية على إدارة المدرسة من ناظر ومدير المدرسة وجميع المدرسين والمشرفين والإحصائيين الاجتماعيين وغيرهم ممن لهم علاقة بالعملية التربوية بالمدرسة وتمثل مسؤولية المدرسة في :

- 1 - أن يكون جميع العاملين بالمدرسة على دراية كافية بكيفية التصرف الصحيح تجاه التلاميذ الذين يحتاجون إلى إسعافات أولية عقب تعرضهم لأي إصابة .

¹ - اد.ميونغسون ، ترجمة سعاد بشارة ، مرجع سابق ، ص 233

2 قيام إدارة المدرسة بتبليغ أولياء الأمور عند حدوث إصابة أو حادث معين حتى يمكنهم المشاركة الإيجابية في الرعاية اللازمة واتخاذ الإجراءات المناسبة في الوقت المناسب .

3 - إذا استدعى الأمر نقل التلميذ إلى المنزل أو المستشفى يجب أن يتم ذلك على وجه السرعة .

4 - أن يكون بكل مدرسة حجرة خاصة بالإسعافات الأولية لكي يذهب إليها التلاميذ عند إحساسهم بأي أعراض مرضية أو عند تعرضهم لإصابة مفاجئة " جرح أو خدش مثلا " لإسعافهم أو الانتظار الطبيب ، كما يتم تجهيز هذه الغرفة بدواليب الإسعاف الخاصة لهذا الغرض ، وتزود بالمعدات والأدوات اللازمة للإسعافات الأولية وهي على سبيل المثال لا الحصر ((ميكرو كروم ، صبغة يود ، شاش ، قطن طبي معقم ، مشمع لاصق ، بلاستر مطاط ، أربطة مختلفة المقاسات ، قربة لعمل الكمادات ، ثلج ، غسيل للعين ، مقص ، مشرط ، نشادر ، بودرة سلفا ، مطهر للجروح ، مرهم للجروح ، مرهم للحروق ، أقراص ملح ، أسيرين ، مهدئ للمعدة ، مخدر موضعي ، بعض مهدئات للجهاز الهضمي والجهاز العصبي ، موقف للتنظيف)⁽¹⁾.

15- الإسعافات الأولية للإصابات الرياضية الشائعة:

15-1- الإسعافات الأولية للجروح:

يقوم سطح الجلد بحماية ممتازة ضد الخمج ، لكن متى خرق السطح بواسطة جرح من المحتمل حدوث خمج في الأنسجة التحتية المعقمة . وفي معظم الحالات تستطيع آليات الدفاع عن الجسم التعامل مع أي خمج من هذا النوع وتشفى الجروح بعد التهابها في فترة قصيرة ولكن من وقت لآخر تتلوث الجروح

الثانوية عضيات خطيرة جدا قد تؤدي إلى تسمم الدم مثلا . - كيفية معالجة الجروح البسيطة :

- اغسل كامل الجرح والجلد المحيط بالماء فور حصول الجرح .

- أزل أي مادة غريبة أو وسخ من الجرح .

- امسح الجلد حول الجرح بسائل مطهر (متفحفا المعلومات الموجودة على الزجاجاة للاستعمال الصحيح) .

- ضع ضمادات معقمة (الضمادات المختومة ذات الألسنة البلاستيكية التي تسحب جانبا للكشف عن السطح

المعقم) ، اترك الضمادات في مكانها حتى شفاء الجرح ، بدلها فقط إذا أصبحت غير ثابتة أو متسخة جدا .

- كيفية معالجة الجروح الخطيرة :⁽²⁾

- الاكتفاء بتفادي تلوث الجرح .

- تقطيع الملابس حول الجرح .

- لا تلمس الجرح ولا ترفع الجرح من حوله.

- لا تنسف فوق الجرح .

- لا تطهر الجرح لأنه سيتلوث أكثر.

¹ - بماء الدين إبراهيم سلامة :مرجع سابق ، ص 178-179 .

² - درهم يونغسون ، ترجمة سعاد بشارة ، مرجع سابق ، ص 183 .

6- غطي الجرح بضمادة كبيرة معقمة وفي حالة عدم وجود ذلك استعمل قماشاً نظيفاً .

ما لا يجب فعله في جروح البطن

وضع كمادات كبيرة .

- إعطاء المصاب سوائل

- المصاب على ظهره .

يشربها ثني الرجلين .

جروح في الصدر

- سد الجرح بضمادات مطهرة.

- اضغط الربط الدائري بقوة .

- المصاب يكون نصف جالس⁽¹⁾ .

جروح في الرأس

تضميد الرأس بشكل جيد.

وضعية الأيمن إذا كان المصاب غير واعي .

وضع المصاب على الظهر إذا كان غير واعي .

جروح في الوجه

-تضميد .

- الرأس منطوي إلى الأمام .

وضع المصاب على الظهر إذا كان غير واعي .

جروح في العين

تغطية العينين بواسطة ضمادات مطهرة .

نزع الأجسام الغريبة .

- التطهير⁽²⁾ .

15-2- الإسعافات الأولية الكسور:

• لا تنقل المصاب (إلا إذا كان هناك خطر محقق يهدد حياته لو بقي في مكانه).

• عالج في مكانه واسأل المصاب هل هناك جزء يؤلمه واطلب منه محاولة تحريك جميع أجزاء جسمه جزءاً جزءاً .

• غط أي جرح مفتوح بغطاء معقم أو منديل نظيف .

¹ - Norbert vieux ,Pierre Jolis ::Manuel de secourisme ;ID;P(92;93)

² - مسعود دريدي : مبادئ الإسعافات الأولية ، دار الهدى ، عين مليلة ، الجزائر ، بدون سنة، ص18 .

- إذا كان الكسر مضاعف وهناك نزيف شديد من الجرح فلن يمكن إيقاف النزيف بالضغط المباشر بسبب الألم ، في هذه الحالة اجعل الضغط على العظم الأقرب للقلب أو اضغط على الناحيتين من الجرح .
- لا تحاول تحريك المصاب قبل تثبيت الكسر أو الخلع ويكون ذلك بعمل جبيرة للطرف المصاب ويمكن استخدام أي شيء موجود مثل : صحف مبرومة أو عصا أو فرع شجرة الخ .
- يجب أن تكون الجبيرة طويلة بحيث تمتد إلى أبعد من المفصل الأعلى والأسفل للكسر فمثلا في كسر الساق يجب أن تصل إلى أعلى من مفصل الركبة وإلى أسفل من مفصل الكعب⁽¹⁾.
- اجعل بطانة سميكة بين الجبيرة والطرف المكسور مثل فوطة أو قطن طبي أو أي ملابس يمكن الاستغناء عنها .
- يمسك الطرف المكسور مسكا محكما من الأعلى إلى الأسفل ثم تلف البطانة حول الطرف ثم توضع الجبيرة وتربط حول الطرف المكسور بحبل أو حزام أو رباطة عنق أو شيء آخر مع مراعاة أن يكون الطرف المصاب في وضعه الطبيعي ما أمكن .
- يمكن تقوية الجبيرة بربط العضو المصاب بالجسم أو بعضو سليم .
- حاول منع الصدمة بفك أي ملابس ضيقة حول رقبة أو صدر أو بطن المصاب وفك أو خلع أي حلي حول الطرف المصاب وغطي المصاب ببطانية .
- لا تعط أي شيء بالفم حتى يمكن إعطاء مخدر للمصاب إذا لزم الأمر بالمستشفى⁽²⁾.

15-3- إسعاف بعض الكسور الشائعة:

15-3-1- كسور الذراع وعظمة الترقوة: المصاب يسند دائما ذراعه المكسورة بذراعه السليمة محتضنا إياها إلى صدره.

أ/ حمل وزن الذراع المكسورة وإسنادها في علاقة مثل الرباط المثلث وضع بطانة من القطن أو فوطة بين الجسم والذراع المكسورة وإذا كان المصاب سوف يسافر في رحلة طويلة إلى أقرب مستشفى أربط حزاما أو رباطا حول العلاقة لتحفظ الذراع في مكانه.

ب/ إذا كان الكسر حول مفصل الكوع (المرفق) فإن الذراع قد يكون مثني وفي هذه الحالة يكون العلاج كما سبق إما إذا كان الذراع ممتدا ففي هذه الحالة ثبت الذراع إلى جانب الجسم بربطه إلى الجسم بأي رباط متوفر.

ج/ إذا كان الكسر باليد لفها ببطانة طرية من القطن أو الملابس ثم ضع اليد و الذراع في علاقة .

15-3-2- كسور الساق والفخذ والقدم:

أ/ احمل الساقين برفق ودقة حتى تجعلهما متوازيتين بدون تسبب الألم للمصاب .

ب/ ضع بطانة (قطن، ملابس، فوطة) بين الفخذين والركبتين والساقين، ويلاحظ أن ملاءة مطوية ملفوفة (مبرومة) عند لفها حول الطرف المصاب وبين القدمين سوف تقوم بعمل الجبيرة بالإضافة إلى عملها كبطانة .

¹ - إقبال زحيم محمد: الإصابات الرياضية وطرق علاجها ، دار الفجر ، القاهرة، ط1، 2008، ص 165، 166.

² - مسعود دريدي: مبادئ الإسعافات الأولية ، مرجع سابق ، ص 29

ج/ أربط الطرف المصاب إلى الطرف السليم بأي ربطة متوفرة مثل الأحزمة وربطة العنق، أعمل ربطة عند الركبة وأخرى حول القدمين و الكعبتين.

د/ إذا كنت تتوقع رحلة طويلة إلى المستشفى فإن المصاب سوف يكون أكثر راحة لو ربطت أربطة إضافية حول الفخذين والساقين وتحت الكسر مباشرة ويكون أفضل لو أضفت جبيرة حول الكسر مثل لوح الخشب أو جرائد (صحف) مبرومة أو محلات، ضع هذه الجبائر بعد تبطينها بين الساقين⁽¹⁾.

ها إذا كانت عظمة الفخذ هي المكسورة فأبحث عن جبيرة طويلة أو وضعها على الجانب الخارجي الفخذ من القدم إلى الإبط وأربط الجبيرة حول الصدر و الحوض.

