

3. W opinii ogółu badanych korzyści, które czerpią z gry w piłkę nożną to przede wszystkim przyjemnie spędzony czas w gronie przyjaciół, a także wzrost poziomu ich wydolności i odporności organizmu. Na kolejnych miejscach w obu grupach znalazły się też poprawa samopoczucia, a także wzrost sprawności fizycznej.

4. Największymi przeszkodami w uprawianiu rekreacyjnej gry w piłkę nożną są brak wolnego czasu oraz zmęczenie po pracy w grupie osób pracujących, a wśród uczących się to brak motywacji oraz brak zorganizowanej grupy do gry.

Obie założone w pracy hipotezy badawcze, mówiące, że:

Ludzie, którzy na co dzień pracują, poświęcają mniej czasu na rekreację fizyczną, niż ci którzy uczą się i studiują oraz, że piłka nożna jest atrakcyjną formą rekreacji ruchowej – formą milego spędzenia czasu w gronie przyjaciół potwierdziły się.

Reasumując należy zaznaczyć, że liczba przebadanych mężczyzn nie pozwala na odniesienie wyników omawianych badań na całą populację Polaków. Można je natomiast traktować jako rysujące się tendencje w podobnych zbiorowościach.

Piśmiennictwo

1. Astrand P.O. Dlaczego wysiłek? *Medycyna Sportiva*, 2000, 4 (2), 83-100.
2. Bouchard C., Shephard R.J.: *Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts*; in Bouchard C, Shephard R.J, Shephard T. (eds) *Physical activity, fitness, and health*. Human Kinetics, Champaign, 1994, 77-88.
3. Cameron A. J., et al.: *Overweight and obesity in Australia: the 1999–2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)*. *The Medical Journal of Australia*. 2003, 178, 427-432.
4. Corbin Ch.B., Corbin W.R., Welk K.A., Welk G.J.: *Fitness i Wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie*, Poznań, Zys i S-ka, 2007, 21.
5. Dąbrowski A. (red) *Zarys teorii rekreacji ruchowej*, WSE, AWF, Warszawa 2006
6. Drabik J.: *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*. Gdańsk, AWF, 1997: 23-26.
7. Kozdroń E.: *Rekreacja ruchowa osób trzeciego wieku w: A Dąbrowski (red.) Zarys teorii rekreacji ruchowej*. WSE, AWF, Warszawa 2006, 108-134.
8. Kwilecka M. (red.) *Bezpośrednie funkcje rekreacji ruchowej*, Uniwersytet Warszawski Warszawa 2006, 46.
9. Mynarski W.: *Tendencje i uwarunkowania rozwoju współczesnej rekreacji i turystyki*; w: Mynarski W. (red): *Teoretyczne i empiryczne zagadnienia rekreacji i turystyki*. Katowice, AWF, 2008, 22.
10. Mynarski W., Rozpara M., Królikowska B., Puciato D., Graczykowska B.: *Ilościowe i jakościowe aspekty aktywności fizycznej*. *Studia i Monografie Politechniki Opolskiej*, 313, Opole 2012, 7.
11. Pate R. R. et al: *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine*. *JAMA*, 1995, 273 (5), 402-207.
12. Umiastowska D.: *Aktywność ruchowa jako wartość w życiu człowieka w: Śliwiński W., Tauber R.D., E. Mucha Szajek (red.) Czas wolny. Rekreacja. Turystyka. Hotelarstwo. Żywnienie (wyniki badań naukowych)*. WSH i G, Poznań 2003, 289-295.
13. Wadden T. A., Butryn M. L., Wilson C.: *Lifestyle modification for the Management of Obesity*. *Gastroenterology*. 2007, 132, 2226-2238.
14. Winiarski R.: *Rekreacja i czas wolny*. Łosiograf, Warszawa 2011, 11.
15. Wolańska T.: *Leksykon – sport dla wszystkich – rekreacja ruchowa*, AWF Warszawa, 1997, 61.

