

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Теоретичних основ олімпійського
та професійного спорту

«Допущений до захисту»
Завідувач кафедри

«___» _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
зі спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»

на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ ТА
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ УШКОДЖЕННЯ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ СПОРТСМЕНІВ ЗІ СТИБКІВ НА
БАТУТИ

Виконала: студентка групи 6541м

_____ Іваненко А.В.

(підпис)

Керівник роботи:

доцент кафедри теоретичних основ
олімпійського та професійного спорту,
кандидат педагогічних наук, доцент

_____ Болотникова Т.Г.

(підпис)

Миколаїв 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Теоретичних основ олімпійського та професійного спорту

Спеціальність 017 «Фізична культура і спорт»

Освітня програма «магістр»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Гарант освітньої програми

(підпис)

«___» _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студентка Іваненко Анастасія Володимирівна

1. Тема роботи: «Особливості профілактики травматизму та психоемоційного відновлення після ушкодження опорно-рухового апарату спортсменів зі стрибків на батуті»

Керівник роботи Болотникова Тетяна Григорівна, к. пед. н, доцент

Затверджені наказом ректора № 1017уч від «06» вересня 2021 року

2. Термін подання роботи: 13.12.2021 р. – 24.12.2021 р.

3. Вихідні дані по роботі: _____

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів).

— аналіз літературних джерел з питань виникнення травм та запальних захворювань суглобів у спортсменів

— організація та методи наукового дослідження

— матеріали та методи дослідження

5. Перелік презентаційних матеріалів: електронна презентація Power Point.

6. Виконання розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Болотникова Т.Г., доцент	03.03.2021 р.	
II	Болотникова Т.Г., доцент	12.04.2021 р.	

III	Болотникова Т.Г., доцент	27.05.2021 р.	
-----	--------------------------	---------------	--

7. Дата видачі завдання

29 січня 2021 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Підготовчий етап: вибір теми, розроблення обґрунтування теми	січень 2021 р.	
2.	Опрацювання об'єктної частини дослідження (теоретичний етап)	лютий 2021 р.	
3.	Експериментальний (емпіричний) етап дослідження	березень – травень 2021 р.	
4.	Аналітичний етап	червень 2021 р.	
5.	Підготовка тексту магістерської роботи	вересень – жовтень 2021 р.	
6.	Перевірка на наявність текстових збігів/ідентичності/схожості Із використанням програмно-технічного Засобу Антиплагіатної інтернет-системи Unichек	Не пізніше ніж за 2 тижня до захисту	
7.	Рецензування магістерської роботи	Не пізніше ніж за 2 тижня до захисту	
8.	Попередній розгляд магістерської роботи на кафедрі.	Не пізніше ніж за 2 тижня до захисту	
9.	Офіційний захист магістерської роботи на засіданні АК	за графіком Атестаційної комісії (АК)	

Студент

(підпис)

Іваненко А.В.

Керівник роботи

(підпис)

Болотникова Т.Г.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПИТАНЬ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМ ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ У СПОРТСМЕНІВ	11
1.1. Причини виникнення травм та запальних захворювань опорно- рухового апарату у спортсменів	11
1.2. Травматичні ушкодження та механізми виникнення травм колінних суглобів в спорті	14
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ	22
2.1. Матеріали та методи дослідження	22
2.2. Етапи дослідження	26
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АНАЛІЗ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	27
3.1. Організація дослідження	27
3.2. Дослідження функціонального стану колінного суглоба серед спортсменів зі стрибків на батуті, які отримали травми та запальні захворювання	31
3.3. Дослідження емоційної сфери спортсменів із травмами та запальними захворюваннями колінних суглобів	36
РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ ЗІ СТРИБКІВ НА БАТУТІ ПІСЛЯ ОТРИМАНИХ ТРАВМ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ	45
4.1. Особливості фізичної реабілітації спортсменів зі стрибків на батуті при запальних захворюваннях і травмах колінного суглоба	45

4.2. Особливості психологічної корекції спортсменів зі стрибків на батуті при запальних захворюваннях і травмах колінного суглоба	46
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
ДОДАТКИ	59

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

КМС – кандидат в майстри спорту

ЛФК – лікувальна фізична культура

ММТ – мануально-м'язове тестування за шести бальною шкалою Ловетта

МС – майстер спорту

ОРА – опорно-руховий апарат

ОТ – особистісна тривожність

РТ – реактивна тривожність

УВТ – ударно-хвильова терапія

ВСТУП

Актуальність дослідження. Багаторічне вивчення локалізації та характеру травматичних пошкоджень опорно-рухового апарату при заняттях спортом виявило, що найбільш частою і найбільш серйозною травмою є пошкодження колінних суглобів (більше 50 %). Складні анатомічні і біомеханічні умови функціонування колінного суглоба, а також велике фізичне навантаження, особливо при опорі ноги з обертанням, роблять його пошкодження найбільш частими. Поширеність ушкоджень колінного суглоба у деяких видах спорту дуже висока; аналіз літератури та матеріалів досліджень показує, що найбільша кількість травм нижніх кінцівок серед представників різних видів спорту, спостерігається у спортсменів, які займаються стрибками на батуті. Травми опорно-рухового апарату є основною причиною перерви в тренувальному процесі, що відповідно веде до стійкого зниження рівня фізичної працездатності і якості життя спортсменів. Оцінка клінічного стану спортсменів з травмами нижніх кінцівок традиційно проводиться з урахуванням двох основних чинників: больових відчуттів і функціональних можливостей ураженого суглоба і нижніх кінцівок в цілому. Для об'єктивної оцінки клініко функціонального статусу спортсменів запропоновані численні клінічні, біомеханічні та електроміографічні методики. Однак жодна з них не дозволяє отримати уявлення про те, наскільки травма обмежує життєдіяльність спортсмена. Одним з нових критеріїв ефективності лікування, що отримали в останні роки широке поширення, є дослідження показників якості життя, котра є інтегральною характеристикою певних станів організму: фізичного, психологічного, емоційного і соціального, заснована на суб'єктивному сприйнятті особистості. Оцінка якості життя дозволяє тренеру та спортсмену здійснювати постійний моніторинг впливу засобів відновлення.

Поєднані пошкодження структур колінного суглоба у представників стрибків на батуті представляють особливий вид патології, що вимагає спеціального відновлення. Одним з основних засобів батутистів є різні види фізичних вправ. Разом з тим, методика фізичної та психічного відновлення, а також їх вплив на якість життя спортсменів, особливо при поєднаних пошкодженнях, знаходиться в процесі постійного вивчення. Тому розробка, наукове обґрунтування та впровадження програми фізичної та психологічного відновлення є актуальним.

Мета роботи: розробити програму психічного та фізичного відновлення для спортсменів, що займаються стрибками на батуті, які отримали травми колінних суглобів, а також дослідити вплив індивідуальної програми відновлення на подальший фізичний та емоційний стан.

У відповідності з метою були поставлені **завдання:**

1. Вивчити наукову літературу вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячену проблемі психологічного та фізичного відновлення спортсменів.
2. Проаналізувати поширеність, механізми, причини виникнення травматичних ушкоджень нижніх кінцівок та профілактику травм.
3. Розробити комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації спортсменів, які займаються стрибками на батуті, після перенесення травм на колінному суглобі (на прикладі пошкоджень менісків, передньої хрестоподібної та медіальної колатеральної зв'язках) та з посттравматичним артритом.
4. Визначити ефективність розробленої нами програми психо-фізичної реабілітації спортсменів зі стрибків на батуті.
5. Визначити вплив травми на якість життя спортсменів і проаналізувати динаміку показників якості фізичного та психічного життя в процесі відновлення.
6. Обґрунтувати висновки.

Об'єкт дослідження: відновлення спортсменів зі стрибків на батуті після ушкодження опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження: особливості профілактики травматизму та психоемоційного відновлення після ушкодження опорно-рухового апарату спортсменів зі стрибків на батуті.

Результати дослідження пройшли апробацію на Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Актуальні проблеми спорту, фізичного виховання, здоров'я людини» з темою доповіді «Особливості психологічної підготовки в олімпійському спорті».

В науковому дослідженні на тему «Особливості профілактики травматизму та психоемоційного відновлення після ушкодження опорно-рухового апарату спортсменів зі стрибків на батуті» були використанні наступні **методи**:

1. *Педагогічні методи* дослідження (аналіз літературних джерел, педагогічне спостереження, дослідницька бесіда);
2. *Медико-біологічні методи* (гоніометрія, ММТ);
3. *Методи фізичної реабілітації* (ЛФК, масаж, кріомасаж, фізіотерапевтичні процедури);
4. *Методи психодіагностики* («Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана и Д. Рикса, оцінка психологічного стану спортсменів («Індекс загального психологічного благополуччя», Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна);
5. *Методи психокорекції* (аутогенні тренування, тренінги на зняття тривоги, депресії та пошуку мотивації).
6. *Методи математичної статистики*.

Наукова новизна результатів дослідження: на основі логіко-змістовного аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми дослідження, систематизовані знання про психічне та фізичне відновлення

спортсменів зі стрибків на батуті після перенесених травм та уражень опорно-рухового апарату.

Практичне значення полягає в тому, що: – отримані дані про психоемоційний стан спортсмена в ході проведення відновлювальних заходів дозволяє оперативно оцінювати ефективність реабілітації; – визначено особливості впливу процесу відновлення спортсменів з травмами нижніх кінцівок на показники якості життя, фізичної працездатності і психологічного статусу.

Результати роботи впроваджено в робочий процес ГО «Миколаївська обласна федерація стрибків на батуті», про що складено відповідний акт.

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається з 4 розділів. Основний зміст викладено на 54 сторінках. Робота містить 17 таблиць, 8 гістограм, ілюстрована 6 рисунками. Список використаної літератури нараховує 39 джерел. Додаткову інформацію розміщено в 3 додатках.

РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПИТАНЬ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМ ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ У СПОРТСМЕНІВ

1.1. Причини виникнення травм та запальних захворювань опорно- рухового апарату у спортсменів

Травми нерідко пов'язані з анатомічною будовою тіла людини. Ці фактори визначають тип клінічного лікування та реабілітації. Для гомілковостопного суглоба, наприклад, характерно розтягнення зв'язок, для лікування яких зазвичай застосовуються консервативні методи, тоді як не менше 60 % травм зв'язок колінного суглоба вимагають хірургічного втручання. Реабілітація після пошкодження зв'язок колінного суглоба передбачає комплексну програму, яка акцентована на зміцнення м'язів стегна, в той час як пошкодження зв'язок гомілковостопного суглоба передбачає використання як силових, так і пропріоцептивних вправ [5, 30].

Більшість гострих і втомних травм можна запобігти. Гострі травми, природно, попередити важче, однак у цьому напрямку багато можна зробити для поліпшення ситуації. Так, у деяких видах спорту, щоб звести до мінімуму ризик травм, необхідно використовувати захисні засоби та якісний інвентар, скоригувати порушення кінетичного ланцюга та змінити правила таким чином, щоб забезпечити максимальний захист спортсменів.

Серед багатьох спортсменів і їх тренерів існує думка, що спортивна травма виникає несподівано, і це в значній мірі елемент невезіння. Така думка є помилковою. У більшості випадків травми формуються несвідомо в процесі тренування, особливо на ранніх етапах фізичного становлення спортсмена.

Проблеми виникнення спортивного травматизму присвячено велику кількість робіт як вітчизняних, так і зарубіжних авторів [23,30].

Найбільш цікавим на наш погляд, є думка В. Ф. Башкірова [23].

В. Ф. Башкіров ділиться двома міркуваннями, які мають, на його погляд, принципове значення:

- травма в широкому розумінні являє собою зрив адаптації (дезадаптацію) організму людини, до зростаючих спортивних навантажень під впливом несприятливих зовнішніх факторів;
- травма (зрив адаптації) виникає в результаті «слабкості» (уродженої або придбаної) однією з функціональних систем організму.

Таким чином, методологічною основою сучасної спортивної травматології повинна бути теорія довготривалої адаптації з позиції системного підходу.

Причини виникнення травм у спортсменів досить різноманітні, але в цілому причини виникнення травм можна розділити на три групи:

- організаційні причини;
- методичні причини;
- причини, зумовлені індивідуальними особливостями самого спортсмена.

За статистикою, близько третини травм (30,05 %) були обумовлені причинами організаційно-методичного характеру і дві третини (69,95 %) – індивідуальними особливостями спортсмена [27].

До організаційних причин виникнення травм можна віднести наступні:

- недоліки матеріально-технічного забезпечення;
- незадовільні санітарно-гігієнічні умови проведення тренувань і змагань;
- недоліки теоретичної і практичної підготовки до занять спортом.

До причин методичного характеру фахівці відносять:

- недоліки лікарського контролю;
- недостатню компетентність тренера при використанні в підготовці засобів і методів.

До категорії причин травматизму, обумовлених індивідуальними особливостями, можна віднести:

- недостатній рівень техніко-тактичної підготовленості спортсмена;
- недостатній рівень фізичної підготовленості спортсмена.

Слід також звернути увагу на таке питання як момент виникнення травми під час навчально-тренувального заняття. За даними ряду авторів травми найчастіше реєструються в основній та заключній частинах заняття, хоча й у вступній частині цифри травматизму досить високі: від 11,9 % (технічні види) до 25,8 % (швидкісно-силові види); травматизм в кінці тренувального заняття, безумовно, є наслідком втоми [5,6].

Причини виникнення травм у спортсменів-батутистів. Через стрімкий розвиток правил змагань, збільшення обсягів роботи на тренуваннях і недостатнє теоретичне обґрунтування систем підготовки спортсменів із стрибків на батуті, до таких навантажень тренери й спортсмени допускають чимало помилок, що негативно відображається на здоров'ї спортсменів.

Причинами виникнення спортивних травм через помилки тренера є:

- недоліки й помилки в методиці проведення занять (спортивні травми з цих причин – більше половини всіх травм). Травмування цієї групи обумовлені тим, що деякі тренери нехтують принципами спортивного тренування:
- регулярність,
- поступовість,
- послідовність
- індивідуальність.

Форсованість досягнення результатів, неуважні та необережні розминки, технічні помилки, нехтування етапом відновлення є однією з важливих причин травмування [21].

Застосування принципів, завдань, засобів і методів тренування, однакових для спортсменів вищих досягнень та спортсменів-новачків,

особливо при умовах, коли діти ні фізично, ні технічно, ні психологічно не готові до інтенсивних.

- використання складних рухів.
- недоліки організації занять і змагань (на цю категорію припадають від 10 до 25 % всіх спортивних травм) [21,22].
- порушення вимог лікарського контролю (від 4 до 6 % усіх спортивних травм).

Також до факторів ризику травм у спортсменів із стрибків на батуті відносять неправильну методику тренувань (швидке нарощування інтенсивності та частоти тренувань) [21,22].

Травми колінних суглобів можуть бути причинами розвитку посттравматичного артрити. Посттравматичний артрит – це закриті ушкодження, що супроводжується крововиливами в суглобову порожнину, ударами, які супроводжуються розривами і тріщинами суглобового хряща [21,22].

