

RELACJE ZESPOŁU MEDYCZNEGO I TRENERSKIEGO W LECZENIU I REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU W SPORCIE WYCZYNOWYM

RELATIONSHIPS BETWEEN THE MEDICAL AND COACHING TEAMS IN THE TREATMENT AND REHABILITATION OF MOTOR ORGAN DISEASES IN COMPETITIVE SPORTS

Aneta Sławska

Studia III stopnia, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań

Streszczenie

Wprowadzenie: Wpływ czynników medycznych na leczenie i rehabilitację obrażeń sportowych ma istotne znaczenie. Odpowiednia pierwsza pomoc medyczna, trafna diagnoza, dostęp do wykwalifikowanej opieki medycznej to kluczowe czynniki decydujące o powrocie zawodnika do pełnej sprawności. Jednak oprócz aspektu fizycznego niezmiernie ważny jest aspekt psychologiczny. Presja oraz trudności w relacjach z najbliższymi osobami (trener, lekarz) utrudniają lub nie pozwalają na satysfakcjonujący powrót do aktywności.

Czy zatem w przypadku urazu sportowiec otrzymuje odpowiednią pomoc medyczną? Jakie skutki wywołuje presja, której poddawany jest zawodnik w trakcie leczenia i rehabilitacji? Jak zawodnicy oceniają poziom zaangażowania zespołu medycznego i trenera, czyli osób, które mają największy wpływ na kondycję fizyczną i psychiczną zawodnika?

Cel pracy: Przedstawienie opinii zawodników wyczynowo uprawiających piłkę siatkową o współdziałaniu zespołu medycznego, trenera, zawodnika w trakcie leczenia obrażeń narządu ruchu, określenie zaangażowania i współpracy lekarza i trenera podczas leczenia i rehabilitacji, określenie wizerunku lekarza i trenera w leczeniu i rehabilitacji

Materiał i metoda: Badaniami objęto 50 zawodników piłki siatkowej w Wielkopolsce (41 kobiet i 9 mężczyzn), którzy w trakcie kariery sportowej doznali kontuzji skutkującej min. 2 tygodniowym wyłączeniem z treningów.

Wyniki: Wiedza zawodników dotycząca profilaktyki urazów skłania ich do współpracy z personelem medycznym. W okresie leczenia sportowca przeważa pozytywna ocena lekarza w aspekcie jego współpracy, jak i zaangażowania. W okresie rehabilitacji wyższe wartości średnich odnotowano w przypadku poziomu zainteresowania zawodnikiem przez lekarzy. Zaangażowanie i współpraca trenera mają nieco większe znaczenie dla zawodnika niż opieka lekarska. Ponadto wsparcie psychologiczne przez najbliższe otoczenie stanowi trzeci istotny czynnik w leczeniu i rehabilitacji sportowca.

Słowa kluczowe: *urazy sportowe, relacje, rehabilitacja*

Abstract

Introduction: The impact of medical factors on the treatment and rehabilitation of sports injuries is of great significance. However, apart from the physical aspect, what is extremely important is a psychological aspect. The pressure and the difficulty in dealing with the closest people (a coach, a physician) make it difficult or do not allow for a satisfactory return to activity.

So, does an athlete receive the appropriate medical attention in the case of injury? What are the effects of the pressure an injured player is subjected to during the treatment and rehabilitation? How do the players assess the level of commitment of the medical team and the coach, that is, people who have the greatest impact on physical and mental health of a player?

Aim of the study: Presentation of the views of professional volleyball players concerning the interaction of the medical team, the coach, the player in the treatment of musculoskeletal injuries, considering the involvement and cooperation of the physician and the coach in the treatment and rehabilitation, determining the image of a physician and coach in the treatment and rehabilitation

Material and method: 50 volleyball players from sports clubs in Wielkopolska were examined (41 women and 9 men) who suffered injuries during their sporting careers resulting with minimum 2-week exclusion from the training sessions.

