

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**

Факультет фізичного виховання і спорту  
Кафедра медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації

Чуйко Анна Андріївна

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ З  
АСТЕНІЄЮ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ ТА ТЕРАПІЇ**

Спеціальність: 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Автореферат дипломної роботи  
на здобуття кваліфікації магістра

м. Миколаїв

2021 рік

Робота виконана на кафедрі медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації, факультету фізичного виховання і спорту., Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Міністерства освіти і науки України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, доцент Горбань Андрій Євгенович

**Рецензент:**

доктор біологічних наук, професор Кочина Марина Леонідівна

Захист відбудеться 24 лютого 2021 року о 09.00 годині на засіданні екзаменаційної комісії у Чорноморському національному університеті імені Петра Могили (код міста - 0512, місто Миколаїв, адреса: вулиця 68 Десантників, 10)

З дипломною роботою можна ознайомитися в бібліотеці в Чорноморському національному університеті імені Петра Могили (код міста - 0512, місто Миколаїв, адреса: вулиця 68 Десантників, 10)

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність.** Пікові навантаження в житті спортсмена припадають на період змагань. Стан тривоги, що виникає в цей період, є природною і необхідною реакцією організму на стресову ситуацію. Але в той же час, якщо рівень тривожності перевищує допустимі межі, то відбувається зворотна реакція пригнічення. Тоді тривожність стає причиною змін в працездатності спортсмена. З огляду на щільність змагального графіка спортсменів, стан тривоги при сумарній ефекту, може призводити до підвищення загальної тривожності людини, що знижує поріг психоемоційної стійкості. І в стресових ситуаціях тривожність починає виступати як ризик розвитку неврозів і несприятливих процесів в організмі.

При цьому в першу чергу виникають зрушення в психоемоційній сфері і лише пізніше зміни в гомеостазі. Даний механізм розвитку психосоматичних захворювань дозволяє успішно застосовувати профілактичні заходи на ранніх етапах до настання серйозних органічних зрушень.

Необхідність підвищення психоемоційної стійкості у спортсменів обумовлюється важливістю психологічної корекції для досягнення високих показників, а так само збереження здоров'я на подальших етапах життя. В даному аспекті настала реактивна астенія - основне джерело небезпеки для спортсмена. Але хронічна втома також робить негативний вплив на успішність виступів. Стан реактивної астенії може розвиватися тривалий час, однак метою дослідження є не лікування, а профілактика захворювання. Робота саме в цьому напрямку видається важливою, тому що полегшує професійне зростання молодих спортсменів. Підвищення психоемоційної стійкості дає можливість не тільки підвищити надійність виступів спортсмена, але і поліпшити його працездатність на тренуваннях.

Реактивна астенія розвивається в результаті перевантаження адаптаційного апарату, отже, в профілактиці даного стану важливе місце повинна займати методика відновлення адаптаційних ресурсів. Варто також відзначити, що спортсмен, як особистість, вирішує проблему соціальної адаптації, що в сучасному

технократичному суспільстві з його темпом життя є ще одним механізмом негативного впливу. А тривожність ускладнює соціалізацію молодих спортсменів. Для вирішення цих питань необхідно розробити методіку профілактики реактивної астенії у спортсменів, чому і присвячено дане дослідження. Це і пояснює актуальність даної роботи.

Наукові роботи, присвячені астенічним захворювань, в більшості своїй носять терапевтичний характер. У них розглядаються різні причини розвитку і способи лікування захворювання, в тому числі і у спортсменів, проте не передбачаються профілактичні процедури для передбачення проблеми. Це пов'язано з тим, що вивчення питання не сконцентровано саме на реактивній астенії у спортсменів, хоча відсилання до цієї проблеми зустрічаються в ряді джерел. І все ж, вивчення, як соматогенної астенії, так і інших її різновидів, включаючи функціональну, дозволило ширше поглянути на проблему і глибше розібратися в механізмі розвитку захворювання. Широка поширеність саме функціональної астенії (55% всіх випадків) визначає перспективність даного дослідження, а відсутність розроблених профілактичних засобів донозологічного застосування підкреслює значимість роботи.

