

مقایسه آسیب های بازیکنان زن فوتبال و فوتسال لیگ برتر ایران

الهام طیبی

استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل کیش

elhamtaieby@yahoo.com

چکیده

هدف تحقیق حاضر مقایسه آسیب ها در دو گروه بازیکنان فوتبال و فوتسال زن لیگ برتر ایران در فصل های (۸۸-۸۹) و (۸۹-۹۰) بود. جامعه آماری شامل ۲۰۰ بازیکن فوتبال و ۱۹۲ بازیکن فوتسال بود که از میان آنها به صورت هدفدار، نمونه های آسیب دیده شامل (۷۰ نفر فوتبالیست و ۷۵ نفر فوتسالیست) انتخاب و در این تحقیق شرکت کردند. اطلاعات مربوط به آسیب با استفاده از پرسشنامه استاندارد هاوکینز و فولر از طریق بازیکنان، پزشکان و سرپرستان تیم بصورت گذشته نگر در یک برش زمانی ۲ ساله جمع آوری گردید و تحلیل داده ها در سطح $P \leq 0/5$ استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میزان آسیب و نوع آسیب بازیکنان فوتبال و فوتسال تفاوت معناداری وجود دارد و بین شدت آسیب، علت آسیب و ناحیه آسیب دیده تفاوت معناداری در این دو گروه مشاهده نشد. با توجه به شیوع نگران کننده آسیب ها در زنان فوتبالیست و بویژه فوتسالیست ایران و با توجه به شیوع آسیب های زانو و مچ پا به درجات متفاوتی از استرین و اسپرین بدلیل تکل، برخورد و تغییر مسیر، به مربیان و پزشکان تیم ها توصیه می شود، ضمن تدوین و اجرای استراتژیهای پیشگیرانه مانند شناسایی و آموزش های خاص به بازیکنان در جهت کاهش آسیب ها تلاش نمایند.

