

«Оценка и измерение психологической безопасности образовательной среды») // Безопасность образовательной среды: Сборник статей / Ответственный редактор и составитель Г.М. Коджаспирова. – М., Экон-Информ, 2008, – С.24

14. Леонова О.И. Психологические риски образовательной среды в эмоционально-личностном состоянии учащихся // Психологическая наука и образование, 2009 г. № 5, С. 20-25.

15. Петров С.В., Кисляков П.А. Информационная безопасность: учебное пособие. М.: «Русский журнал», 2011. 328 с.

16. Писарь О.В. Формирование личной безопасности студентов на основе компетентностного подхода: Автореф. дисс. ... д.п.н. Казань, 2009. 36 с.

17. Шершнев Л.И. Стратегия развития образовательной области «безопасность жизнедеятельности в России». URL: <http://www.studzona.com/referats/view/37331> (Дата обращения: 20.02.2012)

УДК 159.953-796.83

Гант О.Є., к. психол. н., доцент, завідувач кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури;

Малик Я.К., старший викладач кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури

СПОРТИВНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ОСОБЛИВИЙ ВИД ПРОФЕСІОНАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛЮДИНИ

В статті представлені дані про негативну дію різноманітних факторів спортивної діяльності на організм та психіку спортсменів, розглянуто залежність показників психічної працездатності спортсменів від етапу тренувальної діяльності, простежено основні професійні захворювання спортсменів, залежно від видів спорту; розглянуто причини раптової смерті спортсменів.

Ключові слова: спортивна діяльність, професійні захворювання, травматизм, раптова смерть.

Постановка проблеми. Переживання людьми різних екстремальних подій, мають виражений негативний вплив на їх психіку. Особливе місце в даному контексті належить змінам особистості та поведінки, які, з одного боку, можуть поглиблювати наявні психічні порушення та сприяти їх хронізації, а, з іншого - є самостійною проблемою, проявляючись на до клінічному рівні, що також призводить до формування психологічної дезадаптації та зниження якості життя (Афанасьєва Н.Є. Балабанова Л.М., Віденєєв І.О., Перелигіна Л.А, Тимченко О.В., Тарабріна Н.В., Шестопалова Л.Ф. та ін.). Спорт - один з найбільш специфічних видів діяльності людини, тут поєднуються найвищі, на межі людсь-

ких можливостей, фізичні навантаження і величезні емоційні напруги. Спорт вищих досягнень як професійний вид діяльності в силу своєї специфіки значною мірою впливає на стан здоров'я, тих, хто ним займаються. Разом з тим відповідний рівень психологічного здоров'я є необхідною складовою високої результативності й надійності спортсменів (Ільїн Є.П., Сопов В., Перелигіна Л.А. та ін.)[1; 6-14].

В дослідженнях Crasset G., Dauchy H., зазначається, що тривалість життя професійних спортсменів на 7-12 років менше, ніж у звичайних людей. Спортивно-медична практика підтверджує, що за останні 20-30 років значно зросла кількість випадків раптових смертей, серйозних травм і відхилень у стані здоров'я спортсменів [15]. Раптова смерть при заняттях спортом в значній частині випадків є наслідком гострих фізичних перенапруг, що виникають при надмірному навантаженні на тренуванні, змаганні або ж просто на заняттях фізичними вправами. Статистика свідчить: близько 50% елітних спортсменів мають різні захворювання [22], а спортивний травматизм ламає кар'єру 60-70% видатних спортсменів, знецінюючи їх багаторічну важку, як у фізичному, так і морально-психологічному плані, працю [2; 9; 14].

Ціллю нашої роботи стало теоретичне обґрунтування проблеми спортивної діяльності, як особливого виду професійного функціонування людини, та аналіз факторів які роблять спорт небезпечним для здоров'я та життя тих, хто їм займається.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на тривалу історію вивчення фізичних і психічних можливостей спортсменів, тема підвищення ролі самої особистості у збереженні власного психологічного здоров'я залишається актуальною для сучасної психологічної науки і практики. До маловивчених питань також відноситься проблема когнітивної продуктивності спортсменів. В окремих дослідженнях відзначається, що у 82,87% спортсменів, які займаються екстремальними видами спорту, мають місце дефекти когнітивних функцій і психічної працездатності. У деяких випадках зниження психічної працездатності спортсменів є першими і/або домінуючими симптомами загального виснаження організму, істотно впливає на ефективність їхньої професійної діяльності, але далеко не в повній мірі враховуються на практиці. У процесі підготовки до змагань спортсмени нерідко відчувають стан підвищеної збудливості мотиваційно-емоційної системи. Психопатологічні прояви, що спостерігаються у спортсменів, найчастіше досить тонкі, своєрідні, а їх симптоматика визначається специфікою спортивної діяльності [2-4; 14].

