

4 511.54
М 48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ

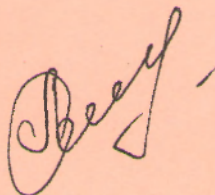
МЕЛЬНИКОВА Олена Анатоліївна

УДК 796.056.1 - 056.256:159.9

ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ
ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ
З ВИКОРИСТАННЯМ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

24.00.01 – олімпійський і професійний спорт

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з фізичного виховання та спорту



Київ – 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

Науковий керівник кандидат педагогічних наук, професор
Воронова Валентина Іванівна, Національний університет фізичного виховання і спорту України, декан факультету здоров'я, фізичного виховання, туризму та менеджменту, завідувач кафедри психології та педагогіки

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Бойчук Тетяна В'ячеславівна**, Прикарпатський національний університет імені В. Стефаника, завідувач кафедри фізичної реабілітації;

кандидат наук з фізичного виховання і спорту **Заморський Тарас Володимирович**, ДУ «Інститут травматології та ортопедії Національної Академії медичних наук України», інструктор лікувальної фізкультури

Захист відбудеться 26 вересня 2012 р. о 12.30 на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.829.01 Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

Автореферат розісланий 21 серпня 2012 р.



В.о. ученого секретаря
спеціалізованої вченої ради

В. М. Іванівна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність. Основною причиною спортивних травм є фізичні чинники, однак істотну роль у виникненні травм відіграють і психологічні, такі як особливості особистості спортсмена, рівень стресу, попередні стресори, чинники напруження тощо (С.А. Разумов, 1986; Є.П. Ільїн, 2000; І.В. Дроздова, 2002; І.В. Коробейников, 2006; М.В. Попова, 2010). Ряд фахівців (А.Л. Попов, 2001; І.В. Корнейко, 2003; Б.О. Вяткін, 2005; Ю.В. Щербатих, 2006) підкреслюють, що травми можуть сприяти й потенційно стресові ситуації. За даними А.В. Родіонова (2008), ситуація, що сприймається як «загрозлива», веде до підвищення ривожності, виникнення нервозності. Вище вказані стани викликають цілу низку мін у концентрації уваги (J. Taylor, 1997; Н.І. Соколова, 2007; О.В. Романіна, 2010) призводять до м'язового напруження, що збільшує ймовірність виникнення травми (В.Ф. Башкиров, 1984; Т.Д. Чандлер, 2002; П. Альєті, 2003; В.М. Платонов, 2004; І.В. Смирнова, 2010). На думку вчених (Є.П. Ільїн, 2000; І.В. Дроздова, 2002), стан спортсмена після одержання травми характеризується нестійкістю, що спортсмен цінує як дискомфорт, невротичність. У зв'язку з цим провідні фахівці сфери спортивної науки звертають увагу на необхідність включення психологічних заходів як у програми з профілактики травматизму, так і у процес відновлення спортсмена після травми (І.П. Ратов, 1989; В.М. Мухін, 2005; В.В.Кобринський, 2007).

Проблемі відновлення працездатності й реабілітації спортсменів після травм і інших захворювань присвячені роботи багатьох учених (Л.А. Бутченко, 2000; І. Дубровський, 2002; В.Н. Гладков, 2007; Н.М. Валеєв, 2009, Т.В. Бойчук, 2010). Однак реабілітація спортсменів із травмами опорно-рухового апарату (ОРА) риводиться за традиційним алгоритмом (В.Ф. Башкіров, 1984; В.М. Мухін, 2005; І.Н. Попов, 2005; І.А. Григор'янц, 2006, Т.В. Заморський, 2011). Однак арсенал істосовуваних у сучасних програмах засобів і методів реабілітації постійно зширюється (Л.В. Козлова, 2003; Н. А. Федоренко, 2006; Ю.П. Дехтярьов, 2005).

Аналіз літератури з питання використання психологічних прийомів і методів у реабілітації пацієнтів із травмами ОРА показав, що проведено дослідження методик істосування аутогенного, психом'язового тренування, прийомів саморегуляції (З.З. Усманова, 1986; J.Taylor, 1997; І.В. Дроздова, 2002; Д.Д. Романовська, 2002; А Тичинська, 2005), релаксаційних вправ (Л.Є. Уністаль, 2001; О.А. Серкульська, 2003). Ефективність даних методів реабілітації очевидна й доведена в публікаціях, присвячених цій проблемі (А.Г. Баранов, 2003; Е.Е. Дорофєєва, 2009). Однак дані методи психологічного впливу застосовуються, в основному, у гострому періоді травматичного процесу й практично ніколи не застосовувалися комплексно в плинні цього процесу відновлення.

Низка програм відновлення й реабілітації для пацієнтів із травмами ОРА передбачають використання дихальних вправ (В.І. Тихоревський, 2001; В.Н. Сокрут, 2009). Даний метод впливу останнім часом так само широко використовується в

реабілітаційних і профілактичних програмах при травмах і різних захворюваннях (Л.І. Вассерман, 1991; С.М. Футорний, 2007). Однак, у доступній спеціальній літературі дані, присвячені психологічній реабілітації спортсменів із травмами ОРА, у яких систематизований досвід комплексного застосування багатьох психологічних прийомів і методів, і на доказовому рівні проведена оцінка ефективності їхнього використання, представлені в одиничних випадках (Н.Я. Прокопьев, 2006; В.А. Пустовойт, 2007). У спеціальній літературі є одиничні згадування про позитивний вплив спеціальних методів впливу на стан спортсменів у посттравматичному періоді й перші тижні після операції (Г.С. Юмашев, 1983; О.П. Семенова, 2006).

Все вище викладене вказує на необхідність розробки й наукового обґрунтування заходів психологічного супроводу (ЗПС) в програмі відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА різних ступенів важкості, що ґрунтуються на використанні адекватних особистісним особливостям травмованого засобів і методів психологічного впливу, що й обумовлює актуальність досліджень в цьому напрямі.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане у відповідності зі «Зведеним планом науково-дослідної роботи в сфері фізичної культури і спорту на 2006–2010 рр.» Міністерства України у справах сім'ї молоді та спорту; тема 2.4.6. «Психологічні проблеми підготовки й розвитку суб'єктів спортивно-педагогічної діяльності в сфері фізичного виховання й спорту» (номер державної реєстрації 0106U010780). Дослідження виконане за участі автора в розробці зазначеної проблеми (як співвиконавця).

Мета дослідження – обґрунтування, розробка й перевірка ефективності заходів психологічного супроводу відновлення працездатності для спортсменів із травмами опорно-рухового апарату різного ступеня важкості.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати наявні підходи до проблеми психологічного супроводу програми відновлення працездатності спортсменів після травматичних ушкоджень опорно-рухового апарату.

2. Виявити характер і зміст змін у психологічному стані особистості спортсменів у період одержання травми й у посттравматичному періоді.

3. Розробити й науково обґрунтувати заходи психологічного супроводу відновлення для спортсменів із травматичними ушкодженнями опорно-рухового апарату.

4. Визначити ефективність впливу заходів психологічного супроводу на стан спортсменів і плин процесу відновлення працездатності.

Об'єктом дослідження є особистість спортсмена з ушкодженнями опорно-рухового апарату у період посттравматичної реабілітації.

