МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров’я людини

кафедра здоровʼя людини та фізичного виховання

**Гудіма Максим Олексійович**

**Кваліфікаційна магістерська робота**

**Психологічні особливості**

**фізичної реабілітації спортсменів**

**Київ 2023**

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет здоровʼя людини**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра здоровʼя людини та фізичного виховання**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до кваліфікаційної магістерської роботи**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, магістр)

спеціальності 053 – Психологія

(шифр і назва)

галузі знань 05 – Соціальні та поведінкові науки

(шифр і назва)

Освітня програма «Психологія фізичної реабілітації»

Виконав: студент групи ПФР-22дм Гудіма М.О.

Керівник: д.психол.н., проф. Завацький Ю.А.

Завідувач кафедри здоровʼя людини

та фізичного виховання

к. пед. н. Ткачук О.Г.

Рецензент

д. психол. н., проф. Борисюк А.С.

Київ – 2023

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет здоровʼя людини**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра здоровʼя людини та фізичного виховання**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до кваліфікаційної магістерської роботи**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, магістр)

спеціальності 053 – Психологія

(шифр і назва)

галузі знань 05 – Соціальні та поведінкові науки

(шифр і назва)

Освітня програма «Психологія фізичної реабілітації»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

**здоровʼя людини та**

**фізичного виховання,**

**Ткачук О.Г.**

«20» 09 2023 року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ**

Гудіми Максима Олексійовича

(прізвище, ім’я, по батькові )

1. Тема роботи: «Психологічні особливості фізичної реабілітації спортсменів»

Керівник роботи Завацький Ю.А. д. психол. н., проф.

(прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від «20» 09 2023 року № 34/14.02

2. Строк подання студентом роботи 01.12.2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 88 с., список використаної літератури – 32 джерел.*

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): теоретично обгрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості фізичної реабілітації спортсменів.

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | завдання  прийняв |
| 1. | Завацький Ю.А. – д.психол.н., проф., проф. кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.09.2023р. | 20.09.2023р. |
| 2. | Завацький Ю.А. – д.психол.н., проф., проф. кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.09.2023р. | 20.09.2023р. |
| 3. | Завацький Ю.А. – д.психол.н., проф., проф. кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.09.2023р. | 20.09.2023р. |

7. Дата видачі завдання 20.09.2023 р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/ч** | **Назва етапів дипломної роботи** | **Строк виконання етапів** | **Примітка** |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної магістерської роботи | 09.2023 р. | 09.2023 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження | 10.2023 р. | 10.2023 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 10.2023 р. | 10.2023 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 10.2023 р. | 10.2023 р. |
| 5 | Розробка програми формувальних заходів | 11.2023 р. | 11.2023 р. |
| 6 | Проведення повторного тестування та оцінка ефективності формувальних заходів | 11.2023 р. | 11.2023 р. |
| 7 | Підготовка кваліфікаційної магістерської роботи до захисту та захист роботи | 12.2023 р. | 12.2023 р. |

Студент Гудіма М.О.

Керівник роботи Завацький Ю.А.

**РЕФЕРАТ**

Текст – 88 с., джерел – 32.

В роботі розкрито теоретико-методологічні основи дослідження психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів.

Проведено експеримент з метою дослідження психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів.

**Ключові слова:** СПОРТСМЕНИ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ.

**ЗМІСТ**

Вступ.....................................................................................................................7

Розділ 1. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів................................................................................................................11

1.1. Поняття, сутність та основні завдання фізичної реабілітації спортсменів…………..........................................................................................11

1.2. Характеристика періодів застосування засобів фізичної реабілітації………………………………………………………………....……..... 17

1.3. Соціально-психологічна реабілітація спортсменів……......................20

Розділ 2. Експериментальне дослідження психологічних особливостей реабілітації спортсменів........................................................................................25

2.1. Психологічні аспекти фізкультурно-реабілітаційної роботи зі спортсменами.....................................................................................................25

2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального етапу дослідження...............................................................................................27

Розділ 3. Психологічні засади фізичної реабілітації спортсменів.........................................................................................................36

3.1. Теоретичні і методологічні засади розробки комплексної програми фізичної реабілітації спортсменів.......................................................................36

3.2. Зміст комплексної програми реабілітації спортсменів..........................................................................................................50

3.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження..............................................................................................67

Висновки...................................................................................................83

Список використаної літератури................................................................85

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** На сучасному етапі розвитку нашого суспільства розширюється коло ситуацій, в яких усвідомлюється необхідність і доцільність реабілітаційної допомоги з залученням психологічних знань та методів. Поширення посттравматичних стресових розладів на фоні пережитої травматичної події вимагає активного втручання досвідченого психолога-реабілітолога для фізіологічного й психологічного відновлення особистості та повернення її до суспільно корисного життя.

Медична реабілітація – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його у суспільство.

Психологі́я фізичної реабіліта́ції  – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має психічний розлад до контрольного рівня, тобто здатності працювати.

Відповідно до міжнародної класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка була прийнята у 1980 році, виділяють такі рівні медико-біологічних та психо-соціальних наслідків хвороби або травми, які повинні враховуватись при проведенні реабілітації: ушкодження – будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій; порушення життєдіяльності – виникає у результаті ушкодження та означає втрату або обмеження можливості здійснювати щоденну діяльність у межах, які вважаються нормальними для людського суспільства; соціальні обмеження виникають у результаті ушкодження й порушення життєдіяльності і називають обмеження та перешкоди для виконання соціальної ролі, яка вважається нормальною для цього індивідууму. В останні роки у реабілітацію введено поняття «якість життя», що пов'язана зі здоров'ям; при цьому якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку необхідно орієнтуватись при оцінці ефективності реабілітації хворих (поняття вперше з'явилось у Index Medicus). Організаційними основами реабілітації вважають: здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком реабілітації; проведення реабілітації за певною програмою, що укладена на основі оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів в динаміці і після завершення курсу реабілітації; складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах реабілітації.

Реабілітація — це процес, який має на меті забезпечити неповносправним досягнення і підтримку їх оптимальних фізичного, чуттєвого, інтелектуального, психічного, а також соціального рівнів діяльності, які б сприяли досягненню вищого рівня самостійності. Реабілітація може включати заходи для підтримання і/або відновлення функцій, або ж компенсації втрати або відсутності функції чи функціонального обмеження. Реабілітаційний процес починається буквально від першої медичної допомоги. Він охоплює широке коло заходів і видів діяльності, починаючи від основної та загальної реабілітації і до дій, спрямованих на досягнення кінцевої мети, наприклад, професійної реабілітації.

**Об`єкт дослідження** – психологія фізичної реабілітації.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості фізичної реабілітації спортсменів.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному дослідженні психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів.

Досягнення мети передбачало вирішення наступних **завдань дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення проблеми психологічної реабілітації спортсменів, наявні у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі.

2. Визначити психогенні етіологічні фактори розвитку емоційних порушень у спортсменів.

3. Обґрунтувати необхідність застосування психологічних засобів фізичної реабілітації спортсменів у комплексних реабілітаційних програмах.

4. Розкрити особливості системи фізичної реабілітації у спорті із задіянням психологічних засобів фізичної реабілітації спортсменів.

**Теоретико-методологічну основу дослідження становили:** принципи системно-цілісного (В. Бочелюк, С. Гарькавець, Є. Гейко, А. Коваленко, З. Карпенко, І. Пасічник та ін.), суб’єктно-діяльнісного (Г. Костюк, О. Лісовий, С. Максименко, В. Роменець та ін.), системно-структурного (А. Кононенко, О. Кононенко, Л. Сердюк, О. Шевяков та ін.) підходів у психології; концепції розвитку особистості як активного суб’єкта життєдіяльності (І. Гоян, Т. Титаренко, В. Турбан, Н. Чепелєва та ін.) та її адаптації до соціальних умов (Ю. Бохонкова, Н. Завацька, В. Корнієнко, О. Литвиненко, О. Лосієвська, Л. Пілецька, Т. Ткач, Р. Шевченко та ін.); положення когнітивно-поведінкової терапії про реабілітацію (Дж. Герман, М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг та ін.); положення когнітивно-біхевіоральної терапії (П. Можни, Я. Прашко, М. Шлепецькі та ін.) та діалектико-поведінкової терапії (Дж. Брантлі, Дж. Вуд, М. Маккей та ін.); положення і принципи активних соціально-психологічних форм і методів роботи (О. Блискун, А. Борисюк, Н. Добровольська, Ю. Завацький, З. Ковальчук, Г. Побокіна, М. Тоба, Т. Яценко та ін.).

**Методи дослідження:**

*– теоретичні:* теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій та поглядів з проблеми дослідження(теоретичне моделювання, методи порівняння, систематизації, узагальнення); наукова інтерпретація і синтез емпіричних даних;

*– емпіричні:* спостереження, бесіда, структуроване інтерв’ю; психодіагностичні методики;

*– статистичні*: результати емпіричного дослідження опрацьовувалися з використанням методів математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 21.0).

**Наукова новизна результатів дослідження** полягає в комплексному підході до вивчення психологічних аспектів фізичної реабілітації спортсменів. Результати цього дослідження включають аналіз психологічних особливостей спортсменів, їхню соціальну адаптацію, емоційний стан та вплив інвалідності на їхній розвиток. Крім того, дослідження вивчає роль психологічної підтримки та реабілітаційних методів у покращенні якості життя спортсменів. Наукові висновки дослідження не лише розширюють розуміння психологічних аспектів реабілітації, але й надають підстави для розробки більш індивідуалізованих та ефективних програм реабілітації, сприяючи поліпшенню якості життя спортсменів та їхній більш успішній інтеграції у соціум.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в розширенні розуміння психологічних аспектів реабілітації спортсменів. Результати дослідження висвітлюють важливі аспекти, такі як самооцінка, соціальна адаптація та емоційний стан, які відіграють ключову роль у процесі реабілітації спортсменів. Це дослідження допомагає розкрити складні взаємозв'язки між фізичними обмеженнями та психологічними проявами, сприяючи подальшому розвитку теорії реабілітації спортсменів. Впровадження результатів цього дослідження може призвести до більш ефективних програм реабілітації, які враховують індивідуальні потреби та особливості спортсменів, тим самим сприяючи покращенню якості їхнього життя та соціальній інтеграції.

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що воно надає конкретні вказівки та рекомендації для покращення програм та послуг реабілітації спортсменів. Результати дослідження дозволяють розробляти більш індивідуалізовані та цілеспрямовані підходи до реабілітації, які враховують конкретні психологічні потреби та особливості спортсменів. Це в свою чергу сприяє покращенню якості життя спортсменів, допомагає їм краще адаптуватися і забезпечує більш успішну соціальну інтеграцію.

**РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів**

* 1. **Поняття, сутність та основні завдання фізичної реабілітації спортсменів**

Психологія фізичної терапії займається визначенням та покращенням якості життя та функціювання в потенційно можливих межах, застосовуючи методи заохочення, профілактики, лікування/втручання і реабілітації. Цей процес спрямований на досягнення фізичного, психологічного, емоційного і соціального добробуту. Терапія передбачає взаємодію між фізичними терапевтами, пацієнтами/клієнтами, іншими фахівцями галузі охорони здоров'я, членами родини, доглядачами і громадою в процесі визначення потенційних можливостей відновлення чи дотримання рухових функцій та окреслення мети, використовуючи унікальні знання і навички фахівців.

1) збереження або відновлення фізичного та психічного здоров’я;

2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;

3) зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених психічних травм у формі гострих стресових реакцій;

4) запобігання інвалідності;

5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки [2].

Реабілітація - це відновлення здоров'я, функціонального стану та працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та соціальними факторами. Термін реабілітація походить від латинського слова habilis - «здатність», геhabilis - «відновлення здатності». Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає дуже близьке до цього визначення реабілітації: «Реабілітація являє собою сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій у результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, у якому вони живуть». На думку ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на всебічну допомогу хворим і інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності.

Таким чином, реабілітацію варто розглядати як складну соціально-медичну проблему. Мета реабілітації - ефективне та раннє повернення хворих та інвалідів до побутових і трудових процесів, у суспільство; відновлення особистісних властивостей людини, тобто найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це недосяжно, ставиться задача часткового відновлення або компенсація порушеної або втраченої функції й у будь-якому випадку - уповільнення прогресування захворювання. Головними завданнями реабілітації є:

а) функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);

б) пристосування до повсякденного життя і праці;

в) залучення до трудового процесу;

г) диспансерний нагляд за реабілітованими.

Комплекс реабілітаційних заходів, у тому чи іншому вигляді, починають проводити з першого дня перебування хворого в лікарні. Проводять їх за індивідуальною програмою протягом лікування у стаціонарі й продовжують після виписки в реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторію, поліклініці тощо.

Реабілітації підлягають хворі з травмами та деформаціями опорно-рухового апарату, серцево-судинними, неврологічними та психічними захворюванням; набутими та вродженими дефектами; інфекційними та хронічними захворюваннями; після хірургічних втручань і, загалом, ті особи, які потребують поступової адаптації до фізичних та психічних навантажень професійного і побутового характеру, праці з меншим обсягом навантажень чи перекваліфікації, розвитку навичок самообслуговування, вироблення постійної компенсації при незворотних змінах.

Найбільш ефективно реабілітація проводиться у спеціалізованих реабілітаційних центрах (ортопедичні, неврологічні, судинні та інші), що укомплектовані лікарями відповідних спеціальностей, інструкторами з лікувальної оздоровчої фізкультури та працетерапії, фізіотерапевтами, психологами, логопедами, педагогами, соціологами, протезистами та юристами.

У такі центри хворих переводять з лікарні для завершення лікування і досягнення реабілітації у межах наявного захворювання. Лікар залежно від терапевтичного чи хірургічного лікування, загального стану хворого, перебігу захворювання або травми та їх наслідків, статі, віку, професії, функціональних можливостей і фізичної здатності організму визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, призначає руховий режим, час, обсяг, вид, період та етап реабілітації, послідовність застосування її засобів. Він залучає до цього комплексного процесу відповідних фахівців, координує їхні колективні дії.

Принципи ефективної реабілітації:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення і в разі розвитку інвалідності - боротися з нею на перших етапах лікування.

2. Безперервність та наступність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів - запорука скорочення насу вна лікування, зниження інвалідності й витрат на відновне лікування, довготривале матеріальне утримання інвалідів.

Надзвичайно важливим принципом реабілітації є наступність при переході з етапу на етап, з однієї медичної установи в іншу. Для цього важливо, щоб на кожному етапі в реабілітаційній карті було задокументовано, які методи і засоби лікування і реабілітації застосовувалися, який був функціональний стан хворого. Цим цілям може також служити обмінна карта, що включає короткі зведення про клініко-функціональний стан хворого, його толерантність до фізичних навантажень, про реалізовані засоби і методи реабілітації і т.д.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Проблеми медичної реабілітації досить складні і вимагають спільної діяльності багатьох фахівців: терапевтів, хірургів, травматологів, фізіотерапевтів, лікарів та інструкторів ЛФК, масажистів, психологів, психіатрів та ін. В залежності від причин, що привели хворого до стану, що вимагає застосування реабілітаційних заходів, склад фахівців та засобів реабілітації будуть різні.

4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного хворого чи інваліда з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану особистості хворого, віку, статі, професії тощо.

5. Необхідність реабілітації у колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи інвалідами формує у пацієнта почуття членства колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками захворювання. Добре ставлення оточення наснажує та надає впевненості у своїх силах і сприяє більш швидкому одужанню.

6. Соціальна спрямованість реабілітаційних заходів. Як уже підкреслювалося, основна мета реабілітації - ефективне та раннє повернення хворих та інвалідів до побутових і трудових процесів, у суспільство та родину, відновлення особистісних властивостей людини як повноправного члена суспільства.

Оптимальним кінцевим результатом медичної реабілітації може бути повне відновлення здоров'я та повернення до звичної професійної праці. Однак мається визначений відсоток хворих, у яких, незважаючи на найенергійніші лікувально-реабілітаційні міри, повного успіху у відновленні здоров'я та працездатності досягти не вдається і приходиться обмежуватися тренуванням прийомів, що забезпечують їх самообслуговування (повне або часткове) у побуті.

Подібний результат породжує медико-біологічні та соціальні проблеми, обумовлені необхідністю професійної переорієнтації та працевлаштування осіб з обмеженою працездатністю, їхньої психологічної підготовки з метою повернути потерпілому впевненість у поверненні працездатності і суспільної повноцінності.

7. Використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації. Реабілітаційний процес може бути успішним тільки у випадку обліку характеру й особливостей відновлення порушених при тому або іншому захворюванні функцій.

Для призначення адекватного комплексного диференційованого відновного лікування необхідна правильна оцінка стану хворого по ряду параметрів, значимих для ефективності реабілітації.

З цією метою застосовується спеціальна діагностика і методи контролю за поточним станом хворого в процесі реабілітації, що можуть підрозділятися на наступні види: медична діагностика, функціональна діагностика, визначення рухових можливостей хворих, психодіагностика, проведення ЛПС. Види реабілітації. Реабілітацію поділяють на три взаємопов'язані види - медичну, соціальну (чи побутову) і професійну (чи виробничу) реабілітацію. Вони мають розгалуження і свої специфічні завдання.

Медична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, які направлені на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а у випадку неможливості досягнення цього - розвиток компенсаторних та замісних пристосувань (функцій).

До приватних завдань реабілітації відносяться:

1) відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування і виконання нескладної домашньої роботи;

2) відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання і розвитку функціональних можливостей рухового апарата;

3) попередження розвитку патологічних процесів, що приводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, тобто здійснення мір вторинної профілактики. Фізична реабілітація є складовою частиною медичної реабілітації. Це система заходів щодо відновлення або компенсації фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищення функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини засобами фізичної культури, елементами спорту та спортивної підготовки, масажу, фізіотерапії і природних факторів.

Фізичну реабілітацію варто розглядати як лікувально-педагогічний та виховний процес або, вірніше сказати, освітній процес. Якість його залежить від того, наскільки фахівець з фізичної реабілітації опанував педагогічною майстерністю та знаннями.

Тому всі закони і правила загальної педагогіки, а також теорії і методики фізичної культури надзвичайно важливі в діяльності фахівця з фізичної реабілітації. Він повинний бути насамперед гарним педагогом й у той же час мати глибокі знання сутності патологічних процесів та хвороб, з якими йому приходиться зустрічатися у своїх пацієнтів. Він зобов'язаний уміти визначати, які форми та засоби надають загальний вплив на організм, а які - місцевий, локальний або специфічний, диференціювати навантаження в залежності від виду патології і стану здоров'я.

