

WIEDZA SIATKAREK O WŁASNYM STANIE ZDROWIA I JEJ ZWIĄZEK Z PRZEBIEGIEM LECZENIA I REHABILITACJĄ W SPORCIE WYCZYNOWYM

VOLLEYBALLER'S KNOWLEDGE ABOUT THEIR OWN STATE OF HEALTH AND ITS RELATIONSHIP WITH THE COURSE OF TREATMENT AND REHABILITATION IN COMPETITIVE SPORT

Aneta Sławska-Fechner

Katedra Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Zakład Medycyny Sportu i Traumatologii Akademii Wychowania Fizycznego, Poznań

Streszczenie

Wprowadzenie: Wiedza o własnym stanie zdrowia sportowca w trudnej sytuacji urazu jest ważnym czynnikiem w leczeniu i rehabilitacji. Szczególnie ważna staje się gdy w wyniku doznanego uszkodzenia narządu ruchu niezbędne jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W tej sytuacji sportowiec musi otrzymać informacje o korzyściach i niebezpieczeństwach stosowanych metod. Także w świetle wymogów etycznych i prawnych, świadoma zgoda pacjenta na leczenie jest sprawą wielkiej wagi. W przypadku sportowca wyczynowego przekazywanie informacji oraz wyrażanie jego świadomej zgody wiąże się ze szczególnymi problemami. Proces ten mogą zakłócać: naciski trenerów, działaczy, czy osób bliskich sportowcowi, które mogą odnosić korzyści z jego dalszej kariery sportowej. W sytuacji urazu często sportowiec poddawany jest presji ze strony wyżej wymienionych osób.

Cel pracy: Określenie czy w sytuacji urazu fizycznego sportowcy otrzymali pomoc medyczną a także istotne informacje dotyczące ich aktualnego stanu zdrowia. Celem dodatkowym było ustalenie czy posiadana przez nich wiedza dotyczącej profilaktyki urazów narządu ruchu ma wpływ na proces leczenia i rehabilitacji.

Materiał i metody: Grupę badawczą stanowiło 40 profesjonalnych siatkarek, które w trakcie kariery sportowej doznały urazu fizycznego narządu ruchu wykluczającego je z aktywności fizycznej na minimum dwa tygodnie. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: W momencie urazu fizycznego siatkarki otrzymały pomoc medyczną, której udzielił im lekarz. Otrzymały również istotne informacyjne dotyczące własnego stanu zdrowia oraz procedur medycznych stosowanych w leczeniu i rehabilitacji. Aspekt medyczny oraz informacja przekazana przez lekarza o ich własnym stanie zdrowia pozwoliła siatkarkom na świadome uczestniczenie w procesie powrotu do zdrowia. Gotowość do współpracy w leczeniu i rehabilitacji umożliwiły bezpieczny powrót do zdrowia i sprawności fizycznej na poziomie sprzed urazu.

Słowa kluczowe: wiedza o stanie zdrowia, uraz fizyczny, rehabilitacja, leczenie, sport wyczynowy, siatkówka

Abstract

Introduction: Knowledge about the athlete's own health in a difficult injury situation is an important factor in treatment and rehabilitation. It is particularly important if operation is necessary as a result of the damage to the musculoskeletal system. In this situation, the athlete must receive information about the benefits and dangers of the methods used. Also in the light of ethical and legal requirements, informed consent of the patient is a matter of great importance. In the case of a professional athlete, providing information and expressing his informed consent is associated with particular problems. This process may disrupt: the pressure of trainers, activists or people close to the athlete who may benefit from his further sports career. In the event of an injury, the athlete is often subjected to pressure from the above-mentioned persons.

Aim of the study: Determining whether athletes received medical assistance and important information about their current state of health in a physical injury situation. The additional goal was to determine whether their knowledge on the prevention of injuries to the musculoskeletal system affects the process of treatment and rehabilitation.

Material and methods: The research group consisted of 40 professional volleyball players, who during the sport career suffered an injury to the physical motor system excluding them from physical activity for a minimum of two weeks. The author's questionnaire was used for the research.

Results: At the time of physical injury, the volleyball players received medical help, which was given to them by a doctor. They also received important information on their own health and medical procedures used in treatment and rehabilitation. The medical aspect and information provided by the doctor about their own state of health allowed the volleyball players to participate in the recovery process. The readiness to cooperate in treatment and rehabilitation enabled safe recovery and physical fitness at the level before the injury.