Podolski¹ Adam, Lukjanchenko² Mykola, Gerasymenko Svitlana²
Uniwersytet Rzeszowski, m. Rzeszów¹, Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка²

ETYCZNE PROBLEMY W MEDYCZNYM POSTĘPOWANIU Z URAZAMI SPORTOWYMI

Badanie problemów etycznych w praktyce medycyny sportowej za pomocą studium przypadku angielskiego, profesjonalnego futbolu, jest centralnym celem tego artykułu. Analiza skupi się na trzech dziedzinach praktyki medycyny sportowej, która pociąga za sobą etyczne kwestie: a) pytania dotyczące świadomej zgody; b) powrót do gry po kontuzji i związana z tym opieka; c) problem dotyczący tajemnicy lekarskiej. Relacja między lekarzem (lub innego pracownika służby zdrowia) i pacjentem jest zazwyczaj oparta na trzech fundamentalnych założeniach: a) umiejętność lekarza służy wyłącznie pacjentowi; b) lekarz nie jest pośrednikiem działającym w czyimś imieniu, którego interesy mogą być sprzeczne z interesami pacjenta; c) lekarzowi można powierzyć prywatne, intymne informacje, które zachowa dla siebie kierując się tajemnicą lekarską.

Słowa kluczowe: medycyna, kontuzja, lekarz, etyka.

Подольський Адам, Лук'янченко М.І., Герасименко С.Ю. Етичні проблеми лікування спортивних травм. Стаття присвячена дослідженню етичних питань у практиці спортивної медицини через вивчення англійського професійного футболу. Проаналізовано три напрями практики спортивної медицини, щодо етичних питань: а) питання про свідому згоду; б) повернення до гри після травми і пов'язаний з цим догляд; в) проблема медичної конфіденційності. Відносини між лікарем (або іншим медичним працівником) і пацієнтом базуються на трьох основних принципах: вмінням лікаря користуватися тільки пацієнт; лікар не може бути посередником, який діє від імені інших осіб, чий інтереси можуть вступати в конфлікт з інтересами пацієнта; лікареві може бути довірена приватна, інтимна інформація, яку він зберігає для себе, дотримуючись лікарської таємниці.

Ключові слова: медицина, травми, лікар, етика.

Podolski Adam, Lukianchenko M.I., Gerasymenko S.Y. Ethical problems in the medical demeanor with sports injuries.
The study of the ethical problems in the sports medical practice with help of case study of English professional football is the main subject of interest of this article. The analysis will concentrate on three branches of sports medical practice, that imply three ethical

issues: the issue of conscious agreement, the issue of return to a game after an injury and relevant care, and the issue of the physician-patient privilege. The relation between a patient and a doctor and/or any other worker of the health service is usually based on three fundamental assumptions: the doctor's qualification serves only a patient, a doctor is not a middleman acting on behalf of others whose interests may conflict with the interests of the patient, a doctor might be entrusted with private or intimate information, that he or she will not revile because of the physician-patient privilege.