Соціальна (чи побутова) реабілітація - це державно-суспільні дії, що спрямовані та повернення людини до активного життя та праці. Правовий та матеріальний захист хворої людини. Відновлення соціального захисту особи організацією активного способу життя, відновлення ослаблених чи втрачених соціальних зв'язків.

Створення морально-психологічного комфорту в сім'ї і на роботі. Забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом та ін. Професійна (чи виробнича) реабілітація – це підготовка хворої людини до навчання і праці залежно від характеру та перебігу хвороби, функціонального стану й фізичної спроможності пацієнта, віку, професії кваліфікації, стану роботи, умов праці та бажання стати до роботи. Спільна робота фахівців з адаптації, реадаптації чи перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням пацієнта.

Рішення про повернення пацієнта до його попередньої роботи чи створення полегшених умов праці приймає лікувально-консультативна комісія. У разі різкого обмеження працездатності комісія направляє хворих до медикосоціальної експертної комісії для встановлення інвалідності та визначення можливості працювати.

З усього цього ясно, що реабілітація - багатогранний процес відновлення здоров'я людини та реінтеграції його в трудове і соціальне життя. Природно, що види реабілітації варто розглядати в єдності та взаємозв'язку.

Вказані вище види реабілітації відповідають трьом класам наслідків хвороб:

1) медико-біологічні наслідки хвороб, що полягають у відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу;

2) зниження працездатності або працездатності в широкому змісті слова;

3) соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків з родиною та суспільством. Звідси випливає, що видужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація - зовсім не те саме, тому що крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще і його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в родині, суспільстві, колективі. Засоби фізичної реабілітації.

До засобів реабілітації відносяться: лікувальна фізична культура, фізіотерапія, лікувальний масаж, трудотерапія, механотерапія.

**1.2. Характеристика періодів застосування засобів фізичної реабілітації**

Методика застосування ЛФК змінюється протягом курсу лікування та реабілітації в залежності від характеру захворювання, перебігу хвороби, стану хворого, рівня його фізичної підготовленості та ін. Розрізняють три періоди застосування ЛФК, кожний з яких характеризується відповідним анатомофункціональним станом пошкодженого органу і всього організму в цілому.

Перший період (вступний) – щадний – період змушеного положення. На цьому періоді анатомічний та функціональний стан органа та всього організму в цілому порушено.

Перший період відповідає фазі мобілізації організмом фізіологічних механізмів боротьби з хворобою і фазі формування тимчасових компенсаторних механізмів.

Завдання періоду:

1) поліпшення нервово-психічного стану хворого;

2) попередження ускладнень;

3) стимуляція трофічних та компенсаторних процесів;

4) навчання навичок самообслуговування. У цьому періоді фізіологічна крива навантаження в основному повинна бути одновершинна, з максимальним підйомом у середині основної частини заняття лікувальною гімнастикою. Вправи виклнують переважно з вихідного положення лежачи.

Відношення дихальних вправ до загальнорозвиваючих та спеціальних становить 1:1. Темп виконання вправ повільний і середній. В комплекси фізичних вправ включають 25% спеціальних і 75% загально розвиваючих і дихальних вправ. Тривалість лікувальної гімнастики близько 5-12 зв.

Другий період (основний) – функціональний, період відновлення функцій. Він має місце у фазі зворотного розвитку змін, викликаних хворобою та формування постійних компенсацій при незворотності цих змін.

При цьому анатомічно орган в основному відновлений, а функція, як і раніше, порушена. Завдання періоду:

1) відновлення функцій ушкодженого органу і систем організму;

2) підготовка до збільшення фізичних навантажень та зміни рухового режиму. У другому періоді фізіологічна крива навантаження багатовершинна, вихідні положення лежачи, сидячи, стоячи з помірною інтенсивнісю. Відношення дихальних вправ до загальнорозвиваючих та спеціальних - 1:2. Темп виконання вправ середній.

У заняття включають 50% спеціальних вправ та 50% загальнорозвиваючих і дихальних. Тривалість лікувальної гімнастики 15-25 хв.

Третій період (заключний) – тренувальний – період остаточного відновлення функції не тільки постраждалого органа, але й всього організму в цілому. Він відповідає завершенню періоду видужання.

Завдання періоду:

1) підвищення фунціональної здатності та фізичних якостей організму;

2) тренування до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру:

3) відновлення працездатності або удосконалення функцій заміщення і пристосування пацієнта до змінених хворобою чи травмою умов життя;

4) виховання впевненості у цілковите одужання і повноцінне повернення до праці. У третьому періоді фізіологічна крива навантаження багатовершинна, вихідні положення різні. Темп повільний, середній та швидкий. Відношення дихальних вправ до загальнорозвиваючих і спеціальних – 1:3, або в міру необхідності.

В комплекси включають 75% спеціальних вправ та 25% загальнорозвиваючих і дихальних. Тривалість заняття доводиться до 30-45 хв. Слід зазначити, що кожний період застосування ЛФК відноситься до визначеного етапу реабілітації. Так, у І та ІІ період ЛФК застосвується під час 14 стаціонарного лікування хворих, а ІІІ період – в реабілітаційному центрі, санаторії, поліклініці, диспансері.

* 1. **Соціально-психологічна реабілітація спортсменів**

Характерною тенденцією розвитку сучасного спорту в цілому та професійного зокрема є підвищений травматизм, що пов’язаний із високими вимогами до результативності та великою конкуренцією на міжнародній арені [4, 5]. Кількість травм у професійному спорті постійно зростає й складає 9–18 % у загальній структурі травматизму. Спортсмени високого класу через професійні захворювання та травми змушені пропускати 7–45 % тренувальних занять і 5–35 % змагальних стартів [6, 7]. Унаслідок цього кількість постраждалих, яким потрібне стаціонарне лікування в результаті отриманої травми, становить близько 10 %, а оперативне втручання потребує 5–10 % спортсменів [5]. Для кожного виду спорту характерні певні специфічні травми.

Аналіз сучасних наукових досліджень демонструє той факт, що найбільш травматичними, із погляду пошкодження опорнорухового апарату, є спортивні ігри. Ефективне та якісне відновлення спортсмена після травми та повернення до повноцінної професійної діяльності більше ніж наполовину залежить не лише від проведених медичних заходів, але й від грамотно спланованої та реалізованої комплексної програми фізичної реабілітації [8, 5]. Отже, наукове обґрунтування застосування сучасних протоколів фізичної реабілітації, спрямованих на зниження посттравматичних і післяопераційних ускладнень, скорочення загальних строків відновлення, профілактику рецидивних травм, підвищення ефективності та якості відновлення рухової функції, спеціальних навичок і специфічних рухових якостей спортсмена представляє значний інтерес. Аналіз досліджень цієї проблеми.

У вітчизняній та іноземній спеціальній науково-методичній літературі широко дискутується питання щодо раціонального застосування після різноманітних спортивних травм комплексів засобів і методів фізичної реабілітації, їх ефективності, етапності й тривалості використання, критеріїв повернення до професійної діяльності . Більшість дослідників, котрі працюють у галузі фізичної терапії при травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату, відзначають, що сучасна патогенетично обґрунтована система реабілітації цього контингенту повинна бути, насамперед, забезпечена комплексним застосуванням різних способів консервативного й оперативного лікування та диференціюватися залежно від механізму травми, характеру пошкодження, важкості, етапу та періоду відновлення [5]. Незважаючи на те, що накопичено великий масив даних сучасних досліджень щодо науковопрактичних питань застосування засобів і методів фізичної реабілітації після травм опорно-рухового апарату в професійному спорті [9], багато питань, пов’язаних із відновленням рухової функції й спеціальної працездатності та специфічних фізичних якостей залишаються ще недостатньо вивченими.

Отже, виявлення найбільш ефективних і раціональних засобів та методів відновлення ушкодженої рухової функції, спрямованих на зменшення післяопераційних ускладнень, строків відновлення, підвищення функціональних можливостей нервово-м’язового апарату, профілактику рецидивних травм у спортсменів після травм опорно-рухового апарату продовжує залишатись актуальною проблемою сучасної фізичної реабілітації та спортивної травматології.

Мета дослідження – провести аналіз сучасної науково-методичної літератури щодо травматизму в професійному спорті та визначити основні тенденції фізичної реабілітації (на прикладі ігрових видів спорту). Завдання статті: – дослідити причини та механізми травматизму опорно-рухового апарату в спортсменів ігрових видів спорту; – визначити найбільш раціональні підходи до відновлення рухової функції, спеціальної фізичної працездатності та специфічних фізичних якостей у спортсменів в ігрових видах спорту.

Для досягнення поставленої мети проведено аналіз та узагальнення зарубіжної й вітчизняної спеціальної науково-методичної літератури з питань фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту з пошкодженням опорно-рухового апарату, що дало змогу, ураховуючи механізми порушення рухової функції, ґрунтуючись на теорії та методиці фізичного виховання й фізичної реабілітації, визначити основні тенденції застосування сучасних підходів до відновлення спеціальної фізичної працездатності. Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Сучасний професійний спорт – це тріумф людських можливостей. Водночас розвиток професійних та олімпійських видів спорту з їх високою конкуренцією й надвисокими фізичними навантаженнями супроводжується підвищеним травматизмом, передпатологічними та патологічними станами, що становлять загрозу для здоров’я спортсменів, ефективності їхньої тренувальної та змагальної діяльності [7].

Спортивний травматизм є одним із провідних факторів, що визначають спортивну результативність і спортивне довголіття в цілому. За даними Міністерства охорони здоров’я України, спортивний травматизм займає п’яте місце в загальній структурі травматизму серед населення та слідує за побутовим, вуличним, виробничим і транспортним. При цьому чоловіки-спортсмени травмуються удвічі частіше, ніж жінки [6].

Причини виникнення травм у спортсменів досить різноманітні. За статистикою, близько третини травм (30,05 %) зумовлені причинами організаційно-методичного характеру й дві третини (69,95 %) – індивідуальними особливостями спортсмена. Проведений нами аналіз спеціальних науково-методичних даних свідчить, що до організаційних причин виникнення травм віднесено такі: це, передусім, недоліки матеріально-технічного забезпечення; незадовільні санітарно-гігієнічні умови проведення тренувань і змагань; низька якість суддівства; недоліки теоретичної та практичної підготовки тренера. Крім того, фахівці в галузі спортивної травматології постійно акцентують увагу на питанні вдосконалення правил змагань як засобу профілактики травматизму в спортсменів.

До причин методичного характеру фахівці відносять порушення загальних принципів тренування (поступовості, безперервності та ін.); помилки спортивного відбору; недоліки лікарського контролю; недостатню компетентність тренера під час використання в підготовці вправ з інших видів спорту. До категорії причин травматизму, зумовлених індивідуальними особливостями спортсменів відносять недостатній рівень техніко-тактичної підготовленості спортсмена; фізичної підготовленості; порушення спортивних правил; порушення спортсменами загального режиму. Вивчення питань нозології спортивного травматизму виявило велику кількість різноманітних захворювань і травм, властивих різним видам спорту. Трійку лідерів серед них складають травми опорно-рухового апарату (близько 45 %), захворювання зубів (30,5 %) і верхніх дихальних шляхів (8,5 %).

Участь у великій кількості змагань є не лише фактором підвищеного ризику отримання травм, а й значною мірою негативно позначається на якості спортивної підготовки, що призводить до порушення її принципових закономірностей, особливо у сфері управління навантаженнями й відпочинком, утомою та відновленням спортсменів, формуванням раціональної адаптації й стало додатковим фактором, який ще більше посилив негативний вплив надмірних тренувальних і змагальних навантажень.

Спортивний травматизм руйнує кар’єру 60–70 % видатних спортсменів, знецінює їхню багаторічну самовіддану та вкрай важку як фізичну, так і психологічну працю. Згідно з даними Міжнародного олімпійського комітету майже кожен десятий спортсмен, котрий брав участь в Олімпійських іграх у Ріо-де-Жанейро, отримав травми під час змагань. Про травми у своїх збірних повідомляли представники 92 команд, а всього зафіксовано 1055 таких випадків. Із них понад 55 % пошкоджували нижні кінцівки, близько 9,5 % атлетів отримали травми голови. Три чверті всіх травм сталися під час змагань. У більшості випадків спортсмени, які перенесли травму, потребують проведення комплексу відновлювальних заходів. Це пов’язано з тим, що тривале обмеження рухової активності, відсутність навантажень, судинні та інші зміни призводять до гіпотрофії м’язів, обмеження рухливості в суглобах, порушення трофічних процесів у кінцівках. Істотні зміни виникають у діяльності органів серцевосудинної системи. Погіршується кровообіг у зоні травми у зв’язку з виникаючим рефлекторним напруженням м’язів у цій ділянці й розвитком контрактури. Існує тісний зв’язок між величиною та специфічною спрямованістю навантажень – з одного боку, і характером захворювань та травм – з іншого.

Локалізація спортивних травм у різних видах спорту має свою специфіку. Однак найбільше навантаження отримують верхні й нижні кінцівки. Для нижніх кінцівок найбільш травмонебезпечним видом спорту є футбол, де загальна кількість пошкоджень досягає 76,7 %, для верхніх – спортивна гімнастика з показником – 54,5 % [7].

**РОЗДІЛ 2. Експериментальне дослідження психологічних особливостей реабілітації спортсменів**

**2.1. Психологічні аспекти фізкультурно-реабілітаційної роботи зі спортсменами**

Багаторічна практика роботи з інвалідами показує, що найбільш ефективним методом зменшення фізичної та соціально-психологічної неповноцінності даного контингенту є реабілітація засобами фізичної культури і спорту. Систематичні заняття не тільки підвищує адаптацію інвалідів до життєвих умов, але й розширюють їх функціональні можливості, допомагаючи оздоровленню організму. Важливим моментом, який визначає ефективність процесу фізичного виховання дКя осіб з вадами здоров’я, — це створення свідомої мотивації до занять фізичною культурою і спортом, яке пов’язане з психічною реабілітацією, в основі якого лежать суто особисті, індивідуальні схильності і потреби.

У енциклопедичній літературі інвалідність трактується як стійке порушення (зниження або втрата) загальної або професійної працездатності внаслідок захворювання чи травми або як статичний показник, що характеризує здоров’я населення (відношення числа людей до пенсійного віку зі стійкою втратою працездатності до загальної кількості населення). Розглядаючи питання реабілітації інвалідів, не слід розуміти інвалідність лише у фізичному аспекті, тобто обмеженні руховою людей з інвалідністю Секція III 309 діяльності [10].

Смислове поле цієї проблеми значно ширше і, насамперед, включає соціально-психологічні аспекти, котрі повинен враховувати педагог, що працює з даною категорією населення. Це обумовлене ще й тим, що у понятті «здоров’я» одним з найголовніших є психічний компонент. На сьогодні перед науковцями стоїть проблема пошуку найбільш ефективних шляхів зменшення фізичної та соціально-психологічної неповноцінності інвалідів різних нозологій. До найефективніших засобів як соціально-психологічної так і фізичної реабілітації інвалідів відносять заняття фізичною культурою і спортом.

Найяскравішим прикладом згуртування інвалідів, що активно піклуються про свою соціальну і фізичну значущість, навколо спорту є Паралімпійський рух. Нині цей рух настільки широкий, що дозволяє проводити як національні і міжнародні змагання, так і спеціальні Паралімпійські ігри. Якщо перші Паралімпійські ігри (Рим, 1960 р.) зібрали 300 спортсменів-інвалідів з 10 країн то в XV іграх у 2016 році в Ріо-де-Жанейро взяли участь 4350 спортсменів-інвалідів з 176 країн світу. У даний час інваліди^спортсмени усього світу об’єднані в 6 міжнародних спортивних організацій: міжнародна спортивна організація глухих (створена в 1924 р.); міжнародна спортивна федерація інвалідів-колясочників (створена в 1952 р.); міжнародна спортивна організація інвалідів з дефектами опорно-рухового апарата (створена в 1964 р.); міжнародна асоціація спорту для людей з порушенням інтелекту (створена в 1968 р.); міжнародна спортивна організація людей з наслідками дитячого церебрального паралічу (створена в 1978 р.); міжнародна спортивна організація сліпих (створена в 1980 р.). Спортивна робота серед інвалідів України стала інтенсивно розвиватись після участі об’єднаної команди інвалідів-спортсменів СНД у Паралімпійських іграх в Барселоні у 1992 р., де спортсмени СНД завоювали 17 золотих, 14 срібних і 15 бронзових медалей.

У 1996 році у м. Атланті українська команда інвалідів уперше самостійно й успішно виступила в Паралімпійських іграх. І, нарешті, тріумфальний виступ нашої збірної в Ріо-де-Жанейро: 41 золота, 37 срібних і 39 бронзових медалей та третє місце в загальнокомандному заліку. Наші команди інвалідів-спортсменів постійно беруть участь у чемпіонатах світу і Європи та інших міжнародних змаганнях з зимових та літніх видів спорту. На думку фахівців є один важливий момент, який визначає ефективність процесу фізичного виховання для осіб з вадами здоров’я, — це створення свідомої мотивації до занять фізичної кульСекція III Медична, фізична та спортивна реабілітація 310 Секція III турою і спортом, яке пов’язане з психічною реабілітацією, в основі якого лежать суто особисті, індивідуальні схильності і потреби. У самому процесі навчання руховим діям інвалідів з ушкодженнями ОРА виділено ряд особливостей: поступовість у оволодінні руховими діями; формування широкого діапазону рухових умінь; важливість встановлення емоційного контакту шляхом спілкування (використання схвалень, прояв участі до проблем інваліда); використання раціональної психотерапії (роз’яснення, переконання) для подолання почуття власної неповноцінності, оптимальний ефект досягається поєднанням образно-наочної демонстрації із вербальними методами психорегуляційної спрямованості [10].

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів дослідження**

Основною причиною спортивних травм вважаються фізичні чинники (м'язовий дисбаланс, зіткнення на великій швидкості, перетренування, фізичне стомлення і т.д.). Проте істотну роль грають і психологічні чинники (особистісні особливості переживання травми, рівень стресу попередні стресори, чинники напруги) [11]. Зокрема, потенційно стресові ситуації можуть сприяти травмі, залежно від особи спортсмена: ступеня його самосприйняття, психологічних властивостей типу особи і від того, наскільки загрозливою він вважає дану ситуацію Ситуація, що сприймається як “загрозлива”, веде до підвищення тривожності, що, у чергу, викликає цілий ряд змін в концентрації уваги і м'язовій напрузі. Все це підвищує вірогідність травматизму [12].