**Об'єкт дослідження** - профілактика реактивної астенії у спортсменів

**Предмет дослідження** - психоемоційна стійкість в профілактиці реактивної астенії у спортсменів.

**Мета дослідження** - розробити і експериментально обґрунтувати методіку підвищення психоемоційної стійкості для профілактики реактивної астенії у спортсменів.

**Гіпотеза дослідження** полягає в тому, що використання в тренувальному процесі поєднання прийомів прогресивної нервово-м'язової релаксації, дихальних вправ, уявних образів спокою і бойової готовності, підвищує психоемоційну стійкість і сприяє профілактиці астенічних проявів у спортсменів.

**Завдання дослідження:**

1. Виявити особливості взаємозв'язку психоемоційної стійкості з розвитком реактивної астенії у спортсменів.

2. Встановити донозологічні прояви астеничного синдрому, можливі способи профілактики.

3. Розробити та апробувати методику профілактики реактивної астенії у спортсменів.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел; спостереження; анкетування; психологічне та психофізіологічне тестування; формуючий експеримент; методи математичної статистики.

**Наукова новизна** дослідження виражається у виявленні особливості механізму розвитку і профілактики реактивної астенії у спортсменів, які займаються легкою атлетикою і біатлоном, а також ролі психоемоційної стійкості в цьому процесі; встановлена можливість і засоби профілактики астеничних проявів у спортсменів; розроблена методика профілактики реактивної астенії у спортсменів.

**Теоретична значимість** полягає в систематизації існуючих знань про причини, механізми, чинники та етапи розвитку функціональної астенії; у виявленні причин і умов розвитку реактивної астенії у спортсменів; у визначенні значення психоемоційної стійкості в профілактиці реактивної астенії; в обґрунтуванні можливості профілактики астеничного синдрому засобами психокорекції; в розробці методики профілактики розвитку реактивної астенії у спортсменів.

**Практична значимість.** Розроблена і апробована експериментальна методика профілактики реактивної астенії у спортсменів може ефективно застосовуватися для передбачення розвитку психосоматичних розладів; для зниження змагальної тривожності; для стимуляції відновних процесів в організмі; для підвищення працездатності і результативності змагальної діяльності. Апробована методика може стати простим і надійним елементом тренерської діяльності в рамках психологічної підготовки спортсменів.

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (189). Загальний обсяг дипломної роботи складає 77 сторінок, вона містить 20 таблиць і 9 рисунків.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У вступі розкрито актуальність теми магістерської роботи, наведено зв'язок з науковими програмами, сформульовано мету та завдання, предмет та об'єкт, методи та інформаційну базу дослідження, представлено наукову новизну і практичне значення одержаних результатів, апробацію результатів дослідження, а також подано структуру роботи.

У першому розділі **«Огляд літературних джерел»** проведено теоретичний аналіз і узагальнення вітчизняної та зарубіжної науково-методичної літератури з проблеми наукового дослідження: стрес і психоемоційна стійкість спортсмена, тривога і їх тривожність у спортсменів, саморегуляція нервово-психічної діяльності спортсменів, передумови розвитку астенії у спортсменів 13-15 років.

У другому розділі **«Методи та організація дослідження»** обґрунтовано й описано методи дослідження, відповідно до мети і завдань роботи, теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел; спостереження; анкетування; психологічне та психофізіологічне тестування; формуючий експеримент; методи математичної статистики.

У третьому розділі **«Результати дослідження та їх обговорення»** відбувались дослідження, які виражаються у виявленні особливості механізму розвитку і профілактики реактивної астенії у спортсменів, які займаються легкою атлетикою і біатлоном, а також ролі психоемоційної стійкості в цьому процесі; встановлена можливість і засоби профілактики астенічних проявів у спортсменів; розроблена методика профілактики реактивної астенії у спортсменів.