کلید واژگان: آسیب ورزشی، فوتبال، فوتسال

مقدمه

از میان تمامی رشته های ورزشی، ورزش فوتبال یکی از پر طرفدارترین رشته های ورزشی در جوامع مختلف می باشد. صرف نظر از طرفداران انبوهی که این رشته به خود جذب نموده است سالانه تعداد قابل ملاحظه ای از ورزشکاران به این رشته روی می آورند (www.fifa.com). همچنین تنوع سطوح سنی گوناگون بازیکنان و بویژه تنوعی که در شکل های بازی یا بازی روی سطوح گوناگون چون فوتبال ساحلی و چمن مصنوعی، سالن های سر پوشیده و بازی روی آسفالت وجود دارد بالاخره گسترشی که فوتبال زنان یافته است، اشاره به جذابیت های این رشته است. اما نکته مهم آن است که به همراه توسعه فوتبال، آسیب های ناشی از آن نیز گسترش یافته است. فوتبال یک ورزش پربرخورد گروهی است که نیازمند تواناییهای بالای فیزیکی، فیزیولوژیک، تکنیک و تاکتیک است (Reilly, 2000) که خطر آسیب نیز در آن قابل توجه است. برای مثال بازیکنان فوتبال به طور میانگین دچار 710 آسیب در هر 100000 ساعت مسابقه و یا تمرین می شوند به طوری که سطح کلی آسیب برای بازیکنان حرفه ای فوتبال در حدود 1000 برابر بیشتر از کارگران صنعتی گزارش شده است (Hawkins, 2001 - زارعی، 1388). همچنین به طور تقریبی در اروپا 50 الی 60 درصد آسیب دیدگیهای ورزشی به علت فوتبال است و 3/5 درصد تخت های بیمارستانی را صدمه دیدگان فوتبال اشغال می کنند (Francisco, 2002). زیان درمانی ناشی از صدمات ورزشی در رشته فوتبال در سال (2000-1999) در کشور انگلستان 125 میلیون یورو (یعنی بطور میانگین 1,4 میلیون یورو در هر تیم) گزارش شده است (Ekstrand, 2004). مطالعات موجود حاکی از آن است که خطر بروز آسیب در فوتبال بالا است. میزان شیوع آسیب در فوتبالیست ها حدود 10 تا 35 آسیب در هر 1000 ساعت مسابقه گزارش شده است. یعنی هر بازیکن فوتبال در هر سال با یک آسیب محدود کننده ی عملکرد که هزینه های قابل ملاحظه ای را در پی دارد مواجه می شود (Hawkins, 2001). رهنما و همکاران (1386) گزارش کردند که در دختران فوتبالیست، پایین تنه با 51/1 درصد به طور معنی داری بیشترین میزان آسیب را داشت و زنان بیشترین تعداد آسیب را به خود اختصاص داد (رکنی نژاد، 1381). آلبرت و تیکر (1998) در فوتبالیست های زن آسیب لیگامنت متقاطع قدامی را از متداول ترین آسیب ها در ناحیه زانو گزارش کردند (Albert, 1983 - Ticker, 1998). به نظر می رسد مطالعه عوامل خطرزایی که منجر به بروز این آسیب ها می شوند و به ویژه بسیاری از عوامل خطر ساز بیرونی که زیان های جسمی قابل توجهی را به خود اختصاص می دهند موضوع مهمی در حیطه طب ورزشی در همه کشورها و از جمله ایران است که فوتبال آن رشد چشمگیری را داشته است. بنابراین تحقیقی لازم است تا علاوه بر نشان دادن نوع آسیب ناشی از فوتبال کشور، به علل و عوامل خطر ساز آسیب ها بپردازد و با ارائه گزارشی از وضعیت موجود فوتبال از حیث میزان آسیب وارده به آن، بر آموزش و برنامه ریزی برای کاهش این آسیب ها تاکید نماید. علیرغم روند حرفه ای شدن فوتبال در ایران و تحقیقاتی که در زمینه آسیب بازیکنان مرد و عوامل موثر بر آنان صورت گرفته است، هنوز تحقیقی در مورد میزان آسیبهای بازیکنان فوتبال دختر در ایران صورت نگرفته است، بنابراین تحقیق حاضر در نظر دارد به جمع آوری و مقایسه میزان آسیب در بازیکنان لیگ برتر فوتبال و فوتسال دختر بپردازد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه ای است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بازیکنان دختر باشگاههای فوتبال و فوتسال حاضر در لیگ برتر، ۱۰ باشگاه فوتبال (استقلال تهران، ملوان بندر انزلی، کوثر سیرجان، شنسا، شهرداری بم، پریسا، شهرداری اسلامشهر، بوشهر، مبارکه اصفهان، تجارتخانه) می باشد و ۱۲ باشگاه فوتسال (ذوب آهن، شهرداری اصفهان، صدرا، پریسا، بیژن طلایی، رکسانا میناشی، قزوین، فرهنگ ایثار ایرانیان، شمشاد دلیجان، استقلال، پاس همدان، مبارکه اصفهان) می باشد که ۲۰۰ بازیکن فوتبال و ۱۹۲ بازیکن فوتسال دختر در فصلهای (۸۹-۸۸) و (۹۰-۸۹) می باشد که از میان آنها به صورت هدف دار نمونه های آماری آسیب دیده شامل (۷۰ نفر فوتبالیست و ۷۵ نفر فوتسالیست) است. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و مراجعه به سرپرستان و پزشکان باشگاه ها صورت گرفته است. جمع آوری داده های مربوط به آسیب ورزشکاران از روش مطالعه گذشته نگر ۱ در یک بازه زمانی معین (۲ساله) صورت گرفته است. در این تحقیق برای جمع آوری میزان آسیب های ورزشی و ریسک فاکتورهای مربوط به آن از پرسشنامه استاندارد شده هاوکینز و فولر (۱۹۹۸) که به طور مکرر مورد استفاده قرار گرفته است و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است، استفاده شد. اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها با استفاده از آزمون خی دو یک نمونه ای و دو نمونه ای سطح معنی داری ($P < 0.05$) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

جدول ۱ مشخصات و ویژگی های آزمودنی ها نشان می دهد.

جدول ۱ توصیف ویژگی های بازیکنان فوتبال و فوتسال

سن (سال)	قد (cm)	وزن (kg)	سابقه (سال)		
۲۲/۱۸	۱۶۳/۴۲	۵۷/۳	۶/۷	میانگین	فوتبال n=۷۰
±۳/۵	±۷/۷	±۷/۵	±۳/۳	انحراف استاندارد	
۱۵-۳۰	۱۳۷-۱۷۸	۴۰-۸۴	۱-۱۹	دامنه	
۲۳/۵۹	۱۶۳/۷۲	۵۵/۸	۶/۸	میانگین	فوتسال n=۷۵
±۶/۴	±۵/۶	±۶/۴	±۳/۲	انحراف استاندارد	
۱۵-۳۲	۱۵۲-۱۷۶	۴۲-۷۹	۱-۱۵	دامنه	

جدول ۲ میزان آسیب های موجود در هر یک از رشته های فوتبال و فوتسال که به چه میزان و مربوط به کدام یک از انواع آسیب می باشد را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود بیشترین میزان آسیب در هر دو گروه مربوط به آسیب های مفصلی (اسپرین دررفتگی و نیمه دررفتگی) می باشد.

