

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

ANDREJ POTRATA

LJUBLJANA 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT
Specialna športna vzgoja
Prilagojena športna vzgoja

SUBJEKTIVNA ZAZNAVA DEJAVNIKOV SOCIALNE OPORE V ČASU POŠKODOVANOSTI PRI VRHUNSKIH IGRALKAH ROKOMETA

DIPLOMSKO DELO

MENTORICA

prof. dr. Mojca Doupona Topič, prof. šp. vzg.,
mag. med. prod.

SOMENTORICA

doc. dr. Marta Bon, prof. šp. vzg.

RECENZENT

prof. dr. Matej Tušak, univ. dipl. psih.

Avtor dela
ANDREJ POTRATA

Ljubljana 2015

ZAHVALA

Ob zaključnem pisanju diplomske naloge se najlepše zahvaljujem mentorici, prof. dr. Mojci Doupona Topič, ki me je skozi temo diplomske naloge usmerjala, vodila in mi svetovala.

Prav tako velja zahvala doc. dr. Marti Bon za vso podporo in spodbudo pri pisanju naloge.

Hvala tudi vsem rokometašicam iz rokometnega kluba Krim in slovenske rokometne reprezentance za sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

Hvala vsem!

Andrej Potrata

KLJUČNE BESEDE: rokomet, poškodbe, socialna opora

Subjektivna zaznava dejavnikov socialne opore v času poškodovanosti pri vrhunskih igralkah rokometu

Andrej Potrata

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2015

Specialna športna vzgoja, prilagojena športna vzgoja

Število strani: 81; Število tabel: 22; Število slik: 11; Število virov: 70; Število prilog: 1

IZVLEČEK:

V nalogi smo proučevali pogostost in značilnosti poškodb vrhunskih rokometaric iz vidika doživljanja socialne opore v času poškodovanosti.

V vzorec (N=51) preizkušank je bilo vključenih 51 vrhunskih rokometaric (26 Slovenk in 25 rokometaric drugih narodnosti). Povprečna starost je znašala 26,3 let. Študija je bila izvedena s spletnim vprašalnikom, podatki obdelani s statističnim programom SPSS.

Ugotovili smo, da je najbolj pogosta poškodba v vrhunskem ženskem rokometu zvin (gležnja in prstov na rokah); največje vplive na potek športne kariere pa imajo poškodbe kolena. V tem primeru rehabilitacija tudi traja najdlje. Občutkov krivde ni zaznati; v glavnem rokometarice ne iščejo zunanjih dejavnikov/krivcev za poškodbo. Rokometarice v času poškodovanosti socialno oporo iščejo in dobijo največkrat pri primarni družini. S strani kluba jim največ pomeni podpora soigralk, nato pa fizioterapevta/maserja, manj trenerja in vodstva kluba. Namen je prispevati k temu, da bi bile poškodovane igralko sprejete in razumljene s strani strokovnega in vodstvenega kadra, po drugi strani pa, da bi tudi v igralkah vzbudili odgovornost za delovanje njihovega telesa, predvsem v smislu preventive pred poškodbami. Vsekakor pa bi veljalo vidike socialne opore podrobneje proučevati tudi v prihodnje.

KEY WORDS: team handball, injuries, social support

Subjective factors perceived social support at the time of injury to the top handball players

Andrej Potrata

University in Ljubljana, Faculty of sports, 2015

Special physical education, adapted physical education

Pages: 81; Tables: 22; Pictures: 11; Sources: 70; Supplements: 1

ABSTRACT

In the assignment we studied the frequency and characteristics of injuries at top female handball players mainly from the point of view of social support at the time of the injury. The research sample (No=51) consisted of 26 Slovenian handball players and 25 handball players of other nationalities. The average age was 26,3 years. The study was conducted with an online questionnaire, data were processed with the statistical program SPSS. We found that the most common injury in top the women's handball are sprains (usually of the ankle and the fingers on the hands). The greatest influence on the course of the sporting career usually have injuries of the knee. In this case also rehabilitation lasts the longest. Guilt is not detectable; in the main, handball players are not looking for external factors for the injury. Handball players at the time of the injury they usually seek and receive social support most frequently in the primary family. Then it's very important the support of other handball players from the club, that means the most to them, follows the support from a physical therapist or masseur, the less important to them is the support from coach and the management of the club.

The purpose of the thesis is to contribute to the fact, that the injured handball players were accepted and understood by the professional leadership and management of the club. On the other hand, we would like with this work to raise the responsibility of handball players for the functioning of their body, particularly in terms of prevention from injuries.

However, it would be necessary to further study the aspects of social support also in the future.

Kazalo

1	Uvod.....	7
2	Predmet, problem in namen dela	10
2.1	Socialna opora.....	10
	Socialne vloge	12
	Elementi socialne opore	13
	Glavne oblike opore	14
2.1.1.	Vzorci v procesih podpore in pomoči	16
2.2	Rokomet.....	21
2.1.1.	Značilnosti rokometne igre	21
2.1.2.	Biološki razvoj in igranje rokometu.....	23
2.1.3.	Ženske in rokomet	30
2.3	Športne poškodbe	35
3	Cilji	39
4	Hipoteze	39
5	Metode dela	40
5.1	Preizkušanci	40
5.2	Pripomočki.....	40
5.3	Postopek	41
6	Rezultati	42
6.1	Narodnost.....	42
6.2	Starost	42
6.3	Stan	43
6.4	Število let treniranja	43
6.5	Značilnosti dosedanjih poškodb glede na število	44
6.6	Analiza poškodb in zaznave občutkov socialne opore.....	48
7	Razprava in zaključek	56
8	Literatura.....	63
9	Priloge	69
9.1	Anketni vprašalnik	69

1 Uvod

Ukvarjanje žensk s športom sega že v antično obdobje, kjer so se ukvarjale s plavanjem, jahanjem, lovile so divjad, niso pa se udeleževale borb in bojev. Na tedanjih Pitijjskih, Istmijskih, Nemejskih in Olimpijskih igrah ženske niso smele tekmovati ali spremljati iger, kazen za nespoštovanje je bila smrt. Ženske so imele svoje igre, ki so bile posvečene Heri in so se imenovale Hereje (Šugman, 1997). Zatonu Grkov je sledil tudi zaton ukvarjanja žensk s športom. V srednjem veku so se ženske udeleževale lova na divjad (Newman, 2015), na dvorih pa so se ukvarjale tudi z igrami za mizo, kot so šah, karte in dama (Costa in Guthrie, 1994).

Danes se ženske veliko ukvarjajo s športom, tudi z najbolj nevarnimi in izpostavljenimi športnimi panogami. Tudi rokomet je iz vidika kompleksnosti in obremenitev na mišično sklepni sistem dokaj zahtevna športna panoga tako za ženske kot za moške. Zaradi anatomskih (širša medenica in širina medkondilarne zareze stegnenice), funkcionalnih in psihičnih specifičnosti, so ženske bolj nagnjene k športnim poškodbam kot moški. Veliko večja možnost za poškodbo prednje križne vezi se pojavi v predmenstrualnem ciklu, kakor ugotavljajo tudi Wojtys, Huston, Lindenfeld, Hewett in Greenfield (1998). Do istih ugotovitev so prišli tudi Arendt, Bershadsky in Agel (2002), kjer so ugotovili precej večji odstotek poškodb na dan pred menstrualnim ciklusom ali nekaj dni po njem. Ne glede na to, da se ženske v športu pogosteje poškodujejo kot moški, je statistično število športnih poškodb večje pri moških, to pa zato, ker se s športom ukvarja večje število moških (Vidmar, 1992). Zaznavanje socialne opore v času poškodovanosti v Sloveniji še ni bilo raziskovano.

Kot navaja skupina avtorjev, (Masten idr., 2014) se večina raziskav s področja športnih poškodb nanaša na specifične značilnosti, ki sprožijo, napovedujejo ali preprečujejo športne poškodbe. Raziskava preučuje možnost napovedovanja uspešnosti rehabilitacije na osnovi psiholoških značilnosti poškodovanih športnikov, in sicer spoprijemanja z bolečino, vedenja v procesu rehabilitacije (SIRBS - Sports Injury Rehabilitation Beliefs Survey), motivacije za rehabilitacijo, tesnobe kot stanja in socialne opore. V raziskavo je bilo vključenih 68 športnikov po operaciji kolena zaradi resne poškodbe, definirane na osnovi izbranega sistema. Rehabilitacijski proces je

trajal en mesec ali šest mesecev. Udeleženci so bili psihološko obravnavani pred procesom rehabilitacije in po njem. Rezultati so pokazali, da je uspešnost rehabilitacije večja, če se pri poškodovancu zmanjša anksioznost in poveča dojemljivost ter se pri njem zazna samoučinkovitost. Le za 10 % športnikov lahko rečemo, da je bila pri njih rehabilitacija res uspešna. Na osnovi raziskave avtorji zaključujejo, da se konstruktivna vedenja, povezana z rehabilitacijo, povezujejo s psihološko rehabilitacijo poškodovanih športnikov.

Klemenc (2014) v raziskavi ugotavlja ali obstajajo razlike in kakšne so te pri psihični rehabilitaciji po poškodbah med športniki, ki se ukvarjajo z individualnimi športi in športniki, ki se ukvarjajo z ekipnimi športi pri motiviranosti za rehabilitacijo, socialni podpori ter pri vrnitvi k tekmovanjem po opravljeni rehabilitaciji. V raziskavo je bilo vključenih 65 športnikov, 30 športnikov individualnih in 35 športnikov ekipnih športov. Ugotovljeno je bilo, da prihaja do razlik pri motiviranosti za rehabilitacijo ter pri socialni podpori, ki so jo deležni poškodovani športniki. Statistično značilne razlike so se pojavile pri vprašanjih o strahu pred izgubo zaupanja trenerja ter pri vprašanju o učenju o športu ob poškodbi. Športnike ekipnih športov je bilo nekoliko bolj strah izgube zaupanja ter so bili mnenja, da so se naučili manj o športu kot športniki individualnih športov. Opazne so tudi razlike pri socialni podpori, kjer je športnike ekipnih športov trener bolj pogosto vključeval v ekipo ter so bili deležni večje spodbude soigralcev, medtem ko so športniki individualnih športov zaznali večje zanimanje družine o njihovem zdravstvenem stanju ter podporo staršev in so svoje težave lažje zaupali partnerjem.

Ob vrnitvi poškodovanih športnikov v trenajni sistem primerjava ni ugotovila statistično značilnih razlik (Klemenc, 2014).

Socialna opora je v splošnem vsota vseh dobrodejnih učinkov, ki pozitivno vplivajo na zdravje in počutje posameznika. Vključuje pomoč pri konkretnih nalogah, vodenju, učenju spretnosti, zagotavljanju materialnih sredstev in socialnih stikih, ki so sami sebi namen in služijo prijetnemu preživljanju prostega časa (Rogelj, Ule in Hlebec, 2004).

Socializacija športnikov zaradi dolgotrajnega ukvarjanja s športom praviloma poteka v športnem okolju, kar posledično pomeni, da se športniki praviloma naučijo

prevzemati le tiste socialne vloge, ki so povezane s športom, prav tako se večji del interakcij dogaja znotraj ozkega, s športom povezanega okolja (Ogilvie in Taylor, 2002; v Cecić Erpič, 2002; Wylleman, Alfermann in Lavalley, 2004).

Manjše število in manjša raznolikost socialnih vlog sta pogosto značilna za vrhunske športnike (Brewer, 1993; v Cecić Erpič, 2002). Murphy (1995; v Cecić Erpič, 2002) pravi, da »na podlagi podanega lahko domnevamo, da so vrhunski športniki inhibirani pri prevzemanju s športom nepovezanih socialnih vlog, kar še posebej pride do izraza v po-športnem življenju«.

Kljub navedbam nekaterih avtorjev o socialni inhibiranosti vrhunskih športnikov, pa šport na drugi strani nudi široke možnosti za socialni razvoj posameznika. Predvsem mladim pomeni šport edinstveno priložnost za spoznavanje vrstnikov, krajev, družbenih pravil in ostalih vrednot, ki prispevajo k izoblikovanju celovite osebnosti.

Uspešnost pri ustvarjanju in vzdrževanju relacij z drugimi lahko še dodatno povečuje kompetentnost športnikov pri vzdrževanju socialnih veščin in tako povratno vpliva na njihovo nagnjenje k družabnosti in jo celo spodbuja. Obratno pa se pri drugih, ki so bolj zadržani in manj družabni, zmanjšajo možnosti za vzpostavljanje in vzdrževanje potencialno opornih vezi z drugimi ljudmi, ki zato tudi nimajo toliko priložnosti za pridobivanje izkušenj v medosebnih odnosih in za razvijanje svojih socialnih veščin.

V diplomskem delu obravnavamo področje poškodb v vrhunskem ženskem rokometu in področje socialne opore v času poškodovanosti. V nalogi je proučevana pogostost pojavljanja in trajanja poškodb ter lokacija poškodb v povezavi z nudenjem socialne opore poškodovanim rokometašicam ob nastopu poškodbe in med njeno rehabilitacijo, s strani medicinskega osebja, družine in strokovnega ter organizacijskega vodstva kluba. Namen dela je informirati odgovorne in pristojne v klubih o pomenu in nujnosti sistematične socialne opore poškodovanim rokometašicam skozi celoten proces okrevanja. Kot navajamo, vidiki socialne opore v vrhunskem rokometu, še niso bili proučevani.

2 Predmet, problem in namen dela

Osnovni namen diplomske naloge je proučiti dejavnike socialne opore v času poškodovanosti. V uvodu začenjamo z opredelitvijo socialne opore, sledi poglavje o rokometu, značilnosti rokometne igre ter obremenjenosti športnika med igro. Posebej pa se posvečamo ženskam v rokometu ter športnim poškodbam. Jedro diplomske naloge sestavlja raziskovalni del, v katerem raziskujemo subjektivno zaznavo dejavnikov socialne opore v času poškodovanosti pri vrhunskih igralkah rokometu.

2.1 Socialna opora

Področje socialne opore spada pod raziskovanje socialnih omrežij. Skozi raziskave (Ganster in Victor, 1988; Hardy in Grace, 1993; Hardy, Richman, in Rosenfeld, 1991; Wiese in Weiss, 1987; Robbins in Rosenfeld, 2001) ugotavljajo, da je socialna opora pomemben dejavnik mentalnega in fizičnega zdravja. Na področju socialne opore raziskujemo strukturo in način delovanja omrežij opore ljudi. Raziskujemo na koga se ljudje obračajo v situacijah, kadar so v stiskah ali stresnih situacijah ter kakšne posledice imajo te interakcije na njihovo zdravje in splošno počutje ter seveda dejavnike, ki na to vplivajo. Kot pomemben kazalec zdravja in dobrega počutja se je izkazala prav socialna opora, saj je nezadostna socialna opora ali negativna interakcija s pomembnimi drugimi lahko vzrok za slabše zdravje in počutje posameznika.

Raziskave kažejo, da je zdravstveno stanje in telesno počutje mogoče bolj zanesljivo predvideti iz posameznikovega dožemanja kvalitete in dosegljivosti socialne opore kakor iz strukturnih karakteristik posameznikovega socialnega omrežja.

To dejstvo je spodbudilo, da je raziskovanje socialne opore začelo z uporabo bolj psihološko usmerjenih pristopov.

Pri socialno psihološkem pristopu je poudarjena predvsem posameznikova izkušnja opore. Za raziskovanje socialne opore so pomembne predvsem emocionalna ter percipirana opora ali kako je posameznik z oporo zadovoljen.

Socialna opora je v kasnejših raziskavah opredeljena kot relativno stabilna osebnostna poteza, ki izhaja iz najzgodnejšega obdobja človeškega življenja (Pierce, Sarason in Sarason, 1997).

Socialno oporo lahko opredelimo kot skupek ugodnih učinkov, ki so blagodejni za posameznikovo zdravje in počutje.

Pri socialni opori gre predvsem za zaščito pred različnimi dejavniki stresa in situacijami, s katerimi se skozi življenje srečujemo. Ko govorimo o socialni opori, v bistvu govorimo o nujenju pomoči pri točno določenih nalogah. Gre za vodenje, učenje spretnosti, zagotavljanje materialnih sredstev ali zgolj zagotavljanju socialnih stikov, katerih namen je prijetno preživljanje prostega časa (Rogelj, Ule in Hlebec, 2004).

Durkheim že leta 1897 v svojem delu Samomor, predstavi osnove za raziskovanje socialne opore. S svojo sociološko študijo dokaže, da lahko premalo socialnih odnosov poveča možnosti za samomor (Haralambos in Holborn, 2001; Hlebec in Kogovšek, 2003).

Natančneje so socialno oporo začeli preučevati Cassel (1976), Caplan (1979) in Cobb (1976), in sicer v pomenu socialne opore kot tiste, ki naj bi varovala pred stresom. Cassel (1976) je za podlago svojih raziskav vzel socialno oporo kot dejavnik protekcije pred stresom ter povratne informacije glede socialne opore, ki so jih podali posamezniki. Predvsem se je osredotočil na najbližje vezi.

Caplan (1979) je svoje raziskave socialne opore prav tako osredotočil na socialno oporo kot dejavnik protekcije pred stresom, ampak je, za razliko od Cassela (1976), ki se omeji zgolj na najbližje vezi, bolj postavljaj v ospredje samo vzajemnost odnosov in bil manj osredotočen na najbližje vezi.

Tudi Cobb (1976) razume socialno oporo kot varovalko, ki nas v stresnih situacijah varuje pred stresom. Pri Cobbu (1976) je socialna opora opredeljena kot neke vrste podatek, ki individuumu omogoča zavedanje ljubljenosti, sprejetosti, spoštovanja in zavedanje dejstva, da je del sistema komuniciranja in vzajemnih obveznosti (Vaux, 1988).

