



TARTU ÜLIKOOL

Spordipedagoogika ja treeninguõpetuse instituut

Kait Koppel

Vigastuse järgne spordi juurde naasmine

Bakalaureusetöö

Kehalise kasvatuse ja spordi õppekava

Juhendaja: MSc, A. Amor

Allkiri: 

Tartu 2014

SISUKORD

SISUKORD	2
SISSEJUHATUS	3
1. SPORDIVIGASTUSED JA NENDEST TAASTUMISE PSÜHHOLOOGILISED MUDELID	4
1.1. BIOPSÜHHOSOTSIAALNE MUDEL	5
1.2. KOGNITIIVSE HINNANGU MUDEL	6
1.3. VIGASTUSEST TAASTUMISE ETAPILISED MUDELID	7
1.4. MOTIVATSIOONIL PÕHINEVAD MUDELID	9
2. VIGASTUSE NEGATIIVSED MÕJUD	12
2.1. VIGASTUSE JÄRGSELT TEKKIDA VÕIVAD TUNDED JA EMOTSIOONID	12
2.2. VALU JA HIRM (K.A. UUE VIGASTUSE EES)	14
2.3. IDENTITEEDI, ENESEKINDLUSE JA TAJUTAVA ROLLI MUUTUSED	17
2.4. PROBLEEMID SEOS MEESKONNAST EEMAL VIIBIMISEGA	18
3. VIGASTUSE JÄRGNE TAASTUSRAVI	22
4. PSÜHHOLOOGILISE SEKKUMISE POSITIIVNE MÕJU	25
4.1. SPORTLASTE HARIMINE	26
4.2. SOTSIAALNE TOETUS	27
4.3. PSÜHHOLOOGILISTE OSKUSTE TREENIMINE	30
4.4. EESMÄRKIDE PÜSTITAMINE	32
4.5. BIOTAGASISIDE	34
KOKKUVÕTE	35
SUMMARY	37
KASUTATUD KIRJANDUS	39

SISSEJUHATUS

Uurimustöö valikul on lähtunud autori isiklikust huvist antud teema suhtes. Autori isiklik huvi tuleb pikaajalisest kogemusest spordis, alustades korvpalli mängimist juba noores eas. Selle aja jooksul on esinenud mitmeid nii kergemaid kui ka tõsisemaid vigastusi. Teema aktuaalsus seisneb tõsiasjas, et vigastused spordis on igapäevane nähtus ning teema on valitud selleks, et mõista paremini sportlaste läbielamisi spordivigastusest taastumisel.

Töö eesmärgiks on anda ülevaade spordivigastusele järgneva taastumisperioodi psühholoogilistest mudelitest, vigastuse negatiivsetest psühholoogilistest mõjudest sportlastele, taastusravist ning võimalikest psühholoogilistest sekkumistest, aitamaks sportlastel vigastuse järgselt taastuda ning spordi juurde naasta.

Käesolev bakalaureusetöö on oma olemuselt kirjanduse ülevaade. Uuritavateks materjalideks olid teaduslikud artiklid ja raamatud, mis leiti kas erinevaid andmebaase või Tartu Ülikooli raamatukogu otsingumootorit ESTER kasutades. Vabalt kätte saadavate artiklite leidmisel kasutati ka otsingumootorit *Google*. Otsingusõnadena kasutati: *sport injury, athletic injury, coping with sport related injuries, injury rehabilitation, return to sport after injury, psychological intervention following sport injury*.

Kirjandusallikate töösse kaasamise kriteeriumiteks oli, et allikas pidi käsitlema töö teemat ning andma vastuse vähemalt ühele töö eesmärgi punktile. Sobivate artiklite välja selgitamiseks alustati pealkirjade lugemisega, seejärel loeti kokkuvõtted ning toimus esimene selekteerimine. Järgnevalt loeti läbi artiklite täistekstid. Sobivate teemakohaste raamatute leidmiseks tutvuti nende sisukorraga ja valiti välja sobivad peatükid. Edasi toimus teemalt ning sisult sarnaste allikate kõrvutamine, selekteerimine, tõlkimine ja sobivateks peatükkideks jagamine.

1. SPORDIVIGASTUSED JA NENDEST TAASTUMISE PSÜHHOLOOGILISED MUDELID

Spordi harrastamine on üks enam levinumaid tegevusi Euroopa inimeste seas. See on kaasaegse ühiskonna kultuuriline element ning tähtis sotsiaalne ja majanduslik nähtus. Sport mängib olulist rolli tervisliku seisundi parandamisel, sotsialiseerumisel, heaolu tagamisel ja puhkuste planeerimisel ning on tähtsaks osaks hariduses, turismis ja meelelahutuses. (Kisser ja Bauer, 2012)

Teisalt aga põhjustab sport märkimisväärselt palju vigastusi (Kisser ja Bauer, 2012). Mõningad vigastused on väiksed ja ei mõjuta sportlasi oluliselt. Samas on vigastusi, mis võivad lõpetada sportlase karjääri või mõjutada tema elukvaliteeti. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Eurostat'i ja WHO suremuse andmebaaside tulemuste põhjal on surmaga lõppevate spordivigastuste hulk hinnanguliselt 7000 surmajuhtumit aastas. Eeldatavasti vajab igal aastal peaaegu 6 miljonit inimest sportlikes tegevustes juhtunud õnnetuste tõttu esmaabi, neist 10% vajavad hospitaliseerimist üheks või enamaks päevaks. (Kisser ja Bauer, 2012)

Näiteks kõigist haiglaravi vajavatest sportlastest on 40% vigastuse saanud meeskondlikes pallimängudes. Pallimängudest eraldi välja tooduna on 74% vigastustest saadud jalgpallis, 8% korvpallis, 7% võrkpallis ja 3% käsipallis. Tüüpiliste üks-ühele situatsioonide tõttu mängus on vigastuste oht pallimängudes suhteliselt kõrge võrreldes teiste spordialadega. (Kisser ja Bauer, 2012)

Spordivigastused kahjustavad otseselt spordisektori huve, kärpides treeningust saadud kasu, vähendades sportlaste väljavaateid saavutamaks võistlustel edu ja vähendades nende paljutöotavate sportlaste väärtust, kellesse spordiklubid on investeerinud (Kisser ja Bauer, 2012). Vigastused ei mõjuta sportlasi mitte ainult füüsiliselt vaid ka psühholoogiliselt (Santi ja Pietrantonio, 2013).

Vigastuse järgselt võivad sportlased kogeda negatiivseid emotsioone, meeleolu kõikumist ning isolatsioonitunnet. Vigastuse negatiivne mõju sõltub sellest, kui palju aega on sportlane spordile pühendanud: tippsportlased, kellel on tugevam sportlik identiteet, kogevad suuremat kaotuse tunnet ja meeleoluhäireid. (Santi ja Pietrantonio, 2013) Samas võib tugevama sportliku identiteediga sportlane vigastusse paremini suhtuda, mis võib olla tingitud sellest, et neil on rohkem psühholoogilisi ressursse selle situatsiooniga toime tulemiseks (Rees jt., 2010).

Paljud edukad sportlased lõpetavad oma sportliku karjääri mõne vigastuse tõttu. Tajutav risk vigastada saada võib inimesi spordist eemal hoida ning sageli võivad nad ka spordiga tegelemise lõpetada. (Kisser ja Bauer, 2012)

Aastate jooksul on kavandatud mitmeid psühholoogilisi mudeleid, et paremini mõista spordivigastuse järgset taastumise protsessi. Biopsühhosotsiaalne mudel arvestab taastumisprotsessiga seotud tegureid ning taastusravi vahepealsete ja lõplike tulemustega. Kognitiivse hinnangu mudel selgitab, kuidas kognitiivne hinnang on seotud teiste psühholoogiliste ja kontekstuaalsete teguritega. Etapilised mudelid kirjeldavad sportlastel vigastuse järgselt tekkivate psühholoogiliste reaktsioonide etappe ja seda, kuidas need on seotud füüsilise taastumise erinevate faasidega. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

1.1. Biopsühhosotsiaalne mudel

Biopsühhosotsiaalne mudel, mis on välja töötatud Brewer jt. (2002) poolt, koosneb 7 erinevast vastastikku toimivast komponendist: vigastuse iseloomust, sotsiaaldemograafilistest teguritest, bioloogilistest teguritest, psühholoogilistest teguritest, sotsiaal-kontekstuaalsetest teguritest, taastusravi vahepealsetest biopsühholoogilistest tulemustest ja spordivigastuse taastusravi lõpptulemusest (Brewer ja Cornelius, 2003).

Spordivigastusest taastumise protsess algab biopsühhosotsiaalse mudeli järgi koheselt peale vigastuse tekkimist. Füüsilise kahjustuse asukoht kehal, selle tüüp, põhjus ja vigastuse raskusaste ning sportlase varasemad vigastused on tegurid, mis mõjutavad bioloogilist, psühholoogilist ja ka sotsiaal-kontekstuaalset mudeli komponenti. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Sarnaselt mõjutavad ka sotsiaaldemograafilised tegurid, nagu näiteks sportlase vanus, sugu, rahvus või sotsiaalmajanduslik staatus bioloogilist, psühholoogilist ja sotsiaal-kontekstuaalset komponenti. Järgnevalt need 3 tegurit mõjutavad taastusravi vahepealseid tulemusi, nagu näiteks liigesliikuvust, lihasjõudu ja vastupidavust, valu tajumist ja taastumise kestvust. Vahepealsed tulemused mõjutavad omakorda taastusravi lõpptulemusi, nagu näiteks funktsionaalset sooritust, vigastuse järgset elukvaliteeti, raviga seotud rahulolu ning valmisolekut ja soovi spordi juurde naasta. Keskset rolli selle mudeli juures mängivad psühholoogilised tegurid, neil on vastastikune mõju bioloogiliste ja sotsiaal-kontekstuaalsete tegurite ning taastusravi vahepealsete ja lõplike tulemustega. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

1.2. Kognitiivse hinnangu mudel

Kognitiivse hinnangu mudel vaatleb vigastust kui stressorit või stiimulit ning indiviidi vastus sellele on sõltuvuses teguritest, mis mõjutavad selle stiimuli tõlgendust (Brewer ja Cornelius, 2003). Antud mudel uurib sügavuti psühholoogiliste tegurite omavahelisi seoseid ja rõhutab, kuidas kognitiivne hinnang vigastusele mängib kesket rolli määramaks ära spordivigastusel tekkivaid individuaalseid reaktsioone (Santi ja Pietrantonio, 2013).

Brewer (1994) töötas välja „kognitiivse hinnangu mudeli psühholoogilisel kohanemisel spordivigastustega“. Selle mudeli kohaselt mõjutavad nii isiklikud kui ka olukorrast tulenevad tegurid indiviidi kognitiivset hinnangut. Kognitiivne hinnang määrab ära emotsionaalse vastuse, nagu näiteks hirm uue vigastuse ees, viha ja depressioon. Need emotsioonid mõjutavad omakorda sportlase käitumist ning taastusraviprogrammist kinni pidamist. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Veidi hiljem, Wiese-Bjornstal jt. (1998) täiendasid seda mudelit. Nende „integreeritud mudel vastusreaktsioonidest spordivigastusele ja rehabilitatsiooniprotsessile“ sisaldab ühe faktorina ka isiksust ja nad oletasid, et psühholoogilised tegurid mõjutavad ning on mõjutatud taastusravi vahepealsetest ja lõplikest tulemustest.