جدول ۲ میزان آسیب های ورزشی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال دختر

مجموع	سایر آسیب ها	آسیب تاندون و عصب	آسیب استخوانی	آسیب مفصلی	آسیب عضلانی	آسیب مینیسک

۱۴۵	۶	۸	۸	۶۶	۴۹	۸	تعداد	فوتبال
۱۰۰	۴/۱	۵/۵۱	۵/۵۱	۴۵/۵۱	۳۴/۷۹	۵/۵۱	درصد	
۳۴۰	۲۰	۱۴	۱۸	۱۵۴	۱۲۴	۱۰	تعداد	فوتسال
۱۰۰	۵/۸۸	۴/۷۱	۵/۲۹	۴۵/۳۱	۳۶/۴۹	۲/۹۴	درصد	

همچنین نتایج آزمون خبی دو در جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میزان آسیب بازیکنان فوتبال و فوتسال وجود دارد و بازیکنان فوتسال بیشتر دچار آسیب دیدگی شده اند.

جدول ۳ مقایسه میزان آسیب در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال

فوتبال - فوتسال	خبی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
میزان آسیب	۷۸/۴۰	۱	۰/۰۱

جدول ۴ اطلاعات مربوط به فراوانی نوع آسیب های بازیکنان به تفکیک رشته ورزشی را نشان می دهد که تعداد انواع آسیب در فوتسال به مراتب بیشتر از فوتبال می باشد.

جدول ۴ نوع آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال دختر

فوتسال	فوتبال	آسیب دیدگی
۱۰	۸	آسیب های مینیسک
۱۲۴	۴۹	استرین / پارگی یا گرفتگی عضله / خون مردگی / کوفتگی / ضرب دیدگی
۱۵۴	۶۶	اسپرین / دررفتگی انیمه / دررفتگی / آسیب مفصلی

۱۸	۸	شکستگی باز/ شکستگی بسته
۱۴	۸	پارگی تاندون/ التهاب وتر/ آسیب عصب
۲۰	۶	سایر آسیبها
۳۴۰	۱۴۵	مجموع

نتایج آزمون خی دو که در جدول ۵ نشان می دهد که بین آسیب گروه استرین، گروه اسپرین، گروه شکستگی و گروه سایر آسیبها در بین فوتبالیستها و فوتسالیستها تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۵ نوع آسیب و سطح معناداری در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال

نوع آسیب	گروه	تعداد	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
آسیبهای مینیسک	فوتبال	۸	۰/۲۲	۱	۰/۶۳
	فوتسال	۱۰			
استرین/ پارگی یا گرفتگی عضله /خون مردگی /کوفتگی /ضرب دیدگی	فوتبال	۴۹	۳۲/۵۱	۱	۰/۰۱*
	فوتسال	۱۲۴			
اسپرین/ در رفتگی/نیمه در رفتگی یا آسیب لیگامنت	فوتبال	۶۶	۳۵/۲۰	۱	۰/۰۱*
	فوتسال	۱۵۴			
شکستگی باز/ شکستگی بسته	فوتبال	۸	۳/۸۴	۱	۰/۰۱*
	فوتسال	۱۸			
پارگی تاندون/ التهاب وتر/ آسیب عصب	فوتبال	۸	۱/۶۳	۱	۰/۲۰

			۱۴	فوتسال	
۰/۰۱*	۱	۷/۵۳	۶	فوتبال	سایر آسیب‌ها
			۲۰	فوتسال	

جدول ۶ شدت آسیب دیدگی بازیکنان هر یک از رشته های فوتبال و فوتسال را نشان می دهد. میزان شدت آسیب در این جدول بر حسب میزان استراحت پزشکی بازیکنان آورده شده است.

جدول ۶ مقایسه شدت آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال دختر

شدت آسیب دیدگی	استراحت تا سه روز	تا ۱ هفته	بیش از ۱ هفته
فوتبال	تعداد	۱۷	۵
	درصد	۳۰/۹	۹/۱
فوتسال	تعداد	۱۲	۸
	درصد	۱۷/۰۲	۱۲/۷۶

نتایج آزمون خی دو در جدول ۷ نشان می دهد شدت آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال تفاوت معنی داری ندارد.

جدول ۷ مقایسه شدت آسیب استراحت تا ۳ روز در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال

فوتبال - فوتسال	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
شدت آسیب دیدگی	۷/۵۸	۲	۰/۰۵۸

جدول ۸ علت آسیب دیدگی بازیکنان فوتبال و فوتسال را به تفکیک رشته نشان می دهد. همان طور که در این جدول مشاهده می شود، در هر دو رشته بیشترین فراوانی علت آسیب دیدگی، مربوط به مورد اول یعنی تکل، برخورد یا لگد می باشد.