15-3-3- كسور العمود الفقري: هنا التشخيص صعب ويمكننا التكلم عن كسر العمود الفقري في حالة ما إذا تلقى المصاب صدمة قوية في ظهره أو عنقه أو أثناء سقوطه من أعلى، فحينئذ لا يجب تحريكه إذا كان المصاب في وعيه فقد يشكو من آلام شديدة في الظهر أو العنق مع بعض فقدان الإحساس أو فقدان القدرة على الحركة في أطرافه ونقل شخص مثل هذه الإصابة خطير وصعب وتحتاج إلى أشخاص مدربين جيدا ولذلك لا تحاول نقل المصاب وأرسل في طلب النجدة .

غطي المصاب ببطانية لجعله دافئ وأهم شيء هو جعل المصاب ساكنا هادئا لا يتحرك لحين وصول النجدة. إذا كان الكسر في العنق ضع وسادتين على جان الرأس لمنع حركة الرقبة ويجب أن يبقى الجسم مستقيما . إذا كان لابد من نقل المصاب فورا ففي هذه الحالة حاول جذبه مثبتا رأسه بين ذراعيك أو أجذبه على ملاءة بحيث يكون العمود الفقري مستقيما، أو يمكن لثلاث أو أربعة أفراد نقل المصاب بحيث يكون أحدهم ممسكا بالرأس والرقبة ويرفع المصاب ككتلة واحدة بحيث لا يتحرك أي جزء من عموده الفقري. ونعيد هنا التحذير من نقل المصاب إلا إذا كانت حياته في خطر محقق في حالة عدم نقله فورا.⁽²⁾.

15-4- الإسعافات الأولية للنخاع:

- تثبيت المصاب بوضع مريح حتى يتم نقله إلى المستشفى .
- تجنب اصطدام أطراف العظم المخلوع ببعضها مما يسبب ألما شديدا .
- يجب عدم تحريك المفصل المصاب حتى يتم التأكد من نوعية الإصابة .
- تثبيت المفصل المصاب في وضعه الطبيعي.
- تدليك سطحي خفيف للمنطقة المجاورة بهدف تنشيط الدورة الدموية⁽³⁾.

15-5- الإسعافات الأولية للتشنج العضلي:

- إيقاف المصاب عن الحركة وإخراجه من الملعب.

¹ - مسعود دريدي: مبادئ الإسعافات الأولية ، مرجع سابق ، ص 33

² - أكرم زكي خطايبية: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان: 1996، ص (369، 370).

³ - أكرم زكي خطايبية: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، مرجع سابق، ص (369، 370).

- العمل على سحب العضلة بعكس اتجاه عملها.
- تدفئة العضلة المتقلصة باستعمال كمادات حارة أو صب ماء حار أو هواء حار .
- عدم التدليك فقد يؤدي إلى زيادة تقلصها أو قد يؤدي إلى تمزق جزء من الألياف العضلية⁽¹⁾.
- 15-6- الإسعافات الأولية للتمدد العضلي:** إيقاف الجهد فوراً وراحة لمدة 48 ساعة.
- 15-7- الإسعافات الأولية للتمزق العضلي:**
- نقل المصاب خارج الملعب.
- إيقاف النزيف وتخفيفه والتحكم في تقليل كمية التجمع الدموي باستعمال الكمادات الباردة ولمدة نصف ساعة بعد حدوث الإصابة مباشرة.
- الراحة التامة للعضلة أو الوتر المصاب .
- عمل رباط ضاغط على المنطقة المصابة .
- في حالة الألم الشديد تعطي بعض العقاقير المسكنة لتخفيف الألم.
- إعطاء بعض المضادات الحيوية لمنع الالتهابات.
- المقاومة ضد التعفن:** لكي نمنع الجروح من التعفن يجب تطهير الجراثيم التي تلوثها وذلك باستعمال المطهرات. التطهير: هو تنظيف الجروح بأدوات خالية من الجراثيم . الأدوات المستعملة لمعالجة الجروح البسيطة (العلبة) :
- إن هذه الأدوات يجب أن تكون في مأمن من الغبار والهواء. - كمية من القماش (50*50سم) والهدف منه التغطية - كمادات. - كمية من القطن الذي لا يمتص السوائل. - قماش مطاوي. - مساسيك الأمن. - شريط لاصق. أدوات أخرى كالمقص. ملقط التشريح (تحفظ الملاقط جميعها في صندوق حديدي معقم). صابون. مطهرات واقية من التعفن:
- الميركبروكروم. - ماء أكسجين (يستعمل خاصة للجروح التي تنزف). - محلول الداكن DAKIN (أو ملعقة قهوة من الجافيل في 1ل من الماء). الكحول 90.
- 15-7- الإسعافات الأولية للنزيف:**
- . إلقاء المريض النازف على الأرض. - البحث عن الجرح بالطرق التالية:
- / الضغط المباشر على الجراح. / الضغط على نقاط معينة:
- الشريان العضدي.
- الشريان الفخذي.
- وضع عصابة (رباط) إذا فشلت كل الطرق السابقة⁽²⁾.
- 1 - 5- قطع النزيف المؤقت:**

¹ - د. أكرم زكي خطابية: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، مرجع سابق، ص (366).

² - أحمد السعيد يونس / رواية محمد الخصري: الإسعافات الأولية، دار الفكر العربي: القاهرة (بدون تاريخ)، ص06.

تعتمد الإجراءات اللازمة لقطع النزيف المؤقت والتي يجب أن يعرفها المسعف على سبب النزيف، فإذا كان النزيف ناتجا عن الأوعية الشعرية فإنه يعالج بضغط الجرح بقطعة من القماش تكون معمقة، حيث تثبت هذه القطعة برباط ضاغظ مناسب للناحية.

أما إذا كان مصدر النزيف وريديا فعلى المسعف أن يضع رباطا ضاغظا على القسم المحيط للطرف لتقليل العود الوريدي للدم للوريد المقطوع، وبالإضافة إلى ذلك يوضع ضماد ضاغظ على الجرح في منطقة النزيف ويثبت الضماد برباط مناسب.

أما إذا كان مصدر الميزيف شريانيا وكان في أحد الأطراف فيجر الضغط على الشريان النازف في قسمه المركزي أي قبل وصوله للمنطقة المجروحة ويمكن إجراء هذا الضغط إما بيد المسعف أو بأصابعه أو بتطبيق رباط مشدود بصورة كافية لقطع الدوران الشرياني في الطرف، وتطبيق هذا الرباط خطر إذا ترك لمدة طويلة لأن ذلك بسبب تنخرا وتموتا في نسيج الطرف⁽¹⁾

2 - 5 - قطع النزيف الدائم: النزيف باق رغم وجود ضمادات ضاغطة، هذا يعني انقطاع شرياني كبير يجب الضغط فوق الشريان القريب من الجرح بينه وبين القلب بواسطة إمام المسعف ويبقى في هذا الوضع والمريض نائم على الظهر حتى الوصول إلى المستشفى.

6- نقاط الضغط : أربعة نقاط ضغط لا بد من معرفتها

1 - 6 - العنق:

الشريان الرقي، يجب أن توقف سريان الدم في الشريان الرقي الذي يأخذ الدم من القلب إلى الرأس، الضغط يكون تحت الأذن مقابل الفقرات الرقبية.

* حذاري من هذه العملية فإنها تؤدي إلى فقدان الوعي وهذا يسبب تمهيل الدورة الدموية.

2 - 6 - ضغط الشريان تحت الترقوة: يقف المسعف خلف رأس المريض ثم يضع إبهامه فوق مسير الشريان وقرب منتصف الترقوة ويضغط بشدة فوق الضلع الأول و خلف الترقوة⁽²⁾

3 - 6 - ضغط الشريان العضدي: يجري ذلك في القسم العلوي للوجه الأنسي للعضد وذلك بوضع الأصابع خلف الحافة الأنسية لذات الرأسين من جهة والإمام على الوجه الوحشي للضغط من جهة أخرى ولدى إجراء الضغط بيت الأصابع والإمام ينقطع النزيف حالا.

4 - 6 - ضغط الشريان الفخذي: يجري بسهولة في منتصف القوس الفخذي، ولأجل ذلك توضع اليد في الناحية المذكورة ويضغط بشدة، وسواء أجري قطع النزيف الشرياني بالضغط الإصبعي أو بواسطة لف رباط حول جذر الطرف فإن ذلك يجب أن لا يدوم زمنا طويلا خوفا من حصول الموت في الطريق.

¹ - أحمد السعيد يونس / رواية محمد الحصري: الإسعافات الأولية، دار الفكر العربي: القاهرة (بدون تاريخ)، ص06.

² -Norbert vieux /Pierre Jolis : Manuel de secourisme, ID ,P(75,76).

7- أنواع أخرى من النزيف: هي عبارة عن نزيف متكون من الدم داخل جسم الإنسان ثم يخرج عن طريق المخارج الطبيعية (الأنف-الفم - الشرج).

15-8-الإسعافات الأولية للرعاف: وهو خروج الدم من الأنف وإسعاف المصاب به يتم كالآتي:

* أجعل المصاب جالسا مع وضع رأسه للأمام ، أضغط على الأنف بين السبابة والإمام لمدة عشر دقائق، ضع كمادات باردة على الجبهة والأنف.

* إذا لم يتوقف النزيف، ضع قطعة من المطاط بين أسنان المريض لمنع من البلع وكرر العلاج السابق المدة عشر دقائق أخرى.

* إذا لم يتوقف النزيف أنقل المصاب إلى المستشفى.

* إمنع المصاب من التمشط لمدة ساعات بعد توقيف النزيف .

15-9-إسعافات النزيف عن طريق الأذنين: ينتج في معظم الأحيان عن طريق كسر في الجمجمة ولهذا يجب إتباع النصائح التالية:

* عدم توقيف سيلان الدم . * عدم غسل الأذن. * تغطية الأذن بكمادة مطهرة. * جعل المريض يستلقي على الجهة التي يسيل منها الدم. * نقله على الفور إلى المستشفى⁽¹⁾

15-10- نثف الدم: الدم في هذه الحالة يخرج عن طريق السعال وهو عبارة عن دم أحمر صافي مما يبين أنه من الرئتان .