See mudel väidab, et mitmed faktorid nii enne kui ka pärast vigastust on seotud sellega, kuidas individ spordivigastusele reageerib. Vigastuseelsed faktorid on isiksus, stressorite ajalugu, toimetuleku ressursid ja sekkumine. Vigastuse järgsed tegurid hõlmavad endas personaalseid tegureid (nt. vigastuse tüüp ja raskusaste, üldine tervislik seisund, demograafilised muutujad) ja olukorrast tulenevad tegureid (spordiala, sotsiaalse toetuse süsteem, taastusravi kättesaadavus). Need faktorid kombineeritult määravad ära vigastuse kognitiivse hinnangu, mis omakorda mõjutab vigastusejärgset emotsionaalset vastust ja käitumist ning lõpptulemusena taastusravi lõpptulemust. (Wiese-Bjornstal jt., 1998)

Näiteks kui kognitiivne hinnang vigastusele on kahtlused ja negatiivsed mõtted, on tulemuseks tõenäoliselt negatiivne emotsionaalne reageering. Kui aga kognitiivne hinnang vigastusele on rohkem positiivne, näiteks mõtted täielikust paranemisest ja usk taastusravi tõhususse, on mudeli järgi tõenäoliselt tulemuseks positiivne emotsionaalne reaktsioon. (Brewer ja Cornelius, 2003)

1.3. Vigastusest taastumise etapilised mudelid

Seletamaks vigastuse järgse taastumise psühholoogilisi etappe, on aastate jooksul välja pakutud mitmeid emotsioonide ja käitumise järjestuse mudeleid. Üks esimesi etapilisi mudeleid kliinilises kontekstis on esitatud Kübler-Ross'i poolt (1969). Nimetatud mudeli etapid on: eitamine, viha, tingimine, depressioon ja leppimine. Küll aga ei ole spordivigastuste taastumise kontekstis leitud seoseid selle mudeli ja tegelike sportlaste reaktsioonide vahel. Õigupoolest, individuaalsed iseloomujooned tunduvad tugevalt mõjutavat psühholoogilisi taastusravi faase. Brewer (2007) on leidnud, et sportlaste reaktsioon vigastusele sõltub sellest, kas neil esineb vigastus esimest või teist korda ning nad võivad saadud sotsiaalsest toetusest olla kas vähem või rohkem motiveeritud. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Hiljem O'Connor jt. (2005) poolt välja pakutud „vigastuse afektiivne tsükkel“ toob välja 3 erinevat vastust vigastusele: eitamine, distress ja pühendunud toimetulek. Eitusest räägime me juhul, kui sportlane keeldub tunnistamast või eitab vigastuse tagajärgi. Sportlane võib mitte tunnistada vigastuse raskusastet, selle mõju sportlikule karjäärile või tema isiklikule elukvaliteedile. Oluline on eristada positiivseid mõtteid eitusest. Näiteks, kui sportlane väidab, et paraneb vigastusest vaid 8 kuuga ning füsioterapeut ennustab paranemiseks 12 kuud, siis see võib tegelikult ka toimida. Sellisel juhul jätab sportlane kõrvale negatiivsed mõtted ning võib olla rohkem motiveeritud taastusraviprogrammist kinni pidamisest. See erineb olukorrast, kus sportlane eitab oma vigastuse raskusastet, näitab välja vähest enesekindlust ning vastupanu meditsiinipersonaliga koostööd tehes. Eitamine esineb tüüpiliselt taastusravi varasematel etappidel, koheselt peale vigastust. Tavaliselt ei ole eitamise puhul psühholoogiline sekkumine vajalik, kuna antud etappidel on eitamine vigastusega kohanemisele omane. Kui eitamine jätkub aga ka vigastusest taastumise järgnevatel etappidel ning segab taastumist, on vajalik psühholoogiline sekkumine. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Distressi iseloomustavad vigastusest tingitud negatiivsed emotsioonid nagu näiteks ärevus, depressioon, viha, hirm ja segadustunne. Distressi esineb rohkem rehabilitatsiooni alguses. Antud etapis on võimalik rajada usaldusel põhinevat suhet vigastatud sportlase ja meditsiinipersonali vahel. Samas võib sportlane tunda distressi ka näiteks vigastusest paranemise viimastel etappidel, mis võib olenemata soovist spordi juurde naasta, muuta taastumise viimased sammud igavaks ja pettumust valmistavaks. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Pühendunud toimetulek on see, kui sportlane on üle saanud oma passiivsest olekust ning hakkab uue olukorraga leppima. See hõlmab endas ressursside hindamist, realistlike eesmärkide püstitamist, taastumisele pühendumist ja keskendumist ning koostööd meditsiinipersonaliga. Pühendunud toimetulek esineb enamasti taastumise viimastel etappidel, kui sportlane on ületanud eitamise ja on võimeline stressiga toime tulema. Antud suhtumine on kõige toimivam saavutamaks taastusravis edu. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

„Vigastuse afektiivne tsükkel“ kirjeldab erinevate emotsionaalsete etappide esinemist vigastusest taastumisel ning on samas ka paindlik, kuna täpne emotsioonide jada ei ole kindlalt paika pandud. Emotsioonid võivad muutuda nii kuu, nädala kui ka päeva jooksul. See mudel on abiks arvestamiseks seoseid emotsioonide ja füüsilise paranemise etappide vahel. Näiteks esinevad valdavalt eitamine ja distress taastumise varasematel etappidel ja pühendunud toimetulek viimastel etappidel. Veelgi enam, erinevad hoiakud ja suhtumised kerkivad pinnale teatud sündmuste tagajärjel. Näiteks, kui ragbimängija saab teada, et tema asendaja on mänginud väga hea mängu ning teeninud mängus mitu punkti, võib see temas distressi tekitada. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Etapilise mudeli on välja töötanud ka Taylor ja Taylor (1997). Nende „sporti tagasipöördumise mudel“ koosneb viiest füüsilisest ja psühholoogilisest etapist: esialgne tagasipöördumine, taastumise kinnitus, tagasipöördumine kehaliste ja tehniliste võimete juurde, suure intensiivsusega treeningud ja tagasipöördumine võistlemise juurde. Autorid on seejuures seisukohal, et sportlaste võime edukalt ühest etapist teise naasta on tugevalt seotud vigastusest paranemise, füüsilise seisundi ja psühholoogilise taastumisega. (Podlog ja Eklund, 2007)

Esialgse tagasipöördumise etapis pakutakse sportlastele arvukalt võimalusi vigastusest terveks ravitud piirkonna testimiseks. Edukaks naasmiseks teise etappi on oluline, et sportlastel ei tekiks ebareaalseid ootusi seoses selle piirkonna vastupidavusega. See võib tekitada soovi liiga kiirelt spordi juurde naasta. (Podlog ja Eklund, 2007)

Taastumise kinnituse etapis saavad sportlased tagasisidet esimesest etapist. Peamine eesmärk antud etapis on, et sportlastel tekiks tugev uskumus, et nende taastumine oli edukas, nad on valmis silmitsi seisma treeningu ja võistluste nõudmistega ning võimelised edasi liikuma kolmandasse etappi – tagasipöördumine kehaliste ja tehniliste võimete juurde. (Podlog ja Eklund, 2007)

Kolmas etapp keskendubki põhiliselt sportlaste kehaliste ja füüsiliste võimete taastamisele, et valmistada suure intensiivsusega treeninguteks (Podlog ja Eklund, 2007).

Neljas etapp tähistab seda, et sportlane ei ole enam vigastatu või vigastusest taastuv. Suure intensiivsusega treeningute etapis treenitakse sportlasi saavutamaks vigastuse eelset või seda ületavat taset, et naasta võistlustele. Samas peaksid sportlased tundma ka vähest ärevust seoses vigastatud piirkonna võimekusega või viimasele tasemele jõudmisega. (Podlog ja Eklund, 2007)

Viies etapp, tagasipöördumine võistlemise juurde, on sportlaste taastumise lõppeesmärk. Siia jõudmine tekitab elevust, aga võib esile kutsuda ka ärevust, kuna sportlane ei pruugi oma taastumises ja vigastuse eelsele tasemele vastamises kindel olla. Antud juhul on kasulik sportlastega tema muresid ja hirme arutada ning suunata tähelepanu positiivsematele aspektidele. (Podlog ja Eklund, 2007)

Eespool kirjeldatud mudel aitab treeneritele ja meditsiinipersonalile meelde tuletada, et sportlastel võib oma täielike sportlike võimete juurde naasmiseks aega kuluda. Lisaks aitab see sportlastel pikemaajalise taastumisega toime tulla, kuna nad teavad mida rehabilitatsioonilt oodata ja on võimelised paremini üleminekut taastumiselt treeningutele ja võistluste juurde kontrollida. (Podlog ja Eklund, 2007)

1.4. Motivatsioonil põhinevad mudelid

Motivatsioon on taastusravi protsessi aluseks ning väga tähtis tegur määramaks ära rehabilitatsiooniprogrammi täitmise (Chan jt., 2011). Järgnevalt on kirjeldatud 2 erinevat tüüpi motivatsioonimudelit: enesemääratlemise teooria, mis selgitab, et motivatsioon on aluseks sportlaste käitumisele ja trans-kontekstuaalne mudel, mis põhineb oletusel, et motivatsiooni on võimalik ühest kontekstist teise üle kanda.

Ryan ja Deci (2000) on välja töötanud enesemääratlemise teooria. Nende teooria väidab, et inimese tegevus ja käitumine ei ole mõjutatud mitte ainult sisemisest motivatsioonist, vaid see on jada amotivatsioonist sisemise motivatsioonini. Kui enesemääratlemine on madalaimal tasemel, räägime me amotivatsioonist. Amotivatsiooni iseloomustab mitteregulatiivne käitumine, mis peegeldub tegutsemise puudumises. Amotivatsiooni ja sisemise motivatsiooni vahele jäävad erinevad välistest teguritest juhitud ja loomule mitteomased käitumised: väline regulatsioon, pealesurutud regulatsioon, omaks võetud regulatsioon ja integreeritud regulatsioon. Välist regulatsiooni iseloomustavad autasud või karistused ning sportlane naaseb spordi juurde näiteks seetõttu, kui treener ähvardab ta muidu teise mängijaga asendada. Pealesurutud regulatsioon on

käitumine, mis väldib süütunnet või soovi saavutada tunnustust. Sellisel juhul naaseb sportlane tagasi mängu näiteks siis, kui ta ei soovi oma meekonnakaaslasti alt vedada. Omaksvõetud regulatsioon on vaba valik, kuid väliste tegurite poolt kindlaks määratud. Sellisel juhul ei soorita sportlane tegevust mitte rahulolu pärast, vaid selleks, et saavutada egosuunitlusega eesmärk. Näiteks tahab sellisel juhul sportlane spordi juurde naasta seepärast, et soovib säilitada head füüsilist vormi või tahab võistlustel võita. Integreeritud regulatsioon on samuti väliselt mõjutatud käitumine. Sportlase käitumine on mõjutatud teiste vajaduste või väärtuste poolt, mis on osa sportlase personaalsest identiteedist ning sellisel juhul võib sportlane naasta spordi juurde, et demonstreerida enda sportlikke võimeid. Kõrgeim enesemääratlemise tase on sisemine motivatsioon, mil sportlase käitumine on sisemiselt reguleeritud. Seda tasandit iseloomustab sisemine rahulolu ja sportlike soorituste nauding. Sisemise motivatsiooni puhul naasevad sportlased spordi juurde, kuna neile tõesti meeldib see tegevus.

Pietrantonini ja Prati (2012) sõnul räägime me juhitud motivatsioonist, kui see on määratletud välistest teguritest (autasud või karistused, meeskonna mõjutused, võimalus võita auhind jne). Vajaduste, väärtuste, rahulolu või naudingu poolt juhitud käitumist iseloomustab sõltumatu motivatsioon. (Santi ja Pietrantonini, 2013)

Enesemääratlemise teooria teadlased toetavad mõtet, et sõltumatu motivatsioon inimesel on juhitud individuaalsetest kompetentsuse, sõltumatuse ja seotuse vajadustest. Kompetentsus on millegi tegemisel esinev tõhususe tunne. Sellisel juhul võib sportlane soovida taastuda võimalikult kõrgete võimete tasemele nende endi poolt harrastatud spordis ning see võib ära otsustada ka kõrge sisemise motivatsiooni esinemise taastumisel. Sõltumatust iseloomustab soov omada kontrolli sündmuste üle. Sportlase arvates sõltuvad taastumise tulemused nende endi käitumisest ning nad on seda enam veendunud taastusravi programmi järgimise vajalikkuses. Seotus on sotsiaalse keskkonna integreeritud aste. Antud juhul võivad sportlased sõpradest, meeskonnakaaslastest ja kaasvõistlejatest eemal olles tunda isolatsioonitunnet ning seetõttu olla ka enam sisemiselt motiveeritud spordi juurde naasmiseks. (Santi ja Pietrantonini, 2013)

Trans-kontekstuaalne mudel (Hagger jt., 2005) selgitab, kuidas motivatsioon on ühest kontekstist teise ülekantav. Selle mudeli kohaselt saame me selgitada seost spordimotivatsiooni ja vigastusest taastumise motivatsiooni vahel.

Trans-kontekstuaalne mudel on tuletatud „motivatsiooni hierarhilisest mudelist“, mis on välja töötatud Vallerand (2000) poolt. Selle kohaselt, on olemas 3 erinevat tasandit motivatsiooni üle kandmiseks: spetsiifiline, kontekstuaalne ja globaalne ehk üldine. (Chan jt., 2011)

Spetsiifilisel tasandil kandub motivatsioon üle kindla käitumise alusel. Näiteks kui sportlane tunneb treeningust rõõmu vaid füüsilisest tegevusest saadud naudingu pärast, on tegemist tõenäoliselt sõltumatu motivatsiooniga (miski ei sunni sportlast selleks). Ning kuna nii treeningud kui ka taastusravi harjutused on füüsiline tegevus, on tõenäoline, et soovides ka tulevikus spordiga tegelemist jätkata, võib sportlase motivatsioon spordilt taastusravisse üle kanduda. (Chan jt., 2011)

Kontekstuaalsel tasandil reguleerivad sportlased oma käitumist vastavalt tajutavast sotsiaalsest toetusest. Sellisel juhul võib motivatsioon üle kanduda teiste poolt tajutavast järjepidevast toetusest. Näiteks kui sportlane tajub spordi kontekstis treeneri sõltumatut toetust, ei motiveeri see teda mitte ainult spordis vaid suure tõenäosusega suureneb motivatsioon ka muus spordiga seotud kontekstis (näiteks vigastusest taastumisel). (Chan jt., 2011)

Globaalsel tasemel on sportlaste motivatsioon kooskõlas üldise iseloomuliku orientatsiooniga (üldise suundumusega). Sportlased, kes hindavad kõrgelt sõltumatut suundumust, kalduvad käituma vastavalt oma eesmärkidele ja enda huvides. Sportlased, kes hindavad kõrgelt juhitud suundumust, käituvad pigem vastavalt väliste vajadustele (palk, tähtajad) või kuna nad tunnevad kohustust. Need suundumused mõjutavad aga nii sportlase sõltumatut kui ka kontekstuaalse taseme motivatsiooni. Seega võib jällegi sportlane, tajudes treeneri poolset sõltumatut toetust, tajuda seda ka füsioterapeudi poolt. Tulemuseks on sõltumatu motivatsiooni üle kandumine spordist rehabilitatsiooniprogrammi. (Chan jt., 2011)

Motivatsiooni tüüp määrab ära sportlase suhtumise taastusravisse. Chan jt. (2011) on leidnud, et sõltumatu toetus ja sõltumatu motivatsioon on tugevalt seotud rehabilitatsiooniprogrammi järgimisega. Spordivigastuse kontekstis on leitud, et kui sportlane tajub füsioterapeudi poolt sõltumatut toetust, on sportlane ka sõltumatult motiveeritud.