Key words: knowledge of health, sports injuries, rehabilitation, treatment, competitive sport, volleyball

Wstęp

W sporcie wyczynowym rekord nigdy nie jest ostateczny, gdyż zawodnicy zawsze dążą do jego pobicia. Przewaga nad przeciwnikiem nieustannie przenosi współzawodnictwo na coraz wyższy stopień. Sportowiec stale dąży do doskonalenia swych działań i wyników. Podnosi umiejętności. Przechodzi na wyższy poziom, by stać się mistrzem w swojej dyscyplinie. W sporcie wyczynowym wiąże się to z działaniem na granicy możliwości psychofizycznych. Od sportowca oczekuje się, że uczestnicząc w zawodach będzie maksymalizował swój wysiłek i wykorzysta wszystkie posiadane umiejętności. Ekstremalna i perfekcyjna postawa nie pozwala przewidzieć rezultatu zmagania. Często prowadzi do negatywnych zdarzeń, które przekreślają osiągnięcie upragnionego zwycięstwa. Bez wątpienia najtrudniejszą, niezwykle traumatyczną w skutkach dla każdego sportowca jest sytuacja urazu fizycznego. Sportowiec nagle staje się pacjentem, osobą potrzebującą pomocy [1].

Kiedy dochodzi do poważnego obrażenia narządu ruchu, często niezbędne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego oraz rehabilitacji. Wykluczają one sportowca z treningów i gry na długi czas. Dodatkowo skutkiem urazu fizycznego jest nie tylko uszkodzenie czy dysfunkcja na poziomie fizycznym, lecz silna reakcja stresowa sportowca związana z obrażeniem – diagnozą, leczeniem i rehabilitacją [2]. Może ona utrzymywać się przez cały czas trwania leczenia aż do pierwszych treningów [3,4]. Reakcja zawodnika na uraz jest indywidualna. Obejmuje aspekty – emocjonalne, poznawcze, behawioralne i nie zawsze jest adekwatna do powagi obrażenia. Ma wpływ na kondycję psychiczną sportowca, relacje z bliskimi, otoczeniem a także na jego sytuację materialną [5]. Może być źródłem stresu i frustracji, a niekiedy doprowadzać do trwałych zmian patologicznych w funkcjonowaniu sportowca. O reakcji emocjonalnej na sytuację urazu sportowca decyduje wiele czynników, jak powaga obrażenia, przewidywany czas leczenia i rehabilitacji, obniżenie wyników, wiek zawodnika, poczucie własnej wartości, wsparcie podczas rehabilitacji, a także płeć sportowca [6]. Kobiety, które są bardziej skłonne do lęku i depresji oraz bardziej wrażliwe emocjonalnie, mogą silniej niż mężczyźni zareagować na sytuację urazu [7]. Może być ona dla nich bardziej traumatyczna niż dla mężczyzn. Dlatego kobiety wykazują znacznie wyższą potrzebę dostępności wsparcia (informacji, instruktażu) w procesie leczenia niż mężczyźni [8]. Powinny to uwzględniać formy pomocy i dobór strategii radzenia sobie w sytuacjach stresujących [9]. Problemy emocjonalne mogą wiązać się także z podejmowanymi przez sportowca rolami społecznymi oraz funkcjonowaniem w grupie oraz z koniecznością wchodzenia w nowe interakcje (personel medyczny).

W sporcie wyczynowym zawodnika wspiera się głównie w jego dążeniu do zwycięstwa. Jest podziwiany gdy rywalizuje i wygrywa, jeśli przegrywa, lub doznaje urazu fizycznego często zostaje sam [10]. Stąd uraz często bywa początkiem konfliktu w otoczeniu sportowca. Wynika to z różnych priorytetów osób które mają wpływ na życie sportowca i są odpowiedzialne za sukces sportowy. W sytuacji urazu sportowcy, lekarze, trenerzy i władze klubu stają w obliczu godzenia funkcji rozbieżnych. Dodatkowo pojawiające się w leczeniu niejasności diagnostyczne i terapeutyczne, presja powodują zagubienie i osamotnienie sportowca. Niesie to ryzyko leczenia pełnego powikłań, nieporozumień, i niejasności. W tej sytuacji najbardziej cierpi sam sportowiec – bagatelizując dolegliwości i nie podejmując działań sprzyjających wyleczeniu lub działając na własną szkodę.

W sytuacji urazu fizycznego obok zapewnienia czynników medycznych: pierwszej pomocy, trafnej diagnozy – metod kluczowych dla procesu leczenia, ważny jest świadomy udział sportowca w leczeniu, niezakłócony presją otoczenia czy emocjami samego sportowca. Także ze względów prawnych wymagana jest zgoda sportowca na proponowane leczenie. Pacjent-sportowiec powinien posiadać wiedzę o swoim stanie zdrowia na każdym etapie leczenia i otrzymać informacje dotyczące rozpoznania oraz proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych. Dodatkowo powinien otrzymać informację o dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań medycznych, tak by mógł sam ocenić, na ile powstałe obrażenie jest groźne, co może w jego wyniku stracić i czy jest w stanie poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Co więcej podjąć zgodę na zabieg z pełną świadomością. Jest to szczególnie ważne w sporcie wyczynowym, w którym w proces leczenia pacjenta często zaangażowanych jest poza lekarzem czy personelem medycznym wiele osób, w tym trener, działacze, rodzina.

