

Adam Podolski
Ks. dr hab. prof. UR
Uniwersytet Rzeszowski, m. Rzeszow
Лук'янченко М.І.
доктор педагогічних наук, професор
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич
Герасименко С.Ю.
кандидат педагогічних наук, доцент
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич

KULTURA RYZYKA W SPORCIE WYCZYNOWYM

Środowisko kulturowe otaczające medycynę sportową związane jest ze sportem uprawianym w sposób amatorski, jak i ze sportem uprawianym w sposób wyczynowy. Ból i uraz w sporcie mają fundamentalne znaczenie, ponieważ gdy się pojawiają powodują ograniczenie w postaci braku uczestnictwa w zawodach sportowych.

Sytuacja, w której zawodnik jest kontuzjowany powoduje, że następuje nieraz, wywieranie presji przez kierownictwo klubu na zespół medyczny, aby przywrócić zawodnika do zdrowia oraz do pełnej sprawności jak najszybciej. Z tego tytułu rodzą się niezwykle ważne dylematy etyczne, a dotyczą one całego środowiska sportowego.

Pomimo, iż ból i kontuzja są ze sobą blisko powiązane to fizycznie i konceptualnie są od siebie odległe. Ból to czysto subiektywne zjawisko, natomiast kontuzja postrzegana jest, jako rzeczywistość bardziej obiektywna.

Świadomość cielesności w przypadku sportu wyczynowego i sportowców, którzy cierpią z powodu ostrego bólu, jako rezultatu kontuzji, jak również pojawiający się często w ich przypadku syndrom przetrenowania ma wpływ na kulturę sportową. Sportowcy wyczynowi są postrzegani, jako część kultury i natury. Z tego doświadczenia płynie wniosek, że fizyczne doświadczanie bólu jest połączone z doświadczeniem poznawczym i emocjonalnym przeżyciem. Dlatego istnieje zapotrzebowanie na spojrzenie na zjawisko bólu z perspektywy tzw. kultury sportowej.

Dlatego wydaje się rzeczą niezwykle ważną zrozumieć, dlaczego sportowcy ryzykują udział w zawodach pomimo kontuzji i bólu.

Słowa kluczowe: ból, sport wyczynowy, ewolucja kulturowa, kultura ryzyka.

A.С. Подольський, Лук'янченко М.І., Герасименко С.Ю. «Культура ризикування» у спорті вищих досягнень. Виникнення болі і травмування у спортсмена часто має фундаментальне значення оскільки не дозволяє брати участі у змаганнях. Така ситуація спонукає керівництво клубу чинити тиск на медичну команду з метою якомога швидкого відновлення його здоров'я і рівня фізичної підготовленості. В свою чергу це веде до виникнення етичних проблем у спортивному середовищі. Вважаємо, що біль і травми є тісно взаємопов'язаними, проте фізично і концептуально децю віддалені. Біль є суто суб'єктивним явищем, а травма сприймається як більш об'єктивна реальність.

Встановлено, що досвід від фізичного болю поєднується з пізнавальним і емоційним досвідом. Отож, важливим є розуміння причин участі спортсменів у змаганнях, незважаючи на травми і больові відчуття.

Ключові слова: біль, професійний спорт, еволюція культури, культура ризику.

Adam Podolski, Lukianchenko M.I., Gerasymenko S.Y. Risk culture in competitive sport. In sport, pain and injury are fundamental, because when they appear they cause various problems connected with inability of participation indifferent sports competition.

The situation in which the players are injured causes that many times the sport club's management exerts pressure on the medical team in order to restore the athlete's health and definite back to full fitness.

For this reason, we come up with so many crucial ethical dimensions relating to entire sports environment.

Despite the fact that the pain and injury are closely related to each other, physically and conceptually are quite separate. The pain is purely subjective phenomenon, while an injury perceived as more objective reality.

The awareness of corporality in case of competitive sports and athletes who suffer from severe pain as a result of injury caused enormous over training syndrome, which have an impact on sport culture. Competitive athletes are perceived as a part of culture and nature. The conclusion is that, the physical counter of pain is connected with cognitive and emotional experience. Therefore, there is a need to look at the phenomenon of pain in the way of so-called 'sport culture'

The question, which arises is why an athlete risks participation in a competition despite injury and pain.