Čeprav so raziskave pokazale, da gre pri socialni opori za kompleksen večrazsežnostni pojem, tudi poznejši raziskovalci postavijo v ospredje emocionalno oporo najpomembnejšega drugega ter jo imajo za najmočnejši dejavnik za blaženje stresa ter njegovega vpliva na zdravje in počutje.

Po Thoitsu (1985, v Sarason & Sarason, 1985) so osnovne socialne potrebe, potrebe posameznika po pripadnosti, varnosti, naklonjenosti in spoštovanju. Tako socialno oporo opredeli kot skupek oseb v omrežju posameznika, ki so zanesljive, da bodo, v primeru, da posameznik potrebuje socialno oporo, mu to oporo tudi nudile. Izpostavlja tudi pomembnost socialnih vlog kot dobrodejnih in nedobrodejnih v primeru, če se v okviru teh vlog pojavijo pomanjkljivosti.

Socialne vloge

Socialne vloge so s stališča posameznika izjemnega pomena, ker mu omogočajo tri nenadomestljiva in eksistenčno pomembna občutja (Kogovšek, 2001):

Preko socialnih vlog pridemo do številnih socialnih identitet, ki nam omogočajo odgovore na osnovna eksistenčna vprašanja, z njimi življenje dobi smisel, individuumu pa zmanjšajo občutek strahu in negotovosti s tem, ko mu zagotovijo občutek varnosti ter umeščenosti.

Thoits (1982) navaja, da je na ravni posameznika bistvo socialne integriranosti, umeščanje v določeno socialno vlogo. Individuum je vpleten v interakcije z drugimi. Pri tovrstnih bolj ali manj urejenih odnosih z drugimi gre za zapleten sistem pravic in dolžnosti, ki so vzajemne in preko njih posameznik dobi občutek pripadnosti. In prav pripadnost je ena osnovnih lastnosti emocionalne opore.

Preko socialnih vlog se oblikuje tudi samospoštovanje.

Socialne vloge so pomembne za oblikovanje samospoštovanja, saj prav skozi njih posamezniki vrednotijo sebe kot kompetentne, pomembne in ljubezni vredne individuum.

V sestavni del opredelitve emocionalne opore pa se štejejo tudi pozitivne ocene individuuma, ki jih podajo drugi.

Drži pa tudi, da so socialne vloge pogojene z določenimi kulturnimi pričakovanji o vedenju. Ko se človek znajde v določeni vlogi, je od njega točno določeno vedenje tudi pričakovano.

V primeru, da posameznik teh pričakovanj ne izpolnjuje, se lahko zgodi, da ga pomembni drugi ne sprejmejo. Ne sprejemanje pa je za posameznika vir stresa, ki lahko privede do občutkov krivde, zaskrbljenosti, obupa in osramočenosti.

V primeru, ko na socialno oporo gledamo z vidika socialnih vlog, moramo biti še posebej pozorni na odnose oziroma socialne vloge, ki veljajo za bližnje in pomembne, kot so starši, bratje, sestre, partner ... Le teh ne smemo kar enačiti z emocionalno oporo, ampak se moramo v odnos poglobiti in podrobno raziskati, kaj je resnično v ozadju. V takih odnosih so namreč lahko v ozadju negativne interakcije. Preveriti pa je potrebno tudi, koliko in kako le te vplivajo na kvantiteto in kvaliteto socialne opore (Thoits, 1982).

Pomembnost socialnih vlog se kaže tudi v tem, da dajejo občutek nadzora nad situacijami. Ta občutek individuum pridobi, če deluje v okviru socialnih vlog.

Če posameznik uspešno obvladuje naloge, ki so vezane na socialne vloge, dobi občutek zadovoljstva, veselja, ponosa, kar vodi do dobrega počutja, zmanjšuje stres in blaži njegove posledice.

Iz navedenega je razvidno, da teoretiki ostajajo pri mnenju, da je osnovni pomen socialne opore v tem, da nas varuje pred stresom (Vaux, 1988). Skozi preučevanja pa opazajo, da gre pri socialni opori za širše področje in da gre pri socialni opori pravzaprav za "interakcijski proces višjega reda" (Kogovšek, 2001).

Elementi socialne opore

Vaux (1988) najbolj celovito opredeli socialno oporo, saj naj bi bila po njem celovit pojem višjega reda, ki ga ena sama definicija ne more zajeti. Vaux (1988) pojmuje socialno oporo kot "kompleksen interakcijski proces med ljudmi". Razdelil jo je na tri elemente, povezane s pomočjo procesov izmenjave in komuniciranja (Vaux, 1988):

- Vir socialne opore predstavlja delček omrežja, kamor se individuum obrne po pomoč.
- Pri obliki socialne opore gre za dejanje z namenom dajanja pomoči samoiniciativno ali preko prošnje za pomoč.
- Pri posameznikovi subjektivni zaznavi socialne opore, posameznik ocenjuje pristnost, zadostnost in kakovost socialne opore. Posameznik tako oceni prejeta socialno pomoč in pokaže, ali je bil namen socialne opore dosežen.

Vaux (1988) obravnava vire socialne opore kot tisto področje socialnega omrežja individuum, ki mu nudi pomoč samoiniciativno ali v primeru, ko dotični individuum prosi zanjo.

Viri pomoči ali opore so lahko obravnavani kot specialisti, h katerim se individuum zateka po pomoč le v točno določenih življenjskih situacijah za specifično vrsto opore. Imamo pa tudi vire opore, ki posamezniku nudijo pomoč v številnih različnih stanjih v življenju in jih lahko jemljemo kot nekakšno stalnico ali stebre pomoči, ki so umevni sami po sebi.

Lahko pa pride do stanja, v katerem se odnosi, ki jih imamo za dober vir opore v določeni situaciji, izkažejo za povsem nezmožne učinkovite opore. Do takih situacij lahko pride v primerih, ko so pomembni viri opore geografsko oddaljeni, v primerih, ko so le ti preveč čustveno vpleteni ali pa stigmatizacije kriznih situacij v določenem obdobju življenja. Oblike socialne opore so torej dejanja pomoči, ki pridejo samoiniciativno ali ob prošnji individuum za pomoč (Vaux, 1988).

Glavne oblike opore

Socialna opora je večrazsežna tvorba, sestavljena z več vrst opor. Različni teoretiki so vrste opor navajali in opredeljevali različno. Potreba po poenotenju je obrodila soglasje, ki je razdelilo socialno oporo v štiri temeljne oblike (Kogovšek, 2001):

- Instrumentalna socialna opora opredeljuje pomoč v materialnem smislu.

- Informacijska socialna opora ponuja informacije, ki posamezniku koristijo pri reševanju stisk.
- Emocionalna opora nudi pomoč posamezniku v stiski, v obliki skrbi, tolaženja in empatije do posameznika v stiski.
- Druženje lahko pojmujeemo socialno oporo, ki se odraža v obliki prijateljskega občasnega druženja.

Oporno vedenje je odvisno od situacij, v katerih se dejanja opore izvajajo, od samega časa znotraj katerega je opora nudena ter oblike opornega dejanja, vrste odnosa med virom, ki oporo nudi in posameznikom, ki jo prejme. Zavedati pa se moramo, da oporno vedenje ni nujno vedno koristno in da imajo oporna dejanja lahko različne dolgoročne in kratkoročne posledice.

Po Vauxu (1988) je glavni kazalec kakovosti zagotavljanja opornih funkcij posameznikova subjektivna zaznava ali ocena socialne opore. V oceni so lahko zajeti različni kriteriji: če je posameznik z oporo zadovoljen, kako se posameznik počuti ob dejstvu, da drugi skrbijo zanj, občutek pripadnosti, spoštovanja, sprejemanja ...

Pri globalni oceni gre za ustreznost posameznikovega omrežja kot celote, ocenjujemo pa lahko tudi bolj specifične odnose ali posamezne dele omrežja, kot so odnosi s partnerjem, sodelavci, prijatelji ter posamezne oblike socialne opore (Vaux, 1988).

Vauxovi trije elementi socialne opore: viri socialne opore, oblike socialne opore in posameznikova subjektivna zaznava socialne opore, že opozorijo na večrazsežnost koncepta socialne opore. Z njimi pokaže, da gre pri preučevanju pojma socialne opore več kot zgolj za zavarovanje pred stresom ali zgolj za skrb za dobro počutje. Pri proučevanju pojma socialne opore je potrebno, poleg zgoraj naštetih elementov, preučevati tudi celovito dinamiko procesov izmenjave in komuniciranja med individuumom in njegovim socialnim okoljem (Vaux, 1988).

Raziskave kažejo, da na oceno socialne opore močno vplivajo tudi osebne poteze prejemnikov, saj je iz primerov razvidno, da ljudje, ki so nagnjeni k negativnemu vrednotenju sebe in svojih izkušenj, napačno dojemajo, ali podcenjujejo ponujeno oporo (Vinokur, Schul in Caplan, 1987). Osebne poteze pa igrajo močno vlogo tudi pri napovedi, na kakšen način bodo posamezniki odgovarjali na vprašanja o socialni opori (Procidano in Heller, 1983; Sarason in Sarason, 1985). Socialne veščine imajo pomembno vlogo v procesu socialne opore. Raziskave so pokazale, da so ljudje z dokaj dobro razvitimi socialnimi veščinami lažje vzdrževali in ohranjali intimne odnose ter pridobili ustrezno oporo (Mitchell v Vaux, 1988). Družina predstavlja pomemben del opore, ki pa lahko v veliki meri spremeni omrežje socialne opore (npr. prekinitev stikov s prijatelji, vstop novih članov v omrežje, rojstvo otroka ...) (Kogovšek, 2001).

Če konkretnije pogledamo v okolje športnika, vidimo, da je le to precej specifično. V športnikovem okolju se združujejo posamezniki, ki imajo podobne interese, vendar se njihove osebne lastnosti in življenjski pogledi v marsičem razlikujejo. To je lepo razvidno pri ekipnih športih, saj so ekipe sestavljene iz različnih osebnosti, ki vsaka zase prispeva h končnemu rezultatu. V ekipi je vsak posameznik hkrati osebnost zase in sestavni del celote. Pri športnikih, ki se ukvarjajo z ekipnimi športi, je pomembno, da imajo bolj poudarjene lastnosti, kot so ekstravertiranost, prilagodljivost, tolerantnost, potrpežljivost in druge, ki omogočajo delovanje v skupini in delovanje same skupine (Tušak, 2003).

Športniki, ki se ukvarjajo z individualnimi športi pa imajo lahko izrazitejše lastnosti, kot sta individualizem in egocentrizem. Struktura omrežji socialne opore in odnosi znotraj njih pa so v veliki meri odvisni od vpliva naštetih lastnosti.

2.1.1. Vzorci v procesih podpore in pomoči

Vsako sodelovanje najmanj dveh oseb pripelje do nekih interakcijskih vzorcev. Ti vzorci so lahko konstruktivni ali pa destruktivni, odvisno od usposobljenosti, znanja in zavedanja obeh oseb. Za učinkovito dajanje podpore in pomoči morajo biti strokovni

delavci ustrezno usposobljeni, da znajo konstruktivni vzorec okrepiti in nadaljevati z istim pristopom. Destruktivni odnos, če do njega pride, pa čim prej spremeniti v konstruktivni.

Glede na interakcije med strokovnim delavcem in športnikom bi lahko vzorce povzeli iz interakcij med strokovnim delavcem in klientom ali v našem primeru športnikom. Da športnik dobi ustrezno podporo je potrebno opredeliti športnikov delež v ne dovolj dobrem odnosu med strokovnim delavcem in športnikom. V nadaljevanju so opisani vzorci interakcij, ki jih izzove športnik in kako naj bi strokovni delavec reagiral (Bouwkamp, 2013).

2.1.1.1 Vzorci, ki jih izzove športnik

Športnik kot jezen, impulziven otrok.

Športnik postavlja zahteve. Strokovnemu delavcu predpisuje, kaj naj naredi in česa ne sme. Hitro se razburi, če se ne izvaja to, kar on želi. V takem primeru je potrebno, da je strokovni delavec usmerjen tako k športnikovemu kot k lastnemu dobremu počutju. Strokovni delavec mora biti kot ljubeč starš, ki postavlja meje.

Športnik kot priden, prilagojen otrok.

Športnik je odvisen in poslušen. Vse, kar mu strokovni delavec ukaže, naredi brez ugovarjanja. Strokovni delavec mora športnika pripraviti do tega, da začne sam razmišljati o procesu rehabilitacije.

Športnik kot užaljen otrok.

Športnik se vidi kot žrtev drugih ali žrtev okoliščin. Vzroki problemov so vedno zunaj njega, prav tako rešitve. Sam se počuti nemočno, da bi kaj spremenil. Strokovni delavec poskuša v taki situaciji razložiti, da brez športnikove spremembe ni možen napredek.

Športnik kot zastrašen otrok.

Športnik se počuti krivega za vse, se ponižuje, zanemarja in ima slabo mnenje o sebi. Ne upa se postaviti zase, ne zavzame pozicije, ki mu pripada. Ne upa si zavzeti prostora in se skriva, če strokovni delavec zavzame močno pozicijo. Strokovni delavec v tem primeru posluša športnika in mu poskuša pokazati, da so stari vzorci tisti, ki ga ovirajo pri napredovanju.

Športnik kot izgubljen otrok.

Športnik je čustveno odcepljen od okolja in ne vidi povezave med problemi, ki jih imajo z njim drugi in s svojim vedenjem. Od nobenega ne pričakuje ničesar in pogosto išče zadovoljitev v sredstvih, ki so lahko dostopna. Strokovni delavec mora pri takem športniku vzbuditi zanimanje za njegovo pomoč.

Športnik kot težaven otrok.

Športnik kaže zelo spremenljivo vedenje. Iz zelo dejavnega, ki zelo ceni strokovnega delavca, se v trenutku spremeni v uporneža, ki vidi strokovnega delavca kot nesposobneža. Športnik je ranljiv, prestrašen in žalosten, od strokovnega delavca pa si želi skrbi in pozornosti. Strokovni delavec mora biti pozoren in skrben do športnika, vendar pa mu mora postaviti meje, do katerih lahko gre.

Športnik kot nestabilen otrok.

Športnik o vsem dvomi, nagnjen je k strahovom, tuhtanju in skrbi. Ne upa se lotiti novih stvari, ker vidi v njih nevarnosti. Strokovni delavec mora športniku prisluhniti in ga pripraviti do tega, da spremeni vzorec stališč »ja-ampak« v stališče »ne-ker« in s tem sooči športnika z dejstvom, da vedno reče ne.

Niso pa samo športniki problem pri dajanju pomoči. Včasih se zgodi, da zaradi nepravilnega reagiranja strokovnega delavca, športnik ne dobi pomoči v taki obliki, ki bi njemu pomagala iz stiske. Da bi strokovni delavec kar najbolj uspešno zagotovil ustrezno podporo športniku, mora ustrezno reagirati in ovrednotiti situacijo, zmožnosti in potrebe. Po raziskavah Millerja, Hubbla in Duncana (2007) je najpomembnejše pri uspešni podpori in pomoči, da je strokovni delavec v svoji drž

prožen in ima paletu različnih zmožnosti. Velikokrat se ob neuspešni podpori išče vzrok v športniku.

2.1.1.2 Vzorci, ki jih izzove strokovni delavec

Vzorci, ki jih izzove posamezni strokovni delavec so raznoliki; v nekaterih primerih so bolj enoznačni, pogosto pa gre za splet vplivov. Za potrebe pričujoče študije vzorce povzemamo pa raziskavah Millerja, Hubbla in Duncana (2007):

Strokovni delavec kot popustljiv starš.

Strokovni delavec posluša zahteve športnika in jih izpolnjuje. Sam ne zavzame svoje pozicije. S takim pristopom ugodno deluje na športnika, ki je v vzorcu negotovega, odvisnega in prilagojenega otroka. Neugodno pa je tako obnašanje pri športniku, ki je jezen, težaven, užaljen ali izgubljen otrok.

Strokovni delavec kot razumevajoč starš.

Strokovni delavec predvsem nudi podporo športniku s tem, da ga razume. Športnik pa vodi proces podpore in pomoči. Ugodno je za športnika, ki se nikoli ni počutil videnega in razumljenega, negativno vpliva pa na destruktivnega športnika.

Strokovni delavec kot zaščitniški starš.

S tem, ko je strokovni delavec preveč zaščitniški, lahko škoduje športniku, ker ne dobi novih pozitivnih izkušenj. Strokovni delavec po navadi vidi v športniku samo šibkost, ne pa njegove skrite moči.

Strokovni delavec kot zahteven, avtoritaren starš.

Strokovni delavec od športnika že pričakuje, da bo vse naredil pravilno. Pogost se zgodi, da športnik zaradi takega odnosa strokovnega delavca prekine sodelovanje, ker obupa. Strokovni delavec pa opiše takšnega športnika kot neučljivega.

Strokovni delavec kot kaznujoč starš.

Strokovni delavec za vsako nepravilnost sooči športnika in mu da kazen. Tak odgovor je ugoden za športnika, ki se izogiba odgovornostim in je prepričan, da so vedno krivi drugi.

Strokovni delavec kot nasilen starš.

Nasilno ravnanje strokovnega delavca pri športniku samo še okrepi njegovo vedenje.

Strokovni delavec kot zanemarjajoč starš.

Strokovni delavec je distanciran od športnika, vidi v njem le športnikov problem, ne gleda pa na športnikov problem, kot na skupek množice dejavnikov.

Strokovni delavec kot selektiven starš.

Strokovni delavec se zavzame le za del športnikovega sistema. S tem selektivno nudi pomoč in podporo, kar pa ni koristno za športnika.