Ряд відхилень у стані здоров'я спортсменів, при більш глибокому вивченні етіологічних механізмів їх виникнення, можуть бути віднесені до стресогенних розладів - порушень функцій органів і систем, виникнення і розвиток яких найбільшою мірою пов'язані зі стресовими факторами[14].

В роботах Сопова В. Ф., показано, що обсяг фізичних навантажень в період передзмагання істотно вище, ніж під час змагального сезону, тому до кінця його накопичується втома. До фізичної роботи при правильній методиці тренування організм з часом адаптується, до навантажень же емоційним, пов'язаних з участю у змаганнях - ні. Одна з причин в тому, що психіка людини одночасно і більш рухлива і більш інерційна, ніж фізіологія, одні психічні процеси розвиваються практично миттєво, інші ж можуть тривати тижнями і місяцями [9].

Особливий інтерес у цьому контексті представляє собою певна залежність показників професійного здоров'я від етапу тренувальної діяльності. В роботах Гант О.Є. наводяться дані, що, в екстремальних умовах змагальної діяльності у спортсменів має місце гипостеничний варіант астенії; в постсоревновательный період, має місце гіперстеничний варіант астенії. Порушення когнітивних функцій, у спортсменів, в період змагальної діяльності, носять функціональний характер і піддаються редукції в першій декаді постсоревновательного періоду [2-4].

У процесі підготовки до змагань спортсмени нерідко відчують стан підвищеної збудливості мотиваційно-емоційної системи. Психопатологічні прояви, що спостерігаються у спортсменів, найчастіше досить тонкі, своєрідні, а їх симптоматика визначається специфікою спортивної діяльності. Найбільш частою формою емоційних порушень, що виникають у спортсменів в тренувально-змагальному циклі, є невротичні реакції, під якими слід розуміти короткочасні зміни поведінки і самопочуття у відповідь на психотравмуючий подразник. У спортивній практиці найбільш часто зустрічаються: неврастенія, невроз нав'язливих станів, кардіоневроз [23].

Такі стани, проявляється спочатку ослабленням внутрішнього активного гальмування, а потім ослабленням гальмових і збуджувальних процесів. Посилюється виснаженість і сповільнюється відновлення психічних процесів спортсменів. Об'єктивно відзначаються зниження фізичної працездатності, особливо пов'язаної з точними рухами, підвищені сухожилкові рефлекси, виражений дермографізм, адинамія, апатія та ін.[8; 9].

У дослідженнях Hammond T, Gialloreti C, Kubas H. (2013), показано, що 68% спортсменів протягом своєї кар'єри переживали епізоди явною депресії. Тобто протягом не менше 2-х тижнів у них був поганий настрій і втрата мотивації, що супроводжувалися клінічно значущими змінами мінімум в 4-х з наступних параметрів: апетит, сон, збудження або загальмованість рухового апарату, втома або нестача енергії, негативна самооцінка або почуття провини, брак концентрації і суїцидальна спрямованість думок. За даними доктора Дон Мелоун, психіатра з Клівлендської клініки, спортсмени здійснювали спроби суїциду частіше, ніж звичайні люди, у віці 30 років у 3,9 рази, у віці 40 років - в 2,8 і п'ятдесятирічні - в 2.1 рази [16;17].

Наукові дослідження з цих питань в основному або присвячені феноменології межових психічних розладів спортсменів, або відображають результати вивчення окремих особистісних характеристик цих категорій людей. Такі особистісні особливості спортсменів, як іпохондричність, тривожність, емоційна нестійкість, соціальна залежність, не тільки не сприяють ефективній психологічній адаптації спортсменів, але й підтримують дезінтеграцію особистості в екстремальних умовах їх професійної діяльності[14;18]. Враховуючи багатоплановість факторів, що забезпечують психологічне здоров'я спортсменів, варіабельність психічних станів і процесів, які можуть погіршувати загальний стан спортсмена, знижувати результативність професійної діяльності, а так само якість його життя, дослідження в цьому напрямку є актуальними і мають велике медико-соціальне значення.