*Результати дослідження вихідних психологічних і фізіологічних показників спортсменів 13-15 років*

На першому етапі відбору респондентів була використана методика Дж. Тейлор для виявлення рівня тривожності. В результаті було відібрано 62 людини для проведення формуючого експерименту і поділили їх на парні групи щодо показника шкали тривожності. Таким чином, сформувалася контрольна і експериментальна група з нормальною тривожністю (результат нижче 15 балів), і контрольна і експериментальна група з високою тривожністю (показник вище 15

балів).

Подальше порівняння даних буде проходити тільки між парними групами з початково однаковим рівнем тривожності: група К-1 і група Е-1 складаються з респондентів з нормальною тривожністю, а група К-2 і група Е-2 складаються з респондентів з високою тривожністю. Таким чином, в зображених далі таблиці 1 і таблиці 2 продемонстровані вихідні параметри парних груп.

Таблиця 1

**Порівняння вихідних показників груп з нормальною тривожністю**

Показники	Група К-1 М ± σ (n=19)	Група Е-1 М ± σ (n=19)	U-критерій Мана-Уїтні	p
ФА	5,53±1,38	6,84±1,83	U <sub>Емп</sub> = 104.5	p≤0,05
Контроль	18,26±2,53	15,53±3,17	U <sub>Емп</sub> = 86.5	p≤0,01
Життєва стійкість	52,47± 9,86	49± 6,98	U <sub>Емп</sub> = 116	p≤0,05
ІН	6,11±2,54	4,05±1,68	U <sub>Емп</sub> = 94	p≤0,01
60м	9,79±0,19	9,62±0,22	U <sub>Емп</sub> = 104	p≤0,05

В цілому можна говорити про схожість груп по більшості вимірюваних показників. Після застосування експериментальної методики очікується усунення відмінностей за шкалами психодіагностичних тестів, а так само зростання різниці в результатах забігу на 60 метрів (табл. 1).

Таблиця 2

**Порівняння вихідних показників груп з високою тривожністю**

Показники	Група К-2 М ± σ (n=12)	Група Е-2 М ± σ (n=12)	U-критерій Мана-Уїтні	p
С	4,95± 0,74	5,53± 0,82	U <sub>Емп</sub> = 39	p≤0,05
ІД	3,75±1,71	4,5±2,15	U <sub>Емп</sub> = 40.5	p≤0,05

Порівняння груп з високою тривожністю, відображене в таблиці 2, виявило відмінності лише за двома шкалами. Значення самопочуття «С» і інтернальності досягнення «ВД» експериментальної групи вище, ніж дані показники контрольної групи ( $p \leq 0,05$ ). За іншими параметрами дані групи не розрізняються, тому можна говорити про схожість групи К-2 і Е-2.

*Динаміка показників самопочуття в ході експерименту.*

Показники психосоматичних характеристик при вивченні питань астенізації організму дозволяють скласти загальну картину самопочуття спортсмена. Використання методики MFI-20 обумовлена тим, що поряд з необхідністю дати оцінку поточному стану спортсмена, потрібно так само виявити можливі тенденції в розвитку астенічних процесів. Стормлюваність є одним з ознак астенії, зворотною стороною працездатності та результативності. Тому підвищення психоемоційної стійкості має на увазі під собою не тільки поліпшення самопочуття, а й зниження стомлюваності, як підсумок підвищення загальної стабільності спортсменів 13-15 років.

*Таблиця 3*

**Динаміка показників САН і MFI-20 у контрольної групи з нормальною тривожністю (n = 19)**

Параметри	До експерименту M±σ	Післяексперименту M±σ	T – критерій Вілкоксона	p
С	5,82±0,74	5,73±0,76	T <sub>Емп</sub> =7	p<0,01
А	5,38±0,77	5,23±0,79	T <sub>Емп</sub> =9	p<0,01
Н	6,08±0,89	6,05±0,83	T <sub>Емп</sub> =27.5	p>0,05
ЗА	7,89±2,9	8,05±3,11	T <sub>Емп</sub> =32	p<0,01
ПА	7,47±3,28	7,74±3,53	T <sub>Емп</sub> =52	p<0,05
ЗМ	6,53±2,61	6,84±2,83	T <sub>Емп</sub> =29	p<0,01
ФА	5,53±1,38	6,26±2,11	T <sub>Емп</sub> =33	p<0,01
ПсА	7,26±2,99	7,37±2,83	T <sub>Емп</sub> =59	p>0,05
MFI-20	34,42± 8,6	36±10,06	T <sub>Емп</sub> =54,5	p>0,05



