

دراسة تحليلية للإصابات الشائعة وأسبابها لدى لاعبي المبارزة بدولة الكويت

*أ.د/ عبد المجيد محمد الموسوي

** د/ سلمان حسين حاجي محمد

المقدمة ومشكلة البحث:

للوهلة الأولى وعند سماع كلمة المبارزة تطرأ في أذهاننا صورة حروب الأزمنة القديمة واعداد الجنود للقتال والتدريب العسكري والمبارزة بالسيف، وفي نفس الوقت كانت تمارس خلال احتفالات المجتمعات القديمة كنوع من الترفيه والتحدي واطهار القوة وفنون القتال، ثم تطورت طريقة أدائها عبر السنين مع تطور المجتمعات والثقافات باضافة بعض القوانين التي كانت تحكم احتفالاتهم ومنافساتهم (Giulio & Diana, 2008).

وتعتمد هذه الرياضة على لمس اللاعب جسم الخصم بالسيف من خلال قوانين ونظم خاصة تحكم اللاعبين وتوفر لهم أعلى درجات الأمن والسلامة. وتنقسم رياضة المبارزة الى ثلاثة انواع وهي سلاح الشيش (الفلوريه) وسيف المبارزة (الايبيه) وسلاح السيف (الساير) وهي تتشابه في الوصف لأجزاء السلاح كالنصل والمقبض وتختلف في شكل السلاح وطوله ووزنه وقوانين كل سلاح (Ezequiel R. 2008)، (Giulio R. & Diana 2008)، (بيان علي ألخاقاني، ٢٠٠٧).

وفي السنوات الحديثة تم الاستفادة من علوم الرياضة حيث أدخلت عليها طرق جديدة للتدريب طورت وبشكل كبير الأداء المهاري للاعبين (Turner et al., 2014).

فلاعب المبارزة يقوم بأداء حركات أمامية وخلفية والطعن بسرعة عالية وخاطفة والتي لا تتعدى عشر الثانية (رحيم الزبيدي، ٢٠١٠)، (Zbigniew B. & Zbigniew W., 2008). وعملية التدريب لا تقتصر

على جهد المدرب المتخصص بل هي عملية متكاملة من عطاء وجهد جميع المعنيين في المجال الرياضي لتطوير أداء الرياضيين مثل مدرب الفريق، مدرب اللياقة البدنية، طبيب الإصابات الرياضية، اختصاصي العلاج الطبيعي، الاختصاصي النفسي (عبد الهادي وعبد الكريم، ٢٠١٢)، (عبدالمجيد الموسوي، ٢٠١٢).

ويشير (Laura C & Mindy L., 2011) في دراسته حول كيفية الاشراف على التدريب والبطولات بأن أهمية القائمين على العملية التدريبية تظهر من خلال إعداد اللاعبين بالتدريب المناسب والمتوازن والشامل بشكل يتناسب مع المتطلبات الفسيولوجية والميكانيكية اللازمة لأداء المهارات المطلوبة في المباراة. ويضيف بأن تطوير المهارات الرياضية للاعبين في المباراة تعتبر عملية مستمرة على امتداد مسيرتهم الرياضية منذ بداية انخراطهم كلاعبين مبتدئين الى أن يصلوا الى مرحلة الاحتراف الرياضي، ولا يقتصر نجاحهم في تحقيق البطولات والتميز في هذه الرياضة على الموهبة الرياضية بشكل مطلق، بل على مزيج من التركيز في تطوير مهاريا وعلى تطوير قدراتهم بدنيا وفنيا وتكتيكا ونفسيا.

أن تحقيق البطولات وعملية التطوير في رياضة المباراة كباقي الرياضات الأخرى تتطلب الإعداد المستمر والذي يعتمد كثيرا على القدرات البدنية العالية كالسرعة، التحمل، الرشاقة، القوة، التدريب الهوائي والتدريب اللاهوائي لجميع أجزاء الجسم بما فيها الأطراف العلوية والسفلية (Girard & Millet, 2009) وذلك يتطلب مستوى بدني عالي يتناسب مع مهارات المباراة مما يعرض عضلات ومفاصل الجسم المختلفة الى ضغط بدني عالي قد تؤدي الى الاصابات وبأنواعها (Alekseyev, et al., 2016). وتعتبر الاصابات الرياضية أحد أهم المشاكل التي تواجه الممارسين في الرياضة التنافسية (مجلي واخرون، ٢٠٠٨).

وتشير الدراسات السابقة لإصابات المبارزة أن أهم عوامل الخطورة هي: (أ) التصادم والتلاحم (ب) مستوى التكنيك (ج) الأرضية (Caine et al., 2010) مع قلة وجود إصابات قاتلة في هذه الرياضة كما يشير إليها (Giulio & Diana, 2008) حيث وجد عدد ٨ حالات وفاة خلال السنوات من ١٩٨٠ إلى ٢٠٠٦ وأن أغلب هذه الإصابات كانت لدى نخبة اللاعبين من المستوى العالي، بينما غالبية الإصابات كانت تتراوح شدتها من خفيفة إلى متوسطة الشدة وبعد العلاج الطبي وتمارين إعادة التأهيل الرياضي يعود اللاعب إلى ممارسة رياضته بشكل طبيعي. وفي عام ١٩٨٢ قام الاتحاد الدولي للمبارزة بإصدار قانون يلزم جميع المبارزين على استخدام الملابس والأجهزة والأدوات المعتمدة من (Federation International Escrime) من أجل وقاية اللاعبين من الإصابات الخطيرة هذا بالإضافة إلى فحص أسلحة وملابس المبارزين قبل المنافسة.

ويذكر "ماجد مجلي، خالد عطيات"، (٢٠٠٦م)، (Alehseyev et al., 2016) أن أسباب الإصابة لا تكمن فقط بشدة التدريب أو صعوبة التنافس أثناء البطولات كعوامل مطلقة لحدوثها، بل قد تكون كنتاج لضعف خبرة اللاعب أو لقلة الاهتمام بالعوامل الوقائية مثل الإحماء المناسب قبل التدريب أو البطولات. ويشير (Caine & Linder, 1996) إلى أن ما يقارب نصف إصابات المبارزة تتعلق باللاعب نفسه ومن الممكن تجنبها. كما يوصي كل من "سميرة عبدالرسول" (٢٠١٣)، (Casertano L., 2011) بأن هناك حاجة ماسة لتوسعة آفاق المدربين والقائمين على العملية التدريبية عن مدى التأثير المباشر للأحمال التدريبية والاجهاد الرياضي على حدوث الإصابات الرياضية بأنواعها.

وهناك دراسة للإصابات الحادة في رياضة المبارزة خلال دورتي الألعاب الاولمبية في أثينا ٢٠٠٤ وبكين ٢٠٠٨ حيث قام الباحث

(Ezequiel R. 2008) على التعرف على انواع الاصابات التي حدثت خلال المنافسات التي أقيمت أثناء هاتين الدورتين بهدف وقاية لاعبي المباراة في المستقبل. أظهرت النتائج على اصابة (٣٤) مبارز في دورة الالعاب الاولمبية في أثينا ٢٠٠٤ بينما وصل العدد الى (٢٥) مصاب في دورة الالعاب الاولمبية في بكين ٢٠٠٨. وفي دورة الالعاب الاولمبية أثينا ٢٠٠٤ كانت أكثر الاصابات شيوعا هي آلام أسفل الظهر خاصة في سلاح الابيه وقد لوحظ ارتفاع واضح في اصابات اليد خاصة في سلاح السابر في دورة الالعاب الاولمبية في بكين ٢٠٠٨ حيث كان اكثر أجزاء الجسم تعرضا للإصابة هي القدم والكاحل واليدين. وفيما يتعلق بالإصابات الشديدة التي نتج عنها عدم قدرة اللاعب من المشاركة دورة الالعاب الاولمبية في أثينا ٢٠٠٤ بسبب جرح تطلب علاجه الى غرز جراحية بينما وصل عدد الحالات الى ٣ في دورة الالعاب الاولمبية في بكين ٢٠٠٨ بسبب اصابات سابقة. ومن النتائج الايجابية في هذه الدراسة أن أغلب الاصابات كانت خفيفة الشدة وتم معالجتها في وقتها وان المصابون استطاعوا المشاركة والمنافسة.