1.2. Травматичні ушкодження та механізми виникнення травм колінних суглобів в спорті

Коліно – це блоковидно-обертальний суглоб між стегною та великою гомілковою кісткою. Розташована в передній частині колінна чашечка діє як частина механізму випрямлення коліна. Нижче і вище колінного суглоба розташовані великі, довгі кістки і при зміщенні коліна у яку-небудь сторону утворюється свого роду великий важіль, коліно піддається впливу зовнішньої сили.

Анатомія колінного суглоба зображена на рисунку 1.1. де чітко виражено будова суглоба, а також м'язового апарату зазначеної ділянки.

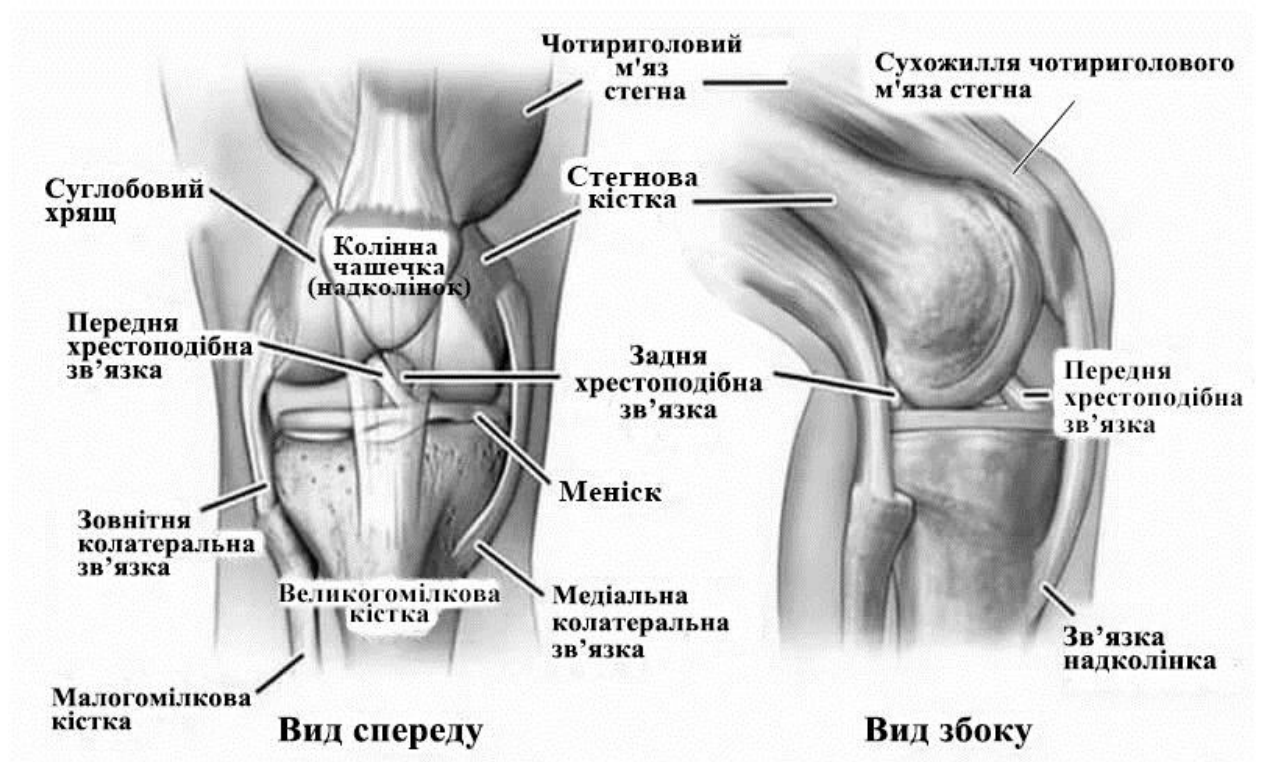


Рис. 1.1 Анатомія колінного суглоба

Найбільш частою в спорті є локалізація патології на колінних і гомілковостопних суглобах.

У таблиці 1.1 та на коловій діаграмі наведено розподіл травм нижніх кінцівок серед спортсменів.

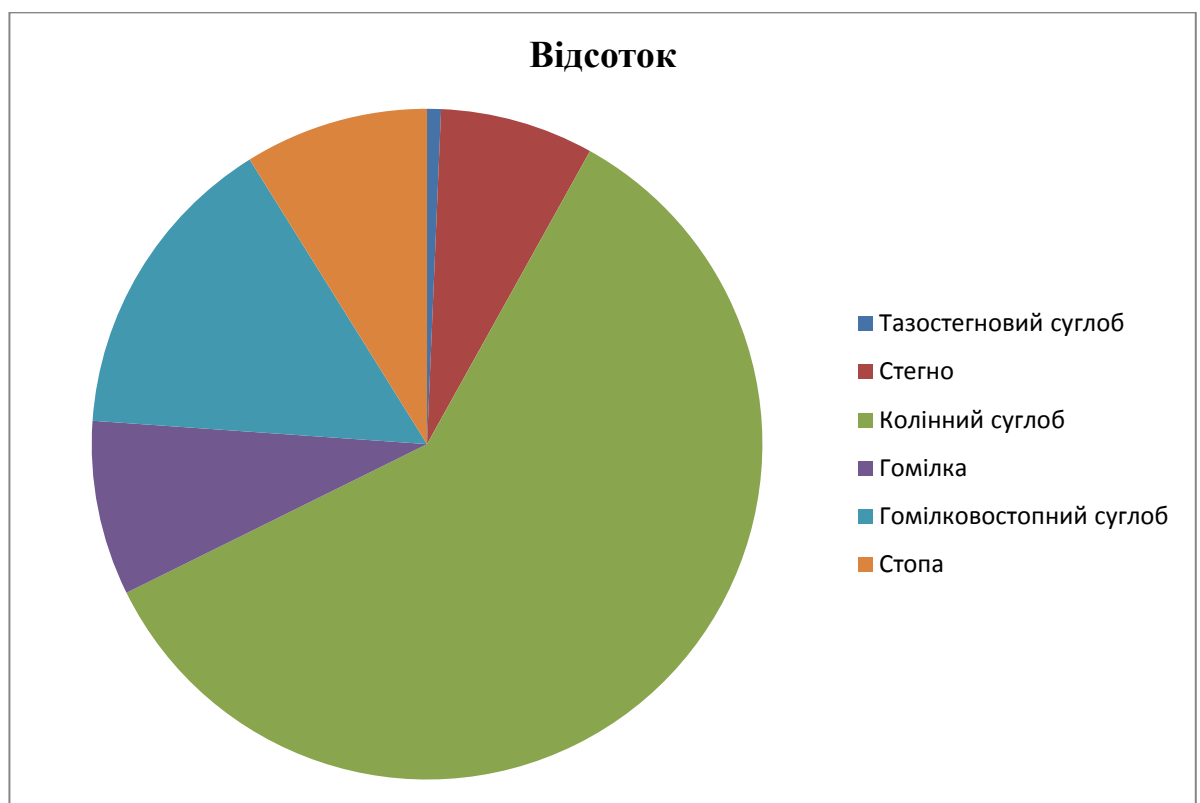
Таблиця 1.1. Локалізація травм нижніх кінцівок серед спортсменів

Локалізація патології	Кіл-ть	Відсоток
Тазостегновий суглоб	51	0,67(0,45)*
Стегно	565	7,41 (5,07)
Колінний суглоб	4543	59,61 (40,81)
Гомілка	642	8,42(5,77)
Гомілковостопний суглоб	1145	15,02(10,28)

Стопа	676	8,87(6,07)
Всього:	7622	100,00(68,45)

* В дужках — відсоток травм від загальної кількості патології опорно-рухового апарату.

Колова діаграма 1.1. Локалізація травм нижніх кінцівок серед спортсменів

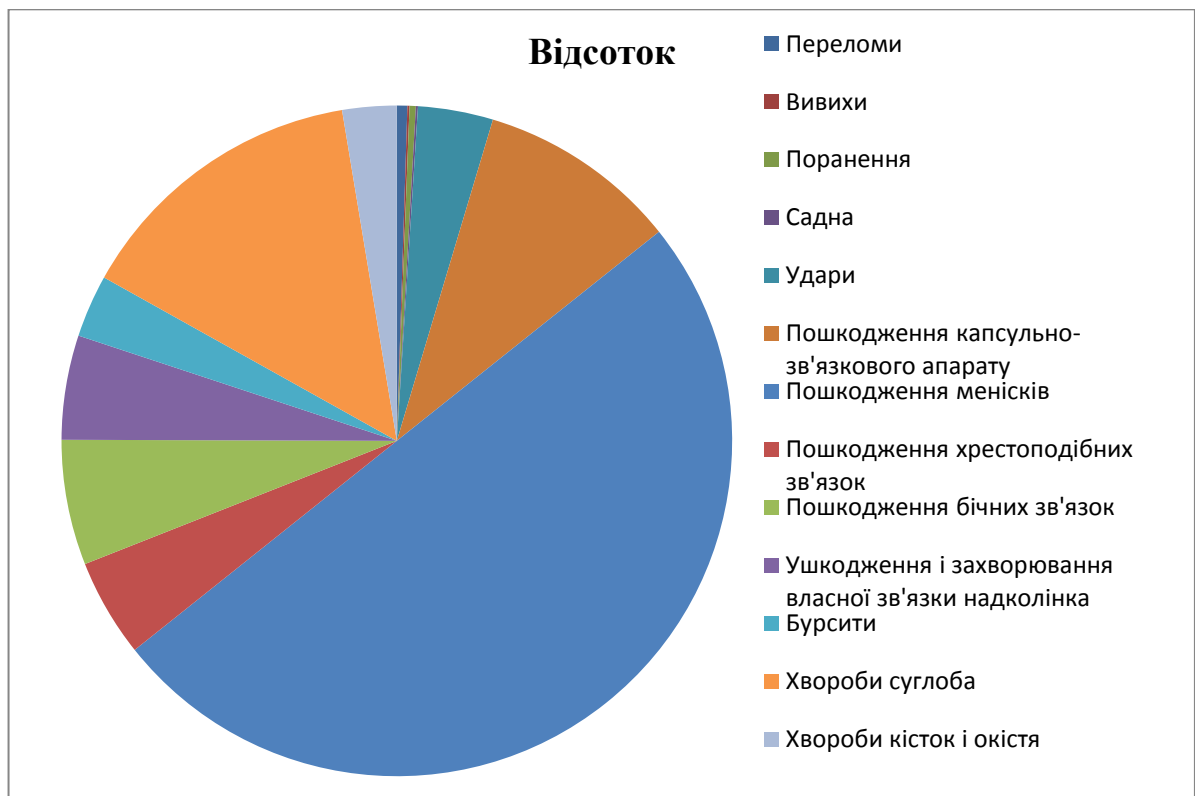


Травми колінного суглоба при заняттях спортом зустрічаються найбільш часто, і становлять 40,7% всієї патології опорно-рухового апарату та бувають різноманітними за характером. Розподіл нозологічних форм серед травм колінного суглоба у спортсменів (%) наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2. Нозологічні форми пошкодження колінних суглобів

Нозологічна форма	Розповсюдженість (%)
— Переломи	0,5
— Вивихи	0,1
— Поранення	0,3
— Садна	0,1
— Удари	3,6
— Пошкодження капсульно-зв'язкового апарату	9,6
— Пошкодження менісків	49,7
— Пошкодження хрестоподібних зв'язок	4,7
— Пошкодження бічних зв'язок	6,0
— Ушкодження і захворювання власної зв'язки надколінка	5,0
— Бурсити	3,0
— Хвороби суглоба	14,2
— Хвороби кісток і окістя	2,6
— Інші хвороби	0,6

Колова діаграма 1.2. Нозологічні форми пошкодження колінних суглобів



1. Пошкодження менісків колінного суглоба у спортсменів складають близько 50%. Розрізняють паракапсульні і трансхондральні розриви менісків в області тіла, переднього або заднього рогу. Різноманітний характер пошкодження обумовлює різноманіття клінічних проявів травматичного симптомокомплексу.

Основний симптом – біль (медіально або латерально – залежно від локалізації ушкодження). Посилюють її стан тракції і стиснення меніска. Біль при розриві меніска: спонтанна – різної інтенсивності, постійно локалізується у ділянці суглобової щілини; спровокована – виникає при обстеженні, здійсненні спеціальних рухів, блокадах, коли відірвана частина меніска зміщується досередини і т. п., а також при натискуванні або перкусії.

Посилення болю при розгинанні і ослаблення при згинанні відомо як симптом Гориневскої, а в західній літературі – як симптом Bragard.

При розриві меніска відзначається нестійкість колінного суглоба (він як би розкривається), що особливо яскраво проявляється при спробі утримати центр тяжкості стоячи на одній нозі. Посилюється цей симптом під впливом гіпотрофії м'язів і найбільш часто спостерігається при клаптевих розривах меніска.

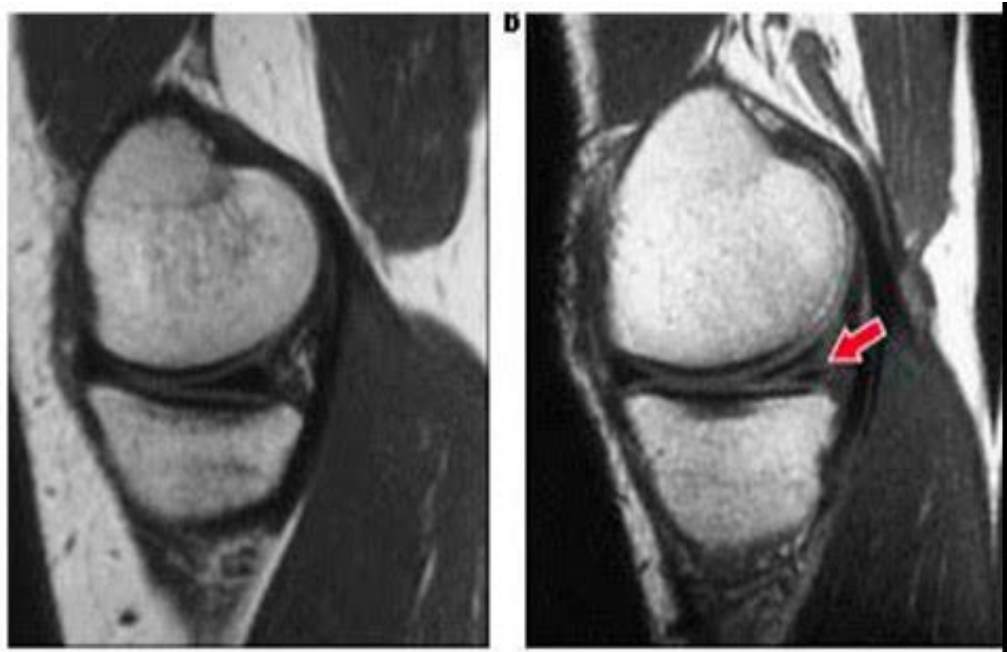


Рис. 1.2. Пошкодження менісків

2. Гострі ушкодження хряща надколінка – вид травмування, який локалізується в центральній та медіальній області наколінника в результаті частих травм, ударів, а також зустрічається у представників майже усіх видів спорту.