Kompleksowe leczenie i rehabilitacja powinny doprowadzić sportowca do zdrowia oraz do sprawności sprzed urazu oraz obejmować aspekty medyczne i również wspierać w leczeniu [11]. Nie ulega wątpliwości, że po urazie i doznany obrażeniu, a także w kolejnych etapach rehabilitacji szczególnie ważny staje się kontakt sportowca z lekarzem i personelem medycznym, w tym fizjoterapeutą. Umożliwia udzielenie pomocy medycznej (ustalenie diagnozy nie tylko zabiegów czy dalszego leczenia), ale może stanowić także źródło istotnego dla sportowca wsparcia. Wsparcie – emocjonalnego, rzeczowego, instrumentalnego, a przede wszystkim informacyjnego na każdym etapie powrotu do zdrowia. Kontakt oraz wsparcie udzielane adekwatnie do potrzeb sportowca staje się istotnym czynnikiem mającym wpływ na przebieg leczenia i rehabilitację sportowca.

Material i metody

Grupę badawczą stanowiło 40 kobiet wyczynowo uprawiających piłkę siatkową, które w trakcie kariery sportowej przynajmniej raz doznały obrażenia wykluczającego ich z treningów oraz gry na minimum dwa tygodnie. Średnia wieku kobiet badanej próby wyniosła 22,4 lata ($\pm 4,4$ lata). Średnia stażu w sporcie wynosiła w badanej próbie 9,5 lat (± 4 lata). Ankietowane siatkarki poinformowano, że udzielane przez nich odpowiedzi są całkowicie poufne i zostaną wykorzystane do celów naukowych. Przed przystąpieniem do badań wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniach. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który umożliwił realizację postawionych celów badawczych. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła ogólnej charakterystyki badanych kobiet. Część drugą kwestionariusza stanowiły pytania otwarte, które miały na celu przybliżenie opinii i postaw siatekarek bez narzucania im konkretnych odpowiedzi. Zastosowanie pytań zamkniętych w dalszej części kwestionariusza ułatwiło szybkie udzielanie odpowiedzi. Do poznania m.in. opinii na temat wiedzy dotyczącej profilaktyki urazów w sporcie wykorzystano dwubiegunową, 5-cio elementową skalę Likerta ułatwiającą wybór odpowiedzi. Dla przedstawienia istotnych danych dokonano opisu statystycznego zmiennych nominalnych i porządkowych, liczebności i procentów.

Cele

1. Określenie czy w sytuacji urazu fizycznego siatkarki otrzymała pomoc medyczną.
2. Ustalenie czy siatkarki w sytuacji urazu fizycznego otrzymały informacje o własnym stanie zdrowia.
3. Poznanie opinii siatekarek dotyczącej ich wiedzy na temat profilaktyki urazów w sporcie.

Wyniki

Siatkarki wyczynowo uprawiające sport, które doznały urazu narządu ruchu wyraziły swoje opinie

na temat pierwszej pomocy po doznanym obrażeniu następnie wskazały okolicę anatomiczną w której doznały uszkodzenia wymagającego leczenia. Kwestionariusz ankiety zastosowany w badaniach pozwolił na poznanie opinii siatekarek dotyczącej udzielenia im pierwszej pomocy po urazie. Dostarczył informacji o wiedzy siatekarek dotyczącej własnego stanu zdrowia w trakcie leczenia i rehabilitacji oraz informacji o posiadanej przez siatkarki wiedzy z zakresu profilaktyki urazów w sporcie. Z badań wynika, że u siatekarek do najczęstszych uszkodzeń dochodziło w stawie kolanowym 80%, następnie skokowym 12%, rzadziej w stawie biodrowym czy stawach kończyny górnej 8%. Dla większości siatekarek tu 62% uraz o który pytano miał miejsce pierwszy raz. 72,5% badanych siatekarek potwierdziło, iż otrzymało pierwszą pomoc medyczną po doznanym obrażeniu. Co więcej ankietowane siatkarki, które zadeklarowały otrzymanie pomocy medycznej po urazie potwierdziły, iż udzielona została ona przez lekarza. Lekarz był także osobą, która przekazała istotne informacje o aktualnym stanie zdrowia oraz instrukcje dotyczące dalszego postępowania po urazie. 27,5% ankietowanych nie mogło w trakcie pojawienia się urazu liczyć na profesjonalną pomoc medyczną. 82,5% kobiet po urazie wyraziło chęć współpracy z lekarzem w trakcie udzielania im pierwszej pomocy. Siatkarki, które współpracowały z lekarzem w trakcie udzielenia pierwszej pomocy wykazały również chęć współpracy w dalszym leczeniu i rehabilitacji. Natomiast 17,5% kobiet nie wykazywało chęci współpracy w leczeniu pomimo trudnej dla nich sytuacji urazu (Tab.1).