تعتبر الإصابات الرياضية في المباراة من المشاكل المؤرقة للمدربين والرياضيين والتي قد تؤدي في بعض الأحيان لإنهاء مسيرة اللاعب الرياضية، ومن الملاحظ أن مجتمع الدراسة يعتبر مجتمعا صغيرا في العدد وعلى الجميع أن يحافظ عليه. وقد وصل عدد اللاعبين المسجلين في سجلات الاتحاد الكويتي المباراة (١٧٥٠) لاعبا في الموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧. ومع قلة عددهم، فان الكثير منهم يعاني من طول الفترة الزمنية للموسم الرياضي وارتفاع شدة وحمل التدريب وما تحتاجه اللعبة من متطلبات أثناء أداء المهارات الخاصة بها سواء أثناء التدريبات اليومية أو خلال المنافسات الرسمية وبرنامج البطولات المضغوط فان لهذه العوامل تأثيرات سلبية على أطراف الجسم العلوية منها والسفلية قد تكون سببا في

تعريض اللاعبين للإجهاد الرياضي والإصابات بمختلف أنواعها أو الاعتزال في سن مبكرة أو عزوف الكثيرين منهم عن المشاركة مما يؤثر على عدد اللاعبين وانتشار اللعبة ومستقبلها محليا ودوليا. وإذا ما أردنا أن نضع حلولاً تساعد على الحد من انتشار الإصابات والتقليل منها فلا بد من التعرف على طبيعة هذه الإصابات وأنواعها ومدى انتشارها بين لاعبي المباراة وأسباب حدوثها والوقاية من تكرارها. وفي حدود علم الباحثان أنه لا توجد أي دراسة منشورة لإصابات المباراة في الكويت، لذا فقد أصبحنا بحاجة ماسة إلى مثل هذه الدراسة وذلك للتقليل من حدة الإصابات ونسبة حدوثها في رياضة المباراة وبالتالي إيجاد الحلول المناسبة لها.

أهداف الدراسة:

- ١- التعرف على أهم الإصابات الشائعة لدى لاعبي المباراة بدولة الكويت.
- ٢- التعرف على أكثر المناطق التشريحية عرضة لإصابات المباراة بدولة الكويت.
- ٣- التعرف على أسباب الإصابات الشائعة لدى لاعبي المباراة بدولة الكويت.
- ٤- التعرف على أنواع الإصابات لدى كل سلاح من أسلحة المباراة بدولة الكويت.

إجراءات الدراسة:

حدود الدراسة:

التزم الباحثان في هذه الدراسة على الآتي:

- قصر الدراسة على لاعبي المباراة المشاركين في البطولات التنشيطية والبطولات التمهيدية وبطولات كأس الاتحاد والبطولة العامة للاتحاد الكويتي للمبارزة للموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧م.

- اشتملت الدراسة على لاعبي المبارزة للفئات المصنفة حسب عمر اللاعبين: مستجدين (١٢- ١٤ سنة)، أشبال (١٤ - ١٧ سنة)، ناشئين (١٧ - ٢٠ سنة)، عمومي (٢٠ سنة فما فوق) والمسجلين رسميا في الأندية الكويتية التابعة للهيئة العامة للرياضة بدولة الكويت.
- شارك في الدراسة لاعبون يتنافسون على المستوى المحلي والدولي علما بأن الموسم الرياضي للمبارزة يبدأ في شهر سبتمبر ويستمر الى نهاية شهر مايو (٩ شهور) وذلك بالنسبة للاعبين على المستوى المحلي فقط، أما لاعبو المنتخب الوطني فانهم يستمرون في التدريبات والمشاركات المحلية والخارجية طوال العام.
- اشتملت الدراسة على جميع اللاعبين الذين تعرضوا للإصابة خلال مشاركاتهم في التدريبات اليومية في النادي أو المنتخب أو خلال مشاركاتهم في المنافسات المحلية، الإقليمية، الدولية للموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧م.

منهج الدراسة:

نظرا إلى شح الدراسات العلمية السابقة لحصر وتوفير بيانات علمية عن إصابات اللاعبين في رياضة المبارزة بدولة الكويت لذلك كان استخدام المنهج الوصفي للدراسات المسحية لملائمته لطبيعة هذه الدراسة حيث يعتبر أحد المناهج الأساسية في إجراء الدراسات والبحوث الوصفية. وقد وفرت هذه الدراسة قاعدة بيانات قيمة قد تساهم في انطلاق أبحاث علمية مستقبلية تقوم بتفسير نتائج هذه الدراسة.

مجتمع وعينة الدراسة:

يقوم الاتحاد الكويتي للمبارزة بتنظيم البطولات للذكور فقط والبالغ عددهم (١٧٥٠) لاعبا في الموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧ يتنافسون فيما بينهم في (١٢) نادي محلي. يتكون مجتمع الدراسة من اللاعبين الذكور

للفئات العمرية التالية: مستجدين (١٢ - ١٤ سنة)، أشبال (١٤ - ١٧ سنة)، ناشئين (١٧ - ٢٠ سنة)، عمومي (٢٠ سنة فما فوق). وقد تمت مخاطبة جميع الأندية وأعتذر (٩) أندية وأبدي عدد (٣) أندية موافقتها للمشاركة بهذه الدراسة وهي أندية (القادسية، اليرموك، العربي) مع العلم بأن هذه الأندية هي الأكثر من حيث عدد اللاعبين الذين يشاركون في البطولات على المستوى المحلي والدولي وتحقيق نتائج متقدمة، أما الأندية الأخرى فانها تشارك بعدد قليل جدا من اللاعبين. وعليه فقد تم عرض الاستبانة على جميع لاعبي الأندية الثلاثة والبالغ عددهم (٦٤٧) لاعبا واشتملت على كل من شارك في بطولات المبارزة وتعرض لاصابة رياضية خلال الموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧، وقد تم اختيار العينة عن طريق حصر اللاعبين المصابين الذين وصل عددهم (٢٨) لاعبا مصابا، جدول (١)، (٢). ولم يطلب من المشاركين ذكر أسمائهم منعا للإحراج وأن جميع الإجابات سوف تكون سرية وسوف تستخدم في البحث العلمي فقط.

جدول (١)

توصيف عينة الدراسة بعدد الأندية واللاعبين والمصابين

اسم النادي	عدد اللاعبين	عدد المصابين
القادسية	١٤٤	١٠
اليرموك	١٩٠	١٠
العربي	٣١٣	٨
المجموع	٦٤٧	٢٨

جدول (٢)

توصيف عينة الدراسة (العمر، الطول، الوزن) (ن = ٢٨)

الفئة العمرية	أقل	أعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر (سنوات)	١٥	٣٤	٢٢	٥.٨
الطول (سم)	١٦٦	١٩٣	١٧٤.٨	٦.٣٥
الوزن (كجم)	٥٨	١٠٠	٧٣.٦	١١.٧٨

أداة الدراسة:

قام الباحثان بتصميم استبانة أعدت خصيصاً لتحقيق أهداف هذه الدراسة (مرفق رقم ١) بعد المرور بخطوات عديدة متعارف عليها في مجال تصميم أدوات البحث العلمي. فقد تمت صياغته ليشتمل في صورته الأولية على (٢٥) بند من المعلومات التي تخدم أهداف الدراسة ومن ثم تنقيحه بعد عرضة على عدد (١٠) من المحكمين الخبراء من أهل الاختصاص في العديد من المجالات العلمية كالإصابات الرياضية والعلاج الطبيعي وفسولوجيا التدريب الرياضي وعلم الحركة والميكانيكا الحيوية ومدربي المبارزة لا تقل خبرتهم عن ١٠ سنوات في مجال التدريب للتأكد من مناسبتها من حيث المعنى والصياغة اللغوية مع إضافة أو حذف أو تعديل ما يروونه مناسباً ليشتمل في صورته النهائية على (٢٣) بند بحيث يبدأ بأسئلة المعلومات العامة من (٩) بنود وأسئلة البحث من (١٤) بند. وتم أخذ توصيات الخبراء والمدربين واعادة صياغة الاستبيان ومحتواه واعادة عرضه عليهم مرة أخرى حيث أبدى السادة المحكمين آراؤهم بنسبة اتفاق عالية وصلت إلى (٩٠%) ومن ثم القيام بتطبيق الاستبانة على عينة تجريبية من ١٠ لاعبين و ١٠ طلبة من قسم التربية البدنية في كلية التربية الأساسية بهدف معرفة مدى وضوح الاسئلة والتدريب على عملية تطبيق الاستبانة لتفادي المعوقات والمشكلات ومراعاة الوقت. وقد استعان الباحث بسجلات الاتحاد الكويتي للمبارزة للتعرف على عدد اللاعبين المشاركين في كل نادي في بطولات الاتحاد، كما استعان بالمدربين في شرح اسئلة الاستبانة والاجابة عليها. وتم استخدام الاستبانة في جمع البيانات فيما يتعلق بإصابات المبارزة وأنواعها (مرفق ١).