15 - 11 قياء الدم: يخرج الدم عن طريق التقيؤ، وهو ذو لون أسود مختلط ببعض الأكل مما يبين أنه من الجهاز الهضمي . وفي كلتا الحالتين المطلوب من المريض أن يكون في راحة تامة مع وضعية نصف الجلوس بالنسبة للنثف ووضعية الأمان بالنسبة لقياء 1.

16- الرباط الضاغط : وهي وسيلة يلجأ إليها المسعف بعد فشل كل الوسائل الأخرى لإيقاف النزيف،

استعمال هذه الوسيلة خطير جدا لأنها توقف الدورة الدموية تحت الرباط الضاغط و تسبب التحجر وينتج عنه قطع العضو المصاب. هذه الطريقة تستعمل خاصة في الذراع والرجل حيث يوجد المكان الكافي لوضع الرباط هي طريقة مؤقتة إذا لا يمكن الإستمرار في الضغط أكثر من دقائق محددة .

* **قواعد وضع الرباط الضاغط:** 1- لف المنطقة التي سترتبط حولها بعدة طبقات من الشاش أو القماش. -
ضع أي قطعة صلبة بشكل أصبع أو لفافة شاش تتفق واحتمال موضع الشريان .

2- أربط حول ذلك كله بشدة كافية ولازمة كي يتوقف النزيف، تأكد من ذلك بجس النبض (يجب أن لا تحده).

¹ -Norbert vieux Pierre Jolis : Manuel de secourisme, ID ,P(84,85).

3- ضع بطاقة فوق الضحية أو فوق العضو المصاب مكتوب عليها الوقت، قم بتغطية الضحية باستثناء العضو المصاب⁽¹⁾

17- الإسعافات الأولية:

الإسعاف العام لفقدان الوعي:

- وضع المصاب في الوضع الملائم (وضع الأمن الخارجي) أي تمديده و خفض رأسه على مستوى الجسم مع رفع الفك السفلي والأعلى إلى الأمام لمنع سقوط اللسان إلى الخلف ومنع الاختناق.
- يجب حل الألبسة التي تضغط على العنق والصدر ، ويجري التنفس الاصطناعي في حالة وقوف التنفس.
- تدفئة المصاب.
- لا يعطي للمصاب الأغذية والسوائل إلا بعد عودته إلى الوعي.
- نقل المصاب إلى الطبيب ليفحصه.

17-1- إسعافات الإغماء:

- ضع المصاب على ظهره، رأسه دون مستوى جسمه وأطرافه مرفوعة .
- حل كل ما يعيق التنفس حول الرقبة والصدر لا تنس أن يكون معرض للهواء النقي.
- قرب أي نوع من الروائح الشديدة من أنفه (كحول، نشادر). - كن جاهزا للإنعاش أو نقله للطبيب⁽²⁾

18- الإسعافات الأولية:

المساعدة الأساسية تتم منع السبب من التأثير (إيقاف النزيف - تثبيت الكسر) ، وهناك خمس نقاط أساسية يجب إتباعها:

18-1- توفير الهدوء.

- إعطاء المصاب و وضعية أفقية رأسه دون مستوى جسمه وتدفيته .
- أعطه سوائل (مياه معدنية) إذا لم يكن فاقدا للوعي أو مصابا في بطنه أعطه مسكنات الألم القوية.
- النقل اللطيف جمدوء كامل للطبيب

18-2- التنفس الاصطناعي: عندما يتوقف التنفس يجرم الجسم من الأكسجين، وإذا حرم المخ من الأكسجين لمدة أكثر من ثلاث دقائق فسوف يصيبه تلف دائم يتراوح من التخلف العقلي إلى غيبوبة الدائمة إلى الوفاة.

وأول أولويات الإسعاف هو التأكد من أن المصاب تصله كمية الأكسجين في الرئة وليصل الأكسجين إلى الرئة لا بد:

18-3- أن تكون المسالك التنفسية غير مغلقة سواء مواد غريبة (الطعام، القيء،.. إلخ) أو لسقوط اللسان إلى

¹ -MedecingeneralGenaud Docteur es sciences : Manuel pratique e secourisme ,ID,P (67).

² - سعيد الدجاني وآخرون: الإسعاف السريع والدفاع المدني في الحالات الطارئة، مرجع سابق، ص25، 26

الحلق (نتيجة ارتخاء العضلات عند الإغماء أو لأي سبب لآخر).

18-4- أن تعمل عضلات التنفس الجذب الهواء داخل الرئتين وإخراجه ثانية، ولذلك لا بد في حالة توقف التنفس و نتأكد أن المسالك التنفسية غير مغلقة بإدخال إصبعنا إلى الحلق وإخراج أي مواد عالقة داخل الفم والبلعوم، وذلك بدفع الذقن إلى الأمام وثني الرقبة والرأس على الخلف حتى لا يسد اللسان البلعوم.

- نقوم بعمل عضلات التنفس إما بدفع الهواء داخل الرئتين بعملية التنفس الصناعي من الفم إلى الفم (قبلة الحياة) أو بتحريك القفص الصدري تقليدا ومحاكاة لحركة التنفس.

18-5- قبلة الحياة أو التنفس الصناعي من الفم إلى الفم: إن هذا الهواء يحتوي على كمية كافية من الأكسجين، وهذه الطريقة تصلح في غالبية الحالات وهي أفضل الطرق، إلا إذا كانت هناك إصابات شديدة بالوجه أو كان المصاب يتقيأ أو كنت لا تستطيع الوصول إلى فم المصاب.

- لا تضيع الوقت في استدعاء المساعدة أو علاج أي إصابة أخرى إذا ظننت أن المصاب لا يتنفس فابدأ فوراً في التنفس الصناعي لأنه حتى لو كان المصاب يتنفس فإن هذا لن يضره.

- مد المصاب على ظهره، ثم ارفع رأسه للخلف بيد وادفع الذقن للأمام باليد الأخرى، وهذه الطريقة تدفع اللسان إلى الأمام فلا يسد البلعوم، وقد يكون هذا كافياً لجعل المصاب يبدأ التنفس، ثم فك أي أربطة على الرقبة والصدر والبطن .

- أَدْفَعْ أَصْبِعَكَ (السبابة داخل الحلق المصاب للتأكد أن ليس هناك أي أجسام غريبة تسد الهواء.

- سد بإممامك وسبابتك أنف المصاب حتى لا يخرج الهواء الذي تنفخه من أنف المصاب، وتأكد أن الفم مفتوح، تستطيع سد الأنف بخدك أيضاً.

- خذ نفساً عميقاً وضع فمك على فم المصاب وأنفخ من صدرك وليس من عضلات الفم والحددين أربع مرات متوالية نظراً إلى صدر المصاب تتأكد من أن الهواء لا يتسرب من بين شفتيك و شفهي المصاب.

- إن الصدر يعلو في كل مرة تنفخ في فم المصاب ثم ينخفض ثانية عندما تترك فمه إذا كان الصدر لا يعلو عندما تفتح في الفم مع أنك دفعت الرأس جيداً إلى الخلف والفتك إلى الأمام، إذن لا بد أن هناك انسداد ما، في هذه الحالة أجعل المصاب يرقد على جانبه، وأضرب بقبضة يدك ضربة قوية على ظهر المصاب بين لوحَي الكتف وتأكد ثانية بإصبعك أنه لا يوجد ما يسد الطريق في حلق المصاب.

- استمر في التنفس داخل الرئتين، خذ نفساً عميقاً ثم أنفخ في الفم، ثم أرفع فمك لتسمح الهواء بالخروج، لا تنفخ بسرعة حتى لا تحس بالدوخة (يكفي 15 مرة في الدقيقة)، لا تنفخ بشدة جداً، يكفي فقط بالقوة اللازمة لتلاحظ ارتفاع المصاب مع كل نفخة ولا تياس إذا لم يبدأ⁽¹⁾

المصاب في التنفس الطبيعي فوراً، فهناك حالات تم إنقاذها بعد أكثر من ثمانية ساعات من التنفس الصناعي.

¹ -G.Samara : Petite chirurgie secourisme, ID, P(94).

- استمر في التنفس الصناعي حتى يبدأ المصاب في التنفس الطبيعي أو حتى يصل من يساعدك ليقوم بالتنفس الصناعي بدلا عنك. - عندما يبدأ المصاب في التنفس الطبيعي ضعه في وضع الإفاقة

18-6 - التدليك الخارجي للقلب: المصاب مزرق اللون لم تسمع دقات قلبه ولم تجد نبضه رغم تفتيشك عنه ماذا تعمل؟

- ضع المصاب على ظهره وعلى سطح مستوى صلب (أرض، طاولة، خشب...) . خذ مكانك على من المصاب وجهك باتجاه وجهه. - حث عن الثلث السفلي لعظم القص وذلك بالحس من جهة البطن. - ضع راحة يدك اليسرى فوق الثلث السفلي لعظم الفص بحيث تكون السبابة موازية لها . - ضع راحة يدك اليسرى (يمكن أن يتم الضغط بيد واحدة أو بأصبعين للأطفال) - الضغط يتم بشكل دفعات عمودية متتالية وبراحة اليد والأصابع ثلاث أو أربعة دفعات. - لاحظ أن عظم الفص يجب أن يتحرك ما لا يقل عن 4-6 سم حتى يتم ضغط القلب بين الفخض والعمود الفقري.

- لا تنسى أن كل أربعة ضغطات (تدليك) على القلب يجب أن تقابل بنفس اصطناعي يمكن أن يقوم به نفس الشخص أو مساعده.

- يجب أن تقوم بعشرين عملية إنعاش في الدقيقة على الأقل كي تتوقع نتيجة من عملك أي أربعة تدليك مقابل واحدة تنفس) .

- تغيير لون المصاب، وجود نبض محسوس، تضيق الحدقات تعني أن القلب أخذ بالخفقان الذاتي⁽¹⁾

19- تخليص ونقل المصابين: من المفروض أن لا يتحرك المصاب من مكانه حتى تحري له الإسعافات الأولية ولكن في بعض الأحيان و نظرا الظروف طارئة يتحتم على المسعف أن يخلص المصاب من المكان الموجود فيه وينقله إلى مكان تحسبا لعدة أخطار.