2. VIGASTUSE NEGATIIVSED MÕJUD

2.1. Vigastuse järgselt tekkida võivad tunded ja emotsioonid

Inimeste puhul on oluline mõista nende individuaalseid erinevusi ja seega võib erineda ka nende ning keskkonna muutujate koostoime. Sportlastel võib peale vigastuse tekkimist ja selle iseloomust teada saamist esineda mitmesuguseid tundeid. Neil võib esineda šokki, ennasthävitavaid mõtteid või depressiooni. Samuti võib tekkida vigastuse kohta hulgaliselt küsimusi ning nad võivad tunda hirmu tundmatu ees. (Evans ja Hardy, 2002b)

Küll aga ei ole vigastuse tüüp ja raskusaste emotsioonide tekkimise algushetkel kõige olulisem. Sportlased on kirjeldanud seda emotsionaalset kogemust kui „Ameerika mägesid“, kus nad üritavad vigastuse ning sellega seotud taastusraviga toime tulla ja kohaneda. Esmalt tekkiv emotsionaalne reaktsioon on segu vihast, depressioonist, hirmust, segadusest, frustratsioonist ja murest. (Tracey, 2003)

Vigastuse raskusastmest teada saades ning mõistes, et vigastus on tõsisem, kui oletati, on seda tunnet kirjeldatud kui „hukatust ja pimedust“. Kogedes ettekujutlusi, et vigastust ei esine ja ollakse võimeline samamoodi funktsioneerima, kui enne vigastust, vallandab see soovi olla jälle terve ning sportlased tunnevad seetõttu frustratsiooni. (Vergeer, 2006)

Emotsioonidest enim esinev tunne on juba eelpool mainitud frustratsioon, seda nii vigastatud sportlaste puhul kui ka vigastamata sportlaste seas, kui neil palutakse kirjeldada, mida nad vigastuse puhul tunneksid (Klenk, 2006). Frustratsiooni tekitab enese abituna tundmine ning teistele koormaks olemine. Vigastatud sportlased ei soovi olla teistest sõltuvad ning nad tunnevad ennast abi küsides ebamugavalt. Neile ei meeldi nende harjumuspärase iseseisvuse ja vabaduse kaotamine. (Tracey, 2003)

Lisaks võib frustratsiooni tekitada treenimise ja tulevikuplaanide pärast muretsemine, millega võib kaasneda veel depressioon, madal enesehinnang ning ärevus. Teiste kommentaarid vigastuse kohta ning toetust andvate inimeste hulga vähenemine on samuti ära toodud frustratsiooni ja ärrituse allikana. (Tracey, 2003)

Esmase tundena on kirjeldatud ka depressiooni, mis aja jooksul muutub frustratsiooniks. Depressiooni võivad tekitada nii kehtestatud piirangud, teovõimetus kui ka iseseisvuse kaotamine.

Taastumise varajases staadiumis on mõjutavateks faktoriteks veel võimetus treenida, kaalus juurde võtmine ning huvi puudumine spordiklubi ja meeskonnakaaslaste poolt. (Evans ja Hardy, 2002b)

Lisaks depressiivsele seisundile on vigastuse esinemise tõttu mainitud minimaalses koguses šokiseisundit. Kuigi sportlased tajuvad spordiga seotud riske, võivad nad vigastuse tekkides ikkagi vähesel määral šokki tunda. (Tracey, 2003)

Uurimustes on vigastatud sportlaste puhul kirjeldatud ka eitamist. Vigastatud sportlased ei kirjelda tunnet otseselt eitamisena, kuid mõningatel juhtudel üritavad nad vigastuse tõsidust vähendada ning seda võib tõlgendada kui eitamist. (Tracey, 2003)

Peale vigastuse järgset operatsiooni on tunded samuti erinevad. Kõige sagedamini esineb depressiooni, mis on jällegi suuresti seotud kehtestatud piirangutega peale operatsiooni (näiteks liikuvuspiirang peale põlveoperatsiooni). Lisaks võivad nad tunda frustratsiooni kaotatud iseseisvuse pärast, lootusetust, viha, pettumust ja raevu. Samas võib sportlane tunda rahulolu kodus olemisest ning seda püsivalt kogu taastusravi aja. (Evans ja Hardy, 2002b)

Ebameeldivaid ning negatiivseid tundeid tekitav on ka meeskonnakaaslaste ja spordiklubi vähene huvi. Otseselt on frustratsiooni tekkimist seostatud sellega, kui nähakse kedagi teist enda asemel mängimas või meeskonnal läheb hästi ning vigastatud sportlane on sellest kõrvale jäänud. Paranemise käigus aga frustratsioon väheneb ning seguneb kergendustundega. Vigastusest taastumise protsessiga kaasnevad nii tõusud kui ka mõõnad (Evans ja Hardy, 2002b) ning frustratsioon püsib tõsisemate vigastustega sportlastel kauem kui neil, kellel esinevad kergemad vigastused (Tracey, 2003).

Piiratud liikuvuse ja tajutava iseseisvuse kaotamise tõttu tekkiv emotsionaalne segadus on vigastatud sportlaste kogemuste põhjal seotud vigastuse visuaalse küljega. Visuaalse olemuse vigastusele lisavad püsivad ja nähtavad kahjustused (näiteks verevalumid või paistetused). Vigastuse püsimisel on nähtavate kahjustuste nägemine meeldetuletusena emotsionaalselt raske ning tekitab frustratsiooni, samas paranemise korral (näiteks paistetuse alanemisel) tuntakse ka positiivseid emotsioone. (Tracey, 2003)

Vigastuse visuaalse olemuse puhul on välja toodud ka taastusravi ajal treeneri reaktsioon vigastusele. Võib juhtuda, et vigastatud sportlane ei määra oma emotsioonide olemust enne kindlaks, kui ei ole oma treeneriga konkreetset päeval veel rääkinud. Näiteks kui treener kommenteerib vigastuse paranemise protsessi positiivselt, tunnevad sportlased ka positiivseid

emotsioone. Pigem negatiivsete kommentaaride või näoilmete korral on vigastatud sportlaste emotsioonid samuti negatiivsed. (Tracey, 2003)

Mõningatel juhtudel võib esineda kergendustunnet. Seda juhul, kui näiteks sportlane teab täpselt, mida ta oli vahetult enne vigastuse tekkimist valesti teinud ning sai seetõttu situatsioonist, kus ta ennast ebamugavalt tundis, tagasi tõmbuda. (Evans ja Hardy, 2002b)

Emotsioonid ei sõltu vigastuse tekkeajast ega raskusastmest, erineva intensiivsusega vigastuste puhul väljendavad sportlased sarnaseid tundeid. Seega on laiemalt levinumate emotsioonide tõttu oluline sportlastel, treeneritel ning meditsiinipersonalil mõista mistahes vigastuste puhul nende psühholoogilisi aspekte/eripärasid. (Klenk, 2006)

2.2. Valu ja hirm (k.a. uue vigastuse ees)

Viimastel aastatel kasvanud huvi vigastuste järgsete psühholoogiliste tagajärgede suhtes on pannud uurijaid läbi viima uuringuid ka eesmise ristatisideme (ERS) vigastustest taastumise kohta (Tripp jt., 2007). Kuna ERS vigastused on tihti enneaegse spordikarjääri lõpetamise põhjuseks, on ka antud vigastuste puhul hinnatud sportlaste naasmist spordi juurde (Kvist jt., 2005).

Eduka ERS vigastustest taastumise näitajateks on peetud piiramatut osavõttu sportlikest tegevustest ning vigastuse eelsele tasemele jõudmist (Kvist jt., 2005). Hoolimata ERS taastamise kirurgilise tehnika ja taastusravi arengu edusammudest näitavad uuringud, et operatsiooni läbi teinud sportlastest naaseb spordi juurde vaid 20-50% sportlastest. Nendest sportlastest omakorda 10-70% naasevad sporti kas madalamal tasemel või märkimisväärsete funktsionaalsete vaegustega. (Chmielewski jt., 2008)

Ligi pooled mittenaasvatest sportlastest toovad peale ERS taastamise operatsiooni mitte naasmise põhjuseks hirmu uue vigastuse tekkimise ees. Teine oluline faktor, mis mõjutab sportlasi mitte naasma, on kinesiofoobia ehk hirm teatud liigutuste ees. (Flanigan jt., 2013) Kinesiofoobia kujutab endast vältivat käitumist seoses ootusega, et teatud liigutused võivad tekitada uue vigastuse ja seega suurendada kannatusi (Vlaeyen jt., 1995). Kvist jt. (2005) on teinud järelduse, et hirm teatud liigutuste ees tekitab eeldatavasti ka hirmu uue vigastuse ees ning see omakorda võib panna vigastatud sportlasi kartma spordi juurde naasta.

Võrreldes spordi juurde mittenaasvatega on naasvatel sportlastel väiksem hirm teatud liigutustest tuleneva uue vigastuse ees ning parem põlvega seotud elukvaliteet. Vigastuse järgselt naasnud sportlased on väitnud ka, et kuigi nad tegelevad sama spordialaga, ei ole nende sooritus enam samal tasemel kui varem. (Kvist jt., 2005)

Arden jt. (2012) leidsid, et 2-7 aastat peale ERS taastamise operatsiooni spordi juurde naasnud sportlased osalesid spordis tundes vaid vähest hirmu uue vigastuse ees. Küll aga oli ka antud uurimuse tulemustest näha, et spordi juurde mitte naasnud sportlased tundsid oluliselt rohkem hirmu uue vigastuse ees võrreldes spordi juurde naasnutega. Uue vigastuse ees hirmu tundvate sportlaste käitumuslikke ilminguid kirjeldati kui kõhkluste tundmist, enese tagasihoidmist ja endast mitte maksimumi andmist. Kuigi üldiselt olid osalejad positiivselt häälestatud, siis leidis vähesel määral ka neid (enamasti mitte naasnute seas), kes leidsid olevat raske endast spordis 100% anda, tundsid ebakindlust ja ei olnud tõeliselt rahul oma sooritustega.

Hirm uue vigastuse ees võib oluliselt sõltuda ka vigastuse ja sellele järgneva operatsiooni vahele jäävast ajast. On leitud, et sportlased, kes lähevad operatsioonile rohkem kui 3 kuud pärast vigastuse tekkimist, tunnevad suuremat hirmu uue vigastuse ees, kui sportlased, kes lähevad operatsioonile vigastusele lähemal ajal (enne 3 kuu möödumist). Erinevus võib tulla just nimelt vigastuse ja operatsiooni vahelisest ajast, mil sportlane üritab vigastatud põlvega funktsioneerida ning kogeb sellega seoses rohkem ebastabiilsust. Seega võib ka vigastuse ja operatsiooni vaheline aeg, tekitades suuremat hirmu uue vigastuse tekkimise ees, mängida olulist rolli sportlaste spordi juurde naasmisel. (Arden jt., 2012)

Lisaks võimaliku uue vigastuse tekkimise hirmule tuntakse ka muid hirme. Mõningateks põhjusteks on ära toodud hirm vigastuse süvendamise ees ning kardetakse ka, et ei naasta sporti enam sama tugevana, osavana või samal sportlikul tasemel. Hirmu tunnevad naised meestest ligikaudu 2 korda rohkem ning samuti tõuseb hirmu tundvate sportlaste arv sõltuvalt vigastuse tõsidusest taas kuni 2 korda. (Klenk, 2006)

Tracey (2003) läbi viidud uuringus ei pidanud sportlased kõige domineerivaks hirmuks olevat hirmu uue vigastuse ees. Esialgse šoki vaibudes ja seejärel tulevikule mõeldes tunti pigem muret trennist puudumise ja füüsilise vormi kaotamise pärast, ebaseaduslik oli iseseisvuse kaotamine ja abi palumine. Muretseti, kui kaua tuleb vigastuse tõttu spordist eemal viibida ning tunti hirmu kaotada oma koht meeskonnas. Samas ei jäänud sportlased ka alati rahulikuks, kui lähenes spordi

juurde naasmine. Sportlased tundsid elevust võimalusest jälle spordis osaleda, kogesid uuesti justkui emotsioonide „Ameerika mägesid“ ning nad arvasid, et olid saanud kogemusest õppinud ja naasevad spordi juurde rohkem ettevaatlikena.