Предмет дослідження – зміст психологічного супроводу спортсмена в посттравматичному відновному процесі, що сприяє поверненню його до ефективної спортивної діяльності.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення даних спеціальної літератури й досвіду передової практики, спостереження за спортсменами в період посттравматичної реабілітації, анкетування, психологічна діагностика, визначення фізичної працездатності спортсменів, методи математичної статистики.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що:

- уперше запропоновані комплексні заходи психологічного супроводу програми відновлення й реабілітації для спортсменів із травмами ОРА, які об'єднали класичні психологічні методи, прийоми й підходи, залежно від цілей і завдань періоду реабілітації;

- уперше при проведенні заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА був використаний селективний підхід до їхнього проведення, з урахуванням індивідуальних особистісних особливостей;

- уперше встановлено за результатами аналізу зміни суб'єктивних і об'єктивних критеріїв оцінки психологічного статусу травмованих спортсменів, що величина позитивних змін даних показників взаємозалежна з рівнем спортивної майстерності;

- підтвержені дані позитивного впливу методів і прийомів психологічного впливу на ефективність процесу відновлення й реабілітації;

- підтвержені дані про необхідність застосування комплексного підходу до відновлення заходів для спортсменів, які отримали травму ОРА;

- доповнені дані про особливості реагування травмованих спортсменів на тресові ситуації та психотравмуючі чинники;

- доповнені дані щодо проблеми відновлення працездатності й реабілітації спортсменів після травматичних ушкоджень.

Практична значущість отриманих результатів полягає в: виявленні особливостей психологічних змін особистості спортсменів у посттравматичному періоді, що дозволяє визначити ступінь готовності сприйняття реабілітаційного процесу, як засад для відновлення спортивної форми; розробці й апробації комплексу практичних рекомендацій психологічного забезпечення реабілітації в посттравматичному періоді, підгрунтя яких становлять знання про особистісні особливості спортсмена, що необхідно враховувати при впровадженні в практику відновлення комплексних заходів, спрямованих на відновлення працездатності спортсменів після травм ОРА. Отримані в результаті дослідження дані можуть бути використані у програмі відновлення працездатності спортсменів із травмами ОРА, при читанні лекцій на курсах підвищення кваліфікації реабілітологів, інструкторів ФК, спортивних психологів.

Результати дослідження впроваджені в роботу обласної школи вищої спортивної майстерності м. Донецька, обласних дитячо-юнацьких спортивних шкіл № 1, № 2, № 3, СДЮШОР № 1, 3, клубних команд міста й області (волейбольний клуб «Медика», гандбольний клуб «Шахтар-Академія»), про що свідчать відповідні акти.

Особистий внесок здобувача в спільні публікації при розробці досліджуваної наукової проблеми представлений у формулюванні напрямку досліджень, організації, проведенні досліджень, обробці та інтерпретації даних.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Результати дослідження були викладені здобувачем у вигляді доповідей і тез на Міжнародних науково-практичних конференціях «Спорт, духовність і гуманізм у сучасному світі» (Донецьк, 2006, 2007); I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання вищої професійної освіти» (Донецьк, 2007); Міжнародних науково-практичних конференціях «Спортивна медицина, лікувальна фізкультура й валеологія» (Одеса, 2008, 2010); II Міжнародній науково-практичній конференції «Здоров'я й освіта: проблеми й перспективи» (Донецьк, 2010); Міжнародних науково-практичних конференціях «Молодь і олімпізм» (Київ, 2011, 2012); Міжнародній науково-практичній конференції «Тренувальні й змагальні навантаження в сучасному спорті» (Київ, 2011); щорічних підсумкових науково-методичних конференціях кафедри психології і педагогіки Національного університету фізичної культури і спорту України (2007–2011).

Публікація результатів досліджень. Основні положення дисертаційного дослідження опубліковані в 15 наукових працях, з яких 8 представлено в наукових виданнях, затверджених МОНмолодьспорту України.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 224 сторінках, складається зі вступу, п'яти розділів, практичних рекомендацій, висновків і списку літературних джерел, додатку. У роботі використано 310 джерел, з них – 28 закордонних авторів. Матеріали досліджень ілюстровані 26 таблицями й 12 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтована актуальність проблеми, визначені об'єкт і предмет дослідження, сформульовані мета й завдання дослідження; розкрита новизна, відображені практична значущість роботи й особистий внесок автора в опубліковані у співавторстві наукові праці; представлена сфера апробації основних положень дослідження, зазначена кількість публікацій.

У першому розділі «Теоретичні засади відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового апарату» узагальнені дані про відновлення працездатності спортсменів, які одержала травми ОРА, різної статі, віку, спортивного стажу й кваліфікації. Розглянуто питання, що стосуються виникнення спортивних травм, сучасні підходи до проблеми відновлення працездатності спортсменів після травм ОРА, вплив стресових станів на одержання травм спортсменами. Вивчено психологічне забезпечення на всіх етапах реабілітаційних заходів і в процесі спортивної діяльності спортсменів. Підкреслено, що питання психологічного супроводу відновних заходів не вивчалися в повному

збязі, не розроблені комплексні заходи психологічного забезпечення програм відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового парату залежно від особистісних особливостей і індивідуальності реагування на удержання травматичних ушкоджень. Все це визначило вибір дослідження в даному напрямку.

У другому розділі «**Методи та організація дослідження**» обґрунтовані й описані взаємодоповнювальні методи дослідження, що адекватні меті, завданням, об'єкту й предмету дослідження. Дослідження проводилися в Донецькому обласному лікарсько-фізкультурному диспансері (ОЛФД) за участі лікарів спортивної медицини до й після реабілітаційних заходів.

На першому етапі досліджень (2006–2007) розглянуті науково-теоретичні підходи, що застосовувалися при вивченні змісту реабілітації травмованих спортсменів і їх психологічних особистісних особливостей. Результати цього етапу стали підґрунтям при визначенні напрямків досліджень на подальших етапах роботи: визначені мета, завдання, програма досліджень, підібрані адекватні методи.

На другому етапі (2008–2009) були виявлені й вивчені зміни в стані особистості спортсменів у посттравматичному періоді, досліджені особливості реагування спортсменів на психотравмувальні чинники, класифіковані методи психологічного супроводу й визначена значущість їх у загальній системі відновлення працездатності спортсменів.

На третьому етапі (2010–2011) на підставі обробки й аналізу результатів дослідження двох попередніх етапів розроблений і апробований комплекс практичних рекомендацій психологічного супроводу відновлення працездатності спортсменів у посттравматичному періоді.

У дослідженні взяли участь 42 спортсмени, які спеціалізуються в різних видах спорту (футбол, дзюдо, вільна боротьба, спортивна гімнастика, волейбол, гандбол, велоспорт, бокс, кікбоксинг, легка атлетика) і тренуються на базах м. Донецька й Донецької області: чоловіки – 24 особи, жінки – 18 осіб. Вік спортсменів – від 14 до 44 років. Спортивна кваліфікація обстежених спортсменів – перший дорослий, кандидати в майстри спорту, майстри спорту, майстри спорту міжнародного класу. Спортсмени стояли на обліку в ОЛФД м. Донецька. Об'єднувальним критерієм для всіх спортсменів, які взяли участь у дослідженні, були різні ушкодження ОРА в результаті спортивної травми, отриманої під час змагальної та тренувальної діяльності. Для реалізації заходів психологічного супроводу в програмі відновлення працездатності всі обстежені спортсмени були розділені на дві групи: основну й контрольну. До основної групи увійшов 21 спортсмен, відновні заходи яким проводилися із психологічним супроводом. Контрольна група складалася з 21 спортсмена і відновлення працездатності проводилося без психологічного супроводу.

У третьому розділі дисертації «Прояв індивідуальних особливостей реагування спортсменів при одержанні травм опорно-рухового апарату» представлений аналіз обстеження 42 спортсменів, які одержала травми ОРА, у результаті чого виявлені особливості індивідуального реагування спортсмена на одержання травматичного ушкодження.

При поглибленому медичному обстеженні у спортсменів основної й контрольної груп була виявлена травматологічна патологія різного плинку й ступеня важкості. У структурі патології ОРА переважали ушкодження м'язово-зв'язкового апарату, вони були зареєстровані в 35 % спортсменів; у найменшій кількості в травмованих спортсменів зареєстровано вивихи суглобів – практично в 12 % випадків. Виявлено, що пік виникнення гострої травми припадає на період становлення техніко-тактичної майстерності, а загострення хронічного травматичного процесу більшою мірою реєструється в період удосконалення спортивної майстерності.