В той же час посттравматичний стан характеризується картиною патологічної нестійкості. Сам спортсмен цей стан відчуває як дискомфорт, нестійкість, невротичність. Щоб реабілітаційні заходи були успішні, треба в складній картині посттравматичного синдрому знайти основні симптоми і визначити їх фізиологічні детермінанти . Проте якою б не була картина посттравматичного стану, вона як правило не включає конкретні симптоми розладу інтеграції, тобто особистісні розлади. Саме у цьому аспекті може бути знайдена безпосередня сфера взаємодії теорій психологічної медицини, фізичної теорії людини і реабілітації. Будь-яка травма, отримана спортсменом, - це не тільки фізичне пошкодження тієї або іншої частини тіла, але і джерело змін в його психічному стані. Характер і інтенсивність цих змін багато в чому залежить від локалізації і тяжкості травми, а також від особливостей нервової системи і особи спортсмена. Проте, при значних індивідуальних відмінностях в прояві психічних змін, травмами, всі вони об'єктивно обумовлені дією наявних больових відчуттів, порушеннями звичної діяльності, зривом значущих життєвих планів тощо. Під впливом цих чинників у спортсменів часто погіршується самопочуття і настрій, з'являється стан відчуття тривоги за своє здоров'я, відчуття сумніву в успішності подальшої підготовки можливості участі в змаганнях. Взаємозв'язок між стресом і травмою є дуже складним. В той же час реабілітація, як профілактика і лікування, є однією з трьох складових медицини, невід'ємною частиною коригуючих дій на травмовану людину .

Проте в даний час аспекти психологічної реабілітації не вивчаються достатньо в повному обсязі, хоча психологічна реабілітація є важливою складовою в системі фізичної реабілітації. Процес реабілітації значно ширший, ніж просто відновлення здоров’я, песихологічний аспект реабілітації має у багатьох спортсменів значущість не меншу, ніж фізичний.

В більшості випадків саме психічні зміни і психологічні чинники є основною причиною , що перешкоджає поверненню спортсмена до спортивної діяльності. Депресія, «понурення у хворобу», страх перед фізичною напругою, упевненість в тому, що повернення діяльності може заподіяти шкоду організму - всі ці психічні зміни можуть звесть зусилля лікаря-реабілітолога .

Вирішення цих проблем можливе тільки на основі глибокого вивчення всього діапазону психічних змін в динаміці, на всіх етапах реабілітаційного процесу, природи змін, аналізу «внутрішньої картини» хвороби, включаючи динаміку домінуючих переживань, дослідження соціально-психологічних чинників, що визначають психічний стан спортсмена в різні терміни від початку хвороби [13].

Системність є однією з основних умов реабілітації разом з дотриманням наступних етапів: комплексності, диференційованості, послідовності, етапності, індивідуалізації, тривалості, спадкоємності, чіткій і повсякденній узгодженості дій лікаря, що виконує інструктор ЛФК, психолог.

У дослідженні були використані наступні методи: теоретичний аналіз і узагальнення даних спеціальної літератури, педагогічний констатуючий експеримент з використанням психодіагностичних методів (методики Айзенка, визначення рівня тривожності за методикою Спілберга-Ханіна, рівня стресостійкості та соціальної адаптації - методика Раге, рівня агресивності за методикою Басса і Дарки та методики Люшера); математичної статистики.

У дослідженні взяло участь 40 спортсменів різної кваліфікації ігрових видів спорту (вік - 15-28 років), що отримали які, згідно завдань дослідження, були розділені на дві групи: основна група – 20 спортсменів, яким реабілітаційні заходи проводилися з психологічним супроводом; контрольна група складалася з 20 спортсменів, де фізична реабілітація проводилася без психологічного забезпечення (табл. 2.1).

Як випливає з табл. 1 низький рівень соціальної адаптації до реабілітації зафіксовано в основній групі у 19 (85 %), після реабілітації - у 4 (20 %) спортсменів; в контрольній групі до - у 18 (90 %), після - 9 (45 %) чоловік, що свідчить про підвищення рівня психологічної адаптації у зв'язку із мінливою мотиваційною спрямованістю. Підвищений рівень активної тривожності до реабілітації в основній групі зареєстровані у 20 (100 %), - після реабілітаційних заходів - у 6(30% ) спортсменів, в контрольній групі до – 20 (100%) ; після - 10 (50 %) спортсменів, що вказує на про підвищення рівня упевненості у можливостях.

Високий рівень невротизації в основній групі був до реабілітації у 16 (80 %), після 2 (10 %), а в контрольній групі до - у 18 (90%), після - 8 (40%) спортсменів, що підтверджує відновлення емоційної стабільності. Неприйняття реабілітаційного процесу реабілітації в основній групі спостерігалося у 17 (85 %), після реабілітації - у 5 (25%) спортсменів, в контрольній групі до - 17 (85 %), після - 7 (35%) спортсменів, що говорить про усвідомлення свого стану і схвалення реабілітаційних заходів. Підвищений рівень агресивності зафіксований в основній групі до реабілітації у 14 (70%) спортсменів, після 3   
(15%) , в контрольній до - у 16 (80%) спортсменів, після реабілітаційних заходів 7 (35%) спортсменів, що дає підстави говорити про зниження рівня агресивності і встановлення адекватного сприйняття даної ситуації.

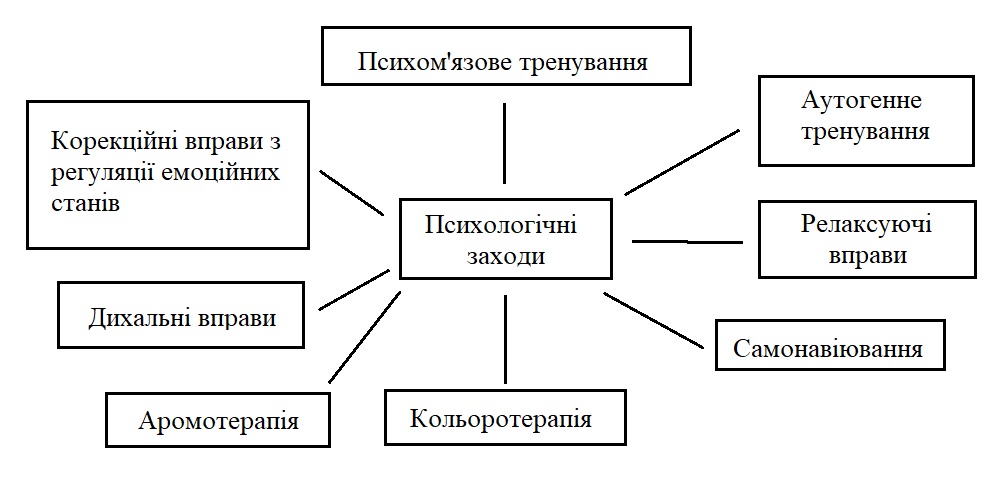
Таким чином, результати дослідження показали, що реабілітаційний процес з психологічним забезпеченням сприяє якнайшвидшому відновленню і адаптації травмованих спортсменів. Як правило, у більшості спортсменів спостерігається типова реакція на травму, заперечення травми, гнів від усвідомлення реальності що відбувається, бажання уникнути реальної ситуації, депресія і, нарешті, схвалення і реалізація реабілітаційного процесу. Проте швидкість і легкість проходження цих етапів залежить від змісту психологічного супроводу процесу реабілітації. Такі психологічні реакції як підвищена особистісна і реактивна тривожність, відчуття страху, втрата упевненості в своїх силах, відчутті провини перед тренером, командою можливо вирішити тільки при забезпеченні кваліфікованого психологічного супроводу. Таким чином очевидно, що психологічне забезпечення фізичної реабілітації допомагає подоланню негативних реакцій з боку психіки спортсмена, що виникають у зв'язку з травмою.

*Таблиця 2.1*

**Психологічний стан спортсменів, що отримали травми опорно-рухового апарату і після реабілітаційних заходів**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Психологічний стан** | **До реабілітації** | | **Після реабілітації** | |
| Основна група | Контрольна група | Основна група | Контрольна група |
| Неприйняття реабілітаційного процессу | 17(85%) | 17(85%) | 5(25%) | 7(35%) |
| Високий рівень невротизації | 16(80%) | 18(90%) | 2(10%) | 8(40%) |
| Підвищений рівень реактивної тривожності | 20(100%) | 20(100%) | 6(30%) | 10(50% |
| Підвищенний рівень агресивності | 14(70%) | 16(80%) | 3(15%) | 7(35% |
| Низький рівень соціальної адаптації | 19(90%) | 18(90%) | 4(20%) | 9(45% ) |

Отримані в процесі дослідження результати дають можливість стверджувати, що для швидшого і ефективнішого лікування травм і ліквідації можливої негативної дії на психіку, необхідно застосовувати низку психологічних, психопрофілактичних і психологічних заходів (рис. 2.1).



**Рис. 2.1 Складові психологічної реабілітації спортсменів**

Кінцевою метою будь-яких реабілітаційних програм є відновлення особового і соціального статусу травмованого. Для досягнення цієї мети необхідний комплексний підхід до травмованого спортсмена, з обліком не тільки клініко-біологічних закономірностей хвороби, але і психосоціальних чинників, особливостей оточуючого його природного і соціального середовища.

Фізичні і емоційні навантаження, характерні для сучасного спорту вищих досягнень, є стресовим чинником, і ставлять високі вимоги до організму спортсмена [1]. Правильна оцінка і лікарський контроль здоров'я функціонального стану організму спортсмена дозволяє запобігти негативному впливу значних фізичних навантажень і своєчасно виявити зрив адаптації [2]. Це особливо важливо для спортсменів, які приступили до тренувань після гострих респіраторних захворювань, оскільки тренування в період реконвалесценції, може бути причиною розвитку перетренування [2].

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) займають провідне місце серед захворювань спортсменів, особливо у плавців із-за специфіки цього виду спорту (водне середовище, загальне і місцеве переохолодження).

Аналіз захворюваності спортсменів, які перебували на диспансерному обліку, показав, що у структурі їх захворюваності провідне місце займали ГРЗ. При цьому частота ГРЗ протягом року у спортсменів вищої кваліфікації була більшою у 1,5 рази ніж у плавців низької кваліфікації. Наші дані узгоджуються зі спостереженнями інших авторів [3], які доводять, що не тільки під час ГРЗ, але і ще протягом 10-14 днів після ГРЗ спостерігається зниження імунітету, унаслідок чого тренування на цьому фоні може стати небезпечним.

Тому надзвичайно важливим є виявлення ГРЗ у спортсменів-плавців та їх повноцінне відновне лікування з обов'язковою забороною тренувань та змагань до повного видужання, а також визначення навантажувального режиму, який повинен бути адекватним функціональному стану спортсмена після клінічного видужання до повної спортивної реабілітації.

При цьому заслуговує на увагу сучасна методологія фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальної толерантності до фізичного навантаження, що в спорті вищих досягнень фактично не вивчена [4].

На сьогоднішній день відомо застосування способів фізичного тренування при реабілітації хворих, в фізичному вихованні та оздоровчій фізичній культурі, що включають проведення тренування на велоергометрі, коли після попереднього діагностичного велоергометричного тесту визначають поріг толерантності до фізичного навантаження, застосовують комбінацію різних методів навантаження з відмінним темпом та потужністю педалювання при тренуванні на велоергометрі, яке проводять із урахуванням порогу толерантності індивідуально [5, 6, 7].

Спочатку у 26 спортсменів, які перенесли ГРЗ та вже допущені до тренувань, визначали рівень толерантності до фізичного навантаження. Для цього застосовували велоергометричний тест Наваккі, починаючи з навантаження 1 Вт/кг маси тіла і через кожні 2 хв збільшували на цю ж величину. В момент «відмови» від продовження тесту через втому реєстрували максимально досягнуту потужність і час її утримання (в межах 2 хв).

При цьому слідкували за тим, щоб в період проведення тесту частота серцевих скорочень (ударів за хв) не перевищувала величину, розраховану за формулою: «220 – вік спортсмена», а артеріальний тиск – 240/120 мм рт.ст. Використовуючи електрокардіографію, орієнтувались на критерії порогу толерантності за загальноприйнятими рекомендаціями ВООЗ.

Досягнутий таким чином рівень потужності навантаження вважали порогом толерантності і навантаження припиняли. Заняття на велоергометрі з урахуванням рівня індивідуальної толерантності до фізичного навантаження організували як додаткові до тренувального процесу з плавання, їх проводили щоденно, або через 1–2 дні індивідуально всього 10-12 разів на курс.

При повторному методі навантаження чергували з періодами для відпочинку, де застосовували динамічні дихальні вправи до достатньо повного відновлення, при інтервальному – навантаження виконували з встановленими періодами для відпочинку, які поступово зменшували, при рівномірному – навантаження з відносно постійною інтенсивністю, при перемінному методі – навантаження безперервне зі змінами інтенсивності типу «фартлек», яке чергували з імітаційними вправами різних стилів плавання [5].

Співвідношення вдиху та видиху в підготовчій та заключній частинах 3:4, в основній – 3:3, 3:2 обертів педалі велоергометра. Про адекватність фізичного навантаження судили за частотою серцевих скорочень та зовнішніми ознаками втоми, які не повинні свідчити про швидку втому.

Крім цього, за модифікованою формулою М. Карвона рекомендували визначення меж «робочого» пульсу в воді: РПВ=[(ЧСС пор – ЧСС сп) × N]:100+ЧСС сп – 17, де: РПВ – «робочий» пульс у воді (уд./хв), ЧССпор. – частота серцевих скорочень порогова при велоергометрії (уд./хв), ЧССспок. – частота серцевих скорочень у стані спокою (уд./хв), N – задана величина інтенсивності навантаження (від 60 до 100%).

Наші дані узгоджуються зі спостереженнями інших авторів [5,6], які після ретельного проведення аналізу показників системи антиоксидантного захисту, рівня АТФ еритроцитів, що відображає стан системи фосфорилювання і клітинних запасів АТФ тканин, суб'єктивних відчуттів плавців, часу відновлення пульсу після контрольних тренувальних відрізків вважають, що методика тренувального процесу спортсменів з врахуванням їх індивідуального рівня толерантності до фізичного навантаження, що визначається шляхом діагностичної велоергометрії, достовірно покращує метаболічну адаптацію. В результаті чого спортсмени швидше відновили спортивну «форму» і були краще адаптовані до тренувальних навантажень.

Відновні тренування дозволяють покращити показники гемодинаміки, підвищити загальну фізичну працездатність та аеробну продуктивність організму спортсменів, які хворіли на гострі респіраторні захворювання та пройшли медичну реабілітацію і були допущені до тренувань.

Запропонований спосіб фізичної реабілітації забезпечує зменшення строків спортивної реабілітації спортсменів після перенесених ГРЗ і дозволяє запобігти перенапруженням та перетренуванням планомірно і якісно підготуватись до змагань.

Отримані результати дають підстави рекомендувати даний спосіб відновного фізичного тренування спортсменів після ГРЗ для впровадження в практику.

**розділ 3. Психологічні засади фізичної реабілітації спортсменів**

**3.1. Теоретичні і методологічні засади розробки комплексної програми фізичної реабілітації спортсменів**

Смислове поле проблеми дослідження значно ширше і, насамперед, включає соціально-психологічні аспекти, котрі повинен враховувати психолог, що працює з даною категорією осіб.

Це обумовлене ще й тим, що у понятті «здоров’я» одним з найголовніших є психічний компонент.

На сьогодні перед науковцями стоїть проблема пошуку найбільш ефективних шляхів зменшення фізичної та соціально-психологічної неповноцінності інвалідів різних нозологій. До найефективніших засобів як соціально-психологічної так і фізичної реабілітації інвалідів відносять заняття фізичною культурою і спортом.

Найяскравішим прикладом згуртування інвалідів, що активно піклуються про свою соціальну і фізичну значущість, навколо спорту є Паралімпійський рух.

Нині цей рух настільки широкий, що дозволяє проводити як національні і міжнародні змагання, так і спеціальні Паралімпійські ігри. Якщо перші Паралімпійські ігри (Рим, 1960 р.) зібрали 300 спортсменів-інвалідів з 10 країн то в XV іграх у 2016 році в Ріо-де-Жанейро взяли участь 4350 спортсменів-інвалідів з 176 країн світу.

У даний час інваліди^спортсмени усього світу об’єднані в 6 міжнародних спортивних організацій: міжнародна спортивна організація глухих (створена в 1924 р.); міжнародна спортивна федерація інвалідів-колясочників (створена в 1952 р.); міжнародна спортивна організація інвалідів з дефектами опорно-рухового апарата (створена в 1964 р.); міжнародна асоціація спорту для людей з порушенням інтелекту (створена в 1968 р.); міжнародна спортивна організація людей з наслідками дитячого церебрального паралічу (створена в 1978 р.); міжнародна спортивна організація сліпих (створена в 1980 р.).

Спортивна робота серед інвалідів України стала інтенсивно розвиватись після участі об’єднаної команди інвалідів-спортсменів СНД у Паралімпійських іграх в Барселоні у 1992 р., де спортсмени СНД завоювали 17 золотих, 14 срібних і 15 бронзових медалей. У 1996 році у м. Атланті українська команда інвалідів уперше самостійно й успішно виступила в Паралімпійських іграх. І, нарешті, тріумфальний виступ нашої збірної в Ріо-де-Жанейро: 41 золота, 37 срібних і 39 бронзових медалей та третє місце в загальнокомандному заліку. Наші команди інвалідів-спортсменів постійно беруть участь у чемпіонатах світу і Європи та інших міжнародних змаганнях з зимових та літніх видів спорту. На думку фахівців є один важливий момент, який визначає ефективність процесу фізичного виховання для осіб з вадами здоров’я, - це створення свідомої мотивації до занять фізичної культурою і спортом, яке пов’язане з психічною реабілітацією, в основі якого лежать суто особисті, індивідуальні схильності і потреби.

У самому процесі навчання руховим діям інвалідів з ушкодженнями ОРА виділено ряд особливостей: поступовість у оволодінні руховими діями; формування широкого діапазону рухових умінь; важливість встановлення емоційного контакту шляхом спілкування (використання схвалень, прояв участі до проблем інваліда); використання раціональної психотерапії (роз’яснення, переконання) для подолання почуття власної неповноцінності, оптимальний ефект досягається поєднанням образно-наочної демонстрації із вербальними методами психорегуляційної спрямованості.

Однією з основних вимог до надання послуг з фізичного виховання і спорту є безпека для життя та здоров’я людей, дотримання положень санітарного законодавства, заходів з безпеки праці, запобігання травматизму та нещасним випадкам.

Наказом Міністерства молоді та спорту України (№ 617 від 9.02.2018) було затверджено положення «Про порядок організації і проведення офіційних спортивних змагань і навчально-тренувальних зборів та порядок матеріального забезпечення їх учасників», в якому визначено основні види навчально-тренувальних зборів, одним з яких є відновлювальні (реабілітаційні) збори, спрямовані на поліпшення фізичного і психологічного стану спортсменів, відновлення, корекцію та компенсацію фізичних затрат, які вони мали під час участі у спортивних змаганнях.