Key words: *medicine, injury, doctor, ethics.*

Badanie problemów etycznych w praktyce medycyny sportowej za pomocą studium przypadku angielskiego, profesjonalnego futbolu, jest centralnym celem tego artykułu. Analiza skupi się na trzech dziedzinach praktyki medycyny sportowej, która pociąga za sobą etyczne kwestie: a) pytania dotyczące świadomej zgody; b) powrót do gry po kontuzji i związana z tym opieka; c) problem dotyczący tajemnicy lekarskiej. Relacja między lekarzem (lub innego pracownika służby zdrowia) i pacjentem jest zazwyczaj oparta na trzech fundamentalnych założeniach: umiejętność lekarza służy wyłącznie pacjentowi; lekarz nie jest pośrednikiem działającym w czyimś imieniu, którego interesy mogą być sprzeczne z interesami pacjenta; lekarzowi można powierzyć prywatne, intymne informacje, które zachowa dla siebie kierując się tajemnicą lekarską. Założenia, które są oparte na zaufaniu, które jest niezbędnym elementem relacji między lekarzami a pacjentami w ogólnej praktyce mogą nie stosować się w ten sam sposób lub do pewnego stopnia, w pracy lekarza klubowego czy fizjoterapeuty w wyczynowym sporcie. Lekarze, którzy są zatrudniani przez drużyny sportowe lub kluby mogą być poddani sprzecznym lojalnością. Z jednej strony są pośrednikami drużyny czy klubu i mają zobowiązania na zasadzie umowy jako pracownicy, a z drugiej strony, jako lekarze, są rzecznikami zawodników, swoich pacjentów. (BMA 2003, s. 595). Wyraźnie więc, klub zatrudniający lekarza, ma uzasadniony interes w leczeniu urazów zawodników. Ale jeśli lekarz drużynowy i fizjoterapeuta są pośrednikami klubu, jak mogą równocześnie działać jako pośrednicy lub w imieniu zawodnika – pacjenta? Jak w swej codziennej praktyce, lekarze klubowi i fizjoterapeuci rozwiązują potencjalne konflikty interesów między odpowiedzialnością w stosunku do swojego pracodawcy (klubu) a odpowiedzialnością w stosunku do zawodnika-pacjenta? Co się stanie jeśli interesy klubu i zawodnika nie zbiegną się a tak się może zdarzyć? Roy i Irvin (1983, s. 3) zauważyli, że gdzie członkowie medycznych lub im podobnych profesji są zatrudnieni przez kierownictwo drużyny, „to może prowadzić do wyraźnego oczekiwania lojalności kierownictwa lub trenerów w stosunku do nich” i dodają, że „umowa może nie zawsze dotyczyć najlepszych interesów zawodnika”.