Results: Athletes' knowledge concerning injury prevention encourages them to cooperate with the medical staff. In the period of the athlete's treatment, positive evaluation of the physician prevails in terms of both his cooperation and commitment. During the rehabilitation period, the higher average level of a physician's interest in a player was reported. The involvement and cooperation of the coach are a little more important for a player than medical care. Moreover, the psychological support by the closest environment constitutes the third significant factor in the rehabilitation of the athlete.

Key words: *sports injuries, relationships, rehabilitation*

Wstęp

Aktualnie w sporcie oprócz wielu pozytywnych zjawisk niepokojąco rośnie również liczba urazów i obrażeń szczególnie w obrębie narządu ruchu [1,2,3]. Uraz i jego skutki są zawsze dużym problemem każdego sportowca a szczególnie wyczynowego. Zmusza do długotrwałej bezczynności i przekreśla wyniki osiągnięte w dotychczasowym treningu. Sprawa jeszcze bardziej komplikuje się gdy w wyniku urazu dochodzi do poważnego obrażenia narządu ruchu i niezbędne jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz leczenia usprawniającego. Wykluczając one sportowca na długie miesiące z treningów i gry. Skutkiem urazu jest wtedy nie tylko obrażenie na poziomie sprawności fizycznej ale także silna reakcja stresowa, która utrzymuje się przez cały czas trwania leczenia, aż do pierwszych treningów [4,5]. Sytuacja ta ma wpływ na wszystkie sfery życia zawodnika, sytuację materialną, relacje z bliskimi i otoczeniem oraz kondycję psychiczną [6,7]. Doznane obrażenie zmienia pozycję zawodnika w zespole często bywa początkiem konfliktu w jego otoczeniu [8]. Wynika to z różnych priorytetów osób odpowiedzialnych za sukces sportowy i mających wpływ na życie sportowca. Celem trenera jest osiągnięcie wyznaczonego jak najlepszego wyniku. Dąży on zatem do najszybszego przywrócenia zawodnikowi gotowości do gry, często ignorując, całkowite wyleczenie. Natomiast celem działania lekarza i fizjoterapeuty jest przywrócenie pełnej sprawności, co wymaga czasu. Zawodnik poddawany jest w tej sytuacji sprzecznym siłom – z jednej strony ma do wyboru sukces sportowy z drugiej własne zdrowie [9].

W przypadku urazu zawodnik powinien otrzymać pomoc zarówno w aspekcie fizycznym (zapewnić opiekę medyczną, leczenie usprawniające) jak również psychologicznym (wsparcie otoczenia) [10,11,12]. Tymczasem jak potwierdzają przeprowadzone badania sportowiec nie tylko nie otrzymuje odpowiedniej pomocy medycznej lecz także poddawany jest presji otoczenia: działaczy, trenerów, czy nawet rodziny. Pogoń za zwycięstwem, sukcesem zdecydowanie utrudnia prawidłowe leczenie. Powoduje, że zawodnik w okresie pourazowym wpada w panikę. Ogarnia go strach, który odbiera mu zdolność logicznego myślenia, a to często prowadzi do braku akceptacji opinii lekarzy. Otoczenie koncentruje się głównie na wspieraniu zawodnika w jego dążeniu do celu-zwycięstwa. Gdy rywalizuje i wygrywa jest obiektem podziwu. Gdy doznaje urazu bardzo często czuje się osamotniony, czasem niepotrzebny. Tym bardziej, że zmiana pełnionej roli w zespole sportowym następuje gwałtownie [13]. Stąd wiele problemów w dostosowaniu się do nowej sytuacji, która może stać się początkiem osobistej tragedii, wielu konfliktów prowadzących nie rzadko do początku końca kariery.