Спорт вищих досягнень вимагає від спортсменів прояву високого рівня фізичної підготовленості та емоційної стійкості. Щоденні наднормові навантаження, зменшення кількості часу відновлення, форсування підготовки спортсменів можуть призводити до виникнення стану перетренованості. Тож у спорті вищих досягнень постійно спостерігаємо протиріччя: з одного боку, під час тренувань потрібно спільно з тренером гарантувати зростання тренувань (сприяти підвищенню спеціальної працездатності) спортсменів, а з другого – забезпечувати профілактику перевтоми, перенапруження, травм і захворювань спортсменів під час тренувального процесу.

Ризик перевантажень і перетренованості посилюється під час кар’єри спортсмена; опитування елітних бігунів свідчать, що 60% жінок і 64% чоловіків вказують на принаймні однин попередній епізод перетренованості, водночас у неелітних бігунів цей показник становив 33%.

Сучасний підхід до реабілітації перетренованості у спортсменів 5 терів (n=117), і 37% (n=272) юніорів середньої школи Швеції з 16 різних видів спорту також були в стані перетренованості.

Ретроспективні методи можуть бути схильні до упередженості або неточної відповіді, але нещодавнє дослідження британських плавців виявило, що у 29% спортсменів перетренованість спостерігали хоча б один раз, зокрема ризик позитивно пов’язаний з рівнем кваліфікації [18].

Через велику кількість факторів, які можуть викликати стан перетренованості у спортсменів на різних етапах багаторічної підготовки, виникає потреба в побудові комплексних програм фізичної реабілітації з використанням найефективніших засобів відновлення залежно від обраного виду спорту та індивідуальних особливостей спортсмена. Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Існує тісний зв’язок між перетренованістю, травматизмом і захворюваністю спортсменів. Фактори ризику, що спричиняють травматизм, багато в чому схожі з тими, які призводять до перетренованості [9].

Передусім це стосується скелетно-м’язової системи, оскільки спортсмени під час найвищих тренувальних і змагальних навантажень, застосування засобів, що вимагають граничної мобілізації можливостей опорно-рухового апарату і систем енергозабезпечення, тренування в умовах прогресуючої втоми і недовідновлення, перебувають у зоні ризику як щодо травматизму, так і перетренованості [18].

Слід зазначити, що фактори, що лежать в основі перетренованості, тісно пов’язані зі специфікою виду спорту і переважною спрямованістю тренувального процесу. У різних видах спорту перетренованість проявляється стосовно тих функціональних систем, які найбільше використовують у роботі для підтримання адаптаційних механізмів організму. У зв’язку з цим, перетренованість, наприклад, бігунів-спринтерів і бігунів-стаєрів проявляється в різних морфофункціональних і психологічних характеристиках. Однак у всіх випадках найважливішим критерієм буде зниження працездатності в тренувальній та змагальній діяльності [9].

Виділено 4 групи факторів, які можуть призводити до перетренованості.

До першої групи належать порушення закономірностей і принципів, що є в основі раціональної побудови спортивного тренування (нераціональна побудова програм тренувальних занять, порушення балансу між навантаженнями й умовами для відновлення і розвитку реакцій адаптації, надмірний обсяг і інтенсивність тренувальної та змагальної діяльності).

До другої групи входять фактори ризику внутрішнього характеру, пов’язані з психоемоційними реакціями і станом спортсменів (індивідуальний перфекціонізм, необ’єктивне оцінювання своїх можливостей, прагнення до перенавантаження, нехтування відпочинком, відновними засобами, страх не виконати контрольні нормативи і не потрапити до команди).

Третю групу становлять фактори зовнішнього впливу, що супроводжують тренувальний процес і входять до змісту спортивної підготовки (харчування, що не відповідає змісту тренувальної та змагальної діяльності, індивідуальним особливостям спортсмена, необґрунтоване й безконтрольне застосування фармакологічних засобів, відсутність або нехтування засобами контролю за появою первинних ознак перетренованості).

До четвертої групи належать причини зовнішнього впливу, притаманні середовищу, супутній підготовці спортсмена (взаємовідносини з тренером, лікарями, науковцями, масажистами, психологами, дієтологами та іншими фахівцями, залученими до підготовки, взаємини з батьками, друзями, сімейні відносини, громадська думка, пов’язана з підготовкою та участю спортсмена в змаганнях, наявність життєвих проблем, стан спортивних споруд, обладнання та інвентар, наукове і медичне забезпечення).

На особливу увагу заслуговує вплив факторів під час підготовки юних спортсменів, зокрема неприпустима форсована підготовка юних атлетів, заснована на копіюванні тренувальних програм найсильніших дорослих спортсменів, руховий апарат і найважливіші функціональні системи організму які уже сформувалися і пройшли тривалу попередню підготовку, щоб зносити високі навантаження; неприйнятна інтенсивна силова підготовка, а також напружена робота для підвищення можливостей анаеробної лактатної системи енергозабезпечення, позаяк у дитячому та підлітковому віці вона пов’язана з ризиком не тільки перетренованості і травматизму, а й серйозного порушення природного процесу вікового розвитку [8, 17].

Інтенсивні й (або) тривалі тренування з подальшим відновленням є необхідні для поліпшення стану функціональної готовності спортсмена. Упродовж цього періоду здатність спортсмена до виконання навантажень має зростати незалежно від передтренувального фону. Цю фізіологічну відповідь називають «суперкомпенсацією».

Однак помилки в побудові тренувального процесу, прагнення в короткі терміни досягти високих спортивних результатів можуть призводити до вираженого стомлення і кумуляції втоми, які стають наступним кроком до розвитку перетренованості, оскільки відновлення після таких станів займає тривалий час [11].

Про необхідність диференціювання стану перетренованості, залежно від вираженості негативних змін і порушень у найважливіших функціональних системах організму зазначали багато вчених і рекомендували виокремити три стадії перетренованості:

1. Перша (початкова) стадія характеризується деяким зниженням спортивних результатів і працездатності, погіршенням реакції на функціональні проби, не завжди виразними скаргами на погіршення фізичного стану. Усувається за допомогою зміни режиму життя і тренування впродовж 15–30 днів.

2. Друга стадія – виражене зниження працездатності і спортивних результатів, наявність скарг на погіршення фізичного стану і самопочуття, а також пристосування до функціональних проб. Відновлення полягає у 2–3-тижневому відпочинку з одночасними реабілітаційними процедурами та подальшим щадним індивідуалізованим тренуванням протягом 1–1,5 місяців.

3. Третя стадія – стійке зниження спортивних результатів і працездатності, істотне зменшення можливостей органів і систем організму, погіршення стану здоров’я. Третя стадія пов’язана з яскраво вираженим зниженням працездатності спортсмена, серйозними відхиленнями у фізичному стані організму, наявністю клінічних проявів з боку різних систем організму, які свідчать про наявність передпатологічних або патологічних змін.

У цій стадії потрібні тривалий активний відпочинок, зміни в тренувальному процесі та способі життя, лікувальні заходи, медична та фізична реабілітація [9].

Також велику увагу приділяють діагностуванню стану перетренованості. Автори у своїх дослідженнях наводять важливі маркери, які слід використовувати для діагностики перетренованості:

- біохімічні маркери (активні форми кисню, вуглеводи, амінокислоти, глутамін, поліненасичені жирні кислоти, лептин, білки);

- гормональні зміни;

- функціональні тести;

- психологічні тести;

- тести на визначення швидкості психомоторних реакцій;

- фізіологічні тести (аналіз варіабельності серцевого ритму);

- імунологічні дослідження [1, 15, 18].

Однак практично діагностування перетренованості становить виняткову складність через труднощі й багатофакторність цього явища, трудомісткість і дороговизну досліджень, їх багаторазовість як у стані спокою, так і при виконанні фізичних навантажень. На результати досліджень істотний вплив можуть мати умови тренування, застосовувані засоби і методи, динаміка навантаження, географічні, погодні та кліматичні умови, психологічний стрес, харчування, гідратація, що вкрай ускладнює, а часто робить нездійсненним оцінення результатів досліджень, виявлення межі між високим рівнем тренованості та початковою стадією перетренованості [13].

Відповідно до мети проведено системний аналіз літературних та інших інформаційних джерел стосовно необхідності застосування засобів фізичної реабілітації в практиці спорту вищих досягнень для відновлення функціонального стану спортсменів при перетренованості.

В анкетуванні взяли участь 26 спортсменів: які активно виступають на змаганнях й ветерани, серед них майстри спорту (n=16) та кандидати в майстри спорту (n=10). На підставі поведених аналітичних досліджень сформовано головні шляхи розв’язання проблеми створення програм фізичної реабілітації для спортсменів із перетренованістю.

Систему фізичної реабілітації у спорті належить проводити в двох напрямах:

• превентивна реабілітація, заходи якої можуть нівелювати негативний вплив факторів тренувальної та змагальної діяльності на організм спортсменів;

• реабілітація спортсменів після травм і захворювань для сприяння якнайшвидшому поверненню спортсменів до тренувальної діяльності [4].

У спортивній практиці засоби відновлення умовно поділяються на три групи: педагогічні, медико-біологічні та психологічні. У проблемі відновлення чільне місце належить педагогічним методам, які дають змогу контролювати зміни працездатності та відновлювати.

Сучасний підхід до реабілітації перетренованості у спортсменів процеси за допомогою цілеспрямовано організованої м’язової діяльності з урахуванням її дії на організм. Психологічні засоби, спрямовані на прискорення процесів відновлення, застосовуються індивідуально, з урахуванням функціональних можливостей організму спортсмена [6].

Визначальним психогенним етіологічним фактором розвитку емоційних порушень у спортсменів є психотравмувальні ситуації: гостра спортивна конкуренція, прагнення до досягнення перемоги, безкомпромісність результату спортивного поєдинку, виступ у присутності численних глядачів, перевантаження при частих і відповідальних змаганнях, відсутність змагального досвіду. Вказані проблеми зумовлюють використання психологічних засобів і методів відновлення [6].

Медико-біологічні відновлювальні засоби поділено на три групи: глобальної, загальнотонізувальної і вибіркової дії. До засобів глобальної дії належать сауна і парна лазня, загальний ручний та апаратний масаж, лікувальні ванни. Ці засоби впливають на всі функціональні системи організму спортсменів.

Комплекс засобів, що складається з масажу, ванн, душів, лазні, фізіотерапії, допомагає зняти загальне стомлення, стимулює функції центральної нервової і серцево-судинної систем, підвищує стійкість організму до несприятливих впливів зовнішнього середовища.

До групи загальнотонізувальних засобів належать:

1) засоби, які не глибоко впливають на організм: УФО, деякі електропроцедури, аероіонізація повітря, місцевий масаж;

2) засоби, які мають переважно заспокійливу дію: хвойні, хлориднонатрієві ванни, попередній і відновний масаж;

3) засоби, які мають збудливу, стимулювальну дію: вібраційний апаратний масаж, попередній тонізувальний масаж, контрастний душ.

До групи засобів вибіркового впливу належать теплі або гарячі ванни (евкаліптові, хвойні, морські, кисневі, вуглекислі), опромінення (видимими променями синього спектра, ультрафіолетовими), теплий душ, масаж (тонізувальне розтирання, переривчаста вібрація), аеронізація [6].

Серед медико-біологічних засобів відновлення, окрім фізичних засобів, виокремлює ще такі групи, як гігієнічні засоби відновлення (дотримання режиму дня, урахування кліматичних умов, стану обладнання та ін.), дієтичні (раціональне харчування) та фармакологічні (адаптогени тваринного, рослинного походження та ін.).

Хоча в анкеті вони вказують, що використовували засоби відновлення, зокрема масаж, сауну, лазню, теплий душ, електрофорез та ультразвук. Ці спортсмени збалансовували харчування відповідно до виду й величини навантаження, застосовували вітаміни та зігрівальні, протизапальні препарати, коригували навантаження, мали підтримку друзів та рідних, під час спортивної кар’єри встановлювали раціональний розпорядок дня. Решта майстрів спорту (n=12) перебували в стані перетренованості на різних етапах багаторічної підготовки: на етапі підготовки до вищих досягнень –33,3% опитаних спортсменів, на етапі якнайбільшої реалізації – 33,3%, а решта респондентів підкреслили, що на двох зазначених етапах помітне погіршення результатів на функціональні проби, зниження працездатності та спортивних результатів.

Гігієнічні засоби відновлення використовували майже всі опитані спортсмени, які були в стані перетренованості (n=22).

З’ясовано, що фізичними засобами відновлення користувалися всі спортсмени: ручним масажем– 53,8%; лише 9,1% користувався гідромасажем; сауну відвідувала половина респондентів (54,5%), лазню з вологістю до 100% – 45,5% опитаних. Жоден спортсмен не використовував вакуумного масажу. Зазначено, що гідропроцедури (душ) використовували з холодною температурою (18,2%), теплою (72,7%) та гарячою (27,3%).

Слід наголосити, що кандидати в майстри спорту не використовували ванни як метод відновлення, майже 10% майстрів спорту (які активно виступають на змаганнях) відповіли, що користувалися ароматичною, кисневою та гіпертермальною ваннами. Електрофорез застосовував майже кожен п’ятий спортсмен.

Зауважимо, що всіма дієтичними засобами відновлення користувалися здебільшого кандидати в майстри спорту (45,5%), майстри спорту відзначили, що застосовували лише харчування, збалансоване за енергетичною цінністю (36,4%).

Майже 90% респондентів вказали, що вживали фармакологічні засоби відновлення: вітаміни та мінеральні речовини; половина опитаних вживала речовини, що стимулюють функцію кровотворення.

Дослідження підтверджує, що спортсмени використовували різні засоби відновлення. З підвищенням рівня спортивної кваліфікації зростає і кількість застосовуваних засобів відновлення.

Однак виникає потреба визначити прямий вплив засобів фізичної реабілітації на відновлення функціонального стану спортсмена.

Так, спокій, полегшений режим тренувань, а також заходи для профілактики залишаються єдиними способами боротьби з перетренованістю.

Регенерація метаболічних резервів є пріоритетним завданням, тому заходи, що прискорюють відновлення, мають початися відразу після закінчення змагань або тренування. Велику роль у запобіганні перетренованості можуть відігравати організаційні заходи.

Прикладом є ігрові види спорту, де заміни плануються так, щоб ключові гравці не мали зайвого навантаження. Істотний вплив мають правильне харчування і відпочинок.

Рекомендовано вилучити з раціону оброблений крохмаль, зернові продукти і цукор, оскільки вони мають протизапальну дію. Вживаючи їжу малими порціями, але частіше, спортсмен забезпечує стабільніший рівень глюкози в крові й уникає метаболічного стресу.

Для видів спорту з різними джерелами енергозабезпечення схеми профілактики втоми і підтримки метаболічних резервів можуть бути різними. Скажімо, для силових видів спорту доведено, що доцільно приймати креатин, протеїн, розгалужені амінокислоти (BCAA), вітаміни групи В.

Для видів спорту, де переважає лактатний шлях енергозабезпечення (наприклад, біг на дистанції від 400 м до 3 км), однією з провідних ланок втоми є зниження рН внаслідок лактатацидоза. Тож логічно використовувати спеціальні буферні добавки.

Для спортсменів із переважно аеробною системою енергозабезпечення важливо також підтримувати належний рівень гідратації і доступних енергоджерел.

Рекомендоване дозування вуглеводів з різним глікемічним індексом варіює від 5,5 г/кг до 9,4 г/кг на день. Слід пам’ятати, що поки відновлення не досягнуто, спортсмен і команда братимуть участь у наступних змаганнях без повного використання гравцями своїх потенційних переваг. Щоб уникнути цього, план відновлення має містити належну гідратацію, харчові, психологічні й тренувальні чинники, а також корекцію способу життя [11].

В іншому дослідженні застосовано програму реабілітації для юніорів-футболістів 10–12 років.

Реабілітаційна програма з урахуванням віку, характеру тренувальних навантажень, особливостей функціонального стану юних спортсменів містила такі відновлювальні процедури: програму дихальних вправ, різні види масажу, гідропроцедури, прийом кисневих коктейлів. До і після програми фізичної реабілітації було виконано обстеження спортсменів та визначено позитивні зміни в процесі їх відновлення (підвищення функціональних показників у пробах Штанге, Генча, Ромберга, ортостатичній пробі) [3].

Зокрема, визначають вплив фізичної реабілітації при перетренованості спортсменівчоловіків 18–27 років ігрових видів спорту (футбол, баскетбол, волейбол).

Як засіб фізичної реабілітації застосовано комплекс фізичних вправ кінезокомбінаційної спрямованості, гідрокінезотерапію, масаж, фізіотерапевтичні методи в поєднанні з засобами медичної реабілітації (фітор, спіруліна, імуномодулятори).

Для визначення реакції серцево-судинної системи на проби з фізичним навантаженням, а також швидкості відновлювальних процесів застосовано такі методи дослідження: проби з додатковими стандартними та специфічними фізичними навантаженнями в природних умовах тренування, Гарвардський степ-тест за загальноприйнятою методикою.

Запропонований комплекс засобів фізичної та медичної реабілітації був ефективний і дав змогу наблизити показники реакції серцево-судинної системи на додаткове неспецифічне та специфічне фізичне навантаження до преморбідних величин, здебільшого вдалося нормалізувати швидкість відновних процесів (за величиною індексу Гарвардського степ-тесту) [7].

Для запобігання стану перетренованості виокремлює різні програми відновлення.

Сучасний підхід до реабілітації перетренованості у спортсменів реакцію енергетичної цінності раціону на 10–15% (залежно від поставлених мети і завдань), а також додатково (функціональна частина) – використання препаратів спортивного харчування типу «Біостимул», рослинних адаптогенів (женьшень, елеутерокок, лимонник і т.д.), вітаміну С не менше ніж 200% від добової потреби і т.д.

Методи моніторингу програми повинні містити біохімічний контроль рівнів тестостерону, аналіз індивідуальної захворюваності спортсменів. Також була запропонована інша програма – «Прискорення відновних процесів після напружених тренувань і змагань». Базова частина раціону спортсмена орієнтована на прискорення енергетичного відновлення вже в перші 3 год після навантажень.

Для цього рекомендовано вживати вуглеводи з високим глікемічним індексом.

Для швидкого локального відновлення м’язів, які працюють, (і для запобігання розвитку дистрофічних процесів у м’язах, що притаманне синдрому перетренованості) застосовуються нутрієнти-анаболізатори, найперше білки.