Strokovni delavec kot nedosleden starš.

Strokovni delavec daje športniku jasna navodila, smernice in sprejema dogovore. Če pa se športnik ne drži dogovora, ga s tem ne sooči. To je primerno le pri športnikih, ki do sebe postavljajo zelo visoka merila.

Strokovni delavec kot nezanesljiv starš.

S tem, ko strokovni delavec deluje toplo-hladno, vzbudi pri športniku negotovost. Športnik se stalno sprašuje, ali ga strokovni delavec sliši, ali ga razume. Pogosto se zgodi, da, dokler je športnik po godu strokovnemu delavcu, je do njega pozitiven, v trenutku, ko ga razočara pa ga pusti, da se znajde sam.

Shumaker in Brownell, (1984) sta socialno pomoč opisala kot izmenjavo sredstev med ponudnikom in prejemnikom, ki se izmenjave lahko zavedata ali ne, v obeh primerih pa je njen namen izboljšati blaginjo prejemnika. Po tej definiciji pa izhaja dejstvo, da se glede na prejeto socialno oporo lahko tudi nič ne spremeni pri prejemniku, ker opore ne zazna.

2.2 Rokomet

Rokomet označujemo kot atraktivno in dinamično moštveno športno igro, ki je priljubljena v različnih starostnih skupinah pri obeh spolih. Glede priljubljenosti in udejstvovanja spada rokomet na zgornjo polovico lestvice, tako v svetu in kot v Sloveniji (Plesec, 2001). Kako priljubljen je rokomet, nam lepo pokaže obiskanost rokometnih tekem na finalnem turnirju četverice v Ligi prvakov, ki poteka v nemškem mestu Köln, kjer se v dveh dneh zbere okrog 40.000 gledalcev.

2.1.1. Značilnosti rokometne igre

Rokomet spada med polistrukturne kompleksne moštvene športe. Značilnosti rokometne igre so hitre spremembe smeri, neposreden kontakt igralcev in gibanje z velikimi amplitudami v sklepih (Šibila, 2004). V rokometu so dovoljeni kontakti med igralci. Obrambni igralec lahko zaustavi napadalca z žogo tako, da ga prime s pokrčenimi rokami in nadzira njegovo gibanje ("Rokometna pravila", 2015). Ta element je mogoče videti le še pri ameriškem nogometu in rugbyju. Rokomet je hitra in dinamična igra z velikimi obremenitvami, saj gre pri tem športu za tek z različnimi hitrostmi in načini gibanj. Sama uspešnost v igri pa ni odvisna samo od posameznikov samih, temveč tudi od izbora in izvedbe rokometnih elementov v posamezni igralni situaciji (Šibila, 1989). Rokomet zahteva veliko pospeševanja, sprememb smeri, skokov, obratov in strelav, zato marajo biti rokometarji dobro kondicijsko pripravljeni. Glede na energetske procese spada med anaerobno-aerobne športe, ki pa se zaradi vse večje potrebe po čim hitrejši igri, spreminja v fosfogeni anaerobni šport. Analiza tekme, ki jo je predstavila Bon (2001) je pokazala naslednje obremenitve:

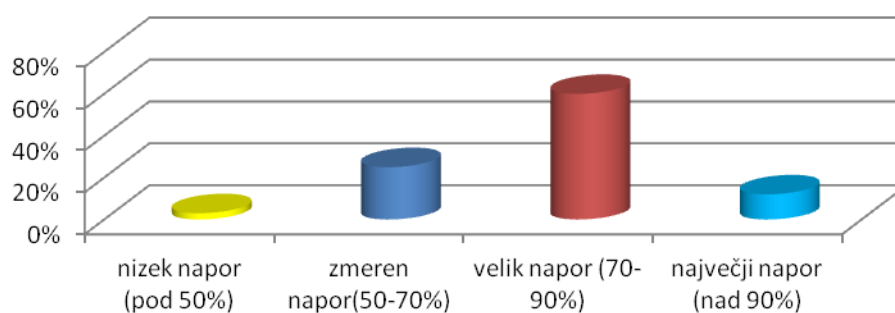
4000 – 6000 m (skupne razdalje), od tega:

- 37 % (1500 m) – hoja,
- 31 % (1700 m) – počasni tek,
- 25 % (1400 m) – hiter tek,
- 7 % (600 m) – šprint, od tega:
- 10 % šprintov (68 m dolgi; povprečno vsakih 50 sekund),

- 16 skokov,
- 270 sprememb smeri.

Kar se tiče pa napora med tekmo sta prišla Bon (2001) in Pori (2005) do podobnih ugotovitev:

- % – nizek napor,
- 25 % – srednji / zmeren napor,
- 60 % – velik napor,
- 12 % – največji napor,
- povprečna frekvenca srca od 140-160 ud/min,
- vsebnost laktata v krvi med 3-8 mmol/l.



Slika 1. Deleži napora med rokometno tekmo (Pori, 2005).

Analiza moške rokometne igre, ki je temeljila na petih zaporednih evropskih prvenstvih od leta 2002 do 2010, je pokazala bistveno hitrejšo igro. Še posebej je viden preskok igre po letu 2002. Na prvem evropskem prvenstvu leta 1994 na Portugalskem, so v povprečju ekipe dosegle 47,5 golov na tekmo. Leta 2002 pa je v povprečju ena ekipa zadela 26,1 krat in imela 53,7 napadov. Že na naslednjem prvenstvu leta 2004, ki se je igralo v Sloveniji, pa so ekipe zadele po 28,5 golov in imele po 58,8 napadov (Šibila, Bon, Mohorič in Pori, 2011). Igralci morajo imeti tudi širok spekter tehnično-taktičnih sposobnosti in spretnosti (Luzar, 2010). Podajamo sodobni model igre, ki ga predstavljajo Šibila, Bon in Pori (2006):

- V vseh fazah morajo biti natančno določene in razdelane igralne vloge, ki so prostorsko, časovno in situacijsko opredeljene.

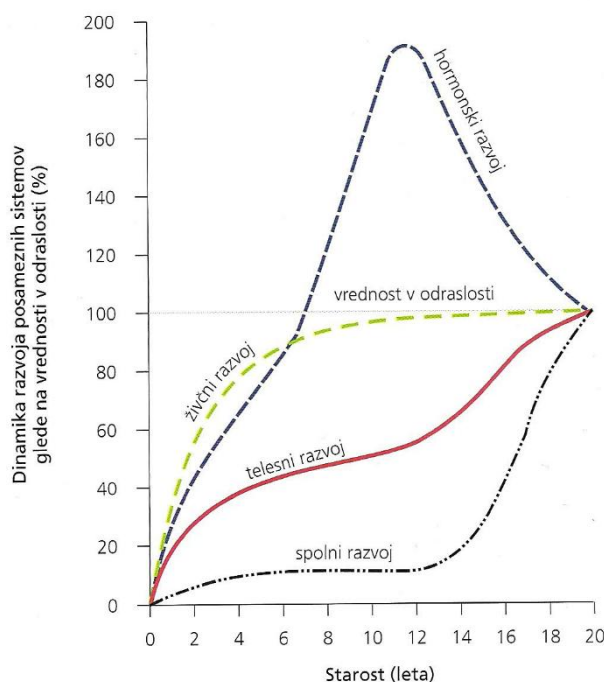
- Univerzalnost ob sočasni specializaciji igralcev. Specializacija brez univerzalnosti v sodobnem modelu igre ni več mogoča, ker se lahko igralec znajde v številnih situacijah, na različnih igralnih mestih, jih mora znati ustrezno reševati situacijo, ne glede na njegovo načeloma opredeljeno vlogo in igralno mesto.
- Prenos težišča igre v napadu na različne oblike protinapada (igra po vsem igrišču).
- Krajši čas igre v napadu.
- Vključevanje igre nad vratarjevim prostorom pri pripravi zaključka napada in pri zaključku napada.
- Pri igri v napadu vedno več igre brez žoge.
- Prenos težišča igre v obrambi na učinkovito vračanje v obrambo in igro v globokih konskih formacijah.

Za dosego celostnega napredka rokometaša je potrebno načrtovano in sistematično vključevanje ter prepletanje kondicijske vadbe s tehnično-taktičnimi elementi rokometne igre (Luzar, 2010). Dinamičnost in nepredvidljivost igre pa ugodno vplivata na priljubljenost športne discipline med gledalci, kar se kaže v visoki gledanosti te športne discipline. Prav značilnosti rokometne igre, kot so nepričakovane situacije, zunanje motnje gibanja in skrajni položaji telesnih segmentov, so vzroki za tako številne poškodbe, ki jih je nemogoče preprečiti, saj je narava rokometna nepredvidljiva (Strojnik in Šarabon, 2003).

2.1.2. Biološki razvoj in igranje rokometna

Pri biološkem razvoju gre za spreminjanje človeka, za proces, ki otroka pripelje v odraslega (Malina in Bouchard, 1991). Je obdobje rasti, v katerem se dogajajo zapleteni procesi celičnih delitev, celice se množijo in začnejo diferencirati. Pri biološkem razvoju se dogajajo spremembe na ravni celega telesa in te je mogoče tudi izmeriti. Pri procesu zorenja pa gre za bolj za kvalitativne spremembe, ki posamezniku omogočajo napredek k višji stopnji delovanja in to, da odraste. Iz

navedenega je razvidno, da sta čas otroštva in odrasčanja najbolj nemirni življenjski obdobji, v katerih potekata procesa rasti in zorenja (Škof in Kalan, 2007).

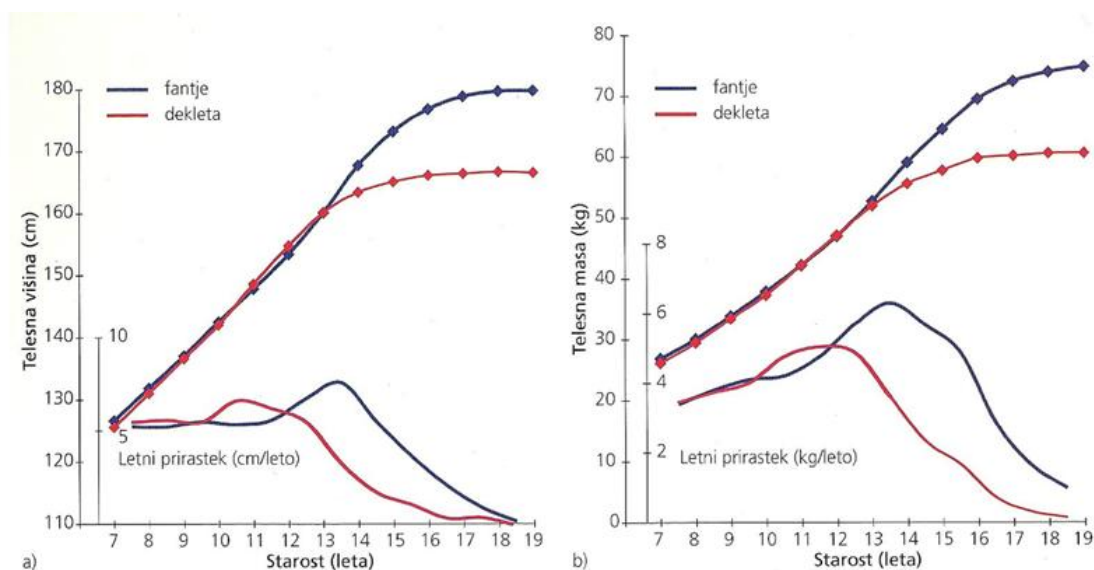


Slika 2. Scamonov model razvoja posameznih bioloških sistemov. Opredeljeni so: telesni in somatski razvoj, spolni razvoj, razvoj živčnega sistema in razvoj hormonskega sistema (prirejeno po Malina, Bouchard in Bar-Or, 2004, z dovoljenjem Human Kinetics, v Škof in Kalan, 2007).

S puberteto nastopi obdobje adolescence. V otroškem obdobju do pubertete je rast pretežno umirjena. Gre za obdobje, v katerem ni večjih razlik med deklicami in dečki v deležih nemaščobne telesne mase, kostne mase in mase maščobnega tkiva. Puberteta to obdobje prekine in privede do velikih morfoloških, fizioloških in vedenjskih sprememb.

Hormonske žleze začnejo s povečanim delovanjem, kar pospeši rast in spolno zorenje. Razlike med dekleti in fanti se začnejo večati tudi znotraj isto starih skupin. Z vidika športa je zanimiv podatek, da boljše športne rezultate dosegajo dečki, ki prehitujejo svoj biološki razvoj in so hkrati močnejši in gibalno sposobnejši. Prav nasprotno pa se dogaja z dekleti. Raziskave kažejo, da so deklice, ki so zamujale v telesnem in spolnem razvoju dosegale boljše motorične rezultate in bile tako uspešnejše v športu kakor vrstnice z zgodnjim zorenjem.

Če pogledamo po obdobjih, traja predpuberteta pri deklicah od 10. do 12. leta, pri fantih pa od 12. do 14. leta. Gre za dveletno obdobje izjemno hitre rasti, ki jo lahko primerjamo celo z obdobjem rasti v prvih dveh letih življenja. Kot smo že omenili, je čas pubertete tisti, ki naredi največje razlike med dekleti in fanti. Deklicam se začne odstotek maščobnega tkiva povečevati za približno 1 % letno, pri dečkih pa se ta odstotek začne zmanjševati v povprečju za 0,5 % na leto. Za obdobje pubertete je tako najbolj značilna izjemno hitra telesna rast, ki jo imenujemo tudi pubertetni sunek in pa spolni razvoj, ki ga povzroči nemiren odziv hormonskega sistema.



Slika 3. Telesna višina a) in telesna masa b) pri slovenskih otrocih in mladostnikih od 7. do 19. leta starosti (Škof in Kalan, 2007).

Puberteta nastopi kot posledica povečanega delovanja endokrinega sistema. Povečanje delovanja sproži gonadoliberin, imenovan tudi sproščevalni hormon, ki ga označujemo s kratico GnRH. Gre za dekaeptidni hormon, ki ga izloča hipotalamus. V literature zasledimo več teorij o tem, kako naj bi se sprožil proces pubertete. Najbolj verjetna je, da je sprememba delovanja hormonalnih žlez odvisna od kritične telesne teže (Elbing, 2005, v Škof in Kalan, 2007) ali količine maščobnega tkiva, saj številne raziskave kažejo, da je za začetek procesa pubertete potreben leptin ali peptini hormon, ki ga izločajo maščobne celice (Brooks, Fahey, White in Baldwin, 2000; Styne 2001, v Škof in Kalan, 2007). Prav zadostna količina leptina je tista, ki je potrebna za izločanje hipotalamičnih sproščujočih hormonov iz hipotalamičnih nevronov (Luzar, 2010).

2.2.1.1 RAZLIKA MED KOLEDARSKO (KRONOLOŠKO) IN BIOLOŠKO STAROSTJO

Posledice velikih bioloških razlik so vsakodnevno prisotne v športnem procesu. Tako se trenerji srečujejo z razlikami v zunanjih telesnih merah, upoštevati pa morajo tudi razlike v učinkovitosti funkcionalnih sistemov. In prav zato je za trenerja in športnega pedagoga zelo pomembno, da pozna kronološko in biološko starost športnika oziroma učenca. Pri ocenjevanju stopnje procesa biološkega zorenja otroka je potrebno vzeti v zakup, da koledarska ali kronološka starost ni ravno dober kriterij, ter da se proces biološkega zorenja ne sklada nujno s koledarsko ali kronološko starostjo. V obdobju pubertete lahko le ta variira od tri pa do večletne razvojne razlike. Zakaj pa je pravzaprav pomembno, da je trener oziroma športni pedagog seznanjen s temi razlikami? Poznavanje in upoštevanje razlik pri športnem delovanju lahko prepreči poškodbe in razna bolezenska stanja, hkrati pa tudi zmanjša možnosti, da bi pri mladih zaradi nepoznavanja razlik povzročili odpor do športnega udejstvovanja (Luzar, 2010).

Pri določanju biološke starosti, torej telesnega in spolnega razvoja, se lahko zanašamo samo na dokaj natančno oceno, ki jo pridobimo na osnovi različnih postopkov in metod, ne moremo pa je natančno izmeriti.

Za določanje kronološke ali koledarske starosti se danes uporabljajo predvsem spodaj naštetе metode:

- metoda ocenjevanja kostne ali skeletne starosti, ki bazira na osnovi stopnje osifikacije dolgih kosti,
- metoda ocenjevanja stopnje spolne zrelosti se opira na Tannerjevo metodo, po kateri je spolni razvoj razdeljen v pet razvojnih stopenj,
- metoda ocenjevanja stopnje telesnega razvoja,
- ter metoda ocenjevanja razvitosti zob (Škof in Kalan, 2007).

2.2.1.2 KONSTITUCIJSKI TIPI

Sheldon navaja (v Škof in Kalan, 2007) tri konstitucijske tipe:

- mezomorfni konstitucijski tip, pri katerem dominira mišično in kostno tkivo,
- ektomorfni konstitucijski tip, ki ga opredeljuje vitka postava z izjemno malo maščobnega tkiva,
- ter endomorfni konstitucijski tip, pri katerem zasledimo povečano prisotnost maščobnega podkožnega tkiva.

Hošek in Pavlin (1983, v Bon, 1998) ugotavljata, da ima mezomorfija ali morfološka struktura telesa, pozitiven vpliv na silo pri rokometašu pri izmetu žoge ali drugače, mezomorfija ima pozitiven vpliva na absolutno eksplozivno moč modelirano z rokometno tehniko.