Cele

1. Poznanie opinii zawodników wyczynowo uprawiających piłkę siatkową o współdziałaniu lekarza, fizjoterapeuty, trenera, zawodnika w trakcie leczenia.
2. Określenie zaangażowania oraz współpracy zespołu medycznego i trenera podczas leczenia i rehabilitacji.
3. Określenie wizerunku lekarza i trenera w leczeniu i rehabilitacji.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 50 zawodników reprezentujących ligowe kluby siatkarskie w Wielkopolsce. Całość badanej grupy stanowiła 41 kobiet i 9 mężczyzn. W badaniach mógł uczestniczyć sportowiec wyczynowo uprawiający piłkę siatkową, który w trakcie swojej kariery doznał urazu, a powstałe w jego następstwie obrażenie wyłączyło go czasowo (min. 2 tygodnie) z uprawiania sportu. W badanej próbie 24 zawodników w momencie urazu brało udział w rozgrywkach na poziomie II ligi, 17 na poziomie I ligi, 7 na poziomie III ligi i 2 brało udział w innych rozgrywkach. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego pomysłu. Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza część zawierała informacje o cechach społeczno-demograficznych oraz sportowych ankietowanych zawodników. Część drugą stanowiły pytania zamknięte, które zostały sformułowane w sposób zwięzły i prosty. W dalszej części ankiety zastosowano pytania otwarte. Dzięki nim uzyskano szczegółowe informacje dotyczące: okoliczności zaistnienia obrażenia, pomocy medycznej udzielanej zawodnikowi bezpośrednio po doznanym obrażeniu oraz w okresie pourazowym, a także pomocy płynącej od osób znajdujących się w najbliższym otoczeniu zawodnika. Informacje uzyskane z ankiety umożliwiły porównywanie danych oraz wyszukiwanie między nimi związków. W celu interpretacji wyników posłużono się m.in. testem T-Studenta dla dwóch prób niezależnych. Wizerunek lekarza i trenera przedstawiono z wykorzystaniem dyferencjału semantycznego.

Wyniki

Zawodnicy i zawodniczki wyczynowo uprawiający piłkę siatkową wyrazili swoje opinie na temat: okoliczności zaistnienia urazu narządu ruchu a także pierwszej pomocy udzielanej bezpośrednio po doznanym obrażeniu. Z badań wynika, że obrażenia stawu kolanowego stwarzają znacznie większe trudności w leczeniu i rehabilitacji, szczególnie wśród siatkarek. Analiza wartości średnich zawartych (Tab. 1) potwierdza, że kobiety poddane były rehabilitacji o prawie siedem miesięcy dłużej niż mężczyźni.

22 ankietowanych zawodników stwierdziło, iż na zawodach sportowych nie ma zapewnionej opieki medycznej. Co więcej, sportowcy wyrażający negatywną

Tabela 1. Płeć a okres rekonwalescencji. Test T – Studenta dla dwóch prób niezależnych

	płeć	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica średnich
Przerwa w uprawianiu sportu spowodowana obrażeniem	kobieta	41	10,43	9,86	6,3
	mężczyzna	9	4,11	1,26	

* Istotność statystyczna różnic $p < 0,01$

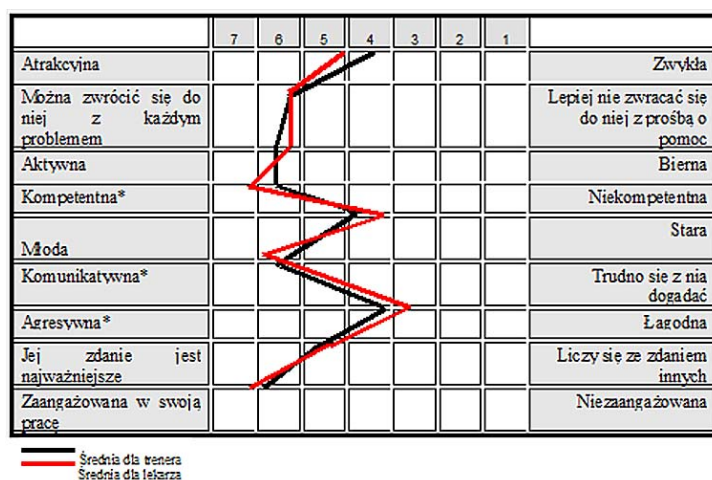
Tabela 2. Długość okresu rekonwalescencji a opinia zawodników na temat poziomu zapewnienia opieki lekarskiej. Test T – Studenta dla dwóch prób niezależnych

	Opieka lekarska zapewniona podczas zawodów sportowych	N*	Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica liczb
Przerwa w uprawianiu sportu spowodowana obrażeniem	tak	18	5,89	6,361	6,9
	nie	22	12,79	11,039	