Примітка: «С» - самопочуття; «А» - активність; «Н» - настрій; «ЗА» - загальна астения; «ПА» - знижена активність, «ЗМ» - зниження мотивації; «ФА» - фізична астения, «пса» - психічна астения»; «MFI-20» - сума балів усіх шкал методики MFI-20;

Табл. 3 розкриває, що у спортсменів групи К-1 статистично значимо змінився ряд показників: самопочуття, активності, загальної астенії, зниження мотивації ( $p < 0,01$ ), і зниженої активності ( $p < 0,05$ ). Без значущих змін залишилися лише значення настрою, психічної астенії і суми балів MFI-20 ( $p > 0,05$ ).

Отже, респонденти контрольної групи з нормальною тривожністю стали відчувати себе гірше в результаті накопичення втоми і участі в змаганнях (табл. 3).

Спортсмени групи Е-1 продемонстрували статистично значуще поліпшення майже за всіма параметрами, крім шкали активності і настрою ( $p > 0,05$ ). Отже, застосування методики поліпшило самопочуття і знизило стомлюваність респондентів експериментальної групи з нормальною тривожністю (табл. 4).

*Таблиця 4*

**Динаміка показників САН і MFI-20 у експериментальної групи з нормальною тривожністю (n = 19)**

Параметр	Доексперимент M $\pm$ $\sigma$	Післяексперименту M $\pm$ $\sigma$	T – критерій Вілкоксона	p
С	5,68 $\pm$ 0,59	5,81 $\pm$ 0,59	T <sub>Емп</sub> =11	p<0,01
А	5,02 $\pm$ 0,93	5,18 $\pm$ 0,74	T <sub>Емп</sub> =132,5	p>0,05
Н	6,25 $\pm$ 0,66	6,19 $\pm$ 0,62	T <sub>Емп</sub> =92	p>0,05
ЗА	8,52 $\pm$ 3,13	7,74 $\pm$ 2,38	T <sub>Емп</sub> =45	p<0,05
ПА	8,26 $\pm$ 2,18	7,00 $\pm$ 2,33	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
ЗМ	6,95 $\pm$ 2,46	6,92 $\pm$ 2,25	T <sub>Емп</sub> =35	p<0,01
ФА	6,84 $\pm$ 1,83	5,79 $\pm$ 0,92	T <sub>Емп</sub> =36	p<0,01
ПсА	8,21 $\pm$ 2,18	6,42 $\pm$ 2,06	T <sub>Емп</sub> =15	p<0,01
MFI-20	38,84 $\pm$ 5,75	33,68 $\pm$ 4,37	T <sub>Емп</sub> =2	p<0,01

Примітка: «С» - самопочуття; «А» - активність; «Н» - настрій; «ЗА» - загальна астения; «ПА» - знижена активність, «ЗМ» - зниження мотивації; «ФА» - фізична

астенія, «пса» - психічна астенія »; «MFI-20» - сума балів усіх шкал методики MFI-20;