Механізм травми:

- прямий – удар, падіння на зігнуте коліно;
- комбінований – поєднання прямої травми з елементами обертання.

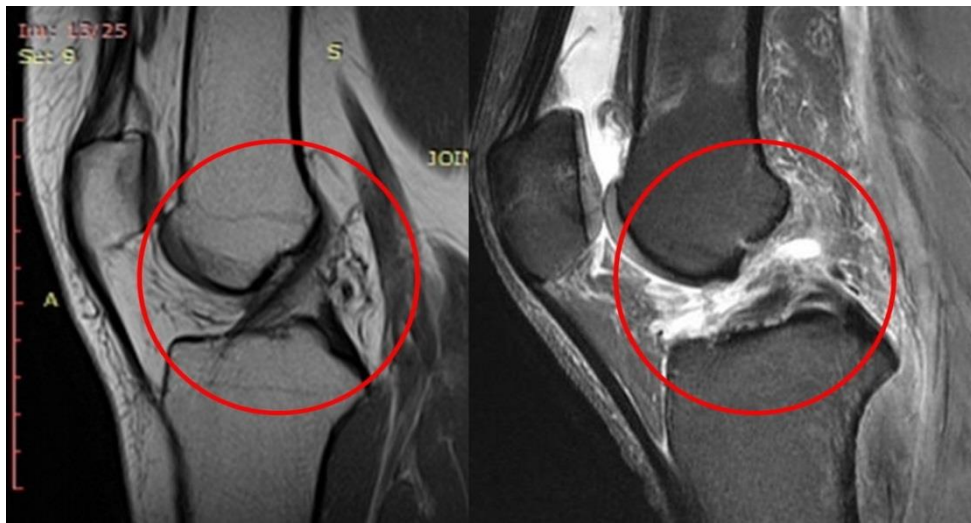


Рис. 1.3. Ушкодження хряща надколінка

3. Ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки є найбільш важким і частим видом травмування, при якому спостерігається крововиливи в суглоб, біль, обмеженість рухів суглоба.

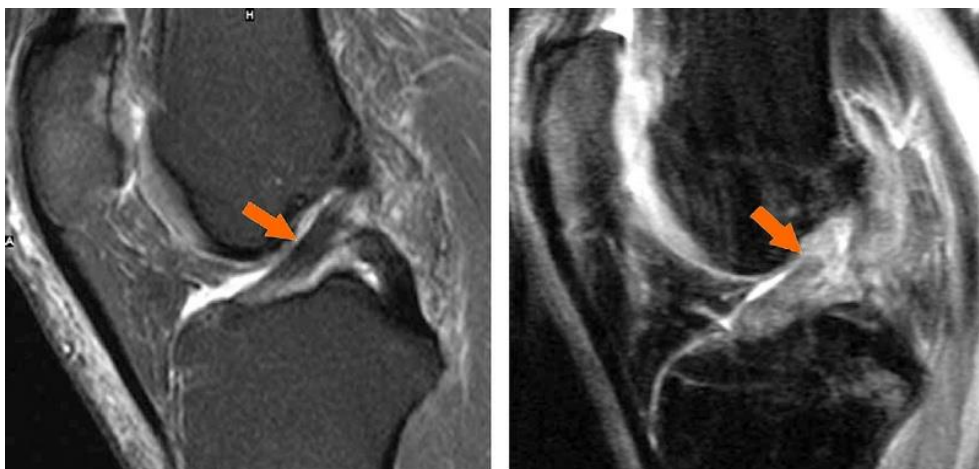


Рис. 1.4. Ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки

4. Пошкодження задньої хрестоподібної зв'язки – зустрічається значно рідше, але все ж таки присутнє серед спортсменів, механізмом якого є удар в область передньої поверхні проксимального відділу гомілки в положенні згинання колінного суглоба, а також симптомами якого є ті симптоми, які зустрічаються при ушкодженні передньої хрестоподібної зв'язки.

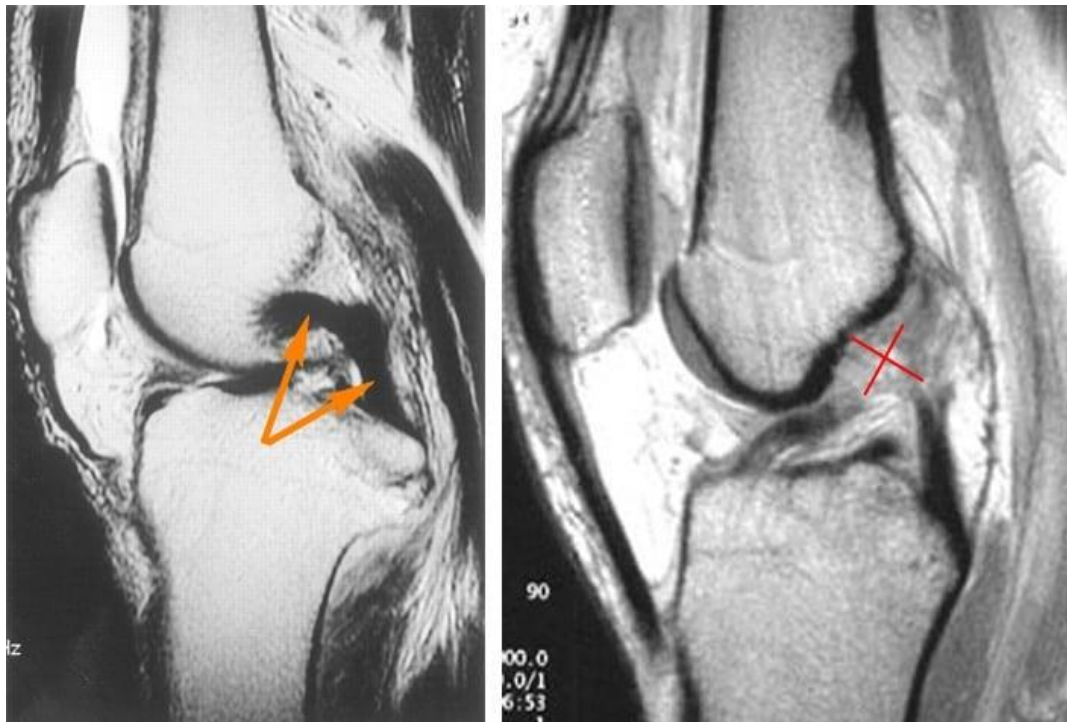


Рис. 1.5. Ушкодження задньої хрестоподібної зв'язки

5. Пошкодження внутрішньої бічної зв'язки відбувається у процесі неправильної та різкої та пов'язано з порушенням техніки приземлення. Розрив внутрішньої зв'язки відбувається на рівні суглобової щілини, там, де вона з'єднана з внутрішнім меніском.

6. Травми розгинаючого апарату колінного суглоба. Сучасна топографічна і функціональна анатомія під розгинаючим апаратом колінного суглоба передбачає сухожильно-апоневротичні закінчення м'язів переднього відділу стегна і колінну чашечку, власну зв'язку надколінка. Чотириголовий м'яз стегна, як основна рухова одиниця цього апарату, виявляє свою дію у відповідності з положенням сегментів тіла в просторі диференційовано-

перешкоджаючому, утримуючому і поступальному режимах роботи, передаючи свою дію на гомілку опосередковано через міоентезичний апарат надколінка. В зоні прикріплення сухожиль до надколінка знаходяться дві різнорідні в морфологічному відношенні тканини (в сукупності). Ця зона має великі напруги в залежності від характеру виконуваної роботи.

Однією з особливостей патології розгинаючого апарату колінного суглоба у спортсменів є різноманітність нозологічних форм. Як у загальній, так і в спортивній травматології спостерігаються гострі травми: розриви м'язів, сухожиль, переломи і вивихи надколінка, становлять близько 15%. Основний контингент становлять хворі з хронічною патологією розгинаючого апарату колінного суглоба, і серед них спортсмени з мікротравматичними ураженнями міоентезичного апарату.

Найчастіше травми розгинаючого апарату колінного суглоба зустрічаються у спортсменів швидко-силових (легкоатлетичні стрибки, важка атлетика), ігрових (волейбол, баскетбол) та складно-координаційних (гімнастика, стрибки на батуті, стрибки у воду, фігурне катання) видів спорту [15,23].

Описав механізм виникнення спортивних травм різної нозології можна зробити висновок про те, що кожную хвилину свого тренування спортсмен може наближати себе до виникнення ушкодження колінних та інших суглобів, якщо не має якісного відновлення. Травма може привести до негативних наслідків та патологій, якщо спортсмену не буде надана своєчасна медична, реабілітаційна та психологічна допомога.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали та методи дослідження

При проведенні дослідження впливу комплексного психічного та фізичного відновлення стану здоров'я спортсменів-батутистів після перенесення травм і запальних процесів на колінному суглобі, а також на якість їх життя ми сформуваємо наступні завдання:

1. Вивчити наукову літературу вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячену проблемі психологічного та фізичного відновлення спортсменів.
2. Проаналізувати поширеність, механізми, причини виникнення травматичних ушкоджень нижніх кінцівок та профілактику травм.
3. Розробити комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації спортсменів, які займаються стрибками на батуті, після перенесення травм на колінному суглобі (на прикладі пошкоджень менісків, передньої хрестоподібної та медіальної колатеральної зв'язках) та з посттравматичним артритом.
4. Визначити ефективність розробленої нами програми психічного та фізіологічного відновлення спортсменів-батутистів.
5. Визначити вплив травми на якість життя спортсменів і проаналізувати динаміку показників якості фізичного та психічного життя в процесі реабілітації.
6. Обґрунтувати висновки згідно з отриманими даними дослідження.

Завдання магістерської роботи були орієнтовані на мету дослідження.

На кожному етапі дослідження нами були використані наступні методи:

1. Педагогічні методи дослідження:

- педагогічне спостереження – метод, який спрямований на дослідження певних аспектів, а також педагогічних явищ;
- бесіда.

2. Медико-біологічні методи:

- гоніометрія – особливе обстеження спортсменів, завдяки якому є можливість визначити амплітуду рухливості в суглобах за допомогою кутоміра або гоніометра (транспортира).
- ММТ – мануально-м'язове тестування за шестибальною шкалою Ловетта яке використовують з метою оцінки опору, що може чинити травмований спортсмен при русі в тому чи іншому суглобі, за обсягом активних рухів, а також за результатами динамометрії.

3. Методи фізичної реабілітації

- ЛФК (лікувальна фізична культура) – метод відновлення, який полягає в активному застосуванні фізичних вправ та рухів з лікувально-профілактичною метою [5,6].
- масаж – механічний вплив на тіло людини у вигляді розтирання, розминання, тиску, вібрації, за допомогою рук масажиста, апаратів, через повітряне, водне чи інше середовище з метою досягнення лікувального ефекту [8].
- кріомасаж – метод кріотерапії, що полягає в поєднанні теплого та холодного впливу на тканини організму в комплексі з масажними прийомами [5,6] .
- фізіотерапевтичні процедури – екстракорпоральна ударно-хвильова терапія – метод, котрий регулюється звуковими ударними хвилями, які фокусуються на травмованій ділянці тіла і сприяє регенерації, відновленню, покращенню мікроциркуляції, загоєнню [11,20].

4. Методи психодіагностики

- «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана и Д. Рикса (Додаток 1) -

— Оцінка психологічного стану спортсменів «Індекс загального психологічного благополуччя».

— шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна (Додаток 2) [7,15].

5. Методи психокорекції

— аутогенні тренування – психотерапевтична методика, спрямована на відновлення динамічної рівноваги гомеостатичних механізмів людського організму, порушених в результаті стресу. Методика аутогенного тренування ґрунтується на застосуванні м'язової релаксації, самонавіюванні і аутодидактиці (самовихованні).

— тренінги на зняття тривоги, депресії та пошуку мотивації.

6. Методи математичної статистики

— *Критерій Стьюдента*

$$t = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де $\bar{x}_1, \bar{x}_2$ – середні арифметичні порівнюваних вибірок;

m_1, m_2 – помилки репрезентативності, виявлені на основі показників порівняння вибірок.

Практично достатньо прийняти надійність підрахунку $p = 0,95$. Для надійності підрахунку: $p = 0,95$ ($\alpha = 0,05$) та кількості ступенів свободи $k = n_1 + n_2 - 2$ за спеціальною таблицею знаходимо величину критичного значення критерію ($t_{\text{крит}}$). Потім порівнюємо t і $t_{\text{крит}}$. У випадку, якщо

– розбіжності між вибірковою статичністю достовірні;

– розбіжності між вибірковою статичністю не достовірні.

— *Критерій Фішера*. Для визначення стабільності результатів, наявності істотного зрушення з розсіювання вимірювань застосовується параметричний критерій – критерій Фішера (F). В обчисленнях може використовуватися формула:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2},$$

де S_1^2 й S_2^2 – дисперсії порівнювальних показників.

Умовами критерію Фішера передбачено, що в чисельнику формули знаходиться більша за значенням дисперсія, тобто число F завжди більше одиниці. За таблицею критичних значень знаходимо граничне значення критерію F . Порівняння критеріїв дозволяє сформулювати висновки: якщо $F > F_{\text{крит}}$, то відмінність між вибірками статистично достовірна; якщо $F < F_{\text{крит}}$, то відмінність між вибірками статично недостовірна [38].

Способи аналізу тісноти взаємозв'язку: Кореляційний аналіз, який являє собою статистичний метод, відображаючий зв'язок між парою ознак.

— *Коефіцієнт кореляції Браве-Пірсона* - прямолінійна кореляція, яка відображається коефіцієнтом кореляції. Для відображення прямолінійного кореляційного зв'язку, двох ознак x_j і y_j , які виражені в абсолютних одиницях, використовують парний коефіцієнт кореляції Браве-Пірсона, який визначається наступною формулою:

$$r_{xy} = \frac{\sum_1^n (x_j - \bar{x})(y_j - \bar{y})}{\sqrt{\sum_1^n (x_j - \bar{x})^2 \sum_1^n (y_j - \bar{y})^2}},$$

r_{xy} – коефіцієнт кореляції між ознаками x та y ;

x_j та y_j – значення величин x та y ;

$\bar{x}$, $\bar{y}$ – середнє арифметичне значення x та y ;

n – об'єм сукупності.

Властивість коефіцієнта кореляції в тому, що його значення не перевищує одиниці. Якщо прийняти до уваги абсолютне значення r_{xy} , тобто, без врахування знака, його можливі значення можуть бути заключні в інтервалі $0 < |r_{xy}| < 1$. Цей інтервал дозволяє досліднику орієнтуватись за

тіснотою взаємозв'язку: чим ближчий розрахунковий коефіцієнт до одиниці, тим тісніше взаємозв'язок між ознаками; чим ближче до нуля – тим менший взаємозв'язок [38].

На практиці умовно прийняті наступні інтервали:

$0 < |r_{xy}| < 0,3$ – слабкий зв'язок;

$0,3 < |r_{xy}| < 0,7$ – середній зв'язок;

$0,7 < |r_{xy}| < 1,0$ – тісний зв'язок.