Peetakse võimalikuks, et hirmu mitte tundmisele võivad kaasa aidata suuremad teadmised vigastuse kohta ja varajane vigastusega leppimine. Samuti võib taoline reageering esineda sportlaste seas, kes on eriti optimistlikud ja positiivse suhtumisega taastusravisse. (Tracey, 2003)

Kuigi hirm teatud liigutuste ja uue vigastuse ees on kaks sagedamini mainitud põhjust spordi juurde mitte naasmiseks, on põhjuseid veel. Üheks põhjuseks, mille hulka kuulub ka hirm teatud liigutuste ees, on püsivad sümptomid vigastatud piirkonnas. Mõningad nendest sümptomitest on valu, paistetus, jäikus, ebastabiilsus või nõrkus. Lisaks võib välja tuua ka eraelulisi põhjuseid (lapsed, töö), aga nende osakaal on suhteliselt väike. (Flanigan jt., 2013)

Püsivatest sümptomitest enim mainitud on valu, teisel kohal paistetus. Enamus mitte naasnutest, kellel esinesid püsivad sümptomid ja ka hirm korduva vigastuse tekkimise ees, uskusid, et need olid peamised põhjused, mis takistasid neil spordis tipptasemel tegevustes osaleda. (Flanigan jt., 2013)

Otsides seoseid valu ja teatud liigutuste, uue vigastuse tekkimise hirmu ning spordi juurde naasmise vahel, jälgisid Chmielewski jt. (2008) sportlasi peale ERS vigastusest taastumist. Uuringu käigus oli abiks võetud biopsühhosotsiaalne hirmu vältimise mudel FAM (*fear-avoidance model*), mis on loodud abivahendiks kroonilise valu ja puude selgitamisel. Hirmu vältimise puhul on tõestatud, et kui vigastusest tingitud valu tajutakse kui ohtu, siis on tulemuseks hirm valu ees. Sellisel juhul areneb käitumine selliseks, et inimene õpib vältima valu kogemust. (Leeuw jt., 2007)

Uuringust selgus, et kuigi valu vähenes oluliselt vigastusest taastumise käigus, jäi see ikkagi oluliseks kogu taastusravi ajal, mõjutades ka põlve funktsiooni. Teisalt vähenes ka hirm teatud liigutuste/uue vigastuse tekkimise ees, kuid oli otseselt seotud just põlve funktsiooniga ajahetkel, mil sportlane naaseb spordi juurde. Seega võib valu, olles kasvõi minimaalne, seostada põlve funktsiooniga peale ERS taastamist. (Chmielewski jt., 2008)

2.3. Identiteedi, enesekindluse ja tajutava rolli muutused

Sportlased võivad vigastuse puhul emotsionaalselt sügavalt kahjustada saada. Seda eriti nende sportlaste puhul, kes on ennast varasemalt tugevateks ja võitmatuteks pidanud. Kogedes vigastuse korral tajutavat või tõelist füüsilise vormi, iseseisvuse või meeskonnas koha kaotust, võib suurenedagi hirm ja esineda emotsionaalseid raskusi, mis võivad kahjustada sportlikku identiteeti. (Tracey, 2003)

Sportlaste puhul võib identiteedi kaotus olla nii ajutine kui ka püsivam. Kujutlege ette keskkooli õpilast, kes hakkas korvpalli mängima juba 5- aastaselt, jätkas mängimist kogu alg- ning põhikooli aja ning on saanud spordistipendiumi, et mängida korvpalli edasi tunnustatud ülikoolis. Sportlane vigastab ennast keskkooli karjääri viimasel mängul ning arstid ütlevad talle, et ta ei saa enam kunagi korvpalli mängida. Mida peab see sportlane tegema, kui on kogu oma elu spordist sõltunud? Kuigi mitte kõik vigastused ei vii sportliku karjääri lõpetamiseni, on ilmne, miks hakkab vigastatud sportlane oma identiteedis kahtlema. (Klenk, 2006)

Võttes ära võimaluse spordis kaasa teha, tuntakse kaotust, kuna tähtis naudingu allikas on nende elust eemaldatud. Muutused päevases rutiinis, naudinguallikate vähenemine ning meeskonna tegemistes mitte kaasa löömine võivad sportlasi samuti oma identiteedis kahtlema panna. (Klenk, 2006) Noorukite puhul on võimalik, et vigastatu tunneb suutmatust täita talle varasemalt määratud sotsiaalset rolli või (isiklikke) ootusi (näiteks ei suudeta peale vigastust enam täita meeskonna kapteni ülesandeid) (Valovich McLeod jt., 2009).

Sportlaste identiteedi kaotuse ennetamiseks peaksid nii pere kui ka kogu treeningmeeskond aitama neil leida teisi spordiga mitte seotud tegevusi. Kui lapsed hakkavad tegelema spordiga, peaksid lapsevanemad ja treenerid veenduma, et neil oleks ka muid hobisid peale spordi. (Klenk, 2006)

Veel üks mure, mis vigastatud sportlastel esineb, on seotud enesenäitamisega. Inimene on sotsiaalne olend ja tavaliselt on tema jaoks väga tähtis, millisena ta teistele paistab. Tippsportlaste puhul on põhjusteks toodud kartus mitte vastata kaasvõistlejate soorituse tasemele, hirm vedada alt meeskonnakaaslasi ning treenerit ja püüdu kaitsta iseenda mainet. Taolised probleemid esinevad ilmekamalt sportlaste hulgas, kes on täpsemalt teadlikud treenerite, fännide ja meeskonnakaaslaste huvist nende eelseisvate soorituste suhtes. (Podlog ja Eklund, 2006)

Vigastuste korral võib pikemat aega puududa võimalus oma oskusi demonstreerida. Enese presenteerimise puudus võib kaasa tuua hulga probleeme. Näiteks võib tekkida hirm tulevikus

sporti enam mitte sobituda, kardetakse jääda ilma oma oskustest või peljatakse jääda kehvemale tasemele, kui oldi enne vigastust. Ning kuigi enese näitamisega seotud uuringud on vigastatud sportlaste seas veel pigem uus valdkond, siis tundub, et taolised mured võivad mõjutada ka vigastuse järgse spordi juurde naasmise kogemuse kvaliteeti. (Podlog jt., 2011)

Üheks valdkonnaks, mis sportlaste seas veel muret tekitab, on nende pädevuse tajus (Podlog ja Eklund, 2007). Ärevus uue vigastuse võimalikust tekkimisest, mured seoses vigastuse eelsele tasemele jõudmisega ja langenud vigastusjärgse soorituse tasemega ning hirm teiste võistlejate arengust maha jääda – on seotud sportlase sooviga säilitada oma kõrget sportlikku pädevust. Ebakindluse esinemine, kuna kardetakse oma oskusi kaotada, olla võistkonda sobimatu või jääda „rumalaks“, viitab veel lisaks sellele, et pädevus võib olla seotud enesenäitamise probleemidega. Sportlaste seas, kes on pühendunud oma füüsiliste oskuste arendamisele, võib vigastuse esinemise korral takistatud spordi juurde naasmine olla heidutav ja soovimatu tulemus. Seega võib eeldada, et pädevusega seotud mured võivad areenile naasva sportlase mõtetes esikohal olla. (Podlog jt., 2011)

Vigastusest teada saades võib vigastatud sportlastel langeda ka enesehinnang. Kirjeldades ennast enne vigastust kui tugevaid ja võitmatuid, võivad sportlased pärast vigastuse tekkimist ja selle tõsidust mõistest tunda ebakindlust, haavatavust ning iseseisvuse kaotust. Langenud enesehinnang on seotud enese haletsemisega ja sellega, kuidas sportlased end varasemalt väärtustasid. (Tracey, 2003)

Füüsiliste oskuste taastamine ja vigastuse eelse vormi saavutamine vigastuse järgselt on ebakindluse seisukohalt väga olulised (Podlog ja Eklund, 2006). Seades realistlikke ja saavutatavaid eesmärke, paraneb vigastatud sportlaste võime saavutada täielik vigastuse järgne potentsiaal ning seeläbi ka nende eneseusk ja enesekindlus (Evans ja Hardy, 2002b).

2.4. Probleemid seoses meeskonnast eemal viibimisega

Vigastuse ajal meeskonnast eemal olles tunnevad vigastatud sportlased ennast tihti isoleerituna (Evans ja Hardy, 2002b). Ka lühema eemal viibimise korral (3 nädalat) tunnistavad sportlased, et selle aja jooksul esineb perioode, kus nad on tundnud ennast meeskonnast võõrandunult ja kõrvale jäetuna. Kui sportlane ei tunne ennast osana meeskonnast, olles sinna palju aega investeerinud, võib ta tunda ennast üksikuna ja kurvana. (Tracey, 2003)

Isoleerituse tunne vigastuse järgselt ei esine ainult meeskonnast ja treeningupartneritest eemal viibides, vaid sama kehtib ka treenerite kohta. Vigastatud sportlaste puhul soovitatakse säilitada ühtekuuluvus- ja seotustunne. Seda eriti nende sportlaste puhul, kellel on tugev sportlik identiteet. Võimalikuks puhvriks võõrandumise ja isolatsioonitunde vastu võib olla sotsiaalne toetus nii meeskonnakaaslastelt, treeneritelt kui ka teistelt sportlaste jaoks olulistelt inimestelt. (Podlog jt., 2011)

Meeskonnast eemal viibides on võistkonnakaaslaste edusamme spordis väga raske jälgida. Nähes kedagi teist oma positsioonil meeskonnas mängimas, võib esineda frustratsiooni ning imestama panev ei ole ka tekkida võiv viha või pettumus, kui meeskonnakaaslastel puudub vigastatud sportlase käekäigu vastu huvi. Eriti raskelt mõjub see juhul, kui taastusravi üldise edenemise asemel tuntakse huvi vaid selle vastu, millal vigastatu tagasi mängima naaseb. (Evans ja Hardy, 2002b)

Negatiivseid emotsioone tekitab ka enese võrdlemine teiste meeskonnakaaslastega. Isegi kui ülekaalus on positiivsed emotsioonid, võib füüsilise vormi ja vähese treeningu võrdlemine teiste meeskonnakaaslastega kaasa tuua negatiivseid tundeid. Taolised mõtted tekitavad sportlastes ärevust ja pinget, mis võib viia spordi juurde naasmise kahtlusteni. (Tracey, 2003) Lisapingeid esineb sportlastel, kellele sport on lisaks hobile ka nende töö (Evans ja Hardy, 2002b).

Kuigi sportlastel ei ole tihti kombeks oma mõtteid ja tundeid treeneritega arutada, siis tunnevad nad oma diagnoosist treenerile rääkides ärevust ja muretsetavad treeneri võimaliku reaktsiooni pärast. Kardetakse kaotada mängus osalemise aega või ollakse hirmul võimaluse üle kaotada oma koht meeskonnas. (Tracey, 2003)

Perekonna ja sõprade toetust peetakse väga julgustavaks, kuid on ka väike hulk sportlasi, kes tunnevad nende toetust pigem koormavana ja lisapinge tekitajana (Klenk, 2006). Toetust vajavate sportlaste seas on kurdetud toetajaskonna kadumist, kui vigastus ei ole enam silmaga nähtav. Samal ajal on aga sportlased toetusest varasemalt kasu saanud ja tunnevad nüüd sellest puudust. (Evans ja Hardy, 2002b)

Vigastuse järgselt võivad sportlased tunda ka pinget. Üheks pinge põhjustajaks võib olla treenerite poolne surve spordi juurde naasmiseks. On treenereid, kes avaldavad sportlastele survet mängimaks ka vigastuse ajal, uskudes ise teooriat, et „pole valu, pole tulu“. Sportlased võivad seetõttu tunda, et nende positsioon meeskonnas on ohus ning nad ei julge vigastusest taastumiseks

aega maha võtta. Lisaks võib see viia selleni, et sportlane ei julge vajadusel abi paluda. (Klenk, 2006)

Veel üheks võimalikuks surve tekitajaks on anda sportlasele võimalus iseseisvalt valitud tempos spordi juurde naasta. Kuigi keegi ei anna reaalselt käsku võistlustel osalemiseks, võib sportlane ikkagi tunda, et lastes tal ise vabalt valida, ootavad treener või vigastatud sportlase lähedased, et ta teatud võistlustest osa võtaks. (Podlug ja Eklund, 2006)

Üle poolte survet tundvatest sportlastest tunneb sisemist pinget. Sisemise pinge korral võib sportlane endale iseseisvaks taastumiseks ja paranemiseks väga suurt survet avaldada. (Klenk, 2006) Samuti võivad nad sisemise pinge tõttu enesele peale suruda täiuslikkusele vastamist (Podlog jt., 2011). Need sisimas peale surutud mõtted võivad edaspidise taastumise keerulisemaks muuta, kuna surve all kannatavad sportlased võivad professionaalidelt abi otsimisel tõrksamad olla (Klenk, 2006).