У функціональній частині раціону для прискорення процесів відновлення використовують амінокислоти і їх суміші, пептиди і пептони, активні компоненти природних адаптогенів рослинного і тваринного походження (екстракт куркуми, пантокрин, апілак і т.д.), препарати спортивного харчування типу «Біоспорт. Відновлювальний комплекс» і т.д. [12].

В основу програми відновлювальних заходів основної групи було покладено цілеспрямоване застосування сформованих комплексів педагогічних, медико-біологічних і психологічних засобів відновлення та підвищення спортивної працездатності. До програми відновлювальних заходів входили засоби йога-терапії, аутогенного тренування, дихальні вправи спрямованої дії та спортивний масаж.

Їх розроблено на підставі отриманих експериментальних даних про розвиток процесів стомлення і відновлення в баскетболісток віком 20–22 роки під час тренувальних навантажень.

Водночас враховано біологічні й психологічні особливості жіночого організму, пов’язані з менструальним циклом, структуру й зміст тренувальних тижневих мікроциклів, а також рекомендації відомих фахівців. У групі порівняння застосовано тільки спортивний масаж. Відновлювальні заходи тривали 3 місяці.

Після реабілітаційних заходів у спортсменок як основної групи, так і групи порівняння зміна показників центральної гемодинаміки на стандартне та тренувальне фізичне навантаження характеризувалася оптимальними змінами показників роботи серцево-судинної системи, що свідчить про підвищення її адаптивних можливостей.

Підтвердженням цього стало також поліпшення вегетативного статусу обстежених баскетболісток за показником індекса Кердо. Після проведених реабілітаційних заходів вегетативний статус спортсменок поліпшився, про що свідчить включення компенсаторно-пристосувальних механізмів довготривалої адаптації на тлі поліпшення функціональних можливостей серцево-судинної системи [5].

Імунна система відіграє важливу роль для підтримки спортивної форми, забезпечення відповідного відновлення організму спортсмена і його захисту від різних вірусних і інших захворювань, які можуть виникнути внаслідок надмірних фізичних навантажень.

Найуспішнішими препаратами, які не вимагають ретельного лікарського контролю і їх рекомендовано використовувати, є антиоксиданти рослинного походження, комбінації адаптогенів і тонізувальних засобів, комбінації вітамінів, а також дієтичних добавок, збагачених пробіотиками, пребіотиками і синбіотиками.

Ці препарати необхідно додавати до раціону харчування спортсменів при інтенсивних і тривалих фізичних навантаженнях з можливим виникненням і розвитком синдрому перетренованості. У практиці спорту широко використовують лікарські засоби на основі ехінацеї–іммунал, а також комбінований фармакологічний препарат іммунотон на основі елеутерококу, звіробою і ехінацеї.

Ці препарати активують фагоцитарну активність нейтрофілів і макрофагів, стимулюють продукцію інтерлейкінів, активують Т-хелпери, поліпшують обмінні процеси в печінці та нирках. Ехінал (отриманий з кореня ехінацеї пурпурової) і імунофлазид (комплексний фітопрепарат) при тривалому вживанні не викликають звикання. Вони дуже перспективні для профілактики перетренованості і перевтоми [10].

Отже, аналіз літературних джерел дав змогу визначити, що в спорті рідко застосовують комплекс засобів відновлення, що має містити педагогічні, медико-біологічні та психологічні засоби. Різноманітність підходів щодо діагностики стану перетренованості та функціонального стану після застосування відновлювальних засобів негативно впливає на те, як визнати ефективність тих чи тих засобів.

На підставі аналізу наукової, методичної літератури та інших джерел інформації було визначено, що в системі багаторічної підготовки спортсменів використовують різні засоби фізичної реабілітації перетренованості. Однак більшість реабілітаційних програм не містить усього арсеналу відновних засобів (педагогічних, психологічних, медико-біологічних), що впливає на процес відновлення спортсменів.

Дослідження, проведене на базі ЧНУ ім. П. Могили щодо використання спортсменами (КМС, МС, n=26) відновлювальних засобів фізичної реабілітації, встановило, що з підвищенням рівня спортивної кваліфікації зростає і кількість застосовуваних засобів відновлення.

Обґрунтовано необхідність створення комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на позитивні зміни у функціональному стані спортсменів, підвищення резистентності організму до негативних факторів, стресу, прискорення процесів відновлення організму після тренувань, змагань та поліпшення адаптаційно-пристосувальних реакцій.

**3.2. Зміст комплексної програми реабілітації спортсменів**

Вагомим є изначення ролі психологічного компоненту в системі фізичної реабілітації спортсменів після травм опорно-рухового апарату.

Мета спортивного тренування – реалізувати можливості оптимального фізичного розвитку людей, всебічного вдосконалення властивих кожній юдині фізичних якостей і пов’язаних з ними здібностей в єдності з вихованням духовних і моральних якостей. Найвищу ефективність спортивної діяльності в річному тренувальному циклі називають «спортивною формою».

Спортивна форма базується на фізичній, технічній і тактичній підготовленості спортсмена, але не зводиться тільки до них.

Психологічні особливості цього стану:

– процеси сприйняття, пов’язані з даним видом спортивної діяльності, протікають чітко і швидко;

– збільшується обсяг сприйняття;

– покращується визначення і концентрація уваги;

– підвищується швидкість реакції;

– загострюється діяльність свідомості, є повний свідомий контроль над своїми руховими діями і найбільш досконале управління ними;

– спостерігається емоційний підйом, настрій бадьорий і життєрадісний.

Все цей призводить до розкутості спортсмена в ухваленні рішень і здійсненні дій і як наслідок покращення своїх результатів.

Кількість виконаних техніко-тактичних дій волейболісток у стані спортивної форми і поза нею були практично однаковими. Проте була істотна різниця в характеристиці цих дій. Коли волейболістки були не у формі, вони в основному діяли за принципом надійності, тобто використовували дії, в яких були упевнені, що не помиляться.

В стані ж спортивної форми вони використовували часто дії, ризиковані, але несподівані для суперника. У цьому ж дослідженні було виявлено, що в стані спортивної форми у волейболісток спостерігалася підвищена потреба в руховій активності, вони були «заряджені» на фізичну роботу. В стані спортивної форми ігрові дії здійснюються спортсменами швидше.

Так, час, що витрачався волейболістами під час блокування, в стані спортивної форми рівнявся 2,05 с, коли ж спортсмени були не у формі цей час складав 2,66 с.

Особливо важливо те, що в стані спортивної форми, скорочується час на розпізнавання ситуації і визначення зони, де треба поставити блок. До цих пір поняття «Спортивна форма» недостатньо визначено і часом викликає жваву дискусію, яка зводиться до того, чи є стан спортивної форми якісно іншим, чим стан високої тренованості.

Спортсмен, який знаходиться в спортивній формі, відрізняється від передування свого стану високої тренованості тим, що на стандартне навантаження дає велику, а не меншу, як слід було б чекати відповідно до адаптації спортсмена, реакцію вегетативної системи.

Це характеризує максимальну мобілізацію організму і повинно розглядатися як позитивний феномен. Поза сумнівом, підвищена реактивність – це загальне явище, але вона все ж таки має місце, тому необхідно знати її механізми і роль у прояві тренованості. Як уже говорилося, підготовка до змагання викликає у спортсмена нервово-емоційне напруження.

Переживання спортсменом майбутнього виступу, настроювання на показ граничного на даний момент результату може призводити до того, що емоційний компонент починає займати все більш вагоме місце як регулятор поведінки спортсмена. Внаслідок цього емоційне збудження, яке зазвичай виявляється у спортсмена незадовго до змагань і під час їх, із-за стійкої та інерційної домінанти стає постійним (стійким) станом.

На цьому фоні виконання стандартного навантаження і дає високу реактивність, що виражається в тому, що на колишнє навантаження організм реагує більш марно, великими вегетативними зрушеннями. Ця надбавка пов’язана не з дорожчанням фізичної роботи, а з перевантаженням регулювання із-за підвищеного емоційного фону.

Таким чином, енергетична вартість роботи змінюється у підготовленого до змагань спортсмена у зв’язку з посиленням його психічної активності. На користь такого тлумачення феномену підвищеної реактивності свідчить наступне дослідження. У студентів вимірювалися енерговитрати під час виконання степ-тесту в двох станах – спокійному і при емоційному збудженні (безпосередньо перед іспитом).

У останньому випадку енерговитрати на виконання однієї і тієї ж механічної роботи були на 50% більше.

Таким чином, було виявлено схоже з феноменом підвищеної реактивності явище, яке, проте, не мало ніякого відношення до спортивної форми. Однак цей феномен може з’являтися і у спортсменів за деякий час до змагань. Чим більше хвилювання і тривожність спортсмена під час підготовки до змагань, тим більше шансів виявити у них – феномен підвищеної реактивності.

Пояснення стану спортивної форми треба шукати перш за все в області психофізіології, а також у нервовій регуляції процесів обміну речовин під час виконання фізичних навантажень перед відповідальними змаганнями. Як же відноситися до феномену підвищеної реактивності? Очевидно, його не можна розглядати як критерій спортивної форми і при його появі чекати від спортсмена рекордних результатів. Річ у тому, що стан підвищеної емоційності, який триває довгий час, невигідно для організму. Поведінка людини втрачає пластичність. Включення у процес регуляції симпато-адреналової системи на повну потужність може підвищити працездатність спортсмена до рівня, який недоступний йому в звичайних умовах.

Проте розрядка виниклої домінанти (установки на результат) може з’явитися навіть по неадекватному приводу, оскільки згідно фізіологічним законам саморегуляції, система, що знаходиться в напруженому стані, прагне звільнитися від надлишку збудження.

Не випадкову найбільша кількість зривів гальмівних реакцій спостерігається у спортсменів в ті періоди, коли йде гостра боротьба за місце в збірній команді. У цей період наголошуються і невротичні реакції тривожного очікування, спостерігаються неадекватні форми поведінки і реагування на ситуацію. Стан «бути у формі», це готовим проявити всі свої можливості, які базуються на фізичній, технічній, тактичній і морально-вольовій підготовці спортсмена. В стані спортивної форми спортсмен тренується із задоволенням, не дивлячись на велике фізичне навантаження, він неохоче припиняє тренування, коли закінчується час.

Проте при цьому необхідний ще і настрій спортсмена на показ максимального результату. У зв’язку з цим слід зупинитися на психологічному компоненті спортивної форми – готовності до змагань.

Як зазначила майстер спорту з волейболу Н.: «Спортивна форма для мене характеризується перш за все хорошою фізичною формою – стрибучістю, легкістю, яка створює упевненість у собі, бажання змагатися. Емоційне збудження при цьому не заважає. Часто вдаються обманні удари, оригінальні ходи, легко вгадую можливості партнерок і їх наміри, оскільки про себе не піклуюся, упевнена, що зроблю як треба і переключаю увагу з себе на партнерок. Коли не у формі, з’являється невпевненість, весь контроль – на себе, щоб зробити краще.

Тому порушується взаєморозуміння з партнерками. Часто з’являється боязнь програшу. Звідси емоційне збудження не допомагає, а шкодить», Майстер спорту з потрійного стрибка Г.: «Моєю особливістю є висока емоційна збудливість. Якщо виходжу з бажанням стрибати, то результати не високі. Кращі результати бувають, коли я відчуваю млявість, лінь, апатію».

Розглянемо методи загальної і спеціальної психологічної підготовки спортсменів Загальна психологічна підготовка – спрямована на формування властивостей особистості і психічного стану, що обумовлюють успішність і стабільність виступів у змаганнях.

Її метою є адаптація до змагальної ситуації взагалі, вдосконалення і оптимізація реактивності на специфічні екстремальні умови спортивних змагань.

1. Змістом загальної психологічної підготовки є виховання спортивного характеру:

– холоднокровність в екстремальних ситуаціях змагань; – упевненість у собі, яка забезпечує високу надійність і активність спортсмена в змінюваних змагальних умовах;

– бойовий дух, як відношення до процесу і результату діяльності;

– допомагає розкриттю резервних можливостей спортсмена.

Тренером і його помічником психологом у виховній роботі виконуються наступні психолого-педагогічні заходи:

– бесіди, лекції, що спрямовані на психологічну освіту спортсменів;

– бесіди з інтими людьми в присутності спортсмена;

– метод дії – непряме навіювання;

– гетеротренінг (від грець, «хетерос» – інший), або сеанс навчання аутогенному тренуванню;

– навіюваний відпочинок – спортсмену навіюється глибокий спокій, відпочинок у стані повного розслаблення з відчуттям тепла в м’язах;

– аутотренінг, який має мету – переводу навіювання у самонавіювання, удосконалення механізмів саморегуляцій – роздуми – спосіб формування переконань. – ритуал передзмагальної поведінки – індивідуальна поведінка спортсмена перед змаганням.

Виконання цього ритуалу є заспокійливим чинником.

2. Спеціальна психологічна підготовка до конкретного змагання. Спеціальна підготовка до змагань включає наступні елементи:

– упевненість у своїх силах (вона ґрунтується на визначенні співвідношення своїх можливостей і сил суперників);

– намагання вперто боротись за перемогу;

– оптимальний рівень емоційного збудження (емоційне збудження повинно відповідати умовам і вимогам змагальної діяльності, індивідуально-психологічним особливостям спортсмена, масштабу і рангу змагань);

– високу cmiйкicmь до несприятливих зовнішніх і внутрішніх впливів;

– здібність довільно управляти своїми діями, почуттями, поведінкою.

Процес спеціальної психологічної підготовки до конкретних змагань представляє собою певну систему.

У цю систему входить:

• збір інформації про умови майбутнього змагання (для одних видів спорту, наприклад лижні перегони, важливо заздалегідь знати місце проведення змагання, для інших – основною є інформація про суперників);

• правильне визначення і формулювання змагальної мети (вона сприяє підйому бойового духу, мобілізації резервних можливостей спортсмена);

• формулювання і актуалізація мотивів участі у змаганнях;

• програмування змагальної діяльності (процес програвання у думках майбутньої діяльності в передбачуваних умовах);

• саморегуляція несприятливого внутрішнього стану (від змагання до змагання спортсмен обирає із засвоєних способів саморегуляції найбільш ефективні для певних ситуацій);

• збереження і відновлення нервово-психічної свіжості (тобто правильна побудова режиму дня в період підготовки до змагань, вміння відволікатись від думок про змагання і т. інше).

У сучасній теорії і практиці спорту ментальний тренінг (від англ. тепіаі – розумовий, психічний) розглядається як цілісна система методів психологічної підготовки спортсменів до змагань.

Ментальні методи психотренінгу в сучасному спорті передбачають використання аудіовізуальної апаратури, комп’ютерних методів, використання електронних технічних засобів для організації біологічного зворотного зв’язку. Коротка характеристика різних методів ментального тренінгу.

1. Аутогенне тренування (АТ).

В основі методів AT знаходяться механізми самонавіювання. Уперше використана 148 методика німецьким терапевтом Шульцем (1930 рік). Вплив «Я» (сам) визначає ефект AT–навіювання стану в’ялості, тепла, обтяження у м’язах. Як критерій ефективності AT є м’язова релаксація, яку досягає особистість у процесі виконання вправ AT.

2. Ідеомоторне тренування (IT). В основі IT знаходиться «загадковий ефект» зв’язки думки з рухами. Образ руху (уява про рух) викликає сам рух, що визначається в ідеомоторних актах – мікрорухах м’язів, які відповідають за виконання даного руху в цілому. На підставі IT виник новий метод ментального психотренінгу, який одержав назву «розумової репетиції» майбутнього змагання.

3. Розумова репетиція (РР) – основному використовується спортсменами високої кваліфікації. Метод РР дозволяє управляти своїми емоціями і почуттями, знімати психічний вантаж тимчасових невдач, боязні майбутніх змагань. Успішно метод використовується для адаптації психіки спортсменів до умов майбутнього змагання.

4. Ментальний іматотренінг (МІТ). Метод іматотренінгу (від анг. ітаgе – образ, відображення) заснований на функції психіки особистості творчого відображення, яке дозволяє спортсмену уявити себе в бажаному образі, спроектувати цей образ на майбутнє.

Даний метод широко застосовується в сценічній підготовці акторів.

Спортсмен багато в чому подібний актору, що очевидно для артистичних видів спорту, наприклад, акробатики, гімнастики, синхронного плавання, фігурного катання на ковзанах.

Відомо, наприклад, що світовий рекордсмен зі спортивного плавання Марк Спітц використовував у МІТ образ стрибаючого із стартової тумбочки тигра, а інший рекордсмен світу австралієць Холландер ототожнював себе з образом маленької рибки, яка налякано тікає від бажаючої проковтнути її акули. Відомий спринтер Джессі Оуенс використовував образ кулі, яка вилетіла зі спортивного пістолету.

5. Психотренінг вольової уваги (ПВУ). До цієї групи методів ментального тренінгу відносяться традиційні прийоми і вправи для концентрації уваги, розвиток пам’яті, навичок тактичного мислення.

6. Методи гіпнозу (МГ). Гіпноз оперує станом трансу, в яке спортсмена вводять за допомогою навіювання.

Використання цього методу вимагає високої професійної підготовки психолога. До того ж є ризик відстрочених ефектів, наприклад ефекту звикання.

Дані методи використовуються лише зі згоди спортсмена і тренера, що також зменшує сферу його використання в спорті.

7. Медитативні методи (ММ). Ментальний психотренінг спортсмена за допомогою медитативних методів є новим і нетрадиційним для вітчизняного спорту.

Причиною непопулярності цієї групи методів є орієнтація на релігійні доктрини східних духовних учителів та окультну практику їх використання. Проте, не можна відкидати корисність цих методів, їх високу психологічну ефективність в разі правильного використання.

Фахівці відзначають, що за допомогою медитативних методів спортсмен може швидко відновити свій біоенергетичний потенціал, легко управляти своєю увагою і психічним станом, досягати ясності думки в критичних ситуаціях змагальної боротьби.

8. Ментальний відео тренінг (МВТ). Це популярна техніка ментальної психологічної підготовки спортсменів, яка здійснюється з використанням відеозаписів ігор і спортивних змагань.

Перегляд відеозаписів змагань дозволяє спортсменам уникнути власних помилок, краще вивчити своїх суперників.

9. Макетне моделювання дій. Даний метод найбільш популярний в тактичній підготовці спортсменів ігрових видів спорту. На макеті реального ігрового поля різнокольоровими фішками представлені гравці своєї та чужої команди.

Аналогічний тактико-психологічний тренінг здійснюють учасники в спортивному туризмі, використовуючи карту місцевості майбутніх змагань.