2.2. Етапи дослідження

Дослідження, метою якого було експериментальне обґрунтування особливостей психічного та фізичного відновлення для спортсменів, що займаються стрибками на батуті, які отримали травми колінних суглобів, а також дослідження впливу індивідуальної програми відновлення на подальший фізичний та емоційний стан, проходило у декілька етапів:

Перший етап (листопад 2020 року):

- визначення тематики дослідження,
- постановка проблеми та її сутності, завдяки вивченню передового фізкультурно-спортивного та психолого-педагогічного досвіду, аналізу стану практики, місць ускладнення.

Другий етап (грудень-лютий 2021 року):

- обґрунтування актуальності проблеми,
- визначення об'єкту й предмету, мети й завдань дослідження,
- формулювання гіпотези,
- аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел з обраної тематики.

Третій етап (березень-вересень 2021 року):

- перевірка гіпотези.

Четвертий етап (жовтень-грудень 2021 року):

- формулювання висновків.

РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АНАЛІЗ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Організація дослідження

В емпіричному дослідженні емоційного стану та у функціональному дослідженні впливу травми і подальшої реабілітації на колінний суглоб прийняло участь 16 спортсменів (14-19 років):

- 3 майстри спорту України із стрибків на батуті;
- 13 кандидатів у майстри спорту України із стрибків на батуті.

Всі спортсмени були розділені на дві групи: експериментальну і контрольну, до кожної із якої входило по 8 осіб.

На початку дослідження нами була висунута гіпотеза: ми припускали, що авторська програма відновлення психо-фізичного стану вплине на здоров'я спортсменів та внесе зміни до показників якості життя, а також особистісної тривожності, адже ключовим моментом в процесі відновлення спортсменів після травм є не тільки відновлення клінічних та функціональних можливостей ушкодженого сегмента, але і відновлення психологічного стану. Травми у спортсменів супроводжуються зниженням функціональних здібностей органів і систем всього організму, негативними емоціями, пов'язаними зі спогадами про травму, страхом втратити спортивну працездатність. Все це несе негативну дію на психіку, і ще більшою мірою прискорює процес детренованості.

Правильно розроблена програма психо-фізичного відновлення з урахуванням особливостей даної патології дозволить скоротити терміни покращення показників якості життя та психологічного стану спортсменів.

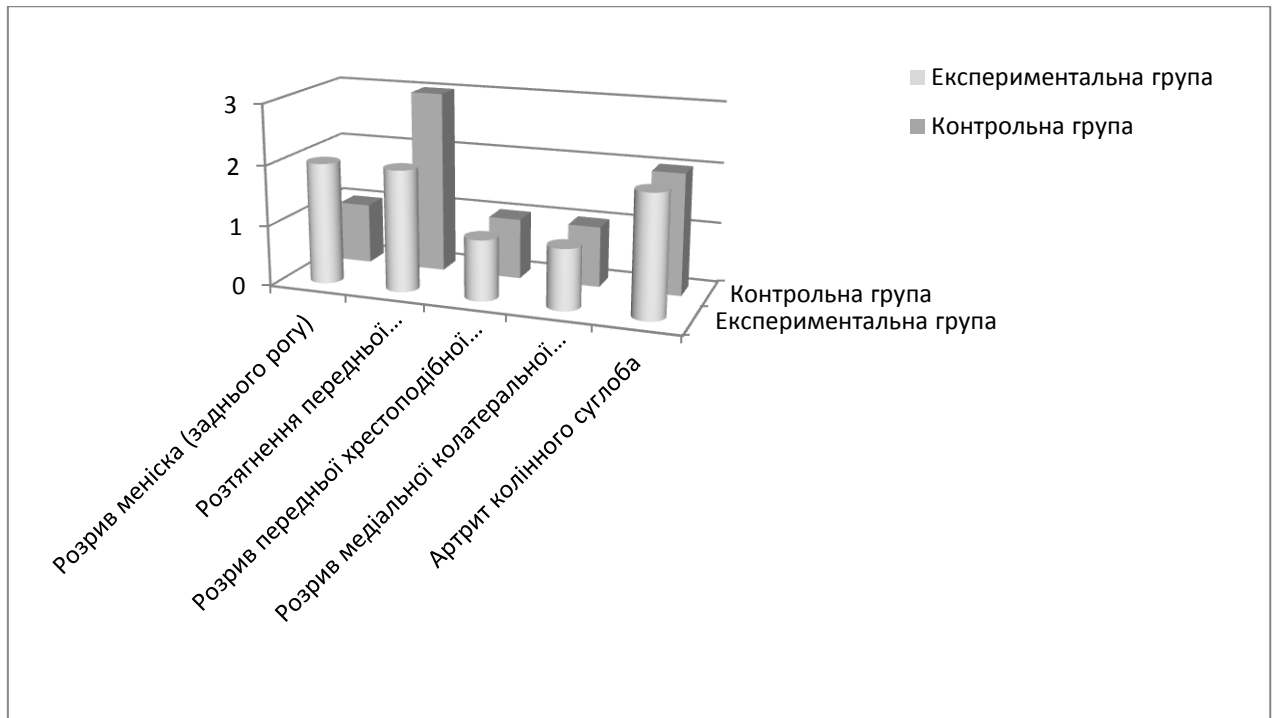
Таблиця 3.1 Кількість спортсменів-батутистів
експериментальної групи за видами пошкодження ОРА

Експериментальна група	
Кількість осіб	Пошкодження ОРА
2	Розрив меніска (заднього рогу)
2	Розтягнення передньої хрестоподібної зв'язки
1	Розрив передньої хрестоподібної зв'язки
1	Розрив медіальної колатеральної зв'язки
2	Артрит колінного суглоба

Таблиця 3.2 Кількість спортсменів-батутистів
контрольної групи за видами пошкодження ОРА

Контрольна група	
Кількість осіб	Пошкодження ОРА
1	Розрив меніска (заднього рогу)
3	Розтягнення передньої хрестоподібної зв'язки
1	Розрив передньої хрестоподібної зв'язки
1	Розрив медіальної колатеральної зв'язки
2	Артрит колінного суглоба

Гістограма 3.1 Ураження ОРА спортсменок контрольної та експериментальної групи



Дослідницька робота проходила у період з 2020 року по 2021 рік на базі ГО «Миколаївська обласна федерація стрибків на батуті» й ТОВ «Центр прогресивної медицини та реабілітації «РЕА+МЕД».

Всі спортсмени з двох вибірок пройшли через період іммобілізації ураженої кінцівки, три особи мали оперативне втручання, інші проходили консервативне лікування. На етапі медичної реабілітації у гострий період, тобто відразу після травми, лікування було спрямоване на зняття болю і набряку колінного суглоба за допомогою протизапальних та знеболюючих засобів, компресів та спокою. Деяким спортсменам внаслідок гемартрозу було зроблено відкачування накопиченої рідини. Всі спортсмени-батутисти мали атрофію м'язів, оточуючих колінний суглоб.

Перший етап дослідницької роботи щодо ефективності комплексної програми психічного та фізичної відновлення.

Таблиця 3.3 Діагностика психічного та фізичного стану спортсменів
контрольної та експериментальної груп

Група	№ з/п	Діагностика впливу травми на емоційний стан	№ з/п	Діагностика впливу травми на фізичний стан
Контрольна та експериментальна група	1	«Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана и Д. Рикса	1	Гоніометрія
	2	Оцінка психологічного стану спортсменів «Індекс загального психологічного благополуччя»	2	ММТ
	3	Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна		

Другий етап дослідницької роботи щодо ефективності комплексної програми психічного та фізичного відновлення. Для реалізації поставленої мети нами була розроблена програма фізичного відновлення та психологічного відновлення спортсменів, які отримали травми колінного суглоба. На цьому етапі за запропонованою нами програмою працювали спортсмени експериментальної групи. Зі спортсменами, які потрапили в контрольну групу, цілеспрямована психологічна реабілітація не проводилася, а фізична реабілітація виконувалася в мінімальному обсязі.

Відновлення фізичного стану включало в себе гармонійно структурований комплекс методів, які наближали спортсменів к швидкому

одужанню, а саме лікувальну фізичну культуру, масаж та кріомасаж, ударно-хвильову терапію.

Психологічна реабілітація була представлена бесідами, спрямованими на пошук мотивації до відновлення спортивних занять, аутотренінгом, тренінгами на зняття тривоги.

Фізична та психологічна реабілітація були об'єднані в цілісну програму, яка мала ефективну спрямованість.

На третьому етапі була проведена повторна діагностика, як психічної сфери, так і фізичної сфери спортсменів в експериментальній та контрольній групах з використанням тих параметрів та методів, які були використані на першому етапі. Також було проведено порівняльний аналіз між двома групами та зроблені висновки.

3.2. Дослідження функціонального стану колінного суглоба серед спортсменів зі стрибків на батуті, які отримали травми та запальні захворювання

На базі ТОВ «Центр прогресивної медицини та реабілітації «РЕА+МЕД» була проведена діагностика уражених колінних суглобів серед спортсменів-батутистів експериментальної та контрольної груп до періоду відновлення та після за наступними показниками:

- амплітуда рухливості в колінних суглобах;
- больова чутливість за суб'єктивними відчуттями;
- сила скорочення м'язових груп нижніх кінцівок.

Вимірювання амплітуди рухів в колінному суглобі було виконано таким чином: гоніометр встановлений на внутрішній поверхні стегна, одна його бранша поєднана з поздовжньою віссю стегна, інша – з гомілкою; шарнір гоніометра встановлений на колінному суглобі. Випробуваному пропонується здійснити згинання-розгинання колінного і гомілковостопного

суглобів. Результати тестування висвітлені в даних вимірювання кутів згинання і розгинання колінного суглоба.

За даними гоніометричного обстеження до та після проведення реабілітаційних заходів ми отримали наступні показники, які представлені в таблиці 3.4 та таблиці 3.5

Таблиця 3.4 Показники гоніометричного обстеження експериментальної групи

Експериментальна група					
№ з/п	ПІБ	Показники дослідження до реабілітації	Оцінка результатів тестування до реабілітації	Показники дослідження після реабілітації	Оцінка результатів тестування після реабілітації
1	Н. Е.	35	нижче середнього	73	середній функціональний стан
2	М. М.	45	нижче середнього	80	середній функціональний стан
3	Т. Ч.	40	нижче середнього	85	середній функціональний стан
4	Н. Ш.	55	нижче середнього	95	гарний функціональний стан
5	Н. Ш.	60	середній функціональний стан	90	гарний функціональний стан
6	А. Б.	65	середній функціональний стан	110	гарний функціональний стан
7	С. О.	65	середній функціональний стан	105	гарний функціональний стан
8	Н. Л.	55	нижче середнього	93	гарний функціональний стан
СЕРЕДНЄ ЗНАЧЕННЯ		52,5	НИЖЧЕ СЕРЕДНЬОГО	91,3	ГАРНИЙ СТАН

* Кут згинання суглоба менше 35 градусів – поганий функціональний стан колінного суглоба; 35-60 – нижче середнього, 60-90 – середнє, 90-130 – гарне, вище 130 – відмінний

Таблиця 3.5 Показники гоніометричного обстеження
контрольної групи

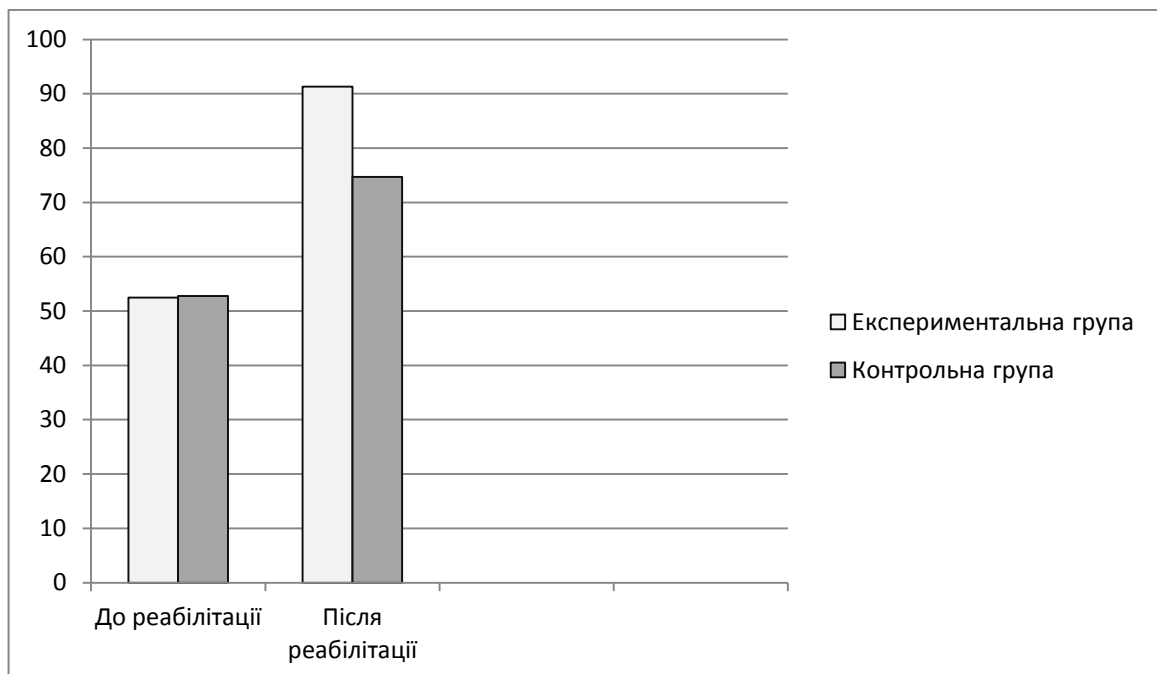
Контрольна група					
№ з/п	ПІБ	Показники дослідження до реабілітації	Оцінка результатів тестування до реабілітації	Показники дослідження після реабілітації	Оцінка результатів тестування після реабілітації
1	В. К.	40	нижче середнього	60	середній функціональний стан
2	І. У.	55	нижче середнього	70	середній функціональний стан
3	О. Д.	45	нижче середнього	65	середній функціональний стан
4	Л. Б.	55	нижче середнього	80	середній функціональний стан
5	П. Г.	35	нижче середнього	60	середній функціональний стан
6	Р. О.	65	середній функціональний стан	88	середній функціональний стан
7	А. Т.	65	середній функціональний стан	95	гарний функціональний стан
8	Ф. Ч.	63	середній функціональний стан	80	середній функціональний стан
СЕРЕДНЄ ЗНАЧЕННЯ		52,8	НИЖЧЕ СЕРЕДНЬОГО	74,7	СЕРЕДНІЙ СТАН

Всі отримані дані за гоніометричним дослідженням були перевірені методами математичної статистики. Порівняння середніх показників приведені у зведеній таблиці 3.6 та на гістограмі 3.2.