Аналіз даних експериментальної частини дослідження на етапах лікарняної фази дозволив установити, що найбільшу кількість травматичних ушкоджень одержали спортсмени – представники ігрових видів спорту (33,33 %), які мають кваліфікацію I-го дорослого розряду (41,48 %) і КМС (36,72 %). На наш погляд, це пов'язане з недостатнім володінням технічними й тактичними навичками, й координованістю рухової діяльності. Виразність ознак функціонального стану спортсменів значною мірою залежить від характеру й умов виконуваної роботи (навантаження) на тренувальних заняттях і змаганнях, спортивної кваліфікації та спеціалізації спортсменів, а також індивідуальних особливостей реагування на стресові ситуації. Травми у чоловіків-спортсменів виникають в 1,3 раза частіше, ніж у жінок-спортсменок. За характером травматичного процесу переважали травми хронічного плинку. Гострі травматичні ушкодження були зареєстровані в 28,57 % спортсменів. Частота виникнення травматичних ушкоджень зменшується зі зростанням спортивної майстерності: від 38 % випадків у спортсменів I-го дорослого розряду до 23,81 % – у МС, МСМК. Дане положення підтверджує факт, що психологічний стан спортсменів впливає на ймовірність виникнення травми та ефективність проведення реабілітаційного процесу і залежить від рівня спортивної майстерності.

Досліджуючи особливості індивідуального реагування спортсменів на одержання травм ОРА, було визначено, що рівень стресостійкості й соціальної адаптації вище у спортсменів, які мали кваліфікацію МСМК і МС (28 %). Таке положення також стосується показників індивідуально-типологічних властивостей особистості вище зазначених кваліфікацій, де вони більш виражені, ніж у менш кваліфікованих спортсменів. Зокрема аналіз показників форм агресії спортсменів виявив тенденцію до підвищення вивчаємих форм агресії у спортсменів першого розряду (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз показників і форм прояву агресії у спортсменів, які одержали травми ОРА

| Форми прояву агресії | Кількість обстежених спортсменів | | | | | |
|----------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|
| | МСМК, МС n=10 | | КМС n=15 | | I-ий розряд n=17 | |
| | кількість спостережу ваних випадків | кількість випадків % | кількість спостережу ваних випадків | кількість випадків % | кількість спостережу ваних випадків | кількість випадків, % |
| Фізична агресія | 3 | 30 | 6 | 40 | 6 | 35 |
| Вербальна агресія | 4 | 40 | 9 | 60 | 11 | 64 |
| Непряма агресія | 1 | 10 | 4 | 26 | 4 | 23 |
| Негативізм | 3 | 30 | 3 | 20 | 5 | 29 |
| Дратівливість | 4 | 40 | 8 | 53 | 11 | 64 |
| Підозрілість | 1 | 10 | 1 | 6 | 3 | 17 |
| Образа | 2 | 20 | 6 | 40 | 8 | 47 |
| Почуття провини | 4 | 40 | 6 | 40 | 13 | 76 * |

Таким чином, на підставі констатуючих даних нами було встановлено, що по ірі зростання рівня спортивної майстерності показники форм прояву агресивної зведінки мають тенденцію до зменшення. Аналогічні результати були констатовані при дослідженні депресивних станів. Мінімальний рівень депресії виявлений 4 спортсменів, які мали спортивну кваліфікацію МС і КМС (40 % і 26 %). спортсменів I розряду зафіксовано з мінімальним рівнем депресії 3 особи (17 %). оказники вираженої депресії зафіксовані в 1 спортсмена МС (10 %); 4 спортсменів МС (26 %) і у 7 спортсменів першого дорослого розряду (41 %).

З тої причини, що рівень особистісної й реактивної тривожності є одним із леріїв успішності будь-якого виду діяльності, дослідження цього показника лезить до необхідних аспектів психологічного відновлення після травматичних лкоджень. Отримана закономірність була підтверджена даними дослідження рівня обистісної й реактивної тривожності. Найбільш високі показники рівня обистісної і реактивної тривожності у спортсменів I розряду – 41 % та 76 %, дповідно.

Згідно результатам дослідження показників нервово-психічної стійкості нами ло встановлено, що по мірі зростання спортивної майстерності зменшується вплив хихологічних факторів на імовірність виникнення травматичних ушкоджень. аким чином, згідно отриманим даним рівень нервово-психічної стійкості авмованих спортсменів залежить від індивідуальних властивостей їхньої обистості, віку, попереднього досвіду перебування в стресових ситуаціях, ортивного стажу.

Вивчення особливостей індивідуального реагування спортсменів на одержання авм ОРА необхідне для подальшого, більш ефективного проведення комплексу

заходів щодо відновлення працездатності спортсменів після травм ОРА, для правильного підбору засобів і методів психологічної корекції в посттравматичній реабілітації.

Четвертий розділ «Обґрунтування програми відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового апарату із психологічним супроводом» присвячений теоретичному обґрунтуванню підходів до розробки, організації та реалізації комплексних заходів щодо відновлення працездатності спортсменів після травм ОРА й порівняльному аналізу комплексної оцінки ефективності відновних заходів із психологічним супроводом. Заходи психологічного супроводу розроблялися в ході дисертаційного дослідження в ОЛФД м. Донецька, де й були реалізовані. Психологічні засоби відновлення, які ми використовували у процесі реабілітації, містили в собі заходи щодо психотерапії, психогігієни й психопрофілактики. Схема призначення засобів психопрофілактики була однаковою для всіх спортсменів основної групи (табл. 2).

Таблиця 2

Засоби психопрофілактики для спортсменів із травмами ОРА

| Засоби психопрофілактики | Мета застосування |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – саморегуляція; – індивідуальний підбор вправ на концентрацію уваги; – корекція рівня тривожності; – корекція мотиваційної спрямованості; | <ul style="list-style-type: none"> корекція психологічного стану й невротичних реакцій, що виникли в результаті травматичних ушкоджень; адекватність сприйняття реабілітаційного процесу; |
| <ul style="list-style-type: none"> - аутогенне тренування; – психом'язове тренування; – сеанси релаксації; – контроль дихання; – ароматерапія; | <ul style="list-style-type: none"> відновлення психофізичного статусу травмованого спортсмена; |
| <ul style="list-style-type: none"> - ідеомоторне тренування; – адаптаційні тренінги; – десенсибілізація; – навчання психологічним умінням і навичкам | <ul style="list-style-type: none"> адаптація до переходу від реабілітаційних заходів до звичайного тренувального процесу; профілактика страху повторного травмування; підвищення рівня стресостійкості й соціальної адаптації |

Спортсменам контрольної групи дані заходи не проводилися. Тривалість курсу психологічної реабілітації залежала від ступеня важкості травми.

Організація проведення заходів психологічного супроводу в програмі відновлення працездатності спортсменів із травмами ОРА представлена в таблиці 3.

Як бачимо з даних табл. 3, найменша тривалість курсу реабілітації була при травмах легкого ступеня тяжкості 5–7 діб. Найбільша – при травмах важкого ступеня тяжкості 21–30 діб при кратності повторення курсу реабілітації 1 раз на три місяці. Для підвищення ефективності проведених заходів і з метою профілактики рецидивів нами було запропоноване проведення курсу профілактичних

сихологічних впливів. Для всіх спортсменів основної групи курс психологічного супроводу проводився протягом подальшого періоду до моменту повернення до звичайного тренувального процесу.

Таблиця 3

Організація проведення заходів психологічного супроводу відновлення працездатності спортсменів із травмами ОРА

| Курс реабілітації | Періодичність проведення заходів залежно від тяжкості травм | | |
|-------------------------------|---|----------------------|-------------------|
| | легка | середня | важка |
| Тривалість курсу реабілітації | 5–7 діб | 10–14 діб | 21–30 діб |
| Кратність повторення курсу | 1 раз на 6 місяців | 1 раз на 4–6 місяців | 1 раз на 3 місяці |

В обох групах проводилася обов'язкова лікарсько-експертна оцінка функціонального стану й психологічного статусу травмованих спортсменів наприкінці кожного мікроциклу, проводився моніторинг отриманих у ході дослідження даних. Сеанс психологічного впливу (сеанс релаксації, з акцентом на завдану кінцівку або орган) проводився після занять спеціальними вправами й фізіотерапевтичними процедурами. Під час сеансу ми вперше використовували пристосування для фіксації травмованої кінцівки (опорну конструкцію) з метою концентрації уваги спортсмена, який проходив реабілітацію, на ушкодженій ділянці па.