3. Передстартова психологічна підготовка спортсмена та її методи

Доведено, що успішний виступ у змаганнях залежить не тільки від високого рівня фізичної, технічної і тактичної підготовки спортсмена, а й від його психологічної готовності. Дійсно, щоб реалізувати повною мірою свої фізичні, технічні та тактичні здібності, навички та вміння, а крім того, розкрити резервні можливості організму, спортсменові необхідно психологічно готуватися до певних умов спортивної діяльності. Так психологічні особливості змагань визначають високі вимоги до психіки спортсмена. Адже все те, що було відпрацьовано і накопичено в процесі навчання і тренувань протягом місяців або років, може бути розгублено в лічені хвилини, а часом і секунди перед стартом або в ході спортивної боротьби.

Тому слід пам’ятати, що психологічна підготовка спортсмена до змагань є важливий і обов’язковий елемент навчання і тренування. В цьому контексті особливого значення набуває саме психологічна підготовка спортсмена у передстартовий період, що є завершальним етапом передзмагальної підготовки.

Ведуча роль у формуванні готовності спортсмена до змагань відводиться розминці.

1. Психологічна розминка. Розминка пов’язана з підготовкою кістково-м’язового апарату, регуляцією теплообміну в організмі, функціонуванням серцево-судинної системи, дихальної функції, центральної нервової системи та інших систем організму.

2. Психологічне налаштування спортсмена на майбутню змагальну діяльність. Вона надає можливість:

• покращити м’язові-рухові відчуття під час виконання рухової діяльності;

• підвищити інтенсивність і стійкість уваги;

• усвідомити структуру майбутніх спортивних дій (просторових, часових), динамічних характеристик рухів під час виконання імітаційних та ідеомоторних дій;

• підсилити мотиваційну сферу щодо досягнення високих спортивних результатів;

• сформувати впевненість у своїх силах і бадьорий емоційний стан;

• збудження готовності до максимальних вольових зусиль та прояву їх в умовах змагальної боротьби;

• збудження готовності до максимальних проявів психіки і особистісних якостей в умовах участі у змаганнях.

3. Психологічне консультування, психологічна допомога спортсменам і тренерам. Допомогу у психологічному консультуванні постійно потребують як спортсмени, так і тренери. Одним із методів психологічного консультування в спорті є метод інтерв’ю. Це організований і структурований контакт психолога з клієнтом (спортсменом, тренером).

Рекомендується п’яти крокова модель проведення інтерв’ю.

Перший крок – знайомство починається з питання психолога: «Слухаю Вас... ». Завданням тут є встановлення контакту і атмосфери довіри в спілкуванні психолога з клієнтом.

Другий крок – збір інформації відносно проблем клієнта;

Третій крок – обумовлений визначенням бажаного результату. Спортсмен, наприклад, може заявити, що він хоче стати олімпійським чемпіоном.

Четвертий крок – визначення альтернативних рішень. Пошук альтернатив здійснюється за допомогою дослідження особистої динаміки клієнта.

П’ятий крок – перехід від навчання до дії. Образне визначення цього етапу – «Ви будете робити це?».

У роботі зі спортсменами психологу доцільно спиратися на приклади видатних атлетів, а в конкретних рекомендаціях на авторитет тренера. Іншим ефективним методом є аудиторно-груповий метод психологічного консультування в спорті.

Процедура аудиторногрупового консультування передбачає не тільки обговорення проблеми, але й елементи рольової гри. Процес консультування йде індуктивно – від часткового до загального. Методика доцільна у використанні як навчальна процедура в роботі з великими аудиторіями (від 25 до 200 спортсменів).

Методика організації групової консультації наступна:

– нульовий етап (підготовка занять: складається з написання його програми-сценарію);

– формування консультативної групи (ця група, яка складається із 6–8 осіб, репрезентує групу);

– знайомство з проблемою(ведучий психолог робить короткий виступ, називаючи тему майбутньої роботи і пропонує конкретну ситуацію, яка є предметом аналізу);

– збір банку типових реакцій (мета цього етапу в тому, щоб зібрати різні варіанти поведінки людей у запропонованій ситуації і визначити найбільш характерні);

– обговорення і порівняльний аналіз запропонованих варіантів вирішення ситуації;

– узагальнення результатів аналізу конкретної ситуації;

– формування консультативною групою ідеальної моделі нової поведінки.

Одним з особливих проявів у передстартовій психологічній підготовці спортсмена є також налаштування та деяка спортивна «злоба» на суперника, який дозволяє собі зверхньо ставитися до опонентів.

Нерідко така провокуюча поведінка дозволяла командам, що перед змаганнями вважалися явними аутсайдерами робити справжнє спортивне диво.

Психологічний засіб тренування умінь та навичок для підвищення спортивних результатів залишається актуальним напрямком науково-практичної діяльності галузі спортивної психології. На даний час у психології спорту, а також у практичній психології накопичено доволі багато матеріалу щодо застосування різних психологічних методів коригування психіки з метою досягнення більш високого ступеня психологічної підготовленості спортсмена.

Однак фахівці зі спорту приділяють не значну увагу розробці психологічних засобів для реабілітації спортсменів, що отримали травму, незважаючи на те, що прктика показує, що трвматизм у спорті «руйнує» кар’єру 60-70% кваліфікованим спортсменам, зміцнює їх багаторічну самовіддану і тяжку як у фізичному, так і морально-психологічному плані працю.

Саме тому було розроблено тренінг, який визначався як цілеспрямована та стандартизована послідовність дій у процесі систематизованої обробки визначених процедур, спрямованих на вироблення нових навичок, які включають формування адаптивних схем, необхідних для подолання посттравматичних ситуацій, що часто виникають у спортсменів, які отримали травму опорно-рухового апарату.

Найбільш вразливою ланкою опорно-рухового апарату в спортсменів є колінний суглоб, на травми та захворювання якого припадає близько 50 % загальної патології, далі йдуть гомілковостопний суглоб – 10 % патології, поперековий і грудний відділи хребта – 10 %, гомілка і стопа – 6 %, тазостегновий, плечовий суглоби і кисть – по 5 %, ліктьовий суглоб – 4 % і т. ін. [5].

Однак потрібно підкреслити, що ці цифри дають лише загальне уявлення про локалізацію патології опорно-рухового апарату в спортсменів, у той час як локалізація травм має характерні особливості для окремо взятого виду спорту. Найбільш травмонебезпечними, із погляду пошкодження опорно-рухового апарату, за даними різних науковців, представляються спортивні ігри, кількість травм у яких становить близько 67 %.

Лідирування ігрових видів спорту за загальною кількістю травм невипадково пов’язано, насамперед, із тим, що їхньою специфічною особливістю є швидка зміна дій відповідно до перебігу гри, прийняття швидких й ефективних рішень при гострому дефіциті часу.

Поряд із фізичним спортсмени в ігрових видах спорту несуть велике нервово-психологічне навантаження, сполучене із сильним емоційним збудженням. Цим видам спорту притаманні тривалий змагальний сезон і часті переїзди спортсменів у різні клімато-географічні зони зі зміною часових поясів, а також участь у змаганнях без попередньої тимчасової адаптації, зміни режиму харчування [7].

Проведені дослідження свідчать, що спортсмени ігрових видів спорту найчастіше отримують травми нижніх кінцівок (53,8 %). Це стосується як командних, так і індивідуальних видів. Далі – ушкодження верхніх кінцівок (18,3 %), травми хребта (13,2 %) і голови (9,8 %) .

Травми опорно-рухового апарату в спортсменів супроводжуються раптовим та різким припиненням тренувальних занять, викликають порушення усталеного рухового стереотипу.

Раптове припинення занять спортом сприяє згасанню й руйнуванню вироблених багаторічним систематичним тренуванням умовно-рефлекторних зв’язків. Знижується функціональна здатність організму й усіх його систем, відбувається фізичне та психічне розтренування. Негативні емоції, пов’язані з травмою, неможливістю виступати в змаганнях, страх надовго втратити спортивну форму та працездатність гнітюче діють на психічний стан, ще більше посилюючи процеси детренованості. Особливо несприятливо припинення занять спортом позначається на стані здоров’я висококваліфікованих професійних спортсменів [6].

У зв’язку з цим зростає роль ефективних засобів і методів відновлення ушкодженої рухової функції.

На думку вітчизняних та зарубіжних науковців, завданням фізичної реабілітації спортсменів у професійному спорті є відновлення як загальної, так і спеціальної фізичної працездатності. Зберігаючи багато рис, властивих реабілітації хворих-неспортсменів, реабілітація спортсменів водночас гостро специфічна, насамперед, за кінцевою метою – відновлення специфічних фізичних якостей і навичок, що вимагає інших форм організації, засобів і методів відновлення.

Надзвичайно важливим у реабілітації спортсменів є різноманітність використовуваних засобів відновлення, що об’єднуються в комплексні програми. Чим вони багатогранніші, тим вища їх ефективність, оскільки вони діють на різні механізми регуляції організму спортсмена (гуморальні, імунні, нервові, функціональні) і тим більша вірогідність «попадання в ціль».

Сюди входить широкий спектр фізіотерапевтичних і бальнеологічних засобів, різні модифікації масажу (пневмо-, гідро-, вібромасаж, класичний ручний, точковий, сегментарно-рефлекторний та ін.), ортопедичні засоби (у тому числі спеціальні ортези), лазеро- й рефлексотерапія, баротерапія, психорегуляція та ін.

Різноманітні засоби фізичної реабілітації комбінуються таким чином, що взаємно підсилюють і доповнюють дію один одного на організм спортсмена. Стан детренованості, який неминуче слідує за тривалим відновним процесом, призводить до зниження основних рухових якостей, спеціальних навичок і порушення техніки рухових дій в обраному виді спорту [6].

Сьогодення висуває вимоги до виховання здорової та адаптованої особистості, особливо в умовах різкого підвищення рівня інформатизації суспільства, що не може не впливати на процеси розвитку та формування соціально-психологічного організму спортсмена. Враховуючи соціально-психологічні особливості, притаманні пауерліфтингу як виду спорту і спортсменам-паралімпійцям як нозологічній категорії, набуває важливого значення аналіз і дослідження переживань суб’єктивної самотності, адже їхні наслідки можуть мати істотний негативний вплив на розвиток і становлення особистості спортсменів-паралімпійців та їхньої спортивної кар’єри надалі [14].

У наукових дослідженнях і суспільній думці поширеним залишається уявлення, що самотність передусім пов’язана з відсутністю родини або проблемами в ній. Це є формалізованим і побутовим підходом, що не враховує психологічні характеристики почуття самотності як внутрішнього стану, який може бути не пов’язаний із наявністю чи відсутністю родини [15,16]. Це створює необхідні передумови щодо соціально-психологічної реабілітації спортсменів-паралімпійців, які спеціалізуються в пауерліфтингу, для продовження повноцінної спортивної кар’єри.

Гіпотеза полягає у припущенні існування певних вікових та особистісних чинників, що пов’язані з виникненням та особливостями переживання суб’єктивної самотності спортсменами-паралімпійцями першого зрілого віку (18–24 років), які спеціалізуються в пауерліфтингу.

Аналіз наукових робіт дає змогу констатувати, що незважаючи на наявність різних напрямів і рівнів дослідження цієї проблеми у клінічній психології та психіатрії, недостатньо вивченими залишаються питання щодо суб’єктивної самотності як соціально-психологічного феномена осіб першого зрілого віку. Саме у цьому віці розвиваються механізми соціальної та міжособистісної взаємодії, що надалі визначають рівень адаптованості спортсмена-паралімпійця в суспільстві, який є важливим чинником регуляції його психічного стану зокрема та фізичного стану загалом.

У контексті вивчення почуття самотності особливого значення набувають типові проблеми дорослих спортсменів: емансипація, рефлексія, самоідентифікація. Загострюються риси характеру та проявляються акцентуації, що істотно впливають на стиль міжособистісних відносин, рівень психічного та фізичного здоров’я, що є передумовою досягнення максимально високих спортивних результатів. Значущим є дослідження саме суб’єктивної самотності спортсменів-паралімпійців як такої, що має особистісну детермінованість і пов’язана з негативними переживаннями, порушеннями міжособистісних від-носин, зниженням рівня соціального функціонування особистості спортсмена. Важливою умовою дослідження стану самотності спортсменів-паралімпійців є виявлення особистісних рис самотньої людини.

Аналіз взаємозв’язків соціально-психологічних особливостей осіб першого зрілого віку з відчуттям самотності, його виникненням і динамікою потребує звернення до теоретичного підходу, який об’єднував би в собі внутрішні та зовнішні детермінанти самотності та дав би можливість пояснити особливості відчуття саме суб’єктивної самотності спортсменів. Таким критеріям відповідає інтеракціоністський підхід, що як внутрішню детермінанту самотності розглядає суб’єктивно-особи-стісну схильність до самотності, а як зовнішню – відпо-відні соціальні ситуації. Як суб’єктивно-особистісну схильність розуміють вікові та індивідуальні характерологічні особливості спортсменів.

Найважливішим для розгляду самотності вважають меха-нізм, який умовно можна назвати «до людей – до себе». Він розкривається у суперечливих тенденціях особистостей спортсменів-паралімпійців до спілкування, з одного боку, і водночас, до ізоляції та рефлексії, з іншого. Оптимальним психологічним станом спортсменів-паралімпійців є чергування цих екстремумів, але зменшення чи відсутність одного з них може стати підставою для виникнення надалі проблем адаптації особистості.

Підставою для вивчення саме суб’єктивної самотності спортсменів-паралімпійців є дві обставини. По-перше, це відсутність відповідних ґрунтовних досліджень у сучасній вітчизняній загальній і прикладній психології (спорту) та клінічній психіатрії. По-друге, це той факт, що суб’єктивна самотність не має суттєвого зв’язку з реальною відсутністю близької людини. Детальніше це пояснюється за допомогою розрізнення понять і застосування типологічних характеристик самотності.Для перевірки емпіричної гіпотези про переважно суб’єктивну природу відчуття самотності визначили кореляційний зв’язок між типами самотності та оцінкою суб’єктивного відчуття самотності – тобто того, наскільки спортсмен відчуває себе самотньо, незважаючи на зовнішні обставини.

За даними відчуття самотності є здебільшого внутрішнім, суб’єктивним станом спортсменів-паралімпійців, і це частково підтверджує емпіричну гіпотезу. Аналіз даних допомагає з’ясувати, чи розглядали дослідники та автори обраних мето-дик один феномен чи розробляли окремі підходи до вивчення переживання самотності? Винятком є переживання дифузної самотності, що не виявляє зв’язок із суб’єктивним станом людини. Звернемося до пояснення механізму дії цього виду самотності. Як відомо, в його основі лежить бажання бути прийнятим оточенням, ідентифікація себе з зовнішніми об’єктами (іншими особами) і відокремлення від власних ресурсів і переживань. Для спортсменів-паралімпійців, які переживають такий вид самотності, властивий конформний тип поведінки та повне засвоєння поглядів, думок та інтересів партнерів за комунікацією.

Умовно можна розрізнити дві спрямованості, що забезпечують механізм виникнення дифузного типу самотності: перша – бажання бути з іншими, ідентифікація з ними через відмову від власної індивідуальності; друга, що виникає внаслідок першої, – власне відчуття самотності та відсутності сенсу життя. Отже, спробуємо пояснити отримані результати, спираючись на детальний аналіз цього типу самотності.

Відсутність зв’язку між дифузним типом самотності та її суб’єктивним переживанням дорослими спортсменами можна пояснити, враховуючи вікові особливості. У першому зрілому віці завершується процес соціалізації особистості, який передбачає засвоєння суспільних норм поведінки та життєдіяльності [19].

Важливим механізмом є ідентифікація себе з іншими та часткова відмова від власних переконань і бажань. Отже, перша спрямованість механізму дифузної самотності наявна, але це норма для досліджуваної вікової групи – 18–24 роки.

Враховуючи також, що особистість спортсмена набуває індивідуальності, слід виключити виникнення другої спрямованості та заразом дифузного типу самотності.Аби відповісти на закономірне питання, наскільки поширеними є певні види самотності у спортсменів-паралімпійців, необхідно виконати кількісний аналіз даних. За нашими результатами, 32 % спортсменів пережива-ють дифузний тип самотності, 36 % – дисоційований тип, 12 % – самотність відчуження, 20 % – змішаний, тобто мають однакові показники за двома чи більше видами самотності.

Відчуття самотності пов’язане з погіршенням нервово-психічної адаптації спортсмена. Але важливіше розглянути, які саме типи самотності пов’язані з погіршенням психологічного стану у спортсменів-паралімпійців, що дасть змогу розширити розуміння цього феномена.

**3.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження**

У процесі застосування ЛФК у комплексному лікуванні хворих слід визначати її ефективність, щоб контролювати правильність добору фізичних вправ і доцільність обраної методики, оперативно вносити корективи у заняття.

Методи дослідження ефективності залежать від характеру захворювання, оперативного втручання, травми. Загальновизнаним правилом є визначення фізіологічної кривої навантаження у процесі занять ЛФК. Розрізняють такі види контролю: ϖ експрес-контроль, ϖ поточний, ϖ етапний контроль. Експрес-контроль застосовують для оцінки ефективності одного заняття (терміновий ефект).

Для цього вивчають безпосередню реакцію хворого на фізичне навантаження. Проводяться лікарсько-педагогічні спостереження (ЛПС), визначається ЧСС, дихання і артеріальний тиск до, під час і після заняття. Отримані дані дають змогу побудувати фізіологічну криву навантаження, що при вірно спланованому занятті поступово підвищується у вступній частині, досягає свого максимуму в середині основної і знижується у заключній частині заняття. Під час експрес-контролю рекомендується використовувати радіотелеметричні методи дослідження (телеелектрокардіограф, електрокардіосигналізатор та ін.), що мають особливо велике значення при серцево-судинній патології.

Поточний контроль проводять протягом всього періоду лікування не менш ніж раз на 7-10 днів, а також при зміні рухового режиму. Він дає можливість своєчасно вносити корективи у методику занять, програму фізичної реабілітації. Використовують клінічні дані, результати функціональних проб, показники інструментальних методів дослідження, антропометрії.

Етапний контроль проводять для оцінки курсу лікування загалом (кумулятивний ефект), для чого перед початком занять ЛФК і при виході з лікарні поглиблено обстежують хворого. Використовують антропометричні виміри і, залежно від характеру патології, проводять функціональні проби і спеціальні методи дослідження, що свідчать про стан тієї чи іншої системи: серцевосудинної, дихальної, нервової, опорно-рухового апарату та ін.