Keywords: pain, professional sport, evolution of culture, culture of risk.

Środowisko kulturowe otaczające medycynę sportową związane jest ze sportem uprawianym w sposób amatorski, jak i ze sportem uprawianym w sposób wyczynowy. W obydwu przypadkach narzędziem, dzięki któremu sportowiec uprawia sport jest dosłownie jego ciało przy pomocy, którego sportowiec pracuje.

Ból i uraz w sporcie mają fundamentalne znaczenie, ponieważ gdy się pojawiają powodują ograniczenie w postaci braku uczestnictwa w zawodach sportowych. Brak zdolności do uczestnictwa w zawodach z powodu bólu i urazu staje się szczególnie istotne w sytuacji uprawiania sportu wyczynowego, gdzie

zdrowie uczestników jest niezbędne do wzięcia udziału w zawodach. Niestety, czasem zdarza się, że sukces sportowy stawia się wyżej niż zdrowie zawodnika.

Autor niniejszej publikacji postara się najpierw wyjaśnić, czym jest ból, a następnie skupi się na praktykach lekarskich oraz naturze bólu. Następnie podniesie istotne kwestie powodujące ukojenie w bólu oraz poprowadzi do dyskusji nad bólem w jego odniesieniu do ryzyka, jakie ma miejsce w sporcie wyczynowym.

Pomimo, iż ból i kontuzja są ze sobą blisko powiązane to fizycznie i konceptualnie są od siebie odległe. Ból to czysto subiektywne zjawisko, natomiast kontuzja postrzegana jest, jako rzeczywistość bardziej obiektywna. Kontuzja może być rozumiana, jako załamanie w strukturze ciała, załamanie, które może mieć wpływ na jego funkcje [1].

Ból jest wskaźnikiem kontuzji, niemiłym odczuciem i emocjonalnym doświadczeniem kojarzonym z właściwym i potencjalnym zniszczeniem tkanki. Może być podzielony na ostry i przewlekły. Ostry ból trwa krótko i jest to ostre doznanie, które pojawia się w momencie wystąpienia kontuzji. Jego trwanie jest czasowo ograniczone.

Na podstawie badania zostały wyróżnione dwa rodzaje bólu. W znacznej większości zaobserwowanych kontuzji towarzyszył ostry ból. W charakterystycznym środowisku otaczającym elitarną (wyczynową) praktykę sportową ostry ból nabiera cech bólu chronicznego, gdyż tak jest widziany przez świat zewnętrzny. Spowodowane jest to faktem, iż zdolność i możliwość organizmu jest znacznie ważniejsza dla wyczynowego sportowca niż dla ogółu społeczeństwa. Kontakt fizyczny w takich dyscyplinach sportowych, jak rugby czy piłka nożna, powoduje niestety tzw. „zużycie” organizmu na skutek eksploatacji i nadmiernego treningu.

Ze względu na ciągłą niepewność czy i kiedy ból wystąpi, wyczynowi sportowcy podczas gry wydają się nie być świadomi urazu i rozważają jedynie konieczność utrzymania ciała w stanie wolnym od urazów, gdy ból się pojawia. Przez większość czasu wielu profesjonalnych sportowców za cenę utrzymania zdrowia fizycznego podejmują codzienne ćwiczenia w nadziei na podniesienie sprawności w celu uniknięcia kontuzji. Ruch związany ze sportem powoduje, że ciało „znika” i stąd powstaje problem, aby przekonać sportowców na wyrażenie zgody do zastosowanie leczenia prewencyjnego, które jest stosowane w pewnym stopniu w celu kontrolowania urazów.

W momencie pojawienia się bólu następują zmiany w procedurach treningowych po to, aby ograniczyć dotkliwość urazów. Ból podzielił się na strukturalny i funkcjonalny. W obu przypadkach zawodnikowi towarzyszy tzw. ból ostry.

W przypadku urazu strukturalnego ból może być nagły (np. złamana noga), natomiast w przypadku urazu funkcjonalnego początek bólu i zdiagnozowanie urazu może zająć więcej czasu. Ryzyko uprawiania sportu wiąże się z urazem. Bardzo często jest to konsekwencja ignorowania bólu fizycznego, jak i psychicznego. Innymi słowy, ryzykiem jest zauważenie niebezpieczeństwa i kontynuowaniem zawodów, gry, czy treningu pomimo zaistniałej sytuacji.