Заходи психологічного супроводу всім спортсменам основної групи визначали з першого дня реабілітації. Тривалість психологічних впливів змінювалася від періоду до періоду. Із психологічних впливів використовувалися: обов'язкове тренування (тривалість занять – 20 хв.); корекція рівня тривожності (тривалість – 10–15 хв.); корекція мотиваційної спрямованості (роз'яснення суті процесу реабілітації й пояснення цілей, завдань і заходів, які включені в схему реабілітації). Заняття проводилися індивідуальним методом. Наступного дня проводився обов'язковий контроль закріплених навичок і вмій. Під час проведення індивідуальних занять використовували ароматерапію; склад аромасел (спрямованість – стимулююча, заспокійлива) залежав від індивідуально-психологічних особливостей особистості.

При проведенні заняття ми брали до уваги:

1. Враховувався характер травматичного процесу (гостра, хронічна), ступінь тяжкості травми, вік, гендерні й особистісні особливості травмованого спортсмена.
2. Характер використовуваних психологічних впливів (їхня тривалість, послідовність виконання, спрямованість залежали від особистісних особливостей спортсмена й періоду перебігу травми).
3. Підґрунтя кожного заняття – принцип всебічного впливу на психологічний стан спортсмена. Заняття із психологом склалися з дихальних вправ й вправ

на розслаблення. Вступну частину занять починали із вправ на розслаблення, потім вводили дихальні вправи, співвідношення 1:2.

4. При проведенні психологічних занять дотримувалися принципів поступовості й послідовності, як при навчанні окремим психологічним навичкам і вмінням, так і в дозуванні кожного психологічного впливу, й комплексу всіх використовуваних впливів у цілому.
5. При підборі виду психологічного впливу враховувалися особистісні особливості травмованого спортсмена, найбільше значення надавалося корекції мотиваційної спрямованості, підвищенню рівня сприйняття реабілітаційного процесу, усуненню ознак страху одержання повторної травми.
6. Кожне наступне заняття вмещувало контроль закріплення навичок і вмінь попередніх занять.
7. У період гострого періоду травми переважали релаксаційні вправи, спрямовані на зняття процесів збудження й усунення почуття тривоги.
8. Під час проведення сеансів масажу й фізіотерапевтичних процедур проводили паралельно сеанс ароматерапії (масло меліси, лаванди) – 20 хв.
9. Під час занять спеціальними вправами велика увага приділялася створенню сприятливого емоційного фону, що сприяло успішному проведенню занять і підвищувало ефективність їх проведення.
10. Під час психологічних занять використовувалися початкові положення – лежачи або напівлежачи на кушетці, травмована кінцівка у піднятому положенні. Кут підйому 10–15°.
11. Психологічні заняття проводилися двічі на день. Ранкове заняття – в умовах диспансеру, вечірне – у домашніх умовах.
12. Метод організації занять – індивідуальний (у першому періоді реабілітації), малогруповий та індивідуальний (у період видужання).
13. Форма проведення занять – консультативна, самостійна.

Критерії для оцінки ефективності розроблених заходів у спортсменів основної й контрольної груп були розділені на об'єктивні (кількісні і якісні: оцінка визначалася психологом) і суб'єктивні (оцінка визначалася спортсменом). Кількісна оцінка отриманих у ході дослідження об'єктивних даних проводилася шляхом аналізу результатів діагностики: оцінки агресивних станів спортсменів, показників оцінки депресивних станів. Якісна оцінка здійснювалася за результатами рівня стресостійкості й соціальної адаптації, рівня особистісної та реактивної тривожності, рівня нервово-психічної стійкості. Як суб'єктивні критерії ефективності аналізувалися дані, отримані в ході анкетування. Комплексна оцінка всіх даних повторного обстеження дозволила зробити висновок про ефективність проведених відновних заходів.

Показники фізичної, вербальної, непрямой агресії, образи й почуття провини в основній групі вірогідно відрізнялися від ідентичних показників контрольної групи

$p < 0,05$). Аналіз вказаних форм агресивної поведінки свідчить про те, що запропоновані нами заходи психологічного супроводу програми відновлення працездатності позитивним чином впливають на психологічний стан травмованих спортсменів. Отже, нами було встановлено, що чим вищий рівень спортивної майстерності, тим більшою є величина зниження рівня агресивності у спортсменів, ким проводиться реабілітація. Отримані дані свідчать про високий рівень мотиваційної спрямованості реабілітаційного процесу й взаємозв'язку проявів гресії, ступеня травмованості й досвіду спортсмена у вольовій регуляції негативних особистісних проявів. Показники негативізму, отримані при повторному тестуванні спортсменів обох груп, статистично значуще відрізнялися тільки у спортсменів кваліфікації МСМК і МС ($p < 0,05$). У спортсменів, які мають кваліфікацію КМС І-ий дорослий розряд, проаналізовані показники не мали достовірних розходжень ($p > 0,05$). Показники дратівливості, навпаки, статистично значуще розрізняються у спортсменів, які мають кваліфікацію КМС і І-ий дорослий розряд ($p < 0,05$). При аналізі показників підозрілості спортсменів основної групи було встановлено, що отримані в ході повторного тестування дані вірогідно не відрізнялися від показників спортсменів контрольної групи ($p > 0,05$).

У ході проведених досліджень було встановлено, що у спортсменів основної групи вірогідно покращилися середні показники рівня депресивного стану після реабілітації ($p < 0,05$): за результатами тестування депресивні стани не були зареєстровані у спортсменів основної групи кваліфікації МСМК, МС і КМС. Аналіз даних тестування свідчить про те, що запропоновані нами заходи психологічного супроводу програми відновлення працездатності позитивним чином впливають на психологічний стан травмованих спортсменів. У спортсменів контрольної групи, отримані в ході повторного тестування дані вірогідно відрізнялися від даних спортсменів основної групи ($p < 0,05$).

У спортсменів основної групи, яким проводилися заходи психологічного супроводу було зареєстроване поліпшення рівня стресостійкості й соціальної адаптації. Нами було встановлено, що у спортсменів кваліфікації МСМК і МС показники стресостійкості й соціальної адаптації в 80 % випадків були високими, а в 20 % спортсменів даних спортивних кваліфікацій зафіксований межовий рівень. Позитивна динаміка даних тестування у бік високих показників рівня стресостійкості була так само зареєстрована у спортсменів кваліфікації КМС (6,5 %). Кількість спортсменів КМС, які мали межовий рівень стресостійкості, знизилася до 33 %. У спортсменів першого дорослого розряду (14,29 %) так само було зареєстроване підвищення рівня стресостійкості й соціальної адаптації до високих величин, до межового рівня – у 85,71 % спортсменів.

Після проведення заходів психологічного супроводу у спортсменів основної групи покращилися (у бік зниження) показники реактивної й особистісної зливності, про що свідчать дані тестування. Найбільші позитивні зрушення були

zareєстровані у спортсменів основної групи. Аналіз змін рівнів реактивної та особистісної тривожності спортсменів контрольної групи після реабілітації виявив, що показники рівня особистісної тривожності у спортсменів контрольної групи вищі, ніж у спортсменів основної групи ($p < 0,05$).