جدول ۸ علت آسیب بازیکنان فوتبال و فوتسال دختر

فوتسال		فوتبال		علت آسیب دیدگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۷/۳۴	۲۸	۴۹/۳۷	۳۹	تکل / برخورد / لگد / برخورد آنج / برخورد توپ
۳۴/۶۷	۲۶	۱۵/۱۹	۱۱۲	دویدن / شیرجه رفتن / کشیدن / چرخیدن / فرود آمدن / پریدن / پرتاب کردن
۶/۶۶	۵	۱۸/۹۹	۱۵	شوت کردن / پاس دادن / هد زدن / دریبل کردن
۲۱/۳۳	۱۶	۱۶/۴۵	۱۳	سایر موارد / ترکیبی از موارد فوق
۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۷۹	مجموع

همچنین با توجه به جدول ۹، نتایج آزمون خی دو نشان داد بین علت آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول ۹ مقایسه علت آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال

فوتبال - فوتسال	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
علت آسیب دیدگی	۷/۰۳	۳	۰/۰۷

جدول ۱۰ میزان و نواحی آسیب های موجود در هر یک از رشته های فوتبال و فوتسال را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود بیشترین میزان آسیب در هر دو گروه در اندام تحتانی می باشد.

جدول ۱۰ نواحی آسیب دیده بازیکنان فوتبال و فوتسال دختر

ترکیبی	اندام تحتانی	تنه	اندام فوقانی	سر و گردن	ناحیه آسیب دیده	
					تعداد	فوتبال
۱۴	۴۳	۳	۵	۵	درصد	
۱۸/۸۵	۶۲/۳۱	۴/۳۴	۷/۲۵	۷/۲۵	تعداد	
۲۸	۳۴	۴	۷	۲	درصد	فوتسال
۳۷/۳۴	۴۵/۳۳	۵/۳۳	۹/۳۴	۲/۶۶	تعداد	

همچنین نتایج آزمون خی دو در جدول ۱۱، نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میزان فراوانی ناحیه آسیب دیده در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال وجود ندارد.

جدول ۱۱ مقایسه ناحیه آسیب دیده در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال

فوتبال - فوتسال	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
ناحیه آسیب دیده	۸/۰۶	۴	۰/۰۹

بحث و بررسی

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی داری بین فراوانی میزان آسیب در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال وجود دارد و بازیکنان فوتسال به طور معنی داری بیشتر دچار آسیب دیدگی شده اند. به هر حال فوتبال ورزش پر درگیری و پر برخوردی است، تصاحب توپ به معنی جنگیدن برای کسب آن است و برخورد بدنی در آن ناگزیر است. لذا به علت کوچک تر بودن زمین فوتسال برخوردها ی بدنی و تویی افزایش می یابد که این می تواند از دلایل احتمالی این نتیجه باشد. در تحقیق درباره فوتسالها مشاهده شد که زنان و مچ پا بیش از نیمی از آسیب های فوتسال را به خود اختصاص می دهند و بعد از آن ها سر و صورت قرار دارد و احتمال دارد دلیل آن سایز کوچک زمین فوتسال و نزدیکی بازیکنان با همدیگر در زمین باشد. علاوه بر آن، سایز کوچک تر توپ فوتسال و سنگین تر بودن آن، نزدیک بودن فاصله ها، چرخش های مکرر و کارهای سرعتی نیز موجب بروز آسیب های زیادی در صورت و چشم بازیکنان می شود. یکی از دلایل بالا بودن ریسک در ورزش فوتسال سطح زمین بازی است زیرا سطح سخت موجبات آسیب بیشتری را فراهم می آورد (Ticker, ۱۹۸۳-Albert, ۱۹۹۸).