Üheks emotsionaalselt raskeimaks otsuseks vigastusega toimetulekul ja taastumisel peetakse treeningutel osalemist. Treenerite poolseid soovitusi on erinevad: mõningatel juhtudel treenerid vaid julgustavad sportlasi treeningutel osalema, kuid on ka juhuseid, kus sportlased tajuvad treenerite poolt kohustust treeningutel osalemaks. (Tracey, 2003)

Vigastusest taastumise ajal treeningutel mitte osalevad sportlased on väitnud selle emotsionaalselt väga raske olevat, et üldse kaaluda treeningutel osalemist. Treeningutest osa võtmine tuletab sportlastele pidevalt meelde nende tajutava või tegeliku füüsilise vormi kaotust. Peale selle on sel võime tugevdada vigastatud sportlaste uskumusi, et nad veavad oma meeskonda alt. Need tegurid tekitavad ärevust, frustratsiooni, viha ja depressiooni. (Tracey, 2003)

Vigastuse kogemus võib mõne sportlase jaoks olla nii raske, et võimlast mööda kõndides ei suudeta meeskonna poole isegi pilku heita. Rehabilitatsiooniprotsessi edenedes on treeningutel osalemine endiselt raske, kuna tajutakse teistega võrreldes endiselt piiravaid tingimusi ja see tekitab frustratsiooni. (Tracey, 2003)

Vigastusest taastumise ajal, mis on emotsionaalselt väljakutsuv, on meeskonna tugi väga hinnatud. Olenemata otsusest, kas osaleda treeningutel või mitte, on meeskonna hulka kuulumine vigastatud sportlaste heaolu seisukohalt väga oluline. (Tracey, 2003)

Treeningutele naasmine mõjutab sportlase emotsioone positiivselt. Nende tuju on paranenud ning nad on edukamalt võimelised tegelema muude probleemidega oma elus. Spordi juurde naasmine ja meeskonnaga aja veetmine muudab sportlased enesekindlamaks. Nad tunnevad kergendust ja kogevad justkui vabadust. (Tracey, 2003) Uuringute tulemused viitavad asjaolule, et seotuse tunne ja meeskonda kuulumine mõjutavad spordi juurde naasmist (Podlog jt., 2011).

3. VIGASTUSE JÄRGNE TAASTUSRAVI

Taastusraviks nimetatakse optimaalse vormi (anatoomia) ja funktsiooni (füsioloogia) taastamist. See on protsess, mis on loodud minimaliseerima kahju seoses akuutsete vigastuste või krooniliste haigustega, edendama taastumist ja maksimaliseerima funktsionaalset võimekust ja sooritust. Taastusravi protsess peaks algama nii vara kui võimalik peale vigastuse tekkimist. See võib alata ka enne või koheselt peale operatsiooni juhul, kui vigastus nõuab kirurgilist sekkumist. Vigastatud sportlaste taastusravi viiakse läbi multidistsiplinaarse meeskonna poolt, kus juhiks ja ravi koordinaatoriks on arst. Meeskond sisaldab treenereid, füsioterapeute, psühholooge ja toitumisspetsialiste ning liikmete arv meeskonnas ei ole limiteeritud. Taastusravimeeskond töötab tihedalt koostöös sportlase ja tema treeneriga, et püstitada taastusravi eesmärged, hinnata mitmete sekkumiste edukust ja märkida ära võimalik ajavahemik, mil sportlane on võimeline naasma treeningule ja võistlustele. (Frontera, 2003)

Sportlased ise on taastusravi käiku nimetanud tõusude ja mõõnade, kõrgpunktide ja madalseisude vaheldumiseks. Kui taastusravi on edukas, tekib sportlastel lootus, mis võib tagasilanguste korral jällegi kaduda. (Evans ja Hardy, 2002b)

Motiivid taastusravi edukaks läbimiseks võivad olla erinevad: näiteks soovitakse olla taastusravi läbimisel parimad, et teha professionaalne avaldus (sportlane on diplomeeritud füsioterapeut) või esineb meeleheitlik soov veel enne hooaja lõppu meeskonda mängima naasta (Evans ja Hardy, 2002b). Taastusravi edukaks läbimiseks peavad sportlased mitmete faktorite kombinatsiooni. Mõningad olulisemad sportlaste poolt ära mainitud märksõnad on kannatlikkus, aeg, raske töö, otsusekindlus, püsivus, motivatsioon, optimism, keskendumisvõime ning taastusravi juhiste järgimine. (Klenk, 2006)

Vigastatud sportlaste mõtted mõjutavad tugevalt taastusravi protsessi. Edasisele mõtlemine ja iseenda kujutamine taas spordi juurde naasnuna suurendab motivatsiooni taastusraviga tegelemiseks. Keskendumine tulevikule omab positiivset mõju emotsionaalsele reaktsioonile, tuntakse enesega suuremat rahulolu ning ollakse seejuures enam võimelised vigastusest taastuma ja kiiremini spordi juurde naasma. (Tracey, 2003)

Paranemist mõõduka kuni tõsise vigastuse puhul kirjeldatakse kui tunnet, et midagi suurt on saavutatud ning paljud sportlased tunnevad rahulolu, kuna nad on „üle elanud“ emotsionaalselt

raske rehabilitatsiooniprotsessi. Aja möödudes võivad sportlased avastada, kui palju sisemist jõudu neil on ning ka see mõjutab nende rehabilitatsiooniprotsessi positiivselt. (Tracey, 2003)

Tõsisemate vigastuste korral võib olla raskem hoida mõtteid positiivsena, kuna toime tuleb tulla füüsiliste piirangutega ning nende põhjustatud emotsioonidega. Võimaliku abivahendina on sellisel juhul ära toodud lootustandvad mõtted, mis vähendavad hirmu füüsilise vormi kaotuse ees. Taastusraviprotsessis võib esineda ka perioode, mil esitatakse „mis siis kui“ küsimusi ning kaheldakse iseendas. Antud situatsioonides on kasulik suunata oma energia taastusravis osalemisele ja positiivsele mõtlemisele. Keskendumine taastusravile aitab suurendada lootust ning viib mõtted eemale spordist, millega nad vigastuse tõttu tegeleda ei saa. (Tracey, 2003)

Rehabilitatsiooni positiivselt suhtudes võidakse omaks võtta juhtunuga seotud emotsioonid ja kuulatakse füsioterapeudi nõuandeid, vastupidiselt vähest tagasisidet ja toetust tundes võib kaduda sportlase poolehoid mistahes rehabilitatsiooni toimingutesse. Taastusravi edusammud lisavad entusiasmi, enesekindlust, positiivset suhtumist ja enesekontrolli. (Evans ja Hardy, 2002b)

Sportlased, kes on oma spordiklubi poolt suunatud taastusravi spetsialisti poole väidavad teadmise, et just tunnustatud spetsialist neid aitab, suurendavat nende motivatsiooni. See sunnib neid taastusravile rohkem keskenduma. Saadud abi eest ollakse tänulik ning koostöö taastusravi spetsialisti ja sportlase vahel tõstab sportlaste enesekindlust. (Carson ja Polman, 2012)

Peamiselt tunnevad sportlased seoses spordi juurde naasmisega kannatamatust ja ärevust. Suur osa on tingitud sellest, et muretsetakse soorituse ja füüsilise vormi pärast. Tavaliselt tunnevad sportlased pigem suuremat muret oma soorituse pärast. Väiksem tähtsus on seotud hirmuga uuesti vigastada saada. (Carson ja Polman, 2012)

Taastusravi käigus esinevad tagasilöögid võivad sportlasi kahtlema panna ravi õnnestumises või kogu taastusraviprotsessis. Raskeimaks osutub tihti taastusravi esimene kuu. Sportlased on kirjeldanud raskusi esialgsel teovõimetusega toimetulekul, problemaatiliseks on osutunud vigastusega kaasnevad piirangud. Lisaks ei suudeta nautida treeninguid enne, kui on saavutatud endine füüsiline vorm. Sageli tuntakse just siis hirmu, et ei suudeta enam spordi juurde naasta. (Evans ja Hardy, 2002b)

Korduvate vigastuste puhul on iga järgnev vigastus laostavam, tähendades eelneva raske töö nullimist ja otsast alustamist (Evans ja Hardy, 2002b). Samas võib varasem vigastusest edukalt paranemise kogemus anda uue vigastuse korral meelerahu ning tunde, et ollakse võimeline ka sel

korral paranema. Ollakse rahulikumad, suudetakse kergemini jääda positiivseks ja keskendutakse paremini rehabilitatsiooniprogrammile. (Tracey, 2003)

Mitmed vigastused võivad viia selleni, et sportlane vähendab sportlikku tegevust või ei ole enam üldse sportlikeks sooritusteks suuteline. Seega on taastusravi peamiseks eesmärgiks minimaliseerida vigastuse ulatust, vähendada tekitatud kahju ja funktsionaalse võimekuse kaotust ning ennetada, parandada või elimineerida üheskoos füüsilist võimetust. Taastusravi plaan peab arvesse võtma fakti, et sportlase eesmärk on naasta sama spordiala juurde. Funktsionaalne võimekus peale taastusravi peaks olema sama või isegi parem kui enne vigastust. (Frontera, 2003)

Kliinilisest vaatenurgast on taastusravi võimalik jagada kolmeks faasiks. Taastusravi esimese faasi jooksul püstitatud eesmärgid hõlmavad endast kudede kahjustuse limiteerimist, valu leevendamist, vigastuse põletikulise protsessi kontrollimist ja kahjustatud anatoomilise piirkonna taastamist. Patoloogilised protsessid, mis võtavad aset kohe peale vigastuse tekkimist, võivad viia kahjustusteni, nagu näiteks lihase atroofia ja nõrkus ning piirangud seoses liigesliikuvusega. Nende kahjustuste tulemuseks võib olla funktsionaalne kahju, nagu näiteks võimetus hüpata või tõsta asju. Funktsionaalse kahju ulatus on mõjutatud terapeutilise- ja taastusravi sekkumise loomusest ja ajastusest vigastuse esmases faasis. Kui funktsionaalne kahju on tõsine või muutub püsivaks, võib sportlane olla võimetu spordis osalema. (Frontera, 2003)

Taastusravi teise faasi eesmärgid hõlmavad endast kahjustuste limiteerimist ja funktsionaalse kahju taastamist. Painduvust parandavad, jõu-, vastupidavus-, tasakaalu- ja koordinatsiooniharjutused saavad sekkumiste põhikomponentideks. Kiirendamaks antud faasi, on oluline vähendada kahjustuste ulatust ja funktsionaalse võimekuse kaotust juba esimeses faasis. (Frontera, 2003)

Viimases taastusravi faasis saab alguse protsess, mis on vajalik spordi juurde naasmiseks. Antud faasis saavad oluliseks just konkreetse spordiala mõistmine ja treeneriga suhtlemine. Lisaks annab see faas ka võimaluse identifitseerida ja korrigeerida riskifaktoreid, et vähendada uue vigastuse tekkimise võimalust. Samuti peaks taastusravimeeskond pöörama tähelepanu ortoosidele toetamaks luu- ja lihaskonna funktsiooni ning korrigeerima lihaste düsbalanssi ja lihaspingeid kahjustamata piirkondades. (Frontera, 2003)

4. PSÜHHOLOOGILISE SEKKUMISE POSITIIVNE MÕJU

Turvaline vigastusejärgne spordi juurde naasmine on protsess, mis arvestab vigastatud sportlase kui tervikuga, kus taastusravimeeskond töötab koos ning võtab arvesse taastumise bioloogilisi, neuro-mehaanilisi, metaboolseid ja psühho-sotsiaalseid aspekte (Roi, 2010). Spordivigastuste esinemisel on tähelepanu automaatselt ja loogiliselt suunatud kohe vigastuse füüsilisele poolele. Kahjuks kipub tähelepanu jäämaki vaid füüsilisele poolele. Tähelepanuta jäävad sportlase psühholoogilised kogemused ning arvukad vigastusega seotud mõtted, tunded ja käitumine. (Tracey, 2003)

Spordipsühholoogia esitleb uusi meetmeid, mis aitavad kaasa taastusraviprotsessile ning kasutusel on üldine lähenemine, ravidel korraga nii keha kui vaimu (Armatas jt., 2007). Adekvaatne taastumise programm, hõlmates endas nii füüsilist kui ka psühholoogilist sekkumist, on hädavajalik enamikele sportlastele, saavutamaks täielikku paranemist. Psühholoogiliste sekkumistega võib näiteks parandada rehabilitatsiooniprogrammist kinni pidamist, vähendada rehabilitatsiooni pikkust, suurendada sportlaste enesekindlust ja motivatsiooni ning väheneda vigastusega seotud ärevust ja valu. (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008)

Julgustamine, toetus ja mõistmine teiste poolt võib aidata sportlastel vigastusega paremini toime tulla. Väga väike osa sportlasi otsib vigastusega seotud emotsioonidega toimetulekuks abi psühholoogilisest nõustamisest. Sellest tulenevalt on oht, et nii mõnigi psühholoogiline probleem jääb ravimata. Sportlased, treenerid ja treeningpersonal peavad mõistma võimalikke spordivigastustesse mitmekülgsema lähenemise hüvesid. (Klenk, 2006) Taastusravi on tihti väljakutset pakkuv protsess, kuid ühendades psühholoogilise taastumise füüsilisega suureneb tõenäosus, et vigastatud sportlane naaseb väljakule, olles selleks nii füüsiliselt kui ka vaimselt valmis (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008).

Spordipsühholoogid ja treenerid kasutavad mitmeid psühholoogilise sekkumise programme, mis aitavad sportlasi nende psühholoogilisel vigastusest taastumisel. Neli enam levinumat lähenemist on sportlaste harimine, sotsiaalne toetus, psühholoogiliste oskuste treenimine ja eesmärkide püstitamine. (Armatas jt., 2007) Lisaks neile on positiivse sekkumisena välja toodud ka biotagasiside (Santi ja Pietrantonio, 2013).