Позитивний ефект впливу заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності на психологічний стан травмованих спортсменів основної групи також був відзначений і при аналізі даних, отриманих під час визначення рівня нервово-психічної стійкості (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльний аналіз рівня нервово-психічної стійкості спортсменів основної та контрольної групи після ЗПС

| Рівень нервово-психічної стійкості | Кількість обстежених спортсменів | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| | основна група n = 21 | | | контрольна група n = 21 | | |
| | МСМК, МС | КМС | I-ий розряд | МС | КМС | I-ий розряд |
| | $\frac{n}{\%}$ | $\frac{n}{\%}$ | $\frac{n}{\%}$ | $\frac{n}{\%}$ | $\frac{n}{\%}$ | $\frac{n}{\%}$ |
| Низький | - | - | $\frac{1}{4,76}$ | $\frac{2}{9,52}$ | $\frac{4}{19,05}$ | $\frac{3}{3,33}$ |
| Середній | $\frac{2}{9,52}$ | $\frac{2}{9,52}$ | $\frac{4}{19,05}$ | $\frac{1}{4,76}$ | $\frac{3}{14,29}$ | $\frac{3}{14,29}$ |
| Високий | $\frac{4}{19,05}$ | $\frac{6}{28,57}$ | $\frac{2}{9,52}$ | $\frac{1}{4,76}$ | - | - |

Примітка. У чисельнику – абсолютне значення осіб у групі, у знаменнику – відсоток від загальної кількості осіб у групі

Кількісні дані аналізу рівня нервово-психічної стійкості спортсменів основної та контрольної груп свідчать про те, що низький рівень нервово-психічної стійкості після проведених засобів психологічного супроводу у спортсменів основної групи зафіксований тільки в 1 спортсмена (4,76 %), який має кваліфікацію першого дорослого розряду. У спортсменів, які мають розряд МСМК, МС, і КМС низький рівень не зафіксований. У спортсменів контрольної групи порівняно з основною низький рівень нервово-психічної стійкості зареєстрований у спортсменів всіх кваліфікацій. Порівняльний аналіз показників нервово-психічної стійкості у спортсменів основної групи виявив дані, що статистично значуще кращі, ніж результати, отримані у спортсменів контрольної групи. Отже, розроблені нами заходи психологічного супроводу сприяють підвищенню рівня нервово-психічної стійкості спортсменів, тим самим забезпечуючи прискорення процесу реабілітації та скорочення кількості пропусків тренувальних занять.

Таким чином, розроблені й апробовані нами заходи психологічного супроводу програми відновлення працездатності спортсменів, які одержала травми ОРА підвищують ефективність проведених реабілітаційних заходів, що підтверджується тими об'єктивного обстеження психологічного стану спортсменів із травмами ОРА. Розроблені засоби психологічного супроводу призводять до зниження рівня агресії та депресивних станів у травмованих спортсменів, і сприяють їх активній участі у реабілітаційному процесі. Так само можна говорити про значне зниження рівня реактивної й особистісної тривожності, що сприяє підвищенню рівня нервово-психічної стійкості і є важливою складовою профілактики повторного травматизму.

Позитивна динаміка зміни психологічного стану травмованих спортсменів, зареєстрована при аналізі даних об'єктивного обстеження, була підтверджена тими суб'єктивного обстеження. Аналіз даних анкетування показав, що у спортсменів основної групи показники активності, настрою, самопочуття мали вірогідно значущі розходження ($p < 0,05$). При оцінці даних стомлення у спортсменів основної групи кваліфікації КМС і першого дорослого розряду вірогідно знизився показник стомлення ($p < 0,05$). На думку спортсменів, розроблені нами заходи психологічного супроводу сприяли поліпшенню оцінки проведених реабілітаційних заходів. Показники оцінки проведених реабілітаційних заходів вірогідно відрізнялися у спортсменів всіх спортивних кваліфікацій ($p < 0,05$). Результати повторного анкетування свідчать про істотне зниження реакції травмованих спортсменів основної групи на наявні подразники ($p < 0,05$). Це виразилося в 100 % нормалізації сну у спортсменів основної групи ($p < 0,05$), що підтверджено результатами їхнього анкетування. Отже, отримані дані відчать на користь ефективності розроблених нами заходів психологічного супроводу.

На заключному етапі повторного обстеження лікарями спортивної медицини, ураторами з видів спорту відбувалася комплексна оцінка проведеної програми. На підставі даних, отриманих у ході поглибленого медичного обстеження, формувалася висновок про функціональний стан спортсмена, який пройшов курс реабілітації. При цьому враховували такі параметри: функціональний стан спортсмена (показники фізичної працездатності), психологічний стан спортсмена (дані об'єктивного й суб'єктивного обстеження), тривалість курсу реабілітації. У ході комплексної оцінки були отримані такі дані: функціональний стан спортсменів основної групи (показники фізичної працездатності) у 85 % випадків практично дорівнювали показникам, які зафіксовані до травми (за даними амбулаторних карт); у 15 % спортсменів першого дорослого розряду показники фізичної працездатності вірогідно не відрізнялися від вихідних даних, однак були нижче показників, що постерігалися до травми.

Порівняльний аналіз показників фізичної працездатності спортсменів основної групи до й після проведених відновних заходів представлено на рис. 1.

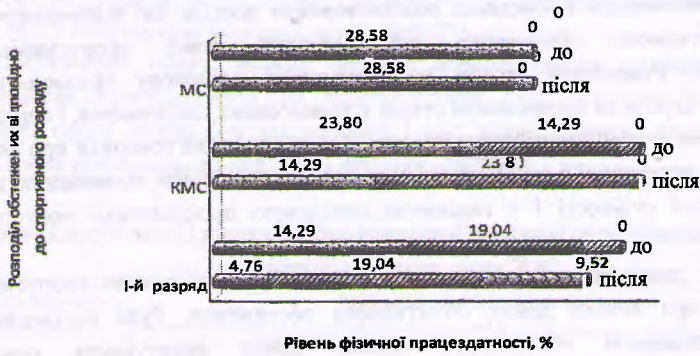


Рис. 1. Порівняльний аналіз показників фізичної працездатності спортсменів основної групи до й після проведених відновних заходів:

□ – високий; ▨ – середній; ▩ – низький

Таким чином, нами було встановлено, що показники фізичної працездатності знизилися у спортсменів спортивної кваліфікації КМС і першого розряду, у МС вони залишилися на високому рівні, що свідчить про перевагу проведених відновних заходів. Отримані нами припущення були підтверджені даними аналізу фізичної працездатності у спортсменів контрольної групи до й після проведених відновних заходів (рис. 2).

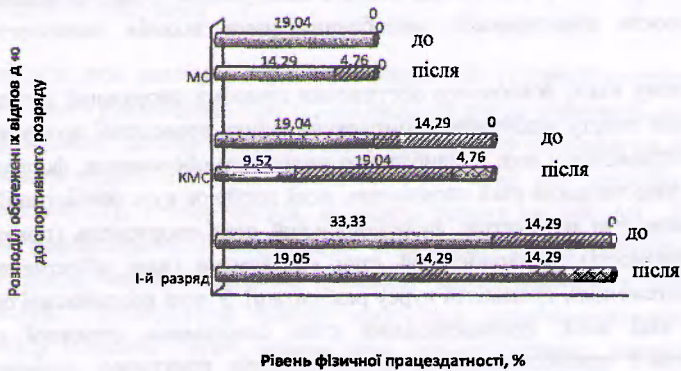


Рис. 2. Порівняльний аналіз показників фізичної працездатності спортсменів контрольної групи до та після проведених відновних заходів:

□ – високий; ▨ – середній; ▩ – низький

У контрольній групі показники фізичної працездатності в 65 % випадків вірогідно не відрізнялися від показників, які зафіксовані до травми (спортсмени сваліфікації МС і 74 % КМС). У 35 % спортсменів показники фізичної працездатності вірогідно були нижче показників, які реєструвалися до травми (всі спортсмени першого розряду й 26 % спортсменів КМС).

Таким чином, ми встановили, що у спортсменів контрольної групи показники фізичної працездатності після відновних заходів вірогідно відрізнялися від вихідних.