Таблиця 5

**Динаміка показників САН і MFI-20 у контрольній групі з високою тривожністю (n = 12)**

Параметр	Доексперимент M±σ	Післяексперименту M±σ	T – критерій Вілкоксона	p
С	4,95±0,74	3,63±0,89	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
А	5,13±0,96	4,16±0,73	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
Н	5,45±1,04	4,83±1,27	T <sub>Емп</sub> =25	p>0,05
ЗА	11,5±3,5	14±3,74	T <sub>Емп</sub> =1	p<0,01
ПА	8,17±2,41	9,08±2,47	T <sub>Емп</sub> =10	p<0,05
ЗМ	5,58±0,9	5,92±0,79	T <sub>Емп</sub> =9,5	p<0,05
ФА	8,33±1,67	9,33±1,56	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
ПсА	8,17±1,19	9,5±1,17	T <sub>Емп</sub> =10	p<0,05
MFI-20	41,75±5,01	47,75±6,17	T <sub>Емп</sub> =1	p<0,01

Примітка: «С» - самопочуття; «А» - активність; «Н» - настрої; «ЗА» - загальна астенія; «ПА» - знижена активність, «ЗМ» - зниження мотивації; «ФА» - фізична астенія, «пса» - психічна астенія »; «MFI-20» - сума балів усіх шкал методики MFI-20;

У табл. 5 відображено статистично значуще погіршення всіх показників групи К-1, крім шкали настрою «Н» (p> 0,05). Таким чином, представники даної контрольної групи за три місяці стали відчувати себе значно гірше. У випадку з експериментальною групою очікується зворотна реакція, завдяки використанню методики профілактики реактивної астенії.

За табл. 6 видно, що крім шкали зниженої активності «ПА» (p> 0,05), спортсмени групи Е-2 показали статистично значущі зміни всіх показників (p <0,01). У респондентів з початково високим рівнем тривожності підвищилася самооцінка здоров'я і знизилася суб'єктивна оцінка стомлюваності. Так як відчуття власного здоров'я відіграє важливу роль в успішності змагальної діяльності, то дана динаміка

говорить не тільки про оздоровчий ефект експериментальної методики, а й передбачає підвищення результативності та працездатності.

Таблиця 6

**Динаміка показників САН і MFI-20 у експериментальної групи з високою тривожністю (n = 12)**

Параметр	Доексперимент M±σ	Післяексперименту M±σ	T – критерій Вілкоксона	p
Параметр	5,53±0,82	6,0±0,77	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
С	4,65±1,18	5,23±0,73	T <sub>Емп</sub> =1	p<0,01
А	5,6±0,79	5,98±0,91	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
Н	10,25±4,63	7,75±2,7	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
ЗА	7±2,66	5,75±1,36	T <sub>Емп</sub> =57	p>0,05
ПА	6,25±1,36	5,5±1,17	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
ЗМ	8±1,95	5,5±1,17	T <sub>Емп</sub> =6	p<0,01
ФА	7,5±1,17	5,75±1,36	T <sub>Емп</sub> =1	p<0,01
ПсА	38,25±6,45	30,25±4,92	T <sub>Емп</sub> =1	p<0,01

Примітка: «С» - самопочуття; «А» - активність; «Н» - настрій; «ЗА» - загальна астения; «ПА» - знижена активність, «ЗМ» - зниження мотивації; «ФА» - фізична астения, «пса» - психічна астения»; «MFI-20» - сума балів усіх шкал методики MFI-20.

## ВИСНОВКИ

1. Психоемоційна стійкість спортсмена має на увазі під собою не тільки відносну сталість емоцій і резистентність негативним передстартовим станів, а й уміння контролювати емоційну реакцію на подію або об'єкт і досягати стану найбільшої продуктивності, що в спортивному середовищі носить назви оптимального бойового стану. Недостатня психоемоційна стійкість негативно позначається на самооцінці власного здоров'я і в першу чергу на показнику активності, що було емпірично доведена в ході дослідження при аналізі змін всередині контрольних груп. Серед респондентів експериментальних груп простежується статистично значуща позитивна динаміка зниження тривожності, поліпшення самопочуття і підвищення активності. Крім того, освоєння прийомів психокорекції є важливим аспектом в питанні підвищення психоемоційної стійкості, як здатності долати труднощі і керувати власним психологічним станом.

З огляду на, що реактивна астенія проявляється в зниженні працездатності і загальної активності, що не проходить після відпочинку, то можна з упевненістю говорити про значення психоемоційної стійкості, як фактора профілактики реактивної астенії.