White [4] sugeruje, aby w obrębie subkultury nastąpiło rozróżnienie bólu. Można by dokonać rozróżnienia na ból prywatny i publiczny (społeczny). Publiczny to ból dotkliwy i kontuzja, jaką doznaje zawodnik jest na przykład obserwowana przez widzów, oficjeli, innych graczy podczas meczu. Ból prywatny może być dodatkowo podzielony na doświadczenie osobiste, kiedy nie jest ujawniony innym, jak również „prywatnie dzielony”. Polega to na tym, że pojedyncze osoby będące blisko sportowców (np. rodzina, lekarz) są świadome bólu, jakiego doświadczają sportowcy. Podczas tego doświadczenia sportowcy zyskują zrozumienie swojego ciała i jego funkcjonowanie. Wydarzenie to jest szansą na kształtowanie ich interpretacji i reakcji na ból.

Zachowywanie bólu tylko dla siebie lub upublicznianie go może być niepożądane w kontekście zachowań poszczególnej grupy sportowców i jej systemu wartości. Sportowiec odczuwający ból albo nie mówi nikomu o tym, albo trzyma tę wiedzę dla kilku osób. Dzielony prywatny ból, który może być artykułowany lekarzom sportowym stawia ich często w trudnej sytuacji etycznej.

Na podstawie niniejszych rozważań, może pojawić się też pytanie wynikające z profesjonalnego wypełnienia swojej misji zawodowej, jako lekarza, ale i pytanie natury etycznej. Brzmi ono w sposób następujący: czy lekarz, lub zespół lekarzy powinien otrzymać nagrodę w postaci premii za uzyskany wynik sportowy drużyny, dla której kontuzjowani zawodnicy otrzymali medyczną pomoc, dzięki której odnieśli zwycięstwo, zdobyli medal itd.? Odpowiedź na niniejsze pytania zapewne tkwi z jednej strony w kontraktach zawodowych lekarzy, a z drugiej strony w etyce lekarskiej.

Ból związany z zawodem. Praca Kotarby (1983: 36) polegała na umieszczeniu bólu w kontekście analizy nad sposobem zarządzania bólem w różnych zawodach, uwzględniając również wyczynowych sportowców. Zestawia on wyczynowych sportowców z pracownikami fizycznymi, gdyż w obu zawodach zdolności fizyczne są kluczowe i ból stanowi główne zagrożenie. Kotarba pokazuje, że „przeciętny” poziom bólu może być oczekiwany, a taki rzadko jest ujawniany.

Osoba dotknięta bólem może zdecydować się zataić doznawanie bólu przed krytyczną opinią publicznością, jeśli koszty społeczne i emocjonalne wiążące się z ujawnieniem bólu są niezwykle wysokie, czasem trudne do ustalenia. A co wynika z ujawnienia bólu? Zalety wynikające z ujawnienia bólu sprawiają, że osoba otrzymuje dostęp do służby zdrowia, współczucie i pomoc w dostosowaniu się do sytuacji kryzysowych spowodowanych przez ból. Natomiast koszty publicznego i społecznego ujawnienia bólu przez wyczynowych sportowców mogą powodować pewne krytyczne reakcje ze strony na przykład widowni, sponsora, mogą wywołać również u ambitnego sportowca uczucie wstydu i winy.

Decyzja o ukryciu bólu lub ujawnieniu go może być też zdeterminowana przez środowisko, do którego należy wyczynowy sportowiec, zwane czasem subkulturą, a które to spodziewa się dobrych czy bardzo dobrych osiągnięć sportowych. Sportowca może też determinować umiejętność radzenia sobie z bólem, które zawdzięcza swoim zdolnością lub zdobytym doświadczeniem.

Zarówno dla sportowców jak i pracowników fizycznych ból jest elementem codziennego życia. Sportowcy ryzykują doznaniem bólu podczas ćwiczeń i zawodów, natomiast pracownicy fizyczni ryzykują na przykład doznaniem wypadków związanych z pracą. Innymi słowy te dwie zawodowe subkultury traktują ból, jako normalny wymiar życia, który zdaniem Kotarby przyczynia się do powstania „subkultury chronicznego bólu”[5].