Так, для визначення функціонального стану серцево-судинної системи застосовують динамічні проби з різними фізичними навантаженнями: присіданнями, ходьбою на місці, бігом, підскоками, вправами на велоергометрі, тредмілі (доріжка, що пересувається), сходження по східцях. За реакцією ЧСС, артеріального тиску, часу відновлення цих показників після навантаження робиться висновок про функціональний стан серцево-судинної системи і дається оцінка фізичної працездатності на даний час. У клінічній практиці для складання індивідуального рухового режиму та оцінки ефективності фізичної реабілітації у лікарсько-трудовій експертизі виникає необхідність у визначенні толерантності до фізичних навантажень, тобто здатність організму витримувати їх без негативних порушень стану. Визначається вона шляхом поступового зростання навантажень з одночасним електрокардіографічним контролем.

При появі перших ознак погіршення коронарного кровообігу, що фіксується на електрокардіограмі - пробу припиняють, фіксуючи при цьому ЧСС. Момент появи ознак несприятливої реакції називається порогом толерантності до фізичного навантаження. Він дає можливість об'єктивно призначати оптимальний рівень фізичних навантажень під час занять ЛФК, який, зрозуміло, значно нижчий порогового, а також визначити рівень підготовки до фізичної праці. Для цього порогову толерантність зіставляють з професійними енерговитратами.

Всі методи медичного обстеження діляться на клінічні та параклінічні.

До клінічних методів обстеження відносять: ϖ Розпит (збір анамнезу).

Параклінічні методи обстеження включають: антропометрію, термометрію тіла, інструментально-функціональні методи, променеві (рентгенологічні й магнітно-резонансні), ультразвукові, радіоізотопні, термографію, ендоскопічні, лабораторні, функціональні проби та ряд інших. Докладно клінічні й параклінічні методи обстеження розглядаються при вивченні дисциплін «Клінічна та інструментальна діагностика» та «Медичне забезпечення фізичної культури і спорту».

У даному навчальному посібнику зупинимося на основних методах обстеження та основних положеннях лікарськопедагогічних спостережень у ЛФК. Клінічні методи дослідження. Під час розпиту (збору анамнезу) лікар повинен одержати відомості про загальне самопочуття обстежуваного, з'ясувати його скарги на момент огляду (якщо такі є), історію (анамнез) хвороби, коли мова йде про конкретне захворювання, що змусило звернутися до лікаря, й історію (анамнез) життя.

Стосовно до спортсменів варто також зібрати дані, що стосуються спортивного анамнезу.

Анамнез хвороби - відомості про початок захворювання, його можливі внутрішні та зовнішні причини (переохолодження, фізичне або психічне перенапруження, перенесена інфекція, порушення харчування, режиму дня та ін.), характер перебігу, проведене раніше обстеження та лікування, ефективність останнього, мотиви теперішнього звертання до лікаря.

Анамнез життя - дані про життя пацієнта, які можуть мати відношення до виникнення хвороби (побутові умови, бюджет на одного члена родини, характер харчування, сполучення навчання з роботою, шкідливі звички - паління, вживання алкоголю, наркотиків), відомості про перенесені захворювання, травми й операції, спадкоємній схильності до окремих захворювань. Обов'язковим у цьому розділі є виявлення деяких алергійних проявів (сверблячка, сип і т.п.) при вживанні певних харчових продуктів, контакті з пилком рослин, вовною тварин, парфумерними виробами, застосуванні або введенні деяких медикаментозних засобів.

Якщо мова йде про особи, що займалися або займаються спортом, додатково збирається спортивний анамнез, що включає в себе наступні питання: заняття фізичною культурою в школі, спортивних секціях; вид спорту на цей час; кваліфікація; тренування на цей час - період, кількість тренувальних занять на тиждень, тривалість кожного заняття, оцінка важкості тренування самим спортсменом; самопочуття; задоволеність або незадоволеність швидкістю приросту спортивних результатів; загальна характеристика режиму дня, тренування й відпочинку в годинах; ранкова зарядка; додаткові методи загартовування та ін.

Параклінічні методи обстеження. Антропометрія. Антропометрія в клінічній практиці припускає оцінку довжини тіла, маси тіла та окружності грудної клітини. У спортивно-медичній практиці її завдання значно ширше. Мінімальний, чи скорочений, обсяг антропометричних дослідженнь передбачає реєстрацію наступних показників: довжина тіла у положенні стоячи, 100 маса тіла, окружність грудної клітки в положенні вдиху, видиху і дихальної паузи (по них обчислюють амплітуду руху грудної клітки), життєва ємність легень, визначення форми ніг, стану зводу стопи, типу статури, сили м'язів кистей рук і станової сили.

Повний обсяг досліджень, необхідних для рішення практичних питань фізичного виховання, включає, крім того, вимір росту в положенні сидячи, окружностей шиї, живота, талії, плеча, передпліччя, стегна і гомілки, товщини жирового прошарку, рухливості в основних суглобах (плечовий, тазостегновий, колінний, гомілковостопний, хребетний стовп), а також обчислення пропорцій тіла (по співвідношенню між довжиною тулуба і кінцівок). Довжину тіла визначають за допомогою ростоміра.

При вимірі росту стоячи пацієнт стає спиною до вертикальної планки ростоміра, торкаючись до неї п'ятами зімкнутих ніг, сідницями і між лопатковим простором. Потилиця звичайно не торкається до планки, орієнтиром для положення голови служить лінія, що проходить через нижній край очниці і козелок вуха, що повинна бути горизонтальною. При вимірі росту сидячи пацієнт повинний торкатися планки нижньою частиною спини і між лопатковим простором. Масу тіла вимірюють на медичних десяткових вагах, з точністю до 50 г.

Окружність грудної клітки вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить позаду під кутами лопаток і розташовується горизонтально. У дівчини попереду стрічка проходить над грудними залозами. Існує кілька вимірів окружності грудної клітки. Спочатку визначають окружність у положенні дихальної паузи (для цього проводять вимір під час відповіді пацієнта на деяке питання, що задається йому). Потім визначають окружність при максимальному вдиху і глибокому видиху.

Різниця в сантиметрах та їх десятих між показниками окружності грудної клітки на вдиху і видиху визначає амплітуду чи розмах руху грудної клітки. Життєву ємність легень реєструють за допомогою водяного чи портативного сухо повітряного спірометру. Після підготовчого вдиху і видиху 101 пацієнт робить максимальний вдих і цілком повільно, скільки можливо, видихає повітря в трубку спірометра. Силу м'язів кистей рук визначають кистьовим динамометром, а станову силу - становим динамометром.

Перше визначення вважають спробним, про що інформують пацієнта. Зараховують друге чи третє зусилля. Термометрія тіла. Термометрія - вимір температури тіла. Нормальною температурою при вимірі в пахвовій западині вважається 36,4-36,8°С (температура в прямій кишці на 0,5-1,0°С вище, ніж у пахвовій ямці).

Протягом дня температура тіла міняється. Нижче всього вона буває між 3-ю і 6-ю годинами ранку, над усе - між 17-ю і 21-ю годинами вечора. Різниця між ранковою і вечірньою температурою в здорових людей не повинна перевищувати 0,6°С. Після їжі, великих фізичних напружень і в жаркому приміщенні температура тіла незначно підвищується. Інструментально-функціональні методи обстеження.

Електрокардіографія, фонокардіографія та полікардіографія використовуються при обстеженні серцево-судинної системи; електроенцефалографія, реовазоенцефалографія й електронейроміографія - при обстеженні нервової системи. До променевих методів діагностики відносять: рентгенологічні; магнітнорезонансні.

Група рентгенологічних методів обстеження включає: рентгеноскопію, рентгенографію, флюорографію, телерентгенографію, томографію. До ультразвукових методів дослідження відносять: ехокардіографію; ехоенцефалографію; ультразвукове дослідження внутрішніх органів. Функціональне тестування. В основі функціонального тестування лежить оцінка змін функцій і/або структур окремих органів або систем організму в теперішній момент під впливом різних навантажень.

В якості функціональних проб використовують фізичні навантаження, натужування, пасивне обертання, холодові впливи, зміни положення тіла, лікарські препарати, електричну стимуляцію передсердь та ін.

Залежно від питомого внеску кожної з фізіологічних систем у відповідну реакцію на вибрану пробу прийнято виділяти функціональні проби серцевосудинної системи, системи зовнішнього дихання й ін., хоча при цьому завжди варто мати на увазі, що жодна з них не може характеризувати діяльність тільки однієї окремо взятої системи.

Функціональні проби найбільше широко використовуються з метою дослідження: серцево-судинної системи; системи зовнішнього дихання; вегетативної нервової системи; вестибулярного аналізатору; загальної фізичної працездатності; енергетичних потенцій організму. Тісний функціональний взаємозв'язок між серцево-судинною і дихальною системами, з одного боку, і фізичною працездатністю організму, з іншого, дозволяють використовувати ряд показників кровообігу і дихання в умовах напруження цих систем для оцінки адаптації організму до м'язової діяльності.

Найбільш цінні в діагностичному відношенні для оцінки функціонального стану організму пацєн-тів, наступні проби. Функціональна проба Мартіне-Кушелевського (20 присідань за 30 с) дозволяє виявити ступінь адаптації серцево-судинної системи і всього організму до умов фізичних навантажень. Методика проведення функціональної проби: після 3-5 хв. відпочинку у вихідному положенні сидячи у обстежуваного визначають пульс і вимірюють систолічний (максимальний) і діастолічний (мінімальний) артеріальний тиск за методикою Короткова.

Пульс підраховують кожні 10 с, поки не одержать підряд 103 2-3 однакові цифри, отримані дані записують, вимірюють артеріальний тиск і, не знімаючи манжети з лівої руки, виконують навантаження. Глибоко присідаючи, пацієнт викидає руки вперед і розгинає пальці, а випрямляючись, згинає руки в ліктьових суглобах і стискає пальці в кулаки.

При присіданні голосно рахує (раз, два, три і т.д.), чим виключається затримка дихання. Під час проведення проби необхідно стежити за збереженням стандартних умов виконання навантаження, за зовнішніми ознаками стомлення обстежуваного. Закінчивши присідання, випробуваний сідає, у нього підраховують пульс та вимірюють кров'яний тиск (тобто, на першій хвилині відновлення рахують за перші та останні 10 с пульс, у проміжку між ними – вимірюють артеріальний тиск; на другій хвилині – 6 разів підраховують пульс; на третій хвилині тричі по 10 с підраховують пульс, а за останні 30 с – вимірюють артеріальний тиск; якщо параметри пульсу та артеріального тиску не відновлюються, то дослідження відновлювальних процесів проводиться ще дві хвилини). У ході виконання проби, у період відновлення відзначають зміну кольору обличчя, появу задишки, тремтіння кінцівок, потовиділення та інших ознак, що характеризують пристосованість організму обстежуваного до виконання даного навантаження.

Результати проби заносять у картку функціональної проби. Оцінку функціональної проби роблять по реакції пульсу, артеріального тиску, по тривалості періоду відновлення, а також по зовнішнім ознакам стомлення і поводженню пацієнта. Визначають ступінь частішання пульсу в абсолютних цифрах і у відсотках. Відсоток частішання пульсу після навантаження (так називана «збудливість») обчислюють по різниці між величиною пульсу після навантаження і до навантаження, отримане значення виражають у відсотках стосовно вихідної величини, тобто: 25-16 = 9; 9х100:16 = 56 %. Збудливість пульсу, як правило, не повинна перевищувати 65-80%. Враховують час відновлення пульсу після навантаження до вихідних величин; чим менше цей період, тим краща оцінка реакції організму на фізичне навантаження. Час відновлення пульсу до вихідного рівня при сприятливій реакції дорівнює 2-3 хв.

При погіршенні адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень пульс учащається на 12-18 ударів за 10 с (що складає 100- 150% від вихідних величин), а період його відновлення триває 4-5 хв. і більше. Обчислюють зміни артеріального і пульсового тиску після навантаження. Збільшення пульсового тиску (різниця між максимальним і мінімальним тиском) розцінюється як позитивний фактор (систолічний тиск при навантаженнях повинний збільшуватися, діастолічний – зменшуватися) або як негативний. У залежності від характеру зрушень у діяльності серцево-судинної системи після дозованих навантажень розрізняють добру, задовільну і незадовільну реакції. Добра реакція - помірне частішання пульсу (не більш, ніж на 50% від вихідного показника) і невелике підвищення систолічного артеріального тиску (не більш, ніж на 20-30 мм рт. ст.) при зниженні діастолічного (не більш, ніж на 5-10 мм рт. ст.) і збільшенні пульсового тиску з коротким відновним періодом (не більш двох хвилин).

Задовільна реакція - різке частішання пульсу (від 51 до 75% від вихідного показника) при більш значному збільшенні систолічного (більш, ніж на 30-40 мм рт. ст.), незначному зниженні чи навіть незначному підвищенні діастолічного і збільшенні пульсового тиску. Уповільнене відновлення всіх показників до вихідного рівня (більше чотирьох хвилин). Незадовільна реакція - значне частішання пульсу (від 76 до 100% і більше від вихідного показника), незначне коливання величини систолічного (±5 мм рт. ст.) і діастолічного тиску, пульсового тиску, значне уповільнення відновного періоду (більше п’яти хвилин). Лабораторні методи дослідження.

Клініко-лабораторні дослідження припускають аналіз морфологічного та біохімічного складу крові, слини, а при необхідності й інших рідин організму (спинномозкової рідини, мокротиння, шлункового вмісту, калу).

Під лікарсько-педагогічними спостереженнями (ЛПС) мають на увазі дослідження, які проводять з метою оцінки впливу на організм хворого фізичних вправ. Основными завданнями ЛПС є:

1) ознайомлення з організацією та методикою занять лікувальною гімнастикою;

2) вивчення впливу різних засобів, форм і методів лікувальної фізичної культури на організм хворого;

3) визначення обсягу та інтенсивності фізичних навантажень, а також оптимальних інтервалів відпочинку між вправами.

Методи лікарсько-педагогічної оцінки впливу ЛФК на організм хворого залежать від захворювання, засобів, форм ЛФК і включають спостереження за змінами в загальному стані хворого, зміною ЧСС на висоті навантаження, в період відпочинку, змінами у діяльності серцево-судинної, дихальної систем, за появою задишки, стомлення. Для обліку ефективності впливу фізичних вправ на організм хворого можуть бути використані функціонально-діагностичні методи.

Так, у травматологічній клініці такими методами будуть: антропометричні виміри (окружність кінцівок на різних рівнях, динамометрія, гоніометрія), електроміографія, міотонометрія й ін., при захворюваннях серцево-судинної системи - електрокардіографія, пульсометрія й ін. Крім перерахованих методів для обліку функціонального стану організму під впливом фізичних вправ застосовуються функціональні проби, специфічні для різних захворювань.

Отримані при обстеженнях суб'єктивні й об'єктивні дані оцінюються на основі зіставлення результатів на початку та наприкінці періоду спостереження. Для визначення ефективності окремого заняття проводять ЛПС. Важливіше за все визначити, як на даному занятті вирішені лікувальні завдання, чи відповідає фізичне навантаження можливостям хворого, які його індивідуальні реакції на заняття ЛФК.

Для уточнення цих питань на занятті ЛФК за зміною частоти пульсу визначається фізіологічна крива й щільність заняття. Під час спостережень звертається увага на зовнішні ознаки стомлення, появу болю, здатність виконувати вправи й т.п. Ґрунтуючись на спостереженнях, варто змінювати методику заняття, наприклад, зменшувати дозування фізичного навантаження. У більшості випадків фізичні вправи повинні викликати невелике стомлення, що характеризується почервонінням шкіри, потом, частішанням дихання. Не можна допускати появи болю і перевтоми, що супроводжується гучною задишкою, різкою слабкістю, порушенням координації й рівноваги, запамороченнями, зміною структури виконання фізичної вправи.

На заняттях ЛФК дослідження частоти пульсу варто проводити три рази: до заняття, у середині заняття (після самої важкої вправи) і після закінчення заняття. Для оцінки розподілу фізичного навантаження вроздріб заняття ЛФК варто робити багаторазовий підрахунок пульсу та побудувати фізіологічну криву. Для кількісної характеристики реакцій хворого на навантаження та зіставлення їх на різних заняттях варто використовувати шестиразовий підрахунок пульсу: до заняття (Ps вихідний), після підготовчої частини, три рази під час основної частини (причому один раз після вправи, що найбільш навантажує) і відразу ж після заняття. Частота серцевих скорочень підраховується протягом 10-15 с із перерахунком на 1 хв.

Для визначення щільності заняття визначається час безпосереднього виконання хворим фізичних вправ. Потім розраховується відсоток цього часу стосовно часу всього заняття. Наприклад, час виконання фізичних вправ - 18 хв., все заняття тривало - 30 хв.

Щільність заняття: 18:30х100% = 60%. Для оцінки ефективності ЛФК у процесі всього курсу реабілітації необхідно вивчити стан хворого ще до початку занять з ним. При первинному обстеженні хворого визначаються й записуються в картку ЛФК скарги, стан фізичного розвитку й функціональні можливості, клінічні дані. Повторне (через певні періоди) і заключне обстеження виявляють динаміку цих показників, що дозволяє зробити висновки про ефективність ЛФК. Вивчення особливостей перебігу захворювання здійснюється по історії хвороби та анамнезу. Звертається увага на тривалість захворювання, наявність загострень, способи лікування та досягнуті результати, рухову активність до і під час захворювання.

Велику увагу варто приділяти визначенню функціональних можливостей. Із цією метою застосовуються різні проби з дозованими фізичними навантаженнями. Ці проби також допомагають визначити резервні можливості організму, його адаптацію до фізичного навантаження, обґрунтувати призначення та перехід від одного рухового режиму до іншого. Характер навантаження у функціональних пробах підбирається залежно від рухового режиму, на якому перебуває хворий.

Ефективність системи підготовки спортсменів з інвалідністю безпосередньо залежить від ступеня реалізації в процесі багаторічної підготовки раціонального поєднання основ загальної теорії підготовки спортсменів та врахування нозологічних особливостей спортсменів в адаптивному спорті [2; 6; 7; 9; 12].

Наукове знання щодо структури, змісту, мети й завдань етапів підготовки спортсменів з інвалідністю має поліструктурний характер [3; 5; 8; 11; 13]. Традиційний підхід до побудови багаторічної підготовки передбачає використання теоретикометодичних положень загальної теорії підготовки здорових спортсменів в адаптивному спорті.

Основу періодизації спортивного тренування легкоатлетів із пошкодженнями опорно-рухового апарату як багаторічного процесу їхньої підготовки повинна складати загальна теорії підготовки спортсменів з урахуванням психічних особливостей спортсменів зінвалідністю й забезпечення інклюзивного навчання (спільні тренувальні заняття здорових спортсменів та інвалідів) [4].

В основу цього підходу покрадено відображення періодизації з позиції специфічного складника системи підготовки спортсменів з інвалідністю, яка повинна ґрунтуватися не лише на об’єктивно існуючих закономірностях становлення спортивної майстерності, що відображені в конкретних видах спорту, а й на загальній концепції адаптивного спорту [1; 2; 3; 10].