Najliczniejszymi uszkodzeniami wśród ankietowanych siatekarek były te, które wymagały leczenia zachowawczego co stanowiło 65,1%, 18,6% siatekarek po uszkodzeniu wymagało artroskopii, 11,6% leczenia operacyjnego z rekonstrukcją uszkodzonych struktur, oraz 4,7% artrotomii (Tab. 2).

Tabela 1. Współpraca siatekarek po doznanym obrażeniu narządu ruchu z personelem medycznym w leczeniu i rehabilitacji

Współpraca siatekarek z personelem medycznym		Liczebność	% w kolumnie
	Tak	33	82,5%
	Nie	7	17,5%
Ogółem		40	100,0%

Tabela 2. Rodzaj przeprowadzonego leczenia

Rodzaj przeprowadzonego leczenia		Liczebność	% w kolumnie
	Leczenie zachowawcze	25	65,1%
	Artroskopia	8	18,6%
	Operacja rekonstrukcyjna	5	11,6%
	Artrotomia	2	4,7%
Ogółem		40	100%

Tabela 3. Wiedza siatkarek dotycząca profilaktyki urazów w sporcie

		Liczebność	% w kolumnie
Wiedza siatkarek dotycząca profilaktyki urazów w sporcie	Zdecydowanie nie	1	2,5%
	Raczej nie	5	12,5%
	Trudno powiedzieć	7	17,5%
	Raczej tak	16	40%
	Zdecydowanie tak	11	27,5%
Ogółem		40	100,0%

Tabela 4. Przekazywanie informacji o procedurach związanych z leczeniem i rehabilitacją

		Liczebność	%w kolumnie
Informacja od lekarza o procedurach związanych z leczeniem i rehabilitacją	Raczej tak	20	40,8%
	Zdecydowanie tak	17	34,7%
	Trudno powiedzieć	2	15,2%
	Raczej nie	1	9,3%
Ogółem		40	100%

Siatkarki udzieliły również odpowiedzi na pytanie dotyczące ich wiedzy z zakresu profilaktyki urazów w sporcie. Siatkarki wybierały odpowiedzi, które zestawione zostały za pomocą skali Likerta. W badaniach zastosowano 5-cio elementową skalę umieszczając na przeciwnych biegunach przeciwstawne przekonania. Szczegółowy rozkład zebranych danych przedstawiony został w tabeli (Tab. 3).

Informowanie zawodnika przez lekarzy o dalszym postępowaniu po doznanym obrażeniu jest istotnym czynnikiem współpracy sportowca z lekarzem. Dane dotyczące przekazywania informacji o procedurach związanych z leczeniem i rehabilitacją siatkarek, które doznały uszkodzenia narządu ruchu wskazują, iż większość z nich otrzymała również informację o dalszym postępowaniu. Szczegółowy rozkład danych przedstawiono w tabeli 4.

Dyskusja

Według danych UE Injury Database urazy sportowe stanowią około 18% wszystkich urazów, które wymagały leczenia szpitalnego. Według powyższych doniesień w takcie uprawiania sportu, w wyniku wypadków rocznie poddawanych jest leczeniu 6 milionów ludzi wśród których 10% wymaga hospitalizacji, przynajmniej jednodniowej. Wśród sportowców wyczynowych, aż 70% ulega poważnym obrażeniom narządu ruchu. Natomiast z powodu nadmiernych obciążeń narządu ruchu i braku czasu na odpoczynek na przestrzeni 10 lat urazowość w samej siatkówce wyczynowej wzrosła o 16% do 47% [12]. Urazowość wśród siatkarek potwierdzają również wyniki badań przedstawione przez Wójcika i wsp. Z badań wynika, że aż 96,7% badanych siatkarek wyczynowo uprawiających sport uległo urazom. Tylko jedna z ankietowa-

nych siatkarek w swojej karierze nie doznała obrażenia narządu ruchu, co stanowiło 3,3% [13].

Powyższe dane skłoniły do przeprowadzenia badań własnych wśród grupy siatkarek wyczynowo uprawiających piłkę siatkową, które w swojej karierze przynajmniej raz w życiu doznały urazu narządu ruchu wykluczającego je z treningów i gry na minimum 2 tygodnie. Zebrane dane wskazują, że uszkodzenia najczęściej dotyczyły układu narządu ruchu głównie kończyny dolnej: stawu kolanowego 80%, następnie skokowego 12%, rzadziej stawu biodrowego czy stawów kończyny górnej 8%.