* W 10 przypadkach brak danych

Tabela 3. Poziom wiedzy zawodników z zakresu profilaktyki urazów w sporcie a gotowość do współpracy z personelem medycznym. Test T – Studenta dla dwóch prób niezależnych

	Współpraca z personelem medycznym	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Różnica średnich
Wiedza zawodnika/zawodniczki na temat profilaktyki urazów w sporcie	tak	43	3,98	,924	1,11
	nie	7	2,86	1,345	



Ryc. 1. Profil graficzny wizerunku lekarza i trenera

Tabela 4. Różnice w ocenie lekarza i trenera w zakresie momentu całkowitego powrotu do sportu

	Czy otrzymał/a Pan/Pani informację od lekarza, że jest Pan/Pani całkowicie wyleczony/a?		Czy otrzymał/a Pan/Pani informację od trenera, że może Pan/Pani rozpocząć treningi?	
	Liczebność	%	Liczebność	%
tak	23	46,9%	40	79,6%
nie	27	53,1%	10	20,4%
ogółem	50	100%	50	100,0%

opinię na ten temat, byli poddani rehabilitacji dłużej niż grupa osób, która miała pozytywny pogląd w tej sprawie. Różnica wynosi tu prawie 7 miesięcy (Tab. 2). Dalsza ocena wyników badań wskazuje, że stopień posiadania wiedzy zawodników z zakresu profilaktyki urazów ma wpływ na jego gotowość do współpracy w procesie leczenia. Ci, którzy wypowiedzieli się pozytywnie, chętniej uczestniczyli w procesie leczenia (Tab. 3). Ponadto w trakcie leczenia podstawowego, jak i rehabilitacji niezmiernie ważne dla zawodników jest stanowisko trenera. Choć zawodnicy i zawodniczki (jak wynika z analizy przedstawianego profilu graficznego – wizerunku lekarza i trenera) (Ryc.1), postrzegają trenerów jako osoby mniej kompetentne i komunikatywne oraz bardziej agresywne niż lekarze, obecność ich w leczeniu i rehabilitacji wzmacnia zaangażowanie zawodnika w proces leczenia. Dodatkowo na podstawie danych liczbowych i procentowych, przedstawionych w tabeli 4. można stwierdzić, że mimo, iż procesem leczenia powinien kierować lekarz, większość zawodników bardziej ufa w tej sprawie trenerowi. Różnica komunikatu płynącego od trenera i lekarza, dotycząca powrotu zawodnika do sportu, wskazuje na pewien dysonans oraz brak porozumienia między wyżej wymienionymi osobami.

Omówienie

Zebrane informacje były oparte na opiniach zawodników i w zasadzie odnosiły się do pierwszej pomocy po urazie. Wypowiedzi zawodników i zawodniczek dotyczyły postawy lekarza, trenera oraz rodziny. Wskazują również jak postrzegane są wyżej wymienione osoby przez zawodników w procesie leczenia i rehabilitacji. Analizy wyników badań dotyczą również okoliczności powstania urazu.

Badania potwierdziły, że obrażenia stawu kolanowego stwarzają znacznie większe trudności w leczeniu i rehabilitacji, ze względu na budowę anatomiczną (stabilizatory bierne i czynne oraz patomechanizmy uszkodzenia) [14]. U sportowców wyczynowych stanowią one poważne zagrożenie dla dalszej kariery sportowej. Szczególnie dotyczy to siatkarek. Badania wskazują bowiem, że płeć różnicuje czas rekonwalescencji. Analiza wartości średnich wskazuje, że kobiety potrzebują więcej czasu na rekonwalescencję (11 miesięcy) niż mężczyźni (4 miesiące). Różnica średnich wynosi prawie siedem miesięcy, i może być zależna od rozległości urazu, różnego poziomu opieki (gorszych warunków rekonwalescencji) lub mniejszej odporności somatycznej, która skutkuje dłuższym okresem powrotu do aktywności sportowej [15]. Dane dotyczące efektywności funkcjonowania pomocy doraźnej wskazują, iż wszyscy badani w momencie urazu mogą liczyć przede wszystkim na kolegów z drużyny oraz trenera, a w dalszej kolejności na fizjoterapeutę, lekarza drużynowego i innego lekarza. Bardzo istotne

jest także zaangażowanie rodziny [16].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż na zawodach sportowych nie ma zapewnionej właściwej opieki medycznej a sportowcy wyrażający negatywną opinię poddani byli znacznie dłuższej rehabilitacji [17,18].