الطرق الاحصائية المستخدمة:

أدخلت جميع البيانات التي تم جمعها من أفراد عينة البحث بواسطة الاستبانات في الحاسب الآلي واستعان الباحثان بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعالجة البيانات واستخراج نتائج البحث من تحليل

البيانات، استخراج المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوسيط، التكرارات، النسب المئوية لجميع الأسئلة.

عرض النتائج:

في ضوء أهداف البحث وفي إطار المنهج العلمي المستخدم، توصل الباحثان إلى النتائج التالية:

جدول (٣)

نسبة انتشار اصابات المبارزة وتوزيعها حسب نوع السلاح على الفئات العمرية

المجموع	الفئة العمرية			نوع السلاح
	عمومي (٣٠ فما فوق)	ناشئين (١٧-٣٠)	أشبال (١٤-١٧)	
١٥ (% ٥٣.٦)	٨ (% ٢٨.٦)	٤ (% ١٤.٣)	٣ (% ١٠.٧)	ايبيه
٨ (% ٢٨.٦)	٤ (% ١٤.٣)	٢ (% ٧.١)	٢ (% ٧.١)	فلوريه
٥ (% ١٧.٩)	٢ (% ٧.١)	٢ (% ٧.١)	١ (% ٣.٦)	ساير
٢٨ (% ١٠٠)	١٤ (% ٥٠.٠)	٨ (% ٢٨.٦)	٦ (% ٢١.٤)	المجموع

جدول (٣) يحتوي على عدد ونسبة انتشار اصابات المبارزة وتوزيعها حسب نوع السلاح على الفئات العمرية وهذا الجدول يوضح أن أكثر الاصابات كانت لدى لاعبي سلاح الايبه ١٥ (%٥٣.٦) ويليه بالترتيب سلاح الفلوريه بنسبة ٨ (%٢٨.٦) وأخيرا سلاح الساير بنسبة ٥ (%١٧.٩).

ويوضح أيضاً انتشار الاصابات بين الفئات العمرية حيث كان النصيب الأكثر من الإصابات الرياضية لدى اللاعبين من فئة العمومي ١٤ (%٥٠.٠) ثم اللاعبين من فئة الناشئين بنسبة ٨ (%٢٨.٦) وأخيرا اللاعبين من فئة الأشبال بنسبة ٦ (%٢١.٤). ونلاحظ أن أغلب اصابات سلاح الايبه كانت لدى اللاعبين من فئة العمومي بنسبة ٨ (%٢٨.٦) ثم اللاعبين من فئة

الناشئين بنسبة ٤ (١٤.٣%) ثم اللاعبين من فئة الأشبال بنسبة ٣ (١٠.٧%). وكذلك اصابات سلاح الفلوريه فكان أغلبها لدى اللاعبين من فئة العمومي بنسبة ٤ (١٤.٣%) ثم اللاعبين من فئة الناشئين والأشبال بنفس النسبة ٢ (٧.١%). أما اصابات سلاح السابر فنجد أن أغلب الاصابات لدى اللاعبين من فئة العمومي والناشئين بنفس النسبة ٢ (٧.١%) ثم اللاعبين من فئة الأشبال بنسبة ١ (٣.٦%).

جدول (٤)

نوع ونسبة انتشار الاصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي المبارزة

نوع الإصابة	تقلص عضلي	تمزق عضلي	كدمة / رضة	التهاب	التواء المفصل	شرخ العظم	المجموع
ايبيه	٥ (١٧.٩%)	٢ (٧.١%)	٦ (٢١.٤%)	١ (٣.٦%)	٠	١ (٣.٦%)	١٥ (٥٣.٦%)
فلوريه	٢ (٧.١%)	٥ (١٧.٩%)	٠	١ (٣.٦%)	٠	٠	٨ (٢٨.٦%)
سابر	٢ (٧.١%)	٢ (٧.١%)	٠	٠	١ (٣.٦%)	٠	٥ (١٧.٩%)
المجموع	٩ (٣٢.١%)	٩ (٣٢.١%)	٦ (٢١.٤%)	٢ (٧.١%)	١ (٣.٦%)	١ (٣.٦%)	٢٨ (١٠٠%)

يوضح الجدول (٤) نوع ونسبة انتشار الاصابات الرياضية الشائعة لدى لاعبي المبارزة. نجد أن كما أن هذا الجدول يشير الى أن الاصابة بالتقلص العضلي كانت هي الأكثر شيوعا من بين الاصابات الأخرى وبنسبة ٩ (٣٢.١%) ويليها بالترتيب وبنفس النسبة ٩ (٣٢.١%) الاصابة بالتمزق العضلي، ثم الاصابة بالكدمات بنسبة ٦ (٢١.٤%)، ثم الاصابة بالالتهاب بنسبة ٢ (٧.١%)، ثم الاصابة بالتواء المفصل بنسبة ١ (٣.٦%)، وأخيرا الاصابة بشرخ العظم بنسبة ١ (٣.٦%).

والملاحظ أن أكبر نسبة اصابات حدثت لدى لاعبي سلاح الايبيه بنسبة ١٥ (٥٣.٦%) وكان أغلبها كدمات ٦ (٢١.٤%) وتقلصات عضلية

٥(١٧.٩%). ويليه اصابات سلاح الفلوريه بنسبة ٨(٢٨.٦%) وكان أغلبها تمزقات عضلية ٥(١٧.٩%). وكانت أقل نسبة الاصابات لدى لاعبي سلاح السابر بنسبة ٥(١٧.٩%) وكان أغلبها تقلصات عضلية و تمزقات عضلية بنسبة ٢(٧.١%).

جدول (٥)

عدد الاصابات ونسبتها ومكان حدوثها بالجسم

النسبة المئوية	مجموع الاصابات	النسبة المئوية	عدد الاصابات	مكان الاصابة بالجسم
٣٢.١%	٩	٣.٦%	١	الرقبة
		١٠.٧%	٣	أصابع اليد
		٣.٦%	١	مفصل المرفق
		٣.٦%	١	العضد
		٣.٦%	١	الساعد
		٧.١%	٢	الظهر
٦٧.٩%	١٩	١٠.٧%	٣	العضلات المقربة للفخذ
		٧.١%	٢	عضلات الفخذ الامامية
		٢٥.٠%	٧	عضلات الفخذ الخلفية
		٣.٦%	١	مفصل الركبة
		٧.١%	٢	الساق
		١٤.٣%	٤	مفصل القدم
١٠٠%	٢٨	المجموع		

يوضح الجدول (٥) عدد الاصابات ونسبتها ومكان حدوثها بالجسم. فقد وجد أن ١٩(٦٧.٩%) من الاصابات حدثت في الطرف السفلي من الجسم، وأن ٩(٣٢.١%) منها حدثت في الطرف العلوي من الجسم. وكان أكثر الأجزاء تعرضاً للاصابات هي عضلات الفخذ الخلفية وبنسبة ٧(٢٥.٠%) من مجموع الاصابات، ويليه بالترتيب مفصل القدم ٤(١٤.٣%)، ثم أصابع اليد ٣(١٠.٧%) والعضلات المقربة للفخذ ٣(١٠.٧%)، ثم الظهر ٢(٧.١%) وعضلات الفخذ الامامية ٢(٧.١%)

والساق ٢ (٧.١%)، ثم الرقبة ومفصل المرفق والعضد والساعد ومفصل الركبة كل بنسبة ١ (٣.٦%).