19-1- طريقة رجل المطافي :

- يقبض المنقذ بيده اليسرى رسخ المصاب الأيمن. - يضع بطن المصاب على كتفه الأيمن. - يضع يده اليمنى بين فخذي المصاب ويمسك ساق المصاب اليمني. - يجذب ذراع المصاب اليمني حول كتف المنقذ اليسرى. - يلقي المنقذ على كتفه كل ثقل المصاب. - يقبض المسعف بيده رسغ المصاب الأيمن. - تبقى يد المسعف اليسرى حرة لمساعدته في الحركة .

¹ -G.Samara : Petite chirurgie secourisme, ID, P(94).

19-2- طريقة كرسي السلطان في حالة منقذين :

- كل مسعف يقبض بإحدى يديه على رسغ يده الأخرى وكل راحة يد خالية تقبض على رسغ المنقذ.
- توضع الأربعة أيدي المتشابكة تحت المصاب ليجلس عليها ككرسي ويسند المصاب نفسه بوضع ذراعيه حول رقبة المسعفين .


19-3- طريقة النقل بالكرسي بواسطة شخصين :

- يجب الاحتياط بعدم إمالة الكرسي للأمام حتى لا يسقط المصاب ويجب التحكم في الوقوف سويا أو للمشي سويا

19-4- طريقة الجسر:

- وتستعمل بأربعة مسعفين من بينهم الرئيسي الذي يزلج الحمالة تحت الضحية وثلاثة مسعفين . يأخذون مكانهم فوق المصاب الأرجل بعيدة أما الرئيس فيكون أمام المجموعة ويكون مقابلا لزملائه ثم يضعون أيديهم تحت المصاب.

- يقوم المسعف الأول بوضع يده تحت رقبة المصاب واليد الأخرى ما بين كتفيه .
- يقوم المسعف الثاني بوضع كلتا يديه الواحدة مقابلة الأخرى كحزام حول المصاب.
- يقوم المسعف الثالث فيضع يدا تحت فخذ المصاب والأخرى تحت ركبة الساق.
- فيقول المسعف الذي يمسك الحمالة على شكل أوامر: "انتبهوا للتحضير" ، فيعيد الأمر ثانية: "انتبهوا للرفع" .
- ترفع المجموعة الضحية فتزلج هذا الأخير الحمالة تحته ثم ينقل إلى المستشفى .



الفصل الثاني

الدراسات السابقة

01- عرض الدراسات السابقة

02- التعليق على الدراسات السابقة

في ضوء الدراسة توصل الباحث إلى مجموعة من الدراسات الأجنبية والعربية التي اهتمت بدراسة مبادئ الإسعافات الأولية ولنفس عينة هذه الدراسة اختلفت من دولة إلى أخرى وحاول الباحث التعرف على الدراسات التي أجريت على نفس العينة و عينات متشابهة.

1- عرض الدراسات السابقة

الدراسة الأولى :

دراسة صابر إبراهيم (2009) بعنوان برنامج تدريبي لمعلمي التربية الرياضية لإسعاف الإصابات الحركية الأكثر شيوعاً بين تلاميذ مرحلة التعلم الابتدائي، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليل والدراسات المسحية)، وشمل مجتمع هذا البحث ثلاثة فئات مختلفة من المعلمين والمعلمات بمرحلة التعليم الابتدائي وبلغت العينة منهم (75)، والخبراء المتخصصين من الأساتذة في مجال الإصابات الرياضية والمناهج وطرق التدريس وبلغت العينة منهم (15) واستخدم الباحثان الاستبيان لجمع المعلومات اللازمة لبناء وتصميم البرنامج التدريبي المقترح، وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة توصل الباحثان إلى البرنامج المستهدف من البحث، وطرق وأساليب تنظيم وتنفيذ البرنامج التدريبي المقترح.

الدراسة الثانية :

دراسة قنصورة وراشد (2006) والتي هدفت إلى وضع برنامج التدريب وصقل معلم التربية البدنية والرياضة بمرحلة التعليم الابتدائي وتطوير أدائه المهني. واستخدم الباحثان المنهج الوصفي (الدراسات المسحية)، واشتملت عينة البحث ثلاثة فئات مختلفة هي: معلمو ومعلمات التربية البدنية والرياضة بمرحلة التعليم الابتدائي بمحافظات الوجه القبلي بلغ عددهم (175)، وموجهو وموجهات التربية البدنية والرياضة بمرحلة التعليم الابتدائي بمحافظات الوجه القبلي وبلغ عددهم (50)، وخبراء متخصصون في مجال المناهج وتدريس التربية البدنية والرياضة وبلغ عددهم (23)، وقام الباحثان بتصميم ثلاثة استمارات استبيان، بهدف تحديد المتطلبات المهنية اللازمة لمعلم التربية البدنية والرياضة بمرحلة التعليم الابتدائي، وتحديد أهداف برنامج التدريب والصقل المقترح، وتصميم البرنامج المقترح في ضوء أهدافه وتوصل الباحثان إلى برنامج لتدريب وصقل معلم التربية البدنية والرياضة بمرحلة التعلم الابتدائي وتطوير أدائه المهني وأوصى الباحثان بضرورة تطبيق البرنامج وقياس نتائجه.

الدراسة الثالثة :

دراسة الخضري (2003) والتي هدفت إلى التعرف إلى مستوى الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف الطبية بمحافظات غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية والالتزام الديني و(قوة الأنا) ومتغيرات أخرى (الحالة الاجتماعية)، (سنوات الخبرة)، (عدد أفراد الأسرة)، تكونت عينة الدراسة من (123) من العاملين بمراكز الإسعاف الطبية بمحافظات غزة، وبعد جمع المعلومات قام الباحث بتحليل النتائج باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS). أظهرت نتائج الدراسة أن العاملين بطاقم الإسعاف الطبية يشعرون بمستوى متوسط من الأمن النفسي. ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأمن النفسي والالتزام الديني لدى العاملين بطاقم الإسعاف

الطبية. ووجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الأمن النفسي و قوة الأنا لدى العاملين بطاقم الإسعاف الطبية بمحافظات غزة.

الدراسة الرابعة :

دراسة كاسترويتا (Castruita، 2005) والتي هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تربية حركية في تقليل الإصابات، واشتملت عينة الدراسة على (560) تلميذا من تلاميذ منطقة هوك/ (5) الابتدائية في مدينة كرات، بلدية كلفونيا، واستخدم الباحث المنهج التجريبي، وأشارت أهم النتائج إلى حدوث انخفاض كبيراً في معدل الحوادث المسببة للإصابات وانخفاضاً في الإصابات وسوء السلوك للمجموعة التي خضعت للبرنامج التجريبي.

الدراسة الخامسة :

دراسة ميليندا وآخرون (Melinda، 2004) والتي هدفت إلى معرفة أثر برنامج لخفض إصابات الملاعب في المدارس واشتملت العينة على تلاميذ بعمر خمس وست سنوات في كاليفورنيا خضعوا لبرنامج حركي بالمدرسة، وقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج قلل كثيراً من الإصابات بينما ركزت البرامج السابقة على عناصر البيئة والملاعب للتقليل من الإصابات، وأوصت الدراسة التوصيات إلى تطوير القدرة الحركية للأطفال بزيادة القدرة على معالجة المدخلات الحسية، والأهداف التي تركز على قدرات البصر والسمع، فهم الفضاء (ال فراغ المحيط بالجسم) خبرة اللمس والتحسس والوعي بالحركة والاهتمام بلا أساليب الوقائية ومنها البرامج الحركية

الدراسة السادسة :

دراسة جوهن (John، 2002) والتي هدفت إلى محاولة تقييم كيفية الحياة العملية لدى طاقم الإسعاف الطبية الخاصة ومحاولة التعرف إلى مصادر الضغوط النفسية لديهم والخدمات المقدمة من قبلهم. عمل الباحث على تتبع متغيرات الدراسة، وذلك بالاستعانة بمقاييس الرضا الوظيفي والنفسي العالمية على عينة ممن يعملون في طاقم الإسعاف الطبي الخاصة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الرضا الوظيفي لدى أفراد العينة كان مرتفعاً، وهذا عمل على تدعيم ما افترضه الباحث بضعف العلاقة بين الضغوط النفسية المترتبة على العمل والرضا الوظيفي، وهذا يعني أنه كلما زاد مستوى الرضا الوظيفي كلما قلت الضغوط النفسية

الدراسة السابعة :

دراسة بوسما (Bosma، 2002) والتي هدفت إلى المقارنة بين ثلاثة أنماط مختلفة لتقييم وتدريب مهارات الإسعاف الأولي، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجموعات تدريبية من الطلبة المتدربين بمجال الإسعاف الأولي تم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

قام الباحث خلال دراسته بإكساب المجموعات الثلاثة مهارتين أساسيتين وهما مهارة إنعاش القلب والرئتين ومهارة تقييم الحالات الطارئة، تم تقييم إحدى المجموعات عملياً، والثانية تم تقييمها بطريقة الإجابة الصحيحة، والثالثة عن طريق برنامج مطور دون علم أفراد العينة، وتم حساب درجة كل مجموعة بناء على الأخطاء والوقت المستنفذ، والقدرة على الأداء.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة لصالح المجموعة التي خضعت لأطول فترة من التدريب، أي أنه كلما زادت فترة التدريب كلما ازدادت الكفاءة العملية وامتلاك المهارات.

- (مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) المجلد 28 (10) ، 2014 .)

2- التعليق على الدراسات

التعليق على الدراسة الأولى :

قام الباحث صابر إبراهيم بدراسة وصفية على لمعلمي المرحلة الابتدائية لوضع برنامج تدريبي في مجال الإسعافات الأولية حيث اشتملت عينة البحث على معلمي و معلمات و مفتشي و خبراء مرحلة الابتدائي، فقد شابهت هذه الدراسة دراساتنا من حيث الاهتمام بإسعافات الإصابات التي تحدث عند التلاميذ أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية و الفرق أنه أجرىه الدراسة على معلمي الابتدائي و نحن دراستنا أجريت على أساتذة الطور الثانوي .