Aspekt postawy w futbolu. Aby zrozumieć kluczowe aspekty medycyny sportowej, praktykowanej w klubach piłkarskich, konieczne jest zrozumienie czegoś z kultury profesjonalnego futbolu, ograniczenia, z którymi pracują lekarze i fizjoterapeuci klubowi. W szczególności ważne jest, że zawodnik gra kiedy czuje ból, albo kiedy jest kontuzjowany. Zauważone zjawisko jest centralnym elementem kultury profesjonalnego futbolu. Jedną z cech jaką poszukują menedżerowie w zawodniku to taka, że powinien posiadać to, co w zawodowym futbolu uważane jest za „dobrą postawę”. Jednym sposobem pokazania, posiadania takiej postawy, to przygotowanie do gry pomimo bólu czy kontuzji i udział w grze. Dobrą ilustracją tego, co według menedżera składa się na „dobrą postawę”, zostało przekazane przez Liverpoolskiego menedżera, Gerard Houlier w wywiadzie w Sunday Times (6 grudnia, 1998). Houlier powiedział, że typ zawodników jakich menedżer chce to tacy, którzy „będą walczyć dla ciebie, gdy tylko znajdą się na trawie”. Dodał: „Przedstawię jednego-Jamie Carragher. Co za profesjonalista. Pomimo kontuzji, zawsze będzie tam, dając coś z siebie” (Houlier uderzył pięścią w dłoń, podkreślając swe słowa). Przygotowanie do gry pomimo kontuzji jest określane jako centralna cecha „dobrego profesjonalisty”; a tym samym, ci, którzy nie są przygotowani do gry w bólu czy pomimo kontuzji, są napiętnowani jako nie posiadający „właściwej postawy”, symulanci lub nawet bardziej dosadnie jako „poofers”. Ten aspekt kultury futbolu zawiera ideę, że zawodnicy, którzy nie są w stanie grać pomimo urazu i którzy nie mogą przyczynić się do bezpośredniego wkładu dla drużyny na polu gry, mogą być postrzegani jako mało przydatni dla klubu i mogą być napiętnowani, lekceważeni albo niewygodni. Fakt, że kontuzjowany gracz jest przez cały czas trwania urazu mało przydatny, może być wyrażony na różny sposób. Menedżer drużyny FC Liverpool, Bill Shankley, uważany przez wielu ludzi jako najwybitniejszy Brytyjski menedżer, odmówił bezpośredniej rozmowy z zawodnikami, którzy nie mogli zostać wybrani z powodu kontuzji. Być może taką postawę nadal można znaleźć wśród menedżerów. Jeden z graczy powiedział, że niektórzy managerowie wyznają teorię, że: „kontuzjowani gracze nie są wariaci nawet splunięcia. Nie jesteś nam potrzebny, jeśli jesteś kontuzjowany”. Inny gracz opisał postawę swojego poprzedniego menedżera w stosunku do kontuzjowanych zawodników w ten sposób: „Nie możesz być kontuzjowany. Masz grać. Placą ci za to”. Całkowicie go zlekceważył, gdy poszedł do gabinetu zabiegowego. Jego stwierdzenie brzmiało: „Nie jesteś już mi potrzebny”. Podobnego argumentu użył jeden z fizjoterapeutów, który stwierdził, że niektórzy menedżerowie uznają, iż: jeśli jesteś kontuzjowany to wtedy nie przynosisz pożytku. Z przeprowadzonych wywiadów z zawodnikami wynika, że centralną cechą dobrego zawodnika jest gotowość do kontynuowania gry, nawet w bólu, który zaistniał w wyniku doznanego urazu. Jednym z elementów szkolenia zawodników polega na tym, że zawodnicy uczą się już w dzieciństwie „normalizować” ból i akceptować grę w bólu. Bycie kontuzjowanym to część życia zawodowego piłkarza. Jeden z piłkarzy powiedział, że zawodnicy pragną wrócić do gry i są tak zdeterminowani, że 90 procent z nich wraca zanim całkowicie wyzdrowieją. Jeden z zawodników napisał, że znajduje się w niezwyklej desperacji i robi wszystko, aby jak najszybciej wrócić do gry, pokazując tym samym ogromne zaangażowanie wobec trenera, kolegów, czy klubu. Inny zaś zawodnik opisał jak zmienił się jego styl biegania, aby zrekompensować swój uraz kolana i w konsekwencji cierpiał z powodu innych obrażeń przez okres 18 miesięcy. Potwierdził tym samym, że nieustannie powracał do gry zanim się tak naprawdę do tego nadawał: „nigdy nie dawaliśmy sobie wystarczająco czasu na wyzdrowienie. Zawsze był jakiś półfinał lub ćwierćfinał albo inny mecz”. Jednym ze wskaźników woli grania zawodników pomimo kontuzji było pytanie, ile meczów zegrali w pełnym sezonie, bez żadnego bólu czy kontuzji. Wielu zawodników, a w szczególności seniorzy, którzy często doznawali kontuzji przez lata, wskazało, że zegrali około pięciu do sześciu meczów w sezonie. Jeden z nich powiedział: „nie ma ani jednego zawodnika, który wychodzi do gry w 100 % dobrej formie (zdrowotnej)”. (Waddington 2007, s. 185-7).

Kontuzja a świadoma zgoda na grę. Jak zauważono wcześniej, zawodnicy akceptują grę pomimo kontuzji jako normalną część życia zawodowego futbolu, więcej, będą próbować grać pomimo doznanych urazów. Najważniejszy dla nich, dla zawodników to strach przed utratą miejsca w drużynie. Zjawisko to może nie dotyczyć tylko garstki dobrze znanych zawodników. Zawodnicy będą także starać się kontynuować grę, jeśli drużyna ma przed sobą szczególnie ważne mecze. W dodatku, większość zawodników ma silny obraz siebie jako profesjonalnych piłkarzy i pewną zawodową dumę. Dla wielu gra jest jedynym zajęciem i jedynym na czym się tak naprawdę