У роботах присвячених вивченню професійних захворювань спортсменів, показано, що хронічні неінфекційні захворювання у них представлені досить великим спектром хвороб, включаючи хвороби кістково-м'язової системи, периферичної нервової системи, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, психічні розлади та розлади поведінки та інші хвороби. Провідне місце в структурі хронічної патології належить хворобам кістково-м'язової і периферійної нервової системи (нетравматичні ушкодження м'яких тканин і суглобово-зв'язкового апарату, обумовленим функціональним перенапруженням і фізичним перевантаженням спортсменів[11].

Поширеність зазначених захворювань найбільш висока серед чоловіків - представників швидкісно-силових і циклічних видів спорту, а також тих, хто займаються спортивними одноборствами. Серед жінок ці захворювання найбільш характерні для спортсменок циклічних видів спорту. Характер захворювань повністю відповідає особливостям рухової активності спортсменів в процесі тренувальних занять. Виявлені зміни показників імунної системи підтверджують напруження адаптаційних механізмів. Нейроциркуляторні дистонії займають особі місце в структурі хронічної патології спортсменів-професіоналів, оскільки являють собою не стільки наслідок порушення нервово-емоційної регуляції, скільки початкові форми перенапруги системи кровообігу. Слід зазначити, що хронічні прогресуючі захворювання нервової системи у спортсменів клінічно проявляються через багато років після припинення занять боксом і залежать від тканинного процесу, ведуть до паркінсонізму та хронічної травматичної енцефалопатії [10].

Невід'ємним супутником професійного спорту є травматизм. Як показали дослідження, найбільше травм виникає у спортсменів ігрових видів спорту (в процесі своєї спортивної діяльності їх мали 44% спортсменів). Потім слідує одноборці, спортсмени складнокоординаційних, швидкісно-силових і циклічних видів спорту. Серед

спортивних травм найбільша частка припадає на суглоби нижніх кінцівок (25%), потім слідує пошкодження м'язів і зв'язок ніг, переломи рук, пошкодження суглобів м'язів і зв'язок рук, струсу мозку та ушкодження тканин обличчя [19].

На захворюваність спортсменів і її структуру робить істотний вплив характер тренувального процесу. Справа в тому, що функцію і морфологію організму спортсмена формують цілком певні, конкретні варіанти різних фізичних вправ, використовуваних в тренувальному процесі.

Характер цих вправ визначається не стільки видом спорту, скільки тим фізичним якістю, яка необхідно розвивати в даному виді спорту. По суті, в різних видах спорту виробляються в тій чи іншій мірі однакові якості (витривалість, швидкість, сила, спритність і їх різні поєднання). Очевидно, що у спортсменів різних видів спорту, об'єднаних у групу з певною спрямованістю тренувального процесу, в організмі в більшій чи меншій мірі виникають подібні зміни і розвиваються подібні пристосувальні механізми. Такий розподіл видів спорту на певні групи дозволяє вивчати закономірності, що лежать в основі того чи іншого явища, що виникає при заняттях спортом.

Причини захворювань у спортсменів можна розділити на дві великі групи: 1) не пов'язані і 2) пов'язані із заняттями спортом [9].

До першої групи відносяться всі дії зовнішнього середовища (охолодження, різні інфекції тощо). Природно, будь-який спортсмен в тій чи іншій мірі піддається впливу цих факторів. Однак реакція організму спортсмена на ці фактори, враховуючи особливості стану його здоров'я, фізичного розвитку, має відомі відмінності від реакції осіб, які не займаються спортом. Це в першу чергу більш доброякісний, ніж у людей, які не займаються спортом, перебіг процесу, кращий ефект від проведеної терапії, великий відсоток одужання або тривала ремісія.

Другу, найбільшу, групу причин захворюваності складають причини, пов'язані із заняттями спортом. Цю групу можна розділити на 2 підгрупи. До 1-ї підгрупи відносяться причини, що залежать від неправильної організації тренувального процесу, нераціонального використання засобів і методів тренування, від відсутності або недостатньої індивідуалізації ступеня фізичного навантаження на тренуваннях, що призводить до перевантаження і перенапруження міокарда окремих систем і органів.