Wybór w kwestii akceptowania bólu i kontuzji stał się częścią sportowych tradycji. Wydaje się, że wyczynowy sportowiec często ignoruje standardowy poziom bólu. Dlatego każde badanie bólu stało się problematyczne, odkąd stało się to elementem subkulturowej konstrukcji [2].

Praktyka lekarska i natura bólu. Melzak i Wall [7] opublikowali pozycję naukową pt. „Wyzwanie bólu”, która zajęła się subiektywną naturą bólu. Książka zajmuje się problemami dotyczącymi bólu, który istnieje na styku pomiędzy naturą a kulturą. Podkreśla ona fizjologiczną reakcję ciała na ból. W tej pracy Melzak i Wall [8] dyskutują nad „teorią kontroli bramkowej bólu”. Twierdzą, że istnieje mechaniczny „włącznik”, jako element systemu nerwowego, który mierzy przepływ impulsów nerwowych. Znajduje się on blisko części grzbietowej kręgosłupa. Zasadniczo ten włącznik jest kontrolowany przez środowisko społeczne otaczające jednostkę-sportowca.

Nettleton widząc ból zajmuje się nim w wymiarze społeczno-psychologicznym. Ból, jako rezultat psychologicznego składnika może być zinterpretowany, jako problem, który może być kontrolowany przez uparcie dążącą do celu jednostkę.

Dla sportowca, który odczuwa ból może być to problem relacji intelektu w stosunku do zjawiska bólu. Jeżeli nie ma widocznej szkody w postaci kontuzji, ból może nie być potraktowany poważnie przez środowisko społeczne, gdzie szczególnie ceni się osobiste zarządzanie bólem (subkultura).

Świadomość cielesności w przypadku sportu wyczynowego i sportowców, którzy cierpią z powodu ostrego bólu, jako rezultatu kontuzji, jak również pojawiający się często w ich przypadku syndrom przetrenowania ma wpływ na kulturę sportową. Sportowcy wyczynowi są postrzegani, jako część kultury i natury. Z tego doświadczenia płynie wniosek, że fizyczne doświadczanie bólu jest połączone z doświadczeniem poznawczym i emocjonalnym przeżyciem. Dlatego istnieje zapotrzebowanie na spojrzenie na zjawisko bólu z perspektywy tzw. kultury sportowej.

Ból łagodniejący. Ból pełni centralną rolę w medycynie i w spokojnych dyscyplinach. Przeprowadzone na Zachodzie badania ukazują ból mający znaczenie na płaszczyźnie fizycznej, ale również ukazują kulturowe znaczenie bólu, szczególnie w świecie sportu wyczynowego. Okazuje się, że rola bólu w ewolucji kulturowej może być decydująca. Brak obiektywizmu w mierzeniu bólu stworzyło olbrzymi problem dla badania społecznej roli bólu. Również poziomy ból są trudne do rozróżnienia, zgodnie z tym, że stopień bólu poszczególnej jednostki będzie zawsze względny.

Podstawowe konflikty pomiędzy pacjentami odczuwającymi ból a lekarzami uwzględniają wiele czynników takich, jak: frustrację z powodu nieadekwatnego leczenia, różnice zdań nad wpływem dobrowolnej kontroli bólu, czy kwestia odpowiedzialności za leczenie.

Sportowiec, który doznał kontuzji był poddawany eksperymentowi zwiększenia poziomu bólu w trakcie badania po to, aby lepiej zrozumieć ból i przyspieszyć jego leczenie. Od momentu, w którym natura bólu zostanie określona, środki przeciwbólowe mogą zostać zaaplikowane po to, aby wynagrodzić dyskomfort spowodowany kontuzją.

Ponieważ ból jest zarówno fizyczną, jak i emocjonalną oznaką cierpienia jednostki, sugeruje się, że ból istnieje, jako skrzyżowanie pomiędzy biologią i kulturą. Z tego powodu środowisko społeczne otaczające sport ma kluczowe znaczenie w badaniu zarówno bólu jak i kontuzji.