Występowanie urazów sportowych narządu ruchu głównie w kończynie lokomocyjnej u aż 80% badanych potwierdzają także dane Złotkowskiej i wsp. Obrażenia w największym stopniu dotyczą stawu kolanowego 28% oraz stopy i stawu skokowego 21% [14]. Wyżej wymienione uszkodzenia uznaje się za typowe dla siatkarek w sporcie wyczynowym [13].

Ostre obrażenia w sporcie powstają na skutek nagłego urazu mechanicznego, w których można określić jego moment. Przyczyna i wielkość urazu są zazwyczaj możliwe do ustalenia. Bezpośrednio po urazie bada się i kontroluje ból oraz obrzęk a także dokonuje się oceny rodzaju leczenia. Skutki urazów ostrych powodują przejściowe, bądź trwałe zaburzenia funkcjonowania organizmu i wymagają pomocy lekarskiej. Postępowanie po urazach sportowych szczególnie w fazie ostrej zależy od okoliczności, w których dochodzi do urazu. Mogą one działać na korzyść pacjenta, kiedy udzielona zostanie mu szybka fachowa pomoc przez obecnego na zawodach, treningach czy obozach sportowych lekarza, lub niekorzyść kiedy sportowiec wybiera osiągnięcie celu sportowego godząc się na możliwość poniesienia skutków urazu. Nastawienie na

uzyskiwanie wyników i korzyści finansowe w sporcie wyczynowym powodują, że sportowcy często ulegają naciskom trenerów, działaczy czy innych osób w otoczeniu, o czym piszą również Garlicki i Kuś [15]. Choć pierwsza pomoc medyczna jest kluczowa szczególnie w nagłych urazach, to lekarze często są obecni tylko na zawodach odpowiedniej rangi [16].

Nie ulega wątpliwości, że po urazie sportowym kontakt z lekarzem staje się niezwykle istotny. Diagnoza i wybór leczenia jest uzależniony od wielu czynników: okolicy urazu, czasu unieruchomienia, możliwości powikłań. Jest to szczególnie trudny moment, gdyż w sporcie wyczynowym istnieje olbrzymi nacisk na stosowanie najlepszych, najszybszych metod diagnostycznych i leczniczych. Naciski, w celu skrócenia czasu leczenia wychodzą bardzo często ze środowiska sportowego i finansowego, a nie medycznego. Dodatkowo lekarze, którzy obecnie zatrudniani są przez kluby sportowe mogą być poddawani często sprzecznej lojalności. Rodzi to konflikty w otoczeniu pacjenta-sportowca. Dlatego według Dziaka rolę lekarza udzielającego pomocy medycznej i opiekującego się pacjentem sportowcem jest w miarę potrzeby oparcie się dla dobra pacjenta naciskom i wybranie metody najskuteczniejszej, potwierdzonej doniesieniami fachowymi [17]. Sytuacja ta wskazuje także, że zapewnienie czynników medycznych kluczowych dla procesu leczenia sportowca nie zawsze gwarantuje bezpieczny-bez presji i nacisków, powrót do sportu.

Właściwe postępowanie lecznicze minimalizuje następstwa urazów i często decyduje o dalszej karierze sportowca. Powinno ono być kompleksowe i obejmować prawidłową diagnostykę, leczenie zachowawcze lub operacyjne oraz rehabilitację. Dane dotyczące pomocy medycznej pokazują, iż 72,5% badanych siatkarek otrzymało pierwszą pomoc medyczną po doznanym urazie narządu ruchu. Natomiast 27,5% ankietowanych nie mogło w trakcie pojawienia się urazu liczyć na profesjonalną pomoc medyczną. Brak współdziałania i przekazywania informacji siatkarkom po urazie o ich stanie zdrowia potęgowały poczucie zagubienia i osamotnienia. Dodatkowo uniemożliwiło to współpracę w dalszym leczeniu i rehabilitacji co potwierdza 17,5% ankietowanych siatkarek. Siatkarki, które zadeklarowały otrzymanie pomocy medycznej po urazie potwierdziły, iż udzielona została ona przez lekarza. Pomoc medyczna jest kluczowym aspektem leczenia warunkującym przejście do kolejnych etapów rehabilitacji umożliwiających powrót sportowca do zdrowia o czym piszą również Blecharz i Brewer [18,19]. Z badań wynika, że lekarz był osobą, która przekazała także istotne informacje o aktualnym stanie zdrowia oraz instrukcje dotyczące dalszego postępowania po urazie. Na pytanie o udzielenie pomocy oraz informacji przez lekarza 70% ankietowanych siatkarek odpowiedziało twierdząco, natomiast 30% nie otrzy-

mało informacji od lekarza o dalszym postępowaniu i działaniu w leczeniu i rehabilitacji.