4.1. Sportlaste harimine

Vigastuste puhul tuleb arvestada sportlase poolt tekkida võivate küsimustega. On sportlasi, kes soovivad täiendavat informatsiooni vigastuse kohta, saada täpsemaid teadmisi operatsioonist ning kõigest, mida taastusravi endaga kaasa toob. (Evans ja Hardy, 2002b)

Taylor ja Taylor (1998) on leidnud, et vigastuse tekkimise järgselt on meditsiinipersonalil oluline anda sportlastele vigastusest anatoomiline kirjeldus ja pakkuda välja taastumise ajaline kestvus. Lisaks peaksid sportlased mõistma, kuidas taastumise protsess on seotud valuga. Seda just seepärast, et mitte ainult vigastus ei tekita valu vaid ka taastumine. Sportlased peaksid õppima ära tundma erinevat valu, et mitte tarvitada üleliigselt valuvaigisteid. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

O'Connor jt. (2005) arvates on oluline alustada harimisega koheselt peale vigastust, taastumise varasemates etappides. Sportlased peaksid olema teadlikud tekkida võivatest negatiivsetest emotsioonidest nagu näiteks frustratsioon, viha ja meeleolu kõikumised. Samuti tuleb mõista oma rolli kogu rehabilitatsiooniprotsessis ja vajalikkust täita meditsiinipersonali korraldusi. Harimine hoiab ära negatiivsete emotsioonide tekkimise eitamise ja distressi etappidel, väheneb nende etappide kestvus ja asendub pühendunud toimetuleku suhtumisega. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Sportlastele tuleks selgitada ka paranemisprotsessi olemust ning seda, kuidas füüsiline teraapia aitab vigastusest paraneda. On mõeldamatu, et sportlased tulevad toime vigastusega, mille olemust nad ei mõista. Informatsioon aitab neil taastada tunnet, et nad kontrollivad oma elu. (Armatas jt., 2007)

Ka Francis jt. (2000) on leidnud, et kui sportlastel puudub koheselt peale vigastuse tekkimist selge visioon taastusraviprotsessist, võib see tekitada neil negatiivseid emotsioone ja amotivatsiooni. Positiivse sekkumisena muudab harimine sportlasi oma vigastusest rohkem teadlikumaks. Mõistes paremini oma rehabilitatsiooniprotsessi, kujutavad nad situatsiooni paremini ette ja väheneb ka vigastusega seotud ärevus. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Heil (1993) on harimist defineerinud kui informatsiooni kokku kogumist, jagamist ja efektiivset suhtlemisoskust. Informatsiooni pakkumine vigastuse ja taastusravi kohta on esmalt treenerite ja meditsiinipersonali kättes ning sportlased peaksid olema enesekindlad selle küsimisel. (Armatas jt., 2007)

Head treenerid oskavad hästi lahti seletada vigastusega seotud meditsiinilist sõnavara ja selgitada taastusraviprotsessi olemust. Kui sportlased on passiivsed ja lepivad vaid saadud vähese informatsiooniga, ei pruugi nad saada vigastusest selget ja mõistetavat pilti. Alternatiivsed allikad nagu näiteks raamatud, ajakirjad ja teiste inimeste arvamused, peaksid olema täiendavaks infoks esmastele teadmistele. Mida rohkem on sportlased oma vigastusest teadlikumad, seda paremini nad mõistavad, et on võimelised taastusraviprotsessiga toime tulema. (Armatas jt., 2007)

4.2. Sotsiaalne toetus

Sotsiaalse toetusega sekkumine taastusraviprotsessi põhineb oletusel, et suurenenud toetus vähendab negatiivsete psühholoogiliste või füüsiliste sümptomite tajumist ning suurendab seeläbi vigastusega toimetulekut. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Uuringute põhjal mõjutab sotsiaalses kontekstis saadud motivatsioon vigastatud sportlaste motivatsiooni. Sisemist motivatsiooni iseloomustab nauding, rahulolu ja valikuvõimalused. Taoliselt motiveeritud inimesed osalevad tegevustes spontaanselt ja vabana mistahes välistest mõjutustest. (Hagger jt., 2005) Kuigi sotsiaalset toetust on ka varasemalt uuritud, on see viimasel ajal saanud suuremat tähelepanu ja seda just taastusravi kontekstis (Rees jt., 2010).

Hogan jt. (2002) on kirjanduse põhjal välja toonud 4 sotsiaalse toetuse tüüpi: emotsionaalne, instrumentaalne (käega katsutav), informatiivne ja hinnanguline (situatsiooni hindamine) (Santi ja Pietrantonio, 2013). Lisaks toetuse tüüpidele on olemas ka mitmed sotsiaalse toetuse allikad nagu näiteks perekond ja sõbrad, treener ja meeskonnakaaslased, meditsiinipersonal ning teised sarnase kogemusega sportlased (Arvinen-Barrowa jt., 2010).

Emotsionaalse toetuse pakkumine sportlastele on hädavajalik ning kuigi esmaseks ja väga tähtsaks toetuse allikaks on neile perekond ja sõbrad, siis pöördub suur osa sportlasi ka treeneri ja füsioterapeutide poole. Teatud sportlaste puhul võib see olla tingitud sellest, et õpitakse ja treenitakse kodust ja perekonnast eemal ning treenerid on oma rolliga vigastuste ennetamisel, tuvastamisel ja nendega toimetulekul vigastatud sportlastele suureks toeks. (Yang jt., 2010)

Yang jt. (2010) on leidnud, et vigastatud sportlaste psühholoogiliste vajaduste tuvastamisel on kriitiline roll just nimelt treeneritel. Treenerid ei pea olema mitte ainult psühholoogilistest aspektidest teadlikud, vaid vastavate oskustega, et pakkuda sportlastele taastusravi ajal positiivset

psühholoogilist toetust. Ka sportlased ise on tunnistanud, et peale vigastust toetuvad nad rohkem treenerile ning tajuvad neid sotsiaalse toetuse allikana.

Füsioterapeudid mõistavad samuti sotsiaalse toetuse vajalikkust taastusravis, peavad tähtsaks eesmärkide püstitamist ja sportlaste julgustamist. Ka nemad peavad pereliikmeid, sõpru, treenereid, meditsiinipersonali, meeskonnakaaslasi ja teisi sarnaste vigastustega sportlasi sotsiaalse toetuse allikateks. Just nende „allikate“ kaasamist taastusraviprotsessi on füsioterapeudid pidanud väga oluliseks. (Arvinen-Barrowa jt., 2010)

Füsioterapeutide personaalne roll taastusravis, pakkumaks vigastatud sportlastele sotsiaalset toetust, võib olla väga oluline (Arvinen-Barrowa jt., 2010). On tähtis, et füsioterapeutidel tekiks vigastatud sportlasega usalduslik suhe, sest sellisel juhul usaldab spordi juurde naasev sportlane ka füsioterapeudi otsuseid. Koostöö tunnustatud spetsialistiga suurendab sportlastel positiivseid tundeid ja paranevad ka ootused seoses võimaliku eduka taastumisega. (Carson ja Polman, 2012)

Lisaks peaksid füsioterapeudid tundma psühholoogilise sekkumise aluseid, et pakkuda sportlastele toetust ja tagasisidet. Neid tuleks selles osas rohkem koolitada, kuna aeg-ajalt puuduvad neil teadmised ja selge visioon tehnikatest nagu näiteks eesmärkide püstitamine, kujutus ja positiivne sisekõne. Füsioterapeudid peaksid olema rohkem teadlikumad sellest, kuidas nende endi emotsioonid ja käitumine mõjutavad vigastatud sportlaste käitumist ja emotsioone. Kas ja millisel määral peaks füsioterapeut olema vahendajaks lisa sotsiaalse toetuse leidmisel, sõltub juba sportlasest endast. (Arvinen-Barrowa jt., 2010)

Treeneri ja füsioterapeudi tähtsus taastusravis sõltub sportlase individuaalsetest erinevustest. Mitte alati ei ole sportlased treeneri poolt saadava toetusega rahul. Küll aga võib sportlastel, kes tajuvad treenerite ja füsioterapeudi poolset sotsiaalset toetust positiivsena, väheneda spordi juurde naasmisel hirm ja ärevus. Lisaks sellele tõstab sotsiaalse toetuse tajumine sportlastel ka enesekindlust. (Handegard jt., 2006).

Emotsionaalse ja instrumentaalse toetuse peamisteks pakujateks on põhiliselt perekond ja sõbrad. Hogan jt. (2002) on leidnud, et perekond ja sõbrad suudavad olla rohkem toetavamad juhul, kui psühholoog on neid aktiivse kuulamise ja positiivse mõtlemise teemadel treeninud. Nende poolt pakutav sotsiaalne toetus on väga olulise tähtsusega, sest see tõstab oluliselt sportlaste tuju. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Selleks, et pakkuda „saatusekaaslaste“ toetust, on võimalik organiseerida kohtumisi sportlaste seas, kes on samaaegselt vigastatud või kes on olnud varasemalt samas olukorras (sama vigastus, sama karjäär jne). Nende kohtumiste käigus saavad vigastatud sportlased jagada oma tundeid, muresid ja arutada stressiga toimetuleku võimalusi. Kaasates teisi vigastatud sportlasi võib paraneda sportlaste rahulolu ja toimetuleku strateegiate kasutamine. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Ka füsioterapeudid on samasugust lähenemist oma töös kasutanud. Nad leiavad, et viies vigastatud sportlased kokku varasemalt taolisi vigastusi kogenud sportlastega, on see võimalus näha juba väga varajastel taastumise etappidel rehabilitatsiooni positiivset lõpptulemust. (Arvinen-Barrowa jt., 2010)

Hogan jt. (2002) leidsid, et vastastikune toetus samaaegselt vigastatud sportlaste seas tundub olevat efektiivsem psühholoogiline sekkumine, kui lihtsalt sportlasele sotsiaalse toetuse pakkumine. Sellisel juhul areneb vigastatud sportlasel võime lahendada vigastusega seotud probleeme ja antud situatsiooniga paremini toime tulla. (Santi ja Pietrantonio, 2013) Sportlased ise on leidnud selle abistavaks olevat näiteks siis, kui meeskonnakaaslasel treenimas nähes tekivad negatiivsed emotsioonid. Teiste edukalt naasnud sportlastega muret jagades aitab see neil positiivsust säilitada. (Klenk, 2006)

Sotsiaalsel toetusel on mitmeid positiivseid efekte, mis olenevad toetuse allikast ja tüübist. Näiteks perekonna ja füsioterapeutide pakutud emotsionaalne toetus vähendab depressiooni ning informatiivne toetus vähendab ärevust ja tõstab enesekindlust. Hinnanguline toetus aga võimaldab vigastatud sportlastel kindlaks teha vigastusega toimetuleku strateegiad, suurendada raviga seotud motivatsiooni ja rahulolu ning vähendada hirmu uue vigastuse ees. (Handegard jt., 2006; Rees jt., 2010) Sotsiaalne toetus treeneritelt ja füsioterapeutidelt on oluline vähendamaks vigastatud sportlastel vigastusega seotud stressi ja püüdlmaks eduka taastumise poole (Yang jt., 2010).

Sportlased ise on samuti pidanud vigastuse järgselt sotsiaalset toetust väga oluliseks. Nad kirjeldavad olukordi, kus istutakse koos treeneri ja füsioterapeutiga maha ning arutatakse võimalikku spordi juurde naasmise aega. Sellisel juhul ei tunne sportlane ennast taastumise protsessist isoleerituna. Vigastatud sportlastele pakuvad rahulolu treeneri positiivsus ja toetavad meeskonnakaaslased, kes aitavad mõtteid vigastusest eemal hoida. (Carson ja Polman, 2012) Just meeskonnaga suhtlemine aitab säilitada positiivset väljavaadet, suurendab soovi taastusravist korralikult osa võtta ja hoiab vigastatud sportlasi motiveerituna (Tracey, 2003).

4.3. Psühholoogiliste oskuste treenimine

Psühholoogiliste oskuste alla kuuluvad kujutlus, lõdvestus ja positiivne sisekõne (Armatas jt., 2007).

Driediger jt. (2006) sõnul on vaimne kujutlus tehnika, kus kujutatakse objekti, tegevust või tunnet ette nii, nagu see toimuks päriselt. Tegelikult aga näeb sportlane seda tegevust läbi oma silmade (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008).

Kujutlustehnikat võib liigitada mitmeti. Hale jt. (2005) on jaganud kujutlustehnika kas vaatenurga järgi (sisemine, välimine) või olenevalt aistingust (visuaalne, kuuldav, kinesteetiline). Välise vaatenurga korral kujutab vigastatud sportlane mingit konkreetset tegevust ette ja näeb seda justkui filmis. Sisemise vaatenurga korral toimub sama sündmus läbi omaenda silmade. Visualiseerimine ja kuulamine tähendavad millegi nägemist või kuulmist – sportlane kujutab ette vaadet staadionile või kuuleb pealtvaatajate hõiskeid. Kinesteetilise kujutluse korral meenutab sportlane spordi füüsilist mõju, nagu näiteks südamerütm. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Kuigi kujutlustehnikat ei kasutata rehabilitatsioonis sama tihti kui eesmärkide püstitamist, võib seda vigastatud sportlaste puhul kasutada positiivsete hoiakute säilitamiseks, stressi üle kontrolli saavutamiseks, enesekindluse suurendamiseks, valuga toime tulemiseks ja paranemise edendamiseks. Vigastatud sportlane võib kujutlust kasutada ka enne mingi konkreetse ülesande sooritamist. Sellisel juhul paraneb ülesandele keskendumine ja tulemuseks on paremad tulemused taastusravis. (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008)

Woolfolk jt. (1985) leidsid, et positiivne kujutlus parandab oluliselt füüsilist sooritust. Ka sportlased ise on kinnitanud kujutluse positiivset mõju nende vigastusest taastumisele, omistades isegi kuni 30-40% eduka taastumise põhjustest kujutlustehnikale. Lisaks võib kujutlus suurendada sportlaste enesekindlust, aidata valu kontrollida, vähendada ärevust ja kujundada positiivset suhtumist. (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008; Handegard jt. 2006))

Kujutlustehnika harjutamine parandab rehabilitatsiooniprogrammi tulemusi. Selleks, et sportlastel tekiks parem arusaam, kus ja millal kujutlust kasutada, tuleks neid õpetada ning samuti peavad nad seda ka harjutama. (Dickstein ja Deutsch, 2007)

Oskus lõdvestuda on sportlike soorituste puhul väga oluline ning seda võib edukalt rakendada ka rehabilitatsiooniprogrammis. Lõdvestumine rahustab stressi korral psühholoogiliselt keha ning

kiirendab vereringet, mis omakorda parandab kudede taastumist. (Benson, 1975) Weiss ja Troxel (1986) on leidnud, et lõdvestust võib valu korral kasutada kõrvale juhtiva tehnikana, kuna see viib tähelepanu vigastusega seotud muredest ja pingest eemale (Armatas jt. 2007).