Lekarz może powiedzieć pacjentowi, że ma złamaną nogę, co może oznaczać niedogodność w dojeździe do pracy i przy wykonywaniu prostych czynności. Jednakże, jeśli dana osoba jest sportowcem, który zostanie wykluczony z zawodów na jakiś czas to ból fizyczny może być minimalny w długim okresie, lecz ból psychiczny może się nasilać przez okres kontuzji.

Jednym z obszarów leczenia bólu, gdzie nauka i kultura kolidują ze sobą jest tzw. efekt placebo. Mimo, iż placebo jest lekceważone, jako irytujący lub powodujący zamieszanie czynnik, to w dziedzinie medycyny mocno ilustruje ono lekarzom jak umysł, kultura, emocje i wierzenia kształtują znaczenie i doświadczanie bólu i reakcje na leczenie.

Placebo. Celem medycyny sportowej jest szybkie przywrócenie sportowca do gry. W przypadku wielu kontuzji ból jest jedyną wskazówką dla lekarzy, która pomaga im zdiagnozować, co dolega sportowcom. Ze względu na subiektywną naturę bólu, jego leczenie nie jest łatwe, jednakże badania pokazały, że placebo może być stosowane do skutecznego leczenia bólu. Z tego powodu zespoły lekarzy sportowych, którzy bardzo chcą, aby ich pacjenci odzyskali sprawność, a utrata czasu dla sportowców może oznaczać ogromną stratę finansową, stosują placebo, jako metodę leczenia. Twierdzą, że placebo jest leczniczą procedurą, która nie ma fizykochemicznego efektu.

Z tego powodu zespoły lekarzy, którzy są związani z wyczynowymi sportowcami mogą użyć sposobu leczenia, jak ultradźwięki, które według pewnych osób nie mają żadnej wartości leczniczej, aby przekonać zarówno pacjenta, jak i personel medyczny, że niwelowanie bólu ma właściwie miejsce. W wyniku tego powstaje efekt placebo i ciało reaguje na nie lecząc się samo.

Ostatnimi czasy efekt placebo stał się znów obiektem zainteresowania badań medycznych; odkryto, że niezbędne są trzy czynniki, aby ten efekt zadziałał i są to: pozytywne oczekiwania i przekonania ze strony pacjenta; pozytywne oczekiwania i przekonania po stronie lekarza; dobre relacje między lekarzem a pacjentem.

Wydaje się, że placebo działa pozytywnie w 30% przypadków występowania bólu i dlatego w obecnym środowisku rozwijającego się sportu zawodowego nie ma powodu by ograniczać jego zastosowanie. Wzrost komercjalizacji sportu znacznie zwiększyło użycie placebo w postaci na przykład użycia napojów dla sportowców, czy innych suplementy w obszarze medycyny sportowej.

Ból pozytywny i trening. Pozytywny ból jest określeniem używanym do opisu zmęczenia, które odczuwa sportowiec, gdy chce polepszyć swoją wydolność. Trenerzy przygotowują harmonogramy treningowe w celu maksymalizacji tego składnika bólu. Kiedy sportowiec nie jest kontuzjowany umiejętnie zwiększa się jego wytrzymałość, a tym samym odporność na ból, polepszając sprawność, którą następnie wykorzystuje podczas zawodów. Dzięki takiemu zabiegowi sportowcy osiągają lepsze wyniki, biją rekordy, zdobywają medale. Zaistniałe zjawisko nazywane jest bólem pozytywnym, który sprawia, że zwiększa się sprawność

заводників-спортсменів. Біль є конструктивним тільки тоді, коли обмежується до періодів інтенсивного тренування, після яких не настають побічні наслідки.

Біль в навізанні до ризику. У світі спортсменів визнанням насолоджується той спортсмен, чи спортсменка, які вміють грати, бігати, незважаючи на відчужуваний біль, який виник в результаті травми. Про таких спортсменів каже, що вони мають характер. На жаль, ігровий біль і травми можуть спричинити невідворотні шкоди в організмі. Виходило б, що в зв'язку з появою спортсменських лікарів кількість спортсменів, які беруть ризик, зменшилася. Однак не зменшилася кількість спортсменів, які беруть ризик, викликану з позитивного впливу виконання праці, пов'язаної з перевищенням бар'єру болю. Тому видається, що дуже важливо зрозуміти, чому спортсмени беруть участь у змаганнях незважаючи на біль.