Kolejnym etapem (po diagnozie i wyborze odpowiedniego leczenia) powrotu sportowca do zdrowia i do sportu jest rehabilitacja. Obejmuje metody fizykoterapii, kinezyterapii. Kokmeyer i wsp. [20] dzielą ją na 3 etapy; pooperacyjną, zachowawczo-odbudowującą w pełni uszkodzone tkanki, oraz przejście od rehabilitacji do treningu zgodnie z rodzajem sportu jaki dany sportowiec uprawiał. Kompleksowa opieka sportowca w sytuacji urazu fizycznego dotyczy czynników medycznych oraz pełnych informacji od lekarza o stanie zdrowia na każdym etapie leczenia i rehabilitacji. Obok procedur medycznych rehabilitacja powinna obejmować czynniki emocjonalne i poznawcze. Szczególnie ważne jest to by lekarz jako opiekun pacjenta sportowca odgrywał także kluczową rolę w obronie poszanowania jego godności [21]. Każda decyzja lekarska musi być podjęta uczciwie i sumiennie z poszanowaniem autonomii sportowca i z jego udziałem. Powinna zachęcać do współpracy w leczeniu oraz motywować sportowca do powrotu do zdrowia. Przekazywanie informacji sportowcowi przez lekarza wymaga od niego nie tylko czynności instrumentalnych (ściśle związane z leczeniem: diagnoza, operacja), a także umiejętności ekspresywnych (zaspokajające potrzeby psychologiczne). Uwrażliwienie na emocje pacjenta (funkcja ekspresywna) oraz wyrażanie i odczytywanie własnych emocji lekarza daje pełne zrozumienie, co dzieje się z pacjentem. Pozwala na wydobycie informacji przydatnych w diagnozie i leczeniu. Umożliwia przekazanie informacji dotyczących, leczenia, rokowania i koniecznych badań oraz zabiegów w odpowiedniej formie. Wytworzenie właściwego obrazu uszkodzenia powstałego w wyniku urazu oraz ukierunkowanie zachowania sportowca tak, by pozyskać go do współpracy. Informacje adekwatne do potrzeb sportowca nadają zindywidualizowany charakter leczenia [22]. Motywują go do działania. Zabezpieczają proces powrotu do pełnego zdrowia. Zmniejszają ryzyko powikłań. Skuteczne porozumiewanie się w leczeniu i rehabilitacji wymaga jasności komunikatu oraz empatii. Ta umiejętność sprawia, że lekarz potrafi dobrać odpowiedni moment do przekazania informacji o obrażeniu oraz trafnie ocenia zapotrzebowanie na zakres tej informacji. Rozmowa o ciężkim w skutkach obrażeniu narządu ruchu czy złym rokowaniu wymaga przygotowania merytorycznego, dawkowania informacji, a także odpowiedniego czasu i warunków zapewniających intymność, o które tak trudno czasem w sporcie wyczynowym [23]. Wiele zależy także od samego sportowca jego predyspozycji osobowościowych, gotowości do odebrania pomocy.

Profesjonalna pomoc udzielona przez lekarza oraz informacje o stanie zdrowia, wykonywanych czynnościach i podejmowanych działaniach na każdym etapie

leczenia pozwoliły większości siatkarkom na bezpieczny powrót do zdrowia a także do sportu na poziomie wychynowym oraz wzbudziły zaufanie do lekarza. Wyżej wymienione czynniki pozwoliły uczestniczyć siatkarkom w leczeniu świadomie. Pomogły przezwyciężyć stan ich początkowego zagubienia i osamotnienia oraz zrozumieć i zaakceptować przejściowe ograniczenie funkcjonalne. Wspólne wraz z lekarzem zaplanować kolejne spotkania, tak aby został zachowany kontekst ciągłej opieki. Wzajemny kontakt lekarza i sportowca, który ma charakter stałego doradztwa, daje sportowcowi szansę uzyskania informacji umożliwiających mu świadome uczestniczenie w leczeniu. Dodatkowo gotowość lekarza do wysłuchania sportowca i umożliwienie mu przeżywania własnych emocji w toku leczenia to najcenniejsze postawy lekarza wobec pacjenta. Dzięki nim łatwiej zdobyć wskazówki diagnostyczne oraz zaprogramować terapię. Trafniej, rzetelniej przekazać informacje sportowcowi oraz omówić wspólnie oczekiwania wobec procesu leczenia i rehabilitacji. Jest to trudne, gdyż lekarze często (szczególnie kiedy brakuje im czasu na rozmowę z pacjentem) koncentrują się wyłącznie na fizycznych objawach niedomagań pacjentów. Pozostawiają ich z odczuciem, że ich najgłębsze troski i obawy zostały zignorowane. Jeśli lekarz nie wykazuje dogłębnego zrozumienia dla problemu pacjenta, trudne staje się stworzenie skutecznej płaszczyzny współdziałania [24,25].