2. Механізм реактивної астенії у спортсмена має ряд стадій, причому на ранніх стадіях, до настання функціональних зрушень і фактичного настання захворювання, процес розвитку реактивної астенії може мати прихований характер. З цієї ж причини ускладнюється донозологічна діагностика астенічного синдрому у спортсменів, так як їх тренувально-змагальна діяльність може проходити в стандартному режимі, без періодів тимчасової непрацездатності, а країни, що розвиваються захворювання відчуватися лише суб'єктивно.

Аналіз наукової літератури, анкетування та констатуючий експеримент, визначили стан проблеми та основні напрямки профілактичної роботи. Акцент методики профілактики реактивної астенії у спортсменів був зроблений на відновлення внутрішніх резервів організму і підвищення психоемоційної стійкості. Представлена методика включала в себе: нервово-м'язову релаксацію, дихальні вправи і прийоми психофункціональних тренування. В результаті у респондентів

експериментальних груп відзначено статистично значуще зниження стомлюваності, підвищення життєстійкості і працездатності.

3. Апробована методика профілактики реактивної астенії у спортсменів 13-15 довела свою спроможність по ряду причин:

- Експериментальні групи продемонстрували статистично значуще зростання показників самопочуття, життєстійкості і інтернальності після застосування експериментальної методики.

- Статистично значуще зниження показників тривожності і стомлюваності у експериментальних груп також підкреслюють успіх апробації методики.

- Позитивні зрушення у експериментальних груп відбувалися на тлі погіршення показників контрольних груп. Особливо це помітно у контрольній групі з високою тривожністю, як менш психоемоційно стійких представників дитячо-юнацького спорту.

- Статистично значимі зрушення в напрямку інтернальності досягнень і невдач можна вважати результатом особливості експериментальної методики, а саме самостійним характером виконання вправ.

- Визначено поліпшення в результатах виступів на змаганнях у спортсменів контрольної групи. При цьому виявлені статистично значущі відмінності в бігу на 60 метрів між групою К-1 і групою Е-1, на користь спортсменів експериментальної групи.

- Статистично значуще підвищилася працездатність упредставників експериментальних груп.

- Учасники експерименту, які освоїли експериментальну методику, навчилися краще контролювати свій психоемоційний стан.

## АНОТАЦІЇ

**П. І. П. Особливості психоемоційної резистентності спортсменів з астенією засобами фізичної рекреації та терапії.** – На правах рукопису.

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» –Чорноморський національний університет імені Петра Могили, м. Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена питанню дослідження розробки, наукового обґрунтування методики підвищення психоемоційної стійкості для профілактики реактивної астенії у спортсменів. Виявленні особливості механізму розвитку і профілактики реактивної астенії у спортсменів, які займаються легкою атлетикою і біатлоном, а також ролі психоемоційної стійкості в цьому процесі; встановлена можливість і засоби профілактики астенічних проявів у спортсменів; розроблена методика профілактики реактивної астенії у спортсменів. Систематизовано існуючі знання про причини, механізми, чинники та етапи розвитку функціональної астенії; у виявленні причин і умов розвитку реактивної астенії у спортсменів. Визначенні значення психоемоційної стійкості в профілактиці реактивної астенії; в обґрунтуванні можливості профілактики астенічного синдрому засобами психокорекції. Розроблені методики профілактики розвитку реактивної астенії у спортсменів. Розроблена і апробована експериментальна методика профілактики реактивної астенії у спортсменів може ефективно застосовуватися для передбачення розвитку психосоматичних розладів; для зниження змагальної тривожності; для стимуляції відновних процесів в організмі; для підвищення працездатності і результативності змагальної діяльності. Апробована методика може стати простим і надійним елементом тренерської діяльності в рамках психологічної підготовки спортсменів.

**Ключові слова:** психоемоційна резистентність спортсменів, астенія, засоби фізичної реабілітації, профілактика реактивної астенії.