У всіх випадках важливо пам'ятати, що коли спортсмен відчуває біль з приводу травми його реакція на біль буде залежати також від конкретного середовища спорту, до якого належить.

Бібліографія

1. Howe D. P. (1997) „Commercialising the Body, Professionalising the Game: The Development of Sports Medicine at Pontypridd Rugby Football Club”, unpublished PhD thesis University College London.
2. Howe D. P. (2001) „An Ethnography of Pain and Injury in Professional Rugby Union: The Case of Pontypridd RFC”, International Review of Sport Sociology, 35(3): 289-303.
3. Howe D. P. (2004) Pain, injury and the culture of risk, in: Sport, professionalism and pain, P.D. Howe, London and New York, Routledge: 74-5.
4. Kotarba J.A. (1983) Chronic Pain: Its Social Dimensions. London: Sage.
5. Melzack R. and Wall P. (1982) The Challenge of Pain. New York: Penguin.
6. Nettleton S. (1992) Power, Pain and Dentistry. Milton Keynes: Open University Press.
7. White P. G. (1995) „Sport, Masculinity and the Injured Body”, in D. Sabo and F. Gordon (eds) Men's Health and Illness: Gender, Power, and the Body. London: Sage.
8. Williams S.J. and Bendelow G. (1998) The Lived Body: Sociological Themes, Embodied Issue. London: Routledge.

Dirk Caulier
University of VIVES
Bruges, Belgium

CLIENT CENTERED WORKING & THE USE OF THE COPM INTO OCCUPATIONAL THERAPY

The "doctor-prescription model" is increasingly disappearing from the image of the medical world and clients are encouraged to become more participant. This also applies to occupational therapy. Whereas previously the therapist almost exclusively determined the content of the treatments, the therapist increasingly takes on a guiding and coaching role within the rehabilitation process, which is largely determined by the rehabilitation person himself. This article explains the origin, application and benefits of a client-focused approach.

Key words: client centred, occupation, Canadian Occupational Measure, Canadian Process Practice Framework, Canadian Model of Occupational Performance and engagement, occupational therapy.

Клієнто-орієнтована робота і використання копм (сопр) в ерготерапії. *"Модель лікаря, що випишує рецепти" зникає з медичного світу, а натомість розвивається практика активнішого залучення до роботи пацієнта. Це також стосується ерготерапії. Якщо раніше терапевт майже виключно визначав зміст лікування, то сучасний терапевт все частіше бере на себе керівну та тренерську роль в процесі реабілітації, що значною мірою визначається самою реабілітаційною особою. Ця стаття присвячена походженню, застосуванню та визначенню переваги підходу, орієнтованого на клієнта.*

Ключові слова: орієнтованість на клієнта, заняття, канадська ерготерапевтична система оцінювання, канадська практика, канадська модель професійної діяльності та залучення, ерготерапія.

Client centred working is an approach based on the uniqueness of people and respect for differences in socio-cultural background, norms, values and choices. The client has an active role and responsibility in formulating and solving his own experienced problems. The occupational therapist listens to the client's story. The occupational therapist provides information so that the client can make choices to find new ways of dealing with problems with the help of his own strengths and strategies. In a client centred treatment, the interaction between the person, his environment and acting is central. Good and open communication between client and therapist is essential (Cardol & Dedding, 2000).

Client centred working was devised by the humanist Rogers. According to him, clients should have a greater influence on the content of their treatment. In essence, a therapist enters into a partnership with the rehabilitation person. The rehabilitation person is the experience expert; the therapist recognizes and uses the experience and knowledge of the rehabilitation person. The rehabilitation person is actively involved in the treatment and decides for himself what to work on. This is formulated by Cup & Thijssen (2004) as follows: the essence of client-oriented work is that the client and the therapist both have expertise and jointly negotiate treatment goals and treatment strategies with respect for each other's expertise.

It has been proven that people with disabilities from the upper (and lower) extremity can make important, positive progress by receiving client centred occupational therapy. In addition, an article by Cardol & Dedding (2000) describes that client centred work