نتایج نشان داد که نوع آسیب های بازیکنان فوتبال و فوتسال در قسمت های مختلف بدن آنها با هم تفاوت معنی داری دارند. نتایج بارانی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد بیشترین نوع آسیب در زنان ورزشکار فوتسال لیگ برتر کشور، اسپرین، استرین، و ضرب دیدگی بود و شایعترین آسیب زنان را آسیب لیگامنت متقاطع قدامی عنوان کرد (بارانی و همکاران، ۱۳۸۸). سورو و همکاران (۱۹۹۴) در تحقیق خود بیان کردند بروز اسپرین مچ پا در بازیکنان فوتبال بیش از بازیکنان دیگر بود (Surve et al, ۱۹۹۴). آرنسون و همکاران نیز بیان کردند که بروز آسیب در بازیکنان نخبه فنلاندی بالا است (۳۵ درصد)، به گونه ای که ۴۴ درصد از استرین عضلات و ۵۸ درصد از اسپرین لیگامنت ها به عنوان آسیب مجدد در همان محل آناتومیکی ثبت شد (Arnason et al, ۱۹۹۶) در تحقیق آلبرت (۱۹۸۳) تیکر (۱۹۹۸) درباره فوتسالها مشاهده شد آسیب شکستگی و دررفتگی نیز طی بازی فوتسال زنان بسیار گزارش شده است (Albert, ۱۹۸۳-Ticker, ۱۹۹۹) گیزا و همکاران گزارش کردند که در بین زنان فوتبالیست بیشترین آسیب های مچ پا اسپرین بوده است (Giza et al, ۲۰۰۵) رهنما و همکاران در تحقیقی خود گزارش کردند که کوفتگی با ۴۶/۷ درصد بیشترین تعداد آسیب را به خود اختصاص داده است (رهنما و همکاران، ۱۳۸۶). لینونفلد و همکاران (۱۹۹۴) گزارش کردند که اسپرین شایعترین نوع آسیب است و بازیکنان زن در ناحیه زانو و آن هم آسیب لیگامنت زانو به میزان بیشتری نسبت به مردان رنج می برند (Lindenfeld et al, ۱۹۹۴). پوتکیان و همکاران (۱۹۹۶) در تحقیقی درباره آسیب های زنان در فوتبال سالنی گزارش کردند که اسپرین مچ پا شایعترین نوع آسیب و بعد از آن زانو و بویژه لیگامنت زانو می باشد (Putukian et al, ۱۹۹۶). در یک نگاه کلی ، تفاوت های اساسی که در ابعاد زمین، جنس زمین، کفش، توپ، زمان بازی، تعداد بازیکنان، تکنیک ها و تاکتیک فردی و تیمی مثلاً بازی هوایی و شوت های راه دور در فوتبال و پاس های بغل پا، چرخش ها، حرکات استارت کوتاه و فرارها و بازی به اصطلاح من تو من در فوتسال و حتی قوانین داوری، می تواند هر یک موجب تفاوت در نوع آسیب ها و شدت آنها و نیز از دلایل نتایج این پژوهش

باشد (بارانی و همکاران، ۱۳۸۸- کرانیان و همکاران، ۱۳۸۹). نشان داد بین شدت آسیب دیدگی در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال تفاوت معنی داری وجود ندارد.

اکستراند^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، نشان دادند که هر آسیب بوجود آمده بطور متوسط، غیبت در ۴ مسابقه را به همراه دارد و هر هفته حدود ۱۰ درصد از بازیکنان یک تیم به علت آسیب قادر به انجام تمرین نیستند (Ekstrand et al, ۲۰۰۴). شدت آسیب، که میزان آن با توجه به تعداد روزهای دور ماندن از تمرین برآورد شده است، در رابطه با اندام آسیب دیده نیز مورد توجه قرار می گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده در این تحقیق شدت آسیب در زانوی فوتبالیست ها (۵۰ درصد) و در مچ پای فوتبالیست ها (۵۳ درصد) بود. مورگان و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که زانو با ۲۱ درصد بیش از نقاط دیگر بدن در معرض آسیب بوده است، همچنین شدت آسیب های زانو بیش از آسیب های نواحی دیگر است، به گونه ای که آسیب های زانو در مقایسه با آسیب های دیگر، غیبت بیشتری از مسابقه و تمرین را به همراه داشته است و برای درمان آنها نیز به عمل جراحی نیاز بوده است که این نیز به معنای شدت آسیب های زانو می باشد (Hawkins and Fuller, ۱۹۹۶). در گزارشی مستند که از سوی EHLASS^۲ منتشر شد، این مرکز اعلام کرد که آسیب های ورزشی فوتبالیست ها ۱۱ درصد کل مراجعین و ۷ درصد کل بستری شدگان بیش از یک هفته را شامل می شود (Faud et al, ۲۰۰۵). با توجه به یافته های این بخش، برای کاهش آسیب ها باید شدت آسیب را در نظر گرفته و برنامه هایی در جهت کاهش زمان دور ماندن بازیکنان از تمرین را طراحی کرد. از آنجا که پس از رخ دادن آسیب، طول دوره درمان باید به طور کامل و صحیح طی شود، با تشخیص و درمان به موقع آسیب و اهمیت و جدیت در نوع و زمان درمان و نیز برنامه های بازتوانی صحیح و موثر توسط متخصصان امر، می توان زمان دور ماندن از تمرین و در نتیجه هزینه های مالی ناشی از آسیب را کاهش داد.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین علت آسیب دیدگی بازیکنان فوتبال و فوتسال تفاوت معنی داری وجود ندارد و بیشترین علت مربوط به مورد اول یعنی تکل، برخورد یا لگد می باشد. در فوتبالیست ها (۴۹/۳۷ درصد) و در فوتسالیست ها (۳۷/۳۳ درصد) بود. یکی از دلایل می تواند آن باشد که بسیاری از آسیب های شدید منجر به بستری شدن، چون شکستگی ها می تواند ناشی از تکل زدن و برخوردهای مستقیم باشد که اصولاً در فوتبال امروزه، بوسیله قوانین سخت گیرانه در فوتبال و نیز خطا بودن آن در فوتسال، امکان بروز آن کمتر است. بیشتر محققان تکل شدن و تکل کردن را مکانیزم اغلب آسیب ها گزارش کرده اند. برای مثال مقامی و همکاران (۱۳۸۵)، اصلی ترین مکانیزم آسیب بازیکنان لیگ برتر فوتبال ایران را تکل کردن و تکل شدن دانسته اند (نوری، ۱۳۸۰). هاوکینز و فولر (۱۹۹۹)، نیز تکل شدن (۳۲ درصد)، را عامل عمده به وجود آمدن آسیب می دانند (Hawkins and Fuller, ۱۹۹۹). نیلسون^۳ و همکاران (۱۹۸۹)، و ید^۴ و همکاران (۱۹۹۰)، نیز تکل کردن را علت آسیب های به وجود آمده در تحقیق خود می دانند (Nielson et al ۱۹۸۹، -Yde et al, ۱۹۹۰). رهنما و همکاران (۲۰۰۲) در مسابقات فوتبال لیگ برتر