التعليق على الدراسة الثانية :

أما دراسة قنصورة و راشد كانت نفس الدراسة السابقة و على نفس العينة لكن حصر مجتمع دراسته على محافظات الوجه القبلي و على ثلاث فيئات و هم معلمي و معلمات و موجهو و موجهات و خبراء و متخصصون في مجال المناهج و التدريس التربية البدنية و الرياضية مرحلة الابتدائي قصد تطوير أدائه المهني بما فيه من تعلم الإسعافات الأولية و تطبيقها في الحياة التعليمية .

التعليق على الدراسة الثالثة :

هذه دراسة الخضري كانت من الدراسات المشابهة حيث جريت على طاقم فريق الإسعافات الأولية و علاقتها بالأمن النفسي و إرتباطه مع الأنا و الوازع الديني و الحالة الاجتماعية و الخبرة الميدانية و ما نستند إليه هو الخبرة الميدانية و التي كانت المحور الثاني من دراستنا و تدعم فرضياتنا الثانية .

التعليق على الدراسة الرابعة :

أما دراسة كاسترويتا و التي أجريت على تلاميذ المرحلة الابتدائية قصد معرفة أثر البرنامج الحركي في تقليل من الإصابات و أسباب حدوثها ، حيث تفيد هذه الدراسة دراستنا أسباب حدوث الإصابات طريق إلى الأسباب إنحفاظها و التي تكون بعضها في اقتراحات بحثنا .

التعليق على الدراسة الخامسة :

دراسة ميليندا و آخرون شابهت الدراسة السابقة لكن سلطت الضوء على أسباب الإصابات للاعبين المدارس فكانت نتاج دراستهم أن أسباب الإصابات هي البيئة و الملعب ، هذا ما استندنا عليه في الفرضية الرابعة و الإمكانيات المتوفرة .

التعليق على الدراسة السادسة :

فدراسة جوهن تكمن في محاولة معرفة كيفية الحياة العملية لدى طاقم الإسعاف الطبي الخاص فتحصل على نتائج أن هناك علاقة بين الرضا و الضغوط النفسي ،فاستندنا من هذه الدراسة على الفرضية الخامسة و هي مدى تحمل الأستاذ المسؤولية عند حدوث الإصابة الرياضية .

التعليق على الدراسة السابعة :

فدراسة بوسما هدفت إلى تقييم ومقارنة بين مختلف أنماط التدريب لثلاث مهارات من الإسعافات فتوصل إلى أن كل ما زاد البرنامج التدريبي كل مل زاد إتقان العمل أكثر ، و هذا ما يدعم الفرضية الثانية و هي الخبرة الميدانية .

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث
منهجية الدراسة

منهج البحث:

اعتمدنا على المنهج الوصفي يهدف إلى وصف ظواهر أو أحداث معينة وإلى جمع حقائق والمعلومات ووصف الظواهر الخاصة بها وتقرير حالتها في الواقع.

مجتمع البحث :

يتكون مجتمع الدراسة من مجموع أساتذة التربية البدنية و الرياضية بمرحلة التعليم الثانوي بولاية ورقلة و البالغ عددهم 114 أستاذ .

عينة البحث :

اشتملت عينة الدراسة على 34 أستاذ بمرحلة التعليم الثانوي، والتي تمثل نسبة 29.82 من مجتمع الدراسة، وتم اختيارهم بطريقة الحصر الشامل.

الجدول رقم (01) يوضح ثانويات مدينة ورقلة وعدد أساتذة التربية البدنية والرياضية

اسم الثانوية	عدد أساتذة التربية البدنية و الرياضية فيها
الشيخ محمد العيد آل خليفة	4
عبد المجيد بومادة	4
حي القصر (العربي قويدر)	2
أحمد توفيق المدني	3
محمد بن موسى الخوارزمي	2
مبارك الملي	2
العقيد سي الشريف علي الحواس	3
عبيدلي أحمد	3
مولود قاسم نايت بلقاسم	2
مصطفى حفيان	3
المجاهد خليل أحمد	2
جواحي حشود	2
مدقن عبد القادر	2

مجالات الدراسة:

المجال الزمني: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من 2018/10/08 إلى غاية 2019/06/06 .

المجال المكاني: أجريت الدراسة على مستوى بعض ثانويات ولاية ورقلة، كما هو موضح في الجدول رقم (01).

المجال البشري: أجريت الدراسة على أساتذة التربية البدنية والرياضية و المقدر عددهم 34 أستاذ.

أدوات الدراسة :

استخدمنا في دراستنا الاستبيان وهو من الأدوات الشائعة الاستعمال في البحوث الميدانية وهو عبارة عن استمارة تتضمن مجموعة من الأسئلة، والذي يتكون من 33 عبارة مقسمة إلى خمسة محاور (التكوين الجامعي، الخبرة الميدانية، المعالجة الميدانية، الإمكانيات المتوفرة، تحمل المسؤولية)، بحيث يجب المبحوث على كل عبارة وهذا بوضع علامة (X)، أمام البديل المناسب، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (02) يمثل محاور وعدد عبارات الاستبيان

الرقم	محاور الاستبيان	عدد العبارات
01	التكوين الجامعي	4
02	التكوين الميداني	4
03	المعالجة الميدانية	9
04	الإمكانات المتوفرة	3
05	المسؤولية	5
	الكلية	33

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

تم حساب صدق و ثبات أداة الدراسة بالطرق التالية:

صدق الأداة: تم حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي وهذا بحساب معامل الارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للمحور، وكانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يمثل صدق أداة الدراسة

الرقم	المجال	عدد العبارات	الصدق
01	التكوين الجامعي	4	0.828
02	التكوين الميداني	4	0.867
03	المعالجة الميدانية	9	0.827
04	الإمكانات المتوفرة	3	0.828
05	المسؤولية	5	0.821
	الكلية	25	0.938

ثبات الأداة: تم حساب الثبات بإيجاد معامل ألفا كرونباخ لكل محور، وكانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) معامل الثبات

الرقم	المجال	عدد العبارات	معامل كرونباخ ألفا
01	التكوين الجامعي	4	0.687
02	التكوين الميداني	4	0.752
03	المعالجة الميدانية	9	0.684
04	الإمكانات المتوفرة	3	0.687
05	المسؤولية	5	0.675
	الكلية	25	0.883

أساليب التحليل الإحصائي :

تمت معالجة البيانات باستخدام الوسائل الإحصائية التالية:

- النسب المئوية و التكرارات.
- معامل الفا كرونباخ.
- معامل كاف تريبع.
- معامل ارتباط بيرسون.
- تحصلنا على نتائج الدراسة النظام الإحصائي spss20

الفصل الرابع
عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الأولى .

"- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور المستوى التكويني الجامعي"

الجدول رقم (05) يبين تكرارات و نسب مئوية حول إجابات عينة الدراسة على تلقي وأعدم تلقي تكوين خاص في الإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.002	9.529	5.23	8	لا
					5.76	26	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من خلال الجدول رقم (4) نلاحظ أن الذين أجابوا بنعم عن تلقي تكويننا في مجال الإسعافات الأولية وجدنا عدد تكراراتهم 26 فرد بنسبة 76.5% و من عينة الدراسة نجدهم لم يتكونوا في هذا المجال كانوا 8 أفراد بنسبة 23%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 9.529 وقيمة الدلالة المعنوية 0.002 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

الجدول رقم (06) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة على مكان تلقي تكوين الخاص بالإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	2	0.05	0.000	23.176	1.47	16	الجامعة
					9.2	3	الندوات
					1.44	15	خارجي
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن من عينة الدراسة تلقوا تكويننا في مجال الإسعافات الأولية في الجامعة وجدنا عدد تكراراتهم 16 فرد بنسبة 47.1% و الذين تكونوا من الندوات 3 أفراد بنسبة 2.9% والذين تلقوا تكوين خارجي 15 فرد بنسبة 44.1%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة

ك² المحسوبة هي 23.176 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

الجدول رقم (07) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول رأيهم في مدة التكوين إن كانت كافية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	2	0.05	0.732	0.118	1,47	16	لا
					9,52	18	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من خلال الجدول رقم (6) نلاحظ أن من عينة الدراسة أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم 16 فرد بنسبة 47.1% و الذين أجابوا بنعم وجدنا عدد تكراراتهم 18 فرد بنسبة 52.9% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 0.118 وقيمة الدلالة المعنوية 0.732 أكبر من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (08) يبين تكرارات و نسب مئوية حول إجابات عينة الدراسة على هل من الضرورة مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.000	15.235	2,41	14	لا
					58.8	20	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من خلال الجدول رقم 7 لاحظ أن من عينة الدراسة أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم 14 فرد بنسبة 41.2% و الذين أجابوا بنعم وجدنا عدد تكراراتهم 20 فرد بنسبة 58.8% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 15.235 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1- مما يدل على أنها دال.

عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الثانية .

نص الفرضية :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور التكوين الميداني.

الجدول رقم (09) يبين تكرارات و نسب مئوية حول إجابات عينة الدراسة عن مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية و ضرورتها خلال الندوات التربوية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.006	7.529	5,73	25	لا
					5,26	9	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 8 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم 25 فرد بنسبة 73.5% و الذين أجابوا بنعم وجدنا عدد تكراراتهم 9 أفراد بنسبة 26.5% و من خلال التحليل الإحصائي نجد قيمة ك² المحسوبة هي 7.529 وقيمة الدلالة المعنوية 0.006 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال.

الجدول رقم (10) يبين تكرارات و نسب مئوية حول إجابات عينة الدراسة عن حدوث إصابات في وسط التلاميذ

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.000	19.882	8,11	4	لا
					2,88	30	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 9 نلاحظ أن 11.8% من عينة الدراسة أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم 4 أفراد و بنسبة 88.2% أجابوا بنعم وجدنا عدد تكراراتهم 30 فرد ، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 19.882 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

الجدول رقم (11) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول إتقانهم لوضعيات الإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.005	0.000	19.882	8,11	4	لا
					2,88	30	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 10 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين لا يتقنون وضعيات الإسعافات الأولية وجدنا عدد تكراراتهم 4 أفرادو بنسبة 11.8% و الذين يتقنون 30 بنسبة 88.2%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 19.882 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائيا.

3 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الثالثة .

نص الفرضية :

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بحور المعالجة الميدانية.