Однак захворювання у спортсменів можуть виникати і при правильній організації та методиці тренування, але за певних умов. Причин, здатних викликати захворювання у спортсменів, в 1-й підгрупі багато. Вони залежать від неправильних дій як спортсмена, так і тренера. Найбільш істотними при цьому є відсутність або недостатня індивідуалізація навантажень, що створюють умови для перевантаження організму спортсмена. У спортсменів при великому фізичному та емоційному

навантаженні, а особливо при перевантаженні, можуть виникати стани втоми, перевтоми і перенапруги.

Стомлення являє собою фізіологічну реакцію на навантаження і проходить після певного періоду відпочинку.

Перевтома - це крайня ступінь стомлення, особливий стан, що виникає після великої й тривалої навантаження, застосовуваної одноразово або тривало. Воно характеризується загальною втомою, млявістю, відчуттям необхідності відпочинку тощо. Функціональні проби незадовільні, оскільки функціональний стан погіршується, проте в різних органах і системах ступінь функціонального зниження може бути різною. При цьому стані знижуються також імунобіологічні властивості організму, що робить такого спортсмена більш схильним до впливу негативних факторів зовнішнього середовища, зокрема інфекції.

Стан перевтоми хоча і є крайнім ступенем стомлення, але відрізняється від нього. Стомлення слід розглядати як фізіологічну реакцію на навантаження, перевтома ж являє собою вже перед патологічний стан, тобто фон, на якому легко виникають і розвиваються різні патологічні зміни в органах і системах організму. Після певного різного для різних ступенів перевтоми періоду відпочинку та застосування відповідних відбудовних засобів всі ці явища проходять, функціональний стан відновлюється, і спортсмен може приступати до тренувань.

Перенапруження - стан, що характеризується порушеннями зазвичай в якомусь одному, а іноді одночасно в декількох органах при надмірному фізичному і емоційному навантаженні. В даний час відомі патологічні зміни в серці, нирках, крові, кістках, що виникають при перенапруженні спортсмена. У початкових стадіях перенапруження окремих органів і навіть поєднання цих станів в декількох органах може не викликати ніяких скарг і не відбиватися на спортивних результатах. Воно діагностується найчастіше об'єктивними методами дослідження (ЕКГ, клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі, безконтрастна і контрастна рентгенографія та ін.).

Але, якщо не вжити відповідних заходів (наприклад, не знизити або з припинити тренування, не провести відповідне реабілітаційне лікування і т.д.), то оборотні в початкових стадіях зміни стають незворотними з усіма витікаючими звідси наслідками.

Стан перетренованості виникає тільки у тренуваного спортсмена і в даний час розцінюється як перенапруження ЦНС. Від ступеня перенапруги ЦНС і типу вищої нервової діяльності спортсмена залежить і ступінь вираженості клінічної симптоматики, і тоді перетренованість проявляється або неврастенічними, або істеричними, або психастенічними реакціями.

Причиною виникнення стану перетренованості є не тільки надмірні, але і одноманітні і часті тренування, що проводяться без урахування

емоційного стану спортсмена. Об'єктивна монотонність спортивної діяльності пов'язана з умовами тренувальної діяльності: бідністю подразнень і вражень при роботі в погано освітлених спортивних приміщеннях, самотність, при надмірну дробленість вправ, що має місце при навчанні методом «по частинах»; до цього ж приводить простота дій у поєднанні з їх багаторазовим повторенням в одному і тому ж темпі при малої і середньої інтенсивності навантаження. Суб'єктивна монотонність може супроводжувати об'єктивну, будучи її відбитком у свідомості спортсмена. Монотонність виникає за наявності двох умов: виконання завдання не дає «розумової свободи», привертає до себе увагу і в той же час не дає підстав для роздумів над ним. Наприклад, над автоматизованими діями думати не треба, а повторювати їх багато разів необхідно, інакше зруйнується навик. Внаслідок цього відбувається віддача з «звуженим обсягом уваги». Мають значення також порушення режиму. Все це призводить до розладів координації діяльності ЦНС, внутрішніх органів і локомоторного апарату. На цьому фоні можуть виникнути різні захворювання внутрішніх органів[9; 17].