У п'ятому розділі «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» характеризується повнота рішення поставлених завдань. У процесі нашого дослідження було отримано три групи даних: підтверджувальні, що доповнюють наявні розробки й абсолютно нові з проблеми дослідження.

Були підтверджені дані Є.П. Льїна (2000); І.В. Дроздової (2002); Б.О. Вяткіна (2005) та інших про те, що психологічні чинники, а саме: особливості особистості спортсмена, рівень стресу, попередні стресори, чинники психічної напруженості – є основними чинниками спортивних травм. Нами було встановлено, що тільки 30 % від загальної кількості спортсменів, які одержали травму, мали високий рівень стресостійкості, інші 70 % – середній і низький. А стан психологічної напруженості був зареєстрований у 100 % спортсменів із травмами ОРА різних ступенів тяжкості. Проведені дослідження підтвердили факт позитивного впливу різних методів психологічного впливу на протікання процесу одужання спортсменів із захворюваннями й травмами (В.Н. Гладков, 2007; В.В. Кобринський, 2007). Було встановлено, що у спортсменів основної групи, яким під час реабілітації проводилися заходи психологічного супроводу, курс реабілітації скоротився при травмах легкого ступеня на 1 день, середнього ступеня – на 3 дні, важкої – на 5 днів. Відповідно, до тренувального процесу вони поверталися раніше, ніж спортсмени контрольної групи. До групи даних, що підтверджують проведені раніше різними авторами дослідження, ми віднесли ті, що описують відновлення спортсменів після травм і різних захворювань і повинні носити комплексний характер, тому що поліпшення функціонального й психологічного стану організму взаємозалежні і сприяють процесам відновлення ушкоджених в результаті хвороби органів або систем (В.Ф. Башкиров, 1984; В.М. Мухін, 2005; С.Н. Попов, 2005). Підґрунтям запропонованої нами програми відновлення працездатності для спортсменів як основної, так і контрольної груп були покладені схеми відновлення фізичної працездатності, які склалися лікарями спортивної медицини з врахуванням характеру м'язової роботи (аеробна, анаеробна, аеробно-анаеробна), специфічної для кожного виду спорту. Отримані в ході проведеного дослідження дані поліпшення показників функціонального стану (фізичної працездатності) спортсменів основної групи свідчили про ефективність використаного нами комплексного підходу.

Матеріали наших досліджень доповнили дані І.В. Дроздової (2000); О.В. Щербатих (2006) про особливості реагування спортсменів на стресові ситуації й ісихотравмувальні чинники. Так нами був обґрунтований селективний підхід до

проведення розроблених нами заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА, що дозволив цілеспрямовано впливати на психологічний стан спортсменів, залежно від характеристики індивідуально-психологічних особливостей особистості (екстраверт, інтроверт) з метою підвищення ефективності проведених заходів програми відновлення. Результати констатувального експерименту доповнили наявні дані J. Taylor (1997), Є.П. Ільїна (2002) про особливості характеру й змісту змін у стані особистості спортсменів у посттравматичному періоді. Це підтверджується високими показниками рівнів агресивності, тривожності й депресії у спортсменів обох груп. У роботі були доповнені дані Л.А. Бутченко (2000), В.М. Гладкова (2007), Н.В. Валієва (2009) стосовно проблеми реабілітації спортсменів після перенесених травм, зокрема існування різноспрямованих досліджень.

Абсолютно новими є отримані в ході виконання дисертаційної роботи дані про взаємозв'язок суб'єктивних і об'єктивних показників психологічного стану з рівнем спортивної майстерності спортсменів, які отримали травму ОРА: чим вищий рівень спортивної майстерності, тим меншим є вплив психологічних чинників на ймовірність одержання травми. Так само нами вперше було встановлено за допомогою аналізу зміни суб'єктивних і об'єктивних критеріїв оцінки психологічного статусу травмованих спортсменів, що величина позитивних змін даних показників прямопропорційна рівню спортивної майстерності. Уперше нами зроблена спроба об'єднати в єдиний комплекс всі використані раніше в реабілітаційних програмах методи й прийоми психологічного впливу. А також систематизувати їх у єдиний безперервний алгоритм проведення кожного конкретного періоду відновлення залежно від цілей і завдань.

Абсолютно новим є запропонований нами селективний підхід до проведення заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності залежно від індивідуальних особистісних особливостей травмованих спортсменів. Зокрема, необхідно проводити заняття для спортсменів-екстравертів малогруповим і індивідуальним методом, для інтровертів – індивідуальним. Форма проведення занять для екстравертів повинна носити переважно консультативно-самостійний характер, для інтровертів – консультативний. Ця особливість пов'язана з тим, що від даного чинника залежала спрямованість психологічних впливів. Окрім того, нами вперше під час проведення сеансу релаксації використаний психологічний прийом, який дозволяє фіксувати увагу пацієнтів на травмованій кінцівці, що сприяє прискоренню процесу виужання травмованих спортсменів.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що одне із провідних місць у виникненні травм у спортсменів посідають психологічні чинники, специфічні для спорту вищих досягнень. Підкреслюється, що особливості особистісного реагування

спортсменів на одержання травми впливають на ефективність реабілітаційного процесу, однак у доступній спеціальній літературі відсутні дані про комплексне використання психологічних прийомів і методів у програмах відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА різного ступеня тяжкості.

2. На виникнення травм ОРА у спортсменів впливають конкретні особистісні особливості й рівень їхньої спортивної майстерності (установлена зворотна залежність частоти виникнення травм від рівня спортивної майстерності). У спортсменів кваліфікації МСМК і МС травми ОРА виникають в 1,7 раза рідше, ніж у спортсменів першого розряду. Рівень спортивної майстерності впливає так само на характер і ступінь важкості травм – в 66,67 % випадків гострі травми реєструються у спортсменів першого розряду, так само як і травми тяжкого й середнього ступеня важкості в найбільшій кількості реєструються у спортсменів більш низької спортивної кваліфікації. Відсоток травматичних ушкоджень зворотнопропорційний рівню спортивної майстерності, що пояснюється недосконалістю відповідних навичок і вмінь у спортсменів більш низької спортивної кваліфікації.

3. Значний вплив на протікання процесу відновлення спортсменів має їхній стан, що підтверджується суб'єктивними даними. У спортсменів першого розряду підвищений рівень тривожності зареєстрований в 100 % випадків (МСМК і МС – немає); зниження концентрації уваги – у 73 % (МСМК і МС – немає); почуття ланіки – в 65,5 % (МСМК і МС – немає); запаморочення – у 27, 20 % (МСМК – 20 %, МС – 7,10 %); стомлюваність – у 63,60 % (МСМК – 1,9 %, МС – 7,10 %). Найменші показники суб'єктивної оцінки особистого стану зареєстровані у спортсменів першого розряду: активності – 3,1 бал; настрою – 2,4 бали; самопочуття – 1,9 бала; позитивної оцінки реабілітаційних заходів – 3,8 бали; найбільші – у спортсменів кваліфікації МСМК: активності, настрою, самопочуття – по 5 балів; позитивної оцінки реабілітаційних заходів – 6 балів. Дане положення підтверджує факт, що психологічний стан спортсменів впливає на ймовірність виникнення травми й ефективність проведення реабілітаційного процесу й залежить від рівня спортивної майстерності.

4. Кількісні дані щодо індивідуально-типологічних характеристик спортсменів МС і МСМК відрізняються від показників менш кваліфікованих спортсменів: сила процесів гальмування у спортсменів МСМК і МС – $x = 54,5$ ум. од., $S = 6,2$ ум. од.; перший дорослий розряд – $x = 32,1$ ум. од., $S = 3,6$ ум. од. Показники сили процесів будження: МС і МСМК – $x = 57,2$ ум. од., $S = 6,2$ ум. од., перший дорослий розряд – $x = 64,3$ ум. од., $S = 6,0$ ум. од. Рівень нейротизму в спортсменів кваліфікації МСМК і МС – $x = 10,7$ ум. од., $S = 1,4$ ум. од., спортсменів I розряду – $x = 15,1$ ум. од., $S = 1,6$ ум. од. Отримані дані підтверджують, що психологічні особливості спортсменів високої кваліфікації створюють умови для більш сприятливого протікання реабілітаційного й відновного процесу.