znają, stąd wielu zawodników opisało frustrację jakiejś doświadczają, kiedy nie są w stanie grać. W związku z tą sytuacją, lekarze mogą znajdować się pod naciskiem zawodników, którzy chcą wrócić do gry przed całkowitym wyzdrowieniem. Jednak to nie przedstawia jeszcze pewnych szczególnych problemów etycznych. Liczne badania relacji lekarz-pacjent wskazały, że zwyczajną cechą takiej relacji są negocjacje między lekarzem a pacjentem na temat rodzaju leczenia jaki jest zalecany oraz okresu czasu na jaki pacjent ma zostać zwolniony z pracy. Odpowiedzialność w tym względzie, presja jaką zawodnicy są w stanie wywierać na lekarzach klubowych, może różnić się w pewnym stopniu. W tym kontekście możemy zaobserwować, że zawodnik może wrócić do gry wcześniej niż lekarz zaleca. Jeśli lekarz klubowy poinformuje o wszystkich możliwych skutkach ubocznych, na przykład, o grze po zastrzykach przeciwbólowych, jak również możliwych długoterminowych rezultatach gry będąc kontuzjowanym, wtedy lekarz może zgodnie z prawem czuć się, że spełnił swój obowiązek w stosunku do zawodnika-pacjenta.

Niektórzy zawodnicy wskazali, że ich decyzja o kontynuowaniu gry pomimo doznanego urazu została podjęta pod pewnymi warunkami. Na przykład, zawodnik opisał swoją decyzję o kontynuowaniu gry po pierwszym urazie kolana i związanej z nim operacji: „Było to skalkulowane ryzyko. Lekarze i fizjoterapeuci pozostawili to do jego osobistej decyzji. Pomimo, że dowiedziałem się o komplikacjach, jakie mogą wystąpić, gdy zagram, to jednak chciałem zaryzykować”. W opisanej sytuacji, wydaje się, że ten konkretny gracz posiadał wymagane informacje, aby podjąć świadomą decyzję czy próbować grać mimo urazu. Jednak w niektórych sytuacjach, istotna informacja o medycznym stanie zawodnika może nie zostać przekazana zawodnikom, albo nawet może zostać celowo ukryta, jako element polityki klubu. Szczególnie znamienym przykładem jest lekarz, który pracował w klubie posiadającym małą liczbę zawodników gotowych do gry. Podjęto próbę nacisku na niego, aby pomimo kontuzji, wyraził zgodę na grę zawodników, którzy byli kontuzjowani. Przedstawię tylko część wywiadu z w/w lekarzem:

Lekarz: Prześwietliłem piszczel pewnego zawodnika z ostatniego sezonu, ponieważ doznał kontuzji, która mogła powstać w wyniku urazu. Popatrzyłem na prześwietlenie i zobaczyłem ogromnie zniekształconą kostkę, która była wynikiem starej kontuzji. Miał złamanie dolnej kości piszczelowej, która była opadnięta pół cala. Jak mógł więc grać? Wtedy fizjoterapeuta powiedział do lekarza: "Nie mów mu. Jak się dowie zacznie opuszczać mecze". Przeprowadzający wywiad: Zawodnik nie wiedział co mu się stało? Lekarz: Nie, i nie powiedziałem mu nawet, że prześwietlenie wykazało coś z przeszłości. Zapytałem go: „Czy kiedykolwiek miałeś kontuzję kostki? Czy coś cię bolało ostatnio?” Nie powiedziałem mu. Prowadzący wywiad: Ale fizjoterapeuta nie chciał, abyś poinformował zawodnika – dlaczego? Lekarz: Cóż, ponieważ zaczęły się dopytywać i zastanawiać, czy nie wycofać się z gry. A poza tym to zmniejszyłoby jego wartość, gdyby doszło do sprzedaży. To taki targ niewolnikami. Prowadzący wywiad: Jak się z tym czuleś, kiedy nie udzieliłeś pacjentowi dokładnej informacji? Lekarz: Radziłem się kolegów co powinienem zrobić. Co będzie jeśli piłkarz dowie się za 10 lat, że nie powiedziałem mu 10 lat wcześniej, a w wyniku tego, on tak nadwyrężył kostkę, że teraz nie może ustać z powodu artretyzmu jakiego się nabawił. Zawodnik Chelsea, a potem Everton i Tranmere Rovers, Pat Nevin (Nevin i Sik 1998, s. 83), zasugerował, że menedżerowie mogą starać się ukryć przed zawodnikami rozmiary doznanego urazu i chcieliby, aby fizjoterapeuci zrobili to samo. To oczywiście nie jest tylko problem dotyczący piłki nożnej. To zjawisko dotyka innych dyscyplin. W USA istniał duży spór w związku z świadomą zgodą w dziedzinie medycyny sportowej, gdzie w wielu przypadkach informacja została ukryta, albo przez zaniedbanie obowiązków lub celowo przed zawodnikami o prawdziwym ich stanie, uniemożliwiając im w ten sposób podjęcie decyzji o powrocie do gry (Herbert and Herbert 1991, s. 121). Takie sytuacje, jak ta przytoczona wyżej, jasno stawiają poważne, etyczne problemy z punktu widzenia relacji między lekarzem/fizjoterapeutą a zawodnikiem jako pacjentem. (Waddington 2007, s. 187-9). **Kontuzja-etyczna jakość opieki.** Istnieje potrzeba, aby zawodnik po kontuzji wrócił do gry tak szybko, jak to jest możliwe, stanowi istotny punkt w zrozumieniu roli lekarza klubowego i fizjoterapeuty, a także odnosi się do rodzaju opieki jaką zawodnicy otrzymują. Jeden z klubowych fizjoterapeutów scharakteryzował kulturę futbolu, odnosząc się do praktyki medycznej w ten sposób: „wszystko musi być na wczoraj”. Zawodnicy muszą być w dobrej kondycji. Ich nieobecność przez tydzień to tak, jak dla innych miesiąc. Twierdzi, że zawodnicy będą grać nawet gdy są kontuzjowani.

Fizjoterapeuta ten pracował także wieczorami w prywatnej medycznej klinice sportowej i przedstawił kluczową różnicę między prywatną praktyką a praktyką w klubie futbolowym następująco: jeśli chodzi o prywatną praktykę, klientowi nie zależy tak bardzo by do soboty (w soboty odbywają się zasadniczo mecze piłkarskie) wrócić do dobrej formy. Chce zostać w pełni wyleczony. W prywatnej praktyce, mój modus operandi to wyleczyć. W zawodowym futbolu, mój modus operandi to zalecić, sprawić, aby zawodnik wrócił na boisko tak szybko, jak to tylko możliwe. Praca w charakterze fizjoterapeuty w zawodowym klubie zasadniczo różniła się od pracy w Narodowej Służbie Zdrowia. Fizjoterapeuta pytany o rodzaj opieki w tych dwóch kontekstach, odpowiedział: „Jednoznaczny fakt, nie podlegający dyskusji, polega na tym, że moi prywatni klienci mają zapewnioną lepszą jakość leczenia aniżeli zawodnicy. Co do tego nie mam wątpliwości. To jest fakt”. Potrzeba, jak zauważył fizjoterapeuta, „aby zawodnicy byli już w dobrej formie na wczoraj”. Takie zapotrzebowanie jest niezwykle silnym i zawsze obecnym wymaganiem w zakresie piłki nożnej. Każdy lekarz klubowy czy fizjoterapeuta, bez wyjątku, byli świadomi takiego przymusu. Nawet tam, gdzie pracownicy medyczni pracując z trenerami, czy menedżerami, którzy, jak im się wydawało szanowali ich medyczną opinię i nie wymuszali na nich, aby zawodnicy za wcześniej wrócili do gr, to jednak niemniej nadal byli bardzo świadomi potrzeby skreślenia zawodnika z listy kontuzjowanych, tak szybko jak to możliwe. (Waddington 2007, s. 189). Jeden z lekarzy stwierdził: „oczywiście menedżer chce, aby zawodnicy grali tak szybko jak tylko będą mogli, dlatego istnieje ryzyko balansowania na granicy życia i zdrowia zawodnika”. Gdy zawodnik potrzebuje dłuższego leczenia, a ono zostaje skrócone to wtedy pojawia się zasadniczy problem. Otóż, tydzień bez gry zawodnika jest dla klubu bardzo kosztowny, dlatego lekarze czują presję i tzw. „nieszczęśliwą” potrzebą medycznych kompromisów. Dobry przykład pewnego rodzaju kompromisu dotyczyła jednego z zawodników klubu. Zawodnik ten został opisany przez lekarza jako niezbędnie „ważny zawodnik dla klubu”. Niestety miał nieustanny problem z bólem w pachwinie. Choć nie mógł nic zrobić oprócz lekkiego treningu, kontynuował grę pomimo urazu, ale kontuzja zmniejszyła jego efektywność jako zawodnika i w końcu zdecydowano, że wymaga operacji. Lekarz wyjaśnił, że operacja wyłączy go z meczów na sześć tygodni. Wyzdrowiał bardzo szybko i po czterech tygodniach czuł się bardzo dobrze. Menedżerowi brakowało napastnika i dlatego postanowił, że przywróci go do gry na tydzień wcześniej aniżeli lekarz zalecał. Menedżer był świadomy tego, że choć wydawało się, iż z zawodnikiem jest już wszystko w porządku, przywrócił go do gry. Zawodnik powiedział: „czuję się dobrze, dam radę”. Niestety zagrał, ale jego stan zdrowia znacznie się pogorszył. Zawodnik pomimo urazu kontynuował grę, dostawał serię zastrzyków steroidowych oraz miejscowe zastrzyki przeciwbólowe przed meczami. To nie pomogło i w rezultacie zawodnik musiał poddać się drugiej operacji. Lekarz