۱ - Ekstrand

۲ - European Home and Leisure Accident Surveillance System

۳ - Nielsen

۴ - Yde

انگلیس، تکل شدن، و تکل کردن را به عنوان عوامل اصلی ایجاد آسیب بیان داشتند (Rahnama et al, ۲۰۰۲). معمولاً در فوتبالیست ها آسیب لیگامنت ها و مینیسک، همراه با تحمل وزن در ناحیه زانو اتفاق می افتد و این حالت زمانی رخ می دهد که پا روی زمین ثابت است و مفصل زانو به طرف داخل می چرخد (Hagglund, ۲۰۰۵). در بازیکنان فوتبال آسیب پاها (از مچ به پایین)، در اثر برخورد های شدید پای دو بازیکن در هنگام شوت کردن، هنگام برخورد های فیزیکی در تکل کردن یا هنگام درگیری بر سر تصاحب توپ است. همچنین امکان دارد آسیب ها به خاطر استفاده از کفش نامناسب یا بر اثر تعامل با سطح زمین بازی رخ دهد (Ekstrand and Gillquist, ۱۹۸۳).

نتایج نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میزان فراوانی ناحیه آسیب دیده در بین بازیکنان فوتبال و فوتسال وجود ندارد. بیشترین میزان آسیب در فوتبالیست ها در ناحیه زانو (۵۰ درصد) است و در فوتسالیست ها در ناحیه مچ پا (۵۳ درصد) بود. بیشتر آسیب های بازیکنان فوتبال در اندام تحتانی رخ می دهند. در فوتبال نیز محققان، اندام تحتانی را مستعدترین موضع بدن برای آسیب معرفی کرده اند (Askling et al, ۲۰۰۶ – Arnason et al ۲۰۰۴ – Arnason et al, ۲۰۰۴ – Arnason et al, ۱۹۹۶). این نتایج با نتایج بارانی و همکاران (۱۳۸۸) و مورگان و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد. بارانی بارانی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد بیشتر آسیب های اندام تحتانی فوتسال در زانو و مچ پا رخ می دهد (بارانی و همکاران، ۱۳۸۸). مورگان و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که زانو با ۲۱ درصد بیش از نقاط دیگر بدن در معرض آسیب بوده است (Morgan and Oberlander, ۲۰۰۱).

نتیجه گیری

این یک واقعیت پذیرفته شده است که هر نوع ورزش یا فعالیت فیزیکی با خطر آسیب دیدگی همراه است. با توجه به در نظر گرفتن محبوبیت رشته فوتبال و نیز ماهیت پر خطر این رشته میتوان انتظار داشت که میزان آسیب دیدگی در این رشته رو به افزایش باشد. این آسیب ها گاه باعث ناتوانی های فیزیکی همراه با درد یا دیگر ناراحتی های جسمی می شوند، که این به نوبه خود منجر به استفاده از منابع درمانی و احتمالاً غیبت از بازی و تمرین که نتیجه آن، وارد آمدن هزینه مالی بر باشگاه های مربوطه می باشد، می گردد.