Z aspekta pospešene telesne rasti pri različnih konstitucijskih tipih, lahko oceno časovnice in amplitude biološkega razvoja povzamemo v naslednje ugotovitve:

- ektomorfni tip otroka običajno dlje časa odrašča, kar pomeni, da pospešena rast nastopi kasneje in traja dlje,
- pri endomorfem tipu otroka običajno zelo zgodaj izbruhne telesna rast. Ta v razponu prirastka telesne višine ni tako izrazita in je relativno kratkotrajna,
- mezomorfni tip otroka ima zelo izrazit izbruh telesne rasti, ki pa ni prav zgođen (povzeto po Škof in Kalan, 2007).

2.2.1.3 Vpliv treniranja rokometna na motorični razvoj

Skozi rokometno igro otrok ponavlja zelo podobne gibe tistim, naravnim oblikam gibanja in skozi rokometno igro pravzaprav zgolj nadgrajuje motorične vzorce iz otroštva, ko je skozi igro metal igrače, žoge ter se z njimi rokoval in igral, ter tako preko igre kakor kasneje v rokometu vključeval celo telo. Rokomet je relativno visoko energetsko zahteven in raznolik, saj se skozi rokometno igro namreč izmenjujejo aerobni in anaerobni procesi. Iz navedenega lahko razberemo, da rokomet pozitivno

vpliva na telo, razvoj in motoriko otroka, močan pozitiven vpliv pa ima tudi na psiho-socialni razvoj tako posameznika kot skupine (Šibila, Bon in Kuželj, 1999).

Za roket lahko rečemo, da pozitivno vpliva na razvoj skoraj vseh človeških lastnosti, sposobnosti in značilnosti. S študijami so pozitiven vpliv rokometazaznali na razvoj skeletnega mišičevja, dihalni in srčno-žilni sistem, aerobno-anaerobne ter presnovne sposobnosti in tudi psihične značilnosti posameznika, saj so le ti skozi igro utrjevali pozitivne vedenjske vzorce do nasprotnikov, soigralcev, sodnikov in samega sebe. Prav tako lahko potrdimo, da se skozi rokometno igro razvijajo tudi različne oblike mišljenja ter sposobnosti hitrega reševanja problemskih situacij (Šibila idr., 2006).

Rokomet pa nima močnega vpliva samo na psihične in motorične sposobnosti, ampak tudi na morfološke značilnosti rokometashev. Zaradi specifičnosti vadbe in same igre, prihaja do tako imenovane mišic in posledično zmanjševanja odvečne podkožne tolšče. Sklepajo pa, da bi roket utegnil do določene mere pozitivno vplivati tudi na druge morfološke razsežnosti, ki so v večini genetsko določene (vzdolžne in prečne razsežnosti) (Šibila, 2004).

Za vsak šport je značilna posebna morfološka struktura in tudi rokometashi posebno, značilno prav za njih, ki bo opisana v nadaljevanju.

2.2.1.4 Vpliv treniranja rokometaz na morfološke značilnosti

Različne raziskave s področja morfoloških razsežnosti športnikov rokometashev so pokazale, da rokometashi odstopajo od drugih športnikov po robustnejši postavi ter močnejši konstituciji, saj imajo zelo veliko mišične mase in zelo malo mastnega tkiva.

Pomembnejše morfološke razsežnosti z vidika uspešnosti v rokometu so telesna višina in dolžina posameznih telesnih segmentov rokometashev, saj tudi dolžine ekstremitet pomembno vplivajo na uspešnost v rokometni igri. Poleg telesne višine in dolžine ekstremitet, pa na uspešnost pomembno vplivajo tudi premeri rok in nog, za

katere je zaželeno, da so bolj izraženi, zaradi velikih obremenjujočih sil na sklepe, do katerih pride ob strelah na vrata, ob hitrih gibih in nenadnih spremembah smeri gibanja rokometaša. Prav tako morajo biti ustrezno izraženi tudi obsegi telesa, predvsem obseg mišic nog, ki so pomembne za eksplozivnost oziroma začetne pospeške gibanja, ter telesna masa. Pri telesni masi je dobro paziti, da gre za mišično maso, ki jo rokometaš potrebuje, in ne za premočno izraženo podkožno maščevje, saj le to rokometašu predstavlja zgolj nepotrebni balast, ki ga pri igranju celo ovira (Bon, 1998).

2.2.1.5 Vpliv igranja in treniranja rokometa na motorične sposobnosti rokometašev

Pri analizah rokometne igre ugotavljamo, da so rokometaši vedno v nekem gibanju. To gibanje je lahko tek s spremembami smeri in hitrosti ali brez teh sprememb. Na rokometnem igrišču lahko zaznamo vsa gibanja, od počasnega teka do silovitega sprinta, visokih skokov, različnih doskokov in odzivov ter čvrstih dvobojev v neposrednem kontaktu z nasprotnikom. Rokomet je šport, pri katerem se razvija celo telo, spodnje in zgornje okončine. Na pozitiven razvoj in krepitev miškulature nog ugodno vplivajo ponavljajoči se kratki hitri teki, nenadna zaustavljanja, hitre spremembe smeri gibanja, veliko število skokov ter gibanja v "preži". Ramensko miškulaturo, mišice rok, dlani in prstov ter ostale večje mišice in mišične skupine pa krepi metanje in lovljenje žoge, padanje in vstajanje, zapiranje poti nasprotniku s telesom ter izkoriščanje moči v obrambi. Rokomet je resnično šport, ki razvija in krepi celo telo, hkrati pa za doseganje dobrih rezultatov od rokometaša zahteva, da ima ustrezno razvite vse gibalne sposobnosti (Šibila, 2004).

Igranje rokometa krepi eksplozivno in elastično moč mišic nog, rok in ramenskega obroča, pripomore k večji agilnosti, razvija hitrost gibanja ter povečuje gibljivost predvsem ramenskega in kolčnega obroča (Šibila idr., 2006).

Iz navedenega lahko sklepamo, da je predpogoj za izkoriščanje ostalih dejavnikov, ki so pomembni za uspešnost posameznega igralca to, da ustrezno razvije osnovne motorične sposobnosti in njihove pojavne oblike.

2.2.1.6 Vpliv igranja in treniranja rokometu na energijske ali presnovne procese rokometašev

Pri rokometu gre tudi za specifično pridobivanje energije med igro, ki se ustvarja s pomočjo kombinacije aerobno-anaerobnega tipa presnove energetskih snovi.

Raziskave obremenitev, tipičnih za roket so iz športno medicinskega vidika pokazale, da se v energetsko oskrbo organizma vključujejo vsi trije mehanizmi energetske obnove. Anaerobno alaktatna moč in kapaciteta prevladujeta pri kratkih sprintih, pravih in lažnih strelah ter hitrih spremembah smeri gibanja. Dobro razvito anaerobno laktatno kapaciteto pa zahtevajo dolgi napadi in telesni kontakt z nasprotnikom ter hitri prehodi iz napada v obrambo, ki se med tekmo konstantno ponavljajo. Pri igri in vadbi rokometu pa je potrebna tudi dobro razvita splošna aerobna vzdržljivost, ki jo zahteva veliko število supramaksimalnih in maksimalnih obremenitev. Splošna aerobna vzdržljivost pa je pomembna tudi zato, ker bistveno pripomore k skrajšanju časa počitka, kar je osnovni pogoj za rokometaše, če želijo dlje časa uspešno igrati (Šibila, 2004).

2.1.3. Ženske in roket

Predhodnica ženskega rokometu je bila hazena. Izhaja iz Češke in v prevodu hazeti pomeni vreči. Začetki hazene, predhodnice današnjega rokometu, se začnejo okrog leta 1905 na Češkem. 1911 je bila hazena sprejeta, kot šport s strani Češkega olimpijskega odbora. Pred prvo svetovno vojno se je hazena prenesla tudi v Rusijo, kjer so jo imenovali handbol. V času prve svetovne vojne pa je hazena stagnirala. Takoj po koncu vojne pa so bila napisana nova pravila, ki jih je napisal Jaro Trantina. Leta 1921 je bila ustanovljena mednarodna federacija ženskih športov in hazena je

bila sprejeta vanjo. Med leti 1923 in 1924 so bile odigrane prve mednarodne tekme. V Pragi so leta 1930 pod okriljem Svetovnih športnih iger žena, bile odigrane prve svetovne igre v hazeni, kjer je zmagala Češkoslovaške proti Jugoslaviji. Že na naslednjih igrah v Londonu leta 1934, pa je zmagala ekipa Jugoslavije nad Češkoslovaško. V ekipi sta bili prisotni tudi dve Slovenki, in sicer Fanči Bernik iz ekipe Antena in Anica Oman iz Ilirije. Mednarodna federacija ženskih športnih iger je bila leta 1935 ukinjena, kar je vplivalo na razvoj hazene in celotnega ženskega športa. Hazena je med drugo svetovno vojno predstavljala upor proti takratnemu nemškemu okupatorju.

V Sloveniji je bila prva ekipa hazene organizirana pod okriljem ŠK Ilirija leta 1920. Ekipe so se ustanovile še v Ljubljani (Antena), v Mariboru (1.SSK Maribor) in v Rakeku leta 1926 so ustanovili moštvo Javornik. Po drugi svetovni vojni so se ustanovljala nova moštva v hazeni po celi Evropi. Pri nas je zanimanje za hazeno zamrlo leta 1953 in vse bolj se uveljavi roket. Na Poljskem in v Rusiji so igrali hazeno še v osemdesetih letih, trenutno pa jo igrajo le na Češkem, kjer imajo vsakoletna tekmovanja ("Hazena", 2015).

Hazeno se je igralo na prostem, na pravokotnem igrišču z merami od 48 do 51 m v dolžino in od 30 do 34 m v širino. Igrišče je bilo razdeljeno v tri cone. V obrambni coni so bili golman in branilka, v srednji coni sta bili dve pomočnici in v napadalni coni tri napadalke. Razlika med današnjim roketom je bila v tem, da je bila dovoljena podaja soigralki le, če je bila ta vsaj 2 m stran. Nedovoljen je bil tudi met na gol iz vratarjevega prostora. Posebnost je še v tem, da je bilo dovoljeno le dvakrat udariti z žogo v tla ("Hazena", 2015).

Igra in modeli igralk roket se v preteklosti in dandanes popolnoma razlikujejo. Danes se velik del priprav namenja kondicijskemu treningu, fizionomija igralk danes izgleda povsem drugače, kot npr. v času igranja hazene, ki je začetnica roket (Slike spodaj). Seveda pa sta telesna konstitucija in sama telesna priprava v močni povezanosti z možnostmi pojava različnih poškodb.

Slikovna ponazoritev razlike v roketu:



Slika 4. Igralke Hazene iz društva Mura iz leta 1920 (povzeto po F. Maučec, 1992, v Bon, 2001).



Slika 5. Ekipe Ljubljanske Svobode iz 50. let (Bon, 1999).



Slika 6. Rokometašice RK Krim Mercator v sezoni 2014/2015 po treningu borilnih veščin (foto: M. Bon).

Prehod rokometu z zunanjih betonskih ali celo peščenih igrišč na parket je vnesel v roket veliko več strelav s padci, kar je značilno predvsem za strele s kril. Sodobna

igra zahteva razmislek o boljšem izkoristku agilnosti in večji hitrosti gibanja, da bi se povečala varnost ob morebitnih padcih. Na hitrost igre so močno vplivale spremembe in dopolnitve nekaterih pravil v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, predvsem omejevanje časa napada s pravilom pasivne igre in sprememba pravila začetnega meta. Prav s pravilom začetnega meta so omogočili, da ekipa, ki je prejela zadetek, takoj izvede začetni met s sredine igrišča, ne da bi čakala, da se nasprotnik vrne na svojo polovico. To je zelo povečalo aciklično in ciklično obremenjenost igralcev. Pravila so spremenila tudi število igralcev v ekipi od 12 na 14, oziroma 16, kar je dobro, saj omogoča več možnosti za porazdelitev igralnega časa in posledično višjo intenzivnost igre, hkrati pa možnost, da je obremenjenost igralcev lahko bolj razpršena. Vse to je, v kombinaciji s konstantnim napredkom športnih znanosti, ki omogočajo vedno boljše funkcionalne sposobnosti igralcev, zelo povečalo dinamiko v igri. Strokovnjaki so ugotovili (Šibila idr, 2011), da:

- igralci več in hitreje tečejo,
- vedno več je novih ali izpopolnjenih tehničnih in taktičnih elementov,
- večje je povprečno število napadov in zadetkov,
- manj je izgubljenega časa, ko se v igri nič ne dogaja.

V igri so se tako pojavile nove zahteve po uspešnosti, tako z vidika tehnično-taktičnega znanja igralcev, kot z vidika motoričnih sposobnosti in fizične priprave. V zadnjih letih ugotavljajmo, da hitrost igre še vedno napreduje. To lahko razberemo iz povprečnega števila napadov na tekmah, ki še vedno narašča, čeprav povečanje v zadnjih letih ni več tako izrazito kot v prejšnjem desetletju. Vse to povečevanje obremenitev pa predstavlja potencialno možnost za nastanek poškodbe.

Glavne področja, v katerih se ženski rokomet razlikuje od moškega, so fizične, koordinacijske, kognitivne in emocionalne zmožnosti (Marczinka, 2012).

Po Merczinku (2012) so moški v povprečju večji za 10-12 cm, težji za 10-13 kg, ude imajo daljše za 5 cm. Pri ženskah je odstotek mišične mase manjši (28-39%), odstotek maščobne mase pa večji (32-28%). Zaradi tega so moški hitrejši. Poleg telesnih mer se ženske razlikujejo tudi v moči, ki je obsega le 2/3 moške. Zaradi daljšega trupa in krajših udov imajo ženske tudi manjši vzvod, s katerim delujejo na žogo.

Razlike v koordinaciji izhajajo iz centra za koordinacijo, ki je v temenskem predelu velikih možganov. Razvitost tega predela se kaže v sposobnosti prostorskega videnja, prostorske zaznave, matematičnega in logičnega razmišljanja. Ženski možgani dobro rešujejo probleme, kjer je treba poiskati manjkajoče dele, zato so boljše v reševanju mozaik igrice. Ženske imajo od moških slabšo koordinacijo oči z udi in oči z žogo (Marcinka, 2012).

Skozi evolucijo so se ženski in moški možgani drugače razvili. Ženski možgani imajo boljšo povezavo med levo in desno hemisfero in zaradi tega so bolj fleksibilni pri reševanju problemov. Zaradi specializacije možganov žensk, ki so v preteklosti morale paziti na nevarnost, nabirati hrano in skrbeti za dom, se je bolj razvil periferni vid, da so spremljale čim večjo površino. Pri moških, ki so pa bili zadolženi le za ulov divjadi, se je razvil tunnelski vid. Moški možgani sprejemajo zvok le v levo polovico možganov, za razliko od ženskih, pri katerih ga sprejemajo obe polovici zaradi česar lahko opravljajo več stvari hkrati. Ženska ekipa porabi 2 krat več časa, da se nauči koreografije kot moška ekipa. Center za govor je bolj razvit pri ženskah in se zaradi tega lažje naučijo jezika, bolje uporabljajo materni jezik in 3 krat več govorijo kot moški. Zaradi različnega delovanja možganov so ženske bolj odprte do okolja, se hitreje povežejo v družbo in skupaj rešujejo probleme. Za doseganje uspeha je pri ženskah pomembno, da vedo razlog zakaj delajo določeno nalogo (Marczinka, 2012).

Splošno velja tudi, da so ženske bolj družabne od moških. Pri navezovanju prijateljstev je najvažnejše sočutje in empatija. V ženski ekipi je vodja tista igralka, ki je najbolj povezana z vsemi. Za razliko od moških ženske postanejo prej užaljene in dalj časa držijo zamero, prav tako so bolj občutljive na kritiko. Veliko bolj pa spoštujejo avtoriteto. Skozi evolucijski razvoj so morale biti ženske bolj pozorne na zunanje okolje in to se kaže tudi danes v športu. Za ženske je zelo pomembno, v kakšni dvorani trenirajo, kakšne so garderobe, tuši, čistoča objekta in še veliko ostalih stvari, ki jih pa moški športniki niti ne zaznajo.

Ženske imajo več receptorjev za bolečino v telesu kot moški in zaradi tega je prag bolečine nižji, po drugi strani pa ženske bolje prenašajo bolečino in bolezni. Merczinka navaja, da je število športnih poškodb pri deklicah mlajših od 15 let 3 krat

več kot pri fantih iste starosti. Od 16. leta dalje pa se pogostost poškodb počasi spreminja, in sicer, se fantje vedno pogosteje poškodujejo. Med starostjo 31. do 35. leta pa se moški 5 krat pogosteje poškodujejo kot ženske. Pogostost poškodbe križne vezi pa je 8 krat večja pri ženskah. Glavni vzrok za to navaja Merczink (2012) širšo medenico in zaradi tega večjo možnost za X-položaj nog in s tem drugačno biomehaniko kolena. Arendt, Agel in Dick (1999) so prišli do podobnih ugotovitev pri preučevanju razlik med moškimi in ženskimi igralci nogometa in košarke, ko so ugotavljali pogostost poškodbe prednje križne vezi.

2.3 Športne poškodbe

Športne poškodbe delimo na pet večjih sklopov, in sicer glede na mehanizem poškodovanja, pogostost poškodbe, resnost poškodbe, anatomsko strukturo in časovni nastanek. Glede na mehanizem poškodovanja ločimo akutne in preobremenitvene športne poškodbe. Akutne športne poškodbe nastanejo nenadno. Delimo jih na kontaktne, kjer se poškodba zgodi zaradi stika z drugim sodelujočim igralcem ali predmetom (npr. žogo) in nekontaktne poškodbe, do katerih navadno pride zaradi nenadne spremembe. Lahko gre za spremembo smeri, zaustavitev, doskok, pospeševanje ... (Borko, 2007). Preobremenitvene poškodbe ali okvare pa nastajajo postopoma in so posledica pogostih, dlje časa trajajočih velikih obremenitev, ki vsakič pustijo mikropoškodbo. Te poškodbe pa počasi privedejo do stopnje, ko športnik ne more več nadaljevati treningov. Najpogosteje govorimo o degenerativnih spremembah na kitah, narastiščih kit, sklepah, kosteh in mišicah (Borko, 2007).