جدول (٦)

عدد ونسبة الاصابات حسب سنوات الخبرة (مستوى محلي ودولي)

عدد سنوات الخبرة	على المستوى المحلي	على المستوى الدولي
٥ - ٠	٤ (% ١٤.٣)	٢٣ (% ٨٢.١)
١١ - ٦	١٥ (% ٥٣.٦)	٤ (% ١٤.٣)
١٥ - ١٢	٣ (% ١٠.٧)	١ (% ٣.٦)
١٥ فأكثر	٦ (% ٢١.٤)	٠

يوضح الجدول (٦) انه كلما زادت عدد سنوات المشاركة واكتساب الخبرة، كلما قلت نسبة الاصابات. فبالنسبة للاصابات وسنوات الخبرة على المستوى المحلي نجد أن أغلب الاصابات كانت لدى اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ٦ - ١١ سنة بنسبة ١٥ (٥٣.٦%)، ويليهم اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ٦ (٢١.٤%)، ثم اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ٥ - ٠ سنوات وبنسبة ٤ (١٤.٣%)، وأخيرا اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ١٢ - ١٥ سنة وبنسبة ٣ (١٠.٧%). أما على المستوى الدولي فقد تبين أن مع زيادة سنوات الخبرة قلت نسبة الاصابات حيث كان أغلبها لدى اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ٥ - ٠ سنوات بنسبة ٢٣ (٨٢.١%)، ثم قلت بشكل واضح لدى اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ٦ - ١١ سنة بنسبة ٤ (١٤.٣%)، واستمر الانخفاض لتصل النسبة الى ١ (٣.٦%) لدى اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم ١٢ - ١٥ سنة حتى

وصلت النسبة الى الصفر لدى اللاعبين الذين تراوحت عدد سنوات خبراتهم
١٥ سنة فأكثر.

جدول (٧)

معدل عدد ايام التدريب بالاسبوع وعدد ساعات التدريب باليوم

م	المتغيرات للحالة التدريبية	عدد الاصابات	النسبة المئوية
(١) معدل أيام التدريب اسبوعيا			
-	يومان	١	٣.٦ %
-	ثلاثة أيام	٧	٢٥.٠ %
-	أربعة أيام	٦	٢١.٤ %
-	خمسة أيام	١٤	٥٠.٠ %
(٢) معدل ساعات التدريب يوميا			
-	ساعة واحدة	٢	٧.١ %
-	ساعتان	١٥	٥٣.٦ %
-	ثلاثة ساعات	١١	٣٩.٣ %

جدول (٧) يوضح العلاقة بين معدل عدد أيام التدريب اسبوعيا وعدد الاصابات ونسبتها حيث تبين أن نسبة الاصابات تزداد بزيادة معدل عدد ايام التدريب بالاسبوع وعدم وجود اصابات لمن يتدرب بمعدل يوم واحد بالاسبوع. ويوضح الجدول أعلاه أن نسبة الاصابات كانت قليلة جدا (٣.٦%) في حالة التدريب بمعدل يومين بالاسبوع، ثم ازدادت النسبة لتصل الى (٢٥.٠%) في حالة التدريب بمعدل ثلاثة أيام بالاسبوع، وتستمر تقريبا بنفس المعدل (٢١.٤%) في حالة التدريب بمعدل أربعة أيام بالاسبوع، وتستمر بالزيادة لتصل الى أقصاها (٥٠.٠%) في حالة التدريب خمسة أيام بالاسبوع.

كما ويوضح الجدول أعلاه العلاقة بين معدل ساعات التدريب يوميا وعدد الاصابات ونسبتها ويتضح قلة الاصابات (٧.١%) في حالة التدريب بمعدل ساعة واحدة يوميا، ووصلت الى أقصاها (٥٣.٦%) اصابة في حالة التدريب بمعدل ساعتين باليوم، لتصل الى (٣٩.٣%) اصابة في حالة التدريب بمعدل ثلاث ساعات يوميا. ويتضح أن عدد الاصابات ونسبتها ازدادت بزيادة عدد ساعات التدريب يوميا.

جدول (٨) وقت حدوث الاصابة وتوقيتها على فترات الموسم الرياضي

المجموع	توقيت الاصابة على فترات الموسم الرياضي			حدوث الاصابة أثناء
	نهاية الموسم الرياضي	منتصف الموسم الرياضي	بداية الموسم الرياضي	
١٨ (% ٦٤.٣)	٢ (% ٧.١)	٥ (% ١٧.٩)	١١ (% ٣٩.٣)	التدريبات اليومية
٧ (% ٢٥.٠)	٣ (% ١٠.٧)	٤ (% ١٤.٣)	٠	البطولات
٣ (% ١٠.٧)	٢ (% ٧.١)	٠	١ (% ٣.٦)	العطلات
٢٨ (% ١٠٠)	٧ (% ٢٥.٠)	٩ (% ٣٢.١)	١٢ (% ٤٢.٩)	المجموع

جدول (٨) يوضح وقت حدوث الاصابة وتوقيتها على فترات الموسم الرياضي. تؤكد النتائج أن أغلب الاصابات حدثت في بداية الموسم الرياضي ١١ (٤٢.٩%)، ويليه بالترتيب الاصابات التي حدثت في منتصف الموسم الرياضي ٩ (٣٢.١%)، وأخيرا الاصابات التي حدثت في نهاية الموسم الرياضي ٧ (٢٥.٠%). كما يوضح الجدول أن أغلب الاصابات حدثت أثناء التدريبات اليومية ١٨ (٦٤.٣%)، ويليه بالترتيب الاصابات التي حدثت أثناء المشاركة بالبطولات ٧ (٢٥.٠%)، وأخيرا الاصابات التي حدثت أثناء العطلات ٣ (١٠.٧%). والنتيجة البارزة حدوث ١١ (٣٩.٣%) اصابة أثناء التدريبات اليومية في بداية الموسم الرياضي.

جدول (٩)

توزيع الإصابات من خلال الجانب الطبي (ن = ٢٨)

م	المتغيرات	عدد الإصابات	النسبة المئوية
(١) تقديم الاسعافات الاولية :			
-	فورا	١٠	% ٣٥.٧
-	لا يوجد	١٠	% ٣٥.٧
-	بالمنزل	٨	% ٢٨.٦
(٢) نوع العلاج :			
-	علاج طبيعى	١١	% ٣٩.٣
-	راحة فقط	١٠	% ٣٥.٧
-	أدوية ومسكنات	٦	% ٢١.٤
-	حقن	١	% ٣.٦

تابع جدول (٩)
توزيع الإصابات من خلال الجانب الطبي (ن = ٢٨)

م	المتغيرات	عدد الإصابات	النسبة المئوية
(٣) المشرف على عملية العلاج والتأهيل :			
-	طبيب إصابات رياضية	٧	% ٢٥.٠
-	طبيب عام	٧	% ٢٥.٠
-	مدرب	٦	% ٢١.٤
-	اختصاصي علاج طبيعي	٤	% ١٤.٣
-	لا أحد	٤	% ١٤.٣

جدول (٩) يبين توزيع إصابات لاعبي المبارزة من خلال الجانب الطبي للمتغيرات التالية:

- تقديم الاسعافات الاولية: لقد وجد أن ١٠ (٣٥.٧%) من المصابين تم اسعافهم فوراً، ولم يتم تقديم الاسعافات الاولية لـ ١٠ (٣٥.٧%) من المصابين، بينما ٨ (٢٨.٦%) تلقوا الاسعافات الاولية بالمنزل.
- نوع العلاج: يتبين من الجدول أعلاه أن ١١ (٣٩.٣%) من المصابين تلقى جلسات من العلاج الطبيعي، ١٠ (٣٥.٧%) من المصابين كان علاجه عبارة عن راحة فقط، وأن ٦ (٢١.٤%) من المصابين كان علاجه عبارة عن أدوية ومسكنات، وأخيراً ١ (٣.٦%) من المصابين كان علاجه عبارة عن حقن.
- المشرف على عملية العلاج والتأهيل: وقد وجد أن ٧ (٢٥.٠%) من المصابين تم علاجهم بإشراف طبيب متخصص بالإصابات الرياضية، ونسبة ٧ (٢٥.٠%) من المصابين تم علاجهم بإشراف طبيب عام، ونسبة ٦ (٢١.٤%) بإشراف مدرب الفريق الرياضي، ونسبة ٤ (١٤.٣%) بإشراف اختصاصي العلاج الطبيعي، ونسبة ٤ (١٤.٣%) لم يشرف على علاجهم أي أحد.