الجدول رقم (12) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول كيفية التعامل مع الإصابات

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	2	0.05	0.001	10.800	6,70	24	إيجابي
					6,17	6	سلي
					8,11	4	متحفظ
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 11 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا بإيجابي وجدنا عدد تكراراتهم 24 فرد بنسبة 70.6% و 4 أجابوا بسلي و بنسبة 17.6% و 4 أجابوا متحفظ بنسبة 11.8% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 10.800 وقيمة الدلالة المعنوية 0.001 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائيا.

الجدول رقم (13) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول نوعية الإصابات

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	3	0.05	0.000	19.882	4,32	11	خفيفة
					9,52	18	متوسطة
					9,5	2	خطيرة
					8,8	3	مختلفة
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 12 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا بخفيفة وجدنا عدد تكراراتهم 11 فرد بنسبة 32.4% و 18 أجابوا بمتوسطة و بنسبة 52.9% و 2 أجابوا بخطيرة بنسبة 5.9% و 3 أجابوا بمختلفة بنسبة 8.8%، لم يتكونوا في هذا المجال أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 19.882 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

الجدول رقم (14) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول نوعية الإصابات

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	5	0.05	0.000	33.059	9,5	2	كدمات
					6,20	7	التواء
					9,2	1	خلع
					6,17	6	جروح
					9,2	1	كسور
					0,50	17	مختلفة
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 13 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا بالكدمات وجدنا عدد تكراراتهم فردان و بنسبة 5.9% و 7 أجابوا بالتواءات بنسبة 20.6% و 1 أجاب بالخلع بنسبة 2.9% و 6 بالجروح بنسبة 17.6% و 1 بالكسور بنسبة 2.9% و 17 أجابوا بمختلفة بنسبة 50%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 33.059 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 5 مما يدل على أنها دال إحصائيا.

الجدول رقم (15) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة إجبارية سرعة التدخل عند حدوث الإصابة

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.000	26.471	9,5	2	لا
					1,94	32	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 14 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم فردان و بنسبة 5.9% و الذين أجابوا بنعم 32 بنسبة 94.1% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 62.471 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائيا.

الجدول رقم (16) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة عدم إتقان أساليب الإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	1	0.05	0.10	2.000	9,5	2	لا
					1,94	32	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 15 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم فردان و بنسبة 5.9% و الذين أجابوا بنعم 32 بنسبة 94.1% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 2.000 وقيمة الدلالة المعنوية 0.10 أكبر من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها غير دال إحصائيا.

الجدول رقم (17) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول مبررات عدم تدخل الأستاذ كمسعف

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	2	0.05	0.10	9.235	6,20	7	التخوف من المسؤولية
					6,17	6	عدم الإلتقان
					4,29	10	عدم الخبرة
					4,32	11	الكل
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 16 نلاحظ أن من عينة الدراسة أجابوا عن التخوف من المسؤولية وجدنا عدد تكراراتهم 7 أفراد بنسبة 20.6% و الذين أجابوا عن عدم الإلتقان 6 بنسبة 17.6% و الذين أجابوا على عدم الخبرة 10 بنسبة 29.4% و الذين أجابوا على الكل 11 بنسبة 32.4% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 9.235 وقيمة الدلالة المعنوية 0.10 أكبر من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 2 مما يدل على أنها غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (18) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول مدى تحمل الأستاذ المسؤولية في حالة وقوع الإصابة

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	2	0.05	0.170	1.882	1,47	16	كلياً
					1,44	15	جزئياً
					8,8	3	منعدمة
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 17 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا عن كلياً وجدنا عدد تكراراتهم 16 فرد بنسبة 47.1% و الذين أجابوا عن جزئياً 15 بنسبة 44.1% و الذين أجابوا بمنعدمة 3 بنسبة 8.8% أما

من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 1.882 وقيمة الدلالة المعنوية 0.170 أكبر من مستوى الدالة 0.005 عند درجة الحرية 2 مما يدل على أنها غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (19) يبين تكرارات و نسب مئوية عن إجابات عينة الدراسة حول توفير المؤسسة التربوية على مستلزمات أدوات الطبية للقيام بالإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	1	0.000	0.405	0.692	2,38	13	لا
					8,61	21	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 18 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم 13 فرد بنسبة 38.2% والذين أجابوا بنعم وجدنا عدد تكراراتهم 21 فرضا بنسبة 61.8%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 0.692 وقيمة الدلالة المعنوية 0.405 أكبر من مستوى الدالة 0.000 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها غير دالة إحصائياً

الجدول رقم (20) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول سبب غياب هذه الأدوات

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.000	30.118	5,23	8	مادية
					7,14	5	معا
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 19 نلاحظ أن من عينة الدراسة أجابوا ب مادية وجدنا عدد تكراراتهم 8 أفراد بنسبة 23.5% و الذين أجابوا معا 5 و بنسبة 14.7% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 30.118 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً .

4 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الرابعة . نص الفرضية :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور
الإمكانيات المتوفرة.

الجدول رقم (21) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول ضرورة علبة الإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	1	0.05	0.405	0.692	9,2	1	لا
					1,97	33	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 20 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب لا وجدنا عدد تكراراتهم فرد واحد بنسبة 2.9% و الذين أجابوا بنعم 33 بنسبة 97.1% أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 9.692 وقيمة الدلالة المعنوية 0.405 أكبر من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال غير دال إحصائيا.

الجدول رقم (22) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول مراقب علبة الإسعافات الأولية

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	3	0.05	0.000	30.118	2,41	14	شهريا
					3,35	12	ثلاثي
					8,8	3	سنوية
					7,14	5	لا أراقب
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 21 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا ب شهريا وجدنا عدد تكراراتهم 14 فرد بنسبة 41.2% و الذين أجابوا بكل ثلاثي 12 بنسبة 35.3% و الذين أجابوا بكل سنة 3 بنسبة 8.8% و الذين لا يراقبوها 5 بنسبة 14.7%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة

هي 30.118 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.005 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

الجدول رقم (23) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول إعطاء أهمية للوقاية من الإصابة

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
دال	1	0.05	0.000	10	9,2	1	لا
					1,97	33	نعم
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 22 نلاحظ أن من عينة الدراسة الذين أجابوا بـ لا وجدنا عدد تكراراتهم فرد واحد بنسبة 2.9% و الذين أجابوا بنعم 33 بنسبة 97.1%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 10.000 وقيمة الدلالة المعنوية 0.000 أقل من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائياً.

5 _ عرض و تحليل و مناقشة الفرضية الخامسة .

نص الفرضية :

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أساتذة التربية البدنية و الرياضية في معرفة الإسعافات الأولية بمحور تحمل المسؤولية

الجدول رقم (24) يبين تكرارات و نسب مئوية إجابات عينة الدراسة حول مدى تحمل الأستاذ المسؤولية في حالة وقوع الإصابة

القرار	درجة الحرية	مستوى الدالة	الدالة المعنوية	ك ²	النسبة %	التكرار	الجنس
غير دال	2	0.05	0.170	1.882	1,47	16	كلياً
					1,44	15	جزئياً
					8,8	3	منعدمة
					100	34	المجموع

تحليل النتائج: من الجدول رقم 23 نلاحظ أن من عينة الدراسة من الذين أجابوا بكيا وجدنا عدد تكراراتهم 16 فرد بنسبة 47.1% و الذين أجابوا ب جزئيا 15 بنسبة 44.1% و الذين قالوا منعمة 3 بنسبة 8.8%، أما من خلال التحليل الإحصائي نلاحظ قيمة ك² المحسوبة هي 1.882 وقيمة الدلالة المعنوية 0.170 أكبر من مستوى الدالة 0.05 عند درجة الحرية 1 مما يدل على أنها دال إحصائيا.

تحليل وتفسير نتائج المحاور :

تحليل و تفسير نتائج المحور الأول :

التكوين الجامعي :

من خلال الجداول 04 ، 05 ، 06 ، 07 تبين لنا أن أساتذة التربية البدنية و الرياضية تلقوا تكوين خاص بالإسعافات الأولية كما هو مبين في الجدولين رقم 04 و 05 فكنا دالين و من الجدولين 06 و 07 وهما دالين بينا مدى أهمية الأستاذ بهذا المجال و يؤكد على وعيهم بالإسعافات و ضرورة مناقشتها خلال الندوات التربوية و هذا ما يحقق الفرضية الأولى .

تحليل و تفسير نتائج المحور الثاني :

التكوين الميداني :

من خلال الجداول 08 و 09 و 10 تبين لنا أن أساتذة التربية البدنية و الرياضية يتعرضون لتلاميذهم إلى الإصابة الرياضية وبنسبة 88.2% فهم يمارسون الإسعافات الأولية كأحد عناصر حصة التربية لبدنية و هذا توصلت إليه دراسة صابر إبراهيم (2009) كما تثبت الفرضية الثانية .

تحليل و تفسير نتائج المحور الثالث :

المعالجة الميدانية :

من خلال الجداول 11 و 12 و 13 و 14 و 15 و 16 و 17 و 18 و 19 تبين لنا أغلب الإصابات متوسطة بنسبة 52.9% كما موضحة الجدول رقم 12 وليس هناك إصابة شائعة في الرياضة المدرسية حيث يبين الجدول رقم 13 لنا نسبة الإصابات المختلفة 50% وفي الجدول رقم 14 يؤكد وحبو التدخل السريع من طرف أستاذ التربية البدنية عند حدوث الإصابة الرياضية فكانت بنسبة 94.1% و الجدول 11 يوضح لنا إمكانيات الأستاذ في تقديم الإسعافات فكانت نسبة نوعية التدخل الإيجابي 70.6% و هذا ما يحقق الفرضية الثالثة .

تحليل و تفسير نتائج المحور الرابع :

الإمكانيات المتوفرة :

من الجداول 20 و 21 و 22 تبين لنا أن علبة الإسعافات متوفرة بكل ثانوية و هذا ما يبينه الجدول رقم 20 فكانت نسبة التوفر 97.1% و مدة مراقبتها شهريا بنسبة 41.2% كما في الجدول رقم 21 أما الجدول رقم

22 يبين أن أستاذ التربية البدنية يستخدم أساليب للوقاية من الإصابة الرياضية و كانت بنسبة 97.1% و هذا ما تحقق الفرضية الرابعة .