Таблиця 3.6 Порівняння середніх показників

№ з/п	Показники	Експериментальна група n=8		Контрольна група n=8	
		До реабілітації	Після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації
1.	Згинання колінного суглоба	52,5 ±3,3	91,3 ±7,1 $p_{1,30} \leq 0,001$	52,8 ±4,6	74,7 ±6,4 $p_{1,30} \leq 0,01$

Гістограма 3.2 Порівняння середніх показників



За даними гоніометричних досліджень можна зробити висновок: до розроблених та виконаних нами відновлювальних заходів амплітуда рухливості в колінних суглобах у досліджуваних спортсменів, які отримали травми та запальні захворювання була на низькому рівні. Після проведення експериментального дослідження серед осіб з основної групи покращилися показники за цим параметром і рівень амплітуди рухливості значно підвищився, а амплітуда рухливості в колінних суглобах серед осіб контрольної групи залишилася на середньому рівні.

Також для адекватної оцінки впливу спеціального комплексу фізичного відновлення на функціональний стан колінних суглобів досліджуваних було проведено мануально-м'язове тестування за шести бальною шкалою Ловетта з використанням тесту «превозмогання» та ізометричного тесту.

Дослідження за ММТ Ловетта дало нам наступні результати (таблиця 3.7, таблиця 3.8).

Таблиця 3.7 Показники ММТ експериментальної групи

Експериментальна група													
№ з/п	ПІБ	Показники до відновлення ОРА						Показники після відновлення ОРА					
		normal	good	fair	poor	trace	nula	normal	good	fair	poor	trace	nula
1	Н. Е.						+		+				
2	М. М.					+			+				
3	Т. Ч.					+			+				
4	Н. Ш.			+				+					
5	Н. Ш.				+			+					
6	А. Б.				+				+				
7	С. О.					+		+					
8	Н. Л.				+				+				

Таблиця 3.8 Показники ММТ контрольної групи

Контрольна група													
№ з/п	ПІБ	Показники до відновлення ОРА						Показники після відновлення ОРА					
		normal	good	fair	poor	trace	nula	normal	good	fair	poor	trace	nula
1	В. К.				+		+			+			
2	И. У.				+					+			
3	О. Д.					+			+				
4	Л. Б.					+		+					

5	П. Г.					+				+			
6	Р. О.				+					+			
7	А. Т.					+			+				
8	Ф. Ч.				+				+				

Згідно даних мануально-м'язового тестування за шести бальною шкалою Ловетта можна зробити висновок: внаслідок реабілітаційних заходів, проведених серед спортсменів експериментальної групи, сила функціональних можливостей м'язів нижніх кінцівок значно покращилася у порівнянні із спортсменами контрольної групи.

Проведений нами моніторинг амплітуди рухливості в колінних суглобах та сили функціональних можливостей м'язів нижніх кінцівок на першому – етапу до реабілітації, та на третьому – етапу після реабілітації показав позитивну тенденцію покращення функціонального стану колінних суглобів серед спортсменів експериментальної групи, які проходили відновлення за комплексною програмою психо-фізичного відновлення. Це дає нам змогу стверджувати, що виконані заплановані відновлюванні дії та використання реабілітаційних засобів ефективно подіяли на стан здоров'я спортсменів та прискорили час відновлення після травм. Термін відновлення спортсменів з контрольної групи був значно довшим.

3.3. Дослідження емоційної сфери спортсменів із травмами та запальними захворюваннями колінних суглобів

Психокорекція є одним з видів психічної допомоги, яка спрямована на зміни у поведінково-особистісній та інтелектуальній сфері людини. Правильно спланована корекція призводить до великих змін особистості та її емоційного стану. Виходячи з нашої дослідницької роботи можна побачити, як змінилося ставлення спортсменів до травми після проходження психологічної допомоги і без неї.

Результати дослідження впливу травми на емоційний стан в експериментальній групі на I етапі:

Таблиця 3.9. «Самооцінка емоційних станів»

А. Уессмана и Д. Рикса

№ з/п	ПІБ	ПОКАЗНИКИ				Загальна сума за усіма показниками
		«Спокійність – тривожність»	«Енергійність – втома»	«Піднесеність – пригніченість»	«Почуття впевненості у собі – безпомічність»	
1	Н. Е.	1	3	9	6	19
2	М. М.	2	5	6	5	18
3	Т. Ч.	1	2	9	6	18
4	Н. Ш.	3	4	3	6	16
5	Н. Ш.	5	7	7	4	23
6	А. Б.	4	6	4	4	18
7	С. О.	7	9	10	6	32
8	Н. Л.	3	8	3	1	15

* Найбільша тривожність при проведенні цієї методики та при паралельній бесіді спостерігалася у спортсменів КМС, ніж у МС.

* Найбільша кількість балів, яка вказує на високу оцінку емоційного стану, набрала спортсменка (МС) діагноз якої невелике розтягнення передньої хрестоподібної зв'язки.

Таблиця 3. 10 Індекс загального психологічного благополуччя (за Дуріу та інш.)

№ з/п	ПІБ	Загальна сума балів	ПОКАЗНИКИ					
			Життєва енергія	Емоційне благополуччя	Тривога	Депресія	Самоконтроль	Загальне здоров'я
1	Н. Е.	38	6	10	10	0	9	3
2	М. М.	36	7	6	11	5	7	0
3	Т. Ч.	25	6	5	5	0	9	0
4	Н. Ш.	48	5	11	13	8	9	2

5	Н. Ш.	53	9	13	10	8	10	3
6	А. Б.	54	10	10	11	8	10	5
7	С. О.	77	10	14	20	12	14	7
8	Н. Л.	43	7	9	5	10	9	3

* Індекс психологічного благополуччя дорівнює 105.

* Найвищий бал у наших випробовуваних – 77.

Виходячи з досліджень емоційного стану спортсменів, проведених після отримання травми, можна зробити висновок про те, що всі спортсмени відчували сильну тривогу, переживаючи отриману травму, почуття невпевненості і пригніченість. У 6-ти з 8-ми спортсменів спостерігалася депресія. Такі дані показали необхідність проводити корекцію емоційного стану.

Результати дослідження емоційного стану після проведення психокорекції в експериментальній групі:

Таблиця 3.11 «Самооцінка емоційних станів»

А. Уессмана и Д. Рикса

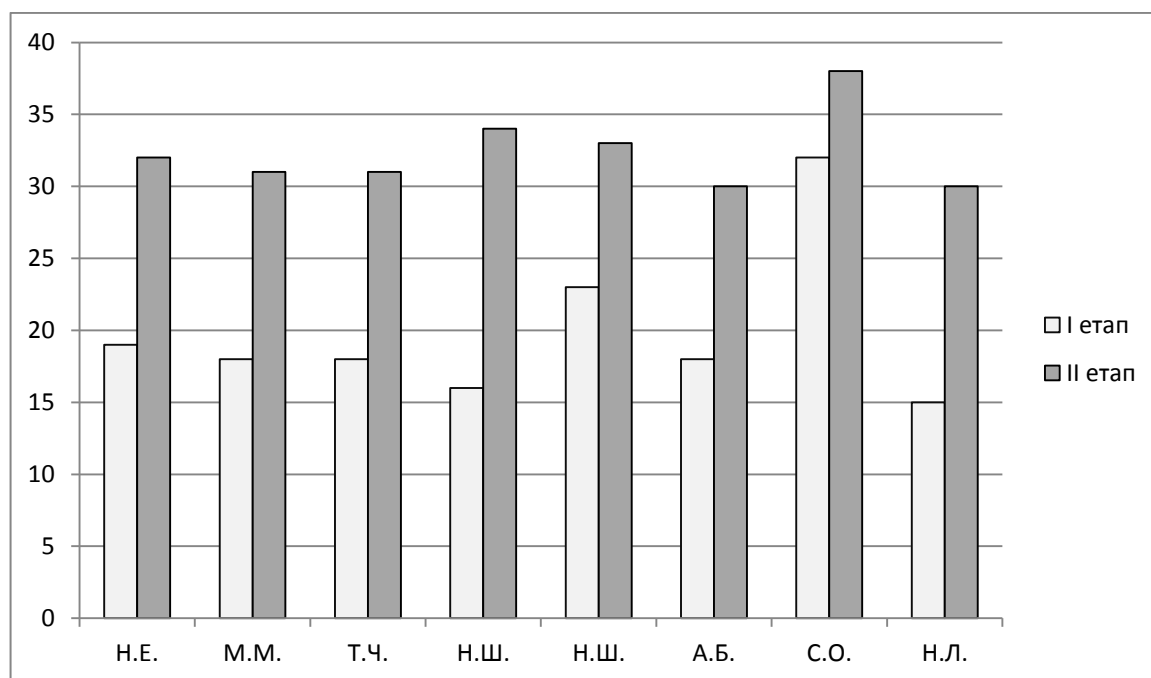
№ з/п	ПІБ	ПОКАЗНИКИ				Загальна сума за всіма показниками
		«Спокійність – тривожність»	«Енергійність – втома»	«Піднесеність – пригніченість»	«Почуття впевненості – безпомічність»	
1	Н. Е.	9	8	7	8	32
2	М. М.	8	7	7	9	31
3	Т. Ч.	9	7	6	9	31
4	Н. Ш.	9	10	8	7	34
5	Н. Ш.	7	9	9	8	33
6	А. Б.	8	6	7	9	30
7	С. О.	10	10	9	9	38
8	Н. Л.	6	8	7	9	30

Таблиця 3.12. Індекс загального психологічного благополуччя (за Дуриу та інш.)

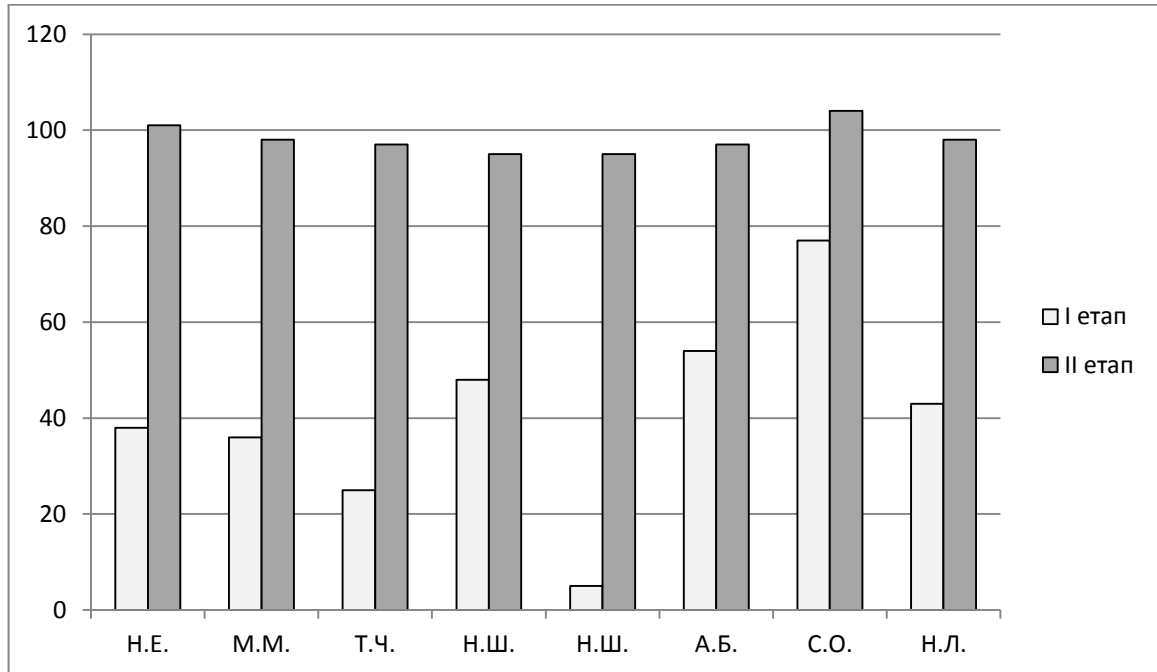
№ з/п	ПІБ	Загальна сума балів	ПОКАЗНИКИ					
			Життєва енергія	Емоційне благополуччя	Тривога	Депресія	Самоконтроль	Загальне здоров'я
1	Н. Е.	101	15	18	25	15	15	13
2	М. М.	98	15	17	25	15	12	12
3	Т. Ч.	97	13	19	24	15	13	13
4	Н. Ш.	95	13	20	20	13	14	15
5	Н. Ш.	95	14	15	23	14	15	14
6	А. Б.	97	15	15	23	15	14	15
7	С. О.	104	15	20	25	15	14	15
8	Н. Л.	98	14	19	23	15	13	14

Зміни стану спортсменів внаслідок проведення психокорекції показано на гістограмах 3.3 та 3.4.

Гістограма 3.3. Самооцінка емоційних станів



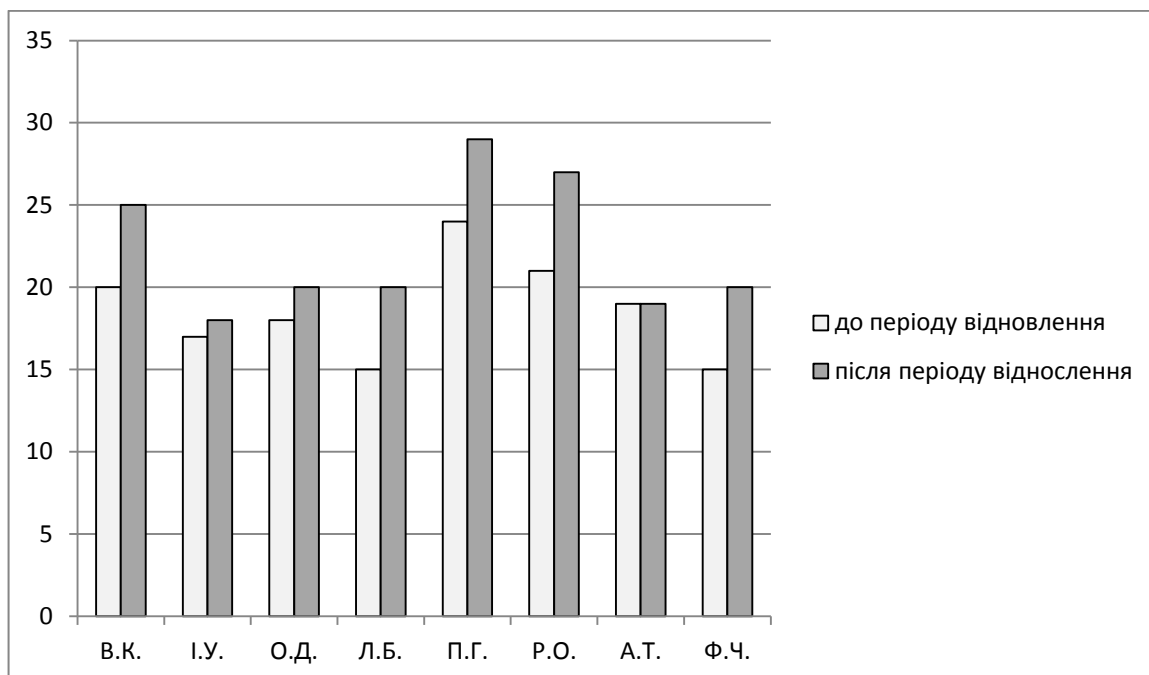
Гістограма 3.4. Індекс загального психологічного благополуччя (за Durou та інш.)