На Всесвітньому конгресі зі спортивної медицини в Москві в 1956 р. Л.Прокопом (Австрія) був запропонований термін «спортивна хвороба». У вітчизняній літературі дана патологія позначається терміном «перетренованість». На початку такого захворювання, в першій стадії, розвиваються симптоми, пов'язані з нераціональним енергозабезпеченням рухової діяльності. Швидкість на дистанції або обсяг виконуваної роботи підтримуються ціною граничного напруження всіх функцій, в першу чергу кардіореспіраторної системи. З'являються перші ознаки порушень в емоційній сфері. У спортсмена пропадає бажання тренуватися. Плавець не може дивитися на воду, легкоатлет - на бігову доріжку, і тільки гранично напружуючи волю, спортсмен продовжує виконувати тренувальну роботу. Порушується сон, знижується апетит. Виникають труднощі в спілкуванні з оточуючими, особливо з товаришами по команді і з тренером. Відзначається зниження почуття гумору, критики. Якщо обстежити спортсмена в цій стадії хвороби без застосування будь-яких провокуючих чинників, тільки в стані м'язового спокою, то не вдається відзначити ніяких патологічних знаків. Відхилення в діяльності організму в першій стадії виявляються тільки при використанні різних функціональних проб, наприклад таких, як фізичне навантаження, кліноортостатической проби і т.п. При цьому досить часто вдається виявити зміни в регуляції функцій, пов'язаних в першу чергу з порушеннями в вегетативної системі. Це насамперед яскравий, швидко мінливий дермографізм, підвищена пітливість, зокрема вологі долоні, підвищення артеріального тиску, зміни на ЕКГ, різні порушення ритму серцевої діяльності[8; 9; 20].

У другій стадії клінічні ознаки хвороби, характерні для першої стадії, зберігаються і навіть посилюються, проявляються вже і в стані м'я-

зового спокою. Слід зазначити, що як у першій, так і в другій стадії різко знижується фізична працездатність, досліджувана в різних тестах з фізичним навантаженням.

У третій стадії приєднуються транзиторні або стабільні зміни органів у вигляді виражених дистрофічних процесів, іноді переходять у стадію організації склерозування або цирозу. Найчастіше ці зміни проявляються у вигляді функціональної неспроможності того чи іншого органу. Наприклад, у вигляді складних порушень ритму серця, збільшення паренхіми і порушення функції печінки, змін в нирках, особливо посилюються і триваючих кілька днів після фізичного навантаження.

У першій стадії спортивної хвороби слід значно знизити як обсяг, так і інтенсивність тренувальних навантажень, змінити спрямованість тренувального процесу, включити в підготовку елементи інших видів спорту. Зазвичай цих заходів виявляється достатньо, щоб домогтися успіху в лікуванні.

Спортсмени в другій стадії захворювання потребують стаціонарного обстеження та комплексному лікуванні (засоби ЛФК, седативні препарати, засоби, що нормалізують нуклеїнових обмін і стимулюючі анаболічні процеси). У цій стадії доречно застосування блокаторів. Хороший ефект дає комплекс фізіотерапевтичних процедур, включаючи бальнеолікування.

У третій стадії спортивної хвороби хворий потребує тривалого стаціонарного лікування із застосуванням антидистрофічеським терапії, засобів, що нормалізують функції пошкодженого органу. Таке лікування має забезпечити стійку компенсацію виникаючих порушень [18].

Слід зазначити, що професійні захворювання спортсменів дають про себе знати і після закінчення спортивної кар'єри, а хронічна патологія різних органів і систем у спортсменів, які завершили спортивну діяльність, у порівнянні з діючими спортсменами зустрічається значно частіше. Частота формування хронічних хвороб достовірно вище у спортсменів, які припинили спортивну діяльність більше трьох років тому, у порівнянні з завершили заняття спортом менше трьох років тому. У спортсменів, які завершили спортивну діяльність більше трьох років тому, відзначаються статистично значимо більш низький рівень якості життя, у порівнянні з тими, хто завершив активні заняття, спортом менше трьох років тому. У колишніх спортсменів у порівнянні з діючими виявлений достовірно більший відсоток субклінічних проявів невротизації.

Слід зазначити, що заняття спортом накладають певний відбиток на структуру не тільки захворюваності, але і смертності. Раптова смерть внаслідок занять спортом як медична проблема існує принаймні 2500 років. В Афіньській газеті 490 року до нашої ери було опубліковано наступне повідомлення: "Трагедія в Марафоні. Молодий солдат-афінянин за імені Фиддипид помер після забігу на довгі дистанції. Сенат віддав

розпорядження провести розслідування, з'ясувати причини смерті і визначити винних...» [1].

Раптова смерть при заняттях спортом в значній частині випадків є наслідком гострих фізичних перенапруг, що виникають при надмірному навантаженні на тренуванні, змаганні або ж просто на заняттях фізичними вправами. В дослідженнях Crasset G.(2000), Dauchy H. (1991 р.), зазначається, що тривалість життя професійних спортсменів на 7-12 років менше, ніж у звичайних людей[13].