zapytany, czy czuł się zadowolony z takiego obrotu sprawy, kontynuowania gry, serii zastrzyków, odpowiedział: „nie całkiem. Miałem nadzieję, że wszystko dobrze się skończy, choć w głębi duszy wiedziałem, że nie. I tak naprawdę czułem, że zawodnik potrzebuje odpoczynku. Prosić o odpoczynek to naprawdę dużo jeśli chodzi o piłkę. Uczciwie mówiąc, on rzeczywiście potrzebuje długiego odpoczynku, który teraz może wynieść około dwóch do trzech miesięcy, do momentu zakończenia tego sezonu”. Zatem, nawet w sytuacjach, które przynajmniej w kontekście futbolu, mogą być uważane za wzory „dobrej praktyki” – w takim sensie, że lekarze współpracują z menedżerami, których postrzegają za „rozsądnych” i gdzie nie są pod silną i bezpośrednią presją ze strony menedżerów – jawi się jasne poczucie potrzeby osiągnięcia medycznych kompromisów, których tak naprawdę chcieliby uniknąć.

Niestety, istnieją takie sytuacje w których menadżerowie wymagają większego, bezpośredniego zaangażowania w opanowaniu urazu. W takich sytuacjach kliniczna autonomia lekarzy i fizjoterapeutów może być znacznie bardziej zagrożona.

BIBLIOGRAFIA

1. British Medical Association (2003) *Medical Ethics Today: The BMA's handbook of ethics and law*, London: BMJ Books.
2. Crane J. (1990) "Association football: the team doctor" in S.D.W. Payne (ed.) *Medicine, Sport and the Law*, Oxford, Blackwell: 331–7.
3. Herbert D.L. and Herbert W.G. (1991) 'Medico-legal issue' in R.C. Cantu and 4. J.M. Lyle (eds) *ACSM's Guidelines for the Team Physician*, Philadelphia: Lea & Febiger: 118–25.
5. Nevin P. and Sik G. (1998) *In My Head*, London: Headline.
6. Roy S. and Irvin R. (1983) *Sports Medicine: Prevention, Evaluation, Management and Rehabilitation*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
7. Waddington I. (2007) Ethical problems in the medical management of sports injuries, in: *Pain and injury in sport*, in S. Loland, B. Skirstad and I. Waddington, London and New York.