تحليل و تفسير نتائج المحور الخامس :

تحمل المسؤولية :

من خلال الجدول رقم 23 بين لنا مدى تحمل الأستاذ المسؤولية فكانت نسبة 74.1% تمثل تحمل المسؤولية كليا و جزئيا بنسبة 44.1% و منعدما بنسبة 8.8% أي أن تحمل المسؤولية كليا و جزئيا في صياغ واحد إذن يتحمل الأستاذ كل المسؤولية في حالة وقوع الإصابة الرياضية للتلاميذ أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية و هذا ما يحقق الفرضية الخامسة .

الاستنتاج العام :

بعد دراستنا و تحليلنا لنتائج الاستبيان الذي خصت به فئة أساتذة التربية البدنية و الرياضية فتحصلنا على عدت استنتاجات أكدت كلها وجود مستوى محسوس في ثقافة و تكوين أستاذ التربية البدنية و الرياضية في مجال الإسعافات الأولية حيث أنهم تلقوا تكوين خاص في هذا المجال في مرحلة الجامعة و الذي لم يتمكن منه تلقى التكوين من منظمة الهلال الأحمر الجزائري و هذا يستنتج على مدى أهميتهم بهذا المجال و إحساسهم بالنقص فيه وهذا ما أثبتته نتائج المحور الثاني و الثالث فنجدهم يواجهون دائما مشكلة الإصابات التي دخلت في حياتهم المهنية مما جعلهم يكتسبون خبرة ميدانية في تقديم الإسعافات الأولية و كيفية التعامل مع شتى الإصابات الرياضية لكن هذا لا نقول أن تلاميذ طور الثانوي في أمان لأن أساتذة التربية البدنية و الرياضية يعانون من نقص في إمكانيات الإسعافات الأولية كعلبة الإسعافات داخل المؤسسات التربوية نعم هي موجودة لكن يوجد نقص ملحوظ في محتواها و كذلك تأخر قدوم المصالح المختصة كالحماية المدنية فقد يؤدي التدخل الذي لا تكون في محله إلى نتائج وخيمة قد تضاعف الإصابة فيجد الأستاذ نفسه تائها لا يدري ماذا يفعل مما يؤدي في أغلب الأحيان إلى التهرب من المسؤولية كما أنهم يسعون إلى الوقاية من الإصابات و كثيرا ما يقعوا التلاميذ فيها بعدت أسباب منها عدم توفير المؤسسة التربوية على الفضاء المناسب لممارسة النشاط البدني و تلف الأجهزة و الوسائل المستعملة .

الاقتراحات

أولا: إلى وزارة التربية والتعليم .

— توفير الفضاء الآمن لممارسة النشاط البدني الرياضي داخل المؤسسات التربوية

— توفير علبة الإسعافات الأولية و مستلزماتها و تخصيص لها ميزانية خاصة بها كل سنة .

— إضافة الإسعافات الأولية كمادة أساسية تدرس في كل طور تعليمي ، لأهميتها في الحياة اليومية و صعوبتها في تعلمها و إتقانها .

ثانيا: إلى أساتذة و مفتشي التربية البدنية والرياضية .

— الحرص على الوقاية من الإصابة الرياضية و توعية التلاميذ من خطورتها لأن الوقاية خير من العلاج .

— تكثيف دورات تكوينية خاصة بالإسعافات الأولية مع التنسيق بالحماية المدنية .

— تخصيص ندوات حول الإسعافات الأولية و حماية التلاميذ من الإصابات .

ثالثا : إلى معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و رياضة تربوية .

— تدريس الإسعافات الأولية كمادة أساسية طيلة السنة و الفترة التكوينية .

— تنظيم دورات تكوينية في الإسعافات الأولية لطلبت المعهد و غيرهم ضمن النشاطات الرياضية السنوية بالتنسيق

مع الهلال الأحمر الجزائري .

خاتمة

خاتمة

من خلال دراستنا هذه وما توصلنا إليه بالاستناد على نتائج الدراسة التطبيقية استنتجنا بطريقة علمية إحصائية أن مستوى أستاذ التربية البدنية و الرياضية في الإسعافات الأولية لم يصل إلى ما يجب أن يكون ، وهذا راجع إلى عدم الخبرة مع أنهم تلقوا تكوين خاص في مجال الإسعافات الأولية و إنما هم محتاجين إلى ممارسة الإسعافات لتطبيق ما تعلموه من تقنيات في ذلك المجال ، وفي حين أنهم يواجهون عدت عراقيل توقفهم عاجزين عن التدخل لتقديم الإسعافات الأولية منها قلة توفر علب الإسعافات و مستلزماتها الطبية فيجب على أستاذ التربية البدنية و الرياضية أخذ الحذر و الحيطة من الوقوع التلاميذ في الإصابة كحل مؤقت .

كما نختتم دراستنا بالحلول التي تحافظ على سلامة صحة التلاميذ من خطر الإصابة، تجهيز الملاعب للوقاية من الإصابة و توفير علب الإسعافات الأولية و تجهيزها و إقامة عيادات طبية داخل المؤسسات التربوية و تخصيص سيارات إسعاف لها .

أمانا أن يجد القارئ الكريم الإجابة عن بعض التساؤلات التي يتلقاها أو تصادفه في حياته المهنية ، و لعل هذا البحث المتواضع يكون مقدمة لبحوث أخرى تأتي من بعد لتطوير هذا المجال .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. أحمد السعيد يونس، راوية محمد الحصري: الإسعافات الأولية، دار الفكر العربي: القاهرة، بدون تاريخ.
2. أحمد الصهباني: الإسعافات الأولية ، منتديات مدارس الرشيد الحديثة ، 2007
3. أسامة رياض : الإسعافات الأولية لإصابات الملاعب ، دار الفكر العربي ، القاهرة، مصر، 2000 .
4. أسامة رياض :الطب الرياضي وإصابات الملاعب ، دار الفكر العربي ، القاهرة، 1998.
5. إقبال رسمي محمد :الإصابات الرياضية وطرق علاجها ، دار الفجر ، القاهرة، ط1، 2008
6. إقبال رسمي محمد :الإصابات الرياضية وطرق علاجها ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2008.
7. أكرم زكي خطايبية: موسوعة الكرة الطائرة الحديثة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان: 1996
8. بهاء الدين إبراهيم سلامة : الجوانب الصحية في التربية الرياضية ، دار الفكر العربي ، القاهرة، 2001
9. حياة عياد روفائيل: إصابات الملاعب وقاية – إسعاف – علاج ، دار المعارف، الإسكندرية، 1986.
10. رهم يونغسون ، ترجمة سعاد بشارة، الإسعافات الأولية، أكاديميا أنترناشيونال ، بيروت، لبنان، 1998.
11. سميرة خليل محمد :الإصابات الرياضية ، الأكاديمية الرياضية العراقية ، بغداد، 2007 .
12. عبد الرحمن عبد الحميد زاهر، موسوعة الإصابات الرياضية و إسعافاتها الأولية، ط1، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة، 2004.
13. عبد السيد أبو العلاء: دور المدرب واللاعب في الإصابات الرياضية (الوقاية والعلاج)، مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر، الإسكندرية ، 1986.
14. علي جلال الدين : الإصابة الرياضية ((الوقاية والعلاج)) ، ط02، القاهرة ، 2005.
15. عماد الدين شعبان: الإصابات الرياضية و إسعافاتها ، كلية التربية البدنية والرياضة، جامعة الملك سعود، 2006.
16. محمد عادل رشدي ، علم إصابة الرياضيين ، ط02 ، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية ، 1995
17. مسعود دريدي : مبادئ الإسعافات الأولية ، دار الهدى ، عين مليلة ، الجزائر ، بدون سنة

المجالات والدوريات

18. مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلمية (العلوم الإنسانية) نابلس فلسطين 2014 .

المراجع باللغة الأجنبية

19. Didier Gateau . les premiers secours. Nathan. france.2006.
20. Norbert vieux ,Pierre Jolis ::Manuel de secourisme ;ID.
21. Norbert vieux Pierre Jolis : Manuel de secourisme, ID
22. Medecingeneral Genaud Docteur es sciences : Manuel pratique e secourisme ,ID
23. G.Samara : Petite chirurgie secourisme, ID.

الملاحق



جامعة قاصدي مرباح ورقلة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية - ورقلة -

استمارة استبائية

هذه الاستمارة الاستبائية موجهة إلى أساتذة التربية البدنية والرياضية لمختلف

ثانويات مدينة ورقلة.

السلام عليكم وبعد:

أساتذتنا الكرام نتقدم إليكم بهذا الاستبيان الذي يندرج في إطار البحث العلمي لنيل شهادة ماستر أكاديمي في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بعنوان:

"الكشف على المستوى من الجانب المعرفي عند أستاذ التربية البدنية والرياضية في الإسعافات الأولية لمرحلة التعليم الثانوي"

فنرجو منكم مساعدتنا بالإجابة على الأسئلة الإستبائية علمكم أن هذه المعلومات تبقى في إطار البحث العلمي فقط.

على كل أستاذ وضع علامة (x) في الخانة المناسبة

- 01 الجنس ذكر. أنثى
- 02 كم عمرك سنة
- 03 سنوات التدريس سنة
- 04 ما هي الشهادة المتحصل عليها؟
- بكالوريا + 03 . بكالوريا + 04 . بكالوريا + 05
- شهادات أخرى

المحور الأول: التكوين الجامعي.

- 05 هل تلقيتم تكويناً خاصاً حول كيفية تقديم الإسعافات الأولية للتلاميذ حين إصابتهم أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية.
- نعم لا
- 06 في أي مرحلة تلقيتم التكوين عن الإسعافات الأولية؟
- . في الجامعة . خلال الندوات التكوينية تكوين خارجي
- 07 هل تعرف كل أنواع الإصابات الرياضية؟
- نعم لا
- 08 هل يتم مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية و ضرورتها خلال الندوات التربوية التكوينية؟
- نعم لا

المحور الثاني: التكوين الميداني و الخبرة الميدانية .