W okresie leczenia sportowca przeważa pozytywna ocena lekarza, zarówno w aspekcie jego współpracy, jak i zaangażowania. Opinia zawodników dotycząca współpracy oraz zaangażowania lekarzy i trenerów w okresie rehabilitacji pokazała, iż wyższe wartości średnich odnotowano w przypadku poziomu zainteresowania zawodnikiem przez lekarzy. Aktywność trenera w okresie leczenia jest ważna dla oceny jego roli w procesie powrotu do pełnego zdrowia sportowca. Wsparcie trenera motywuje zawodników w procesie leczenia oraz wzmacnia wiarygodność w leczeniu, wpływa korzystnie na stan psychiczny zawodnika [19,20,21]. Z badań wynika jednak, że zaangażowanie i współpraca trenera mają nieco większe znaczenie dla zawodnika niż opieka lekarska. Zatem biorąc pod uwagę subiektywno-świadomościową ocenę zawodnika wydaje się, że w przypadku jego rekonwalescencji współpraca trenera będzie w większym stopniu oddziaływała na postrzeganie jego zaangażowania niż w przypadku lekarzy. W związku z powyższym postawa trenera ma wpływ na proces leczenia i rehabilitacji zawodnika. W sytuacjach uszkodzeń urazowych sportowców trener jest zobowiązany do umiejętnego udzielania pierwszej pomocy, wsparcia, zachowania wystarczającej przerwy przed dopuszczeniem do ćwiczeń zawodników, którzy ulegli urazowi, a następnie do należytego stopniowania natężenia zajęć [22]. Zawsze w porozumieniu z lekarzem leczącym. Gotowość do powrotu do sportu wyczynowego zawsze musi być poprzedzona specjalistycznym badaniem sprawnościowym – fizjoterapeutycznym i lekarskim [23]. Obrażenia sportowe, szczególnie dotyczące tkanek miękkich narządu ruchu wymagają starannego leczenia i żmudnego doleczenia, którego wynik jest uzależniony od specjalistycznej rehabilitacji i autoleczenia pod nadzorem specjalistów i trenera. Zaniedbania w tym względzie, takie jak skracanie fazy leczenia, zmiany programu leczenia, konflikty i brak komunikacji narażają sportowca na ryzyko powikłań lub nawrotów dysfunkcji, co jak pokazują badania nie jest rzadkością. Często takie postępowanie doprowadza do przedwczesnego zakończenia kariery sportowej [24,25].

Wnioski

Idealny schemat leczenia oraz relacji między zawodnikiem, trenerem i lekarzem przedstawiony w literaturze przedmiotu nie zawsze jest realizowany w rzeczywistości. Trener jest dla zawodnika największym autorytetem, gdyż zawodnik ufa mu bardziej nawet w kwestiach, które leżą w kompetencji

lekarza. Wiedza zawodników z zakresu profilaktyki urazów oraz odpowiednie relacje z lekarzem oraz czas trwania leczenia mają pozytywny wpływ na efekt leczenia, a zarazem na ocenę procesu leczenia. Wszyscy badani deklarowali, iż po urazie największe wsparcie psychologiczne otrzymywali od rodziny. Na kolejnych miejscach wymieniali kolegów z drużyny, fizjoterapeutę i lekarza. Poczucie zawodnika, że jest rozumiany i akceptowany przez otoczenie w trudnej dla niego sytuacji urazu, pomaga rozładować napięcie i zaakceptować stan w jakim znalazł. Wsparcie wyżej wymienionych osób, udzielane prawidłowo, jest jednym z ważniejszych czynników sprzyjających leczeniu.