Positiivne sisekõne sisaldab kognitiivset restruktureerimist, positiivset mõtlemist ja enese jälgimist. Positiivsel sisekõnel põhinevad psühholoogilised sekkumised aitavad sportlastel ära tunda ja muuta negatiivseid mõtteid ning vähendada muresid. (Podlog jt., 2011)

Naoi ja Ostrow (2008) töötasid välja juhendi rakendamaks positiivset sisekõnet peale spordivigastust:

- Tunnete ja mõtete väljendamine – sportlased väljendavad aistinguid ja mõtteid oma elu kohta (tervis, sportlik vorm, sotsiaalne keskkond), psühholoog kasutab selles etapis aktiivset kuulamist, peegeldamist ja selgitamist.
- Negatiivsete mõtete ära tundmine – sportlased panevad kirja ja räägivad oma mõtetest ja tunnetest ning õpivad ära tundma mõtteid, mis võivad taastumist negatiivselt mõjutada.
- Asjade positiivses valguses nägemine – sportlased püüavad leida vigastuse juures positiivseid aspekte, psühholoog pakub välja näiteid (taastumise progress, sotsiaalne toetus, toimetuleku oskused) ja negatiivsed mõtted muudetakse positiivseks.
- Seisukoha valimine – sportlased mõtlevad välja ja panevad kirja kolm positiivset mõtet (näiteks „ma paranen ja muutun iga päevaga tugevamaks“, „ma saan sellega hakkama“, „ma paranen oodatust kiiremini“)
- Seisukohtade ette lugemine – sportlane loeb need kolm positiivset mõtet ette ja üheskoos psühholoogiga harjutatakse sisekõnet, neid mõtteid endale korrates.
- Kordamine – sportlane jätab paberi alles ning loeb ja kordab endale neid positiivseid mõtteid vähemalt üks kord päevas. Sportlane peab enda tegevust jälgima ning järgmise vestluse ajal kontrollib psühholoog, mitu kord päevas sportlane neid mõtteid luges.

Paljud psühholoogid toetavad positiivset sisekõnet saamaks teada, mida sportlased oma vigastusest arvavad. Pessimistlike mõtete asendamisel positiivsematega võivad sportlased oma arvamust vigastuse kohta muuta ning paremini rehabilitatsiooniprogrammist kinni pidada. (Ievleva ja Orlick, 1991)

4.4. Eesmärkide püstitamine

Eesmärkide püstitamine on loomulik osa sportlaste igapäevasest rutiinist. Vigastatud sportlased võivad kasutada eesmärkide püstitamist kiirendamiseks oma taastumist. (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008) Eesmärkide püstitamine viitab sellele, mida indiviid soovib saavutada. Antud psühholoogiline sekkumine parandab sportlase tähelepanu suunates füüsilist sooritust ja püsivust ning edendab uute strateegiate kasutamist. (Theodorakis jt., 1996)

Nii sportlased ise kui ka treenerid ja füsioterapeudid nõustuvad, et eesmärkide püstitamine on oluline osa taastusravi protsessist. Kuna vigastatud sportlased vajavad teraapia jätkamiseks igapäevast julgustamist, siis on eesmärkide püstitamine heaks motivaatoriks. (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008)

On leitud, et spetsiifilised ja väljakutsuvad eesmärgid viivad parema sooritusliku tasemeni, kui lihtsamad eesmärgid, eesmärkide puudumine või anna-endast-parim eesmärgid (Theodorakis jt., 1996). Individuaalsetest erinevustest olenevalt võivad sportlased eelistada kas lühi- või pikemaajalisi eesmärke (Evans ja Hardy, 2002b).

Lühemaajaliste eesmärkide toetajad tunnevad kohati vajadust püstitada realistlikumaid eesmärke ning nende täitumisel toimub üleminek negatiivselt suhtumiselt positiivsele. Isegi kui algul tuntakse lühiajalisele eesmärgile keskendumisel raskusi, siis pikemas perspektiivis leitakse, et nii oli tegelikult parem. Sportlased, kes lühiajalisi eesmärke ei toeta, toovad miinuseks eesmärgi mitte saavutades tekkiva halva enesetunde. (Evans ja Hardy, 2002b)

Pikemaajaliste eesmärkide toetajad leiavad need lühiajalistest eesmärkidest paindlikumad olevat. Antud eesmärkide toetajad tunnevad, et lõpp-eesmärgiks seatud spordi juurde naasmine annab neile selle ühe eesmärgi täitmiseks rohkem aega ning selle nimel tuntakse vajadust rohkem pingutada. Samas, kui taastusravi sõltub väga inimese enesetundest ning see omakorda taastusravi progressist, siis tekib kohati olukord, kus mitte taastusravi ei mõjuta eesmärkide püstitamist, vaid eesmärkide püstitamine mõjutab taastusravi. Nii ennast algul halvasti tundvad sportlased, loobudes lühiajalistest eesmärkidest, võivad taastusravi lõpus tunda, et lühiajalised eesmärgid oleks just neid rehabilitatsiooni alguses aidanud. (Evans ja Hardy, 2002b)

Weinberg (2009) sõnul peaksid eesmärgid olema spetsiifilised, mõõdetavad, realistlikud, väljakutsuvad ja ajaliselt määratletud (Santi ja Pietrantonio, 2013).

Eesmärkide püstitamine aitab tõsta motivatsiooni ja suurendab pühendumist. Selle psühholoogilise sekkumise tugevus on suur soosing spordi- ja meditsiinipersonali seas. Filby jt. (1999) on leidnud selle olevat üheks enim kasutatavaks sekkumiseks sportlaste ja treenerite seas. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Ka füsioterapeudid peavad eesmärkide püstitamist üheks tähtsaimaks psühholoogiliseks sekkumiseks taastusravi ajal. Nad peavad seda kasulikuks ja efektiivseks, kuna sportlane saab seeläbi taastumise tulemusi mõõta ning näha kuidas protsess edeneb. Taastusravi käigus püstitavad füsioterapeudid samuti nii lühi- kui ka pikaajalisi eesmärke. Pikemaajaliseks eesmärgiks kipub tihti olema edukas naasmine spordi juurde. Lühiajalisteks eesmärkideks on näiteks vigastatud piirkonna valu vähenemine, liigesliikuvuse paranemine ja füüsilise vastupidavuse suurenemine. Oluline on mitte lasta peale seanssi sportlast ära teadmise, et eesmärk jäi saavutamata. Kui eesmärki ei täidetud 100%, püstitatakse uued eesmärgid. (Arvinen-Barrowa jt., 2010)

Eesmärkide püstitamine võib olla läbi viidud nii psühholoogi kui ka füsioterapeudi või treeneri poolt (Evans ja Hardy, 2002b). Püstitades spetsiifilisi ja realistlikke eesmärke, paraneb vigastatud sportlaste kontroll taastusravi protsessi üle. Väljakutsuvad eesmärgid määravad ära sportlase aktiivsuse. Lühi- ja pikaajaliste eesmärkide kombineerimine aitab säilitada motivatsiooni. (Santi ja Pietrantonio, 2013)

Theodorakis jt. (1996) leidsid, et eesmärkide püstitamine parandab oluliselt füüsilist sooritust, aitab sportlastel üle saada oma hirmudest, nad usuvad rohkem iseendasse ja oma terapeuti, suurendavad oma pingutusi, lüheneb vigastusest paranemise aeg ja suureneb sportlaste enesekindlus. Vigastuste korral suurendab eesmärkide püstitamine sportlaste enesetõhusust, nad on rohkem motiveeritumad ning neil esineb vähem masendust. Eesmärkide täitmisel tunnevad sportlased ennast enesekindlamalt, peavad paremini kinni taastusravi programmist ning leiavad taastusravi efektiivsema olevat. (Evans ja Hardy, 2002a)

Veelgi olulisem on see, et eesmärkide püstitamine parandab võimalusi spordi juurde naasmiseks (Hamson-Utley ja Vazquez, 2008). Spetsiifilisi eesmärke püstitades saavad sportlased keskenduda rohkem spordiga seotud aspektidele (Carson ja Polman, 2012). Selleks, et eesmärkide püstitamine õnnestuks, tuleks alati kaasata ka vigastatud sportlane. Kui eesmärgid ei ole sportlasele vastuvõetavad, ei ole ka eesmärkide püstitamise programm enamasti efektiivne. (Arvinen-Barrowa jt., 2010)

4.5. Biotagasiside

Biotagasiside põhineb arvutiseeritud seadmete kasutamisel, pakkudes kohest tagasisidet füüsilise seisundi kohta. Biopsühhosotsiaalse mudeli põhjal on biotagasiside andmine oluline, kuna see pakub sportlastele taastusravi vahepealsete tulemuste kohta informatsiooni. Protseduuri ajal on patsiendi külge kinnitatud andurid, mis saadavad arvutisse signaale. Arvuti võtab signaali vastu, töötleb, seejärel salvestab ja edastab informatsiooni patsiendi tervisenäitajate kohta, nagu näiteks elektromüograafiline aktiivsus (EMG), südamerütm või vererõhk. Alternatiivina võib psühholoog, füsioterapeut või treener arvutist saadud informatsiooni vahendada ja sportlasele tõlgendada. Lisakasu saavad sellest sportlased, kes vajavad psühholoogilist toetust. (Peper jt., 2009)

Biotagasiside kliiniline kasutamine hõlmab endas: füsioloogia, kui diagnostilise strateegia hindamist, patsiendiga seotud haiguse protsessi ja paranemise strateegiate välja selgitamist, patsiendi haiguse uskumuste ümber kujundamist ja psühhofüsioloogilist treeningut koos kodutööna antud harjutustega, et parandada üldisi oskusi. Biotagasiside treeningud annavad patsiendile mitmeid eeliseid võrreldes tüüpiliste meditsiiniliste ravidega, mis tihti lõppevad ravimite välja kirjutamisega ning eemaldavad sellega patsiendi paranemise protsessist. Füsioloogilist monitooringut võib kasutada tõstmaks esile füsioloogilisi seaduspärasusi, kui patsient ei ole teadlik treeningu või ravi tulemusena saadud muutustest. Objektiivseid füsioloogilisi andmeid võib kasutada taastusravi efektiivsuse hindamiseks ja pakkuda sellega ka patsiendile tõendeid nende taastumise edusammudest. Biotagasiside protseduuri kasutades ning tõendades sellega patsiendile füsioloogilise sideme olemasolu keha ja vaimu vahel, aitab see neil paremini järgida ja leppida sellega, et nende füüsilised sümptomid on rohkem kui lihtsalt füsioloogiline nähtus. Selle tulemusel hakkavad patsiendid mõistma, et vigastust tuleb ravida mitte ainult keha ravides, vaid ka oma käitumist, mõtteid ja emotsioone muutes. (Peper jt., 2009) Pakkudes sportlastele informatsiooni nende edusammudest võib see tõsta nende enesekindlust ning vähendada ärevust ja negatiivseid mõtteid seoses spordi juurde naasmisega (Santi ja Pietrantonio, 2013).

KOKKUVÕTE

Töö eesmärgiks oli anda kirjanduse põhjal ülevaade spordivigastusele järgneva taastumisperioodi psühholoogilistest mudelist, vigastuse negatiivsetest psühholoogilistest mõjudest sportlasele, taastusravist ning võimalikest psühholoogilistest sekkumistest, aitamaks sportlastel vigastuse järgselt taastuda ning spordi juurde naasta.

Vigastusest taastumise psühholoogilised mudelid keskenduvad erinevatele aspektidele. Biopsühhosotsiaalne mudel arvestab taastumisprotsessiga seotud tegurite ja taastumise vahepealsete ning lõplike tulemustega. Kognitiivse hinnangu mudel seletab kognitiivse hinnangu ja psühholoogiliste tegurite omavahelisi seoseid. Etapilised mudelid tõlgendavad erinevaid psühholoogiliste reaktsioonide etappe ning nende seost füüsilise taastumisega. Motivatsioonil põhinevad mudelid selgitavad motivatsiooni mõju inimese käitumisele ja seda, kuidas motivatsiooni on võimalik ühest kontekstist teise üle kanda.