5. Розроблені на підставі літературних джерел, досвіду провідних спеціалістів і результатів обстеження заходи психологічного супроводу програми відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА різного ступеня тяжкості забезпечують комплексний вплив на психологічний стан спортсменів, шляхом об'єднання в єдиний взаємовпливовий комплекс психологічних методів і прийомів. У цьому випадку індивідуальні схеми реабілітації доповнені засобами психологічного відновлення, що вміщують заходи щодо психотерапії, психогієни й психопрофілактики. При проведенні заходів психологічного супроводу використовуються системний, комплексний і селективний підходи, де враховуються такі чинники: характер травми (гостра, хронічна), ступінь її тяжкості, індивідуальні особистісні характеристики спортсмена, індивідуальні особливості реагування на психотравмуючі ситуації, а так само супутня патологія й тривалість процесу реабілітації.

6. Оцінка ефективності заходів психологічного супроводу програми відновлення здійснюється після закінчення курсу. Під впливом компонентів розроблених комплексних заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності зареєстрований оздоровчий ефект, на користь якого свідчить поліпшення функціонального стану спортсменів основної групи ($p < 0,05$); покращилися показники об'єктивних критеріїв ефективності: показники фізичної, вербальної, непрямой агресії, образи й почуття провини в основній групі вірогідно відрізнялися від ідентичних показників контрольної групи ($p < 0,05$). Показники негативізму, отримані при повторному тестуванні спортсменів обох груп, статистично значуще відрізнялися тільки у спортсменів кваліфікації МСМК і МС ($p < 0,05$); у спортсменів, які мають кваліфікацію КМС і I дорослого розряду аналізовані показники вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$). Показники дратівливості статистично значуще розрізняються у спортсменів кваліфікації КМС і I дорослого розряду ($p < 0,05$). У спортсменів кваліфікації МСМК і МС достовірного розходження не зареєстровано ($p > 0,05$). Показники підозрливості спортсменів основної групи, отримані в ході повторного тестування, вірогідно не відрізнялися від показників спортсменів контрольної групи ($p > 0,05$). Показники рівня депресії покращилися у 17 осіб. У контрольній групі вірогідно значущих поліпшень функціонального стану не зареєстровано.

7. У спортсменів спортивної кваліфікації МСМК, МС, КМС і спортсменів I розряду основної групи показники активності, настрою, самопочуття розрізняються вірогідно значуще ($p < 0,05$). При оцінці даних стомлення у спортсменів основної групи (МСМК і МС) достовірних розходжень не зафіксовано ($p > 0,05$); у спортсменів кваліфікації КМС і першого дорослого розряду даний показник вірогідно знизився ($p < 0,05$).

8. Показники оцінки ефективності проведених відновних заходів вірогідно відрізняються у спортсменів всіх спортивних кваліфікацій ($p < 0,05$), що

ідтверджено повторним анкетуванням. Зафіксовано істотне зниження реакції авмованих спортсменів основної групи на наявні подразники ($p < 0,05$): сон нормалізувався в 100 % випадків ($p < 0,05$).

9. Поліпшення функціонального та психологічного стану спортсменів основної групи призвело до скорочення курсу реабілітації у середньому на 14,28 % (1 день) при легкому ступені тяжкості травматичного процесу, на 21,43 % (3 дні) – при равах середнього ступеня тяжкості, на 16,67 % (5 днів)- при важких травмах.

10. Аналіз комплексної оцінки ефективності проведених нами заходів психологічного супроводу свідчить, що застосування розробленої програми дозволило поліпшити функціональний стан спортсменів на 20 % (в основній групі показники фізичної працездатності в 85 % випадків після проведеного курсу відновлення залишилися на рівні, що фіксувався до травми, в 15 % випадків – стали нижчими; у контрольній групі – в 65 % випадків показники фізичної працездатності були такими ж, як до одержання травми, а в 35 % випадків – нижче, ніж до травмування) і сприяло скороченню тривалості курсу реабілітації у середньому на 7,46 % , а також скороченню кількості пропусків тренувальних занять.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням запропонованих заходів психологічного супроводу програми відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА, а також своєчасним впровадженням даних заходів з метою профілактики повторного травматизму.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Соколова Н.И. Психологическое обеспечение в системе физической реабилитации спортсменов / Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова // Теорія і практика фізичного виховання. – 2006. – № 1/2. – С. 401–404. *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі літературних джерел та досвіду провідних фахівців даної галузі науки.*

2. Соколова Н.И. Психологические аспекты особенностей влияния межличностных отношений на командную сплоченность / Н.И. Соколова, Е. А. Мельникова // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – Харьков, 2006. – № 10. – С. 184–186. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми порушення міжособистісних відносин у командів залежності від стану здоров'я.*

3. Соколова Н.И. Влияние стресса на соревновательную деятельность спортсменов / Н.И. Соколова, Е. А. Мельникова // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – Харьков, 2007. – № 4. – С. 70–76. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми тренових станів і вплив цих станів на особистість спортсмена перед змаганням.*

4. Мельникова Е.А. Реабилитация спортсменов: немедикаментозные методы / Е. А. Мельникова, С. В. Красножен, О. Е. Темкина // Педагогика, психология и

медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – Харьков, 2007. – № 11. – С. 64–67. *Особистий внесок здобувача полягає у розробці комплексних заходів відновлення стану спортсмена.*

5. Соколова Н. И. Немедикаментозные методы в реабилитации спортсменов после травмы коленного сустава / Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова, С. В. Красножен // Спортивна медицина. – К., 2007. – № 3. – С. 78–80. *Особистий внесок здобувача полягає у розробці заходів психологічної складової реабілітації спортсменів.*

6. Мельникова О. Психологічний компонент в фізичній реабілітації кваліфікованих спортсменів. / Олена Мельникова // Молода спортивна наука України – Львів, 2008. – Т. 3. – С. 148–152.

7. Соколова Н. И. Влияние стрессовых факторов на уровень травматизма у спортсменов в соревновательный период / Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова, Д. В. Платонова // Теорія і практика фізичного виховання. – 2009. – № 2. – С. 99–103. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми впливу стресу на частоту отримання травм спортсменами.*

8. Мельникова Олена. Психологічне забезпечення в системі комплексної фізичної реабілітації спортсменів після травм опорно-рухового апарату / Олена Мельникова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 4. – С. 102–104.

Опубліковані роботи апробаційного характеру

1. Люгайло С. С. Оценка «индикаторов» функциональных состояний спортсменов от психологического профиля личности / С. С. Люгайло, Е. А. Мельникова // Наук.-практ. конф. «Санологія в практиці сімейного лікаря», (Київ, 29–30 листоп. 2007 р.) : тез. доп. – К., 2007. – С. 59–63. *Внесок здобувача полягає в отриманні, обробці та аналізі статистичних показників.*

2. Мельникова Е. А. Психологический аспект реабилитации после травм опорно-двигательного аппарата / Е. А. Мельникова // Рудиковские чтения. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 135–138.