За матеріалами RottiersW., питома вага смертей від серцево-судинних захворювань опинився у спортсменів на 11 % більше, ніж у осіб, які не займалися спортом (відповідно 70% і 59%). Водночас смертність від інших захворювань виявилася істотно нижче (відповідно 34 % і 46 %). Цікаво, що смерті за рахунок зовнішніх причин становлять у спортсменів 34 %, в той час як у осіб, які не займаються спортом, всього 17,4 %. Раптова смерть при заняттях спортом в значній частині випадків є наслідком гострих фізичних перенапруг, що виникають при надмірному навантаженні на тренуванні, змаганні або ж просто на заняттях фізичними вправами [19].

Під впливом фізичного навантаження, захворювання спортсменів, що мали місце до початку занять спортом (пороки серця, кардіосклероз, гіпертонічна хвороба, облітерація плеври.), особливо якщо вона проводиться нераціонально, посилюються, ускладнюються і можуть бути причиною смерті. Такі смерті складають 78,6 % усіх випадків раптової смерті спортсменів. Фізичне перенапруження в цих випадках не є визначальним, а провокуючим фактором, що виявляють патологічні зміни в організмі [15].

Захворювання, які виникають внаслідок нераціональної, надмірної, неправильно дозованої навантаження, також можуть бути причиною раптової смерті (гостре перенапруження здорового серця, парадоксальна реакція коронарних судин, емфізема легенів). У ряді випадків раптова смерть спортсменів пояснюється вегетативно-ендокринними порушеннями, що виникають при надмірному фізичному та емоційному навантаженні, а саме - перезбудженням симпатичної нервової системи і накопичення в серцевому м'язі речовин типу норадреналіну, що викликають утворення некрозів міокарда. Необхідно ще згадати про гострої гіпоглікемії як причини раптової смерті. У цих випадках на розтині знаходять повна відсутність глікогену навіть в печінці [16].

Раптова смерть у спорті через серцеві причин займає особливу галузь кардіології. І може бути розділена на три категорії: синдром commotio Cordis, при якому різкий і сильний удар в груди викликає фатальну аритмію серця; раптова кардіальна смерть молодих спортсменів (менше 30 років), яка відбувається преобладаюче через структурної, зазвичай спадковою, хвороби серця; раптова кардіальна смерть від ішемі-

чної хвороби серця, яка є головною причиною смерті спортсменів старше 30 років і найчастіше відбувається в таких видах спорту як біг, велосгонки та інші види спорту з інтенсивною динамічним навантаженням.

Firoozi С. і співавтори у своєму огляді про раптову смерть серед молодих (до 30 років) спортсменів відзначають, що гіпертрофічна кардіоміопатія складає більше 50% всіх випадків смерті через серцевої патології в даній групі спортсменів. Також причиною раптової смерті молодого спортсмена можуть бути дисплазії правого шлуночка, клапанна хвороба серця, аортальний стеноз, синдром Марфана, аномалії коронарної артерії, міокардит, синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта Синдром довгого і QT, синдром commotio Cordis. Причиною раптової смерті немолодих спортсменів (після 35 років) в 90% випадків є ішемічна хвороба серця, яка ніколи не зустрічається у молодих спортсменів. До причин виникнення серцевої патології у спортсменів прийнято відносити надмірні загрузки. Основні види спорту класифіковані за ступенем інтенсивності і вимогами динамічної та статичної робіт [21] представлені в табл.1

Таблиця 1

Ступінь інтенсивності і вимоги динамічної та статичної робіт в спорті (Хілліс W.S.)

Інтенсивність			
Висока			Низька
Високі динамічні і статичні вимоги	Високі динамічні, але низькі статичні вимоги	Низькі динамічні, але високі статичні вимоги	Низькі динамічні і статичні вимоги
Американський футбол Бокс Біг на лижах Гірські лижі Фехтування Хокей на льоду Гребля Регбі Спринтерський біг Біг на ковзанах Водне поло Боротьба	Бамбінтон Бейсбол Баскетбол Хокей на траві Лакросс Спортивне орієнтування Спортивна ходьба Сквош Стаєрський біг Плавання Настільний теніс Великий теніс Волейбол Футбол	Стрільба з лука Стрибки і метання Мото-спорт Водні лижі Авто-спорт Дайвінг Кінний спорт Гімнастика Вітрильний спорт Стрибки з трампліна Важка атлетика	Боулінг Крикет Керлінг Гольф Стрільба