جدول (١٠)
الفترة الزمنية للانقطاع عن ممارسة الرياضة

الفترة الزمنية	عدد الاصابات	نسبة الاصابات
من ٢ - ٦ أيام	١٣	٤٦.٤ %
من ٧ - ١٠ أيام	٣	١٠.٧ %
من ١١ - ٣٠ يوم	٥	١٧.٩ %
من شهر - ٣ شهور	٧	٢٥.٠ %
المجموع	٢٨	١٠٠ %

جدول (١٠) يوضح الفترة الزمنية للانقطاع عن ممارسة الرياضة بسبب الإصابة التي تعرض لها لاعبو المبارزة والتي بسببها توقف اللاعبين عن التدريب أو المنافسة لفترة من الزمن، وقد استغرق وقت علاج أغلب المصابين ١٢ (٤٦.٤%) من ٢ - ٦ أيام، يليه بالترتيب ٧ (٢٥.٠%) المصابين الذين استغرق وقت علاجهم من شهر - ٣ شهور، ثم ٥ (١٧.٩%) المصابين الذين استغرق وقت علاجهم من ١١ - ٣٠ يوم، وأخيرا ٣ (١٠.٧%) المصابين الذين استغرق وقت علاجهم من ٧ - ١٠ أيام.

جدول (١١)
معدل عدد أيام العلاج

فترة العلاج	أقل	أعلى	المتوسط الحسابي
أيام	٣	٩٠	٢٥

جدول (١١) يبين معدل عدد أيام فترة العلاج والتي بسببها توقف اللاعبون المصابون عن ممارسة رياضتهم بمعدل ٢٥ يوم حيث كان أقل عدد لعلاج الاصابة ٣ أيام وأعلىها ٩٠ يوما.

جدول (١٢)
توزيع الإصابات من خلال الجانب الطبي (ن=٢٨)

م	المنغبرات	عدد الاصابات	النسبة المئوية
١	استكمال فترة العلاج والتأهيل؟		
-	نعم	١٥	٥٣.٦ %
-	لا	١٣	٤٦.٤ %

تابع جدول (١٢)
توزيع الإصابات من خلال الجانب الطبي (ن=٢٨)

م	المتغيرات	عدد الإصابات	النسبة المئوية
٢) هل ما زلت تشعر بألم الإصابة؟			
-	نعم	٧	٢٥.٠%
-	لا	٢١	٧٥.٠%
٣) هل يجبرك المدرب على المشاركة وانت مصاب؟			
-	نعم	٣	١٠.٧%
-	لا	٢٥	٨٩.٣%

يوضح جدول (١٢) عدد ونسبة الإصابات من خلال الجانب الطبي، والسؤال الأول فيه بخصوص استكمال المصابين لفترة العلاج والتأهيل. وقد وجد أن ١٥ (٥٣.٦%) من المصابين استكملوا فترة العلاج والتأهيل بالكامل، بينما ١٣ (٤٦.٤%) من المصابين لم يستكملوا فترة العلاج والتأهيل بالكامل. وكان صيغة السؤال الثاني في الجدول أعلاه: هل ما زلت تشعر بألم الإصابة؟ وقد تبين أن ٧ (٢٥.٠%) من المصابين ما زال يشعر بألم الإصابة، بينما ٢١ (٧٥.٠%) لا يشعر بألم الإصابة.

وكان صيغة السؤال الثالث في الجدول أعلاه: هل يجبرك المدرب على المشاركة وانت مصاب؟ وقد تبين أن ٣ (١٠.٧%) من المصابين أجبرهم المدرب على المشاركة وهم مصابون، بينما ٢٥ (٨٩.٣%) من المصابين وهم الاغلبية لم يجبرهم المدرب على المشاركة وهم مصابون.

جدول (١٣)
أسباب حدوث الإصابات لدى لاعبي المباراة (ن = ٢٨)

الأرضية الملعب	ضعف عضلي	لا أعرف	حركة عنيفة	الاحتكاك والتلامس	عدم الاهتمام بالأحماء	الاجتهاد بالتدريب
١ (٣.٦%)	٢ (٧.١%)	٢ (٧.١%)	٤ (١٤.٣%)	٥ (١٧.٩%)	٥ (١٧.٩%)	٩ (٣٢.١%)

الجدول (١٣) يوضح المتسبب في حدوث الإصابة وقد تبين أن ٩(٣٢.١%) من المصابين كانت اصاباتهم بسبب الاجهاد بالتدريب، ويليه بالترتيب عدم الاهتمام بالاحماء ٥(١٧.٩%)، ثم بسبب الاحتكاك والتلاحم ٥(١٧.٩%)، ثم ٤(١٤.٣%) بسبب حركات عنيفة، ثم ٢(٧.١%) لا يعرفون سبب حدوث الإصابة، ثم ٢(٧.١%) بسبب ضعف العضلات، وأخيرا ١(٣.٦%) بسبب أرضية الملعب.

مناقشة النتائج:

تعتبر الإصابات الرياضية من المشاكل التي تقف عائقا أمام تحقيق النتائج المرجوة، لذلك قام الباحثان بعمل هذه الدراسة من أجل التعرف على الاصابات الشائعة لدى لاعبي المباراة بدولة الكويت والتعرف على أكثر المناطق التشريحية عرضة للإصابات وعلى أسباب حدوثها بهدف وقاية اللاعبين وتجنب انتشارها. وهذه الدراسة اشتملت على لاعبي أهم وأقوى ثلاثة أندية محلية وهي أندية (القادسية، اليرموك، العربي) وذلك ممن تعرضوا للإصابة خلال مشاركاتهم في التدريبات اليومية والبطولات المحلية والدولية خلال موسمين رياضيين حيث بلغ عدد اللاعبين المسجلين (١٧٥٠) لاعبا في الموسم الرياضي ٢٠١٦/٢٠١٧. تعتبر أندية القادسية واليرموك والعربي من أهم الأندية من حيث عدد اللاعبين المحليين والدوليين ومن حيث تحقيق النتائج المتقدمة، حيث بلغ عدد اللاعبين فيها (٦٤٧) وهذا العدد يقارب ثلث العدد الاجمالي لجميع الأندية المسجلة باتحاد المباراة وأن اجمالي عدد المصابين هو (٢٨) لاعبا. واذا ما أردنا أن نقارن عدد اللاعبين المصابين بعدد اللاعبين المشاركين في الدراسات الأخرى فاننا نجد أن العدد الاجمالي للإصابات في دورة الالعاب الاولمبية في أثينا ٢٠٠٤ وصلت الى (٣٢٤) منها (٣٤) حالة لاعبي المباراة واصابات دورة الالعاب الاولمبية في بكين ٢٠٠٨ التي وصلت الى (٣٣٥) منها (٢٥) حالة لاعبي المباراة (Ezequiel R., 2008).