آمار و ارقام این تحقیق به سیاست گزاران و مسئولان مربوطه کمک می کند که با توجه به نقاط برجسته آسیب و اطلاع از نوع آسیب و دلیل وارد آمدن آسیب، با استفاده از اطلاعات موجود بتوانند برنامه هایی برای پیشگیری و یا کاهش این آسیب ها ارائه دهند.

Archive of SID

منابع

- بارانی اعظم، بمبئی چی عفت ، رهنما نادر ، آسیب های اندام تحتانی زنان ورزشکار فوتسال لیگ برتر کشور، سال هفدهم ، شماره ۳ (پیاپی ۴۷) پاییز ۱۳۸۸، المپیک.
- رکنی نژاد مهرداد - مدیریت فرایند حوادث، (۱۳۸۱)، اولین همایش علمی-تحقیقی مدیریت امداد و نجات.
- رهنما نادر- بمبئی چی عفت - نظریان ع. ب.، دانشجو، ع.ج، ۱۳۸۶ شیوع و علل آسیب های حاد در دانشجویان فوتبالیست « المپیک شماره: ۳۸ . ۳۹-۴۷ .»
- زارعی مصطفی، تجزیه و تحلیل ویدئویی آسیب های بازیکنان فوتبال شرکت کننده در جام ملت های آسیا ۲۰۰۷ ، فصلنامه المپیک « سال هفدهم ، شماره ۲ تابستان ۱۳۸۸ .»

کرانیان، دانشمندی، همتی نژاد، مطالعه هزینه های مالی آسیب در بازیکنان لیگ برتر باشگاههای ایران (۱۳۸۹) پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه گیلان.

نوری، ابوالقاسم (۱۳۸۰)، بررسی محدودیت های جسمی و روانی کارکنان شرکت فولاد مبارکه، تیر ماه ۸۰، صفحه ۲۵-۲ فصل ۲.
Albert, M (۱۹۸۳). "Descriptive three year data study of outdoor and indoor professional soccer injuries". Athletic Training. ۱۸:۲۱۸-۲۲۰.

Arnason A, Gudmundsson A, Dahi H, Johansson E, (۱۹۹۶). Soccer injuries in Iceland. Scand J Med Sci Sports, ۶: ۴۰-۴۵.

Arnason A, Sigurdsson SB, Gudmundsson A, Holme I, Engebresten L, Bahr R, (۲۰۰۴). Risk factors for injuries in football, Am J Sports Med; ۳۲:S۵-S۱۶.

Arnason A, Tenga A, Engebresten L, (۲۰۰۴). A prospective video-based analysis of injury situations in elite male football players: Football incident analysis. Am J Sports Med; ۳۲:۱۴۵۹-۶۵.

Askling C, Karlsson J, Thorstensson A, (۲۰۰۶). Hamstring injury occurrence in elite soccer players after preseason strength training with eccentric overload. Scand J Med Sci Sports; ۱۳(۴):۲۴۴-۵۰.

De Loes M. (۱۹۹۰). Determine the short-term economic costs of injuries related to SRE. British J Sports Med; ۱۲:۱۲۵-۱۳۱

Delaney J, Lacroix V, Gagne C et al, (۲۰۰۱). Concussion among university football and soccer players: A pilot study. Clin J Sports Med; ۱۱:۲۳۴-۴۰.

Ekstrand J, Gillquist J, (۱۹۸۳). Soccer injuries and their mechanisms: a prospective study. Med Sci Sports Exerc; ۱۵:۶۷-۷۳.

Ekstrand J, Tropp H, (۱۹۹۰). The incidence of ankle sprains in soccer. Foot and Ankle; ۱۱: ۴۱-۴۴.

Ekstrand J, Walden M, Hagglund M, (۲۰۰۴). A congested football calendar and the wellbeing of players: correlation between match exposure of European footballers before the World Cup ۲۰۰۲ and their injuries and performances during that World Cup. Br J Sports Med; ۳۸:۴۹۳-۷.

Faude, O., Junge, A., Kindermann, W. and Dvorak, J. (۲۰۰۵). "Injuries in female soccer players". The American Journal of Sports Medicine. ۳۹: ۳-۹.

Francisco A, Nightingale R, Guilak F, Glisson R, Garrett W, (۲۰۰۲). Comparison of Soccer Shin Guards in Preventing Tibia Fracture. Am J Sports Med; ۲۸:۲۲۷-۳۳.