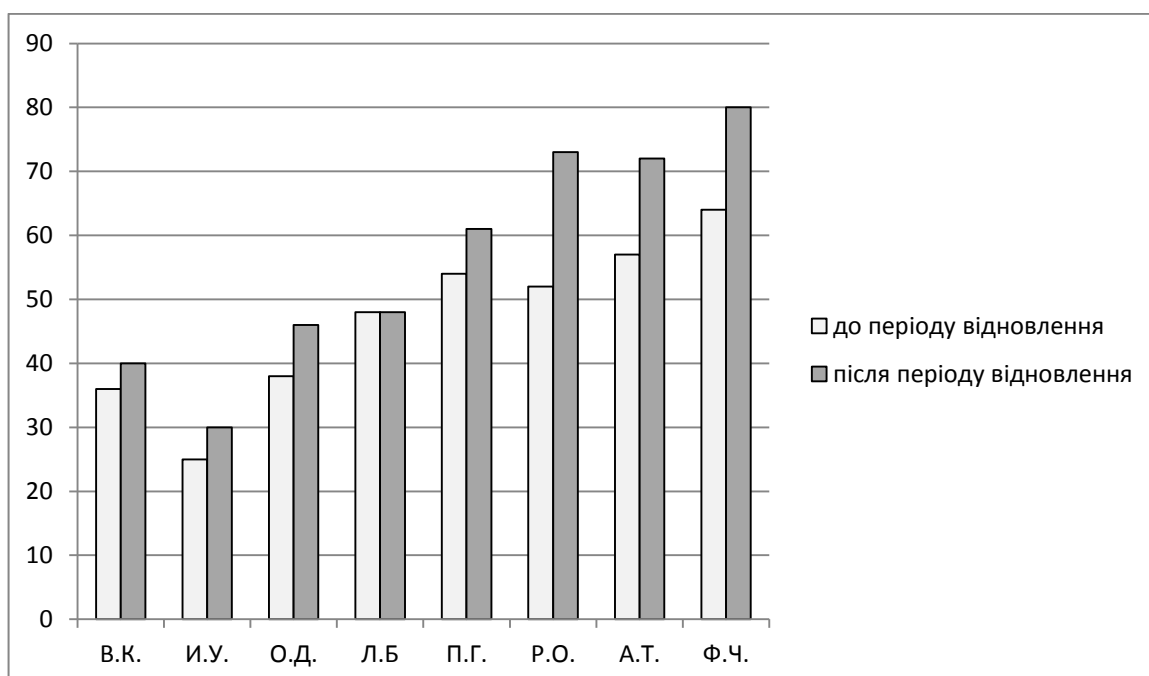
Отримавши дані про емоційний стан спортсменів після проведення психокорекційної роботи можна зробити наступний висновок: індекс загального благополуччя став набагато вище і є значущим за даними математичної статистики. Тривога, втома, пригніченість та безпомічність змінилися на спокійність, енергійність, піднесеність та впевненість. На проведених бесідах ми виявили зниження почуття тривожності та депресії, підвищення загального стану здоров'я, стимул до якнайшвидшого одужання і відновлення функцій коліна, також спортсмени казали про плани на спортивне майбутнє та продовження спортивної діяльності у спорті вищих досягнень. Спортсмени успішно завершили свій відновлювальний період.

Результати дослідження впливу травми на емоційний стан в контрольній групі на I та III етапі представлені на гістограмах 3.5. та 3.6.

Гістограма 3.5. Самооцінка емоційних станів



Гістограма 3.6. Індекс загального психологічного благополуччя (за Діруу та інш.)



Психологічне дослідження в контрольній групі показало, що травми та запальні захворювання колінного суглоба призвели до негативного

емоційного стану спортсменів. В ході проведення бесід та за даними психологічних методик у всіх восьми осіб спостерігалось почуття втоми та безпомічності, пригніченості та безсилля, стан депресії та почуття страху, у двох спортсменів було виявлено небажання до наступних занять спортом вищих досягнень. На повторному дослідженні результати змінилися, але в незначній мірі. Загальний психологічний стан цих осіб залишився практично на тому ж рівні. Все це є свідомством того, що спортсмени не отримали належної психологічної допомоги та підтримки з боку тренерів, психологів та реабілітологів.

Також, при моніторингу відновлення емоційного стану до та після виконання комплексної психо-фізичної реабілітації, ми використовували діагностику дослідження рівня тривожності «Шкала самооцінки рівня тривожності» (Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна) і отримали наступні дані.

Таблиця 3.13. «Шкала самооцінки рівня тривожності» в експериментальній групі до та після реабілітації

№ з/п	ПІБ	ДО ВІДНОВЛЕННЯ		ПІСЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ	
		Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність
1.	Н. Е.	50	68	45	40
2.	М. М.	45	45	40	32
3.	Т. Ч.	46	55	45	30
4.	Н. Ш.	49	48	44	29
5.	Н. Ш.	57	70	50	39
6.	А. Б.	45	66	44	37
7.	С. О.	54	57	55	40
8.	Н. Л.	60	60	60	40

Таблиця 3.14. «Шкала самооцінки рівня тривожності» в контрольній групі до та після реабілітації

№ з/п	ПІБ	ДО ВІДНОВЛЕННЯ		ПІСЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ	
		Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність
1.	В. К.	42	73	40	69
2.	И. У.	45	45	45	45
3.	О. Д.	47	66	45	65
4.	Л. Б.	38	48	41	45
5.	П. Г.	47	65	45	60
6.	Р. О.	34	55	35	51
7.	А. Т.	40	50	40	45
8.	Ф. Ч.	55	63	55	43

За отриманими даними по методиці «Шкала самооцінки рівня тривожності» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна можна зробити висновок: на першому етапі до реабілітації у всіх спортсменів з експериментальної та контрольної групи були виявлені високі показники по реактивній (ситуативній) тривожності та середні/високі, у деяких осіб низькі бали по особистісній тривожності. При повторному дослідженні стану тривожності результати по особистісному показнику в двох групах практично не змінилися, а показники реактивної тривожності значно змінилися (знизилися) в основній (експериментальній) групі. Такі зміни дають змогу стверджувати, що спортсмени, з якими була проведена психокорекція, пройшли через етап переживання та практично позбавилися почуття тривоги.

Порівняльна характеристика зміни в емоційному стані на кожному етапі психологічного дослідження в експериментальній та контрольній групах представлена у зведеній таблиці 3.15.

Таблиця 3.15 Порівняльні показники змін емоційного стану в експериментальній та контрольній групах

№ групи	Самооцінка емоційних станів		Індекс загального психологічного благополуччя		Шкала самооцінки рівня тривожності (реактивної)	
	I етап	III етап	I етап	III етап	I етап	III етап
I - експериментальна	19,8	<u>32,4</u>	46,71	<u>98,1</u>	58,6	<u>35,8</u>
II – контрольна	18,6	<u>22,3</u>	46,75	<u>56,3</u>	58,1	<u>52,8</u>

Таким чином з проведеного дослідження в контрольній групі та при порівнянні результатів 2 груп встановлено:

1. Вихідні результати, які показували початковий психічний стан спортсменів у 1-ій та 2-ій групах були приблизно на одному рівні, тобто високі показники тривожності, депресія, апатія та інші негативні стани.

2. У спортсменів, які мають звання КМС тривожність була вищою ніж у майстрів спорту (виходячи з результатів бесіди).

3. Після проведення психокорекції в експериментальній групі емоційний стан спортсменів значно покращився: пройшла депресія, з'явилася мотивація до подальшої спортивної діяльності.

4. Одна особа (КМС) з контрольної групи збирається завершити спорт вищих досягнень, незважаючи на дозвіл лікаря продовжити заняття, пояснюючи своє рішення страхом отримати повторну травму.

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ ЗІ СТРИБКІВ НА БАТУТІ ПІСЛЯ ОТРИМАНИХ ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

4.1. Особливості фізичної реабілітації спортсменів зі стрибків на батуті при запальних захворюваннях і травмах колінного суглоба

Програма відновлення фізіологічних можливостей та анатомічного стану колінних суглобів спортсменів, які займаються стрибками на батуті містила складалась із наступних компонентів:

- лікувальна фізична культура
- масаж
- кріомасаж
- ударно-хвильова терапія

Вищезазначені компоненти були поденно та потижнево розписані, а також гармонійно поєднувались та чергувались між собою.

Лікувальна фізична культура містила комплекс ізометричних вправ, а також вправ із системи суглобової гімнастики Дікуля (рис. 4.1).

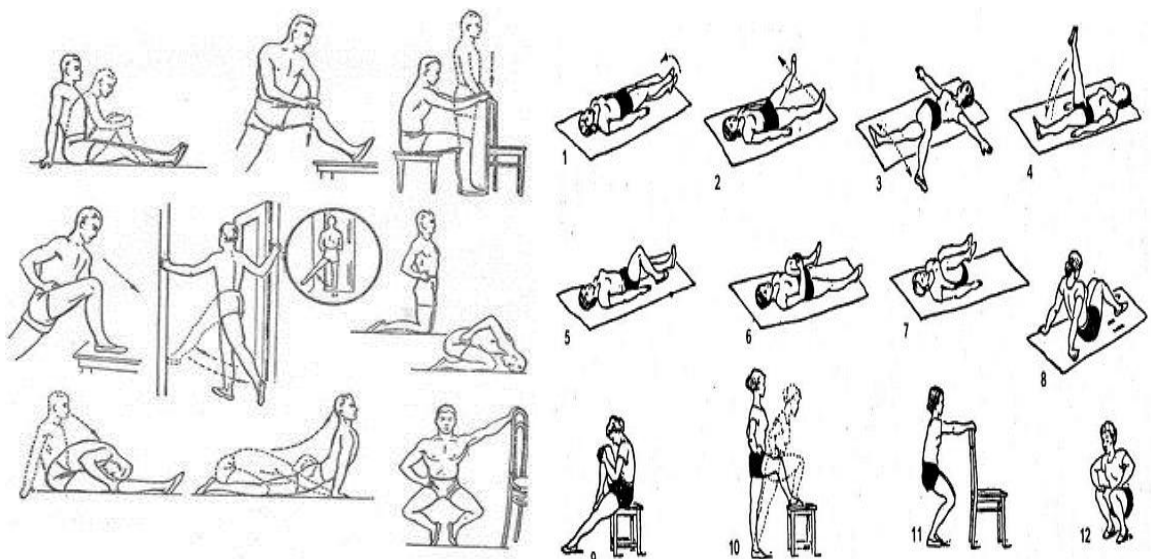


Рис. 4.1. Лікувальна фізична культура

Масаж виконувався двічі на тиждень перший місяць відновлення та поступово перейшов на один раз у тиждень із використанням технік загального масажу.

Кріомасаж виконувався із використанням спеціального обладнання один раз на тиждень на протязі двох місяців з чергуванням звичайного механічного масажу.

Ударно-хвильова терапія у процесі фізичного відновлення залучалася один раз в два тижні на протязі другого та двох тижнів третього місяця відновлення.

4.2. Особливості психологічної корекції спортсменів зі стрибків на батуті при запальних захворюваннях і травмах колінного суглоба

Будь-яка травма або запальне захворювання, отримані спортсменом, не тільки фізичне пошкодження тій або іншій частині тіла, але і джерело змін у його психічному стані. Характер і інтенсивність цих змін багато в чому залежать від локалізації і тяжкості травми, а також від особливостей нервової системи і особистості спортсмена. Однак при значних індивідуальних відмінностях у прояві психічних змін, викликаних травмами, всі вони об'єктивно обумовлені впливом виниклих больових відчуттів, порушеннями звичної діяльності, зривом значних життєвих планів і т. п. Під впливом цих факторів у спортсменів часто погіршується самопочуття і настрої, з'являються стан депресії, почуття тривоги за своє здоров'я, успішність подальшої підготовки і можливість виступів у змаганнях [1,10,21].

У травмованих осіб спостерігаються різні психологічні реакції, які, як правило, включають 5 етапів:

- заперечення;
- гнів;
- «укладення угоди»;
- депресія;

- прийняття та реорганізація.

Після травми у більшості спортсменів спостерігається фаза заперечення. Перебуваючи в стані шоку, вони не вірять, що отримали травму. Після усвідомлення реальності події настає фаза гніву. Спортсмени починають лаяти себе і оточуючих. Потім настає фаза «укладання угоди»: спортсмен намагається обґрунтувати уникнення реальності ситуації. Наприклад, травмований спортсмен може пообіцяти собі тренуватися ще більш старанно чи завжди бути привітним з оточуючими, якщо йому «пощастить» швидко відновитися. Під час четвертої фази відбувається повне усвідомлення факту травми та її наслідків. Розуміючи, що він більше не зможе продовжувати заняття, спортсмен впадає в стан депресії і відчуває невизначеність щодо своїх майбутніх занять. П'ята фаза – фаза прийняття, коли спортсмен виходить із стану депресії і готовий зосередити всі свої сили на процесі реабілітації та повернення до фізичної активності [25,26].

У більшості спортсменів спостерігається подібні реакції на травму, проте швидкість і легкість «проходження» всіх п'яти етапів можуть істотно коливатися. Якщо одна людина «проходить» ці етапи за 1-2 дні, то інші можуть знадобитися тижні і навіть місяці [29].

Психологічними аспекти реабілітації після ушкоджень впливають з розуміння реакцій на травму. Проте одного розуміння процесу реагування на травму недостатньо. Здійснення процесу реабілітації спортсменів-батутистів відбувалося за допомогою наступних методів:

- встановлення взаємовідносин з травмованою людиною;
- інформування травмованого спортсмена про те, як протікає процес реабілітації;
- навчання спеціальним психологічним навичкам і умінням, спрямованим на здійснення реабілітації;
- підготовка травмованої людини до можливих рецидивів у процесі реабілітації;
- забезпечення соціальної підтримки.

Встановлення взаємовідносин з травмованою людиною. Людина, що отримала травму, дуже часто втрачає впевненість, відчуває гнів, розчарування і стає вразливою. Всі ці емоції ускладнюють взаємини з травмованою людиною. Дуже важливо спробувати зрозуміти, як почуває себе людина, що отримала травму, а також спробувати виявляти емоційну підтримку. Необхідно телефонувати йому, відвідувати його, цікавитися, як йдуть у нього справи. Однак не слід демонструвати надмірний оптимізм щодо швидкого відновлення. Необхідно робити акцент на моральній підтримці всієї команди. Необхідно встановити взаємини з людиною, що отримала травму:

- намагатися зрозуміти, що він відчуває;
- забезпечити емоційну підтримку;
- виявити позитивне, оптимістичне, але реальне ставлення до травми;

Інформування травмованого спортсмена про те, як протікає процес реабілітації. Якщо коуч працює з людиною, яка вперше отримала травму, дуже важливо пояснити їй, чого слід очікувати протягом процесу відновлення. Постаратися пояснити потерпілому сутність травми, а також пояснити, що він не зможе брати участь у змаганнях протягом деякого часу. Треба відзначити, що через місяць він буде відчувати себе набагато краще. У зв'язку з цим у нього може виникнути бажання занадто рано повернутися до звичайного режиму тренувальних занять, що загрожує негативними наслідками. Дуже важливо намітити здійснення процесу відновлення. Наприклад, травмованому спортсмену-батутисту можна порекомендувати через 2-3 тижня почати заняття на велоергометрі, через 2 місяці приступити до виконання вправ з повною амплітудою руху, а потім почати заняття силової спрямованості і продовжувати їх до тих пір, поки відновиться звичайний рівень силових можливостей, а також гнучкості у пошкодженій ділянці. Тільки після цього вона зможе поступово почати займатися своїм видом діяльності, виконуючи спочатку загальні, а потім і спеціальні вправи своєї спеціалізації.