Потрібно відзначити відсутність єдиного уніфікованого підходу до наукового-методичного забезпечення побудови багаторічної підготовки спортсменів з інвалідністю серед фахівців щодо кількості, структури та змісту етапів багаторічної підготовки.

Водночас у регламентуючих документах дитячо-юнацьких спортивних шкіл для осіб з інвалідністю зазначено можливість створення груп реабілітаційної підготовки, що передбачає первинне ознайомлення спортсменів із видами спорту.

Обґрунтовано необхідність виділення першого етапу багаторічної підготовки спортсменів з інвалідністю, який повинен передбачати реалізацію корекційно-реабілітаційної програми [1].

Незважаючи на спроби науковців обґрунтувати виокремлення в структурі багаторічної підготовки спортсменів специфічного етапу, спрямованість якого визначається потребою виконання реабілітаційних та спортивних завдань, існує необхідність визначення структури й змісту цього етапу, особливостей побудови програм підготовки для спортсменів різних нозологічних груп.

Задля виявлення ефективності реалізації завдань етапу спортивно-реабілатіційної підготовки, респондентам запропоновано визначити ступінь їх виконання в підготовці спортсменів з інвалідністю.

На думку фахівців, у процесі підготовки осіб з інвалідністю повною мірою (100,00 % респондентів) виконуються такі завдання етапу спортивно-реабілітаційної підготовки: зменшення тривалості й покращення ефективності етапу початкової підготовки, розширення арсеналу рухових умінь і навичок; здійснення позитивного впливу на зміцнення здоров’я, удосконалення фізичного розвитку та фізичної підготовленості, сприяння формуванню адаптаційно-компенсаторних механізмів в організмі спортсменів з інвалідністю, нормалізації рухової активності, відновленню м’язової сили, запобіганню розвитку атрофії м’язів, профілактиці й лікуванню контрактур, розвитку здатності до самостійного пересування.

Аналіз відповідей респондентів свідчить, що серед опитаних більшість уважає, що в процесі підготовки спортсменів з інвалідністю у силових видах спорту на цьому етапі підготовки не виконується (18,52 % опитаних) або виконується частково (35,18 % опитаних) завдання щодо здійснення спортивної орієнтації спортсменів з інвалідністю й створення передумов для поглибленої спортивної підготовки в майбутньому.

Серед опитаних тренерів 46,30 % стверджують, що підготовка спортсменів на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки передбачає реалізацією спортивної орієнтації та створення передумов для поглибленої спортивної підготовки. 81,48 % респондентів уважають, що завдання зменшення негативного впливу спортивної діяльності на організм спортсменів з інвалідністю високої кваліфікації в процесі підготовки не виконується.

Отримані результати дають підставу стверджувати, що в практиці спорту етап спортивнореабілітаційної підготовки в структурі багаторічної підготовки спортсменів з інвалідністю у силових видах спорту фахівцями розглядається в межах виконання завдань рекреації й реабілітації осіб з інвалідністю. Разом із тим цей етап підготовки, окрім суто реабілітаційних завдань, повинен мати спортивну спрямованість, що дасть змогу забезпечити реалізацію спортивної орієнтації спортсменів з інвалідністю та створення передумов для поглибленої спортивної підготовки в майбутньому.

Аналіз відповідей респондентів підтверджує, що кожен з етапів багаторічної підготовки спортсменів в силових видах адаптивного спорту повинен містити реабілітаційну складову процесу підготовки, яка повинна реалізовуватися залежно від завдань і спрямованості етапу. Із метою визначення видів спорту, уключення яких у програму підготовки на етапі спортивнореабілітаційної підготовки, на думку фахівців, сприятиме проведенню спортивної орієнтації для спортсменів з інвалідністю, респондентам запропоновано відранжувати види спорту за значущістю для кожної нозологічної групи.

При цьому перелік охоплював види спорту, що не вимагають значних фінансових укладень, а техніка видів спорту характеризується відносною технічною простотою. Визначення доцільності включення видів спорту в програму на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки фахівцями з метою сприяння спортивній орієнтації спортсменів із пошкодженнями опорно-рухового апарату дало змогу встановити, що найбільш значущими видами спорту є пауерліфтинг – 660 балів (SD = 0,60); плавання – 642 балів (SD = 0,90); армспорт – 560 балів (SD = 0,71).

До видів спорту, уключення яких у програму підготовки етапу спортивно-реабілітаційної підготовки спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату має середній рівень значущості належать баскетбол на візках – 471 бали (SD = 0,46); волейбол сидячи – 432 бали (SD = 0,40); бочче – 329 балів (SD = 0,76); теніс настільний – 328 балів (SD = 0,98); танці на візках – 284 бали (SD = 0,93). Найменш значущими видами спорту, на думку фахівців, є бадмінтон – 216 балів (SD = 0,63); футбол – 133 бали (SD = 0,54); спортивне орієнтування – 114 балів (SD = 1,22); футзал – 81 бал (SD = 0,53).

Для оцінювання узгодженості відповідей респондентів визначено коефіцієнт конкордації за методом Кенделла, який дорівнює 0,747, що є підставою стверджувати про задовільну узгодженість думок респондентів. У результаті аналізу ранжування для спортсменів із вадами зору, на думку респондентів, рекомендованими видами спорту для включення в програму підготовки на етапі спортивнореабілітаційної підготовки для осіб із вадами зору є плавання, яке набрало суму 557 балів (SD = 0,63); пауерліфтинг із 513 сумою (SD = 0,67); легка атлетика – 473 бали (SD = 1,45) та армспорт із сумою балів 465 (SD = 0,79).

Згідно з проранжованими оцінками середній рівень значущості фахівці вказали для таких видів спорту: голбол – 367 балів (SD = 0,60); футбол – 303 бали (SD = 0,70); футзал – 274 бали (SD = 0,66); дзюдо – 207 балів (SD = 0,99). Найменш доцільними видами спорту для спортсменів із вадами зору, на думку респондентів, є спортивний туризм – 176 балів (SD = 0,66), шахи – 92 бали (SD = 0,52) та шашки – 71 бал (SD = 0,47).

При цьому рівень узгодженості думок респондентів на це запитання був задовільним (коефіцієнт конкордації W = 0,732).

На основі аналізу отриманих результатів визначено доцільність уключення видів спорту в програму підготовки на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки для спортсменів різних нозологічних груп. При цьому результати дослідження можуть бути використані лише для обґрунтування програми підготовки спортсменів з інвалідністю на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки виключно для подальшої спортивної орієнтації в силових видах спорту. Лідируючі позиції в оцінюванні значущості видів спорту для обох нозологічних груп, що представлені в силових видах спорту, посіли плавання, пауерліфтинг, легка атлетика й армспорт.

Реабілітаційний влив плавання та легкої атлетики на організм спортсменів з інвалідністю є загальновизнаним серед фахівців галузі адаптивного спорту. Високі суми балів пауерліфтингу й армспорту під час оцінювання значущості включення видів спорту в програму підготовки на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки для спортсменів різних нозологічних груп можливо обґрунтувати з двох сторін.

Оскільки анкетування проводили серед фахівців із силових видів спорту, суб’єктивний чинник при визначенні значущості видів спорту може бути присутнім. Доцільність уключення в програму підготовки на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки для спортсменів з інвалідністю пауерліфтингу й армспорту з метою проведення спортивної орієнтації спортсменів та створення передумов для поглибленої спортивної підготовки в майбутньому в силових видах спорту не викликає сумнівів. Висновки й перспективи подальших досліджень.

Установлено, що в практиці спорту існує необхідність забезпечення реалізації спортивної орієнтації спортсменів з інвалідністю та створення передумов для поглибленої спортивної підготовки в майбутньому, що повинно відбуватися на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки як структурного елементу багаторічної підготовки спортсменів з інвалідністю в силових видах спорту.

На основі аналізу оцінки значущості видів спорту задля включення в програму підготовки на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки для спортсменів різних нозологічних груп у силових видах спорту визначено, що найбільш доцільно включати плавання, легку атлетику, пауерліфтинг й армспорт. Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність науково-методичного обґрунтування програми підготовки на етапі спортивно-реабілітаційної підготовки для спортсменів різних нозологічних груп у силових видах спорту. Перспективи подальших досліджень пов’язані з розробкою програм підготовки на різних етапах багаторічної підготовки для спортсменів різних нозологічних груп у силових видах спорту.

**ВИСНОВКИ**

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми психологічних особливостей фізичної реабілітації спортсменів. У спортивній практиці засоби відновлення умовно поділяються на три групи: педагогічні, медико-біологічні та психологічні. На підставі аналізу наукової, методичної літератури та інших джерел інформації було визначено, що в системі багаторічної підготовки спортсменів використовують різні засоби фізичної реабілітації. Однак більшість реабілітаційних програм не містить усього арсеналу відновних засобів (педагогічних, психологічних, медико-біологічних), що впливає на процес відновлення спортсменів. У проблемі реабілітації чільне місце належить саме психологічним методам, які дають змогу контролювати зміни працездатності та відновлювати стан спортсменів. Психологічні засоби реабілітації спрямовані на прискорення процесів відновлення, застосовуються індивідуально, з урахуванням функціональних можливостей організму спортсмена.

2. Визначальним психогенним етіологічним фактором розвитку емоційних порушень у спортсменів є психотравмувальні ситуації: гостра спортивна конкуренція, прагнення до досягнення перемоги, безкомпромісність результату спортивного поєдинку, виступ у присутності численних глядачів, перевантаження при частих і відповідальних змаганнях, відсутність змагального досвіду. Вказані проблеми зумовлюють використання психологічних засобів і методів реабілітації.

3. Обґрунтовано необхідність створення комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на позитивні зміни у функціональному стані спортсменів, підвищення резистентності організму до негативних факторів, стресу, прискорення процесів відновлення організму після тренувань, змагань та поліпшення адаптаційно-пристосувальних реакцій. Змістом загальної психологічної підготовки у межах такої програми є виховання спортивного характеру: холоднокровність в екстремальних ситуаціях змагань; упевненість у собі, яка забезпечує високу надійність і активність спортсмена в змінюваних змагальних умовах; бойовий дух, як відношення до процесу і результату діяльності, що допомагає розкриттю резервних можливостей спортсмена.

Ментальні методи психотренінгу у розробленій програмі передбачали використання аудіовізуальної апаратури, комп’ютерних методів, використання електронних технічних засобів для організації біологічного зворотного зв’язку. Серед методів ментального тренінгу, задіяних у програмі, слід виокремити: аутогенне тренування, ідеомоторне тренування, розумову репетицію, що дозволяють управляти своїми емоціями і почуттями, знімати психічний вантаж тимчасових невдач, боязні майбутніх змагань, а також ментальний іматотренінг, психотренінг вольової уваги для підвищення концентрації уваги, розвитку пам’яті, навичок тактичного мислення.

4. Систему фізичної реабілітації у спорті належить проводити в двох напрямах: превентивна реабілітація, заходи якої можуть нівелювати негативний вплив факторів тренувальної та змагальної діяльності на організм спортсменів та реабілітація спортсменів після травм і захворювань для сприяння якнайшвидшому поверненню спортсменів до тренувальної діяльності.

Ефективними є наступні психологічні заходи: бесіди, лекції, що спрямовані на психологічну освіту спортсменів; непряме навіювання; гетеротренінг або навчання аутогенному тренуванню; навіюваний відпочинок – коли спортсмену навіюється глибокий спокій, відпочинок у стані повного розслаблення з відчуттям тепла в м’язах; аутотренінг, який має мету переводу навіювання у самонавіювання, удосконалення механізмів саморегуляцій тощо.

Важливою є спеціальна психологічна підготовка до конкретного змагання, шо включає наступні елементи: упевненість у своїх силах (вона ґрунтується на визначенні співвідношення своїх можливостей і сил суперників); намагання вперто боротись за перемогу; оптимальний рівень емоційного збудження (емоційне збудження повинно відповідати умовам і вимогам змагальної діяльності, індивідуально-психологічним особливостям спортсмена, масштабу і рангу змагань); високу cтiйкicть до несприятливих зовнішніх і внутрішніх впливів; здібність довільно управляти своїми діями, почуттями, поведінкою.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Вакуленко Л.О. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : [підручник / кол. авт.: Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.] ; за заг. ред. Л.О.Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль : ТДМУ : Укрмедкнига, 2018. – 372 с.
2. Hootman J. M. Epidemiology of Collegiate Injuries for 15 Sports: Summary and Recommendations for Injury Prevention Initiatives / J. M. Hootman, R. Dick, J. Agel // Athl. Train. – Vol. 42, N. 2. – 2007. – P. 311–319
3. Blynova O.Y., Holovkova L.S., Sheviakov O.V. Philosophical and sociocultural dimensions of personality psychological security. Anthropological Measurements of Philosophical Research. 2018. Issue14. P.73–83. https://doi.org/10.15802/ampr.v0i14.150750
4. Psychologycal provision of processes modernization of metallurgical production management: monograph / O. Sheviakov, O. Blynova. SCIEMCEE Publishing London, London. 2018. Vol. 3. P. 316-329.
5. Деркач В.М. Ефективність програми психологічної підготовки лег-коатлетів-паралімпійців із порушеними функціями опорно-рухового апарату у період формування готовності до основних змагань. Науковий часопис нац. пед. ун-ту імені М. П. Драгоманова. Серія No 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2016. Вип. 5. С. 39-43. URL : <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2016_5_13>
6. Платонов В. Н. Система підготовки спортсменок в олімпійскому спорті. Общая теория и ее практические приложения: [учебник для студ. высш. учеб. заведений физ. воспитания и спорта] / В. Н. Платонов. – Київ: Олимп. литература, 2004. – 808 с. – ISBN 966-7133-64-8.
7. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – Київ: Олімпійська література, 2005.– С.90 – 128.
8. Фетісова В. Методичні особливості фізичної реабілітації плавців після гострих респіраторних захворювань / В. Фетісова, В. Клапчук // Спортивний вісник Придніпров'я.– 2008.– № 1.– С. 10-12.
9. Клапчук В.В. Обґрунтування методики відновлювальних тренувань на велоергометрі висококваліфікованих плавців після гострих респіраторних захворювань / В.В. Клапчук. // Медичні перспективи.– 2005. – Том Х. – № 1. – С. 95-99.
10. Деркач В. М., Єдинак Г. А. До питання про періодизацію і зміст підготовки легкоатлетів-паралімпійців із порушеннями опорно-рухового апарату у світлі загальної теорії спортивного тренування. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків : ХХПІ, 2014. № 5. С. 13–18.
11. Передерій А. В., М. С. Розторгуй Теоретико-методичні підходи до періодизації багаторічної підготовки спортсменів у адаптивному спорті. Спортивний вісник Придніпров’я: наук.-теорет. журн. Дніпропетр. дер. Ін-т. фіз. культ. і спорту. 2016. № 1. С. 91–95.
12. Barfield J. P. Exercise intensity during wheelchair rugby training / J. P. Barfield, L. A. Malone, C. Arbo, A. P. Jung. Journal of Sports Sciences. 2010. Vol. 28 (4). P. 389–398.
13. DePauw K. P., Gavron S. J. Disability and sport. Champaing: Human Kinetics, 1995. 408 p.
14. Fidler A., Schmidt M., Vauhnik J. Ways that people with a chronic spinal cord injury participate in sport in the Republic of Slovenia. Journal of Physical Education and Sport. 2017. Vol. 17 (3). P. 1892–1898.
15. Fishe J. A. Does Upper Extremity Training Influence Body Composition after Spinal Cord Injury? / J. A. Fishe, M. A. McNelis, A. S. Gorgey, D. R. Dolbow, L. L. Goetz. Aging and Disease. 2015. Vol. 6 (4). P. 271–281.
16. Gee C. M., West C. R., Krassioukov A. V. Boosting in elite athletes with spinal cord injury: a critical review of physiology and testing procedures. Sports Medicine. 2015. Vol. 45. P. 1133–1142.
17. Herasymenko O., Mukhin V., Pityn M., Larysa K. Shift of physical activity index for individuals with lower limb amputations as influenced by the comprehensive program of physical rehabilitation. Journal of physical education and sport. 2016. Vol. 16 (1). P. 707–712.
18. Imas Y., Borysova O., Kohut I. The role of motor activity in the social integration of disabled individuals. Fizychne vyxovannya, sportsi kul"tura zdorov’ya u suchasnomu suspil’stvi: zb. nauk. pr. Volyn. nac. un-tu im. Lesi Ukrayinky. 2017. Vol. 1 (37). – P. 18–23.
19. Kraszewski K. Zasady postępowania w urazach sportowców wyczynowych. Fizychne vyxovannya, sportsi kul’ura zdorov’ya u suchasnomu suspil’stvi: zb. nauk. pr. Volyn. nac. un-tu im. Lesi Ukrayinky. 2012. Vol. 4 (20). P. 372–375.
20. Winnick J., Porretta D. Adapted Physical Education and Sport (6th ed.). Champaing: Human Kinetics, 2017. – 648 p.
21. Блуділіна Л.П. Ранкова гігієнічна гімнастика в лікарні / Блуділіна Л.П. – К.: Здоров’я, 1986. – 33 с.
22. Винокурова Л. Оздоровча гімнастика для всіх: Навч. посіб. / Винокурова Л. – Рівне, 2002. – 203 с.
23. Дінейко К. Рух, дихання, психофізичне тренування / Дінейко К. – К.: Здоров’я, 1984. – 168 с.
24. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / За ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. – К.: Здоров’я, 1995. – 312 с.
25. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах / За ред. Л.І. Фісенко. – К., 2005. – 407 с.
26. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров’я / Мурза В.П. – К.: Здоров’я, 1991. – 254 с.
27. Мухін В.М. Фізична реабілітація / Мухін В.М. – К.: Олімпійська література, 2005. – 471 с.
28. Мятига О.М. Фізична реабілітація при порушеннях постави, сколіозах та плоскостопості. Методичні рекомендації / Мятига О.М . – Харків, 1998. – 36 с.
29. Пєшкова О.В. Вступ до спеціальності (Фізична реабілітація) / Навчальний посібник / Пєшкова О.В. – Харків, 2007. – 147 с.
30. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації / Порада А.М., Солодовник Н.Е. – К.: Медицина, 2006. – 246 с.
31. Язловецький В.С. Основи фізичної реабілітації / Язловецький В.С. Навчальний посібник. – Кіровоград, 2004. – 326 с.
32. Кривенцова І. В. Вплив особистісних якостей тренера з фехтування на зростання спортивних досягнень його учнів / І. В. Кривенцова // Теорія та практика фізичного виховання. – 2008. – № 5. – С 18-27.