وكان الهدف الأول للدراسة هو التعرف على الاصابات الشائعة لدى لاعبي المبارزة بدولة الكويت حيث أظهرت النتائج على أن الاصابة بالتقلص العضلي كانت هي الأكثر شيوعا وبنسبة تعادل ثلث عدد الاصابات ويليه بالترتيب بنفس النسبة الاصابة بالتمزق العضلي ثم الكدمات وبنسبة أقل من الربع وبعدها الاصابة بالالتهاب ثم التواء المفصل وشرخ العظم، أي أن ثلثي الاصابات عبارة عن تقلصات وتمزقات عضلية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن اللاعبين كانوا يعانون من الاجهاد العضلي مما تسبب في اصابتهم بالتقلص العضلي. أما فيما يتعلق بالاصابة بالتمزق العضلي فهو الاجهاد والاعداد البدني غير المناسب منذ بداية الموسم الرياضي أو قد يكون بسبب عدم توازن وتناسق القوة في عضلات الفخذ الخلفية بين الطرف الأيمن والأيسر كما تشير اليها دراسة أسباب التمزق العضلي لدى لاعبي المبارزة في بريطانيا (Turner et al., 2014). أما فيما يتعلق بنوع السلاح فقد لوحظ أن أكبر نسبة اصابات حدثت لدى لاعبي سلاح الايبه بمعدل أكثر من نصف عدد الاصابات وأغلبها عبارة عن كدمات وتقلصات عضلية. ويليه اصابات سلاح الفلوريه بمعدل أكثر من ربع الاصابات وأغلبها عبارة عن تمزقات عضلية. أما أقل الاصابات فكانت لدى لاعبي سلاح السابر وبمعدل أقل من ربع الاصابات وأغلبها عبارة عن تقلصات وتمزقات عضلية. وهذه النتيجة تختلف عن نتيجة دراسة (Giulio & Diana, 2008) والتي كانت حول علم اصابات المبارزة من حيث تطبيقات الأداء الفني والوقاية من الاصابات حيث كانت أكبر نسبة اصابات في سلاح السابر وكانت عبارة عن اصابات الجروح وذلك بسبب الكسور التي حدثت في سلاح السابر الذي يتميز أنه سيف ذو نصل رفيع.

أما الهدف الثاني من الدراسة فهو التعرف على أكثر المناطق التشريحية عرضة لإصابات المبارزة بدولة الكويت. وقد وجد أن أكثر من

تؤدي الاصابات حدثت في الأطراف السفلية من الجسم والتلت الاخر في الأطراف العلوية وهذه النتيجة تتفق مع دراسة مدى انتشار اصابات المبارزة خلال دورات الألعاب الأولمبية (Caine et al., 2010) ودراسة علم اصابات المبارزة والوقاية منها وتطبيقات الأداء الفني (Giulio & Diana, 2008). وكان أكثر الأجزاء تعرضا للاصابات هي عضلات الفخذ الخلفية وبمعدل ربع مجموع الاصابات، ويليه بالترتيب مفصل القدم ثم أصابع اليد ثم العضلات المقربة للفخذ (العضلات الضامة)، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة الاصابات الشائعة لدى لاعبي المبارزة في ولاية نيويورك الأمريكية خلال أهم البطولات الرسمية (Alekseyev, et al., 2016). أما في دراسة اصابات المبارزة خلال دورتي الالعاب الاولمبية في أثينا (٢٠٠٤) وبكين (٢٠٠٨) فان اكثر أجزاء الجسم تعرضا للإصابة كانت القدم والكاحل واليدين (Ezequiel R. 2008)، ونفس نتائج دراسة علم المبارزة ويتضمن الأداء والوقاية من الاصابة (Giulio & Diana, 2008). وقد وجد أن أكثر من تلتى الاصابات حدثت في الطرف السفلي من الجسم وهي تتشابه مع نتائج الدراسات الأخرى مثل (Muller-strum & Biener, 1991)، (Carter et al, 1992)، (Moyer & Konin, 1992).

وكان الهدف الثالث من الدراسة هو التعرف على أسباب حدوث الاصابات الشائعة لدى لاعبي المبارزة بدولة الكويت. وأظهرت نتائج الدراسة على أن السبب الرئيسي لاصابات المبارزة في الكويت هو الاجهاد بالتدريب وبمعدل تلت الاصابات بالاضافة الى الاسباب التالية: عدم الاهتمام بالاحماء، الاحتكاك والتلاحم، الحركات العنيفة، ضعف العضلات، أرضية الملعب. وفي هذا الصدد يذكر (Alekseyev, et al., 2016) أن مثل هذه العوامل تكفي لتعريض عضلات ومفاصل الجسم المختلفة الى ضغط بدني عالي وبالتالي الى الاصابات وبأنواعها المختلفة. ومن الملاحظ أن بعض

المصابين لم يستطع معرفة سبب اصابته. وقد صنف (Giulio & Diana, 2008) أسباب حدوث اصابات المبارزة في الولايات المتحدة الى أربعة عوامل وهي: (أ) اللاعب نفسه خاصة الاحماء والتكنيك والاجهاد (ب) الأجهزة والأدوات خاصة الحذاء والملابس (ج) سلوك الخصم خاصة الدخول الخطر (د) أسباب غير معروفة. أما (Kim et al., 2015)، (Harmer P., 2008)، ((Zbigniew B & Zbigniew W. 2008) فقد أشاروا الى العوامل التالية: (أ) الاحماء غير المناسب (ب) سوء التكنيك (ج) هجوم خطر (د) اعداد غير جيد (هـ) الاجهاد بالتدريب. ومن الملاحظ أن الاجهاد هو السبب المشترك بين جميع الدراسات.

وهناك أسباب أخرى يمكن استنتاجها من نتائج الدراسة الحالية وهي: (أ) انه كلما قلت عدد سنوات المشاركة واكتساب الخبرة، كلما زادت نسبة الاصابات (ب) أن نسبة الاصابات ازدادت بزيادة معدل عدد ايام التدريب بالأسبوع خاصة لدى اللاعبين الذين تدربوا بمعدل خمسة أيام بالأسبوع لتصل الى نصف عدد الاصابات (ج) أن نسبة الاصابات ازدادت بزيادة عدد ساعات التدريب يوميا خاصة لدى اللاعبين الذين تدربوا بمعدل من ساعتين الى ثلاث ساعات باليوم. وأشارت نتائج دراسة أخرى حول أنواع الاصابات الرياضية الشائعة وأسبابها في بطولة الرافدين للمبارزة (شيماء احمد عبدالكريم، ٢٠١٠) الى أن الأسباب التي أدت الى حدوث الاصابات كانت نتيجة (أ) التدريب الخاطئ وغير المدروس (ب) سوء المستلزمات والتجهيزات الرياضية (ج) اهمال الجانب الصحي (د) ضعف الاداء الحركي والمهاري (هـ) التعب العضلي والاجهاد (و) مخالفة الانظمة والقوانين الرياضية (ز) عدم الاطلاع والمعرفة الجيدة بالتدابير الوقائية والعلاجية (ي) سوء الحالة النفسية. وهذا يتوافق مع ما ذكره (Girard & Millet, 2009) أن رياضة المبارزة تتطلب الإعداد المستمر والاهتمام بالسرعة، التحمل، الرشاقة، القوة، التدريب الهوائي والتدريب الهوائي اللاهوائي لجميع أجزاء الجسم.

واستكمالاً لنتائج الدراسة الحالية وجد أن أغلب الإصابات حدثت في بداية الموسم الرياضي (٤٢.٩%) ثم بدأت بالانخفاض في منتصف الموسم الرياضي (٣٢.١%) لتصل الى أقل نسبة لها في نهاية الموسم الرياضي (٢٥.٠%). ومن خلال مراجعة طبيعة الموسم الرياضي في دولة الكويت يتضح عدم التزام العديد من اللاعبين وعدم اهتمامهم في التدريبات الخاصة بالاعداد العام في بداية الموسم الرياضي وصعوبة القائمين على العملية التدريبية في إعداد اللاعبين بطريقة علمية مدروسة وبشكل احترافي متكامل ولعل ذلك أدى الى تعرض أكثر من ثلث عدد المصابين في الأسابيع الأولى من بداية الموسم الرياضي. وقد يعتمد المدربين على اعداد وتجهيز اللاعبين قبل المنافسات الرسمية بفترات قصيرة مما يضطرهم إلى استخدام تدريبات عالية الشدة لفترة قصيرة من أجل إعدادهم للمنافسات مما ساهم في تعرضهم للإصابات. وهذا يتوافق مع آراء الخبراء والباحثين بوجود علاقة مباشرة بين ارتفاع نسبة الإصابات الرياضية وطريقة اعداد اللاعبين خلال الموسم الرياضي اذا كانت خلال فترات قصيرة وبشدة عالية. كما وتشير نتيجة الدراسة التحليلية للإصابات الرياضية لدى لاعبي المبارزة في الاردن (ماجد مجلي وخالد عطيات، ٢٠٠٦) الى أن أكثر الإصابات الرياضية التي تعرض لها اللاعبين أثناء التدريبات اليومية كانت أكثر من الإصابات التي حدثت أثناء البطولات. ومن نتائج الدراسة الحالية حدوث ثلثي الإصابات أثناء التدريبات اليومية ثم بدأت بالانخفاض الى الربع أثناء المشاركة بالبطولات لتصل الى أقل نسبة لها أثناء العطلات، وهذه النتيجة تتشابه مع نتائج دراسة (سميعة خليل محمد، ٢٠٠٢).