3. Воронова В. И. Психологическая реабилитация спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата / В. И. Воронова, Е. А. Мельникова // Материалы XII Междунар. науч. конгр. «Современный олимпийский и параолимпийский спорт и спорт для всех». – М., 2008. – Т. 3. – С. 73–74. *Особистий внесок здобувача полягає у розробці комплексів психологічних заходів реабілітації травмованих спортсменів.*

4. Воронова В. И. Психическая регуляция деятельности спортсменов как объект спортивных психологических исследований / В. И. Воронова, Е. А. Мельникова // Материалы V Междунар. науч.-практ. конф. психологов физической культуры и спорта «Рудиковские чтения», (Москва, 2–5 июня 2009 г.). – М., 2009. – С. 319–322. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми регуляції емоційних станів у змагальній діяльності.*

5. Воронова В. И. Психологические коррекционные мероприятия в системе комплексной реабилитации спортсменов с ограниченными физическими возможностями / В. И. Воронова, Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова // *Материалы IV Междунар. науч. конф. по вопросам состояния и перспективам развития медицины в спорте высших достижений «Спортмед – 2009»*, (Москва, 10–11 декаб. 2009 г.). – М., 2009. – С. 20–23. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми психокорекції в програмі реабілітації спортсменів з обмеженими фізичними можливостями.*

6. Воронова В. И. Роль психологического обеспечения в системе комплексной физической реабилитации / В. И. Воронова, Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова // *Міжнар. наук. конгр. «Олімпійській спорт і спорт для всіх»*, (Київ, 5–8 жовт. 2010 р.). – К., 2010. – С. 235. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні місця психологічної складової програм відновлення після травм опорно-рухового апарату.*

7. Воронова В. И. Роль и место психологического обеспечения в системе комплексной физической реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата. Проблемы теории и методики физической культуры и спорта, валеологии и безопасности жизнедеятельности / В. И. Воронова, Н. И. Соколова, Е. А. Мельникова // *Материалы II заочной междунар. науч.-практ. конф.* – Воронеж, 2010. – С. 173–176. *Особистий внесок здобувача полягає в розробці та апробації комплексу заходів психологічного відновлення спортсменів після травм.*

АНОТАЦІЇ

Мельникова О. А. Відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового апарату з використанням психологічного супроводу. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання та спорту за спеціальністю 24.00.01 – олімпійський і професійний спорт. – Національний університет фізичного виховання й спорту України, Київ, 2012.

Дисертація присвячена проблемі психологічного супроводу в програмі відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового апарату.

Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що психологічні чинники, специфічні для спорту вищих досягнень, посідають одне із провідних місць у виникненні травм у спортсменів. Підкреслюється, що особливості особистісного реагування спортсменів на одержання травми впливають на ефективність реабілітаційного процесу, однак у доступній спеціальній літературі відсутні дані про комплексне використання психологічних прийомів і методів у програмах відновлення працездатності для спортсменів із травмами опорно-рухового апарату різного ступеня тяжкості.

Розроблені на підставі літературних джерел, досвіду провідних фахівців і заходів попереднього обстеження заходу психологічного супроводу програми

відновлення працездатності для спортсменів із травмами ОРА різного ступеня тяжкості, припускають комплексний вплив на психологічний стан спортсменів, шляхом об'єднання в єдиний комплекс психологічних методів і прийомів. У цьому випадку індивідуальні схеми реабілітації доповнені засобами психологічного відновлення, що вміщують заходи щодо психотерапії, психогієни й психопрофілактики.

Згідно з отриманими результатами розроблені практичні рекомендації із впровадження психологічного супроводу в систему відновлення працездатності спортсменів після травм опорно-рухового апарату з урахуванням індивідуального реагування спортсмена на одержання травматичних ушкоджень.

Ключові слова: відновлення працездатності, психологічний супровід, травма.

Мельникова Е. А. Восстановление работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата с использованием психологического сопровождения. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту, по специальности 24.00.01 – олимпийский и профессиональный спорт. – Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, 2012.

Диссертация посвящена проблеме психологического сопровождения в программе восстановления работоспособности после травм опорно-двигательного аппарата.

Анализ специальной литературы свидетельствует о том, что психологические факторы, специфические для спорта высших достижений, занимают одно из ведущих мест в возникновении травм у спортсменов. Отмечается, что особенности личностного реагирования спортсменов на получение травмы оказывают существенное влияние на эффективность реабилитационного процесса, однако в доступной специальной литературе отсутствуют данные о комплексном использовании психологических приемов и методов в программах восстановления работоспособности для спортсменов с травмами опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести.

На возникновение травм ОДА у спортсменов влияют конкретные личностные особенности и уровень их спортивного мастерства. Уровень спортивного мастерства влияет так же на характер и степень тяжести травм. В 66,67 % случаев острые травмы регистрируются у спортсменов первого разряда, равно как и травмы тяжелой и средней степени тяжести, в наибольшем количестве регистрируются у спортсменов более низкой спортивной квалификации.

Разработанные на основании литературных источников, опыта ведущих специалистов и результатов предварительного обследования мероприятия психологического сопровождения программы восстановления работоспособности для спортсменов с травмами ОДА различной степени тяжести, предполагают

комплексное воздействие на психологическое состояние спортсменов, путем объединения в единый взаимовлияющий комплекс психологических методов и приемов. В этом случае индивидуальные схемы реабилитации дополнены средствами психологического восстановления, включающими в себя мероприятия психотерапии, психогигиены и психопрофилактики. При проведении мероприятий психологического сопровождения используются системный, комплексный и селективный подходы, где учитываются следующие факторы: характер травмы (острая, хроническая), степень ее тяжести, индивидуальные личностные характеристики спортсмена, индивидуальные особенности реагирования на психотравмирующие ситуации, а так же сопутствующую патологию и продолжительность реабилитации.

Включение в программу восстановления работоспособности разработанных мероприятий психологического сопровождения у спортсменов с травматическими повреждениями оказывает положительный эффект воздействия психологических приемов и методов на показатели субъективных критериев оценки эффективности предложенных мероприятий. Показатели оценки эффективности проводимых восстановительных мероприятий достоверно отличаются у спортсменов всех спортивных квалификаций ($p < 0,05$).

Анализ комплексной оценки эффективности проведенных нами мероприятий психологического сопровождения свидетельствует, что применение разработанной нами программы позволило улучшить функциональное состояние спортсменов на 20 % (в основной группе показатели физической работоспособности в 85 % случаев после проведенного курса восстановления остались на уровне, который фиксировался до травмы, в 15 % случаев – стали ниже; в контрольной группе – в 55 % случаев показатели физической работоспособности были такими же, как до получения травмы, а в 35 % случаев – ниже, чем до травмирования) и способствовало сокращению длительности курса реабилитации, в среднем, на 17,46 %, а также сокращению количества пропуска тренировочных занятий.

Согласно полученным результатам разработаны практические рекомендации по внедрению психологического сопровождения в систему восстановления работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата, с учетом индивидуального реагирования спортсмена на получение травматических повреждений.

Ключевые слова: восстановление работоспособности, психологическое сопровождение, травма.

Melnikova E. Recovery of the athletes after the traumas of the musculoskeletal system with the use of psychological support. – On the right of manuscript.

The dissertation for scientific degree of candidate of science on physical education and sports in specialty 24.00.01 – olympic and professional sports. – The national University of physical education and sport of Ukraine, Kyiv, 2012.

The dissertation is devoted to the problem of psychological support in the program of recovery after injuries of the musculoskeletal system.

The analysis of the special literature suggests that the psychological factors that are specific to the sport of highest achievements, occupy one of the leading places in the occurrence of injuries in athletes. It is noted that features of personal response of the athletes injury have a significant influence on the effectiveness of the rehabilitation process, however, in the available literature there are no data on the integrated use of psychological techniques and methods in the programs of restoration of working capacity for athletes with injuries of the locomotors system of varying degrees of severity.

Developed on the basis of literary sources, the experience of the leading experts and the results of the preliminary survey of the activities of the psychological support of the program of restoration of working capacity for athletes with injuries of the locomotor of varying degrees of severity, presuppose the complex influence on the psychological state of the sportsmen, by combining the a single *взаимовлияющи* complex psychological methods and techniques. In this case, the individual schemes of rehabilitation complemented by psychological recovery, including the activities of the psychotherapy, mental hygiene and psychoprohylaxis. According to the results developed practical recommendations for the implementation of psychological support in the system of the recovery of the athletes after injury the musculoskeletal system, with reference to individual response athlete to receive traumatic injuries.

Key words: restoration of working capacity, psychological support, trauma.