Skandinavski raziskovalci (Myklebust idr., 2003) so ugotovili, da predstavljajo športne poškodbe 10–19 % vseh poškodb, ki jih obravnavajo na urgencah bolnišnic. V Ameriki je letno 17 milijonov poškodb zaradi športa (Heil, 1993), kar 8 od 10 športnikov pa se poškoduje v času šolanja na srednji šoli in univerzi (Henderson & Carroll, 1993). Vidmar (1992) pa ugotavlja, da športne poškodbe predstavljajo od 5 do 15 % vseh poškodb prebivalstva.

Tudi slovenski strokovnjaki (Dervišević in Hadžić, 2005) so prišli do rezultata, da je leta 2005 imelo kar 77 % športnikov neko poškodbo. Med najpogostejše poškodbe spadajo poškodbe spodnjih okončin ter skočnega in kolenskega sklepa. Prav številnost in pogostost poškodb ter stroški, povezani z njihovo sanacijo, pa so botrovali temu, da se je v zadnjih letih povečalo število študij, ki raziskujejo vrste ter vzroke poškodb in ponujajo preventivne ukrepe za zmanjševanje le teh. Medicinska literatura razkriva številna dejstva, nova dognanja in metode, ki pa se žal slabo prenašajo v prakso, zato menim, da je treba bolj težiti k ozaveščanju o preventivi tako medicinskega osebja kakor vodilnih v klubih in ne nazadnje športnikov samih.

Vsaka poškodba izzove pri športniku reakcijo, ki je od posameznika do posameznika različno intenzivna, povezana pa je z resnostjo poškodbe, s podporo socialnega okolja, z motivacijo po kvalitetni rehabilitaciji in hitri vrnitvi v trenažni sistem, predvsem pa je odvisna od osebnosti športnika. Športna poškodba izzove pri športniku stresno situacijo, kar ugotavljajo (Heil, 1993; Leddy, Lambert, & Ogles, 1994; McDonald & Hardy, 1990) v svojih raziskavah. Poškodovani športnik občuti napetost, zmedenost, sovražnost, osamljenost, strah, razdražljivost in anksioznost (Leddy et al., 1994; Macchi & Crossman, 1996; Udry, Gould, Bridges, & Beck, 1997). Nezanemarljivo je tudi občutje izoliranosti in odtujenosti od svojih soigralcev in športa (Mainwaring, 1999), povečana depresivnost in jeza ter zmanjšanje vitalnosti (Smith idr., 1993). Veliko športnikov je občutilo krivdo, da so ob poškodbi pustili ekipo na cedilu, nekateri pa so se počutili celo ignorirane s strani soigralcev in trenerjev (Petitpas & Danish, 1995). Poškodba ne vpliva le na športnikovo fizično počutje in čustveno ravnovesje, temveč se odraža tudi na samopodobi, samospoštovanju, sistemu prepričanja, vrednotah in obveznostih (Danish, 1986).

Raziskave so pokazale, da na hitrost in kvaliteto rehabilitacije močno vpliva pozitivna naravnost športnika, saj pozitivno naravnani športniki hitreje prestanejo obdobje rehabilitacije. Žal pa tudi pri dobro rehabilitiranih športnikih ostane strah pred ponovitvijo poškodbe, kar povečuje tesnobo, živčnost ali zaskrbljenost ob prvem ponovnem tekmovalnem nastopu (Tušak, M. in M., 2003).

Športne poškodbe lahko razdelimo na akutne in kronične. Za akutno športno poškodbo je značilno enkratno delovanje sile, ki povzroči takšne anatomske spremembe pri športniku, da je nadaljnje ukvarjanje s športno aktivnostjo močno ovirano ali povsem onemogočeno. Kronične poškodbe imenujemo tudi okvare ali preobremenitveni sindromi. Le-te so posledica večkratnega delovanja manjših sil na isti del telesa v različnih časovnih intervalih, kar končno pripelje do takšnih sprememb, ki onemogočijo športno aktivnost (Dervišević, 2006).

Glede na težo poškodbe ločimo (Vidmar, 1992):

- najtežje – smrtne športne poškodbe, te se končajo s smrtjo takoj po poškodbi ali kasneje;
- težje športne poškodbe, ki se lahko končajo s trajno invalidnostjo ali nesposobnostjo za šport, s katerim se je do poškodbe ukvarjal športnik;
- pri srednje težkih športnih pošodbah invalidnost sicer ne nastane, pojavi pa se daljša nesposobnost za delo in šport;
- lahke športne poškodbe opisujemo kot kratkotrajno nesposobnost za delo in šport;
- neznatne športne poškodbe pa opredeljujejo stanja, ko gre za kratkotrajno zmanjšanje sposobnosti za delo in šport.

Poškodbe lahko razvrstimo glede na segment telesa (po Čajavec in sod., 2006):

- Poškodba glave,
- poškodba trupa,
- poškodba kolena,
- poškodba rame,...

Naslednji način deljenja poškodb je glede na poškodbo tkiva v telesu:

- Poškodba kosti,
- poškodba mišic,
- poškodba tetiv,
- poškodba vezi,...

Lahko pa poškodbe delimo tudi glede na resnost poškodbe, ki je odvisna od sile delovanja na telo (primer na ravni mišice):

- Nateg mišice,
- natrganje mišice,
- pretrganje mišice.

Poškodbe lahko delimo tudi glede na stopnjo poškodbe (primer na poškodbi gležnja):

- Poškodba I. stopnje,
- poškodba II. stopnje,
- poškodba III. stopnje.

Poznamo pa tudi delitev glede na to, koliko časa je potrebno, da se simptomi poškodbe pokažejo (primer na ravni hrustanca):

- Fisura hrustanca,
- artroza hrustanca.

Poškodbe lahko nastanejo zaradi nenadnih, močnih, sunkovitih in nekoordiniranih mišičnih gibov (notranji dejavniki) ali zaradi udarcev predmetov ali oseb (zunANJI dejavniki) (Čajavec in sod., 2006).

Vsak poškodovani različno dojema občutke in drugače vrednoti socialno oporo v trenutku, ko se poškodba zgodi, v času okrevanja in v času po poškodbi. Preučevanje teh subjektivnih občutij socialne opore je bil tudi osnovni cilj mojega raziskovanja.

Kot študijski primer je izbran vzorec iz populacije vrhunskih rokometašic, ki igrajo na ravni vrhunškega rokometu (v državni reprezentanci oz. v Ligi prvakinj).

3 Cilji

Osnovni cilj študije je ugotoviti, kako vrhunske rokometašice doživljajo nekatere vidike socialne opore, in sicer v trenutku, ko se poškodba zgodi in kasneje v času rehabilitacije.

4 Hipoteze

Postavili smo naslednje hipoteze:

H1: Najpogostejša poškodba pri vrhunskih rokometašicah so zvini.

H2: Najdaljšo odsotnost iz sistema treningov in tekmovalj pri vrhunskih rokometašicah pomeni poškodba kolena.

H3: Glavna opora v času poškodovanosti s strani kluba je klubski fizioterapevt/maser.

H4: Igralke v času poškodovanosti najbolj zaznavajo socialno oporo družine in jim tudi največ pomeni.

H5: Poškodovana igralka se čuti krivo, da ne more več pomagati soigralkam.

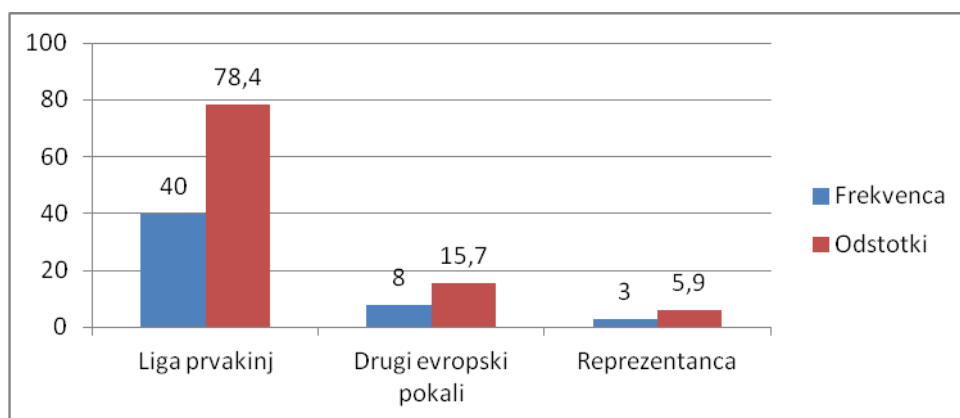
H6: Leta treniranja vplivajo na pojavljanje poškodbe kolena.

H7: Več kot polovico igralk je zaradi poškodbe izpustila pomembno tekmo.

5 Metode dela

5.1 Preizkušanci

Raziskavo smo izvedeli s pomočjo ankete, na katero so odgovorile igralkе rokometā (No=51), ki imajo status vrhunskih športnic po kategorizaciji Olimpijskega komiteja Slovenije. Zajete so vrhunske igralkе (48) rokometā, ki so v sezoni 2014/15 igrale v enem izmed evropskih rokometnih pokalov in so hkrati tudi reprezentantke ene izmed evropskih držav in tri, ki igrajo (samo) državno prvenstvo in so reprezentantke.



Slika 7. Raven igranja

5.2 Pripomočki

Raziskavo smo izvedeli s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je prirejen anketni vprašalnik ERAIQ (Emotional Responses of Athletes to Injury Questionnaire), razviden iz Priloge 1. Za igralkе, ki ne razumejo slovenskega jezika (t.i. tujke) je vprašalnik preveden v angleški jezik (prevod: Andrej Potrata).

Vzorec zajema 39 spremenljivk, od tega je 29 vprašanj obveznih, na zadnjih 10 pa se odgovarja po želji. Anketni vprašalnik obsega tri sklope vprašanj. Prvi del vprašalnika je namenjen ugotavljanju socio-demografskih značilnosti preizkušancev (spol, starost, dosednji klubi). Z drugim sklopom ugotavljamo, kako poškodba nastane (v času ogrevanja, na tekmi, na treningu) in v tretjem sklopu pa rokometāšice subjektivno ocenijo doživljanje socialne opore (za eno (prvo) poškodbo je bilo potrebno obvezno odgovoriti, za drugo poškodbo pa po želji).

5.3 Postopek

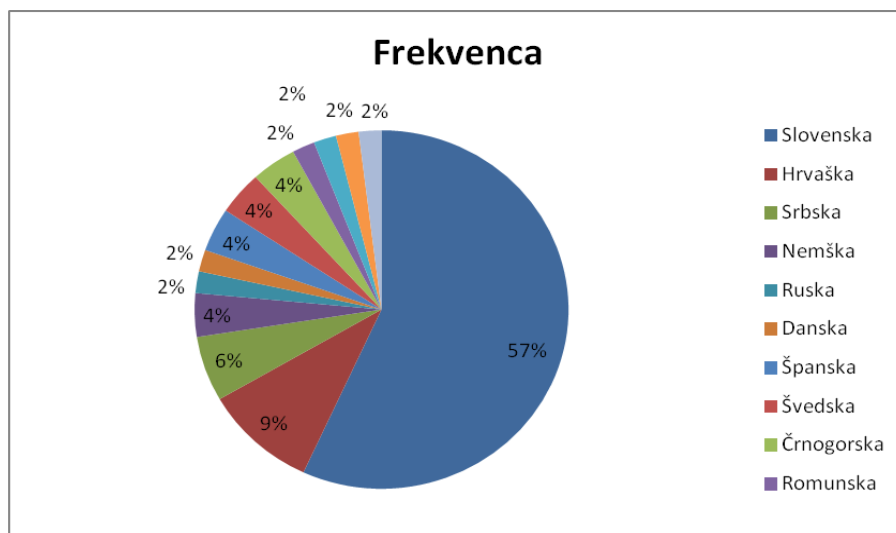
Za zbiranje informacij smo uporabili metodo spletnega anketiranja. Anketirane igralke so bile seznanjene z namenom raziskave ter z dejstvom, da bodo rezultati ankete uporabljeni zgolj v raziskovalne namene.

Statistična analiza podatkov je bila narejena v programu SPSS – 20 za Windows (CHI 2, kjer je možno oz. smiselno). Dobljeni podatki so podrobneje predstavljeni z opisno statistiko in grafi.

Uvodoma obravnavamo socio-demografske značilnosti (vprašanja o starosti, nacionalnosti, stanu, količini spanja dnevno, kako zdravo se jim zdi njihovo življenje in koliko let že trenirajo). V nadaljevanju uporabljamo 5 stopenjsko lestvico (ne-) strinjanja ob navedbah občutkov v času poškodbe in v času rehabilitacije.

6 Rezultati

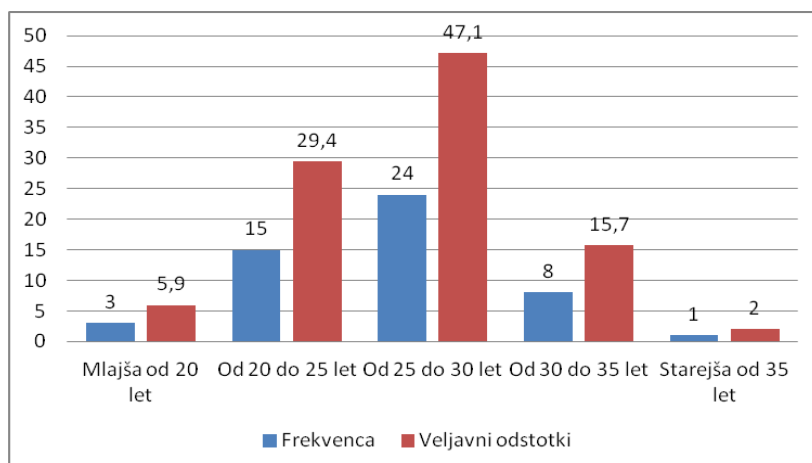
6.1 Narodnost



Slika 8. Narodnost

V vzorec je zajetih 51 igralk rokometu, od tega 29 Slovenk in 22 tujk različnih narodnosti. Če gledamo vzorec na mednarodni ravni, je skoraj enako število tujk, kot domačih igralk.

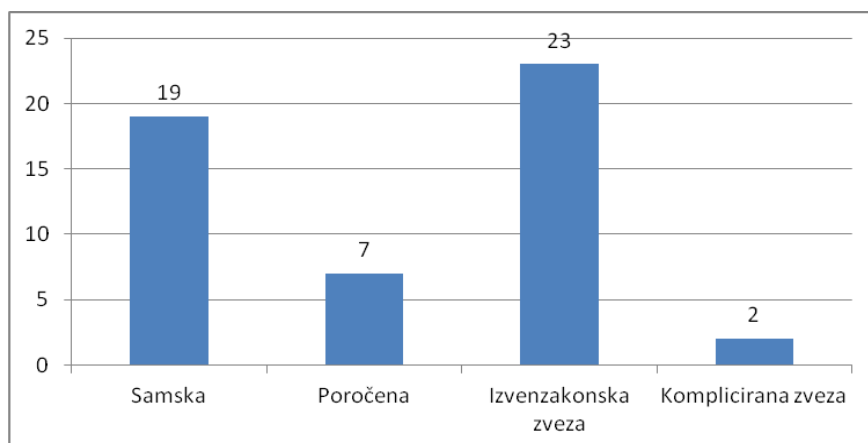
6.2 Starost



Slika 9. Starost

Povprečna starost igralk je 26,3 leta. Najstarejša igralka je bila stara 38 let, najmlajši pa sta bili stari 19 let. Skoraj polovica (47,1 %) igralk je starih od 25 do 30 let in več kot 2/3 (76,5 %) je starih od 20 do 30 let.

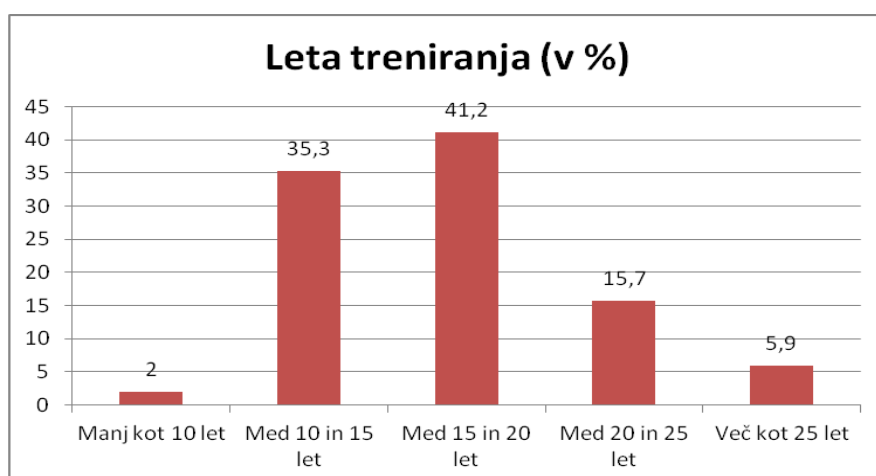
6.3 Stan



Slika 10. Stan

Več kot polovica anketiranih igralk živi v partnerski zvezi. Od tega jih je 13,7 % poročenih, druge (45,1 %), pa živijo v izvenzakonski zvezi, dobra tretjina (37,3 %) igralk je samskih. Dve (3,9 %) navajata, da sta v komplicirani zvezi.