Spordivigastuse negatiivseid psühholoogilisi mõjusid sportlastele on palju. Tekkivatest tunnetest ja emotsioonidest võib esineda sportlastel depressiooni, šokki, frustratsiooni, viha, segadus- ja lootusetuse tunnet, ärevust, raevu ja mõnikord ka kergendust. Vigastustatud piirkonna valu ja hirm (k.a. uue vigastuse ees) on oluliseks takistuseks spordi juurde naasmisel. Kahjustada võivad saada ka sportlik identiteet, enesekindlus, -väljendus, -hinnang ja enese tajutav roll. Meeskonnast eemal viibimine on emotsionaalselt väga raske ning tekitab frustratsiooni, isolatsiooni- ja üksindustunnet. Taastusraviperiood sisaldab tõuse ja mõõnu. Füüsiliste piirangutega võib olla väga raske toime tulla. Taastusravi peamiseks eesmärkideks on minimaliseerida vigastuse ulatust, vähendada tekitatud kahju ja funktsionaalse võimekuse kaotust ning ennetada, parandada või elimineerida üheskoos füüsilist võimetust. Arvestama peab ka sellega, et sportlaste endi lõppeesmärk on alati spordi juurde naasmine.

Negatiivsete psühholoogiliste mõjude vähendamisel on abi sportlaste harimisest, sotsiaalse toetuse pakkumisest, psühholoogiliste oskuste treenimisest, eesmärkide püstitamisest ja biotagasisidest. Sportlaste harimine muudab nad oma vigastusest teadlikumad ning nad suudavad sellega paremini toime tulla. Sotsiaalne toetus aitab säilitada positiivsust ja mõtteid vigastusest eemal hoida. Psühholoogiliste oskuste treening vähendab stressi, suurendab enesekindlust ning aitab toime tulla vigastusega seotud valuga. Eesmärkide püstitamine säilitab eesmärkide täitumisel positiivsust. Biotagasiside aitab sportlastel näha taastumise progressi, suurendab enesekindlust ning vähendab negatiivseid mõtteid seoses spordi juurde naasmisega.

Töö käigus selgus, et spordivigastusest taastumine võib olla pikk ja emotsionaalselt raske periood. Negatiivsed psühholoogilised mõjud pikendavad taastumise perioodi ja võivad takistada sportlaste spordi juurde naasmist. Kuigi taastumise lõppeesmärk on alati spordi juurde naasmine, ei pruugi see alati õnnestuda. Seepärast on oluline ravida spordivigastuste korral sportlasi nii füüsiliselt kui ka psühholoogiliselt. Taastusravi on tihti väljakutset pakkuv protsess, kuid ühendades psühholoogilise taastumise füüsilisega paraneb tõenäosus, et vigastatud sportlane naaseb tagasi väljakule, olles selleks nii füüsiliselt kui ka vaimselt valmis.

Antud tööst saadud teadmised aitavad sportlastel, treeneritel ja taastusraviga seotud meditsiinipersonalil paremini mõista spordivigastusest taastumise protsessi. Vigastatud sportlaste lähedaste ja treenerite paremad teadmised aitavad neil sportlasi vigastusest taastumise ajal rohkem toetada.

Kuna Eestis keskendutakse spordivigastustest taastumise perioodil endiselt rohkem füüsilisele poolele, vajaksid sportlased ja nende taastusravimeeskond rohkem teadmisi ning oskusi psühholoogilisest taastumisest. Hindamaks, kui suur on psühholoogilise sekkumise vajadus spordivigastusest taastuvate sportlaste seas Eestis, võiks viia erinevatel spordialadel ja vanuselisel erinevates rühmades läbi vastavaid uuringuid.

SUMMARY

Research topic is based on the author's personal interest. It was developed in the long line of experience in sports, beginning with playing basketball already at the early age. During that period, serious and less serious injuries have occurred. The actuality of the topic appears in the fact that injuries in sports are day-to-day phenomenon and is chosen in order to understand the sports injuries' rehabilitation.

The aim of the research is to give an overview about sports injuries rehabilitation's period psychological models, negative psychological impact on athletes, rehabilitation and possible psychological interventions in order to help athletes to return to sports.

Injury rehabilitation psychological models concentrate on different aspects. The biopsychosocial model considers the factors influencing the rehabilitation process, and the intermediate and final outcomes of the rehabilitation. Cognitive appraisal models explain how cognitive appraisal is related to other psychological factors. Stage models explain the stages of the athlete's psychological reaction to the injury, and how they are related to the phases of physical rehabilitation. Models based on motivation explain the effect of motivation on people's behaviour and that motivation is transferable from one context to another.

There are many negative psychological effects of sports injuries. Appearing feelings and emotions can be the following: depression, shock, frustration, anger, confusion, hopelessness, anxiety, enragement and sometimes relief. The pain from the injury and also fear (including fear of re-injury) is a great impediment to returning to sports. Sportive identity, self-confidence, self-expression, self-esteem and the role of yourself can be damaged. The distance from the team is emotionally difficult and causes frustration, isolation and also aloneness.

The rehabilitation period has its ups and downs. It can be difficult to cope with physical limitations. The main goal of rehabilitation is to minimise the range of the injury, reduce already caused damage and loss of functional adeptness and to prevent, amend or to eliminate physical imperiment. It has to be taken into consideration that the main goal is always to return to sports.

Educating, social support, psychological skill training, goal setting, biofeedback helps to reduce psychological effects. Educating athletes makes them aware of their injury and they learn how to cope with it. Social support helps to maintain positivity and keep thoughts away from their injuries. Psychological skill training reduces stress, increases self-confidence and helps to cope with the pain of the injuries. Goal setting supports keeping positivity while fulfilling the goals. Biofeedback

helps athletes to see the rehabilitation progress, increases self-confidence and reduces negative thoughts while returning to sports.

During the research it appeared that sports injury rehabilitation can be a long and emotionally difficult period. Negative psychological effects can prolong rehabilitation period and impede returning to sports. Even though the main goal of rehabilitation is always returning to sports, it may not succeed on every occasion. Therefore it is important to treat athletes physically as well as psychologically. Rehabilitation is often a challenging process but when combining physical rehabilitation with psychological it increases the probability to return to sports.

Given research supports athletes, trainers and rehabilitation medical personnel to understand sports injuries rehabilitation. Educated family and trainers of an injured athlete help them to support the rehabilitation period.

Athletes and their rehabilitation team need more knowledge and skills on psychological rehabilitation as in Estonia the rehabilitation period still concentrates more on physical rehabilitation. Further research among athletes doing different sport events in different age groups is needed in order to find out the need of psychological intervention during the rehabilitation process.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'K. K. K.' or similar, with a large loop at the end.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Ardern CL, Taylor NF, Feller JA, Webster KE. Fear of re-injury in people who have returned to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2012; 15: 488–495.
- Armatas V, Chondrou E, Yiannakos A, Galazoulas C, Velkopoulus C. Psychological aspects of rehabilitation following serious athletic injuries with special reference to goal setting: A review study. *Physical Training* 2007; 8: 1-15.
- Arvinen-Barrowa M, Penny G, Hemmings B, Corr S. UK chartered physiotherapists' personal experiences in using psychological interventions with injured athletes: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology of Sport and Exercise* 2010; 11: 58–66.
- Benson H. The relaxation response. New York: Morrow; 1975.
- Brewer BW, Cornelius AE. Psychological Factors in Sports Injury Rehabilitation. In: Frontera WR, ed. *Rehabilitation of Sports Injuries: Scientific basis*. London: Blackwell Science; 2003, 160-183.
- Carson F, Polman R. Experiences of professional rugby union players returning to competition following anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport* 2012; 13: 35-40.
- Chan DKC, Hagger MS, Spray CM. Treatment motivation for rehabilitation after a sport injury: application of the trans-contextual model. *Psychology of Sport and Exercise* 2011; 12: 83-92.
- Chmielewski TL1, Jones D, Day T, Tillman SM, Lentz TA, George SZ. The Association of Pain and Fear of Movement/Reinjury With Function During Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Rehabilitation. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2008; 38: 746-753.
- Dickstein R, Deutsch JE. Motor imagery in physical therapist practice. *Physical Therapy* 2007; 87: 942-953.
- Driediger M, Hall C, Callow N. Imagery use by injured athletes: a qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences* 2006; 24: 261-279.
- Evans L, Hardy L. Injury rehabilitation: a goal-setting intervention study. *Research Quarterly for Exercise and Sport* (2002a); 73: 310-319.
- Evans L, Hardy L. Injury Rehabilitation: A Qualitative Follow-up Study. *Research Quarterly for Exercise and Sport* (2002b); 73: 320-329.

Flanigan DC, Everhart JS, Pedroza A, Smith T, Kaeding CC. Fear of Reinjury (Kinesiophobia) and Persistent Knee Symptoms Are Common Factors for Lack of Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 2013; 29: 1322-1329.

Frontera WR. *Rehabilitation of Sports Injuries: Scientific basis*. London: Blackwell Science; 2003.

Hagger MS, Chatzisarantis NLD, Barkoukis V, Wang CKJ, Baranowski J. Perceived autonomy support in physical education and leisure-time physical activity: a crosscultural evaluation of the trans-contextual model. *Journal of Educational Psychology* 2005; 97: 376-390.

Hamson-Utley JJ, Vazquez L. The Comeback: Rehabilitating the Psychological Injury. *Athletic Therapy Today* 2008; 13: 35-38.

Handegard LA, Joyner AB, Burke KL, Reimann B. Relaxation and Guided Imagery in the Sport Rehabilitation Context. *Journal of Excellence* 2006; 11: 146-164.

Ievleva L, Orlick T. Mental links to enhanced healing: an exploratory study. *Sport Psychologist* 1991; 5: 25-40.

Kisser R, Bauer R. The Burden of Sport Injuries in the European Union. Austrian Road Safety Board, 2012.

[http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/9F41F776F8CE8F25C1257849004134D4/\\$file/WP4%20Sport_Burden_Report%20FINAL.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/9F41F776F8CE8F25C1257849004134D4/$file/WP4%20Sport_Burden_Report%20FINAL.pdf), (19.04.2014)

Klenk CA. Psychological Response to Injury, Recovery, and Social Support: A Survey of Athletes at an NCAA Division I University. Senior Honors Projects 2006; Paper 9.

Kvist J, Ek A, Sporrstedt K, Good L. Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 2005; 13: 393-397.

Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine* 2007;30:77-94.

Naoi A, Ostrow A. The effects of cognitive and relaxations interventions on injured athletes' mood and pain during rehabilitation. *The Online Journal of Sport Psychology* 2008; 10(1).

- Peper E, Harvey R, Takabayashi N. Biofeedback an evidence based approach in clinical practice. *Japanese Journal of Biofeedback Research* 2009; 36: 3-10.
- Podlog L, Dimmock J, Miller J. A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: Practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Physical Therapy in Sport* 2011; 12: 36-42.
- Podlog L, Eklund RC. A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology* 2006; 18: 44-68.
- Podlog L, Eklund RC. The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: a review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise* 2007; 8: 535-566.
- Rees T, Mitchell I, Evans L, Hardy L. Stressors, social support and psychological responses to sport injury in high- and low-performance standard participants. *Psychology of Sport and Exercise* 2010; 11: 505-512.
- Roi GS. Return to competition following athletic injury: Sports rehabilitation as a whole. *Apunts. Medicina de l'Esport* 2010; 45: 181-184.
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 2000; 55: 68-78.
- Santi G, Pietrantonio L. Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. *Journal of Human Sport & Exercise* 2013; 8: 1029-1044.
- Theodorakis Y, Malliou P, Papaioannou A, Beneca A, Filactakidou A. The effect of personal goals, self-efficacy and self-satisfaction on injury rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation* 1996; 5: 173-183.
- Tracey J. The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal of Applied Sport Psychology* 2003; 15: 279-293.
- Tripp DA, Stanish W, Ebel-Lam A, Brewer BW, Birchard J. Fear of Reinjury, Negative Affect, and Catastrophizing Predicting Return to Sport in Recreational Athletes With Anterior Cruciate Ligament Injuries at 1 Year Postsurgery. *Rehabilitation Psychology* 2007; 52: 74-81.

- Valovich McLeod TC, Bay RC, Parsons JT, Sauers EL, Snyder AR. Recent Injury and Health-Related Quality of Life in Adolescent Athletes. *Journal of Athletic Training* 2009; 44: 603–610.
- Vergeer I. Exploring the mental representation of athletic injury: A longitudinal case study. *Psychology of Sport and Exercise* 2006; 7: 99–114.
- Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995; 62:363–372.
- Wiese-Bjornstal DM, Smith AM, Shaffer SM, Morrey MA. An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology* 1998; 10: 46-69.
- Woolfolk R, Parrish MW, Murphey SM. The effects of positive and negative imagery on motor skill performance. *Cognitive Therapy and Research* 1985; 9: 335-341.
- Yang J, Peek-Asa C, Lowe JB, Heiden E, Foster DT. Social Support Patterns of Collegiate Athletes Before and After Injury. *Journal of Athletic Training* 2010; 45: 372–379.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Kait Koppel
(autori nimi)

(sünnikuupäev: 18.07.1988)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Vigastuse järgne spordi juurde naasmine

(lõputöö pealkiri)

mille juhendaja on Ave Amor,
(juhendaja nimi)

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus/Tallinnas/Narvas/Pärnus/Viljandis, 30.04.2014 (kuupäev)