Навчання спеціальним психологічним навичкам і умінням, спрямованим на здійснення реабілітації. Найбільш важливими психологічними навичками і вміннями з точки зору реабілітації є [7,8,10]:

- позитивна внутрішня мова;
- візуалізація або ідеомоторні акти;
- тренування релаксації.

Метод визначення цілей включає визначення дати повернення до змагальної діяльності, кількість спеціальних терапевтичних занять, кількість вправ силової спрямованості, які виконуються під час відновлювальних занять і т. п. Спортсмени з високим рівнем мотивації мають тенденцію виконувати під час відновлювальних занять більший обсяг роботи, ніж рекомендується. Це може призвести до повторного травмування. Тому вкрай важливо акцентувати увагу на необхідності суворого дотримання певних завдань (цілей) і не виконувати більший обсяг роботи тільки тому, що спортсмен відчуває себе набагато краще в якийсь із днів.

Використання внутрішньої мови відіграє велику роль в появі почуття втрати впевненості в собі після пошкодження.

Спортсмени повинні навчитися «вимикати» негативні думки («Мені ніколи не стане краще») і замінювати їх реальними і позитивними («Я сьогодні відчуваю себе ще не зовсім добре, однак я суворо дотримуюся розробленого плану реабілітації і з часом повністю відновлюся»).

Візуалізація або ідеомоторні акти широко використовуються в процесі відновлення. Травмований спортсмен може уявити себе в ігровій ситуації, тим самим зберігаючи високий рівень ігрових навичок і сприяючи своєму швидкому одужанню. Він може також представити видалення пошкодженої тканини і утворення нової здорової тканини, що прискорить процес реабілітації. Було виявлено, що використання ідеомоторних актів прискорює процес лікування травм коліна.

Тренування релаксації може бути використано для зняття больових відчуттів і стресу, які зазвичай супроводжують серйозні травми. Методи релаксації можна також використовувати для зниження загальних рівнів напруги, а також для прискорення засипання.

Навчання травмованої людини справлятися з рецидивами. Процес відновлення різних людей протікає по-різному, причому досить часто бувають рецидиви. Тому вкрай важливо підготувати травмованого спортсмена до можливого виникнення рецидивів. Під час фази встановлення взаємовідносин з травмованим спортсменом необхідно повідомити йому про можливості виникнення рецидивів. Одночасно треба намагатися підтримати його позитивне ставлення до процесу відновлення. Рецидиви — цілком нормальне явище, тому не слід впадати в паніку.

Крім того, необхідно періодично здійснювати переоцінку цілей реабілітації. Щоб допомогти травмованій людині справлятися з цією невдачею, необхідно порадити йому в разі рецидивів повідомити про це людям, які користуються у нього авторитетом. Обговорюючи з ними свої проблеми, він може отримати необхідну соціальну підтримку.

Забезпечення соціальної підтримки. Соціальна підтримка може мати різні форми. Це може бути емоційна підтримка з боку друзів і близьких людей, інформаційна підтримка з боку тренера (наприклад, «Ти на вірному шляху») або матеріальна підтримка (з боку батьків).

Травмовані спортсмени дуже потребують соціальної підтримки. Їм необхідно знати, що про них турбуються товариші по команді і тренер, їм необхідно, щоб люди слухали з увагою їхні проблеми, їм необхідно почути розповідь про те, як інші спортсмени відновилися після такої ж травми. Адекватна соціальна підтримка не відбувається автоматично.

Спортсмен, як правило, отримує адекватну соціальну підтримку відразу ж після травми і значно рідше – на останніх стадіях відновлення. Не слід забувати, що спортсмену, який переніс травму, соціальна підтримка потрібна на протязі всього процесу відновлення.

Для більш швидкого і ефективного лікування травм та ліквідації можливого негативного впливу їх на психіку, тренеру необхідно систематично застосовувати в ході відновлення ряд психолого-педагогічних, психопрофілактичних та психогігієнічних заходів і впливів. До їх числа відносять:

Навчання – допомога спортсмену в оволодінні знаннями саморегуляції емоційного стану (зняття дратівливості, тривоги, вихід із стану депресії), а також оволодіти вміннями і навичками самообслуговування.

Психодіагностика – допомога спортсмену у самопізнанні та індивідуалізації подальшої спортивної діяльності на основі вивчення його психологічних особливостей.

Психопрофілактика – допомога у попередженні виникнення та розвитку деструктивних психічних явищ після перенесення травми.

Психокорекція – робота над негативним психічним станом, що спровокований травмою (допомога в знятті тривоги, вихід з депресії, пошуку мотивуючих факторів до відновлення і подальшої роботи тощо).

Психологічне просвітництво – допомога спортсмену в оволодінні психологічними знаннями, які є необхідними для проходження різних перешкод.

Психологічні тренінги – спеціально розроблені комплекси психотехнічних вправ й ігор, що допомагають спортсмену знизити негативний вплив травми.

В ході психологічних заходів вирішується ряд досить складних завдань. Насамперед необхідно проінформувати спортсмена про сутність і перспективи лікування травм і виробити правильне ставлення до них, бажання як можна швидше вилікуватися, дотримуючись при цьому всі приписи лікаря і всіляко допомагаючи йому в процесі лікування. Слід систематично усувати у спортсмена синдроми тривожності й підозріливості, виробляти впевненість у сприятливому результаті лікування і подальшому успішному продовженні підготовки і виступів у змаганнях.

Оволодіння сучасними методами психічної саморегуляції, заснованої на принципах аутогенним ідеомоторного тренування і самонавіяння, дозволяє спортсмену використовувати існуючі психосоматичні і психофункціональні взаємозв'язки для більш ефективної ліквідації травм. В особливо складних і тяжких випадках у бесіді необхідно пояснити спортсмену серйозність становища, але психічно не травмувати його, узагальнено можливі погані наслідки, як це нерідко роблять деякі лікарі, позбавляючи атлета впевненості у можливості самому активно й успішно включитися в процес лікування. Необхідно також, щоб весь медичний персонал повсякденно сприяв створенню у спортсменів оптимістичного настрою, розвитку їх інтелектуальної, а з часом і фізичної активності, прагнення до самовиховання волі у всіх діях і вчинках. Лідером у цих питаннях має бути лікар, який зобов'язаний зорієнтувати медичний колектив на проведення роботи в потрібному соціально-психологічному і соціально-гігієнічному напрямку.

Методи аутогенного тренування і її різні модифікації, такі потрібні і ефективні при лікуванні травм і в створенні у спортсменів відповідного психічного стану, нині широко застосовуються в спортивній медицині. Всі варіанти аутогенного тренування (а сюди входять різні прийоми, словесні впливи, створення образів-уявлень) призводять до фази повного розслаблення і дрімотного стану. У цій фазі спортсмен може з найбільшим успіхом піддаватися зовнішнім (гетеро) і власних (ауто) впливів. Зокрема, під час лікування травм можуть бути найбільш ефективно сприйняті і засвоєні установки про зниження больових відчуттів і тривожності, побоювання поганих наслідків ушкодження, про підвищення впевненості в правильному ході лікування, можливості почати повноцінні тренування і з успіхом виступати на змаганнях.

Систематичне застосування при лікуванні травм психолого-педагогічних і психогігієнічних заходів і активне, усвідомлене застосування

спортсменами прийомів саморегуляції дозволять значною мірою підвищити ефективність лікувального процесу та скоротити його тривалість [30].

Отже будь-яка травма або запальне захворювання, отримані спортсменом, не тільки фізичне пошкодження тій або іншій частині тіла, але і джерело змін у його психічному стані, тому вектор напрямку відновлення повинен здійснюватися як у фізичному, так і у психологічному напрямку. Сучасний розвиток відновлення дозволяє використовувати велику кількість методів для покращення якості життя спортсменів після отриманих ушкоджень та придбаних патологій.

ВИСНОВКИ

Травми опорно-рухового апарату є основною причиною перерви в тренувальному процесі, що відповідно веде до стійкого зниження рівня фізичної працездатності і якості життя спортсменів. Травма в широкому розумінні являє собою зрив адаптації (дезадаптацію) організму людини, до зростаючих спортивних навантажень під впливом несприятливих зовнішніх факторів; - травма (зрив адаптації) виникає в результаті "слабкості" (уродженої або придбаної) однією з функціональних систем організму.

Травми колінного суглоба при заняттях спортом зустрічаються найбільш часто, і становлять 40,7% всієї патології опорно-рухового апарату та бувають різноманітними за характером: переломи, вивихи, поранення, садна, удари, пошкодження капсульно-зв'язкового апарату, пошкодження менісків, пошкодження хрестоподібних зв'язок, пошкодження бічних зв'язок, ушкодження і захворювання власної зв'язки надколінка, бурсити, хвороби суглоба, хвороби кісток і окістя та інші.

Причини виникнення травм у спортсменів досить різноманітні, але в цілому їх можна розділити на три групи: організаційні причини; методичні причини; причини, зумовлені індивідуальними особливостями самого спортсмена.

Механізми патофізіологічних наслідків травм в основі яких лежать порушення аферентації від іммобілізованої кінцівки. При тривалій іммобілізації поступово згасає афферентна імпульсація, розвивається функціональна моторна інервація. З'являються функціональні, а потім і морфологічні зміни на периферії – у м'язах, суглобах іммобілізованої кінцівки.

Дослідження функціонального стану колінних суглобів у спортсменів, які займаються стрибками на батуті, після перенесення травми та дослідження ефективності проведення програми фізичного відновлення

показали, що до розроблених та виконаних реабілітаційних заходів амплітуда рухливості в колінних суглобах у спортсменів, отримавших травми та запальні захворювання була на низькому рівні. Після проведення експериментального дослідження у спортсменів з основної групи покращилися показники за цим параметром і рівень амплітуди рухливості значно підвищився, а амплітуда рухливості в колінних суглобах серед спортсменів контрольної групи залишилася на середньому рівні.

Внаслідок відновлювальних заходів, проведених серед спортсменів експериментальної групи, сила функціональних можливостей м'язів нижніх кінцівок у юнаків значно покращилася у порівнянні із спортсменами контрольної групи.

Моніторинг амплітуди рухливості в колінних суглобах та сили функціональних можливостей м'язів нижніх кінцівок на першому – етапу до реабілітації, та на третьому – етапу після реабілітації показав позитивну тенденцію покращення функціонального стану колінних суглобів серед спортсменів експериментальної групи, які проходили відновлення за комплексною програмою психічного та фізичного відновлення.

За даними дослідження емоційного стану спортсменів після перенесення травми та дослідження ефективності проведення комплексної програми відновлення показали, що індекс загального благополуччя став набагато вище. Тривога, втома, пригніченість та безпомічність змінилися на спокійність, енергійність, піднесеність та впевненість. На проведених бесідах ми виявили зниження почуття тривожності та депресії, підвищення загального стану здоров'я, стимул до якнайшвидшого одужання і відновлення функцій коліна.

Комплексна програма відновлення психологічного та фізичного стану сприяла ефективному відновленню функціонального стану та емоційного стану спортсменів після перенесення запального захворювання та травми колінних суглобів, а також покращила якість життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волков Л.М. Спортивная подготовка детей и подростков. Киев: Вежа, 1998. – 190 с.
2. Воробьёв А.Н. Тяжелая атлетика. Москва : Физкультура и спорт, 2008. – 240 с.
3. Выдрин В.М. Введение в специальность. Москва: Физкультура и спорт, 1974. – 159 с.
4. Герцик М.С., Вацеба О.М. Вступ до спеціальностей галузі «Фізичне виховання і спорт». Харків: «ОВС», 2014. – 176 с.
5. Гуськов С.И. Государство и спорт. Москва: Физкультура и спорт, 2006. – 176 с.
6. Державна програма розвитку фізичної культури і спорту в Україні. Київ, 2018. – 34 с.
7. Жданова О.М. Управління фізичною культурою. Львів, 2006. – 127 с.
8. Закон України «Про освіту». Київ, 2017, від 05.09.2017 – 34 с.
9. Закон України «Про фізичну культуру і спорт». Київ, 1994 зі змінами від 02.06.2021 – 22 с.
10. Іваненко В.П., Безкопильний О.П. Теорія і методика фізичного виховання: навчальний посібник. Черкаси: АНТЕЇ, 2012. – 263 с.
11. Концептуальні засади подальшого розвитку фізичної культури і спорту в Україні / Наука в олімпійському спорті. – 2019. - №1 С. 5 – 12.
12. Концепція безперервної фізкультурно-оздоровчої роботи з учнями загальноосвітніх шкіл. Київ, 2016. – 18 с.
13. Концепція кадрового забезпечення галузі «Фізичне виховання і спорт». Київ, 2015. – 18 с.

- 14.Короткий російсько-український словник з фізичної культури і спорту Д.М.Диновського та ін. Київ: Просвіта, 1993. – 20 с.
- 15.Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Київ: Олімпійська література, 2016, Т. 1. – 467 с.
- 16.Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Київ: Олімпійська література, 2016, Т. 2. – 467 с.
- 17.Кун Л. Всеобщая история физической культуры и спорта. Москва: Радуга, 1982. – 399 с.
- 18.Кучеренко І.О. Фізична культура і спорт: Інформаційно-методичний довідник з питань фізичної культури і спорту. Київ, 2014. – 1184 с.
- 19.Основи психології: підручник за заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. Київ: Либідь, 2017. – 630 с.
- 20.Платонов В.М., Булатова М.М. Фізична підготовка спортсмена. Київ: Олімпійська література, 2016. – 320 с.
- 21.Платонов В.Н., Гуськов С.І. Олімпійський спорт. Київ: Олімпійська література, 2015. – 480 с.
- 22.Платонов В.Н., Гуськов С.І. Професійний спорт. Київ: Олімпійська література, 2015. – 391 с.
- 23.Попов С.Н. Основы физической реабилитации: учебник для студентов ВУЗов, 3-е изд., перераб. и доп. Ростов-н/Д.: Феникс, 2015. – 608 с.
- 24.Програма відновлення спортсменів. Київ: Фізичне виховання, 2018. – С. 2-24.
- 25.Русинка І. І. Психологія: навчальний посібник. Київ: Знання, 2007. – 367 с.
- 26.Сергієнко Л.П. Практикум з теорії і методики фізичного виховання. Харків: ОВС, 2013. – 271 с.
- 27.Сергієнко Л.П. Тестування рухових здібностей. Київ: Олімпійська література. 2016. – 439 с.