ويظهر لنا الهدف الرابع أنواع الإصابات لدى كل سلاح من أسلحة المبارزة بدولة الكويت حيث تبين أن معدل نصف الإصابات كانت لدى لاعبي سلاح الابيهه، يليه بالترتيب سلاح الفلوريه بمعدل أكثر من ربع الإصابات ثم سلاح السابر بمعدل أقل من الربع. وفي جميع هذه الأسلحة

ازداد معدل الاصابات مع زيادة عمر اللاعبين والفئات العمرية (الاشبال ثم الناشئين وذروتها في العمومي). وكانت نتائج الجوانب الطبية للمصابين في الدراسة الحالية متباينة، فمثلا السؤال الخاص عن مدى "تقديم الاسعافات الأولية عند تعرض اللاعب للاصابة" أظهرت النتائج على أن ما يعادل ثلث عدد المصابين لم يتلقوا الاسعافات الأولية فور حدوثها، مع العلم بوجود تقديم الاسعافات الأولية فور حدوثها ولجميع المصابين وفي مكان الحدث تجنباً من حدوث المضاعفات وتأخير عودة اللاعب الى ممارسة رياضته في أقصر مدة ممكنة. ومع ذلك فان ثلثي المصابين تلقوا الاسعافات الأولية إما مباشرة بعد حدوث الاصابة أو بعد وصولهم الى المنزل ويعتبر هذا الاجراء صحيحاً. وفيما يتعلق "بنوع العلاج" فان ثلث عدد المصابين جعل "الراحة فقط" كنوع من العلاج والثلث الآخر من المصابين إما لم يشرف على علاجهم احد او من خلال مدرب الفريق، وهذا الاجراء يعتبر غير صحيح حيث أن الفريق الطبي هو المسئول عن علاج المصابين كما أن ما يقارب نصف عدد المصابين لم يستكملوا فترة العلاج واعادة التأهيل بالكامل، وهذا ما أدى الى شكوى استمرارية شعور ربع عدد المصابين بألم الاصابة على الرغم من انقضاء فترة العلاج. وفي هذا الصدد يوصي (Casertano L. 2011) في دراسته حول أهم اصابات المرفق والركبة في رياضة المبارزة على ضرورة استكمال فترة العلاج وإعادة التأهيل.

وقد وصل معدل فترة انقطاع المصابين عن ممارسة رياضة المبارزة ٢٥ يوماً علماً بأن أكثر من نصف الاصابات لم يتجاوز عدد أيام علاجها ٣ شهور وهذا مؤشر على أن أغلب الاصابات كانت بدرجات تتراوح من خفيفة الى متوسطة الشدة وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات الأخرى مثل دراسة نوع الاصابة والخدمات الطبية المتوفرة للاعبين المبارزة ذوي المستويات العالية في الولايات المتحدة الأمريكية (Harmer P. 2008) ودراسة

(Giulio & Diana, 2008) ودراسة اصابات المبارزة خلال دورتي الالعاب الاولمبية في أثينا ٢٠٠٤ وبكين ٢٠٠٨ (Ezequiel R. 2008). ومن النتائج الايجابية في هذه الدراسة وقوف المدربين جنبا الى جنب مع توصيات الأطباء والمعالجين بعدم اجبار الاغلبية العظمى من المصابين على الاستمرار بالتدريبات اليومية أو المشاركة في البطولات الا بعد السماح لهم بذلك.

الوقاية من اصابات المبارزة: يرى الباحثان أن من أهم الأسباب التي أدت الى وصول اللاعب إلى مرحلة الإجهاد ما يلي: (أ) المشاركة في البطولات مع أكثر من فئة عمرية (ب) كثرة عدد البطولات التنافسية (ج) قلة فترات الراحة والاستشفاء الرياضي. ومن المؤكد أن هذه الاسباب تؤدي باللاعب الى الاجهاد وبالتالي تعرضه للاصابة. وهنا يأتي دور أهمية توعية المدربين وان أمكن اللاعبين بالتعرف على أسباب حدوث الاصابات وطرق الوقاية من حدوثها للوصول بهم إلى أعلى المستويات الرياضية وتحقيق الإنجازات المطلوبة في ظل خطط وبرامج تدريبية تجنب اللاعبين الاجهاد وبالتالي لتفادي الإصابات الرياضية والتقليل منها. وهذا ما تؤكد بعض الدراسات مثل (Kim et al., 2015) و (Turner et al., 2014) حول دور وأهمية تقنين تمارينات القوة والتوازن العضلي وتطبيقها على لاعبي المبارزة الأولمبيين والارتقاء بالأداء الرياضي دون التعرض للاصابة. كما أن دراسة تأثير تمارينات نوعية ثابتة وحركية في تطوير ووقاية مفصل الرسغ وتعلم بعض حركات الهجوم المركب بسلاح شيش المبارزة بجامعة بابل، توصي الباحثة سميرة عبد الرسول (٢٠١٣) على ضرورة استخدام تمارينات الاطالة العضلية وتمرينات الشد العضلي والتمرينات الثابتة والحركية لتطوير ووقاية العضلات العاملة على مفصل الرسغ من الإصابات مع ضرورة التركيز على الأسس والمبادئ الصحية في تصميم وبناء هذه التمارينات. وفي دراسة أخرى اقترح الباحثان (Roi & Bianchedi,)

2008) ثلاثة مسارات للوقاية من اصابات المبارزة: (أ) مراقبة الأداء الحركي للاعبين (ب) الاهتمام بتقدم وتطور الأدوات (ج) ادارة البطولات من حيث التنظيم والتوقيت.

الجوانب الإيجابية من نتائج الدراسة الحالية:

- ١- استطاع الباحثون التعرف على أهم أنواع الاصابات لدى لاعبي المبارزة وأماكنها بالجسم وأسباب حدوثها وتكرار.
- ٢- كما استطاع الباحثون التعرف على أنواع الاصابات لدى كل سلاح من أسلحة المبارزة بدولة الكويت.
- ٣- تراوحت شدة أغلب الاصابات من خفيفة الى متوسطة الشدة.
- ٤- عدم تدخل الغالبية العظمى من المدربين بشئون وقرارات الطبيب المعالج أو السماح للمصابين بالمشاركة.

الجوانب السلبية من نتائج الدراسة الحالية:

- ١- أهم أسباب حدوث الاصابة: (أ) الاجهاد بالتدريب بسبب إرتفاع الشدة والحمل (ب) عدم الاهتمام بالاحماء (ج) الاحتكاك والتلاحم وبعض الحركات العنيفة (د) عدم الاهتمام بالتدريبات الخاصة بالاعداد العام في بداية الموسم الرياضي.
- ٢- أهم أسباب تكرار نفس الاصابة: (أ) عدم تقديم الاسعافات الاولية لثلث المصابين (ب) عدم استكمال فترة العلاج واعداد التأهيل الرياضي لثلث المصابين (ج) مشاركة بعض المصابين مع الشعور بألم الاصابة (د) العلاج في أماكن غير متخصصة في علاج الاصابات الرياضية (هـ) استكمال فترة العلاج والتأهيل.

الاستنتاجات:

- ١- أكثر من نصف الاصابات كانت لدى لاعبي سلاح الايبهه ويليه سلاح الفلوريه ثم سلاح السابر.
- ٢- نصف الإصابات كانت لدى الفئة العمرية الكبيرة وهي العمومي ويليه فئة الناشئين ثم الأشبال.