Sportowcy są grupą, która posiada szerszą wiedzę dotyczącą zdrowego stylu życia niż osoby nietreningujące [26]. Co więcej badania własne pokazują, że siatkarki posiadają także wiedzę ogólną dotyczącą urazów w sporcie. Siatkarki posiadające wiedzę dotyczącą profilaktyki urazów narządu ruchu, wykazywały również gotowość do korzystania z proponowanych przez lekarzy form pomocy, na co wskazuje chęć współpracy deklarowana przez 82,5% ankietowanych kobiet. Wiedza dała lepsze zrozumienie sytuacji w której się znalazły w wyniku urazu i większe zaangażowanie w leczenie.

Pełne leczenie i rehabilitacja mająca doprowadzić sportowca do zdrowia i do sprawności sprzed urazu wykraczają poza aspekty medyczne [27]. Złożoność oraz różnorodność aspektów leczenia wskazuje, że powrót do zdrowia po urazie jest procesem rozłożonym w czasie. Wiele zależy od samego sportowca, jego cech osobowości, chęci współpracy, ale także wiedzy i motywacji. Jednakże bez pomocy lekarza, jego ścisłej współpracy ze sportowcem a także jego trenerem nie można liczyć na bezpieczny powrót do sportu pozbawiony niepotrzebnej presji i konfliktów. Lekarz, który działa w całym okresie leczenia, obok zapewnienia czynników medycznych, wpływa na relacje z pacjentem sportowcem. Podstawą relacji powinno być wzajemne zaufanie i nieustanna wymiana informacji. Opieka dostosowana do aktualnych potrzeb sportowca powinna zapewniać medyczne środki oraz dawać wsparcie. Tak, aby sportowiec czuł się

odpowiedzialny za swoje działania i wybory. Pozwala to na aktywne uczestnictwo w leczeniu i rehabilitacji. Przeprowadzone badania, jak również analiza wybranej literatury wskazują także na istotne pozamedyczne czynniki. Osobowość sportowca, informacje udzielane przez lekarza o jego stanie zdrowia w odpowiedniej formie i na każdym etapie leczenia, odpowiednie relacje sportowca z lekarzem, ale także trenerem, decydują o skutecznym dostosowywaniu się sportowca do wymogów leczenia i rehabilitacji [28]. Nie bez znaczenia okazuje się także wiedza sportowców dotycząca profilaktyki urazów narządu ruchu, którą posiadały siatkarki. Choć nie uchroniła ona przed wystąpieniem urazu fizycznego to w znacznym stopniu wpłynęła na chęć ich współpracy w leczeniu i rehabilitacji. Wyżej wymienione czynniki pozamedyczne umożliwiły siatkarkom bezpieczny powrót do zdrowia oraz w oparciu o przygotowanie fizyczne, taktyczne i techniczne powrót do sportu na poziomie sprzed urazu.

Podsumowując, wiedza sportowców o własnym stanie zdrowia ma istotne znaczenie w powrocie do pełnej sprawności sprzed urazu. Wpływa na zaangażowanie sportowca w leczenie. Jest istotna ze względów etycznych i prawnych. Dodatkowo informacje o procedurach medycznych stosowanych w leczeniu i rehabilitacji pozwalają sportowcowi lepiej zrozumieć proponowane leczenie i świadomie w nim uczestniczyć. Może to być szczególnie ważne ze względu na silną reakcję emocjonalną, która jest skutkiem urazu fizycznego. Informacja płynąca od lekarza, skupia uwagę sportowca na działaniu. Pomaga w przezwyciężeniu reakcji stresowej i skoncentrowaniu się na leczeniu. Dodatkowo znajomość zagadnień z zakresu profilaktyki urazów narządu ruchu ma istotny wpływ na współpracę sportowców z lekarzem. Wyżej wymienione czynniki są szczególnie ważne w sporcie wychynowym, w którym chęć zwycięstwa, presja trenera, działaczy na sportowcu często uniemożliwiają jego prawidłowe leczenie. Skutkiem tego może być złe przystosowanie do wymogów leczenia i rehabilitacji oraz brak współpracy czy zadowalających postępów w leczeniu. To z kolei może prowadzić do bagatelizowania przez sportowca dolegliwości czy umniejszać powagę urazu a także powodować pogorszenie samopoczucia czy też narastanie napięcia związanego z tłumieniem własnych odczuć czy emocji. Bez wiedzy o aktualnym stanie zdrowia i postępowaniu w leczeniu sportowiec nie może świadomie uczestniczyć w leczeniu oraz podejmować działań sprzyjających jego wyleczeniu. Stąd też może nieświadomie działać na własną szkodę.

Wnioski

W oparciu o wyniki przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość badanych siatkarek otrzymała pomoc medyczną po urazie.