6.4 Število let treniranja



Slika 11. Število let treniranja

Večina igralk začne organizirano in redno trenirati (vsaj 3 krat na teden) že pri devetem letu. Pred tem so nekatere vključene v mini rokomet ali druge športne aktivnosti.

Anketirane igralk v večini (76,5 %) trenirajo med 10 in 20 let. Leta treniranja so večinoma vezana na starost igralk.

6.5 Značilnosti dosedanjih poškodb glede na število

Rezultate prikazujemo skladno z zastavljenimi vprašanji.

1. Koliko dni ste bili v zadnji tekmovalni sezoni bolni ali poškodovani?

Tabela 1

Bolne/poškodovane v pretekli sezoni

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nič dni	6	11,76
Od 1 dan do 7 dni	11	21,57
Od 2 do 4 tedne	15	29,41
Od 1 do 4 mesece	14	27,45
Več kot 4 mesece	5	9,80
Skupaj	51	100,0

Trajanje bolezni in poškodb so enakomerno razporejene čez vse možne odgovore.

Največ 29,41 %, jih je bilo poškodovanih 2 do 4 tednov.

2. Koliko dni ste morali zaradi bolezni ali poškodbe ležati doma v postelji?

Tabela 2

Število dni v postelji

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nič dni	18	35,29
Od 1 do 7 dni	23	45,10
Od 1 do 2 tedna	8	15,69
Od 2 do 4 tedne	1	1,96
Več kot 1 mesec	1	1,96
Skupaj	51	100,0

V Tabeli 2 vidimo, da je največji delež anketirank (45,10 %) moralo zaradi poškodbe počivati teden dni. 35,29 % anketirank pa ni bila v postelji zaradi bolezni ali poškodbe.

3. Koliko dni ste morali biti v bolnišnici zaradi bolezni ali poškodbe?

Tabela 3

Število dni v bolnici

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nič dni	41	80,39
1 dan	4	7,84
2 dni	2	3,92
Od 2 do 7 dni	3	5,88
Več kot 1 teden	1	1,96
Skupaj	51	100,0

Zaradi poškodbe ni bilo treba bivati v bolnišnici 80,39 % anketiranim igralkam.

4. Koliko dni treninga ste zaradi bolezni ali poškodb zamudili v preteklem letu?

Tabela 4

Število dni brez treninga

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nič dni	7	13,72
Od 1 do 7 dni	15	29,41
Od 1 do 4 tedne	15	29,41
Od 1 do 4 mesece	11	21,57
Več kot 4 mesece	3	5,88
Skupaj	51	100,0

Samo 7 igralk ni izpustilo nobenega treninga. Trening je za enega do štirih tednov izpustilo več kot polovica anketiranih igralk (58,82 %).

5. Ali ste zaradi poškodbe ali bolezni izpustili kako pomembno tekmo?

Tabela 5

Izpustitev tekme

	Frekvenca	Odstotki (%)
Da	29	56,86
Ne	22	43,14
Skupaj	51	100,0

Več kot polovica anketiranih igralk (56,86 %) je morala izpustiti pomembno tekmo zaradi poškodbe ali bolezni.

6. Število dni hospitalizacij zaradi športnih poškodb.

Tabela 6

Število dni hospitalizacij zaradi poškodbe

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nikoli	20	39,22
Enkrat	12	23,53
Dvakrat	9	17,65
Trikrat	4	7,84
Več kot trikrat	6	11,76
Skupaj	51	100,0

Zaradi poškodbe ni bila še nikoli hospitalizirana dobra tretjina igralk (39,22 %). Več kot trikrat je bilo hospitaliziranih 11,76 % anketiranih igralk.

7. Kolikokrat ste že bili operirani?

Tabela 7

Število operacij

	Frekvenca	Odstotki (%)
Nikoli	20	39,22
Enkrat	17	33,33
Dvakrat	8	15,69
Trikrat	5	9,80
Več kot trikrat	1	1,96
Skupaj	51	100,0

Večina anketirank igralk še nikoli ni imela operacije (39,22 %), trikrat je imelo operacijo 9,80 % anketirank, več kot trikrat pa ena igralka (1,96 %).

8. Kako zdrav se vam na splošno zdi vaš način življenja?

Tabela 8

Kako zdrav način življenja

	Frekvenca	Odstotki (%)
Zelo nezdravo	/	/
Nezdravo	1	1,96
Niti niti	9	17,65
Zdravo	32	62,74
Zelo zdravo	9	17,65
Skupaj	51	100,0

Večini anketirank (62,74 %) se njihov način življenja zdi zdrav. Mnenja, da nezdravo živi, pa je ena igralka.

9. Ali imate sklenjeno nezgodno zavarovanje?

Tabela 9

Nezgodno zavarovanje

	Frekvenca	Odstotki (%)
Sklenjeno	50	98,04
Brez	1	1,96
Skupaj	51	100,0

Vse anketirane igralk (98,04 %) razen ene imajo sklenjeno nezgodno zavarovanje.

10. Če DA izberi kdo te zavaruje?

Tabela 10

Kdo zavaruje anketirane igralk

	Frekvenca		Odstotki (%)	
	Da	Ne	Da	Ne
Sama	39	12	76,47	23,53
Klub	24	27	47,06	52,94
Reprezentanca	8	43	15,69	84,31

Večina (76,47 %) anketirank je nezgodno zavarovanje sklenilo samostojno, 47,06 % klub, 15,69 % pa reprezentanca.

6.6 Analiza poškodb in zaznave občutkov socialne opore

Tabela 11

Katere poškodbe ste imeli v športni karieri? (možnih je bilo več odgovorov)

	Da		Ne	
	Frekvenca	Odstotki (%)	Frekvenca	Odstotki (%)
Zvit gleženj	44	86,27	7	13,72
Zvit prst	26	50,98	25	49,02
Zlomljen prst	18	35,29	33	64,71
Zlom kosti	9	17,65	42	82,35
Strgana prednja križna vez	18	35,29	33	64,71
Strgana zadnja križna vez	1	1,96	50	98,04
Strgana/natrgana stranska vez	14	27,45	37	72,55
Poškodba meniskusa	12	23,53	39	76,47
Poškodba rame	13	25,49	38	74,51
Druge poškodbe	11	21,57	40	78,43

V rokometu že izkustveno vemo, da so najbolj izrazite in najbolj značilne poškodbe kolena. Pod termin »poškodbe kolena« (88,23 % vseh vprašanih) se uvrščajo naslednje poškodbe: strgana prednja križna vez, strgana zadnja križna vez, strgana/natrgana stranska vez in poškodbe meniskusa. Največ rokometasčic je v času trajanja športne kariere utrpela sicer zvin gležnja (86,27 %) in zvin prsta (50,98 %), vendar te poškodbe nimajo tako dolgotrajnih in drastičnih posledic na kariero.

Tabela 12

Najhujša poškodba v karieri

Vrsta poškodbe	Frekvenca	Odstotki (%)
Brez poškodbe	1	1,96
Zvin gležnja	13	25,49
Zvin prsta	1	1,96
Zlom prsta	6	11,76
Strgana prednja križna vez	11	21,57
Zlom drugih kosti	4	7,84
Poškodba rame	5	9,80
Natrgana/strgana mišica	7	13,72
Poškodba meniskusa/hrustanca	3	5,88
Skupaj	51	100,0

Strgano prednjo križno vez je kot najhujšo poškodbo v času športne poti navedlo 21,57 % anketiranih rokometašic, več od tega jih je izbralo le zvin gležnja (25,49 %), poškodbo meniskusa/hrustanca pa je navedlo 5,88 % anketirank.

a) Strgana prednja/zadnja križna vez

Tabela 13

Podatki o številu let treniranja in o poškodbah strgane prednje/zadnje križne vezi

Št. let treniranja	Strgana prednja križna vez		Strgana zadnja križna vez	
	Da	Ne	Da	Ne
Manj kot 10 let	0	1	0	1
Med 10 in 14 let	4	14	4	14
Med 15 in 19 let	9	12	9	12
Med 20 in 25 let	4	4	4	4
Več kot 25 let	1	2	1	2
Skupaj	18	33	18	33

Iz Tabele 13 vidimo, da je največ poškodb prednje in zadnje križne vezi pri anketirankah, ki trenirajo med 15 in 19 let (50,0 %).

Tabela 14

Hi-kvadrat test prednja križna vez/ število let treniranja

	χ^2	df	P
Pearson Chi-Square	3,181(a)	4	0,528
Likelihood Ratio	3,562	4	0,468
Linear-by-Linear Association	1,763	1	0,184
N of Valid Cases	51		

Legenda: χ^2 – vrednost hi-kvadrata; df – stopnja prostosti; P – raven statistične pomembnosti

Tabela 15

Hi-kvadrat test zadnja križna vez/ število let treniranja

	χ^2	df	P
Pearson Chi-Square	1,870(a)	4	0,760
Likelihood Ratio	2,120	4	0,714
Linear-by-Linear Association	0,962	1	0,327
N of Valid Cases	51		

Legenda: χ^2 – vrednost hi-kvadrata; df – stopnja prostosti; P – raven statistične pomembnosti

Izvedli smo tudi Hi-kvadrat test za preizkus hipoteze neodvisnosti, ki nam pove, ali obstaja statistično pomembna soodvisnost med dvema spremenljivkama (poškodba kolena in leta treniranja) in ugotovili, da ne obstaja statistično pomembna odvisnost med poškodbo prednje križne ($hi=0,528$) vezi ter zadnje križne ($hi=0,760$) vezi ter leti treniranja. Tudi v praksi poznamo ogromno primerov, da so se igralke poškodovale še zelo mlade ali pa kasneje v karieri, ko so bile že izkušene igralke z vrsto leti usmerjenega treninga za seboj. Iz sveta vrhunškega ženskega rokometu so tudi primeri igralk, ki so imele poškodbo in operacijo na obeh kolenih, nekatere tudi večkrat.

6.6.1.1 Analiza občutkov ob poškodbi

Igralke so na petstopenjski lestvici od: (1) sploh se ne strinjam, do zelo se strinjam (5), vrednotile občutke v času poškodbe, v uri, ko se je poškodba zgodila.

Tabela 16

Občutki ob poškodbi

	N	Mini.	Maks.	M	SD
zelo bolelo	51	1	5	3,94	1,256
smilila sebi	51	1	5	2,31	1,407
ne more pomagati	51	1	5	3,63	1,341
posledica slabega treninga	51	1	5	1,63	1,199
posledica slabih priprav	51	1	5	1,55	1,101
nasprotnica poškodovala	51	1	5	1,80	1,470
soigralka poškodovala	51	1	5	1,39	1,060
posledica slabe bandaže	51	1	5	1,22	0,832
posledica slabega ogrevanja	51	1	5	1,71	1,238
sama in nemočna	51	1	5	1,98	1,378
krivo zaradi kluba	51	1	5	2,02	1,086
slabo zaradi igralk	51	1	5	3,00	1,428
starši/prijatelji razočarani	51	1	5	1,92	1,440
pomislila na nič	51	1	5	2,63	1,536
zanimalo moje zdravje	51	1	5	3,65	1,354
čimprej igrati	51	1	5	4,61	0,918

Igralke imajo v spominu in svojem zavedanju predvsem občutek, da jih je bolelo, pa tudi jezo. Jezo lahko gledamo preko naslednjih odgovorov: *“Jezna sem bila zaradi vzroka poškodbe. Gojila sem negativna čustva do tistih, ki lahko igrajo. Gojila sem negativna čustva do tistih, za katere sem menila, da so bili (so-)krivi za mojo poškodbo”*.

Tabela 17

Občutki jeze in negativnih čustev ob poškodbi

	N	Mini.	Maks.	M	SD
jezna zaradi vzroka	51	1	5	3,69	1,319
negativna čustva do soigralk	51	1	4	1,22	0,642
negativna čustva do krivcev	51	1	5	1,29	0,729

Da so bile ob poškodbi jezne, so se v večini strinjale. Niso pa bile jezne na soigralke ali na tiste, ki bi posredno lahko bili krivci za poškodbo.

Tabela 18

Prikaz vrednotenja občutkov

	N	Mini.	Maks.	M	SD
smilila sebi	51	1	5	2,31	1,407
ne more pomagati	51	1	5	3,63	1,341
starši/prijatelji razočarani	51	1	5	1,92	1,440

Ugotovili smo, da se igralka v večini niso smilile same sebe, prav tako jih ni bilo strah pred razočaranjem.

Depresijo lahko gledamo preko vprašanja: *Smilila sem se sama sebi.*

Strah pa lahko vidimo v vprašanjih: *Pomislila sem, da ne bom mogla pomagati ekipi.*

Pomislila sem, da bodo starši in /ali prijatelji razočarani, ker ne bom igrala.

Tabela 19

Prikaz občutkov o lastnem položaju v klubu ob poškodbi

	N	Mini.	Maks.	M	SD
sama in nemočna (tako po poškodbi)	51	1	5	1,98	1,378
sama in nemočna (med okrevanjem)	51	1	4	1,78	1,026
krivo zaradi kluba	51	1	5	2,02	1,086
slabo zaradi igralk	51	1	5	3,00	1,428

Igralke so dokaj rahlo zaznale občutke osamljenosti takoj po poškodbi in tudi med okrevanjem. Generalno ne navajajo občutkov krivde do kluba, bolj zaradi soigralk (3,0), manj pa zaradi strokovnega kadra.

Igralke po drugi strani navajajo, da so bile po poškodbi motivirane, da bi se prek treninga/dela čim prej vrnile na igrišče, kar kažejo odgovori k katerih večina navaja, da so se želele čim prej vrniti na igrišče.

6.6.1.2 Ocena vrednotenja vzrokov za poškodbo

Z vprašalnikom smo ugotavljali, ali so igralkle videle vzroke za poškodbo v zunanjih dejavnikih (v trenažnem procesu, v pripravi na trening, »bandaže«) .

Tabela 20

Ocena vzrokov poškodbe

	N	Mini.	Maks.	M	SD
posledica slabega treninga	51	1	5	1,63	1,199
posledica slabih priprav	51	1	5	1,55	1,101
posledica slabe bandaže	51	1	5	1,22	0,832
posledica slabega ogrevanja	51	1	5	1,71	1,238

Na osnovi rezultatov lahko sklepamo, da igralkle generalno ne iščejo vzrokov v zunanjih dejavnikih. Navedeni razlogi za poškodbo so se jim zdeli neutemeljeni in se poškodovane igralkle niso strinjale z njimi. Še najvišje ocene (1,71) dosega ogrevanje, za katerega se meni, da bi morda lahko bil vzrok za pojav poškodbe.

6.6.1.3 Analiza doživljanja socialne opore

Z anketo smo hoteli preveriti tudi, ali je poškodovanim igralkam bila ponujena socialna pomoč v kakršnikoli obliki, oziroma kako so jo doživljale.

Tabela 21

Rezultati odgovorov na vprašanje: **kdo ti je nudil socialno oporo v času poškodbe?**

	N	Mini.	Maks.	M	SD
trener	51	1	5	2,98	1,530
soigralke	51	1	5	3,71	1,137
vodstvo kluba	51	1	5	2,55	1,419
družina	51	2	5	4,55	0,783
partner	51	1	5	3,29	1,747
zdravnik	51	1	5	2,94	1,502
fizioterapevt/m aser	51	1	5	4,12	1,243
bioterapevt	51	1	5	1,98	1,407

Igralkam so socialno oporo nudili predvsem družina (4,55) ter maser/fizioterapevt. Visoke vrednosti dosegajo tudi soigralke (3,71) in partner (3,29).

Z anketo smo hoteli tudi preveriti, kako so poškodovane igralkke cenile ponujeno socialno pomoč.

Tabela 22

Rezultati odgovorov na vprašanje: **čigava opora jim je pomenila največ?**

	N	Mini.	Maks.	M	SD
trener	51	1	5	1,73	1,060
soigralke	51	1	5	2,88	1,013
vodstvo kluba	51	1	4	1,41	0,779
družina	51	1	5	4,29	0,832
partner	51	1	5	3,76	1,739
zdravnik	51	1	5	2,57	1,063
fizioterapevt/m aser	51	2	5	3,47	0,966
bioterapevt	51	1	5	1,75	0,997

Podporo, ki jo igralke rangirajo najvišje, prihaja s strani primarne družine (4,3). Visoko vrednotijo oporo partnerja (3,8). S strani kluba pa najvišje navajajo vlogo fizioterapevta/maserja (3,5) in pa soigralk (2,9). Najnižjo vlogo namenjajo vodstvu kluba (1,4) in trenerju (1,7).

7 Razprava in zaključek

Rokometna igra je kompleksen in odprt sistem, ki ga je prav zaradi kompleksnosti težko popolnoma nadzorovati. Sodobni model igre predstavlja trenutno stanje v razvoju rokometu, temelji pa na vedno večjih telesnih, pa tudi psihičnih obremenitvah. Dejstvo je, da v sodobnem rokometu prevladuje model hitrosti, dinamičnosti in kompleksnosti. Določen model igre moštva je tesno povezan z modeli igre igralcev, ki igrajo na določenih igralnih mestih, ki se z vidika obremenjenosti precej razlikujejo. Razlikujejo se tudi modeli igre, ki so v stalnem razvoju. Nanj vplivajo predvsem taktične zamisli igralcev in trenerjev ter postopne spremembe pravil igre, s pomočjo katerih poskuša mednarodna rokometna organizacija dvigniti ritem igre in posledično povečati atraktivnost panoge. V teoriji in metodiki se tudi nenehno iščejo nove rešitve za nadgradnjo rokometnega treninga.