28. Степанов О. М., Фіцула М. М. Основи психології і педагогіки: навчальний посібник, Київ: Академвидав, 2015. – 520 с.
29. Товт В.А., Дуло О.А., Щерба М.Ю. Основи теорії і методики фізичного виховання: навчальний посібник. Ужгород, 2014. – 156 с.
30. Федоренко І. Н. Золоті сторінки олімпійського спорту України. Київ: Олімпійська література, 2015. – 192 с.
31. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: навчальний посібник. Київ: Наукова думка, 2016. – 190 с.
32. Цимбалюк І. М. Психологія. Київ: ВД «Професіонал», 2014. – 304 с.
33. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації». Київ, 1998. – 48 с.
34. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, частина 1, 2010. – 272 с.
35. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, частина 2, 2010. – 272 с.

Електронні ресурси:

36. <https://pyrogiv.kiev.ua/> [остання дата відвідування сайту: 15.09.2021]
37. www.suprun.doctor [остання дата відвідування сайту: 08.09.2021]
38. hmnu.edu.ua/pdf/metodser/188/1.pdf [остання дата відвідування сайту: 20.10.2021]
39. https://stud.com.ua/173068/pedagogika/psihologichna_pidgotovka [остання дата відвідування сайту: 08.05.2021]

«Самооценка эмоциональных состояний»**А. Уэссман и Д. Рикс**

Методика применяется для самооценки эмоциональных состояний и степени бодрствования. Данная методика эффективна, если необходимо выявить изменение эмоционального состояния человека на протяжении определенного периода времени. Простота выполнения задания делают ее весьма оперативным инструментом. При этом можно как вычерчивать кривые изменения отдельных показателей, так и работать только с интегральным результатом. К недостаткам вышеописанной методики можно отнести следующие:

1) Утверждения, включенные в 1-3 разделы, описывают эмоциональное состояние человека лишь в диапазоне понятий «тревога/спокойствие» и «подъем/депрессия», не отражая выраженность других эмоций, таких, например, как гнев, обида, разочарование, гордость и др.

2) Утверждения, составляющие 4 раздел, характеризуют в основном когнитивную сферу (убеждения человека, касающиеся его возможностей), а не сферу эмоций.

3) Обращает внимание различие в системе оценок утверждений, составляющих четыре разных раздела методики. Так, повышение оценок, присваиваемых утверждениям 1 раздела, отражает повышение степени психической адаптации испытуемого, при этом самая высокая оценка по этому разделу указывает на наивысший уровень психической адаптации. Однако во 2 и 3 разделах наивысшие значения присваиваются таким утверждениям («Порыв, не знающий преград, жизненная сила выплескивается через край» и «Сильный подъем, восторженное веселье»), которые отражают уже не столько состояние психической адаптации, сколько патологическое гипоманиакальное состояние.

В этой связи общая шкала, получаемая при суммировании оценок по всем четырем разделам, представляется нелинейной: то время как низкие значения интегрального показателя свидетельствуют о выраженной психической дезадаптации, высокие значения интегрального показателя не могут трактоваться столь однозначно. Иначе говоря, интегральный показатель данной методики более чувствителен к состоянию психической дезадаптации, чем к состоянию адаптации.

Инструкция. Выберите в каждом из предложенных наборов суждений то, которое лучше всего описывает ваше состояние сейчас. Номер суждения, выбранного из каждого набора, запишите.

Опросник

Спокойствие – тревожность

10. Совершенное спокойствие. Непокколебимо уверен в себе.
9. Исключительно хладнокровен, на редкость уверен и не волнуюсь.
8. Ощущение полного благополучия. Уверен и чувствую себя непринужденно.
7. В целом уверен и свободен от беспокойства.
6. Ничто особенно не беспокоит меня. Чувствую себя более или менее непринужденно.
5. Несколько озабочен, чувствую себя скованно, немного встревожен.
4. Переживаю некоторую озабоченность, страх, беспокойство или неопределенность. Нервозен, волнуюсь, раздражен.
3. Значительная неуверенность. Весьма травмирован неопределенностью. Страшно.
2. Огромная тревожность, озабоченность. Изведен страхом.
1. Совершенно обезумел от страха. Потерял рассудок. Напуган неразрешимыми трудностями.

Энергичность – усталость

10. Порыв, не знающий преград. Жизненная сила выплескивается через край.

9. Бьющая через край жизнеспособность, огромная энергия, сильное стремление к деятельности.
8. Много энергии, сильная потребность в действии.
7. Чувствую себя свежим, в запасе значительная энергия.
6. Чувствую себя довольно свежим, в меру бодр.
5. Слегка устал. Леность. Энергии не хватает.
4. Довольно усталый. В запасе не очень много энергии.
3. Большая усталость. Вялый. Скудные ресурсы энергии.
2. Ужасно утомлен. Почти изнурен и практически не способен к действию. Почти не осталось запасов энергии.
1. Абсолютно выдохся. Неспособен даже к самому незначительному усилию.

Приподнятость – подавленность

10. Сильный подъем, восторженное веселье.
9. Возбужден, в приподнятом состоянии. Восторженность.
8. Возбужден, в хорошем расположении духа.
7. Чувствую себя очень хорошо. Жизнерадостен.
6. Чувствую себя довольно хорошо, «в порядке».
5. Чувствую себя чуть-чуть подавленно, «так себе».
4. Настроение подавленное и несколько унылое.
3. Угнетен и чувствую себя очень подавленно. Настроение определенно унылое.
2. Очень угнетен. Чувствую себя просто ужасно.
1. Крайняя депрессия и уныние. Подавлен. Все черно и серо. Уверенность в себе – беспомощность.

Уверенность в себе – беспомощность

10. Для меня нет ничего невозможного. Смогу сделать все, что хочу.
9. Чувствую большую уверенность в себе. Уверен в своих свершениях.
8. Очень уверен в своих способностях.
7. Чувствую, что моих способностей достаточно и мои перспективы хороши.
6. Чувствую себя довольно компетентным.

5. Чувствую, что мои умения и способности несколько ограничены.
4. Чувствую себя довольно неспособным.
3. Подавлен своей слабостью и недостатком способностей.
2. Чувствую себя жалким и несчастным. Устал от своей некомпетентности.
1. Давящее чувство слабости и тщетности усилий. У меня ничего не получится.

Обработка результатов и интерпретация

Определяют следующие показатели:

И1 – «Спокойствие – тревожность» (индивидуальная самооценка — И1 — равняется номеру суждения, выбранного испытуемым из данной шкалы. Аналогично получают индивидуальные значения по показателям И2-И4).

И2 – «Энергичность – усталость».

И3 – «Приподнятость – подавленность».

И4 – «Чувство уверенности в себе – чувство беспомощности».

И5 – Суммарная (по четырем шкалам) оценка состояния:

$$И5 = И1 + И2 + И3 + И4, \text{ где}$$

И1, И2, И3, И4 – индивидуальные значения по соответствующим шкалам.

Если сумма баллов **от 26 до 40**, то испытуемый высоко оценивает свое эмоциональное состояние, если **от 15 до 25 баллов**, то средняя оценка эмоционального состояния и низкая если **от 4 до 14 баллов**.

В общем виде эмоциональное состояние - характеристика эмоций человека, отражающая ее положение относительно объектов окружающей среды. Состояние может быть наблюдаемо как внешне, так и внутренне. Внутреннее состояние эмоций фиксируется сознанием субъекта на определенный момент времени тех ощущений благополучия (неблагополучия) как организма в целом, как и его частей. Внешне оценка состояния эмоций фиксируется высказываниями испытуемого по определенным признакам. Состояние человека выступает регулятивной функцией адаптации к окружающей среде или ситуации.

Шкала "Спокойствие-тревожность"

- выше 5-6 баллов. В опросе испытуемый показывает преобладание "Спокойствия": выдержанность, сдержанность, терпеливость, степенность, благоразумность, уравновешенность, невозмутимость, терпимость.
- 5-6 баллов. В самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале "Спокойствие-тревожность" без явного преобладание одного из полюсов.
- 1-4 балла. По самооценке испытуемого прогнозируется задержанность, запуганность, закомплексованность, нерешительность, пугливость, нервность, неуверенность, напряженность, боязливость.

Шкала "Энергичность-усталость"

выше 5-6 баллов. Испытуемый оценивает себя как личность: инициативный, деятельный, предприимчивый, одержимый, устремленный, активный, кипучий, пробивной, расторопный.

5-6 баллов. В самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале "Энергичность-усталость" без явного преобладание одного из полюсов.

1-4 балла. Испытуемый оценивает себя как: неинициативный, пассивный, инертный, безынициативный, вялый, апатичный, безразличный, медлительный.

Шкала "Приподнятость-подавленность"

- выше 5-6 баллов. Испытуемый оценивает себя как: кипучий, темпераментный, задорный, порывистый, энергичный, вольнолюбивый, раскрепощенный, живой, подвижный, бойкий.
- 5-6 баллов. В самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале "Приподнятость-подавленность" без явного преобладание одного из полюсов.
- 1-4 балла. Испытуемый оценивает себя как: застенчивый, робкий, нерешительный, несмелый, запуганный, стеснительный, угнетенный, оробелый, подавленный, задавленный.

Шкала "Уверенность в себе - чувство беспомощности"

- выше 5-6 баллов. Испытуемый оценивает себя как: боец, закаленный, решительный, упорный, героический, работоспособный, сильный, волевой, твердый, бесстрашный, отважный, самостоятельный.
- 5-6 баллов. В самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале "Уверенности-беспомощности" без явного преобладание одного из полюсов.
- 1-4 балла. Оценивается: безответный, слабохарактерный, безгласный, несмелый, слабый, слабовольный, пришибленный.

Суммарная оценка состояния

Этот показатель отражает выраженность, степень эмоционального подъема/истощения испытуемого.

Шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна

Інструкція:

«Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає».

Питання	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Абсолютно вірно	Питання	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Абсолютно вірно
1. Я спокійний					21. Я відчуваю задоволення				
2. Мені ніщо не загрожує					22. Я дуже швидко втомлююся				
3. Я перебуваю в напрузі					23. Я легко можу заплакати				
4. Я відчуваю жаль					24. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші люди				
5. Я почуваюся вільно					25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення				
6. Я засмучений					26. Звичайно я відчуваю себе бадьорим				
7. Мене хвилюють можливі невдачі					27. Я спокійний, холонокровний і зібраний				
8. Я відчуваю себе відпочившим					28. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене				
9. Я стурбований					29. Я занадто переживаю через дрібниці				
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення					30. Я цілком щасливий				
11. Я впевнений у собі					31. Я приймаю все близько до серця				
12. Я нервую					32. Мені не вистає впевненості в собі				
13. Я не знаходжу собі місця					33. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці				
14. Я збуджений					34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій				
15. Я не відчуваю скутості, напруги					35. У мене буває хандра				

16. Я задоволений					36. Я задоволений				
17. Я стурбований					37. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
18. Я занадто збуджений і мені не по собі					38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу забути про них				
19. Мені радісно					39. Я урівноважений людина				
20. Мені приємно					40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи				

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

до 30 - низька тривожність;

31 - 45 - помірна тривожність;

46 і більше - висока тривожність.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність припускає схильність до прояву стану тривоги в ситуаціях оцінки власної компетентності. В цьому випадку слід понизити суб'єктивну значущість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності і формування відчуття упевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в "кращому світлі".

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

до 30 - низька тривожність;

31 - 45 - помірна тривожність;

46 і більше - висока тривожність.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність припускає схильність до прояву стану тривоги в ситуаціях оцінки власної компетентності. В цьому випадку слід понизити суб'єктивну значущість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності і формування відчуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в "кращому світлі".

$$PT = E_1 - E_2 + 35,$$

где E_1 — сума зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

E_2 — сума остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$JIT = E_1 - E_2 + 35,$$

где E_1 — сума зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

E_2 — сума остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Дослідження настроїв

Мета дослідження: діагностика настрою як емоційного стану особистості.

Матеріал та обладнання: шкала колірного діапазону настроїв, набір із 8 кольорів, запропонований О.М. Лутошкіним, до якого входять: червоний, оранжевий, жовтий, зелений, блакитний, фіолетовий, чорний та білий кольори. Комплект кольорів складають із кольорового паперу у вигляді квадратів розміром 3х3 см.

Процедура дослідження:

Дослідження проводять за методикою кольоропису. У разі групового інструктування кожен учасник має бути забезпечений набором кольорів, з якого потрібно вибрати той, що відповідає його настрою.

Для визначення емоційного стану за допомогою кольору випробовуванням пред'являється шкала колірного діапазону настроїв та пояснюється принцип її використання.

Шкала колірного діапазону настроїв:

- червоний – захоплене
- помаранчевий – радісне
- жовтий – приємне
- зелений – спокійне, врівноважене
- блакитний – сумне
- фіолетовий – тривожне
- чорний – вкрай незадоволене
- білий – важко сказати

Інструкція піддослідному: «Погляньте на шкалу колірної діапазону настроїв. Орієнтуючись на позначення кольорів цієї шкали, виберіть зі свого колірної набору той колір, який відповідає Вашому настрою сьогодні».

Діагностика настроїв може бути одноразовою, і тоді достатньо одноденного дослідження. Але може бути завдання досліджувати динаміку настроїв у період деякого відрізка часу, і тоді дослідження повторюються щодня протягом тижня, місяця чи більше.

Завдання дослідника або його помічника – фіксувати певний випробуваний настрій у кольороматриці за допомогою кольорових олівців або фломастерів.

Оперативна матриця настроїв учасників дослідження виглядає наступним чином.

Аналіз результатів

Аналіз даних оперативної кольороматриці настрою можна проводити і щодня, і наприкінці кожного тижня, і наприкінці кожного місяця.

Щоденний аналіз даних кольороматриці співвідноситься із реальними життєвими подіями випробуваного. Такий аналіз допомагає людині розібратися у причинах своїх переживань і є добрим засобом емоційного самоконтролю. При цьому важливо встановити рівень адекватності емоційного реагування індивіда залежно від подій його життя.

Загальна оцінка емоційного стану відповідає переважному настрою протягом усього періоду дослідження, яким може бути тиждень, місяць тощо. Така оцінка передбачає можливість відхилень від норми у переживаннях, емоційних станах випробуваного. До таких відхилень відносяться:

- стан смутку, тривоги, незадоволеності;
- невідповідність емоційних станів життєвим ситуаціям, що складаються;
- надмірна хронічна емоційна збудженість (у вигляді радісно-захопленого настрою);

- різка полярність у тональності емоційних станів;
- тривала одноманітність емоційних станів.

У процесі аналізу важливо врахувати, деякі хронічні захворювання людини: наприклад, гастрит, холецистит, виразкові хвороби, хвороби серця тощо, сильно впливають емоційний стан особистості, змінюючи життєвий тонус, активність і характер реакцій. До факторів, що сильно впливають на настрій людини, відноситься емоційно-психологічний клімат сім'ї, навчальної групи та взаємини з друзями та коханими.