Нарешті, третя група причин смерті - це закриті травми внутрішніх органів і головного мозку. Після травми живота описані шлункові кровотечі, розриви печінки, кишечника, селезінки. Можливі смертельні випадки після закритих травм черепа. Це в основному відноситься до бок-

су. Вважається, що сила удару кваліфікованого боксера становить 7000 Н (700 кгс), 1000 Н (100 кгс) скидається на рукавичку. Природно, що удар такої сили, що наноситься на будь-яку ділянку тіла, не може пройти безслідно. Часті, здавалося б, несильні, удари по голові, не приводять до нокауту або до нокдауну, можуть викликати внутрішньочерепні крововиливи зі смертельним результатом. Особливо типові для боксу субдуральні крововиливи, що відбуваються внаслідок розриву дрібних вен або травматичних аневризм [1,15].

Важкі і смертельні травми частіше зустрічаються в наступних видах спорту: мотоспорт, коний спорт, футбол, водні лижі, гонки на катерах, плавання, повітроплавання, ВМХ і гірський велосипед, лижі, скелелазіння. Найбільша кількість раптових серцевих смертей відбувається у видах спорту з великим динамічним навантаженням[15].

Статистика смертельних травм у спорті сильно залежить від країни. У Швейцарії, де переважають зимові види спорту в 2000р. перше місце по смертності займали гірські лижі (6200 нещасних випадків, 40% з яких були смертельними), на другому місці стоїть швидкісний спуск на лижах (42000 випадків, 19% смертельні), далі сноуборд (24500 випадків, 19% смертельні).

В Австралії найбільше важких травм і смертельних випадків відбувається у таких видах спорту як мотоспорт (32% від загальних травм), кінний спорт (14% від загальних травм), австралійський футбол, водні лижі і гонки на швидкісних катерах (по 9% від загальних травм).

На початку 1990 р. Національний рада по техніці безпеки США опублікував доповідь зі статистикою смертельних випадків в американському спорті за 1984-1989 рр. Самим небезпечним видом спорту виявився альпінізм. На кожні 10 тисяч осіб, умовно займаються альпінізмом, припадає 56 нещасних випадків зі смертельним наслідком[16].

Од же, незважаючи на те, що помірні фізичні навантаження надають загально зміцнюючу дію на організм людини, заняття професійним спортом, як правило, негативно позначаються на здоров'ї спортсменів. На жаль, у багатьох спортсменів наслідки інтенсивних тренувань проявляються вже після завершення кар'єри. У зв'язку з чим бачаться доречними психореабілітаційна та психотерапевтична робота зі спортсменами ще до завершення їхньої спортивної кар'єри і правильне планування майбутнього пост спортивного життя. А раціональна організація тренувань і пост спортивного періоду здатні знизити число професійної патології серед спортсменів і поліпшити якість їхнього життя.

Висновки. Професійна діяльність в спорті вищих досягнень характеризується надзвичайно високими фізичними навантаженнями, що обумовлює дуже високий професійний ризик для здоров'я спортсмена, який визначається високою ймовірністю формування професійної захворюваності і виробничого травматизму.

До професійних захворювань у спортсменів-професіоналів слід відносити хвороби кістково-м'язової системи, обумовлені фізичними перевантаженнями і функціональним перенапруженням, до професійно обумовленою - хвороби системи кровообігу внаслідок хронічного фізичного перенапруження.

Враховуючи багатоплановість факторів, що забезпечують професійне функціонування, здоров'я та життя спортсменів, варіабельність психічних та фізіологічних станів, які можуть погіршувати загальний стан спортсмена, а так само якість його життя, спортивну діяльність можна вважати особливим видом. Професійного функціонування людини.

Перспективи дослідження у висвітлюванні підходів до вивчення змін особистості та поведінки спортсменів, під впливом професійної діяльності та аналізі всього спектру особливостей прояву психіки спортсменів, прояву рухових навичок та якостей при надмірних ступенях напруги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилова Е.А. Внезапная смерть в спорте / Е.А. Гаврилова // Международная научно-практическая конференция государственных участников СНГ по проблемам ФК и спорта: доклады пленарных заседаний. – Минск, 2010. – С. 91 – 96.