- ٣- أكثر أنواع الاصابات شيوعا هي التقلص العضلي ويليه التمزق العضلي ثم الكدمات.
- ٤- ثلثي الاصابات حدثت بالطرف السفلي من الجسم وأهمها عضلات الفخذ الخلفية والعضلات المقربة للفخذ والقدم واليد.
- ٥- كلما زادت سنوات خبرة وممارسة اللاعبين على المستوى الدولي كلما قلت نسبة الاصابات.
- ٦- زيادة نسبة الاصابات بزيادة معدل عدد ساعات التدريب باليوم وزيادة معدل عدد ايام التدريب بالأسبوع.
- ٧- حدوث أغلب الاصابات في بداية الموسم الرياضي وأقلها في نهاية الموسم الرياضي.
- ٨- أكثر الاصابات كانت أثناء التدريبات اليومية ويليهما أثناء البطولات وأقلها كانت أثناء العطلات.
- ٩- لم يتم تقديم الاسعافات الاولية لـ (٣٥.٧%) من المصابين، كما تلقى (٢٨.٦%) الاسعافات الاولية بالمنزل.
- ١٠- أن ربع المصابين تم علاجهم بإشراف طبيب اصابات رياضية والربع الاخر بإشراف طبيب عام والبقية إما بإشراف اختصاصى علاج طبيعى أو بإشراف المدرب أو لم يشرف على علاجهم أحد.
- ١١- أغلب المصابين تم علاجهم في أقل من ٦ أيام والبقية في أقل من ٣ شهور، وكان الانقطاع عن ممارسة الرياضة بسبب العلاج بمعدل ٢٥ يوم.
- ١٢- أن أكثر من نصف المصابين (٥٣.٦%) لم يستكملوا فترة العلاج والتأهيل بالكامل مع استمرار شعور (٢٥.٠%) بالألم.
- ١٣- أسباب حدوث الاصابات كانت: الاجهاد بالتدريب، عدم الاهتمام بالإحماء، الاحتكاك والتلاحم، حركات عنيفة، ضعف العضلات، أرضية الملعب، عدم معرفة السبب.

التوصيات:

- بناء على نتائج الدراسة يوصي الباحثان بالآتي:
- ١- التركيز على الجوانب العلمية عند وضع البرنامج التدريبي للحد من إصابات المبارزة.
 - ٢- إخطار المدربين بأهمية توزيع أحمال التدريب على فترات الموسم الرياضي تجنباً لحدوث الإصابات.
 - ٣- تكثيف الدورات التدريبية للمدربين وتوعيتهم بأهمية توزيع شدة وحمل التدريب بطريقة متوازنة لتفادي الإجهاد.
 - ٤- نشر الوعي بين المدربين واللاعبين على أهمية تمارين الإحماء قبل التدريب وتمرينات التهدئة بعد الانتهاء من التدريب.
 - ٥- إجراء المزيد من البحوث والدراسات لمتغيرات أخرى لم يتطرق إليها الباحثان في هذه الدراسة.

((المراجع))

المراجع العربية:

- ١- بيان علي الخاقاني: تدريس وتدريب سلاح الشيش، الطبعة الأولى، عمان، دار دجلة، ٢٠٠٧.
- ٢- رحيم حلو الزبيدي: تأثير تمارين خاصة في تطوير مستوى التصرف والذكاء الخططي الهجومي للاعبين المبارزة المتقدمين بسلاح الشيش، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية، جامعة البصرة، ٢٠١٠.
- ٣- سميرة عبد الرسول: تأثير تمارين نوعية (الثابتة والحركية) في تطوير ووقاية مفصل الرسغ وتعلم بعض حركات الهجوم المركب للطالبات بسلاح شيش المبارزة، مجلة علوم

التربية الرياضية، المجلد ٦، العدد ١، جامعة بابل،
٢٠١٣.

٤- سميرة خليل محمد: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية، مجلة التربية
الرياضية، الجزء (١١)، العدد الأول، جامعة بغداد،
٢٠٠٢.

٥- شيماء احمد عبدالكريم: أنواع الاصابات الرياضية الشائعة وأسبابها في
رياضة المبارزة، مجلة كلية التربية الرياضية، جامعة
بغداد، مجلد ٢٢، العدد ٣، ٢٠١٠.

٦- عبد الهادي حميد، عبد الكريم فاضل: دليل المدرب في رياضة المبارزة،
النجف، مطبعة الكلمة الطيبة، ٢٠١٢.

٧- عبد المجيد الموسوي: الاصابات الرياضية واسعافاتها الأولية وطرق
الوقاية منها، مكتبة الكويت الوطنية، ٤١٨، الطبعة
الأولى، الكويت، ٢٠١٢.

٨- ماجد مجلي، خالد عطيات: دراسة تحليلية للإصابات الرياضية لدى
لاعبى المبارزة في الاردن، المجلد الاول لوقائع مؤتمر
العلمي الدولي الخامس، ٢٠٠٦.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

9- Alekseyev K, Stoly Y, Chang R, Lakdawala M, Bijlani
T, et al. (2016): Identification of the most
frequent injuries in a variety of fencing
competitors: A cross sectional study of
fencing clubs in the Northeast tri-state
region. Phys Med Rehabil Res 1: DOI:
10.15761/PMRR.1000115.

- 10- **Bahr R. (2014):** Demise of the fittest: are we destroying our biggest talents? Br J Sports Med: 48: 1265–1267.
- 11- **Caine C. & Linder K. (1996):** Epidemiology of Sports Injuries. Champaign (IL): Human Kinetics, 186-95.
- 12- **Caine D.J., Harmer P.A. and Schiff M.A. (2010):** Epidemiology of Injury in Olympic Sports. Wiley-Blackwell. USA.
- 13- **Carter C, Hell J, Zemper E. (1993):** What Hurts and Why; Data from the 1992 USFA Fencing Injury Survey. Am Fencing; 43: 16-17.
- 14- **Casertano L (2011):** Fencing Elbow and Knee Injuries – Prevention and Treatment.
- 15- **Ezequiel R. Rodriguez Rey. (2008):** Acute Injuries in Olympic Fencing: Athens 2004 and Beijing 2008. 30th FIMS World Congress, Barcelona.
- 16- **Girard, O. & Millet, GP. (2009):** Physical Determinants of Tennis Performance in Competitive Teenage Players. J Strength Cond Res 23(6): 1867-1872.
- 17- **Giulio Roi & Diana Bianchedi. (2008):** The Science of Fencing, Implications for Performance and

- Injury Prevention. *Sports Medicine*, 38 (6): 465-481.
- 18- Hagglund M, Waldén M, Ekstrand J. (2013):** Risk factors for lower extremity muscle injury in professional soccer: the UEFA Injury Study. *Am J Sports Med.* 41(2):327-35.
- 19- Harmer P. (2008):** Incidence and characteristics of time-loss Injury in competitive Fencing: A perspective, 5-year study of national competition. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 18(2): 137-142.
- 20- Kim T, Kil S, Chung J, Moon J, Oh E (2015):** Effects of specific muscle imbalance improvement training on the balance ability in elite fencers. *J Phys Ther Sci* 27: 1589-1592.
- 21- Koutedakis Y., Ridgeon A., Sharp N.C. and Boreham C. (1993):** Seasonal variation of selected performance parameters in épée fencers. *Br J of Sports Med* 27(3):171-4.
- 22- Laura Capranica and Mindy L. Millard-Stafford. (2011):** Youth Sport Specialization: How to Manage Competition and Training? *International Journal of Sports Physiology and Performance*, 6 (4), 572–579.

- 23- **Moyer J & Konin J. (1992):** An Overview of Fencing Injuries. *Am Fencing*; 42: 25.
- 24- **Muller-Strum AE & Biener K. Fechtsporunfalle. (1991):** Epidemiologic and Prevention. *Deut Zeit Sportmed*; 42: 48-52.
- 25- **Roi GS, & Bianchedi D. (2008):** The science of fencing: implications for performance and injury prevention. *Sports Med.* 38(6):465-81.
- 26- **Tony Lin-Wei Chen, Duo Wai-Chi Wong, Yan Wang, Sicong Re, Fei Yan, Ming Zhang. (2017):** Biomechanics of fencing sport: A scoping review. *journal.pone*, 12(2): 0171578.
- 27- **Turner A, James N, Dimitriou L, Greenhalgh A, Moody J, Fulcher D, Mias E, Kilduff L. (2014):** Determinants of Olympic fencing performance and implications for strength and conditioning training. *J Strength Cond Res.*; 28(10): 3001-11.
- 28- **Zbigniew B & Zbigniew W. (2008):** Information Processes, Stimulation and Perceptual Training in Fencing. *Journal of Human Kinetics*, 19, 63-82.