Turchyk Iryna, Golubev Oleksandr
Drogobych State Pedagogical University of Ivan Franko, Ukraine

SECONDARY SCHOOL SPORT IN UKRAINE

Turchik I., Golubev O. Шкільний спорт в Україні. У статті розкривається значення та особливості функціонування шкільного спорту в Україні. Питання є актуальним, адже на думку багатьох фахівців шкільний спорт займає важливе значення у системах освіти країн світу. Відомо, що Україна є найбільшою країною Європи, яка є членом ООН та перебуває на шляху входження в Євросоюз. Фізичне виховання дітей і підлітків в загальноосвітній школі в Україні викликає значну турботу у суспільстві у зв'язку з низькою ефективністю даного процесу у вирішенні завдань формування здорового способу життя підростаючого покоління, збільшення фізичного й спортивного потенціалу школярів, встановлення необхідних життєво важливих умінь й навичок. Джерельною базою дослідження охоплено законодавчі та нормативні акти, урядові постанови та розпорядження з питань освіти, фізичного виховання та спорту навчальних закладів України. Їх аналіз дозволяє стверджувати, що незважаючи на значну кількість прийнятих державних документів в Україні, у яких підкреслюється необхідність покращення стану здоров'я учнів через ширше залучення учнів до фізкультурно-оздоровчих заходів, зокрема і до занять шкільним спортом часто все це залишається лише декларацією. Проведений аналіз статистичних даних останніх років доводить, що має місце тенденція, яка характеризує стійку динаміку стосовно погіршення рівня здоров'я та фізичної підготовленості підростаючого покоління. Кількість осіб, які є залучені до систематичних занять спортом в Україні є низькою. Підкреслено, що у той же час різноманітність офіційних змагань у яких мають можливість брати участь школярі України є достатньою. Програма змагань передбачає виступи в обов'язкових та необов'язкових видах, як юнаків так і дівчат. До обов'язкових видів програми відносять: легку атлетику, «старт надій», футбол «шкіряний м'яч». Видами програми за вибором є: баскетбол, волейбол, гандбол, легкоатлетичне багатоборство, настільний теніс та шахи. Наймасовішими та найважливішими змаганнями, що проводяться серед школярів України є вправління з футболу.

Ключові слова: Україна, шкільний спорт, змагання, учні, програма.

Secondary school sport in Ukraine. Iryna Turchyk, Oleksandr Golubev. The given article dwells on significance and peculiarities of today's school sport in Ukraine. Specially organized competitions among school teams are held in accordance with the annual calendar plan issued by the Committee for Physical education and Sports under the Ministry of Education and Science of Ukraine. They are held on all levels from local to all-Ukrainian and are the most important and mass official sports competitions in which Ukrainian schoolchildren can participate. The competitions programme implicates participation of both girls and boys in compulsory and optional events. To the compulsory programme events belong track-and-field athletics, «Starts of Hope», «Leather Ball» football. The optional programme events are basketball, volleyball, handball, track-and-field all rounds, table tennis and chess. Football competitions are the most numerous.

Key words: school sport, Ukraine, competitions, programme, participate, pupil.

School sport takes an important place in the educational systems in most countries of the world Bailey (2009) [1]; Crum (1999) [2]; Hardman (2000,2005 [3, 4]; Sozanski (2010) [5]; Mechikoff and Estes (2002) [6]; Balsewich (1996) [7]; Lubysheva (2010) [8]; Stoljarov (2008) [9]. Article One of the *International Charter of Physical Education and Sport*, adopted by the UNESCO in 1978, declares that the practice of physical education and sport is a fundamental right for all and forms an essential element of the education system. In chapter 2 urges governments of the countries-participants to favour develop school physical education as well as spreading sport among children and youth [10]. It is well-known that Ukraine is the largest country in Europe, a member of the UNO and is currently on its way to the European Union. The standard of Physical Education in secondary schools in Ukraine creates big concern in the society because so