2. Гант Е.Е. Характеристика функций внимания спортсменов, как показатель психической работоспособности/ Е.Е.Гант, О.Н.Долиновская // Слобожанський науково-спортивний вісник : [наук.-теорет. журнал.] – Харків : ХДАФК, 2011.– №4. – С. 272

3. Гант Е.Е. Влияние профессионального стресса на личность спортсменов / Е.Е.Гант // The 1-st international conference on the Eurasian scientific development, (Vienna, Austria, april 2014). – p. 250–255.

4. Гант О.Є. Алгоритм оцінки функціонального стану спортсмена як показника його «психологічного здоров'я/ О.Є.Гант // Вплив досягнень психологічних та педагогічних наук на розвиток сучасного суспільства : [матеріали між нар.наук.-практ.конф.]. – (м. Харків, 13-14 березня 2015 р.). – С. 91–94.

5. Ердаков С. В. Влияние больших нагрузок на продолжительность жизни сильнейших профессиональных велосипедистов мира/ С. В.Ердаков// Вестник спортивной науки. – 2007. – № 2. – С. 2–7.

6. Перелигіна Л. А. Роль психопрофілактики в підготовці ризикоопасних професій до дій в екстремальних умовах/ Л.А. Перелигіна, К.О.Вандер //Проблеми екстремальної та кризової психології :[збірник наукових праць].– Харків, 2009.– Вип.6. – С. 94–101.

7. Перелигіна Л.А. Структурні показники психологічного здоров'я особистості /Л.А.Перелигіна, О.О.Назаров, Ю.О. Приходько, Н.О.Світлична //«Проблеми екстремальної та кризової психології» :[збірник наукових праць]. – Харків. –2011.– Вип.10. – С. 79–86.

8. Передельский А.А. Спорт и иллюзия спорта: методические материалы для магистрантов и аспирантов физкультурно-спортивных вузов / А.А. Передельский [и др.]. – М. : Физическая культура, 2011. – 64 с.

9. Сопов В. Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности / Сопов В.Ф. – М.: Трикта, 2005. – 128 с.

10. Ткаченко В.С. Характеристика профессиональных заболеваний велосипедистов шоссейников / В.С. Ткаченко // Физическое воспитание студентов. – 2010. – № 6. – С. 71–73.

11. Тімченко О.В. Соціально-психологічні детермінанти психічної травматизації постраждалих від надзвичайних ситуацій / О.В. Тімченко // Проблеми екстремальної та кризової психології : [збірник наукових праць]. – Харків, 2013. – Вип. 14. – Част. II. – С. 353–361.

12. Федосеев В. А. Клинические особенности психических расстройств при экстремальных ситуациях / В.А. Федосеев, Т.В. Селюкова // Проблеми екстремальної та кризової психології: [збірник наукових праць]. – Харків, 2013. – Вип. 14. – Част. II. – С. 272–380.

13. Шевчук А. М. Особистісні зміни у постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / А. М. Шевчук. – Х., 2013. – 20 с.

14. Чикова О.М. Психологические особенности спортивной деятельности и личности спортсмена: [учебное пособие для училищ Олимпийского резерва] / О.М. Чикова. – Мн.: ИПП Госэкономплана РБ, 1993.

15. Crasset G., Dauchy H., Sergent P. Encyclopedie. De Eeclonaar. - 2000.

16. Hammond T, Gialloredo C, Kubas H, Nap Davis H 4th. The prevalence of failure-based depression among elite athletes. Clin J Sport Med. 2013, vol.23, N.4, pp.273-277.

17. Bertellini N. Da Coppi a Merckx. Edizioni Landoni (Italia). - 1977.

18. Suarez-Mier, M.P. Causas de muertes subitaasociada al deporte en Espana / M.P. Suarez-Mier, B. Aguilera // Rev Esp Cardiol 2002. – V. 55. – № 4. – P. 347 – 358.

19. Keren G., Shoenfeld Y. Внезапная смерть и физическое перенапряжение / G. Keren, Y. Shoenfeld // Зарубежные научные исследования, Вып. 10. – М., 1983. – С. 3 – 8, 9 – 11.

20. Firoozi S., Sharma S., McKenna W.J. Risk of competitive sport in young athletes with heart disease. Heart. 2003, vol., №89, pp.710–714.

21. Hillis W.S., McIntyre P.D., Maclean J., Goodwin J.F., McKenna W.J. ABC of Sports Medicine: Sudden death in sport. BMJ. 1994, vol.309, pp.657-660.