Giza, E., Mithofer, K., Farrell, L., Zarins, B. and Gill, T. (۲۰۰۵). "Injuries in women professional soccer". British Journal of Sports Medicine. ۳۹:۲۱۲-۲۱۶

Hagglund M, Walden M, Bahr R, Extrand J, (۲۰۰۵). Methods for epidemiological study of injuries to professional football players: developing the UEFA model. B J Sports Med :۳۹:۳۴۰-۳۴۶.

Hawkins R, Fuller C, (۱۹۹۹). A prospective epidemiological study of injuries in four English professional football clubs. Br J Sports Med ۳۳:۱۹۶-۲۰۳.

Hawkins RD, Hulse MA, Wilkinson C, Hodson A, Gibson M, (۲۰۰۱). The Football Association medical research program. an audit of injuries in professional football, Br J Sports Med; ۳۵:۴۳-۴۷.

Hawkins, R.D Fuller CW, (۱۹۹۶). "Risk assessment in professional football: an examination of accidents and incidents in the ۱۹۹۴ World Cup finals " Br J sport Med; ۳۰; ۱۶۵-۷۰.

<http://www.fifa.com/worldfootball/allplayers.html>.

Lindenfeld. T "Schmitt.D" Hendy, M., Mangine, R. and Noyes, F. (۱۹۹۴). "Incidence of injury in indoor Mangine, "Incidence of injury in indoor soccer". Am J Sports Med. ۲۲:۳۶۴-۳۷۱.

Morgan B, Oberlander A, (۲۰۰۱). "An examination of injuries in major league soccer: The inaugural season ", Am J sports Med; ۲۹; ۴۲۶.

Nielsen A, Yde J, (۱۹۸۹). Epidemiology and traumatology of injuries in soccer, Am J Sports Med ۱۷: ۸۰۳-۸۰۷.

Putukian, M., Knowles, W.K., Swere, S. and Castle, N.G. (۱۹۹۶). "Injuries in Indoor Soccer: The Lake Placid Dawn to Dark Soccer Tournament". Am J Sports Med. ۲۴:۳۱۷-۳۲۲.

Rahnama N, Reilly T, Lee A, (۲۰۰۲). Injury risk associated with playing actions during competitive soccer, Br J Sports Med; ۳۶: ۳۵۴-۳۵۹.

Reilly, T. (۲۰۰۰). The physiological demands of soccer. In: Bangsbo J. (ed) : soccer and science : in an inter disciplinary perspective. Copenhagen: Munksgaard . ۹۱-۱۰۵.

Surve I, Schweltnus PM, Noakes T, Lombard C, (۱۹۹۴). A fivefold reduction in the incidence of recurrent ankle sprains in soccer players using the sport stirrup orthosis. Am J Sports Med; ۲۲: ۶۰۱-۶.

Ticker, J.B. (۱۹۹۸). "Soccer: Futsal and Indoor", in Manual of Sports Medicine. Eds. M.R. Safran, D. McKeag and S.P. Van Camp (Lippincott Williams & Wilkins, PA), pp. ۶۰۲-۶۰۴.

Yde J, Nielsen AB, (۱۹۹۰). Sports injuries in adolescents 'ball games: soccer, handball and basketball. Br J Sports Med; ۲۴: ۵۱-۵۴.

The comparison of sport injures in female football and futsal in premier league of Iran

Abstract

The main aim of the research was analyzing and comparing the injuries in ۲ groups of women footballers and futsalers in the premier league of Iran in the season of (۸۸-۹۰) statistical society consisted of ۲۰۰ footballers and ۱۹۲ futsalers. Out of which the targeted samples of the injuries consisted of (۷۰ footballers and ۷۰ futsalers) were chosen and participated in this research. The information about the injuries were gathered with the use of personal surveys, as per the standards of Hawkins and Fuller from the players and physiotherapists and team supervisors was formed in a period of ۳ years retrospective and from the methods of correlation and comparative researches for the analysis of data at the level of $P \leq 0.05$. The results showed a significant difference between kind of injuries and prevalence of injuries in football and futsal players. Also no significant difference between Severity of injury and Cause of injuries in football and futsal players. Noticing the worrying methods of injuries in women soccer players specially futsal players in Iran and in regard to the methods of Knee and ankle injuries various degrees of strain and sprain due to tackles, collisions and direction changes are advised to the coaches and doctors of the teams and also the development and implementation of prevention strategies, such as harm reduction efforts in order to identify and train players.

Keywords: Sports injuries, Football, Futsal