V rokometu so poškodbe zelo pogoste. Najbolj pogoste so poškodbe gležnjev in zvini prstov, največje posledice na potek kariere pa puščajo poškodbe kolenskih vezi ter ramenskega obroča. V času poškodovanosti so športniki najbolj občutljivi in čustveno ranljivi. Pravzaprav težko najdemo vrhunškega igralca rokometu, ki v svoji karieri ni preživel poškodbe, ki bi zahtevala vsaj mesec dni odsotnosti iz treninga in tekmovanja. Takrat je igralec praviloma odsoten od treninga in tekmovanj in s tem nima rednih, običajnih stikov s člani ekipe. Socialna opora je zelo pomemben dejavnik, ki vpliva tako na optimalni potek kariere kot na optimalno prilagoditev na pošportno življenje. Socialna opora se nanaša na oporo, ki jo športniku nudijo pomembni drugi, pomembna pa je tudi opora, ki mu jo nudijo institucije. Zelo pomembna je predvsem emocionalna opora, ki jo v pomembnih ali prelomnih obdobjih v karieri, športniku nudijo njemu pomembne osebe. Na splošno velja, da se športniki, ki so deležni več socialne opore, lažje prilagajajo na vse omejitve in težave, predvsem na poškodbe in posledice, ki jih poškodbe puščajo. Na uspešnost rehabilitacije vplivajo tudi pretekle poškodbe. Športniki, ki so bili prvič poškodovani, bodo imeli z rehabilitacijo več težav, saj velikokrat dvomijo v uspešnost le – te. Pri športnikih, ki so se prvič poškodovali se v veliko večji meri pojavljajo stres, strah, nižja samozavest, motnje razpoloženja in dvomi v uspešnost rehabilitacije (Clement in Shannon, 2011). Športniki, ki so že bili v procesu rehabilitacije, bodo enak proces

lažje in bolj učinkovito premagali. Res pa je, da je velika verjetnost, da se bodo športniki, ki so že bili poškodovani, poškodovali tudi v prihodnosti.

Eden najpomembnejših in najučinkovitejših dejavnikov za uspešno rehabilitacijo po poškodbi je gotovo športnikova motivacija. Tisti športniki, ki v procesu rehabilitacije kažejo veliko mero samomotivacije, bodo hitreje in bolj učinkovito napredovali pri okrevanju po poškodbi in se bodo hitreje vrnili v trenažni in tekmovalni proces. Pri motivaciji lahko pomaga tudi postavljanje mikro ciljev s fizioterapevtom v ciklih rehabilitacije, pri tem pa se lahko tedensko preverja tudi napredek. Tako bo poškodovani športnik opazil napredovanje in zaradi tega imel še večjo motivacijo za hitro vrnitev v šport (Goldberg, 2013).

Obdržati dobro motivacijo skozi celotno rehabilitacijo, pa je za nekatere športnike zelo težek proces, saj se v tem času soočajo z različnimi dejavniki, kot so bolečina, utrujenost, nazadovanje in depresija (Clement in Shannon, 2011). Pri obravnavanih igralkah tega sicer nismo zaznali. Verjetno gre za dokaj dobro organiziran proces rehabilitacije, ki velja v RK Krim, iz katerega je večina merjenk.

V nekaterih okoljih pri rehabilitaciji sodelujejo tudi psihologi. Za hitro in uspešno rehabilitacijo po športni poškodbi veliko psihologov uporablja specifične psihološke tehnike. Tehnike, ki se v športu pojavljajo pogosteje in prinašajo največ koristi so (Ilar, 2012):

- Tehnike sproščanja,
- dihalne tehnike,
- tehnike za izboljšanje koncentracije,
- tehnike vizualizacije in senzorizacije,
- tehnike kognitivnega prepričevanja in samoprepričevanja, t. i. tehnike samogovora,
- tehnike kontrole pozitivnega mišljenja,
- hipnoza ter posthipnotične sugestije ...

Če ima športnik veliko samomotivacije in je pripravljen med okrevanjem po poškodbi slediti navodilom strokovnjakov, bo njegova rehabilitacija bolj uspešna (Kandare in Tušak, 2010). V nasprotnem primeru pa se bo čas okrevanja podaljšal. Velja pa tudi, da so pritiski vodstev klubov v nekaterih okoljih po hitrejši vrnitvi 'na igrišče' bolj jasno

izraženi. V primeru naših merjenk teh pritiskov ni zaslediti. V vsakem primeru pa je vidik socialne opore zelo pomemben.

Zopet pa velja opozoriti, da prisotnost socialne opore ne zagotavlja odsotnosti vseh težav in omejitev vrhunškega športa. Večina športnikov kot najbolj pomemben vidik socialne opore navaja predvsem oporo družine, prijateljev ter sotekmovalcev; podobno velja tudi za naše igralke. V sklopu institucionalne opore je športnikom najbolj pomembna opora pomembnih deležnikov športnih organizacij (npr. klubov, panožnih zvez).

Igralke so bile zaprosene, da sporočijo osebam, ki vodijo klube in odločajo, da na osnovi svojih izkušenj napišejo svoje sporočilo oziroma napotilo vodstvu klubov:

Če skrajšamo in generiramo, bi bila napotila naslednja:

- Obvezni preventivni treningi za vse športnike.
- Vseskozi prisotna strokovna pomoč pri rehabilitaciji.
- Nadzor nad potekom rehabilitacije; več pogovora s poškodovano igralko, pomoč pri rehabilitaciji in zaupanje vanjo, ter jasna komunikacija med zdravstvenim osebjem.
- Čim več večplastne strokovne in zdravstvene, prav tako pa tudi vsakdanje človeške pomoči, prijaznosti, podpore in vzpodbude, kar bi športnikom dalo občutek pomembnosti in vključenosti v ekipo tudi v času rehabilitacije.
- Ob poškodbi naj vodstvo kluba spodbuja igralko in navdaja s pozitivnimi mislimi. Hkrati naj vodstvo poskrbi, da rokometašico čim prej urgirajo in poskrbijo, da se čim prej vrne na igrišče.
- Ves čas poudarjati, kako pomemben je fitnes oz. vaje za moč za obvarovanje pred poškodbami.
- Ob poškodbi naj klub hitro odreagira in uredi potrebne zadeve v zvezi s poškodbo. Predvsem, da se vse hitro odvija, da klubi hitro poskrbijo za zdravstveno varnost svojih igralk in jim v času kariere priskrbijo ustrezno zdravstveno oskrbo (kamor spada tudi maser, fizioterapevt, zdravilišča,...).
- S poškodovano igralko je potrebno veliko delati. Veliko bolj kot z zdravo. Tako fizioterapevt kot tudi trener in vodstvo (moralna podpora, pogovori). Zelo

pomembno je, da se poškodovana igralka ne počuti osamljena, odrinjena in zapuščena.

- Žal pa se pred poškodbami težko obvarujemo. Veliko pomenita dobro ogrevanje in dobra priprava, ki pa žal ne dajeta zagotovila, da se poškodba ne bo pojavila.

Napotila mlajšim igralkam pa so:

- Igralke se morajo po vsakem treningu temeljito raztegniti (stretching). Pazijo naj nase in svoje telo ter poskrbijo za dobro regeneracijo po vsakem treningu in tekmo.
- Delajo naj čim več vaj za moč in stabilizacijo.
- Za svoje telo naj skrbijo tudi izven treninga (zdrava prehrana, vaje za stabilizacijo,...).
- Dobro se je treba ogreti pred treningom, razmišljati o svojem telesu in ga poslušati.
- Poškodbe so sestavni del športa, da se izogneš poškodbam je pomembna prehrana, dobro ogrevanje, dovolj počitka, spanca, mogoče za preventivo uporabljati ščitnike za gležnje že od malih nog, saj z njimi lahko preprečiš hujše zvine gležnjev, prav tako priporočamo uporabo ščitnikov za kolena.
- Igralka naj se ne obremenjuje s poškodbo, saj so poškodbe sestavni del športa, vseeno, pa naj se v času poškodbe v celoti posveti sanaciji le te ter dosledno sledi navodilo zdravstvenega osebja. Klub pa naj igralki pomaga, da se čim prej vrne na igrišče po sanirani poškodbi.
- Poškodb se, kakor smo že pisali, ne da čisto preprečiti. Zmanjšamo in preventivno pa lahko ukrepamo z dobro telesno in psihično pripravljenostjo, ki ju pridobimo na dobrih pripravljalnih treningih.

Navedena mnenja igralk so lahko pomembno sporočilo ljudem, ki vodijo vrhunske ženske kolektive. Tudi Mednarodni olimpijski komite se aktivno vključuje v problematiko preventive pred poškodbami in opozarja za nujnost skladnega psihofizičnega razvoja, predvsem mladih športnikov. V obsežni študiji (Bergeron idr., 2015) so opredeljena priporočila za skladen razvoj mladih športnikov.

Povzemamo splošna načela Mednarodnega olimpijskega komiteja (MOK) (Bergeron idr., 2015):

- INDIVIDUALNOST: Vsak športnik je individuum, nenehno se tudi spreminja. Njegova osnova za fizično rast, biološko zorenje in vedenjski razvoj, mu daje izvirnost.
- POJMOVANJE USPEHA se mora razširiti; uspeh je vsestranski razvoj športnika.
- Sprejeti izvedljive, preverjene in razvojne programe z uporabo "najboljše prakse" za vsako razvojno stopnjo, ki bodo zajemali posameznika, športnikovo napredovanje in ustrezno odzivanje na športnikov perspektivo in njegove potrebe.
- Razvoj športnika mora potekati ob spoštovanju njegovega psihosocialnega stanja; trening mora biti prilagojen stanju športnikove duševnosti ob tem pa je potrebno iskati načine za doseg športne odličnosti, upošteva ideale olimpizma.
- Vzpodbujanje športnikov, da se izpopolnjujejo v široki paleti sposobnosti in omogočajo vseživljenjsko ukvarjanje s športom.
- Zavezanost spodbujanju varnosti, zdravja in spoštovanju pravil drugih športnikov in iger, pri sprejemanju posebne politike in postopkov za preprečitev nadlegovanja in zlorab.
- Spodbujanje športnikov za vzporedno pripravo na po-športno kariero.

Poleg generalnih napotil, študija vsebuje še napotila za trenerje oziroma proces treniranja ter usmeritve za preventive pred poškodbami, nutricionizem in napotila za usklajen psihofizični razvoj športnika.

Kakor je sicer trening napredoval v smislu preventive in kakor je splošno tudi velik napredek pri telesni pripravi, je poškodb v vrhunskem športu še vedno preveč.

Tudi pričujoča študija je opravljena z namenom, da bi se v vrhunskem športu zmanjšalo število poškodb in da bi se morda prevrednotil odnos do poškodb tako igralk kot vodstev klubov do poškodovanih igralk. Če generaliziramo, so naši izsledki pričakovani in skladni s postavljenimi hipotezami:

H1: *Najpogostejša poškodba pri vrhunskih rokometašicah so zvini.*

Potrjena; igralk največkrat navajajo zvine gležnja in prstov na rokah.

H2: Najdaljšo odsotnost iz sistema treningov in tekmovanj pri vrhunskih rokometašicah pomeni poškodba kolena.

Potrjena; poškodba kolena pomeni približno polletno odsotnost iz sistema treningov in tekmovanj.

H3: Glavna opora v času poškodovanosti iz strani kluba je klubski fizioterapevt/maser.

Potrjena; preseneča pa nizka socialna povezanost med igralkami in ostalimi člani strokovnega vodstva. Predvsem bi pričakovali večjo socialno povezanost s trenerjem, s katerim so zdrave igralkе praviloma v dnevnem, večurnem stiku.

H4: Igralke v času poškodovanosti najbolj zaznavajo socialno oporo družine in jim tudi največ pomeni.

Potrjena; v študiji in v neformalnih razgovorih je bilo tudi poudarjeno, da se igralka v trenutkih poškodb zave močne socialne vloge družinskih članov v svojem življenju (staršev in /ali partnerja).

H5: Poškodovana igralka se čuti krivo, da ne more več pomagati soigralkam.

Potrjena; v študiji, izkustveno in v neformalnih razgovorih. Ugotovljeno pa je, da večino razmišljajo le o tem, da ne bodo mogle pomagati soigralkam. Igralke pa ne navajajo slabega občutka ali občutka krivde glede kluba kot institucije. Čeprav so anketirane igralkе večinoma v profesionalnih razmerjih s klubom, torej plačane za opravljanje storitve igranja; pa se zdi, da nimajo globljega občutka pripadnosti do kluba, katerega članice so.

H6: Leta treniranja vplivajo na pojavljanje poškodbe kolena.

Ta hipoteza ni potrjena (Chi 2); tudi na podlagi izkušnje bi sklepali, da ni povezave. Iz izkušenj navajamo, da do poškodb kolen pogosto pride, ko igralka zamenja klub, predvsem v primeru, ko nove igralkе, nevajene vrhunskega treninga, pridejo v pogoje vrhunskega treninga. Najlažje orišemo situacijo s primerom, ko igralka prestopi iz amaterskega ali polprofesionalnega kluba v profesionalnega, kjer se opravljajo visokointenzivni treningi tudi dvakrat na dan.

H7: Več kot polovico igralk je zaradi poškodbe izpustila pomembno tekmo.

Potrjeno. Žal iz izkušenj lahko potrdimo, da hipoteza drži, saj veliko število tekem, ki zajemajo tekmovanja v Državnem prvenstvu, Državnem pokalu, Ligi prvakov in reprezentančna tekmovanja, narekujejo, da se odigra povprečno vsaj ena tekma tedensko.

Izsledki naše študije so lahko pomembne smernice ljudem, ki upravljajo z vrhunskimi klubi in strokovnemu kadru. Z našo študijo želimo prispevati k temu, da bi bile igralka bolj razumljene s strani strokovnega in vodstvenega kadra, po drugi strani pa, da bi tudi v igralkah vzbudili odgovornost za delovanje njihovega telesa, pred vsem v smislu preventive pred poškodbami. Želimo si, da bi poškodbe čim manj vplivale na potek igralkine športne kariere. Vsekakor pa bi veljalo vidike socialne opore podrobneje proučevati tudi v prihodnje. Ne nazadnje se je tudi preko naše študije odprlo kar nekaj raziskovalnih in praktičnih vprašanj.

8 Literatura

- Arendt, E. A., Agel, J., & Dick, R. (1999). Anterior cruciate ligament injury patterns among collegiate men and women. *Journal of Athletic Training*, 34(2), 86-92.
- Arendt, E. A., Bershadsky, B., & Agel, J. (2002). Periodicity of noncontact anterior cruciate ligament injuries during the menstrual cycle. *The journal of gender-specific medicine*, 5(2), 19-26.
- Bergeron, M. F., Mountjoy, M., Armstrong, N., Chia, M., Côté J., Emery, C. A., ... Engebretsen, L. (2015). International Olympic Committee consensus statement on youth athletic development. Pridobljeno iz <http://bjsm.bmj.com/>
- Bon, M. (1998). *Povezanost izbranih morfoloških in motoričnih razsežnosti mladih rokometašev z uspešnostjo v rokometni igri*. (Magistrska naloga). Ljubljana, Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport.
- Bon, M. (1999). Kratka zgodovina do leta 1999. (Almanah). *Rokometni klub Robit Olimpija: 50 let*. Ljubljana: RK Olimpija. Pridobljeno iz <http://www.rkolimpija.si/tradicija/kratka-zgodovina/>
- Bon, M. (2001). *Kvantificirano vrednotenje obremenitev in spremljanje frekvence srca igralcev rokometna med tekmo*. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Borko, M. (2007). *Korelacija med zvini gležnja in indeksi stabilnosti odbojkarjev 1. in 2. Slovenske lige*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Bouwcamp, R. in Bouwcamp, S. (2014). *Blizu doma: priročnik za delo z družinami*. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Caplan, R. D. (1979). Social support, person-environment fit, and coping. V L. A. Ferman in J. P. Gordus (ur.), *"Mental Health and the Economy"* (str. 89-139). Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Cecić Erpič, S. (2002). *Konec športne kariere: razvojno psihološki in športno psihološki vidiki*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Clement, D. & Shannon, V. R. (2011). Injured Athlete's Perceptions About Social Support. *Journal of Sport Rehabilitation*, 20(4), 457-470.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Costa, D. M. & Guthrie, S. R. (1994). *Women and Sport: Interdisciplinary Perspectives*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Dervišević, E. (2006). Pridobljeno iz <http://sportsrehabilitation.net/>.
- Dervišević, E. in Hadžić, V. (2005). Športne poškodbe v Sloveniji. *Šport*, 53(2), 2-9.
- Ganster, D. C. & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical psychology*, 61(1), 8-17.
- Goldberg, A. (2013). The Mental side of Athletic Injuries: *A Coach's and Athlete's Guide to Psychologically Rebounding from Injury*. Pridobljeno iz <https://www.competitivedge.com/rebounding-injuries-0>
- Haralambos, M. & Holborn, M. (2001). *Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
- Hardy, C. J. & Grace, R. K. (1993). The dimensions of social support when dealing with sport injuries. V Pargman, D. (ed.), *Psychological bases of sport injuries*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, 121-144.
- Hardy, C. J., Richman, J. M., & Rosenfeld, L. B. (1991). The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*, 5, 128-139.
- Hazena. (2015). Wikipedija. Prosta enciklopedija. Pridobljeno iz <https://sl.wikipedia.org/wiki/Hazena>
- Heil, J. (1993). *Psychology of Sport Injury*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishing.
- Henderson, J. & Carroll, W. (1993). The athletic trainer's role in preventing sport injury and rehabilitating injured athletes: A psychological perspective. In Pargman, D. (ed.), *Psychological bases of sport injuries*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, 15-31.
- Hlebec, V. in Kogovšek, T. (2003). Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave*, 19(43), 103-125.
- Ilar, U. (2012). *Poškodbe pri klasičnem baletu*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Kandare, M. in Tušak, M. (2010). *Premagovanje športnih poškodb: Psihološki vidik rehabilitacije po športni poškodbi*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

- Klemenc, P. (2014). *Psihična rehabilitacija po poškodbah - primerjava med športniki, ki tekmujejo v individualnih športih in športniki, ki tekmujejo v ekipnih športih*. (Diplomska delo). Fakulteta za šport, Ljubljana.
- Kogovšek, T. (2001). *Ocenjevanje zanesljivosti in veljavnosti merjenja egocentričnih socialnih omrežij*. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Leddy, M. H., Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (1994). Psychological Consequences of Athletic Injury among High-Level Competitors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65(4), 347-354.
- Luzar, K. (2010). *Kondicijska priprava rokometašev v času pubertete*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Macchi, R. & Crossman, J. (1996). After the Fall: Reflections of injured classical ballet dancers, *Journal of Sport Behavior*, 19(3), 221-234.
- Mainwaring, L. (1999). Restoration of self: A model for the psychological response of athletes to severe knee injuries. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12(3), 145-156.
- Malina, R. M. & Bouchard, C. (1991). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Marczinka, Z. (2012). *Dissimilarity between men's and woman's handball: Coaching female and male handball players*. EHF referee candidates seminar, St. Gallen, Suisse. Pridobljeno iz <http://activities.eurohandball.com/download/?reason=ehfcanFile&id=1648>
- Masten, R., Tušak, M., Stražar, K., Zupanc, O., Drobnič, M., Marinšek, M. in Kandare, M. (2014). Psihološki dejavniki rehabilitacije športnikov po poškodbi kolena. *Zdravstveno varstvo*, 53(3), 226-236.
- McDonald, S. A. & Hardy, C. J. (1990). Affective response patterns of the injured athlete: An exploratory analysis. *The Sport Psychologist*, 4(3), 261-274. Pridobljeno iz <http://journals.humankinetics.com/tsp-back-issues/TSPVolume4Issue3September/AffectiveResponsePatternsoftheInjuredAthleteAnExploratoryAnalysis>
- Miller, S., Hubble, M., and Duncan, B. L. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *The Psychotherapy Networker*, 31(6), 26-35.