Piśmiennictwo/References

1. Petrie G. Injury from the athlete's point of view. W: Heil, J. (red.), *Psychology of Sport Injury*. Champaign IL.: Human Kinetics Publ, 1993: 17-23.
2. Gerrard D.F. The physician's viewpoint. W: Crossman J. (red.), *Coping With Sports Injuries: Psychological strategies for rehabilitation*, New York: Oxford University Press Inc. 2001: 51-61.
3. Hergenroeder A.C. Prevention of sports injuries. *Pediatrics*, 1998, 101 (6): 1057-1063.
4. Crossman J., Jamieson J. Differences in perceptions of seriousness and disrupting effects of athletic injury as viewed by athletes and their trainer. *Percept Mot Skills*. 1985, 61 (3): 1131-4.
5. Ford I.W., Gordon S. Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training. *J Sport Rehabil*, 1998 (7): 79-94.
6. Blinde, E.M., Stratta T.M., The sport career death of college athletes: Involuntary and anticipated sport exists. *J Sport Behav*, 1992, 15 (1): 3-20.
7. Heil J. A psychologist's view of the personal challenge of injury. W: J. Heil (red.), *Psych. Sport Inj*, Champaign IL.: Human Kinetics Publ. 1993: 33-46.
8. Petitpas A., Danish S.J. Caring for injured athletes. W: S.M. Murphy (red.) *Sport Psychol Int*, Champaign IL.: Human Kinetics Publ. 1995: 255-78.
9. Ford I.W., Gordon S. Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training. *J Sport Rehabil*, 1998 (7): 79-94.
10. Spodaryk K. Rehabilitacja po urazach sportowych. *Rehabilitacja Medyczna*. 1998 (1): 9-13.
11. Herring S.A., Kibler W.B. A framework for rehabilitation. W: Kibler W.B., Herring S.A., Press J.M., Lee P.A. (red.). *Functional Rehabilitation of Sports and Musculoskeletal Injuries*, Gaithersburg: Aspen Pub. 1998: 1-8.
12. Blecharz J. Sportowiec w sytuacji urazu fizycznego, Wyd. AWF. Kraków, 2008: 49.
13. Tamże.
14. Dziak A., Tayara S. Urazy i uszkodzenia w sporcie. Wydawnictwo Kasper. Kraków, 2000.
15. Dziak A. Uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana, *Ortop Traumatol Rehabil*, 2001, (1): 4.
16. Blecharz J. Sportowiec w sytuacji urazu fizycznego, Wyd. AWF. Kraków, 2008: 53.
17. Kubacka-Jasiecka D. Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości. W: Heszen-Niejodek I. (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura. Poznań 2002: 77-108.
18. Gebelewiczowa M. Z zagadnień psychologii rehabilitacji. Wyd. AWF. Warszawa, 1989.
19. Ganster D.C., Victor B. The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol*. 1998, 61: 17-36.
20. Gordon S. Lindgren S. Psycho-physical rehabilitation from a serious sport injury: Case study of an elite fast bawler. *Aust J Sci Med Sport*, 1990: 22 (3): 71-6.
21. Wiese-Bjornstal D.M., Smith A.M. Counseling strategies for enhanced recovery of injured athletes within a team approach. W: Pargman D. (red.), *Psychological Bases Sport Injuries*, Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc. 1999: 125-55.
22. Fibak J. *Traumatologia sportu*. PWN, Poznań 1974.
23. Cassidy T. Jones R., Potrac P., *Understanding sports coaching: The social, cultural and pedagogical foundations of coaching practice*. Routledge, London-New York, 2006.
24. Mędraś M. *Medycyna Sportowa*, Warszawa, 2004.
25. Hlavaty A. *Pourazowe przykurcze, zrosty i zeszywnienia*. W: *Traumatologia narządu ruchu*. T.1. (red.) D. Tylman, A. Dziak, Warszawa, 1985: 515.

Adres do korespondencji/Address for correspondence:
mgr Aneta Sławska
Studia III stopnia
Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
Katedra Traumatologii i Medycyny Sportu,
61-871 Poznań
ul. Królowej Jadwigi 27/39
e-mail: aneta.slawska@wp.pl