- 09 حسب رأيكم هل كانت مدة التكوين في مجال الإسعافات الأولية كافية؟
- نعم لا
- 10 هل ترى أنه من الضروري مناقشة مواضيع متعلقة بالإسعافات الأولية خلال الندوات التربوية التكوينية؟
- نعم لا
- 11 هل حدث و أن تعرض أحد تلاميذكم إلى إصابة أو حادث خلال حصة التربية البدنية الرياضية؟
- نعم لا
- 12 هل تتقن مختلف وضعيات الإسعافات الأولية؟
- نعم لا

المحور الثالث: المعالجة الميدانية .

- 13 في حالة الإجابة بنعم كيف كان تعاملكم مع الإصابة؟
- . إيجابياً . متحفظاً
- كيف ذلك باختصار.....

14 في أي نوع من النشاط تكثر فيه الإصابات التي يتعرض لها التلاميذ؟

النشاط الجماعي .النشاط الفردي

15 من خلال تجربتك ما درجة الإصابة ؟

إصابة خفيفة .متوسط .خطيرة

16 من خلال تجربتك ما أغلب الإصابات التي يتعرض لها التلاميذ أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية ؟

كدمات .التواء .خلع .جروح .كسور .إصابات أخرى اذكرها

.....

.....

.....

17 هل وقوع الإصابة يجبر الأستاذ على التدخل بسرعة مهما كانت القرارات ؟

نعم لا

18 هل ترى أن عدم إتقان أساليب التدخل للإسعافات الأولية يعتبر نقص في التكوين لأستاذ التربية البدنية و الرياضية ؟

نعم لا

19 حسب رأيكم ما هي مبررات عدم تدخل الأستاذ كمسعف ؟

التخوف من المسؤولية .عدم الإتقان .عدم الخبرة .الكل

20 هل تتوفر مؤسستكم على الأدوات و المستلزمات الطبية الضرورية للقيام بالإسعافات الأولية ؟

نعم لا

إذا كان الجواب السابق بـ لا فما هي أسباب غيابها ؟

أسباب مادية .أسباب بشرية .الاثتان معا

21 هل ترى أن علبة الإسعافات الأولية ضرورية أثناء حصة التربية البدنية و الرياضية ؟

نعم لا

المحور الرابع :الإمكانيات المتوفرة .

22 إذا كانت لديكم علبة للإسعافات الأولية فكم مرة تراقبونها ؟

كل شهر .كل ثلاثي .كل سنة .لا تراقب

23 هل تعطي أهمية للوقاية من الإصابات خلال حصة تربية البدنية و الرياضية ؟

نعم لا

24 ما هي الاحتياطات الوقائية التي تتخذها خلال حصة التربية البدنية و الرياضية ؟

.....

.....

.....

.....

.....

المحور الخامس :تدخل المسؤولية .

25 إلى أي حد يتحمل الأستاذ المسؤولية في حالة وقوع حادث أو إصابة أثناء حصة التربية البدنية والرياضية ؟






كلية جزئيا منعدمة

26 هل كفاءتك في الإسعافات الأولية تشجع التلاميذ على الممارسة أكثر ؟

نعم لا

27 حسب رأيك ما هي الحلول المقترحة لتكوين كافة أساتذة التعليم الثانوي في الإسعافات الأولية و إشعارهم بأهميتها ؟

..... -
..... -
..... -
..... -
..... -

الإمضاء	الجامعة	الرتبة العلمية	اللقب	الاسم
	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	محاضر ب	قادري	تقي الدين
	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	محاضر أ	نصير	حميدة
	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	محاضر أ	جرمون	علي
	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	محاضر أ	كواش	رضا
	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	محاضر ب	عايدي	مراد

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	30	88.2	88.2	88.2
	2	4	11.8	11.8	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	26	1	2.9	2.9	2.9
	27	4	11.8	11.8	14.7
	28	4	11.8	11.8	26.5
	29	3	8.8	8.8	35.3
	30	3	8.8	8.8	44.1
	31	2	5.9	5.9	50.0
	33	2	5.9	5.9	55.9
	34	4	11.8	11.8	67.6
	35	3	8.8	8.8	76.5
	37	1	2.9	2.9	79.4
	38	2	5.9	5.9	85.3
	39	1	2.9	2.9	88.2
	40	1	2.9	2.9	91.2

41	1	2.9	2.9	94.1
49	1	2.9	2.9	97.1
50	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

الخبرة

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1	5	14.7	14.7	14.7
2	4	11.8	11.8	26.5
3	6	17.6	17.6	44.1
4	3	8.8	8.8	52.9
5	5	14.7	14.7	67.6
6	2	5.9	5.9	73.5
8	2	5.9	5.9	79.4
10	2	5.9	5.9	85.3
11	1	2.9	2.9	88.2
15	2	5.9	5.9	94.1
22	1	2.9	2.9	97.1
27	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

الشهادة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بكلوريا+3	7	20.6	20.6	20.6
	بكلوريا+4	8	23.5	23.5	44.1
	بكلوريا+4	18	52.9	52.9	97.1
	6	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	8	23.5	23.5	23.5
	نعم	26	76.5	76.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	2	5.9	5.9	5.9
	الجامعة	16	47.1	47.1	52.9
	الندوات	1	2.9	2.9	55.9
	خارجي	15	44.1	44.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	1	2.9	2.9	2.9
	نظرية	11	32.4	32.4	35.3
	تطبيقية	3	8.8	8.8	44.1
	معا	19	55.9	55.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q8

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	25	73.5	73.5	73.5
	نعم	9	26.5	26.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q9

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	12	35.3	35.3	35.3
	نعم	22	64.7	64.7	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	16	47.1	47.1	47.1
	نعم	18	52.9	52.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	14	41.2	41.2	41.2
	نعم	19	55.9	55.9	97.1
	2	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q12

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	4	11.8	11.8	11.8
	نعم	30	88.2	88.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q13

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	4	11.8	11.8	11.8
	نعم	30	88.2	88.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q14

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	إيجابية	24	70.6	80.0	80.0
	متحفظا	6	17.6	20.0	100.0
	Total	30	88.2	100.0	
Manquant	Systeme	4	11.8		
Total		34	100.0		

Q15_1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابلاغ الحماية	13	38.2	100.0	100.0
Manquant	Systeme	21	61.8		
Total		34	100.0		

Q15_2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	31	91.2	100.0	100.0
Manquant	Systeme	3	8.8		
Total		34	100.0		

Q15_3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	4	11.8	100.0	100.0
Manquant	Systeme	30	88.2		
Total		34	100.0		

Q16

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	جماعي	30	88.2	88.2	88.2
	معا	4	11.8	11.8	100.0
Total		34	100.0	100.0	

Q17

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	خفيفة	11	32.4	32.4	32.4
	متوسطة	18	52.9	52.9	85.3
	خطيرة	2	5.9	5.9	91.2
	مختلفة	3	8.8	8.8	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q18

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	كدمات	2	5.9	5.9	5.9
	التواء	7	20.6	20.6	26.5
	خلع	1	2.9	2.9	29.4
	جروح	6	17.6	17.6	47.1
	كسور	1	2.9	2.9	50.0
	مختلفة	17	50.0	50.0	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q19

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	6	17.6	17.6	17.6
	نعم	28	82.4	82.4	100.0

Total	34	100.0	100.0	
-------	----	-------	-------	--

Q20

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	2	5.9	5.9	5.9
	نعم	32	94.1	94.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q21

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	التحوف من المسؤولية	7	20.6	20.6	20.6
	عدم الاتقان	6	17.6	17.6	38.2
	عدم الأذيرة	10	29.4	29.4	67.6
	الكل	11	32.4	32.4	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q22

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	كليا	16	47.1	47.1	47.1
	جزئيا	15	44.1	44.1	91.2

منعدمة	3	8.8	8.8	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Q23

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide لا	13	38.2	38.2	38.2
تعم	21	61.8	61.8	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Q23_1

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide مادية	8	23.5	61.5	61.5
معا	5	14.7	38.5	100.0
Total	13	38.2	100.0	
Manquant Système	21	61.8		
Total	34	100.0		

Q24

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide لا	1	2.9	2.9	2.9

تعم	33	97.1	97.1	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Q25

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	شهريا	14	41.2	41.2	41.2
	ثلاثي	12	35.3	35.3	76.5
	سنوية	3	8.8	8.8	85.3
	لا أراقب	5	14.7	14.7	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q26

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	1	2.9	3.0	3.0
	تعم	32	94.1	97.0	100.0
	Total	33	97.1	100.0	
Manquant	Systeme	1	2.9		
Total		34	100.0		

Q27

	Fréquence	Pourcentage
--	-----------	-------------

Manquant	Système	34	100.0
----------	---------	----	-------

Q28

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	21	61.8	61.8	61.8
	نعم	13	38.2	38.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Q29

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	لا	2	5.9	5.9	5.9
	نعم	32	94.1	94.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

NPAR TESTS

/CHISQUARE=Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q23_1 Q24 Q25 Q26

Q28 Q29

/EXPECTED=EQUAL

/MISSING ANALYSIS.

Tests statistiques

	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Khi-deux	9.529 ^a	23.176 ^b	23.882 ^b	7.529 ^a	2.941 ^a	.118 ^a	15.235 ^c
ddl	1	3	3	1	1	1	2
Sig. asymptotique	.002	.000	.000	.006	.086	.732	.000

Tests statistiques

	Q12	Q13	Q14	Q16	Q17	Q18	Q19
Khi-deux	19.882 ^a	19.882 ^a	10.800 ^d	19.882 ^a	19.882 ^b	33.059 ^e	14.235 ^a
ddl	1	1	1	1	3	5	1
Sig. asymptotique	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000

Tests statistiques

	Q20	Q21	Q22	Q23	Q23_1	Q24	Q25
Khi-deux	26.471 ^a	2.000 ^b	9.235 ^c	1.882 ^a	.692 ^f	30.118 ^a	10.000 ^b
ddl	1	3	2	1	1	1	3
Sig. asymptotique	.000	.572	.010	.170	.405	.000	.019

Tests statistiques

	Q26	Q28	Q29
Khi-deux	29.121 ^g	1.882 ^a	26.471 ^a
ddl	1	1	1
Sig. asymptotique	.000	.170	.000

a. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 17.0.

b. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 8.5.

c. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 11.3.

d. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 15.0.

e. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 5.7.

f. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 6.5.

g. 0 cellules (0.0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 16.5.