- Myklebust, G., Engebretsen, L., Brækken, I. H., Skjølberg, A., Olsen, O., & Bahr, R. (2003) Prevention of anterior cruciate ligament injuries in female team handball players: a prospective intervention study over three seasons. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 13(2), 71–78. Pridobljeno iz http://journals.lww.com/cjsportsmed/Abstract/2003/03000/Prevention_of_Anterior_Cruciate_Ligament_Injuries.2.aspx
- Newman, S. (2015). *Sports in the Middle Ages*. The Finner Times. Pridobljeno iz <http://www.thefinertimes.com/Middle-Ages/sports-in-the-middle-ages.html>
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1997). *Sourcebook of social support and personality*. New York, London: Plenum.
- Plesec, M. (2001). *Nogomet kot del podobe slovenske družbe*. (Delo za Prešernovo nagrado). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Pori, P. (2005). *Obremenitve in napor v rokometu*. Pridobljeno iz www.zrts.si/knjiznica/knj_33.pdf.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24. Pridobljeno iz http://www.researchgate.net/profile/Mary_Procidano
- Robbins, J. E. & Rosenfeld, L. B. (2001). Athletes Perceptions of Social Support Provided by Their Head Coach, Assistant Coach, and Athletic Trainer, Pre-Injury and During Rehabilitation. *Journal of Sport Behavior*, 24(3), 277-297.
- Rogelj, T., Ule, M. in Hlebec, V. (2004). Socialna opora med dijaki glede na njihov individualni položaj v strukturi popolnega omrežja v razredu. *Družboslovne razprave*, 20(45), 13-32.
- Rokometna pravila*. (2015). Pridobljeno iz <http://www.rokometna-zveza.si/si/files/default/Zdruzenja/Rokometna%20pravila.pdf>
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1985). *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Shumaker, S. A., and Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Smith, A. M., Stuart, M. J., Wiese-Bjornstal, D. M., Milliner, E. K., O'Fallon, W. M., &

- Crowson, C. S. (1993). Competitive athletes: Preinjury and postinjury mood state and self - esteem. *Mayo Clinic Proceedings*, 68(10), 939-947.
- Strojnik, V. in Šarabon, N. (2003). Proprioceptivna vadba v rokometu. *Trener rokomet*, 10(1), 25–36.
- Šibila, M. (1989). *Vpliv nekaterih razsežnosti psihosomatičnega statusa mladih rokometashev na uspešnost rokometne igre*. Ljubljana: Fakulteta za telesno kulturo, Inštitut za kineziologijo.
- Šibila, M. (2004). *Rokomet – Izbrana poglavja*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Šibila, M., Bon, M. in Kuželj, D. (1999). *Mini rokomet v prvih razredih osnovne šole*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Šibila, M., Bon, M. in Pori, P. (2006). *Skripta za tečaj rokometnega trenerja – 2. stopnja*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Univerza v Ljubljani.
- Šibila, M., Bon, M., Mohorič, U. in Pori, P. (2011). Razlike v izbranih tipičnih parametrih na petih zaporednih evropskih prvenstvih v rokometu od leta 2002 do leta 2010. *Trener rokomet*, 18(2), 5-9.
- Škof, B. in Kalan, G. (2007). Biološki razvoj – telesni in spolni razvoj. V B. Škof (ur.), *Šport po meri otrok in mladostnikov* (str. 136–164). Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Šugman, R. (1997). *Zgodovina svetovnega in slovenskega športa*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Thoits, P. A. (1985). Social support processes and psychological well-being: Theoretical possibilities. V I. G. Sarason & B. R. Sarason (ur.), *Social support: Theory, research and applications* (str. 51-72). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Tušak, M. (2003). *Psihologija ekipnih športov*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Tušak, M. in Tušak, M. (2003). *Psihologija Športa*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Udry, E., Gould, D., Bridges, D., & Beck, L. (1997). Down but not out: Athlete responses to season-ending injuries. *Journal of Sport and Exercise*

- Psychology*, 19(3), 229-248.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.
- Vidmar, J. (1992). *Športna travmatologija*: Skripta za študente FŠ. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Vinokur, A., Schul, Y., & Caplan, R. D. (1987). Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective state. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1137-1145.
- Wiese, D. M. & Weiss, M. R. (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sportsmedicine team. *The Sport Psychologist*, 1(4), 318-330. Pridobljeno iz <http://journals.humankinetics.com/tsp-back-issues/tspvolume1issue4december/professionalpracticepsychologicalrehabilitationandphysicalinjuryimplicationsforthesportsmedicineteam>
- Wojtys, E. M., Huston, L. J., Lindenfeld, T. N., Hewett, T. E. & Greenfield, M. L. (1998). Association between the menstrual cycle and anterior cruciate ligament injuries in female athletes. *American Journal of Sports Medicine*, 26(5), 614–619.
- Wylleman, P., Alfermann, D., & Lavallee, D. (2004). Career transitions in sport: European perspectives, *Psychology of Sport and Exercise*, 5(1), 7-20.

9 Priloge

9.1 Anketni vprašalnik

Socialna pomoč igral kam/cem ob poškodbi

Pozdravljeni!

Sem Andrej Potrata, absolvent na Fakulteti za šport v Ljubljani. Z anketo bom raziskoval, kako je poskrbljeno za igralko, ki se poškoduje in njene občutke. Prosim Vas, da mi pomagate in si vzamete nekaj časa za priložena vprašanja. Podatki so namenjeni v znanstveno - raziskovalne namene.

Socio-demografske značilnosti

1. Starost *

2. Označi spol. *

☐ Moški

☐ Ženski

2.a Stan *

☐ Samska/ i

☐ V zakonski zvezi

☐ V izvenzakonski zvezi

☐ "complicated relationship"

☐ Drugo:

3. Nacionalnost *

☐ SLO

☐ CRO

☐ SRB

☐ GER

☐ UKR

☐ RUS

☐ DEN

☐ SPA

☐ SWE

4. Od katerega leta trenirate? *

5. Trenutni klub *Če ne igrate več, pa zadnji klub.

6. Do sedaj najvišja raven igranja? *

- ☐ Liga prvakinj
- ☐ Drugi evropski pokali
- ☐ Državno prvenstvo
- ☐ Reprezentanca

7. Dosedanji klubi *Napišite klube v katerih ste do sedaj igrali.

8. Koliko dni ste bili v zadnji tekmovalni sezoni bolni ali poškodovani? *

9. Koliko dni ste morali zaradi bolezni ali poškodbe ležati doma v postelji? *

10. Koliko dni ste morali biti v bolnišnici zaradi bolezni ali poškodbe? *

11. Koliko dni treninga ste zaradi bolezni ali poškodb zamudili v preteklem letu? *

12. Ali ste zaradi poškodbe ali bolezni izpustili kako pomembno tekmo? *

- ☐ DA
- ☐ NE

13. Katere poškodbe ste imeli v športni karieri? *Možno je izbrati več odgovorov.

- ☐ Zvin gležnja
- ☐ Zvin prsta
- ☐ Zlom prsta
- ☐ Zlom druge kosti
- ☐ Strgana prednja križna vez
- ☐ Strgana zadnja križna vez
- ☐ Strgana ali natrgana stranska kolenska vez
- ☐ Poškodba meniskusa

☐ Poškodba rame

☐ Drugo:

14. Kolikokrat ste bili hospitalizirani v bolnišnici zaradi športnih poškodb? *

15. Kolikokrat ste bili že operirani? *

16. Kako zdrav se vam na splošno zdi vaš način življenja? *

1 2 3 4 5

zelo nezdravo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zelo zdrav

17. Koliko ur na dan povprečno spite? *

18. Ali imate sklenjeno nezgodno zavarovanje? *

☐ DA

☐ NE

18.a Če DA izberi kdo te zavaruje? *Oziroma te je zavaroval v času aktivne kariere?

☐ Sama

☐ Klub

☐ Reprezentanca

☐ Drugo:

Vprašalnik o tvoji najhujši poškodbi.

Napiši poškodbo, ki te je odvrnila iz igrišča več kot 3 tedne.

19. Starost v času poškodbe *

20. Klub v času poškodbe *

21. Vrsta poškodbe *

22. Koliko časa si bila odsotna iz tekmovanj? *

23. Kdaj se je poškodba zgodila? * Napiši točen datum, ali vsaj mesec in leto.

24. Kje se je poškodba zgodila? *

- ☐ Trening
- ☐ Tekma
- ☐ Prosti čas
- ☐ Drugo:

25. V katerem delu se je poškodba zgodila? *

- ☐ Ogrevanje
- ☐ Srednji del
- ☐ Zaključni del

Podatki o občutkih ob najhujši poškodbi.

Napiši občutke prvo uro po poškodbi.

26. Napiši občutke prvo uro po poškodbi. *

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Zelo me je bolelo	☐	☐	☐	☐	☐
Smilila sen se sama sebi	☐	☐	☐	☐	☐
Pomislila sem, da ne bom mogla pomagati ekipi	☐	☐	☐	☐	☐
Zdelo se mi je, da je poškodba posledica slabega treninga	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega pripravljalnega obdobja	☐	☐	☐	☐	☐
Nasprotnica	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
me je poškodovala					
Poškodovala me je soigralka	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabe bandaže	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega ogrevanja	☐	☐	☐	☐	☐
Imela sem občutek, da sem sama in nemočna	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se krivo zaradi kluba	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se slabo zaradi soigralk	☐	☐	☐	☐	☐
Pomislila sem, da bodo starši in/ali prijatelji razočarani, ker ne bom igrala	☐	☐	☐	☐	☐
Nisem pomislila na nič	☐	☐	☐	☐	☐
Zanimalo me je le moje zdravje	☐	☐	☐	☐	☐
Hotela sem se čim prej vrniti na igrišče	☐	☐	☐	☐	☐

27. Napiši občutke v času okrevanja. *Odgovori veljajo za obdobje od naslednjega dne poškodbe pa do vrnitve na igrišče.

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Zdelo se mi je, da je poškodba posledica slabega treninga	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega pripravljalnega obdobja	☐	☐	☐	☐	☐
Jezna sem bila zaradi vzroka poškodbe	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodovala me je soigralka	☐	☐	☐	☐	☐
Gojila sem negativna čustva do tistih, ki lahko igrajo	☐	☐	☐	☐	☐
Gojila sem negativna čustva do tistih, ki so bili krivi za mojo poškodbo	☐	☐	☐	☐	☐
Imela sem občutek, da sem sama in nemočna	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se krivo zaradi kluba	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Počutila sem se slabo zaradi soigralk	☐	☐	☐	☐	☐
Starši in/ali prijatelji so bili razočarani, ker ne bom igrala	☐	☐	☐	☐	☐
Klub se je zelo angažiral ob moji poškodbi	☐	☐	☐	☐	☐
Zanimalo me je le moje zdravje	☐	☐	☐	☐	☐
Zdelo se mi je, da imam sedaj več pozornosti kluba in okolice	☐	☐	☐	☐	☐

28. Napiši kdo vam je nudil oporo ob poškodbi. *

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Trener	☐	☐	☐	☐	☐
Soigralke	☐	☐	☐	☐	☐
Vodstvo kluba	☐	☐	☐	☐	☐
Moja družina (oče, mati, sestra/ brat)	☐	☐	☐	☐	☐
Partner/ zakonec	☐	☐	☐	☐	☐
Klubski zdravnik	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Fizioterapevt	☐	☐	☐	☐	☐
Bioterapevt	☐	☐	☐	☐	☐

Vprašalnik o drugi najhujši poškodbi.

Pod 2. poškodbo je mišljena poškodba, ki te je odvrnila iz igrišča več kot 3 tedne.

29. Starost v času poškodbe

30. Klub v času poškodbe

31. Vrsta poškodbe.

32. Koliko časa si bila odsotna iz tekmovanj?

33. Kdaj se je poškodba zgodila? Napiši datum, ali vsaj mesec in leto.

34. Kje se je poškodba zgodila?

- ☐ Trening
- ☐ Tekma
- ☐ Prosti čas
- ☐ Drugo:

35. V katerem delu se je poškodba zgodila?

- ☐ Ogrevanje
- ☐ Srednji del
- ☐ Zaključni del.

Podatki o občutkih ob drugi najhujši poškodbi.**36. Napiši občutke prvo uro po poškodbi.**

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Zelo me je	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
bolelo					
Smilila sen se sama sebi	☐	☐	☐	☐	☐
Pomislila sem, da ne bom mogla pomagati ekipi	☐	☐	☐	☐	☐
Zdelo se mi je, da je poškodba posledica slabega treninga	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega pripravljalnega obdobja	☐	☐	☐	☐	☐
Nasprotnica me je poškodovala	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodovala me je soigralka	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabe bandaže	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega ogrevanja	☐	☐	☐	☐	☐
Imela sem občutek, da sem sama in nemočna	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se krivo zaradi	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
kluba					
Počutila sem se slabo zaradi soigralk	☐	☐	☐	☐	☐
Pomislila sem, da bodo starši in/ali prijatelji razočarani, ker ne bom igrala	☐	☐	☐	☐	☐
Nisem pomislila na nič	☐	☐	☐	☐	☐
Zanimalo me je le moje zdravje	☐	☐	☐	☐	☐
Hotela sem se čim prej vrniti na igrišče	☐	☐	☐	☐	☐

37. Napiši občutke v času okrevanja. Odgovori veljajo za obdobje od naslednjega dne poškodbe pa do vrnitve na igrišče.

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Zdelo se mi je, da je poškodba posledica slabega treninga	☐	☐	☐	☐	☐
Poškodba je bila posledica slabega pripravljalnega obdobja	☐	☐	☐	☐	☐
Jezna sem bila zaradi	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
vzroka poškodbe					
Poškodovala me je soigralka	☐	☐	☐	☐	☐
Gojila sem negativna čustva do tistih, ki lahko igrajo	☐	☐	☐	☐	☐
Gojila sem negativna čustva do tistih, ki so bili krivi za mojo poškodbo	☐	☐	☐	☐	☐
Imela sem občutek, da sem sama in nemočna	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se krivo zaradi kluba	☐	☐	☐	☐	☐
Počutila sem se slabo zaradi soigralk	☐	☐	☐	☐	☐
Starši in/ali prijatelji so bili razočarani, ker ne bom igrala	☐	☐	☐	☐	☐
Klub se je zelo angažiral ob moji poškodbi	☐	☐	☐	☐	☐
Zanimalo me je le moje zdravje	☐	☐	☐	☐	☐

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Zdelo se mi je, da imam sedaj več pozornosti kluba in okolice	☐	☐	☐	☐	☐

38. Napiši kdo vam je nudil oporo ob poškodbi.

	1 (sploh se ne strinjam)	2	3	4	5 (popolnoma se strinjam)
Trener	☐	☐	☐	☐	☐
Soigralke	☐	☐	☐	☐	☐
Vodstvo kluba	☐	☐	☐	☐	☐
Moja družina (oče, mati, sestra/ brat)	☐	☐	☐	☐	☐
Partner/ zakonec	☐	☐	☐	☐	☐
Klubski zdravnik	☐	☐	☐	☐	☐
Fizioterapevt	☐	☐	☐	☐	☐
Bioterapevt	☐	☐	☐	☐	☐

39. Ali bi imela kakšno sporočilo za npr. mlajše igralko, kako naj se obvarujejo pred poškodbami, oz. vodstvom kluba, kako naj pomagajo igralkam ob poškodbi?