2. W trakcie udzielenia pierwszej pomocy przez lekarza siatkarki otrzymały również informacje o stosowanych procedurach
3. Udzielenie pomocy medycznej po urazie oraz informacje o stanie zdrowia udzielone siatkarkom przez lekarza miały wpływ na współpracę siatkarek z personelem medycznym w kolejnych etapach leczenia i rehabilitacji
4. Istotny wpływ na leczenie i rehabilitację siatkarek ma ich wiedza dotycząca profilaktyki urazów w sporcie.

Piśmiennictwo/References:

1. Korsch BM, Harding C. The Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship. Learning How to Talk so Your Doctor Will Listen. Oxford University Press 1997.
2. Ford IW, Gordon S. Guidelines for using sport psychology in rehabilitation. *Athletic Therapy Today* 1998; 41-4.
3. Crossman J. Psychological rehabilitation from sports injuries. *Sports Med* 1997; 23(5): 333-9.
4. Ford IW. Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training. *J Sport Rehabil* 1998 (7): 79-94.
5. Blinde EM, Stratta TM. The sport career death of college athletes: Involuntary and anticipated sport exists. *J Sport Behav* 1992, 15 (1): 3-20.
6. Petipas A, Danish SJ. Caring for injured athletes. [W:] S.M. Murphy (red.) *Sport Psychol Int*, Champaign IL.: Human Kinetics Publ. 1995: 255-78.
7. Williams JE, Best DL. Measuring sex stereotypes. A multinational study. Newbury Park, CA; Sage, 1990.
8. Molesztak A. Support and psychological Gender of Man and Women – a Research Report. *Kultura Społeczeństwo Edukacja* 2016 nr 2 (10): 151-62.
9. Leddy MH, Lampert MJ, Ogles BM. Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Res Q Exerc Sport* 1994 (4): 347-54.
10. 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.
11. Blecharz J. Sportsman in an injury situation. Copyright by University School of Physical Education, Cracow, Poland 2008.
12. Aagaard H, Jorgensen U. Injuries in elite Volleyball. *Scand J Med Sci Sports* 1996 (6): 22 8-23.
13. Wójcik G, Skalska-Izdebska R, Śliwińska Ewa, Szulc A. Types of injuries and frequency of occurrence in women's volleyball. *J Educ Health Sport* 2016; 6(12): 98-108.
14. Złotkowska R, Skiba M, Mroczek A, Bilewicz-Wyrozumska T, Król K, Lar K, Zbrojkiewicz E. Negative effects of physical activity and sports training. *Hyg Public Health* 2015; 50(1): 41-6.
15. Garlicki J, Bielecki A, Kuś WM i wsp. Urazy sportowe u progu trzeciego tysiąclecia. *Med Sport* 2001; 17(1): 3-4.
16. Kraszewski K. Zasady postępowania w urazach sportowców wyczynowych. *Physical Education, Sports and the Culture of Public Health in Modern Society* 2016; 4(20): 372-6.
17. Dziak A. Uszkodzenia sportowe i ich leczenie. *Acta Clinica* 2002; 3: 217-24.
18. Blecharz J. Sportsman in an injury situation. Copyright by University School of Physical Education, Cracow, Poland 2008.
19. Brewer BW. Emotional adjustment to sport injury. [W:] J. Crossman (red.), *Coping with sport injures: Psychological strategies for rehabilitation*. New York: Oxford University Press Inc. 2001; 1-19.
20. Kokmeyer D, Wahoff M, Mymern M. Suggestions From the Field for Return-to –Sport Rehabilitation Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Alpine Skiing. *J Orthop Sport Phys Ther* 2012; 42(4): 313-25.
21. International Federation of Sports Medicine – FIMS, Code of ethic: <http://www.fims.org/about/code-ethics/> page access on 21.09.2018.
22. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Role and importance of communication in physican-patient-family relationship. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, T.18, nr 3: 206-11.
23. Nideffer RM. The injured athlete; psychological factors in treatment. *Orthop Clin North Am* 1983; 14(2): 373-85.
24. Johnson U. A three-year follow-up of long-term injured competitive athletes: influence of psychological risk factors on rehabilitation. *J Sport Rehabil* 1997; 6: 256-71.
25. Marcolli C. Psychological counseling after athletic injuries – retrospective interviews with the participants of the project COMEBACK. *Schweiz Z Sportmed Traumatol* 2002; 50(2): 71-5.
26. Olesiejuk M, Jarocka M, Stepień E, Stepień J. Self-evaluation of one's state of health in professional athletics. *Med Sport Prac* 2018; Vol.19, Nr 1: 1-11.
28. Kim MS, Duda JL. The coping process: cognitive appraisals of stress, coping strategies and coping effectiveness. *Sport Psychol* 2003; 17: 406-25.

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Aneta Sławska-Fechner
Katedra Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych,
Zakład Medycyny Sportu i Traumatologii
Akademia Wychowania Fizycznego
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
e-mail: aneta.slawska@wp.pl